



**Универзитет „Св. Кирил и Методиј“  
Филозофски факултет – Скопје  
Институт за специјална едукација и рехабилитација**

**ТЕШКОТИИ ВО ГОВОРОТ КАЈ УЧЕНИЦИТЕ СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА  
ПОПРЕЧЕНОСТ**

- магистерски труд -

**Ментор:  
проф. д-р Горан Ајдински**

**Кандидат:  
Анета Ниневска-Димовска**

**Скопје, 2023 г.**

## Резиме

Развојот на говорот како средство за меѓусебно комуницирање на луѓето е особено важен за пренесување на одредени пораки – значења. Учениците со интелектуална попреченост и говорно-јазични нарушувања имаат потешкотии во комуникацијата и разбирањето на говорот. Предмет на истражување во овој труд се говорно-јазичните нарушувања кај учениците со различен степен и етиологија на интелектуална попреченост. Цел на истражувањето е да се утврди видот на говорно-јазично нарушување кај учениците со различен степен и етиологија на интелектуална попреченост.

Истражувањето е спроведено на примерок од 105 ученици во периодот на месец март во 2023 година. Испитаниците се од различен пол, возраст и одделение, со различен степен на интелектуална попреченост и вид на говорно-јазично нарушување. Станува збор за ученици од ОУРЦ „Д-р Златан Сремец“ – Скопје. Во создавањето на теоретските основи на истражувањето, за интерпретација на добиените резултати и компарација со резултатите од другите истражувања се користат методите на теоретска анализа, компарација и дескрипција. Истражувањето е ретроградно, поради што како техника во ова истражување ќе се користи анализа на документација, со претходно применетата техника на скалирање. Истражувањето ќе се спроведе со увид во личното досие на учениците, врз веќе извршени проценки.

Резултатите од ова истражување придонесуваат за утврдување на зачестеноста на говорно-јазичните нарушувања кај учениците со интелектуална попреченост, но ќе послужат и како основа и поттик за идни истражувања. Исто така би требало да бидат корисни за развојот и унапредувањето на теоријата и праксата, квалитетот на живот на учениците со интелектуална попреченост и нивна поголема вклученост во сите аспекти на општествено-социјалниот живот.

Клучни зборови: интелектуална попреченост, етиологија, говорно-јазични нарушувања, ученици

## Abstract

The development of speech as a means of mutual communication between people is especially important for the transmission of certain messages-assignments. Students with intellectual disabilities and speech-language disorders have difficulties in the communication system.

The subject of the research of this paper will be speech-language disorders among students with different degrees and etiology of intellectual disability.

The aim of the research is to determine the type of speech-language disorder among students with different degrees and etiology of intellectual disability. The research will be conducted on a sample of 105 students in March 2023. The respondents will be of different gender, age and grade, with different degree of intellectual disability and type of speech-language disorder. We are talking about students from OURC "Dr. Zlatan Sremac" - Skopje. In the creation of the theoretical foundations of the research, for the interpretation of the obtained results and the comparison with the results of other researches, the methods of theoretical analysis, comparison and description will be used. The research is retrograde, which is why as a technique, in this research, documentation analysis will be used, with the previously applied scaling technique. The research will be carried out with an insight into the personal file of the students, based on already performed assessments.

The results of this research will contribute to determining the frequency of speech-language disorders among students with intellectual disabilities, but will also serve as a basis and incentive for future research. They should also be useful for the development and advancement of theory and practice, the quality of life of students with intellectual disabilities and their greater involvement in all aspects of social life.

Key words: intellectual disability, etiology, speech-language disorders, students

## СОДРЖИНА

Вовед .....	6
I. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ.....	7
1. Интелектуална попреченост .....	7
1.1. Поим и дефинирање на интелектуалната попреченост.....	7
1.2. Класификација на интелектуалната попреченост.....	11
1.2.1. Современа класификација на лицата со пречки во развојот на училишна возраст ....	11
1.3. Карактеристики на лицата со интелектуална попреченост .....	12
1.4. Карактеристики на говорот кај лицата со интелектуална попреченост .....	14
1.5. Етиологија на интелектуалната попреченост.....	16
2. Говор и јазик.....	18
2.1. Развој на говорот и јазикот .....	19
2.2. Говорно-јазични нарушувања.....	22
2.2.1. Алалија.....	24
2.2.2. Нарушување на експресивниот говор.....	27
2.2.3. Нарушување на рецептивниот говор .....	27
2.2.4. Дисфазија.....	28
2.2.5. Дислалија .....	31
2.3. Класификација на говорно-јазичните нарушувања.....	32
II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....	34
1. Предмет на истражување .....	35
2. Цел и карактер на истражувањето.....	35
3. Задачи на истражувањето.....	36

4. Хипотези .....	37
5. Варијабли .....	38
6. Методи, техники и инструменти на истражување.....	38
6.1. Популација и примерок.....	37
7. Статистичка обработка на податоците .....	37
8. Организација и тек на истражувањето.....	38
III. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО.....	38
IV. ВЕРИФИКАЦИЈА НА ХИПОТЕЗИ И ДИСКУСИЈА .....	59
V. ЗАКЛУЧОК .....	65
VI. ПРЕПОРАКИ .....	68
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА.....	75

## Вовед

Говорот и јазикот се средства со кои луѓето комуницираат и споделуваат мисли и идеи. Тоа е заеднички код што луѓето го споделуваат и разбираат во рамки на една заедница, а кој децата го учат преку социјалните интеракции (Кумин, 2003). Еден од факторите за квалитетен живот на детето е способноста за комуникација. Јазикот е дел од сите аспекти на неговиот живот, неговата егзистенција, помош при изразувањето на сопствените чувства и потреби, како и начин на поврзување со другите. Тој се состои од пет системи кои вклучуваат гласови, значење, граматика и форми на зборови, како и социјална употреба на јазикот (Apel, Masterson, 2004).

Употребата на јазикот се состои од примање и испраќање пораки. Примањето е разбирање на говорните пораки и се нарекува рецептивен говор, а испраќањето на говорните пораки се нарекуваат експресивен говор. При процесот на усвојување на говорот треба да се согледа звукот, да се произведе звук и да се поврзат и двата дела (Doore, Kuhl, 1999).

Перцепцијата на говорот започнува на многу рана возраст, кога детето е во утробата на мајката, но производството на говор започнува со гугање и брборење кај доенчињата. На децата им требаат неколку години за да станат течни говорители. Говорот е примарен клуч што го користат децата на возраст од 2-3 години за да ги изразат своите мисли, потреби, чувства, како и во креирањето и одржувањето на општествените односи. Додека растат, децата ја совладуваат оваа вештина со која можат да интервенираат во сложени когнитивни задачи на повисоко ниво (Nittrouer, Smith, 2005).

Комуникацијата е отежната кај децата со интелектуална попреченост (Goswami, Scott, 2002). Иако говорот на интелектуално попречените деца ги следи развојните фази на нормалниот говорно-јазичен развој со многу споро темпо и низа на специфичности, сепак по својата структура одговара на пониските говорни стандарди (Tallal, Gaab, 1985).

Корисно е да се истражи видот на говорно-јазично нарушување кај овие ученици што ќе помогне во развивањето на прилагодени терапии за нивна рехабилитација. Нарушувањето на говорот и јазикот е едно од главните особини кои, доколку не се третираат навремено, можат да имаат долготрајно негативно влијание врз развојот на детето.

Во оваа студија, го испитавме видот на говорно-јазично нарушување кај учениците со интелектуална попреченост со различна етиологија со цел да се утврди зачестеноста на говорно-јазичното нарушување кај овие ученици. Утврдувањето на точната распространетост на нарушувања на говорот и јазикот може да биде многу тешка задача поради нејасната терминологија, методолошките разлики во студиите, различните мислења на авторите за тоа што претставува нормален и абнормален развој на јазикот, итн.

# I. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕ

## 1. Интелектуална попреченост

### 1.1. Поим и дефинирање на интелектуалната попреченост

Најраспространетата и најприфатлива дефиниција за интелектуалната попреченост е дефиницијата што ја дава Светската здравствена организација – СЗО: Интелектуална попреченост е состојба на запрен и нецелосен психички развој кој особено се карактеризира со нарушување на сите оние способности кои се јавуваат во текот на развојниот период и кои влијаат на општото ниво на интелигенцијата, како што се когнитивните, говорните, моторните и социјалните способности (ICD-10, 1992).

Според развиената дефиниција на Американската асоцијација за интелектуална попреченост од 1973 година, се потенцира: Интелектуална попреченост е функционирање на пониско интелектуално ниво од просечната популација која се јавува за време на развојниот период, а е поврзана со лошо адаптивно однесување (AAMD, 1973).

Во DSM-5 (2), сериозноста на интелектуалната попреченост се мери со споредување на функционалната способност со нормите кои одговараат на возраста. Тоа вклучува оштетување на општите ментални способности во три домени, првиот е концептуален домен (јазик, читање, пишување, расудување, математика, меморија и знаење), вториот е социјален домен кој вклучува недостаток на вештини за интерперсонална комуникација, пријателство, социјални проценки и емпатија. Третиот практичен домен вклучува дефицит во личната нега, одговорности, управување со пари, работни обврски и организирање во рамки на училиштето и зададените задачи (American Psychiatric Association, 2013).

Постојат пет основни критериуми кои се користат за дефинирање на оваа состојба. Три од петте критериуми се вклучени во речиси секоја дефиниција, додека другите два се присутни во повеќето, но не во сите дефиниции (Jakulik, 1993).

Првиот и основен критериум што е присутен во сите дефиниции е оној според кој интелектуалната попреченост се јавува во развојниот период. Многу автори го ограничуваат периодот на развој на осумнаесеттата година од животот, но има и такви кои се придржуваат на мислењето дека тој завршува на шеснаесет години (Patel et al., 2016).

Иако ова е еден од најважните параметри, треба да се напомене дека тој сам не може соодветно да ја утврди интелектуалната попреченост бидејќи има цела низа болести и



состојби кои се јавуваат во овој период од животот, даваат слична клиничка слика, имаат хроничен карактер и слични последици. Интелектуалната попреченост и менталната болест се многу различни. Менталната болест е болест на емоциите, болест на психата, и интелектот функционира на нормално ниво. Интелектуалната попреченост не е болест туку состојба, а примарен дефицит е интелектот, иако кај една таква личност можат да бидат засегнати многу психолошки функции, па дури и емоции. Почетокот на интелектуалната попреченост е секогаш во развојниот период, додека психијатриската болест има подоцнежн почеток и дијагноза (Dobrev, 1995).

Друг важен критериум за дијагностицирање на интелектуалната попреченост е интелектуалниот дефицит. Според овој критериум, интелектуалната попреченост ја категоризира способноста мерена со IQ-тестови. Податоците поддржуваат модел на интелигенција кој се состои од различни, но поврзани процеси. Лицата со интелектуална попреченост со исто ниво на коефициент на интелигенција имаат различни когнитивни профили, додека пак, ограничувањата во функционирањето и многу биопсихолошки фактори поврзани со интелектуалната попреченост се во поголема корелација со оштетувањата на специфичните когнитивни функции отколку со коефициентот на интелигенција. Тековниот модел на интелигенција, заснован на коефициентот на интелигенција има ограничена примена во рамки на интелектуалната попреченост, со оглед на широкиот опсег и варијабилноста на когнитивните функции и адаптивните способности. Покорисна алтернатива може да биде проценката на нивото на индивидуалните специфични когнитивни функции (Bertelli, Cooper, 2018).

Многу луѓе кои според нивниот коефициент на интелигенција треба да бидат попречени, функционираат апсолутно успешно во границите на нормалното однесување, додека од друга страна, индивидуите кои покажуваат повисок коефициент на интелигенција од границата, не се во можност да функционираат нормално во групата што ги опкружува. Но, и покрај недостатоците на тестовите и одредени отпори и дилеми при дијагностицирање на интелектуалната попреченост, коефициентот на интелигенција е најкористениот објективен критериум (Jakulik, 1993).

Третиот критериум кој е присутен и неопходен во сите дефиниции за интелектуална попреченост е социјалната неадекватност. Според овој критериум, интелектуално попречен

е човек кој не е способен да одговори на барањата на околината. Адаптивното функционирање го сочинуваат концептуални, социјални и практични вештини научени од поединецот за учество во секојдневниот живот и кои се појавуваат во текот на развојниот период (Американско психијатриско здружение, 2013; Светска здравствена организација, 2018; Шалок и сораб., 2021) и се зголемуваат со текот на времето (Tassé et al., 2012, 2016), а обезбедуваат важни информации за способностите на поединецот за разлика од коефициентот на интелигенција кој се верува дека останува релативно стабилен во текот на целиот животен век (Deary, 2014; Schneider et al., 2014; Jenni et al., 2015).

Адаптивните функционални вештини имаат тенденција да бидат поконкретни, на пример, секојдневните животни вештини, и се спроведуваат во секојдневниот живот, додека интелектуалните функционални вештини имаат тенденција да бидат поапстрактни и академски, на пример, расудување и решавање проблеми (Keith et al., 1987; Шалок и сораб., 2021).

Четвртиот критериум, кој се наоѓа во многу дефиниции за интелектуална попреченост, е органската основа на оваа состојба. Околу 25 % од сите случаи на интелектуална попреченост секако имаат микро или макроорганска патолошка основа, додека во останатите 75 % од случаите не може да се докаже никаква органска патолошка основа. Процентот од 25 % од случаите со органска патолошка основа се совпаѓа со процентот на случаи на потешки форми на интелектуална попреченост, што укажува дека лесната интелектуална попреченост е без органска патолошка основа и дека тоа е само квантитативно отстапување од нормалата во континуитетот на интелектуалните способности на луѓето. Додека пак, умерените и тешки случаи на интелектуална попреченост се предизвикани од патолошки органски промени во централниот нервен систем и квалитативно се разликуваат од нормалната популација, а не само квантитативно (APA, 2013).

Петтиот критериум за дефинирање на интелектуалната попреченост е неизлечивоста на состојбата. Овој критериум е поврзан со претходната, органска основа на интелектуалната попреченост, и се смета дека е присутен во сите форми, освен во лесната интелектуална попреченост. Што се однесува до лесно интелектуално попречените лица, нивниот коефициент на интелигенција не може многу да се зголеми со лекување, но тие можат да станат социјално прилагодливи, целосно да се вклопат во околината и да бидат

максимално социјално и професионално рехабилитирани, што значи дека на некој начин можат да се подобрат, односно до одреден степен можат да изгубат одредени карактеристики, кои ги класифицираат овие лица во групата на интелектуално попречени лица.

## **1.2. Класификација на интелектуалната попреченост**

Класификацијата на интелектуалната попреченост е присутна откако е познат овој феномен. Според класификацијата која е предложена од страна на Светската здравствена организација, интелектуалната попреченост се дели на следните поткатегории:

- лесна интелектуална попреченост: 50-69 IQ;
- умерена интелектуална попреченост: 35-49 IQ;
- тешка интелектуална попреченост: 21-34 IQ;
- длабока интелектуална попреченост: под 20 IQ.

Во оваа класификација СЗО ја вбројува и категоријата: друга интелектуална попреченост. Оваа категорија се употребува тогаш кога е тешко да се процени степенот на интелектуална попреченост со вообичаените процедури, поради здружените сензорни или телесни оштетувања, како на пример, слепи, глувонеме, физички хендикепирани, итн.

Исто така ја имаме и категоријата на неспецифична интелектуална попреченост, т.е. се карактеризира со присуство на интелектуална попреченост со недоволно информации кои се неопходни лицето да се класифицира во горенаведените категории.

### **1.2.1. Современа класификација на лицата со пречки во развојот на училишна возраст**

Според IDEA – Individuals with Disabilities Education Act / Акт за образование на лица со пречки во развојот (2004), учениците со пречки во развојот можат да се поделат во две големи групи, и тоа:

1. Ученици со пречки во развојот со висок степен на инциденција:
  - говорни и јазични нарушувања;
  - тешкотии во учењето;
  - емоционална неурамнотеженост;
  - лесна интелектуална попреченост.
2. Ученици со пречки во развојот со низок степен на инциденција:
  - нарушувања на слухот;
  - ортопедски нарушувања;
  - нарушувања на видот, вклучувајќи и слепило;
  - глувост / слепило;
  - глувост;
  - други здравствени нарушувања;
  - застоен развој;
  - трауматски повреди на мозокот;
  - аутистичен спектар на нарушување;
  - умерена и тешка интелектуална попреченост;
  - комбинирани пречки.

### **1.3. Карактеристики на лицата со интелектуална попреченост**

➤ Лесна интелектуална попреченост – интелигенција помеѓу 50-69 IQ

Околу 85 % од луѓето со IQ под 70 се класифицирани како луѓе со лесна интелектуална попреченост. Овие луѓе одговараат на менталната возраст од 9 до 12 години. Тоа обично се препознава при запишување на училиште или кога се јавуваат потешкотии при совладување на училишниот материјал и токму овој постојан неуспех во учењето ги издвојува овие деца од нивните врстници.

Луѓето со лесна интелектуална попреченост побавно минуваат низ фазите на когнитивниот развој и остануваат во фазата на конкретни операции во размислувањето, не го достигнуваат нивото на формални операции кои се карактеризираат со апстракција во размислувањето. И покрај тешкотиите во учењето, лесно интелектуално попречените луѓе можат да се образоваат, можат да ги совладаат основните академски вештини – читање,

пишување, и основните аритметички операции. Тие се способни да ги стекнат академските вештини предвидени за ученици до шесто одделение од основно образование. Кога ќе пораснат, тие се способни да вршат едноставни работи во заштитните работилници, иако обично им треба помош кога се справуваат со проблеми од финансиска природа и социјално функционирање. Исто така, стапуваат во брак и имаат свои деца. Околу 1 % од овие луѓе се институционализирани, обично во адолесценцијата, поради проблеми во однесувањето. Најголемиот број на лесно интелектуално попречените лица не покажуваат знаци на патологија на мозокот и припаѓаат на семејства со ниско формално образование, ниска психометриски измерена интелигенција и понизок социо-економски статус (Ајдински, 2000).

➤ Умерена интелектуална попреченост – интелигенција помеѓу 35-49 IQ

Околу 10 % од луѓето со коефициент на интелигенција од/под 70 се класифицирани како умерено интелектуално попречени, при што оштетувањето на мозокот и другите патологии се чести. Умерено интелектуално попречените луѓе можат да имаат физички дефекти и невролошки дисфункции кои се видливи во недостатокот на фина моторика, како фаќање или боене во линии, и груби моторни вештини, како што се трчање и качување. Тие одговараат на менталната возраст на дете од 6 до 9 години. Тие стигнуваат до фаза на конкретни операции во мислата или се на пат кон тоа. Овие лица обично посетуваат специјални училишта или часови каде што повеќе внимание се посветува на учењето на грижата за себе, а помалку на академските достигнувања. Умерено интелектуално попречените луѓе обично не напредуваат во нивните академски постигнувања надвор од барањата кои соодветствуваат на програмата од второ одделение од основното образование и тие ги прифаќаат овие барања дури во подоцнежното детство или зрелоста. Многу такви лица се институционализирани. Нивната попреченост најчесто се открива во раното детство поради лошата сензомоторна координација и бавноста во развојот на вербалните и социјалните вештини. За разлика од лесно интелектуално попречените, умерено интелектуално попречените лица се сретнуваат во сите социо-економски групи (Андреев, 1994).

