

СТАНДАРТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Арамэ М. Г., к.м.н., доцент, консультант ЮНИСЕФ,
зав. научным отделом Педиатрии,
Институт Матери и Ребёнка,
Кишинев, Республика Молдова

Глобальная стратегия ООН для здоровья женщин, детей и подростков на 2016-2030 гг.



1

**REDUCE POVERTY
AND SOCIAL
EXCLUSION**



2

**ACHIEVE UNIVERSAL
PRIMARY EDUCATION**



3

**PROMOTE GENDER
EQUALITY AND
EMPOWER WOMEN**



4

**REDUCE
CHILD MORTALITY**



5

**IMPROVE
MATERNAL HEALTH**



6

**COMBAT
HIV/AIDS AND TUBERCULOSIS**



7

**ENSURE ENVIRONMENTAL
SUSTAINABILITY**



8

**PARTNERSHIP
FOR DEVELOPMENT**

Проблемы здоровья детей



CHILD HEALTH CHALLENGES

6.3 MILLION CHILDREN
UNDER THE AGE OF FIVE DIE EACH YEAR FROM
PREVENTABLE CAUSES,

52% DUE TO
COMMUNICABLE DISEASES,
WITH PNEUMONIA, DIARRHOEA AND MALARIA AS LEADING CAUSES



2.8 MILLION CHILDREN
WHO DIE ARE **NEWBORNS;**

MORE THAN **80%** WERE **PREMATURE**
AND/OR **SMALL** FOR GESTATIONAL AGE



IN ADDITION, **2.6 MILLION BABIES** DIE IN THE LAST 3 MONTHS OF PREGNANCY
OR DURING CHILDBIRTH (**STILLBIRTHS**)

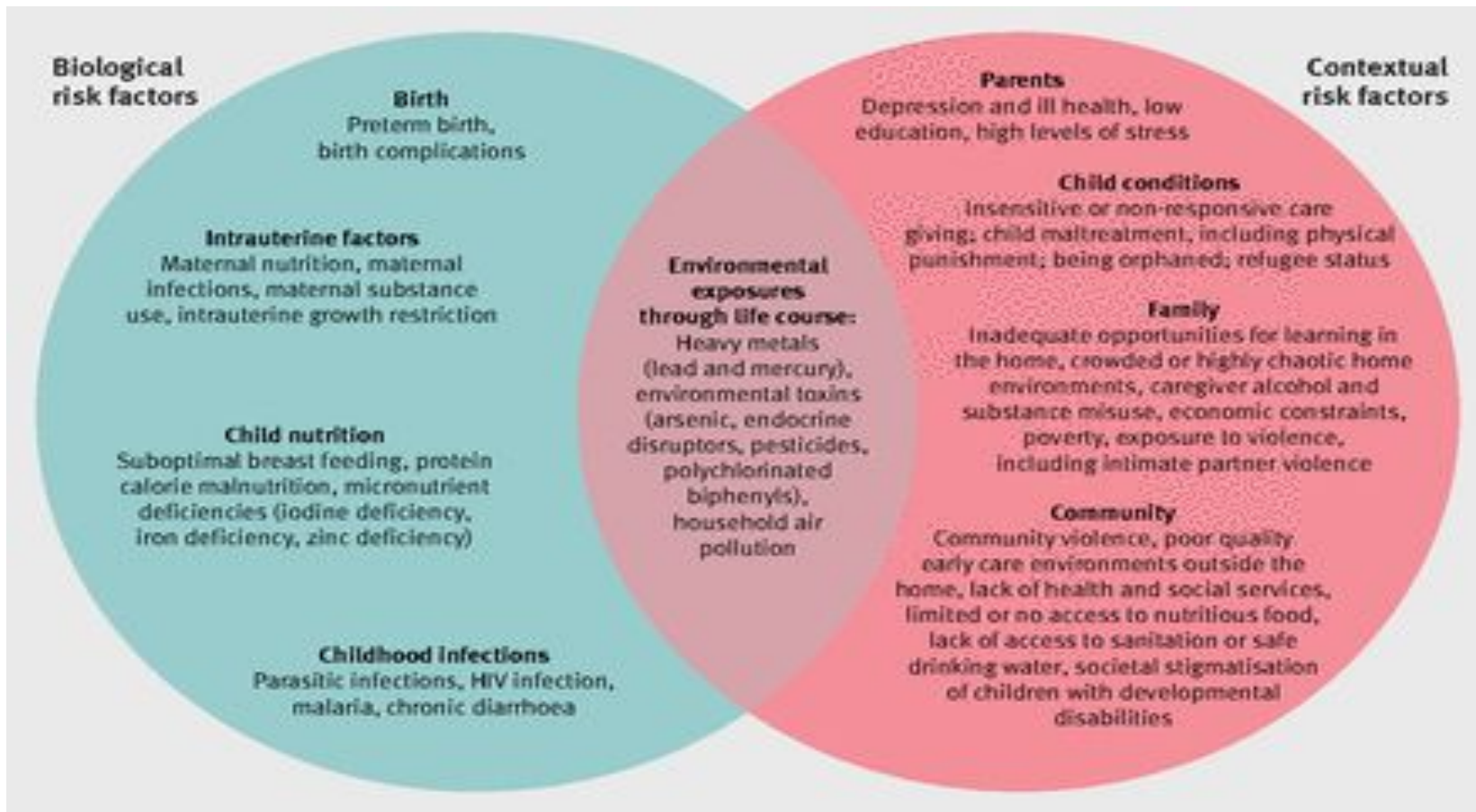
45% OF UNDER-FIVE CHILD DEATHS ARE
DIRECTLY OR INDIRECTLY DUE TO
MALNUTRITION;

GLOBALLY, **25%** OF CHILDREN ARE
STUNTED AND 
6.5% ARE **OVERWEIGHT** OR **OBESE;**

 **LESS THAN 40%** OF INFANTS
ARE **BREASTFED** EXCLUSIVELY
UP TO 6 MONTHS

1 IN 3 CHILDREN (200 MILLION GLOBALLY)
FAILS TO REACH THEIR FULL PHYSICAL,
COGNITIVE, PSYCHOLOGICAL AND/OR
SOCIO-EMOTIONAL POTENTIAL
DUE TO **POVERTY,**
POOR HEALTH AND **NUTRITION,**
INSUFFICIENT CARE
AND **STIMULATION,**
AND OTHER RISK FACTORS
TO EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT

Факторы риска



Продуманные вмешательства, осуществляемые через органы здравоохранения, образования и социальной защиты, эффективны для уменьшения влияния рисков и улучшения раннего развития детей. Доказано, что они имеют долгосрочные медицинские, экономические и социальные эффекты.



