

## **Kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų (miego, maitinimo, verkimo sutrikimai) prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmas**

---

Irašykite metodinio dokumento patvirtinimo datą, pvz.:  
2021 m. spalio 10 d.

---

Irašykite metodinio dokumento galiojimo terminą, pvz.:  
Galioja iki 2025 m. spalio 10 d.

---

Metodiniam dokumentui pritarusios institucijos (gali būti dedami institucijų logotipai)  
Lietuvos sveikatos mokslų universitetas  
Vilniaus universitetas  
Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrių draugija

---

Elektroninė nuoroda į metodinį dokumentą

1. Pavadinimas:

Kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų (miego, maitinimo, verkimo sutrikimų) prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmas

2. Metodinio dokumento patvirtinimo data:

3. Metodiniam dokumentui pritarusių institucijų sąrašas:

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Vilniaus universitetas

Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija

4. Elektroninė nuoroda į metodinį dokumentą:

## **5. TURINYS**

### **6. Apibendrinimas**

### **7. Autoriai**

### **8. Sąvokos ir sutrumpinimai**

### **9. Reikšminiai žodžiai**

### **10. Įvadas**

### **11. Metodinio dokumento įgyvendinimo prioritetai**

### **12. Paciento kelio aprašymas**

#### **12.1. Prevencija**

#### **12.2. Diagnostika**

#### **12.3. Gydymas**

#### **12.4. Slauga**

#### **12.5. Reabilitacija**

#### **12.6. Prognozė ir (ar) remisijos kriterijai**

#### **12.7. Stebėseną**

### **13. Paciento kelio organizavimo aprašymas**

### **14. Metodinio dokumento diegimo konkretaus lygio paslaugas teikiančioje ASPĮ tvarkos aprašymas**

### **15. Pacientų pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo aprašymas**

### **16. Metodinio dokumento atnaujinimo tvarkos aprašymas**

### **17. Audito aprašymas**

### **18. Svarbiausių kriterijų sąrašas**

### **19. Informacija apie kontaktinį asmenį**

**20. Literatūros sąrašas**

**21. Rekomendacijos dėl mokslinių tyrimų**

**22. Informacija visuomenei ir pacientams**

**23. Priedai**

## 6. APIBENDRINIMAS

6.1. Metodinio dokumento tikslas, remiantis geriausiais medicinos įrodymais, rekomenduoti kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų (miego, maitinimo, verkimo sutrikimų) diagnostikos, gydymo ir prevencijos taktiką, siekiant pagerinti ankstyvąją minėtų sutrikimų diagnostiką, pacientų gydymo rezultatus ir gretutinių psichikos sutrikimų prevenciją.

6.2. Algoritmas apibrėžia psichinės sveikatos priežiūros specialistų ir šeimos gydytojų, vaikų ligų gydytojų veiksmus teikiant pagalbą vaikams, turintiems kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų (miego, maitinimo, verkimo sutrikimų) (toliau KAAVPES), pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos, dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“, Australijos modifikaciją (toliau – TLK-10-AM) žymimų kodais F51.0, F98.2, R68.1, ar turinčių padidintą riziką jais susirgti. Šie veiksmai apima rizikos grupei priklausančių ir ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimus turinčių vaikų atpažinimą, ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų diagnostiką ir gydymą. Algoritme apibrėžiami ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų ambulatorinio, nemedikamentinio gydymo bei prevencijos principai.

6.3. Metodinis dokumentas skirtas specialistams, pagal kompetenciją teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas vaikams: gydytojams vaikų ir paauglių psichiatriams, vaikų ligų gydytojams, šeimos medicinos gydytojams, medicinos psychologams, sveikatos priežiūros slaugytojams, socialiniams darbuotojams.

6.4. Gydytojams vaikų ir paauglių psichiatriams, gydytojams psichiatriams, vaikų ligų gydytojams, šeimos medicinos gydytojams, medicinos psychologams, psichikos sveikatos slaugytojams, socialiniams darbuotojams pagal savo kompetenciją teikiant paslaugas vaikams, turintiems KAAVPES, ir, priimant sprendimus, rekomenduojama vadovautis šiuo metodiniu dokumentu visa apimtimi, tačiau kiekvienu individualiu atveju turi būti atsižvelgiama į individualius pacientų poreikius, pasirinkimus ir vertybes.

6.5. Metodinis dokumentas bus įdiegiamas ir taikomas organizuojant darbą pirmines sveikatos priežiūros paslaugas ir vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau SPI).

### 6.5.1. Metodinio dokumento taikymo sritys:

6.5.1.1. atrenkant vaikus, turinčius padidintą riziką įgyti KAAVPES, siekiant imtis prevencinių priemonių ir išvengti sutrikimų išsivystymo;

6.5.1.2. kaip galima anksčiau atpažįstant vaikus, kuriems įtariamas KAAVPES;

6.5.1.3. diagnozuojant KAAVPES;

6.5.1.4. gydant KAAVPES nemedikamentinėmis priemonėmis asmens sveikatos priežiūros įstaigose;

6.5.1.5. vertinant KAAVPES gydymo/pagalbos efektyvumą;

6.5.1.6. užbaigiant vaiko, kuriam buvo diagnozuotas KAAVPES, gydymą ir stebint dėl galimo sutrikimo atsikartojimo.

### 6.5.2. KAAPVES TLK-10-AM žymimi kodais F51.0, F98.2, R68.1:

- F51.0 - Neorganinė nemiga
- F98.2 - Mitybos sutrikimai kūdikystėje ir vaikystėje
- R68.1 - Nespecifiniai simptomai, būdingi kūdikystei

6.5.3. Remiantis kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos sveikatos ir raidos sutrikimų diagnostine klasifikacija (angl. *DC:0–5™ Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*) (toliau DK:0–5), miego, valgymo ir verkimo sutrikimai skirstomi į:

- Miego sutrikimus
- Valgymo sutrikimus kūdikystėje
- Besaikio verkimo sutrikimą

### 6.6. Metodinio dokumento įdiegimą koordinuojančių ir susijusių institucijų sąrašas:

- Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos
- Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
- Vilniaus universitetas
- Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija

6.7. Algoritmas parengtas vadovaujantis teisės aktais, reglamentuojančiais diagnostikos ir gydymo metodinių dokumentų rengimą, vaikų psichikos sveikatos priežiūrą, joje dalyvaujančių specialistų pareigybų aprašus, vaistų ir gydymo procedūrų taikymą:

- Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. 1995 m. birželio 6 d. Nr. I-924.
- Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. Birželio 6 d. Nr. I-1367.
- Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-577 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 114:2019 „Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 08 d. įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymas Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-714 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 22:2020 „Psichikos sveikatos slaugytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. kovo 23 d. įsakymas Nr. V-383 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymo Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ pakeitimo“.

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. V-552 „Dėl atvejo vadybos, teikiant pirmines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 16 d. įsakymas Nr. V-419 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veikos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. V-627 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 162:2018 „Medicinos psichologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. rugsėjo 20 d. įsakymas Nr. V-1033 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 66:2018 „Vaikų ligų gydytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. kovo 18 d. įsakymas Nr. V-328 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1013 Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo.
- Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba ([www.vvkt.lt](http://www.vvkt.lt)), vaistinių preparatų registras.
- Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtasias pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM).

6.8. Metodinio dokumento šiuolaikiškumas ir taikymo efektyvumas grindžiamas praktikoje įrodytais medicinos pasiekimais, išanalizavus Lietuvos bei užsienio šalių, tokių kaip Vokietija, Didžioji Britanija, Jungtinės Amerikos Valstijos patirtį bei įvertinus tiesiogines ir netiesiogines sąnaudas kokybei užtikrinti.

6.9. Metodinis dokumentas skirtas KAAVPES diagnostikai, gydymui ir prevencijai. Pagal TLK-10-AM šie sutrikimai žymimi kodais F51.0, F98.2, R68.1.

## 7. AUTORIAI

7.1. Prof. Dr. Darius Leskauskas, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas: [darius.leskauskas@kaunoklinikos.lt](mailto:darius.leskauskas@kaunoklinikos.lt);

7.2. Jūratė Baltrėnė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytoja vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas: [jurate.baltrene@kaunoklinikos.lt](mailto:jurate.baltrene@kaunoklinikos.lt).

7.3. Dalius Klimavičius, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas: [dalius.klimavicius@kaunoklinikos.lt](mailto:dalius.klimavicius@kaunoklinikos.lt);

7.4. Dalia Vėlavičienė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytoja vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas: [dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt](mailto:dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt);

7.5. Visi metodinio dokumento autoriai užpildė Nešališkumo ir interesų deklaracijas.

## 8. SĄVOKOS, SUTRUMPINIMAI IR REIKŠMINIAI ŽODŽIAI

8.1. Sąvokos ir jų apibrėžtys

8.1.1. **Ankstyvojo amžiaus vaikas** – vaiko amžiaus tarpsnis nuo 1 iki 4 metų amžiaus;

8.1.2. **Besaikis verkimas** (TLK-10-AM kodas R68.1 Nespecifiniai simptomai, būdingi kūdikystei) – apima pernelyg dažną kūdikio verkimą, irzlų kūdikį.

8.1.3. **Kūdikis** – vaiko amžiaus tarpsnis nuo gimimo iki 1 metų amžiaus.

8.1.4. **Maitinimo sutrikimai** (TLK-10-AM kodas F98.2 Mitybos sutrikimai kūdikystėje ir vaikystėje) - tai įvairiai pasireiškiantys mitybos sutrikimai, paprastai būdingi kūdikiams ir mažiems vaikams. Sutrikimui būdingas maisto atsisakymas ir kraštutinis užgaidumas, esant adekvačiam maitinimui, pakankamai kompetentingam besirūpinančiam asmeniui ir nesant organinės ligos. Kartu gali pasireikšti maisto atpylinėjimas (pasikartojanti regurgitacija be pykinimo arba virškinimo trakto ligos).

8.1.5. **Miego sutrikimai** (TLK-10-AM kodas F51.0 Neorganinė nemiga) - tai būklė, kai pakankamai ilgą laiką tęsiasi nepatenkinama miego kokybė ir (arba) jo trukmė, esant sunkumui užmigti, išlikti miegančiam arba ankstyvam prabudimui. Nemiga yra dažnas daugelio psichikos ir somatinių ligų simptomas, todėl kaip papildoma diagnozė turi būti koduojama tik tada, kai ji dominuoja klinikiniam vaizde.

8.1.6. **Šeimos medicinos gydytojas** – šiame metodiniame dokumente tai šeimos arba vaikų ligų gydytojas, teikiantis pacientui pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.

8.1.7. **Vaikas** – pacientas iki 18 metų amžiaus.

8.1.9. Kitos Apraše vartojamos sąvokos atitinka įstatymuose ir kituose teisės aktuose vartojamas sąvokas.

## 8.2. Sutrumpinimai

8.2.1. **ASPI** – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

8.2.2. **LR SAM** – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija

8.2.3. **KAVPES** – kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimai (miego, maitinimo, verkimo sutrikimai)

8.2.4. **PSC** – psichikos sveikatos centras

8.2.5. **PAASPI** – pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti asmens sveikatos priežiūros įstaiga

8.2.6. **TLK-10-AM** – Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija

8.2.7. **VPP** – vaikų ir paauglių psichiatrija

## 9. REIKŠMINIAI ŽODŽIAI

9.1. Algoritmas, ankstyvojo amžiaus vaikai, besaikis verkimas, diagnostika, gydymas, kūdikiai, maitinimo sutrikimai, miego sutrikimai, prevencija.

## 10. ĮVADAS



### 10.1. Glaustas ligos ar sveikatos sutrikimo (ar problemos) apibrėžimas.

Šiame metodiniame dokumente reglamentuojama KAAVPES prevencija, diagnostika ir gydymas. Elgesio ir emocijų reguliavimo sutrikimų požymiai stebimi pirmaisiais gyvenimo metais, kai vystosi tėvų ir kūdikio ankstyvieji santykiai, bendravimas, prisirišimas. Jie apima platų elgesio sindromų spektrą, įskaitant ankstyvą besaikį verkimą, maitinimo bei miego sutrikimus. Dėl šių sutrikimų kyla dideli sunkumai tėvams ir pačiam vaikui. Pagalba yra reikalinga daugumai šeimų, tai turi pozityvios įtakos vaiko raidai bei padeda sumažinti kitų psichikos ir elgesio sutrikimų pasireiškimo riziką vaikų amžiuje ar suaugus. Besaikio verkimo, maitinimo sutrikimų ir miego sutrikimų klinikiniai požymiai bei gydymo principai turi reikšmingų panašumų ir skirtumų, kurie išdėstyti šiame metodiniame dokumente.

### 10.2. Ligos epidemiologija ir paplitimas Europoje ir pasaulyje.

10.2.1. Didelės imties bendros populiacijos tyrimų duomenimis besaikio verkimo paplitimas per pirmuosius 3 kūdikio mėnesius svyruoja nuo 16 % iki 29 % (Kim, J. S. (2011). Excessive crying: behavioral and emotional regulation disorder in infancy. *Korean journal of pediatrics*, 54(6), 229). Brazilijoje atliktame tyrime, kurio imtis 4231 bendros populiacijos kūdikių, besaikio verkimo paplitimas 3 mėnesių amžiuje siekė 11,9 % (Santos, I. S., Matijasevich, A., Capilheira, M. F., Anselmi, L., & Barros, F. C. (2015). Excessive crying at 3 months of age and behavioural problems at 4 years age: a prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health*, 69(7), 654-659). Vokietijoje atliktame analitiniame epidemiologiniame stebėjimo (vienmomentinio skerspjūvio) tyrime, kuriame vertinti 1865 tiriamieji, besaikis verkimas kūdikio pirmuosius 3 mėnesius siekė 16,3 %, 3 – 6 mėnesių amžiaus laikotarpyje nustatytas 5,8 % paplitimas, ilgiau nei 6 mėnesius po gimimo - 2,5 % paplitimas. (von Kries, R., Kalies, H., & Papoušek, M. (2006). Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(5), 508-511).

10.2.2. Apie 25–40 % kūdikių ir mažų vaikų tėvai nurodo maitinimo problemas, dažniausiai pilvo dieglius, vėmimą, lėtą maitinimą ir atsisakymą valgyti. Nors dalis šių sunkumų yra laikini, kai kurios problemos, pavyzdžiui, atsisakymas valgyti, nustatomi 3–10 % vaikų ir yra linkę išlikti (Bernard-Bonnin, A. C. (2006). Feeding problems of infants and toddlers. *Canadian Family Physician*, 52(10), 1247-1251). Vėluojančios raidos vaikams paplitimo skaičius išauga iki 80%. Sunkūs maitinimo sutrikimai nurodomi 3–10 % vaikų, dažniausiai turintiems fizinę negalią (26–90 %), somatinių susirgimų ir neišnešiotiems (10–49 %) (Manikam, R., & Perman, J. A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of clinical gastroenterology*, 30(1), 34-46). Vakarų šalyse maitinimo sutrikimų paplitimas yra apie 20–30 %, įskaitant atvejus, kuriuos neteisingai suvokia tėvai (Manzato, E., Cuzzolaro, M., & Donini, L. M. (Eds.). (2022). *Hidden and Lesser-known Disordered Eating Behaviors in Medical and Psychiatric Conditions*. Springer).