➤ Тешка интелектуална попреченост – интелигенција помеѓу 21-34 IQ

Од луѓето со IQ помал од 70, околу 3 до 4 % спаѓаат во категоријата на тешка интелектуална попреченост. Таквите лица најчесто имаат вродени физички абнормалности

и органска сензомоторна контрола. Генетските нарушувања и оштетувања, како што е недостатокот на кислород за време на породувањето, се дел од најголем број случаи на овој степен на интелектуална попреченост. Интелектуалната попреченост од овој степен е јасно видлива веднаш по раѓањето. Таквите личности достигнуваат ментална возраст налик на дете од 3 до 6 години, односно ја достигнуваат фазата на предоперативниот период во развојот на размислувањето. Говорот, комуникацијата и моторичките вештини се развиваат бавно и само делумно. За таквите деца да зборуваат и да научат да се грижат за себе, потребна е подолготрајна обука. Повеќето од таквите лица се институционализирани и имаат потреба од постојана помош и надзор. Кога ќе пораснат, тие се вклучени во мал број самостојни активности и многу често се незаинтересирани, пасивни поради сериозното оштетување на мозокот, а настаните во нивниот живот им даваат многу мала стимулација (Ајдински, Кескинова, 2016).

➤ Длабока интелектуална попреченост – интелигенција под 20 IQ

Еден до два проценти од интелектуално попречените лица се класифицирани во групата на исклучително тешка интелектуална попреченост. Менталната возраст што овие луѓе можат да ја достигнат е под 3 години. Тие ја достигнуваат само сензомоторната фаза на когнитивниот развој. Тие имаат сериозни ограничувања во комуникацијата и мобилноста, и имаат потреба од целосен надзор, грижа и внимание во текот на нивниот живот. Многу такви луѓе имаат големи физички деформитети и невролошки оштетувања и не можат да се грижат за себе. Кај екстремно тешко интелектуално попречените лица, високиот степен на смртност се јавува во детството (Carr, 2016).

#### **1.4. Карактеристики на говорот кај лицата со интелектуална попреченост**

Говорот кај лицата со интелектуална попреченост е недоволно развиен или сосема неразвиен во однос на функционалното обликување на гласот, зборовите и речениците. Основниот глас, модулацијата, темпото и ритмот на говорот се под очекуваното ниво како во однос на календарската, така во однос и на менталната возраст во споредба со општата

популација.

Одредени отстапувања се забележуваат во предлингвалната фаза во гугањето и брборезето каде што недостасува динамика и разновидност на гласовите, а интонацијата е стереотипна. Првите зборови се усвојуваат со навршување на две-три години, а кај децата со тешка и длабока интелектуална попреченост и многу подоцна или воопшто нема да се појават (Добрев, 1998).

Интелектуално попреченото дете уште во раниот развој е неспособно во доволна мера да се насочи кон звуците, шумовите и гласовите на лицата и предметите што го опкружуваат, не ги следи и забележува промените кои го опкружуваат, па затоа не е невообичаено што подоцна не знае да ги „слушне“ вербалните пораки иако во одредена ситуација се упатени кон него. Кај овие деца постои недостаток на врски меѓу свеста и говорната реализација, т.е. меѓу свеста на детето за некоја потреба или желба којашто сака да ѝ ја соопшти на својата околина и можноста тоа говорно да го реализира, така што околината ќе го разбере. Тој проблем создава тешкотии во остварувањето на полновердна комуникација (Филипова, 2013).

Се забележуваат недостатоци во експресивниот говор. Тука се вклучени пречки во артикулацијата. Најраспространети се разните видови дислалии (сигматизам, ротацизам), ринологии, пелтечење, итн. Нивото на развој на фонематскиот слух и на моториката на говорните органи е во корелација со развојот на артикулацијата. Слабиот развој на фонематскиот слух и слабата моторика на говорните органи вршат меѓусебно влијание и заемно делуваат на овој аспект на говорната активност. Говорот на детето со интелектуална попреченост е монотон и аграматичен, интонацијата избобилува со неправилни нагласувања, непотребни паузи, и слично, што се должи на недоволно разбирање на смислата на она за што се зборува. Речникот со којшто располагаат е сиромашен, недоволниот лексички фонд не дозволува соодветно да ги изразат своите мисли, а истовремено го отежнува разбирањето на соговорникот. Во говорните ситуации често употребуваат многу воопштени, нејасни, неопределени и неприлагодени зборови.

Во однос на рецептивниот говор, и покрај тоа што го разбираат значењето на зборовите, не ги употребуваат во својот активен говор што истиот го прави сиромашен и неразбирлив. Тука можат да се потенцираат различните видови алалии, афазии, дизартрии, итн.

Ретко употребуваат прилози, предлози и сврзници иако ги разбираат во говорниот контекст на соговорникот. Доста доцна ги совладуваат и ретко ги употребуваат граматичките структури во текот на говорната активност. Речениците најчесто се составени од еден или два збора, или пак се нецелосни, што ги прави разбирливи само во конкретен контекст.

Ситуацискиот говор кој најчесто има форма на дијалог, кај овие деца се одликува со неразвиеност и примитивизам. Детето ретко иницира дијалог заради интерес за случувањата во околината освен ако не е за задоволување на сопствените потреби. Доколку се наоѓа во ситуација на дијалог се јавува застој и несоодветен тек затоа што тешко го разбира значењето на говорот на соговорникот, а уште потешко ги мобилизира стекнатите знаења во конкретната говорна ситуација.

Робертс и соработниците ги документирале следните карактеристики на говорот на возрастите со Даунов синдром: намалување на кластерот на согласки; изоставување на крајната согласка; ненагласено испуштање на слог и тоа најчесто на почеток на повеќесложен збор; замена на согласки, на пример, фрикативен глас со пловивен. Грешките во говорот на лицата со Даунов синдром се карактеризираат како неконзистентни (Kent, 2013; Barnes, 2009; Dodd, Thompson, 2001), а забележаните продукциски грешки и тешкотии во артикулацијата главно се јавуваат во фонемите кои обично се стекнуваат во последните фази на нормалниот развој на говорот и јазикот. Ван Борсел ги припишува грешките на доцнење во развојот (van Borsel, 1996).

## **1.5. Етиологија на интелектуалната попреченост**

Етиологијата и причините за интелектуална попреченост се исклучително сложени и во голема мера недокажани, а исто така не можат во потполност да се објаснат факторите коишто довеле до таа состојба.

Егзогените и ендегените (генетски) етиолошки фактори за интелектуалната попреченост се движат помеѓу 17 % и 47,5 % (Moeschler, Shevell, 2006). Од нив 18,6 % до 44,5 % од случаите имаат егзогени причинители, како на пример, изложеност на тератоген фактор или инфекција, додека од 17,4 % до 47,1 % имат генетски причинители (Stevenson et al., 1996; Bunday, 1985; Hunter, 2000).

Причините за појава на интелектуалната попреченост според времето на станување и



според причинителот можат да се поделат во повеќе категории, и тоа:

➤ Генетски причинители кои се причина за интелектуална попреченост во 35 % од случаите и можат да се поделат во две категории (Трајковски, 2008):

- несиндромска (метаболички болести) – 60 %;
- синдромска – 40 %.

Генетските фактори вклучуваат: хромозомски нарушувања, моногенски заболувања, полигенски фактори и митохондријални нарушувања.

➤ Стекнати причинители кои се причина за интелектуална попреченост во 35 % од случаите и можат да се поделат во три категории:

- пренатални (за време на бременоста) – 20 %;
- перинатални (за време на породувањето) – 20 %;
- постнатални (по породувањето) – 60 %.

Причинители кои можат да му наштетат на плодот за време на бременоста се токсемија и неконтролиран дијабетес, малнутриција на мајката, вагинални крвавења, оштетување на папчната врвца, лекови и наркотици, алкохолизам и ексцесивно пушење од страна на мајката, и др.

Од перинаталните причинители кои исто така можат да направат оштетување на плодот, можат да се набројат перинаталната асфиксија и аноксија, недоносеноста, интракранијалното крвавење, белодробната незрелост, несоодветната примена на сила при самиот чин на породување.

За време на постнаталниот период можат да настанат некои проблеми од типот на енцефалопатија како последица на хипербилирубинемија, физичка траума на главата, инфекции кои предизвикуваат енцефалитис и менингитис, ендокрини и васкуларни пореметувања, малнутриција и имунитетна реакција.

## 2. Говор и јазик

Комуникацијата претставува размена на информации кои се важни и со кои влијаеме на луѓето и околината. Таа е основата за усвојување на јазикот и говорот, а е неопходна за интелектуален развој, учење и социјализација.

Без потребата на детето за комуникација со околината, нема развој на јазикот или говорот, и истата се јавува во форма преку која луѓето што го опкружуваат ќе можат да ги разберат неговите потреби и желби, и обратно, детето да ги разбере туѓите говорни пораки. Во првите години од животот, бебињата ненамерно комуницираат со околината: се смеат, гугаат, плачат кога не се чувствуваат добро или се среќни кога им се задоволени потребите. Со развојот на заедничкото внимание и разбирањето дека можат со своето однесување да влијаат на другите луѓе, започнува намерната комуникација со околината, без детето да изговори ниту еден збор (Velički, 2009).

Јазикот можеме да го дефинираме како систем од знаци кои луѓето ги употребуваат во секојдневната комуникација (Skiljan, 1980). Со помош на јазикот ние ги изразуваме нашите емоции, желби, состојби, го пренесуваме нашето искуство и знаење, а со тоа ја обликуваме и развиваме нашата личност.

Скинер (1957) ја предложил теоријата за усвојување на јазикот со која детето ќе го учи јазикот имитирајќи го јазикот на своите родители или старатели преку засилување на успешните искази, а неуспешните да се отфрлуваат и забораваат. Покрај одредени вистини во оваа бихејвиорална теорија, постојат и многу приговори за тоа. Сепак, јазикот се заснова на збир на структури и правила кои не можат да се разработат имитирајќи поединечни искази. Грешките што ги прават децата откриваат дека тие не се едноставно имитирање туку активно разработување и примена на правила (Skinner, 1957).

Чомски (1957) заклучил дека децата имаат вроден ентитет за усвојување јазик. Според оваа теорија, процесот е биолошки детерминиран, односно природната предиспозиција на детето за учење на јазикот се активира со слушање на говорот и мозокот на детето може да го протолкува она што го слуша според основните принципи или структури што веќе ги содржи (Чомски, 1957). Ставот на Чомски поттикнува низа спротивни ставови посебно поради тоа што не ја зема предвид интеракцијата помеѓу децата и нивните родители/старатели во функција на јазикот и поради дефинирањето на јазикот како вродена човечка особина.

За разлика од работата на Чомски, поновите теоретичари ја нагласуваат важноста на јазичниот придонес што децата го добиваат од нивните старатели. Јазикот постои заради комуникација и може да се научи само во контекст на интеракцијата со луѓе, смета Брунер. Според него, јазичното однесување на возрастите кога разговараат со децата е специјално прилагодено за поддршка на процесот на стекнување на јазикот (Bruner, 1961).

Швајцарскиот психолог Жан Пјаже го става усвојувањето на јазикот во контекст на когнитивниот развој на детето. Тој тврди дека детето мора да го разбере концептот пред да може да ја стекне конкретната јазична форма која ја изразува тој концепт (Piaget, 1923).

Јазикот е составен од артикулирани знаци (симболи) кои овозможуваат обликување на мисловните и душевните содржини (естетика и културна функција) и нивно разбирање и пренесување во облик на смисловни пораки (комуникациска функција) (Филипова, 2013).

Јазикот и говорот се меѓусебно поврзани и меѓусебно зависни процеси, при што јазикот претставува комплексен систем на објективни знаци кои се користат за интерперсонална комуникација, а говорот за конкретна имплементација на тој систем.

Јазикот е изразито човечка форма на комуникација што ги врзува човечките општествени групи. Користи произволни, но општествено договорени сигнали (зборови и реченици) во систем управуван од правила за да го пренесе значењето. Јазикот е поделен на рецептивен (способност за разбирање) и експресивен (способност за изразување). Јазикот се состои од меѓусебни потсистеми или компоненти: фонологија (систем на артикулирани звуци), лексикон (вокабулар), синтакса (граматика), семантика (значење) и прагматика (социјални аспекти на јазикот кои ги земаат предвид говорникот и контекстот).

Говорот е израз на јазичниот систем, создаден од сложените и координирани движења на респираторните, ларингеалните, фарингеалните и оралните структури. Говорот исто така се состои од потсистеми: артикулација (говорни звуци), глас, резонанца и флуентност (Casserly, Pisoni, 2010).

Говорот е систем од гласови и гласовни комбинации кои се произведуваат во говорните органи. Секој говорен исказ има одредена интонација, одреден интензитет и траење на изговорените зборови. Исто така, говорот не е само изговор на гласови, тој се карактеризира и со темпо и ритам.

Говорот е едно од најважните средства за социјализација и поттикнување на психичкиот развој во целина. Со помош на говорот детето идентификува, диференцира, ги

организира работите и светот околу себе, го проширува својот свет и надвор од перцептивниот домен. За да се развие говорот, треба да се има добра органска основа, а тоа значи пред сè добар слух, нормална интелигенција, говорна моторика, добра аудитивна перцепција и дискриминација на гласовите (Голубовиќ, 1998).

Говорот преку кој се изразуваме се вика јазик кој може да се дефинира како „општествена творба заедничка за сите членови на иста јазична заедница, а говорот е индивидуална творба на секој поединец“ (Pavličević-Franić, 2005).

## **2.1. Развој на говорот и јазикот**

Развојот на говорот и јазикот е долготраен процес во рамките на кој можат да се издвојат неколку меѓусебно поврзани фази, така што секоја претходна фаза ја условува следната фаза, со што се обезбедува континуиран процес на развој (Dockrell, 2001). Говорно-јазичниот развој може да се подели на две фази: предлингвистичка и лингвистичка.

Предлингвистичка фаза – започнува со раѓањето на детето и го опфаќа периодот од првиот плач на новороденчето до моментот кога започнува да зборува, т.е. до свесна употреба на првиот збор, што во просек се јавува помеѓу десеттиот и дванаесеттиот месец од животот. Овој период се карактеризира со големи промени во способноста за производство на звуци, врз основа на кои се диференцираат неколку развојни фази на артикулација (Shinnar, 1996).

Прва фаза – Основни биолошки шумови: во првите осум недели, новороденчето произведува звуци преку кои се рефлектираат активностите и неговата биолошка состојба. Чувството на глад, болката или непријатноста кои предизвикуваат плачење претставуваат рефлексни шумови.

Втора фаза – Гугање и смеење во период од 8-20 недела: помеѓу шестата и осмата недела од животот, детето почнува да ги произведува првите звуци на „гугање“. Овие звуци се развиваат заедно со плачењето и постепено стануваат сè почести и разновидни. Околу четвртиот месец се појавува првото грлено смеење и гугање. Со потиснување на биолошките звуци, детето почнува да ги произведува звуците содржани во јазичниот систем. Првите зборови се формираат од звуците што детето ги усвојува од говорот на возрасните.

Трета фаза – Гласовна игра во период од 20-30 недела: репродукцијата на гласот е период на производство на постабилни и подолги звуци отколку оние што се појавуваат во

фазата на гугање. Со текот на времето, овие гласови се комбинираат во подолги секвенци кои наликуваат на еден вид „изјави“. Детето почнува да ги имитира гласовите од околината и намерно да произведува звуци на мајчиниот јазик (да-да, ба-ба, та-та...).

Четврта фаза – Баблинг/брборење: ја претставува следната фаза во развојот на говорот, која започнува околу 25-та недела и трае до 50-та недела од животот, а понекогаш и подолго. Во оваа фаза детето користи помал сет на гласови со поголема фреквенција и стабилност, што доведува до производство на секвенци од типот „мамама...“ Карактеристично е тоа што баблингот/брборењето се манифестира дури и по зборувањето; понекогаш трае до осумнаесетиот месец.

Петта фаза – Мелодични искази во период од 9 до 18 месеци: кон крајот на првата година од животот имаме варијации во мелодијата, ритамот и тонот на гласот. Повеќето експерти се согласуваат дека првите зборови со значење се формираат помеѓу 10-тиот и 18-тиот месец од животот на детето. Првиот изговорен збор е и почеток на развојот на активниот вокабулар и семантика (Kuvač, 2007). Обично тоа е именка со која детето ги именува блиските луѓе, на пример, мама, тато, баба.

Лингвистичка фаза – започнува со појавата на првиот збор и трае до целосно совладување на фонологијата, граматиката и синтаксата на дадениот јазик.

Фонолошкиот развој е процес на формирање и производство (изговор) на гласот во даден јазик. Уште во фазата на брборење, детето почнува одредени гласови да ги изговара почисто и постабилно, кои со појавата на мелодичните искази стануваат сè појасни. Фонолошкиот развој се манифестира со зголемување на бројот и видот на изговорените гласови кои детето ги произведува. Зголемување на бројот на изговорените гласови на одреден јазик е и критериум за одредување на темпото и нивото на фонолошкото созревање. Најпрво се усвојуваат самогласките (а, е, и, о, у), а потоа пловивите (п, б, т, д, к, г), назалите (м, н, њ), фрикативите (ф, х), африкативите (џ, ѓ, ќ, ч) и на крајот следи усвојување на други гласови. Повеќето согласки се усвојуваат на возраст од две до пет години од животот. Децата од шест до седум години зборуваат правилно и јасно, т.е. ги артикулираат сите гласови, со можни потешкотии во изговарањето на гласовите р и л (Campbell, 2003).

Може да се каже дека граматиката започнува да се развива со појавата на првите зборови-реченици, како што се: „нема“, „тато“, и слично. Во оваа фаза децата најмногу ги користат именките (околу 60 %) и глаголите (околу 20 %). Реченици од еден збор

најзабележливи се помеѓу 12 и 18 месеци. Иако елементите на граматиката се видливи со појавата на зборот-реченица, според повеќето експерти, „вистинската“ граматика започнува со способноста на детето да поврзе два или повеќе зборови во фрази од типот: „Тато спие.“, „Дај топка!“, што се јавува на околу 18-месечна возраст (Krstić, 2013).

До двегодишна возраст, повеќето деца изговараат реченици од три до четири зборови, кои се комбинираат на многу начини, со што се создава разновидна граматичка конструкција. Децата на таа возраст користат декларативни реченици, прашања и наредби, кои по природа се претежно телеграфски. Кон крајот на третата година исчезнуваат телеграфските структури на реченици, проследени со фаза на целосни реченици. Дете на таа возраст користи заменки, множина, ја користи заменката „јас“, ги разбира предлозите „во“, „на“, „до“. Детските реченици сè повеќе личат на реченици за возрасни. На таа возраст се појавуваат реченици од четири или пет елементи (на пр.: „Дај ми ја мојата кукла сега!“).

Стекнувањето на граматичките елементи обично се смета дека завршува околу петтата година од животот, кога може да се идентификуваат развојни нарушувања на граматичките структури (аграматизам). Сепак, треба да се има предвид дека стекнувањето на посложени граматички конструкции продолжува и во текот на раната училишна возраст.

Шестата година е период во кој детето користи сложени, граматички точни реченици со секакви зборови, ја прераскажува приказната во низа и со детали, ги согледува врските, причините и последиците, има интерес за книги.

Во седмата година детето има добар изговор, усвојува гласовна анализа и синтеза – може да го издвои првиот и последниот глас во зборот, врши делење на зборот на гласови, поврзува гласови во значаен збор, воспоставува врска буква-глас, ги знае буквите и почнува да пишува (Кристал, 1996).

