

شناسنامه و استاندارد خدمت

تست تکاملی؛ محدود (برای مثال تست غربالگری تکاملی تست Early

Language Milestone Screen,II با تفسیر و گزارش

(غربالگری / آزمون های ۴۵۱ جی) رشدی همراه با تفسیر و گزارش

پاییز ۱۴۰۱

تنظیم و تدوین:

دکتر فرح اشرف زاده
دکتر محمد رضا صائینی
دکتر شیده عصار
دکتر حمید رضا لرنژاد
دکتر ناریا ابوالقاسمی
دکتر عباس حبیب الهی
دکتر سیف اله حیدرآبادی
دکتر مامک شریعت
دکتر شهلا نوری
دکتر مسعود رضایی
دکتر مزگان توسلی
آزاده حقیقی

تحت نظارت فنی:

دکتر سید موسی طباطبایی لطفی

دکتر ساناز بخشنده

گروه تدوین استاندارد و راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

مقدمه:

وضعیت زندگی در طول دوران جنینی (بارداری و قبل از تولد)، حین زایمان، نوزادی، شیرخواری و ابتدای کودکی تأثیر قابل توجهی بر تکامل کودک دارد. بر اساس مطالعات جهانی جمعیت قابل توجهی از کودکان مبتلا به اختلالات تکاملی می باشند. طبق متون جهانی حدود ۱۷ تا ۲۵٪ کودکان و بر اساس مطالعات ایرانی در مناطق مختلف کشور، ۷ تا ۲۲٪ کودکان از طیف‌های مختلف این اختلالات رنج می برند (۱). از نظر بیماریها مهمترین عوامل خطر و موثر رخداد این اختلال میتوان تولد نوزادان نارس-تاخیر رشد داخل رحمی جنین- تولد نوزاد کم وزن-بیماریهای مادر و عوارض مامایی دوران بارداری-سندروم‌های ژنتیکی و ناهنجاریهای مادرزادی و ... را نام برد.

از مشکلات محیطی که بصورت همزمان یا جدا از مشکلات پزشکی میتواند بر روند تکامل کودکان تأثیر منفی بگذارد میتوان به محرومیتها، مشکلات روانشناختی والدین در خانواده، تک والدی، مشکلات اقتصادی، اعتیاد یا بدرفتاری‌های متعدد و طولانی اشاره کرد (۱،۲).

شیرخواران و کودکانی که دارای مشکلات فیزیکی (جسمانی) یا محیطی هستند برای آنکه تکامل مطلوب و مناسبی داشته باشند نیازمند توجه ویژه ای هستند. این کودکان نسبت به سایر اطفال بیشتر به اختلالات تکامل یا تأخیر تکامل دچار میشوند. طبق منابع مختلف علمی این امر خود در ۴۸ تا ۶۰٪ آنان زمینه ساز بروز انواع و درجات مختلفی از معلولیت‌های حرکتی، ذهنی، گفتاری، شنوایی و بینایی، همچنین اختلالات شناختی و رفتاری مانند بیش‌فعالی و اوتیسم، میشود (۳). مراقبت و مدیریت کودکان دارای اختلالات مغزی-عصبی و معلول در جامعه علاوه بر تحمیل هزینه‌های گزاف بر دوش نظام بهداشتی کشور و نیز بر خانواده‌های آنها موجب بروز اختلال در سلامت روانی و سلامت اجتماعی-معنوی خانواده‌ها نیز می‌شود (۴). بررسی بار مالی این اختلالات در کشورهای پیشرفته، بیانگر آن است که بازتوانی این کودکان سالانه از ۱۲۴۵ دلار تا ۲۰۰۰ دلار به ازای هر کودک، علیرغم حمایت بیمه‌ها برای خانواده‌ها هزینه بر خواهد بود. این رقم جدا از ویزیت‌های سالانه پزشکی است. ویزیت‌ها به تنهایی در کنار پوشش بیمه‌ای به ازای هر کودک در سال بالغ بر ۴۰۰ دلار خواهد بود (۵).