10.2.3. Dažniausia miego sutrikimų priežastimi ankstyvoje vaikystėje sveikiems kūdikiams ir mažiems vaikams yra tėvų pagalbos juos užmigdant trūkumas pirmąjį trimestrą arba vėliau, pvz. vaikui susirgus. Šiuo pagrindu, kaip tiesioginis besaikio rėkimo tęsinys, kyla apie 80 % ankstyvosios vaikystės miego sutrikimų. Naktinis prabudimas yra viena iš dažniausiai pasitaikančių kūdikių ir mažų vaikų miego problemų. Nuo 25 % iki 50 % vyresnių nei 6 mėnesių amžiaus vaikų ir toliau prabunda naktį (Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., Gaylor, E. E., & Anders, T. F. (2002). Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: A longitudinal intervention study. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 43(6), 713-725). Atsisakymas

miegoti nustatytas 10–15 % kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų (Owens, J. A., Chervin, R. D., & Hoppin, A. G. (2017). Behavioral sleep problems in children. UpToDate [en línea][consultado el 29/10/2019]. Disponible en [www.uptodate.com/contents/behavioral-sleep-problems-in-children](http://www.uptodate.com/contents/behavioral-sleep-problems-in-children)). Epidemiologiniai stebėjimo (vienmomentinio skerspjūvio) tyrimai nurodo, kad 15–35 % bendros populiacijos vaikų nuo 6 mėnesių iki 5 metų amžiaus vaikų turi tam tikrų miego sutrikimų. Švedijoje atliktame 6–18 mėnesių amžiaus vaikų tyrime (imtis 2066) 16 % tėvų nurodė, kad jų vaikai turi vidutinių arba didelių sunkumų užmigti naktį (atsisakymai eiti miegoti, prieštaravimai prieš miegą) ir 30 % tėvų nurodė dažną vaikų prabudimą naktimis (Thunström, M. (1999). Severe sleep problems among infants in a normal population in Sweden: prevalence, severity and correlates. *Acta paediatrica*, 88(12), 1356-1363).

### 10.3. Ligos epidemiologija ir paplitimas Lietuvoje

10.3.1. Epidemiologinių tyrimų, vertinančių kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų besaikio verkimo, maitinimo ir miego sutrikimų paplitimą Lietuvoje, šiuo metu nėra. Trūksta duomenų apie KAAVPES pasireiškimą Lietuvoje.

10.3.2. Lietuvoje atliktame tyrime vertinti 1,5 metų amžiaus vaikų emocijų ir elgesio sunkumai. Tyrimas atskleidė, kad trijų mėnesių kūdikių patiriami sunkumai yra susiję su emocijų ir elgesio sunkumais sulaukus 1,5 metų amžiaus. Kūdikiams, patyrusiems sunkumų 3 mėnesių amžiuje, kilo maždaug 7 kartus didesnė tikimybė turėti emocijų ir elgesio sunkumų sulaukus 1,5 metų amžiaus. Tyrimas taip pat parodė, kad net 76 % vaikų, kurie būdami 3 mėnesių amžiaus pasižymėjo aukštu kūdikių patirtų sunkumų indeksu, sulaukę 1,5 metų amžiaus nepasižymėjo emocijų ir elgesio sunkumais, t. y. nebuvo priskirti sutrikimų rizikos grupei nei pagal internalių, nei pagal eksternalių, nei pagal bendrų sunkumų skalių įverčius. Tokie rezultatai, patvirtina sunkumų išliekamumo riziką ir rodo, kad kūdikiai, kuriems pirmaisiais gyvenimo mėnesiais pasireiškia daugiau miego, valgymo sunkumų, dažnas ar intensyvus verkimas, būdami vyresni gali patirti daugiau emocijų ir elgesio sunkumų. Bet tyrimo rezultatai taip pat rodo, kad pirmaisiais gyvenimo mėnesiais patiriami sunkumai nebūtinai yra vėlesnių sunkumų rizikos ženklas. (Širvinskienė, G. (2014). Kūdikių emocijų ir elgesio sunkumai bei juos prognozuojantys veiksniai (Doctoral dissertation, Lithuanian Academic Libraries Network (LABT)).

### 10.4. Klinikinė problematika

10.4.1. Daugelio problemų, kurios paprastai išryškėja per antrąjį gyvenimo pusmetį arba vėlesnėse ankstyvosios vaikystės raidos fazėse, pradžia yra pirmąjį pusmetį. Nustatyta, kad besaikis verkimas gali sukelti didelę įtampą motinos ir kūdikio santykiuose, sąlygoti elgesio bei emocijų reguliavimo sutrikimus ankstyvame vaikų amžiuje (pvz., miego ir maitinimo sutrikimai, lėtinis nervingumas, per didelis įkyrumas ir pykčio protrūkiai). Netaikant savalaikių intervencijų šie ankstyvieji sutrikimai išlieka ir pereina į kitas elgesio sritis. Nustatytas ryšis tarp besaikio verkimo pirmaisiais gyvenimo mėnesiais ir vėlesnių elgesio problemų, tokių kaip maitinimo problemos pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais bei miego sutrikimai antraisiais ir trečiaisiais gyvenimo metais. Maždaug 80 % ankstyvosios vaikystės miego sutrikimų atsiranda kaip tiesioginis besaikio verkimo tęsinys. Be to, mama intensyvių vaiko verksmą ir sunkumus nuraminti vertina kaip savo nesugebėjimo patenkinti kūdikio poreikius įrodymą. Tai sukelia nusivylimo ir nepasitikėjimo savimi jausmą, neretai sąlygojantį pogimdyminę depresiją arba bejėgišką pyktį partneriui bei kūdikiui. Todėl svarbu nenuvertinti ankstyvo besaikio verkimo ir laiku pasiūlyti pagalbą tėvams. Ankstyvas gydymas, sutelktas į tėvų ir kūdikių bendravimą, tėvų ir kūdikių sąveika nuraminant, gali užkirsti kelią ne tik

vėlesniems ankstyvojo vaikų amžiaus elgesio ir emociniams sutrikimams, bet ir pogimdyminei depresijai bei nepriežiūrai ar smurtiniam elgesiui vaiko atžvilgiu.

10.4.2. Maitinimas yra sudėtinga reguliavimo sistema bei reikšminga kūdikių ir mažų vaikų kasdienio gyvenimo dalis. Tinkamų maitinimosi ir valgymo funkcijų ugdymas remiasi įvairių fizinių ir psichologinių kompetencijų integravimu. Pirmaisiais gyvenimo metais maitinimas yra svarbi vaiko ir jo tėvų sąveika, kuriai įtakos gali turėti daug kintamųjų. Kūdikių ir mažų vaikų maitinimo sunkumai atsiranda dėl vystymosi etapų, kurie yra reikalingi tinkamiems valgymo įgūdžiams pasiekti, sutrikimų. Šie sutrikimai gali kilti dėl prieštaravimų tarp tėvų mitybos stiliaus, organinių priežasčių, vaiko elgesio, ir yra sunkios ilgalaikės fizinės bei psichosocialinės ligos rizikos veiksnys. Pažymėtina, kad vaikams netinkama mityba pasireiškia greičiau nei suaugusiems ir tai sukelia ilgalaikes neigiamas pasekmes jų augimui bei vystymuisi. Kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimai gali sąlygoti valgymo sutrikimus paauglystėje bei suaugus, taip pat tai gali būti įspėjamasis ankstyvas autizmo spektro sutrikimo požymis. Todėl ankstyvas šių sutrikimų atpažinimas yra labai svarbus.

10.4.3. Pirmaisiais gyvenimo metais miego - būdravimo cikle vyksta daugkartiniai prisitaikymo ir reorganizacijos procesai, kurie pakartotinai gali sukelti laikinas miego problemas. Įrodyta, kad nuolatini sutrikęs vaikų miegas gali sukelti pažintinių funkcijų sutrikimus. Laiku neatpažinus miego sutrikimų ir neteikiant pagalbos, sutrinka ne tik vaiko, bet ir visos šeimos funkcionavimas, kas didina naštą tėvams, tampa netinkamo elgesio su vaiku rizikos veiksniumi.

10.4.4. Stebimas vaikų ir paauglių psichiatro prieinamumo trūkumas savivaldybėse, kadangi dalis savivaldybių neturi, kitos turi ketvirtadaliu ar mažesniu darbo krūviu dirbančius specialistus. Trūksta specialistų, ypatingai pirminėje sveikatos ir psichinės sveikatos priežiūros grandyje, mokančių atpažinti bei gydyti besaikio verkimo, maitinimo ir miego sutrikimus. Besaikio verkimo, maitinimo ir miego sutrikimų gydymo efektyvumą apsunkina ir tai, kad Lietuvoje vis dar nepakankamas kvalifikuoto psichologinio konsultavimo ir psichoterapinio gydymo prieinamumas tėvams, kas yra pirmo pasirinkimo priemonė šių sutrikimų gydymui.

10.5. Metodinio dokumento tikslas ir reikalingumas. Šiuo metodiniu dokumentu siekiama:

10.5.1. pagerinti pirmines sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių specialistų (šeimos gydytojų, vaikų ligų gydytojų) žinias bei praktinius įgūdžius apažįstant KAAVPES rizikos veiksnis, taikant prevencines priemones;

10.5.2. pagerinti pirmines sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių specialistų (šeimos gydytojų, vaikų ligų gydytojų) žinias bei praktinius įgūdžius diagnozuojant ir gydant KAAVPES;

10.5.3. pagerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių specialistų žinias bei praktinius įgūdžius diagnozuojant ir gydant KAAVPES;

10.5.4. pagerinti KAAVPES diagnostiką ir sutrumpinti laiką nuo sutrikimo išsivystymo iki gydymo pradžios.

## **11. METODINIO DOKUMENTO ĮGYVENDINIMO PRIORITETAI**

11.1. KAAVPES diagnostikos, gydymo ir prevencijos algoritmo sukūrimas ir įdiegimas į kasdienę praktiką specialistams, teikiantiems psichinės sveikatos priežiūros paslaugas vaikams Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau ASPI), tokiu būdu užtikrinant paslaugų kokybę šiai pacientų grupei;

11.2. metodinė pagalba specialistams (gydytojams vaikų ir paauglių psichiatrams, vaikų ligų gydytojams, šeimos medicinos gydytojams), pagal kompetenciją teikiantiems vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, siekiant atpažinti KAAVPES rizikos veiksnius, imtis šių sutrikimų prevencijos;

11.3. aiškaus, TLK-10-AM ir DK:0–5 diagnostiniais kriterijais pagrįsto KAAVPES diagnostikos algoritmo įdiegimas visose šalies ASPI, teikiančiose psichinės sveikatos priežiūros paslaugas vaikams;

11.4. nuoseklaus kompleksinio gydymo priemonių taikymo, atsižvelgiant į jų pasirinkimo eiliškumą ir konkretaus paciento gydymo poreikius, algoritmo įdiegimas visose šalies ASPI, teikiančiose pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams;

11.5. pacientų tėvų (globėjų) mokymas, siekiant geresnio KAAVPES supratimo bei sutrikimų pasireiškimo atpažinimo.

## **12. PACIENTO KELIO APRAŠYMAS**

### **12.1. Prevencija**

Prevencija yra orientuota į vaikus, kuriems yra padidinta KAAVPES rizika. Prevencija apima rizikos veiksnių bei jų grupių atpažinimą ir rizikos mažinimą eliminuojant rizikos veiksnius ar mažinant jų patogeninį poveikį, gydant/koreguojant iki-klinikines būsenas/problemas, edukuojant ir stebint rizikos grupių vaikus.

#### **12.1.1. Rizikos veiksniai, skatinatys KAAVPES.**

##### **12.1.1.1. Rizikos veiksniai, skatinatys besaikį verkimą:**

12.1.1.1.1. tėvų psichikos sutrikimai, pogimdyminė depresija (tai gali sąlygoti sutrikusį gebėjimą nuraminti, nuspėti ir patenkinti vaiko poreikius, saugaus prieraišumo formavimosi sunkumus);

12.1.1.1.2. motinos savijauta nėštumo metu (pvz.: stresas ir sunkumai nėštumo metu, nepageidaujamas nėštumas);

12.1.1.1.3. santykių su partneriu problemos (ginčai, nepasitenkinimas, emocinės paramos stoka);

12.1.1.1.4. socialinės paramos ir išteklių stoka (poilsio pertraukų galimybės neturėjimas, vieniša motinystė/tėvystė);

12.1.1.1.5. socialiniai faktoriai (gyvenamos patalpos dydis, ankstyva motinystė/tėvystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje, kt.);

12.1.1.1.6. pernelyg stipri kūdikio stimuliacija (pastangos nuolat linksminti, pernelyg stiprus vaizdinis, garsinis ar/ir taktilinis stimuliavimas);

12.1.1.2. Rizikos veiksniai, skatinatys maitinimo sutrikimų atsiradimą ankstyvoje vaikystėje:

12.1.1.2.1. ankstyvojo amžiaus vaikų elgesio sunkumai (nerimastingas elgesys, dirglumas, verkimo protrūkiai ar kiti emociškai neigiami signalai), kurie sukelia sąveikos tarp motinos/tėvų ir vaiko sutrikimą (gali pasireikšti visiškas vaiko atsisakymas valgyti ar gerti, tėvai jaučia kaltę, bijo patirti nesėkmę, formuojasi užburtas ratas);

12.1.1.2.2. kūdikiai ir maži vaikai turėję ilgalaikę su maitinimu ir valgymu susijusią neigiamą patirtį (skrandžio vamzdeliai, intubacija ar burnos, nosies, gerklės chirurginės procedūros);

12.1.1.2.3. tėvų psichikos sutrikimai (tai gali sąlygoti sutrikusį gebėjimą patenkinti vaiko poreikius, režimo laikymosi sunkumus, neigiamos emocinės atmosferos riziką);

12.1.1.2.4. socialiniai faktoriai (gyvenamos patalpos dydis, ankstyva tėvystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir kt.).

12.1.1.3. Rizikos veiksniai, skatinatys miego sutrikimų atsiradimą ankstyvoje vaikystėje:

12.1.1.3.1. ankstyvojo amžiaus vaikų elgesio sunkumai (besaikis verkimas, nerimastingas elgesys, dirglumas), maitinimo sutrikimai kūdikystėje ir ankstyvoje vaikystėje;

12.1.1.3.2. tėvų psichikos sutrikimai (tai gali sąlygoti tėvų pagalbos trūkumą užmigdant kūdikius pirmąjį trimestrą arba vėliau, pvz.: vaikui susirgus; sunkumai patenkinti vaiko poreikius; sunkumai nustatant ribas);

12.1.1.3.3. socialiniai faktoriai (gyvenamos patalpos dydis, ankstyva motinystė/tėvystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje, kt.).

12.1.2. Rizikos veiksnių išaiškinimo tvarka.

12.1.2.1. Ankstyvajame vaikų amžiuje, įtariant besaikį verkimą, reikėtų įvertinti tokius anamnestinius duomenis, kaip:

12.1.2.1.1. motinos neštumo metu patirti stresogeniniai veiksniai (pvz.: netektys, dažni konfliktai su partneriu, smurtas, nepageidaujamas neštumas);

12.1.2.1.2. tėvų psichinė sveikata: tėvų psichikos sutrikimai, pervargimo sindromas tėvams, dažni konfliktai ir nesutarimai tarp tėvų;

12.1.2.1.3. socialiniai faktoriai, tokie kaip socialinės paramos stoka (poilsio pertraukų galimybės neturėjimas, vieniša motinystė/tėvystė, ankstyva motinystė/tėvystė), socialinių išteklių stoka (gyvenamos patalpos dydis, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje, kt.).

