



საქართველოს უნივერსიტეტი

ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

სადოქტორო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

ხელნაწერის უფლებით

მაკა საბაშვილი

კარიესის, პაროდონტის დაავადებების და არსებული სტომატოლოგიური
სერვისების საჭიროების შესწავლა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე
პედიატრიულ პაციენტებში, თბილისში

(სპეციალობა- 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

დისერტაცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის

აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი-

პროფესორი ქეთევან ნანობაშვილი

თბილისი

2022

საავტორო უფლებები:

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: „კარიესის, პაროდონტის დაავადებების და არსებული სტომატოლოგიური სერვისების საჭიროების შესწავლა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პედიატრიულ პაციენტებში, თბილისში“

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიური დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად

მაკა საბაშვილი © თბილისი, 2022 წელი

ანოტაცია

საქართველოში, დღემდე არ არის დადგენილი აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსი. იმის გათვალისწინებით, რომ აუტისტური სპექტრის აშლილობა არაგადამდებ დაავადებებს შორის, ჯანმრთელობის დაზიანების სწრაფად გავრცელებად დაავადებად ითვლება და პირის ღრუს დაავადებები კი ფარდოდ გავრცელებულია მთელს მსოფლიოში, მაინც არ არის ჩატარებული კვლევა, თუ რა სტომატოლოგიური საჭიროება აქვს აღნიშნულ კონტიგენტს. თემის აქტუალობიდან გამომდინარე დაიგეგმა კვლევა და გამოკვლეულ იქნა თბილისში რეგისტრირებული 3 დან 18 წლამდე ასაკის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტები. სულ გამოკვლეული იქნა 322 ასა-ს მქონე და 322 ტიპური განვითარების ინდივიდი. სტომატოლოგიური კლინიკების და ექიმების მზაობის შესასწავლად, გამოკითხულ იქნა 170 ბავშვთა სტომატოლოგი და 56 სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერი.

უნდა აღინიშნოს რომ, სტომატოლოგიური სერვისების ხელმისაწვდომობა დაბალია აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის, რადგან სტომატოლოგიური მკურნალობის საჭიროებისას, ძირითად მეთოდად გამოყენებულია ზოგადი ნარკოზი და არ ხდება პირის ღრუს მოვლა გაიდლაინების მიხედვით, რაც კიდევ უფრო ართულებს აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების პირის ღრუს მდგომარეობას. შესაბამისად, გაუარესებული პირის ღრუს სტატუსი და დარღვეული ყბა-კბილთა სისტემა უარყოფითად აისახება საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე და იმატებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ტვირთი.

ეპიდემიოლოგიური კვლევის ფარგლებში ჩატარდა მშობლების/მეურვეების გამოკითხვა და სტომატოლოგიური გამოკვლევა. ჩვენს მიერ შედგენილი კითხვარი მოიცავდა კითხვებს პირის ღრუს დაავადებების რისკ-ფაქტორების გამოსავლენად: სოციალური სტატუსი, თანმხლები დაავადებების არსებობა, მედიკამენტების მოხმარება, ადამიანთა დამოკიდებულებას პროფილაქტიკური ვიზიტების შესახებ, პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევები (კბილების გახეხვა), სტომატოლოგიური სერვისების ხელმისაწვდომობა, კერძო და სახელმწიფო დაზღვევის არსებობა, განსხვავებული საკვები პროდუქტების მოხმარება. სტომატოლოგიური სერვისების ადაპტაციის შესწავლის მიზნით გამოყენებულ იქნა კითხვარი სტომატოლოგებისთვის, რომელიც შედგებოდა 13 შეკითხვისგან. ინფორმაციის მიღება ხდებოდა მათი სტაჟის,

მიღებული აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების რაოდენობის, მათთან მკურნალობისას სირთულეების, გაიდლაინების და ფსიქოლოგის არსებობის აუცილებლობის შესახებ კლინიკაში.

შემდეგი ინსტრუმენტი იყო ასევე კითხვარი სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერებისთვის, საიდანაც ხდებოდა ინფორმაციის შეგროვება აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის კლინიკების ადაპტირების, სტომატოლოგების მზაობის და მათი მხრიდან სტომატოლოგებისთვის ხელშეწყობის შესახებ.

გამოსაკვლევი პოპულაციის სტომატოლოგიური სტატუსის შეფასება განხორციელდა ჯანმო-ს (ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია) მეთოდოლოგიის საფუძველზე.

პირის ღრუს კლინიკური დათვალიერებისას გამოიყენებოდა ერთჯერადი ხალათი, ერთჯერადი სტერილური ხელთათმანები, KN 95 რესპირატორი, სტომატოლოგიური ზონდი და სარკე, კარიესის გამოვლენის მიზნით.

კარიესის დიაგნოსტიკა და აღრიცხვა ვაწარმოეთ ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული კარიესის ინტენსივობის -კბა ინდექსის გამოყენებით, რომელიც გულისხმობს ინდივიდში კარიესული, ამოღებული და დაბჟენილი კბილების ჯამს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულია კარიესის ინტენსივობის 5 დონე, ძალიან დაბალი (0-1,1), დაბალი (1,2-2,6), საშუალო (2,7-4,4), მაღალი (4,5-6,5), ძალიან მაღალი (>6,6), რაც გამოითვლება კბა ინდექსის საშუალებით. კბა ინდექსი არის კარიესის ინტენსივობის განმსაზღვრელი ინდექსი, რომელიც გამოითვლება კარიესით დაზიანებული კბილების (კ), კარიესის გამო ამოღებული კბილების (ა), კარიესის გამო დაბჟენილი კბილების (ბ) საერთო რაოდენობით. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ძირითადი ჯგუფის კბა ინდექსის გამოთვლით გამოვლინდა მისი მაღალი მაჩვენებელი კბა = 5.1, რაც ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით განხსვავდება. კბა მაჩვენებელი 3-6 წლის ასაკის ბავშვებში საშუალოა, ხოლო მოზრდილ ასაკში უფრო მაღალი მაჩვენებელია. საკონტროლო ჯგუფის კბა ინდექსმა 3.1, საშუალო მაჩვენებელი შეადგინა. საკონტროლო ჯგუფის 3-6 წლამდე ასაკის პაციენტებში კარიესის ინტენსივობამ შეადგინა 3.1 (საშუალო), 7-12 წლამდე ასაკში- 2,26 (დაბალი), 13-18 წწ- 1,25 (დაბალი).

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტთა პირის ღრუს კლინიკური კვლევა წარმოებდა სტომატოლოგიური სარკის და ზონდის საშუალებით, კარიესის გამოვლენის მიზნით. ასევე, დაბჟენილი და ამოღებული კბილების დათვლა და კბა ინდექსის გამოთვლა. ასევე, ხდებოდა ღრძილის ვიზუალური დათვალიერება და გინგივიტის ხარისხის შეფასება მოდიფიცირებული ღრძილოვანი ინდექსის საშუალებით. მოდიფიცირებული ღრძილოვანი ინდექსი შემდეგი შკალით განისაზღვრება: ღრძილოვანი ინდექსი (MGI) 0 ქულა - ნორმალური ღრძილი, ანთების არარსებობა, 1 ქულა - მსუბუქი ანთება ან ფერისა და ტექსტურის უმნიშვნელო ცვლილებება, მაგრამ არა მარგინალური ან პაპილარული ღრძილის ყველა ნაწილში, 2 ქულა - მსუბუქი ანთება, მარგინალური ან პაპილარული ღრძილის ყველა ნაწილში, 3 ქულა - ზომიერი ანთება, შეშუპება ან ჰიპერტროფია ღრძილის მარგინალურ ან პაპილარულ ნაწილში, 4 ქულა - მძიმე ანთება: შეშუპება და/ან ღრძილის მარგინალური ჰიპერტროფია ან სპონტანური სისხლდენა, წყლული. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ მოდიფიცირებული ღრძილოვანი ინდექსი აღინიშნა მხოლოდ 35 (10,87 %) პაციენტში, 0 ქულა ანუ ნორმალური ღრძილი დაფიქსირდა 200 (62,11%) პაციენტში, 1 ქულა-მსუბუქი ანთება, ფერის ცვლილება, არ აღინიშნება სისხლდენა 35 (10,87%) პაციენტში, 2 ქულა-მსუბუქი ანთება, მარგინალური ან პაპილარული ღრძილის ყველა ნაწილში გამოვლინდა 20 პაციენტში (6,21 %), 3 ქულა- ზომიერი ანთება, შეშუპება ან ჰიპერტროფია - 6 პაციენტში (1,86 %), ხოლო 4 ქულა - მძიმე ანთება: შეშუპება და/ან ღრძილის მარგინალური ჰიპერტროფია ან სპონტანური სისხლდენა გამოვლინდა 2 პაციენტში (0,62 %). საკონტროლო ჯგუფში- 0 ქულა ანუ ნორმალური ღრძილი დაფიქსირდა - 311 პაციენტში, 1 ქულა - 9, 2 ქულა - 0 , 3 ქულა - 2 პაციენტს გამოუვლინდა.

შემდეგი ინდიკატორი გახლდათ ჰიგიენური ინდექსის გამოთვლა პირის ღრუს ჰიგიენის გამარტივებული ინდექსის მიხედვით, რა დროსაც ხდებოდა ფრონტალური და საღეჭი კბილებიდან 11, 16, 26, 31, 36, 46 კბილების ლოყისკენა, ენისკენა და ტუჩისკენა ზედაპირზე ნადების შეფასება, ნადები ფარავდა კბილის 1/3-ს, 1/3- ზე მეტს, თუ კბილის გვირგვინის ნახევარს (ცხრილი 1).

ცხრილი 1. პირის ღრუს ჰიგიენის გამარტივებული ინდექსი

16\17	11		26\27
-------	----	--	-------

46\47		31	36\37

0-0,6 ქულა (პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა), 0,7-1,6 ქულა (პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა) 1,7-2,5 (პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა) 2,6> (პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა). კვლევის პროცესში, ობსერვაციული მეთოდით გამოვლინდა პირის ღრუს ჰიგიენის მაჩვენებელი (OHI ინდექსი). პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა ჰქონდა 162 (50,31 %) ძირითადი ჯგუფის რეკრუტირებულ პაციენტს, დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა გამოვლინდა 49(15,22 %) პაციენტში, არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა 66 (20,5 %) ბავშვში, ხოლო პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა 45 (13,98 %) ბავშვს გამოუვლინდა. OHI ინდექსი საკონტროლო ჯგუფში: პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა - 149 პაციენტი, პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა - 48, ხოლო პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა 3 პაციენტში გამოვლინდა.

ზემოთ აღნიშნული ინდიკატორები იქნა გამოყენებული ტიპური განვითარების მქონე ბავშვებთან, რის შემდეგაც მოხდა ფაქტორული ანალიზის და კორელაციური კავშირის დადგენა.

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტთა მშობლების განცხადებით სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად ძირითადი პრობლემა იყო მაღალი ფასები, ექიმების გადამზადების არარსებობა და აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებთან მიდგომის უნარ-ჩვევების არარსებობა, რის გამოც ხშირად ასეთ ბავშვებს უმიზეზოდ უშვებდნენ ნარკოზის გასაკეთებლად. შესაბამისად ან იშვიათად მიდიოდნენ მომსახურების მისაღებად და თუ მიდიოდნენ უკმაყოფილოები რჩებოდნენ და ძირითადად კბილის ამოღების პროცედურებს მიმართავდნენ, რაც საერთო ჯამში იწვევს ჯამური კბილების ნაკლებობას შესაბამისი საკონტროლო ჯგუფის ადამიანებთან შედარებით.

კვლევის შედეგად გამოვავლინეთ პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე და პირის ღრუს სტატუსზე მოქმედი ფაქტორები, რომელთა გავლენით ხდებოდა კარიესის და პაროდონტის დაავადებების გავრცელების რისკის გაზრდა. გამოვლინდა ისეთი

რედუქციული ფაქტორები, რომლებიც დადებითად ან/და უარყოფითად მოქმედებდნენ ჩვენს მიერ კვლევაში ჩართული კონტიგენტის პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე. დადგინდა, რომ პირის ღრუს დაავადებების გავრცელებას ხელს უწყობს სახლის პირობებში არასათანადოდ ჩატარებული ჰიგიენური წმენდა, მიღებული საკვები პროდუქტების ტიპი, თანმხლები დაავადებების არსებობა, თანმხლები დაავადებების არსებობისას მიღებული მედიკამენტების ზემოქმედება, მავნე ჩვევების არსებობა. ასევე, იმის გამო რომ სტომატოლოგიური მკურნალობა მსოფლიოში ერთ-ერთ ძვირადღირებულ მკურნალობად ითვლება, ასა-ს მქონე პაციენტთა სოციალური ეკონომიკური სტატუსი გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე, რადგან დაბალი სოციალური სტატუსის მქონე პაციენტებში, სხვა ფაქტორების ზემოქმედებასთან ერთად, არ ხდება სათანადო სტომატოლოგიური მკურნალობის ჩატარება, რაც აისახება პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე და არა მხოლოდ პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე, ზოგადად გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე, რაც შესაბამისად აისახება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ტვირთზე.

ავტობიოგრაფია

დავიბადე 1985 წლის 8 ივლისს. ოჯახური მდგომარეობა: მეუღლე და ორი შვილი

განათლება: 2019-2022 წწ. საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორანტურა.

2009 წელი- მოზრდილთა თერაპიული სტომატოლოგიის სერტიფიცირება.

2007-2008 წწ. სტომატოლოგიური რეზიდენტურის ბაზა „დენტივერი XXI” რეზიდენტურა თერაპიულ სტომატოლოგიაში.

2002-2007 წწ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი სამედიცინო ფაკულტეტი, სპეციალობა სტომატოლოგია ბაკალავრის ხარისხი, მაგისტრის ხარისხი

შრომითი საქმიანობა:

2019 წლიდან დღემდე- საქართველოს უნივერსიტეტი, მოწვეული ლექტორი

2017 წლიდან დღემდე- საქართველოს უნივერსიტეტი, სტომატოლოგიის დეპარტამენტი, კურაციული სწავლების ადმინისტრატორი

2013-2017 წწ სამკურნალო რეაბილიტაციის ცენტრი, მოზრდილთა თერაპევტ-სტომატოლოგი.

2011 წ - კერძო სტომატოლოგიური კლინიკა, მოზრდილთა თერაპევტ-სტომატოლოგი.

2009 წ - კერძო სტომატოლოგიური კლინიკა, მოზრდილთა თერაპევტ-სტომატოლოგი.

2007-2018 წწ. საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის წევრი

2005-2006 წწ ივ. ჯავახიშვილის სახელობის უნივერსიტეტის სტუდენტ სტომატოლოგთა ასოციაციის წევრი

პროფესიული ტრენინგები და კონფერენციები:

2004-2007 წწ. კომპანია Colgate-Palmolive-ის სტიპენდიის გამარჯვებული პირის ღრუს საგანმანათლებლო პროგრამაში “ნათელი ღიმილი ნათელი მომავალი“

2004 წ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის და საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის პირველი საერთაშორისო კონფერენცია

2006 წ. საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის პირველი საერთაშორისო ყოველწლიური სტომატოლოგიური კონგრესი

2014 წ. კურსი ანაფილაქსიური შოკის მართვაში

2015 წ. საქართველოს იმპლანტოლოგიის და ორთოპედიული სტომატოლოგიის ალიანსის მეორე საერთაშორისო კონგრესი, საორგანიზაციო კომიტეტის წევრი

2016 წ. საქართველოს უნივერსიტეტი-I სტუდენტური კონფერენცია საზოგადოების ჯანმრთელობის რისკები და მათი მართვა

2016 წ. სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი "რადიქსი"-თბილისის მეექვსე საერთაშორისო სტომატოლოგიური კონგრესი

2018 წ. თბილისის VIII საერთაშორისო სტომატოლოგიური კონგრესი

2018 წ. თსუ საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის კონფერენცია „პაროდონტის და პერო იმპლანტის დაავადებების მდგომარეობების კლასიფიკაცია "(უახლესი კლასიფიკაცია ამსტერდამი, 22 ივნისი 2018წ).

2018 წ. საჯარო ლექცია-მასტერკლასი, „ინტეგრირებული მიდგომები სტომატოლოგიურ რესტავრაციაში - SHOFU GioMer family-ს თანამედროვე სარესტავრაციო სისტემების საშუალებით.“ პროფესორი კოსმას ტოლიდისი

2018 წ. „თანამედროვე მიღწევები სტომატოლოგიაში (საქართველო/თურქეთი)“

2018 წ. Precision impression in dentistry(საქართველო/დენტსტალი)

2018 წ. "მულტიდისციპლინური შეხედულებების და მეცნიერების ორთოპედიულ სტომატოლოგიაში ინტეგრაცია".

2019 წ. 27-ე საერთაშორისო სტომატოლოგიური კონფერენცია

2019 წ. VII Union Congress of "Healthcare Professionals League"

2019 წ. ტრენინგი "პროექტის ციკლის მართვა", მატეო გიუდოტი

2019 წ. კურსი „ეპიდემიოლოგია და სტატისტიკა ჯანმრთელობის მეცნიერებებში“.
პროფ. დიეგო რადა

2021 წ. Students National and International All Free Online Conferences 2021 Health and Well-being of the Society, Present Challenges and Vision for the Future

2021 წ. Association for Dental Education in Europe ‘Using technology to engage students. Augmented Reality experiences

2021 წ. "Cavity design in posterior composite,, "Building of the proximal wall with snow blow technique“ . Eslam M. Youseff Shalaby

2021 წ. Global Oral Health Education Module 2021

პუბლიკაციები:

2018 წელი Biomedical Journal Of scientific and Technical Research, Prevalence of Malocclusion Among 6-15-Year-Old Children in Georgia: Case Report

2018 წ. OMICS International, Role of Tobacco in the Development of Oral Leukoplakia and Oral Cancer

2019 წ. Prevalence of traumatic dental injuries. <https://www.caucasushealth.ge>

2020 წ. THE MECHANISMS OF BLOOD SUPPLY OF MUCOUS MEMBRANE OF ORAL CAVITY AND NOSE, European Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences

2020 წ. Autism and Adaptation of Dental Services, <https://www.caucasushealth.ge>

2020 წ. Study Protocol for an Online Questionnaire Survey on Symptoms/Signs, Protective Measures, Level of Awareness and Perception Regarding COVID-19 Outbreak among Dentists. A Global Survey

2021 წ. Influence of Fear on Patients with ASD while Receiving Dental Services, American Journal of Biomedical Science & Research

2021 წ. The COVID-19 pandemic and its global effects on dental practice. An international survey

2021 წ. Dental Caries and Oral health status in Georgian Autistic Patients: an Observational Study

მადლიერების გამოხატვა:

მინდა მადლიერება გამოვხატო ჩემი ოჯახის წევრების მიმართ, რომლებიც გაგებითა და მოთმინებით იდგნენ ჩემს გვერდით სამი წლის განმავლობაში, როდესაც ჩემს სადოქტორო ნაშრომზე აქტიურად ვმუშაობდი. მადლიერება მინდა გამოვხატო ჩემი თემის ხელმძღვანელის ქ-ნ ქეთევან ნანობაშვილის მიმართ, რომელმაც დიდი თანადგომა და ჩართულობა გამოიჩინა ჩემს სადოქტორო ნაშრომზე მუშაობის პერიოდში. დიდი მადლობა საბჭოს თავმჯდომარეს ბ-ნ ვასილ ტყემელაშვილს ჩართულობისა და დახმარებისთვის, ასევე მადლიერი ვარ ექსპერტების, რომელთა რჩევა-რეკომენდაციები ძალიან ფასეული აღმოჩნდა თემის სრულყოფისთვის. მადლობა მინდა გადავუხადო ფსიქოლოგიური ცენტრების ხელმძღვანელებს, რომელთა თანხმობის და ჩართულობის გარეშეც არ ჩატარდებოდა სრულყოფილი კვლევა.

სარჩევი

შესავალი	19
თემის აქტუალობა.....	19
კვლევის მიზანი:.....	28
კვლევის ობიექტი.....	28
დასახული ამოცანები:.....	Error! Bookmark not defined.
კვლევის სამეცნიერო სიახლე:.....	Error! Bookmark not defined.
კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება:.....	Error! Bookmark not defined.
თავი I.....	32
ლიტერატურის მიმოხილვა	32
1.1 აუტიზმის განმარტება, ისტორიული მიმოხილვა.....	32
1.2 აუტიზმის ეტიოლოგია	35
1.3 აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების პირის ღრუს მდგომარეობა და სტომატოლოგიური სერვისები	38
1.4 ასა-ს მქონე პაციენტების მართვისთვის სტომატოლოგიური განათლების მნიშვნელობა	43
1.5 ასა-ს მქონე პაციენტების შიშის გავლენა სტომატოლოგიური სერვისების მიღებისას.....	45
1.6 კოვიდ პანდემიის გავლენა ასა-ს მქონე პაციენტებსა და მათ ოჯახებზე.....	47
1.7 ზოგადი ანესთეზიის ჩვენება და უკუჩვენება ასა-ს მქონე პაციენტებში	48
1.8 აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში თანმხლები დაავადებების არსებობა.....	62
თავი II	66
2. კვლევის მასალები და მეთოდები	66
2.1 მეთოდოლოგია, კვლევის დიზაინი	66
2.2 კვლევასთან დაკავშირებული ეთიკური ასპექტები	68
2.3 საკვლევი ჯგუფის ზომის შერჩევის მეთოდები	69
2.4 საკვლევი ჯგუფის დახასიათება.....	70
2.5 კვლევის მეთოდები და ინსტრუმენტი	72
2.6 ცვლადები, მონაცემთა ელექტრონული ბაზის სტრუქტურა:.....	74
III თავი	76
კვლევით მიღებული შედეგები	76
3.1 დემოგრაფიული მონაცემების აღწერილობითი სტატისტიკა	76

3.2 კარიესის და პაროდონტის დაავადებების გავრცელების მაჩვენებლები ასა-ს მქონე და საკონტროლო ჯგუფის კონტიგენტში.....	78
3.3 საკვლევ ჯგუფში გამოვლენილი თანმხლები დაავადებები	80
3.4 საკვლევ ჯგუფში მედიკამენტების საჭიროება	81
3.5 მშობელთან/მეურვესთან წარმოებული ინტერვიუს შედეგები.....	83
3.6 ბავშვთა სტომატოლოგების კითხვარისგან მიღებული შედეგები.....	99
3.7 სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერების კითხვარის შედეგები	104
თავი IV	112
4.1 კროსტაბულაციური ანალიზი.....	112
4.2 ფაქტორული ანალიზი	122
4.3 მონაცემთა სანდოობა	124
4.4 ლოჯისტიკურ-რეგრესიული ანალიზი	127
4.5 რისკ-ფაქტორების შეფასება	129
5. რეზიუმე, მიღებული შედეგების განხილვა.....	133
დასკვნები	138
პრაქტიკული რეკომენდაციები:	141
დანართი I. ინფორმირებული თანხმობა	143
დანართი II. კითხვარი.....	147
დანართი III	151
დანართი IV	154
დანართი V.....	164
გამოყენებული ლიტერატურა	165

დიაგრამების და ცხრილების ჩამონათვალი

დიაგრამა 1. რესპოდენტთა განაწილება სქესის მიხედვით

დიაგრამა 2. ასაკობრივი განაწილება ასა და საკონტროლო ჯგუფებში

დიაგრამა 3. სოცო-ეკონომიური სტატუსი

დიაგრამა 4. როგორ უმკლავდება ტკივილს

დიაგრამა 5. უცხოებთან კომუნიკაციის დამყარება

დიაგრამა 6. ინფორმაცია შეხებაზე

დიაგრამა 7. სენსორული ინფორმაცია

დიაგრამა 8. ვიზუალური ინფორმაცია

დიაგრამა 9. როგორ რეაგირებს ხმებზე?

დიაგრამა 10. ბავშვის დამატებითი საჭიროება

დიაგრამა 11. რომელ თერაპიაზე დადის?

დიაგრამა 12. როგორ იქცევს ყურადღებას, როდესაც რაიმე სტკივა

დიაგრამა 13. ბავშვის რეაქცია ნემსის გაკეთების დროს

დიაგრამა 14. მედიკამენტების მიღებისას ბავშვის რეაქცია

დიაგრამა 15. ექიმთან ვიზიტისას ბავშვის ქცევა

დიაგრამა 16. კარიესზე მოქმედი კვებითი ფაქტორები

დიაგრამა 17. კარიესული კბილების მაჩვენებელი

დიაგრამა 18. დაბჟენილი კბილების მაჩვენებელი

დიაგრამა 19. რომელი მავნე ჩვევა აღინიშნება?

დიაგრამა 20. რამდენ წლიანი პროფესიული გამოცდილება გაქვთ?

დიაგრამა 21. დაახლოებით რამდენი ასა-ს მქონე პაციენტი გყავთ მიღებული

ბოლო 1 წლის განმავლობაში?

დიაგრამა 22. გაქვთ გავლილი სპეციალური გადამზადების კურსი ასა-ს მქონე პაციენტებთან სამუშაოდ?

დიაგრამა 23. ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის არის პრაქტიკული გაიდლაინების ნაკლებობა?

დიაგრამა 24. წინაპირობას თქვენს მიერ ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის წარმოადგენს:

დიაგრამა 25. თქვენს მიერ ასა-ს მქონე პაციენტებთან მუშაობაზე უარის თქმის წინაპირობას წარმოადგენს:

დიაგრამა 26. კლინიკაში აუცილებელია ფსიქოლოგის ან/და ოკუპაციური თერაპევტის არსებობა

დიაგრამა 27. ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის არსებობს პრაქტიკული გაიდლაინების ნაკლებობა

დიაგრამა 28. მენეჯერის/ ხელმძღვანელის თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი

დიაგრამა 29. კლინიკა იღებს ასა-ს მქონე პაციენტებს?

დიაგრამა 30. ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის კლინიკა ადაპტირებულია

დიაგრამა 31. ეხმარებით ექიმებს კვალიფიკაციის ამაღლებაში?

დიაგრამა 32. კლინიკა აღჭურვილია

დიაგრამა 33. ასა-ს მქონე პაციენტი კლინიკისთვის წარმოადგენს

დიაგრამა 34. აქვთ თუ არა სახელმწიფო დაზღვევა

დიაგრამა 35. აქვთ თუ არა კერძო დაზღვევა

დიაგრამა 36. კლინიკის თანამშრომლები საჭიროებენ გადამზადებას ასა-ს მქონე პაციენტების მართვაში

დიაგრამა 37. ასა და საკონტროლო ჯგუფში კარიესული კბილების რაოდენობა

დიაგრამა 38. ასა და საკონტროლო ჯგუფს შორის დაბჟენილი კბილების რაოდენობა

დიაგრამა 39. ასა და საკონტროლო ჯგუფს შორის ამოღებული კბილების რაოდენობა.

დიაგრამა 40. ხეხვისას კბა ინდექსის არსებობა

დიაგრამა 41. ასა და საკონტროლო ჯგუფს შორის ხეხვისას დაზიანებული კბილების რაოდენობის შედარება.

დიაგრამა 42. ასაკის გავლენა კბა საშუალო მაჩვენებელზე

დიაგრამა 43. კარიესზე მოქმედი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა

დიაგრამა 44. კარიესზე მოქმედი თანმხლები დაავადებები

დიაგრამა 45. კბა ინდექსზე მოქმედი ალერგიული რეაქციები

დიაგრამა 46. კბა ინდექსზე მოქმედი მედიკამენტების გავლენა

დიაგრამა 47. კბა ინდექსზე მოქმედი გახეხვის სიხშირე

დიაგრამა 48. კბა ინდექსზე მოქმედი პირის ღრუს ჰიგიენა

დიაგრამა 49. სტომატოლოგიური მომსახურებისას შექმნილი ბარიერები

ცხრილი 1. პირის ღრუს ჰიგიენის გამართივებული ინდექსი

ცხრილი 2. რესპოდენტთა რაოდენობრივი გადანაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

ცხრილი 3. სამკურნალო დაწესებულება

ცხრილი 4. ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით განაწილება

ცხრილი 5. როგორ გამოხატავს აგრესიას

ცხრილი 6. რამდენად აქვს განვითარებული მეტყველება?

ცხრილი 7. კლინიკის ადაპტირება არსებული ინვენტარის გათვალისწინებით

ცხრილი 8. კლინიკაში არსებული ინვენტარი

ცხრილი 9. ასა-ს მქონე და ტიპური განვითარების კონტიგენტის მოდიფიცირებული ღრძილოვანი ინდექსი

ცხრილი 10. ჰიგიენური ინდექსი ასა-ს და საკონტროლო ჯგუფში

ცხრილი 11. რისკის შეფასება

ცხრილი 12. მედიკამენტების გავლენა კბა ინდექსზე

ცხრილი 13. რამდენიმე ფაქტორის გავლენა კბა ინდექსზე

ცხრილი 14. სანდოობის სტატისტიკა

ცხრილი 15. კბა კოეფიციენტზე მოქმედი სხვადასხვა ფაქტორები

დანართი I. ინფორმირებული თანხმობა

დანართი II. კითხვარი სტომატოლოგებისთვის

დანართი III კითხვარი მენეჯერებისთვის

დანართი IV კითხვარი მშობლებისთვის

დანართი V შესავსები ფორმა ტიპური განვითარების ინდივიდების
მშობელთა/მეურვეთათვის

ნაშრომში გამოყენებული ტერმინები და აბრევიატურა:

ASD- აუტისტური სპექტრის აშლილობა

Sample Size -საკვლევი ჯგუფის ზომა

WHO (World health Organization) - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

MGI index-მოდულირებული ღრძილოვანი ინდექსი

OHI index- გამარტივებული ჰიგიენური ინდექსი

DMF index- კარიესული, ამოღებული და დაბჟენილი კბილები (კბა ინდექსი)

DMFT- კარიესული, ამოღებული, დაბჟენილი და კბილების საერთო რაოდენობა

Prevalence-გავრცელება

P-ალბათობა

CDC – (Centers for Disease Control and Prevention) – დაავადებათა მართვისა და კონტროლის ცენტრი

QALY - ხარისხზე მორგებული სიცოცხლის წელიწადი

K02 – კარიესული დაზიანებები

K05- პაროდონტის დაავადებები

ADOS - აუტიზმის დიაგნოსტიკური დაკვირვების გრაფიკი

MOE - ცდომილების ზღვარი

N-პოპულაციის ზომა

MOE –ცდომილების ზღვარი

X^2 - შესაბამისობის კრიტერიუმი

CI-სარწმუნოობის ინტერვალი

Mantel-Haenszel-ორმხრივი სანდოობის ინტერვალი

შესავალი

თემის აქტუალობა

დღეისათვის, მსოფლიოში, აუტისტური სპექტრის აშლილობა არაგადამდებ დაავადებებს შორის, ჯანმრთელობის დაზიანების სწრაფად გავრცელებად დაავადებად ითვლება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (HWO) 2013 წლის მონაცემებით აუტიზმის გავრცელება აღინიშნებოდა 160:1 შეფარდებით, ამჟამად კი ეს პროპორცია საგრძნობლად შეიცვალა პაციენტთა რაოდენობის ზრდის ხარჯზე და შეადგენს 59:1 (Centers for Disease Control and Prevention, ASD, 2019/დაავადებათა მართვისა და კონტროლის ცენტრი).

ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევების ტვირთი იზრდება მსოფლიოში, ის დიდ გავლენას ახდენს ზოგადად ჯანდაცვის სისტემაზე, რადგან სისტემებში არ არის საკმარისად ადექვატური რეაგირება აღნიშნულ ტვირთზე, რასაც მივყავართ საჭიროებასა და რეალურ დახმარებას შორის დიდ დარღვევებთან, მთელს მსოფლიოში. დაბალი შემოსავლის ქვეყნებში, 75–85% პაციენტებისა ვერ იღებენ ადექვატურ სერვისებს ამ მიმართულებით. სიტუაციას ამძიმებს მიწოდებული სერვისების ხარისხის პრობლემა. ამ დაავადებების უხშირესი გამოვლინება ანომალიური ფიქრების, წარმოდგენების, ემოციების, ქცევითი რეაქციებისა და გარშემომყოფებთან ურთიერთობის დარღვევებია. ამ ჯგუფს წარმოადგენს დეპრესია, ბიპოლარული აფექტური აშლილობანი, შიზოფრენია და სხვა ფსიქოზები, დემენცია, გონებრივი ჩამორჩენილობა, განვითარების პრობლემები, აუტიზმის ჩათვლით. საკვანძო მნიშვნელობა აქვს ამ მიმართულებით სამედიცინო და სოციალური სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობას, მკურნალობისა და სოციალური მხარდაჭერის უზრუნველყოფის მიზნით (არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთი გლობალურ და ეროვნულ დონეზე, NCDC, 2018)

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ინდივიდებში განსაკუთრებულ სირთულეს წარმოადგენს სოციალური ურთიერთობები, რომელიც მოიცავს ემოციურ დამოკიდებულებას და არავერბალური ურთიერთობის სახეებს (Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N, ჰოდჯის ჰ, ფეალკო ს, სუარეს ნ, 2020). რაც ხაზს უსვამს ჩვენი თემის აქტუალობას. რადგან, სტომატოლოგსა და პაციენტს შორის კომუნიკაციის დამყარება

შეუძლებელია, ექიმის სათანადო ცოდნას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, თუ როგორ უნდა უმკურნალოს ასეთ პაციენტს.

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში, განსაკუთრებით კი ბავშვთა ასაკში, თვალსაჩინოა სტომატოლოგიური ქცევის (არაკოოპერატიული ქცევა) მართვის პრობლემები. კერძოდ, აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში სტომატოლოგიური ჩარევისას მათი არაკოოპერატიულობის ხარისხი 50-72%-ით მაღალია, ვიდრე ნორმალური განვითარების მქონე ბავშვებში. არაკოოპერატიული ქცევა ძირითადად გამოიხატება მათ მომატებულ აგრესიულობაში (Totsika V, et. Al, ტოტსიკა და სხვანი, 2011).

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში, სტომატოლოგიური დაავადებების პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებას ართულებს პირის ღრუს ჰიგიენის დაბალი ხარისხი, რაც, საბოლოო ჯამში, ხელს უწყობს სტომატოლოგიური დაავადებების, განსაკუთრებით კი, მძიმე ხარისხის პაროდონტის პათოლოგიების გავრცელების ზრდას (Dao LP, et al/ დაო და სხვანი, 2005).

პირის ღრუს ჰიგიენის ჩვევებისა და ტექნიკის ფლობის დეფიციტი განაპირობებს ე. წ. „პრობლემური კბილის“ არსებობას (კბილის, რომელიც დაბალი ჰიგიენის გამო გახდა მიზეზი კარიესის განვითარებისა), შესაბამისად, ისეთი სტომატოლოგიური ჩარევების ჩატარებას, რასაც მივეყვართ ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ კბილის ექსტრაქციამდე (Yen P/ იენ, 2015). ეს, კი, ყბა-კბილთა სისტემის განვითარების დარღვევის შეუქცევად პროცესებს იწვევს, რაც ხასიათდება კბილების ადრეული დაკარგვით და თანკბილვის დარღვევით. კბილების დაკარგვა და პირის ღრუს გაუარესებული ფუნქციური ან/და ჯანმრთელობის მდგომარეობა გადაიზრდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემაში.

საქართველოში ამ პროცესს, დამატებით ხელს უწოხს აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის ადაპტირებული სტომატოლოგიური სერვისების დეფიციტი. 2013 წელს, საქართველოში ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სერვისები მოითხოვს გაუმჯობესებას, განსაკუთრებით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტებისთვის, სადაც მოხსენიებულია ასევე ასა-ს მქონე პაციენტები. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ სტომატოლოგების ცოდნა იმის შესახებ, თუ როგორ უმკურნალონ ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებს უფრო მაღალია, ვიდრე იმის შესახებ ცოდნა, თუ როგორ უმკურნალონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტებს, მაგალითად ასა-ს მქონე პაციენტებს (სამხარაძე. ს, ოსიპოვა. მ, ალხანიშვილი. ზ, 2014).

საქართველოში, დღეისათვის არ მოიძებნება აუტისტური სპექტრის მქონე 3 დან 18 წლამდე ასაკის პაციენტთა პირის ღრუს ჯანმრთელობის შეფასების მონაცემები. საკმაოდ დიდი შრომა იქნა გაწეული საქართველოს მასშტაბით, სტომატოლოგიური კლინიკების ადაპტაციისათვის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის სტომატოლოგიური სერვისების მიწოდების გასაუმჯობესებლად.

გასათვალისწინებელია რამდენიმე მომენტი: იმის გამო რომ 2014-2016 წლებში აუტიზმის სპექტრის მქონე პაციენტებს არ ენიჭებოდათ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსი, შესაბამისად არ არსებობდა კონკრეტული პროგრამა, რომლის მიხედვითაც სახელმწიფო კონკრეტულად აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებისათვის გამოყოფდა მათზე მორგებულ სერვისებს. ამიტომ, ძნელად ხელმისაწვდომი იყო კლინიკების ადაპტირებისა და ექიმთა კვალიფიკაციის შესწავლის მიზნით ჩატარებული კვლევები. სამწუხაროდ, ამ ადამიანთა უმრავლესობა მოკლებულია დასაქმების, განათლების და რეაბილიტაციის შესაძლებლობებს. ეს საკითხი განსაკუთრებულად მწვავეა განვითარებად ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოშიც. ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები ჩვენს ქვეყანაში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა შესახებ არ გაგვაჩნია, რამდენადაც ჯანდაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტოში მხოლოდ იმ ადამიანთა სტატისტიკური მონაცემები აღირიცხება, რომლებსაც სახელმწიფოს მიერ მინიჭებული აქვთ შშმპ სტატუსი და იღებენ შესაბამის პენსიას. შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვებს სახელმწიფოს მხრიდან ენიშნებათ სოციალური პაკეტი, რომელიც განისაზღვრება 220 ლარის ოდენობით. მაგრამ ამ თანხის გამოყენება ვერ ხერხდება სტომატოლოგიური მკურნალობის ჩასატარებლად. 2012 წლის მონაცემებით კი მხოლოდ 127 491 პირი იღებს პენსიას. რეალურად, საქართველოში სპეციფიკური მოთხოვნილებების მქონე ადამიანთა რიცხვი გაცილებით მეტია. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ კონვენციის I-ლი მუხლის მიხედვით შშმპ-ს (შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები) მიეკუთვნებიან ადამიანები, რომელთაც ხანგრძლივმა ფიზიკურმა, მენტალურმა, ინტელექტუალურმა და სენსორულმა დარღვევებმა დამატებით ბარიერებთან ურთიერთქმედებაში შესაძლოა, შეაფერხონ მათი საზოგადოების ცხოვრებაში სრულფასოვანი, ეფექტური ან თანასწორი მონაწილეობა (www.ncdc.ge, 2021). შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემას უჩივიან, განსაკუთრებულად რთული ვითარება

ხვდებათ სტომატოლოგიური მომსახურების მიღებისას. იმის გამო რომ სტომატოლოგები არ არიან გადამზადებული და არასაკმარისი განათლება აქვთ შშმპ-ის სამკურნალოდ, მკურნალობის პროცესი ფერხდება. პრობლემას კიდევ უფრო ართულებს, არაადაპტირებული გარემო და ინფრასტრუქტურა. იმის გამო რომ საყოველთაო ჯანდაცვა არ აფინანსებს სტომატოლოგიურ მომსახურებას, შშმ პირების დიდი ნაწილი რჩება მკურნალობის მიღმა.

პანდემიის გამო შექმნილმა რთულმა სოციალურ-ეკონომიურმა პირობებმა, გამოცხადებულმა „ლოკდაუნმა“, სოციალური დისტანციის დაცვისკენ მოწოდებებმა- კიდევ უფრო შეუწყო ხელი ასოციალური მდგომარეობის გამძაფრებას, შესაბამისად, აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტები განსაკუთრებული გამოწვევების წინაშე დააყენა. გვაქვს გონივრული მოსაზრება, რომ არსებული მდგომარეობა არასასურველ გავლენას იქონიებს აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსსა და კლინიკებში მათ ვიზიტებზე.

დღემდე, სამეცნიერო კვლევებზე დაყრდნობით არ შეფასებულა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში პირის ღრუს ჯანმრთელობის ინდიკატორები და მათი კორელაცია ასა-ს მქონე პაციენტების სოციალურ პირობებთან. ამ მონაცემების კორელაცია პირის ღრუს დაავადებათა (კარიესი-K02, გინგივიტები და პაროდონტის დაავადებები-K05) და მიღებული მონაცემების კორელაცია ჰიგიენურ ინდექსებთან. შესაბამისად არ არის ცნობილი, კონკრეტულად, რომელი რისკ-ფაქტორების გავლენა ჭარბობს ასა-ს მქონე 3 დან 18 წლამდე ასაკის სტომატოლოგიური პაციენტების პირი ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსზე, კერძოდ კარიესისა და პაროდონტის დაავადებების განვითარებაზე, ასევე არ შემუშავებულა პირის ღრუს დაავადებათა პრევენციული ღონისძიებები აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში. განსხვავებენ აუტისტური სპექტრის აშლილობის სხვადასხვა ფორმებს, რაც დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორით იდენტიფიცირდება (ICD 10), F 84.0- ბავშვთა აუტიზმი (აუტისტური დარღვევა), 84.5- ასპერგერის სინდრომი და 84.9 -პერვაზიული აშლილობა (2021 ICD-10-CM/PCS Medical Coding Reference).

საქართველოში, კერძოდ თბილისში, მერიის მუნიციპალიტეტის დადგენილებით დაფინანსებას იღებს განვითარების ზოგადი აშლილობების ჯგუფის (F84.0; F84.9)

დიაგნოზის მქონე 2-დან 15 წლის ასაკის ჩათვლით საქართველოს მოქალაქე, დაფინანსება მოიცავს ბავშვის მოტორული, შემეცნებითი, სოციალური განვითარების, თვითმოვლის და დამოუკიდებლად ფუნქციონირების უნარების ჩამოყალიბების ხელშეწყობას. აღნიშნული ღონისძიება მოიცავს მულტიდისციპლინური გუნდის, საჭიროების შემთხვევაში, რამდენიმე სპეციალისტის (ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი, ნევროლოგი, ქცევითი თერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, ლოგოპედი, სპეციალური პედაგოგი და სხვა) მიერ, ინდივიდუალური განვითარების წლიური გეგმის შესაბამისად, მოსარგებლისათვის სეანსის მიწოდებას, (მათ შორის, გამოყენებითი ქცევითი ანალიზის თერაპია, საჭიროებისამებრ, მეტყველების თერაპია და ოკუპაციური თერაპია, რაც გულისხმობს ფიზიკურად, გონებრივად თუ სოციალურად უნარშეზღუდულ ადამიანთა მკურნალობას სპეციფიურად შერჩეული აქტივობების საშუალებით); საქართველოში 2018 წელს დამტკიცდა აუტიზმის სპექტრის აშლილობების გამოვლენის, დიაგნოსტიკის და მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი). მოცემული ხარისხის სტანდარტიც ეფუძნება ამ პროტოკოლს. ეს სტანდარტი გამოყენებული უნდა იყოს პროტოკოლთან ერთად არსებული სერვისების გაუმჯობესების მიზნით. სერვისების გაუმჯობესებაში იგულისხმება სამედიცინო ჩარევა სამედიცინო დაწესებულებაში, რომლის სამუშაო ფართი და სანიტარული მდგომარეობა შეესაბამება სამედიცინო დაწესებულებების ზოგად სტანდარტებს, აუტიზმის მქონე პირის ინდივიდუალური თავისებურებების გათვალისწინებით, საჭიროების შემთხვევაში, მისი ცალკე პალატით ან ცალკე კაბინეტით უზრუნველყოფა, მაგალითად, სტომატოლოგიურ კაბინეტში არ უნდა იყოს სხვა პაციენტთან ერთად. მკურნალ ექიმთან გეგმიური სამედიცინო მომსახურების დრო უნდა იქნას შეთანხმებული წინასწარ. ექიმს უნდა ჰქონდეს საშუალება გარემოს შესაბამისად ადაპტაციისა და ადამიანური რესურსის სწორად დაგეგმვისთვის და ამასთან, ამ პაციენტებისთვის შემცირდეს ლოდინის დრო (www.matsne.gov.ge, 2021).

ლიტერატურაში არსებული მონაცემების მიხედვით ასა-ს მქონე კონტიგენტში სტომატოლოგიური დაავადებების მაღალი გავრცელებაა (77.2 %) (Burgette JM, Rezaie A/ ბურგეტე ჯმ, რეაიე ა. 2020; Ashour A, Basha S/ აშურ ა, ბაშა ს. 2018). გავრცელებული სტომატოლოგიური დაავადებები და მასთან ასოცირებული ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები, როგორიცაა მაგ; საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები, ითვლება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაღალ ტვირთად. განვითარებულ ქვეყნებში, იგი იკავებს რიგით მეოთხე ადგილს ყველაზე მკერდად გავრცელებულ მკურნალობებს შორის

(Oral health, WHO, 2020). ბევრ დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, ბავშვების კარიესის მკურნალობაზე გაღებული ხარჯი უსწრებს მთლიანად ბავშვების ჯანმრთელობაზე გაწეულ სხვა დანახარჯებს. საქართველოში, სახელმწიფოს მხრიდან, კერძოდ კი საყოველთაო ჯანდაცვის მხრიდან არ ხდება სტომატოლოგიური მკურნალობის დაფინანსება, რაც აუარესებს ასა-ს მქონე პაციენტების პირის ღრუს მდგომარეობას, ამიტომ კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, რეკომენდებულია, მოხდეს პირის ღრუს დაავადებების მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება და მოხდეს სადაზღვევო სექტორში ამ ფაქტის გათვალისწინება. პირის ღრუს დაავადებები წარმოადგენენ ოთხი ყველაზე უფრო ფართოდ გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების (გულ-სისხლძარღვთა, დიაბეტი, სიმსივნე და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები) რისკ-ფაქტორებს. მაგალითად, კვებასთან დაკავშირებული ქცევები გავლენას ახდენს ზემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებისა და კარიესის განვითარებაზე. ქრონიკულ დაავადებებთან ერთად, სტომატოლოგიური დაავადებების გავრცელებას ხელს უწყობს ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის სტომატოლოგიური სერვისების ადაპტირების დეფიციტი. თბილისში, სადაც ნარკოზის ქვეშ ხდება მკურნალობა, სულ სამი კლინიკაა, რაც ცხადია არ არის საკმარისი ასა-ს მქონე ბავშვების სამკურნალოდ (ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის საკრებულოს დადგენილება №8-22, (<http://www.matsne.gov.ge>, 2021). პრობლემის მასშტაბებიდან გამომდინარე, პირის ღრუს დაავადებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითად პრობლემას წარმოადგენენ. მათი გავლენა საზოგადოების ჯანმრთელობის სტატუსზე მნიშვნელოვანია. სწორედ ამიტომ, სტომატოლოგთა საერთაშორისო ფედერაციის ინიციატივით დაიწყო კამპანია თემაზე „იამაყეთ საკუთარი პირის ღრუთი“ (Be Proud of Your Mouth), რაც ხაზს უსვამს იმას, თუ რა გავლენა აქვს პირის ღრუს ჯანმრთელობის მნიშვნელობას ადამიანის ჯანმრთელობისთვის. პირის ღრუს დაავადებათა პრევენცია და მკურნალობა შესაძლებელია ადრეულ ეტაპზე. არაჯანსაღი პირის ღრუ აქვეითებს ადამიანის შრომის უნარიანობას და ფსიქოლოგიურ ზეგავლენას ახდენს პიროვნებაზე. ოდითგანვე ითვლებოდა, რომ ადამიანი ჯანმრთელი მანამ, სანამ ჯანმრთელი აქვს კბილები. კბილებისა და ღრძილების ჯანმრთელობა ასოცირებულია პირის ღრუს ჰიგიენასთან. ევროპის რეგიონში პირის ღრუს დაავადებების და სხვა ქრონიკული დაავადებების ტვირთი შესაძლებელია საგრძნობლად შემცირდეს სწორად და მიზანმიმართულად განხორციელებული პრევენციული ღონისძიებებით, ამ ღონისძიებების განხორციელებისას მნიშვნელოვანია საერთო რისკ-ფაქტორების

იდენტიფიცირება. სწორად დაგეგმილი და გატარებული პრევენციული ინტერვენციები და პოლიტიკა მნიშვნელოვანია ხარისხიანი სიცოცხლის წლების (QALY-) გაზრდისათვის (Kastenbom L, Falsen A, Larsson P, et.al, 2019; კასტენბომ ლ, ფალსენ ა, ლარსსონ პ და სხვანი, 2019). მნიშვნელოვანია ინფორმირებულობის დონის ამაღლება პირის ღრუს ჰიგიენისა და ჯანმრთელობის საკითხებზე, აუცილებელია პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვა და რეგულარული ვიზიტი სტომატოლოგთან; ასევე, რისკის ფაქტორებისგან (მარილისა და შაქრის მოხმარება) თავის არიდება, როგორც აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში, ისე ტიპური განვითარების ბავშვებში (NCDC, 2018). პირის ღრუს დაავადებები შესაძლოა გამოწვეულ იქნას როგორც მედიკამენტების მოხმარებით, მათი მოხმარების ხანგრძლივობით და მავნე ჩვევების არსებობით, რაც ლიტერატურული მონაცემების თანახმად, გამოხატულია ასა-ს მქონე პაციენტებში. მაგალითად, ანტიეპილეფსიური მედიკამენტების მოხმარება პროვოცირებას უწევს ღრძილოვანი ჰიპერპლაზიის განვითარებას. ღრძილის მდგომარეობა დაკავშირებულია ბალანსის დარღვევასთან და ღრძილის ეპითელიუმის შემადგენელი ქსოვილის ზრდასთან. ღრძილების ჭარბი ზრდა იწვევს სისხლდენას, რაც პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობას აუარესებს, თუმცა ღრძილების მდგომარეობის ხარისხს განსაზღვრავს ასაკი (Angelova.S/ ანგელოვა.ს, 2019).

აღნიშნული ფაქტი, კიდევ უფრო ამყარებს კვლევის სარგებლიანობას, რადგან მსგავსი კვლევა არ არის ჩატარებული საქართველოში, რაც მეტ ღირებულებას სძენს მას.

გამოვლენილი პირის ღრუს დაავადებებიდან წამყვანია პარადონტიტი და კარიესი. ორივე ნოზოლოგია ექვემდებარება პრევენციასა და ეფექტურ მართვას. პირის ღრუს ჰიგიენა ამცირებს ნაადრევ სიკვდილიანობას. პირის ღრუს დაავადებების ადრეულ გამოვლენას კრიტიკული როლი ეკისრება პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივებაში. პირის ღრუს პროფილაქტიკურმა გამოკვლევამ შესაძლოა გამოავლინოს მთელი რიგი დაავადებები: საკვები ნივთიერებების დეფიციტი, მიკრობული ინფექციები, იმუნური სისტემის დარღვევები, პირის ღრუს ტრავმა, სიმსივნეები და ა.შ. (www.ncdc.ge, 2021)

სტომატოლოგიურ კლინიკაში რეგულარული ვიზიტებისას ვლინდება პაციენტის მიერ შეუმჩნეველი სტომატოლოგიური დაზიანებები, რაც დროულად აღმოჩენის შემთხვევაში, თავიდან აარიდებს გართულებებს და უფრო მეტ დანახარჯს, რაც მეტად მნიშვნელოვანია მატერიალური თვალსაზრისით. სწორედ, პროფილაქტიკა წარმოადგენს სახელმწიფო, სოციალური, ჰიგიენური სამედიცინო და პირადი ღონისძიებების სისტემას, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონის ამაღლებასა და დაავადებათა თავიდან აცილებას. პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა დაგეგმვა შესაძლებელია სახელმწიფოებრივ, ჯგუფურ ან ინდივიდუალურ დონეზე (ბოროვსკი, ე).

მსოფლიოში ბავშვების 60-90 % და მოზრდილთა თითქმის 100 %-ს კბილის კარიესი აწუხებს, ხოლო პაროდონტის დაავადებები 15-20 %-ში აღინიშნება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მოუწოდებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მესვეურებს, რომ გატარდეს ისეთი ღონისძიებები, რაც გაამჯობესებს პირის ღრუს მდგომარეობას. მაგალითად, პრევენციის მიზნით უნდა გატარდეს შემდეგი ღონისძიებები: პირის ღრუს დაავადებების რისკის ფაქტორების ეფექტური კონტროლისკენ მიმართული სწორი პოლიტიკის შემუშავება, კომუნიკაციაზე დამყარებული პროექტების განვითარება და დანერგვა, რომლებიც ემსახურებიან პირის ღრუს ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და პირის ღრუს დაავადებების პრევენციას მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ და ღარიბ ფენაში, ჯანდაცვის ეროვნული უწყებისთვის ხელშეწყობას კბილის კარიესის პრევენციისკენ მიმართული ეფექტური ფლუოროიდული პროგრამების შექმნა, პირის ღრუსა თუ სხვა ქრონიკული დაავადებების საერთო რისკის ფაქტორებისგან დამცავი ღონისძიებების გატარება, ქვეყნების ტექნიკური უზრუნველყოფის მხარდაჭერის გაუმჯობესება პირის ღრუს დაავადებების სისტემების გაძლიერებისა და, ასევე, საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში მათი ინტეგრირების მიზნით.

არსებული ფონისა და პრობლემის აქტუალობიდან გამომდინარე, შეირჩა სამეცნიერო კვლევა და მისი დიზაინი.

კვლევის მიზანი:

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქ. თბილისის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე (F84.0 F84.5 F84.9) 3-დან 18 წლამდე ასაკის პაციენტებში კარიესის, პაროდონტის დაავადებების (K02, K05) გავრცელების და სტომატოლოგიური სერვისების საჭიროების შესწავლა. ასევე ოჯახის სოცო-ეკონომიკური სტატუსის, თანმხლები დაავადებების, მედიკამენტების მოხმარების, მავნე ჩვევების, ჰიგიენური ჩვევების და კვების გავლენის შეფასება პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსზე. აღნიშნული ჯგუფისთვის სტომატოლოგიური მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით რეკომენდაციებისა და გასატარებელი ღონისძიებების სავალდებულო კრიტერიუმების ჩამოყალიბება. კვლევის საფუძველზე მიღებული შედეგების ანალიზი, შედეგების ანალიზის და დასკვნების საფუძველზე სამომავლო სამოქმედო გეგმის შედგენა და პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება შესაბამისი სტრუქტურებისთვის წარსადგენად.

კვლევის ობიექტი

სამეცნიერო კვლევისთვის კვლევის ობიექტს წარმოადგენენ ქ. თბილისში მცხოვრები 3-დან 18 წლამდე ასაკის აუტისტური სპექტრის აშლილობის და ტიპური განვითარების ბავშვები.

დასახული ამოცანები:

1. ქ. თბილისის, 3-დან 18 წლამდე ასაკის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში კარიესის გავრცელების შესწავლა;
2. ქ. თბილისის, 3-დან 18 წლამდე ასაკის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში კარიესის ინტენსივობის დადგენა;
3. ქ. თბილისის, 3-დან 18 წლამდე ასაკის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში პაროდონტის დაავადებების გავრცელების შესწავლა;

4.3-დან 18 წლამდე ასაკის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში პირის ღრუს ჰიგიენური ჩვევების შესწავლა;

5.საკვლევ კონტინგენტში სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობის შესწავლა;

6.ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის გავლენის შესწავლა 3-დან 18 წლამდე ასაკის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე;

7.თანმხლები დაავადებების (ფონური) გავლენა პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე;

8.მედიკამენტების გავლენის აღწერა პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე, ისეთი მედიკამენტების როგორიცაა ანტიეპილეფსიური, ანტიჰისტამინური, ფსიქოტროპული და ანტიბიოტიკების გავლენა;

9.სტომატოლოგიების მზაობის (კლინიკური უნარები და თეორიული ცოდნა) შესწავლა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების სამკურნალოდ;

10. სტომატოლოგიური კლინიკების მზაობის შესწავლა ინფრასტრუქტურისა და ადაპტაციის მიხედვით აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების სამკურნალოდ.

