

ბავშვთა ასაკში გავრცელებული ემოციური და ქცევითი პრობლემები

ემოციური და ქცევითი პრობლემები

ემოციური და ქცევითი პრობლემები ხშირია ბავშვთა ასაკში.

3 წლის ასაკში ბავშვთა 7%-ს აღენიშნება საშუალო ხარისხის ან მძიმე ქცევითი პრობლემები. 5 წლის ასაკში – 10%. 7 წლის ასაკისათვის ბავშვთა 20%-ს უმქლავდება ანგისოციალური ქცევის ზოგიერთი ფორმა, როგორცაა დესტრუქციულობა ან დაუმორჩილებლობა თანმხლები ჰიპერაქტივობით ან მის გარეშე.

ზოგადად ცნობილია, რომ ქცევითი პრობლემები ორჯერ უფრო ხშირია სახლში, ვიდრე სკოლაში და ბიჭებს უფრო რთულად აქვთ გამოხატული, ვიდრე გოგონებს.

სერიოზული დარღვევა:

რთული ქცევების უმეტესობა არასპეციფიკურია და არ არის აუცილებელი, რომ სერიოზულ დარღვევას გამოხატავდეს. მაგალითად, ბავშვი ამას შეიძლება აკეთებდეს თავისი ნათქვამის გაგანის მიზნით, მაგრამ მეორე მხრივ, ეს შეიძლება იყოს ღრმა დარღვევის მანიფესტირება.

ქცევითი ტრეინინგი:

ყოველდღიური ქცევითი ტრეინინგი მნიშვნელოვანი დავალებაა მშობლებისათვის. მათთვის ეს დიდ სირთულეს წარმოადგენს, რადგან მოითხოვს დიდ დროსა და ენერჯიას. როგორც წესი, ბავშვები გადიან თანმიმდევრულ განვითარებას, რომლის დროსაც უყალიბდებათ ყოველდღიური, რუტინული ჩვევები.

ყოველდღიური ჩვევების თანმიმდევრული განვითარება:

- კვება
- ძილი
- ჭამა
- ტუალეტის მოთავება
- დაძინება და გაღვიძება
- გახდა, ჩაცმა
- დაბანა და კბილების გამოხეხვა

ზოგიერთ ბავშვს უჭირს ამ ჩვევების განვითარება, მითუმეტეს თუ რთული ტემპერამენტი აქვს. მშობელი გამუდმებით და დაჟინებით უნდა აწვითარებდეს ბავშვის ამ ჩვევებს. მათი ჩამოყალიბების შემდეგ ოჯახური ცხოვრება უფრო მოსახერხებელი ხდება. ეს ყოველივე თითქოს ამკარაა, მაგრამ ბევრი მშობლისთვის იგი პრობლემას წარმოადგენს და მისი უყურადღებობის შემთხვევაში ოჯახური არეულობა და დისგრესია მოსალოდნელი.

ჩვევების ტრეინინგი:

ბევრ ბავშვებს აქვთ პრობლემები დაკავშირებული ყოველდღიურ ჩვევებთან. ბავშვს შეიძლება პრობლემა ჰქონდეს ღამე თავის ღრობე დაძინებასთან დაკავშირებით, ყოყმანობდეს ჩაცმაზე, ურეჟიმო კვება და ჰქონდეს ტუალეტში გასვლასთან დაკავშირებული პრობლემები. ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია ტრეინინგის ჩატარება ყოველდღიური ჩვევების თანმიმდევრული განვითარების მიხედვით. ამ პრობლემის

მართვის მიზნით, პირველ რიგში, საჭიროა შეთანხმება მშობელთან. ზოგჯერ სასურველია ყველაფრის ფურცელზე ჩამოწერა თანმიმდევრობის მიხედვით, მალვიძარების გამოყენება და ა.შ. რათა ყველანი განრიგის მიხედვით მოქმედებდნენ. იმის დასადაგენად, რომ შეთანხმება ძალაშია საჭიროა მუდმივი ზედამხედველობა.

ყოველთვის სასარგებლოა თავიდანვე ყოველდღიური ჩვევების გამომუშავება, ისეთი ჩვევების, როგორც დამახასიათებელია ოჯახისათვის და არა ცალკეული ბავშვისათვის.

არასასურველი ჩვევები:

ფრჩხილების კვნეგა და ცერის წოვა: ეს მავნე ჩვევები საკმაოდ ხშირად გვხვდება.

5 წლის ბავშვთა დაახლოებით 30%-ს აღენიშნება ეს ჩვევა და ამასთანავე ძილთან და კვებასთან დაკავშირებული პრობლემები. უფრო მეტად გოგონებში გვხვდება, ვიდრე ბიჭებში.

ეს ჩვევები ძლიერ არის დაკავშირებული ასაკთან. თითებისა და ცერის წოვა 4 წლის ქვემოთ, ხშირად, ნორმად ითვლება, მაგრამ მეცნიერულად დასაბუთებულია, რომ 4 წლის ზემოთ ამან შეიძლება პრობლემები გამოიწვიოს.

ფრჩხილების კვნეტის და ცერის წოვის საზიანო ეფექტი:

- პირისა და სახის მალფორმაცია
- კითხვაზე პასუხის გაცემის გართულება
- სპონტანური ლაპარაკის დროს ხელის შეშლა
- საკრავი ინსტრუმენტების გამოყენების შეზღუდვა
- ნეგატიური ურთიერთობა მშობლებთან
- უმწიფრობის გამო სხვებისგან შენიშვნების მიღება

ფრჩხილების კვნეგა და ცერის წოვა ისეთი ჩვევებია, რომლებზეც ძნელია გავლენის მოხდენა. უკანასკნელი მიდგომა ამ პრობლემასთან ასეთია: უნდა მოხდეს იმ დროისა და გარემოების იდენტიფიცირება, როდესაც ბავშვი წოვს ცერს და ყოველი ასეთი შემთხვევის დროს უნდა ვასწავლოთ, შეკრას მუშგი ისე რომ ცერი მოექცეს შიგნით და ამ პოზიციაში ქონდეს 20-დე დათვლამდე. ბავშვმა ეს უნდა აკეთოს ყველა შემთხვევაში როცა ის გარემოება აღმოცენდება, როდესაც აღრე წოვდა ცერს. ყოველივე ამას თამაშისა და იუმორის გზით უნდა მიუღებო.

მასტურბაცია:

ეს, ისევე როგორც ყველა მავნე ჩვევა, ძლიერ უარყოფით გრძნობებს იწვევს მშობლებში. ეს ხშირად აღმოცენდება მაშინ, როდესაც ბავშვი მობეზრებულია, ემოციურად გაღიზიანებულია ან აგზნებულია. მისი გადაჩვევის პრინციპი დაახლოებით იგივეა. ხელები დაკავებული უნდა იყოს სხვა რამით, უნდა მოხდეს ყურადღების გადატანა სხვა რამეზე ან ისეთი განსაცმლის ჩაცმა, რომელშიც გაუძნელდება მიღწევა.

ტიკები:

ეს მარტივი რამეა, გაუმიზნავი განმეორებითი და არასასურველი მოძრაობები. ემოციური სტრესის დროს ისინი ძლიერდება, აგრეთვე, მოწყენილობისა და აღელვების დროს. ძილის დროს არ აღინიშნება. ჩვეულებრივ დამახასიათებელია 2-დან 15 წლამდე

ერთი პიკით 7 წლის ასაკში და მეორე მოზრდილობის პერიოდში. მცირე რიცხვში იგი დიდობაშიც გრძელდება.

ტიკებთან დაკავშირებული დამახასიათებელი თვისებები:

- ბეაქტიური ქცევა
- ტიკების ოჯახური ისტორია (15%)
- სხვა ჩვევები
- საუბრის დარღვევა
- აკვიატებული ქცევა
- ემოციური პრობლემები (უფრო მეტად ბიჭებში)

ტიკები ეფუძნება შეშინებაზე განვითარებული რეაქციის ნეიროფიზიოლოგიას. ყველაზე ჩვეული ტიკია თვალის ხამხამი, სახის ტიკები, თავის მოძრაობები და ა.შ. მეცნიერულად დასაბუთებულია, რომ ტიკების წარმოქმნაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ნეიროგადამცემი დისბალანსი და აგრეთვე, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ფიზიოლოგიური და გარემო ფაქტორები.

პირველი მიზანი არის იმ სტრესის და იმ მოქმედებების შეჩერება (მოხსნა), ეს იქნება სკოლაში თუ სახლში, რომლებიც იწვევენ ტიკებს.

მედიკამენტური მკურნალობა, რომელიც გავლენას ახდენს ნეიროგადამცემებზე (მალითად, ჰალოპერიდოლი) გამოიყენება მწვავე ტიკების დროს. სამწუხაროდ ამ პრეპარატებს გააჩნიათ ძლიერი გვერდითი მოვლენები, და მათი დანიშვნა შეიძლება მხოლოდ სპეციალისტის მიერ და იმ შემთხვევაში თუ ტიკებს აქვთ სერიოზული გავლენა ბავშვის ნორმალურ განვითარებაზე.

კვებითი პრობლემები:

კვებასთან დაკავშირებული პრობლემები აღენიშნებათ როგორც გოგონებს ისე ბიჭებს. უფრო დამახასიათებელია ადრეულ ასაკში (10-15%-ში). ხშირად დაკავშირებულია დედის ახალგაზრდა ასაკთან, ბავშვის მცირე დაბადების წონასთან და სხვა. ასეთ ბავშვებს ხშირად აღენიშნებათ მუცლის ტკივილი, ღებინება, თავის ტკივილი.

სიმსუქნე: წინასკოლანდელ ბავშვთ 10-15%-ს აღენიშნებათ გადაჭარბებული წონა. მათ აღენიშნებათ სიმსუქნისადანი გენდენცია. ამ პრობლემას უფრო ცუდი პროგნოზი აქვს 4 წლის ბავშვით, ვიდრე ახალშობილობის პერიოდში. წონის დაკლება საკმაოდ ძნელია და მოითხოვს მშობელთა მიდგომისა და დიეტის შეცვლას. მშობლები მთელი პასუხისმგებლობით უნდა მოეკიდონ ბავშვთა წონას და მათ უნდა გაითვითცნობიერონ, რომ წონაში დაკლება მოხდება იმ შემთხვევაში თუ ბავშვი მიიღებს იმაზე ნაკლებ საკვებს, ვიდრე მას ჭირდება.

საკვების ახირება: ბავშვთა კვებით პრობლემებზე დიდ გავლენას ახდენს მშობელთა მიდგომა კვების მიმართ, ოჯახური დიეტა და ა.შ. ამ პრობლემებს იწვევს დაძაბულობა ბავშვისა და მშობლის ურთიერთობაში, ემოციური სტრესი და სხვა. როგორც წესი ფიზიკური ზრდა, ჰემატოლოგია და ბიოქიმია ნორმაშია. მნიშვნელოვანია ემოციების მოცილება კვების დროს, აგრეთვე მშობელი არ უნდა იქცეს ბავშვის მონად და არ უნდა ასრულებდეს ყველა მის ახირებას, მაგალითად არ უნდა უმზადებდეს ოჯახის სხვა წევრებისგან განსხვავებულ საკვებს. ზოგიერთ ბავშვს უვითარდება

“ფობია” გარკვეული საკვების მიმართ. ასეთი საკვების მიღების დაძალებამ შეიძლება საქმე გააუარესოს, ხოლო თავიდან აცილება მხოლოდ შეგვინარჩუნებს პრობლემას.

პაგარები ზოგჯერ უარს ამბობენ საკვებზე თავიანტი დამოუკიდებლობის გამოსახატავად, ხან კი იმის გასაგებად თუ რამდენად შეუძლიათ მშობლებზე გეწოლის მოხდენა. ამ დროს უმჯობესია შემდეგი მიდგომა: “ჭამე ან თავი დაანებე”, სავსებით მისაღებია 2-3 კვების გამოტოვება, წონა უნდა იყოს დამაკმაყოფილებელი და სითხის მიღება ნორმის ფარგლებში.

ანორექსია: ნევროზული ანორექსიის სიმპტომები ვლინდება პრეპუბერტულ ასაკში, რომელიც თითქმის ყველა შემთხვევაში დაკავშირებულია სტრესთან სახლში თუ სკოლაში. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება ავადმყოფობის შემდეგაც განვითარდეს, რის შემდეგაც საჭიროა ინტენსიური რეაბილიტაცია. ეს პრობლემა უფრო ხშირია გოგონებში, ვიდრე ბიჭებში.

ნევროზული ანორექსიისათვის დამახასიათებელი ნიშნები:

- წონაში დაკლება 20%-ით;
- დაბნეულობა საკვებთან და წონასთან დაკავშირებით;
- ეჭვები თითქოსდა მსუქანია წონის ნაკლებობის მიუხედავად;
- გამუდმებითი უარი შესაბამისი წონის შენარჩუნებაზე;
- გენდენცია მაღალი სტანდარტების დასახვისა და აკვიატებულობისა;
- კომუნიკაციასთან დაკავშირებული პრობლემები.

საშუალო და მსუბუქი ნევროზული ანორექსია საკმაოდ ჩვეულია და ადვილი მისახედია, მანამაღე, სანამ არ ვითარდება მეორადი სიმპტომები, როგორცაა უხასიათობა და ამენორეა. ბოლო დროის მიდგომა ანორექსიის მკურნალობისა ასეთია: ბავშვი პასუხისმგებლობას იღებს თავის წონაზე და საკვებზე “კვებისა და შეგრძობის” დღიურის გამოყენებით. ისინი ყურადღებით აწარმოებენ იმის ჩაწერას თუ რა ჭამეს და როგორი გრძნობა ქონდათ ამის მიმართ.

საკვები და ქცევა: კვების ნაკლებობამ მშობიარობის წინა და შემდგომ კვირებში შეიძლება გავლენა იქონიოს გვინის ფუნქციაზე, რომელიც შემდგომში შეიძლება გახდეს ჩამორჩენილობის და მომაგებული ქცევითი პრობლემების მიზეზი. გვინი იყვება ორგანიზმში არსებული შაქრის დაახლოებით 2/3-ს. დამტკიცებულია, რომ შაქარი იწვევს რთულ და აგრესიულ ქცევებს სკოლის მოსწავლეებში და ეს კავშირშია სწავლასთან. მეცნიერულად დასაბუთებულია, რომ შაქარმა შეიძლება გამოიწვიოს მომაგებული მოძრაობა, მაგრამ სხვა ქცევითი ცვლილებები დამტკიცებული არ არის. გავლენა აქვს, აგრეთვე, კოფეინს, რომელსაც შეიცავს ყავა და ჩაი, მაგრამ იგი ბავშვის ქცევას არ ცვლის.