Семантичкиот развој главно се разгледува заедно со развојот на речникот бидејќи појавата и употребата на зборовите е најзабележителен знак за рано усвојување на јазикот во детската возраст. Од моментот на идентификација на првиот збор се очекува рамномерен лексички развој во разбирањето и продукцијата на јазикот. Сепак, разликите помеѓу рецептивниот и експресивниот речник веќе се забележуваат на возраст од 18 месеци кога детето може да продуцира околу 50 зборови, иако разбира петпати повеќе. Помеѓу 19 и 24 месеци, детето користи околу 200 – 250 зборови. Околу третата година доаѓа до импресивно зголемување на обемот и разновидноста на вокабуларот: детето користи 500 – 1 000 зборови,

а на четиригодишна возраст има вокабулар од околу 1 500 зборови. На петгодишна возраст, детето користи помеѓу 1 800 и 2 200 зборови, а на шест-седум години користи од 2 500 до 3 000 зборови.

Проучувањето на семантичкиот развој вклучува многу повеќе од едноставно зголемување на речничкиот фонд. Заедно со зголемувањето на обемот на вокабуларот, со возраста детето го совладува и семантичките односи меѓу зборовите (Милошевиќ, 2011).

На крајот, нагласуваме дека интензивниот семантички развој продолжува во текот на училишната возраст и трае за време на целиот живот на поединецот.

## **2.2. Говорно-јазични нарушувања**

Говорно-јазичното доцнење се однесува на случаи кога развојот на способноста за разбирање и зборување е правилен, но побавен од она што е прифатено како нормално, додека говорно-јазичните нарушувања се однесуваат на случаи кога говорната или јазичната способност отстапуваат од она што се очекува како нормален развој (O’Hare, Bremner, 2016).

Децата на училишна возраст со говорно-јазично доцнење можат да бидат изложени на зголемен ризик од тешкотии во учењето и описменувањето, како на пример, тешкотии со читањето (дислексија) и пишувањето (дисграфија). Овие состојби, исто така, можат да доведат до поголем ризик за неадекватно однесување и психосоцијално приспособување, што може да трае и до зрелоста (Siu, 2015).

Јазичните нарушувања можат да ја вклучат формата (фонологија, морфологија, синтакса), содржината (семантика) и функцијата на јазикот во комуникацијата (прагматика) или во која било комбинација (Wallace, 2015). Нарушувањата во говорот се однесуваат на тешкотиите при формирањето на зборови или гласови, и/или флуентноста и потребите за комуникација со другите. Јазичните и говорните нарушувања можат да постојат сами по себе или комбинирани (Wallace, 2015).

Нарушувањата во развојот на говорот и јазикот се карактеризираат со оштетување на типичните обрасци на усвојување на јазичната структура, што се забележува уште во раните фази на развојот. Кај децата со развојни нарушувања на јазикот и говорот, обично има податоци за доцното прозборување и кога говорот почнува да се развива, има заостанување

во усвојувањето на јазичната структура и постои вербално однесување кое не е карактеристично за децата со типичен јазичен развој.

Јазичното нарушување е перзистентна потешкотија во усвојувањето и употребата на јазикот кое може да се манифестира преку различните модалитети вклучувајќи говорење, пишување, читање, знаковен јазик, и тоа поради дефицит во разбирањето или производството на јазикот (American Psychiatric Association, 2013). Таквите потешкотии можат да траат целиот живот, а симптомите можат да се променат.

Говорно-јазичните нарушувања се чести кај децата, со проценки на преваленцата кои се движат од 3 % до 7 %, во зависност од возраста и дефиницијата (Norbury et al., 2016; Tomblin, Records et al., 1997; Weindrich, Jennen-Steinmetz, Laucht, Esser, 2000). Во однос на нивната сериозност и распространетост, треба да се земе предвид дека тие најчесто се појавуваат со нарушување на хиперактивноста со дефицит на внимание (АДХД) или нарушување на спектарот на аутизам (Бишоп, 2010).

Јазичните нарушувања според времето на нивното настанување се поделени на развојни и стекнати јазични нарушувања. Развојни се оние коишто настанале пред почетокот на развојот на јазикот (од раѓањето до првата година), а стекнатите јазични нарушувања почнуваат по појавата на јазикот од 3-12 година. Децата со развојни јазични нарушувања имаат потешкотии во разбирањето, изразувањето и употребата на јазикот во фонолошка, семантичка, синтаксичка и прагматичка област.

### **2.2.1. Алалија**

Терминот алалија означува недостаток на говор кај деца коишто слушаат, односно неспособност за спонтан говорен развој и покрај постоењето на слухот. Несомнено, ова говорно нарушување е меѓу најтешките бидејќи се нарушени општествените и социјалните односи на личноста и тоа во многу голема мера, особено се нарушени воспитувањето, образованието и оспособувањето за живот.

По дефиниција, алалија е нарушување на говорот на детето кое се карактеризира со неуспех да зборува. Овој термин значи не само дека детето не зборува, туку и дека не го разбира говорот на другите. Може да се дијагностицира веќе на возраст од 18 месеци. Можеме да забележиме алалија кај детето кога тоа воопшто не користи говор и не го разбира говорот на околината, или делумно го разбира говорот на околината, или развива



сопствен говор што е неразбирлив за другите. Детето изгледа незаинтересирано за комуникација, срамежливо, повлечено и плашливо. Начинот на комуникација на алаличните деца со околината се постигнува преку гестови и мимики, но сето тоа е многу ограничено и сведено на мал број знаци за укажување на потребите, предметите и дејството на луѓето од непосредната околина.

Постојат два вида алалија: сензорна (импресивна, рецептивна, аферентна) и моторна (експресивна, еферентна). Кога под дејство на логопедски третман ќе почне да се развива говорот, алалијата преминува во друг вид на говорно-јазично нарушување, познато како дисфазија (Владисављевиќ, 1987).

#### ➤ Сензорна алалија

Сензорна алалија е говорно нарушување во кое слухот е зачуван и детето може да слуша звуци од околината. Кај оваа форма на алалија, нарушен е фонематскиот слух, па детето не може да формира и репродуцира звуци и зборови. Децата со сензорна алалија ниту зборуваат ниту го разбираат говорот. Овие деца имаат слабо аудитивно внимание и меморија. Моторните вештини се нормално развиени.

Ова нарушување на говорот може да се манифестира во неколку варијанти:

1. целосно отсуство на рецептивен и експресивен говор;
2. можат да се изговараат самогласки, а во некои случаи и деформирани зборови кои се мешаат и се заменуваат со зборови слични по звучност (повторно деформирани);
3. одредени слогови можат постојано да се повторуваат при изговорот, дури и зборови, но детето не го разбира нивното значење.

Децата со сензорна алалија понекогаш создаваат некој свој начин на вокализација, потполно неразбирлив за околината, освен за мајката. Таквиот говор се нарекува идеоглосен говор, а се претпоставува дека настанува врз основа на акустичните сигнали од надворешната средина, кои сепак низ слушните канали го наоѓаат својот пат до говорното подрачје во свеста на детето (Филипова, 2013).

#### ➤ Моторна алалија

Моторна алалија претставува немомент при која детето не е способно да комуницира со околината. Настанува како резултат на оштетување на централниот нервен систем, т.е. на Брокината зона која е одговорна за артикулација на говор. Повеќето од децата со моторна алалија имаат зачуван фонематски слух, така што го разбираат говорот на околината,

реагираат позитивно на извршување на говорните наредби и имаат сопствен изграден внатрешен говор на ниво на проста или проширена реченица. Кога зборуваме за експресивен говор на овие деца, односно говорот што го произведуваат, тогаш тие комуницираат со помош на природни гестови или со неколку двосложни слогови кои се повторуваат (Ripamonti, Frustaci, 2018).

Недостатокот на вербална комуникација понатаму, често доведува до изостанување во психолошкиот, социо-емоционалниот развој на детето во однос на неговите врстници. Моторната алалија е исто така често придружена со тромост, несмасност при одење, облекување и слични активности кои бараат координација на движењата на рацете и нозете. Во клиничката пракса, најчесто има комбинирани нарушувања со едната или другата форма на алалија.

#### ➤ Моторно-сензорна алалија

Моторно-сензорната алалија е нарушување на говорот каде се изразуваат симптомите на сензорната и моторна алалија. Тука причината е оштетување на говорните области Вернике и Брока во кората на мозокот (Fridriksson, Fillmore, 2015). Јазичната област во мозокот се наоѓа во доминантната хемисфера. Овие структури ја вклучуваат областа Вернике, областа Брока и аркус фасцикулус (Chang, 2015). Областа Вернике се наоѓа на задниот крај на горниот темпорален гирус. Неговата функција е да обработува визуелни и аудитивни информации, а претставува центар за разбирање и планирање на зборовите. Областа Брока се наоѓа во долната фронтална област и е центар за моторно извршување на говорот и формирање на реченици (Ochfeld et al., 2010). Аркус фасцикулус е нервната патека што ја поврзува областа Вернике со областа Брока.

Главните карактеристики на клиничката слика се:

- тие не ја разбираат говорната порака и не можат да комуницираат на кој било друг начин во нивната околина;
- говорот што го слушаат околу нив е како шум, од кој не се способни да разликуваат поединечни гласови и слогови, ниту да го разберат значењето на вербалната порака;
- децата не зборуваат или не зборуваат доволно за нивната возраст;
- нивната фрустрација и однесување произлегуваат од неможноста за комуникација;
- многу од овие деца покажуваат постојан немир, зголемена агресивност, деконцентрација и слабеење на интересот за говор;

- или го разбираат говорот на средината во која живеат, но имаат недостатоци во изразниот говор (Голубовиќ, 2013).

### **2.2.2. Нарушување на експресивниот говор**

Експресивната форма на говорно-јазичното нарушување е нарушување во развојот во кој способноста на детето да користи експресивен јазик е значително под очекуваното ниво за неговата ментална возраст, додека разбирањето на говорот е во согласност со возраста.

Знаци на експресивно нарушување на говорот и јазикот се отсуство на способност за продукција на зборови или нивни замени до втората година и неможност за формирање реченици од два збора до третата година. Децата со нарушување во експресивниот говор имаат ограничен развој на вокабуларот, тие генерално користат мал број општи зборови во својот говор. Тие имаат многу ограничена моќ на говор и намалена флуентност. За својата возраст тие се изразуваат со незрела синтаксичка конструкција, со изоставување или неправилна употреба на предлози, прилози, заменки и времиња. Се забележуваат потешкотии во редоследот на прераскажување на настаните. Употребата на невербални знаци, како на пример, насмевка и гест, внатрешен јазик (одразен преку имагинативна игра) и способноста за социјална комуникација, генерално се развиваат непречено кај децата со овој тип на јазично нарушување. Со други зборови, таквите деца имаат потреба да комуницираат со други луѓе, и покрај оштетувањето на говорот.

Недостатокот од говор најчесто го компензираат со гестови, мимики или невербална вокализација. Кај децата на училишна возраст можат да се манифестираат потешкотии во односите со врсниците, емоционални нарушувања, проблеми во однесувањето и/или хиперактивност, како и недостаток на внимание (Bishop, 2014).

### **2.2.3. Нарушување на рецептивниот говор**

Овој облик на специфично јазично нарушување ги опфаќа децата кај кои способноста да се разбере говорот е под очекуваното ниво за возраста. Сомнителни знаци на рецептивното нарушување на говорот се неспособноста на детето да одговори на неговото име (без употреба на невербални знаци) до првиот роденден, да идентификува барем неколку предмети на возраст од 18 месеци и да изведува едноставни вербални наредби на

двегодишна возраст. Во подоцнежната возраст се забележува неможност за разбирање на граматичките структури (декларативни форми, прашања, споредби), препознавање на тонот на гласот, разбирање на гестови и изрази на лицето.

Иако рецептивното нарушување на говорот се карактеризира со нарушена способност за разбирање на јазикот, поголемиот дел од децата со ова нарушување заостануваат и во јазичната продукција, како и во продукцијата на гласови. Ова говорно-јазично нарушување често е придружено со социо-емоционални нарушувања и нарушувања во однесувањето. Хиперактивноста и слабото внимание, изолацијата од врсниците, анксиозноста, чувствителноста и прекумерната срамежливост релативно често се забележуваат кај децата со ова јазично нарушување.

Децата со најтежок степен на рецептивно говорно оштетување можат да доцнат во општествениот развој, да повторуваат зборови или реченици што не ги разбираат и да покажат послаб интерес, но сепак покажуваат нормален социјален реципроцитет и фантазија во играта, речиси нормална употреба на гестови или само благо оштетување на невербалната комуникација (Laurene, 2000).

#### **2.2.4. Дисфазија**

Дисфазија е говорно и јазично нарушување во кое разбирањето на говорот и развојот на говорот на детето е под неговата ментална и хронолошка возраст. Се карактеризира со сериозно, специфично оштетување на јазикот, со присутни фонолошки и синтаксички нарушувања на изразниот јазик и перцептивен дефицит (Billard, 1996).

Одредените специфични лингвистички симптоми се посебни за секое дете со дисфазија, што ги објаснува напорите за класифицирање на различни форми на дисфазија. Дисфазијата може да биде широко поделена на два вида: експресивна дисфазија (влијае на способноста за зборување) и рецептивна дисфазија (влијае на способноста да се разбере говорот). Луѓето со дисфазија обично имаат мешавина од двата типа, иако едниот може да биде поочигледен или потежок од другиот.

Ален и Рапин (1983) дефинирале 4 категории на дисфазија со поттипови кои дозволуваат поконкретна класификација во двата вида дисфазија, експресивна и рецептивна. Во експресивна дисфазија, со карактеристики на недостаток на флуентност на говорот и

разбирање на говорот, спаѓаат: синдромот на синтаксички-фонолошки дефицит, синдромот на фонолошки-прагматски дефицит, вербалната диспраксија и синдромот на лексичко-синтаксички дефицит. Во рецептивната дисфазија ги имаме вербалната аудитивна агнозија и семантичко-прагматскиот синдром (Castano, 2002).

Рецептивната дисфазија се однесува на нарушувањето на способноста за разбирање и изнаоѓање значење на јазикот. Како такви, несаканите ефекти можат да вклучуваат ограничено разбирање на јазикот што се зборува, тешкотии при разбирањето на апстрактни зборови, потешкотии при поставување прашања, слични зборови, отежнато разделување зборови, проблеми со разбирање на реченици кои се долги и сложени.

Експресивна дисфазија, од друга страна, се однесува на лице кое има потешкотии да го користи јазикот за да се изрази. Симптомите можат да вклучуваат мешање зборови, тешкотија да се најдат вистинските зборови при зборување, тешкотија да се опише концептот или идејата со зборови, т.е. вербално, употреба на многу паузи и ставање зборови во погрешен редослед при зборување. Комбинирана дисфазија е кога лицето има тешкотии да се изрази, да зборува и да го разбере јазикот.

Патофизиологијата на дисфазијата е сложена и зависи од возраста. Во превербалната и раната вербална фаза, сериозноста на клиничката слика се определува со патологија на моторната функција (дизартрија, општа и орална диспраксија) и со рецептивна патологија (слушна и аудитивна перцепција). Во вербалниот период, лингвистичките проблеми стануваат поизразени (синтакса, морфологија, семантика и вербална меморија). Различните развојни јазични синдроми стануваат поочигледни со текот на времето. Подоцна овие проблеми се намалуваат, но јазичните нарушувања, кои влијаат на комуникацијата и училишните вештини, остануваат (Njiokiktjien, 1990).

По третата година, кај децата постојат голем број гласови кои не ги изговараат, ги заменуваат со други гласови или неправилно ги изговараат. Зборовите чиешто значење го прифатиле, тешко ги изговараат, ги заменуваат слоговите, ги изговараат само почетните или само последните слогови. Како резултат на тоа, говорот на овие деца во целина може да биде потежок за разбирање за околината.

Морфолошките и граматичките потешкотии се согледуваат кога ги користат само основните форми на зборови, најчесто употребуваат именки, а потоа глаголи, потешко усвојуваат зборови кои изразуваат апстрактни поими, не прават разлика меѓу родовите,

броевите еднина и множина, ги искажуваат сите дејствија во сегашно и минато време без да користат идно време, а заменките ги усвојуваат многу подоцна. Употребата на прилози, предлози и сврзници претставува посебна тешкотија за децата со дисфазија.

Тешкотии во структурата на реченицата (синтакса): реченицата е елементарна, редоследот на зборовите и формите е неправилен, зборовите се скратуваат со инверзија на гласовите и слоговите, тешко се усвојуваат прашалните и одречните реченици.

Бавен лексички и семантички развој: вокабуларот е недоволен, се забележува забавен развој при согледувањето на значењето на зборовите, значењето на зборовите што означуваат апстрактни јазични категории, како што се сврзници, прилози, предлози, род, лица и глаголки времиња, и исто така кај ваквите деца постојат помал број на јазични асоцијации.

Етиологијата останува непозната и веројатно е мултифакторна. Кај овие деца можеби постои генетски детерминирано развојно нарушување на ограниченото невронско ниво. Кај повеќето лица овој синдром е придружен со други невролошки знаци, кои претежно укажуваат на проблеми со левата церебрална хемисфера, но може да има знаци и од десната церебрална хемисфера, корпус калозум и од системите на аферентните влакна за аудитивна перцепција (Njokiktjien, 1990).

Во анамнестичките податоци за дисфазичните деца се појавуваат пренатални, перинатални и постнатални причинители коишто можат да предизвикаат дисфункција на кортикалните и супкортикалните структури, како и на другите патишта на инервација одговорни за перцепција (разбирање) и производство на говор (Billard, 1996). Во пренатални причинители спаѓаат: заразни болести на мајката, токсично труење, Rh-некомпатибилност, итн. Како перинатални причинители се наведуваат: интракранијално крвање, асфиксија и аноксија, а постнатални се: хипербилирубинемија, енцефалитис и менингитис, епилептични напади, фебрилни конвулзии, итн.

Дијагнозата и третманот треба да бидат извршени од искусен тим, чија стручност треба да навлезе во доменот на училишниот образовен систем. Навремено спроведениот третман на децата со развојна дисфазија е важен за спречување на последователни нарушувања во учењето, како и во однесувањето. Дисфазичните деца имаат потешкотии во совладувањето на делот читање и пишување што може во голема мера да влијае на социо-професионалниот исход.

### 2.2.5. Дислалија

Терминот дислалија означува патолошка артикулација (неправилна положба на артикулаторите) што резултира со нетипичен глас во акустичниот домен, т.е. неправилен фонетски изговор.

Според дефиницијата на Светската здравствена организација, дислалијата е дефинирана како специфично нарушување на артикулацијата и користењето на говорните гласови од страна на детето и е под очекуваното ниво за неговата ментална возраст со нормално ниво на јазични способности (СЗО, 2008). Владисављевиќ (1981) го изедначува пореметувањето на артикулацијата со дислалија: „Артикулаторното нарушување или дислалија, претставува неправилност во изговорот на одделни гласови.“ Постојат три основни категории:

1. дисторзија – разни типични и атипични оштетувања на одделните изговорени гласови;

2. супституција – замена на неразвиените гласови со глас кој веќе постои;

3. омисија – недостаток на некои гласови.

Адицијата, додавањето на гласови или слогови во дадениот збор, како и нивна инверзија (метатеза), не спаѓа во дислалија. Дислалијата се однесува исклучиво на фонемата и нејзините оштетувања. Тие не ја попречуваат структурата на зборот. Пореметувањата кои ја менуваат структурата на зборот, како што се адиција, инверзија, спаѓаат во јазични пореметувања. Пореметувањето на реченицата и следот на речениците, редовно пратен со дислалија е пореметување кое се нарекува задоцнет говорен развој (Филипова, 2013).