კვლევის სამეცნიერო სიახლე:

ქ. თბილისში 3-დან 18 წლამდე ასაკის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში, კარიესის და პაროდონტის დაავადებების გარცელებასთან და მასთან დაკავშირებული რისკ- ფაქტორების ეპიდემიოლოგიური შეფასებით, ასევე მათი სტომატოლოგიური საჭიროებების შესწავლიდან გამომდინარე, სამეცნიერო დარგში მიღებულ იქნა ახალი ცოდნა, კერძოდ:

1.პირველად იქნა შესწავლილი, 3 დან -18 წლამდე ასაკის ქ. თბილისში მცხოვრები ასა-ს მქონე პაციენტებში კარიესის და პაროდონტის დაავადებების გავრცელება;

2.პირველად იქნა დადგენილი 3 დან -18 წლამდე ასაკის ქ. თბილისში მცხოვრები ასა-ს მქონე პაციენტებში კარიესის ინტენსივობა;

3.პირველად, ქ.თბილისში მცხოვრებ 3 დან-18 წლამდე ასა-ს მქონე პაციენტებში, დადგენილ იქნა კორელაციური კავშირი კარიესის განვითარებასა და მის ხელშემწყობ რისკ-ფაქტორებს შორის;

4. პირველად, ქ.თბილისში მცხოვრებ ასა-ს მქონე პაციენტებში გამოვლენილ იქნა, თანმხლები დაავადებების და გამოყენებული მედიკამენტების გავლენა პირის ღრუზე;

5. პირველად იქნა გამოვლენილი ქ.თბილისში მცხოვრებ 3 დან-18 წლამდე ასა-ს მქონე ბავშვებში კარიესის და პაროდონტის დაავადებების განვითარების თავიდან აცილების, რედუქციული ფაქტორები, როგორიცაა ჯანსაღი კვება (ხილი, ბოსტნეული), პირის ღრუს ჰიგიენა და ა.შ;

6. პირველად იქნა შესწავლილი, ასა-ს მქონე პაციენტებში არაჯანსაღი კვებისას კარიესის განვითარების რისკი, რამაც 9.4 შეადგინა;

7. პირველად იქნა შესწავლილი, ის პრევენციული ღონისძიებები (ჰიგიენური ჩვევების შესწავლა), რაც მიმართული იქნება პირის ღრუს ჯანმრთელობის ადვოკატობისკენ;

8. პირველად ჩატარდა კვლევა, ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის ქ.თბილისში არსებული სტომატოლოგიური კლინიკების ადაპტირების თაობაზე;

9. პირველად იქნა გამოკვლეული, ქ.თბილისში რეგისტრირებული ბავშვთა ასაკის სტომატოლოგების მუშაობის თავისებურებები ასა-ს მქონე პაციენტებთან;

კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება:

1. დადგენილ იქნა ასა-ს მქონე პაციენტებში კარიესისა და პაროდონტის დაავადებების გავრცელება;

2. დადგენილ იქნა ასა-ს მქონე პაციენტებში კარიესის ინტენსივობა;

3. შეფასდა ასა-ს მქონე პირების პირის ღრუს სტომატოლოგიური სტატუსი;

4. დადგენილი იქნა ასა-ს მქონე პაციენტებში სტომატოლოგიური სერვისების ხელმისაწვდომობის ხარისხი;

5. პირველად იქნა გამოკითხული სტომატოლოგები და სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერები, რომლებიც აფასებენ ასა-ს მქონე პაციენტთა მკურნალობას ეროვნული გაიდლაინებით გათვალისწინებული დიაგნოზის შესაბამისად;

6. დადგენილი იქნა მიზეზ- შედეგობრივი კავშირი ასა-ს მქონე პაციენტების პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსსა და ეროვნული გაიდლაინებით გათვალისწინებული დიაგნოზის შესაბამისი სერვისების ხელმიუწვდომლობას შორის;

7. დადგენილ იქნა რედუქციული ფაქტორები, რაც ზრდის კარიესის და პაროდონტის დაავადების განვითარების თავიდან აცილების შესაძლებლობას.

8. პირველად იქნა შესწავლილი ასა-ს მქონე პაციენტებში პრევენციული ღონისძიებები, რაც ხელს შეუწყობს პირის ღრუს ჯანმრთელობის ადვოკატობას;

ნაშრომის აპრობაცია:

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია საქართველოს უნივერსიტეტის სტუდენტთა ნაციონალურ და საერთაშორისო ონლაინ სამეცნიერო კონფერენციაზე (თბილისი, 28.04.2021 წ.)

ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა:

დისერტაცია შედგება შესავლის, 4 თავის, კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგების, დასკვნების, პრაქტიკული რეკომენდაციების, გამოყენებული ლიტერატურის, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სიისა და დანართი CD-სგან. დისერტაცია დაწელია 177 გვერდზე, APA-ს მოთხოვნების დაცვით, შეიცავს 15 ცხრილსა და 49 გრაფიკულ ნახატს. გამოყენებული ლიტერატურის სია შეიცავს 129 წყაროს.

თავი I

ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1 აუტიზმის განმარტება, ისტორიული მიმოხილვა

1900-იანი წლების დასაწყისიდან ლიტერატურაში აუტიზმი მოხსენიებულია, როგორც ნეირო-ფსიქოლოგიური მდგომარეობების დარღვევა (Evans B/ევანს, 2013).

აუტისტური სპექტრის დარღვევა (ასა) არის განვითარებადი დაავადება, რომელიც გავლენას ახდენს კომუნიკაციასა და ქცევით უნარ-ჩვევებზე. სიტყვა "აუტიზმი" მომდინარეობს ბერძნული სიტყვიდან "autos", რაც ნიშნავს "თვით", ხოლო "ismos" - ირგვლივმყოფი ხალხისგან თვითგადარჩენის მდგომარეობაში ყოფნას. ტერმინი აღწერს ისეთი ადამიანის მდგომარეობას, რომელიც გარიდებულია სოციალურ ურთიერთობებს. სხვა სიტყვებით რომ ითქვას - "თვით იზოლირებულ" ადამიანს (Ennis-Cole D/ენის-კოლი დ, 2015). ტერმინი „აუტიზმი“ ეწოდება რეციპროკული სოციალური ინტერაქციის და კომუნიკაციის ხარისხობრივ ცვლილებას, რომელსაც ახლავს შეზღუდული ინტერესები და რიგიდული, განმეორებადი ქცევები, რომლის ზეგავლენაც გრძელდება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში. ამ ნიშნებთან ერთად აუტიზმის მქონე პირებს შეიძლება, ჰქონდეთ კოგნიტური, დასწავლის, ენის, სამედიცინო, ემოციური და ქცევითი პრობლემები, რუტინის მოთხოვნილება, სხვა ადამიანების სურვილებისა და გრძნობების გაგების პრობლემა. აუტიზმის მქონე პირების დაახლოებით 30%-ს აქვთ ინტელექტუალური უნარის შეზღუდვა ($IQ < 70$), 30%-ის ვერბალური უნარი მინიმალურია, ხოლო 70%-ს შეიძლება, ჰქონდეს სულ ცოტა ერთი სხვა (ხშირად ამოუცნობი) ფიზიკური ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა, მათ შორის, ძილის დარღვევა, კვების აშლილობა, ეპილეფსია, შფოთვა, დეპრესია, ყურადღების პრობლემა, დისპრაქსია, მოტორული კოორდინაციის პრობლემა, სენსორული დარღვევები, თვითდამაზიანებელი ან სხვა რთული (ზოგჯერ აგრესიული) ქცევა. ამ პრობლემებმა შესაძლოა, მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს აუტიზმის მქონე პირის, მისი და-მშის და ოჯახის ცხოვრების ხარისხზე და გამოიწვიოს სოციალური მოწყვლადობა. აუტიზმის კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია მისი სიმძიმის სხვადასხვა ხარისხის, თანმხლები მდგომარეობების განსხვავებულობის,

კოგნიტური უნარების ფართო სპექტრის (ძალიან ღრმადან საშუალოზე მაღალი უნარის არსებობის) გამო (<https://matsne.gov.ge/document/view/5050246?publication=0>).

Bleuler. E/ბლეულერ (1950), შვედი ფსიქიატრი პირველი მკვლევარი იყო ვინც გამოიყენა ტერმინი „აუტიზმი“. მან მისი გამოყენება 1911 წელს დაიწყო, შიზოფრენიასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი ჯგუფის ასაღწერად. 1940-იანი წლებიდან ამ ტერმინის გამოყენება ამერიკის შეერთებული შტატების მკვლევარებმაც დაიწყეს ემოციური ან სოციალური პრობლემების მქონე ბავშვების დასახასიათებლად.

ლეო კანნერმა, ჯონს ჰოპკინსის უნივერსიტეტის ექიმმა, ტერმინი გამოიყენა იმისთვის, რომ აეხსნა რამდენიმე ბავშვის საქციელი, რომელთაც ის აკვირდებოდა. 1944 წელს, ჰანს ასპერგერმა, გერმანელმა მეცნიერმა, დაადგინა მსგავსი მდგომარეობა თავის პაციენტებში, რომლებსაც არ ჰქონდათ სოციალური უნარები და გააჩნდათ ინტერესების ვიწრო სფერო. 1981 წელს ბრიტანელმა ფსიქიატრმა გამოაქვეყნა კვლევები, სადაც მსგავსი მდგომარეობები მოხსენიებული იყო, როგორც „ასპერგერის სინდრომი“.

გარდა „ასპერგერის სინდრომისა“ არსებობს აუტიზმის მსგავსი რამდენიმე დარღვევა, როგორიცაა, „ანგელმანის სინდრომი“, „მოქნილი X სინდრომი“, „ლანდუ-კლეფნერის სინდრომი“, „პრადერ-ვილის სინდრომი“, „რეტის სინდრომი“, „ტარდივის დისკინეზია“ და „უილიამის სინდრომი“. თითოეულ დაავადებას აქვს საკუთარი სპეციფიკური სიმპტომები, ისეთივე, როგორიც ჩვეულებრივ გვხვდება აუტიზმის მქონე პაციენტებში (Edelson. M.S/ედელსონ).

1960 წლამდე აუტიზმი და შიზოფრენია მრავალი მკვლევარისთვის ერთმანეთთან იყო დაკავშირებული. აუტიზმის სიმპტომები, როგორც წესი, ჩნდება ცხოვრების პირველი სამი წლის განმავლობაში. ზოგიერთ ბავშვს დაბადებიდანვე აღენიშნება ნიშნები. ზოგი კი თავიდან ნორმალურად ვითარდება და შემდეგ მოულოდნელად ავლენს აუტიზმის სიმპტომებს, 18-36 თვის ასაკის განმავლობაში. ამასთან, აღიარებულია, რომ ზოგიერთ ინდივიდს შეიძლება არ აღენიშნებოდეს კომუნიკაციის დარღვევის სიმპტომები, სანამ გარემოს მოთხოვნები არ აღემატება მის შესაძლებლობებს. აუტიზმი ოთხჯერ უფრო ხშირია ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში. არ არის განსაზღვრული რასობრივი, ეთნიკური თუ სოციალური საზღვრები. ოჯახის

შემოსავალი, ცხოვრების წესი ან განათლების დონე არ ახდენს გავლენას აუტიზმის განვითარებაზე (Bhandari/ზანდარი, 2019).

ამერიკის პედიატრიის აკადემია რეკომენდაციას უწევს აუტიზმის სკრინინგს, ადრეული იდენტიფიკაციისა და ინტერვენციისთვის, მინიმუმ 12 თვის ასაკში და შემდეგ 24 თვის ასაკში. დიაგნოზის დასადგენად გამოიყენებენ აუტიზმის დიაგნოსტიკურ ინტერვიუს-განახლებულს (ADI-R) და აუტიზმის დიაგნოსტიკური დაკვირვების გრაფიკს (ADOS) კლინიკურ პრეზენტაციასთან ერთად (Le Couteur A/ლე კუტერ, 2008), ხოლო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია იძლევა რეკომენდაციას, რომ აუტიზმის იდენტიფიცირების შემდეგ, პაციენტისთვის და მისი ოჯახისთვის მოხდეს შესაბამისი ინფორმაციის, მომსახურების და დახმარების მიწოდება ინდივიდუალური საჭიროებების შესაბამისად (WHO, 2019). აუტიზმის დიაგნოსტიკა ემყარება იმ ფაქტს, რომ კლინიკური გამოვლინებები (ქცევითი გამოვლინებები) აკმაყოფილებენ სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს, რომლებიც მოცემულია მსოფლიოს ორ წამყვან კლასიფიკაციაში:

აუტიზმი ტვინის განვითარების ნეირობიოლოგიური დარღვევის შედეგია, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვის ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის დამყარების, სოციალური ურთიერთობების ჩამოყალიბებისა და გონებრივი განვითარების პროცესებზე (Kasari, C et al/ კასარი და სხვანი, 2013).

აუტისტური სპექტრის აშლილობა ინტელექტუალური განვითარების აშლილობაა, რომლის დროსაც თავის ტვინში აღინიშნება დეფორმაციები, რაც იწვევს სისტემური და ქცევითი სიმპტომების მოშლას. ამიტომ, აუტისტური სპექტრის აშლილობა არის სპეციალიზირებულ განათლებაში ერთერთი ყველაზე ძვირადღირებული დიაგნოზი. როგორც წესი, აუტისტური სპექტრის აშლილობით დიაგნოზირებულ სტუდენტებს უფლება აქვთ მიიღონ სპეციალური საგანმანათლებლო სერვისები (MacFarlane, J. R, & Kanaya, T/მაკფარლანი, კანაია, 2009).

განასხვავებენ განვითარების აშლილობის სხვადასხვა ფორმებს, რაც დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორით იდენტიფიცირდება (ICD 10), F 84.0- ბავშვთა აუტიზმი (აუტისტური დარღვევა), 84.1-2021 წლის მონაცემებით ეს კოდი ამოღებულია, 84.5- ასპერგერის სინდრომი, 84.9 -პერვაზიული აშლილობა (2021 ICD-10-CM/PCS Medical Coding Reference).

1.2 აუტიზმის ეტიოლოგია

აუტიზმის ეტიოლოგია მრავალმხრივია. არ არსებობს კონკრეტული გამომწვევი ფაქტორი. აუტისტური სპექტრის აშლილობა (ასა) არის მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება დაქვეითებული სოციალური კომუნიკაციით, ასევე შეზღუდული და განმეორებადი ქცევებით. იგი განიხილება ნეიროგანვითარების აშლილობად, რადგან ის დაკავშირებულია ნევროლოგიურ ცვლილებებთან, რომლებიც შეიძლება დაიწყოს პრენატალურ ან ადრეულ პოსტნატალურ პერიოდში, იგი ცვლის ბავშვის განვითარების ტიპურ ნიმუშს და წარმოქმნის ქრონიკულ ნიშნებსა და სიმპტომებს, რომლებიც ჩვეულებრივ ვლინდება ბავშვობის ადრეულ ასაკში და აქვს პოტენციური გრძელვადიანი შედეგები. გასულ ათწლეულებში აუტიზმი კონცეპტუალიზებული იყო, როგორც ქცევის მკაცრად განსაზღვრული ნაკრები, რომელსაც ჩვეულებრივ თან ახლავს ინტელექტუალური დაქვეითება. დღეს ის აღიარებულია, როგორც სპექტრი, დაწყებული მსუბუქი ფორმიდან მძიმე ფორმამდე, რომელშიც ქცევები არსებითად განსხვავდება და ბავშვების უმრავლესობას, რომლებიც ხვდებიან აუტისტურ სპექტრში, აქვთ მაღალი ინტელექტუალური შესაძლებლობები (Christensen, D., & Zubler, J/ კრისტენსენ დ, ზუბლერ ჯ. 2020).

დაავადებათა კონტროლის ცენტრები აუტიზმს უწოდებენ ეროვნულ-საზოგადოებრივ კრიზისს, რომლის გამომწვევი მიზეზიც და მკურნალობის გზებიც უცნობია. ასევე, ეპიდემიოლოგიური მონაცემების მიხედვით გაკეთებულია დასკვნები, რის მიხედვითაც უარყოფილია კავშირი აცრებსა და აუტიზმს შორის (Maisonneuve H, Floret D/მაისონვეივი, ფლორეტ. 2012), თუმცა, მაინც გამოყოფილია რამდენიმე შესაძლო ფაქტორი, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს აუტიზმი: გენეტიკა, გარემო, დაბადების ინდუქციის მეთოდები, ულტრაბერითი სიხშირე, მოწევა, ვაქცინები, ა ვიტამინის ნაკლებობა, სტრესი.

აუტიზმი დიაგნოსტირდება სიმპტომების მიხედვით. მისი ძირითადი მახასიათებლებია (DePalma A.M, Karen A. Raposa/დეპალმა, კარენ, რაპოსა, 2008):

6 თვის ასაკში არანაირი ღიმილი და სიტხოს გამოხატვა.

9 თვის ასაკში არანაირი ბგერების გამოთქმა

12 თვის ასაკში არ აქვს საგანზე მითითების უნარი

16 თვის ასაკში არანაირი სიტყვა

24 თვის ასაკში არ გამოთქვამს ორ სიტყვიან აზრიან ფრაზებს

მეტყველების უნარის დაკარგვა ნებისმიერ ასაკში

კონკრეტული ასაკისთვის შესაბამისი თამაშის უნარების განუვითარებლობა

მომატებული მგრძნობელობა

ასეთი პაციენტების პირის ღრუს ჯანმრთელობის დაცვა შეიძლება გართულდეს, რადგან მათ არ შეუძლიათ რაიმე სახის სტომატოლოგიური პრობლემის გაანალიზება, უმეტეს შემთხვევაში არ შეუძლიათ მშობლებს/მეურვეებს გადასცენ თუ რა აწუხებთ, როგორი ხასიათის ტკივილი აქვთ და ა.შ.

აუტისტური სპექტრის მქონე პაციენტები, როგორც განსაკუთრებული საჭიროების მქონე ბავშვები, მოსახელობის მცირე პროცენტს შეადგენენ და მათ ქცევითი მახასიათებლების გამო უნიკალური მართვა სჭირდებათ (Scotter M.S, Angela Scott, James E. Hunt/სკოტერ, ანგელა სკოტი, ჯეიმს ჰანტი, 2014)

საინტერესოა დიაგნოზირებული აუტისტი ბავშვის კომუნიკაციის უნარი მეგობრებთან. მათ არ აქვთ სოციალური უნარები განვითარებული და ვერ ახერხებენ თანატოლებთან ურთიერთობას. საზოგადოება არაადექვატურად ხვდება ასეთი ბავშვების ქცევებს, როგორიცაა ჩართულობა, ტირილი. აუტიზმის დიაგნოზის კიდევ ერთი ასპექტი შეიძლება იყოს ხმებზე მგრძნობელობა. ბავშვები ასა-ს დიაგნოზით შეიძლება დადიოდნენ ყურსასმენით, რათა დაახშონ მათთვის არასასურველი ხმები (Schaff, R. C/შაფ, 2011). აღმოჩნდა, რომ დედ-მამიშვილებს შორის, თუ აუტისტი ბავშვი მცირეწლოვანია, უფრო მეტად არის ჩართული უფროსს და-მმასთან ურთიერთობებში (Orsmond, G. I, Seltzer, M/ორსმონდ, სელტზერი, 2007). მიუხედავად იმისა, რომ აუტისტური სპექტრით დაავადებულ ბავშვთა რაოდენობის ზრდა შეიძლება იყოს სტრესული და რთული, ოჯახებს არ შეიძლება ჰქონდეთ ნეგატიური დამოკიდებულება, რადგან პოზიტიური გზების პოვნის შემთხვევაში, აუტიზმმა შესაძლოა გავლენა მოახდინოს მათი ცხოვრების ხარისხზე (Neely-Barnes, S, Hall, H., Roberts, R, Graff, J/ ნილი ბარნეს, ჰოლი, რობერტსი, გრაფ, 2011)

ასა-ს მქონე პაციენტებში, განსაკუთრებით კი ბავშვთა ასაკში, თვალსაჩინოა სტომატოლოგიური ქცევის (არაკოოპერატიული ქცევა) მართვის პრობლემები. კერძოდ, ასა-ს მქონე პაციენტებში სტომატოლოგიური ჩარევისას მათი არაკოოპერატიულობის ხარისხი 50-72%-ით მაღალია ვიდრე ნორმალური განვითარების მქონე ბავშვებში. ამ სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში პირის ღრუს ჰიგიენის დაბალი ხარისხი ართულებს სტომატოლოგიური დაავადებების პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ჩატარებას, რაც, საბოლოო ჯამში, ხელს უწყობს სტომატოლოგიური დაავადებების, განსაკუთრებით კი, მძიმე ხარისხის პაროდონტის პათოლოგიების გავრცელების ზრდას (Dao LP, et al/ დაო და სხვანი, 2005).

ლიტერატურული მონაცემების თანახმად, აუტისტური სპექტრით დაავადებულ პაციენტებში ხშირია სტომატოლოგიური დაავადებები, კერძოდ - კარიესი, პაროდონტის დაავადებები და ასევე, მათი ქცევიდან გამომდინარე - თვით დაზიანებები, როგორც პირის ღრუში, ასევე პირგარეთ. ზემოთ აღნიშნული დაავადებები უარყოფით გავლენას ახდენენ, როგორც ჯანმრთელი ბავშვის ცხოვრებაზე, ისე აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებზე (A. Sheiham/შეიჰამ, 2006).

ვინაიდან, მსოფლიოს მასშტაბით მკვეთრად არის მომატებული აუტიზმის გამოვლინებები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფარგლებში, დადგა საჭიროება სტომატოლოგიური კლინიკების და სტომატოლოგების მომზადების/გადამზადების საჭიროება, ასა-ს მქონე პაციენტების სამკურნალოდ. HWO-ს 2013 წლის მონაცემებით აუტიზმის გავრცელება აღინიშნებოდა 160:1 შეფარდებით (WHO, 2013), ამჟამად კი ეს პროპორცია საგრძნობლად შეიცვალა პაციენტთა რაოდენობის ზრდის ხარჯზე და შეადგენს 59:1 (Centers for Disease Control and Prevention, ASD/ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრი, 2019). სწორედ ამ ფაქტიდან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის აქტუალობას ესმევა ხაზი და მტკიცდება მისი ღირებულება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად.

1.3 აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების პირის ღრუს მდგომარეობა და სტომატოლოგიური სერვისები

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებში რთულია სტომატოლოგიური პრობლემების მართვა, რაც გამოიხატება მათი პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსზე. აუტისტურ პირებს, რომლებსაც აღენიშნებოდათ პაროდონტის პრობლემების მაღალი სიხშირე, გამოვლინდა დაბალი კარიესის მაჩვენებელი. კარიესის დაბალი გავრცელება მოხსენიებული იყო Kamen-ის და Skier-ის კვლევაში (Kamen S, Skier J/ კამენ, სკიერ, 1985).

ლოუ და ლინდემანმა შეაფასეს აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების სარძევე თანკბილვა, სადაც გამოკვლეული იყო კბა ინდექსი (კარიესული, ამოღებული და დაბჟენილი კბილები). პირველადი გამოკვლევის დროს კბა ინდექსი საკმაოდ მაღალი იყო და შემდგომი დაკვირვებების საფუძველზე შემცირებულ იქნა. რაც გამოწვეული იყო პრევენციული ღონისძიებების ჩართვით და სტომატოლოგთა შესაბამისი განათლებით. აუტისტურ ბავშვებს აქვთ შესუსტებული ენის მოძრაობა, ამიტომ ისინი უპირატესობას ანიჭებენ რბილ საკვებს, რომელსაც დაღეჭვის გარეშე ყლაპავენ. ასეთ ბავშვებთან შესაძლოა დაგვიანდეს კბილების ამოჭრაც. ასა-ს მქონე ბავშვებში გამოვლინდა ღრძილების ჰიპერტროფია, რომელიც ინდუცირებულია მედიკამენტოზური გავლენით. ასევე, კვლევების მიხედვით დადგენილია, რომ ამ პოპულაციაში, გამოყენებულია შაქრით მდიდარი საკვები და სასმელი. მოხდა შედარება ასა-ს მქონე პაციენტებსა და ტიპური განვითარების მქონე პაციენტებს შორის და პროპორცია შაქრის გამოყენების იყო ძალიან მაღალი ასა-ს მქონე პაციენტებში, რაც, რა თქმა უნდა გავლენას ახდენს პირის ღრუს სტატუსზე, ნადების წარმოქმნასა და კარიესის განვითარებაზე. ავტორი, პროცენტულ სხვაობას იმით ხსნის, რომ, შაქარს გააჩნია დამამშვიდებელი ეფექტი, ამიტომ მშობლები ცდილობენ დააკმაყოფილონ ბავშვის მოთხოვნები შაქრის შემცველი საკვების მიღებასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც გარკვეული სიტუაციის მართვა ხდება პრობლემური (Kuter, B, Guler, N/ კუტერ, გულერ, 2019).

აუტისტური სპექტრის მქონე პაციენტებში ხშირია სტომატოლოგიური დაზიანებები, პაციენტის მავნე ჩვევების გამო, როგორიცაა ფრჩხილების კვნეტა, ტუჩების და ლოყის ლორწოვანის კვნეტა, უცხო ნივთების პირში ჩადება და წოვა და ა.შ (Chandrashekhar S/ჩანდრაშეხარ, 2018). უამრავი კვლევა ტარდება აუტისტური

სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვების პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესაფასებლად, რათა მოხდეს სტომატოლოგიის როლის გააზრება ასა-ს მქონე ბავშვების მკურნალობაში (Sarnat/სარნატ, 2016). კვლევებმა აჩვენა, რომ იმ სტომატოლოგებს, რომლებსაც ასა-ს მქონე პაციენტებთან ურთიერთობის გამოცდილება ჰქონდათ, მარტივად გადალახეს სირთულეები მათი მკურნალობის დროს (Weil, Bagramian, & Inglehart/ვილ, ბაგრამიანი და ინგლეჰარტი, 2011).

თურქეთში, მარმარას უნივერსიტეტში ჩატარდა კვლევა, სადაც ერთმანეთს შეადარეს ასა-ს მქონე ბავშვები და საკონტროლო ჯგუფის კონტიგენტი. კვლევის მიზანი იყო პირის ღრუს ჰიგიენის და პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსის დადგენა. კვლევაში ასევე ჩართულნი იყვნენ მშობლები. კბილის კარიესის დაზიანება აღირიცხა ჯანმო-ს კრიტერიუმების მიხედვით. ასა-ს მქონე ბავშვებში კარიესი აღმოჩნდა 65 %-ში, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის 90 %-ში. ასა-ს მქონე პაციენტების 65%-დან ყველაზე მეტად იმ ბავშვებში იყო კარიესი გავრცელებული, რომლებიც მოიხმარდნენ მედიკამენტებს (Kalyoncu, Tanboga/კალონჩუ, ტანბოგა, 2017). თუმცა Fakroon/ფაკროუნ (2015) -მა კვლევის ჩატარებისას სხვა შედეგი მიიღო: ასა-ს მქონე ბავშვებში გამოვლინდა კარიესის და DMFT ინდექსის დაბალი სიხშირე და პაროდონტის დაავადებების მაღალი მაჩვენებელი. The Southwest Autism Research & Resource Center (2002)-ის გაიდლაინის მიხედვით, სწორედ იმ პაციენტებში ვინც რეგულარულად იღებს კრუნჩხვის საწინააღმდეგო და ფსიქოტროპულ პრეპარატებს, უნდა დაინიშნოს ფტორის შემცველი პრეპარატები, რათა მოხდეს კარიესის გავრცელების პრევენცია და ადრეულ ეტაპზე მისი რემინერალიზაციის პროცესი. აუტისტ პაციენტებში, ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი პრევენციაა.

Vishnu Rekha/ვიშნუ რეხა (2012)-ს მონაცემებით, სარმევე თანკბილვის დროს კარიესის გავრცელება ნაკლებად არის გამოხატული, შერეული თანკბილვის დროს გინგივიტის და კარიესის გავრცელება 50 %-ში აღინიშნება, ხოლო მუდმივი თანკბილვის დროს ეს მაჩვენებელი 48 %-ია. საპირისპირო შედეგი აჩვენა საუდის არაბეთში ჩატარებულმა კვლევამ, სადაც ჩართული იყო ასა-ს მქონე 75 პაციენტი, გამოკვლეულთაგან კარიესი აღინიშნებოდა სარმევე თანკბილვის 76 %-ში, ხოლო მუდმივი თანკბილვის შემთხვევაში აღინიშნებოდა პაციენტების 68 %-ში. 31 პაციენტს აღენიშნებოდა გინგივიტი. მშობლების ნახევარი ეხმარებოდნენ ხეხვის პროცესში

შვილებს, რაც ასოცირდებოდა კბილზე ნადების დაგროვების შემცირებასთან (AlHumaid J, Gaffar B, AlYousef Y/ ალჰუმაიდ, გაფარ, ალიუსუფ, 2020)

იტალიაში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ კარიესის და გინგივიტების გავრცელება საკმაოდ მაღალია ასა-ს მქონე პაციენტებში. 229 ასა-ს მქონე პაციენტს ჩაუტარდა პირშიგნითა გამოკვლევა DMFT-ინდექსისა და პაროდონტის სტატუსის დასადგენად. გამოკვლეულთა 79 % აღნიშნებოდა გინგივიტი და 90 % -ს ნადები, კარიესის გავრცელება აღინიშნებოდა 66 %-ში, ამ შემთხვევაშიც სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი დადასტურდა კვებითი ჩვევების და კარიესის გავრცელება/სიმძიმეს შორის. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტები, კარიესის გავრცელების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ასევე, ავტორი აღნიშნავს, რომ მნიშვნელოვანი ასპექტია, მოხდეს სტომატოლოგსა და თერაპევტ/ნეიროფსიქიატრს შორის კოლაბორაცია, რაც სასარგებლო ეფექტს მოახდენს ასა-ს მქონე პაციენტის ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში, რაც შეამცირეს ზოგადი ნარკოზის გამოყენების საჭიროებას (Bossù M, Trottni M, Corridore D, et al/ ბოსუ,ტროტინი,კორრიდორე, 2020).

ბავშვების დამოკიდებულება სტომატოლოგიური პროცედურებისადმი, ხარჯების და დაზღვევის არარსებობა, მშობლების ბოლოდროინდელი მასშტაბური გამოკითხვის შედეგად, აღიარებულია, როგორც ასა – თი დაავადებულ ბავშვებზე პირის ღრუს მოვლის ძირითად ტვირთად, რადგან სტომატოლოგიური მკურნალობა საკმაოდ ძვირია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის-ს მონაცემებით, მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, სტომატოლოგიური ხარჯი არის დაახლოებით 20 % (WHO,2018), სწორედ სოციალურ-ეკონომიური ფაქტორი აღმოჩნდა მნიშვნელოვანი, ინდოეთში ჩატარებული კვლევის მიხედვით აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვთა პოპულაციისთვის, რადგან საკვლევ ჯგუფს, რომელიც მაღალი შემოსავლის კლასს მიეკუთვნებოდა, მაღალი შემოსავლის გავლენა აისახებოდა პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე (Richa/ რიჩა, 2014). ინდონეზიაში ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ფინანსური ბარიერი და მშობლების ინფორმირებულობის დაბალი დონე იყო მიზეზი, ინტელექტუალური დარღვევების მქონე პაციენტებში, პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი სტატუსისა. ამიტომ, დაიწყეს სოციალური დაზღვევის არსებობის შესახებ განხილვები და მშობლების/ოჯახისთვის სასწავლო მოდელის შექმნა, რათა ხელი შეუწყონ პირის ღრუს მდგომარეობის გაუმჯობესებას ასა-ს მქონე

პაციენტებში (Ningrum V, Wang V, Ch, Hung-En Liao. Et al/ ნინგრუმ, ვანგ, ჰუნგ ენ ლიუ, 2020).

Liptak et al/ ლიპტაკ და სხვანი, (2008) პუბლიკაციაში ხაზგასმულია ის ფაქტორები, რაც გავლენას ახდენს მკურნალობის სერვისების წვდომის სირთულეებზე, ესენია: ლოდინის ხანგრძლივობა, მკურნალობის ხარჯები, ჯანმრთელობის დაზღვევის არქონა, ოჯახის ფაქტორი, სტრესის და მშობლების განათლების დონე.

საქართველოშიც, კერძოდ თბილისში, მერიის მუნიციპალიტეტის დადგენილებით დაფინანსებას იღებს განვითარების ზოგადი აშლილობების ჯგუფის (F84.0; F84.9) დიაგნოზის მქონე 2-დან 15 წლის ასაკის ჩათვლით საქართველოს მოქალაქე, დაფინანსება მოიცავს ბავშვის მოტორული, შემეცნებითი, სოციალური განვითარების, თვითმოვლის და დამოუკიდებლად ფუნქციონირების უნარების ჩამოყალიბების ხელშეწყობას. აღნიშნული ღონისძიება მოიცავს მულტიდისციპლინური გუნდის, საჭიროების შემთხვევაში, რამდენიმე სპეციალისტის (ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი, ნევროლოგი, ქცევითი თერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, ლოგოპედი, სპეციალური პედაგოგი და სხვა) მიერ, ინდივიდუალური განვითარების წლიური გეგმის შესაბამისად, მოსარგებლისათვის სეანსის მიწოდებას, (მათ შორის, გამოყენებითი ქცევითი ანალიზის თერაპია, საჭიროებისამებრ, მეტყველების თერაპია, ოკუპაციური თერაპია და სხვა); მიუხედავად ლიტერატურაში მოცემული კვლევებისა, სადაც აღნიშნულ კონტიგენტში სტომატოლოგიური დაავადებების მაღალი გავრცელებაა, სტომატოლოგიური მომსახურება ითვლება მოსახლეობის მაღალ ტვირთად, რადგან სტომატოლოგიური სერვისები საკმაოდ ძვირადღირებულია. განვითარებულ ქვეყნებში, იგი იკავებს რიგით მეოთხე ადგილს ყველაზე ძვირადღირებულ მკურნალობებს შორის. ბევრ დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, ბავშვების კარიესზე დახარჯული თანხები უსწრებს მთლიანად ბავშვების ჯანმრთელობაზე გაწეულ დანახარჯებს. პირის ღრუს დაავადებები წარმოადგენენ ოთხი ყველაზე უფრო ფართოდ გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების (გულ-სისხლძარღვთა, დიაბეტი, სიმსივნე და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები) ცხოვრების წესთან დაკავშირებულ რისკის ფაქტორებს. მაგალითად, კვებასთან დაკავშირებული ქცევები გავლენას ახდენს ზემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებისა და კარიესის განვითარებაზე. ასევეა საქართველოშიც, მერიის და მის დაქვემდებარებულ მყოფი სტრუქტურების მიერ დაფინანსებული ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობა არ

მოიცავს სტომატოლოგიურ მკურნალობას. შესაბამისად, მატერიალური პირობების გამო, მცირდება სტომატოლოგიურ კლინიკებში პაციენტთა ვიზიტები, რაც აისახება ზოგადად პოპულაციაზე. მატერიალურ პირობებთან ერთად, სტომატოლოგიური დაავადებების გავრცელებას ხელს უწყობს აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის სტომატოლოგიური სერვისების ადაპტირების დეფიციტი. თბილისში, სადაც ნარკოზის ქვეშ ხდება მკურნალობა, სულ სამი კლინიკაა, რაც ცხადია არ არის საკმარისი ასა-ს მქონე ბავშვების სამკურნალოდ (ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის საკრებულოს დადგენილება №8-22, (www.matsne.gov.ge, 2021)). პრობლემის მასშტაბებიდან გამომდინარე, პირის ღრუს დაავადებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითად პრობლემას წარმოადგენენ. მათი გავლენა საზოგადოების ჯანმრთელობის სტატუსზე მნიშვნელოვანია. სწორედ ამიტომ, სტომატოლოგთა საერთაშორისო ფედერაციის ინიციატივით დაიწყო კამპანია თემაზე, თუ რა გავლენა აქვს პირის ღრუს ჯანმრთელობის მნიშვნელობას ადამიანის ჯანმრთელობისთვის. სადაც ასევე ხაზგასმულია, რომ პირის ღრუს დაავადებათა ტვირთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა მსოფლიოში. პირის ღრუს დაავადებები უარყოფით გავლენას ახდენენ ადამიანებზე, იწვევენ ტკივილსა და დისკომფორტს, სოციალური იზოლაციის განვითარებას და თავდაჯერებულობის დაკარგვას. ხშირად პირის ღრუს დაავადებები დაკავშირებულია ჯანმრთელობის სხვა სერიოზულ პრობლემებთან, როგორცაა თვითდაჯერებულობა, სოციალური ურთიერთობები, ძილი და საუბარი და ა.შ. პირის ღრუს დაავადებათა პრევენცია და მკურნალობა შესაძლებელია ადრეულ ეტაპზე. ევროპის რეგიონში პირის ღრუს დაავადებების და სხვა ქრონიკული დაავადებების ტვირთი შესაძლებელია საგრძნობლად შემცირდეს სწორად და მიზანმიმართულად განხორციელებული პრევენციული ღონისძიებებით, ამ ღონისძიებების განხორციელებისას მნიშვნელოვანია საერთო რისკ-ფაქტორების იდენტიფიცირება. სწორად დაგეგმილი და გატარებული პრევენციული ინტერვენციები და პოლიტიკა მნიშვნელოვანია ხარისხიანი სიცოცხლის წლების (QALY-) გაზრდისათვის. მნიშვნელოვანია ინფორმირებულობის დონის ამაღლება პირის ღრუს ჰიგიენისა და ჯანმრთელობის საკითხებზე, აუცილებელია პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვა და რეგულარული ვიზიტი სტომატოლოგთან; ასევე, რისკის ფაქტორებისგან (მარილისა და შაქრის მოხმარება) თავის არიდება, როგორც აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში, ისე ტიპური განვითარების ბავშვებში (NCDC, 2018).

სტომატოლოგიურ კლინიკაში რეგულარული ვიზიტებისას ვლინდება პაციენტის მიერ შეუმჩნეველი სტომატოლოგიური დაზიანებები, რაც დროულად აღმოჩენის შემთხვევაში, თავიდან აარიდებს გართულებებს და უფრო მეტ დანახარჯს, რაც მეტად მნიშვნელოვანია მატერიალური თვალსაზრისით. სწორედ, პროფილაქტიკა წარმოადგენს სახელმწიფო, სოციალური, ჰიგიენური სამედიცინო და პირადი ღონისძიებების სისტემას, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონის ამაღლებასა და დაავადებათა თავიდან აცილებას. პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა დაგეგმვა შესაძლებელია სახელმწიფოებრივ, ჯგუფურ ან ინდივიდუალურ დონეზე (ბოროვსკი, ე).

1.4 ასა-ს მქონე პაციენტების მართვისთვის სტომატოლოგიური განათლების

მნიშვნელობა

მნიშვნელოვანია სტომატოლოგიური განათლების ხარისხი, რაც გავლენას ახდენს პრაქტიკოსი ექიმების პროფესიონალურ ფუნქციონირებასა და თვითშეფასებაზე, განსაკუთრებული საჭიროების მქონე პაციენტების მკურნალობისას. განსაკუთრებული საჭიროებისა და გონებრივი ჩამორჩენის მქონე პაციენტებთან მკურნალობისთვის სტომატოლოგების 60 %-ზე მეტი ან საერთოდ არ იყო მომზადებული ან ნაწილობრივ მომზადებულები იყვნენ. 2000 წლის შუა რიცხვებში შეერთებულ შტატებში სტომატოლოგიური აკრედიტაციის კომისიამ გამოაქვეყნა განცხადება, რომელიც ემსახურებოდა სტომატოლოგიური ფაკულტეტის სტუდენტების კომპეტენციას, განსაკუთრებული საჭიროების მქონე პაციენტების მკურნალობის მოთხოვნების შეფასებისას. მას შემდეგ, გარკვეული ნაბიჯები იქნა გადადგმული, რომ ბაკალავრის საფეხურზე, სტომატოლოგიური განათლება გაუმჯობესებულიყო ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობასთან დაკავშირებით. ამრიგად, აშშ-სა და კანადის სტომატოლოგიურ სკოლებში სასწავლო პროგრამა მოიცავს თეორიულ და კლინიკურ კურსებს, რომელიც გამოიყენება სპეციალური საჭიროებების პაციენტების მკურნალობისთვის (Delli/ დელი, 2013). როგორც აღმოჩნდა, გადადგმული ნაბიჯები წარმატებული იყო ამერიკის შეერთებული შტატებისთვის, რადგან 2010 წელს ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ბავშვთა სტომატოლოგების 83 % ემსახურება ასა-ს მქონე პაციენტებს და მიზეზად, სწორედ სტომატოლოგიურ განათლებას ასახელებენ,

რომლის მეშვეობითაც შეძლეს მიეღოთ ინფორმაცია, თუ როგორ ემკურნალათ აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის. ისინი იყენებდნენ ქცევის მართვის სტრატეგიებს პაციენტების მკურნალობისას, რაც მათი განათლების ხარისხს უკავშირდებოდა (Taryn N, et al/ ტარინი და სხვანი, 2010).

Delli K, et.al/ დელი და სხვანი (2013) ჩატარებული კვლევის შემდეგ, რეკომენდაციის სახით წერენ, რომ აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებთან მკურნალობის მეთოდები უნდა იყოს მოქნილი, ინდივიდუალური, პაციენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე. ასევე, კლინიკაში გარემოს სისტემური დესენსიბილიზაცია და ქცევითი შემთხვევების შესაბამისად, მკურნალობის მიდგომების ადაპტირება.

Muraru/ მურარუ (2017)-ს მტკიცებით, აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებისთვის მკურნალობის ჯაჭვი არსებობს, სადაც ჩართულია ოთხი ფაქტორი: მშობელი, სახლში პაციენტის მომზადება, სტომატოლოგის მიერ მკურნალობის დაგეგმვა და სტომატოლოგიური კლინიკის გარემო. Deli/ დელი (2013) აღნიშნავს, რომ სტომატოლოგებს შეუძლიათ ასა-ს მქონე პაციენტებთან კომუნიკაციის დამყარება და თანამშრომლობის მიღწევა, რაც ზრდის სტომატოლოგიური მომსახურების და ვიზიტების რიცხვს კლინიკაში. იმ შემთხვევაში, როდესაც სტომატოლოგების მხრიდან მოხდება თერაპიული მკურნალობის მიდგომების მორგება კონკრეტულ პაციენტზე, მიღებულ იქნება სასურველი შედეგი, რაც აისახება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ტვირთზე.

გარდა, საგანმანათლებლო სისტემისა, სტომატოლოგიური განათლება მაღალ დონეზეა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვთა მშობლებში, რაც კვლევამაც დაასაბუთა. ასა-ს მქონე ბავშვების და საკონტროლო ჯგუფის ბავშვების პირის ღრუს ჰიგიენა და ჰიგიენის შესახებ ცოდნა განსხვავდებოდა. საკონტროლო ჯგუფის ბავშვების პირის ღრუს ჰიგიენა დამაკმაყოფილებელი იყო, თუმცა არ ჰქონდათ ცოდნა ჰიგიენური უნარ-ჩვევების შესახებ, განსხვავებით ასა-ს მქონე ბავშვებისგან და მათი მშობლებისგან (Du/ დუ, 2019).

აუტისტურ პაციენტებში ჩატარდა კვლევები, რაც მიზნად ისახავდა იმ პროცედურების შესწავლას, რომლებიც ბავშვებში იწვევდა შიშს, რის გამოც ვერ ხერხდებოდა მკურნალობა. როგორც კვლევამ აჩვენა, ამ ბავშვებში შიშს იწვევდა

ხმაური, მკვეთრი განათებები და ექიმის ეკიპირება. ამიტომ, მშობლებიც თავს არიდებდნენ ბავშვების გამოკვლევებში ჩართვას სტომატოლოგიური პროცედურების შიშის გამო. იმ ბავშვებს, ვინც კვლევაში ჩაერთვნენ, აღნიშნებოდათ კარიესის მაღალი გავრცელება, პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა და პაროდონტის დაავადებების მაღალი სიხშირე, მათი ასაკის მქონე ნორმალური განვითარების მქონე ბავშვებთან შედარებით (Deanna M. Luscre, David B/ დინსა, ლუსკრი, დევიდ, 1996).

1.5 ასა-ს მქონე პაციენტების შიშის გავლენა სტომატოლოგიური სერვისების მიღებისას

აუტისტური სპექტრის აშლილობის დიაგნოზით ბავშვების უმრავლესობა ვერ იღებს სტომატოლოგიურ დახმარებას დენტოფობიის (სტომატოლოგიურ პროცედურებთან დაკავშირებული შიშის) მაღალი ხარისხით გამოვლინების გამო; ეს დაკავშირებულია სხვადასხვა სენსორული პროცესების დარღვევით (ახალი გარემო, სოციალურად არაინტეგრირებადი პაციენტი და შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე მედ-პერსონალის არ არსებობა, სტომატოლოგიური მანიპულაციების დროს არსებული ხმაური, სტომატოლოგიური მასალების სპეციფიური გემო, სუნის და რაც მთავარია - პაციენტების მხრიდან ფიზიკური შეხების აუტანლობა). ერთ-ერთ კვლევაში, მშობლები, თავისი შვილების პირის ღრუს ზრუნვაზე ხელისშემშლელ ფაქტორად სენსორული პროცესების დარღვევას ასახელებენ, რაც გამოკვლეულთა 50 %-ში გამოვლინდა, ასეთი სახის დარღვევებმა, შესაძლოა უდიდესი წვლილი შეიტანოს პაციენტების ცუდ თანამშრომლობაში, სტომატოლოგიურ კლინიკაში (Stein LI, Polido JC, Mailloux Z, et.al/ სტეინ, პოლიდო, მაილუქსი და სხვანი, 2011). არადა, სწორედ, ასა-ს მქონე პაციენტების 80 %-ში ვლინდება ეს დარღვევები, რაც გავლენას ახდენს პაციენტისა და სტომატოლოგის თანამშრომლობაზე (Ben-Sasson A, Hen L, Fluss R, Cermak SA, et.al/ ბენ-სასსონ,ჰენ, ფლუსს, ცერმაკ და სხვანი, 2009). ასა-ს მქონე პაციენტების მშობლები, ყველაზე დიდ გამოწვევად იმ ფაქტორს ასახელებენ, რომ მათი შვილების მრავლობითი კარიესის და გინგივიტების გათვალისწინებით, ურთულდებათ ისეთი სტომატოლოგის მოძებნა, ვინც გადამზადებული იქნება ასეთი ბავშვების მკურნალობაში და არ შეექმნებათ პრობლემები, სტომატოლოგიური სერვისების მიღებისას (Weil, Bagramian, & Inglehart/ ვილ, ბაგრამიან და ინგლეჰარტ, 2011).

Marshal/ მარშალ (2018)- ის მონაცემებით, ასა-ს მქონე პაციენტების 65%-ში გამოვლინდა სტომატოლოგიურ კლინიკაში მათი ნაკლები კოლაბორაცია, ხოლო, მხოლოდ 35 %-ში იყო თანამშრომლობა იყო წარმატებული (Marshall J, Sheller B, Williams BJ, et.al/ მარშალ, შელერ, უილიამ და სხვანი, 2018).

ასა-ს მქონე პაციენტებს აქვთ ინდივიდუალური ტკივილის აღქმის უნარი, რაც დაკავშირებულია დეპრესიასა და შფოთვისთან. პაციენტის განწყობა განიხილება, როგორც ტკივილის მართვის მენეჯმენტი (Garcia-Villamisar/ გარსია-ვილამისარ, 2019). ასა-ს მქონე პაციენტებში ფიქსირდება ძილის დაღვევების მაღალი გავრცელება, რაც პროვოცირებას უწევს მათ დეპრესიას და შფოთვებს, არასაკმარისი ძილის გამო. მიუხედავად მისი მაღალი გავრცელებისა, მეცნიერები მაინც ცდილობენ დააკავშირონ ერთმანეთს ასა-ს კლინიკური სიმპტომები და ძილის სირთულეები. აღმოჩნდა, რომ ასა-ს მქონე პაციენტებში ყურადღების დეფიციტი გამოწვეულია ძილის ზომიერ და მძიმე ხარისხის დარღვევებთან (Gunes, S., Ekinici, O., Feyzioglu, A., Ekinici, N., & Kalinli, M/ გუნეს ს, ეკინჩი ო, ფეიზიოღლუ ა, ეკინჩი ნ, კალინკი მ. 2019).

სტომატოლოგიური შიში დაკავშირებულია წარსულში სტრესულ სტომატოლოგიურ გამოცდილებასთან, ამის აღმოსაფხვრელად საჭიროა შესაბამისი სტომატოლოგიური მკურნალობის და ასა-ს მქონე პაციენტებთან კომუნიკაციის ხელშემწყობი მეთოდების დანერგვა, რათა შემცირდეს უარყოფითი ემოციები აღნიშნულ კონტიგენტში (Göran Dahllöf/ გორან დაჰლოფ, 2014). სტომატოლოგიური შიში და შფოთვა პირდაპირ კავშირშია პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან, რაც გამოიხატება პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენით და კბა ინდექსის მაღალი მაჩვენებლით. იმ პაციენტებს, ვისაც ნევროლოგიური დარღვევები აქვთ სოციოეკონომიკური მდგომარეობა, სტომატოლოგიური დაზღვევა, ცუდი ჩვევები და განათლება ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მათ პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ნევროლოგიური დარღვევების და პირის ღრუს ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების ჩართვა ჯანდაცვის ეროვნულ პროგრამებში, სპეციფიკური პრევენციის პროგრამების შექმნა ან მკურნალობის ღირებულების სუბსიდირება არის ის რამდენიმე რეკომენდაცია, რომელიც შემოთავაზებულია, როგორც გამოსავალი (Stepović, M., Stajić, D., Rajković, Z., Maričić, M., et al/ სტეფოვიჩ მ, სტაჯიჩ დ, რაჟკოვიჩ ზ, მარიჩიჩ მ და სხვანი. 2020).

1.6 კოვიდ პანდემიის გავლენა ასა-ს მქონე პაციენტებსა და მათ ოჯახებზე

კოვიდ პანდემიის წინააღმდეგ საბრძოლველად შეიქმნა შემამსუბუქებელი სტრატეგიები მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. რაც გამოიხატებოდა „დარჩი სახლში“ მოთხოვნით და სოციალური დისტანცირებით. რის გამოც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები დარჩნენ საჭირო სერვისების გარეშე, რამაც კიდევ უფრო დაუცველები გახადა ისინი. პანდემიამ დაუყოვნებელი და თვალშისაცემი გავლენა მოახდინა ასა-ს მქონე ბავშვებზე, მათ მშობლებსა და მზრუნველ პირებზე. შეიცვალა მათი ყოველდღიური რუტინა, რაც გულისხმობდა ცენტრებში, თერაპევტთან ახლო ურთიერთობას, პირდაპირ კონტაქტს, სენსორული ვარჯიშების კეთებას. კორონავირუსის ახალმა (COVID-19) პანდემიამ მნიშვნელოვანი შიში და გაურკვევლობა გამოიწვია, რადგან მან უარყოფითად იმოქმედა საზოგადოების თითქმის ყველა ასპექტზე, რამაც გამოიწვია გლობალური გაჭირვება და სტრესი (Baweja, R., Brown, S.L., Edwards, E.M. et al/ ბავეჯა, ბრაუნ, ედვარდს და სხვანი., 2021). სტრესი მკვეთრად გამოვლინდა პედიატრიულ პაციენტებში, რაც ასოცირდებოდა სანიტარულ რეჟიმთან, სოციალურ დისტანცირებასთან, ქვეყნის მასშტაბით საკარანტინო შეზღუდვებთან. ამ ფაქტმა გავლენა იქონია აღნიშნული კონტიგენტის ემოციურ სტატუსზე, რომლებიც საჭიროებდნენ სტომატოლოგიურ დახმარებას. პანდემიის პერიოდში, ბავშვები, რომლებიც არ დადიოდნენ სკოლა/ბაღებში, ისმენდნენ მშობლების განხილვებს ვირუსთან დაკავშირებით, რაც მათ კიდევ უფრო მეტ დასტრესვას განაპირობებდა. ასე რომ, პანდემიამ დამატებითი გამოწვევები შექმნა სტომატოლოგიურ მომსახურებაში (Olszewska A, Rzymiski P/ოლზევსკა, რზიმსკი, 2020). ოჯახების 93 % იმყოფება გამოწვევების წინაშე, განსაკუთრებით ასა-ს მქონე პაციენტთა ოჯახები, რადგანაც ვერ ხერხდება ყოველდღიური აქტივობების ჩატარება, პაციენტები ვერ იღებენ საჭირო დახმარებებს, რამაც უდაოდ გაზარდა სირთულეები ამ ოჯახებში (Colizzi M, Sironi E, Antonini F, et al/ კოლიჯი, სირონი, ანტონინი და სხვანი, 2020). აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებს ხშირად უჭირთ ცვლილებების მიღება და განიცდიან რუტინის დარღვევას. კოვიდ 19 პანდემიის პირობებში, ადაპტაციის აუცილებლობამ დიდი პრობლემები გამოიწვია ამ პათოლოგიის მქონე ბავშვების ოჯახებში. რადგანაც, Amorim R - ის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური გავლენა მოახდინა პანდემიამ არა მხოლოდ

ბავშვებზე, არამედ მათ ოჯახის წევრებზეც (Amorim R, Catarino S, Miragaia P, et al/ ამორიმ მ, კატარინო ს, მირაგაია პ და სხვანი, 2020).

იმ პაციენტებს, ვისთვისაც საჭირო იყო სტომატოლოგიური დახმარების გაწევა, გარდა რუტინული სტომატოლოგიური აღჭურვილობისა, პანდემიის პირობებში უწევდათ, დამატებითი აღჭურვილობის მიღება, როგორც პაციენტის მხრიდან, ასევე სტომატოლოგის მხრიდან, რაც გამოიხატებოდა სახის ფარით, ნიღბით, წყალგაუმტარი ხალათით/ფორმით, რაც დამატებით დისკომფორტს და ხარჯებს ქმნიდა ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის. სხვა შემთხვევაში ვერ მოხდებოდა მათი სტომატოლოგიური დახმარების გაწევა, რადგან WHO-მ გამოაქვეყნა რეკომენდაციები. WHO-მ სტომატოლოგია ყველაზე მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ პროფესიად აღიარა, რადგან სტომატოლოგიური მანიპულაციების დროს ხდება ინფექციის გააეროზოლება, პაციენტი და სტომატოლოგი ხდებიან პოტენციური ინფექციის მატარებელნი (Gandofi M, Zamparini F, Spinelli A/ განდოფი, ზამპარინი, სპინელი 2020).

ხაზგასასმელია ვაქცინაციის პროცესი აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში. რადგანაც აღნიშნული კონტიგენტი მეტად მგრძნობიარენი არიან კოვიდ 19 ვირუსით ავადობის მიმართ, შესაბამისად მათი ვაქცინაცია უნდა იყოს სახელმწიფოს პრიორიტეტი. აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის პრიორიტეტის მინიჭება გააუმჯობესებს ვაქცინაციის პროცესს აღნიშნულ კატეგორიაში, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში. ამიტომ, მთელ მსოფლიოში ჯანდაცვის პროვაიდერებმა უნდა განიხილონ პრიორიტეტების პოლიტიკა, რათა გაზარდონ ვაქცინაციის მაჩვენებლები ამ დაუცველ მოსახლეობაში (Weinstein, O., Krieger, I., Cohen, A. D, et al, 2021/ ვეინშტენ ო, კრეგერ ი, კოხენ ა და სხვანი, 2021).

