

VILNIAUS UNIVERSITETAS

MEDICINOS FAKULTETAS

REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Slaugos studijų komitete
pirmininkė Prof. D. Kalibatiienė
Data:

Sandra Bakutytė

Vaikų hiperkinezinių sutrikimų šiuolaikinė slauga

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas:
Doc. Sigita Lesinskienė, VU MF
Psichiatrijos klinikos Vaikų psichiatrijos ir socialinės pediatrijos centro docentė
Darbo priėmimo data:

Vadovo parašas:

VILNIUS, 2008

TRUMPA DARBO ANOTACIJA.

Lietuvoje tokio tipo tyrimas, analizuojantis vaikų hiperkinezinių sutrikimų gydymo naujos kartos psichostimuliatorių grupės preparatais ir slaugytojos vaidmenį šių preparatų monitoravime, nebuvo atliktas. Šios grupės preparatai skiriami tik didelio hiperkinezinio išreikštumo vaikams. Lietuvoje šie preparatai dar nėra registruoti, bet būtini vaikų hiperkinezinių sutrikimų gydymui. Šie grupės preparatai senai skiriami vakarų šalyse net nuo 1967m. (JAV, Kanada, Australija). Lietuvoje pirmasis PGP atstovas Ritalin'as pradėtas skirti HS gydymui 2005m., Concerta XL - 2007m.

Tyrimo metu norėta išanalizuoti šių preparatų teigiamus ir neigiamus sukeltus reiškinius bei slaugytojų vaidmenį šių preparatų monitoravime, šalutinių reiškinių koregavime.

Atlikta pusiau struktūruota tėvų apklausa telefonu VUVL filialo Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyriuje gydytų vaikų, kuriems diagnozuotas HS ir pradėtas gydymas psichostimuliatorių grupės preparatais (PGP) Ritalin'u ir Concerta XL. Tyrimas atliktas 2007 – 2008 m. Apklausti buvo numatyta 42 hiperaktyvių vaikų tėvai, tačiau pavyko apklausti 40 vaikų tėvų, kurių vaikai ambulatoriškai gydos paskirtais PGP (Ritalinu ar Concerta). Respondentai tyrimui buvo atrinkti išnagrinėjus 2005 – 2008 m. vaistų registracijos žinybus ir ligos istorijas. Pasirinktas retrospektyvinis tyrimo tipas.

Pastebėta, kad dažniau vaikų hiperkineziniai sutrikimai gydomi Ritalin'u nei Concerta XL, tai siejama su ankstesniu Ritalin'o patekimu į vaistų rinką. Tėvai vaistų poveikį įvertino teigiamai, tai sudarė 47,5% visų tyrime dalyvavusių tėvų. Remiantis atliktais mokslininkų tyrimais, šių preparatų šalutinių reiškinių pasireiškimas (40-50%) atitinka tyrimus, o tai sudarė 52,5% vaikų besigydančių šiais medikamentais. Vertinant vaistų šalutinių poveikių intensyvumą (9 balų sistemoje) tėvai daugiausia skyrė 5 balus šalutinių reiškinių intensyvumui įvertinti. Dažniausiai patiriami tokie šių preparatų šalutiniai reiškiniai: apetito sumažėjimas ir skrandžio skausmai. Slaugytojos vaidmuo psichostimuliatorių grupės preparatų monitoravime ir slaugos proceso kūrime nepakankamas.

Magistrinio darbo pavadinimas: „Vaikų hiperkinezinių sutrikimų šiuolaikinė slauga”

Darbo vadovė: VUVL filialo Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyriaus docentė.
Doc. S. Lesinskienė

Darbo recenzentai

Darbo gynimas vyks: 2008 m. birželio mėn. 9 d. 9.00 val. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Didžiojoje auditorijoje

NUOŠIRDŽIAI DĖKOJU DARBO VADOVEI DOC. S. LESINSKIENEI UŽ NUOŠIRDŲ IR SVARŲ BENDRADARBIAVIMĄ RAŠANT DARBĄ, O TAIP PAT DĖKOJU RECENZENTAMS UŽ JŲ VERTINGAS PASTABAS.

SANTRAUKA

Magistrinio darbo pavadinimas „Vaikų hiperkinezinių sutrikimų šiuolaikinė slauga”

Darbo vadovė: VU MF Psichiatrijos klinikos Vaikų psichiatrijos ir socialinės pediatrijos centro docentė Sigita Lesinskiene

Darbo autorė: VU MF slaugos magistrantūros II kurso S. Bakutyte

Vilniaus Universitetas Medicinos Fakultetas, Vidaus ligų pagrindų ir slaugos katedra

Darbo metodika. Tyrime dalyvavo 40 vaikų tėvų, kurių vaikai ambulatoriškai gydosi paskirtais psichostimuliatorių grupės preparatais (PGP) (Ritalin'u ® ar Concerta XL®). Atlikta pusiau struktūrizuota tėvų apklausa telefonu VUVL filialo Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyriuje gydytų vaikų, kuriems diagnozuotas HS ir pradėtas gydymas psichostimuliatorių grupės preparatais (PGP). Anketa sudaryta iš dviejų dalių: pirma anketos dalis susideda iš 32 klausimų, kuri buvo sudaryta savarankiškai, ir antra anketos dalis – vaistų šalutinių poveikių vertinimo skalė (Russel A. Barkley and Kevin Murphy „SIDE EFFECTS RATING SCALE“).

Duomenys apdoroti statistikos programa SPSS *for Windows* v. 9 bei “MS Exel 2002” programa.

Darbo rezultatai. Daugiausia tyrime dalyvavo 11-15 m. amžiaus vaikų, kurie sudarė 75% visų tiriamųjų, t.y. 30 iš 40 vaikų. Berniukams HS diagnozuojamas ir gydymas skiriamas dažniau nei mergaitėms, tai sudarė atitinkamai 87,5% ir 12,5%. Vaikai stacionare pradėti gydyti psichostimuliatorių grupės preparatais (PGP): Ritalin'u® ir Concerta XL® atitinkamai (23 berniukai - 57,5% ir 17 mergaičių – 42,5%). Du trečdaliai vaikų po stacionarinio gydymo tęsia PGP vartojimą ambulatoriškai, tačiau daugiau nei pusė 25 (62,5%) vaistus vartoja nereguliariai, tai yra daro vaistų vartojimo pertraukas, kurios dažniausiai pasireiškia savaitgaliais – 52%, vaikų atostogų metu – 32% ir pasireiškus vaistų šalutiniams reiškiniams – 12% visų tyrime dalyvavusių vaikų. Trečdalis vaikų psichostimuliatorių grupės preparatus vartoti 2 metus ir ilgiau. Vaikų tėvų patiriami PGP įsigijimo sunkumai: vaistų gavimas iš vaistinės – 56,25%; vaistų išrašymas - 25% ir ribotos finansinės galimybės – 18,75%. Psichostimuliatorių preparatų poveikis įvertintas teigiamai, daugiausia skirta 8 ir 9 balai (10 sistemoje) atitinkamai 25% ir 22,5%. PGP šalutiniai reiškiniai buvo pastebėti 21 vaikui, o tai sudaro šiek tiek daugiau nei pusę vaikų vartojusių PGP - 52,5%. Daugiau nei trys penktadaliai tėvų pažymėjo, kad dažniausiai PGP šalutiniai reiškiniai yra: sumažėjęs apetitas, kiek mažiau nei ketvirtadalis vaikų tėvų pažymėjo skrandžio skausmus. Daugiau nei pusė vaikų tėvų, 11 (52,38%) vaistų šalutinių poveikių intensyvumą įvertino 5 balais (9 balų sistemoje - Russel A. Barkley and Kevin Murphy „SIDE EFFECTS RATING SCALE“). Svorio kitimo reiškiniai vartojant PGP pasireiškė

17(42,5%) vaikų. 94,2% vaikų vartojant PGP patyrė svorio kritimą ir tik 5,8% svorio padidėjimą. Didžiausias svorio padidėjimas pastebėtas 7-9mėn. vartojant Concertos XL preparatą, Ritalin'o svorio sumažėjimas daugiausia pastebimas, kai vartojama 2 metus ir daugiau. Ketvirtadaliui vaikų svoris sumažėjo 2 kg., tai sudarė didžiausią vaikų tėvų atsakiusių grupę. Apklausus vaikų tėvus, dauguma jų pažymėjo, kad vaiko svorio monitoravimas buvo atliekamas kas 2 mėn. – 17 (81%). Daugiausia tėvų pažymėjo (tokių iš viso buvo 9 (52,94%) iš 17(100%), kurie pažymėjo svorio kitimo šalutinius reiškinius), nesiima jokių vaiko svorio reguliavimo priemonių ir beveik penktadalis tėvų, susidūrę su vaiko svorio kitimo problema, dažniau skatina vaiką valgyti arba nutraukia vaistų vartojimą. Slaugos specialistai neteikia informacijos hiperaktyvių vaikų slaugos problemoms spręsti bei psichostimuliatorių grupės preparatų sukeltų šalutinių reiškinių korekcijai vykdyti. Apklausus vaikų tėvus paaiškėjo, kad nė vienas slaugos specialistas neatliko tokios funkcijos. Slaugytojos vaidmuo vaikų hiperkinezinių sutrikimų monitoravime ir slaugos proceso kūrime yra nepakankamas.

SUMMARY

Master's degree: Contemporary nursing of children with hyperactive disorder

Work tutor: VU MF Psichiatrijos klinikos Vaikų psichiatrijos ir socialinės pediatrijos centro docentė Sigita Lesinskienė

Work author: student of the II course of master nursing speciality, Sandra Bakutytė

Methodology. In this research participate 40 child parents, who children dispensary take psycho-stimulants group preparations (Ritalin or Concerta). This research accomplished parents interview by telephone, who children diagnosed ADHD and medicated psycho-stimulants group preparations in Child evolution centre children psychiatric department of VUVL affiliate. Questionnaire made of two parts: first questionnaire part consist of 32 questions, which made independently, and second questionnaire part – medicine side effects rating scale (Russel A. Barkley and Kevin Murphy “Side effects rating scale”).

Information processed by statistical programme SPSS for Windows v. 9 and “MS Exel 2002”.

Results. The most part in the research participate 11 – 15 years old child, which consist 75%, it is 30 of 40 children. ADHD for boys is diagnosing and healing often than girls, it takes accordingly 87,5% and 12,5%. Children in stationary medicated psycho-stimulants group preparations: Ritalin and concerta accordingly 23 boys – 57,5% and 17 girls – 42,5%. Two-thirds of child after medical continues psycho-stimulants usage dispensary, but more than half 25 (62,5%) of all child medicines takes not regular, it is means, that they do medicines pauses, which generally are taken in weekends – 52%, at child holiday time – 32% and when shows medicines side effects – 12% of all children, who participate in this research. Third of all child psycho-stimulants group preparations takes 2 and more years. Child's parents feel psycho-stimulants purchase difficulty: medicines reception – 56,25%; medicines prescription – 25% and limited financial facility – 18,75%. Psicho-stimulants preparations effect was assess positively, mostly score 8 and 9 points (in tenth score system) accordingly 25% and 22,5%. Psicho-stimulants side effects observed 21 children, and it is a little bit more than half of child, who takes a medicines. More than three-fifths parents indicate, that usually psycho-stimulants side effects are: reduced appetite, rather less than quarter of child's parents note stomachache. More than half of parents, 11 (52,38%) medicines side effects intensity valued 5 points (from 9 possibility – Russel A. Barkley and Kevin Murphy “Side effects rating scale”). Weight change

appearances using psycho-stimulants shows 17 (42,5%) child. 94,2% children using psycho-stimulants had weight appearance down and only 5,8% weight growth up. The most weight increase sighted at 7 – 9 months using Concerta preparation, Ritalin weight decrease most sighted when it used 2 and more years. A quarter of child weight decreased 2 kg, it composed the biggest child group. Interviewing child's parents the most of them signed, that children weight observation made only one time in two months – 17 (81%). The most parents signed (overall was 9 (52,94%) of 17, who noticed weight change side effects), that they doesn't take any child weight regulatory tools and almost one of five parents, who contacted with child weight change problems, frequently stimulate children eat more or determine medicines using. Nurses did not give information about hyperactive child caring problems and psycho-stimulants group preparations side effects pursue corrections. Interviewing child's parents emerged, that no one of nurse gave such information. Nurse role of children hyperactive disorders observation and in nurse process creation is insufficient.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

- 1 lentelė.** PGP skirimas pagal vaikų amžiaus grupes
- 2 lentelė.** Ritalino ir concertos vartojimo pasiskirstymas pagal vaikų amžiaus grupes
- 3 lentelė.** PGP šalutinių reiškinių intensyvumo vertinimas
- 4 lentelė.** Vaikų vartojusių PGP ūgio ir svorio lentelė
- 5 lentelė.** Vaikų vartojusių PGP amžiaus ir ūgio priklausomybė
- 6 lentelė.** Vaikų vartojusių PGP amžiaus ir svorio priklausomybė

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

- 1 paveikslas. Vaikų amžius
- 2 paveikslas. Vaikų pasiskirstymas pagal lytį
- 3 paveikslas. HS diagnozavimas pagal amžiaus grupes
- 4 paveikslas. PGP vartojimas stacionare
- 5 paveikslas. PGP skirimas pagal amžiaus grupes
- 6 paveikslas. PGP vartojimas ambulatoriškai
- 7 paveikslas. PGP vartojimas ambulatoriškai pagal vaikų amžiaus grupes
- 8 paveikslas. Ritaliną ir concertą vartojančių vaikų amžių
- 9 paveikslas. Vaistų vartojimo reguliarumas
- 10 paveikslas. Daromos pertraukos vartojant PGP
- 11 paveikslas. PGP vartojimo trukmė
- 12 paveikslas. Ritalino ir Concertos vartojimo pertraukos
- 13 paveikslas. Patiriami sunkumai, įsigyjant PGP
- 14 paveikslas. PGP sigyjimo sunkumai
- 15 paveikslas. PGP išrašantys specialistai
- 16 paveikslas. PGP poveikio įvertinimas
- 17 paveikslas. PGP sukeliama šalutiniai reiškiniai
- 18 paveikslas. Šalutinių reiškinų analizė
- 19 paveikslas. Ritalino ir concertos sukelti šalutiniai reiškiniai
- 20 paveikslas. PGP vartojimo įtaka svorio kitimui
- 21 paveikslas. PGP įtaka svorio kritimui ir didėjimui
- 22 paveikslas. Ritalino ir concertos sukeliama svorio kitimo reiškiniai
- 23 paveikslas. PGP vartojimo trukmės ir svorio kitimo ryšys
- 24 paveikslas. Šalutinių reiškinų įtaka svorio kitimui
- 25 paveikslas. Sumažėjusio apetito įtaka vaiko svorio kitimui
- 26 paveikslas. Nukritusio svorio analizė, vartojant PGP
- 27 paveikslas. Vaiko svorio kitimo priklausomybė nuo vaiko mažiaus
- 28 paveikslas. Svorio monitoravimas
- 29 paveikslas. Tėvų priemonių naudojimas svorio reguliavimui
- 30 paveikslas. Tėvų lūkesčiai iš slaugos specialistų
- 31 paveikslas. Hiperaktyvių vaikų socializacija vaikų darželyje
- 32 paveikslas. Hiperaktyvių vaikų patiriamos problemos, socializuojantis vaikų darželyje .

- 33 paveikslas.** PGP įtaka vaiko socializacijai mokyklos aplinkoje
- 34 paveikslas.** Ritalino ir concertos įtaka patiriamoms vaiko socializacijos problemoms
- 35 paveikslas.** Popamokinė veikla
- 36 paveikslas.** Sporto būrelių lankomumas

SUTRUMPINIMŲ SĄRAŠAS

Psichostimuliatorių

TURINYS

Trumpa darbo anotacija	2
Santrauka	3
Summary	5
Lentelių sąrašas	7
Paveikslų sąrašas	8
Sutrumpinimų sąrašas	9
Įvadas	
I. Literatūros apžvalga	
1.2. Hiperkineziniai sutrikimai, samprata	
1.3. HS diagnoztika ir jos metodikos	
1.4. HS etiologijos	
1.5. (HS) paplitimas	
2. Gydytojų kompleksinis gydymas	
2.1. Nemedikamentinis gydymas	
2.2. Medikamentinis gydymas	
3. Psichostimuliatorių grupės preparatų (PGP) šalutiniai poveikiai	
3.1. PGP šalutinių reiškinių analizė	
4. Hiperkinezinių sutrikimų šiuolaikinė slauga	
4.1. Vaikų HS slaugos ypatumai	
4.2. Slaugytojo veikla PGP monitoravime	
4.3. HS korekcija dietomis	
5. Vaikų, turinčių aktyvumo ir dėmesio sutrikimą, sveikatos	
6. Aktyvumo ir dėmesio sutrikimo poveikis mokymosi pasiekimams bei socialinei adaptacijai	
7. Vaikų ir paauglių psichikos pagalbos paslaugos	
8. HS gydymo aktualijos Lietuvoje	
Tyrimo objektas ir metodika	
II. Tyrimo rezultatai	
1. Duomenys charakterizuojantys HS turinčius vaikus	
2. PGP vartojimo dažnis, trukmė, ir įsigijimo sunkumai	
3. PGP poveikio ir šalutinių reiškinių analizė	
4. PGP įtaka vaiko svorio kitimui. Slaugytojos vaidmuo HS turinčių vaikų slaugos proceso kūrime	

5. PGP įtaka HS turinčių vaikų socializacijos procesui	
Rezultatų aptarimas	
Išvados	
Rekomendacijos slaugos specialistams	
Naudota literatūra	
Priedai	

IVADAS

Lietuvoje psichiatrija tampa nauja visuomenės sveikatos dalimi. Integracija į naują sritį suteikia galimybę panaikinti nuo seno nusistovėjusias stigmas, sukurtus stereotipus. Vis didesnis dėmesys skiriamas ir vaikų psichiatrijai, o ypač vaikų hiperkinezinių sutrikimų (HS) diagnostikai, gydymui ir slaugai.

Hiperkinezinių sutrikimų grupei būdinga ankstyva pradžia, padidintas judrumas, aktyvumas, sunkiai suvaldomas elgesys, impulsyvumas persipinantis su dideliu dėmesio nepakankamumu ir nuolatinio negebėjimu atlikti pradėtas užduotis iki galo. Šie elgesio bruožai būdingi įvairioms situacijoms ir trunka ilgai. Hiperaktyvumas vaikui augant sumažėja, tačiau impulsyvumas ir ypač dėmesio sutrikimai išlieka ir sukelia daug pichosocialinės adaptacijos sunkumų, ypač paaugliams ir suaugusiesiems. HS turintiems vaikams paauglystėje ir suaugus pasireiškia kiti simptomai ir sutrikimai, tarytum komplikacijos, nulemtos pirminio dėmesio trūkumo, hiperaktyvumo ir impulsyvumo: priklausomybė nuo alkoholio, narkotikų, asocialios asmenybės sutrikimai ir kt.

Šiam sutrikimui koreguoti būtinas kompleksinis gydymas – nemedikamentinis ir medikamentinis. Nemedikamentinių gydyma apiima koginityvinė terapija, žaidimų terapija ir kita. Vakarų šalyse šis sutrikimas psichostimuliatorių grupės preparatais (PGP) gydomas net nuo 1967m. Lietuvoje vaikų hiperkineziniam sutrikimui pradėti skirti PGP tik prieš keletą metų, pirmasis šios grupės atstovas (Ritalin®) - 2005m., o nuo 2007m. ir (Concerta®XL). Medikamentinis gydymas skiriamas tik tiems vaikams, kuriems šis sutrikimas sunkiai išreikštas ir sunkiai valdomas nemedikamentiniais metodais. Lietuvoje šios grupės preparatai nėra registruoti, bet būtini hiperaktyvaus vaiko gydymo procese. Pirmieji Lietuvoje šios grupės preparatus pradėjo skirti VUVL filialo Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyriaus specialistai. Tik nedidelė dalis Lietuvos vaikų, sergančių hiperkineziniais sutrikimais gydomi psichostimuliatorių grupės preparatais.

Lietuvoje psichostimuliatorių grupės preparatų (PGP) efektyvumo ir šalutinio poveikio reiškinų fiksavimas ir monitoravimas nėra atliktas, todėl šis tyrimas parodys esamas preparatų realijas. Plečiantis slaugytojo funkcijoms, daugėjant slaugytojų su aukštuju išsilavinimu, psichikos sveikatai tampant visuomenės sveikatos dalimi, didėja ir slaugos specialistų galimybės plėsti savo veiklą psichiatrijos srityje. Slaugos specialistų bendradarbiavimas su hiperaktyvių vaikų tėvais palengvintų ir padėtų išspręsti iškilusias hiperaktyvių vaikų problemas. Vaikų aktyvumo ir dėmesio sutrikimas tampa nauju iššūkiu slaugos mokslui ir praktikai.

Darbo tikslas: Ištirti hiperkinezinio sutrikimo naujus kompleksinio gydymo ir slaugos metodus.

Uždaviniai:

1. Išanalizuoti HS mokslinę literatūrą;
2. Sekti ambulatoriškai besigydančių vaikų, teigiamus ir neigiamus psichostimuliatorių grupės preparatų (PGP) Ritalino ir Concerta sukeltus reiškinius;
3. Ištirti ar pakankamas slaugytojos vaidmuo hiperaktyvių vaikų slaugos proceso kūrime;
4. Rekomendacijų pateikimas, mažinant neigiamus (PGP) - Ritalino ir Concerta vaisto poveikius.

1.LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Psichikos sveikata - visuomenės sveikatos komponentas

Psichikos sveikata pripažįstama svarbiausia XXI amžiaus pradžios visuomenės sveikatos sritimi reikalaujančia kiekybiškai ir kokybiškai naujų investicijų ir sprendimų, nes psichikos sutrikimų našta visuomenei nuolat auga, pradeda vyrauti lyginant su kitais sveikatos sutrikimais ir, jei į tai reaguojama pasyviai ir istorinių tradicijų nulemtais būdais, stipriai trikdoma valstybių socialinė ir ekonominė plėtra bei piliečių gyvenimo kokybė. Egzistuoja efektyvūs būdai mažinti tiek lengvų psichikos ir elgesio sutrikimų, tiek sunkios psichikos ir proto negalios atveju sukeltą našta; siekiant šiuos būdus įgyvendinti, būtina išvaduoti psichikos sveikatos sritį iš profesinės, politinės ir geografinės izoliacijos ir kuo labiau integruoti šią sritį į visuomenės sveikatos sistemos infrastruktūrą, pirminę sveikatos priežiūrą, bendrąją sveikatos priežiūrą, švietimo, socialinės apsaugos bei kitų sektorių infrastruktūrą. [1]

Psichikos sveikata tampa pagrindine Europos sveikatos politikos dimensija. „Nėra ir negali būti sveikatos be psichikos sveikatos, jos sutrikimo keliamos problemos tampa rimta ekonomine, moraline ir net politine našta visuomenei”. [2] Svarbiausia institucija, nulemianti sėkmingą psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą ir integruojant visuomenės ir asmens sveikatos sektorių pastangas saugoti ir stiprinti piliečių psichikos sveikatą, yra šeimos gydytojo institucija. Efektyvi sistema turi veikti taip, kad šeimos gydytojai ir slaugytojai, konsultuojant psichikos sveikatos centruose dirbančių psichikos sveikatos specialistams, turi suteikti pagalbą daugumai dėl psichikos sveikatos problemų ir sutrikimų besikreipiančių žmonių.

Psichikos sveikatos specialistai gali pajėgti adekvačiai aptarnauti tik 10% žmonių su psichikos sveikatos problemomis. Likusieji 90% atvejų turi būti sprendžiami pirminiame (šeimos gydytoju) lygyje ir vykdant efektyvias prevencijos programas nukreiptas į bendrą populiaciją ir rizikos grupes. Kokybiškų paslaugų teikimas mažo amžiaus vaikams būtinas, norint vėliau užkirsti kelią elgesio, emocijų ir nuotaikos sutrikimams. Šie skyriai turi būti specializuoti, mokant personalą reikiamų darbo įgūdžių, atsižvelgiant į ikimokyklinio amžiaus vaikų psichosocialinės raidos ypatumus. [3]

PSO rekomendacijos visuomenės sveikatos sričiai (2001m.):

- gydyti pirminiame sveikatos priežiūros lygyje;
- turi būti prieinami psichotropiniai vaistai;
- tiekti pagalbą bendruomenėje;
- šviesti visuomenę;
- įtraukti bendruomenę, šeimą ir paslaugų vartotojus;

- parengti nacionalines strategijas, programas ir teisinius dokumentus;
- investuoti į žmogiškus išteklius, kokybiškai rengiant specialistus;
- bendradarbiauti su kitais sektoriais;
- vykdyti visuomenės psichikos sveikatos stebėseną;

remti ir vykdyti tyrimus psichikos sveikatos srityje.[8]

Remiantis Europos psichikos sveikatos apsaugos rekomendacijomis (2005m.): visuomenės psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija – integruotas visuomenės sveikatos sistemos veiklos komponentas.