12.1.2.2. Ankstyvajame vaikų amžiuje, įtariant maitinimo sutrikimus, svarbūs tokie anamnestiniai duomenys kaip:

12.1.2.2.1. ankstyvajame vaiko amžiuje pasireiškęs nerimastingas elgesys, dirglumas, verkimo protrūkiai ar kiti emociškai neigiami signalai, kurie gali sąlygoti sąveikos tarp vaiko ir tėvų sutrikimus;

12.1.2.2.2. Igalai, su maitinimu ir valgymu susijusi, neigiama patirtis, pvz.: skrandžio vamzdeliai, intubacija ar burnos, nosies, gerklės chirurginės procedūros;

12.1.2.2.3. tėvų psichikos sutrikimai;

12.1.2.2.4. socialiniai faktoriai, tokie kaip gyvenamos patalpos dydis, ankstyva motinystė/tėvystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir kt.

12.1.2.3. Ankstyvajame vaikų amžiuje, įtariant miego sutrikimus, anamnezės duomenys, kuriuos reikia surinkti:

12.1.2.3.1. kūdikystėje buvęs intensyvus verkimas, nerimastingas elgesys, dirglumas, maitinimo sutrikimai;

12.1.2.3.2. tėvų psichikos sutrikimai;

12.1.2.3.3. socialiniai faktoriai, tokie kaip gyvenamos patalpos dydis, ankstyva motinystė/tėvystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir kt.

12.1.3. KAAVPES prevencija:

12.1.3.1. tėvystės įgūdžių kursai besilaukiančioms motinoms ir poroms, orientuoti į saugaus prierašumo formavimąsi, bendravimą, mokantis suprasti vaiko signalus, kuriais jis sąveikos metu išreiškia alkį, nuovargį, stresą, perdėtą susijaudinimą;

12.1.3.2. tėvams skirtas bendrasis švietimas apie sveiko miego įpročių ugdymą, padedant sukurti ir palaikyti pastovius miego ir būdravimo ciklus kasdienybėje;

12.1.3.3. savalaikė psichosocialinė pagalba, esant vienišai tėvystei, ankstyvai motinystei;

12.1.3.4. ankstyvas pogimdyminės depresijos atpažinimas ir gydymas;

12.1.3.5. psichologinės, psichoterapinės pagalbos prieinamumo šeimoms gerinimas;

12.1.3.6. ankstyvas besaikio verkimo atpažinimas ir pagalba, siekiant apsaugoti nuo kitų KAAVPES išsivystymo.

12.1.4. Kūdikius ir ankstyvojo amžiaus vaikus, turinčius riziką KAAVPES, turėtų stebėti šeimos gydytojai arba vaikų ligų gydytojai. Šeimos gydytojai arba vaikų ligų gydytojai, kilus įtarimams dėl KAAVPES, turėtų neatidėliotinai sudaryti gydymo planą, nesant efektyviam gydymui, nukreipti gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro įvertinimui ir gydymui.

12.1.5. Vaikams, turintiems riziką KAAVPES, šeimos gydytojas arba vaikų ligų gydytojas profilaktinio vaikų sveikatos tikrinimo metu (1 kartą per mėnesį iki 6 mėnesių amžiaus, 2-3 kartus laikotarpyje nuo 7 iki 12 mėnesių amžiaus) tęsia stebėjimą.

## 12.2. KAAVPES diagnostika

12.2.1. Rizikos veiksnių įvertinimo, anamnezės duomenų rinkimo, tvarka.

12.2.1.1. Vertinat besaikio verkimo galimus rizikos veiksnius, tėvų reiktų paklausti (1 priedas):

12.2.1.1.1. apie galimus rizikos veiksnius nėštumo periodu (pvz.: stresas ir sunkumai nėštumo metu, nepageidaujamas nėštumas), gimdymo traumas;

12.2.1.1.2. apie galimus tėvų psichikos sutrikimus, motinos nuotaiką po gimdymo, santykius su partneriu;

12.2.1.1.3. apie gaunamą emocinę paramą, t.y. ar turi galimybę poilsio pertraukėlėms, ar nėra vieniša motinystė/tėvystė;

12.2.1.1.4. ar nėra socialinių rizikos veiksnių, tokių kaip gyvenamos patalpos dydis, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir pan.;

12.2.1.2. Vertinat ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų galimus rizikos veiksnius, tėvų reiktų paklausti (2 priedas):

12.2.1.2.1. ar vaikui nepasireiškė dirglumas, verkimo protrūkiai, nerimastingas elgesys;

12.2.1.2.2. ar vaikas neturėjo ilgalaikės su maitinimu ir valgymu susijusios neigiamos patirties, tokios kaip pvz.: skrandžio vamzdeliai, intubacija, chirurginės procedūros (burnos, nosies, gerklės);

12.2.1.2.3. apie galimus tėvų nuotaikos sutrikimus, selektyvų tėvų valgymą, įvertinti motinos pogimdyminės depresijos riziką;

12.2.1.2.4. ar nėra socialinių rizikos veiksnių, tokių kaip gyvenamos patalpos dydis, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir pan.;

12.2.1.1.5. renkant anamnezę, reikia įvertinti maitinimo sutrikimus paskatinusius ir/ar palaikančius rizikos veiksnius; jeigu jie nustatomi, turi būti koduojami klinikinėje diagnozėje (pvz.: Emocinis vaiko ignoravimas, TLK-10-AM kodas Z62.4).

12.2.1.3. Vertinat ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų galimus rizikos veiksnius, tėvų reiktų paklausti (3 priedas):

12.2.1.3.1. ar vaikui nepasireiškė dirglumas, verkimo protrūkiai, nerimastingas elgesys, maitinimo sutrikimai;

12.2.1.3.2. apie galimus tėvų psichikos sutrikimus;

12.2.1.3.3. ar nėra socialinių rizikos veiksnių, tokių kaip gyvenamos patalpos dydis, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir pan.;

12.2.1.3.4. ar tinkamas vaiko miego režimas, miego higiena (pvz.: ar migdymui nenaudojami televizoriaus ar telefono ekranai);

12.2.1.3.5. renkant anamnezę, reikia įvertinti miego sutrikimus paskatinusius ir/ar palaikančius rizikos veiksnius; jeigu jie nustatomi, turi būti koduojami klinikinėje diagnozėje (pvz.: Emocinis vaiko ignoravimas, TLK-10-AM kodas Z62.4).

12.2.2. Anamnezės duomenys:

12.2.2.1. Vertinant dėl galimo besaikio kūdikių verkimo, tėvų klausama (1 priedas):

- intensyvaus verkimo trukmė valandomis – kiek valandų per dieną;
- intensyvaus verkimo dažnis – kiek kartų per savaitę;
- intensyvaus verkimo trukmė savaitėmis;
- ar pavyksta nuraminti kūdikį taikant įprastas ramino priemones;
- ar kartu pasireiškia ir užmigimo ir prabudimo problemos;
- ar tėvai jaučia intensyvių nuovargį, stresą dėl sunkumų nuraminti, ar blogėja tėvų emocinė būklė.

12.2.2.2. Vertinant dėl ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų, tėvų klausama (2 priedas):

- kaip pasireiškia problema?
- ar vaikas serga kokia nors liga?
- ar krenta vaiko svoris?
- koks emocinis klimatas vyrauja vaiko maitinimo metu?
- ar šeimoje yra didelių streso veiksnių?

12.2.2.3. Vertinant dėl ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų, tėvų klausama (3 priedas):

- ar vaikas serga kokia nors liga?
- ar vaikas atsisako nedelsiant, verkdamas, be miego ritualų eiti miegoti?
- ar vaikas pajėgus be sudėtingos tėvų pagalbos užmigti vakare ir nubudęs naktį?
- kiek laiko vaikas išmiega nakties metu?
- ar vaiko miego grafikas yra tinkamas ir nuoseklus, atsižvelgiant į vaiko amžių?
- ar yra tinkamos sąlygos vaiko miegui (ar miego metu nėra tokių dirgiklių kaip šviesa, garsai, netinkama kambario temperatūra)?
- ar pablogėjo vaiko ir šeimos funkcionavimas dienos metu?

12.2.3. Nuodugnios klinikinės diagnostikos tvarka (nusiskundimai, simptomai). Diagnozuojant ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimus, svarbiausi yra detalūs anamnezės duomenys, apibūdinantys vaiko elgesio pokyčius.

12.2.3.1. Besaikio verkimo vertinimo kriterijai (1 priedas):

12.2.3.1.1. Besaikio kūdikių verkimo simptomai yra nepaaiškinamas, nepagudžiamas verksmas ir ilgi nepaaiškinto nerimo epizodai.

12.2.3.1.2. Kriterijai, leidžiantys atskirti normalų verksmą nuo besaikio verkimo sulaukus 6 savaičių amžiaus, gerai maitinamam ir sveikam kūdikiui, remiasi „trijų taisykle“. Tai verkimas ir verkšlenimas:

- daugiau nei 3 valandas per dieną;
- dažniau nei 3 dienas per savaitę;
- ilgiau nei 3 savaites.

12.2.3.1.3. Besaikis kūdikių verkimas diagnozuojamas, kai atitinka visus nurodytus kriterijus:



- kūdikis verkia daugiau nei 3 valandas per dieną, dažniau nei 3 dienas per savaitę, ilgiau nei 3 savaites („trijų taisyklė“);
- verkimas nėra paaiškinamas somatine būkle (pvz., laktozės netolerancija, dantų dygimas);
- sutrikimo simptomai arba tėvų reakcijos į simptomus reikšmingai veikia vaiko ir šeimos funkcionavimą vienu ar keliais aspektais (sukelia vaikui distresą, trikdo vaiko ir tėvų santykius, riboja vaiko dalyvavimą raidą atitinkančiose veiklose, riboja šeimos dalyvavimą kasdienėse veiklose arba riboja vaiko gebėjimą mokytis ir lavinti naujus įgūdžius arba trikdo raidos progresą).

#### 12.2.3.2. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų vertinimo kriterijai (2 priedas):

##### 12.2.3.2.1. Kūdikių ir mažų vaikų maitinimo sutrikimai diagnozuojami, kai:

- sutrinka mityba, pasireiškianti maisto atpylimu, nenurijimu;
- maitinimo sutrikimas nėra paaiškinamas somatine būkle ar šalutiniu vaistų poveikiu;
- sutrikimo simptomai arba tėvų reakcijos į simptomus reikšmingai veikia vaiko ir šeimos funkcionavimą vienu ar keliais aspektais (sukelia vaikui distresą, trikdo vaiko ir tėvų santykius, riboja vaiko dalyvavimą raidą atitinkančiose veiklose, riboja šeimos dalyvavimą kasdienėse veiklose arba riboja vaiko gebėjimą mokytis ir lavinti naujus įgūdžius arba trikdo raidos progresą, tsilieka nuo amžių atitinkančių augimo normų).

12.2.3.2.2. Atmetus organinius sutrikimus, gydytojas turėtų atsižvelgti į tokias galimas neorganines priežastis kaip netinkamas maitinimo elgesys;

12.2.3.2.3. Gydytojas turėtų įvertinti vaiko ir tėvų sąveiką valgio metu, motinos pogimdyminės depresijos riziką, selektyvų tėvų valgymą ir galimus tėvų nuotaikos sutrikimus;

##### 12.2.3.2.4. Reikia įvertinti:

- ar vaikas atsisako valgyti;
- ar suvartoja mažesnę maisto kiekį, nei tinka to amžiaus vaikams;
- ar pasireiškia didesnis maisto selektyvumas, nei tinka to amžiaus vaikams.

12.2.3.2.5. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų priežastiai nustatyti reikia atsižvelgti į vaiko medicininę istoriją, mitybos ir psichosocialinius veiksnius, įvertinti vaiko būklę dėl galimų somatinių ir neurologinių susirgimų, įvertinti vaiko augimą (pagal atitinkamą ūgio ir svorio kitimo diagramą).

#### 12.2.3.3 Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų vertinimo kriterijai (3 priedas):

12.2.3.3.1. Vaikų nemiga apibrėžiama kaip pasikartojantys miego pradžios, trukmės ar kokybės sunkumai, atsirandantys nepaisant amžiui tinkamo miego laiko ir galimybių, dėl kurių vaiko ir/ar šeimos funkcionavimas pablogėja dienos metu;

##### 12.2.3.3.2. Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų kriterijai:

- vaikas nepajėgus savarankiškai užmigti, jis reikalauja tėvų pagalbos daugiau nei 30 minučių dauguma naktų per savaitę;
- miego problema nėra kito sutrikimo simptomas;
- sutrikimo simptomai arba tėvų reakcijos į simptomus reikšmingai veikia vaiko ir šeimos funkcionavimą vienu ar keliais aspektais (sukelia vaikui distresą, trikdo vaiko ir tėvų santykius, riboja vaiko dalyvavimą raidą atitinkančiose veiklose, riboja šeimos dalyvavimą kasdienėse veiklose arba riboja vaiko gebėjimą mokytis ir lavinti naujus įgūdžius arba trikdo raidos progresą).

12.2.3.3.3. Vertinimas turėtų apimti somatinės būklės ir raidos įvertinimą, kas gali turėti įtakos užmigimui, miego trukmei ir kokybei.

12.2.4. Vertinant dėl galimų KAAVPES, svarbu ne tik įvertinti vaiko somatinę būklę ir raidą, bet ir tėvų – vaiko sąveiką, gebėjimą nusiraminti ir atliepti vaiko poreikius, motinos savijautą (depresiškumas, nuotaikos svyravimai dienos metu, asmeninis aktyvumas, motinos vaidmuo ir t.t.), socialiniai veiksniai (socialinės paramos stoka, gyvenamos patalpos dydis, ilgalaikiai sunkumai šeimoje ir t.t.).

12.2.5. Šiuo metu nėra įrodymais pagrįstų instrumentinių ar laboratorinių tyrimų, kurie leistų patvirtinti KAAVPES. Tokie tyrimai gali būti atliekami siekiant įvertinti įtariamus ar esamus gretutinius somatinius ar neurologinius sutrikimus, raidą. Tyrimų pobūdį ir atlikimo tvarką turėtų nustatyti šeimos gydytojas, vaikų ligų gydytojas ar gydytojas specialistas pagal savo kompetenciją.

12.2.6. Vertinant dėl KAAVPES, reikia įvertinti nusiskundimus, medicinę ir psichosocialinę anamnezę, sutrikimų kriterijus atitinkančius simptomus. Renkant anamnezę svarbu įvertinti KAAVPES paskatinusius ir/ar palaikančius rizikos veiksniai. Jeigu jie nustatomi, turi būti koduojami klinikinėje diagnozėje (pvz.: Emocinis vaiko ignoravimas, TLK-10-AM kodas Z62.4).

12.2.7. Šiuo metu Lietuvoje nėra patvirtintų psichologinio tyrimo metodikų, leidžiančių nustatyti KAAVPES.

12.2.8. KAAVPES diferencinė diagnostika (4 priedas).

12.2.8.1. Besaikis kūdikių verkimas diferencijuojamas nuo nepatologinio verksmo, taip pat nuo somatinių bei neurologinių susirgimų, dantų dygimo sindromo, dėl ko kūdikis gali būti sunkiai nuraminamas, dirglus.