1.7 ზოგადი ანესთეზიის ჩვენება და უკუჩვენება ასა-ს მქონე პაციენტებში

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტები საჭიროებენ ზოგად ანესთეზიას გეგმიური, თუნდაც მარტივი სტომატოლოგიური პროცედურებისთვის, რის შედეგადაც ისინი ასოცირდებიან გართულებების რისკებთან (Yen P/ იენი, 2015). ხშირად, ზოგადი ანესთეზია არის ერთადერთი საშუალება, რომელიც ხელს უწყობს

სტომატოლოგიური მკურნალობის წარმატებით დასრულებას. თუმცა, ზოგადი ანესთეზია არ არსებობს გვერდითი მოვლენების გარეშე (Rada/ რადა, 2013). ყველა საანესთეზიო აგენტი ასოცირდება პაციენტის ჯანმრთელობისთვის საშიშროებასთან და რისკთან, რაც გამოიხატება სასუნთქი რეფლექსების დათრგუნვაში და ხდება ჰიპოქსიის განვითარება. ამიტომ ზავშვთა სტომატოლოგიაში უნდა შეიზღუდოს ზოგადი ანესთეზიის გამოყენება (Ramazani/ რამაზანი, 2016), რადგან, როგორც Loo Cy/ლუ სი (2014)- ამტკიცებს, რომ ზოგადმა ანესთეზიამ შესაძლოა პაციენტი დააყენოს ფიზიკური და ფსიქოლოგიური გართულებების რისკის ქვეშ. მაგალითად, ნარკოზის შემდეგ საჭიროა დიეტის დაცვა, რაც კიდევ უფრო ართულებს აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების ქცევებს, რადგან მათი საყვარელი საკვების მიწოდება არ ხდება, ასევე ნარკოზი იწვევს სანერწყვე ჯირკვლებიდან ნერწყვის გამოყოფის შემცირებას, რაც იწვევს პირის სიმშრალეს. ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ მკურნალობის მაღალი მაჩვენებელი და მასთან დაკავშირებული, ხშირად მოხსენიებული უარყოფითი ქცევები ადასტურებს პროტოკოლის ნაკლებობის არსებობას, რომელიც სპეციალურად უნდა იქნას შექმნილი ამ პაციენტებისთვის. რაც გააუმჯობესებს მათ თანამშრომლობას სტომატოლოგებთან, შემდგომში მათი პირის ღრუს ჯანმრთელობას და, შესაბამისად, შეიქმნება დამატებითი სტრატეგიები პრევენციული მოვლისთვის (Corridore, D., Zumbo, G., Corvino, I et. Al. 2020/ კორიდორე დ, ზუმბო ჯ, კორვინო ი და სხვანი, 2020).

ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის სტომატოლოგიური მკურნალობის შიშის დათრგუნვის მიზნით უმეტეს შემთხვევაში გამოიყენება მიდაზოლამი. ამ პრეპარატის ხშირი გამოყენების გამო დაიწყო კვლევების ჩატარება, თუ რა გავლენას ახდენს ნევროლოგიური დაავადებების მქონე პაციენტებზე აღნიშნული პრეპარატი, როდესაც ისინი მიმართავენ სტომატოლოგიურ კლინიკებს სამკურნალოდ. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ 89 % შემთხვევაში მათი გამოყენება მარტივი სტომატოლოგიური პროცედურებისადმი ეფექტურია შიშის დასათრგუნად. ასა-ს მქონე პაციენტებში შედარებით ნაკლები ეფექტურობა გამოვლინდა, თუმცა სხვა ნევროლოგიურ და ქცევითი დარღვევების მქონე პაციენტებში ამ პრეპარატის საშუალებით სტომატოლოგიური მანიპულაციები წარმატებით დასრულდა (Capp, P. L., de Faria, M. E., Siqueira, S. / კეპ პ, დე ფარია მ, სიკუეირა ს. 2010). სტომატოლოგიური დახმარების გაწევა უნდა მოხდეს ასა-ს მქონე პაციენტის ოჯახის ჩართულობით, რადგან მათი ინფორმირება და წინასწარი მომზადება სტომატოლოგიური პროცედურების მიმართ, დიდ როლს ასრულებს სტომატოლოგიურ მკურნალობაში. ამ პროცესში

მნიშვნელოვანია შეფასდეს პაციენტის აუტიზმის ხარისხი. მსუბუქი ფორმის დროს, როდესაც პაციენტთან შესაძლებელია ვერბალური კომუნიკაციის დამყარება და ახსნა იმისა, თუ რა უნდა გაკეთდეს კლინიკაში ყოფნის განმავლობაში, შესაძლოა მოხდეს ინფილტრაციული ანესთეზიის ქვეშ მკურნალობის ჩატარება, ხოლო მძიმე აუტიზმის ფორმის დროს, როდესაც ასეთი პაციენტები არ აძლევენ სტომატოლოგს მიახლოების საშუალებას, ამ შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს ზოგადი ნარკოზი. ეს პროცესი ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა სასარგებლოც კი აღმოჩნდეს ამ ბავშვებისთვის, რადგან ხდება სტრესის შემცირება. მნიშვნელოვანია ადექვატური სედაციის ჩატარება, რომელიც ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდგომ პერიოდშიც უნდა ჩატარდეს, რათა მაქსიმალურად შემცირდეს ასა-ს მქონე პაციენტების შფოთვისითი და სტრესული მდგომარეობები (Sacoor S/ საკურ ს. 2017) . სტომატოლოგიური დაავადებების მაღალი გავრცელების გამო მნიშვნელოვანია შემუშავდეს პროფილაქტიკური პროგრამები. პრევენციული ღონისძიებები აუცილებლად უნდა დაიწყოს ბავშვთა ასაკიდან. 2014 წლის 23 ივნისის #5 სხომის გადაწყვეტილების შესაბამისად, “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ მიერ მიღებულ იქნა კბილის მაგარი ქსოვილების დაავადებათა პროფილაქტიკის და მართვის პროტოკოლი. პროტოკოლი შემუშავებულია ამერიკის პედიატრიული სტომატოლოგიის აკადემიის გაიდლაინების საფუძველზე: . პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს საფუძველად აღებული გაიდლაინების რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია, გარდა, რამდენიმე რეკომენდაციისა, რომელთა მოდიფიცირება განხორციელდა ადგილობრივი კონტექსტის გათვალისწინებით. პროტოკოლის მიზანია პრაქტიკოსი ექიმებისთვის უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება კარიესის პროფილაქტიკისა და მკურნალობის შესახებ, ასევე, ჯანდაცვის სპეციალისტების, სტომატოლოგიური პაციენტებისა და/ან მათი მშობლების ინფორმირება შემდეგ საკითხებზე: პირის ღრუს ჰიგიენა, კარიესის პრევენცია, კარიესის მკურნალობა და პულპის სიცოცხლისუნარიანობის შენარჩუნების პრიორიტეტულობა. პროტოკოლით გათვალისწინებული რეკომენდაციები შეეხება პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ პირის ღრუს არადაამკმაყოფილებელი ჰიგიენური მდგომარეობა, კარიესისადმი მიდრეკილი ფისურები და სხვადასხვა ხარისხით დაზიანებული კბილის მაგარი ქსოვილები (მინანქარი, დენტინი). პროტოკოლი განკუთვნილია სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში დასაქმებული ექიმი სტომატოლოგებისთვის

სპეციალობით - თერაპიული სტომატოლოგია, რომლებიც ახორციელებენ სარძევე, ახალგაზრდა და მუდმივი კბილების დაავადებების მკურნალობასა და პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს. პროტოკოლი გამოიყენება სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში: სტომატოლოგიური კლინიკა, სტომატოლოგიური კაბინეტი, სტაციონარული დაწესებულების სტომატოლოგიური კაბინეტი. პროტოკოლით გათვალისწინებული აუცილებელი და დამხმარე გამოკვლევები პაციენტებს უტარდებათ კლინიკაში მიმართვისთანავე, მკურნალობის შემთხვევაში კი შესრულება აღნიშნული პროტოკოლით გათვალისწინებული ყველა სამკურნალო პროცედურა. კარიესის პროფილაქტიკა და მკურნალობა ეფუძნება კლინიკური კვლევის შედეგს და წარმოადგენს ამომწურავი მკურნალობის გეგმის ნაწილს. მკურნალობის დაგეგმვისას აუცილებლად გასათვალისწინებელია: თანკბილვის განვითარების ეტაპი, სტატუსი, მდგომარეობა; კარიესის რისკის შეფასება; პირის ღრუს ჰიგიენური სტატუსი (მდგომარეობა); მშობლების შესაბამისი გენეტიკური განწყობა, რომელიც შესაძლოა გამოვლინდეს; პაციენტის უნარი და სურვილი ითანამშრომლოს ექიმთან წარმატებული მკურნალობის მიზნით. კარიესის განვითარების რისკი მეტია ღარიბ და მზრუნველობა მოკლებულ კონტიგენტში, იქ სადაც ვერ ხერხდება ბალანსირებული კვების რეჟიმი, სრულფასოვანი ჰიგიენა სხვადასხვა მიზეზების გამო, მათ შორის ორთოდონტული და ორთოპედიული კონსტრუქციების არსებობისას (Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. (AAPD); 2013. 8p; მამალაძე, ნიჟარაძე, ხუბუნაიშვილი, ლომსიანიძე. 2014).

ლიტერატურული წყაროების მიხედვით, სტომატოლოგიური კლინიკები საჭიროებენ პროტოკოლით გათვალისწინებულ გაიდლაინებს და მეთოდებს, ასა-ს მქონე პაციენტების სამკურნალოდ. ერთ-ერთ ასეთ მეთოდად განხილულია სტომატოლოგიური საკომუნიკაციო დაფა, რომლის საშუალებითაც ხდება პაციენტსა და ექიმს შორის კომუნიკაციის დამყარება და დადებითი ემოციების ჩამოყალიბება ასა-ს მქონე ბავშვებში (Naidoo/ ნაიდუ, 2020). აღნიშნული მეთოდის დანერგვა გააუმჯობესებდა ექიმსა და აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტს შორის კომუნიკაციის დამყარებას, რაც იქნებოდა მკურნალობის საწინდარი.

Piccin S, et al/ პიჩინი და სხვანი (2018) და Rayner/ რეინერი-ის მტკიცებით, პაციენტებთან კომუნიკაციის დასამყარებლად, წარმატებული მეთოდი აღმოჩნდა თვითმოდელირებული ვიდეოს ჩვენება, სადაც ნაჩვენებია კბილის ხეხვის ტექნიკა, რაც

ბავშვებისთვის უფრო საინტერესო და მისაღები მეთოდია. სწორედ ამიტომ, უამრავი ავტორი მოიხსენიებს აღნიშნული მეთოდების გამოყენებით, როგორც აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტთათვის ადაპტირებული გარემოს შექმნას.

მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვები ინფორმაციას უკეთესად აღიქვამენ ვიზუალური გზით (Werf J/ ვერფ 2007). Meadan/მიდან (2011) მონაცემებით, ვიზუალური მხარდაჭერა არის ძირითადი ინსტრუმენტი ასა-ს მქონე ბავშვებთან კომუნიკაციისთვის, სურათების ან ფოტომასალის გამოყენება უნდა მოხდეს მაშინ, როდესაც იქმნება ვიზუალური მხარდაჭერა ასა-ს მქონე ბავშვებისთვის.

Wibisonoet. al/ ვიბისონოეტ და სხვანი (2016) ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებული დასკვნის საფუძველზე, ამტკიცებს, რომ ასა-ს მქონე ბავშვების აღქმა სტომატოლოგიური კლინიკის და მკურნალობის შესახებ, იცვლება თუკი ურთიერთკავშირი დამყარდება ფოტოების საშუალებით. მაგ: ფოტოზე აღბეჭდილი უნდა იყოს ყველა ის პროცედურა, რაც უნდა ჩატარდეს სტომატოლოგიური მკურნალობის პერიოდში.

თუმცა, Isonget.al/ იზონგეტ და სხვანი (2014) საწინააღმდეგოს ამტკიცებს, რომ ელექტრონული ეკრანული მედიის გარკვეული ტექნოლოგიები უფრო სასარგებლოა სტომატოლოგიური შიშის დასაძლევად ან შესამცირებლად. ეს საკითხი სადაო აღმოჩნდა მეცნიერებებისთვის, რადგან აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტთა მშობლები ცდილობენ ბავშვები მოარიდონ ეკრანებს და არ თვლიან საჭიროდ, რომ მკურნალობის პროცესშიც ჩაერთოს ელექტრონული, ეკრანული აღჭურვილობები.

2015 წელს ჩატარდა კვლევა, რომლის მიზანიც იყო ადაპტირებული სტომატოლოგიური გარემოს აღწერა და მისი ეფექტურობის დადგენა ასა-ს მქონე ბავშვებში. კვლევა წარმატებული აღმოჩნდა, რადგან ამის შედეგად დადგინდა რამდენად მნიშვნელოვანია ადაპტირებული გარემო და ასევე, ოკუპაციური თერაპევტის ჩართულობა მულტიდისციპლინარული გუნდის შემადგენლობაში, ასა-ს მქონე ბავშვების პირის ღრუს ჯანმრთელობის გამოწვევების მოსაგვარებლად. ოკუპაციური თერაპევტი გულისხმობს ოკუპაციურ თერაპიას, რომელსაც ახორციელებს დიპლომირებული ოკუპაციური თერაპევტი, ან ოკუპაციური თერაპიის

დამამთავრებელი კურსის სტუდენტი დიპლომირებული ოკუპაციური თერაპევტის ზედამხედველობის ქვეშ (Cermak/ ცერმაკ, 2015).

Nelson et al/ნელსონ და სხვანი, (2017)-მა ის ბარიერები, რომელიც ხელს უშლის პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, გაყო ორ ნაწილად: გარემო ფაქტორები და ზოგადი ფაქტორები. გარემო ფაქტორები, რომლებიც წარმოიქმნება სტომატოლოგიური მომსახურების სისტემაში მოიცავს ხარჯებს, ფიზიკურ ხელმისაწვდომობას და სტომატოლოგიური გუნდის მოუმზადებლობას, ასა-ს მქონე პაციენტების მიმართ. ხოლო, ზოგადფაქტორულ ბარიერში გააერთიანა ბავშვის ქცევა, სტომატოლოგის შიში, სამედიცინო მოთხოვნების დაცვა.

კვლევებმა აჩვენა, რომ მნიშვნელოვანია სტომატოლოგიური კლინიკების ინტეგრირება განსაკუთრებული საჭიროების მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის, მაგალითად ბოსტონის ბავშვთა სტომატოლოგიურ კლინიკაში ჩატარდა კვლევა, სადაც გამოიკვლიეს 7-დან 17 წლამდე ასაკის 80 პაციენტი. კვლევა მოიცავდა ვიზიტის პერიოდში პაციენტების გართობას DVD ფლეიერთა და საყვარელი მულტფილმების ჩვენებით, რამაც უზრუნველყო ამ პაციენტების შემდეგ ვიზიტზე შიშის დაძლევა (Inyang A. et al/ ინიანგ და სხვანი, 2014). თითოეული პაციენტის ქცევის მახასიათებლების შესახებ ცოდნა და მშობლების ჩართულობის დონე მნიშვნელოვანია პროცედურების წარმატებით ინტეგრაციაში და სამუშაო დროის შემცირების პროცესში (Hernandez P, Ikkanda Z/ ჰერნანდეს, იკანდა, 2011). მშობელი, უმნიშვნელოვანესი რესურსია ბავშვის ქცევის ხელშეწყობაში და ექიმის დახმარებაში (Howlin P/ ჰოვლინ. 1998)

ქცევის და ემოციური სირთულეების განხილვა უნდა მოხდეს ოჯახთან ან/და აღმზრდელთან, ასევე სტომატოლოგიური მკურნალობის დაგეგმვა უნდა იყოს მხარდაჭერილი ოჯახისა და აღმზრდელების მიერ (Luiz Fernando M Czornobay, Etienne/ ლუის ფერნანდო მ ჩორნობაუ, ეტინე). ოჯახის მხრიდან დიდ ჩართულობას მოითხოვს, ასა-ს მქონე ბავშვების კვებითი რეჟიმი. კარიესის შემთხვევების შემცირების მიზნით მიზანშეწონილია, რომ მოხდეს მშობლების ინფორმირება აშკარა და ფარული შაქრების მაღალი სიხშირის ზემოქმედების შემცირების მნიშვნელობაზე. რისთვისაც შემუშავდა გაიდლაინები, რაც გულისხმობდა: ისეთი სასმელების მოხმარების შემცირებას, რომლებიც შეიცავდნენ შაქარს, იმ ქცევის დათრგუნვას, რაც გულისხმობდა ბავშვის ბოთლით ძილს, არაკარიესული საკვების პოპულარიზაცია, კვების სახელმძღვანელო

პირამიდის შესაბამისად კვების რეჟიმის ხელშეწყობა; კარიოგენური საკვების შეზღუდვა; ბავშვის პირის ღრუდან კარიოგენური საკვების სწრაფად მოშორება კბილის გახეხვით; შაქრის შემცველი საჭმლის შეზღუდვა, რომლებიც ნელ-ნელა მირთმევადია (ლოლიპოპები, ტკბილეული და ა.შ). კვების ფაქტორებთან ერთად, ყოვლისმომცველი მიდგომა სტომატოლოგიური კარიესის პროფილაქტიკისთვის სკოლამდელ ბავშვებში უნდა მოიცავდეს ზოგადი კვებითი ჩვევების გაუმჯობესებას, პირის ღრუს კარგ ჰიგიენას, ფტორის სათანადო გამოყენებას და პროფილაქტიკური და აღდგენითი სტომატოლოგიური ზრუნვის ხელმისაწვდომობას (Tinanoff, N., & Palmer, C. A./ ტინანოფ, ნ და პალმერ ც. 2003). როგორც კვლევებით მიღებულმა შედეგებმა აჩვენა, ასა-ს მქონე პაციენტების ოჯახების 25 % არ იცინა პირის ღრუს ჰიგიენის საბაზისო უნარ-ჩვევები. როგორიცაა კბილების ხეხვა და კბილის ძაფით კბილთაშუა სივრცეების წმენდა. ოჯახებსა და ბავშვებს შორის პირის ღრუს მოვლის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა ნათლად მიუთითებს საგანმანათლებლო პროგრამების საჭიროებაზე, რომლებიც მიზნად ისახავს წახალისოს პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების დაცვისთვის ასა-ს მქონე პაციენტების ოჯახები და ამ ბავშვებთან მომუშავე პროფესიონალები (Hage, S., Lopes-Herrera, S. A., Santos, T. et. al/ ჰეიჯი ს, ლოპეს-ჰერერა, სანტოს ტ და სხვანი, 2020).

იემენში ჩატარდა კვლევა სადაც გამოიკვლიეს პირის ღრუს დაავადებები (K02. K05) და შეფასდა სტომატოლოგიური ჯანმრთელობის სტატუსი აუტისტ ბავშვებში. კვლევაში ჩართული იყო 5-16 წლამდე ასაკის 42 ბავშვი. კვლევამ აჩვენა კარიესის, გინგივიტის და რბილი ქსოვილების დაზიანების მაღალი გავრცელება. ამიტომ, საჭირო გახდა, პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესაბამისი განათლების პროგრამების განხორციელება საზოგადოების ამ კონკრეტულ კონტიგენტზე (Al-Maweri S.A, et al/ ალ-მაუერი და სხვანი, 2014).

Dangulavanich/ დანგულავანიჩი (2017) ჩატარებული კვლევის შედეგად ამტკიცებს, რომ იმ პაციენტებს ვისაც გავლილი ჰქონდათ სპეციალური საგანმანათლებლო კურსი, შედარებით მაღალი თანამშრომლობის დონით გამოირჩეოდნენ. ეს დონე 13-ჯერ აღემატებოდა იმ პაციენტების დონეს, რომლებიც არ იყვნენ ჩართული საგანმანათლებლო პროცესში.

ამერიკის და კანადის სტომატოლოგიურ სკოლებში ჩატარდა კვლევა „სტომატოლოგიური განათლება სპეციალური საჭიროების მქონე პაციენტების

შესახებ“. მონაცემები შეგროვებული იქნა 22 სტომატოლოგიური სკოლიდან და ვებ-გვერდზე განთავსებული კითხვარიდან. დასკვნებმა აჩვენა, რომ აშშ-ს და კანადის სტომატოლოგიური პროგრამების კურსდამთავრებულებს ჰქონდათ სპეციალური საჭიროების მქონე პაციენტებთან მუშაობის და მიდგომის უნარები, რაც მათი კურიკულუმის ფარგლებში იყო გაწერილი, სწავლების მეთოდების საშუალებით ისწავლებოდა და შედეგად მიღებულ იქნა, რაც იმაში გამოიხატა, რომ კურსდამთავრებულებს უმარტივედებოდათ ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობა და მართვა (Krause M, Vainio L, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR/ კრაუს, ვაინიო, სვეჩკენბაუ, ინგლეჰარტი. 2010).

არაერთმა კვლევამ შეაფასა აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტთა პირის ღრუს ჯანმრთელობა. უმეტესად ჩართულნი იყვნენ ბავშვები და თუმცა არ იქნა გამოვლენილი პირის ღრუს რაიმე განსაკუთრებული მდგომარეობა. შეფასება მოხდა სამედიცინო ისტორიის, დანიშნული მედიკამენტების, პირის ღრუს ჰიგიენის ჩვევების და პირის ღრუს დაავადებების მიხედვით. პაციენტთა უმეტესობა ორ ან მეტ პრეპარატს იყენებდა და დღეში 2-3-ჯერ იხეხავდა კბილებს. ჩატარებული კვლევის შედეგად, პირგარეთა გამოკვლევისას ყველაზე ხშირად გამოვლინდა ბრუქსიზმი, ხოლო პირშიგნითა გამოკვლევისას თვითტრავმული პირის ღრუს დაზიანებები და გარკვეული თანკბილვის დარღვევები, როგორცაა, ღია თანკბილვა-30% და ჰიპერდონტია - 46.67% (Orellana/ ორელანა, 2012). ასა-ს მქონე პაციენტთა სამედიცინო ისტორიამ გამოავლინა გასტროეზოფაგური რეფლუქსის მხოლოდ ორი შემთხვევა (6.67%) და ეპილეფსიის 5 შემთხვევა (16.67%). 50 %-ს აღნიშნებოდა თვითდაზიანებები (80% ხელებსა და მკლავებზე, 47%-თავსა და კისერზე, ხოლო სხეულის დანარჩენი ნაწილის მხოლოდ 13%). რაც შეეხება პირის ღრუს ჰიგიენას, ასა (46.67%) პაციენტების თითქმის ერთ ნახევარს სჭირდებოდა პირის ღრუს მოვლისთვის მშობლის სრული დახმარება. 30 % თავდაპირველად დამოუკიდებელი იყო, მაგრამ საბოლოოდ საჭირო გახდა მშობლების/აღმზრდელების დახმარება. მხოლოდ 23.33% იყო სრულად ავტონომიური კბილის ხეხვისას. 46.67% იხეხავდა მინიმუმ სამჯერ დღეში, 40% დღეში - ორჯერ, ხოლო 13.33% დღეში - ერთხელ. მექანიკური (მანუალური) ჯაგრისი გამოიყენა 83.33%-მა, ხოლო ელექტრო კბილის ჯაგრისი -16.67%-მა. პირგარეთა გამოკვლევისას 13.3 %-ში გამოვლინდა ჰელიტი, ხოლო პირშიგნითა გამოკვლევისას თვითდაზიანებების შემთხვევათა 13% -ში, რაც გამოიხატება ტუჩების და ლოყის შიგნითა ლორწოვანის დაკბენით (Lorena M, et.al/ ლორენა და სხვანი, 2011).

სამხრეთ აფრიკაში, აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვებში ჩატარდა კვლევა, პირის ღრუში დაავადებების გამოვლინებებზე. გამოიკვლიეს 7-14 წლამდე ასაკის 149 ბავშვი. პირშიგნითა გამოკვლევით გამოვლინდა კბა ინდექსი, გინგივიტი და ნადები. მონაცემების შეგროვებისას განხორციელდა მსოფლიოს ჯანმრთელობის დაცვის პირის ღრუს შეფასების ფორმის გამოყენება (Cermak, Duker/ ცერმაკ, დუკერ 2015). ჰიგიენურმა ფაქტორმა განსაზღვრა მაღაიზიაში ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებული შედეგები, რომლის მიხედვითაც კბილის ზედაპირიდან ნადების მოუცილებლობამ გამოიწვია გინგივიტებისა და პაროდონტის დაავადებების გავრცელება (86%) (Alsanabani/ ალსაბანი, 2012). სამხრეთ აფრიკაში, აუტისტ და სპეციალური საჭიროების მქონე პოპულაციაში, სტომატოლოგიური მკურნალობის საჭიროება თითქმის 100 %-ს აღწევს (S. Mohd Mokhtar, et al/ მოჰდ მოხტარ და სხვანი, 2016).

Jaber M/ ჯაბერ (2011)-მა აჯმანის უნივერსიტეტში ჩატარა კვლევა აუტისტ ბავშვებში, პირის ღრუს სტატუსის და სტომატოლოგიური სერვისების საჭიროებების დასადგენად. ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, რომ პირის ღრუს ჰიგიენით გამოწვეული კარიესის და გინგივიტების გავრცელება საკმაოდ მაღალი იყო - 78 %, ამავე კვლევამ აჩვენა, რომ სტომატოლოგიური მანიპულაციების და მკურნალობის წარმატებით დასრულების მიზნით იყენებდნენ ზოგად გაუტკივარებას/ნარკოზს.

ჰონგ კონგში სტომატოლოგიური მომსახურება დიდ პრობლემას წარმოადგეს აუტისტური სპექტრით დაავადებულ ბავშვებში. ჰონგ კონგში არ არის სუბსიდირებული სტომატოლოგიური სერვისები სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისთვის. სწორედ ამიტომ, საჭირო გახდა სპეციალური განყოფილებების შექმნა, რომელიც იზრუნებდა მომსახურებების დონის ამაღლებაზე. სტომატოლოგიური სერვისები უზრუნველყოფილია ჰონგ კონგის ჯანმრთელობის სპეციალური ადმინისტრაციული რეგიონის დეპარტამენტის მიერ: პირის ღრუს ჯანმრთელობის სწავლების განყოფილება, ყოველწლიური სტომატოლოგიური შემოწმება სკოლის ასაკის ბავშვებისთვის, კბილის ამოდების ან ტკივილის შემსუბუქების სერვისის სასწრაფო მიწოდება ზოგიერთ სტომატოლოგიურ კლინიკაში, სტომატოლოგიური მომსახურება საჯარო მოხელეებისთვის;

ჰონგ კონგში, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტთა სტომატოლოგიური დაავადებების მკურნალობის გამკლავება ხდება სტომატოლოგიური განყოფილების

მიერ. ჩატარებული კვლევის შედეგად, მოწოდებულია შემდეგი რეკომენდაციები აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის:

1. კბილების გახეხვა დღეში 2-ჯერ ფტორის შემცველი პასტით, მოზრდილის დახმარებით
2. სტომატოლოგიური კონსულტაცია 3 წლის ასაკში შემოწმების მიზნით
3. რეგულარული სტომატოლოგიური შემოწმება ადრეული დიაგნოზისთვის და სტომატოლოგიური დაავადებების ადრეული მკურნალობისთვის და პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცნობიერების ამაღლება მშობლებისთვის (Chan D, Chan Sh, Hk So, et. Al/ ჩან დ, ჩან შ, სოუ და სხვანი, (2014).

2014 წელს, ეგვიპტეში, აუტისტ ბავშვებში შეფასდა პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსი და მათი ქცევები. კვლევაში ჩართული იყო 100 აუტისტი და 100 ჯანმრთელი ბავშვი. მონაცემები შეგროვდა კითხვარის და კლინიკური გამოკვლევის საშუალებით. კლინიკური კვლევისას შეფასდა პაციენტის ქცევა კვლევის პროცესში, ღრძილების მდგომარეობა, კარიესი, ნადები და პირის ღრუს სხვა მდგომარეობები. გამოვლინდა, რომ აუტისტ ბავშვებს ჰქონდათ პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა, ჯანმრთელ ბავშვებთან შედარებით. მნიშვნელოვანი განსხვავება არ იქნა აღმოჩენილი კარიესის გავრცელების მხრივ დროებით და მუდმივ თანკბილვაში, თვითდაზიანება და ბრუქსიზმი გამოვლინდა აუტისტი ბავშვების 32 %-ში და ჯანმრთელი ბავშვების-2 %-ში. როგორც აღმოჩნდა, აუტისტ პაციენტებში თვითდაზიანება და ნერვული შეტევები, გავლენას ახდენენ პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე. ასა – ს მქონე ბავშვების პირის ღრუს მდგომარეობამ შეიძლება გაზარდოს სტომატოლოგიური დაავადებების განვითარების რისკი. მათმა ქცევამ და საყოფაცხოვრებო პირობებმა შეიძლება გაართულოს მომსახურების მიწოდება და შეზღუდონ სტომატოლოგიური მოვლა. ამიტომ, ამ ბავშვებისთვის უნდა განხორციელდეს პირის ღრუს ჯანმრთელობის ინდივიდუალური განათლების პროგრამები (El Khatib AA, El Tekeya MM, El Tantawi MA, et al/ ელ ხატიბ, ელ ტეკეია, ელ ტანტავი და სხვანი, 2014). პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსი გავლენას ახდენს ცხოვრების გრძელვადიან ხარისხზე და სოციალურ კეთილდღეობაზე (Heilmann et al/ ჰეილმანეტი და სხვანი, 2015).

ეგვიპტეში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, საგანმანათლებლო და პრევენციული ღონისძიებების ჩატარების ეფექტურობა, რაც გამოიხატა კარიესის განვითარების შემცირების ხელშეწყობასა და რისკ ფაქტორების გამოვლენის შემდეგ, მათ

აღმოფხვრაში. გაიზარდა აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვებში კარიესის თავიდან აცილების შანსი და გაღრმავდა ბავშვებისა და აღმზრდელების სტომატოლოგიური განათლება. (E.A.AbdAllah, N.E.Metwalli, A.S.Badran/ აბდალა, მეტვალი, ბადრან, 2018).

ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით, აუტისტ ბავშვებში ხშირია კარიესის გავრცელება დროებით თანკბილვაში, პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენური მდგომარეობის გამო, რაც განპირობებულია ასაკობრივი თავისებურებებით (Morales-Chávez M/ მორალეს-ჩავეს, 2017).

Jaber. Ma/ ჯაბერ (2011) მტკიცებით, მისი გამოკვლეული კონტიგენტის ასა-ს მქონე პაციენტების 70 %-ს აღენიშნებოდა კარიესი, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის 46 %-ს. ასა-ს მქონე პაციენტებში ასევე, გამოვლინდა პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა და გინგივიტები.

კვლევებმა აჩვენა, რომ აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვები განიცდიან სტომატოლოგიური მოვლის უფრო მეტ სირთულეებს და ბარიერებს, როგორც სახლის პირობებში, ისე - სტომატოლოგიურ კლინიკებში, ვიდრე ტიპური განვითარების მქონე ბავშვები (Leah I. Stei, et.al/ ლი, სტი და სხვანი, 2012). ვინაიდან, ასა-ს მქონე ბავშვები ვერ თანამშრომლობენ სტომატოლოგთან და უჭირთ სტომატოლოგიური პროცედურების ჩატარება, საჭიროა სტომატოლოგმა იცოდეს თითოეულ პაციენტთან შესაფერისი მიდგომა, რაც გულისხმობს კომუნიკაციას, იმიტაციას და ისეთი ტექნიკების გამოყენებას, როგორიცაა სედაცია და ზოგადი ანესთეზია (S. Mohd Mokhtar, et.al/ მოჰდ მოხტარ და სხვანი, 2016). ლიტერატურულ წყაროებში, ასა-ს მქონე პაციენტების ეფექტურად მკურნალობისთვის, განხილულია აზოტის ოქსიდით სედაციის მეთოდი, რომელიც საქართველოშიც აპრობირებული მეთოდია. აზოტის ოქსიდი უფერო და მოტკბო სუნის აირია, რომლის უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ აქვს სწრაფი მოქმედება, საჭირო დოზის მიწოდება ხდება ინჰალაციის გზით და ტკივილის შემცირება ხდება სწრაფად და უსაფრთხო გზით (Zanelli M, et al/ ზანელი და სხვანი, 2015).

აუტიზმის გავრცელება მთელს მსოფლიოში მატულობს. ამიტომ სტომატოლოგების პრაქტიკაში იმატა ისეთი ბავშვების რაოდენობამ, რომელთა მკურნალობაც სპეციალური სტომატოლოგიური მენეჯმენტის ცოდნას საჭიროებს. აუტიზმის მქონე ბავშვების პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცოდნა აუცილებელია პედიატრიული სტომატოლოგებისთვის. უარყოფითი

დამოკიდებულება სტომატოლოგიური მკურნალობის მიმართ აშკარაა აუტიზმის მქონე ბავშვებში (Al Mochamant I.G/ აღ მოჩამანტ, 2015).

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვის წარმატებული სტომატოლოგიური მკურნალობა მთელ რიგ ბარიერებთან არის დაკავშირებული. პირველ რიგში, მასთან კომუნიკაციის დამყარება და ემოციების მართვა. ამისთვის, სტომატოლოგიური გუნდი ორგანიზებულად უნდა მუშაობდეს. ამავდროულად საჭიროა, მშობლის მხარდაჭერა. აუტისტ ბავშვებთან წარმატებული აღმოჩნდა „თქმა-ჩვენება-კეთება“ თერაპია, რაც გულისხმობს იმას, რომ პაციენტის ვიზიტისას, თვალსაჩინო უნდა გახდეს ყველა ის მანიპულაცია რაც საჭიროა მკურნალობისთვის, მაგ: ნახოს და დაიჭიროს ის ინსტრუმენტი, რომელსაც ექიმი იყენებს მანიპულაციისთვის (Chandrashekhar S, Jyothi S Bommangoudar/ ჩანდრაშეხარ, ჯუოტი ბომანგუდარ, 2018). რეკომენდაციას იძლევა National Autistic Society/ აუტიზმის ეროვნული საზოგადოება (2018), რომელიც ითვალისწინებს შემდეგ პუნქტებს: მოცდის დრო მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი, რომ არ მოხდეს შიშის და სტრესის გაძლიერება. უნდა დამყარდეს კარგი კომუნიკაცია, რაც თითოეული მანიპულაციის ახსნით გამოიხატება. ზოგიერთ აუტისტ პაციენტს არ უყვარს შეხება, ამიტომ უნდა მიეცეს წინასწარი გაფრთხილება, რომ შეხება ხდება კონკრეტული მიზნით. უნდა მოხდეს მოკლე მიმოხილვა, თითოეული ინსტრუმენტის გამოყენების შემდეგ პაციენტი როგორ იგრძნობს თავს. პაციენტისთვის, ყველა დეტალი მნიშვნელოვანია, ექიმის ვიზუალური შეხედულების ჩათვლით. თუ მას, განსხვავებული ფერის და ფორმის სამედიცინო ხალათი აცვია, ამან შეიძლება ბავშვზე ნეგატიური დამოკიდებულება გამოიწვიოს, იმიტომ, რომ მისთვის ექიმი ასოცირდება მხოლოდ თეთრ ხალათთან, ასევე მნიშვნელოვანია, რომ ოთახში იყოს ნაკლები ხმაური და ნაკლები ხალხი და არ იყოს მკვეთრი განათებები (Taneja N/ ტანეჯა, 2017). როგორც, Cermak/ ცერმაკ-მა კვლევის შედეგად დაადასტურა, ადაპტირებული სტომატოლოგიური გარემო ზრდის მკურნალობის დადებითი ეფექტს და არის პოტენციური საშუალება, გააუმჯობესოს სტომატოლოგიური ზრუნვა ასა-ს მქონე ბავშვებშიც და სხვა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებშიც (Cermak/ ცერმაკ, 2015). წარმატებული აღმოჩნდა ვიზუალური გრაფიკის სისტემის გამოყენება, რადგან ყოველკვირეულ განმეორებით ვიზიტებზე ასა-ს მქონე ბავშვები ნაკლებ სტრესს განიცდიდნენ (Janet/ ჯანეტ, 2016). ვიზუალური სისტემის გამოყენება სასარგებლოა, ასევე იმ პირთათვის, რომელთაც

აქვთ ნორმალური ინტელექტუალური განვითარება და მეტყველების უნარი(Hartley/ ჰარტლი, 2015).

აუტისტური სპექტრის მქონე პაციენტთა პოპულაციაში მნიშვნელოვანია პირის ღრუს მოვლის ხარისხის გაუმჯობესება, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ფაქტის გამო, რომ ბოლო სტატისტიკური მონაცემების გათვალისწინებით, აუტიზმის მქონე ბავშვების რიცხვი იზრდება. ამერიკის შეერთებულ შტატებში, დაავადებათა კონტროლის და დაავადებათა პრევენციის ცენტრებმა, გამოაქვეყნეს შედეგები, სადაც 68 ბავშვში 1-ია აუტიზმის სპექტრის აშლილობით გამოვლენილი (Russow R/ რუსსოუ, 2014).

აუტიზმის მქონე ბავშვებს ესაჭიროებათ ისეთი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ტერიტორიულად იქნება ხელმისაწვდომი მათთვის, კოორდინირებული, ოჯახზე ორიენტირებული და ეფექტური. აუტიზმის მქონე ბავშვების ზოგიერთი მშობელი აცხადებს უკმაყოფილებას მათი შვილის ექიმის მიმართ და ექიმების მიერ გაწეული მომსახურების შესახებ. ოჯახის წევრების მოსმენისა და მათი საჭიროებების გაცნობის გარდა, ექიმებს უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი ცოდნა აუტიზმის შესახებ. გრძელვადიანი მენეჯმენტის მიზნებია დამოუკიდებელი ფუნქციონირების გაზრდა, საზოგადოების ჩართულობის გაუმჯობესება და ოჯახისა და აღმზრდელის დახმარება. გრძელვადიანი მენეჯმენტის წარმატებული გეგმა მოითხოვს კოორდინაცია გაუწიოს პედაგოგების, თერაპევტების, ექიმების და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების ძალისხმევას (Akhila T, Ditto Sharmin/ ახილა, დიტტო შარმინ, 2015).

Deli/ დელი-ს მონაცემებით (Delli K, Reichart PA/ დელი, რიჩარტ, 2013), არსებობს რამდენიმე მნიშვნელოვანი საფეხური იმისთვის, რომ გაუმჯობესდეს ექიმი-პაციენტის ურთიერთობა და გარემოს შექმნა, რათა მოხდეს ბავშვის ამ გარემოში ადაპტირება: ვიზიტამდე მშობლებთან კონსულტაცია, სახლში მომზადება როგორც ბავშვის, ასევე მშობლების, რათა მოხდეს ვიზიტამდე კლინიკის გაცნობა და კლინიკის მომზადება, პაციენტის საჭიროებების მიხედვით.

ამიტომ, საჭიროა ვიზიტამდე კლინიკის გუნდის ინფორმირება ბავშვის სამედიცინო და ფსიქოლოგიური მდგომარეობის შესახებ, რათა შედგეს ინდივიდუალური და ადაპტირებული სამკურნალო გეგმა, რაც შეამცირებს ფსიქოლოგიურ სტრესს და შიშს (Muraru მურარუ, 2017), ასევე მკურნალობის

დაწყებამდე, სტომატოლოგმა და მისმა გუნდმა, უნდა გაითვალისწინონ სტომატოლოგიური მასალებისა და ნევროლოგიის მიერ დანიშნული პრეპარატების ურთიერთქმედება (Nelson/ ნელსონ, 2015).

ასა-ს მქონე ბავშვებს შესაძლოა არ ჰქონდეთ ადაპტაციის უნარი სტომატოლოგიურ კლინიკასთან და თანამშრომლობის უნარი მის გუნდთან, მიზეზი მათი სოციალური ურთიერთქმედების და კომუნიკაციის სირთულეა. ასევე აგრესიულობის, კრუნჩხვების და მასთან დაკავშირებული სირთულეების გამო მშობლები ერიდებიან ამბულატორიულ მკურნალობას (Friedlander/ ფრიენდლანდერ, 2006) და ამის საუძველზე, ბევრმა ავტორმა გაანალიზა რა ფაქტორები განაპირობებენ პაციენტების არაკომუნიკაბელურობაზე. გამოყვეს სამი მახასიათებელი, რომელიც უნდა იქნას გათვალისწინებული: პაციენტის ასაკი, რაც უფრო დიდია პაციენტი, მით უფრო მეტია მასთან თანამშრომლობის შანსი. პათოლოგიები, მაგ: პაციენტი, ცერებრალური დამბლით, თანამშრომლობის რისკი დაბალია. ასა-ს დიაგნოზი, ამ დიაგნოზის პაციენტები ნაკლებად თანამშრომლობენ, ვიდრე ასპერგერის სინდრომის მქონე პაციენტები (Jacobo Limeres-Posse/ ჯაკობო ლიმერეს პოსესე, 2014).

ვინაიდან, ასა-ს მქონე პაციენტების 65 %, სტომატოლოგთან არ თანამშრომლობს სტომატოლოგიური მკურნალობის პერიოდში, ზოგიერთი ავტორი მიიჩნევს, რომ სასარგებლოა ვიზიტამდე მშობლებთან/მეურვეებთან გასაუბრება, პაციენტის იდენტიფიცირებისა და ქცევის მართვის სტრატეგიების შემუშავების მიზნით. (Hernandez/ ჰერნანდეს, 2011).

ასევე, Organization for autism research/ აუტიზმის კვლევის ორგანიზაცია (2018) მიზანშეწონილად მიიჩნევს სტომატოლოგთან ვიზიტამდე, სახლში, მშობლების დახმარებით მოხდეს ბავშვის მომზადება, რაც გამოიხატება პირის გაღების უნარის ხელშეწყობაში. უნდა მოხდეს, საყვარელი ხილის არომატის კბილის პასტის შერჩევა და საყვარელი მუტფილმის/ფილმის გმირის მიხედვით კბილის ჯაგრისის შერჩევა, რის გამოც ბავშვი უფრო სიამოვნებით და აქტიურად დაიწყებს პირის ღრუს ჰიგიენაზე ზრუნვას. ამის შედეგად მიზანი - ბავშვის მიერ პირის გაღება - მიღწეული იქნება. შემდეგ მოხდეს სტომატოლოგიურ კლინიკაში ვიზიტი, მაგრამ ეს ვიზიტი უნდა იყოს გაცნობითი ხასიათის და არა, მკურნალობის მიზნით ვიზიტი (DeLisle St/ დელისტე, 2018).

მიუხედავად, მშობლებისა და სტომატოლოგიური კლინიკის თანამშრომლების მცდელობისა, პაციენტის შფოთვისა და შიშის გამო, შესაძლოა ვერ მოხერხდეს სამკურნალო პროცედურის ჩატარება, ამიტომ შესაძლოა გახდეს ზოგადი ანესთეზიის გამოყენების საჭიროება, რასაც რეკომენდაციას უწევს ლას-ვეგასის ერთ-ერთ კლინიკა, რომელიც ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ თუ პაციენტი საჭიროებს ხანგრძლივ სტომატოლოგიურ მკურნალობას, უმჯობესია მკურნალობა ჩატარდეს ზოგადი ანესთეზიით (children's dentistry, ბავშვთა სტომატოლოგია).

1.8 აუტიზტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში თანმხლები დაავადებების არსებობა

მიუხედავად იმისა, რომ აუტიზმის ეტიოლოგია ბოლომდე არ არის შესწავლილი არსებობს მოსაზრება იმის შესახებ, რომ მისი გამომწვევი ფაქტორი შესაძლოა იყოს გენეტიკური მიდრეკილება, ასევე შესაძლოა გამოწვეული იყოს კვებითი და გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით, როგორიცაა ინფექციები, იმუნოლოგიური პრობლემები, ენდოკრინული სისტემის დარღვევები, მძიმე მეტალებით ინტოქსიკაცია, ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი, დ ვიტამინის ნაკლებობა და ა.შ. ითვლება, რომ დ ვიტამინი უნარჩუნებს ტვინს ფუნქციონირებას, დნმ-ს ოქსიდაციური სტრესისგან დასაცავად. კვლევებით დადგენილია, რომ ასა-ს მქონე ბავშვების სისხლში დ ვიტამინის შემცველობა ყოველთვის დაბალია. თუმცა დ ვიტამინის როლი ჯერ კიდევ არ არის დადგენილი აუტიზმის ეტიოლოგიაში. დ ვიტამინის უკმარისობა განიხილება არა როგორც აუტიზმის გამომწვევი ფაქტორი, არამედ კვებითი ჩვევებისა და ცხოვრების წესის გამომწვევ ფაქტორად (Meguid, N. A., Hashish, A. F., Anwar, M., & Sidhom, G/ მეგუიდ, ჰაშიშ, ანვარ და სიდჰომ, 2010; Şengenc, E., Kiykim, E., & Saltik, S/ სენგენჩ, კიუკიმ და სალტიკ, 2020). ასა-ს მქონე ბავშვებში, ხშირ შემთხვევაში გვხვდება ისეთი სახის პრობლემები, როგორიცაა ყაზობა. იგი შეიძლება ნაწილობრივ გამოწვეული იყოს ბაქტერიული ტოქსინების მიერ პერისტალტიკის დარღვევით და მისი მკურნალობა დაკავშირებული უნდა იყოს ნაწლავების ფუნქციონირების რეგულირებასთან. აღნიშნულ კონტიგენტში გვხვდება შარდმჟავას დაბალი დონე. არსებობს ძლიერი მტკიცებულება შარდმჟავას ნეიროპროტექტორული როლის შესახებ ოქსიდაციური სტრესის წინააღმდეგ, გამოწვეული პეროქსინიტიტით და

ჰიპოურიკემიით, რომელსაც აქვს ძლიერი კავშირი გაფანტულ სკლეროზთან. ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ასა-ს მქონე პაციენტები საჭიროებენ დამატებით და უფრო ღრმა სამედიცინო კვლევებს. მათი მდგომარეობის გაურკვეველი ეტიოლოგიიდან გამომდინარე, შესაძლოა კიდევ უფრო გაართულოს სიტუაცია ზოგადმა მდგომარეობამ, რაც გამოწვეულია თანმხლები და ქრონიკული დაავადებებით. იგი მოიცავს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ქრონიკულ ანთებას, დისბიოზს, საჭმლის მომნელებელი სისტემის დარღვევას, მალაბსორბციას, არასწორ კვებას, საკვების მოუნელებლობას, ალერგიას, ქრონიკულ, ვირუსულ, სოკოვან და ბაქტერიულ ინფექციებს, თირკმელების ფუნქციის დარღვევას, ენდო და ეგზოტოქსინების დეტოქსიკაციის დარღვევას, ლითონის იონების ტრანსპორტირების დარღვევას. ზემოაღნიშნული მდგომარეობების მკურნალობა მოიცავს დეტოქსიკაციის მექანიზმების გაუმჯობესებას, რასაც მოჰყვება სპეციალური დიეტა და ინდივიდუალურად შერჩეული კვებითი დანამატები, რადგან მათმა ნაკლებობამ შესაძლოა გამოიწვიოს ამ პაციენტების ორგანიზმის ფუნქციონირების დონის და თვითდამოკიდებულების შეცვლა (Cubała-Kucharska M/ კუბალა-კუჩარსკა მ, 2010; (Holtzman/ ჰოლცმან, 2008). ასა-ს მქონე ბავშვებში დიდ სირთულეს წარმოადგენს მიტოქონდრიული დაავადების დიაგნოზი. არსებობს რამდენიმე პარამეტრი, როგორიცაა რძემჟავა და ამიაკი, რომელიც უნდა შემოწმდეს აუტისტი ბავშვების შრატში, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ მათ ჰქონდათ აუხსნელი ეპიზოდები ლებინების, ძილიანობის ან წამლის მიმართ რეზისტენტული ეპილექსიის მსგავსი კრუნჩხვებისა. ეპილექსია ხშირია ასა-ს მქონე ბავშვებში, მაგრამ კავშირი ამ ორ დაავადებას შორის ჯერ კიდევ არ დადგენილა. მნიშვნელოვანია ეპილექსიური შეტევების სიხშირის დადგენა, რათა განისაზღვროს ეპილექსიური კრუნჩხვები და სინდრომები, ეპილექსიის დაწყების ასაკი, გამოყენებული ანტიეპილექსიური საშუალებები და თერაპიული პასუხები ეპილექსიასა და აუტისტურ ქცევებზე, აგრეთვე მოხდეს კორელაციური კავშირის დადგენა ეპილექსიასა და სქესს შორის (Pacheva, I., Ivanov, I., Yordanova, R. Et al/ პაჩევა ი, ივანოვ ი, იორდანოვა რ. 2019).

ზემოთ აღწერილი დაავადებების მკურნალობა ხდება სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატებით და ანტიბიოტიკების საშუალებით. ეს პრეპარატები ამსუბუქებენ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სიმპტომებს და ასევე მოქმედებს კოგნიტურ ფუნქციებზე. მაგალითად, იმუნომოდულატორული ანტიბიოტიკი, როგორიცაა ვანკომიცინი, აღიქმება როგორც უსაფრთხო და ეფექტური საშუალება ხანგრძლივი მკურნალობისას

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პრობლემების მოსაგვარებლად აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში. ასევე გამოიყენება არაშეწოვადი ანტიბიოტიკები, რომლებიც სასარგებლოა ნაწლავური ინფექციების სამკურნალოდ (Whelan J/ ველან ჯ, 2000). ლიტერატურული წყაროების თანახმად, ეპილეფსიის სამკურნალოდ გამოყენებულია ისეთი პრეპარატები როგორიცაა კარბამაზეპინი, ფენობარბიტალი, პრიმიდონი, რაც ჩვენი კვლევის შედეგებშიც აღინიშნა. ურთიერთქმედება ანტიეპილეფსიურ საშუალებებს შორის ან ანტიეპილეფსიურ საშუალებებსა და სხვა პრეპარატებს შორის შეიძლება იყოს ფარმაკოკინეტიკური ან ფარმაკოდინამიკური ხასიათის. ანტიეპილეფსიური პრეპარატების კლინიკურად მნიშვნელოვანი ურთიერთქმედების უმეტესობა გამოწვეულია წამლის მეტაბოლიზმის ინდუქციის ან დათრგუნვით. კარბამაზეპინი, ფენიტოინი, ფენობარბიტალი და პრიმიდონი წარმოადგენენ ციტოქრომ P450-ის და გლუკურონიზირებელი ფერმენტების (ასევე P-გლიკოპროტეინის) ძლიერ ინდუქტორებს და შეუძლიათ შეამცირონ ერთდროულად მიღებული მედიკამენტების ეფექტურობა, როგორიცაა პერორალური ანტიკოაგულანტები, კალციუმის ანტიკოაგულანტები და კალციუმის ანტიმიკოიდული ანტაგონისტები. არაეპილეფსიური პრეპარატების მოხმარებამ შესაძლოა დათრგუნოს ანტიეპილეფსიური პრეპარატების შეწოვა (Zaccara, G., & Perucca, E/ ზაკარა გ, პერუკა ე, 2014). ასა-ს მქონე პაციენტების 25-30 % გვხვდება წამლისადმი რეზისტენტული ეპილეფსი. პირველი თაობის კრუნჩხვის საწინააღმდეგო წამლით (ASD) მკურნალობა ვერ ხერხდება ინდივიდების 30-40%-ში მათი აუტანელი გვერდითი ეფექტების გამო. ბოლო სამი ათწლეულის განმავლობაში კლინიკურ პრაქტიკაში დაინერგა 20 ახალი (მეორე და მესამე) თაობის მოქმედების უნიკალური მექანიზმებითა და ფარმაკოკინეტიკური პროფილით გამოყვანილი პრეპარატები. რამაც ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის გააფართოვა თერაპიული ეფექტი და პრეპარატების არჩევანი, რაც შეესაბამება ასა-ს მქონე პაციენტების ინდივიდუალურ მოთხოვნილებებს. აღნიშნული მედიკამენტები ფოკუსირებული იქნება სხვადასხვა ტიპის კრუნჩხვისათვის (Hakami T/ ჰაკამი ტ. 2021) აღნიშნული მკურნალობა კი თავისთავად მოქმედებს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე, რაც გამოიხატება მედიკამენტების ზემოქმედებით პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე. მათი მოქმედებით იწყება დემინერალიზაციური პროცესები, რაც მომავალში იწვევს კარიესულ პროცესებს კბილის მაგარ ქსოვილზე, ხოლო ლორწოვან გარსზე პაროდონტის დაავადებებს.

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებს ხშირად აქვთ კვების პრობლემები, რაც აისახება პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე. ამიტომ, ადრეულ ეტაპზე სპეციალური განათლების დაწყება ეფექტურია ამ პრობლემების პრევენციისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვები მიმართავენ სტომატოლოგიურ მომსახურებას, ამ ბავშვებისთვის სტომატოლოგიური სერვისის მიღების მაჩვენებელი საგრძნობლად დაბალია და გაწეული სერვისების უმეტესობა კბილის ექსტრაქციაა, რაც მომავალში იწვევს დამატებით გართულებებს და სწორედ ამიტომ იმატებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ტვირთი (Onol, S., & Kırzioğlu, Z/ ონოლ ს, კირზიოდლუ ზ. 2018).

არსებული მონაცემების ანალიზის შედეგად ირკვევა რომ, ასა-ს მქონე პაციენტების პირის ღრუს სტატუსი დღემდე არ არის შეფასებული და გამოკვლეული, ასა-ს მქონე პაციენტებს აქვთ საჭირო სტომატოლოგიურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა, უმეტესობა სტომატოლოგიური სერვისებისა არ არის მათზე მორგებული.

თავი II

2. კვლევის მასალები და მეთოდები

2.1 მეთოდოლოგია, კვლევის დიზაინი

წარმოდგენილი კვლევა შედგება რამდენიმე კომპონენტისგან, პირველი ნაწილი განეკუთვნება აღწერით კვლევას, რომელიც მიზნად ისახავს, აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე (ICD კოდი F84.0 F84.1 F84.5 F84.9), 3 დან 18 წლამდე ასაკის პაციენტებში კარიესის და პაროდონტის დაავადებების (K02, K05) გავრცელების შესწავლას. 3-დან 6 წლამდე ასაკი ითვლება, როგორც სარმევე თანკბილვის ასაკი და ეს პერიოდი საინტერესოა სარმევე თანკბილვის კარიესის ხარისხის დასადგენად, რადგან მოკლე დროში ხდება ცვლილებები დროებით თანკბილვაში. რაც განპირობებულია კბილის ანატომიური თავისებურებებით, გამოხატულად მოკლე არხებით და დიდი პულპური ღრუთი. 7-დან 12 წლამდე შერეული თანკბილვის პერიოდი და ასევე - 12 წელი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულია, როგორც საუკეთესო პერიოდი კარიესული დაავადების გავრცელების შესასწავლად, ვინაიდან ამ პერიოდისთვის ამოსულია ყველა მუდმივი კბილი გარდა მესამე მოლარებისა. 13-დან 18-მდე ასაკის პაციენტების გამოკვლევა მიზანშეწონილია უკვე არსებული მუდმივი თანკბილვის შესასწავლად; 15 წლიდან კი ხდება პაროდონტული დაავადებების შეფასება (WHO, 2013). მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულია ასაკის შესაბამისად, ასა-ს მქონე პაციენტებში შეისწავლება პაროდონტის დაავადებების სიმძიმე.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულია კარიესის ინტენსივობის 5 დონე, ძალიან დაბალი (0-1,1), დაბალი (1,2-2,6), საშუალო (2,7-4,4), მაღალი (4,5-6,5), ძალიან მაღალი (>6,6), რაც გამოითვლება კბა ინდექსის საშუალებით. კბა ინდექსი არის კარიესის ინტენსივობის განმსაზღვრელი ინდექსი, რომელიც გამოითვლება კარიესით დაზიანებული კბილების (კ), კარიესის გამო ამოღებული კბილების (ა), კარიესის გამო დაბჟენილი კბილების (ბ) საერთო რაოდენობით.

ასა-ს მქონე პაციენტთა პირის ღრუს კლინიკური კვლევა წარმოებდა სტომატოლოგიური სარკის და ზონდის საშუალებით, კარიესის გამოვლენის მიზნით. ასევე, დაბჟენილი და ამოღებული კბილების დათვლა და კბა ინდექსის გამოთვლა.

ასევე, ხდებოდა ღრძილის ვიზუალური დათვალიერება და გინგივიტის ხარისხის შეფასება. მოდიფიცირებული ღრძილოვანი ინდექსი შემდეგი შკალით განისაზღვრება: ღრძილოვანი ინდექსი (MGI) 0 ქულა - ნორმალური ღრძილი, ანთების არარსებობა, 1 ქულა - მსუბუქი ანთება ან ფერისა და ტექსტურის უმნიშვნელო ცვლილებება, მაგრამ არა მარგინალური ან პაპილარული ღრძილის ყველა ნაწილში, 2 ქულა - მსუბუქი ანთება, მარგინალური ან პაპილარული ღრძილის ყველა ნაწილში, 3 ქულა - ზომიერი ანთება, შეშუპება ან ჰიპერტროფია ღრძილის მარგინალურ ან პაპილარულ ნაწილში, 4 ქულა - მძიმე ანთება: შეშუპება და/ან ღრძილის მარგინალური ჰიპერტროფია ან სპონტანური სისხლდენა, წყლული.