2005 – 2010 metais Lietuva kartu su kitomis Europos valstybėmis prisijungė prie Helsinkio konferencijos dokumentų, įsipareigodama žengti kiekybiškai ir kokybiškai naujus žingsnius psichikos sveikatos politikoje. Gerinti vaikų ir jaunimo psichikos sveikatos apsaugą ir priežiūrą, vykdant tikslines prevencines, gydymo ir reabilitacijos programas, skirtas vaikų, šeimų ir bendruomenių atsparumui stiprinti bei neigiamų socializacijos pasekmių prevencijai. Valstybinėse sveikatos programose didžiausią dėmesį skirti šiuo metu aktualiausioms problemoms spręsti – vaikų dvasinės sveikatos, emocinės ir socialinės raidos sutrikimų prevencijai, tėvų mokymui tinkamai auginti vaikus, savižudybių, priklausomybių ir prievartos prevencijai, jaunimo sveikatos problemų sprendimui; [6]

2007m. Seimas patvirtino Psichikos sveikatos strategiją, kurios tikslas - sukurti Lietuvoje tokią psichikos sveikatos priežiūros sistemą, kuri padėtų veiksmingai ir racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą ir teikti visapusišką pagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų šeimoms.

http://psichiatrija.puslapiai.lt/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=

[64](#)

1.2. Hiperkineziniai sutrikimai, samprata

Hiperkineziniai sutrikimai (HS) – elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys ankstyvoje vaikystėje. HS yra priskiriami lėtiniam sutrikimams. Jie labiausiai išryškėja mokyklinio amžiaus vaikams, kai reikia sistemingai dirbti ir susikaupti pamokų metu.

Pasaulyje pirmą kartą hiperkinezinius sutrikimus aprašė Still'as 1902m. Pirmą kartą 1957m išleisti moksliniai leidiniai apie vaikų hiperkinezinį aktyvumą.

Hiperkineziniai sutrikimai yra šiuolaikinis terminas, įtrauktas į TLK-10 klasifikaciją. Iki 1940m. vaikų ir paauglių, turinčių mokymosi sunkumai buvo priskiriami protiniam atsilikimui, emociniams sutrikimams ar socialinės žalos pasekmėms. Mokslininkai pastebėjo, kad HS vaikai turi tų pačių mokymosi sunkumų, kaip ir vaikai, turintys įvairaus organinio pobūdžio smegenų pažeidimus, tačiau išoriškai pirmieji atrodė visai sveiki ir normalūs. Todėl apie 1950 m. buvo

pasiūlytas terminas „minimalus smegenų pažeidimas“. Kita tyrėjų grupė manė, kad „minimalus smegenų pažeidimas“ nėra pakankamai įrodytas ir kad HS vaikų problemos susijusios su tam tikrų nervinių takų smegenyse sutrikusiu funkcionavimu. Tad 1960m. atsirado terminas „minimali smegenų disfunkcija“. Tais pačiais metais tikslinant terminologiją, buvo pradėtas taikyti terminas „hiperkinetinis sindromas“. Šiuo metu klinikinėje praktikoje taikomuosiuose TKL -10 (PSO, Ženeva, 1993) diagnostikos kriterijuose šie sutrikimai vadinami hiperkineziniais sutrikimais. S.Lesinskienė, V.Blažys, A.Klajokienė, M.Nikolajeva „Vaikų hiperkineziniai sutrikimai“ Vilnius 2001m.pusl.7

1.3. HS diagnozika ir jos metodikos

Hiperkineziniai sutrikimai (pagal TLK-10 F90 skyrius: F90.0 Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas ir F 90.1 Hiperkinezinis elgesio sutrikimas) yra vieni aktualiausių ir problemiškesnių vaikų ir paauglių psichiatrijoje. [2] Dažniausiai HS diagnozuojama 7 - 8 metų amžiuje, vaikui pradėjus lankyti mokyklą, kai ilgą laiką reikia išbūti struktūruotoje aplinkoje ima smarkiai trukti socialinė adaptacija. Tačiau pirmieji HS simptomai išryškėja jau anksti vaikystėje, dažnai iki 3 metų amžiaus, ir netgi kūdikystėje.[12],[13]

Hiperkinezinio sutrikimo pagrindiniai simptomai - nedėmesingumas, impulsyvumas ir hiperaktyvumas.

Hiperkineziniai sutrikimai (F 90). Kai nenormalaus lygio nedėmesingumas, hiperaktyvumas, nenustyginimas pasireiškia žymiai ir nuolat įvairiose situacijose, ir nėra sąlygoti kitų sutrikimų, tokių kaip autizmas ar afektiniai sutrikimai.

Nedėmesingumas. Dėmesio stoka, nepakankamas dėmesio išlaikymas, kuris sutrikdo adaptaciją ir nebeatitinka vaiko raidos. Sutrikęs dėmesys pasireiškia tuo, kad per anksti nustoja vykdyti užduotis, todėl pradėta veikla lieka neužbaigta.

Hiperaktyvumas. Jau ankstyvoje vaikystėje išryškėja perdėtas ir sunkiai suvaldomas vaiko judrumas, kuris gali pasireikšti ir kaip žodinis (verbalinis), ir fizinis hiperaktyvumas. Per didelis aktyvumas suprantamas kaip nuolat nerimstantis elgesys, ypač kai situacija reikalauja sąlyginiai ramaus elgesio.

Impulsyvumas. Apibūdinamas kaip nesugebėjimas sustoti arba sunkumai sustoti ir pagalvoti prieš ką nors veikiant ir (arba) ar prieš ką nors sakant. Dažnai ir staigiai atsako į klausimą dar nepabaigus jo užduoti; dažnai turi sunkumų laukiant savo eilės žaidimuose ar grupinėse situacijose; dažnai pertraukia, įsikiša į kitų pokalbius ar žaidimus; dažnai kalba pernelyg daug ir netinkamai pagal socialinę situaciją.

Kriterijai turi pasireikšti daugiau nei vienoje situacijoje, t.y. nedėmesingumo ir hiperaktyvumo kombinacija turi pasireikšti ir namuose, ir mokykloje ir kitoje vietoje, kur vaikas gali būti stebimas.

Pirminiai nedėmesingumo, impulsyvumo ir hiperaktyvumo simptomai yra bendros savikontrolės stokos požymis. Hiperaktyviems vaikams trūksta mąstymo, dėmesio kontrolės ir koncentracijos, sunku valdyti savo impulsus, emocijas bei elgesį. [3]

Kūdikiams, kuriems vėliau diagnozuojamas HS dažnai verkia ir rėkia be aiškios priežasties, turi valgymo ir miego sutrikimų. Vėliau, jie pradėję vaikščioti, HS vaikai be perstojo juda, labai neatsargūs, dažnai pakliūna į nelaimingus atsitikimus. Dažni įniršio priepuoliai ir pykčio prasiveržimas dėl jų emocinio jautrumo.

Pagal DSM-IV klasifikaciją išskiriami trys dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo sutrikimo tipai: 1) kai vyrauja nedėmesingumas, dėmesio sutrikimai; 2) kai vyrauja hiperaktyvumas ir impulsyvumas; 3) mišrus tipas. Šiuo metu diskutuojama, ar tikslinga išskirti šiuos atskirus sutrikimo tipus.[14]

Aktyvumo ir dėmesio sutrikimo potipiai yra šie: a) vyrauja *nedėmesingumas, neužfiksuojamas hiperaktyvumas* – (angl. *AD/HD Predominantly Inattentive Type*). Vyraujant šiam tipui turi būti įvardijami dėmesio problematiškumą atspindintys simptomai, tokie kaip klaidų darymas mokymosi įstaigoje, darbe ar kitoje veikloje; užduočių atlikimo metu sunkiau išlaikomas dėmesys; sunkiai išklausomos instrukcijos; iki galo nebaigiami pradėti darbai; dažnai pametami daiktai; užmirštama dienotvarkė; išoriniais dirgikliais lengva atitraukti dėmesį ir kt. b) vyrauja *hiperaktyvumas-impulsyvumas* (*AD/HD Predominantly Hyperactive-Impulsive Type*), dažni simptomai yra šie: pirštų, rankų judinimas, trypimas kojomis sėdint; auditorijos palikimas anksčiau nei kitų; sunkumas užsiimti ramiu laisvalaikio leidimu; besaikis kalbėjimas; kitų pokalbio nutraukimas ar į jį įsiterpimas. [15]

Ryškesni sutrikimo požymiai tiek berniukams, tiek mergaitėms pasireiškia 7-12 metais dėl aukštosios nervinės veiklos vystymosi dinamikos (5,5-7 ir 9-10 metai laikomi kritiniais smegenų sistemų, atsakingų už mąstymo, dėmesio, atminties formavimąsi, periodais). [16]

HS diagnozė neturi būti nustatoma tik naudojant įvairius testus. HS diagnozavimas turi būti pagrįstas multidisciplininiu požiūriu, kuomet įvairių profesijų atstovai (pedagogai, psichologai, gydytojai, slaugytojai) taiko profesionalius vertinimo kriterijus. Šiuo metu pasaulyje yra vadovaujama DSM-IV testu (*The Diagnostic and Statistic Manual of the American Psychiatric Association*); ir ICD X (*International classification of diseases*). Lietuvoje aktyvumo ir dėmesio sutrikimas nustatomas naudojant TLK-10 (*Tarptautinę ligų klasifikaciją, 10 leidimas*).[17]

1.4. HS etiologijos

Hiperkineziniai sutrikimai (HS) - tai įgimti arba įgyti centrinės nervų sistemos morfologijos ir (arba) funkcijos pakitimai – sutrikimai dopamino ir noradrenalino apykaitoje, pakitimai priekaktinėje žievėje, labai ryškūs sujaudinimo, bet nepakankami slopinimo procesai. [28]

Mielkie (1997m.) pateikia tokias hiperaktyvumo atsiradimo priežastis: nėštumo metu persirgtos motinos ligos, išankstinis ar su deguonies stoka gimdymas, galvos smegenų infekcinės ligos, traumos [29] Kiti mokslininkai atranda šias priežastis: motinos nėštumo metu buvusius žalingus įpročius, gimimo metu įvykusį deguonies badą (hipoksiją), galvos smegenų traumas, ligas (tokias kaip meningitas, encefalitas), aplinkos toksinus, alergizuojančius maisto produktus. Mokslininkai mano, jog šie faktoriai tik 20-30 proc. lemia sutrikimo atsiradimą. [30]

Nustatyta (1999m.) jog dėl nepakankamo dopamino receptorių ir dopamino pernešėjų funkcionavimo dopaminas nepasiekia neuronų. **Kaktinės smegenų žievės dalyje atsiranda dopamino kiekio trūkumas, kuris ir nulemia dėmesio, mokymosi, elgesio sunkumus.** Apibendrinant tyrinėtojų mintis galima teigti, jog žmonėms, turintiems HS sindromą, pastebima genetinė anomalija dopamino sistemoje. Tai gi didžiausia atsiradimo rizika (daugiau nei 70 proc.) tenka paveldimiems neurologiniams faktoriams [31]

Dauguma tyrėjų sutaria, kad HS sąlygoja daugiau biologinės nei psichologinės priežastys. Manoma, kad HS yra įvairių neuroanatominių/neurocheminių sistemų bei psichosocialinių ir genetinių faktorių tarpusavio sąveikos rezultatas. Įtakos turi ir paveldėtas polinkis, perinatalinės komplikacijos, sąlygojančios smegenų brendimo ir formavimo sutrikimus, disfunkciją, neurocheminius pakitimus. Šeimyniniai santykiai turi taip pat įtakos simptomų kiekiui, stiprumui, trukmei, sutrikimo bei gydymo prognozei. [32]

Atliekami molekuliniai genetiniai tyrimai ir bandoma nustatyti genus, turinčius poveikį HS atsiradimui ir vystymuisi, identifikuoti genai, susiję su dopamino ir serotonino receptoriais (DRD4, DRD5, DAT, DBH, 5-HTT, HTR1B, and SNAP-25), chromosomomis 7p ir 15q, 16p13. [33]

1.5. (HS) paplitimas

Vilniaus universitete 2004 m. atliktas Lietuvos vaikų psichikos sveikatos epidemiologinis tyrimas parodė, kad su psichikos sveikata susijusių problemų turi 41,7 proc. mokyklinio amžiaus vaikų, iš jų 13 proc. sutrikimus galima kliniškai diagnozuoti;

http://www.jppc.lt/?_nm_mid=TIN3M0xEQXNNQ3d3&_nm_lid=0&session=no

Psichikos sveikatos strategija

Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros centruose 2005 metais užregistruota apie 10 tūkst. vaikų, turinčių emocijų ir elgesio sutrikimų. Iš jų pirmą kartą susirgusiųjų yra 869 vaikai. Iš jų apie 10 proc. turi hiperaktyvumo sutrikimą [8].

Epidemiologinės studijos rodo, kad pasaulyje apie 3 - 7% vaikų turi aktyvumo ir dėmesio sutrikimą. Tačiau analizuojant įvairių šalių statistiką galima pastebėti tam tikrus skirtumus. Pavyzdžiui, JAV svyruoja nuo 4 iki 10%, Vokietijoje 8-18%; Indijoje 15-29%, Lietuvoje 5% . [9], [10]

Amerikos psichiatrų asociacijos duomenimis, HS sergančių vaikų 3proc. – 5 proc. Jis dažniau diagnozuojamas berniukams, nei mergaitėms, jų santykis tarpusavio 4-2:1. [11]

2.Gydymo kompleksiskumas

Gydymo kompleksiskumą sudaro nemedikamentinis ir medikamentinis gydymas, bei vaiko gydymui sukuriama komanda nariai: psichiatrai, psichologai, socialiniai darbuotojai, psichikos sveikatos slaugytojai, mokytojai, tėvai ir patys vaikai. HS gydymui būtinas gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro bendradarbiavimas su klinikiniu psichologu, vaiko tėvais ir pedagogais, mokykloje dirbančia specialistų komanda, esant reikalui – pedagogine psichologine mokyklų tarnyba pagal vaiko gyvenamąją vietą, o taip pat ir bendrosios praktikos ar vaikų ligų gydytoju pagal vaiko gyvenamąją vietą, ypač tais atvejais, kai skiriamas ilgalaikis medikamentinis gydymas. Svarbu siekti, kad sveikatos priežiūros, mokyklos ir socialinio užimtumo institucijų veikla būtų suderinta ir koordinuojama, atitiktų vaiko poreikius, šeimos galimybes. Taip pat svarbu inicijuoti ir skatinti panašių sunkumų turinčių šeimų susitikimus ir bendravimą.

Šių sutrikimų gydymas susideda iš psichosocialinių intervencijų, specifinės pagalbos vaikui mokykloje, ir medikamentinio gydymo. Tėvai, mokytojai ir pats vaikas turi dalyvauti ilgalaikėje, individualiai parengtoje terapinėje programoje. Dėmesio trūkumas, impulsyvumas ir hiperaktyvumas gali būti gydomi medikamentais, o elgesio, mokymosi, savireguliacijos, socialinio bendravimo sutrikimams šalinti turi būti taikomos psichosocialinės, psichoedukacinės intervencijos, nukreiptos į šeimą, mokyklą ir vaiką, tinkamai organizuojant ir stuktūruojant hiperkinezinių sutrikimų turinčio vaiko aplinką ir veiklą.

2.1.Nemedikamentinis gydymas

Hiperaktyvūs vaikai turi būti mokomi kontroliuoti savo elgesį, struktūruoti užduotis ir tinkamai organizuoti savo veiklą. Užtikrinti efektyvų hiperaktyvumo sindromo gydymą gali multimodulus požiūris į patį sutrikimą ir jo gydymą. Tai reiškia komandos, kuriai priklauso tėvai, mokytojai, gydytojai ir elgesio specialistai (psichologai), sudarymą. Keturi tokio gydymo "kertiniai kampai" yra tokie:

- ✓ Mokymo planavimas;
- ✓ Medicininė priežiūra;
- ✓ Psichologinis konsultavimas;
- ✓ Elgesio modifikavimas.

Negydamas hiperaktyvaus vaiko, jis dažniausiai patiria nesėkmės mokykloje, jį atstumia bendraamžiai, kyla konfliktų šeimoje. Visa tai gali sulėtinti vaiko vystymąsi ir dėl menkos savivertės bei nuolatinių nesėkmių sukelti psichikos komplikacijas (nerimo, nuotaikos sutrikimus, tikus ir kt.). Taigi, susidaro ydingas ratas: **nesėkmė** → **žema savivertė** → **nesėkmė** → **žema savivertė ir t.t.** Ydingas ratas progresuoja ir nulemia blogą socialinį prisitaikymą;

- ❖ nesėkmės mokykloje;
- ❖ elinkventinį elgesį;
- ❖ piktnaudžiavimą alkoholiu,
- ❖ narkotikais.

Korekciniai metodai, dirbant su hiperaktyviais vaikais, skirti ne jų "išgydymui", o siekiant sudaryti sąlygas, kad mokymosi ir bendravimo nesėkmės vaikui būtų ne tokios dažnos ir ne tokios griaušančios. Tuo pačiu sudaromos sąlygos geresniam vaiko elgesiui (tačiau tokie vaikai išlieka problemiški ilgą laiką). [59]

Labai svarbu išmokyti HS vaiką mokytis ir tinkamai sutvarkyti bei paruošti savo darbo aplinką, minimaliai sumažinant nereikalingų daiktų bei įvairių dirgiklių skaičių. Rekomenduojama susirašyti ar pažymėti veiksmų eigą. Ruošiant pamokas, svarbu išmokti vienu metu galvoti tik apie vieną dalyką, apie tai, kas tuo metu daroma. Jei dėmesys nukrypsta, svarbu išmokti grąžinti atgal ir tęsti pradėtą darbą. Pabaigus labai svarbu išmokti pačiam patikrinti, rasti ir išanalizuoti klaidas, ir būtinai save pagirti – už darbą ir pastangas. HS vaikams ypač sunku patikrinti atliktus namų darbus.

Dažnai HS vaikai nemoka ir nedrįsta savęs pagirti, labai nepasitiki savo jėgomis. **Pelnytas savęs pagyrimas atlikus darbą padeda vaikui formuoti savivertės jausmą, pasitikėjimą savo sugebėjimais.** Rekomenduojama HS vaikams lankyti judrius sporto būrelius vaikų judrumas ir staigumas dažnai padeda pasiekti gerų rezultatų. Didina pasitikėjimą savimi. Mėgiamas sporto būrelis neretai HS vaikui yra vienintelė vieta, kur jam gerai sekasi, kur jį pagiria. Jei vaikui sunkiau bendrauti ir žaisti komandinius žaisimus, tinka baseinas, lengvoji atletika.[3]

Svarbi kompleksinė pagalba, apimanti HS vaiką jo šeimą, mokyklą ir socialinę aplinką. Hiperkineziniai sutrikimai yra lėtiniai ir sunkiai gydomi, todėl vaikui ir jo šeimai dažniausiai reikalingas "gyvenimo su", o ne "išgydymo" požiūris. HS vaikų problemos gydymo bei tinkamos slaugos pasekoje gali sumažėti. [60]

Vienas iš svarbiausių medicinos darbuotojų, dirbančių su hiperaktyviais vaikais, uždavinių yra tėvų mokymas. Kuo tėvai daugiau žinos apie sutrikimą ir jo pasireiškimus, tuo geriau jie bus pasiruošę vykdyti rekomenduojamą vaiko elgesio korekcijos programą. Tėvams reikia padėti suprasti, kad HS vaiko problema veikia jų bendravimą, vaiko socialinius santykius, mokymosi procesą. Medicinos darbuotojai turi skatinti tėvus bendradarbiauti su vaiko mokytojais, kartu taikyti tuos pačius elgesio korekcijos programos principus.

Kognityvinė elgesio terapija leidžia išmokyti kontroliuoti impulsyvumą, valdyti savo elgesį, ugdyti savikontrolę, savireguliaciją, bendravimo įgūdžius, keisti netinkamą elgesį, užbaigti paskirtas ar pradėtas užduotis, tinkamai organizuoti ir planuoti savo veiklą. Elgesio korekcija gali būti atliekama individualiai ar grupėje.

Žaidimų terapija – tai nuosekli sudėliota programa, kurios „išvaizda“ – žaidimai, o iš tikrųjų ją sudaro metodai, kurių paskirtis – asmenybės ugdymas, lavinant jos emocijas (adekvatų jų suvokimą, įvardijimą ir išreiškimą), intelektą, fizinę ištvermę, socialinius įgūdžius (nuo įprastinių buities ir apsitarnavimo iki bendravimo ir bendradarbiavimo, kryptingos saviraiškos ir adekvačios savivertės). Šitaip padeda ugdyti charakterį.

Dažnai tėvai nusivilia tuo, kad vaikas nesikeičia taip greitai, kaip jie norėtų. Šis nusivylimas sukelia pyktį bei neigiamas emocijas, kurios palaipsniui gali būti nukreipiamos į vaiką, tokiu būdu dar labiau pagilindamos vaiko sunkumus. Medicinos darbuotojai turi išklausti tėvus, nuraminti, padrašinti, suteikti galimybę susipažinti su kitais HS vaikus auginančiais tėvais, galimybei, tėvams galima patarti kuriam laikui atitrūkti nuo bendravimo su vaiku, pailsėti ir atstatyti savo emocinę pusiausvyrą [61]. Tad svarbu kuo anksčiau pradėti vaikų elgesio korekcijos programą ir tokiu būdu pagerinti vaiko asmenybės formavimąsi, mokymosi bei socialinės adaptacijos galimybes.

2.2. Medikamentinis gydymas

HS gydymo planas turi apimti ir nemedikamentinį, ir medikamentinį (esant reikalui) gydymą, aktyviai į terapijos planą įtraukiant patį vaiką, tėvus (arba vaiko atstovus pagal įstatymą), mokyklą (tėvams arba vaiko atstovams pagal įstatymą sutinkant). Užsienio šalių praktikoje pasirenkami du šio sutrikimo mažinimo būdai: pirmasis – taikomos tik pedagoginės ir elgesio korekcijos priemonės; antrasis – skiriami psichostimuliatoriai, bet kartu su pedagoginėmis ir elgesio korekcijos priemonėmis. Kada pradėti skirti medikamentu sprendžia gydytojas psichiatras. [47]

Medikamentinis gydymas skiriamas tuomet, kai HS simptomai smarkiai išreikšti, ir vykdomas individualus nemedikamentinio gydymo planas neduoda pakankamų rezultatų, nes vaikas negali įgyti mokymosi ar savireguliacijos įgūdžių dėl ženkliai per didelio aktyvumo ir

impulsyvumo, dėmesio sukaupimo sutrikimų. Tokiais atvejais HS požymiai daro akivaizdžią žalą mokyklinei veiklai, tėvų ir vaiko santykiams.

Kitose Europos šalyse hiperaktyvūs vaikai gydomi itin brangiais medikamentais - psichostimuliuojančio veikimo vaistai ir selektyvios noradrenalino reabsorbcijos inhibitorių grupės (NARI) vaistas atomoksetinas. [48]

Psichostimuliatorių grupės vaistai (toliau – stimulatoriai)

Dėmesio trūkumas ir hiperaktyvumo sindromas buvo aprašytas dar XX a. pradžioje, ir 1967 metais jam gydyti pradėti taikyti psichiką stimuliuojantys vaistai. Jau beveik 40 metų dėmesio trūkumas ir hiperkinezinis sindromas gydomas psichiką stimuliuojančiais vaistais – metilfenidatu ir amfetaminu. Manoma, kad jie aktyvina dopamino ir noradrenalino neurotransmisiją.

Spenser T. Badierman J. Wilens T. Stimulant treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychiatric Clin North Am 2004;27:361-72

Stimulatoriai literatūroje įvardinami kaip pirmo pasirinkimo vaistai ypač tais HS atvejais, kai kartu nėra komorbidinių (gretutinių) sutrikimų. Stimuliatorių grupei priklauso metilfenidatas, deksmetilfenidatas, mišrios amfetamino druskos, dekstroamfetaminas ir lisdeksamfetaminas, pemolinas. Šių preparatų tikslus veikimo mechanizmas iki šiol nėra nustatytas ir pilnai suprantamas, manoma, kad stimulatoriai slopina dopamino ir noradrenalino reabsorbciją, padidina šių neuromediatorių išskyrimą priešsinapsiniame neurone, arba slopina monoaminooksidazę.

Dažniausiai pasitaikantys šalutiniai psichostimuliatorių poveikiai yra apetito sumažėjimas, pilvo skausmai, nemiga ir svorio kritimas. Vartojant stimulatorius, padidėja tikų atsiradimo tikimybė, galimas augimo sulėtėjimas. Šiuos pašalinius poveikius galima sumažinti, mažinant dozę, keičiant vaisto skyrimo laiką ar preparatą. [49] Tyrimai parodė, jog nuogastavimai dėl augimo sulėtėjimo yra minimalūs ir santykinai mažai reikšmingi kliniškai[50]. Anksčiau buvo bijoma, kad šios grupės vaistai gali paskatinti piktnaudžiavimo psichotropinėmis ir narkotinėmis medžiagomis atsiradimą, tačiau atlikti tyrimai parodė, kad HS gydymas stimulatoriais vaikystėje buvo reikšmingai susijęs su narkotinių medžiagų vartojimo rizikos sumažėjimu vėlesniame amžiuje.[51]

Pastaruju metu nemažai diskutuojama apie hiperaktyvių vaikų gydymą. Literatūros analizė leidžia teigti, jog vyrauja du požiūriai: pirmasis – hiperaktyvumą reikia gydyti vaistais, antrasis – išvengiant vaistų skyrimo, pagal vaikų poreikius adaptuoti aplinką. Taip pat populiarioje knygoje (Schrag Divkov, 1975) buvo įrodinėjama, kad stimuliuojantys vaistai pažeidžia žmogaus teises. Buvo manoma, jog stimuliuojančių bei kitų psichotropinių vaistų vartojimas ateityje skatins narkotikų vartojimą. [2]

Keliamas susirūpinimas dėl stimuliatorių poveikio kardiovaskulinei sistemai, rekomenduojama juos ypač atsargiai skirti pacientams, turintiems hipertenziją ar kitų kardiovaskulinės sistemos sutrikimų.[52]

Dupaul G. Barkley R. ir McMurray M. atlikti moksliniai tyrimai nurodė, kad psichostimuliatoriai padėjo atsikratyti neproduktyvaus hiperaktyvumo, pagerėjo dėmesys bei sumažėjo impulsyvumas, agresyvumas. Medikamentai turi būti vartojami pagal gydytojo paskyrimus, nes vaistų dozė dažniausiai parenkama kiekvienam individualiai. [53]

Selektyvios noradrenalino reabsorbcijos inhibitorių grupės (NARI) vaistas atomoksetinas (Strattera). Šis vaistas yra apibūdinamas kaip naujausia HS gydymo galimybė (Smoot L.C. ir kt., 2007). Šis preparatas yra registruotas Lietuvoje ir gali būti skiriamas vaikų HS gydymui, jo efektyvumas ir saugumas gydant HS vaikams ir paaugliams įrodytas publikuotuose 9 klinikinių studijų rezultatuose (Kratochvil Ch.J. ir kt., 2004). Atomoksetino veikimo mechanizmas yra panašus į triciklių antidepresantų, tik neturi pašalinio anticholinerginio poveikio. Atomoksetinas yra gerai toleruojamas, šio preparato saugumas ir efektyvumas buvo išanalizuoti atlikus metaanalizę tiriant 601 pacientą (Wilens T.E. ir kt., 2006).

