



Projekto vykdytojas
VšĮ Vilniaus universiteto
ligoninė Santaros klinikos

Projektas
„Vaikų ir paauglių psichikos ir raidos
sutrikimų prevencija ir pagalba šeimai“
finansuojamas Europos socialinio
fondo lėšomis



Kuriame
Lietuvos ateitį
2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa

VAIKŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ ANKSTYVOSIOS REABILITACIJOS MOKYMO PROGRAMA



Programą parengė:

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės

Santaros klinikų filialo

Vaikų ligoninės specialistė

Laima Mikulėnaitė

Programą patvirtino

Lietuvos socialinės pediatrijos draugijos taryba

2019 m. gruodžio 16 d. posėdyje,

protokolo Nr. 2019/P-3.



Projekto vykdytojas
VšĮ Vilniaus universiteto
ligoninė Santaros klinikos

Projektas

„Vaikų ir paauglių psichikos ir raidos
sutrikimų prevencija ir pagalba šeimai“
finansuojamas Europos socialinio
fondo lėšomis



Kuriame
Lietuvos ateitį
2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa

VAIKŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ ANKSTYVOSIOS REABILITACIJOS MOKYMO PROGRAMA

VAIKO RAIDOS TYRIMO PRINCIPAI

Vaiko raida – sudėtingas ir kompleksinis procesas, kurį iš esmės lemia vaiko vidinių procesų ir aplinkos veiksnių sąveika. Vaiko raidą galėtume aprašyti kaip įprastinę tam tikram amžiui būdingų įgūdžių seką. Vaiko raidos tyrimas apima visų raidos sričių ištyrimą. Motorikos, kalbos ir komunikacijos, pažintinės, socialinės-emocinės raidos sričių, buitinių-higieninių įgūdžių formavimasis negali būti tiriami atskirai vieni nuo kitų. Kuo vaikas mažesnis, tuo labiau visos raidos sritys viena su kita susijusios. Kūdikio motorinė raida turės didelės įtakos vaiko kalbos ir pažintinių įgūdžių vystymuisi, vaiko pažintinė raida turės stiprų poveikį kalbos raidai.

Pirmaisiais gyvenimo metais greičiausiai vystosi žmogaus judesiai – vaikas iš nejudančios būtybės virsta aktyviu, padėtis sugebančiu keisti individu. Judesiai tampa sudėtingesni – nuo paprastų judesių, leidžiančių vaikui keisti padėtis, iki sudėtingų veiklų, būdingų įvairioms žmogaus gyvenimo sritims. Judesių raida žmogaus vystymuisi labai svarbi. Būtent judesiai leidžia išmokti vaikui savarankiškai tirti pasaulį, priimti sprendimus, ką, kaip ir kada pažinti, išsiaiškinti, suprasti. Motorinė vaiko raida yra pagrindas tolimesnei pažintinei, sensomotorinei ir kalbos raidai. Vėliau intensyviai vystosi žmogaus kalba, pažintiniai procesai.

Vaiko raidos tyrimas yra sudėtingas procesas, jame dalyvauja daugelis raidos ir reabilitacijos specialistų. Jo pagrindiniai tikslai yra:

1. Nustatyti ir diferencijuoti vaiko raidos ypatumus, atipinę ir sutrikusią raidą, kuo anksčiau diagnozuoti raidos sutrikimą ar nustatyti rizikos veiksnius raidos sutrikimui atsirasti.
2. Nustatyti raidos sutrikimo priežastis.
3. Nustatyti stipriąsias vaiko ir šeimos savybes ir identifikuoti su jomis susijusius poreikius.
4. Sukurti vaiko reabilitacinę ir ugdymo programą.
5. Vaiko raidą stebėti ir vertinti kaip dinamišką, prognozuojant išeitį galimo vaiko raidos sutrikimo atveju.

Vaiko raidos tyrimas atliekamas, kai vaiko raida ar elgesys skiriasi nuo kitų vaikų elgesio ar raidos, jei vaikas turi lėtinių sveikatos sutrikimų, dažnai serga peršalimo ligomis, ausų uždegimais ir pan. Vaiko raida turi būti tiriama, jei gydytojas įtaria raidos sutrikimą, matydamas atipinę vaiko raidą, jei vaikui nustatyta liga, kurios metu gali būti sutrikusi raida (pvz., medžiagų apykaitos ligos), jei vaikas turi sunkumų prisitaikyti ir mokytis vaikų ugdymo įstaigoje ir jei jau yra nustatytas raidos sutrikimas, pvz., autizmo spektro sutrikimas, cerebrinis paralyžius ir kt.

Vaiko raida tiriama ramioje, draugiškoje aplinkoje, dalyvaujant abiem tėvams / globėjams. Vaiko žaidimo ir elgesio stebėjimas ir raidos tyrimas, atliekant raidos tyrimo standartizuotus testus – pagrindiniai vaiko raidos tyrimo būdai.

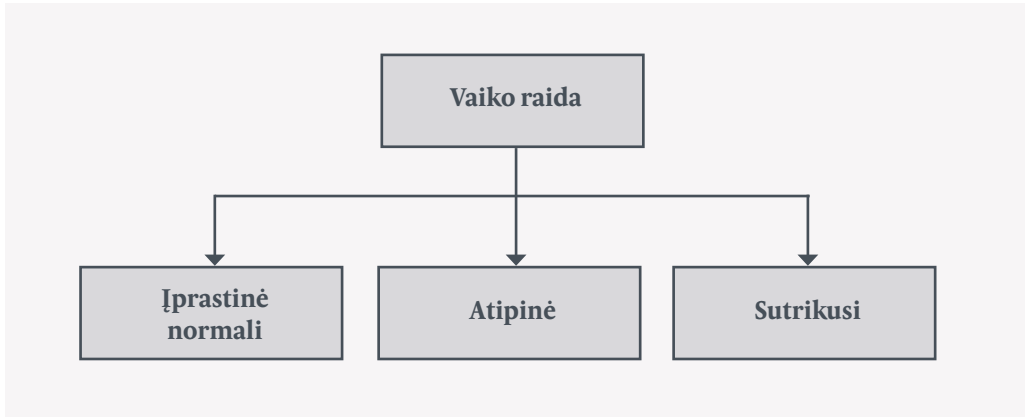
Norint nustatyti sutrikusią raidą ir identifikuoti raidos sutrikimą reikia atsižvelgti į nuolatinę vaiko dinamiką bei stebėti pokyčius, kad būtų įvertintos galimos įvairios normalios raidos variacijos, susijusios su vaiko fizine sveikata, augimo ypatumais, somatinėmis ligomis ir kitomis būklėmis (1).

Interpretuojant vaiko raidos tyrimo duomenis, svarbu įvertinti šeimos kultūrą, tautinius ypatumus, šeimos gyvenimo būdą. Atkreiptinas dėmesys į tėvų išsilavinimą, galimybes stimuliuoti vaiką. Dažnai skurdžiose šeimose vaikas nėra matęs daugelio žaislų, todėl testuojant vaiką būtina į tai atsižvelgti.

Testavimo duomenis gali paveikti vaiko elgesys. Vaikai gali atsisakyti atlikti užduotis. Hiperaktyvūs vaikai ties užduotimi susikaups labai trumpai. Svarbu įvertinti vaiko elgesio įtaką gautiems raidos tyrimo duomenims, o kartais vaiko raidos tyrimus derėtų atlikti tik pradėjus taikyti elgesio terapiją.

Vaiko raidos tyrimo duomenis lemia ir vaiko būklė tyrimo metu. Didelę įtaką turi vaiko bendra sveikata. Kosintis, sloguojantis, blogai besijaučiantis vaikas užduotis atliks blogiau, prasčiau susikaups, todėl ir rezultatai nebus teisingi. Svarbu tirti vaiką jo aktyviojo dienos laiku, kada vaikas sotus, nemieguistas, nesusijaudinęs. Mažesni vaikai turėtų priprasti prie naujos patalpos ir tyrėjo. Rekomenduojama tirti ramioje aplinkoje, tam pritaikytame kambaryje. Tyrimo metu turėtų dalyvauti tėvai.

Raidos sutrikimų diagnostika atliekama norint nustatyti, ar vaiko raida yra įprastinė kaip ir daugelio vaikų, atipinė ar sutrikusi (1 pav.).



Matydami atipinę vaiko raidą, kai vaikas turi raidos sutrikimams būdingų požymių, turime vaiką stebėti atsizveldami į raidos dinamiką, nes šiuo atveju rizika, kad vaikas turės raidos sutrikimą, yra didelė.

ANKSTYVOSIOS DIAGNOZĖS NUSTATYMO SVARBA

Yra nepaprastai svarbu kuo anksčiau nustatyti raidos sutrikimo diagnozę ir pradėti ankstyvąją reabilitaciją, kuri padeda vaikui geriau vystytis, sumažina elgesio problemas ir gerina šių problemų funkcines išeitis, padeda šeimoms išmokti efektyvių vaiko raidos lavinimo, ugdymo ir reabilitacijos būdų ir metodų.

Visiems žinoma, kad vaikui vystantis svarbiausi pirmieji treji gyvenimo metai, kai vaiko smegenys vystosi intensyviausiai, didėja jų apimtis. Būtent plastiškumas – visą žmogaus gyvenimą trunkantis smegenų veiklos procesas, kuris padeda sukurti, atstatyti ir gerinti žmogaus funkcines galimybes, šiuo gyvenimo laikotarpiu yra pats intensyviausias. Smegenų plastiškumas yra mokymosi pagrindas. Sukuriamos naujos jungtys tarp neuronų, kinta senųjų jungčių galia, formuojasi nauji neuronai (neuronogenezė), miršta neveiklūs neuronai (apoptozė). Beveik 80 proc. neuronų sinapsių susiformuoja per pirmuosius trejus gyvenimo metus.

Ankstyva raidos sutrikimų diagnozė yra itin svarbi. Anksti nustačius raidos sutrikimą ir pradėjus taikyti ankstyvąją reabilitaciją, pasiekiamas geriausias gydymo ir ugdymo efektas. Vaikas įgauna geresnę patirtį, geriau mokosi, nuo mažens tampa imlesnis terapijoms ir stimuliavimui, vystosi vaiko saviraiška ir gerėja savivertė, stiprėja vaiko atmintis. Būtent šiuo periodu vykstanti intensyvi sinaptogenezė ypač pagerina ir pagreitina naujų įgūdžių įgijimą (2, 3).

VAIKO RAIDOS TYRIMAS

Raidos sutrikimą nustatyti padeda iš tėvų / globėjų surinkta raidos anamnezė. Surenkami detalūs duomenys, kaip vaikas vystėsi, kaip ir kokius įgūdžius įgijo augdamas. Labai svarbu išsiaiškinti, kokie galimi ankstyvieji raidos sutrikimo požymiai sukėlė tėvų nerimą, kaip vaikas vystėsi visose raidos srityse (motorikos, kalbos, pažintinės, socialinės – emocinės), kokius specifinius interesus jis turi, kokį žaidimą, tėvų stebėjimu, vaikas dažniausiai renkasi, kaip vaikas elgiasi įvairiose vietose. Surenkama duomenys apie nėštumo, gimdymo anamnezę, ankstyvojo adaptacijos periodo ypatumus, medikamentų, toksinių medžiagų naudojimą nėštumo metu, šeimos anamnezę, paveldimumą, vaiko priežiūros ypatumus ir pan. Vaiko raidos anamnezė yra

labai svarbi, nes detalus ir kruopštus raidos anamnezės surinkimas leidžia anksti įtarti raidos sutrikimą.

Dažniausiai tėvai / globėjai stengiasi suteikti teisingą informaciją, tačiau daugelį dalykų interpretuoja skirtingai nei specialistai. Nors pirmaisiais gyvenimo metais motorikos sutrikimai būna akivaizdūs ir tėvai laiku kreipiasi į specialistus, tačiau kalbos ir pažintinės raidos sutrikimai dažnai diagnozuojami ir pagalba pradeda teikti pavėluotai. Tėvai / globėjai dažnai ilgokai laukia, kol vaikas pradės kalbėti, tikėdamiesi, kad vaikas iš problemos tikrai „išaugs“. Kartais tėvai nežino, kaip atsakyti į specialistų klausimus arba neat-sako, bijodami būti apkaltinti savo šeimos narių. Renkant anamnezę, reikia būti taktiškiems, nes priešingu atveju tėvai / globėjai užsisklės ir surinkti informaciją bus labai sunku arba net neįmanoma.

Niekada nereiktų pamiršti vaiko. Vaikai paprastai labai didžiuojasi pasakodami apie savo ir tėvų, brolių ir seserų santykius, labai atvirai atsako į klausimus, dažnai pareiškia savo nuomonę, kuri kartais nesutampa su tėvų, ypač jei tai liečia mokymosi, elgesio ar kt. problemas.

Kitas etapas – vaiko fizinės, somatinės ir neurologinės būklės, klausos ir regos įvertinimas. Medicininis vaiko tyrimas nėra toks malonus kaip raidos tyrimas, todėl turėtų būti atliekamas pabaigoje arba pakaitomis su raidos tyrimu. Vertindami vaiko somatinę būklę, kreipiamas dėmesys į fizinį vaiko augimą (ūgio, svorio augimo dinamiką, galvos apimties augimą ir kt.). Fizinį vaiko išsivystymą vertiname pagal fizinio vystymosi lenteles. Didelę reikšmę sindromui, kuriam būdingas raidos sutrikimas, nustatyti turi įgimtų anomalijų buvimas, odos pakitimai, vidaus organų padidėjimas. Būtinai turi būti ištiriama vaiko klausa ir rega.

Svarbus uždavinys – išaiškinti raidos sutrikimo etiologiją. Raidos sutrikimo priežastiai nustatyti skiriami sudėtingi ir dažnai brangūs specialūs tyrimai. Atliekami chromosominiai, genetiniai tyrimai, smegenų funkcijos tyrimai (EEG ir kt.) smegenų vaizdo tyrimai (kompiuterinė tomograma, magnetinio rezonanso tyrimas ir kt.), metaboliniai, hormonų tyrimai. Serologiniu būdu tiriamos įgimtos infekcijos, atliekami rentgenologiniai tyrimai, audiologiniais ir oftalmologiniais metodais tiriama vaiko klausa ir rega.

Raidos sutrikimo priežastis yra svarbi tėvams. Tėvai nori žinoti, kodėl tai atsitiko jų vaikui, ar vaikas pasveiks. Tėvai / globėjai, sužinoję medicininę diagnozę, tampa ramesni, mažiau blaškosi, nustoja ieškoti „stebuklingo“ dak-

taro ir daugiau dėmesio ima skirti vaiko raidos stimuliavimui. Specialistui ligos diagnozės ar priežasties žinojimas leidžia prognozuoti raidos sutrikimo eigą, suteikia daugiau žinių apie galimas problemas, būdingas tam tikram sindromui ar ligai.

Kitas etapas – vaiko raidos tyrimas. Vaiko raida tiriama atliekant atrankos, raidos ir specialius testus.

Atrankos testai leidžia atrinkti tuos vaikus, kurie siejami su didesne rizika turėti raidos sutrikimus, pvz., gimę mažo svorio, neišnešioti, susiję su biologiniais ir socialiniais rizikos veiksniais raidos sutrikimui atsirasti arba jau matomi raidos sutrikimo požymiai. Raidos atranka (skriningas) – specialus raidos tyrimo metodas, padedantis išaiškinti, kurių vaikų raida yra galimai sutrikusi. Idealu, kad skriningo testai būtų atliekami visiems vaikams, nes tai leistų anksti nustatyti, kurių vaikų raida sutrikusi.

Nustačius padidėjusią riziką turėti raidos sutrikimą vaiko raida tiriama standartizuotais raidos testais, kurių tikslas yra įvertinti vaiko įgūdžius visose raidos srityse. Paminėsime keletą testų, naudojamų Lietuvoje.

DISC skalė (*Diagnostic inventory for screening children, 1984*) naudojama vaikams nuo 2 savaičių iki 5 metų amžiaus. DISC testas sukurtas Kanadoje, Ontarijyje. Testu tiriamos 8 raidos sritys (bendroji ir smulkioji motorika, kalbos suvokimas ir kalbos raiška, girdimasis ir regimasis dėmesys ir atmintis, savarankiškumas, socialinė adaptacija). Vertinami kiekvienos srities įgūdžiai. Testas nepateikia bendro raidos rodiklio (koeficiento), kiekvienos skalės rezultatai vertinami atskirai. DISC siūlomas kaip instrumentas vaikams, turintiems raidos sutrikimų, atrinkti ir kaip pagalbinė priemonė raidos diagnozei pagrįsti.

Vekslerio intelekto tyrimo skalė (*Weschler Intelligence Scales for Children, revised WISC-R*) naudojama pažintinių procesų ir intelekto įvertinimui. Tiriami vaikai, įtariami dėl protinio atsilikimo, kitų intelekto sutrikimų ar turintys mokymosi problemų, nuo 6 iki 17 metų amžiaus. Testą atlieka psichologai ar kiti specialistai, turintys teisę jį atlikti. Testas sudarytas iš 2 dalių: verbalinės ir konstrukcinės. Pirmiausia atliekama testo dalis, po to tyrimo rezultatai žymimi protokole, vėliau interpretuojami testo rezultatai. Nustatomas verbalinis ir konstrukcinis intelekto koeficientai bei bendras intelekto koeficientas (IQ).

Miuncheno funkcinės vystymosi diagnostikos testas sukurtas Miuncheno Pediatrijos centre ir skirtas naudoti vaikų gydytojams ir psichologams. Pagal šį testą nustatoma, kaip išsivysčiusios aštuonios vaiko raidos sritys: ro-pojimas, sėdėjimas, vaikščiojimas, griebimas, percepcija, kalbėjimas, kalbos supratimas, socialinė raida. Funkcinė vystymosi diagnostika – tai medicininė psichologinė diagnostika, leidžianti nustatyti vaiko išsivystymo lygį ir, remiantis gautais duomenimis, sudaryti reabilitacinę ir ugdymo programą.

Vertinami ir vaiko savitvarkos įgūdžiai. Tai daroma pasitelkus Vaikų negalios vertinimo testą (angl. *Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI*), kuris suteikia galimybę įvertinti vaiko funkcinis įgūdžius (gebėjimą apsitarnauti, mobilumą ir socialinius įgūdžius).

Specialieji testai leidžia ne tik nustatyti raidos sutrikimus įvairiose raidos srityse, bet ir identifikuoti vaiko specialius poreikius, jo stiprybes, galimas intervencijas. Šiuos testus atlieka ir interpretuoja komandos specialistai. Dažniausiai taikomas multidisciplininis vaiko raidos tyrimas, kurį atlieka specialistų komanda (gydytojas, psichologas, logopedas, kineziterapeutas, ergoterapeutas ir kt). Kiekvienas specialistas, ištyręs vaiką, pasidalina tyrimo duomenimis ir išvadomis su kitais komandos nariais, kartu dalyvauja sudarant ir vykdant terapinę ir ugdymo programą.

Autizmo diagnostinis stebėjimo testas (angl. *The Autism Diagnostic Observation Schedule Generic, ADOS*) – diagnostikos instrumentas, suteikiantis galimybę nustatyti autizmą ir jo sunkumo lygį. ADOS2 (angl. *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition, 2012*). Tai – socialinio elgesio pusiau struktūruoto, standartizuoto vertinimo priemonė, skirta asmenims, kuriems yra įtariami autizmo spektro sutrikimai. ADOS2 metodika gali būti pradėta naudoti nuo 12 mėn. amžiaus. Atsižvelgiant į verbalinius vaiko sugebėjimus, naudojamas standartizuotas 4 modulių priemonių rinkinys. Pirmasis modulis apima ikiverbalinę (pavienių) žodžių stadiją (12–30 mėn.), antrasis – ikiverbalinę (pavienių) žodžių stadiją (nuo 31 mėn.), trečiasis – frazinę kalbą, ketvirtasis – sklandžią kalbą (taikomas vaikams ir paaugliams). Kiekviename modulyje yra pateikiamos standartizuotos veiklos, skirtos išryškinti vertinamo asmens chronologinį amžių ir psichologinės bei kalbinės raidos amžių atitinkančius elgesio ypatumus. Naudojamas modulis turi būti pasirenkamas prieš vertinimą. Siekdamas objektyviau įvertinti tiriamo asmens elgesio ypatumus, specialistas gali naudoti ne vieną pasirinktą modulį,

bet kelis.

Autizmo sutrikimo sunkumo laipsniui nustatyti pasitelkiama Vaikystės autizmo įvertinimo skalė (angl. *The Childhood Autism Rating Scale, CARS*) yra vienas iš gana seniai naudojamų vertinimo instrumentų. Vertinami šie ypatumai: ryšys su žmonėmis, mėgdžiojimas, kūno valdymas, daiktų naudojimas, prisitaikymas prie pokyčių, emocinės ir vizualinės reakcijos, garso, lytėjimo, skonio, uoslės atsakas ir šių pojūčių naudojimas, verbalinis ir neverbalinis bendravimas, aktyvumo lygmuo, mąstymo nuoseklumas ir lygmuo, bendri pastebėjimai.

Sensorinės sistemos tyrimo testas (angl. *The Sensory Profile*) taikomas siekiant nustatyti sutrikimus, susijusius su sensorinėmis problemomis. Rekomenduojama taip pat naudoti Sensorinės integracijos ir suvokimo testą (angl. *The Sensory Integration and Praxis Tests, SIPT*), kuris padeda nustatyti sensorinės integracijos ir jos daromos įtakos motoriniam planavimui sutrikimus.