შემდეგი ინდიკატორი გახლდათ ჰიგიენური ინდექსის გამოთვლა, რა დროსაც ხდებოდა ფრონტალური და საღეჭი კბილებიდან 11, 16, 26, 31, 36, 46 კბილების ლოყისკენა, ენისკენა და ტუჩისკენა ზედაპირზე ნადების შეფასება, ნადები ფარავდა კბილის 1/3-ს, 1/3- ზე მეტს, თუ კბილის გვირგვინის ნახევარს. 0-0,6 ქულა (პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა), 0,7-1,6 ქულა (პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა) 1,7-2,5 (პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა) 2,6> (პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა).

კვლევის შემდეგი ნაწილი მიზნად ისახავს პაციენტთა მშობლის/მეურვის გამოკითხვას კითხვარის საშუალებით. კითხვარი შედგება 46 კითხვისგან, რითიც ხდება პაციენტის დიაგნოზის, ჩივილების და პირის ღრუს ჰიგიენური ჩვევების გამოკითხვა/შესწავლა; ასევე ბავშვის ქცევების და ზოგადი ინტერესების შესწავლა. კითხვარი ასევე მოიცავს კითხვებს ბავშვის კვების და ფიზიკური აქტივობის შესახებ, თანმხლები დაავადებებისა და მედიკამენტების საჭიროების შესახებ, რამაც შესაძლოა გავლენა მოახდინოს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე. ამ კითხვარის საშუალებით ხდება კორელაციის დადგენა, ჰიგიენასა და პირის ღრუს დაავადებებს შორის, დიაგნოზსა და პირის ღრუს დაავადებებს შორის, საკვებსა და კარიესის გავრცელებას შორის. ასევე ივსება ფორმა პაციენტის ეთნიკური და სოციოეკონომიური მდგომარეობის შესახებ. კითხვარის მრავალფეროვნებიდან გამომდინარე კვლევას მეტი ღირებულება შეემატა.

თბილისში რეგისტრირებული აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე 1200 პაციენტიდან მოხდა საკვლევი ჯგუფის ზომის შერჩევა (Sample size), რისთვისაც მინიმუმ 291 პაციენტი უნდა იქნას გამოკვლეული. $n = N \cdot X / (X + N - 1)$

$X = Z\alpha/22 * p(1-p) / MOE^2$, სადაც $Z\alpha/2$ – არის ნორმალური განაწილების კრიტიკული სიდიდე $\alpha/2$ -ზე (როცა სანდოობის დონე 95%-ია, α არის 0.05 და კრიტიკული სიდიდე შეადგენს 1,96-ს); MOE – კი არის ცდომილების ზღვარი, p – შერჩევის პროპორცია, ხოლო N – პოპულაციის ზომა (www.surveymonkey.com).

ჩვენი კვლევის მეთოდოლოგია ითვალისწინებდა ძირითადი ჯგუფის შესწავლას სხვადასხვა ფაქტორების მიხედვით (სქესი, ასაკი და ა.შ.), შესაბამისად შედეგების გაუმჯობესების მიზნით გამოსაკვლევი რესპოდენტების რიცხვი გავზარდეთ 322 ერთეულამდე.

პირის ღრუს დაავადებათა სიხშირე ბოლო ათწლეულების განმავლობაში ყველა კატეგორიის ადამიანისთვის მნიშვნელოვნად გაიზარდა. იმისთვის, რომ გაგვეჩვენა ასას მქონე ჯგუფი რა თავისებურებებით გამოირჩეოდა, დამატებით გამოვკითხეთ ტიპური განვითარების მქონე ბავშვები და მოზარდები დაახლოებით იგივე მახასიათებლის, რაც ჰქონდათ ძირითად საკვლევ ჯგუფს, რომელთა რაოდენობამ ასევე შეადგინა 322 ერთეული. ამ მეთოდმა საშუალება მოგვცა, მკაცრად გაგვემიჯნა ასა-ს მქონე რესპოდენტთა პირის ღრუს დაავადებათა თავისებურებები.

კვლევის შემდეგი ნაწილი გულისხმობდა, თბილისში არსებული სტომატოლოგიური კლინიკების მენეჯერებისა და სტომატოლოგების გამოკითხვას, წინასწარ შედგენილი კითხვარის საშუალებით, რაც მიზნად ისახავდა სტომატოლოგიური სერვისების შესწავლას, აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტთათვის. კოვიდ პანდემიიდან გამომდინარე კითხვარი დაიგზავნა ელექტრონული ფორმით და მისი შევსება მოხდა ელექტრონულად.

2.2 კვლევასთან დაკავშირებული ეთიკური ასპექტები

კვლევაში გამოყენებულ კითხვარს თან ერთვისდა წერილობითი სახის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა, რომელიც ორი ნაწილისგან შედგებოდა: საინფორმაციო ფურცელი (რომელშიც მოწოდებულია ინფორმაცია კვლევის შესახებ) და თანხმობის ფორმა (ხელმოწერისთვის) რომელსაც ადგილზე ეცნობოდა და ხელს აწერდა ბავშვის მშობელი/მეურვე.

იხილეთ ქვემოთ მოყვანილი დოკუმენტი, რომელიც წარმოადგენს ჩატარებულ კვლევაში მონაწილე მშობელთა/მეურვეთა წერილობითი სახის ინფორმირებულ თანხმობის ფორმას (იხ.დანართი I).

კვლევაში გამოყენებული კითხვარის მეშვეობით მიღებული პირადი ინფორმაციის და ინდივიდთა პირის ღრუს მდგომარეობის სტატისტიკური დამუშავებისას და შედეგების გამოქვეყნებისას, დაცული იყო საკვლევი ინდივიდების კონფიდენციალურობა, რაც მიღწეულ იქნა ანკეტირებისას რესპოდენტებისათვის მინიჭებული კოდების გამოყენებით, ნაცვლად მათი სახელებისა და გვარებისა. ამგვარად, დაცული იქნა, როგორც საკვლევი სუბიექტების კონფიდენციალურობა, მათი დიგნოზის, ასევე მათი ჰიგიენური ნორმების, ეროვნების თუ სოციოდემოგრაფიული მონაცემების შესახებ მიღებული ინფორმაცია.

მკაცრი ეთიკური ნორმების დაცვით განხორციელდა სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერებისა და სტომატოლოგების გამოკითხვა. კვლევის მიმდინარეობისას ჯერ გამოვკითხეთ სტომატოლოგები და შემდგომ მათი მენეჯერები, რათა მინიმუმამდე შემცირებულიყო „ხელმძღვანელთა მოსაზრებების“ გავლენა თანამშრომლებზე.

2.3 საკვლევი ჯგუფის ზომის შერჩევის მეთოდები

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, თბილისში, შეირჩა აუტიზმის სპექტრის დარღვევის მქონე ბავშვთა აბილიტაციის პროგრამაში ჩართული რამდენიმე ცენტრი: სსიპ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი - „ბავშვის განვითარების ინსტიტუტი“, რეგისტრირებული კავშირი „საქართველოს ბავშვები“, შპს „მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრი“, ა(ა)იპ „პირველი ნაბიჯი საქართველო“, ნეიროგანვითარების ცენტრი, თბილისის პარასპორტის განვითარების ცენტრი, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი და „სანნი ქიდს“, სტომატოლოგიური კლინიკა“ რეავიტა იუჯი დენტი“, სადაც ხდებოდა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვების გამოკვლევა, მშობლების/მეურვეების გამოკითხვა. შერჩეულნი იყვნენ 3-დან 18 წლამდე ასაკის რესპოდენტები, როგორც მდედრობითი, ისე მამრობითი სქესის წარმომადგენლები. საკვლევი ჯგუფის შერჩევის ზომა (Sample size) არის მინიმუმ 291 ასა-ს მქონე

პედიატრიული ინდივიდი თბილისის მასშტაბით. $n = N \cdot X / (X + N - 1)$, $X = Z_{\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p) / MOE^2$, სადაც $Z_{\alpha/2}$ – არის ნორმალური განაწილების კრიტიკული სიდიდე $\alpha/2$ -ზე (როცა სანდობის დონე 95%-ია, α არის 0.05 და კრიტიკული სიდიდე შეადგენს 1,96-ს); MOE – კი არის ცდომილების ზღვარი, p – შერჩევის პროპორცია, ხოლო N – პოპულაციის ზომა (www.surveymonkey.com).

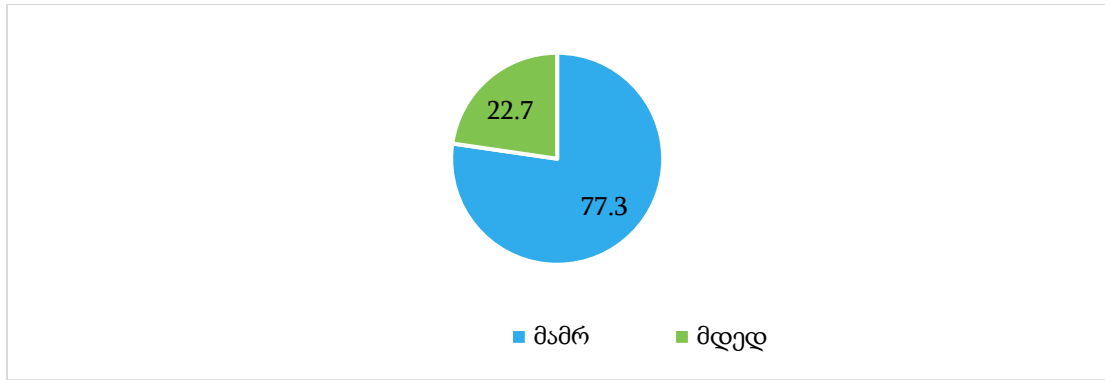
კვლევაში ჩართულობის კრიტერიუმად ითვლებოდნენ ბავშვები, რომელთა საცხოვრებელი ადგილი იყო თბილისი და მათი ასაკი განისაზღვრებოდა 3-დან 18 წლამდე და მათი მშობლების/მეურვეების მიერ უნდა მომხდარიყო ინფორმირებული თანხმობის გაცემა წერილობითი ფორმით.

კვლევაში არ ხდებოდა იმ ბავშვების ჩართვა, ვისი მშობელიც არ იმყოფებოდა ცენტრში, შესაბამისად ვერ ხდებოდა ინფორმირებულ თანხმობაზე ხელმოწერა ან/და კითხვარის საშუალებით ინფორმაციის მიღება; ასევე კვლევას ეთიშებოდა ისეთი ბავშვი, რომელიც არ იძლეოდა პირის ღრუს დათვალიერების საშუალებას; ან/და ბავშვი უარს ამბობდა პირის გაღებაზე და კლინიკურ დათვალიერებაზე. თუმცა ეს ფაქტორიც მინიმუმამდე იქნა შემცირებული საკვლევ დაწესებულებაში ვიზიტების რაოდენობის გაზრდის ხარჯზე.

2.4 საკვლევი ჯგუფის დახასიათება

კვლევის მიზნიდან და მეთოდოლოგიიდან გამომდინარე კვლევაში ჩაერთო 322 პაციენტი. რომელთა იურიდიულ საცხოვრებელ ადგილად განისაზღვრებოდა თბილისი. ასაკი შეესაბამებოდა 3-18 წელს. კვლევაში ჩართული ინდივიდებიდან 249 (77,3 %) გახლდათ მამრობითი სქესის, ხოლო 73 (22,7 %) მდედრობითი სქესის (დიაგრამა 1).

დიაგრამა 1. რესპოდენტთა განაწილება სქესის მიხედვით



3-6 წლამდე ასაკის რესპოდენტი გახლდათ 149, 7-12 წლამდე-129, ხოლო 13-18 წლამდე ასაკის 44 რესპოდენტი იქნა კვლევაში ჩართული (ცხრილი 2).

ცხრილი 2. რესპოდენტთა რაოდენობრივი გადანაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

ასაკი	რესპოდენტთა რაოდენობა
3-6 წწ	149
7-12 წწ	129
13-18 წწ	44
სულ	322

გამოსაკვლევი რესპოდენტები სამკურნალო დაწესებულებების მიხედვით შემდეგნაირად გადანაწილდა (ცხრილი 3):

ცხრილი 3: სამკურნალო დაწესებულება

სამკურნალო დაწესებულება	რესპოდენტთა რაოდენობა
"საქართველოს ბავშვები"	39
UG Dent	6
თბილისი სახლი	3
სანნი ქიდას	13
ნეიროგანვითარების ცენტრი	6
ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი	49
ბავშვის განვითარების ინსტიტუტი	53
მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრი	54

პირველი ნაბიჯი	88
თბილისის პარასპორტის განვითარების ცენტრი	11
სულ	322

2.5 კვლევის მეთოდები და ინსტრუმენტი

შესაგროვებელი მონაცემები და შეგროვების პროცესი, კლინიკური კვლევა:

კლინიკური კვლევა დაიწყო 2020 წლის სექტემბერში, თუმცა კოვიდ პანდემიის დროს მიღებული შეზღუდვებისა და ლოქდაუნის გამო მოხდა ფსიქოლოგიის ცენტრების ონლაინ სწავლებაზე გადასვლა, ასევე სტომატოლოგიურ კლინიკებში გამკაცრდა კოვიდ რეგულაციები, რა დროსაც კლინიკაში შესვლა შეეძლო მხოლოდ პაციენტს და შშმ პირის მეურვეს. შესაბამისად ცენტრებიდან და კლინიკებიდან კვლევამ გადაინაცვლა ონლაინ რეჟიმში. ამ პერიოდში ჩატარდა სტომატოლოგების და სტომატოლოგიური კლინიკების მენეჯერების გამოკითხვა. 2021 წლის თებერვლიდან განახლდა კვლევა, რადგანაც ცენტრებმა დაიწყეს ბენეფიციარების ადგილზე სწავლება, ამიტომაც კვლევა გახდა სრულყოფილი და ხდებოდა ინფორმაციის სრულყოფილი მოძიება.

პაციენტების კვლევის ძირითად ინსტრუმენტს წარმოადგენდა კლინიკური დათვალიერება როგორც ასა-ს მქონე პაციენტების, ისე ტიპური განვითარების ინდივიდების (იხ.დანართი 5) კარიესის და პაროდონტის დაავადებების შესწავლის და მათი სიმძიმის შეფასების მიზნით. ხოლო დამატებით ინსტრუმენტს წარმოადგენდა ბიოეთიკის მიერ დამტკიცებული 46 შეკითხვისგან შედგენილი კითხვარი, რაც ითვალისწინებდა ბავშვის შესახებ ზოგად ინფორმაციას, სენსორულ, ვიზუალურ, აუდიტორულ ინფორმაციას, მისი დიაგნოზის და დიაგნოზის დასმის დროის, მისი საყვარელი სათამაშოების და კერძების შესახებ ინფორმაციას, სახლის რუტინული პირის ღრუს ჰიგიენის შესახებ, პროფილაქტიკური სტომატოლოგიური ვიზიტების, სტომატოლოგიური მკურნალობის და მკურნალობის პერიოდში ძირითად მეთოდად გამოყენებულ მდიდგომებზე შესახებ ინფორმაციას.

სტომატოლოგიური სერვისების ადაპტაციის შესწავლის მიზნით გამოყენებულ იქნა კითხვარი სტომატოლოგებისთვის, რომელიც შედგებოდა 13 შეკითხვისგან. ინფორმაციის მიღება ხდებოდა მათი სტაჟის, მიღებული ასა-ს მქონე პაციენტების რაოდენობის, მათთან მკურნალობისას სირთულეების, გაიდლაინების და კლინიკაში ფსიქოლოგის არსებობის აუცილებლობის შესახებ (იხ.დანართი II).

შემდეგი ინსტრუმენტი იყო ასევე კითხვარი სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერებისთვის, საიდანაც ხდებოდა ინფორმაციის შეგროვება ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის კლინიკების ადაპტირების, სტომატოლოგების მზაობის და მათი მხრიდან სტომატოლოგებისთვის ხელშეწყობის, ასა-ს მქონე პაციენტების სადაზღვევო სისტემით სარგებლობის შესახებ (იხ. დანართი III).

ტიპური განვითარების პაციენტთა პირის ღრუს კლინიკური კვლევა წარმოებდა ბაღებსა და ბაგა-ბაღებში არსებულ ექთნის კაბინეტში დღის შუქზე და კარგი შიდა განათების პირობებში, ასევე საჯარო და კერძო სკოლების ექთნის კაბინეტში, დაწესებულების შერჩევა დამოკიდებული იყო პაციენტის ასაკზე. 3-6 წლამდე საკვლევი კონტიგენტის შეცევა მოხდა ბაღებსა და ბაგა-ბაღებში, ხოლო 6დან 18 წლამდე პირების შერჩევა სკოლებში. გამოკითხვის ხელოვნული წანაცვლების შესამცირებლად ჯგუფებში ბავშვთა/მოზარდთა შერჩევა მიმდინარეობდა სისტემური შერჩევის მეთოდის გამოყენებით.

ასა-ს მქონე პაციენტთა პირის ღრუს კლინიკური კვლევა წარმოებდა ფსიქოლოგიურ ცენტრებში გამოყოფილ სპეციალურ კაბინეტში. პირის ღრუს კლინიკური დათვალიერებისას გამოიყენებოდა ერთჯერადი ხალათი, ერთჯერადი სტერილური ხელთათმანები, KN 95 რესპირატორი, სტომატოლოგიური ზონდი და სარკე, კარიესის გამოვლენის მიზნით. ასევე, დაბჟენილი და ამოღებული კბილების დათვლა და კბა ინდექსის გამოთვლა. ასევე, ხდებოდა ღრძილის ვიზუალური დათვალიერება და გინგივიტის ხარისხის შეფასება. მოდიფიცირებული ღრძილოვანი ინდექსი შემდეგი შკალით განისაზღვრება: ღრძილოვანი ინდექსი (MGI) 0 ქულა - ნორმალური ღრძილი, ანთების არარსებობა, 1 ქულა - მსუბუქი ანთება ან ფერისა და ტექსტურის უმნიშვნელო ცვლილებება, მაგრამ არა მარგინალური ან პაპილარული ღრძილის ყველა ნაწილში, 2 ქულა - მსუბუქი ანთება, მარგინალური ან პაპილარული ღრძილის ყველა ნაწილში, 3 ქულა - ზომიერი ანთება, შემუპება ან ჰიპერტროფია

ღრძილის მარგინალურ ან პაპილარულ ნაწილში, 4 ქულა - მძიმე ანთება: შეშუპება და/ან ღრძილის მარგინალური ჰიპერტროფია ან სპონტანური სისხლდენა, წყლული.

შემდეგი ინდიკატორი გახლდათ ჰიგიენური ინდექსის გამოთვლა, რა დროსაც ხდებოდა ფრონტალური და საღეჭი კბილებიდან 11, 16, 26, 31, 36, 46 კბილების ლოყისკენა, ენისკენა და ტუჩისკენა ზედაპირზე ნადების შეფასება, ნადები ფარავდა კბილის 1/3-ს, 1/3- ზე მეტს, თუ კბილის გვირგვინის ნახევარს. 0-0,6 ბალი (პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა), 0,7-1,6 ბალი (პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა) 1,7-2,5 (პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა) 2,6> (პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა).

კვლევის ანალიტიკური კომპონენტისთვის კვლევის ინსტრუმენტს წარმოადგენდა წინასწარ შედგენილი 46 შეკითხვის მქონე კითხვარი, რომლის მეშვეობით მოხდა კარიესის გამომწვევი ბიოლოგიური და სოციალური ფაქტორების გამოვლენა. აღნიშნული კითხვარი დამტკიცებულ იქნა ბიოეთიკის საბჭოს მიერ და იგი სრულიად აკმაყოფილებდა კვლევის ეთიკურ ასპექტებს. გამოყენებულ კითხვარში შეტანილი იყო ისეთი ბიოლოგიური და სოციალური ფაქტორები, როგორიც არის: რეკრუტირებულ ბავშვთა ასაკი; სქესი; ეროვნება; დემოგრაფიული მონაცემები; სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა; თანმხლები დაავადებების არსებობა; მედიკამენტების საჭიროება; კვების რაციონი და მისი მრავალფეროვნება; მავნე ჩვევები, დიაგნოზის დასმის დრო, სენსორული პრობლემები, ექიმთან ქცევის თავისებურებები, პირის ღრუს ჰიგიენური ჩვევების თავისებურებები; გამოყენებული კბილის პასტის ტიპი და გამოყენების სიხშირე; გამოყენებული კბილის ჯაგრისის ტიპის დადგენა, კარიესით დაზიანებულ კბილთა საშუალო რაოდენობა; ამოღებული და დაბჟენილი კბილების რაოდენობა; სტომატოლოგიური ვიზიტები და მკურნალობის მეთოდები. აღნიშნული კითხვარის შევსება ობიექტური მიზეზების გამო არ შეეძლოთ უშუალოდ რესპოდენტებს, ამიტომ კითხვარს ავსებდნენ ბავშვთა/მოზარდთა მშობელი და /ან მეურვე.

2.6 ცვლადები, მონაცემთა ელექტრონული ბაზის სტრუქტურა:

გამოკითხვის შედეგები დამუშავდა სტატისტიკური პაკეტის, SPSS-ის საშუალებით. როგორც კითხვარის შევსების, ასევე კომპიუტერში მონაცემთა დამუშავების საწყის ეტაპზე განხორციელდა ცვლადების არითმეტიკული და

ლოგიკური კონტროლი. სტატისტიკური მეთოდებიდან გამოყენებული იქნა როგორც აღწერითი, ისე დასკვნითი სტატისტიკის ელემენტები:

სახელდებითი ცვლადებისთვის გამოყენებულ იქნა აღწერილობითი სტატისტიკის მეთოდები. შესაბამისობის კრიტერიუმში X^2 (Pearson Chi-Square) გამოიყენება ბივარიაციული ანალიზისას სიხშირეების ფარდობითი მაჩვენებლების განაწილების შესადარებლად, საჭიროების შემთხვევაში მისი მოდიფიცირებული ვარიანტი ფიშერის ზუსტი ტესტი (Fisher's Exact Test). დამოუკიდებელ რიცხვითი (განგრძობითი და დისკრეტული) ცვლადებს შორის ასოციაცია განისაზღვრა სტუდენტის t ტესტით (Student's t -test).

დიქტომურ ცვლადებს შორის ასოციაციის სიმძლავრის შეფასებისათვის გამოყენებული იქნა შანსის შეფარდება (Odds Ratio [OR]) 95%-იანი სარწმუნოობის ინტერვალით (95% Confidence Interval [CI]). საჭიროების შემთხვევაში, ე.წ. „შერევის ფაქტორების“ (Confounding) გამორიცხვის მიზნით გამოყენებულ იქნა Mantel-Haenszel-ის სტრატეგიკაციული ანალიზი. დამაჯერებლობის დონე (p მნიშვნელობა, წინასწარ დაშვებული ცდომილების ალბათობის დონე) - თუ $p < 0.05$, მაშინ ნულოვანი ჰიპოთეზა არასწორია და უნდა მივიღოთ ალტერნატიული (ძირითადი) ჰიპოთეზა. შესაბამისად გამოვითვალეთ p მნიშვნელობა თითოეული რისკ-ფაქტორის მიმართ. ნულოვანი ჰიპოთეზის მართებულობის ალბათობა (p) < 0.05 -ზე მიჩნეულ იქნა როგორც სტატისტიკურად სარწმუნო. მონაცემთა დამუშავების ეტაპზე გამოიყო და დაჯგუფდა ცვლადების ერთობლიობა, რომელიც ერთიანად მოქმედებდა პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე. ფაქტორული ანალიზის მიხედვით კბა, ჰიგიენური ინდექსი, MGI ინდექსი და ნადების არსებობა ერთ ფაქტორად გაერთიანდა სადაც კორელაციის კოეფიციენტმა 0,5 ზე მეტი შეადგინა.

კვლევის დასრულების შემდეგ ძირითადი შედეგების მეორადი ანალიზი/შედარება განხორციელდა სტომატოლოგიურ კლინიკებში არსებულ ჩანაწერებთან მიმართებაში. შედეგების შედარებისას ძირითადი მაჩვენებლები ერთმანეთთან ახლოს მდებარეობდა. კბა კოეფიციენტზე სხვადასხვა მოქმედი ფაქტორების შესაფასებლად ჩავატარეთ ლოჯისტიკური რეგრესიული ანალიზი. მისი საშუალებით რაოდენობრივად შევაფასეთ, თუ როგორ შეიცვლება კბა მაჩვენებელი მავნე ჩვევებისა თუ ფაქტორების ზეგავლენით.

ძირითადი კვლევის დაწყებამდე რამოდენიმე თვით ადრე საბჭოს მიერ დამტკიცებული კითხვარების აპრობაცია/ტესტირება ჩატარდა როგორც ჯანმრთელი, ასევე ასა-ს მქონე რესპოდენტებზე. როგორც წინასწარი, ასევე საბოლოოდ მიღებული შედეგები შეფასდა კრომბახერ ალფას გამოყენებით. მიღებულმა ჯამურმა და თითოეული კომპონენტის მაჩვენებელმა შეადგინა 0,7 ზე მაღალი ნიშნული. რაც საშუალებას გვაძლევს რომ ანალიზის შედეგად მიღებული აღწერითი და დასკვნითი სტატისტიკის მაჩვენებლები ჩავთვალოთ სანდოდ და ვალიდურად და გამოვიყენოთ როგორც განზოგადებისთვის, ასევე დასკვნებისა და რეკომენდაციების ჩამოსაყალიბებლად. საერთო ჯამში ჩატარდა სიხშირული, ბივარიაციული, საშუალოთა, T ტესტი, კორელაციური, რეგრესიული და ფაქტორული ანალიზი.

მონაცემთა ბაზის სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21-ე ვერსიის საშუალებით (SPSS Inc, Chicago, Illinois). ნაშრომში გამოყენებული დიაგრამების საბოლოო სახით ფორმატირება მოხდა MS Excel -ის მხარდაჭერით.

III თავი

კვლევით მიღებული შედეგები

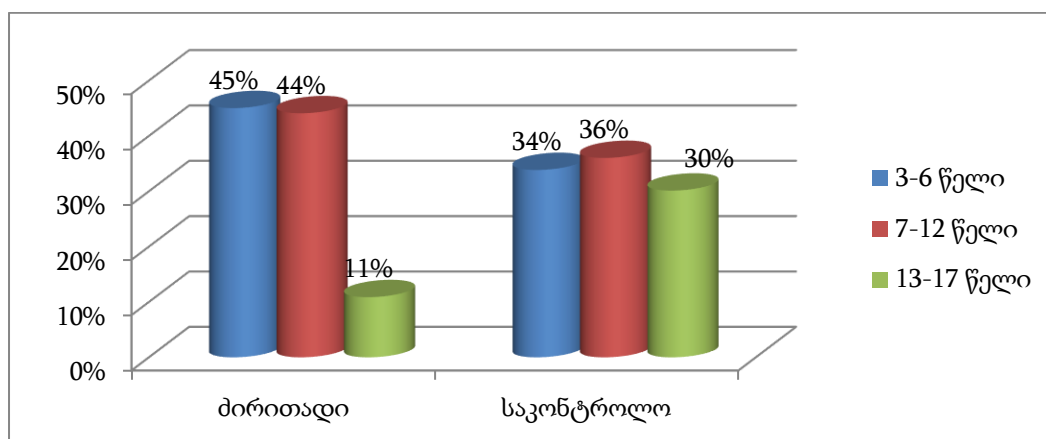
3.1 დემოგრაფიული მონაცემების აღწერილობითი სტატისტიკა

კვლევის მეთოდოლოგიის მიხედვით, კვლევაში ჩართული იყო 322 ასა-ს მქონე პაციენტი, 322 ტიპური განვითარების ინდივიდი, 170 ბავშვთა სტომატოლოგი და 53 სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერი. ასა-ს მქონე პაციენტთაგან 249 გახლდათ მამრობითი სქესის, ხოლო 73 მდედრობითი სქესის. საკვლევი კონტიგენტი დაყოფილი იყო სამ ასაკობრივ ჯგუფად: 3-6, 7-12, 13-18 წლის ასაკის რესპოდენტებად. ასაკობრივი დაყოფა თავისმხრივ თანკბილვის თავისებურებით იყო განპირობებული, სარმევე, შერეული და მუდმივი თანკბილვის პერიოდით. კვლევაში ჩართული იყო სხვადასხვა ეროვნების პაციენტები. საკვლევი კონტიგენტიდან მხოლოდ 6 გამოკვლეული იყო ეროვნებით სომეხი, 1-პოლონელი, 1- ქურთი და დანარჩენი

ქართველი. შესაბამისად ეროვნების მიხედვით მცირე სიხშირის გამო შედეგების აღნიშნული ჭრილის მიხედვით დახასიათება/განზოგადება არ განხორციელდა.

კვლევაში ასევე მიიღო მონაწილეობა 322 ტიპური განვითარების რესპოდენტმა. მთელი გამოკითხულების დაახლოებით ერთ მესამედს შეადგენდნენ გოგონები და 2/3 ს ბიჭები. ძირითადი ჯგუფის მთელი გამოკვლეულის 45 % შეადგინა 3 დან 6 წლამდე ასაკის პაციენტებმა, 7-12 წლამდე შეადგინა 44 %, ხოლო 13 დან 18 წლამდე-11 %. საკონტროლო ჯგუფის 3-6 წლამდე ასაკის რესპოდენტი გახლდათ 34 %, 7-12 წლამდე ასაკის 36 %, ხოლო 13-18 წლამდე ასაკის 30 % (დიაგრამა 2).

დიაგრამა 2. ასაკობრივი განაწილება ასა და საკონტროლო ჯგუფებში

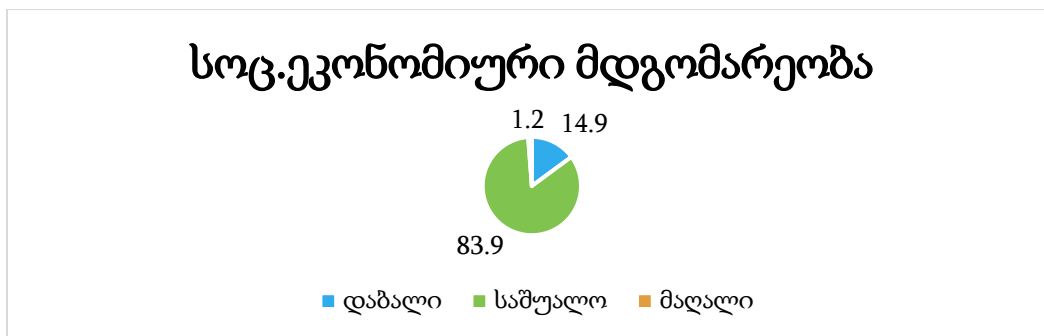


კვლევაში ჩართული 170 ბავშვთა სტომატოლოგიდან 93.6 % გახლდათ მდედრობითი სქესის და 6.4 % მამრობითი სქესის წარმომადგენელი.

კვლევაში მონაწილე 53 სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერიდან 77.4 % იყო მდედრობითი სქესის და 22.6 % მამრობითი სქესის წარმომადგენელი.

ჩვენი მოსაზრებით შესასწავლი ჯგუფების პირის ღრუს მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს იმ ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, სადაც ბავშვს უწევს ცხოვრება. ასა-ს მქონე პაციენტთა კონტიგენტი სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობის მიხედვით შემდეგნაირად დაიყო: მაღალი- 1.2 %, საშუალო-83.9 %, დაბალი- 14.9 % (დიაგრამა 3).

დიაგრამა 3. სოციო-ეკონომიური სტატუსი



ხოლო საკონტროლო ჯგუფის სოციო-ეკონომიური სტატუსი შემდეგნაირად განაწილდა: დაბალი-9.6 %, საშუალო-84.5 % და მაღალი სოციალურ სტატუსის მქონე პაციენტი გახლდათ მხოლოდ -1.2 %.

3.2 კარიესის და პაროდონტის დაავადებების გავრცელების მაჩვენებლები ასა-ს მქონე და საკონტროლო ჯგუფის კონტიგენტში

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული კვლევა ჩატარდა 3-18 წლამდე ასაკის პაციენტებში, კვლევისთვის გამოყენებული იქნა სტომატოლოგიური სარკე და ზონდი. შეფასდა კარიესის, ამოღებული და დაბუქნილი კბილების რაოდენობა და მდგომარეობა. ზონდის საშუალებით მოხდა კარიესის გამოვლენა, ხოლო კბილის ზედაპირზე კბილის ნადების გამოვლენით შეფასდა პირის ღრუს ჰიგიენის ინდექსი, რა დროსაც მოხდა 11, 16, 26, 31, 36, 46 კბილების ლოყისკენა, ენისკენა და ტუჩისკენა ზედაპირზე ნადების შეფასება. ასევე შეფასდა მოდიფიცირებული ღრმილოვანი ინდექსი, კბილის ზედაპირზე ნადების, ღრმილებიდან სისხლდენის და ღრმილის ფერის ცვლილების მიხედვით.

ძირითადი საკვლევი კონტიგენტის პირის ღრუს დათვალიერების შედეგად მათი პირის ღრუს მდგომარეობა შემდეგნაირად შეფასდა: კარიესი 583 კბილი, დაბუქნილი 75, ამოღებული 254 კბილი. როგორც გამოვლინდა, ამოღებული კბილები სჭარბობს დაბუქნილ კბილებს, რაც იმას ამტკიცებს რომ არ ხდება გაიდლაინებით მკურნალობა, რადგან 6-7 წლის ასაკში ამოღებულია ის საღეჭი კბილები, რომლებიც ამ ასაკში უნდა იქნას დაბუქნილი და არა ამოღებული, მაგრამ რადგანაც მკურნალობის ძირითად მიდგომად გამოყენებულია ნარკოზი, ნარკოზის ქვეშ მკურნალობის/ დაბუქნის ნაცვლად ხდება ადრეული ექსტრაქცია. თუმცა შეიძლება არსებობდეს ფაქტორები,

რომლებიც „აიძულებს“ სტომატოლოგს თუ ბავშვის მეურვეს, მიმართოს ექსტრაქციას, დაბჟენის ნაცვლად. ამ ფაქტების არსებობა დადასტურებულია ქვედა ანალიზში ანალიზის პროცესში.

კბა ინდექსის გამოთვლით გამოვლინდა მისი მაღალი მაჩვენებელი კბა = 5.01, რაც ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით შემდეგნაირად განაწილდა (ცხრილი 4):

ცხრილი 4. კბა ინდექსი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

3-6 წწ	4.5 (საშუალო)
7-12 წწ	5.4 (მაღალი)
13-18 წწ	5.5 (მაღალი)

ცხრილში თვალნათლივ ჩანს, რომ 3-6 წლის ასაკის ბავშვებში კბა ინდექსი საშუალოა, ხოლო მოზრდილ ასაკში უფრო მაღალი მაჩვენებელია. როგორც ანალიზი გვიჩვენებს, ასაკსა და კბა ინდექსს შორის უნდა იყოს დამოკიდებულება, რომელსაც უფრო ქვემოთ კორელაციური ანალიზის მიხედვით შევამოწმებთ.

მთლიანად, გამოკვლეულ კონტიგენტში კარიესი გამოვლინდა 65 %-ში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ასე გადანაწილდა: 3-6 წწ- 43 %, 7-12 წწ - 67 %, 13-18 წწ - 64 %. საკონტროლო ჯგუფის კბა ინდექსმა შეადგინა 3.1, ხოლო კარიესის გავრცელება გამოვლინდა 33 %-ში.

სტომატოლოგიური ზონდის საშუალებით გამოვლინდა კარიესული დაზიანებები. ასა-ს მქონე პაციენტებში 1-3 კბილამდე კარიესით დაზიანებული იყო 10.9 %-ში, 4-6 კბილამდე კარიესი გამოვლინდა 19.3 %-ში, 7 და მეტი კბილი იქნა კარიესით დაზიანებული 19 % შემთხვევაში. საკონტროლო ჯგუფის კონტიგენტის კარიესით დაზიანებული კბილების რაოდენობა შემდეგნაირად განაწილდა: 1-3 კბილი გამოვლინდა 30.1 %-ში, 4-6 კარიესული კბილი 12.1 %-ში, 7 და მეტი კბილი 3.4 %-ში. როგორც შედეგები გვიჩვენებს, ასა-ს მქონე პაციენტებში კარიესის მცირე რაოდენობით გამოვლენა უფრო იშვიათად გვხვდება, რაც მიუთითებს რომელიმე ფაქტორის

ზემოქმედებაზე, რომელიც ლოკალურად კი არა, არამედ ერთიანად აზიანებს კბილის ჯანმრთელ მდგომარეობას.

კვლევის პროცესში, ობსერვაციული მეთოდით გამოვლინდა პირის ღრუს ჰიგიენის მაჩვენებელი (OHI ინდექსი) და შეფასდა მოდიფიცირებული ღრძილოვანი ინდექსი. პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა ჰქონდა 162 (50,31 %) ძირითადი ჯგუფის რეკრუტირებულ პაციენტს, დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა გამოვლინდა 49(15,22 %) პაციენტში, არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა 66 (20,5 %) ბავშვში, ხოლო პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა 45 (13,98 %) ბავშვს გამოუვლინდა. OHI ინდექსი საკონტროლო ჯგუფში: პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა - 47 % პაციენტი, პირის ღრუს დამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა - 15 %, ხოლო პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენა 0.9 %-ში გამოვლინდა.

მოდიფიცირებული ღრძილოვანი ინდექსი გამოვლინდა მხოლოდ 35 (10,87 %) პაციენტში, 0 ქულა ანუ ნორმალური ღრძილი დაფიქსირდა 200 (62,11%) პაციენტში, 1 ქულა-მსუბუქი ანთება, ფერის ცვლილება, არ აღინიშნება სისხლდენა 35 (10,87%) პაციენტში, 2 ქულა-მსუბუქი ანთება, მარგინალური ან პაპილარული ღრძილის ყველა ნაწილში გამოვლინდა 20 პაციენტში (6,21 %), 3 ქულა- ზომიერი ანთება, შეშუპება ან ჰიპერტროფია - 6 პაციენტში (1,8 %), ხოლო 4 ქულა - მძიმე ანთება: შეშუპება და/ან ღრძილის მარგინალური ჰიპერტროფია ან სპონტანური სისხლდენა გამოვლინდა 2 პაციენტში (0,62 %). საკონტროლო ჯგუფში- 0 ქულა - 311, 1 ქულა - 9, 2 ქულა - 0 , 3 ქულა - 2 პაციენტს გამოუვლინდა.

3.3 საკვლევ ჯგუფში გამოვლენილი თანმხლები დაავადებები

კითხვარის, როგორც კვლევის დამხმარე ინსტრუმენტის გამოყენებით, ჩატარდა რესპოდენტთა მშობელთა/მეურვეთა ღრმა ინტერვიუ. რის შედეგადაც მოხდა რეკრუტირებულ ბავშვთა თანმხლები დაავადებების შესახებ ინფორმაციის მოპოვება. სრული საკვლევი ჯგუფის რესპოდენტთა 11.8%-ს (67 შემთხვევა) აღენიშნებოდა სხვადასხვა ქრონიკული დაავადება ან მდგომარეობა, მათ შორის ალერგიული რეაქცია 17.7 % შემთხვევაში გამოვლინდა. აღსანიშნავია, რომ ალერგიული ფონის მქონე პირთაგან 7.9 % შემთხვევაში სხვადასხვა სახის საკვებისმიერი ალერგია გამოვლინდა, სხვა შემთხვევებში (6.7 %) ადგილი ჰქონდა მცენარეების მიმართ და 3 % შემთხვევაში

მედიკამენტოზურ ალერგიას. თანმხლები დაავადებებიდან გამოვლინდა გულყრები, ეპილექსიური შეტევები, ფსიქიური აშლილობა, ჰიპოკალცემია, ჰემანგიომა, ჰიპოთირეოზი, გულის სარქველის ნაკლოვანება, გონებრივი ჩამორჩენა, რინიტი. კბილების დაზიანებაზე მნიშვნელოვან ფაქტორად გამოვლინდა თანმხლები დაავადებების არსებობა. გამოვლენილი თანმხლები დაავადებებიდან, განსხვავებულია დაავადებების სახეები, თუმცა ასა-ს მქონე ბავშვებში თანმხლები დაავადების არსებობისას საშუალო კბა 6,0 ტოლი იყო, არარსებობისას - 4,5. იგივე მაჩვენებელმა საკონტროლო ჯგუფში შეადგინა 3,5 და 1,8. რაც ნიშნავს, რომ ასას პაციენტებში დაავადებების არსებობა დამატებითი ხელშემწყობი ფაქტორია კბილის დაზიანების კოეფიციენტის გასაზრდელად. ასა-ს მქონე ბავშვებს, რომლებსაც ჰქონდათ თანმხლები დაავადებები, კბა ჰქონდა გამოკითხულთა 87,7 %, ხოლო ვისაც არა 61.5 %. $\chi^2=17.5$ და $P=0.001$, რაც ნიშნავს, რომ სტატისტიკურად არსებობს კავშირი თანმხლებ დაავადებასა და კბილების დაზიანებას შორის. $P=0.001$ და $Cramers=0.165$, რაც ნიშნავს, რომ თანმხლებ დაავადებასა და კბილების დაავადებას შორის არის დაბალი, მაგრამ სანდო დადებითი კორელაცია. თანმხლები დაავადების შემთხვევაში კბილების დაზიანების შანსი არის 3,13, ხოლო არარსებობის შემთხვევაში 0,7, $OR=4.46$. ანუ, თანმხლები დაავადების რისკის ფაქტორი არის მნიშვნელოვანი. Mantel-Haenszel-ის ტესტით განისაზღვრა ორმხრივი სანდოობის ინტერვალი, რამაც 95% შეადგინა ($OR=4.46$; 95% CI 2.1-9.5); თანმხლები დაავადებების გავლენა პირის ღრუს პათოლოგიების განვითარების რისკებთან მიმართებაში შეფასდა მენტელ-ჰენსელის სტრატეგიკაციული ანალიზით. მიღებული მონაცემებით, პირის ღრუს პათოლოგიების განვითარების რისკი 4,4 -ჯერ უფრო მაღალია სუბიექტებში, რომლებმაც აღენიშნებათ რაიმე ქრონიკული ან თანმხლები დაავადებები, მათთან შედარებით, ვინც პრაქტიკულად ჯანმრთელი იყო, ყოველგვარი ქრონიკული და თანმხლები დაავადებების გარეშე ($OR_{MH}=4,4$; 95% CI $OR_{MH}=2.0-9.5$).

3.4 საკვლევი ჯგუფში მედიკამენტების საჭიროება

მშობლის/მეურვის კითხვარი ეხებოდა მედიკამენტის შესახებ ინფორმაციას, იღებდა თუ არა ბავშვი რომელიმე მედიკამენტს. მიღებული შედეგების შედეგად გამოვლინდა, რომ მხოლოდ 19.4 % იღებდა მედიკამენტს. მედიკამენტები დაკავშირებული იყო მათ თანმხლებ დაავადებებთან. მათ, ვისაც ჰქონდა ჰიპოკალცემია, იღებდნენ კალციის პრეპარატებს, ჰიპოთირეოზის შემთხვევაში-

ციტომიქსი, ეპილეფსიის შემთხვევაში კარმამაზეპინი და დეპაკინი. რაც თავის მხრივ აისახება პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე. ანტიეპილეფსიური საშუალებები გავლენას ახდენენ ღრძილების მდგომარეობაზე. მიღებული მედიკამენტებიდან ძირითადად სჭარბობდა ალერგიის საწინააღმდეგო, ანტიდეპრესანტები და ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები. გარკვეული დოზით გვხვდებოდა ფსიქოტროპული მედიკამენტებიც. მიღებული მედიკამენტების გავლენა პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე შენდევნაირად შეიძლება აიხსნას: ანტიბიოტიკები მავნე ბაქტერიებთან ერთად ანადგურებენ სასარგებლო ბაქტერიებსაც, რაც იწვევს სოკოვანი დაავადებების გახშირებას. ირღვევა ბაქტერიული ბალანსი პირის ღრუში, ხშირად მავნე ბაქტერიების სასარგებლოდ, რაც ხელს უწყობს კარიესის ჩამოყალიბებას. აღნიშნული გავლენის გარდა, არის ანტიბიოტიკების ჯგუფი მაგ: ტეტრაციკლინი და სხვა, რომელიც ხელს უწყობს კბილის მინანქრის ჰიპოპლაზიის ჩამოყალიბებას, რასაც საბოლოო ჯამში კარიესის ჩამოყალიბებამდე მივყავართ.

ანტიდეპრესანტებს, ხშირად ახასიათებთ შარდმდენი მოქმედება და სხვა ეფექტები, რომელსაც საერთო ჯამში ნერწყვის გამოყოფის შემცირებამდე და ნერწყვის შემადგენლობის ცვლილებისკენ მივყავართ. პირის ღრუში იწყება დემინერალიზაციის პროცესი, რაც PH კლებით გამოიხატება და ასევე, ნერწყვში მცირდება მინარალების (ფტორის, კალიუმის, ფოსფორის და ა.შ) შემცველობა. ნერწყვი ცნობილია, როგორც კბილების ბუნებრივი მრეცხავი, შესაბამისად მედიკამენტების ზემოქმედების შედეგად, მისი რაოდენობრივი თუ თვისობრივი ცვლილება ვერ წმენდს კბილებს ბუნებრივად, რაც იწვევს კარიესული შემთხვევების მომატებას. აღნიშნული ფაქტორი ცხადია იწვევს პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსის ცვლილებას. ასა-ს მქონე ბავშვებში მედიკამენტების მიღებისას კბა საშუალო მაჩვენებელი უდრიდა 8,6, არ მიღების შემთხვევაში 5,9. საკონტროლო ჯგუფისთვის მიღება 5,3, არმიღება 1,6 ქულა. მიღებული მედიკამენტებიდან ძირითადად სჭარბობდა ალერგიის საწინააღმდეგო, ანტიდეპრესანტები და ანთების საწინააღმდეგო. გარკვეული დოზით გვხვდებოდა ფსიქოტროპული მედიკამენტებიც. შედეგებიდან გამომდინარე, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ მედიკამენტების მოხმარება ზრდის კარიესის რედუქციის რისკს. Mantel-Haenszel-ის ტესტით განისაზღვრა ორმხრივი სანდოობის ინტერვალი, რამაც 95% შეადგინა ($OR=10.14$; 95% CI 5.5-18.4); ამრიგად, მედიკამენტების მოხმარებისას, მათი მოქმედების გავლენა პირის ღრუს პათოლოგიების განვითარების რისკებთან მიმართებაში შეფასდა

მენტელ-ჰენზელის სტრატეგიკაციული ანალიზით. მიღებული მონაცემებით, პირის ღრუს პათოლოგიების განვითარების რისკი 10.1 -ჯერ უფრო მაღალია სუბიექტებში, რომლებიც მოიხმარდნენ რაიმე სახის მედიკამენტებს, მათთან შედარებით, ვინც პრაქტიკულად ჯანმრთელი იყო და არ საჭიროებდნენ მედიკამენტების გამოყენებას (OR MH=10.1; 95% CI OR MH 5.5-18.4).

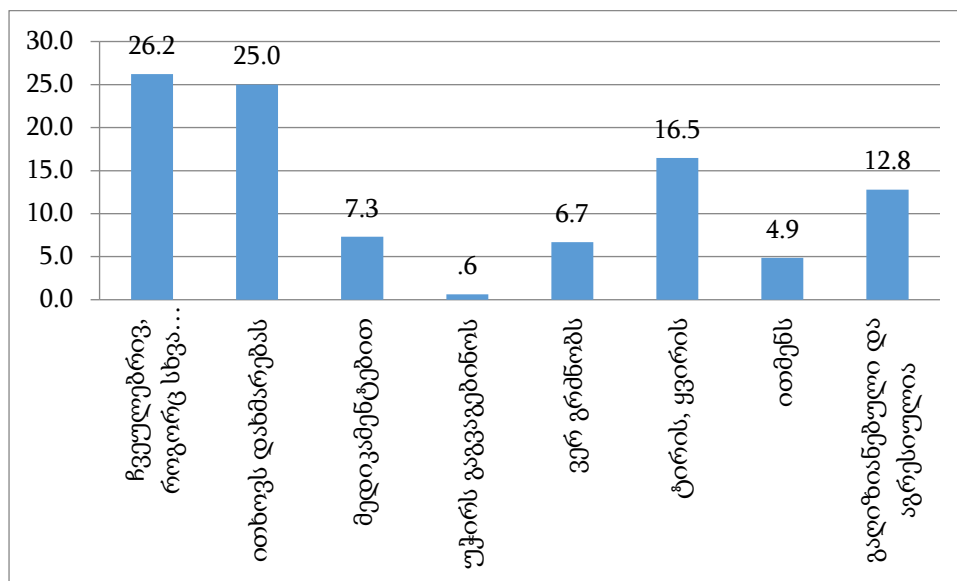
3.5 მშობელთან/მეურვესთან წარმოებული ინტერვიუს შედეგები

კვლევის დიზაინიდან გამომდინარე სულ გამოკვლეულ იქნა 322 აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტი და გამოიკითხა მათი მშობელი/მეურვე (იხ. დანართი IV). ასა-ს მქონე პაციენტების 25,6 %-ს დიაგნოზი დაუსვეს 2 წლის ასაკში, 47,0 % 3 წლის ასაკში და 27,4 % 4-6 წლის ასაკში, რა დროსაც გამოყენებულია სპეციალური სადიაგნოსტიკო ტესტები როგორცაა ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Scadule), ADI-R (Autism Diagnostic Interier Revised), CARS 2. ჩვენი კვლევა ადასტურებს იმას, რომ აუტიზმის დიაგნოზის დასმის ძირითადი ასაკი არის 3 წელი.

გამოკითხულთა 54,3 % დადიოდა საჯარო ან კერძო სკოლაში, 42,1 % საბავშვო ბაღში და 3,7 % სპეციალურ სკოლაში.

გამოკითხული რესპოდენტების 17,7 % ჰქონდა გამოხატული ალერგიული რეაქციები, რომელიც გამოიხატებოდა სხვადასხვა ნივთიერებებზე. მათ, ვისაც აღენიშნებოდათ ალერგიული რეაქციები 44,8 %-ს ჰქონდა ალერგია საკვებზე, 37,9 %-ს მცენარეებზე და 17,2 % მედიკამენტებზე. ალერგიული რეაქციების შეფასება და შესწავლა ძალიან მნიშვნელოვანია სტომატოლოგიაში, რადგან ალერგიული ფონის შემთხვევაში, მარტივმა ანესთეზიამაც შესაძლოა გამოიწვიოს მძიმე ალერგიული რეაქცია, რაც ანაფილაქსიური შოკით შესაძლოა დასრულდეს. ამიტომ ანამნეზის შეკრებისას და მკურნალობის დაგეგმვისას მნიშვნელოვანია მოხდეს ალერგიული ფაქტორების გათვალისწინება. საყურადღებოა ასა-ს მქონე ბავშვების ტკივილის აღქმის თავისებურებები. რესპოდენტთა მხოლოდ 26.2 % უმკლავდებოდა ტკივილს ჩვეულებრივად, როგორც სხვა ბავშვები, ხოლო 25 % ითხოვდა დახმარებას (დიაგრამა 4).

დიაგრამა 4. როგორ უმკლავდება ტკივილს



კვლევის შედეგების მიხედვით, დაახლოებით 31 პროცენტს აქვს ტკივილის გამკლავებას მისაღები ფორმა, დარჩენილი 2/3 ზე მეტის შემთხვევაში არის ტკივილის აღქმის გამძაფრებული რეაქციები. ტკივილის აღქმა მნიშვნელოვანი ფაქტორია ასა-ს მქონე პაციენტებში. გვხვდება შემთხვევები, როდესაც პაციენტები ვერ გრძნობენ ტკივილს (6,7 პროცენტი), ან უკიდურესი ფორმით, აგრესიით გამოხატავენ წინააღმდეგობას (12,8 პროცენტი). გვხვდებოდა შემთხვევები, როცა წინააღმდეგობა გამოიხატებოდა კბენით, ჩქმეტით, ჩარტყმით, კომაში ჩავარდნით და ა.შ.

კითხვარი მიზნად ისახავდა ისეთი ინფორმაციის მოძიებას, რაც მომავალში გათვალისწინებული იქნებოდა ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობის პერიოდში და სტომატოლოგიური კლინიკების ადაპტაციის პროცესში. გამოკითხული რესპოდენტების 84,8 % მოსწონდა ჩახუტება და ხელის მოკიდება, 14,0 % არ უყვარდა და 1,2 % არ ჰქონდა რეაქცია. შედეგებიდან გამომდინარე გამოვლინდა, რომ ასა-ს მქონე პაციენტებს აქვთ სენსორული პრობლემა, რაც გამოიხატება შეხებაში.

როგორც ცნობილია, ასა-ს მქონე პაციენტებს აქვთ ცვლილებებთან შეგუების პრობლემა, რადგან არ უყვართ რუტინის დარღვევა. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგადაც გამოვლინდა, რომ გამოკითხული რესპოდენტების 45,7 % არ მოსწონდა და აღიზიანებდა ცვლილებები, 48,2 % ეჩვეოდა ცვლილებებს, 3,0 % უყვარდა და 2,4 % არ ჰქონდა რეაქცია. თუმცა ისიც აღსანიშნავია, რომ ცვლილებებთან შეგუება და მისი მიღება, დამოკიდებულია აუტიზმის ფორმაზე, თერაპიული აქტივობების ხანგრძლივობაზე და ასაკზე. ყურადღებას იმსახურებს 48,2 %, რომელიც ეჩვეოდა ცვლილებებს. ეს ფაქტორი მნიშვნელოვანია სამომავლო გაიდლაინების შედგენისას, რამდენადაც სტომატოლოგთან ძირითად ვიზიტამდე ადრე რამოდენიმეჯერ თუ მოხდება ასას პაციენტის გაცნობა სტომატოლოგიურ კლინიკასა და მომსახურებასთან, ამ შემთხვევებში ჩამოყალიბდება შემგუებლობა და ხშირ შემთხვევებში თავიდან ავირიდებთ იძულებითი ფორმით ნარკოზის გამოყენების საჭიროებას.

გამოკითხულთა 12,2 % ახასიათებდა თვითდამაზიანებელი ქცევები, ხოლო 15,9 % სხვების მიმართ ამჟღავნებდა აგრესიას. ისინი, ვისაც ახასიათებდა აგრესია, 36,0 % გამოხატავდა ყვირილით და ჩქმეტი, 44,0 % ჩარტყმით, 16,0 % კბენით და 4,0 % ისროდა სხვადასხვა ნივთებს (ცხრილი 5). შედეგების მიხედვით, თითქმის ყველა ასა-ს პაციენტს ახასიათებდა აგრესიის გამოხატვის ესა თუ ის ფორმა, ამიტომ მიდგომა მათ მიმართ გავრცელებული სტერეოტიპების საწინააღმდეგოდ უნდა შეიცვალოს და ძირითადად ფსიქოლოგიური მიმართულებით განვითარდეს.

