

0–3 metų vaikų savarankiškumo raidos sutrikimų išaiškinimas, terapijos principai ir stebėjimas

Metodikos patvirtinimo data:

Dokumentui pritarė:

El. nuoroda į dokumentą:

TURINYS

<i>Dokumento apibendrinimas</i>	3
<i>Santrumpos, sąvokos ir reikšminiai žodžiai</i>	4
1. Įvadas	5
1.1. Savarankiškumo apibrėžtis	5
1.2. Klinikinė problematika	5
2. Savarankiškumo raidos sutrikimo diagnostika ir intervencijos	6
2.1. Bendrieji principai	6
2.2. Pacientų siuntimo ir stebėjimo tvarka.....	7
2.3. Savarankiškumo įgūdžių vertinimas	8
2.4. Savarankiškumo raidos sutrikimų terapijos principai	24
2.4.1. Maitinimo ir valgymo sutrikimai	24
2.4.2. Rengimasis	28
2.4.3. Miego problemos.....	30
2.4.4. Tualetų (higieniniai) įgūdžiai	39
3. Metodinio dokumento diegimo ir auditavimo aprašas	43
3.1. Metodinio dokumento diegimo aprašas.....	43
3.2. Metodinio dokumento auditavimo aprašas.....	45
4. Literatūros aprašymas	45
5. Literatūros sąrašas	46
6. Informacija visuomenei ir pacientams	51
7. Priedai	61
1 priedas. <i>Kūdikių miego klausimynas</i>	61
2 priedas. <i>BERAS miego kokybės vertinimas</i>	63
3 Priedas <i>Miego dienynas</i>	64
4 Priedas <i>Miego rutinos sudarymo principai ir pavyzdžiai</i>	65

Dokumento apibendrinimas

Šio metodinio dokumento tikslas: (1) suteikti bendrosios praktikos gydytojams ir kitiems specialistams žinių apie 0–3 metų vaikų savarankiškumo vertinimą ir terapijos principus; (2) pateikti gaires / algoritmus, kuriuos gydymo įstaigos galėtų naudoti organizuojant ir teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas (ASP) 0–3 metų vaikams.

Dokumente pateikiamos mokslo įrodymais ir (arba) kitų išsivysčiusių šalių ekspertų susitarimu ir nacionalinėmis rekomendacijomis pagrįstos rekomendacijos dėl:

- savarankiškumo įgūdžių vertinimo;
- maitinimo ir valgymo sutrikimų sprendimo;
- rengimosi įgūdžių mokymo;
- higieninių (tualetų) įgūdžių formavimo.

Metodika skirta bendrosios praktikos gydytojams, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos (VRSAR) ir medicininės reabilitacijos daugiadalykių komandų nariams, vaikų neurologams, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojams, teikiantiems ASP paslaugas 0–3 metų vaikams. Rekomenduojame, kad ASP specialistai priimdami sprendimus dėl 0–3 metų vaikų savarankiškumo įgūdžių vertinimo vadovautųsi šiuo metodiniu dokumentu visa apimtimi. Sprendimus dėl vaikų savarankiškumo raidos sutrikimų gydymo rekomenduojame priimti atsižvelgiant į individualius paciento poreikius ir šeimos pasirinkimus.

Metodikos taikymo sritys: 0–3 metų vaikų savarankiškumo įgūdžių vertinimas, priežasčių nustatymas ir ergoterapijos principai.

Metodikos įgyvendinimą koordinuoja Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos. Rengiant metodiką atsižvelgta į šiuos dokumentus:

- Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymą Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ (nauja redakcija nuo 2015 m. kovo 23 d. Nr. V-383).
- Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymą Nr. 728 „Dėl Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“ (nauja redakcija nuo 2018 m. vasario 8 d. Nr. V-150).
- Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. 544 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 125:2016 „Ergoterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.

Metodikos rengėjai:

- Dr. Indrė Bakanienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų filialo Vaikų reabilitacijos ligoninės „Lopšelis“ vaikų neurologė.
- Justina Minelgienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų filialo Vaikų reabilitacijos ligoninės „Lopšelis“ ergoterapeutė.
- Asta Kilienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų filialo Vaikų reabilitacijos ligoninės „Lopšelis“ logoterapeutė.

Visi metodinio dokumento autoriai užpildė nešališkumo ir interesų deklaracijas.

Santrumpos, sąvokos ir reikšminiai žodžiai

ASP	Asmens sveikatos priežiūros paslaugos
ASD	Autizmo spektro sutrikimas (<i>angl. Autism spectrum disorder</i>)
ADHD	Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas (<i>angl. Attention deficit hyperactivity disorder</i>)
BPG	Bendrosios praktikos gydytojas
KMI	Kūno masės indeksas
CNS	Centrinė nervų sistema
COPM	Kanadietiška veiklų vertinimo priemonė (<i>angl. Canadian Occupational Performance Measure</i>)
CPAP	Teigiamo slėgio deguonies (<i>angl. Continuous positive airway pressure</i>) terapija
EEG	Elektroencefalografija
GAS	Tikslo pasiekimo skalė (<i>angl. Goal Attainment Scale</i>)
GERL	Gastroezofaginio reflukso liga
MSLT	Daugialypis latentinis miego testas (<i>angl. Multiple sleep latency test</i>)
NNS	Nemitybinis čiulpimas (<i>angl. Non-nutritive sucking</i>)
NKS	Neramių kojų sindromas
OMA	Obstrukcinė miego apnėja
PGJS	Periodinis galūnių judėjimo sutrikimas
PSG	Polisomnografija
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
PSP	Pirminė sveikatos priežiūra
RJS	Ritminių judesių sutrikimas
RLG	Neramių kojų sindromas (<i>angl. Restless Legs Syndrome</i>)
TFK	Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija
VMS	Vaikų maitinimo sutrikimas
VRSAR	Vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji rehabilitacija

Įrodymų A lygmuo – duomenys, pagrįsti dviem arba daugiau atsitiktinių imčių klinikiniais tyrimais.

Įrodymų B lygmuo – duomenys, pagrįsti vienu atsitiktinių imčių klinikiu tyrimu arba neatsitiktinių imčių tyrimu / -ais.

Įrodymų C lygmuo – ekspertų sutarimas ir (arba) nedideli tyrimai.

Rekomendacijų I klasė – įrodymais pagrįsta ir (arba) bendru ekspertų sutarimu priimta, kad procedūra / gydymas yra naudingas ir veiksmingas

Rekomendacijų II klasė – įrodymai ir (arba) nuomonės apie procedūros / gydymo naudą / veiksmingumą prieštaringi

Rekomendacijų II a klasė – daugiau įrodymų / nuomonių, kad procedūra / gydymas yra naudingas / veiksmingas.

Rekomendacijų II b klasė – daugiau įrodymų / nuomonių, kad procedūra / gydymas yra nenaudingas / neveiksmingas.

Rekomendacijų III klasė – įrodymais pagrįsta ir (arba) bendru ekspertų sutarimu priimta, kad gydymas nenaudingas / neveiksmingas ir tam tikrais atvejais gali būti žalingas.

Reikšminiai žodžiai: savarankiškumas, valgymo įgūdžiai, rengimosi įgūdžiai, miegas, higieniniai įgūdžiai

1. Įvadas

1.1. Savarankiškumo apibrėžtis

Savarankiškumo terminu įvardijamas asmens gebėjimas atlikti kasdienės gyvenimo veiklas be kitų pagalbos. Kasdienės veiklos – tai valgymas, rengimasis, asmeninės higienos palaikymas, šlapinimosi ir tuštinimosi kontrolė, funkcinis mobilumas (gebėjimas judėti aplinkoje)¹. Be to, savarankiškumo kategorijai priskiriamas miegas, kaip vienas svarbiausių asmens funkcionavimą lemiančių veiksnių.

Savarankiškumą lemia daugelis veiksnių, kuriuos galima suskirstyti į dvi dideles grupes:

1. Su vaiku susiję veiksniai: sveikata, fizinės kūno savybės (jėga, ištvermė, judesių amplitudė, koordinacija), psichikos procesai (atmintis, sekos ir kūno suvokimas, gebėjimas spręsti problemas).
2. Aplinka: kultūrinė, socialinė ir fizinė. Dėl aplinkos poveikio skirtingose šalyse ir kultūrose augančių to paties amžiaus vaikų savarankiškumo įgūdžiai gali skirtis¹⁻³.

Duomenų apie vaikų savarankiškumo įgūdžių raidos sutrikimo paplitimą nepakanka. Vaikų maitinimosi sutrikimai (VMS) nustatomi 1 iš 80 ikimokyklinio amžiaus vaikų⁴, 20–30 % vaikų ir paauglių turi miego problemų, 5–6 % jų nustatomas miego sutrikimas. Bendra vaiko savarankiškumo gebėjimų raida glaudžiai susijusi su sensomotorine, socialine ir pažintinių gebėjimų raida, todėl savarankiškumo raidos sutrikimas nustatomas daugeliui įvairios etiologijos raidos sutrikimą (autizmą, cerebrinį paralyžių, protinį atsilikimą, regos sutrikimą ir kt.) turinčių vaikų. Savarankiškumo ir kitų sričių raidos sutrikimo rizikos veiksniai yra šie⁵⁻⁸:

- prenatalinis vaisiaus pažeidimas dėl infekcijos, alkoholio arba vaistų vartojimo, rūkymo, aplinkos taršos;
- gimdymo komplikacijos (neišnešiotumas, hipotrofija, hipoksinė-išeminė encefalopatija, gimdymo trauma);
- perinatalinio laikotarpio infekcijos;
- paveldimos ligos (pvz., Dauno sindromas, genetinės nervų-raumenų ligos);
- lėtinės vidaus organų ligos (pvz., įgimta širdies yda, cistinė fibrozė);
- nepalanki socialinė aplinka (pvz., skurdas, maisto trūkumas, prievarta arba vaiko nepriežiūra);
- psichinės tėvų ligos ir priklausomybės.

1.2. Klinikinė problematika

Savarankiškumo įgūdžiai pradeda formuotis kūdikystėje ir intensyviai formuojasi visą vaikystę. Savarankiškas kasdienių gyvenimo veiklų atlikimas moko vaiką planuoti, atlikti veiksmus tam tikra seka, pasitelkus reikalingus įrankius ir priemones, lavina judesius (pvz. atsukti butelį, atidaryti pakuotę, pastovėti ant vienos kojos velkantis kelnes reikalinga pakankama raumenų jėga ir judesio planavimas). Tokiu būdu savarankiškas kasdienių veiklų atlikimas padeda vaikui suformuoti įgūdžius, kurie bus reikalingi mokykloje, profesinėje ir bendruomeninėje veikloje. Savarankiški vaikai daugiau pasitiki savimi ir geriau save vertina. Savarankiškumo įgūdžių stoka, atvirkščiai, siejama su žemesne saviverte, funkcionavimo apribojimais, blogesne gyvenimo kokybe¹.

Mažų vaikų tėvams daugiausiai nerimo kelia vaikų miego, valgymo ir higieninių įgūdžių formavimas (įrodymai A klasės) ^{1,9,10}. Savarankiškas valgymas, be anksčiau išvardintų savarankiškumo aspektų, svarbus ir kaip vaiko galimybė kontroliuoti suvalgomo maisto kiekį ¹¹. Miego sutrikimai nustatomi 10 % jaunesnių 0–3 metų vaikų ir gali neigiamai paveikti vaiko fizinę, emocinę, socialinę ir pažintinių gebėjimų raidą ^{12,13}. Penktadalis tėvų susiduria su vaiko higieninių įgūdžių ¹⁴.

Vaiko smegenys intensyviausiai vystosi pirmaisiais trimis gyvenimo metais, todėl vaiko raidą skatinančios intervencijos (įskaitant ir savarankiškumo gebėjimų lavinimą) veiksmingiausios šiuo amžiaus tarpsniu. Todėl svarbu kaip įmanoma anksčiau pastebėti savarankiškumo įgūdžių raidos sulėtėjimo ir (arba) sutrikimo požymius ir taikyti kokybišką ankstyvąją reabilitaciją.

2. Savarankiškumo raidos sutrikimų diagnostika ir terapijos principai

2.1. Bendrieji principai

(rekomendacijų I klasė)¹⁵

1. Vaikams, kuriems nustatomas savarankiškumo įgūdžių vėlavimas ir (arba) sutrikimas, turi būti teikiamos VRSAR paslaugos.
2. Savarankiškumo įgūdžiai gali būti vertinami ir terapija taikoma skirtingo lygmens ASP įstaigose: pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (PSPC), vietos VRSAR tarnybose (arčiausiai paciento gyvenamosios vietos esanti arba paciento ir (arba) jo įstatyminio atstovo pasirinkta VRSAR paslaugas teikianti įstaiga) ir regioniniuose arba universitetiniuose VRSAR centruose.
3. Savarankiškumo įgūdžių vertinimas ir terapija yra kompleksinio vaiko raidos vertinimo ir VRSAR dalis. Juos atlieka daugiadalykė specialistų komanda.
4. Minimali vietos VRSAR tarnybos sudėtis: socialinis pediatras, ergoterapeutas, logoterapeutas (vertina valgymo gebėjimus) ir psichologas. Kiti specialistai (socialinis darbuotojas, kineziterapeutas, vaikų ir paauglių psichiatras ir kt.) pasitelkiami pagal poreikį.
5. Minimali universitetinio VRSAR centro komandos sudėtis: socialinis pediatras, vaikų neurologas, vaikų ir paauglių psichiatras, ergoterapeutas, logoterapeutas (vertina valgymo gebėjimus) ir psichologas. Pagal poreikį gali būti pasitelkiami kiti specialistai (socialinis darbuotojas, vaikų pulmonologas, otorinolaringologas, dietologas). Centre turi būti galimybės atlikti polisomnografiją (PSG) ir vaizdinius rijimo tyrimus.
6. Vaikams, kurių savarankiškumo raida sulėtėjusi arba sutrikusi, sudaromas individualus reabilitacijos planas, kuriame numatomi reabilitacijos tikslai ir priemonės, gydymo tikslų pasiekimo vertinimo strategija. Gydymo planui sudaryti ir tikslų pasiekimui vertinti rekomenduojama naudoti tikslų siekimo skalės (angl. *Goal Attainment Scale, GAS*) ¹⁶ principus. Individuali terapijos programa turi atitikti į tikslą orientuotos (angl. *Goal oriented*) ^{17–20} terapijos principus.
7. Reabilitacija turi atitikti į pacientą ir šeimą orientuotos terapijos (angl. *Family centre therapy*) ^{21,22} principus. Reabilitacijos metu pagrindinis dėmesys turi būti skiriamas vaiko šeimai ir tėvų mokymui. Tėvai turi būti aktyvūs reabilitacijos dalyviai, aktyviai dalyvauti priiman

sprendimus dėl vaiko reabilitacijos tikslų ir priemonių, taikyti reabilitacijos intervencijas kasdienėse veiklose.

8. Mokant vaiką savarankiškumui reikalingų veiklų, taikyti motorinių įgūdžių mokymosi principus (angl. *Motor learning principles*)²³⁻²⁵, kurių pagrindinis – judesio kartojimas ir jo įtraukimas į kasdienes veiklas.
9. Vietos VRSAR tarnybose taikomos šios intervencijos vaiko savarankiškumui didinti: ergoterapija, logoterapija (esant maitinimo sutrikimui), psichologinis konsultavimas, pagalbinių priemonių pritaikymas, monoterapija geriamu vaistu (esant miego sutrikimui).
10. Universitetiniuose VRSAR centruose taikomos intervencijos vaiko savarankiškumui didinti: ergoterapija, logoterapija (esant maitinimo sutrikimui), psichologinis konsultavimas, pagalbinių priemonių pritaikymas, medikamentinis miego sutrikimų gydymas (mono- ar politerapija), polisomnografija arba aktigrafija, instrumentiniai rijimo tyrimai.
11. Sunkius raidos sutrikimus turintiems vaikams savarankiškumui užtikrinti gali reikėti pagalbinių priemonių. VRSAR tarnybos, bendradarbiaudamos su techninės pagalbos neįgaliesiems centrais, privalo užtikrinti vaikui reikalingų pagalbinių priemonių parinkimą ir pritaikymą.
12. Gydymas privalo būti koordinuotas. Rekomenduojama komandoje turėti atvejo vadybininką arba deleguoti šią funkciją vienam iš komandos narių. Atvejo vadybininko funkcija – koordinuoti vaikui teikiamas ASP (komandos narių, kitų sveikatos priežiūros specialistų) paslaugas ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą su kitose sistemose (švietimo, socialinės apsaugos) dirbančiais specialistais. Jeigu vaikas epizodiškai arba nuolatos gauna reabilitacijos paslaugas kitose ASP įstaigose (pvz. privačiame ergoterapeuto kabinete, medicininės reabilitacijos centre), būtinas įstaigų tarpusavio bendradarbiavimas (tikslų aptarimas, bendras reabilitacijos planas, keitimasis informacija).
13. Gydymas privalo būti tęstinis, iš anksto numatant planinių vizitų datą, trukmę, komandos sudėtį. Stebėjimo planas sudaromas individualiai, priklausomai nuo vaiko amžiaus, pasiektų savarankiškumo įgūdžių ir taikomų lavinimo priemonių.
14. Savarankiškumo įgūdžių lavinimo metodai parenkami individualiai, atlikus detalių savarankiškumo įgūdžių vertinimą ir skirti numatytiems tikslams pasiekti. Terapijos tikslai ir priemonės jiems pasiekti aptariami su pacientu ir (arba) jo šeima pagal vaiko ir jo šeimos poreikius, prioritetus ir vertybes.

2.2. Pacientų siuntimo ir stebėjimo tvarka

(rekomendacijų I klasė)^{15,26}

1. Bendrosios praktikos gydytojas vertina vaiko raidą SAM nustatyta tvarka (savarankiškumo įgūdžių vertinimas yra kompleksinio vaiko raidos vertinimo dalis).
2. Vaikai, kuriems nustatomi savarankiškumo raidos sulėtėjimo ir (arba) sutrikimo požymiai ir (arba) tėvai išreiškia susirūpinimą dėl vaiko savarankiškumo raidos, siunčiami į vietos VRSAR tarnybą.
3. VRSAR atliekamas savarankiškumo raidos vertinimas. Nustatoma ar vaiko savarankiškumo įgūdžiai atitinka tipiškai besivystančių bendraamžių įgūdžius, identifikuojamos stipriosios ir silpnosios gebėjimų sritys, įvertinamas VRSAR poreikis. Vertinimo rezultatai aptariami su pacientu ir (arba) jo įstatymiais atstovais, taikomas nemedikamentinis gydymas

(ergoterapija, pagalbinių priemonių pritaikymas). Jeigu vaikui reikalingas gydymas geriamais vaistais (miegos sutrikimų atvejais), VRSAR paskiria gydymą vienu vaistu.

4. Į universitetinį VRSAR centrą siunčiami vaikai, kuriems:
 - intervencijos savarankiškumui gerinti (arba) gydymas geriamu vaistu (esant miego sutrikimui) nebuvo pakankamai veiksmingi;
 - VRSAR specialistų komandai kyla neaiškumų / abejonių dėl savarankiškumo įgūdžių vertinimo rezultatų, stebėjimo ir (arba) reabilitacijos taktikos.
5. Siuntimą į universitetinį VRSAR centrą rašo vietos VRSAR gydytojas. Jame nurodomi vaiko savarankiškumo įgūdžių vertinimo duomenys, aptarimo daugiadalykėje specialistų komandoje išvados, taikyti / taikomi gydymo metodai, siuntimo tikslas.
6. Universitetinio VRSAR centro savarankiškumo įgūdžių valdymo komanda atlieka papildomą savarankiškumo vertinimą ir savarankiškumo sutrikimo priežasčių identifikavimui reikalingus tyrimus (įskaitant instrumentinį rijimo tyrimą, polisomnografiją), sudaro reabilitacijos ir stebėjimo planą, aptaria jį su įstatyminiais vaiko atstovais daugiadalykės specialistų komandos susirinkime, parengia atsakymą vietos VRSAR valdymo komandai. Atsakyme aprašoma:
 - savarankiškumo vertinimo rezultatai;
 - reabilitacijos tikslai;
 - taikyti gydymo metodai;
 - stebėjimo ir gydymo planas (išskiriama, kurios plano dalys bus vykdomos universitetiniame VRSAR centre ir kurias deleguojamos vykdyti vietos VRSAR tarnybai).
7. Paciento kelias savarankiškumo įgūdžių vertinimo ir reabilitacijos paslaugai gauti pateikiamas 1 pav.

2.3. Savarankiškumo įgūdžių vertinimas

(rekomendacijų I klasė)^{15,26}

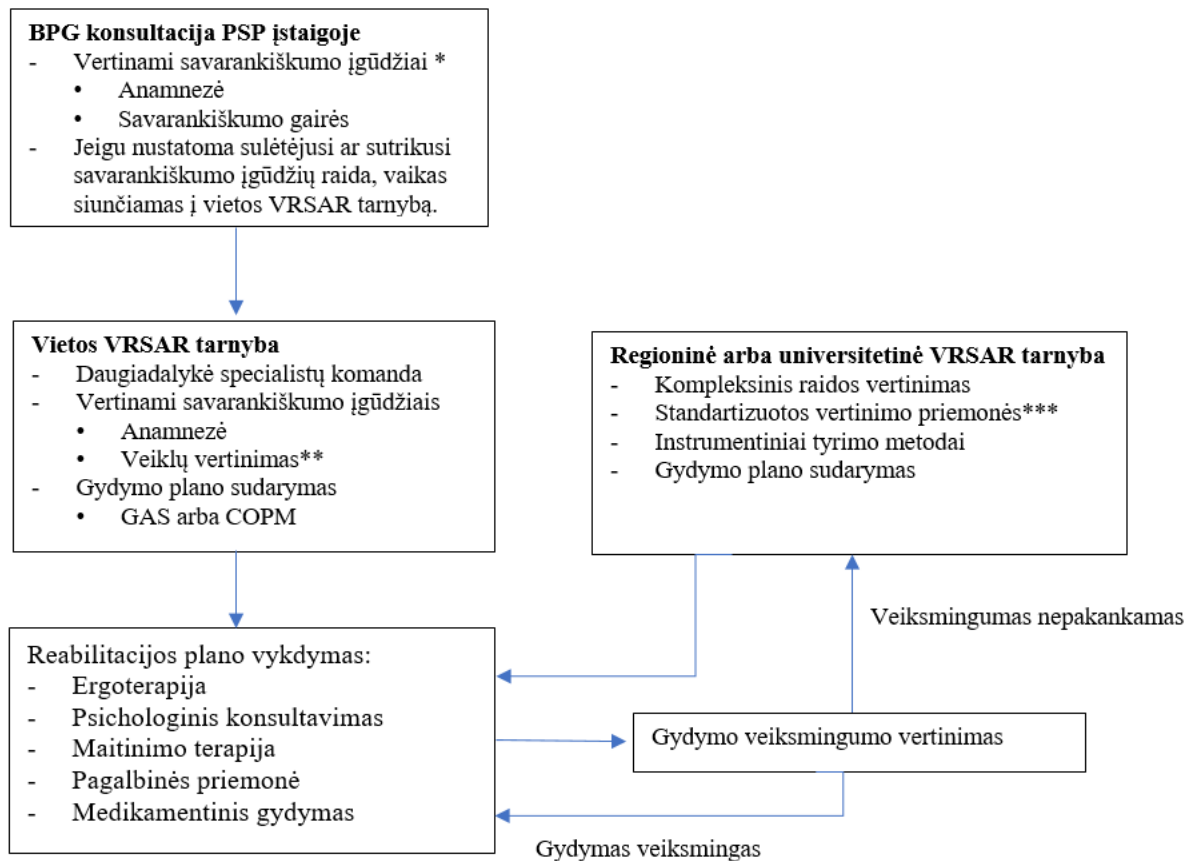
1. Vertinant savarankiškumo įgūdžius ir sudarant reabilitacijos planą rekomenduojama vadovautis Tarptautine funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija (TFK) (2 pav.). Vertinami visi klasifikacijos komponentai (kūno struktūros ir funkcijos, aplinka, asmenybės veiksniai), turintys įtakos vaiko savarankiškumui.
2. Vaiko savarankiškumo įgūdžiai vertinami gydymo ir (arba) stebėjimo pradžioje. Vertinimas kartojamas baigus gydymo etapą ir (arba) reguliariais intervalais pagal numatytą vaiko stebėjimo planą.

Savarankiškumo įgūdžių vertinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose

(rekomendacijų I klasė)^{1,9,10,15,27,28}

1. Vertinimo tikslas – nustatyti vaikus, kurių savarankiškumo raida sulėtėjusi arba sutrikusi ir įvertinti papildomo ištyrimo ir reabilitacijos poreikį. Vaikai kasdienėje veikloje priklausomi nuo savo tėvų, todėl į vertinimo procesą svarbu įtraukti vaiko šeimą, remtis į šeimą orientuotos terapijos principais^{9,27–29}.

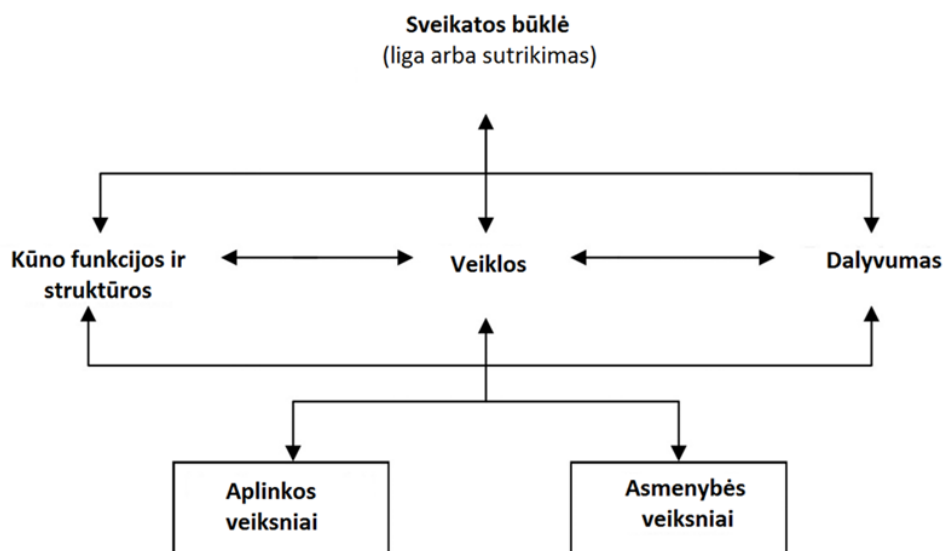
2. Savarankiškumo vertinimą sudaro individualiai parinkti subjektyvūs ir objektyvūs (klinikinis) vertinimo metodai ^{1,91,9}.
3. Atliekant subjektyvų vertinimą išsiaiškinama:
 - tėvų nusiskundimai ir lūkesčiai;
 - perinatalinė anamnezė, vaiko raidos ypatumai;
 - kasdienės vaiko veiklos, kurios kelia tėvams nerimą; kasdienėms veiklos vertinti rekomenduojame naudoti struktūruotą klausimyną (1 lentelė).



1 pav. Paciento kelias savarankiškumo įgūdžių vertinimo ir reabilitacijos paslaugai gauti.

Santrumpos: COPM – Kanadietiška veiklų vertinimo priemonė (angl. Canadian Occupational Performance Measure); GAS – tikslų pasiekimo vertinimo skalė (angl. Goal attainment scale), PSP – pirminė sveikatos priežiūra, VRSAR – Vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija.

*Vertinimas atliekamas pasitelkus savarankiškumo gebėjimų raidos gaires arba Amžiaus tarpnių klausimyną (angl. Ages and Stages Questionnaire); **Vietos VRSAR tarnybose rekomenduojama naudoti standartizuotą veiklų ir (arba) dalyvumo vertinimo priemonę; ***regioninėse ir universitetinėse VRSAR tarnybose atliekamas kompleksinis raidos vertinimas ir savarankiškumo sutrikimo priežasčių identifikavimui reikalingi tyrimai (įskaitant instrumentinį rijimo tyrimą, polisomnografiją).



2 pav. Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos komponentų tarpusavio sąveikos schema (pagal PSO) ¹².

Kūno struktūros – anatomicinės kūno dalys; *kūno funkcijos* – kūno sistemų fiziologinės funkcijos ir psichikos procesai; *veiklos* – visi atliekami veiksmai ir užduotys; *dalyvumas* – asmens įsitraukimas į gyvenimo situacijas; *aplinkos veiksniai* – fizinė ir socialinė aplinka, kurioje asmuo gyvena ir leidžia laiką, aplinkinių nuostatų asmens atžvilgiu; *asmenybės veiksniai* – individualios žmogaus savybės, nesusijusios su jo sveikata (pavyzdžiui, amžius, lytis, motyvacija, išsilavinimas).

1 lentelė. Klausimynas vaiko savarankiškumo įgūdžiams išsiaiškinti (pagal ⁹)

1. Kaip praeina įprasta vaiko diena (apibūdinti šeimos veiklas ir rutinas, kuriose dalyvauja vaikas, nurodyti vaiko įsitraukimą į jas) ?
2. Kokias veiklas vaikas mėgsta?
3. Kokias veiklas vaikas geba atlikti savarankiškai?
4. Kas kelia tėvams nerimą? Kokių veiklų atlikimas?
5. Ar kasdienės veiklos sunkumai kyla visur ar tik namuose?
6. Ar būdamas ne namuose vaikas lengviau atlieka kasdienes veiklas?
7. Kokius problemų sprendimo būdus tėvai išmėgino?
8. Kas be tėvų prižiūri vaiką ? (išsiaiškinami šeimos resursai)
9. Kas tėvų nuomone trukdo vaikui dalyvauti veikloje arba atlikti ją savarankiškai?
10. Ką tėvai norėtų pakeisti?

4. Savarankiškumo raida vertinama, naudojantis tipiška besivystančių vaikų savarankiškumo raidos gairėmis (2–4 lentelės). Jeigu yra galimybė, rekomenduojame naudoti standartizuotą raidos sutrikimo rizikos vertinimo klausimyną – Amžiaus tarpsnių klausimyną (angl. *Agas and Stages Questionnaire*). Įrodytas šio klausimyno patikimumas ir pagrįstumas (tirti vidinis suderinamumas, pakartotinių testavimų patvirtintas patikimumas ir sutampantis validumas). Testo jautrumas – 75 %, o specifiskumas – 86 % ^{26,30}.
5. Kiekvieno vizito metu vertinti vaiko miego trukmę ir kokybę. Miego trukmę palyginti su miego trukmės rekomendacijomis atitinkamos amžiaus grupės vaikams (5 lentelė). Individuali vaiko miego trukmė gali skirtis nuo vidutinės atitinkamo amžiaus vaikų miego trukmės iki dviejų valandų ³¹.