8 фактов о развитии ребенка

1. Даже на младенцах отрицательно сказывается напряжения обстановка в семье и/или среде их обитания
2. Развитие представляет собой интерактивный процесс, результаты в жизни не определяются исключительно генами
3. Привязанность между родителями и ребенком является первичной, однако значительную пользу малышу могут принести близкие отношения с другими надежными взрослыми в семье и/или вне её
4. В основном архитектура мозга формируются в течение первых трех лет жизни, но окно для возможности его развития не закрывается на третий день рождения
5. Серьёзные нарушения ухода и недостаток внимания являются не меньшей угрозой для здоровья и развития ребёнка, чем физическое насилие
6. Дети, которые испытали в раннем возрасте невзгоды или насилие, не обречены на неблагоприятный исход
7. Простым удалением ребенка из опасной среды невозможно автоматически изменить негативные последствия этого опыта
8. Для того, чтобы научиться адаптироваться и процветать, требуются устойчивые взаимоотношения, а не индивидуализм





Center on the Developing Child
HARVARD UNIVERSITY

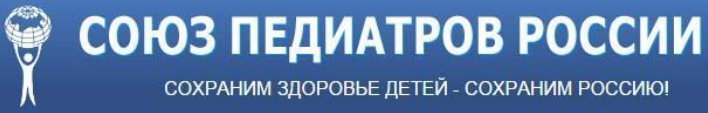


UNSW
THE UNIVERSITY OF NEW SOUTH WALES
SYDNEY · CANBERRA · AUSTRALIA



healthy families america®

a program of Prevent Child Abuse America



American Academy of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



National Institute for Health and Clinical Excellence



Parents as Teachers™



HIPPLY
Home Instruction for Parents



Helping First-Time Parents Succeed™



Promoting Maternal and Early Child Health



Global Child DEVELOPMENT GROUP



Kentucky's HANDS
Every parent needs a second pair of HANDS



Программа раннего развития ребенка

Патронаж (от франц. *patronage* – покровительство, наблюдение, попечение) – это организованное наблюдение за развитием и воспитанием ребенка в условиях домашней обстановки (БМЭ, 1970)

Сегодня патронаж грудных детей является лишь частью **Программ раннего развития ребенка (ПРРР)** и затрагивает все сферы жизни маленького человека и его семьи:

- здоровье ребенка
- развитие ребенка
- материнское здоровье
- родительские навыки позитивного воспитания
- социально-экономическое положение семьи
- предупреждение жестокого обращения и насилия в семье

Программы раннего развития ребенка (ПРРР) предназначены для улучшения выживаемости, роста и развития детей раннего возраста, предотвращения возникновения рисков и смягчения негативных последствий существующих рисков.

Программа раннего развития ребенка

Centre-based / Community-based –

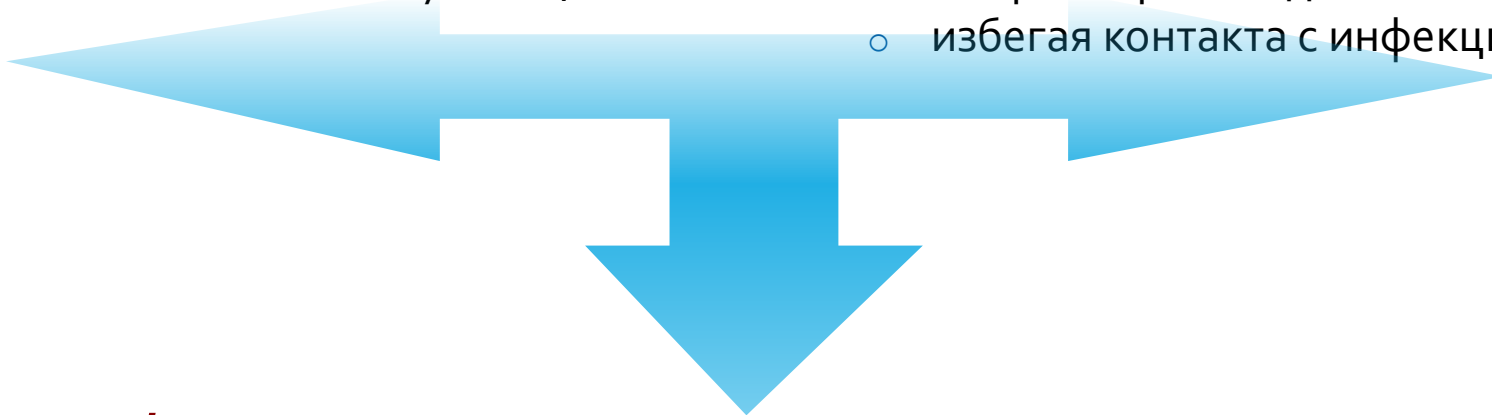
предоставляют услуги в специальных медицинских и/или образовательных учреждениях:

- менее дорогостоящие,
- способствуют социализации,
- улучшают навыки коммуникации

Home-based / Family-based –

основной стратегией являются посещения на дому (*home-visiting*):

- наблюдение в привычной для семьи обстановке,
- не нарушая обычный режим,
- не тратя время и деньги на дорогу,
- избегая контакта с инфекциями.



Mixt – наиболее сбалансированный по соотношению затраты/эффективность подход сочетает в себе патронаж и посещение специальных центров и учреждений.



