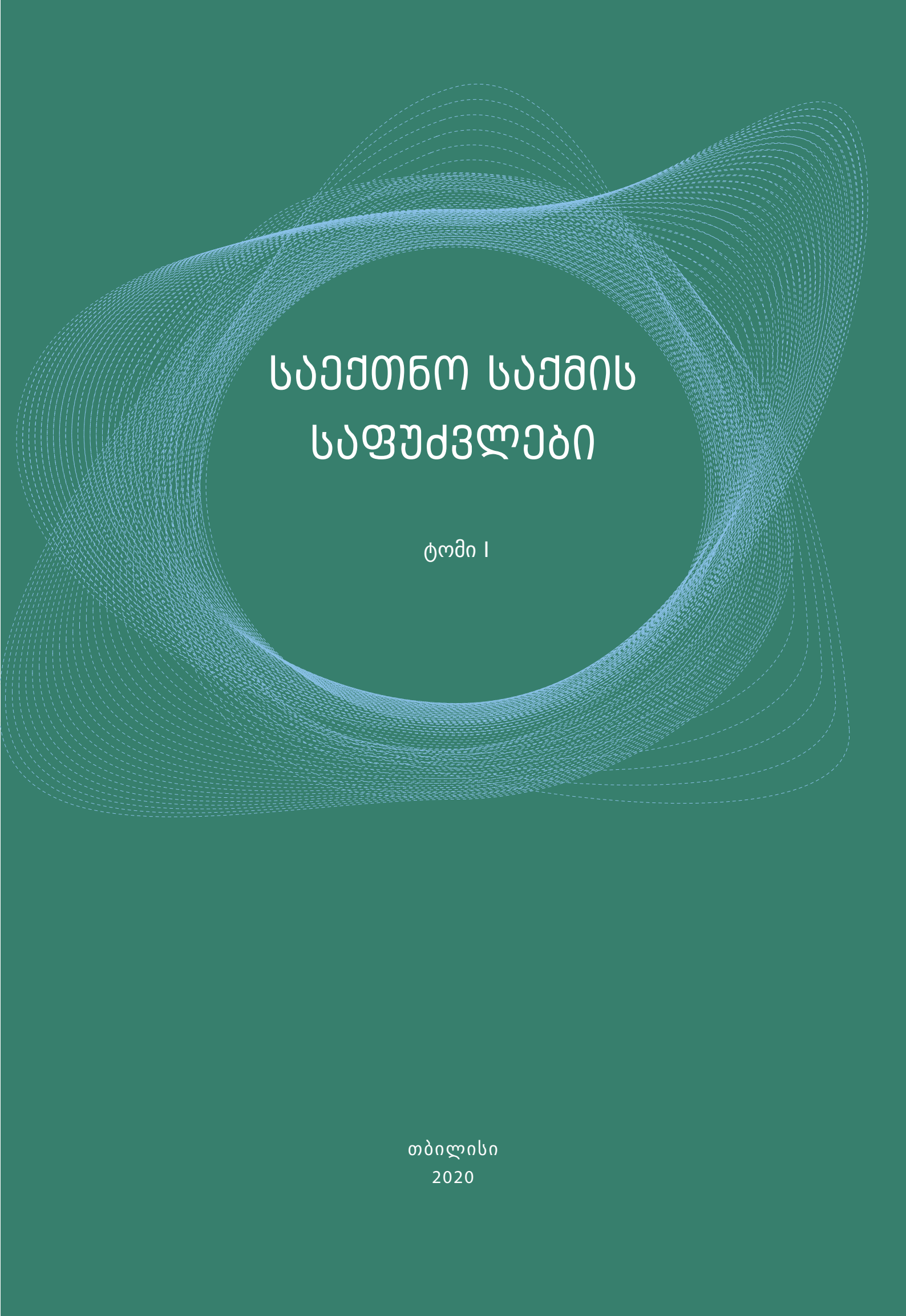




საერთო საქმის საფუძვლები

ტომი I

თბილისი
2020

საერთო საქმის საფუძვლები

ტომი I

სასწავლო მასალა შექმნილია სს „ევექსის კოსპიტლებისა“ და
„ევროპის განვითარებისა და რეკონსტრუქციის ბანკის“ მხარდაჭერით

თბილისი
2020

წინამდებარე სახელმძღვანელო განკუთვნილია პროფესიული და საბაკალავრო პროგრამის ექთნებისათვის. წიგნში მოცემული მასალა მიზნად ისახავს თანამედროვე, დასავლური, პროფესიული ინფორმაციის მიწოდებასა და მათი კრიტიკული და ანალიტიკური აზროვნების უნარის გაუმჯობესებას. ექთნები დღეს უნდა გაიზარდონ და განვითარდნენ, მკვეთრად ცვალებადი ჯანდაცვის სისტემის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. ამისათვის, საკითხავ ტექსტს თან სადისკუსიო კითხვები და სავარჯიშოები ერთვის, რომელიც ჯგუფური მეცადინეობისას შესაძლოა ნაყოფიერი აღმოჩნდეს.

წიგნის შემქმნელთა წინაშე იდგა ამოცანა, შეემუშავებინათ დასავლური სტანდარტების შესაბამისი საექთნო პროფესიული ლიტერატურა ქართულ ენაზე. ამისათვის, მათ სხვადასხვა გამომცემლობების მიერ გამოქვეყნებული წიგნებისა და სტატიების კომპილაცია, ინტერპრეტაცია და სინთეზი მოახდინეს.

წიგნის ყოველ თავს გამოყენებული ლიტერატურის სია ერთვის, რომელიც მკითხველს, საჭიროების შემთხვევაში, ამა თუ იმ საკითხის დაწვრილებით შესწავლაში დაეხმარება.

წიგნი 3 ტომს მოიცავს, რომელიც 10 პარაგრაფს აერთიანებს. მასში გამოყენებულია Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice, ninth edition Audrey Berman Shirlee J. Snyder“- ფოტო მასალა.

წიგნზე მუშაობისას განეული წვლილისთვის განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტ მამუკა ხუნდაძეს.

მასალა მომზადებულია სალომე აბაშიძის მიერ

რეცენზირებულია ლელა ნაქაძის მიერ

ტექსტის რედაქტორი: ნინო ფანცულაია

ყდის დიზაინერი: სალომე ჭინჭარაული

© თბილისი 2020

სასწავლო მასალა შექმნილია სს „ვეფქსის ჰოსპიტლებისა“ და „ევროპის განვითარებისა და რეკონსტრუქციის ბანკის“ მხარდაჭერით

შინაარსი

პარაბრაფი 1

საქუთუხო სახლის არსი.....	5
თავი 1	
საქუთუხო კრედიტის ისტორიის მოკლე მიმოხილვა	6
თავი 2	
ღირებულებები, ეთიკა და ადვოკატირება.....	17

პარაბრაფი 2

ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მიდგომები	42
თავი 3	
ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი სისტემები	43
თავი 4	
ქვეყნის გაერთიანება და მკურნალობის უწყვეტობა	50
თავი 5	
შინ მოვლა.....	69

პარაბრაფი 3

საქუთუხო პროცესი	76
თავი 6	
კრიტიკული აზროვნება და საქუთუხო კრედიტა.....	77
თავი 7	
შეფასება	89
თავი 8	
საქუთუხო დიაგნოზი.....	107
თავი 9	
დაგეგმვა	120

თავი 10	
იპოქრატესი და გადამცემა	151
თავი 11	
დოკუმენტაცია და ანგარიში	160

პროგრამი 4

ჯანმრთელობის შესახებ არსებული შეხედულებები და მისი შენარჩუნების წესები	171
თავი 12	
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	172
თავი 13	
ჯანმრთელობა, ჯანსაღი ცხოვრება და ავადმყოფობა	199
თავი 14	
კულტურულ კასუსისმგებლობაზე დაფუძნებული საექთნო საქმე	220
თავი 15	
ალტერნატიული და დამატებითი სამკურნალო თერაპიული საშუალებები	234

პროგრამი 5

განვითარება სიცოცხლის განმავლობაში	259
თავი 16	
გრძელსა და განვითარების კონცეფცია	260
თავი 17	
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა მოგარდობის ასაკში	285
თავი 18	
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ახალგაზრდებსა და ახალგაზრდა გრძელსრულებში	336
თავი 19	
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ხანდაზმულებში	355
თავი 20	
ოჯახური ჯანმრთელობის სტიმულირება	383

პარაბრაფი 1

საეფთხო საუბრის არსი

თავი 1

საექთნო პრაქტიკის ისტორიის მოკლე მიმოხილვა

საექთნო საქმის ისტორია და თანამედროვე საექთნო პრაქტიკა

საექთნო საქმე გასულ წლებთან შედარებით ძალიან განსხვავებულია. მისი ცვლილება კი 21-ე საუკუნეში სხვადასხვა სოციალური ფაქტორისა და ისტორიული მოვლენების ხელშეწყობით მოხდა.

ისტორიული მსოფლმხედველობა

საექთნო საქმის განვითარებაზე მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა საზოგადოებრივი საჭიროებების გავლენამ. ბოლო ათწლეულის განმავლობაში განსაკუთრებით დაინწყო საექთნო საქმის ავტონომიისა და პროფესიონალიზაციისათვის ბრძოლა. წარსულში საექთნო საქმის განვითარებაზე იმოქმედა ომმა, რელიგიურობამ, სოციალურმა ფაქტორებმა და ასევე ქალის როლის გაძლიერებამ სოციუმში.

ქალების როლი საექთნო საქმეში

საექთნო საქმე ქალის როლის გათვალისწინებით სწორედ უცხო ადამიანებზე ზრუნვაა, ისე როგორც ზრუნვა საკუთარ ოჯახის წევრზე. საექთნო საქმის საფუძველია ჰუმანურობა, ზრუნვა, მაქსიმალური კომფორტის შექმნა და მხარდაჭერა იმ ადამიანებისთვის, ვისაც აქვს ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემა. საექთნო საქმეს საფუძველი ჩაეყარა შუა საუკუნეებში, უმეტესად, კი ეს პროფესია აქტუალური გახდა ომების დროს.

საექთნო საქმის მიმართულებაში გამორჩეულია ფლორენს ნაითინგილის (1820-1910) როლი, რომლის წყალობით მოხდა ხელის დაბანის წესისა და სხვა სანიტარული ღონისძიების დანერგვა საავადმყოფოებში, რომელთა დაცვას ძალიან კარგი შედეგი მოჰყვა საავადმყოფოებში. ბარაკის ჰოსპიტალში აღნიშნული წესების დანერგვის შემდეგ ლეტალობის მაჩვენებელი 6 თვის განმავლობაში 42%-დან 6%-მდე შემცირდა.

პირველი მსოფლიო ომის დროს ბევრი ახალგაზრდა ქალბატონი მოხალისედ მიდიოდა ომში ექთნის სტატუსით.

მეორე მსოფლიო ომის დროს განსაკუთრებით განვითარდა ქირურგიული მიმართულება. ექთნების დეფიციტის გამო ამ პერიოდში შეიქმნა ექთნის კადეტთა კორპუსი. ამავე პერიოდში დამხმარე პერსონალი ცნობილი გახდა როგორც “პრაქტიკოსი” ექთნები, თანამშენებები და ტექნიკოსები, რომლებიც კარგად მომზადებული ექთნების ზედამხედველობის ქვეშ ახორციელებდნენ დაჭრილი ჯარისკაცების მოვლას. ქირურგიის პარალელურად ვითარდებოდა სხვა მიმართულებაც.

ექთნებისა და საექთნო საქმის მიმართ სოციუმის დამოკიდებულებამ მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა საექთნო საქმის პროფესიულ განვითარებაზე.

1800-იანი წლების ჩათვლით არ არსებობდა საექთნო ორგანიზაცია, საექთნო განათლება ან სოციალური სტატუსი, რადგან გაბატონებული იყო განსხვავებული დამოკიდებულება ქალის კარიერასთან დაკავშირებით.

ბოლო ასწლეულის განმავლობაში კი ნელ-ნელა უმჯობესდებოდა ექთნებზე შეხედულება. ფლორენს ნაითინგეილის, კლარა ბარტონი, ლილიან ვოლდი, ლავინია დოკის, მარგარეტ სენგერისა და მერი ბრექინრიჯი არიან ადამიანები, რომლებმაც მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანეს საექთნო საქმის განვითარებაში, ასევე ქალის როლის წარმოჩენაში. ასევე მნიშვნელოვანია ვირჯინია ჰენდერსონისა და მართა როჯერსის როლი საექთნო საქმეში, სწორედ ეს ადამიანები არიან საერთაშორისო საექთნო დეფინიციების ავტორები.

საექთნო განათლება საქართველოში¹

საექთნო განათლების ჩარჩო დოკუმენტის საფუძველზე შემუშავებული საგანმანათლებლო პროგრამა ითვალისწინებს, როგორც თეორიულ და პრაქტიკულ, ასევე კლინიკური სწავლების კომპონენტსაც.

საექთნო განათლების ჩარჩო დოკუმენტი ითვალისწინებს 180 კრედიტის (არანაკლებ სამი წელი, სრული დატვირთვით) რაოდენობის ზოგად და პროფესიულ მოდულებს. ზოგად მოდულთა კრედიტების რაოდენობა შეადგენს 9 კრედიტს, ხოლო პროფესიული მოდულების კრედიტების რაოდენობა კი 171. საექთნო საქმეში კვალიფიკაციის მინიჭებისთვის პირმა უნდა დააგროვოს არანაკლებ 180 კრედიტი, რომლიდანაც პროგრამის ნახევარი, 90 კრედიტი, ეთმობა კლინიკურ სწავლებას.

მოდულები კლასიფიცირებულია შემდეგნაირად:

- ზოგადი მოდულები – 9 კრედიტი;
- თეორიული სწავლება საბაზო მეცნიერებები – 24 კრედიტი;
- თეორიული სწავლება საექთნო საქმე – 45 კრედიტი;
- თეორიული სწავლება სოციალური მეცნიერებები – 6 კრედიტი;
- პრაქტიკული სწავლება – 6 კრედიტი;
- კლინიკური სწავლება – 90 კრედიტი;

სწავლის დასრულების შემდეგ კურსდამთავრებულს შეუძლია:

1. შეაფასოს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა;
2. განახორციელოს თერაპიული პაციენტის საექთნო მართვა;
3. განახორციელოს ქირურგიული პაციენტის საექთნო მართვა;
4. განახორციელოს გადაუდებელი პაციენტის საექთნო მართვა;
5. განახორციელოს კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის საექთნო მართვა;
6. განახორციელოს პერიოპერაციული პაციენტის საექთნო მართვა;
7. განახორციელოს სამეანო და გინეკოლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა;
8. განახორციელოს პედიატრიული პაციენტის საექთნო მართვა;
9. განახორციელოს და უზრუნველყოს შინმოვლის მომსახურების გაწევა;
10. განახორციელოს და უზრუნველყოს გერიატრიული პაციენტის საექთნო მართვა;

¹ <https://bit.ly/2DSLztU>

11. დაგეგმოს და განახორციელოს საკუთარი პრაქტიკისა და მოვლის ხარისხის შეფასება;

აღნიშნული პროგრამა მოიცავს მოკლე ციკლის საგანმანათლებლო პროგრამას, რომელიც მოამზადებს ასოცირებული ხარისხის ახალი თაობის ექთნებს. ასოცირებული ხარისხი თავისთავად გულისხმობს კურსდამთავრებულის უფლებას სწავლა გააგრძელოს შესაბამის საბაკალავრო და სამაგისტრო პროგრამებზე.

საექთნო საქმიანობის სფერო

ექთნები ახორციელებენ ადამიანების, პაციენტის ოჯახის წევრების და პოპულაციის მომსახურებას, ხოლო საექთნო პრაქტიკა მოიცავს ოთხ სფეროს:

- ✓ ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- ✓ ჯანმრთელობის სტატუსის შენარჩუნება;
- ✓ დაავადებების თავიდან აცილება;
- ✓ მომაკვდავზე მზრუნველობა;

ჯანსაღი ცხოვრების ხელშეწყობა და ჯანმრთელობის სტატუსის შენარჩუნება

ჯანსაღი ცხოვრების ხელშეწყობა არის აქტიური პროცესი, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა აქტივობებსა და ქცევას, რაც ხელს უწყობს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასა და პირადი პოტენციალის მაქსიმალურად გაზრდას.

ექთნები ჩართულნი არიან შემდეგ აქტივობებში: ჯანსაღი ცხოვრების წესის აქტივობების დანერგვა, ჯანსაღი კვებისა და ფიზიკური აქტივობის გაუმჯობესება, ნარკოდამოკიდებულებისა და თამბაქოს მოხმარებისგან თავის არიდება. ექთანი ეხმარება პაციენტებს შეზღუდონ ალკოჰოლის მოხმარება, თავი აარიდონ სამუშაო სივრცეებსა და სახლში ფიზიკურ დაზიანებას.

დაავადებების პრევენცია და გაჯანსაღება

დაავადებების პრევენციის პროგრამების მიზანია ჯანმრთელობის სტატუსის შენარჩუნება იმ ღონისძიებებით, რომელიც იცავს ადამიანს სხვადასხვა დაავადებისაგან. საექთნო აქტივობა დაავადებების პრევენციაში განისაზღვრება: იმუნიზაციის, პრენატალური და ანტენატალური ზრუნვისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგან თავდაცვის სწავლებაში.

ავადმყოფი პაციენტის გაჯანსაღება, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ექთნის მოვალეობაა. გაჯანსაღების დროს საექთნო აქტივობები კონკრეტულ პაციენტზე გულისხმობს: მედიკამენტების მიწოდებას, ჰიგიენური პროცედურების შესრულებას, სამკურნალო პროცედურების ჩატარებას, სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგს, კონკრეტული ლაბორატორიული ანალიზების უზრუნველყოფას, პაციენტის პრობლემების განხილვას მკურნალ ექიმთან, პაციენტის განათლებას, რეაბილიტაციის პროცესში პაციენტის მხარდაჭერას.

მომაკვდავი პაციენტების მხარდაჭერა

ექთნის მოვალეობაა მაქსიმალურად კომფორტული გარემოს შექმნას ასეთი მძიმე პაციენტებისათვის. აღნიშნული აქტივობები შესაძლებელია ხორციელდებოდეს, როგორც სახლში ასევე საავადმყოფოში ან სპეციალურ დაწესებულებაში. საქართველოში აღნიშნულ დაწესებულებებს, რომელიც პალიატიურ პაციენტებზე ზრუნავენ, ჰოსპისი ეწოდება და გათვლილია მძიმედ მოავადე პაციენტების მაქსიმალურად მყუდრო და კომფორტული გარემოს შექმნისათვის.

საექთნო საქმის დეტალები

წარსულში ექთნების ძირითადი პრაქტიკული საქმიანობა ხორციელდებოდა მხოლოდ მწვავე მიღების კლინიკებში. თუმცა, დღესდღეობით ექთნები უვლიან პაციენტებს სახლის პირობებში, სხვადასხვა სოციალურ სააგენტოში, ამბულატორიებსა და ხანგრძლივი დაყოვნების კლინიკებში. ჯანმრთელობის ხელშემწყობ ორგანიზაციებსა და ექთნების პრაქტიკულ ცენტრებში საექთნო პროცესი განსხვავებულია. მათი პასუხისმგებლობაა, მოუარონ პაციენტს და იზრუნონ მათ განათლებაზე.



საექთნო პრაქტიკის სტანდარტები

შექმნილია საექთნო პრაქტიკის სტანდარტები, ამერიკის საექთნო ასოციაციის მიერ, რომელიც ზოგადი ხასიათისაა და მიესადაგება ნებისმიერ საექთნო პროცესსა და მოთხოვნებს.

ქვემოთ მოცემულ ცხრილში განმარტებულია რა საექთნო სტანდარტები არსებობს, რომელიც აღწერს ექთნის მოსალოდნელ ქცევასა და მის პროფესიულ როლს.

საექთნო პრაქტიკის სტანდარტები (შემუშავებულია ამერიკის საექთნო ასოციაციის მიერ)

პროფესიული საექთნო პრაქტიკის სტანდარტები შედგება: პრაქტიკული სტანდარტებისგან და პროფესიული შესრულების სტანდარტისგან.

პრაქტიკული სტანდარტები

1. შეფასება – ექთანი სრულყოფილად აგროვებს ინფორმაციას ჯანმრთელობის სტატუსის შესახებ;
2. საექთნო დიაგნოზი – ექთანი აანალიზებს შეფასებისას მიღებულ ინფორმაციას; ანალიზით განსაზღვრავს საექთნო დიაგნოზს;
3. დაგეგმვა – ექთანი ამუშავებს გეგმას, განსაზღვრავს სტრატეგიებსა და მოსალოდნელ შედეგებს;
4. იმპლემენტაცია – ექთანი ახორციელებს უკვე განსაზღვრულ გეგმას;
 - 4.1. ექთანი უზრუნველყოფს პაციენტის მოვლის პროცესის კოორდინირებას;
 - 4.2. ზრუნავს პაციენტის განათლებასა და უსაფრთხო გარემოს შექმნაზე;
 - 4.3. საჭიროებისას უფრო მაღალი რანგის ექთანთან გადის კონსულტაციებს;
 - 4.4. ექთანი მუშაობის პროცესში იყენებს ქვეყანაში აღიარებულ სტანდარტებს;
 - 4.5. ექთანი აფასებს მიღებულ შედეგებს;
5. გადაფასება;

პროფესიული შესრულების სტანდარტი

1. ექთანი სამუშაოს შესრულების დროს იცავს ეთიკურ ნორმებს;
2. განათლება – ექთანს აქვს შესაბამისი განათლება და კომპეტენცია;
3. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა – პრაქტიკაში ითვალისწინებს შესაბამის მტკიცებულებებს;
4. საექთნო ხარისხი – ხელს უწყობს სამედიცინო ხარისხის შენარჩუნებას;
5. კომუნიკაცია – აწარმოებს ეფექტურ კომუნიკაციას;
6. ხელმძღვანელობა – ექთანი ავლენს ლიდერის უნარებს პროფესიული პრაქტიკის დონეზე;
7. თანამშრომლობა – ექთანი მართივად თანამშრომლობს, როგორც თავის თანამშრომლებთან, ისე პაციენტის ოჯახის წევრებთან და ახლობლებთან;
8. პროფესიული პრაქტიკის შეფასება – ექთანს შეუძლია შეაფასოს, როგორც სხვა ექთანი, ისე საკუთარი თავი, რამდენად იცავს დაწესებულებაში არსებულ გზამკვლევებს, სტანდარტებს, წესებსა და რეგულაციებს;
9. რესურსების გამოყენება – ექთანი სწორად ანაწილებს პაციენტზე ორიენტირებული უსაფრთხო გარემოს შექმნისთვის საჭირო რესურსებს;
10. გარემოს დაცვა – ექთანი პრაქტიკაში იცავს ეკოლოგიურ უსაფრთხოებას;

ექთნის როლი და ფუნქციები

პაციენტის მოვლის პერიოდში ექთნები თავიანთ თავზე საკმაოდ ბევრ ფუნქციას იღებენ. პაციენტის სიმძიმისა და მოთხოვნების გათვალისწინებით, ხშირად ერთდროულად რამდენიმე ფუნქციის შესრულებაც უწევთ, მაგ., ზოგჯერ ექთანი არის მრჩეველი, გარდა იმისა, რომ მისი ფუნქციაა პაციენტის ჯანმრთელობასა და მის განათლებაზე ზრუნვა.

მოძველებული

ეს როლი ექთნის ტრადიციულ საქმიანობაში შედის. მან პაციენტს უნდა გაუწიოს ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და საგანმანათლებლო დახმარება. თუმცა, ეს პაციენტის სურვილზეც არის დამოკიდებული.

კომუნიკატორი

ექთანი ურთიერთობს პაციენტთან, მის ახლობლებთან და ასევე სამედიცინო პერსონალთან. ეს ფუნქცია ექთნის ძირითად მოვალეობებში შედის. ექთნის როლია ამოიცნოს პაციენტის პრობლემა, შემდეგ ეს პრობლემა გაუზიაროს თავის გუნდის წევრებს. კომუნიკაციის ხარისხზეა დამოკიდებული პაციენტზე ზრუნვის მთელი პროცესი. მას უნდა შეეძლოს ძალიან ნათლად, სიფრთხილით და დაკვირვებით კომუნიკაციის წარმოება.

მასწავლებელი

როგორც მასწავლებელი, მედდა ასწავლის პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს ჯანმრთელობის შესანარჩუნებელ სხვადასხვა პროცედურას ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოსასწორებლად. მედდა აფასებს პაციენტის საჭიროებებს, განსაზღვრავს სპეციალურ სასწავლო მიზნებს პაციენტთან ერთად, სწავლების სტრატეგიებსა და სწავლების მეთოდებს. ექთნები ასევე ასწავლიან არალიცენზირებულ დამხმარე პერსონალს სხვადასხვა პროცედურას, უზიარებენ მათ თავიანთ გამოცდილებას.

პაციენტის ადვოკატი

ხშირ შემთხვევაში ექთანი ადვოკატადაც კი გვევლინება, იგი იცავს პაციენტის ინტერესებს, გადასცემს პაციენტის საჭიროებებს ექიმს. ეხმარება პაციენტს საკუთარი უფლებების დაცვაში.

კონსულტანტი

კონსულტირება არის პროცესი, რომლის დროსაც ექთანი ეხმარება პაციენტს გაუმკლავდეს სტრესულ, ფსიქოლოგიურ ან სოციალურ პრობლემებს, განივითაროს და გაიუმჯობესოს ინტერპერსონალური უნარები და ხელი შეუწყოს მის თავდაჯერებულობას. ექთანი უზრუნველყოფს ემოციურ, ინტელექტუალურ და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას. ექთანი არის ჯანმრთელი ადამიანი ჯანსაღი ფსიქიკით და ფოკუსირებულია პაციენტის დახმარებაზე.

ლიდერი

ექთანს ეს როლი ეხმარება გუნდთან ერთად მიზნის მიღწევაში. ლიდერობა ზოგჯერ საჭიროა, როგორც ინდივიდუალური, პაციენტთან მიმართებით, ასევე ოჯახის, კოლეგებსა და სოციალურ გუნდში მუშაობის შემთხვევაშიც. ეს ნიშნავს განსაზღვრო და შეაფასო საჭირო პროცესები და ამ პროცესების გაუმჯობესებით გაუჩინო ადამიანებს მოტივაცია მიზნის მისაღწევად.

მმართველი

ექთანი მმართველი მართავს დაწესებულებაში მიმდინარე საექთნო პროცესს, აფასებს და აკონტროლებს სხვა ექთნის შესრულებული სამუშაოს ხარისხს. ასეთ პოზიციაზე მყოფი ექთანი ფლობს ინფორმაციას დაწესებულების სტრუქტურის შინაგანანგების შესახებ. მას უნდა შეეძლოს პროცესების დელეგირება, შეფასება და ადვოკატირება.

ეთიკის წესები

ექთნებს მაღალი ღირებულებები და ღირსება გააჩნიათ, განსაკუთრებით პატივს სცემენ სხვების ღირსებას. საექთნო პროფესია მოითხოვს გუნდის წევრების მთლიანობას. ისინი იცავენ ერთმანეთის უფლებებს. ეთიკური წესების ცვლილება საზოგადოების მოთხოვნებისა და ღირებულებების ცვლილებამ გამოიწვია. განსაზღვრულია საექთნო ეთიკის წესები, რომელიც ეხება ექთნების პროფესიულ ქცევას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Coffman, S. (2009). Margaret Utinsky. American Journal of Nursing, 109(5), 72-76.
- O'Lynn, C. E., & Tranbarger, R. E. (Eds.). (2007). Men in nursing: History, challenges, and opportunities. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Schwebke, K. E. (2009). The Vietnam Women's Memorial: Better late than never. American Journal of Nursing, 109(5), 34-40.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. Journal of Nursing Administration, 38, 223-229. doi:10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7
- American Assembly for Men in Nursing. (2010). More about Luther Christman. Retrieved from <http://aamn.org/moreluther.html>
- American Association of Colleges of Nursing. (2004). AACN position statement on the practice doctorate in nursing. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/DNP/pdf/DNP.pdf>
- American Association of Colleges of Nursing. (2005). Fact sheet: The clinical nurse leader. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/CNLFactSheet.htm>
- American Association of Colleges of Nursing. (2009). Enhancing diversity in the nursing workforce. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/Media/pdf/diversityFS.pdf>
- American Association of Colleges of Nursing. (2010). Tri-Council for Nursing issues new consensus policy statement on the educational advancement of registered nurses. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/TricouncilEdStatement.pdf>
- American Nurses Association. (1965). ANA's first position on education for nursing. American Journal of Nursing, 65(12), 106-111.
- American Nurses Association. (1973). Standards of nursing practice. Kansas City, MO: Author.
- American Nurses Association. (1980). Nursing: A social policy statement. Kansas City, MO: Author.
- American Nurses Association. (2003). Nursing's social policy statement. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Nurses Association. (2009a). ANA hall of fame. Retrieved from http://nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/WhereWeComeFrom_1/HallofFame/19761982/richla5574.aspx
- American Nurses Association. (2009b). ANA hall of fame. Retrieved from http://nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/WhereWeComeFrom_1/HallofFame/19761982/mahome5552.aspx
- American Nurses Association. (2009c). About ANA. Retrieved from <http://nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA.aspx>

- American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- Anspaugh, D. J., Hamrick, M. H., & Rosata, F. D. (2009). *Wellness: Concepts and applications* (7th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.
- Brady, M., Leuner, J., Bellack, J., Loquist, R., Cipriano, P., & O'Neil, E. (2001). A proposed framework for differentiating the 21 Pew competencies by level of nursing education. *Nursing and Health Care Perspectives*, 22(1), 30-35.
- Buerhaus, P. (2009). The recession and the nursing shortage. *OR Manager*, 25(5), 5-6.
- Chaffee, M. (1999). A telehealth odyssey. *American Journal of Nursing*, 99(7), 27-32.
- DeLenardo, C. (2004). Web-based tools steer patientfocused care. *Nursing Management*, 35(12), 60-64.
- Donahue, M. P. (2011). *Nursing: The finest art. An illustrated history* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Ericksen, A. B. (2009). Recruiting nurses. *RN*, 72(4), 36-39.
- Fessele, K. L. (2008). Genomics in cancer care. *ONS Connect*, 23(10), 10-14.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(3), 111-119. doi:10.1111/j.1744-618X.2008.00090.x
- Florence Nightingale International Foundation. (2010). The Florence Nightingale legacy. Retrieved from <http://www.fnif.org/nightingale.htm>
- Freedberg, P. (2008). Integrating forensic nursing into the undergraduate nursing curriculum: A solution for a disconnect. *Journal of Nursing Education*, 47, 201-208.
- Hardy, M. E., & Conway, M. E. (1988). *Role theory: Perspectives for healthy professionals* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Hayes, J. S., & Tyler-Ball, S. T. (2007). Perceptions of nurses' caring behaviors by trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 14(4), 187-190.
- Health Resources and Services Administration. (n.d.). Supply, demand, and use of licensed practical nurses. Chapter 6 : Perspectives of the Employers, Educators, State Boards, and Nurses. Retrieved from <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/nursing/lpn/c6.htm>
- Health Resources and Services Administration. (2010). Initial findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses. Retrieved from <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnsurvey/initialfindings2008.pdf>
- Henderson, A., Van Eps, M. A., Pearson, K., James, C., Henderson, P., & Osborne, Y. (2007). "Caring for" behaviours that indicate to patients that nurses "care about" them. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 146-153. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04382.x

- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. New York, NY: Macmillan.
- Hudacek, S. (2008). Dimensions of caring: A qualitative analysis of nurses' stories. *Journal of Nursing Education*, 47, 124–129.
- International Association of Forensic Nurses. (2006). What is forensic nursing? Retrieved from http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an_1&subarticlenbr_137 International Council of Nurses. (n.d.). About the International Council of Nurses. Retrieved from <http://www.icn.ch/abouticn.htm>
- Kelly, P. (2009). The clinical nurse specialist and essential genomic competencies: Charting the course. *Clinical Nurse Specialist*, 23, 145–150. doi:10.1097/NUR.0b013e3181a42356
- Lorentz, M. M. (2008). Telenursing and home healthcare: The many facets of technology. *Home Healthcare Nurse*, 26, 237–243. doi: 10.1097/01.NHH.0000316702.22633.30
- Military District of Washington. (n.d.). Nurses Memorial. Retrieved from http://www.arlingtoncemetery.org/visitor_information/Nurses_Memorial.html
- National League for Nursing Accreditation Commission. (2009). NLNAC Accredited programs. Retrieved from <http://www.nlnac.org/About%20NLNAC/whatsnew.htm>
- National Organization for Associate Degree Nursing. (2006). Position statement of associate degree nursing. Retrieved from http://www.noadn.org/component/option,com_docman/Itemid,250/task,cat_view/gid,87/
- National Organization for Associate Degree Nursing. (2008). Position on the requirement of bachelor's degree in nursing (BSN) for continued practice. Retrieved from http://www.noadn.org/component/option,com_docman/Itemid,250/task,cat_view/gid,87/
- National Organization for Associate Degree Nursing. (2010). Response to Carnegie Foundation report. Retrieved from https://www.noadn.org/component/option,com_docman/Itemid,250/task,doc_view/gid,146/
- National Student Nurses' Association House of Delegates. (2001). The code of academic and clinical conduct. Retrieved from http://www.nсна.org/SearchResults.aspx?Search=Code_of_Academic_and_clinical_conduct
- Nelson, R. (2009). Nursing shortage, or not? *American Journal of Nursing*, 109(5), 21–23.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. New York, NY: Dover. (Original work published 1860.)
- Peck, A. (2005). Changing the face of standard nursing practice through telehealth and telenursing. *Nursing Administration Quarterly*, 29, 339–343.
- Phillips, S. J. (2010). 22nd annual legislative update: Regulatory and legislative successes for APNs. *The Nurse Practitioner*, 35(1), 24–47.
- Resnick, B. (2009). Nurses working together to improve care and increase and expand our workforce. *Geriatric Nursing*, 30, 227–229. doi:10.1016/j.gerinurse.2009.06.001

- Schuyler, C. B. (1992). Florence Nightingale. In F. Nightingale, *Notes on nursing: What it is, and what it is not* (Commemorative ed., pp. 3-17). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Thrall, T. H. (2009). The return of the RNs. *Hospitals & Health Networks*, 83(4), 22-24.
- Wall, B. M. (2009). Religion and gender in a men's hospital and school of nursing, 1866-1969. *Nursing Research*, 58, 158-165. doi:10.1097/NNR.0b013e3181a308fe
- American Association of Colleges of Nursing. (2009). Despite surge of interest in nursing careers, new AACN data confirm that too few nurses are entering the health-care workforce (press release). Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/Media/NewsReleases/2009/workforcedata.html>.
- American Association of Colleges of Nursing. (2009). Nursing faculty shortage fact sheet. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/FacultyShortage.htm>
- American Association of Colleges of Nursing. (2009). Nursing shortage fact sheet. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingShortage.htm>
- Bulman, A. (2009). 100 years of American Red Cross nursing. *American Journal of Nursing*, 109(5), 32.
- Brandon, S. (2007). Men in nursing. *International Journal of Men's Health*, 6, 283-284.
- Fairman, J. (2008). Context and contingency in the history of post World War II nursing scholarship in the United States. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 4-11. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00199.x
- Fletcher, K. (2007). Image: Changing how women nurses think about themselves. Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 207-215. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04285.x
- Flynn, K. (2009). Beyond the glass wall: Black Canadian nurses, 1940-1970. *Nursing History Review*, 17, 129-152. doi:10.1891/1062-8061.17.129
- Gordon, S., & Nelson, S. (2005). An end to angels. Moving away from the virtue script toward a knowledge-based identity for nurses. *American Journal of Nursing*, 105(5), 62-69.
- Lawson, L. (2008). Forensic nursing: The maturing of a discipline. *Journal of Forensic Nursing*, 4, 147-149. doi:10.1111/j.1939-3938.2008.00025.x
- Lynch, V. (2007). Forensic nursing science and the global agenda. *Journal of Forensic Nursing*, 3, 101-111. doi:10.1111/j.1939-3938.2007.tb00094.x
- Lyons, T. (2009). Role of the forensic psychiatric nurse. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 53-57. doi:10.1111/j.1939-3938.2009.01033.x
- Nelson, R. (2007). Retail health clinics on the rise: NPs are finding new job opportunities, but with some old turf issues. *American Journal of Nursing*, 107(7), 25-26.
- Pittman, E. (2005). *Luther Christman: A maverick nurse—a nursing legend*. Victoria, BC: Trafford Publishing.
- Roman, L. (2008). Nursing shortage: Looking to the future. *RN*, 71(3), 34-41.
- Wall, B. M. (2009). Catholic sister nurses in Selma, Alabama, 1940-1972. *Advances in Nursing Science*, 32(1), 91-102.

თავი 2

ღირებულებები, ეთიკა და ადვოკატირება

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. განმარტოთ რამდენად მოქმედებს მორალური გადაწყვეტილებების მიღებისას ღირებულებები, მორალის ჩარჩო და ეთიკის წესები;
2. განმარტოთ როგორ იყენებს ექთანი საკუთარ განათლებას ეთიკური გადაწყვეტილებების მიღების დროს;
3. სხვადასხვა სიტუაციაში ეთიკური და მორალურად სწორი გადაწყვეტილებების მიღება;
4. კოლეგებთან ერთად ეთიკური საკითხების განხილვებში მონაწილეობა;
5. ადვოკატირებისას ექთნის როლის განსაზღვრა;

ღირებულებები

ღირებულებები არის ხანგრძლივი დამოკიდებულება პიროვნების, საგნის, იდეის ან ქმედების ფასეულობის მიმართ. ღირებულებები მნიშვნელოვანია, რადგანაც ისინი ახდენს ზეგავლენას გადაწყვეტილებებსა და ქმედებებზე, მათ შორის ექთნის ეთიკურ გადაწყვეტილებაზეც. რა თქმა უნდა, ყველა ღირებულება არ არის მორალური. მაგალითად, ხალხს ჩამოყალიბებული აქვს ფასეულობები სამუშაოს, ოჯახის, რელიგიის, პოლიტიკის, ფულისა და ურთიერთობების შესახებ. ადამიანები არ ფიქრობენ ამ ფასეულობებზე, უბრალოდ იღებენ და მოქმედებენ.

ადამიანთა უმეტესობა ახარისხებს თავიანთ ღირებულებებს მნიშვნელობის თვალსაზრისით და ქმნის ღირებულებათა სისტემას. ეს სისტემა განაპირობებს მათ ცხოვრებისეულ გზას, ქცევის ფორმირებას, განსაკუთრებით ისეთი ქმედებებს, რომელიც ეფუძნება გადაწყვეტილების მიღებას.

შეხედულებები და დამოკიდებულება ერთმანეთთან კავშირშია, მაგრამ არ არის იდენტური ღირებულებასთან. **შეხედულებები** არის ადამიანის მიერ მიღებული რეალობის ინტერპრეტაცია. ისინი დამყარებულია უფრო მეტად რწმენაზე, ვიდრე ფაქტებზე. მაგალითად, ასეთი განცხადება „თუ მე ვისწავლი კარგად, მივიღებ კარგ ნიშნებს“ – გამოხატავს შეხედულებას, რომელიც არ არის ღირებულებასთან არანაირ კავშირში, მაგრამ ამის საწინააღმდეგოდ განცხადება, „კარგი ნიშნები მნიშვნელოვანია ჩემთვის, მე უნდა ვისწავლო ბევრი, რომ მივიღო კარგი ნიშნები“, გამოხატავს როგორც ღირებულებას, ასევე შეხედულებასაც.

დამოკიდებულებები არის გონებრივი პოზიცია ან გრძნობა ადამიანის, საგნის ან იდეის მიმართულებით. როგორც წესი, დამოკიდებულება გრძელდება უფრო დიდხანს, მაშინ როცა შეხედულება შეიძლება ხანმოკლე პერიოდით შემოიფარგლოს. ისინი შეიძ-

ლება განიხილებოდეს, როგორც ცუდი ან კარგი, პოზიტიური ან ნეგატიური. განსხვავებულ ადამიანებს აქვთ განსხვავებული დამოკიდებულებები. მაგალითად ზოგიერთს შეიძლება ჰქონდეს განმარტოების ძლიერი სურვილი, ხოლო ზოგს ეს საკითხი უმნიშვნელოდ მიაჩნდეს.

ღირებულებების გადაცემა

ღირებულებები ისწავლება დაკვირვებით და გამოცდილებით. მათზე დიდ გავლენას ახდენს სოციო-კულტურული გარემო, როგორიცაა საზოგადოებრივი ტრადიციები. ღირებულებების გავრცელების წყაროებია რელიგიური, ეთნიკური, კულტურული ჯგუფები, ოჯახი და თანატოლები. მაგალითად, თუ მშობელი სხვებს ექცევა სამართლიანად და გულწრფელად, მაშინ მისი შვილი სწორედ ამ თვისებებს დააფასებს.

პიროვნული ღირებულებები

ადამიანები ღირებულებებს ყოფენ საზოგადოებრივ და ინდივიდუალურ ჯგუფებად. პიროვნული ღირებულებებია ისინი, რომელიც მათ ინდივიდუალიზმს უსვამს ხაზს.

პროფესიული ღირებულებები

ექთნის პროფესიულ ღირებულებებს ექთანი იძენს უშუალოდ ამ პროფესიაში ჩართვის დროს ეთიკური, საექთნო გამოცდილების, სწავლებისა და კოლეგების მხრიდან. ამერიკის ექთნების ასოციაციამ დაასახელა 5 მთავარი ღირებულება პროფესიონალი ექთნისთვის: ალტრუიზმი, ავტონომია, ადამიანური ღირსება, პატიოსნება და სოციალური სამართალი (ცხრილი 2-1).

ცხრილი 2-1 ექთნის მთავარი ღირებულებები

ალტრუიზმი არის სხვების კეთილდღეობისკენ სწრაფვა. პროფესიულ პრაქტიკაში ალტრუიზმი განმარტებულია, როგორც ექთნის დამოკიდებულება პაციენტების, კოლეგების კეთილდღეობისკენ;
ავტონომია არის თვითგამოვლენის უფლება. პროფესიულ პრაქტიკაში ავტონომია გულისხმობს, როცა ექთანი პატივს სცემს პაციენტების უფლებებს, მიიღოს მონაწილეობა მკურნალობის დაგეგმვაში;
ადამიანური ღირსება არის პატივისცემა პიროვნებებისა და მოსახლეობის თანდაყოლილი ღირებულებებისა და უნიკალურობის მიმართ. ექთანი ადამიანურ ღირსებას გამოხატავს, როცა პატივს სცემს ყველა პაციენტსა თუ კოლეგას;
პატიოსნება არის ეთიკის ნორმებთან შესაბამისი მოქმედება. პროფესიულ პრაქტიკაში ექთანი გამოხატავს პატიოსნებას თავისი გულწრფელობით და უზრუნველყოფს ეთიკურ ჩარჩოებზე დაფუძნებულ მკურნალობას;
სოციალური სამართალი გულისხმობს სამართლიან მოპყრობას ყველას მიმართ, მიუხედავად ეკონომიკური სტატუსის, რასის, ეთნიკურობის, ასაკის, მოქალაქეობის, უნარობის ან სექსუალური ორიენტაციისა.

ღირებულებათა განმარტება

ღირებულებების გარკვევა არის პროცესი, როდესაც ხალხი აიგივებს, იკვლევს და ავითარებს საკუთარ ინდივიდუალურ ღირებულებებს. როდესაც პიროვნება გამოავლენს თავის ღირებულებებს, მას შეუძლია შეინარჩუნოს ან შეცვალოს ისინი, მაშასადამე იმოქ-

მედოს არჩეული ღირებულებებით, ვიდრე შეუცნობელით. ეს პროცესი ხელს უწყობს ადამიანს გაზარდოს ცნობიერება, ემპათია და ადეკვატური თვითშეფასება.

ღირებულებების გარკვევის ფართოდ გამოყენებული თეორია განვითარდა 1978 წელს, რომლის ავტორებიც იყვნენ ჰარმინი, საიმონი. მათ აღწერეს ფიქრის, გრძნობისა და ქცევის „შეფასების პროცესი“, როგორც „არჩევანი“, „დაჯილდოება“ და „მოქმედება“ (ჩანართი 2-1).

ჩანართი 2-1 ღირებულებების გარკვევა

არჩევა (კოგნიტური)

შეხედულებები არის არჩეული:

- თავისუფლად, გენოლის გარეშე;
- ალტერნატიულ ვარიანტებს შორის;
- განსაზღვრის შედეგების შემდეგ;

მაგალითი: ადამიანი სწავლობს ენერგიის რესურსის, პროდუქტიულობისა და ხარჯების შესახებ. ასევე შეისწავლის მწვანე სახლის ეფექტურობას და სხვა გარემო საკითხებს, მათ შორის შემზღუდული რესურსების მინიმალური რაოდენობით ან განმეორებით გამოყენების შესახებ.

დაჯილდოება (ეფექტური)

არჩეული შეხედულებები არის სათუთი

მაგალითი: პიროვნება არის ამაყი თავისი შეხედულებით, რაც ავალდებულებს მას მონაწილეობა მიიღოს გარემო დანაგვიანების შემცირების გზების ძიებაში.

მოქმედება (ქცევითი)

არჩეული შეხედულებები არის:

- დადასტურებული სხვებთან;
- ჩართული ვინმეს აქტივობაში;
- მუდმივად განმეორებული ვინმეს ცხოვრებაში;

მაგალითი: პიროვნება მონაწილეობს ქალაქის ნარჩენების ხელახლა გამოყენების პროგრამაში, იყენებს უფრო საზოგადოებრივ ტრანსპორტს, ვიდრე საკუთარ მანქანას, ეხმარება პროგრამის ორგანიზებაში და არის აქტიური საკანონმდებლო და პოლიტიკურ აქტივობებში, რაც დაკავშირებულია გარემო საკითხებთან.

ზოგიერთ შემთხვევაში, ეს გარკვევა შეიძლება იყოს სასარგებლო იმ გაგებით, რომ ის ეხმარება ადამიანებს ან ადამიანთა ჯგუფებს გაზარდონ ცოდნა თავიანთი ღირებულებებისა და მოქმედებებზე მათი ზეგავლენის შესახებ (იხ ცხრილი 2-2).

ცხრილი 2-2 კითხვარი ღირებულებების გარკვევისთვის

1=ძალიან ვაფასებ; **2**=ვაფასებ; **3**=არ ვაფასებ ძალიან

	დამხმარე საზოგადოება	გააკეთე ისეთი რამ, რაც გააუმჯობესებს მსოფლიოს
	სხვების დახმარება	გაბედულად დაეხმარე სხვებს
	სამუშაო ეთიკა	იგრძენი კმაყოფილება კარგად შესრულებული სამუშაოსგან

	ცხოვრებით ტკობა	დატკბი ცხოვრებით, იმხიარულე
	პატიოსნება	უთხარი ხალხს, რასაც ნამდვილად ფიქრობ და გჯერა. იგივე მოითხოვე სხვებისგანაც
	მონონება	მოსწონდე ადამიანებს
	შეჯიბრი	სხვებთან შეჯიბრში გამოსცადე შენი უნარები
	გადაწყვეტილების მიღება	იპოვო შენ თავში ძალა გადაწყვეტილების მისაღებად
	პატივისცემა	სხვებმა შეძლონ შენი კარგად შეფასება
	ლიდერობა	სხვების აზრებსა და დამოკიდებულებებზე ზეგავლენის მოხდენა
	ცოდნა	გამოცდილებისა და სწავლის შედეგად დაგროვებული გაგების უნარი
	სპეციალიზება	ვიყო ექსპერტი იმაში, რასაც ვაკეთებ
	მშვიდობა	მშვიდობიან, ჰარმონიულ საზოგადოებასა და გარემოში ცხოვრება
	კრეატიულობა	გქონდეს შესაძლებლობა შექმნა ახალი საგნები, იდეები, პროდუქტი
	თავისუფლება	შეგეძლოს თქვა და გააკეთო, რაც გინდა
	კარგი ხასიათი	ჩემ თავში ვიყო დარწმუნებული, რომ სწორად ვიქცევი
	ლოიალობა	მივეკედლო მათ, ვინც ახლოს არის ჩემთან და ჩემი სჯერა
	სამართლიანობა	ვიყო სამართლიანი და ასევე სხვები იყვნენ სამართლიანი ჩემს მიმართ
	სტაბილურობა	გქონდეს მეტწილად აუცილებელი წესები და რუტინული განრიგი
	უსაფრთხოება	დარწმუნდი, რომ უსაფრთხოდ ხარ
	ცნობადი	იყავი საზოგადოებაში ცნობილი
	ბავშვები	გყავდეს ბედნიერი, ჯანმრთელი ბავშვები
	აღტაცება	განიცადე აღფრთოვანება
	თავგადასავალი	გქონდეს ისეთი მოვალეობები, რომელიც რისკს მოითხოვს
	ძალა	იყავი ავტორიტეტი სხვებისთვის
	ეკონომიური დაცვა	გქონდეს საკმარისი ფული სურვილების დასაკმაყოფილებლად
	თავისუფალი დრო	გქონდეს დრო სპორტისთვის, ჰობისთვის და სხვა აქტივობისთვის
	შინაგანი ჰარმონია	საკუთარ თავთან ჰარმონიაში ყოფნა
	სიმდიდრე	ბევრი ფულის გამომუშავება
	ნდობა	ენდო სხვებს და ასევე მოითხოვო მათგანაც

გამოწვევა	ისეთი აქტივობებში ჩართვა, რაშიც გამოიყენებ შენს ფიზიკურ და გონებრივ შესაძლებლობებს
დამოუკიდებლობა	სხვების მითითებების გარეშე შეძლო შენი დღის აქტივობების განსაზღვრა
ცვლილებები	მრავალფეროვანი, ცვალებადი პასუხისმგებლობები
მორალი	ჩემი ქცევა განსაზღვრავს ჩემს მორალურ სტანდარტებს
საზოგადოება	ვიყო საზოგადოების ერთ-ერთი ნაწილი
ზრუნვა	ყოველდღიურად გამოხატე სიყვარული
ჯანმრთელობა	ფიზიკურად კარგად ყოფნა
რელიგია/სულიერება	გავაკეთო ის, რაც სწორია ჩემი რელიგიის მიხედვით
ოჯახი	დავრწმუნდე, რომ ჩემი ოჯახის წევრები არიან ჯანმრთელები და უსაფრთხოდ
მეგობრობა	მყავდეს კარგი, საიმედო მეგობრები

ახლა, ჩამოთვალეთ ხუთი მნიშვნელოვანი ღირებულება ამ კითხვარიდან:

1	
2	
3	
4	
5	

ექთნის ღირებულებების განსაზღვრა

ექთნებმა საჭიროა ყურადღება გაამახვილონ იმ ღირებულებებზე, რაც გააჩნიათ ცხოვრების, სიკვდილის, ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის შესახებ.

ექთანს გააჩნია როგორც პიროვნული, ისე პროფესიული ღირებულებები. პიროვნული ღირებულებების დაგროვების დროს, მან უნდა განსაზღვროს თავისი დამოკიდებულება ისეთი სპეციფიკური საკითხების მიმართ, როგორიცაა აბორტი ან ევთანაზია. მან თავის თავს უნდა დაუსვას კითხვა: „შემიძლია ამის მიღება ან რას გავაკეთებ მსგავს სიტუაციაში?“ როგორც ყველა ადამიანი, ექთნის ღირებულებებიც განპირობებულია კულტურით, განათლებითა და ასაკით.

პაციენტთა ღირებულებების განსაზღვრა

ეფექტური მკურნალობის დასაგეგმად, ექთანმა უნდა გაარკვიოს პაციენტის ღირებულებები, მათი ზეგავლენა ჯანმრთელობის პრობლემებზე. როდესაც ცხადი ხდება, რომ პაციენტის ღირებულებები ვნებს მის ჯანმრთელობას, მაშინ ექთანმა უნდა გამოიყენოს ღირებულებათა განსაზღვრის სისტემა, როგორც ინტერვენცია. ცხრილში 2-3 მოცემუ-

ლია ის ქცევები, რომელიც მიუთითებს ღირებულებათა გარკვევის საჭიროებას. შემდეგ-
მა პროცესებმა შეიძლება გაუწიოს დახმარება პაციენტს გაარკვიოს თავისი ღირებულებები:

1. ალტერნატიული ჩამონათვალი – დარწმუნდით, რომ პაციენტმა კარგად იცის ყველა ალტერნატიული მოქმედება;
2. გამოიკვლიეთ არჩევანის შესაძლო შედეგები – დარწმუნდით, რომ პაციენტს გა-
თავისებული აქვს თითოეული მოქმედების შესაძლო შედეგები;
3. თავისუფალი არჩევანი – დარწმუნდით მის თავისუფალ არჩევანში;
4. დამოკიდებულება არჩევანის მიმართ – ზოგიერთი პაციენტი განიცდის უკმაყოფილებას თავისი გადაწყვეტილების გამო;
5. განამტკიცე არჩევანი – არჩევანის შესახებ მეგობრებთან და ოჯახთან საუბარი;
6. მოქმედება მოდელის მიხედვით – განსაზღვრე, პაციენტი თუ იქცევა მუდმივად გარკვეული მანერებით.

ღირებულებების განმარტების ყველა ეტაპის განხორციელების შემდეგ ექთანი ეხმარება პაციენტს დაფიქრდეს თითოეულ კითხვაზე, მაგრამ არ უწესებს პიროვნულ ღირებულებებს.

ცხრილი 2-3 ქცევები, რომელიც მიუთითებს შესაძლო გაურკვეველ ღირებულებებზე

ქცევა	მაგალითი
პროფესიონალის რჩევის იგნორირება	გულთთ დაავადებული, რომელიც უარს ამბობს ვარჯიშზე
შეუსაბამო ქცევა ან კომუნიკაცია	ორსული, რომელსაც უნდა ჯანმრთელი შვილი, მაგრამ იღებს ალკოჰოლს და მოიხმარს თამბაქოს
მრავალი მიმართვიანობა ერსა და იმავე პრობლემაზე	ჭარბწონიანი ქალი, რომელიც უჩივის ზურგის ტკივილს, მაგრამ წონაში დაკლებას არ ცდილობს
გაურკვევლობა მოქმედების კურსთან დაკავშირებით	ქალი, რომელსაც უნდა სამსახური, მაგრამ ასევე უნდა სახლში ყოფნა, რათა მიხედოს ავადმყოფ ქმარს.

მორალი და ეთიკა

ტერმინს, **ეთიკა**, აქვს რამდენიმე მნიშვნელობა:

ა) კვლევის ერთ-ერთი მეთოდი, რომელიც ეხმარება ხალხს, გაიგოს ადამიანის ქცევის მორალი;

ბ) გარკვეული ჯგუფების პრაქტიკა ან შეხედულებები (მაგ., ექთნების ეთიკა);

გ) გარკვეული ჯგუფების მორალური ქცევების მოსალოდნელი სტანდარტი;

ბიოეთიკა არის ეთიკის ის განხრა, რომელიც გამოიყენება ადამიანის ცხოვრებისა და ჯანმრთელობისთვის. **საექთნო ეთიკა** მიუთითებს ეთიკის იმ საკითხებს, რომელსაც ექთნები იყენებენ თავიანთ პრაქტიკაში. ამერიკის ექთნების ასოციაციამ (ANA) განაახლა თავისი პრაქტიკის სფეროებისა და სტანდარტის გამოცემა (2010), რომელიც აღიარებს ექთანს პასუხისმგებელ პირად თავისი ეთიკური ქცევებიდან გამომდინარე. (ჩანართი 2-2). ამ სტანდარტის ახლანდელი გამოცემა განსაკუთრებით უსვამს ხაზს ექთნის ადვოკატირებასა და პასუხისმგებლობას.