6. Iki 12–18 mėnesių mažiausiai vieno profilaktinio apsilankymo metu aptarti su tėvais vaiko pasiruošimą higieniniams įgūdžiams formuoti (6 lentelė) ³⁹. Kartu aptarti vaiko tuštinimosi įpročius ir įvertinti vidurių užkietėjimo požymius (7 lentelė). Vidurių užkietėjimo problemą būtina išspėsti prieš mokant vaiką higieninių įgūdžių. Vidurių užkietėjimo diferencinė diagnostika pateikiama 8 lentelėje.

2 lentelė. Tipiškai besivystančių 0–3 metų vaikų savarankiško valgymo įgūdžių raidos gairės
(pagal ^{1,32,33})

Amžius (mėn.)	Valgymo įgūdžiai	Įgūdžiai reikalingi veiklai atlikti		
		Sensomotoriniai	Pažintiniai	Psichosocialiniai
5–7	Nuima nuo šaukšto lūpomis tirštesnės konsistencijos maistą.	Tvirtai sėdi, laiko galvą. Siekia, paima ir tyrinėja objektą.	Pradedama atlikti kramtymo judesius, stuksena žaislu į stalą.	Suvokia maitinimo rutiną, maitinamas žaidžia su tėvais.
6–8	Inicijuoja buteliuko laikymą rankomis, tačiau dar sunku išlaikyti pilną buteliuką.		Ilgiau laiko rankoje objektus (įskaitant buteliuką, šaukštą).	Geba sukaupti dėmesį ties veikla.
6–9	Laiko rankoje sausainį arba kitą kietą maistą, tačiau daugiau čiulpia negu kanda. Paima šaukštą, tačiau juo stuksena į stalą arba čiulpia šaukšto rankeną. Su pagalba geria iš puodelio.	Tvirtai sėdi, geba manipuliuoti mažais objektais. Suima objektą delniniu griebimu, įsikiša jį į burną.	Geba pamėgdžioti veiksmus, aktyviai tyrinėja naujus objektus (pvz., griebia maistą iš lėkštes).	Skiria žmones, pradeda suvokti save.
9–13	Ima maistą rankomis, mokosi savarankiškai gerti iš puodelio.	Naudoja įvairius griebimo būdus, susiformuoja pincetinis griebimas.	Geriau planuoja judesius, aktyviau tyrinėja aplinką; sunku atlikti veiklą kai nemato judesio (pvz., prinešti šaukštą prie burnos).	Aktyviai manipuliuoja su aplinkos objektais.
12–14	Kabina šaukštu maistą ir neša link burnos, tačiau nešdamas dažnai apverčia šaukštą ir išpila maistą. Pradedama mokytis gerti per šiaudelį. Pratinamas apsieti be buteliuko.	Pradedama žaisti funkcinis žaidimus, griebdamas dažnai pronuoja dilbį (pvz. laikydamas kreidelę, šaukštą).	Supranta daiktų funkciją, naudoja juos pagal paskirtį, gali žaisti su keliais objektais vienu metu, geba paskirstyti dėmesį.	Domisi šeimos rutina.
15–18	Kabina šaukštu maistą ir deda į burną, geria per šiaudelį ir iš puodelio (būna kad ir išpila). Baigiama maitinti iš buteliuko.	Geba stabilizuoti peties ir riešo sąnarius veiklos metu.	Eksperimentuoja su objektais, kuria naujas žaidimo strategijas.	Rodo kitiems kaip reikia žaisti su objektais.
24–30	Domisi šakute, pasmeigia ja minkštesnius maisto produktus. Puikiai naudojami šaukta, geria iš paprasto puodelio neišpildamas.	Toleruoja įvairias maisto tekstūras burnoje, pritaiko judesius, kad sėkmingai atliktų veiklą (pvz., atgręžia dilbį, kad semtų šaukštu).	Žodžiais išreiškia norus / poreikius. Imituoja veiklą.	Kopijuoja aplinkinius, laukia iš suaugusiojo įvertinimo, domisi namų priežiūros rutina.

3 lentelė. Tipiškai besivystančių 0–3 metų vaikų higieninių (tualetu) įgūdžių raidos gairės (pagal J. Clifford O'Brien and H. Kuhaneck, 2020) ³⁴

Amžius	Higieniniai (tualetu) įgūdžiai
1 metai	Išreiškia nepasitenkinimą, kai sauskelnės nešvarios; Tuštinasi tuo pačiu laiku; Pasodintas pasėdi ant unitazo arba puoduko iki 5 min.
1,5 metų	Šlapinasi tuo pačiu laiku; Domisi unitazu arba puoduku.
2 metai	Išlieka sausas (neprišlapina) 2 valandas arba daugiau; Nuleidžia vandenį tualete; Geba pasinaudoti tualetu, reti šlapimo arba išmatų nelaikymo atvejais.
2 metai ir 6 mėnesiai	Pasako arba parodo, kad nori į tualetą; Kartais reikia priminti nueiti į tualetą; Gali reikėti pagalbos atsisdant ant unitazo; Nakties metu išlieka sausas; Savarankiškai nusiplauna rankas (23–31 mėn.) Susitvarko pasišlapinęs (32 mėn.).
3 metai	Savarankiškai šlapinasi ir tuštinasi tualete, pats atsisėda ant unitazo (33–39 mėn.) Gali reikėti pagalbos susitvarkant po tuštinimosi arba nusirengiant sunkiau nuvelkamus rūbus.

4 lentelė. Tipiškai besivystančių 0–3 metų vaikų rengimosi įgūdžių raidos gairės (pagal ^{35–37})

Amžius	Rengimosi įgūdžiai
1 metai	Dalyvauja rengimosi procese (pakelia rankas, kojas kai yra rengiamas); Atlieka dalį rengimosi veiksmų: <ul style="list-style-type: none"> • traukia, mėgina nusiauti batus; • nusimauna kojines; • traukia ranką iš rankovės, koją iš kelnių klešnės.
2 metai	Nusivelka atsegtą švarkelį; Nusiauna batus, jeigu jie neužrišti; Tempia kelnes žemyn; Suranda rankovę, kai velkasi megztinį arba marškinėlius.
2,5 metų	Nusivelka kelnes su elastiniu juosmeniu; Padedą užmauti kojines; Apsivelka priekyje susegamus drabužius; Atsega dideles sagas.
3 metai	Apsivelka megztinį arba marškinėlius su minimalia pagalba; Apsiauna batus (gali maišyti puses); Užsimauna kojines (kulnas gali būti priekyje); Savarankiškai nusivelka kelnes; Užsitraukia užtrauktuką, kai kitas jį sujungia; Nusivelka megztinį ir marškinėlius su pagalba; Užsega dideles sagas.
3,5 metų	Suranda priekinę rūbo pusę; Susega 3–4 sagas rūbo priekyje; Atitraukia užtrauktuką ir atskiria jo puses; Užsimauna pirštines; Atsisega diržą ir batus; Rengiasi su priežiūra (gali reikėti pagalbos, kad atskirtų rūbų puses).

5 lentelė. Rekomenduojama paros miego trukmė pagal amžių (pagal JAV miego akademijos rekomendacijas) ³⁸

Amžius	Paros miego trukmė *	Miegas dieną	Veiksnius, kuriuos rekomenduojama apsvarstyti kai vaikas patiria miego problemas
1–2 mėn.	12–18 val.	Visa diena	Nesusiformavęs miego-būdravimo ciklas; Prabunda dėl alkio, diskomforto susijusio su „pilnomis“ sauskelnėmis, medicininėmis procedūromis, pakeitus kūno padėtį (pvz., guldant į lovą miegantį).
3–11 mėn.	12–18 val.	3–4 kartus, 30 min. – 2 val. trukmės	Iki 6 mėnesių prabunda naktį dėl alkio; 70–80 % kūdikių išmiega visą naktį nuo 9 mėn.; Jaučiais nesaugiai, nori visą laiką būti su suaugusiuoju; miegui gali trukdyti atsiskyrimo nerimas; Nemoka užmigti (tėvai gali paguldyti į lovą tik snaudžiantį arba užmigusį vaiką).
1–3 m.	12–14 val.	1–2 kartus (nuo 18 mėn. – 1 k.) per dieną po 1–3 val.	Mažiau miega dienos metu; Sunku vienam užmigti (dėl atsiskyrimo nerimo, nesugebėjimo užmigti, vienumos ir kitų baimių); Išlipa iš lovos savarankiškai; Jeigu nuolatos miega dienos metu, įtarti miego apnęją.

*įskaitant dienos miegą

6 lentelė Požymiai rodantys vaiko pasirengimą formuoti higieninius įgūdžius (pagal ^{14,40})

Fiziologinė branda	<ul style="list-style-type: none"> Gali valingai kontroliuoti šlapinimąsi ir tuštinimąsi (įprastai nuo 12–18 mėn.)
Psichomotorinė raida	<ul style="list-style-type: none"> Vaikšto savarankiškai (gali nueiti iki tualetu); Tvirtai sėdi ant unitazo ir (arba) naktipuodžio; Išlieka sausas kelias valandas; Turi reguliarų ir nuspėjamą tuštinimosi režimą; Geba nusivilkti kelnes; Geba vykdyti instrukcijas; Geba pareikšti norą šlapintis.
Elgesio požymiai	<ul style="list-style-type: none"> Geba pakartoti judesius, pamėgdžioja tėvų elgesį; Geba susitvarkyti, padėti daiktus į jų vietą; Rodo susidomėjimą tualetu, seka tėvus į vonios kambarį; Nori įtikti, mažėja prieštaravimo; Nori naudotis unitazu arba puoduku, dėvėti „didelio vaiko“ apatinius. Informuoja apie nešvarias sauskelnes ir nori jas pakeisti; Žodžiais, veido išraiška arba judesiais išreiškia poreikį šlapintis arba tuštintis

7 lentelė. Vaikų funkcinio vidurių užkietėjimo diagnostiniai kriterijai „Roma IV“ (pagal Benninga ir kt., 2016) ⁴¹

0–4 metų vaikams
<p>Mžiausiai 2 požymiai, kurie stebimi mėnesį arba ilgiau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • retas tuštinimasis (2 kartus per savaitę arba rečiau); • išmatų susilaikymo atvejai; • skausmingas ir (arba) sunkus tuštinimasis; • didelės apimties išmatos; • išmatų kaupimasis tiesiojoje žarnoje. <p>Vaikams, kurių tualetu įgūdžiai susiformavę, gali būti taikomi šie papildomi kriterijai:</p> <ul style="list-style-type: none"> • išmatų nelaikymo epizodai dažniau negu kartą per savaitę po tualetu įgūdžių įgijimo; • didelės apimties išmatos.

8 lentelė. 0–3 metų vaikų vidurių užkietėjimo diferencinė diagnostika (pagal Tabbers, 2014) ⁴²

Anamnezė	
Vėlyvas (vėliau negu 48 val. po gimimo) mekonijaus išskyrimas	Tikėtina Hiršprungo liga
Gretutinės sveikatos problemos	Galimos neurogeninis vidurių užkietėjimas; kai kuriems įgimtiems sindromams (pvz., Dauno sindromui) būdinga didesnė Hiršprungo ligos rizika; įgimtos anomalijos (pvz., inkstų ir šlapimo takų) gali būti susijusios su tiesiosios žarnos, kryžkaulio ir stuburo anomalijomis, kurios gali būti organinio vidurių užkietėjimo priežastimi.
Taikytas gydymas ir jo rezultatai	-
Šeimos anamnezė (funkcinio vidurių užkietėjimo, Hiršprungo ligos, celiakijos)	-
Vidurių užkietėjimo pradžia	
Vidurių užkietėjimas stebimas nuo gimimo arba pirmųjų mėnesių	Tikėtina organinė vidurių užkietėjimo priežastis (pvz., Hiršprungo liga).
Atsirado pakeitus mitybą dėl viduriavimo	Tikėtinas funkcinis vidurių užkietėjimas.
Vidurių užkietėjimas atsirado pradėjus vaiką mokyti higieninių įgūdžių arba po kito vaikui netikėto įvykio	Tikėtinas funkcinis vidurių užkietėjimas.
Problemos formuojant vaiko higieninius įgūdžius (pvz., atsisakymas lankytis tualete, pasipriešinimas, baimė arba vėlyvas įgūdžio suformavimas)	Tikėtinas funkcinis vidurių užkietėjimas.
Tuštinimosi ir išmatų pobūdis	
Skausmingas tuštinimasis	Tikėtinas funkcinis vidurių užkietėjimas.
Kieta išmatų konsistencija	Tikėtinas funkcinis vidurių užkietėjimas.
Granulių formos išmatos	Tikėtinas funkcinis vidurių užkietėjimas.
Ant išmatų matoma šviežio kraujo	Tikėtina išangės įplėša, kuri gali sukelti funkcinį vidurių užkietėjimą arba gali būti vidurių užkietėjimo pasekmė
Kelnaičių tepimas išmatomis arba išmatų nesulaikymo atvejai vaikams, kurių higieniniai įgūdžiai buvo suformuoti	Tikėtinas funkcinis vidurių užkietėjimas.
Vaikas vengia tuštintis	Tikėtinas funkcinis vidurių užkietėjimas.

8 lentelės tęsinys

Mityba	
Skysčių ir skaidulinių medžiagų kiekis	Nepakankamas skysčių ir skaidulinių medžiagų vartojimas prisideda prie vidurių užkietėjimo.
Vidurių užkietėjimas sutapo su mitybos pokyčiais (pvz., kūdikio primaitinimu kietu maistu arba perėjimu nuo motinos pieno prie mišinio)	Tikėtinas funkcinis vidurių užkietėjimas arba maisto netoleravimas.
Apžiūra	
Pilvo pūtimas	Stiprus pilvo pūtimas būdingesnis organiniam vidurių užkietėjimui.
Apčiuopiamos susilaikiusios išmatos arba koprolitai	Būdinga bet kokios etiologijos vidurių užkietėjimui.
Apčiuopiamos susilaikiusios išmatos virš gaktikaulio	Tikėtinas tiesiosios žarnos pažeidimas arba kryžkaulio teratoma.
Odos pakitimai juosmens-kryžmens srityje (įdubimas, plaukų kuokštas, lipoma, kitokia sėdmenų plyšio forma)	Tikėtina stuburo ir nugaros smegenų anomalija (neurogeninis vidurių užkietėjimas).
Nėra arba silpni išangės refleksai, sumažėjęs kojų raumenų tonusas ir (arba) jėga	Tikėtinas neurogeninis vidurių užkietėjimas.
Išangės įplėša arba randai	Gali sukelti funkcinį vidurių užkietėjimą arba būti vidurių užkietėjimo pasekmė.
Į priekį pasislinkusi išangė arba perianalinė fistulė	Tikėtinas organinis vidurių užkietėjimas dėl anorektalinės anomalijos
Tiesiosios žarnos ištyrimas	
Išangės sfinkterio tonusas	Padidėjęs tonusas būdingas Hiršprungo ligai, sumažėjęs – neurogeniniam vidurių užkietėjimui.
Išmatų konsistencija	Minkštos išmatos rodo anorektalinės funkcijos sutrikimą (gali būti susijęs su Hiršprungo liga). Kietos ir didelio skersmens išmatos būdingos funkciniam vidurių užkietėjimui.
Staigus išmatų išsiskyrimas baigus tyrimą	Hiršprungo ligos požymis.

7. Nustačius vaiko savarankiškumo įgūdžių neatitikimą tipškai besivystančių vaikų amžiaus normoms, rekomenduojama atlikti detalesnį atitinkamos savarankiškumo gebėjimų srities (maitinimo, higieninių įgūdžių) vertinimą (žr. toliau) ir (arba) siųsti vaiką į vietos VRSAR tarnybą.
8. Vertinant valgymo įgūdžius rekomenduojama išsiaiškinti medicininę (perinatalinė anamnezė, raida, lėtinės ligos, taikytos chirurginės intervencijos ir vaistai) ir maitinimo anamnezę (krūtimi ar iš buteliuko, valgymas iš šaukšto, papildomo maisto įvedimas)³⁴. Valgymo problemos pobūdžiui nustatyti rekomenduojame naudoti struktūruotą klausimyną (9 lentelė). Įtarus vaiko maitinimo sutrikimą (VMS) rekomenduojama įvertinti jo riziką standartizuotu klausimyną arba iš karto siųsti vaiką į vietos VRSAR tarnybą (10 lentelė).

9 lentelė. Klausimynas savarankiško valgymo įgūdžiams vertinti (pagal^{9,34})

1. Kas jums kelia susirūpinimą, kalbant apie vaiko maitinimą, valgymą, augimą ir raidą?
2. Kada pirmą kartą iškilo vaiko maitinimo ir (arba) rijimo problemos?
3. Kas paprastai vaiką maitina?
4. Išsiaiškinti ar vaikas maitinamas tinkamoje padėtyje. Suteikiama atrama nugarai, kojoms? Simetrinės kūno padėtis?

9 lentelės tęsinys

5.	Kokioje aplinkoje vaikas valgo (triukšmas, šviesa, aplinkinių buvimas)?
6.	Kaip šeimoje pietaujama? Aš šeimos nariai bendrauja tarpusavyje ir su vaiku per pietus?
7.	Kokiu būdu vaikas maitinamas (per burną, gastrostomą)?
8.	Kokias pagalbines priemones arba indus tėvai naudoja vaikui maitinti?
9.	Kokiu dienos metu paprastai vaikas maitinamas?
10.	Kiek laiko trunka vaiko maitinimas? Kaip dažnai maitinamas?
11.	Ar maitinimui skiriama pakankamai laiko, kad vaikas galėtų ramiai pavalgyti?
12.	Ar vaikas išrankus maistui? Ką valgo ir ko ne? Ar valgo mėsos produktus? daržoves? vaisius?
13.	Apibūdinti įprasto maitinimo metu suvalgomą ir išgeriamą maisto bei skysčių kiekį?
14.	Kokį maistą dažniausiai vaikas valgo namuose ir kitose vietose (pvz., darželyje)? Ką mėgsta valgyti?
15.	Ar vaikas tyrinėja žaislus burna? Kaip reaguoja į dantų valymą? Ar yra seilėtekis?
16.	Kokios vaiko stipriosios pusės, susijusios su maitinimu?
17.	Kokius iššūkius vaikas patiria valgydamas ir gerdamas?
18.	Kokie tėvų lūkesčiai (tikslai) susiję su vaiko maitinimu?

10 lentelė. Vaiko maitinimo sutrikimo rizikos vertinimo klausimynas (pagal Feeding Matters' innovative Infant and Child Feeding Questionnaire) ⁴³

Jeigu įtariate, kad Jūsų vaiko maitinimas gali būti sutrikęs, atsakykite į šiuos klausimus:

Ar jūsų vaikas rodo norą valgyti (verkia, prašo) ?	TAIP	NE	
Ar manote, kad Jūsų vaikas valgo pakankamai ?	TAIP	NE	
Kiek minučių įprastai trunka Jūsų vaiko maitinimas (vieno maitinimo) ?	<5	5–30	>30
Ar Jūs turite kažką specialiai daryti tam, kad Jūsų vaikas pavalgytų ?	TAIP	NE	
Ar Jūsų vaikas parodo / pasako, kad yra sotus ?	TAIP	NE	
Ar nerimaujate dėl savo vaiko maitinimo ?	TAIP	NE	

Jei tėvai pasirenka du ir daugiau atsakymų esančių pilkame fone, galima įtarti vaiko maitinimo sutrikimą

8. Nustačius higieninių įgūdžių raidos sutrikimą įvertinti vaiko (6 lentelė) ir tėvų pasiruošimą šiuos įgūdžius formuoti ^{14,40,44}. Higieninius vaiko įgūdžius rekomenduojama pradėti formuoti vyresniems negu 18 mėnesių vaikams, o vaiko pasiruošimas šiems įgūdžiams formuoti vertinamas pagal vaiko raidą, o ne chronologinį amžių.
9. Tėvų pasiruošimas higieniniams vaiko įgūdžiams formuoti:
 - žino vaiko pasirengimo mokytis higieninių įgūdžių požymius (6 lentelė), turi realius lūkesčius dėl įgūdžių formavimo trukmės ir galimų nesėkmių, yra motyvuoti;
 - vienas arba abu tėvai turės galimybę mažiausiai tris mėnesius kasdien skirti laiko vaiko higieninių įgūdžių formavimui.
10. Prieš pradėdant formuoti higieninius įgūdžius svarbu informuoti tėvus apie mokymo principus ir etapus. Išaiškinti, kad mokymo procese bus nesėkmių, o bausmių taikymas būtų neveiksmingas ir netgi žalingas.
11. Jeigu vaiko gyvenimo numatomi svarbūs pokyčiai (pvz., brolio / sesės gimimas, gyvenamosios vietos keitimas, mamos grįžimas į darbą), higieninių įgūdžių mokymą rekomenduojama atidėti. Gyvenimo pokyčiai komplikuos higieninių įgūdžių mokymą ir padidins nesėkmės riziką ¹⁴.

12. Tėvams, kurie greitai nusivilia ir yra nekantrūs ir (arba) neturi pakankamai laiko užsiimti su vaiku, rekomenduoti pradėti formuoti higieninius įgūdžius nuo 30 mėnesių ir nenaudoti higieninių įgūdžių mokymo metodų, susijusių su neigiamu pastiprinimu.
13. Miego trukmei ir kokybei vertinti naudoti 11 lentelėje pateiktą klausimyną.

11 lentelė. Klausimynas miego problemoms vertinti (pagal ^{9,34})

<ol style="list-style-type: none"> 1. Ar vaiko miego režimas reguliarus (gula ir keliasi tuo pačiu laiku)? 2. Kur vaikas miega? Savo lovoje? Tėvų miegamajame ar kitame kambaryje? 3. Su kuo vaikas miega (gyvūnai, kiti asmenys)? 4. Kada vaikas migdomas? 5. Kokia vaiko migdymo rutina? 6. Per kiek laiko vaikas užmiega? 7. Kiek kartų pabunda nakties metu? 8. Ar vaikas snaudžia dienos metu? 9. Ar būna mieguistas dienos metu? 10. Kokius vaistus vartoja? 11. Ar turi lėtinių ligų, kurios galėtų trukdyti miegui?
--

14. Analizuojant vaiko miegą įvertinti visus miego aspektus (12 lentelė), vartojamų medikamentų ir gretutinių sutrikimų poveikį miegui.

12 lentelė. Miego komponentai / aspektai ir jų apibrėžtys (pagal Amerikos Miego medicinos akademijos rekomendacijas) ³⁸

Miego kokybė	Sudėtinis miego komponentas, kurį sudaro objektyvūs kiekybiniai (miego trukmė, užmigimo trukmė, pabudimų skaičius) ir subjektyvūs kokybiniai (gylis, ramumas) parametrai.
Užmigimo trukmė	Laikas, per kurį užmiega nakčiai.
Miego kiekis	Visi miegojimo aspektai, įskaitant trukmę ir efektyvumą.
Miego sutrikdymas	Bet kokia situacija, kuri sutrikdo miegą ir sukelia miego trūkumą ir (arba) kitus miego sutrikimus.
Funkcionavimas dienos metu	Miego įtaka kasdieniam funkcionavimui.
Padidėjęs mieguistumas dieną	Būklė, kai vaikas nori miego dienos metu.
Miego trūkumas	Nepakankamas miego kiekis dėl prastos miego higienos, miego sutrikimo arba netinkamos vaiko priežiūros.
Miego efektyvumas	Miegojimo trukmė, padalinta iš lovoje praleisto laiko.
Miego higiena	Veiksmai, skirti užtikrinti kokybišką nakties miegą ir budrumą dienos metu.
Nepakankama miego trukmė	Miego trukmė, kuri neužtikrina optimalaus vaiko funkcionavimo.
Miego skola	Skirtumas tarp rekomenduojamos ir realios miego trukmės.
Bendra miego trukmė	Bendra miego trukmė per parą.
Miego apnėja	Kvėpavimo sustojimas miego metu.

15. Gretutinės ligos ir būklės, galinčios sukelti miego sutrikimą ⁴⁵⁻⁴⁷:
 - lėtinės vidaus organų ligos (pvz., bronchinė astma, gastroezofaginis refluksas (GERL), įgimta širdies yda, artritas ir kitos skausmą sukeliančios ligos);

- veido struktūrų anomalijos: vidurinės veido dalies hipoplazija, retrognatija, mikrognatija. (būdingos Down, Prader-Willi, Pierre Robin sindromą turintiems vaikams);
 - burnos ir ryklės patologija, susijusi su obstrukcinės miego apnėjos (OMA) rizika;
 - nervų sistemos ligos: cerebrinis paralyžius, protinė negalia, autizmo spektro sutrikimas, regos sutrikimas (sukelia cirkadinio ritmo sutrikimą);
 - aktyvumo ir dėmesio sutrikimas;
 - nerimas arba depresija.
16. Vertinti vaiko svorio ir ūgio augimą, apskaičiuoti kūno masės indeksą (KMI). Viršsvoris ir nutukimas susiję su didesne OMA rizika. Prastas augimas gali būti lėtinės sunkios OMA požymis, ypač kūdikiams ir mažiems vaikams ^{48,49}.
17. Atlikti klinikinį neurologinį ištyrimą. Žiaukčiojimo reflekso nebuvimas yra bulbarinio pažeidimo požymis, kuris gali būti OMA priežastimi. Nervų-raumenų ligomis sergantiems vaikams būdingi kvėpavimo sutrikimai dėl raumenų silpnumo, didesnė OMA rizika.

Savarankiškumo įgūdžių vertinimas vietos VRSAR tarnyboje

(rekomendacijų I klasė)^{1,9,10,27,28}

1. Naudojamos 2.3.1 skyrelyje nurodytos vertinimo priemonės, jeigu jos nebuvo taikytos PSP įstaigoje ir (arba) nėra žinomi vertinimo rezultatai.
2. Vaikai kasdienėje veikloje priklausomi nuo savo tėvų, todėl į vertinimo procesą svarbu įtraukti vaiko šeimą, remtis į šeimą orientuotos terapijos principais ^{9,27–29}.
3. Savarankiškumo vertinimą sudaro individualiai parinkti subjektyvūs ir objektyvūs (klinikinis) vertinimo metodai ^{1,9,9}.
9. Atliekant subjektyvų vertinimą išsiaiškinama:
 - tėvų nusiskundimai ir lūkesčiai;
 - perinatalinė anamnezė, vaiko raidos ypatumai;
 - kasdienės vaiko veiklos, kurios kelia tėvams nerimą; kasdienėms veikloms vertinti rekomenduojame naudoti struktūruotą klausimyną (1 lentelė);
 - vaiko ir šeimos rutina;
 - taikytos intervencijos (įskaitant nereceptinių ir receptinių medikamentų naudojimą).
10. Objektyvus vertinimas atliekamas stebint vaiko atliekamas kasdienės veiklos užduotis, savarankiškumo ir pagalbos poreikio lygmenį (13 lentelė). Rekomenduojama naudoti standartizuotą veiklų ir savarankiškumo vertinimo priemonę (14–15 lentelės).
11. Papildomai rekomenduojama vertinti aktyvių judesių amplitudę, raumenų jėgą, koordinaciją, pusiausvyrą, smulkiosios motorikos įgūdžius, jutimus ir suvokimą. Kartu įvertinti ir apsvarstyti pagalbinių priemonių poreikį.

13 lentelė. Savarankiškumo ir pagalbos poreikio lygmens nustatymas (pagal Case-Smith ir Clifford O'Brien, 2015) ¹

Savarankiškumo lygmuo	Apibūdinimas
Savarankiškas	Savarankiškai (100 %) atlieka veiklą, įskaitant ir pasiruošimą jai atlikti.
Savarankiškas, tačiau reikalinga ne fizinė pagalba	Vaikas savarankiškai atlieka veiklą, tačiau reikia pagalbos jai pasiruošti.

13 lentelės tęsinys

Savarankiškumo lygmuo	Apibūdinimas
Reikalinga priežiūra	Vaikas atlieka veiklą savarankiškai, tačiau reikalinga priežiūra dėl saugumo arba reikalingos žodinės instrukcijos 1–24 % užduoties atlikti.
Reikalinga minimali pagalba	51–75 % užduoties atlieka savarankiškai, o 25 % užduoties reikalinga fizinė arba kitokia pagalba.
Reikalinga vidutinė pagalba (atlieka 26–50 % veiklos)	26–50% užduoties atlieka pats, o mažiausiai pusei veiklos atlikti reikalinga fizinė arba kitokia pagalba
Reikalinga maksimali pagalba (atlieka 1–25 % veiklos)	Atlieka savarankiškai 1–25% veiklos, o 75% veiklos atlikti reikalinga fizinė pagalba.
Priklausomas nuo kitų	Veiklų beveik neatlieka.

14 lentelė. Veiklų ir savarankiškumo vertinimo priemonės

Veikloms vertinti	Igūdžiams vertinti
<ul style="list-style-type: none"> Tikslams nustatyti ir jų pasiekimui įvertinti – GAS⁴¹ ir (arba) COPM⁵⁰; Kasdienio gyvenimo veikloms – WeeFIM^{51–53}, PEDI, PEDI-CAT⁵⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> Sutrikimo rizikai nustatyti – ASQ3²⁶; Sensomotoriniams igūdžiams vertinti – BSID^{55,56}; Stambiajai ir smulkiajai motorikai vertinti – PDMS^{9,33,57}; Sensorinei integracijai vertinti – SP⁵⁸.

Santrumpos: ASQ3 – Amžiaus tarpsnių klausimynas (angl. Ages & Stages Questionnaires), BSID – Bayley vaiko raidos skalės (angl. Bayley Scales of Infant Development); COPM – Kanadietiškas veiklų atlikimo vertinimas (angl.: Canadian occupational performance measure, COPM), GAS – tikslų pasiekimo vertinimo skalė (angl. Goal attainment scale), PDMS - Peabodi judesių raidos skalė (angl. Peabody developmental motor scale.), PEDI – Vaiko negalios vertinimo priemonė (angl.: Paediatric Evaluation of Disability Inventory), SP – Kūdikių ir vaikų sensorinio profilio klausimynas (angl. Infant/Toddler Sensory profile), WeeFIM – Vaikų funkcinio nepriklausomumo testas (angl.: Functional Independence Measure for Children,).