Программа раннего развития ребенка

Child-centred care

Основная ценность – ребенок, его интересы и потребности

Клиент – ребенок

Семья – инструмент

Цель – удовлетворить все потребности ребенка

Специалист – эксперт

Задача – оценка уровня развития ребенка и повышение родительской компетентности

Family-centred care

Основная ценность – семья, как наилучшая среда для развития ребенка

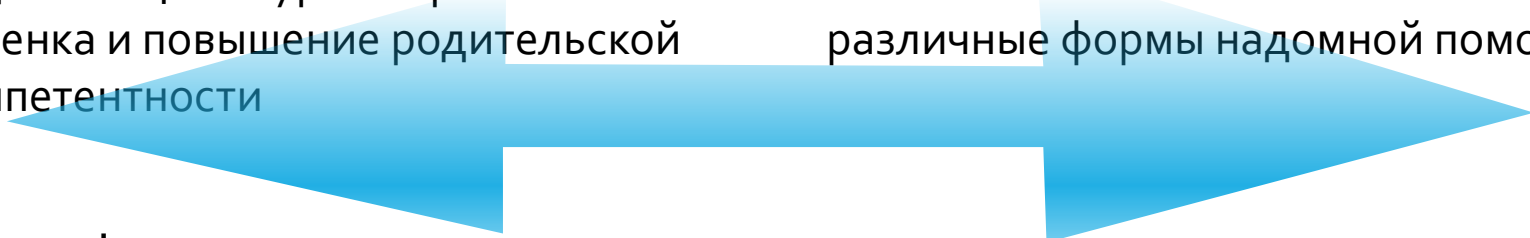
Клиент – семья

Семья – активный участник

Цель – поддержка и сопровождение семьи

Специалист – участник диалога

Основная технология – различные формы надомной помощи



Патронажная служба

Универсальная модель – посещения всех семей с детьми раннего возраста в рамках первичной медицинской помощи, оказываемой семейными врачами / педиатрами. Поддержка семей по вопросам ухода, здоровья, питания, стимуляции развития ребенка и предупреждения неблагоприятных социальных факторов.

Целевая модель – посещения семей с детьми, которые подвергаются риску или имеют особые потребности в связи с неблагоприятной медицинской и/или психосоциальной ситуацией. Экономичнее, но эта модель не учитывает потребности широких слоев населения – беременных женщин, детей и их родителей.

Универсально-прогрессивная модель – дифференцированный подход:

- *универсальный пакет услуг*, доступный для всех семей
- *расширенный пакет услуг* (увеличение числа и интенсивности посещений, и др.) для семей, которые в этом нуждаются

Содержание визита на дом

- Физическое развитие ребенка
- Психо-моторное развитие ребенка
- Питание ребенка (грудное вскармливание)
- Медицинские факторы риска
- Послеродовая депрессия
- Насилие и жестокое обращение
- Социальные факторы риска



Критерии эффективности патронажной службы

Здоровье и благополучие ребенка

- ↓↓ заболеваемости и смертности
- ↓ число «брошенных» детей
- ↓ число новорожденных с низким весом, недоношенных
- ↓ уровень врожденных аномалий развития
- ↑ уровень наблюдения за здоровьем
- ↑ уровень естественного вскармливания
- ↑ уровень иммунизации детей
- ↑ показатели питания и воспитания детей
- ↓ количество травм и несчастных случаев
- ↓ количество случаев плохого обращения с детьми
- ↑ когнитивные, социальные и языковые навыки
- ↑ эмоциональный климат в семье
- ↑ поведение ребенка

Критерии эффективности патронажной службы

Здоровье и благополучие ребенка

- ↓ ↓ заболеваемости и смертности
- ↓ число «брошенных» детей
- ↑ уровень иммунизации детей
- ↓ число новорожденных с низким весом, недоношенных
- ↓ уровень врожденных аномалий развития
- ↑ уровень наблюдения за здоровьем
- ↑ показатели питания и воспитания детей
- ↓ количество травм и несчастных случаев
- ↓ количество случаев плохого обращения с детьми
- ↑ когнитивные, социальные и языковые навыки
- ↑ эмоциональный климат в семье
- ↑ поведение ребенка



Критерии эффективности патронажной службы

Здоровье и благополучие родителей	<ul style="list-style-type: none">↓ количество незапланированных беременностей↓ частоты акушерских осложнений↓ частоты материнской депрессии↑ уровня занятости и уровня образования матерей
Навыки и поведение родителей	<ul style="list-style-type: none">↑ уровень родительских знаний и навыков в отношении грудного вскармливания и правильное питание детей↑ знания родителей у детей признаков опасности для жизни и мер профилактики инфекционных заболеваний↑ привязанность и отзывчивость к нуждам ребенка↑ навыки позитивного воспитания↑ стимуляция развития ребенка↑ безопасность домашней среды↓ количество несчастных случаев и травм↓ частота домашнего насилия, употребление наркотиков