Tikslesnei diagnostikai pasiekti vaikai turėtų būti tiriami ne tik standartizuotais testais, bet ir stebimi namuose. Svarbu, kad vaiko tyrimo metu aktyviai dalyvautų tėvai, kurie turėtų būti smulkiai informuojami apie visus raidos tyrimo aspektus.

Nustačius raidos diagnozę sudaromi gydymo, reabilitacijos ir ugdymo planai, prognozuojamos raidos sutrikimo išėitys. Programa remiasi duomenimis, gautais tiriant vaiko raidą, jo funkciniais sugebėjimais, raidos tyrimo duomenų interpretacija, specialistų ir tėvų / globėjų išvadomis, nustatytais vaiko ir šeimos specialiaisiais poreikiais.

Specialistai, vertindami ir interpretuodami gautus vaiko raidos tyrimo duomenis, naudoja specialius terminus, kurie padeda nustatyti raidos sutrikimo diagnozę.

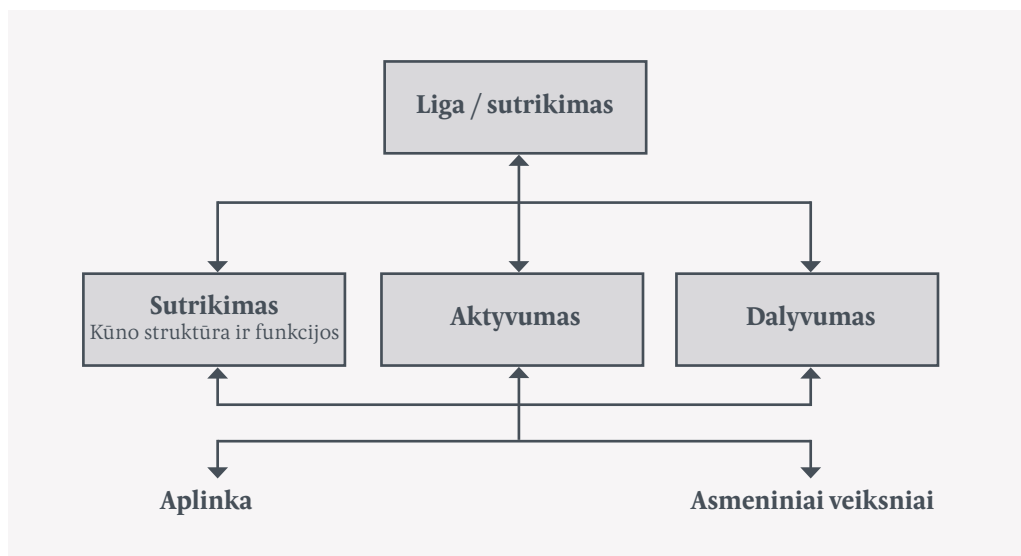
Sutrikimas – vienos ar daugiau raidos sričių sulėtėjimas. Gali būti stebimas visų raidos sričių sulėtėjimas (protinis atsilikimas) arba vienos raidos srities, pvz., kalbos, sutrikimas.

Disociacija pasireiškia vienos raidos srities didesniu sutrikimu negu kitos, pvz., sunkaus protinio atsilikimo atvejais visada labiau bus pažeista vaiko pažintinė ir kalbos raida negu motorika, cerebrinio paralyžiaus atvejais vaiko judesių raida bus labiau sutrikusi negu kitos sritys.

Deviacija vadiname būklę, kai vaikas vystosi ne pagal raidos seką vienoje ar keliuose raidos srityse. Deviacija dažnai rodo esantį sutrikimą, pvz., vaikystės autizmo atvejais vaikas gali atlikti sudėtingas konstrukcines veiklas, neatlikdamas paprasčiausių užduočių, arba vaikas, kuris vertinamas kaip turintis cerebrinio paralyžiaus riziką, gali pirmiau išmokti stovėti, negu sėdėti.

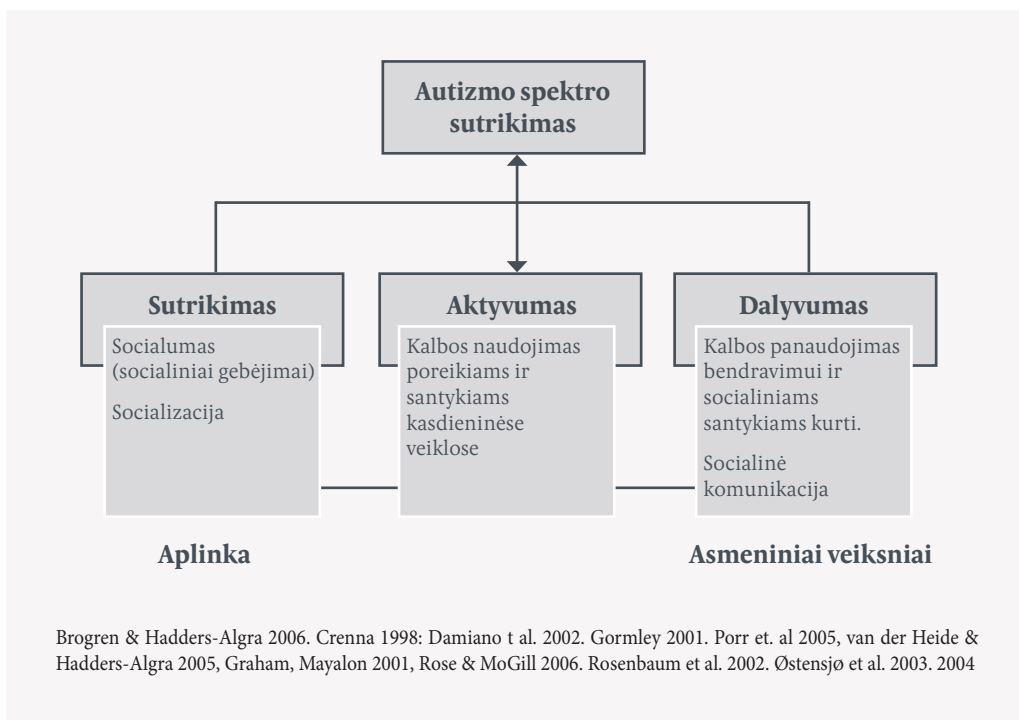
Norint įvertinti, kiek stipriai yra pažeista viena ar kita sritis, skaičiuojamas raidos koeficientas. Raidos koeficientas gaunamas vaiko išsivystymo amžių padalinus iš vaiko chronologinio amžiaus ir padauginus iš 100. Jei raidos koeficientas yra mažesnis negu 50, vaiko raida yra stipriai sutrikusi, tokį vaiką reikia išsamiai ištirti mediciniškai ir atlikti multidisciplininį vaiko raidos tyrimą. Vaikas, kurio raidos koeficientas yra didesnis negu 50, gali turėti lengvus raidos sutrikimus. Didesnis negu 80 raidos koeficientas rodo normos variantą, galimi labai nežymūs kokybiniai pakitimai. Vaikai, kurių raidos koeficientas mažesnis negu 50, dažniausiai turi organinius centrinės nervų sistemos pažeidimus, todėl indikuotina atlikti neurologinius, instrumentinius, laboratorinius ir kitus tyrimus.

Vaiko raida turi būti tiriama vertinant įvairius raidos aspektus, įskaitant ir vaiko funkcionavimą jo gyvenamojoje aplinkoje (įvairiapusis holistinis raidos vertinimas). Vertinant vaiko raidą tik centre ar kitoje įstaigoje gauti duomenys gali neparodyti viso vaiko galimybių vaizdo. Todėl labai svarbūs raidos, elgesio, adaptacijos duomenys, gaunami iš vaiko šeimos, ugdymo įstaigos, užklausinės veiklos būrelių, gydymo įstaigų ir kt. Tiesioginis ar netiesioginis stebėjimas gyvenamojoje aplinkoje – svarbi vaiko funkcionavimo vertinimo dalis. Čia reikėtų prisiminti Tarptautinę vaiko funkcionavimo, negalios ir sveikatos klasifikaciją (ICF), kuri gali būti kelrodis, vertinant vaiko raidą, jo adaptaciją, funkcionavimą visuomenėje. Būtent remiantis šia klasifikacija, bendradarbiaujant su vaiku svarbiais asmenimis ir institucijomis sudarytas reabilitacijos, gydymo ir ugdymo planas būtų efektyviausias ir naudingiausias vaikui ir šeimai (2 pav.).



Jeigu vaikui yra nustatytas autizmo spektro sutrikimas, TFK naudojimas leidžia nustatyti vaiko svarbiausias problemas ir sukurti funkcinius reabilitacijos bei ugdymo tikslus.

Vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, dažnai neturi įgimto sugebėjimo socialiai bendrauti, todėl jų socialumas yra menkas. Jie mažai siekia kontakto, ribotai kuria santykius, todėl socializacija tampa jų didele problema. Tam, kad vaikas galėtų mokytis kurti santykius su kitais asmenimis, jis pirmiausia turi išmokti bendrauti ir aktyviai naudoti kalbą bendravimui, todėl kalbos suvokimas ir kalbos raiška tampa labai svarbūs vaiko gyvenime. Pradžioje vaikas mokomas kalbą naudoti savo poreikiams patenkinti, vėliau naudodamas kalbą jis mokosi kurti socialinius santykius. Vaikui augant vystosi socialinė komunikacija (3 pav.) Būtent socialinė komunikacija leidžia vaikui prisitaikyti prie aplinkos ir aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime.



Nustačius sutrikimą vienoje ar keliose raidos srityse, įvertinus vaiko somatinę, neurologinę būklę, atlikus reikalingus instrumentinius tyrimus, nustatomas raidos sutrikimas.

Vaiko raidos sutrikimai pasireiškia įvairiame amžiuje, bet dažniausia jų priežastis – vaisiaus formavimosi sutrikimai. Daugelį raidos sutrikimų galima įtarti naujagimystės periodu dėl matomų dismorfinių bruožų ar esančios neurologinės simptomatikos.

Kūdikystės amžiuje daugiausia matomi motorinės raidos sutrikimai, o kalbos sutrikimai išryškėja vaikui per antruosius–trečiuosius gyvenimo metus. Socialinės komunikacijos sutrikimai dažniausiai nustatomi dvejų–ketverių metų amžiaus vaikams. Sutrikusi vaiko raida gali priklausyti nuo vaiko sveikatos būklės, jo fizinės ir psichologinės sveikatos, aplinkos veiksnių įtakos, deprivacijos ir kt.

Veiksniai, galintys turėti įtakos vaiko raidai įvairiais gyvenimo tarpsniais (4) (Parengta pagal „*Developmental problems and the child with special needs*“. Published on 21/03/2015 by admin Pediatrics)

Prenataliniai rizikos veiksniai: šeimos anamnezė (apsunkinta genetinė anamnezė, tautybė ir pan. Kenksmingi veiksniai nėštumo metu, nėštumo patologija, infekcijos ir pan. Antenatalinė sindromo diagnostika (pvz., Dauno sindromo, nervinio vamzdelio pažeidimo (spina bifida, hidrocefalija), chromosominių ligų).

Perinataliniai rizikos veiksniai: gimdymo patologija, neišnešiotumas, naujagimių asfiksija, naujagimių encefalopatijos, sutrikusi naujagimio neurologinė būklė (tonusas, maitinimo sutrikimai, traukuliai, judesių sutrikimai ir kt.).

Kūdikystės periodo sutrikimai: normalios raidos sutrikimai (vėluojanti kūdikio raida, raumenų tonuso ir judesių asimetrija), įtariami vaiko klausos ir regos sutrikimai, prieškalbinių įgūdžių sutrikimai, dismorfiniai požymiai.

Ikimokyklinio amžiaus periodo sutrikimai: eisenos sutrikimai, nerangi eisena, koordinacijos ir pusiausvyros sutrikimai, menki komunikacijos įgūdžiai ir kalbos raidos sutrikimai, pažintinės raidos sutrikimai.

Mokyklinio amžiaus periodo sutrikimai: dėmesio sutrikimai, hiperaktyvumas, specialieji mokymosi sutrikimai (disleksija, disgrafija), socialinės komunikacijos ir bendravimo sutrikimai, emociniai ir elgesio sutrikimai.

Raidos sutrikimų koncepcija

Raidos sutrikimai – būklės, kurios pasireiškia ankstyvajame vaiko amžiuje ir trunka visą vaiko gyvenimą. Anot prof. J. Ruškaus (5), raidos sutrikimas, o taip pat ir protinis atsilikimas, yra sutrikimas, bet ne liga. Mat liga yra tai, kuo susergama, o protiniu atsilikimu nesusergama ir nesergama – su juo gimstama. Vadinasi, protinis atsilikimas, kaip ypatumas, žmogų lydi vis gyvenimą.

Raidos sutrikimai dažniausiai yra susiję su raidos negalia. Raidos negalia – sunki lėtinė negalia, susijusi su fiziniu, sensoriniu, protiniu ir psichiniu sutrikimu, prasidedanti iki 18 metų amžiaus ir trunkanti visą individo gyve-

nimą, žymiai sutrikdanti mažiausia tris žmogaus funkcionavimo sritis (pvz., savitvarką, kalbą, mokymąsi, judėjimą, savarankiškumą, ekonominių savarankiškumą), ir dėl to tokiam asmeniui reikalinga nuolatinė speciali pagalba (6).

Raidos sutrikimų išreikštumo laipsnis ir sunkumas per gyvenimą gali kisti. Raidos sutrikimas reiškia, kad vaiko raida yra sutrikusi vienoje ar keletoje raidos sričių ir šis raidos sutrikimas sukelia funkcinės ir socialinės adaptacijos problemų. Kai kalbame apie sunkius raidos sutrikimus, dažniausiai omenyje turime vaikus, turinčius raidos negalią, kurių adaptacija visuomenėje be išorinės pagalbos bus sunkesnė ar sutrikusi.

Yra skiriama keletas šių raidos sutrikimų (1 lentelė).

1 LENTELE.

RAIDOS SUTRIKIMAI	
1.	Protinis atsilikimas ir psichologinės raidos, mišrūs raidos sutrikimai.
2.	Cerebrinis paralyžius ir kt. motorinės raidos sutrikimai.
3.	Komunikacijos sutrikimai:
a)	kalbos ir kalbėjimo sutrikimas,
b)	įvairiapusiai raidos sutrikimai, autizmas,
4.	Mokymosi sutrikimai.
5.	Socialinės-emocinės raidos ir elgesio sutrikimai.
6.	Klausos sutrikimai.
7.	Regos sutrikimai.

VAIKO RAIDOS STEBĖJIMAS

Vaiko raidos stebėjimas – lankstumo reikalaujantis, sudėtingas procesas, kurio metu stebima vaiko raida, nustatoma raidos įgūdžių dinamika, vaiko funkcionavimas visuomenėje. Jei vaikui nustatytas raidos sutrikimas, kintantis dinamiškai, esant reikalui koreguojamas reabilitacijos ir ugdymo planas. Vaiko raidos kontrolė atliekama periodiškai tam tikrame vaiko amžiuje. Kuo vaikas jaunesnis, tuo dažniau vykdomas jo raidos monitoringas, ypač jei raidos sutrikimas tik įtariamasis. Jei vaiko motorinė raida vėluoja, tikslinga kūdikį stebėti kas 1–2 mėn., norint laiku nustatyti galimą raidos sutrikimą.

Svarbus vaiko raidos vertinimo amžius – 12–15 mėn. laikotarpis. Šis amžiaus periodas – intensyvus aktyvios komunikacijos amžius, pvz., pirmųjų gyvenimo metų pabaigoje vaikas pasako pirmą žodį, po 1 mėn. – antrą. Jis pradeda naudoti žodžius bendravimui, todėl svarbu vertinti ne tik vaiko kalbos išraišką, bet ir jo kalbos supratimą, aktyvų gestų naudojimą, reagavimą į vardą ir pan. (7).

Kiekvieno vizito metu labai svarbu išsiaiškinti, kokie yra tėvų nusiskundimai, kas jiems kelia nerimą, kaip keičiasi vaiko įgūdžiai, elgesys, kokie galimi nauji rizikos veiksniai vaiko raidos sutrikimui atsirasti išryškėja. Būtinasis vaiko žaidimo stebėjimas, tėvų ir vaiko tarpusavio santykių raida, vaiko bendravimas ir kt. Tikslingas vaiko raidos atrankos testo vertinimas (8,9).

Ypač svarbu atkreipti dėmesį į vaikus, kurių rizika turėti raidos sutrikimą yra itin didelė. Jei šeimoje auga vienas vaikas, turintis autizmo spektro sutrikimą, jo brolis ar sesuo turėtų būti ištirti ypač kruopščiai, nes šiuo atveju autizmo rizika yra iki 10 kartų didesnė. Ankstyvi autizmo spektro požymiai, į kuriuos reikėtų atkreipti dėmesį, yra: vaikas yra neramus, dirglus, dažnai sunkiai valdomo temperamento – nuo per didelio judrumo iki nesuprantamo pasyvumo, menkas akių kontaktas, nereagavimas kviečiant vardu, nesidžiaugimas bendra veikla, neįsijungimas į bendrus žaidimus, didesnis susidomėjimas žaislais ir aplinka negu žmonių veidais, kalbos raidos vėlavimas ir kt. (8).

Amerikos vaikų neurologų asociacijos rekomendacijos nurodo, kad pagrindiniai požymiai, leidžiantys įtarti autizmo spektro sutrikimą, yra: vaikas nerodo pirštu ir neskiemenuoja būdamas 12 mėn. amžiaus, nepasako nė žodžio 16 mėn. amžiaus, nesako 2 spontaninių (necholališkų) žodžių frazių 24 mėn. amžiaus, kalbos ir socialinių įgūdžių regresija bet kuriame amžiuje. Įtarus autizmo spektro sutrikimą, būtina vaiką tuojau pat nukreipti tolimesniam raidos ištyrimui (10).

ANKSTYVIEJI VAIKŲ RAIDOS SUTRIKIMO POŽYMAI

Visi vaikai vystosi ta pačia seka, bet kiekvieno vaiko įgūdžių įgijimo laikas yra skirtingas. Reikia žinoti, kad daugelyje mokslinės literatūros šaltinių pateikiamos įgūdžių įgijimo laiko normos yra labai orientacinės. Raidos įgūdžių įgijimo laikotarpiai yra labai įvairūs ir individualūs. Normaliai besivystantis vaikas randa savus motorikos, kalbos, pažintinės veiklos būdus, kuriuos bando pritaikyti prie besikeičiančių aplinkybių. Todėl dažnai sunku tiksliai atsakyti, ar vaiko raida yra įprastinė, ar vaikas jau turi raidos sutrikimo požymių. Kas tai yra norma ir kas yra ne norma? Kokie įgūdžiai yra normalūs vienam vaikui ir neatitinka amžiaus normos kitam? Kada turime pradėti taikyti ankstyvąją reabilitaciją?

Žmogaus raidai būdinga visų raidos sričių harmoninga raida. Bet kiekviename amžiaus tarpsnyje yra tam tikri raidos sričių prioritetai, kurie atspindi labiausiai besivystančias vaiko raidos sritis.

Pirmųjų 6 gyvenimo mėnesių raidos prioritetai turėtų atspindėti vaiko savireguliacijos ritmo ir fiziologinio stabilumo formavimąsi, sensorinių sistemų intensyvų vystymąsi, motorinių įgūdžių įgijimą. Šis periodas labai svarbus mamos ir vaiko tarpusavio santykių vystymuisi, prierašumo susiformavimui.

Fiziologiniu stabilumu įvardijame vaiko aktyvumą, jo adaptaciją išoriame pasaulyje. Maitinimasis, miegas – du pagrindiniai dalykai vaiko išgyvenimui. Fiziologinis stabilumas pradeda formotis per 1–4 valandas po gimimo. Praėjus 24–36 val. po gimimo susiformuoja miego ir maitinimosi ritmas, bet naujagimio elgesys išlieka dar mažai prognozuojamas. Trečią gyvenimo parą atsiranda naujagimio elgesio savireguliacija – miego ir būdravimo ciklas, maitinimosi, verkimo ciklas.

Savireguliacija – mūsų elgesio pagrindas. Išmokstame nusiraminti, kai mus sunervina, galime patys užmigti, kai mus pažadina, jaučiame, kai norime valgyti ir t. t. Kūdikio ir ikimokyklinio amžiaus vaiko savireguliacija vadina-

me vaiko gebėjimus adaptyviai ir lanksčiai kontroliuoti ir valdyti kūno funkcijas, elgesį, dėmesį ir emocijas įvairiuose socialiniuose ir fiziniuose kontekstuose (11).

Didelę reikšmę ankstyvajam raidos sutrikimui nustatyti turi naujagimio adaptacijos periodo sutrikimai. Daliai vaikų, kuriems augant gali ryškėti raidos sutrikimas, pasireiškia ryškūs adaptacijos, savireguliacijos ir fiziologinio stabilumo formavimosi sutrikimai. Didesnei daliai vaikų stebimi įvairaus laipsnio adaptacijos periodo sutrikimai, susiję su centrinės nervų sistemos dirglumu ar slopinimu. Centrinės nervų sistemos dirglumas labiau būdingas vaikams, kurie ateityje gali turėti cerebrinę paralyžių, autizmo spektro sutrikimą. Vaikai būna labai neramūs, dažnai blogai miega naktimis, rėkia daug ir tarsi be jokios priežasties, painioja dieną su naktimi, juos sunku pamaitinti dėl maisto netoleravimo ir vaiko padėties problemų. Slopinimo sindromo klinika labiau būdinga naujagimiams, kuriems bus nustatytas pažintinės raidos sutrikimas. Jie daug ir ilgai miega, dažnai mažai aktyvūs. Juos sunku prikelti maitinimui, dažnai bevalgydami jie užmiega, silpnai čiulpia krūtį ir pan.