15 lentelė. Veiklų ir savarankiškumo vertinimo priemonių psichometrinės savybės

Vertinimo priemonė	Vertinamojo amžius	Vertinama sritis	Patikimumas *	Pagrįstumass**
			a	b
ASQ3 ^{26,30,59}	1 mėn.–5,5 m.	Komunikacija, smulkioji motorika, stambioji motorika, problemų sprendimas, asmeniniai-socialiniai gebėjimai	**	**
BSID ^{56,60}	1 – 42 mėn.	Pažintiniai gebėjimai, judesiai, prisitaikymas, socialinė-emocinė raida	***	***
COPM ⁵⁰	0–19 m.	Veiklų pokytis	**	***
GAS ¹⁶	0–19 m.	Tikslų pasiekimas	*	***
PEDI ⁵³	6 mėn.–7,5 m.	Negalia	**	***
PEDI-CAT ⁵⁴	0 mėn.–20 m.	Negalia	*	***
PDMS-2 ⁵⁷	0 mėn. – 6 m.	Motoriniai igūdžiai		
SP – 2 ⁵⁸ (infant/toddler)	0– 36 mėn.	Sensorika		
WeeFIM ⁵³ *Jeigu WeeFIM<70 balų naudoti WeeFIM II 0-3 forma ⁶¹	6 mėn.–8 m. 0 mėn. – 3 m.	Funkcinis savarankiškumas	**	**

*patikimumas (angl. reliability) – matavimų tikslumas, pastovumas; **pagrįstumas (angl. validity) – vertinimo priemonės tinkamumas, adekvatumas; (a) (*) tirta viena iš patikimumo rūšių (vidinis suderintumas, pakartotinių

testavimų patvirtintas patikimumas, vertintojų sutariamumas), o tyrimo rezultatas priimtinas; (**) tirtos dvi patikimumo rūšys, o tyrimų rezultatai priimtini, t. y. patikimumas >0,70 70 % arba daugiau skalių / sričių; (***) tirtos 3 patikimumo rūšys, o tyrimų rezultatai priimtini.

(b) (*) tirta viena iš validumo rūšių (konstrukto, turinio, kriterinis ar kt.), o tyrimo rezultatas priimtinas; (**) tirtos 2 validumo rūšys, o tyrimų rezultatai priimtini; (***) tirtos 3 validumo rūšys, o tyrimų rezultatai priimtini.

10. Vertinant valgymo įgūdžius rekomenduojama išsiaiškinti medicininę (perinatalinė anamnezė, raida, lėtinės ligos, taikytos chirurginės intervencijos ir vaistai) ir maitinimo anamnezę (krūtimi ar iš buteliuko, maitinimas šaukštu, papildomo maisto įvedimas) ³⁴.
11. Tipiškai besivystantys vaikai iki 2 metų dažnai būna išrankūs maistui (16 lentelė). Skirtumai tarp išrankumo maistui ir VMS pateikiami 17 lentelėje.

16 lentelė. Išrankumo maistui požymiai (pagal Taylor, 2015) ⁶²

<ul style="list-style-type: none"> • Pirmenybę teikia vieniems ir nemėgsta kitų maisto produktų, priklausomai nuo jų skonio, tekstūros ir paruošimo būdo. • Maža valgomo maisto įvairovė, valgo apie 20–30 maisto produktų. • Vengia ir (arba) atsisako ragauti naujus maisto produktus. • Dažnai atsisako valgyti „tinkamą“ maistą arba „reikiamą“ jo kiekį. • Stipriai susierzina (daugiau negu bendraamžiai), kai tėvai reikalauja valgyti „tinkamą“ maistą. • Tėvams prieštarauja daugiau negu bendraamžiai, kai kalbama apie maistą ir valgymą. • Tėvai dažniausiai gamina vaikui atskirai jo mėgiamus patiekalus. • Skirtingose situacijose gali valgyti skirtingai.
--

17 lentelė. Skirtumai tarp išrankumo maistui ir vaikų maitinimo sutrikimo (pagal ⁶²⁻⁶⁴)

Išrankumas maistui	Vaikų maitinimo sutrikimas
Turi itin mėgstamus ir nemėgstamus maisto produktus, priklausomai nuo jų skonio, tekstūros ir paruošimo būdo. Dažniausiai valgo produktus iš skirtingų maisto grupių.	Dažniausiai atsisako valgyti visą maisto produktų grupę (pvz., visai nevalgo daržovių arba mėsos) arba valgo tik panašiai atrodantį maistą.
Didžiąją dalį suvartojamos energijos gauna iš skysčių.	Sutrikęs svorio augimas.
Būdingas vaikams nuo 18 mėn. iki 6 (pikas 3–3,5) metų.	Būdingas vaikams nuo gimimo iki 4 metų.
Valgo apie 20–30 maisto produktų.	Valgo mažiau negu 20 produktų.
Valgo kituose maisto produktuose arba skysčiuose „užmaskuotą“ maistą.	Stebima daug su maitinimu susijusių baimių ir nerimo.
Valgo, kai išalksta.	Neragauja naujo maisto net kai yra alkani. Gali niekada nepripažinti, kad išalko.
Sumažėja iki 6 metų	Gali išlikti ir suaugus. Ima vengti su valgymu susijusių socialinių situacijų.
Nėra gretutinių ligų / patologinių būklių.	Dažniau nustatomas autizmo spektro, sensorinės integracijos, rijimo sutrikimą turintiems vaikams.
Nėra pernelyg didelio jautrumo aplinkos dirgikliams.	Pernelyg jautrūs tan tikram maisto maisto skoniui, tekstūrai, kvapui, išvaizdai, rečiau – temperatūrai.

12. Jeigu stebimi išrankumo maistui požymiai, vietos VRSAR tarnyboje pradedamos taikyti specifinės intervencijos (žr. 5 skyrių). Vaikas siunčiamas į regioninį arba universitetinį VRSAR centrą, jeigu:
 - išrankumas maistui tęsiasi 2 metus ir nemažėja vaikui augant;

- labai ribotas vaiko maisto racionas (10–15 maisto produktų);
 - griežtai atsisako valgyti nemėgstamą maistą ir reikalauja mėgstamo (ne tik, kad teikia pirmenybę tam tikram maistui);
 - kategoriškai atsisako ragauti anksčiau nebandyto maisto;
 - sutrikęs svorio augimas;
 - stebimas stambiosios ir (arba) oralinės motorikos sutrikimas;
 - valgymo sunkumai trukdo vaikui valgyti kartu su šeima arba kitais asmenimis.
13. Įtariant rengimosi sutrikimą, vertinami visi rengimosi komponentai (žr. 6 skyrių).
14. Miego sutrikimams vertinti rekomenduojama naudoti Miego kokybės (1 priedas) ir BERAS (angl. *Bedtime issues, Excessive daytime sleepiness, Awakenings during the night, Regularity and duration of sleep, Sleep-disordered breathing (or Snoring)*) (2 priedas) klausimynus. Juos atlikus išsiaiškinamos pagrindinės miego problemos. Dažniausios jų:
- sunku užmigti – užmigimas trunka daugiau 30 minučių;
 - mieguistumas dieną;
 - knarkimas arba kitos kvėpavimo problemos miegant;
 - nenormalūs judesiai arba elgesys prieš miegą arba miegant.
15. Išsiaiškinti miego istoriją (18 lentelė), miego ir prabudimo grafiką, maitinimo grafiką, šeimą veikiančias stresines situacijas.

18 lentelė. Klinikinis miego vertinimas, įtariant elgesines miego problemas (pagal^{65,66})

Miego problemos apibūdinimas
<ul style="list-style-type: none"> • Problemos tipas (pvz., prieštaravimas ėjimui miegoti, sunku užmigti ir (arba) dažnai pabunda); • Kada miego problema atsirado, jos dažnumas ir trukmė; • Įprastas vaiko miego grafikas (darbo dienomis ir savaitgaliais); • Miego aplinka (įskaitant brolių ir seserų buvimą, televizorių arba kitą triukšmą); • Veikla prieš miegą, įskaitant fizinę arba kitą stimuliuojančią veiklą, vaizdo žaidimus; • Ėjimo miegoti rutina; • Tėvų reakcija į miego problemas, išbandyti jų sprendimo būdai.
Potencialūs psichosocialiniai veiksniai
<ul style="list-style-type: none"> • Miego režimo pasikeitimai / nereguliarumas; • Įvykiai šeimoje (pvz., brolio arba sesės gimimas); • Šeimos narių ligos (įskaitant psichikos sutrikimus); • Vaiko raidos ypatumai, temperamentas, elgesys; • Ekranų laikas.
Potencialūs biologiniai veiksniai (gali turėti poveikio ir psichosocialiniams)
<ul style="list-style-type: none"> • Pirminiai miego sutrikimai: <ul style="list-style-type: none"> – OMA (jos simptomai gali būti dažnas ir garsus knarkimas, kvėpavimo pauzės, kvėpavimas per burną, hiperaktyvumas, dėmesio stoka, mieguistumas dieną; – neramių kojų sindromas (noras judinti kojas, ypač vakare ir ramybėje, diskomfortas kojose, neramus miegas, spardymasis miegant); – alergija, atopinis dermatitas, artritas, visos ligos, kurios sukelia niežulį arba skausmą; – epilepsija.

16. Įtariant cirkadinio miego ritmo sutrikimą, prašyti tėvų užpildyti miego dienyną (3 priedas). Miego dienynas pildomas mažiausiai 2 savaites. Jame pažymima:
- pasirengimo miegoti ir kėlimosi laikas;
 - užmigimo ir pabudimo laikas;
 - dienos miego kiekis;

- budrumas ir mieguistumas dieną.

Komentaruose surašoma informacija apie naktinius įvykius, miego kokybę, stresines dienos situacijas.

17. Išsiaiškinti miego sutrikimo trukmę, dažnumą ir pradžią (staiga, laipsniškai, epizodiškai).

Miego sutrikimu laikoma situacija, kai miego sutrikimo simptomai:

- stebimi mažiausiai tris kartus per savaitę;
- tęsiasi tris mėnesius arba ilgiau;
- neigiamai veikia vaiko, tėvo (-ų) arba kitų šeimos narių funkcionavimą dieną ⁶⁷.

Diagnostiniai nemigos kriterijai pateikiami 19 lentelėje.

18. Klinikinė miego sutrikimų išraiška gali būti įvairi, priklauso nuo vaiko amžiaus ir išsivystymo lygmens ⁶⁸.

19 lentelė. Diagnostiniai lėtinės nemigos kriterijai (pagal ^{65,66})

Pirmasis kriterijus	Naktiniai simptomai: <ul style="list-style-type: none"> • sunkiai užmiega; • dažnai pabunda naktį; • ryte anksti keliasi; • priešinasi ėjimui miegoti pagal nustatytą grafiką; • atsisako miegoti vienas.
Antrasis kriterijus	Dieniniai simptomai: <ul style="list-style-type: none"> • nuovargis; • dėmesio koncentracijos arba atminties pablogėjimas; • nuotaikos sutrikimas, padidėjęs dirglumas; • mieguistumas; • elgesio sutrikimai (hiperaktyvumas, impulsyvumas, agresija); • motyvacijos ir (arba) iniciatyvos stoka; • nerimas, nepasitenkinimas miegu.
Trečiasis kriterijus	Naktiniai ir dieniniai simptomai kartojasi dažniau negu tris kartus per savaitę.
Ketvirtasis kriterijus	Nemigos simptomai kartojasi ilgiau negu tris mėnesius.
Penktas kriterijus	Nemigos simptomai nesusiję su netinkamomis miego sąlygomis.
Šeštasis kriterijus	Nemigos simptomai nesusiję su kitu miego sutrikimu (pvz., miego apnėja).

18. Pokalbio su tėvais ir vaiko vertinimo metu atkreipti dėmesį į vaiko budrumą. Pasikartojantis žiovulys, primerktos akys, amimiškas veidas, nuolatinis muistymasis, padidėjęs aktyvumas arba irzlumas gali būti mieguistumo ir prasto nakties miego požymiai. Nuolatinis kvėpavimas per burną arba garsus kvėpavimas gali būti susiję su nosies obstrukcija^{12,69}.

8. Vaikams, kurių savarankiškumo raida sutrikusi, sudaromas individualus reabilitacijos planas, kuriame numatomi reabilitacijos tikslai ir priemonės, gydymo tikslų pasiekimo vertinimo strategija. Gydymo planui sudaryti ir tikslų pasiekimui vertinti rekomenduojame naudoti tikslų siekimo skalę (angl. *Goal Attainment Scale, GAS*) ¹⁶ arba Kanadietišką veiklos vertinimo priemonę (angl. *Canadian Occupational Performance Measure, COPM*)⁵⁰.

Savarankiškumo įgūdžių vertinimas regioniniame arba universitetiniame VRSAR centre
(rekomendacijų I klasei)^{1,9,10,27,28}

1. Gali būti taikomos (jeigu nebuvo atliktos vietos VRSAR tarnyboje) 2.3.2 skyrelyje nurodytos vertinimo priemonės. Papildomai gali būti naudojama: miego filmavimas, aktigrafija, PSG (pagal indikacijas), instrumentiniai rijimo tyrimai.
2. Vertinamos vaiko veiklos ir įgūdžiai naudojant standartizuotą / -as vertinimo priemones (13–14 lentelės). Vertinimo priemonė pasirenkama individualiai, priklausomai nuo vaiko ir (arba) jo šeimos nusiskundimų / lūkesčių, anksčiau atliktų savarankiškumo įgūdžių vertinimo rezultatų ir gydymo tikslų.
3. Nustačius VMS ir įtariant disfagiją rekomenduojama atlikti instrumentinį rijimo tyrimą (daugiau – metodikoje „Vaikų maitinimo sutrikimai: diagnostika ir gydymo metodai“).
4. Miego vertinimo priemonė pasirenkama priklausomai nuo miego sutrikimo pobūdžio. Rekomenduojama nufilmuoti vaiko nakties miegą. Įrašo peržiūra padeda nustatyti preliminarią miego sutrikimo diagnozę ir įvertinti papildomo ištyrimo poreikį.
5. Cirkadiniam ritmui įvertinti rekomenduojama atlikti aktigrafiją (ant riešo uždedamas prietaisas, kuris teikia duomenis apie poilsio ir veiklos trukmės pasiskirstymą). Duomenys renkami 5–14 dienų. Be to, aktigrafiją rekomenduojama naudoti intervencijų veiksmingumui vertinti⁷⁰.
6. PSG nėra rutininis tyrimas. Naktinė PSG atliekama, jeigu įtariami:^{65,71–76}
 - su miegu susiję kvėpavimo sutrikimai (pvz., OMA);
 - narkolepsija (PSG atliekama kartu su daugialypiu miego latentiniu testu (angl. *Multiple sleep latency test, MSLT*));
 - periodinis galūnių judėjimo sutrikimas (angl. *Periodic limb movement disorder, PLMD*);
 - reikia koreguoti teigiamo slėgio deguonies (angl. *Continuous positive airway pressure, CPAP*) terapijos parametrus;
 - miego sutrikimas įtariamas pacientui, sergančiam nervų-raumenų liga;
 - parasomnija su PLMD arba su miegu susijusiu kvėpavimo sutrikimu;
 - neramių kojų sindromas (angl. *Restless legs syndrome, RLS*).
7. Rekomenduojama atlikti PSG kartu su elektroencefalografija (EEG), jeigu įtariama⁷¹:
 - epilepsija miego metu;
 - netipinė arba potencialiai žalinga parasomnija.
8. MSLT atliekamas vaikams, kuriuos vargina mieguistumas dieną, o klinikinio vertinimo metu įtariama narkolepsija.
9. Vaikams, kurių savarankiškumo raida sulėtėjusi arba sutrikusi, sudaromas individualus reabilitacijos planas, kuriame numatomi reabilitacijos tikslai ir priemonės, gydymo tikslų pasiekimo vertinimo strategija. Gydymo planui sudaryti ir tikslų pasiekimui vertinti rekomenduojama naudoti tikslų pasiekimo skalę (angl. *Goal Attainment Scale, GAS*)¹⁶ arba Kanadietišką veiklų vertinimo priemonę (angl. *Canadian Occupational Performance Measure, COPM*)⁵⁰.

2.4. Savarankiškumo raidos sutrikimų terapijos principai

2.4.1. Maitinimo ir valgymo sutrikimai

Bendrosios nuostatos (*rekomendacijų I klasės*)^{9,15,34}

1. Valgymo įgūdžiams priskiriamas maitinimas(si)s ir valgymas. Maitinima(si)s apima pasirengimą valgyti ir maisto nešimą iki burnos. Valgymo terminu apibrėžiamas gebėjimas laikyti maistą burnoje ir atlikti su juo reikiamus veiksmus (kramtyti, ryti). Rijimo terminu apibrėžiamas procesas, kurio metu maistas, skystčiai, vaistai arba seilės iš burnos patenka į gerklę ir skrandį⁹.
2. Kritinis laikotarpis maitinimo(si) ir valgymo gebėjimams formuotis – pirmieji du gyvenimo metai. Per juos vaikas išmoksta valgyti savarankiškai, įpranta valgyti įvairų maistą, laipsniškai pereina prie modifikuotos suaugusiųjų mitybos.
3. Rekomenduojama skatinti savarankišką vaiko valgymą bet kuriuo amžiaus tarpsniu, ypač pastebėjus vaiko rodomą iniciatyvą, susidomėjimą maistu ir maitinimo procesu.
4. Savarankiško valgymo įgūdžiai gali vėluoti dėl bendro raumenų silpnumo, raumenų tonuso pokyčių, sutrikusios kitų sričių (pažintinių gebėjimų, regos, sensorinės integracijos, socialinės) raidos ir (arba) elgesio problemų, motyvacijos stokos.
5. Pagrindinis maitinimo ir valgymo sutrikimams mažinti / šalinti skirtos ergoterapijos tikslas – išmokyti vaiką valgyti kuo savarankiškiau.
6. Maitinimo terapiją planuoja daugiadalykė specialistų komanda^{9,77}:
 - ergoterapeutas;
 - logoterapeutas;
 - socialinis (raidos) pediatras;
 - kineziterapeutas;
 - socialinis darbuotojas;
 - slaugytojas;
 - vaiko tėvai arba globėjai.Esant poreikiui, į komandą įtraukiami kiti specialistai: vaikų neurologas, vaikų ir paauglių psichiatras, otorinolaringologas, dietistas, kitų specializacijų vaikų gydytojai. Šie specialistai gali dirbti daugiadalykės VMS valdymo komandos sudėtyje arba pasitelkiami kaip papildomi konsultantai.
7. Maitinimo terapijos planas sudaromas remiantis vaiko veiklų ir savarankiškumo vertinimu, atsižvelgiant į visas valgymo įgūdžius veikiančias aplinkybes (vaiko gebėjimus, psichosocialinę ir fizinę aplinką).
8. Terapija turi būti tęstinė. Sudarytas terapijos planas turi būti vykdomas nuosekliai, taikomas vaikui įprastoje aplinkoje ir veiklose. Terapijos plano veiksmingumas vertinamas kas 3 mėnesius.
9. Sudarant maitinimo terapijos planą svarbu⁷⁸:
 - pritaikyti aplinką (sėdėjimo, maitinimo priemonės ir kt.);
 - parinkti maisto tekstūras, didinti toleranciją naujoms tekstūroms, naudojant įvairias sensomotorines valgymo strategijas ir (arba) elgesio modifikavimo metodus;
 - įtraukti sensorinės integracijos lavinimo priemones;
 - mokyti savarankiško valgymo įgūdžių (pvz., laikyti šaukštą, semti maistą, nešti šaukštą su maistu iki burnos);

- lavinti burnos judesius (čiulpimo, kramtymo, rijimo).

Savarankiško valgymo įgūdžių mokymas (rekomendacijų I klase)^{1,9,10,79–81}

1. Formuojant / lavinant valgymo įgūdžius svarbu užtikrinti kad vaikas jaustų alkį ir suvoktų, kada ateina maitinimo laikas. Todėl reikalingas maitinimo režimas ir rutina. Nuspėjama ir pažįstama maitinimo tvarka (rutina) padeda vaikui:
 - pajauti skirtumą tarp alkio ir sotumo;
 - suprasti, kad artėja maitinimo laikas;
 - pasirengti maitinimui ir aktyviai jame dalyvauti.
 Pagrindiniai maitinimo rutinos komponentai: pastovus maitinimo grafikas ir aplinka, bendravimas su aplinkiniais, jutiminiai potyriai, atsipalaidavimas ir geros emocijos.
2. Sudarant maitinimo rutiną būtina atsižvelgti į individualius vaiko poreikius ir šeimos kultūrinius bei socialinius ypatumus (skirtingos šeimos turi skirtingų socialinių lūkesčių, taisyklių ir idėjų apie vaikų maitinimą ir tinkamą elgesį maitinimo metu).
3. Būtina daryti pertraukas tarp maitinimų (alkis yra vaiko vidinė motyvacija valgyti) ir nustatyti maitinimo trukmę:
 - Krūtimi maitinami kūdikiai žindomi 6–8 kartus per parą, priklausomai nuo amžiaus. Jiems maitinimo trukmė ir dažnis neribojami.
 - Kūdikių ir vyresnių vaikų, kurie maitinami kietu maistu, pagrindinio valgymo trukmė turi būti ne ilgesnė negu 30 min., o užkandžiavimo trukmė – ne ilgesnė negu 10–15 min. Vaiko maitinimas neturėtų užimti daugiau negu 4–6 valandas per dieną.
4. Maitinimo metu vengiama pašalinių dirgiklių (triukšmo, ryškios šviesos, žaislų, ekranų).
5. Vaikas maitinamas pasirinktoje nuolatinėje vietoje, maitinimo kėdutėje arba kitoje pritaikytoje vietoje. Negalima kaitalioti vaiko maitinimo vietos, kad jo neblaškyti.
6. Užtikrinti stabilią vaiko kūno padėtį maitinimo metu (pėdų atramą, kojų ir dubens stabilumą):
 - 0–3 mėnesių kūdikiai maitinami padėtyje, kurioje galva ir liemuo bei kojos yra nedaug sulenkti. Tokia padėtis sumažina aspiracijos riziką, o būnant tokioje padėtyje vaikui lengviau išlaikyti rankas ties kūno vidurio liniją, įsikišti jas į burną, jas čiulpti.
 - 3–6 mėnesių kūdikiai laikomi statesnėje padėtyje. Kūdikis skatinamas įsitraukti į maitinimo procesą – prilaikyti rankomis krūtį arba buteliuką. Negalima girdyti kūdikio iš buteliuko paguldžius ant horizontalaus paviršiaus (lovos ar grindų). Maitinimo metu buteliukas neturi remtis į kūdikio krutinę.
 - Nuo 6 mėnesių kūdikiai sodinami į specialią maitinimo kėdę.
 - Vaikai nuo 2 metų, jeigu neturi judesių ir padėties sutrikimo, valgo sėdėdami įprastai, be pagalbinių priemonių.
7. Tipiškai besivystančius kūdikius rekomenduojama primaitinti nuo 6 mėnesių^{82,83}. Nuo 8 mėnesių rekomenduojama duoti gabaliukais susmulkinto maisto, kad galėtų imti jį rankomis ir dėti į burną. Vyresni negu 2 metų vaikai turi sugebėti valgyti šaukštu ir gerti iš puodelio.
8. Jeigu stebimas burnos jutimų ir (arba) judesių sutrikimas (įskaitant ir vaikus, kuriuos planuojama pradėti maitinti per burną) taikomos sensomotorinės intervencijos (žr. metodiką „Vaikų maitinimo sutrikimai: diagnostika ir gydymo metodai“), rekomenduojama pasiūlyti vaikui įvairių faktūrų žaislų, šepetėlių, vibruojančių objektų, skatinti tyrinėti juos rankomis ir burna (vaikai intensyviau tyrinėja, kai patys kontroliuoja procesą).

9. Skatinti vaiką valgyti savarankiškai maitinimo, kol yra alkanas. Jeigu skatinamas valgyti savarankiškai vaikas blaškosi ir pasidaro irzlus, mokyti valgyti užkandžiavimo arba tikslingo žaidimo metu.
10. Vaikams, kurie pavargsta valgydami dėl raumenų silpnumo (pvz., sergantys nervų-raumenų ligomis) arba kitų priežasčių, leisti savarankiškai suvalgyti dalį maisto arba duoti savarankiškai valgyti tik užkandžius.
11. Vaikams, kurie turi smulkiosios ir (arba) stambiosios motorikos ir (arba) regos sutrikimą, tinkamai parinkti ir pritaikyti pagalbines priemones:
 - Aukštenis stalas suteikia stabilumo liemeniui ir pečiams, nes sumažėja atstumas, kurį reikia įveikti nešant pasemtą arba pasmeigtą maistą nuo indo iki burnos.
 - Padėjus alkūnes ant stalo reikia mažiau fizinės jėgos, kad pavalgytų, todėl vaikas ilgiau pajėgia savarankiškai valgyti.
 - Padėjus po lėkšte arba dubenėliu neslystantį kilimėlį, prastą judesių koordinaciją turinčiam vaikui bus lengviau pasemti maisto šaukštu. Prastą judesių koordinaciją turintis vaikas pirmiausia mokomas semti glitų maistą, kuris gerai limpa prie šaukšto arba valgyti su gilesniu šaukštu-samteliu.
 - Vaikams, kurių rankos silpnos arba griebimo įgūdžiai nepakankami, rekomenduojama duoti lengvus valgymo įrankius, pritaikyti universalią rankeną arba delno dirželį, kad galėtų laikyti įrankį stabiliai. Jeigu rankų jėga labai maža, galima pritaikyti išorinę rankos palaikymo sistemą arba savarankiškam valgymui skirtą elektroninę įrangą.
 - Jeigu vaikas turi regos sutrikimą, rekomenduojama aiškiai pažymėti padėklo ir (arba) lėkštės dalis (pvz., ties antra valanda pagal laikrodį bus sudėti maisto produktai). Lėkštė ir puodelis bei valgymo įrankiai dedami visada toje pačioje vietoje ant padėklo ar stalo. Lėkštėje maisto produktai turi būti sudėti atskirti, visą laiką toje pačioje vietoje. Maitinimui naudoti ryškias lėkštes ir puodelius.
 - Vaikams su padidintu taktiliniu jautrumu, pasiūlyti šaukštą su siaura arba lygia rankena, kad nejaustų diskomforto valgydamas. Šalia padėti servetėlę, kad galėtų nusivalyti rankas arba veidą.
12. Vaikams, kurių valgymo įgūdžių raida vėluoja dėl pažintinių gebėjimų stokos arba netinkamo elgesio, taikyti atgalinio mokymo metodiką. Šios metodikos esmė – mokymas atbuline tvarka pradėdant nuo paskutinio veiklos etapo. Iš pradžių pirmuosius veiklos etapus atlieka kitas žmogus, o vaikui leidžiama veiklą užbaigti. Mokantis toliau, vaikui paliekama užbaigti vis daugiau veiksmų, kol galiausiai išmokstama atlikti visą veiklą nuo pradžios. Pavyzdžiui, mokant vaiką valgyti šaukštu, vaikas maitinamas kito žmogaus, bet likus iki burnos keliems centimetras vaikas skatinamas perimti šaukštą ir įsidėti maisto į burną savarankiškai. Ilgainiui vaikui leidžiama nešti šaukštą su maistu vis ilgesnį atstuma, kol galiausiai ima semti maistą ir valgyti savarankiškai.
13. Jeigu maitinimo metu vaikas elgiasi netinkamai (pvz., verkia, prieštarauja, stumia maistą šalyn, mėto), rekomenduojama naudoti vizualinį tvarkaraštį arba laikmatį.
14. Gertuvės naudojamos tik vaikams, kurie nustojo gerti iš buteliuko, bet dar nemoka gerti iš atviro puodelio arba per šiaudelį.
15. Jeigu statydamas ant stalo puodelį ar gertuvę, vaikas gėrimą išlieja, rekomenduojama naudoti gertuvę arba puodelį su plačia apačia ir (arba) neslystančiu dugnu. Jeigu vaikui sunku išlaikyti puodelį rankose, pratinti gerti per šiaudelį.
16. Mokant gerti iš atviro puodelio, pradėti nuo tirštesnių gėrimų – jų gėrimą lengviau suvaldyti.

