

ოპტიმალური განვითარების ხელშეწყობა: განვითარების პრობლემების მქონე ჩვილთა და ადრეული ასაკის ბავშვთა გამოვლენა განვითარებაზე მეთვალყურეობისა და სკრინინგის მეშვეობით¹

შინაარსი

ტერმინოლოგიის განმარტება	4
საფეხური 1: პაციენტი განვითარების პრობლემის დადგენილი რისკის გარეშე მეთვალყურეობის ვიზიტზე.....	5
საფეხური 2: არის ეს 12, 18, 24 და 30 ან 36 თვის ვიზიტი?	6
საფეხური 3: სკრინინგის ჩატარება	6
საფეხური 4: ჩაატარეთ ფიზიკური გასინჯვა და განვითარებაზე რუტინული ზედამხედველობა (რისკფეტორების შეფასების ჩათვლით)	8
საფეხური 5: სკრინინგის ფონზე საეჭვოა მოტორული დარღვევა?	12
საფეხური 6: სკრინინგის შედეგი ბაღებს ეჭვს განვითარების პრობლემაზე?.....	13
საფეხური 7: ჩაატარეთ მოტორული დარღვევის შეფასება	13
საფეხური 8: ჩაატარეთ სრულყოფილი სამედიცინო შეფასება	13
საფეხური 9: ჩაატარეთ ან გააგზავნეთ განვითარების შეფასებისთვის და განახორციელეთ რეფერალი ადრეული ინტერვენციის პროგრამაში.....	14
საფეხური 10: ზედამხედველობისას გაჩენილი ეჭვი არ შეფასებულა?.....	21
საფეხური 13: ჩაატარეთ ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის ვიზიტის დანარჩენი კომპონენტები.....	21
საფეხური 14 და 15 განვითარების პრობლემის დიაგნოზი დადგინდა? და ქრონიკული დაავადების მართვის ინიცირება.....	21
ალგორითმის დანერგვა	22
ზედამხედველობისა და სკრინინგის ინტეგრაცია პირველად ჯანდაცვაში.....	23
შეჯამება.....	24
განვითარებაზე ზედამხედველობისა და სკრინინგის კლინიკური სახელმძღვანელო	25

განვითარების პრობლემების ადრეული გამოვლენა და ინტერვენცია კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ბავშვის ჯანმრთელობისთვის და პედაგოგიური სერვისების მიმწოდებელთა

პასუხისმგებლობას წარმოადგენს. მოცემულ ანგარიშში წარმოდგენილია განვითარებაზე მეთვალყურეობისა და სკრინინგის უნივერსალური სისტემის მოდელი, იმ მდგომარეობების ადრეული იდენტიფიცირების მიზნით, რომლებიც მოქმედებენ ბავშვის განვითარებასა და მიღწევებზე ადრეულ და მოგვიანებით პერიოდში, შემდგომი მეთვალყურეობის ჩათვლით. ამ მდგომარეობებს მიეკუთვნება: აუტიზმი, სმენაჩლუნგობა/სმენის პრობლემები, ინტელექტუალური და მოტორული ფუნქციების შეფერხება. ქცევითი დარღვევები და სხვა. განვითარებაზე ზედამხედველობა უნდა ხორციელდებოდეს ყველა რუტინულ ვიზიტზე, ისევე როგორც სტანდარტული სკრინინგული ტესტების გამოყენება (ქართულ პოპულაციაში 12, 18 ან 24 და 36 თვის ასაკში ადაპტირებული ასაკისა და ეტაპების კითხვარით - ASQ-3).

ნებისმიერ ვიზიტზე გამოვლენილი განვითარების პრობლემასთან დაკავშირებული ეჭვი უნდა წარმოადგენდეს სტანდარტული სკრინინგული ტესტის ჩატარების, ან სპეციალიზებული ადრეული ინტერვენციის პროგრამაში რეფერალის საფუძველს. ზედამხედველობას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს 4-5 წლის ასაკში, ელემენტარულ საგანმანათლებლო დაწესებულებაში (ბაღი, სკოლა) ბავშვის მიყვანამდე, ხოლო ეჭვის არსებობის შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს შესაბამისი სტანდარტული სკრინინგი.

განვითარებაზე ზედამხედველობა მოიცავს ორმხრივ კომუნიკაციას ადრეული ინტერვენციის პროგრამების სპეციალისტებთან, სკოლამდელი აღსაზრდელი დაწესებულებების პერსონალთან, ბინაზე ვიზიტებს და მშობელთა კონსულტირებას, განსაკუთრებით, განვითარების სკრინინგის შესახებ. პრობლემების იდენტიფიცირებას თან უნდა სდევდეს განვითარებისა და ჯანმრთელობის შეფასება, დიაგნოსტიკა, კონსულტირება და მართვა ადრეულ ინტერვენციასთან ერთად. ბავშვები, რომელთაც აღნიშნებათ განვითარების დარღვევები, მიეკუთვნებიან სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვებს, რომელთა ქრონიკული პრობლემების მართვა უნდა დაიწყოს ე.წ. „პედატრიული სამედიცინო სახლის“¹ (ჩვენს პირობებში აღნიშნული შესაბამება პირველად ჯანდაცვას) პირობებში.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში პედატრიებმა და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებმა მნიშვნელოვანი პროგრესი განახორციელეს განვითარებისა და ქცევითი დარღვევების მქონე ბავშვთა ადრეული გამოვლენის მიმართულებით. მატულობს განვითარების ფორმალური სკრინინგის პრაქტიკა პჯდ სისტემაში. სხვადასხვა საერთაშორისო ავტორიტეტული ორგანიზაციები ძალისხმევას არ იშურებენ სკრინინგული მეთოდების გაუმჯობესებისა და მათი დანერგვის მიმართულებით. ამერიკის პედატრიული აკადემიის 2006 წლის რეკომენდაციების თანახმად, შემუშავდა განვითარების სკრინინგის ალგორითმი, რომელიც სტანდარტული ვალიდური სკრინინგული ტესტების გამოყენების რეკომენდაციას იძლევა ბავშვის კონკრეტულ ასაკში, განსხვავებით წინა რეკომენდაციებისგან, როდესაც სკრინინგი რეკომენდებული იყო ბავშვის ყველა რუტინულ ვიზიტზე.

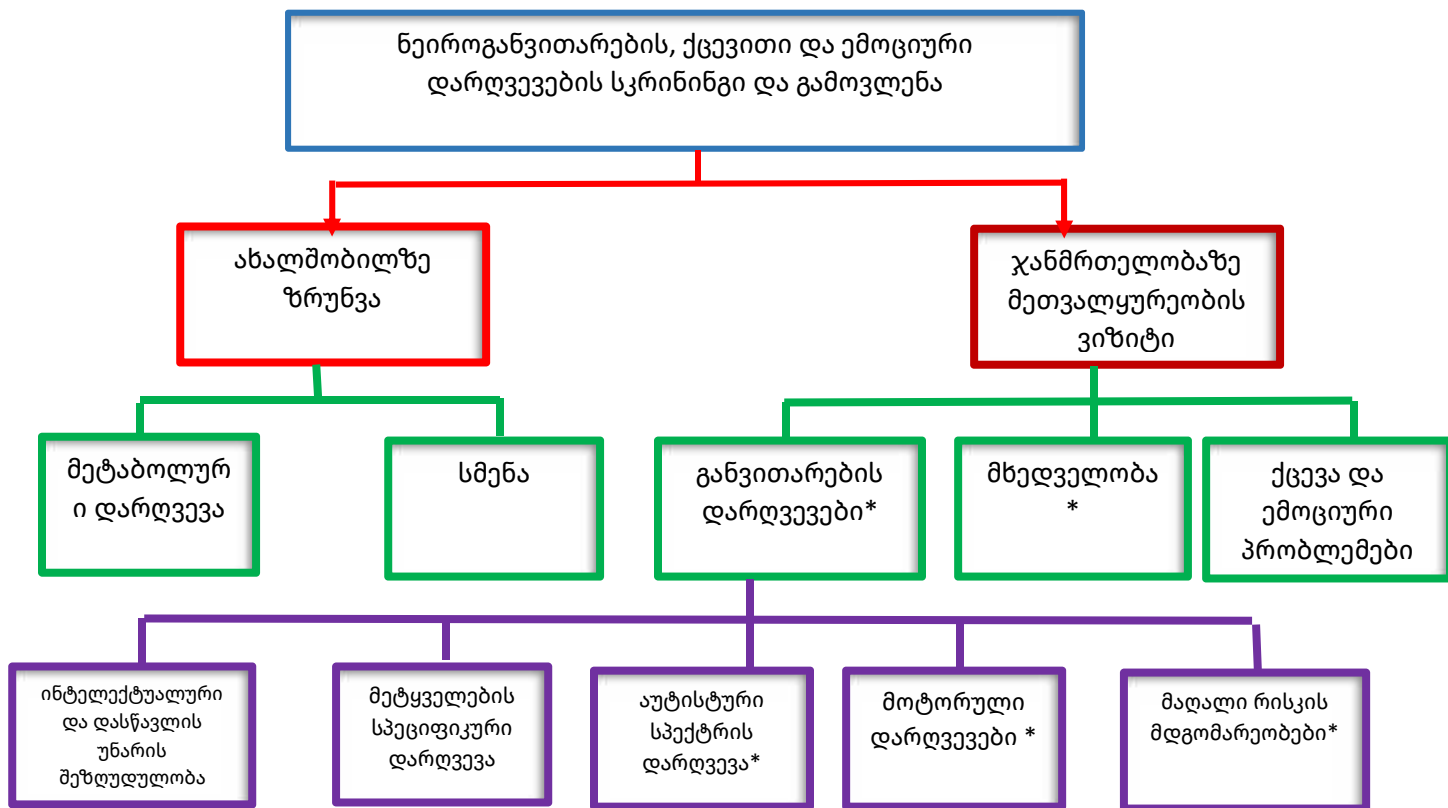
განვითარებაზე ზედამხედველობისა და სკრინინგის აღნიშნული მოდელი კოორდინირებულია ისეთი მდგომარეობების სკრინინგის რეკომენდაციებთან, როგორცაა აუტისტური სპექტრის დარღვევები, ნეირომოტორული დარღვევები, სმენის პრობლემების ადრეული გამოვლენა, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი და ქცევითი პრობლემები. გაიდლაინების შემუშავებას მოჰყვა პედატრიული პროვაიდერების ყურადღების მატება აღნიშნული მდგომარეობების მიმართ და ზოგადად სკრინინგის მაჩვენებლების გაუმჯობესება,

¹ ამერიკის პედატრიული აკადემია პედატრიულ სამედიცინო სახლს განსაზღვრავს, როგორც სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელ სტრუქტურას, შემდეგი მახასიათებლებით: ჩვილების, ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, რომელიც არის ხელმისაწვდომი, უწყვეტი, ყოვლისმომცველი, ოჯახზე ორიენტირებული, კოორდინირებული, ემპათიური და კულტურულად ეფექტური.

თუმცა, უნივერსალური სკრინინგი ჯერჯერობით კვლავ მიუღწეველი რჩება. ამერიკის პედიატრიული აკადემიის კვლევის მიხედვით, სკრინინგის სიხშირე 2002 წელს შეადგენდა 23%-ს, 2009 წელს 45%-ს და 2016 წელს 63%-ს. პედიატრები აღნიშნავენ ახალი გაიდლაინების დანერგვის სირთულეს მათ ყოველდღიურ პრაქტიკაში, ხოლო დანერგვის ძირითად ბარიერებად სახელდებოდა დროის შეზღუდულობა და არაადეკვატური გადახდის სისტემა.

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს სკრინინგის სტრატეგიის გარკვეული საერთო მახასიათებლები კოგნიტური, მოტორული, მეტყველების დარღვევების, აუტიზმის, სოციალურ-ემოციური და ქცევითი დარღვევების სფეროში, ამავე დროს, მნიშვნელოვანი განსხვავებებია მათი ჩატარების დროის, გაზომვის და ინტერვენციაზე ზეგავლენის თვალსაზრისით. ალგორითმი მიზნად ისახავს სკრინინგის უნივერსალური სისტემის გაუმჯობესებას პირველადი ჯანდაცვის დონეზე (იხილეთ სურათი 2).

სურათი 1. ადრეული ასაკის ბავშვთა სკრინინგი ნეიროგანვითარების დარღვევების, ქცევითი და ემოციური პრობლემების იდენტიფიცირების მიზნით (ვარსკვლავით აღნიშნული ჩარევა შეესაბამება ამერიკის პედიატრიული აკადემიის რეკომენდაციებს. სურათი შესაძლოა, სრულად არ მოიცავდეს განვითარებისა და ქცევის ყველა სპეციფიკურ დარღვევას)



აღნიშნული უნივერსალური სისტემა მოიცავს ნეიროგანვითარებისა და ქცევითი დარღვევების ფართო სპექტრს, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ ბავშვის განვითარებასა და მიღწევებზე ადრეულ და მოგვიანებით ასაკში. ამ მდგომარეობებს მიეკუთვნება ASD; მეტყველების დარღვევები, სმენაჩლუნგობა ან სმენის დარღვევები (ICD10 კოდები H91.90-დან H91.93-ის ჩათვლით), მხედველობის დარღვევები, ნეირომოტორული დარღვევები (მაგ.: ცერებრული დამბლა), ნერვ-კუნთოვანი დარღვევები (მაგ.: დუშენის კუნთოვანი ატროფია); ინტელექტისა და დასწავლის პრობლემები და ქცევითი დარღვევები (მაგ.: ADHD).

ამავე დროს, ზოგიერთი მდგომარეობის შემთხვევაში მაღალია განვითარებისა და ქცევითი დარღვევის ერთდროული თანაარსებობის სიხშირე (მაგალითად, დენაკლობის, პერინატალური გართულებების, თანდაყოლილი კომპლექსური დაავადებების, ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემიის, საშვილოსნოსშიდა ალკოჰოლური ზემოქმედების, ტყვიით ინტოქსიკაციის, თანდაყოლილი ინფექციების დროს). განვითარებისა და/ან ქცევითი დარღვევების მიმართ განსაკუთრებულ მოწყვლად კატეგორიას მიეკუთვნებიან ის ბავშვები, რომლებზეც ადგილი აქვს ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტების უარყოფით ზემოქმედებას, ან ბავშვობის პერიოდის და ოჯახის სხვა არასასურველ გამოცდილებას, როგორცაა მაგალითად, სიღარიბე, რასიზმი, ტოქსიკური სტრესი, რაც მოიცავს ბავშვზე ძალადობას, უგულბებლყოფას, მშობლის მენტალურ დაავადებას, მშობლის მიერ ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის საზიანოდ მოხმარებას, ბავშვის მომვლელის დეპრესიას და გავილდებას.

დადგენილი განვითარების რისკის არმქონე ბავშვებში რეკომენდებული სკრინინგის პრინციპების გამოყენება შესაძლებელია უნივერსალურად, მათ შორის, ქრონიკული დაავადებების მქონე ბავშვთა ქცევითი და განვითარების დარღვევების იდენტიფიცირების მიზნით. ამასთანავე, პედიატრიაში პაციენტსა და ოჯახზე ორიენტირებული კოორდინირებული ზრუნვის მნიშვნელობის გათვალისწინებით, განვითარებაზე მეთვალყურეობისა და სკრინინგის პრაქტიკაში აუცილებელია ოჯახის წევრების ჩართვა პარტნიორების სახით. სკრინინგის პროცედურა თავისთავად მოიცავს საუბარს და ურთიერთობის დამყარებას ოჯახის წევრებთან. სკრინინგის ალგორითმი წარმოადგენს პედიატრის სახელმძღვანელოს ზედამხედველობისა და სკრინინგის პროცესში. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ეს ალგორითმი ფოკუსირებულია ბავშვებზე, რომელთაც ჯერ არ აქვთ დადგენილი განვითარების პრობლემების რისკი.