Kitas svarbus rizikos veiksnys raidos sutrikimui diagnozuoti – **maitinimosi sutrikimai**. Pagrindiniai maitinimosi sutrikimų simptomai yra priešinimasis maitinimui, raukymasis maistui patekus į burną, lūpų nesusičiaupimas, įtemptas liežuvis, patologiniai refleksai, vaiko springimas, kosėjimas. Galimos maitinimosi problemos, susijusios su valgymo proceso vangumu, silpnu čiulpimu – tokių vaikų maitinimo trukmė labai ilga. Nuo mažens gali pasireikšti didelis išrankumas maistui, atsisakymas valgyti įvairų maistą, o tai būdinga ryškėjant įvairiapusiam raidos sutrikimui.

2-oje lentelėje pateikti ankstyveji įvairiapusio raidos sutrikimo požymiai.

2 LENTELE.

Ankstyvieji įvairiapusio raidos sutrikimo požymiai kūdikystėje
Savireguliacijos sutrikimai (miego, būdravimo-miego ritmo, maitinimosi, sujudinimosi, dėmesio reguliavimo sutrikimai)
Sensorinė disociacija. Tėvai mato skirtingą vaiką nuo kitų (jį sunku nuraminti, paimti ant rankų, paguosti).
„Keistas“ elgesys. Vaikas tarsi susisrūpinęs pats savimi, pastebimi neįprasto stereotipinio žaidimo ypatumai.
Maitinimosi sutrikimai. Išrankumas maistui (sunku įvesti naują masitą: mišinius, košes ir pan.)

Vienas reikšmingų požymių, galintis turėti diagnostinės vertės ankstyvam VCP nustatymui, yra adaptacijos periode stebima **raumenų hipotonija**. Dalinės ar bendros hipotonijos buvimas – ankstyvas vaikų raidos sutrikimo, ypač cerebrinio paralyžiaus, simptomas (12). Vaikui augant ir ryškėjant VCP simptomams, raumenų tonusas keičiasi, jis dažniausiai didėja ir ryškėja motorinės raidos sutrikimo klinika.

Mamai patenkinant vaiko poreikius formuojasi kūdikio prierašumas. Pirmųjų 3 mėn. periodas vadinamas emocinės-psichologinės homeostazės periodu. Mama mokosi pažinti savo vaiką, atpažinti ir patenkinti jo poreikius, vaikas mokosi vidinės savireguliacijos, t. y. pats nusiraminti, suvokti savo reikmes. 2–7 mėn. formuojasi prierašumas. Prierašumas – tai emocinio ryšio tarp vaiko ir mamos buvimas, kuris yra pagrindas tolimesnei žmogaus raidai ir vėliau atsirandančiai žmogaus savireguliacijai bei santykių formavimuisi. Vaikas verksmu pakviečia mamą, šypsena ją sulaiko prie savęs. Kūdikis ieško asmens, kuris jam galėtų suteikti emocinę pagalbą. Mamai reikia vaiko, kad taptų mama, vaikui reikia mamos, kad užaugtų žmogumi. Šeimos emocinė būklė veikia santykių formavimąsi ir vaiko sveikatą. Tai gali lemti santykių sutrikimus. Gali formuotis saugus ir nesaugus prierašumas.

Jau pirmaisiais gyvenimo mėnesiais vaikas ruošiasi judėjimui. Jis išmoksta padėčių, kurias vėliau pritaikys judesiui. Pradžioje dominuoja refleksai, vėliau pradeda formuotis padėties (tiesinimo ir apsaugos) reakcijos, kurios leidžia vaikui vertikalizuotis.

Specialistai daug dėmesio skiria naujagimių bendrųjų judesių tyrimams. Dr. H. Prechtl (Olandija) aprašė vaisiaus judesius ir pastebėjo jų ryšį su naujagimių pirmųjų mėnesių judesiais. Mokslininkas, tyręs vaisiaus judesius ultragarso metodu, nustatė, kad pirmieji vaisiaus judesiai yra matomi 7–8 nėštumo savaitę. Pradžioje stebimi liemens judesiai, vaisius susilenkia ir išsitiesia. Vėliau tų judesių daugėja, 14 savaitę vaisius judina galvą, liemenį, rankas, kojas, vyrauja tiesiamieji judesiai. Pirmuosius vaisiaus judesius mama pajunta 16–18 nėštumo savaitę. Įdomu tai, kad nėštumo metu rankų ir kojų judesiai atsiranda tuo pačiu metu, tuo tarpu gimęs kūdikis pirma išmoksta judinti rankas, o po to kojas.

Bendrieji judesiai – tai be jokio aplinkos stimulo atliekami judesiai, matomi nuo 9 nėštumo savaitės iki 21 savaitės po gimimo, kartais 2–3 sav. ilgiau (13).

Vertinant pirmųjų mėnesių kūdikių motorinę raidą atliekamas Bendrųjų judesių tyrimas (angl. GMs). Tai naujagimio ir pirmųjų 5 amžiaus mėn. judesių tyrimo metodas, kurio metu vertinama spontaniai vaiko judesiai. Normaliai besivystančio pirmųjų mėnesių kūdikio judesiai turi laipsnišką judesio pradžią. Jų intensyvumas labai įvairus, stebimi viso kūno kompleksiniai judesiai (fleksija, ekstenzija, rotacija). Vaikas nuolat bando įvairias judesių kombinacijas.

Pirmųjų penkių gyvenimo mėnesių kūdikių judesiai turi didelę diagnostinę vertę ankstyvai raidos sutrikimo diagnozei. Diagnostikoje ypač reikšmingi smulkūs vidutinio greičio viso kūno grakštūs besikeičiantys judesiai, kurie atsiranda 3–5 mėn. po gimimo. Jei jie neišsivysto, greičiausiai tokio kūdikio judesiai bus sutrikę ir jam grės cerebrinis paralyžius. Jei šie judesiai bus susiformavę, bet vaiko padėties kontrolė bus nepakankama arba formuosis netaisyklingai, vėluos motorinių įgūdžių raida, tuomet vaikas galimai gali turėti kalbos ar protinės raidos sutrikimų. Apskritai, jei vaiko raida atipinė arba sutrikusi, stebimas ribotas motorinių strategijų pasirinkimas ir ribotos galimybės jas pritaikyti prie besikeičiančių aplinkybių.

Prechtl's kokybinis bendrųjų spontaninių judesių vertinimas (BSJ) yra jautriausias prognostinis vertinimo įrankis, padedantis identifikuoti jaunesnius nei 3 mėn. amžiaus kūdikius, kurie turi didžiausią CP riziką (13).

6–12 mėn. amžiaus periodu intensyviai vystosi vaiko bendravimas, motorika, pažintiniai įgūdžiai. Tai vienas nuostabiausių periodų vaiko gyvenime. Šiame amžiaus periode vaikas išmoksta judėti, iš nejudrios būtybės vaikas tampa judančiu asmeniu. Šiuo tarpsniu susiformuoja pagrindiniai judesių mechanizmai, kurie leidžia vaikui pradėti judėti. Tai liemens kontrolė, svorio perkėlimas, pusiausvyros reakcijos. Aktyviai vystosi ir smulkioji motorika. Vaikas išmoksta griebti, išlaikyti ir paleisti daiktą. Formuojasi akies–rankos koordinacija.

Žaidimas – tai vaiko darbas, kurį jis atlieka labai rimtai, ypač susikaukęs. Šio periodo žaidimas vadinamas sensomotoriniu. Jo metu vaikas tiria aplinką, ją pažįsta, pradeda manipuliuoti su daiktais ir suvokia labai svarbų dalyką – daiktai yra pastovūs, ir jei jų ir nemato, tai nereiškia, kad jų nėra. Tirdamas aplinką, vaikas gauna daug stimulų, aktyviai vystosi vaiko rega ir klausia, jis suvokia gautą informaciją.

Toliau tobulėja vaiko ir mamos tarpusavio santykiai. Jų pagrindu for-

muojasi vaiko elgesys. Kaip vaikas tiria aplinką, taip pat jis tiria ir žmonių tarpusavio santykius, jis bando įvairiausius būdus gauti jam reikalingą atsaką. Vaikas mokosi tinkamai sąveikauti / bendrauti (įsitraukti į abipusius santykius) su kitais žmonėmis.

Šiuo periodu labai svarbūs prieškalbiniai įgūdžiai. Socialinė šypsena, gestai, mimika, išraiška, rodymas, mėgdžiojimas – pagrindiniai kalbos nešėjai. Vienas jų – maitinimasis. Jis labai svarbus vaiko kalbos ir kalbėjimo raidai. Maitinimosi procese dalyvauja tie patys mimikos raumenys, kurių veikla būtina kalbėjimo procese. Todėl labai svarbu nuo 6 mėn. amžiaus kūdikį mokyti gerti iš puodelio, kramtyti kietą maistą.

Visiems 6–8 mėnesių vaikams būdinga čiauškėti. Čiauškėjimas apibrėžiamas kaip priebalsių ir balsių darinių (ba, ata ir kt.) vartojimas. Šio įgūdžio atsiradimui garsinė aplinka nėra būtina, tai yra vaikas gali pradėti čiauškėti būdamas lovelėje visai vienas. Jei šio įgūdžio atsiradimas vėluoja daugiau nei 2–3 mėnesius, yra didelė tikimybė, kad žymiai vėluos kalbinė raida, gali būti nustatytas klausos sutrikimas (14, 15).

Sulaukęs pirmojo gimtadienio vaikas supranta apie 30–60 dažniausiai girdimų žodžių ir pradeda tarti prasmingus žodelius, garsų junginius. Paprastai tai būna trumpi, lengvai tariami žodžiai: „ate“, „mama“, „au au“ ir pan. Šiame amžiuje labai ryškus vaiko suprantamų ir tariamų žodžių skaičiaus skirtumas.

12–18 mėn. amžiuje labiausiai vystosi bendravimo įgūdžiai, socialinė-emocinė raida, pažintiniai įgūdžiai, tobulėja motorinė raida.

Vaikas išmoksta reikšti savo poreikius, parodydamas pirštu, pasakydamas garsą. Žodžių ir gestų naudojimas daiktams pavadinti būdingas vaikams nuo 12 iki 18 mėnesių. Tai didelė motyvacija tolimesniam kalbos vystymuisi. Per šį laikotarpį vaikas pasako pirmuosius žodžius. Pirmąjį žodį – būdamas 11–12 mėn., antrąjį – po mėnesio. Žodžių bagažas auga. Žmogus mokosi pagrindinio dalyko – jis mokosi kalbėti.

15–18 mėn. vaikas palaiko akių kontaktą, kai su juo bendraujama. Bendraujant stebimas jungtinis dėmesys – sudėtinio dėmesio įgūdžiai atskleidžia asmens galimybę koordinuoti dėmesį tarp tam tikro objekto ir kito asmens triadiniam santykiuje, t. y. bendraujant perkelti žvilgsnį nuo daikto į šalia esantį žmogų ir atvirkščiai. Vaikai daug mėgdžioja. Visada atsiliepia šaukiami vardu, supranta ir įvykdo paprastus nurodymus (16, 17).

Išmokimas judėti – labai svarbus žingsnis vaiko komunikacijos raidai. Vaikščiojimo pradžia įprastai besivystantiems vaikams susijusi su dideliu bendravimo raidos šuoliu. Savarankiškas vaikščiojimas pagerina socialinės komunikacijos galimybes. Mokslinės studijos rodo, kad vaikams, kuriems vėliau nustatytas autizmo spektro sutrikimas, kalbos raidos šuolis pradėjus vaikščioti nebūdingas (18, 19, 20).

Toliau vystosi vaiko emocinė raida. Vaikas išmoka vaikščioti ir pradeda tolti nuo mamos. Iš pat pradžių labai nedrąsiai, bet kuo toliau, tuo drąsiau. Formuojasi vaiko savarankiškumas. Jei mamos ir vaiko tarpusavio santykiai nuo mažens vystėsi harmoningai, problemų nebus, nes vaikas jausis saugus. Jei nepatenkinami vaiko emociniai preikiai, gali nesiformuoti vaiko savarankiškumas, vaikas nesugebės atsiskirti nuo mamos, gali išryškėti elgesio problemos.

Žaidimas tobulėja. Jis po truputėlį tampa funkcinis, t. y. vaikas pradeda ieškoti prasmės žaidime, formuojasi priežasties–pasekmės ryšiai.

Motorinė raida vyksta be išskirtinių naujovių, bet judesiai darosi tobulesni, vaikas gali judėti jam reikalinga kryptimi, jam norimu greičiu. Gerėja jo kordinacija, vystosi tikslesni judesiai.

Vaikas sugeba parodyti kūno dalis, kuo toliau, tuo daugiau pasako žodžių, daugėja savakalbės, pirštu parodo pažįstamus daiktus, esančius aplinkoje.

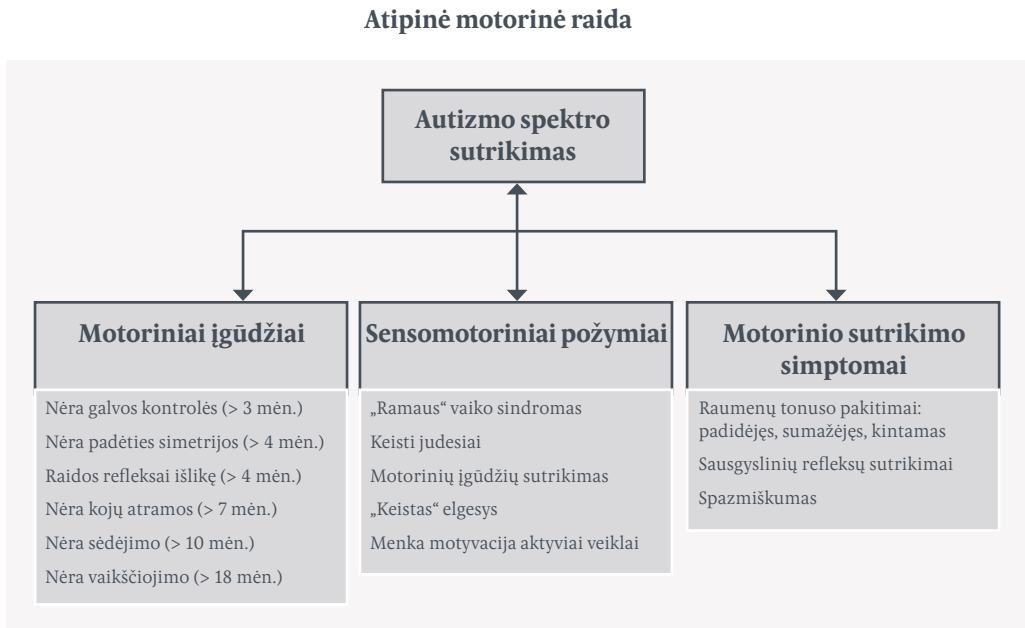
18–36 mėn. amžiaus tarpsnyje daugiausia tobulėja pažintiniai įgūdžiai, socialinė-emocinė raida, bendravimo įgūdžiai. Žaidimas tobulėja, vaikas pradeda konstruoti. Vaikas tampa savarankiškas. Jis jau pasiruošęs eiti į darželį. Vaikas išmoksta kalbėti, noriai bendrauja su kitais vaikais, pasako dviejų žodžių sakinius, noriai mėgdžioja namų apyvokos veiklas. Jis mokosi formuoti santykius su kitais žmonėmis ir atsakyti už savo elgesį. Kaupia informaciją, jį pradeda dominti, kodėl ir kas vyksta.

Atipinė motorinė raida

Atipinę vaiko motorinę raidą atpažįstame, kai vaiko judesių raida vėluoja, jis vėliau ima laikyti galvą, verstis, sėdėti, vaikščioti. Pradėjęs vaikščioti eina nekoordinuotai, judesiai labai nerangūs, eidamas dažnai užkliūva, pargriūva net lygioje vietoje. Judesių asimetrija pirmaisiais gyvenimo metais leidžia

prognozuoti besiformuojantį judesių raidos sutrikimą, galimai cerebrinį paralyžių. Antraisiais gyvenimo metais gali pasireikšti nevalingi judesiai, kurie ypač išryškėja artėjant vaiko dvejų metų gimtadieniui. Atipiniai vaiko judėjimo būdai (judėjimas sėdint, klūpant ant kelių ir kt.) turi būti diferencijuojami nuo galimų kitų patologijų, susijusių su raumenų tonuso, sensoriniais sutrikimais (4 pav.).

4 PAV. Atipinė motorinė raida



Vaikai, turintys raidos sutrikimų, gali eiti remdamiesi pirštais. Nuolatinis ėjimas ant pirštų leidžia įtarti besiformuojantį cerebrinį paralyžių, ortopedinę patologiją, o jei taip elgiamasi ne nuolat – sensorinius sutrikimus, ypač būdingus autizmo spektro sutrikimams. Vėlyvas vaiko vaikščiojimas (vėliau 18 mėn.) būdingas visų raidos sričių raidos sutrikimui (psichologinės raidos, specifiniam mišriam raidos sutrikimui ir kt.).

Vertindami vaiko judesių raidą, neurologinę vaiko būklę galime matyti normalios vaiko raidos įvairius variantus, vaiko raidos sulėtėjimą ar atsilikimą, įtarti cerebrinį paralyžių, įgimtas nervų-raumenų ligas (pvz., miopatijas), stuburo pažeidimus, pvz., spina bifida ir kt.

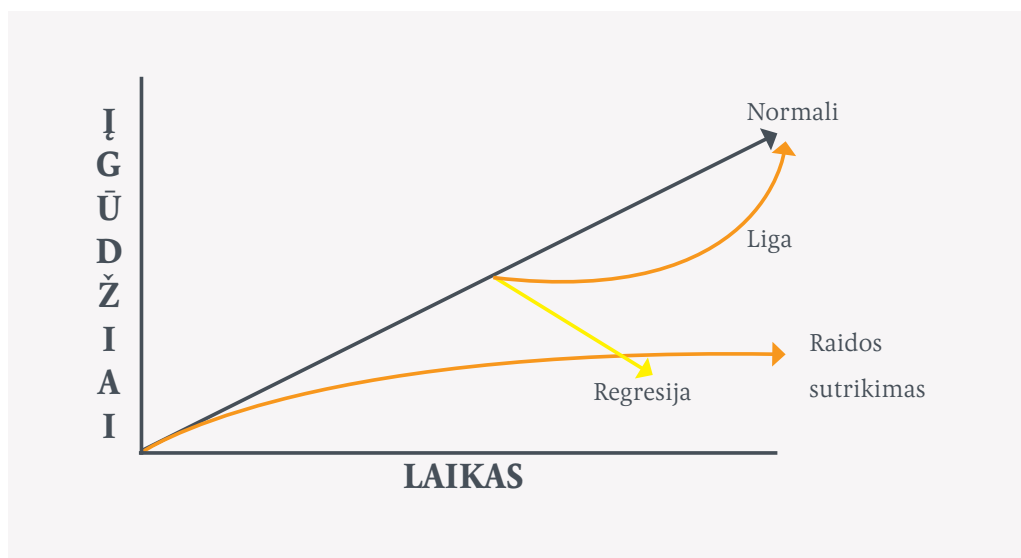
Įvairių raidos sričių raidos sutrikimas

Įvairių raidos sričių raidos sutrikimas (psichologinės raidos sutrikimas, specifinis mišrus raidos sutrikimas) nustatomas, kai stebimas motorinės, kalbos, pažintinės, emocinės raidos atsilikimas nuo amžiaus normos. Jis išryškėja apie antruosius gyvenimo metus. Dažniausiai jis susijęs su pažintinės raidos sutrikimais (protiniu atsilikimu), mokymosi sutrikimais, komunikacijos sutrikimais ir kt.

5 paveiksle pateikiamos vaiko raidos kreivės, padedančios suprasti raidos trajektorijos diferencinę diagnostiką. Vaiko, turinčio raidos sutrikimą, raidos trajektorijos kreivė labai skiriasi nuo normalios raidos kreivės ir niekada nepasiekia įprastinės raidos vaiko kreivės. Trumpalaikius raidos sutrikimus galime matyti ūmios vaiko ligos atvejais. Tačiau ypač svarbu laiku pamatyti raidos regresiją. Raidos regresija visada susijusi su itin rimtomis ligomis ar sveikatos būklėmis, todėl nustačius raidos regresiją būtina vaiką nukreipti išsamiam sveikatos ištyrimui.

5 PAV.

Raidos progresas



AUTIZMO PRADŽIA IR ANKSTYVOJI DIAGNOZĖ

Daugeliu atvejų autizmas diagnozuojamas vaikams iki 3 metų amžiaus, bet kai kada jis gali būti nustatomas iki 18 mėn. amžiaus. Jei autizmo klinika būna išreikšta, ankstyva diagnozė gali būti įtariama ir iki 1 metų amžiaus. Nors šiuo metu surandama vis daugiau biomarkerių, kurie leistų anksti įtarti autizmą (struktūriniai ir funkciniai neuronų jungčių, vizualiniai ir kiti biologinių procesų markeriai), daugumoje atvejų autizmo spektro sutrikimas diagnozuojamas remiantis vaiko elgesio ypatumais (21).