Дислалијата според причинителот ја делиме на органска и функционална. Под органска дислалија се подразбира пореметување на артикулаторните органи, како на пример, краток јазик, слабо подвижен, голем или задебелен јазик, ортодонтски проблем на вилицата и забите, расцепи на непце, усни и вилица и други малформации на јазикот и вилицата. Функционалната дислалија настанува поради несоодветно функционирање на артикулаторните органи без докази за нивно органско оштетување или повреда. Функционалната дислалија се дели на: фонетски и фонолошки нарушувања. Фонетските нарушувања се измени во артикулацијата на фонемите, без промена во процесите на слушната дискриминација, додека фонолошките нарушувања се измени на перцептивното

и организациско ниво, односно во процесите на слушна дискриминација кои влијаат на механизмите на концептуализирање на гласот (Alonso, 2010).

### 1. Дисторзија на гласовите

Дисторзија на гласовите означува артикулационо-акустичко отстапување за време на изговорот на некој глас или поголем број на гласови од стандардните норми за изговор. Гласовите постојат и се изговараат, но нивниот квалитет не е задоволителен.

- Сигматизам – артикулаторните нарушувања кои се однесуваат на гласот С и на него сличните гласови, се нарекуваат сигматизам. Во типични дисторзии на изговорените гласови се вбројуваат: интердентален сигматизам, латерален сигматизам и назален сигматизам.
- Ротацизам – овој термин се однесува на нарушување во артикулацијата на гласот Р. Дисторзијата на гласот р може да се подели на две основни групи, и тоа според местото на творба, на предни и задни.
- Ламбдацизам – овој термин се однесува на пореметувања на изговорот на гласовите Л и Љ.
- Капацизам и Гамацизам – термини кои означуваат пореметување на гласовите К и Г.
- Тетизам – претставува преминување на безвучните дентални и палатални фрикативи и африкати, како и безвучниот веларен плозив К во безвучниот дентален плозив Т, а звучните дентални и палатални фрикативи и африкати, како и звучниот веларен плозив Г во звучниот дентален плозив Д (Филипова, 2013).

### 2. Супституција на гласови

Супституцијата претставува замена на еден глас со друг глас. Се заменуваат сите гласови кои не можат да се изговорат, а гласот со кој е заменет е некоја друга фонема која веќе е оформена и која правилно се изговара.

### 3. Омисија

Неможноста за изговарање на одделни гласови, кога нивниот нормален развоен период веќе поминал, се нарекува омисија. Кај омисијата во развојниот период, детето не ја познава структурата на зборот ни аудитивно ни изговорно, додека кај омисијата на поголема возраст, детето сосема сигурно го знае гласот кој не може да го формира и кое



место тој го зазема во дадениот збор. Таа е и аудитивен проблем на разликување на квалитетот на гласот внатре во фонемата, а не помеѓу фонемите.

### 2.3. Класификација на говорно-јазичните нарушувања

☞ Класификација на говорно-јазичните нарушувања според Владисављевиќ (1987):

1. Дислалија – нарушување во изговорот на гласовите (артикулација);
2. Дисфонија – нарушување на основниот глас;
3. Алалија – сензорна и експресивна;
4. Развојна дисфазија – патолошки неразвиен говор;
5. Хиперназализација – ринолалија;
6. Дизартрија;
7. Афазија – губиток и дезинтеграција на јазичните, говорните и другите стекнати функции;
8. Пелтечење;
9. Тахифемија – брзоплет патолошки говор;
10. Брадифемија – патолошки спор говор;
11. Аграфија и дисграфија – нарушувања во пишувањето со различна етиологија;
12. Алексија и дислексија;
13. Акалкулија и дискалкулија – нарушување во пресметувањето;
14. Различни комбинации на говорно-јазични нарушувања со различен интензитет.

☞ Класификација на патологијата на вербалната комуникација според Керамитчиевски (1990)

Според овој автор постојат повеќе класификации на патологијата на вербалната комуникација, и тоа: според симптоматологија и според етиологија, како и класификација на патологијата на вербалната комуникација на:

- патологија на говорот;
- патологија на гласот;
- патологија на јазикот;
- патологија на читањето;

- патологија на пишувањето;
- патологија на слухот.

☞ Класификација на менталните нарушувања дадена од страна на Светската здравствена организација (The Classification of Mental Bihavioral Disorders Clinical description and diagnostic guidelines, World Health Organization – Genova, ICD 10, 1992):

F 80 Специфични развојни нарушувања во говорот и јазикот;

F 80.0 Специфично нарушување на говорната артикулација;

F 80.1 Нарушување на експресивниот говор;

F 80.2 Нарушување на рецептивниот говор;

F 80.3 Стекната афазиса со епилепсија (Landau-Kleffner syndrome);

F 80.8 Други нарушувања на говорот и јазикот;

F 80.9 Развојни нарушувања на говорот и јазикот, неспецифицирани.

## **II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО**

### **1. Предмет на истражување**

Учениците со интелектуална попреченост со различни етиолошки фактори имаат нарушувања на говорно-јазичниот развој кои се манифестираат од нарушување на артикулацијата до отсуство на вербална експресија. Поради важноста на темата, но и сложеноста на проблематиката, токму за предмет на ова истражување се говорно-јазичните нарушувања на учениците со интелектуална попреченост.

### **2. Цел и карактер на истражувањето**

Специфичноста на проблематиката сама по себе содржи повеќе цели за кои треба да се направи истражување. Така, првичната и основна цел на истражувањето е да се направи анализа на говорно-јазичните нарушувања кај учениците со различен степен и етиологија на интелектуална попреченост.

Целта на истражувањето е прагматична бидејќи резултатите од истражувањето ќе бидат корисни за развој и унапредување и на теоријата и на праксата, на квалитетот на живот на учениците со интелектуална попреченост и нивна поголема вклученост во сите аспекти на општествено-социјалниот живот. Истражувањето би требало да даде појдовна, односно почетна основа за идните потемелни истражувања на оваа тема, а може да биде и поттик за креирање стратегија за инклузија на децата со истражуваниите попречености, во сите сфери на живеење, а посебно во образованието.

Постојат различни видови на истражувања бидејќи класификацијата може да се направи според нивната цел, длабочината на проучување, видот и периодот на користени податоци, времето потребно за проучување на феноменот, учесниците во истражувањето, начинот на истражување и други карактеристики. Важно е да се напомене дека овој истражувачки проблем не е ограничен на еден карактер на истражување поради комплексноста на темата, и истражувањето може да се дефинира како мултикарактерно

истражување.

Истражувањето е теоретско бидејќи во основа имаме веќе докажана литература, се применуваат сознанијата и резултатите добиени по пат на размислување, но во исто време истражувањето е и емпириско бидејќи користи и дава преглед на емпириските податоци добиени од претходни релевантни истражувања во областа.

Истражувањето е и дескриптивно бидејќи опишува состојби и видови нарушувања на говорот, објаснува можни етиолошки фактори за состојбата и како дополнителна причина е тоа што анализата на податоците ќе овозможи да се даде опис на состојбата и зачестеноста на говорно-јазичното нарушување кај учениците со различен степен на интелектуална попреченост.

Самата тема, предмет и цел на истражување иницираа истражувањето да добие и квалитативен и квантитативен карактер и како што кажува и литературата, голем дел од истражувањата од ваков тип не можат да се поларизираат (Ангелоска-Галевска, 2021). Истражувањето е квалитативно бидејќи користи, споредува и толкува теоретски податоци и информации, а е квантитативно затоа што податоците од анкетните листови за учениците вклучени во истражувањето се анализираат како бројки и преку коефициенти, од кои, пак, потоа се изведени заклучоци.

Истражувањето е објективно затоа што истражувачот користи и анализира реални податоци, без менување и под влијание на личен став. Ова истражување е ретроградно и користи податоци од веќе постоечки досиеја на учениците.

### **3. Задачи на истражувањето**

Целта на истражувањето е конкретизирана низ следните задачи:

- ❖ Да се испита видот на говорно-јазично нарушување кај учениците со интелектуална попреченост.
- ❖ Да се испита дали постои разлика во говорно-јазичните нарушувања во однос на степенот на интелектуална попреченост.
- ❖ Да се испита дали постои поврзаност помеѓу етиолошкиот фактор на интелектуална попреченост и видот на говорно-јазично нарушување.

- ❖ Да се испита дали постои поврзаност помеѓу полот на учениците со интелектуална попреченост и говорно-јазичните нарушувања.
- ❖ Да се утврди дали постои поврзаност меѓу возраста на учениците со интелектуална попреченост и видот на говорно-јазично нарушување.
- ❖ Да се утврди дали присуството на коморбидни состојби е поврзано со говорно-јазичните нарушувања кај учениците со интелектуална попреченост.
- ❖ Да се испита дали вклученоста во логопедски третман е фактор кој е поврзан со говорно-јазичните нарушувања кај учениците со интелектуална попреченост.

#### 4. Хипотези

Од самиот предмет и цел на истражувањето произлегува главната хипотеза според која постои корелација меѓу говорно-јазичното нарушување, степенот на интелектуалната попреченост и етиологијата на интелектуалната попреченост кај учениците со интелектуална попреченост. Од оваа главна хипотеза произлегуваат следните помошни хипотези:

X<sub>1</sub>: Лицата со лесна интелектуална попреченост имаат полесни видови на говорно-јазични нарушувања.

X<sub>2</sub>: Постои позитивна корелација меѓу етиолошкиот фактор на интелектуалната попреченост и видот на говорно-јазично нарушување.

X<sub>3</sub>: Не постои значајна поврзаност помеѓу полот на ученикот и неговото говорно-јазично нарушување.

X<sub>4</sub>: Постои статистички значајна поврзаност меѓу возраста на учениците со интелектуална попреченост и видот на говорно-јазично нарушување.

X<sub>5</sub>: Коморбидните состојби предизвикуваат потешки говорно-јазични нарушувања.

X<sub>6</sub>: Логопедскиот третман не е значајно поврзан со степенот на интелектуална попреченост.

## 5. Варијабли

Варијаблите (променливите) се работи што ги мериме и контролираме во статистиката и истражувањето. Сите студии анализираат променлива која може да опише личност, место, работа, состојба или идеја. Вредноста на променливата може да се менува помеѓу групи или со текот на времето, па затоа истражувачите ги организираат променливите во различни категории, кои најчесто вклучуваат независни и зависни променливи (варијабли).

Независна променлива е единствена карактеристика што другите променливи во истражувањето не можат да ја променат. Во ова истражување се вклучени повеќе независни варијабли, и тоа: возраст,

- пол,
- одделение,
- степен на интелектуална попреченост,
- етиолошки фактори за состојбата,
- присуство на други коморбидни состојби и вклученост во логопедски третмани.

Зависната променлива се потпира и може да се менува од други компоненти, а во нашиот случај тоа е видот на говорно-јазично нарушување на ученикот.

## 6. Методи, техники и инструменти на истражување

Поради важноста на темата, а со оглед дека целите на истражувањето упатуваат на суштинска потреба од комбинација на различни истражувачки методи за да се испитаат различни фактори за видот на говорно-јазично нарушување кај ученикот, научно-истражувачкиот метод на ова истражување е сложен. При изработка на истражувањето беа користени:

### ❖ Метод на анкетање

За да се согледа состојбата кај учениците и да се направи анализа на резултатите, беше креиран анкетен лист за учесниците во истражувањето кој е даден во Прилог 1.

### ❖ Квантитативен и квалитативен метод

Овие два метода беа употребени за спроведување на квантитативни и квалитативни пресметки, и обезбедување на точни, валидни и релевантни податоци за состојбата на

испитаниците.

- ❖ **Метод на компарација**

Овој метод се применува при споредба на добиените одговори и резултати.

- ❖ **Метод на анализа и синтеза**

Методот на анализа се користи за согледување на различни аспекти на проблемот низ целиот труд, а методот на синтеза е користен за сумирање на податоците во резултати.

- ❖ **Метод на докажување е користен за утврдување на точноста на хипотезите.**

- ❖ **Методите на индукција и дедукција се користени при изведување на основните заклучоци од истражувањето.**

Согласно поставените задачи беа применети следните истражувачки техники: анкетање и анализа на документација. Со оглед на тоа што истражувањето е ретроградно, т.е. се врши анализа на веќе направени проценки, како техника, во ова истражување, се користи анализа на документација, а претходно е применета техниката на скалирање.

Истражувањето се спроведе со увид во личните досиеја на учениците, врз веќе извршени проценки. Како истражувачки инструмент се користеше анкетен лист, кој содржи 3 општи демографски податоци за ученикот како пол, возраст и одделение, како и 5 податоци поврзани за состојбата – степен на интелектуална попреченост, вид на говорно-јазично нарушување, етиолошки фактори за состојбата, други коморбидни состојби од кои страда ученикот и вклученост во логопедски третмани.

## **6.1. Популација и примерок**

Истражувањето е спроведено на примерок од 105 ученици. Испитаниците се од различен пол, возраст и одделение, и сите имаат одреден степен на интелектуална попреченост, како и говорно-јазично нарушување, т.е. претходно биле дијагностицирани од страна на логопед. Станува збор за ученици од училиштето ОУРЦ „Д-р Златан Сремец“ – Скопје. Истражувањето беше спроведено во март 2023 година.

## 7. Статистичка обработка на податоците

Анализата на податоците за учениците е изведена врз основа на обработка на податоците со IBM SPSS софтвер – верзија 26. Генерирани се следните тестови: тестови за нормална распореденост на податоците, тестови за корелации и регресији, како и најосновните – дескриптивни статистики. Корелациите беа испитувани преку Spearman's rho (за варијабли со значајни разлики во податоците за учениците). За тестирање на главната хипотеза е користен Paired Samples Test. При тестирањата е користен интервал на доверба од 95 % ( $p = 0,05$ ). Генерираната програмска статистика означена со Sig. е p-вредноста.

## 8. Организација и тек на истражувањето

Истражувањето се одвиваше во три фази, и тоа:

- Подготвителна фаза во која освен планирање на временската рамка во која беше извршена техничка подготовка, беа обезбедени потребните дозволи од страна на директорот на училиштето ОУРЦ „Д-р Златан Сремец“ во Скопје.
- Фаза на реализација во која се спроведе истражувањето.
- Аналитичка фаза во која се интерпретираа добиените резултати.



### III. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

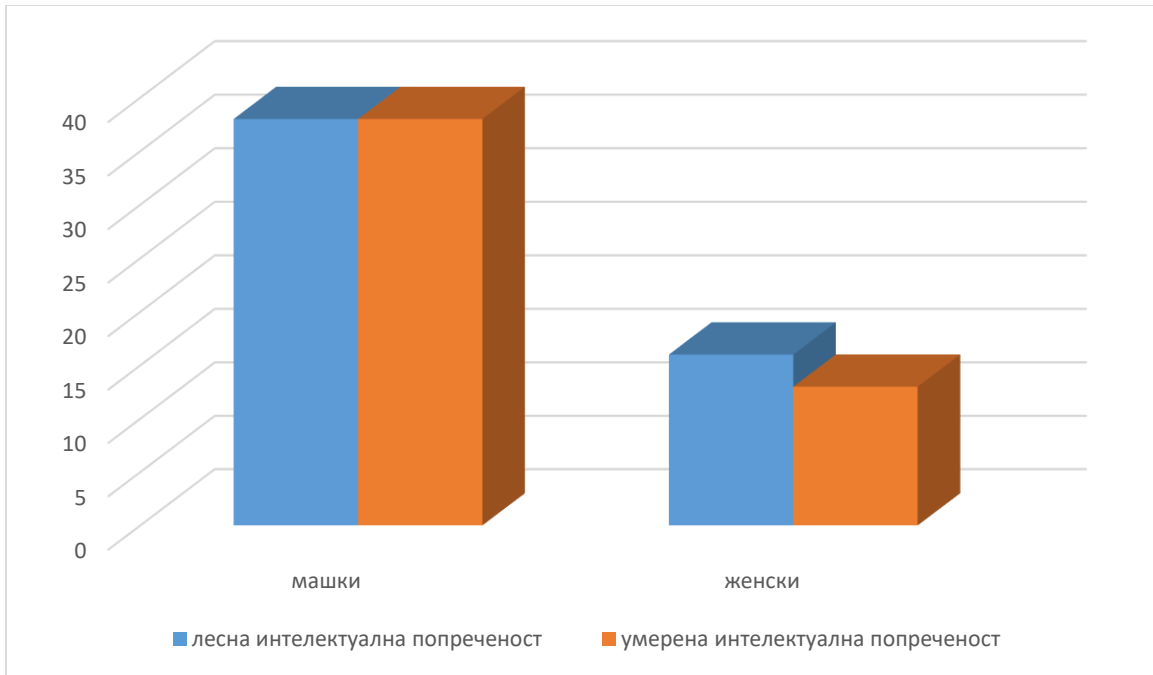
Во истражувањето учествуваа вкупно 105 испитаници, од кои според интелектуалната попреченост на испитаниците беа опфатени ученици со лесна и умерена интелектуална попреченост. Од вкупниот број на испитаници со лесна интелектуална попреченост се 54 или 51,4 %, а 51 или 48,6 % се со умерена интелектуална попреченост. Од машки пол се 76 ученици или 72,4 %, а 29 или 27,6 % се од женски пол. Структурата на примерокот според полот е прикажана во следната табела (Табела 1).

**Табела 1. Структура на примерокот според пол**

	Фреквенција	Процент	Лесна интелектуална попреченост		Умерена интелектуална попреченост		%
			Процент	Процент	Процент	Процент	
Машки	76	72,4	38	70,4	38	74,5	
Женски	29	27,6	16	29,6	13	25,5	
Вкупно	105	100,0	54	100,0	51	100,0	

Поголемиот дел од испитаниците со лесна интелектуална попреченост се од машкиот пол, и тоа 38 ученици или 70,4 %, а ист е бројот и во групата со умерена интелектуална попреченост, 74,5 % од целата група. Повеќето девојчиња се со лесна интелектуална попреченост, 16 или 29,6 % наспроти 13 или 25,5 % со умерена интелектуална попреченост. Сето тоа е прикажано на Слика 1.

Слика 1.



Испитаниците според возраста ги поделивме во 3 групи, ученици на возраст од 6-9 години, од 10-12 години и од 13-17 години. Застапеноста според возраста е прикажана во Табела 2.