Критерии эффективности патронажной службы

Польза для общества

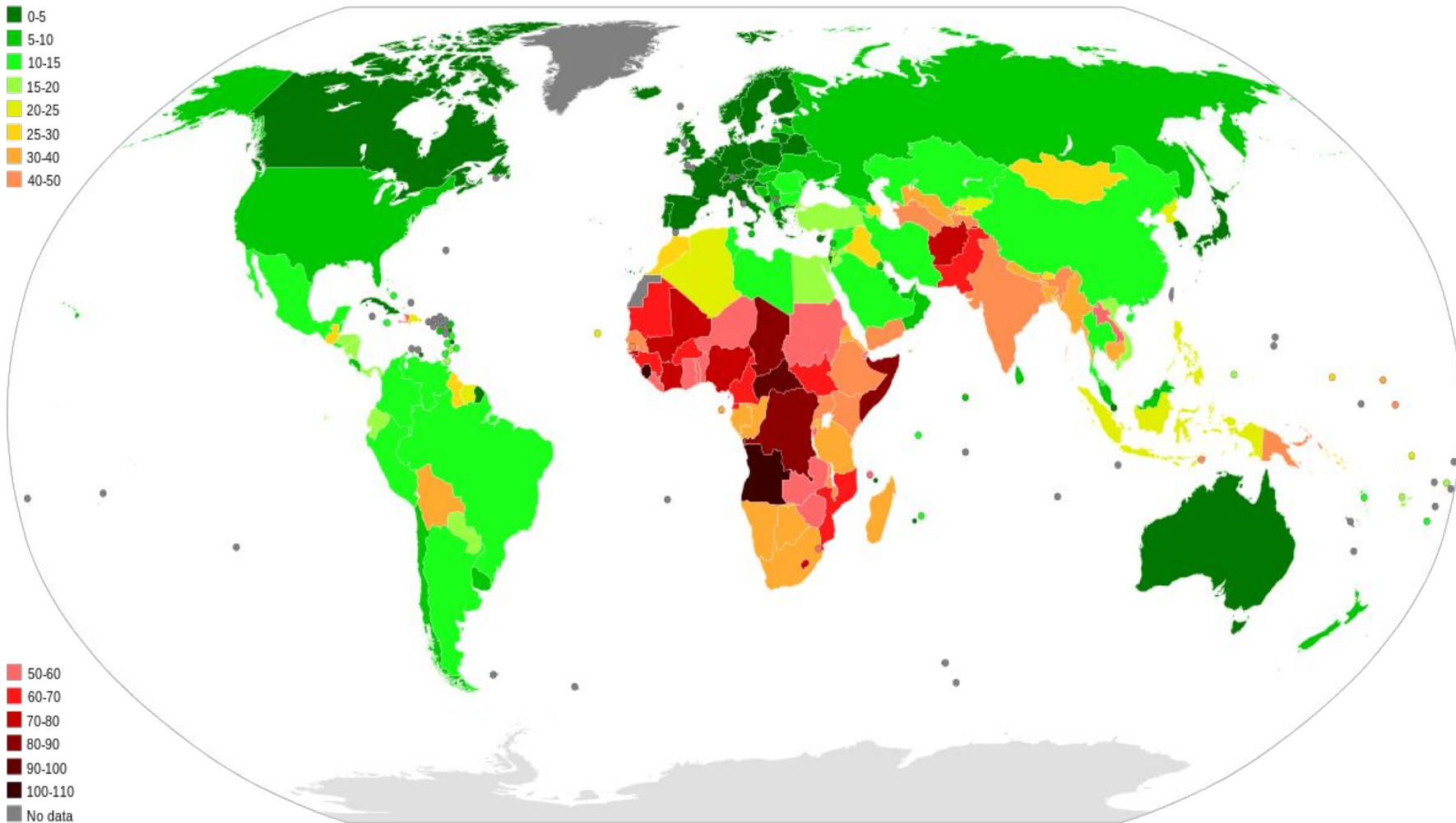
- ↓ затраты на медицинские услуги
- ↑ коммуникационные отношения в обществе
- ↑ школьная адаптация
- ↓ затраты на содержание детей-сирот
- ↓ уровень преступности среди несовершеннолетних
- ↓ уровень употребления наркотиков
- ↑ возможности для детей из неблагополучных семей



Системы ранней помощи детям в разных странах

- ❖ В разных странах ПРРР различаются по принципу организации, спектру и качеству оказываемых услуг, квалификации специалистов, и, соответственно, эффективности
- ❖ Системы ранней помощи могут иметь разную структуру, степень оснащённости и систему финансирования
- ❖ Это зависит от уровня экономического развития страны, моделей здравоохранения, образования и социальной службы, исторически сложившихся традиций, культурных и семейных ценностей и т.д.

Уровень младенческой смертности в Европе (2015)



Швеция

NB: В Швеции самый низкий в Европе уровень младенческой смертности

- Первичный уровень оказания ранней помощи детям – *детские службы здоровья (ДСЗ)*, которые предоставляют медицинские услуги и выполняют просветительскую функцию по отношению к семье ребенка
- В течение первых 3-х месяцев, ДСЗ посещают раз в неделю для осмотра ребенка врачом общего профиля (реже педиатром), консультирования и иммунизации. Далее 14-20 посещений в течение первого года, а затем один раз в год, пока ребенок не пойдет в школу.
- Согласно протоколу в 2,5 – 3 года дети проходят скрининг на проблемы с речью, в 4 года – на наличие когнитивных проблем
- Первое посещение семьи на дому проходит в первые 10 дней жизни ребенка. Медицинская сестра дает советы по уходу за ребенком, питанию, безопасности.

NB: Исследования показывают, что примерно у 13% женщин развивается послеродовая депрессия, а это может иметь долгосрочные негативные последствия для развития ребенка

- В Швеции, используя *Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии*, медсестра в течение 5-6 минут может выявить матерей, требующих помощи и поддержки.
- ДСЗ могут бесплатно посещать все семьи с детьми от рождения до 6 лет, однако регулярное посещение ДСЗ – зона ответственности родителей. Родители сами решают, когда ее посещать и как часто.
- Все службы оказания ранней помощи детям относятся к государственной системе здравоохранения и финансируются из местных бюджетов. Ресурсы распределяются между семьями в соответствии с их потребностями и на основе решений, принимаемых обществом.



Home visiting program

Leksand Model в Швеции – это инновационный подход к родительским группам, который в настоящее время распространен по всей Швеции.

В небольшом сообществе Лександ, муниципалитет взял на себя ответственность за организацию школы для будущих родителей и пригласил акушерок для дородового инструктажа.

Каково же было удивление, когда после рождения детей родители не захотели покидать группу и продолжали встречаться.

Но роли поменялись: не родителей приглашали на встречу со специалистом, а они сами стали нести ответственность и приглашать профессионалов для обсуждения выбранных ими тем.

Сегодня по статистике родительские группы посещают **98%** тех, кто стал родителями впервые и **60%** тех, кто уже имеет детей.

Нидерланды

- Основой системы общественного здравоохранения являются *центры здоровья* для детей от 0 до 4 лет (*well-baby clinics*), которые расположены «по соседству» и бесплатны.
- Центры отвечают за вакцинацию, скрининг здоровья и развития ребенка и обучение молодых родителей. Ребенок посещает центр 8 раз в течение первого года жизни (5 в первые полгода и 3 в следующие), потом – в 14 и 18 месяцев, а затем ежегодно пока ему не исполнится 4 года.
- Визиты длятся около 20 минут, в течение которых измеряется рост, вес и ОГ ребенка, проверяются рефлексы и моторика. Результаты заносятся в книжечку, которую получают все родители при первом посещении.
- Стандартным является краткое интервью с родителями. Они получают советы по питанию, гигиене, стимулирующим играм с ребенком и безопасности дома (эта информация также есть и в книжечке).
- Все это делают медсестры, а на каждом втором визите проводится краткая консультация педиатра.