12.2.8.1.1. Verkimas yra neatskiriama kūdikystės dalis. Verkimas signalizuoja apie stresines reakcijas, fiziologinius poreikius, skatina aplinkinius rūpintis. Verkimu išreiškiami nepasitenkinimo, nusivylimo, pykčio ir protesto, baimės, nuogąstavimo ir panikos, arba liūdesio ir vienatvės jausmai. Esant nepatologiniam verkimui, atliepus vaiko poreikius, jį pavyksta nuraminti, verkimas nesitęsia daugiau nei 3 valandas per dieną, dažniau nei 3 dienas per savaitę bei ilgiau nei 3 savaites.

12.2.8.1.2. Esant vaikų ligoms, neurologiniams susirgimams, dantų dygimui kūdikis neretai būna neramus ir įsitempęs, jį sunku nuraminti, sutrinka miego-budrumo ritmas. Siekiant diferencijuoti nuo patologinio verkimo, tikslinga įvertinti kūdikio somatinę bei neurologinę būklę, atsižvelgiant į anamnesticinius, apžiūros duomenis, pagal poreikį atliktus tyrimų rezultatus. Pirminį įvertinimą atlieka šeimos gydytojas arba vaikų ligų gydytojas. Įtariant neurologinį sutrikimą, nukreipiama vaikų neurologo konsultacijai.

12.2.8.2. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimai diferencijuojami nuo netinkamų maitinimosi ir valgymo funkcijų ugdymo bei nuo su somatine ir neurologine būkle susijusių maitinimo sutrikimų.

12.2.8.2.1. Tinkamų maitinimosi ir valgymo funkcijų ugdymas remiasi įvairių fizinių ir psichologinių kompetencijų integravimu. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimai diferencijuojami nuo:

- neadekvataus maitinimo;
- vaiku besirūpinančio asmens nepakankamos kompetencijos (tėvai stokoja tėvystės įgūdžių ir supratimo apie vaiko vystymąsi, auklėjimą).

12.2.8.2.2. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimai gali pasireikšti esant vaikų ligoms, neurologiniams susirgimams, struktūrinėms anomalijoms:

- struktūrinės anomalijos, kurios paveikia nosiaryklę, gerklas ir trachėją bei stemplę;
- neurologinės raidos sutrikimai sutrikdantys mokymosi valgyti procesą ir galintys sukelti padidėjusį burnos jautrumą bei burnos-motorinės funkcijos sutrikimus;
- virškinamojo trakto patologijos;
- alergija maisto produktams.

12.2.8.3. Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimai diferencijuojami nuo miego higienos stokos ir nuo somatinių susirgimų, galinčių turėti įtakos užmigimui, miego trukmei.

12.2.8.3.1. Miego sunkumai gali būti stebimi esant nepalankiems psichosocialiniams veiksniams, kai neužtikrinama vaiko amžiui tinkama miego kokybė ir (arba) jo trukmė;

12.2.8.3.2. Miego sunkumai (užmigimas, prabudimai nakties metu) dažnas vaikų ligų simptomas. Vaikų amžiuje nereta adenoidų hiperplazija, adenoiditai, kurių vienas iš simptomų apsunkintas kvėpavimas pro nosį gali turėti įtakos ir miego kokybei. Tokiu atveju būtų tikslinga gydytojo otorinolaringologo (LOR) konsultacija.

12.2.9. Jei anamnezė ir apžiūros duomenys nekelia įtarimų dėl galimo neurologinio ar somatinio sutrikimo, papildomi diagnostiniai tyrimai (laboratoriniai, instrumentiniai) nerekomenduojami.

### **12.3. KAAVPES gydymas**

12.3.1. KAAVPES gydo šeimos gydytojas arba vaikų ligų gydytojas. Esant neefektyviam gydymui, vaikas nukreipiamas gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro įvertinimui ir gydymui į ASPI, teikiančią ambulatorines (pirminio ir/ar specializuoto lygio) vaikų psichinės sveikatos priežiūros paslaugas.

12.3.2. KAAVPES gydymui taikomi nemedikamentiniai gydymo metodai, tokie kaip psichoedukacija, tėvų konsultavimas ar šeimos psichoterapija, socialinė pagalba.

12.3.3. Vaistiniai preparatai terapinių indikacijų KAAVPES neturi.

12.3.4. KAAVPES gydymui taikomi nemedikamentiniai metodai:

12.3.4.1. Psichoedukacija – tėvų/globėjų mokymas apie ligą bei sveikatą, remiantis mokslinėmis medicinos ir psichologijos teorijomis, siekiant pagerinti bendradarbiavimą gydymo procese.

12.3.4.1.1. Esant besaikiam kūdikių verkimui (5 priedas):

- mokyti suprasti vaiko signalus, kuriais jis sąveikos (interakcijos) metu išreiškia alkį, nuovargį, stresą, perdėtą susijaudinimą;
- skatinti tėvus atpažinti kūdikio nuovargio požymius (suraukti antakiai, sugniaužtos rankos, trūkčiojančios rankos ar kojos, verksmas, zirzimas);
- sukurti ir palaikyti pastovius miego ir būdravimo ciklus kasdien;
- vengti nuovargio ir pernelyg stiprios stimuliacijos;
- pertraukos mamos poilsui;
- informavimas apie kratymo pavojų (sukrėsto vaiko sindromą).

12.3.4.1.2. Esant ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimams (6 priedas):

- dienos struktūravimas su maitinimo pertraukėlėmis, kad vaikas pajautų alkį kaip motyvaciją valgymui;
- neskatinti persivalgymo;
- skatinti aktyvų dalyvavimą valgymo procese, priklausomai nuo amžiaus;
- aiškiai atskirti maitinimo/valgymo ir žaidimo etapus;
- potrauminio valgymo sutrikimo korekcija, atliekant sisteminę desensibilizaciją, vaiką dažnai maitinant mažais kiekiais (tai laipsniškai mažina vaiko gynybą ir gerina maisto priėmimą).

12.3.4.1.3. Esant ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimams (7 priedas):

- mokyti atpažinti miego kokybę lemiančius veiksnius (pvz.: išoriniai dirgikliai, tokie kaip šviesa, garsai, netinkama kambario temperatūra; vidiniai dirgikliai, tokie kaip skausmas, karščiavimas, sloga);
- mokyti miego higienos principų;
- motyvuoti laikytis miego rutinos, prieš užmiegant sumažinti stimulus.

12.3.4.2. Tėvų konsultavimas – psichinės sveikatos priežiūros specialistų pagalba tėvams, siekiant padėti jiems geriau atlikti tėvų vaidmenį (tiek bendravimo su vaiku įgūdžių, tiek gebėjimo stebėti bei suprasti vaiką, prasme):

12.3.4.2.1. Ankstyvas besaikio verksmo gydymas yra sutelktas į tėvų ir kūdikio bendravimą, tėvų ir kūdikių sąveiką nuraminant. Rekomendacijos padedant geriau suprastį vaiką, geriau atlikti tėvų vaidmenį (5 priedas):

- nustatyti maitinimo / būdravimo / miego modelį;
- siekti nuspėjamai paruošti kūdikį dienos snaudimui ir nakties miegui (pvz., ramiai žaisti, perkelti į miegamąjį, trumpai priglausti, o tada dar nemiegančią paguldyti į lovę);
- vengti pernelyg didelio stimuliavimo – triukšmo, šviesos, tvarkymosi; taip pat reikėtų vengti per didelės tylos; daugumą kūdikių žemas foninis triukšmas ramina (pvz.: švelni muzika);
- patamsintas miegamasis dienos miegui;
- kūdikių masažas / supimas / glostymas;
- atsakas kol kūdikis dar nėra per daug pavargęs;
- vengti pernelyg aktyvios raminimo strategijos;

- esant didelei įtampai, nuovargiui ar didėjant pykčiui, paguldyti vaiką saugioje vietoje, tada pačiam nusiraminti (pyktį palikti kitame kambaryje), tik po to raminti vaiką;
- aptarti poilsio laiką motinai / abiem tėvams.

12.3.4.2.2. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų atvejais konsultuojant tėvus (6 priedas):

- aptariamoms valgymo taisyklės tam, kad struktūruoti maitinimo procesą;
- aptariamoms režimo laikymasis, šeimos gyvenimo ypatumai, lūkesčiai, teigiama emocinė atmosfera;
- kūdikio maitinimo stebėjimas yra naudingas tėvams, kurie nerimauja dėl kūdikio maitinimo;
- individualus disfunkcinio bendravimo modelio keitimas tam, kad sustiprinti pageidaujamą elgesį.

12.3.4.2.3. Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų atvejais tėvų konsultavimas (7 priedas) yra sutelktas į :

- aiškias taisykles;
- svarbu, kad tėvai suteiktų vaikui šilumą, saugumą, patikimumą, o ne nerimo, bejėgiškumo, kaltės, pykčio jausmus.

12.3.4.3. Šeimos psichoterapija – gydymo metodas, kai gilinantis į tarpasmeninius santykius šeimoje ir už jos ribų, padedama spręsti asmenines ir šeimos problemas; skatinamas pozityvus vaiko auklėjimas, ugdomi tėvų ir visos šeimos gebėjimai spręsti konfliktus ir problemas, tuo būdu mažinamas stresas tėvams ir vaikams.

12.3.4.3.1. Esant ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimams, taikoma tėvų suvokimo ir interpretacijų bei emocinės patirties maitinimo situacijoje psichoterapinė korekcija.

12.3.4.4. Socialinė pagalba – intervencijos, skirtos būtinų socialinių įgūdžių ir pagalbos priemonių, paramos pritaikymui, stengiantis kurti geresnę, sveikesnę vaiko aplinką. Šeimai teikiama reikalinga informacija ir žinios, ugdomi tėvystės bei socialiniai įgūdžiai. Tarpininkaujama dėl pagalbos priemonių, pvz.: psichologinės pagalbos, psichinės sveikatos priežiūros, užimtumo, piniginės socialinės paramos, socialinio būsto.

12.3.5. Invaziniai ar intervenciniai gydymo metodai, esant KAAVPES, nėra taikomi.

12.3.6. Sudėtinis gydymas (gydymas derinant nemedikamentinius metodus ir gydymą vaistais), esant KAAVPES, nėra taikomas.

12.3.7. KAAVPES gydymo metodų eiliškumas, etapiškumas, pasirinkimo kriterijai aprašyti 12.3.5. punkte ir pateikiami 5, 6 bei 7 prieduose.

12.3.8. Nemedikamentinių gydymo metodų poveikis rizikos grupės pacientams reikšmingai nesiskiria. Esant nepalankiems psichosocialiniams veiksniams ir/ar vaiku besirūpinančio asmens nepakankamoms kompetencijoms į gydymo planą būtina įtraukti socialinę pagalbą. Esant ar įtariant tėvų psichikos sutrikimus, pogimdyminę depresiją (tėvų psichikos sutrikimai gali sąlygoti sutrikusį gebėjimą nuraminti, nuspėti ir patenkinti vaiko poreikius, saugaus prieraišumo formavimosi sunkumus) tikslingas psichiatro konsultavimas ir gydymas.

### 12.3.9. Gydytojų specialistų konsultacijų organizavimo indikacijos ir tvarka.

12.3.9.1. Gydant KAAVPES, vaikai gydytojų specialistų konsultacijoms gali būti nukreipiami diagnostikos ir diferencinės diagnostikos tikslu jei yra įtariami somatiniai, neurologiniai susirgimai.

12.3.9.2. Gydytojo specialisto konsultacijai pacientą nukreipia šeimos gydytojas arba vaikų ligų gydytojas, arba gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Gydytojais specialistais konsultuoja ASPĮ, teikiančiose atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas.

12.3.10. Veiksmingiausia KAAVPES komplikacijų prevencija – ankstyva diagnostika ir gydymas. Ankstyvas gydymas, sutelktas į tėvų ir kūdikių bendravimą, tėvų ir kūdikių sąveiką nuraminant, gali užkirsti kelią ne tik vėlesniems ankstyvojo vaikų amžiaus elgesio ir emociniams sutrikimams, bet ir pogimdyminei depresijai bei nepriežiūrai ar smurtiniam elgesiui vaiko atžvilgiu. Pacientams, priskiriamiems socialinės rizikos grupėms (pvz. patiriantiems nepriežiūrą namuose, įtariant smurtinį elgesį vaiko atžvilgiu), į gydymo planą būtina įtraukti socialinę pagalbą.

12.3.11. KAAVPES gydymo ypatumai, esant gretutinimams sutrikimams. Diagnostikos etape reikalingas įvertinimas dėl galimų gretutinių somatinių, neurologinių sutrikimų. Juos nustatčius, į gydymo planą įtraukiamos visų gretutinių sutrikimų gydymo priemonės.

12.3.12. Daugiadalykė gydytojų specialistų komanda gali būti kviečiama spręsti diagnostikos arba gydymo klausimus, kai KAAVPES yra lydimi gretutinių somatinių, neurologinių susirgimų. Komandą sudaro gydytojai specialistai, priklausomai nuo gretutinių susirgimų pobūdžio. Komandos priimti sprendimai įgyvendinami tyrimo ir gydymo plane.

12.3.13. Gydant KAAVPES, svarbu užtikrinti, kad paciento tėvai/globėjai aktyviai ir motyvuotai dalyvautų gydymo procese. Šiam tikslui pasiekti yra svarbi psichoedukacija ir bendradarbiavimas gydymo procese.

12.3.13.1. Psichoedukacija paciento tėvams/globėjams suteikia informaciją apie sutrikimo simptomus, rizikos veiksnius, įrodymais grįstą gydymą.

12.3.13.2. Bendradarbiavimas – su tėvais/globėjais reguliariai ir išsamiai aptariama vaiko būklė, jos pokyčiai, tėvų patiriami sunkumai.

12.3.14. Gydymo prieinamumo, efektyvumo ir kokybės vertinimo kriterijai:

12.3.14.1. laikomasi KAAVPES metodinio dokumento rekomendacijų;

12.3.14.2. nebuvo klaidų vertinant paciento būklę, skiriant pradinį gydymą;

12.3.14.3 tinkamai užpildyta medicininė dokumentacija;

12.3.14.4. laiku nukreipta konsultantams (jei reikia);

12.3.14.5. pacientų pasitenkinimas teikiamomis ambulatorinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas.

### 12.4. Slauga. Gydant KAAVPES:

12.4.1. slaugytojas, dirbdamas asmens sveikatos priežiūros specialistų komandoje, atlieka savo kompetencijai priskiriamas funkcijas;

12.4.2. pagal kompetenciją moko šeimos narius sveikos gyvensenos, sveikatos tausojimo ir išsaugojimo principų.

**12.5. Medicininė rehabilitacija.** Esant KAAVPES, netaikoma.

**12.6. KAAVPES pasveikimo prognozė.**

12.6.1. Gydant KAAVPES, tikėtina prognozė yra pasveikimas.

12.6.2. KAAVPES pasveikimo prognozė nustato šeimos gydytojas, vaikų ligų gydytojas arba gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, atsižvelgdamas į sutrikimo trukmę, gretutinius sutrikimus, atsaką į gydymą, socialines ir šeimynines aplinkybes.

12.6.3. Pasveikimo prognozė bloginantys veiksniai: vėlyva diagnostika, ilgesnė sutrikimo eiga, anamnezėje buvę negydyti KAAVPES (pvz.: vaikystės miego sutrikimai neretai pasireiškia kaip tiesioginis besaikio rėkimo tęsinys), emocinės paramos trūkumas tėvams, negydomi tėvų psichikos sutrikimai, santykių ir socio-ekonominės problemos šeimoje.