კვებითი ალერგომები უფრო მეტად დამახასიათებელია სიცოცხლის პირველი წლების განმავლობაში, წლების მაგებასთან ერთად მათი სიხშირე კლებულობს. მთავარი სიმპტომებია დიარეა, მუცლის ტკივილი და კანზე გამონაყარი.

ძილთან დაკავშირებული პრობლემები ბავშვებში:

ცნობილია, რომ ყოველი 3 ახალშობილიდან და 5 წლამდე ასაკის ბავშვებიდან ერთს აღენიშნება ძილთან დაკავშირებული პრობლემები, აქედან დაახლოებით 30%-ს აქვს სერიოზული პრობლემა. საბედნიეროდ, ასაკის მაგებასთან ერთად სიხშირე

კლებულობს და 8 წლის ასაკისათვის იგი ასეთია 1:10. ახალშობილი დღისა და ღამის უმეტეს ნაწილს ძილში ატარებს, მეგრამ აქვს ძილის მოკლე, დაახლოებით 20 წუთიანი ციკლი. 3 თვის ასაკისათვის ბავშვს დღისით უფრო ნაკლები ძინავს, ვიდრე ღამე. 6 თვის ასაკისათვის ბავშვთა უმეტესობას ძინავს 15 საათი ღამე.

მეცნიერულად დასაბუთებულია, რომ უძილობა გავლენას ახდენს, როგორც ბავშვზე, ისე მშობლებზე. 24 საათიანი უძილობა იწვევს კონცენტრაციის დარღვევას, გაღიზიანებადობას, ხოლო 48 საათიანი – აგზნებასა და ლეპრესიის შეგრძნებას. ეს სიმპტომები დამახასიათებელია როგორც ბავშვების, ისე დიდებისათვის. მაგრამ არსებობს პარადოქსი, ბავშვები რაც უფრო მეტად იღლებიან უფრო ენერჯაბზე მოდიან, მაშინ როცა მობრდილები ღონე მიხდილნი არიან.

თუ მშობლები ბავშვს ვერ აძალებენ დაძინებას, ისინი უნდა დარწმუნდნენ, რომ ბავშვს სწორი პირობები აქვს შექმნილი დასაძინებლად: რომ იგი სწორად წევს ლოგინში, შუქი ჩამქრალია, ოთახის კარი დაკეცილია და ა.შ.

მართვა:

ბავშვები საკმაოდ სწრაფად ათვისებენ იმ რაიმე, რომ თუ ისინი ღამე საწოლში ითამაშებენ, მეტ კონტროლსა და ყურადღებას მიიღებენ მშობლებისგან. ხშირად ბავშვები უკეთესად წვრიანი მშობლებს. **სადილე საშუალებები ასეთ დროს წინააღმდეგნაჩვენებია გვერდითი მოვლენების გამო.**

ძილის კარგი ჩვევების ჩამოყალიბება:

ძილთან ერთად მნიშვნელოვანია დასვენებაც, ეს იქნება ძილის დროს თუ ისე. მნიშვნელოვანია თავის თავში დაჯერებულობა და დამოუკიდებლობა ბავშმა სკოლაში წასვლამდე ისწავლოს. მშობელთან ერთ საწოლში ძილი შეიძლება ამცირებდეს პრობლემებს, მაგრამ ამით დამოუკიდებლობის მიჩვევა ძნელია. ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი ღამის პრობლემებისა არის ის, რომ ბავშვს არ აქვს კარგად გამოუმუშავებული თავის დროზე დაძინების რეჟიმი. მნიშვნელოვანია დაძინების დრო არ იყოს ძალიან გვიანი. რაც უფრო დიდხანს რჩება მშობელი ბავშვის ოთახში, მით უფრო ჩივის ბავშვი მისი წასვლის დროს. რამოდენიმე წყნარი სიგყვა და დამშვიდობება საკმარისია ოთახიდან გამოსასვლელად. ამ წყნარი სიგყვების გამოყენება გვიან ღამითაც შეიძლება თუ, მაგალითად ბავშვს კომმარო გააღვიძებს. ანთებული შუქი ბავშმა შეიძლება ასე გაიგოს: “სიბნელე საშიშია”. თუ კარები ფართოდ არის გაღებული: “გამოდი”.

რეკომენდაციები:

1. რეჟიმის შესახებ ჯერ მშობლებთან ისაუბრეთ
2. სასარგებლოა ყველაფრის ჩამოწერა
3. შეთანხმდით დაძინების დროზე, რომელიც მუდმივი იქნება
4. რეჟიმი დაიწყეთ დაძინებამდე ერთი საათით ადრე
5. ყოველთვის აკეთეთ ერთიდაიგივე ერთნაირი თანმიმდევრობით
6. როგორც კი ბავშვს ჩააწვენთ, 5 წუთზე მეტი არ დარჩეთ მასთან
7. ძილის წინ ყოველთვის უთხარით ბავშვს ერთიდაიგივე სიგყვები
8. ჩააქრეთ შუქი და დახურეთ საძინებლის კარები

შედეგთან გამოსავალში დარწმუნება:

მშობელთა უმეტესობა აგვარებს ბავშვების დაძინების პრობლემას. ეს ძირითადად დისციპლინასთანაა დაკავშირებული. ბავშვს უნდა ასწავლოთ, რომ იწვეს ლოგინში, ანდა თუ არა დარჩეს საძინებელ ოთახში. კარგი იქნება “ფიზიოლოგიური საკეცის” შემოღება საძინებლის კარებზე, რათა ბავშვმა იცოდეს, რომ ოთახიდან გასვლა დაწოლის შემდეგ არ შეიძლება, გარდა ტუალეტისა და სასწრაფო შემთხვევისა. ამ “ფიზიოლოგიური საკეცის” მიღწევა შეიძლება ასე: როგორც კი ბავშვი დააპირებს ლოგინიდან წამოდგომას, მიიღეთ ისეთი ხმის ტონი და სახის გამომეტყველება, რომელიც იმდენად შთაბეჭდავი იქნება, რომ ბავშვი დარჩეს საწოლში. ბავშვის რეაქციის მიხედვით მიხვდებით კარგად გამოვივლიდათ, თუ პრაქტიკა გჭირდებათ.

მშობლები ხშირად ამბობენ, რომ ეს აღრეც გაუკეთებიათ, მაგრამ არ ამართლებს. ამ შემთხვევაში ყველაფერი გულდასმით უნდა გადამოწნდეს. შეიძლება ბავშვს უშვებდნენ ოთახიდან, ანდა ბავშვი მიხვდა, რომ გირილით თავისი გაქონდა და ისეც იქცეოდა.

ძილის რეჟიმის ჩამოუყალიბებლობის მიზეზები და შესაძლო გამოსავლები:

პრობლემა	შესაძლო გამოსავალი
<ul style="list-style-type: none"> • ბავშვი ფეხაკრეფით იპარება ისე რომ მშობლებმა არ იციან • ბავშვს შეიძლება რაიმე ტკიოდეს • ოთახში უნდა იყოს შესახელი/შესასვლელი, რათა პერიოდულად შეამოწმონ ბავშვი • მშობლები ჩივიან ბავშვის გირილზე • ერთ-ერთი მშობელი მიღის დათმობაზე • გირილი იწვევს სტრესს • ბავშვი არ ჩერდება ლოგინში, მაგრამ რჩება ოთახში • ყვირილთან ერთად ბავშვი აღებინებს 	<ul style="list-style-type: none"> • დააყენეთ სიგნალიზაცია კარებზე • ლოგინი აბსოლუტურად უსაფრთხო უნდა იყოს • შეგიძლიათ შეიხედოთ გასაღების ჭკურუგანიდან, გამოიყენოთ სარკე და ა.შ. • თბილად მოექცით მათ, ისინი მხარს დაგიჭერენ • შობლები უნდა შეთანხმდნენ. ერთ-ერთი უნდა წავიდეს დათმობაზე. • მოსინჯეთ ყურებში გასარტობი • ჩააცვით თბილი ერთიანი ტანსაცმელი • მინიმალური ხმაურით დაალაგეთ, ერიდეთ თვალი-თვალიში კონტაქტს.

კლინიკური შემთხვევა

10 თვის ბიჭუნას დედა (იგი პირველი ბავშვია), მოგმართავთ ძალიან შეწუხებული და გეუბნებათ, რომ "შალე ალბათ გაგიჟდება, ბავშვს საერთოდ არ სძინავს, ღამით ორჯერ, სამჯერ იღვიძებს და ეს დღითი-დღე აუტანელი ხდება".

ხუთიდან, სულ ცოცხა ერთი დედა ექიმს მიმართავს იმის გამო, რომ ბავშვი გადაჭარბებულად ჭირვეულობს ან ცუდად სძინავს. ეს იშვიათად არის დაკავშირებული რაიმე ორგანულ დაავადებასთან. ერთ-ერთი ვიდეო კვლევის მონაცემებით დადგინდა, რომ ბევრი ბავშვი "ჩუმად იღვიძებს" და ისინი თავიანთ მშობლებს არ აწუხებენ. ზოგიერთი ბავშვი დიდხანს და საკმაოდ ინტენსიურად გირის. ეს თითქმის არასოდეს არ არის დაკავშირებული ფიზიკურ დაავადებასთან (თუმცა საჭიროა მისი გამორიცხვა). აღრეულ ასაკში გირილი ბავშვისათვის კომუნიკაციის ერთადერთი ხერხია. მომდევნო პერიოდში, როდესაც იგი კომუნიკაციის სხვა ჩვევებს იძენს, გირილი უფრო მეტად შერჩევითი რეაქცია (პასუხი) ხდება მაგ. ტკივილზე ან წყენაზე.

"საინტერესოა, რაგომ არ უნდა რომ ღამით დაიძინოს? ჩემი მეგობრის ბავშვი იგივე ასაკისაა და დილითაც კი უჭირთ მისი გარვიძება"

მეგობრის ბავშვი, როგორც ჩანს "ჩუმად იღვიძებს", ვინაიდან წარმოუდგენელია, რომ ამ ასაკის რომელიმე ბავშვს მოზრდილის მსგავსი ძილი ჰქონდეს. პირველი 2-3 თვის განმავლობაში ბავშვს დღეში საშუალოდ 15 საათი ძინავს. ეს დროს თანაბრად ნაწილდება დღესა და ღამეს შორის, ისე რომ 4 საათიანი ძილის ეპიზოდს, ცვლის 3 საათიანი სიფხიზლის პერიოდი. სწრაფი ადაპტაციის პირობებში, 3-4-თვისათვის

ბავშვი დაახლოებით 8 საათამდე ახანგრძლივებს ღამის ძილს, ისე რომ, ძილის საერთო ხანგრძლივობა არ იცვლება.

"ის ალბათ შიმშილის გამო გირის. იქნებ დროა ბოთლის რძიდან მეკრივ საკვებზე გადავიყვანო? მაგრამ მე მგონი ის ამისათვის ჯერ პაგარაა"

თუ ბავშვი ხელოვნურ კვებაზეა და საკვებს საწოვარას საშუალებით იღებს, დედას უადვილდება აკონტროლოს მიღებული საკვების რაოდენობა, მაშინ როდესაც ბუნებრივი კვების შემთხვევაში ამის საშუალება არა გვაქვს და ღებებიც მეტ შემოთებას გამოთქვამენ იმის გამო, რომ ბავშვი შიმშილისაგან გირის. ასეთი ღებები საკმაოდ დიდხანს (4 თვემდე) აგრძელებენ ბავშვის ღამით კვებას. ღამით ხელოვნური რძის მიღებისაგან ბავშვი უარს ამბობს დაახლოებით ორ ნახევარი თვიდან. ასეთი ბავშვების კვების რაციონში მეკრივ საკვებს შედარებით ადრე ამატებენ. ბავშვი არ ეჩვევა ღამით საკვების მისაღებად გაღვიძებას და უფრო დიდხანს ძინავს.

რა უნდა ვეითხოვოთ მშობლებს?

- რა იციან მათ ბავშვის ნორმალური განვითარების შესახებ და საიდან მიიღეს (რა წყაროდან) ეს ინფორმაცია?
- აღწერეთ, რა ხდება როდესაც ბავშვი იღვიძებს? როგორ იქცევა ბავშვი და როგორ იქცევიან მშობლები?
- რამდენად აწუხებთ მათ ეს ამბავი?
- ძინავს თუ არა ბავშვს მშვიდ, მისთვის შესაფერის გარემოში?
- როგორია მოგადად ბავშვის ძილის ხასიათი (დღის ძილის გათვალისწინებით)?
- როგორია ოჯახის ცხოვრების წესი-ხომ არ მოითხოვენ ისინი ბავშვისაგან შეუძლებელს?
- ხომ არ ვლინდება მშობლების ავადმყოფობის რაიმე ნიშანი (განსაკუთრებით საყურადღებოა დედის დეპრესია)?

მცირე ასაკის ბავშვებში ქცევის მართვის ტექნიკის გამოყენება

მოგადი ღონისძიებები, რომლებიც საშუალებას იძლევიან აღმოვფხვრათ არასასურველი და მივადწიოთ სასურველ ქცევას შესაძლოა წარმატებით გამოვიყენოთ მცირე ასაკის ბავშვებშიც, განსაკუთრებით თუ ისინი ხელს უწყობენ ბუნებრივი განვითარების პროცესის პროგრესირებას. მთავარი მიზანია დღიური ძილის ხასიათი შეცვლა, ციკლის განვითარების ბუნებრივი მიმდინარეობის შესაფერისად, კერძოდ დღის ძილის ეპიზოდების შემოკლება, დღის დაგვირთვის გაზრდა, საღამოს სტიმულაციური მოვლენების ზემოქმედების შემცირება და ღამით გაღვიძების მიზეზების მინიმუმამდე შემცირება (მაგ. კვებისათვის, საუფნების გამოსაცვლელად და ა.შ). ასეთ დროს ბებიების და ბაბუების გარდა, დედებს არსებითი დახმარება შეიძლება გაუწიონ ჯანმრთელობის ვიზიტორებმა. გამოუცდელ დედებს განსაკუთრებით მოსწონთ სხვა დედებთან ურთიერთობა და მათი გამოცდილების გაზიარება.

ემოციური და ქცევითი დარღვევების გამო 12 თვის ასაკამდე ბავშვის საკონსულტაციოდ გაგზავნა ძალიან იშვიათად ხდება და ერთეულ გამონაკლისს წარმოადგენს.