17. Iki dviejų metų (geriausia iki 15–18 mėnesių) atpratinti vaiką gerti iš buteliuko.

Pratinimas prie naujų maisto produktus ir tekstūrų (rekomendacijų I klasė) ^{1,9,10,27,77–79,84}

1. Taikoma elgesio terapija, valgymo režimo ir rutinos korekcija, sensorinės intervencijos, tėvų mokymas.
2. Tipiškai besivystantiems vaikams, kurie yra pernelyg išrankūs maistui, rekomenduojama:
 - Reguliariai pasiūlyti vaikui naujo ir (arba) nemėgstamo maisto. Maitinant vaiką kartu su šeima visada dėti į vaiko lėkštę to paties maisto kaip ir šeimos nariams (vengti gaminti vaikui atskirai), net jeigu nesitikima, kad vaikas jį suvalgytų. Jeigu vaikas netoleruoja / prieštarauja kai kurių maisto produktų buvimui lėkštėje, įdėti vaikui skirtą maisto porciją į atskirą lėkštę ir pastatyti ant stalo netoli vaiko. Matydamas naują ir (arba) nemėgstamą maistą vaikas pamažu pripras prie jo savybių (vaizdo, kvapo) ir panorės paragauti.
 - Leisti valgyti pirštais, tyrinėti maistą ir susipažinti su naujais maisto produktais. Skatinti įsitraukti į veiklas, susijusias su maistu (pvz., maisto pirkimą, auginimą, produktų išdėliojimą virtuvėje, maisto ruošimą, stalo serviravimą).
 - Pasiūlyti rinktis vieną iš dviejų anksčiau neragautų produktų (pvz., leisti pasirinkti iš dviejų rūšių vaisių).
 - Jeigu vaikui nepatinka tam tikros tekstūros maistas, pamėginti pakeisti jį analogiškos mitybinės vertės, bet kitokios tekstūros maistu (pvz., pasiūlyti jogurto vietoje pieno arba žalių tarkuotų daržovių vietoje virtų).
 - Serviruoti maistą patraukliai.
 - Skatinti tinkamą ir ignoruoti netinkamą vaiko elgesį prie stalo. Nusišypsoti ar apkabinti vaiką kai jis tyrinėja ir (arba) ragauja naujus maisto produktus, pagirti už suvalgytą kad ir nedidelį nemėgstamo / naujo maisto kiekį. Po valgio, jeigu vaikas elgėsi tinkamai, galima paskatinti jį bendru žaidimu arba kita mėgstama veikla.
 - Nemotyvuoti vaiko valgyti kitu (mėgstamu) maistu, nes tai verčia vaiką manyti, kad vieni maisto produktai ženkliai skanesni už kitus.
 - Vaiko valgymas turėtų sietis su teigiamomis emocijomis. Vengti neigiamų komentarų apie vaiko išrankumą maistui, netaikyti prievartos, bausmių už nevalgymą. Bausmės dėl nevalgymo ir (arba) prievarta sukelia vaikui stresą ir mažina apetitą.
3. Vaikams, turintiems raidos sutrikimą (įskaitant autizmo spektro sutrikimą), rekomenduojama taikyti Pozityvaus valgymo programą (angl. *Positive Eating Program, PEP*) (įrodymų lygmuo C) ⁸⁵. Ją sudaro šie etapai:
 - Maisto suvokimo gerinimas – plečiamas vaiko žodynas, susijęs su maistu (maisto produktų ir patiekalų pavadinimai, jų savybės, klasifikavimas, palyginimas, pasakojimai, dainos apie maistą).
 - Sensoriniai žaidimai ne su maistu (purvu, dažais, moliu, kljais, sausomis kruopomis ir pan.).
 - Sensoriniai žaidimai su maistu (galima kurti „meną“ iš maisto, žaisti derinant valgomus ir ir nevalgomus dalykus).
 - Maisto bandymai – pradedama nuo maisto tyrinėjimo (liesti, uosti, bučiuoti, pridėti prie daiktų), kandžiojimo, atsikandimo ir palaikymo burnoje iki valgymo mažesnėmis arba didesnėmis porcijomis, maisto raciono išplėtimo.
4. Visiems vaikams būtina laikytis valgymo režimo ir rutinos. Rekomenduojama:
 - Valgyti kartu su šeima tuo pačiu laiku ir toje pačioje vietoje.

- Valgyti ramioje aplinkoje, vengti pašalinių dirgiklių (pvz., ekranų, žaidimų valgant).
 - Prieš valgį užsiimti ramia veikla. Nuovargis ir susijaudinimas mažina apetitą.
 - Palikti ne trumpesnę negu valanda laiko tarpą pagrindinio valgymo ir užkandžių, kad vaikas išalktų. Neduoti prieš valgį sulčių arba kitų saldžių gėrimų, riboti pieno vartojimą iki dviejų kartų ir max 500 ml per dieną.
 - Pagrindinio valgymo trukmė neturi viršyti 30 minučių, o užkandžiavimo – 20 minučių. Jeigu per tą laiką vaikas maisto nesuvalgė, paimti jo lėkštę ir nutraukti maitinimą. Niekada nemaitinti per prievartą.
5. Pratinant vaiką valgyti naujų produktų, pagrindinis vaidmuo tenka tėvams, todėl svarbus tėvų mokymas. Tėvų mokymui rekomenduojama skirti ne mažiau 8 val. (per keletą kartų) ⁸⁶. Tėvų mokymą turi sudaryti namų programos pateikimas ir aptarimas, papildomos individualios konsultacijos (namuose, gydymo įstaigoje, telefonu) programos veiksmingumui nustatyti.

2.4.2. Rengimasis

Bendrosios nuostatos (rekomendacijų I klasė) ^{35,36}

Rengimasis yra kompleksinė veikla, kuriai atlikti reikalingi pažintiniai ir sensomotoriniai gebėjimai. Mokant vaiką rengtis savarankiškai svarbu atsižvelgti į:

- motorinius įgūdžius (judesių amplitudę, raumenų jėgą, sąnarių lankstumą);
- rankų ir pirštų judesių bei abipusę rankų koordinaciją;
- gebėjimą išlaikyti pusiausvyrą keičiant kūno padėtį atsimerkus ir užsimerkus;
- smulkiosios motorikos gebėjimus (objekto siekimą, griebimą ir paleidimą);
- suvokimą (gebėjimą skirti rankas ir kojas, dešinę nuo kairės, rūbų puses ir dalis, skylių dydžius segant sagas);
- stereognoziją (gebėjimą jausti objektus jų nematant; tai svarbu kišant rankas į rankoves, segant sagas nugaroje);
- kūno schemas suvokimą.

Savarankiško rengimosi mokymo principai (rekomendacijų I klasė) ^{1,35–37,87,88}

1. Mokant vaiką savarankiškumui reikalingų veiklų taikyti motorinių įgūdžių mokymosi principus (angl. *Motor learning principles*) ^{23–25} – kartoti veiksmą įvairių veiklų metu, keičiant aplinką ir siekiant kuo didesnio pakartojimų skaičiaus. Atliekant užduotį suteikti aiškias žodines instrukcijas.
2. Pirmiausia mokyti nusirengti, nes ši veikla lengvesnė ir greičiau išmokstama. Mokymą įtraukti į rutiną ir skirti tam pakankamai laiko. Geriausia pradėti mokytis vakarais, nusirengiant prieš miegą ir velkantis pižamą, kai nebūtina skubėti. Nerekomenduojama mokytis ryte prieš einant darželį arba mokyklą, kad nebūtų skubos ir streso.
3. Mokyti ramioje aplinkoje, sumažinti aplinkos dirgiklių kiekį, kad vaikas geriau susikauptų.
4. Vaikai mokomi rengtis etapais. Galimi du tokio mokymo būdai:
 - Atbulino mokymo (angl. *backward chaining*) metodas. Tėvai arba terapeutas rengdami vaiką palieka jam savarankiškai atlikti paskutinius rengimosi veiksmus. Išmokius juos atlikti toliau vaikui paliekama savarankiškai atlikti vis daugiau rengimosi veiksmų, kol

galiausiai išmoksta rengtis be pagalbos (20 lentelė). Šis metodas tinkamas vaikams, kurie yra jautrūs, nepasitiki savimi.

20 lentelė. Rengimosi mokymo pavyzdys, taikant atbulinio mokymo metodą (pagal^{35,37})

Megztinio apsivilkimas	
1 žingsnis	Padėti vaikui įkišti galvą į megztinį ir rankas į rankoves bei skatinti savarankiškai nutempti megztinį žemyn.
2 žingsnis	Padėti įkišti galvą megztinį ir vieną ranką į rankovę ir skatinti savarankiškai įkišti kitą ranką į rankovę ir nutempti megztinį žemyn.
3 žingsnis	Padėti įkišti galvą megztinį ir skatinti savarankiškai įkišti rankas į rankoves ir nutempti megztinį žemyn.
4 žingsnis	Palaikyti megztinį ir skatinti vaiką savarankiškai įkišti galvą megztinį bei rankas į rankoves ir nutempti megztinį žemyn.
5 žingsnis	Skatinti vaiką savarankiškai apsivilkti megztinį.
Megztinio nusivilkimas	
1 žingsnis	Skatinti nusitraukti megztinį nuo viršugalvio.
2 žingsnis	Skatinti nusitraukti megztinį nuo kaklo.
3 žingsnis	Skatinti nusivilkti megztinį, kai viena ranka ištraukta iš rankovės, o kita vis dar rankovėje.
4 žingsnis	Skatinti nusivilkti megztinį kai viena ranka dar rankovėje, o kita ranka iš dalies ištraukta.
5 žingsnis	Skatinti nusivilkti megztinį, kai jis užkeltas ant pečių, bet rankos rankovėse.
6 žingsnis	Skatinti nusivilkti megztinį savarankiškai.

- Mokymosi nuo pradžių metodas (*angl.: forward chaining*) – vaikas mokomas atlikti pirmąjį rengimosi veiksmą, o kitus užbaigia tėvai ir (arba) terapeutas. Vaikui išmokus jį atlikti, vėliau vaikui paliekama savarankiškai atlikti vis daugiau rengimosi veiksmų, kol galiausiai išmoksta rengtis be pagalbos (21 lentelė). Rengimosi metu terapeutas ir (arba) tėvai suteikia instrukcijas, žodinę arba fizinę pagalbą. Ši technika tinkama vaikams, kuriems sunku prisiminti veiksmų seką arba sujungti veiksmus į visumą.

21 lentelė. Rengimosi mokymo pavyzdys, taikant mokymosi nuo pradžių metodą^{35,37}

Megztinio apsivilkimas	
1 žingsnis	Skatinti savarankiškai įkišti galvą į megztinį, tuomet padėti įkišti rankas į rankoves ir nutempti megztinį žemyn.
2 žingsnis	Skatinti savarankiškai įkišti galvą į megztinį ir vieną ranką į rankovę, tuomet padėti įkišti kitą ranką į rankovę ir nutempti megztinį žemyn.
3 žingsnis	Skatinti savarankiškai įkišti galvą į megztinį ir abi rankas į rankoves, tuomet nutempti megztinį žemyn.
4 žingsnis	Skatinti vaiką savarankiškai apsivilkti megztinį.
Megztinio nusivilkimas	
1 žingsnis	Skatinti vaiką savarankiškai pakelti megztinį iki krūtinės, tuomet padėti ištraukti rankas ir galvą.
2 žingsnis	Skatinti vaiką savarankiškai pakelti megztinį iki krūtinės ir ištraukti vieną ranką iš rankovės, tuomet padėti ištraukti kitą ranką ir galvą.
3 žingsnis	Skatinti vaiką savarankiškai pakelti megztinį iki krūtinės ir ištraukti rankas iš rankovių, tuomet padėti ištraukti galvą.
4 žingsnis	Skatinti savarankiškai nusivilkti megztinį.

5. Mokant vaiką rengtis, rekomenduojama taikyti į aplinkybes orientuotos terapijos (angl. *Context focused therapy*) principus, tai yra koreguoti užduotį pagal aplinkybes (pvz., pasiūlyti rengtis kitu būdu) ir (arba) pritaikyti aplinką (pvz., pritaikyti pagalbines priemones, rūbų modifikacijas):
 - mokymo metu naudoti laisvesnius rūbus su didesne kaklo iškirpte;
 - jeigu vaikui sunku išlaikyti kūno padėtį rengiantis, pamokyti jį atsiremti į sieną arba atsisėsti kampe arba pritaikyti pagalbines priemones stabilumui užtikrinti;
 - vaikui rengiantis būti kartu su vaiku ir jam padėti;
 - sudėti drabužius pagal rengimosi seką arba pateikti rengimosi eiliškumą paveikslėliais;
 - mokyti rengtis viens rūbams naudojant tą pačią rengimosi techniką (pvz., marškinėlius ir megztinį vilktis tuo pačiais būdu, iš pradžių kišant galvą ir po to rankas).
 - naudoti fizines ir žodines užuominas (papasakoti apie kiekvieną veiksmą, kai padedama jį atlikti);
6. Mokyti parodant rengimosi veiksmus pačiam arba filmuotoje medžiagoje.
7. Pratinti vaikus savarankiškai spręsti iškilusias problemas, leisti patiems pasirinkti užduoties atlikimo strategiją ir stebėti ar ji veiksminga.
8. Jeigu vaikas suklydo rengdamasis, paskatinti vaiką apžiūrėti save veidrodyje, įvertinti ar teisingai apsirengė ir įvardinti ką reikėtų pataisyti.
9. Jeigu rengtis savarankiškai trukdo padidėjęs raumenų tonusas, rekomenduojama:
 - maunant kojines ar aunant batus sulenkti koją per klubo ir kelio sąnarius (tokioje padėtyje kojos raumenų tonusas mažesnis);
 - rengiant kūdikį paguldyti jį ant pilvo ant savo kelių taip kad kojos būtų sulenktos per klubus;
 - rengiant vyresnį vaiką, paguldyti jį ant šono.
10. Kūdikį, kuris geba sėdėti, rengti pasisodinus sau ant kelių nugara į save, kad kūdikis matytų priekyje tėvų atliekamus rengimosi veiksmus (tokius pačius, kuriuos jam reikėtų atlikti rengiantis savarankiškai).
11. Vaikus, kurie dėl judėjimo sutrikimo didžiąją dienos dalį praleidžia sėdėdami, rekomenduojama rengti laisvesniais rūbais. Vengti rūbų su detalėmis, kurios gali sukelti pragulas (pvz., kelnių su užpakalinėmis kišenėmis) arba trukdyti valdyti vežimėlį (pvz. ilgų ir plačių rankovių).
12. Vaikus, kurie nešioja liemens įtvarus, rengti priekyje, o ne nugaroje susegamais rūbais.

2.4.3. Miego problemos

Reguliarus nepertraukiamas nakties miegas ir snaudimas dieną labai svarbūs kūdikių ir vaikų raidai, augimui ir dalyvavimui kasdienėse veiklose⁸⁹, o nepakankamas jo kiekis ir kokybė gali ženkliai pabloginti pažintinių gebėjimų ir socialinę raidą^{1,34,88,90,91} (22 lentelė). Kūdikių ir mažų vaikų miego sutrikimai pablogina tėvų ir (arba) globėjų gyvenimo kokybę^{9,75}.

Miego sutrikimai nustatomi 20 % vaikų nuo 6 mėnesių iki 4 metų. Dažniausi vaikų miego sutrikimai – nemiga, nustatoma 20–30 % vaikų. Rečiau pasitaiko OMA, kurios paplitimas siekia 1–3 %⁹². Miego sutrikimų gali turėti bet kokio amžiaus vaikai, net ir neišnešioti naujagimiai.

22 lentelė. Miego sutrikimų poveikis vaiko pažintinėms funkcijoms ir elgesiui (pagal Tapia ir kt., 2022⁶⁵)

Sritis	Klinikinė išraiška
Dėmesys, budrumas, reakcijos greitis	Pablogėjęs dėmesio sukaupimas, veiklų atlikimo tikslumas ir efektyvumas.
Vykdomosios veiklos	Laiko valdymo, sprendimų priėmimo, selektyvus dėmesio, planavimo, impulsų kontrolės ir emocijų reguliavimo sutrikimai, motyvacijos stoka.
Atmintis	Pablogėjusi atmintis, ypač verbalinė darbinė.
Akademiniai pasiekimai	Sumažėjęs imlumas žinioms, blogesnė motyvacija mokytis ir mokymosi rezultatai.
Emocijų reguliacija	Padidėjęs jautrumas, emocinis labilumas, dirglumas, depresija, nerimas ir pyktis.
Elgesys	Hiperaktyvumas, opozicinis ir agresyvus elgesys.

Miego sutrikimų atsiradimą gali lemti vidiniai (genetiniai veiksniai, temperamentas, cirkadinio ritmo, smegenų raidos arba nerimo sutrikimai, įvairios sveikatos problemos) ir išoriniai (netinkama aplinka ar miego režimas) veiksniai^{66,93–95}. Dažniausiai miego sutrikimą sukelia vidinių ir išorinių veiksnių derinys. Nustatyta, kad kūdikių miego trukmę ir pabudimų dažnumą daugiausia lemia aplinkos veiksniai (66 %), o genetinių veiksnių poveikis ženkliai mažesnis (24 %)⁹⁶.

Dažniausiai vaikams nustatomos šios miego problemos³⁴:

- užmigimo (arba) miegojimo sutrikimas;
- miego trūkumas ir nereguliarus miegojimas;
- knarkimas ir kitos kvėpavimo problemos miegant;
- judesiai ir neįprasto elgesio epizodai (parasomnijos).

Miego problemų, kurios trunka neilgai ir yra žinoma jų priežastis (pvz., vaiko liga, svarbūs vaiko arba šeimos gyvenimo pokyčiai), paprastai gydyti nereikia. Jeigu miego sutrikimas tampa lėtiniu (trunka daugiau negu savaitę) ir neigiamai veikia vaiko ir (arba) šeimos funkcionavimą, reikia išsiaiškinti jo priežastis ir taikyti atitinkamas intervencijas^{1,65}.

Nemiga

Užmigimo ir miegojimo sutrikimas (nemiga) diagnozuojamas⁹², jeigu:

- vaikas priešinasi nustatytam miego grafikui;
- neužmiega ilgiau negu 30 minučių;
- dažnai pabunda naktį;
- atsisako miegoti be tėvų.

Užmigimo ir miegojimo sutrikimai yra dažniausia 0–3 metų vaikų miego problema. Pusė 0–6 mėnesių kūdikių pabunda nakties metu, o 10–15 % ikimokyklinio amžiaus vaikų prieštarauja nustatytam miego režimui⁹⁷. Pagal priežastį vaikų nemigos skirstomos į elgesio sąlygotas miego problemas, psichofiziologinę nemigą, specifinius miego sutrikimus ir kitų veiksnių sukeltas nemigas⁶⁶.

Elgesio sąlygotos miego problemos yra dažniausia 0–6 metų vaikų miego sutrikimų priežastis ir atsiranda dėl vaiko nesugebėjimo savarankiškai užmigti ir (arba) dėl tinkamo elgesio ribų stokos.

Nemigai dėl vaiko nesugebėjimo užmigti būdinga, kad vaikas prasibunda naktį ir savarankiškai neužmiega, todėl nukenčia jo miego kokybė. Visi vaikai kiekvieno 60–90 minučių trukmės miego ciklo pabaigoje pabunda, tačiau ne visi geba savarankiškai užmigti. Jiems užmigimas asocijuojasi

su tam tikrais tėvų veiksmais (pvz., sūpavimu, maitinimu), todėl prabudęs naktį nesugeba savarankiškai užmigti ir verkia, reikalaujami įprastų migdymo veiksmy.

Nemiga, susijusi su tinkamo elgesio ribų stoka, pasireiškia prieštaravimu migdymui ir miegojimui. Vaikai atsisako eiti miegoti, ginčijasi, prasibudę verkia, eina ieškoti tėvų⁷⁴.

Psichofiziologinė nemiga dažnesnė vyresniems vaikams ir paaugliams. Būdingas nerimas užmiegant, dažni pabudimai, nekokybiškas miegas dėl padidėjusio fiziologinio ir emocinio susijaudinimo. Šio tipo nemiga dažnai atsiranda dėl patiriamo streso ir (arba) prastų miego įpročių, kofeino turinčių produktų vartojimo⁶⁵.

Trumpalaikiai miego sutrikimai atsiranda dėl stresinių gyvenimo situacijų (pvz., gyvenamosios vietos, ugdymo įstaigos pakeitimo, ūmios ligos). Trumpalaikiai miego sutrikimai gali tapti lėtiniais, jeigu tėvai nesugebės reaguoti tinkamai ir paskatins naktinius vaiko pabudimus⁹².

Specifiniai miego sutrikimai gali būti susiję su nemiga ir reikalingi specialaus gydymo⁹⁸. Jiems priskiriamas neramių kojų sindromas (NKS) ir naktiniai košmarai.

Kitų veiksmų sukeltoms nemigoms priskiriami psichosocialinės disfunkcijos (nepalankios socialinės aplinkos, prievartos), nerimo ir (arba) depresijos, sveikatos sutrikimų (skausmo, GERL, kvėpavimo sutrikimo), pašalinio vaistų poveikio (pvz., psichostimuliantų, naudojamų dėmesio ir veiklos sutrikimui gydyti) sukelti miego sutrikimai⁹².

Rekomendacijos dėl nemigos profilaktikos ir gydymo

(rekomendacijų I klasė)^{1,74,99–101}

Bendro pobūdžio rekomendacijos

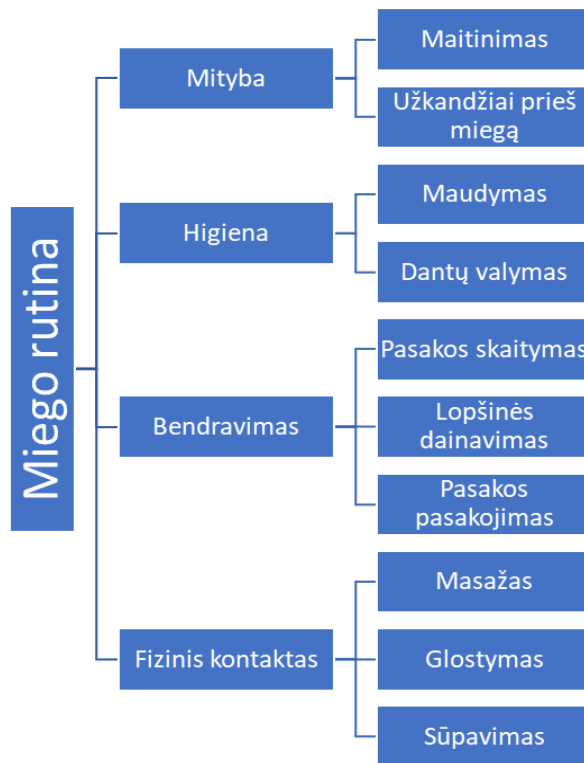
1. Išsiaiškinti ir koreguoti nemigos priežastį. Priežasčiai nustatyti vertinami miego grafikas, aplinka ir režimas, fizinis aktyvumas.
2. Pagrindiniai nemigos profilaktikos ir gydymo metodai: režimas ir miego rutina, miego higiena, komunikacinių ir sensorinių strategijų taikymas. Tinkamas šių metodų taikymas reikšmingai sutrumpina užmigimo laiką, sumažina naktinių pabudimų skaičių ir prailgina bendrą miego trukmę (įrodymų lygmuo A)¹⁰².
3. Nemigos profilaktikos ir gydymo priemonės taiko tėvai, todėl svarbiausia intervencija – tėvų mokymas. Rekomenduojama tėvų mokymui skirti ne mažiau 3 valandų (įrodymų lygmuo A)^{10,101}. Konsultacijų metu tėvams suteikiama informacija apie:
 - sveiko miego įpročius (23 lentelė);
 - rekomenduojamą miego trukmę pagal amžių (5 lentelė);
 - miego rutiną;
 - ekrano laiko (TV, kompiuterio) ribojimą mažiausiai valandą prieš miegą; nustatyta neigiama koreliacija tarp ekrano laiko vakare ir miego trukmės bei tarp suminio paros ekrano laiko ir miego trukmės ikimokyklinio amžiaus vaikams^{75,103–105};
 - fizinio aktyvumo užtikrinimo svarbą¹⁰⁵;
 - tinkamą miegojimo aplinką; kambarys, kuriame vaikas miega, turi būti:
 - tylus ir jeigu įmanoma naudojamas tik miegojimui (jokiu būdu nenaudoti kaip baismės vietos);
 - išvėdintas (tinkamiausia kambario temperatūra – iki 18 laipsnių, kūdikiams – apie 20 laipsnių);

- sumažintas regimųjų dirgiklių kiekis (neturi būti paveikslų, veidrodžių, nenaudoti ryškios patalynės, neleisti turėti lovoje daug žaislų) ^{1,34,106};
- saugus (langai ir durys turi būti uždaryti, jeigu vaikas linkęs naktį išlipti iš lovos) ¹;
- tamsus arba pritemdytas, jeigu vaikas bijo tamsos;
- jeigu vaikas turi refliuksą ir (arba) kvėpavimo sutrikimą, pakelti galvūgalį.

23 lentelė. Miegui palankūs įpročiai (pagal Mindell ir kt., 2009) ¹⁰⁷.

1.	Pastovus miego laikas ir rutina.
2.	Miego ir pabudimo laikas visomis savaitės dienomis vienodas, skirtumas ne didesnis negu valanda.
3.	Valandą prieš miegą užsiimti ramia veikla, vengti aktyvių žaidimų ir kitos stimuliuojančios veiklos (ypač ekranų žiūrėjimo).
4.	Neguldyti miegoti vaiko alkano, vengti persivalgymo prieš miegą. Galima pasiūlyti lengvą užkandį (pvz., pieno, sausainių). Po sočios vakarienės iki miego turi praėti ne mažiau negu 2 valandos.
5.	Vengti produktų, kurių sudėtyje yra kofeino (kakavos, arbatos, šokolado).
6.	Užtikrinti pakankamą fizinį aktyvumą dieną, kasdien išeiti į lauką.
7.	Tamsus ir tylus miegamasis (jeigu vaikas bijo tamsos, naudoti naktinę lempą).
8.	Tinkamiausia vaiko miegamojo temperatūra – iki 18 laipsnių, kūdikiams – apie 20 laipsnių.
9.	Nenaudoti miegamojo kaip vietos bausmei atlikti.
10.	Nenaudoti elektroninių prietaisų mažiausiai valandą prieš miegą, nelaikyti jų vaiko miegamajame.

4. Užtikrinti teigiamą tėvų-vaikų tarpusavio ryšį.
5. 0–3 mėnesių kūdikį guldyti į lovytę mieguistą, bet dar nemiegantį, kad nepradėtų sieti miego su supimu ir mokytųsi užmigti savarankiškai.
6. Pratinti kūdikius prie skirtingos dienos ir nakties aplinkos ir veiklų. Dieną kambaryje turi būti šviesu, neriboti kasdienių įprastinių garsų, o kai vaikas nemiega – aktyviai su juo žaisti. Nakties metu kambaryje turi būti tamsa arba prietema, reikia vengti akių kontakto, nekalbėti daugiau negu būtina, o pakeitus sauskelnes ir pamaitinus guldyti kūdikį atgal į lovytę, nekalbinti, nežaisti ^{34,103}. 0–6 mėnesių kūdikius rekomenduojama migdyti tėvų miegamajame atskiroje vaiko lovytėje.
7. Jeigu vaikas savarankiškai neužmiega, taikyti nuoseklią migdymo rutiną. Miego rutinos struktūra pateikiama 3 paveiksle, o rutinos pavyzdžiai – 4–5 prieduose. Tą pačią rutiną rekomenduojama taikyti kiekvieną kartą kai vaikas naktį pabunda.
8. Jeigu problema – vaiko elgesys, tėvai mokomis nustatyti vaiko elgesio ribas:
 - ignoruoti vaiko prieštaravimą miegui;
 - nuosekliai taikyti elgesio valdymo programą, kad būtų išvengta nepageidaujamo elgesio sustiprėjimo;
 - nusiteikti, kad pradėjus taikyti elgesio ribų nustatymo preimones, vaiko prieštaravimas kurį laiką gali sustiprėti.
9. Jeigu nemigą sukėlė psichosocialinė disfunkcija, stengtis pirmiausia pašalinti nemigos priežastis (izoliuota elgesio terapija bus neveiksminga).



3 pav. Sudėtinės miego rutinos dalys (pagal ^{1,107,108})

Rutiną turi sudaryti 2–4 veiklos iš lentelėje išvardintų, o rutinos trukmė neturi viršyti 30–40 minučių.

Specifinės intervencijos vaikų nemigai gydyti

(rekomendacijų I klasei) ^{1,75,103,106,108–111}

1. **Miego rutinos įvedimas** rekomenduojamas esant visoms nemigos rūšims ¹⁰⁹.
Rekomenduojama:

- Įvesti miego rutiną kūdikystėje nuo 3 mėnesių.
- Taikyti nuosekliai kiekvieną dieną ir tokią pačią.
- Nustatyti miego grafiką (guldyti vaiką miegoti maždaug tuo laiku, kai jis paprastai natūraliai užmiega, užtikrinti pakankamą miego trukmę).
- Rami veikla (pvz., knygos skaitymas, pasakos sekimas, supimas, ritminės dainelės dainavimas, nugaros trynimasis / glostymas) prieš miegą ^{1,108}.
- Vaikams, kuriems sunku išlaikyti kūno padėtį (pvz., kūdikiams intensyvosios terapijos skyriuje, sunkią judėjimo negalią turintiems vaikams), pritaikyti priemones padėčiai išlaikyti.
- Panešioti kūdikį prieš migdant. Nustatyta, kad kūdikių nešiojimas prieš miegą užtikrina ilgesnę gilaus miego trukmę ir lengvesnį atsibudimą (įrodymų B lygmuo) ²⁷.
- Kūdikiams, kurie patiria pilvo dieglius, prieš miegą atlikti 15–20 min. trukmės masažą. Masažas prieš miegą prailgina pilvo dieglius patiriančių kūdikių miego trukmę ir sutrumpina verkimo laiką bei yra veiksmingesnė priemonė už supimą (įrodymų A lygmuo) ^{27,112,113}.

2. **Sistemingas ignoravimas** taikomas, kai vaikas nesugeba savarankiškai užmigti (ilgai kol užmiega, pabudęs ieško tėvų, turi būti migdomas) ^{27,65}. Rekomenduojama guldyti vaiką

miegoti tuo pačiu metu ir ignoruoti jo verkimą bei prieštaravimą. Galimos kelios šio metodo modifikacijos:

- *Staugus dėmesio nutraukimas* – vaikas paguldomas miegoti ir atkakliai ignoruojamas jo verkimas iki ryto. Šis metodas veiksmingas, tačiau tėvams dažnai nepriimtinas.
- *Laipsniškas dėmesio nutraukimas* – vaikas guldomas į lovą mieguistas, bet dar neužmigęs, o į vaiko reikalavimus sureaguojama tik po kurio laiko. Šis laukimo laikas nuosekliai ilginamas suplanuotu minučių skaičiumi, o dėmesys vaikui trumpinamas iki 1–2 minučių. Tėvų dėmesio vaikui trukmė ir intensyvumas robojami (1–2 min. trukmė ir neutralus kontaktas; pvz., paglostyti per petį, o ne kelti ir glausti). Terapijos tikslas – pratinti vaiką užmigti savarankiškai, todėl rekomenduojamo optimalaus laukimo laiko nuo vaiko paguldymo iki dėmesio suteikimo nėra, jis nustatomas individualiai, priklausomai nuo tėvų tolerancijos ir vaiko temperamento. Išmokę savarankiškai užmigti vakare po keletos savičių vaikas išmoks užmigti savarankiškai pabudęs naktį.
- *Laipsniškesnis dėmesio nutraukimas* tinkamas šeimoms, kurioms nepriimtina taikyti aukščiau išvardintų metodų. Sudaromas planas, kuriame nurodomi nuoseklūs žingsniai tikslui pasiekti (išmokyti vaiką užmigti savarankiškai). Pavyzdžiui, nusprendžiama, kad tris vakarus tėvai sėdės prie vaiko lovos iki jam užmiegant, po to tris vakarus stovės miegamojo tarpduryje iki vaikai užmiegant ir dar tris vakarus lauks vaiko užmigimo stovėdami už uždarytų durų.

Nuosekliai taikant sistemingą ignoravimą vaikai išmoksta užmigti savarankiškai vakare ir pabudę naktį.