ჩანართი 2-2 ANA პროფესიული სტანდარტი

სტანდარტი 7: ეთიკა

პროფესიონალი ექთანი მოქმედებს ეთიკურად

კომპეტენციები

ექთანი

- იყენებს საექთნო საქმესთან დაკავშირებულ საკანონმდებლო ბაზას;
- მკურნალობას ატარებს ისე, რომ იცავს პაციენტის ავტონომიას, ღირსებას, ღირებულებებს, უფლებებსა და შეხედულებებს;
- აცნობიერებს, რომ პაციენტი და ოჯახი წარმოადგენს ერთ მთლიან გუნდს მკურნალობისას;
- იცავს პაციენტის კონფიდენციალობას;
- ეხმარება პაციენტს საკუთარი თავის ამოცნობასა და გადაწყვეტილების მიღებაში;
- ინარჩუნებს თერაპიულ და პროფესიულ ურთიერთობას პაციენტთან;
- ხელს უწყობს ეთიკური საკითხების გადაჭრას პაციენტის, კოლეგების, საზოგადოებრივი ჯგუფების ჩართულობით;
- გამორიცხავს უკანონო, არაეთიკურ და შეუსაბამო ქცევის მაგალითებს, რომელმაც შეიძლება საფრთხე შეუქმნას პაციენტს;
- გამოხატავს თავის აზრს, როცა საჭიროა პაციენტებს უსვამს კითხვებს უსაფრთხოებისა და მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის;
- ადვოკატირებას უწევს პაციენტის სამართლიან მკურნალობას;

მორალი ეთიკის მსგავსი ტერმინია. **მორალი** ძირითადად გადმოსცემს ალქმის საკუთარ, პიროვნულ სტანდარტს თუ რა არის სწორი და რა არასწორი ქცევაში, ხასიათსა და დამოკიდებულებაში. მორალის არსს რომ ჩაწვდეთ, ადამიანს უნდა გააჩნდეს ისეთი გრძნობები, როგორიცაა დანაშაულის შეგრძნება, იმედი და სირცხვილი. შემდეგი ინდიკატორი არის ტენდენცია, რომელიც პასუხობს სიტუაციებს შემდეგი სიტყვებით: უნდა, სწორია, მცდარია, კარგია და ცუდია.

ექთანი ერთმანეთისგან უნდა არჩევდეს მორალსა და კანონს. კანონი გამოხატავს სოციუმის მორალურ ღირებულებებს და ისინი გვკარნახობს თუ რა არის მორალური. თუმცა შეიძლება მოქმედება იყოს კანონიერი, მაგრამ არა მორალური. მეორე მხრივ, ქცევა შეიძლება იყოს მორალური, მაგრამ არაკანონიერი. მაგალითად, თუ სახლში მყოფი ბავშვი აღარ სუნთქავს, მისი საავადმყოფოში წაყვანის დროს სიჩქარის გადამეტება მორალური ქცევაა, მაგრამ – არა კანონიერი.

ექთანმა ასევე უნდა გაარჩიოს ერთმანეთისგან მორალი და რელიგია, ვინაიდან ეს ორი ცნება ერთმანეთთან ურთიერთკავშირშია. მაგალითად, ბოგიერთი რელიგიის მრწამსის მიხედვით, ქალებმა უნდა გადაიტანონ გარკვეული პროცედურები, როგორიცაა ქალების წინადაცვეთა, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ფიზიკური დასახიჩრება. რელიგიური იდეოლოგიის ჩარჩოებში არ ჯდება ასევე აბორტის, სისხლის გადასხმის, სტერილიზაციისა და სხვა საკითხები.

მორალური განვითარება

ეთიკური გადაწყვეტილება მოითხოვს ადამიანისგან ფიქრსა და მოტივაციას. მოტივაცია არის როგორც კოგნიტური ფუნქცია, ასევე განვითარებადი უნარიც. **მორალური განვითარება** არის სწავლების პროცესი, როცა პიროვნება იგებს განსხვავებას სწორსა და არასწორს შორის, ასევე რისი გაკეთება შეიძლება და რისი არა. მორალური განვითარება არის კომპლექსური პროცესი, რომელიც იწყება ბავშვობაში და გრძელდება მთელი ცხოვრების განმავლობაში.

მორალური განვითარების თეორიები ცდილობს პასუხი გასცეს შემდეგ კითხვებს: როგორ ხდება ადამიანი მორალური? რა ფაქტორები განაპირობებს იმ ქცევებს, რასაც ადამიანი იყენებს მორალურ სიტუაციაში?

მორალური განვითარების ორი ცნობილი თეორეტიკოსია ლოურენს კოლბერგი და ქეროლ გილიგანი. კოლბერგის თეორია ხაზს უსვამს ადამიანის უფლებებსა და ფორმალურ მოტივაციას. გილიგანის თეორია კი მნიშვნელოვან საკითხებად მიიჩნევს ბრუნვასა და პასუხისმგებლობას. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ ადამიანები იყენებენ ორივე თეორიის კონცეფციებს.

მორალური ჩარჩოები

მორალური თეორიები უზრუნველყოფს განსხვავებულ ჩარჩოებს, რომლის მიხედვითაც ექთანს შეუძლია ნახოს და განმარტოს პაციენტის მოვლის დროს არსებული რთული სიტუაციები. ექთნებს შეუძლიათ გამოიყენონ მორალური თეორიები განვითარებისთვის, რათა შეძლონ თავიანთი გადაწყვეტილებებისა და ქცევების ახსნა-განმარტება და სხვებთან პრობლემაზე დისკუსიაში შესვლა. ფართოდ გამოიყენება მორალური თეორიების სამი ტიპი და ისინი შეიძლება განვასხვავოთ თავიანთი აქცენტებით: ა) შედეგები; ბ) პრინციპები და მოვალეობები; გ) ურთიერთობები.

შედეგებზე დაფუძნებული თეორიები ორიენტირებულია მოქმედების შედეგებზე. **უტილიტარიზმი**, შედეგობრივი თეორიის ერთ-ერთი ფორმა, განიხილავს პოზიტიურ მოქმედებას, როგორც ყველაზე სასარგებლოს, რომელსაც მოაქვს ადამიანთა დიდი უმრავლესობისთვის უფრო მეტი კარგი და ნაკლები ბიანი. ამას უწოდებენ **სარგებლიანობის** პრინციპს. ხშირად გამოიყენება გადაწყვეტილების მიღების დროს.

პრინციპებზე დამყარებულ თეორიებში ჩართულია ლოგიკური და ფორმალური პროცესები, რომელიც ხაზს უსვამს ადამიანის უფლებებს, ვალდებულებებსა და მოვალეობებს. ქმედებების მორალურობა მართო შედეგებით არ განისაზღვრება. იგი დამოკიდებულია ქმედებების მიუკერძოებელ, ობიექტური პრინციპების შესაბამის განხორციელებაზე. მაგალითად, არსებობს ასეთი წესი „არ მოიტყუო“, ექთანს შეიძლება სჯეროდეს, რომ უნდა უთხრას სიმართლე მომავდავ პაციენტს, თუნდაც ექიმმა “პრინციპულად” არ მისცეს ამის ნებართვა.

ურთიერთობებზე დაფუძნებული თეორიები ხაზს უსვამს სიმამაცეს, სულგრძელობას, ვალდებულებას, საჭიროებას, რომ აღზარდოს და შეინარჩუნოს ურთიერთობა.

მორალური ჩარჩოს ორიენტირია მორალური გადაწყვეტილება, მაგრამ ის არ გან-

საზღვრავს შედეგს. წარმოვიდგინოთ სიტუაცია, სადაც ავადმყოფი, ხანდაზმულ პაციენტს არ უნდა ჩაიტაროს ოპერაცია, მაგრამ ოჯახის წევრები და ექიმი მოითხოვენ ქირურგიულ ჩარევას. სამი ექთანი, რომელიც ჩართულია პაციენტის ზრუნვაში გადანაცვებს, რომ არ მიიღონ მონაწილეობა ოპერაციისთვის მოსამზადებელ პროცესში და ყველანაირად შეეცდებიან ამის თავიდან არიდებას.

შედეგებზე დაფუძნებული მოტივაციის მიხედვით, ექთანი A იფიქრებს: „ქირურგია მას უარესად გატანჯავს, მან შეიძლება ვერც გადაიტანოს ოპერაცია და ოჯახიც დამნაშავედ იგრძნობს თავს მოგვიანებით“. პრინციპებზე დამყარებული თეორიის მიხედვით, ექთანი B ფიქრობს: „ეს შეურაცხყოფს ავტონომიის პრინციპს. პაციენტს აქვს უფლება თავად მიიღოს გადაწყვეტილება, რა უქნას თავის სხეულს“. ურთიერთობებზე დამყარებული თეორიის მიხედვით, ექთანი C იფიქრებს: „ჩემი ურთიერთობა პაციენტთან მავალდებულებს დავიცვა იგი და მე ვგრძნობ სიბრაულს მის გამო. მე უნდა ვცადო ვავაგებინო ოჯახს, რომ მას სჭირდება ოჯახის თანადგომა“. თითოეული ეს პერსპექტივა დამყარებულია ექთნის მორალურ ჩარჩოებზე.

მორალური პრინციპები

მორალური პრინციპები არის განცხადება ფართო, ძირითადი და ფილოსოფიური კონცეფციების შესახებ, როგორიცაა ავტონომია ან სამართლიანობა. ისინი უზრუნველყოფს მორალური წესების ფუნდამენტს. მაგალითად, წესი, „ადამიანებმა არ უნდა მოიტყუონ“, ეფუძნება პიროვნების პატივისცემის მორალურ პრინციპს. პრინციპები სასარგებლოა ეთიკის შესახებ დისკუსიებში, რადგან ადამიანი შეიძლება არ ეთანხმებოდეს ამა თუ იმ მოქმედებას კონკრეტულ სიტუაციაში, თუმცა შეიძლება დაეთანხმოს მორალურობის ზოგადად პრინციპს.

ავტონომია მიუთითებს გადაწყვეტილების მიღების უფლებაზე. ექთანი, რომელიც ამ პრინციპს იზიარებს, აცნობიერებს, რომ ყველა პაციენტი უნიკალურია და აქვს უფლება თავად აირჩიოს საკუთარი მიზნები. ხალხი, რომელსაც „შინაგანი ავტონომია“ აქვთ, გააჩნიათ უნარი არჩევანი გააკეთონ, ხოლო მათ ვისაც „გარე ავტონომია“ გააჩნიათ, აქვთ ლიმიტირებული არჩევანის უფლება ან სხვები ახდენენ მათზე ზეგავლენას. ექთანი პატივს სცემს პაციენტის უფლებას თავად მიიღოს გადაწყვეტილება ჯანმრთელობის შესახებ, თუნდაც ეს არ იყოს მისი საუკეთესო გამოსავალი.

ზიანის მიყენების თავიდან აცილება არის ვალდებულება „არ ავნო“. თავისი მნიშვნელობით მარტივი ჩანს, მაგრამ ეს პრინციპი რეალობაში საკმაოდ კომპლექსურია. ზიანი შეიძლება მოიცავდეს განზრახულად მიყენებულ ზიანსა და გაუაზრებლად დაზიანებას. ექთნისთვის დაუშვებელია, წინასწარ განზრახვით მიაყენოს ზიანი. თუმცა, ადამიანის დაზიანების რისკის ქვეშ დაყენებას ბევრნაირი განმარტება შეიძლება ჰქონდეს. პაციენტი რისკის ქვეშ შეიძლება აღმოჩნდეს მაშინ, როცა ექთანი ფიქრობს, რომ ეხმარება, მაგ., წამალზე უკურეაქციის განვითარების დროს. გაუაზრებელი ზიანი ხდება მაშინაც, როდესაც რისკი მოსალოდნელი არ არის, მაგ., პაციენტის დაცემის დროს ექთანმა შეაშველოს ხელი და ამ დახმარების დროს ისე მაგრად მოუჭიროს ხელები, რომ გამოიწვიოს მკლავზე დაღურჯებები.

ქველმოქმედება ნიშნავს „კარგის კეთებას“. ექთანი ვალდებულია ყოველთვის კარგი გააკეთოს. თუმცა, კარგი ქცევა შეიძლება იქცეს ზიანის გამოწვევ მიზეზად. მაგ., ექთანმა შეიძლება ურჩიოს პაციენტს ენერგიულ სავარჯიშო პროგრამაში ჩართვა, თუმცა ვერ გაითვალისწინოს ის ფაქტი, რომ ასეთმა დატვირთვამ შეიძლება გამოიწვიოს გულის შეტევის განვითარება.

სამართლიანობა ხშირად გაიგივებულია კეთილსინდისიერებასთან. ექთანი ხშირად დგება არჩევანის წინაშე, მაგ., სახლში ერთ-ერთი ვიზიტის დროს, მას პაციენტი დახვდება დეპრესიაში მყოფი და იცის, რომ 30 წუთი საუბრით დაეხმარება. თუმცა, მას ელოდება სხვა პაციენტიც, რომელსაც აქვს დიაბეტი და სჭირდება მუდმივი მეთვალყურეობა. ექთანმა ფრთხილად უნდა აწონ-დაწონოს მდგომარეობა, რათა სწორად გაანაწილოს დრო.

ერთგულება ნიშნავს, ექთანმა პაციოსნად შეასრულოს ყველა დაპირება და შეთანხმება.

პატიოსნება ნიშნავს, რომ თქვა სიმართლე. ძნელია ყოველთვის გაარკვიო სიმართლის თქმა ჯობია თუ ტყუილის. მაგრამ მიუხედავად ამისა, ექთნის მიმართ ნდობის დაკარგვა იწვევს პაციენტის გაღიზიანებას. ექთნებს ასევე უნდა გააჩნდეთ პროფესიული ანგარიშვალდებულებისა და პასუხისმგებლობის გრძნობა.

საექთნო ეთიკა

ჯანმრთელობის ინსტიტუტები ავალდებულებს სამედიცინო დანესებულებებს ეთიკურ კომისიებს ან მსგავსი სტრუქტურების არსებობას, რომელიც ადგენს ეთიკურ საკითხებზე სახელმძღვანელოებსა და პოლიტიკას განათლების, კონსულტაციებისა და მხარდაჭერის უზრუნველსაყოფად. ასეთი მულტიდისციპლინური კომიტეტები შედგება ექთნებისგან, რომლებსაც შეუძლიათ კონკრეტული შემთხვევის გადახედვა, მითითებების გაცემა უფლებამოსილი პაციენტისთვის და ოჯახისთვის. ისინი ააშკარავენ ამ კონკრეტული შემთხვევის ფაქტებს, დგება ჯგუფი, სადაც განიხილება კონკრეტულ საკითხზე შეხედულებები, რომელიც ემსახურება, როგორც იურიდიული რისკების შემცირებას ისე პაციენტის მოვლაში ჩართული მედ. პერსონალის მხარდაჭერას (სურათი 2-1).



სურათი 2-1 ეთიკის კომიტეტი განიხილავს საქმის ყველა ასპექტს

ექთნის ეთიკის კოდექსი

ეთიკის კოდექსი არის ჯგუფური იდეებისა და ღირებულების ფორმალური დოკუმენტი. ეს არის ეთიკური პრინციპების ნაკრები, რომელსაც: ა) იზიარებენ ჯგუფის წევრები, ბ) დროდადრო ასახავენ თავიანთ მორალურ სამართლიანობის შედეგად მიღებულ გამოცდილებას ეთიკურ დოკუმენტში, გ) იყენებენ პროფესიული ქცევის სტანდარტად.

ეთიკის კოდექსს ლეგალურ სტანდარტებთან შედარებით გააჩნია უფრო მაღალი მოთხოვნები. ექთნები პასუხისმგებლები არიან, რომ კარგად იცნობდნენ კოდექსს, რომელიც განაგებს მათ პრაქტიკას. ექთნების საერთაშორისო, ეროვნულმა და სახელმწიფო ასოციაციებმა დაარსეს ეთიკის კოდექსი. ეს კოდექსი პირველად გამოიცა 1953 წელს და ამჟამინდელი ვარიანტი მოცემულია ჩანართში 2-3. ANA-მ პირველად გამოაქვეყნა *ექთნების კოდექსი* 1950 წელს. ახლანდელი ვერსია (ჩანართი 2-4) აშუქებს რამდენიმე ძირითად ცვლილებას. ეთიკის კოდექსს გააჩნია შემდეგი მიზნები:

1. საზოგადოების ინფორმირება პროფესიის მინიმალური სტანდარტებისა და პროფესიონალი ექთნის მუშაობის შესახებ;
2. საზოგადოებისთვის, რომელსაც ემსახურება, პროფესიული ვალდებულების გაცნობა;
3. პროფესიის მთავარი ეთიკური მოსაზრებების გამოკვეთა;
4. პროფესიული ქცევის ეთიკური სტანდარტებით უზრუნველყოფა;
5. პროფესიაში ხელმძღვანელობა თვითრეგლამენტირებით;
6. ექთნებისთვის განსაკუთრებული პასუხისმგებლობის შესვენება, როცა ავადმყოფებზე ზრუნავენ;

ჩანართი 2-3 ექთნების ეთიკის კოდექსის საერთაშორისო საბჭო

პრეამბულა

ექთნებს აქვთ ოთხი ფუნდამენტური პასუხისმგებლობა: ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ავადმყოფობის თავიდან არიდება, ჯანმრთელობის აღდგენა და ტანჯვის შემსუბუქება.

ექთნის როლი უნივერსალურია. ექთნის თანდაყოლილი თვისებაა პაციენტთა უფლებების პატივისცემა, მათ შორის კულტურული უფლებები, არჩევანისა და ცხოვრების უფლება, ღირსებისა და პატივისცემის უფლება.

ექთნები მომსახურეობას უწევენ პიროვნებებს, ოჯახებს და საზოგადოებას. ისინი საერთო ნიშნის მიხედვით აერთიანებენ მომსახურეობას ასეთ დაკავშირებულ ჯგუფებთან.

ექთნების საერთაშორისო საბჭოს (ICN) კოდექსი

ICN ეთიკის კოდექსს ექთნებისთვის აქვს ოთხი პრინციპული ელემენტი, რომელიც ხაზს უსვამს ეთიკურ ქცევას.

კოდექსის ელემენტები

1. ექთნები და ხალხი

ექთნის თავდაპირველი პროფესიული პასუხისმგებლობაა იმ ადამიანების მიმართ, რომლებიც ითხოვენ მკურნალობას. მკურნალობის დროს, ექთანი ხელს უწყობს ისეთი გარემოს შექმნას, სადაც პაციტს სცემენ პიროვნების, ოჯახისა და საზოგადოების ადამიანურ უფლებებს, ღირებულებებს, ტრადიციებსა და რწმენას.

ექთანი გარანტიას აძლევს პაციენტს, რომ მიიღებს საჭირო მკურნალობასთან დაკავშირებულ სათანადო ინფორმაციას.

ექთანი პიროვნების პირად მონაცემებს ინახავს კონფიდენციალურად.

ექთანი იზიარებს საზოგადოებასთან თავის პასუხისმგებლობას, ინიციატივითა და მხარდამჭერ მოქმედებებით, განსაკუთრებით მგრძნობიარე მოსახლეობასთან.

ექთანი თავის თავზე იღებს პასუხისმგებლობას, დაიცვას და გააუმჯობესოს ბუნებრივი გარემო და ბინძურებისა და განადგურებისგან.

2. ექთნები მუდამ განიცდიან პასუხისმგებლობას საექთნო პრაქტიკისა და კომპეტენციის შენარჩუნებისთვის. ექთანი ინარჩუნებს ინდივიდუალური ჯანმრთელობის სტანდარტს, რათა თვითონ უზრუნველყოს მკურნალობა.

ექთანი ყოველთვის ინარჩუნებს პიროვნული ქცევის სტანდარტს, რომელიც დადებითად აისახება მის პროფესიაზე და აძლიერებს საზოგადოების სანდოობას.

ექთანი, მკურნალობის დროს, აძლევს პაციენტს იმის გარანტიას, რომ მეცნიერული მიღწევები და ტექნოლოგიები შეთავსებადია მის ღირსებასთან, უფლებებთან და უსაფრთხოებასთან.

3. როგორც ექთანი, ისე დანარჩენი სამედიცინო პერსონალი ასრულებს მთავარ როლს კლინიკური საექთნო პრაქტიკის, მართვის, კვლევისა და განათლების მისაღები სტანდარტის განსაზღვრაში.

ექთანი აქტიურად მონაწილეობს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ცოდნის განვითარებაში.

ექთანი, რომელიც მოღვაწეობს პროფესიულ ორგანიზაციაში, მონაწილეობას იღებს უსაფრთხო, სათანადო, სოციალური და ეკონომიური სამუშაო პირობების შექმნასა და შენარჩუნებაში.

4. ექთნები და სხვა დამხმარე პერსონალი ინარჩუნებს თანამშრომლობით ურთიერთობას კოლეგებთან და სხვა სფეროს წარმომადგენლებთან.

ექთანი იღებს შესაბამის ზომებს პიროვნების, ოჯახის, საზოგადოების დასაცავად, როცა მათ ჯანმრთელობას საფრთხის ქვეშ აყენებს რომელიმე მისი კოლეგა ან სხვა ადამიანი.

ჩანართი 2-4 ამერიკელი ექთნების ასოციაციის ეთიკის კოდექსი

1. ექთანი ყველა პროფესიულ ურთიერთობაში:

- იძენს გამოცდილებას, დააფასოს ყოველი ადამიანის თანდაყოლილი ღირსება და უნიკალურობა;
- სწავლობს პიროვნების განსაზღვრას;
- პატივისცემს პაციენტს სოციალური ან ეკონომიური სტატუსის მიუხედავად;
- ჯანმრთელობის პრობლემის არსის ადგენს;

1.1 პატივი ეცი ადამიანურ ღირსებას;

1.2 პაციენტებთან ურთიერთობა;

1.3 ჯანმრთელობის პრობლემის არსი;

1.4 თვითგანსაზღვრის უფლება;

1.5 კოლეგებთან და სხვებთან ურთიერთობა;

2. ექთნის თავდაპირველი ვალდებულებაა პაციენტი.

2.1 პაციენტის ინტერესების წინა პლანზე წამოწევა;

2.2 ექთნების ინტერესთა კონფლიქტი;

2.3 კოლაბორაცია;

2.4 პროფესიული საზღვრები;

3. ექთანი ხელს უწყობს, ადვოკატირებას უწევს, იღწვის პაციენტის ჯანმრთელობის, უსაფრთხოებისა და უფლებების დასაცავად.

1.1 მართობა;

- 1.2 კონფიდენციალობა;
 - 1.3 კვლევაში მონაწილეების დაცვა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფა;
 - 1.4 სტანდარტებისა და მექანიზმების განხილვა;
 - 1.5 კითხვების დასმა;
 - 1.6 შეცდომის გადაბრალება;
4. ექთანი პასუხისმგებელია თავის გამოცდილებაზე და განსაზღვრავს შესაბამის ამოცანებს თავის მოვალეობასთან მიმართებით
 - 4.1 პასუხისმგებლობის დაშვება;
 - 4.2 ანგარიშვალდებულება ექთნის მოქმედებაზე;
 - 4.3 პასუხისმგებლობა საკუთარ ქმედებებზე;
 - 4.4 ექთნის აქტივობების გადაცემა;
 5. ექთანს გააჩნია იგივე მოვალეობები თავის თავთან, როგორც სხვებთან, მათ შორის, ღირსებისა და უსაფრთხოების დაცვა, კომპეტენციის შენარჩუნება, პიროვნული და პროფესიული ზრდა.
 - 1.1 თვითპატივისცემა.
 - 1.2 პროფესიული ზრდა და კომპეტენციის შენარჩუნება;
 - 1.3 მტკიცე ხასიათი;
 - 1.4 ღირსების დაცვა;
 6. ექთანი მონაწილეობს გარემოსა და სამუშაო პირობების დაარსებაში, შენარჩუნებასა და გაუმჯობესებაში.
 - 6.1 გარემოს ზემოქმედება მორალურ ღირსებასა და ღირებულებებზე;
 - 6.2 გარემოს ზემოქმედება ეთიკურ ვალდებულებებზე;
 - 6.3 ჯანმრთელი გარემოს შექმნაზე პასუხისმგებლობა;
 7. ექთანი მონაწილეობს პროფესიის წინსვლაში პრაქტიკის, განათლების, ადმინისტრირებისა და ცოდნის განვითარების საშუალებით
 - 7.1 საექთნო და მკურნალობის პოლიტიკაში აქტიური ჩართულობით პროფესიის დახვეწა;
 - 7.2 კლინიკურ, ადმინისტრაციულ და განათლების პრაქტიკაში პროფესიის წინსვლა პროფესიული სტანდარტების განვითარებით, შენარჩუნებითა და გაუმჯობესებით;
 - 7.3 პროფესიის წინსვლა ცოდნის განვითარების საშუალებით;
 8. ექთანი თანამშრომლობს სხვა სპეციალისტებთან საზოგადოების, ადგილობრივი და საერთაშორისო ძალისხმევის გაუმჯობესებისთვის.
 - 8.1 ჯანმრთელობის საჭიროებანი და შეხედულებები;
 - 8.2 საზოგადოებასთან პასუხისმგებლობა;
 9. ექთნის პროფესია, რომელიც არის წარმოდგენილი ასოციაციისა და მისი წევრების მიერ, პასუხისმგებელია ექთნის ღირებულებების გაერთიანებაში პროფესიის ღირსების შენარჩუნებისა და სოციალური პოლიტიკის ფორმირების მიზნით
 - 9.1 ღირებულებების დაცვა;
 - 9.2 პროფესია ასრულებს პროფესიულ თანამშრომლობას პროფესიული ასოციაციების საშუალებით;
 - 9.3 შიდა პროფესიული ღირსება;
 - 9.4 სოციალური რეფორმა;

ეთიკური პრობლემების წარმოშობა

ექთნების ცნობიერების გაზრდა ეთიკურ პრობლემებზე მეტწილად განვითარდა, ა) სოციალური და ტექნიკური ცვლილებების გამო, ბ) ექთნის ლოიალობასა და მოვალეობებთან კონფლიქტების გამო.

სოციალური და ტექნოლოგიური ცვლილებები

სოციალურმა ცვლილებებმა გამოაშკარავა პრობლემები. ადამიანების დიდი რაოდენობა ჯანმრთელობის დაზღვევის გარეშეა. მკურნალობის სიძვირემ და სამუშაო ადგილის შეცვლა, მკურნალობის გამო, წინა პლანზე ამოწია სამართლიანობისა და რესურსების გადანაწილების საკითხები.

ტექნოლოგიამ შექმნა ახალი საშუალებები, რომელიც მანამდე არ არსებობდა. გენის მანიპულაციის საშუალებით დაიხვეწა გამიფვრის უნარი და ქსოვილების ზრდის კონტროლი, რამაც წარმოშვა ახალი პოტენციური დილემა, რომელიც უკავშირდება ორგანიზმის კლონირებასა და მემკვიდრეობითი დაავადებებისა და ბიოლოგიური თვისებების შეცვლას. დღესდღეობით, მკურნალობით შესაძლებელია ბიოლოგიური ცხოვრების გაგრძელება და გაძლიერება, თუმცა, ასეთი კითხვები ჩნდება: უნდა გავაკეთოთ თუ არა ის, რაც ვიცით და შეგვიძლია? ვინ უნდა იმკურნალოს: მხოლოდ მათ, ვისაც გადახდა შეუძლია? მხოლოდ მათ, ვისაც აქვს შანსი გამოკეთდეს?

კონფლიქტი ლოიალობასა და მოვალეობებთან

მკურნალობის დროს თავიანთი უნიკალური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ექთნებს ხშირად აქვთ კონფლიქტური სიტუაციები ლოიალობასა და მოვალეობებს შორის პაციენტებთან, ოჯახთან, კოლეგებთან, დამსაქმებელ ინსტიტუტებთან. ექთნის ეთიკის კოდექსის მიხედვით, მისი პირველი ერთგულება გამოიხატება პაციენტთან. თუმცა, ყოველთვის არ არის ადვილი განსაზღვროს რომელი ქმედება შეეფერება პაციენტის საჭიროებას. მაგალითად, ექთანი გადანყვეტს თანადგომის გამოსახატად, თანამშრომლების აქციაში მიიღოს მონაწილეობა. მან შეიძლება ჰქონდეს კონფლიქტი თავის გრძნობებთან, ვინაიდან ერთი მხრივ, მხარს უჭერს კოლეგებს, გამოხატონ თავიანთი პროტესტი სამუშაო პირობების გასაუმჯობესებლად და მეორე მხრივ, იგრძნოს პასუხისმგებლობა პაციენტების წინაშე, რომ მათ სჭირდებათ მკურნალობა და არ უნდა მიატოვოს ისინი.

ეთიკური გადაწყვეტილების მიღება

საპასუხისმგებლო ეთიკური მსჯელობა არის რაციონალური და სისტემური. ის უნდა იყოს დამყარებული ეთიკურ პრინციპებსა და კანონებზე.

კარგი გადაწყვეტილება მაშინაა, როცა გათვალისწინებულია არა მარტო პაციენტის ინტერესები, არამედ ყველა ჩართული ადამიანის ღირსება. ექთანს გააჩნია ყველასთან თავისი მოვალეობა, ამიტომაც უნდა აწონ-დაწონოს სიტუაცია და ისე მიიღოს გადაწყვეტილება. ექთნის ჩართულობა ეთიკურ პრობლემებსა და დილემებში არის საკმაოდ სტრესული, იგი თავის მოვალეობებს შორის იხლიჩება. რაც შეიძლება პაციენტის ინტერესებში შედიოდეს, ის შესაძლოა ეწინააღმდეგებოდეს ექთნის შეხედულებებს. ეს

კონფლიქტი მიუთითებს მორალურ აშლილობას. მორალური აშლილობის დასაძლევად გამოიყენება 4A, რათა გადავლახოთ მორალური აშლილობის ოთხი ეტაპი: შეკითხვა, განმტკიცება, შეფასება, მოქმედება. ამ მოდელის მიხედვით ექთანი სვამს კითხვას, თუ არსებობს მორალური აშლილობის ნიშნები, ადასტურებს ვალდებულებას აშლილობის აღმოსაფხვრელად, აფასებს წყაროებსა და წესებს, ასევე მოქმედებისთვის მზაობას და მოქმედებს გეგმის შესადგენად, რომ შეამციროს აშლილობა.

მნიშვნელოვანი პირველი ნაბიჯი გადაწყვეტილების მისაღებად. ექთანმა უნდა განსაზღვროს არსებობს თუ არა მორალური სიტუაცია. ამისთვის შეიძლება გამოიყენოს შემდეგი კრიტერიუმები:

- მოქმედებებს შორის შეიძლება რთული არჩევანის წინაშე დადგეს, ვინაიდან წინააღმდეგობაში მოვიდეს სხვა ადამიანების საჭიროებებთან;
- მორალური პრინციპები და ჩარჩოები, რომელიც შეიძლება გამოიყენონ თავიანთი მოქმედების გასამართლებლად;
- არჩევანი ნაკარნახევია მიზეზების შეფასების საფუძველზე;
- გადაწყვეტილება მიღებულ იქნას თავისუფლად;
- არჩევანზე მოქმედებს პიროვნული გრძნობები და სიტუაციის განსაკუთრებული კონტექსტი;

ჩანართი 2-5 წარმოადგენს ეთიკური გადაწყვეტილების მიღების მაგალითს. ეთიკური გადაწყვეტილების მისაღწევად ჩართულია პაციენტის, ოჯახისა და მკურნალობაში მონაწილე სხვა წევრების მთელი გუნდი (სურათი 2-2). ამრიგად, კოლაბორაცია, კომუნიკაცია და კომპრომისი მნიშვნელოვანი უნარებია პროფესიონალებისთვის.



სურათი 2-2 ეთიკური გადაწყვეტილების მიღებისას ან პაციენტის ადვოკატირებისას საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებაში ბევრი ადამიანია ჩართული

ჩანართი 2-5 ბიოეთიკური გადაწყვეტილების მიღების მოდელი

სიტუაცია ქ.ლ., 67 წლის ხანდაზმული ქალბატონი, გადაყვანილია საავადმყოფოში ავარიის შედეგად მრავალჯერადი მოტეხილობების გამო. მისი ქმარი, რომელიც დაიღუპა ავარიის შედეგად, იგივე ჰოსპიტალში გადაიყვანეს. ქ.ლ. რომელიც მართავდა მანქანას, გამუდმებით ეკითხება ექთანს მეუღლის შესახებ. ქირურგმა გააფრთხილა, რომ პაციენტისთვის არ ეთქვა სიმართლე. თუმცა არ აუხსნია მიზეზი, რატომ უნდა დაემალა პაციენტისთვის მომხდარის შესახებ. იგი რჩევას სთხოვს სხვა ექთანს, რომელიც ეუბნება, ისე მოიქცეს, როგორც ქირურგმა უთხრა. თუმცა, ექთანი თავს არაკომფორტულად გრძნობს ამ სიტუაციის გამო და აინტერესებს, როგორ მოიქცეს.	
ექთნის მოქმედება	მოსაზრება
1. გამოავლინე მორალური ასპექტები	ალტერნატიული ქცევა არის სიმართლის თქმა, მორალური პრინციპებია – პატიოსნება და ერთგულება. ეს პრინციპები ეჭახება ერთმანეთს, რადგან ექთანს სურს იყოს გულწრფელი ქ.ლ.-სთან ისე, რომ არ უღალატოს ქირურგს და კოლეგას. ექთანი აფასებს სიტუაციას, რათა თავისუფლად გააკეთოს არჩევანი.
2. შეაგროვე სათანადო ფაქტები ამ მონაცემების საკითხთან დაკავშირებით	მონაცემები უნდა შეიცავდეს ინფორმაციას პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის შესახებ. გაარკვიეთ: ვინ არიან ჩართულები ამ პროცესში, ჩართულობის მიზანი და მოტივაცია. ამ შემთხვევაში ჩართულები არიან პაციენტი, მისი გარდაცვლილი ქმარი, ქირურგი, პასუხისმგებელი ექთანი და ძირითადი ექთანი. მოტივი უცნობია. შეიძლება ექთანს სურს, დაიცვას თავისი ურთიერთობა ქ.ლ.-სთან, ქირურგს შეიძლება, სჯერა, რომ ამ გზით დაიცავს მას ფსიქოლოგიური ტრავმისგან.
3. განსაზღვრე, ვინ იღებს გადაწყვეტილებას	ამ შემთხვევაში გადაწყვეტილებას იღებს ქ.ლ. ქირურგს ნათლად სჯერა, რომ გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს ექიმმა.
4. გაარკვიე პიროვნული ღირებულებები	ამ სიტუაციაში ქ.ლ. აფასებს ქმრის კეთილდღეობას, უფროსი ექთანი აფასებს პოლიტიკას და პროცედურებს, ხოლო ექთანი – პაციენტის უფლებას, მიიღოს ინფორმაცია. ამიტომაც ექთანმა უნდა განსაზღვროს როგორც საკუთარი, ისე სხვების ღირებულებები.
5. გამოავლინე ეთიკური პრინციპები და თეორიები	მაგალითად, ქ.ლ.-სთვის სიმართლის დამალვამ შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს მის ავტონომიაზე. ამიტომაც, მან უნდა დაიცვას პატიოსნების პრინციპი და გაუმხილოს სიმართლე პაციენტს.
6. მოიძიეთ ინფორმაცია შესაბამისი კანონებისა ან სააგენტოს პოლიტიკის შესახებ	რადგანაც ქირურგი მარტივად „იძლევა ინსტრუქციებს“, სააგენტოს პოლიტიკა შეიძლება მკაცრად არ აკონტროლებს მათ შესრულებას. ექთანმა უნდა გაარკვიოს ეს ყველაფერი მთავარ ექთანთან.
7. გამოიყენე შიდა დისციპლინარული რესურსები	ამ შემთხვევაში, ექთანმა უნდა დაიხმაროს ლიტერატურა იმის გასარკვევად ცუდი ამბები მიაყენებს თუ არა ზიანს ისედაც ავადმყოფ პაციენტს.

8. ჩამოაყალიბე ალტერნატიული მოქმედებები, განსაზღვრე მოსალოდნელი შედეგები პაციენტსა და ოჯახზე.	ორი ალტერნატიული მოქმედება შესაძლო შედეგებით: 1. დაუჯერე მთავარი ექთნის რჩევას და მოიქეცი ისე, როგორც ქირურგი გეუბნება. შესაძლო შედეგები: ქ.ლ. შეიძლება გაბრაზდეს ინფორმაციის დამალვის გამო. ქ.ლ.-ს გამოკეთებამდე, მკურნალმა გუნდმა შეიძლება თავიდან აირიდოს პაციენტის დაზარალება; 2. განიხილე სიტუაცია კვლავ მთავარ ექთანთან და ქირურგთან, იმის მითითებით, რომ ქ.ლ.-ს აქვს უფლება, მიიღოს ინფორმაცია. შესაძლო შედეგები: ა) ქირურგი აცნობიერებს ამ უფლების მართებულობას ან ბ) ის აღნიშნავს ქ.ლ.-ს ჯანმრთელობის მდგომარეობა რთულია და მოითხოვს მის მოგვიანებით ინფორმირებულობას.
9. გამოიყენე ეთიკის კოდექსი ქცევის სახელმძღვანელოდ	თუ ექთანს ღრმად სწამს, რომ ქ.ლ.-მ სიმართლე უნდა გაიგოს, მაშინ მან როგორც პაციენტის ადვოკატმა, უნდა გაიაროს მოლაპარაკება ქირურგთან და მთავარ ექთანთან.
10. თითოეულ ალტერნატიულ ქცევას რა რისკები შეიძლება მოჰყვეს ექთნისთვის?	თუ ექთანი ეტყვის სიმართლეს ქ.ლ.-ს, შეუთანხმებლად, თავის თავს დააყენებს რისკის ქვეშ, რადგანაც შესაძლოა ქირურგის გაღიზიანება გამოიწვიოს. თუ ექთანი მოითხოვს კონფერენციას, დაიმსახურებს პატივისცემას პროფესიონალიზმის გამო.
11. ჩაერთე აქტიურად საკითხის გადაჭრაში. რეკომენდაცია გაუწიეთ ეთიკურად გამართლებულ მოქმედებებს. გააცნობიერეთ, რომ ყველა ქცევას აქვს დადებითი და უარყოფითი ასპექტები.	ზოგჯერ ექთანი ირჩევს, რაც უნდა გააკეთოს, ზოგჯერ კი მხარს უჭერს პაციენტს გადაწყვეტილების მიღებაში. ამ სიტუაციაში, ექთანმა უნდა შეაფასოს საკითხის მნიშვნელობა, ღირს თუ არა საკუთარი თავის რისკის ქვეშ დაყენება.
12. მოქმედების განხორციელება	ექთანი განახორციელებს მე-8 ნაბიჯში განვითარებულ ერთ-ერთ ქცევას
13. შეაფასე არჩეული ქცევა. ჩაერთე შეფასების პროცესში.	ექთანი თავის თავს უსვამს კითხვებს: სწორად ვიქცევი? ექთანი მიიღებს იგივე გადაწყვეტილებას, თუ განმეორდება მსგავსი სიტუაცია? თუ ექთანი არ არის კმაყოფილი, მას შეუძლია განიხილოს სხვა ალტერნატივები და იმუშაოს კვლავ ამ პროცესში.

სტრატეგიები ეთიკური გადაწყვეტილებების გასამყარებლად

რამდენიმე სტრატეგია ექთანს ეხმარება გადალახოს შესაძლო ორგანიზაციული და სოციალური შეზღუდვები. მან უნდა გააკეთოს შემდეგი:

- გააცნობიეროს საკუთარი ღირებულებები და ეთიკური ასპექტები;
- გაეცნოს ეთიკის კოდექსს (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);
- გამოიყენოს ყველა შესაძლებლობა ეთიკურ საკითხებზე ცოდნის გაღრმავების მიზნით;

- პატივი სცეს სხვა სპეციალისტების ღირებულებებს, შეხედულებებსა და პასუხისმგებლობას, თუნდაც განსხვავებულს;
- მონაწილეობა მიიღოს ან თავად შეადგინოს ეთიკური ციკლი. ეს უკანასკნელი გამოიყენება ჰიპოთეტური ან რეალური შემთხვევების დროს, რომელიც ფოკუსირდება პაციენტის მკურნალობის მხოლოდ ეთიკურ პარამეტრებზე;
- განეწიანდეს ეთიკურ კომიტეტებში;
- ეფექტურად ითანამშრომლოს სხვა სპეციალისტებთან.

განსაკუთრებული ეთიკური საკითხები

ეთიკური პრობლემები, რომელსაც ექთანი ყველაზე ხშირად აწყდება არის შეძენილი იმუნოდეფიციტის ვირუსით დაავადებული პაციენტი, აბორტი, ორგანოს ან ქსოვილის გადანერგვა და სიცოცხლის შეწყვეტა, პაციენტის კონფიდენციალობის დარღვევა, ფინანსური პრობლემები, რაც საფრთხეში აგდებს პაციენტის კეთილდღეობასა და მკურნალობას.

შეძენილი იმუნური დეფიციტის სინდრომი (AIDS)

ANA-ს ასოციაციის განცხადებით, ექთნის მორალური ვალდებულებაა იზრუნოს და უმკურნალოს შიდსით დაინფიცირებულ ადამიანს მანამ, სანამ რისკები არ შემცირდება. მეორე ეთიკური საკითხია პაციენტებისა და სამედიცინო პერსონალის შემოწმება შიდსის არსებობის დასადგენად. დადასტურების შემთხვევაში დგება მკურნალობის დაგეგმვის აუცილებლობა.

აბორტი

აბორტი არის საზოგადოებრივი პრობლემა. დღესაც მიმდინარეობს კამათი იმის შესახებ, დაიცვან სიცოცხლის სინდინდე თუ ქალის ავტონომიის უფლება, თავად აკონტროლოს თავისი სხეული. თუმცა, ჯერ კიდევ არ არის საზოგადოება მისული კონსენსამდე.

სახელმწიფოების უმეტესობას აქვს კანონი, რომლითაც რეგულირდება აბორტთან დაკავშირებული ლეგალური საკითხები, რომელიც ნებას რთავს ექთანს არ გაუწიოს დახმარება აბორტის დაგეგმვაში ქალს, თუ ეს არ ეწინააღმდეგება მათ რელიგიას ან მორალურ პრინციპებს. ექთნის ეთიკის კოდექსი მათ აძლევთ პაციენტის ინფორმირებისა და კონსულტაციის უფლებას გადანაცვებულების მიღების დროს.

ორგანოსა და ქსოვილის გადანერგვა

ორგანოსა და ქსოვილის ტრანსპლანტაცია ხდება ცოცხალი ან იმ წუთას გარდაცვლილი ადამიანისგან. ბევრი ადამიანი გამოთქვამს სურვილს, გახდეს დონორი. ტრანსპლანტაციასთან დაკავშირებული ეთიკური საკითხები მოიცავს ორგანოების განაწილებას, სხეულის ნაწილების გაყიდვას, ბავშვების ჩართვას, როგორც პოტენციური დონორები და ა.შ. ზოგ სიტუაციაში რელიგიური შეხედულების გამო წარმოიშობა ხოლმე პრობლემა, რადგანაც გარკვეული რელიგიები კრძალავს სხეულის დასახიჩრებას. გარდა ამისა, არსებობს ქვეყნები, სადაც გვამური დონაცია აკრძალულია კანონის მიხედვით.

სიცოცხლის შენყვება

სიცოცხლის ბოლო პერიოდში ყველაზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ინფორმაციისა და პროფესიული დახმარებით უზრუნველყოფას. სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხები მოიაზრება ყველაზე უფრო ხშირ ეთიკურ პრობლემებად ექთნებისთვის. ეს პრობლემები არის შემდეგი: ევთანაზია ანუ უმტკივნეულო სიკვდილი, სუიციდის გამოწვევა, აპარატიდან გამორთვა, საკვებისა და სითხის მიღებაზე უარის თქმა.

ევთანაზია და სუიციდის გამოწვევა

ევთანაზია ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს „კარგ სიკვდილს“. **აქტიური ევთანაზია** გულისხმობს სწრაფ სიკვდილს პაციენტის თანხმობით ან თანხმობის გარეშე. ამის მაგალითად შეიძლება ჩაითვალოს სასიკვდილო წამლის მიღება პაციენტის ტანჯვის დასამთავრებლად. სურვილის მიუხედავად, აქტიური ევთანაზია აკრძალულია კანონით და მიჩნეულია მკვლელობის ტოლფასად.

აქტიური ევთანაზიის ერთ-ერთი სახეობაა სუიციდის გამოწვევა, რაც იმას ნიშნავს, რომ პაციენტს, მისი მოთხოვნით, მივცეთ რაიმე საშუალება თვითონ მოისწრაფოს სიცოცხლე. ზოგიერთი ქვეყანა კანონის ძალით, ნებას რთავს შესაბამის დაწესებულებებს, გამოიყენონ ეს მეთოდი იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც სიკვდილისთვის არიან განწირულნი და თვითონვე უნდათ სიცოცხლის დასამთავრება. თუმცა, ზოგი ადამიანი არ ეთანხმება ამ მოსაზრებას. ნებისმიერ შემთხვევაში ექთანმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს იმაზე, რომ კანონიერი და მორალური ერთი და იგივე არ არის. სუიციდის საკითხი ჯერ კიდევ დავის საგნად რჩება საზოგადოებაში. ევთანაზიისა და სუიციდის მეთოდების გამოყენება ეწინააღმდეგება საექთნო კოდექსს.

პასიური ევთანაზია ძირითადად გულისხმობს სიცოცხლისთვის არაფრისმომცემ და მტანჯველ თერაპიაზე უარის თქმას, სიცოცხლის გახანგრძლივებისთვის საჭირო საშუალებების შეწყვეტას, როგორცაა ხელოვნური სუნთქვის აპარატიდან მოხსნა ანუ მივცეთ პაციენტს უფლება, გარდაიცვალოს სამედიცინო მიზეზით. ეს მეთოდი შეიძლება იყოს კანონიერადაც და ეთიკურადაც გამართლებული, ვიდრე სუიციდი.

მტანჯველი თერაპიის დასრულება

ანტიბიოტიკები, ორგანოს გადანერგვა და ტექნოლოგიური წინსვლა ეხმარება ადამიანს სიცოცხლის გახანგრძლივებაში, მაგრამ არა ჯანმრთელობის აღდგენაში. თუმცა, უნდა ითქვას რომ სამედიცინო პერსონალისთვის ბევრად უფრო ძნელია მკურნალობაზე უარის თქმა, ვიდრე მისი დაწყება. ექთნებს უნდა ესმოდეთ, რომ მკურნალობაზე უარის თქმა არ ნიშნავს ზრუნვაზე უარის თქმას. მათ უნდა უზრუნველყონ პაციენტი ემოციური ზრუნვითა და კომფორტით, როგორც კი დაინახავენ, რომ ავადმყოფობა პროგრესირებს.

საკვებისა და სითხის მიღების შეწყვეტა

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ საკვებისა და სითხის პაციენტისთვის მიწოდება ექთნის პრაქტიკის ერთი ჩვეულებრივი ნაწილია, ასევე მორალური ვალდებულებაც. თუმცა, როდესაც საკვები და სითხე მიეწოდება მილის საშუალებით მომავკდავ პაციენტს ან

დიდი ხნის განმავლობაში უგონო მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს, ზოგი ამას თვლის გმირობად. ექთანი მორალურად ვალდებულია შეუწყვიტოს საკვებისა და სითხის მიწოდება, თუ ეს პირიქით აზიანებს პაციენტს. ასევე მან პატივი უნდა სცეს პაციენტის გადაწყვეტილებას საკვებისა და სითხის შეწყვეტაზე. ექთნების ეთიკის კოდექსიც მხარს უჭერს ამ პოზიციას, თუ ექთანი ადვოკატის როლში გვევლინება და ავტონომიის მორალური პრინციპი უნდა იქნას დაცული.

პიროვნული ინფორმაციის მენეჯმენტი

ავტონომიის პრინციპის საფუძველზე, ექთანი ვალდებულია დაიცვას პაციენტის კონფიდენციალობა, რომელიც არის როგორც კანონიერი, ასევე ეთიკური განაწესი. ექთნებმა უნდა უზრუნველყონ ასეთი ინფორმაციის დაცვა და უსაფრთხოების ზომების მიღება.

ადვოკატირება

როდესაც ადამიანები არიან ცუდად, ვერ ახერხებენ თავიანთი უფლებების სათანადოდ დაცვას. **ადვოკატი** არის პირი, რომელიც გამოხატავს და იცავს მეორე პირის ინტერესებს. ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სისტემა არის კომპლექსური და ბევრი პაციენტი იმდენად ცუდად არის, რომ ვერ უმკლავდება ამ ყველაფერს. ამიტომაც მათ სჭირდებათ ადვოკატი, რომელიც უზრუნველყოს ბიუროკრატიულ საკითხებს და შეასრულებს მათ მოთხოვნებს. ძირითადი ღირებულებები მოცემულია ჩანართში 2-6.

ჩანართი 2-6 პაციენტთა ადვოკატირების ღირებულებები

- პაციენტი არის ჰოლისტური, დამოუკიდებელი არსება, რომელსაც აქვს არჩევანისა და გადაწყვეტილების მიღების უფლება;
- პაციენტს აქვს უფლება ჰქონდეს მოლოდინი ექთან-პაციენტის ურთიერთობის, რომელიც დამყარებულია ორმხრივ პატივისცემაზე, ნდობაზე, თანამშრომლობაზე ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრის დროს;
- ექთნის პასუხისმგებლობაა უზრუნველყოს პაციენტის წვდომა მოვლის რესურსებზე;

თუ პაციენტს ნაკლებად აქვს გადაწყვეტილების მიღების უნარი, არის კანონიერად არაკომპეტენტური, მაშინ მის ინტერესებს წარმოადგენს პაციენტის მიერ დანიშნული მინდობილი პირი ან ოჯახის უფროსი. ექთანმა უნდა გაარკვიოს პაციენტისა და ოჯახის შეხედულებები და პატივი სცეს მათ.

იმისათვის რომ, პაციენტის უფლებები ცალსახად გასაგები იყოს როგორც პაციენტისთვის, ისევე მზრუნველისთვის, გამოიცა უფლებების რამდენიმე ვერსია მომხმარებელი ორგანიზაციების მიერ (ჩანართი 2-7).

ჩანართი 2-7 პაციენტის მოვლაში მონაწილეობა: მოლოდინები, უფლებები და პასუხისმგებლობა

როდესაც პაციენტს სჭირდება საავადმყოფოში მკურნალობა, სამედიცინო პერსონალი ვალდებული არიან იმუშაონ პაციენტისთვის. ექიმები ემსახურებიან ყველა ეთნიკური, რელიგიური და ეკონომიური მდგომარეობის მქონე საზოგადოებას.

- *პაციენტის ჩართულობა საკუთარ მკურნალობაში* – პაციენტი და მისი ექიმი ხშირად იღებენ გადაწყვეტილებას მკურნალობის შესახებ, სანამ პაციენტი საავადმყოფოში მისა. სხვა დროს, განსაკუთრებით, სასწრაფო შემთხვევებისას, ეს გადაწყვეტილებები მიიღება საავადმყოფოში ყოფნის დროს. გადაწყვეტილების მიღება უნდა შეიცავდეს:
- *პაციენტი განიხილავს სამედიცინო მდგომარეობას შესაფერის მკურნალობის არჩევანთან ერთად.* იმისთვის რომ პაციენტის გადაწყვეტილება ეცნობოს ექიმს, მან უნდა გაიგოს:
 - თითოეული სახის მკურნალობის სარგებელი და რისკები;
 - მკურნალობა ექსპერიმენტულია თუ კვლევითი სწავლების ნაწილი;
 - რა მოლოდინი ექნება პაციენტს ამ მკურნალობიდან და რა ხანგრძლივი ეფექტის მოხდენა შეუძლია ცხოვრების ხარისხზე;
 - რა უნდა გააკეთოს პაციენტმა და ოჯახმა საავადმყოფოს დატოვების შემდეგ;
 - ღია სერვისების გამოყენების ფინანსური შედეგები;
- *მკურნალობის გეგმის განხილვა* – როდესაც საავადმყოფოში შედის პაციენტი, იგი ხელს აწერს მკურნალობაზე თანხმობას. ზოგიერთ შემთხვევაში, როგორცაა ქირურგია ან ექსპერიმენტული მკურნალობა, შეიძლება საჭირო გახდეს წერილობითი დასტური. ეს პროცესი იცავს პაციენტის უფლებას დაეთანხმოს ან უარი თქვას მკურნალობაზე. უარის შემთხვევაში ექიმი უხსნის სამედიცინო შედეგებს. ეს ასევე იცავს პაციენტის უფლებას, მიიღოს მონაწილეობა კვლევით სწავლებაში.
- *ინფორმაციის მიღება პაციენტისგან* – მომვლელს სჭირდება დაასრულოს და შეასწოროს ინფორმაცია პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ, რათა მიიღოს სწორი გადაწყვეტილება მკურნალობაზე. ეს შეიცავს შემდეგ საკითხებს:
 - წარსული ავადმყოფობა, ოპერაციები ან ჰოსპიტალიზაცია;
 - ანამნეზში ალერგიული რეაქციები;
 - წამლები ან დიეტური საშუალებები, რასაც იღებდით;
 - ქსელის ან ჰოსპიტალის მოთხოვნა ჯანმრთელობის დაგეგმარებისას.
- *პაციენტის მიერ მკურნალობის მიზნებისა და ღირებულებების გაცნობიერება* – პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს მიზნები, ღირებულებები და სულიერი შეხედულებები, რაც მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობისთვის. დარწმუნებული იყავით, რომ პაციენტის სურვილების შესახებ იციან ექიმმა, ოჯახმა და მთელმა გუნდმა.
- *პაციენტმა უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება მაშინ, როდესაც მას არ შეეძლება*

მიმართვა პაციენტს:

„სანამ აქ იმყოფებით, თქვენ მიიღებთ უფრო მეტ დეტალურ ინფორმაციას თქვენი უფლებების შესახებ, როგორც საავადმყოფოს პაციენტი. ჩვენი ინტერესში შედის მხოლოდ გაუმჯობესება. თუ გაქვთ კითხვები, კომენტარი ან აზრები, გთხოვთ დაგვიკავშირდით.“

საავადმყოფოს ადმინისტრაცია“.

ადვოკატის როლი

ადვოკატი მხარს უჭერს პაციენტს გადაწყვეტილების მიღების დროს, თუ პაციენტს გააჩნია ამის უნარი. ადვოკატი ფრთხილად უნდა იყოს შეინარჩუნოს ობიექტურობა. მან უნდა მიიღოს და პატივი სცეს პაციენტის გადაწყვეტილებას, თუნდაც სჯეროდეს ექთანს, რომ ის მცდარია. შუამავლობის დროს, ადვოკატი პირდაპირ ერევა პაციენტის სასარგებლოდ მის საკითხებში.

ადვოკატირება შინმოვლისას

შინმოვლა არის უნიკალური შემთხვევა, როცა ექთანია ადვოკატი. როცა ავადმყოფი სახლში მკურნალობს, ის მოქმედებს თავისი პიროვნული ღირებულებებიდან გამომდინარე და შეიძლება დაუბრუნდეს ძველ ჩვეულებებს, რამაც უარყოფითად იმოქმედოს მის ჯანმრთელობაზე. ამის მიუხედავად, ექთანმა პატივი უნდა სცეს პაციენტის ავტონომიას. სახლში მკურნალობის დროს, შეზღუდული რესურსი და პაციენტის სერვისების ნაკლებობა იწვევს ყურადღების გადატანას ხან პაციენტის კეთილდღეობაზე, ხან რესურსების განაწილებაზე.

პროფესიული და საზოგადოებრივი ადვოკატირება

ადვოკატირება საჭიროა როგორც ექთნის პროფესიისთვის, ისე საზოგადოებისთვის. ექთანს, რომელიც პასუხისმგებლობას იღებს თავის თავზე, როგორც პროფესიულ, ისე საზოგადოებრივ ადვოკატირებას, ხელეწიფება ცვლილებებზე გავლენის მოხდენა. ადვოკატის როლში, ექთანმა კარგად უნდა იცოდეს საექთნო ეთიკისა და მოვლის საკითხები, ასევე კანონები და რეგულაციები, რომელიც გავლენას ახდენს პრაქტიკის ეფექტურობასა და საზოგადოების ჯანმრთელობაზე.