12.6.4. KAAVPES indikacijų nukreipti neįgalumo lygio nustatymui neturi.

12.6.5. Pasveikimo kriterijai gydant KAAVPES:

- nėra KAAVPES simptomų (normalizuojasi kūdikio gebėjimas nurimti, atsistato mityba, miegas);
- normalizuojasi kūdikio ir tėvų funkcionavimas (šeima dalyvauja kasdienėse veiklose, vaikas vėl gali lavinti naujus įgūdžius, įsitraukti į jo raidą atitinkančias veiklas).

**12.7. Vaikų, gydomų dėl KAAVPES, stebėseną.**

12.7.1. Šeimos gydytojas, vaikų ligų gydytojas arba gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras ir kiti specialistai (psichologas, socialinis darbuotojas, sveikatos slaugytojas), gydantys pacientą dėl KAAVPES, pagal kompetenciją turi stebėti pacientą dėl:

- gydymo efektyvumo;
- būklės pasikeitimo;
- gydymo rekomendacijų laikymosi.

12.7.2. Pakartotinių konsultacijų metu tyrimai neatliekami.

12.7.3. Gydymo trukmė. Gydymą nemedikamentiniais metodais rekomenduojama tęsti iki pasveikimo – visiškos simptomų redukcijos. Užbaigus gydymą rekomenduojama toje pačioje ASPĮ tęsti stebėjimą dėl galimo sutrikimo recidyvo iki 12 mėnesių.

## **13. PACIENTO KELIO ORGANIZAVIMO APRAŠYMAS**

13.1. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo, KAAVPES turintiems vaikams, tvarkos tikslas ir uždaviniai

13.1.1. Tikslas – užtikrinti, KAAVPES turintiems vaikams, kokybiškų ambulatorinių diagnostikos, gydymo, prevencijos paslaugų prieinamumą.

13.1.2. Uždaviniai – įdiegti KAAVPES prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmą sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančiose ASPĮ, kad vienodai būtų teikiamos kokybiškos, individualizuotos, šiuolaikinės prevencijos, diagnostikos, gydymo, slaugos paslaugos, kontroliuojami kokybės rodikliai.

13.2. Vaikams sveikatos priežiūros paslaugos dėl KAAVPES teikiamos pirminiame ambulatoriniame ir specializuotame ambulatoriniame lygmenyse, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos tarnybose.

13.2.1. Vaikams pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos dėl KAAVPES teikiamos pirminės asmens sveikatos priežiūros centruose (toliau – PASPC), turinčiuose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Esant neefektyviam gydymui, šeimos gydytojas ar vaikų ligų gydytojas, nukreipia gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai į pirmines ar specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančias ASPĮ.

Vaikų ir paauglių pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos psichikos sveikatos centruose (toliau – PSC), turinčiuose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas (toliau – komanda). Komandoje gali dirbti ir kiti specialistai, kurių veikla susijusi su sveikatos priežiūra.

13.2.2. Vaikų ir paauglių specializuotos ambulatorinės psichiatrijos paslaugos teikiamos ASPĮ, turinčiose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas. Specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras bei medicinos psichologas. Į specialistų komandą gali būti įtraukiami ir socialinis darbuotojas, ir (ar) psichikos sveikatos slaugytojas.

13.3. KAAVPES turinčiam vaikui teikiamų asmens sveikatos priežiūros prevencijos, diagnostikos, gydymo ir priežiūros paslaugų teikimo organizavimo etapai.

13.3.1. KAAVPES prevencija apima rizikos veiksnių bei grupių atpažinimą ir rizikos mažinimą eliminuojant rizikos veiksnius, koreguojant ikiklinikines būsenas bei problemas, edukuojant ir stebint rizikos grupių vaikus kaip aprašyta 12.1. skyriuje.

13.3.1.1. Prevencija vykdoma pirminiame ambulatoriniame lygyje šeimos gydytojo, vaikų ligų gydytojo, gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro.

13.3.1.2. Pagal reikalą pasitelkiamas medicinos psichologas - siekiant koreguoti KAAVPES ikiklinikines būsenas bei problemas, edukuojant tėvus ir ugdant socialinius bei problemų sprendimo įgūdžius, padedant įveikti sudėtingas stresines situacijas.



13.3.1.3. Pagal reikalą pasitelkiamas socialinis darbuotojas - įtariant netinkamą elgesį su vaiku ar kitas socialines problemas bei socialinės rizikos veiksnius.

13.3.1.4. Efektyviai prevencijai gali būti reikalingas tarpinstitucinis bendradarbiavimas su vaikų teisių apsaugos tarnybomis.

13.3.2. KAAVPES diagnostikos, gydymo ir priežiūros paslaugos teikiamos pirminiame ambulatoriniame ir specializuotame ambulatoriniame lygmenyse.

13.3.2.1. Pastebėję ar įtarę KAAVPES simptomus, tėvai/globėjai turėtų kreiptis į jiems pirmines ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose ASPĮ dirbančius gydytojus – šeimos gydytoją, vaikų ligų gydytoją. Esant neefektyviam gydymui, šeimos gydytojas ar vaikų ligų gydytojas, nukreipia gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai į pirmines ar specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančias ASPĮ.

13.3.2.2. Sprendimą apie gydymo dėl KAAVPES užbaigimą priima šeimo gydytojas, vaikų ligų gydytojas arba pirmines ar specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančioje ASPĮ dirbantis gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Užbaigus gydymą rekomenduojama toje pačioje ASPĮ tęsti paciento stebėjimą dėl galimo sutrikimo recidyvo iki 12 mėnesių.

13.3.3. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių gydytojų (šeimos gydytojų ar vaikų ligų gydytojų) kompetencijai, gydant KAAVPES, priskiriama:

13.3.3.1. KAAVPES prevencija, kaip aprašyta šio metodinio dokumento 12.1. skyriuje;

13.3.3.2. diferencinė diagnostika, siekiant atmesti somatines būkles, kurioms esant pasireiškia miego sutrikimai, maitinimo sunkumai, padidintas vaiko dirglumas ir sunkumai nuraminti;

13.3.3.3. esant neefektyviam gydymui ar įtariant gretutines patologija, siuntimas gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai;

13.3.3.4. paciento stebėjimas kaip aprašyta šio metodinio dokumento 12.7. skyriuje.

13.3.4. Pirminės ar specializuotas psichinės sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančio gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro kompetencijai, gydant KAAVPES, priskiriama:

13.3.4.1. KAAVPES diagnozės nustatymas;

13.3.4.2. gydymo plano sudarymas, daugiadisciplinės komandos specialistų darbo koordinavimas gydymo procese;

13.3.4.3. nemedikamentinių gydymo metodų taikymas savo kompetencijos ribose (pvz. psichoterapijos);

13.3.4.4. paciento tėvų/globėjų, šeimos konsultavimas su gydymu susijusiais klausimais;

13.3.4.5. esant reikalui, tarpinstitucinio bendradarbiavimo organizavimas.

13.4. Reikalavimai ASPĮ, teikiančioms paslaugas gydant KAAVPES.

13.4.1. Vaikų ir paauglių pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos vadovaujantis Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymu Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, psichikos sveikatos centruose (toliau – PSC), turinčiuose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

13.4.1.1. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas (toliau – komanda). Komandoje gali dirbti ir kiti specialistai, kurių veikla susijusi su sveikatos priežiūra.

13.4.1.2. Mažiausią pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo komandą sudaro gydytojas psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas. Kai komandoje nėra gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams gali teikti gydytojas psichiatras. Vaikų konsultavimui turi būti įrengta atskira patalpa.

13.4.1.3. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visiems prie psichikos sveikatos centro prisirašiusiems gyventojams.

13.4.1.4. Prisirašiusiems gyventojams turi būti užtikrinama visų amžiaus grupių asmenų psichikos sveikatos priežiūra.

13.4.1.5. Maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius kiekvienam komandos nariui yra 17 000.

13.4.1.6. Psichikos sveikatos centras užtikrina komandoje dirbančių specialistų pirminių ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ne mažiau kaip 6 val. kiekvieną darbo dieną.

13.4.1.7. ASPĮ privalo tėvams/globėjams sudaryti galimybę kreiptis į bet kurį PSC, teikiančio pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, komandos narį pagal ASPĮ vadovo nustatytą tvarką.

13.4.1.8. Tėvams/globėjams PSC turi būti sudaryta galimybė kreiptis į gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą ar medicinos psichologą įstaigos vadovo nustatyta tvarka ir gauti nuotolines pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

13.4.1.9. Psichikos sveikatos centras kartą per mėnesį teritorinei ligonių kasai (toliau – TLK) pateikia psichikos sveikatos centro darbuotojų skaičių (pagal specialybes). Psichikos sveikatos centras kiekvieną mėnesį pagal Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis rengia praėjusio ataskaitinio laikotarpio (praėjusio mėnesio) prisirašiusių prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų asmenų skaičiaus suderinimo protokolą (toliau – suderinimo protokolas). Suderinimo protokolas pateikiamas TLK derinti Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus įsakymu nustatyta tvarka ir terminais.

13.4.2. Vaikų ir paauglių specializuotos ambulatorinės psichiatrijos paslaugos teikiamos ASPĮ, turinčiuose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti ambulatorines vaikų

ir paauglių psichiatrijos paslaugas. Reikalavimai specializuotų ambulatorinių vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų teikimui apibrėžiami Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d įsakymu Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

13.4.2.1. Vaikų ir paauglių specializuotas ambulatorines psichiatrijos paslaugas teikiančioje ASPĮ turi būti vaikų ir paauglių psichiatro ir medicinos psichologo kabinetas su baldais ir įranga, pritaikytais pacientui ir šeimai konsultuoti.

13.4.2.2. Specializuotos ambulatorinės vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugos yra:

13.4.2.2.1. gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija;

13.4.2.2.2. išplėstinė vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialistų konsultacija.

13.4.2.3. Išplėstinę vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialistų konsultaciją teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras bei medicinos psichologas. Į specialistų komandą gali būti įtraukiami ir socialinis darbuotojas, ir (ar) psichikos sveikatos slaugytojas.

13.4.2.4. Išplėstinę vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialistų konsultaciją sudaro visi šie veiksmi:

13.4.2.4.1. bendra gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, medicinos psichologo konsultacija (vidutinė trukmė – 1 valanda): kompleksinis vaiko emocijų ir elgesio, jo socialinės aplinkos, šeimos problemų ištyrimas;

13.4.2.4.2. gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, medicinos psichologo pagal skirtingus diagnostikos ir (ar) gydymo ir pagalbos šeimai metodus teikiama paslauga (vidutinė trukmė – 4 valandos);

13.4.2.4.3. gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro ir medicinos psichologo atliekamas psichikos ir elgesio sutrikimų diagnozės nustatymas, individualaus gydymo plano sudarymas, rekomendacijų šeimai teikimas (vidutinė trukmė – 1 valanda).

13.4.2.5. Išplėstinė vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialistų konsultacija tam pačiam pacientui teikiama ne dažniau kaip 2 kartus per kalendorinius metus.

13.4.2.6. Suteiktos specializuotos ambulatorinės vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugos aprašomos paciento formoje Nr. 025/a „Ambulatorinė asmens sveikatos istorija“, patvirtintoje 2014 m. sausio 27 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“ (toliau – forma 025/a), bei užpildoma forma Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ (toliau – forma 025/a-LK).

13.4.2.7. ASPĮ, teikianti specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, turi turėti šiuos medicinos prietaisus:

13.4.2.7.1. medicininės svarstyklės;

13.4.2.7.2. ūgio matuoklį;

13.4.2.7.3. arterinio kraujospūdžio matavimo aparatą;

13.4.2.7.4. stetofonendoskopą.

13.4.2.7.5. termometrą.

13.5. Reikalavimai vaikų ir paauglių pirminių ambulatorinių ir specializuotų ambulatorinių vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų teikimui, reikalingoms medicinos priemonėms, patalpoms reglamentuoti:

13.5.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymu Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

13.5.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d įsakymu Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

13.6. Šioje metodikoje aprašomų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo procese informacinės ir ryšio technologijos naudojamos, rodikliai susiejami su ESPBI IS, įstaigos informacine sistema, kaip tai apibrėžia dabar galiojantys teisiniai aktai.

13.6.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymas Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“

13.6.2. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/e-sveikata/espbi-is-e-recepto-medvais-naudotoju-gaires>

### **13.7. Reikalavimai personalui:**

13.7.1. Teisės aktai, reglamentuojantys reikalavimus sveikatos priežiūros specialistams, dalyvaujantiems KAAPVES prevencijoje, gydyme ir rehabilitacijoje:

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d įsakymas Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-577 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 114:2019 „Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V-601 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 53:2019 „Gydytojas psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 08 d. įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“.

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-714 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 22:2020 „Psichikos sveikatos slaugytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. V-627 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 162:2018 „Medicinos psichologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. rugsėjo 20 d. įsakymas Nr. V-1033 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 66:2018 „Vaikų ligų gydytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. kovo 18 d. įsakymas Nr. V-328 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1013 Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo.

13.7.2. Vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas gali teikti tik galiojančią Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos išduotą licenciją verstis medicinos praktika pagal savo specialybę.

13.7.3. Daugiadalykės vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas KAAVPES atvejais teikiančios specialistų komandos sudėtis apibrėžta metodinio dokumento **13.4. skyriuje**. Komandos sudėtis gali skirtis priklausomai nuo teikiamų paslaugų pobūdžio, lygmens ir paslaugas teikiančios ASPĮ darbo organizavimo tvarkos. Komandai vadovauja gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, atsakingas už vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas šioje ASPĮ. Komandos vadovo atsakomybė ir atskaitomybė nustatoma ASPĮ vidaus tvarkos taisyklės apibrėžiančiuose dokumentuose. Reikalavimai vadovo ir narių kvalifikacijai ir kompetencijai apibrėžti **13.7.1.** punkte nurodytuose įsakymuose.

13.7.4. Specialistai, teikiantys vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, turi reguliariai kelti profesinę kvalifikaciją dalyvaudami Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos, universitetų ar profesinių organizacijų organizuojamuose profesinės kvalifikacijos tobulinimo mokymuose, respublikinėse ir tarptautinėse konferencijose, aktyviai domėtis naujais mokslinė literatūra, atnaujinti žinias ir įgūdžius. Gydytojų vaikų ir paauglių psichiatrų kvalifikacija keliama įvairiuose seminaruose, konferencijose bei mokymuose. Relicencijavimui kiekvienas gydytojas kas 5 metai turi pateikti 120 kreditinių valandų, patvirtinančių kvalifikacijos kėlimą einamaisiais 5 metais.

#### **14. Metodinio dokumento diegimo konkrečiau lygio paslaugas teikiančioje ASPĮ tvarkos aprašymas.**

14.1. Metodiniam dokumentui įdiegti konkrečioje ASPĮ reikalingi specialistai, teikiantys pirmines sveikatos priežiūros paslaugas (vaikų ligų gydytojai, šeimos medicinos gydytojai) ir vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai), patalpos bei medicininė įranga šioms paslaugoms teikti, atitinkantys reikalavimus aprašytus šio metodinio dokumento 13.4. poskyryje.

14.2. Rekomenduojama ASPĮ įdiegti šio metodinio dokumento pagrindu parengtą, medicinos etikos komiteto bei įstaigos vadovo įsakymu patvirtintą KAAVPES prevencijos, diagnostikos ir gydymo protokolą.