Mokslininkai pažymi, kad autizmas diagnozuojamas gerokai per vėlai. JAV ir Europoje ASS dažniausiai diagnozuojamas apie ketvirtuosius metus (3 metų ir 10 mėnesių amžiaus vaikams), kai pastebimas ryškus kalbos raidos sutrikimas. Aspergerio sindromas dažniausiai diagnozuojamas apie šeštuosius metus (6 metų ir 2 mėnesių amžiaus vaikams) (22, 23, 24).

Pasirodo, kad tėvai gana anksti pastebi pirmuosius autizmo simptomus – kai jų vaikai sulaukia 12–18 mėn. (vidutiniškai – 14 mėn.) (25, 26, 27).

Mokslo duomenys rodo, kad tėvai paprastai yra teisūs matydami raidos problemas, bet jiems labai sunku suprasti ir žodžiais įvardinti, kas iš tikro yra jų vaikui (28).

Nuo ko priklauso mūsų galimybės anksti diagnozuoti autizmo spektro sutrikimą?

Tėvai yra pirmieji asmenys, kurie pastebi „kitonišką“ vaiko raidą ir elgesį. Tačiau dažnai dėl dominuojančių mitų apie autizmą arba tiesiog iš baimės jie pavėluotai kreipiasi į specialistus, laukdami, kad vaiko elgesys „sunormalės“, jis pradės kalbėti, ypač jei šeimoje yra asmenų, kurie vėliau pradėjo kalbėti.

Daugelis tėvų pirmuosius nerimą keliančius požymius paprastai pastebi labai anksti. Tiesiog vaikas kitaip elgiasi negu daugelis vaikų, tačiau įvardinti konkrečius požymius, keliančius nerimą, jiems yra labai sunku. Ir tai nenuostabu, nes dažnai vienos raidos srityse vaikas atsilieka, o kitose yra akivaizdžiai pažengęs į priekį. Todėl ir gydytojai neretai vaiko raidą vertina labai

prieštaringai, nuramindami tėvus.

Ankstyvojo amžiaus autizmo klinika gali būti labai įvairi. Vieni kūdikiai būna vangūs, pasyvūs, retai prašo valgyti, ilgai iškenčia šlapias sauskelnes. Maitinami jie valgo noriai, jiems patinka gera tėvų priežiūra. Tėvai pažymi, kad tokius vaikus pakankamai lengva auginti. Iki metų amžiaus šie „geri“ vaikai nekelia jokių didesnių problemų: ramūs, niekur nelenda, kur juos paliksi – ten ir rasi. Tačiau pradėję vaikščioti tampa sunkiai valdomi: eina vieni kur nori, dažnai be jokios suaugusiojo pagalbos, neturi jokio baimės jausmo. Chaotiškai judėdami jie nėra pajėgūs aktyviai tirti aplinkos. Tokie vaikai tampa labai neramūs naujoje aplinkoje, bijo svetimų žmonių, jautrūs aplinkos veiksniams: garsui, šviesai ir kt.

Kiti kūdikiai nuo pirmųjų gyvenimo dienų būna labai jautrūs: dažnai klykia, prastai miega, išsiskiria išrankumu maistui. Prie jų sunku prisitaikyti ir suprasti jų poreikius. Jie nemėgsta nei būti ant rankų, nei gulėti vežimėlyje.

Vienas iš požymių leidžiančių kūdikio amžiuje įtarti autizmo spektro sutrikimą – dėmesio reguliavimo problemos. Mokslininkai mato fiziologinius vaikų skirtumus – net ramybės būklėje vaikų, turinčių didesnę autizmo spektro sutrikimo riziką, širdies susitraukimų dažnis patiriant socialinius stimulus yra didesnis nei įprastai besivystančių vaikų (29).

Nuo gimimo vaikai yra kitokie. Vieni jų mažai reaguoja į svetimus žmones, o labiau domisi aplinka. Kiti, atrodo, gali ilgai ir susikaupti žiūrėti į žmogų, bet menkai atspindi kito asmens emocijas jie žiūri, bet emociškai nereaguoja. Pirmieji autizmo spektro sutrikimo požymiai gali pasimatyti net, atrodo, normaliai besivystančiam vaikui. Kada vaikas pradėdamas kalbinti, vietoje to, kad rodytų bendravimo sukeltą džiaugsmą, jis nutyla, gali susijaudinti, imti verkti, liesti savo kūną, kai kada daužyti galvą, tempti sau už plaukų arba iš viso nereaguoti, kad ir kaip besistengtume paskatinti vaiką bendrauti. Šie kūdikiai mažiau guguoja, augdami taria mažiau garsų, nekartoja jų ir neatsiliepia, išgirdę savo vardą. Jie paprastai nežiūri į tėvų veidus arba tik trumpam sulaiko ties jais savo žvilgsnį.

Autizmo pasireiškimo pradžia gali būti labai įvairi. O'Brien Towle (2013) išskiria tris vaiko su autizmu galimai susijusius raidos būdus:

Pirmasis jų – vaiko elgesys „keistas“ nuo pat gimimo. Nuo pat pirmųjų savo gyvenimo dienų vaikai būna neįprastai ramūs, mažiau domisi kitais žmonėmis. Vėliau pradeda reaguoti į šalia esančius asmenis, stebimas silpnesnis

akių kontaktas net su artimiausiais žmonėmis, pavėluotai atsiranda socialinė šypsena, vėliau ima tarti garsus. Tokie vaikai labiau domisi pasikartojančiais vizualiniais stimulais nei sąveikomis su žmonėmis.

Kitas raidos būdas – raidos stagnacija, arba plato raidos būdas (angl. *plateau*), atsiradęs po pirmųjų gyvenimo metų. Dažnai vaikai vystosi, kaip ir daugelis tokio amžiaus vaikų, bet jiems sulaukus maždaug vienerių metų, raidos procesas sulėtėja, sustoja ir nebevyksta.

Iki 30 procentų atvejų stebimas vaiko raidos regresas. Tai trečiasis raidos būdas. Kaip ir raidos stagnacijos metu vaikai pradžioje vystosi tipiškai. 15–18 mėnesių ir vėliau vaiko raida pakinta – jo kalba, akių kontaktas, socialinis įsitraukimas pastebimai mažėja ir vaikas gali netekti jau turėtų raidos įgūdžių. Berniukams regresija pasireiškia dažniau negu mergaitėms (30).

Šiandien mokslininkai diskutuoja, ar tikrai vaikas netenka turėtų įgūdžių. Vertinant pirmųjų metų vaikų vaizdo įrašus matoma, kad vaiko įgūdžiai jau nuo gimimo nesivystė kaip įprastinės raidos vaikų. Kita vertus, regresas visada yra grėsmingas reiškinys, ir visų vaikų sveikata turi būti išsamiai ištiriama, norint nustatyti regreso priežastis.

Regresija gali pasireikšti dvejopai. Regresuoti gali tik kalbos įgūdžiai arba kalbos ir socialiniai įgūdžiai kartu. Kalbos regresijos metu vaikas nustoja kalbėti, o kalbos ir socialinių įgūdžių regresijos atveju vaikas ne tik netenka kalbos, bet ir keičiasi jo elgesys. Kai kurie mokslininkai išskiria „autistinę regresiją“, motorinę regresiją ir pan., bet visais autizmo atvejais, prasidedančiais regresijos klinika, pirmiausia pasireiškia kalbos regresija (31).

Kitas ankstyvas autizmo požymis – nežiūrėjimas žmogui į akis. Nors kai kurie vaikai žiūri kitam žmogui į akis, bet daugumai tokių vaikų žvilgsnio kontaktas nėra malonus ir laukiamas. Vaikai nesistengia žiūrėdami į kitą žmogų gauti dėmesio. Vaikų elgesys nesiskiria bendraujant su pažįstamais ar nepažįstamais žmonėmis. Tačiau yra vaikų, kurie apskritai nejaučia bendravimo „atstumo“. Jie gali lipti ant nepažįstamo žmogaus kelių, neturėti jokios baimės bendraudami su svetimais žmonėmis, bendrauti labai artimu atstumu (prisikišę veidas prie veido).

Pastebėta, kad kalbinami maži vaikai, kuriems galėtume įtarti autizmo sutrikimą, labiau žiūri į burną negu pašnekovui į akis. Manoma, kad lūpų judėjimas kalbant sudomina vaikus labiau negu patiriamas bendravimo malonumas. Dažnai maži vaikai įdėmiai stebi aplinką, domisi aplinkoje esančiais

daiktais, bet susidomėjimas žmogumi yra epizodinis ir trumpalaikis (32).

Vienas iš požymių, leidžiančių įtarti autizmo spektro sutrikimą – kai vaikas neatsiliepia šaukiamas vardu. Būtent toks elgesys –, nereagavimas į savo vardą – autizmo spektro sutrikimą išskiria iš kitų raidos sutrikimų (33).

Kai kurie vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, retai keičia savo padėtis, nekelia savo rankų, o imdami aktyviau judėti stipriai įsitempia ir sustingsta. Jiems nepatinka, kai juos kutena, jie įsitempia paėmus juos ant rankų. Vaikams nepatinka, kai juos stengiamasi įtraukti į bendrus žaidimus, jie dažnai nosisuka ir aiškiai parodo, kad bendras žaidimas jų nedomina, o kartais ir nepatinka. Paprašius parodyti pirštu į daiktus, (žaidimas patinka normalios raidos vaikams), vaikai į žaidimą neįsitraukia. Dažnai geriausias jų žaidimas – būti vieniems ir žaisti su jiems patinkančiais daiktais. Dėl šių vaikų bendravimo ypatumų paprastai sutrinka ankstyvasis vaiko ir mamos ryšys, o tai veda prie tarpusavio santykių sutrikimo. Vaikai autistai nori būti su mama, bet neigiamas reakcijas reiškia tik tais atvejais, kai yra nuo jos atskiriami. Tuo tarpu būdami kartu jie visiškai nerodo teigiamų emocijų.

Kūdikystėje tokie vaikai mažai guguoja, nenaudoja garsinės komunikacijos santykiams sukurti. Tėvai dažnai tokius vaikus vadina labai ramiais, kuriuos lengva auginti. Dažnai tokių vaikų kalbos raida ženkliai vėluoja. Jie naudoja mažai gestų, norėdami išreikšti savo norus. Norėdami ką nors gauti jie ima tėvus už rankų, veda prie norimo daikto arba pradeda rėkti reikalaudami kažko, ką atspėti būna labai sunku. Būdingas autizmo požymis – echolalijų naudojimas. Vaikas kartoja išgirstas frazes, žodžius, sakinius. Apie antruosius amžiaus metus įprastinės raidos vaikai daug kartoja ir šis sugebėjimas yra labai svarbus kalbos raidai, bet užsitęsęs ir naudojamas vėlesniame amžiuje tampa nefunkcionalus ir netikslingas, nors echolalijos dažnai yra vienintelė vaiko suprantama „kalba“.

Labai svarbu nustatyti prieškalbinius ir kalbos raidos sutrikimus. Ar vaikas, būdamas 12 mėn. amžiaus, taria bent vieną žodį? Kiek žodžių jis gali pasakyti? Ar vaikas neteko kokių nors įgūdžių, pirmiausia kalbos? Kaip vaikas dabar bendrauja? Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, ankstyva kalbos raida ir žodynas yra tolimesnės kalbos raidos prognostinis rodiklis.

Pradėję vaikščioti, šie vaikai tampa sunkiai valdomi: eina kur nori, dažnai pargriūva, nes jiems visiškai nebūdingas savisaugos instinktas. Chaotiškas, dažnai nuolatinis judėjimas neleidžia jiems aktyviai tirti aplinkos ir tobulėti.

Ryšėja žaidimo ypatumai: atsiranda pasikartojantis stereotipinis žaidimas – vaikai labai mėgsta žiūrėti į lempos šviesą, tyrinėti tapetų, kilimų raštus, jie domisi muzikos ritmu, kartojamais eilėrašciais, stato bokštus, atlieka neįprastus stereotipinius judesius. Mėgsta žaisti su savo pirštais, sukti plaštakas, pėdas, vėliau plasnoti rankomis, sukti ratu ir pan. Žinomas ir šių vaikų perdėtas susidomėjimas knygelių puslapių vertimu, kaladėlių ir kitų daiktų dėliojimu į eilutes ir stulpelius bei dėlionėmis. Jiems labai patinka reklamos, pasikartojantys filmukai. Susidomėjimas patinkančiomis veikomis yra labai didelis ir paprastai būna sunku atitraukti nuo kurios nors veiklos.

Autizmo atveju dažnai stebima padidėjusi galvos apimtis. Dar Leo Kaner 1943 m. pastebėjo didesnę vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, galvos apimtį.

Iki 6 mėn. tokio vaiko galvos apimtis auga įprastai, bet tarp 6–9 mėn. galvos apimtis didėja be jokių ryškių smegenų pakitimų, matomų smegenų vaizdo tyrimuose. Šis didėjimas pirmiausia susijęs su smegenų formavimosi sutrikimais. Per didelis neuronų skaičius prefrontalinėje žievėje gali būti pagrindinė padidėjusių smegenų augimo priežastis. Žievės neuronai formuojasi prenataliai, dėl jų augimo sutrinka molekuliniai ir genetiniai mechanizmai, kurie sukelia neuronų proliferaciją, sinaptogenezę, neuronų aktyvinimo-slopinimo procesus, ląstelių ciklo reguliaciją ir apoptozę (34, 35, 36).

Tokie pokyčiai vyksta prieš autizmo požymių atsiradimą. Antraisiais gyvenimo metais galvos augimas normalizuojasi.

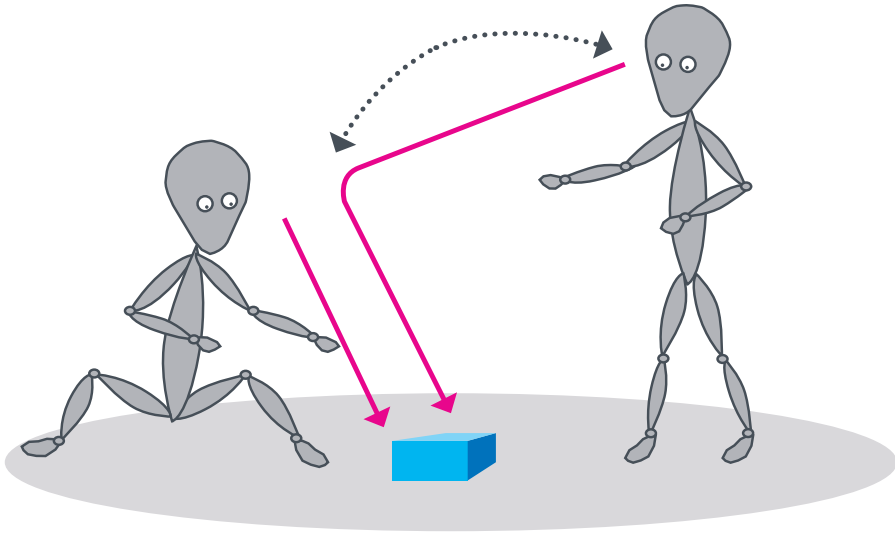
Ryšėja sutrikusios socialinės smegenų funkcijos. Smegenų dalis – migdolinis kūnas (amygdala) – yra atsakinga už socialinę sąveiką, emocijas ir elgesį. Žmonių, turinčių autizmo spektro sutrikimą, ji yra mažesnė. Sutrikusi ir smegenėlių funkcija, kuri yra atsakinga už pusiausvyrą, koordinaciją, sensorinės informacijos perdavimą (37, 38, 39).

Vienas labai svarbių požymių, leidžiančių įtarti autizmo spektro sutrikimą, yra sudėtinio (jungtinio) dėmesio sutrikimas. Jau ankstyvojoje vaikystėje kūdikis kitaip reaguoja į mamos balsą, palyginti su normaliai besivystančiais vaikais. Mamos balsas yra didelis socialinis trigeris vaiko emocinei raidai, bet vaikai autistai visais gyvenimo tarpsniais rodo sumažėjusią reakciją į mamos balsą, kurį ne visada skiria nuo svetimos moters balso (40).

Sudėtinio dėmesio įgūdžiai atskleidžia asmens gebėjimą koordinuoti dėmesį tarp tam tikro objekto ir kito asmens triadiniame santykiyje, t. y.

bendraujant perkelti žvilgsnį nuo daikto į šalia esantį žmogų ir atvirkščiai (6 pav.).

6 PAV.



Pastebėta, kad vaikai autistai jau nuo ankstyvo amžiaus turi mažiau išsivysčiusius sudėtinio dėmesio įgūdžius nei to paties amžiaus sveiki vaikai, t. y. jie būdami su kitu asmeniu daugiau domisi daiktais nei šalia esančiu žmogumi (41, 42) (Charman T et al, 1997, Landa R et al, 2007).

Pagrindiniai autizmo požymiai priklausomai nuo amžiaus (pagal Brian A., 2010)

Elgesio charakteristika	6–12 mėn. amžiaus sutrikimai	9–14 mėn. amžiaus sutrikimai	20–24 mėn. amžiaus sutrikimai
Socialinis atsakas	retas kitų žmonių veido stebėjimas, žvilgsnio vengimas, trumpalaikis akių kontaktas	neatsiliepia šaukiamas vardu, retas akių kontaktas, sutrikęs atsakomasis jungtinis dėmesys	mažai domisi kitais vaikais, trumpalaikis akių kontaktas, pamėgdžiojimo stoka, menkai reaguoja į kito žmogaus emocijas
Socialinė iniciacija	skurdi socialinė iniciacija	sutrikęs inicijuojantis jungtinis dėmesys , nežaidžia su kitais asmenimis.	patys nesidalija emocijomis
Socialinė emocinė interakcija	mažai veido mimikų / išraiškų, retai šypsosi, sutrikusi emocijų raiška	nesidalija teigiamomis emocijomis su kitais asmenimis	veido išraiškų, mimikų stoka, sutrikusi empatija
Komunikacija ir žaidimas	vėluojantys prieškalbiniai įgūdžiai (gugavimas, čiauškėjimas)	maža gestų įvairovė, kalbos sutrikimai, stereotipinis žaidimas.	kalbos raiškos sutrikimai, intonacijų stoka, nesugeba integruoti žvilgsnio, esant kitiems bendravimo objektams
Jutimai, motorika, dėmesys	raumenų hipotonija, koordinacijos sutrikimai, atipiniai judesiai, menka judesių įvairovė, sutrikusi dėmesio koncentracija, pasyvus daiktų tyrinėjimas	stereotipinis elgesys, atipiniai jutiminiai atsakai	ribotas interesų ratas, stereotipiniai judesiai

Dar vienas ankstyvas autizmo požymis – judėjimo ypatumai. Vaikų judėjimas būna atipinis, t. y. nuo ankstyvo amžiaus pradeda judėti kitaip nei įprasta raida pasižymintys vaikai. Yra atlikta eilė mokslinių darbų, įrodančių, kad autizmo sutrikimų turinčių kūdikių motorinė raida yra kitoniška arba sutrikusi. Kūdikiams, turintiems autizmo spektro sutrikimų, sunku išmokti sėdėti ir tiesiai stovėti, pargriūdami jie, skirtingai nei normalia raida pasižymintys vaikai, besistengiantys instinktyviai apsaugoti, neištiesia rankų ir nekelia galvos. Mokslininkės Osnat Teitelbaum teigimu: „Stebėti kūdikiai neturėjo normaliems vaikams būdingų apsauginių reakcijų ir griūdavo kaip mediniai kareivėliai.“ Ankstyvai diagnozei nustatyti ji rekomenduoja „pavertimo“ testą – pakelti kūdikį ir laikant rankose paversti 45° kampu kairėn arba dešinėn. Sveiki aštuonių mėnesių ir vyresni kūdikiai šiuo atveju stengsis galvą laikyti statmenai žemei, tuo tarpu turintieji autizmo požymių galvos padėtį derins ne su žeme, o su visu kūnu ir todėl galvos nepavers. Kūdikiams ilgiau stebėti naujagimystės refleksai, vėliau vystėsi tiesinamosios ir apsaugos reakcijos, stebėta trumpalaikė judesių asimetrija (43, 44).

Pastaraisiais metais atliekama vis daugiau motorinės raidos tyrimų, norint nustatyti judesių sutrikimus. Nustatomi skirtingi vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, motoriniai įgūdžiai. Stebimi stambiosios ir smulkiosios motorikos, motorinės kontrolės, pusiausvyros ir koordinacijos sutrikimai, motorinio planavimo, imitacijos ir aplinkos tyrimo sunkumai, eisenos ypatumai (45).

Galvos kontrolės sutrikimas gali būti ankstyvas autizmo spektro sutrikimo požymis, pasireiškiantis kartu su komunikacijos ir socialinio bendravimo ypatumais, apimančiais gestų naudojimą, abipusį reciprokinį bendravimą, jungtinio dėmesio formavimą (46, 47).