ენურეზი და ენკოპრეზი:

ენურეზთან და ენკოპრეზთან დაკავშირებული მრავალი საკითხი მსგავსია. ერთ-ერთი ყველაზე დიდი განსხვავება ის არის, რომ ჩასვრა უფრო მეტ უარყოფით რეაქციებს იწვევს ვიდრე ჩასველება.

დადგენილია, რომ ენურეზი დრმა ძილთან არ არის დაკავშირებული. ძილის ეეგ-ს მონაცემებით დადგენილია, რომ ენურეზი შეიძლება აღმოცენდეს ძილის ნებისმიერ ფაზაში.

შარდის ბუშტის მოცულობა თითო დაცლაზე ენურეტიკ ბავშვებს მნიშვნელოვნად ნაკლები აქვთ, მაგრამ 24 საათში საერთო გამოსავალი მათ და ნორმალურ ბავშვებს ერთნაირი აქვთ. ეს გამოკვლევები ცხადყოფს, რომ სწორედ შარდის ბუშტის ფუნქციური უმწიფრობა იწვევს მისი მცირე ავსებისას დაცლას და არა სტრუქტურული შესაძლებლობები.

გამოკვლევები ცხადყოფს, რომ ჩასველება უფრო ხშირია ემოციურ ბავშვებში და სწორედ ემოცია ითვლება ენურეზის გამომწვევად. ენურეზი ისევე როგორც სხვა

მდგომარეობანი, როგორცაა ასთმა, ფრჩხილების კვნეცა ან კბილის ტკივილი – მწვავედ სტრესის დროს.

მნიშვნელობა ენიჭება სტრესის მიღების დროს. მაგალითად, ბავშვებს რომელთაც მიმართული აქვთ საავადმყოფოში 2-5 წლის ასაკში უფრო მეტად უხანგრძლივდებით ჩასვლელა, ვიდრე იმათ ვისაც არ აქვთ მიმართული.

ენურები გოგნებში უფრო ხშირია, ვიდრე ბიჭებში. სკოლის ასაკში იგი ბიჭებში ორჯერ უფრო მეტად არის დამახასიათებელი, ვიდრე გოგონებში. ემოციურად ეს პროცესი უფრო მეტად გოგნებზე მოქმედებს.

ენურეზი:

ენურეზი – ეს არის განვითარების სპეციფიკური შეფერხება. განვითარების სპეციფიკური შეფერხებები შეიცავს ენისა და მეტყველების, კითხვის და არითმეტიკის, ნაწლავებისა და შარდის ბუშის განვითარების შეფერხებებს. მასვე მიეკუთვნება ჰიპერაქტიურობა და იმპულსიურობის ზოგიერთი ფორმა.

განვითარების სპეციფიკური შეფერხებები ხასიათდება:

- უფრო ხშირია ბიჭებში
- უფრო სერიოზულად მიმდინარეობს გოგონებში
- მეცნიერულად დასაბუთებული გენეტიკური ფაქტორი
- კარგად ექვემდებარება გრაინინგს და ნაკლებად მკურნალობას
- გენდენცია აქვს იყოს დაკავშირებული სხვა სპეციფიურ შეფერხებებთან
- დაკავშირებულია მეორად ემოციურ სტრესთან
- სხვა მხრივ ნორმალური განვითარება
- გენდენცია სპონტანური გაუმჯობესებისა

ტვალეტის ტრეინინგი:

10-დან ერთზე ნაკლებ ენურეზიან ბავშვს აქვს ჩასვლელის სხვადასხვა ფიზიკური მიზეზები, ყველაზე ჩვეულია საშარდე გზების ინფექცია. რაიმე საგრეინინგო პროგრამის დაწყებამდე საჭიროა მისი გამორიცხვა. ენურეზის მართვის ყველაზე ეფექტური გზაა ტვალეტის ტრეინინგი. მნიშვნელობა ენიჭება ტრეინინგის ჩატარებას შესაბამის ასაკში. მშობელთა უმეტესობა ბავშვებს აყენებენ 5-9 თვის ასაკიდან, ეს არის ასაკი, როდესაც უკვე ბავშვს შეუძლია დახმარების გარეშე ჯდომა. ერთ-ერთი ნიშანი რომელიც, აგრეთვე, გამოხატავს ტვალეტის ტრეინინგისათვის მზაობას არის ბავშვის შესაძლებლობა გამოხატოს მომარდვის სურვილი ან ჩასვლელის შემთხვევაში გამოხატოს შეშფოთება. არსებობს გარკვეული მეცნიერული მტკიცება – თუ ბავშვს 20 თვემდე არ დაუწყებთ ტრეინინგს, შეუკავებლობის შანსი მნიშვნელოვნად იზრდება.

დამის თუ დღის ჩასვლელის მკურნალობის პირველი ნაბიჯი იქნება შემთხვევითა სისხირის ჩაწერა და ამავდროულად ყოველი სიმშრალის დროს მოახდენთ ბავშვის შექება-დაჯილდოვებას. აგრეთვე, უნდა მიეცეს მარტივი ახსნა- განმარტება ჩასვლელის მნიშვნელობისა და მისი განვითარების შესახებ. დღისით ჩასვლელისას, აგრეთვე, სასარგებლოა ტვალეტში ვიზიტები ისეთი სისხირით, რომ დარწმუნებული იყოს, რომ ბავშვი მშრალია. ჯილდოებათ შეიძლება გამოიყენოთ ვარსკვლავები ან მომღიმარი სახეები, რომლებიც წარმატებას გამოხატავენ, მაგრამ ყველაფერი შესაბამისად ორგანიზებული უნდა იყოს.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე ბავშვის მონაწილეობას თავისი ჩასვრილების ალაგების პროცესში, გამოცვლაში, გავლელაში ან სარეცხებში ჩადებაში.

მშობლებმა უნდა გაიგონ რომ, ეს არის გრეინინგი ერთ-ერთი ტექნიკა და არა ბავშვის დასჯა.

გამოიყენება, აგრეთვე ე.წ. მშრალი ლოგინის ტექნიკაც. პირველ დამეს ბავშვს აღვიძებენ ყოველ საათში ერთხელ, აძლევენ წყალს (დასალევად) და გაყავთ ტუალეტში. თუ ბავშვმა მოშარდა, მას შესაბამისად აქებენ და აჯილდოვებენ. თუ ბავშვი ჩაისველებს, მან უნდა ასრულოს “20 წუთიანი რეჟიმი”. ეს გულისხმობს 20-ჯერ ტუალეტში გასვლას და თითო ჯერზე 20-დე დათვლას. პირველი კვირის განმავლობაში მან ეს ყოველდღე უნდა აკეთოს დაძინების წინ მიუხედავად იმისა ჩაისველა თუ არა მან წინა დამით, ხოლო შემდგომში ეს სრულდება მხოლოდ ჩასველების შემთხვევაში.

მედიკამენტები:

იმპრაბინზე (რომელიც ენურემის სიმპტომატური მკურნალობისათვის პირველი არჩევის პრეპარატია) მეგად ამქამად გამოიყენება **დესმოპრესინი** (ვაზოპრესინის ანალოგია). იგი ეძლევა ერთჯერადი ინგრანაზალური დოზით 20-40მგ ძილის წინ. ეფექტურია 80%-ში. მისი ეფექტი დაკავშირებულია შესაძლებლობასთან, მოახდინოს შარდის კონცენტრაცია და დააქვეითოს მისი გამოყოფა დამით. გრიციკური და სხვა მედიკამენტებისაგან განსხვავებით არ აქვს გვერდითი ეფექტები. გადაჭარბებული რაოდენობით წყლის მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპონატრემია.

კლინიკური შემთხვევა

ენურეზი

პაციენტი-7 წლის ბავშვი ჯანმრთელია. ოჯახის ექიმთან მოიყვანა მამამ, რომელიც წუხს იმის გამო, რომ ბავშვს აღენიშნება დამით შარდის შეუკავებლობა. ზოგჯერ რამოდენიმე დღე ბიჭი შეიძლება მშრალი დარჩეს, თუმცა ხშირად დამით და ზოგჯერ დღისითაც ისველებს. ბავშვი ძალიან განიცდის თავისი მდგომარეობის გამო, ამას კიდევ უფრო ართულებს ის ვარაუდობა, რომ ბიჭუნას დედა ვერ ფარავს თავის სიბრაზეს და ხშირად სჯის ბავშვს. მამა შედარებით ღმობიერად და მეტი ვაგებით ეკიდება ამ პრობლემას, ვინაიდან თავად აღენიშნებოდა დამის ენურეზი 9 წლის ასაკამდე.

უნდა გავითვალისწინოთ შემდეგი საკითხები:

- სასკოლო ასაკის ბავშვებში ენურემთან დაკავშირებული მარცხის მუდმივი შიში, შესაძლოა სერიოზული ფსიქოლოგიური და ემოციური პრობლემების მიზეზი გახდეს.
- მშობლების მხრიდან მკაცრი და დამსჯელი პოზიცია ყოველად გაუმართლებელია, რამაც შესაძლოა მნიშვნელოვნად გაართულოს პრობლემის გადაწყვეტა.

რა უნდა ვპირობოთ მშობლებს?

- ხომ არ აღენიშნებოდა ბავშვს საკმაოდ ხანგრძლივი “მშრალი” პერიოდი? (რეციდივი შესაძლოა გამოწვეული იყოს საშარდე ტრაქტის ინფექციით)
- ხომ არ აღენიშნება ენურემის ოჯახური ანამნეზი (სამწუხაროდ ამ შემთხვევაში გაჯანსაღება შედარებით გვიან ხდება.)
- როგორ აღიქვამს ამ პრობლემას ბავშვი?
- როგორია მშობლების დამოკიდებულება ამ საკითხისადმი?
- რა გაკეთდა აქამდე?
- როგორ წარმოუდგენიათ მშობლებს ექიმის დახმარება?

მართვის პრინციპები:

- განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ღვეხმართო ბავშვს შეინარჩუნოს საკუთარი თავისადმი პატივისცემა.
- დაუშვებელია ბავშვის დამცირება და დასჯა.
- 5-6 წლის ასაკში მოგჯერ გვეხმარება “ვარსკვლავების რუქა”, სადაც ბავშვმა უნდა აღნიშნოს, როდის გაიღვიძა მშრალ საწოლში, რისთვისაც მშობლებისაგან ჯილდოს მიიღებს.
- ელექტრო საფენი (მაღვიძარა), რომელიც რეაგირებს შარდის უმცირეს რაოდენობაზე და ზარით აღვიძებს ბავშვს საკმაოდ ეფექტურია;
- მედიკამენტოზური მკურნალობა-ანტიბიოტიკური ჰორმონი-დესმორესინი-ცხვირის ფხვნილი ღამით ორი თვის მანძილზე, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც მაღვიძარა არაეფექტურია.

ენკობრეზი:

ტერმინი ენკობრეზი გულისხმობს, რომ ფორმირებული განავლოვანი მასები დეპონირდებიან არანორმალურ ადგილებში. ამით იგი განსხვავდება ყაბზობისაგან, რომელიც დაკავშირებულია გადავსებასთან ან დიარეისაგან. იგი განიხილება, როგორც ნაწლავთა განვითარების სპეციფიური შეფერხება და ამასიათებს ყველა ის მახასიათებელი, რომელმაც გემოთ იყო საუბარი.

ენკობრეზის მკურნალობის ძირითადი ეტაპები:

1. ასწავლეთ ბავშვს ერთიდაიგივე დროს 5 წუთის განმავლობაში იჯდეს უნიტაზმზე. შეიძლება სასარგებლო იყოს სხვადასხვა დროის დამნიშვნელების გამოყენება.
2. დაგეგმეთ ბავშვის ტუალეტში გაყვანა ისეთი სიხშირით, რომ თავიდან აიცილოთ ჩასვრა. დღეში 4-ჯერ ან მეტჯერ შეიძლება იყოს ეს საჭირო.
3. ჯერ გააჯილდოვეთ რეგულარული ჯდომისათვის უნიტაზმზე, ხოლო შემდეგ კუჭში გასვლისათვის.
4. გამოიყენეთ დიეტა, საფალარათო საშუალებები ან ოყნა, რათა ქვედა ნაწლავები შეძლებისდაგვარად ცარიელი იყოს. ასეთ დროს ბავშვი ნაკლებად ისვრის.
5. ბავშვი პასუხისმგებელი უნდა იყოს ჩასვრილი მასების ალაგება-აწმენდაზე, შესაბამისი ზედამხედველობის გაწევით.
6. თუ ბინძურ შარვლებს ბავშვი მალავს, მშობელმა ეს უნდა აკონტროლოს და სუფთა მისცეს მხოლოდ ბინძურის დაბრუნების შემთხვევაში.

ჰიპერაქტიურობა:

ძირითადი მახასიათებლები:

- ყურადღების შემცირება
- გონებაგაფანტულობა
- იმპულსების სუსტი კონტროლი
- შესამჩნევი ბეაქტიურობა

ბევრი მშობელი უცხად სვამს ჰიპერაქტიურობის დიაგნოზს, თუ ისინი თვლიან, რომ ბავშვი ძნელი სამართავი და მოსავლელია.

ჰიპერაქტიურობის ეტიოლოგიაში მრავალი სხვადასხვა ფაქტორი იქნა იდენტიფიცირებული. იგი მოიცავს გენეტიკურ, ნეიროქიმიურ და არახელსაყრელ, სამიანო ფსიქოსოციალურ ფაქტორებს. ჰიპერაქტიურობის განვითარებაში ნაკლები

მნიშვნელობა ენიჭება დიეტას. ჰიპერაქტიურ ბავშვთა 30%-ს მოზრდილობაში აღენიშნებათ სირთულეები სხვადასხვა ზომებითან დაკავშირებით. ბავშვებში აღრეულ ასაკში ჩნდება საზიანო ურთიერთობები, უარყოფითი გამოვლინებები, დაბალი თვით-აღიარება, რასაც შემდგომში მიეყვართ ანგისოციალური ქცევების გამოვლინებამდე.