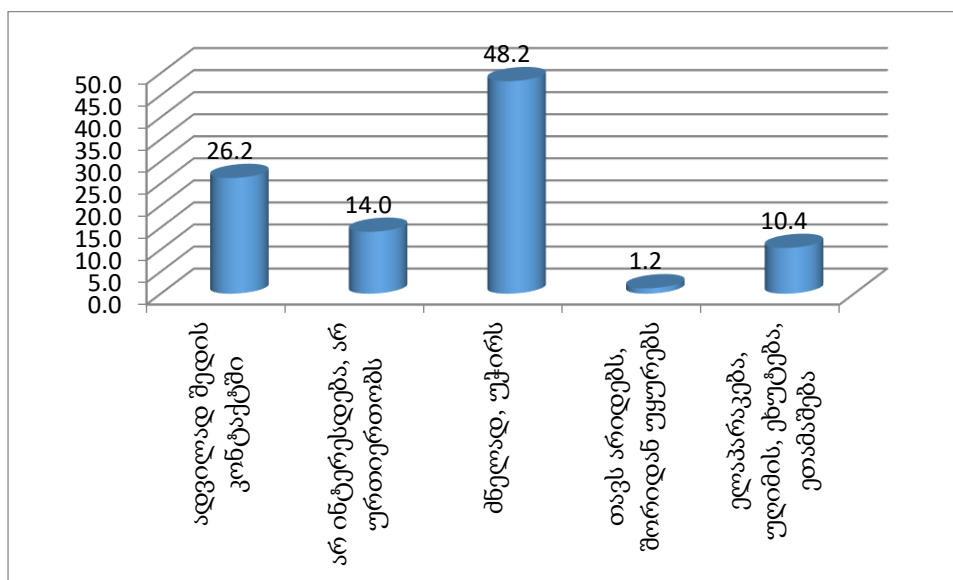
ცხრილი 5. აგრესიის გამოხატვის ფორმა

	ვალიდური პროცენტი	კუმულატიური პროცენტი
ყვირის, ჩქმეტა	36.0	36.0
ისვრის ნივთებს	4.0	40.0
ჩარტყმა	44.0	84.0
კბენა	16.0	100.0
სულ	322	100.0

როგორც ლიტერატურულ წყაროებშია მოხსენიებული, ასა-ს მქონე პაციენტებს უჭირთ კომუნიკაციის დამყარება უცხო პირებთან. ჩვენმა კვლევამაც დაადასტურა აღნიშნული ფაქტი და გამოვლინდა, რომ გამოკითხული ბავშვების 48.2 % უჭირდა უცხოებთან კომუნიკაციის დამყარება, მხოლოდ გამოკვლეულთა 26.2 % შედიოდა უცხო პირებთან ადვილად კონტაქტში. აღნიშნული ფაქტის შესწავლა ეხებოდა უცხო

პირებთან ნებისმიერ სიტუაციაში კონტაქტს, იქნებოდა სტუმარი, ქუჩაში შემხვედრი და ა.შ. ჩვენ შეგვიძლია წარმოვიდგინოთ სტომატოლოგიური გარემო, როგორიცაა ხმაური, უცხო მოწყობილობები, სამედიცინო პერსონალი განსხვავებული ჩაცმულობით კიდევ უფრო გააღრმავებს გაუცხოების პროცესს (დიაგრამა 5).

დიაგრამა 5. უცხოებთან კომუნიკაციის დამყარება



გამოკითხულთა 22,6 % დამოკიდებული იყო მხოლოდ დედაზე, 29,3 % დედასთან ერთად ოჯახის დანარჩენ წევრებზე, 11,0 % არ იყო დამოკიდებული და 37,2 % ნაწილობრივ. შედეგების მიხედვით გამოკითხულთა თითქმის 90 %-მდე მიჯაჭვულია ოჯახის წევრზე, ანუ ის თუ როგორი რეაქცია ექნება ასას რესპოდენტს უცხო გარემოში საკულტო ადამიანის რეაქციებზე იქნება დამოკიდებული. აქედან გამომდინარე გაიდლაინების შექმნისას გასათვალისწინებელია ასა-ს მქონე ოჯახის წევრების დამატებითი საგანმანათლებლო მუშაობის გაუმჯობესება, რათა წინასწარ მოხდეს რესპოდენტების შემზადება სტომატოლოგთან სავიზიტოდ.

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებს ზოგადად აღენიშნებათ მეტყველების პრობლემა. ჩვენმა კვლევამაც ცხადყო, რომ გამოკითხულთა 4/5 მეტს აღენიშნებოდა მეტყველების პრობლემა, რაც სხვადასხვა ფორმით გამოვლინდა (ცხრილი 6). მათ შორის:

28.3 % ამბობდა მხოლოდ წინადადებებს;

21.1 % ამბობდა მხოლოდ ერთ ან რამოდენიმე სიტყვას;

20,1 % ვერ მეტყველებდა;

17.7 % ამბობდა მხოლოდ ერთ არ რამოდენიმე ბგერას;

12.2 % მეტყველებდა კარგად

ეს ფაქტი მიუთითებს იმას, რომ ასა-ს მქონე პაციენტებს უჭირთ თავიანთი შეგრძნებების, სურვილების და საჭიროებების გამოხატვა და მესამე პირისადმი გაგებინება, რაც დამატებით ბარიერს ქმნის სრულყოფილი სტომატოლოგიური მომსახურების ჩასატარებლად.

ცხრილი 6. რამდენად აქვს განვითარებული მეტყველება? (აღწერეთ)

	სიხშირე	პროცენტი	ვალიდური პროცენტი	კუმულატიური პროცენტი
ამბობს რამოდენიმე სიტყვას	68	21.1	21.1	23.2
ამბობს წინადადებებს	91	28.3	28.3	66.5
მხოლოდ ბგერებს	57	17.7	17.7	67.7
ვერ მეტყველებს	66	20.1	20.1	87.8
კარგად	40	12.2	12.2	100.0
სულ	322	100.0	100.0	

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ასა-ს მქონე ბავშვებს არ აღენიშნებათ თვალთ კონტაქტი, თუმცა ჩვენი კვლევა საწინააღმდეგოს ამტკიცებს. კვლევით მიღებული შედეგების მიხედვით 85.4 % აქვს აღენიშნებოდა თვალთ კონტაქტი. მხოლოდ 14.6 % არ ჰქონდა თვალის კონტაქტი.

გამოკითხულთა მხოლოდ 7,9 %-ს არ სჭირდებოდა სიტუაციიდან გამომდინარე დამშვიდება. დანარჩენ რესპოდენტებს კი ესაჭიროებოდა სხვადასხვა ღონისძიებების გატარება დასაწყნარებლად. მათ შორის:

53,0 % მოფერება, ჩახუტება და/ან თბილი სიტყვიერი კომუნიკაცია;

15,2 % ყურადღების გადატანა სხვა საგნებზე ან მოვლენებზე;

7,9 % არ უნდა მიგექცია ყურადღება;

6,7 % სჭირდებოდა გართობა და თამაში;

5,5 % მუსიკა ან ტელეფონით გართობა;

3,7 % სხვადასხვა ტყბილულის დამშვიდება.

მიღებული ინფორმაცია სასარგებლოდ იქნას გამოყენებული სტომატოლოგიური მკურნალობისას, რათა ინდივიდუალურად იქნას გატარებული სხვადასხვა ღონისძიებები, ასა-ს მქონე პაციენტების დასამშვიდებლად. ეს შეეხება როგორც პაციენტის მეურვე/მშობელს, ასევე სტომატოლოგიური მომსახურების პერსონალს, რათა უფრო მეტი ფსიქოლოგიური ზემოქმედების ფორმა იქნას გამოყენებული ურთიერთობის გასაჯანსაღებლად.

გამოკითხული რესპოდენტები თავს მშვიდად სხვადასხვა სიტუაციების დროს გრძნობდნენ. მათ შორის წამყვანი ადგილი ეჭირა თამაშს და ფიზიკურ აქტივობას:

56,7 % - თამაში, ფიზიკური აქტივობა;

15,2 % - წერა, ხატვა, კუბიკები, ლოტო, მუსიკა, ფაზლები, ქვიშა, ცხოველები;

7,9 % - ტელევიზორი, კომპიუტერი, ტელეფონი;

7,9 % - ცურვა, ბანაობა, ცეკვა, წყალში თამაში;

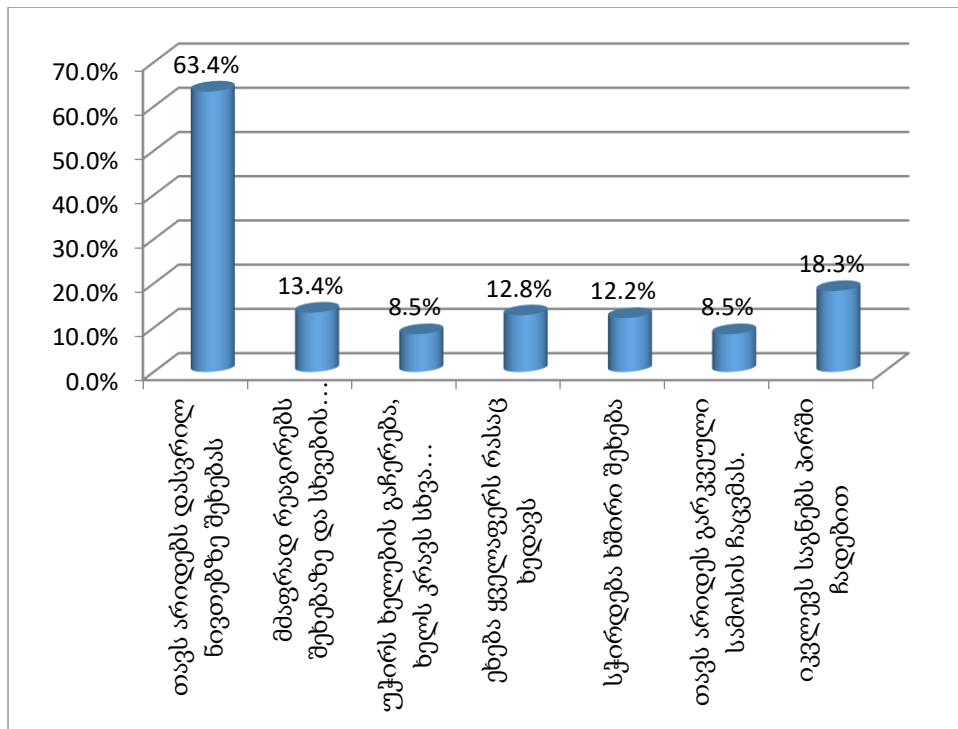
6,7 % - ბატუტზე ხტობა, საქანელა;

3,0 % - სეირნობა;

2,4 % - სენსორული თამაშები.

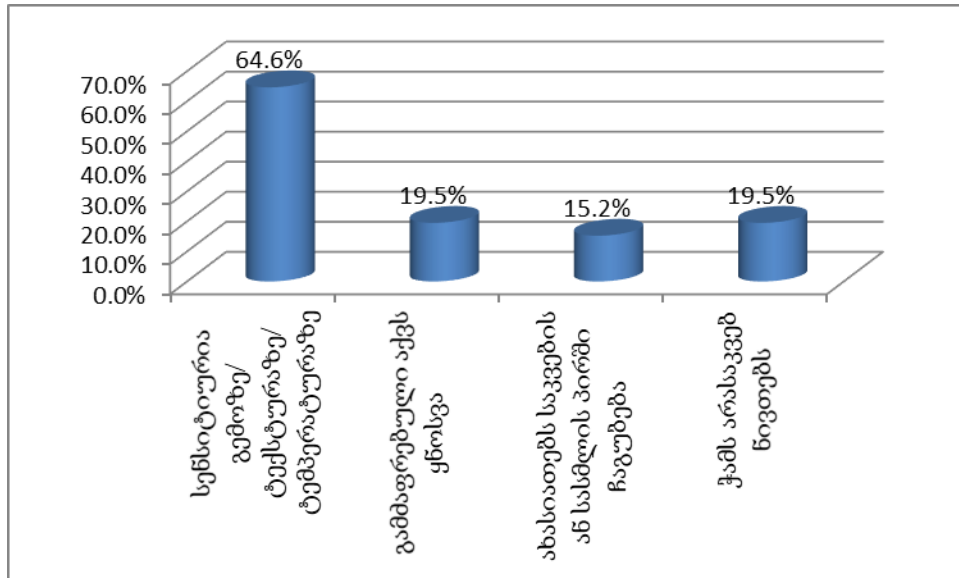
კვლევისას გამოვლინდა მათი სენსორული დარღვევები, მაგალითად 63.4 % თავს არიდებდა დასვრილ ნივთებზე შეხებას, 18.3 % ნივთებს პირში ჩადებით იკვლევდნენ. საკვლელ რესპოდენტებში ორივე უკიდურესობა გამოვლინდა, ერთი ნაწილი თუ შეხებას ვერ იტანდა, მეორე ნაწილი, პირიქით, ახალ ნივთებს შეხებითა და პირში ჩადებით იკვლევდნენ, თუმცა დაახლოებით 2/3 უფრო უარყოფითი რეაგირება ჰქონდათ უცხო ნივთების მიმართ, რაც ართულებს სრულყოფილი სტომატოლოგიური მომსახურების ჩატარებას (დიაგრამა 6)

დიაგრამა 6. ინფორმაცია შეხებაზე



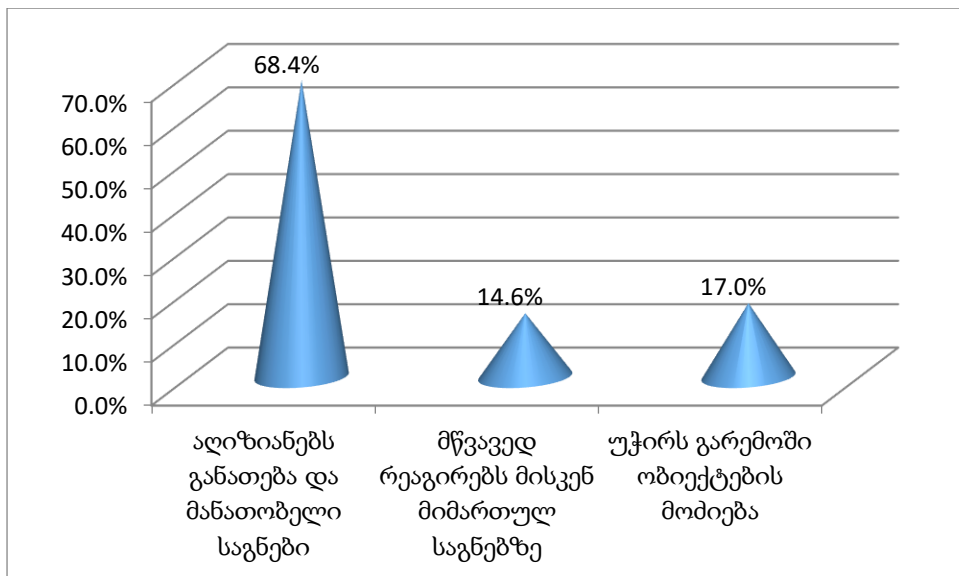
გამოკვლეულთა 64.6 % სენსიტიური იყო გემოზე/ტექსტურაზე/ ტემპერატურაზე, რაც სტომატოლოგიური მკურნალობისას პრობლემას წამოჭრის, რადგან სტომატოლოგიურ მასალებზე მათი რეაქცია ძალზედ სენსიტიური გახლავთ. მეორე უკიდურესობა, რომელიც გამოიხატებოდა არასაკვები ნივთების ჭამაში და საკვებ-სასმელიც არასაჭირო დროით პირში ჩაგუბებაში, რაც დამატებითი ბარიერი შეიძლება აღმოჩნდეს სტომატოლოგიური მომსახურების მიღებისას (დიაგრამა 7).

დიაგრამა 7. სენსორული ინფორმაცია



კვლევის პროცესში, დაზუსტდა აუტისტიური სპექტრის აშლილობის მქონე რესპოდენტების რეაქცია იმ გამლიზიანებლებზე, რომელთანაც ძირითადად შეხება აქვთ სტომატოლოგიური მომსახურების პროცესში. მათ შორის იყო რეაქცია ხმაურზე, შეხებასა და მკვეთრ განათებაზე. 68.4 % აღიზიანებდა განათება და მანათობელი საგნები (დიაგრამა 8).

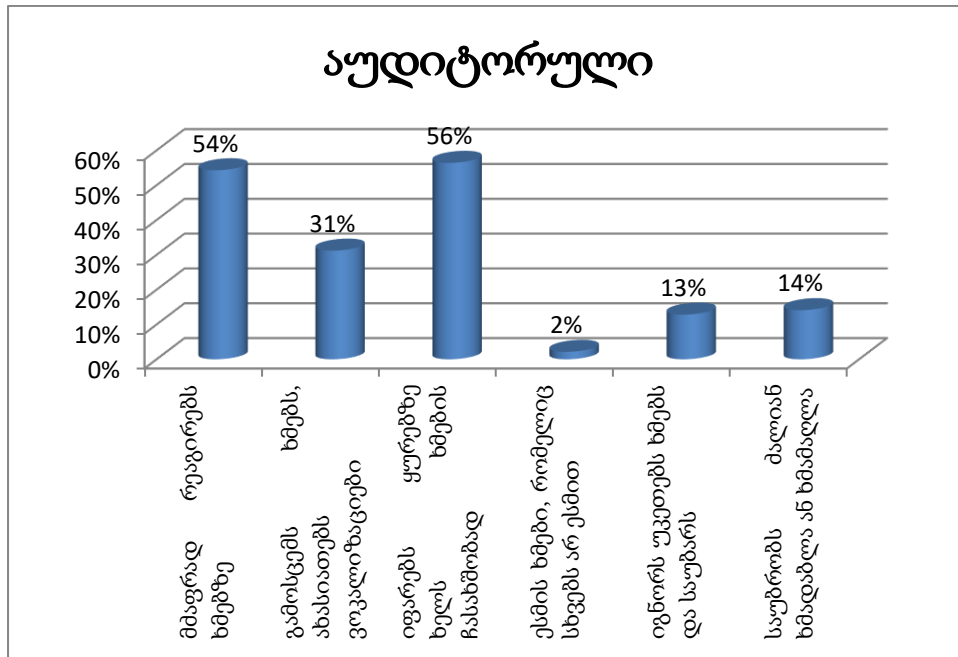
დიაგრამა 8. ვიზუალური ინფორმაცია



გამოკითხული რესპოდენტების 54 % მძაფრად რეაგირებდა ხმებზე, 56 % ყურებზე ხელს იფარებდა, ხოლო 31 % გამოსცემდა ხმებს და ბაძავდა მოსმენილი ხმის ტემბრს. რაც კვლევის ჰიპოთეზას ამტკიცებს, რომ მათი მკურნალობისას უნდა მოხდეს კლინიკაში ხმების, სინათლის და მკვეთრი ფერების დახშობა. მიღებული შედეგები ადასტურებს, რომ ის გარემო, რომელიც სტანდარტულად ხვდება სტომატოლოგიურ

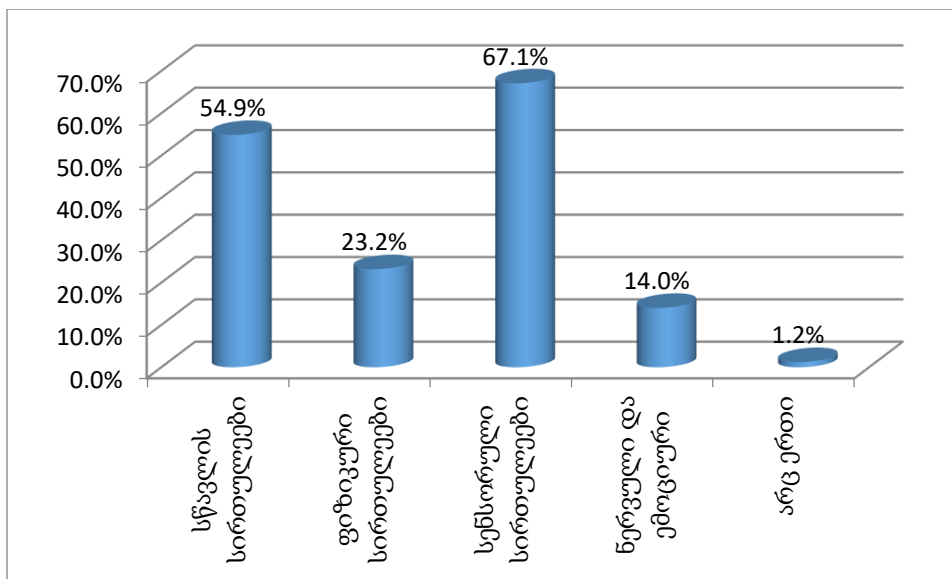
კლინიკასა თუ კაბინეტში, ასას მქონე ადამიანებისთვის ის მიუღებელია და საჭიროებს ან ადაპტაციას კონკრეტული ჯგუფისათვის, ან დამატებითი კაბინეტების გახსნას მხოლოდ მსგავსი რეაქციის მქონე ადამიანებისათვის (დიაგრამა 9).

დიაგრამა 9. როგორ რეაგირებს ხმებზე?



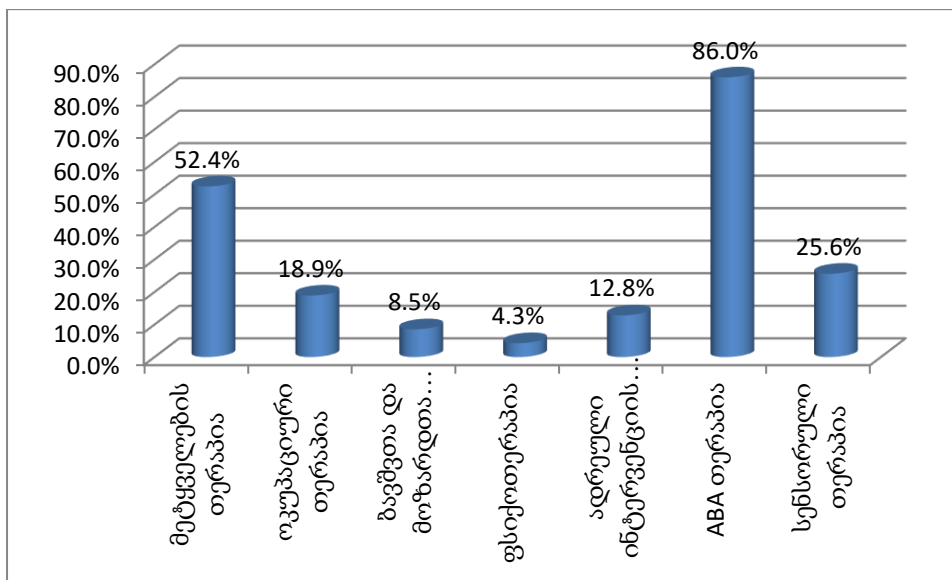
გამოკითხული პაციენტების 67 % აღენიშნებოდა სენსორული სირთულეები და 54.9 % სწავლის სირთულეები (დიაგრამა 10).

დიაგრამა 10. ბავშვის დამატებითი საჭიროება



შესაბამისად, ამ კონტიგენტის კატეგორია საჭიროებდა ქცევით თერაპიებს (ABA) და 86 % სწორედ ქცევით თერაპიაზე დადიოდა, შემდეგი თერაპიის საჭიროება მდგომარეობდა მეტყველების თერაპიაში, რომელიც 52.4 %-ში გამოვლინდა (დიაგრამა 11).

დიაგრამა 11. რომელ თერაპიაზე დადის?

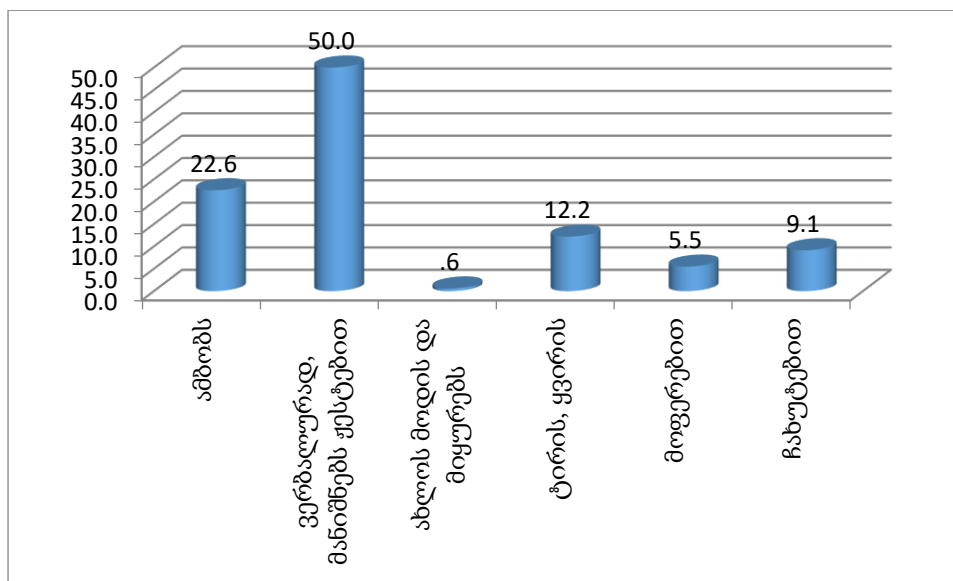


გამოკითხული პაციენტების 80.5 % აღრიცხვაზე იმყოფებოდა ნევროლოგთან, რომელთა 74.5 % ძირითადი დიაგნოზი გახლდათ ბავშვთა აუტიზმი, დანარჩენი გამოკვლეულის დიაგნოზი იყო ასპერგერის სინდრომი და პერვაზიული აშლილობა. გამოკვლეულთაგან 80.6 % არ საჭიროებდა მედიკამენტოზურ მკურნალობას, ხოლო 19.4 % მოიხმარდნენ მედიკამენტებს, რაც ძირითადად იყო ანტიეპილეფსიური

საშუალებები. გამოკითხულთა 6.7 % აღნიშნებოდა თანმხლები დაავადებები ეპილეფსია (16.7 %), გულყრები (8.3 %), ჰემანგიომა (16.7 %).

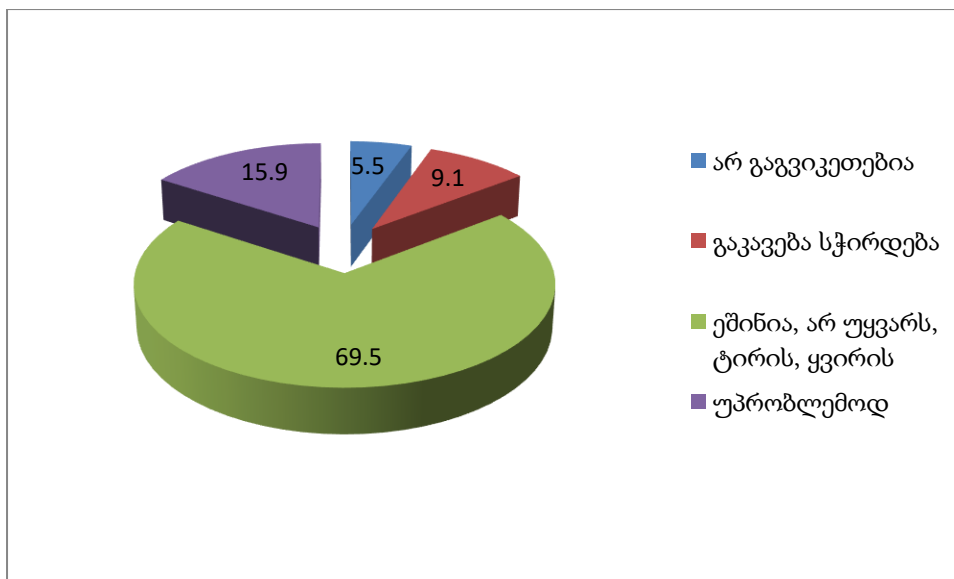
კითხვაზე, თუ როგორ იქცევს ასა-ს მქონე პაციენტი ყურადღებას, როდესაც სჭირდება დახმარება, სტკივა რაიმე ან სურს მოფერება, 50 % იძახის, რომ ვერბალურად და ანიშნებს ჟესტებით, მხოლოდ 22.6 % იძახის რა აწუხებს და რა სურს (დიაგრამა 12).

დიაგრამა 12. როგორ იქცევს ყურადღებას, როდესაც რაიმე სტკივა



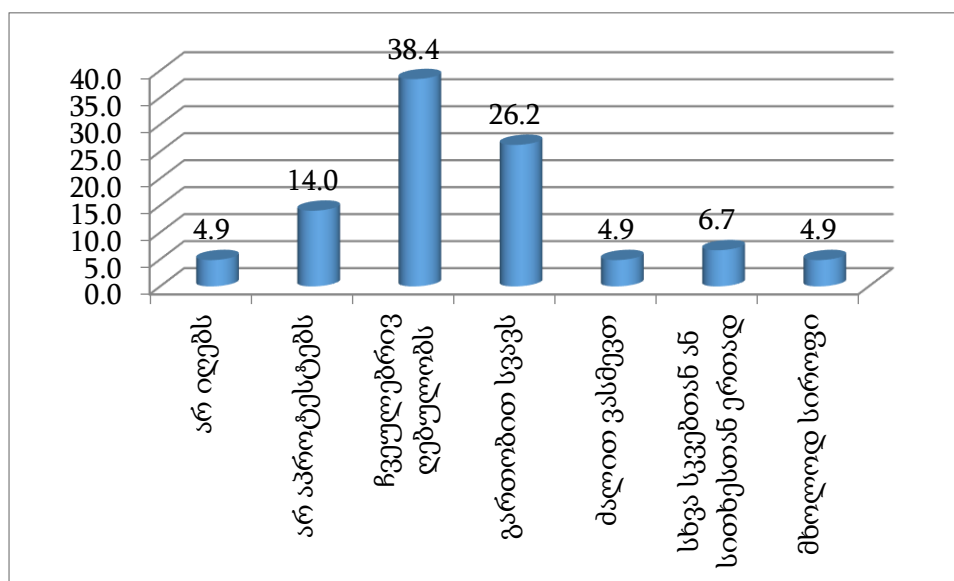
კითხვები ეხებოდა ბავშვის ქცევას ექიმთან ვიზიტის, გასინჯვის და ნემსის გაკეთების დროს. რაც ძალიან მნიშვნელოვანი ინფორმაციაა მომავალში, ამ ბავშვების კლინიკაში ვიზიტისას გასათვალისწინებლად. ბავშვის რეაქცია ნემსის გაკეთებაზე 69.5 % შემთხვევაში ტირილით და ყვირილით იყო პასუხგაცემული, 15.9 % შემთხვევაში ხდებოდა მხოლოდ უპრობლემოდ ნემსის გაკეთება (დიაგრამა 13).

დიაგრამა 13. ბავშვის რეაქცია ნემსის გაკეთების დროს



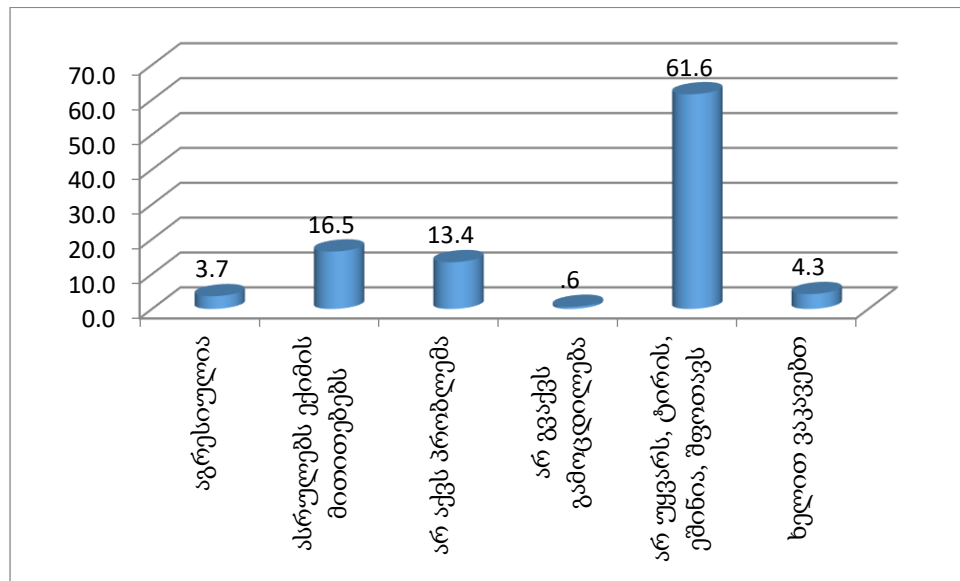
მედიკამენტების მიღება არ იყო პრობლემა ასა-ს მქონე პაციენტების 38,4 % შემთხვევაში, აღნიშნული კატეგორია ჩვეულებრივად სხვამდა და იღებდა მედიკამენტს, 26.2 % გართობით სვამდა და მხოლოდ 14 % არ აპროტესტებდა წამლის მიღებას (დიაგრამა 14).

დიაგრამა 14. მედიკამენტების მიღებისას ბავშვის რეაქცია



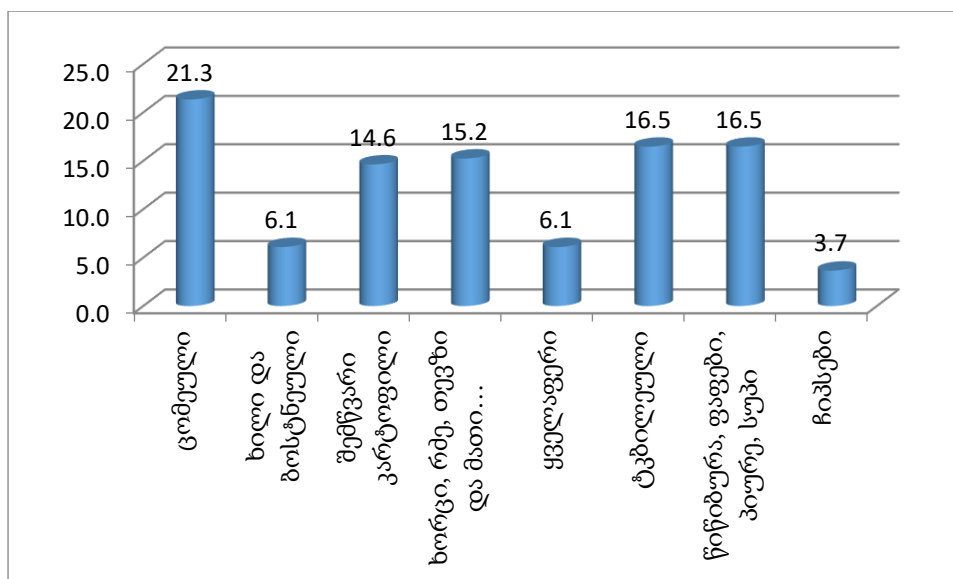
როგორც ლიტერატურული მონაცემებიდან ირკვევა, ექიმთან ვიზიტისას, ასა-ს მქონე პაციენტების ქცევა არაკონტროლირებადია და კომუნიკაცია არის შეუძლებელი. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ექიმთან ვიზიტისას ასა-ს მქონე პაციენტების 61 % ტიროდა, შფოთავდა და მხოლოდ 16 % ასრულებდა ექიმის მიერ მიცემულ მითითებებს (დიაგრამა 15).

დიაგრამა 15. ექიმთან ვიზიტისას ბავშვის ქცევა



ყურადსაღებია, ასა-ს მქონე პაციენტების კვებითი რაციონი, რადგან მას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პირის ღრუს ჯანმრთელობის სტატუსზე და არა მხოლოდ, პირის ღრუზე. რეკრუტირებული პაციენტების 21.3 %-ს ძირითადი საკვები იყო ცომეული, შემდეგ საფეხურზე პროცენტულად ტკბილეული (16.5 %) და რბილი საკვები (16.5 %) იყო (დიაგრამა 16). კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, საჭიროა მოხდეს კვებითი რაციონის კონტროლი ასა-ს მქონე პაციენტთა მშობლების /მეურვეების მხრიდან, რათა თავიდან იქნას აცილებული პირის ღრუს დაავადებების გავრცელება.

დიაგრამა 16. კარიესზე მოქმედი კვებითი ფაქტორები



კვებითი ფაქტორიდან გამომდინარე კარიესის გამოვლინება სხვადასხვა პროცენტულობით გამოვლინდა.

საშუალოდ ყველაზე მეტი კარიესი ჰქონდა განვითარებული იმ რესპოდენტს, რომელიც იკვებებოდა ტკბილეულით 19 %, შემდეგ ჩიფსით 11 % და ცომეულით 17%, ხოლო ყველაზე ნაკლები მათ, ვინც იკვებებოდა ხილით და ბოსტნეულით 5%, ხორცი, თევზი და მათი პროდუქტები 9 %. კარიესის განვითარებაზე ორზე მეტი მოქმედი ფაქტორის(საკვების სახეობა) შესაფასებლად გამოვიყენეთ დისპერსიული ანალიზი. $F=5.2$ $P=0.032$ ეს ნიშნავს, რომ მიღებულ საშუალოებს შორის განსხვავება არის სტატისტიკურად სანდო და საკვების ტიპი მოქმედებს კარიესის განვითარება.

გამოკითხული რესპოდენტების 40,9 % იყო სტომატოლოგთან პროფილაქტიკის მიზნით, 59,1 % არა. რაც იმას ამტკიცებს, რომ საჭიროა დაიგეგმოს პროფილაქტიკური ღონისძიებების და ინდოვიდუალური ვიზიტების განხორციელება. გამოკითხულთა 52.3 % დასჭირდა სტომატოლოგიური დახმარება, მათგან 41 % მკურნალობა ჩაუტარდა ზოგად სტომატოლოგიურ კლინიკაში, 29.2 % - 29.2 % ბავშვთა განყოფილებასა და სპეციალიზებულ კლინიკაში. 64 % შემთხვევაში მკურნალობის ძირითად მეთოდად გამოყენებული იქნა ზოგადი ნარკოზი.

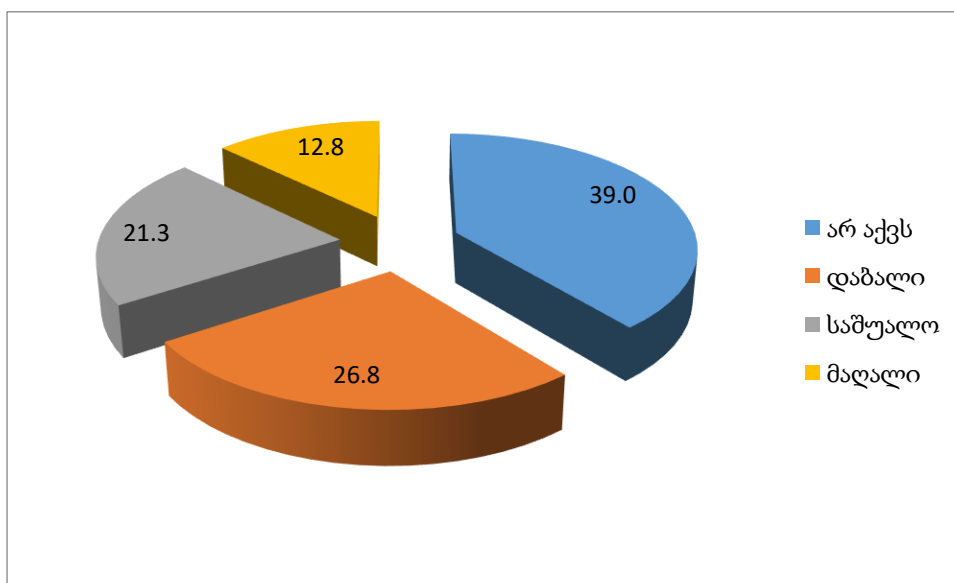
გამოკვლეული პაციენტების 84.9 % სახლის რუტინულ ჰიგიენას პირნათლად ასრულებდა, რაც გამოიხატებოდა კბილების ხეხვით, მათგან 36.2 %- 36.2 % იხეხავდა ხანდახან და დღეში ერთხელ, ხოლო 27.6 % იხეხავდა დღეში ორჯერ. რასაც ძირითადად ხან თვითონ, ხან მშობლების დახმარებით ასრულებდნენ 41.6 %, ხოლო

29.5 % თვითონ იხეხავდა, 26.5 % შემთხვევაში მხოლოდ მშობლის დახმარებით ხდებოდა პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვა. 8.3 % არ იყენებდა კბილის ჯაგრისს, რაც მათ სენსორულ პრობლემასთან იყო კავშირში, ხოლო 91.7 %- დან ვინც ხმარობდა ჯაგრისს, მათგან 69.3 % იყენებდა ხელის ჯაგრისს, 22.9 % ელექტროს, 14 %-ორივეს. კბილების გახეხვის სიხშირე ერთ-ერთ წამყვან ადგილს იკავებს კბილის დაზიანების ჩამოყალიბებაში. ასა-ს ბავშვები, ვინც დღეში ორჯერ იხეხავდა კბილებს, კბა ს საშუალო მაჩვენებელი 3,8 ტოლი იყო, ვინც დღეში ერთხელ - 4,3 და ვინც ხანდახან 5,1. საკონტროლო ჯგუფისთვის შესაბამისად: 0,8-1,7-4,1 ქულა. როგორც ანალიზმა აჩვენა, ორივე შემთხვევაში გახეხვის სიხშირე გავლენას ახდენს კბა-ს კოეფიციენტზე, თუმცა საკონტროლო ჯგუფში ეს უფრო თვალშისაცემია, რადგან ასა-ს მქონე ბავშვებში გახეხვის გარდა სხვა ფაქტორებიც მოქმედებს ერთდროულად.

კბილის პასტის გამოყენება ხდებოდა 88.9 %- ში, რაც ძირითადად გახლდათ საბავშვო კბილის პასტები, სხვადასხვა არომატებით. კბილის პასტის არჩევა არომატების მიხედვით და მათი მრავალფეროვნება განპირობებული იყო ხეხვისას პასტის გადაყლაპვით, რაც გამოკითხულთა უმრავლეს შემთხვევაში ფიქსირდებოდა.

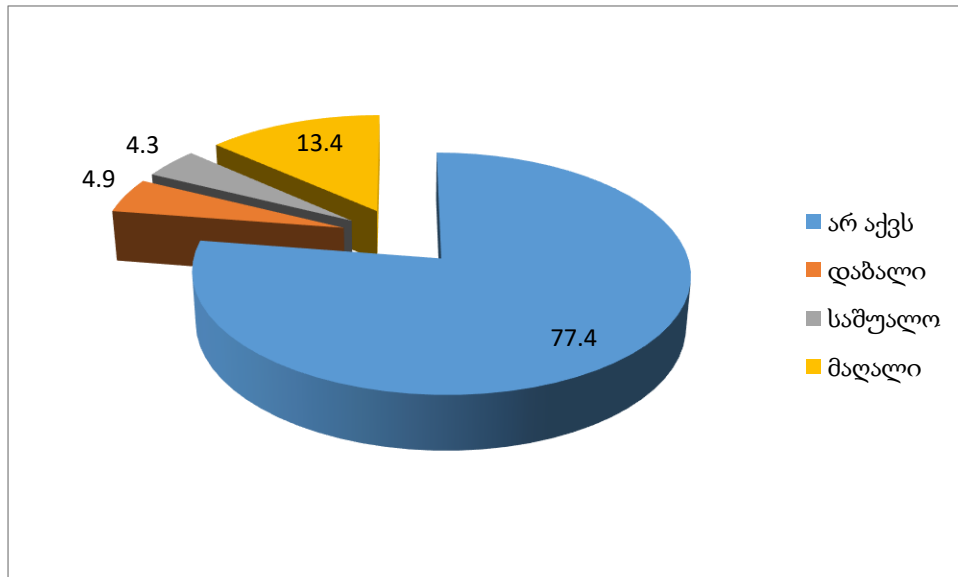
კლინიკური კვლევისას კარიესი არ გაუვლინდა 39 %, ხოლო კარიესის დაბალი, საშუალო და მაღალი მაჩვენებელი შემდეგი პროცენტულობით გამოვლინდა (დიაგრამა 17).

დიაგრამა 17. კარიესული კბილების მაჩვენებელი



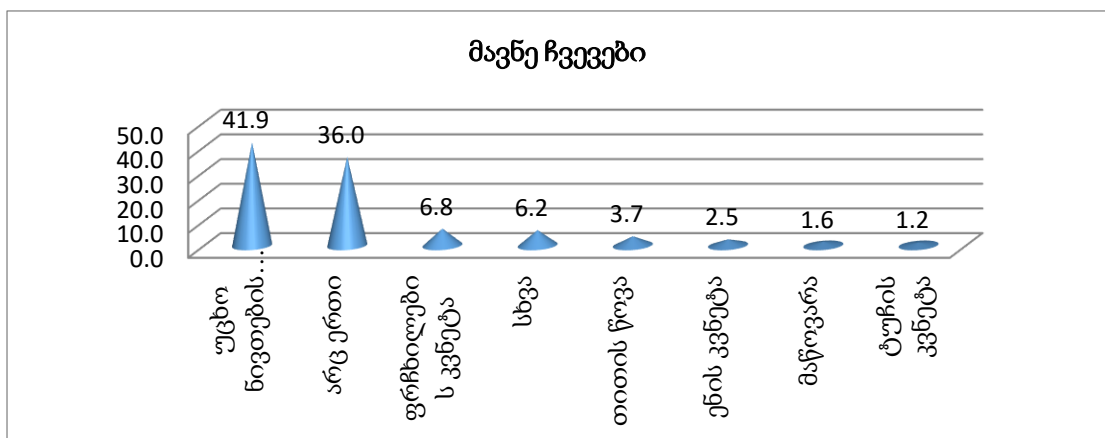
დაბუენილი კბილი 77.4 % არ ჰქონდა, 13.4 % მაღალი მაჩვენებელი აღენიშნა (დიაგრამა 18).

დიაგრამა 18. დაბუენილი კბილების მაჩვენებელი



ასა-ს მქონე ბავშვებში, კვლევის შედეგად გამოვლინდა სხვადასხვა მაგნე ჩვევები. ყველაზე მეტად გავრცელებული იყო უცხო ნივთების პირში ჩადება 41,9 %, ფრჩხილების კვნეტა და თითების წოვა. გარდა იმისა, რომ ჰიგიენური თვალსაზრისით ეს ჩვევები მიუღებელია, მყარი საგნების ჩადება და კვნეტა დამატებით იწვევს კბილების და ღრძილების მექანიკურ დაზიანებას, რაც ასევე კარიესის განვითარებას უწყობს ხელს (დიაგრამა 19).

დიაგრამა 19. რომელი მაგნე ჩვევა აღინიშნება?

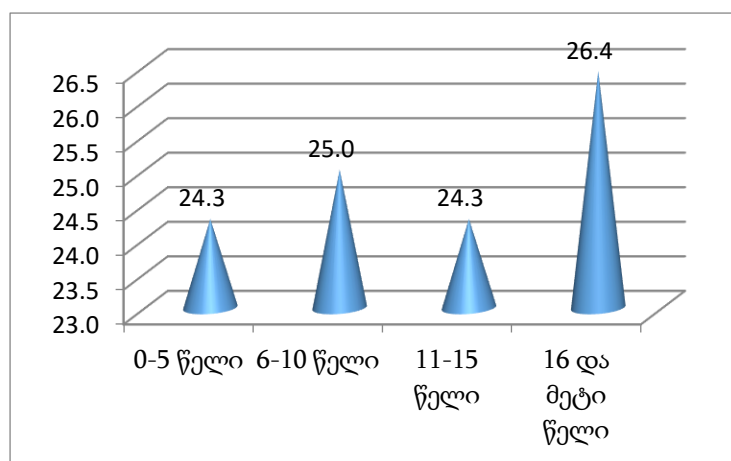


3.6 ბავშვთა სტომატოლოგიების კითხვარისგან მიღებული შედეგები

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, კვლევაში ჩართულნი იყვნენ ბავშვთა სტომატოლოგები. გამოკითხული ბავშვთა სტომატოლოგების რაოდენობამ შეადგინა 170 ინდივიდი, მათ შორის 10 კაცი და 160 ქალი.

გამოკითხული სტომატოლოგების სამუშაო გამოცდილება მნიშვნელოვან ფაქტორად განვიხილეთ, რადგან მათ ვისაც მუშაობის მცირე სტაჟი ჰქონდათ, ან არ ჰქონდათ ასა-ს მქონე პაციენტებთან მუშაობის გამოცდილება ან მცირე რაოდენობით ჰყავდათ მიღებული. 0-5 წლამდე მუშაობის სტაჟი ჰქონდა 24.3 %-ს, 26.4 % სამუშაო გამოცდილება ჰქონდათ 16 და მეტი წელი, 25 % 6-10 წელი (დიაგრამა 20).

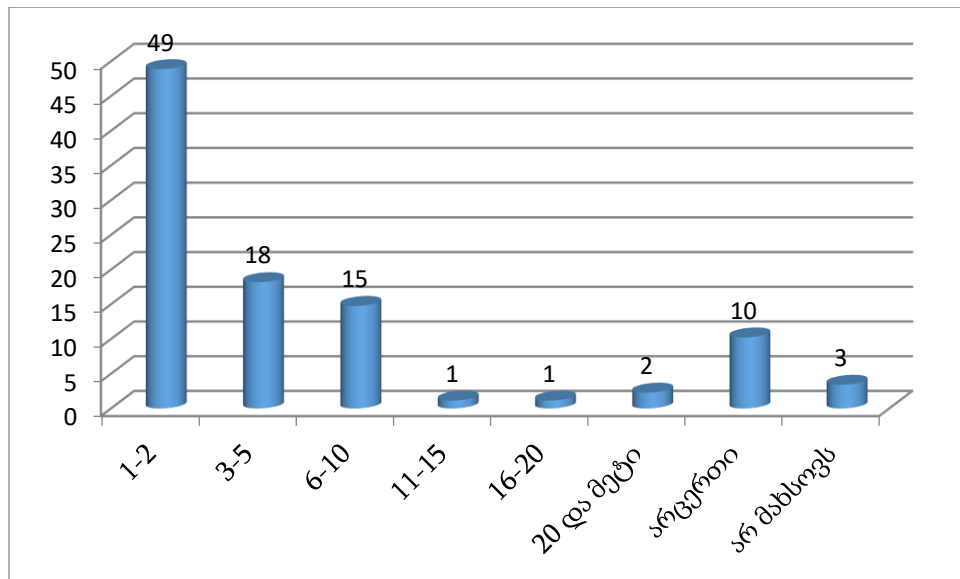
დიაგრამა 20. რამდენ წლიანი პროფესიული გამოცდილება გაქვთ?



გამოკითხულთა 62,9 %-ს ჰქონდა ასა-ს მქონე პაციენტებთან მუშაობის გამოცდილება, 37,1 %-ს არა.

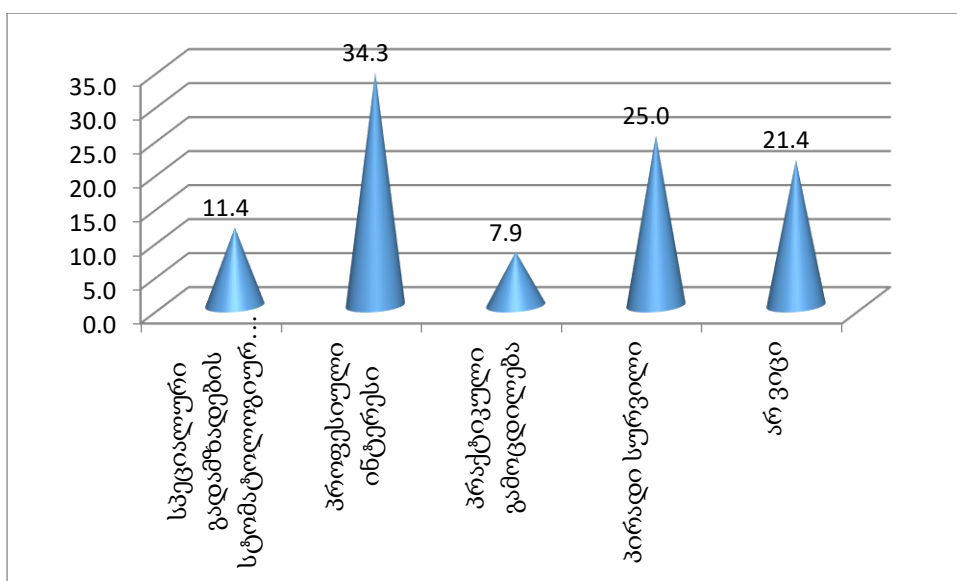
მათ ვისაც ჰქონდათ ასა-ს მქონე პაციენტებთან მუშაობის გამოცდილება, ბოლო ერთი წლის განმავლობაში 49 % მიღებული ჰყავდა 1-2 ასა-ს მქონე პაციენტი (დიაგრამა 21).

დიაგრამა 21. დაახლოებით რამდენი ასა-ს მქონე პაციენტი გყავთ მიღებული ბოლო 1 წლის განმავლობაში?



კლინიკებში მომუშავე ექიმებისთვის ასას პაციენტების მიღების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს პროფესიული ინტერესი (28,2 %) და პირადი სურვილი (20,6 %). პრაქტიკული გამოცდილება კი მხოლოდ 6,5 % აქვს. ეს მნიშვნელოვანი გარღვევაა სრულყოფილი მომსახურების მისაღებად. ამ შემთხვევაში ასა-ს პაციენტები ექსპერიმენტის ობიექტებად შეიძლება წარმოვიდგინოთ, რაც ადამიანთა უფლებების მნიშვნელოვანი დარღვევაა (დიაგრამა 22).

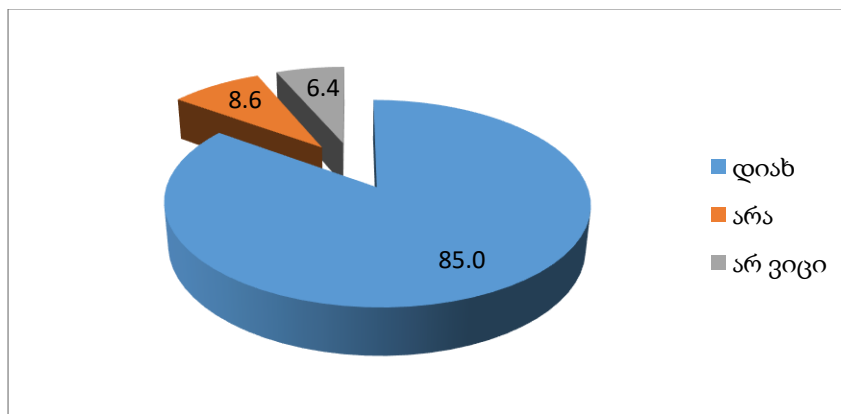
დიაგრამა 22. წინაპირობას თქვენს მიერ ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის წარმოადგენს:



გამოკითხული სტომატოლოგების 5,0 % გავლილი ჰქონდა სპეციალური გადამზადების კურსები და 95,0 % არა. შესაბამისად, საჭიროება იმისა, რომ მოხდეს სტომატოლოგების გადამზადება ასა-ს მქონე პაციენტების სამკურნალოდ, მნიშვნელოვნად დიდია.

გამოკითხული სტომატოლოგების 87 % აღნიშნავს, რომ საჭიროებენ სპეციალურ გაიდლაინებს ასა-ს პაციენტების მისაღებად. მათი მხოლოდ 40 % თვლის, რომ საჭიროა კლინიკებში ფსიქოლოგების და ოკუპაციური თერაპევტის არსებობა. ესეც არაადეკვატურ შეფასებად შეიძლება ჩავთვალოთ, რადგან როგორც ასა-ს მშობლები აღნიშნავენ მათი შვილები ექიმთან ვიზიტისას ხშირად გამოხატავენ აგრესიას, ტირიან და ხშირად გაკაკვებაც ჭირდებათ. თუმცა იმასაც აღნიშნავენ, რომ თუ საჭირო გზა მოძებნეს შვილები სწრაფად მშვიდდებიან. აქ კი ფსიქოლოგების როლი შეიძლება შეუცვლელი აღმოჩნდეს (დიაგრამა 23).

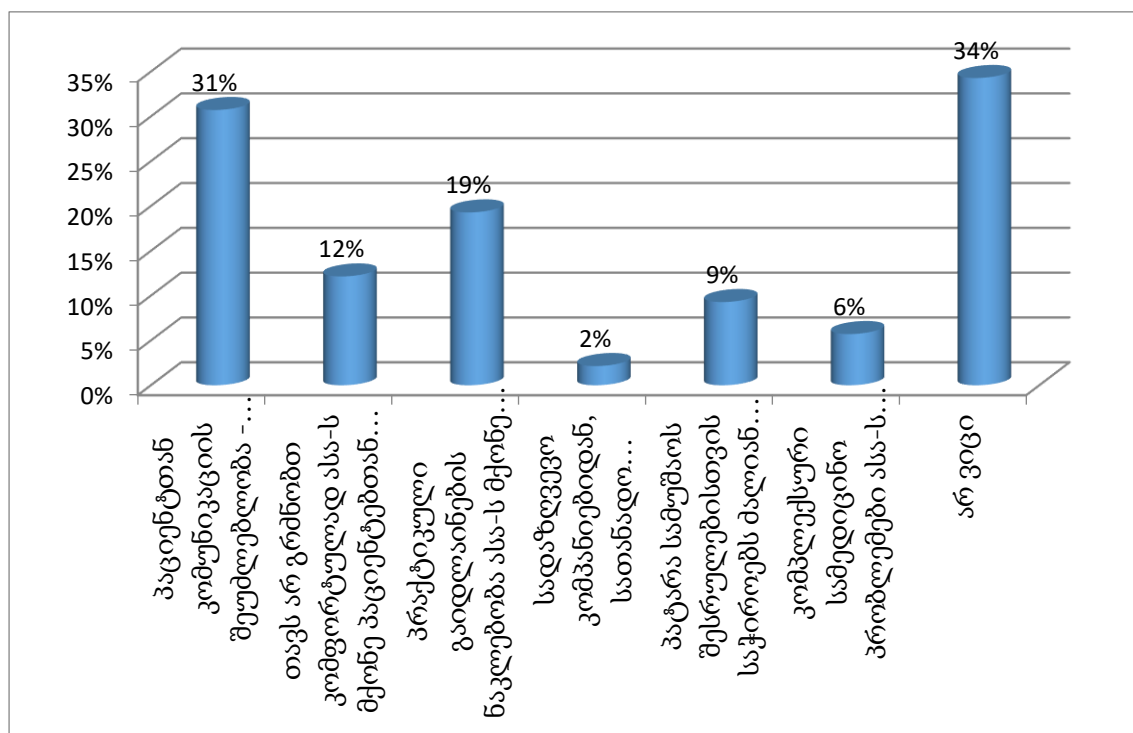
დიაგრამა 23. ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის არის პრაქტიკული გაიდლაინების ნაკლებობა?