ეფექტური ადვოკატი უნდა:

- იყოს მტკიცე;
- აცნობიერებდეს, რომ პაციენტისა და ოჯახის უფლებები და ღირებულებები არის პირველ ადგილზე, თუნდაც ეწინააღმდეგებოდეს სამედიცინო პერსონალს;
- იცოდეს, რომ შეიძლება წარმოიშვას კონფლიქტები ისეთ საკითხებზე, რომელიც ითხოვს კონსულტაციას, კონფრონტაციას და მოლაპარაკებას ექთანსა და ადმინისტრაციულ პერსონალს შორის ან ექთანსა და მომვლელს შორის;
- იმუშაოს საზოგადოებრივ სააგენტოებთან;
- მოახდინოს ადვოკატირება, რომელიც შეიძლება ითხოვდეს პოლიტიკურ ქმედებასაც: კომუნიკაცია პაციენტების საჭიროებებზე ხელისუფლებასთან ან ოფიციალურ პირებთან, ვისაც გააჩნია ავტორიტეტი.

კრიტიკული აზროვნების მნიშვნელოვანი ასპექტები

79 წლის მამაკაცს აქვს პერიფერიული სისხლძარღვოვანი დაავადება და შეუხორცებელი ჭრილობა ფეხზე. მისი პრობლემის მკურნალობის 2 გზა არსებობს: ოპერაცია სისხლძარღვზე ან ფეხის ამპუტაცია. ქირურგი თვლის, რომ ფეხის გადარჩენა შესაძლებელია, თუმცა პაციენტი არჩევს ამპუტაციას. პაციენტს სურს, რომ ჭრილობის შეხორცების პროცესი არ გაგრძელდეს დიდხანს და სწრაფად დაუბრუნდეს თავის ჩვეულ ცხოვრებას. იგი ექთნებს ეკითხება აზრს თავის გადაწყვეტილების შესახებ.

1. რა ღირებულებების და რწმენისაა პაციენტი?
2. რა დამატებითი ინფორმაცია სჭირდება ექთანს პაციენტისგან და ქირურგისგან?
3. რა არის ექთნის ეთიკური/მორალური პასუხისმგებლობა ამ კონკრეტულ მაგალითში?
4. რა კონფლიქტი შეიძლება გაუჩნდეს ექთანს ერთგულებასა და ვალდებულებას შორის?
5. რა მნიშვნელობა ენიჭება ექთნის ეთიკის კოდექსს არსებული დილემის გადაჭრაში?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Aulisio, M. P., & Arnold, R. M. (2008). Role of the ethics committee: Helping to address value conflicts or uncertainties. *Chest*, 134, 417–424. doi:10.1378/chest.08-0136
- Crigger, N. (2008). Towards a viable and just global nursing ethics. *Nursing Ethics*, 15(1), 17–27. doi:10.1177/0969733007082121
- Khalaf, A., Berggren, V., & Westergren, A. (2009). Caring for undernourished patients in an orthopaedic setting. *Nursing Ethics*, 16(1), 5–18. doi:10.1177/0969733008097986
- Racine, E. (2008). Enriching our views on clinical ethics: Results of a qualitative study of the moral psychology of healthcare ethics committee members. *Journal of Bioethical Inquiry*, 5(1), 57–67. doi:10.1007/s11673-008-9083-8
- Zuzelo, P. R. (2008). Exploring the moral distress of registered nurses. *Alberta RN*, 64(3), 4–5.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Washington, DC: Author.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2006). The 4 A's to Rise Above Moral Distress Toolkit. Aliso Viejo, CA: Author. Retrieved from http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/4As_to_Rise_Above_Moral_Distress.pdf
- American Hospital Association. (2003). The patient care partnership: Understanding expectations, rights and responsibilities. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.aha.org/aha/issues/Communicating-With-Patients/pt-care-partnership.html>
- American Nurses Association. (1994a). Position statement on active euthanasia. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/EthicsandHumanRights/prteteuth14450.aspx>
- American Nurses Association. (1994b). Position statement on assisted suicide. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/EthicsandHumanRights/prtetsuic14456.aspx>
- American Nurses Association. (2005). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Kansas City, MO: Author. Retrieved from http://www.nursingworld.org/ethics/code/protected_nwcoe813.htm
- American Nurses Association. (2006). Position statement: Risk and responsibility in providing nursing care. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/EthicsandHumanRights/RiskandResponsibility.aspx>
- American Nurses Association. (2007). Position statement on stem cell research. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/EthicsandHumanRights/StemCellResearch.aspx>

- American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Draft for public comment. Silver Spring, MD: Author.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. New York, NY: Oxford University Press.
- Cassells, J., & Redman, B. (1989). Preparing students to be moral agents in clinical nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, 24(2), 463–473.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ..., Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55, 122–131. doi:10.1016/j.outlook.2007.02.006
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hellstrom, U., & Sarvimaki, A. (2007). Experiences of selfdetermination by older persons living in sheltered housing. *Nursing Ethics*, 14, 413–424. doi:10.1177/0969733007075888
- International Council of Nurses. (2006). *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva, Switzerland: Author.
- Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs. (2002). Questionnaire for values clarification. Retrieved from
- <http://www.jhuccp.org/research/download/Valuesinstrument.pdf>
- The Joint Commission. (2009). *2010 Hospital accreditation standards*. Oakbrook Terrace, IL: Author.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitivedevelopmental approach to socialization. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 347–480). Chicago, IL: Rand McNally.
- Monturo, C. (2009). The artificial nutrition debate: Still an issue ... after all these years. *Nutrition in Clinical Practice*, 24, 206–213. doi:10.1177/0884533609332089
- Rassin, M. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*, 15, 614–630. doi:10.1177/0969733008092870
- Rath, L., Harmin, M., & Simon, S. (1978). *Values and teaching: Working with values in the classroom* (2nd ed.). Columbus, OH: Merrill.
- Saad, L. (2009). *Honesty and Ethics Poll Finds Congress' Image Tarnished*. Retrieved from
- <http://www.gallup.com/poll/124625/Honesty-Ethics-Poll-Finds-Congress-Image-Tarnished.aspx>
- Solomon, L. M., & Noll, R. C. (2007). Male versus female genital alteration: Differences in legal, medical, and socioethical responses. *Gender Medicine*, 4, 89–96. doi:10.1016/S1550-8579(07)80023-4
- Thompson, J. B., & Thompson, H. O. (1985). *Bioethical decision-making for nurses*. Norwalk, CT: Appleto Century-Crofts.
- Wyer, R. S., Chiu, C., & Hong, Y. (2009). *Understanding culture: Theory, research, and application*. New York, NY: Psychology Press.

- Aiken, T. D. (2008). *Legal, ethical and political issues in health occupations* (2nd ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Armstrong, A. E. (2007). *Nursing ethics: A virtue-based approach*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2008). *Nursing ethics: Across the curriculum and into practice* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Cahana, A., Weibel, H., & Hurst, S. A. (2008). Ethical decisionmaking. *American Academy of Pain Medicine*, 9, 728–736.
- Dahnke, M. D. (2009). The role of the American Nurses Association Code in ethical decision making. *Holistic Nursing Practice*, 23, 112–119.
- Ellenchild Pinch, W. (2009). Honoring American nurse ethicists. *Nursing Ethics*, 16, 238–247. doi:10.1177/0969733008100082
- Guido, G. W. (2010). *Legal and ethical issues in nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hall, D. E. (2003). When clinical medicine collides with religion. *The Lancet*, 362, s28–s30.
- Johnstone, M. (2008). Questioning nursing ethics. *Australian Nursing Journal*, 15(7), 19.
- Johnstone, M. J. (2008). *Bioethics: A nursing perspective* (5th ed.). Marrickville, NSW, Australia: Churchill-Livingstone.
- Murray, J. S. (2007). Creating ethical environments in nursing. *American Nurse Today*, 2(10), 48–49.
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*, 15, 304–321. doi:10.1177/0969733007088357
- Shepard, A. (2010). Moral distress: A consequence of caring. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14, 25–27. doi:10.1188/10.CJON.25-27
- Ulrich, C. M., Hamric, A. B., & Grady, C. (2010). Moral distress: A growing problem in the health professions? *Hastings Center Report*, 40(1), 20–22. doi:10.1353/hcr.0.0222
- Veatch, R. M., Haddad, A., & English, D. D. (2009). *Case studies in biomedical ethics: Decision-making, principles, and cases*. Cary, NY: Oxford University Press.
- Westra, A. E., Willems, D. L., & Smit, B. J. (2009). Communicating with Muslim parents: "The four principles" are not as culturally neutral as suggested. *European Journal of Pediatrics*, 168, 1383–1387.
- Westrick, S. J., & Dempster, K. M. (2009). *Essentials of nursing law and ethics*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Wyer, R. S., Chiu, C., & Hong, Y. (2009). *Understanding Culture: Theory, Research, and Application*. New York, NY: Psychology Press.

პრაგრამი 2

ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მიდგომები

თავი 3

ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი სისტემები

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლება:

1. განასხვავოთ ერთმანეთისგან პირველადი, მეორეული და მესამეული დონის ჯანდაცვის სისტემები;
2. ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე სხვადასხვა სპეციალისტის როლის გაგება;
3. ჯანდაცვის სისტემა ტოტალურად აერთიანებს ჯანდაცვის ყველა დისციპლინას და ერთ-ერთი ყველაზე დიდი ინდუსტრიაა. წარსულში ჯანდაცვის სისტემები ისე იყო მოწყობილი რომ ზრუნავდა მხოლოდ დაზიანებულ/დაავადებულ ადამიანზე. ხოლო მას შემდეგ რაც გაიზარდა თვითშეგნება და დაიწყო ჯანმრთელობის ხელშეწყობი კამპანიები, როგორიცაა დაავადებების პრევენცია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ჯანდაცვის სისტემაც შეცვალა, რამაც, შესაბამისად, შეცვალა ექთნის როლი ამ სისტემაში. ჯანდაცვის სისტემაში სერვისები დონეების მიხედვით სტრუქტურირებულია.

ჯანდაცვის სერვისების ტიპები

ჯანდაცვის სერვისი ძირითადად კორელაციაშია დაავადების პრევენციის დონეზე:

ა) პირველადი პრევენცია, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას და დაავადების პრევენციას; ბ) მეორეული პრევენცია, რომელიც მოიცავს დიაგნოზის დასმას და მკურნალობას და გ) მესამეული პრევენცია, რომელიც მოიცავს რეაბილიტაციას, ჯანმრთელობის აღდგენას და პალიატიურ ზრუნვას.

პირველადი პრევენცია: ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და დაავადების პრევენცია

ადამიანების ჯანმრთელობის ოპტიმალური დონის შესანარჩუნებლად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ შექმნა პროექტი „ჯანმრთელი ადამიანები“, რომელსაც ქონდა ოთხი მთავარი მიზანი: ა) ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება; ბ) ჯანმრთელობის თანასწორობის მიღწევა და ჯანმრთელობის უთანასწორობის აღმოფხვრა; გ) ჯანსაღი გარემოს შექმნა და დ) ცხოვრების მანძილზე ჯანმრთელობისა და ცხოვრების მაღალი ხარისხის ხელშეწყობა.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა 1980 წლებიდან ვითარდება და დღემდე ბევრი ადამიანი აცნობიერებს მისი შენარჩუნების მნიშვნელობას. პირველადი პრევენციის პროგრამა მიმართულია და გულისხმობს: ჯანსაღ კვებას, სხეულის ნორმალურ წონას, ფიზიკური აქტივობას და სტრეს ფაქტორების შემცირებას.

დაავადებები პრევენციის პროგრამები ხშირად მიმართულია არამართო კონკრეტულ ადამიანზე, არამედ სოციუმზე და ამის კარგი მაგალითია იმუნიზაცია, დაავადებების გამომწვევი რისკ-ფაქტორების იდენტიფიცირება რათა დაეხმაროს ადამიანებს თავი დაიცვან კონკრეტული დაავადებების განვითარებისაგან. ეს პროგრამები მოიცავს ასევე თამბაქოს საწინააღმდეგო კამპანიებს, ჰაერის დამაბინძურებელი ნივთიერებების შემცირების ხელშეწყობ აქტივობებს და ა.შ.

მეორეული პრევენცია: დიაგნოზი და მკურნალობა

წარსულში ჯანდაცვის სისტემების უმეტესი ნაწილი მიმართული იყო დიაგნოზის დასმასა და მკურნალობაზე. საავადმყოფოები და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი, ძირითადად, პაციენტებს სთავაზობდნენ მეორეული პრევენციის ჯანდაცვის სერვისებს. ჰოსპიტლები დღესაც აგრძელებენ ფოკუსირებას ისეთი სერვისების მიწოდებაზე, როგორიცაა გადაუდებელი დახმარება და ინტენსიური მოვლა.

გარდა ამისა, დღეს დღეობით, ჰოსპიტლები და პირველადი ჯანდაცვის რგოლი აქტიურადაა ჩართული ისეთი დაავადებებისა და მდგომარეობების რუტინულ სკრინინგზე, რომელიც სამომავლოდ მნიშვნელოვან როლს შეასრულებს სოციუმის სიჯანსაღეზე. ასეთ სერვისებს მიეკუთვნება სკრინინგ პროგრამები, რომელიც ეხმარება ადამიანებს ამა თუ იმ დაავადების დროულ აღმოჩენაში და ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში. სკრინინგ პროგრამების რაოდენობა ყველა ქვეყანაში განსხვავებულია და ხელმისაწვდომისა მოსახლობის ყველა ფენისთვის.

მესამეული პრევენცია: რეაბილიტაცია, ჯანმრთელობის მდგომარეობის აღდგენა და პალიატიური ზრუნვა

მესამეული პრევენციის მიზანია დაუბრუნოს ადამიანები თავის ჩვეულ ცხოვრების წესს და უნარ-ჩვევებს. ზოგიერთ შემთხვევაში ადამიანებს აღენიშნებათ ისეთი შეუქცევადი დაზიანებები რომლის აღდგენა არ ხდება, თუმცა მესამეული პრევენციული ღონისძიებების შედეგად ხდება მათი შესაძლებლობების ჩვეულ ცხოვრების წესზე მორგება.

მესამეული პრევენცია ასევე პალიატიურ ზრუნვასაც მოიცავს, რომელიც კომფორტის შექმნასა და სიმპტომების მკურნალობას გულისხმობს. ამ მიმართულებით ექთნების როლი და ჩართულობა დღითი დღე იზრდება, აღნიშნულ სერვისზე დიდი მოთხოვნის გამო.

ჯანდაცვის სისტემა და სერვისის მიწოდებელი დაწესებულებები

ჯანდაცვის სისტემის მოდელი ყველა ქვეყანაში განსხვავებულია და დროდადრო რეალობის შესაბამისად იცვლება. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა შესაძლებელი იხილოთ მითითებულ ლინკზე: <https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2018/Failebi/06.08.2018.pdf>.

ჯანდაცვის სისტემის მიმწოდებლები

ჯანდაცვის სისტემაში სერვისის მიმწოდებელია სამედიცინო პერსონალი: ექთნები და სხვადასხვა სპეციალობის ექიმი, რომლებიც კოორდინირებული მუშაობით, თავიანთი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გამოყენებით პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე ზრუნავენ. მათი ურთიერთგაგების მიზანია პაციენტის ჯანმრთელობის აღდგენა და გაუმჯობესება.

ექთანი

ექთნის როლი პაციენტის მოთხოვნების მიხედვით განსხვავებულია და დამოკიდებულია ექთნის კვალიფიკაციაზე და დასაქმების ადგილზე.

ალტერნატიული პროფესიები

არსებობს ალტერნატიული(დამატებითი) სპეციალობები, რომელიც შესაძლებელია ჩართული იყოს პაციენტის მოვლაში. ესენია: ქიროპრაქტიკოსი, პერბალისტი (სამკურნალო მცენარეების მცოდნე), მასაჟისტი, რეფლექსოლოგი და ა. შ. აღნიშნული სპეციალისტები მუშაობენ დამოუკიდებლად, თუმცა ზოგიერთ ქვეყანაში მათ სერვისს საავადმყოფოს პირობებშიც შეხვდებით.

სტომატოლოგი

სტომატოლოგები მკურნალობენ კბილების, ყბის და პირის ღრუს დაავადებებს. ისინი (და მათი სტომატოლოგიური ჰიგიენისტები) ასევე აქტიურად მონაწილეობენ პროფილაქტიკური ზომების გატარებაში პირის ღრუს სტრუქტურების სიჯანსაღის შესანარჩუნებლად (მაგ., კბილები და ღრძილები).

დიეტოლოგი ან ნუტრიციოლოგი

დიეტოლოგს განსაკუთრებული ცოდნა აქვს კვებისა და საკვები ნივთიერებების შესახებ, რომელიც მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის და დაავადების წარმატებით მკურნალობისთვის. ზოგადად, საავადმყოფოებში დიეტოლოგები/ნუტრიციოლოგები, აკონტროლებენ თუ როგორ მზადდება საკვები და რწმუნდებიან რომ პაციენტი იღებს მისთვის მნიშვნელოვან საკვებ ნივთიერებებს. გარდა ამისა, დიეტოლოგი ჩართულია პაციენტზე მორგებულ სპეციალური კვების განრიგის შემუშავებაში.

გადაუდებელი დახმარების პერსონალი

გადაუდებელი დახმარების ქვეშ ერთიანდება ისეთი პროფესიის მქონენი, რომელიც დასაქმებულები არიან სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების სამსახურებში. ბევრ ქვეყანაში გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას ახორციელებენ პარამედიკები, რომლებიც მომზადებულები არიან სათანადოდ რათა მოახდინონ პაციენტის უსაფრთხო ტრანსპორტირება საავადმყოფომდე.

ოკუპაციური თერაპევტი

ოკუპაციური თერაპევტი ფიზიკურად, გონებრივად თუ სოციალურად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანებს უწევს დახმარებას, რომ გამოიმუშაონ ისეთი უნარ-ჩვევები რომელიც მათ ეხმარება გარემოში ადაპტაციისთვის. ასეთი უნარ-ჩვევები კი მიიღწევა სპეციფიკურად შერჩეული აქტივობების საშუალებით, რომელიც ინდივიდუალურად მორგებულია პაციენტის მოთხოვნილებებზე.

ტექნიკოსები (პარამედიკები)

ლაბორატორიული ტექნიკოსი, რადიოლოგიური ტექნიკოსი, ბირთვული მედიცინის ტექნიკოსი-ნარმოადგენს იმ ტიპის ტექნიკურ პერსონალს, რომელიც სამედიცინო ტექნოლოგიების სპეციალისტებს აერთიანებს და ისინი უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებენ მედიცინაში, რადგან ეხმარებიან ექიმებს პაციენტის დიაგნოზის დასმაში. ლაბორატორიული ტექნიკოსი იკვლევს ადამიანის ორგანიზმის სხვადასხვა ბიოლოგიურ სითხეს და მათ დასკვნაზეა დამოკიდებული სწორი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. რადიოლოგიის ტექნიკოსის მოვალეობაა სხვადასხვა რადიოლოგიური პროცედურების შესრულება, რომელიც ასევე საჭიროა დიაგნოზის ვერიფიცირებისათვის.

ფარმაცევტი და კლინიკური ფარმაკოლოგი

საავადმყოფოს პირობებში ფარმაცევტის დანიშნულებაა ფარმაცევტული პროდუქტებიდან წამლის დამზადება და განზავება. გარდა ამისა, ფარმაცევტი მონიტორინგს და შეფასებას უწევს ფარმაცევტული პროდუქტის მოქმედებას პაციენტზე. კლინიკური ფარმაკოლოგი არის სპეციალისტი, რომელიც ეხმარება ექიმებს დანიშნულების შექმნაში. გარდა ამისა, იგი ჩართულია და მონაწილეობას ღებულობს მკურნალობის გეგმის სწორად წარმართვაში.

ფიზიოთერაპევტი

ფიზიოთერაპევტის დანიშნულებაა დაეხმაროს ისეთ პაციენტებს, რომელთაც აწუხებთ საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის პრობლემები. ასეთი თერაპიის დროს გამოიყენება პაციენტზე მორგებული ისეთი მეთოდები, რომელიც ხელს შეუწყობს მოძრაობის გაადვილებას და ახალი უნარების შეძენას.

ექიმი/მკურნალი

ექიმის დანიშნულებაა კონკრეტული დაავადების მქონე პაციენტს დაუსვას სწორი დიაგნოზი და უმკურნალოს შესაბამისად. ტრადიციულად ექიმის დანიშნულებაა დაავადებულის მკურნალობა, თუმცა თანამედროვე მედიცინაში ექიმები ასევე ჩართულნი არიან ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებების პრევენციაში.

ექიმების კომპეტენციებიც განსხვავებულია მაგ., ოჯახის ექიმთან (რომელსაც ზოგადი პრაქტიკის ექიმსაც უწოდებენ) ხდება პაციენტების ძირითადი ნაწილი ამბულატორიულ პირობებში, რომლის შემდეგაც ხდება სპეციალისტებთან გადამისამართება

საჭიროების შემთხვევაში. ვიწრო სპეციალიზაციებს მიეკუთვნება: დერმატოლოგი, ნევროლოგი, ონკოლოგი, ორთოპედი, პედიატრი, ფსიქიატრი, რადიოლოგი, ქირურგი და სხვა.

ფაქტორები, რომელიც გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემის მიწოდებაზე

დღეს დღეობით ადამიანებმა უფრო მეტი იციან ჯანმრთელობაზე და მისი შენარჩუნებისთვის საჭირო საშუალებებზე, ვიდრე გასულ წლებში. შესაბამისად, ძალიან გაიზარდა ჯანდაცვის სისტემების დატვირთვა. გარდა ამისა ადამიანები აქტიურად არიან ჩართულნი საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებში. შესაბამისად, მომხმარებლები უფრო მეტად ითხოვენ ისეთ სერვისებს, რომელიც ორიენტირებულია ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და დაავადების პრევენციაზე. განვიხილოთ ისეთი ფაქტორები, რომელიც ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაზე ახდენს გავლენას.

ხანდაზმული ადამიანების რაოდენობის მომატება

მსოფლიო მოსახლეობის 13 % -ს 65 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობა შეადგენს და ეს რიცხვი ყოველ წლიურად მატულობს. ამ პოპულაციას განსაკუთრებით სჭირდება ზრუნვა, რათა თავი იგრძნოს სოციალური სრულუფლებიან წევრად და მოახდინოს საკუთარი შესაძლებლობების მაქსიმალური რეალიზება, აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ უმეტეს ნაწილს აქვს ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემა რომელიც სხვადასხვა დონის ჯანდაცვის სერვისით უზრუნველყოფას მოითხოვს.

ტექნოლოგიების განვითარება

ჯანდაცვასთან დაკავშირებული მეცნიერული ცოდნა და ტექნოლოგია ძალიან სწრაფად განვითარებადი დარგია. უმჯობესდება დიაგნოსტიკური პროცედურები და იხვეწება ტექნოლოგიური საშუალებები დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკისთვის. ასეთი ტექნოლოგიური მიღწევები დაავადების ადრეულ სტადიაზე ამოცნობისა და უფრო მეტი დაავადების განკურნების საშუალებას იძლევა. იქმნება ახალი ანტიბიოტიკები, რომელიც იწარმოება ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ სამკურნალოდ. დღეს დღეობით ისეთი ოპერაციები ტარდება გულზე, ფილტვებზე და ღვიძლზე რომელიც არ ტარდებოდა 20 წლის წინ.

მედიცინის განვითარებამ ხელი შეუწყო სხვადასხვა სამედიცინო სერვისის განვითარებას და დახვეწას. მაგალითად, წლების წინ კატარაქტის ოპერაციის შემდეგ პოს-პიტალში დაყოვნება დაახლოებით 10 დღე გრძელდებოდა, თუმცა დღეს კატარაქტის ოპერაცია ამბულატორიულ ქირურგიულ სერვისად ითვლება.

ტექნოლოგიების განვითარებამ, სპეციალიზებულმა მკურნალობამ და პროცედურებმა ძალიან გაზარდა ჯანდაცვის სერვისების ფასი. დიაგნოსტიკური აღჭურვილობის ღირებულება ზოგ შემთხვევაში მილიონებს აღწევს, ამას დამატებული სპეციალისტების დახელოვნება ახალი აპარატურისა და პროცედურის კეთებაში, სწორედ ამიტომ, ასეთი პროცედურების ღირებულება საკამოდ მაღალია.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Bindman, A., Chattopadhyay, A., & Auerback, G. (2008). Interruptions in Medicaid coverage and risk for hospitalization for ambulatory care—Sensitive conditions. *Annals of Internal Medicine*, 149, 854–860.
- Kennedy, J., & Morgan, S. (2009). Cost-related prescription nonadherence in the United States and Canada: A system-level comparison using the 2007 International Health Policy Survey in seven countries. *Clinical Therapeutics*, 31, 213–219. doi:10.1016/j.clinthera.2009.01.006
- Leininger, L. (2009). Partial-year insurance coverage and the health care utilization of children. *Medical Care Research & Review*, 66(1), 49–67. doi:10.1177/1077558708324341
- McNair, P., Borovnicar, D., Jackson, T., & Gillett, S. (2009). Prospective payment to encourage system-wide quality improvement. *Medical Care*, 47, 272–278. doi:10.1097/MLR.0b013e31818b0825
- Simmons, L., Anderson, E., & Braun, B. (2008). Health needs and health care utilization among rural, low-income women. *Women & Health*, 47(4), 53–69. doi:10.1080/03630240802100317
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2005). Guide to health care quality. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/consumer/guidetoq>
- Centers for Medicaid and Medicare Services (CMS). (2008). National health expenditure projections 2008–2018. Retrieved from <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2008.pdf>
- Cherry, D. K., Hing, E., Woodwell, D. A., & Rechtsteiner, E. A. (2008). National Ambulatory Medical Care Survey: 2006 summary (National health statistics reports; no. 3).
- Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr003.pdf>
- Chu, M. C., & Rhoades, J. A. (2009). The uninsured in America, 1996–2008: Estimates for the U.S. civilian noninstitutionalized population under age 65 (Medical Expenditure Panel Survey Statistical Brief #259).
- Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st259/stat259.pdf
- DeNavas-Walt, C., Proctor, B. D., & Smith, J. C. (2009). Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2008. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Retrieved from <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf>
- Institute of Medicine. (2009). America's uninsured crisis: Consequences for health and health care. Washington, DC: The National Academies Press.
- Kaiser Family Foundation StateHealthFacts.org. (n.d.). Registered nurses per 100,000 population, 2008. Retrieved from http://www.statehealthfacts.org/comparemaptable.jsp?ind_439&cat_8

- Kashiwara, D., & Carper, K. (2009). National health care expenses in the U.S. civilian noninstitutionalized population, 2007 (Medical Expenditure Panel Survey Statistical Brief #272). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st272/stat272.pdf
- Minnick, A., Mion, L., Johnson, M., & Catrambone, C. (2007). How unit level nursing responsibilities are structured in U.S. hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 37, 452–458. doi:10.1097/01.NNA.0000285147.87612.96
- National Center for Health Statistics. (2009). *Health: United States, 2009*. Hyattsville, MD: Author. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus09.pdf>
- Shannon, S. C., & Teitelbaum, H. S. (2009). The status and future of osteopathic medical education in the United States. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84, 707–711. doi:0.1097/ACM.0b013e3181a43be8
- U.S. Census Bureau. (2005). Interim projections of the population by selected age groups for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2030. Retrieved from <http://www.census.gov/population/projections/SummaryTabB1.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy people 2020 framework*. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/HP2020/Objectives/framework.aspx>
- American Association of Colleges of Nursing. (1995). *A model for differentiated nursing practice*. Washington, DC: Author.
- Chen, C., & Mullen, F. (2009). The separate osteopathic medical education pathway: Uniquely addressing national needs. *Academic Medicine*, 84, 695. doi:10.1097/ACM.0b013e3181a3dd28
- Fonkych, K., O’Leary, J., Melnick, G., & Keeler, E. (2008). Medicare HMO impact on utilization at the end of the life. *American Journal of Managed Care*, 14, 505–512.
- Harrington, C., & Estes, C. L. (Eds.). (2007). *Health policy and nursing: Crisis and reform in the U.S. health care delivery system* (5th ed.). Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Kovner, A. R., & Knickman, J. R. (2008). *Jonas & Kovner’s health care delivery in the United States* (9th ed.). New York, NY: Springer.

თავი 4

ქვეყნის გაერთიანება და მკურნალობის უწყვეტობა

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლება:

1. განიხილოთ ფაქტორები, რომელიც მოქმედებს ჯანდაცვის რეფორმაზე;
2. აღწეროთ სოციალურ დამყარებული ჯანდაცვის სისტემები: ინტეგრირებული ჯანდაცვის სისტემა, სოციალური ინიციატივები და მდგომარეობები და შემთხვევების მართვა;
3. განსხვავება ტრადიციულ ჯანდაცვის სისტემასა და სოციალურ სისტემას შორის;
4. განმარტოთ ჯანდაცვის სისტემის ისეთი ძირითადი კოლაბორაციული ასპექტები როგორიცაა: დეფინიცია, მიზნები, სარგებელი და ქვითის როლი;
5. ქვითის როლი მკურნალობის უწყვეტობის პროცესში განსაზღვროთ;

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა მუდმივად განიცდის ცვლილებებს. ჯანდაცვის ხარჯების ესკალაცია, ტექნოლოგიების განვითარება, დემოგრაფიული ცვლილებები, საავადმყოფოებში დაყოვნების შემცირება, პაციენტების გაზრდილი მოთხოვნილება ჯანდაცვის სერვისებზე და ჯანდაცვის გარკვეულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა იწვევს ამ ცვლილებებს უწყვეტ რეჟიმში. მაგალითად, ჯანმრთელობის დაცვის ისეთი ღონისძიებები, როგორიცაა ინტრავენური სითხის ადმინისტრირება ან ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია, რომელიც უსაფრთხოდ ითვლებოდა მხოლოდ საავადმყოფოში, ამჟამად სახლის პირობებშიცაა შესაძლებელი.

ჯანდაცვის სისტემის ცვლილება

პროფესიონალები, მომხმარებლები და კანონმდებელი პირები გამოხატავენ საფუძვლიან უკმაყოფილებას არსებული მკურნალობის სისტემის მიმართ, რომელიც დაფუძნებულია ძვირადღირებულ, საგანგებო, ჰოსპიტალიზებულ მკურნალობაზე. ქვითები, ორგანიზაციები და მომხმარებლები ცდილობენ გაატარონ მკურნალობის რეფორმა. ქვითები უზრუნველყოფენ უნიკალურ პერსპექტივას ჯანმრთელობის სისტემაში, რადგანაც ისინი მუდმივად ეცნობიან მრავალფეროვან წესებს და აქვთ ურთიერთობა ორივე კატეგორიის მომხმარებელთან, ესენი არიან პაციენტები, რომლებიც იღებენ სარგებელს სისტემის ყველაზე კომპლექსური სერვისებიდან და პაციენტები, რომლებსაც პრობლემები აქვთ სისტემის არაეფექტურობასთან. ბოლო წლებში ბევრმა წარმატებულმა პრაქტიკოსმა ქვითმა მიაღწია შედეგებს პირველადი მკურნალობის აღმოჩენაში იმ პაციენტებთან, რომლებიც მანამდე უარყოფილნი იყვნენ, ესენი არიან სოფლის მაცხოვრებლები, ღარიბები, უსაბუთო ემიგრანტები, მოხუცები, ქალები და

ახალშობილები. ექთნების მთავარი ორგანიზაციის წყალობით, მათ საკმაოდ მძლავრი სიტყვა თქვეს თუ რას უნდა მოიცავდეს ახალი სისტემა და რა წვლილი უნდა შეიტანოს ექთანმა მასში. 1991 წელს ამერიკელი ექთნების ასოციაციამ (ANA) გამოაქვეყნა *ექთნების დღის წესრიგი ჯანმრთელობის რეფორმისთვის*. დღის წესრიგი ითხოვდა სასწრაფო ცვლილებებს, თუმცა რეკომენდაციების უმეტესობა ჯერაც არ არის განხორციელებული. 2008 წელს ANA-მ გამოსცა თავისი 2005 წლის დროინდელი *ჯანმრთელობის სისტემის რეფორმის* ხელახალი ვერსია (ჩანართი 4-1). ამ ვერსიაში ხაზგასმით არის გამოვლენილი ბალანსის საჭიროება მაღალი ტექნოლოგიებით აღჭურვილ მკურნალობასა და სოციალურ მოდელზე დაფუძნებულ და პრევენციული მკურნალობის პროგრამებს შორის. მომხმარებლები ასევე ახორციელებენ მთავარ ცვლილებებს მკურნალობის მიწოდების სისტემაშიც. ისინი ამტკიცებენ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ღირებულებებს, რომლებიც შეიცავს შემდეგს:

- ჯანმრთელობა ნიშნავს უფრო მეტს, ვიდრე დაავადების არარსებობა, იგი არის კეთილდღეობა და ცხოვრების ხარისხი;
- ცხოვრების ხარისხი დაკავშირებულია ჯანმრთელ საზოგადოებასთან, რომელშიც მოიაზრება ჯანმრთელი ოჯახები და ჯანსაღი გარემო;
- ადამიანებს შეუძლიათ აქტიურად ჩაერთონ თავიანთი ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და შენარჩუნებაში, ქცევებისა და ცხოვრების სტილის შეცვლის საშუალებით;
- დაავადების პრევენცია არის ძალიან მნიშვნელოვანი.

ეს ღირებულებები მიუთითებს, რომ გაზრდილი ენთუზიაზმით უჭერენ მხარს მკურნალობის სერვისებს და პროგრამებს, რომელიც ხელს უწყობს კეთილდღეობას, აღდგენას და დაავადების პრევენციას.

ჩანართი 4-1 ANA-ს ჯანმრთელობის სისტემის რეფორმა

- *წვდომა*. მკურნალობა არის ადამიანის უფლება. ის უნდა იყოს ხელმისაწვდომი, კეთილგონივრული ღირებულების, რათა ყველამ შეძლოს გადახდა; მოსახერხებელი დრო და ლოკაცია; მისაწვდომი, კულტურულად სათანადო, სადაც შეიძლება შეხვდე საზოგადოებრივ საჭიროებებს.
- *ხარისხი*. სამედიცინო ინსტიტუტის რეკომენდაციების თანხლებით, რომლის მიზანია მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესება, არსებობს სტრატეგიები, რომლებიც ფოკუსირებას ახდენს უსაფრთხო, ეფექტურ, დროულ, პაციენტზე ორიენტირებულ, ხელმისაწვდომ მკურნალობაზე.
- *ღირებულება*. ერთჯერადი გადახდის სისტემა, სადაც რესურსების დიდი ნაწილი გამოიყენება მკურნალობისთვის, აქცენტირებას აკეთებს პირველად და მეორეულ პრევენციაზე.
- *სამუშაო ძალა*. სტრატეგიები, განათლებული ექთნების შესაბამისი რაოდენობის უზრუნველსაყოფად, რომლებიც შეასრულებენ შესაბამის სერვისებს წარმატებული პრაქტიკის გამოყენებით.

პირველადი მკურნალობა და პირველადი მოვლა

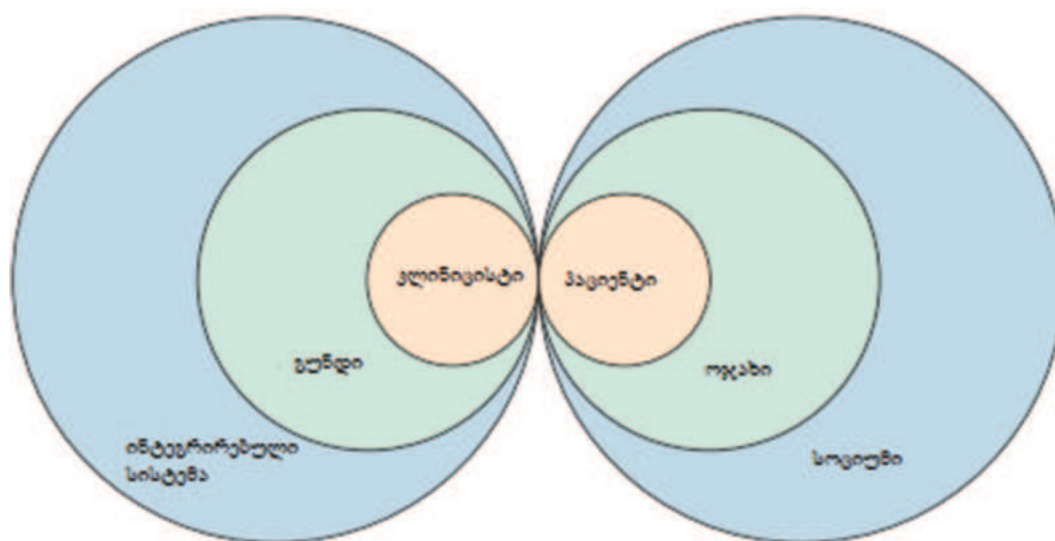
პროექტების _ *ჯანმრთელი ხალხი 2000* და *მკურნალობის რეფორმისთვის ექთნის დღის წესრიგი*_წინამორბედი იყო 1978 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში *პირველადი ჯანდაცვა*. ტერმინი პირველადი ჯანდაცვა შეიქმნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ანსამბლელისა და გაერთიანებული ერების საერთაშორისო ბავშვთა სასწრაფო ფონდის მიერ(UNICEF).

პირველადი ჯანდაცვა განისაზღვრება, როგორც ძირითადი მკურნალობა დამყარებული პრაქტიკულ, მეცნიერულ და სოციალურ მეთოდებზე. ტექნოლოგიებიც დასაშვებია ადამიანებისთვის და ოჯახებისთვის საზოგადოებაში მათი სრული თანამონაწილეობის ფონზე. ღირებულება, რომლის გადახდას საზოგადოება და ქვეყანა შეძლებს განვითარების ყოველ ეტაპზე. პირველადი მკურნალობა აერთიანებს ხუთ პრინციპს:

- სამართლიანი განაწილება;
- სათანადო ტექნოლოგია;
- ფოკუსირება ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე და დაავადების პრევენციაზე;
- საზოგადოების მონაწილეობა;
- მულტისექტორული მიდგომები.

მსოფლიოს უმეტესი მოსახლეობისთვის შეშფოთება ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებზე გამოიწვია საშუალო ასაკის შემცირებამ და მაღალმა სიკვდილიანობამ ბავშვებში, რამაც გამოიწვია ჯანდაცვის სისტემის გლობალური სტრატეგიის ჩამოყალიბება პირველადი ჯანდაცვის მიმართულებით. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ თავისი დეკლარაციით ხაზი გაუსვა ჯანმრთელობას ან კეთილდღეობას, როგორც ფუნდამენტურ უფლებას და საყოველთაო სოციალურ მიზანს. მან სცადა გადაეჭრა ჯანმრთელობის სტატუსის მიხედვით უთანასწორობის პრობლემა ყველა ქვეყანაში და მოუწოდა ხელისუფლებებს აეღოთ თავის თავზე პასუხისმგებლობა გაეტარებინათ ისეთი პოლიტიკა, რომელიც ხელს შეუწყობს ეკონომიურ, სოციალურ და ჯანდაცვის განვითარებას. ორივე, ეკონომიკური და სოციალური განვითარება მოიაზრება მთავარ ფაქტორებად ჯანდაცვის წინსვლისთვის. მაშასადამე, პირველადი ჯანდაცვა გადის ტრადიციული მკურნალობის სერვისების საზღვრებზე. ამ პროცესში ჩართულია გარემოს, მეურნეობის, საცხოვრებელი და სხვა ეკონომიური, სოციალური და პოლიტიკური საკითხები, როგორიცაა სიღარიბე, ტრანსპორტირება, უმუშევრობა, ეკონომიური განვითარება მოსახლეობის გასაძლიერებლად და ა.შ. პირველადი ჯანდაცვის მთავარი თვისება არის ის, რომ მომხმარებლები, ხელისუფლება და საზოგადოებრივი ინსტიტუტები, როგორიცაა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტები/სახელმწიფო ორგანიზაციები ჩართულნი უნდა იყვნენ ჯანდაცვის სისტემების ხელმისაწვდომობის დაგეგმვაში. პირველადი ჯანდაცვა განსხვავდება პირველადი დახმარებისგან. პირველადი დახმარება გულისხმობს პერსონალურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას და არა მოსახლეობაზე გათვლილ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის სერვისებს.

პირველადი დახმარება, სამედიცინო ინსტიტუტის მიხედვით, არის „ინტეგრირებული, მისაღები სერვისებით უზრუნველყოფა ექიმი-პრაქტიკანტების მიერ, რომლებიც არიან პასუხისმგებლები პერსონალურ ჯანმრთელობის სერვისებზე მიმართვიანობის, პაციენტებთან პარტნიორობის განვითარების, ოჯახისა და საზოგადოების კონტექსტის დახვეწით. ამ ზრუნვის შემადგენელი ნაწილები ნაჩვენებია სურათზე 4-1.



სურათი 4-1 პირველადი ჯანდაცვის ურთიერთდამოკიდებული რგოლი

პირველადი ჯანდაცვა არის საზოგადოების მოთხოვნილებებზე დამყარებული სისტემა, რომელიც ითვალისწინებს სოციუმის ჩართულობას გადაწყვეტილებების მიღების დროს, რათა გაუმჯობესდეს ჯანმრთელობის მდგომარეობა. პირველადი დახმარება, მეორეს მხრივ, არის ექსპერტ-ადამიანებზე დაფუძნებული სერვისები, რომლებიც ურჩევენ ადამიანებს თუ რა არის საუკეთესო მათი ჯანმრთელობისთვის. ცხრილში 4-1 ნაჩვენებია განმასხვავებელი ნიშნები პირველად ჯანდაცვას და პირველად დახმარებას შორის.

ცხრილი 4-1 განსხვავებები პირველად ზრუნვასა და პირველად ჯანმრთელობის მკურნალობას შორის.

პირველადი დახმარება	პირველადი ჯანდაცვა
საზოგადოების ჩართულობა მიმართული პროვაიდერზე	საზოგადოების ჩართულობა მიმართულია პაციენტზე
პროფესიონალის როლი როგორც ექსპერტი, ავტორიტეტი ან გუნდის ლიდერი	პროფესიონალის როლი როგორც ფასილიტატორი, კონსულტანტი და რესურსი
კოლაბორაცია გუნდის წევრებს შორის	კოლაბორაცია მიმდინარეობს მკურნალობის სექტორის მიღმა

ინდივიდზე ან ოჯახზე ფოკუსირებული	საზოგადოებაზე/კონკრეტულ ჯგუფზე ორიენტირებული
წვდომა არის შეზღუდული	წვდომა არის უნივერსალური
მკურნალობა ხელმისაწვდომია პოსპიტლებში	მკურნალობა ხელმისაწვდომია იქ სადაც ხალხი ცხოვრობს და მუშაობს

პირველადი დამხმარება და პირველადი ჯანდაცვა ერთმანეთს გავს იმით რომ ორივე აღიარებს ჯანმრთელობისთვის პრევენციულ და ხელისშემწყობ კომპონენტებს. ორივე იღწვის მკურნალობის უნივერსალურ ხელმისაწვდომობაზე, პაციენტის მხარდასაჭერად და პრობლემების პრევენციაზე.

საზოგადოებაზე დაფუძნებული ჯანდაცვა

საზოგადოებაზე დაფუძნებული ჯანდაცვა არის პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სერვისებს, ხალხის ყოველდღიური ცხოვრების კონტექსტში, ე.ი. იმ ადგილებში, სადაც ხალხი ატარებს უმეტეს დროს, მაგალითად, სახლში, თავშესაფარში, ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებში, სამსახურში, სკოლაში, ამბულატორიულ დაწესებულებებში, საავადმყოფოში. მკურნალობა მიმართულია განსაკუთრებული ჯგუფებისკენ გეოგრაფიულ დასახლებაში (სურათი 4-2). ჯგუფი შეიძლება შემოისაზღვროს ფიზიკური საზღვრით, დამსაქმებლის ხაზით, სადამღვევო პროვაიდერის მართვის უნარით, განსაკუთრებული სამედიცინო საჭიროებით ან კატეგორიით. ტრადიციული სამკურნალო სისტემის საპირისპიროდ, რომელიც ყურადღებას ამახვილებს ავადმყოფ ან დაზიანებულ ადამიანზე პირველ რიგში, საზოგადოებაზე ორიენტირებული ჯანდაცვა კი არის გლობალური. მასში ჩართულია სერვისების ფართო სპექტრი, რომლებიც ემსახურება არა მარტო ჯანმრთელობის აღდგენას, არამედ ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, დაავადების პრევენციას და საზოგადოების დაცვას. **საზოგადოებაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის** სისტემის სრული ეფექტურობისთვის საჭიროა: ა) უზრუნველყოს მკურნალობაზე მარტივად წვდომა, ბ) პიროვნების და ოჯახის სამკურნალო საჭიროებებზე მოქნილი პასუხი, გ) ხელი შეუწყოს მკურნალობას ჯანმრთელობის სააგენტოებს შორის, გაუმჯობესებული კომუნიკაციის საშუალებით, დ) უზრუნველყოს სათანადო მხარდაჭერით მომვლელები, და ე) იყოს მისაწვდომი ყველასთვის.

იდეალური ჯანდაცვის სისტემა(მ) საჭიროა:

1. იყოს უფრო მეტად ორიენტირებული ჯანმრთელობაზე და მისი ხაზგასმით დაავადების პრევენციაზე;
2. ფოკუსირება უნდა მოახდინოს ჯანმრთელობის პრაქტიკისა და ქცევის ინდივიდუალურ პასუხისმგებლობაზე;
3. იყოს მოსახლეობაზე ორიენტირებული და უფრო მეტი ყურადღება მიაქციოს რისკ-ფაქტორებს სოციალურ და ფიზიკურ გარემოში;

4. გამოიყენოს ელექტრონული საინფორმაციო სისტემა პაციენტის ისტორიის შესაქმნელად და შემდეგ მონაცემების მოსაძებნად, რაც დაეხმარება დიაგნოზის დასმაში და მკურნალობის რეკომენდაციების გაცემაში;
5. ჰქონდეს ძლიერი ფოკუსირება მომხმარებელზე, რომელიც იღებს დიდ ინფორმაციას და თვითონ იღებს გადაწყვეტილებებს მკურნალობაზე;
6. გადაწყვეტილებები უნდა იყოს ორიენტირებული გამოსავალზე;
7. უზრუნველყოს მკურნალობა ინტეგრირებული ან კოორდინირებული პროვაიდერების გუნდის ეფექტიანი მუშაობით;
8. არსებობდნენ პროვაიდერები, რომელსაც ექნება გაზრდილი პასუხისმგებლობა მომხმარებლებისა და საზოგადოების მიმართ, რათა გავიდნენ ფართო შედეგებზე.



სურათი 4-2 ქალაქი, რომელიც შედგება სხვადასხვა სოციალური უბნისგან

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

საზოგადოება არის ადამიანთა დაჯგუფება, რომლებიც იზიარებენ თავიანთი ცხოვრების გარკვეულ თვისებებს და ურთიერთობენ ერთმანეთთან რაიმე გზით. მათ შეიძლება იცხოვრონ ერთსა და იმავე ადგილას, დაესწრონ ლოცვას კონკრეტულ ტაძარში, ასევე გაიზიარონ კონკრეტული ინტერესი, მაგალითად, ხელოვნება. ჯგუფი, რომელიც აყალიბებს საზოგადოებას, მისი წევრების საერთო ინტერესების გამო, მითითებულია როგორც *ინტერესთა ერთობა* (მაგ., კულტურული და რელიგიური ჯგუფები). საზოგადოება ასევე შეიძლება განისაზღვროს, როგორც სოციალური სისტემა, სადაც წევრები ურთიერთობენ ფორმალურად ან არაფორმალურად და ქმნიან სოციალურ ქსელებს, რომლებიც ოპერირებს ამ საზოგადოების წევრების სარგებელზე. საზოგადოების ხუთი მთავარი ფუნქცია აღწერილია ჩანართში 4-2.

ჩანართი 4-2 საზოგადოების ხუთი მთავარი ფუნქცია

1. *საქონლის და სერვისების წარმოება, განაწილება და მოხმარება.* ეს არის ის საშუალებები, რომლის წყალობითაც საზოგადოება უზრუნველყოფს თავისი წევრების ეკონომიურ საჭიროებებს. ეს ფუნქცია მოიცავს არა მარტო საკვებისა და ტანსაცმლის მომარაგებას, არამედ წყლის, ელექტროენერგიის, პოლიციის და სახანძრო უსაფრთხოებას და ნარჩენების მოშორების უზრუნველყოფას.
2. *სოციალიზაცია.* სოციალიზაცია გულისხმობს ღირებულებების, ცოდნის, კულტურისა და უნარების სხვებზე გადაცემის პროცესს. საზოგადოება, ჩვეულებრივ, შედგება დადგენილი ინსტიტუტების რაოდენობისგან: ოჯახები, ეკლესია, სკოლები, მედია და ა.შ.
3. *სოციალური კონტროლი.* სოციალური კონტროლი მიუთითებს გზას, რომლის საშუალებითაც შენარჩუნებულია წესრიგი საზოგადოებაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რეგულაციები სრულდება გარკვეული დაავადებებისგან ადამიანების დასაცავად. სოციალური კონტროლი ხორციელდება ასევე ოჯახის, ეკლესიის და სკოლის საშუალებით.
4. *სოციალური თანამონაწილეობა.* სოციალური თანამონაწილეობა მიუთითებს საზოგადოებრივ აქტივობებზე, რომელიც მიზნად ისახავს საჭიროებების თანხვედრას ურთიერთობაში. ოჯახები, ეკლესიები და სხვა ბევრი საზოგადოებრივი ორგანიზაციები ემსახურება ამ ფუნქციას.
5. *ორმხრივი მხარდაჭერა.* ორმხრივი მხარდაჭერა გულისხმობს საზოგადოების უნარს უზრუნველყოს რესურსებით ავადმყოფობის ან უბედურების დროს. მიუხედავად იმისა რომ, ოჯახი ჩვეულებრივ ასრულებს ამ ფუნქციას, მას შეიძლება დასჭირდეს ჯანმრთელობის და სოციალური სერვისების დახმარება, თუ იქნება ამის მოთხოვნა.

საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში, საზოგადოება შეიძლება მოიაზრებოდეს ჯანმრთელობის საერთო პრობლემის მატარებლად, როგორიცაა მაგალითად, ახალშობილთა სიკვდილიანობის ან ტუბერკულოზის შემთხვევები, HIV ინფექციები და სხვა.

პოპულაცია შედგენილია საერთო თვისებების მქონე ადამიანებისგან, მაგრამ შეიძლება მათ არ ჰქონდეთ ერთმანეთთან ურთიერთობა. **საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამედიცინო პერსონალი** ფოკუსირებულია ჯანდაცვის სერვისების უზრუნველყოფაზე კონკრეტულ პოპულაციურ ჯგუფთან.

საზოგადოებრივი დაჯგუფებები, როგორც პიროვნებები და ოჯახები, არიან ცოცხალი ორგანიზმები. ექთანმა საჭიროა შეაფასოს საზოგადოების, როგორც პაციენტის, სიცოცხლისუნარიანობა. არსებობს საზოგადოების რამდენიმე შეფასებითი ჩარჩო. სტუდენტებმა, რომლებიც ექთნის პროფესიას ეუფლებიან, უნდა ისწავლონ ეს დეტალები.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაგეგმარება შეიძლება ორიენტირებული იყოს გაუმჯობესებული კრიზისული მდგომარეობის მენეჯმენტზე, დაავადების პრევენციაზე, ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და ხელშეწყობაზე. საზოგადოების წევრების ბუსტი რესურსები და უნარები ხშირად დამოკიდებულია საზოგადოების მოცულობაზე. ფართო დაგეგმარების ჯგუფი არსებობს უმეტესად იმისთვის, რომ შექმნას გეგმა, რომელიც მისაღები იქნება ყველა წევრისთვის. ასევე, ადამიანები, რომლებიც ჩართულნი არიან დაგეგმარების პროცესში, ეცნობიან პრობლემის არსს, რესურსებს და სისტემის შიდა კავშირებს.

პრიორიტეტების დასახვის შემდეგ, გეგმის შემქმნელებმა უნდა იმუშაონ მომხმარებელთა

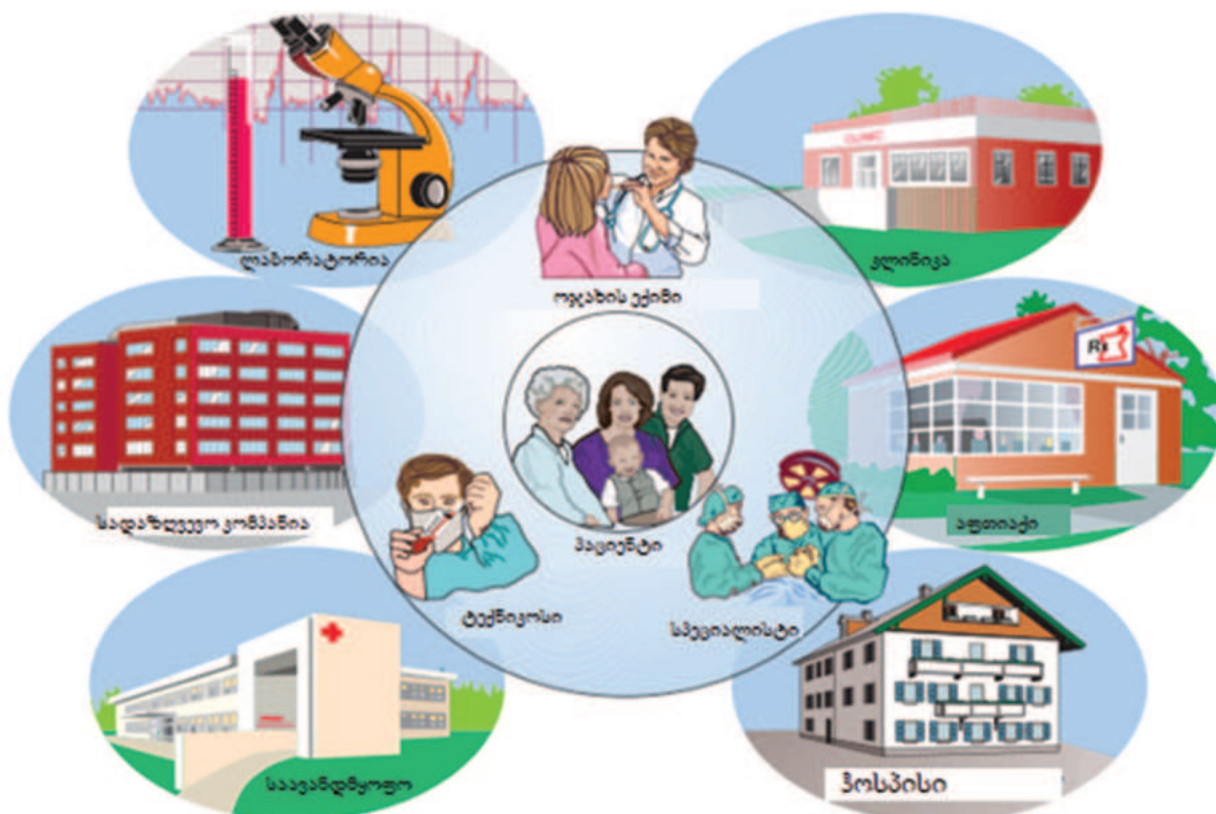
რებლებთან, დაინტერესებულ ჯგუფებთან და სხვა ჩართულ ადამიანებთან ჯანმრთელობის პრობლემების გამოსავლენად. მნიშვნელოვანია მსჯელობა საზოგადოების წევრების ღირებულებებზე და ინტერესებზე, პრობლემის სიმწვავეზე და ხელმისაწვდომ რესურსებზე, რათა მოხდეს შემდგომი ანალიზი და შესაბამისი მოქმედება არსებულ პრობლემაზე. საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში შეფასება განსაზღვრავს მიაღწია თუ არა დაგეგმილმა ინტერვენციულმა ზომებმა სასურველ მიზნებს, მაგალითად, სკოლამდელი ბავშვების იმუნიზაციის მაჩვენებელი გაუმჯობესდა თუ არა?

რადგანაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა თანამშრომლობითი პროცესია საავადმყოფოების, საზოგადოებრივი მოღვაწეების, პოლიტიკოსებისა და მომხმარებლების შორის, ამიტომაც შესაძლებელია ყველა ჩაერთოს შეფასების პროცესში. ხშირად ექთანი არის შუამავალი შეფასების პროცესში, ვინაიდან იგი აგროვებს და განსაზღვრავს მონაცემებს, რაც სწორედ პროგრამის ეფექტურობის განმსაზღვრელია.