در آمریکا بار اقتصادی نگهداری از کودکان با اختلالات طیف‌های مختلف اوتیسم اعم از درمانی، خدمات اجتماعی، آموزش و ... حدود ۷ تریلیون دلار برای دولت هزینه در بر خواهد داشت (۶). هزینه‌های درمانی و مراقبتی این کودکان به قدری بالاست که خانواده‌ها را مجبور می‌کند درمانها را رها کنند. در بررسی که در ایران انجام شده است بیانگر آن بود تنها ۶٪ کودکان نیازمند بطور کامل خدمات را دریافت کرده اند هر چند عوامل مختلفی در ترک خدمات موثر بوده اند اما ۱۲٫۵٪ خانواده‌ها هزینه‌های بالای مراقبتی و عدم پوشش بیمه‌ای را متذکر شده اند. (۷).

جامعه سالم در گرو خانواده سالم است و چه بسا این امر بطور پنهان و غیر آشکار صدمات اجتماعی، روانی و اقتصادی بسیاری را بر جامعه وارد خواهد ساخت.

برای پیشگیری از این امر لازم است با تشخیص زودرس مشکلات آنها و انجام مداخلات بموقع، از بروز تأخیر یا اختلال تکامل جلوگیری کنیم. ارزیابی تکاملی فعال کودکان با تست‌های محدود در سنین زیر پنج سال و پیگیری نوزادان و شیرخواران پر خطر به منظور تشخیص بموقع و هر چه سریعتر اختلالات تکاملی با صرف زمان و هزینه کمتر، منجر به کاهش عوارض و پیشگیری از بروز یا استقرار اختلالات تکاملی و بهبود وضعیت تکاملی کودکان با اختلال تکاملی شده و باعث کاهش شدید هزینه‌های مراقبتی این کودکان در سالهای بعدی شده و بهره‌وری و موثر بودن اعضای جامعه را ارتقاء می‌دهد. این امر از اولویتهای بهداشت کشور نیز می‌باشد.

هدف ما این است که با غربالگری مناسب، کودکانی که روند تکاملی غیرطبیعی دارند را سریعتر تشخیص دهیم تا بتوانیم با مداخله به موقع در جهت اصلاح یا کاهش مشکلات این کودکان گام برداشته شود و نهایتاً از بروز اختلالات مغزی - عصبی و معلولیتها پیشگیری کرده یا از شدت آنها کاسته شود.

بررسی های مرکز **National Forum on Early Childhood Policy and Programs** نشان داده است که سرمایه گذاری هر دلار در امر برنامه های تکاملی کودکان برگشت سرمایه ای به میزان ۴ تا ۹ دلار خواهد داشت (۸).

بررسی های گسترده پروفسور **Jame Heckman** اقتصاد دان و برنده جایزه نوبل نشان داده است که برگشت هر دلار سرمایه گذاری شده در برنامه های کودکان در سالهای اولیه بسیار بیشتر از سالهای بعدی است (۹).