მიზეზი, რის გამოც ექიმების 31 % უარის თქმა უწევთ, ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისას გახლავთ პაციენტთან კომუნიკაციის შეუძლებლობა და ბავშვის არაკონტროლირებადი ქცევა (დიაგრამა 24). სწორედ ამიტომ, ჩვენი კვლევის მიზანია, რომ მოხდეს ექიმების გადამზადება და დატრენინგება, რომ შეძლონ ასეთ ბავშვებთან მკურნალობის წარმატებით წარმართვა. ჩვენი კვლევის მიხედვით ასას პაციენტებს ძირითადად უარყოფითი დამოკიდებულება აქვთ ნემსისა და ექიმის მიმართ, მათ ასევე არ უყვართ ცვლილებები და ხშირად მოქმედების ერთ წრეზე ტრიალებენ. წინააღმდეგობას ისინი ხშირად ტირილით და აგრესიით გამოხატავენ, მაგრამ ესეც

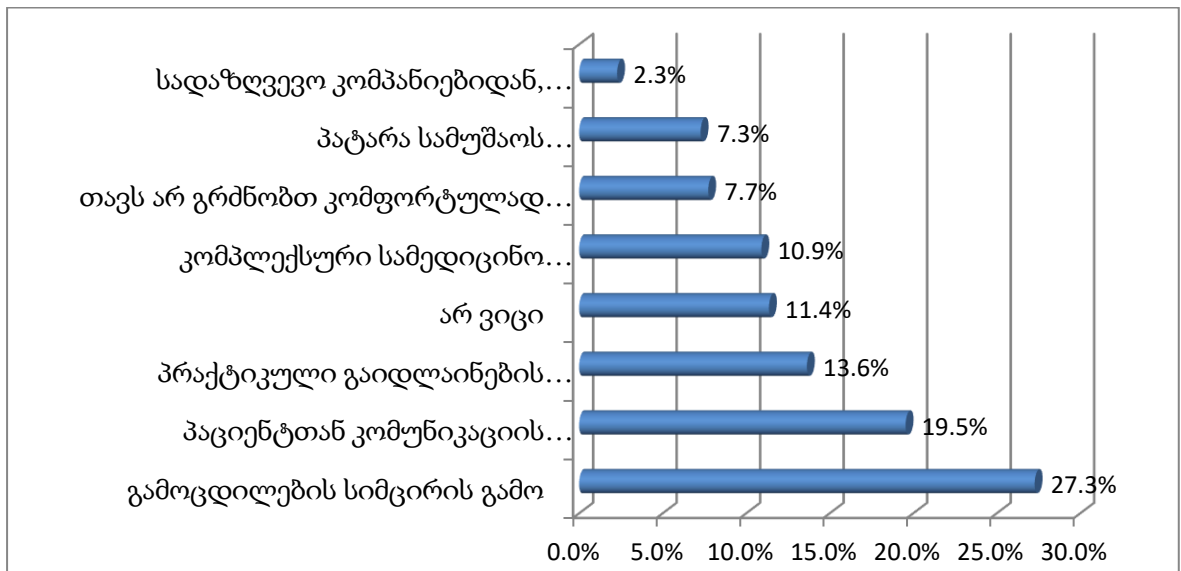
მათი ინსტინქტური შინაგანი თავდაცვის ფორმაა. ზოგი პაციენტი ტკივილსაც ვერ გრძნობს, ან რეაქცია არ აქვს, ამიტომ მათ სპეციფიკური მიდგომა სჭირდებათ.

დიაგრამა 24. უარის თქმის წინაპირობას თქვენს მიერ ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის წარმოადგენს:



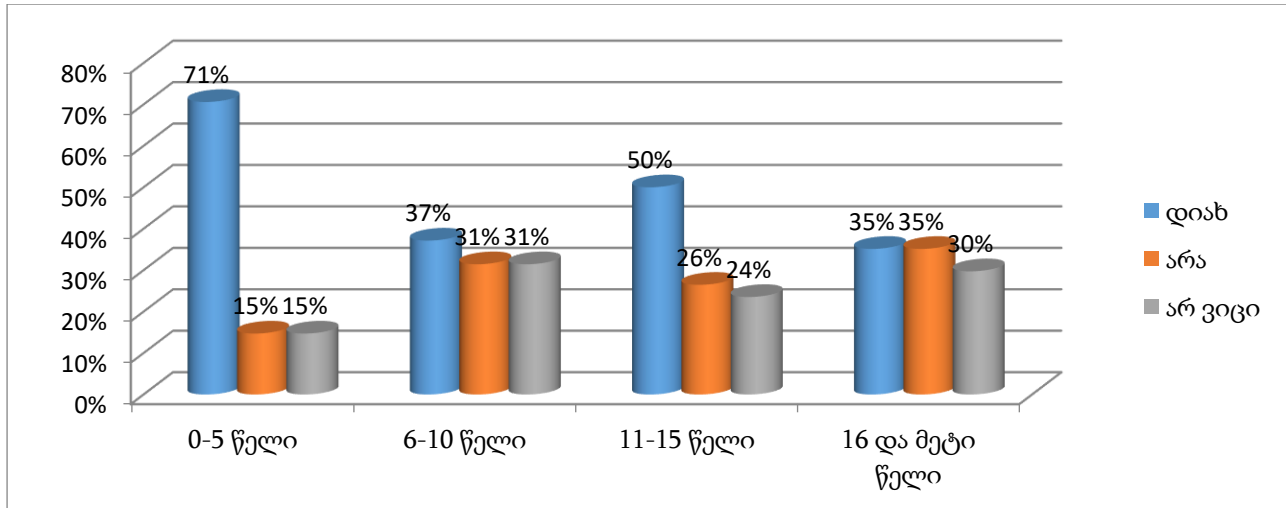
ექიმების 38 %, ვისაც მუშაობის გამოცდილება 0-5 წლამდე ჰქონდა, უარის მიზეზი მკურნალობაზე გახლდათ პაციენტთან კომუნიკაციის შეუძლებლობა, რადგან ბავშვის ქცევა არის არაკონტროლირებადი, არაკოოპერატიული. ასევე, უარის მიზეზი ასას მქონე პაციენტებთან მუშაობისას გახლდათ გამოცდილების სიმცირე, რაც აღინიშნა გამოკითხულთა 27.3 %-ში (დიაგრამა 25).

დიაგრამა 25. თქვენს მიერ ასა-ს მქონე პაციენტებთან მუშაობაზე უარის თქმის
წინაპირობას წარმოადგენს:



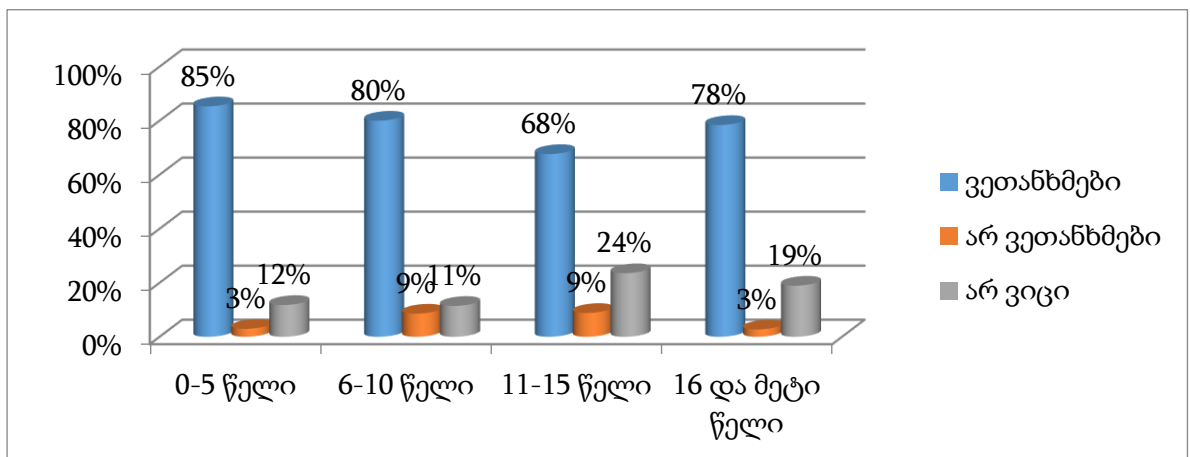
კროსტაბულაციური ანალიზის მიხედვით, რესპოდენტებს ვისაც სამუშაო გამოცდილება 0-5 წლამდე აქვთ, 71 % ფიქრობს რომ კლინიკაში აუცილებელია ფსიქოლოგის ან/და ოკუპაციური თერაპევტის არსებობის (დიაგრამა 26).

დიაგრამა 26. კლინიკაში აუცილებელია ფსიქოლოგის ან/და ოკუპაციური
თერაპევტის არსებობა



რესპოდენტთა განაწილება მუშაობის გამოცდილებისა და მათი აზრით, კლინიკაში ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის პრაქტიკული გაიდლაინების ნაკლებობის შესახებ, შემდეგნაირად გადანაწილდა: 0-5 წლამდე სამუშაო სტაჟის მქონე ექიმების 85 % თვლის, რომ არსებობს გაიდლაინების ნაკლებობა, 6-10 წლამდე- 80 % (დიაგრამა 27)

დიაგრამა 27. ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის არსებობს პრაქტიკული გაიდლაინების ნაკლებობა



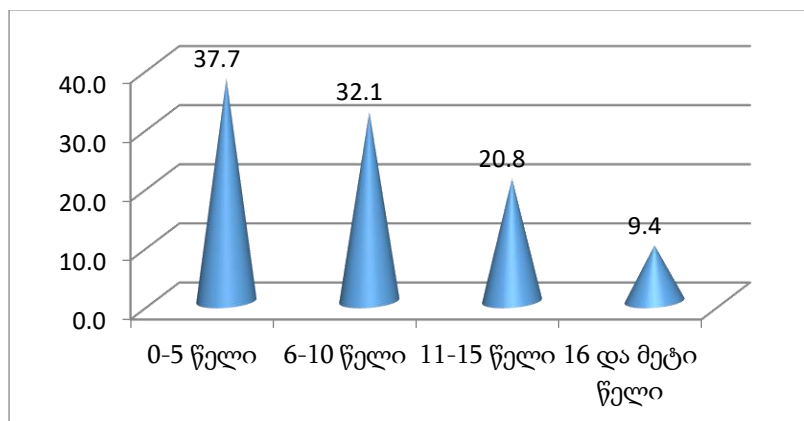
3.7 სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერების კითხვარის შედეგები

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, იმისათვის რომ შეგვესწავლა ასა-ს მქონე პაციენტების საჭიროებები და ასევე, გამოგვევლინა სტომატოლოგიური კლინიკების

მზაოდა ამ პაციენტების სამკურნალოდ, შეგვესწავლა კლინიკის ინფრასტრუქტურა და ადაპტაციის ხარისხი, შეირჩა სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერები და მოხდა მათი ინტერვიუება. სულ გამოიკითხა 53 სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერი. მათ შორის 12 კაცი, და 41 ქალი.

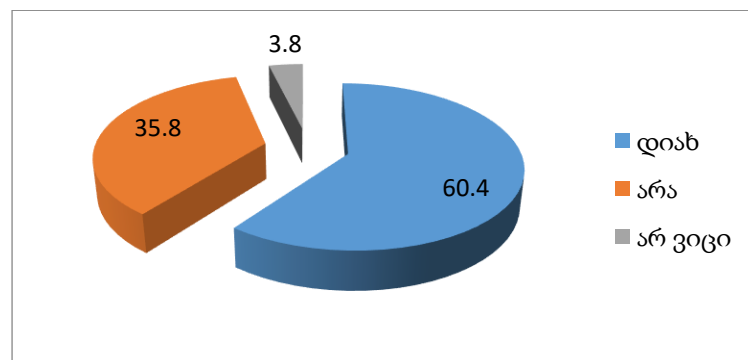
გამოკითხული რესპოდენტების 37.7 % მენეჯერის/ ხელმძღვანელის თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი იყო 0-5 წლამდე (დიაგრამა 28)

დიაგრამა 28. მენეჯერის/ ხელმძღვანელის თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი



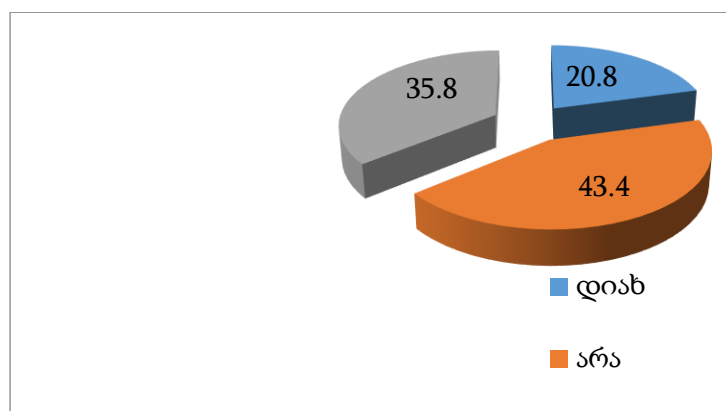
კითხვარიდან მიღებული პასუხებით გამოვლინდა, რომ კლინიკების 60.4 % იღებს აუტისტური სპექტრის აშლილობის-ს (ასა) მქონე პაციენტს (დიაგრამა 29)

დიაგრამა 29. კლინიკა იღებს ასა-ს მქონე პაციენტებს?



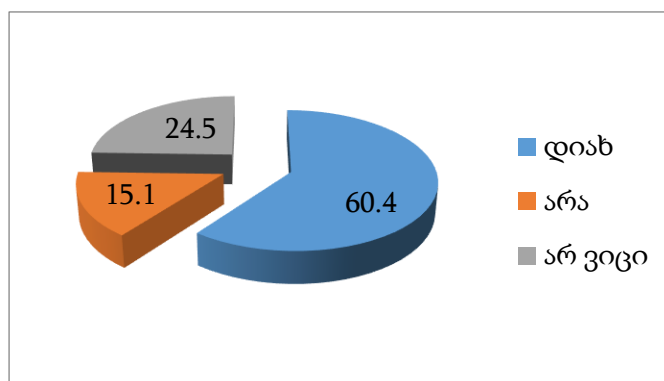
აქედან კლინიკების 43.4 % არ არის ადაპტირებული ასა-ს მქონე პაციენტების მისაღებად (დიაგრამა 30).

დიაგრამა 30. ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის კლინიკა ადაპტირებულია



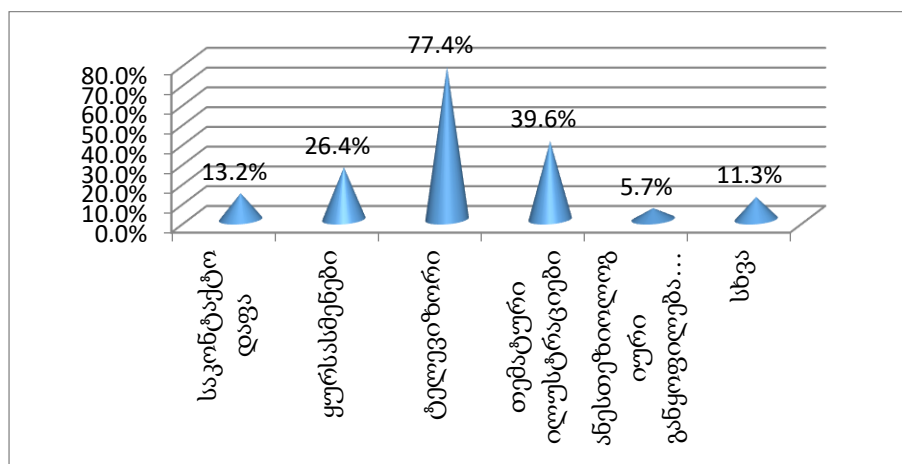
კლინიკის მენეჯერების 60.4 % თვლიან, რომ ეხმარებიან ექიმებს კვალიფიკაციის ამაღლებაში, 15.1 % არ ეხმარება და 24.5 % -მა არ იცის ეხმარება თუ არა (დიაგრამა 31)

დიაგრამა 31. ეხმარებით ექიმებს კვალიფიკაციის ამაღლებაში?



სტომატოლოგიურ კლინიკებში დამატებითი აღჭურვილობის სახით ძირითადად აქვთ ტელევიზორები (77.4 %), თემატური ილუსტრაციები (39.6 %) და ყურსასმენები 26.4 %. თემატური ილუსტრაციებიც ზოგადად პირის ღრუს ეხება და ნაკლებად გამოდგება გზამკვლევად ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის (დიაგრამა 32).

დიაგრამა 32. კლინიკა აღჭურვილია



გამოკითხული მენეჯერების 2/3 ზე მეტი აღნიშნავს, რომ მათ თანამშრომლებს სჭირდებათ სპეციალური გადამზადება ასას პაციენტების მისაღებად. რეალურად ეს მაჩვენებელი კი გაცილებით დიდი იქნება. ანუ ეს ნიშნავს, რომ როგორც კლინიკის ინფრასტრუქტურა, ასევე ექიმთა კვალიფიკაციის დონე არ შეესაბამება ასას პაციენტთა მოთხოვნის დონეს.

კროსტაბულაციური ანალიზის მიხედვით, კლინიკები, რომლებიც ადაპტირებულია ასა-ს მქონე პაციენტების მისაღებად, 72.7 % აქვთ თემატური ილუსტრაციები და 72.7 % ყურსასმენები, 81.8 % ტელევიზორი და ნაკლები პროცენტულობით საკონტაქტო დაფა, ანესთეზიოლოგიური განყოფილება. სწორედ ამიტომ ითვლება ეს კლინიკები ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის ადაპტირებულად (ცხრილი 7).

ცხრილი 7. კლინიკის ადაპტირება არსებული ინვენტარის გათვალისწინებით

		საკონტაქტო დაფა	ყურსასმენები	ტელევიზორი	ურილუსტრაციები	განყოფილება/ილუზია	სხვა	სულ
კლინიკა ადაპტირებულია ასა-ს მქონე პაციენტების მისაღებად?	დიახ	4 36.4%	8 72.7%	9 81.8%	8 72.7%	3 27.3%	0 0.0%	11
	არა	1 4.3%	1 4.3%	18 78.3%	6 26.1%	0 0.0%	4 17.4%	23
	ნაწილობრივ	2 10.5%	5 26.3%	14 73.7%	7 36.8%	0 0.0%	2 10.5%	19
სულ		7	14	41	21	3	6	53

იმ კლინიკების მენეჯერები, რომლებიც იმახიან რომ მათი კლინიკა არ არის ადაპტირებული, 52.1 % კლინიკაში აქვთ მხოლოდ ტელევიზორი და 21.5 % თემატური ილუსტრაციები (ცხრილი 8).

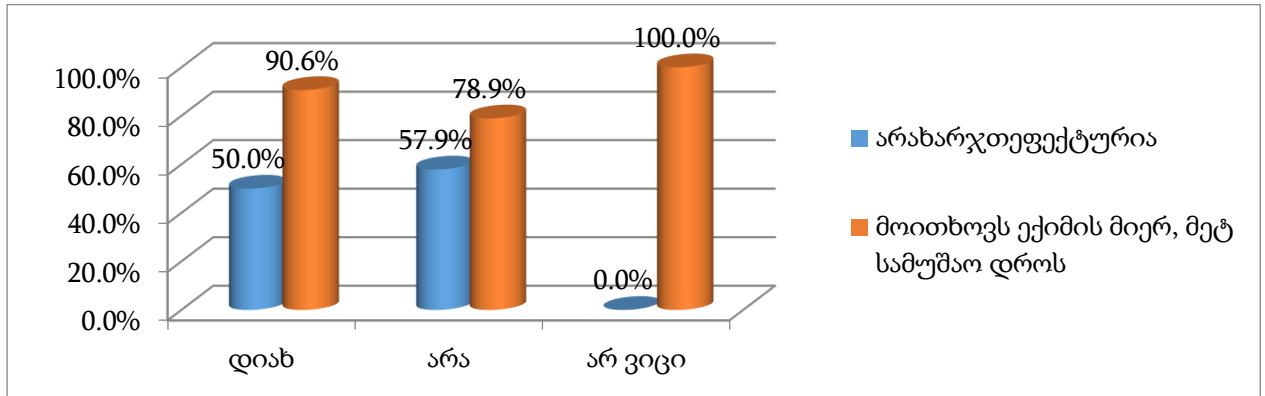
ცხრილი 8. კლინიკაში არსებული ინვენტარი

		რაოდენობა		შემთხვევათა პროცენტული ობა
		რაოდენობა	პროცენტი	
კლინიკაში არის	ყურსასმენები	14	11.6%	18.7%
	ტელევიზორი	63	52.1%	84.0%
	თემატური ილუსტრაციები	26	21.5%	34.7%
	საკონტაქტო დაფა	8	6.6%	10.7%
	ანესთოლოგიური განყოფილება/დანადგარი	3	2.5%	4.0%
	არც ერთი	7	5.8%	9.3%
	სულ	121	100.0%	161.3%

ის კლინიკა, რომელიც იღებს აუტისტური სპექტრის აშლილობის-ს (ასა) მქონე პაციენტს, 90.6 % თვლის, რომ ასას პაციენტი არის ის კატეგორია, რომელიც მოითხოვს

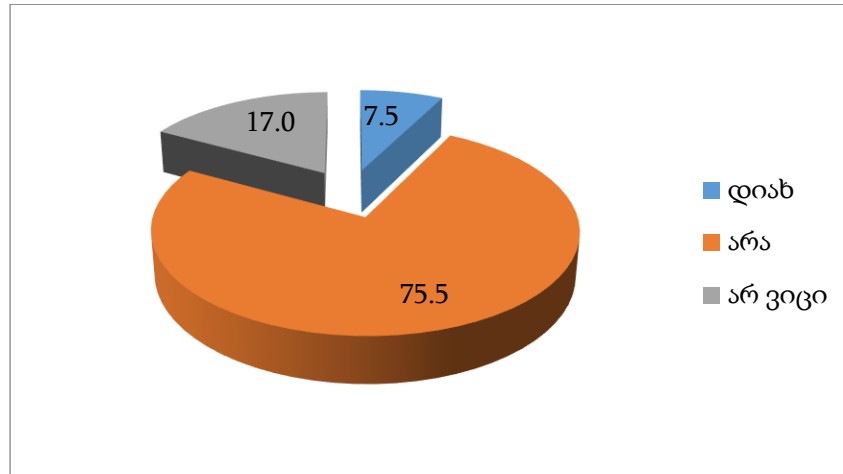
ექიმის მიერ მეტ სამუშაო დროს, ვიდრე ჯანმრთელი ადამიანის მკურნალობისთვის არის საჭირო, ხოლო 50 % თვლის, რომ მათი მიღება და მკურნალობა არახარჯთეფექტურია კლინიკისთვის (დიაგრამა 33).

დიაგრამა 33. ასა-ს მქონე პაციენტი კლინიკისთვის წარმოადგენს



კლინიკების 75.5 % იღებს ასა-ს მქონე პაციენტს, რომელსაც არ აქვს სახელმწიფო დაზღვევა, მხოლოდ პაციენტთა 7 % ჰქონდა დაზღვევა (დიაგრამა 34), თუმცა იმ კონტიგენტს, ვინც სარგებლობდა სახელმწიფო დაზღვევით, არ ეფარებოდათ სტომატოლოგიური ხარჯები, რადგან საყოველთაო დაზღვევის პაკეტში არ არის გათვალისწინებული სტომატოლოგიური მკურნალობის ხარჯები. როგორც სამეცნიერო კვლევებშიც არის აღწერილი, იმის გამო რომ სტომატოლოგიური მკურნალობა ყველაზე ძვირადღირებულ მკურნალობად ითვლება, სადაზღვევო ფაქტორი რა თქმა უნდა დიდ გავლენას ახდენს დაბალ და საშუალო სოციალური სტატუსის მქონე მოსახლეობაზე.

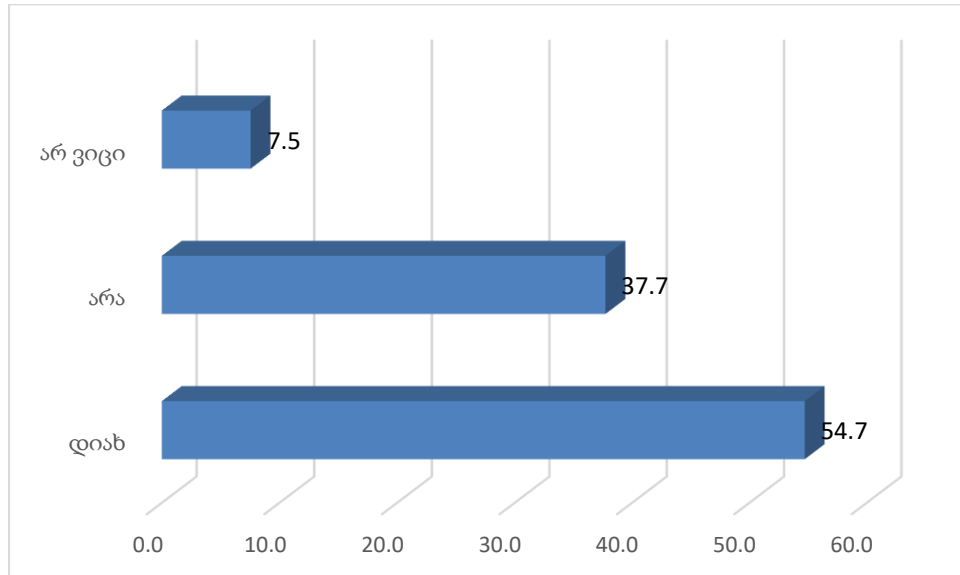
დიაგრამა 34. აქვთ თუ არა სახელმწიფო დაზღვევა



ჩატარებული ინტერვიუებისას, ასა-ს მქონე პაციენტთა მშობლების განცხადებით, სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად ძირითადი პრობლემა არის მაღალი ფასები, ექიმების გადამზადების არარსებობა და ასას მქონე ბავშვებთან მიდგომის უნარ-ჩვევების არარსებობა, რის გამოც ხშირად უმიზეზოდ უშვებენ ნარკოზის გასაკეთებლად. შესაბამისად ან იშვიათად მიდიან მომსახურების მისაღებად და თუ მიდიან უკმაყოფილოები არიან და ძირითადად კბილის ამოღების პროცედურებს მიმართავენ, რაც საერთო ჯამში იწვევს ჯამური კბილების ნაკლებობას შესაბამისი საკონტროლო ჯგუფის ადამიანებთან შედარებით.

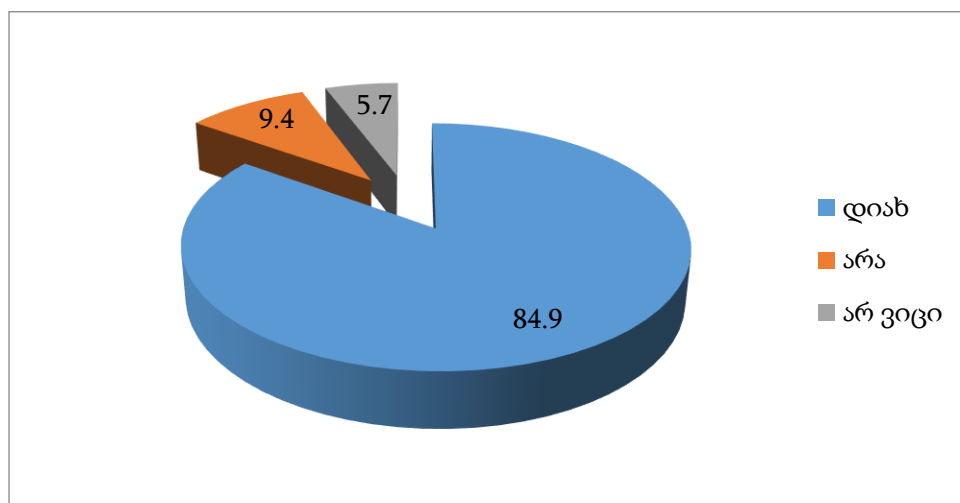
გამოკითხული მენეჯერების თქმით, პაციენტების 54.7 %-ს ჰქონდა კერძო დაზღვევა (დიაგრამა 35).

დიაგრამა 35. აქეთ თუ არა კერძო დაზღვევა



კლინიკის მენეჯერების 84.9 % თვლის, რომ კლინიკის თანამშრომლები საჭიროებენ გადამზადებას ასა-ს მქონე პაციენტების მართვაში (დიაგრამა 36).

დიაგრამა 36. კლინიკის თანამშრომლები საჭიროებენ გადამზადებას ასა-ს მქონე პაციენტების მართვაში



კვლევაში ჩართული კლინიკების 78.5 % იყო კლინიკური, 10.8 % სარეზიდენტო და 10.8 % სასწავლო ბაზა. შესაბამისად ის კლინიკები, რომლებიც იყვნენ კლინიკური

ბაზები მათი 93.8 % იღებდა ასა-ს მქონე პაციენტს, სარეზიდენტო ბაზების 21.9 %, ხოლო სასწავლო ბაზების 21.9 %. ის კლინიკები, რომლებიც იღებენ ასა-ს მქონე პაციენტებს, 75 % აქვს ტელევიზორი, 53 % თემატური ილუსტრაციები, 43.8 % ყურსასმენები და კლინიკების მხოლოდ 9 % აქვს ანესთეზიოლოგიური განყოფილება.

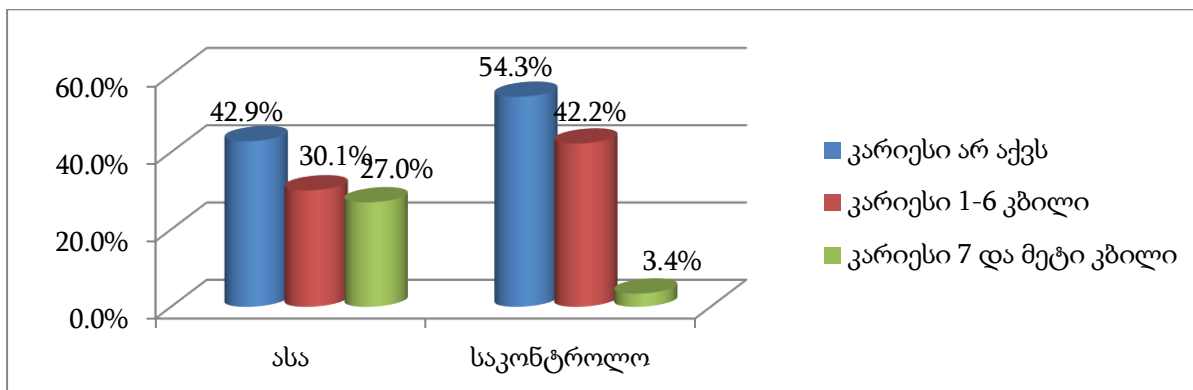
კლინიკური ბაზების მენეჯერების 95.7 % აღნიშნავს, რომ კლინიკა არ არის ადაპტირებული ასა-ს მქონე პაციენტების სამკურნალოდ, ასევე სარეზიდენტო ბაზების 18 % აღნიშნავს იგივეს და სასწავლო ბაზების 4.3 %. რაც კიდევ ერთხელ ხაზს უსვამს იმ ფაქტს, რომ ასა-ს მქონე პაციენტების სამკურნალოდ საჭიროა სტომატოლოგიური კლინიკების მეტად ადაპტირება, რათა სრულყოფილად მოხდეს მათი სტომატოლოგიური დახმარების გაწევა.

თავი IV

4.1 კროსტაბულაციური ანალიზი

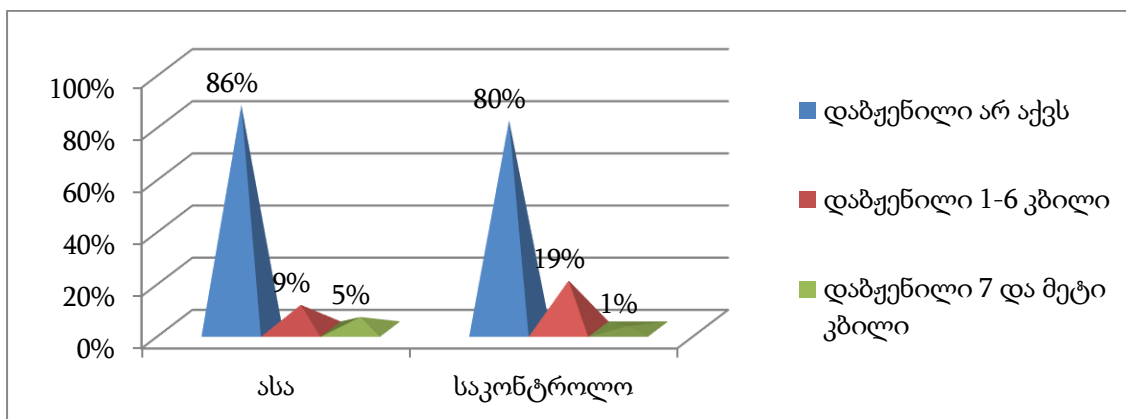
კროსტაბულაციური ანალიზი გვიჩვენებს ორი ცვლადის სიხშირეთა ერთობლივ განაწილებას. საჭიროა დამოკიდებული ცვლადის თითოეული კატეგორიის განხილვა დამოუკიდებელი ცვლადის კატეგორიების საფუძველზე. კროსტაბულაციური ანალიზი ჩატარდა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე და საკონტროლო ჯგუფის კონტიგენტს შორის, კარიესის არსებობის შესახებ. ასა-ს მქონე პაციენტთა 42.9 % არ აღენიშნებოდა კარიესი, 1-6 კბილამდე იყო კარიესით დაზიანებული 30.1 %-ში, 7 და მეტი კბილი იყო დაზიანებული 27.0 % -ში, რაც შეეხება საკონტროლო ჯგუფის კონტიგენტს კარიესი არ გამოვლინდა 54.3 %-ში, 1-6 კბილამდე იყო კარიესით დაზიანებული 42.2 %-ში, ხოლო 7 და მეტი კბილის დაზიანება გამოვლინდა მხოლოდ 3.4 %-ში (დიაგრამა 37).

დიაგრამა 37. ასა და საკონტროლო ჯგუფში კარიესული კბილების რაოდენობა



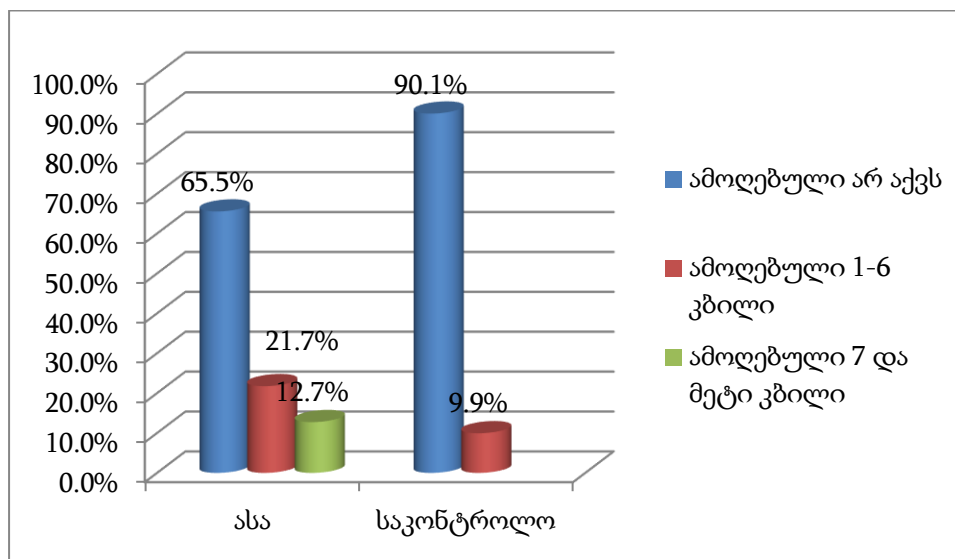
ანალიზი ჩატარდა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე და საკონტროლო ჯგუფის კონტიგენტს შორის, სადაც შედარდა დაბეჭენილი კბილების რაოდენობა. ასა-ს მქონე პაციენტების 9 %-ს დაბეჭენილი ჰქონდა 1-6 კბილის ერთეული, 7 და მეტი კბილი ჰქონდა დაბეჭენილი 5 %-ს, საკონტროლო ჯგუფში 1-6 კბილამდე დაბეჭენილი ჰქონდა 19,1 %, ხოლო 7 და მეტი დაბეჭენილი კბილი გამოვლინდა ასა-ს მქონე პაციენტებთან შედარებით მცირე პროცენტში 1 %-ში (დიაგრამა 38).

დიაგრამა 38. ასა და საკონტროლო ჯგუფს შორის დაბეჭენილი კბილების რაოდენობა



მნიშვნელოვანი ანალიზი გაკეთდა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების და საკონტროლო ჯგუფის ამოღებული კბილების შეფასებისას. 1-6 კბილამდე ამოღებული კბილი გამოვლინდა ასა-ს მქონე პაციენტების 21.7 %-ში, 7 და მეტი 12,7 %-ში, საკონტროლო ჯგუფში 1-6 კბილამდე ამოღებული კბილი იყო მხოლოდ 9.9 %-ში, ხოლო 7 და მეტი ამოღებული კბილი არ დაფიქსირებულა (დიაგრამა 39).

დიაგრამა 39. ასა და საკონტროლო ჯგუფს შორის ამოღებული კბილების რაოდენობა.



შეფასდა ასა-ს მქონე და ტიპური განვითარების კონტიგენტის ღრძილოვანი ინდექსი.

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების 73 %-ში დაფიქსირდა ანთების არარსებობა, 14 %-ში გამოვლინდა მსუბუქი ანთება, 10 % შემთხვევაში აღინიშნა ანთება ღრძილის ყველა ნაწილში, 2 % ზომიერი ანთება და 1 % მძიმე ანთება, რაც შეეხება საკონტროლო ჯგუფს, პროცენტული მაჩვენებლები განსხვავდებოდა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებისგან, რაც იმაში გამოიხატა, რომ მსუბუქი ანთება და მძიმე ხარისხის ანთება, საერთოდ არ გამოვლენილა (ცხრილი 9).

ცხრილი 9. მოდიფიცირებული ღრძილოვანი ინდექსის არსებობა ასა-ს და საკონტროლო ჯგუფში

	მოდიფიცირებული ღრძილოვანი ინდექსი					სულ
	ანთების არარსებობა	მსუბუქი ანთება, მაგრამ არა ღრძილის ყველა ნაწილში	მსუბუქი ანთება ღრძილის ყველა ნაწილში	ზომიერი ანთება	მძიმე ანთება	
ასა	73%	14%	10%	2%	1%	100.0%
საკონტროლო	97%	3%		1%		100.0%
სულ	85%	8%	5%	2%	0%	100.0%

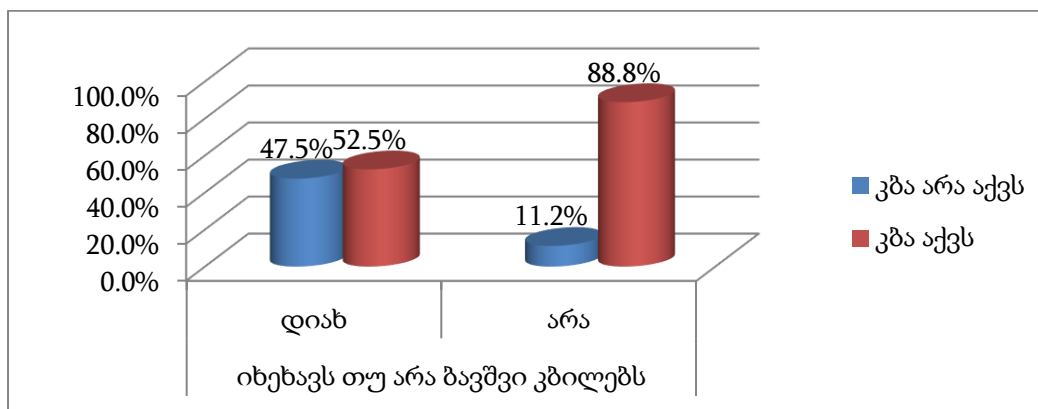
ასევე შევადარეთ აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე და ტიპური განვითარების მქონე კონტიგენტის პირის ღრუს ჰიგიენის ინდექსი. შედეგები თვალშისაცემი იყო ამ ორ ჯგუფს შორის, რაც შემდეგნაირად გადანაწილდა: კარგი ჰიგიენა 58 %, დამაკმაყოფილებელი 14 %, არადამაკმაყოფილებელი 21 %, ხოლო ცუდი ჰიგიენა 7 % -ში გამოვლინდა, ცუდი ჰიგიენა საერთოდ არ გამოვლენილა საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. როგორც ქვემოთ მოცემულ ცხრილში ჩანს, ტიპური განვითარების კონტიგენტის პირის ღრუს ჰიგიენა 30 %-ით უკეთესია, ვიდრე ასა-ს მქონე პაციენტებისა (ცხრილი 10).

ცხრილი 10. ჰიგიენური ინდექსი ასა-ს და საკონტროლო ჯგუფში

	ჰიგიენური ინდექსი				სულ
	კარგი	დამაკმაყოფილებელი	არადამაკმაყოფილებელი	ცუდი	
ასა	58%	14%	21%	7%	100%
საკონტროლო	81%	16%	3%	0%	100%
სულ	70%	15%	12%	4%	100%

კროსტაბულაციური და კორელაციური ანალიზის მიხედვით იმ კონტიგენტში, ვინც იხეხავდა კბილებს კბა ინდექსი ჰქონდა მხოლოდ 52.5 %, ხოლო ვინც არ იხეხავდა კბა ინდექსი გამოვლინდა 88.8 %-ში (დიაგრამა 40).

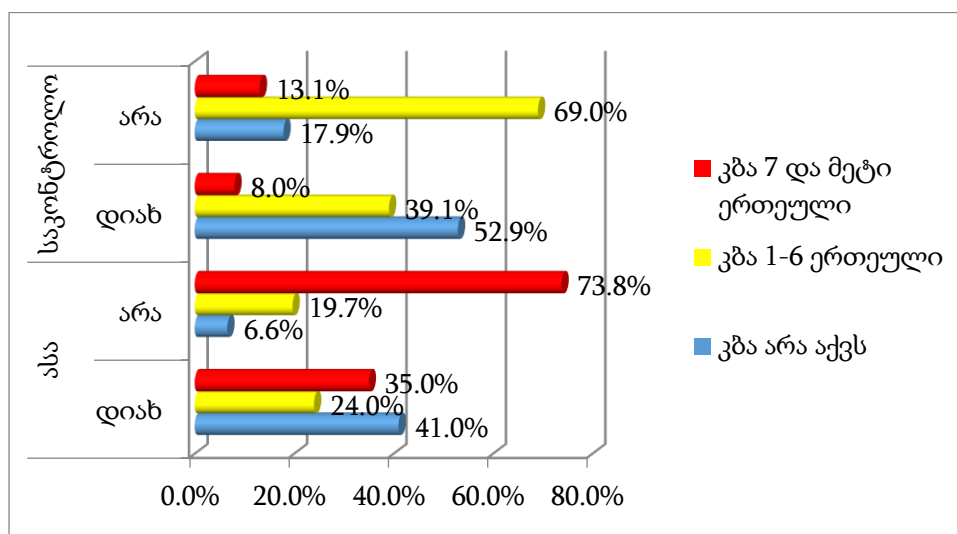
დიაგრამა 40. ხეხვისას კბა ინდექსის არსებობა



$\chi^2=80.3$ და $P=0.001$, რაც ნიშნავს, რომ სტატისტიკურად არსებობს კავშირი კბილების გახეხვასა და კბილების დაზიანებას შორის. $P=0.001$ და Cramers=0.353, რაც ნიშნავს, რომ კბილების გახეხვასა და დაავადებას შორის არის საშუალო სიძლიერის დადებითი კორელაცია. კბილების არ გახეხვის შემთხვევაში კბილების დაზიანების შანსი არის 4,3, ხოლო გახეხვის შემთხვევაში 0,5, $OR=7.2$. ანუ, კბილის გახეხვის რისკის ფაქტორი არის მნიშვნელოვანი. Mantel-Haenszel-ის ტესტით განისაზღვრა ორმხრივი სანდოობის ინტერვალი, რამაც 95% შეადგინა ($OR=7.2$; 95% CI 4.5-11.5);

ასა-ს მქონე პაციენტების 73.8 % გამოუვლინდა კბა ინდექსი 7 და მეტ ერთეულზე, ვინც არ იხეხავდა კბილებს, ხოლო საკონტროლო ჯგუფიდან არ გახეხვის შემთხვევაში 7 და მეტი ერთეულზე კბა გამოვლინდა მხოლოდ 13.1 %-ში, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ შემთხვევაშიც, ასა-ს მქონე პაციენტებზე სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორები ახდენენ გავლენას (დიაგრამა 41).

დიაგრამა 41. ასა და საკონტროლო ჯგუფს შორის ხეხვისას დაზიანებული კბილების რაოდენობის შედარება.



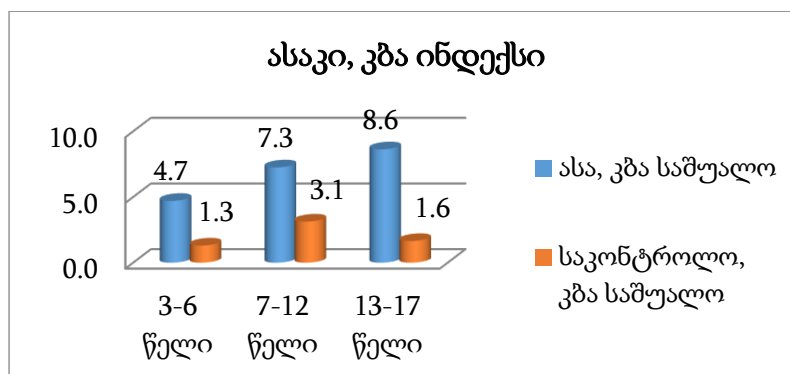
დაბუქნილი კბილები აღინიშნებოდა მხოლოდ 26 %-ში, ხოლო იმ ინდივიდებში, ვინც არ იხეხავდა კბილებს დაბუქნილი კბილები მხოლოდ 7 % ჰქონდა. ქვემოთ მოცემული ცხრილის მიხედვით შანსის ფარდობა, რომ ხეხვისას შესაძლოა დაბუქნის საჭიროება გახდეს არის 4.5, ხოლო რისკი იმისა რომ არ გახეხვის შემთხვევაში გახდეს დაბუქნის საჭიროება არის 3.6, CI = 1,01-19,9 (ცხრილი 11).

ცხრილი 11. რისკის შეფასება

	შეფასება	95% სანდოობის ინტერვალი	
		ქვედა	ზედა
OR იხეზავს თუ არა ბავშვი კბილებს (დიახ / არა)	4.505	1.017	19.963
For cohort დაბჟენილი = აქვს	3.603	.920	14.118
For cohort დაბჟენილი არა აქვს	.800	.693	.922
ვალიდური შემთხვევების რაოდენობა	164		

როგორც კვლევის შედეგებიდან ჩანს, ასაკი გავლენას ახდენს კბა ინდექსზე. ასას მქონე ბავშვებში კბა ინდექსი ასაკის მატებასთან ერთად პროპორციულად იზრდება. 3-6 წლისთვის შეადგინა 4,7 ქულა, 7-12 წლისთვის 7,3 ქულა და 13-17 წლისთვის 8,6 ქულა. საკონტროლო ჯგუფში უფრო დაბალი პროცენტებია და 13-17 წლის რესპოდენტებისთვის მცირდებოდა 7-12 წლებთან შედარებით (3,1 ქულიდან 1,6 ქულამდე) (დიაგრამა 42).

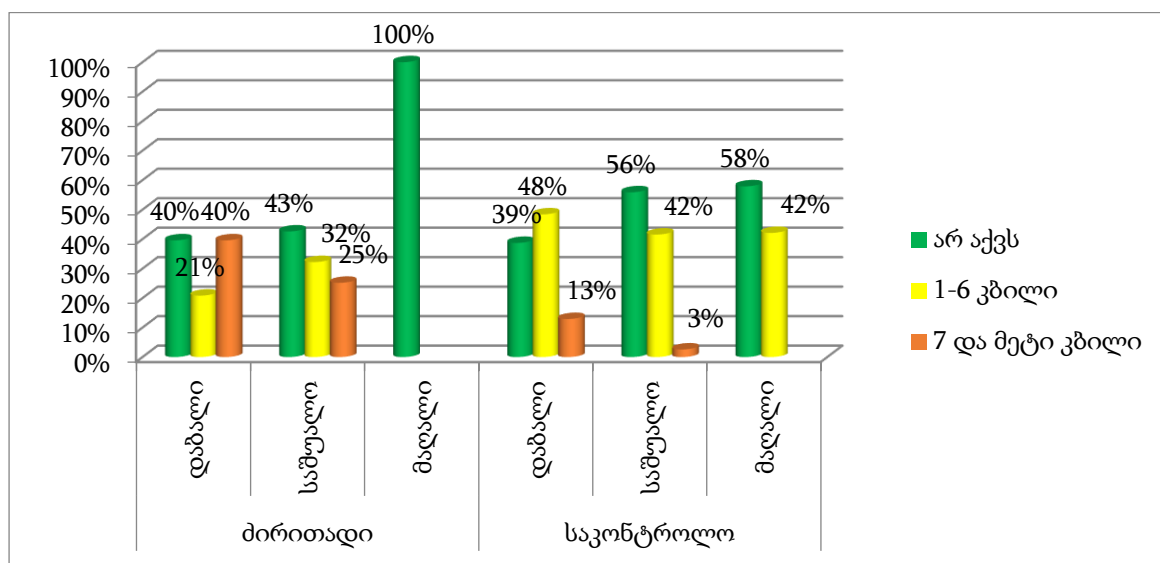
დიაგრამა 42. ასაკის გავლენა კბა საშუალო მაჩვენებელზე



კარიესის განვითარებაზე მნიშვნელოვან ფაქტორად გამოვლინდა სოციალურ-ეკონომიური სტატუსი. ძირითად ჯგუფსა და საკონტროლო ჯგუფს შორის მნიშვნელოვანი სხვაობები დაფიქსირდა. დაბალი სოციალური სტატუსის მქონე პაციენტების 9.9 % არ აღენიშნებოდა კარიესი, ხოლო საშუალო და მაღალი

სოციალური სტატუსის მქონე პაციენტების 90.1 %-ს არ გამოუვლინდა კარიესული დაზიანებები. დაბალი სოციალური სტატუსის მქონე პაციენტების 21 %-ში გამოვლინდა 1-6 კბილი კარიესული დაზიანებით, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის დაბალი სოციალური სტატუსის მქონე პაციენტების 48 %-ში. სხვაობა დიდია, როგორც ჩანს ამ ფაქტორთან ერთად, სხვა ფაქტორებიც მოქმედებენ კარიესის განვითარებაზე (დიაგრამა 43)

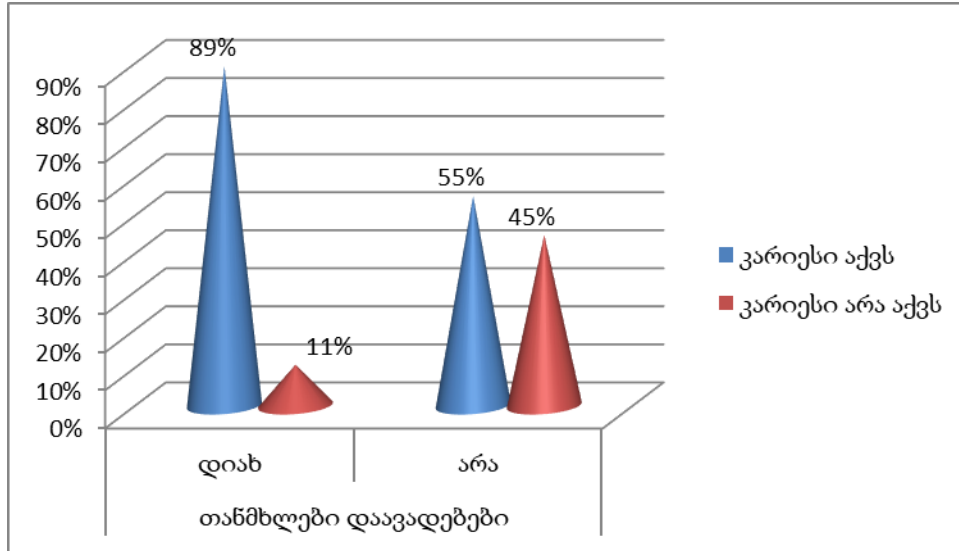
დიაგრამა 43. კარიესზე მოქმედი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა



კბილების დაზიანებაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი გამოიყო თანმხლები დაავადებების სახით. განსხვავებულია დაავადებების სახეებიც, თუმცა ასას ბავშვებში თანმხლები დაავადების არსებობისას საშუალო კბა 6,0 ტოლი იყო, არარსებობისას - 4,5. იგივე მაჩვენებელმა საკონტროლო ჯგუფში შეადგინა 3,5 და 1,8. რაც ნიშნავს, რომ ასას პაციენტებში დაავადებების არსებობა დამატებითი ხელშემწყობი ფაქტორია კბილის დაზიანების კოეფიციენტის გასაზრდელად. მათ, ვისაც ჰქონდა თანმხლები დაავადება, კარიესი ჰქონდა გამოკითხულთა 89,0 %, ხოლო მათ, ვისაც არ ჰქონდა თანმხლები დაავადება - 55,0 %. $\chi^2=11,4$ და $P=0.001$, რაც ნიშნავს, რომ სტატისტიკურად არსებობს კავშირი თანმხლებ დაავადებასა და კარიესის განვითარებას შორის. $P=0.001$ და $Cramers=0.263$, რაც ნიშნავს, რომ თანმხლებ დაავადებასა და კარიესის განვითარებას შორის არსებობს სანდო დაბალი დამოკიდებულება (კორელაცია). თანმხლები დაავადების შემთხვევაში კარიესის განვითარების შანსი არის 1,6, ხოლო თანმხლები

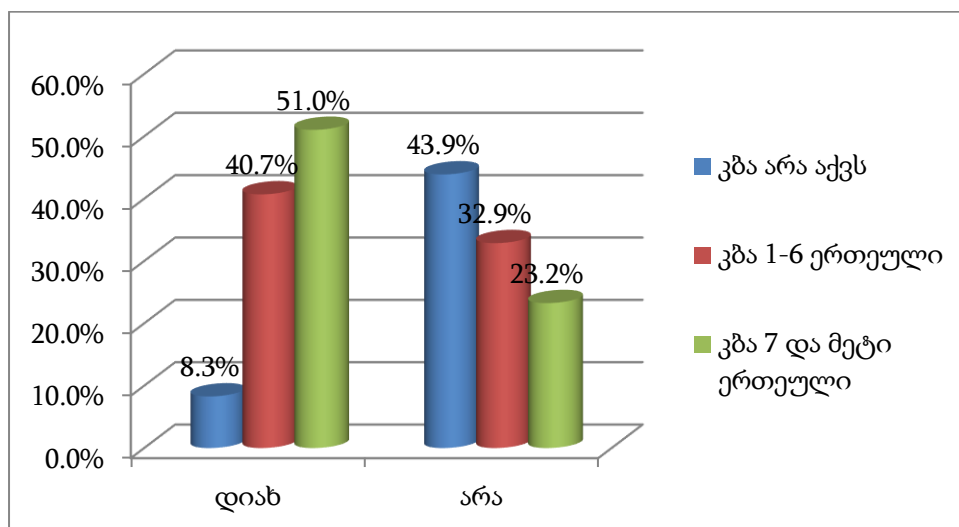
დაავადების არ არსებობის შემთხვევაში 0,2. OR=6.8, ანუ თანმხლები დაავადების რისკის ფაქტორი არის მნიშვნელოვანი (დიაგრამა 44).