ჰიპერაქტიურობის მკურნალობა ფოკუსირებული უნდა იყოს იმპულსების კონტროლის გამხსნევებაზე და შესაბამისი ქცევების გრეინინგზე. არც ერთი პროგრამა არ არის მეორეზე უკეთესი, იგი უნდა შეეფერებოდეს ამა თუ იმ პრობლემას სკოლაში თუ სახლში. ასეთი ბავშვებისათვის სასარგებლოა ყოველდღიური რეჟიმის ჩამოყალიბება, სადაც მათ ქცევას მკაცრად განსაზღვრული საზღვრები ექნება. გამოიყენება აგრეთვე კონცენტრაციის ვარჯიშები: ბავშვს თხოვენ კონცენტრაცია მოახდინოს დავალებამდე რამოდენიმე წამით, ინიშნავენ დროს, და ამ დროს რამოდენიმე კვირების განმავლობაში ზრდიან, თანაც უნდა დარწმუნდეთ, რომ ყოველი ასეთი სესია წარმატებულია. ამფეგამინიდან მიღებულ სტიმულანტებს აქვთ პარადოქსულად დამამშვიდებელი ეფექტი ბავშვებში და იგი ეფექტურია ჰიპერაქტიურობის სიმპტომურ მკურნალობაში, მაგრამ არ გამოიყენება ხანგრძლივი დროით. ამ მედიკამენტის დანიშვნა უნდა მოხდეს სპეციალისტის მიერ ამ დარგში.

რთული და ურჩი ქცევა:

რა თქმა უნდა, მნიშვნელოვანია ბავშვთა ქცევითი პრობლემები ფოკუსირებული იყოს პირველად პრევენციაზე და არა რაიმე თერაპიულ სანუშაობზე. ბავშვებს ამ საქმეში დიდ დახმარებას უწევს კარგი მშობლობა. თუ ბავშვს უვლიან მაღალი ხარისხით, ანგისოციალური ქცევის განვითარების რისკი მცირდება.

მშობელთა დამოკიდებულების ხარისხი, რომელიც ამცირებს ქცევითი პრობლემების რისკს:

- ყოველდღიური ცხოვრების რეჟიმი;
- ნათლად განსაზღვრული ლიმიტების დასახვა;
- სიყვარული და მზრუნველობა;
- მაღალი ღონის ბედამხელველობა;
- მუდმივი ზრუნვა და დაცვა;
- ასაკის შესაფერისი დისციპლინა და ჯილდოები.

რთული ქცევა ხშირია ბავშვებში, მაგრამ მშობლები ზოგჯერ ამას ყურადღებას არ აქცევენ და თვლიან, რომ ბავშვი გაიმრდება და გაუვლის. სამწუხაროდ, მეცნიერულად დასაბუთებული, რომ ქცევით პრობლემებს აქვთ გაგრძელების ტენდენცია.

ზოგჯერ თვით მშობლები წარმოადგენენ არასასურველი ქცევების მაგალითს თავიანთი ბავშვებისათვის. მაგალითად, აგრესიული ბავშვები პირველ რიგში თავიანთი მშობლებისგან გადმოღებულ აგრესიას გამოხატავენ. მნიშვნელოვანია მოვახდინოთ ამ მექანიზმის იდენტიფიცირება, რათა საჭიროების შემთხვევაში მივუთითოთ ამაზე მშობელს. ამ დავალებას დელიკატურად უნდა მივუდგეთ, რადგან იგი ნეგატიურ გავლენას ახდენს მშობლებზე. დიდი ძალისხმევაა საჭირო, რათა დავეხმაროთ მშობლებს არ იგრძნონ თავი დამნაშავედ და ამავდროულად მივცეთ მათ ბავშვზე ეფექტურად ზრუნვის სტიმული.

ანგისოციალური ქცევა ბავშვებში მჭიდროდ არის დაკავშირებული მშობლების აგრესიულ ქცევასთან. აქ ერთგვარი ციკლი იკვრება:

1. ბავშვების ცუდი ქცევა ართულებს მშობლის მიერ მართვის სხვადასხვა ფორმების გამოყენებას და გამხსნევებას კარგი ქცევისათვის.

2. ურჩი ბავშვები ხშირად იწვევენ აგრესიას თავიანთ მშობლებში, რაც შემდგომ ხდება მათთვის მაგალითი.
3. ოჯახში გრძელდება უსიამოვნებები და აგრესია, ამას მოყვება ანარქია და ურთიერთობები უფრო იძაბება.
4. შედეგად, მშობლებს ბემრდებით ყველაფერი და ღიბიანდებიან. ისინი კარგავენ თავიანთი თავის რწმენას და თვით-აღიარებას. ასევე ხდება ბავშვებში.
5. ოჯახის წევრები რჩებიან დისტანციაზე, მშობლები აღარ არიან გაერთიანებულები, ანგისოციალური ქცევის კონგროლი ირღვევა, რაც აღრმავეს პრობლემებს და ციკლი ასე გრძელდება.

დახმარება სწორი დისციპლინის ჩამოყალიბებაში:

მშობელთა დისციპლინის სტანდარტები მრავალფეროვანია სხვადასხვა ოჯახებში. სასიცოცხლო მნიშვნელობის საკითხს წარმოადგენს შეთანხმებებისა და სტანდარტების დასახვა მისაღები ქცევების შესახებ.

ერთ-ერთი ყველაზე ტიპური, არაეფექტური ბავშვისა და მშობლის ურთიერთობის მაგალითია, როდესაც მშობელი ბავშვს თხოვს რაიმეს გაკეთებას. როდესაც არაფერი ხდება, ისინი კვლავ თხოვენ და თხოვენ. ყოველ მომდევნო შემთხვევაზე მოთხოვნა ხდება უფრო მკაცრი, სანამ მშობელი ყვირილამდე არ მიდის. ამ დროს ბავშვი ფიქრობს, რატომ არის ასეთი აურზაური. ყოველივე ამის შემდეგ აღმოჩნდება, თუ რა მცირე რამ იყო პირველ ადგილას. სამწუხაროდ, ასეთი ურთიერთობის გამო ბავშვები ყურადღებას არ აქცევენ მშობლებს, სანამ ისინი არ ბრაზდებიან. უმჯობესია იქონიოთ ზოგადი ინსტრუქციები, რომლებიც გაიცემა მხოლოდ ერთხელ. თუ ის რაიმე უმნიშვნელოა, არ არის საჭირო მისი გამეორება. თუ მნიშვნელოვანია, უნდა მიეცეს გაფრთხილება არ შესრულების შემთხვევაში. მშობელთა უმეტესობა წარმატებით იყენებს გრეინინგის ამ მიდგომას პოტენციურად საშიში მდგომარეობებისაგან ბავშვის დასაცავად, როგორცაა ცეცხლთან თამაში, ქუჩაზე გადაარბენა, თითების შეყოფა შტეფსელში და ა.შ.

სასკოლო პრობლემები:

ბიჭებს უფრო მეტად რიცხავენ სკოლიდან, ვიდრე გოგონებს და ამის ყველაზე ჩვეული მიზეზი აგრესიული ქცევაა. გარიცხვის შემდეგ ცოტა მათგანი უბრუნდება ნორმალურ სასკოლო ცხოვრებას. ბიჭებს ასევე მეტი რისკი აქვთ განუვითარდეთ კითხვასთან დაკავშირებული პრობლემები, რომლებიც კავშირშია ქცევით პრობლემებთან, თუ შევადარებთ ბავშვებთან რომლებსაც არ აქვთ სირთულეები კითხვასთან დაკავშირებით.

თვით სკოლას შეიძლება ქონდეს ისეთი მახასიათებლები, რომლებიც ხელს უწყობენ ანგისოციალური ქცევის განვითარებას. ესენია:

- კადრების დაბალი სულიერი განწყობა
- მასწავლებლების ხშირი რეორგანიზაცია
- ქცევის გაურკვეველი სტანდარტები
- დისციპლინის დაუდგენელი მეთოდები
- სუსტი ორგანიზებულობა
- ბავშვების ინდივიდუალური ცოდნის სიმცირე
- ბავშვების შრომის არ შეფასება

ანგისოციალურ ქცევას აქვს გაგრძელების ძლიერი ტენდენცია. ბავშვთა დაახლოებით 50%-ს ცუდი ქცევით პრობლემები დიდი ხნით უგრძელდებათ.

ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია ანტისოციალური ქცევის ცუდ გამოსავალთან:

- ❖ ანტისოციალური აქტების ხშირი შემთხვევები, აგრესიული ქცევა
- ❖ გაკვეთილების გაცდენა და გყუილი
- ❖ ხანძრის გაჩენა
- ❖ ურთიერთობა სხვა ანტისოციალური ქცევის მქონე ბავშვებთან
- ❖ უკიდურეს სიღარიბეში გაზრდა
- ❖ წამლების შეცდომით გამოყენება
- ❖ აღრე ჩამოყალიბებული პრობლემები
- ❖ ოჯახის წევრები ანტისოციალური ქცევით ან ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემებით

როდესაც სკოლასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე ვსაუბრობთ, მნიშვნელოვანია განვასხვავოთ 5 ძირითადი არე სადაც შეიძლება პრობლემა აღმოცენდეს:

- ბავშვის პირადი პრობლემები, მაგალითად, განცალკევების მღელვარება
- სირთულეები თანასწორებთან, მაგალითად, შარიანობა
- პრობლემები სამუშაოსთან, მაგალითად, ძალიან იოლად ან ძალიან რთულად
- პრობლემები მასწავლებლებთან, მაგალითად, მწირი დისციპლინა
- პრობლემები სკოლის გარეთ, მაგალითად, ოჯახის დანგრევა

სკოლებისთვის ადვილი სათქმელია, რომ ბავშვთა სასკოლო პრობლემები დაკავშირებულია მათ ოჯახურ პრობლემებთან, მაგრამ ბავშვები ყოველდღიური ცხოვრების მნიშვნელოვან ნაწილს აგარებენ სკოლაში (დაახლოებით 15 000 სთ. მთლიანობაში). ამიგომ გასაკვირიცაა, თუ სკოლასთან დაკავშირებულ ფაქტორებს არ ჩავთვლით ემოციური და ქცევითი პრობლემების ეგიოლოგიად.

ძალიად გაჯავრება და შარიანობა:

შარიანობის შემთხვევების უმრავლესობას ადვილი აქვს სკოლაში ან მასთან ახლოს. ეს პრობლემა სხვადასხვა სკოლებში განსხვავებულია, შესაძლოა იმიგომაც, რომ მოგიერთ სკოლებში ეს მიუღებელია. გოგონები ნაკლებად იყენებენ ფიზიკურ შარიანობას, მაგრამ თითქმის ბიჭებივით აგრესიულები არიან. მსხვერპლთა 20% თვითონაც შარიანები არიან. გიპიურ შარიან ბავშვს აქვს გენდენცია იყოს ძალიან თავდაჯერებული და ჩვეულებრივ აგრესიულია.

შარიანობა, ჩვეულებრივ, აღმოცენდება არათანაბარი ძალაუფლების მქონე პირთა ურთიერთობის დროს. ამის მოთმენა და აგანა არ შეიძლება, მას მაშინვე უნდა გავუმკლავდეთ. სკოლის პოლიტიკა მიმართული უნდა იყოს შარიანობის აღმოფხვრისაკენ და ამში მონაწილეობას უნდა ლებულობდნენ ბავშვები, მშობლები და მასწავლებლები, ეს ყველაზე ეფექტური მიდგომაა. აგრეთვე, გამოიყენება მედამხედველობა შარიან ბავშვებზე და მათ მსხვერპლზე.

სკოლაში დაუსწრებლობა:

ამის მიზეზები მრავალია და კომპლექსური. გარდა იმისა, რომ მშობელმა შეიძლება დაგვოს ბავშვი სახლში, არის სხვა მიზეზებიც. ბავშვს შეიძლება ვინმე შარიანად ექცეოდეს სკოლაში ან იგი ვერ უძლებდებოდა სამუშაოს. სხვა მიზეზებიდან აღსანიშნავია ნერვული დარღვევები დაკავშირებული განცალკევების მღელვარებასთან ან სკოლის შიშთან.

მართვა:

ამისათვის საჭიროა მშობლების, მასწავლებლების და სხვა პროფესიონალების ერთობლივი მუშაობა, დეტალურად უნდა იქნეს შეფასებული პრობლემა და ამის შემდეგ შედგეს მკურნალობის სრულფასოვანი გეგმა სათანადო ხალხის მონაწილეობით. სკოლაზე უარის თქმის დროს, გარდა იმ შემთხვევისა როდესაც ეს გამოწვეულია შიშებით, ბავშვი მაშინვე უნდა დავაბრუნოთ სასწავლებელში და ამავდროულად დავიწყოთ გამომწვევ მიზეზებზე ზემოქმედება. მაგრამ ხშირად ასე ხდება, რომ “სკოლაზე უარის თქმის მკურნალობა სკოლაში დაბრუნებაა”, ბავშვები სწრაფად უბრუნდებიან რეჟიმს, თითქოს არაფერი არც მომხდარა. ამის დადებითი მხარე ის არის, რომ რაც უფრო მალე დავაბრუნებთ ბავშვს სკოლაში, მით უფრო მალე გავერკვევთ გაცდენების მიზეზებს და მოვახდენთ მათზე ზემოქმედებას. აგრეთვე, უნდა მოხდეს სწავლების შესაფერისი პროგრამის შერჩევა და შემდგომში მონიტორინგი და შედეგად მღელვარება.

ემოციური დარღვევები

• მარტივი წახილის მდგომარეობა:

ბავშვებში ასაკის მაგებასთან ერთად მაგულობს უკიდურესი სიმორცხვისა და განცალკევების პრობლემა, რაც შემდგომში სერიოზულ დაღს ასვამს მათ. ზოგიერთი ბავშვი ძალიან მტკივნეულად იტანს სხვადასხვა სიგუაციებს, მათ “მგრძობიარე” გემპერამენტი აქვთ და გამოირჩევიან მაღალი რეაქტიულობით ნებისმიერი სახის სტრესის მიმართ. წახილის მართვაში რამდენიმე მნიშვნელოვანი ელემენტი.

1. **წახილის პირისპირ დგომა** – ეს გულისხმობს, დავეხმაროთ ბავშვს პირისპირ შეხედოს წახილს, ვიდრე აარიდოს მას თავი.
2. **წახილი გადაძვება** – ეს გულისხმობს იმას, რომ თუ მაგალითად შუქს ანთებულს გოვებენ იმიტომ, რომ ბავშვს სიბნელის ეშინია, ეს ნიშნავს, რომ მართლა არის რაღაც, რისაც უნდა გეშინოდეს.
3. **აზროვნების და ქცევის ურთიერთდაკავშირება** – მაგალითად, თუ ბავშვს ეხმარებიან თავიდანვე პომიგიურად იფიქროს სკოლაზე, იგი უკეთესად ეგუება მას, ვიდრე ბავშვი, რომელიც ფიქრობს თუ რა შეიძლება მოხდეს იქ ცუდი.
4. **ფიქრების კონტროლი** – ბავშვები საოცრად კარგად ახერხებენ თავიანთი ფიქრების ცონტროლს, მაგრამ ამისათვის მათ გამხსნეება და პრაქტიკა ჭირდებათ. მაგალითად, თუ ბავშვს ობობის ეშინია, უნდა დაარქმევინოთ ვინმე ახლო ნათესავის სახელი, რათა მას მეგობრული განწყობა შეექმნას ამ მწერის მიმართ.
5. **რელაქსაცია** – ამის მრავალი მეთოდი არსებობს, მისთვის ეს გასაგები უნდა იყოს და სიამოვნებას ანიჭებდეს.
6. **იუმორის გრძობა** – ძნელია ერთდროულად იცინოდეს და დამწუხრებული იყო. ბავშვი შეიძლება ნაკლებად დამწუხრებული იყოს თუ მისი გარემომცველი უფროსები ზედმეტად სერიოზულები არ იქნებიან. მაგალითად, თუ ბავშვს

მონსტრების ეშინია, მშობელი მას ვერ დაეხმარება კარადაში და საწოლის ქვეშ შეხედვით, მათი არ არსებობის დასამტკიცებლად.