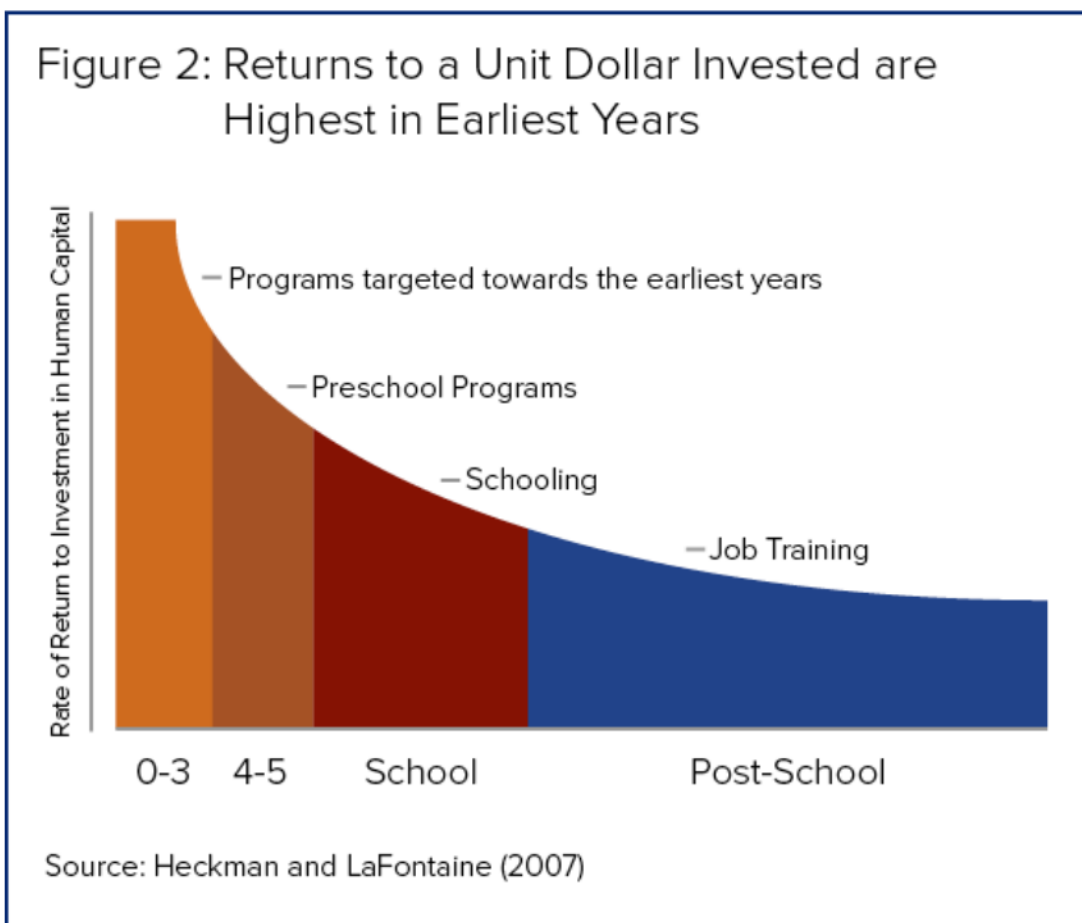
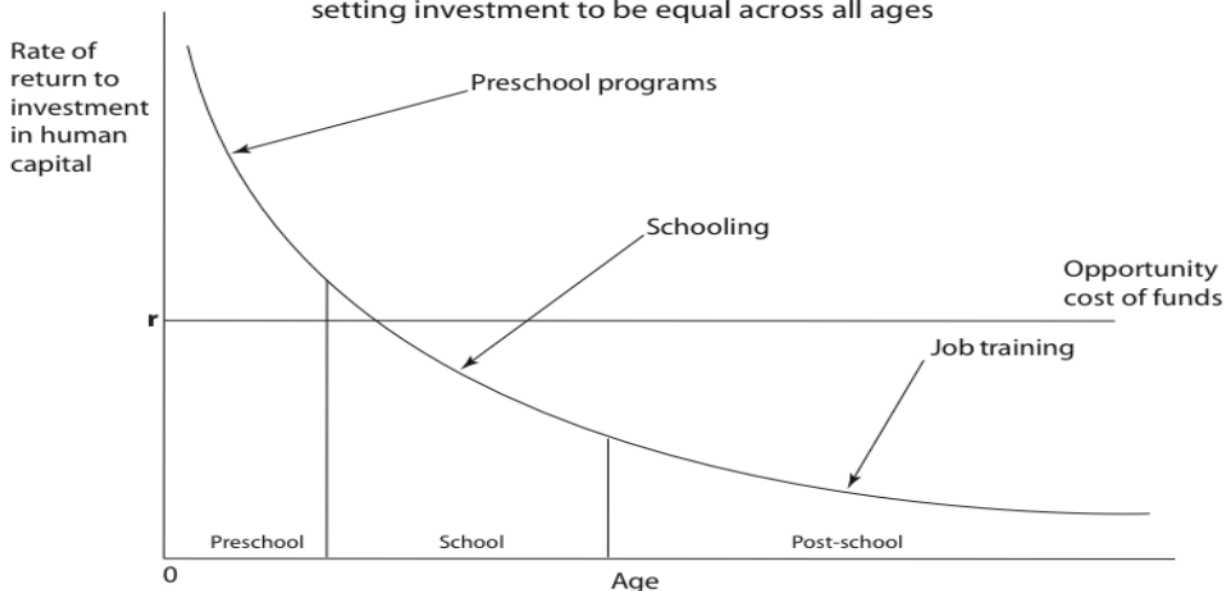


Figure 7
Rates of return to human capital investment initially setting investment to be equal across all ages