3.PSICHOSTIMULIATORIŲ GRUPĖS PREPARATŲ (PGP)

ŠALUTINIAI POVEIKIAI

Kita kaip ir daugelio vartojamų vaistų pusė, tai - šalutiniai vaisto reiškiniai. Vartojant psichostimuliantus gali pasireikšti: troškulys, pykinimas, galvos skausmai, irzlumas, nemiga, apetito praradimas, netgi gali sutrikti vaiko augimas, nors ir retai, bet gali išsivystyti judėjimo sutrikimai, įvykti balso pokyčiai. Kai kuriems vaikams, kuriems pasireiškė perdėtas aktyvumas, vartojant stimuliuojančius vaistus reakcija į įvairias užduotis bei įvykius gali pasidaryti pernelyg lėta, o tai ir toliau sąlygoja išlikti nepakankamiems mokymosi rezultatams bei gali sukelti sunkumų adekvačiai vertinant situacijas bei tinkamai jose elgiantis. [53]

Tyrimų duomenys rodo, kad skirti šiuos preparatus reikia atsargiai, laikantis taisyklių ir rekomenduojamų dozių, jų teigiamas poveikis yra stiprus ir pranoksta pripratimo bei pašalinių reiškinų riziką. Psichostimuliatorių šalutinis poveikis HS gydymo metu dažnai nustatomas reiškinys, tai gali sukelti 40-50% besigydančiųjų.

Tyrimai parodė, jog nuogastavimai dėl augimo sulėtėjimo yra minimalūs ir santykinai mažai reikšmingi kliniškai.[50]

3.1. PGP šalutinių reiškinų analizė

Amerikos pediatrijos akademija atliko (2006m) Concertos šalutinių poveikių analizę – vienas iš dažniausių pasireiškiančių šalutinių poveikių yra galvos skausmas – 14%, pilvo, ir

skrandžio skausmas – 7%, vėmimas, pykinimas - 4%, apetito sumažėjimas - 4%, galvos sukimasis, svaigimas - 2%, nemiga – 4%, dažnos kvėpavimo takų infekcijos – 4%, faringitas - 4%, sinusitas – 4%. [57] Atliktos klinikės ritalino studijos parodė, kad dažniausia pasireiškiantys šalutiniai reiškiniai, nervingumas ir miego sutrikimai.

Psichostimuliatorių sukeliama nepageidaujama reiškiniai pagal G.Weiss ypač dažnai yra susiję su apetito sumažėjimu ir svorio kritimu. [58]

Amerikos medikų asociacijos (2001) atliktas tyrimas parodė, kad tik 45% vaikams, sergantiems HS, apie psichostimuliatorių poveikį daugiausia informacijos suteikė pirminės sveikatos specialistai, 37% - psichikos sveikatos specialistai, ir 18% negavo jokios informacijos apie stimulantų vartojimą, jo poveikį. Studija rodo, kad psichotropinių vaistų vadyba daugiausia užsiima pirminės sveikatos sektorius. [14]

4. HIPERKINEZINIŲ SUTRIKIMŲ ŠIUOLAIKINĖ SLAUGA

4.1. Vaikų HS slaugos ypatumai

Daugelyje pasaulio šalių, ypač Anglijoje, Amerikoje ir kt., hiperaktyvių vaikų problemoms spręsti skiriama daugiau dėmesio nei mūsų šalyje. Lietuvoje dar tik pradeda kurtis pavienės organizacijos, vienijančios aktyvumą ir dėmesio sutikimą turinčius vaikus, jų tėvus. Tačiau tai kol kas bandoma daryti didesniuose miestuose ir nedidelėse hiperaktyvių vaikų populiacijose. Šiame procese dalyvauja tik vaikų psichiatrai, psichologai, slaugytojų aktyvumas šioje veikloje nepakankamas.

Remiantis valstybinės psichikos sveikatos 2005 - 2010 metų strategija, dauguma nesunkių psichikos sveikatos sutrikimų turi būti gydomi ne psichikos sveikatos specialistų, o pirminiame sveikatos priežiūros lygyje – šeimos gydytojais ir jiems talkinantys slaugytojai turi patys gydyti daugumą šių sutrikimų. [6]

Šiandieninė slaugos samprata leidžia mums teigti, jog slauga – sveikatos priežiūros sritis, apimanti įvairių amžiaus grupių asmenų fizinę, psichikos ir socialinę priežiūrą. Vaikų aktyvumo ir dėmesio sutrikimas tampa nauju iššūkiu slaugos mokslui ir praktikai. [39]

Slaugytojams susiduriant su vaikais, turinčiais įvairių sveikatos problemų, tenka pastebėti ir jų elgesio problemas, ieškoti sprendimo būdų, o tam prireikia ne tik patyrimo, bet ir naujų žinių. Slaugos specialistams prisiimant sveikatos priežiūros ar ugdymo įstaigos komandos nario vaidmenį tenka giliau susipažinti su asmenų, į kuriuos nukreipta visa komandos narių veikla, poreikiais. Psichikos sveikatos slaugytojos turi mokėti įvertinti vaiko psichinį, emocinį vystymąsi, monitoruoti paskirtų vaistų poveikį bei mokyti tėvus, kaip elgtis su hiperaktyviu vaiku. [40]

Slaugytojai, dirbantys bendruomenėje ar ugdymo institucijose, turėtų pasiūlyti tėvams sistemingai sekti medikamentų vartojimo poveikį vaiko elgesiui, mokymuisi bei stebėti, ar neišryškėja vaistų šalutiniai reiškiniai. Tam galima pasirinkti įvairių formų klausimynus bei standartizuotas skales.[41] Vakarų šalyse parengta nemažai įvairių dokumentinių formų, skirtų pažymėti hiperaktyvių vaikų sveikatos, elgesio pokyčius.[41]

4.2.Slaugytojo veikla PGP monitoravime

Remiantis Didžiosios Britanijos patirtimi, slaugytojos konsultantai suteikia kvalifikuotą informaciją vaikams, jų šeimoms, ir slaugytojams. Tai palengvina pasiekti teigiamus vaikų psichiatrijoje gydymo rezultatus, garantuojant, kad pacientai ir jų šeimos nariai gauna kvalifikuotą paslaugą.

Slaugytojos kompetencijos ribose, turi būti atliekamas vaistų šalutinio poveikio monitoravimas: reguliarus svėrimas, ūgio matavimas, kraujospūdžio, širdies dažnio, bei kitų reiškinų fiksavimas, vartojant metilfenidato grupes vaistus. [42]

Marcason siūlo tokias HS sergančių vaikų slaugos vystymo galimybes, pakankamas ir reguliarus fizinio aktyvumo užtikrinimas; sveika, subalansuota mityba ir dienos režimas. Esant reikalui – tyrimai dėl alergijos. Reguluojant mitybą, rekomenduojama kiek įmanoma sumažinti ar visai neduoti vaikams maisto produktų, turinčių salicilatų, fosfatų, dirbtinių dažiklių, kvapų, konservantų, cukraus. Rekomenduoja užtikrinti pakankamą vitaminų ir mineralinių medžiagų kiekį, skirti žuvų taukus. [43]

Atlikti moksliniai tyrimai (2005m.) Didžiojoje Britanijoje, parodė, kad omega - 3 riebalų rūgštys sumažina hiperaktyvumo epizodus. Vaikams sergantiems HS nuo 7 - 12 metų, 15 savaičių buvo paskirta kasdien suvartoti omega - 3 riebalų rūgščių ir placebo kapsulių kontroliniai grupėi. Po 15 savaičių vartojimo, remiantis Connor's Parent Rating Scales, tėvų įvertinimas vaiko būsenos po vartojimo omega - 3 riebalų rūgščių sumažėjo nuo 14 iki 9 balų. Tai rodo, omega - 3 rūgščių efektyvumą. [44]

4.3. HS korekcija dietomis

HS turintiems vaikams dietos ir maisto alergijos yra svarbus ir dažnas faktorius. Tai pasitaiko 40-70% hiperaktyvių vaikų tarpe.

Smith L. atliktos studijos su 6000 hiperaktyvių vaikų parodė, kad 80% vaikų pastebėtas HS būdingų reiškinų sumažėjimas, kelias savaites maitinantis pagal paskirtą dietą. Tai rodo, kad mitybos ypatumai HS vaikams svarbus elementas.

Dr.Bejamin Feingol sukėlė didžiulį susidomėjimą ir diskusijas teigdamas, kad aki kurie maisto produktai ir papildai gali sukelti aktyvumo ir dėmesio sutrikimą. Hiperaktyvių vaikų elgesys pagerėja, kai jiems paskiriama dieta be dirbtinių priedų (splavai ir skoniui suteikti) ir tam tikrų natūralių medžiagų (salicilatų, esančių abrikosuose, uogose ir kt.). Dieta gali būti vaistų

alternatyva gydymo pradžioje ir kai kuriems vaikams jos užtenka, kad elgesys pasikeistų. Be to svarbu, kad greta to vyktų elgesio tera[ija (individualūs užsiėmimai su vaiku, konsultuojos tėvams, mokant elgesio kontrolės būdų. Dietos tikslai gydant HS yra nustatyti maisto produktus ar priedus, kurie sukelia elgesio sutrikimą ir juos pašalinti iš ji valgio raciono. Reikia stebėti kaip keičiasi vaiko elgesys. (Elgesio lentelė – priedas Nr.2)

Dr. Feigold sukurta dieta reikalauja išimti iš vaiko mitybos:

- ✓ *dirbtinius dažiklius* (arba azo-dažus);
- ✓ *dirbtines aromatines medžiagas* (tame tarpe ir vaniliną, naudojamą sintetinėje vanilėje);
- ✓ *dirbtinius saldiklius* (aspartamą, sachariną);
- ✓ *cheminius konvervantus*.

Dalinė Feigold dieta HS gydymui: valgiai neleisti Feigold dietoje: migdolai, obuoliai, abrikosai, uogos (visos), vyšnios, kava, agurkai švieži ir marinuoti, pomidorai, serbentai, vynuogės, razinos, nekatarinai, apelsinai, persikai, slyvos, pipirai, mandarinai, arbatai, aspirinas ir medikamentai, kurių sudėtyje yra aspirino.

Valgiai leistini Feigol dietoje: vaisiai (bananai, melionai, datulės, greipfrutai, kivi, citrinos, mango, papaja, kriaušės ananasai, arbūzai), daržovės (pupelės (visų rūšių), burokai, brokoliai, briuselio kopūstai, kopūstai salotos, morkos, žiediniai kopūstai, salierai, lęšiai, grybai, svogūnai, žirneliai, bulvės, špinatai, moliūgai, kukurūzai, cukinija). HS turintys vaikai laikosi dietos, o efekto nėra, tada galimi du sprendimai – dar labiau sugriežtinti dietą arba atsisakyti dietos laikymosi ir pradėti gydymą vaistais.

Pilna Feigol dieta, reikėtų atsisakyti: kukurūzų sirupo, fruktozės (gaivinančiuose gėrimuose ir kituose pasaldintuose produktuose), MSG (natrio glutamato) ir HVP (hidrolizuotų daržovių baktymų, kuriuose yra glutamato), natrio nitratų (užkandžių, pusfabrikačių mėsoje), kalcio propionato (keptuose valgiuose). Pasiekus efektą, kas savaitę galite įvesti po vieną anksčiau draustą produktą.

Feigol antialerginė dieta

Daugelis HS turinčių vaikų yra linkę į alergiją maistui. Jei įtariama, kad yra netolerancija kai kuriems maisto produktams, kuri pasireiškia alergija, rekomenduojama dieta: maitinti viena mėsos rūšimi (vištiena ar aviena), angliavandeniais (ryžiai ir avių produktai), vaisiais ir sultimis (išskyrus citrusinius vaisius ir sultis), daržovėmis (išskyrus kukurūzus ir soją), vandeniui, vaisine arbata. Laikantis dietos išnyksta alergija, vaikai tampa ramesni, gerėja jų dėmesingumas, elgesys, bendra savijauta.

Dr. Benjamin Feingol HS turinčių vaikų gydymas dieta įrodė, kad dieta, tam tikrų produktų vartojimas, padeda HS turintiems vaikams sumažinti iškytančias problemas. Ši dieta pagerina vaiko elgesį, mokymosi pasiekimus, miego kokybę.

Produktai, turintys salicilatų

Migdolai, oboliuoliai, persikai, aspirinas, uogos, vyšnios, kava, agurkai, serbentai, vynuogės, nektarinai, apelsinai, persikai, persikai, chilli pipirai, slyvos, razinos, mandarinai, pomidorai.

Daug studijų rodo, kad HS turintys vaikai alergiški šiems produktams:

- ✓ Kviečiai;
- ✓ Kiaušiniai;
- ✓ Pienas ir jo produktai;
- ✓ Šokoladas;
- ✓ Kukurūzai (kukurūzų cukrus ir sirupas).

<http://www.everydiet.org/diet/feingold-diet> feingold diet

Pelsser L. ir Buitelaar JK. (2003) atliktas pilotinis tyrimas parodė, kad HS turintys vaikai 2 savaites maitinasi (ryžiais, kriaušėmis ir salotomis), remiantis Conner's HS vertinimo skale, pateikti rezultatai teigia, kad net ketvirtadaliui vaikų būklė pagerėjo.

<http://www.feingold.org/pg-howmany.html>

[Pelsser LM](#), [Buitelaar JK](#). Favourable effect of a standard elimination diet on the behavior of young children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a pilot study]

5.VAIKŲ, TURINČIŲ AKTYVUMO IR DĖMESIO SUTRIKIMĄ, SVEIKATOS PROBLEMAS

Vaikams, turintiems aktyvumo ir dėmesio sutrikimą, dažniau prireikia sveikatos priežiūros paslaugų nei jų bendraamžiams, neturintiems šio sutrikimo. Nustatyta, jog dažniau jiems tenka suteikti pirmąją medicinos pagalbą traumų atvejais, dažniau teikti psichinės sveikatos priežiūros paslaugas. Yra apskaičiuota, jog hiperaktyviems vaikams sveikatos priežiūros paslaugos kainuoja dvigubai daugiau nei šio sutrikimo neturintiems [34]

Moksliniai tyrimai rodo, kad hiperaktyvius vaikus dažnai vargina alergija maistui. Todėl siūloma hiperaktyviems vaikams riboti cukrų, pyragėlius, saldinius, ledus ar pan. Dar vieni galimi nespecifiniai simptomai, tai egzema, dermatitas. [35] Taip pat reikšmingas faktas, jog vaikai, turintys aktyvumo ir dėmesio sutrikimą, dažniau serga ir bronchine astma. [36]

Lawrence Scahill mokslinių tyrimų rezultatai parodė, kad 40-70% hiperaktyviems vaikams, būtina maisto raciono kontrolė. Tai susiję su dažnesnėmis maisto alergijomis, ypač pieno, šokolado, kiaušinių, grūdų racionu. [37]

Manoma, kad ši sutrikimą gali sunkinti keletas veiksnių, tarp jų ir maisto sudedamosios dalys - fosfatai, gliukozė, laktozė, konservantai ir maistiniai dažai. [38]

6. AKTYVUMO IR DĖMESIO SUTRIKIMO POVEIKIS MOKYMOSE PASIEKIMAMS BEI SOCIALINEI ADAPTACIJAI

Mokykloje šie vaikai ryškiai išsiskiria iš kitų nedėmesingumu, šnekumu, fantazijomis. Per pamokas jiems sunku susikaupti, pašaliniai dirgikliai greitai atitraukia jų dėmesį. Nors šių vaikų intelektas paprastai nėra sutrikęs, jie turi sunkumų mokytis, ypač tuos dalykus, kurie reikalauja dėmesingumo. Be to, HS vaikai kartu gali turėti sunkumų skaitant, skaičiuojant, jie dažnai labai nerūpestingai rašo, sukeičia raides. Mokykloje jie paprastai gauna daug pastabų, nuolat jaučia mokytojų nepasitenkinimą. Hiperaktyvūs vaikai nekalti dėl savo judrumo, užmaršumo, išsiblaškytumo. Jie patys nesupranta ir negali paaiškinti, kodėl taip elgiasi, ir nedaro „blogybių“tyčia. Kai aplinkiniai juos bara ir baudžia, jie jaučiasi pasimetę, įskaudinti, bejėgiai. Neadekvatus mokytojų ir kitų aplinkinių elgesys dar labiau apsunkina vaiko situaciją. [18]

90% mokinių, turinčių aktyvumo ir dėmesio sutrikimą, yra neproduktyvūs mokymosi veikloje, dauguma jų turi rašymo, skaitymo, skaičiavimo problemų. Studijos rodo, jog hiperaktyvūs jaunuoliai daug rečiau įstoja į aukštąsias mokyklas, juos dažniau išbraukia iš studentų sąrašų.

[19]

Kalbant apie socialinius hiperaktyvių vaikų įgūdžius bei adaptaciją visuomenėje beveik visuose šaltiniuose, kuriuose minima hiperaktyvūs vaikai, pažymimi slipni tokių bendravimo, savikontrolės, savivertės ir tolerancijos įgūdžiai. Dėl impulsyvumo, mažo kantrybės ir tolerancijos slenksčio, sunkiai įgyvendinamo bendradarbaavimo su kitais tokie vaikai sunkiai užmezga ir palaiko ryšius (draugystę), jie nepopuliarūs tarp bendraamžių.

Daugelyje šalių (Danija, Švedija, Kanada, Islandija) tokiems vaikams siūlomos specialios, jų poreikius pritaikytos mokyklos arba bent jau sudaromos specialios klasės mokyklose. Lietuvoje paprastai tokių vaikų būna bent 2 - 3 kiekvienoje klasėje, tačiau spragos formaliųjų švietimo įstaigų sistemoje nesudaro palankių sąlygų tokiems vaikams lavinti ir skirti pakankamai dėmesio bei taikyti tinkamas metodikas.

Švedijoje ir Kanadoje tokių vaikų lavinimas remiasi 4 „kampų: struktūra:

○Veikla su vaikais – organizuoja vaikų psichologas kartu su žaidimų terapeutu;

○Užsiėmimai su tėvais – tėvai mokomi suprasti vaiko ypatybes bei kaip elgtis su jais (kada bausti, kada nebausti ir pan.)

○Susitikimai bei paskaitos su pedagogais (ypač pradinių klasių mokytojais)

○Medicinos astovai nuolat konsultuoja, atliekami tyrimai.

Tik tokia suderinta ir veikianti sistema gali garantuoti teigiamą ir produktyvų korekcinį elgesį su hiperaktyviu vaiku, norint jam padėti adaptuotis. Lietuvoje nėra vieningai veikiančios sistemos

Barkley R A. nustatyta, kad hiperaktyvių vaikų akademiniai pasiekimai yra kur kas menkesni nei kitų vaikų.[20] Jeigu sutrikimai laiku nediagnozuojami ir negydomi, šios problemos tęsiasi suaugusiame amžiuje, pasireiškdamos nesugebėjimu užbaigti studijas, išlaikyti darbą ir normalius tarpasmeninius santykius, asocialiu elgesiu, depresija, priklausomybės ligomis. [21] Daugiau nei 40% visų hiperaktyvių vaikų bei 65% vienos amžiaus grupės hiperaktyvių vaikų turi tam tikrų prieštarigai vertinamų elgesio nukrypimų [22] Daug rimčiau vertinamas antisocialus elgesys (vagystės, fizinė agresija, pamokų nelankymas) šiems vaikams pasireiškia jau mokykloje [23] Hiperaktyviems vaikams labai sunku užmegzti pažintis bei išlaikyti draugiškus santykius su klasės draugais. [24]

Maždaug du trečdaliai hiperaktyvių vaikų kartu turi ir bent vieną papildomą sutrikimą. Dažniausiai kartu HS pasireiškia kalbos ir komunikacijos, mokymosi raidos sutrikimai, elgesio ir opozicinio nepaklusnumo, nerimo, nuotaikos sutrikimai. Tourette sindromas, chroniški tikai bei autizmo sutrikimas ir Aspergerio sindromas. [22]

Daugeliui HS palapsniui išsivysto antrinės emocinės, socialinės bei šeimos santykių problemos. Jie gali būti agresyvūs, destruktivūs ar užsispyrę, pasižymėti netinkamais santykiais su bendraamžiais bei žema savigarba.[26] Ir taip pat daugiau nei 40% visų hiperaktyvių vaikų bei 65% vienos amžiaus grupės hiperaktyvių vaikų turi tam tikrų prieštarigai vertinamų elgesio nukrypimų. [22]

Ilgalaikiai tyrinėjimai parodė, kaip keičiasi aktyvumo ir dėmesio sutrikimas su amžiumi: 1/3 požymiai išnyksta, kitam 1/3 šie simptomai išlieka, bet pagerėja asmenų adaptacija, o blogiausia tai, kad likęs 1/3 patiria sudėtingas problemas visą gyvenimą. Šis sutrikimas gali egzistuoti su sveikatos, emocinėmis, mokymosi, profesinės veiklos problemomis. [27]

Hiperaktyviems vaikams labai sunku užmegzti pažintis bei išlaikyti draugiškus santykius su klasės draugais. Sociometriniai tyrimai parodė, jog bendraamžiai dažnai nebendrauja su vaikais, kurių elgesio problemos susijusios su hiperaktyvumu. Kelia susirūpinimą ir tai, kad apie 22% hiperaktyvių berniukų ir 15% mergaičių gali būti charakterizuojami kaip nesugebantys socialiai bendrauti. Vaikai, turintys šių sutrikimų, daug dažniau patiria socialinio atskyrimo priežastis nei kiti to paties amžiaus vaikai, kurie nėra hiperaktyvūs. [25]

7. Vaikų ir paauglių psichikos pagalbos paslaugos

Gydymo tikslai įgyvendinami dirbant specialistų komandos principu. Komandą sudaro: vaikų ir paauglių psichiatras - komandos koordinatorius, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas, stacionare - ir vaikų priežiūros darbuotojai. Dienos stacionare paslaugas vaikams su psichikos ir elgesio sutrikimais teikia psichikos sveikatos specialistų komanda: vaikų ir paauglių psichiatras, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas ir psichikos sveikatos slaugytojai bei vaikų priežiūros darbuotojai. [45] Kiekvienam vaikui gydymo kursai skiriami individualiai, todėl būtina periodiškai lankytis pas vaikų psichiatrą. Jeigu vaikui gydytojas paskyrė vaistų, tėvai turėtų informuoti mokytoją, nes jis gali pastebėti, ar vaistas pagerina vaiko elgesį, dėmesį, taip pat nepageidautinus šalutinius reiškinius (pvz., mieguistumą).

Lietuvoje vaikų ir paauglių psichikos pagalbos paslaugos teikiamos vaikams nuo 3 iki 18 metų amžiaus, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų ar rizikos faktorių tiems sutrikimams atsirasti.

1. Vaikų ir paauglių psichikos sutrikimams gydyti dažniausiai taikomi nemedikamentiniai gydymo metodai bei priemonės.

2. Gydymo ir psichosocialinės reabilitacijos metodai taikomi ne tik vaikams. Į gydymo procesą įtraukiama šeima, artimiausi žmonės (mokytojai, globėjai)

3. Gydymo tikslai įgyvendinami dirbant specialistų komandos principu. Komandą sudaro: gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras - komandos koordinatorius, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas, stacionare ir vaikų priežiūros darbuotojai.

4. Vaikai ir paaugliai konsultuojami ir gydomi atskirai nuo suaugusiųjų, specialiai tam įrengtose patalpose, kuriose sukurta terapinė aplinka, atitinkanti vaiko raidos ypatumus.

5. Vienai vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialisto paslaugai (diagnostikos ar terapijos) skiriama 1 valanda. [46]

Reikiamos specialistų pagalbos nesulaukia beveik pusė vaikų, kuriems būdingas aktyvumo ir dėmesio sutrikimas, sukeliantis reikšmingą psichologinę ir socialinę dezadaptaciją. Tai rodo, kad tėvai, mokytojai, pediatrai, šeimos gydytojai, kiti specialistai, dirbantys su vaikais, turi nepakankamai informacijos apie šį sutrikimą ir galimą gydymą. [61]

8. HS GYDYMO AKUALIJOS LIETUVOJE

Lietuvoje nėra galimybės HS turintiems vaikams taikyti moderniausių gydymą, kuris sėkmingai taikomas kitose Europos šalyse. Ir šių preparatų taikymas gydymui Lietuvoje ribotas, nes minėti vaistai yra brangūs, o gydymo kursas jais labai ilgas. Manytina, jog siekiant užtikrinti

hiperkinezinį sutrikimą turinčių vaikų gydymo prieinamumą, minėti vaistai turėtų būti kompensuojami iš PSDF lėšų. [54]

Psichostimuliatorių grupės preparatai iki šiol Lietuvoje nėra registruoti, esant reikalui, jie išrašomi kaip vardinis vaistinis preparatas su specialiuoju receptu. Šiais vaistais jau keli metai sėkmingai gydomi itin sunkaus išreikštumo laipsnio HS turintys vaikai. Lietuvoje vaikams kaip vardinis vaistinis preparatas skiriamas trumpalaikio veikimo metilfenidatas Ritalin (5, 10 mg, skiriama 2-3 kartus per dieną, 15-30mg/d), arba prailginto veikimo metilfenidato kapsulės Concerta XL (18, 36, 54 mg, skiriama 1 kartą per dieną).