Ankstyvieji autizmo spektro požymiai

Tėvai ir specialistai turėtų susirūpinti, jei kūdikis ar vaikas:

- ▶ 3 mėnesių amžiaus nepalaiko dažno akių kontakto;
- ▶ 3 mėnesių amžiaus nesišypso žmogui, pamatęs šypseną ar išgirdęs balsą;
- ▶ 6 mėnesių nesijuokia ar nesidžiaugia;
- ▶ 8 mėnesių neseka kito žmogaus žvilgsnio, nukreipto į kitą daiktą;
- ▶ neguuoja iki 12 mėnesių amžiaus;
- ▶ 12 mėnesių amžiaus nežiūri į jam rodomus daiktus;
- ▶ nerodo pirštu į daiktą, nedaro „ate“ iki 12 mėnesių amžiaus;
- ▶ nereaguoja į savo vardą 12 mėnesių amžiaus;
- ▶ neištaria bent vieno žodžio iki 16 mėnesių amžiaus;
- ▶ nėra prasmingos dviejų žodžių frazės iki 24 mėnesių amžiaus;
- ▶ nenaudoja gestų ar kitų nežodinės komunikacijos formų;
- ▶ nustoja kalbėjęs bet kokiame amžiuje.

Kai kurie kiti būdai autizmo diagnozei nustatyti

Yra kitų būdų ankstyvai autizmo diagnozei nustatyti. Paminėsime kelis.

Vienas jų – ankstyvojo amžiaus vaikų vertinimas remiantis videoįrašais paremtu standartu (*Video-Referenced Infant Rating System for Autism (VIRSA)*). Internete yra sukurti ir pristatyti 20 sekundžių trukmės videofilmukai, kuriuos žiūrėdami tėvai gali atrasti būdingą jų vaiko autizmui pasireiškiančią kliniką. Tai leidžia tėvams vizualiai nuspręsti ir įvertinti vaiko elgesį. Galima įtarti autizmą apie 6 mėn. amžiaus vaikui (48).

Dar vienas analogiškas metodas ankstyvai autizmo diagnostikai – *Video-referenced Rating of Reciprocal Social Behavior (vrRSB)*. Jis tinka įvertinti vaikus iki 2 m. Vertinimo principas panašus kaip ir pirmuoju atveju (49).

Žvilgsnio sekimo technologija. Žvilgsnio sekimas – tai terminas, nusakantis kompiuterinės sistemos galimybę įvertinti žmogaus žiūrėjimo kryptį ir žiūros tašką. Žvilgsnio sekimo tyrimas – speciali technologija, leidžianti nustatyti vaiko žvilgsnio fiksavimą ir judėjimą. Studijos parodė, kad kūdikiai, kurie turi autizmo spektro sutrikimą, dažnai žiūri ne į žmogaus akis, bet į judančias kalbėjimo metu lūpas, be to, vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, žymiai labiau domisi geometrinėmis formomis nei vaiko veidu (14–42 mėn. amžiaus) (50).

KŪDIKIŲ ANKSTYVOJO RAIDOS SUTRIKIMO DIAGNOZĖ

Ankstyvasis vaiko raidos sutrikimas (angl. *global delay*) yra susijęs su raidos įgūdžių sutrikimu įvairiose raidos srityse (stambioji ir smulkioji motorika, kalba, pažintinė, socialinė-emocinė raida). Sutrikimas dažniausiai išryškėja iki dvejų metų amžiaus, bet dažnai jau būna pastebimas ir ankstesniame vaiko amžiuje. Nors pradžioje stebimas daugelio raidos sričių sutrikimas, visgi daugiausia jis susijęs su pažintinės raidos problemomis, kurios ryškėja vaikui augant. Ankstyvasis raidos sutrikimas nustatomas beveik 3 proc. vaikų (51,52).

Labai svarbu kuo anksčiau nustatyti raidos sutrikimą, bet ne mažiau svarbu nustatyti jo etiologinę diagnozę. Sutrikimo etiologija gali būti nustatoma nuo 40 iki 80 proc. sutrikimo atvejų. Dažniausiai tai – genetinių priežasčių sukelti sutrikimai, sudarantys apie 47 proc. atvejų. Nervų sistemos malformacijos sudaro iki 28 proc. atvejų, teratogenų poveikis nustatomas iki 21 proc. atvejų, perinatalinių veiksnių įtaka nustatoma iki 55 proc., postnatalinių – iki 11 proc. atvejų (53).

Norint nustatyti sutrikimo etiologiją labai svarbu kruopščiai surinkti ligos ir raidos sutrikimo anamnezę. Tiriant vaiką, kurio raida sutrikusi, nustatomi galimi nėštumo, gimdymo rizikos veiksniai, adaptyvaus elgesio sutrikimai naujagimystėje (dažniausiai pasireiškiantis centrinės nervų sistemos slopinimas, vangumas, bet kai kada stebimas cns dirgumas, maitinimosi sutrikimai: silpnas čiulpimas, ilgas maitinimasis, greitas nuovargis, raumenų hipotonija). Diagnozei svarbūs duomenys apie trijose kartose buvusius gresiančius persileidimus, apsigimimus, neurologinės būklės sutrikimus, genetiškai paveldimas ligas ir kt. Didelę svarbą turi fizinės raidos sutrikimai (vaiko fizinės raidos parametrai, galvos forma, momenėlio dydis, odos ypatumai, vidaus organų funkcijos sutrikimai ir pan.). Vėliau atliekami specifiniai tyrimai (smegenų vaizdo, genetiniai ir kt.), kurie leidžia nustatyti specifinius sindromus (54). Ankstyvojo raidos sutrikimo atveju vaikų raida vėluoja nuo

mažens. Labai anksti pastebimi galimi pirmieji vaiko raidos sutrikimo požymiai: vėliau formuojasi akių kontaktas, socialinė šypsena. Pirmaisiais gyvenimo metais stebimi judesių raidos sutrikimai: pakitę tranzitiniai judesiai, koordinacijos sutrikimai, kartais stebimi „keisti“ judesiai, stereotipijos. Vaikas gali būti labai suglebęs arba įsitempęs, vėlai ima vartytis, sėdėti, vaikščioti. Ypač svarbu atkreipti dėmesį į raidos regresiją. Bet koks vaiko raidos įgūdžių praradimas skubos būdu turi būti kruopščiai tiriamas, norint nustatyti raidos sutrikimo etiologiją ir diagnozę. Jei nustatomi neurologiniai sutrikimai (pvz. mikrocefalija, makrocefalija, traukuliai ir kt.), smegenų vaizdo tyrimai atliekami nedelsiant.

ANKSTYVOJI CEREBRINIO PARALYŽIAUS DIAGNOZĖ

Cerebrinis paralyžius (CP) – tai grupė pastovių judesio raidos ir kūno padėties sutrikimų, ribojančių asmens aktyvumą, kuriuos sukelia ankstyvas ir neprogresuojantis besivystančių / nesubrendusių galvos smegenų pažeidimas. Nėra vieningo susitarimo, ką laikyti ankstyvu besivystančių / nesubrendusių galvos smegenų pažeidimu, bet dažniausiai taip vertinami pažeidimai, įvykę iki 5–7 metų amžiaus vaikams. Sergant cerebriniu paralyžiumi, judesio sutrikimai dažnai (~70 proc.) lydimi jutimų, pažinimo, bendravimo, suvokimo ar elgesio sutrikimų bei epilepsijos ir kitų priepuolių (55).

CP paplitimas siekia 2–3,5/1000 gimusiųjų išsivysčiusiose šalyse, o labai neišnešiotų ir mažo gimimo svorio kūdikių grupėje – 40–100/1000 gimusiųjų (56).

Lietuvoje CP paplitimas – 2–2,5/1000 gimusiųjų (57).

Ankstyva cerebrinio paralyžiaus diagnozė yra labai svarbi raidos sutrikimo išeičiai. Motorinės raidos skatinimas ir motorinių sutrikimų gydymas pagerina vaiko smegenų plastiškumą, leidžia išvengti antrinių komplikacijų,

gerina tėvų emocinę būklę. Labai išsivysčiusiose šalyse 2 iš 3 vaikų, turinčių cerebrinį paralyžių, vaikšto, 3 iš 4 kalba, 1 iš 2 turi normalią pažintinę raidą (58).

Cerebrinio paralyžiaus klinika išryškėja iki dvejų metų amžiaus, nors jau pirmaisiais gyvenimo metais galima stebėti motorinės raidos sutrikimą, motorinės raidos deviaciją, vaiko raidos sričių disociaciją (pvz., motorinė raida būna sutrikusi, bet pažintinė raida gali vystytis su nežymiais pokyčiais).

Norint anksti nustatyti cerebrinio paralyžiaus diagnozę, kruopščiai surenkama anamnezė, stengiantis išsiaiškinti cerebrinio paralyžiaus priežastis. Cerebrinis paralyzius – polietiologinis sutrikimas, t. y. vienos priežasties dažniausiai nustatyti nepavyksta. Galima išskirti 3 pagrindines priežasčių grupes (59).

1 grupė – prenatalinės (intrauterinės) priežastys, paveikiančios vaisių iki 28-os nėštumo savaitės. Tai egzogeniniai (infekciniai, cheminiai, toksiniai ir kt.) ar endogeniniai (genetinės anomalijos, motinos ligos) veiksniai, sukiantys įvairias smegenų malformacijas, kurios labiausiai priklauso ne nuo konkretaus etiologinio veiksnio, o nuo pažeidimo laiko, t. y. kokį galvos smegenų vystymosi etapą jis sutrikdė. Smegenų pažeidimus iki 20 gestacijos savaitės dažniausia sukelia neuronų migracijos sutrikimai, 26–34 gestacijos savaitių periodo galvos smegenų pažeidimai daugiausia priklauso nuo periventrikulinės leukomaliacijos, nuo 34 iki 40 gestacijos savaitių cerebrinį paralyžių sukelia fokaliniai ir multifokaliniai smegenų pažeidimai.

2 grupė – perinatalinės priežastys, pažeidžiančios galvos smegenis nuo 28-os nėštumo savaitės iki 7-os gyvenimo dienos. Tai gimdymo traumos, hipoksinis išeminis galvos smegenų pažeidimas ir įvairios pirmųjų naujagimystės dienų patologinės būklės, tokios kaip hipoglikemija, hiperbilirubinemija, ūmios neuroinfekcijos, septinės būklės ir kt.

3 grupė – postnatalinės priežastys, pažeidžiančios galvos smegenis po 7-os gyvenimo dienos iki 5–7 metų. Tai trauminiai, toksiniai, infekciniai, kraujagysliniai, metaboliniai, hipoksiniai galvos smegenų pažeidimai.

Prenatalinės priežastys (struktūrinės smegenų formavimosi anomalijos) yra pačios dažniausios ir sudaro apie 70–80 proc. visų priežasčių, perinatalinės sudaro iki 25 proc. priežasčių ir vyrauja neišnešiotų naujagimių grupėje, postnatalinės siekia 3–5 proc. ir neišaiškintos – 10–30 proc.

Cerebrinis paralyzius diagnozuojamas remiantis anamneze, vaiko raidos

vertinimu ir stebėjimu, klinikiu neurologiniu ištyrimu, motorinės funkcijos (stambiosios ir smulkiosios motorikos) vertinimu, vaiko funkcinės būklės vertinimu, specialiais tyrimais (smegenų vaizdo, laboratoriniais, medžiagų apykaitos, genetiniais ir kt.).

Kūdikystėje pirmiausia stebimas motorinės raidos sutrikimas. Motorikos sutrikimą gali sukelti daugelis priežasčių. Vaiko judesių raida gali vėluoti dėl jo įgimtų ypatumų. Tuomet klausinėjami tėvus sužinome, kad šeimoje yra asmenų, kurie vėliau pradėjo sėdėti, ropoti, atsisėsti, vaikščioti. Ankstyvą motorinės raidos sutrikimą stebime ir pažintinės raidos sutrikimo metu, nes vaiko judesių raida vėluoja dėl judesio planavimo, jutiminių problemų. Motorikos sutrikimus galime stebėti progresuojančių ir neprogresuojančių nervų-raumenų ligų atveju. Sutrikusi motorinė raida – vienas vaikų cerebrinio paralyžiaus diagnostikos požymių.

Nustatant raidos sutrikimo diagnozę pirmiausia dėmesys kreipiamas į nėštumo eigos, perinatalinio periodo eigos, naujagimio raidos ypatumus. Nors pastaruoju metu manoma, kad tik nedidelę dalį vaikų cerebrinio paralyžiaus priežasčių sudaro perinataliniai rizikos veiksniai, vis dėlto ankstyvajai diagnostikai yra svarbi nėštumo, gimdymo ir naujagimystės periodo anamnezė.

Didelę reikšmę raidos sutrikimui nustatyti turi naujagimio adaptacijos periodo ligos. Daugeliui vaikų stebimi įvairaus laipsnio adaptacijos periodo sutrikimai, susiję su centrinės nervų sistemos dirglumu ar slopinimu. Vaikai būna labai neramūs, dažnai blogai miega naktimis, dažnai be jokios matomos priežasties rėkia, juos sunku pamaitinti dėl maisto netoleravimo ir vaiko padėties problemų. Vaikui augant ryškėja motorinės sistemos sutrikimai.

Jau labai anksti galima pastebėti atipinės motorinės raidos sutrikimų požymius (60).

Spazminė diplegija labiau būdinga neišnešiotiems vaikams. Nuo gimimo vaikai būna įsitempę, ypač įtemptos yra kojos. Dėl raumenų tonuso padidėjimo mažėja kojų judesio amplitudė, judesiai lieka riboti, nėra kojų judesių įvairovės, matoma pėdų plantafleksija, sumažėjusi klubų addukcija. Vėlai formuojasi kojų atramos reakcija (> 6 mėn.).

Spazminis hemipleginis cerebrinis paralyžius – vienpusis spazminis vienos pusės galūnių motorikos sutrikimas. Ranka paprastai pažeidžiama labiau nei koja, dešinioji pusė dažniau nei kairioji. Rankos funkcijos sutrikimas

paprastai išryškėja 3 mėnesių amžiaus vaikui. Pastebima judesių asimetrija, vaikas sunkiai išlaiko vidurio liniją. Rankos judesio sutrikimai ryškesni negu kojos: stebima nykščio addukcija, peties retrakcija, vaikas dažnai plaštaką laiko suspaudęs į kumštį. sunkesniais atvejais vėluoja vaiko motorinė raida: jis vėliau ima vartytis, sėdėti. Pradėjęs šliaužti, juda sveikąja puse, prisitraukdamas pažeistos pusės galūnes, gulėdamas ant pilvo mažiau remiasi pažeista ranka. Sutrikę kojos judesiai pastebimi vėliau, nors jau anksti galima pamatyti pažeistos kojos išorinę rotaciją. Reikia atminti, jog kūdikių judesių asimetrija reiškia, kad vaiko motorika yra sutrikusi.

Spazminei kvadriplegijai būdingas anksti kliniškai pastebimas spazmiškumas. Vaiko judesiai yra mažos amplitudės, dažnai vienodi, išryškėjantys 2–3 mėn. amžiaus. Vėluoja vaiko motorinė raida: vaikas vėlai ima laikyti galvą, verstis. Kuo anksčiau pastebimi cerebrinio paralyžiaus požymiai, tuo sunkesnis sutrikimo pasireiškimo laipsnis. Naujagimystės periodu stebimi raidos sutrikimo požymiai: savireguliacijos sutrikimai, atipinė kūno padėtis, sutrikęs bendravimas, ilgai išliekantys naujagimystės refleksai (Moro, automatinio žingsniavimo, griebimo, toniniai kaklo refleksai ir kt.). Dažni maitinimosi sutrikimai.

Diskineziniam cerebriniam paralyžiui būdinga silpna galvos ir liemens kontrolė, ilgai išlieka naujagimystės refleksai, rankų ir kojų chorioatetoidiniai judesiai, išryškėjantys iki dvejų metų amžiaus. Atliekant Bendrųjų judesių vertinimą diskineziniam cerebriniam paralyžiui būdingas smulkių, grakščių judesių nesusiformavimas, judesių, būdingų normaliai besivystantiems 3–5 mėn. vaikams, įvairovės stoka. (*Einspieler C., 2002*). Pirmaisiais gyvenimo mėnesiais galima stebėti nevalingus liežuvio judesius. Kūdikiams yra gana aktyvūs ir bendraujantys. Ankstyvieji diskinezinio cerebrinio paralyžiaus požymiai – raumenų hipotonija ir nestabili kūno padėtis. Raumenų tonuso sutrikimai ir nevalingi judesiai dažniausiai pastebimi tik antrąjį gyvenimo pusmetį (60).

2017 m. buvo pateiktos cerebrinio paralyžiaus ankstyvosios diagnozės gairės (58).

Remiantis ankstyvosios cerebrinio paralyžiaus diagnostikos rekomendacijomis, vaikams iki 5 mėn. koreguoto amžiaus vertinimo priemonės, leidžiančios anksti nustatyti diagnozę, yra MRT (jautrumas 86–89 proc.), Prechtl Bendrųjų judesių vertinimas (*Prechtl Qualitative Assessment of Gene-*

ral Movements) (98 proc. jautrumas) ir naujagimių neurologinės būklės vertinimas pagal Hammersmith skalę (*Hammersmith Infant Neurological Examination*) (90 proc. jautrumas).

Ankstyvoji cerebrinio paralyžiaus diagnozė

- ▶ Nėštumo rizikos veiksniai

- ▶ Elgesio sutrikimai naujagimystėje: savireguliacijos sutrikimai, cns dirglumas, slopinimas, cns slopinimas – dirglumas, maitinimosi sutrikimai: silpnas čiulpimas, krūties neėmimas, burnos hiperjautrumas, rijimo sutrikimai, nejudrus liežuvis, kandimo refleksas.

- ▶ Raumenų hipotonija

- ▶ Sumažėjęs domėjimasis aplinka (vaikas vangus, greitai nuvargsta, pradeda verkti).

- ▶ Sutrikę vaiko judesiai: atipinė, pataloginė padėtis, judesių asimetrija, raumenų hipertoniija (hipotonija), naujagimystės refleksų persistencija (Moro, AKTR, TLR, SKTR, delnų ir padų griebimo refleksai).

- ▶ Judesių raidos deviacija.

- ▶ Sunki diagnostika, nes klinika labai keičiasi – būtinas ilgalaikis stebėjimas.

- ▶ Labai svarbu stebėti judesių kokybę ir kiekybę.

Vyresnių negu 5 mėn. koreguoto amžiaus vaikų vertinimas apima MRT (86–89 % jautrumas), naujagimių neurologinės būklės vertinimas pagal Hammersmith (*the Hammersmith Infant Neurological Examination*) (90 proc. jautrumas) ir vaiko raidos tyrimas naudojant raidos vertinimo skalę (*The Developmental Assessment of Young Children*) (83 proc. C index) (58, 61, 62).

ANKSTYVOJI REABILITACIJA

Daugelyje pasaulio šalių ankstyvoji rehabilitacija (ankstyvoji abilitacija, intervencija ir pan.) vaikams, kurie priklauso biosocialinės rizikos grupei arba kuriems nustatyta sutrikusi raida, skiriama nuo gimimo iki vaikas pradeda lankyti vaikų ugdymo įstaigą.

Niekas neabejoja ankstyvosios rehabilitacijos nauda. Daugelis pasaulio mokslininkų įrodinėja ankstyvosios rehabilitacijos įtaką vaiko raidai. Tapo visiškai aišku, kad ankstyvas vaiko ugdymas gerina vaiko vystymąsi, teigiamai veikia šeimos gyvenimą, duoda ilgalaikę naudą visai visuomenei. Yra įrodyta, kad savalaikė ankstyvoji rehabilitacija sumažina vaiko specialiojo mokymo poreikį vyresniame amžiuje.

Vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji rehabilitacija – tai asmens sveikatos priežiūros paslauga, užtikrinanti ankstyvą vaikų raidos sutrikimų išaiškinimą, ankstyvą kompleksinę pagalbą vaikams su raidos sutrikimais ir rizikos veiksniais raidos sutrikimui atsirasti. Tokiu būdu vykdoma šių sutrikimų ir vaikų neįgalumo pirminė, antrinė ir tretinė prevencija, vaikų, turinčių raidos sutrikimų, kompleksinė rehabilitacija bei jų integracija į visuomenę ir švietimo sistemą.

Ankstyvoji rehabilitacija – tai pagalba šeimai, auginančiai vaiką su raidos sutrikimais ar / ir su rizikos veiksniais jiems atsirasti. Tai pagalbos šeimai ir vaikui strategija.

Ankstyvosios rehabilitacijos tikslas – vaiko ir šeimos medicininė, psichologinė ir socialinė rehabilitacija, gerinant jų socialinę adaptaciją ir funkcionavimą. Ji apima ankstyvą raidos sutrikimų išaiškinimą, kompleksinę pagalbą vaikui bei jo šeimai. Pagrindinis tikslas – padėti sukurti tokią aplinką, kurioje vaikas pritaipytų prie šeimos, o šeima prie vaiko ir kartu jie integruotųsi į bendruomenę.

Istoriniai organizaciniai ankstyvosios rehabilitacijos sistemos aspektai

Didžiausi pakęčiai Lietuvoje prasidėjo susikūrus tėvų, auginančių sutrikusio intelekto vaikus, organizacijai „Viltis“. Tėvai kartu su specialistais pradėjo

keisti tuo laiku Lietuvoje egzistavusią segreguotą ir nehumanišką pagalbos sistemą žmonėms su negalia.