Rates of return to human capital investment initially setting investment to be equal across all ages

32

در مشکلات تکاملی نیز بصورت مشابهی برگشت سرمایه گذاری در مداخلات زودهنگام بالاتر از مداخلات در سنین بالا است. برای انجام مداخلات زودهنگام نیاز داریم که کودکان کم توان یا پرخطر هر چه زودتر شناسایی و جهت شروع مداخلات زود هنگام ارجاع شوند. شناسایی اختلالات و تاخیر تکاملی کودکان (بخصوص موارد خفیف تا متوسط) در سنین پایین با معاینه و شرح حال مقذور نمی باشد. استفاده از غربال گریهای تکاملی میتواند منجر به شناسایی و مداخله زود هنگام این اختلالات شده و از نظر عملکرد، اقتصاد سلامت، سرباری و سلامت روانی خانواده ها و جامعه نتایج مثبت بسیار زیادی را در بر خواهد داشت (۱۰).

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

تست تکاملی محدود (برای مثال تست غربال گری تکاملی تست Early Language Milestone Screen, II با تفسیر و گزارش،

(غربال گری/آزمون های ۴۵۱ جی) رشدی همراه با تفسیر و گزارش)

کد ملی: ۹۰۱۴۹۵

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

حدود ۷۰ درصد مشکلات تکاملی و رفتاری تا سن مدرسه تشخیص داده نمی شوند و فرصت طلایی مداخله از بین می رود (۱۱). مشکلات تکاملی و رفتاری هزینه های زیادی بر سیستم بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی یک جامعه تحمیل میکنند. در صورتیکه اگر این اختلالات زودهنگام شناسایی و مداخله مناسب را دریافت تاثیر مثبت فراوانی برای جامعه ایجاد کرده و باعث کاهش سرباری جامعه و افزایش رضایت و مولدی در افراد دچار اختلال و کاهش الام مالی و روانی خانواده ها می شود.

روش های متعددی برای شناسایی مشکلات تکاملی رفتاری در دنیا وجود دارد که از میان آنها میتوان به استفاده از:

*نشانه های خطر،

*چک لیست های شاخصهای تکاملی

*غربال گرها (Screening tests)

*تستهای تشخیصی تکاملی (Developmental scales)

*پایش (surveillance)

اشاره کرد(۱۲).

استفاده از ابزارهای غربالگراهمیت ویژه ای دارد.چرا که مطالعات نشان داده که استفاده از نشانه های خطر یا چک لیست به علل مختلف قادر به شناسایی زود هنگام مشکلات تکاملی رفتاری نمی باشد.

استفاده از تست های تشخیصی و پایش نیز بعلت گران بودن خدمات و نیاز به تربیت تعداد بسیار زیادی از افراد متخصص امکان پذیر نمیباشد .

در سیستم سلامت بیشتر کشورهای پیشرفته دنیا غربال گرهای مختلف با اهداف شناسایی اختلالات متعدد تکاملی رفتاری بکار می روند. بیشترین موارد غربالگری در اختلالاتی استفاده می شوند که خصوصیات زیر را داشته باشند:

۱. شیوع و بروز بالای یک اختلال در جامعه

۲. نتایج بهتر در صورت شناسایی و مداخله زودهنگام در مقایسه با هزینه بالای شناسایی و مداخله دیر هنگام

۳. در دسترس بودن یک روش ارزیابی موثر و ارزان

۴. وجود مداخله مناسب در کشور برای آن اختلال

مشکلات تکاملی و رفتاری واجد شرایط فوق هستند. شیوع اختلالات تکاملی در کودکان بسیار بالاست و در منابع مختلف به ارقامی بین ۱۷ تا ۲۵ درصد اشاره میشود. نتایج شناسایی و مداخله زودهنگام بسیار بهتر از شناسایی و مداخله دیر هنگام است و مداخله مناسب برای این کودکان وجود دارد .

غربالگرهای تکاملی رفتاری ابزارهای ساده و خلاصه ای هستند که برای شناسایی افراد مشکوک به تاخیر یا اختلالات تکاملی مورد استفاده قرار میگیرند .