საზოგადოებაზე დაფუძნებული სტრუქტურა

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საზოგადოების მიდგომები განსხვავებულია, მათ შორის მნიშვნელოვანია ინტეგრირებული ჯანდაცვის სისტემა, საზოგადოებრივი ინიციატივები, სოციალური კოალიცია და ცალკეულ შემთხვევათა მენეჯმენტი.

ინტეგრირებული ჯანდაცვის სისტემა ხელმისაწვდომს ხდის მკურნალობის ყველა დონეს ინტეგრირებულ ფორმაში: პირველადი დახმარება, მეორეული და მესამე დონის ზრუნვა (სურათი 4-3).



სურათი 4-3 ინტეგრირებული ჯანდაცვის მოდელი

მისი მიზანია ხელი შეუწყოს მკურნალობას: რეგულაციების, გაჯანსაღების, პოზიტიური შედეგების საშუალებით ხელშეწყობისა და დაავადების პრევენციის ხარჯზე. ეს სისტემა დაფუძნებულია რვა პრინციპზე: დაბერების მიმართ სენსიტიურობა, ჯანდაცვის სხვა გუნდის წევრების მიმართ ფამილარობა, გუნდის წევრებში განსხვავებული შეხედულებებისა და პროცესების მიმართ პატივისცემა, წევრებს შორის კონფლიქტის გაცნობიერება და პროდუქტიული გაუმჯობესება, კონფლიქტის მოგვარების უნარების გამოყენება, გუნდის შიგნით კომუნიკაციის სხვადასხვა ფორმების მიმართ მგრძნობელობა, მრავალკულტურული განსხვავების და რადიკალური საკითხების მიმართ მგრძნობელობა, მკურნალობის საჭიროებისა და მისი შედეგების განუწყვეტელი შეფასება.

ჯანდაცვის სისტემის მმართველი ორგანიზაცია ემსახურება, როგორც „დარაჯი“ პაციენტს, სამედიცინო დაწესებულებას და გადამხდელს. სამედიცინო დაწესებულებები ერთიანდება ჯგუფებში, რომლიდანაც პაციენტი ირჩევს ერთ-ერთს, რომელსაც მიეკუთვნება იგი. ამ გზით მმართველობითი მკურნალობა მიზნად ისახავს ხარისხის და ეფექტური ღირებულების გაფართოებას. კონკრეტული შემთხვევის მენეჯმენტი ინტეგრირებული მკურნალობის მოდელია, რომელიც მიმართავს პაციენტის საჭიროებებს და სერვისებს მრავალფეროვანი სამკურნალო რეგულაციების შიგნით, უწყვეტობის შესანარჩუნებლად. ქეისის ხელმძღვანელი არის პაციენტთან დაახლოებული პირი, რესურსები და საჭიროებები ხელმისაწვდომია მათი სადაზღვევო მოქმედების ფარგლებში, ამგვარად მათ შეუძლიათ მიიღონ ეფექტური ღირებულების მკურნალობა. მეორე მნიშვნელოვანი ასპექტი ამ მენეჯმენტის არის პაციენტისთვის და ოჯახისთვის დახმარების აღმოჩენა, რომ გაიგონ და მართონ მათ თავიანთი მკურნალობის პროცესი.

ჯანდაცვის პროგრამებისთვის პროპაგანდის განევა არის ერთი მეთოდი, რომლის საშუალებითაც ხდება სოციალურად დაუცველი ან მაღალი რისკის მქონე მოსახლეობის დაკავშირება ფორმალურ სამკურნალო სისტემასთან. მათ შეუძლიათ მინიმუმამდე დაიყვანონ ბარიერები, გაზარდონ ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის წვდომა, და შესაბამისად გააუმჯობესონ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სტატუსი.

საზოგადოებაზე ორიენტირებული რეგულაციები

ტრადიციულად, საზოგადოებრივი საექთნო სერვისები უზრუნველყოფილია ქვეყანაში და რეგიონალურ ჯანმრთელობის განყოფილებებში, სკოლებში, სამუშაო ადგილებზე და სახლებში. წლების განმავლობაში, მრავალი სხვა რეგულაცია დადგინდა, მათ შორის, დღის ძირითადი მოვლის ცენტრები, უსახლკაროთა თავშესაფარი, ცენტრები მენტალური დარღვევებისთვის, კრიზისის ცენტრები, ნარკოტიკზე რეაბილიტაციის პროგრამები და ამბულატორიული ცენტრები.

საზოგადოებრივი მოვლის ცენტრები

საზოგადოებრივი მოვლის ცენტრები უზრუნველყოფს პირველად მკურნალობას განსაკუთრებული მოსახლეობისთვის და დაკომპლექტებულია პრაქტიკოსი და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნებით. თუმცა ექთანი ეხმარება ცენტრში მისულ პაციენტს, ექიმის კონსულტაციაც ხელმისაწვდომია საჭიროების შემთხვევაში. მოვლის

ცენტრები შეიძლება მდებარეობდეს სკოლებში, სამუშაო ადგილებზე, სხვა საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში. არსებობს საზოგადოებრივი მოვლის ცენტრების სხვადასხვა კატეგორია:

- **მცირესაწლოიანი კლინიკები** - მსგავსი პატარა დამოუკიდებელი კლინიკები, რომელიც უზრუნველყოფს იმავე ტრადიციული სერვისებით, რომელსაც დიდი საავადმყოფოები უზრუნველყოფენ, მაგრამ მათი მომსახურეობა გათვლილია შედარებით მცირე რაოდენობის მოსახლეობაზე.
- **საუნივერსიტეტო ჯანდაცვის ცენტრები** ასოცირდება დიდ ფუძემდებელ ორგანიზაციასთან, როგორიცაა საავადმყოფო, კორპორაცია, უნივერსიტეტი, ან კოლეჯი.
- **სკოლაზე დაფუძნებული ცენტრები** მდებარეობს სკოლის შიგნით, ბალის ასაკიდან კოლეჯის ასაკამდე ბავშვებისთვის, რათა აღმოუჩინონ სასწრაფო პირველადი დახმარება, მწვავე ავადმყოფობის დიაგნოზირება, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და პროგრამების განხორციელება, ისევე როგორც სკოლის ასაკის მოსწავლეების ინფორმირება.
- **ამბულატორიული ცენტრები** უზრუნველყოფს სერვისებს, როგორიცაა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, შენარჩუნება, განათლება, კონსულტაცია და სკრინინგი. ზოგჯერ ეს ცენტრები დაკომპლექტებულია უფრო მეტად სამკურნალო გუნდის წევრებისგან, ვიდრე ექთნებისგან.

კომპეტენციები, რომელიც საჭიროა მკურნალობის პროცესში

საზოგადოებაზე ორიენტირებულ ინტეგრირებულ სამკურნალო სისტემაში მყოფ ექთნებს უნდა ჰქონდეთ განსაკუთრებული ცოდნა და უნარები. ჩანართში 4-3 მოცემულია 21 კომპეტენცია, რომელიც სამომავლოდ პროფესიონალებს მოეთხოვებათ. აღსანიშნავია, რომ კომპეტენციები შეიცავს ცოდნის და უნარების ფლობას შემდეგ სფეროებში: პირველადი ჯანდაცვა, პრევენციული მკურნალობა, მოსახლეობაზე ორიენტირებული მკურნალობა, მკურნალობაზე წვდომა, საზოგადოებრივი ურთიერთობა, შიდა დისციპლინური გუნდი, და საზოგადოებრივი პოლიტიკა, ეს ყველა ეფექტური მუშაობის მთავარ ნაწილს შეადგენს.

ჩანართი 4-3 კომპეტენციები მომავალი პრაქტიკოსებისთვის

1. პიროვნული ეთიკური და სოციალური პასუხისმგებლობის და სერვისებით აღჭურვა;
2. ყველა პროფესიონალურ აქტივობაში ეთიკური ქცევის გამომჟღავნება;
3. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული კლინიკურად კომპეტენტური ზრუნვა;
4. მკურნალობის დროს ჯანმრთელობისთვის მრავალი გადამწყვეტი ფაქტორის გაერთიანება;
5. ახალი ცოდნის დაუფლება;
6. კრიტიკული აზროვნების, პრობლემის გადაჭრის უნარის დემონსტრირება;

7. პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელობის გააზრება;
8. პრევენციული მკურნალობის ზედმინევენით ზუსტად შესრულება;
9. ინტეგრირებული, მოსახლეობაზე ორიენტირებული მკურნალობის და სერვისების გადატანა პრაქტიკაში;
10. მკურნალობაზე წვდომის გაუმჯობესება სოციალურად დაუცველთათვის;
11. პიროვნებებთან და ოჯახებთან ურთიერთობის პრაქტიკა;
12. მრავალეროვანი საზოგადოებისთვის კულტურულად სენსიტიური მკურნალობის შეთავაზება;
13. გადაწყვეტილებების მიღება საზოგადოებასთან ერთად;
14. საკომუნიკაციო და საინფორმაციო ტექნოლოგიების გამოყენება ეფექტურად;
15. შიდა დისციპლინურ გუნდში მუშაობა;
16. ისეთი მკურნალობის უზრუნველყოფა, რომელიც აბალანსებს ინდივიდუალურ პროფესიონალურ, სისტემურ და სოციალურ საჭიროებებს;
17. ლიდერობის პრაქტიკა;
18. მკურნალობის ხარისხის და მის შედეგებზე პასუხისმგებლობის აღება;
19. წვლილის შეტანა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გაუმჯობესებაში.;
20. ჯანდაცვის პოლიტიკის მხარდაჭერა, რომელიც ორიენტირებულია სრულყოფილ საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე;
21. ცოდნის უწყვეტად მიღება.

თანამშრომლობითი ჯანდაცვა

თანამშრომლობა პროფესიონალებს შორის უფრო და უფრო მნიშვნელოვანი ხდება, რადგანაც უფრო მეტი პრაქტიკოსი სპეციალიზდება ვიწრო მიმართულებით, როცა დანარჩენები ზოგადი პროფილის ექიმები ხდებიან. დროთა განმავლობაში, თითოეული პროფესიონალის საზღვრები და ფარგლები შეიძლება შეიცვალოს. **კოლაბორაცია** ნიშნავს კოლეგიალურ სამუშაო ურთიერთობას სხვა დანესებულებასთან, პაციენტის მკურნალობის უზრუნველსაყოფად. კოლაბორაციული პრაქტიკა მოითხოვს პაციენტის დიაგნოზირებასა და თანამშრომლობას მკურნალობის მენეჯმენტში. თითოეულ მონაწილე მხარეს შეუძლია კონსულტაცია გაუწიოს მეორეს, როგორც ინდივიდუალურად, ისე რაიმე საკომუნიკაციო საშუალებით, მაგრამ არ არის აუცილებელი იქ იყოს ფიზიკურად მოქმედების დაწყებამდე.

ექთანი, როგორც თანამშრომელი

ექთანი თანამშრომლობს სხვა ექთნებთან და ასევე სპეციალისტებთანაც. ისინი ხშირად თანამშრომლობენ პაციენტის მკურნალობის გამო, მაგრამ ასევე ჩართულები არიან ისეთ საკითხების მოგვარებაში, როგორიცაა ბიოეთიკური საკითხები, კანონმდებლობა, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კვლევა, პროფესიულ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობა. ჩანართი 4-4 გვიჩვენებს ექთნის როლს თანამშრომლობაში.

თანამშრომლის როლის სრულად გასათავისებლად, ექთანს სჭირდება აილოს პასუხისმგებლობა თავის თავზე და გაზარდოს საკუთარი თავის ავტორიტეტი. თითოეულმა პროფესიონალმა უნდა გააცნობიეროს, თუ როგორ მოქმედებს ინტეგრირებული მკურნალობის სისტემა პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე, ვიდრე ერთი რომელიმე ჯგუფი მკურნალობის ერთ მიმართულებაზე.

ჩანართი 4-4 ექთანი, როგორც თანამშრომელი

ექთანი თავის კოლეგებთან

- უზიარებს თავის კომპეტენტურობას სხვებს და ასევე ააშკარავებს კოლეგების ცოდნას მკურნალობის ხარისხის უზრუნველსაყოფად.
- აყალიბებს ნდობას და ორმხრივ პატივისცემას თავის კოლეგებთან.

ექთანი ჯანმრთელობის სხვა სპეციალისტებთან

- აცნობიერებს რომ, შიდა დისციპლინარული გუნდის თითოეულ წევრს შეუძლია წვლილი შეიტანოს თავისი კომპეტენტურობით და სიტუაციის ანალიზის უნარით.
- უსმენს თითოეული პიროვნების მოსაზრებას.
- იზიარებს პასუხისმგებლობას პაციენტთან და ოჯახთან ერთად ფუნქციების შესწავლაში, მიზნების დასახვაში და გადაწყვეტილების მიღებაში.
- მონაწილეობას იღებს შიდა დისციპლინარულ კვლევაში კლინიკურ პრობლემაზე ან სიტუაციაზე ცოდნის გასაფართოებლად.

ექთანი პროფესიულ ორგანიზაციებთან

- ეძებს შესაძლებლობებს, რომ ითანამშრომლოს პროფესიულ ორგანიზაციებთან.
- მუშაობს რეგიონალურ კომიტეტებში, ეროვნულ ორგანიზაციებში და სპეციალურ ჯგუფებში.
- ეხმარება პროფესიულ ორგანიზაციებს, პრობლემური სიტუაციიდან გამოსავლის პოვნაში, რომელიც შეეხება პროფესიულ და ჯანდაცვის საკითხების გადანაცვას;

ექთანი კანონმდებლობასთან

- სთავაზობს სპეციალისტის მოსაზრებებს მკურნალობასთან დაკავშირებით.
- თანამშრომლობს ჯანმრთელობის სხვა პროვაიდერებთან და მომხმარებლებთან, რათა უკეთესად მოემსახურონ საზოგადოებრივ საჭიროებებს.

კომპეტენციები კოლაბორაციისთვის

თანამშრომლობისთვის საჭირო ელემენტებია: ეფექტური საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევები, ორმხრივი პატივისცემა, ნდობა, გადაწყვეტილების მიღების პროცესი.

კომუნიკაცია

თანამშრომლობა მოითხოვს ეფექტურ საკომუნიკაციო უნარებს. ეფექტური კომუნიკაცია შეიძლება მხოლოდ მაშინ განხორციელდეს, როცა თითოეული მონაწილე მხარე

კარგად იაზრებს თავიანთ პროფესიონალურ როლს და აფასებს ერთმანეთს, როგორც პიროვნებებს. მათი გუნდური პროფესიონალიზმი ვლინდება, როცა ფოკუსირდებიან საერთო მიზანზე: პაციენტის საჭიროებებზე.

ორმხრივი პატივისცემა და ნდობა

ორმხრივი პატივისცემა გულისხმობს, როცა ორი ან მეტი ადამიანი გამოხატავს პატივისცემას და დაფასებას ერთმანეთის მიმართ. ნდობა ნიშნავს, როცა ერთი ადამიანი პასუხისმგებელია მეორეს ქმედებაზე. პატივისცემაც და ნდობაც გამოიხატება როგორც ვერბალურად, ისე არავერბალურად.

გადანწყვეტილების მიღება

გადანწყვეტილების მიღების დროს მონაწილეები თანაბრად იზიარებენ პასუხისმგებლობას შედეგებზე. საკითხის გადაჭრისას, გუნდი ნაბიჯ-ნაბიჯ უნდა მიყვეს გადანწყვეტილების მიღების პროცესს, დაწყებული პრობლემის სრული განსაზღვრიდან. ამ პროცესში გუნდს მოეთხოვება მსჯელობა და განსხვავებული მოსაზრებების პატივისცემა. წევრებს უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა, გამოხატონ თავიანთი შეხედულებები თავისუფალ გარემოში. გადანწყვეტილების მიღების დროს მნიშვნელოვანია ყოველმხრივ გათვალისწინებული იყოს პაციენტის საჭიროებანი და გუნდში იყოს კმაყოფილება ინტერვენციულ ზომებთან და დაგეგმარებასთან დაკავშირებით. მაგალითად, სოციალურმა მუშაკმა პირველად ყურადღება უნდა მიაქციოს პაციენტის საჭიროებებს, როცა ეს საჭიროებები ხელს უშლის მას თერაპიაში. ექთნებს, თავიანთი პოლისტური ბუნებიდან გამომდინარე, შეუძლიათ დახმარება გაუწიონ გუნდს პრიორიტეტების დადგენაში.

მკურნალობის უწყვეტობა

მკურნალობის უწყვეტობა არის მკურნალობის სერვისების კოორდინაცია პროვაიდერების მიერ, პაციენტები გადადიან მკურნალობის ერთი რეგულაციიდან მეორეზე და გადაადგილდებიან სპეციალისტებს შორის. ექთნის მთავარი პასუხისმგებლობაა უზრუნველყოს მკურნალობის უწყვეტობა. უწყვეტობა ნიშნავს მუდმივ და განუწყვეტელ მომსახურებას პაციენტისთვის მკურნალობის ერთი ეტაპიდან მეორეზე. სათანადო კოორდინაციის პირობებში მკურნალობა ხდება პაციენტზე ორიენტირებული, რაც ხელს უწყობს პაციენტის ჯანმრთელობის მგომარეობის ოპტიმიზაციას.

უწყვეტობის მიღწევა ნიშნავს, რომ პაციენტის მონაცემები შესაძლებელია ინახებოდეს სხვადასხვა სამედიცინო დანესებულებაში. კომპიუტერის ხანაში, ეს განსაკუთრებით კომპლექსურ მოთხოვნად იქცა, რადგან პაციენტის პირადი ინფორმაციის გავრცელება რომელიც დაკავშირებულია მისი ჯანმრთელობის საკითხებთან, პაციენტის თანხმობის გარეშე აკრძალულია და რეგულირდება შესაბამისი კანონმდებლობით. სამედიცინო დანესებულების ყველა თანამშრომელი და მათ შორის ექთნები უნდა იყვნენ ფხიზლად, რომ დაიცვან პაციენტთა პირადი ინფორმაცია, როცა აგზავნიან ან იღებენ სატელეფონო მესიჯებს, ფაქს, და ელექტრონულ დოკუმენტაციას.

განერის დაგეგმვა

განერის დაგეგმვა არის პაციენტის მომზადების პროცესი მკურნალობის ერთი ეტაპიდან მეორეზე გადასასვლელად სამკურნალო დაწესებულების შიგნით ან მის ფარგლებს გარეთ. ჩვეულებრივ, განერის გეგმა მიუთითებს პაციენტის სახლში წასვლას. თუმცა, განერა ბევრ რეგულაციებს მოიცავს, მაგალითად, ინსულტის პაციენტი შეიძლება გადაიყვანონ სამედიცინო პალატიდან რეაბილიტაციის ცენტრში, ან ტრავმირებული ადამიანი სასწრაფო განყოფილებიდან ინტენსიური თერაპიის პალატაში და ა.შ. თითოეულ დაწესებულებას აქვს თავისი პოლიტიკა და პროცედურები განერასთან დაკავშირებით. ბევრ საავადმყოფოს ჰყავს შემთხვევის ხელმძღვანელი ან განერის ორგანიზატორი, რომელიც კურირებს ამ პროცესს და ასრულებს დამაკავშირებელ როლს გამწერ და მიმღებ საავადმყოფოებს შორის. განერის გეგმა უნდა დაიწყოს მაშინვე, როგორც კი პაციენტს გადაამისამართებენ საავადმყოფოში, განსაკუთრებით იმ საავადმყოფოში, სადაც დარჩენა შესაძლებელია მოკლე ვადით. განერის ეფექტური პროცესი მოიცავს პაციენტის საჭიროებების და ექთნის გეგმის მიმდინარე შეფასებებს, რათა თანხვედრაში მოვიდეს პაციენტის და მიმღები დაწესებულების მოთხოვნები. ზოგიერთ შემთხვევაში განერას გეგმავს ჯანდაცვის გუნდი ან ოჯახი. ორივე შემთხვევაში, შესაძლებლობა ეძლევათ პაციენტს, ოჯახს და ჯანდაცვის სპეციალისტებს შეთანხმებულად დაგეგმონ მკურნალობა და დასახონ მიზნები.

პაციენტის მომზადება სახლში წასასვლელად

პაციენტის სახლში გასაწერად აუცილებელია შეფასდეს მისი პერსონალური და ჯანმრთელობის მონაცემები, ყოველდღიური აქტივობების შესრულების უნარი, რაიმე ფიზიკური, კოგნიტური და სხვა ფუნქციონალური შეზღუდვა, მომვლელის უნარები, ადეკვატური ფინანსური რესურსი, საზოგადოებრივი მხარდაჭერა, რისკები და ბარიერები, რაც შეიძლება სახლში არსებობდეს, ასისტენტის საჭიროება სახლში. ჩანართი 4-5 გვიჩვენებს თითოეული პარამეტრის დეტალებს. ამ მონაცემების შევსება აუცილებელია განერამდე, რათა გაირკვეს ექთნის რომელი აქტივობა არის მოთხოვნილი. ეს აქტივობები შეიძლება იყოს ა) პაციენტისთვის სწავლა, თუ როგორ დაძლიოს თვითმკურნალობა სახლში, ბ) სახლში მკურნალობის მიმართვიანობა.

ჩანართი 4-5 განერის დაგეგმარება: შეფასების პარამეტრები

პერსონალური და ჯანმრთელობის მონაცემები

ასაკი, სქესი, სიმაღლე და წონა, კულტურული შეხედულებები და პრაქტიკა, სამედიცინო ისტორია, ჯანმრთელობის ახლანდელი სტატუსი, პროგნოზი და ქირურგია.

ყოველდღიურ აქტივობების შესრულების უნარი

ჩაცმის უნარი; ჭამა; ტუალეტი; დაბანა; მოძრაობის უნარი; გადაადგილება (საწოლიდან სკამზე, მანქანაში ჩაჯდომა-გადმოსვლა); საჭმლის მომზადება; ტრანსპორტირება; შოპინგი.

უნარიანობა/შეზღუდვები

მგრძნობელობის დაქვეითება; მოძრაობის დაქვეითება; (პარალიზი, ამპუტაცია); კომუნიკაციის დარღვევა; მენტალური დარღვევა ან დეპრესია.

მომვლელის უნარები

მომვლელის ურთიერთობა პაციენტთან; გამოჯანმრთელების მოლოდინი; პრობლემის დაძლევის უნარი.

ფინანსური რესურსები

ფინანსური რესურსები და საჭიროებანი (მარაგი, წამლები, განსაკუთრებული საკვები).

საზოგადოების მხარდაჭერა

ოჯახის წევრები; მეგობრები; მეზობლები; მოხალისეები; კვებითი სერვისები; ჯანმრთელობის ცენტრები; კანონის დახმარება; სახლის მკურნალობა; გადავადებული მკურნალობა.

სახლში რისკების შეფასება

უსაფრთხოების ზომები(კიბე მოაჯირის გარეშე, ოთახში განათება, ჰოლი, კიბე და ა.შ); თვითმკურნალობის ბარიერები (წყლის დეფიციტი, სივრცის ნაკლებობა აღჭურვილობისთვის, ინვალიდის ეტლის გადაადგილების პრობლემა, ლიფტის ნაკლებობა).

დახმარების საჭიროება

საქმლის სახლში მიტანის სერვისი; განსაკუთრებული დიეტის საჭიროებანი; მოხალისეები სატელეფონო დაზღვევისთვის; მეგობრული ვიზიტები; ტრანსპორტირება; შოპინგი; დახმარება დაბანის დროს; დახმარება დიასახლისობის დროს; დახმარება ჭრილობის და სტომის მოვლაში, ინტრავენურად მისაღები მედიკამენტების ადმინისტრირებაში.

მკურნალობის სწავლა სახლის პირობებში

პაციენტებს სჭირდებათ გაიგონ თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მიიღონ გადაწყვეტილებები, და ისწავლონ ახალი ქცევები. რადგანაც დღესდღეობით საავადმყოფოში ხანმოკლე ყოფნის გამო, ხშირად არარეალურია პაციენტს ასწავლო ყველაფერი. შესაძლებელია საჭირო გახდეს მიმართვიანობა ოჯახის ექიმთან. განერამდე მთავარ ინფორმაციას შეიცავს ცოდნა მედიკამენტებზე, კვებაზე, ფიზიკურ აქტივობაზე და შეზღუდვები. ინფორმაცია შეიძლება მიწოდებული იყოს როგორც ვერბალურად, ისე ჩანაწერის სახით. ექთნის მთავარი მოვალეობაა ბოლომდე მიიყვანოს ინსტრუქციები, რომელიც უკავშირდება პაციენტის წიგნიერებას ჯანმრთელობაზე, ენის ბარიერებს და რესურსებზე წვდომას.

რეფერალი

რეფერალის პროცესი არის სისტემატიური პრობლემის გადაჭრის მეთოდი, რომელიც ეხმარება პაციენტს გამოიყენოს რესურსები, რაც მისი საჭიროებებისთვის არის აუცილებელი. ეს პროცესი მოიცავს საზოგადოებრივი რესურსების ცოდნას, პრობლემების გადაჭრის უნარს, პრიორიტეტების დადგენას, კოორდინაციასა და თანამშრომლობას. რეფერალი ხშირად კეთდება განერამდე შემდეგი პაციენტებისთვის:

- მოხუცები;
- ბავშვები კომპლექსური მდგომარეობით;
- სუსტი ჯანმრთელობის ადამიანები, რომლებიც მართო ცხოვრობენ;
- ადამიანები, რომლებსაც აქვთ შეზღუდული მხარდაჭერა;

- ადამიანები, რომლებსაც ჰყავთ სუსტი ჯანმრთელობის მქონე მომვლელი;
- ადამიანები, რომელთა სახლშიც არსებობს საფრთხის შემცველი ბარიერები.

რეფერალის დროს საჭიროა, არსებობდეს რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია პაციენტისა და ჰოსპიტალიზაციის შესახებ. საავადმყოფოების უმეტესობას აქვთ კარგად გაწერილი პროტოკოლი და დეტალური ფორმები. ექთანმა, რომელიც ბრუნავს საავადმყოფოში პაციენტზე, უნდა შეაგროვოს შესაბამისი დოკუმენტაცია, რომელიც საჭიროა რეფერალის განსახორციელებლად.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Swiadek, J. (2009). The impact of healthcare issues on the future of the nursing profession: The resulting increased influence of community-based and public health nursing. *Nursing Forum*, 44(1), 19–24. doi:10.1111/j.1744-6198.2009.00123.x
- Martins, D. C. (2008). Experiences of homeless people in the health care delivery system: A descriptive phenomenological study. *Public Health Nursing*, 25, 420–430. doi:10.1111/j.1525-1446.2008.00726.x
- Turner, A., Stavri, Z., Revere, D., & Altamore, R. (2008). From the ground up: Information needs of nurses in a rural public health department in Oregon. *Journal of the Medical Library Association*, 96, 335–342. doi:10.3163/1536-5050.96.4.008
- Wong, S., & Regan, S. (2009). Patient perspectives on primary health care in rural communities: Effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural & Remote Health*, 9, 1142.
- American Nurses Association. (1991). *Nursing's agenda for health care reform*. Kansas City, MO: Author. American Nurses Association. (1992). *House of delegates report: 1992 convention, Las Vegas, Nevada* (pp. 104–120). Kansas City, MO: Author.
- American Nurses Association. (2007). *Corrections nursing: Scope and standards of practice*. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2008). *ANA's health system reform agenda*. Silver Spring, MD: Author. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/HealthSystemReform/Agenda.aspx>
- American Psychological Association. (2008). *Blueprint for change: Achieving integrated health care for an aging population*. Washington, DC: Author.
- American Public Health Association. (1996). *The definition and role of public health nursing: A statement of APHA Public Health Nursing Section*. Washington, DC: Author.
- Anderson, E. T., & McFarlane, J. (2007). *Community as partner: Theory and practice in nursing* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Aston, M., Meagher-Stewart, D., Edwards, N., & Young, L. M. (2009). Public health nurses' primary health care practice: Strategies for fostering citizen participation. *Journal of Community Health Nursing*, 26, 24–34. doi:10.1080/07370010802605762
- Barnes, D., Eribes, C., Juarbe, T., Nelson, M., Proctor, S., Sawyer, L., ...Meleis, A. (1995). Primary health care and primary care: A confusion of philosophies. *Nursing Outlook*, 43(1), 7–16. doi:10.1016/S0029-6554(95)80038-7
- DePalma, J. A. (2009). Telehealth in the community: A research update. *Home Health Care Management & Practice*, 21, 205–207. doi:10.1177/1084822308326442
- De Tornyay, R. (1992). Reconsidering nursing education: The report of the Pew Health Professions Commission. *Journal of Nursing Education*, 31, 296–301.
- Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N., & Vanselow, N. A. (Eds.). (1996). *Prima-*

ry care: America's health in a new era, Washington, DC: National Academy Press. Retrieved from http://books.nap.edu/catalog.php?record_id_5152

- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press. Retrieved from http://www.nap.edu/catalog.php?record_id_10027
- International Parish Nurse Resource Center. (2010). Job description for the ministry of parish nursing practice. Deaconess Parish Nurse Ministries, LLC.. Retrieved from http://parishnurses.org/Home.aspx?ContentID_26#Job%20Description%20for%20the%20Ministry%20of%20Parish%20Nursing%20Practice
- National Center for Health Statistics. (2009). Health: United States, 2009. Hyattsville, MD: Author.
- National Prison Rape Elimination Commission. (2009). National Prison Rape Elimination Commission report. Retrieved from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/226680.pdf>
- O'Neil, E. H., & Pew Health Professions Commission. (1998). Recreating health professional practice for a new century. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.
- Smith, S. D. (Ed.). (2003). Parish nursing: A handbook for the new millennium. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Stevens, A. B., Lancer, K., Smith, E. R., Allen, L., & McGhee, R. (2009). Engaging communities in evidencebased interventions for dementia caregivers. *Family & Community Health*, 32, S83-S92.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). Healthy people 2020 Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/hp2020/default.asp>
- World Health Organization. (1978). Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva, Switzerland: Author.
- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2009). Community health nursing: Promoting and protecting the public's health (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Almborg, A., Ulander, K., Thulin, A., & Berg, S. (2009). Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 199-209. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02321.x
- American Nurses Association. (2007). Public health nursing: Scope and standards of practice. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Day, M., McCarthy, G., & Coffey, A. (2009). Discharge planning: The role of the discharge co-ordinator. *Nursing Older People*, 21(1), 26-31.
- Hunt, R. (2008). Introduction to community-based nursing (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Ivanov, L. L., & Blue, C. L. (2008). Public health nursing: Policy, politics & practice. Florence, KY: Cengage. January, A. (2009). Friday at Frontier Nursing Service. Public Health Nursing, 26, 202–203. doi:10.1111/j.1525-1446.2009.00771.x
- Leake, P., & Smith, C. M. (2008). Community/public health nursing practice: Health for families and populations. St. Louis, MO: Elsevier.
- Lee, S., Thompson, S., & Amarin-Woods, D. (2009). One service, many voices: Enhancing consumer participation in a primary health service for multicultural women. Quality in Primary Care, 17(1), 63–69.
- Markham, T., & Carney, M. (2008). Public health nurses and the delivery of quality nursing care in the community. Journal of Clinical Nursing, 17, 1342–1350. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01894.x
- Pew Health Professions Commission. (1991). Healthy America: Practitioners for 2005. An agenda for action for U.S. health professional schools. San Francisco, CA: Author.
- Sines, D., Saunders, M., & Forbes-Burford, J. (2009). Community health care nursing (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2010). Foundations of nursing in the community: Community-oriented practice (3rd ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Starr, S., & Wallace, D. (2009). Self-reported cultural competence of public health nurses in a southeastern U.S. public health department. Public Health Nursing, 26(1), 48–57.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy people 2010: Understanding and improving health (2nd ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Wakerman, J. (2009). Innovative rural and remote primary health care models: What do we know and what are the research priorities? Australian Journal of Rural Health, 17(1), 21–26. doi:10.1111/j.1440-1584.2008.01032.x

თავი 5

შინ მოვლა

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლება:

1. შინ მოვლის სერვისის განსაზღვრა;
2. განსაზღვროთ რა სხვაობაა შინ და საავადმყოფოს პირობებში პაციენტის მოვლას შორის;
3. შინ მოვლის ექთნის როლის განსაზღვრა;
4. სახლში ვიზიტის მნიშვნელოვანი ასპექტების იდენტიფიცირება;
5. უსაფრთხოებისა და ინფექციის კონტროლის საკითხების აღწერა შინ მოვლის სერვისის განხორციელების დროს;

ბოლო ათწლეულის მანძილზე ძალიან გაიზარდა სახლის პირობებში საექთნო სერვისების მოთხოვნილება. შინ მოვლის სერვისში დღესდღეობით სამედიცინო პროფესიონალების ფართო სპექტრია ჩართული, რომლებიც უზრუნველყოფენ სახლის პირობებში ჯანდაცვის სხვადასხვა სერვისის მიწოდებას, განსაკუთრებით ისეთი პაციენტებისათვის, რომლებსაც აწუხებთ ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემა. შინ მოვლის მიმართულების განვითარებაზე დიდ გავლენას ახდენს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა ჯანდაცვის სერვისების გაძვირება, პოპულაციის დაბერება, დაავადების პრევენცია, ქრონიკული დაავადებებისა და სტრესის მართვა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. გარდა ამისა, აღნიშნული სერვისი აქტუალურია ისეთი პაციენტებისათვის, რომელთაც სჭირდებათ მოვლა საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ. ამ სერვისს იყენებენ ადამიანები, რომელთაც არ სურს საავადმყოფოში ჰოსპიტალიზაცია. შინ მოვლის სერვისის მიმწოდებელი ექთნები უნდა იყვნენ მაღალ კვალიფიციურნი, რადგან მათ მეტი პასუხისმგებლობა აქვთ პაციენტის მიმართ შინ მოვლის პირობებში.

საექთნო საქმე შინ მოვლის პირობებში

დღესდღეობით შინ მოვლის საექთნო სერვისს სხვადასხვა დასახელებით მოიხსენიებენ, მიუხედავად ამისა ყველას საერთო მიზანი აქვს, შეინარჩუნოს, ხელი შეუწყოს პაციენტის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობას. შინ მოვლის სერვისი ერთ-ერთი ყველაზე სწრაფად მზარდი სექტორია ჯანდაცვის სისტემაში. შინ მოვლის სერვისებში დახარჯულ თანხებზე გავლენას ახდენს სერვისების ღირებულება, რომელიც ყოველწლიურად 10%-ით იზრდება. ფაქტორებმა, რომელმაც გამოიწვია შინ მოვლის სერვისი მოთხოვნის გაზრდა, შემდეგია: ა) ხანდაზმული პოპულაციის რაოდენობის ზრდა, რომლებიც შინ მოვლის სერვისის ყველაზე ხშირი მომხმარებლები არიან; ბ) გადამხდელი მესამე მხარე (სადაზღვეო), რომელსაც ურჩევნია უკეთ აკონტროლოს ხარჯები; გ) სააგენტოები და დაწესებულებები, რომლებიც წარმატებით აწვ-

დიან მაღალ ტექნოლოგიურ სერვისებს სახლის პირობებში; დ) მომხმარებლები, რომელთაც ურჩევნიათ სერვისი მიიღონ სახლში და არა საავადმყოფოში.

შინ მოვლის საექთნო საქმის უნიკალური ასპექტები

შინ მოვლის ექთნებს მუშაობა უწევთ დამოუკიდებლად მუდმივად განსხვავებულ, არა მეგობრულ გარემოსა და სიტუაციაში, რადგან სახლი არის ოჯახის ტერიტორია და საექთნო მოვლაც მნიშვნელოვნად განსხვავებულია საავადმყოფოში მიმდინარე პროცესებისგან. მაშინ როდესაც ექთანი შედის სახლში, უპირველეს ყოვლისა, მან უნდა მოიპოვოს ნდობა პაციენტისა და ოჯახის წევრებისგან. ასევე გასათვალისწინებელია ისიც, რომ მას ვიზიტი დაგეგმილი აქვს ლიმიტირებულ დროში; მოვლის პროცესი გაცილებით დიდ დროს საჭიროებს, საავადმყოფოს პირობებთან შედარებით.

შინ მოვლისას პაციენტის მოვლისა და სხვადასხვა ინტერვენციის შესრულებას უმეტეს წილად ესწრებიან ოჯახის წევრები, მათ აქვთ საკუთარი მოსაზრებები და მითითებებსაც გასცემენ ხოლმე ექთნის მიმართულებით. სწორედ ამიტომ ექთანს უნდა ჰქონდეს მკაფიოდ ჩამოყალიბებული საექთნო პროცესი პაციენტთან ვიზიტამდე. მნიშვნელოვანია. ექთანი ფლობდეს კომუნიკაციის უნარ-ჩვევებს, რადგან მას არამარტო პაციენტთან, არამედ მთელ მის ოჯახთან უწევს კომუნიკაცია. ამ კომუნიკაციის სიჯანსაღე პაციენტსა და ექთანზეც დადებითად აისახება, რადგან შინ მოვლის სერვისს ზოგი პაციენტი კვირის, თვეებისა და წლების მანძილზე საჭიროებს.

წინასწარ მიღებული ზომები, რომელიც მნიშვნელოვანია შინ მოვლისას განეული საექთნო მოვლის დროს

აღნიშნულ ზომებს მიეკუთვნება: სახლის შეფასება უსაფრთხოებაზე, ინფექციის კონტროლი, მომვლელის მხარდაჭერა.

პაციენტის უსაფრთხოება

სახლის პირობებში ბევრი ისეთი დამაბიანებელი ნივთი არსებობს, რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს დაცემა, ხანძარი, მოწამვლა და სხვა დაბიანება. ექთნის ერთ-ერთი მოვალეობაა მოახდინოს პაციენტის დაბიანების რისკის მინიმუმადე დაყვანა. ექთანი სრულყოფილად ვერ აღმოფხვრის ამ პრობლემას, რადგან ვერ შეცვლის პაციენტისა და ოჯახის საცხოვრებელ სივრცეს და ცხოვრების სტილს. მას მხოლოდ შეუძლია გამოთქვას საკუთარი მოსაზრება ასეთი რისკების არსებობის შემთხვევაში, თუმცა მან უნდა მოახდინოს ამ ინფორმაციის დოკუმენტირება და ჩაიწეროს ოჯახის წევრების რეაქცია და პასუხი მითითებებზე. პაციენტის უსაფრთხოების მიზანია გადაუდებელი სიტუაციებისთვის პაციენტისა და მისი ოჯახის მომზადება, ამისათვის ექთანი ახორციელებს შემდეგს:

- იგი პაციენტს უკეთებს პირველადი გადაუდებელი ნომრების ცნობარს. (სასწრაფო, სახანძრო, პოლიცია, ექიმი);
- იგი პაციენტს უკეთებს მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების ჩამონათვალს და უთითებს აღნიშნული მედიკამენტების შენახვის პირობებს;

ინფექციის კონტროლი

ინფექციის კონტროლის მთავარი მიზანია სახლის პირობებში პაციენტის დაცვა ინფექციებისაგან. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც აქვთ დაქვეითებული იმუნო სისტემა, ღია ჭრილობა, დრენაჟები ან სხვა ინვაზიური მოწყობილობა. ექთანი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ინფექციის კონტროლის სწავლებაში. პაციენტსა და მის მომვლელს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, ხელის ჰიგიენის, ხელთათმანების გამოყენების, თეთრეულის გამოცვლის, დაბინძურებული თეთრეულისა და საფენების მართვის და სხვა პრაქტიკული ჩვევების შესახებ. ინფექციის კონტროლი შინ მოვლის ექთნისთვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, განსაკუთრებით ისეთ პირობებში, სადაც ვერ ხერხდება ძირითადი ასეპტიკური ტექნიკის მოთხოვნების დაცვა, მაგ., როდესაც არ არსებობს სახლში გამდინარე წყალი.

ინფექციის კონტროლის მნიშვნელოვანი ნაწილი საექთნო სახარჯი მასალებით უზრუნველყოფაა: საშუალებები ხელის ჰიგიენისთვის, სტეტოსკოპი, წნევის აპარატი, თერმომეტრი, საზომი ლენტი, ხელთათმანები, ნიღაბი, სამედიცინო ხალათი, ანტიმიკრობული სითხეები.

მომვლელის მხარდაჭერა

პაციენტთან ვიზიტების დროს ექთანი მხარდაჭერას უწევს პაციენტის მომვლელს. აქტივობები, რომლის დროსაც მომვლელს სპეციფიკური უნარები სჭირდება არის პაციენტის ჰიგიენა, მობილობა, კვება და წამლების მიწოდება, რაც მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. გარდა ამისა, ექთანი ასწავლის მომვლელს დაკავებულ საწოლზე თეთრეულის გამოცვლას, პაციენტის საწოლიდან სკამზე გადაყვანასა და ტრანსპორტირებას.

პრაქტიკული საექთნო საქმე შინ მოვლის პირობებში

შინ მოვლის ექთანი პაციენტთან პირველი ვიზიტისას, უპირველეს ყოვლისა, აფასებს პაციენტისა და ოჯახის წევრების მოთხოვნილებებს. საექთნო პროცესი იწყება მაშინ, როდესაც ექთანი პირველ ვიზიტს ახორციელებს პაციენტთან (სურათი 5-1).



სურათი 5-1 სახლის პირობებში პაციენტთან გასაუბრება

პირველი ვიზიტის მიზანია კლინიკური სურათისა და პაციენტის მოთხოვნილების შეფასება. როგორც წესი, ექთანს ვიზიტამდე აქვს ინფორმაცია პაციენტის ჯანმრთელობის სტატუსის შესახებ, თუმცა პირველი ვიზიტისას ექთანი აგროვებს ინფორმაციას პაციენტის ანამნეზის შესახებ, ატარებს ფიზიკალურ შეფასებას. აღნიშნული ვიზიტის შედეგად ექთანს შეუძლია განსაზღვროს საჭიროა თუ არა დამატებით სამედიცინო პერსონალის ჩართვა პაციენტის მართვაში, მაგ., სჭირდება თუ არა დამხმარე ყოველდღიური აქტივობის შესრულებაში, საჭიროებს თუ არა სოც. მუშაკს დ.ა.შ.

პირველადი ინტერვიუს დასრულებამდე შეფასების შედეგებს ექთანი განიხილავს პაციენტთან და მის ოჯახის წევრებთან. მას შეუძლია განსაზღვროს თუ რა მოლოდინები აქვთ მათ შინ მოვლის სერვისიდან. იმისათვის, რომ შედგეს საექთნო მოვლის გეგმა, ექთანს მკურნალი ექიმისაგან ესაჭიროება პაციენტის შესახებ შემდეგი ინფორმაცია:

1. ყველა შესაბამისი დიაგნოზი;
2. მენტალური სტატუსის შესახებ ზუსტი ინფორმაცია;
3. ყველა მოთხოვნილი სერვისისა და აპარატურის სია;
4. ექიმთან საჭირო ვიზიტების ჯერადობა;
5. პაციენტის პროგნოზი;
6. პაციენტის რეაბილიტაციის პოტენციალი;
7. პაციენტის ორგანიზმის ნორმალური ფუნქციონირების შეზღუდვები;
8. ნებადართული აქტივობები;
9. პაციენტის ნეურიციული სტატუსი;
10. პაციენტისათვის დანიშნული მედიკამენტები;
11. უსაფრთხოების ზომები, რომელიც მიღებული უნდა იქნას პაციენტის დაზიანების თავიდან ასარიდებლად;
12. საავადმყოფოდან გამოწერისას გაცემული რეკომენდაციები.

საექთნო გეგმის განხორციელებისას ექთანი ასრულებს საექთნო ინტერვენციებს სწავლების ჩათვლით; იყენებს ყველანაირ რესურსს; ამოწმებს პაციენტის მოვლის დროს გამოყენებული სამედიცინო აპარატურის სტატუსს; თანამშრომლობს ყველა იმ სპეციალისტთან, რომელიც ჩართულია პაციენტის მოვლაში; ამოიცნობს კლინიკურ პრობლემას და ახდენს ამ პრობლემების მკურნალ ექიმთან რეპორტირებას. პაციენტის მიმდინარე ჯანმრთელობის სტატუსისა და პროგრესირების შესახებ მკურნალ ექიმთან კომუნიკაცია არის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი, სწორედ ამ კომუნიკაციის საფუძველზე ხდება საექთნო გეგმის მოდიფიცირება.

შინ მოვლის ექთანი ყოველ მომდევნო ვიზიტზე აფასებს იგივე მონაცემებს, რაც შეფასებული აქვს პირველ ვიზიტზე. ამ ინფორმაციაზე დაყრდნობით აანალიზებს დასახული მიზანი მიღწეულია თუ არა. ყველა ვიზიტის შემდეგ შეგროვებული მონაცემების ბედმინვნით დოკუმენტირება არის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი (სურათი 5-2).



სურათი 5-2 ექთანი აფასებს პაციენტის სასიცოცხლო მონაცემებს, რათა შეაფასოს მკურნალობის შედეგი მიღწეულია თუ არა

შინ მოვლის პერსპექტივა ჯანდაცვის სისტემაში

რა პერსპექტივა აქვს შინ მოვლის სერვისს? ბევრი კვლევაა საჭირო იმისათვის, რომ განისაზღვროს რამდენად პრაქტიკულია, უსაფრთხოა, ეფექტურია ხელმისაწვდომია და მოთხოვნიდა შინ მოვლის სერვისი, განსაკუთრებით მისი ახალი მოდელი „საავადმყოფო სახლში“. თუმცა, აღნიშნული სერვისის განვითარებაში უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება სახელმწიფოს ჩართულობასა და ხელშეწყობას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Askew, R., Williams, P., Rachel, M., & Martin, O. (2008). Resolving conflict in the home care setting. *Home Healthcare Nurse*, 26, 589–593. doi:10.1097/01.NHH.0000341221.10146.91
- Morales-Asencio, J., Morilla-Herrera, J., Martín-Santos, F., Gonzalo-Jiménez, E., Cuevas-Fernández-Gallego, M., Bonill de Las Nieves, C., . . . Rivas-Campos, A. (2009).
- Peters, D. (2008). Reducing hospitalizations through the implementation of a telehealth program. *Home Health Care Management & Practice*, 21(1), 39–43. doi:10.1177/10848223083216
- Askew, R., & Walker, J. (2008). Ergonomics for home care providers. *Home Healthcare Nurse*, 26, 412–419. doi:10.1097/01.NHH.0000326319.78971.29
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2005). Medicare benefit policy manual: Chapter 7 home health services (CMS Publication 100-02). Baltimore, MD: U.S. Department of Health & Human Services. Retrieved from <http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c07.pdf>
- National Center for Health Statistics. (2009). *Health: United States, 2009*. Hyattsville, MD: Author.
- Stolee, P., Steeves, B., Glenney, C., & Filsinger, S. (2010). The use of electronic health information systems in home care: Facilitators and barriers. *Home Healthcare Nurse*, 28, 167–181. doi:10.1097/01.NHH.0000369769.32246.92
- The Joint Commission. (2010). Accreditation program: Hospital national patient safety goals. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/868C9E07-037F-433D-88580D5Faa4322F2/0/July2010N-PSGs_Scoring_HAP2.pdf
- The Joint Commission (2010). Accreditation program: Home care national patient safety goals. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/E07E8A63-5867-4090-A5AC-210D9565BCDB/0/July2010N-PSGs_Scoring_OME.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). Proposed healthy people 2020 objectives (List for public comment). Retrieved from http://www.healthypeople.gov/hp2020/objectives/ViewObjective.aspx?Id=454&TopicArea=Disability_and_Secondary_Conditions&Objective=DSC_HP2020%e2%80%939310&TopicAreaId=17
- Wong, F., Chow, S., Chung, L., Chang, K., Chan, T., Lee, W., & Lee, R. (2008). Can home visits help reduce hospital readmissions? Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 585–595.
- American Nurses Association. (2007). *Home health nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Bowden, G., & Bliss, J. (2008). Does using a hospital bed have an impact on the meaning of home? *British Journal of Community Nursing*, 13, 556–562.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2007). *Medicare and home health care* (CMS publication 10969). Baltimore, MD: Author.

- Drury, L. J. (2008). Transition from hospital to home care: What gets lost between the discharge plan and the real world? *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 198–199. doi:10.3928/00220124-20080501-08
- Herleman, L. (2008). Home care primary nurse case management model. *Home Health Care Management & Practice*, 20, 235–244. doi:10.1177/1084822307308967
- The Joint Commission. (2010). 2010 standards for home health, personal care and support services, and hospice. Oakbrook Terrace, IL: Author.
- Williams, P. R., Rachel, M., Cooper, J., Walker, J., Winters, K., Harrington, M., & Askew, R. (2009). Keeping it real: Evidence based practice in home health care. *Home Healthcare Nurse*, 27, 522–533. doi:10.1097/01.NHH.0000361922.20388.80

პარაბრაფი 3 საქონლო პროცესი

თავი 6

კრიტიკული აზროვნება და საექთნო პრაქტიკა

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. კრიტიკული აზროვნების მნიშვნელობა უსაფრთხო, ეფექტურ და პროფესიონალურ საექთნო საქმეში;
2. კრიტიკული აზროვნების გამოყენება კლინიკურ პრაქტიკაში;
3. კრიტიკული აზროვნების უნარების განხილვა;
4. განიხილოთ ურთიერთქმედება კრიტიკულ აზროვნებას, პრობლემის გადაჭრის პროცესსა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესს შორის;

კრიტიკული აზროვნება არის ინტერნაციონალური მაღალი დონის პროცესი, რომელიც ინტელექტუალურად დალაგებულია მსოფლმხედველობის, ცოდნის, გამოცდილების, რაციონალური განსჯისა და ქმედების მიხედვით. საექთნო საქმეში კი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი და შეუცვლელი პროცესია კრიტიკული აზროვნება. კლინიკურ პრაქტიკაში კრიტიკული აზროვნების განვითარება მომდინარეობს პროფესიული, სოციო-ეკონომიკური და ეთიკურ მორალური საჭიროებების გამო. კრიტიკულად მოაზროვნე ექთანი კლინიკური მიზეზებისა და კლინიკური გადაწყვეტილებების საფუძველზე საავადმყოფოში ახორციელებს უსაფრთხო და ეფექტურ საექთნო ზრუნვას შეცდომების მინიმუმამდე დაყვანის შესაბამისად. კრიტიკული აზროვნების უნარ-ჩვევებისა და ქცევის განვითარება ექთნს აძლევს საშუალებას განვითარდეს და უზრუნველყოს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული გარემო.

კრიტიკული აზროვნების დეფინიცია და შეთავაზებები

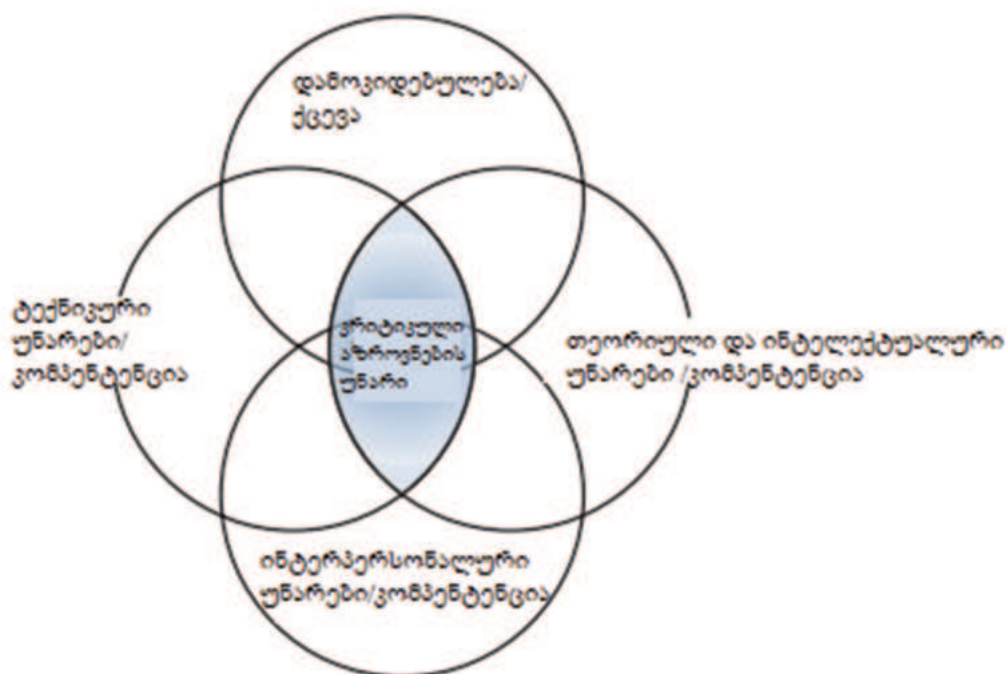
იმისათვის რომ, განსაზღვრულიყო რას მოიცავს კრიტიკული აზროვნება, საექთნო საქმეში მოხდა 9 სხვადასხვა ქვეყნის საექთნო საქმის ექსპერტთა გაერთიანება, რომლებმაც ჩამოაყალიბეს ექთნის კრიტიკული აზროვნების დეფინიცია, რომელიც მოიცავს: 10 გონების ქცევას (ეფექტური კომპონენტები) და 7 უნარს (კოგნიტური კომპონენტები).

10 ძირითადი კომპონენტი: ნდობა, კონტექსტუალური პერსპექტივა, კრეატიულობა, მოქნილობა, ცნობისმოყვარეობა, ინტელექტუალური ერთიანობა, ინტუიცია, გონებაგახსნილობა, სიმტკიცე და საზრიანობა.

7 უნარი: ანალიზი, სტანდარტების გამოყენება, გამოცნობა, ინფორმაციის ძებნა, ლოგიკური მსჯელობა, პროგნოზირება და ცოდნის გარდაქმნა.

ალფარო-ლეფევრის კრიტიკული აზროვნების 4 წრე ვიზუალური გამოსახულებაა იმისა, თუ როგორაა დაკავშირებული საექთნო პრაქტიკა და კრიტიკული აზროვნე-

ბის უნარი ერთმანეთთან. კრიტიკული აზროვნების უნარები და პრობლემის გადაჭრის უნარები, როგორც უმაღლესი დონის პროცესი, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია როგორც სამედიცინო ფაკულტეტის სტუდენტებისთვის, ისე პრაქტიკოსი სამედიცინო პერსონალისთვის, რათა მოხდეს უსაფრთხო და ეფექტური ზრუნვის უზრუნველყოფა (სურათი 6-1).



სურათი 6 -1 კრიტიკული აზროვნების მოდელი

ექთნები კრიტიკული აზროვნების უნარს იყენებენ შემდეგნაირად:

- **ექთანი იყენებს თავის ცოდნას, რომელიც სხვადასხვა საგნის სწავლის დროს აქვს მიღებული,** მაგალითად, მიკრობიოლოგიიდან და დიეტოლოგიიდან იყენებს ცოდნას ნაწოლებისა და ჭრილობის შეხორცების პრევენციისთვის;
- **ექთანი ცდილობს შეცვალოს სტრესული გარემო** – პაციენტის მდგომარეობა ნებისმიერ დროს შეიძლება შეიცვალოს, მიუხედავად პროტოკოლების დაცვისა და სწორი მკურნალობისა, რადგან მედიცინაში ხშირია არასტანდარტული შემთხვევები, რომელიც სტანდარტებს არ ექვემდებარება. ექთანს კრიტიკული აზროვნება ეხმარება სწრაფად ამოიცნოს ცვლილება და შესაბამისი ინტერვენციით უპასუხოს პაციენტის მოთხოვნილებებს;
- **ექთანი იღებს მნიშვნელოვან გადაწყვეტილებებს** – ყოველდღიურად დღის ნებისმიერ მონაკვეთში ექთანი გადაწყვეტილების მიღებისას იყენებს კრიტიკულ აზროვნებას. მაგალითად, ექთანმა უნდა შეაფასოს და მიიღოს გადაწყვეტილება პაციენტზე ზრუნვისას რა მონაცემია მნიშვნელოვანი, რომელიც ექიმს უნდა შეატყობინოს და რომელი მონაცემების დოკუმენტირება უნდა მოახდინოს

სამედიცინო დოკუმენტაციაში, მას ეს უნარები ეხმარება საექთნო გეგმის შედგენასა და პრიორიტეტების განსაზღვრაში.