14.3. Šiam metodiniam dokumentui įgyvendinti reikalingi pirminės sveikatos priežiūros paslaugas (vaikų ligų gydytojai, šeimos medicinos gydytojai) ir vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai), teikiančių specialistų vaikų psichikos sutrikimų prevencijos, diagnostikos ir gydymo įgūdžiai, atitinkantys jų profesines normas bei mokėjimas juos taikyti KAAVPES atvejais.

14.4. Diegiant šį metodinį dokumentą numatyti mokymai vaikų ligų gydytojams, šeimos medicinos gydytojams, gydytojams vaikų ir paauglių psichiatriams, kad supažindinti su šiuo dokumentu bei jame išdėstytu KAAVPES prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmu; šių mokymų finansavimas numatytas iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšų bendrai finansuojamo projekto Nr. 08.4.2-ESFA-V-622-01-0009 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas psichikos, elgesio ar raidos sutrikimų turintiems bei rizikos grupių vaikams“.

14.5. Informacija apie metodinį dokumentą bus pristatyta 14.4. punkte aprašytuose mokymuose, jo įdiegimą koordinuojančioms ir susijusioms institucijoms Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrių draugija, Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba. Numatoma metodinį dokumentą pristatyti profesinėse konferencijose, vaikų ir paauglių psichinės sveikatos specialistų tobulinimo kursuose, aukščiau išvardintų institucijų internetinėse svetainėse bei socialiniuose tinkluose.

14.6. Metodinio dokumento įdiegimo ASPĮ, teikiančiose pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, kokybės vertinimas numatytas atliekant jo įdiegime dalyvaujančių specialistų apklausą, praėjus 6 mėnesiams po jo pristatymo 14.4. punkte aprašytuose mokymuose; bus vertinama specialistų nuomonė apie algoritmo kokybę, jame numatytų paslaugų prieinamumą, efektyvumą ir rezultatyvumą.

## **15. Pacientų pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo aprašymas.**

15.1. Pacientų pasitenkinimo suteiktomis ambulatorinėmis paslaugomis vertinimas vykdomas pagal įstaigų pasitvirtintą bendrąją pacientų pasitenkinimo tvarką ir keliamus reikalavimus, vadovaujantis esančiais teisės aktais.

15.1.1. Paciento tėvų/globėjų pasitenkinimo ambulatoriškai suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas atliekamas remiantis: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 16 d. įsakymu Nr. V-419 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorine asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veikos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“ (suvestinė redakcija). Anketa priede nr. 8.

15.1.2. Ambulatorinio apsilankymo metu paciento tėvams/globėjams pateikiama anoniminė anketa, kuri pildoma savanoriškai, užpildytą anketą asmuo palieka specialioje anketų dėžutėje prie įėjimo/išėjimo durų.

15.2. Siekiama, kad bent 80 proc. paciento tėvų/globėjų būtų patenkinti arba labai patenkinti jiems suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis: atsakymai į 6 klausimą ambulatorinių paslaugų anketoje būtų 7-10.

15.3. ASPĮ vadovo pasirašytinai įgaliotas asmuo kartą per kalendorinius metus atlieka užpildytų anketų duomenų analizę ir pateikia pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis paslaugomis (6 ambulatorinių paslaugų anketos klausimas) anketinius duomenis šia forma:

Eil. Nr.	Anketos	Skaičius, vnt.
1.	Anketos, kuriose įvertinimas „1“	
2.	Anketos, kuriose įvertinimas „2“	
3.	Anketos, kuriose įvertinimas „3“	
4.	Anketos, kuriose įvertinimas „4“	
5.	Anketos, kuriose įvertinimas „5“	
6.	Anketos, kuriose įvertinimas „6“	
7.	Anketos, kuriose įvertinimas „7“	
8.	Anketos, kuriose įvertinimas „8“	
9.	Anketos, kuriose įvertinimas „9“	
10.	Anketos, kuriose įvertinimas „10“	
11.	Iš viso tinkamai užpildytų anketų	
12.	Iš viso apklausoje dalyvavusių anketų	

15.3.1. ASPĮ vadovo sprendimu į anketą gali būti įtraukta papildomų klausimų ir (ar) pacientų tėvams/globėjams pateikiamos papildomos anketos ASPĮ suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei įvertinti.

15.3.2. Pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis (atsakymas į 6 klausimą ambulatorinių paslaugų anketoje) – teigiamo įvertinimo anketų skaičiaus ir visų apklausoje dalyvavusių anketų skaičiaus santykis.

15.3.3. Vertinamos tik tinkamai užpildytos anketos, t. y. ambulatorinių paslaugų anketos, kuriose į 6-ą klausimą pateiktas tik vienas atsakymas. Teigiamo įvertinimo anketos – anketos, kuriose pacientų

bendras pasitenkinimas ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis vertinamas 7–10:

Pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis	=	Teigiamo įvertinimo anketų skaičius
		Visų apklausoje dalyvavusių tinkamų anketų skaičius

## 16. METODINIO DOKUMENTO ATNAUJINIMAS

1. Galiojančio metodinio dokumento paskutinės peržiūros data	...
2. Galiojančio metodinio dokumento atnaujinimo data	Rekomenduojama dokumentą peržiūrėti ir pagal poreikį atnaujinti kas penkis metus
3. Ankstesnės metodinio dokumento versijos ir metodinio dokumento atnaujinimo (jei metodinis dokumentas atnaujintas) turinys (t. y. kas atnaujinta, palyginti su anksčiau patvirtinta metodinio dokumento versija)	...
4. Metodinio dokumento atnaujinimo iniciatorius	SAM
5. Metodinio dokumento atnaujinimo vykdytojai	SAM
6. Kitos peržiūros, atnaujinimo data	2026

## 17. METODINIO DOKUMENTO AUDITO APRAŠYMAS.

17.1. Audito atlikimo tvarkos aprašas yra rekomendacinio pobūdžio. Auditas atliekamas remiantis LR SAM įsakymu 2019 m. lapkričio 15 d. Nr. V-1296 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymo Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų



kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“. Metodinio dokumento kontrolę atlieka ASPĮ vidaus medicininio audito tarnyba.

17.2. Auditas atliekamas vieną kartą per 12 mėn. ASPĮ aliekamas įdiegto metodinio dokumento efekto auditas. Jei reikia, auditas gali būti atliekamas ir dažniau.

17.3. Audito uždavinys - KAAVPES atpažinimo, diagnostikos ir gydymo įvertinimas.

17.4. Audito metu naudojami informacijos šaltiniai:

17.4.1. ambulatorinė asmens sveikatos istorija (F025/a);

17.4.2. elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (*ESPBI IS*);

17.4.3. įstaigos informacinė sistema;

17.4.4. VLK duomenys;

17.4.5. pacientų atsiliepimai (paciento pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo anketa).

17.5. Audito vertinimo kriterijai - atvejų, kai KAAVPES buvo diagnozuoti ir gydyti laikantis metodinio dokumento rekomendacijų, skaičius (procentais).

17.6. Nuasmeninti audito duomenys ir rezultatai aptariami su ASPĮ administracija bent kartą per 12 mėn. Audito duomenys ir ataskaitos turi tiksliai atspindėti audito veiklas, neišspręstus auditorių ir audituojamo subjekto nesutarimus ar reikšmingas kliūtis atliekant auditą. Audito ataskaitos pagrindu, jei yra nustatytos neatitiktys, pateikiamos rekomendacijos, audituotas įdiegto metodinio dokumento ASPĮ padalinys rengia koregavimo veiksmus išaiškintų neatitiktųjų pašalinimui, rekomendacijų įgyvendinimui. Nustatytu terminu audito vadovas arba jo įgaliotas audito grupės narys patikrina, ar koregavimo veiksmai atlikti ir patikrinimo rezultatus įrašo audito ataskaitoje. Audito metu nustačius neatitiktis, galinčias turėti neigiamą įtaką atliekamoms paslaugoms, gali būti numatytas pakartotinis vidaus medicininis auditas įgyvendintų koregavimo veiksmų veiksmingumui nustatyti. Vidinio medicininio audito ataskaita skelbiama ASPĮ tinklalapyje.

17.7. Atlikto medicininio audito dokumentacijos nusistato pati ASPĮ pagal savo patvirtintą dokumentų pildymo ir saugojimo tvarką.

17.8. Auditą vykdančių asmenų kompetencijos ir funkcijos:

17.8.1. Medicininį auditą vykdo įstaigoje paskirta audito grupė. Audito komisijos narių funkcijas, konkretų darbą nustato audito vadovas. Įstaigoje, kurioje dirba iki 50 asmens sveikatos priežiūros specialistų, vidaus medicininio audito veiklą vykdo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo arba ji vykdoma pagal sutartį su fiziniu arba juridiniu asmeniu. Įstaigoje, kurioje dirba daugiau kaip 50 asmens sveikatos priežiūros specialistų, steigiamas vidaus medicininio audito padalinys.

17.8.2. Audito apimtys - 10 proc. atsitiktinai parinktų dėl KAAVPES besikreipusių pacientų ambulatorinių asmens sveikatos istorijų (F025/a).

17.8.3. Vidaus medicininio audito padalinio vadovas yra tiesiogiai pavaldus įstaigos vadovui, kuris užtikrina vidaus medicininio audito veiklos organizacinį nepriklausomumą, negali perduoti šios valdymo funkcijos kitiems įstaigos darbuotojams bei nedaro poveikio atliekant vidaus medicininį auditą ir pateikiant vidaus medicininio audito rezultatus. Auditoriai turi būti nepriklausomi nuo audituojamos veiklos, auditus atliekantys auditoriai neturi būti pavaldūs audituojamo proceso vadovams.

17.8.4. Auditorius arba auditorių grupė registruoja vertinimo rezultatus audito ataskaitoje ir neatitiktis, koregavimo ir prevencinių veiksmų formoje. Kiekvienai neatitiktčiai pildoma atskira neatitiktis forma. Prie ataskaitos pateikiami: audito planas-grafikas, neatitiktis formos (jei audito metu nustatoma neatitiktis).

## 18. SVARBIAUSIŲ KRITERIJŲ SĄRAŠAS

18.1. Nacionaliniu mastu informacinėje sistemoje galima stebėti KAAVPES paplitimą, ambulatorinių apsilankymų dėl KAAVPES pas šeimos gydytojus, vaikų ligų gydytojus bei vaikų ir paauglių psichiatus dažnį bei ASPĮ, naudojančių savo darbe KAAVPES prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmą, paslaugų kokybės rodiklių pokyčius pagal paslaugų gavėjų anketas kas 12 mėn.

## 19. KONTAKTINIS ASMUO (INSTITUCIJA)

Dalia Vėlavičienė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytoja vaikų ir paauglių psichiatrė, mob. Nr.: +37065773221, el. paštas: [dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt](mailto:dalia.velaviciene@kaunoklinikos.lt).

## 20. LITERATŪRA

20.1. Bernard-Bonnin AC. Feeding problems of infants and toddlers. *Can Fam Physician*. 2006 Oct;52(10):1247-51. PMID: 17279184; PMCID: PMC1783606.

20.2. Cortese S, Ivanenko A, Ramtekkar U & Angriman M. Sleep disorders in children and adolescents: A practical guide. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2014.

20.3. Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of disease in childhood*, 96(7), 622-629. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2010.191312>

20.4. Kim JS. Excessive crying: behavioral and emotional regulation disorder in infancy. *Korean J Pediatr*. 2011 Jun;54(6):229-33. doi: 10.3345/kjp.2011.54.6.229. Epub 2011 Jun 30. PMID: 21949516; PMCID: PMC3174357.

20.5. Klaehn, R. L. (2018). DC: 0–5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.

20.6. Manzato, E., Cuzzolaro, M., & Donini, L. M. (Eds.). (2022). *Hidden and Lesser-known Disordered Eating Behaviors in Medical and Psychiatric Conditions*. Springer.

20.7. Mares S, Woodgate S. The clinical assessment of infants, preschoolers and their families. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2017.

20.8. Moturi, S., & Avis, K. (2010). Assessment and treatment of common pediatric sleep disorders. *Psychiatry (edmont)*, 7(6), 24.

20.9. Owens, J. A., Chervin, R. D., & Hoppin, A. G. (2017). Behavioral sleep problems in children. *UpToDate [en línea][consultado el 29/10/2019]*. Disponible en [www.uptodate.com/contents/behavioral-sleep-problems-in-children](http://www.uptodate.com/contents/behavioral-sleep-problems-in-children).

20.10. Santos IS, Matijasevich A, Capilheira MF, Anselmi L, Barros FC. Excessive crying at 3 months of age and behavioural problems at 4 years age: a prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Jul;69(7):654-9. doi: 10.1136/jech-2014-204568. Epub 2015 Feb 19. PMID: 25700531; PMCID: PMC4484259.

20.11. Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM).

<http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/ivadas.html>

## 21. REKOMENDACIJOS MOKSLINIAMS TYRIMAMS

Rekomenduojama atlikti epidemiologinius tyrimus Lietuvoje, siekiant nustatyti KAAVPES paplitimą bei rizikos grupes, į kurias būtų orientuotos prevencijos priemonės. KAAVPES savalaikis nustatymas suteiktų galimybę jas koreguoti, užkertant kelią ilgalaikiams sunkumams vėlesniame amžiuje. Kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų socialinių, emocijų bei elgesio problemų nustatymas ankstyvame amžiuje suteikia galimybę jas koreguoti ir gydyti bei užkirsti kelią jų išsivystymui į ilgalaikius sunkumus vėlesniame amžiuje. Tai taip pat padeda sumažinti išlaidas, reikalingas įvairioms vėlesnėms prevencinėms programoms.

## 22. INFORMACIJA VISUOMENEI IR PACIENTUI

### 22.1. Svarbiausia informacija:

Vaikų elgesio ir emocijų reguliavimo sutrikimų požymiai gali būti pastebimi pirmaisiais gyvenimo metais, kai vystosi tėvų ir kūdikio ankstyvieji santykiai, bendravimas, prisirišimas. Daugelio problemų pradžia yra pirmąjį vaiko gyvenimo pusmetį ir pasireiškia kaip besaikis verksmas ir sutrikęs miego-pabudimo ciklas. Laiku nesuteikus pagalbos, šie ankstyvieji sutrikimai išlieka ir gali turėti įtakos kitų sutrikimų atsiradimui. Nustatytas ryšis tarp besaikio verkimo pirmaisiais gyvenimo mėnesiais ir vėlesnių elgesio problemų, tokių kaip maitinimo problemos pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais bei miego sutrikimai antraisiais ir trečiaisiais gyvenimo metais. Todėl svarbu nenuvertinti ankstyvo besaikio verksmo ir laiku kreiptis pagalbos.

### 22.2. Normalūs pokyčiai ir ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimai:

Verkimas yra neatskiriama kūdikystės dalis. Verkimas yra signalas apie vaiko patiriamą stresą, skatina aplinkinius rūpintis. Nuraminimas, vadovaujantis intuicija, padeda pasiekti, kad vaikas ir tėvai vėl būtų ramūs. Pasibaigus 3 mėnesiui, vaiko verkšlenimas ir verkimas įgauna skirtingas išraiškas: tampa signalais, skirtais tėvams. Juo išreiškiami nepasitenkinimo, nusivylimo, pykčio ir protesto, baimės, nuogąstavimo ir panikos, arba liūdesio ir vienatvės jausmai.