Kauno medicinos universiteto atlikti tyrimai parodė (2004m.), medikamentinis gydymas skirtas tik 2 iš 61 (3,4 proc.) tirtų pradinių klasių moksleivių, kuriems buvo nustatytas aktyvumo ir dėmesio sutrikimas. Abiem atvejais skirtas gydymas tricikliu antidepresantu. Tyrimo metu nustatyta, kad psichoterapinis ar medikamentinis gydymas skirtas penkiems tiriamiesiems (8,8 proc.). Gydymo veiksmingumas vertintas pagal tėvų nuomonę, užfiksuotą anketose. Tik 10,5 proc. tėvų, kurie kreipėsi dėl vaiko aktyvumo ir dėmesio sutrikimo pagalbos į specialistus, įvertino skirtą gydymą kaip veiksmingą. 2,5 karto daugiau tėvų (26,3 proc.) dėl aktyvumo ir dėmesio sutrikimo specialistų pagalbą vertino kaip nepatenkinamą. Daugiausia – 57,9 proc. tėvų įvertino, kad gydymas padėjo iš dalies.

Medikamentinis gydymas buvo skirtas tik 3,4 proc. hiperaktyvių vaikų, tai yra 10 kartų mažiau negu užsienio šalyse. Tai yra tikrai nepakankama atsižvelgus į tai, kad aktyvumo ir dėmesio sutrikimas turi neabejotiną biologinį pagrindą ir medikamentinio gydymo . [55]

Tyrimo objektas ir metodika

Darbo objektu pasirinkti ambulatoriškai besigydantys psichostimuliatorių grupės preparatais (PGP) hiperaktyvūs vaikai.

Atlikta pusiau struktūruota tėvų apklausa telefonu VUVL filialo Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyriuje gydytų vaikų, kuriems diagnozuotas HS ir pradėtas gydymas psichostimuliatorių grupės preparatais (PGP) Ritalinu ir Concerta.

Tyrimas atliktas 2007 - 2008m. tyrimo pabaiga 2008m. balandžio mėn. Apklausti buvo numatyta 42 hiperaktyvių vaikų tėvai, apklausta 40 vaikų tėvų, kurių vaikai ambulatoriškai gydosi paskirtais PGP (Ritalinu ar Concerta). Respondentai tyrimui buvo atrinkti išnagrinėjus 2005 - 2008m.m. vaistų registracijos žinynus ir ligos istorijas.

Anketa sudaryta iš dviejų dalių - pirma anketos dalis susideda iš 32 klausimų. Ši anketos dalis sukurta savarankiškai. Klausimai suskirstyti į 6 grupes : pirma grupė (1-9) klausimų charakterizavo gydymo situaciją; antra grupė (10-12) atspindėjo vaistų poveikio vertinimą; trečia grupė (13-18) klausimų – šalutinių reiškinių vertinimą; ketvirta grupė (19-21) klausimų atspindėjo slaugos specialistų bendradarbiavimą; penkta grupė (22-29) klausimų - vaiko socializacijos procesą ir jo problemas; šešta grupė (30-32) klausimų – vaikus charakterizuojantys duomenys.

Antra dalis anketos – vaistų šalutinių poveikių vertinimo skalė. Ši skalė (Russel A. Barkley and Kevin Murphy „SIDE EFFECTS RATING SCALE“) buvo išversta iš anglų kalbos, ir naudojama anketavimui, įvertinant, vartojamų vaistų šalutinių poveikių intensyvumą. Kiekvieno šalutinio poveikio reiškiniai yra įvertinami nuo 0 iki 9 balų; 0 - nėra šalutinių reiškinių, 9 - ypač stiprūs.

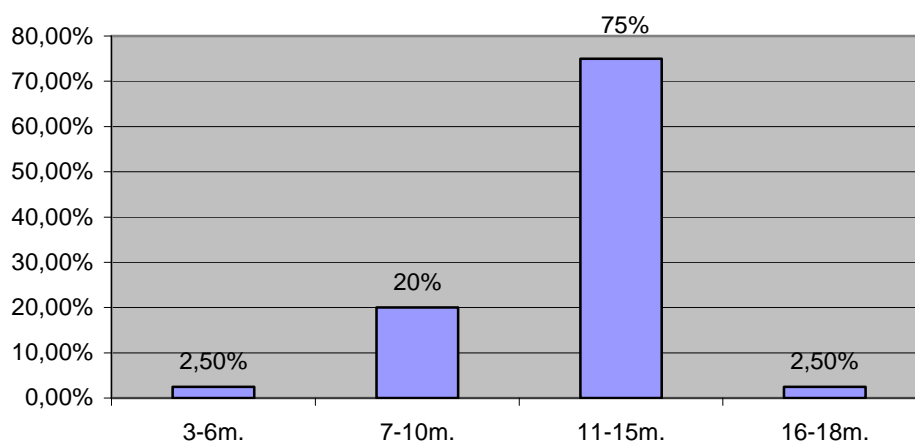
Gauti duomenys apdoroti SPSS 11 versija, Microsoft Word, Microsoft Excel 2002 programomis. Apskaičiuotas "chi kvadratas χ^2 ", kuris parodo rodiklių skirtumo statistinį patikimumą ir koreliacijos koeficientas (r), pagal kurį įvertintas ryšių stiprumas.

TYRIMO REZULTATAI

1. Duomenys charakterizuojantys HS turinčius vaikus

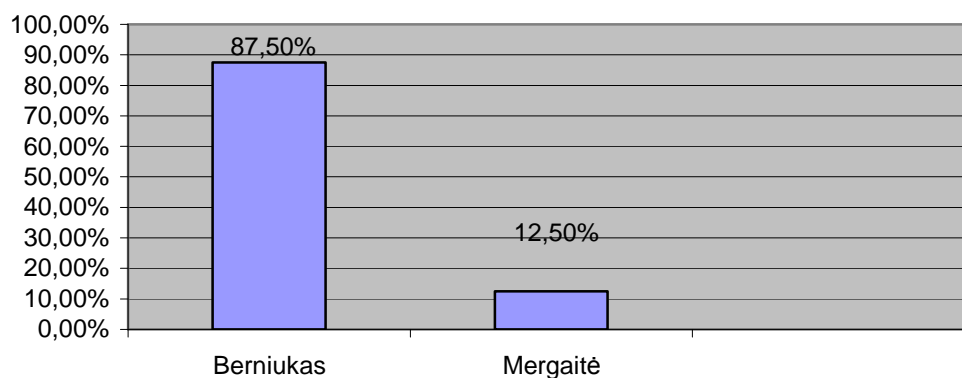
HS turintys vaikai dalyvavę tyrime suskirstyti į keturias grupes pagal jų amžių. Grupės suskirstytos į vienodus intervalus kas ketveri metai. Daugiausia HS turinčių vaikų tai yra 30 pateko į 11-15m. grupę, 8 vaikai į 7-10m., o mažiausia vaikų dalis pagal amžiaus grupes pateko į 3-6m. ir 16-18m. grupes po 1. ($p < 0,05$) (1pav.)

1 paveikslas. Vaikų amžius



Pagal gautus duomenis dažniau HS diagnozuojamas berniukams nei mergaitėms. HS diagnozuotas ir gydymas skirtas 35(87,5%) berniukams ir tik 5(12,5%) mergaitėms, tai yra septyniais kartais dažniau berniukams su mergaitėmis. Skirtumas statistiškai patikimas $p < 0,05$ (2pav.) Galima daryti išvadą, kad žymiai dažniau HS yra diagnozuojamas berniukams nei mergaitėms dėl labiau išreikštų, bei dažniau pastebimų sutrikimų.

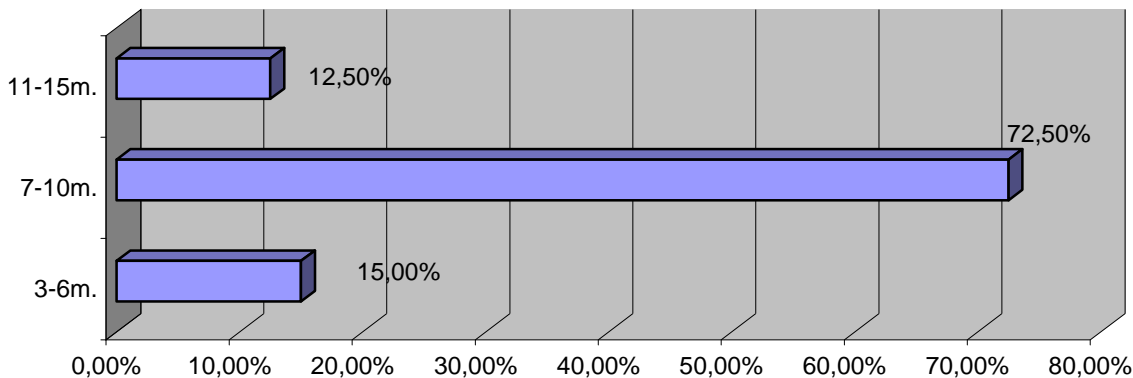
2 paveikslas. Vaikų pasiskirtymas pagal lytį



Atlikus tyrimą patebėta, kad dažniausia HS diagnozuojamas vaikams, kurių amžius 7-10m. 29(72,5%), 5(12,5%) - 11-15m. ir 3-6m. 6(15%). Pastebėta, kad daugiausia 7-10m. vaikams net 72,5% diagnozuotas HS. Tai siejama su mokyklos lankymo pradžia, HS turintis vaikas patenka į

struktūrizuotą aplinką, kurioje nustatytos taisyklės, tam tikros dienotvarkės laikymasis, mokymasis, reikalaujantis dėmesio ir kantrybės išprovokuoja HS būdingų požymių pasireiškimą. Visa tai pavaizduota (3 pav.) $P < 0.05$, $\chi^2 = 27.56$

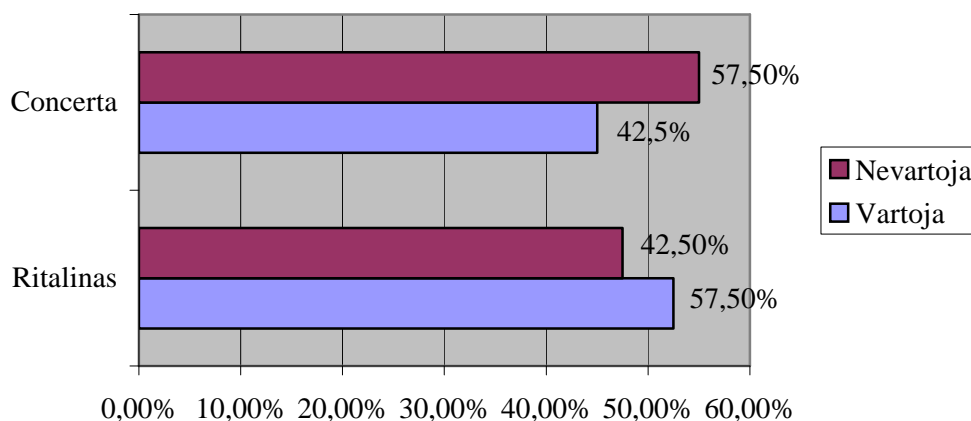
3 paveikslas. HS diagnozavimas pagal amžiaus grupes



2. PGP vartojimo dažnis, trukmė, ir išsigijimo sunkumai

Vaikai stacionare pradėti gydyti psichostimuliatorių grupės preparatais (PGP): ritalinu ir concerta atitinkamai 23 ir 17. Dažniau vartojams ritalinas, nei concerta, nes ritalinas Lietuvoje pradėtas HS gyti 2005m., o concerta tik 2007m. Dėl to galima daryti išvadą, kad bent šiuo metu HS gydyti dažniau skiriamas Ritalinas, nei Concerta. $\chi^2=40$, $df=1$, $p < 0.05$ Tarp vartojamų Ritalino ir Concertos statistiškai patikimas skirtumas (4pav.).

4 paveikslas. PGP vartojimas stacionare



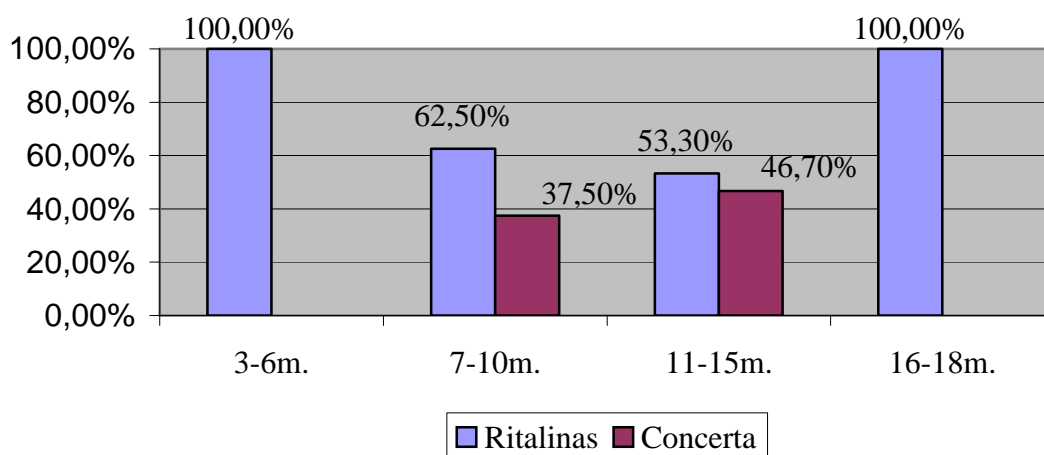
Nuspręsta nustatyti ryšį tarp vaiko amžiaus ir skiriamų psichostimuliatorių grupės preparatų (PGP). Gauti duomenys parodė, kad nėra ryšio tarp vaiko amžiaus ir skiriamų PGP – Spyrmano koreliacijos koeficientas 0,08, tai rodo ryšio nebuvimą, $p > 0,05$ - nėra skirtumo tarp dviejų analizuojamų metodų, vaiko amžiaus ir skiriamų PGP. Vaiko amžius neįtakoją PGP skirimiui.

(1 lentelė ir 5pav.)

1lentelė. PGP skirimas pagal vaikų amžiaus grupes

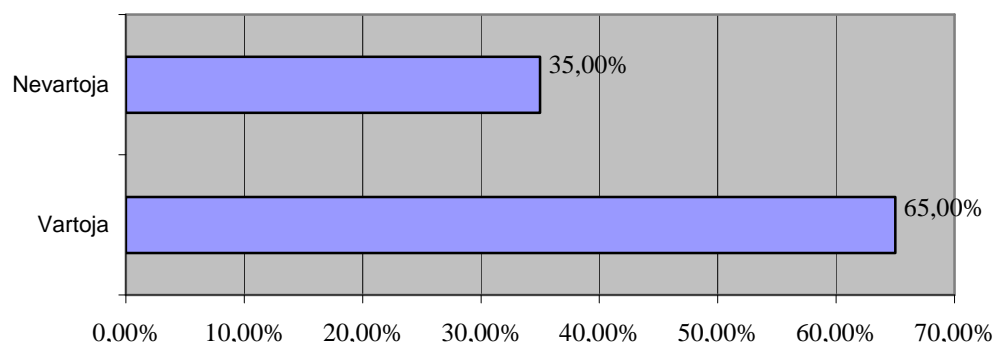
PGP	Vaiko amžius (metais)				Viso:
	3-6m.	7-10m.	11-15m.	16-18m.	
Ritalinas	1(100%)	5(62,5%)	16(53,3%)	1(100%)	23(57,5%)
Concerta		3(37,5%)	14(46,7%)		17(42,5%)
Viso:	1(2,5%)	8(20%)	30(75%)	1(2,5%)	40(100%)

5 paveikslas. PGP skirimas pagal amžiaus grupes



Atiekant apklausą norėta iširti, kiek vaikų tęsia gydymą iki šiol po stacionare pradėto gydymo. Iš visų 40(100%) HS turinčių vaikų pradėtų gydyti PGP stacionare, 26(65,00%) toliau tęsė gydymą. Net du trečdaliai vaikų tęsia PGP vartojimą, ir tik trečdalis nutraukė jų vartojimą. Galima daryti išvadą, kad net du trečdaliai vaikų priima ir toliau vartoja naujos kartos PGP. (6 pav.)

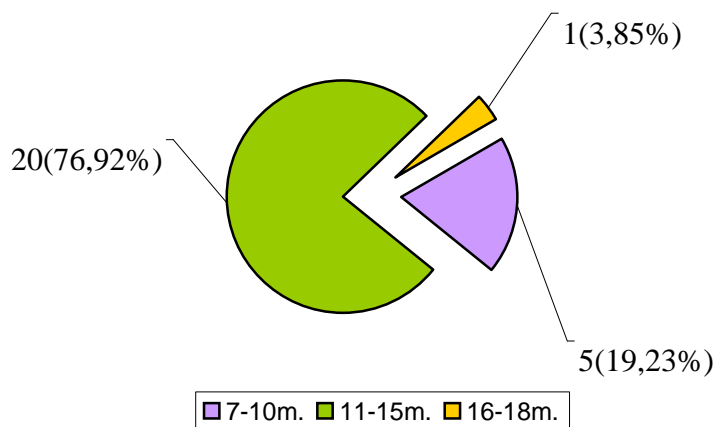
6 paveikslas. PGP vartojimas ambulatoriškai



Ištirtas PGP vartojimas ambulatoriškai pagal vaikų amžiaus grupes. Matome, kad daugiausia 20(76,92%) HS turinčių vaikų, kurie priklausė 11-15m. amžiaus grupei toliau tęsia gydymą.

Taikant “chi kvadrato” metodą, gauta, kad tarp eilučių vaiko amžiaus ir stulpelių šiuo metu vartojamų PGP yra statistiškai patikimas skirtumas $\chi^2 = 56$, $df=3$, ir duomenys statistiškai patikimi $p<0,05$. (7 pav.)

7 paveikslas. PGP vartojimas ambulatoriškai pagal vaikų amžiaus grupes



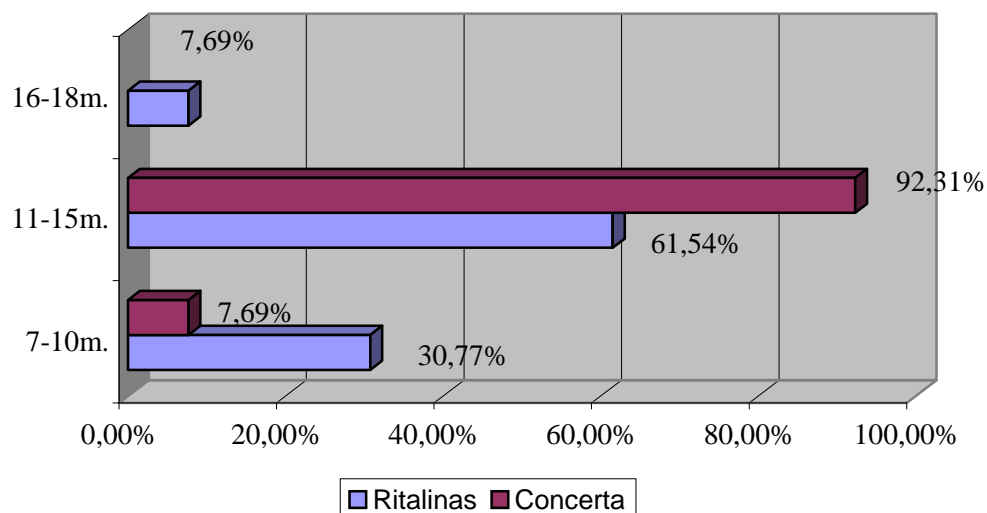
Ištirtas ambulatoriškai vartojamų PGP pasiskirstymas tarp vaikų amžiaus grupių. Daugiausia 20 vaikų pagal amžiaus grupę patekusių į 11-15m. intervalą vartoja concertą ir ritaliną. Tiek ritalino, tiek concertos preparatų vartojimas tęsiamas vienodai. Tik 16-18m. vaikų tarpe nevartojamas concertos preparatas. Tai siejama su vėlesniu preparato pasirodymu vaistų rinkoje. $P>0,05$ – statistiškai patikimo skirtumo tarp vartojamų PGP nėra. 2 lentelė

2 lentelė. Ritalino ir concertos vartojimo pasiskirstymas pagal vaikų amžiaus grupes

Amžius metais	Ritalinas	Concerta	Viso:
7-10m.	4(30,77%)	1(7,69%)	5(19,23%)
11-15m.	8(61,54%)	12(92,31%)	20(76,92%)
16-18m.	1(7,69%)	-	1(3,85%)
Viso:	13(50%)	13(50%)	26(100%)

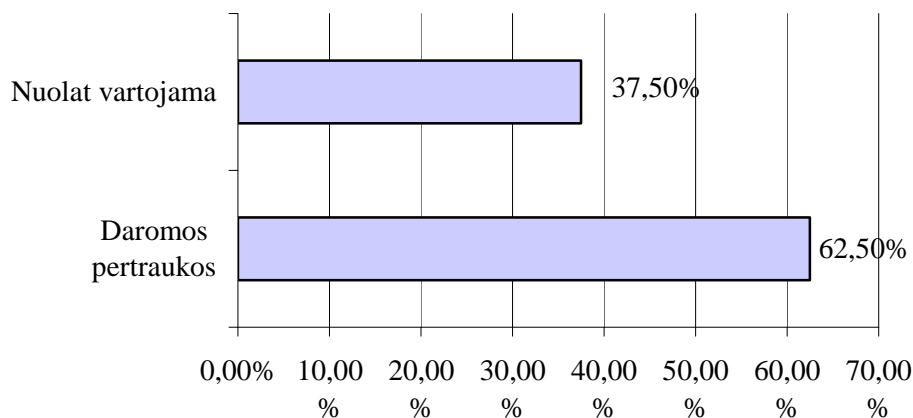
Visa infomacija apie PGP vartojimo pasiskirtymą pagal amžiaus grupes pateikiama 8 pav.

8 pav. Ritaliną ir concertą vartojančių vaikų amžių



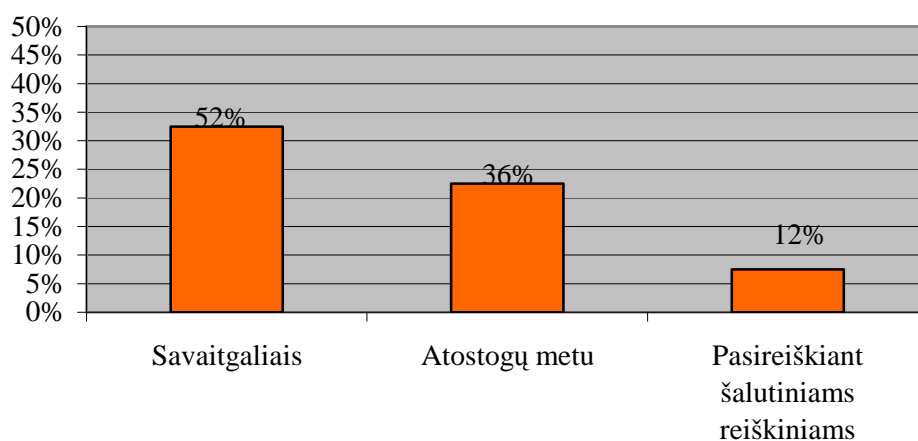
Nuspręsta ištirti, ar vaikai reguliariai vartoja paskirtus vaistus. Gauti tyrimo duomenys rodo, kad daugiau nei pusė (25 iš 40(100%) tai sudaro 62,5%) vaikų vaistus vartoja nereguliariai. Tai rodo, kad tėvų požiūris į vaiko gydymą nėra visiškai įvertintas. $P > 0,05$ – duomenys nėra statistiškai patikimi. (9pav.)

9 paveikslas. Vaistų vartojimo reguliarumas



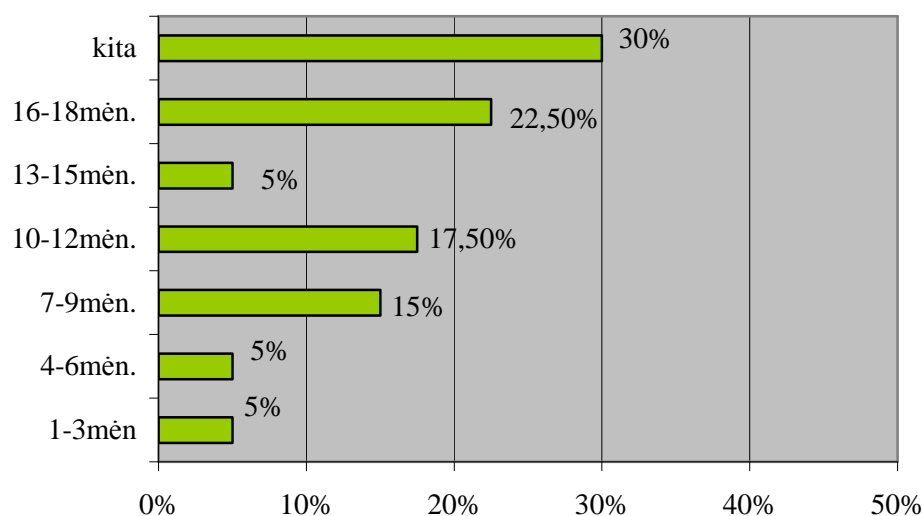
Tarp 25 vaikų nereguliariai vartojusių PGP pastebėta, kad dažniausia vaistų vartojimo pertraukos daromos savaitgaliais, kai vaikui nereikia eiti į mokyklą ar darželį – 13, atostogų metu nevartoja medikamentus – 9 ir pasireiškus šalutiniams reiškiniams vaistų vartojimas nutraukiamas – 3. Daugiausia vaikų vaistus nevartoja savaitgaliais, ir tik 3 vaikų tėvai pažymėjo, kad PGP vartojimas nutraukiamas pasireiškiant vaistų šalutiniams reiškiniams. Tai parodomas tėvų savavališkumas reguliuoti gydymo eigą, ir jo reiškinius. Manoma, kad tai gali įtakoti žinių ir informacijos trūkumas apie šių vaistų vartojimą, jų efektyvumą ir saugumą. (10 pav.)