მიუხედავად იმისა, რომ მოცემული კლინიკური ანგარიში ფოკუსირებულია 0-5 წლის ასაკის ბავშვებზე, ეს რეკომენდაციები უნდა გავითვალისწინოთ, როგორც მინიმალური სტანდარტი და ისინი არ უნდა ჩაითვალოს მზა რეცეპტად.

სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციები თანხმდებიან იმაზე, რომ ადრეული ბავშვობის ასაკი გრძელდება 0-დან 8 წლამდე და ახალისებენ სკრინინგის ჩატარებას 3 წლის შემდეგ. იმისათვის, რომ სკრინინგი იყოს ეფექტური, ის უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება ადრე და განმეორებით ჩატარდეს ადრეული ბავშვობის ასაკში. ამდენად, არსებობს მოსაზრება იმასთან დაკავშირებით, რომ რისკის გამოვლენისა და შესაბამისი ინტერვენციის ოპტიმიზაციის მიზნით აუცილებელია განვითარების სკრინინგის მეტი სიხშირით ჩატარება.

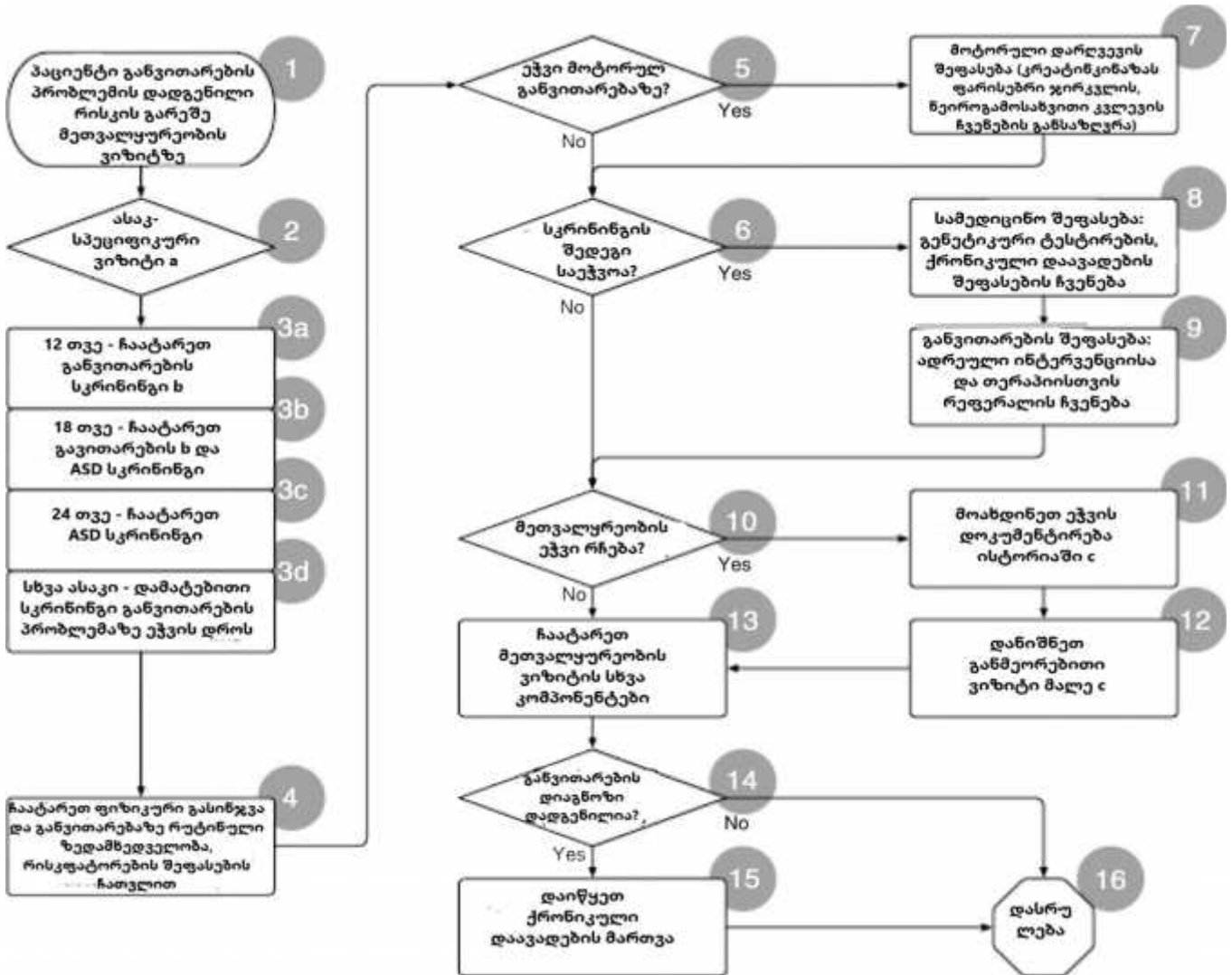
ტერმინოლოგიის განმარტება

დოკუმენტში მკაფიოდ არის გამოიჯნული (1) **ზედამხედველობა** - პროცესი, რომლის დროსაც ხდება იმ ბავშვების ამოცნობა, რომელთაც შესაძლოა ჰქონდეთ განვითარების შეფერხების რისკი; (2) **სკრინინგი** - პროცესი, რომელიც წარმოადგენს სტანდარტული ინსტრუმენტის მეშვეობით აღნიშნული რისკის იდენტიფიცირებას და დაზუსტებას; და (3) **შეფასება** - კომპლექსური პროცესი განვითარების სპეციფიკური დარღვევის იდენტიფიცირების მიზნით, რომელიც ახდენს ბავშვზე ზემოქმედებას. „განვითარების დარღვევა“ და „განვითარების უნარშეზღუდულობა“ აღნიშნავს ბავშვის მენტალურ ან ფიზიკურ პრობლემას, ან მათ კომბინაციას, რასაც თან სდევს მნიშვნელოვანი ფუნქციური შეზღუდულობა ძირითადი ცხოვრებისეული აქტივობების განხორციელების თვალსაზრისით.

ალგორითმი

ალგორითმში წარმოდგენილია განვითარების პრობლემების იდენტიფიცირებული რისკის არმქონე ბავშვის სკრინინგის საფეხურები ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის ვიზიტზე.

სურათი 2. განვითარების პრობლემების იდენტიფიცირებული რისკის არმქონე ბავშვის სკრინინგის ალგორითმი



a - იმ პრობლემების იდენტიფიცირების მიზნით, რომელთა ამოცნობაც არ მომხდარა წინა სკრინინგის დროს, კლინიცისტმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გაამახვილოს განვითარებაზე მეთვალყურეობის 4-5 წლის ბავშვის ვიზიტზე, საბავშვო ბაღში შესვლამდე. განვითარებაზე ზედამხედველობა უნდა გაგრძელდეს ბავშვობის მთელი პერიოდის მანძილზე.

b - სკრინინგული ინსტრუმენტები შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ვიზიტამდე, მშობლისთვის კითხვარის წინასწარ მიცემის გზით.

c - პროვაიდერმა საკუთარი ჩანაწერების (ელექტრონულ თუ ქაღალდურ) სისტემაში უნდა უზრუნველყოს ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა კლინიცისტისთვის შემდგომი ვიზიტების დროს.

საფეხური 1: პაციენტი განვითარების პრობლემის დადგენილი რისკის გარეშე მეთვალყურეობის ვიზიტზე

მშობლის ან სამედიცინო პროფესიონალის უჭვი განვითარების პრობლემასთან დაკავშირებით საჭიროებს განხილვას პედატრიული სერვისების მიმწოდებელი მედპერსონალის მხრიდან, და ეს უნდა შეადგენდეს განვითარებაზე მეთვალყურეობის პროცესის განუყოფელ ნაწილს

პედიატრიული ზედამხედველობის ყველა ვიზიტზე, სიცოცხლის პირველი 5 წლის განმავლობაში. მრავალრიცხოვანი კვლევები მეტყველებს იმაზე, რომ განვითარების დარღვევების აღმოჩენა სათანადოდ ვერ ხდება, როდესაც ექიმი ეყრდნობა მხოლოდ საკუთარ კლინიკურ განსჯას. სტანდარტული სკრინინგული ტესტების გამოყენება განვითარებაზე ზედამხედველობის სპეციფიკურ ეტაპებზე აუმჯობესებს ზედამხედველობის პროცესის ეფექტურობას.

განვითარების სკრინინგის რეკომენდებული ასაკები წარმოადგენს საწყის წერტილს იმ ბავშვებისთვის, რომელთაც არ აღენიშნებათ განვითარების დარღვევის იდენტიფიცირებული რისკი. იმის გამო, რომ განვითარება ზოგადად დინამიური პროცესია, ხოლო ზედამხედველობას გააჩნია გარკვეული ლიმიტები, აუცილებელია პერიოდული სკრინინგის ჩატარება ვალიდური ინსტრუმენტებით იმისთვის, რათა განვითარებასთან დაკავშირებული ეჭვი, რომლის გამოვლენაც ვერ მოხერხდა ზედამხედველობის ან წინა სკრინინგის პროცესში, დადგინდეს მომდევნო სკრინინგის დროს.

განვითარების სკრინინგის ვალიდური ტესტების გამოყენების აუცილებლობა ხაზგასმულია *Bright Futures*-ს მეოთხე გამოცემაში, რაც საქართველოში სტანდარტულად ტარდება 12, 18 და 30-36 თვის ასაკში. განვითარებაზე ზედამხედველობა უნდა გაგრძელდეს ბავშვობის მთელი პერიოდის განმავლობაში, მათ შორის, 4- ან 5-წლის ასაკში, როდესაც ფასდება ბავშვის წინასასკოლო მზაობა. ნებისმიერ დროს, როდესაც მშობელი, პროფესიონალი ან პირი, რომელიც ჩართულია ბავშვზე ზრუნვაში, გამოთქვამს ეჭვს ზედამხედველობის პერიოდში, რეკომენდებულია განვითარების დამატებითი სკრინინგის ჩატარება სტანდარტული ვალიდური ტესტის გამოყენებით. ამ სკრინინგის აღრიცხვა რეკომენდებულია ცალკე, შესაბამისი კოდირებით და დამატებითი ანაზღაურებით.

იმის გათვალისწინებით, რომ განვითარების და ქცევითი დარღვევების რისკი მატულობს ასაკთან ერთად, ბავშვი, რომლის შემთხვევაშიც მოხდა რისკის ან ეჭვის დადგენა, შესაძლებელია საჭიროებდეს სულ მცირე, ყოველწლიურ ფორმალურ სკრინინგს, თუ ზედამხედველობის პერიოდში ეჭვი ისევ რჩება.

საფეხური 2: არის ეს 12, 18, 24 და 30 ან 36 თვის ვიზიტი?

ყველა ბავშვს უნდა ჩაუტარდაეს განვითარების პერიოდული სკრინინგი სტანდარტული ტესტის გამოყენებით. განვითარების პრობლემების რისკის ან მშობლის ჩივილის არარსებობისას, განვითარების სკრინინგი საქართველოში რეკომენდებულია 12, 18, 24 და 30 ან 36 თვის ასაკში. ქცევითი და ემოციური პრობლემების სკრინინგი, როგორც მინიმუმ, რეკომენდებულია ჩატარდეს იმავე დროს. დამატებით, 18 და 24 თვის ასაკში რეკომენდებულია ASD -სკრინინგის ჩატარება.

დამატებით, იმ პრობლემების იდენტიფიცირების მიზნით, რომელთა ამოცნობაც ვერ მოხერხდა წინა ვიზიტებზე და სასკოლო მზაობისთვის აუცილებელი უნარების განსაზღვრისთვის, აუცილებელია ზედამხედველობის ჩატარება 4 ან 5 წლის ასაკში, განსაკუთრებული აქცენტით აღნიშნული უნარების განვითარებაზე, ხოლო ეჭვის გაჩენის შემთხვევაში - შესაბამისი სტანდარტული სკრინინგის ჩატარება. 4-5 წლის ასაკში სკრინინგის სასარგებლოდ მეტყველი მყარი მტკიცებულებების ნაკლებობის გამო, ამჟამად რუტინული სკრინინგი ამ ასაკობრივ ჯგუფში რეკომენდებული არ არის.

საფეხური 3: სკრინინგის ჩატარება

მოკლე, სტანდარტული სკრინინგული ტესტის გამოყენება საშუალებას იძლევა, მოვახდინოთ განვითარების პრობლემების რისკის მქონე ბავშვების იდენტიფიცირება. სარწმუნო სკრინინგული ტესტი შესაძლებელია შეავსოს მშობელმა, ხოლო ჯამური ქულა გამოითვალს დამხმარე პერსონალმა. პედიატრი/ოჯახის ექიმი ახდენს სკრინინგის შედეგების ინტერპრეტაციას.

განვითარების სკრინინგით არ ისმება საბოლოო დიაგნოზი, არამედ ხდება იმ სფეროების იდენტიფიცირება, რომლებშიც ბავშვის განვითარება განსხვავდება ზოგადი ასაკობრივი ნორმებისგან. განმეორებითი და რეგულარული სკრინინგით პრობლემების აღმოჩენის შანსი უფრო მაღალია, ვიდრე ერთჯერადი სკრინინგის დროს, განსაკუთრებით, იმ უნარებთან მიმართებაში, რომლებიც მოგვიანებით ვითარდება, როგორცაა მაგალითად, მეტყველება. ლოღინი, როლის გამოტოვებს ბავშვი განვითარების ძირითად ნიშანსვეტს, დაკავშირებულია პრობლემის დაგვიანებულ ამოცნობასთან, იწვევს მშობლების უკმაყოფილებას და შფოთვის და ამცირებს აღრეული გამოვლენისა და ინტერვენციის სარგებელს ბავშვისა და ოჯახისთვის.

12 და 30 თვის ვიზიტი: ჩაატარეთ განვითარების სკრინინგი

9 თვის ასაკში ჩატარებული სკრინინგი იძლევა შესაძლებლობას, ყურადღება მივაქციოთ ბავშვის მოტორულ, მხედველობით და სმენით ფუნქციებს. ამ დროს ასევე ჩნდება კომუნიკაციის აღრეული ჩვევები და ASD-ს სიმპტომები, როგორცაა მაგალითად, თვალის კონტაქტის არარსებობა, საკუთარ სახელზე რეაქციის არარსებობა ან თითით ჩვენება, რომელთა ამოცნობაც შესაძლებელია სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში. ჩვილები, რომელთაც აღენიშნებათ სამედიცინო მდგომარეობა, რის ფონზეც მატულობს განვითარების პრობლემების რისკი, როგორცაა მაგალითად, გენეტიკური პათოლოგია, ან მნიშვნელოვანი პერინატალური გართულება, უნდა გაიგზავნონ აღრეული ინტერვენციის პროგრამაში. 12 თვის ვიზიტი ასევე იძლევა საგანმანათლებლო ჩარევის შესაძლებლობას, როდესაც მშობლებს მიეწოდებათ ინფორმაცია განვითარების სკრინინგის შესახებ და ერჩევით განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციონ კომუნიკაციის და მეტყველების აღრეულ უნარებს. სოციალური და არავერბალური კომუნიკაცია, როგორცაა ვოკალიზაცია და ყესტები, ახლად გაჩენილი კომუნიკაციის მნიშვნელოვანი ასპექტებია, რომელთა შეფასებაც შესაძლებელია აღნიშნულ ვიზიტზე. მიუხედავად იმისა, რომ ASD-ს დიაგნოსტიკა არ ხდება ამ ასაკში, სოციალური და ემოციური სფეროს შეფერხება შესაძლებელია ბავშვის აღრეული ინტერვენციის პროგრამაში გაგზავნის საფუძველი გახდეს, რითაც მნიშვნელოვანი დახმარება გაეწევა ოჯახს.