დიაგრამა 44. კარიესზე მოქმედი თანმხლები დაავადებები



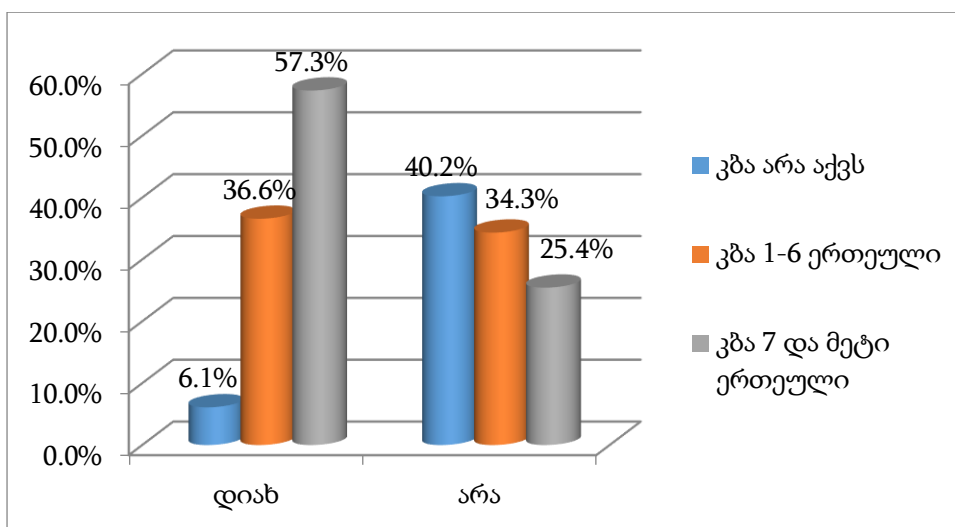
კროსტაბულაციურმა ანალიზმა აჩვენა კავშირი პაციენტთა ალერგიულ რეაქციებსა და კბა ინდექსის არსებობას შორის. მათ ვისაც აღენიშნებოდათ ალერგიული რეაქციები 51 %-ში გამოვლინდა კბა ინდექსი 7 და მეტ ერთეულზე, 40 %-ში გამოვლინდა კბა ინდექსი 1-6 ერთეულამდე და მხოლოდ 8,3 %-ში არ გამოვლინდა კბა ინდექსი (დიაგრამა 45)

დიაგრამა 45. კბა ინდექსზე მოქმედი ალერგიული რეაქციები



ასევე ისინიც, ვინც მოიხმარდნენ მედიკამენტებს აღენიშნებოდათ კბა ინდექსის მაღალი მაჩვენებელი, კერძოდ 7 და მეტ ერთეულზე დაფიქსირდა კბა ინდექსი გამოკვლეულთა 57.3 %-ში და მხოლოდ, 6 %-ში არ აღინიშნა კბა ინდექსი. ისინი ვინც არ მოიხმარდნენ მედიკამენტებს 40.2 %-ში არ გამოვლინდა კბა ინდექსი, ხოლო 1-6 ერთეულამდე გამოვლინდა 34,3 %-ში. როგორც შედეგებიდან ჩანს, მედიკამენტის მოხმარებასა და არ მოხმარებას შორის, ასევე კბა ინდექს შორის არსებობს კავშირი (დიაგრამა 46).

დიაგრამა 46. კბა ინდექსზე მოქმედი მედიკამენტების გავლენა



ასა-ს მქონე პაციენტებსა და საკონტროლო ჯგუფს შორის ჩავატარეთ კორელაციური ანალიზი მედიკამენტების მოხმარებასა და პირის ღრუს ჯანმრთელობას შორის.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ასა-ს მქონე პაციენტების ის კონტიგენტი, ვინც მოიხმარდა მედიკამენტებს 74 %-ში გამოვლინდა 7 და მეტი ერთეულის კბა ინდექსი, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის კონტიგენტში მედიკამენტების მოხმარებისას 40 % ში გამოვლინდა 7 და მეტი ერთეული კბა ინდექსი, 1-6 ერთეული 60 %. სხვაობა თვალშისაცემია ასა-ს მქონე და საკონტროლო ჯგუფს შორის, როგორც ჩანს ასა-ს მქონე პაციენტებზე, გარდა მედიკამენტებისა, სხვა ფაქტორებიც მოქმედებენ პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე (ცხრილი 12).

ცხრილი 12. მედიკამენტების გავლენა კბა ინდექსზე

			კბა			სულ
			არა აქვს	1-6 ერთეული	7 და მეტი ერთეული	
ასა მედიკა დიახ მენტის არა რეაქცია			12%	14%	74%	100.0%
			30%	24%	46%	100.0%
საკონტ მედიკა დიახ როლო მენტის არა რეაქცია				60%	40%	100.0%
			50%	45%	5%	100.0%

4.2 ფაქტორული ანალიზი

ფაქტორული ანალიზით შესაძლებელია კვლევის ობიექტის აღწერა სრულყოფილად და კომპაქტურად. ანალიზის შედეგადად, ერთ ფაქტორში ერთიანდება ძლიერად ურთიერთკორელირებული ცვლადები. ფაქტორული ანალიზის მთავარი მიზნებია: ცვლადების რედუქცია და ცვლადების ურთიერთკავშირების სტრუქტურის დადგენა. მონაცემთა დამუშავების ეტაპზე სტომატოლოგიური მდგომარეობის შემფასებელი და მის მდგომარეობის გამაუარესებელი ცვლადების მოცემული ნაკრებიდან მოხდა ცვლადების ქვეჯგუფების გამოყოფა, რომლებიც ერთმანეთთან მჭიდრო კავშირში იყო. დამოუკიდებელი ცვლადების რედუქციამ საშუალება მოგვცა უფრო ზუსტად განგვესაზღვრა პირის ღრუს დაზიანებაზე მოქმედი მაჩვენებლების გავლენის ხარისხი. მიღებული შედეგები დაჯგუფდა ორ ფაქტორად:

1. ჰიგიენური ინდექსი ($R=0.929$), MGI ინდექსი ($R=0.792$), მედიკამენტის საჭიროება ($R=0.635$) და ასას ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა.

2. კბა ინდექსი ($R=0.894$), კარიესი ($R=0.568$), მიღებული საკვების სახეობა ($R=0.697$), კბილების გახეხვის სიხშირე ($R=0.644$), ბავშვის სტომატოლოგთან ვიზიტი ($R=-0.734$),

ასას ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა ($R=-0.779$), და ბავშვის ასაკი ($R=-0.715$). (ცხრილი 13).

ცხრილი 13. რამდენიმე ფაქტორის გავლენა კბა ინდექსზე

	კომპონენტი			
	1	2	3	4
ჰიგიენური ინდექსი	.929			
MGI index	.792			
კბა		.894		
რომელია ბავშვის საყვარელი საჭმელი?		.697		
კარიესი		.568		
არის თუ არა ალერგიული? (ჩამოთვალეთ)			.918	
მედიკამენტის რეაქცია			.899	
თანმხლები დაავადება				.804
მედიკამენტის საჭიროება	.635			.618
სოც.ეკონომიური მდგომარეობა	-.538	-.779		
თუ იხეხავს რამდენად ხშირად?		.644		
ყოფილა თუ არა ბავშვი სტომატოლოგთან		-.734		
პროფილაქტიკური დათვალიერების მიზნით?				
ასაკი		.715		

პირველი ფაქტორის შემთხვევაში ასას პაციენტები ღებულობენ მედიკამენტებს დამატებითი დამცავი ღონისძიებების გარეშე (მაგ. პირის ღრუს დამატენიანებლები) და პირის ღრუს სიმშრალე ხელს უწყობდა კბილებზე ნადების წარმოქმნას, რომელიც ჯაჭვური რეაქციით იწვევდა ღრძილოვანი ქსოვილის გაღიზიანება-ანთებას. დაბალი სოციალური მდგომარეობა სტომატოლოგიური მომსახურების მაღალი ფასების პირობებში აფერხებდა სტომატოლოგიური მომსახურების მიღებას, რაც საერთო ჯამში ჰიგიენური და MGI ინდექსის გაუარესებამდე მიყავდა ბავშვი.

მეორე ფაქტორის შემთხვევაში, კარიესის არსებობას მაღალი ხვედრითი წილი უჭირავს კბა ინდექსის განსაზღვრაში და შესაბამისად მათ შორის კორელაცია საკმაოდ მაღალია. ასას პაციენტები ამოჩემების გამო ხშირად იკვებებოდნენ ტკბილი, გაზიანი

და ფაფოვანი საკვებით, ხილის და ბოსტნეულის დეფიციტური მიღების პირობებში. ისინი ნაკლებად ან იშვიათად მიმართავენ კბილების გახეხვის პროცედურებს, დაბალი სოციალური-ეკონომიკური მდგომარეობისა და სტომატოლოგთან ვიზიტის სირთულის გამო იშვიათად აქვთ ვიზიტები სტომატოლოგიურ კლინიკებში. შესაბამისად ასაკის მატებასთან ერთად მათში მაღალია კარიესული დაავადებების სიხშირე და კბა ინდექსი.

ამრიგად, სხვა კვლევების შედეგადაც იყო აღნიშნული და ჩვენმა კვლევამაც დაადასტურა, რომ ნადების წარმოქმნა, ღრძილოვანი ქსოვილის დაზიანება, პიგიენტური ინდექსის გაუარესება და კარიესული პროცესები ერთდროულად მიმდინარეობს. ეს ნიშნავს, რომ გარდა მექანიკური ზემოქმედებისა, კბილის დაზიანება კომპლექსური შედეგია, რომელსაც წინ უძღვის პირის ღრუს ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება. ამიტომ არის, რომ კბილის დაზიანების შემთხვევაში მისი ექსტრაქცია ან დაბჟენა მხოლოდ დროებითი პროცესია და რემინერალიზაციური პროცესების გარეშე სხვა კბილების დაზიანება ისევ გაგრძელდება. ასას მქონე რესპოდენტების შემთხვევაში უმრავლესობას არ შეუძლია დამოუკიდებლად კბილების გახეხვა და/ან მეურვის უყურადღებობის გამო იშვიათად მიმართავენ ამ პროცედურას, ამიტომაც ის ერთ-ერთ ხელშემშლელ ფაქტორად გვევლინება პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად.

ასას რესპოდენტებში ასევე ხშირად გვხვდება თანმხლები დაავადებები და შესაბამისად, ისინი დამატებით ღებულობენ მედიკამენტებს. ეს მედიკამენტები ზოგი პირდაპირ და ზოგი არაპირდაპირ ხელს უწყობს ერთის მხრივ, ანატომიური ხარისხის გაუარესებას და მეორეს მხრივ, პირის ღრუს ბუნებრივი ფიზიოლოგიური პროცესების დარღვევას, რასაც საბოლოო ჯამში კბილებისა და ღრძილების დაზიანებამდე მივყავართ.

4.3 მონაცემთა სანდოობა

პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესასწავლი ძირითადი კითხვარი შემუშავებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ და ადაპტირებულია როგორც მრავალ უცხოურ ქვეყანაში, ასევე საქართველოში. ჩვენს მიერ შემუშავებული კითხვარის შემოწმება და განხილვა მოხდა მრავალი ფაქტორის გათვალისწინებით და საბოლოოდ დამტკიცდა იმ ფორმით, რომ მაქსიმალურად უზრუნველყო ერთის მხრივ პირის ღრუს

ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების გამოვლენა, მეორე მხრივ ასას მქონე პაციენტების უნარ-ჩვევებისა და სპეციფიკური მოქმედებების შესწავლა და მესამე მხრივ სტომატოლოგიურ კლინიკებსა და თვითონ სტომატოლოგებში გავრცელებული სპეციალური საჭიროების მქონე ადამიანების მკურნალობის პრაქტიკის გაანალიზება.

კვლევის პროცესის ყველა ეტაპზე: კვლევის დაგეგმვა, საკვლევი წრის განსაზღვრა, შერჩევის განხორციელება, კითხვარის შემუშავება-აპრობაცია, ინტერვიუების პროცესი, მონაცემთა ანალიზი და სხვა დეტალები მკაცრად კონტროლდებოდა, რაც მინიმუმამდე ამცირებდა შედეგების ცდომილებას და ჯამური შედეგების სანდოობა 95 პროცენტზე იქნა შენარჩუნებული.

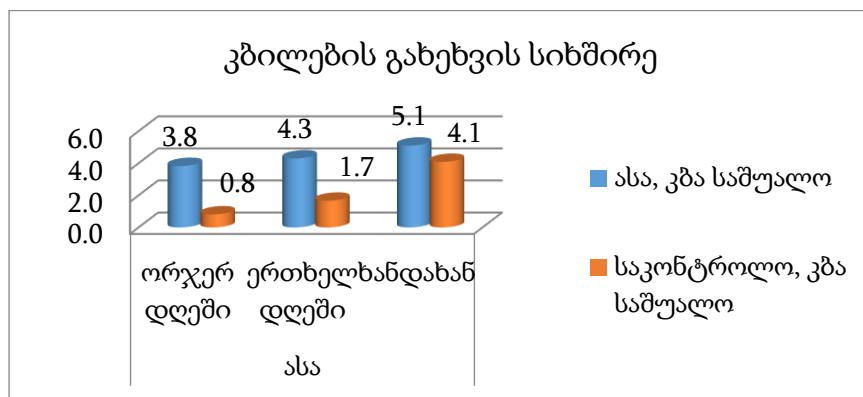
ძირითადი კვლევის დაწყებამდე ჩვენს მიერ გამონებული კითხვარების წინასწარი აპრობაცია მოხდა დაახლოებით 30 რესპოდენტზე, რის საფუძველზეც მოხდა კითხვარის კითხვების მოდიფიცირება, ამოღება და ახალი კითხვების ჩართვა. ასევე კვლევის დასრულების შემდეგ ძირითადი შედეგების მეორადი ანალიზი/შედარება განხორციელდა სტომატოლოგიურ კლინიკებში არსებულ ჩანაწერებთან მიმართებაში. შედეგების შედარებისას ძირითადი მაჩვენებლების ერთმანეთთან ახლოს მდებარეობდა. როგორც წინასწარი, ასევე საბოლოოდ მიღებული შედეგები შეფასდა კრომბახერ აღფას გამოყენებით. მიღებულმა ჯამურმა და თითოეული კომპონენტის მაჩვენებელმა შეადგინა 0,7 ზე მაღალი ნიშნული. რაც საშუალებას გვაძლევს რომ ანალიზის შედეგად მიღებული აღწერითი და დასკვნითი სტატისტიკის მაჩვენებლები ჩავთვალოთ სანდოდ და ვალიდურად და გამოვიყენოთ როგორც განზოგადებისთვის, ასევე დასკვნებისა და რეკომენდაციების ჩამოსაყალიბებლად (ცხრილი14).

ცხრილი 14. სანდოობის სტატისტიკა

კრონზახის ალფა	კრონზახის ალფა სტანდარტიზებულ საკითხებზე დაყრდნობით	რიცხვი
0.574	0.785	12

კბილების გახეხვის სიხშირე ერთ-ერთ წამყვან ადგილს იკავებს კბილის დაზიანების ჩამოყალიბებაში. ასას ბავშვები, ვინც დღეში ორჯერ იხეხავდა კბილებს, კბა ს საშუალო მაჩვენებელი 3,8 ტოლი იყო, ვინც დღეში ერთხელ - 4,3 და ვინც ხანდახან 5,1. საკონტროლო ჯგუფისთვის შესაბამისად: 0,8-1,7-4,1 ქულა. როგორც ანალიზი გვიჩვენებს ორივე შემთხვევაში გახეხვის სიხშირე გავლენას ახდენს კბა ს კოეფიციენტზე, თუმცა საკონტროლო ჯგუფში ეს უფრო თვალშისაცემია, რადგან ასას ბავშვებში გახეხვის გარდა სხვა ფაქტორებიც მოქმედებს ერთდროულად (დიაგრამა 47).

დიაგრამა 47. კბა ინდექსზე მოქმედი გახეხვის სიხშირე



4.4 ლოჯისტიკურ-რეგრესიული ანალიზი

პირის ღრუს სტომატოლოგიური დაავადებები ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში ძირითადად გარე ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად ვითარდება. ასას მქონე პაციენტებისთვის ანალიზის შედეგად ეს წრე მნიშვნელოვნად შემცირდა და გამოიყო რამოდენიმე ფაქტორი, რომელიც ძირითადად განსაზღვრავდა დაავადების ჩამოყალიბებას.

კბა კოეფიციენტზე სხვადასხვა მოქმედი ფაქტორების შესაფასებლად ჩავატარეთ ლოჯისტიკური რეგრესიული ანალიზი. მისი საშუალებით რაოდენობრივად შევაფასეთ, თუ როგორ შეიცვლება კბა მაჩვენებელი მავნე ჩვევებისა თუ ფაქტორების ზეგავლენით. ანალიზისთვის ავიღეთ მედიკამენტების გავლენა, კბილების გახეხვის სიხშირე, თანმხლები დაავადებები და სოციალურ ეკონომიკური მდგომარეობა. რომლის მიხედვითაც:

თუ მედიკამენტის გავლენა შემცირდება 2.0 %-ით კბილების გახეხვის სიხშირე მოიმატებს 1.97 %-ით თანმხლები დაავადებები შემცირდება 1.59 %-ით და სოციალურ ეკონომიკური მდგომარეობა გაიზრდება 0.5 %-ით, მაშინ კბა ინდექსი შემცირდება 1 ქულით (ცხრილი 15).

ცხრილი 15. კბა კოეფიციენტზე სხვადასხვა მოქმედი ფაქტორები

	B	S.E.	Wald	Sig.
მედიკამენტის რეაქცია	-2.00	.483	17.110	.000
კბილების გახეხვა	1.97	.248	62.912	.000
თანმხლები დაავადება	-1.59	.403	15.567	.000
სოც-ეკონომიური მდგომარეობა	0.50	.246	4.121	.042

რეგრესიულმა ანალიზმა საშუალება მოგვცა გაგვეკეთებინა პროგნოზი როგორ ვმართოთ ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის სტომატოლოგიური პათოლოგიების მიმდინარეობა. თუმცა შედეგები გვიჩვენებს, რომ ეს პროცესი არც თუ ისე ადვილი სამართავია. ერთი შეხედვით, გამოკვეთილი ფაქტორებიდან ადვილი სამართავია კბილების გახეხვის სიხშირე. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ნაკვლევ ჯგუფს არ უყვარს

უცხო საგნების პირში ჩადება, შეიძლება კბილის პასტის გემოც არ მოეწონოთ და გახეხვის ხანგდღივობამაც გააღიზიანოს, ეს პროცესი ძნელი სამართავი იქნება. ამასთან ასა-ს პაციენტები ძირითადად დამოუკიდებლად ვერ იხეხავენ კბილებს და სხვისი დახმარება სჭირდებათ. შეიძლება ეს პროცესი რუტინულ საქმედ ჩავთვალოთ, მაგრამ ყოველდღიურად, მითუმეტეს დღეში რამოდენიმეჯერ კბილების გასახეხად დროის გამოყოფა მეურვე/მშობელსაც შეიძლება გაუჭირდეს.

სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობის მართვა კიდევ უფრო რთულ პრობლემას წარმოადგენს. ზოგადად ყველას უნდა ეს მდგომარეობა გაიუმჯობესოს, მაგრამ ობიექტური თუ სუბიექტური მიზეზების გამო ხშირად ეს შეუძლებელია. სოციალურ-ეკონომიურ მდგომარეობაში ძირითადად იგულისხმება ფინანსების და თავისუფალი დროის დეფიციტი, რამდენადაც დაბალი შემოსავლის მქონე მშობლები თანხის გამომუშავებაზე გაცილებით მეტ დროს ხარჯავენ. ასევე მნიშვნელოვანია ამ მხრივ ცოდნის დეფიციტი, რამდენადაც კბილების გახეხვას ხშირად არ აღიქვამენ ადამიანები როგორც ერთ-ერთ პროფილაქტიკურ მოქმედებას პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად. ამ შემთხვევაში გამოსავალი შეიძლება იყოს სახელმწიფოს მხრიდან აღნიშნული პაციენტების მიმართ დამატებითი თანხების გამოყოფა და სპეციალური საგანმანათლებლო ტრეინინგების ჩატარება.

თანხლები დაავადებები მითუმეტეს ასას მქონე პაციენტისთვის ობიექტურ მიზეზს წარმოადგენს და მართვას ძნელად ექვემდებარება. არსებობს მთელი რიგი ღონისძიებები, რომლებმაც შეიძლება შეამციროს ამ დაავადებათა ჩამოყალიბება-გავრცელება საზოგადოებაში, მაგრამ ეს ჩვენი კვლევის სფეროს სცილდება და ამაზე არ შევჩერდებით. მოიხედავად ამისა, აქაც შეიძლება სწორედ განსაზღვრულმა მკურნალობამ და/ან გატარებულმა სხვა ღონისძიებებმა მნიშვნელოვნად შეამციროს მათი ზემოქმედება პირის ღრუს პათოლოგიების ჩამოყალიბებაში. ამ ცოდნას ხშირად არ ფლობენ სხვადასხვა პროფილის მედიკოსები, რომლებიც მუშაობენ აღნიშნულ პაციენტებთან (თერაპევტები, და ა.შ.). ეს ცოდნა ზოგიერთ შემთხვევაში თვით სტომატოლოგებსაც არ ჰქონდათ მიღებული.

და ბოლოს, მედიკამენტების ზემოქმედება ეს კვლევის დიდი სპექტრია. ფარმაცევტული ინდუსტრიის განვითარებამ და საზოგადოების ჯანმრთელობაზე ზრუნვამ სამომხმარებლო ბაზარს უამრავი მედიკამენტი შესთავაზა. თუმცა არც თუ იშვიათია დაბალი ხარისხის წამლის არსებობა, რომელთა გამოყენებას ხშირად დაბალი

ფასი განაპირობებს. სხვა შემთხვევაშიც მედიკამენტის უსაფრთხოებას განსაზღვრავენ გულ-სისხლძარღვთა, ნერვულ სისტემაზე და შინაგანი ორგანოების ფუნქციონირებაზე ცვლილებების მიხედვით და ნაკლები ყურადღება ექცევა კბილების თუ ღრძილების დაზიანების ხელშეწყობას. იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მედიკამენტის ანოტაციაში მითითებულია მისი უარყოფითი ზემოქმედება, მაინც ნიშნავენ მას სხვადასხვა მიმართულების მედიკოსები. თუ მათი დანიშნულება აუცილებელია, როგორ მოიქცეს მკურნალი ექიმი? გამოსავალი აქაც არსებობს, რადგან არსებობს მთელი რიგი ღონისძიებები, რომლებმაც მნიშვნელოვნად შეიძლება შეამციროს მედიკამენტის უარყოფითი ზეგავლენა. როგორც ჩვენი კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, თითქმის არცერთ პაციენტს არ ჰქონდა სპეციალური მითითება მიღებული ამ მიმართულებით.

4.5 რისკ-ფაქტორების შეფასება

კბილის კარიესი წარმოადგენს მულტიეტოლოგიურ დაავადებას, რომელიც იწვევს არამხოლოდ კბილის დაზიანებას, არამედ უარყოფითად მოქმედებს ორგანიზმის ზოგად ჯანმრთელობაზე. კბილის კარიესის ძირითად რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს: პირის ღრუს ჰიგიენა და მასთან დაკავშირებული ჰიგიენური ჩვევები, სოცო-ეკონომიკური სტატუსი, კვებითი ფაქტორი, ქცევითი ფაქტორი, გარემო პირობები, ნერწყვის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ცვლილებები, ზოგადი ქრონიკული და თანმხლები დაავადებები, მედიკამენტების მოხმარება, სტომატოლოგიური სერვისების ხელმოსაწვდომობის დეფიციტი. ჩვენი კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, კვლევის ამოცანა გახლდათ სწორედ პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორების გამოვლენა. კვლევის შედეგად გამოვლინდა რამდენიმე რისკ-ფაქტორი, რომელთა სიძლიერე განისაზღვრა სტატისტიკური დამუშავების შედეგად. ასა-ს და საკონტროლო ჯგუფის შედარებისას, გარდა ქვემოთ მოცემული ფაქტორებისა, გამოვლინდა, რომ ასა-ს მქონე პაციენტების პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე სხვა ფაქტორებიც მოქმედებენ.

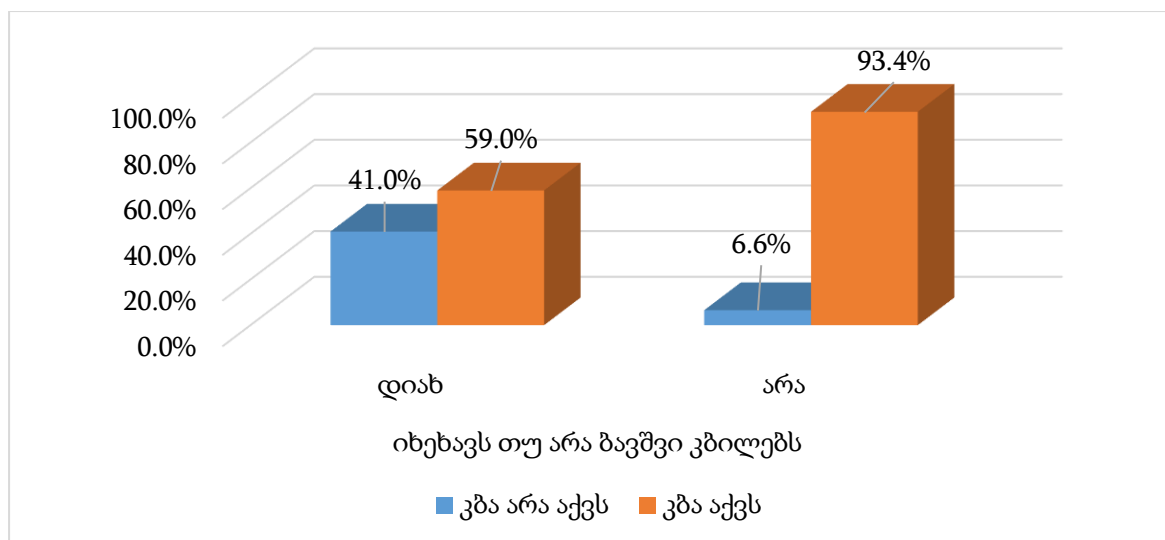
კბილის ნადები არის კბილის ზედაპირზე არსებული რბილი და მაგარი მასა, რომელიც შეიცავს მრავალი ბაქტერიის კოლონიებს. ხშირად კბილების გახეხვის დროს კბილის ზედაპირზე რჩება ადგილები, რომლებიც არ იწმინდება ჯაგრისით და ასეთ შემთხვევაში, ამ ადგილებზე ჩნდება რბილი კონსისტენციის, თეთრი, მწებავი მასა-ნადები. ნადებში არსებული ბაქტერია იკვებება ადამიანის საკვებში არსებული შაქრით და კბილის ბაქტერიებით მდიდარი ნადები აღნიშნულ შაქარს გარდაქმნის მჟავად. ამ

დროს მნიშვნელოვანი დროის ფაქტორიც, რადგანაც თუ აღნიშნული მჟავა დიდი ხნის მანძილზე რჩება კბილის ზედაპირზე და არ ხდება დროული წმენდა, იწყება მინანქრის დემინერალიზაციის პროცესი. კერძოდ კი, მინანქრის ქსოვილიდან ხდება მინარაღური კომპონენტების გამოდევნა, როგორიცაა კალციუმი, კალიუმი, ფტორი.

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, კვების მრავალფეროვნება მჭიდრო კავშირშია პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან, კერძოდ კარიესის და პაროდონტის დაავადებებთან. აღნიშნული კორელაცია ჩვენი კვლევის შედეგებშიც გამოვლინდა. იმ რესპოდენტებში, რომლებიც ხშირად იკვებებიან ტკბილეულით, ცომეულით და ჩიპსებით, მათ 95,7 პროცენტს ჰქონდა კბილები დაზიანებული, ხოლო ვინც ჯანსაღი საკვებით - დაახლოებით 60 პროცენტს. აქ რა თქმა უნდა საკვებთან ერთად პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე სხვა ფაქტორებიც მოქმედებენ, მაგრამ საკვების ფაქტორით გამოწვეული შედეგი მაინც ძალიან მაღალია. ისინი, ვისი საყვარელი საჭმელიც იყო ცომეული, ტკბილეული და ჩიპსები, კბა ჰქონდა გამოკითხულთა 95,7 პროცენტს, ხოლო ვინც ძირითადად იკვებებოდა ხილით, ბოსტნეულით, ხორცეულით და რძის პროდუქტებით, 58,9 პროცენტს. $\chi^2=49.5$ და $P=0.001$, რაც ნიშნავს, რომ სტატისტიკურად არსებობს კავშირი საკვების სახეობასა და კბილების დაზიანებას შორის. $P=0.001$ და $Cramers=0.392$, რაც ნიშნავს, რომ საკვების სახეობასა და დაავადებას შორის არის საშუალო სიძლიერის დადებითი კორელაცია. არაჯანსაღი საკვებით კვების შემთხვევაში კბილების დაზიანების შანსი არის 9,43, ხოლო ჯანსაღი პროდუქტის კვების შემთხვევაში 0,6, $OR=15.3$. ანუ, საკვების რისკის ფაქტორი არის მნიშვნელოვანი. Mantel-Haenszel-ის ტესტით განისაზღვრა ორმხრივი სანდოობის ინტერვალი, რამაც 95% შეადგინა ($OR=15,3$; 95% CI 6.0-39.1);

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებშიც, კარიესის განვითარების მნიშვნელოვან ფაქტორად გამოვლინდა პირის ღრუს ჰიგიენა. გამოკვლეული 3-18 წლამდე ასაკის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების ჰიგიენური ჩვევების შესწავლისას გამოვლინდა, რომ ვინც არ იხეხავდა კბილებს 93.4 % გამოუვლინდა კბა ინდექსი, მხოლოდ 6.6 % არ ჰქონდა გამოვლენილი კბა ინდექსი. ისინი ვინც იხეხავდნენ კბილებს, 50 %-ში გამოვლინდა კბა ინდექსი (დიაგრამა 48).

დიაგრამა 48. კბა ინდექსზე მოქმედი პირის ღრუს ჰიგიენა



რისკი იმისა, რომ კბილების არ გახეხვის შემთხვევაში ჩამოყალიბდება კბა ინდექსი, არის 14.25:1 თან, ხოლო გახეხვის შემთხვევაში 1.44; შანსი იმისა, რომ კბილის გახეხვისას ჩამოყალიბდება კარიესი, არის 0.63, არ გახეხვის შემთხვევაში 6.25. შანსების შეფარდება (OR) = 9.9. Mantel-Haenszel-ის ტესტით განისაზღვრა ორმხრივი სანდოობის ინტერვალი, რამაც 95% შეადგინა (OR=9.9; 95% CI 4.5-9.5);

მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორად გამოვლინდა მედიკამენტების მოხმარება კბა ინდექსის მაჩვენებელზე. კერძოდ, მედიკამენტების მოხმარების შემთხვევაში, გამოკვეთილი პაციენტების 90.6 %-ში გამოვლინდა კბა ინდექსი. მონაცემების სტატისტიკურად დამუშავებისას გამოვლინდა, რომ მედიკამენტების მოხმარებისას რისკი იმის რომ ჩამოყალიბდეს კბა ინდექსი არის 5.4, ხოლო არ მოხმარების შემთხვევაში-0.5, შესაბამისად, მედიკამენტების მოხმარების შემთხვევაში რისკი მაღალია კბა ინდექსის განვითარების. Mantel-Haenszel-ის ტესტით განისაზღვრა ორმხრივი სანდოობის ინტერვალი, რამაც 95% შეადგინა (OR=10,14; 95% CI 3,3-8,7);

პირის ღრუს დაავადებები, კერძოდ კი კარიესი და პაროდონტის დაავადებები დაკავშირებულია მრავალ სომატურ დაავადებასთან. ხშირად ისინი წარმოადგენენ ზოგადი დაავადების მიზეზს ან პირიქით, ამ დაავადების პირის ღრუში გამოვლინებას. ქრონიკული დაავადებები უფრო დამახასიათებელია ღარიბი სოციალური ფენისათვის და ხშირად ასოცირდება რასასა და ეთნიკურობასთან. ეკონომიური სიდუხჭირის მქონე ადამიანები ხშირად უმუშევრები არიან, განიცდიან სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობას და ნაკლებად აკონტროლებენ თავიანთ ცხოვრების სტილსა და ჯანმრთელობას. მნიშვნელოვანია პირის ღრუში მანიფესტირებული დაავადებები,

რომელიც დაკავშირებულია ზოგად ქრონიკულ და თანმხლებ დაავადებებთან. პირის ღრუში გამოვლენილი მანიფესტაცია, დაავადების პირველ ნიშანზე მიუთითებს. როგორცაა მაგალითად, დიაბეტი. მაღალ რისკ-ფაქტორად შეფასდა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში თანმხლები დაავადებების არსებობა პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე, რადგანაც როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ამ კონტიგენტის დაახლოებით 20 % გამოუვლინდა თანმხლები დაავადებები. თანმხლები დაავადებების არსებობის შემთხვევაში 87.7 % აღნიშნებოდა კბა ინდექსი, ხოლო არარსებობის შემთხვევაში 61.5 %-ს. $X^2 = 17.4$, რაც ადასტურებს კავშირს, ამ ორ ფაქტორს შორის. ხოლო რისკების შეფასებისას გაირკვა, რომ თანმხლები დაავადებების დროს რისკი იმისა რომ განვითარდეს კბა ინდექსი არის 3,1. Mantel-Haenszel-ის ტესტით განისაზღვრა ორმხრივი სანდოობის ინტერვალი, რამაც 95% შეადგინა (OR=4,4; 95% CI 1,6-6,0);

კვლევის თანახმად არსებობს სანდო საშუალო დამოკიდებულება კარიესის განვითარებასა და სოციალურ სტატუსს შორის. რაც უფრო დაბალია სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა, მით უარესია ადამიანთა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა. სოციალური სტატუსი, გავლენას ახდენს, როგორც პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე, ისე ზოგადად ადამიანის ყოველდღიური ცხოვრების ხარისხზე. ჩვენი კვლევის მიხედვით, რაც უფრო მაღალი იყო ოჯახის სოციალური სტატუსი, მით უკეთეს მდგომარეობაში იყო ბავშვისა თუ მოზარდის პირის ღრუ. რადგან, მოსახლეობის სოციალური სტატუსი დაკავშირებულია სრულფასოვან კვებასთან, სტომატოლოგიური სერვისებისა და პირის ღრუს მოვლის საშუალებებისადმი ხელმისაწვდომობასთან. ამგვარად, მოსახლეობის სოციო-ეკონომიკური ფაქტორი კარიესის განვითარების რისკის ინდიკატორს წარმოადგენს. კარიესის განვითარება კი მომავალში იწვევს ჯანმრთელობის სხვა პრობლემებს, რაც დაკავშირებულია არასრულფასოვან ღეჭვასთან და საკვების არასათანადო შეწოვასთან. შესაბამისად, კარიესული დაზიანებების და მასთან დაკავშირებული გაუარესებული ფუნქციური პრობლემების გამო, სპეციალისტები მოელიან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემების მატებას.

როგორც კვლევის შედეგებმა აჩვენა, ასაკი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს კარიესის განვითარებაზე. აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებში კბა ინდექსი ასაკის მატებასთან ერთად პროპორციულად იზრდება. 3-6 წლისთვის

შეადგინა 4,7 ქულა, 7-12 წლისთვის 7,3 ქულა და 13-17 წლისთვის 8,6 ქულა. საკონტროლო ჯგუფში უფრო დაბალი პროცენტებია და 13-17 წლის რესპოდენტებისთვის მცირდებოდა 7-12 წლებთან შედარებით (3,1 ქულიდან 1,6 ქულამდე).

5. რეზიუმე, მიღებული შედეგების განხილვა

სადოქტორო აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად ჩატარებული კვლევა მიემდგვნა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში პირის ღრუს მდგომარეობის შესწავლას. ექსპერიმენტული კვლევა ჩატარდა როგორც ძირითად, ასევე საკონტროლო ჯგუფზე. კვლევის შედეგებმა საშუალება მოგვცა, მონაცემთა ანალიზის საფუძნელზე გაგვეკეთებინა მნიშვნელოვანი დასკვნები.

გამოკვლეული 644 რესპოდენტიდან 35,9 % არ ჰქონდა კბილებზე, დანარჩენ დაახლოებით 2/3 ჰქონდა სხვადასხვა სიძლიერის დაზიანებები, მათ შორის ამოღებული კბილები. თუ გავითვალისწინებთ რესპოდენტთა ასაკს 3-18 წლები, საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია, რაც წლების მომატებასთან ერთად კიდევ უფრო გააღრმავებს აღნიშნულ საკითხს. გამოკვლეული რესპოდენტების 2/3 არ ფქონდა ნადები და ჰიგიენური ინდექსი ჰქონდა კარგი, დანარჩენ ერთ მესამედს კი აღნიშნებოდა სხვადასხვა დაზიანებები. MGI ინდექსის მიხედვით, 84,9 % არ ჰქონდა არანაირი ანთება, დანარჩენებს სხვადასხვა სიძლიერის.

აღნიშნული მაჩვენებლები არათანაბრად იყო გადანაწილებული აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებსა და საკონტროლო ჯგუფს შორის. კბილების დაზიანება არ აღნიშნებოდა ასას პაციენტების მხოლოდ 28 % და საკონტროლო ჯგუფის 44 %-ს.

სოციალური სტატუსი გავლენას ახდენს როგორც ზოგადად ადამიანის ყოველდღიური ცხოვრების ხარისხზე, ასევე მოქმედებს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე. ჩვენი კვლევის მიხედვით, რაც უფრო მაღალი ჰქონდა ოჯახს სტატუსი, მით უკეთეს მდგომარეობაში იყო ბავშვისა თუ მოზარდის პირის ღრუ. რესპოდენტთა ღია ტიპის კითხვების პასუხების მიხედვით, სტომატოლოგიური მომსახურების მიღების ერთ-ერთი ხელშემშლელი ფაქტორი მომსახურების მაღალი ფასებია. დაბალშემოსავლიანი ოჯახები ვერ იღებენ საჭირო სტომატოლოგიურ მომსახურებას და შედეგები კიდევ

აისახება მათ შვილებზე. აღნიშნული შედეგი შეეხება ორივე ტიპის რესპოდენტებს, მაგრამ ასას პაციენტებში მდგომარეობა კიდევ უფრო მძიმეა.

ყველაზე მნიშვნელოვანი პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორი, რომელიც გამოიყო კვლევის მიხედვით, ესაა პირის ღრუს არასათანადო მოვლა სახლის პირობებში. გამოკითხული რესპოდენტების 2/3 იხეხავდა მხოლოდ კბილებს, თუმცა მათგანაც ამ პროცესს არ ჰქონდა რეგულარული ხასიათი და იშვიათად მიმართავდნენ. ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ კბილების გახეხვის კულტურა ძალიან დაბალ დონეზეა, მით უფრო ასას მქონე პაციენტებში. ის, ვინც კბილებს არ იხეხავდა, მათ 88,8 % და ვინც იხეხავდა, მათ 52,5 % ჰქონდა კბილები დაზიანებული.

მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორი გამოიყო მიღებული საკვების სახეობა. იმ რესპოდენტებში, რომლებიც ხშირად იკვებებიან ტკბილეულით, ცომეულით და ჩიპსებით, მათ 95,7 % ჰქონდა კბილები დაზიანებული, ხოლო ვინც ჯანსაღი საკვებით - დაახლოებით 60 %. აქ რა თქმა უნდა საკვებთან ერთად სხვა ფაქტორებიც მოქმედებს, მაგრამ შედეგი მაინც ძალიან მაღალია.

არც თუ ისე კარგი მდგომარეობაა სტომატოლოგიურ კლინიკებში. მენეჯერთა აზრით, აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების მიღება მოითხოვს მეტ სამუშაო დროს (65,0 %) და არახარჯეფექტურია (31,1 %). ასევე ისინი ხშირად უარს ამბობენ სახელმწიფო დაზღვევის მქონე პაციენტების მომსახურებაზე, რაც მძიმე მდგომარეობაში აყენებს დაბალი და საშუალო სოციალური სტატუსის მქონე მოსახლეობას.

სტომატოლოგიურ კლინიკებში დამატებითი აღჭურვილობის სახით ძირითადად აქვთ ტელევიზორები (52,1 %) და თემატური ილუსტრაციები (21,5 %) თემატური ილუსტრაციებიც ზოგადად პირის რღუს ეხება და ნაკლებად გამოდგება გზამკვლევად აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის. გამოკითხული მენეჯერების 2/3 ზე მეტი აღნიშნავს, რომ მათ თანამშრომლებს სჭირდებათ სპეციალური გადამზადება ასას პაციენტების მისაღებად. რეალურად ეს მაჩვენებელი კი გაცილებით დიდი იქნება. ანუ ეს ნიშნავს, რომ როგორც კლინიკის ინფრასტრუქტურა, ასევე ექიმთა კვალიფიკაციის დონე არ შეესაბამება აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტთა მოთხოვნის დონეს.

კლინიკებში მომუშავე ექიმებისთვის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების მიღების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს პროფესიული ინტერესი (28,2 %) და პირადი სურვილი (20,6 %) პრაქტიკული გამოცდილება კი მხოლოდ 6,5 % აქვს. ეს მნიშვნელოვანი გარღვევაა სრულყოფილი მომსახურების მისაღებად. ამ შემთხვევაში ასას პაციენტები ექსპერიმენტის ობიექტებად შეიძლება წარმოვიდგინოთ, რაც ადამიანთა უფლებების მნიშვნელოვანი დარღვევაა.

გამოკითხული სტომატოლოგების 87 % აღნიშნავს, რომ საჭიროებენ სპეციალურ გაიდლაინებს აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების მისაღებად. მათი მხოლოდ 40 % თვლის, რომ საჭიროა კლინიკებში ფსიქოლოგების და ოკუპაციური თერაპევტის არსებობა. ესეც არაადეკვატურ შეფასებად შეიძლება ჩავთვალოთ, რადგან როგორც ასას მშობლები აღნიშნავენ მათი შვილები ექიმთან ვიზიტისას ხშირად გამოხატავენ აგრესიას, ტირიან და ხშირად გაკავებას ჭირდებათ. თუმცა იმასაც აღნიშნავენ, რომ თუ საჭირო გზა მოძებნეს შვილები სწრაფად მშვიდდებიან. აქ კი ფსიქოლოგების როლი შეიძლება შეუცვლელი აღმოჩნდეს.

ჩვენი კვლევის მიხედვით აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებს ძირითადად უარყოფითი დამოკიდებულება აქვთ ნემსისა და ექიმის მიმართ, მათ ასევე არ უყვართ ცვლილებები და ხშირად მოქმედების ერთ წრეზე ტრიალებენ. წინააღმდეგობას ისინი ხშირად ტირილით და აგრესიით გამოხატავენ, მაგრამ ესეც მათი ინსტინქტური შინაგანი თავდაცვის ფორმაა. ზოგი პაციენტი ტკივილსაც ვერ გრძნობს, ან რეაქცია არ აქვს, ამიტომ მათ სპეციფიკური მიდგომა სჭირდებათ.

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტთა მშობლების განცხადებით სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად ძირითადი პრობლემა არის მაღალი ფასები, ექიმების გადამზადების არარსებობა და ასას მქონე ბავშვებთან მიდგომის უნარ-ჩვევების არარსებობა, რის გამოც ხშირად უმიზეზოდ უშვებენ ნარკოზის გასაკეთებლად. შესაბამისად ან იშვიათად მიდიან მომსახურების მისაღებად და თუ მიდიან უკმაყოფილოები არიან და ძირითადად კბილის ამოღების პროცედურებს მიმართავენ, რაც საერთო ჯამში იწვევს ჯამური კბილების ნაკლებობას შესაბამისი საკონტროლო ჯგუფის ადამიანებთან შედარებით.

კბილების დაზიანებაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი გამოიყო თანმხლები დაავადებების არსებობა. განსხვავებულია დაავადებების სახეებიც, თუმცა აუტისტური

სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებში თანმხლები დაავადების არსებობისას საშუალო კბა 6,0 ტოლი იყო, არარსებობისას - 4,5. იგივე მაჩვენებელმა საკონტროლო ჯგუფში შეადგინა 3,5 და 1,8. რაც ნიშნავს, რომ ასას პაციენტებში დაავადებების არსებობა დამატებითი ხელშემწყობი ფაქტორია კბილის დაზიანების კოეფიციენტის გასაზრდელად.

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებს, რომლებსაც ჰქონდათ თანმხლები დაავადებები, კბა ჰქონდა გამოკითხულთა 87,7 %, ხოლო ვისაც არა 61.5 %. $\chi^2=17.5$ და $P=0.001$, რაც ნიშნავს, რომ სტატისტიკურად არსებობს კავშირი თანმხლებ დაავადებასა და კბილების დაზიანებას შორის. $P=0.001$ და $Cramers=0.165$, რაც ნიშნავს, რომ თანმხლებ დაავადებასა და კბილების დაავადებას შორის არის დაბალი, მაგრამ სანდო დადებითი კორელაცია. თანმხლები დაავადების შემთხვევაში კბილების დაზიანების შანსი არის 3,13, ხოლო არარსებობის შემთხვევაში 0,7, $OR=4.46$. ანუ, თანმხლები დაავადების რისკის ფაქტორი არის მნიშვნელოვანი. Mantel-Haenszel-ის ტესტით განისაზღვრა ორმხრივი სანდოობის ინტერვალი, რამაც 95% შეადგინა ($OR=4.46$; 95% CI 2.1-9.5);

დაავადების ფაქტორთან ერთად უფრო დიდ გავლენას ახდენს სხვადასხვა მედიკამენტების მიღება. ასას ბავშვებში მედიკამენტების მიღებისას კბა საშუალო მაჩვენებელი უდრიდა 8,6, არ მიღების შემთხვევაში 5,9. საკონტროლო ჯგუფისთვის მიღება 5,3, არმიღება 1,6 ქულა. მიღებული მედიკამენტებიდან ძირითადად სჭარბობდა ალერგიის საწინააღმდეგო, ანტიდეპრესანტები და ანთების საწინააღმდეგო. გარკვეული დოზით გვხვდებოდა ფსიქოტროპული მედიკამენტებიც. მიღებული მედიკამენტების გავლენა შენდევნაირად შეიძლება აიხსნას:

1. ანტიბიოტიკები მავნე ბაქტერიებთან ერთად ანადგურებენ სასარგებლო ბაქტერიებსაც, რაც იწვევს სოკოვანი დაავადებების გახშირებას. ირღვევა ბაქტერიული ბალანსი პირის ღრუში, ხშირად მავნე ბაქტერიების სასარგებლოდ, რაც ხელს უწყობს კარიესის ჩამოყალიბებას. აღნიშნული გავლენის გარდა, არის ანტიბიოტიკების ჯგუფი მაგ. ტეტრაციკლინი და სხვა, რომელიც ხელს უწყობს კბილის ემალის ფიპოპლაზიის ჩამოყალიბებას, რასაც საბოლოო ჯამში კარიესის ჩამოყალიბებამდე მივყევართ.

2. ანტიდეპრესანტებს ხშირად ახასიათებთ შარმდენი მოქმედება და სხვა ეფექტები, რომელსაც საერთო ჯამში ნერწყვის გამოყოფის შემცირებამდე მივყავართ. ნერწყვის არასაკმარისი რაოდენობა ვერ წმენდს კბილებს ბუნებრივად, რას იწვევს კარიესული შემთხვევების მომატებას.

კბილების გახეხვის სიხშირე ერთ-ერთ წამყვან ადგილს იკავებს კბილის დაზიანების ჩამოყალიბებაში. ასას ბავშვები, ვინც დღეში ორჯერ იხეხავდა კბილებს, კბა ს საშუალო მაჩვენებელი 3,8 ტოლი იყო, ვინც დღეში ერთხელ - 4,3 და ვინც ხანდახან 5,1. საკონტროლო ჯგუფისთვის შესაბამისად: 0,8-1,7-4,1 ქულა. როგორც ანალიზი გვიჩვენებს. ორივე შემთხვევაში გახეხვის სიხშირე გავლენას ახდენს კბა ს კოეფიციენტზე, თუმცა საკონტროლო ჯგუფში ეს უფრო თვალშისაცემია, რადგან ასას ბავშვებში გახეხვის გარდა სხვა ფაქტორებიც მოქმედებს ერთდროულად.

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებში კბა ინდექსი ასაკის მატებასთან ერთად პროპორციულად იზრდება. 3-6 წლისთვის შეადგინა 4,7 ქულა, 7-12 წლისთვის 7,3 ქულა და 13-17 წლისთვის 8,6 ქულა. საკონტროლო ჯგუფში უფრო დაბალი პროცენტებია და 13-17 წლის რესპოდენტებისთვის მცირდებოდა 7-12 წლებთან შედარებით (3,1 ქულიდან 1,6 ქულამდე).

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებში კვლევის მიხედვით გვხვდებოდა სხვადასხვა მავნე ჩვევები. ყველაზე მეტად გავრცელებული იყო უცხო ნივთების პირში ჩადება 41,9 %, ფრჩხილების კვნეტა და თითების წოვა. გარდა იმისა, რომ ჰიგიენური თვალსაზრისით ეს ჩვევები მიუღებელია, მყარი საგნების ჩადება და კვნეტა დამატებით იწვევს კბილების და ღრძილების მექანიკურ დაზიანებას. რაც ასევე კარიესის განვითარებას უწყობს ხელს.

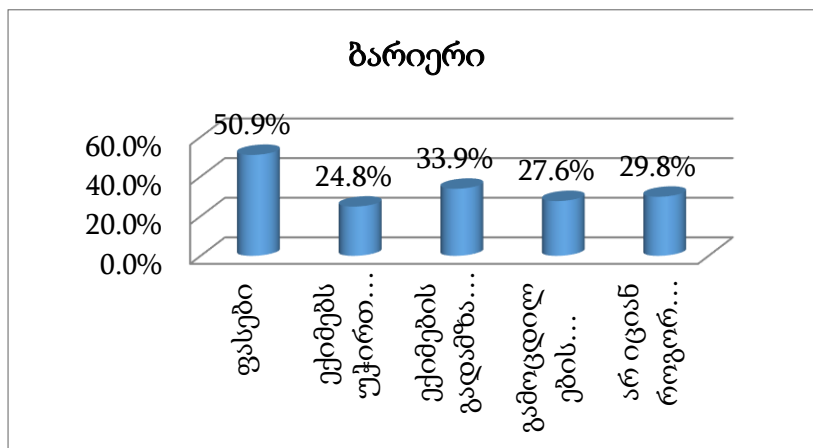
კბა კოეფიციენტზე სხვადასხვა მოქმედი ფაქტორების შესაფასებლად ჩავატარეთ ლოჯისტიკური რეგრესიული ანალიზი. მისი საშუალებით რაოდენობრივად შევაფასეთ, თუ როგორ შეიცვლება კბა მაჩვენებელი მავნე ჩვევებისა თუ ფაქტორების ზეგავლენით. ანალიზისთვის ავიღეთ მედიკამენტების გავლენა, კბილების გახეხვის სიხშირე, თანმხლები დაავადებები და სოციალურ ეკონომიკური მდგომარეობა. რომლის მიხედვითაც:

თუ მედიკამენტის გავლენა შემცირდება 2.0 %-ით კბილების გახეხვის სიხშირე მოიმატებს 1.97 %-ით თანმხლები დაავადებები შემცირდება 1.59 %-ით და სოციალურ

ეკონომიკური მდგომარეობა გაიზრდება 0.5 %-ით, მაშინ კბა ინდექსი შემცირდება 1 ქულით.

აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე მშობლების განცხადებით, სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად ძირითადი პრობლემა არის მაღალი ფასები, ექიმების გადამზადების არარსებობა და ასას მქონე ბავშვებთან მიდგომის უნარ-ჩვევების არარსებობა, რის გამოც ხშირად უმუზეზოდ უშვებენ ნარკოზის გასაკეთებლად. შესაბამისად ან იშვიათად მიდიან მომსახურების მისაღებად და თუ მიდიან უკმაყოფილოები არიან და ძირითადად კბილის ამოღების პროცედურებს მიმართავენ, რაც საერთო ჯამში იწვევს ჯამური კბილების ნაკლებობას შესაბამისი საკონტროლო ჯგუფის ადამიანებთან შედარებით (დიაგრამა 49)

დიაგრამა 49. სტომატოლოგიური მომსახურებისას შექმნილი ბარიერები



დასკვნები

კვლევის შედეგების ანალიზი საშუალებას გვაძლევს, გავაკეთოთ მნიშვნელოვანი დასკვნები და მიგნებები აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში პაროდონტის და კარიესის გავრცელებასთან, აგრეთვე სტომატოლოგიური მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებით:

1. სხვადასხვა სუბიექტური და ობიექტური ფაქტორების ზეგავლენით, აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში კარიესის გავრცელება ორჯერ

უფრო მეტად გვხვდება, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფის შემთხვევაში. რაოდენობასთან ერთად კარიესის ინტენსივობის მაჩვენებელიც მნიშვნელოვნად ჭარბობს და მძიმე ხასიათს იღებს ასას მქონე პაციენტებში, რაც ხშირად მკურნალობის ნაცვლად ექსტრაქციით სრულდება;

2. სტომატოლოგიური მომსახურება ერთ-ერთი ძვირადღირებული პროცედურაა სხვა სამედიცინო მომსახურებებთან შედარებით. შესაბამისად დაბალი სოციალური სტატუსის მქონე ასას პაციენტებში პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა უარესი იყო, ვიდრე საშუალო და მით უმეტეს მაღალი სოციალური სტატუსის მქონე ოჯახებთან მიმართებაში;

3. აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებს ხშირად ამოჩემებული აქვთ ერთგვაროვანი საკვების მიღება, რომელიც ხშირად შემოიფარგლება ტკბილი, ცომეული და ფაფოვანი საკვების მიღებით, რაც ერთი მხრივ იწვევს მინერალების და ვიტამინების ნაკლებობას, მეორე მხრივ ამცირებს მექანიკურად ღრძილის ვარჯიშის პროცესს და მესამე მხრივ, ხელს უწყობს პათოლოგიური ბაქტერიების გავრცელებას პირის ღრუში. შესაბამისად არაჯანსაღი საკვებისმიერი რისკ ფაქტორი მაღალია ჯანსაღ კვებასთან მიმართებაში;

4. აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში პირის ღრუს ნაკლები, ხშირად კი არასათანადო ყურადღება ექცევა. ეს გამოიხატება კბილების იშვიათად, ან საერთოდ არ გახეხვის პრაქტიკაში, პირის ღრუს მინიმუმ წყლით გამოვლების არცოდნაში და ა.შ. რის გამოც პირის ღრუს ჰიგიენა მარალი რისკ ფაქტორის სახით ჩამოყალიბდა ((OR=9.9, CI=4.5-21.9);

5. ქ.თბილისში მცხოვრებ 3 დან-18 წლამდე ასა-ს მქონე ბავშვებში და მოზარდებში ჯანსაღი კვება (ხილი, ბოსტნეული) (OR=15,3, 95%CI= 3,9-22,6) და პირის ღრუს კარგი ჰიგიენა (OR=9,9, 95%CI= 3,1-12,4) წარმოადგენენ რედუქციულ ფაქტორებს, დადებითად მოქმედებენ პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე და ხელს უწყობენ პაროდონტული და კარიესული პროცესების განვითარების თავიდან აცილებას;

6. აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებში ხშირად გვხვდება სხვადასხვა თანმხლები პათოლოგიური დაავადებები, მათგან ზოგი პირდაპირ (იწვევს კბილისა და ღრძილების დასუსტებას და ა.შ.), ზოგი კი არაპირდაპირი გზით (იწვევს

ნერწყვის გამოყოფის შემცირებას, ნერწყვის ხარისხის გაუარესებას და ა.შ.) ზემოქმედებს კარიესის ჩამოყალიბებაზე, რამაც თანმხლები დაავადების არსებობა მნიშვნელოვან რისკ ფაქტორთა ჯგუფში შეიყვანა ($OR=4.4$, $CI=2.09-9.5$).