غربالگرهای تکاملی کلی فقط میزان عملکرد حیطه های تکاملی را مشخص میکنند و در تعیین نوع اختلال تکاملی (فلج مغزی ، اوتیسم ...) کاربرد ندارند .

ابزارهای محدود ارزیابی تکامل دو نوع هستند :

۱. ابزارهایی که برای شناسایی و غربال کودکان دچار تاخیر تکامل طراحی شده اند و نوع اختلال تکاملی را مشخص نمی کنند. انواع

مختلف ان ابزارهای تکاملی در دنیا وجود دارد . از بهترین ابزارهای غربالگری تکامل میتوان به

ASQ (AGES AND STAGES QUESTIONNAIRE)

اشاره کرد. این ابزار برای شناسایی کودکان دچار تاخیر تکامل در حیطه های مختلف شامل حرکات درشت ، ریز ، حیطه ارتباط ، حیطه

حل مسئله و حیطه شخصی اجتماعی طراحی شده است (۸). (سایر ابزار غربالگری در زیر آمده است)^۱

۲. بعضی غربالگری ها برای شناسایی اختلالات تکاملی خاص طراحی شده اند و اختلال خاص تکاملی مثل اوتیسم یا بیش فعالی یا را شناسایی میکنند . از این ابزارها میتوان به M-CHAT R/F و GARS اشاره کرد .

استفاده از ابزارهای غربالگری کم هزینه بوده و نیاز به آموزش طولانی ندارد .

^۱ **تستهای غربالگری:** Denver Developmental Screening Tests, Battelle Screening Test, Clinical Adaptive Test, Knobloch

Revised Screening Inventory, General Movement Assessment

ابزارهای غربالگری باید از حداقلی از حساسیت و ویژگی برخوردار باشند. طبق نظر منابع و مراجع علمی حساسیت و ویژگی ابزارهای غربالگری تکامل باید حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد باشد.

ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

- **ارزیابی قبل از انجام پروسیجر:**

قبل از ارزیابی باید مطمئن گشت که ابزار انتخاب شده مناسب هدف است.

ارزیابی باید بر روی کودکی انجام شود که از نظر پزشکی شرایط پایداری دارد. انجام این تست بر روی کودکانی که در شرایط بیماری حاد یا بحرانی بسر میبرند نتایج دقیق را در بر نخواهد داشت.

قبل از انجام، کودک باید فرصت کافی برای تمرین مهارتهای ذکر شده در غربالگری را داشته باشد.

ارزیابی های رفتاری نیازی به تمرین با کودک قبل از نمره دهی ندارند.

- **ارزیابی حین انجام پروسیجر**

رعایت نکاتی که در دستوالعمل اجرای هر تست آمده است باعث افزایش دقت نتایج خواهد شد.

- **ارزیابی بعد از انجام پروسیجر**

نتایج حاصل از تست غربالگری، تشخیصی نیستند. لذا باید از اسم گذاری روی کودکان خودداری کرد. به والدین کودکی که در این ارزیابی مردود شده باید اطلاع داده شود که کودکشان به بررسی های بیشتری نیاز دارد.

- **اقدام پس از غربال گری**

هنگامیکه غربال گری انجام شد، نتیجه باید مورد آنالیز قرار گیرد. چنانچه نتیجه به دست آمده مورد شک باشد با فاصله یک ماه باید دوباره کودک مورد آنالیز قرار گیرد. اما اگر نتیجه کاملا واضح نشاندهنده تاخیر باشد باید کودک جهت ارزیابی به مراکز معین تکاملی ارجاع گردد. در این مراکز تست های تکاملی با دقت بالاتر انجام می پذیرد که جنبه غربال گری ندارند بلکه تشخیصی می باشند. این تست ها^۲ بسیار متنوع می باشند اما در حال حاضر از تست Bayley استفاده می شود.

چنانچه نتیجه این تست نیز غیرطبیعی باشد و به نفع تاخیر تکاملی باشد، شایسته است کودک به درمانگاه تکامل ارجاع گردد. در این درمانگاه کودک توسط متخصص کودکان دارای فلوشیپ تکامل و یا پزشک فوق تخصص کودکان ویزیت شود. و بر حسب شرح حال اخذ شده و معاینه فیزیکی ابتدا علت یابی شده سپس تداخلات درمانی صورت می پذیرد.