30 თვის ვიზიტზე გვეძლევა დამატებითი შესაძლებლობა, გამოვავლინოთ მოტორული, მეტყველების და კოგნიტური პრობლემები, უფრო ნატიფი უნარების შეფერხების ჩათვლით და ის ბავშვები, რომელთაც ესაჭიროებათ რეფერალი აღრეული ინტერვენციის პროგრამაში. აღრეული ინტერვენციის პროგრამა ამავე დროს ეხმარება ბავშვს და ოჯახს, სასკოლო პროგრამისთვის მომზადებაში, საჭიროების მიხედვით.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, მოცემული კლინიკური ანგარიში რეკომენდაციას იძლევა, ბავშვის განვითარებაზე ზედამხედველობა ჩატარდეს ბავშვობის მთელი პერიოდის განმავლობაში, განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილებით ზედამხედველობასა და ფორმალური სკრინინგის ჩატარებაზე 4 ან 5 წლის ასაკში, როდესაც არსებობს განვითარების დარღვევების რისკი, ეჭვი ან პრობლემები. ასაკის მატებასთან ერთად შეფერხების ნიშნები უფრო თვალსაჩინო ხდება. რუტინული სკრინინგის გარეშე, განვითარების ან ქცევითი დარღვევების მქონე ბავშვების დაახლოებით 50%-ის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება საბავშვო ბაღში შესვლამდე. ამდენად, განვითარების სტანდარტული სკრინინგის ჩატარებამ 4 წლის ასაკში იმ ბავშვებისთვის, რომელთა მიმართაც არსებობს განვითარების პრობლემის რისკი ან ეჭვი, შეიძლება გააუმჯობესოს საბავშვო ბაღში შესვლამდე პრობლემის გამოვლენა და რეფერალი, თუ წინა ვიზიტების დროს ვერ მოხერხდა სწავლის ან ყურადღების დარღვევების ამოცნობა. ქცევითი დარღვევების დამატებითი ზედამხედველობა ასევე შეიძლება დაგვეხმაროს წინასასკოლო ასაკში ADHD-სიმპტომების გამოვლენაში, როდესაც ქცევითი თერაპია და მშობლების ქცევითი სწავლება განსაკუთრებით ეფექტურია. ამავე დროს, ASD-ს სიმპტომები უფრო თვალსაჩინო ხდება, როდესაც ბავშვი იწყებს მეტყველებას და აფართოებს სოციალურ ურთიერთობებს სკოლამდელ ასაკში. 5 წლის ბავშვებს, რომლებიც ჯერ არ მიუყვანიათ საბავშვო ბაღში, უნდა

ჩაუტარდეთ უწყვეტი მჭიდრო ზედამხედველობა, რომელსაც ეჭვის შემთხვევაში უნდა მოყვას შესაბამისი სკრინინგი.

18 თვის ასაკი: ჩაატარეთ განვითარების სკრინინგი და ASD სკრინინგი

18 თვის ასაკში რეკომენდებულია განვითარების სკრინინგის ჩატარება, რადგანაც შეფერხება ნატიფი მოტორიკის, კომუნიკაციის და მეტყველების განვითარებაში, ისევე როგორც მანამდე ამოუცნობი უხეში მოტორიკის დარღვევები ხშირად თვალსაჩინო ხდება 18 თვის ასაკში. სამედიცინო ჩარევები, რომლებიც მიმართულია მოტორული დარღვევების მკურნალობისკენ, ეფექტურია 18 თვის ასაკში, ასევე არსებობს ეფექტური ადრეული ინტერვენცია ამ ასაკში მეტყველების განვითარების შეფერხების დროს.

18 თვის ასაკში განვითარების სკრინინგის ზოგად ტესტთან ერთად, რეკომენდებულია ASD-სპეციფიკური სკრინინგის ჩატარება. ASD-ს ადრეული სიმპტომები ხშირად თავს იჩენს ამ ასაკში, რისთვისაც არსებობს ადრეული ინტერვენციის ეფექტური სტრატეგიები. არსებული მეცნიერული მტკიცებულებები ASD-სკრინინგის სასარგებლოდ მეტყველებს როგორც 18 თვის, ისე 24 თვის ასაკში, თუმცა კვლევები ტესტის ეფექტურობისა და გამოყენების საუკეთესო დროის შესახებ კიდევ მიმდინარეობს. ASD-ს მქონე ბავშვი ადრეულ ასაკში ავლენს ძილთან, კვებასთან და ქცევასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, რომელთა მართვაშიც დახმარება შეუძლია გაუწიოს პედიატრმა/ოჯახის ექიმმა ბავშვის რეფერალით და მშობლებისთვის ამ საკითხებზე მომუშავე შესაბამისი ორგანიზაციების საკონტაქტო ინფორმაციის მიწოდებით.

თუ ბავშვს ASD-ს მაღალი რისკი აღენიშნება, მაგალითად, სახეზეა სიმპტომები, ბავშვის და-ძმას აღენიშნება ASD, ბავშვს აქვს გენეტიკური პათოლოგია ASD-ს მომატებული რისკით, ბავშვი დაიბადა დღენაკლი ან ადგილი ჰქონდა ტოქსინების ან ინფექციის პრენატალურ ექსპოზიციას, აუცილებელია მკაცრი ზედამხედველობა და უფრო ადრეული სკრინინგი. კვლევები გვიჩვენებს, რომ აუტიზმზე საეჭვო ქცევა ჩნდება 18 თვეზე ადრეულ ასაკში, ამდენად, მანამ სანამ 18 და 24 თვის ასაკში ჩატარდება ფორმალური სკრინინგი, რეკომენდებულია „საგანგამო“ სიმპტომებზე დაკვირვება ბავშვის ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის რუტინული ვიზიტების დროს.

24 თვის ვიზიტი: ჩაატარეთ ASD სკრინინგი

24 თვის ასაკში აუცილებელია ASD-სპეციფიკური სკრინინგის ჩატარება ყველა ბავშვისთვის, რათა უზრუნველყოთ აუტისტური სპექტრის დარღვევების შემდგომი ადრეული იდენტიფიკაცია.

სხვა ასაკები: დამატებითი სკრინინგი განვითარების პრობლემაზე ეჭვის დროს

თუ მშობელს, სამედიცინო პერსონალს ან ბავშვზე ზრუნვაში ჩართულ ნებისმიერ პირს აქვს ეჭვი ბავშვის განვითარების პრობლემასთან დაკავშირებით ზემოთ მითითებული ასაკებისგან განსხვავებულ ასაკში, მიზანშეწონილია დამატებითი სკრინინგის ჩატარება სარწმუნო სკრინინგული ტესტის გამოყენებით. ამისთვის შესაძლოა საჭირო გახდეს დამატებითი ვიზიტი, რომელიც უნდა განხორციელდეს შეძლებისდაგვარად სწრაფად.

ამასთანავე, თუ ბავშვმა გამოტოვა განვითარების სკრინინგის დადგენილი ასაკობრივი ვიზიტები 12, 18 და 30 ან 36 თვის ასაკში, სკრინინგი უნდა ჩატარდეს პირველივე შესაძლებლობისას.

საფეხური 4: ჩაატარეთ ფიზიკური გასინჯვა და განვითარებაზე რუტინული ზედამხედველობა (რისკფეტორების შეფასების ჩათვლით)

გამაფრთხილებელი ან საგანგამო ნიშნები ბავშვის რუტინული გასინჯვისას

ბავშვის რუტინული ფიზიკური გასინჯვისას შესაძლებელია ორი ტიპის საგანგაშო ან გამაფრთხილებელი ნიშნის აღმოჩენა, რომელთა არსებობაც უკავშირდება განვითარების დარღვევის ან შეფერხების მომატებულ რისკს. ეს ნიშნებია: ფენოტიპური ცვლილებები და ცვლილებები თავის გარემომოწერილობაში. ორივე მათგანი ადვილად შესამჩნევი და გაზომვადია.

„ფენოტიპით“ მოიხსენიება ბავშვის ნებისმიერი მახასიათებელი, რომელიც უკავშირდება ფიზიკურ ან ქცევით თავისებურებებს და განპირობებულია ბავშვის გენოტიპზე (გენეტიკურ აგებულებაზე) გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით. ფიზიკურ მახასიათებლებში შესაძლებელია აღინიშნებოდეს მცირე და მნიშვნელოვანი ანომალიები. მნიშვნელოვან ანომალიებს მიეკუთვნება ისეთი მდგომარეობები, როდესაც ადგილი აქვს ბავშვის ორგანოს ფუნქციის ან ჯანმრთელობის დარღვევას (მაგალითად, გულის თანდაყოლილი მანკი ან მიელომენინგოცელე). მცირე ანომალიებს მიეკუთვნება არცთუ ხშირი მორფოლოგიური თავისებურებები, რომელთაც შესაძლოა გამოიწვიონ სერიოზული სამედიცინო პრობლემა სერიოზული კოსმეტიკური დეფექტით ან მის გარეშე (მაგალითად, ანომალურად ახლოს განლაგებული თვალები, ან ყურების დაბალი დგომა). მნიშვნელოვანია ამ ანომალიების ამოცნობა, რადგანაც მათი არსებობა მორფოგენეზის გლობალური დეფექტის მანიშნებელია. სამი ან მეტი ასეთი მცირე ანომალიის არსებობის შემთხვევაში საკმაოდ მაღალია იმის ალბათობა, რომ პიროვნებას აღენიშნება მნიშვნელოვანი ფენოტიპური ცვლილება. ეს შეიძლება ასოცირებული იყოს გენეტიკურ პათოლოგიასთან, რომელიც არსებობს განვითარების პრობლემასთან ერთად².

როგორც ცნობილია, ფიზიკური გასინჯვის დროს თავის გარემომოწერილობის გაზომვით ისაზღვრება ქალას ზომა, რაც ცეფალურ ინდექსზე, ანუ თავის ტვინის (ტვინის და თავზურგტვინის სითხის) მოცულობაზე მიუთითებს. თავის გაშემოწერილობის პერიოდული გაზომვა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგანაც ეს საშუალებას იძლევა მონიტორინგისა და შედარების მეშვეობით შეფასდეს ნორმიდან გადახრა, და ამდენად მოხდეს ცენტრალური ნერვული სისტემის ნებისმიერი პრობლემის პროგნოზირება. თავის გარემომოწერილობის 2 სტანდარტულზე მეტი გადახრა ნორმიდან ზემოთ ან ქვემოთ (< -2 SDs ან $> +2$ SDs) მიუთითებს განვითარების დარღვევის მომატებულ რისკზე. თავის გარემომოწერილობის შესაფასებლად რეკომენდებულია ჯანმო-ს Z ქულოვანი დიაგრამების გამოყენება.

თავის ნორმალური გარემომოწერილობა – ინდივიდუალური მრუდი თავსდება $+2Z$ ქულოვან სტანდარტულ მრუდებს შორის და იმეორებს მათ მიმართულებას.

სავარაუდო მიკროცეფალია (პატარა თავი) - ინდივიდუალური მრუდის ან ერთჯერადი გაზომვის შედეგად მიღებული მაჩვენებლის განთავსება $-2 Z$ ქულოვან მრუდს ქვემოთ.

სავარაუდო მაკროცეფალია (დიდი თავი) - ინდივიდუალური მრუდის ან ერთჯერადი გაზომვის მაჩვენებლის განთავსება $+2 Z$ ქულოვან მრუდს ზემოთ.

მრუდების ზოგადი აღწერა:

ჰორიზონტალურ (აბსცისთა) ღერძზე დატანილია ბავშვის ასაკი (წლებსა და თვეებში), ვერტიკალურ (ორდინატთა) ღერძზე კი – წონა კილოგრამებში ან სიგრძე და თავის გარემომოწერილობა სანტიმეტრებში იხილეთ სურათი).

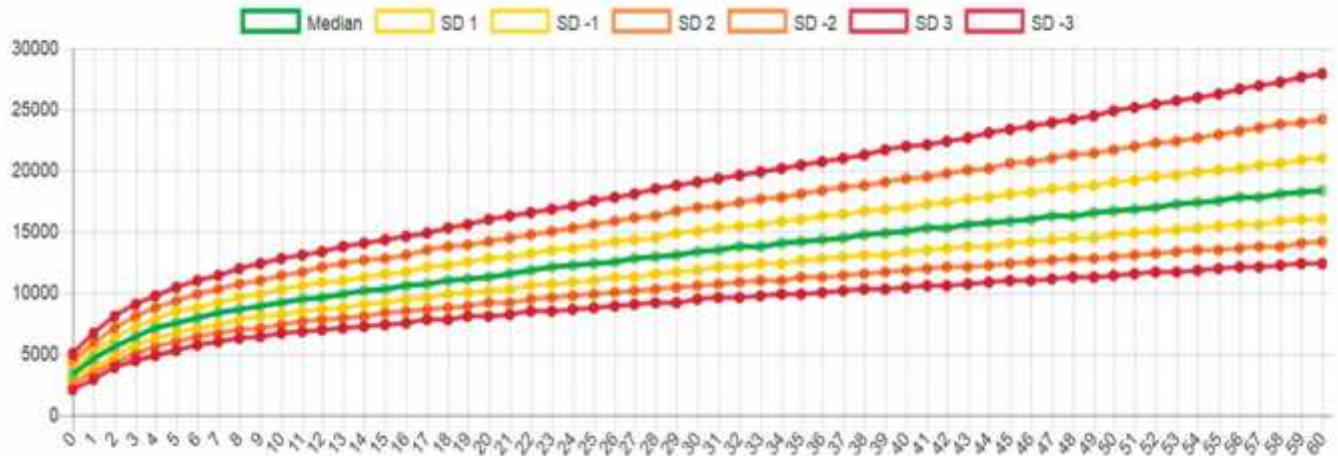
დიაგრამაზე გამოსატულია რამდენიმე მრუდი:

მწვანე ფერის - ნულოვანი შეესაბამება საშუალო მაჩვენებელს ანუ მედიანას,

2 ყვითელი მრუდი – ზედა $+1 Z$ ქულოვან, ქვედა კი $-1 Z$ ქულოვან მაჩვენებელს,

2 წითელი მრუდი – ზედა $+2 Z$ ქულოვან, ქვედა კი $-2 Z$ ქულოვან მაჩვენებელს,

2 შინდისფერი მრუდი – ზედა $+3 Z$ ქულოვან, ქვედა კი $-3 Z$ ქულოვან მაჩვენებელს



როდესაც პერიოდული სკრინინგის შედეგები ნორმალურია, პედიატრმა/ოჯახის ექიმმა შეიძლება შეატყობინოს მშობლებს, რომ ამ ეტაპზე ბავშვს განვითარების პრობლემების დაბალი რისკი აქვს და გააგრძელოს ჯანმრთელობაზე ზედამხედველობის ვიზიტის სხვა ასპექტების შესრულება. სკრინინგის ნორმალური შედეგი საშუალებას იძლევა, აქცენტი გაკეთდეს განვითარების და ქცევის ხელშეწყობის რეკომენდაციებზე.