• **ფობიები:**

ეს არის რაიმე ობიექტის ან სიტუაციის უსაზღვრო შიში, რომელსაც შეძლებისდაგვარად არიდებენ თავს. ბავშვთა 5 %-ში საკმაოდ ჩვეულია ცხოველებისა და მწერების შიში. უმეტეს შემთხვევებში ეს პრობლემა შენარჩუნებულია, იმიტომ რომ მას თავს არიდებენ და ბავშვს არ ეძლევა იმის შანსი, რომ ნახოს, საშიში არაფერია. მშინარა ბავშვებს შეიძლება მსგავსი მშობლები ჰყავდეთ. ფობიების მართვა იგივე გზით ხორციელდება როგორცაც წუხილის.

• **ტრამვისშემდგომი სტრესი:**

ბავშვებს, ისევე როდორც დიდებს, შეიძლება განუვითარდეთ ტრამვისშემდგომი სტრესი, მაგალითად სექსუალური ძალადობის შემდეგ. სამი ძირითადი მახასიათებელია ცოცხალი მოგონებები, თავდაცვითი რეაქციები და ჰიპერრეაქციები. არ არის აუცილებელი სიმპტომები მაშინვე განვითარდეს, ისინი შეიძლება თანდათან გამოვლინდეს. ნორმალურად მოსალოდნელია მათი თანდათანობითი შემცირება 6 თვის შემდეგ, მაგრამ შეიძლება დიდი ხნით გაგრძელდეს და გართულდეს სხვა ფსიქიატრიული დარღვევებით.

უნდა გავიგოთ, რომ ტრამვისშემდგომი სტრესი ემოციური ჭრილობის გოლფასია. რა თქმა უნდა სასარგებლოა სუფთა ჰაერზე სეირნობა და პრობლემის შესახებ საუბარი, მაგრამ ეს არ უნდა მოხდეს დაძალებით.

• **ბრაზი და აგრესია:**

მძიმე გუნებაზე ბავშვები ძირითადად დაძინების წინ დგებიან, დილის ან შუადღის ბოლოს, როდესაც მათ შიათ ან დაღლილები არიან. 2 წლის შემთხვევაში ეს პროცესი უფრო ხანმოკლე ხდება, მაგრამ მაგულობს წუწუნი და გაბუტვა. ყველაზე ხშირად იგი ვლინდება 2-დან 5 წლამდე პიკით 2-3 წლის ასაკში. იგი ბიჭებისთვის უფრო დამახასიათებელია, ვიდრე გოგონებისთვის. ბავშვთა დაახლოებით 70%-ს, რომლებსაც აღენიშნებათ ქცევითი პრობლემები, კიდევ უგრძელდებათ ისინი ერთი წლის განმავლობაში. არსებობს ურთიერთკავშირი გუნება-განწყობილების გაღიზიანებად ბავშვებსა და მათ ოჯახებს შორის:

ბავშვის მახასიათებელი	ოჯახი და სოციალური ფაქტორები
<ul style="list-style-type: none"> • მეტყველების პრობლემები • ჩასვლა და ჩასვრა • კვებისა და ძილის პრობლემები • ჰიპერაქტიური და რთული • საწყალი და მგირალი • ხშირი ტკივილები • ხშირი მცირე ავადობები 	<ul style="list-style-type: none"> • ახალგაზრდა ან ხანდაზმული დედეები • თბლობა ან გამოცვლილი მშობლები • დაბალი სოციალური მდგომარეობა • 4 ან მეტი ბავშვი ოჯახში • ძლიერ მწვეელი დედა • სიღარიბე და უმუშევრობა • ქალაქშიდა რევიონები

მართალია ასაკის მაგებასთან ერთად გუნება-განწყობილების ცვალებადობა მცირდება, მაგრამ არ ქრება, იგი შეიძლება სხვა გამოვლინებით შეიცვალოს, მაგალითად, თუ ბავშვი ნაკლებად ბრაზიანი ხდება, წინა პლანზე იწევს დეპრესია.

მართვის სამი ძირითადი მიდგომა:

მიდგომა	მეთოდები
<ul style="list-style-type: none"> ▪ პრევენცია ▪ ბავშვების გრეინინგი, რათა გამოხატონ ბრამში უფრო მისაღები გზით ▪ ქცევის იგნორირება 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ სარისკო სიტუაციების თავიდან აცილება ▪ წინასწარ დაგეგმვარება ▪ გართობა, თუ შესაძლებელია ▪ სწავლება მაგალითებით ▪ დაჯილდოვება თვით-კონტროლისთვის ▪ ბრამის მართვის გრეინინგი ▪ მოამორეთ აუდიტორიას ▪ ტაიმ აუტი ▪ დატოვეთ სანამ დაწყნარდება

• ღებრესია:

ღებრესია უფრო მეტად უვითარდებათ ისეთ ბავშვებს, რომელთა მშობლებსაც, ასევე აღენიშნებათ იგი.

ღებრესიის დიაგნოსტიკური მახასიათებლები:

1. ცუდი გუნება-განწყობილება, ცრემლიანობა.
2. 2 კვირაზე მეტი ხნით გაგრძელება.
3. ხელს უშლის ყოველდღიურ ცხოვრებას.
4. დაკავშირებულია ორ ან მეტ ქვემოთ მოცემულ სიმპტომთან
 - არარაობის შეგრძნება
 - უიმედობის შეგრძნება
 - დარღვეული ძილი
 - შეცვლილი მადა
 - გაღიზიანებადობა
 - აღელვება ან ფობიური ქცევა
 - პესიმისტური და ავღმყოფური ფიქრები
 - სუიციდის იდეები ან აქტები

სუიციდი:

ღებრესიან ბავშვთა ერთ მესამედში აღმოცენდება სუიციდის იდეები. 11 წლის ქვემოთ ასეთი შემთხვევები იშვიათია, ასაკის მაგებასთან ერთად იზრდება (განსაკუთრებით გოგონებში). ასეთ ბავშვებს უჭირთ თავიანთი მოქმედებების შედეგებზე დაფიქრება და ვერ უმკლავდებიან ღებრესიისა და სიბრამის შეგრძნებას.

სუიციდის მცდელობასთან დაკავშირებული მახასიათებლები:

- არეული ოჯახური ცხოვრება
- დაბალი სასკოლო მოღვაწეობა
- დაბალი თვით-აღიარება
- ანგისოციალური და აგრესიული ქცევა
- იმპულსების სუსტი კონტროლი
- მაღალი ხარისხის დისფორია და ღებრესია
- ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება (განსაკუთრებით ალკოჰოლის)
- ბოლო წლის განმავლობაში სტრესული მოვლენების მაღალი სიხშირე
- ემოციური დარღვევების ოჯახური ისტორია
- მეგობარი ან ნათესავი სუიციდეს შემთხვევით

მართვა:

პირველ რიგში უნდა გამოვავლინოთ და გემოქმედება მოვახდინოთ სტრესის გამომწვევ ფაქტორებზე. შეიძლება გამოვიყენოთ სხვადასხვა ფორმის კონსულტაციები, მხარდამჭერი, შემეცნებითი თერაპიები, აგრეთვე შესაფერისი ოჯახური თერაპია. მშობლებმა დამატებითი მოვლა და მზრუნველობა უნდა გამოიჩინონ ბავშვის მიმართ. თვით-აღიარების გამოსწორებაში მთავარ როლს უნდა ასრულებდნენ მშობლები და მასწავლებლები.

ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა უნდა ხდებოდეს სპეციალისტის დახმარებით.

ქცევითი პრობლემების მართვის ზოგადი გაიდლაინი:

- პირველ რიგში მხედველობაში გქონდეთ პრევენციის მეთოდები
- განსაზღვრეთ გამომწვევი მიზეზები და რაც შეიძლება სწრაფად იმოქმედეთ მათზე
- ფოკუსირება მოახდინეთ დაჯილდოვებაზე შესაფერისი ქცევისათვის
- შეამოწმეთ, რომ ეს ჯილდოები ნამდვილად სასურველია
- თავი აარიდეთ დასჯას – ეს ცოცხალი მოქმედებს
- ცუდისგანაც კარგი გამოაჩინეთ
- დააწინაურეთ ქცევა, რომელიც არ შეესაბამება არასასურველ ქცევას
- გაამხნევეთ ტრენინგი სასურველი ქცევების გამეორებით
- იყავით კარგი მაგალითი
- ხშირად საჭიროა ბავშვზე და მშობელზე ახლო გედამხედველობა
- შეინარჩუნეთ იუმორის გრძნობა

თუ მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო:

შეამოწმეთ:

- მშობლები არ არიან გაერთიანებულები
- არსებობს ფარული ფაქტორები, რომლებიც გამოგრჩათ
 - შარიანობა
 - პრობლემები მშობლებთან ურთიერთობაში
 - სექსუალური ძალადობა
 - პრობლემები თანასწორებთან
- მკურნალობა ძალიან ხანმოკლე ან გედაპირული იყო
- გამოყენებული იქნა არასწორი მკურნალობა

მხედველობა

მხედველობის დარღვევები საკმაოდ გავრცელებულია. იგი შეიძლება გამოწვეული იყოს მხედველობის გზის მალფორმაციით (1), დაზიანებითა და დისფუნქციით, დაწყებული თვალთან დაშორებული მხედველობის ქერქული ცენტრით.

აგადობა:

მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება აღენიშნებათ სკოლის დამწყებთა 4%-ს, ხოლო დამამთავრებელთა 8%-ს.

ბავშვები მხედველობის სიმახვილით 0,1 ან ნაკლები უფრო ჯანმრთელ თვალში რეგისტრირებული არიან, როგორც ბრმები, ისინი, ვისაც კორექცია აქვთ გაკეთებული 0,4 ან ნაკლები – ნახევარმხედველები.

ასაკის მაგებასთან ერთად მხედველობითი დეფექტების ინსიდენსი იზრდება. ამის ნაწილობრივი მიზეზი ის არის, რომ დარღვევების აღმოჩენა არ ხდება ადრეულ ასაკში, ვინაიდან მხედველობის ტესტის ჩატარება ბავშვებში საკმაოდ ძნელია. აგრეთვე, მაგულობს დარღვევის გამომწვევები. კუნთური კომპენსაცია იწვევს რეფრაქციის შეცდომით გამოწვეული მხედველობის სიმახვილის დაზიანების გადაღებას. ამის გამო მხედველობის ერთჯერადი ტესტი საკმარისი არ არის. 7-დან 11 წლამდე გასინჯულ ბავშვთა დიდ რაოდენობას, რომელთაც დარღვევა არ აღმოაჩნდათ, 16 წლისთვის მნიშვნელოვანი პრობლემები უვითარდებათ.

ადრეული სწავლების 70%-ზე მეტი მხედველობაზეა დამოკიდებული. ზოგადი განვითარება, მეტყველება და შემდგომში სასკოლო პროგრესი მნიშვნელოვნად დაირღვევა მხედველობის დეფექტის გამო. ვიზუალურად მიღებული ინფორმაცია დამოკიდებულია მხედველობის ნორმალურ სიმახვილებზე.

მხედველობის ნორმალური განვითარება:

ახალშობილებში მხედველობითი ყურადღება შეიძლება შეფასდეს როგორც ფხიზელ ისე მოსვენებულ მდგომარეობაში. ჩვეულებრივ, ბავშვები მხედველობას აფიქსირებენ საგანზე გესტაციის 33 კვირიდან. ახალშობილთა უმეტესობა მზერას აფიქსირებს საგანზე და თვალს აყოლებს მას, თუ ნელა ვამოძრავებთ ჰორიზონტალურად, ხოლო თვალის ვერტიკალური მიყოლება პირველად ვლინდება 4-8 თვის ასაკში.

არჩევითი ყურება დღენაკლ ბავშვებში ვლინდება გესტაციის 31-ე კვირიდან. ჩვილს ურჩევნია უყუროს უფრო საინტერესო და მოძრავ საგნებსა და მოვლენებს. ეს ქცევა ფართოდ გამოიყენება ახალშობილთა მხედველობის ფუნქციის შესაფასებლად და ბევრი წარმატებით იყენებს მას სკრინინგული ტესტებისათვის. ახალშობილს არ აქვს კარგად განვითარებული კონტრასტულობის შეგრძნება, ამის გამო მას შეუძლია ისეთი კონტრასტული ობიექტების გარჩევა, როგორცაა ადამიანის თვალები და პირი. ეს შესაძლებლობა სწრაფად უმჯობესდება, მაგრამ 3 წლამდე სრულყოფილი არ არის.

ახალშობილთა მხედველობის სიმახვილეა დაახლოებით 0.02-0,1 და მოზრდილების დონეს აღწევს 6 თვის ასაკისთვის. ეს პროცესი მიმდინარეობს გვინში მხედველობის გზების მომწიფებასთან პარალელურად.

ცალმხრივი ბინოკულარული (2) მხედველობა შეიძლება აღმოჩენილ იქნას 2 თვის ასაკიდან, შემდგომში ნორმალურად ვითარდება და უზრუნველყოფს ორივე თვალის თანაბარ ნათელ გამოსახულებას. ახალშობილებში ყურადღების შეჩერება მცირე დისტანციებში ხდება, დაახლოებით 20-30 სმ მისი სახიდან. ბავშვის განვითარებასთან ერთად მისი მხედველობის სფერო უფრო და უფრო ფართოვდება. ამისთვის თვალმა

უნდა განავითაროს აკომოდაციისა (3) და კონვერგენციის (4) უნარი, რომლის მეშვეობითაც ხდება ინფორმაციის მიღება სხვადასხვა დისტანციებიდან. ფერების გარჩევა დაახლოებით 5 თვიდან იწყება.