10 paveikslas. Daromos pertraukos vartojant PGP



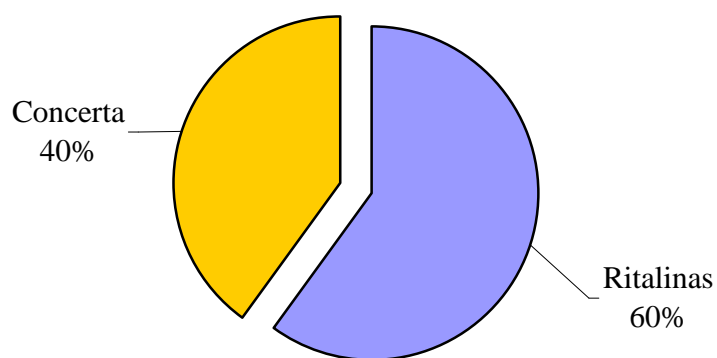
Išanalizuota, kiek laiko vartojami PGP. Gauti tyrimo duomenys rodo, kad ilgiausiai PGP vartojami 2 metus ir ilgiau tai sudarė 30% visoje apklausoje dalyvavusių vaikų tėvų atsakymų. Lyginant tai, kad šios grupės preparatai Lietuvos vaistų rinkoje pasirodė vaisiai neseniai – 2005m.. Taikant “chi kvadrato” metodą, $\lambda^2 = 16,3$, $df=6$, ir duomenys statistiškai patikimi $p<0,05$. (11 pav.)

11 pav. PGP vartojimo trukmė



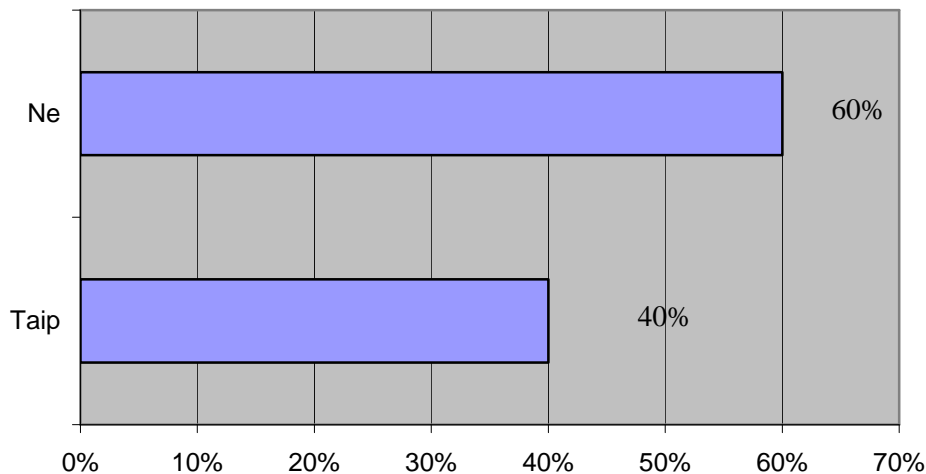
Iš 25 vaikų vartojusių PGP vaistus su pertraukomis, pastebėta, kad daugiau nei pusė 15(60%) vaikų daro vaistų vartojimo pertraukos vartojant ritaliną. Vartojant concertą tai daro tik – 10(40%) vaikų. Koreliacijos koeficientas $r=0,6$ tai rodo vidutinio stiprumo ryšį tarp PGP (ritalino ir concertos) vartojimo ir jų daromų pertraukų. Statistinio skirtumo tarp ritalino ir concerto vartojimo nėra. (12 pav.)

12 paveikslas. Ritalino ir Concertos vartojimo pertraukos



Tyrime įvertinta, ar vaikų tėvai susiduria su sunkumais įsigyjant PGP, nedidelė dalis tėvų –16(40%) pažymėjo, kad tenka susidurti su įvairiais sunkumais. Vaistų įsigijimo sunkumai siejami su vaistų išrašymu, vaistų gavimu ir finansais. Tačiau daugiau nei pusė tėvų pažymėjo, kad PGP tėvai gali įsigyti nepatiriant jokių problemų. 13 pav.

13 paveikslas. Patiriami sunkumai, įsigyjant PGP

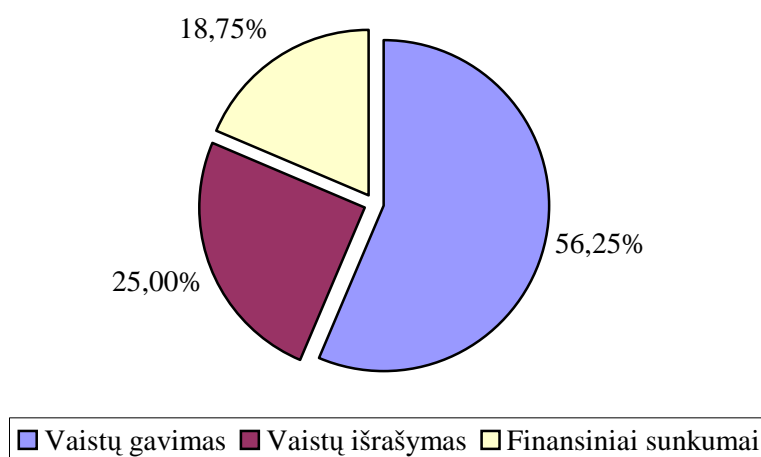


Kadangi net 40% tėvų patiria sunkumus įsigyjant PGP, tad nuspręsta išsiaiškinti detaliau patiriamus vaistų įsigijimo problemas. Dažniausiai vaikų tėvai susiduria su vaistų gavimo problema - 9(56,25%), vaistų išrašymo – 4(25%) ir finansiniais sunkumais – 3(18,75%). Dažniau patiriamos ritalino įsigijimo problemos nei įsigyjant concertos preparatus.

Vaistų gavimo problema yra susijusi su tuo, kad ne visos vaistinės prekiauja psichostimuliatorių grupės preparatais. Manau, ši problema išsispres kai medikamentai bus įregistruoti Valstybinėje vaistų kontrolės tarnyboje. Kita problema dėl kurios stringa šių vaistų vartojimas, tai vaistų išrašymo dilema, bei finansiniai sunkumai. Vaistų išrašymo sunkumai

susiję su tuo, kad kas savaitę tėvai turi atvykti pas vaiko gydytoją, kuris jiems išrašytų medikamentus ant specialaus vardinio recepto. Tai sukelia sunkumų tėvams ir patiems medikams. Nors šie vaistai nėra finansuojami iš PSDF, tačiau tik nedidelė dalis tėvų pažymėjo finansinius sunkumus patiriamus įsigyjant vaistus. Manau, kad tikroji finansinė situacija yra daug didesnė, tačiau tėvų nenoras atskleisti savo finansinės problemos, iškreipia esamą situaciją. (14 pav.)

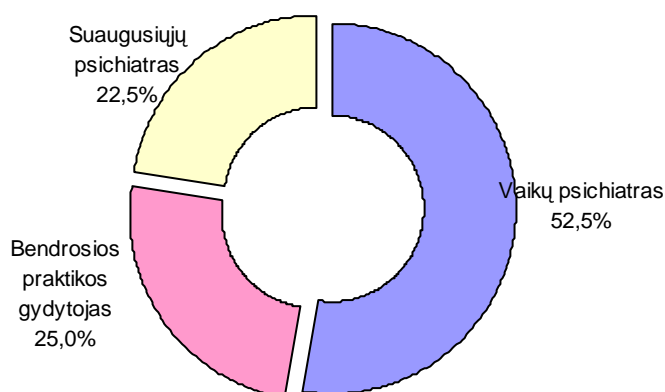
14 paveikslas. PGP sigyjimo sunkumai



Apklausus tėvus pas kokį gydytoją išrašinėjami receptai PGP įsigyjimui paaiškėjo, kad dauguma receptų išrašo vaikų psichiatras 21(52,5%), kiek mažiau bendrosios praktikos gydytojas – 10(25%) ir suaugusiųjų psichiatras – 9(22,5%). Tai rodo, kad HS tolomenis gydymas sekamas vaikų psichiatro, o ne bendrosios praktikos gydytojo. Remiantis 2005 - 2010m. sveikatos strategija, nesunkius psichikos sveikatos sutrikimus turėtų gydyti pirminis sveikatos sektorius, o ne specialistai. Toks psichostimuliatorių recepto išrašymo būdas vargina tėvus, nes receptas išrašinėjamas kas savaitę, o ir specialistų trūkumas įtakojo šių problemų gilumą.

Pasinaudojus “chi kvadrato” metodu, $\lambda^2 = 6,6$, $df=2$, ir duomenys statistiškai patikimi $p<0,05$ arba tiksliau $p=0,036$ (15pav.)

15 paveikslas. PGP išrašantys specialistai



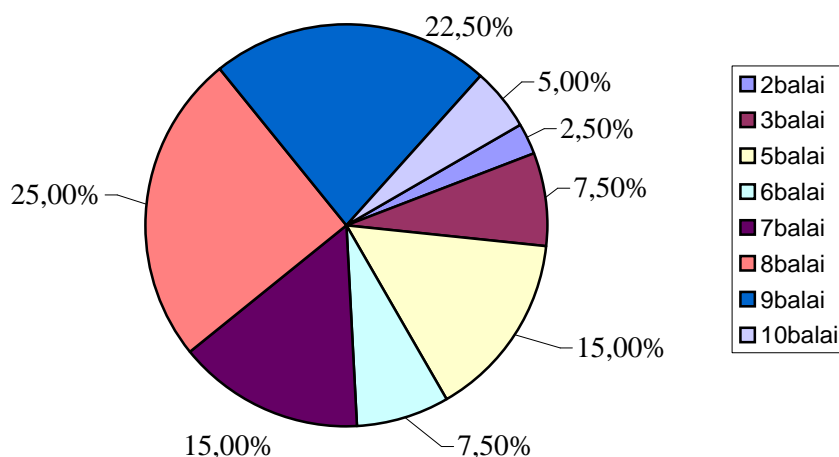
3. PGP poveikio ir šalutinių reiškinių analizė

Psichostimuliatorių grupės preparatai (PGP) kaip ir daugelis kitų medikamentų be savo teigiamų reiškinių sukelia ir neigiamus vaistų reiškinius. Daugiausia vaikų tyrime dalyvavo 11-15m. tai siejama su paauglytės pradžia, tad medikamentų šalutinių reiškinių fiksavimas apsaugotų nuo galimų nemalonių patiriamų būklių. Vienas iš darbo tikslų pastebėti PGP teigiamus ir neigiamus šalutinius reiškinius.

Iš 40(100%) vaikų vartojusių PGP, tėvai šių vaistų poveikį įvertino 10 – balėje sistemoje (0- nėra poveikio, 10-stiprus poveikis). Vaistų poveikis vertinamas pagal vaiko būsenos pakitimus nevartojant ir vartojant medikamentus. Daugiausia vaikų tėvų vaistų poveikį įvertino teigiamai skyrė 8 balus -10(25%) ir 9balus- 9(22,5%); 2balus-1(2,5%); 3balus-3(7,5%); 5balus-6(15%); 6balus-3(7,5%); 7balus -6(15%); ir 10balų-2(5%). Pastebėta, kad nei vienas iš tėvų neskyrė 4 balus vaistų poveikiui įvertinti. Tėvų įvertinimas PGP poveikių rodo, kad šie grupės preparatai yra gerai vertinami tėvų tarpe.

Pasinaudojus “chi kvadrato” metodu, $\lambda^2 = 15,2$ $df=2$, ir duomenys statistiškai patikimi $p<0,05$. (16 pav.)

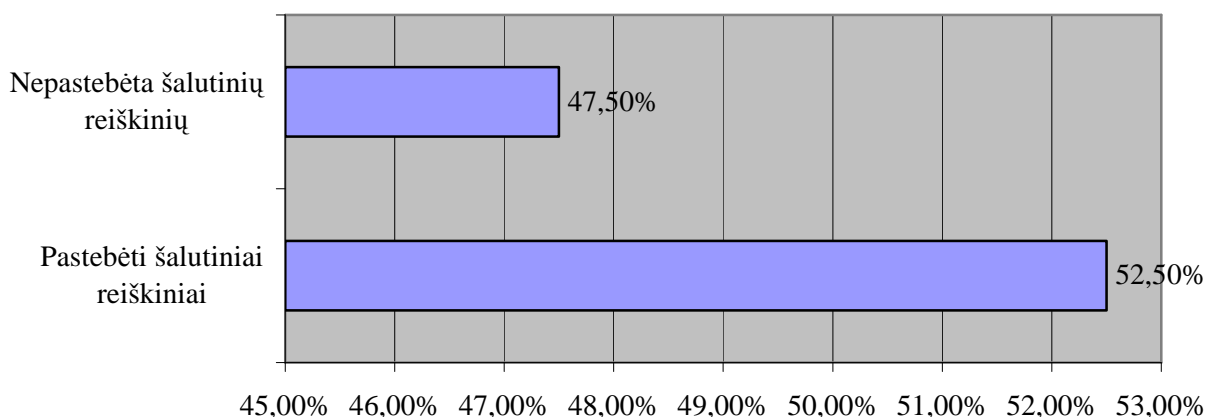
16paveikslas. PGP poveikio įvertinimas



Kaip ir daugelui vaistų būdingi tam tikri šalutiniai reiškiniai. Neišimtis yra ir šiame tyrime nagrinejamų preparatų šalutinių reiškinų monitoravimas.

21 vaikui buvo pastebėti šalutiniai PGP reiškiniai tai sudaro šiek tiek daugiau nei pusę vaikų vartojusių PGP-52,5%, ir 19(47,5%) vaikų gydymas vyksta be ryškių šalutinių reiškinų sukeltų sveikatos problemų. $p > 0,05$, tai rodo, kad nėra statistinio skirtumo tarp šalutinių reiškinų pasireiškimų. Šalutinių reiškinų pasireiškimas gydant PGP yra dažnas reiškinys. Tai atitinka ir kitų tyrimų metu nustatytą šių reiškinų dažnumą – 40-50%. (17 pav.)

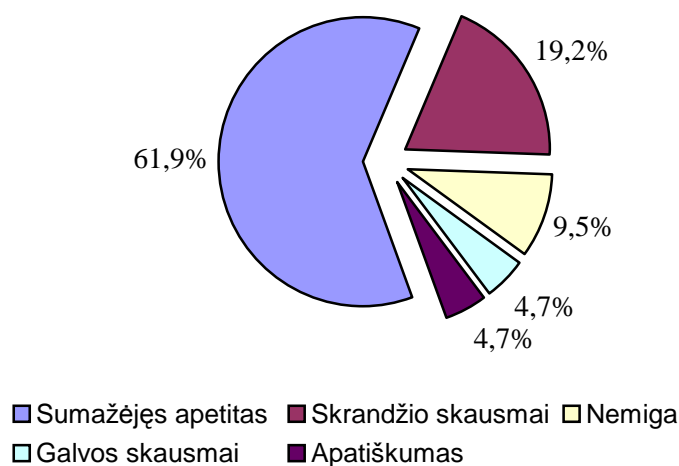
17 pav. PGP sukeliami šalutiniai reiškiniai



Daugiau nei trys pentktadaliai tėvų pažymėjo, kad dažniausias iš šalutinių reiškinių požymių yra sumažėjęs apetitas, ir mažiau nei ketvirtadalis vaikų tėvų pažymėjo – skrandžio skausmus. Tai daugiausia slaugos problemas sukiantys šalutiniai reiškiniai. $p < 0,05$

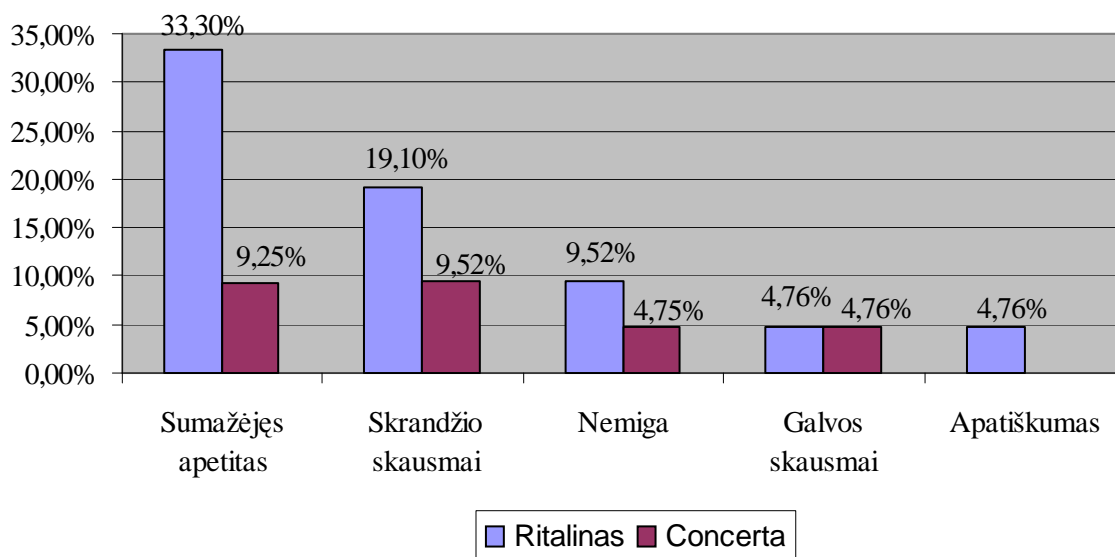
Apetito sumažėjimas gali įtakoti ir skrandžio skausmus dėl sumažėjusio maisto kiekio suvartojimo, bei medikamentų dirginimo skrandžio gleivinę. Būtinai vaistų vartojimas po valgio, apsaugant nuo dispepsinių sukiamų reiškinių. Bei tėvų kontrolė vaikams geriant vaistus. (18 pav.)

18 paveikslas. Šalutinių reiškinių analizė



Ištirta, ar psichostimuliatorių grupės preparatų (Ritalino ir concertos) vartojimas susijęs su šalutinių reiškinių pasireiškimu. Dažniausia tiek ritalino, tiek concertos vartojimo metu pasireiškia apetito sumažėjimas ir skrandžio skausmai. Nustatytas silpnas Pyrsono tiesioginis ryšys $r = 0,3$ – dažnėjant PGP vartojimui, dažnėja ir šalutinių reiškinių pasireiškimas. $P > 0,05$ – nėra statistinio skirtumo tarp PGP preparatų sukiamų šalutinių reiškinių. (19 pav.)

19 pav. Ritalino ir concertos sukelti šalutiniai reiškiniai



Įvertinta, kiek balų tėvai skiria šalutinių reiškinų intensyvumui. Reiškinių intensyvumas matuojamas 9 – balėje sistemoje (0 balų – labai silpni šalutiniai reiškiniai ir 9 balai - labai stiprūs šalutiniai reiškiniai). Šalutinių reiškinų intensyvumas vertintas remiantis Barkley R. “Šalutinių poveikių vertinimo skale”.

21(100%) tėvas pažymėjęs PGP šalutinių reiškinų pasireiškimą, skyrė tokius balus šalutinių reiškinų įvertinimui (3 lentelė). Daugiau nei pusė vaikų tėvų 11(52,38%) vaistų šalutinių poveikių intensyvumą įvertino 5 balais; 6balus skyrė – 3(14,28%); 7 balus – 2(9,52%). 8 ir 9 balus neskyrė nei vienas iš tėvų. Šalutinių poveikių intensyvumo įvertinimas rodo vidutinio stiprumo intensyvumą.

Pasinaudojus “chi kvadrato” metodu, $\lambda^2 = 10,33$ $df=3$, ir duomenys statistiškai patikimi $p<0,05$. (3lentelė)

3 lentelė. PGP šalutinių reiškinų intensyvumo vertinimas

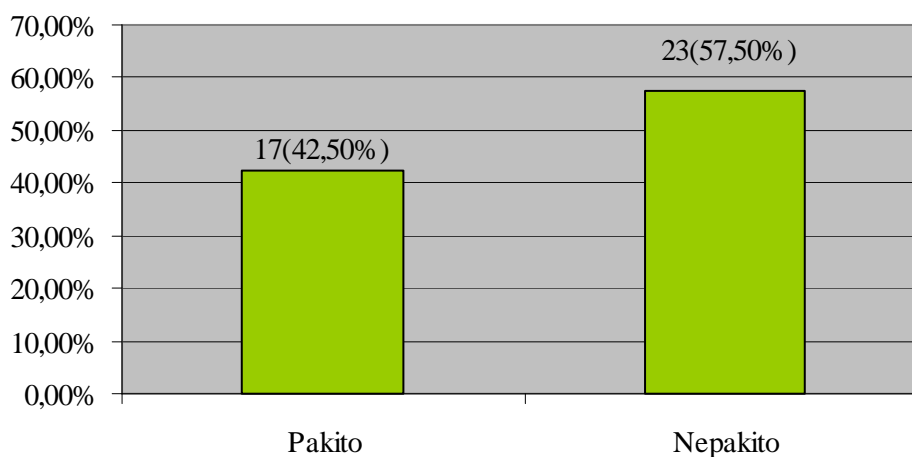
	Sumažėjęs apetitas	Skrandžio skausmai	Nemiga	Galvos skausmai	Apatiškumas	Viso:
Balai	-	-	-	-	-	-
0	-	-	-	-	-	-
1	-	-	1(4,76%)	-	-	1(4,76%)
2	-	1(4,76%)	-	1(4,76%)	-	2(9,52%)
3	-	-	-	1(4,76%)	-	1(4,76%)
4	-	-	-	-	1(4,76%)	1(4,76%)
5	6(28,6%)	2(9,52%)	2(9,52%)	-	1(4,76%)	11(52,38%)
6	2(9,52%)	1(4,76%)	-	-	-	3(14,28%)
7	2(9,52%)	-	-	-	-	2(9,52%)
8	-	-	-	-	--	-
9	-	-	-	-	-	-
Viso:	10(47,6%)	4(19,1%)	3(14,28%)	2(9,52%)	2(9,52%)	21(100%)

4. PGP įtaka vaiko svorio kitimui. Slaugytojos vaidmuo HS turinčių vaikų slaugos proceso kūrime

Iš 40(100%) vaikų pradėjusių gydytis PGP - 17(42,5%) pasireiškė svorio kitimo reiškiniai ir daugiau nei pusei (57,5%) svorio kitimas nebuvo užfiksuotas. Svorio kitimo problema vartojant šios grupės preparatus galima, tai rodo ir gauti tyrimo duomenys. Dauguma kitų tyrimų duomenys tai pat teigia, kad svorio kitimas dažna PGP vartojančių vaikų slaugos problema.

Nustatytas silpnas Spyrmano ryšys $r=0,3$ tarp svorio kitimo ir PGP vartojimo, gauti duomenys statistiškai nesiskiria $p>0,05$. (20pav.)

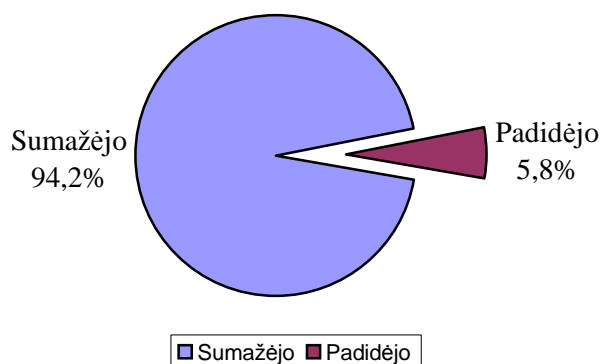
20 paveikslas. PGP vartojimo įtaka svorio kitimui



Kaip PGP vartojimas įtakojo vaiko svorio kitimui. Daugiausia 16(94,2%) vaikų vartojusių PGP patyrė svorio kritimo, ir tik 1(5,8%) svorio padidėjimo reiškiniai. Galima daryti išvadą, kad PGP vartojimas labiausiai 94,2% vaikų įtakojo svorio kritimui ir tik 5,8% svorio padidėjimui.