- **کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر: ندارد**

د) تواتر ارائه خدمت (تعداد دفعات مورد نیاز / فواصل انجام)

ارزیابی تکامل توسط تستهای محدود بعزل زیر باید بصورت مکرر در کودکان استفاده شوند:

^۲ **آزمون های:** Amiel-Tison, Brazelton, Dubowitz, Haataja, Peabody, Prechtl

۱. خاصیت دینامیک تکامل در کودکان.

تکامل در کودکان تحت تاثیر فاکتورهای متعدد ژنتیکی، بیماریها و تجربیات محیطی قرار دارد و یک تست منفی در یک سن خاص تضمین کننده سلامت آتی تکامل کودک نمی تواند باشد. لذا توصیه شده در هر ویزیت کودک سالم پایش تکامل صورت گیرد. یکی از مولفه های ویزیت پایش تکامل انجام غربالگری است .

در گذشته در ایران ویزیت پایش تکامل رایج نبوده است، در حال حاضر ویزیت های پایش تکامل بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت در مراقبت های ادغام یافته کودک سالم گنجانده شده و توصیه نموده است که در کودکان کم خطر این ارزیابی ها به تعداد ۵ بار (۶-۱۲-۲۴-۳۶ و ۶۰ ماه) در ۶ سال اول تولد انجام گیرد. (در کودکانیکه نارس به دنیا آمده اند، در ۲-۹-۱۸ و ۴۸ ماه انجام می شود)

در هر کدام از گروه های سنی مذکور در صورتیکه کودک طبق نقاط برش، نمره کافی دریافت نکند، لازم است در گروه های سنی دیگر نیز این تست برای او انجام شود.

این دستورالعمل در کودکان در معرض خطر توصیه کرده است که ارزیابی های تکامل استاندارد (بوسیله تستهای محدود) در ۶ سال اول به تعداد بیشتر انجام شود .

ه) افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) / خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

پزشکان عمومی و بالاتر

و) افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

کلینیک پزشکان عمومی و بالاتر (از جمله متخصصین اطفال و بالاتر، متخصص روانپزشکی، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان) که دوره غربالگری تکامل کودکان مصوب معاونت آموزشی را گذرانده اند.

کارشناس یکی از رشته های پیرا پزشکی که دوره غربالگری تکامل کودکان مصوب معاونت آموزشی را گذرانده باشد. زیر نظر پزشک صاحب صلاحیت

ز) عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت:

مصدق ندارد

ح) استانداردهای مکان ارائه خدمت:

۱- مراکز تخصصی رشد و تکامل کودکان

۲- بیمارستان / مطب / درمانگاه ها

۳- مراکز خدمات جامع سلامت

۴- مراکز رایه مراقبت کودکان

ط) تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای به ازای هر خدمت:

وسایل لازم جهت اجرای آزمونهای غربالگری مانند (ASQ-ASQ SE- Denver- MCHAT ...)، کتابچه‌های راهنمای استفاده از ابزار و تفسیر آنها، عمدتاً لوازم التحریر و وسایل ساده و اولیه در دسترس است

ی) داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

میزان مصرف (تعداد یا نسبت)	اقلام مصرفی مورد نیاز	ردیف
در تمام جلسات	کاغذ، فولدر، پوشه و سایر اقلام لوازم التحریر	۱

ک) استانداردهای مثبت (شامل گزارش نتایج درمانی و ثبت در پرونده بیمار و بررسی‌های حین درمان از جمله سوابق بیمار و تلفیق دارویی):

بعد از انجام غربالگری نتایج آن بصورت مردود و یا قبول در پرونده نوشته شود و آموزشهای لازم ارایه شده برای بهبود وضعیت تکامل و رفتار کودک و یا ارجاع کودک در پرونده ذکر شود.

ل) اندیکاسیون‌های دقیق جهت تجویز خدمت: (ذکر جزئیات مربوط به ضوابط پاراکلینیکی و بالینی مبتنی بر شواهد و نیز تعداد مواردی که ارائه این خدمت در یک بیمار، اندیکاسیون دارد):
بر اساس اولویت:

۱- کودکانی که به مراکز تخصصی رشد و تکامل کودکان ارجاع شده‌اند. مانند کودکانی که والدین آنها بخاطر نگرانی از وضعیت تکامل و رفتار کودکشان بصورت خود ارجاعی به مراکز تکامل مراجعه کرده‌اند.