ბინოკულარული ფუნქცია:

მხედველობის მონოკულარული (5) სიმახვილე დამოკიდებულია ბალურაზე ნათელი გამოსახულების წარმოებაზე და გვინის ქერქში მის ლეგალურ გადაცემაზე. ბინოკულარული მხედველობა უზრუნველყოფს უფრო დიდ დისტანციებში გარჩევას. ამის განვითარებისათვის საჭიროა სამი კრიტერიუმი: ორივე თვალი უნდა უყურებდეს ერთ ობიექტს, ორივე გამოსახულება ნათელი უნდა იყოს, გვინს უნდა ქონდეს შესაძლებლობა შეაერთოს ორივე გამოსახულება, რათა წარმოქმნას მხედველობითი შთაბეჭდილება. დაახლოებით 6 კვირის ასაკისთვის თვალებს შეუძლიათ ფიქსაცია მოახდინონ ერთი და იმავე ობიექტზე და ამ დროისთვის ყალიბდება ნორმალური ბინოკულარული მხედველობა. თუ ორივე თვალი ვერ ახდენს ფიქსაციას, ყალიბდება ორმაგი გამოსახულება. იგი გამოიწვევს ექსტრაოკულარული კუნთების (6) გარდაქმნას და აქედან გამომდინარე კვლავ ერთ გამოსახულებაში შერწყმას. ამ პროცესს მოგორული შერწყმა ეწოდება. თუ თვალის გამოსწორების ტენდენცია იმაზე მეტია, ვიდრე ც.ნ.ს-ის მიერ მისი კონტროლი, განვითარდება სიელმე. თუ თვალი შიგნით იხრება ვითარდება ეზოტროპია (7) ანუ კონვერგაციული სიელმე. არსებობს სიელმის მანიფესტაციის სამი შესაძლო პასუხი. პირველი, ბავშვმა შეიძლება შეაკავოს ერთი გამოსახულება და თუ ეს დიდხანს გრძელდება, ელამი თვალის მხედველობა ქვეითდება და კარგავს ფუნქციას. შეკავება, ჩვეულებრივ, აღმოცენდება 6 წლის ქვემოთ ბავშვებში. სხვა ბავშვებში შეიძლება განვითარდეს თავის არასწორი პოზიცია, რომელშიც ისინი ბინოკულარულ ფუნქციას ინარჩუნებენ. მესამე პასუხი იქნება დაფარული ან დახუჭული ცალი თვალი.

ნორმალური შერწყმის განვითარების დარღვევა, მაგალითად თანდაყოლილი სიელმე, შეიძლება განვითარდეს მრავალი მიზეზის გამო. ზოგიერთ ბავშვებში ეს იმიტომ ხდება, რომ ცალი თვალი გამოიმუშავებს ბუნდოვან გამოსახულებას უნილატერალური რეფრაქციის (8) ან დაბინდვის გამო. ამ თვალის მიერ მიღებული ინფორმაციის სიმკაფის სიმცირე ნიშნავს, რომ გვინი ბუსტი მიმართულებით ვერ უნიშნებს და თვალი ხდება კონვერგაციული. ზოგიერთ ბავშვებში აღინიშნება შერწყმის უნარის თანდაყოლილი დეფიციტი, უმეტესად ისეთ ოჯახებში სადაც არის სიელმის ოჯახური ისტორია. სხვა ბავშვებში გამოხატულია ექსტრაოკულარული კუნთების მართვის მექანიზმის დარღვევა კრანიალური ნერვების მიერ, რის გამოც შეუძლებელი ხდება მათი ერთდროული მოძრაობა რაც აუცილებელია ნორმალური შერწყმისათვის. თანდაყოლილი სიელმის დროს ნორმალური ბინოკულარული ფუნქცია მკურნალობის შემდგომაც არ აღდგება.

შეძენილი სიელმე ვითარდება, როდესაც არ არის აკომოდაციისა და კონვერგენციის ნორმალური კოორდინაცია. როდესაც ადამიანს აქვს ნორმალური მხედველობა და თვალები ახდენენ ფოკუსირებას ახლო საგანზე, ფოკუსირებისა და კონვერგენციის კოორდინირება ნორმალურად ხდება და მხედველობის ფიქსაცია რჩება ერთი და იმავე საგანზე. თუ ბავშვი შორსმხედველია მან ფოკუსირება უნდა მოახდინოს რათა ნათლად დაინახოს დისტანციაზე, მაგრამ იმავდროულად მან უნდა მოახდინოს კონვერგენცია, რადგან მხედველობითი ღერძი უნდა რჩებოდეს პარალელური. თუ აკომოდაცია და კონვერგენცია დაკავშირებულია ერთმანეთთან, ბავშვმა ან უნდა მოახდინოს ფოკუსირება და მას განუვითარდება კონვერგენციული სიელმე, ან უნდა იყუროს პირდაპირ და არამკაფიოდ დაინახოს გამოსახულება. შორსმხედველობა არის შეძენილი სიელმის განვითარების ერთ-ერთი ჩვეული მიზეზი.

მხედველობის სკრინინგი:

მხედველობის სკრინინგი ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის პროგრამის ერთ-ერთი ნაწილია. მისი მიზანია მხედველობის მწვავე დარღვევების ადრეული გამოვლენა რათა თავიდან ავიცილოთ ინვალიდობა, საშუალო მხედველობითი პრობლემების გამოვლენა, რომლებიც შემდგომში იწვევენ კითხვის გაძნელებას და, აგრეთვე, მხედველობის დაქვეითების (ამბლიოპიის (9)) პრევენცია.

არსებობს სკრინინგის მრავალი მეთოდი ერთი წლის ასაკის ბავშვებისათვის, როგორცაა რეფრაქცია, ან სკრინინგისთვის არჩევითი ყურების შესახებ კვლევების გამოყენება, აგრეთვე, რეფრაქტორული კამერების გამოყენება სადაც იხმარება ფოტოგრაფიული ტექნოლოგიები, მაგალითად სინათლის არანორმალური არეკვლის დასადგენად. მხედველობის ტესტის ჩატარება, გამოცდილი ექიმის მიერაც კი, პატარა ბავშვებში ძალიან ძნელია.

ზოგიერთ მაღალი რისკის ბავშვებს ჭირდებათ სპეციალური ზედამხედველობა. მათში შედის ღღენაკლი ბავშვები, რომელთაც უგარდებოდათ ინგენსიური მოვლა, ბავშვები სიელმის ოჯახური ისტორიით, ამბლიოპიით ან სხვა დარღვევებით, როგორცაა ცერებრული დამბლა, რომლის დროსაც რისკი განსაკუთრებით მაღალია.

მხედველობის სკრინინგის პროგრამის შეჯამება

ასაკი	ტესტი	შენიშვნა
ახალშობილი	წითელი რეფლექსი	თანდაყოლილი დარღვევების გასინჯვა
6 კვირა	წითელი რეფლექსი. ინსპექცია, აინტერესებს? აფიქსირებს? აყოლებს?	მნიშვნელობა აქვს ოჯახურ ისტორიას
6-8 თვე	ანამნეზი. გამოკვლევა.	ტესტის ჩატარება ძალიან ძნელია და არარეალური
18 თვე	ანამნეზი. გამოკვლევა. მხედველობითი მუშაობა პატარა საგნებით.	ტესტის ჩატარება ძნელია. ამ ასაკისთვის რაიმე სპეციფიური ტესტი არ არსებობს.
2,5-3,5 წელი	მხედველობის სიმახვილის განსასაზღვრელი რაიმე სპეციფიური ტესტი არ გამოიყენება, მხოლოდ მაღალი რისკის დროს. უფრო სანდოა დახაზული რუქების გამოყენება.	0,4-0,5- განმეორებითი ტესტი 6 თვეში. 6/12 – მიმართვა. დაკვირვება ბავშვებზე რომელთაც აქვთ პრობლემები როგორც ერთ ისე ორივე თვალში. 5-დან 4 ბავშვს უნდა შეეძლოს ტესტის გავლა ამ სასკში
სკოლაში შესვლის პერიოდი	6 მეტრზე დახაზული რუქების გამოყენება. ზოგიერთი იყენებს უფრო ახლო მანძილსაც	გამეორება 8, 11, 14 წლებში, რადგან მიოპიის განვითარება ასაკთან ერთად მაგულობს Ishihara ძალიან მგრძობიარეა და გამოიყენება City plates-ის შემდეგ
11 წელი	ფერადი მხედველობის გამოყენება (ტესტი Ishihara, City plates)	

მხედველობის ტესტირების პროგრამა:

ესეც მეთვალყურეობის პროგრამის ერთ-ერთი ნაწილია. მცირე ასაკის ჯგუფებში მნიშვნელოვანია მშობელთა, აგრეთვე პროფესიონალების დაკვირვება მხედველობით ქცევაზე და თვალეზზე. შედარებით მოზრდილებში გამოიყენება მხედველობის სიმახვილის გამსაზღვრელი ტესტები; ისინი მოიცავს კოოპერაციას (შერწყმა), კონცენტრაციას და სიმბოლოების შეხამებას. ამ ასაკის ბავშვებში ცალკეული ასოების შეხამებას, ჯობია დახაზული რუქების გამოყენება, რადგან ცალკეული ასოების გარჩევა უფრო ადვილია, ვიდრე მათი გარჩევა ხაზებში. შედარებით პატარა ასაკის ბავშვებისათვის შემუშავებული ტესტები მოძრავი ბურთებითა და სათამაშოებით ნაკლებ საიმედოა, ამ დროს მწვავე დარღვევების გამოვლენა ვერ ხერხდება.

ახლომხედველობის ტესტირება ხდება 25 სმ დისტანციაზე. პატარა ბავშვებმა უმჯობესია ეს მანძილი თვითონ აირჩიონ, ვიდრე დაეძალოთ 25 სმ.

ფერების მხედველობის ტესტირება:

ამის ტესტირება სასკოლო ასაკში ხდება. ბიჭების 10%-ში აღინიშნება მასთან დაკავშირებული პრობლემები, გოგონებში იშვიათია. ყველაზე ჩვეული ტესტებია Ishihara და City plates. ორივე ტესტი სანდოა, თუ ჩატარდა ნორმალური განათების პირობებში. ამ ტესტის მონაცემებს მნიშვნელობა აქვს ზოგიერთი სამუშაოების დაწყების დროს, მაგალითად ელექტრომომუშავეთათვის და პილოტებისთვის.

ფერების მხედველობითი დეფექტის ტიპები

	(%) ბიჭები	(%) გოგონები	ნაცრისფერის არევა	ჩვეული არევები
• პროგანოპია (10)	1	0.02	ლურჯთან, მწვანესთან ან წითელთან	ყავისფერი/შავი/წითელი ლურჯი/მეწამური
• პროგანომალია (11)	1.5	0.03	ღია ვარდისფერთან	ყვითელი/ნარინჯისფერი
• დეუტერანოპია (12)	1	0.01	მოწითალო მეწამურთან	მწვანე/გარუჯვისფერი მწვანე/ყავისფერი/წითელი მომწვანო
• დეუტერანომალია (13)	5	0.4	მეწამურთან	ლურჯი/მეწამური ყვითელი/მწვანე
• ტრიტანოპია (14)	1:13000	1:65000	ისფერთან ან ყვითელთან	მწვანე ლურჯთან

რეფრაქციის დარღვევები

ჰიპერმეტროპია (15)

ჰიპერმეტროპიის დროს თვალის კაკალი ნორმალურთან შედარებით ოდნავ მოკლეა და სინათლის სხივის მოგანა ფოკუსთან ხდება ბადურას უკან. ახალშობილებში ეს ნორმალური მოვლენაა და ზრდასთან ერთად ქრება. მწვავე ჰიპერმეტროპიის დროს

ახლომხედველობა ჩვეულებრივ ნორმალურად ხდება, როდესაც ბავშვს ძალიან ახლოს მიაქვს საგანი თვალებთან. შორსმხედველობა შესუსტებულია. ჰიპერმეტროპიამ შეიძლება გამოიწვიოს თავის ფრონტალური ნაწილის ტკივილი ან კონვერგენციული სიელმე. შეიძლება დაკავშირებული იყოს ასტიგმატიზმთან. მას მკურნალობენ სათვალეებით.

მიოპია (16)

მიოპიის დროს თვალის კაკალი ნორმალურთან შედარებით გრძელია და სინათლის სხივი ეცემა ბალურას წინ. ასეთ ბავშვებს უჭურთ შორს ხედვა. ჩვეულებრივ ვითარდება 5-დან 15 წლამდე ასაკში, როდესაც ხდება თვალის ინგენსიური ზრდა. ხშირად აღინიშნება ოჯახური ისტორია. მკურნალობენ სათვალეებით.

ასტიგმატიზმი (17)

ეს ხდება როდესაც რქოვანას და ბროლის დახრა განსხვავებულია ჰორიზონტალურ და ვერტიკალურ ხაზებში. სუსტი ხარისხით გამოხატულების დროს ამას დიდი მნიშვნელობა არ აქვს, ხოლო მწვავე შემთხვევაში დარღვეულია ჰორიზონტალური და ვერტიკალური ფოკუსირება და აღინიშნება სირთულეები კითხვის დ გახანგრძლივებული ახლო სამუშაოების დროს. ზოგიერთი ბავშვები სიმახვილის გაუმჯობესების მიზნით ზემოთ აგრიანდებიან თვალებს.

სათვალეების მიღება

ხშირად ბავშვები უარს ამბობენ მათთვის გამოწერილ სათვალეებზე. ზოგჯერ სათვალეების დანიშვნა უმნიშვნელო დეფექტის გამო ხდება, მაგრამ ხოგიერთი ბავშვისთვის ეს აუცილებელია. ამისათვის საჭიროა ექიმების, მშობლების, მასწავლებლების და ბავშვების ერთობლივი მუშაობა.

სიელმე (18)

სიელმეთა უმრავლესობა გამოწვეულია რეფრაქციის არსებობით. გარდა ამისა ეს შეიძლება გამოიწვიოს ნევროლოგიურმა დარღვევებმა, როდესაც ირღვევა ექსტრაოკულარული კუნთების ინერვაცია, ან თვალის დაავადებებმა. სიელმის მიზეზი შეიძლება გახდეს ისეთი მდგომარეობები, როგორცაა კატარაქტა, რეგინობლასტომა, ცერებრული ღამბლა, მენინგიტი და ჰიდროცეფალია.