Kūdikio verksmas turi 2 galimas pasekmes: jis gali sukelti meilumo jausmą ir norą nuraminti arba bejėgiškumą ir įniršį. Verksmas gali būti signalas, skatinantis prisirišimą, arba signalas, kuris kelia pavojų ankstyviems santykiams, kai kuriais atvejais sukeldamas net nepriežiūrą/apeidimą ar smurtą. Esant

patologiniam verkimui kūdikį sunku nuraminti, verkimo priežastis nėra vaikų ligos ar būklės, kaip pvz.: laktozės netolerancija, dantų dygimas, verksmas trunka daugiau nei 3 valandas per dieną, dažniau nei 3 dienas per savaitę, ilgiau nei 3 savaites.

### 22.3. Ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų sutrikimų priežastys.

#### 22.3.1. Besaikio verkimo priežastys ir pasekmės:

Vaikų nervų sistemos sutrikimai ar vaikų ligos, taip pat ir virškinamojo trakto, sudaro tik 5-10 % besaikio verkimo priežasčių. Dažniausiai tai yra vaiko ir tėvų bendravimo pasekmė, kuriai įtakos turi psichologinės, socialinės aplinkybės.

Pasikartojantys kasdieniai išgyvenimai dėl negebėjimo paguosti kūdikį tėvams sukelia nesėkmės jausmą, sumažėjusią savigarbą, bejėgiškumą, galima depresinė simptomatika. Bejėgiškumo jausmas dėl didėjančio jautrumo ir nerimo gali peraugti į agresyvius jausmus ir pyktį kūdikio atžvilgiu. Tai sukelia stiprų kaltės jausmą ir daro tėvus vis labiau pažeidžiamus. Sužadintų jausmų intensyvumas gali turėti įtakos dažnesniems konfliktams su partneriu, kitais šeimos nariais, pvz.: dėl apleistos mamos profesinės karjeros. Dėl padidinto jautrumo verkimui, tėvai sunkiau suvokia tam tikrus kūdikio siunčiamus signalus ramesnės būsenos metu. Tai turi įtakos vaiko ir tėvų ryšiui. Dėl to tėvams tampa sunku intuityviai suprasti ir atliepti sutrikusios reguliacijos kūdikių poreikius.

Besaikio verkimo atsiradimui įtakos turi ir tėvų psichikos sutrikimai, pogramdyvinė depresija. Tai gali būti viena iš priežasčių, dėl ko sutrinka gebėjimas nuraminti, nuspėti bei patenkinti vaiko poreikius, formuoti saugų prierašumą. Motinos ir kūdikio santykiuose besaikis verkimas gali sukelti didelę įtampą, ankstyvame vaikų amžiuje sąlygoti elgesio ir emocijų reguliavimo sutrikimus, pvz.: miego ir maitinimosi sutrikimus, lėtinį nervingumą, per didelį įkyrumą, pykčio protrūkius.

Tėvų emocinei būklei, gebėjimui atliepti kūdikio poreikius ir jį nuraminti, saugaus prierašumo formavimuisi įtakos gali turėti įvairūs veiksniai: motinos savijauta nėštumo metu, santykių su partneriu problemos, socialinės paramos ir išteklių stoka (poilsio pertraukų galimybės neturėjimas, vieniša tėvystė), socialiniai faktoriai (gyvenamos patalpos dydis, ankstyva tėvystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje, kt.). Todėl tėvams svarbu nenuvertinti ankstyvo besaikio verkimo ir laiku kreiptis pagalbos.

#### 22.3.2. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų priežastys ir pasekmės:

Valgymas, kaip ir miegas, yra svarbios funkcijos kūdikystėje. Pirmaisiais gyvenimo metais maitinimas yra ir svarbi vaiko bei jo tėvų sąveika. Ankstyvojo amžiaus vaikų elgesio sunkumai, kaip kad nerimastingas elgesys, dirglumas, verkimo protrūkiai ar kiti emociškai neigiami signalai, sukelia sąveikos tarp motinos/tėvų ir vaiko sutrikimą. To pasekoje vaikas gali atsisakyti valgyti ar gerti, tėvai jaučia kaltę negalėdami užtikrinti pilnavertės mitybos, bijo patirti nesėkmę, jaučiama įtampa, formuojasi užburtas ratas.

Vaikų netinkama mityba gali sukelti ilgalaikes neigiamas pasekmes jų augimui bei vystymuisi. Be to, kūdikių ir mažų vaikų maitinimosi sutrikimai gali būti įspėjamasis ankstyvas autizmo spektro sutrikimo požymis ar turėti įtakos valgymo sutrikimų atsiradimui paauglystėje ir suaugus.

#### 22.3.3. Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų priežastys ir pasekmės:

Ankstyvoje vaikystėje dažniausia miego sutrikimų priežastis yra nepakankama tėvų pagalba juos užmigdant pirmąjį trimestrą arba vėliau, pvz. vaikui susirgus. Šiuo pagrindu kyla maždaug 80% ankstyvosios vaikystės miego sutrikimų, kaip tiesioginis besaikio rėkimo tąsa. Miego sutrikimų atsiradimą skatina tokie ankstyvojo amžiaus vaikų elgesio sunkumai, kaip besaikis verkimas,

nerimastingas elgesys, dirglumas, taip pat maitinimo sutrikimai. Socialiniai faktoriai, kaip kad gyvenamos patalpos dydis, ankstyva tėvystė, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir kt. gali turėti įtakos tėvų emocinei būsenai, nuovargiui. Svarbus rizikos veiksnys yra tėvų psichikos sutrikimai, nes tai gali sąlygoti sunkumus užmigdant kūdikius pirmąjį trimestrą arba vėliau (pvz.: vaikui susirgus), patenkinant vaiko poreikius ar/ir nustatant ribas. Naktinis šaukimas, verkimas arba rėkimas psichikos problemų turintiems tėvams gali priminti jų pačių poreikius, užmirštas baimes, praradimo ar atsiskyrimo patirtį ir taip sukelti jų miego sutrikimus. Nuolatinai sutrikęs vaiko miegas gali sukelti pažinimo sutrikimų.

## 22.4. Ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų požymiai.

### 22.4.1. Besaikio verkimo požymiai:

Besaikio kūdikių verkimo simptomai yra nepaaiškinamas, nepaguodžiamas verksmas ir ilgi nepaaiškinamo nerimo epizodai.

Kriterijai, leidžiantys atskirti normalų verksmą nuo besaikio verkimo sulaukus 6 savaičių amžiaus, remiasi „trijų taisykle“. Tai verkimas ir verkšlenimas daugiau nei 3 valandas per dieną, dažniau nei 3 dienas per savaitę ir ilgiau nei 3 savaites gerai maitinamam ir sveikam kūdikiui. Tokias atvejais įprasta raminanti pagalba nepadeda, kūdikis negali atgauti pusiausvyros ir pats nusiraminti. Verkimas būna intensyviausias vakaro valandomis. Tai trikdo kūdikio ir tėvų santykius, riboja kūdikio dalyvavimą raidą atitinkančiose veiklose bei gebėjimą mokytis ir lavinti naujus įgūdžius, riboja šeimos dalyvavimą kasdienėse veiklose. Esant besaikiam kūdikių verkimui neretai motinai ar abiem tėvams nustatomas pervargimo sindromas.

### 22.4.2. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų požymiai:

Mitybos sutrikimai kūdikystėje ir vaikystėje - tai įvairiai pasireiškiantys mitybos sutrikimai, paprastai būdingi kūdikiams ir mažiems vaikams. Sutrikimui būdingas maisto atsisakymas ir kraštutinis užgaidumas, esant adekvačiam maitinimui, pakankamai kompetentingam besirūpinančiam asmeniui ir nesant somatinių priežasčių. Kartu gali pasireikšti maisto atpylinėjimas (pasikartojanti regurgitacija be pykinimo arba virškinimo trakto ligos). Maitinimo sutrikimai kūdikiams ir mažiems vaikams nustatomi kai problemos tęsiasi mažiausiai vieną mėnesį.

### 22.4.3. Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų požymiai:

Vaikų nemiga apibrėžiama kaip pasikartojantys miego pradžios, trukmės ar kokybės sunkumai, atsirandantys nepaisant amžiui tinkamo miego laiko ir galimybių, dėl kurių vaiko ir/ar šeimos funkcionavimas pablogėja dienos metu. Dažnai tėvai kenčia nuo pervargimo sindromo su besikaupiančiu miego trūkumu, lėtiniu išsekimu. Šios problemos tęsiasi mažiausiai vieną mėnesį.

## 22.5. Ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų nustatymas (diagnozavimas).

Pastebėję ar įtarus ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų simptomus, reiktų kreiptis į šeimos gydytoją, vaikų ligų gydytoją pirminiame priežiūros sveikatos centre, prie kurio prisirašytas vaikas. Jei patiriate sunkumų nuraminant kūdikį, maitinant ar užmigdant, svarbu apie tai informuoti savo gydytoją. Jis įvertins esamas problemas, skundus, vaiko bendrą būklę, tyrimų ir konsultantų poreikį. Gydytojas gali užduoti klausimus susijusiu ir su jūsų emocine savijauta, santykiais šeimoje, socialine situacija. Tai yra svarbūs veiksniai, kurie gali turėti įtakos ne tik ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų atsiradimui bet ir jų tęsimuisi. Žinodamas priežastis, kurios gali turėti įtakos sutrikimui, gydyjas lengviau parinks tinkamą pagalbą. Esant neefektyviam gydymui ar įtariant kitus psichikos

sutrikimus, šeimos gydytojas ar vaikų ligų gydytojas, gali nukreipti gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai.

#### 22.6. Ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų gydymas.

Ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų gydymui taikomi nemedikamentiniai gydymo metodai, tokie kaip psichoedukacija, tėvų konsultavimas ar šeimos psichoterapija, socialinė pagalba. Ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimams gydyti vaistai neskiriami.

Ankstyvas besaikio verksmo gydymas yra sutelktas į tėvų ir kūdikių bendravimą, tėvų ir kūdikių sąveika nuraminant. Tėvams svarbu mokytis suprasti vaiko signalus, kuriais jis sąveikos (interakcijos) metu išreiškia alkį, nuovargį, stresą, perdėtą susijaudinimą; sukurti ir palaikyti nuolatinis miego ir būdravimo ciklus kasdienybėje.

Esant maitinimo sutrikimams taikomas tėvų švietimas bei konsultavimas, aptariant valgymo taisyklės, režimo laikymasi, šeimos gyvenimo ypatumus, lūkesčius, emocinę atmosferą.

Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų atvejais taikomos elgesio intervencijos, skirtos vaikų miego problemoms spręsti (pvz., laipsniškas pasišalinimas, tėvų švietimas, tinkama miego rutina, miego dienoraščio pildymas).

#### 22.7. Kur kreiptis, jei vaikui įtariate ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimą.

Įtarus ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimą, reikėtų kreiptis į savo šeimos gydytoją arba vaikų ligų gydytoją.

### **22.2. Paramos fondų ir pacientų organizacijų, savitarpio pagalbos grupių sąrašas, kuriame pateikiami jų kontaktai, nuoroda į papildomus informacijos šaltinius.**

[integrativeneuroscience.org](http://integrativeneuroscience.org) – integruotųjų neuromokslų asociacijos svetainė (lietuvių k.), kurioje skelbiama moksliskai pagrįsta informacija apie psichikos sveikatą, žmonių nervų sistemą.

[meskosmiegas.lt](http://meskosmiegas.lt) – gydytojo neurologo tinklaraštis, kuriame pateikti medicininėmis žiniomis, mokslu pagrįstais įrodymais bei klinicine praktika paremta informacija apie miegą reguliuojančius mechanizmus, miego funkcijas, miego sutrikimų diagnostiką ir gydymą.

[pagalbasau.lt](http://pagalbasau.lt) – tai nacionalinė psichikos sveikatos svetainė, kurioje tėvai/globėjai gali rasti aktualią ir patikimą informaciją apie emocinę sveikatą bei prieinamą psichologinę pagalbą

*Paramos vaikams centras* - tai nevyriausybinė organizacija, kurios misija yra užtikrinti vaikų psichinę gerovę, teikiant profesionalią efektyvią kompleksinę pagalbą vaikams ir šeimoms. Vykdomi pozityvios tėvystės įgūdžių ugdymo mokymai, kuriuose tėvai mokomi, kaip kurti ir stiprini ryšį su vaiku, kaip skatinti tinkamą vaiko elgesį, rodyti gerą pavyzdį šeimoje, nustatyti aiškias taisykles.

[pvc.lt](http://pvc.lt) – paramos vaikams centro svetainė, kurioje skelbiama patikima informacija apie vaikų ir paauglių psichikos sveikatą, pagalbos jiems ir šeimos galimybes.

[stepgrupes.lt](http://stepgrupes.lt) – STEP, tai įvairaus amžiaus vaikų tėvams (taip pat ir 0-5 metų amžiaus grupės) skirta programa, kuria siekiama ugdyti ir tobulinti vaiko auklėjimo įgūdžius.

[vpsc.lrv.lt](http://vpsc.lrv.lt) – Valstybinio psichikos sveikatos centro svetainė, kurioje yra naudingos ir patikimos informacijos apie psichikos sveikatą bei pagalbos galimybes, įstaigų ir organizacijų tinklą Lietuvoje.

[tevulinija.lt](http://tevulinija.lt) – nemokamos psichologų konsultacijos telefonu, skirtos auginantiems vaikams. Svetainėje taip pat galima rasti naudingos informacijos apie vaikų auginimą, artimo emocinio ryšio kūrimą bei kylančių sunkumų sprendimus.

## **23. PRIEDAI**

Metodinio dokumento priedų sąrašas:

- 1 priedas. Kūdikių besaikio verkimo diagnostikos algoritmas.
- 2 priedas. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų diagnostikos algoritmas.
- 3 priedas. Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų diagnostikos algoritmas.
- 4 priedas. Kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų (miego, maitinimo, verkimo sutrikimų) diferencinės diagnostikos algoritmas.
- 5 priedas. Kūdikių besaikio verkimo gydymo algoritmas.
- 6 priedas. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų gydymo algoritmas.
- 7 priedas. Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų gydymo algoritmas.
- 8 priedas. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa.



## **1 priedas. Kūdikių besaikio verkimo sutrikimo diagnostikos algoritmas.**

Vertinat besaikio verkimo galimus rizikos veiksnius, tėvų reiktų paklausti:

- apie galimus rizikos veiksnius nėštumo periodu (pvz.: stresas ir sunkumai nėštumo metu, nepageidaujamas nėštumas), gimdymo traumas;
- apie galimus tėvų psichikos sutrikimus, motinos nuotaiką po gimdymo, santykius su partneriu;
- apie gaunamą emocinę paramą, t.y. ar turi galimybę poilsio pertraukėlėms, ar nėra vieniša motinystė/tėvystė;
- ar nėra socialinių rizikos veiksnių, tokių kaip gyvenamos patalpos dydis, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir pan.;

Vertinant dėl galimo besaikio kūdikių verkimo, tėvų klausiama:

- intensyvaus verkimo trukmė valandomis – kiek valandų per dieną;
- intensyvaus verkimo dažnis – kiek kartų per savaitę;
- intensyvaus verkimo trukmė savaitėmis;
- ar pavyksta nuraminti kūdikį taikant įprastas raminimo priemones;
- ar kartu pasireiškia ir užmigimo ir prabudimo problemos;
- ar tėvai jaučia intensyvių nuovargį, stresą dėl sunkumų nuraminti, ar blogėja tėvų emocinė būklė.