3. Mokyti tėvus tinkamai reaguoti į kūdikio verksmą. Išmokyti atskirti kūdikių verksmą, į kurį reaguoti nereikia ir suteikti rekomendacijas kaip nuraminti kūdikį^{1,108}. Netinkama tėvų reakcija į verksmą gali suformuoti vaikui netinkamo elgesio modelį.
4. **Miegojimo grafiko korekcija** taikoma vaikams, kurie ilgai neužmiega, dažnai pabunda, pernelyg anksti keliasi^{27,66,114,115}.
 - Kai vaikas nuolatos ilgai neužmiega, rekomenduojama pradėti guldyti vaiką tuo metu kai jis paprastai užmiega. Po to kas vakarą ankstinti gulimosi miegoti laiką po 15 minučių, kol bus pasiektas nustatytas ėjimo miegoti laikas.
 - Jeigu tėvų nustatytas vaiko miegojimo grafikas viršija fiziologinį vaiko miego poreikį, rekomenduojama sumažinti vaiko miego trukmę iki rekomenduojamos.
5. **Dienos miego korekcija**. Sudarant dienos miego grafiką atsižvelgti į fiziologinį vaiko paros miego poreikį ir sudaryti jį taip, kad tarp miegojimų vaikas pakankami būdrautų. Vyresniems negu 1 metų vaikams paprastai reikia 4 ar daugiau valandų tarpo tarp miegojimų⁶⁶.
6. **Paskatinimo strategija** naudojant tvarkaraščius ir apdovanojimo sistemą tinkama ikimokyklinio amžiaus vaikams. Ji veiksmingesnė padovanojant vaiką ryte po „tinkamai“ išmiegotos nakties. Sudarant apdovanojimo strategiją svarbu iškelti vaikui pasiekiamus tikslus ir juos laipsniškai didinti (pvz., pradžioje apdovanoti vaiką vien už tai, kad visą naktį miegojo savo lovoje, net ir dažnai kviesdamas tėvus, vėliau – reikalavimus didinti iki savarankiško miegojimo savo lovoje).

Padidėjęs mieguistumas dieną (rekomendacijų I klasė) ¹¹⁶

1. Išsiaiškinti galimas mieguistumo priežastis, įvertinti jo priežastis (miego sutrikimas ar lėtinė liga).
2. Įvertinti miego trukmę pagal amžiaus normas. Dažniausia mieguistumo priežastis – nepakankama miego trukmė dėl netinkamos miego higienos. Nustačius šią priežastį – koreguoti miego higieną.
3. Kitos galimos mieguistumo dieną priežastys:
 - OMA yra dažna mieguistumo dieną ir elgesio problemų priežastis. Jai būdingas (bet ne visada) knarkimas arba nenormalus kvėpavimas miego metu. Jeigu vaikas knarkia dažniau negu tris naktis per savaitę, rekomenduojama atlikti PSG. Kiti OMA požymiai: dėmesio sukaupimo stoka, hiperaktyvumas, impulsyvumas ir dirglumas dieną.
 - Periodinis galūnių judėjimo sutrikimas (PGJS), kuriam būdingi pasikartojantys galūnių judesiai miego metu arba neramių kojų sindromo (NKS) požymiai (nemalonūs jutimai kojose). Abi šios būklės glaudžiai susijusios.
 - Lėtinės ligos.
 - Įgytas galvos smegenų pažeidimas dėl traumos, infekcijos, toksinio poveikio, hidrocefalijos ar kt.
4. Jeigu įtariami emociniai sutrikimai, rekomenduojama atlikti psichologinį vertinimą.

Knarkimas ir kvėpavimo sutrikimai miegant

1. Knarkimas atsiranda dėl viršutinių kvėpavimo takų audinių vibracijos miego metu. Vibraciją gali sukelti viršutinių kvėpavimo takų susiaurėjimas, ryklės raumenų hipotonija, padidėjęs viršutinių kvėpavimo takų pasipriešinimas. Jeigu vaikas knarkia daugiau negu 3 naktis per savaitę, rekomenduojama atlikti PSG.
2. OMA dažniau nustatoma nutukusiems vaikams, todėl jeigu nutukusiam vaikui pasireiškia nors vienas OMA simptomas (dėmesio sukaupimo stoka, hiperaktyvumas, impulsyvumas, dirglumas, knarkimas, mieguistumas), rekomenduojama atlikti PSG.

Judesiai miego metu

Judesiai miego metu – nenormalūs judesiai ir (arba) elgesys miegant. Galimi esant įvairiems miego sutrikimams (įskaitant kvėpavimo sutrikimus, parasomniją) ir epilepsijai. Miego judesių rūšys:

- *Paprasti arba pavieniai judesiai* – vaikams įprasti judesiai miego metu ⁶⁷.
 - *Trūkčiojimai miego pradžioje* – staigūs ir į išgastį panašūs judesiai užmiegant.
 - *Galūnių trūkčiojimai, susiję su OMA* – nestereotipiniai galūnių judesiai, atsirandantys OMA metu.
 - *Gerybinės kūdikių miego mioklonijos* – 0–6 mėnesių kūdikiams būdingi trumpi miokloniniai galūnių arba liemens patrūkčiojimai miegant. Tai reta gerybinė būklė.
 - *Bruksizmas* – staigus dantų sukandimas arba griežimas miegant.
 - *Kojų raumenų mėšlungis*.

Paprastų ir pavienių miego sutrikimų skiriamieji požymiai pateikiami 24 lentelėje.

24 lentelė. Periodinių ir ritmiškų judesių bei sudėtingų judesių ir elgesio sutrikimų skiriamieji požymiai (pagal Tapia, 2022) ⁶⁵

	Trūkčiojimai miego pradžioje	Bruksizmas	Gerybinės kūdikių miego mioklonijos	Propriospinalinis mioklonusas miego pradžioje	Naktinis kojų mėšlungis
Klinikinė išraiška	Staigus trūktelejimas, susijęs arba ne su lytėjimo, regos arba klausos sudirginimu	Staigus dantų sukandimas arba griežimas	Trumpi trūkčiojimai, dažniausiai abipusiai ir simetriški	Staigus liemens, kaklo ir galūnių trūktelejimas	Raumens spazmas
Amžius, kada atsiranda	Bet kuriame	Bet kuriame	Kūdikystėje	Vaikystėje arba suaugus	Vaikystėje arba suaugus
Įvykio laikas	Miego pradžia	Miego pradžia arba užmiegant po pabudimo	Bet kuriuo metu miegant	NREM fazės metu	Bet kuriuo metu miegant
Dažnis	Kinta	Kelis kartus per naktį	Kelis kartus per naktį	Kelis kartus per naktį	Kinta
Trukmė	Milisekundės	Sekundės	Milisekundės	Milisekundės	Iki kelių min.
Įvykį atsimena	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip
Stereotipiniai judesiai	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne
PSG duomenys	Staigus trūkčiojimas miego pradžioje	Ritmiškas smakro raumenų įsitempimas	Trumpas mioklonusas	Trumpas mioklonusas NREM miego metu	Ilgas raumenų susitraukimas
Susiję klinikiniai požymiai	Nėra (gerybinis)	Sukandimo garsas, dantų susidėvėjimas, randai skruostų ir liežuvio srityje	Nėra (gerybiniai)	Galima gretutinė nugaros smegenų patologija	Nėra

PSG – polisomnografija

- *Periodiniai arba ritmiški judesiai.* Dažni vaikams. Jais gali pasireikšti:
 - *Naktinis mioklonusas* – periodiškų pasikartojančių stereotipinių galūnių judesių epizodai (dažniausiai didžiojo piršto tiesimas, kojos lenkimas per čiurną, kelį, rečiau – klubą). Dažnai būna kartu su NKS (noru judinti kojas dėl nemalonių pojūčių jose). Gali sukelti meiguistumą ir dėmesingumo stoką dienos metu.
 - *Hipnogoginis pėdų tremoras* – gerybiniai ritmiški (maždaug kas sekundę) pėdų arba kojų pirštų judesiai užmiegant.
 - *Ritminių judesių sutrikimas* – ritmingas kūno siūbavimas, galvos purtymas arba sukiojimas į šalis, kaklo arba liemens judesiai, susiję su miegu. Judesiai dažnai prasideda prieš užmiegant ir trunka iki lengvo miego fazės ⁶⁷.

- *Sudėtingi judesiai arba elgesys.* Jiems priskiriamos parasomnijos ir su miegu susijusi epilepsija.
 - *Parasomnijos* – trukdantys miegoti neįprasto elgesio epizodai. Dažniausi jų – vaikščiojimas per miegus, sumišimas ir miego baimė. Parasomnijos – gėrybiniai sutrikimai, kuriuos sukelia miego trūkumas, OMA arba kitos priežastys. Diagnozuojamos išsiaiškinus anamnezę ir (arba) žiūrint filmuotą medžiagą. Retais atvejais epilepsiniai priepuoliai gali būti panašūs į parasomnijos epizodus, todėl gali reikėti atlikti EEG tyrimą⁶⁷.
 - *Naktiniai epilepsijos priepuoliai* gali būti generalizuoti arba židininiai. Diagnozuojami atlikus EEG tyrimą.

Periodinių ir ritmiškų judesių bei sudėtingų judesių ir elgesio skiriamieji požymiai pateikiami 25 lentelėje.

25 lentelė. Periodinių ir ritmiškų judesių bei sudėtingų judesių ir elgesio skiriamieji požymiai
(pagal Tapia, 2022)⁶⁵

Sutrikimas	Užmigimas	NREM	REM	Pastabos
Parasomnijos				
Sumišimas pabudus		X*		Būdingi vaikams, išaugami.
Vaikščiojimas miegant		X*		
Naktinės baimės		X*		
Košmarai			X	Būdingi vaikams. Išaugami, iki pilnametystės išlieka 2–8 % asmenų.
Elgesio sutrikimai miego metu				
Dantų griežimas		X		
Neramių kojų sindromas				Noras judinti kojas atsiranda ramybėje, pabudus. Dažnai susijęs su geležies trūkumu.
Periodinių galūnių judesių sutrikimas		X		Dažnai susijęs su geležies trūkumu ir neramių kojų sindromu
Naktinis kojų raumenų mėšlungis				Gali būti idiopatinis arba susijęs su kitais sveikatos sutrikimais. Vaikams – dažniausiai gerybinis, praeina savaime.
Ritminių judesių sutrikimas	X	X	(X)	Ritminiai judesiai dažnai būna kūdikiams ir mažiems vaikams. Laikomi sutrikimu, jeigu dėl jų vaikas susižaloja miego metu ir (arba) stebima kitų miego sutirkinimo požymių.
Gerybinis miego mioklonusas kūdikystėje	X			Būna tipiška besivystantiems 0–6 mėnesių kūdikiams.
Periodinių ir ritmiškų judesių sutrikimas				
Triūkčiojimas užmiegant	X			Dažna būklė įvairaus amžiaus žmonėms.
Hipnagoginis pėdų tremoras	X	X		Dažna būklė įvairaus amžiaus žmonėms. Būna miego pradžioje
Padidėjęs fragmentinis mioklonusas				Gerybinis ir neprogresuojantis mioklonusas, kuris aptinkamas EMG, po atliktos PSG. Dažniausiai atsitiktinis radinys.
Katatrenija (su miegu susijęs dejavimas)				Priskiriama su miegu susijusių kvėpavimo sutrikimų kategorijai, nes atsiranda dėl ilgo iškvėpimo.

NREM – negreitų akių judesių fazė; REM – greitų akių judesių fazė; * NREM miego N3 stadija.

Rekomendacijos dėl judesių sutrikimo miegant (rekomendacijų I klasė) ⁶⁵

1. Intensyvūs ir didelės amplitudės judesiai gali būti pavojingi, todėl reikia imtis apsaugos priemonių, kad vaikas nesusižeistų.
2. Diagnostikai ir diferencinei diagnostikai dažniausiai pakanka išsamios anamnezės ir (arba) filmuotos medžiagos (namų vaizdo kamera, išmaniuoju telefonu).
3. Gerybinės kūdikių miego mioklonijos ir epilepsijos diferencinei diagnostikai rekomenduojama vaikų neurologo konsultacija ir EEG atlikimas.
4. Įtarus PGJS arba NKS, jeigu jie neigiamai veikia vaiko funkcionavimą, nusiųsti vaiką į gydymo įstaigą, kurioje yra galimybė atlikti PSG.
5. Įtarus arba nustačius NKS arba PGJ, tirti vaiką profilaktiškai dėl geležies deficitinės anemijos. Geležies deficitinės anemijos gydymas geležies preparatais sumažina NKS ir (arba) PGJ simptomus.
6. Įtarti epilepsiją ir siųsti vaikų neurologo konsultacijai ir EEG atlikimui, jeigu:
 - naktiniai miego sutrikimo epizodai atsiranda vyreniems vaikams;
 - stebimi sudėtingi judesių ir (arba) elgesio sutrikimo epizodai, netipiški parasominijoms;
 - judesių ir ir (arba) elgesio sutrikimo epizodai kartojasi ir dienos metu.

2.4.4. Tualetu (higieniniai) įgūdžiai

Bendrosios nuostatos

Tualetu (higieniniai įgūdžiai) – tai kompleksinė užduotis, susidedanti iš eilės veiksmų. Kad galėtų savarankiškai naudotis tualetu, vaikas turi gebėti nusivilkti ir apšivilkti rūbus, atsisėti ir atsistoti nuo unitazo arba naktipuodžio, susitvarkyti po tualetu ir nusiplauti rankas ³⁴. Galimi keli higieninių įgūdžių lygmenys:

- vaikas geba išreikšti poreikį šlapintis arba tuštintis ir nebūna išmatų ar šlapimo nesulaikymo atvejų dieną ir naktį, tačiau savarankiškai nesusitvarko (reikalinga pagalba) tualete;
- vaikas geba savarankiškai pasinaudoti tualetu ir nebūna šlapimo ir išmatų nesulaikymo atvejų dienos ir nakties metu.

Vaikų higieniniai įgūdžiai dažniausiai pradedami formuoti antraisiais-trečiaisiais gyvenimo metais, tačiau galimos socialinių ir kultūrinių skirtumų nulemtos variacijos. Dauguma vaikų visišką šlapimo ir išmatų kontrolę pasiekia iki trečiojo gimtadienio ¹¹⁷. Pradėjus mokyti vaikai išmoksta pasiprašyti ant puoduko arba unitazo būdravimo metu vidutiniškai per 6 mėnesius šlapintis ir per 6–7 mėnesius – tuštintis ¹. Šlapinimosi kontrolė naktį pasiekiamas per 1–12 mėnesių po to, kad susiformavo visiška šlapinimosi ir tuštinimosi kontrolė dieną. Vyresniems negu 5–7 metų vaikams neturėtų pasitaikyti šlapimo nelaikymo atvejų nakties metu ^{1,118,119}.

Pagrindinės tualetu įgūdžių raidos sutrikimo priežastys ¹²⁰:

- pavėluotas įgūdžių mokymas (vyresniems negu 42 mėnesių vaikams);
- vaiko baimė / atsisakymas tuštintis tualete;
- dažni vidurių užkietėjimai.

Higieninių įgūdžių įgijimui svarbūs keli veiksniai:

- tėvų skiriamas laikas ir pastangos;

- tėvų žinios apie higieninių įgūdžių formavimą (tėvų mokymas svarba!);
- fiziologinis ir psichologinis vaiko pasirengimas.

Higieninių įgūdžių formavimo principai (rekomendacijų I klasei) ^{39,44,121,122}

1. Prieš pradėdant formuoti higieninius įgūdžius būtina įvertinti vaiko ir tėvų pasirengimą įgūdžiams formuoti (6 lentelė). Pagrindiniai vaiko pasirengimo mokytis higieninių įgūdžių požymiai ¹²³:
 - galima pastebėti, kada vaikas nori šlapintis arba tuštintis;
 - pradėjo domėtis naktipuodžiu arba unitazu;
 - nori būti sausas, parodo kada reikia pakeisti šlapius arba susitepusius apatinius;
 - geba nusivilkti kelnes.

Pasirengimo mokytis higieninių įgūdžių požymiai paprastai atsiranda 22–30 mėnesių vaikams, o pradėjus formuoti įgūdžius iš karto po šių požymių atsiradimo vaikai išmoksta naudotis naktipuodžiu vidutiniškai per tris mėnesius. Pradėjus formuoti higieninius įgūdžius vyresniems negu 42 mėnesių vaikams, mokymasis trunka ilgiau, nes vaikai būna praradę susidomėjimą (įrodymų lygmuo A) ^{14,39}.
2. Jeigu vaikas turi raidos sutrikimą ir (arba) lėtinę ligą, prieš pradėdant formuoti higieninius įgūdžius svarbu reikia išsiaiškinti kokią įtaką jų formavimui gali turėti vaiko ligo ir vartojamų vaistų šalutinis poveikis.
3. Vaikai, kurie serga dubens organų funkcijai poveikio neturinčiomis lėtinėmis ligomis, mokomi higieninių įgūdžių kaip ir lėtinių ligų neturintys bendraamžiai. Lėtinėmis ligomis sergantys vaikai higieninių įgūdžių mokosi ilgiau. Svarbu tai žinoti ir įspėti tėvus būti ypač kantriems ir nuosekliems.
4. Jeigu vaikas turi raidos sutrikimą arba fizinę ir (arba) protinę negalią, rekomenduota atidžiai stebėti ar vaikas nerodo ženklų, reiškiančių norą šlapintis arba tuštintis. Juos pastebėjus reikia padėti mokyti vaiką higieninių įgūdžių. Jeigu vaikas turi judėjimo sutrikimą, reikia padėti jam nueiti (arba nunešti arba kitaip transportuoti) iki unitazo arba naktipuodžio bei susitvarkyti pasituštinus ¹²¹.
5. Galimi keli higieninių įgūdžių mokymo metodai (26 lentelė):
 - *I vaiką orientuotas metodas (Brazeltono metodas)* ^{44,124}. Jame akcentuojamas higieninių įgūdžių mokymo laipsniškumas ir fizinė bei psichologinė vaiko branda. Taikant šį metodą didinamas suvartojamų skyčių kiekis, vaikas reguliariai sodinamas ant naktipuodžio, skatinamas už pasišlapinimą arba pasituštinimą į naktipuodį, vengiama vaiką gėdyti arba bausti už nesulaikymo atvejus. Įrodytas šio metodo veiksmingumas (įrodymų lygmuo B) ⁴⁴.
 - *I tėvus orientuotas metodas (Azrin ir Foxx metodas)* (įrodymų lygmuo C). Taikant šį metodą, daugiausia dėmesio skiriama atskirų higieninių įgūdžių komponentų mokymui ^{44,121}.
6. Parenkant higieninių įgūdžių mokymo metodą reikia atsižvelgti į vaiko mokymosi ir šeimos ypatumus bei poreikius. Nėra atlikta tyrimų, kurie įrodytų vieno kurio iš higieninių įgūdžių mokymo metodų veiksmingumą. Amerikos pediatrų asociacija rekomenduoja taikyti į vaiką orientuotą metodą.
7. Mokant higieninių įgūdžių 18–30 mėnesių vaikus galima naudoti drėgmei jautrius prietaisus. Tuomet prietaisui sureagavus į drėgmę kelnaitėse, vaikas vedamas ir sodinamas ant naktipuodžio.

26 lentelė. Higieninių įgūdžių formavimo metodai (pagal^{27,34,44,124})

Į tėvus orientuotas metodas (Azrin ir Foxx metodas)
<p>Priemonės:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lėlė, kuri gali šlapintis; • Tikri arba įsivaizduojami personažai, kuriuos vaikas mėgsta; • Naktipuodis su keičiama vidiniu puodeliu; • Trumpi marškinėliai; • Užkandžiai, skanėstai arba kitokios paskatinimo priemonės; • Vieta, kurioje vaikas gali netrukdomai mokytis.
<p>Mokymo eiga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Duoti vaikui daugiau gerti, kad norėtų šlapintis dažnai ir stipriai. 2. Naudojant lėlę pademonstruoti naudojimosi naktipuodžiu veiksmai. Kai lėlė pasišlapina į naktipuodį, paskatinti vaiką išpilti naktipuodžio turinį į unitazą, nuleisti vandenį ir nusiplauti rankas. 3. Skatinti vaiką eiti prie naktipuodžio, nusimauti kelnes, keletą minučių pasėdėti ant naktipuodžio, atsistoti ir užsimauti kelnes. Pagirti vaiką po kiekvieno veiksmo. Jeigu vaikas į naktipuodį pasišlapino arba pasituštino – apdovanoti pagyrimu arba skanėstu. 4. Kai vaikas įpranta atsisėsti ant naktipuodžio, stengtis, kad pasėdėtų ant jo ilgiau, iki 10 minučių. Po kelių „produktyvių“ seansų sėdėjimo trukmę galima mažinti. 5. Kai vaikui pavyksta pasišlapinti arba pasituštinti į naktipuodį, paprašyti vaiko išpilti jo turinį į unitazą. Po to iš karto apdovanoti (pvz., maistu, gėrimu, apkabinimu, žaislu). 6. Išmokyti vaiką atskirti kas yra šlapia ir kas sausa: kas 3–5 minutės patikrinti kelnes ir pagirti / paskatinti jeigu jos sausos. Jeigu kelnės šlapios, vaiką sugėdinti ir paprašyti pasikeisti kelnes. 7. Kai vaikas įpranta sėsti ant naktipuodžio, skatinti tik „produktyvius“ pasėdėjimus, o ne kiekvieną. 8. Pasakoti vaikui kaip vaiko mėgstamas realus (pvz. giminaitis, mėgstamos laidos vedėjas) arba įsivaizduojamas (pvz. knygos, filmuko veikėjas) džiaugiasi jo sėkme mokantis higieninių įgūdžių.
Į vaiką orientuotas metodas (Brazeltono metodas)
<p>Priemonės:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naktipuodis; • Užkandžiai, skanėstai arba kitokios paskatinimo priemonės (nebūtina).
<p>Pasiruošimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pradėti mokyti higieninių įgūdžių, kai stebimi pasirengimo požymiai (6 lentelė); • Supažindinti vaiką su naktipuodžiu; • Nuspręsti kokiais žodžiais bus įvardijamos išmatos bei šlapimas ir nuosekliai naudoti šiuos žodžius.
<p>Priemonių paruošimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Įtraukti vaiką į naktipuodžio pirkimą, paskatinti jį papuošti ir (arba) užrašyti ant jo vaiko vardą. • Laikyti naktipuodį vaikui pasiekiamoje vietoje, gerai matomą (pvz., vaiko žaidimų kambaryje). Jeigu šeima gyvena kelių aukštų namuose, patartina turėti naktipuodį kiekviename aukšte.
<p>Metodas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prašyti vaiko pasėdėti ant naktipuodžio apsirengus: <ul style="list-style-type: none"> • gali pasėdėti, kai vienas iš tėvų naudojami tualetu; • naudoti naktipuodį skirtingose patalpose ir lauke, kad vaikas įprastų ant jo sėdėti; • kai vaikas sėdi ant naktipuodžio, leisti atsistoti bet kada vaikui užsimanus; • kalbėti su vaiku, jam skaityti, kai sėdi ant naktipuodžio. 2. Po vienos arba dviejų savaitių sėdėjimo ant naktipuodžio su rūbais, nuimti sauskelnes ir leisti vaikui atsisėsti ant naktipuodžio. Primygtinai nereikalauti.

26 lentelės tęsinys

3. Jeigu vaikas pasituštino į sauskelnes, nuvesti vaiką prie naktipuodžio ir sumesti į jį išmatas, paaiškinus, kad čia yra išmatų vieta. Parodyti, kaip išmatos arba šlapimas patenka į unitazą („suaugusiųjų“ tualetą). Vandens bėgimas tualete arba išmatų dingimas jautrius vaikus gali išgąsdinti, todėl pirmiausia reikia leisti vaikui pasipraktikuoti mėtant į unitazą tualetinio popieriaus gabalėlius ir nuleidžiant vandenį; galima pamojuoti išmatoms „atsisveikinant“ ir pan.
4. Jeigu vaikas išreiškia norą tuštintis ir (arba) šlapintis, būtina pagirti ir paskatinti.
5. Kai manoma, kad vaikas gali norėti tuštintis arba šlapintis, vesti jį prie naktipuodžio ir paskatinti juo naudotis. Šio etapo tikslas – „pagauti“ tinkamą momentą, kad vaikas pasišlapintų arba pasituštintų į naktipuodį ir būtų paskatintas už sėkmę. Nesitikėti greito rezultato, nepeikti ir nebausti vaiko už nesėkmes.
6. Kai vaikas pradeda suprasti, kur reikia tuštintis ir šlapintis, kelis kartus per dieną sodinti jį ant naktipuodžio.
7. Kai vaikas mažiausiai savaitę sėkmingai naudojasi naktipuodžiu, sauskelnes pakeisti į laisvesnio sukirpimo kelnes arba medvilnines apatines kelnaites. Neskubėti pakeisti sauskelnių į kelnaites ir jokia būdu neversti vaiko pabūti su šlapiomis kelnėmis. Jeigu šiame etape vaikas dažnai pasišlapina į kelnes, rekomenduojama vėl grįžti prie sauskelnių.
8. Skatinti vaiką už sėkmę lipdukais arba kitomis priemonėmis.
9. Kai vaikai išmoksta naudotis naktipuodžiu, galima pasiūlyti naudotis įprastu unitazu su pagalbine sėdyne ir užlipimu.

Higieninių įgūdžių formavimo principai autizmą ir (arba) intelekto sutrikimą turintiems vaikams (rekomendacijų I klasė)^{121,125,126}

1. Autizmą arba intelekto sutrikimą turintiems vaikams rekomenduojama taikyti modifikuotą į tėvus orientuotą higieninių įgūdžių mokymo metodą (26 lentelė). Jį taikant svarbu suprasti ir priimti tai, kad raidos sutrikimą turintiems vaikams reikia daugiau laiko ir mokymosi, kad įgytų higieninius įgūdžius.
2. Higieninių įgūdžių mokymo principai:
 - stebint vaiką išsiaiškinti šlapinimosi ir tuštinimosi režimą bei požymius, kurie rodo vaiko norą šlapintis arba tuštintis;
 - sudaryti planą, kada vaikas bus vedamas į tualetą, kokios instrukcijos ir paskatinimai bus taikomi;
 - sukurti alternatyvią komunikaciją, kuri bus naudojama formuojant higieninius vaiko įgūdžius (pvz., paveikslėlių tvarkaraštis, gestai);
 - gali būti naudinga padidinti suvartojamų skysčių kiekį, kad vaikas norėtų šlapintis dažniau ir stipriau;
 - paskatinti vaiką už tinkamą elgesį;
3. Mokant vaiką higieninių įgūdžių labai svarbi vidurių užkietėjimo prevencija ir gydymas, nes dėl vidurių užkietėjimo vaikas gali pradėti vengti tuštintis.

Tualetų vengimas ir jo įveikos strategijos

Tualetų vengimas (pasipriešinimas arba atsisakymas šlapintis arba tuštintis ant naktipuodžio arba unitazo) būdingas 20 % tipiška besivystančių ikimokyklinio amžiaus vaikų. Tualetų vengimas nustatomas, kai tualetų įgūdžių mokomas arba anksčiau juos įgijęs vaikas atsisako šlapintis ir (arba) tuštintis ant puoduko arba unitazo (šlapinasi ir (arba) tuštinasi į kelnes) mėnesį arba ilgiau^{44,119}.

Galimos tualetų vengimo priežastys^{44,127–129}:

- per anksti pradėti formuoti higieniniai įgūdžiai;

- vaiko ir tėvų santykių sutrikimas;
- baimė ir nerimas, susiję su tuštinimusi ir (arba) šlapinimusi;
- temperamento ypatumai (pvz., atkaklumas, adaptyvumo stoka);
- vidurių užkietėjimas, skausmingas tuštinimasis.

Dažniausia tualetų vengimo priežastis yra funkcinis vidurių užkietėjimas, išmatų sulaikymas ir skausmas tuštinantis¹³⁰. Vidurių užkietėjimas dažnesnis tuo vaiko amžiaus laikotarpiu, kai:

- pradedama maitinti kietu maistu ir grūdinais produktais (6–2 mėnesių);
- mokomasi higieninių įgūdžių (2–3 metų);
- pradėjus lankyti darželį (3–5 metų).

Rekomendacijos dėl tualetų vengimo įveikos (rekomendacijų I klasei)^{122,131}

1. Netaikyti bausmių ir vengti negatyvių pasisakymų apie vaiko šlapinimosi ir (arba) tuštinimosi įpročius¹³¹.
2. Atsiradus tualetų vengimui nutraukti higieninių įgūdžių mokymą kelioms savaitėms arba mėnesiams.
3. Skatinti vaiką mėgdžioti brolius, seseris arba tėvus, pasikvietus jį į tualetą.
4. Aptarti su vaiku tolimesnį higieninių įgūdžių mokymąsi. Į pagalbą galima pasitelkti knygeles arba vaizdo įrašus.
5. Skatinti vaiką pačiam pasikeisti nešvarias sauskelnes.
6. Gydyti vidurių užkietėjimą dieta ir vaistais. Įvertinti vaiko dietą, skaidulinių medžiagų ir pieno kiekį joje. Pernelyg didelis nenugriebto karvės pieno (daugiau negu litro) vartojimas gali sulėtinti žarnyno peristaltiką ir sukelti sotumą jausmą, taip sumažinant maisto, kuris skatina tuštinimąsi (pvz., vandens, vaisių ir daržovių) suvartojimą¹³².
7. Įvertinti kaip vaikas tuštinasi (kur sėdi yra sodinamas). Vaikams, besinaudojantiems suaugusiems skirtu unitazu, gali būti sunku išlaikyti pusiausvyrą ir tuštinti tuo pačiu metu.
8. Sukurti apdovanojimų sistemą skirtą paskatinti tinkamą elgesį.