სიელმის მართვა

მკურნალობის მიზანია ამბლიოპიის პრევენცია, რომელიც რჩება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მხედველობითი პრობლემა ბავშვებში. ძირითადად გამოიყენება ოკლუზია (ახვევა). ამ დროს ელამ თვალში მაქსიმალურად ხდება ფიქსაციის განვითარება. სათვალეს შეუძლია რეფრაქტორული შეცდომის გამოსწორება. ზოგიერთ ბავშვებში ოპერაციული მკურნალობა სასარგებლოა ბინოკულარული ფუნქციის განვითარებისათვის.

მხედველობითი ინვალიდობა

დიდი ბრიტანეთის მონაცემებით 100 ბრმა და ნახევარმხედველ ბავშვთა 45%-ში შემთხვევა გენეტიკურია. მნიშვნელოვან პრენატალურ მიზეზებს მიეკუთვნება კატარაქტა, ოპტიკური ატროფია, გლაუკომა, რეგინოპათია და თანდაყოლილი ინფექციები. ბავშვთა 50%-ს მხედველობითი ინვალიდობით არ აღენიშნება დამატებითი ინვალიდობა, ხოლო 37%-ში გამოხატულია სულიერი ინვალიდობა, სმენის დაქვეითება, ცერებრული დამბლა ან ეპილეფსია. ერთ მესამედში აღინიშნება სერიოზული სოციალური პრობლემები.

კლინიკური მახასიათებლები:

პროფესიონალის ან მშობლის მიერ შემჩნეული ბავშვის მხედველობითი ინვალიდობა მოითხოვს დაუყოვნებლივ დახმარებას, ეს იქნება ქირურგიული თუ ისე.

გამოკვლევულ უნდა იქნეს ფოტოფობია, ნისგაგმი და მხედველობის სფეროს დეფექტები. ფოტოფობიის აღინიშნება თანდაყოლილი გლაუკომის, ალბინიზმის, აქრომაგოფსიის (19) დროს, ამ დროს არ არსებობს ბაღურას კოლები და ამის გამო დაქვეითებულია მხედველობითი სიმახვილე და აღინიშნება ფერების სიბრმავე. ნისგაგმი აღმოცენდება, როდესაც ცერებრული მხედველობა მცირეა, მაგალითად ალბინიზმის, თანდაყოლილი კატარაქტის, ოპტიკური ნერვის დამიანების დროს. იგი ჩვეულებრივ მოქანქარეა. შეიძლება აღინიშნებოდეს ცენტრალური მხედველობის დაკარგვა, მხედველობის არხისა და სხვა სფეროების დეფექტები.

განვითარება:

მხედველობის დაქვეითება გავლენას ახდენს სწავლაზე, ქცევაზე და განვითარებაზე. ამ დროს შემცირებულია ის მხედველობის არე, რომლის გარემოცვაშიც იმყოფება ბავშვი. დისგანციის აღქმისათვის ბგერა ძალიან მცირეა. განსაზღვრული საგნების დასახელება მათი დანახვიდან გამომდინარეობს. ამ დროს ბავშვები გვიან იწყებენ ლაპარაკს, ჩამორჩებიან ფიზიკურ განვითარებაში. დაბრკოლებები ბავშვისთვის მოულოდნელი და შემაშინებელია.

აგრეთვე, დაქვეითებულია სოციალური განვითარება, კვება, ჩაცმა და თამაში. ბავშვს კარგად უნდა განუვითარდეს სმენა და შეხება, რათა მოხდეს მხედველობის დეფიციტის კომპენსაცია. მას უნდა გამუდმებით ელაპარაკონ, აუხსნან რა ხდება მის გარშემო, მაგალითად კარების გაღება, დახურვა, ფეხის ხმა, ფარდების გადაწვევის ხმა და სხვა. მას უნდა აჩვენოთ ეს საგნები და მან უნდა შეიგრძნოს ისინი. სათამაშოები ელასტიური, ლეჭავი უნდა იყოს. სწავლებაში წამყვანი და ძირითადი ლაპარაკი, ახსნა-განმარტება და გამხსნევაა. ბავშვი მხედველობითი ინვალიდობით ფიზიკურად ძლიერი უნდა იყოს, რათა გაუმკლავდეს წინააღმდეგობებს და დაცემებს. აგრეთვე, ძლიერი უნდა იყოს პიროვნულად, რათა შეეგუოს გარემოს, რომელიც ხშირად მისთვის გაუგებარია. ყოველივე ამის გათვალისწინება ჩვენ საშუალებას გვაძლევს შესაბამისი რჩევები და განათლება მივცეთ მშობლებს.

შეფასება:

ბავშვის მხედველობითი ინვალიდობის დროს უნდა მოხდეს პედიატრიული, ოფთალმოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური შეფასება. ოფთალმოლოგიური შეფასება მოიცავს კლინიკურ შეფასებას და თანმხლებ პათოლოგიებს.

უნდა დადგინდეს რომ სმენა ნორმაშია. აგრეთვე პედიატრი ყურადღებას აქცევს სხვა თანმხლებ დარღვევებსაც. ფსიქოლოგიური შეფასება საჭიროა ბავშვის

შესაძლებლობების დასადგენად და სწავლასთან დაკავშირებული პრობლემების აღმოსაჩენად. სოციალური მუშაობა საჭიროა ოჯახის თანადგომისათვის.

მართვა:

სამედიცინო მართვა მოიცავს ბავშვის მხედველობაზე და მასთან დაკავშირებულ მდგომარეობებზე კლინიკურ მეთვალყურეობას. შეიძლება საჭირო გახდეს ქირურგიულ პრობლემებთან დაკავშირებული სპეციფიკური მართვა, მაგალითად კაგარაქის დროს. საჭიროების მიხედვით უნდა მოხდეს სათვალეების დანიშვნა. რადგან შემთხვევათა უმეტესობა დაკავშირებულია მემკვიდრეობასთან, საჭიროა გენეტიკური კონსულტაცია.

უნდა მოხდეს ბავშვის **განათლება**, რათა მან თავდაჯერებულად იგრძნოს თავი გარემოში. მას უნდა ასწავლით ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევები, რასაც ჯანმრთელი ბავშვი თავის თავად ითვისებს.

დანართი

1. **მაღფორმაცია** განუვითარებლობა (აგროფია).
2. **ბინოკულარული მხედველობა** როდესაც ორივე თვალი ერთდროულად ხედავს. ამ დროს საგანი აღიქმება ერთეულად, თითქოსდა “ერთი თვალის”.
3. **აკომოდაცია** თვალის უნდარი მოახდინოს ბადურაზე საგნის გამოსახულების ფოკუსირება, იმის მიუხედავად რა მანძილზეა საგანი (ფიზიოლოგიური მაქანიზმი).
4. **კონვერგენცია** თვალის გუგების მაქსიმალურად შიგნით შეწევა, რათა ფოკუსირება მოახდინოს ახლომდებარე საგნის (მაგ, ცვირთან ახლოს თითის მიგანისას).
5. **მონოკულარული მხედველობა** ერთ თვალში მხედველობა N.
6. **ექსტრაოკულარული კუნთები** თვალის მამოძრავებელი კუნთები, 4 სწორი და 2 ირიბი.
7. **ეზოტოპია ანუ კონვერგენციული სიელმე** შიგნითა სიელმე.
8. **უნილატერალური რეფრაქცია** იგივე მონოლატერალური რეფრაქცია.
9. **ამბლიოპია** მხედველობის დაქვეითება მხოლოდ ერთ თვალში (“ზარმაცი თვალი” ხშირად თანდაყოლილია, სიელმის ხშირი მიზეზია).
10. **პროტანოპია** წითელი ფერის სრული ამოვარდნა.
11. **პროტანოპალია** წითელი ფერის ანომალური აღქმა.
12. **დეუტერანოპია** მწვანე ფერის სრული ამოვარდნა.
13. **დეუტერანოპალია** მწვანე ფერის ანომალური აღქმა.
14. **ტრიტანოპია** ლურჯი ფერის ამოვარდნა.
15. **ჰიპერმეტროპია (შორსმხედველობა)** რეფრაქციის სუსტი მხარეა, როდესაც მთავარი ფოკუსი განლაგებულია ბადურის იქით.
16. **მიოპია (ახლომხედველობა)** ძლიერი სახის რეფრაქცია. ამ დროს მთავარი ფოკუსი განლაგებულია ბადურის წინ.
17. **ასტიმატიზმი** ეწოდება ერთ თვალში სხვადასხვა გიპის რეფრაქციას ან ერთი გიპის რეფრაქციას სხვადასხვა ხარისხით. მაგ, ჰორიზონტალურ მერიდიანაზე არის +, ხოლო ვერტიკალურზე –.
18. **სიელმე** თვალის კაკლის არასწორი მდებარეობა, მისი გადახრა ვარეთ ან შიგნით. ამ დროს ირღვევა ბინოკულარული მხედველობა.
19. **აქრომატოფსია** სინათლის შიში, ამ დროს ბადურაზე არ არის კოლებები, არის მხოლოდ ჩხირები.

სმენა

დიდი ძალისხმევაა საჭირო სმენის დაკარგვის ადრეული დიაგნოსტიკისა და მართვისათვის. მწვავე შემთხვევაში კარგ შედეგებს იძლევა ადრეული აღმოფხვრა და შესაბამისი განათლება. იგივე ღონისძიებებია საჭირო სმენის საშუალო დაქვეითების დროსაც, უბრალოდ იგი უფრო მარტივია. ყოველივე ეს საჭიროა რათა შემდგომში არ განვითარდეს მეგყველების დარღვევები, განათლებასთან დაკავშირებული სირთულეები და ქცევითი პრობლემები.

ავადობა

დაახლოებით 3 / 1000 ბავშვს აღენიშნება სმენის ნეირო-სენსორული დაქვეითება, რომელთაგანაც 1 / 1000 თანდაყოლილია, მწვავე შემთხვევებია და აღმოჩენილ უნდა იქნეს სიცოცხლის პირველ წელს. შემდგომ 1 / 1000-ს ექნება მაღალი გონების სიყრუე ან სმენი საშუალო ხარისხის ნეირო-სენსორული დაქვეითება, რომელთა დიაგნოსტიკა პირველი წლის განმავლობაში საკმაოდ ძნელია. დარჩენილ 1-2 / 1000-ს ექნება

სხვადასხვა ხარისხის სმენის ნეირო-სენსორული დაქვეითება, რომელიც შემდგომში შეიძლება გადაიზარდოს სიყრუეში.

გამტარებლობის მნიშვნელოვანი დარღვევები აღინიშნება ბავშვთ 5-10%-ში, შემთხვევათ უმეტესობა გვხვდება პატარა ბავშვებში.

მიზეზები

ნეირო-სენსორული სიყრუის მრავალი მიზეზი არსებობს. შემთხვევათა 20-50%-ში იგი მემკვიდრულია, აუგოსომურ ლომინანტური, აუგოსომურ რეცესიული ან X ქრომოსომასთან შეჭიდული. აუგოსომურ რეცესიული სინდრომი შეიცავს უშერის სინდრომს, რომლის დროსაც აღინიშნება პიგმენტოზური რეგინიგი, რომელიც შემდგომში იწვევს სიბრმავეს, პენდრედის სინდრომს – მასთან დაკავშირებულია თირეოიდული პრობლემები, ჯერველ-ლენჯ ნეილსონის სინდრომს – ამ დროს თანდართულია გულის რითმის დარღვევები, რომელიც იწვევს უეცარ კოლაფსს. აუგოსომურ ლომინანტური სინდრომი შეიცავს ვაარდენბერგის სინდრომს – მისი გამოვლინებაა თმისა და თმის ფერადი გარსის ჰეტეროქრომია, სტიკლერის სინდრომს – მისთვის დამახასიათებელია მწვავე მიოპია, პიერ რობინის ანომალია და სახსრებთან დაკავშირებული პრობლემები. ნეირო-სენსორული სიყრუის მიზეზებს მიეკუთვნება ნეონატალური პრობლემები (ახალშობილთა ასფიქსია, დენაკლულობა, ჰიპერბილირუბინემია), თანდაყოლილი ინფექციები (წითელა, ციგომეგალოვირუსი), მედიკამენტები (გენტამიცინი). პირველ ყრუ ბავშვს ოჯახში, რომელსაც არანაირი თვალსაჩინო მიზეზი არ გააჩნია ამ დაავადებისა, ძალიან დიდი შანსი აქვს ჰქონდეს გენეტიკურად განპირობებული აუგოსომურ რეცესიული სიყრუე. მოგვიანებით ასაკში ნეირო-სენსორული სიყრუის მიზეზი შეიძლება გახდეს მენინგიტი, ენცეფალიტი, თავის გრავმა ან ყბაყურა.

სმენის **გამტარებლობითი** დარღვევა შეიძლება დაკავშირებული იყოს შუა და გარეთა ყურის თანდაყოლილ დამიანებასთან. მოგვიანებით ასაკში ერთ-ერთი ჩვეული მიზეზი არის შუა ყურის ანთება (ოტიტი), აგრეთვე, საცობი ან უცხო სხეულის მოხვედრა ყურში.

პრევენცია

სიყრუის გენეტიკური ფორმების პრევენცია შესაძლებელია ყველა შესაბამისი ოჯახების გენეტიკური კონსულტაციების საშუალებით, რაც გამოწვეულია გენური ინჟინერიის სწრაფი განვითარებით.

პრევენციის მნიშვნელოვან საშუალებას წარმოადგენს წითელას იმუნიზაცია. სიყრუის შემთხვევების შემცირებისათვის, აგრეთვე, მნიშვნელობა ენიჭება ყბაყურის იმუნიზაციას. პოსტ-მენინგიტური სიყრუის პრევენცია შესაძლებელია გრიპის ჰემოფილური ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით.

თანდაყოლილი სიყრუის მეორადი პრევენციისათვის კარგად არის განვითარებული სკრინინგული მეთოდები (შემთხვევების აღრეული აღმოჩენა ინვალიდობის შესამცირებლად).

სკრინინგი

არსებობს მრავალი სკრინინგული ტესტები, რომლებიც სხვადასხვა ასაკში გამოიყენება. უნდა შემუშავდეს შესაფერისი გაილდინები, რომლებშიც მითითებული იქნება, ვის უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება, რა საკში, რომელი ტესტი, ვინ არის ამამე პასუხისმგებელი და რა უნდა გაკეთდეს შემდგომში.