კრიტიკული აზროვნება კრეატიულობის ინტელექტუალური ქმედებების მამოძრავებელ ძალას წარმოადგენს. ექთნები ქმნიან კრეატიულობას თავიანთ აზროვნებაში, მათ შეუძლიათ მიაგნონ უნიკალური პრობლემების უნიკალური გადაწყვეტას. კრეატიულობა საჭიროა პრობლემის მოგვარებისა და გადაწყვეტილების მიღებისთვის.

კრეატიულობის გამოჩენა ძირითადად საჭიროა ახალ არასტანდარტულ სიტუაციებში, როდესაც ტრადიციული მეთოდები არაეფექტურია. კრეატიულად მოაზროვნე პროფესიონალს აქვს უნარი შეაფასოს პრობლემა და თავისი ცოდნა მიმართოს პრობლემის მთავარ გამომწვევ ფაქტებამდე და შემდეგ იმოქმედოს. მაგალითად, ექთანს ჰყავს 4 წლის პოსტოპერაციული პაციენტი, რომელსაც ჩატარებული აქვს ოპერაცია მუცლის ღრუზე, პაციენტს აღენიშნება რესპირაციის პრობლემები და ექიმის მიერ დანიშნულ იქნა თერაპიული სპირომეტრიის შესრულება. ბავშვს სპირომეტრიის აპარატის ემინია და ტირილით აპროტესტებს პროცედურას. ამ სიტუაციაში ექთანმა კარგად იცის სასუნთქი სისტემის ანატომია და ფიზიოლოგია და სპირომეტრიის ჩვენებები, ითვალისწინებს პაციენტის ასაკის შესაბამის ზრდისა და განვითარების თავისებურებებს. არსებულ ცოდნაზე დაყრდნობით ის მიმართავს კრეატიულობას პრობლემის მოგვარებისთვის. იგი სთავაზობს ბავშვს, გაბეროს საპნის ბუშტები, რომელიც ხალისით ასრულებს ექთნის დავალებას. ექთანი დარწმუნებულია, რომ ბუშტების ბერვით სტიმულირდება ალვეოლის ჰაერით უკეთ შევსება. კრეატიულობის გამოყენება ექთანს აძლევს საშუალებას:

- მოიფიქროს ბევრი სხვადასხვა იდეა;
- იყოს მოქნილი და ბუნებრივი. სწაფად შეიცვალოს აზრი და მიდგომა, იაზროვნოს სწრაფად;
- მოიფიქროს პრობლემის ორიგინალური გადაწყვეტა;
- იყოს დამოუკიდებელი და საკუთარ თავში დარწმუნებული სტრესულ სიტუაციებში;
- გამოავლინოს ინდივიდუალიზმი;

კრიტიკული აზროვნების ტექნიკები

კრიტიკული აზროვნების 10 ეფექტური და 7 კოგნიტიური კომპონენტის გარდა ექთანს შეუძლია სხვა ტექნიკაც გამოიყენოს. ესენია: კრიტიკული ანალიზი, ინდუქციური და დედუქციური მსჯელობა, სწორი დასკვნების გაკეთება, ფაქტებსა და მოსაზრებებს შორის განსხვავება, ინფორმაციის წყაროების სანდოობის შეფასება, დაზუსტება, ცნებებისა და ვარაუდების ამოცნობა.

კრიტიკული ანალიზი კითხვების მთელი რიგის გამოყენებაა. კონკრეტული სიტუაციაში აუცილებელია ინფორმაციის/იდეის დასადგენად ზედმეტი ინფორმაციისა თუ იდეების გამორიცხვა. კითხვების არსებობა მთავარი კრიტერიუმია, რომელიც მიმართულია იდეის/აზრის შესაფასებლად. კითხვები სიტუაციის მიხედვით ირჩევა, სხვადასხვა სიტუაციაში ერთი და იგივე კითხვას ვერ გამოიყენებ.

სოკრატე იყო ბერძენი ფილოსოფოსი, რომელმაც განავითარა შეკითხვის დასმისა და პასუხის მიგნების მეთოდოლოგია. სოკრატეს კითხვარი არის ტექნიკა, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია ვარაუდების ამოცნობა და შესწავლა, შეუსაბამობების ძებნა, სხვადასხვა თვალსაზრისით შემოწმება, რაც იცის იმის თუ სჯერა. ჩანართ 6-1-ში მოცემულია სოკრატეს კითხვარი, რომელიც გამოიყენება კრიტიკული ანალიზისთვის.

ჩანართი 6-1 სოკრატეს შეკითხვები
კითხვები კითხვებისთვის (ან პრობლემისთვის) • კითხვა სწორადაა დასმული? გასაგებია? • ეს კითხვა მნიშვნელოვანია? • შესაძლებელია ამ კითხვის ნაწილ-ნაწილ დასმა? • როგორ შეიძლება ამ კითხვის დასმა? კითხვები ვარაუდის შესახებ • თქვენ ამას ვარაუდობდით? ასეა? • ამის ნაცვლად რას ვარაუდობდით? რატომ? • თქვენი ვარაუდი ყოველთვის მართლდება? კითხვები შეხედულებებზე • პერსპექტივაში რას გამოიყენებთ? რატომ? • თუ სხვა ადამიანი არ დაგეთანხმებათ? • სხვა გამოსავალს ხედავთ? კითხვები მტკიცებულებასა და მიზეზებზე • რა მტკიცებულება გაქვთ ამის შესახებ? • არის რაიმე, რაც ამ მტკიცებულებებს ეჭვქვეშ დააყენებს? • როგორ ფიქრობთ? • არის რაიმე, რაც აზრს შეგაცვლევინებთ? კითხვები შეთავაზებასა და შედეგებზე • რა ეფექტი გაქვთ? • რა ალბათობაა იმისა, რომ ეს ყველაფერი ნამდვილად მოხდება? • რა ალტერნატივა არსებობს?

ექთნებს სოკრატეს კითხვარის გამოყენება შეუძლიათ პაციენტის რეპორტის განხილვისას სხვა კოლეგებთან ერთად, პაციენტზე ზრუნვის დაგეგმვისას ან მონაცემების პროგრესულად ცვლილებისას.

ინდუქციური მსჯელობა ყალიბდება ფაქტებისა და დაკვირვების შედეგად. ინდუქცია არის კერძო მსჯელობიდან ზოგადი მსჯელობის გამოყვანა. მაგალითად, თუ რამდენიმეჯერ ცხელ ალს შეეხებით, მაშასადამე შეგვიძლია დავასკვნათ რომ ყველა ალი ცხელია. ექთანი, რომელიც აფასებს პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება მშრალი კანი, დაქვეითებული ტურგორი, ჩაძირული თვალები, მუქი ფერის შარდი, ასეთი მდგომარეობა განისაზღვრება, როგორც დეჰიდრატაცია. აქედან ინდუქციური მსჯელობის მეთოდის გამოყენებით შეგვიძლია ვიმსჯელოთ, რომ ყველა პაციენტი, რომელსაც მსგავსი სიმპტომები აღმოაჩნდება, გაუწყლოვანებულია.

დედუქციური მსჯელობა კი ინდუქციურის საპირაპირია, როდესაც ზოგადი მსჯელობიდან ხდება კერძო მსჯელობის გამოყვანა. მაგალითად თუ ექთანი დაუშვებს იმ თეორიას, რომ ყველა ბავშვს უყვარს მინის თხილის კარაქი და ამ მსჯელობის მიხედვით გადაწყვეტს ბავშვის წახალისებას კვების დროს, მაშინ უნდა შესთავაზოს მინის თხილის კარაქი. შესაბამისად, დაშვება ყოველთვის შეიძლება არ იყოს მართებული. სწორედ ამიტომ, ექთნები იყენებენ კრიტიკულ აზროვნებას, რომელიც ეხმარება მათ სიტუაციის გაანალიზებასა და მართებული დაშვების დადგენაში.

კრიტიკულ აზროვნებაში, ექთანი ასევე განასხვავებს მდგომარეობებს, ფაქტებს, დასკვნას, მსჯელობას და იდეას. ცხრილ 6-1-ში ნაჩვენებია, თუ როგორ შიძლება ეს მდგომარეობები იქნას გამოყენებული საექთნო პრაქტიკაში.

ცხრილი 6-1 სხვადასხვა ტიპის მდგომარეობა		
მდგომარეობა	განმარტება	მაგალითი
ფაქტი	შესაძლებელია დადგინდეს შეფასებისას	სისხლის წნევაზე მოქმედებს სისხლის მოცულობა
დასკვნა	დასკვნა გამომდინარეობს ფაქტებიდან, თუმცა, ითვალისწინებს ისეთ გარემოებებს, რომელიც ჯერ კიდევ არ არის ცნობილი	თუ სისხლის მოცულობა შემცირდება, წნევაც დაიწვეს (ჰემორაგიული შოკი)
განსჯა	ფაქტების მიმოხილვა სხვადასხვა მონაცემის გათვალისწინებით; მოსაზრება	იმ შემთხვევაში თუ სისხლის წნევა ძალიან დაბალია, ეს საშიშროა პაციენტის ჯანმრთელობისთვის
მოსაზრება	დროთა განმავლობაში ჩამოყალიბებული მოსაზრება, რომელიც მოიცავს განსჯას, ფაქტებისა და შეცდომების გათვალისწინებით	საექთნო ინტერვენციას შეუძლია პაციენტის წნევა ნორმის ფარგლებში შეინარჩუნოს

ინფორმაციის წყაროების სანდოობის შეფასება კრიტიკული აზროვნების მნიშვნელოვანი საფეხურია. სამწუხაროდ, ყოველთვის ვერ დავიჯერებთ, რასაც ვკითხულობთ ან რასაც გვეუბნებიან. საჭიროა ინფორმაციის გადამოწმება სხვადასხვა წყაროში მეტი სიზუსტისთვის. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკული ცოდნის გაღრმავება.

შეხედულებები/დამოკიდებულება კრიტიკული აზროვნების განვითარებაზე

კრიტიკული აზროვნების განვითარებისთვის გადამწყვეტია გარკვეული შეხედულებების არსებობა. ეს შეხედულებები ემყარება მოსაზრებას ადამიანის რაციონალურ აზროვნებაზე: მოტივირებულია განვითარებისთვის, სწავლისთვის, პროფესიული ზრდისთვის და არ სურს აკეთოს ის, რაც მხოლოდ თავად სჯერა.

შესაბამისად, კრიტიკული აზროვნების განვითარებისათვის აუცილებელია შემდეგი თვისებების განვითარება/შეძენა: დამოუკიდებლობა, სამართლიანობა, ინტელექტუალობა, თავმდაბლობა, თვითშეფასება, ინტელექტუალური თავმდაბლობა, სიმამაცე, ნდობა და ცნობისმოყვარეობა.

დამოუკიდებლობა

კრიტიკული აზროვნების განვითარება საჭიროებს დამოუკიდებლად ფიქრსა და აზროვნებას. ისევე როგორც, პატარა ბავშვი ზრდასთან ერთად სწავლობს და იღებს ცოდნას, ასევე კრიტიკულად მოაზროვნე საკუთარ ცოდნასა და გამოცდილებას სრულპყოფს და ამუშავებს ახალი მტკიცებულებების გათვალისწინებით. ასეთი ადამიანები ცდილობენ ბევრი სხვადასხვა მოსაზრებიდან საკუთარი მსჯელობის საფუძველზე ჰქონდეთ თავიანთი პირადი მოსაზრება. ექთნები მარტივად არ ექცევიან სხვა ადამიანების გავლენის ქვეშ და ისინი პასუხისმგებლობას იღებენ საკუთარ ქცევაზე.

სამართლიანობა

კრიტიკულად მოაზროვნე ადამიანი არის სამართლიანი, არ არის მიკერძოებული. ახალი იდეების განხილვისას, სანამ დაადასტურებს ან უარყოფს, მას განიხილავს ყველა შესაძლო მიმართულებით. იგი ითვალისწინებს ახალ მტკიცებულებებს, რომელიც შესაძლებელია მისი მოსაზრების შეცვლას ითვალისწინებდეს. ნებისმიერ შემთხვევაში, ექთანს უნდა შეეძლოს საკუთარი ქმედებების დასაბუთება.

ინტელექტუალური თავმდაბლობა

ინტელექტუალური თავმდაბლობა ნიშნავს საკუთარ ცოდნაში ნაკლოვანებების აღიარებას. კრიტიკულად მოაზროვნეები მზად არიან აღიარონ რაც მათ არ იციან, მზად არიან მოიძიონ ახალი ინფორმაცია და გადახედონ თავიანთ მოსაზრებებსა და მსჯელობებს ახალი ცოდნის გათვალისწინებით. არასდროს ასაბუთებენ, რომ ყოველთვის მართლები არიან, რადგან ზუსტად იციან, რომ ნებისმიერ დროს შეიძლება გაჩნდეს ამა თუ იმ საკითხზე ახალი თანამედროვე მტკიცებულება.

თავმდაბლობა

ინტელექტუალური თავმდაბლობა არის კრიტიკულად მოაზროვნე ადამიანის თვისება – არასდროს იყოს დარწმუნებული საკუთარ ცოდნაში. იგი მუდმივად ამოწმებს საკუთარ ცოდნასა და გამოცდილებას, შესაბამისად არ ეყრდნობა მხოლოდ საკუთარ მოსაზრებებსა და ცოდნას. მაგალითად, ექთანმა იცის, რომ ჭრილობის მოვლის დროს დაცული უნდა იყოს სტერილური ტექნიკა. იგი ეცნობა ახალ სტატიას ჭრილობის მოვ-

ლის სუფთა ტექნიკის გამოსავლების შესახებ და უკვე აანალიზებს, რომ მის ცოდნას კონკრეტულ საკითხზე სჭირდება შესაბამისი მტკიცებულების მოძიება და გადახედვა.

ცნობისმოყვარეობა

კრიტიკულად მოაზროვნე ექთანს მუშაობის პროცესში უნდება კითხვები: რატომ გვჯერა ამის? რა არის ამის მიზეზი? ეს ესე უნდა იყოს? კარგად მუშაობს? შესაძლებელია სხვა გზით ამის მიღწევა? ცნობისმოყვარე ექთანი მუდმივად ამოწმებს ინფორმაციის ვალიდურობას, რაც საქმის მიმართ პასუხისმგებლობის არსებობით აიხსნება.

კრიტიკული აზროვნების სტანდარტები

იმისათვის, რომ ზოგადად კარგად მოაზროვნე ექთანს შეეძლოს კრიტიკულად აზროვნება, იგი უნდა მიჰყვეს გზამკვლევს, რომელიც დაეხმარება მას ამ უნარების განვითარებაში. ცხრილი 6-2-ში მოცემულია კითხვები, რომელიც ექთანს კრიტიკული აზროვნების უნარ-ჩვევების დახვეწაში გამოადგება. იმ შემთხვევაში, თუ ამ უნივერსალური სტანდარტების დასწავლა და პრაქტიკაში გამოყენება აქტიურად განხორციელდება, საექთნო საქმის ხარისხი მოიმატებს, ხოლო ექთანი აღიქმება როგორც კომპეტენტური, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ცოდნის მქონე პროფესიონალი.

ცხრილი 6-2 უნივერსალური ინტელექტუალური სტანდარტები	
სტანდარტი	მარტივი კითხვა
სიცხადე	რა არის ამის მაგალითი?
სიზუსტე	როგორ შეიძლება ვიპოვო, თუ ეს მართალია?
სარწმუნოება	შესაძლებელია უფრო სპეციფიკურად მიდგომა?
საფუძვლიანი	როგორ დამეხმარება ეს?
სიღრმისეული	რამდენად აღრმავებს ეს პრობლემას?
თვალთა ხედვის სიფართოვე	გავითვალისწინო თუ არა სხვა შეხედულება?
ლოგიკური	ეს მტკიცებულებიდან გამომდინარეობს?
მნიშვნელოვანი	არსებული ფაქტებიდან, რომელია ყველაზე მნიშვნელოვანი?
სამართლიანობა	სხვების აზრიც უნდა გავითვალისწინო?

კრიტიკული აზროვნების გამოყენება საექთნო პრაქტიკაში

როდესაც მიზანმიმართული აზროვნება ადამიანებზე ზრუნვის კონტექსტში გამოიყენება, ყალიბდება ურთიერთდამოკიდებულება უნარ-ჩვევებს, მიდგომებსა და სტანდარტებს შორის, რომელიც საექთნო პროცესში კრიტიკული აზროვნების ჩამოყალიბებასა და გადამწყვეტილების მიღებას უწყობს ხელს.

პრობლემის გადაწყვეტა

პრობლემის გადაწყვეტის დროს ექთანი იღებს ინფორმაციას, რომელიც პრობლემის ბუნების დადგენასა და სავარაუდო გადაწყვეტილების მოძიებას გულისხმობს. ამის შემდეგ ექთანი ყურადღებით აფასებს შესაძლო გადაწყვეტილებებს და ირჩევს საუკეთესო გადაწყვეტას. გარდა ამისა, ექთანი ყურადღებით აკვირდება პროცესის მიმდინარეობას თავდაპირველი გადაწყვეტილების ეფექტურობის შესაფასებლად. აღნიშნული პროცესი ექთანმა სხვა პაციენტებთან პრაქტიკულ მოვლაში უნდა გაითვალისწინოს. პრობლემის გადაჭრისას ხშირად გამოიყენება მიდგომები, რომელიც მოიცავს ცდასა და შეცდომაზე სწავლას, ინტუიციასა და კვლევის პროცესს.

გადაწყვეტილების მიღება

სწორი გადაწყვეტილების სწრაფად მიღების უნარი ეხმარება ექთანს მთავარი მიზნის მიღწევაში. ისეთ სიტუაციაში, როდესაც რამდენიმე პაციენტი ერთდროულად ითხოვს დახმარებას, ექთანმა თავად უნდა გადაწყვიტოს რომელს უნდა დაეხმარს დაუყოვნებლივ და რომლის გადადება შეიძლება. შესაბამისად, ექთანი:

- ა) განსაზღვრას თითოეული ქმედების ჩვენებებსა და უკუჩვენებას;
- ბ) იყენებს მასლოუს საჭიროებების თეორიას;
- გ) აფასება რომელი ქმედების დელეგირება შეიძლება, მაგალითად, როდესაც პაციენტი არჩევანის წინაშეა მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდებს შორის, ექთანს შეუძლია მიანოდოს ინფორმაცია და რესურსები, რათა პაციენტმა მიიღოს გადაწყვეტილება.

კრიტიკული აზროვნების განვითარება, დამოკიდებულებები და უნარები

მას შემდეგ რაც გაეცანით იდეას, თუ რას ნიშნავს კრიტიკული აზროვნება, პრობლემების გადაჭრა და გადაწყვეტილების მიღება, საჭიროა ექთნები ინფორმირებულები იყვნენ საკუთარი აზროვნებისა და შესაძლებლობების გამოვლინების სტილის შესახებ. კრიტიკული აზროვნების უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულებები პრაქტიკაში კიდევ უფრო იხვეწება. კრიტიკული აზროვნება არ არის მარტივი, გადაწყვეტილების მიღება და პრობლემის გადაწყვეტა საკმაოდ რისკიანია. ზოგჯერ ამ ყველაფრის შედეგი არ არის ისეთი, როგორიც დაგეგმილი იყო.

ასაკობრივი თავისებურებები

ბავშვები

მშობლები ყველაზე ხშირად იღებენ გადაწყვეტილებებს შვილების ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დროს. ზრდასრულ შვილებს, ასაკის შესაბამისად, შეუძლიათ მიიღონ მონაწილეობა ამ გადაწყვეტილებებში. როგორც პიაჟეტმა აღწერა, ბავშვების მხრიდან საკუთარ თავზე კრიტიკულად ფიქრი მათ განვითარებაზე დადებითად აისახება.

ექთნები უნდა ფლობდნენ ინფორმაციას ბავშვების ამროვნების შესახებ და განსაკუთრებული სიფრთხილით ჩართონ ბავშვი ჯანმრთელობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში.

ხანდაზმულები

უმნიშვნელოვანესია ხანდაზმულების ჩართვა საექთნო მოვლის ყველა საფეხურის დაგეგმვაში, თუმცა ისეთი პაციენტების ჩართვა პროცესში, რომელთაც დარღვეული აქვს კოგნიტიური უნარები (ალცეიმერი), ასეთ პაციენტებთან განსაკუთრებული მიდგომაა საჭირო. ერთი და იგივე საფეხური საჭიროებისას რამდენიმეჯერ უნდა განმარტოთ, სანამ პაციენტი არ აღიქვამს ნათქვამს.

კრიტიკული ამროვნების მნიშვნელოვანი ასპექტები

კლინიკაში შემოვიდა 53 წლის მამაკაცი, რომელიც ამბობს რომ “თავს ცუდად გრძნობს”. ანამნეზში აღენიშნება გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი, რაც იწვევს დიარეასა და რექტალურ სისხლდენას.

თქვენ ფიქრობთ რომ შეიძლება ჰქონდეს ისევ ნაწლავური პრობლემა.

- რა კითხვას დაუსვამდით პაციენტს მდგომარეობაში გასარკვევად?
- როგორ წარმოაჩენთ, რომ იყენებთ კრიტიკული ამროვნების მიდგომას, „მსჯელობისადმი ნდობას“?
- იმ შემთხვევაში თუ კითხვას დაგისვავენ: რა არის შენი კრიტიკული ამროვნების შედეგი, რა იქნებოდა თქვენი პასუხი? განიხილეთ შედეგები, მართალი იყავით თუ არა შეჯამებისას;
- კრიტიკულად მოამროვნეები ეძებენ დახვეწილ ცნობებს. შეგროვებული ინფორმაციდან, რომელი საჭიროებს კვლავ გადამოწმებას?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Vacek, J. E. (2009). Using a conceptual approach with concept mapping to promote critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 48(1), 45–48. doi:10.3928/01484834-20090101-11
- Raterink, G. (2008). A descriptive inquiry of the definitions of critical thinking and enhancers and barriers reported by nurses working in long-term care facilities. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 407–412. doi:10.3928/00220124-20080901-07
- Zurmehly, J. (2008). The relationship of educational preparation, autonomy, and critical thinking to nursing job satisfaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 453–460. doi:10.3928/00220124-20081001-10
- Alfaro-LeFevre, R. (2008). Critical thinking indicators. Retrieved from <http://www.alfaroteachsmart.com/cti.htm>
- Alfaro-LeFevre, R. (2009). *Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking* (4th ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders Elsevier.
- American Philosophical Association. (1990). *Critical thinking: A statement of expert consensus for purpose of educational assessment and instruction*. Columbus, OH: Center on Educational Training for Employment, College of Education, The Ohio State University. (ERIC Document Reproduction Service No. ED315-423)
- Billings, D. M., & Halstead, J. A. (2009). *Teaching in nursing: A guide for faculty* (3rd ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Billings, D. M., & Kowalski, K. (2008). Argument mapping. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 246–247. doi:10.3928/00220124-20080601-09
- Catalano, J. T. (2009). *Nursing now! Today's issues, tomorrow's trends* (5th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Elder, L., & Paul, R. (2007). *The thinker's guide to analytic thinking*. Dillon Beach, CA: Foundation for Critical Thinking.
- Facione, N. C., & Facione, P. A. (1996). Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment. *Nursing Outlook*, 44, 129–136. doi:10.1016/S0029-6554(06)80005-9
- Forneris, S. G., & Peden-McAlpine, C. (2007). Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 410–421. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04120.x
- Funkesson, K. H., Anbacken, E.-M., & Ek, A.-C. (2007). Nurses' reasoning process during care planning taking pressure ulcer prevention as an example: A think-aloud study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1109–1119. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.04.016
- Jones, M. (2008). Developing clinical savvy nursing students: An evaluation of problem-based learning in an associate degree program. *Nursing Education Perspectives*, 29, 278–283.

- Kostovoch, C. T., Poradzisz, M., Wood, K., & O'Brian, K. L. (2007). Learning style preference and student aptitude for concept maps. *Journal of Nursing Education*, 46, 225-231.
- Lasater, K., & Nielson, A. (2009). Reflective journaling for clinical judgment development and evaluation. *Journal of Nursing Education*, 48, 40-44. doi:10.3928/01484834-20090101-06
- National League for Nursing. (2000). Think tank on critical thinking. New York, NY: Author.
- Rew, L., & Barrow, E. M. (2007). State of the science: Intuition in nursing, a generation of studying the phenomenon. *Advances in Nursing Science*, 30, E15-E25.
- Rogal, S. M., & Young, J. (2008). Exploring critical thinking in critical care nursing education: A pilot study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 28-33. doi:10.3928/00220124-20080101-08
- Scheffer, B., & Rubenfeld, M. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, 39, 352-359.
- Taylor, J., & Wros, P. (2007). Concept mapping: A nursing model for care planning. *Journal of Nursing Education*, 46, 211-216.
- Toofany, S. (2008). Critical thinking among nurses. *Nursing Management*, 14(9), 28-31.
- Torre, D. M., Daley, B., Stark-Schweitzer, T., Siddartha, S., Petkova, J., & Ziebert, M. (2007). A qualitative evaluation of medical student learning with concept maps. *Medical Teacher*, 29, 949-955. doi:10.1080/01421590701689506
- Wilgis, M., & McConnell, J. (2008). Concept mapping: An education strategy to improve graduate nurses' critical thinking skills during a hospital orientation program. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 119-126. doi:10.3928/00220124-20080301-12
- Zimmerman, B. S., & Pilcher, M. S. (2008). Implementing NICU critical thinking programs: One unit's experience. *Neonatal Network*, 27, 231-238.
- All, C., & Huyche, L. I. (2007). Serial concept maps: Tools for concept analysis. *Journal of Nursing Education*, 46, 217-224.
- Chabeli, M. M. (2007). Facilitating critical thinking within the nursing process framework: A literature review. *Health SA Gesondheid*, 12(4), 69-89.
- Conceicao, S. C. O., & Taylor, L. D. (2007). Using a constructivist approach with online concept maps: Relationship between theory and nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 28, 268-275.
- Cruz, D. M., Pimenta, C. M., & Lunney, M. (2009). Improving critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, 121-127. doi:10.3928/00220124-20090301-05
- Jackson, M., Ignatavicius, D. D., & Case, B. (2006). *Conversations in critical thinking and clinical judgment*. Boston, MA: Jones & Bartlett.

- Johnson, B. M., & Webber, P. B (2010). Introduction to theory and reasoning in nursing. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moore, B. N., & Parker, R. (2007). Critical thinking (8th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Novak, J. D. (2009). Learning, creating, and using knowledge: Concept maps as facilitative tools in schools and corporations (2nd ed.). Florence, KY: Routledge.
- Riddle, T. (2007). Critical assumptions: Thinking critically about critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 46, 103–108.
- Rubenfeld, M. G., & Scheffer, B. (2006). Critical thinking TACTICS for nurses. Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Schuster, P. M. (2008). Concept mapping: A critical thinking approach to care planning (2nd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Wilkinson, J. M. (2007). Nursing process and critical thinking (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.

თავი 7

შეფასება

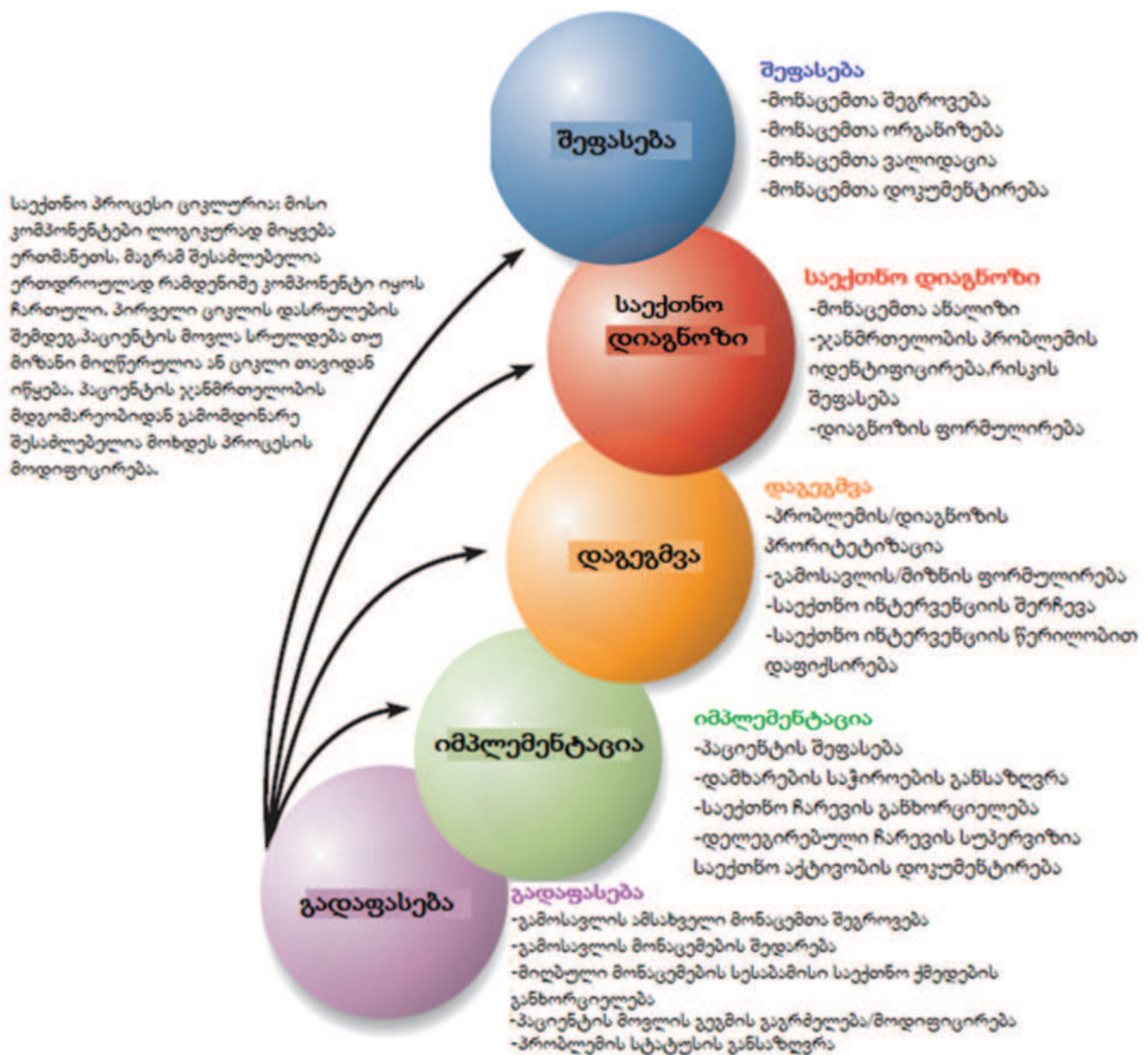
ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლება:

1. აღწეროთ საექთნო პროცესის ფაზები;
2. საექთნო პროცესის ძირითადი მახასიათებლები;
3. შეფასების ფაზის 4 ძირითადი მახასიათებლის განსაზღვრა;
4. ობიექტური, სუბიექტური, პირველადი და მეორეული მონაცემების დიფერენცირება;
5. მონაცემების შეგროვების სამი მეთოდის განსაზღვრა;
6. ინტერვიუს პროცესისა და მისი პირდაპირი და არაპირდაპირი მიდგომის შედარება;
7. ღია და დახურული კითხვების არსის განხილვა და მათი გამოყენება პრაქტიკაში;
8. საექთნო შეფასების პროცესის სხვადასხვა მიდგომის განხილვა;

საექთნო პროცესი სისტემატურია და წარმოადგენს ინდივიდუალური საექთნო მოვლის რაციონალურ გეგმას. იგი მოიცავს პაციენტის ჯანმრთელობის სტატუსის განსაზღვრას და ჯანმრთელობის პოტენციური პრობლემისა და მოთხოვნილებების შესაბამისად საექთნო გეგმის შედგენასა და სპეციფიკური საექთნო ინტერვენციის განხორციელებას.

საექთნო პროცესის მიმოხილვა

საექთნო პროცესის კლინიკურ პრაქტიკაში გამოყენებამ ლეგიტიმაცია შეიძინა მას შემდეგ, რაც 1973 წელს პროცესში ჩაერთო ამერიკის საექთნო ასოციაცია, რომელმაც შეიმუშავა საექთნო საქმის სტანდარტები. სურათი 7-1-ზე ასახულია საექთნო პროცესი.



სურათი 7-1 საექთნო პროცესი

საექთნო პროცესის ფაზები

საექთნო საქმის პრაქტიკაში გამოიყენება 6 საფეხურიანი შეფასების სტანდარტი რომელი მოიცავს: შეფასებას, დიაგნოზს, გამოსავლის იდენტიფიცირებას, დაგეგმვას, იმპლემენტაციას და გადაფასებას (ANA, 2010). მიუხედავად ამისა, ძირითადად გამოიყენება 5 საფეხურიანი სისტემა: შეფასება, საექთნო დიაგნოზი (რომელიც მოიცავს გამოსავლის იდენტიფიცირებასა და ანალიზს) დაგეგმვა, იმპლემენტაცია და გადაფასება. შესაძლებელია თითოეული ამ საფეხურის სხვადასხვა სიტყვებით აღწერა თუმცა საექთნო აქტივობა არის ერთი და იგივე.

ამ თავში თქვენ იხილავთ აღნიშნული პროცესის უფრო სიღრმისეულ აღწერას. 5 საფეხურიანი საექთნო პროცესი ასახულია ცხრილში 7-1 ში.

ცხრილი 7-1 საექთნო პროცესის მიმოხილვა		
პროცესის ფაზა/ საფეხური	მიზანი	აქტივობა
შეფასება		
შეგროვება, ორგანიზება, ვალიდაცია	პაციენტის დაავადების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება და საჭიროებების იდენტიფიცირება	მონაცემების შექმნა: - ანამნეზის შეგროვება; - ფიზიკალური შეფასების წარმოება; - პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციის შეფასება (არსებობის შემთხვევაში); - საექთნო ლიტერატურის გადახედვა; - კონსულტირება დამხმარე პერსონალთან; - კონსულტირება ექიმთან; საჭიროებისას მონაცემების განახლება; მონაცემების ორგანიზება ვალიდაცია და დოკუმენტირება;
დიაგნოზი		
მონაცემების ანალიზი	პაციენტის ჯანმრთელობის ძირითადი პრობლემის განსაზღვრა, შესაძლებელია თუ არა ამ პრობლემის პრევენცია ან აღმოფხვრა საექთნო ინტერვენციის შედეგად; ჯანმრთელობის პრობლემების ჩამონათვალის შექმნა/ განსაზღვრა	მონაცემთა ანალიზი და ინტერპრეტირება: - მიღებული მონაცემის სტანდარტთან შედარება; - მონაცემების დაჯგუფება; - ხარვეზების აღმოფხვრა; საექთნო დიაგნოზისა და მასთან დაკავშირებული პრობლემების იდენტიფიცირება; საექთნო დიაგნოზის დოკუმენტირება და მოვლის გეგმის შედგენა;
დაგეგმვა		
პაციენტის პრობლემის შემცირება/ შემსუბუქება. პაციენტისთვის საჭირო საექთნო ინტერვენციების დაგეგმვა, ორგანიზება	პაციენტზე მორგებული ინდივიდუალური მოვლის გეგმის შედგენა და მასთან დაკავშირებული ინტერვენციების განსაზღვრა	პრიორიტეტებისა და მიზნების განსაზღვრა; საექთნო სტრატეგიის/ინტერვენციის შერჩევა; შესაბამის სამედიცინო პერსონალთან კონსულტირება; საექთნო გეგმის დოკუმენტირება

იმპლემენტაცია		
დაგეგმილი ქმედებების განხორციელება და დოკუმენტირება	პაციენტის დახმარება მიზნის მიღწევაში; დარღვეული ფუნქციის აღდგენაში ხელშეწყობა; ჯანმრთელობისა და სიჯანსაღის ხელშეწყობა; დაავადების პრევენცია	პაციენტის მონაცემების გადახედვა; დახმარების საჭიროების განსაზღვრა; დაგეგმილი საექთნო ინტერვენციის შესრულება; შესრულებული საექთნო ინტერვენციის გაცნობა: • შესრულებული სამუშაოსა და პაციენტის რეაქციის დოკუმენტირება; • ვერბალური უკუკავშირი საჭიროებისას;
გადაფასება		
პროცესის შეფასება რომელი მიზანი/გამოსავალი იქნა მიღწეული და იმ ფაქტორების იდენტიფიცირება, რომელმაც ხელი შეუწყო ან უარყოფითად იმოქმედა გამოსავალზე	განისაზღვროს საჭიროა თუ არა საექთნო გეგმის გაგრძელება ან მოდიფიცირება	პაციენტთან კომუნიკაციით, გამოსავლის ამსახველი მონაცემების შეგროვება; მიღებული შედეგების შეფასება: მიზანი მიღწეულია თუ არა; საკმარისი იყო თუ არა შესრულებული ქმედება კონკრეტული მიზნის მისაღწევად; პრობლემების სტატუსის შესახებ გადანყვეტილების მიღება; ჩვენების შესაბამისად საექთნო გეგმის გადახედვა ან მოდიფიცირება; მიღებული შედეგების დოკუმენტირება

თითოეული საფეხური არ განიხილება როგორც ერთი ცალკე მდგომი პროცესი. იგი წამოადგენს ერთმანეთის გადაფარვით მიღებულ სრულყოფილ პროცესს (იხ. სურათი 7-2).



სურათი 7-2 საექთნო პროცესის 5 საფეხური, რომელიც გადაფარავს ერთმანეთს. ერთი საფეხურის სიზუსტეზე დამოკიდებული დანარჩენი საფეხურები, რომელიც კრიტიკულ აზროვნებაზე დამოკიდებული.

შეფასების პროცესი, რომელიც საექთნო პროცესის პირველ საფეხურს წამოადგენს მიმდინარეობს იმპლემენტაციისა და გადაფასების პროცესის დროსაც: როდესაც ხდება წამლის ადმინისტრირება (იმპლემენტაცია), ექთანი მუდმივად აფასებს პაციენტის კანის ფერს, ცნობიერების დონეს და ა.შ.

საექთნო პრაქტიკის თითოეული საფეხური ერთმანეთზეა დამოკიდებული და მათ შორის არსებობს ძალიან მჭიდრო კავშირი. მაგალითად, იმ შემთხვევაში თუ შეფასებისას შეგროვებული იქნება არასწორი მონაცემები, საექთნო დიაგნოზი იქნება არასრულყოფილი და მცდარი; დაგეგმვა, იმპლემენტირება და გადაფასება იქნება აცდენილი.

საექთნო პროცესის მახასიათებლები

საექთნო პროცესს გააჩნია განსხვავებული მახასიათებლები, რაც საშუალებას აძლევს ექთანს სწორად იმოქმედოს პაციენტის ჯანმრთელობის შეცვლილი სტატუსის შესაბამისად. აღნიშნული მახასიათებლებია: პროცესის ციკლურობა და მისი დინამიური ბუნება. იგი ორიენტირებულია პაციენტზე, პრობლემის გადაჭრაზე და ფოკუსირებულია სწორი გადაწყვეტილების მიღებაზე, გააჩნია ინტერპერსონალური და თანამშრომლობის სტილი, აქვს უნივერსალური გამოყენება და მოითხოვს კრიტიკული აზროვნების გამოყენებას.

შეფასება

შეფასება არის სისტემური პროცესი, რომლის დროსაც ხდება მონაცემების (ინფორმაციის) უწყვეტ რეჟიმში შეგროვება, ორგანიზება, ვალიდაცია და მიღებული შედეგების დოკუმენტირება (სურათი 7-3). საექთნო პროცესის ყველა საფეხური დამოკიდებულია შეფასების პროცესში ინფორმაციის სისწორესა და სრულყოფილებაზე. არსებობს **შეფასების 4** სხვადასხვა ტიპი: სანყისი საექთნო შეფასება, პრობლემაზე ფოკუსირებული შეფასება, გადაუდებელი შეფასება, ვადაგადაცილებული შეფასება (ცხრილი 7-2). კონკრეტულად შეფასების რომელი ტიპი იქნება გამოყენებული დამოკიდებულია სიტუაციაზე, დროსა და პაციენტის სტატუსზე.

საექთნო შეფასება ფოკუსირებულია პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემებზე. შეფასებისას უნდა შეგროვდეს შემდეგი სახის ინფორმაცია: პაციენტის მოთხოვნილებები, ჯანმრთელობის პრობლემები, მასთან ასოცირებული გამოცდილება და შედეგები, ცხოვრების სტილი. ყველაზე გამოსადეგია ისეთი მონაცემები, რომელიც შესაბამისაა ჯანმრთელობის კონკრეტულ პრობლემას. ამიტომ ექთნებს სჭირდებათ კრიტიკული აზროვნება შეფასებისას. The Joint Commission (2008) მოითხოვს, რომ პაციენტის პირველად შეფასება მოხდეს პაციენტის ჰოსპიტალში მიღებიდან 24 საათის განმავლობაში, რომელიც იქნება შესაბამისად დოკუმენტირებული.

ANA-ს სტანდარტის შესაბამისად შეფასების პროცესს დაემატა რამდენიმე მნიშვნელოვანი ასპექტი, როგორიცაა: პაციენტის ინფორმირებულობა მისი მდგომარეობის შესახებ, კომუნიკაციის ბარიერების დადგენა და მონაცემთა კონფიდენციალობის დაცვა.



სურათი 7-3 შეფასება. შეფასების პროცესში ჩართულია 4 ერთმანეთზე მჭიდროდ დაკავშირებული ფაქტორი

მონაცემთა შეგროვება

პაციენტის შესახებ მონაცემების შეგროვება განიხილება, როგორც სისტემატური ისე განგრძობითი პროცესი, რომელიც საშუალებას იძლევა დროულად იქნას აღმოჩენილი ნებისმიერი მონაცემის გადახრა ნორმიდან.

სრულყოფილი მონაცემები შეიცავს ინფორმაციას პაციენტის შესახებ, კონკრეტულად: საექტნო ანამნეზი; ფიზიკალური შეფასების შედეგები; პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ შეფასების შედეგები; დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული კვლევების შედეგები და სხვადასხვა სპეციალისტის შეფასების შედეგები. უფრო დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ ჩანართი 7-1

ჩანართი 7-1 საექტნო ანამნეზის შემადგენელი კომპონენტები

ბიოგრაფიული მონაცემები

პაციენტის სახელი, გვარი, მისამართი ასაკი, სქესი, დაოჯახებულია თუ არა, პროფესია, რელიგია, ჯანმრთელობის დაზღვევა, შემოსავლის წყარო.

ძირითადი ჩივილი ან კლინიკაში ვიზიტის მიზეზი

დაუსვით კითხვები: „რა განუხებთ?“ ან „რატომ მოხვედით კლინიკაში?“ პაციენტის ძირითადი ჩივილი უნდა დაფიქსირდეს პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში

არსებული დაავადების ანამნეზი

- როდის დაიწყო სიმპტომები;
- სიმპტომების დაწყება მოხდა უეცრად თუ თანდათანობით;
- როგორ გამოვლინდა პრობლემა;
- ჩივილის მახასიათებლები (მაგ., ტკივილის ინტენსივობა; ნახველის რაოდენობა);
- სიმპტომის დაწყების დროს რა აქტივობით იყო დაკავებული;
- სხვადასხვა სიმპტომი, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს ძირითად ჩივილთან;
- ფაქტორები, რომელიც ამწვავებს ჩივილებს;

სამედიცინო ანამნეზი

- გადატანილი დაავადებები: ჩუტყვავილა, ყბაყურა, წითელა, წითურა, სტრეპტოკოკული ინფექცია, რევმატოიდული ართრიტი, პეპატიტი, პოლიო და სხვა მნიშვნელოვანი გადატანილი ინფექციები;
- იმუნიზაცია;
- ალერგია წამლებზე, ცხოველებზე, მწერებზე, მცენარეებზე – როგორ გამოვლინდა ალერგიული რეაქცია და რა თერაპია აქვს ჩატარებული;
- აქვს თუ არა რაიმე ტრამვა. თუ კი- როდის, რა დაზიანება ჰქონდა, დაზიანების ტიპი და ჩატარებული მკურნალობა და რაიმე გართულება;
- წარსულში ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევა (რაიმე დაავადება ქირურგიული ჩარევა);
- მიღებული მედიკამენტები: როგორც ექიმის დანიშნული ისე ურეცეპტოდ შეძენილი;

ოჯახური ანამნეზი

მემკვიდრეობითი დაავადებები და ახლობლების გარდაცვალების მიზეზები. განსაკუთრებით ისეთ დაავადებებზე უნდა გამახვილდეს ყურადღება, როგორიცაა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, სიმსივნე, დიაბეტი, ჰიპერტენზია, სიმსუქნე, ალერგია, ართრიტი.

ცხოვრების სტილი

- თამბაქოს, გაზიანი სასმელების, ჩაის ყავის და ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიღება;
- კვება: დღის მანძილზე მიღებული საკვების ტიპი და რაოდენობა;
- ძილის სტატუსი მოწესრიგებულია თუ არა და აქვს თუ არა რაიმე პრობლემა;
- დღის მანძილზე არსებული ფიზიკური აქტივობა;
- გართობა/ჰობი;

სოციალური მონაცემები

- ოჯახი/მეგობრები;
- ეთნიკური თავისებურებები;
- განათლება – პაციენტის გონებრივი განვითარების სტატუსი და დასწავლის შესაძლებლობა;
- ოკუპაციური ჯანმრთელობის შეფასება – აცდენს თუ არა სამსახურს დაავადების გამო ან ხომ არ ჰქონია რაიმე უბედური ან დამაზიანებელი შემთხვევა სამსახურში;
- ეკონომიკური სტატუსი – ჯანმრთელობის დაზღვევა;

ფსიქოლოგიური მონაცემები

- ძირითადი სტრესორი, რომელიც გავლენას ახდენს პაციენტზე;
- კომუნიკაციის საშუალება: ვერბალური კონტაქტი. არავერბალური კონტაქტი (თვალების მოძრაობა), საჭიროა თუ არა ახლობელი ადამიანის დახმარება კომუნიკაციაში;

ჯანმრთელობაზე ზრუნვა

ჯანდაცვის ყველა რესურსი, რომელიც პაციენტს წარსულში აქვს გამოყენებული, მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის ექიმს, სპეციალისტებს, სტომატოლოგს და სხვა. პაციენტის შეფასებით არის თუ არა ეს სისტემები მისთვის ადვილად ხელმისაწვდომი.

მონაცემთა ტიპები

სუბიექტური მონაცემები იგივე **სიმპტომები** არის ის, რისი გადმოცემაც პაციენტს შეუძლია. ქავილი, ტკივილი, მოწყენილობა წარმოადგენს სუბიექტური მონაცემების მაგალითებს. სუბიექტურია ასევე პაციენტის განცდა, გრძნობა, რწმენა, წარმოდგენა და საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გააზრება და გათავისება.

ობიექტური მონაცემები წარმოადგენს ნიშნებს, რომლის გამოვლენა შესაბამისი შეფასების საფუძველზეა შესაძლებელი. ასეთი ნიშნების შეფასება შესაძლებელია ფიზიკალური გამოკვლევის შედეგად, მაგალითად, კანის ფერის ცვლილება, წნევის მონაცემები. ფიზიკალური შეფასებისას ექთანი აგროვებს ობიექტურ მონაცემებს, რომელიც საექთნო პროცესის დროს განმტკიცდება ობიექტური მონაცემებით. ისეთი მონაცემები, როგორიცაა პაციენტის რასა და სისხლის ჯგუფი არ იცვლება და მუდმივია, ხოლო ცვალებადი მონაცემები შეიძლება ნებისმიერ დროს შეიცვალოს და საჭიროებს ყურადღებით შეფასებას.

სრულყოფილი მონაცემების არსებობა მთავარი განმსაზღვრელი ფაქტორია იმისა თუ რამდენად სწორად განისაზღვრა და განხორციელდა საექთნო პროცესი და ჩატარდა სამედიცინო ინტერვენცია.

ინფორმაციის წყარო

ინფორმაციის წყარო არსებობს პირველადი და მეორეული. პაციენტი არის ინფორმაციის პირველადი წყარო. ინფორმაციის მეორეული არაპირდაპირი წყარო შესაძლებელია იყოს პაციენტის ახლობელი ადამიანი, მკურნალი ექიმი, ჩანაწერები ან ლაბორატორიული და დიაგნოსტიკური კვლევების შედეგები. მეორეული წყაროს გამოყენების შემთხვევაში აუცილებელია მონაცემების ვალიდაცია.

პაციენტი

ინფორმაციის საუკეთესო წყაროა პაციენტი, არ აქვს მნიშვნელობა ძალიან ავადაა, ახალგაზრდაა ან შეუძლია თუ არა კომუნიკაცია. მხოლოდ პაციენტს შეუძლია სუბიექტური ინფორმაციის მოწოდება. თუმცა, არის სიტუაცია, როდესაც თვითონ პაციენტს არ შეუძლია სწორი ინფორმაციის მოწოდება, მაგ., პატარა ბავშვებს, ცნობიერება დაბინდულ ადამიანებს ან უცხო ენაზე მოსაუბრე პაციენტს.

საუბრის დაწყებამდე აუცილებელია პაციენტმა იცოდეს, რომ მისი პერსონალური ინფორმაცია დაცულია.

ახლოებული ადამიანები

ოჯახის წევრებს, მეგობრებსა და აღმზრდელებს, რომლებიც იცნობენ პაციენტს, ხშირად შეუძლიათ შეავსონ ან დაადასტურონ პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია. მათ შეიძლება მოგვანოდონ ინფორმაცია პაციენტის ავადმყოფობისკენ მიმართული სტრესის, დაავადების ოჯახური დამოკიდებულებისა და პაციენტის საცხოვრებელი გარემოს შესახებ.

პაციენტის შესახებ არსებული ჩანაწერები

სამედიცინო ჩანაწერები შედგენილია სხვადასხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ, შესაბამისად, ასეთი ჩანაწერები მოიცავს ბევრ ინფორმაციას პაციენტის შესახებ და შესაბამისად არ არის საჭირო ისეთი კითხვების დასმა, რაზეც უკვე ნაპასუხები აქვს პაციენტს. განმეორებითი კითხვები უფრო სტრესულია პაციენტისთვის და იწვევს უნდობლობას. პაციენტის შესახებ ჩანაწერები მოიცავს: სამედიცინო ჩანაწერებს, ექიმის ჩანაწერს/დღიურებს და ლაბორატორიულ შედეგებს.

სამედიცინო ჩანაწერები (სამედიცინო ისტორია, ფიზიკალური შეფასების ოპერატიული რეპორტი, ყოველდღიური შეფასების ფორმები, პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ შეფასების შედეგი) ძალიან კარგი წყაროა პაციენტის შესახებ არსებული ან წარსულში გადატანილი დაავადების ან მდგომარეობის შესახებ. ექთანმა ყოველთვის უნდა შეაფასოს ასეთი ჩანაწერების ღირებულება, რადგან თუ ჩანაწერი 10 წლის წინანდელია, მაშინ ცვლადი მონაცემები არავალიდურია. ხანდაზმულ ადამიანებს აქვთ საკმაოდ დიდი სამედიცინო ისტორია, რომელიც დიდი მოცულობის ინფორმაციას მოიცავს, თუმცა, ამ ინფორმაციის გაცნობა პაციენტის მართვაში ეხმარება სამედიცინო პერსონალს, განსაკუთრებით მაშინ თუ პაციენტს ცნობიერება დაბინდული აქვს და ვერ მოგვანვდის საკმარის ინფორმაციას.

ჯანდაცვის პერსონალი

რადგან შეფასება განგრძნობითი პროცესია, სხვადასხვა პროფესიონალისგან ვერბალურად ინფორმაციის მიღება გადამწყვეტია ინფორმაციის შეგროვების პროცესში. ექთნები, სოციალური მუშაკები, პირველადი ჯანდაცვის ექიმები, ფიზიოთერაპევტები შესაძლებელია ფლობდნენ მიმდინარე ან ძველ ინფორმაციას პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ.

მონაცემების შეგროვების მეთოდები

მონაცემების შეგროვების პრინციპული მეთოდებია დაკვირვება, ინტერვიუ და გამოკვლევა. ქვემოთ განხილულია თითოეული მათგანი.

დაკვირვება

დაკვირვება ხორციელდება გრძნობათა ორგანოების გამოყენებით, რომელიც ამ კუთხით მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების განვითარებას მოითხოვს. ცხრილში 7-2 მოცემულია გრძნობათა ორგანოების გამოყენებით პაციენტის შეფასების მაგალითები.

ცხრილი 7-2 გრძნობათა ორგანოების საშუალებით პაციენტის შეფასება	
გრძნობათა ორგანო	მაგალითი
მხედველობა	სხეულის ზოგადი შესახედაობა (ზომა, წონა, პოზიცია, მოვლილია თუ არა პაციენტი); დისკომფორტი: სახისა და სხეულის ჟესტები; კანის ფერი და დაზიანება; მოძრაობასთან დაკავშირებული პათოლოგია; არავერბალური ქცევა (გალიზიანების ნიშნები); რელიგიური და კულტურული ღირებულებები (წიგნი, ჯვარი, სანთელი)
ყნოსვა	სხეულის სუნი
სმენა	ფილტვისა და გულის ტონების მოსმენა, ნაწლავთა ხმიანობის შეფასება; მეტყველება; საუბრის დაწყების უნარი; დროში, სივრცესა და გარემოში ორიენტირების უნარი;
შეხება	კანის ტემპერატურა; კუნთის ძალა (მოჭიდება); პულსის სიხშირე, რითმულობა; პალპაციით დაზიანების აღმოჩენა (მკვრივი მასა, კვანძი)

დაკვირვებას აქვს ორი მნიშვნელოვანი ასპექტი: ა) მონაცემების აღნიშვნა და ბ) შესაბამისი მონაცემების შერჩევა და ინტერპრეტირება. მაგალითად როდესაც ექთანი აფასებს პაციენტს სახის წამოწოთლებით, მან იცის, რომ უნდა შეაფასოს ყველა ნიშანი, რომელიც კავშირშია ამ სიმპტომთან: ტემპერატურა, ფიზიკური აქტივობა, გარემოს ტემპერატურა, სისხლის წნევა.

დამწყებმა სტუდენტმა უნდა ისწავლოს შეფასების გაკეთება და სხვადასხვა დავალების შესრულება ერთდროულად. შეფასება უნდა იყოს ორგანიზებული უნდა იყოს შეფასება რომ არ უნდა მოხდეს არცერთი მნიშვნელოვანი საკითხის გამოტოვება.

ინტერვიუ (გასაუბრება)

ინტერვიუ არის დაგეგმილი კომუნიკაცია ან გასაუბრება, რომელიც საჭიროა ინფორმაციის მისაღებად კონკრეტული პრობლემის შესახებ. ინტერვიუს ყველაზე მკაფიო მაგალითია პაციენტის ჰოსპიტალში მიღების მომენტში ექთნისა და პაციენტის კომუნიკაცია.

არსებობს 2 განსხვავებული მიდგომა, რომლის საშუალებითაც შეგვიძლია ინტერვიუს განხორციელება: პირდაპირი და არაპირდაპირი. პირდაპირი ინტერვიუ ძალზე სტრუქტურირებულია და მიმართულია სპეციფიკური ინფორმაციის მოპოვებაზე, ძირითადად ამ ტიპის ინტერვიუს მიმართავენ როდესაც დროში შეზღუდულები არიან და სჭირდებათ მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მოპოვება (გადაუდებელი სიტუაცია). ამის საწინააღმდეგოდ არაპირდაპირი ინტერვიუს დროს შესაძლებელია რეპორტის აწყობა,

რომლის დროს პაციენტს აქვს საშუალება აკონტროლოს ის, რაზეც საუბრობს. რეალურ პრაქტიკაში ინტერვიუს ორივე ტიპის გამოყენება ხდება.

ინტერვიუს დროს გამოსაყენებელი კითხვები

კითხვები კლასიფიცირდება ღია და დახურულ კითხვებად. დახურული კითხვების დროს გამოიყენება: პასუხი მოითხოვს მხოლოდ „კი“ ან „არა“ პასუხს. დახურული კითხვების მაგალითებია: „იღებთ თუ არა მედიკამენტს?“ „ამჟამად თუ განუხებთ ტკივილი?“ „ხომ არ დაეცით?“ და ა.შ. დახურული კითხვების გამოყენებისას სწრაფად ხდება ინფორმაციის მიღება და, შესაბამისად, ამ ტიპის შეკითხვების გამოყენება ხდება გადაუდებელი სიტუაციების დროს. ამასთანავე ისეთი პაციენტისთვის, რომელიც სტრესშია ან უჭირს კომუნიკაცია დახურული კითხვებით, მისგან ინფორმაციის მიღება საუკეთესო გამოსავალია ღია კითხვებთან შედარებით.