### **Besaikio verkimo sutrikimas diagnozuojamas, kai atitinka visus nurodytus kriterijus:**

- A. Kūdikis verkia daugiau nei 3 valandas per dieną, dažniau nei 3 dienas per savaitę, ilgiau nei 3 savaites („trijų taisyklė“).
- B. Verkimas nėra paaiškinamas somatine būkle (pvz., laktozės netolerancija, dantų dygimas)
- C. Sutrikimo simptomai arba tėvų reakcijos į simptomus reikšmingai veikia kūdikio ir šeimos funkcionavimą vienu ar keliais aspektais:
  1. Sukelia kūdikiui distresą, jis negali nurimti;
  2. Trikdo kūdikio ir tėvų santykius;
  3. Riboja kūdikio dalyvavimą raidą atitinkančiose veiklose;
  4. Riboja šeimos dalyvavimą kasdienėse veiklose; arba
  5. Riboja kūdikio gebėjimą mokytis ir lavinti naujus įgūdžius arba trikdo raidos progresą.

## 2 priedas. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimo diagnostikos algoritmas.

Vertinat ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų galimus rizikos veiksnius, tėvų reiktų paklausti:

- ar vaikui nepasireiškė dirglumas, verkimo protrūkiai, nerimastingas elgesys;
- ar vaikas neturėjo ilgalaikės su maitinimu ir valgymu susijusios neigiamos patirties, tokios kaip pvz.: skrandžio vamzdeliai, intubacija, chirurginės procedūros (burnos, nosies, gerklės);
- apie galimus tėvų nuotaikos sutrikimus, selektyvų tėvų valgymą, įvertinti motinos pogimdyminės depresijos riziką;
- ar nėra socialinių rizikos veiksnių, tokių kaip gyvenamos patalpos dydis, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir pan.;
- renkant anamnezę, reikia įvertinti maitinimo sutrikimus paskatinusius ir/ar palaikančius rizikos veiksnius. Jeigu jie nustatomi, turi būti koduojami klinikinėje diagnozėje (pvz.: Emocinis vaiko ignoravimas, TLK-10-AM kodas Z62.4).

Vertinant dėl ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų, tėvų klausama:

- kaip pasireiškia problema?
- ar vaikas atsisako valgyti;
- ar suvartoja mažesnę maisto kiekį, nei tinka to amžiaus vaikams;
- ar pasireiškia didesnis maisto selektyvumas, nei tinka to amžiaus vaikams.
- ar krenta vaiko svoris?
- ar vaikas serga kokia nors liga?
- koks emocinis klimatas vyrauja vaiko maitinimo metu?
- ar šeimoje yra didelių streso veiksnių?

Atmetus organinius sutrikimus, atsižvelgti į neorganines priežastis, tokias, kaip netinkamas maitinimosi elgesys (žr. 4 priedą).

### **Kūdikių ir mažų vaikų maitinimo sutrikimai diagnozuojami, kai atitinka visus nurodytus kriterijus:**

- A. Sutrikusi mityba pasireiškia maisto atpylimu, nenurijimu.
- B. Maitinimo sutrikimas nėra paaiškinamas somatine būkle ar šalutiniu vaistų poveikiu
- C. Sutrikimo simptomai arba tėvų reakcijos į simptomus reikšmingai veikia kūdikio ir šeimos funkcionavimą vienu ar keliais aspektais:
  1. Sukelia kūdikiui distresą, jis negali nurimti;
  2. Trikdo kūdikio ir tėvų santykius;
  3. Riboja kūdikio dalyvavimą raidą atitinkančiose veiklose;
  4. Riboja šeimos dalyvavimą kasdienėse veiklose; arba
  5. Riboja kūdikio gebėjimą mokytis ir lavinti naujus įgūdžius arba trikdo raidos progresą.
  6. Atsilieka nuo amžių atitinkančių augimo normų.

Simptomų trukmė mažiausiai vieną mėnesį.

### 3 priedas. Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimo diagnostikos algoritmas.

Vertinat ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų galimus rizikos veiksnius, tėvų reiktų paklausti:

- ar vaikui nepasireiškė dirglumas, verkimo protrūkiai, nerimastingas elgesys, maitinimo sutrikimai;
- apie galimus tėvų psichikos sutrikimus;
- ar nėra socialinių rizikos veiksnių, tokių kaip gyvenamos patalpos dydis, ilgalaikiai finansiniai sunkumai šeimoje ir pan.;
- ar tinkamas vaiko miego režimas, miego higiena (pvz.: ar migdymui nenaudojami ekranai);
- renkant anamnezę, reikia įvertinti miego sutrikimus paskatinusius ir/ar palaikančius rizikos veiksnius. Jeigu jie nustatomi, turi būti koduojami klinikinėje diagnozėje (pvz.: Emocinis vaiko ignoravimas, TLK-10-AM kodas Z62.4).

Vertinant dėl ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų, tėvų klausama:

- ar vaikas serga kokia nors liga?
- ar vaikas atsisako nedelsiant, verkdamas, be miego ritualų eiti miegoti?
- ar vaikas pajėgus be sudėtingos tėvų pagalbos užmigti vakare ar nubudęs naktį?
- kiek laiko vaikas išmiega nakties metu?
- ar vaiko miego grafikas yra tinkamas ir nuoseklus, atsižvelgiant į vaiko amžių?
- ar yra tinkamos sąlygos vaiko miegui (ar miego metu nėra tokių dirgiklių kaip šviesa, garsai, netinkama kambario temperatūra)?
- ar pablogėjo vaiko ir šeimos funkcionavimas dienos metu?

Vertinimas apima veiksnių, galinčių turėti įtakos užmigimui, miego trukmei ir kokybei, įvertinimą:

- somatinės būklės;
- raidos įvertinimą.

#### **Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimai diagnozuojami, kai atitinka visus nurodytus kriterijus:**

- A. Vaikas nepajėgus savarankiškai užmigti, jis reikalauja tėvų pagalbos daugiau nei 30 minučių dauguma naktų per savaitę.
- B. Miego problema nepaaiškinama kito sutrikimo simptomu.
- C. Sutrikimo simptomai arba tėvų reakcijos į simptomus reikšmingai veikia vaiko ir šeimos funkcionavimą vienu ar keliais aspektais:
  1. Sukelia vaikui distresą;
  2. Trikdo vaiko ir tėvų santykius;
  3. Riboja vaiko dalyvavimą raidą atitinkančiose veiklose;
  4. Riboja šeimos dalyvavimą kasdienėse veiklose; arba
  5. Riboja vaiko gebėjimą mokytis ir lavinti naujus įgūdžius arba trikdo raidos progresą.

Simptomų trukmė mažiausiai vieną mėnesį.

### **Priedas 4. Kūdikių ir ankstyvojo amžiaus vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų (miego, maitinimo, verkimo sutrikimų) diferencinės diagnostikos algoritmas.**

Besaikis kūdikių verkimas diferencijuojamas nuo:

- nepatologinio verksmo; esant nepatologiniam verkimui, atliepus vaiko poreikius, jį pavyksta nuraminti, verkimas nesitęsia daugiau nei 3 valandas per dieną, dažniau nei 3 dienas per savaitę bei ilgiau nei 3 savaites;
- somatinių susirgimų; siekiant diferencijuoti nuo patologinio verkimo, tikslinga įvertinti kūdikio somatinę būklę, atsižvelgiant į anamnestinius, apžiūros duomenis, pagal poreikį atliktus tyrimų rezultatus;
- neurologinių susirgimų; siekiant diferencijuoti nuo patologinio verkimo, tikslinga įvertinti kūdikio neurologinę būklę, atsižvelgiant į anamnestinius, apžiūros duomenis, pagal poreikį atliktus tyrimų rezultatus.
- dantų dygimo sindromo (kūdikis gali būti sunkiai nuraminamas, dirgulus).

Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimai diferencijuojami nuo:

- a) netinkamų maitinimosi ir valgymo funkcijų ugdymo
  - neadekvataus maitinimo;
  - vaiku besirūpinančio asmens nepakankamos kompetencijos.
- b) su vaiko somatine ir neurologine būkle susijusių maitinimo sutrikimų:
  - struktūrinės anomalijos, kurios paveikia nosiaryklę, gerklą ir trachėją bei stemplę;
  - neurologinės raidos sutrikimai sutrikdantys mokymosi valgyti procesą ir galintys sukelti padidėjusį burnos jautrumą bei burnos-motorinės funkcijos sutrikimus;
  - virškinamojo trakto patologijos;
  - alergija maisto produktams.

Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimai diferencijuojami nuo:

- miego higienos stokos, esant nepalankiems psichosocialiniams veiksniams, kai neužtikrinama vaiko amžiui tinkama miego kokybė ir (arba) jo trukmė;
- somatinių susirgimų, galinčių turėti įtakos užmigimui, miego trukmei (pvz.: adenoidų hiperplazijos, adenoiditų sąlygotas apsunkintas kvėpavimas pro nosį).

## **Priedas 5. Kūdikių besaikio verkimo gydymo algoritmas.**

Kūdikių besaikio verkimo gydymui taikomi nemedikamentiniai gydymo metodai, tokie kaip psichoedukacija, tėvų konsultavimas ar šeimos psichoterapija, socialinė pagalba.

Vaistiniai preparatai terapinių indikacijų kūdikių besaikio verkimo gydymui neturi.

Psichoedukacija:

- mokyti suprasti vaiko signalus, kuriais jis sąveikos (interakcijos) metu išreiškia alkį, nuovargį, stresą, perdėtą susijaudinimą;
- skatinti tėvus atpažinti kūdikio nuovargio požymius (suraukti antakiai, sugniaužtos rankos, trūkčiojančios rankos ar kojos, verksmas, zirzimas);
- sukurti ir palaikyti nuolatinius miego ir būdravimo ciklus kasdien;
- vengti nuovargio ir pernelyg stiprios stimuliacijos;
- pertraukos mamos poilsiui;
- informavimas apie kratymo pavojų (sukrėsto vaiko sindromas).

Tėvų konsultavimas sutelktas į tėvų ir kūdikio bendravimą, tėvų ir kūdikių sąveika nuraminant.

Rekomendacijos padedant geriau suprastį vaiką, geriau atlikti tėvų vaidmenį:

- nustatyti maitinimo / būdravimo / miego modelį
- siekti nuspėjamai paruošti kūdikį dienos snaudimui ir nakties miegui (pvz., ramiai žaisti, perkelti į miegamąjį, trumpai priglausti, o tada dar nemiegančią paguldyti į lovelę).
- vengti pernelyg didelio stimuliavimo – triukšmo, šviesos, tvarkymosi. Taip pat reikėtų vengti per didelės tylos. Daugumą kūdikių žemas foninis triukšmas ramina (pvz.: švelni muzika);
- patamsintas miegamasis dienos miegui;
- kūdikių masažas / supimas / glostymas;
- atsakas kol kūdikis dar nėra per daug pavargęs;
- vengti pernelyg aktyvios raminimo strategijos;
- esant didelei įtampai, nuovargiui ar didėjant pykčiui, paguldyti vaiką saugioje vietoje, tada pačiam nusiraminti (pyktį palikti kitame kambaryje), tik po to raminti vaiką;
- aptarti poilsio laiką motinai / abiem tėvams.

**Priedas 6. Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų gydymo algoritmas.**

Ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų gydymui taikomi nemedikamentiniai gydymo metodai, tokie kaip psichoedukacija, tėvų konsultavimas ar šeimos psichoterapija, socialinė pagalba.

Vaistiniai preparatai terapinių indikacijų ankstyvojo amžiaus vaikų maitinimo sutrikimų gydymui neturi.

Psichoedukacija:

- dienos struktūravimas su maitinimo pertraukėlėmis, kad vaikas pajautų alkį kaip motyvaciją valgymui;
- neskatinti persivalgymo;
- skatinti aktyvų dalyvavimą valgymo procese, priklausomai nuo amžiaus;
- aiškiai atskirti maitinimo/valgymo ir žaidimo etapus;
- potrauminio valgymo sutrikimo korekcija atliekant sisteminę desensibilizaciją, vaiką dažnai maitinant mažais kiekiais. Tai laipsniškai mažina vaiko gynybą ir gerina maisto priėmimą.

Konsultuojant tėvus:

- aptariamos valgymo taisyklės tam, kad struktūruoti maitinimo procesą;
- aptariamas režimo laikymasis, šeimos gyvenimo ypatumai, lūkesčiai, teigiama emocinė atmosfera;
- kūdikio maitinimo stebėjimas yra naudingas tėvams, kurie nerimauja dėl kūdikio maitinimo;
- individualus disfunkciško sąveikos (interakcijos) modelio keitimas tam, kad sustiprinti pageidaujamą elgesį.

**Priedas 7. Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų gydymo algoritmas.**

Ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų gydymui taikomi nemedikamentiniai gydymo metodai, tokie kaip psichoedukacija, tėvų konsultavimas ar šeimos psichoterapija, socialinė pagalba.

Vaistiniai preparatai terapinių indikacijų ankstyvojo amžiaus vaikų miego sutrikimų gydymui neturi.

Psichoedukacija:

- mokyti atpažinti miego kokybę lemiančius veiksnius (pvz.: išoriniai dirgikliai, tokie kaip šviesa, garsai, netinkama kambario temperatūra; vidiniai dirgikliai, tokie kaip skausmas, karščiavimas, sloga);
- mokyti miego higienos principų;
- motyvuoti laikytis miego rutinos, prieš užmiegant sumažinti stimulus.

Konsultuojant tėvus:

- aptariamasis režimo laikymasis, šeimos gyvenimo ypatumai, lūkesčiai, teigiama emocinė atmosfera; svarbu, kad tėvai suteiktų vaikui šilumą, saugumą, patikimumą, o ne nerimo, bejėgiškumo, kaltės, pykčio jausmus;
- aptariamasis elgesio intervencijos, skirtos vaikų miego problemoms spręsti (pvz.: laipsniškas pasišalinimas, tinkama miego rutina), ypač mažiems vaikams, sąlygoja kliniškai reikšmingus pokyčius;
- miego dienoraščio pildymas.

## **Priedas 8. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa**

Gerb. Paciente (Paciento atstove),

Dėkojame, kad pasirinkote mūsų gydymo įstaigą.

Mes nuolat siekiame gerinti teikiamų paslaugų kokybę, teikti pacientų lūkesčius atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas, todėl Jūsų nuomonė mums labai svarbi. Maloniai prašytume užpildyti šią anketą. Anketa anoniminė, Jūsų atsakymai bus analizuojami tik apibendrintos statistikos tikslu, todėl neturės jokios įtakos Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) tolesniems santykiams su mūsų gydymo įstaigos personalu.

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) amžius (pilnais metais):

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) lytis (pabraukti):            Vyras    Moteris

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) socialinė padėtis (pabraukti):

Vaikas    Studentas                    Dirbantis asmuo                    Bedarbis                    Pensininkas

Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)									
		Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai					
1.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos registratūros darbą?										
2.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos slaugytojų darbą?										
3.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos gydytojų darbą?										
4.	Įvertinkite, ar suteikta informacija apie Jūsų ligą ir tolesnį gydymą buvo aiški, ar jos suteikta pakankamai?										
Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)									
		Tikrai taip	Galbūt taip	Abejoju	Galbūt ne	Tikrai ne					
5.	Ar rekomenduotumėte savo draugams ir pažįstamiems pasirinkti mūsų gydymo įstaigą?										
6.	Prašome savo bendrą pasitenkinimą suteiktų paslaugų kokybe įvertinti balais nuo 1 iki 10:										
	Atsakymai (žymėti tik vieną)										
Labai blogai	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Labai gerai

**Dėkojame Jums už atsakymus ir linkime geros sveikatos.**