განვითარებაზე ზედამხედველობა განისაზღვრება როგორც მოქნილი, ხანგრძლივი, უწყვეტი და კუმულაციური პროცესი, რომლის დროსაც გამოცდილი სამედიცინო პერსონალი ავლენს განვითარების შესაძლო პრობლემების მქონე ბავშვებს. ზედამხედველობა ასევე სასარგებლოა ადეკვატური რეფერალის ორგანიზების, მშობლების განათლების და ოჯახზე ორიენტირებული სამედიცინო დახმარების მიწოდების მიზნით, რაც ხელს უწყობს ნორმალურ განვითარებას და განვითარებასთან დაკავშირებულ ჯანმრთელობის პრობლემებს ადრეული ინტერვენციისა და თერაპიის მეშვეობით. იმის გამო, რომ ბავშვის ჯანმრთელობაზე ზედამხედველობის პროცესში ხდება დიდი მოცულობის ინფორმაციის აკუმულირება, ჯანმრთელობისა და განვითარების რისკფაქტორების და ჩატარებული სკრინინგების შედეგების ჩათვლით, აუცილებელია განვითარების შესახებ შესაბამისი მნიშვნელოვანი ინფორმაციის გამოყოფა და მისი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა თითოეული ვიზიტის წინ ან ვიზიტის დროს.

განვითარებაზე ზედამხედველობა მოიცავს 6 კომპონენტს: (1) მშობლის ჩივილის გამოვლენა ბავშვის განვითარებასთან დაკავშირებით; (2) განვითარების ანამნეზის შეკრება, დოკუმენტირება და სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვა; (3) ბავშვზე ფრთხილი და ინფორმირებული დაკვირვების განხორციელება; (4) რისკების, ძლიერი და დამცველობითი ფაქტორების დადგენა; (5) პროცესის და დაკვირვების შედეგების ზუსტი ჩანაწერების წარმოება; და (6) მიღებული მოსაზრებების და შედეგების გაზიარება სხვა პროფესიონალებისთვის, როგორცაა პედიატრიული სერვისების პროვაიდერები, ბინაზე ვიზიტორები, სკოლამდელი აღზრდის პედაგოგები და განვითარების სპეციალისტები, განსაკუთრებით, როდესაც ჩნდება ეჭვები.

მშობლის ჩივილის გამოვლენა და მასზე რეაგირება

მშობლის ჩივილის გამოკითხვით პედიატრიული სერვისის მიმწოდებელ პროფესიონალს შეუძლია მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მოძიება ბავშვის განვითარების, სწავლისა და ქცევის შესახებ. მშობელს შეიძლება ჰქონდეს სხვა სპეციალისტის მიერ ჩატარებული სკრინინგის შედეგები, განსაკუთრებით, თუ სახეზეა ეჭვი. ასეთ შემთხვევაში პედიატრმა/ოჯახის ექიმმა უნდა გამოკითხოს ჩატარებული სკრინინგული ტესტის და მისი შედეგების შესახებ, რათა მოხდეს

მშობლებთან ერთად აღნიშნულის გადახედვა და განხილვა. შესაძლოა სასარგებლო იყოს ინფორმაციის მოძიება პირდაპირ სპეციალისტისგან, ვინც ჩაატარა სკრინინგი. მშობლებთან ან გარეშე სპეციალისტთან დისკუსიის შესახებ უნდა გაკეთდეს ჩანაწერი სამედიცინო ისტორიაში. მშობლის ან პროფესიონალის ეჭვის არარსებობა არ გამორიცხავს განვითარების სერიოზული პრობლემის არსებობის რისკს.

განვითარების ანამნეზის შეკრება, დოკუმენტირება და ისტორიის წარმოება

განვითარების ანამნეზი ჯანმრთელობაზე ზედამხედველობის ვიზიტის აუცილებელი კომპონენტია. მშობლებისთვის კითხვების დასმა მათი შვილის განვითარების ცვლილების შესახებ, რომელიც მოხდა ბოლო ვიზიტის შემდეგ, ან ასაკისთვის სპეციფიკურ ნიშანსვეტზე დაკვირვება, როგორცაა მაგალითად სიარული ან თითით ჩვენება, პედიატრს/ოჯახის ექიმს საშუალებას აძლევს, მოახდინოს განვითარების შეფერხების გამოვლენა, რაც შემდგომ გაოკვლევას საჭიროებს.

ბავშვზე ფრთხილი და ინფორმირებული დაკვირვების წარმოება

ბავშვის ფრთხილი ფიზიკური გასინჯვა და განვითარების შეფასება ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის ვიზიტის დროს წარმოადგენს განვითარებაზე ზედამხედველობის განუყოფელ ნაწილს. გარკვეული მტკიცებულებები მეტყველებენ იმაზე, რომ მშობლისა და ბავშვის ურთიერთობაზე დაკვირვება შესაძლებელია დაგვეხმაროს განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვის იდენტიფიცირებაში.

რისკის, ძლიერი და დამცველობითი ფაქტორების იდენტიფიცირება

რისკის შეფასება განვითარებაზე ზედამხედველობის მნიშვნელოვანი ნაწილია. გარემო, გენეტიკურმა, ბიოლოგიურმა, სოციალურმა და დემოგრაფიულმა ფაქტორებმა შესაძლოა, იმოქმედონ ბავშვის განვითარების შეფერხების რისკის მატებაზე. მრავლობითი რისკფაქტორების არსებობა აძლიერებს ერთმანეთის ზემოქმედებას. დადგენილი რისკფაქტორების მქონე ბავშვი შესაძლოა პირდაპირ გაიგზავნოს განვითარების შეფასებისთვის და ადრეული ინტერვენციის სერვისისთვის, ან შეიძლება ესაჭიროებოდეს განვითარებაზე ზედამხედველობა უფრო ხშირი ინტერვალებით, ვიდრე ბავშვებს რისკფაქტორების გარეშე.

ზოგიერთი სამედიცინო მდგომარეობის დროს იზრდება ბავშვის განვითარების შეფერხების რისკი. ასეთ მდგომარეობებს მიეკუთვნება პერინატალური გართულებები (მაგალითად, დენააკლობა, მცირე წონა დაბადებისას, ალკოჰოლის ზემოქმედება, ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეფალოპათია), თანდაყოლილი და სხვა ნევროლოგიური პათოლოგიები (მაგ.: მიელომენინგოცელე, თავის ტვინის თანდაყოლილი პათოლოგია, ეპილეფსია), გულის კომპლექსური თანდაყოლილი პათოლოგია, გენეტიკური დაავადება, სხვა ქრონიკული დაავადებები (მაგ.: ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია).

არსებობს მრავალი მტკიცებულება ადრეულ ბავშვობაში არასასურველი მოვლენების უარყოფითი ეფექტების შესახებ, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს „ტოქსიკური სტრესი“, რომელიც მოქმედებს თავის ტვინის არქიტექტურასა და ბავშვის განვითარებასა და ქცევაზე. სიღარიბე და მასთან ასოცირებული რისკფაქტორები, როგორცაა უსაფრთხო საკვების არარსებობა ან მომვლელის დეპრესია, ზრდის განვითარების შეფერხების რისკს.

ოჯახის ექიმმა/პედიატრმა რისკფაქტორების პარალელურად უნდა დაადგინოს დამცველობითი/ძლიერი ფაქტორების არსებობა ბავშვის ირგვლივ. მჭიდრო კავშირი მოსიყვარულე ოჯახთან, სხვა ბავშვებთან ურთიერთობის შესაძლებლობა, ადეკვატურ გარემო პირობებში ზრდა, მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორებია ბავშვის განვითარებისთვის. ანალოგიურად, საზოგადოებრივი მხარდაჭერის ძლიერი სისტემები, როგორცაა ადგილობრივი სკოლები, საზოგადოებრივი, კერძო ან საქველმოქმედო ორგანიზაციები, მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ბავშვის განვითარებისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში, მათ შორის, განვითარების პრობლემების რისკის მქონე ბავშვებშიც.

პროცესის და შედეგების ზუსტი ჩანაწერების წარმოება

სამედიცინო ისტორიაში უნდა მოხდეს ზედამხედველობისა და სკრინინგის ყველა აქტივობის შედეგის დოკუმენტირება. ამასთანავე, აუცილებელია დამატებითი ღონისძიებების დოკუმენტირება, როგორცაა მაგალითად, რიგგარეშე მეთვალყურეობის ვიზიტის დაგეგმვა, განვითარებაზე ექვის შესახებ უფრო ფართო დისკუსიის ვიზიტის დაგეგმვა, ადრეული ინტერვენციის პროგრამებში ან სპეციალისტთან რეფერალი. ჩანაწერი შეიძლება მოიცავდეს ცხრილს, სადაც მითითებული იქნება განვითარებაზე ზედამხედველობისა და ფორმალური სკრინინგის შედეგები.

მოსაზრებების და შედეგების გაზიარება სხვა სპეციალისტებთან

მიუხედავად იმისა, რომ განვითარებაზე ზედამხედველობა ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის პირობებში, პედიატრის/ოჯახის ექიმის მოსაზრება და ბავშვის განვითარების შეფასების შედეგები მნიშვნელოვანია ამ სტრუქტურის ფარგლებს გარეთაც. კერძოდ, ადრეული ასაკის ბავშვის განვითარების პროცესში შესაძლებელია სხვადასხვა პროფესიონალების ფართო სპექტრის ჩართვა, რომლებიც მნიშვნელოვან სასარგებლო ინფორმაციას ღებულობენ პედიატრის/ოჯახის ექიმის მიერ წარმოებული რუტინული ზედამხედველობის პროცესისგან. ასეთი პროფესიონალებს მიეკუთვნება ბავშვზე ზრუნვის პროვაიდერები, ბინაზე ვიზიტორები, სკოლამდელი აღზრდის პედაგოგები და განვითარების თერაპევტები. ამავე დროს, ზოგიერთი მათგანი შესაძლოა, თავად აწარმოებდეს დაკვირვებას ბავშვის განვითარებაზე და ატარებდეს განვითარების სკრინინგს.

ადრეული ინტერვენციის თერაპევტები შესაძლოა, ასევე აქტიურად იყვნენ ჩართულები ბავშვის განვითარებასთან დაკავშირებული ეჭვების როგორც შეფასების, ისე მკურნალობის პროცესში. გუნდური მუშაობის პრინციპებიდან გამომდინარე, აუცილებელია ორმხრივი სისტემური, თანმიმდევრული კომუნიკაცია პაციენტსა და ოჯახზე ორიენტირებულ სამედიცინო სერვისსა და გარეშე ორგანიზაციებს შორის. ნებისმიერ ორგანიზაციას, რომელიც ატარებს განვითარების სკრინინგს პირველადი ჯანდაცვის გარეთ, აუცილებლად უნდა ჰქონდეს რეგულარული კომუნიკაცია ბავშვის ოჯახის ექიმთან/პედიატრთან სკრინინგის როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი შედეგების შესახებ. შესაბამისად, პჯდ პროფესიონალებსა და გარეშე სპეციალისტებს შორის კომუნიკაცია ზედამხედველობის კრიტიკული შემადგენელი ნაწილია, რათა მოხდეს სხვადასხვა სერვისების ძალისხმევითა და აქტივობის ეფექტური კოორდინაცია ბავშვის განვითარების ოპტიმიზაციის მიზნით. როდესაც სკრინინგი ან შეფასება ტარდება სხვა სპეციალისტის მიერ, მისი შედეგების და გამოყენებული ტესტის ტიპის განხილვა უნდა წარმოებდეს როგორც მშობლებთან, ისე ბავშვის პედიატრთან/ოჯახის ექიმთან.

აღნიშნულმა დამატებითმა ინფორმაციამ შეიძლება გაართულოს პაციენტის ვიზიტი. თუ სკრინინგი ჩატარდა ცოტა ხნის წინ, რეკომენდებულია მისი შედეგების ინტერპრეტაცია, დოკუმენტირება და შესაბამისი ქმედება, რაც პოტენციურად ცვლის ვიზიტის მოცულობას და შესაძლოა მოითხოვდეს უფრო გაღრმავებულ შეფასებას. თუ სხვაგან ჩატარებული სკრინინგის შემდეგ გასულია რამდენიმე თვე, ბავშვის განვითარების სწრაფი ცვლილებების გამო, შესაძლოა საჭირო გახდეს განმეორებითი სკრინინგის ჩატარება. ბავშვის პედიატრმა არ უნდა მოითხოვოს ანაზღაურება სხვა დაწესებულებაში ჩატარებული სკრინინგის გამო, თუმცა მის მიერ განხორციელებული სერვისის საფასურში უნდა აისახოს ნებისმიერი დამატებითი აქტივობა, რომელიც საჭირო გახდა გადაწყვეტილების მიღებისთვის.

საფეხური 5: სკრინინგის ფონზე საეჭვოა მოტორული დარღვევა?

თუ სკრინინგის მეშვეობით ვლინდება ეჭვი მოტორულ დარღვევაზე, აუცილებელია მოტორული დარღვევის შეფასების ჩატარება (იხილეთ საფეხური 7: მოტორული დარღვევის შეფასების ჩატარება).

საფეხური 6: სკრინინგის შედეგი ბადებს ეჭვს განვითარების პრობლემაზე?

თუ სკრინინგის შედეგი უარყოფითია, ანუ არ ბადებს ეჭვს დარღვევის არსებობაზე, კლინიცისტი შეიძლება გადავიდეს მე-10 საფეხურზე: ზედამხედველობის პროცესში გამოვლინდა ეჭვი, რომელიც არ შეაფასებულა? თუ ასეთი ეჭვი არსებობს, მოახდინეთ პრობლემის იდენტიფიცირება სამედიცინო ისტორიაში და მე-13 საფეხურზე გადასვლამდე დანიშნეთ ვადაზე ადრე დაბრუნების თარიღი. თუ ეჭვი არ ვლინდება, გადადით მე-13 საფეხურზე: ჩაატარეთ ჯანმრთელობაზე ზედამხედველობის ვიზიტის დარჩენილი ასპექტები. თუ სკრინინგის შედეგები დასაფიქრებელია, აუცილებელია ფოკუსირებული ანამნეზის შეკრება და ფიზიკური გასინჯვა ნებისმიერი მანამდე გამოუვლენელი სამედიცინო პრობლემის დადგენის მიზნით (იხილეთ საფეხური 8: ჩაატარეთ სრულყოფილი სამედიცინო შეფასება). ფიზიკური გასინჯვის დროს უნდა შეფასდეს ფიზიკური ნიშნები (სტიგმატები), რომლებიც მიუთითებენ გენეტიკურ პათოლოგიაზე. ნევროლოგიური გასინჯვისას შესაძლოა გამოვლინდეს ნევროლოგიური პათოლოგია. ზოგადი ფიზიკური გასინჯვით შესაძლებელია გამოუვლენელი სამედიცინო პრობლემის დადგენა (როგორცაა, მაგალითად, გულის, თირკმლის, ჰემატოლოგიური დაავადებები და სხვა).