ღია შეკითხვები დაკავშირებული არაპირდაპირ ინტერვიუსთან, რომელიც იძლევა იმის საშუალებას, რომ მაქსიმალურად სრულყოფილად მოხდეს ინფორმაციის შეგროვება პაციენტისგან. ღია კითხვების მაგალითებია: „რომელმა პრობლემამ მოგიყვანათ ჰოსპიტალში?“ „თავს როგორ გრძნობთ ამ სიტუაციაში?“ რეალურ პრაქტიკაში ექთნები იყენებენ ღია და დახურული კითხვების კომბინაციას, რათა მიაღწიონ დასახულ მიზანს და შეძლონ სრულყოფილი ინფორმაციის შეგროვება. ცხრილში 7-3 ნაჩვენებია ღია და დახურული კითხვების დადებითი და უარყოფითი მხარეები.

გაითვალისწინეთ, რომ თავიდან აირიდოთ ისეთი კითხვის დასმა, როგორიცაა „რატომ?“, რადგან პაციენტი ასეთ კითხვაზე შესაბამის პასუხს ვერ გაგცემთ და, პირიქით, შესაძლოა გამოიწვიოს მისი უნდობლობა.

ცხრილი 7-3 ღია და დახურული კითხვების დადებითი და უარყოფითი მხარეები	
ღია კითხვები	
დადებითი მხარე	უარყოფითი მხარე
1. მოსაუბრეებს საუბრის საშუალებას აძლევს; 2. ექთანს აქვს საშუალება, კარგად მოისმინოს და დააკვირდეს პაციენტს ინტერვიუს დროს; 3. იძლევა საშუალებას რესპოდენტმა იგრძნოს, რომ მისი აზრი მნიშვნელოვანია; 4. შეუძლია გამოავლინოს რესპოდენტის მხრიდან ინტერესის ნაკლებობა, სტერეოტიპები და ცრურწმენები; 5. ინტერვიუერს აძლევს საშუალებას, განსაზღვროს რა კითხვა უნდა დასვას და რა არა; 6. შეუძლია შეაფასოს რესპოდენტის მოსაზრება კონკრეტულ საკითხებზე; 7. იძლევა რესპოდენტის თავისუფლების საშუალებას;	1. საჭიროებს დიდ დროს; 2. შესაძლებელია რესპოდენტმა მოკლე პასუხებით გვიპასუხოს; 3. ღირებული ინფორმაცია შეიძლება იყოს დაკარგული; 4. რესპოდენტისგან მოდის იმაზე მეტი ინფორმაცია, ვიდრე საჭიროა; 5. რესპოდენტის პასუხების დოკუმენტირება არის საკმაოდ რთული; 6. ინტერვიუერს სჭირდება სპეციალური უნარ-ჩვევები; 7. რესპოდენტის პასუხებს უნდა მოჰყვეს სათანადო რეაქცია და ნდობის შენარჩუნება;

დახურული კითხვები	
1. შესაძლებელია კითხვებისა და პასუხების კონტროლი; 2. არ საჭიროებს მოსაუბრისგან დიდ ძალისხმევას; 3. არ საჭიროებს მოსაუბრის მხრიდან რაიმე ახსნა-განმარტებას; 4. საჭიროებს ნაკლებ დროს; 5. ინფორმაციის შეკრება ხდება სწრაფად; 6. პასუხები მარტივად დოკუმენტირდება; 7. კითხვები მარტივია და ინტერვიუერი შესაძლებელია იყოს გამოუცდელი სამედიცინო პერსონალი;	1. ინფორმაციის ნაკლებობა. საჭიროა დამატებითი კითხვების დასმა; 2. ვერ გამოავლენს მოსაუბრის განცდებს; 3. ინფორმაცია შესაძლოა იყოს არავალიდური; 4. შესაძლოა გამოიწვიოს კომუნიკაციის შეწყვეტა და ინტერვიუერის მხრიდან ნაკლები ინტერესი; 5. კომუნიკაციისას ინტერვიუერის როლი დომინირებს;

ინტერვიუს დაგეგმვა და გარემოს შერჩევა

ინტერვიუს დაწყებამდე ექთანი ამზადებს შესაბამის გეგმას. იგი მოიცავს კითხვებს, რომელიც მიმართულია პაციენტის დაავადების შესახებ მართებული ინფორმაციის შეგროვებაზე. ინტერვიუს დროს აუცილებელია ექთანი და პაციენტი თავს გრძნობდნენ კომფორტულად და გათვალისწინებული იყოს ყველა ის გარემო ფაქტორი, რომელსაც შეუძლია გავლენა იქონიოს ამ პროცესზე.

დრო

ექთანმა ინტერვიუ უნდა დაგეგმოს ისეთ დროს, როდესაც პაციენტს არ აქვს დისკომფორტი მაგ., მის ოთახში არ არიან ახლობლები ან სხვა სამედიცინო პერსონალი.

ადგილი

ოთახი უნდა იყოს კარგად განათებული, არ უნდა შემოდდიოდეს ხმაური, აუცილებელია წინასწარ იქნას გათვალისწინებული ინტერვიუს ოთახში უცხო პირთა შესვლის აკრძალვა.

ადგილის მონყოლა

იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი წევს ან ზის, ექთანი უნდა იდგეს და უყურებდეს პაციენტს. თუ პაციენტი საწოლშია, ექთანს შეუძლია დაჯდეს 45 გრადუსიანი კუთხით საწოლის მიმართ. ეს პოზიცია ნაკლებად ფორმალურია, ვიდრე პაციენტის ფეხებთან დგომა. პირველადი ინტერვიუს დროს პაციენტი უფრო კომფორტულად იგრძნობს თავს, თუ მასა და ექთანს შორის იქნება გამყოფი მაგიდა. პაციენტის საწოლზე ჩამოჯდომა გამოიწვევს პაციენტის უხერხულობას.

დისტანცია

დისტანცია მოსაუბრეებს შორის არ უნდა იყოს არც ძალიან დიდი და არც ძალიან პატარა. ადამიანთა უმრავლესობა თავს გრძნობს კომფორტულად, თუ მოსაუბრეებს შორის მანძილი არის 60-90 სმ.

ენა

საჭიროა ექთანმა ისაუბროს პაციენტისათვის გასაგებ ენაზე და არ გამოიყენოს რთული სამედიცინო ტერმინოლოგია. მნიშვნელოვანია, გათვალისწინებული იყოს პაციენტის ეთნიკური და კულტურული წარმომავლობა.

ინტერვიუს პროცესის ფაზები

შედგება სამი ძირითადი ნაწილისაგან: გახსნა ანუ გაცნობა, სხეული ანუ განვითარება და დახურვა.

პირველი ფაზა – გახსნა

გახსნა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილი ინტერვიუს განმავლობაში, რომლის დროსაც მყარდება პირველი კომუნიკაცია მოსაუბრეებს შორის. როგორც წესი, იგი იწყება მისალმებითა და გაცნობით, რომელსაც თან ახლავს არავერბალური ჟესტიკულაცია, როგორიცაა გაღიმება, ხელის ჩამორთმევა ან რაიმე მეგობრობის გამომხატველი ქცევა. ინტერვიუს ამ ფაზის განმავლობაში ექთანმა უნდა გამოიჩინოს განსაკუთრებული სიფრთხილე, რადგან ზედაპირულად ბევრი საუბარი იწვევს პაციენტის გაღიზიანებას. გარდა ამისა, აღნიშნულ ფაზაში ექთანი უხსნის პაციენტს რა ინფორმაცია სჭირდება მისგან, რა დრო დასჭირდება გასაუბრებას და რას მოელოს პაციენტისაგან. ექთანი ასევე უხსნის პაციენტს რაში იქნება ეს ინფორმაცია გამოყენებული და ასევე აცნობს იმ უფლებების შესახებ, რის საფუძველზეც პაციენტს შეუძლია არ უპასუხოს მისთვის არასასურველ კითხვებს.

ინტერვიუს გაცნობის ფაზის მაგალითი:

საფეხური პირველი – ურთიერთკავშირის დამყარება

ექთანი: გამარჯობა ბატონო გიორგი, მე ვარ დათო, სტუდენტი და გავუწევ დახმარებას დღეს თქვენს ექთანს.

პაციენტი: გამარჯობა, თქვენ კოლეჯის სტუდენტი ხართ?

ექთანი: დიახ, ბოლო კურსზე ვარ. თქვენ მოგწონთ კოლეჯის სისტემა?

პაციენტი: დიახ, რა თქმა უნდა, მე ხშირად ვსტუმრობდი ჩემს ძმისშვილს კოლეჯს ფეხბურთის ჩემპიონატებზე.

ექთანი: შესანიშნავია, მხიარულად ჟღერს.

საფეხური ორი – ორიენტაცია

ექთანი: შეიძლება ჩამოვჯდე თქვენთან ახლოს ათი წუთით და გაგესაუბროთ ჩვენთან მკურნალობის პერიოდზე?

პაციენტი: რა თქმა უნდა, კონკრეტულად რა გაინტერესებთ?

ექთანი: მაშასადამე გეგმიური ოპერაციის შემდეგ დღის მანძილზე რა აქტივობას ეწევით, ან რა მოლოდინი გაქვთ კლინიკის მხრიდან. საუბრისას მე ჩავინიშნავ გარკვეულ საკითხებს, რაც მნიშვნელოვანი იქნება სამედიცინო პერსონალისათვის, რომ შემდეგ მასზე გაამახვილონ ყურადღება.

პაციენტი: თანახმა ვარ, ჩემთვის მისაღებია.

ექთანი: არის რაიმე საკითხი, რაზეც გინდათ ჩემთან ისაუბროთ? გთხოვთ იყოთ თავისუფლად, რადგან ყველაფერი, რაზეც ვისაუბრებთ კონფიდენციალურია და მას გაეცნობიან მხოლოდ ის ადამიანები, ვისაც ლეგალურად აქვთ ამის უფლება.

პაციენტი: ეს პირობა ჩემთვის მისაღებია.

ფაზა ორი: სხეული ანუ განვითარება

კომუნიკაციის ამ ეტაპზე პაციენტი აღწერს საკუთარ გრძნობებს, ცოდნას, ფიქრებს და პასუხობს ექთნის მიერ დასმულ კითხვებს. ამ ფაზის ეფექტურად წარმართვისთვის მნიშვნელოვანია ექთანმა გამოიყენოს კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები, რომელიც მიმართული იქნება პაციენტის კომფორტისკენ.

• პრაქტიკული გზამკვლევი – კომუნიკაცია ინტერვიუს დროს

- მოუსმინეთ ყურადღებით, ისაუბრეთ გასაგებად და ნელა;
- იმეტყველეთ გასაგებად და განუმარტეთ ბუნდოვანი საკითხები;
- დაალაგეთ კითხვები ლოგიკური თანმიმდევრობით;
- ყოველ ჯერზე დასვით მხოლოდ ერთი კითხვა;
- რამდენიმე კითხვის ერთდროულად დასმის შემთხვევაში, პაციენტი შესაძლოა დაიბნეს;
- დაიცავით პაციენტის უფლებები;
- შეიკავეთ თავი პირადი აზრის/შეხედულების გამოთქმისგან;
- მაგალითისთვის არ გამოიყენოთ საკუთარი თავი, მაგ., „მე რომ თქვენს ადგილას ვიყო“
- იყავით ფხიზლად საკუთარი და პაციენტის სხეულის ენის მიმართ;
- ფხიზლად იყავით და ყურადღება მიაქციეთ როგორც საკუთარ, ისე პაციენტის ხმის ტემბრს/ტონს;
- დაჯექით, როცა პაციენტს ესაუბრებით „უნდა იყოთ ერთ დონეზე“;
- დაელოდეთ და არ შეაწყვეტინოთ, სანამ პაციენტი თავის სათქმელს ბოლომდე არ დაასრულებს;
- გამოიყენეთ თვალის კონტაქტი, იყავით მშვიდი, თანამგრძნობი, დინჯი;

მესამე ფაზა – დახურვა

ექთანი ასრულებს ინტერვიუს მას შემდეგ, რაც მიიღებს ყველა საჭირო ინფორმაციას. ბოგიერთ შემთხვევაში პაციენტი ასრულებს ინტერვიუს კონკრეტული მიზეზით: ან არ სურს კითხვებზე პასუხი ან გადაიღალა. ინტერვიუს დასრულება ხორციელდება ქვემოთ ჩამოთვლილი მეთოდების გამოყენებით:

1. სასურველია მიიღოთ ისეთ კითხვებზე პასუხი როგორიცაა: „რაიმე კითხვა ხომ არ გაქვთ?“ „სიამოვნებით ვუპასუხებდი თქვენს კითხვებს?“
2. შეაჯამეთ შემდეგი ფრაზებით: „კარგით, ეს ისაა, რისი ცოდნაც მინდოდა“, და-მასრულებელი სიტყვა როგორიცაა „კარგით“ მიანიშნებს მსმენელს, რომ ინტერვიუ დასრულდა;
3. მადლობა გადაუხადეთ პაციენტს: „დიდი მადლობა, რომ დამითმეთ დრო, თქვენი პასუხები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საექთნო მოვლის პროცესში“. ასევე შეგიძლიათ პაციენტს ხელი ჩამოართვათ;
4. გამოთქვით თქვენი აზრი პაციენტის მომავლისა და სიჯანსაღის შესახებ: „ვიმედოვნებ რომ, ყველაფერი კარგად იქნება“
5. დაგეგმეთ შემდეგი ვიზიტის გეგმა კონკრეტული დღის, ადგილისა და საათის მითითებით;
6. გააკეთეთ შეჯამება „მოდით განვიხილოთ და შევაჯამოთ, რაზეც დღეს ვისაუბრეთ.“

შეფასება

ფიზიკალური გამოკვლევა ან ფიზიკალური შეფასება წარმოადგენს მონაცემთა შეგროვების მეთოდს, რომლის დროსაც გამოიყენება ობსერვაცია ჯანმრთელობის პრობლემის აღმოსაჩენად. იმისათვის, რომ ექთანმა განახორციელოს შეფასება, იყენებს შემდეგ ტექნიკებს, როგორიცაა, ინსპექცია, აუსკულტაცია, პალპაცია და პერკუსია.

ფიზიკალური გამოკვლევა საჭიროა სისტემატურად და მოიცავს სხეულის შეფასებას თავიდან ფეხებამდე. როგორც წესი, ექთანი უპირველეს ყოვლისა აფასებს პაციენტის სხეულის შესახედაობასა და ჯანმრთელობის სტატუსს: მაგ., ასაკი, სხეულის ზომა, მენტალური და ნუტრიციული სტატუსი, მეტყველება და ქცევა. ექთანი აგროვებს სასიცოცხლო ნიშნების შედეგებს, წონისა და სიმაღლის მონაცემს. ექთანი იყენებს სხეულის სისტემური შეფასების მეთოდს, რომელიც მოიცავს თითოეული სისტემის დეტალურ შეფასებას.

კომპლექსური შეფასების გარდა ექთანს შეუძლია ფოკუსირდეს სპეციფიკურ პრობლემაზე და ამ პრობლემის შესაბამის სისტემაზე შეასრულოს სრულყოფილი შეფასება.

მონაცემთა ორგანიზება

შეფასების მონაცემები სისტემატურად ფიქსირდება ექთნის მიერ წერილობითი ან ელექტრონული სახით. აღნიშნულ ინფორმაციას ხშირად მოიხსენიებენ როგორც საექტონო ჯანმრთელობის ისტორიას, საექტონო შეფასებას ან მონაცემთა საექტონო ფორმას.

მონაცემთა ვალიდაცია

შეფასების ფაზის დროს შეგროვებული ინფორმაცია უნდა იყოს სრულყოფილი, რეალური და ზუსტი, რადგან საექტონო დიაგნოზი და ინტერვენცია დამოკიდებულია ამ ინფორმაციაზე. ვალიდაცია არის ქმედება, რომლის დროსაც ხორციელდება „ორმაგი გადამოწმება“ ან ვერიფიცირება, რომლის შედეგადაც დასტურდება, რომ მონაცემი არის ზუსტი და რეალური. მონაცემთა ვალიდაცია ეხმარება ექთანს, რომ დაასრულოს შემდეგი დავალებები:

- დარწმუნდეს, რომ შეფასებული ინფორმაცია არის სრულყოფილი;
- უზრუნველყოს რომ ობიექტური და სუბიექტური მონაცემები ერთმანეთთან თავსებადია;
- ისეთი ინფორმაციის მოძიება, რომელიც შეფასებისას შესაძლოა უგულებელყოფილი იყოს;
- განასხვავოს ცნებები და დასკვნები ერთმანეთისაგან;
- ფოკუსირდეს კონკრეტული პრობლემის იდენტიფიცირებაზე და თავი აარიდოს ძირითადი დასკვნიდან გადახვევას;

ყველა ინფორმაცია არ საჭიროებს ვალიდაციას, მაგ., სიმაღლე, წონა, დაბადების თარიღი, ლაბორატორიული კვლევების შედეგები.

მონაცემთა დოკუმენტირება

შეფასების ფაზა სრულდება პაციენტის მონაცემების ჩანაწერის შექმნით. მონაცემთა ზუსტი დოკუმენტირება გადამწყვეტია პაციენტის მკურნალობის პროცესში, მონაცემები უნდა ჩაიწეროს აბსოლუტური სიზუსტით და არ უნდა მოხდეს ექთნის მიერ ინტერპრეტაცია, მაგ., ექთანმა უნდა ჩაწეროს „პაციენტმა მიიღო 240 მლ. წვენი, 120 მლ. კომპოტი, 1 კვერცხი და 1 ნაჭერი გახუხული პირი,“ ვიდრე დააფიქსიროს „მადა კარგია“.

კლინიკური აზროვნების მნიშვნელოვანი საკითხები

82 წლის პაციენტი ჰოსპიტალში იტარებს ბარძაყის ჩანაცვლების ოპერაციას.

- პაციენტის სამედიცინო ისტორიის შეგროვებისას, რა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი?
- ოპერაციის ჩატარებამდე რა ინფორმაცია უნდა შეგროვდეს და რომელი ფიზიოლოგიური სისტემა უნდა შეფასდეს?
- რა კითხვებს დაუსვამთ პაციენტს, იმისათვის რომ განსაზღვროთ ეყოლება თუ არა მომვლელი სახლის პირობებში?
- არსებობს თუ არა სხვა ინფორმაციის წყარო, რომელიც ამ შემთხვევის შეფასებაში დაგეხმარება?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Magnan, M. A., & Maklebust, J. (2009). The nursing process and pressure ulcer prevention: Making the connection. *Advances in Skin and Wound Care*, 22, 83–92. doi:10.1097/01.ASW.0000345279.13156.D0
- Greenberg, M. E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2621–2629. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05132.x
- American Nurses Association. (1973). *Standards of nursing practice*. Kansas City, MO: Author. American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standards of nursing practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- D’Amico, D., & Barbarito, C. (2007). *Health & physical assessment in nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Gordon, M. (2010). *Manual of nursing diagnosis* (12th ed.). Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Hall, L. (1955, June). Quality of nursing care. *Public Health News*. Newark, NJ: State Department of Health.
- Johnson, D. E. (1959). A philosophy of nursing. *Nursing Outlook*, 7, 198–200. The Joint Commission. (2008). *2009 Comprehensive accreditation manual for hospitals: The official handbook*. Chicago, IL: Author.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Orlando, I. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship*. New York, NY: Putnam.
- Roy, C. (2008). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Wiedenbach, E. (1963). The helping art of nursing. *American Journal of Nursing*, 63(11), 54–57. doi:10.2307/3453018
- Wilkinson, J. M. (2007). *Nursing process and critical thinking* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Williams, C. L. (2008). *Therapeutic interaction in nursing* (2nd ed.). Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Alfaro-LeFevre, R. A. (2008). *Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Alfaro-LeFevre, R. A. (2010). *Applying the nursing process: Promoting collaborative care* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Armstrong, J., & Mitchell, E. (2008). Comprehensive nursing assessment in the care of older people. *Nursing Older People*, 20(1), 36–40.
- Broom, M. (2007). Exploring the assessment process. *Paediatric Nursing*, 19(4), 22–25.

- Chabeli, M. (2007). Facilitating critical thinking within the nursing process framework: A literature review. *Health SA Gesondheid*, 12(4), 69–89
- Craig, L. H. (2007). A guide to taking a patient's history. *Nursing Standard*, 22(13), 42–48.
- Funkesson, K., Anbdcken, E., & Ek, A. (2007). Nurses' reasoning process during care planning taking pressure ulcer prevention as an example. A think-aloud study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1109–1119. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.04.016
- Gbobbo, J. (2008, May). Strategies for promoting client's adaptation to renal failure based on nursing process. *West African Journal of Nursing*, 19(1), 55–61.
- Huizenga, J. (n.d.). White paper: Patient safety and language barriers—Strategies for an accurate and timely diagnosis. Monterey, CA: Language Line Services. Retrieved from <http://www.language.com/page/bimedical>
- Mannion, E. (2007). The development of the nursing process and the care plan. *Irish Nurse*, 8(7), 28–30.
- Potter, P., & Frisch, N. (2007). Holistic assessment and care: Presence in the process. *Nursing Clinics of North America*, 42, 213–228. doi:10.1016/j.cnur.2007.03.005
- Qureshi, N., Wilson, B., Santaguida, P., Little, J., Carroll, J., Allanson, J., & Raina, P. (2009). NIH State-of-the- Science Conference: Family history and improving health (Evidence Report/Technology Assessment No. 186. AHRQ Publication No. 09-E016). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Stewart, C. J., & Cash, Jr., W. B. (2008). *Interviewing principles and practices* (12th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

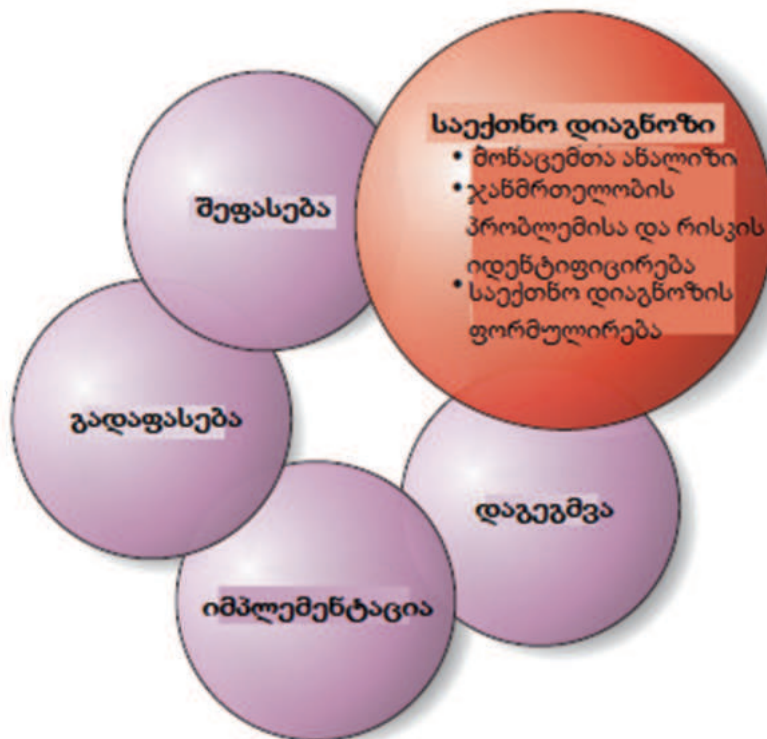
თავი 8

საექთნო დიაგნოზი

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. პაციენტის სტატუსის შესაბამისად დიფერენცირებული საექთნო დიაგნოზის შერჩევა;
2. საექთნო დიაგნოზის კომპონენტების იდენტიფიცირება;
3. საექთნო დიაგნოზის, სამედიცინო დიაგნოზისა და კოლაბორაციული მეთოდის ერთმანეთთან შედარება;
4. დიაგნოსტიკების პროცესში მნიშვნელოვანი საფეხურების იდენტიფიცირება;
5. საექთნო დიაგნოზის დოკუმენტირება;

საექთნო პროცესის მეორე მნიშვნელოვანი ფაზაა დიაგნოზის დასმა. ამ ფაზის დროს ექთანი კრიტიკული აზროვნების უნარების გამოყენებით ახდენს მონაცემების შეფასებას, ინტერპრეტირებასა და პაციენტის ძირითადი პრობლემების გამოყოფას. დიაგნოზის დასმა არის წამყვანი საფეხური საექთნო პროცესში. პაციენტის მოვლის გეგმის კონკრეტული აქტივობები სწორედ საექთნო დიაგნოზზეა დამყარებული (სურათი 8-1).



სურათი 8-1 საექთნო დიაგნოზი

საექთნო დიაგნოზის იდენტიფიცირება და ფორმულირება დაიწყო 1973 წელს, როდესაც სენტ ლუის უნივერსიტეტში კრისტინ გებიმ და მარი ან ლევინმა აღიქვეს რამდენად მნიშვნელოვანი იყო ექთნის როლი ამბოლატორიულ დაწესებულებებში. პირველი საერთაშორისო კონფერენცია, რომელიც საექთნო დიაგნოზის იდენტიფიცირებას მიეძღვნა, მხარდაჭერილი იყო სენტ ლუის უნივერსიტეტის საექთნო სკოლის მიერ.

საერთაშორისოდ აღიარება პირველად გაჟღერდა ტორონტოში 1977 წელს საექთნო კონფერენციაზე. 1982 წელს შეიქმნა ამერიკის საექთნო დიაგნოზის ასოციაცია (NANDA) , რომელმაც 2002 წელს შეიცვალა სახელი და მას მიენიჭა საერთაშორისო საექთნო დიაგნოზის ასოციაციის სახელწოდება.

NANDA საექთნო დიაგნოზები

დეფინიცია

ტერმინი დიაგნოსტირება აღწერს მსჯელობის პროცესს, თუმცა ეს ტერმინი ძირითადად დაკავშირებულია საბოლოო დასკვნასთან. საექთნო დიაგნოზები მიმართულია რეალურ პრობლემაზე, ჯანმრთელობის პროპაგანდაზე, რისკებსა და სიჯანსაღეზე .

1. *რეალური დიაგნოზი* არის პაციენტის პრობლემა, რომელიც ვლინდება საექთნო შეფასების პროცესში, მაგალითად, არაეფექტური სუნთქვა და აღგზნებადობა. რეალური საექთნო დიაგნოზი დამყარებულია ნიშნებსა და სიმპტომებზე;

2. *ჯანმრთელობის პროპაგანდა* – ასეთი დიაგნოზები მიმართულია პაციენტის მომზადებისკენ, გაიუმჯობესონ ჯანმრთელობის მდგომარეობა. მაგ., მზაობა ჯანსაღი კვების დასაწყებად;

3. *რისკი* – რისკზე მიმართული საექთნო დიაგნოზები ეყრდნობა კლინიკურ განსჯას/მსჯელობას. ასეთ შემთხვევაში პრობლემა არ არსებობს, თუმცა არსებობს ისეთი რისკ-ფაქტორები, რომელიც პრობლემას წარმოადგენს თუ ექთანი შესაბამისად არ ჩაერევა. მაგ., ყველა ადამიანი, ვინც ჰოსპიტალში ხვდება, გარკვეული რისკის ქვეშ იმყოფებიან, შეიძინონ ინფექცია საავადმყოფოს პირობებში, განსაკუთრებით, დიაბეტიკი და დაქვეითებული იმუნური სტატუსის მქონე პაციენტები უფრო მეტად არიან რისკის ქვეშ, ვიდრე სხვები. ამ სიტუაციაში საექთნო დიაგნოზი იქნება *ინფექციის განვითარების რისკი*;

4. *სიჯანსაღის დიაგნოზი* აღწერს ადამიანის პასუხს სიჯანსაღის დონეზე, როგორც ინდივიდი, ოჯახი ან სოციალური ჯგუფი. მაგ., მზადყოფნა სულიერი კეთილდღეობისთვის.

NANDA-ს საექთნო დიაგნოზის კომპონენტები

საექთნო დიაგნოზი შედგება სამი ნაწილისაგან:

1. პრობლემა და მისი დეფინიცია;
2. ეტიოლოგია;
3. მახასიათებლები.

თითოეული კომპონენტი სპეციფიკურ მიზანს ემსახურება.

პრობლემა და მისი დეფინიცია

პრობლემა, როგორც დიაგნოზი, აღწერს პაციენტის ჯანმრთელობის კონკრეტულ პრობლემას. იგი თვალნათლივ ასახავს პაციენტის ჯანმრთელობის სტატუსს და მისი დახასიათებისთვის რამდენიმე სიტყვა გამოიყენება. ასეთ დიაგნოზებს NANDA-მ მიანიჭა გარკვეული კვალიფიკაციები იმისათვის, რომ დიაგნოზები უფრო გასაგები ყოფილიყო, მაგალითად:

- დეფიციტი (არასაკმარისი რაოდენობა და ხარისხი; არასაკმარისი, არასრული);
- დარღვევა (გაუარესება, სისუსტე, დაზიანება, შემცირება, გადაგვარება);
- შემცირება (ზომაში, რაოდენობასა და ხარისხში);
- არაეფექტური (არ წარმოქმნის სასურველ ეფექტს);
- დაქვეითება (გაძნელებული მკურნალობა);

ეტიოლოგია

საექთნო დიაგნოზის ეტიოლოგია ჯანმრთელობის პრობლემის გამომწვევ ერთ ან რამდენიმე ეტიოლოგიურ ფაქტორს გამოხატავს, რომელიც ექთანს ეხმარება განახორციელოს ინდივიდუალურ პაციენტზე ორიენტირებული მოვლა.

მახასიათებლები

გარკვეული მახასიათებლები ნიშნებისა და სიმპტომების კლასტერს წარმოადგენს, რომელიც ცალკეული დიაგნოზების ქვეშ ერთიანდება.

განსხვავება საექთნო და სამედიცინო დიაგნოზს შორის

საექთნო დიაგნოზი არის ექთნის მიერ შეფასებული მდგომარეობის აღწერა, რომელიც დაფუძნებულია ექთნის განათლებას, გამოცდილებასა და ექსპერტულ უნარებზე. სამედიცინო დიაგნოზი არის დაავადების მიმდინარეობის პროცესი – ორგანიზმის სპეციფიკური პათოფიზიოლოგიური პასუხით და ეს პასუხი ყველა ინდივიდში განსხვავებულია. ამის საწინააღმდეგოდ საექთნო დიაგნოზი ასახავს პაციენტის ფიზიოლოგიას, სოციო-კულტურულ, ფსიქოლოგიურ და სულიერ პასუხს დაავადების ან ჯანმრთელობის პრობლემაზე. ეს პასუხი ინდივიდებს შორის განსხვავებულია:

70 წლის ქალბატონსა და 20 წლის მამაკაცს დასმული აქვთ რევმატოიდული ართროზის დიაგნოზი. მათი დაავადების მიმდინარეობა ძირითადად მსგავსია. რენტგენოლოგიურ კვლევაზე გამოვლინდა, რომ ორივე მათგანს ერთი და იგივე სახსრები აქვთ დაზიანებული და განიცდიან ერთი და იგივე ხასიათის ტკივილს. 70 წლის ქალბატონი თავის მდგომარეობას აღიქვამს, როგორც დაბერების პროცესს, ხოლო 20 წლის ახალგაზრდა ამ ყველაფერს პასუხობს გაბრაზებით, რადგან ეს დაავადება ხელს უშლის მის პიროვნებას თვითმყოფადობაში და უქვეითებს თვითშეფასებას.

სამედიცინო დიაგნოზი უცვლელი რჩება ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში, ხოლო საექთნო დიაგნოზი პაციენტის საპასუხო რეაქციის მიხედვით იცვლება. ზემოთ განხილული 20 წლის პაციენტის დამოკიდებულება დაავადების მიმართ დროის გან-

მავლობაში ნელ-ნელა შეიცვლება და 70 წლის პაციენტის მიდგომას დაემსგავსება.

საექთნო დიაგნოზის განსაზღვრა ექთნის დამოუკიდებელი ფუნქციაა. იგი უნიკალურია და გამოყოფილია პაციენტის ზოგადი სამედიცინო მართვისგან. მიუხედავად ამისა ექთანი ვალდებულია ამოიცნოს პოტენციური სამედიცინო პრობლემა.

ექთანს არ შეუძლია დანიშნოს საექთნო დიაგნოზის შესაბამისი პაციენტის მოვლა, თუმცა მათ შეუძლიათ განახორციელონ პრევენციული ღონისძიებები, მაგალითად, პაციენტებს, რომელთაც აქვთ საექთნო დიაგნოზი, ტკივილი, ყველას დანიშნული აქვს ტკივილგამაყუჩებლები, თუმცა, ამ შემთხვევაში დამოუკიდებელი საექთნო ინტერვენცია არის ტკივილის შემსუბუქება სხვადასხვა ტექნიკების გამოყენებით (ნაკერების გახსნის პრევენცია). რაც შეეხება სამედიცინო დიაგნოზს, ექთნები ვალდებულნი არიან შეასრულონ ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობა, რომელიც დამოკიდებულ ფუნქციად ითვლება.

საექთნო დიაგნოზსა და კოლაბორაციულ პრობლემას შორის სხვაობა

კოლაბორაციული პრობლემა წარმოადგენს პოტენციური პრობლემის ერთ-ერთ ტიპს, რომელიც ექთანმა უნდა მართოს, როგორც დამოუკიდებელი, ისე ექიმის მიერ გამოწერილი ინტერვენციის დროს. კოლაბორაციული პრობლემისა დამოუკიდებელი საექთნო ინტერვენცია ფოკუსირებულია პაციენტის მდგომარეობის მონიტორინგსა და პოტენციური გართულებების პრევენციაზე.

კოლაბორაციული პრობლემა ახლავს დაავადებას, მაგ., პნევმონიის დროს პოტენციური გართულება, რომელიც კოლაბორაციულ პრობლემას მიეკუთვნება არის: ატელექტაზი, სუნთქვის უკმარისობა, გამონაჟონი პლევრაში, პერიკარდიტი და მენინგიტი. ცხრილ 8-1-ში ნაჩვენებია საექთნო დიაგნოზს, სამედიცინო დიაგნოზსა და კოლაბორაციულ დიაგნოზს შორის შედარება.

ცხრილი 8-1 საექთნო დიაგნოზს, სამედიცინო დიაგნოზსა და კოლაბორაციულ დიაგნოზს შორის შედარება			
	საექთნო დიაგნოზი	სამედიცინო დიაგნოზი	კოლაბორაციული პრობლემა
მაგალითი	გულის წუთმოცულობის შემცირებით გამოწვეული ფიზიკური დატვირთვის აუტანლობა	მიოკარდიუმის ინფარქტი	მიოკარდიუმის ინფარქტის პოტენციური გართულება: გულის შეგუბებითი უკმარისობა
განმარტება	განმარტავს ან აღწერს ორგანიზმის პასუხს დაავადების პროცესის ან ჯანმრთელების პრობლემის მიმართ; იგი ძირითადად განპირობებულია ერთი ან რამდენიმე მდგომარეობით და, როგორც წესი, მოიცავს როგორც პრობლემას ისე მის გამომწვევ მიზეზს	აღწერს დაავადებას და მის პათოლოგიას; არ მოიცავს ორგანიზმის პასუხს; როგორც წესი, შედგება მაქსიმუმ სამი სიტყვისგან	მოიცავს ორგანიზმის პასუხს – ძირითადად დაავადების ფიზიოლოგიურ გართულებებს, ტესტებსა და მკურნალობას; შედგება სიტუაციური მდგომარეობისა და პათოფიზიოლოგიური მდგომარეობისგან

ორიენტაცია და პასუხისმგებლობა დიაგნოზის დასადგენად	ორიენტირებული კონკრეტულ ადამიანზე; ექთანი პასუხისმგებელია საექთნო დიაგნოზის დასმაზე	ორიენტირებულია პათოლოგიაზე; ექიმი პასუხისმგებელია	ორიენტირებულია პათოფიზიოლოგიაზე; ექთანი პასუხისმგებელია საექთნო დიაგნოზის შერჩევაზე
საექთნო პროცესის ფოკუსირება	მკურნალობა და პრევენცია	დანიშნულების შექმნა და პაციენტის მდგომარეობის მონიტორინგი	კონკრეტული მდგომარეობის და სტატუსის პრევენცია და მონიტორინგი
საექთნო აქტივობა	დამოუკიდებელი	დამოკიდებული (პირველად)	ზოგიერთი აქტივობა დამოუკიდებელია, თუმცა ძირითადად მონიტორინგისა და პრევენციის ნაწილში
ხანგრძლივობა	იცვლება ხშირად	უცვლელია დაავადების არსებობის პერიოდში	არის მანამ სანამ არსებობს დაავადება
კლასიფიკაცია	არსებობს საექთნო დიაგნოზის კლასიფიკაციის სისტემა, მაგრამ იგი არ არის უნივერსალური	კარგად განვითარებული კლასიფიკაციის სისტემა, რომელიც აღიარებულია სამედიცინო საზოგადოების მიერ.	არ არსებობს უნივერსალური კლასიფიკაციის სისტემა

საექთნო დიაგნოზის დასმის პროცესი

საექთნო დიაგნოზის შერჩევა საჭიროებს, კრიტიკული აზროვნებისა და ანალიზის უნარ-ჩვევებს. კრიტიკული აზროვნების დროს ადამიანი კონკრეტული იდეის ჩამოყალიბებისთვის ახდენს სხვადასხვა მონაცემისა და განმარტებების განხილვას. გარდა ამისა, ექთანი მიმართავს დედუქციური აზროვნების ფორმას, რომელიც ლოგიკური წესების სწორად გამოყენებას გულისხმობს.

საექთნო დიაგნოზის დასმის პროცესში მუდმივად ჩართულია პრაქტიკოსი ექთნების უმრავლესობა. გამოცდილ ექთანს შეუძლია პაციენტის ოთახში შესვლისთანავე მოახდინოს მნიშვნელოვანი ინფორმაციის აღმოჩენა და დაუყონებლივ გააკეთოს დასკვნა პაციენტის მდგომარეობის შესახებ. შედეგად არსებული ცოდნის, უნარ-ჩვევების, გამოცდილების საფუძველზე გამოცდილ ექთანს შეუძლია ეს მენტალური პროცესები ავტომატურად გაიაზროს და გააკეთოს შესაბამისი დასკვნა. ახალბედა ექთნებს სჭირდებათ კონკრეტული გზამკვლევები იმისათვის, რომ გაიაზრონ და მოახდინონ საექთნო დიაგნოზის სწორი ფორმულირება.

საექთნო დიაგნოზის პროცესი აერთიანებს სამ საფეხურს:

- მონაცემთა ანალიზი;

- ჯანმრთელობის პრობლემების ხარისხის იდენტიფიცირება;
- საექთნო დიაგნოზის ფორმულირება;

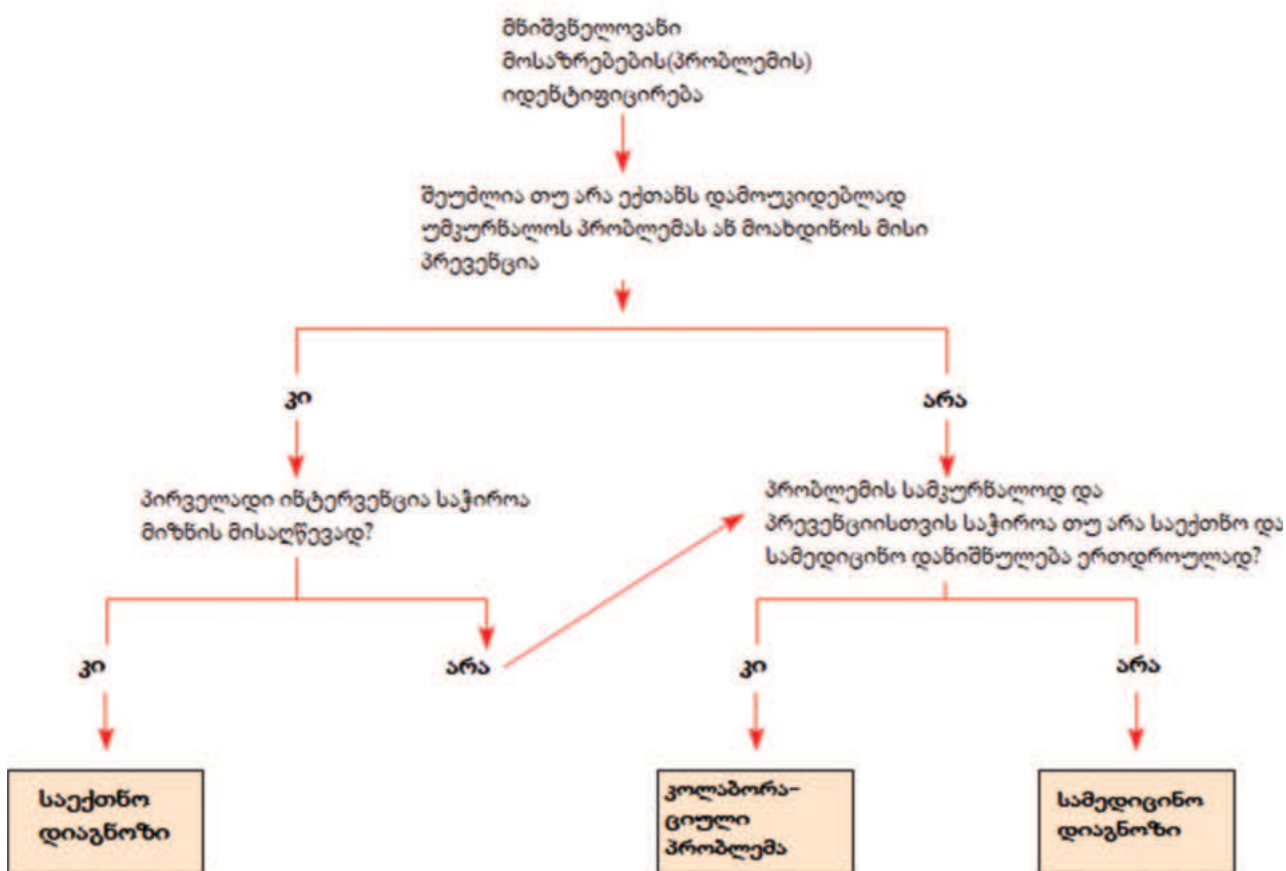
მონაცემთა ანალიზი

საექთნო დიაგნოსტიკის პროცესში მონაცემთა ანალიზი ხორციელდება:

1. სტანდარტის მიხედვით არსებული ნორმისა და პაციენტის მონაცემების შედარებით;
2. წინასწარ არსებულ მოსაზრებებზე მსჯელობით;
3. შეუსაბამობებისა და ხარვეზების იდენტიფიცირებით;

ჯანმრთელობის პრობლემების ხარისხის იდენტიფიცირება

მონაცემების გაანალიზების შემდეგ ექთანს პაციენტთან ერთად შეუძლია განიხილოს ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემა და აღნიშნული პროცესი, უპირველეს ყოვლისა, ემსახურება სწორი გადაწყვეტილების მიღებას. ამ პროცესში ექთანმა საექთნო დიაგნოზის შერჩევისას უნდა გაითვალისწინოს პაციენტის ძირითადი ჯანმრთელობის პრობლემები, სამედიცინო დიაგნოზი და მასთან ასოცირებული კოლაბორაციული პრობლემები (იხ. სურათი 8-2).



სურათი 8-2 საექთნო დიაგნოზის, კოლაბორაციული პრობლემისა და სამედიცინო დიაგნოზის შორის დიფერენციაციის გამომსახველი გრაფიკი.

საექთნო დიაგნოზის ფორმულირების წესები

საექთნო დიაგნოზი შედგება ორი ან სამი კომპონენტისგან, ასევე შესაძლოა დიაგნოზის დასმისას გამოყენებული იქნას ამ კომპონენტების კომბინაციებიც.

ორკომპონენტიანი შედგება:

1. პრობლემისგან (პ) და 2. ეტიოლოგიისგან (ე)

ეს ორი კომპონენტი ერთმანეთთან „დაკავშირებულია“ და არ წარმოადგენს ერთმანეთის „გამომწვევს“. ჩანართში 8-1 ნაჩვენებია ორ კომპონენტიანი საექთნო დიაგნოზების მაგალითები

ჩანართი 8-1 ორკომპონენტიანი საექთნო დიაგნოზები		
პრობლემა	დაკავშირებული	ეტიოლოგია
კონსტიპაცია	დაკავშირებულია	საფაღარათო საშუალებების ხანგრძლივ მიღებასთან
ძლიერი ალგზნებადობა	დაკავშირებულია	სიმსივნის შესაძლო დიაგნოზის გამო ფიზიოლოგიური ფუნქციების დარღვევის საფრთხე

სამკომპონენტიანი შედგება:

1. პრობლემისგან (პ) 2. ეტიოლოგიისგან (ე) და 3. ნიშნების/სიმტომებისგან. ფაქტობრივი საექთნო დიაგნოზი დოკუმენტირდება სამკომპონენტიანი ფორმით, რადგან სიმტომების იდენტიფიცირება უმნიშვნელოვანესია. სამკომპონენტიანი სისტემის გამოყენება რეკომენდებულია დამწყები ექთნებისათვის, რადგან დაავადების ნიშნებისა და სიმტომების ვალიდაცია მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს კონკრეტული საექთნო დიაგნოზის დასმისას. გარდა ამისა, სტუდენტებისთვის რეკომენდაციაა, რომ მათ საექთნო დიაგნოზის ქვეშ ყოველთვის ჩამოწერონ დაავადების ნიშნები და სიმტომები, დააჯგუფონ სუბიექტური და ობიექტური მონაცემები.

ერთკომპონენტიანი საექთნო დიაგნოზი

სიჯანსაღისა და სინდრომული საექთნო დიაგნოზები შედგება ერთი კომპონენტისგან, ასეთი დიაგნოზები ძირითადად აღნიშნავს საექთნო ინტერვენციას და არ საჭიროებს სხვა კომპონენტებს.

სინდრომული დიაგნოზი დაკავშირებულია სხვადასხვა დიაგნოზის კლასტერებთან. NANDA-ს საექთნო დიაგნოზების ნუსხაში აღწერილია შემდეგი სინდრომული დიაგნოზები, ამ კლასტერში ერთიანდება:

დარღვეული ფიზიკური აქტივობა, ქსოვილოვანი მთლიანობის დარღვევის რისკი, ფიზიკური აქტივობის აუტანლობის რისკი, გაუვალობის განვითარების რისკი, ინფექციის განვითარების რისკი, დაზიანების განვითარების რისკი, ძალის დაკარგვის განვითარების რისკი, სხეულის პოზიციის დარღვევის განვითარების რისკი დ.ა.შ.

ძირითადი ფორმატის ვარიაციები

ერთი, ორი ან სამკომპონენტო ვარიაციებში იგულისხმება:

1. წერისას გამოიყენება ტერმინი „*უცნობი ეტიოლოგიის*“ – როდესაც დაავადების განმსაზღვრელი მახასიათებლები არსებობს, თუმცა, ექთანმა ზუსტად არ იცის მისი გამომწვევი ფაქტორები;
2. გამოიყენება ტერმინი „*კომპლექსური ფაქტორები*“ – როდესაც ორი ან მეტი ეტიოლოგიური ფაქტორი კომპლექსურად იწვევს ჯანმრთელობის დარღვევას;
3. ტერმინი „*შესაძლო*“ -აღწერს როგორც პრობლემას, ასევე ეტიოლოგიას. როდესაც ექთანი თვლის, რომ უფრო მეტი მონაცემია საჭირო პაციენტის პრობლემის ან ეტიოლოგიური ფაქტორების გასარკვევად, ტერმინი *შესაძლო* აბსოლუტურად მისაღებია;
4. ტერმინი „*მეორეულად*“ -ეტიოლოგიას ორ ნაწილად ყოფს, რაც მდგომარეობას უფრო გასაგებს ხდის. მაგ., დიაბეტის შედეგად მეორეულად განვითარებული კანის მთლიანობის დარღვევის რისკი, რომელიც დაკავშირებულია პერიფერიული ცირკულაციის მოშლასთან;
5. ტერმინი „*დამატება*“, რომელიც გამოიყენება საექთნო დიაგნოზის დაზუსტებისთვის, მაგ., საექთნო დიაგნოზი, *კანის მთლიანობის დარღვევა*, არ ასახავს კონკრეტულად სად არის დაზიანება, სხეულის რომელ ადგილზე. ასეთ შემთხვევაში ექთანი დამატებით სპეციფიკურობას სძენს დიაგნოზს და დიაგნოზს ამატებს: კანის მთლიანობის დარღვევა (მარცხენა მუხლის გვერდითა ზედაპირზე), რომელიც დაკავშირებულია პერიფერიული ცირკულაციის მოშლასთან .

კოლაბორაციული პრობლემები

ექთანმა საექთნო დიაგნოზის ჩამოყალიბებისას აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოს შესაძლო გართულებები, გაუწიოს მათ მონიტორინგი, მაგ., თუ პაციენტს დაზიანებული აქვს თავი, შესაძლოა ქალას შიდა წნევამ მოიმატოს, ასეთ შემთხვევაში ექთანი წერს:

თავის დაზიანების პოტენციური გართულება:

მომატებული ქალას შიდა წნევა.

როდესაც საჭიროა დაავადებასთან ასოცირებული სხვადასხვა გართულების მონიტორინგი, ექთანი ასახვას დაავადებას და აკეთებს გართულებების ჩამონათვალს:

ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზიის პოტენციური გართულებები:

გულყრა, ნაყოფის დისტრესი, ფილტვის შეშუპება, ღვიძლის/თირკმლის უკმარისობა, ნაადრევი მშობიარობა და ცნს ჰემორაგია.

შერჩეული საექთნო დიაგნოზის ხარისხის შეფასება

სწორი ფორმატირების შერჩევის გარდა, ექთანმა ყურადღება უნდა მიაქციოს შერჩეული საექთნო დიაგნოზის შინაარსს. დიაგნოზი უნდა იყოს: დეტალური და უშეცდომო, შემოკლებული, მაგრამ ზუსტი, აღწერილობითი და სპეციფიკური. ექთანმა ყოველთვის

უნდა მოახდინოს საკუთარი შერჩეული საექთნო დიაგნოზის ვალიდაცია და შეადაროს იგი პაციენტის ნიშნებსა და სიმპტომებს. საექთნო დიაგნოზის დაწერის შემდეგ ექთანი კიდევ ერთხელ ამოწმებს მას ცხრილ 8-2-ში მოცემული კრიტერიუმების შესაბამისად.

ცხრილი 8-2 გზამკვლევი საექთნო დიაგნოზის ფორმულირების კრიტერიუმებისთვის		
გზამკვლევი	მართებული კრიტერიუმი	არამართებული კრიტერიუმი
1. პრობლემის თვალსაზრისით საჭირო არაა	ცხელებით გამოწვეული მოცულობის (პრობლემა) დეფიციტი	სითხის ადმინისტრირება (საჭირო) ცხელების გამო
2. სიტყვები იურიდიულად გამართლებულია	უმოდრაობით (იურიდიულად გამართლებული) გამოწვეული კანის მთლიანობის დარღვევა	კანის მთლიანობის დარღვევა გამოწვეული არასწორი პოზიციით
3. გამოიყენეთ არაგანსჯადი კრიტერიუმები	სულიერი აშლილობა მეორეულად, უმოდრაობით გამოწვეული (ეკლესიაში ვერ დადის სალოცავად)	სულიერი აშლილობა, რომელიც დაკავშირებულია ეკლესიაში არსებულ რთულ წესებთან
4. არ გაიმეორეთ ერთი და იგივე აზრი სხვადასხვა კრიტერიუმში	უმოდრაობით გამოწვეული კანის მთლიანობის დარღვევის განვითარების რისკი	კანის მთლიანობის დარღვევა დაკავშირებული გავაზე წყლულის გაჩენასთან
5. დარწმუნდით, რომ პრობლემის გამომწვევი და ამ პრობლემის შედეგად განვითარებული მდგომარეობა სწორ კავშირშია ერთმანეთთან	ტკივილი: მწვავე თავის ტკივილი ნარკოტიკული საშუალებების არ მიღება, დამოკიდებულება გაჩენის შიშის გამო	ტკივილი დაკავშირებული ძლიერ თავის ტკივილთან
6. საექთნო დიაგნოზში სიტყვები ისე უნდა იყოს შერჩეული, რომ განისაზღვროს საექთნო ინტერვენცია	პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება მეორეულად გამოწვეული ნერწყვის რაოდენობის შემცირების გამო, კისერზე ჩატარებული რადიაციული მკურნალობის შემდეგ	პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება გამოწვეული დამაზიანებელი ნივთიერების მოქმედების გამო
7. სამედიცინო ტერმინების ნაცვლად გამოიყენეთ საექთნო ტერმინები, იმისათვის რომ აღწეროთ პაციენტის ორგანიზმის პასუხი	სასუნთქი გზების ლორწოსგან არაეფექტური გასუფთავების გამო განვითარებული სუნთქვის უკმარისობა	პნევმონიის განვითარების რისკი
8. სამედიცინო ტერმინების ნაცვლად გამოიყენეთ საექთნო ტერმინები იმისათვის, რომ აღწეროთ პაციენტის ორგანიზმის პასუხის მიზეზი	სასუნთქი გზების არაეფექტური გასუფთავების განვითარების რისკი ფილტვში დაგროვებული სეკრეტის გამო	სასუნთქი გზების არაეფექტური გასუფთავების განვითარების რისკი ემფიზემის გამო

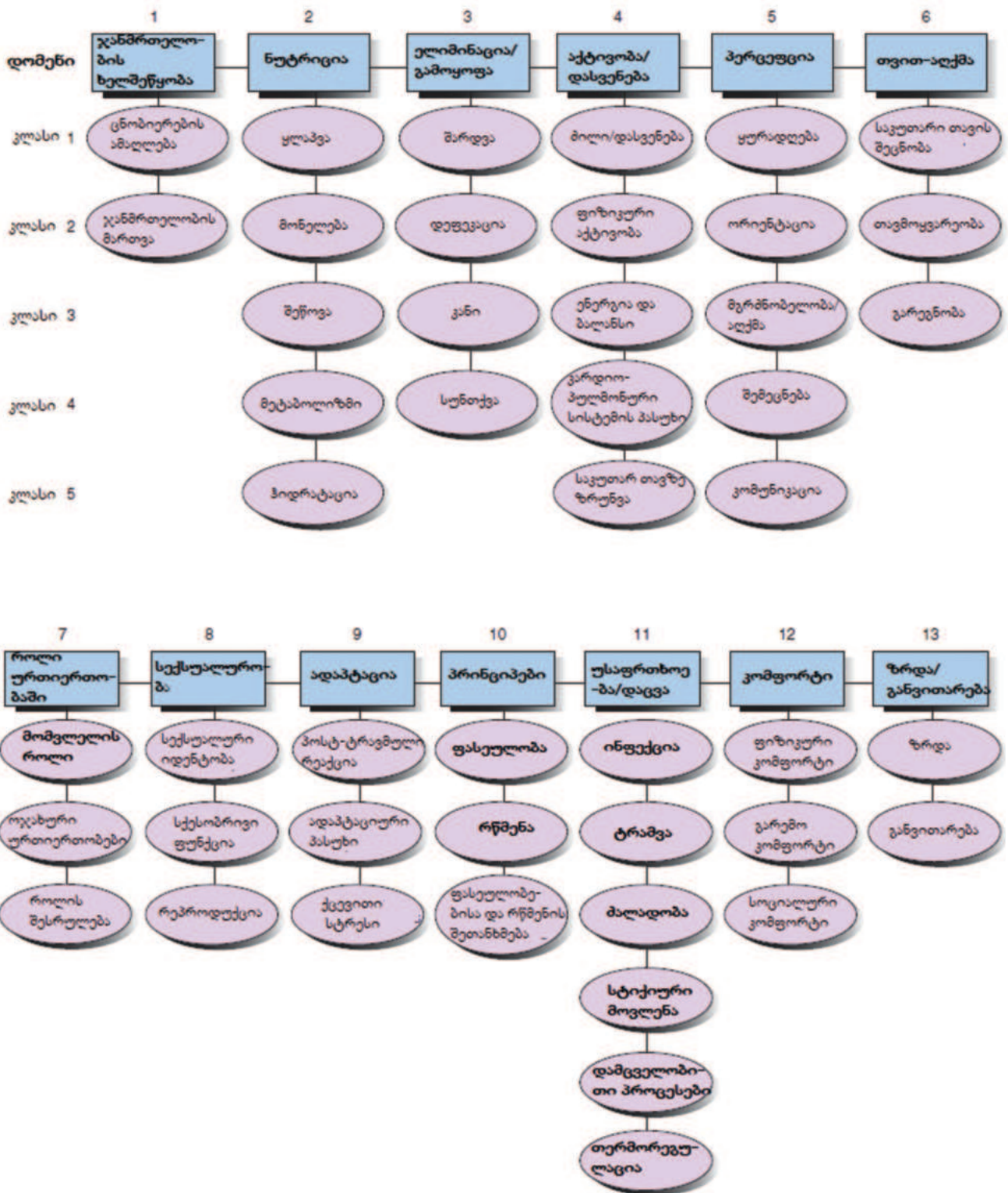
შეცდომებისგან თავის არიდება საექთნო დიაგნოზის შედგენის პროცესში

საექთნო დიაგნოზის დასმისას, შესაძლოა დაშვებული იქნას სხვადასხვა სახის შეცდომა, ქვემოთ ჩამოთვლილი მახასიათებლები დაეხმარება ექთნებს, რათა მინიმუმადე დაიყვანონ შეცდომების დაშვების ალბათობა:

- **გადამოწმება** – ნებისმიერი საექთნო დიაგნოზი გადამოწმებამდე ითვლება წინასწარ დიაგნოზად. საექთნო დიაგნოზის შერჩევის პროცესი იწყება და სრულდება პაციენტთან ან მის ოჯახთან გასაუბრებით. მონაცემების შეგროვების დროს გასაუბრება ხდება პაციენტთან/ახლობელთან და, შესაბამისად, პროცესის დასრულებისას სთხოვეთ მათ დაადასტურონ თქვენს მიერ შერჩეული დიაგნოზის სისწორე და შესაბამისობა;
- **ცოდნისა და კლინიკური გამოცდილების დაგროვება** – ექთნებმა უნდა მიმართონ საკუთარი ცოდნა სხვადასხვა მიმართულებით, რომელიც დაეხმარება მნიშვნელოვანი დეტალებისა და საკითხების იდენტიფიცირებაში. ქიმია, ანატომია, ფარმაკოლოგია – ეს მხოლოდ მცირე ჩამონათვალია იმ მეცნიერებებისა, რომელიც ეხმარება ექთანს პაციენტის მონაცემების სხვადასხვა კუთხით დანახვაში;
- **ცოდნის დაგროვება იმის შესახებ თუ რა ითვლება „ნორმად“** – საჭიროა ექთანმა იცოდეს სასიცოცხლო ფუნქციების, ლაბორატორიული ტესტების, მეტყველების განვითარების, სუნთქვის ხმიანობის და ა.შ. ნორმები იმ პოპულაციის მიხედვით, სადაც მუშაობს. მაგ., ნორმალური სისხლის წნევა მოზრდილი ადამიანისთვის არის 110/60 დან 140/80 -მდე. თუმცა, მას არ უნდა დაავიწყდეს, რომ სისხლის წნევა 90/50 ზოგიერთი ადამიანისთვის ასევე ნორმად ითვლება;
- **სამეცნიერო /აკადემიური წყაროების გამოყენება** – როგორც გამოცდილმა ისე დამწყებმა ექთნებმა აუცილებლად უნდა გამოიყენონ სხვადასხვა წყარო საექთნო დიაგნოზის დასმის პროცესში. ასეთ წყაროებს მიეკუთვნება: პროფესიული ლიტერატურა, საექთნო კოლეჯები და სხვა სამედიცინო პერსონალი;
- **კრიტიკული აზროვნების უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება** – აღნიშნული უნარები ეხმარება ექთანს იყოს ყოველთვის ფხიზლად და აზროვნების პროცესში თავიდან აირიდოს ისეთი შეცდომები, როგორიცაა, გაზვიადება/გადაჭარბება, სტერეოტიპების შექმნა უფლებამოსილების გადაჭარბება.