3. Metodinio dokumento diegimo ir auditavimo aprašas

3.1. Metodinio dokumento diegimo aprašas

1. VRSAR tarnyba, siekianti įsodiegti metodinį dokumentą „0–3 m. vaikų savarankiškumo raidos sutrikimų išaiškinimas, terapijos principai ir stebėjimas“ privalo atitikti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. 728 „Dėl Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, parašymo ir teikimo reikalavimų“ (nauja redakcija nuo 2018 m. vasario 8 d. Nr. V-150) nuostatas.
2. Mokymai, padedantys įdiegti ir taikyti metodinio dokumento nuostatas, bus vykdomi pagal projektą "Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas psichikos, elgesio ar raidos sutrikimų turintiems bei rizikos grupių vaikams" lėšomis, finansuojamą Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšomis.
3. Baigus mokymus VRSAR darbą koordinuojantis gydytojas kartu su daugiadalykės komandos specialistais turi parengti savo įstaigos vaikų savarankiškumo raidos sutrikimų išaiškinimo ir

terapijos protokolą, vadovaudamiesi šios metodikos nuostatomis. Protokolai ir formos tvirtinami pagal gydymo įstaigos nustatytą diagnostikos ir gydymo protokolų tvirtinimo tvarką.

4. Metodinio dokumento įdiegimo VRSAR tarnyboje kokybės vertinimo rodikliai pateikiami 27 lentelėje. Rekomenduojame atlikti kokybės vertinimą kartą per metus. Už kokybės vertinimą atsako VRSAR darbą koordinuojantis gydytojas arba kitas ASP įstaigos deleguotas asmuo. Atlikus vertinimą pildomas kokybės vertinimo protokolas, o kokybės vertinimo rezultatai aptariami VRSAR daugiadalykės specialistų komandos susirinkime.
5. Savarankiškumo raidos sutrikimą turinčių vaikų įstatyminių atstovų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis vertinamas ta pačia tvarka kaip ir kitų VRSAR paslaugas gaunančių vaikų įstatyminių atstovų pasitenkinimas ir atskirai neanalizuojamas. VRSAR paslaugas gaunančių vaikų įstatyminių atstovų apklausa (anketos), jos organizavimas ir vertinimas atliekami teisės aktų nustatyta tvarka.
6. Rekomenduojama atnaujinti šį metodinį dokumentą kas 5 metai. Metodikos atnaujinimą nacionaliniu mastu inicijuoja LR Sveikatos apsaugos ministerija arba profesinės organizacijos (Lietuvos vaikų negalios akademija, Lietuvos socialinės pediatrijos draugija). Jeigu neatliekamas metodikos atnaujinimas nacionaliniu mastu, VRSAR komandos atnaujina savo naudojamus savarankiškumo raidos sutrikimų vertinimo ir terapijos protokolus pagal Lietuvos respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 17 d. įsakymo Nr. V-395 „Dėl Diagnostikos ir gydymo metodikų rengimo ir jų taikymo priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (nauja redakcija nuo 2020 m. birželio 29 d. Nr. V-1567) nuostatas.

27 lentelė. Savarankiškumo raidos sutrikimų diagnostikos, stebėjimo ir gydymo paslaugų kokybės vertinimo rodikliai

Rodiklio pavadinimas	Rodiklio aprašymas	Rodiklio siektina reikšmė
Laikotarpis nuo pirmojo vizito pas VRSAR gydytoją iki individualaus stebėjimo ir gydymo plano sudarymo datos	Paciento, kuris pirmą kartą dėl savarankiškumo raidos sutrikimo siunčiamas į VRSAR tarnybą, laukimo ir diagnostinių vertinimų laikas nuo pirmojo apsilankymo pas VRSAR gydytoją dienos iki specialistų komandos susirinkimo, kuriame su įstatyminiu paciento atstovu / -ais buvo aptariama vaiko raida ir funkcinė būklė bei sudarytas tolesnis vaiko ištyrimo ir gydymo planas (pateikiami duomenys apie trumpiausią, ilgiausią ir vidutinį laukimo laiką per metus).	2 savaitės
Savarankiškumo raidos sutrikimą turinčio vaiko diagnostikos, stebėjimo ir gydymo taktiką parenka ir planą sudaro daugiadalykė specialistų komanda	Komandą sudaro socialinis pediatras, ergoterapeutas, logoterapeutas ir psichologas. Esant poreikiui galima socialinio darbuotojo, vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija.	100 proc.
Pacientų įstatyminių atstovų skundai teikiamomis paslaugomis	ASP ir kitoms institucijoms dėl DS teiktų ASP paslaugų nagrinėtų pacientų skundų ir pagrįstų skundų skaičiaus santykis (sk.)	0 pagrįstų skundų

3.2. Metodinio dokumento auditavimo aprašas

1. Praėjus 12 mėnesių po metodikos įdiegimo ir vėliau kas 2 metai atliekamas įdiegto metodinio dokumento veiksmingumo auditas. Audito uždavinys – įvertinti raidos sutrikimą turinčių vaikų savarankiškumo raidos sutrikimo diagnostiką ir gydymą.
2. Audito metu naudojami informacijos šaltiniai – įrašai ESPBI IS ir (arba) ASP įstaigos informacinėse sistemose, pokalbis su VRSAR gydytojų ir specialistų komanda. Patikrinama ne mažiau 5 atsitiktinai atrinktų raidos sutrikimą (pvz. cerebrinį paralyžių, Dauno sindromą, autizmą) turinčių vaikų medicininiai įrašai, susiję su VRSAR paslaugų teikimu.
3. Vertinami raidos sutrikimą turinčių vaikų raidos ir funkcinės būklės vertinimo protokolai, individualūs abilitacijos planai, VRSAR paslaugų (stebėjimo ir gydymo) teikimas. Metodikos taikymo veiksmingumo kriterijai:
 - atliktas savarankiškumo gebėjimų vertinimas;
 - naudojamos įstaigos patvirtintos vertinimo formos, užpildomos visos jos dalys;
 - sudaromi ir reguliariai atnaujinami individualūs reabilitacijos planai; juose numatomi tikslai ir priemonės vaikų savarankiškumui gerinti; atnaujinant individualius reabilitacijos planus kartojamas raidos ir funkcinės būklės vertinimas;
 - stebėjimas ir gydymas yra tęstinis, vaikas reguliariai lankosi VRSAR tarnyboje kaip numatyta individualiame reabilitacijos plane.
4. Auditą vykdo atitinkamos įstaigos vidaus audito skyrius. Auditorių parinkimas, audito nešališkumo užtikrinimas, audito rezultatų aptarimas su įstaigos administracija ir VRSAR darbuotojais, audito dokumentų pildymas ir saugojimas vykdomi pagal įstaigos vadovo patvirtintą bendrą Įstaigos vidaus medicininio audito atlikimo ir ataskaitų rengimo tvarką.
5. Dėl metodinio dokumento taikymo galima konsultuotis su gydytoja vaikų neurologe Indre Bakaniene, el. paštas Indre.Bakaniene@kaunoklinikos.lt

4. Literatūros aprašymas

Metodiniam dokumentui rengti atlikta sisteminė literatūros paieška biomedicinos mokslų duomenų bazėse MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), PsychINFO. Naudota tarptautinė PICO (populiacija, intervencija, kontrolinė grupė (angl. controls) ir rezultatas (angl. outcome) paieškos strategija pagal pasirinktus raktinius žodžius. Kitose šalyse patvirtintų vaikų savarankiškumo įgūdžių raidos gairių, vertinimo priemonių ir terapinių metodų rekomendacijų ieškota profesinių organizacijų tinklapiuose, (Amerikos ergoterapeutų asociacijos (AOTA), Nacionalinės miego fondo (*National sleep foundation*), JK Nacionalinės sveikatos tarnybos (*National Health service, NHS*) ir Amerikos pediatrų asociacijos (angl. *The American Academy of Pediatrics*)), duomenų bazėse Google Mokslinčius (angl. Google Scholar), UpToDate ir ClinicalKey sistemose. Paieška atlikta 2021 m. lapkričio mėnesį ir atnaujinta 2022 m. gegužės mėnesį. Naudoti literatūros šaltiniai pateikiami literatūros sąrašė. Intervencinių tyrimų kokybei vertinti naudota Amerikos cerebrinio paralyžiaus ir raidos medicinos akademijos (angl. *American Academy of Cerebral Palsy and Developmental Medicine, AACPDM*) tyrimų kokybės vertinimo sistema¹³³. Rengiant metodiką remtasi tyrimais, kurie surinko teigiamus vertinimus atsakant į 5 ir daugiau kokybės klausimų. Tyrimai, kurie surinko

mažiau negu 5 teigiamus vertinimus (menkos kokybės tyrimai) į apžvalgą įtraukti nebuvo. Mokslinių įrodymų ir rekomendacijų lygmuo pateikiami diagnostikos ir gydymo rekomendacijų tekste.

5. Literatūros sąrašas

1. Jane Case-Smith and Jane Clifford O'Brien. *Occupational Therapy for Children and Adolescents. Esantis: Occupational Therapy for Children and Adolescents*. Elsevier Mosby; 2015.
2. Oosterwijk AM, Nieuwenhuis MK, Schans CP van der, Mouton LJ. Shoulder and elbow range of motion for the performance of activities of daily living: A systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2018;34(7):505-528. doi:10.1080/09593985.2017.1422206
3. Mendonça B, Sargent B, Fetters L. Cross-cultural validity of standardized motor development screening and assessment tools: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2016;58(12):1213-1222. doi:https://doi.org/10.1111/dmcn.13263
4. Kovacic K, Rein LE, Szabo A, Kommareddy S, Bhagavatula P, Goday PS. Pediatric Feeding Disorder: A Nationwide Prevalence Study. *J Pediatr*. 2021;228:126-131.e3. doi:10.1016/j.jpeds.2020.07.047
5. Rosenberg SA, Zhang D, Robinson CC. Prevalence of Developmental Delays and Participation in Early Intervention Services for Young Children. *Pediatrics*. 2008;121(6):e1503-e1509. doi:10.1542/peds.2007-1680
6. Nelson BB, Dudovitz RN, Coker TR, et al. Predictors of Poor School Readiness in Children Without Developmental Delay at Age 2. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20154477. doi:10.1542/peds.2015-4477
7. Ozkan M, Senel S, Arslan EA, Karacan CD. The socioeconomic and biological risk factors for developmental delay in early childhood. *Eur J Pediatr*. 2012;171(12):1815-1821. doi:10.1007/s00431-012-1826-1
8. McPhillips M, Jordan-Black JA. The effect of social disadvantage on motor development in young children: a comparative study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(12):1214-1222. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01814.x
9. Gloria Froleck Clark and Karrie Kingsley. *Occupational Therapy Practice Early Childhood: Birth Through 5 Years*. Graphics System, White Plains; 2013.
10. Gronski M, Doherty M. Interventions Within the Scope of Occupational Therapy Practice to Improve Activities of Daily Living, Rest, and Sleep for Children Ages 0–5 Years and Their Families: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 2020;74(2):7402180010p1-7402180010p33. doi:10.5014/ajot.2020.039545
11. Liebhart JL, Lindros J, Womack SJ, Hassink SG. Understanding What's Happening in Infant Feeding: A Look at Baseline Clinical Data for the Optimize Infant and Toddler Feeding for Obesity Prevention Collaborative. *Pediatrics*. 2021;147(3_MeetingAbstract):189-190. doi:10.1542/peds.147.3MA2.189
12. Chervin RD, Dillon JE, Bassetti C, Ganoczy DA, Pituch KJ. Symptoms of sleep disorders, inattention, and hyperactivity in children. *Sleep*. 1997;20(12):1185-1192. doi:10.1093/sleep/20.12.1185
13. Byars KC, Yolton K, Rausch J, Lanphear B, Beebe DW. Prevalence, Patterns, and Persistence of Sleep Problems in the First 3 Years of Life. *Pediatrics*. 2012;129(2):e276-e284. doi:10.1542/peds.2011-0372
14. Kaerts N, Van Hal G, functional A, Wyndaele JJ. Readiness signs used to define the proper moment to start toilet training: A review of the literature. *NeuroUrol Urodyn*. 2012;31(4):437-440. doi:10.1002/nau.21211
15. WHO. Monitoring children's development in primary care services. Accessed June 11, 2022. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240012479>
16. Steenbeek D, Ketelaar M, Galama K, Gorter JW. Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation: a critical review of the literature. *Dev Med Child Neurol*. 2007;49(7):550-556. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.00550.x
17. Mastos M, Miller K, Eliasson AC, Imms C. Goal-directed training: linking theories of treatment to clinical practice for improved functional activities in daily life. *Clin Rehabil*. 2007;21(1):47-55. doi:10.1177/0269215506073494
18. Ferre CL, Brandão M, Surana B, Dew AP, Moreau NG, Gordon AM. Caregiver-directed home-based intensive bimanual training in young children with unilateral spastic cerebral palsy: a randomized trial. *Dev Med Child Neurol*. 2017;59(5):497-504. doi:10.1111/dmcn.13330
19. Branjerdporn N, Ziviani J, Sakzewski L. Goal-directed occupational therapy for children with unilateral cerebral palsy: Categorising and quantifying session content. *Br J Occup Ther*. 2018;81(3):138-146. doi:10.1177/0308022617743458
20. Löwing K, Bexelius A, Brogren Carlberg E. Activity focused and goal directed therapy for children with cerebral palsy – Do goals make a difference? *Disabil Rehabil*. 2009;31(22):1808-1816. doi:10.1080/09638280902822278
21. Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007;13(4):370-378. doi:10.1002/mrdd.20176
22. Family-Centred Assessment and Intervention in Pediatric Rehabilitation. Routledge & CRC Press. Accessed July 5, 2022. <https://www.routledge.com/Family-Centred-Assessment-and-Intervention-in-Pediatric-Rehabilitation/Law/p/book/9781138002388>

23. Poole JL. Application of motor learning principles in occupational therapy. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc.* 1991;45(6):531-537. doi:10.5014/ajot.45.6.531
24. Jarus T, Ratzon NZ. The implementation of motor learning principles in designing prevention programs at work. *Work Read Mass.* 2005;24(2):171-182.
25. Zwicker JG, Harris SR. A reflection on motor learning theory in pediatric occupational therapy practice. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother.* 2009;76(1):29-37. doi:10.1177/000841740907600108
26. Singh A, Yeh CJ, Boone Blanchard S. Ages and Stages Questionnaire: a global screening scale. *Bol Méd Hosp Infant México.* 2017;74(1):5-12. doi:10.1016/j.bmhmx.2016.07.008
27. Clark GF, Kingsley KL. Occupational Therapy Practice Guidelines for Early Childhood: Birth–5 Years. *Am J Occup Ther.* 2020;74(3):7403397010p1-7403397010p42. doi:10.5014/ajot.2020.743001
28. Babies, children and young people’s experience of healthcare (NG204) - ClinicalKey. Accessed November 19, 2021. https://www-clinicalkey-com.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt#!/content/nice_guidelines/65-s2.0-NG204
29. Guidelines for Occupational Therapy Services in Early Intervention and Schools. *Am J Occup Ther.* 2017;71(Supplement_2):7112410010p1-7112410010p10. doi:10.5014/ajot.2017.716S01
30. Schonhaut L, Armijo I, Schönstedt M, Alvarez J, Cordero M. Validity of the Ages and Stages Questionnaires in Term and Preterm Infants. *Pediatrics.* 2013;131(5):e1468-e1474. doi:10.1542/peds.2012-3313
31. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics.* 2003;111(2):302-307. doi:10.1542/peds.111.2.302
32. NHSGGC - Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Motor Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) - guidance for healthcare professionals, Paediatrics [Internet]. Accessed 2022 Jun 14. <https://www.health.ny.gov/publications/4961.pdf>
33. Hagan ir kt. - 2017 - Bright futures guidelines for health supervision .pdf. Accessed January 5, 2022. https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4_Introduction.pdf
34. Jane Clifford O’Brien HK. *Occupational Therapy for Children and Adolescents.* eighth edition. Elsevier INC.; 2020.
35. East and North Hertfordshire NHS Trust. Developing-dressing-skills. Accessed December 27, 2021. <https://www.hct.nhs.uk/media/1255/developing-dressing-skills.pdf>
36. East and North Hertfordshire NHS Trust. Dressing Myself. NHS GGC. Published December 17, 2017. Accessed December 27, 2021. <https://www.nhs.gov.uk/kids/life-skills/self-care/dressing-myself/>
37. East and North Hertfordshire NHS Trust. Dressing Skills Five Steps to Function. Accessed January 10, 2022. <https://alderhey.nhs.uk/application/files/5416/2575/9851/>
38. Paruthi S, Brooks LJ, D’Ambrosio C, et al. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 2016;12(6):785-786. doi:10.5664/jcsm.5866
39. Blum NJ, Taubman B, Nemeth N. Relationship between age at initiation of toilet training and duration of training: a prospective study. *Pediatrics.* 2003;111(4 Pt 1):810-814. doi:10.1542/peds.111.4.810
40. East and North Hertfordshire NHS Trust. How to potty train. Published December 7, 2020. Accessed May 25, 2022. <https://www.nhs.uk/conditions/baby/babys-development/potty-training-and-bedwetting/how-to-potty-train/>
41. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology.* 2006;130(5):1519-1526. doi:10.1053/j.gastro.2005.11.065
42. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58(2):258-274. doi:10.1097/MPG.0000000000000266
43. Feeding Matters Infant and Child Feeding Questionnaire© | Feeding Matters. Accessed July 6, 2022. <https://questionnaire.feedingmatters.org/questionnaire>
44. Choby BA, George S. Toilet Training. *Am Fam Physician.* 2008;78(9):1059-1064.
45. Grigg-Damberger M, Ralls F. Treatment strategies for complex behavioral insomnia in children with neurodevelopmental disorders. *Curr Opin Pulm Med.* 2013;19(6):616-625. doi:10.1097/MCP.0b013e328365ab89
46. Sung V, Hiscock H, Sciberras E, Efron D. Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162(4):336-342. doi:10.1001/archpedi.162.4.336
47. Efron D, Lycett K, Sciberras E. Use of sleep medication in children with ADHD. *Sleep Med.* 2014;15(4):472-475. doi:10.1016/j.sleep.2013.10.018
48. Marcus CL, Curtis S, Koerner CB, Joffe A, Serwint JR, Loughlin GM. Evaluation of pulmonary function and polysomnography in obese children and adolescents. *Pediatr Pulmonol.* 1996;21(3):176-183. doi:10.1002/(SICI)1099-0496(199603)21:3<176::AID-PPUL5>3.0.CO;2-O
49. Silvestri JM, Weese-Mayer DE, Bass MT, Kenny AS, Hauptman SA, Pearsall SM. Polysomnography in obese children with a history of sleep-associated breathing disorders. *Pediatr Pulmonol.* 1993;16(2):124-129. doi:10.1002/ppul.1950160208

50. COPM. Psychometric Properties of the COPM. Published February 28, 2014. Accessed June 16, 2022. <https://www.thecopm.ca/casestudy/psychometric-properties-of-the-copm/>
51. Fehlings D, Brown L, Harvey A, et al. Pharmacological and neurosurgical interventions for managing dystonia in cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2018;60(4):356-366. doi:10.1111/dmcn.13652
52. New South Wales, Agency for Clinical Innovation. Management Of Cerebral Palsy In Children A Guide . Accessed January 17, 2021. https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDS/Documents/GL2018_006.pdf
53. Ziviani J, Ottenbacher KJ, Shephard K, Foreman S, Astbury W, Ireland P. Concurrent validity of the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM) and the Pediatric Evaluation of Disabilities Inventory in children with developmental disabilities and acquired brain injuries. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2001;21(2-3):91-101.
54. Shore BJ, Allar BG, Miller PE, Matheney TH, Snyder BD, Fragala-Pinkham M. Measuring the Reliability and Construct Validity of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory-Computer Adaptive Test (PEDI-CAT) in Children With Cerebral Palsy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100(1):45-51. doi:10.1016/j.apmr.2018.07.427
55. Clark GF, Kingsley KL. Occupational Therapy Practice Guidelines for Early Childhood: Birth–5 Years. *Am J Occup Ther*. 2020;74(3):7403397010p1-7403397010p42. doi:10.5014/ajot.2020.743001
56. Balasundaram P, Avulakunta ID. Bayley Scales Of Infant and Toddler Development. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2022. Accessed June 16, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567715/>
57. Griffiths A, Toovey R, Morgan PE, Spittle AJ. Psychometric properties of gross motor assessment tools for children: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(10):e021734. doi:10.1136/bmjopen-2018-021734
58. Eeles AL, Spittle AJ, Anderson PJ, et al. Assessments of sensory processing in infants: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2013;55(4):314-326. doi:10.1111/j.1469-8749.2012.04434.x
59. Fauls JR, Thompson BL, Johnston LM. Validity of the Ages and Stages Questionnaire to identify young children with gross motor difficulties who require physiotherapy assessment. *Dev Med Child Neurol*. 2020;62(7):837-844. doi:10.1111/dmcn.14480
60. Albers CA, Grieve AJ. Review of Bayley Scales of Infant and Toddler Development--Third Edition. *J Psychoeduc Assess*. 2007;25(2):180-190. doi:10.1177/0734282906297199
61. SAM. Funkcinio nepriklausomumo skalės (FIM) nustatymo metodika. Accessed January 10, 2022. https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/FIM_metodika_v3_fin.pdf
62. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*. 2015;95:349-359. doi:10.1016/j.appet.2015.07.026
63. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11years. *Eat Behav*. 2010;11(4):253-257. doi:10.1016/j.eatbeh.2010.05.006
64. National Eating Disorders Association. More than picky eating—7 things to know about ARFID. Published October 4, 2018. Accessed June 16, 2022. <https://www.nationaleatingdisorders.org/blog/more-picky-eating%E2%80%947-things-know-about-arfid>
65. Tapia I, Wise M. Assessment of sleep disorders in children - UpToDate. Accessed December 28, 2021. https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-sleep-disorders-in-children?search=sleep&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
66. Owens JA. Behavioral sleep problems in children - UpToDate. Accessed January 24, 2022. https://www-uptodate-com.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/contents/behavioral-sleep-problems-in-children?search=%22Behavioral%20sleep%20problems%20in%20children%22&source=search_result&selectedTitle=1~1&usage_type=default&display_rank=1
67. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014;146(5):1387-1394. doi:10.1378/chest.14-0970
68. Wise MS. Childhood narcolepsy. *Neurology*. 1998;50(2 Suppl 1):S37-42. doi:10.1212/wnl.50.2_suppl_1.s37
69. Owens J, Ovipari L, Nobile C, Spirito A. Sleep and daytime behavior in children with obstructive sleep apnea and behavioral sleep disorders. *Pediatrics*. 1998;102(5):1178-1184. doi:10.1542/peds.102.5.1178
70. Ancoli-Israel S, Martin JL, Blackwell T, et al. The SBSM Guide to Actigraphy Monitoring: Clinical and Research Applications. *Behav Sleep Med*. 2015;13 Suppl 1:S4-S38. doi:10.1080/15402002.2015.1046356
71. Aurora RN, Lamm CI, Zak RS, et al. Practice parameters for the non-respiratory indications for polysomnography and multiple sleep latency testing for children. *Sleep*. 2012;35(11):1467-1473. doi:10.5665/sleep.2190
72. Aurora RN, Zak RS, Karippot A, et al. Practice parameters for the respiratory indications for polysomnography in children. *Sleep*. 2011;34(3):379-388. doi:10.1093/sleep/34.3.379
73. Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T, et al. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005. *Sleep*. 2005;28(4):499-521. doi:10.1093/sleep/28.4.499
74. Covington LB, Patterson F, Hale LE, et al. The contributory role of the family context in early childhood sleep health: A systematic review. *Sleep Health*. 2021;7(2):254-265. doi:10.1016/j.sleh.2020.11.010
75. Mindell JA, Williamson AA. Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Med Rev*. 2018;40:93-108. doi:10.1016/j.smrv.2017.10.007
76. Zaremba EK, Barkey ME, Mesa C, Sanniti K, Rosen CL. Making polysomnography more “child friendly:” a family-centered care approach. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 2005;1(2):189-198.

77. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *J Pediatr*. 2017;181:116-124.e4. doi:10.1016/j.jpeds.2016.10.002
78. Howe TH, Wang TN. Systematic Review of Interventions Used in or Relevant to Occupational Therapy for Children With Feeding Difficulties Ages Birth–5 Years. *Am J Occup Ther*. 2013;67(4):405-412. doi:10.5014/ajot.2013.004564
79. Novak I, Honan I. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Aust Occup Ther J*. 2019;66(3):258-273. doi:10.1111/1440-1630.12573
80. eviCore healthcare (eviCore). Physical Therapy (PT) and Occupational Therapy (OT) Services – Clinical Guidelines. Published May 15, 2021. Accessed September 10, 2021. https://www.evicore.com/-/media/files/evicore/clinical-guidelines/ptot-guidelines_v102021_eff05152021_pub01292021.pdf
81. NEMO Guidelines. Guidelines for fussy eating. Published online May 15, 2013. Accessed July 29, 2021. https://www.cfps.org.sg/publications/the-singapore-family-physician/article/224_pdf
83. Arikpo D, Edet ES, Chibuzor MT, Odey F, Caldwell DM. Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(5). doi:10.1002/14651858.CD011768.pub2
84. PEAS | Clinical Practice Guide. Accessed July 8, 2022. <https://peas.albertahealthservices.ca/>
85. Boggs T, Ferguson N. A Little PEP Goes a Long Way in the Treatment of Pediatric Feeding Disorders. *Perspect ASHA Spec Interest Groups*. 2016;1(13):26-37. doi:10.1044/persp1.SIG13.26
86. Sharp WG, Burrell TL, Jaquess DL. The Autism MEAL Plan: a parent-training curriculum to manage eating aversions and low intake among children with autism. *Autism Int J Res Pract*. 2014;18(6):712-722. doi:10.1177/1362361313489190
87. National Health Service UK. Dressing_skills. Published online May 2014. Accessed January 10, 2022. http://oxleas.nhs.uk/site-media/cms-downloads/Dressing_skills_May_2014.pdf
88. Lancioni GE, O'Reilly MF. Self-management of instruction cues for occupation: review of studies with people with severe and profound developmental disabilities. *Res Dev Disabil*. 2001;22(1):41-65. doi:10.1016/S0891-4222(00)00063-9
89. Cremona A, McDermott JM, Spencer RMC. Naps Enhance Executive Attention in Preschool-Aged Children. *J Pediatr Psychol*. 2017;42(8):837-845. doi:10.1093/jpepsy/jsx048
90. Hall WA, Scher A, Zaidman-Zait A, Espezel H, Warnock F. A community-based study of sleep and behaviour problems in 12- to 36-month-old children. *Child Care Health Dev*. 2012;38(3):379-389. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01252.x
91. Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bögels SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Med Rev*. 2010;14(3):179-189. doi:10.1016/j.smrv.2009.10.004
92. Honaker SM, Meltzer LJ. Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Med Rev*. 2016;25:31-39. doi:10.1016/j.smrv.2015.01.004
93. Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN, Calhoun SL, et al. Insomnia symptoms, objective sleep duration and hypothalamic-pituitary-adrenal activity in children. *Eur J Clin Invest*. 2014;44(5):493-500. doi:10.1111/eci.12263
94. Levenson JC, Kay DB, Buysse DJ. The pathophysiology of insomnia. *Chest*. 2015;147(4):1179-1192. doi:10.1378/chest.14-1617
95. Combs D, Goodwin JL, Quan SF, Morgan WJ, Shetty S, Parthasarathy S. Insomnia, Health-Related Quality of Life and Health Outcomes in Children: A Seven Year Longitudinal Cohort. *Sci Rep*. 2016;6:27921. doi:10.1038/srep27921
96. Fisher A, van Jaarsveld CHM, Llewellyn CH, Wardle J. Genetic and environmental influences on infant sleep. *Pediatrics*. 2012;129(6):1091-1096. doi:10.1542/peds.2011-1571
97. Burnham MM, Goodlin-Jones BL, Gaylor EE, Anders TF. Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43(6):713-725. doi:10.1111/1469-7610.00076
98. Picchetti D, Allen RP, Walters AS, Davidson JE, Myers A, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents--the Peds REST study. *Pediatrics*. 2007;120(2):253-266. doi:10.1542/peds.2006-2767
99. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A, American Academy of Sleep Medicine. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*. 2006;29(10):1263-1276.
100. Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*. 2006;29(10):1277-1281.
101. American Occupational Therapy Association. Critically Appraised Topic: Sleep Interventions for Children and Youth 0-5 Years. Accessed November 30, 2021. <https://www.aota.org/Practice/Children-Youth/Evidence-based/CAT-CY05-ADL-Sleep.aspx>
102. Fangupo LJ, Haszard JJ, Reynolds AN, et al. Do sleep interventions change sleep duration in children aged 0-5 years? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2021;59:101498. doi:10.1016/j.smrv.2021.101498

103. National Health Service UK. Sleep problems in young children. Published December 7, 2020. Accessed December 13, 2021. <https://www.nhs.uk/conditions/baby/health/sleep-problems-in-young-children/>
104. Perrault AA, Bayer L, Peuvrier M, et al. Reducing the use of screen electronic devices in the evening is associated with improved sleep and daytime vigilance in adolescents. *Sleep*. 2019;42(9):zsz125. doi:10.1093/sleep/zsz125
105. Janssen X, Martin A, Hughes AR, Hill CM, Kotronoulas G, Hesketh KR. Associations of screen time, sedentary time and physical activity with sleep in under 5s: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2020;49:101226. doi:10.1016/j.smrv.2019.101226
106. Sleep Foundation. Children and Sleep. Published September 24, 2020. Accessed December 15, 2021. <https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep>
107. Mindell JA, M. D. Owens JA. *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. 2nd edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
108. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health*. 2015;1(4):233-243. doi:10.1016/j.sleh.2015.10.004
109. Newton AT, Honaker SM, Reid GJ. Risk and protective factors and processes for behavioral sleep problems among preschool and early school-aged children: A systematic review. *Sleep Med Rev*. 2020;52:101303. doi:10.1016/j.smrv.2020.101303
110. St-Onge MP, Mikic A, Pietrolungo CE. Effects of Diet on Sleep Quality. *Adv Nutr*. 2016;7(5):938-949. doi:10.3945/an.116.012336
111. Buckley AW, Hirtz D, Oskoui M, et al. Practice guideline: Treatment for insomnia and disrupted sleep behavior in children and adolescents with autism spectrum disorder: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2020;94(9):392-404. doi:10.1212/WNL.00000000000009033
112. Sheidaei A, Abadi A, Zayeri F, Nahidi F, Gazerani N, Mansouri A. The effectiveness of massage therapy in the treatment of infantile colic symptoms: A randomized controlled trial. *Med J Islam Repub Iran*. 2016;30:351.
113. Yates CC, Mitchell AJ, Booth MY, Williams DK, Lowe LM, Whit Hall R. The effects of massage therapy to induce sleep in infants born preterm. *Pediatr Phys Ther Off Publ Sect Pediatr Am Phys Ther Assoc*. 2014;26(4):405-410. doi:10.1097/PEP.0000000000000081
114. How Much Sleep Do Babies and Kids Need? Sleep Foundation. Published September 24, 2020. Accessed December 13, 2021. <https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep/how-much-sleep-do-kids-need>
115. Cooney MR, Short MA, Gradisar M. An open trial of bedtime fading for sleep disturbances in preschool children: a parent group education approach. *Sleep Med*. 2018;46:98-106. doi:10.1016/j.sleep.2018.03.003
116. Wheaton AG, Claussen AH. Short Sleep Duration Among Infants, Children, and Adolescents Aged 4 Months-17 Years - United States, 2016-2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(38):1315-1321. doi:10.15585/mmwr.mm7038a1
117. Vermandel A, Van Kampen M, Van Gorp C, Wyndaele JJ. How to toilet train healthy children? A review of the literature. *Neurol Urodyn*. 2008;27(3):162-166. doi:10.1002/nau.20490
118. Schum TR, Kolb TM, McAuliffe TL, Simms MD, Underhill RL, Lewis M. Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. *Pediatrics*. 2002;109(3):E48. doi:10.1542/peds.109.3.e48
119. Taubman B. Toilet training and toileting refusal for stool only: a prospective study. *Pediatrics*. 1997;99(1):54-58. doi:10.1542/peds.99.1.54
120. Blum NJ, Taubman B, Nemeth N. Why is toilet training occurring at older ages? A study of factors associated with later training. *J Pediatr*. 2004;145(1):107-111. doi:10.1016/j.jpeds.2004.02.022
121. Klassen TP, Kiddoo D, Lang ME, et al. The effectiveness of different methods of toilet training for bowel and bladder control. *Evid Report Technology Assess*. 2006;(147):1-57.
122. Turner TL, Matlock KB. Toilet training - UpToDate. Accessed June 15, 2022. https://www.uptodate-com.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/contents/toilet-training?search=toileting&source=search_result&selectedTitle=1~56&usage_type=default&display_rank=1#H13
123. Wyndaele JJ, Kaerts N, Wyndaele M, Vermandel A. Development Signs in Healthy Toddlers in Different Stages of Toilet Training: Can They Help Define Readiness and Probability of Success? *Glob Pediatr Health*. 2020;7:2333794X20951086. doi:10.1177/2333794X20951086
124. Baird DC, Bybel M, Kowalski AW. Toilet Training: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2019;100(8):468-474.
125. Kroeger KA, Sorensen-Burnworth R. Toilet training individuals with autism and other developmental disabilities: A critical review. *Res Autism Spectr Disord*. 2009;3(3):607-618. doi:10.1016/j.rasd.2009.01.005
126. Johnson J, Travers J, Forbes H, Zimmerman K. A Systematic Review of Rapid Toilet Training Intervention Intensity for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Educ Train Autism Dev Disabil*. 2021;56:140-157.
127. Partin JC, Hamill SK, Fischel JE, Partin JS. Painful defecation and fecal soiling in children. *Pediatrics*. 1992;89(6 Pt 1):1007-1009.