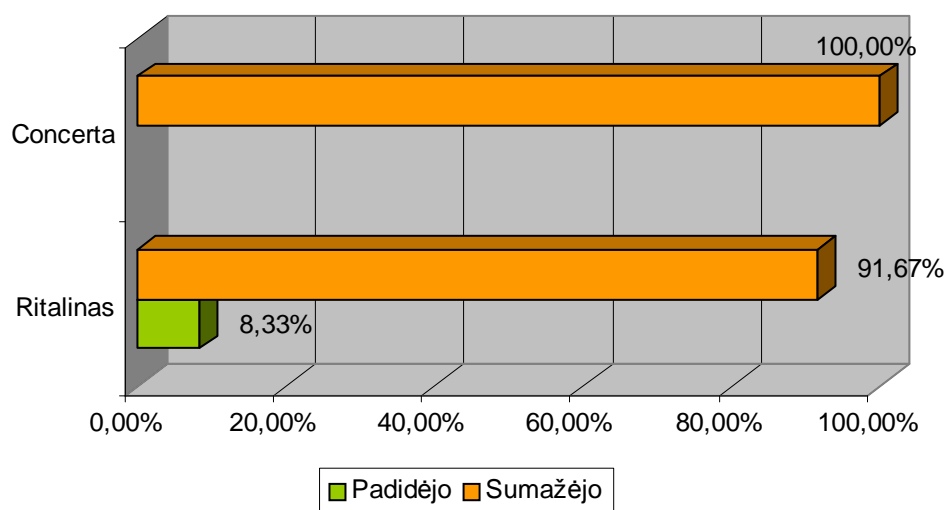
Pasinaudojus "chi kvadrato" metodu, tarp eilutės svorio pakitimas pradėjus vartoti PGP ir stulpelio kaip pakito svoris gauti tokie statistiniai duomenys $\lambda^2 = 13,23$ $df=2$, ir duomenys statistiškai patikimi $p<0,05$.(21pav.)

21 paveikslas. PGP įtaka svorio kritimui ir didėjimui



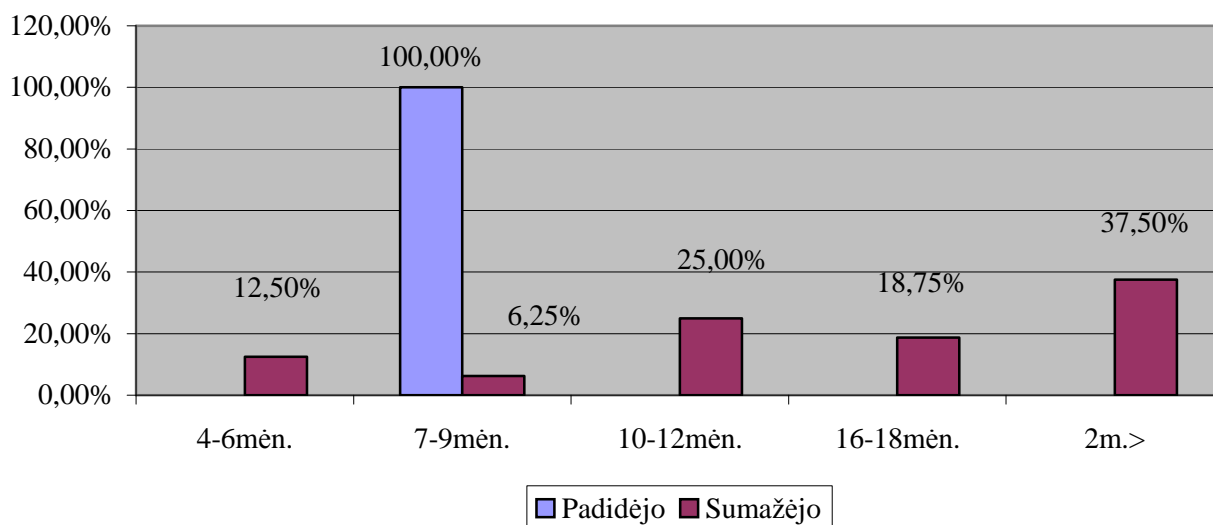
PGP įtaka svorio kitimui. Vaikų vartojusių ritaliną svorio kitimo rodikliai pasiskirtė taip: 1(8,33%) svorio padidėjimas, 11(91,67%) svorio sumažėjimas, o concerta vartojusių vaikų svorio kitimai atrodo taip: 5(100%) vaikams svorio sumažėjimas. Tiek ritalinas, tiek concerta turi įtakos svorio mažėjimui. Skiriant gydymui šiuos preparatus, būtinas vaiko svorio monitoravimas. Duomenys statistiškai nesiskiria $p=0,5$. (22pav.)

22 paveikslas. Ritalino ir concertos sukelti svorio kitimo reiškiniai



Nuspręsta nustatyti ryšį, tarp kiek laiko vartojami PGP ir kaip pakito svoris vartojant PGP. Didžiausias svorio padidėjimas pastebėtas 7-9 mėn. vartojant concertos preparatą, ritalino svorio sumažėjimas daugiausia pastebimas, kai vartojama 2 metus ir daugiau. Nustatytas silpnas ryšys $R=0,3$ tarp PGP vartojimo laiko ir svorio kitimo, gauti duomenys statistiškai nesiskiria $p=0,09$ (23pav.)

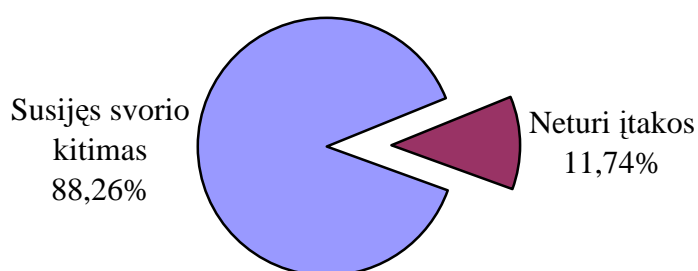
23 paveikslas. PGP vartojimo trukmės ir svorio kitimo ryšys



Ar vaiko svorio kitimas yra susijęs su kitais šalutiniais reiškiniais. Iš 21(100%) vaiko tėvo pastebėjusio šalutinius reiškinius 17(80,95%) buvo susiję su svorio kitimo problemomis. Net 15 (88,26%) vaikams svorio kitimas yra susijęs su šalutinių reiškinų pasireiškimu.

Nustatytas stiprus ryšys $R=0,7$ tarp svorio kitimo ir šalutinių reiškinų pasireiškimu, $\lambda^2 = 15,1$ $df=1$, $p<0,000$ duomenys statistiškai reikšmingi.(24pav.)

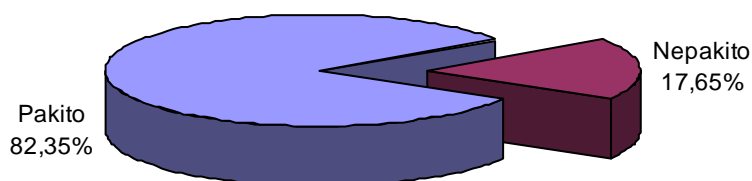
24 paveiksals. Šalutinių reiškinų įtaka svorio kitimui



Iširta, ar sumažėjęs apetitas įtakoja svorio pakitimui. Daugiausia vaikų tėvų pažymėjo -14 (82,35%), kad vaikų svorio pakitimas yra susijęs su sumažėjusiu vaiko apetitu vartojant PGP. Sumažėjęs vaiko apetitas turėtų žymiai įtakoti svorio kitimui, bet gauti statistiniai duomenys rodo vidutinio stiprumo ryšį, tarp vaiko apetito sumažėjimo ir svorio kitimo.

Nustatytas atvirkščias ryšys $r= -0,4$, $p<0,05$. Mažėjant vaiko apetitui, didėja svorio kitimas. (25pav.)

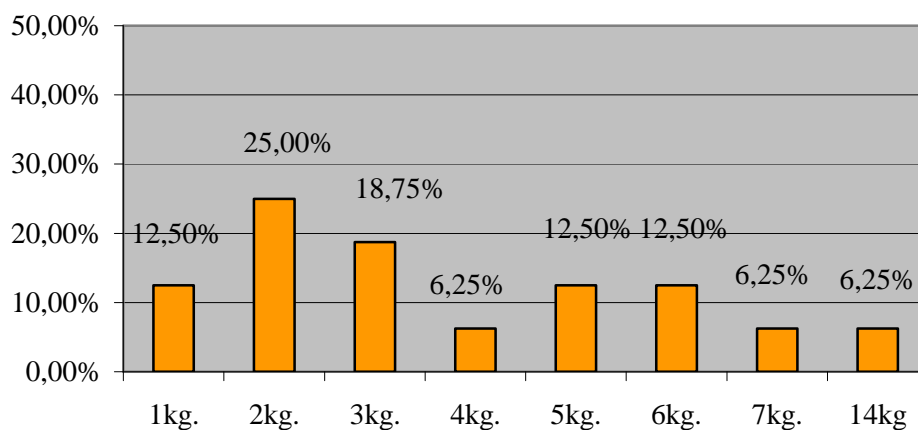
25 paveikslas. Sumažėjusio apetito įtaka vaiko svorio kitimui



Nuspręsta pateikti duomenis, detalizuojančius vaiko svorio kitimą. Kiek kilogramų svorio vaikai prarado pradėjus vartoti PGP. Dažniausia vaikams vartojant PGP svorio sumažėja: 1kg., 5kg., ir 6kg. - 12,5% vaikų. Ketvirtadaliui vaikų svorio sumažėjo 2 kg., tai sudarė didžiausią vaikų tėvų atsakiusių grupę.

Pasinaudojus "chi kvadrato" metodu, tarp eilutės "ar pradėjus vartoti PGP pakito svoris?" ir stulpelio "kiek kg. sumažėjo vaiko svoris?" gauti tokie statistiniai duomenys $\lambda^2 = 36$ df=8, ir duomenys statistiškai patikimi $p < 0,05$. (26 pav.)

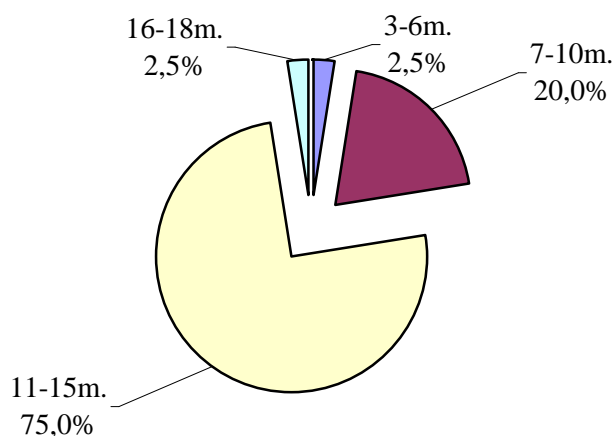
26 paveikslas. Nukritusio svorio analizė, vartojant PGP



Nuspręsta nustatyti ryšį tarp vaiko amžiaus ir svorio kitimo, pradėjus vartoti PGP. Nustatyta, kad trims ketvirtadaliams – 75% vaikų 11-15 metų susiduria su svorio kitimo problema pradėjus vartoti PGP. Nors daugiausia tyrime dalyvavusių vaikų amžius 7-10m. juos svorio kitimo problemos vartojant PGP vargina tik penktadalį – 20%.

Nustatytas stiprus ryšys $r = 0,6$ tarp vaikų amžiaus ir svorio kitimo, pradėjus vartoti PGP. $\lambda^2 = 37$, $p < 0,05$. (27 pav.)

27 paveikslas. Vaiko svorio kitimo priklausomybė nuo vaiko mažiaus

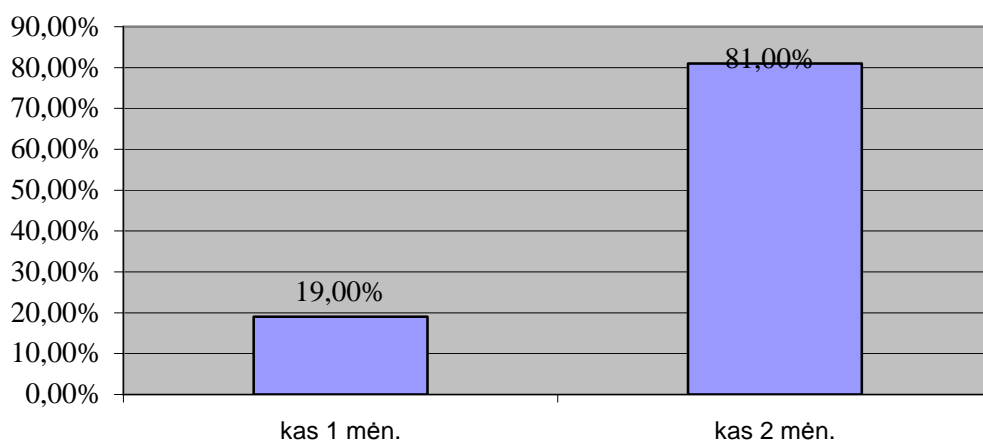


Vaikams pradėjus vartoti PGP būtinas nuolatinis svorio monitoravimas, kurio metu galima pastebėti kaip vaiko svoris kinta, bei imtis tam tikrų svorio korekcijos priemonių. Daugiau nei pusei 21(52,5%) vaikui vartojusių PGP svorio kitimo sekimas buvo pradėtas nuo gydymo pradžios. Sekant nuosekliai vaiko svorio kitimą galima laiku imtis svorio korekcijos priemonių, apsaugant nuo tolimesnių kylančių slaugos problemų. Kita likusi vaikų dalis buvo gydyta nemonitoruojant vaiko svorio, nekreipiant dėmesio į jo pakitimus. Tai rodo specialistų bei tėvų žinių trūkumą dėl detalesnės vaiko slaugos ir gydymo.

Vienas iš darbo uždavinių nustatyti slaugytojos vaidmenį HS turinčių vaikų slaugos proceso kūrime. Tai vienas iš pagrindinių slaugytojos veiklos barų, monitoruoti HS turinčių vaikų svorį, vartojant PGP. Tėvai pažymėjo, kad jie patys savarankiškai arba lankantis pas gydytoją sužinodavo apie galimą vaiko svorio kitimą. Slaugytojos vaidmuo nebuvo pažymėtas vaiko svorio monitoravimo metu.

Toliau norėta detalizuoti vaiko svorio monitoravimo dažnumą. Apklausus vaikų tėvus, dauguma jų pažymėjo, kad vaiko svorio monitoravimas buvo atliekamas kas 2 mėn.- 17(81%), palyginus su rekomendacijomis, toks retas svorio sekimas gali įtakoti dideliems vaiko svorio pokyčiams, kreipiant dėmesį, kad didžioji dalis tyrime dalyvaujančių vaikų yra 11-15m. – (75%), o tai paauglystės pradžia, kurios tolimesnei eigai svarbus rodiklis yra vaiko svoris, jo vystymasis. $P < 0,05$. (28pav.)

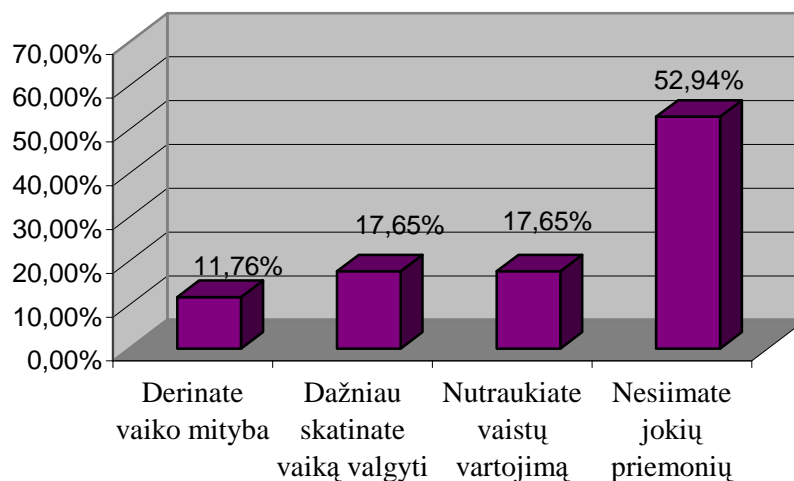
(28pav.) Svorio monitoravimas



Ištirta, kokių priemonių tėvai imasi, kai vaiko svoris pradėjus varoti PGP pradėjo kisti. Daugiausia tėvų pažymėjo, tokių iš viso buvo 9(52,94%) iš 17(100%) tėvų pažymėjusių svorio kitimo reiškinius), kad nesiima jokių vaiko svorio reguliavimo priemonių, ir beveik penktadalis tėvų susidurę su vaiko svorio kitimo problema, dažniau skatina vaiką valgyti arba nutraukia vaistų vartojimą. Būtina pažymėti, kad tėvų žinių trūkumas apie vaiko svorio korekcijos galimybes gali įtakoti tolimesnį vaiko svorio kitimą. Tėvų žinių trūkumas susijęs ir su slaugos specialistų abejingumu bei žinių trūkumu apie HS turinčių vaikų slaugos ypatumus. Tad būtina skatinti psichikos sveikatos centruose dirbančius slaugytojus kontaktuoti su HS turinčiais vaikais ir jų šeimomis, sekant ir fiksuojant PGP sukeltus neigiamus ir teigiamus reiškinius.

Pasinaudojus “chi kvadrato” metodu, tarp eilutės “ką darote, jei padėjus vartoti PGP pakito svoris”? ir stulpelio “ar pradėjus vartoti vaistus pakito svoris?” gauti tokie statistiniai duomenys $\chi^2 = 40$ $df=4$, ir duomenys statistiškai patikimi $p<0,05$. (29pav.)

29 paveikslas. Tėvų priemonių naudojimas svorio reguliavimui



Apklausiant vaikų tėvus iškilo svorio ir ūgio kitimo problema, nes nedidelė dalis tėvų - 12(30%) galėjo suteikti informacijos apie vaiko ūgio ir svorio parametrus. Vaikų svorio vidurkis – 36,25kg. ; mediana=35kg.; moda=28kg., mažiausias vaiko svoris-24kg.maksimalus svoris - 50kg. standartinis nuokrypis (SD)=8.01

Vaikų ūgio statistinė analizė, vaikų ūgio vidurkis - 144,64cm.; mediana -145,22; Moda - 143,00; SD – 14,17; minimalus vaiko ūgis-112cm.; maksimalus -167cm. Išsamesnė informacija pateikiama (4lentelėje)

4 lentelė. Vaikų vartojusių PGP ūgio ir svorio lentelė

Ūgis (cm.)	n(%)	Svoris (kg.)	n(%)
112cm.	2(16,7%)	24kg.	2(16,7%)
132cm.	2(16,7%)	28kg.	2(16,7%)
140cm.	1(8,3%)	30kg.	1(8,3%)
143cm.	2(16,7%)	34kg.	2(16,7%)
145cm.	1(8,3%)	35kg.	1(8,3%)
150cm.	2(16,7%)	40kg.	2(16,7%)
156cm.	1(8,3%)	45kg.	1(8,3%)
167cm.	1(8,3%)	50kg.	1(8,3%)
Viso:	12(100%)	-	12(100%)

Nuspręsta ištirti vaikų vartojusių PGP ūgio ir amžiaus priklausomybę. Atlikus tėvų apklausą gauta, jog vaikų mažiausias ūgis -112cm. ir didžiausias 167 cm. priklausė 11-15m. vaikų amžiaus tarpe. Nenagrinėtas liko 16-18m. vaikų ūgis, dėl tėvų žinių trūkumo apie vaiko ūgį buvo negauta informacija.

Pasinaudojus “chi kvadrato” metodu, tarp eilutės “Vaiko ūgis”? ir stulpelio “Vaiko amžius?” gauti tokie statistiniai duomenys $\chi^2 = 50$, duomenys statistiškai patikimi $p=0,04$. nustatytas stiprus ryšys tarp vaiko ūgio ir svorio $r=0,7$, tai rodo, kad vartojant vaikui PGP nėra ūgio ir svorio priklausomybės pakitimų.(5 lentelė)

5 lentelė. Vaikų vartojusių PGP amžiaus ir ūgio priklausomybė

Vaiko ūgis (cm.)	Vaiko amžius (metais)			
	3-6m.	7-10m.	11-15m.	Viso:
112	-	-	2(16,7%)	2(16,7%)
132	-	2(16,7%)	-	2(16,7%)
140	1(8,3%)	-	-	1(8,3%)
143	-	-	2(16,7%)	2(16,7%)
145	-	-	1(8,3%)	1(8,3%)
150	-	-	2(16,7%)	2(16,7%)
156	-	-	1(8,3%)	1(8,3%)
167	-	-	1(8,3%)	1(8,3%)
Viso:	1(8,3%)	2(16,7%)	9(75%)	12(100%)

Vaiko amžiaus ir svorio priklausomybė vartojant PGP. Apklausus tėvus gauti duomenys rodo, kad mažiausias vaiko svoris, vartojant PGP buvo 24kg, o didžiausias 50kg. Nenagrinėtas liko 16-18m. vaikų ūgis, dėl tėvų žinių trūkumo apie vaiko svorį.

Pasinaudojus “chi kvadrato” metodu, tarp eilutės “Vaiko svoris”? ir stulpelio “Vaiko amžius?” gauti tokie statistiniai duomenys $\chi^2 = 30$, ir duomenys statistiškai nesiskiria $p=0,3$. (6lentelė)

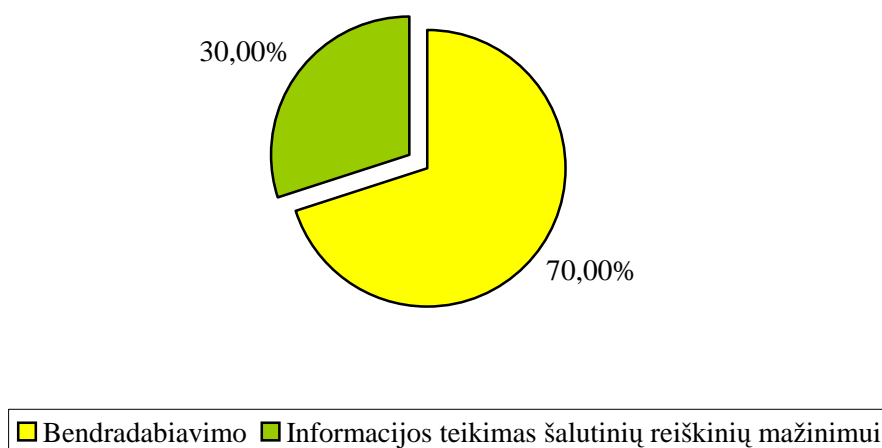
6 lentelė. Vaikų vartojusių PGP amžiaus ir svorio priklausomybė

Vaiko svoris (kg.)	Vaiko amžius (metais)			
	3-6m.	7-10m.	11-15m.	Viso:
24	1(8,3%)	1(8,3%)	-	2(16,7%)
28	-	1(8,3%)	1(8,3%)	2(16,7%)
30	-	-	1(8,3%)	1(8,3%)
34	-	-	1(8,3%)	1(8,3%)
35	-	-	2(16,7%)	2(16,7%)
40	-	-	1(8,3%)	1(8,3%)
42	-	-	1(8,3%)	1(8,3%)
45	-	-	1(8,3%)	1(8,3%)
50	-	-	1(8,3%)	1(8,3%)
Viso:	1(8,3%)	2(16,7%)	9(75%)	12(100%)

Slaugos specialistai neteikia informacijos HS vaikų slaugos problemoms spręsti ir psichostimuliatorių grupės preparatų sukeltų šalutinių reiškinių korekcijai vykdyti. Apklausus vaikų tėvus paaiškėjo, kad nė vienas slaugos specialistas neatliko tokios funkcijos - 40(100%). Tai pat nei vienas slaugos specialistas nedalyvavo HS turinčių vaikų slaugos proceso kūrimo, suteikiant vaikų tėvams informacijos apie HS galimus naujus slaugos ypatumus.

Apklausus vaikų tėvus išsiaiškinta, jog didžioji dalis tėvų iš slaugos specialistų norėtų bendradarbiavimo, tai slaugos problemų sprendimo, vaiko auklėjimo, dienotvarkės sudarymo klausimais. Nedidelė dalis tėvų pageidautų, kad slaugos specialistai padėtų tėvams išspręsti šalutinių reiškinių sukeltas problemas. (30pav.)

30 paveikslas. Tėvų lūkesčiai iš slaugos specialistų

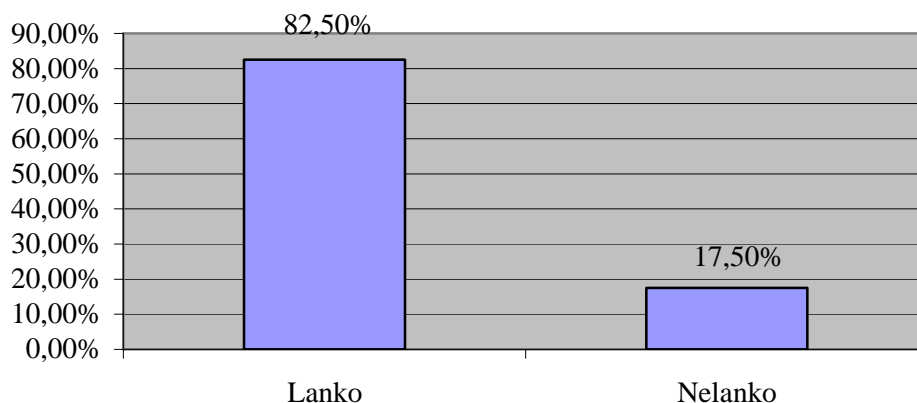


5. PGP įtaka HS turinčių vaikų socializacijos procesui

HS turintys vaikai patiria daug problemų socializuojantis. Tai susiję su vaiko hiperaktyvumu, dėmesio stoka, impulsyvumu, kai kuriais atvejais ir agresyvumu. Šios pagrindinės problemos, sukeliančios vaikui nesklaidumą socializuotis tam tikroje aplinkoje. Visų pirma, vaikui socializacija prasideda pradėjus lankyti vaikų darželį, vėliau mokyklą. Ištirta, kaip HS turintiems vaikams sekėsi ir sekasi socializuotis.