ის ბავშვები, რომლებიც პედიატრის/ოჯახის ექიმის მიერ სამედიცინო, გარემო ან სოციალური ფაქტორების არსებობის გამო შეფასდნენ, როგორც განვითარების პრობლემის მაღალი რისკის მქონე, რეკომენდებულია გაიგზავნონ ადრეული ინტერვენციის პროგრამაში ან წინასასკოლო სპეციალურ საგანმანათლებლო დაწესებულებაში.

კლინიკური ვიზიტების დროს მშობლის დარწმუნება ასრულებს გარკვეულ როლს, თუმცა დამოკიდებულია განვითარებაზე ზედამხედველობისა და სკრინინგის პროგრესსა და გამოსავალზე. თუ მაგალითად, განვითარებაზე ზედამხედველობით ან სკრინინგით არ ხდება პრობლემის გამოვლენა, შესაძლებელია სპეციფიკური, მარტივი, ასკისთვის შესაბამისი მიზნების განსაზღვრა, ხოლო მშობლებს მიეცეთ რეკომენდაცია, დაბრუნდნენ მეთვალყურეობის ვიზიტზე, თუ ბავშვი ვერ აღწევს აღნიშნულ მიზნებს. სკრინინგის ნორმალური შედეგების განხილვა ასევე უნდა მოიცავდეს ქცევის ჩამოყალიბებისა და განმავითარებელ რეკომენდაციებს, მშობლებთან საუბრისას სამედიცინო პერსონალმა ხაზი უნდა გაუსვას უწყვეტი ზედამხედველობისა და სკრინინგის მნიშვნელობას. საჭიროების შემთხვევაში აუცილებელია ადრეული ინტერვენციის პროგრამებში ჩართვის გათვალისწინება.

საფეხური 7: ჩაატარეთ მოტორული დარღვევის შეფასება

ზედამხედველობის და/ან სკრინინგის დროს ბავშვის მოტორული სფეროს პრობლემაზე ეჭვის არსებობისას აუცილებელია სრულყოფილი ნევროლოგიური შეფასების ჩატარება. როდესაც კუნთოვანი ტონუსი მომატებულია, აუცილებელია თავის ტვინის გამოსახვითი კვლევის გათვალისწინება. ნორმალური ან დაქვეითებული ტონუსის შემთხვევაში ბავშვს უნდა ჩაუტარდეს კვლევა კრეატინკინაზასა და თიროიდმასტიმულირებელ ჰორმონზე.

საფეხური 8: ჩაატარეთ სრულყოფილი სამედიცინო შეფასება

როდესაც ბავშვის განვითარების შეფასებისას ვლინდება საეჭვო პრობლემა ან დასტურდება განვითარების შეფერხება, აუცილებელია სამედიცინო დიაგნოსტიკური შეფასების ჩატარება ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენის მიზნით. აღნიშნული შეფასების დროს აუცილებელია განვითარების შეფერხების ბიოლოგიური, გარემო და სხვა დადგენილი რისკფაქტორების გათვალისწინება. განვითარების პრობლემაზე საეჭვო ბავშვს უნდა ჩაუტარდეს აუდოლოგიური შეფასება. ასევე აუცილებელია მხედველობის, სმენის სკრინინგი, ახალშობილის მეტაბოლური სკრინინგების გადამოწმება, ზრდის შეფასება და ინფორმაციის მოძიება გარემო, სამედიცინო, ოჯახური და სოციალური რისკფაქტორების შესახებ.

შემდგომი სამედიცინო შეფასება არსებული რისკფაქტორებისა და ობიექტური მონაცემების მიხედვით, შესაძლებელია მოითხოვდეს უფრო გაღრმავებულ გენეტიკურ, ნევროლოგიურ, მეტაბოლურ და სხვა სამედიცინო კვლევებს. ბავშვს, რომლის შემთხვევაშიც საეჭვოა განვითარების გლობალური შეფერხება ან ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობა, უნდა ჩაუტარდეს ლაბორატორიული კვლევები, ქრომოსომული ანალიზისა და მყიფე X ქრომოსომაზე ტესტირების ჩათვლით. ანამნეზისა და ფიზიკური გასინჯვის საფუძველზე შესაძლებელია საჭირო გახდეს მეტაბოლური დარღვევების ტესტირება. როდესაც საწყისი ლაბორატორიული გამოკვლევებით ვერ ხერხდება დიაგნოზის დასმა, საჭიროა უფრო გაღრმავებული შეფასება სრულყოფილი გენეტიკური კვლევის ჩათვლით. ნევროლოგიური გასინჯვის პათოლოგიური შედეგების, მიკრო ან მაკროცეფალიის ან სხვა კლინიკური ჩვენებების შემთხვევაში საჭიროა თავის ტვინის გამოსახვითი კვლევის ჩატარება. საეჭვო ASD-ს მქონე ბავშვის საწყისი გენეტიკური ტესტირების რეკომენდაციები დამუშავების პროცესშია, თუმცა დღეისათვის რეკომენდებულია ქრომოსომული დარღვევების და მყიფე X ქრომოსომაზე ტესტირების ჩატარება. გენეტიკური კვლევების დაგეგმვის მიზნით გასათვალისწინებელია კონსულტაცია სამედიცინო გენეტიკოსთან, პედიატრმა/ოჯახის ექიმმა საჭიროების შემთხვევაში ბავშვი უნდა გააგზავნოს სპეციალისტის კონსულტაციის ან დამატებითი კვლევების ჩატარების მიზნით.

ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენა ხელს უწყობს მშობლების მიერ საკუთარი შვილის უნარშეზღუდულობის სიდრმისეულ გაცნობიერებას. ამავე დროს, აღნიშნული მოქმედებს მკურნალობის გეგმის სხვადასხვა ასპექტზე, სპეციფიკური პროგნოზული ინფორმაციის, რეციდივებისა და მემკვიდრეობის შესახებ გენეტიკური კონსულტირების, ბავშვის ჯანმრთელობისა და ფუნქციის გაუმჯობესების მიზნით საჭირო სპეციფიკური მკურნალობის და თერაპიული ინტერვენციის პროგრამების ჩათვლით. აღნიშნული შეფასების ინიცირება შესაძლებელია განხორციელდეს ზოგადი პედიატრის/ოჯახის ექიმის ან პედიატრიული ვიწრო სპეციალისტის მიერ, როგორცაა ბავშვთა ნევროლოგი, ბავშვთა ნეიროგანვითარების სპეციალისტი, ბავშვთა ქცევითი და განვითარების დარღვევების სპეციალისტი, ბავშვთა გენეტიკოსი ან ბავშვთა ფსიქიატრი. აუცილებელია სამედიცინო დახმარების კოორდინაცია ოჯახის ექიმს/პედიატრსა და სხვადასხვა ვიწრო სპეციალისტებს, აგრეთვე ბავშვის ოჯახს შორის.

საფეხური 9: ჩაატარეთ ან გააგზავნეთ განვითარების შეფასებისთვის და განახორციელეთ რეფერალი აღრუული ინტერვენციის პროგრამაში

თუ სკრინინგის შედეგები ბადავს ეჭვს, იმის მიუხედავად თუ სად ჩატარდა სკრინინგი: პირველად ჯანდაცვაში, სპეციალიზებულ პედიატრიულ დაწესებულებაში თუ სკოლამდელი შეფასების ერთეულში, აუცილებელია ბავშვის განვითარების სრულყოფილი შეფასების განხორციელება. აღნიშნული შეფასება შესაძლებელია განხორციელდეს რიგგარეშე ვიზიტზე ან რამდენიმე ვიზიტზე პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, ან სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში განვითარების სპეციალისტის ან სხვა სამედიცინო პროფესიონალის მიერ. აუცილებელია ვიზიტის დაგეგმვა შეძლებისდაგვარად მოკლედ როში, ხოლო სამედიცინო პროფესიონალებმა უნდა იმოქმედონ კოორდინირებულად და ერთმანეთს გაუზიარონ შედეგები. მეთვალყურეობის უზრუნველყოფის მიზნით აუცილებელია რეფერალის პროცესის აღრიცხვა/თვალყურის დევნება.

განვითარების შეფასება

როდესაც განვითარებაზე ზედამხედველობის ან სკრინინგის შედეგად ხდება ბავშვის განვითარების პრობლემის მაღლი რისკის დადგენა, აუცილებელია განვითარების დიაგნოსტიკური შეფასების ჩატარება. ასეთი შეფასების მეშვეობით შესაძლებელია განვითარების სპეციფიკური პრობლემის ან პრობლემების გამოვლენა, რაც იძლევა ინფორმაციას პროგნოზის შესახებ და ხელს უწყობს სპეციფიკური და ადეკვატური აღრუული თერაპიული ინტერვენციების დაწყებას.

ნეიროგანვითარების პრობლემების ბავშვებს ხშირად აღენიშნებათ თანმხლები დარღვევები განვითარების ან ქცევის სფეროში. მაგალითად, ASD-ს მქონე ბავშვს შესაძლებელია აღენიშნებოდეს სირთულეები დასწავლისა და ინტელექტურალურ სფეროში, ADHD, შფოთვისითი აშლილობა ან მოტორული კოორდინაციის დარღვევა. ანალოგიურად, ცერებრული დამბლის ბავშვს ასევე აღენიშნება პრობლემები იმავე სფეროებში, მეტყველების დარღვევების პარალელურად. აღნიშნული დარღვევების გამოვლენის შემდეგ შეიძლება საჭირო გახდეს შემდგომი შეფასება და დამატებითი მკურნალობა. განვითარების დიაგნოსტიკური შეფასების ჩატარება შეუძლიათ ბავშვთა ვიწრო სამედიცინო სპეციალისტებს, როგორცაა მაგალითად, ბავშვთა ნეიროგანვითარების სპეციალისტი, ბავშვთა განვითარებისა და ქცევის სპეციალისტი, ბავშვთა ნევროლოგი, ბავშვთა ფსიქიატრი, აგრეთვე სათანადოდ მომზადებული ექთანი ან ადრეული ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალები პირველადი ჯანდაცვის პედატრთან ერთად. ადრეული ასაკის ბავშვთა აღნიშნულ პროფესიონალებს მიეკუთვნებიან ბავშვთა განმანათლებლები, ფსიქოლოგები, მეტყველების თერაპევტები, აუდიოლოგები, სოციალური მუშაკები, ფიზიოთერაპევტები ან პროფესიული თერაპევტები, რომლებიც იდეალურ შემთხვევაში მუშაობენ ოჯახთან, მულტიდისციპლინარული გუნდის წევრების სახით და ბავშვის პჯდ პროვაიდერთან მჭიდრო კოორდინაციისა და კომუნიკაციის პირობებში.

განვითარების შეფასების შედეგად გამოვლენილი გამოსავლების კლასიფიცირება

განვითარების შეფასების შედეგად მიღებული გამოსავლების კლასიფიცირება რეკომენდებულია სამი ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით:

-) 2 თვემდე ასაკის ჩვილები
-) 2 თვიდან 2 წლამდე ასაკის ბავშვები
-) 2 წლიდან 5 წლამდე ასაკის ბავშვები

1. 2 თვემდე ასაკის ჩვილები

2 თვემდე ასაკში:

<p>დაადგინეთ აქვს თუ არა ადგილი შემდეგ რისკფაქტორებს:</p> <p>B პრენატალური ზრუნვის არარსებობა ან არასათანადო ზრუნვა</p> <p>B პრობლემები ორსულობის ან მშობიარობის დროს</p> <p>B დღენაკლულობა</p> <p>B 2500გ-ზე დაბალი წონა დაბადებისას</p> <p>B მნიშვნელოვანი სიყვითლე</p> <p>B ჰოსპიტალიზაცია ნეონატალურ პერიოდში</p> <p>B სერიოზული დაავადება, როგორცაა მაგალითად, მენინგიტი, თავის ტრავმა ან გულყრა</p> <p>B მშობლების სისხლით ნათესაობა</p> <p>B მენტალური პრობლემები ოჯახში</p> <p>B სოციალური რისკფაქტორები, როგორცაა ოჯახში ძალადობა, დედის დეპრესია, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის საზიანო მოხმარება, სექსუალური ძალადობა და ა. შ.</p>	<p>გაზომეთ თავის გარშემოწერილობა < -2 Z ან > +2 Z</p> <p>დააკვირდით ფენოტიპური ცვლილებების არსებობას</p> <p>B თვალების მონგოლოიდური ქრილი</p> <p>B ზედმეტად ფართოდ განლაგებული თვალები (ჰიპერტელორიზმი)</p> <p>B ყურების დაბალი განლაგება</p> <p>B კურდღლის ტუჩი</p> <p>B სასის ნაპრალი</p> <p>B უკიდურესად მოკლე ან გრძელი კისერი</p> <p>B ხელისგულის განივი ნაოჭი</p> <p>B გამრუდებული მცირე ნეკი (ძალიან მოკლე გამრუდებული ან მოხრილი მესხეთე თითი: კლინოდაქტილია)</p> <p>დააკვირდით განვითარების ნიშანსვეტებს და შეამოწმეთ ახალშობილის რეფლექსები (იხილეთ ჰენდაუთი)</p>
---	--

განვითარების შეფასების კლასიფიკაცია 2 თვემდე ასაკში

ნიშნები	კლასიფიცირება
<p>B თავის გარშემოწერილობა < -2Z ან > +2Z B სახეზეა 3 ან მეტი ფენოტიპური ცვლილება B ჩვილს არ აქვს ერთი ან მეტი რეფლექსი/პოზიცია/უნარი, რომელიც შეესაბამება წინა ასაკობრივ ჯგუფს (1 თვემდე ასაკის ბავშვისთვის გამოიყენეთ ბავშვის კონკრეტული ასაკობრივი ჯგუფის ნიშანსვეტები)</p>	<p>განვითარების საეჭვო შეფერხება</p>
<p>B ჩვილს აქვს მისი ასაკისთვის შესაბამისი ყველა რეფლექსი/პოზიცია/უნარი, მაგრამ სახეზეა განვითარების ერთი ან მეტი რისკფაქტორი</p>	<p>ნორმალური განვითარება რისკფაქტორებით</p>
<p>B ჩვილს არ აქვს ერთი ან მეტი რეფლექსი/პოზიცია/უნარი, რომელიც შეესაბამება მის ასაკობრივ ჯგუფს (1-დან 2 თვემდე ჩვილებისთვის)</p>	<p>განვითარების გამაფრთხილებელი ნიშანი</p>
<p>B ჩვილს აქვს მისი ასაკისთვის შესაბამისი ყველა რეფლექსი/პოზიცია/უნარი და სახეზე არ არის განვითარების რისკფაქტორები</p>	<p>ნორმალური განვითარება</p>

განვითარების შეფასების გამოსავლების მართვა 2 თვემდე ასაკში კლასიფიკაციის მიხედვით