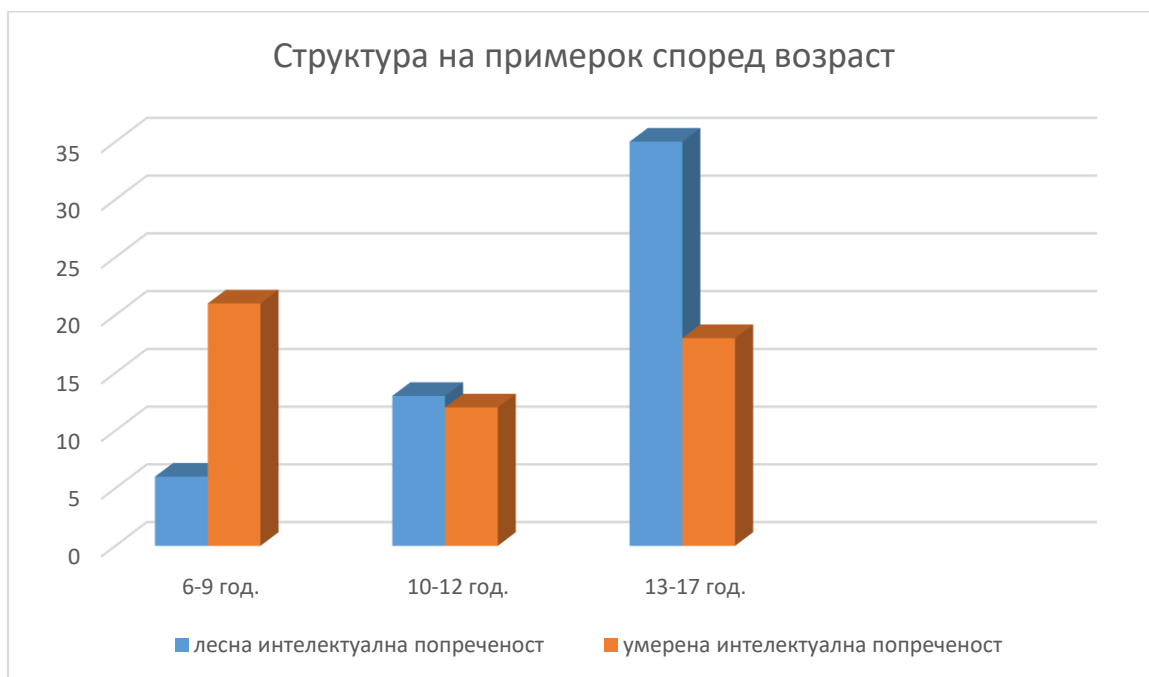
Табела 2. Структура на примерокот според возраст

	Фреквенција	%	Лесна интелектуална попреченост		Умерена интелектуална попреченост	
				%		%
6 - 9	27	25,7	6	11,1	21	41,2
10 -12	25	23,8	13	24,1	12	23,5
13 -17	53	50,5	35	64,8	18	35,3
Вкупно	105	100,0	54	100,0	51	100,0

Во однос на возраста на испитаниците, најмладите испитаници имаа 6 години, а највозрасните имаа 17 години. Средната возраст на целокупниот примерок на испитаници изнесува 12 години. Најзастапени во истражувањето беа ученици од третата група. Такви се 53 ученици или 50,5 %, од кои 35 или 64,8 % се со лесна, а 18 или 35,3 % се со умерена

интелектуална попреченост. Најслабо учество имаа ученици на возраст од 10 до 12 години, т.е. 25 ученици или 23,8 %, но сепак оваа група е речиси исто фреквентна со најмладите ученици кои во истражувањето беа застапени со бројност од 27 или 25,7 %. Најмногу се застапени деца на возраст од 13 до 17 години со лесна интелектуална попреченост, 35 или 64,8 %, а најмалку деца на возраст од 6 до 9 години, исто така со лесна интелектуална попреченост, и тоа 6, односно 11,1 %. Од втората возрасна група, децата речиси се идентични во застапеноста според степенот на интелектуална попреченост.

**Слика 2.**



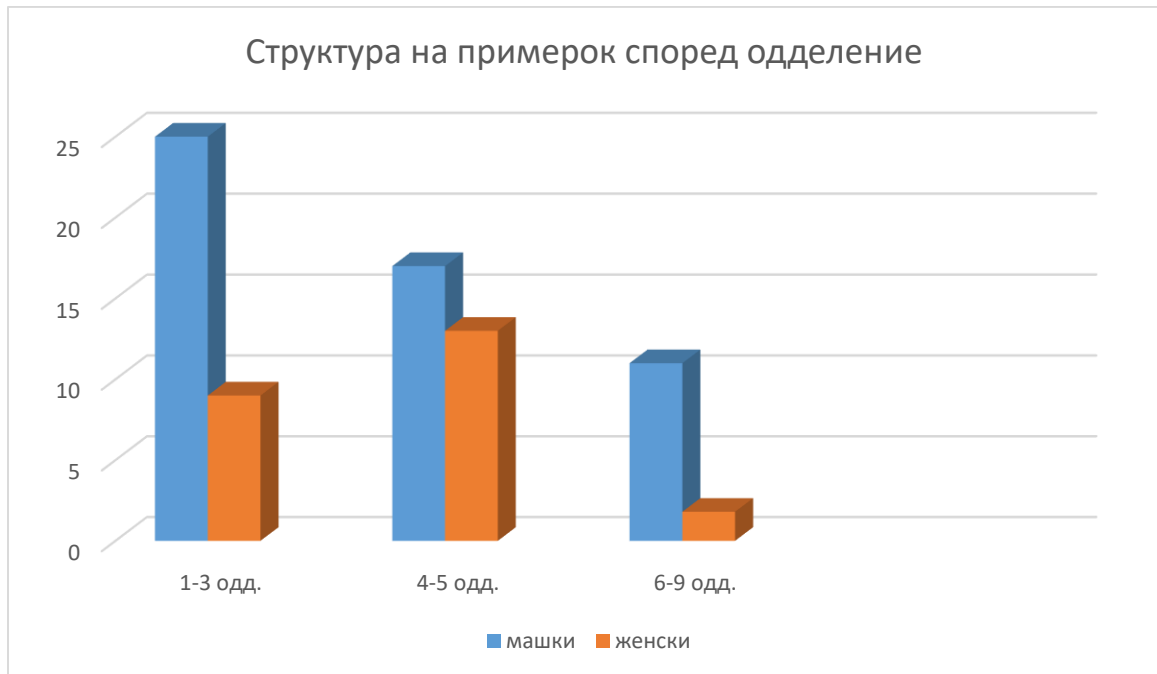
Во однос на тоа на кое одделение припаѓаа испитаниците, беа поделени во 3 групи: од 1-3 одделение, од 4-5 одделение и од 6-9 одделение. Застапеноста не се разликува драстично низ групите, но сепак, најзастапени се децата од 6-то до 9-то одделение, односно во таа група има 41 ученик или 39 %, а најмалку се застапени од 1-во до 3-то одделение, и тоа 31 ученик или 29,5 %. Дистрибуцијата согласно одделението на испитаниците е дадена подолу во Табела 3.

**Табела 3. Структура на примерокот според одделение**

	Фреквенција	%	Машки ученици	%	Женски ученици	%
1-3	31	29,5	25	34,7	9	27,3
4-5	33	31,4	17	23,6	13	39,4
6-9	41	39,0	30	41,7	11	33,3
Вкупно	105	100,0	72	100,0	33	100,0

Од табелата можеме да забележиме дека најмногу испитаници од последната група се од машки пол, 30 или 41,7 %, а најмалку испитаници се од втората група, 17 или 23,6 %, додека пак, најмногу од девојчињата се од 4-то и 5-то одделение, односно 13 или 39,4 % од сите женски испитаници, а најмалку од првата, од 1-во до 3-то одделение, и тоа само 9 или 27,3 % од сите женски испитаници.

**Слика 3.**



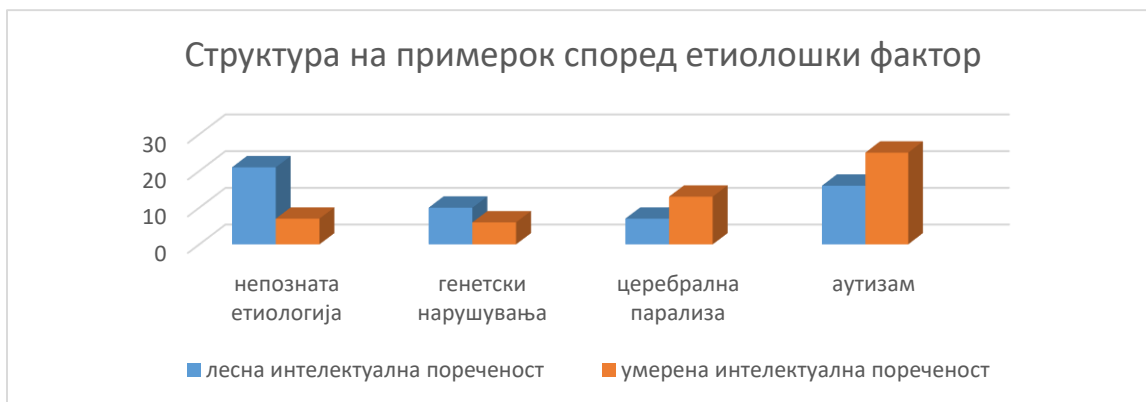
Според етиологијата на интелектуалната попреченост на испитаниците, во ова истражување беа поделени по следните причинители: аутизам, церебрална парализа, генетски нарушувања и непозната етиологија. Фреквенциите се прикажани во Табела 4.

**Табела 4. Структура на примерокот според етиолошкиот фактор**

	Фреквенција		Лесна интелектуална попреченост		Умерена интелектуална попреченост	
		%		%		%
Непозната етиологија	28	26,7	21	38,9	7	13,7
Генетски нарушувања	16	15,2	10	18,5	6	11,8
Церебрална парализа	20	19,0	7	13,0	13	25,5
Аутизам	41	39,0	16	29,6	25	19,0
Вкупно	105	100,0	54	100,0	51	100,0

Во истражувањето беа вклучени најмногу ученици со аутизам, т.е. 41 ученик или 39 %. Најмалку деца беа со генетски нарушувања и тоа 16, односно 15,2 %. Во однос на дистрибуцијата на етиологијата и степенот на интелектуална попреченост се покажа дека со аутизам и со лесна интелектуална попреченост се 16 ученици или 29,6 %, а со умерена интелектуална попреченост се 25 испитаници или 19 %, кои всушност се и најбројни. Со церебрална парализа со лесна интелектуална попреченост се 7 или 13 % од сите испитаници во таа група, а со умерена интелектуална попреченост се 13 испитаници или 25,5 % од групата. Генетски нарушувања и лесна интелектуална попреченост имаат 10 ученика или 18,5 % од групата, а умерена имаат 6 испитаници или 11,8 %, со што овие деца се најслабо застапени во истражувањето. Со непозната етиологија и со лесна интелектуална попреченост се 21 испитаник или 38,9 %, а со умерена интелектуална попреченост се 7 испитаници, односно 13,7 %.

Слика 4.



Во следната табела прикажани се фреквенциите на испитаниците според видот на говорно-јазично нарушување.

Табела 5. Структура на примерокот според видот на говорно-јазично нарушување

	Фреквенција	%	Лесна интелектуална попреченост		Умерена интелектуална попреченост	
			попреченост	%	попреченост	%
Дислалија	19	18,1	19	35,2	0	0,0
Дисфазија	28	26,7	22	40,7	6	11,8
Алалија	58	55,2	13	24,1	45	88,2
Вкупно	105	100,0	54	100,0	51	100,0

Во однос на видот на говорно-јазично нарушување, според анализата се добиени следните резултати:

- кај повеќе од половина испитаници, односно кај вкупно 58 или 55,2 % е забележана алалија;
- кај 28 испитаници или 26,7 % е присутна дисфазија;
- кај 19 испитаници или 18,1 % е присутна дислалија.

Најзастапени се децата со алалија и со умерена интелектуална попреченост. Такви се 45 деца или 88,2 % од сите во групата со умерена интелектуална попреченост. Најслабо

учество земаа испитаници со умерена интелектуална попреченост и дисфазија, т.е. 6 или 11,8 %, а нема учество на деца со умерена интелектуална попреченост и дислалија.

Слика 5.



Од испитаниците со лесна интелектуална попреченост, најзастапени се оние со дисфазија, 22 испитаника или 40,7 % од сите во оваа група.

Од испитаниците со дисфазија, најмалку од нив, 4 или 14,3 %, имаат рецептивна дисфазија, а кај 18 деца или 64,3 % е утврдена мешана дисфазија. Експресивна дисфазија е констатирана кај 6 деца, односно 21,4 %.

Според интелектуалната попреченост најмногу испитаници со мешана дисфазија имаат лесна интелектуална попреченост, тоа се 14 испитаници или 63,6 % групата, а слична е состојбата и во групата со умерена попреченост, 6 или 66,7 %. Во првата група кај ист број деца се констатирани рецептивна и експресивна дисфазија, и тоа кај 4 деца или 18,2 % во двете групи. Кај двајца или 18,2 % од втората група е констатирана експресивна дисфазија. Истото е прикажано во Табела 6.

**Табела 6. Структура на примерокот според типот на дисфазија**

	Фреквенција		Лесна интелектуална попреченост		Умерена интелектуална попреченост	
	Фреквенција	%	Фреквенција	%	Фреквенција	%
Рецептивна дисфазија	4	14,3	4	18,2	0	0,0
Експресивна дисфазија	6	21,4	4	18,2	2	33,3
Мешана дисфазија	18	64,3	14	63,6	4	66,7
Вкупно	28	100,0	22	100,0	6	100,0

Понатаму, сите деца со дислалија имаат лесна интелектуална попреченост. Од сите испитаници со утврдена дислалија кај ниту едно дете не постои омисија, дисторзија, ниту пак омисија со супституција, додека кај повеќето од нив е детектирана најтешката состојба и комбинација од сите три – супституција, омисија и дисторзија. Таква е состојбата на дури 12 деца или 63,2 %. По две деца или 10,5 % имаат дислалија од типот на супституција и омисија со дисторзија, а три деца или 15,8 % имаат супституција со дисторзија и сето тоа е претставено во Табела 7.

**Табела 7. Структура на примерокот според типот на дислалија**

	Фреквенција	%	Лесна интелектуална попреченост
Супституција	2	10,5	2
О/Д	2	10,5	2
С/Д	3	15,8	3
С/О/Д	12	63,2	12
Вкупно	19	100,0	19

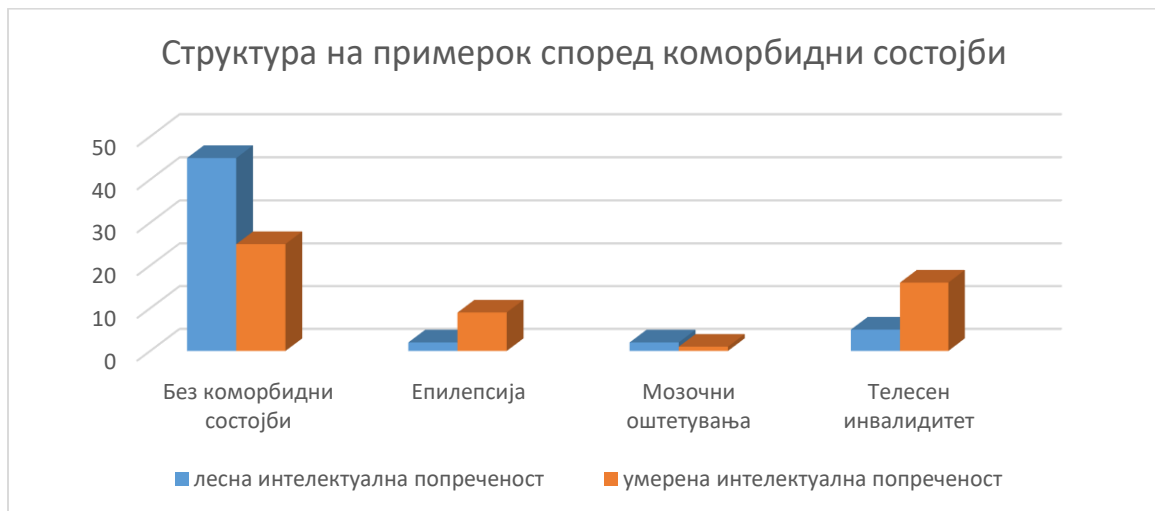


**Табела 8. Структура на примерокот според други коморбидни состојби**

	Фреквенција	%	Лесна интелектуална попреченост		Умерена интелектуална попреченост	
				%		%
Нема други коморбидни состојби	70	66,7	45	83,3	25	49,0
Епилепсија	11	10,5	2	3,7	9	17,6
Мозочни оштетувања	3	2,9	2	3,7	1	2,0
Телесни инвалидитети	21	20,0	5	9,3	16	31,4
Вкупно	105	100,0	54	100,0	51	100,0

Од вкупниот број испитаници утврдено е дека 35 испитаници или две третини имаат и други коморбидни состојби, и тоа: забележана е епилепсија кај вкупно 11 испитаници или 10,5 %, мозочни оштетувања кај вкупно тројца испитаници или 2,9 % и телесна инвалидност кај вкупно 21 испитаник или 20,0 %.

**Слика 6.**



Најголемиот дел од испитаниците немаат коморбидни состојби, односно такви се 70 испитаници или 66,7 %. Од нив најмногу се со лесна интелектуална попреченост или 64,3 % и 83,3 % од целата група испитаници се со лесна интелектуална попреченост.

Најзастапени се испитаниците со телесни инвалидитети и со умерена интелектуална попреченост. Такви се 16 деца или 15,2 % од сите испитаници и 31,4 % од испитаниците во групата со умерена интелектуална попреченост.

**Табела 9. Структура на примерокот според вклученост во логопедски третман**

	Фреквенција	%	Лесна интелектуална попреченост		Умерена интелектуална попреченост	
				%		%
Не	52	49,5	25	46,3	27	52,9
Да	53	50,5	29	53,7	24	47,1
Вкупно	105	100,0	54	100,0	51	100,0

Не постои значајна разлика во застапеноста на испитаниците во однос на вклученоста во логопедски третман. Така, вклучени се 53 испитаници или 50,5 %, додека 52 испитаника или 49,5 % не се вклучени. Слична е и структурата според степенот на интелектуална попреченост. Имено, од сите деца со лесна интелектуална попреченост со логопедски третмани се опфатени 29 деца или 53,7 %, а со умерена интелектуална попреченост опфатени се 24 деца или 47,1 % од целата група.

За да ги исполниме поставените задачи и цели на истражувањето, следува анализа која е заснована врз генерирани тестови за откривање на разликите во показателите за испитаниците со кои испитавме дали постојат разлики според полот и возраста на децата во однос на видот на нивното говорно-јазично нарушување. За полот е користен тестот Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup> кој се препорачува за категорични дихотомни варијабли, како што е полот, и за примерок поголем од 50 испитаници како што е во нашиот случај. За разликите според возраста е користен тестот Skewness-Kurtosis, погоден за континуирани и групирани варијабли.

За да утврдиме дека постојат значајни разлики според тестот Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup> треба  $p < 0,05$  и според тестот Skewness-Kurtosis вредностите треба да се движат во интервалот од -2 до +2. Во спротивно, констатираме дека не постојат значајни разлики според класификацијата што се испитува. Резултатите за разлики според полот се прикажани во Табела 10, а во Табела 11 се прикажани разликите според возраста.

**Табела 10. Разлики во однос на пол**

Tests of Normality							
	Пол	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Вид на нарушување	Машки	,329	76	,000	,742	76	,000
	Женски	,379	29	,000	,690	29	,000
a. Lilliefors Significance Correction							

Од  $p = 0,000$  за двата пола, што е далеку под дозволената максимална граница од 0,05 заклучуваме дека според полот постојат значајни разлики во однос на видот на говорно-јазично нарушување кај децата.

**Табела 11. Разлики во однос на возраст**

Возраст	Mean	N	Std. Deviation	Skewness	Std. Error of Skewness	Kurtosis	Std. Error of Kurtosis
6-9	2,74	27	,447	-1,164)	,448	-,702)	,872
10-12	2,36	25	,810	-,782)	,464	-,988)	,902
13-16	2,19	53	,833	-,373)	,327	-1,464)	,644
Total	2,37	105	,775	-,758)	,236	-,923)	,467

Можеме да заклучиме дека според возраста не постојат значајни разлики бидејќи коефициентите Skewness (-0,758) и Kurtosis (-0,923) се движат во граници на дозволениот

интервал од -2 до +2. Констатацијата важи како за целиот примерок, така и за самите возрасни групи.

Една од позначајните цели на ова истражување е да се испита дали постои разлика во говорно-јазичните нарушувања во однос на степенот на интелектуална попреченост на детето. Ова ќе го испитаме со помош на првиот споменат тест Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>. Резултатите се дадени во Табела 12.