Home visiting program

Kraamzorg – универсальная постнатальная служба в Голландии, которая входит в стандартный страховой полис (в Нидерландах обязательное медицинское страхование).

Согласно Национальным рекомендациям по постнатальной помощи ***kraamzorg*** имеет 3 уровня.

- Первые 8-10 дней после рождения ребенка медсестра краамзорга, находясь в семье, помогает матери восстановиться после родов и показывает родителям, как ухаживать за новорожденным ребенком, выполняет основные домашние дела, например, уборка в детской комнате, приготовление еды для матери. Уезжая из семьи, она передает ответственность участковой медсестре из ближайшего центра здоровья.
- Для более нуждающихся семей (рождение близнецов, многодетные, нестабильная семейная ситуация и др.) предусмотрен еще более широкий спектр помощи.

Финляндия

NB: Младенческая смертность в Финляндии является одной из самых низких в мире.

- Охрана здоровья матери и ребенка имеет сильные традиции. Все внимание сфокусировано на как можно более раннем выявлении проблем, с которыми сталкиваются семьи с детьми, и организации соответствующей поддержки
- Согласно национальным рекомендациям детские клиники проводят 16 профилактических осмотров ребенка (пять из которых проводится врачом, а остальные – медсестрой):
 - 8 раз – в возрасте до года,
 - 4 раза в год – от одного и двух лет,
 - 1 раз в год – пока ребенок не перейдет на медицинское обслуживание в школе.
- Медсестра проводит визиты на дом до и после родов, и далее по необходимости.
- Дополнительная поддержка предоставляется через родительские группы.

Испания

- Скрининг-диагностика развития детей представляет собой программы контроля, через которые проходят все дети.
- В частном секторе регулярный контроль за развитием детей возложен на врача-педиатра, а в государственном секторе обычно поручается медсестрам.
- В начале работы с семьей проводится подробное интервью родителей в присутствии ребенка, направленное на выявление потребностей семьи.
- При выявлении медицинских или социальных маркеров неблагоприятного развития, ребенок и его семья автоматически включаются в программу мониторинга или в программу раннего вмешательства.
- Семьи не имеют возможности выбирать центр ранней помощи, так как они приписаны к определенной муниципальной службе по месту жительства.

- В США не существует практики охвата всех детей раннего возраста – организация этого процесса полностью ложится на семью
- Дети получают право доступа к соответствующим службам только после оценки и отнесения их к группе риска (в зависимости от политики штата):
 - дети из группы социального риска
 - дети из группы биологического риска (недоношенные и маловесные дети; дети, рожденные в асфиксии; дети, которым проводились реанимационные мероприятия и др.)
 - дети с выявленными отклонениями в развитии
- Большая часть служб ранней помощи в США являются специализированными и фокусируются на специфических группах детей
- Дети с выявленными в результате скрининга отклонениями и их семьи получают помощь в рамках различных программ (федеральных, действующих на уровне штата и/или на уровне местных структур)
- 76 % детей получают помощь на дому до 6-24 месяцев жизни ребенка



Home visiting program



Nurse Family Partnership (NFP) является наиболее тщательно исследованной и рекомендуемой американской моделью.

Медсестринские посещения социально-уязвимых матерей, ожидающих первого ребенка

Старт/финиш: со II триместра беременности и до достижения ребенком 2-летнего возраста.

Кадры: Медсестры, прошедшие 2-недельный курс обучения, ведут не более 25 семей.

Доза: еженедельные/ежемесячные визиты на дом по 75-90 минут каждый

Содержание:

- До родов подготовленные медсестры учат будущую мать правильно питаться, отказаться от вредных привычек, распознавать признаки осложнений беременности, поддерживать отношения с семьей и друзьями
- После рождения ребенка медсестра обучает, как обеспечить надлежащий уход за ребенком, как не пропустить признаки болезни, как стимулировать развитие, и даже консультирует, как продолжить образование и найти работу



Home visiting program

Community Mothers Programme (CMP), работает в Ирландия с 1988 и обслуживает 1200 семей в год.

Опытные мамы из местного населения, добровольно посещают семьи с маленькими детьми и обеспечивают необходимую поддержку молодым родителям, делаясь собственным опытом и знаниями, накопленными в процессе воспитания детей.

Выявленные эффекты:

- среди семей, прошедших программу, персистировал высокий уровень родительских навыков
- матери имели более высокую самооценку и позитивнее относились к своему материнству
- регистрировался более высокий процент грудного вскармливания и иммунизации
- дети больше читали книг, регулярно посещали стоматолога и более правильно питались

Критерии эффективности патронажной службы

Дозировка (частота и продолжительность) и содержание посещений варьируют

· в зависимости от программы и страны:

- в Дании, Великобритании, Ирландии и Нидерландах н/р и грудных детей посещают несколько раз за первый год жизни
- в Финляндии, Франции, Германии и Италии предусмотрены лишь 1-2 послеродовых посещений, а дополнительные посещения лишь в случае необходимости.
- Осуществляют посещения, как правило, медсестры, в Нидерландах – парамедики, в Дании – специалист с опытом работы в педиатрии

Максимальная эффективность зарегистрирована при –

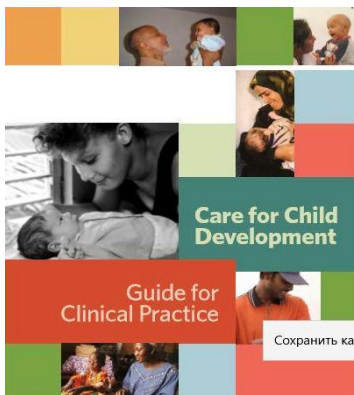
- продолжительности программы более 6 месяцев
- начале работы антенатально или с рождения
- предоставлении более 12 посещений
- выполнении визитов профессионалами
- фокусировании на широком спектре проблем, не только ребенка, но и родителей/опекунов

ВОЗ и ЮНИСЕФ разработали Программу помощи в целях развития детей (*Care for Child Development – C4D*).

C4D позволяет повысить ответственность родителей/опекунов, их внимание к потребностям ребенка.