128. Schonwald A, Sherritt L, Stadtler A, Bridgemohan C. Factors Associated With Difficult Toilet Training. *Pediatrics*. 2004;113(6):1753-1757. doi:10.1542/peds.113.6.1753
129. Blum NJ, Taubman B, Osborne ML. Behavioral characteristics of children with stool toileting refusal. *Pediatrics*. 1997;99(1):50-53. doi:10.1542/peds.99.1.50
130. Blum NJ, Taubman B, Nemeth N. During toilet training, constipation occurs before stool toileting refusal. *Pediatrics*. 2004;113(6):e520-522. doi:10.1542/peds.113.6.e520
131. Taubman B, Blum NJ, Nemeth N. Stool Toileting Refusal: A Prospective Intervention Targeting Parental Behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157(12):1193-1196. doi:10.1001/archpedi.157.12.1193
132. Toilet Training Guidelines: Parents: The Role of the Parents in Toilet Training. *Pediatrics*. 1999;103(Supplement_3):1362-1363. doi:10.1542/peds.103.S3.1362
133. Systematic Reviews | AACPD - American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine. Accessed April 18, 2021. <https://www.aacpdm.org/education/systematic-reviews>

6. Informacija visuomenei ir pacientams

(Ši informacija gali būti pateikiama įstatyminiams paciento atstovams kaip lankstinukas, platinama per masines informavimo priemones, viešinama pacientų organizacijų internetiniuose puslapiuose; ja rekomenduojama vadovautis bendraujant su žurnalistais.

Kas yra savarankiškumas ir nuo ko jis priklauso?

Savarankiškumas – tai sugebėjimas be kito pagalbos atlikti kasdienines veiklas, t.y. pavalgyti, rengtis, nueiti į tualetą, užtikrinti asmens higieną, nueiti (arba kitaip pasiekti) į reikalingą vietą, užmigti ir išmiegoti reikiamą valandų kiekį. Vaiko savarankiškumas priklauso nuo jo fizinių ir protinių galimybių bei kultūrinės ir socialinės aplinkos. Skirtingose šalyse vaikai auginami kiek skirtingai, todėl gali skirtis ir vaikų savarankiškumo gebėjimai.

Vaikai pradeda mokytis būti savarankiškais nuo kūdikystės ir su kiekvienu amžiaus tarpsniu tampa vis savarankiškesniais.

Dažniausiai tėvams nerimą kelia vaikų maitinimo ir miego problemos, higieninių (tualetų) įgūdžių formavimas.

Ar maitinimo sutrikimai dažni ir kada sunerinti?

Maitinimo sutrikimas yra vienas dažniausių vaikų savarankiškumo sutrikimų, dėl kurio tėvai kreipiasi į medikus. Nustatomas 1 iš 80 vaikų. Jeigu Jus kaip tėvus neramina vaiko maitinimo problemos, astakykite į 1 lentelėje pateikiamus klausimus ir jeigu į du ar daugiau atsakymų, esančių pilkoje lentelės zonoje, atsakėte taip, kreipkitės į šeimos gydytoją.

1 lentelė. Vaikų maitinimo sutrikimų klausimynas (angl. Infant and Child Feeding Questionnaire, ICFQ)

Ar vaikas rodo norą valgyti (verkia, prašo) ?	TAIP	NE	
Ar manote, kad vaikas valgo pakankamai ?	TAIP	NE	
Kiek minučių įprastai trunka vaiko maitinimas (vieno maitinimo trukmė)?	<5	5–30	>30
Ar turite kažką specialiai daryti tam, kad vaikas pavalgytų ?	TAIP	NE	
Ar vaikas parodo / pasako, kad yra sotus ?	TAIP	NE	
Ar nerimaujate dėl vaiko maitinimo ?	TAIP	NE	

Nuo kokio amžiaus vaikai turi mokėti valgyti savarankiškai?

Vaikai išmoksta valgyti savarankiškai ir pereina prie modifikuotos suaugusių mitybos per pirmuosius dvejus gyvenimo metus (2 lentelė). Svarbu, kad tėvai pastebėtų vaiko iniciatyvą ir susidomėjimą maitinimo procesu ir paskatintų juos valgyti savarankiškai.

2 lentelė. Tipiškai besivystančių vaikų valgymo įgūdžių raidos gairės

Amžius (mėn.)	Valgymo įgūdžiai
5–7	Nuima lūpomis nuo šaukšto tirštesnės konsistencijos maistą.
6–8	Nori rankomis prilaikyti buteliuką, tačiau sunkiai nulaiko jeigu jis pilnas.
6–9	Valgo rankomis sausainį arba kitą kietą maistą, tačiau daugiau čiulpia negu kanda. Paima šaukštą, tačiau stuksena juo į stalą arba čiulpia rankeną. Su pagalba geria iš puodelio.
9–13	Ima maistą (minkštus produktus: makaronus, pupeles ir kt.) rankomis. Mokosi savarankiškai gerti iš puodelio.
12–14	Semia šaukštu maistą ir neša link burnos, tačiau nešant šaukštą dažnai apverčia išpildamas maistą. Pradedama mokytis gerti per šiaudelį, pradeda atprasti nuo buteliuko.
15–18	Valgo šaukštu (semia šaukštu maistą ir nuneša iki burnos neišpylęs). Geria per šiaudelį. Savarankiškai geria iš puodelio, bet būna kad išpila. Nustoja gerti iš buteliuko.
24–30 mėnesių	Domisi šakute, pasmeigia minkštesnius maisto produktus. Puikiai naudojami šaukštu, geria iš paprasto puodelio nepraliedamas.

Ką daryti, jeigu vaikas labai išrankus maistui?

- Laikytis maitinimo režimo, maitinti vaiką visada tuo pačiu laiku ir toje pačioje vietoje.
- Maitinti vaiką ramioje aplinkoje, vengti pašalinio triukšmo, ekranų (TV, išmanaus telefono) naudojimo, nežaisti valgant.
- Duoti vaikui valgyti maistą, kurį valgo kiti šeimos nariai, stengtis negaminti atskirai.
- Tarp pagrindinio valgymo ir užkandžiavimo turi būti ne trumpesnis negu 1 valandos laiko tarpas, kad vaikas išalktų ir domėtųsi maistu. Prieš maitinimą neduoti saldžių gėrimų.
- Pagrindinis valgymas turi trukti ne daugiau 30 minučių, užkandžių valgymas – ne daugiau 20 minučių. Jeigu per tą laiką vaiko lėkštėje liko maisto, nuimti nuo stalo lėkštę. Niekada nemaitinti vaiko per prievartą.
- Pasiūlyti vaikui paragauti įvairių produktų, siūlyti po keletą kartų.
- Leisti pirštais tyrinėti maistą ir taip susipažinti su naujais maisto produktais, valgyti rankomis.
- Skatinti įsitraukti į su maistu susijusias veiklas (pvz., maisto ruošimą, produktų pirkimą, daržovių auginimą) ir leisti pasigaminti sau sveiko maisto.
- Riboti pieno ir pieno produktų vartojimą iki dviejų kartų per dieną ir ne daugiau pusės litro parą. Gausus pieno produktų vartojimas gali sumažinti apetitą kitiems maisto produktams.
- Parinkti tinkamą maisto tekstūrą (maisto paviršiaus ypatybes jaučiamas burnoje). Jeigu vaikui nepatinka tam tikros tekstūros maisto produktai, pasiūlyti jam panašios mitybinės vertės, bet kitokios tekstūros produktų (pvz. jogurtą vietoje pieno, žalias tarkuotas daržoves vietoje virtų).

- Serviruoti maistą patraukliai, suteikti veikui galimybę, tačiau tik iš dviejų variantų (pvz., leisti pasirinkti iš dviejų rūšių vaisių arba sausainių).
- Vengti neigiamų komentarų apie maistą ir vaiko valgymą, nebausti dėl nevalgymo. Taikant bausmes vaikas susieja maistą su neigiama patirtimi ir dar atkakliau nevalgo. Be to, stresas gali sumažinti apetitą.
- Paskatinti (šypsena, apkabinimu ir pan.) už tinkamą elgesį maitinimo metu. Kiekvieno maitinimo metu mažiausiai kartą pagirti net jeigu suvalgė visai nedaug.
- Nanaudoti maisto kaip paskatinimo (pvz. jeigu valgys brokolių, gausi pyragėlių), nes tai paskatins vaiko suvokimą, kad vienas maistas gerokai skanesnis už kitą. Geriau naudoti kitas skatinimo priemones (pvz., mėgstamus žaidimus, lipdukus, išvyką).
- Prieš valgį užsiimti ramia veikla. Nuovargis ir pernelyg didelis susijaudinimas gali sumažinti apetitą.

Ką daryti, jeigu vaikas atsisako valgyti?

- Apsvarstyti: gal jis neseniai užkando arba išgėrė saldžių gėrimų? gal serga arba yra pavargęs? gal per didelė maisto porcija lėkštėje?
- Nesiūlyti kito maisto, palaukti iki kito
- maitinimo arba užkandžiavimo.
- Įvertinti bendrą situaciją: kiek valgymų vaikas praleidžia. Jeigu vaikas atsisako valgyti dažnai ir (arba) nepakankamai auga svoris, pasikonsultuoti su šeimos gydytoju.

Kada vaikai turi išmokti rengtis savarankiškai?

Dauguma vaikų išmoksta rengtis savarankiškai iki ketvirtojo gimtadienio. Tipiškai besivystančių vaikų rengimosi gebėjimų raidos gairės pateikiamos 3 lentelėje.

3 lentelė. Tipiškai besivystančių vaikų rengimosi gebėjimų raidos gairės

Amžius	Įgūdžiai
1 metai	Padedą rengimosi procese (pakelia rankas, kojas). Atlieka dalį rengimosi veiksmų: <ul style="list-style-type: none"> • tempia, bando nusiauti batus; • nusimauna kojines; • ištraukia ranką iš rankovės, koją iš kelnių klešnės.
2 metai	Nusivelka atsegtą švarkelį. Nusiauna batus, jeigu jie neužrišti. Traukia kelnes žemyn. Suranda rankovę, vilkdamasis megztinį arba marškinėlius.
2,5 metų	Nusivelka kelnes su elastine juosmens guma. Padedą maunant kojines. Apsivelka priekyje susegamus drabužius. Atsega dideles sagas.

3 lentelės tęsinys

Amžius	Igūdžiai
	<p>Apsivelka megztinį arba marškinėlius su minimalia pagalba.</p> <p>Apsiauna batus (gali sumaišyti puses).</p> <p>Užsimauna kojines (kulnas gali būti priekyje).</p> <p>Savarankiškai nusivelka kelnes.</p> <p>Užsitraukia užtrauktuką, jeigu jo pusės sujungtos.</p> <p>Nusivelka megztinį arba marškinėlius su pagalba.</p> <p>Užsega dideles sagas.</p>
3,5 metų	<p>Suranda drabužių priekinę pusę.</p> <p>Susega priekyje susegamus drabužius 3–4 sagomis.</p> <p>Atitraukia užtrauktuką ir atskiria jo puses.</p> <p>Užsimauna pirštines.</p> <p>Nusisega diržą.</p> <p>Nusimauna batus.</p> <p>Rengiasi beveik savarankiškai (gali reikėti pagalbos atskiriant drabužių puses).</p>

Kaip mokyti vaiką rengtis savarankiškai?

- Rengimosi mokymą įtraukti į vaiko dienotvarkę.
- Pradėti mokyti vakarais, velkantis pižamą, kad būtų pakankamai laiko mokytis neskubant. Nerekomenduojama mokytis rengimois ryte prieš einant į darželį arba mokyklą.
- Pirmiausia mokyti vaiką nusirengti, nes nusirengti yra lengviau negu apsirengti.
- Mokyti ramioje aplinkoje (pvz., išjungti televizorių), kad pašaliniai dirgikliai neblaškytų dėmesio.
- Mokyti etapais. Galimi du rengimosi mokymo būdai – atbulinis arba mokymo nuo pradžios.. Kai naudojamas atbulino mokymo būdas, rengiant vaiką paliekama jam pačiam atlikti paskutinius rengimosi veiksmus. Vaikui išmokus juos atlikti, paliekama savarankiškai atlikti vis daugiau rengimosi veiksmų, kol galiausiai išmoksta rengtis be tėvų pagalbos. Šis metodas rekomenduojamas daugumos specialistų ir ypač tinka vaikams, kurie yra jautrūs, nepasitiki savimi. Kai naudojamas mokymosi nuo pradžios būdas, vaikas mokomas atlikti pirmąjį rengimosi veiksmą, o kitus užbaigia tėvai. Vaikui išmokus atlikti pirmą rengimosi veiksmą, paliekama savarankiškai atlikti vis daugiau rengimosi veiksmų, kol galiausiai išmoksta rengtis be tėvų pagalbos. Vaikui rengiantis tėvai teikia žodinę arba fizinę pagalbą. Ši technika tinkama vaikams, kuriems sunku prisiminti veiksmų seką arba sujungti veiksmus į visumą. Mokymo rengtis pavyzdžiai pateikiami 4 lentelėje.
- Mokant vaiką rengtis naudoti laisvus rūbus su didesne kaklo iškirpte (rekomenduojama vilktis vienu dydžiu didesnius rūbus).
- Vaikui rengiantis rekomenduojama sėdėti greta, priešais arba už vaiko ir padėti jam žodžiu arba veiksmais.
- Sudėti drabužius pagal rengimosi seką arba pateikti rengimosi eiliškumą paveikslėliais.
- Mokyti rengtis naudojant tą pačią rengimosi techniką visiems rūbams (pvz. marškinėlius ir megztinį vilktis tuo pačiu būdu, iš pradžių įkišant galvą ir po to rankas).
- Pasitelkti fizines ir žodines užuominas (papasakoti apie kiekvieną veiksmą, kai padedama jį atlikti).

- Jeigu vaikas suklydo rengdamasis, paskatinti vaiką apžiūrėti save veidrodyje, įvertinti ar teisingai apsirengė ir įvardinti ką reikėtų pataisyti.

4 lentelė. Rengimosi mokymo pavyzdžiai

Rengimosi mokymas naudojant atbulinio mokymo būdą
<p>Megztinio apsivilkimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – padėti vaikui įkišti galvą į megztinį, rankas į rankoves ir skatinti savarankiškai nutraukti megztinį žemyn; – padėti įkišti galvą į megztinį, vieną ranką į rankovę ir skatinti savarankiškai įkišti kitą ranką į rankovę ir nutraukti megztinį žemyn; – padėti įkišti galvą į megztinį ir skatinti savarankiškai įkišti rankas į rankoves ir nusitraukti megztinį žemyn; – palaikyti megztinį ir skatinti vaiką savarankiškai įkišti į jį galvą bei rankas ir nusitraukti megztinį žemyn; – skatinti vaiką savarankiškai apsirengti megztinį. <p>Megztinio nusivilkimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – skatinti nusitraukti megztinį nuo viršugalvio; – skatinti nusitraukti megztinį nuo kaklo; – skatinti nusivilkti megztinį, kai viena ranka ištraukta iš rankovės, o kita vis dar rankovėje; – skatinti nusivilkti megztinį, kai viena ranka dar rankovėje, o kita ranka iš dalies ištraukta; – skatinti nusivilkti megztinį, kai jis užkeltas ant pečių, bet rankos rankovėse; – skatinti nusivilkti megztinį savarankiškai.
Rengimosi mokymas naudojant mokymo nuo pradžios metodą
<p>Megztinio apsivilkimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – skatinti savarankiškai įkišti galvą į megztinį, tuomet padėti įkišti rankas į rankoves ir nutraukti megztinį žemyn; – skatinti savarankiškai įkišti galvą į megztinį ir vieną ranką į rankovę, tuomet padėti įkišti kitą ranką į rankovę ir nutraukti megztinį žemyn; – skatinti savarankiškai įkišti galvą į megztinį ir abi rankas į rankoves, tuomet nutraukti megztinį žemyn; – skatinti vaiką savarankiškai apsivilkti megztinį. <p>Megztinio nusivilkimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – skatinti vaiką savarankiškai pakelti megztinį iki krūtinės, tuomet padėti ištraukti rankas ir galvą; – skatinti savarankiškai pakelti megztinį iki krūtinės ir ištraukti vieną ranką iš rankovės, tuomet padėti ištraukti kitą ranką ir galvą; – skatinti vaiką savarankiškai pakelti megztinį iki krūtinės ir ištraukti rankas iš rankovių, tuomet padėti ištraukti galvą; – skatinti savarankiškai nusivilkti megztinį.

Kiek laiko vaikas turi miegoti?

Reguliarus nepertraukiamas nakties miegas ir snaudimas dieną labai svarbūs kūdikių ir vaikų raidai, augimui, dalyvavimui kasdienėse veiklose ir atvirščiai – nepakankamas miego kiekis ir kokybė gali sutrikdyti vaiko raidą. Skirtingo amžiaus vaikų miego poreikis pateikiamas 5 lentelėje.

5 lentelė. Vaikų miego poreikis pagal amžių

Amžius	Paros miego trukmė *	Miegas dieną
1–2 mėn.	12–18 val.	Visa diena
3–11 mėn.	12–18 val.	3–4 kartus, nuo 30 min. iki 2 val. trukmės
1–3 m.	12–14 val.	1–2 kartus (nuo 18 mėn. – 1 k.) per dieną po 1–3 val.

*įskaitant dienos miegą

Kokios būna vaikų miego problemos?

Dažniausiai vaikams nustatomos šios vaikų miego problemos:

- užmigimo (arba) miegojimo sutrikimas;
- miego trūkumas ir nereguliarus miegojimas;
- knarkimas ir kitos kvėpavimo problemos miegant;
- judesiai ir neįprasto elgesio epizodai miego metu.

Ar vaikų miego sutrikimai dažni?

Miego sutrikimas gana dažna ikimokyklinio amžiaus vaikų problema, nustatoma penktadaliui 6 mėnesių–4 metų vaikų. Dažniausi vaikų miego sutrikimai – nemiga, nustatoma 20–30 % vaikų. Miego sutrikimų gali turėti bet kokio amžiaus vaikai, net ir neišnešioti naujagimiai.

Kada vaikui diagnozuojama nemiga?

Užmigimo ir miegojimo sutrikimas (nemiga) diagnozuojamas, jeigu:

- vaikas priešinasi nustatytam miego grafikui;
- užmiega ilgiau negu per 30 minučių;
- dažnai pabunda naktį;
- atsisako miegoti be tėvų.

Ar reikia gydyti vaikų miegos sutrikimus?

Miego problemų, kurios trunka neilgai ir turi aiškia priežastį (pvz., atsirado dėl ūmios vaiko ligos, svarbių vaiko arba šeimos gyvenimo pokyčių), paprastai gydyti nereikia. Jeigu miego sutrikimas tampa lėtiniu (trunka ilgiau negu savaitę) ir neigiamai veikia vaiko ir (arba) šeimos funkcionavimą, rekomenduojama kreiptis į gydytoją, kad būtų nustatytos miego sutrikimo priežastys ir paskirtas gydymas.

Kokia turi būti vaiko miego rutina?

- Miego ir prabudimo laikas visomis savaitės dienomis beveik vienodas, gali skirtis ne daugiau negu valandą.
- Valandą prieš miegą rekomenduojama rami veikla, vengiama aktyvių žaidimų ir kitos stimuliuojančios veikos, ypač ekranų (TV, kompiuterio ir kt.) žiūrėjimo.
- Vaikas neguldomas miegoti alkanas, vengiama persivalgyti prieš miegą. Galima pasiūlyti lengvą užkandį (pvz., pieno, sausainių). Po sočios vakarienės iki miego turi praeiti ne mažiau 2 valandų.
- Vengti produktų, kurių sudėtyje yra kofeino (kakavos, arbatos, šokolado).
- Užtikrinti pakankamą fizinį aktyvumą dieną, kasdien išeiti į lauką.
- Tamsus ir tylus miegamasis (jeigu vaikas bijo tamsos, naudoti naktinę lempą).
- Tinkamiausia vaiko miegamojo temperatūra – apie 18, kūdikiams – apie 20 laipsnių.
- Nenaudoti miegamojo kaip erdvės atlikti bausmę.

- Nenaudoti elektroninių prietaisų mažiausiai valandą iki miego, nelaikyti jų vaiko miegamajame.
- Kūdikius nuo 3 mėnesių guldyti į lovytę mieguistą, bet dar nemiegantį, kad nepradėtų sieti miego su supimu ir mokytųsi užmigti savarankiškai.
- Pratinti kūdikius prie skirtingos dienos ir nakties meto aplinkos ir veiklų. Dienos metu kambaryje turi būti šviesu, nemažinti įprastinio garso fono, o kai vaikas nemiega aktyviai su juo žaisti. Naktį kambaryje turi būti tamsu arba pritemdyta, vengti akių kontakto, nekalbėti daugiau negu būtina, o pakeitus sauskelnes ir pamaitinus kūdikį guldyti atgal į lovytę, nekalbinti, nežaisti. Kūdikius iki 6 mėnesių rekomenduojama migdyti atskiroje lovytėje, bet tėvų miegamajame.

Kada pradėti formuoti higieninius (tualetu) vaiko įgūdžius?

Vaikų higieniniai įgūdžiai dažniausiai pradedami formuoti antraisiais gyvenimo metais. Dauguma vaikų visišką šlapimo ir išmatų kontrolę pasiekia antraisiais-trečiaisiais gyvenimo metais. Vaikams prireikia vidutiniškai 6 mėnesių, kad išmoktų pasiprašyti ant puoduko arba unitazo šlapintis ir 6–7 mėnesių, kad išmoktų pasiprašyti tuštintis būdravimo metu. Šlapinimosi kontrolė naktį pasiekiamas per 1–12 mėnesių po to, kad susiformavo visiška šlapinimosi ir tuštinimosi kontrolė nemiegant. Vyresniems negu 5–7 metų vaikams neturėtų pasitaikyti šlapimo nelaikymo atvejų nakties metu. Tipiškai besivystančių 0–3 metų vaikų higieninių įgūdžių raidos gairės pateikiamos 6 lentelėje.

6 lentelė. Tipiškai besivystančių 0–3 metų vaikų higieninių įgūdžių raidos gairės

Amžius	Higieniniai įgūdžiai
15 mėn.	Suvokia, kad pasišlapino arba pasituštino į kelnes
18–24 mėn.	Atkreipia dėmesį į nešvarias sauskelnes ir gali skirtingais žodžiais įvardinti šlapimą ir išmatas.
24 mėn.	Pasako arba parodo, kad reikia į tualetą.
30–36 mėn.	Paprašo kito, kad nuvestų į tualetą
48 mėn.–3 m.	Savarankiškai šlapinasi ir tuštinasi tualete, pats atsisėda ant unitazo, susitvarko po tuštinimosi.

Kaip žinoti kada vaikas pasiruošęs mokytis higieninių įgūdžių?

Prieš pradėdant mokyti vaiką higieninius įgūdžius svarbu įvertinti ar vaikas tam pasiruošęs (7 lentelė). Dauguma vaikų būna pasirengę mokytis higieninių įgūdžių suėjus 22–30 mėn. Svarbu pernelyg neatidėlioti vaiko higieninių įgūdžių formavimo, nes uždelsus (pradėjus juos formuoti vyresniems negu 42 mėn. vaikams) mokymas trunka ilgiau.

7 lentelė. Požymiai, rodantys vaiko pasirengimą formuoti higieninius įgūdžius

Geba savarankiškai vaikščioti (nuėiti iki tualetu)	Informuoja apie nešvarias sauskelnes ir nori jas pakeisti
Tvirtai sėdi ant unitazo ir (arba) naktipuodžio	Geba pareikšti norą šlapintis arba tuštintis
Išlieka sausas kelias valandas	Parodo nepriklausomybę sakydamas „ne“
Gali nusitraukti kelnes žemyn	Pradedą rodyti susidomėjimą tualetu
Geba nusivilkkti kelnes	Nori įtikti (mėgaujasi pagyrimais, dovanomis)
Geba vykdyti paprastas instrukcijas	Imituoja suaugusiųjų ir vyresnių brolių / seserų veiksmus

Jeigu vaikas turi vidurių užkietėjimą, šią problemą būtina išspręsti prieš pradėdant mokyti higieninių įgūdžių. Dėl lėtinio vidurių užkietėjimo gali būti skausminga tuštintis, todėl vaikai stengiasi sulaikyti išmatas ir atsisako naudotis tualetu.

Kaip tėvams pasiruošti vaiko higieninių įgūdžių formavimui?

Prieš pradėdant formuoti vaiko higieninius įgūdžius, svarbu suplanuoti savo laiką – kasdien mažiausiai tris mėnesius reikės skirti laiko ir energijos tualetu mokymui (įskaitant vaiko skatinimą ir papildomą laiką rūbams skalbti). Jeigu šeima ruošiasi kito vaiko gimimui, ketina persikelti į kitą gyvenamąją vietą, grįžti į darbą arba pradėti leisti vaiką į ugdymo įstaigą, vertėtų apsvarstyti galimybę atidėti šių įgūdžių formavimą, nes per daug pasikeitimų vienu metu gali apsunkinti tualetu mokymąsi ir padidinti nusivylimo ir nesėkmės tikimybę. Be to, svarbu suprasti, kad tualetu įgūdžių formavimas nėra varžybos. Tualetu mokymo sėkmė nereiškia, kad vaikas yra protingesnis arba daugiau pažengęs už kitus vaikus, o nelaimingi atvejai mokymosi eigoje – visiškai normalu.

Kaip pradėti formuoti (mokyti) higieninius įgūdžius?

Higieninių įgūdžių mokymą sudaro žingsnių seka: kalbėjimas, nusirengimas, sėdėjimas, nusišluostymas, apsirengimas, vandens nuleidimas ir rankų plovimas.

Mokymo etapai:

- Nuspręskite, kokiais žodžiais apibūdinsite šlapinimąsi, tuštinimąsi (pvz.: „syse“, „kaku“ ir kt.) ir nusekliai juos vartokite bendraudami su vaiku. Atminkite, kad šiuos žodžius vaikas vartos kalbėdamas ant su kitais vaikais ir suaugusiais, todėl jie turi būti suprantami.
- Prieš pradėdami mokyti, dažnai keiskite vaikui sauskelnes, kad jis suprastų ir teiktų pirmenybę sausoms sauskelnėms.
- Kartu su vaiku nusipirkite naktipuodį, leiskite jį papuošti (lipdukais, piešiniais ar kt.). Jeigu gyvenate kelių aukštų name, nusipirkite kelis naktipuodžius ir laikykite po vieną kiekviename aukšte vaikui lengvai pasiekiamoje vietoje (pvz., vaiko žaidimų kambaryje arba miegamajame).
- Nustatykite sodinimo ant naktipuodžio režimą ir reguliariai sodinkite vaiką ant naktipuodžio, ypač pabudus ryte ir pavalgus, kai didesnė tuštinimosi tikimybė. Skatinti vaiką sėsti ant naktipuodžio apsirengusį, sėdėjimo ant naktipuodžio metu kartu su vaiku žiūrėti knygeles arba žaisti su žaislais. Pasikalbėti su vaiku apie tualetu mokymą naudojant knygeles su paveikslukais arba vaizdo įrašus. Į naktipuodį įdėkite šlapias ar nešvarias sauskelnes, kad vaikas suprastų naktipuodžio paskirtį.
- Kai vaikas pripras sėdėti ant naktipuodžio apsirengęs, paskatinti jį sėdėti ant naktipuodžio be sauskelnių.
- Skatinti vaiką pasiprašyti į tualetą. Pastebėjus noro tuštintis arba šlapintis požymius (pvz., kai trepsi, liečia tarpvietę), vesti jį prie naktipuodžio, sodinti, pagirti už sėdėjimą. Būti kantriems, nes gali prireikti kelių dienų arba savaičių iki vaikui pasiseks pasišlapinti arba pasituštinti į naktipuodį, o ir pavykus dar kurį laiką nesėkmės bus dažnos.
- Nebausti, negėdyti ir negrasinti vaikui, jeigu pasišlapino arba pasituštino į sauskelnes arba visai nesinaudoja naktipuodžiu.
- Kai vaikas pradeda šlapintis ir tuštintis į naktipuodį, dieną sauskelnes galima pakeisti kelnaitėmis arba laisvomis kelnėmis. Neskubėti atsisakyti sauskelnių. Jeigu atsisakius

sauskelnių vaikui nepavyksta dieną išlikti sausam, grįžti prie sauskelnių naudojimo. Kai vaikas pradeda išbūti sausas visą dieną, rekomenduojama sauskelnes pakeisti medvilninėmis kelnaitėmis ir pietų bei nakties miego metu.