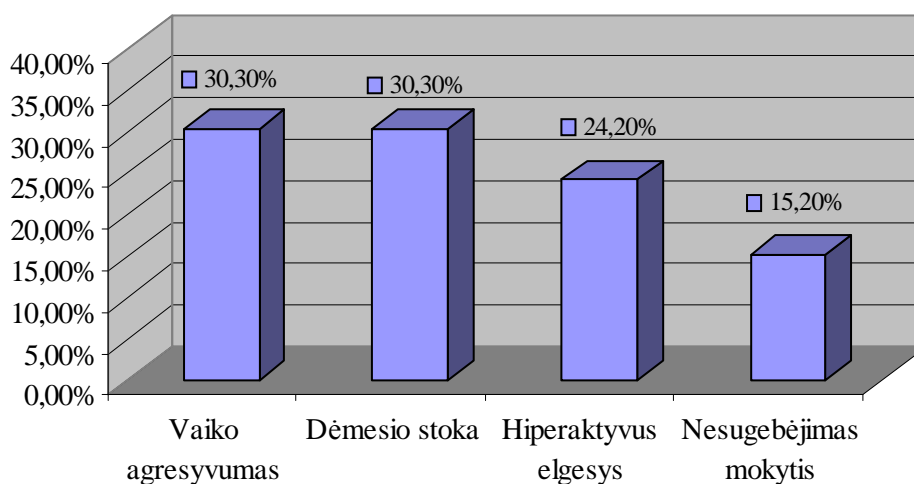
Apklausiant vaikų tėvus ištirta, kad net keturi penktadaliai 33(82,5%) vaikų lankė vaikų darželį. Tai rodo, kad ir nors vaikai turintys socializacijos problemų socializavosi ir lankė vaikų darželį. (31pav.)

31 paveikslas. Hiperaktyvių vaikų socializacija vaikų darželyje



Dažniausios vaiko socializacijos procesą trikdančios HS būdingos problemos: vaiko agresyvumas - 10(30,3%); dėmesio stoka – 10(30,3%); hiperaktyvus vaiko elgesys – 8(24,2%) ir vaiko nesugebėjimas mokytis – 5(15,2%) tokias problemas nurodė 33(82,5%) vaikų tėvai, kurių vaikai lankė vaikų darželį bet patyrė tokius socializuojantis trikdžius. Beveik trečdalis vaikų tėvų pažymėjo, kad dažniausios patiriamos problemos yra vaiko agresyvumas ir dėmesio stoka. (32pav.)

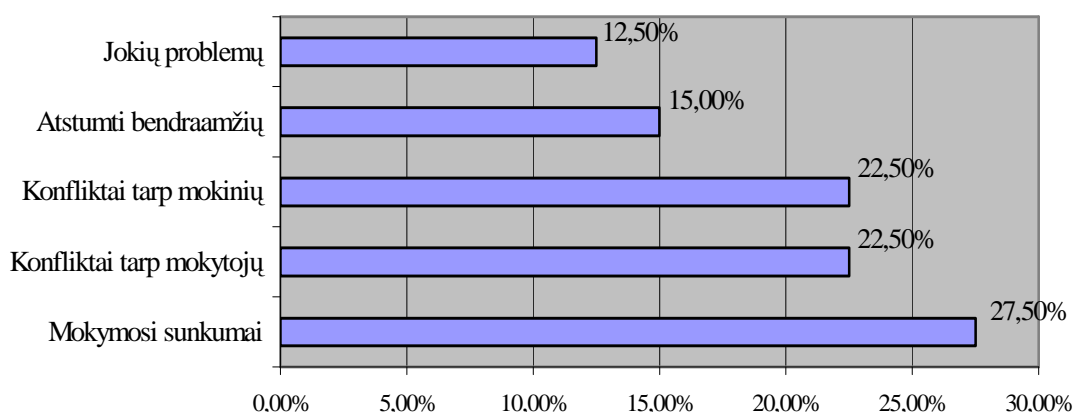
32 paveikslas. Hiperaktyvių vaikų patiriamos problemos, socializuojantis vaikų darželyje



Šiuo metu visi tyrime dalyvavę vaikai lanko mokymo įstaigą. Tik dažniausia tokie vaikai susiduria su tam tikromis šiam sutrikimui būdingomis problemomis, kurios trikdo vaiko socializacijos procesą mokymo įstaigoje. Ištirta, kaip PGP vartojimas įtakoja vaiko socializacijos procesui mokykloje.

Nustatyta, kad daugiausia hiperaktyviu sutrikimu sergantys vaikai patiria konfliktines situacijas su mokytojais – 9(22,5%) ir mokiniais – 9(22,5%), mokymosi sunkumus – 11(27,5%), atstumti draugų tokie vaikai sudarė 6(15%) ir jokių problemų HS nesukėlė 5(12,5%) vaikams. 1-2 vaikai iš 10 patiria draugų ir bendraklasių atstūmimą, nenorą draugauti, bendrauti. Tai sukelia vaiko nepasitikėjimą savimi ir aplinkiniais. Pastebėta, kad 12,5% vaikų pradėjusių vartoti PGP nepatiria jokių problemų mokyklos aplinkoje (33pav.).

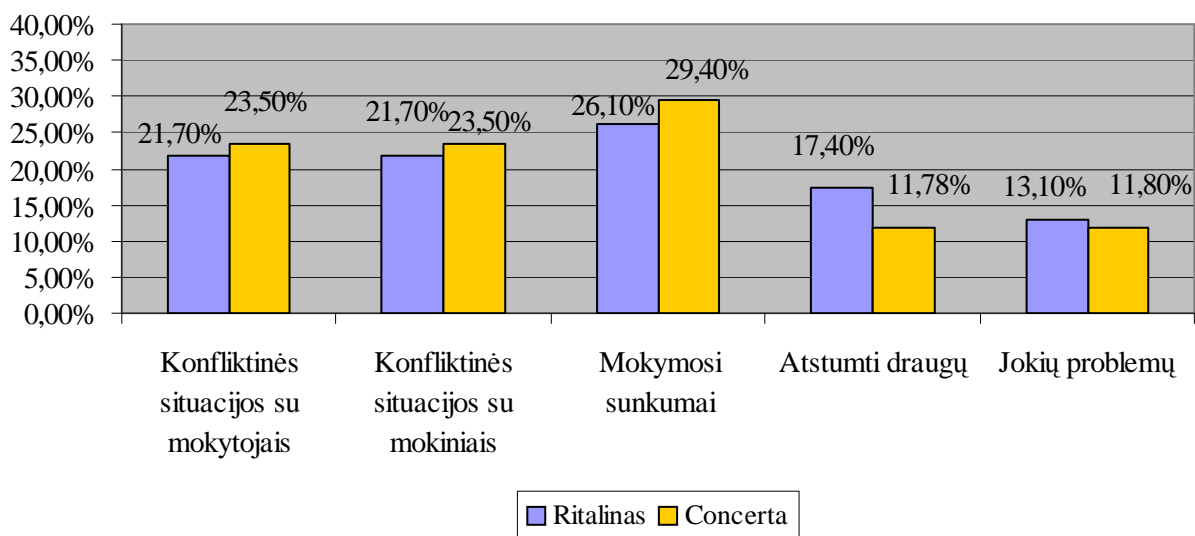
33 paveikslas. PGP įtaka vaiko socializacijai mokyklos aplinkoje



Ištirta, kiek įtakoja PGP (ritalino ir concertos) vartojimas patiriamoms mokymo įstaigoje socializacijos problemoms. Ritalinu besigydančių vaikų, kurių iš viso yra 23 patiriamos tokios HS būdingos problemos: konfliktines situacijas su mokytojais – 5(21,7%) ir mokiniais – 5(21,7%), mokymosi sunkumus – 6(26,1%), atstumti draugų tokių vaikų yra – 4(17,4%) ir jokių problemų HS nesukėlė 3(13,1%) vaikams.

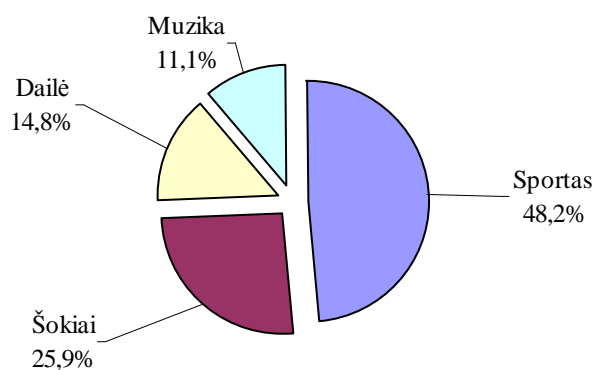
Vartojusių vaikų concerta preparatus (iš viso 17) patiriamos tokios mokymo įstaigoje socializacijos problemos: konfliktines situacijas su mokytojais – 4(23,5%) ir mokiniais – 4(23,5%), mokymosi sunkumai – 5(29,4%), atstumti draugų tokie vaikai sudarė – 2(11,8%) ir jokių problemų HS nesukėlė – 2(11,8%) vaikams. Nėra statistinio skirtumo tarp ritalino ir concertos vartojamų preparatų sukeliamų socializacijos problemų. $P > 0,05$ (34pav.)

34 paveikslas. Ritalino ir concertos įtaka patiriamoms vaiko socializacijos problemoms



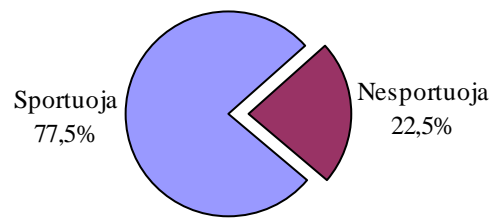
27 vaikai užsiima popamokine veikla (100%), iš jų didžioji dalis lanko sporto būrelius – 13(48,2%), šokių – 7(25,9%), dailės – 4(14,8%), muzikos – 3(11,1%). $P > 0,05$ duomenys statistiškai nesiskiria.(35pav.)

35 paveikslas. Popamokinė veikla



Ar vaikas sportuoja? ar vaikas lanko mokykloje fizinio lavinimo pamokas? ar judrus namuose ir kitoje aplinkoje? – į tokius klausimo apibūdinimus tėvai atsakė – 31(77,5%). Tai rodo daugiausia vaikai savo hiperatyvumą nukreipia sportui.(36pav.)

36 paveikslas. Sporto būrelių lankomumas



REZULTATŲ APITARIMAS

Tik vaikui pradėjus žengti pirmuosius savo gyvenimo žingsnius bei aktyviai domėtis aplinka, dalis tėvų susiduria su nensupejamu ir nepaaiškinamu vaiko elgesiu – nepaprastu judrumu, nestabiliomis emocijomis ir greita jų kaita, tam tikra diskoodinacija. Vaikui augant požymiai kinta, tačiau jų ekpersija labai priklauso nuo aplinkos.

Šio sutrikimo dažnis didesnis berniukų tarpe nei mergaičių, o tai atitinka daugumos tyrimo duomenis. Smally S.L. ir kiti - 2007m. Pagal gautus šio tyrimo duomenis HS paplitimas ir gydymas skiriamas septynis kartus dažniau berniukams nei mergaitėms. (2pav.) Biederman ir kiti – 2002m. daro išvadas, kad tarp mergaičių aktyvumo ir dėmesio sutrikimo paplitimas didėja ir yra didesnis negu manyta iki šiol, tik dažnai šis sutrikimas joms neatpažįstamas ir nediagnozuojamas. Šią problemą paaiškina mūsų tyrimo duomenys, kurie rodo, kad aktyvumo ir dėmesio sutrikimo mergaitėms ne tokie ryškūs impulsyvaus ir hiperaktyvaus elgesio simptomai, joms kiek mažiau būdingi gretutiniai sutrikimai, o būtent šie veiksniai ir turi įtakos tam, ar į vaiko elgesio sutrikimą atkreipiamas dėmesys, ar kreipiamasi pagalbos į gydytoją.

Atlikus tyrimą pastebėta, kad dažniausia 7-10 metų vaikams diagnozuojamas HS(3pav.). Remiantis Barkley R. ir kitais –(1990m.) šio sutrikimo diagnozavimo pikas yra 7-8 gyvenimo metais. Septintieji metai – suskaupimo, kryptingo elgesio, savęs vertinimo bei savikontrolės formavimosi pradžia. Todėl pradinėse klasėse išryškėja mokymosi sunkumai (dėmesio koncentracijos sutrikimai, lėtesnis ir sutrikęs darbinės atminties formavimasis), nepažangumas, elgesio sutrikimai bei gali būti išreikštas judesių (sunkiau rašyti, ypač mažąsias raides) bei erdvės koordinacijos sutrikimas. Tačiau pirmieji HS simptomai išryškėja jau anksti vaikystėje, dažnai iki 3 metų amžiaus, ir netgi kūdikystėje. Ryškiausi sutrikimo požymiai tiek berniukams, tiek mergaitėms pasireiškia 7-12 metais dėl aukštosios nervinės veiklos vystymosi dinamikos (5,5-7 ir 9-10 metai laikomi kritiniais smegenų sistemų, atsakingų už mąstymo, dėmesio, atminties formavimąsi, periodais). Piščalkienė V. Hiperaktyumas:sveikatos ar socialinė problema Sveikatos mokslai Nr. 3 2005m.

Gydymo kompleksškumą sudaro nemedikamentinis ir medikamentinis gydymas, bei vaiko gydymui sukuriama komanda nariai: psichiatrai, psichologai, socialiniai darbuotojai, psichikos sveikatos slaugytojai, mokytojai, tėvai ir patys vaikai. Literatūros analizė leidžia teigti, jog vyrauja du požiūriai: pirmasis – hiperaktyvumą reikia gydyti vaistais, antrasis – išsvengiant vaistų skyrimo ir pagal vaikų poreikius adaptuoti aplinką.[2] Hiperaktyvūs vaikai turi būti mokomi kontroliuoti savo elgesį struktūruoti užduotis ir tinkamai organizuoti savo veiklą. Užtikrinti efektyvų hiperaktyvumo sindromo gydymą gali multimodulus požiūris į patį sutrikimą ir jo gydymą.[59] Be abejo, medikamentai turi būti kaip dalis kompleksinio gydymo, greta psichoterapinio gydymo ir pedagoginės pagalbos.

Vakarų šalyse (ypač JAV, Australijoje, Kanadoje) hiperaktyvūs vaikai gydomi itin brangiais medikamentais - psichostimuliuojančio veikimo vaistais ir selektyviais noradrenalino reabsorbcijos inhibitorių grupės (NARI) vaistais atomoksetinu (Banaschewski T. ir kt., 2006). Lietuvoje psichostimuliantai nėra registruoti, esant reikalui jie išrašomi kaip vardinis vaistinis preparatas su specialiuoju receptu. Šiais vaistais jau keli metai sėkmingai gydomi itin sunkaus laipsnio HS turintys vaikai. Pirmieji Lietuvoje pradėję skirti PGP buvo Vilniaus universitetinės ligoninės Vaikų ligoninės filialo Vaiko raidos centro Vaikų psichiatrijos skyrius. Pirmasis šios grupės atstovas Ritalin'as į Lietuvos vaistų rinką pateko 2005m. Concerta XL prolanguoto veikimo preparatas kiek vėliau – 2007m. (4pav.) Kauno medicinos universiteto (2005m.) atliktas tyrimas parodė, kad medikamentinis gydymas HS skirtas tik 2 iš 61 (3,4 proc.) tirtų pradinių klasių moksleivių, kuriems buvo nustatytas aktyvumo ir dėmesio sutrikimas. Medikamentinis gydymas buvo skirtas tik 3,4 proc. hiperaktyvių vaikų, tai yra 10 kartų mažiau negu užsienio šalyse. Tai yra tikrai nepakankama atsižvelgus į tai, kad aktyvumo ir dėmesio sutrikimas turi neabejotiną biologinį pagrindą ir medikamentinio gydymo veiksmingumas yra įrodytas dvigubai aklais su placebo kontroliuojamaisiais tyrimais. Medikamentinio aktyvumo ir dėmesio sutrikimo gydymo galimybes mūsų šalyje blogina tai, kad iki šiol Lietuvoje neregistruoti patys veiksmingiausi ir užsienyje plačiausiai vartojami psichostimuliuojantys medikamentai

.Pagal gautus tyrimo duomenis ritalinas skiriamas dažniau nei concerta, nors concerta Lietuvos vaistų rinkoje yra tik keletą metų. (4pav.) Dažniausia 7-10m. ir 11-15m. amžiaus grupės vaikai vartoja ritaliną.(5pav.) Atlikus apklausą paaiškėjo, kad po stacionarinio gydymo toliau vartoja PGP du trečdaliai HS turinčių vaikų. Tai pat du trečdaliai vaikų daro PGP vartojimo pertaukas. Jos dažniausia būna savaitgaliais ir atostogų metu. (9 ir 10pav.)

Daugiau nei pusė tėvų PGP poveikį įvertino teigiamai (10 balėje sistemoje daugiausia skyrė 8 ir 9 balus) (16pav.). Leskausko ir kt. (2004) atliktas tyrimas parodė gydymo veiksmingumą, kuris buvo vertintas pagal tėvų nuomonę. Tik 10,5 proc. tėvų, kurie kreipėsi dėl vaiko aktyvumo ir dėmesio sutrikimo pagalbos į specialistus, įvertino skirtą gydymą kaip veiksmingą. 2,5 karto daugiau tėvų (26,3 proc.) dėl aktyvumo ir dėmesio sutrikimo specialistų pagalbą vertino kaip nepatenkinamą. Daugiausia – 57,9 proc. tėvų įvertino, kad gydymas padėjo iš dalies. Bendri tyrimai rodo, kad PGP veiksmingumas yra įvertintas teigiamai.

Psichostimuliantų grupės preparatų šalutinis poveikis HS gydymo metu dažnai nustatomas reiškiny, tai gali sukelti 40-50% besigydančiųjų šiais grupės preparatais (Weiss G. ir kiti 1993m.). Šio tyrimo gauti duomenys taip pat parodė, kad daugiau nei pusei – 52,5% vaikų vartojusių PGP pasireiškė preparatų šalutinis poveikis (17pav.) Daugiau nei trys penktadaliai tėvų pažymėjo, kad dažniausni iš šalutinių reiškinių požymių – sumažėjęs apetitas, ir mažiau nei ketvirtadalis vaikų tėvų pažymėjo – skrandžio skausmus (18pav.). Amerikos psichiatrijos

akademijos (2006m.) atliktas psichostimuliatorių grupės preparatų šalutinių poveikių tyrimas parodė, jog daugiausia vaikams pasireikšdavo apetito sumažėjimas, svorio kritimas, miego sutrikimai ir galvos skausmai. G.Weiss teigia, kad ypač dažnai šalutiniai reiškiniai yra susiję vienas su kitu - apetito sumažėjimu ir svorio kritimu. Mano tyrimo duomenys parodė, kad tiek ritalinas, tiek concerta sukelia apetito sumažėjimo ir skrandžio skausmus.(21 pav.) Daugiausia vaikų vartojusių PGP 94,2% patyrė svorio kritimą, o tai siejasi ir su kitais mokslininkų atliktais (G.Weiss) darbais.

Iširta, ar sumažėjęs apetitas įtakoja svorio pakitimui. Daugiausia vaikų tėvų pažymėjo - 14(82,35%), kad vaikų svorio pakitimas yra susijęs su sumažėjusiu vaiko apetitu vartojant PGP. Gauti statistiniai duomenys rodo vidutinio stiprumo ryšį, tarp vaiko apetito sumažėjimo ir svorio kitimo.(25pav.) Kiek kilogramų svorio vaikai prarado pradėjus vartoti PGP. Ketvirtadaliui vaikų svorio nukrinta 2 kg., tai sudarė didžiausią vaikų tėvų atsakiusių grupę. Remiantis Tutkuvienės J. vaikų ir paauglių svorio ir ūgio rekomendacijomis, vaikų vartojusių PGP ūgio ir svorio, amžiaus ir svorio, ūgio ir amžiaus (4,5,6 lentelės) rodikliai atitinka vaikų ir paauglių svorio ir ūgio, svorio ir amžiaus rekomendacijas. Nors naujausi moksliniai tyrimai teigia, kad psichostimuliatorių grupės preparatai svorio ir augimo pakitimams turi pirmus trejus gydymo metus, pagal mano gautus tyrimo rezultatus galima daryti išvadą, kad vartojant PGP 2 metus ir ilgiau dažniau sukeliamas ir svorio kritimas.

Ištirta, ar tėvai patiria sunkumus įsigyjant PGP. Tik du penktadaliai tėvų nurodė sunkumus, patiriamus įsigyjant PGP ir trys penktadaliai pažymėjo, kad nepatiria jokių sunkumų.(11ppav.) Tėvų patiriami sunkumai įsigyjant PGP ištirti išsamiau. Dažniausia vaikų tėvai susiduria su vaistų gavimo problema 9(56,25%), vaistų išrašymo – 4(25%) ir finansiniais sunkumais – 3(18,75%) (14 pav.). Dažniau patiriamos ritalino įsigyjimo problemos, nei įsigyjant concertos preparatus. Tai siejama su dažnesiu ritalino skyrimu, nei concertos. Vaistų gavimo problema siejama su tuo, kad ne daugelis vaistinių prekiauja šios grupės preparatais. Šie vaistai išrašomi kas savaitę ant vardinio recepto, tad sutrikdomas tėvų darbas ir planai, bei sukeliamas nepasitenkinimas tokia vaistų paskyrimo sistema. PGP nėra finansuojami iš PSDF, tačiau tik nedidelė dalis tėvų pažymėjo finansinius sunkumus, patiriamus įsigyjant vaistus. Manau, tikroji finansinė situacija yra daug didesnė, tik tėvų nenoras atskleisti savo finansinės problemos iškreipia esamą situaciją. (13 pav.)

Apklausus tėvus, pas kokį gydytoją išrašinėjami receptai PGP įsigyjimui? Dauguma jų atsakė, kad pas vaikų psichiatrą 21(52,5%), kiek mažiau pas bendrosios praktikos gydytoją – 10(25%) ir suaugusiųjų psichiatrą – 9(22,5%). Toks psichostimuliatorių recepto išrašymo būdas vargina tėvus, nes receptas išrašinėjamas kas savaitę, o be to ir specialistų trūkumas įtakojo

problematišką vaistų gavimą. Pagal gautus duomenis galima teigti, kad daugiausia PGP išrašomi psichiatrų, šio vaidmens kiek mažiau imasi BPG (15pav.).

Leskauskas ir kt.(2005) teigia, kad reikiamos specialistų pagalbos nesulaukia beveik pusė vaikų, kuriems būdingas aktyvumo ir dėmesio sutrikimas, sukeliantis reikšmingą psichologinę ir socialinę dezadaptaciją. Vaikams, kuriems būdingas aktyvumo ir dėmesio sutrikimas būtina kompleksinė vaikų psichikos sveikatos specialistų pagalba, kuri šiuo metu nėra ir pakankamai efektyvi. Gydymas turėtų būti ilgalaikis skiriant farmakologines, psichoterapines ir specialiąsias pedagogines priemones. Šiuo metu pagalba tokiems vaikams pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje, psichikos sveikatos centruose (kurių dabar Lietuvoje yra 65) nėra pakankama ir veiksminga, nes ne visose minėtų centrų specialistų komandose dirba vaikų ir paauglių psichiatrai.

Lietuvoje nėra vykdomas tolimesnis hiperaktyvaus vaiko, kuriam paskirti PGP monitoringas. Tai turėtų atlikti psichikos sveikatos centre dirbanti slaugytoja pirmus 6 mėn. po vaistų paskyrimo ji kontaktuotų su šeima, svertų vaiką, matuotų kraujospūdį, surinktų anamnezę dėl galimų šalutinių reiškinių pasireiškimo ir jų likvidavimo (**Mary E. ir kiti.**) Pagal gautus tyrimo duomenis, vaikų svoris buvo sekamas kas 2 mėn. o tai įtakojo ir svorio kitimų dinamikai. Dažnas vaiko svorio sekimas kas 2 savaitės padėtų įvertinti svorio kitimo dinamiką, vartojant vaistus ir reguliuojant vaiko mitybą.

Verta pažymėti, kad šį sutrikimą turintys vaikai dažnai susiduria su sveikatos problemomis, todėl neabejotinai svarbu sveikatos priežiūros specialistams – slaugytojams, gydytojams – taip pat turėti pakankamai žinių apie šį fenomeną ir palankiai vertinti šiuos vaikus. Slaugos specialistų yra nepakankamas aktyvumas hiperaktyvių vaikų slaugos problemoms spręsti.(30pav.) Tai neužpildyta slaugos specialistų niša, kuriai reikia žinių ir informacijos apie šio sutrikimo slaugos ypatumus ir galimybes. Atliekant apklausą pati tuo įsitikinau, kai daugelis tėvų po apklausos paprašydavo konsultacijos, bendravimo. Visa tai gali atlikti slaugytojos, nes tėvų noras kontaktuoti ir spręsti iškilusias problemas yra tikrai didelis.