Pirmą kartą apie ankstyvąją reabilitaciją pradėta kalbėti 1993 metais „Vilties“ organizuotos konferencijos metu. Būtent tėvams, auginantiems sutrikusios raidos vaikus, labiausiai rūpėjo padėti kitiems tėvams, auginantiems sutrikusios raidos vaikus, šios organizacijos nariams taip pat rūpėjo tokių šeimų perspektyvos, besiformuojančios naujos visuomenės ateitis.

1991 metais Lietuvoje buvo įkurtas pirmas vaikų psichikos sveikatos centras, ilgainiui tapęs Vaikų ligoninės, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos filialo, Vaiko raidos centru, kurio indėlis į ankstyvosios reabilitacijos sistemos kūrimą buvo didžiausias. Nutarus kurti naują efektyvią pagalbos sistemą ankstyvojo amžiaus vaikams, kitus ketverius metus buvo ieškoma efektyvių sistemos organizavimo būdų ir formų, susipažinta su daugeliu pasaulyje egzistuojančių ankstyvosios pagalbos modelių ir sukurtas unikalus ankstyvosios reabilitacijos modelis, jungiantis medicininę, pedagoginę, socialinę pagalbą šeimoms, auginančioms vaikus su raidos sutrikimais.

Įvertinus daugelio šalių patirtį, Lietuvos ypatumus, ankstyvosios reabilitacijos sistema buvo sukurta kaip šalies Sveikatos apsaugos sistemos dalis. Tai lėmė iš tikrųjų didelis Lietuvoje medicininės pagalbos poreikis ir gerai išvystyta pediatriinė pagalba. Didžiausią postūmį ankstyvosios reabilitacijos sistemai susikurti turėjo 1996 m. **Valstybinė sutrikusio vystymosi vaikų sveikatos programa**, kurios tikslas – sukurti ankstyvosios reabilitacijos tarnybų (ART) sistemą Lietuvoje. Vykdam programą 1997 metais buvo įsteigtos pirmosios ankstyvosios reabilitacijos tarnybos. 1998–2000 metais buvo intensyviai ruošiami ankstyvosios reabilitacijos tarnybų specialistai Vaiko raidos centre.

Didelis laimėjimas – 1999 m. Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinta ir į specialistų sąrašą įtraukta socialinio pediatro specialybė. 2000 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto taryba patvirtino Socialinių pediatrų ruošimo programą.

2000 metais veikė 32 ankstyvosios reabilitacijos tarnybos įvairiose Lietuvos rajonuose. Tais pačiais metais Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų teikimo reikalavimus.

Ankstyvosios reabilitacijos sistemos sukūrimo projektas įvertintas PSO kaip vienas geriausių paslaugų bendruomenėje kūrimo projektas.

Ankstyvosios reabilitacijos uždaviniai

1. Raidos sutrikimų ankstyvas išaiškinimas ir prevencija:

- biologinių ir socialinių rizikos veiksnių nustatymas,
- vaikų su didele raidos sutrikimų rizika atranka,
- tėvų mokymas apie raidos ir elgesio sutrikimų prevenciją,
- šeimos psichologinis konsultavimas.

2. Vaiko raidos sutrikimų diagnostika.

3. Vaiko su raidos sutrikimais reabilitacija.

Individualus reabilitacijos planas, kurio tikslai:

- vaiko savarankiškumo didinimas,
- vaiko raidos stimuliavimas,
- pozityvaus elgesio skatinimas,
- antrinių komplikacijų prevencija,
- reabilitacinės programos pritaikymas namų sąlygoms.

4. Šeimos pagalbos planas.

Pagalba nukreipta į vaiką socialinėje aplinkoje, vyksta bendruomenėje, kur vaikas gyvena.

Šeimos ir vaiko įtraukimo į integruotą ugdymo sistemą koordinavimas.

5. Vaikų su raidos sutrikimais sveikatos priežiūra.

6. Tolimesnio vaikų gydymo ir ugdymo sąnaudų mažinimas.

Ankstyvosios reabilitacijos darbo principai

Prioritetinis dalykas, kuriant ankstyvosios reabilitacijos sistemą Lietuvoje – vaikas ir šeima pagalbą turi gauti savo gyvenamojoje vietoje. Galėtume išskirti keletą svarbiausių principų:

1. Vaiko programa turi būti sukurta individualiai vaikui, šeimai, bendruomenei, pritaikyta vaiko gyvenamajai vietai.
2. Vaikai įgūdžių mokomi juos įjungiant į kasdienę veiklą (atitolstama nuo klinikų, nes darbas pritaikomas namams).

3. Tikslingi įgūdžiai turi būti pritaikomi ir dabartiniu momentu, ir ateityje (formuojami funkciniai tikslai).

Apskritai ankstyvoji reabilitacija vykdoma centre, namuose, ligoninėje arba galima jų kombinacija. Šiuo metu Lietuvoje vyraujantis pagalbos modelis – pagalbos teikimas specialiuose centruose. Kiekvienos tarnybos darbuotojai turi galimybių vykti į namus, bet dėl palyginti nedidelio paslaugos įkainio ir transporto problemų tokios paslaugos yra nepopuliarios.

Lietuvoje pagalba teikiama tretinio lygio centruose (stacionarinė pagalba vaikams su raidos sutrikimais, kurių dalis yra žymūs elgesio ir socialinės bei funkcinės adaptacijos sutrikimai) ir 52 (antrinio lygio) ambulatorinės tarnybos (ART).

Ambulatorines ART lanko 0–7 metų amžiaus vaikai, prioritetas – iki 4 m. amžiaus vaikams. Dirbama taikant komandos principus. ART komandą sudaro šie specialistai: gydytojas socialinis pediatras, psichologas, logopedas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, medicinos slaugytoja.

Gydytojas nustato medicininę ir raidos diagnozę, sudaro gydymo ir reabilitacijos planus, taiko įvairias terapijas, suteikia žinių apie vaiko tolimesnę prognozę, siunčia konsultuoti pas kitus specialistus, koordinuoja komandos darbą.

Psichologas atlieka specialius raidos testus vaiko išsivystymo ypatybėms nustatyti, konsultuoja šeimą, padeda spręsti vaiko elgesio ir psichologines problemas, padeda komandos nariams.

Logopedas-specialusis pedagogas padeda vaikui pažinti pasaulį, geriau kalbėti. Jo padedami tėvai išmoksta maitinti vaiką, ugdyti prieškalbinius ir kalbos įgūdžius.

Kineziterapeutas ir ergoterapeutas lavina vaiko judesius, pritaiko kompensacinę techniką vaiko sėdėjimui, stovėjimui, skatina vaiko savarankiškumą. Ergoterapeutas taiko sensorinės integracijos terapijas, lavina smulkiąją motoriką.

Socialinis darbuotojas suteikia žinių, kur galima gauti tinkamą pagalbą, informuoja apie socialines garantijas ir lengvatas, padeda šeimai spręsti buitines problemas, tampa šeimos advokatu, padeda šviesti visuomenę.

Kompleksinė pagalba teikiama tretinio lygio universitetiniuose centruose

se. Šios įstaigos užtikrina naujų diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos metodų įdiegimą į klinikos praktiką, atlieka mokslinį tiriamąjį darbą. Universitetiniuose centruose pagalbą gauna vaikai ir jų tėvai (globėjai). Šiose įstaigose vaikai su raidos sutrikimais konsultuojami, tikslinamas jų stacionarizavimo būtinumas, sudaroma ir koreguojama individuali ankstyvosios reabilitacijos programa. Multidisciplininio tyrimo metu dalyvauja didesnė komanda. Komandą sudaro gydytojas, psichologas, logopedas, ergoterapeutas, kineziterapeutas, specialusis pedagogas, socialinis darbuotojas, medicinos slaugytoja. Yra taikomos įvairios specialios pedagogikos sistemos: Montessori, struktūruotas mokymas, muzikos, dailės pedagogikos ir kt.

Aktyvūs reabilitacijos proceso ir komandos nariai yra tėvai / globėjai. Maksimalaus poveikio galima pasiekti pagerinus tėvų kompetenciją rūpintis ir stimuliuoti vaiko raidą (65). Bendradarbiaujant su tėvais visame bendro darbo procese labai svarbu:

1. Rasti bendrą susitarimą su šeima apie vaiko ir šeimos stiprybes ir silpnybes.
2. Suprasti šeimos prioritetus, sudarant reabilitacijos planus.
3. Partnerystės principu su tėvais sudaryti ir vykdyti vaiko reabilitacijos programas ir pagalbos šeimai planus.

Jau 50 metų pasaulyje mokslininkai tiria ART reikšmę ir efektyvumą. Ypač didelė nauda stebima vaikams su raidos sutrikimais ir priklausantiems socialinės rizikos grupėms. Yra nustatyta, kad taikant ankstyvąją reabilitaciją stebimas ilgalaikis efektas: vaikai geriau mokosi mokykloje, gerėja vaiko socialinė kompetencija, gerėja šeimos būklė ir narių santykiai. Labai svarbus ir ekonominis efektas. Sumažėja specialiojo mokymo išlaidos, sumažėja specialiųjų internatų poreikis, finansinis efektas – 1:7–10 (t. y. investuotas 1 doleris duoda 7–10 dolerių ekonomiją, mažindamas specialiojo mokymo ir socialinių paslaugų išlaidas (60, 62, 63)).

LITERATŪRA:

1. Simeonsson, R. J., Simeonsson, N. W.: Developmental surveillance and intervention, in Hoekelman, R. A., Adam, H. M. , Nelson, N. M., et al (eds): Primary Pediatric Care, 4th ed. St. Louis, Mosby, 2001, p. 274–282.
2. Ivakhnitskaia, E. et al. Timing of neuronal plasticity in development and aging. *Wiley Interdiscip Rev Dev Biol.* 2018 Mar; 7(2). doi: 10.1002/wdev.305. Epub 2017 Nov 15.
3. Kolb, B. et al. Brain Plasticity and Behaviour in the Developing Brain. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011 Nov; 20(4): p. 265–276.
4. Developmental problems and the child with special needs Published on 21/03/2015 by admin *Pediatrics*).
5. Ruškus, J. Negalės fenomenas: monografija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla, 2002.
6. The Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 2000.
7. Hagan, J. F., Shaw, J. S., Duncan, P. M., eds. (2017) *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 4th Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017. 130 p. 10 Cited from <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html>, accessed on December 12, 2018.
8. Plauché Johnson, C., Myers, S. M., and the Council on Children with Disabilities. (2007). Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, Volume 120: 5.
9. American Academy of Pediatrics, Council on Children with Disabilities, Section on Developmental Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children with Special Health Care Needs Project Advisory Committee. Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, 2006; 118; 405 DOI: 10.1542.2006-1231.

10. Filipek, P. A. et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*. 2000 Aug 22;55(4): p. 468-479.
11. Shonkoff, J. P., Phillips, D. A. (Eds.) *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, National Research Council and Science of Early Childhood Development. Washington: National Academy Press, 2000.
12. Krusteva, M. B., Krustev, B. P., Mileva S. A. Neonatal muscle hypotonia-an early manifestation of cerebral palsy. *Folia Med (Plovdiv)* 2000;42(3): p. 37–40.
13. Einspieler, C., Peharz, R., Marschik, P. B. Fidgety movements – tiny in appearance, but huge in impact. *J Pediatr (RioJ)*.2016;92(3Suppl1): p 64–70.
14. Lewedag, V., Oller, D., Lynch, M. (1994). Infants' vocalization patterns across home and laboratory environments. *First language*, p. 49–65.
15. Oller, D. K., Eilers, R. E., Neal, A. R. (1998). Late onset canonical babbling: A possible early marker of abnormal development. *American association of Mental Retardation*, p. 249–263.
16. Barbaro, J. *Autism Spectrum Disorders in Infancy and Toddlerhood: A Review of the Evidence on Early Signs, Early Identification Tools, and Early Diagnosis*. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*: October 2009 - Volume 30 - Issue 5 – p. 447–459.
17. Fernell, E. et al. Early diagnosis of autism and impact on prognosis: a narrative review *Clin Epidemiol*. 2013; 5: p. 33–43.
18. West et al. Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutrition status. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308(1): p. 11–32, Source: PubMed, 2014.
19. Walle, E. A., & Campos, J. J. (2014). Infant language development is related to the acquisition of walking. *Developmental Psychology*, 50(2), p. 336–348.
20. Reindal L. et al. Age of First Walking and Associations with Symptom Severity in Children with Suspected or Diagnosed Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, p. 1–17.

21. Zwaigenbaum, L. et al. Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. *BMJ* 2018; 361 :k1674.
22. Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ.* 2014; 63(2): p. 1–21.
23. Fountain, C., King, M. D., Bearman, P. S. Age of diagnosis for autism: individual and community factors across 10 birth cohorts. *J Epidemiol Community Health.* 2011;65(6): p. 503–510.
24. Mandell, D. S., Morales, K. H., Xie, M., Lawer, L. J., Stahmer, A. C., Marcus, S. C. Age of diagnosis among Medicaid-enrolled children with autism, 2001–2004. *Psychiatr Serv.* 2010;61 (8): p. 822–829.
25. Esposito, G., Venuti, P., Apicella, F., Muratori, F. Analysis of unsupported gait in toddlers with autism. *Brain Dev.* 2011;33(5): p. 367–373.
26. Matson, J. L., Dempsey, T., Fodstad, J. C. Stereotypies and repetitive / restrictive behaviours in infants with autism and pervasive developmental disorder. *Dev Neurorehabil.* 2009;12(3): p. 122–127.
27. Ozonoff, S., Young, G. S., Goldring, S. et al. Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism. *J Autism Dev Disord.* 2008;38(4): p. 644–656.
28. Rogers, S. J., Vismara, L., Wagner, A. L., McCormick, C., Young, G., Ozonoff, S. Autism Treatment in the First Year of Life: A Pilot Study of Infant Start, a Parent-Implemented Intervention for Symptomatic Infants *J Autism Dev Disord.* 2014 Dec; 44(12): p. 2981–2995.
29. Heart rate mean and variability as a biomarker for phenotypic variation in preschoolers with autism spectrum disorder Bazelmans, T., Jones, E. J. H., Ghods, S., Corrigan, S., Toth, K., Charman, T. & Webb, S. J., 16 Aug 2018, In : *Autism research.*
30. O'Brien Towle, P. *The Early Identification of Autism Spectrum Disorders: A Visual Guide.* Jessica Kingsley Publishers, 2013.

31. Backer Al Backer, N. Developmental regression in autism spectrum disorder Sudan J Paediatr. 2015; 15(1): p. 21–26.
32. Jones, W., Klin, A., Carr, K., Rutherford, M., Archives of General Psychiatry, 65(8), 2008, p. 946–954.
33. Zwaigenbaum et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research Pediatrics, October 2015, VOLUME 136 / ISSUE Supplement 1.
34. Lange, N. Is it possible to diagnose autism by brain imaging? Imaging in Medicine (2013) Volume 5, Issue 3.
35. Hughes, V. Spectrum | Autism Research News, 2011, <https://www.spectrum-news.org>.
36. Wozniak, R. H., Leezenbaum, N. B., Northrup, J. B., West, K. L. and Iverson, J. M. 2017. The development of autism spectrum disorders: variability and causal complexity. Wiley Interdisciplinary Reviews-Cognitive Science 8.1-2: 1-8c.
37. Lainhart, J. E., Lange, N. Increased neuronal number and head size in autism. JAMA 306, 2031-2032, 2011.
38. Keown et al. Local functional overconnectivity in posterior brain regions is associated with symptom severity in autism spectrum disorders. Cell Reports, November 2013.
39. Supekar, K., Uddin, L. Q, Khouzam, A., Phillips, J., Gaillard, W. D., Kenworthy, L. E., Yerys, B. E., Vaidya, C. J. , Menon, V. Brain Hyperconnectivity in Children with Autism and its Links to Social Deficits. Cell Reports, 2013.
40. Tariq, Q. et al. Mobile detection of autism through machine learning on home video: A development and prospective validation study. Research Article | published 27 Nov 2018 PLOS Medicine. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002705>www.med.stanford.edu, 2019.
41. Charman, T., Baron-Cohen, S. Brief Report: Prompted Pretend Play in Autism Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 27, No. 3, 1997.
42. Landa, R. et al. Social and Communication Development in Toddlers With Early and Later Diagnosis of Autism Spectrum Disorders. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(7):853-864. doi:10.1001/archpsyc.64.7.853.

43. Teitelbaum et al. Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. *Psychology, Natl. Acad. Sci. USA*, Vol. 95, pp. 13982–13987, 1998.
44. Espositoa, G.,*, Yoshidaa, S., Venutib, P. , Kur, K. O. Three lessons from Philip Teitelbaum and their application to studies of motor development in humans and mice *Behavioural Brain Research*231 (2012), p. 366–370.
45. The American Journal of Occupational Therapy 577 Downloaded From: <http://ajot.aota.org/> on 06/22/2017 Terms of Use: <http://AOTA.org/terms>.
46. Bhat, A. et al. Relation between early motor delay and later communication delay in infants at risk for autism. *InfantBehavior&Development*35 (2012), p. 838–846.
47. Flanagan, J. E., Landa, R., Bhat, A., & Bauman, M. (2012). Head lag in infants at risk for autism: A preliminary study. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 577–585. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2012.004192>.
48. Ozonoff, S. MIND Institute of the University of California in 2017 International Meeting for Autism Research in San Francisco, California.
49. Marrus et al. Rapid video-referenced ratings of reciprocal social behavior in toddlers: A twin study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Dec; 56(12): p. 1338–1346.
50. Boraston, Z., Blakemore, S. The application of eye-tracking technology in the study of autism. *J Physiol*. 2007 Jun 15; 581(Pt 3): p. 893–898.
51. American Psychiatric Association. Intellectual disabilities. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2013.
52. Moeschler, J. B., Shevell M.; Committee on Genetics. Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. *Pediatrics* 2014;134(3):e903–18.
53. Jimenez-Gomez, A., Standridge S. M. A refined approach to evaluating global developmental delay for the international medical community. *Pediatr Neurol* 2014;51(2): p. 198–206.

54. Bélanger, S. et al. Evaluation of the child with global developmental delay and intellectual disability. Canadian Paediatric Society, Mental Health and Developmental Disabilities Committee. *Paediatr Child Health* 2018, 23(6): p. 403–410.
55. Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006 *Dev Med Child Neurol Suppl*, 109 (2007), p. 8–14.
56. Miller, G. Epidemiology and etiology of cerebral palsy. Available from: www.uptodate.com.
57. Prasauskienė, A. Cerebrinis paralyžius: medicininiai, pedagoginiai ir socialiniai aspektai. Kaunas, 2011, p. 15–17, 118–120.
58. Novak, I. et al. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy *Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA Pediatr.* 2017;171(9):897-907. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1689.
59. Forsyth, R., Newton, R. *Paediatric neurology. Oxford specialist handbooks in paediatrics.* Oxford University Press, 2012.
60. Miller, G. Clinical features of cerebral palsy. Available from: www.uptodate.com.
61. American academy of Neurology Summary for clinicians. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy. Available at www.aan.com/professionals/practice/index.cfm.
62. Byrne, R. et al. Implementation of Early Diagnosis and Intervention Guidelines for Cerebral Palsy in a High-Risk Infant Follow-Up Clinic *Pediatric Neurology* Volume 76, November 2017, pages 66–71.
63. Mahoney, G., Filer, J. (1996). How responsive is early intervention to the priorities and needs of families? *Topics in Early Childhood Special Education*, 16, p. 437–457.
64. Snider, J., Sullivan, H., Manning, A. (1977) Evaluation and accountability in a parent-implemented early intervention service. *Community Mental Health Journal*, Vol. 13, N. 3.

KVALIFIKACIJOS TOBULINIMO PROGRAMŲ APRAŠAI

TARPDISCIPLININĖ VAIKŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ DIAGNOSTIKA IR REABILITACIJA

(Parengta pagal LR Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 28 d. įsakymą Nr. V-645 „Dėl sveikatos specialistų tobulinimo programų derinimo taisyklių ir tobulinimo programų vertinimo komisijos nuostatų patvirtinimo“)

Tobulinimo programos pavadinimas.

Tarpdisciplininė vaikų raidos sutrikimų diagnostika ir rehabilitacija.

Tobulinimo programos kodas

(tobulinimo organizatoriaus vidaus sistemoje naudojamas kodas).

Tikslinė dalyvių grupė

(profesinė kvalifikacija, specializacija).

Seminaras skirtas visiems vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos (toliau – VRSAR) specialistams (vaikų ligų gydytojams, gydytojams vaikų neurologams, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojams, Vilniaus universitete arba Lietuvos sveikatos mokslų universitete baigusiems bendrai universitetų nustatytos trukmės įvadinį socialinės pediatrijos kursą ir turintiems tai patvirtinantį pažymėjimą arba turintiems šio kurso baigimo pažymėjimui prilygintą iki 2004 m. spalio 10 d. Sveikatos apsaugos ministerijos išduotą sertifikatą, suteikiantį teisę verstis gydytojo socialinio pediatro praktika, medicinos psichologams, logoterapeutams, kineziterapeutams, ergoterapeutams, socialiniams darbuotojams, slaugytojams, specialiesiems pedagogams).

Besimokančiųjų skaičius grupėje.

Kiekvienoje grupėje mokosi 25 specialistai.

Tobulinimo programos trukmė

(valandomis, dienomis arba savaitėmis).

Tobulinimo programos trukmė – 8 val.

Tobulinimo forma

(stažuotė, seminaras, kursai, konferencija ir kt.).

Tobulinimo forma – seminaras.