საექთნო დიაგნოზების მიმდინარე განვითარება

საექთნო დიაგნოზების პირველი ტაქსონომია (ტაქსონომია აღნიშნავს ისეთ კლასიფიკაციას, რომელიც ობიექტს ახასიათებს მარტივი კატეგორიიდან რთულისაკენ) დალაგებული იყო ანბანური თანმიმდევრობით. მიმდინარე განვითარებამ, გადახედვამ და სხვადასხვა დონეზე შეთანხმებამ გამოიწვია ახალი საექთნო დიაგნოზების ტაქსონომიის შექმნა, რომელსაც **ტაქსონომია II** ეწოდა. ტაქსონომია II-ს აქვს სამი დონე: დომენი, კლასი და საექთნო დიაგნოზი. დომენი და კლასი ნაჩვენებია სურათზე 8-3.



სურათი 8-3 ტაქსონომია II

საექთნო დიაგნოზების დასახელებები მუდმივად განიცდის განახლებას და მოდიფიცირებას, რომელიც განიხილება ყოველწლიურ კონფერენციებზე. აღნიშნული დიაგნოზების საბოლოო დამტკიცება ხდება საექთნო დიაგნოზის კომიტეტის მიერ, ხოლო NANDA-ს სამეთვალყურეო საბჭო ამტკიცებს და, საბოლოო სახით, ოფიციალურ ნუსხაში აქვეყნებს მას.

NANDA ფლობს ჟურნალს, რომელიც ცნობილია „საექთნო ტერმინოლოგიისა და კლასიფიკაციის საერთაშორისო ჟურნალის“ სახელწოდებით. ეს ხაზს უსვამს იმას, რომ საექთნო დიაგნოზი არის დიდი, განვითარებადი სისტემის „სტანდარტიზებული საექთნო ენის“ ნაწილი. ეს სისტემა ასევე მოიცავს საექთნო ინტერვენციებსა და გამოსავლების კლასიფიკაციას, რომელშიც ჩართულია და მუშაობს სხვადასხვა სამეცნიერო კვლევითი ჯგუფი. კვლევითი ჯგუფები იკვლევენ თუ რა სარგებელს იღებენ ექთნები სამი სხვადასხვა მცნებიდან, როგორიცაა: საექთნო დიაგნოზი, ინტერვენცია და გამოსავალი. გარდა ამისა, კვლევითი ჯგუფი სწავლობს ექთნის როლს ჯანდაცვის სისტემაში. სტანდარტიზებული საექთნო ენა ასევე უმნიშვნელოვანესია ელექტრონული ჯანდაცვის განვითარებისთვის.

კრიტიკული აზროვნების მნიშვნელოვანი საკითხები

პაციენტს დაუსვეს ფილტვის კიბოს დიაგნოზი. ექთანმა პაციენტის მართვის გეგმაში საექთნო დიაგნოზად გააფორმა „აღგზნებადობა“.

1. რომელი მონაცემის/დეფინიციის მახასიათებლები დაადასტურებენ ამ დიაგნოზს?
2. რა დამატებითი ფაქტორები შეიძლება არსებობდეს ამ სიტუაციაში?
3. არსებობს თუ არა სხვა საექთნო დიაგნოზი, რომელიც ამ შემთხვევას მიემართება?
4. საექთნო მოვლის გეგმაში კიდევ დაფიქსირებულია მეორე საექთნო დიაგნოზი „ფილტვის კიბო გამოწვეული თამბაქოს მოხმარებით“. თქვენი აზრით, საექთნო დიაგნოზის ასეთი ფორმულირება სწორია თუ არა? რატომ?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Muller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2007). Improved quality of nursing documentation: Results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18, 5–17.
- Morales-Asencio, J. M., Morilla-Herrera, J. C., Martin- Santos, F. J., Gonzalo-Jimenez, E., Cuevas-Fernandez- Gallego, M., Bonhill de las Nieves, C., . . . Rivas-Campos, A. (2008).
- Alfaro-LeFevre, R. A. (2010). *Applying the nursing process: Promoting collaborative care* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Nurses Association. (2010). *Nursing: scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author. Carpenito-Moyet, L. J. (2009). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (13th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- The Joint Commission. (2009). *Accreditation manual for hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Author.
- Kim, M. J., McFarland, G. K., & McLane, A. M. (Eds.). (1984). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth national conference*. St. Louis, MO: Mosby.
- NANDA International. (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2009–2011*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Paganin, A., Moraes, M. A., Pokorski, S., & Rabelo, E. R. (2008). Factors that inhibit the use of nursing language. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19, 150–157.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2008). *Nursing care plans and documentation: Nursing diagnosis and collaborative problems* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2009). *Handbook of nursing diagnosis* (13th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2008). *Application of nursing process and nursing diagnosis: An interactive text for diagnostic reasoning* (5th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler-Murr, A. C. (2008). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care* (2nd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Gordon, M. (1982). Historical perspective: The National Group for Classification of Nursing Diagnoses. In M. J. Kim & D. A. Moritz (Eds.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fourth national conference*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Gordon, M. (2010). *Manual of nursing diagnosis* (12th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Ladwig, G. B., & Ackley, B. J. (2007). *Mosby's guide to nursing diagnosis* (2nd ed.). St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.
- Wilkinson, J. M. (2007). *Nursing process and critical thinking* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

თავი 9

დაგეგმვა

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. ამოიცნოთ ის მოქმედებები, რომელიც მიმდინარეობს საექთნო პროცესის დაგეგმვის პროცესში;
2. შეადაროთ და განასხვავოთ საწყისი, მიმდინარე და განხრის გეგმა;
3. ახსნათ თუ როგორ უნდა შეიქმნას შესაფერისი მოვლის სტანდარტები და გეგმა და როგორ ხდება მათი გამოყენება საექთნო მოვლის გეგმის შექმნაში;
4. განიხილოთ საექთნო შედეგების კლასიფიკაცია, რომელიც მოიცავს ახსნას, თუ როგორ უნდა გამოიყენონ შედეგები და მაჩვენებლები მოვლის დაგეგმვაში;
5. განსაზღვროთ მიზნების/სასურველი შედეგების აღწერის მიზნები;
6. აღწეროთ საექთნო ჩარევების შერჩევისა და არჩევის მიმდინარეობა;
7. განიხილოთ საექთნო ჩარევების კლასიფიკაცია, რომელიც მოიცავს ახსნას, თუ როგორ უნდა გამოიყენონ ჩარევები და მოქმედებები მზრუნველობის დაგეგმვაში;

დაგეგმვა არის საექთნო პროცესის წინასწარ განსაზღვრული, სისტემური ფაზა, რომელიც მოიცავს გადამწყვეტილების მიღებასა და პრობლემის გადაჭრას. დაგეგმვის დროს ექთანი ითვალისწინებს პაციენტის შეფასების მონაცემსა და დიაგნოსტიკური კვლევების შედეგებს, რაც ეხმარება პაციენტის მიზნების დადგენაში, რომელიც აუცილებელია პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციისა და შემცირებისთვის (სურათი 9-1).



სურათი 9-1 საექთნო პროცესის მესამე ფაზა, რომლის დროს ექთანი და პაციენტი ადგენს პაციენტის მიზნებს/სასურველ შედეგებსა და საექთნო ჩარევებს პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციის, შემცირების ან თავიდან არიდების მიზნით.

საექთნო ჩარევა არის „ნებისმიერი სახის მკურნალობა, რომელიც დაფუძნებულია კლინიკურ შეფასებასა და ცოდნაზე, რომელსაც ექთანი ასრულებს პაციენტის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად“. დაგეგმვის ფაზის საბოლოო საფეხურია პაციენტის მოვლის გეგმა.

მიუხედავად იმისა, რომ უმეტესად დაგეგმვა წარმოადგენს ექთნის პასუხისმგებლობას, მნიშვნელოვანია პაციენტისა და მისი ახლობლების აზრის გათვალისწინება, რათა გეგმა იყოს უფრო ეფექტური.

დაგეგმვის ტიპები

დაგეგმვა იწყება პაციენტთან პირველი შეხვედრიდან და გრძელდება, სანამ არ დამთავრდება ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობა, უმეტესად სრულდება მაშინ როდესაც პაციენტი გაეწერება საავადმყოფოდან. ნებისმიერი დაგეგმვა არის მრავალპროფილური, რომელშიც მონაწილეობას იღებს ყველა საჭირო სპეციალობის ექიმი, რომელსაც აქვს კონტაქტი პაციენტთან.

საწყისი დაგეგმვა

ექთანი, რომელიც შემოსვლისას აფასებს პაციენტს, უმეტესად ადგენს საწყისი მოვლის გეგმას. ექთანს აქვს პაციენტის სხეულის ენის ამოცნობის უპირატესობა და ასევე შეუძლია ინტუიციური სახის ინფორმაციის შეგროვება, რომლის მიღება არ არის ხელმისაწვდომი პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებისაგან. საწყისი შეფასების შემდეგ შეძლებისდაგვარად სწრაფად უნდა დაიწყოს საექთნო პროცესის დაგეგმვა.

მიმდინარე დაგეგმვა

მიმდინარე დაგეგმვაში ჩართულია ყველა ის ექთანი, რომელსაც აქვს კავშირი პაციენტთან. მას შემდეგ რაც, ექთნები მიიღებენ ახალ ინფორმაციასა და შეაფასებენ პაციენტის რეაქციას, შეუძლიათ მოვლის მიმდინარე გეგმის შედგენა. მიმდინარე დაგეგმვა ასევე ხდება სამუშაო დღის დასაწყისში, როდესაც ექთანი გეგმავს მიმდინარე დღის მოვლას. მიმდინარე შეფასების მონაცემებზე დაყრდნობით ექთნის მიერ განსაზღვრული ყოველდღიური საექთნო მოვლის გეგმა ემსახურება შემდეგ მიზნებს:

1. დაადგინოს შეიცვალა თუ არა პაციენტის ჯანმრთელობის სტატუსი;
2. სამუშაო დღის განმავლობაში შეადგინოს პაციენტის მოვლისას საჭირო პრიორიტეტები;
3. გადანყვიტოს თუ რომელ პრობლემებს უნდა მიაქციოს ყურადღება სამუშაო დღის განმავლობაში;
4. შეთანხმებულად იმოქმედოს, რათა პაციენტთან ყოველი კონტაქტისას გადაიტარას ერთზე მეტი პრობლემა;

განერის დაგეგმვა

განერის დაგეგმვა, მოთხოვნილებების მოლოდინისა და დაგეგმვის პროცესი განერის შემდეგ, განერის შესაბამისი გეგმის შედგენა წარმოადგენს მზრუნველობის მნიშვნელოვან ნაწილს, რომელიც უნდა განიხილებოდეს თითოეული პაციენტის მოვლის გეგმაში.

იმის გათვალისწინებით რომ დღესდღეობით მაქსიმალურად შემცირებულია საავადმყოფოში დაყოვნების დღეები მწვავე დაავადებების არსებობის დროს, განერისას ზოგიერთ ადამიანს მაინც ესაჭიროება საექთნო მოვლა. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი პაციენტი განერისას მიმართავს სხვა დაწესებულებებს (მაგ., ქრონიკული მოვლის დაწესებულებები), იზრდება ამ სახის მზრუნველობის უზრუნველყოფა სახლის პირობებში. განერის ეფექტური დაგეგმვა იწყება პაციენტთან პირველივე კონტაქტისას და მოიცავს ადვილად გასაგებ, პაციენტის უწყვეტ შეფასებას მიმდინარე საჭიროებების შესახებ ინფორმაციის მისაღებად.

საექთნო მოვლის გეგმის შედგენა

საექთნო პროცესის დაგეგმვის ფაზის საბოლოოდ იქმნება ოფიციალური ან არა-ოფიციალური მოვლის გეგმა. **საექთნო მოვლის არაოფიციალური გეგმა** არის მოქმედების ის მიდგომა, რომელიც არსებობს ექთნის გონებაში. მაგალითად ექთანმა შეიძლება იფიქროს: „პაციენტი არის ძალიან დაღლილი, განვაახლებ მის სწავლებას მას შემდეგ რაც ის დაისვენებს“, ხოლო **საექთნო მოვლის ოფიციალური გეგმა** არის დაწერილი ან ელექტრონული დოკუმენტი, რომელიც პაციენტის მოვლის შესახებ ინფორმაციას ალგებს. ოფიციალურად დაწერილი მოვლის გეგმის ყველაზე ცხადი უპირატესობა არის ის, რომ ის უზრუნველყოფს/განსაზღვრავს მოვლის ხანგრძლივობას.

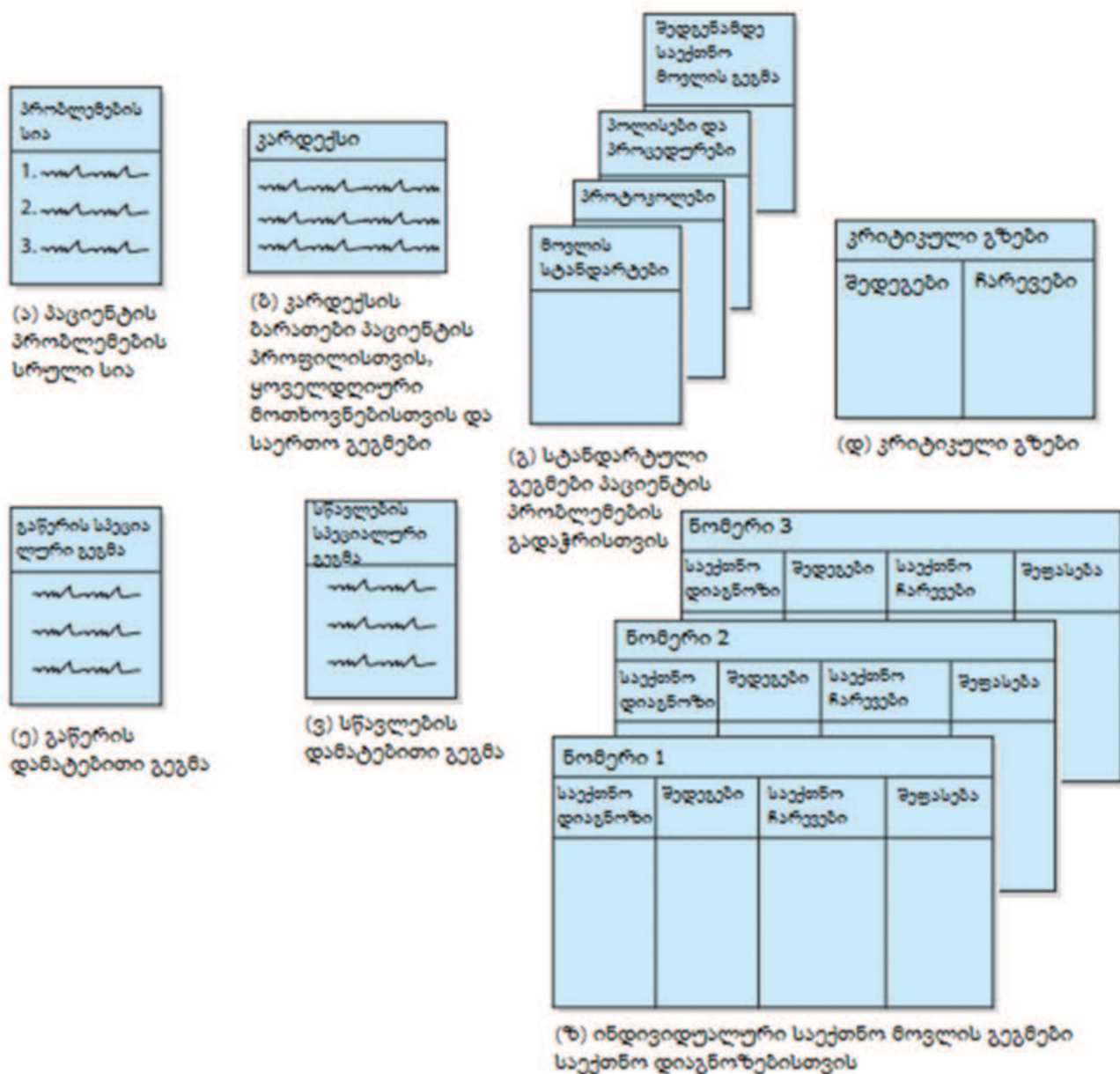
მოვლის სტანდარტული გეგმა არის ოფიციალური გეგმა, რომელშიც დაკონკრე-

ტებულია პაციენტების ჯგუფები საერთო საჭიროებების მიხედვით (მაგ., მიუკარდიუმის ინფარქტის მქონე ყველა პაციენტი). **მოვლის ინდივიდუალური გეგმა** შედგენილია კონკრეტული პაციენტის დამახასიათებელი მოთხოვნების მიხედვით – მოთხოვნები, რომელიც განხილული არ არის სტანდარტულ გეგმაში. მნიშვნელოვანია, რომ ყველა მომვლელმა იმუშაოს მსგავსი შედეგების მიღწევაში და თუ შესაძლებელია გამოიყენოს ის მიდგომები, რომელიც ეფექტურია კონკრეტული პაციენტისთვის. ექთნები ასევე იყენებენ მოვლის ოფიციალურ გეგმას, რათა მისცენ მიმართულება, თუ რისი ჩანიშვნა არის აუცილებელთა პაციენტის მდგომარეობის პროგრესის აღწერილობაში და დაეხმარონ წარმომადგენელ და დანიშნულ გუნდს პაციენტების მოვლაში.

როდესაც ექთნები იყენებენ პაციენტების საექთნო დიაგნოზს, რათა დაგეგმონ მიზნები და საექთნო ჩარევები, მისი შედეგი არის გლობალური, რომელიც აკმაყოფილებს პაციენტის კონკრეტულ საჭიროებებს.

მოვლის გეგმას მიეკუთვნება ის მოქმედებები, რომელიც უნდა შეასრულონ ექთნებმა, რათა ყურადღება გამახვილდეს პაციენტის საექთნო დიაგნოზებზე და მოგვცეს სასურველი შედეგები. ექთანი იწყებს დაგეგმვას, როდესაც პაციენტი მიმართავს დაწესებულებას და აახლებს მას პაციენტის საავადმყოფოში ყოფნის განმავლობაში, მისი მდგომარეობის ცვლილებებისა და მიზნის მიღწევის შეფასებების მიხედვით. დაგეგმვის ფაზის დროს ექთანმა უნდა (ა) გადაწყვიტოს პაციენტის პრობლემებიდან რომელს ესაჭიროება ინდივიდუალური დაგეგმვა და რომლის გადაჭრა შესაძლებელია სტანდარტული გეგმით ან რეგულარული მოვლით და (ბ) დაწეროს კონკრეტული სასურველი შედეგები და საექთნო ჩარევები პაციენტის იმ პრობლემებისთვის, რომელსაც ესაჭიროება საექთნო ყურადღება დაგეგმვამდე, რეგულარული მოვლის მიღმა.

პაციენტის მოვლის სრული გეგმა შედგება რამდენიმე სხვადასხვა დოკუმენტისგან, რომელიც (ა) აღწერს საჭირო რეგულარულ მოვლას, რათა დაკმაყოფილდეს ყოველდღიური მოთხოვნები (მაგ., დაბანა, კვება), (ბ) ყურადღებას ამახვილებს პაციენტის საექთნო დიაგნოზებსა და მასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე და (გ) აკონკრეტებს ექთნის პასუხისმგებლობებს, რათა შესრულდეს მოვლის სამედიცინო გეგმა (მაგ., ოპერაციამდე კვებისგან პაციენტის თავშეკავება; ლაბორატორიული გეგმის დაგეგმვა). მოვლის სრული გეგმა გარდაქმნის დამოკიდებულ და დამოუკიდებელ საექთნო მოვლებებს შინაარსიან მთლიანობად და წარმოადგენს პაციენტის ინფორმაციის მთავარ წყაროს. სურათი 9-2 ასახავს სხვადასხვა ჩანაწერს, რომელიც შესაძლოა შედიოდეს საექთნო მოვლის გეგმაში.



სურათი 9-2 ჩანაწერები, რომელიც შესაძლოა შედიოდეს პაციენტის მოვლის სრულ გეგმაში.

(From Nursing Process & Critical Thinking, 4th ed. (p. 452), by J. M. Wilkinson, 2007, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Adapted with permission.)

მოვლის დაგეგმვის სტანდარტული მიდგომები

ჯანდაცვის დაწესებულებათა უმეტესობაში არსებობს სხვადასხვა სტანდარტული გეგმა, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტების ჯგუფს, რომელთაც აქვთ ერთმანეთის მსგავსი მოთხოვნები (მაგ., პნევმონიის მქონე ყველა პაციენტი), აუცილებელი საექტონო მოვლით.

მუდმივად იქმნება მოვლისა და მზრუნველობის გეგმების სტანდარტები, პროტოკოლები, პოლისები და პროცედურები, რომელიც აღიარებულია შესაბამისი აკრედიტებული ორგანიზაციების მიერ.

საექტონო მოვლის სტანდარტები აღწერს საექტონო მოქმედებებს იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც აქვთ მსგავსი სამედიცინო პრობლემა. ასეთი სტანდარტები უზრუნ-

ველყოფს იდეალურ საექთნო მოვლას და არ არის მორგებული ცალკეულ ინდივიდზე.

საექთნო მოვლის სტანდარტები მოიცავს იმ ჩარევებს (არა სამედიცინო), რომელზეც პასუხისმგებლები არიან ექთნები. სურათზე 9-3 ნაჩვენებია თრომბოფლებიტის მქონე პაციენტის მოვლის სტანდარტი.

სურათი 9-3 თრომბოფლებიტის მოვლის სტანდარტები

მოვლის სტანდარტები: თრომბოფლებიტის მქონე პაციენტი

მიზანი:

1. სასუნთქი ფუნქციის დაქვეითებული სტატუსის ადრეული ნიშნებისა და სიმპტომების კონტროლი;
2. დაუყოვნებლივ შეატყობინონ ნებისმიერი პათოლოგიური ნიშნები და/ან სიმპტომები სამედიცინო გუნდს;
3. დაიწყონ შესაბამისი საექთნო მოქმედებები, როდესაც შეამჩნევენ სასუნთქი ფუნქციის დაქვეითებულ სტატუსს;
4. კარდიოპულმონური ფუნქციის დარღვევის შემთხვევაში, მხედველობაში გაითვალისწინონ გადაუდებელი ჩარევის პროტოკოლი;

დამხმარე მონაცემები: ამ სტანდარტების მიზანია: პრევენცია, კონტროლი, შეტყობინება და პაციენტის რეაქციის აღნიშვნა თრომბოფლებიტის დიაგნოზის დასმის შემდეგ. თრომბოფლებიტის დროს პაციენტში იზრდება ფილტვის ემბოლიის რისკი. ემბოლიის მიერ ფილტვის სისხლის დინების დახშობის ჰემოდინამიკურ შედეგებს მიეკუთვნება: ფილტვის სისხლძარღვების რემისტენტობის მომატება, მარჯვენა პარკუჭის დატვირთვის მომატება, გულის წუთმოცულობის შემცირება, შოკის განვითარება;

კლინიკური გამოვლინებები: ყოველ 3-4 საათში ჩატარებული საექთნო შეფასებებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს მომდევნო ნიშნებზე/სიმპტომებზე:

- დისპნოე;
- მკერდის ძვლის ქვეშ უეცრად განვითარებული ტკივილი;
- სწრაფი/სუსტი პულსი;
- სინკოპე;
- შფოთვა;
- სიცხე;
- ხველა/ჰემოპტიზი;
- სუნთქვის აჩქარება;
- პლევრიტული ტიპის გულმკერდის ტკივილი;
- ციანოზი;

საექთნო პრევენციული ღონისძიებები:

- დიდი რაოდენობით სითხის მიღება დეჰიდრატაციის პრევენციის მიზნით;
- დანიშნულების მიხედვით ინტრავენური ანტიკოაგულაციური მკურნალობის შენარჩუნება (იხილეთ ანტიკოაგულანტის მიწოდების პროტოკოლი);

- დანიშნულების მიხედვით წოლითი რეჟიმის შენარჩუნება;
- ელასტიური წინდების არასწორად მორგებით გამოწვეული ვენური სტაზის პრევენცია; უნდა გადამოწმდეს ყოველ 3-4 საათში ერთხელ;
- წოლითი რეჟიმის დროს ქვედა კიდურების ვარჯიშების გაკეთების წახალისება;

ინდივიდუალური გეგმა/დამატებითი საექტნო/სამედიცინო დანიშნულებები

არ გააკეთოთ ქვედა კიდურების მასაჟი;

აკონტროლეთ მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობა ყოველ 8 საათში ერთხელ;

დანყება: ს.ა. ექთანი თარიღი 4-6-20

From Nursing Process & Critical Thinking, 4th ed. (p. 461), by J. M. Wilkinson, 2007, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Reprinted with permission.

საექტნო მოვლის სტანდარტი და საექტნო მოვლის გეგმა განსხვავებულია ერთ-მანეთისაგან და არ უნდა მოხდეს ამ ორი მნიშვნელოვანი მცნების ერთმანეთში არევა. საექტნო მოვლის სტანდარტი შექმნილია ისეთი ჩარევებისთვის, რომელიც უხშირესია საავადმყოფოს პირობებში. იგი შექმნილია პაციენტის გამოსავლის მოსალოდნელი შედეგების საჭიროებების მიხედვით. სურათში 9-4 აღწერილია მოვლის სტანდარტული გეგმა *სითხის მოცულობის ნაკლებობის დროს*.

სურათი 9-4 საექტნო დიაგნოზის, სითხის მოცულობის ნაკლებობის მოვლის სტანდარტული გეგმა.

ეტიოლოგია	სასურველი შედეგები	საექტნო ჩარევები (სიხშირის დაკონკრეტებით)
✓ შემცირებულია ორალური გზით ნივთიერებების მიღება; ✓ გულისრევის შეგრძნება – დეპრესია; ✓ დაღლილობა, სისუსტე – ყლაპვის გაძნელება; – სხვა: _____ ✓ ჭარბი სითხის დაკარგვა; ✓ სიცხე ან გაზრდილი მეტაბოლიზმი; ✓ ოფლიანობა; ✓ ღებინება;	✓ შარდის გამოყოფა > 30მლ/სთ; ✓ შარდის ხვედრითი წონა 1.005-1.025; ✓ შრატის Na⁺ ნორმის ფარგლებში; ✓ ლორწოვანი მემბრანები – სველი; ✓ კანის ტურგორი – ნორმა; ✓ წონის დაკლების არარსებობა;	- ყოველ 1 საათში მიღებისა და გამოყოფის კონტროლი; ✓ ყოველდღიური წონის კონტროლი; ✓ შრატში ელექტროლიტთა დონეების შემოწმება x 1 ან, სანამ არ დაუბრუნდება ნორმის ფარგლებს; ✓ ყოველ 8 საათში კანის ტურგორისა და ლორწოვანი მემბრანების შეფასება; ✓ ყოველ 4 საათში ტემპერატურის შემოწმება;

☐ ფაღარათი ☐ დამწვრობა ☐ სხვა _____ მახასიათებლების დაკონკრეტება ☒ არასაკმარისი რაოდენობით ნივთიერებების მიღება; ☒ მიღებისა და გამოყოფის უარყოფითი ბალანსი; ☒ მშრალი ლორწოვანი მემბრანები; ☒ კანის ცუდი ტურგორი ☐ კონცენტრირებული შარდი; ☐ ჰიპერნატრემია ☒ სწრაფი, სუსტი პულსი ☐ წნევის შემცირება ☐ წონის დაკლება	☒ 8 საათის განმავლობაში სითხის მიღება = ორალური გზით 400 მლ სხვა:	☒ დანიშნული IV მკურნალობის მიწოდება (კონტროლი ინტრავენური პროტოკოლის მიხედვით) 1000 მლ D₅ LR 100 მლ/სთ სიჩქარით; ☒ ყოველ 1 საათში 240 მლ სითხეების შეთავაზება ორალური გზით; ტიპი -გამჭვირვალე, ოთახის ტემპერატურის ☒ პაციენტს უნდა აუხსნან სითხის მიღების რაოდენობის, ტიპისა და განრიგის შესახებ ☒ სითხის დანაკარგის ტიპის შესახებ გაცნობიერების დონის შეფასება; ასწავლეთ შესაფერისად; ☒ საჭიროებისამებრ, პირის ღრუს მოვლა სპეციალური სავლებით; ☒ სიცხის დამწვევი ღონისძიებების დაწყება (მაგ., ოთახის ტემპერატურის დაწვევა, საწოლიდან გადასაფარებლების აღება, ცივი სითხეების შეთავაზება); სხვა საექთნო დანიშნულება: _____ ყოველი მორიგეობის დროს შარდის ხვედრითი წონის კონტროლი;
გეგმა დაიწყო: მ. გ. ექთანი თარიღი 4-5-20 შეფასებულ იქნა გეგმა/შედეგები _____ თარიღი _____ შეფასებულ იქნა გეგმა/შედეგები _____ თარიღი _____ პაციენტი: ა.დ.		

მოვლის სტანდარტული გეგმა:

- ინახება საექთნო განყოფილებაში პაციენტის ინდივიდუალურ მოვლის გეგმასთან ერთად. პაციენტის გაწერის შემდეგ, ის ხდება სამედიცინო ჩანაწერის მუდმივი კომპონენტი;
- უზრუნველყოფილია განხორციელებული ჩარევების დეტალური დახასიათებით
- უმეტესად დაწერილია საექთნო პროცესის ფორმატში:

პრობლემა → მიზნები/სასურველი შედეგები → საექთნო → ჩარევები
შეფასება

- ხშირად მოიცავს საკონტროლო სიებს, ცარიელ ხაზებს ან სივრცეებს, რათა ექთანმა შეადგინოს ინდივიდუალური მიზნები და საექთნო ჩარევები.

მოვლის სტანდარტებისა და მოვლის სტანდარტული გეგმების მსგავსად, **პროტოკოლები** დგინდება წინასწარ, რომელშიც აღწერილია ის ხშირი მოქმედებები, რომელიც აუცილებელია პაციენტთა კონკრეტული ჯგუფისთვის. მაგალითად: საავადმყოფოს შესაძლოა ჰქონდეს პროტოკოლი, რომელიც ეხება პაციენტის ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში განთავსებას ან იმ პაციენტის მოვლას, რომელსაც მიეწოდება მუდმივად ეპიდურული ანალგეზია. პროტოკოლები შესაძლოა მოიცავდეს როგორც მთავარი ექიმის დანიშნულებებს, ისე საექთნო ჩარევებს. დაწესებულების მიხედვით, პროტოკოლები შესაძლოა შედიოდეს ან არ შედიოდეს პაციენტის მუდმივ ჩანაწერში.

პოლისები და **პროცედურები** შედგენილია, რათა ადვილად მართონ ხშირად განვითარებული მდგომარეობები. მაგალითად: საავადმყოფოში შესაძლოა არსებობდეს პოლისი, რომელშიც დაკონკრეტებულია თუ რამდენი მნახველი დაიშვება პაციენტთან. ზოგიერთი პოლისი და პროცედურა არის პროტოკოლების მსგავსი და აკონკრეტებს თუ რა უნდა გაკეთდეს, მაგალითად: გულის გაჩერების დროს. თუ პოლისში აღწერილია მდგომარეობა, რომელიც შეესაბამება პაციენტის მოვლას, მაშინ ძირითადად ის ჩანიშნულია მოვლის გეგმაში (მაგ., „გადამისამართება სოციალურ მომსახურებათა დაწესებულებაში პოლისის ინსტრუქციის მიხედვით“). პოლისები არის დახურული ჩანაწერები და ის არ ხდება მოვლის გეგმის ან მუდმივი ჩანაწერის კომპონენტი.

წესდება არის დაწერილი დოკუმენტი პოლისების, კანონების, რეგულაციების ან პაციენტთა მოვლასთან დაკავშირებული დანიშნულებების შესახებ. წესდების საშუალებით ექთნებს აქვთ უფლება, ჩაატარონ სპეციფიკური მოქმედებები კონკრეტული მდგომარეობების დროს, მაშინ როდესაც მთავარი ექიმი დაუყოვნებლივ არ არის ხელმისაწვდომი. საავადმყოფოს კრიტიკული მოვლის განყოფილებაში არსებულ ხშირ მაგალითს მიეკუთვნება გადაუდებელი ანტიარითმული წამლების მიწოდება, როდესაც შეიცვლება პაციენტის გულის ფუნქციის მაჩვენებლები. სახლის პირობებში მთავარმა ექიმმა შესაძლოა დაწეროს წესდება ექთნისთვის, რათა იმ პაციენტს აუღოს სისხლი და გამოიკვლიოს, რომელსაც მიეწოდებოდა კონკრეტული თერაპია დანიშნული დროის განმავლობაში.

მოვლის გეგმები შესაძლოა იყოს დაწერილი, ელექტრონული ან სტანდარტული ფორმით, რომელიც უნდა შეეფერებოდეს თითოეული პაციენტის მოთხოვნებს. ექთანი იყენებს მოვლის სტანდარტულ გეგმებს პროგნოზირებადი, ხშირად განვითარებული პრობლემებისთვის და ადგენს ინდივიდუალურ გეგმას იშვიათი პრობლემებისთვის ან

იმ პრობლემებისთვის, რომელსაც ესაჭიროება განსაკუთრებული ყურადღება. მაგალითად: პნევმონიის სამედიცინო დიაგნოზის დროს პაციენტების მოვლის სტანდარტული გეგმა შესაძლოა მოიცავდეს *სითხის მოცულობის ნაკლებობის* საექთნო დიაგნოზს და დაეხმაროს ექთანს პაციენტის ჰიდრატაციის მდგომარეობის შეფასებაში. რესპირატორულ ან სამედიცინო განყოფილებაში ეს იქნებოდა ხშირი საექთნო დიაგნოზი.

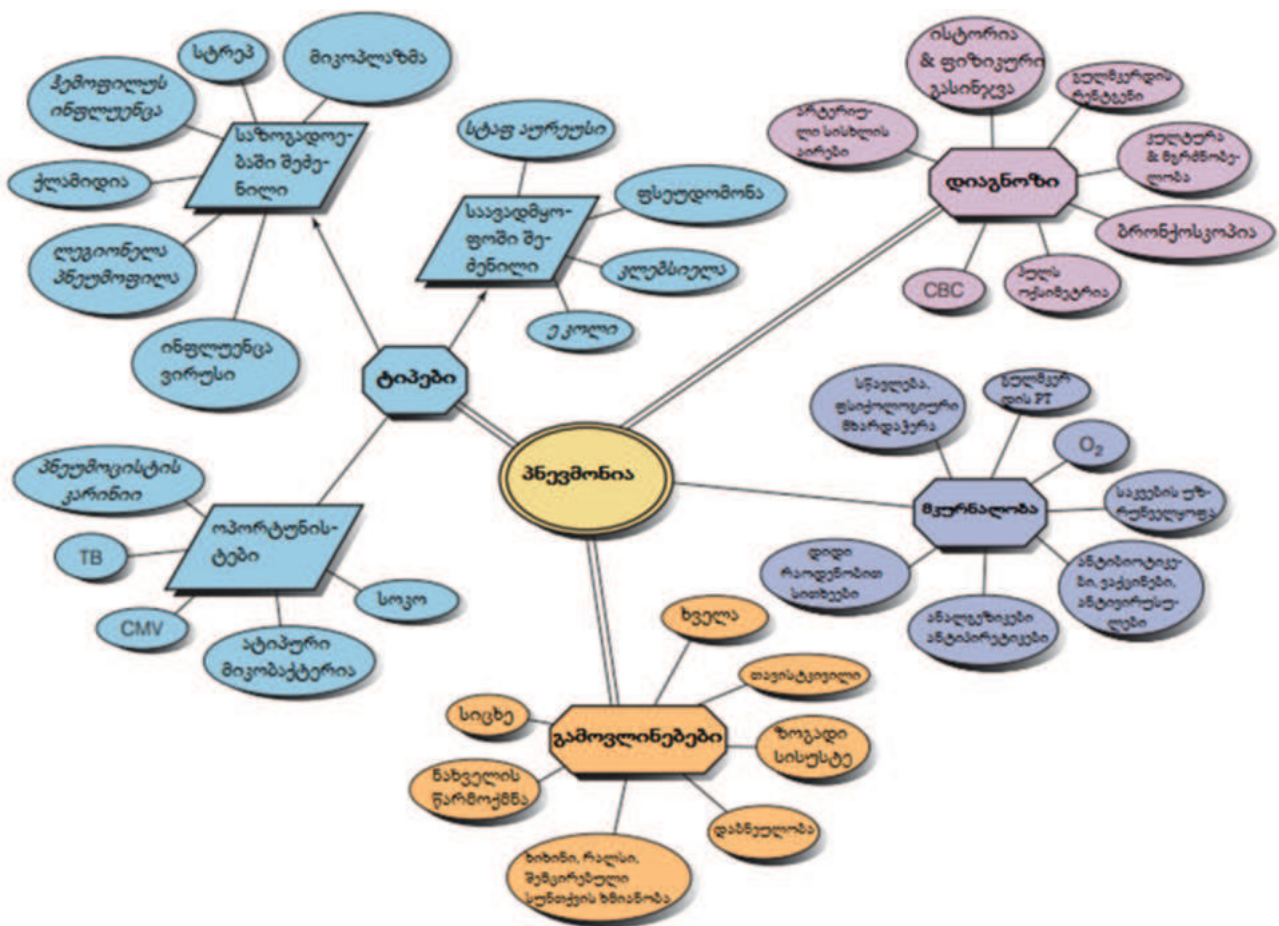
მოვლის საექთნო გეგმების ფორმატი

მიუხედავად იმისა, რომ ფორმატები განსხვავდება დაწესებულების მიხედვით, ხშირად მოვლის გეგმა გაყოფილია ოთხ ნაწილად: (1) პრობლემა/საექთნო დიაგნოზები, (2) მიზნები/სასურველი შედეგები, (3) საექთნო ჩარევები და (4) შეფასება. ზოგიერთი დაწესებულება იყენებს სამ განყოფილებიდან გეგმას, რომლის მიხედვით შეფასება მიმდინარეობს მიზნებთან ერთად ან იწერება ექთნების ჩანაწერებში; სხვაგან არსებობს ხუთ განყოფილებანი გეგმა, რომელშიც დამატებულია შეფასების მონაცემები პრობლემის/საექთნო დიაგნოზების წინ.

სტუდენტი ექთნების მიერ შემუშავებული მოვლის გეგმა

რადგანაც სტუდენტის მოვლის გეგმები არის სასწავლო აქტივობის ნაწილი, ის შეიძლება იყოს უფრო დიდი მოცულობის და დეტალური, ვიდრე მოვლის ის გეგმები, რომელსაც იყენებენ პრაქტიკოსი ექთნები. მნიშვნელოვანია, სტუდენტებმა იმუშავონ გეგმის შედგენაზე, ასევე შეცვალონ გეგმა და დაამატონ „ახსნა-განმარტება“ საექთნო ჩარევების შემდეგ. **ახსნა-განმარტება** არის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრინციპი, რომლის მიზანია კონკრეტული საექთნო ჩარევის არჩევა. ასევე სტუდენტებმა უნდა აღნიშნონ გამოყენებული ლიტერატურის წყაროები მათ დაწერილ ახსნა-განმარტებაში.

მოვლის გეგმის ინფორმაციის შედგენისა და წარდგენის სხვა მეთოდია კონცეფციური რუკის გამოყენება. **კონცეფციური რუკა** წარმოადგენს თვალსაჩინო მეთოდს, რომელშიც იდეები ან მონაცემები შემოსაზღვრულია კონკრეტული ფორმის წრეებში ან ყუთებში და მათ შორის ურთიერთობები ნაჩვენებია ხაზების ან ისრების საშუალებით (სურათი 9-5).



სურათი 9-5 კონცეფციური რუკის პათოფიზიოლოგიური ნიმუში

კონცეფციური რუკები შემოქმედებითი მცდელობებია. ისინი სხვადასხვა სახისაა და მოიცავს მონაცემთა მრავალფეროვან კატეგორიას პაციენტის ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ავტორის თვალთახედვის მიხედვით. ისრები ასახავს საექთნო პროცესის ფაზების მიმდინარეობას. მოვლის გეგმის გარდა კონცეფციური რუკები გამოიყენება იდეებს, პროცესებს, მოქმედებებს და ა.შ. შორის რთული ურთიერთობების აღსაწერად. ხშირად სტუდენტებს სთხოვენ, რომ დაასრულონ პათოფიზიოლოგიური მიმდევრობის ფურცლები ან კონცეფციური რუკები, როგორც სწავლების მეთოდი, რათა ასახონ კავშირი დაავადებათა პროცესებს, ლაბორატორიულ მონაცემებს, წამლებს, ნიშნებსა და სიმპტომებს, რისკ ფაქტორებსა და სხვა მნიშვნელოვან მონაცემებს შორის.

ელექტრონული მოვლის გეგმა

საექთნო გეგმების შედგენისა და შენახვისთვის დღესდღეობით აქტუალურია კომპიუტერების გამოყენება. კომპიუტერის საშუალებით შესაძლებელია როგორც სტანდარტული, ისე ინდივიდუალური მოვლის გეგმების შედგენა. ინდივიდუალური გეგმის დროს ექთანი ირჩევს შესაბამის დიაგნოზებს კომპიუტერში არსებული სიიდან. შემდეგ კომპიუტერი ადგენს ამ დიაგნოზებისთვის შესაძლო მიზნებსა და საექთნო ჩარევებს;

ექთანი ირჩევს პაციენტისთვის შესაფერის მიზნებსა და ჩარევებს და წერს დამატებით ინფორმაციას ან იმ საექთნო მოქმედებებს, რომელიც არ არის ჩამოთვლილი სიაში. ექთანს შეუძლია, რომ გეგმა წაიკითხოს კომპიუტერის ეკრანიდან ან ამობეჭდოს განახლებული სამუშაო ასლი.

მრავალპროფილური (ერთობლივი) მოვლის გეგმები

მრავალპროფილური მოვლის გეგმა არის სტანდარტული გეგმა, მასში აღწერილია მოვლა, რომელიც ესაჭიროება ხშირი, პროგნოზირებადი მდგომარეობების მქონე პაციენტებს. ამ გეგმებს ასევე ეწოდება **ერთობლივი მოვლის გეგმები** და **კრიტიკული გზები**. მათში თანმიმდევრულად აღწერილია მოვლის მეთოდები, რომელიც ყოველდღიურად უნდა მიეწოდებოდეს პაციენტს ხანგრძლივი პერიოდით ჰოსპიტალიზაციის დროს კონკრეტული მდგომარეობის შემთხვევაში. მოვლის ტრადიციული საექთნო გეგმის მსგავსად, მრავალპროფილურ მოვლის გეგმაში დაკონკრეტებულია შედეგები და საექთნო ჩარევები, რომელშიც ყურადღება გამახვილებულია პაციენტის პრობლემებზე (საექთნო დიაგნოზების ჩათვლით). თუმცა, ის მოიცავს სამედიცინო მკურნალობებს, რომელიც ასევე უნდა ჩაატარონ სხვა ექიმებმა.

ძირითადად გეგმა შედგენილია სვეტების ფორმით ყოველი დღისთვის; ჩამოთვლილია ჩარევები, რომელიც უნდა ჩატარდეს და პაციენტის შედეგები, რასაც უნდა მიაღწიონ იმ დღეს. მრავალპროფილური მოვლის გეგმაში სვეტების რაოდენობა ემთხვევა არსებული დღეების რაოდენობას, რომელიც შეესაბამება პაციენტის დიაგნოზთან დაკავშირებულ ჯგუფს (DRG). მრავალპროფილური მოვლის გეგმა არ მოიცავს დეტალურ საექთნო აქტივობებს. ისინი უნდა იყოს შედგენილი მოვლის სტანდარტებისა და მოვლის სტანდარტული გეგმების მიხედვით, თუმცა არ უნდა ჩაანაცვლოს ისინი.

წერილობითი მოვლის საექთნო გეგმების ოქმები

ექთანმა უნდა გამოიყენოს მომდევნო ოქმები მოვლის საექთნო გეგმების წერის დროს:

- 1. გეგმის თარიღი და ხელმოწერა.** გეგმის დაწერის თარიღი მნიშვნელოვანია შეფასებისთვის, მიმოხილვისა და მომდევნო დაგეგმვისთვის. ექთნის ხელმოწერა ადასტურებს პაციენტისა და საექთნო პროფესიის მიმართ პასუხისმგებლობას, რადგან შესაძლებელია საექთნო მოქმედებების ეფექტურობის შეფასება;
- 2. გამოიყენოს კატეგორიის სათაურები.** „საექთნო დიაგნოზები“, „მიზნები/სასურველი შედეგები“, „საექთნო ჩარევები“ და „შეფასება“ არის ხშირი სათაურები. თითოეული მიზნის შეფასებისას უნდა აღნიშნოს თარიღი;
- 3. გამოიყენოს სტანდარტული/აღიარებული სამედიცინო ან ლათინური სიმბოლოები და საკვანძო სიტყვები და არა სრული წინადადებები საკუთარი აზრების დაფიქსირებისას, თუ დაწესებულების პოლისი სხვა მეთოდს არ იყენებს,** მაგალითად: დაწეროს „q2სთ გადატრიალება და პოზის შეცვლა“ ნაცვლად „პაციენტის გადატრიალება და პოზის შეცვლა ყოველ 2 საათში“; ან

დანეროს „ჭრილობის დამუშავება CH_2O_2 -ით“ ნაცვლად „პაციენტის ჭრილობის დამუშავება წყალბადის ზეჟანგით დღეში ორჯერ, დილით და საღამოს“;

- 4. იყოს სპეციფიკური.** რადგანაც დღესდღეობით ექთნები მუშაობენ სხვადასხვა ხანგრძლივობის გრაფიკით, ზოგიერთი მუშაობს 16 საათიანი მონაცვლეობით, ხოლო ზოგიერთი 8 საათიანი მორიგეობით, უფრო მნიშვნელოვანი გახდა ჩარევის მოსალოდნელი დროის დაკონკრეტება. თუ ჩარევაზე წერია „ნახვევის შეცვლა X-ჯერ, მორიგეობისას“, ეს შეიძლება გულისხმობდეს 24 საათის განმავლობაში ორჯერ ან სამჯერ, რომელიც დამოკიდებულია მორიგეობის დროზე. ასეთი გაუგებრობა ხდება უფრო საშიში, როდესაც დანიშნულია წამლების მიწოდება „X რაოდენობა მორიგეობის დროს“. უმჯობესია კონკრეტული დროების დანერა 24 საათიან პერიოდის გათვალისწინებით.
- 5. მიმართოს პროცედურის შესახებ წიგნებს ან ინფორმაციის სხვა წყაროებს, დაწერილი გეგმის ყველა საფეხურის გათვალისწინების ნაცვლად.** მაგალითად: დანეროს „იხილეთ პროცედურის შესახებ წიგნის თავი ტრაქეოსტომის მოვლისას“ ან დაამატოს საექთნო სტანდარტული გეგმა ისეთი პროცედურების შესახებ, როგორიცაა: რადიაციული-იმპლანტაციური მოვლა და პრე ან პოსტოპერაციული მოვლა.
- 6. პაციენტის კონკრეტული მახასიათებლების მიხედვით შეცვალოს გეგმა, რომელიც უნდა ითვალისწინებდეს პაციენტის არჩევანს, როგორიც არის მოვლის დროისა და გამოყენებული მეთოდების უპირატესობები.** ეს ამაღლებს პაციენტის ინდივიდუალურობასა და კონტროლის შეგრძნებას. მაგალითად: დაწერილი საექთნო ჩარევა „საუზმეზე შავი ქლიავის წვენის და არა რომელიმე სხვა წვენის მიღება“ უნდა მიანიშნებდეს, რომ პაციენტს ჰქონდა სასმლის არჩევანი;
- 7. დაადასტუროს, რომ საექთნო გეგმა მოიცავს როგორც პრევენციულ და ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელ ასპექტებს, ისე აღმდგენ ღონისძიებებს.** მაგალითად: ისეთი ჩარევის ჩატარება, როგორიც არის „აქტიური ვარჯიშით უზრუნველყოფა დაზიანებულ კიდურებზე 2სთ-ში ერთხელ“, რომლის მიზანია სახსრის კონტრაქტურების პრევენცია და კუნთის სიძლიერისა და სახსრის მოძრაობის შენარჩუნება;
- 8. დადასტურება იმისა, რომ გეგმა მოიცავს პაციენტის მუდმივ შეფასებას** (მაგ., „ჭრილობის შეფასება 8სთ ში ერთხელ“);
- 9. გეგმა მოიცავს ერთობლივ და შეთანხმებულ მოქმედებებს.** მაგალითად: პაციენტის მოვლის კონკრეტული ასპექტების შესახებ ექთანმა შესაძლოა ჩარევები შეუთანხმოს ნუტრიციონისტს ან ფიზიკურ თერაპევტს;
- 10. გეგმაში უნდა იყოს აღწერილი პაციენტის განერა და სახლის პირობებში წარმოქმნილი მოთხოვნები.** ექთანი იწყებს განერის დაგეგმვას მას შემდეგ,

რაც პაციენტი მოთავსდება საავადმყოფოში. დაამატოს სწავლებისა და განერის გეგმები რეკომენდაციის ფურცელს, თუ ეს არის დიდი მოცულობის და რთული.

დაგეგმვის პროცესი

პაციენტის მოვლის გეგმის შედგენის პროცესის დროს ექთანი ჩართულია მომდევნო აქტივობებში:

- პრიორიტეტების განსაზღვრა
- პაციენტის მიზნების/სასურველი შედეგების შექმნა
- საექთნო ჩარევებისა და მოქმედებების შერჩევა
- მოვლის გეგმებზე კონკრეტული საექთნო ჩარევების დაწერა

პრიორიტეტების არჩევა

პრიორიტეტის არჩევა არის პროცესი, რომლის დროს დგინდება საექთნო დიაგნოზებისა და ჩარევების სასურველი თანმიმდევრობა. ექთანი და პაციენტი იწყებს დაგეგმვას შერჩეული საექთნო დიაგნოზებიდან თუ რომელი მოითხოვს უპირველეს ყოვლისა ყურადღების მიქცევას პირველად და ა.შ. რიგით დალაგებული დიაგნოზების ნაცვლად. ექთნები აჯგუფებენ მათ მაღალი, საშუალო ან დაბალი პრიორიტეტის მიხედვით. მაღალი პრიორიტეტის პრობლემებს მიეკუთვნება სიცოცხლისთვის სახიფათო მდგომარეობები, როგორიცაა: სასუნთქი სისტემის ფუნქციის დარღვევის ან გულის ფუნქციონირების შეცვლა. საშუალო პრიორიტეტის პრობლემებს მიეკუთვნება ჯანმრთელობისთვის სახიფათო მდგომარეობები, როგორიც არის მწვავედ განვითარებული დაავადება და ადაპტაციის უნარის დაქვეითება, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს განვითარების შეფერხება ან გამანადგურებელი ფიზიკური ან ემოციური ცვლილებები. დაბალი პრიორიტეტის პრობლემა წარმოიქმნება ნორმალური განვითარების მოთხოვნებიდან ან მიეკუთვნება ისეთი მდგომარეობა, რომელიც მოითხოვს მინიმალურ საექთნო მხარდაჭერას.

ექთნები პრიორიტეტების არჩევის დროს ხშირად იყენებენ მასლოუს პირამიდას. მასლოუს იერარქიის მიხედვით ფიზიოლოგიურ მოთხოვნებს, როგორიცაა, ჰაერი, საკვები და წყალი აუცილებელია სიცოცხლისთვის და უკავიათ უფრო მაღალი პრიორიტეტი, ვიდრე უსაფრთხოებას ან ფიზიკურ აქტივობას. ზრდის მოთხოვნილებები, როგორიცაა თავდაჯერებულობა ამ ჩარჩოში არ მოიაზრება „აუცილებელ“ საჭიროებად. ამგვარად, საექთნო დიაგნოზები, როგორიც არის *სასუნთქი სისტემის არაეფექტური განმეორება* და *აირთა დარღვეული მიმოცვლა* დაიკავებს უფრო მაღალ პრიორიტეტს, ვიდრე *შფოთვის* ან *არაეფექტური ადაპტაციის* საექთნო დიაგნოზები.