ბავშვები სიყრუის განვითარების რისკით:

- ისტორიაში მენინგიტის ან ენცეფალიტი
- ბავშვები სასის ნაპრალით
- ისტორიაში მორეციდივე შუა ყურის ანთება
- მეტყველების დარღვევა
- ბავშვები ცერებრული დამბლით
- ეჭვი მშობლების სიყრუებზე

ყველაზე ხშირად გამოიყენება ორი ტესტი, დისგრაქციული 6-8 თვის და აუდიომეტრია 4-6 წლის ასაკში. დანარჩენი ტესტები გამოიყენება სხვადასხვა ასაკში მთლიანი პოპულაციისთვის ან სელექტიური სკრინინგისთვის, მაგრამ მათი გამოყენება საჭიროებს ფრხილ შეფასებას. ტესტების უმეტესობა რთული შესასრულებელია და საჭიროებს კადრების შესაბამის გრეინინგს. ყველაზე ხშირად სკრინინგს აწარმოებენ ჯანმრთელების ვიზიტორები და სკოლის ექთნები.

აუდიოლოგიური შეფასება

ბგერის ინტენსიობა იზომება დეციბელებში (დბ). 0 დბ არის ყველაზე დაბალი ინტენსივობის ბგერა, რომელიც ნორმალური სმენის ადამიანს ესმის. ბგერის სხშირე იზომება ჰერცებში ან კილოჰერცებში და წარმოადგენს ბგერის რხევებს წამის განმავლობაში.

ნეონატალური ტესტირება:

ამ დროს ხდება მაღალი რისკის მქონე ახალშობილების სელექცია, ასეთებია:

- სიყრუის ოჯახური ისტორია
- მცირე წონის ახალშობილები
- მნიშვნელოვან ასფიქსიაში დაბადებულები
- მწვავე სიყვითლე
- თანდაყოლილი წითელა
- ნეონატალური მენინგიტის
- სახის ან გარეთა ყურის მალფორმაცია

არსებობს მრავალი ტესტი რომლებიც გამოიყენება ახალშობილთა სმენის შესაფასებლად. ამას რთული აღჭურვილობა ჭირდება და დიდ დროს მოითხოვს. აუცილებელია ყველა ნორმალური ბავშვს ჩაუტარდეს განმეორებითი შეფასება პირველი წლის განმავლობაში, რადგან სმენის დაქვეითებას პროგრესული ხასიათი აქვს და ახალშობილობის პერიოდში შეიძლება არ იყოს გამოვლენილი.

ჩამონათვალი მშობლებისათვის:

მშობლებს ბავშვის დაბადებისთანავე ეძლევათ სპეციალური ჩამონათვალი, უხსნიან როგორ უნდა შეავსონ იგი და მიღებული მონაცემები გამოიყენება, როგორც დამატებითი ინფორმაცია მაღალი რისკის მქონე ბავშვების სკრინინგის დროს.

ჩამონათვალი მშობლებისათვის

ესმის თქვენს ბავშვს?

ნიშნები, რომლებსაც უნდა მიაქციოთ ყურადღება პირველი წლის განმავლობაში:

დაბადებიდან მცირე ხნის შემდეგ

უეცარი ძლიერი ხმაურის დროს ბავშვი უნდა შეკრთეს, თვალები დაახამხამოს ან ფართოდ გააღოს

1 თვის ასაკში

უეცარ გახანგრძლივებულ ხმაურზე ბავშვი უნდა გაშეშდეს

3 თვის ასაკში

თქვენი ხმის გაგონებაზე ბავშვი უნდა დაწყნარდეს ან უნდა გაიღიმოს, მაშინაც კი როცა ვერ გხედავთ, აგრეთვე მან შეიძლება შემოატრიალოს თავი ან თვალები, თუ მას გვერდიდან მიეპარებით ან დაელაპარაკებით.

6 თვის ასაკში

ოთახში შესვლისთანავე უნდა მობრუნდეს თქვენს ხმაზე

9 თვის ასაკში

იგი ყურადღებით უნდა უსმენდეს ყოველდღიურ ბგერებს და აკვირდებოდეს ჩუმ ბგერებს. სიამოვნებას უნდა ანიჭებდეს მხიარული და ხმამაღალი ბგერები.

12 თვის ასაკში

საპასუხო რეაქცია უნდა ჰქონდეს თავის სახელზე და ნაცნობ სიტყვებზე, აგრეთვე, “არაბე” და “ნახვამღისზე”.

საპასუხო რეაქციის არსებობის შემთხვევაში კვადრატში დასვით ნიშანი, საჭიროების შემთხვევაში რჩევისთვის მიმართეთ ჯანმრთელობის ვიზიტორს.

დისტრაქციული ტესტი:

ეს ტესტი ჩვეულებრივ გამოიყენება 6-8 თვის ასაკის ბავშვთა სკრინინგისათვის (შეიძლება 18 თვემდეც). მის ჩასატარებლად საჭიროა ორი ადამიანი – ერთი უნდა იჯდეს ბავშვის წინ და იპყრობდეს მის ყურადღებას, მეორე – იდგეს მის გვერდით, ისე რომ

ვერ ხელავდეს და შესაბამის დროს გამოსცემდეს ბგერებს. ბავშვი უნდა იჯდეს დედის კალთაში და უნდა შეეძლოს თავის მობრუნება ორივე მხარეს. ბავშვის წინ მჯდომი გამომცდელი აფიქსირებს მის ყურადღებას რაიმე საგანზე, შემდეგ გაწევს ან მალავს მას; ამ დროს უკანმდგომი გამომცდელი აწარმოებს ბგერას ხან ერთ ხან მეორე მხარეზე. ბავშვი უნდა შეგრიალდეს ბგერის მიმართულებით. ტესტის ბგერა უნდა იყოს 35 დბ (ძალიან წყნარი). თავის სწორედ მიბრუნებისათვის ბავშვს ვიზუალურად აჯილდოვებენ.

მიუხედავად იმისა, რომ ტესტი ძალიან ადვილია, იგი მოითხოვს სპეციალური უნარ-ჩვევების ქონას. ტესტმა შეიძლება არასწორი შედეგები მოგვცეს თუ ბავშვის ყურადღება შედგენად არის გამახვილებული მის წინ მჯდომზე ანდა განვითარების მიხედვით ბავშვი არ არის მზად ამ ტესტისათვის.

კოოპერაციული ტესტი:

გარდება 18-30 თვის ასაკში, როდესაც მეტყველება კარგად ვითარდება. ამ დროს ბავშვს აძლევენ მარტივ ინსტრუქციებს წყნარი ხმით (“მიეცი დედას”, “მიეცი მამას” და ა.შ.). ყველა სიტყვას უნდა ჰქონდეს ერთნაირი რითმი.

ქმედებითი ტესტი:

გარდება 24-30 თვის ასაკში. ბავშვმა უნდა შეასრულოს დავალება (მაგალითად, ჩალოს კუბიკი ყუთში) ბრძანებაზე “გააკეთე”. გამომცდელი თანდათან ამცირებს ხმის ტონს. უნდა დარწმუნდეთ რომ არანაირი ვიზუალური მანიშნებელი არ არის გამოყენებული და ბგერებს შორის დაცულია ინტერვალი.

მეტყველების დისკრიმინაცია:

ამ დროს ბავშვმა დასახელების მიხედვით უნდა გაარკვიოს საგანი ან სურათი. გამოყენებული უნდა იქნას ისეთი სიტყვები, რომლებიც ერთმანეთისგან ძნელი გასარჩევია, მაგალითად “გაშვი” და “ვაშლი” და ა.შ. გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ ბავშვისთვის ნაცნობი უნდა იყოს გამოყენებული სიტყვები. ნორმალური სმენის მქონე ბავშვების მოსმენის დონე უნდა იყოს 40 დბ.

დაბალი ტონების აუდიომეტრია:

ტესტი გარდება 4-6 წლის ასაკში. ბავშვს უნდა შეეძლოს ბგერების მოსმენა (20, 25 ან 30 დბ) ძირითადი საუბრის ფონზე (500 ჰერცი – 4 კილოჰერცი). ტესტირება უნდა ჩატარდეს წყნარ გარემოში.

ტიმპანომეტრია:

ეს უფრო შუა ყურის პათოლოგიის დასადგენი ტესტია ვიდრე სმენის. ადვილი ტესტია და მისი გამოყენება ყველა ასაკში შეიძლება. ხდება ბგერის გატარება ყურში და შემდგომ იქიდან არეკლილი ბგერის გაზომვა.

ნეირო-სენსორული სიერუის მქონე ბავშვთა შეფასება

ამის განხორციელება ხდება სპეციალისტთა გუნდის მიერ.

აუდიოლოგიური და ოტოლოგიური შეფასება საჭიროა, რათა მოხდეს სიერუის ხარისხისა და ტიპის დადგენა. პატარა ბავშვებში ეს საკმაოდ ძნელია.

ზოგადი პედაგოგიური შეფასება უნდა მოხდეს თანმხლები პრობლემების და მიზეზების დასადგენად. უნდა შეფასდეს მთლიანად ბავშვის განვითარება, შედეგები დაგვეხმარება სწორ მართვაში. მნიშვნელოვანია მოხდეს მხედველობის შეფასება, რადგან ყრუ ბავშვები კომუნიკაციისთვის ფართოდ იყენებენ მხედველობას და ამიტომ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ამ სფეროში პრობლემების აღმოჩენას და მათ დროულ მკურნალობას. ანმნეზიითა და გამოკვლევებით შეიძლება სხვადასხვა მიზეზების დადგენა, ეს დიდად მნიშვნელოვანია მშობლებისთვის, განსაკუთრებით თუ მიზეზი მემკვიდრეობაშია. აუცილებელია გენეტიკური კონსულტაცია. შეიძლება ისეთი გამოკვლევების გამოყენება, როგორცაა გამოკვლევა ვირუსულ ანგისხეულებზე, შარდის ანალიზი, თირეოიდული ანგისხეულები, ეეგ და სხვა. მშობლებს უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა განიხილონ დიაგნოზი ექიმთან ერთად.

მეტყველების და განათლების შეფასება. ადრეულ ეტაპზევე საჭიროა ჩავართოთ მეტყველების სპეციალისტი და ყრუ ბავშვის მასწავლებელი. ჩატარდება სპეციალური კონსულტაციები, რომლებით სასარგებლო იქნება მშობლებისათვის. განათლების დაწყების ეტაპზე საჭიროა განათლებული ფსიქოლოგის კონსულტაცია.

კომუნიკაციის მეთოდები

ყრუ ბავშვის მართვა გაყოფილია ორ ნაწილად – ორალური და ხელებით მეტყველება. ორალური სკოლის მიმდევარები თვლიან, რომ ბავშვს შეუძლია ლაპარაკის სწავლა და საუბრის გაგება და რომ ქესტიკულაცია გამოიწვევს მეტყველების განვითარების შეფერხებას. ხელებით მეტყველების მიმდევრების აზრით ბავშვს უნდა ჰქონდეს საკუთარი ენა და ამით ისინი უფრო ეფექტურად წარმართავენ ურთიერთობებს. ამჟამად უფრო ეფექტურად ითვლება მათი კომბინირებული გამოყენება.

განათლება

სმენის მწვავე დაქვეითება ყოველთვის იწვევს განათლებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს. ყრუ ბავშვებს უჭირთ არა მხოლოდ მეტყველება, არამედ წერა-კითხვაც.

განათლების მრავალი წყარო არსებობს ასეთი ბავშვებისათვის. უფრო და უფრო მეტ ბავშვს ეძლევა საშუალება მიიღოს განათლება ადგილობრივ სკოლებში, დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის გამო. ყრუ ბავშვები სწავლობენ ჩვეულებრივ კლასებში, მათთვის არსებობს აგრეთვე სპეციალური კლასები, სადაც მათ თანადგომას უწევენ მასწავლებლები.

მასწავლებლები უნდა იცნობდნენ ასეთ ბავშვებთან დაკავშირებულ პრობლემებს და მათი გადაჭრის გზებს.

რეკომენდაციები ყრუ ბავშვების მასწავლებელთათვის:

- ❖ თუ სუყრუე ერთ ყურშია გამოხატული, ბავშვი უნდა იჯდეს წინა მერხზე დაზიანებული ყურით მასწავლებლისკენ;

- ❖ ლაპარაკის დროს ბავშვი სახეში უნდა უყურებდეს მასწავლებელს და აკვირდებოდეს მის გამომეტყველებას, მნიშვნელოვანი ინსტრუქციების დროს მასწავლებელი სახეში უნდა უყურებდეს ბავშვს;
- ❖ მასწავლებელი ბურგით არ უნდა ელაპარაკებოდეს კლასს;
- ❖ ბავშვს უნდა ქონდეს უფლება შეგრიადდეს და სახეში უყუროს დისკუსიაში მონაწილე კლასელებს;
- ❖ მასწავლებელმა არ არის აუცილებელი იყვიროს და გამოიყენოს გუჩების გაძლიერებული მოძრაობები;
- ❖ ბავშვი უნდა იღებდეს აქტიურ მონაწილეობას კლასში;
- ❖ თუ ბავშვი იყენებს რაიმე სმენის დამხმარე აპარატს, მასწავლებელმა ყოველდღე უნდა შეამოწმოს იგი;
- ❖ არსებობს სიგუაციები, როდესაც ყრუ ბავშვი რისკის ქვეშაა, მაგალითად თამაშის დროს ან გზაზე;
- ❖ როდესაც ბავშვს აღენიშნება მაღალი ტონების დაქვეითება, მას შეიძლება ესმოდეს, მაგრამ ვერ იგებდეს სწორედ;
- ❖ მასწავლებელი ყურადღებას უნდა აქცევდეს ბავშვის მომატებულ კონცენტრაციას, რომელიც მას ჭირდება ლაპარაკის გასაგებად;
- ❖ მასწავლებელი ყურადღებით უნდა იყოს, რათა ასეთი ბავშვები არ გააბრაზონ თანაკლასელებმა.

გამტარებლობის დარღვევით გამოწვეული სმენის დაქვეითების მართვა

ასეთ შემთხვევებში მოსალოდნელია თვითგანკურნება, მაგალითად ოგიგის დროს, მაღრამ უმოქმედოდ დაცდამ შეიძლება პრობლემებიც გამოიწვიოს.

მართვის ერთ-ერთი მთავარი ასპექტია სათანადო აღამიანების ყურადღებით ყოფნა პრობლემის მიმართ. თუ მშობლებს პრობლემა ესმით, მათ შეუძლიათ მოახდინონ კომპენსაცია, მაგალითად ლაპარაკის დროს უყურონ ბავშვს სახეში, ცოცხალი მოუმატონ ლაპარაკის ტონს, შეამოწმონ გაიგო თუ არა ბავშვმა. აგრეთვე, ყურადღებით უნდა იყვნენ მასწავლებლები.

მედიკამენტური მკურნალობიდან ოგიგის დროს ყველაზე ხშირად გამოიყენება **კოტრიმოქსაზოლი** 6 კვირის განმავლობაში.

ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა სმენის დამხმარე საშუალებები.