Tobulinimo programos vykdymo tipas

(dieninis, vakarinis, tęstinis, nuotolinis ir kt.).

Vykdyto tipas – dieninis.

Tobulinimo vieta

(šalis, miestas).

Lietuva, Vilnius.

Tobulinimo programos rengėjai

(rengėjo vardas, pavardė, pareigos).

Laima Mikulėnaitė, VšĮ VULSK filialo Vaikų ligoninės Ankstyvosios reabilitacijos skyriaus vedėja, gyd. vaikų neurologė-socialinė pediatrė

VU MF Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros ir Psichiatrijos klinikos lektorė

1. Tobulinimo programos tikslai ir tobulinimo rezultatai:

1.1. Tobulinimo programos poreikis, paskirtis ir tikslas. Tobulinimo programos poreikio pagrindimas (teisės aktai, nustatantys profesinės kvalifikacijos reikalavimus, profesiniai reikalavimai, socialinių dalininkų argumentai, tyrimų rezultatai, visuomenės ar darbo rinkos poreikis ir kt.). Tobulinimo programos pobūdis ir jo pagrindimas. Tobulinimo programos tikslai, pagrįsti tobulinamų sveikatos specialistų veiklai keliamais reikalavimais (įgyjama kompetencija, teisė atlikti atitinkamą darbą ir kt.).

Beveik penktadaliui vaikų nustatomi įvairūs raidos sutrikimai. Mokslinės literatūros duomenimis, vaikų su raidos sutrikimais skaičius pasaulyje didėja. (2009 m. buvo 16,2 proc., 2017 m. 17,8 proc. (Centers for Disease Control and Prevention, USA, 2017). Ankstyvosios reabilitacijos sistema Lietuvoje veikia nuo 1996 m. Jos tikslas – vaiko ir šeimos medicininė, psichologinė ir socialinė reabilitacija, gerinant jų socialinę adaptaciją ir funkcionavimą. Sistema apima ankstyvą raidos sutrikimų išaiškinimą, kompleksinę pagalbą vaikui bei jo šeimai.

Ankstyva diagnozė labai svarbi vaiko raidos sutrikimo išeičiai. Labai svarbu anksti pastebėjus raidos sutrikimo požymius pradėti taikyti reabilitaciją. Šiuo metu pagalba teikiama, taikant multidisciplinį metodą, – dalyvaujant specialistų komandai (ją sudaro raidos pediatras, psichologas, logopedas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, slaugytoja, socialinis darbuotojas). Labai svarbu, kad specialistai suprastų darbo su vaikais, turinčiais raidos sutrikimų, ir jų tėvais darbo principus bei galimus moksliskai pagrįstus pagalbos būdus.

Tobulinimo programos tikslas – supažindinti ankstyvosios reabilitacijos specialistus su naujais požiūriais į raidos sutrikimus (protiniu atsilikimu, cerebriniu paralyžiumi, autizmu, kalbos, judesio ir kt. sutrikimais), šiuolaikiniais gydymo principais, reabilitacija ir jos metodais, ankstyvosios reabilitacijos sistemos principais, komandos darbu. Įvairiose medicinos srityse dirbantiems specialistams siekiama suteikti teorines žinias ir praktinius įgūdžius apie šiuolaikinę raidos sutrikimų sampratą, diagnozę, vaiko raidos vertinimą, gydymo ir reabilitacijos metodus ir jų praktinį taikymą.

1.2. Tobulinimo rezultatai. Dalyvių mokymosi metu įgytos žinios, supratimas, gebėjimai, taikymo sritys, sąlygos. Tobulinimo programos tikslų,

tobulinimo rezultatų ir dėstomų dalykų sąsajos.

Specialistai, dirbantys Ankstyvosios reabilitacijos tarnybose, išmoksta atlikti kompleksinę raidos sutrikimo diagnostiką, sudaryti reabilitacijos programą ir nustatyti funkcinius gydymo tikslus.

Specialistai įgyja gebėjimų atlikti kūdikių raidos vertinimą, įgauna pagrindinių vaiko su raidos sutrikimais apžiūros ir ištyrimo būdų taikymo įgūdžius.

2. Tobulinimo programos sandara:

2.1. Tobulinimo planas. Lentelė (eil. nr., dalykas, bendra trukmė, teorinių ir praktinių užsiėmimų trukmė).

Kurso programos planas

Eil. nr.	Teorija / praktika	Temos pavadinimas	Trukmė (val.)
1.	Praktika	Komandinis darbas ankstyvosios reabilitacijos metu. Sutrikusi vaiko raida ir jos tyrimas. Reabilitacijos programa, jos funkciniai tikslai	2
2.	Teorija	Vaikystės autizmo diagnozė. ABA terapijos principai. Elgesio valdymas	2
3.	Teorija	Kalbos sutrikimų diagnozė ir pagalbos būdai	2
4.	Praktika	ART darbo principai vaikams su raidos sutrikimais	2

Iš viso: 8 val.

2.2. Tobulinimo turinys. Kiekvieno dalyko detalus aprašymas (turinys, teorinių ir praktinių mokymų trukmė, mokymo metodai, dalyko tikslai, dalyko rezultatų ir šios tobulinimo programos tobulinimo rezultatų bei tobulinimo metodų sąsajos, vertinimo kriterijai).

1. Komandinis darbas ankstyvosios reabilitacijos metu. Sutrikusi vaiko raida ir jos tyrimas. Reabilitacijos programa, jos funkciniai tikslai.

Atvejis pristatomas naudojant videomedžiagą. Kiekvienas specialistas pristato vaiko raidos vertinimą savo specialybės požiūriu. Atvejį išsamiai aptaria seminaro dalyviai, jie skatinami reikšti savo nuomonę apie vaiko būklę ir galimą vaiko raidos reabilitacijos programą.

Kartu su seminaro klausytojais sudaroma bendra pavyzdinė vaiko ankstyvosios reabilitacijos programa.

2. Vaikystės autizmo diagnozė. ABA terapijos principai. Elgesio valdymas.

Autizmo požymiai. Autizmo gydymas ir alternatyvi terapija. Struktūrinio mokymo taikymas. Sensorinė integracija. ABA metodo principai: intensyvi elgesio terapija. ABA terapiniai tikslai: pagerinti ir pritaikyti vaiko elgesį, mokyti naujų gyvenimo ir socialinių įgūdžių, palaikyti vaiko pozityvaus elgesio schemas ir pritaikyti jas įvairioms aplinkybėms (mokyti vaiką savireguliacijos ir savikontrolės). Mokytis išmoktus įgūdžius pritaikyti įvairiose situacijose, pvz., išmokus pritaikyti individualiai, mokytis užduotis atlikti bendrai klasėje ir pan.

Beklaidis mokymasis. Užduočių pritaikymas vaikui. Motyvacija atlikti užduotį. Skatinimas už atliktą užduotį. Metodo principas: instrukcija–reakcija–paskatinimas.

Teorinė dalis. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas.

3. Kalbos sutrikimų ankstyva diagnozė ir pagalbos būdai.

Kalbos raidos sutrikimai ir jų gydymas. Prieškalbinių įgūdžių raida. Vaikų kalbos vertinimas. Kalbos sutrikimų gydymas. Logopedo terapija, sensomotorinė stimuliacija, alternatyvios komunikacijos principai. Maitinimosi sutrikimai ir jų terapija.

Teorinė dalis. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas.

4. ART darbo principai vaikams su raidos sutrikimais.

Ankstyvosios reabilitacijos komandos darbo principai ir jų taikymas. Pagrindiniai reabilitacijos ir ugdymo principai. Specialistų ir tėvų bendradarbiavimas reabilitacijos procese. Partnerystės principas. Ankstyvosios reabilitacijos programos sudarymo principai. Funkciniai gydymo tikslai.

Diskusijos, situacijos aptarimas.

3. Kvalifikaciniai reikalavimai dėstytojams.

Kvalifikaciniai reikalavimai dėstytojams (išsilavinimas, specializacija / kvalifikacija, atestacija, mokslo laipsnis, darbo patirtis, kt.), tobulinimo programos įgyvendinimui reikalingas dėstytojų skaičius.

Programą veda gydytojai socialiniai pediatrai, ergoterapeutai, turintys magistro laipsnį.

4. Materialieji ir metodiniai ištekliai:

4.1. Materialieji ištekliai. Mokymosi vieta, įranga, priemonės.

4.2. Metodiniai ištekliai. Dalyviams rekomenduojami pagrindiniai ir papildomi informacijos šaltiniai (pvz., knygos, teisės aktai, duomenų bazės ir kt.), gali būti dėstytojo paruošta paskaitos santrauka, bukletai, atmintinės ir kt.

Pagrindiniai informacijos šaltiniai:

1. Dėstytojų paruošta metodinė medžiaga (teorinės medžiagos santrauka).
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 728 „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

5. Vidinis tobulinimo kokybės užtikrinimas.

Taikomos arba numatomos taikyti kokybės užtikrinimo priemonės (pvz., dalyvių apklausa apie tobulinimo kursų organizavimą, dėstymo kokybę pa-

sibaigus mokymams, dėstytojų kvalifikacijos kėlimas, socialinių dalininkų įtraukimas į tobulinimo programos vertinimo ir tobulinimo procesus ir kt.).

Vykdoma dalyvių apklausa pasibaigus mokymams apie tobulinimo kurso dėstyto kokybę, temų aktualumą.

6. Baigiamasis mokymosi rezultatų vertinimas.

Vertinimo trukmė, metodai ir forma, vertinimo kriterijai, vertinimo sistema, pakartotinio vertinimo galimybė.

Kursų dalyvių žinių vertinimas nebus atliekamas.

VAIKŲ, TURINČIŲ JUDESIŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ, ANKSTYVOJI DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

(Parengta pagal LR Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 28 d. įsakymą Nr. V-645 „Dėl sveikatos specialistų tobulinimo programų derinimo taisyklių ir tobulinimo programų vertinimo komisijos nuostatų patvirtinimo“)

Tobulinimo programos pavadinimas.

Vaikų, turinčių judesių raidos sutrikimų, ankstyvoji diagnostika ir gydymas.

Tobulinimo programos kodas

(tobulinimo organizatoriaus vidaus sistemoje naudojamas kodas).

Tikslinė dalyvių grupė

(profesinė kvalifikacija, specializacija).

Seminaras skirtas kineziterapeutams, ergoterapeutams.

Besimokančiųjų skaičius grupėje.

Kiekvienoje grupėje mokosi 25 specialistai.

Tobulinimo programos trukmė

(valandomis, dienomis arba savaitėmis).

Tobulinimo programos trukmė – 8 val.

Tobulinimo forma

(stažuotė, seminaras, kursai, konferencija ir kt.).

Tobulinimo forma – seminaras.

Tobulinimo programos vykdymo tipas

(dieninis, vakarinis, tęstinis, nuotolinis ir kt.).

Vykdymo tipas – dieninis.

Tobulinimo vieta

(šalis, miestas).

Lietuva, Vilnius.

Tobulinimo programos rengėjai

(rengėjo vardas, pavardė, pareigos).

Laima Mikulėnaitė, VšĮ VULSK filialo Vaikų ligoninės Ankstyvosios reabilitacijos skyriaus vedėja, gyd. vaikų neurologė-socialinė pediatrė

VU MF Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros ir Psichiatrijos klinikos lektorė

1. Tobulinimo programos tikslai ir tobulinimo rezultatai:

1.1. Tobulinimo programos poreikis, paskirtis ir tikslas. Tobulinimo programos poreikio pagrindimas (teisės aktai, nustatantys profesinės kvalifikacijos reikalavimus, profesiniai reikalavimai, socialinių dalininkų argumentai, tyrimų rezultatai, visuomenės ar darbo rinkos poreikis ir kt.). Tobulinimo programos pobūdis ir jo pagrindimas. Tobulinimo programos tikslai, pagrįsti tobulinamų sveikatos specialistų veiklai keliamais reikalavimais (įgyjama kompetencija, teisė atlikti atitinkamą darbą ir kt.).

Kasmet pasaulyje 10 vaikų iš tūkstančio nustatomi motorinės raidos sutrikimai. (Stanley F, Alberman E., 1984). Cerebrinis paralyžius nustatomas 1,5–2,7 iš tūkstančio gimusių gyvų naujagimių.. Vaikų motorinės raidos sutrikimus siekiama nustatyti kuo anksčiau, kad, laiku pradėjus taikyti tinka-

mus gydymo metodus, būtų galima sumažinti negalios pasekmes. Ankstyvam ištyrimui rekomenduojami įvairūs diagnostikos būdai ir metodai. Vienas jų – vaiko ištyrimas, jam esant įvairiose padėtyse: kai vaikas guli ant nugaros ir pilvo, verčiasi ant nugaros ir atvirksčiai, sėdi, statomas ir kt., Albertos, Hammersmith diagnostikos metodai.

Niekas dabar neabejoja, kad anksti nustatčius raidos sutrikimą ir pradėjus taikyti ankstyvąją reabilitaciją, gaunamas geriausias gydymo efektas. Visa tai susiję su anatomicinėmis žmogaus raidos ypatybėmis. Per pirmus trejus gyvenimo metus vaiko smegenys vystosi intensyviausiai, didėja jų apimtis. Dėl vaiko smegenų plastiškumo ir didelio neuronų sinapsių susidarymo smegenyse gerėja raidos sutrikimų išeitys. Gerėjant vaiko saviraiškai ir savivertei, kartu gerėja šeimos funkcinė ir socialinė adaptacija.

Tobulinimo programos tikslas – supažindinti kineziterapeutus, ergoterapeutus su naujais ankstyvosios diagnostikos, gydymo metodais ir požiūriais į motorinės raidos sutrikimus. Suteikti teorines žinias ir praktinius įgūdžius apie naujagimių ir kūdikių motorinius sutrikimus, vertinimą, gydymo ir reabilitacijos metodus bei jų praktinį taikymą.

1.2. Tobulinimo rezultatai. Dalyvių mokymosi metu įgytos žinios, supratimas, gebėjimai, taikymo sritys, sąlygos. Tobulinimo programos tikslų, tobulinimo rezultatų ir dėstomų dalykų sąsajos.

Kineziterapeutai, ergoterapeutai išmoka anksti nustatyti motorinės raidos sutrikimus, atlikti motorinės raidos sutrikimo diagnostiką, sudaryti kineziterapijos, ergoterapijos programą, nustatyti funkcinius gydymo tikslus.

Specialistai įgyja gebėjimų atlikti kūdikių motorinės raidos vertinimą, įgauna pagrindinių sutrikusios motorinės raidos vaiko apžiūros ir ištyrimo būdų taikymo įgūdžius.

2. Tobulinimo programos sandara:

2.1. Tobulinimo planas. Lentelė (eil. nr., dalykas, bendra trukmė, teorinių ir praktinių užsiėmimų trukmė).

Kurso programos planas

Eil. nr.	Teorija / praktika	Temos pavadinimas	Trukmė (val.)
1.	Teorija	Cerebrinio paralyžiaus ankstyvosios diagnozės ir gydymo principai	2
2.	Praktika	Naujagimių ankstyvosios raidos stimuliavimas	2
3.	Teorija	Sensorinės integracijos sutrikimai	2
4.	Praktika	Motorinis mokymasis ir kineziterapija	2

Iš viso: 8 val.

2.2. Tobulinimo turinys. Kiekvieno dalyko detalus aprašymas (turinys, teorinių ir praktinių mokymų trukmė, mokymo metodai, dalyko tikslai, dalyko rezultatų ir šios tobulinimo programos tobulinimo rezultatų bei tobulinimo metodų sąsajos, vertinimo kriterijai).

1. Cerebrinio paralyžiaus ankstyvosios diagnozės ir gydymo principai.

Cerebrinio paralyžiaus supratimas. Vaiko motorinė raida. Vaisiaus judesiai ir jų reikšmė ankstyvajai diagnozei. Vaiko, turinčio cerebrinį paralyžių, ištyrimas ir raidos vertinimas pagal funkcinės klasifikacijas. Vaiko judesių vertinimas, naudojant Hammersmith, Albertą, GMFM skales. Cerebrinio paralyžiaus gydymo principai.

Teorinė dalis. Videomedžiagos pateikimas. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas.

2. Naujagimių ankstyvosios raidos stimuliavimas ir pagalba šeimai.

Neišnešioti naujagimio sąvoka. Pagrindiniai naujagimio padėties pritaikymo principai. Naujagimį apsaugojanti aplinka. Motorinės raidos stimuliavimo būdai, priklausomai nuo naujagimio ir kūdikio amžiaus.

Teorinė dalis. Videomedžiagos pateikimas. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas.

3. Sensorinės integracijos sutrikimai.

Sensorinės integracijos sąvoka. Sensorinės integracijos sutrikimai. Sensorinės integracijos sutrikimų simptomai (hiperjautrumas, hipojautrumas). Elgesio ypatumai. Sunkumai koncentruojant dėmesį, impulsyvumas. Pagalbos būdai.

Teorinė dalis. Videomedžiagos pateikimas. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas.

4. Motorinis mokymasis ir kineziterapija.

Motorinių funkcijų sutrikimai, esant motorinio mokymosi sutrikimams. Padėties sutrikimai, judesių nerangumas, pusiausvyros ir koordinacijos sutrikimai, motorinio planavimo sutrikimai, prasta akių-rankos koordinacija, silpna griebimo funkcija. Judesio dispraksija ir jos sąsajos su kalbos, elgesio raida. Judesių sutrikimų vertinimas. Motorinių mokymosi sutrikimų gydymas.

Teorinė dalis. Videomedžiagos, praktinės veiklos pateikimas. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas.

3. Kvalifikaciniai reikalavimai dėstytojams.

Kvalifikaciniai reikalavimai dėstytojams (išsilavinimas, specializacija / kvalifikacija, atestacija, mokslo laipsnis, darbo patirtis, kt.), tobulinimo programos įgyvendinimui reikalingas dėstytojų skaičius.

Kursą veda gydytojai socialiniai pediatrai, kineziterapeutai, ergoterapeutai, turintys magistro laipsnį.

4. Materialieji ir metodiniai ištekliai:

4.1. Materialieji ištekliai. Mokymosi vieta, įranga, priemonės.

4.2. Metodiniai ištekliai. Dalyviams rekomenduojami pagrindiniai ir papildomi informacijos šaltiniai (pvz., knygos, teisės aktai, duomenų bazės ir kt.), gali būti dėstytojo paruošta paskaitos santrauka, bukletai, atmintinės ir kt.

Pagrindiniai informacijos šaltiniai: dėstytojų paruošta metodinė medžiaga (teorinės medžiagos santrauka).

5. Vidinis tobulinimo kokybės užtikrinimas.

Taikomos arba numatomos taikyti kokybės užtikrinimo priemonės (pvz., dalyvių apklausa apie tobulinimo kursų organizavimą, dėstytojų kvalifikacijos kėlimas, socialinių dalininkų įtraukimas į tobulinimo programos vertinimo ir tobulinimo procesus ir kt.).

Bus vykdoma dalyvių apklausa pasibaigus mokymams apie tobulinimo kurso dėstytojų kokybę, temų aktualumą.

6. Baigiamasis mokymosi rezultatų vertinimas.

Vertinimo trukmė, metodai ir forma, vertinimo kriterijai, vertinimo sistema, pakartotinio vertinimo galimybė.

Kursų dalyvių žinių vertinimas nebus atliekamas.

VAIKŲ, TURINČIŲ KALBOS RAIDOS SUTRIKIMŲ, DIAGNOSTIKA IR REABILITACIJA

(Parengta pagal LR Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 28 d. įsakymą Nr. V-645 „Dėl sveikatos specialistų tobulinimo programų derinimo taisyklių ir tobulinimo programų vertinimo komisijos nuostatų patvirtinimo“)

Tobulinimo programos pavadinimas.

Vaikų, turinčių kalbos raidos sutrikimų, diagnostika ir rehabilitacija.

Tobulinimo programos kodas

(tobulinimo organizatoriaus vidaus sistemoje naudojamas kodas).

Tikslinė dalyvių grupė

(profesinė kvalifikacija, specializacija).

Seminaras skirtas logoterapeutams, specialiesiems pedagogams.

Besimokančiųjų skaičius grupėje.

Kiekvienoje grupėje mokosi 25 specialistai.

Tobulinimo programos trukmė

(valandomis, dienomis arba savaitėmis).

Tobulinimo programos trukmė – 8 val.

Tobulinimo forma

(stažuotė, seminaras, kursai, konferencija ir kt.).

Tobulinimo forma – seminaras.

Tobulinimo programos vykdymo tipas

(dieninis, vakarinis, tęstinis, nuotolinis ir kt.).

Vykdyto tipas – dieninis.

Tobulinimo vieta

(šalis, miestas).

Lietuva, Vilnius.

Tobulinimo programos rengėjai

(rengėjo vardas, pavardė, pareigos).

Laima Mikulėnaitė, VšĮ VULSK filialo Vaikų ligoninės Ankstyvosios reabilitacijos skyriaus vedėja, gyd. vaikų neurologė-socialinė pediatrė

VU MF Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros ir Psichiatrijos klinikos lektorė

1. Tobulinimo programos tikslai ir tobulinimo rezultatai:

1.1. Tobulinimo programos poreikis, paskirtis ir tikslas. Tobulinimo programos poreikio pagrindimas (teisės aktai, nustatantys profesinės kvalifikacijos reikalavimus, profesiniai reikalavimai, socialinių dalininkų argumentai, tyrimų rezultatai, visuomenės ar darbo rinkos poreikis ir kt.). Tobulinimo programos pobūdis ir jo pagrindimas. Tobulinimo programos tikslai, pagrįsti tobulinamų sveikatos specialistų veiklai keliamais reikalavimais (įgyjama kompetencija, teisė atlikti atitinkamą darbą ir kt.).