Slaugytojams susiduriant su vaikais, turinčiais įvairių sveikatos problemų, tenka pastebėti ir jų elgesio problemas, ieškoti sprendimo būdų, o tam prireikia ne tik patyrimo, bet ir naujų žinių. Slaugos specialistams prisiimant sveikatos priežiūros ar ugdymo įstaigos komandos nario vaidmenį tenka giliau susipažinti su asmenų, į kuriuos nukreipta visa komandos narių veikla, poreikiais. Psichikos sveikatos slaugytojos turi mokėti įvertinti vaiko psichinį, emocinį vystymąsi, monitoruoti paskirtų vaistų poveikį bei mokyti tėvus, kaip elgtis su hiperaktyviu vaiku. [40] Slaugytojai, dirbantys bendruomenėje ar ugdymo institucijose, turėtų pasiūlyti tėvams sistemingai sekti medikamentų vartojimo poveikį vaiko elgesiui, mokymuisi bei stebėti, ar neišryškėja vaistų šalutiniai reiškiniai. Tam galima pasirinkti įvairių formų klausimynus bei

standartizuotas skales.[41] Vakarų šalyse parengta nemažai įvairių dokumentinių formų, skirtų pažymėti hiperaktyvių vaikų sveikatos, elgesio pokyčius.[41]

Daugelyje pasaulio šalių, ypač Anglijoje, Amerikoje ir kt., hiperaktyvių vaikų problemoms spręsti skiriama daugiau dėmesio nei mūsų šalyje. Lietuvoje dar tik pradeda kurtis pavienės organizacijos, vienijančios aktyvumą ir dėmesio sutikimą turinčius vaikus, jų tėvus. Tačiau tai kol kas bandoma daryti didesniuose miestuose ir nedidelėse hiperaktyvių vaikų populiacijose. Šiame procese dalyvauja tik vaikų psichiatrai, psichologai, slaugytojų aktyvumas šioje veikloje nepakankamas. Remiantis valstybinės psichikos sveikatos 2005 - 2010 metų strategija, dauguma nesunkių psichikos sveikatos sutrikimų turi būti gydomi ne psichikos sveikatos specialistų, o pirminiame sveikatos priežiūros lygyje – šeimos gydytojais ir jiems talkinantys slaugytojai turi patys gydyti daugumą šių sutrikimų. [6]

Tai rodo, kad tėvai, mokytojai, pediatrai, šeimos gydytojai, ir kiti specialistai, dirbantys su vaikais, turi nepakankamai informacijos apie šį sutrikimą ir galimą gydymą. Amerikos medikų asociacijos (2001) atliktas tyrimas parodė, kad tik 45% vaikams, turintiems HS, daugiausia informacijos apie psichostimuliuojančius suteikė pirminės sveikatos specialistai, 37% - psichikos sveikatos specialistai, ir 18% negavo jokios informacijos apie psichostimuliuojančių vartojimą, jo poveikį. Studija rodo, kad psichotropinių vaistų vadyba daugiausia užsiima pirminės sveikatos sektorius. Kaip būtų gaila, pirminis sveikatos sektorius Lietuvoje pasyvus HS turinčių vaikų problemų sprendime.

Piščalkienė V. 2005m. savo darbe pažymėjo, jog vaikų aktyvumo ir dėmesio sutrikimas tampa nauju iššūkiu slaugos mokslui ir praktikai. Slaugytojams susiduriant su vaikais, turinčiais įvairių sveikatos problemų, tenka pastebėti ir jų elgesio problemas, ieškoti sprendimo būdų, o tam prireikia ne tik patyrimo, bet ir naujų žinių.

Mokykloje šie vaikai ryškiai išsiskiria iš kitų nedėmesingumu, šnekumu, fantazijomis. Per pamokas jiems sunku susikaupti, pašaliniai dirgikliai greitai atitraukia jų dėmesį. Nors šių vaikų intelektas paprastai nėra sutrikęs, jie turi sunkumų mokytis, ypač tuos dalykus, kurie reikalauja dėmesingumo. Be to, HS turintys vaikai kartu gali turėti sunkumų skaitant, skaičiuojant, jie dažnai labai nerūpestingai rašo, sukeičia raides. Mokykloje jie paprastai gauna daug pastabų, nuolat jaučia mokytojų nepasitenkinimą. Hiperaktyvūs vaikai nekalti dėl savo judrumo, užmaršumo, išsiblaškymo. Jie patys nesupranta ir negali paaiškinti, kodėl taip elgiasi, ir nedaro „blogybių“tyčia. Kai aplinkiniai juos bara ir baudžia, jie jaučiasi pasimetę, įskaudinti, bejėgiai. Neadekvatus mokytojų ir kitų aplinkinių elgesys dar labiau apsunkina vaiko situaciją. [18] Hiperaktyvūs vaikai patiria daug problemų socializacijos proceso metu. Tai susiję su vaiko hiperaktyvumu, dėmesio stoka, impulsyvumu, kai kuriais atvejais ir agresyvumu, šios pagrindinės problemos, sukeliančios vaikui nesklandumų socializuotis tam tikroje aplinkoje.

Visų pirma, vaikui socializacija prasideda pradėjus lankyti vaikų darželį vėliau mokyklą. Apklausiant vaikų tėvus iširta, jog net keturi penktadaliai 33(82,5%) vaikų lankė vaikų darželį. Tai rodo, kad ir nors vaikai turintys socializacijos problemų, bandė socializuotis ir lankyti vaikų darželį. (31pav.) Vaikų darželio aplinkoje dažniausia HS turintys vaikai patiria tokias socializacijos procesą trikdančias problemas: vaiko agresyvumas, dėmesio stoka, hiperaktyvus vaiko elgesys ir vaiko nesugebėjimas mokytis. Beveik trečdalis vaikų tėvų pažymėjo, kad dažniausios patiriamos problemos yra vaiko agresyvumas ir dėmesio stoka. (32pav.) Nustatyta, kad daugiausia hiperaktyviu sutrikimu sergantys vaikai patiria konfliktines situacijas su mokytojais – 9(22,5%) ir mokiniais – 9(22,5%), mokymosi sunkumus – 11(27,5%), atstumti draugų tokie vaikai sudarė – 6(15%) ir jokių problemų HS nesukėlė – 5(12,5%) vaikams. (33pav.) 1-2 vaikai iš 10 patiria draugų ir bendraklasių atstūmimą, nenorą draugauti, bendrauti. Tai sukelia vaiko nepasitikėjimą savimi ir aplinkiniais. Pastebėta, kad 12,5% vaikų pradėjusių vartoti PGP nepatiria jokių problemų mokyklos aplinkoje. (33pav.) Barkley R A. nustatyta, kad hiperaktyvių vaikų akademiniai pasiekimai yra kur kas menkesni nei kitų vaikų.[20]. Maždaug du trečdaliai hiperaktyvių vaikų kartu turi ir bent vieną papildomą sutrikimą. Dažniausiai kartu HS pasireiškia kalbos ir komunikacijos, mokymosi raidos sutrikimai, elgesio ir opozicinio nepaklusnumo, nerimo, nuotaikos sutrikimai. Tourette sindromas, chroniški tikai bei autizmo sutrikimas ir Aspergerio sindromas.[22]. Sociometriniai tyrimai parodė, jog bendraamžiai dažnai nebendrauja su vaikais, kurių elgesio problemos susijusios su hiperaktyvumu. Kelia susirūpinimą ir tai, kad apie 22% hiperaktyvių berniukų ir 15% mergaičių gali būti charakterizuojami kaip nesugebantys socialiai bendrauti. Vaikai, turintys šių sutrikimų, daug dažniau patiria socialinio atskyrimo priežastis nei kiti to paties amžiaus vaikai, kurie nėra hiperaktyvūs. [25]

27(100%) vaikai užsiima popamokine veikla: iš jų didžioji dalis lanko sporto būrelius – 13(48,2%), šokių – 7(25,9%), dailės – 4(14,8%), muzikos – 3(11,1%)(35pav.). Rekomenduojama HS turintiems vaikams lankyti judrius sporto būrelius, vaikų judrumas ir staigumas dažnai padeda pasiekti gerų rezultatų. Didina pasitikėjimą savimi. Mėgiamas sporto būrelis neretai HS turinčiam vaikui yra vienintelė vieta, kur jam gerai sekasi, kur jį pagiria. Jei vaikui sunkiau bendrauti ir žaisti komandinius žaisimus, tinka baseinas, lengvoji atletika.[3]

Dažnai HS turintys vaikai nemoka ir nedrįsta savęs pagirti, labai nepasitiki savo jėgomis. **Pelnytas savęs pagyrimas atlikus darbą padeda vaikui formuoti savivertės jausmą, pasitikėjimą savo sugebėjimais.**

IŠVADOS

1) Tėvai psichostimuliatorių grupės preparatų (PGP) poveikį įvertino teigiamai. Daugiausia skyrė 8 ir 9 balus (10 balėje sistemoje), tai sudarė 22% ir 25,2%. Tėvai dažniausiai pažymėjo tokius PGP sukeltus šalutinius reiškinius: apetito sumažėjimą, skrandžio skausmus, miego sutrikimus. Atlikus palyginamąjį tyrimą, pagal vaikų ir paauglių ūgio ir svorio rekomendacijas, gauta, kad vaikų ūgio ir svorio kitimui PGP vartojimas neįtakojo. Vertinant PGP šalutinių reiškinių intensyvumą, tėvai daugiausia skyrė 5 balus (9 balė sistema). PGP yra efektyvūs ir saugūs gydant HS turinčius vaikus.

2) Teikiant ambulatorinę pagalbą HS turintiems vaikams ir jų tėvams slaugos specialistų aktyvumas yra nepakankamas. Didžiausi tėvų lūksčiai iš slaugos specialistų – bendradarbiavimo ir informacijos teikimo PGP šalutinių reiškinių korekcijos vykdymui.

3) Tyrimo duomenys parodė, kad slaugytojai nesuteikia vaikų tėvams informacijos PGP šalutinių reiškinių koregavimo vykdymui. Ši veiklos niša nėra užpildyta, todėl atsiveria naujos galimybės slaugos specialistams užsiimti hiperkinezinių sutrikimų turinčių vaikų slaugos plėtra.

REKOMENDACIJOS SLAUGOS SPECIALISTAMS

Remiantis valstybinės psichikos sveikatos 2005-2010 metų strategija, dauguma nesunkių psichikos sveikatos sutrikimų turi būti gydomi ne psichikos sveikatos specialistų, o pirminiame sveikatos priežiūros lygyje – šeimos gydytojais ir jiems talkinantys slaugytojai turi patys gydyti daugumą šių sutrikimų. [6]

Šiandieninė slaugos samprata leidžia mums teigti, jog slauga – sveikatos priežiūros sritis, apimanti įvairių amžiaus grupių asmenų fizinę, psichikos ir socialinę priežiūrą [39]

Svarbi kompleksinė pagalba apimanti HS turintį vaiką, jo šeimą, mokyklą ir socialinę aplinką. Hiperkineziniai sutrikimai yra lėtiniai ir sunkiai gydomi, todėl vaikui ir jo šeimai dažniausiai reikalingas “gyvenimo su”, o ne “išgydymo” požiūris. Tinkamo gydymo ir slaugos pasekoje HS problemos gali ir sumažėti [60]

Slaugytojams susiduriant su vaikais, turinčiais įvairių sveikatos problemų, tenka pastebėti ir jų elgesio problemas, ieškoti sprendimo būdų, o tam prireikia ne tik patyrimo, bet ir naujų žinių. Slaugos specialistams prisiimant sveikatos priežiūros ar ugdymo įstaigos komandos nario vaidmenį tenka giliau susipažinti su asmenų, į kuriuos nukreipta visa komandos narių veikla, poreikiais. Psichikos sveikatos slaugytojos turi mokėti įvertinti vaiko psichinį, emocinį vystymąsi, monitoruoti paskirtų vaistų poveikį bei mokyti tėvus, kaip elgtis su hiperaktyviu vaiku. [40]

Kuo tėvai daugiau žinos apie šį sutrikimą ir jo pasireiškimus, tuo geriau jie bus pasiruošę vykdyti rekomenduojamą vaiko elgesio korekcijos programą. Tėvams reikia padėti suprasti, kad HS turinčio vaiko problema veikia jų bendravimą, vaiko socialinius santykius, mokymosi procesą. Medicinos darbuotojai turi skatinti tėvus bendradarbiauti su vaiko mokytojais, kartu taikyti elgesio korekcijos programos principus.

Slaugytojai, dirbantys bendruomenėje ar ugdymo institucijose, turėtų pasiūlyti tėvams sistemingai sekti medikamentų vartojimo poveikį vaiko elgesiui, mokymuisi bei stebėti, ar neišryškėja vaistų šalutiniai reiškiniai. Tam galima pasirinkti įvairių formų klausimynus bei standartizuotas skales.[41] Vakarų šalyse parengta nemažai įvairių dokumentinių formų, skirtų pažymėti hiperaktyvių vaikų sveikatos, elgesio pokyčius. Psychostimuliatorių grupės preparatų (PGP) šalutinių reiškinų monitoravimas gali būti atliekamas remiantis Russel A. Barkley R. ir Kevin Murphy „SIDE EFFECTS RATING SCALE“ (priedas nr.1)

Slaugant hiperaktyvius vaikus, svarbiomis tampa teisingos ir naujos slaugytojų žinios apie aktyvumo ir dėmesio sutrikimą. Pagrindiniai argumentai šie:

Pirma – didžioji slaugytojų veiklos dalis grindžiama bendravimu su pacientais, realu, jog jos vienos iš pirmųjų gali pastebėti šio sutrikimo požymius. Taigi slaugytojai, įtardami vaikų

aktyvumo ir dėmesio sutrikimą, pokalbių metu gali informuoti jų tėvus bei patarti ar net padėti kreiptis į specialistus, konkrečiu atveju į psichologą, vaikų psichiatrą.

Antra – nenuneigiant, kad slaugytojams tenka atlikti ir įvairias slaugos procedūras, kurių pasiruošimui ir atlikimui yra svarbus tinkamas kontakto užmezgimas su vaiku, sudominimas tuo, kas bus daroma, svarbu žinoti bendravimo su hiperaktyviais vaikais ypatumus. Šie ypatumai išties siejasi su pedagoginėmis strategijomis, tokiomis kaip vaiko motyvavimu, pagyrimu už gerą elgesį (pvz., koks tu šaunuolis, kad leidai atlikti šią procedūrą ar pan.), geru elgesiu, atlygiu (pvz., duodant nors ir mažytę smulkmeną) ar kt. Slaugytojams bendraujant su tokiais vaikais reikėtų vengti bausmių taikymo, blogo elgesio akcentavimo, ypač visiems girdint, garsaus rėkimo ir pan.

Remiantis Anglijos psichikos sveikatos slaugytojų patirtimi hiperaktyvių vaikų slaugos proceso kūrime, yra atliekamas toks psichostimuliatorių grupės preparatų (PGP) šalutinių reiškinių monitoravimas:

Reguliarus vaiko svorio monitoravimas – kas 2 savaitės vaikas yra pasveriamas ir fiksuojamas jo svorio pakitimas, ūgio matavimas, kraujospūdžio, širdies dažnio, bei kitų sveikatos pakitimo reiškinių fiksavimas, vartojant PGP. [42]

Slaugytojo viena iš pagrindinių funkcijų, tėvų informavimas dėl galimų PGP šalutinių reiškinių koregavimo.

Slaugytojo pagalba psichostimuliatorių grupės preparatų (PGP) šalutinių reiškinių koregavime:

Apetito sumažėjimas: rekomenduojama vaistus gerti po pusryčių. Vaiko mityba turi būti subalansuota, didelio kaloringumo valgiai ir gėrimai.

Miego sutrikimai: rekomenduojama laikytis nuolatinio miego režimo. Tai apima nuodantų valymosi, maudymosi iki atsigulimo į lovą. Ši veikla iki miego pradžios turi būti atpalaiduojanti. Stengtis išvengti prieš miegą televizoriaus žiūrėjimo, kompiuterinių žaidimų.

Mieguistumas: jei vaikas vartoja psichostimuliantus ir mieguistas dienos metu, tuo met rekomenduojama vaistus gerti vakare.

Svorio sumažėjimas - tai vienas iš dažniausiai pasireiškiančių PGP šalutinių reiškinių. Iškilus tokiai problemai, būtinas vaiko svorio monitoravimas kas 2 savaites, kas kart vaiko svoris fiksuojamas ir analizuojamas praėjus monitoravimo mėnesiui. Svorio sumažėjimas dažniausia siejamas ir su apetito sumažėjimu.

Dietų įtaka HS korekcijai

Hiperaktyvių vaikų elgesys pagerėja, kai jiems paskiriama dieta be dirbtinių priedų (spalvai ir skoniui suteikti) ir tam tikrų natūralių medžiagų (salicilatų, esančių abrikosuose, uogose ir kt.). Dieta gali būti vaistų alternatyva gydymo pradžioje ir kai kuriems vaikams jos

užtenka, kad elgesys pasikeistų. Be to svarbu, kad greta to vyktų elgesio terapija (individualūs užsiėmimai su vaiku, konsultacijos tėvams, mokant elgesio kontrolės būdų).

Dietos tikslai gydant HS yra nustatyti maisto produktus ar priedus, kurie sukelia elgesio sutrikimą ir juos pašalinti iš vaiko raciono. Reikia stebėti kaip keičiasi vaiko elgesys. (Elgesio lentelė – priedas Nr.2)

Dr. Feigold sukurta dieta reikalauja išimti iš vaiko mitybos:

- ✓ *dirbtinius dažiklius* (arba azo-dažus);
- ✓ *dirbtines aromatines medžiagas* (tame tarpe ir vaniliną, naudojamą sintetinėje vanilėje);
- ✓ *dirbtinius saldiklius* (aspartamą, sachariną);
- ✓ *cheminius konvervantus*.

Dalinė Feigold dieta HS gydymui: valgiai neleisti Feigold dietoje: migdolai, obuoliai, abrikosai, uogos (visos), vyšnios, kava, švieži ir marinuoti agurkai, pomidorai, serbentai, vynuogės, razinos, nekatarinai, apelsinai, persikai, slyvos, pipirai, mandarinai, arbata, aspirinas ir medikamentai, kurių sudėtyje yra aspirino.

Valgiai leistini Feigol dietoje: vaisiai (bananai, melionai, datulės, greipfrutai, kivi, citrinos, mango, papaja, kriaušės, ananasai, arbūzai), daržovės (pupelės (visų rūšių), burokai, brokoliai, briuselio kopūstai, kopūsta, salotos, morkos, žiediniai kopūstai, salierai, lęšiai, grybai, svogūnai, žirneliai, bulvės, špinatai, moliūgai, kukurūzai, cukinija).

HS turintys vaikai laikosi dietos, o efekto nėra, tada galimi du sprendimai – dar labiau sugriežtinti dietą arba atsisakyti dietos laikymosi ir pradėti gydymą vaistais.

Pilna Feigol dieta, reikėtų atsisakyti: kukurūzų sirupo, fruktozės (gaivinančiuose gėrimuose ir kituose pasaldintuose produktuose), MSG (natrio glutamato) ir HVP (hidrolizuotų daržovių baktymų, kuriuose yra glutamato), natrio nitratų (užkandžių, pusfabrikačių mėsoje), kalcio propionato (keptuose valgiuose). Pasiekus efektą, kas savaitę galite įvesti po vieną anksčiau draustą produktą.

Feigol antialerginė dieta

Daugelis HS turinčių vaikų yra linkę į alergiją maistui. Jei įtariama, kad yra netolerancija kai kuriems maisto produktams, kuri pasireiškia alergija, rekomenduojama dieta: maitinti viena mėsos rūšimi (vištiena ar aviena), angliavandeniais (ryžiai ir avižų produktai), vaisiais ir sultimis (išskyrus citrusinius vaisius ir sultis), daržovėmis (išskyrus kukurūzus ir soją), vandeniui, vaisine arbata. Laikantis dietos išnyksta alergija, vaikai tampa ramesni, gerėja jų dėmesingumas, elgesys, bendra savijauta.

Daug studijų rodo, kad HS turintys vaikai alergiški šiems produktams:

- ✓ Kviečiai;
- ✓ Kiaušiniai;
- ✓ Pienas ir jo produktai;
- ✓ Šokoladas;
- ✓ Kukurūzai (kukurūzų cukrus ir sirupas).

Produktai turintys salicilatu

Migdolai, oboliuliai, persikai, aspirinas, uogos, vyšnios, kava, agurkai, serbentai, vynuogės, nektarinai, apelsinai, persikai, persikai, chilli pipirai, slyvos, razinos, mandarinai, pomidorai.

Slaugytojas, tėvai, mokytojai yra tie asmenys, kurie anksčiausiai gali pastebėti vaiko elgesio, dėmesio, aktyvumo pakitimus. Visų pirma nuoširdus, vaiką palaikantis bendravimas, nuolatinis akių kontaktas, tėvų dėmesys vaikui gali padėti daugiau susitvarkyti su šiuo sutrikimu, nei medikamentinis gydymas. Tėvų auklėjimas, informacijos teikimas padėtų suprasti, kad hiperkizinis sutrikimas yra sutrikimas, galintis toliau įtakoti vaiko socializacijai, tolimesniam gyvenimui. Atlikti tyrimai teigia, kad trečdaliui vaikų, turinčių HS dažniau pastebimas deviantis, antisocialus elgesys. Šie vaikai darželio, mokyklos aplinkoje sukelia daugybę problemų sau ir aplinkams. Dažniau tokiems vaikams apibūdinti suteikiami tokie epitetai: nenuoramoms, išsiblaškę, impulsyvūs, įkyrūs, mušeikos. Dar daugiau būtų galima rasti šiems sutrikimas apibūdinimi, tačiau vaikai savo tokio elgesio nesuvokia, negali pateisti ir bausti. Dažnos bausmės, pykčiai sumažina vaiko savivertę, o tai dar labiau juos įjunko į agresijos, neklusno liūną. Tai tarsi uždaras ratas.

Gydymo tikslai įgyvendinami dirbant specialistų komandos principu. Komandą sudaro: vaikų ir paauglių psichiatras - komandos koordinatorius, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas, stacionare - ir vaikų priežiūros darbuotojai. Dienos stacionare paslaugas vaikams su psichikos ir elgesio sutrikimais teikia psichikos sveikatos specialistų komanda: vaikų ir paauglių psichiatras, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas ir psichikos sveikatos slaugytojai bei vaikų priežiūros darbuotojai. [45]

Slaugytojai esant psichikos sveikatos centro (PSC) kamandos dalimi būtinas HS turinčių vaikų sistemingas stebėjimas, gydantis PGP pagal gyvenamąją vietą. Sistemingas stebėjimas vykdomas kartu bendradarbiaujant su gydytoju ir kitais psichikos komandos nariais.

NAUDOTA LITERATŪRA

A)Taip; B)Ne.

14. Jei taip,tai kaip pakito?

A)Padidėjo ir kiek..... B) Sumažėjo ir kiek.....

15. Kaip dažnai vaikas sveriamas, pakitus svoriui?

A)Kas 2sav.;B)kas 1mėn.;C)kas 2mėnD)kita.....

16. Ką darote, jei svoris nukrinto?

A)Dažniau skatina valgyti;B)Derina vaiko mitybą;C)Nesiima jokių priemonių;D)Nutraukia vaistų vartojimą.

17. Koks vaiko

ūgis?.....

18. Koks

svoris?.....

19. Ar konsultuojatės su slaugytoja iškilus PGP šalutiniams poveikiams?

A)Taip; B)Ne.

20. Jei taip, tai kokias vaiko slaugos problemas, padeda išspręsti slaugos

specialistas?.....

.....

21. Ko tikėtės iš slaugos specialistų?

A)Bendradarbiavimas; B)Informacijos teikimas PGP šalutinių reiškinių koregavimui.

22. Ar lanko (ė) darželį?

A)Taip; B)NE.

23. Ar sekėsi socializuotis vakų daželio aplinkoje?

A)Taip;B)Ne

24. Jei ne, tai kokios problemos įtakojo socializacijos procesui?

A)Vaiko agresyvumas;B)Vaiko nesugebėjimas mokytis; C)Hiperaktyvumas; D)Dėmesio stoka.

25. Ar lanko mokyklą?

A)Taip; B)Ne.

26. Kokie sunkumai iškyla lankant mokyklą?

A)Konfliktai tarp mokytojų; B)Konfliktai tarp mokinių; C)Atsiskyres, neturi draugų;

D)Mokymosi sunkumai; D)Jokių sunkumų.

27. Ar lanko popamokinės veiklos būrelius?

A)Taip; B)Ne.

28. Kokį būrelį lanko?

A)Sporto; B)Šokių; C)Dailės; D)Muzikos; E)kita.....

29. Ar sportuoja?

A)Taip; B)Ne.

30. Kelerių metų vaikui pastebėtas hiperaktyvumo sutrikimas?

A)3-6m.; B)7-10m.; C)11-15m.; D)16-18m.

31. Vaiko amžius?

A)3-6m.; B)7-10m.; C)11-15m.; D)16-18m

32. Vaiko lytis?

A)Berniukas; B)Mergaitė.

VAISTU ŠALUTINIŲ POVEIKIŲ VERTINIMO SKALĖ

(anketa)

Labai mažai šalutinių intensyvumasLabai didelis šalutinių reiškinių
intensyvumas

<u>Miego sutrikimai (nemiga) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Užsisvajojimas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Mažiau kalbus 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Sumažėjęs domėjimasis aplinka 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Sumažėjęs apetitas 0 1 2 3 4 5 6 7 9</u>
<u>Dirglumas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Skrandžio skausmai 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Galvos skausmas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Mieguistumas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Liūdnumas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Dažni verkimo priepuoliai 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Neramumas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Nagu kramtymas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Euforija/per didelis laimingumas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Galvos sukimasis,svaigimas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
<u>Tikai 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>

Russel A. Barkley R. ir Kevin Murphy „SIDE EFFECTS RATING SCALE“

Priedas Nr.2

Vaiko elgesio kontrolė

Elgesio kontrolė					Data:
Elgesys	Gerai 0	Neblogai 1	Vidutiniškai 2	Blogai 3	Koks maistas galėjo sukelti
Lengvai išblaškomas nereikšmingų vaizdų ir garsų					
Nesukaupia dėmesio į detales, daro klaidas					
Pameta arba pamiršta žaislus, rašiklius ir kitus mokslui reikalingus daiktus					
Nerimastingas, nenustygsta vietoje					
Laksto, kai reikalinga būti ramiam arba sėdėti					
Sunkiai sulaukia savo eilės arba tinkamo momento					
Jeigu reikia, pakeiskite ir pritaikykite šią pavyzdį jūsų vaiko elgesiui įvertinti					

Leskauskas D. Šimaitė J. Aktyvumo – dėmesio sutrikimas ir mityba „Mitybos, žarnyno įtaka vaikų nervų ir psichinėms ligoms“ Vilnius 2008, 7psl.