**Табела 12. Разлики во однос на степенот на интелектуална попреченост на детето**

Tests of Normality							
	Степен на интелектуална попреченост	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Вид на нарушување	Лесна	,228	54	,000	,803	54	,000
	Умерена	,524	51	,000	,376	51	,000
a. Lilliefors Significance Correction							

Повторно ги анализираме коефициентите за Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>. Заклучокот според  $p = 0,000 (<0,05)$  е дека постојат значајни разлики во видот на нарушувањето кај децата во однос на степенот на интелектуална попреченост.

Понатаму, за да испитаме одредени врски, односно корелации на карактеристиките на испитаниците со видот на нивното говорно-јазично нарушување, спороведовме тестови за Bivariate Correlations. Користен е Spearman's rho коефициентот за корелација, кој најчесто е препорачуван за неkontинуирани варијабли, како во ова истражување, и за варијабли според кои постојат значајни разлики во однос на зависната варијабла. Корелациите помеѓу сите испитувани карактеристики на децата се прикажани во Табела 13.

Табела 13. Корелации помеѓу карактеристиките на испитаниците

Spearman's rho		Возраст	Пол	Одделение	Степен на интелектуална попреченост	Нарушување	Етиолошки фактор	Коморбидни состојби	Логопедски третман
Возраст	Correlation Coefficient	1,000	-,040)	,815**	-,321)**	-,271)**	-,338)*	,016	-,668)**
	Sig. (2-tailed)	.	,686	,000	,001	,005	,000	,874	,000
	N	105	105	105	105	105	105	105	105
Пол	Correlation Coefficient	-,040)	1,000	,080	-,046)	,090	-,104)	,040	-,070)
	Sig. (2-tailed)	,686	.	,417	,639	,363	,290	,688	,479
	N	105	105	105	105	105	105	105	105
Одделение	Correlation Coefficient	,815**	,080	1,000	-,316)**	-,245)*	-,314)*	-,121	-,755)**
	Sig. (2-tailed)	,000	,417	.	,001	,012	,001	,218	,000
	N	105	105	105	105	105	105	105	105
Степен на интелектуална попреченост	Correlation Coefficient	-,321)*	-,046)	-,316)**	1,000	,658**	,361**	,198*	,048
	Sig. (2-tailed)	,001	,639	,001	.	,000	,000	,043	,627
	N	105	105	105	105	105	105	105	105
Нарушување	Correlation Coefficient	-,271)*	,090	-,245)*	,658**	1,000	,576**	,199*	,081
	Sig. (2-tailed)	,005	,363	,012	,000	.	,000	,042	,412
	N	105	105	105	105	105	105	105	105
Етиолошки фактор	Correlation Coefficient	-,338)*	-,104)	-,314)**	,361**	,576**	1,000	-,119	,272**
	Sig. (2-tailed)	,000	,290	,001	,000	,000	.	,228	,005
	N	105	105	105	105	105	105	105	105

Други коморбидни состојби	Correlation Coefficient	,016	,040	-,121)	,198*	,199	-,119)	1,000	-,086)
	Sig. (2-tailed)	,874	,688	,218	,043	,042	,228	.	,385
	N	105	105	105	105	105	105	105	105
Вклученост во логопедски третман	Correlation Coefficient	-,668)*	-,070)	-,755)	,048	,081	,272**	-,086	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,479	,000	,627	,412	,005	,385	.
	N	105	105	105	105	105	105	105	105
<p>** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).</p> <p>* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).</p>									

Од табелата забележуваме повеќе сигнификантни корелации и тоа помеѓу независните варијабли и зависната, како и помеѓу самите независни варијабли. Најпрво ќе ги објасниме релациите со видот на нарушувањето. Така, следните карактеристики на децата се значајно поврзани со видот на нивното говорно-јазично нарушување:

- Возраст ( $p = 0,005$  и Spearman's  $\rho = -0,271$ );
- Одделение ( $p = 0,012$  и Spearman's  $\rho = -0,245$ );
- Степен на интелектуална попреченост ( $p = 0,000$  и Spearman's  $\rho = 0,658$ );
- Етиолошки фактор ( $p = 0,000$  и Spearman's  $\rho = 0,576$ );
- Присуство на други коморбидни состојби кај децата ( $p = 0,042$  и Spearman's  $\rho = 0,199$ ).

Коефициентите покажуваат дека помалите деца се повеќе склони на потешки говорно-јазични нарушувања и дека со веројатност од 99 % кај 27 од 100 деца ќе биде детектирано потешко нарушување придружено со алалија. Ист е случајот и со одделението, значи кај децата од пониските одделенија постои поголема можност да се детектира потешко нарушување и кај 25 од 100 ученици со исти или слични карактеристики како учениците во ова истражување, ќе биде детектирана алалија со веројатност од 95 %.

Трите следни корелации се позитивни што укажува на правопрпорционален однос на видот на нарушување со степенот на интелектуална попреченост, етиолошкиот фактор и присуството на други коморбидни состојби кај учениците.

Како што расте степенот на интелектуална попреченост кај ученикот, така расте и сериозноста на говорно-јазичното нарушување. Децата со поголема интелектуална попреченост имаат посериозен вид на говорно-јазично нарушување. Ова со веројатност од 99 % ќе биде откриено кај 66 ученика од 100 истражувани со исти или слични карактеристики со учениците вклучени во ова истражување.

Етиолошкиот фактор ќе има пресудна улога кај 58 ученици со веројатност од 99 % бидејќи коефициентите покажуваат дека децата со церебрална парализа и аутизам се карактеризираат со посериозно нарушување.

Иако помала улога за појава на говорно-јазично нарушување има присуството на други коморбидни состојби кај децата ( $p = 0,042$  и Spearman's  $\rho = 0,199$ ), сепак нивното присуство е значајно, и кај 20 од 100 испитаници сериозноста на нарушувањето ќе биде поврзана токму со етиолошкиот фактор со веројатност од 95 %. Коефициентите покажуваат дека како што расте тежината на коморбидниот фактор, така се зголемува и степенот на говорно-јазично нарушување кај детето.

Понатаму, следува објаснување за останатите меѓусебни врски на независните варијабли. Така, возраста на ученикот значајно корелира со:

- одделението на ученикот ( $p = 0,000$  и Spearman's  $\rho = 0,815$ ) што значи дека од 100 ученици дури 82 посетуваат соодветно одделение според возраста.
- степенот на интелектуална попреченост ( $p = 0,001$  и Spearman's  $\rho = -0,321$ ), што значи дека помалите деца сè повеќе се склони кон умерен степен на интелектуална попреченост и кај 32 од 100 деца тоа ќе биде случај со веројатност од 99 %.
- етиолошкиот фактор ( $p = 0,000$  и Spearman's  $\rho = -0,338$ ) што значи дека помалите испитаници корелираат со посериозен етиолошки фактор. Имено, 34 од 100 случаи уште на мала возраст ќе бидат со сериозен етиолошки фактор за нарушување.
- вклученоста во логопедски третман ( $p = 0,000$  и Spearman's  $\rho = -0,668$ ) што значи дека помалите деца повеќе се вклучени во логопедски третмани. Тоа е случај кај 67 од 100 испитаници.

Според одделението, испитаниците покажуваат значајни врски со:

- степенот на интелектуална попреченост ( $p = 0,001$  и Spearman's  $\rho = -0,316$ ) што значи дека кај децата од пониските одделенија (1-во до 3-то) повеќе е застапен умерениот степен на интелектуална попреченост.

- етиолошкиот фактор ( $p = 0,001$  и Spearman's  $\rho = -0,314$ ) што значи дека испитаниците од пониските одделенија корелираат со посериозен етиолошки фактор.
- вклученоста во логопедски третман ( $p = 0,000$  и Spearman's  $\rho = -0,668$ ) што значи децата кои не се вклучени во логопедски третман почесто се деца од повисоките одделенија.

Степенот на интелектуална попреченост е значително поврзан со етиолошкиот фактор и децата со церебрална парализа и со аутизам имаат умерена интелектуална попреченост ( $p = 0,000$  и Spearman's  $\rho = 0,361$ ), и со присуството на одредена коморбидна состојба ( $p = 0,043$  и Spearman's  $\rho = 0,198$ ) што значи дека кај децата со коморбидни состојби поголема е можноста за поголем степен на интелектуална попреченост, односно од 100 деца со коморбидни состојби, со веројатност од 95%, попреченоста кај 20 од нив би била умерена.

Со тестот се детектира уште една значајна корелација, а таа е помеѓу етиолошкиот фактор и вклученоста во логопедски третман. Коефициентите  $p = 0,005$  и Spearman's  $\rho = 0,272$  укажуваат на сигнификантна позитивна врска што значи дека етиолошкиот фактор е посериозен и потежок, а децата се вклучени во логопедски третман. Децата со аутизам и церебрална парализа се посклони за посети на логопед, и со веројатност од 99%, тоа ќе биде случај кај 27 деца со вакви состојби од вкупно 100.

Како најзначајна задача на ова истражување е да ја испитаме предикторската моќ на карактеристиките на учениците за појава на одреден вид на говорно-јазично нарушување. За таа цел, спроведовме тест за Ordinal Logistic Regression. Показателите се дадени во табелата која следува.



**Табела 14. Корелации помеѓу карактеристиките на испитаниците и типовите дисфазија и дислалија**

	Spearman's rho	Дисфазија	Дислалија	Возраст	Пол	Одделение	Степен на интелектуална попреченост	Етиолошки фактор	Коморбидни состојби	Логопедски третман
Дисфазија	Correlation Coefficient	1,000	.	-,467*	-,072	-,533**	,076	,690**	-,108	,522**
	Sig. (2-tailed)	.	.	,012	,716	,003	,700	,000	,584	,004
	N	28	0	28	28	28	28	28	28	28
Дислалија	Correlation Coefficient	.	1,000	-,139	,109	-,299	.	-,304	,175	,216
	Sig. (2-tailed)	.	.	,570	,656	,213	.	,206	,475	,375
	N	0	19	19	19	19	19	19	19	19

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).  
 \* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Забележуваме дека дислалијата кај испитаниците не е значително поврзана со ниту една демографска карактеристика, ниту пак со другите испитувани карактеристики. Но, сосема спротивно пак, забележуваме дека состојбата на дисфазија негативно корелира со возраста и одделението, а позитивно корелира со етиолошкиот фактор кај детето и со вклученоста во логопедски третман.

Така, ги имаме следниве констатации:

- возраст ( $p = 0,012$  и Spearman's rho =  $-0,467$ );
- одделение ( $p = 0,003$  и Spearman's rho =  $-0,533$ );
- етиолошки фактор ( $p = 0,000$  и Spearman's rho =  $0,690$ );
- вклученост во логопедски третман ( $p = 0,004$  и Spearman's rho =  $0,522$ ).

Коефициентот за возраст покажува дека помалите деца повеќе се склони кон мешана дисфазија, додека повозрасните деца повеќе се наклонети кон рецептивна дисфазија. Со веројатност од 95 %, состојба на мешана дисфазија ќе биде детектирана кај 47 од 100 мали деца со дисфазија. Коефициентот исто така покажува дека возраста не корелира со можноста за мешање на состојбите и лесно преминување од еден кон друг тип на дисфазија.

Сличен е случајот и со коефициентите за одделението. Можеме да констатираме дека децата од пониските одделенија се посклони кон мешана дисфазија, и дека кај 100 деца од ниските одделенија ќе биде откриена мешана дисфазија, со веројатност од 95 %.

Етиолошкиот фактор позитивно и значително е поврзан со типот на дисфазија кај детето. Децата со церебрална парализа и со аутизам се поврзани со мешана дисфазија, додека оние со непозната етиологија и кои страдаат од генетски нарушувања се посклони кон рецептивна дисфазија. Со веројатност од 99 %, од 100 деца со аутизам дури 69 ќе имаат мешана дисфазија.

Состојбата кај децата со мешана дисфазија е поврзана со посетата на логопед и нивната состојба корелира значително со посетите. Од 100 деца кои посетуваат логопед, 52 од нив ќе бидат со мешана дисфазија и тоа со веројатност од 99 %.

**Табела 15. Испитување на карактеристиките на учениците како модел на фактори за појава на одреден вид на говорно-јазично нарушување**

Model Fitting Information				
Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	184,130			
Final	94,551	89,579	7	,000
Link function: Logit.				
Goodness-of-Fit				
	Chi-Square	df	Sig.	
Pearson	179,191	111	,000	
Deviance	76,973	111	,994	
Link function: Logit.				

Од коефициентот за значајност на карактеристиките на испитаниците за предикција на видот на говорно-јазично нарушување кај децата како модел, констатираме значителна можност за предикција на говорно-јазично нарушување ( $p = 0,000$ , што е далеку под максимално дозволеното ниво од 0,05 и  $\text{Chi-Square} = 89,579$ ). Истото го потврдуваме и со

тестот за погодност на моделот, според чии параметри заклучуваме дека анализираните карактеристики на децата се доволни за да креираме модел за предвидување на говорно-јазично нарушување кај детето. Девијацијата низ резултатите не е значајна ( $p = 0,994$ ), додека корелацијата помеѓу варијаблите во моделот и овде покажуваат значајност ( $p = 0,000$ ).

**Табела 16. Испитување на предикторската улога на карактеристиките на учениците за појава на одреден вид на говорно-јазично нарушување**

Parameter Estimates							
		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval Lower Bound Upper Bound
Threshold	[Нарушување = 1]	8,089	2,471	10,719	1	,001	3,246 12,931
	[Нарушување = 2]	11,046	2,650	17,378	1	,000	5,853 16,240
Location	Возраст	-,164)	,613	,071	1	,790	- 1,038 1,365)
	Пол	1,486	,583	6,494	1	,011	,343 2,629
	Одделение	,463	,771	,361	1	,548	- 1,973 1,047)
	Степен на интелектуална погреченост	3,423	,695	24,256	1	,000	2,061 4,785
	Етиолошки фактор	1,234	,251	24,126	1	,000	,742 1,727
	Други коморбидни состојби	,397	,248	2,551	1	,110	-,090) ,883
	Вклученост во логопедски третман	,343	,853	,161	1	,688	- 2,014 1,329)
Link function: Logit.							

Забележуваме дека три карактеристики на испитаникот можат да се сметаат како предиктори за видот на неговото говорно-јазично нарушување. Поточно, тука спаѓаат полот ( $p = 0,011$  и Estimate = 1,486), степенот на интелектуална попреченост ( $p = 0,000$  и Estimate = 3,423) и етиолошкиот фактор ( $p = 0,000$  и Estimate = 1,234).

За да ја испитаеме предикторска моќ на карактеристиките на испитаниците за појава на одреден вид на дисфазија, спроведовме тест за Logistic Regression. Показателите се дадени во табелата која следува.

**Табела 17. Испитување на предикторската улога на карактеристиките на учениците за одреден вид дисфазија**

Дисфазија <sup>a</sup>		B	df	Sig.
Рецептивна	Intercept	126,050	1	,995
	Возраст	-25,253	1	,996
	Пол	-102,468	1	,991
	Одделение	79,454	1	.
	Степен на интелектуална попреченост	-19,483	1	,998
	Етиолошки фактор	-46,787	1	,993
	Коморбидни состојби	-13,942	1	,997
	Логопедски третман	18,019	1	,998
Експресивна	Intercept	-17,321	1	1,000
	Возраст	-29,288	1	,989
	Пол	-134,439	1	,983
	Одделение	116,237	1	,989
	Степен на интелектуална попреченост	72,623	1	,986
	Етиолошки фактор	-104,335	1	,981
	Коморбидни состојби	28,599	1	,987
	Логопедски третман	129,683	1	,989
Мешана	Intercept	-147,050	1	,999
	Возраст	31,253	1	,999
	Пол	123,467	1	,998
	Одделение	-97,454	1	,998

Степен на интелектуална попреченост	22,483	1	1,000
Етиолошки фактор	55,787	1	,998
Коморбидни состојби	16,942	1	,999
Логопедски третман	-24,019	1	1,000

Од коефициентите забележуваме дека ниту една карактеристика на детето не може да се смета како значајна за предвидување на видот на дислазија кај детето.

Постапката ја повторивме и за дислалијата, но со спроведување на тестот Ordinal Logistic Regression. Резултатите се претставени во Табела 18.

**Табела 18. Испитување на карактеристиките на испитаниците како модел на фактори за појава на одреден вид дислалија**

Model Fitting Information				
Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	32,372			
Final	26,218	6,154	6	,406
Link function: Logit.				
Goodness-of-Fit				
	Chi-Square	df	Sig.	
Pearson	22,424	21	,375	
Deviance	20,097	21	,515	
Link function: Logit.				

Од коефициентот за значајност на карактеристиките на испитаниците за предикција на видот на дислалија како модел, не можеме да констатираме значителна можност за предикција на видот на дислалија бидејќи коефициентот за сигнификантност  $p = 0,406$  е далеку над максималното дозволено ниво од 0,05. Истото го потврдуваме и со тестот за погодност на моделот, според чии параметри заклучуваме дека анализираните карактеристики на децата не се доволни за да креираме модел за предвидување на видот на дислалија кај детето. Истото го потврдуваат и коефициентите за значајност на девијацијата низ резултатите ( $p = 0,375$ ) и за корелацијата помеѓу варијаблите во моделот ( $p = 0,515$ ).

**Табела 19. Испитување на предикторската улога на карактеристиките на учениците за одреден вид дислалија**

		Estimate	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Threshold	[Дислалија = 2]	-31,415	,000	1	,999	-43659,638	43596,807
	[Дислалија = 5]	-30,566	,000	1	,999	-43658,788	43597,657
	[Дислалија = 6]	-29,573	,000	1	,999	-43657,795	43598,650
Location	Возраст	-,425	,083	1	,773	-3,312	2,462
	Пол	1,858	1,682	1	,195	-,950	4,667
	Одделение	-9,697	,000	1	,999	-14552,438	14533,043
	Степен на интелектуална попреченост	0 <sup>a</sup>	.	0	.	.	.
	Етиолошки фактор	-1,249	1,201	1	,273	-3,483	,985
	Коморбидни состојби	19,395	.	1	.	19,395	19,395
	Логопедски третман	-8,248	,000	1	,999	-14550,988	14534,493
	Link function: Logit.						
a. This parameter is set to zero because it is redundant.							

Од коефициентите претставени во Табела 19, исто како и преходно, го потврдуваме преходниот наод. Можеме да заклучиме дека ниту една карактеристика на детето не може да се смета како значајна за предвидување на видот на дислалија кај детето.

#### IV. ВЕРИФИКАЦИЈА НА ХИПОТЕЗИ И ДИСКУСИЈА

Во ова поглавје се врши верификација на хипотезите и дискусија за истите, исто така се врши и компарација на добиените резултати со други релевантни истражувања.

И тестовите за корелации и тестовите за регресии сугерираат дека треба да ја прифатиме главната хипотеза на истражувањето. Но, за да ја тестираме точноста на хипотезата, дополнително спроведовме нов Paired Samples Test. Резултатите се дадени во следната табела.