۲- کودکانی که تحت مراقبت مراکز بند (ح) قرار دارند و بر اساس نیاز از نظر پیشرفت و تاثیر مداخلات تحت ارزیابی مجدد با تست محدود قرار میگیرند.

م) شواهد علمی در خصوص کنتراندیکاسیون‌های دقیق خدمت:
هیچگونه کنتراندیکاسیون برای ارائه این خدمت وجود ندارد.

ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	میزان تحصیلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	طبق بند و	دکتری / کارشناس	آموزش روش اجرا: ۱۰ دقیقه راستی آزمایی و تفسیر: ۱۰ دقیقه	محاسبه سن تقویمی برای نوزادان ترم، محاسبه سن اصلاح شده برای نوزادان نارس و ارائه فرم مناسب، آموزش قبل اجرا، مرور تست با والدین و راستی آزمایی، نمره دهی و تعیین نقاط برش تست قبول: آموزش ارتقا تکامل تست بینابین: آموزش و پیگیری تست مردود: آموزش وارجاع برای مداخلات

س) مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

این خدمت سرپایی می باشد

ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار (موارد آموزشی که باید به بیمار-همراه- به صورت شفاهی، کتبی در قالب فرم آموزش به بیمار، پمفلت آموزشی، CD و ... آموزش داده شود تا روند درمان را تسریع نموده و از عوارض ناشی از درمان جلوگیری نماید):

آموزش شفاهی و کتبی. آموزش والد گری، آموزش در جهت بهبود تعامل و ارتباط و بازی، ...آموزش لزوم مداخلات زود هنگام، معرفی جزوه های آموزشی تکامل کودکان مانند پرورش استعداد های کودکان صفر تا شش سال، تقویت تکامل در اوتل کودکی به صورت کتاب و مجازی و...

منابع:

1. J. P. Shonkoff, A. S. Garner, B. S. Siegel, M. I. Dobbins, M. F. Earls, A. S. Garner, L. McGuinn, J. Pascoe, D. L. Wood. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics* (2012); 129 (1): e232–e246
2. S.E. Cprek, L. H. Williamson, H. McDaniel, R. Brase & C. M. Williams. Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Risk of Childhood Delays in Children Ages 1–5. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 2020(37):15–24

3. Moreira R, Magalhães L, Alves C. Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. *J. Pediatr. (RioJ.)* 2014;90 (2): 119-134
4. Dalili H., Fallahi M., Moradi S., Nayeri F., Shariat M., Rashidian A. Clinical outcome and cost of treatment and care for neonates less than 1000 grams admitted to Vali-e ASR Hospital. *Health Economics Review* 2014, 4:21
5. J. P. Guevara, D. S. Mandell, A. L. Rostain, H. Zhao, T.R. adley, National Estimates of Health Services Expenditures for Children With Behavioral Disorders: An Analysis of the Medical Expenditure Panel Survey. *Pediatrics*, 2003. (112);6.:440-449
6. P. McCarty, R. E. Frye. Early Detection and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder. Why Is It So Difficult? *Seminars in Pediatric Neurology*. 2020:1-7

۷. میترا مرادی نیا، عاطفه واعظی. ارزشیابی اجرای برنامه مراقبت تکامل کودکان در مرکز جامع تکامل کودکان اصفهان. راهبردهای

مدیریت در نظام سلامت. ۱۴۰۰-۶(۴):۳۹۲-۳۰۷.

8. <https://developingchild.harvard.edu/activities/forum/>, Extracted 5/25/2022
9. F.P. Glascoe. Screening for developmental and behavioral problems. *Research Reviews, Special Issue: Neurodevelopmental Assessment of the Young Child*, 2005(11);3:173-179
10. F.P. Glascoe. Early Detection of Developmental and Behavioral Problems. *Pediatr Rev* (2000) 21 (8): 272-280
11. J.S. Palfrey, et al. Detecting and addressing developmental and behavioral problems in primary care *JPEDS*. 1994; 111:651-655
12. RE Behrman, RM Kliegman, HB Jenson. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 2020. 21th edition. Elsevier (Saunders)