Главными методами стимуляции развития ребенка провозглашаются *игра и общение*.

Другой простой метод – *смотри, спрашивай и слушай* (*look, ask, listen*) позволяет идентифицировать взаимоотношения между родителем и ребенком, стиль общения в семье, родительские навыки воспитания и ухода.



«Большинство семей стараются сделать всё возможное для своих детей. Надо лишь помочь семье почувствовать себя в этом хорошо и уверенно»

Универсально-прогрессивная модель

Универсальный пакет, предоставляемый всем семьям:

- Учитывая ограниченные ресурсы нашего региона, домашние посещения должны проводиться в критические и важные периоды жизни ребенка.
- Домашние визиты должны длиться 45-60 минут, и иметь четкую, но достаточно гибкую структуру, чтобы гарантировать качественные услуги, адаптированные к непосредственным проблемам и потребностям данной семьи.

Период	Количество визитов (10 - 13)
Беременность	2-3
Новорожденный (0 - 4 недель)	3-4 (1 визит через 1-2 дня после выписки из РД)
1 – 11 месяцев	4-5
12 – 23 месяцев	2
24 - 35 месяцев	1-2
36 месяцев	1



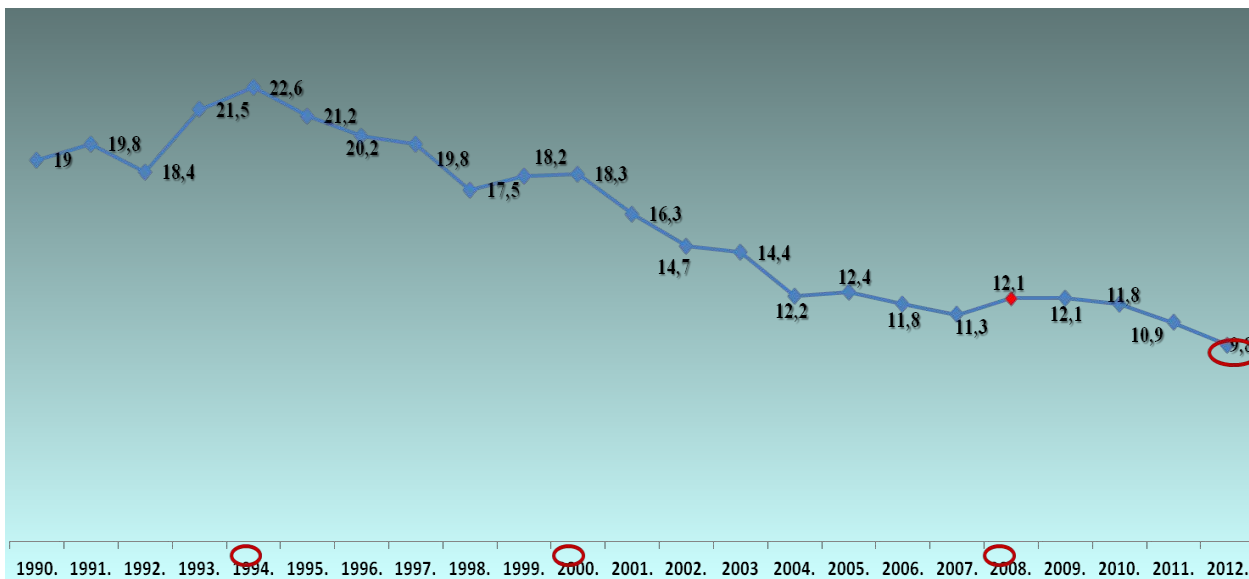
Универсально-прогрессивная модель

Расширенная поддержка семей и детей с особыми потребностями:

- Может варьировать от одного дополнительного посещения (например, чтобы помочь молодой маме наладить грудное вскармливание), и до регулярных интенсивных услуг для решения проблем, связанных с жестоким обращением с детьми, нищетой, задержкой развития и другими серьезными проблемами, с которыми сталкиваются семьи.
- Рекомендуются стандартные инструменты для скрининга или мониторинга развития ребенка, родительского благополучия, взаимоотношений между родителями, оценки безопасности домашней среды и др. ([UNICEF Toolkit of Recommended Curricula and Assessment for Early Childhood Home Visiting, 2013](#)), которые могут быть дополнены, учитывая местные особенности.

Опыт Молдовы в оптимизации стандартов наблюдения здоровых детей

- Уровень младенческой смертности снизился в 2 раза по сравнению с 2000 г. Однако он по-прежнему остается одним из самых высоких в Европе (9,6 ‰ по сравнению со средним показателем ЕС – 4 ‰).
- Уровень детской смертности постоянно снижается, однако почти 20% случаев смерти детей в возрасте до 5 лет происходят на дому, и во многих случаях по причинам, хорошо поддающимся профилактике (травмы/отравления, респираторные заболевания и др.).
- Резервы кроются в укреплении первичного звена здравоохранения, в более тесном взаимодействии с семьей, в повышении уровня знаний родителей



Оптимизированные **Стандарты амбулаторного наблюдения детей от 0 до 18 лет:**

- ✓ Изменен график посещений здорового ребенка на дому медсестрой и семейным врачом, что дало возможность индивидуального подхода и позволило больше времени и внимания уделять семьям из групп риска
- ✓ Гибкий график плановых профилактических осмотров специалистами и лабораторных исследований
- ✓ Скрининг на гликемию (в 7 и 17 лет)
- ✓ **Скрининг тест на аутизм (CHAT)** для детей 18-24 месяцев

Cine examinează	actualizat									
	1 an 3 luni	1 an 6 luni	1 an 9 luni	2 ani	Vârsta					
					2 ani 6 luni	3 ani	4 ani	5 ani	6 ani	
Medicul de familie	-	+	-	+	+	+	+	+	+	
Pediatru				+		+				
Screening test de depistare precoce a autismului			+							
Neurolog					+					
Oftalmolog					+					
Stomatolog					+					
ORL					+					
Chirurg					+					
Ortoped					+					
Psihiatru										
Logoped					la indicație					
Analiza generală a sângelui					+					
Analiza generală a urinei					+					
Analiza maselor fecale la o/h					+					
Glicemia							+	+		