**Табела 20. Тестирање на главната хипотеза на истражувањето**

		Paired Samples Test								
		Paired Differences								
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)	
					Lower	Upper				
Pair 1	Нарушување – Степен на интелектуална попреченост	,886	,593	,058	,771	1,001	15,293	104	,000	
Pair 2	Нарушување – Етиолошки фактор	-,333	,987	,096	-,524	-,142	-3,460	104	,001	
Pair 3	Степен на интелектуална попреченост – Етиолошки фактор	-1,219	1,152	,112	-1,442	-,996	-10,846	104	,000	

Со коефициентите  $p = 0,000$  и  $t = 15,293$  ја потврдуваме корелацијата помеѓу видот на говорно-јазично нарушување и степенот на интелектуална попреченост на учениците. Со коефициентите  $p = 0,001$  и  $t = -3,460$  ја потврдуваме корелацијата помеѓу видот на говорно-јазично нарушување и етиолошкиот фактор кој е утврден кај учениците. Со коефициентите  $p = 0,000$  и  $t = -10,846$  ја потврдуваме корелацијата помеѓу степенот на интелектуална попреченост на учениците и етиолошкиот фактор кај тие ученици. Коефициентите налагаат прифаќање на  $H_0$ : Постои корелација помеѓу говорно-јазичното нарушување, степенот на интелектуална попреченост и етиологијата на интелектуалната попреченост кај учениците со интелектуална попреченост.

Со анализирање на коефициентите за Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup> заклучокот според  $p = 0,000$  ( $<0,05$ ) е дека постојат значајни разлики во видот на говорно-јазично нарушување кај децата во однос на степенот на интелектуална попреченост. Дополнително, од коефициентите за корелација помеѓу степенот на интелектуална попреченост и тежината на говорно-јазичното нарушување,  $p = 0,000$  и Spearman's rho = 0,658, констатираме силна врска помеѓу двете варијабли, и заклучуваме дека степенот на интелектуална попреченост позитивно корелира со тежината на говорно-јазичното нарушување. Ова значи потврдување на  $H_1$ : Лицата со лесна интелектуална попреченост имаат полесни видови на говорно-јазични нарушувања. Од Табела 13 и коефициентите  $p = 0,000$  и Estimate = 3,423, дополнително заклучуваме дека степенот на интелектуална попреченост се издвојува како насилан предиктор за видот на говорно-јазично нарушување и според тоа може да се очекува дека децата со умерена интелектуална попреченост ќе имаат посериозен степен на говорно-јазично нарушување. Колку е поголема попреченоста кај детето толку поголемо ќе биде и неговото говорно-јазично нарушување, односно толку е поголема веројатноста дека детето ќе подлегне на некакво говорно-јазично нарушување. Овие резултати се во согласност со наодите од истражувањето спроведено во Босна и Херцеговина во 2013 година на примерок од 167 деца со лесна и умерена интелектуална попреченост од страна на Мечишевиќ и Хаџиќ (2013). Во однос на нивото на интелектуално функционирање и говорот на децата, истражувачите утврдиле дека постојат значајни разлики во преваленцата на говорно-јазичните нарушувања и тоа дека речиси сите деца со умерена интелектуална попреченост (93,9 %) и речиси половина од децата со лесна интелектуална попреченост (49,4 %) имале некаква форма на говорно-јазично нарушување. Значи, најголемиот дел од



децата со умерена интелектуална попреченост имале некаков вид на говорно-јазично нарушување.

Степенот на интелектуална попреченост е значително поврзан со етиолошкиот фактор и децата со церебрална парализа и со аутизам имаат умерена интелектуална попреченост, сето тоа заклучено од коефициентите  $p = 0,000$  и Spearman's  $\rho = 0,361$ , а исто така постои значајна и уште посилна корелација помеѓу етиолошкиот фактор и видот на говорно-јазично нарушување, заклучено од  $p = 0,000$  и Spearman's  $\rho = 0,576$  (Табела 11). Оттука можеме да ја потврдиме  $H_2$ : Постои позитивна корелација меѓу етиолошкиот фактор на интелектуална попреченост и видот на говорно-јазично нарушување. Овие наоди се согласни наодите на Мемишевиќ и Хаџиќ (2013) во однос на етиологијата на интелектуалната попреченост, кои дошле до заклучок дека највисока преваленца на говорно-јазичните нарушувања е пронајдена кај деца со Даунов синдром (91,2 %), потоа кај деца со органска повреда на мозокот (88,6 %), други генетски причини (86,4 %) и непозната етиологија (50 %).

Истражувањето спроведено во Холандија во 2017 година од страна на Копенс-Хофман и соработниците ја опишува предикторската моќ на степенот на интелектуална попреченост и нејзината етиологија во однос на говорно-јазичните нарушувања. Во студијата учествуваат 36 испитаници со лесна и умерена интелектуална попреченост на возраст од 18-40 години со различна етиологија на ИП, и тоа: генетски нарушувања – 13 испитаници, мозочни оштетувања – 5, перинатални причинители – 5, трауми – 1 и непозната етиологија – 12 испитаници. Од нив, 16 биле класифицирани со лесна интелектуална попреченост, а 20 со умерена. Сите испитаници покажале тешкотии во говорот што влијае на квалитетот и разбирливоста на вербалниот израз. Нивниот говор се карактеризирал со висока стапка на грешки и појава на нетипични фонематски процеси што укажува на девијантен говорно-јазичен развој. Просечните резултати на разбирливоста на говорот биле повисоки кај испитаниците со лесна интелектуална попреченост во споредба со оние со умерена интелектуална попреченост. Сепак, тие не откриле значајни разлики помеѓу говорните параметри и етиологијата на интелектуалната попреченост, додека пак, степенот на интелектуална попреченост покажал силна поврзаност со разбирливоста на говорот и поврзаноста со одредени фреквенции на грешки.

Оливера и соработниците во 2020 година спровеле истражување сакајќи да го утврдат етиолошкиот фактор за интелектуалната попреченост во специјалните училишта во Бразил на 1 681 ученик запишани во учебната 2014 година од коишто повеќето со умерена и тешка интелектуална попреченост бидејќи учениците со лесна интелектуална попреченост се интегрирани во редовниот образовен процес. Нивните резултати покажуваат дека според етиолошкиот фактор за интелектуална попреченост, најзастапена е непознатата примарна причина карактеризирана како идиопатска со 61,4 %, потоа следи аутизам со 13,5 %, церебрална парализа со 11,7 %, генетски нарушувања, најчесто Даунов синдром, со 13,7 % и мозочни оштетувања со 3,7 %.

Даунов синдром е една од најчестите генетски причини за интелектуална попреченост од една страна, додека пак, нарушувањата од аутистичен спектар сè повеќе се препознаваат кај лицата со Даунов синдром. Податоците од мета-анализата направена од страна на Ричард и соработниците (2015) сугерираат дека 16-18 % од лицата со Даунов синдром имаат аутизам како дијагноза, во споредба со проценките од поединечните студии кои користат различни критериуми за утврдување и кои се движат од 5 до 39 % (DiGuseppi et al., 2010; Herburn et al., 2008; Lowenthal et al., 2007, 2013).

Во една студија спроведена во САД во текот на 1985 – 1987 година, се вклучени 10-годишни деца со еден или повеќе од пет пречки во развојот, и тоа: интелектуална попреченост, церебрална парализа, оштетување на видот, оштетување на слухот и епилепсија (Kiely, 1987). Покрај преваленцата на интелектуалната попреченост испитани се и коморбидните состојби. Резултатите покажуваат дека 12 % од децата со лесна интелектуална попреченост и 45 % од тие со тешка интелектуална попреченост имаат еден или повеќе од останатите четири попречености. Церебралната парализа била присутна кај 6 % од деца со лесна и 28 % од оние со тешка интелектуална попреченост. Епилепсија се појавила кај 7 % од децата со лесна и кај 32 % од оние со тешка интелектуална попреченост.

Од  $p = 0,000$  за двата пола, што е далеку под дозволената максимална граница од 0,05 заклучуваме дека според полот постојат значителни разлики во однос на видот на говорно-јазично нарушување кај децата. Наодите се слични со наодите на Пенингтон и Бишоп (2009) кои во своето истражување забележале дека говорно-јазичните нарушувања кои немаат позната причина се почести кај момчињата отколку кај девојчињата, но слично како и Кохен и неговите соработници (1993), откриле и дека родовата нерамнотежа е поголема во

клиничките отколку кај примероците базирани на популација. Односот на засегнатите машки и женски испитаници се движел од 2:1 до 6:1 во неколку клинички примероци, и откриле дека постојат поголеми шанси момчињата да бидат позастапени од девојчињата (1,3:1) во голем примерок заснован на ниво на популација. Меѓутоа, од Табела 11 и коефициентот  $p = 0,363$  кој ја објаснува корелацијата помеѓу полот и видот на говорно-јазично нарушување, заклучуваме дека полот не е значаен фактор за говорно-јазично нарушување кај детето. Со ова ја потврдуваме  $H_3$ : Не постои значајна поврзаност помеѓу полот на ученикот и неговото говорно-јазично нарушување.

Спротивно, пак, од Табела 13, при испитување на предикторската улога на карактеристиките на децата за појава на некакво говорно-јазично нарушување, заклучуваме дека полот може да се смета за значаен предиктор за говорно-јазично нарушување ( $p = 0,011$  и Estimate = 1,486). Ова значи дека девојчињата се посклони кон полесни нарушувања, а машките кон потешки, но сепак, бидејќи зачестеноста во однос на машките не е драстична, донекаде и не може да се базираме на полот како предиктор, без да разгледаме и друга сигнификантна карактеристика (степен на интелектуална попреченост и етиолошки фактор). Исто така, воздржани сме поради фактот дека поголемиот дел од истражувачкиот примерок го сочинуваат деца од машки пол. Истражувањето на Молик и неговите соработници (2011) вклучува студии објавени помеѓу 1980 и 2009 година, и вклучува податоци од популации кои обезбедиле севкупна проценка на распространетоста на интелектуалната попреченост. Со мета-анализа направена со употреба на случајни ефекти за да се земе предвид хетерогеноста, истражувачите заклучиле дека преваленцата на интелектуалната попреченост во сите 52 студии вклучени во мета-анализата, била 10,37 / 1 000 лица. Откриле дека интелектуалната попреченост е 1,5 пати поприсутна кај мажите отколку кај жените.

Коефициентите  $p = 0,005$  и Spearman's rho = -0,271 (Табела 11) покажуваат дека помалите деца повеќе се склони кон потешки говорно-јазични нарушувања. И кај децата од пониските одделенија постои поголема можност да се детектира потешко нарушување ( $p = 0,012$  и Spearman's rho = -0,245). Резултатите укажуваат дека треба да ја прифатиме хипотезата  $H_4$ : Постои статистички значајна позитивна поврзаност меѓу возраста на учениците со интелектуалната попреченост и видот на говорно-јазично нарушување.

Сајевич-Ратке и соработниците спровеле студија во Полска од 2019 – 2022 година на огромен примерок од 16 411 испитаници со лесна интелектуална попреченост поделени во

три возрасни групи што одговараат на нивоата на полскиот образовен систем, и тоа од 7-9.11 год., 10-14.11 год. и од 15-18.11 год., и исто така, секоја од групите е поделена според когнитивниот профил во три профили. Тие потврдиле дека кај сите возрасни групи на деца и адолесценти разликуваат профил што укажува на задоцнет говорно-јазичен развој во многу поголема мера отколку кај другите профили. Имено, во возрасната група од 7-9.11 години, 34 % од првиот профил и 24 % од вториот профил се оценети со многу ниско или ниско ниво на скалите за невербално флуентно расудување и невербално визуелно-просторно процесирање како значителни дефицити во вербалните потскали, додека пак, 37 % од третиот профил на испитаници од оваа возрасна подгрупа покажале релативно повисоки оценки, иако сè уште ниски, на вербалните потскали со исклучок на вербалната работна меморија. Во возрасната група од 10-14.11 години, 34 % од првиот профил се карактеризираат со ниски оценки на невербалните потскали и многу ниски оценки на вербалните потскали. Во вториот профил, кај 38 % од учесниците во оваа возрасна група резултатите се малку под просекот на потскалата за невербално флуентно расудување, а се ниски во потскалата за вербална работна меморија. Притоа, 28 % од учесниците во третиот профил во оваа возрасна група се карактеризираат со дефицити во невербалното флуентно расудување и невербалното квантитативно расудување. Во најстарата група учесници (15;00-18;11) со лесна интелектуална попреченост, 38 % од групата спаѓаат во првиот профил и се карактеризираат со ниски оценки на невербалните потскали и многу ниски резултати на вербални потскали. Вториот профил опишал 35 % од учесниците кои се окарактеризирале со нешто пониски од просечните резултати на потскалите за невербално флуентно расудување и вербална работна меморија. На крај, 27 % од учесниците во последниот профил во оваа возрасна група, профил број 3, се карактеризираат со исто така многу ниски резултати на потскалите за невербално флуентно расудување, невербално разбирање и невербално квантитативно расудување, како и ниски оценки на останатите потскали. Од ова можеме да заклучиме дека кај сите три групи на деца и адолесценти разликуваме профил што може да укаже на задоцнет развој на говорот во многу поголема мера отколку кај другите профили. Намалувањето на овие резултати е поголемо од очекуваното кај групата на лица со лесна интелектуална попреченост.

Во врска со петтата хипотеза, коефициентите  $r = 0,042$  и Spearman's  $\rho = 0,199$  (Табела 11) посочуваат на позитивна значителна поврзаност помеѓу коморбидните состојби

кај детето и неговото говорно-јазично нарушување. Позитивната врска значи дека поголем степен или повеќе коморбидитети се поврзани со посериозно говорно-јазично нарушување. Ова налага потврдување на  $H_5$ : Коморбидните состојби предизвикуваат потешки говорно-јазични нарушувања.

Интелектуалната попреченост сама по себе е многу честа кај децата со епилепсија. Четири студии (Ellenberg, 1984; Camfield, 2007; Berg et al., 2008; Geerts et al., 2011) засновани на население или репрезентативни студии објавија дека приближно една четвртина (20-27 %) од децата со епилепсија, исто така, имале одреден степен на интелектуална попреченост. Преваленцата е највисока кај децата на најмала возраст при почеток на епилепсија поврзана со структурни мозочни лезии.

Од Табела 7 забележуваме дека децата и од двете групи, речиси идентично посетуваат логопед, иако бројките се на страна на децата со лесна интелектуална попреченост кои учествуваат со 53,7 % од сите деца кои посетуваат логопед, а со умерена се 47,1 %. Но, од Табела 11 и коефициентот  $p = 0,627$  заклучуваме дека не постои значајна корелација помеѓу овие две варијабли. Затоа, мораме да ја отфрлиме шестата хипотеза  $H_6$ : Логопедскиот третман не е значајно поврзан со степенот на интелектуална попреченост.

## V. ЗАКЛУЧОК

Во истражувањето беа вклучени 105 ученици, на различна возраст од 6 до 16 години, од кои 72,4 % се машки, а 27,6 % се женски. Речиси идентичен е бројот според степенот на интелектуална попреченост, но сепак, минимално, поголем е бројот на деца со лесна интелектуална попреченост, 54 наспроти 51.

Кај најголемиот дел од учесниците е застапена алалија, а најмалку дислалија. Ваквите резултати се должат на процесот на инклузија на децата со пречки во развојот во редовните основни училишта според Законот за основно образование, донесен во август 2019 година, каде што се нагласува дека основното образование е институционално, кадровски и содржински организирано на начин кој поддржува инклузија на сите деца во редовното основно образование. За таа цел формирани се стручни тела кои функционалната проценка ја вршат во согласност со Меѓународната класификација на функционирање, попреченост и здравје – МКФ, усвоена од Светската здравствена организација во 2001 година. Според тоа, во посебните основни училишта, вклучувајќи го и ова во кое е вршено ова истражување, наставата од прво до трето одделение ја посетуваат ученици со потешки пречки во развојот според добиената функционална проценка од МКФ и во согласност со родителите, додека пак, учениците со полесни пречки се инклузирани во редовните основни училишта.

Но, сепак, поголемиот дел од учениците немаат други коморбидни состојби, што е особено важно, со оглед дека коморбидитетот покажа повеќенасочна значајна корелација. Имено, самата коморбидна состојба дополнително го компромитира и интелектуалниот дефицит и говорот што несомнено доведува до поголем степен на нарушување, а сето тоа ги доведува до прашање комуникацијата и функционирањето на ученикот во целокупниот општествен живот. Поради тоа, треба да се обрне посебно внимание на овие ученици со комбинирани пречки во развојот и да се обезбеди севкупен третман за нивно успешно интегрирање во сите сфери на живеењето.

Постојат значителни разлики во состојбите кај децата гледано според полот и степенот на интелектуална попреченост на детето, во однос на возраста. Иако преваленцата на полот е во корист на женските за разлика од машките учесници како во однос на интелектуалната попреченост, така и на говорно-јазичните нарушувања, сепак во ова

истражување во самиот примерокот околу 2/3 се машки наспроти женски, па според тоа полот не игра предикторска улога.

Истражувањето откри повеќе корелации помеѓу анализираните карактеристики на децата и нивното говорно-јазично нарушување. Генералниот заклучок е дека помалите деца, децата со поголем степен на интелектуална попреченост, децата со посериозен етиолошки фактор, како и децата кај кои се присутни и други коморбидни состојби, се повеќе склони кон потешки говорно-јазични нарушувања.

Вклученоста во логопедски третман не е значаен фактор за полесно говорно-јазично нарушување. Логопедскиот третман им помага на учениците да го постигнат својот комуникациски потенцијал и да ги подобрат севкупните говорни и јазични вештини. Учениците со интелектуална попреченост имаат нарушување на говорот и/или јазикот и важно е да се препознае разликата помеѓу двете.

Нарушувањето на говорот подразбира потешкотии во производството на гласови неопходни за ефективна комуникација со другите. Ова може да вклучува тешкотии со артикулацијата, флуентноста или фонолошки нарушувања. Од друга страна, учениците со јазични нарушувања обично немаат проблеми со производство на говорни гласови или изговарање зборови, но имаат потешкотии да го разберат јазикот и неговите правила и процеси. Ова често вклучува проблеми со користење на правилна граматика и соодветно создавање на конструирани реченици. Јазичните нарушувања генерално се категоризираат на експресивно, проблеми со објаснување или изразување на нивните потреби, или рецептивно јазично нарушување, т.е. тешкотии во разбирање на јазикот и неговото значење.

Логопедскиот третман може да им помогне на учениците со интелектуална попреченост бидејќи често имаат потешкотии со обработката и учењето на нови информации, следењето на насоки, разбирањето и користењето на пишаниот и говорниот јазик, како на пример, неможност да го следат разговорот или вербално да им ги пренесат своите мисли на другите, да сфатат детални информации и да ги завршат задачите. Комуникациските дефицити придонесуваат за недоволно развиени социјални вештини и разбирање на невербалната комуникација, како што се разбирањето на изразот на лицето, гестовите или социјалниот бонтон. Кај учениците кои се невербални или имаат ограничени вербални способности, тие можат да помогнат да се развијат алтернативни методи на комуникација, како што е употребата на помошна технологија.

Како предиктори за видот на говорно-јазично нарушување на детето можат да се сметаат полот, степенот на интелектуална попреченост и етиолошкиот фактор. Како најсилен предиктор се издвојува степенот на интелектуална попреченост и може да се очекува дека децата со поизразена интелектуална попреченост ќе имаат посериозен степен на говорно-јазично нарушување.



## VI. ПРЕПОРАКИ

Добиените резултати од утврдувањето на видот и зачестеноста на говорно-јазичните нарушувања кај учениците со интелектуална попреченост даваат насоки за потребата од идни научни истражувања кои ќе овозможат утврдување на потребите за поквалитетен практичен пристап во рехабилитацијата на говорно-јазичното нарушување.

- Да се испита потребата од продолжување на дијагностичките процедури по добивање на дијагноза за интелектуална попреченост со употреба на дијагностички алатки кои ќе ја покажат структурата на интелектот со цел да се дизајнира соодветна терапија, рехабилитација и едукација која ќе биде прилагодена на когнитивниот профил на личноста, а не само на класификацијата.