7. თანმხლები დაავადებების არსებობა და სხვა საჭიროებები ხშირად მოითხოვს მაღალი სიხშირის მედიკამენტების გამოყენებას. მათი უმრავლესობა პირდაპირი და ხშირად არაპირდაპირი გზით უარყოფითად მოქმედებს პირის ღრუზე და იწვევს პაროდონტული და კარიესული პროცესების განვითარებას. შესაბამისად მედიკამენტების ზემოქმედება პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე უარყოფითი რისკ ფაქტორის სახით გვევლინება ($OR=10.1$, $CI=5.5-18.4$).

8. თვითშეფასების კითხვარის მიხედვით, გამოკითხული სტომატოლოგების 95 % საჭიროებს გადამზადებას, აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების სამკურნალოდ, რაც გულისხმობს დამატებითი უნარ-ჩვევების გამომუშავებას, რომელიც ხელშემწყობი ფაქტორი იქნება ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის სტომატოლოგიური მომსახურების სრულყოფილად მიღებისთვის.

9. აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე და ტიპური განვითარების პაციენტების სტომატოლოგიური მკურნალობა ხდება ერთ სივრცეში, მაშინ როცა ასას მქონე პაციენტების უმრავლესობაში აღინიშნება განათების, ხმაურის და შეხების მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულებები. რაც ართულებს მათთან სრულყოფილი სტომატოლოგიური პროცედურების ჩატარებას.

10. სტომატოლოგიური კლინიკის მენეჯერების გამოკითხვის საფუძველზე დადგინდა, რომ კლინიკები არ არის ადაპტირებული აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტების სამკურნალოდ. არსებობის შემთხვევაში ის ძირითადად შემოიფარგლება ტელევიზორების და ზოგადი ხასიათის გაიდლაინების არსებობით. ეს ფაქტი ამცირებს როგორც ექიმებში, ასევე პაციენტებში სპეციფიკური მომსახურების ცნობადობის შემცირებას, რაც აუარესებს სტომატოლოგიური მომსახურების ხარისხს ასას მქონე პაციენტებში.

11. სტომატოლოგიურ კლინიკებში ძალიან დაბალია და ხშირ შემთხვევაში არ არსებობს ოკუპაციური თერაპიის კულტურა, რაც იწვევს ასას მქონე პაციენტების დისტანცირებას ექიმისა და სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ.

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

კვლევის შედეგებიდან და დასკვნებიდან გამომდინარე პრაქტიკული რეკომენდაციები ჩამოყალიბებულია ორი მიმართულებით:

1. რეკომენდაციები, რომლებიც ხელს უწყობენ ასას მქონე პაციენტებში სტომატოლოგიური დაავადებების ჩამოყალიბების შემცირებას;
2. რეკომენდაციები, რომლებიც მიმართულია ასას მქონე პაციენტებში სტომატოლოგიური მომსახურების გაუმჯობესებისკენ.

აღნიშნული მიმართულებით არის რისკ ფაქტორები, რომელთა შემცირება ხშირად ძალიან რთულია, ან შეუძლებელია (მაგ. თანდაყოლილი დაავადებები, ოკუპაციურ თერაპიაზე დაბალი ან შეუძლებელი დაქვემდებარება და ა.შ.), მაგრამ არის რისკ ფაქტორები, რომლებიც ადამიანების მიერ სხვადასხვა ღონისძიებების გატარებას შედარებით ადვილად ემორჩილება. ჩვენს შემთხვევაში აქცენტი ამ უკანასკნელზე იქნება გაკეთებული:

1. აქტიური მუშაობა წარიმართოს ანთებითი, ანტიდეპრესიული და ალერგიის საწინააღმდეგო მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების გასაშუქებლად, რათა უფრო მეტი სიფრთხილით მოხდეს მათი დანიშვნა და ზოგ შემთხვევაში მათი რეალიზაცია რეცეპტით გაცემას დაექვემდებაროს. აუცილებლობის შემთხვევაში იმ პრევენციული ღონისძიებების გატარება, რომელიც ხელს უწყობს წამლის ზემოქმედების შემცირებას (მაგ. პირის ღრუს დამატებით დატენიანება და ა.შ.)

2. რეკომენდებულია მშობლების/მეურვეების ჩართულობა ასა-ს მქონე პირებისთვის კვებითი ფაქტორების კონტროლისა და განსაზღვრისთვის. ხშირ შემთხვევაში არასწორი კვებითი ჩვევები მშობლის/მეურვის გაუცნობიერებელი ძალისხმევით ყალიბდება, ისე რომ ვერც კი აცნობიერებენ მის უარყოფით შედეგებს (მაგ: კანფეტები, ჩიპსები, გაზიანი სასმელები და ა.შ.), რაც მომავალში რთული გამოსასწორებელია.

3. სტომატოლოგთან, ან სხვა ზოგადი პროფილის ექიმებთან (თერაპევტი და ა.შ.) ვიზიტებზე, რეკომენდებულია სახლის რუტინული ჰიგიენის შემსწავლელი

პროგრამების დანერგვა ჰიგიენური უნარ-ჩვევების შესასწავლად/გასაუმჯობესებლად, სადაც მოხდება მშობლების/მეურვეების ჩართულობა.

4. საჭიროა დაიგეგმოს როგორც აუცილებელი, ასევე გაცნობითი ხასიათის ინდივიდუალური ვიზიტები სტომატოლოგიურ კლინიკებში, რაც მათ სტომატოლოგიურ გარემოში ინტეგრაციას უზრუნველყოფს. ვიზიტების განხორციელებაში აქტიური როლი უნდა შეასრულონ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მესვეურებმა და მშობლებმა.

5. მომზადდეს ინიციატივა ასოციაციების ძალისხმევით, რომლის საფუძველზეც მოხდება სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემით გაზრდილი კვოტით მომსახურების უზრუნველყოფა და ზოგ შემთხვევაში კერძო დაზღვევებში ასა-ს მქონე პაციენტებისათვის სტომატოლოგიური მიმართულებით დაფინანსების წლიური ღირებულების განსაზღვრა. ფინანსური ხელშეწყობა მკვეთრად გააუმჯობესებს მათ სოცო-ეკონომიკურ სტატუსს, რაც ისევ საზოგადოებრივ ჯანდაცვის კეთილდღეობაზე აისახება.

6. მომზადდეს ინიციატივა, რომლის მიხედვითაც საწყის ეტაპზე მსხვილი სტომატოლოგიური პროფილის კლინიკებისთვის სავალდებულოს გახდის ფსიქოლოგების ჩართულობის აუცილებლობას და/ან ნებისმიერი სტომატოლოგების აღნიშნული მიმართულებით გადამზადებას, რომელიც ძირითადად მოიცავს ოკუპაციური თერაპიის შესწავლას.

7. მომზადდეს ვიდეორგოლი, რომელშიც ერთიანად იქნება ასახული კბილებისა და ღრძილების დაავადებაზე მოქმედი ფაქტორები, მკურნალობის გზები და სტომატოლოგიურ კლინიკაში მისაღები პროცედურების აღწერილობა. ეს ხელს შეუწყობს ასას მქონე ადამიანებისა და მათი მშობელი/მეურვის წინასწარ შემზადებას აღნიშნული პრობლემისადმი და გააუმჯობესებს მისაღები ხარისხის მაჩვენებელს.

8. კარიესის და პაროდონტის დაავადებების თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა ასა-ს მქონე ბავშვებისთვის 6 თვეში ერთხელ ჩატარდეს პროფილაქტიკური ვიზიტები სტომატოლოგიურ კლინიკებში, რომელიც ძირითადად შეიძლება დაფინანსდეს სახელმწიფო დაზღვევის ხარჯზე, რაც დადებითად იმოქმედებს დაავადებების დროულ დიაგნოსტიკაზე, რის შედეგადაც შემცირდება ადრეული ექსტრაქციები და თავიდან ავირიდებთ ყბა-კბილთა სისტემის დარღვევებს.

9. რეკომენდებულია სტომატოლოგიური კლინიკების ადაპტირება ასა-ს მქონე პაციენტების მისაღებად. გარდა ზოგადი გაიდლაინების არსებობისა, უნდა შეიქმნას გაიდლაინები, რომელიც მიმართული იქნება სპეციალური საჭიროების მქონე პაციენტების მომსახურების ხარისხის გაზრდაზე. აქვე რეკომენდებულია სტომატოლოგების კვალიფიკაციის ამაღლება, უნარ-ჩვევების გამომუშავება, რათა სრულყოფილად ჩატარდეს ასა-ს მქონე პირების სტომატოლოგიური მკურნალობა.

10. საჭიროა სტომატოლოგიური კლინიკების ამბულატორიული რგოლის მომზადება ასა-ს მქონე პაციენტების მისაღებად, რაც გულისხმობს მძიმე ფორმის აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის ანესთეზიოლოგიური განყოფილების არსებობას, რადგან კვლევის მიხედვით გამოვლინდა რომ 65 % შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა ნარკოზი, ამიტომ ვფიქრობთ საჭიროა შესაბამისად აღიჭურვოს კლინიკები.

დანართი I. ინფორმირებული თანხმობა

საქართველოს უნივერსიტეტი

ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

სტომატოლოგიის დეპარტამენტი

ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

მკვლევარი: მაკა საბაშვილი DDM. PhD(c)

ხელმძღვანელი: ქეთევან ნანობაშვილი DMD, PhD

საქართველოს უნივერსიტეტი

ინფორმირებული თანხმობა შედგება ორი ნაწილისგან:

- საინფორმაციო ფურცელი (რომელშიც მოწოდებულია ინფორმაცია კვლევის შესახებ)

- თანხმობის ფორმა (ხელმოწერებისთვის, თუ თქვენ თანახმა ხართ კვლევაში მონაწილეობაზე)

ინფორმირებული თანხმობის სრული ფორმის ერთი ასლი თქვენ გადმოგეცემათ.

ნაწილი I: საინფორმაციო ფურცელი

შესავალი

კვლევა ტარდება საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის სტომატოლოგიის დეპარტამენტის ეგიდით, საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორანტის, მაკა საბაშვილის მიერ. კვლევაში ვიწვევთ თქვენს შვილს, რათა შეფასდეს პირის ღრუს ჰიგიენური ნორმები და გამოვლინდეს სტომატოლოგიური დაავადებები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). შეგიძლიათ კითხვით მოგვმართოთ ნებისმიერი საკითხის შესახებ, გაესაუბროთ მკვლევარს და დაფიქრდეთ, გსურთ თუ არა გამოკვლეულ იქნას თქვენი შვილი.

მიზანი

კვლევის მიზანია ბავშვის პირის ღრუს დათვალიერება, კარიესის, დაზუჟნილი და ამოღებული კბილის, ნადების გამოვლენის მიზნით. ზოგ შემთხვევაში არსებული პრობლემები შეუმჩნეველი რჩება მშობლისთვის, ადრეული გამოვლენა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა კი თავიდან აგვაცილებს მომავალში გართულებულ შემთხვევებს.

საკვლევი ჩარევა

შეფასება მოხდება WHO (მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის) შეფასების კრიტერიუმის მიხედვით. ამ შეფასების კრიტერიუმის მიხედვით ფასდება:

1. კარიესი

2. დაბჟენილი კბილი

3. კბილების ნადები

4. პაროდონტული დაავადებები

კვლევაში მონაწილე პირების (კვლევის სუბიექტების) შერჩევა

აუტისტური სპექტრის მქონე პაციენტები

ნებაყოფლობითი მონაწილეობა

კვლევაში მონაწილეობა არის ნებაყოფლობითი, თუ თქვენ არ გსურთ რომ მოხდეს თქვენი შვილის პირის ღრუს დათვალიერება, გაქვთ სრული უფლება უარი განაცხადოთ აღნიშნულ კვლევაში მონაწილეობაზე.

პროცედურები და პროტოკოლი

სტომატოლოგიური სტატუსის დადგენა და ფორმულის შევსება. დათვალიერება გაგრძელდება დაახლოებით 5 წუთი. ბავშვს მოეთხოვება მხოლოდ დაჯდეს სკამზე და პირის ღრუს დათვალიერების მიზნით გააღოს პირი. სურვილის შემთხვევაში, დალექოს ნადების შესაღები აბი.

ხანგრძლივობა

ბავშვის დათვალიერება მოხდება ერთჯერადად და გაგრძელდება არაუმეტეს 5 წუთისა.

დისკომფორტი

ბავშვებს ხშირად ეშინიათ თეთრხალათიანი ექიმების, ამიტომ დათვალიერება იქნება მაქსიმალურად მეგობრულ, ფერად და მხიარულ გარემოში. თუ არ ექნება სურვილი შესაბამისად არ მოხდება კვლევა

კონფიდენციალურობა

კვლევაში მონაწილე ბავშვების პირადი მონაცემები არ იქნება გამოყენებული არცერთ სამეცნიერო სტატიასა და პუბლიკაციაში.

ინფორმაციის გაზიარება

კვლევის შედეგები გამოყენებულ იქნება მხოლოდ სტატისტიკური მონაცემებისათვის. მიღებული მონაცემებით შემუშავებული რეკომენდაციები და კრიტერიუმები გამოქვეყნდება სხვადასხვა სამეცნიერო ჟურნალში.

უარის გაცხადების უფლება

კვლევაში მონაწილეობა არის ნებაყოფლობითი, თუ თქვენ არ გსურთ რომ მოხდეს თქვენი შვილის პირის ღრუს დათვალიერება, არსებული კანონმდებლობით გაქვთ სრული უფლება უარი განაცხადოთ აღნიშნულ კვლევაში მონაწილეობაზე.

საკონტაქტო ინფორმაცია

მკვლევარი - მაკა საბაშვილი 593224644

E-mail: m.sabashvili@ug.edu.ge

საქართველოს უნივერსიტეტი

ნაწილი II: თანხმობის ფურცელი

მე გავცანი ჩემთვის მოწოდებულ ინფორმაციას კვლევის შესახებ და მასში ჩემი შვილის/მეურვეობაში მყოფი ბავშვის შესაძლო მონაწილეობის მოსალოდნელი შედეგების თაობაზე. ნებაყოფლობით ვაცხადებ თანხმობას მოცემულ კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე და გაცნობიერებული მაქვს, რომ ნებისმიერ ეტაპზე ჩემი სურვილისამებრ შემიძლია გამოვეთიშო კვლევას, რომელიც ამ კონკრეტული კვლევის შემთხვევაში მოიცავს მხოლოდ ბავშვის ერთჯერად დათვალიერებას.

მონაწილის სახელი და გვარი _____

მონაწილის მშობლის/კანონიერი მეურვის ხელმოწერა _____ თარიღი

კვლევაში მონაწილეობის მისაღებად მოწვეული პირის მშობელი/კანონიერი მეურვე დეტალურად გაეცნო ინფორმირებული თანხმობის ფორმას, მას ჰქონდა შესაძლებლობა დაესვა კითხვები. ვადასტურებ, რომ მან ნებაყოფლობით განაცხადა თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე.

მკვლევარის სახელი და გვარი _____

მკვლევარის ხელმოწერა _____

თარიღი _____

თანხმობის ფორმის ერთი ასლი გადაეცემა კვლევის სუბიექტის მშობელს/კანონიერ მეურვეს _____

(მკვლევარის ხელმოწერა)

დანართი II. კითხვარი

წინამდებარე კითხვარი ემსახურება სადოქტორო ნაშრომს თემაზე: „კარიესის, პაროდონტოლოგიური დაავადებების და არსებული სტომატოლოგიური სერვისების საჭიროების შესწავლა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პედიატრიულ პაციენტებში, თბილისში“

კითხვარი მიზნად ისახავს, ბავშვთა სტომატოლოგიაში მომუშავე ექიმებისთვის ასა-ს მქონე პაციენტებთან მუშაობის თავისებურებების დადგენას

კითხვარის შევსებისას პირადი ინფორმაცია რჩება კონფიდენციალური

კოდი:

სქესი:

ა. მამრ.

ბ. მდედრ.

გ. სხვა

1. რამდენ წლიანი პროფესიული გამოცდილება გაქვთ?

ა. 0-5

ბ. 6-10

გ. 11-15

დ. 15 და მეტი

2. გაქვთ ასა-ს მქონე პაციენტებთან მუშაობის გამოცდილება?

ა. დიახ

ბ. არა

3. თუ დიახ - დაახლოებით რამდენი ასა-ს მქონე პაციენტი გყავთ მიღებული ბოლო
1 წლის განმავლობაში?

ა. არცერთი

ბ. არ მახსოვს

გ. 1-2

დ. 3-5

ე. 5-10

ვ. 10-15

ზ. 15-20

თ. 20-ზე მეტი

4.ბოლო 1 წლის განმავლობაში თქვენს მიერ მიღებული ასა-ს მქონე პაციენტებიდან რამდენი სარგებლობდა დაზღვევით?

ა. არც ერთი

ბ. _____ (კონკრეტული ციფრი)

გ. არ მახსოვს

5.ბოლო 1 წლის განმავლობაში თქვენს მიერ ნამკურნალები ასა-ს მქონე პაციენტები სარგებლობდნენ დაზღვევით

ა. სახელმწიფო (საყოველთაო)

ბ. კერძო სადაზღვევო კომპანია

გ. არ ვიცი

დ. არ მახსოვს

6.წინაპირობას თქვენს მიერ ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის წარმოადგენს:

ა. პირადი სურვილი

ბ. პრაქტიკული გამოცდილება

გ. სპეციალური გადამზადების სტომატოლოგიური კურსის გავლა

დ. ფინანსური ინტერესი

ე. პროფესიული ინტერესი

ვ. არ ვიცი

7. თქვენს მიერ ასა-ს მქონე პაციენტებთან მუშაობაზე უარის თქმის წინაპირობას წარმოადგენს:

- ა. პაციენტთან კომუნიკაციის შეუძლებლობა - ბავშვის ქცევა არის არაკონტროლირებადი, არაკოოპერატიული და აგრესიული
- ბ. თავს არ გრძნობთ კომფორტულად ასა-ს მქონე პაციენტებთან მკურნალობისას, გამოცდილების სიმცირის გამო
- გ. პრაქტიკული გაიდლაინების ნაკლებობა ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის
- დ. სადაზღვევო კომპანიებიდან, სათანადო ანაზღაურების არარსებობა ასა-ს მქონე პაციენტებისთვის
- ე. პატარა სამუშაოს შესრულებისთვის საჭიროებს ძალიან დიდ დროს.
- ვ. კომპლექსური სამედიცინო პრობლემები ასა-ს მქონე პაციენტებში
- ზ. არ ვიცი

8. ასა-ს მქონე პაციენტთან მკურნალობისას დამდგარა ფსიქოლოგის ან/და ოკუპაციური თერაპევტის არსებობის საჭიროება?

- ა. კი
- ბ. არა
- გ. არ ვიცი

9. თვლით, რომ საჭიროა სტომატოლოგიურ კლინიკაში ფსიქოლოგის ან/და ოკუპაციური თერაპევტის არსებობა?

- ა. კი
- ბ. არა
- გ. არ ვიცი

10. ასა-ს მქონე პაციენტების მკურნალობისთვის არის პრაქტიკული გაიდლაინების ნაკლებობა?

ა. ვეთანხმები

ბ. არ ვეთანხმები

გ. არ ვიცი

11. გაქვთ გავლილი სპეციალური გადამზადების კურსი ასა-ს მქონე პაციენტებთან სამუშაოდ?

ა. კი

ბ. არა

12. თვლით რომ საჭიროებთ სპეციალურ პრაქტიკულ გაიდლაინებს რომელიც დაგეხმარებათ ასა-ს მქონე პაციენტებთან მუშაობისას?

ა. კი

ბ. არა

გ. არ ვიცი

დანართი III

კითხვარი მენეჯერებისთვის

წინამდებარე კითხვარი ემსახურება სადოქტორო ნაშრომს თემაზე: „ კარიესის, პაროდონტოლოგიური დაავადებების და არსებული სტომატოლოგიური სერვისების საჭიროების შესწავლა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პედიატრიულ პაციენტებში, თბილისში“

კითხვარი მიზნად ისახავს, ინფორმაციის შეგროვებას სტომატოლოგიური კლინიკების მენეჯერებისგან, რაც დაგვეხმარება სტომატოლოგიური სერვისების საჭიროების შესწავლაში

კოდი: 003

1.სქესი:

2.ასაკი:

3.მენეჯერის/ ხელმძღვანელის თანამდებობაზე მუშაობის სტაჟი

ა. 0-5

ბ. 6-10

გ. 11-15

დ. 15 და მეტი

4.თქვენი კლინიკა არის:

ა. კლინიკური

ბ. სარეზიდენტო ბაზა

გ. სასწავლო ბაზა(პერეკვალიფიკაციის კურსები)

დ. სხვა-----

5.თქვენი კლინიკა იღებს ასა-ს მქონე პაციენტს?

ა. კი

ბ. არა

გ. არ ვიცი

6.კლინიკა ადაპტირებულია ასა-ს მქონე პაციენტების მისაღებად?

ა. კი

ბ. არა

გ. არ ვიცი

7.კლინიკაში არის:

ა. საკონტაქტო დაფა

ბ. ყურსასმენები

გ. ტელევიზორი

დ. თემატური ილუსტრაციები

ე. ანესთეზიოლოგიური განყოფილება/დანადგარი

ვ. სხვა

8. კლინიკა იღებს ასა-ს მქონე პაციენტს, რომელსაც აქვს სახელმწიფო დაზღვევა?

ა. კი

ბ. არა

გ. არ ვიცი

9. კლინიკა იღებს ასა-ს მქონე პაციენტს, რომელსაც აქვს კერძო დაზღვევა?

ა. კი

ბ. არა

გ. არ ვიცი

10. კლინიკის თანამშრომლები საჭიროებენ გადამზადებას ასა-ს მქონე პაციენტების მართვაში?

ა. კი

ბ. არა

გ. არ ვიცი

11. ეხმარებით თუ არა თანამშრომლებს კვალიფიკაციის ამაღლებაში ასა-ს მქონე პაციენტებთან სამუშაოდ?

ა. კი

ბ. არა

გ. არ ვიცი

12. თვლით, რომ ასა-ს მქონე პაციენტები კლინიკის მაქსიმალური განვლადობისთვის:

ა. არახარჯთეფექტურია

ბ. ხარჯთეფექტურია

გ. მოითხოვს ექიმის მიერ, მეტ სამუშაო დროს

დ. სხვა-----

დანართი IV

წინამდებარე კითხვარი ემსახურება სადოქტორო ნაშრომს თემაზე: „კარიესის, პაროდონტოლოგიური დაავადებების და არსებული სტომატოლოგიური სერვისების საჭიროების შესწავლა აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე პედიატრიულ პაციენტებში, თბილისში“

კითხვარი მიზნად ისახავს, ინფორმაციის შეგროვებას ასა-ს მქონე პაციენტების მშობლებისგან, რაც მოიცავს პაციენტების დამოკიდებულებას სტომატოლოგიური მანიპულაციების მიმართ, მათი ზოგადი მდგომარეობის დახასიათებას, სახლის პირობებში პირის ღრუს ჰიგიენური ნორმების დაცვას და მისდამი დამოკიდებულებას.

კვლევის მიზანია ბავშვის პირის ღრუს დათვალიერება, კარიესის, დაბჟენილი და ამოღებული კბილის, ნადების გამოვლენის მიზნით. ზოგ შემთხვევაში არსებული პრობლემები შეუმჩნეველი რჩება მშობლისთვის, ადრეული გამოვლენა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა კი თავიდან აგვაცილებს მომავალში გართულებულ შემთხვევებს.

კითხვარის შევსებისას პირადი ინფორმაცია რჩება კონფიდენციალური

კოდი: 001

1. ბავშვის დაბადების თარიღი _____

2. ბავშვის სქესი

- ☐ მდედრობითი
- ☐ მამრობითი
- ☐ სხვა

3. ჩემს შვილს:

- ☐ აუტიზმის დიაგნოზი დაუსვეს (ან ასპერგერის სინდრომი)
- ☐ ჩაუტარდა შეფასება, მაგრამ არ დაუდგინდა აუტისტური სპექტრი
- ☐ ველოდებით შეფასებას
- ☐ არ აქვს დიაგნოზი, რადგან ჯერ არ მიგვიმართავს შეფასებითვის
- ☐ შეფასდა და უარყოფილი იქნა აუტისტური სპექტრის აშლილობა.

4. რომელ ასაკში დაუსვეს დიაგნოზი?

5. ჩემს შვილს აქვს დამატებითი საჭიროება:

- ☐ სწავლის სირთულეები
 - ☐ ფიზიკური სირთულეები
 - ☐ სენსორული სირთულეები
 - ☐ სხვა
-

6. ჩემი შვილი დადის:

- ☐ საბავშვო ბაღში
- ☐ საჯარო ან კერძო სკოლაში
- ☐ სპეციალურ სკოლაში
- ☐ კოლეჯში

7. დადის შემდეგ თერაპიებზე:

- ☐ მეტყველების თერაპია
- ☐ ოკუპაციური თერაპია
- ☐ ბავშვთა და მოზარდთა მენტალური ჯანმრთელობის სერვისი
- ☐ ფსიქოთერაპია
- ☐ ადრეული ინტერვენციის პროგრამა
- ☐ ABA თერაპია
- ☐ სენსორული თერაპია

8. არის თუ არა ალერგიული? (ჩამოთვალეთ)

- ☐ კი
- ☐ არა

8.1. თუ კი, რაზე აღენიშნება ალერგია?

9. როგორ უმკლავდება ტკივილს? (აღწერეთ)

10. როგორ რეაგირებს შეხებებზე? (ჩახუტება, ხელის მოკიდება და ა.შ.)
(აღწერეთ)

11. როგორ რეაგირებს ცვლილებებზე? (აღწერეთ)

12. ახასიათებს თუ არა თვითდამაზიანებელი ქცევები?

- ☐ კი
- ☐ არა

13. ახასიათებს თუ არა სხვების მიმართ აგრესია?

☐ კი

☐ არა

13.1. თუ კი, როგორ გამოხატავს?

14. ამყარებს თუ არა თვალთ კონტაქტს?

☐ კი

☐ არა

15. აღწერეთ უცხოებთან ბავშვის კომუნიკაცია (აღწერეთ)

16. რამდენად დამოკიდებულია სხვებზე? (აღწერეთ)

17. რამდენად აქვს განვითარებული მეტყველება? (აღწერეთ)

18. თქვენი გამოცდილებით რომელი მეთოდია ყველაზე ეფექტური მის დასამშვიდებლად? (აღწერეთ)

19. რომელი აქტივობის დროს გრძნობს თავს ყველაზე მშვიდად? (აღწერეთ)

20. როგორ იქცევს ყურადღებას, როდესაც სჭირდება დახმარება, სტკივა რაიმე ან სურს მოფერება? (აღწერეთ)

21. აღწერეთ ბავშვის თამაში?

22. რა ტიპის სათამაშოები, ობიექტები მოსწონს და აინტერესებს ყველაზე მეტად? (აღწერეთ) _____

23. როგორ თამაშობს მათით? (აღწერეთ)

24. დეტალურად აღწერეთ ბავშვის ექიმთან ვიზიტისას მისი ქცევები

25. დეტალურად აღწერეთ ბავშვის ექიმთან ვიზიტისას მისი რეაგირება გასინჯვაზე _____

26. დეტალურად აღწერეთ ბავშვის ექიმთან ვიზიტისას მისი რეაგირება ნემსის გაკეთებაზე

27. დეტალურად აღწერეთ ბავშვის რეაგირება მედიკამენტების მიღებაზე (აღწერეთ)

სენსორული ინფორმაცია

28. მოძრაობა და ბალანსი (ვესტიბიულარული)

○ თავს არიდებს აქტივობებს, რომელიც დაკავშირებულია მოძრაობასთან (სრიალი, ქანაობა)

○ ეძებს აქტივობებს რომელიც დაკავშირებულია აქტიურ ფიზიკურ დატვირთვასთან

○ უჭირს ჯდომა

○ ეშინია დაცემის, მაშინ როცა არ არსებობს ამის რეალური საფრთხე

29. შეხება

○ თავს არიდებს დასვრილ ნივთებზე შეხებას

○ მძაფრად რეაგირებს შეხებაზე და სხვების სიახლოვეზე

○ უჭირს ხელების გაჩერება, ხელს კრავს სხვა ადამიანებს

○ ეხება ყველაფერს რასაც ხედავს

○ სჭირდება ხშირი შეხება

○ თავს არიდებს გარკვეული სამოსის ჩაცმას. ჩამოთვალეთ

○ იკვლევს საგნებს პირში ჩადებით

30. სუნნი/გემო

○ სენსიტიურია გემოზე/ ტექსტურაზე/ ტემპერატურაზე

○ გამძაფრებული აქვს ყნოსვა

○ ახასიათებს საკვების ან სასმლის პირში ჩაგუბება

○ ჭამს არასაკვებ ნივთებს

31. აუდიტორული

○ მძაფრად რეაგირებს ხმებზე

○ გამოსცემს ხმებს, ახასიათებს ვოკალიზაციები

○ იაფრებს ყურებზე ხელს ხმების ჩასახშობად

○ ესმის ხმები, რომელიც სხვებს არ ესმით

○ იგნორს უკეთებს ხმებს და საუბარს

○ საუბრობს ძალიან ხმადაბლა ან ხმამაღლა

32. ვიზუალური

- ☐ ალიზიანებს განათება და მანათობელი საგნები
- ☐ მწვავედ რეაგირებს მისკენ მიმართულ საგნებზე
- ☐ უჭირს გარემოში ობიექტების მოძიება

33. არის თუ არა ბავშვი აღრიცხვაზე ნევროლოგთან?

- ☐ კი
- ☐ არა

33.1. თუ არის, დააზუსტეთ დიაგნოზი _____

34. იღებს თუ არა თქვენი ბავშვი რომელიმე მედიკამენტს?

- ☐ კი
- ☐ არა

34.1. თუ კი, რომელს? _____

35. დიაგნოსტირებული აქვს თუ არა ბავშვს რომელიმე თანმხლები დაავადება
(დიაბეტი, ცელიაკია და ა.შ.)

~

- ☐ დიახ (თუ დიახ რომელი? _____)
- ☐ არა

36. ყოფილა თუ არა ბავშვი სტომატოლოგთან პროფილაქტიკური
დათვალიერების მიზნით?

- ☐ კი
- ☐ არა

37. დასჭირვებია თუ არა ბავშვს სტომატოლოგიური დახმარება?

- ☐ კი (თუ დიახ,რის გამო? _____)

○ არა

38. თუ ყოფილა სტომატოლოგთან, სად ჩაუტარდა სტომატოლოგიური მკურნალობა?

- ზოგად სტომატოლოგიურ კლინიკაში
- სტომატოლოგიური კლინიკის ბავშვთა განყოფილებაში
- სპეციალიზირებულ კლინიკაში

39. ბავშვის სტომატოლოგიური მკურნალობისას გამოყენებული იქნა:

- ნარკოზი (ზოგადი ანესთეზია)
- სპეციალური პროგრამა ბავშვთან ურთიერთობის დასამყარებლად
- სპეციალური საგანმანათლებლო პროგრამა

40. იხეხავს თუ არა ბავშვი კბილებს

- კი
- არა

40.1. თუ იხეხავს რამდენად ხშირად?

- ხანდახან
- ერთხელ დღეში
- ორჯერ დღეში

40.2. ვინ ეხმარება კბილების ხეხვაში?

- თვითონ იხეხავს
- მშობლების დახმარებით
- ხან თვითონ, ხან მშობლები
- მხოლოდ ძიძა/ზეზია
- ხან ძიძა/ზეზია, ხან თვითონ

41. იყენებს თუ არა კბილის ჯაგრისს?

- კი
- არა

41.1. თუ იყენებს, როგორი კბილის ჯაგრისს ხმარობს?

- ჩვეულებრივს, ხელით
- ელექტრო-ჯაგრისს
- სხვა _____

42. იყენებს თუ არა კბილის პასტა?

- კი
- არა

43. თუ იყენებს, რომელს? _____

44. რომელია ბავშვის საყვარელი საჭმელი? _____

45. რომელი მავნე ჩვევა აღენიშნებ ამჟამად ბავშვს?

- თითის წოვა
- მაწოვარა
- ენის კვნეტა
- ტუჩის კვნეტა
- უცხო ნივთების პირში ჩადება (მიუთითეთ რომელი _____)
- სხვა _____

46. რა აღიზიანებს, „აბრაზებს“ (ჩამოთვალეთ)

როგორ ფიქრობთ საქართველოში არსებული სტომატოლოგიური კლინიკები
მორგებულია თუ არა აუტისტ პაციენტებზე?

თუ არა, გთხოვთ ჩამოთვალეთ ის ბარიერები რაც გიქმნით დისკომფორტს
სტომატოლოგიური სერვისების მიღების დროს.

რას გააუმჯობესებდით?

47. ამოღებული კბილები

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

48. დაბუენილი კბილები

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

49. კარიესი

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

50. ნადები

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

დანართი V

1.	კომპონენტი	ბარათის შევსების თარიღი
2.	კოდი	
3.	დაბადების თარიღი	
4.	საკვლევი ჯგუფი	საკონტროლო
5.	კვლევაში ჩართვის თარიღი	
6.	სქესი	
7.	ეთნიკური ჯგუფი	
8.	სოცო-ეკონომიკური მდგომარეობა	
9.	რეგიონი	

ამოღებული კბილები

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

დაბუენილი კბილები

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

კარიესი

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ნადები

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

გამოყენებული ლიტერატურა

1. თერაპიული სტომატოლოგია ე. ბოროვსკის რედაქციით; ავადობა; გვ 32
2. სამხარაძე ს; ოსიპოვა მ; ალხანიშვილი ზ; 2014.
3. Alsanabani A, N. M. Ismail, A. R. Ismail, H. A. Alyamani, M.M. T. Oo. (2012).
“Periodontal status and its relationship with sociodemographic factors among special needs children in schools of Kota Bharu, Kelantan, Malaysia,” *Int. Med. J.* 19:1; 61 – 64
4. Amorim R, Catarino S, Miragaia P, et al. (2020). The impact of COVID-19 on children with autism spectrum disorder. *Rev Neurol.* 16;71(8):285-291. English, Spanish. doi: 10.33588/rn.7108.2020381. PMID: 33034366
5. Akhila T, Sharmin D. (2015). Dental Management and Behavioural Modifications of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD). *EC Dental Science* 1.2: 33-55
6. AlHumaid J, Gaffar B, AlYousef Y. (2020). Oral Health of Children with Autism: The Influence of Parental Attitudes and Willingness in Providing Care. *The Scientific World Journal.* <https://doi.org/10.1155/2020/8329426>
7. Ann-Marie DePalma, Karen A. Raposa. (2008). Building Bridges: Dental Care for Patients with Autism. The Academy of Dental Therapeutics and Stomatology.
8. Angelova A (2019), Interrelation between Oral Health Status and Autism: A Case Report. *Adv Dent & Oral Health*; 10(3): DOI: 10.19080/ADOH.2019.10.555790
9. Ashour A, Basha S (2018), Association between body mass index and dental caries among special care female children in Makkah City, <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2017.31.12.1515>.
10. Baweja, R., Brown, S.L., Edwards, E.M. et al. COVID-19 Pandemic and Impact on Patients with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* (2021). <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04950-9>

11. Ben-Sasson A, Hen L, Fluss R, Cermak SA, et.al (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* ;39(1):1-11. doi:10.1007/s10803-008-0593-3
12. Bhandari S. (2019). Understanding Autism - the Basics. WebMD Medical Reference.<https://www.webmd.com/brain/autism/understanding-autism-basics#1>
13. Bleuler E. (1950[1911]) Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. New York: International Universities
14. Bonnie Evans. (2013). How autism became autism. *Hist Human Sci*; 26(3): 3–31.doi: [10.1177/0952695113484320](https://doi.org/10.1177/0952695113484320)
15. Bossù M, Trottini M, Corridore D, et al. (2020). Oral Health Status of Children with Autism in Central Italy. MDPI. Switzerland.
16. Burgette JM, Rezaie A (2020). Association between Autism Spectrum Disorder and Caregiver-Reported Dental Caries in Children. *JDR Clinical & Translational Research*;5(3):254-261. doi:[10.1177/2380084419875441](https://doi.org/10.1177/2380084419875441)
17. Capp, P. L., de Faria, M. E., Siqueira, S. R., Cillo, M. T., Prado, E. G., & de Siqueira, J. T. (2010). Special care dentistry: Midazolam conscious sedation for patients with neurological diseases. *European journal of paediatric dentistry*, 11(4), 162–164.
18. Corridore, D., Zumbo, G., Corvino, I., Guaragna, M., Bossù, M., Polimeni, A., & Vozza, I. (2020). Prevalence of oral disease and treatment types proposed to children affected by Autistic Spectrum Disorder in Pediatric Dentistry: a Systematic Review. *La Clinica terapeutica*, 171(3), e275–e282. <https://doi.org/10.7417/CT.2020.2226>
19. Cornacchio AL, Burneo JG, Aragon CE (2011) The Effects of Antiepileptic Drugs on Oral Health. *J Can Dent Assoc* 77: 140.
20. Cermak, Duker. (2015). Sensory Adapted Dental Environments to Enhance Oral Care for Children with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Pilot Study. *The American journal of occupational therapy*.: official publication of the American Occupational Therapy Association 69. 45:2876–2888
21. Chandrashekhar S, Jyothi S Bommangoudar. (2018). Management of Autistic Patients in Dental Office: A Clinical Update. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 11(3): pp 219227.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6102426/>
22. Children’s dentistry, <https://childrensedationdentist.com/types-of-sedation/>

23. Christensen, D., & Zubler, J. (2020). CE: From the CDC: Understanding Autism Spectrum Disorder. *The American journal of nursing*, 120(10), 30–37.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000718628.09065.1b>
24. Colizzi M, Sironi E, Antonini F, et al. (2020). Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain Sci*; 10(6), 341
25. Cabała-Kucharska M. (2010). The review of most frequently occurring medical disorders related to aetiology of autism and the methods of treatment. *Acta Neurobiol Exp*, 70: 141–146
26. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. 2005. General dentists and special needs patients: does dental education matter? *J Dent Educ*; 69:1107-1115.]
27. Deanna M. Luscre, David B. Center. (1996). Procedures for Reducing Dental Fear In Children With autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 26(5): pp 547–556
28. DeLisle St, 2018. Organization for autism research,
<https://researchautism.org/how-to-create-a-positive-dental-experience-for-your-child-with-asd/>
29. Delli K, Peter A. Reichart, Michael M. Bornstein, Christos Livas. (2013). Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations. *Medicina Oral Patologia oral y Cirugia Bucal*. 18(6): pp 862-868<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3854078/#B22>
30. Delli K, Reichart PA, Bornstein MM, Livas C. (2013). Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural (KALYONCU, 2017) approaches and recommendations. *Med Oral Patol. Oral Cir Bucal*. 18(6):e862-8.
31. Delli, Peter A. Reichart, Michael M. Bornstein et al. (2013). Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 18(6): e862–e868.doi: 10.4317/medoral.19084
32. Demetria loryn Ennis-Cole. (2013). Technology for Learners with Autism Spectrum Disorders
33. Dfy Chan, Shy Chan, Hk So, et. Al. (2014). Dental Health of Preschool Children with Autism Spectrum Disorder in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Paediatrics*. 19:161-168

34. Du, R.Y., Yiu, C.K.Y. & King, N.M. (2019). Oral Health Behaviours of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders and Their Barriers to Dental Care. *J Autism Dev Disord* 49, 453–459
35. E.A.AbdAllah, N.E.Metwalli, A.S.Badran. (2018). Effectiveness of a one year oral health educational and preventive program in improving oral health knowledge and oral hygiene practices of a group of Autistic Egyptian children and their caregivers. *Future Dental Journal*. 4(1): 23-29.
36. El Khatib AA, El Tekeya MM, El Tantawi MA, et al. (2014). Oral health status and behaviours of children with Autism Spectrum Disorder: a case-control study. *International Journal of pediatric Dentistry*. 24(4):314-23.
37. Eswari R, Prathima GS, Sanguida A, et.al. (2019). Dental Care of Children with Autism Spectrum Disorder – An Overview. *ACTA SCIENTIFIC DENTAL SCIENCES*. 3:7
38. Fakroon, S., Arheiam, A. & Omar, S. (2015). Dental caries experience and periodontal treatment needs of children with autistic spectrum disorder. *Eur Arch Paediatr Dent* 16, 205–209. <https://doi.org/10.1007/s40368-014-0156-6>
39. Friedlander AH, Yagiela JA, Paterno VI, Mahler ME. (2006). The neuropathology, medical management and dental implications of autism. *J Am Dent Assoc*. 137:1517–27.
40. Gandofi M, Zamparini F, Spinelli A, et. Al. (2020). Risks of Aerosol Contamination in Dental Procedures during the Second Wave of COVID-19—Experience and Proposals of Innovative IPC in Dental Practice. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(23), 8954
41. Garcia-Villamizar, D., Moore, D. & Garcia-Martínez, M. (2019). Internalizing Symptoms Mediate the Relation Between Acute Pain and Autism in Adults. *J Autism Dev Disord* 49, 270–278
42. Göran Dahllöf, Susanne Bejerot. (2014). Experiences of Dental Care and Dental Anxiety in Adults with Autism Spectrum Disorder. Hindawi Publishing Corporation. Autism Research and Treatment <http://dx.doi.org/10.1155/2014/238764>
43. Guidline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. (AAPD); 2013. 8p
44. Gunes, S., Ekinici, O., Feyzioglu, A., Ekinici, N., & Kalinli, M. (2019). Sleep problems in children with autism spectrum disorder: clinical correlates and the impact of attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 763–771.

45. Hage, S., Lopes-Herrera, S. A., Santos, T. F., Defense-Netvral, D. A., Martins, A., Sawasaki, L. Y., & Fernandes, F. (2020). Oral hygiene and habits of children with autism spectrum disorders and their families. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 12(8), e719–e724. <https://doi.org/10.4317/jced.56440>
46. Hartley C, Allen ML. 2015. Iconicity influences how effectively minimally verbal children with autism and ability-matched typically developing children use pictures as symbols in a search task. *Autism*. 19:570–9.
47. Hakami T. (2021). Efficacy and tolerability of antiseizure drugs. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 14, 17562864211037430. <https://doi.org/10.1177/17562864211037430>.
48. Heilmann, A., Tsakos, G., & Watt, R. G. (2015). Oral Health Over the Life Course. In C. Burton-Jeangros, S. Cullati, A. Sacker, & D. Blane (Eds.), *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions*. Cham (CH).
49. Hernandez P, I. Z. (2011). Applied behavior analysis: behavior management of children with autism spectrum disorders in dental environments. *J Am Dent Assoc*, 142:281–7.
50. Hernandez P, Ikkanda Z. (2011). Applied behavior analysis: behavior management of children with autism spectrum disorders in dental environments. *The Journal of the American Dental Association*. 142(3):281-7.
51. Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S55–S65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
52. Holtzman D (2008) Autistic spectrum disorders and mitochondrial encephalopathies. *Acta Paediatr* 97: 859–860.
53. Howlin P. 1998. psychological and educational treatments for autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 39:307–22.
54. Inyang A, Isong, Sowmya R, Rao, Chloe Holifield, et al. (2014). Addressing Dental Fear in Children With Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Pilot Study Using Electronic Screen Media. *Clinical Pediatrics*. 53(3). pp: 230-237
55. Iosif-Grigorios Al Mochamant, Ioannis Fotopoulos, Lampros Zouloumis. (2015). Dental Management of Patients with Autism Spectrum Disorders. *Balkan Journal of dental Medicine*. 19:124-127

56. Isong IA, Rao SR, Holifield C et al. (2014). Addressing dental fear in children with autism spectrum disorders: a randomized controlled pilot study using electronic screen media. *Clin Pediatr (Phila)*. 53(3):230-7
57. Jaber M.A, Mohamed Sayyab, Salem H. Abu Fanas. (2011). Oral Health status and dental needs of autistic children and young adults. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*. 2, 57–62.
58. Jaber M.A. (2011). Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *Journal of Applied Oral Science*. 19:3
59. Jacobo Limeres-Posse, P. C.-N.-P.-B. (2014). Behavioural aspects of patients with Autism Spectrum Disorders (ASD) that affect their dental management. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*, 467-472.
60. Janet WT Mah and Phoebe Tsang (2016) Visual Schedule System in Dental Care for Patients with Autism: A Pilot Study. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*: 40:5, 393-399.
61. Kalyoncu, Tanboga. (2017). Oral Health Status of Children with Autistic Spectrum Disorder Compared with Non-authentic Peers. *Iran J Public Health*. 46(11): 1591–1593.
62. Kamen S, Skier J. (1985). Dental management of the autistic child. *Spec Care Dentist*. 5(1):20–23.
63. Kasari, C, Brady, N., Lord, C, Tager-Flusberg, H. (2013). Assessing the minimally verbal school-aged child with autism spectrum disorder. *Autism Research*. 6(6): pp 479–493.
64. Kastenbom L, Falsen A, Larsson P, et.al. (2019). Costs and health-related quality of life in relation to caries. *BMC Oral Health* 19(1): DOI: 10.1186/s12903-019-0874-6
65. Krause M, Vainio L, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. (2010). Dental education about patients with special needs: a survey of U.S. and Canadian dental schools. *Journal of Dental Education*. 74(11):1179 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21045222>
66. Kuter, B. Guler, N. (2019). Caries experience, oral disorders, oral hygiene practices and socio-demographic characteristics of autistic children. *Eur. J. Paediatr. Dent*, 237–241.
67. Le Couteur A, Lord C, Rutter M. (2003). Autism Diagnostic Interview - Revised (ADI-R) Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

68. Leah I. Stein, José C. Polido, Sandy Oliver Lopez Najera, et al. (2012). Oral Care Experiences and Challenges in Children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatric Dentistry*. 34(5):387-91.
69. Liptak, G. S., Benzoni, L. B., Mruzek, D. W., et.al (2008). Disparities in diagnosis and access to health services for children with autism: data from the National Survey of Children's Health. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29(3), 152-160. doi:10.1097/DBP.0b013e318165c7a0
70. Loo Cy, Graham RM, et al. (2014). Behaviour guidance in dental treatment of patients with autism spectrum disorder. *International Journal of Paediatric Dentistry*;19(6):390-98
71. Lorena M. Orellana, Francisco J. Silvestre, Sonia Martínez-Sanchis, et al. (2011) Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. *Medicina Oral Patologia oral y Cirugia Bucal*. 17(3): pp415–419.
72. Loryn D, Ennis-Cole. (2015). Technology for Learners with Autism Spectrum Disorders. <https://www.springer.com/gp/book/9783319059808>
73. Luiz Fernando M Czornobay, Etienne. (2018). Autism spectrum disorder: Review of literature and dental management. *World Journal of Stomatology*. 6(2): 11-1.
74. MacFarlane, J. R., & Kanaya, T. (2009). What does it mean to be autistic? Inter-state variation in special education criteria for autism services. *Journal of Child and Family Studies*, 18(6), 662-669.
75. Mariana C. Morales-Chávez. (2017). Oral Health Assessment of a Group of Children with Autism Disorder. Oral Health Assessment of a Group of Children with Autism Disorder. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 41(2): 147-149.
76. Marshall J, Sheller B, Williams BJ, et.al. (2018). Cooperation predictors for dental patients with autism. *Pediatr Dent*. 29(5):369-376.
77. Mary Salassi-Scotter, Angela Scott, James E. Hunt. (2014). Managing Patients With Autism to Effectively Deliver Care. *Children's Hospital Association*.
78. Meadan H. (2011). Using visual supports with young children with autism spectrum disorder. *Teach Except Child*.43:28–35.
79. Meguid, N. A., Hashish, A. F., Anwar, M., & Sidhom, G. (2010). Reduced serum levels of 25-hydroxy and 1, 25-dihydroxy vitamin D in Egyptian children with autism. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(6), 641-645.

80. Muraru D, Ciuhodaru, Iorga M. (2017). Providing dental care for children with autism spectrum disorders. *International Journal of Medical Dentistry*. 21(2):124-130.
81. Muraru, Ciohodaru, Iorga. (2017). Providing Dental care for children with autism spectrum disorders. *International Journal of Medical Dentistry*. 7:2
82. Nahid Ramazani. (2016). Different Aspects of General Anesthesia in Pediatric Dentistry: A Review. *Iranian Journal of Pediatrics*. 26 (2)
83. Naidoo M, Shenuka Singh. (2018) The Oral health status of children with autism Spectrum disorder in KwaZulu-Nata, South Africa. *BMC Oral Health*. 18: 165.
84. Naidoo, M., Singh, S. A. (2020). Dental Communication Board as an Oral Care Tool for Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*
<https://doi.org/10.1007/s10803-020-04436-0>
85. National Autistic Society. (2018). Dental care and autism. Last viewed 26 March, 2020.
86. Neely-Barnes, S, Hall, H., Roberts, R., & Graff, J. (2011). Parenting a child with an autism spectrum disorder: Public perceptions and parental conceptualizations, *Journal of Family Social Work*, 14(3), 208-225.
87. Nelson LP, Getzin A, Graham D, et al. (2017). Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatr Dent*. 33(1):29-36.
88. Nelson TM, Sheller B, Friedman CS, Bernier R. (2015). Educational and therapeutic behavioral approaches to providing dental care for patients with Autism Spectrum Disorder. *Spec Care Dentist*. 35:105-113.
89. Nidhi Taneja. (2017). Treatment Considerations for Patients with Autism Spectrum Disorder. *Member News*.
90. Ningrum V, Wen-Chen Wang, Hung-En Liao, et al. (2020). A special needs dentistry study of institutionalized individuals with intellectual disability in West Sumatra Indonesia. *Nature research Journal*; 10:153
91. Olszewska A, Rzymiski P. (2020). Children's Dental Anxiety during the COVID-19 Pandemic: Polish Experience. *J. Clin. Med*; 9(9), 2751.
92. Onol, S., & Kırzioğlu, Z. (2018). Evaluation of oral health status and influential factors in children with autism. *Nigerian journal of clinical practice*, 21(4), 429–435.
https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_41_17
93. Oral health surveys basic methods, WHO, 5th ed. ISBN 978 92 4 154864 9; 2013

94. Orellana LM, Silvestre FJ, Martínez-Sanchis S, et.al. (2012). Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.17(3):415-9
95. Orsmond, G. I., & Seltzer, M. (2007). Siblings of individuals with autism spectrum disorders across the life course. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 313-320.
96. Pacheva, I., Ivanov, I., Yordanova, R., Gaberova, K., Galabova, F., Panova, M., Petkova, A., Timova, E., & Sotkova, I. (2019). Epilepsy in Children with Autistic Spectrum Disorder. *Children (Basel, Switzerland)*, 6(2), 15. <https://doi.org/10.3390/children6020015>
97. Piccin S., et al. (2018). "Video modeling for the development of personal hygiene skills in youth with autism spectrum disorder". *Epidemiology and psychiatric sciences* 27.2: 127-132.
98. Rada RE. (2013). Treatment needs and adverse events related to dental treatment under generalanesthesia for individuals with autism. *Intellect Dev Disabil*; 51: 246-252.
99. Rekha V, P. Arangannal. H. Shahed. (2012). Oral health status of children with autistic disorder in Chennai. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 13:126–131
100. Richa, R Yashoda, Manjunath P Puranik. (2014). Oral health status and parental perception of child oral health related quality-of-life of children with autism in Bangalore, India. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 32:2, 135–139.
101. Russow. R (2014). Children with autism dread the dentist, but USC research may help. University of Southern California News.
102. SMohd Mokhtar, L. Abd Jalil, N. Muhd Noor, et al. (2016). Dental Status and Treatment Needs of Special NeedsChildren in Negeri Sembilan, Malaysia. *World Journal of Research and Review*. 2:6; 64-70
103. Sacoor S. (2017). Anaesthesia and Sedation for the Autistic Patient. *SAAD digest*, 33, 40–43.
104. Sadeq Ali Al-Maweri, Esam S. Halboub, Walid Ahmed Al-Soneidar, et al. (2014). Oral lesions and dental status of autistic children in Yemen: A case–control study. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*.4(3): pp199–203.
105. Samkharadze, S., Osipova-Schoneich, M., & Alkhanishvili, Z. (2014). SURVEY OF DENTAL SERVICES PROVISION TO PEOPLE WITH DISABILITIES IN GEORGIA. *European Scientific Journal, ESJ*, 9(10).

106. Sarnat , Samuel , Ashkenazi-Alfasi , Peretz. (2016). Oral Health Characteristics of Preschool Children with Autistic Syndrome Disorder. *J Clin Pediatr Dent*. 40(1):21-5.
107. Schaff, R. C, Toth-Cohen, S, Johnson, S. L, Outten, G, & Benevides, T. W. (2011). The everyday routines of families of children with autism: Examining the impact of sensory processing difficulties on the family. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 15(3), 373-389.
108. Şengenç, E., Kiykım, E., & Saltik, S. (2020). Vitamin D levels in children and adolescents with autism. *Journal of International Medical Research*. <https://doi.org/10.1177/0300060520934638>
109. Sharon A. Cermak, Leah I. Stein Duker, Marian E. Williams, et.al(2015). Sensory Adapted Dental Environments to Enhance Oral Carefor Children with Autism Spectrum Disorders: A RandomizedControlled Pilot Study. *J Autism Dev Disord*, 2876–2888.
110. Sheiham A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre- school children. *J Br Dent*, 25 (10), pp. 625-626
111. Stein LI, Polido JC, Mailloux Z, et.al. (2011). *Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders*. *Spec Care Dentist*. 31(3):102-110.
112. Stephen M. Edelson. Related Disorders. Autism Research Institute.
113. Stephen R.C. (2010). “Video-modelling to improvetask completion in a child with autism”. *Developmental Neuorehabilitation*. 13.3 : 225-230
114. Stepović, M., Stajić, D., Rajković, Z., Maričić, M., & Sekulić, M. (2020). Barriers Affecting the Oral Health of People Diagnosed with Depression: A Systematic Review. *Zdravstveno varstvo*, 59(4), 273–280. <https://doi.org/10.2478/sjph-2020-0034>
115. Taryn N. Weil, Marita R. Inglehart. (2010). Dental Education and Dentists’ Attitudes and Behavior Concerning Patients with Autism. *Journal of Dental Education* December, 74 (12) 1294-1307;
116. Tinanoff, N., & Palmer, C. A. (2003). Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. *Refu'at ha-peh veba-shinayim (1993)*, 20(2), 8–78.
117. The Southwest Autism Research & Resource Center (SARRC). Autism DentalInformation Guide forFamilies & Caregivers.

118. W. Dangulavanich, P. Limsomwong, K. Mitrakul, et al. (2017). Factors associated with cooperative levels of Autism Spectrum Disorder children during dental treatments. *European Journal of Paediatric Dentistry*; 18-3.
119. Wakefield's affair: 12 years of uncertainty whereas no link between autism and MMR vaccine has been proved. Maisonneuve H, Floret D. *Presse Med.* 2012 Sep; French (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748860>).
120. Weil, T. N., Bagramian, R. A., & Inglehart, M. R. (2011). Treating patients with autism spectrum disorder--SCDA members' attitudes and behavior. *Special Care in Dentistry*, 31(1), 8-17. doi:10.1111/j.1754-4505.2010.00173.x
121. Weinstein, O., Krieger, I., Cohen, A. D., & Tzur Bitan, D. (2021). COVID-19 vaccination among individuals with autism spectrum disorder: A population-based study. *Research in autism spectrum disorders*, 89, 101865. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101865>
122. Werf J. (2007). The use of visual supports for students with autism in inclusive physical education. Alabama: Auburn University; http://etd.auburn.edu/etd/bitstream/handle/10415/913/WERT_JEANINE_47.pdf?sequence=1
123. Whelan J (2000) Antibiotics: a possible treatment for regressive-onset autism. *Drug Discov Today* 5: 487–488.
124. Witriana L. Wibisono, Margaretha Suharsini, Tjhin Wiguna et al. (2016). Perception of dental visit pictures in children with autism spectrum disorder and their caretakers: A qualitative study. *J Int Soc Prev Community Dent.* 6(4): 359–365.
125. World Health Organization, Autism spectrum disorders, accessed 7 November, 2019. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>)
126. World Health Organization. (2018). Oral Health, accessed 24 September, 2018
127. Yen P. (2015). ASD and VSD Flow Dynamics and Anesthetic Management. *The Journal of Sedation and Anesthesiology in Dentistry*. 62(3): pp125–130
128. Zanelli M, Ortega A, Borges A. (2015). *Nitrous oxide for dental treatment in patients with infantile autism: a literature review*. *Revista brasileira de odontologia* 12(2):202
129. Zaccara, G., & Perucca, E. (2014). Interactions between antiepileptic drugs, and between antiepileptic drugs and other drugs. *Epileptic disorders : international epilepsy journal with videotape*, 16(4), 409–431. <https://doi.org/10.1684/epd.2014.0714>