<p>განვითარების საეჭვო შეფერხება</p>	<p>B გააგზავნეთ ჩვილი ნევროლოგიური და ფსიქომოტორული შეფასებისთვის</p>
<p>ნორმალური განვითარება რისკფაქტორებით ან განვითარების გამაფრთხილებელი ნიშანი</p>	<p>B მიეცით დედას ჩვილის განვითარების ხელშესაწყობი რეკომენდაციები B დაგეგმეთ განმეორებითი შეფასება 2 კვირაში B გააფრთხილეთ დედა საშიშროების ნიშნების შესახებ, როდესაც საჭირო იქნება ვიზიტზე დაბრუნება 2 კვირაზე ადრე</p>
<p>ნორმალური განვითარება</p>	<p>B შეაქეთ დედა B მიეცით დედას რეკომენდაცია გააგრძელოს ბავშვის განვითარების ხელშეწყობა B დაგეგმეთ მომდევნო ვიზიტი რუტინული მეთვალყურეობის სქემის მიხედვით</p>

	B გააფრთხილეთ დედა საშიშროების ნიშნების შესახებ, როდესაც საჭირო იქნება ვიზიტზე დაბრუნება დაგეგმილზე ადრე.
--	---

2. 2 თვიდან 2 წლამდე ასაკი

2 თვიდან 2 წლამდე ასაკში:

<p>დაადგინეთ აქვს თუ არა ადგილი შემდეგ რისკფაქტორებს:</p> <p>B პრენატალური ზრუნვის არარსებობა ან არასათანადო ზრუნვა</p> <p>B პრობლემები ორსულობის ან მშობიარობის დროს</p> <p>B დღენაკულობა</p> <p>B 2500გ-ზე დაბალი წონა დაბადებისას</p> <p>B მნიშვნელოვანი სიყვიითლე</p> <p>B ჰოსპიტალიზაცია ნეონატალურ პერიოდში</p> <p>B სერიოზული დაავადება, როგორცაა მაგალითად, მენინგიტი, თავის ტრავმა ან გულყრა</p> <p>B მშობლების სისხლით ნათესაობა</p> <p>B მენტალური პრობლემები ოჯახში</p> <p>B სოციალური რისკფაქტორები, როგორცაა ოჯახში ძალადობა, დედის დეპრესია, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის საზიანო მოხმარება, სექსუალური ძალადობა და ა. შ.</p>	<p>გაზომეთ თავის გარშემოწერილობა < -2 Z ან > +2 Z</p> <p>დააკვირდით ფენოტიპური ცვლილებების არსებობას</p> <p>B თვალების მონგოლოიდური ქრილი</p> <p>B ზედმეტად ფართოდ განლაგებული თვალები (ჰიპერტელორიზმი)</p> <p>B ყურების დაბალი განლაგება</p> <p>B კურდღლის ტუჩი</p> <p>B სასის ნაპრალი</p> <p>B უკიდურესად მოკლე ან გრძელი კისერი</p> <p>B ხელისგულის განივი ნაოჭი</p> <p>B გამრუდებული მცირე ნეკი (ძალიან მოკლე გამრუდებული ან მოხრილი მენუთე თითი: კლინოდაქტილია)</p> <p>დააკვირდით განვითარების ნიშანსვებებს და შეამოწმეთ რეფლექსები (იხილეთ ჰენდაუთი)</p>
---	---

განვითარების შეფასების კლასიფიკაცია 2 თვიდან 2 წლამდე ასაკში

ნიშნები	კლასიფიცირება
<p>B თავის გარშემოწერილობა < -2Z ან > +2Z</p> <p>B სახეზეა 3 ან მეტი ფენოტიპური ცვლილება</p> <p>B ბავშვს არ აქვს ერთი ან მეტი რეფლექსი/პოზიცია/უნარი, რომელიც შეესაბამება მის წინა ასაკობრივ ჯგუფს</p>	განვითარების საეჭვო შეფერხება
<p>B ბავშვს აქვს მისი ასაკისთვის შესაბამისი ყველა რეფლექსი/პოზიცია/უნარი, მაგრამ სახეზეა განვითარების ერთი ან მეტი რისკფაქტორი</p>	ნორმალური განვითარება რისკფაქტორებით
<p>B ბავშვს არ აქვს ერთი ან მეტი რეფლექსი/პოზიცია/უნარი, რომელიც შეესაბამება მის ასაკობრივ ჯგუფს</p>	განვითარების გამაფრთხილებელი ნიშანი

B ბავშვს აქვს მისი ასაკისთვის შესაბამისი ყველა რეფლექსი/პოზიცია/უნარი და სახეზე არ არის განვითარების რისკფაქტორები	ნორმალური განვითარება
--	------------------------------

განვითარების შეფასების გამოსავლების მართვა 2 თვიდან 2 წლამდე ასაკში კლასიფიკაციის მიხედვით

განვითარების საეჭვო შეფერხება	B გააგზავნეთ ბავშვი ნევროლოგიური და ფსიქომოტორული შეფასებისთვის
ნორმალური განვითარება რისკფაქტორებით ან განვითარების გამაფრთხილებელი ნიშანი	<p>B მიეცით დედას ჩვილის განვითარების ხელშესაწყობი რეკომენდაციები</p> <p>B დაგეგმეთ განმეორებითი შეფასება 30 დღეში</p> <p>B გააფრთხილეთ დედა საშიშროების ნიშნების შესახებ, როდესაც საჭირო იქნება ვიზიტზე დაბრუნება 1 თვეზე ადრე</p>
ნორმალური განვითარება	<p>B შეაქეთ დედა</p> <p>B მიეცით დედას რეკომენდაცია გააგრძელოს ბავშვის განვითარების ხელშეწყობა</p> <p>B დაგეგმეთ მომდევნო ვიზიტი რუტინული მეთვალყურეობის სქემის მიხედვით</p> <p>B გააფრთხილეთ დედა საშიშროების ნიშნების შესახებ, როდესაც საჭირო იქნება ვიზიტზე დაბრუნება დაგეგმილზე ადრე.</p>

3. 2 წლიდან 6 წლამდე ასაკის ბავშვები

2 წლიდან 6 წლამდე ასაკში:

<p>დაადგინეთ აქვს თუ არა ადგილი შემდეგ რისკფაქტორებს:</p> <p>B პრენატალური ზრუნვის არარსებობა ან არასათანადო ზრუნვა</p> <p>B პრობლემები ორსულობის ან მშობიარობის დროს</p> <p>B დღენაკულობა</p> <p>B 2500გ-ზე დაბალი წონა დაბადებისას</p> <p>B მნიშვნელოვანი სიყვიითლე</p> <p>B ჰოსპიტალიზაცია ნეონატალურ პერიოდში</p> <p>B სერიოზული დაავადება, როგორცაა მაგალითად, მენინგიტი, თავის ტრავმა ან გულყრა</p> <p>B მშობლების სისხლით ნათესაობა</p> <p>B მენტალური პრობლემები ოჯახში</p> <p>B სოციალური რისკფაქტორები, როგორცაა ოჯახში ძალადობა, დედის დეპრესია, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის საზიანო მოხმარება, სექსუალური ძალადობა და ა. შ.</p>	<p>გაზომეთ თავის გარშემოწერილობა < -2 Z ან > +2 Z</p> <p>დააკვირდით ფენოტიპური ცვლილებების არსებობას</p> <p>B თვალების მონგოლოიდური ჭრილი</p> <p>B ზედმეტად ფართოდ განლაგებული თვალები (ჰიპერტელორიზმი)</p> <p>B ყურების დაბალი განლაგება</p> <p>B კურდღლის ტუჩი</p> <p>B სასის ნაპრალი</p> <p>B უკიდურესად მოკლე ან გრძელი კისერი</p> <p>B ხელისგულის განივი ნაოჭი</p> <p>B გამრუდებული მცირე ნეკი (ძალიან მოკლე გამრუდებული ან მოხრილი მენუთე თითი: კლინოდაქტილია)</p> <p>დააკვირდით განვითარების ნიშანსვებებს (იხილეთ ჰენდაუთი)</p>
---	---

განვითარების შეფასების კლასიფიკაცია 2 წლიდან 6 წლამდე ასაკში

ნიშნები	კლასიფიცირება
<p>B თავის გარშემოწერილობა < -2Z ან > +2Z</p> <p>B სახეზეა 3 ან მეტი ფენოტიპური ცვლილება</p> <p>B ბავშვს არ აქვს ერთი ან მეტი რეფლექსი/პოზიცია/უნარი, რომელიც შეესაბამება მის წინა ასაკობრივ ჯგუფს</p>	<p>განვითარების საეჭვო შეფერხება</p>
<p>B ბავშვს აქვს მისი ასაკისთვის შესაბამისი ყველა რეფლექსი/პოზიცია/უნარი, მაგრამ სახეზეა განვითარების ერთი ან მეტი რისკფაქტორი</p>	<p>ნორმალური განვითარება რისკფაქტორებით</p>
<p>B ბავშვს არ აქვს ერთი ან მეტი რეფლექსი/პოზიცია/უნარი, რომელიც შეესაბამება მის ასაკობრივ ჯგუფს</p>	<p>განვითარების გამაფრთხილებელი ნიშანი</p>
<p>B ბავშვს აქვს მისი ასაკისთვის შესაბამისი ყველა რეფლექსი/პოზიცია/უნარი და სახეზე არ არის განვითარების რისკფაქტორები</p>	<p>ნორმალური განვითარება</p>

განვითარების შეფასების გამოსავლების მართვა 2 წლიდან 6 წლამდე ასაკში კლასიფიკაციის მიხედვით

<p>განვითარების საექვო შეფერხება</p>	<p>B გააგზავნეთ ბავშვი ნევროლოგიური და ფსიქომოტორული შეფასებისთვის</p>
<p>ნორმალური განვითარება რისკფაქტორებით ან განვითარების გამაფრთხილებელი ნიშანი</p>	<p>B მიეცით დედას ჩვილის განვითარების ხელშეწყობის რეკომენდაციები B დაგეგმეთ განმეორებითი შეფასება 30 დღეში B გააფრთხილეთ დედა საშიშროების ნიშნების შესახებ, როდესაც საჭირო იქნება ვიზიტზე დაბრუნება 1 თვეზე ადრე</p>
<p>ნორმალური განვითარება</p>	<p>B შეაქეთ დედა B მიეცით დედას რეკომენდაცია გააგრძელოს ბავშვის განვითარების ხელშეწყობა B დაგეგმეთ მომდევნო ვიზიტი რუტინული მეთვალყურეობის სქემის მიხედვით B გააფრთხილეთ დედა საშიშროების ნიშნების შესახებ, როდესაც საჭირო იქნება ვიზიტზე დაბრუნება დაგეგმილზე ადრე.</p>

განვითარების ადრეული ინტერვენციის პროგრამა და ბავშვთა ადრეული საგანმანათლებლო სერვისები

ადრეული ინტერვენციის პროგრამა განსაკუთრებით ღირებულია, როდესაც პირველად ხდება ბავშვის განვითარების შეფერხების მაღალი რისკის გამოვლენა, რადგანაც აღნიშნულ პროგრამაში ხორციელდება განვითარების შეფასება და სხვა სერვისების შეთავაზება ბავშვისა და მშობლებისთვის მანამ, სანამ განვითარების შეფასების პროცესი დასრულდება. მნიშვნელოვანია ეფექტური თანამშრომლობა პაციენტს, პჯდ სამედიცინო პერსონალსა და ადრეული ასაკის ბავშვთა საგანმანათლებლო პროგრამებს შორის. მსგავსი პროგრამები მოიცავს სერვისებს, როგორცაა განვითარების თერაპია, სოციალური მუშაკის დახმარება, დახმარება ტრანსაპორტირებასა და მასთან დაკავშირებულ ხარჯებში, ოჯახის წევრების სწავლება, კონსულტირება და ბინაზე ვიზიტები. ადრეული ინტერვენციის პროგრამაში რეფერალისთვის არ არის აუცილებელი განვითარების სპეციფიკური დარღვევის საბოლოო დიაგნოზის დასმა. პედიატრიული სერვისის განმახორციელებელმა სამედიცინო პერსონალმა უნდა გააცნობიეროს, რომ საზოგადოებრივ ადრეული ინტერვენციის პროგრამით შესაძლებელია არ მოხდეს სპეციფიკური სამედიცინო რისკის მქონე ბავშვის პრობლემის გადაჭრა და იმ ბავშვებში, ვისაც დაუდგინდა განვითარების შეფერხება, ხშირად აუცილებელია განვითარებისა და ჯანმრთელობის შემდგომი უფრო ხშირი შეფასება. რეფერალზე მეთვალყურეობა და მჭიდრო კომუნიკაცია ოჯახთან მნიშვნელოვანია ბავშვზე მონიტორინგის უზრუნველყოფის მიზნით. აღნიშნული შესაძლოა პრობლემას წარმოადგენდეს ზოგიერთ სისტემაში, სადაც ოჯახების ნაწილი პირდაპირ უკავშირდება ადრეული ინტერვენციის პროგრამას, რომელიც ახორციელებს ბავშვის შეფასებას და სერვისის მიწოდებას.

საფეხური 10: ზედამხედველობისას გაჩენილი ეჭვი არ შეფასებულა?

თუ განვითარებაზე ზედამხედველობის დროს (იხილეთ საფეხური 4: ჩაატარეთ ფიზიკური გასინჯვა და განვითარებაზე რუტინული ზედამხედველობა) გაჩნდა ეჭვი, მაგრამ სპეციფიკური დარღვევის ან დაავადების გამოვლენა არ მომხდარა, პედიატრმა/ოჯახის ექიმმა ეჭვის დოკუმენტირება უნდა მოახდინოს სამედიცინო ისტორიაში (იხილეთ საფეხური 11: ასახეთ ეჭვი სამედიცინო ჩანაწერების სისტემაში) და გააგრძელოს ბავშვის განვითარების პროგრესის მონიტორინგი. განვითარებაზე დამატებითი ზედამხედველობის მიზნით რეკომენდებულია რიგგარეშე ვიზიტის დაგეგმვა (იხილეთ საფეხური 12: დანიშნეთ რიგგარეშე ვიზიტი). ანალოგიურად, თუ ზედამხედველობის ვიზიტების დროს გაჩნდა ეჭვი (საფეხური 4), მაგრამ განვითარების სკრინინგის ჩატარება ვერ მოხერხდა, ეჭვი უნდა აღინიშნოს ჩანაწერების სისტემაში (საფეხური 11), დაინიშნოს რიგგარეშე ვიზიტი (საფეხური 12), რომელიც უნდა ჩატარდეს შეძლებისდაგვარად მალე. თუ საეჭვო მნიშვნელოვანი პრობლემა, მიზანშეწონილია პირდაპირ რეფერალი აღრეული ინტერვენციის სერვისში.

საფეხური 13: ჩაატარეთ ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის ვიზიტის დანარჩენი კომპონენტები

როდესაც პერიოდული სკრინინგული ტესტის შედეგები ნორმალურია (საფეხურები 4 და 6), პედიატრმა/ოჯახის ექიმმა პაციენტს შეიძლება მიაწოდოს ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ მოცემული მომენტისთვის ბავშვს განვითარების პრობლემის დაბალი რისკი აქვს და გააგრძელოს პრევენციული ვიზიტის სხვა კომპონენტების შესრულება. სკრინინგის ნორმალური შედეგების განხილვა საშუალებას იძლევა აქცენტი გაკეთდეს განვითარებისა და ქცევის ხელშეწყობაზე, ძლიერ ფაქტორებზე დაფუძნებული მიდგომის გამოყენებით.