- Mokymo metu galima naudoti motyvacinę sistemą (žvaigždutes arba lipdukus, kuriais vaikas apdovanojamas už pasiektą rezultatą).
- Kai vaikas išmoksta naudotis naktipuodžiu, galima pereiti prie unitazo su pritaikyta sėdyne ir laipteliu.

Patarimai dėl tualetų įgūdžių mokymo ir palaikymo:

- Elgtis su vaiku kantriai ir švelniai, net kai jam nepavyksta. Nepykti ir nebausti net jeigu visai atsisako sėdėti ant naktipuodžio.
- Rengti vaiką laisvais, lengvai nuvelkamais drabužiais. Tualetų įgūdžių mokymo metu vengti drabužių su sudėtingais užsegimais ir sagomis.
- Kol higieniniai įgūdžiai nėra tvirti, išvykstant iš namų pasiimti rūbų vaikui perrengti šlapimo ar išmatų nesulaikymo atveju. Turėti papildomą rūbų komplektą su savimi ir visur, kur gali įvykti nesėkmė (mokykloje, automobilyje, gimnazių namuose).
- Nenuleidinėti vandens tualete kai vaikas sėdi ant unitazo, kad neišsugastų.
- Berniukus iš pradžių išmokyti šlapintis sėdint ant naktipuodžio, o po to mokyti šlapintis atsistojus.
- Duoti vaikui daug skaidulų turinčio maisto, riboti pieno produktų kiekį (ne daugiau 720 ml per dieną), kad būtų išvengta vidurių užkietėjimo.
- Priminti vaikui ryte nueiti ant naktipuodžio / unitazo.
- Jeigu prie naktipuodžio pratinamas vaikas nepadaro pažangos 2–3 mėnesius, pratinimą nutraukti ir po pertraukos pradėti iš naujo.
- Jeigu tipiškai besivystančiams ir vyresniam negu 4 mėnesiai vaikui nepavyksta pasiekti tuštinosi ir (arba) šlapinimosi kontrolės, konsultuotis su specialistais.

Ar reikia bendradarbiauti su ugdymo įstaiga mokant vaiką tualetų įgūdžių?

Jeigu vaikas lanko ugdymo įstaigą formuojant vaiko tualetų įgūdžius turi dalyvauti ir ugdymo įstaigos personalas. Rekomenduojama:

- Paaiškinti vaiko auklėtojui kaip vaikas mokomas higieninių įgūdžių namuose ir susitarti, kad ta pati strategija būtų taikoma ugdymo įstaigoje.
- Aptarti su auklėtoja vaiko daromą pažangą ir nesėkmes.
- Kol tualetų įgūdžiai nėra patikimai suformuoti, ugdymo įstaigoje nevilkti vaikui medvilnių kelnaičių (dėl higienos).

Su kokiomis tualetų įgūdžių mokymo problemomis susiduriama dažniausiai?

Dažniausios higieninių įgūdžių problemos yra naktinis šlapinimasis į lovą ir vaiko atsisakymas tuštintis ant naktipuodžio ir (arba) unitazo. Dažnai šios problemos būna trumpalaikės ir traktuojamos kaip įprasta tualetų įgūdžių mokymo proceso dalis. Kartais šios problemos atsiranda arba padažnėja stresinėse situacijose (pvz., ūmios ligos, šeimos persikėlimo, brolių, seserų gimimo arba šeimos krizės metu).

Rekomendacijos dėl higieninių įgūdžių mokymo problemų sprendimo:

- reguliariai priminti vaikui, kad nueitų atsisėsti ant naktipuodžio, ypač žaidžiant, pavalgius, prieš kelionę automobiliu ir ėjimą miegoti;
- jeigu išmatų ir (arba) šlapimo nelaikymas atsirado vaikui, kuris jau buvo igijęs higieninius įgūdžius, pasikonsultuoti su šeimos gydytoju (svarbu iširti ar nėra šlapimo takų infekcijos);
- jeigu vaikas vengia tuštintis ant naktipuodžio arba unitazo, rekomenduojama:
 - papildomai pasikalbėkite su vaiku apie tualetą įgūdžių mokymąsi, paaiškinti, kad jo išmatos norėtų būti tualete ir jo pareiga – padėti išmatoms ten patekti;
 - nebausti ir nebarti vaiko dėl išmatų nesulaikymo atveju;
 - padaryti kelių savaičių arba mėnesių higieninių įgūdžių mokymosi pertrauką, nustoti liepti vaikui sėstis ant naktipuodžio arba unitazo, suteikti pačiam proceso kontrolę;
 - paskatinti vaiką mėgdžioti tėvus arba brolius ir seseris, parodyti kaip vonios kambaryje šlapinasi arba tuštinasi broliai arba seserys;
 - pratinti vaiką pasikeisti sauskelnes;
 - gydyti vidurių užkietėjimą, jeigu jis yra;
 - taikyti apdovanojimo sistemą (žvaigždutės, lipdukai) ir apdovanoti už mėginimą arba sėkmingą tuštinimąsi į naktipuodį arba unitazą.

7. Priedai

1 priedas. Kūdikių miego klausimynas

Atsakykite į klausimus, galvodami apie savo vaiko miegą per pastarąsias **dvi savaites**.

<p>1. Kelintą valandą paprastai pradodate vaiko migdymo rutiną (ruošiate vaiką miegoti) ?</p> <p>Pradedu ruošti vaiką miegoti _____ val. _____ min</p>								
<p>2. Kiek vakarų per savaitę pradodate ruošti vaiką miegoti tuo pačiu metu?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 vakarus</p>								
<p>3. Kur jūsų vaikas dažniausiai užmiega?</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Vaikiškoje lovytėje</td><td><input type="checkbox"/> Tėvų lovoje</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Savo lovoje (dydis nesvarbu)</td><td><input type="checkbox"/> Kėdutėje</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Lovoje, kuri pritvirtinta prie tėvų lovos</td><td><input type="checkbox"/> Gultuke / vežimėlyje</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Ant tėvų / kito suaugusiojo rankų</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Vaikiškoje lovytėje	<input type="checkbox"/> Tėvų lovoje	<input type="checkbox"/> Savo lovoje (dydis nesvarbu)	<input type="checkbox"/> Kėdutėje	<input type="checkbox"/> Lovoje, kuri pritvirtinta prie tėvų lovos	<input type="checkbox"/> Gultuke / vežimėlyje		<input type="checkbox"/> Ant tėvų / kito suaugusiojo rankų
<input type="checkbox"/> Vaikiškoje lovytėje	<input type="checkbox"/> Tėvų lovoje							
<input type="checkbox"/> Savo lovoje (dydis nesvarbu)	<input type="checkbox"/> Kėdutėje							
<input type="checkbox"/> Lovoje, kuri pritvirtinta prie tėvų lovos	<input type="checkbox"/> Gultuke / vežimėlyje							
	<input type="checkbox"/> Ant tėvų / kito suaugusiojo rankų							
<p>4. Kaip jūsų vaikas dažniausiai užmiega?</p> <p><input type="checkbox"/> Laikomas arba supamas ant rankų <input type="checkbox"/> Nėra laikomas ant rankų, bet kambaryje būna suaugęs žmogus <input type="checkbox"/> Savarankiškai (kambaryje suaugusiojo nebūna)</p>								
<p>5. Ar Jūsų vaikas užmiega, kai yra maitinamas krūtimi / iš buteliuko arba gerdamas iš puodelio?</p> <p><input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne</p>								
<p>6. Kelintą valandą paprastai guldote vaiką į lovą (išjungiate šviesą)?</p> <p>Aš paguldau savo vaiką miegoti _____ val. _____ min.</p>								
<p>7. Ar vaikui sunku užmigti? ar užmigimas sudėtingas / komplikuotas?</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Nesudėtinga / labai lengva</td><td><input type="checkbox"/> Šiek tiek sunku</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Lengva</td><td><input type="checkbox"/> Labai sunku</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Nei lengva, nei sunku</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Nesudėtinga / labai lengva	<input type="checkbox"/> Šiek tiek sunku	<input type="checkbox"/> Lengva	<input type="checkbox"/> Labai sunku	<input type="checkbox"/> Nei lengva, nei sunku			
<input type="checkbox"/> Nesudėtinga / labai lengva	<input type="checkbox"/> Šiek tiek sunku							
<input type="checkbox"/> Lengva	<input type="checkbox"/> Labai sunku							
<input type="checkbox"/> Nei lengva, nei sunku								
<p>8. Per kiek laiko Jūsų vaikas paprastai užmiega? (pvz., jeigu vaiką paguldote miegoti 18.30 val., o vaikas užmiega 20.00 val., tai vaikas užmiega per 1 valandą ir 30 minučių)</p> <p>Mano vaikas užmiega per _____ val. _____ min.</p>								
<p>9. Kuriame kambaryje Jūsų vaikas miega didžiąją nakties dalį?</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Savo kambaryje</td><td><input type="checkbox"/> Brolio arba sesers miegamajame</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tėvų kambaryje</td><td><input type="checkbox"/> Kitame namo / buto kambaryje</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Savo kambaryje	<input type="checkbox"/> Brolio arba sesers miegamajame	<input type="checkbox"/> Tėvų kambaryje	<input type="checkbox"/> Kitame namo / buto kambaryje				
<input type="checkbox"/> Savo kambaryje	<input type="checkbox"/> Brolio arba sesers miegamajame							
<input type="checkbox"/> Tėvų kambaryje	<input type="checkbox"/> Kitame namo / buto kambaryje							

<p>10. Kur jūsų vaikas miega didžiąją nakties dalį?</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lopšyje</td> <td><input type="checkbox"/> Tėvų lovoje</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Savo lovoje (dydis nesvarbu)</td> <td><input type="checkbox"/> Kėdutėje</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lovoje, kuri pritvirtinta prie tėvų lovos</td> <td><input type="checkbox"/> Gultuke / vežimėlyje</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Kita</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Lopšyje	<input type="checkbox"/> Tėvų lovoje	<input type="checkbox"/> Savo lovoje (dydis nesvarbu)	<input type="checkbox"/> Kėdutėje	<input type="checkbox"/> Lovoje, kuri pritvirtinta prie tėvų lovos	<input type="checkbox"/> Gultuke / vežimėlyje		<input type="checkbox"/> Kita
<input type="checkbox"/> Lopšyje	<input type="checkbox"/> Tėvų lovoje							
<input type="checkbox"/> Savo lovoje (dydis nesvarbu)	<input type="checkbox"/> Kėdutėje							
<input type="checkbox"/> Lovoje, kuri pritvirtinta prie tėvų lovos	<input type="checkbox"/> Gultuke / vežimėlyje							
	<input type="checkbox"/> Kita							
<p>11. Kiek kartų Jūsų vaikas paprastai pabunda per naktį?</p> <p>_____ kartų per naktį</p>								
<p>12. Kaip dažniausiai elgiatės, kai Jūsų vaikas pabunda naktį? (pažymėkite visus atsakymus, kurie tinka)</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paguldu atgal, kol dar visiškai neprabudo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pagirdau iš buteliuko arba puodelio, kad vėl užmigtu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pamaitinu krūtimi / buteliuku, kad vėl užmigtu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Žaidžiu su vaiku, kalbinu jį, žiūrime TV arba leidžiu naudotis planšete / telefonu</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Paguldu atgal, kol dar visiškai neprabudo	<input type="checkbox"/> Pagirdau iš buteliuko arba puodelio, kad vėl užmigtu	<input type="checkbox"/> Pamaitinu krūtimi / buteliuku, kad vėl užmigtu	<input type="checkbox"/> Žaidžiu su vaiku, kalbinu jį, žiūrime TV arba leidžiu naudotis planšete / telefonu				
<input type="checkbox"/> Paguldu atgal, kol dar visiškai neprabudo								
<input type="checkbox"/> Pagirdau iš buteliuko arba puodelio, kad vėl užmigtu								
<input type="checkbox"/> Pamaitinu krūtimi / buteliuku, kad vėl užmigtu								
<input type="checkbox"/> Žaidžiu su vaiku, kalbinu jį, žiūrime TV arba leidžiu naudotis planšete / telefonu								
<p>13. Kiek valandų per naktį Jūsų vaikas paprastai išbūna pabudęs (tarp ėjimo miegoti ir rytinio prabudimo)? (pvz., jeigu vaikas atsibunda 2 kartus per naktį ir kiekvieną kartą būdrauja apie 15 minučių, tai bendras vaiko naktinio budrumo laikas yra 30 minučių; tokiu atveju parašykite „0 valandų, 30minučių“).</p> <p>_____ valandos _____ minutės</p>								
<p>14. Koks ilgiausias laiko tarpas, kurį vaikas išmiega NAKTĮ nepabusdamas?</p> <p>_____ valandos _____ minutės</p>								
<p>15. Kelintą vaikas keliasi ryte?</p> <p>Mano vaikas keliasi _____ val. _____ min.</p>								
<p>16. Kiek laiko (iš viso) vaikas praleidžia miegodamas NAKTĮ (nuo tada kad nuėjo miegoti iki atsikėlė ryte)? (Pvz., jeigu vaikas miega 3 valandas, pabunda, tada miega 5 valandas ir 30 minučių, tai vaikas iš viso miega 8 valandas ir 30 minučių).</p> <p>_____ valandos _____ minutės</p>								
<p>17. Kaip įvertintumėte vaiko nakties miegą?</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Labai geras</td> <td><input type="checkbox"/> Pakankamas</td> <td><input type="checkbox"/> Labai prastas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Geras</td> <td><input type="checkbox"/> Prastas</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Labai geras	<input type="checkbox"/> Pakankamas	<input type="checkbox"/> Labai prastas	<input type="checkbox"/> Geras	<input type="checkbox"/> Prastas			
<input type="checkbox"/> Labai geras	<input type="checkbox"/> Pakankamas	<input type="checkbox"/> Labai prastas						
<input type="checkbox"/> Geras	<input type="checkbox"/> Prastas							
<p>18. Kiek kartų jūsų vaikas įprastai miega DIENĄ?</p> <p>_____ kartai / nusnaudimai</p>								
<p>19. Kiek laiko iš viso vaikas miega DIENOS metu? (Pvz., jeigu vaikas dieną 2 kartus užmigo ir kiekvieną kartą miegojo po 1 valandą, bendras vaiko dienos miego laikas yra 2 val.)</p> <p>_____ valandos _____ minutės</p>								
<p>20. Ar manote, kad yra problemų su Jūsų vaiko miegu?</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nėra</td> <td><input type="checkbox"/> Mažai</td> <td><input type="checkbox"/> Rimta problema</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Labai mažai</td> <td><input type="checkbox"/> Vidutiniškai</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Nėra	<input type="checkbox"/> Mažai	<input type="checkbox"/> Rimta problema	<input type="checkbox"/> Labai mažai	<input type="checkbox"/> Vidutiniškai			
<input type="checkbox"/> Nėra	<input type="checkbox"/> Mažai	<input type="checkbox"/> Rimta problema						
<input type="checkbox"/> Labai mažai	<input type="checkbox"/> Vidutiniškai							

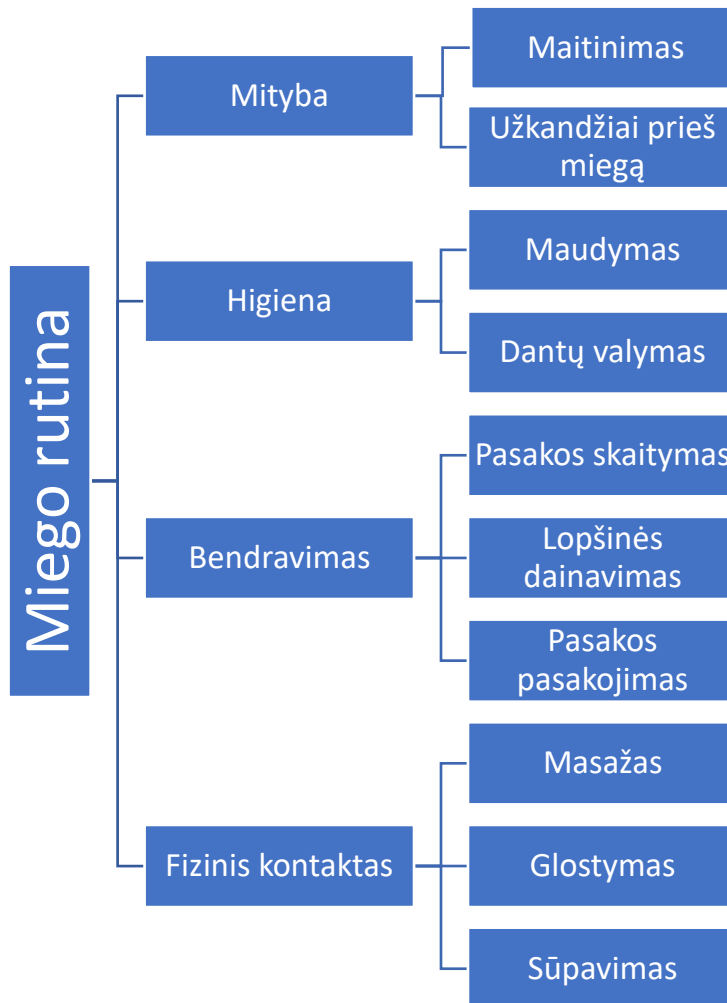
2 priedas. BERAS miego kokybės vertinimas

Problema	Apibrėžtis	Vertinimas	Klausimai vaikui ir (arba) tėvams / globėjams	Galimos miego sutrikimo priežastys
Ilgas užmigimas	Laikas nuo paguldymo miegoti iki užmigimo	Miego dienynas; Rengimosi miegoti rutina (ar ji nuosekli?); Nakties polisomnografija arba aktigrafija; Miego klausimynas.	Per kiek laiko vaikas užmiega? Ar vaikas prieštarauja migdymui? Ar yra kitų sunkumų? Ar lipa iš lovos prieš užmigdamas? Ar susinervina pradėjus ėjimo miegoti rutiną?	Rutinios stoka; Per anksti arba per vėlai eina miegoti; Nesutarimai šeimoje; Socialinės ir (arba) emocinės problemos.
Padidėjęs nuovargis dieną	Gebėjimas išlikti aktyviu dieną	Miego klausimynai; Aktigrafija.	Ar vaikui sunku atsikelti ryte? Ar užmiega dieną papildomai (neskaitant pagal amžių rekomenduojamo miego)? Ar skundžiasi nuovargiu? Ar būna mieguistas, paniuręs, irzlus arba pavargęs dieną?	Miego stoka; Netinkamas miego režimas; Miego apnėja; Kita liga; Stresas arba nerimas.
Dažni pabudimai naktį	Pabudimų skaičius užmigus	Pabudimų skaičiaus dienynas; Polisomnografija arba aktigrafija; Miego klausimynas.	Ar vaikas pabunda naktį? Kiek kartų? Nuo ko vaikas pabunda? Ar pabudęs vėl užmiega? Ar vaikšto arba kalba miego metu?	Naktiniai košmarai; Netinkama miegojimo aplinka; Fizinės veiklos stoka; Vėlyva vakarienė; Neramių kojų sindromas; Kita liga.
Miego trukmė ir reguliarumas	Ėjimo miegoti laikas ir miego kiekis	Miego dienoraštis; Aplinkos įvertinimas; Polisomnigrafija ir aktigrafija; Miego klausimynas.	Kiek valandų vaikas išmiega? Ar kasdien eina miegoti tuo pačiu laiku visomis savaitės dienomis (darbo dienomis ir savaitgaliais)? Kaip ruošiamasi miegui?	
Knarkimas	Knarkimas ir dusulio garsas, springimas miego metu	Tėvų ir kitų artimųjų pastebėjimai; Polisomnografija arba aktigrafija.	Ar knarkia miegodamas? Ar miegant užspringsta arba pritrūksta oro? Kaip dažnai? Ar garsiai knarkia ir ar keičiasi knarkimo garsas?	Miego apnėja
Judėjimas ir miego efektyvumas	Atliekamų judesių kiekis miego metu	Tėvų ir kitų artimųjų pastebėjimai; Polisomnografija arba aktigrafija; Miego klausimynas.	Ar miegodamas intensyviai juda ? Kokius judesius atlieka? Ar dažnai keičia miegojimo padėtį ir vietą lovoje	Neramių kojų sindromas

3 Priedas Miego dienynas

Kūdikių ir vaikų miego dienynas																													
Dviejų savaitėių miego dienynas (vaiko vardas) _____																				Vertinimas									
Įvertinkite vaiko miego kokybę balais (pilkoje zonoje).																				1=prastai 2=pakenčiamai 3=gerai									
Pažymėkite grafike kurią valandą vaikas užmigo ir miegojo (įtraukite ir dienos miegą).																				Įvertinkite savo vaiką									
Rodykle žemyn (↓) pažymėkite laiką, kai vaikas atsigulė į lovą ir rodykle į viršų (↑) kai išlipo iš lovos.																													
Data	Diena	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	0:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	Miego kokybė	Budrumo kokybės lygis	Nuotaika pabudus	
	1 d.																												
	2 d.																												
	3 d.																												
	4 d.																												
	5 d.																												
	6 d.																												
	7 d.																												
	8 d.																												
	9 d.																												
	10 d.																												
	11 d.																												
	12 d.																												
	13 d.																												
	14 d.																												
Komentariai																													

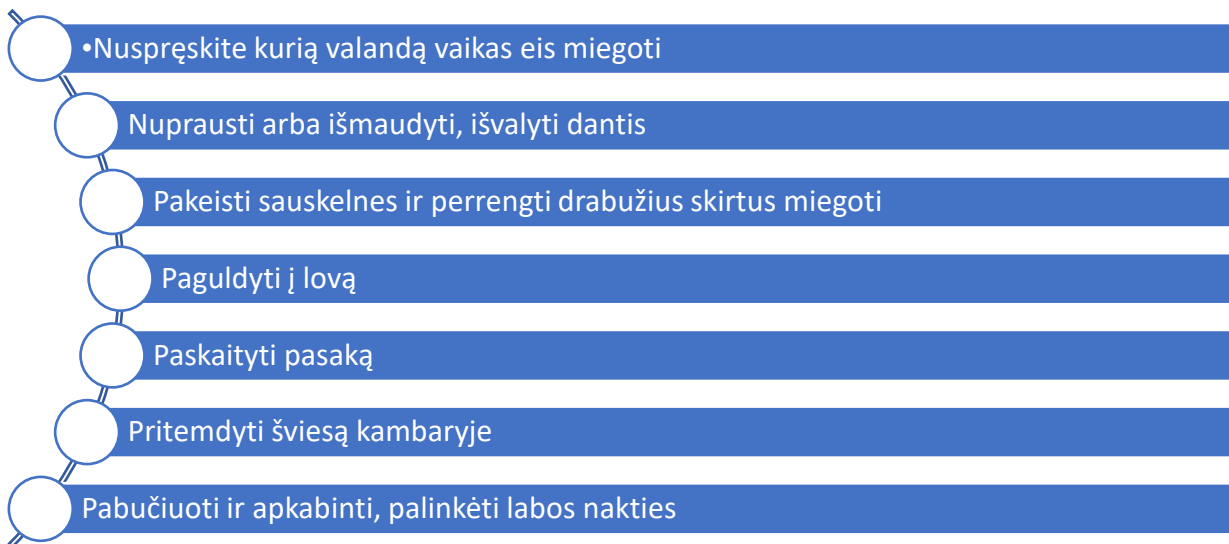
4 Priedas Miego rutinos sudarymo principai ir pavyzdžiai



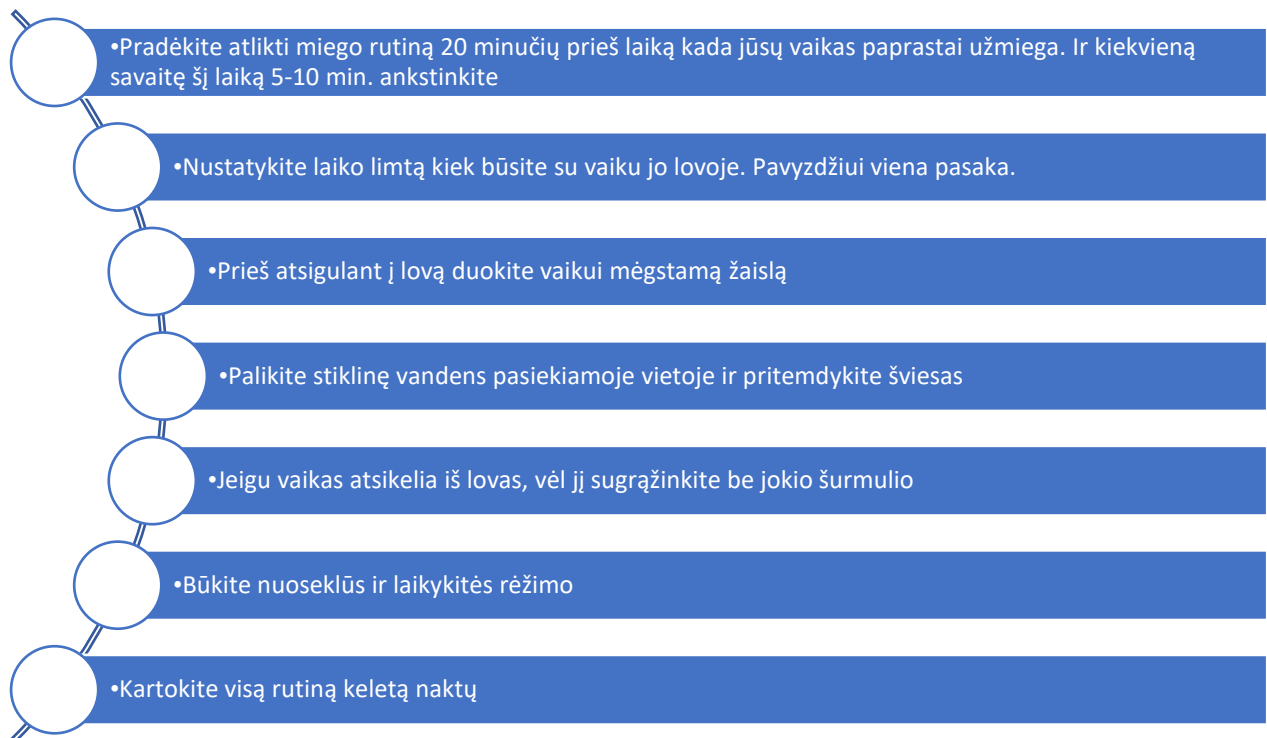
Rekomenduojama:

- į rutiną įtraukti 2–4 veiklas;
- rutina neturėtų trukti ilgiau nei 30–40 minučių.

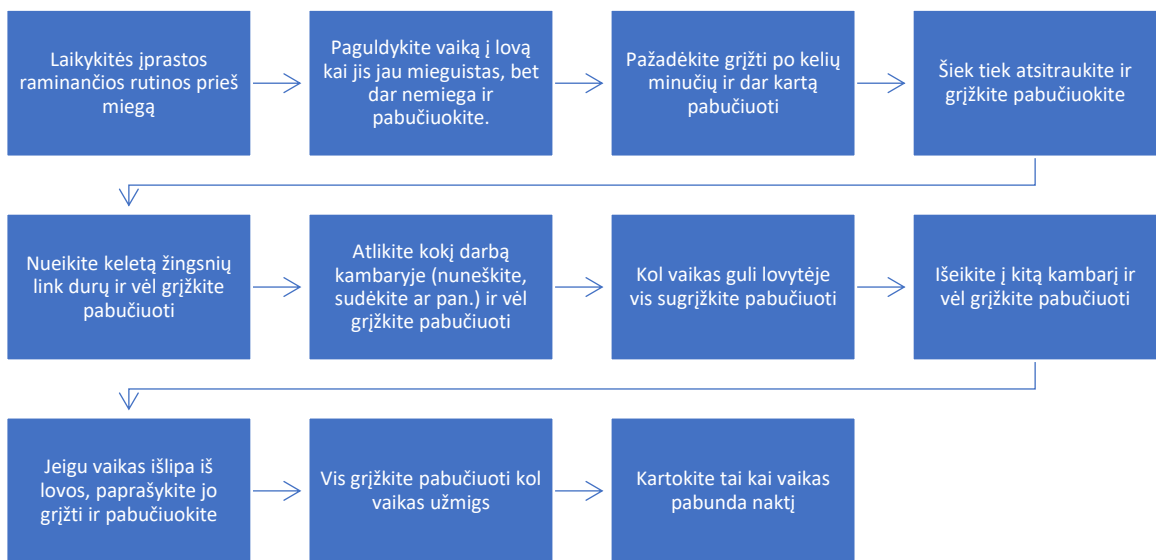
4 pav. Miego rutinos sudarymo principai.



5 pav. Miego rutinos sudarymo pavyzdys kūdikiams (parengta pagal Anglijos Nacionalinės Sveikatos tarnybos rekomendacijas)



6 pav. Miego rutinos sudarymo pavyzdys vyresniems negu 1 metų vaikams (parengta pagal Anglijos Nacionalinės Sveikatos tarnybos rekomendacijas)



**vietoj bučinio galima vaiką paglostyti*

7 pav. Vyresnių negu 1 metų vaikų migdymo rekomendacijos (parengta pagal Anglijos Nacionalinės Sveikatos tarnybos rekomendacijas).