Скрининг Тест на Аутизм (CHAT - Checklist for Autism in Toddlers) проводится при достижении ребенком 18-месячного возраста

Часть А. Спросите у родителей:

- Любит ли ваш ребенок, когда вы катаете его на колени, держите в руках и раскатываете, и др.?
- Интересуется ли ваш ребенок другими детьми?
- Любит ли ваш ребенок залезать вверх, подниматься по лестнице?
- Может ли ваш ребенок играть в прятки или в "ку-ку"?
- Может ли ваш ребенок играть "понрошку", то есть изображать что-нибудь подобное?
- Может ли ваш ребенок показывать пальцем, когда просит что-нибудь?
- Может ли ваш ребенок показывать пальцем, когда видит что-то интересное?
- Может ли ваш ребенок играть с небольшими игрушками (машинками, кубиками), используя их по назначению, а не только крутя их в руках, бросая или сунув в рот?
- Может ли ваш ребенок приносить вам (родителю) предметы, чтобы показать вам что-то?

Часть В. Наблюдения врача:

- Во время вашего визита смотрел ли ребенок вам в глаза?
- Обратил ли на себя внимание ребенка, потом покажите пальцем на интересный предмет в другом конце комнаты и скажите: "Посмотри, там (название игрушки)". Смотрите ребенку в глаза.

Скрининг тест на аутизм (СНАТ)

«Расстройство Аутистического Спектра. Руководство по раннему выявлению»

- ❖ Руководство предоставляет семейным врачам и другим работникам первичного звена медицинской службы информационную поддержку в проведении ранней диагностики расстройства аутистического спектра
- ❖ Это алгоритм ведения ребенка с аутизмом в условиях первичного звена медицинской помощи.



«Аутизм: что за этим скрывается? как его распознать?»

- ❖ Буклет для родителей позволяет оценить, есть ли у «сигналы тревоги», которые могут быть признаками аутизма

КАК РАСПОЗНАТЬ АУТИЗМ? Оцените, есть ли у Вашего ребенка:

ПРОБЛЕМЫ В СОЦИАЛЬНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ

- редко или совсем не устанавливает зрительный контакт с другими людьми;
- предпочитает играть в одиночку, его не интересуют игры с другими детьми, у него нет друзей;
- сопротивляется объятиям и поцелуям, если инициатива исходит от другого лица;
- не реагирует, когда к нему обращаются или зовут его по имени;
- не может выразить свои чувства и эмоции и также не может понять эмоции других людей.

ПРОБЛЕМЫ В ОБЩЕНИИ

- поздно развивается речь, либо речь необычна, либо ребенок не говорит совсем;
- может многократно повторять слова, возможно даже услышанные давно (эхолалия), иногда используя их в верном контексте;
- даже обладая богатым словарным запасом, испытывает трудности в поддержании разговора, его речь необычна, ребенок может бесконечно говорить об одном и том же (о динозаврах, автомобилях и т.д.);
- когда не знает, как объяснить, чего он хочет, может просто закричать или направить руку взрослого на желаемый объект.

ПРОБЛЕМЫ В ПОВЕДЕНИИ

- совершает повторяющиеся, стереотипные движения (размахивает руками, раскачивается, ходит на цыпочках);
- может часами расставлять игрушки, предметы в каком-либо порядке, вместо того, чтобы играть с ними, используя воображение;
- бурно реагирует на любые перемены в повседневной жизни (изменение времени обеда, расположения предметов или мебели в комнате, привычной дороги в детский сад и т.д.);
- проявляет стойкие необычные интересы, например, быть увлечен цифрами, дорожными знаками, пылесосом и т.д.;
- может быть аутоагрессивным (кусает себя, бьетса головой и т.д.).

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova unicef

Autismul

CE ASCUNDE? CUM SĂ-L RECUNOAȘTEȚI?



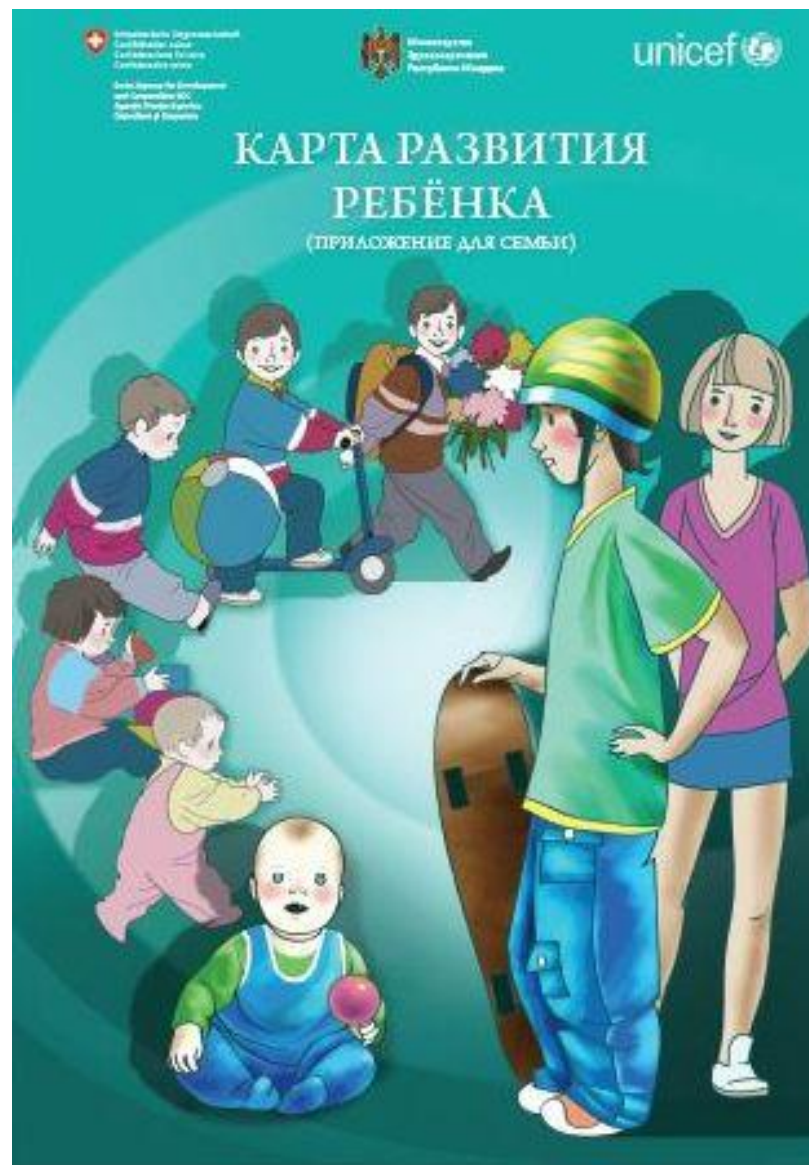
Autismul este o tulburare de dezvoltare de natură neuro-biologică, care se manifestă, de regulă, de la vârsta de **18-24** luni.

se caracterizează prin dereglări ale funcțiilor sociale, comunicative, verbale și prin prezența unor interese și comportamente atipice.