თუ განვითარებაზე ზედამხედველობით არ ვლინდება საეჭვო პრობლემა და ბავშვი არ იმყოფება განვითარების, ქცევითი დარღვევის ან ქრონიკული დაავადების მაღალი რისკის ქვეშ, პედიატრმა/ოჯახის ექიმმა უნდა დაგეგმოს ზედამხედველობის შემდგომი ვიზიტი გასინჯვის დასრულების შემდეგ.

საფეხური 14 და 15 განვითარების პრობლემის დიაგნოზი დადგინდა? და ქრონიკული დაავადების მართვის ინიცირება

როდესაც ბავშვს უდგინდება განვითარების დარღვევის დიაგნოზი, ის აკმაყოფილებს ჯანმრთელობის სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვის კრიტერიუმებს. ოჯახის ექიმის/პედიატრის მიერ უნდა მოხდეს ბავშვის იდენტიფიცირება შესაბამისი ქრონიკული პრობლემის მართვისა და რეგულარული მონიტორინგისთვის და ინფორმაცია მის შესახებ შეყვანილი იქნას ჯანმრთელობის სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვების რეესტრში.

ბავშვს შესაძლოა გამოეყოს ზრუნვის კოორდინატორი პჯდ პრაქტიკიდან ან საზოგადოებრივი ორგანიზაციიდან, ვინც იმუშავებს ოჯახთან იმაში დასარწმუნებლად, რომ ყველა საჭირო სერვისი მათთვის ხელმისაწვდომი იქნება. პჯდ პროვაიდერების მხრიდან საჭიროა მომსახურების პროაქტიური დაგეგმვა და შესაძლოა საჭირო გახდეს რუტინული მეთვალყურეობა ჯანმრთელობაზე ზედამხედველობის ვიზიტებს შორის, პროგრესის შეფასებისა და ოჯახის დაუკმაყოფილებელი საჭიროებების მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით.

ბავშვზე მზრუნველი სამედიცინო პერსონალი აქტიურად უნდა იყოს ჩართული დახმარების კოორდინაციის მიზნით იმ ბავშვებისთვის, რომელთაც განვითარების დარღვევასთან ერთად აღენიშნებათ კომპლექსური სამედიცინო პრობლემა. გადაწყვეტილება ადეკვატური თერაპიის, მისი მოცულობისა და ინტენსივობის შესახებ მიღებული უნდა იქნას ბავშვის ოჯახთან, განვითარების თერაპევტთან და განმანათლებელთან (აღრეული ინტერვენციისა და სასკოლო პროგრამების ჩათვლით) კონსულტაციის შედეგად და უნდა ეფუძნებოდეს მათი ეფექტურობის მეცნიერულ მტკიცებულებებს.

განვითარების დადგენილი დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის ხშირად სასარგებლოა რეფერალი საზოგადოებრივ ოჯახის მხარდაჭერ სერვისებში, მაგალითად, როგორცაა დროებითი ზრუნვის დაწესებულებები, უფლებადამცველი ორგანიზაციები და სხვა. ზოგიერთი ბავშვი შეიძლება აკმაყოფილებდეს დამატებითი შეღავათების კრიტერიუმებს, როგორცაა მაგალითად, დამატებითი სოციალური დახმარება, სახელმწიფო დაზღვევა, გადასახდებისგან გათავისუფლება, ჯანმრთელობის სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვებისა და ახალგაზრდების სახელმწიფო პროგრამები. მშობელთა ორგანიზაციებს შეუძლიათ ოჯახის წევრებს მიაწოდონ ინფორმაცია, გაუწიონ დახმარება და გაათვინცნობიერონ უფლებების შესახებ.

ალგორითმის დანერგვა

განვითარების სკრინინგის ტესტის შერჩევა

არ არსებობს ერთადერთი სკრინინგული ტესტი, რომელიც შესაბამისი იქნებოდა ყველა ასაკის ბავშვისთვის. დღეისათვის არსებული სკრინინგული ტესტები შემუშავებულია როგორც განვითარების ზოგადი სკრინინგისთვის, ისე ცალკეული სპეციფიკური პათოლოგიების გამოვლენის მიზნით, როგორცაა მაგალითად, ASD-სკრინინგ-ტესტი, და სხვა ტესტები, რომლებიც ფოკუსირებულია განვითარების კონკრეტული სფეროს, მაგალითად, კომუნიკაციური უნარების პათოლოგიის გამოვლენაზე. ზოგადი სკრინინგული ტესტები განკუთვნილია განვითარების ყველა სფეროს შეფასებისთვის, უხეში და ნატიფი მოტორიკის, მეტყველებისა და კომუნიკაციის, კოგნიციის, ადაპტაციისა და სოციალურ-ემოციური განვითარების ჩათვლით. მათი ფსიქომეტრული თვისებები განსხვავდება ისეთი მახასიათებლების მიხედვით, როგორცაა სტანდარტიზაცია, სპეციფიკურობისა და სენსიტიურობის დადგენის მიზნით გამოყენებული შესადარებელი ჯგუფი და საკვლევი პოპულაციის რისკის დონე. ასევე აუცილებელია სკრინინგული ტესტი იყოს სენსიტიური კულტურულ და ლინგვისტურ ასპექტებში. დღესდღეობით მრავალი სკრინინგული ტესტია ხელმისაწვდომი და არჩევანი, თუ რომელი ტესტი იქნას გამოყენებული, დამოკიდებულია გამოსაკვლევი პოპულაციის მახასიათებლებზე, იმ პრობლემების ტიპზე, რომლებზეც ხდება სკრინინგი, ჩატარებისა და ქულათა შეჯამებისთვის საჭირო დროზე, ტესტის გამოყენების სწავლებისთვის საჭირო დროზე, ღირებულებაზე, ყოველდღიურ პრაქტიკაში ინტეგრაციის სიმარტივეზე და ადეკვატური გადახდის შესაძლებლობაზე.

პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მოწოდებულია 2 სკრინინგული ინსტრუმენტის გამოყენება (იხილეთ ჰენდაუთი):

1. ასაკისა და ეტაპების კითხვარი – იხ. სახელმწიფო პროტოკოლი.
2. აუტიზმის გამოვლენის სკრინინგული კითხვარი.

სკრინინგული ტესტი უნდა იყოს სანდო, სარწმუნო, მაღალი სენსიტიურობისა და სპეციფიკურობის მქონე. ასევე გასათვალსწინებელია დადებითი პროგნოზული ღირებულება (PPV) და უარყოფითი პროგნოზული ღირებულება (NPV). ტესტი, რომელიც არასწორად მოახდენს განვითარების შეფერხების იდენტიფიცირებას, გამოიწვევს ბავშვის არასაჭირო რეფერალს, ხოლო თუ ტესტის გამოყენებით პრობლემის მქონე ბავშვი ჩაითვლება ნორმად, აღნიშნულს მოყვება რეფერალის დაგვიანება. განვითარების სკრინინგის ტესტის ქულათა სისტემა ისე უნდა იყოს შერჩეული, რომ მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი ზედმეტი ან დაგვიანებული რეფერალის რისკი. აღნიშნული ქულათა სისტემის შემუშავებისას იქმნება კომპრომისი სენსიტიურობასა და სპეციფიკურობას შორის. ტესტის ყველა მახასიათებელი (სენსიტიურობა, სპეციფიკურობა PPV, და NPV) დამოკიდებულია კლინიკური შეფასების დროს გამოყენებულ ოქროს სტანდარტზე და შეიძლება იცვლებოდეს კლინიკური ფუნქციის საზომისა და ნორმის შერჩეული მაჩვენებლის მიხედვით (მაგ., -1 -დან 1.5 SD-მდე). სტანდარტული სკრინინგული ტესტის საშუალებით გადაჭარბებული გამოვლენა შესაძლოა მიუთითებდეს, რომ აღნიშნულ ჯგუფში შედიან ბავშვები

საშუალოზე დაბალი განვითარებით და/ან მნიშვნელოვანი სოციალური რისკფაქტორებით. ასეთი ბავშვებისთვის სასარგებლოა სხვა ტიპის საზოგადოებრივი პროგრამები, რომლებიც მიმართულია ოჯახისა და ბავშვის მხარდაჭერისკენ, ისევე როგორც განვითარების უფრო მკაცრი მონიტორინგი მშობლების, პედიატრის/ოჯახის ექიმის, მასწავლებლების და მომვლელების მიერ. განვითარებაზე ზედამხედველობისა და პერიოდული სკრინინგის კომბინირებული გამოყენება ზრდის ადრეულ განვითარებაში გამოუვლენელი შეფერხების იდენტიფიცირების შესაძლებლობას (იხილეთ ტექსტ-ბოქსი 1).

ტექსტ-ბოქსი 1 - განვითარების სკრინინგის ტესტის მახასიათებლები

- B **სანდობა:** ტესტის შესაძლებლობა, მისი მეშვეობით გამოვლენილი შედეგები იყოს თანმიმდევრული
- B **სარწმუნოება:** განვითარების სკრინინგის ტესტის შესაძლებლობა გამოარჩიოს შეფერხების რისკის სხვადასხვა დონის (მაგალითად, მაღალი, საშუალო) მქონე პირი დანარჩენი (ანუ დაბალი რისკის) პოპულაციისგან
- B **მგრძობელობა:** ტესტის სიზუსტე განვითარების შეფერხების გამოვლენის თვალსაზრისით. თუ ტესტის საშუალებით არასწორად ხდება პრობლემის მქონე პირის იდენტიფიცირება, როგორც ნორმალური განვითარების, შედეგი ითვლება ცრუ უარყოფითად
- B **სპეციფიკურობა:** ტესტის უნარი, მოახდინოს იმ პირთა იდენტიფიცირება, რომელთაც არ აღენიშნებათ განვითარების შეფერხება. თუ ტესტის საშუალებით არასწორად ხდება განვითარების პრობლემის იდენტიფიცირება იმ პირში, რომელსაც ეს პრობლემა არა აქვს, შედეგი ითვლება ცრუ დადებითად.
- B **PPV:** ტესტის დადებითი შედეგის მქონე ბავშვთა წილი, რომელთაც ნამდვილად აღენიშნებათ განვითარების შეფერხება. რაც უფრო დაბალია პრობლემის გავრცელება ან ბაზისური დონე, მით უფრო დაბალია PPV
- B **NPV:** ტესტის უარყოფითი შედეგის მქონე ბავშვთა წილი, რომელთაც ნამდვილად არ აღენიშნებათ განვითარების შეფერხება. ამ მაჩვენებელზეც ზეგავლენას ახდენს პრობლემის გავრცელება.
- B **გავრცელება (პრევალენსი):** პეციფიკური პრობლემის მქონე ბავშვთა რაოდენობა მთლიან პოპულაციაში დროის მოცემულ მომენტში
- B **ბაზისური მაჩვენებელი:** კონკრეტული პრობლემის სიხშირე
- B **ზოგადი სკრინინგული ტესტი:** ტესტი, რომლის მეშვეობითაც ფასდება განვითარების სხვადასხვა სფეროები
- B **კონკრეტული სფეროსთვის სპეციფიკური სკრინინგული ტესტი:** ტესტი, რომელიც აფასებს განვითარების რომელიმე კონკრეტულ სფეროს (დომენს), მაგალითად, მოტორიკას, მეტყველებას და ა. შ.
- B **პრობლემისთვის სპეციფიკური სკრინინგული ტესტი:** განვითარების სპეციფიკური პრობლემის (მაგალითად, ASD-ს) სკრინინგისთვის განკუთვნილი ტესტი

ზედამხედველობისა და სკრინინგის ინტეგრაცია პირველად ჯანდაცვაში

განვითარებაზე ზედამხედველობისა და სკრინინგის ინტეგრირება პედიატრიულ პჯდ სერვისში წარმატებულად განხორციელდა გუნდურ მიდგომის გამოყენებით. პროცესი შეიძლება დაიწყოს ბავშვთან ბინაზე ვიზიტის ან დაწესებულებაში რეგისტრაციის დროს და გაგრძელდეს პედიატრთან/ოჯახის ექიმთან გასასინჯ ოთახში. დამხმარე პერსონალის დახმარებით მშობლებმა შეიძლება შეავსონ მშობლისთვის განკუთვნილი განვითარების სკრინინგის ქაღალდური ან ელექტრონული კითხვარები დაწესებულებაში ვიზიტამდე ან უშუალოდ

დაწესებულებაში ვიზიტის დროს. ბავშვზე ზრუნვის პროცესში ზედამხედველობისა და სკრინინგის ელემენტების ინტეგრირების მიზნით ყველაზე საუკეთესო მეთოდს ხარისხის გაუმჯობესების მიდგომა წარმოადგენს. ოფისის პერსონალის მიერ ზედამხედველობისა და სკრინინგის ტესტების მშობლებისთვის მიწოდებასთან ერთად, გუნდის წევრებს შეუძლიათ დახმარების გაწევა ზედამხედველობაში ქცევაზე, ურთიერთობასა და მეტყველებაზე დაკვირვების საშუალებით. როდესაც ხდება საექსპერტო პრობლემის იდენტიფიცირება, ფორმალური პროცედურების მეშვეობით ხდება პრევენციული დახმარების ან მეთვალყურეობის ვიზიტის დაგეგმვა, დადგენილი რისკფაქტორების მქონე ბავშვების მონიშვნა და მშობლებისთვის დახმარების გაწევა საჭიროებისამებრ აღრუული ინტერვენციის სერვისში, განვითარების სპეციალისტთან ან ბავშვთა ვიწრო სპეციალისტთან რეფერალის ორგანიზების მიზნით. ოფისის პერსონალი ასევე ეხმარება ოჯახის წევრებს სხვადასხვა პროგრამებთან და პჯდ პროვაიდერებთან კომუნიკაციაში. არასამედიცინო პერსონალსაც შეუძლია სკრინინგული ტესტის ქულების მინიჭება და დაჯამება, რის შემდეგაც ხდება აღნიშნული შედეგების ინტერპრეტაცია და განხილვა ბავშვის მშობლებთან ერთად პედიატრის/ოჯახის ექიმის მიერ. 2006 წელს მიღებული პოლიტიკური დოკუმენტის შემდეგ აშშ-ს მრავალი შტატმა გაზარდა განვითარებაზე ზედამხედველობისა და სკრინინგის პრაქტიკის გამოყენება პედიატრიული კლინიკური პროგრამების ფარგლებში. შედეგად გაიზარდა სკრინინგის სიხშირე და ბავშვების რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ სკრინინგი. ამის მიუხედავად, ერთ-ერთ კვლევაში გამოვლინდა, რომ ASD-ს სკრინინგის სიხშირე საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში დაბალია. ამავე დროს, კვლევებით დადგინდა მშობლის მიერ შესავსები სკრინინგული კითხვარების მოხერხებულობა და ეფექტურობა. თუმცა, მიუხედავად სკრინინგის წარმატებისა, გარკვეულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ რეფერალი აღრუული ინტერვენციის პროგრამაში იყო დამაკმაყოფილებელი, მაგრამ არა უნივერსალური, ხოლო ვიწრო სპეციალისტებთან გაგზავნის მაჩვენებელი იყო დაბალი. აღრუული ასაკის ბავშვთა პროფესიონალებთან ეფექტური პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბება პჯდ დონეზე ბავშვზე კოორდინირებული ზრუნვის წარმატების მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია. აღნიშნული პარტნიორული ურთიერთობა მოიცავს აღრუული ზრუნვისა და საგანმანათლებლო სერვისების პროვაიდერებს, აღრუული ინტერვენციისა და სპეციალური საგანმანათლებლო სერვისების პროვაიდერებს, ბინაზე ვიზიტორებს, ქცევითი დარღვევების სერვისების პროვაიდერებს, ბავშვთა სახლებს, ოჯახის წევრებს და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებს. ეს თანამშრომლობა ეფუძნება საერთო ხედვას ბავშვის განვითარების სფეროში და ამ მიზნით სხვადასხვა პროფესიონალის განსხვავებული წვლილის გაცნობიერებას. საზოგადოებრივმა ორგანიზაციებმა შეძლებისდაგვარად უნდა მოახდინონ რესურსების კოორდინაცია; ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რათა თავიდან იქნას აცილებული სამედიცინო სერვისის მიწოდების დაყოვნება ან არასაჭირო დუბლირება. მრავალრიცხოვანი პროგრამები და ინიციატივები მიმართულია სკრინინგის გაუმჯობესებისა და აგრეთვე, მშობლების, როგორც პარტნიორების ჩართვისკენ სკრინინგის შედეგების ინტერპრეტაციასა და ბავშვის ყოვლისმომცველი შეფასებისა და ინტერვენციის სერვისებში რეფერალისა და ურთიერთკავშირის უზრუნველყოფის მიზნით. ელექტრონულ სამედიცინო ისტორიაში ინტეგრირებული, გადაწყვეტილებაში დამხმარე კომპიუტერული სისტემების გამოყენება პერსპექტიული მეთოდია როგორც სკრინინგის, ასევე რეფერალის მაჩვენებლებისა და მონიტორინგის გაუმჯობესების მიზნით. ამას აგრეთვე ხელს უწყობს რეფერალის ელექტრონული სისტემის დანერგვა.