Lietuvoje 2013–2014 m. didžiausią specialiųjų poreikių turinčių vaikų dalį (49,5 proc.) sudarė vaikai, turintys kalbėjimo ir kalbos sutrikimų (Lietuvos statistikos departamentas, 2014). Švietimo valdymo informacinės sistemos duomenimis, 2016 m. net 84 proc. vaikų, ugdomų ikimokyklinio ugdymo įstaigoje, ir 46 proc. – bendrojo ugdymo mokykloje, patiria įvairius kalbėjimo ir kalbos sutrikimus. Kalba – bendravimo priemonė, padedanti vaikui įgyti žinių apie jį supantį pasaulį, išreikšti norus, jausmus ir mintis.

Logopedo darbo tikslas – laiku įvertinti vaikų kalbos raidos ypatumus bei padėti kalbėjimo ir kalbos sutrikimų turintiems vaikams įveikti lavinimosi sunkumus.

Anksti pradėjus mokyti vaiką taisyklingai tarti garsus, ugdyti jo kalbos ir komunikacinius gebėjimus, galima tikslingai ir kokybiškai nukreipti vaiko lavinimąsi teisinga linkme. Lavinant ikimokyklinio amžiaus vaiko kalbą svarbu panaudoti įvairias situacijas arba sąmoningai tokias sudaryti. Vaikai pažįsta pasaulį sąveikaudami su žmonėmis ir daiktais, mokosi veikdami. Vaikų kalbai lavėti turi būti sukurta turtinga kalbinė aplinka.

Kalba stipriai susijusi su maitinimosi procesu. Mitybos problemų patiria 25–35 proc. normaliai besivystančių vaikų. Vaikų, turinčių raidos sutrikimų, mitybos problemų, įvairių autorių duomenimis, patiria kur kas didesnę dalis – net 33–80 proc.^[2]

Nekalbančių vaikų bendravimo ir kalbos programa PECS (angl. *Picture Exchange Communication System*) metodas padeda vaikui suprasti, kaip, kokiu būdu bendrauti. Šis metodas padeda plėsti vaikų pasyvųjų žodyną. Mokymas pagal PECS metodą suskirstytas į šešis etapus – pakopas. Kiekviena pakopa savo ruožtu išskaidyta dar į smulkesnius žingsnelius, kurie sudaro darbo aplanką. Mokymas vyksta laikantis pastovios pamokų struktūros. Mokant vaikus, turinčius kalbėjimo ir kalbos sutrikimų, bendrauti galima naudoti daiktus, simbolius, paveikslėlius ar konkrečius grafinius simbolius. Parenkant pastaruosius siūloma pirmenybę teikti juodai baltoms piktogramoms. Reikėtų atkreipti dėmesį, kad syki parinkta AAK simbolių sistema nėra „amžina“, nes mokiniui įgijus naujų žinių ir įgūdžių, ji taip pat keičiama. Parinkus AAK simbolių sistemą, simboliai sudedami į lenteles arba kalbėjimo knygas.

Tobulinimo programos tikslas – logopedams ir pedagogams suteikti teorines žinias ir praktinius įgūdžius apie šiuolaikinę prieškalbinių ir kalbos sutrikimų sampratą, diagnozę, vaiko kalbos raidos vertinimą, gydymo, ugdymo ir abilitacijos metodus ir jų praktinį pritaikymą.

1.2. Tobulinimo rezultatai. Dalyvių mokymosi metu įgytos žinios, supratimas, gebėjimai, taikymo sritys, sąlygos. Tobulinimo programos tikslų, tobulinimo rezultatų ir dėstomų dalykų sąsajos.

Logopedai ir specialieji pedagogai įgyja gebėjimų atpažinti, analizuoti,

vertinti ir atsižvelgti į vaikų prieškalbinius ir kalbos raidos individualius ypatumus, supranta kalbos ir kalbėjimo sutrikimo įtaką asmenybės raidai.

Specialistai susipažįsta su maitinimo terapija, esant organiniams raidos sutrikimams, autizmui. Išmoksta valdyti vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą elgesį, pritaikyti alternatyvias komunikacijos sistemas (PECS ir kt.).

2. Tobulinimo programos sandara:

2.1. Tobulinimo planas. Lentelė (eil. nr., dalykas, bendra trukmė, teorinių ir praktinių užsiėmimų trukmė).

Kurso programos planas

Eil. nr.	Teorija / praktika	Temos pavadinimas	Trukmė (val.)
1.	Teorija	Maitinimo terapijos principai	2
2.	Praktika	Prieškalbiniai įgūdžiai	2
3.	Teorija	Elgesio sutrikimų prevencija: struktūros principų taikymas, socialinės istorijos, Elgesio valdymo principai pagal ABA terapiją	2
4.	Praktika	PECS taikymas	2

Iš viso: 8 val.

2.2. Tobulinimo turinys. Kiekvieno dalyko detalus aprašymas (turinys, teorinių ir praktinių mokymų trukmė, mokymo metodai, dalyko tikslai, dalyko rezultatų ir šios tobulinimo programos tobulinimo rezultatų bei tobulinimo metodų sąsajos, vertinimo kriterijai).

1. Maitinimo terapijos taikymas.

Maitinimas dažnai nurodomas kaip vienas iš problematiškiausių rūpinimosi vaiku, turinčiu raidos sutrikimų, aspektų. Maitinimo problemos turi ženklia įtaką ne tik vaiko, bet ir tėvų gyvenimo kokybei.

Maitinimosi sutrikimai. Maitinimo terapijos principai. Padėties terapija. Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, maitinimosi ypatumai ir sutrikimai. Maitinimosi sutrikimų gydymas.

Teorinė dalis. Videomedžiagos pateikimas. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas.

2. Prieškalbiniai įgūdžiai.

Prieškalbinių įgūdžių raida. Sutrikusi kalbos raida. Prieškalbinių įgūdžių stimuliavimas. Kalbos supratimo raida.

Teorinė dalis. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas.

3. Elgesio sutrikimų prevencija: struktūros principų taikymas, socialinės istorijos, Elgesio valdymo principai pagal ABA terapiją.

Vaiko elgesio problemos sutrikdo vaiko funkcionavimą. Elgesio problemos pasireiškia tuo, kad vaikas paprastai nesilaiko socialinio elgesio taisyklių, jis yra neadaptyvus, o tai neleidžia vaikui sėkmingai funkcionuoti skirtinguose psichosocialiniuose kontekstuose (šeimoje, mokykloje, bendraamžių kolektyve ir kt.), siekti svarbiausių jo amžiui ir galimybės tinkamų uždavinių. Bus pateikiama trumpa apžvalga apie vaiko pažintinės, socialinės ir emocinės raidos ypatumus, galimas elgesio ir emocines problemas ir sutrikimus, taip pat būdus reaguoti į sutrikusį vaikų elgesį ir vaikų bendravimą.

Sutrikusio elgesio priežastys. Elgesio modifikavimas ir jo valdymas Taikomosios elgesio analizės (ABA) programa. Elgesio planai, nukreipti prieš netinkamą elgesį, jį pakeičiant tinkamu. Elgesio problemų priežastys. ABA terapijos principų taikymas kalbos terapijos procese.

Teorinė dalis. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas.

4. PECS taikymas.

Vaikų autistų kalbos ypatumai. Kalbos dispraksijos ir jų terapijos būdai. Veidrodiniai neuronai. Įrodymais grįstų ugdymo ir gydymo metodų taikymas vaikams su autizmo spektro sutrikimais. Alternatyvios kalbos

terapijos. PECS taikymas nekalbantiems ir nebendruojantiems vaikams.

Teorinė dalis. Videomedžiagos pateikimas. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas

3. Kvalifikaciniai reikalavimai dėstytojams.

Kvalifikaciniai reikalavimai dėstytojams (išsilavinimas, specializacija / kvalifikacija, atestacija, mokslo laipsnis, darbo patirtis, kt.), tobulinimo programos įgyvendinimui reikalingas dėstytojų skaičius.

Kursą veda logopedai (logoterapeutai), ergoterapeutai, turintys magistro laipsnį, gydytojai-socialiniai pediatrai.

4. Materialieji ir metodiniai ištekliai:

4.1. Materialieji ištekliai. Mokymosi vieta, įranga, priemonės.

4.2. Metodiniai ištekliai. Dalyviams rekomenduojami pagrindiniai ir papildomi informacijos šaltiniai (pvz., knygos, teisės aktai, duomenų bazės ir kt.), gali būti dėstytojo paruošta paskaitos santrauka, bukletai, atmintinės ir kt.

Pagrindiniai informacijos šaltiniai: dėstytojų paruošta metodinė medžiaga (teorinės medžiagos santrauka).

5. Vidinis tobulinimo kokybės užtikrinimas.

Taikomos arba numatomos taikyti kokybės užtikrinimo priemonės (pvz., dalyvių apklausa apie tobulinimo kursų organizavimą, dėstytojų kokybę pasibaigus mokymams, dėstytojų kvalifikacijos kėlimas, socialinių dalininkų įtraukimas į tobulinimo programos vertinimo ir tobulinimo procesus ir kt.).

Bus vykdoma dalyvių apklausa pasibaigus mokymams apie tobulinimo kurso dėstytojų kokybę, temų aktualumą.

6. Baigiamasis mokymosi rezultatų vertinimas.

Vertinimo trukmė, metodai ir forma, vertinimo kriterijai, vertinimo sistema, pakartotinio vertinimo galimybė.

Kursų dalyvių žinių vertinimas nebus atliekamas.

VAIKŲ, TURINČIŲ RAIDOS SUTRIKIMUS, PSICHOLOGINĖ DIAGNOSTIKA IR REABILITACIJA

(Parengta pagal LR Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 28 d. įsakymą Nr. V-645 „Dėl sveikatos specialistų tobulinimo programų derinimo taisyklių ir tobulinimo programų vertinimo komisijos nuostatų patvirtinimo“)

Tobulinimo programos pavadinimas.

Vaikų, turinčių raidos sutrikimus, psichologinė diagnostika ir rehabilitacija.

Tobulinimo programos kodas

(tobulinimo organizatoriaus vidaus sistemoje naudojamas kodas).

Tikslinė dalyvių grupė

(profesinė kvalifikacija, specializacija).

Seminaras skirtas medicinos psichologams, socialiniams darbuotojams.

Besimokančiųjų skaičius grupėje.

Kiekvienoje grupėje mokosi 25 specialistai.

Tobulinimo programos trukmė

(valandomis, dienomis arba savaitėmis).

Tobulinimo programos trukmė – 8 val.

Tobulinimo forma

(stažuotė, seminaras, kursai, konferencija ir kt.).

Tobulinimo forma – seminaras.

Tobulinimo programos vykdymo tipas

(dieninis, vakarinis, tęstinis, nuotolinis ir kt.).

Vykdyto tipas – dieninis.

Tobulinimo vieta

(šalis, miestas).

Lietuva, Vilnius.

Tobulinimo programos rengėjai

(rengėjo vardas, pavardė, pareigos).

Laima Mikulėnaitė, VšĮ VULSK filialo Vaikų ligoninės Ankstyvosios reabilitacijos skyriaus vedėja, gyd. vaikų neurologė-socialinė pediatrė

VU MF Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros ir Psichiatrijos klinikos lektorė

1. Tobulinimo programos tikslai ir tobulinimo rezultatai:

1.1. Tobulinimo programos poreikis, paskirtis ir tikslas. Tobulinimo programos poreikio pagrindimas (teisės aktai, nustatantys profesinės kvalifikacijos reikalavimus, profesiniai reikalavimai, socialinių dalininkų argumentai, tyrimų rezultatai, visuomenės ar darbo rinkos poreikis ir kt.). Tobulinimo programos pobūdis ir jo pagrindimas. Tobulinimo programos tikslai, pagrįsti tobulinamų sveikatos specialistų veiklai keliamais reikalavimais (įgyjama kompetencija, teisė atlikti atitinkamą darbą ir kt.).

Vienas iš raidos sutrikimų diagnostikos būdų yra vaiko raidos įvertinimas testais. Vaiko raidos įvertinimo testai parenkami pagal vaiko amžių, raidos sutrikimą, fizines galimybes, raidos tyrimo tikslus. Raidos vertinimą atlieka psichologai, dažniausiai taikydami šiuos metodus: DISC, Weksler, ADOS, ADI-R, CARS. Kiekvieno vertinimo duomenys interpretuojami, bet dažnai dėl vaiko ir šeimos ypatumų psichologai susiduria su įvertinimo ir duomenų interpretavimo sunkumais.

Tėvų mokymas – procesas, kurio metu išmokti įgūdžiai ir žinios keičia žmogaus protines galimybes ir elgesį. Tėvų / šeimos įtraukimas į procesą ir jų mokymas reikšmingai pagerina vaikų raidos ir šeimos išėtis. Visi – vaikai, tėvai, specialistai, bendruomenė – gauna naudą iš tėvų įtraukimo. Efektyvios tėvų įtraukimo strategijos: tėvų mokymas, šeimos įgūdžių mokymas ir palai- kymas, pagalba šeimai namuose, šeimos terapija.

Tobulinimo programos tikslas – supažindinti ankstyvosios reabilitaci- jos specialistus su naujais požiūriais į raidos sutrikimus (protiniu atsilikimu, cerebriniu paralyžiumi, autizmu, kalbos, judesio ir kt. sutrikimais), šiuolai- kiniais gydymo principais, reabilitacija ir jos metodais, ankstyvosios reabi- litacijos sistemos principais, komandos darbu. Įvairiose medicinos srityse dirbantiems specialistams siekiama suteikti teorines žinias ir praktinius įgū- džius apie šiuolaikinę raidos sutrikimų sampratą, diagnozę, vaiko raidos ver- tinimą, gydymo ir reabilitacijos metodus ir jų praktinį taikymą.

1.2. Tobulinimo rezultatai. Dalyvių mokymosi metu įgytos žinios, su- pratimas, gebėjimai, taikymo sritys, sąlygos. Tobulinimo programos tikslų, tobulinimo rezultatų ir dėstomų dalykų sąsajos.

Specialistai, dirbantys Ankstyvosios reabilitacijos tarnybose, išmoks at- likti kompleksinę raidos sutrikimo diagnostiką, sudaryti reabilitacijos pro- gramą ir nustatyti funkcinius gydymo tikslus.

Specialistai sugebės atlikti kūdikių raidos vertinimą, įgaus pagrindinių sutrikusios raidos vaiko apžiūros ir ištyrimo būdų taikymo įgūdžius.

2. Tobulinimo programos sandara:

2.1. Tobulinimo planas. Lentelė (eil. nr., dalykas, bendra trukmė, teori- nių ir praktinių užsiėmimų trukmė).

Kurso programos planas

Eil. nr.	Teorija / praktika	Temos pavadinimas	Trukmė (val.)
1.	Praktika	Vaikų, turinčių raidos sutrikimą, vertinimo ypatumai	2
2.	Teorija	Autizmo diagnostika. ADOS, ADI-R, CARS	2
3.	Teorija	Psichologinės krizės įtaka vaiko raidai. Specialistų ir tėvų bendradarbiavimas. Tėvų mokymo procesas.	2
4.	Praktika	Dailės terapija	2

Iš viso: 8 val.

2.2. Tobulinimo turinys. Kiekvieno dalyko detalus aprašymas (turinys, teorinių ir praktinių užsiėmimų trukmė, mokymo metodai, dalyko tikslai, dalyko rezultatų ir šios tobulinimo programos tobulinimo rezultatų bei tobulinimo metodų sąsajos, vertinimo kriterijai).

1. Vaikų, turinčių raidos sutrikimą, vertinimo ypatumai.

Psichologinis įvertinimas. Pasitelkus testavimo, interviu ir stebėjimo metodus, atliekamas vaiko pažintinių, emocinių, socialinių gebėjimų vertinimas. Testų duomenų interpretavimas.

Teorinė dalis. Videomedžiagos pateikimas. Atliekama situacijų analizė. Diskusijos. Praktinės užduotys: situacijų sprendimas.

2. Autizmo diagnostika. ADOS, ADI-R, CARS.

„Aukšinis“ autizmo tyrimo standartas. Autizmo diagnostinis stebėjimo testas (angl. *The Autism Diagnostic Observation Schedule Generic, ADOS*) – diagnostikos instrumentas, suteikiantis galimybę nustatyti autizmą ir jo sunkumo lygį. ADOS-2 (angl. *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition, 2012*) – tai pusiau struktūruotas, standartizuotas socialinio afekto ir riboto, pasikartojančio elgesio vertinimas, skirtas asmenims, kuriems yra įtariami autizmo spektro sutrikimai.

Autizmo sutrikimo sunkumo laipsniui nustatyti pasitelkiama Vaikystės autizmo įvertinimo skalė (angl. *The Childhood Autism Rating Scale, CARS*) yra vertinimo instrumentas, tinkantis diferencijuoti autizmo ir intelekto sutrikimų atvejus. Ši skalė kartais naudinga planuojant vaikų su ASS terapijos metodus, sudarant individualią vaiko ugdymo programą.

Autizmo diagnostinis interviu (angl. *The Autism Diagnostic Interview, ADI*) – tėvų klausimynas, naudojamas diagnozuoti autizmą ir atskirti jį nuo kitų raidos sutrikimų. Autizmo diagnostinis interviu (angl. *The Autism Diagnosis Interview-Revised (ADI-R, 2003)*) – tai struktūruotas interviu, skirtas tėvams (globėjams). Jį sudaro 93 klausimai apie vaiko raidos ypatumus, elgesį, bendravimą ir kalbos raidą.

Teorinė dalis. Videomedžiagos pristatymas.

3. Psichologinės krizės įtaka vaiko raidai. Specialistų ir tėvų bendradarbiavimas.

Šeimos krizės, gimus neįgaliam vaikui, įtaka vaiko raidai. Šeimos krizės etapai gimus neįgaliam vaikui. Darbo su tėvais principai. Tėvų ir specialistų bendradarbiavimas, partnerystė. Specialistų ir tėvų lūkesčiai partnerystės procese.

Teorinė medžiaga. Seminaras-diskusija.

4. Dailės terapija.

Dailės terapija – viena meno terapijos krypčių, skirta vaiko fizinei ir psichikos sveikatai stiprinti, naudojant daile, kūrybos procesą ir psichoterapinius santykius. Dailės terapijos procesui vadovauja dailės terapijos specialistas, padedantis žmogui įsijungti į kūrybinį procesą bei jį panaudoti ugdant save ir sprendžiant psichologines problemas. Mažiems vaikams dailės užsiėmimai gali būti taikomi siekiant praturtinti jų jutiminę patirtį, lavinti smulkiąją motoriką, bendravimo įgūdžius, emocinį intelektą, vaizduotę. Vyresniems vaikams dailės užsiėmimai padeda išreikšti save, ugdo savivertę ir savivoką. Specialiųjų poreikių vaikai turi galimybę išreikšti save neverbaliai, lavinti motorinius įgūdžius, erdvės suvokimą, pažintinius gebėjimus.

Teorinė paskaita.

3. Kvalifikaciniai reikalavimai dėstytojams.

Kvalifikaciniai reikalavimai dėstytojams (išsilavinimas, specializacija/kvalifikacija, atestacija, mokslo laipsnis, darbo patirtis, kt.), tobulinimo programos įgyvendinimui reikalingas dėstytojų skaičius.

Programą veda psichologai, Montessori pedagogai, meno terapeutai, gydytojai socialiniai pediatrai .

4. Materialieji ir metodiniai ištekliai:

4.1. Materialieji ištekliai. Mokymosi vieta, įranga, priemonės.

4.2. Metodiniai ištekliai. Dalyviams rekomenduojami pagrindiniai ir papildomi informacijos šaltiniai (pvz., knygos, teisės aktai, duomenų bazės ir kt.), gali būti dėstytojo paruošta paskaitos santrauka, bukletai, atmintinės ir kt.

Pagrindiniai informacijos šaltiniai:

1. Dėstytojų paruošta metodinė medžiaga (teorinės medžiagos santrauka).
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 728 „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

5. Vidinis tobulinimo kokybės užtikrinimas.

Taikomos arba numatomos taikyti kokybės užtikrinimo priemonės (pvz., dalyvių apklausa apie tobulinimo kursų organizavimą, dėstytojų kokybę pasibaigus mokymams, dėstytojų kvalifikacijos kėlimas, socialinių dalininkų įtraukimas į tobulinimo programos vertinimo ir tobulinimo procesus ir kt.).

Bus vykdoma dalyvių apklausa, pasibaigus mokymams apie tobulinimo kurso dėstytojų kokybę, temų aktualumą.

6. Baigiamasis mokymosi rezultatų vertinimas.

Vertinimo trukmė, metodai ir forma, vertinimo kriterijai, vertinimo sistema, pakartotinio vertinimo galimybė.

Kursų dalyvių žinių vertinimas nebus atliekamas.



Projektas
„Vaikų ir paauglių psichikos ir raidos sutrikimų prevencija ir pagalba šeimai“
finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis



Kuriame
Lietuvai ateitį
2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa

VAIKŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ ANKSTYVOSIOS REABILITACIJOS MOKYMO PROGRAMA