Карта развития ребенка (дневник для семьи)

Инновационный инструмент, призванный улучшить знания и навыки родителей и укрепить их взаимоотношения с медработниками

- ❖ Содержит информацию о развитии ребенка от рождения до 18 лет
- ❖ Предоставляет родителям практические советы, касающиеся воспитания здорового ребенка
- ❖ Побуждает родителей активно участвовать в мониторинге показателей здоровья и развития ребенка
- ❖ Призывает родителей к более эффективному взаимодействию с медицинскими работниками



С 01.01.2013 все эти разработки вступили в силу (Приказ МЗ РМ № 1000 от 8.10.2012) и стали обязательными к использованию в первичном звене медицины,

«Карта развития ребенка (дневник для семьи)» стала выдаваться родителям при первом осмотре новорожденного семейным врачом.

actualizat

Cine examinează	Vârsta (luni)											
	I-a vizită a nou-născutului în primele 3 zile după externare, apoi a											
	II-a vizită a nou-născutului la vârsta de 14-15 zile											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Medicul de familie la domiciliu	++											
Medicul de familie în CMF/CS/OMF	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pediatru	+											+
Neurolog	+											+
Oftalmolog	+											+
Stomatolog												-
ORL												+
Chirurg /Ortoped	+											+
Analiza generală a sîngelui	+											+
Analiza generală a urinei	+											+
Analiza masei fecale la o/h												-
USG organelor interne												+



unicef
 Schweizerische Eidgenossenschaft
 Confédération suisse
 Confederaziun Svizra
 Confederaziun svizra
 Swiss Agency for Development and Cooperation SDC
 Agenția Europeană pentru Dezvoltare și Cooperare

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
 AL REPUBLICII MOLDOVA
CARNET
 DE DEZVOLTARE A COPILULUI

Date despre copil:

Nume _____

Prenumele _____

Data nașterii _____

Adresa _____ Telefon _____

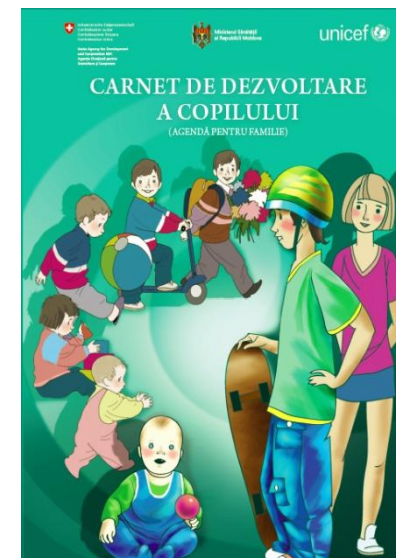
Numărul de identitate _____

Grupa sanguină _____ factor Rh _____

Date despre instituția medicală:

Tipul instituției medicale _____

Adresa _____ Sectorul nr. _____





Опыт Молдовы: критерии эффективности

Через 1,5 года в группе родителей, владевших *«Картой развития ребенка (дневник для семьи)»* регистрировалось больше правильных ответов на вопросы:

- о продолжительности **грудного вскармливания** (84,9% и 66,1% соответственно, $p < 0,0001$)
- о правилах введения прикорма
- о правилах личной гигиены

- о *Признаках угрозы жизни ребенка* (63,8% и 45,1% ; $p = 0,004$)
- о *Признаках тяжелых заболеваний/инфекций, требующих неотложной медицинской помощи* ($p < 0,005$)
- о *первой медицинской помощи*, например, в случае рвоты и/или диареи (33,5% и 16,3%; $p = 0,0002$).
- о *правилах безопасности и защите ребенка от отравлений, травм, ожогов* и т. д.

NB: Это те знания, которые в критической ситуации могут спасти ребенку жизнь!



Опыт Молдовы: критерии эффективности

Через 1,5 года после внедрения новых **Стандартов амбулаторного наблюдения детей** статистически достоверно улучшились некоторые показатели:

- Практически все н/р в республике осматриваются на дому семейным врачом на 3-й день после выписки из РД (99,3% по сравнению с 92% в 2012 г., $p < 0,01$);
- Удвоился процент н/р, осмотренных семейным врачом на дому на 14-15-й день жизни (80,4% по сравнению с 49,6% в 2012 г., $p < 0,001$);
- По сравнению с 2012 годом значительно сократилось количество детей первого года жизни, находящихся под недостаточным медицинским наблюдением;
- В результате перераспределения сил и времени улучшились аналогичные показатели и в группе медик.о-социального риска

Выводы

- ❖ Все больше научных доказательств того, что негативные факторы, влияющие пренатально и в первые годы жизни ребенка, существенно влияют на развитие мозга и когнитивные способности ребенка.
- ❖ Задержка в развитии становится заметна уже в первый год жизни, усиливается по мере роста ребенка и сохраняется на протяжении всей жизни.
- ❖ Гармоничное развитие ребенка с раннего возраста требует благоприятной среды – хорошего состояния здоровья, полноценного питания, безопасности, раннего воспитания и обучения, и т.д. Различные службы должны помогать семье в обеспечении этих условий для реализации потенциала развития ребенка.
- ❖ Координация, мониторинг и непрерывная оценка должна проводиться во всех секторах, чтобы обеспечить высокое качество медицинских услуг, оказываемых детям раннего возраста.