შეჯამება

განვითარების დარღვევების მქონე ბავშვის აღრუული გამოვლენის მიღწევა შესაძლებელია განვითარებაზე ზედამხედველობისა და განვითარების სკრინინგის პროცესების კომბინირებით პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. განვითარებაზე ზედამხედველობა უნდა წარმოადგენდეს

მეთვალყურეობის ყველა ვიზიტის აუცილებელ შემადგენელ კომპონენტს, რაც მოიცავს დისკუსიას მშობლებთან და საჭიროების შემთხვევაში ინფორმაციის მიწოდებას ბავშვზე ზრუნვის სხვა პროფესიონალების მიერ. სკრინინგი განვითარების სტანდარტული სკრინინგული ინსტრუმენტებით უნდა ჩატარდეს ყველა ბავშვს 9-, 18-, და 30-თვის ვიზიტებზე (საქართველოში 12, 18 და 30 ან 36 თვის ვიზიტებზე). სკრინინგის დანერგვა უნდა მოხდეს პედიატრის/ოჯახის ექიმის ხელმძღვანელობით და კლინიკის/ოფისის სხვა პერსონალის აქტიური ჩართულობით. დადგენილი მაღალი რისკის ბავშვებს ესაჭიროებათ განვითარების მკაცრი მონიტორინგი და საჭიროების შემთხვევაში, ინტერვენცია. მოტორული შეფერხების მქონე ბავშვს ასევე უნდა ჩატარდეს სრულყოფილი ფიზიკური გასინჯვა და სპეციფიკური ლაბორატორიული კვლევები განკურნებადი ნევროლოგიური დაავადებების გამოსავლენად. ASD-ს სკრინინგი უნდა ჩატარდეს განვითარების ზოგადი სკრინინგის ანალოგიურად, ASD-სპეციფიკური სკრინინგული ტესტის გამოყენებით 18- და 24-თვის ასაკში (სანამ ხელმისაწვდომი არ იქნება სარწმუნო ტესტები სხვა ასკობრივი ჯგუფებისთვის).

როდესაც ბავშვის განვითარების სკრინინგის შედეგი საეჭვოა განვითარების პრობლემის არსებობაზე, საჭიროა განვითარებისა და ჯანმრთელობის შემდგომი შეფასება განვითარების სპეციფიკური დარღვევისა და მასთან დაკავშირებული სამედიცინო პრობლემების იდენტიფიცირების მიზნით. გარდა ამისა, ბავშვები, რომელთა განვითარების სკრინინგის შედეგები ბაღებს ეჭვს განვითარების პრობლემაზე, უნდა გაიგზავნონ ადრეული ინტერვენციისა და ადრეული ასაკის ბავშვთა სერვისებში და დაიგეგმოს რიგგარეშე ვიზიტები განვითარებაზე ზედამხედველობის სიხშირის გაზრდის მიზნით.

ბავშვი, რომელთანაც ხდება განვითარების პრობლემის იდენტიფიცირება, შეიძლება ჩაითვალოს ჯანმრთელობის სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვად და საჭიროებისამებრ დაიწყოს მისი ქრონიკული დაავადების მართვა.

განვითარებაზე ზედამხედველობისა და სკრინინგის კლინიკური სახელმძღვანელო

რეკომენდაციები პირველადი ჯანდაცვისთვის

1. ყველა ბავშვს ჩატარეთ განვითარებაზე ზედამხედველობა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის ყველა ვიზიტზე ადრეული ბავშვობის ასაკიდან მოზარდობის პერიოდის ჩათვლით და დარწმუნდით, რომ ზედამხედველობის პროცესში ხდება ბავშვის ყოვლისმომცველი შეფასება.
2. ჩამოაყალიბეთ სამუშაო ურთიერთობა და კომუნიკაცია ადგილობრივ ბავშვთა ჯანმრთელობის პროფესიონალებთან, თერაპევტებთან, განმანათლებლებთან, ბინაზე ვიზიტორებთან და სხვა სპეციალისტებთან განვითარებაზე უწყვეტი ზედამხედველობისა და ბავშვის სკრინინგის შედეგების განხილვის მიზნით.
3. განიხილეთ ბავშვის პირდაპირი რეფერალი ადრეული ინტერვენციის ან სკოლამდელ სპეციალურ სგანამანათლებლო პროგრამაში ყოვლისმომცველი განვითარებისა და სამედიცინო შეფასების ჩატარების მიზნით, როდესაც სამედიცინო, გარემო და სოციალური ფაქტორების გათვალისწინებით ბავშვი მიეკუთვნება განვითარების დარღვევის მაღალი რისკის კატეგორიას, ან თუ ზედამხედველობის პროცესში წარმოიქმნება საფუძვლიანი ეჭვის შეფერხებასთან დაკავშირებით.
4. ჩატარეთ განვითარების სტანდარტული სკრინინგი რუტინულად ყველა ბავშვს 12, 18 და 30 ან 36 თვის ვიზიტებზე და საჭიროების მიხედვით იმ ბავშვებს, რომელთა ზედამხედველობის პროცესში გაჩნდა ეჭვი განვითარების შეფერხებასთან დაკავშირებით. ზედამხედველობის პროცესში გაჩენილი ეჭვის საფუძველზე სკრინინგი განსაკუთრებით საყურადღებოა 4- ან 5-წლის ასაკში, როდესაც ზედამხედველობამ შესაძლებელია გამოავლინოს მანამდე შეუმჩნეველი პრობლემა, რაც მნიშვნელოვანია ბავშვის საბავშვო ბაღში ან სკოლაში შესვლის წინ.

5. 18 და 24 თვის ბავშვს ჩაუტარეთ ASD- ს სკრინინგი სტანდარტული ტესტის გამოყენებით, ხოლო იმ ბავშვებს, ვისი განვითარების ზედამხედველობითაც ვლინდება ეჭვი სოციალური განვითარების შეფერხებასთან ან პრობლემასთან დაკავშირებით, ASD-ს სკრინინგი უნდა ჩაუტარდეს საჭიროებისთანავე.
6. განვითარების პრობლემაზე ეჭვის შემთხვევაში ჩაატარეთ ბავშვის სამედიცინო დიაგნოსტიკური შეფასება გამომწვევი მიზეზის დადგენისა და შესაბამისი კონსულტირებისა და მკურნალობის მიზნით.
7. იმ ბავშვების შემთხვევაში, რომელთა ზედამხედველობითაც ვლინდება ეჭვი განვითარებასთან დაკავშირებით, მაგრამ პრობლემის იდენტიფიცირება არ ხდება განვითარების სკრინინგული ტესტის გამოყენებით, განახორციელეთ განვითარებაზე უფრო მკაცრი ზედამხედველობა. მსგავსი ეჭვი განვითარებასთან დაკავშირებით შესაძლოა გამოთქვას მშობელმა, პედიატრმა და სხვა სამედიცინო, საგანმანათლებლო ან ადრეული ინტერვენციის სპეციალისტმა, ან წარმოიშვას მაღალი რისკის სამედიცინო ან სოციალური ფაქტორების არსებობის პირობებში.
8. თუ ბავშვის სკრინინგის შედეგები ბაღებს ეჭვს, განახორციელეთ რეფერალი ადრეული ინტერვენციის ან ადრეული ასაკის ბავშვთა პროგრამაში და ჩვენების შემთხვევაში დაიწყეთ დიაგნოსტიკური კვლევები.
9. თუ ბავშვის სკრინინგის შედეგები ბაღებს ეჭვს, განახორციელეთ მისი რეფერალი განვითარების შემდგომი გაღრმავებული შეფასებისთვის, განვითარების სპეციფიკური დარღვევის იდენტიფიცირების მიზნით.
10. განვითარების დარღვევის იდენტიფიცირების ნებისმიერ შემთხვევაში დაიწყეთ ქრონიკული პრობლემის მართვის პროგრამის განხორციელება.
11. ჩამოაყალიბეთ ურთიერთკავშირი და ითანამშრომლეთ ადგილობრივ სახელმწიფო და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან, სერვისებთან და რესურსებთან, სპეციალური სერვისის საჭიროებისას ბავშვის დახმარების მიზნით.
12. განახორციელეთ ზედამხედველობის, სკრინინგის, შეფასების და რეფერალის ყველა აქტივობის დოკუმენტირება ბავშვის სამედიცინო ისტორიაში.
13. ჯანმრთელობის სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვის ოჯახის წევრებს ხელიმისაწვდომობის შემთხვევაში შესთავაზეთ, მიმართონ ოჯახების მხარდამჭერ ორგანიზაციებს და დაეხმარეთ მათ აღნიშნულ ორგანიზაციებთან კომუნიკაციაში.
14. ზედამხედველობისა და სკრინინგის პროცედურების ყოველდღიურ პრაქტიკაში ინტეგრირებისა და მათი ეფექტურობისა და გამოსავლების მონიტორინგის მიზნით სასარგებლოა ხარისხის გაუმჯობესების მოდელების გამოყენება.

დანართი 1. ახალშობილთა რეფლექსები

რეფლექსი	აღწერა	გამოჩენის ასაკი	გაქრობის ასაკი
მოროს (შეკრთომის) რეფლექსი	ბავშვი წევს საწოლზე ზურგით, ექიმს ქვემოდან ამოღებული ხელით უჭირავს ბავშვის თავი, რის შემდეგაც უეცრად უშვებს თავს ხელს და თავი მსუბუქად ეცემა საწოლის ზედაპირზე. აღნიშნულის შედეგად ადგილი აქვს ჩვილის მიერ ხელების განზიდვას და გაშლას და ზოგჯერ ტირილს.	გესტაციის 34-36 კვირა	5-6 თვის ასაკში
კისრის ასიმეტრიული	ბავშვი მოღუნებული წევს ზურგზე, ექიმი ატრიალებს ჩვილის თავს მარჯვნივ ან მარცხნივ, რის შედეგადაც ადგილი აქვს ჩვილის მიერ	გესტაციის 38-40 კვირა	2-3 თვის ასაკში

ტონური რეფლექსი	ფეხის და ხელის გაშლას თავის მიტრიალების მხარეს, ხოლო კონტრალატერალურ მხარეს ხელი იხრება (ე.წ. „ფარეკაობის პოზა“)		
ტონის გამრუდების (გალანტის) რეფლექსი	ბავშვი წევს მუცელზე, ხოლო ექიმი მსუბუქი დარტყმებით აღიზინებს კანს ხერხემლის გასწვრივ. ბავშვის ტონის მრუდდება და გამრუდების რკალი მიმართულია გაღიზიანების მხარეს, ამავე მხარეს ხდება ქვემო კიდურის გაშლა ბარძაყის და მუხლის სახსარში	გესტაციის 38-40 კვირა	1-2 თვის ასაკში
ტაცების რეფლექსი	ექიმი დებს თითს ბავშვის გაშლილ ხელისგულში. ჩვილი უჭერს ექიმის თითს და აძლიერებს მოჭერას, თუ ექიმი ცდილობს თითის წართმევას	გესტაციის 38-40 კვირა	5-6 თვის ასაკში
ფეხისგულის ტაცების რეფლექსი	ექიმი თითს ათავსებს ჩვილის ფეხის დიდი თითის ქვეშ. ჩვილი ხრის დიდ თითს ქვედა მიმართულებით და „იტაცებს“ ექიმის თითს	გესტაციის 38-40 კვირა	9-10 თვის ასაკში
ძიების რეფლექსი	ექიმი ნაზად ეხება ჩვილის ლოყას. ჩვილი ატრიალებს თავს გაღიზიანების მხარეს და იწყებს წოვით მოძრაობებს	გესტაციის 38-40 კვირა	2-3 თვის ასაკში
ავტომატური ნაბიჯების რეფლექსი	ჩვილი უჭირავთ ვერტიკალურად და ტერფებით სწორ ზედაპირზე დაყენება რეფლექტორულად იწვევს ნაბიჯების გადადგმას	გესტაციის 38-40 კვირა	2-3 თვის ასაკში
პარამუტის რეფლექსი	ჩვილი უჭირავთ ვერტიკალურად, ზურგით ექიმისკენ. ბავშვის სხეულს სწრაფად ატრიალებენ წინ (თითქოს ხდება დაცემის იმიტაცია). ჩვილი რეფლექტორულად შლის ზედა კიდურებს მიწის მიმართულებით, რითაც თითქოს ცდილობს თავიდან აიცილოს დაცემა.	8-9 თვის ასაკში	მთელი სისცოცხლის განმავლობაში
ცოცვის რეფლექსი	ბავშვი წევს მუცელზე. თუ ფეხისგულებს ოდნავ მივაწვებით ხელებით, ბავშვი რეფლექტორულად იწყებს ცოცვით მოძრაობებს	3-4 დღის ასაკში	4 თვის შემდეგ
ხორთუმის რეფლექსი	ტუჩებზე სწრაფი დარტყმითი შეხება იწვევს ტუჩების ხორთუმისებურად წინ წამოწევას	გესტაციის 38-40 კვირა	2-3 თვის ასაკში
ხელისგულ-ნიკაპის რეფლექსი	ახალშობილის ხელიგულზე (ორივე ხელიგულზე ერთდროულად) ტენარის მახლობლად თითის დაჭერას თან სდევს ჩვილის მიერ პირის გაღება და თავის დახრა	გესტაციის 38-40 კვირა	2-3 თვის ასაკში

წყარო:

¹ Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening: *Pediatrics* (2020) 145 (1): e20193449:

<https://publications.aap.org/pediatrics/article/145/1/e20193449/36971/Promoting-Optimal-Development-Identifying-Infants?autologincheck=redirected>

² Monitoring Child Development (0-6 years) In the IMCI context (2nd edition); Pan American Health Organization Washington, D.C.: PAHO, 2012: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/child-development-monitoring-imci.pdf>