- Да се спореди интелектуалното функционирање и во вербалната и во невербалната област земајќи ги предвид сите аспекти на интелектуалното функционирање при планирањето на терапевтските интервенции.

- Да се земе предвид можната коегзистенција на интелектуалната попреченост со други невроразвојни нарушувања (АСН, АДХД, итн.), како и други коморбидни состојби што се покажа дека се значајни предиктори за говорно-јазични нарушувања.

- Редовна дијагностика и евалуација на постигнувањата кои треба да станат практика во унапредувањето на рехабилитацијата и образованието. Спроведување на тимска дијагностика на говорните потешкотии, при што присуството на говорното нарушување ќе се набљудува од повеќе аспекти: медицински, логопедски, дефектолошки, психолошки, социјален и педагошки аспект, со активно вклучување на педијатар, невропсихолог, логопед, дефектолог, психолог, социјален работник, а по потреба и други стручни лица.

- Присуството на говорно-јазично нарушување треба да се детектира и дијагностицира уште во најраната детска возраст, сè со цел успешно планирање на логопедскиот третман.

- Рехабилитаторот да добие целосен увид за социјалната, образовната и медицинската историја на ученикот, како и неговото моментално ниво на комуникациско функционирање со цел формулирање на терапевтските и рехабилитациските цели.

- Вклучување на родителите или старателите во говорната терапија на ученикот со цел и тие да можат да го подобрат начинот на комуникација со детето.

- Креирање на стратегии, промена и осовременување на пристапот и методите кои би се применувале во образованието и рехабилитацијата на учениците со интелектуална попреченост.
- Подигнување на јавната свест за бенефитите од говорно-јазичната терапија и останатите рехабилитациони постапки во посебните училишта. Третманот мора да биде паралелен, логопедски и рехабилитационо-едукативен.

## КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Ајдински, Г., Кескинова, А., Мемеди Б. 2016. Интелектуална Попреченост. Универзитет во Тетово, Национална и универзитетска библиотека „Св. Климент Охридски“, Скопје.
2. Ајдински, Г. 2000. Карактеристики во развојот кај лесно ментално ретардираните ученици. Куманово.
3. Ангелоска-Галевска, Н. 2021. Планирање на научното истражување. Битола: Киро Дандаро.
4. Андреев, Ј. 1994. Олигофренопедагогика, Универзитетско издавателство „Св. Климент Охридски“, Софија.
5. AAIDD (American Association on Intellectual Developmental Disabilities). Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: AAIDD; 2010.
6. Alonso, P. 2010. Dyslalia (classification, diagnosis and treatment). Magazine arista digital 2.
7. American association of mental deficiency – AAMD, classifications of mental deficiency. 1973.
8. American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington: American Psychiatric Pub.
9. American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 dl ed.). Washington, DC.
10. Apel, K., Masterson, J. J. 2004. Jezik i govor od rođenja do šeste godine. Lekenik: Ostvarenje d.o.o. children on the basis of rapid perception and production skills. Brain and common themes and mechanisms. “Annual review of neurosciences 22.1
11. Barnes E, Roberts J, Long SH, Martin GE, Berni MC, Mandulak KC, Sideris J. 2009. Phonological accuracy and intelligibility in connected speech of boys with fragile X syndrome or Down syndrome. J Speech Lang Hear Res ;52:1048-1061.
12. Berg AT, Langfitt JT, Testa FM, et al. 2008. Global Cognitive Function in Children with Epilepsy: A community-based study. Epilepsia. 49:608–14.
13. Bishop, D. V. M. 2002. Motor immaturity and specific speech and language impairment: Evidence for a common genetic basis. American Journal of Medical Genetics, 114(1), 56–63.

14. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, Visser S, Kogan MD. 2011. Trends in the prevalence of developmental disabilities in U.S. children 1997-2008. *Pediatrics*;127(6):1034–1042.
15. Bruner, J. S. 1961. The act of discovery.
16. C Billard , C Duvelleroy-Hommet, B de Becque, P Gillet. 1996. Developmental Dysphasia doi: 10.1016/0929-693x(96)83232-5.
17. Camfield C, Camfield P. 2007. Preventable and Unpreventable Causes of Childhood-Onset Epilepsy Plus Mental Retardation. *Pediatrics*. ;120 :e52–5.
18. Campbell, T., 27. Dollaghan, C., Rockette, H., Paradise, J. L., Feldman, H. M., et al. 2003. Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-yearold children. *Child. Dev.* 74(2), 346–57.
19. Casserly D.E., Pisoni B.D. 2010. Speech perception and production doi: [10.1002/wcs.63](https://doi.org/10.1002/wcs.63)
20. Castano J. 2002. Clinical forms of infantile dysphasias 1:S107-9.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Language and speech disorders in children. 2019. [cited 2019 Nov 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/language-disorders.html>.
22. Chang EF, Raygor KP, Berger MS. 2015. Contemporary model of language organization: an overview for neurosurgeons. *J Neurosurg.*;122(2):250-61.
23. Cohen H.,Ouellet C., LeNormand M.T., Braun C. 2000. Asynchronous language acquisition in developmental dysphasia.
24. Coppens-Hofman MC, Maassen BAM, van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Snik AFM. 2012. Speech difficulties and poor speech intelligibility in adults with Down syndrome: a review of the literature. *J Hear Sci* ;2:9-16.
25. Deary I. J. 2014. The stability of intelligence from childhood to old age. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 23, 239–245. doi: 10.1177/0963721414536905
26. DiGuseppi C, Hepburn S, Davis JM, Filder DJ, Hartway S, Lee NR, et al. 2010. Screening for autism spectrum disorders in children with Down syndrome: population prevalence and screening test characteristic. *Dev Behav Pediatr*;31(3):181–191. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181d5aa6d.

27. Dobrev, Z. 1995. Umstveno izostanali deca, Sofija.
28. Dodd B, Thompson . 2001: Speech disorder in children with Down's syndrome. *J Intellect Disabil Res* ;45:308-316.
29. Doupe, Allison J., and Patricia K. Kuhl. 2011. "Birdsong and human speech: gestural patterns in the production of voiceless and voiced word-final
30. Durkin MS, Schupf N, Stein ZA, Susser MW. 2007. Public health and preventive medicine. 15th ed. Wallace R, editor. Stamford, CT: Appleton & Lange; . pp. 1173–1184. (Mental retardation).
31. Ellenberg JH, Hirtz DG, Nelson KB. 1984. Age at onset of seizures in young children. *Ann Neurol.* ;15: 127–34.
32. Felix TM, Leite JC, Maluf SW, Coelho JC. 2001. Aetiological evaluation of mental retardation in Brazilian patients. *Rev Do Hosp Clínicas Porto Alegre Fac Med Da Univ Fed Do Rio Gd Do Sul.* ;21 :267–275.
33. Fridriksson J, Fillmore P, Guo D, Rorden C. 2015. Chronic Broca's Aphasia Is Caused by Damage to Broca's and Wernicke's Areas. *Cereb Cortex.*25(12):4689-96.
34. Geerts A, Brouwer O, van Donselaar C, et al. 2011. Health perception and socioeconomic status following childhood-onset epilepsy: The Dutch study of epilepsy in childhood. *Epilepsia.* ;52:2192–202.
35. Goswami U, Thomson J, Richardson U, Stainthorp R, Hughes D, Rosen. 2002. Amplitude envelope onsets and developmental dyslexia: A new hypothesis 6;99(16):10911-6
36. Hepburn SL, Philofsky A, Fidler DJ, Rogers S. 2008. Autism symptoms in toddlers with Down syndrome: a descriptive study. *J Appl Res Intellect Disabil.*;21(1):48–57.
37. Hsu, H. J. & Bishop, D. V. M. 2014. Sequence-specific procedural learning deficits in children with specific language impairment. *Developmental Science*, 17 (3), 352-365.
38. IDEA (Individuals with Disabilities Education Act), 2004.
39. Jakulić S. 1993. Medicinske osnove mentalne retardacije, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
40. Jenni O. G., Fintelmann S., Caflisch J., Latal B., Rousson V., Chaouch A. 2015. Stability of cognitive performance in children with mild intellectual disability. *Dev. Med. Child Neurol.* 57, 463–469. doi: 10.1111/dmcn.12620, PMID.

41. Jenni O. G., Fintelmann S., Caflisch J., Latal B., Rousson V., Chaouch A. 2015. Stability of cognitive performance in children with mild intellectual disability. *Dev. Med. Child Neurol.* 57, 463–469. doi: 10.1111/dmcn.12620, PMID.
42. Keith T. Z., Fehrmann P. G., Harrison P. L., Pottebaum S. M. 1987. The relation between adaptive behavior and intelligence: testing alternative explanations. *J. Sch. Psychol.* 25, 31–43. doi:
43. Keith T. Z., Fehrmann P. G., Harrison P. L., Pottebaum S. M. 1987. The relation between adaptive behavior and intelligence: testing alternative explanations. *J. Sch. Psychol.* 25, 31–43. doi:
44. Kent RD, Vorperian HK. 2013. Speech impairment in Down syndrome: a review. *J Speech Lang Hear Res*;56:178-210.
45. Keramitcjevski, S. 1990. *Opsta logopedija*. Naucna Kniga. Beograd.
46. Kiely M. 1987. The prevalence of mental retardation. *Epidemiol Rev.* 9:194–218.
47. Kristal, D. 1996. *Kembrička enciklopedija jezika*, Beograd: Nolit.
48. Krstić, N., Vuković, M. 2013. Produkcija i razumevanje klitičkih zamenica kod dece sa razvojnim jezičkim poremećajem: Preliminarni izveštaj. U *Novine u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji* (Ur. M. Gligorović). Univerzitet u Beogradu: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
49. Kumin, L. 2003. *Early Communication Skills for Children with Down Syndrome: A Guide for Parents and Professionals*. Bethesda, MD: Woodbine House. language development.
50. Kuvač, J. 2007. Usvajanje prvoga jezika: uredan jezični razvoj. U: L. Cvikić (Ur.), *Poučavanje hrvatskoga kao nematerinskoga jezika u predškoli i školi s posebnim osvrtom na poučavanje govornika bajaškoga romskoga* (49-54). Zagreb.
51. Laurence, B. L. 2000. *Speech and Language Impairment in children*. Cambridge, MA: MIT Press.
52. Ljubešić, M. i Capanec, M. 2012. Rana komunikacija: u čemu je tajna?, *Logopedija*.
53. Lowenthal J, Richards C, Nelson L, Oliver C. 2013. Prevalence of autism spectrum disorder symptomatology and related behavioural characteristics in individuals with Down syndrome. *Autism.*;17(4):390–404. doi: 10.1177/1362361312442790.

54. Lowenthal R, Paula CS, Schwartzman JS, Brunoni D, Mercadante MT . 2007. Prevalence of pervasive developmental disorder in Down's syndrome. *J Autism Dev Disord.* ;37(7):1394. doi: 10.1007/s10803-007-0374-4.
55. Marco O Bertelli , Sally-Ann Cooper , Luis Salvador-Carulla. 2018. Intelligence and specific cognitive functions in intellectual disability: implications for assessment and classification. *31(2):88-95.*
56. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. 2011. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil., 32(2):419-36.*
57. Milošević, N., Vuković, M. 2011. Leksičko-semantičke sposobnosti dece sa specifičnim jezičkim poremećajem i nespecifičnim promenama elektroencefalografskih aktivnosti. *Specijalna edukacija i rehabilitacija, 10 (3), 435-443.*
58. Murphy C.C.,Yeargin-Allsopp M., Decoufle P., Drews C. 1995. The administrative prevalence of mental retardation in 10-year-old children in metropolitan Atlanta, 1985 through 1987.
59. Nittrouer S, Estee S, Lowenstein JH, Smith J. 2005. The emergence of mature S, Scott SK. Amplitude envelope onsets and developmental dyslexia: A stops. *The Journal of the Acoustical Society of America.*
60. Njiokiktjien C.Tijdschr Kindergeneesk. 1990. Developmental dysphasia: clinical importance and underlying neurological causes ;53(2):126-37.
61. Noemi A Spinazzi , Jonathan D Santoro , Katherine Pawlowski , Gabriel Anzueto , Yamini J Howe , Lina R Patel , Nicole T Baumer. 2023. Co-occurring conditions in children with Down syndrome and autism: a retrospective study 2;15(1):9.
62. Norbury, C.F., Gooch, D. Wray, C. , Baird, G. , Charman, T. , Simonoff, E. , ... & Pickles, A. 2016. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57, 1247–1257.*
63. O'Hare A, Bremner L. 2016. Management of developmental speech and language disorders: part 1. *Arch Dis Child.* **101**(3):272–277. doi: 10.1136/archdischild-2014-307394.

64. Ochfeld E, Newhart M, Molitoris J, Leigh R, Cloutman L, Davis C, Crinion J, Hillis AE. 2010. Ischemia in broca area is associated with broca aphasia more reliably in acute than in chronic stroke. *Stroke*.41(2):325-30.
65. Patel DR, Greydanus DE, Merrick J, et al. 2016. Introduction to intellectual and developmental disabilities. In: Rubin IL, Merrick J, Greydanus DE, et al. editors. *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan*. Cham: Springer, :5-12.
66. Paula T. Nadine G. 2006. Dynamic auditory processing, musical experience and language development doi: 10.1016
67. Pavličević - Franić, D. 2005. *Komunikacijom do gramatike*. Zagreb: Alfa d.d.
68. Pennington, B.F. & Bishop, D.V.M. 2009. Relations among speech, language, and reading disorders. *Annual Review of Psychology.*, 60: 283-306.
69. Richards C, Jones C, Groves L, Moss J, Oliver C. 2015. Prevalence of autism spectrum disorder phenomenology in genetic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*.2(10):909–916.
70. Ripamonti E, Frustaci M, Zonca G, Aggujaro S, Molteni F, Luzzatti C. 2018. Disentangling phonological and articulatory processing: A neuroanatomical study in aphasia. *Neuropsychologia*.121:175-18.
71. Roberts JE, Price J, Malkin C. 2007. Language and communication development in Down syndrome. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* ; 13:26-35.
72. Sattler JM. 2002. *Assessment of children: Behavioral and clinical applications*. San Diego: J.M. Sattler.
73. Schalock R. L., Luckasson R., Tassé M. J. 2021. *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports*. Silver Spring.
74. Schneider W., Niklas F., Schmiedeler S. 2014. Intellectual development from early childhood to early adulthood: the impact of early IQ differences on stability and change over time. *Learn. Individ. Differ.* 32, 156–162. doi: 10.1016/j.lindif.2014.02.001
75. Shinnar S. 1996. Clinical characteristics of children referred to a child development centre for evaluation of speech, language, and communication disorders. *Paediatric neurology*; 15(4): 305-311.



76. Siu AL. 2015. Screening for speech and language delay and disorders in children aged 5 years or younger: US preventive services task force recommendation statement. *Pediatrics.*;136(2):e474–e481. doi: 10.1542/peds.2015-1711.
77. Skiljan D. 1980. Lingvističko istraživanje Večernjeg lista, Zagreb.
78. Skljan, D. 1980. Pogled u lingvistiku. Skolska knjiga. Zagreb.
79. Steffenburg S, Gillberg C, Steffenburg U. 1996. Psychiatric disorders in children and adolescents with mental retardation and active epilepsy. *Arch Neurol.*; 53:904–12.
80. Tager-Flusberg H, Sullivan K. 1998. Early language development in children with mental retardation.
81. Tallal P, Gaab N. 2006. Dynamic auditory processing, musical experience and language development. *Trends in neurosciences.* 29(7):382-90.
82. Tallal P, Stark RE, Mellits ED. P Tallal, R E Stark, E D Mellits. 1985. Identification of language-impaired children on the basis of rapid perception and production skills doi: 10.1016/0093.
83. Tassé M. J., Schalock R. L., Balboni G., Bersani H., Borthwick-Duffy S. A., Spreat S., et al.. 2012. The construct of adaptive behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *Am. J. Intellect. Dev. Disabil.* 117, 291–303. doi: 10.1352/1944-7558-117.4.291,
84. Tomblin, J.B. , Records, N.L. , Buckwalter, P. , Zhang, X. , Smith, E. , & O'Brien, M. 1997. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 40, 1245–1260.
85. van Borsel J. 1996. Articulation in down syndrome adolescents and adults. *Eur J Disord Commun* ; 31:415-444.
86. Velički, V. 2009. Poticanje govora u kontekstu zadovoljenja dječjih potreba u suvremenom dječjem vrtiću. *Metodika*, 10 (18), 80-91.
87. Visscher, C., Houwen, S., Moolenaar, B., Lyons, J., Scherder, E. J. A., & Hartman,E. 2010. Motor proficiency of 6- to 9-year-old children with speech and language problems. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52, e254 – e258.
88. Vladislavljevic, S. 1987. Patoloski jezicki razvoj, Afazije i razvojne disfazije, Naucna knjiga, Beograd.

89. Vuković, M. 2011. Afaziologija. Beograd: Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
90. Wallace IF, Berkman ND, Watson LR, Coyne-Beasley T, Wood CT, Cullen K, et al. 2015. Screening for speech and language delay in children 5 years old and younger: a systematic review. *Pediatrics*. 135(5):1–28. doi: 10.1542/peds.digest1355.
91. Weindrich, D. , Jennen-Steinmetz, C. , Laucht, M. , Esser, G. , & Schmidt, M.H. 2000. Epidemiology and prognosis of specific disorders of language and scholastic skills. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 186–194.
92. Wilson P, Law J. 2019. Developmental reviews and the identification of impairments/disorders. In: *Health for all children*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; p. 258–81.
93. World Health Organization. 2018. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision) Geneva: World Health Organization.
94. World Health Organization. 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.
95. Закон за основно образование: Службен весник на РСМ, бр. 161 од 5.8.2019 година.
96. Јакулик, С. 1981. Ментална заосталост, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.
97. Јованова, Ч. Н. 2018. Методика на настава за ученици со интелектуална попреченост.
98. Меѓународна класификација на функционирање, попреченост и здравје – МКФ.  
Достапна на:  
[https://www.unicef.org/northmacedonia/sites/unicef.org.northmacedonia/files/2019-01/MK\\_SP\\_CWD\\_ICF\\_MK.pdf](https://www.unicef.org/northmacedonia/sites/unicef.org.northmacedonia/files/2019-01/MK_SP_CWD_ICF_MK.pdf)
99. Carr A, Linehan C, O'Reilly G, McEvoy J, Walsh PN. 2016. *The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice*. Taylor & Francis.
100. Трајковски, Е. В. 2008. Медицински основи на инвалидноста. Универзитет “Св. Кирил и Методиј”, “Филозофски факултет”, Институт за дефектологија, Скопје.
101. Филипова, С. 2013. Вовед во логопедија, Богданци
102. Филипова, С. Левенска, Г. Икадиновиќ-Талеска, Н. 1990. Значењето на логопедската превентива како важен фактор за правилниот развој на говорот кај детето. Дефектолошка теорија и пракса. Филозофски факултет-Институт за дефектологија.

**ПРИЛОГ БРОЈ 1**

**АНКЕТЕН ЛИСТ**

**1. Возраст на ученикот**

6-9 год.      10-12 год.      13-16 год.

**2. Пол на ученикот**      М      Ж

**3. Одделение на ученикот**

1 - 3      4 - 5      6 – 9

**4. Степен на интелектуална попреченост на ученикот**

- а) лесна интелектуална попреченост
- б) умерена интелектуална попреченост

**5. Вид на говорно-јазично нарушување на ученикот**

---

**6. Етиолошки фактор за состојбата**

---

**7. Други коморбидни состојби**

---

**8. Вклученост во логопедски третман**      ДА      Н