ექთანი შესაძლოა ნაწილობრივ გაუმკლავდეს მაღალი პრიორიტეტის დიაგნოზს და შემდეგ ყურადღება მიაქციოს უფრო დაბალი პრიორიტეტის მქონე დიაგნოზს. ამის გარდა, რადგანაც პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს რამდენიმე პრობლემა, ექთანი ერთსა და იმავე დროს უმკლავდება ერთზე მეტ დიაგნოზს.

პრიორიტეტები იცვლება პაციენტის რეაქციების, პრობლემებისა და მკურნალობების ცვლილებებთან ერთად. ექთანმა პრიორიტეტების შედგენისას, უნდა გაითვალისწინოს სხვადასხვა ფაქტორი, როგორიც არის:

1. პაციენტის ჯანმრთელობის ფასეულობები და რწმენა

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფასეულობები შესაძლოა უფრო მნიშვნელოვანი იყოს ექთნისთვის, ვიდრე პაციენტისთვის. მაგალითად: პაციენტის რწმენის მიხედვით, სახლში ყოფნა შვილებისთვის შესაძლოა იყოს უფრო მნიშვნელოვანი, ვიდრე ჯანმრთელობის პრობლემა. როდესაც წარმოიქმნება ასეთი განსხვავებული აზრი, პაციენტმა და ექთანმა უნდა განიხილონ ის ღიად, რათა გადაიტარას ნებისმიერი სახის კონფლიქტი;

2. პაციენტის პრიორიტეტები

თანამშრომლობა იზრდება, როდესაც პაციენტიც მონაწილეობს პრიორიტეტების შედგენასა და საექთნო მოვლის დაგეგმვაში. მაგალითად: ასაკოვანი პაციენტი შესაძლოა უპირატესობას არ ანიჭებდეს საწოლში გადატრიალებასა და ადგილის შეცვლას და მისთვის უფრო მნიშვნელოვანი იყოს შეწუხების თავიდან არიდება. თუმცა, ექთანმა, რომელმაც იცის ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმის შესაძლო გართულებები (მაგ., კუნთის განღევა და ნაწოლების განვითარება), უნდა აუხსნას და გააცნობიერებინოს პაციენტს, რათა ჩათარდეს ეს მნიშვნელოვანი ჩარევები.

3. ექთნისა და პაციენტისთვის ხელმისაწვდომი რესურსები

თუ ფინანსები, აღჭურვილობა ან პერსონალი არ არის საკმარისი დაწესებულებაში, ამ პრობლემას შესაძლოა მიენიჭოს უფრო დაბალი პრიორიტეტი, ვიდრე ჩვეულებრივ სიტუაციაში. მაგალითად: სახლის პირობებში ექთნებს არ აქვთ საავადმყოფოში არსებული რესურსები. თუ არ არის ხელმისაწვდომი საჭირო რესურსები, შესაძლოა გადაიდოს იმ პრობლემების მოგვარება ან შესაძლოა საჭირო გახდეს პაციენტის გადამისამართება.

4. ჯანმრთელობის გადაუდებელი პრობლემა

სიცოცხლისთვის საშიშვლო მდგომარეობების არსებობისას ექთანმა უნდა მიანიჭოს მას მაღალი პრიორიტეტი. მაგალითად: ცხრილი 9-1-ში ნაჩვენებია პაციენტის (სუნთქვის პრობლემებით) საექთნო დიაგნოზები პრიორიტეტების მიხედვით, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტი ნ. კ. ნერვიულობს შვილებზე, *სასუნთქი სისტემის არაეფექტურ განმენდას* აქვს უფრო მაღალი პრიორიტეტი.

ცხრილი 9-1 საექთნო დიაგნოზებისთვის პრიორიტეტების მინიჭება (პაციენტი ნ.კ.)		
საექთნო დიაგნოზები	პრიორიტეტი	ახსნა
სასუნთქი სისტემის არაეფექტური განმეორება, რომელიც დაკავშირებულია (1) ლორწოვან სეკრეტთან-სითხის მოცულობის ნაკლებობის გამო და (2) გულმკერდის ზედაპირული გაფართოება, რომელიც ტკივილსა და დაღლილობას იწვევს	მაღალი პრიორიტეტი	ფუნქციის დაქვეითება არის სიცოცხლისთვის სახიფათო პრობლემა. ექთნის მთავარი მოვალეობაა ჟანგბადის მიწოდებით მდგომარეობის გაუმჯობესება
სითხის მოცულობის ნაკლებობა: არასაკმარისად მიეწოდება სითხეები დანაკარგის შესავსებად, რომლის მიზეზია სიცხე და ოფლიანობა	მაღალი პრიორიტეტი	სითხის მოცულობის ძლიერი ნაკლებობა არის სიცოცხლისთვის სახიფათო. მიუხედავად იმისა, რომ ის არ იყო ძლიერი, აღნიშნული პაციენტის შემთხვევაში, ის მაინც ითვლება მაღალი პრიორიტეტის პრობლემად, რადგან მან გამოიწვია სასუნთქი სისტემის პრობლემა. უკვე დაწყებულია ერთობლივი მცდელობები ჰიდრატაციის სტატუსის გასაუმჯობესებლად (ინტრავენური სითხეები). ექთანმა დაუყოვნებლივ და მუდმივად უნდა შეაფასოს და ხელი შეუწყოს პაციენტის ჰიდრატაციას.
შფოთვა, რომელიც დაკავშირებულია (1) სუნთქვის გაძნელებასთან და (2) ოჯახურ და სამსახურეობრივ სტრესთან	საშუალო პრიორიტეტი	პაციენტი ნერვიულობს სამსახურსა და შვილებზე. ეს არ ითვლება სიცოცხლისთვის სახიფათოდ, თუმცა ექთანმა სიმპტომურად უნდა შეამსუბუქოს პაციენტის შფოთვა ქოშინის დროს, რადგან ჭარბმა შფოთვამ შესაძლოა გააუარესოს მისი სატურაცია, რის შედეგადაც შემცირდება სუნთქვის ეფექტურობა და გაიზრდება ჟანგბადის მოთხოვნილების სიხშირე.
კვების დარღვევა: დაავადების პროცესით გამოწვეული მადის დაქვეითება, რომელიც დაკავშირებულია საკვების მოთხოვნილების დაქვეითებასთან	დაბალი პრიორიტეტი	ამჟამად ეს პრობლემა არ არის სიცოცხლისთვის სახიფათო, თუმცა ის შესაძლოა გახდეს უფრო პრიორიტეტული გახანგრძლივების შემთხვევაში. თუ სწრაფად არ მოგვარდება სამედიცინო პრობლემა, მაშინ ის გარდაიქმნება საშუალო პრიორიტეტად.

ბანაობის/ჰიგიენის საკუთარი უნარით უზრუნველყოფის ნაკლებობა, რომელიც დაკავშირებულია სისუსტესთან, რაც გამოწვეულია სასუნთქი სისტემის არაეფექტურ განმენდასა და ძილის დარღვევასთან	დაბალი პრიორიტეტი	ეს პრობლემა გამოწვეულია სხვა მაღალი პრიორიტეტის პრობლემებით; აქედან გამომდინარე, ეს მოგვარდება დანარჩენ პრობლემებთან ერთად. ამავე დროს, ექთანი პაციენტს უნდა დაეხმაროს მხოლოდ დაბანასა და მოვლაში, რათა მან დაზოგოს ენერგია სანამ, არ შეძლებს საკუთარი თავის მოვლას.
ძილის დარღვევა, რომელიც დაკავშირებულია ხველებასთან, ტკივილთან, ორთოპნოესთან, სიცხესა და ოფლიანობასთან.	დაბალი პრიორიტეტი	უძილობა არის ჯანმრთელობისთვის სახიფათო, მაგრამ ამჟამად (ღამის დადგომამდე) ექთანს არ სჭირდება ამ პრობლემის მოგვარება. ძილის დარღვევა არ იწვევს პაციენტის სუნთქვითი სტატუსის გაუარესებას და მას დაბალი პრიორიტეტი ენიჭება;

5. სამედიცინო მკურნალობის გეგმა

ჯანმრთელობის პრობლემების მკურნალობის პრიორიტეტები უნდა შეესაბამებოდეს სხვა პროფესიონალების მკურნალობის მეთოდს. მაგალითად: პაციენტისთვის მაღალი პრიორიტეტი შესაძლოა იყოს ამბულატორიულ განყოფილებაში მკურნალობა; თუმცა, თუ პაციენტის მდგომარეობა მოითხოვს ხანგრძლივ წოლით რეჟიმს, ამბულატორიულ განყოფილებაში მკურნალობას უნდა ჰქონდეს უფრო დაბალი პრიორიტეტი საექთნო მოვლის გეგმაში.

პაციენტის მიზნების/სასურველი შედეგების დადგენა

მოვლის გეგმაში, მიზნები/სასურველი შედეგები, აღწერს პაციენტის თვალსაჩინო რეაქციებს თუ რისი მიღწევის იმედი აქვს ექთანს საექთნო ჩარევების საშუალებით. ამ ტექსტში მონაცვლეობით გამოიყენება ტერმინები მიზანი და სასურველი შედეგი, გარდა სტანდარტული ენის განხილვისა და გამოყენების შემთხვევისა. ზოგიერთი წყარო ასევე იყენებს ტერმინებს, როგორიცაა: მოსალოდნელი შედეგი, წინასწარ განსაზღვრული შედეგი, შედეგის კრიტერიუმი და ობიექტურობა.



სურათი 9-6 ექთნები თანამშრომლობენ, რათა შეადგინონ და განავითარონ მოვლის გეგმა, მიზნები და შედეგების კრიტერიუმები.

ზოგიერთ საექთნო ლიტერატურაში მიზნებს განიხილავენ, როგორც ფართო განსაზღვრებებს პაციენტის მდგომარეობის შესახებ, ხოლო სასურველი შედეგები არის უფრო სპეციფიკური და გამოიყენება დაკვირვების კრიტერიუმები, რათა შეფასდეს მოხდა თუ არა მიზნების მიღწევა. მაგალითად: **მიზანი (ფართო):** ნეუტრიციული სტატუსის გაუმჯობესება. **სასურველი შედეგი (კონკრეტული):** 2 კგ-ს მომატება.

მოვლის გეგმაში უნდა იყოს განწერილი კონკრეტული, შესამჩნევი შედეგები, რომელიც უნდა გამოიყენონ პაციენტის პროგრესის შეფასებისთვის.

საექთნო შედეგების კლასიფიკაცია

სტანდარტული საექთნო ენა აუცილებელია საექთნო პროცესის ყველა ფაზის დროს. საექთნო ასოციაციები და მკვლევარები მუშაობენ 1991 წლიდან ტაქსონომიის შესადგენად- **საექთნო შედეგების კლასიფიკაცია (NOC)**, პაციენტის იმ შედეგების აღწერის მიზნით, რომელზეც იმოქმედა საექთნო ჩარევამ. **მაჩვენებელი** არის „პაციენტის კონკრეტული მდგომარეობა, რომელზეც ყველაზე მეტად მოქმედებს საექთნო ჩარევები და რომლისთვისაც უნდა განისაზღვროს გაზომვითი პროცედურები“. ასევე მაჩვენებლებს აღწერენ ნეიტრალური ტერმინებით, თუმცა თითოეულ შედეგში შედის 5 პუნქტიანი შკალა (საბოძი), რომელიც გამოიყენება პაციენტის მდგომარეობის შესაფასებლად თითოეული მაჩვენებლის შემთხვევაში.

მოკლევადიანი და გრძელვადიანი მიზნები

მიზნები შეიძლება იყოს მოკლევადიანი ან გრძელვადიანი. მოკლევადიან მიზნებს მიეკუთვნება შემდეგი: „პაციენტი აწევს მარჯვენა მკლავს მხრის დონეზე პარასკევისთვის.“ იგივე კონტექსტში, გრძელვადიანი მიზანი/შედეგი შეიძლება იყოს: „პაციენტი სრულად შეძლებს მარჯვენა მკლავის გამოყენებას 6 კვირაში.“ ხანმოკლე მიზნები გამოსადეგია პაციენტებისთვის, რომლებიც (ა) საჭიროებენ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას მოკლე ვადით ან (ბ) უჭირთ გრძელვადიანი მიზნების შესრულება.

მწვავე მოვლის პირობებში, ექთნის დროის უმეტესი ნაწილი ხმარდება პაციენტის დაუყონებლივ მოთხოვნილებებს, აქედან გამომდინარე, მიზნების უმეტესობა მოკლევადიანია. თუმცა, პაციენტები მწვავე მოვლის პირობებში ასევე საჭიროებენ გრძელვადიან მიზნებს/შედეგებს, იმისთვის რომ მათი გაწერის დაგეგმვა მოხდეს სწორედ, განსაკუთრებით მართებულ გარემოში.

სასურველი მიზნების/შედეგების დამოკიდებულება საექთნო დიაგნოზთან მიმართებით

მიზნები და შედეგები გამომდინარეობს პაციენტის საექთნო დიაგნოზიდან- გვაცნობს ფაქტს თუ რა უნდა შეიცვალოს. მაგალითად, თუ საექთნო დიაგნოზი არის სითხის მოცულობის უკმარისობის რისკი, რომელიც დაკავშირებულია დიარეასთან და არა-ადეკვატურ სითხის მიღებასთან, მეორეულად გამოწვეული ღებინების გამო, მნიშვნელოვანი მიზანია პაციენტმა აღიდგინოს სითხის ბალანი, კანის ნორმალური ტურგორი და ლორწოვანი მემბრანების ტენიანობა.

თითოეული საექთნო დიაგნოზისთვის, ექთანმა უნდა დაწეროს სასურველი შედეგი,

რომელიც მიიღწევა და ნათლად ასახავს პრობლემის რეზოლუციას. მიზნებისა და სასურველი შედეგების ჩამოყალიბებისას, დასვით შემდეგი კითხვები:

- რა არის პაციენტის პრობლემა?
- რა არის პრობლემის საპირისპირო ნორმალური მდგომარეობა?
- როგორ მოიქცევა პაციენტი მას შემდგომ, რაც ნორმალური მდგომარეობა მიიღწევა? (რას დავინახავ, მოვისმენ, გავზომავ, რას ვიგრძნობ პალპაციით, სუნით ან სხვა დაკვირვებით?)
- რა უნდა გააკეთოს პაციენტმა და რამდენად კარგად უნდა შეასრულოს დაგეგმილი ქმედება, რომ პრობლემის აღმოფხვრა მოხდეს?

მიზნების/სასურველი შედეგების ძირითადი კომპონენტი

მიზნები/ სასურველი შედეგები უნდა მოიცავდეს შემდეგ ოთხ კომპონენტს:

1. სუბიექტი

სუბიექტი, არსებითი სახელი, თავად პაციენტი, პაციენტის ნებისმიერი ნაწილი ან პაციენტის გარკვეული ნიშანი, როგორიცაა პაციენტის პულსი ან გამოყოფილი შარდი. სუბიექტი ხშირად გამოტოვებულია მიზნებში.

2. გზა

აღწერს კონკრეტულ მოქმედებას, რომელსაც ასრულებს პაციენტი, მაგალითად, რას აკეთებს პაციენტი, სწავლობს ან განიცდის. გზა რომელიც თვალსაჩინო ქცევებს გულისხმობს, როგორიცაა მართვა, ჩვენება ან სიარული, უნდა გამოვიყენოთ (იხ. ჩანართი 9-1).

3. პირობები ან შემცვლელები

პირობები ან შემცვლელები შეიძლება დავამატოთ გზას, რომ ავხსნათ მდგომარეობა, რომლის ქვეშაც ესა თუ ის ქცევა განვითარდა. სცემს კითხვაზე პასუხს რატომ, სად, როდის, ან როგორ. მაგალითად:

- დადის ხელჯოხის დახმარებით (როგორ);
- მას შემდეგ, რაც დაესწრო ორ გაკვეთილს დიაბეტის შესახებ, შეუძლია ჩამოთვალოს დიაბეტის სიმპტომები (როდის);
- როდესაც სახლში იმყოფება, ინარჩუნებს წონას არსებულ დონეზე (როდის);
- კარგად განმარტავს დღიური ულუფის რეკომენდაციებს (რა);

4. სასურველი შედეგის კრიტერიუმი?

კრიტერიუმი მიუთითებს სტანდარტზე, რომლითაც ფასდება შესრულება ან თუ რა დონეზე შეასრულებს ამა თუ იმ კონკრეტულ მოქმედებას პაციენტი. ეს კრიტერიუმები შეიძლება აღწერდეს დროს ან სიჩქარეს, სიზუსტეს, მანძილსა და ხარისხს. იმისთვის, რომ გამოვხატოთ დროის კრიტერიუმი, ექთანმა უნდა დასვას კითხვა „რამდენი ხანი?“ იმისთვის რომ განვსაზღვროთ სიზუსტის კრიტერიუმი ისმევა კითხვა „რამდენად კარ-

გად?“ ასევე ექთანმა უნდა იკითხოს „რამდენად შორს?“ და „რა არის მოსალოდნელი სტანდარტი?“ იმისთვის რომ შეფასდეს მანძილისა და ხარისხის კრიტერიუმები. მაგალითისთვის:

- წონა 75 კგ აპრილისთვის (დრო);
- დიაბეტის ექვსი ნიშნიდან შეუძლია ჩამოთვალოს ხუთი (სიზუსტე);
- დადის ერთ კვარტალს დღეში (მანძილი და დრო);
- ასეპტიური გზით იღებს ინსულინს (ხარისხი);

ჩანართი 9-1 “საექთნო ზმნის” მაგალითები		
გამოყენება	დალევა	არჩევა
შეკრება	ახსნა	გაზიარება
სუნთქვა	დახმარება	დაჯდომა
არჩევა	იდენტიფიკაცია	ძილი
შედარება	ინექცია	გამოხატვა
განმარტება	ჩამოთვლა	ლაპარაკი
დემონსტრირება	მოძრაობა	გადატანა
აღწერა	დასახელება	მობრუნება
განსხვავება	მომზადება	სიტყვიერად გამოხატვა
განხილვა	მოხსენება	

ცხრილი 9-2 განიხილავს ფორმატს, რომელიც უნდა გამოვიყენოთ შედეგების დასაწერად.

ცხრილი 9-2 მიზნების/სასურველი შედეგები კომპონენტები			
სუბიექტი	ზმნა	პირობა/მოდიფიკატორი	სასურველი შესრულების კრიტერიუმი
პაციენტი	სვავს	2.500 მლ სითხეს	ყოველდღიურად (დრო)
პაციენტი	სვავს	ინსულინის სწორ დოზას	ასეპტიური მეთოდების გამოყენებით (სტანდარტის ხარისხი)
პაციენტი	იღებს	მონვევის სამ უარყოფით მხარეს	(სიზუსტე აჩვენებს „სამ მავნე მხარეს“)
პაციენტი	თვლის	დიაბეტის ხუთ სიმპტომს	(სიზუსტეს, რომელიც ნაჩვენებია „ხუთი სიმპტომით“) განწერამდე
პაციენტი	იხსენებს	დადის დერეფანში ყავარჯნის გარეშე	განწერამდე (დრო)
პაციენტი	დადის	გარშემოწერილობას 25 სმ-ზე ნაკლებს	48 საათში (დრო)

პაციენტის კოჭი	ასრულებს	სავარჯიშოებს წესების დაცვით	ყოველ 8 საათში (დრო)
პაციენტი	ამოიცნობს	მომზადებული სიიდან მაღალი მარილის შემცველობის საჭმელებს	განწერამდე (დრო)
პაციენტი	ამბობს	მისი წამლების დანიშნულების მიზეზს	განწერამდე (დრო)

მიზნებისა და სასურველი შედეგების წერის სახელმძღვანელო

შემდგომი სახელმძღვანელო დაეხმარება ექთანს საჭირო მიზნებისა და სასურველი შედეგების შედგენაში:

1. ჩამოწერეთ მიზნები/შედეგები პაციენტის პასუხების და არა საექთნო ქმედებების მიხედვით. დაიწყეთ თითოეული წინადადება პაციენტის სურვილით, ეს დაგეხმარებათ მიზანი მიმართოთ პაციენტის ქცევებისა და პასუხებისკენ. ეცადეთ თავიდან აირიდოთ ისეთი წინადადებები, რომელიც იწყება შემდეგით: ჩართვა, ხელს უწყობს, ნებას რთავს ან მსგავსი სიტყვები, რომელსაც შემდგომ მოსდევს პაციენტის სიტყვები. ეს ზმნები მიანიშნებს იმაზე ექთნის მოლოდინზე და არა იმიზე რას გააკეთებს პაციენტი.

სწორად შერჩეული ფორმულირებაა: პაციენტი დალევს 100 მლ წყალს ყოველ საათში (პაციენტის ქცევა);

არასწორია: შევინარჩუნო პაციენტის ჰიდრატაცია (საექთნო ქმედება).

2. დარწმუნდით, რომ სასურველი შედეგები რეალურია და შეესაბამება პაციენტის შესაძლებლობებს, შეზღუდვებსა და მოცემული დროის ხანგრძლივობას. შეზღუდვები გულისხმობს ფინანსებს, მოწყობილობას, ოჯახის მხარდაჭერას, სოციალურ მომსახურებას, ფიზიკურსა და გონებრივ პირობებსა და დროს. მაგალითად, შედეგი „ზომავს ინსულინს წესების დაცვით“ შეიძლება იყოს არარეალური იმ პაციენტისთვის, რომელსაც აქვს ცუდი მხედველობა კატარაქტას გამო;
3. დარწმუნდით, რომ მიზნები და სასურველი შედეგები არის შეთავსებული თერაპიასთან. მაგალითად, გამოსავალი „პაციენტი გაზრდის საწოლის გარეთ გატარებულ დროს 15 წუთით ყოველ დღე“ არ არის შეთანხმებული მკურნალ ექიმთან;
4. დარწმუნდით, რომ თითოეული მიზანი შედგენილია მხოლოდ საექთნო დიაგნოზიდან გამომდინარე. მაგალითად, მიზანი „პაციენტი გაზრდის საკვების მიღების რაოდენობას და აჩვენებს პროგრესს თვითკვების უნარში“ არის წარმოდგენილი ორი საექთნო დიაგნოზისგან: თვითკვების დეფიციტი და დარღვეული კვება: სხეულის მოთხოვნილებებზე ნაკლები. ერთი დიაგნოზიდან ჩამოყალიბებული მიზანი ხელს უწყობს მოვლის შეფასებას დაგეგმილი საექთნო ჩარევებით, რომელიც ნათლადაა დაკავშირებული დიაგნოზთან;

5. გამოიყენეთ დაკვირვებითი და განსაზღვრებითი პირობები შედეგებისთვის. თავიდან აირიდეთ სიტყვები, რომელიც უცნაურია და მოითხოვს გარკვეულ ინტერპრეტაციას პაციენტის მიერ. მაგალითად, ფრაზები, როგორიცაა, ყოველდღიური ვარჯიშის გაზრდა და კვების შესახებ ცოდნის გაუმჯობესება;
6. დარწმუნდით, რომ პაციენტი ასევე აფასებს მიზნებსა და სასურველ შედეგებს. ზოგიერთი შედეგი, რომელიც დაკავშირებულია ისეთ პრობლემებთან, როგორიცაა თვითშეფასება, აღზრდა და კომუნიკაცია, მოიცავს რჩევებს, რომელიც ხშირად პაციენტის გადანწყვეტილებამა და მოკიდებული ან პაციენტთან თანამშრომლობით უნდა იქნას მიღებული.

პაციენტმა შესაძლოა იცოდეს თუ რისი მიღწევა სურს, ჯამრთელობის პრობლემასთან დაკავშირებით; ზოგმა კი შესაძლოა არ იცოდეს ყველა შესაძლებლობის შესახებ. ექთანმა ყურადღებით უნდა მოუსმინოს პაციენტს, რათა განსაზღვროს მისი პირადი ღირებულებები, მიზნები და სასურველი შედეგები ჯამრთელობის არსებულ პრობლემასთან დაკავშირებით. პაციენტები, როგორც წესი, მოტივირებულები არიან და საჭირო ენერგიას ხარჯავენ იმ მიზნების მისაღწევად, რომელსაც ისინი თვლიან მნიშვნელოვანად.

საექთნო მოქმედებებისა და ჩარევის არჩვა

საექთნო ჩარევებსა და ქმედებებს ექთანი ასრულებს პაციენტის მიზნის მისაღწევად. არჩეული კონკრეტული ჩარევები უნდა იყოს კონცენტრირებული საექთნო დიაგნოზის გამომწვევის ელიმინაციაზე ან შემცირებაზე, რომელიც მეორე პუნქტია დიაგნოსტიკის ნაწილში.

როდესაც შეუძლებელია ეტიოლოგიური ფაქტორების შეცვლა, ექთანი ირჩევს ჩარევებს, გამიზნულს იმისთვის რომ განკურნოს ნიშნები და სიმპტომები ან NANDA საერთაშორისო (2009) ტერმინოლოგიაში განსაზღვრულ მახასიათებლებს. მაგალითად, ტკივილი, რომელიც დაკავშირებულია ქირურგიულ განაკვეთთან და შფოთვა, რომელიც დაკავშირებულია უცნობ ეტიოლოგიასთან.

საექთნო დიაგნოზის დასმის დროს ეტიოლოგიის სწორედ იდენტიფიკაცია უზრუნველყოფს საექთნო ჩარევის სწორად და წარმატებით არჩევას. მაგალითად, საექთნო დიაგნოზს, „ფიზიკური აქტივობის აუტანლობა“, შეიძლება ჰქონდეს რამდენიმე ეტიოლოგია: ტკივილი, სისუსტე, მჭდომარე ცხოვრების წესი, შფოთვა ან არითმიები. ჩარევა იქნება პრობლემის გამომწვევის შესაბამისი.

საექთნო ჩარევის ტიპები

საექთნო ჩარევის იდენტიფიკაცია და დაწერა ხდება საექთნო პროცესების დაგეგმვის დროს; თუმცა მათი შესრულება ხდება განხორციელების საფეხურზე. საექთნო ჩარევები მოიცავს როგორც პირდაპირ, ასევე არაპირდაპირ მოვლას. პირდაპირი მოვლა არის ჩარევა, რომელიც სრულდება ექთნის მიერ პაციენტთან ურთიერთობით. არაპირდაპირი მოვლა არის ჩარევა, რომელიც ასევე ექთნის მიერ სრულდება, თუმცა

პაციენტისგან მოშორებით, მაგალითად როგორცაა დისციპლინათა შორისი თანამშრომლობა ან მოვლის გარემოს მართვა.

დამოუკიდებელი ჩარევები ის ქმედებებია, რომელსაც ასრულებს ცოდნასა და უნარზე დაყრდნობით. ეს მოიცავს ფიზიკურ მოვლას, მიმდინარე შეფასებას, ემოციურ მხარდაჭერას, სწავლებას, კონსულტაციას, გარემოს მართვასა და გადამისამართებას ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალთან. ავტონომიური ქმედების შესრულებისას, ექთანმა წინასწარ უნდა განსაზღვროს, რომ პაციენტს დასჭირდება საექთნო ჩარევები, მას თვითონ ატარებს ან სხვა ექთანს ავალებს და პასუხისმგებელია შესაბამისი გადაწყვეტილებებისა და ქმედებებზე. დამოუკიდებელი ჩარევის მაგალითია დაგეგმვა და პირის ღრუს სპეციფიკური მოვლის უზრუნველყოფა იმ პაციენტისთვის, რომლის დიაგნოზია ორალური ლორწოვანი მემბრანის დაზიანება.

დამოუკიდებელი ჩარევები ის ქმედებებია, რომელიც სრულდება ექიმის ან ჯანდაცვის სხვა მიმწოდებლის დაწერილი დანიშნულებით, ექთნის მიერ. ოჯახის ექიმი აძლევს მიმართულებას ექთანს, რომ უზრუნველყოს მედიკამენტები, ინტრავენური თერაპია, სადიაგნოსტიკო ტესტები, მკურნალობა, სწორი კვების რეჟიმი და აქტივობა. პაციენტთან, ექთანი პასუხისმგებელია დაწეროს საექთნო ჩარევები კონკრეტული სამედიცინო დანიშნულებაზე დაფუძნებით. მაგალითად, ბრძანებისთვის „პროგრესული ამბულაცია (გააქტიურება) საჭიროებისამებრ“, ექთანმა შეილება ჩაინიშნოს:

1. პოსტოპერაციულად 24 საათიანი მეთვალყურეობა; სიფერმკრთალის, თავბრუსხვევისა და სისუსტის კონტროლი;
2. პულსის შეფასება. თუ პულსი 110-ზე მეტია დააწვინეთ პაციენტი;

კოლაბორაციული ჩარევა ის ქმედებებია, რომელსაც ექთანი ატარებს ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრებთან ერთად, როგორცაა ფიზიკური თერაპევტი, სოც. მუშაკი, დიეტოლოგი და მკურნალი ექიმი. კოლაბორაციული საექთნო აქტივობები კარგად გამოხატავს თანმხვედრ პასუხისმგებლობებს, კოლეგიალურ ურთიერთობას ჯანდაცვის პერსონალს შორის. მაგალითად, მკურნალმა ექიმმა შესაძლოა შეუკვეთოს ფიზიკური თერაპია, რათა ასწავლოს პაციენტს ყავარჯნებით სიარული. ექთანმა შეიძლება შეაფასოს ყავარჯნით სიარული და ითანამშრომლოს ფიზიკურ თერაპევტთან პაციენტის პროგრესის შესაფასებლად.

თითოეული საექთნო ჩარევის შედეგის გათვალისწინება

ჩვეულებრივ, რამდენიმე შესაძლო ჩარევის განსაზღვრაა შესაძლებელი თითოეული საექთნო მიზნისთვის. ექთნის ამოცანაა აირჩიოს ის ჩარევები, რომელიც დაეხმარება პაციენტის სასურველი შედეგის მიღებაში. ექთანი, პირველ რიგში, მხედველობაში იღებს თითოეული ჩარევის რისკსა და სარგებელს. საექთნო ჩარევას შესაძლოა ჰქონდეს ერთზე მეტი შედეგი, მაგალითად, „ზუსტი ინფორმაციის მიწოდებამ“ შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტის ქცევის ცვლილება შემდეგნაირად:

- გაზრდილი შფოთვა;
- შფოთვის შემცირება;

- მკურნალ ექიმთან საუბრის სურვილი;
- თანამშრომლობა;
- მოდუნება;

თითოეული ჩარევისთვის შედეგის განსაზღვრა საჭიროებს ექთნის ცოდნასა და გამოცდილებას. მაგალითად, გამოცდილმა ექთანმა იცის, რომ ინფორმაციის მიწოდება ოპერაციის წინა ღამეს გამოიწვევს შფოთვისა და დაძაბულობას პაციენტში, შესაბამისად, ინფორმაციის მიწოდება უმჯობესია ოპერაციამდე რამდენიმე დღით ადრე.

საექთნო ჩარევის არჩევის კრიტერიუმი

მას შემდეგ, რაც ექთანი განსაზღვრავს ამ თუ იმ ჩარევის შედეგებს, ირჩევს ერთ ან რამდენიმე ყველაზე ეფექტურ საექთნო ჩარევას. თუმცა, ექთანი გადანყვეტილებას იღებს ცოდნასა და გამოცდილებაზე დაფუძნებით, ასევე მნიშვნელოვანია პაციენტის მოსაზრება.

ქვემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმი ეხმარება ექთანს საუკეთესო საექთნო ჩარევის არჩევაში. გეგმა შემდეგია:

- ინდივიდის ასაკის, ჯანმრთელობისა და მდგომარეობის შესაბამისი და უსაფრთხო;
- ხელმისაწვდომი რესურსებით მიღწევადი.
- პაციენტის ღირებულებებთან, შეხედულებებთან და კულტურასთან შესაბამისი;
- სხვა თერაპიებთან შესაბამისი (მაგ., თუ პაციენტს არ აქვს საკვებზე შეზღუდვა, საღამოს წახემსების შეზღუდვის სტრატეგია უნდა გადაიდოს, სანამ ექიმი არ დართავს ნებას);
- საექთნო ცოდნასა და გამოცდილებაზე ან შესაბამის სამეცნიერო ცოდნაზე დამყარებული;
- ბევრ საავადმყოფოს აქვს პოლისი, იმისთვის რომ აკონტროლოს ჯანდაცვის პროფესიონალების აქტივობები და უზრუნველყოს პაციენტის დაცვა. თუ პოლისს არ მოაქვს სარგებელი პაციენტისთვის, ექთანს აქვს პასუხისმგებლობა, საჭირო ადამიანების ყურადღება მიიქციოს და ხელი შეუწყოს პოლისის ცვლილებას.

ინდივიდუალური საექთნო ჩარევის ჩანაწერის შექმნა

მას შემდეგ, რაც საჭირო საექთნო ჩარევების არჩევა მოხდება, ექთანი ქმნის ინდივიდუალური მოვლის გეგმას.

საექთნო ჩარევის გეგმაში მიუთითეთ თარიღი და დრო, რომელსაც მუდმივად გადაამოწმებთ გარკვეული დროის ინტერვალით, იმის მიხედვით თუ როგორ მოითხოვს პაციენტის მდგომარეობა. მაგალითად, ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში მუდმივად ხდება მონიტორინგი და მოვლის გეგმის გადახედვა, ჩვეულებრივ კლინიკაში,

კვირაში ერთხელ ან ორ კვირაში ერთხელ გეგმის მიმოხილვა საკმარისია.

საექთნო ჩარევის დაწერის ფორმატი მსგავსია შედეგების ფორმატისა: ზმნა, პირობა და მოდიფიკატორი, დამატებით ემატება დროის ელემენტი. რადგან ჩანაწერი აღწერს მოქმედებას იწყება **ზმნით**, შესაბამისად, მნიშვნელოვანია რომ იყოს ზუსტად აღწერილი. მაგალითად, „აუხსენით (პაციენტს) ინსულინის მოქმედების მექანიზმი“ არის უფრო ზუსტი წინადადება, ვიდრე „ასწავლე (პაციენტს) ინსულინის შესახებ“. „გაზომე და აღნიშნე კოჭის გარშემოწერილობა, ყოველდღე 09:00-ზე“ არის უფრო ზუსტი წინადადება, ვიდრე „შეაფასე მარცხენა კოჭის შემუპება ყოველდღე“. ხანდახან ზმნის მოდიფიკატორმა შეიძლება საექთნო ჩარევა გახადოს უფრო ზუსტი. მაგალითად, „მოათავსეთ სპირალური ბინტი მარცხენა ქვედა ფეხზე მჭიდროდ“ არის უფრო ზუსტი, ვიდრე „მოათავსეთ სპირალური ბინტი მარცხენა ფეხზე“.

დროის ელემენტი პასუხობს კითხვას როდის, რამდენ ხანს ან რამდენად ხშირად უნდა ჩატარდეს ესა თუ ის საექთნო ჩარევა. ამის მაგალითია „პაციენტის შეფასება ყოველდღიურად აბაზანაში 07:00“ და „ფიზიკურ დატვირთვამდე ნახევარი საათით (30 წუთით) ადრე გამაყუჩებლის მიღება“. ზოგიერთ შემთხვევაში, ჩარევა არის განერილი. ექთნის ხელმოწერა ჩარევის დანიშვნისას, აჩვენებს ექთნის პასუხისმგებლობას და სძენს დოკუმენტს ლეგალურ მნიშვნელობას.

საექთნო ჩარევების მნიშვნელობის ურთიერთობა პრობლემის სტატუსთან

პაციენტის პრობლემის ტიპის მიხედვით, ექთანი წერს ჩარევებს დაკვირვებისთვის, პრევენციისთვის, მკურნალობისა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის.

პრევენციული ჩარევები დანიშნულია ისეთი მკურნალობის დროს, რომელიც საჭიროებს გართულებების თავიდან არიდებას ან რისკ-ფაქტორების შემცირებას. როგორც წესი, საჭიროა პოტენციური საექთნო დიაგნოზებისა და კოლაბორაციული პრობლემებისთვის. ამის მაგალითია, „მობრუნება, დახველება და ღრმად სუნთქვა ყოველ 2 საათში ერთხელ“ (სასუნთქი გზების ობსტრუქციის პრევენციისთვის) და „დატოვეთ საწოლის მოაჯირები აწეული და დაწიეთ საწოლი დაბლა“ (პაციენტის საწოლიდან გადმოვარდნის რისკის შესამცირებლად).

დელეგირების განხორციელება

დელეგაციის საჭიროების ჩვენების განსაზღვრა ხდება საექთნო პროცესის დაგეგმვის ფაზაში. პაციენტის მოვლის გეგმის დაწერისას და საექთნო ჩარევების არჩევისას ექთანმა უნდა განსაზღვროს ვინ შეასრულებს კონკრეტულად ამა თუ იმ აქტივობას. დელეგირება არის „პროცესი, რომლის დროსაც ექთანს შეუძლია მისცეს მიმართულება სხვა ადამიანს (ექთნის დამხმარე) შეასრულოს საექთნო დავალებები ან აქტივობები“. პაციენტის მოვლისა და დავალების დანიშვნის დელეგაციის უნარი არის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარი პრაქტიკოსი ექთნებისთვის, რადგან ბევრი სამედიცინო დანესებულება იყენებს დამხმარე პერსონალს (მაგ., ექთნებსა და ექთნის დამხმარეებს შორის). სწორად დელეგირებისთვის, ექთანმა უნდა შეუსაბამოს პაციენტისა და ოჯახის მოთხოვნილებები მომვლელის უნარებსა და განათლებას. პრაქტიკოს ექთანს შეუძლია გარკვეული დავალებების დელეგირება ექთნის დამხმარეზე, მაგრამ არ შეუძ-

ლია მთლიანად საექთნო მოვლის გეგმის პასუხიმგებლობის გადაცემა მასზე. ექთანი არის პასუხისმგებელი გააკონტროლოს დელეგირებული დავალებები სრულდება თუ არ სრულფასოვნად. ექთნის დამხმარემ შეიძლება შეასრულოს დავალებები, როგორცაა: მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობის შეფასება, თუმცა ექთანია პასუხიმგებელი მონაცემების ანალიზზე, მოვლის დაგეგმვასა და შედეგების შეფასებაზე, რადგან არ არსებობს უნივერსალური სტანდარტები ექთნის დამხმარეებისათვის. ექთნებმა ხშირად თვითონ უნდა გადაწყვიტონ რა მომზადება დასჭირდება დამხმარე პერსონალს.

საექთნო ჩარევების კლასიფიკაცია (NIC)

NANDA-ს მიერ შექმნილია სტანდარტული ენა, იმისთვის რომ აღვწეროთ პრობლემები, რომელიც საჭიროებს საექთნო მოვლას. ექსპერტებმა აღმოაჩინეს საჭიროება შეექმნათ სტანდარტული ენა საექთნო ჩარევების აღწერისთვის. ტაქსონომია მოიცავს სამ დონეს: დონე პირველი, დომენები, დონე; 2, კლასები, დონე 3, ჩარევები, რომელიც ყოველ 4 წელიწადში ერთხელ განახლების ეტაპს გადის. ცხრილი 9-3 აღწერს ჩარევების შვიდ დომენს და 30 კლასს, ტაქსონომიის შიგნით.

ცხრილი 9-3 NIC-ის ტაქსონომია	
დონე 1: დომენები	დონე 2: კლასები (ჩამოწერილია ჯვარედინი მითითებებისთვის)
დომენი 1 ფიზიოლოგიური: ძირითადი მოვლა, რომელიც ხელს უწყობს ფიზიკურ ფუნქციონირებას	ა. აქტივობისა და ვარჯიშის მართვა; ბ. ელიმინაციის მართვა: ჩარევები, რომელიც გამოხატავს და ინარჩუნებს კუჭის რეგულარული მოქმედებისა და შარდის გამოყოფის განრიგი და დარღვევის შემთხვევაში გართულებების კონტროლი; გ. უძრაობის მართვა: ჩარევები მიმართულია იმისკენ, რომ ვმართოთ სხეული შეზღუდული მოძრაობა დ. კვების ხელშეწყობა: ჩარევები მიმართული კვების სტატუსის შესანარჩუნებლად ან გასაუმჯობესებლად; ე. ფიზიკური კომფორტის წინ წამოწევა: ჩარევები მიმართული კომფორტის გაუმჯობესებისკენ ფიზიკური მეთოდების გამოყენებით; ვ. თავის მოვლის ხელშეწყობა: ჩარევები მიმართული რუტინული მოქმედებების განვითარებისთვის;
დომენი 2 ფიზიოლოგიური: კომპლექსური მოვლა, რომელიც ხელს უწყობს ჰომეოსტაზურ რეგულაციას	ელექტროლიტებისა და მჟავე-ტუტე ბალანსის მართვა: ჩარევები მიმართული ელექტროლიტური/მჟავე-ტუტე ბალანსის რეგულაციისკენ და გართულებების პრევენციისაკენ; თ. წამლების მართვა: ჩარევები ფარმაკოლოგიური ნივთიერებების სასურველი ეფექტის გასაუმჯობესებლად; ი. ნევროლოგიური მართვა: ნევროლოგიური ფუნქციის გასაუმჯობესებელი ჩარევები; ბ.კ. მოვლა ოპერაციის წინ: ჩარევები მიმართული ოპერაციის წინ, განმავლობაში და შემდგომ მოვლისკენ;

	ლ. რესპირატორული მართვა: ჩარევები სასუნთქი გზები სიძლიერისა და გაბთა ცვლის შესანარჩუნებლად; მ. კანი/ჭრილობის მართვის: ჩარევები ქსოვილის აღსადგენად ან შესანარჩუნებლად; ნ. თერმორეგულაცია: ჩარევები სხეულის ტემპერატურის ნორმის ფარგლების შენარჩუნებისთვის; ო. ქსოვილს პერფუზიის მართვა: ჩარევები სისხლისა და სითხის ქსოვილში ცირკულაციის გასაუმჯობესებლად;
დომენი 3 ქცევითი მოვლა. რომელიც ხელს უწყობს ფსიქოლოგიურ ფუნქციონირებასა და ცხოვრების წესის ცვლილებას	პ. ქცევითი თერაპია: სასურველი ქცევის განვითარებისთვის ან წინ წამოწევისთვის, ან არასასურველი ქცევების აღმოსაფხვრელად; ჟ. კოგნიტური თერაპია: სასურველი კოგნიტური ფუნქციების შენარჩუნებისთვის ან არასასურველი ფუნქციის აღმოფხვრისთვის; რ. კომუნიკაციის გაუმჯობესება: ჩარევები სიტყვიერი ან არავერბალური მესიჯების მიღების ან მიწოდების გაუმჯობესებისთვის; ს. დახმარების განევა: ჩარევები, იმისთვის რომ დავეხმაროთ სიძლიერის ჩამოყალიბებაში, იმაში რომ ფუნქციების ცვლილებებს შეეგუოს ან მიაღწიოს უფრო მაღალ ფუნქციურ დონეს; ტ. პაციენტის განათლება: ჩარევები, რომელიც ხელს უწყობს სწავლას; უ. ფსიქოლოგიური კომფორტის წინ წამოწევა: ჩარევები, რომელიც ხელს უწყობს კომფორტს ფსიქოლოგიური მეთოდებით;
დომენი 4 უსაფრთხოება მოვლა, რომელიც იცავს დაზიანებისგან	ფ. კრიზისის მართვა: ჩარევები, რომელიც უზრუნველყოფს დაუყოვნებლივ ხანმოკლე დახმარებას, როგორც ფსიქოლოგიურს, ასევე ფიზიოლოგიური კრიზისის დროს; ქ. რისკის მართვა: ჩარევები, რომელიც ამცირებს რისკს და დროთა განმავლობაში გვეხმარება რისკების კონტროლში;
დომენი 5 ოჯახი მოვლა, რომელიც ხელს უწყობს ოჯახს	ღ. ორსულობის დროს ბრუნვა: ჩარევები, ორსულობის დროს, ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებების კონტროლისა და შეფასებისთვის; ყ. სიცოცხლის ხანგრძლივობის მოვლა: ჩარევები, ხელს უწყობს ოჯახის ერთეულის ფუნქციონირებასა და წინ წამოწევს ჯანმრთელობას, კეთილდღეობას ოჯახის წევრებში მთელი ცხოვრების განმავლობაში;
დომენი 6 ჯანდაცვის სისტემა მოვლა, რომელიც ეფექტურად იყენებს ჯანდაცვის მიწოდების სისტემას	ა. ჯანდაცვის სისტემის შუამავლობა: ჩარევები ხელს უწყობს პაციენტის/ოჯახსა და ჯანდაცვის სისტემას შორის ურთიერთობას; ბ. ინფორმაციის მართვა: ჩარევები, რომელიც უზრუნველყოფს დახმარების სერვისების ხელმისაწვდომობას;

დომენი 7 საზოგადოება მოვლა, რომელიც ხელს უწყობს საზოგადოების ჯანმრთელობას	გ. საზოგადოების ჯანდაცვის წინ ნამონევა: ჩარევები, რომელიც ხელს უწყობს საზოგადოებაში ჯანდაცვის შესახებ ცნობიერების ამაღლებას; დ. საზოგადოებაში რისკის მართვა: ჩარევები, რომელიც გვეხმარება ჯანმრთელობის რისკების აღმოჩენასა და პრევენციაში;

ამჟამად გამოყალიბებულია 542-ზე მეტი ჩარევა (დონე 3) . NANDA-ს დიაგნოზების მსგავსად, თითოეულის ფართოდ განხილული ჩარევა მოიცავს დასახელებას, განმარტებას და ქმედებების სიას, რომელიც ხაზს უსვამს ექთნის მიერ ქმედების ჩატარების მნიშვნელობას (ჩანართი 9-2).

ჩანართი 9-2 NIC-ის საექთნო ჩარევების დასახელებების კლასიფიკაცია
ჩარევა: შეხება [5460] განმარტება: კომფორტისა და ურთიერთობის უზრუნველყოფა მიზანმიმართული შეხებით ქმედებები: • შეხების შესახებ კულტურალური ღირებულებების შესწავლა; • სათანადოდ ჩაეხუტეთ; • შემოახვიეთ პაციენტს მხარზე მკლავი; • დაიჭირეთ პაციენტის ხელი ხელში, ემოციური მხარდაჭერის აღსანიშნად; • მძიმედ ავადმყოფი პაციენტის მაჯაზე, ხელზე ან მხარზე მოახდინეთ ნაბი ზეწოლა; • პაციენტის სუნთქვასთან სინქრონში მოეფერეთ ზურგზე; • რიტმულად და ნელა მოეფერეთ პაციენტს; • მტკივნეული ადგილები ფრთხილად დაუმასაჟეთ; • მშობლებისგან მიიღეთ რჩევა თუ რა მოქმედება ამშვიდებს მათ ბავშვს; • დაიჭირეთ ჩვილი ან ბავშვი მჭიდროდ, ჩაეხუტეთ; • წაახალისეთ მშობლები, რომ შეეხონ ახალშობილს ან ავადმყოფ ბავშვს; • დღენაკლული ჩვილის გარშემო შემოაწყვეთ საბნის რულონები (შეუქმენით ბუდე); • ამოუკეცეთ საბანი ჩვილს, რომ ჰქონდეს მკლავები და ფეხები სხეულთან ახლოს; • მოათავსეთ ჩვილი დედის სხეულზე დაბადების შემდგომ; • წაახალისეთ დედა, რომ დაიჭიროს, შეეხოს და გასინჯოს ჩვილი, ჭიპლარის გადაჭრისას; • წაახალისეთ მშობლები, რომ დაიჭირონ ჩვილი; • წაახალისეთ მშობლები, რომ დაამასაჟონ ჩვილი; • ჩვილებისთვის დამშვიდების მეთოდი აჩვენეთ მშობლებს; • დღენაკლულ ბავშვებში მილით კვებაზე გადასვლამდე, უზრუნველყავით პირის სტიმულატორული ვარჯიშები;

A11 NIC ხარვეზები დაკავშირებულია NANDA საექთნო დიაგნოსტიკურ დასახელებებთან. ექთანს შეუძლია მოძებნოს პაციენტის საექთნო დიაგნოზი, რათა ნახოს რომელი საექთნო ხარვეზებია საჭირო ამ პაციენტისთვის. თუმცა, თითოეული საექთნო დიაგნოზი მოიცავს არჩეულ შესაბამის ხარვეზების სიას, რომელიც დაფუძნებულია მათ შეფასებასა და ცოდნაზე. მაგალითად, საექთნო დიაგნოზი *ძილის დარღვევები* – მოიცავს 10 NIC ხარვეზს, რომელიც ჩამოწერილია პრობლემის აღმოფხვრისთვის და 18 დამატებით არჩვით ხარვეზს.

მოვლის დაგეგმვის ან აღწერისას რომელიც იყენებს NIC ტაქსონომიას, ექთანი ირჩევს ფართო ხარვეზების ნუსხას (მაგ., შეხება). ყველა შემოთავაზებული აქტივობა არაა სავალდებულო ყველა პაციენტისთვის, ექთანმა უნდა აირჩიოს შესაბამისი ქმედება პაციენტისთვის და ინდივიდუალურად მოარგოს ისინი ნუსხას, მოწყობილობებსა და სხვა ხელმისაწვდომ რესურსებს. როდესაც იწერება ინდივიდუალური საექთნო ხარვეზების მოვლის გეგმა, ექთანმა უნდა ჩანეროს მორგებული ქმედებები, ფართო ხარვეზების მაგივრად. NIC ტაქსონომია სარგებელის მომტანია ზოგადად საექთნო პროფესიაში როგორც, პრაქტიკოსი ექთნისთვის ისე სტუდენტი ექთნებისთვის და მათი მასწავლებლებისათვის (ჩანართი 9-3).

ჩანართი 9-3 სტანდარტული ხარვეზების სარგებელი
• ეხმარება ექთანს გამოამჟღავნოს თუ როგორი გავლენა აქვს მედლებს ჯანდაცვის სიტემაზე; • სტანდარტიზებულია და განსაზღვრავს ცოდნას საექთნო განრიგსა და გამოცდილებაზე დაფუძნებით; • საექთნო ხარვეზის შესაბამისი მოწყობილობების სელექცია; • ხელს უწყობს ურთიერთობას ექთანსა და სხვა მომწოდებელს შორის; • ხელს უწყობს მკვლევარებს, რომ გამოიკვლიონ ეფექტურობა და საექთნო ზრუნვის ღირებულება; • ხელს უწყობს აღმზრდელებს, რომ ჩამოაყალიბონ ცხრილი, რომელიც უკეთაა მორგებული კლინიკურ პრაქტიკას; • ეხმარება ახალბედა ექთნებს კლინიკური გადანყვეტილების მიღებაში; • ხელს უწყობს ადმინისტრაციულ პერსონალს უფრო ეფექტურად დაგეგმონ საჭირო აღჭურვილობით უზრუნველყოფა; • ხელს უწყობს საექთნო ინფორმაციის სიტემის ჩამოყალიბებასა და გამოყენებას; • ხელს უწყობს ექთნისა და საზოგადოების ურთიერთობას;

ასაკობრივი თავისებურებები -საექთნო მოვლის გეგმა

ხანდაზმულები

როდესაც პაციენტი არის სტაციონარში ან ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებაში, ჩარევები და წამლები ხშირად რჩება ერთი და იგივე დღეების განმავლობაში. მნიშვნელოვანია, რომ მიმოვიხილოთ საექთნო გეგმა რეგულარულად, ხანდაზმულებში ცვლილებები შეუმჩნევლად მიმდინარეობს. ეს ასევე ეხება მდგომარეობის როგორც გაუმჯობესებას, ასევე გაუარესებას. ნებისმიერ შემთხვევაში საჭიროა ყურადღება, რომ სათანადოდ მოხდეს მოსალოდნელი შედეგების მიმოხილვა და შესაბამისი ჩარევების განსაზღვრა. შედეგები საჭიროა იყოს შესაბამისი პაციენტის ფიზიკურ, ემოციურ მდგომარეობასთან, ასევე მხარდამჭერ სისტემასთან, გონებრივ მდგომარეობასთან. შედეგები ხშირად უნდა იყოს წარმოდგენილი და მცირე ნაბიჯებით რეგულირებადი. მაგალითად, პაციენტი, რომელსაც აქვს ცერებროვასკულარული ტრავმა, შეიძლება დასჭირდეს კვირები, რომ ისწავლოს კბილების გახეხვა ან ჩაცმა დამოუკიდებლად. როდესაც ეს პატარა ნაბიჯები წარმატებით შესრუდება, ეს აძლევს პაციენტს მოტივაციას, რომ გააგრძელოს მუშობა თავის მოვლის გაუმჯობესებისკენ. ეს პრაქტიკული მაგალითი ასევე გამოხატავს სხვა განყოფილებებთან თანამშრომლობითი მუშაობის მნიშვნელობას, როგორიცაა ფიზიკური და ოკუპაციური თერაპია საექთნო მოვლის გეგმაში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Hughes, R., Lloyd, D., & Clark, J. (2008). A conceptual model for nursing information. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20, 48–56.
- de Lima Lopes, J., de Barros, A. L. B. L., & Michel, J. L. M. (2009).
- Alfaro-LeFevre, R. A. (2010). *Applying the nursing process: Promoting collaborative care* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2008). *Nursing care plans and documentation: Nursing diagnosis and collaborative problems* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2008). *Application of nursing process and nursing diagnosis: An interactive text for diagnostic reasoning* (5th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Hendrix, S. (2009). An experience with implementation of NIC and NOC in a clinical information system. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 27, 7–11.
- The Joint Commission. (2009). *Accreditation manual for hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Author.
- American Nurses Association & National Council of State Boards of Nursing. (2006). *Joint statement on delegation*. Retrieved from
- <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/workplace/WorkEnvironment/InfoforNurses/ANANCSBNStatementonDelegationpdf.aspx>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. C. (Eds.). (2008). *Nursing interventions classification (NIC)* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2008). *Nursing outcomes classification (NOC)* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- NANDA International. (2009). *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification 2009–2011*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Wilkinson, J. M. (2007). *Nursing process & critical thinking* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health

თავი 10

იმპლემენტაცია და გადაფასება

აღნიშნული თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეძლებთ :

1. საექთნო პროცესში იმპლემენტაციის ფაზის აღწერას.
2. აღწეროთ საექთნო ინტერვენციის, იმპლემენტაციის დროს, გამოყენებული უნარების სამი კატეგორია.
3. განიხილოთ იმპლემენტაციის ფაზის ხუთი აქტივობა.
4. განიხილოთ საექთნო ინტერვენციის, იმპლემენტაციის ფაზის გზამკვლევები.
5. განმარტოთ საექთნო პროცესში გადაფასების საფეხურის კავშირი სხვა ფაზებთან.
6. განმარტოთ გადაფასების პროცესის ხუთი კომპონენტი.
7. განმარტოთ გადაფასების ხარისხობრივი კომპონენტები როგორიცაა: სტრუქტურა, პროცესი, გამოსავალი.
8. განასხვავოთ ცნება „ხარისხის გაუმჯობესება“–„ხარისხის უზრუნველყოფისგან“.

საექთნო პროცესი არის ორიენტირებული, პაციენტზე მორგებული და გამოსავალზე მიმართული. საექთნო გეგმაზე დაყრდნობით, შეფასებისა და საექთნო დიაგნოსტიკის ფაზის შემდეგ, ექთანი ასრულებს ინტერვენციებს და ახდენს სასურველი გამოსავლის გადაფასებას. ამ გადაფასების საფუძველზე, წინასწარ დაგეგმილი საერთო გეგმა გრძელდება , მოდიფიცირდება ან სრულდება.

საექთნო პროცესის ნებისმიერი ფაზის მიმდინარეობაში პაციენტი და მისი ახლობელი ადამიანი მაქსიმალურად არიან ჩართულნი.

იმპლემენტაცია

საექთნო პროცესის იმპლემენტაციის ფაზაში, ექთანი ახორციელებს საექთნო ინტერვენციებს. საერთო ინტერვენციების კლასიფიკაციის ტერმინოლოგიაზე დაყრდნობით (Nursing Interventions Classification -NIC) იმპლემენტაცია მოიცავს სპეციფიურ საექთნო აქტივობებს და დოკუმენტირების პროცესს.

საექთნო პროცესში იმპლემენტაციის და სხვა ფაზების ურთიერთქმედება ერთმანეთთან.

საექთნო საქმის პირველი სამი ფაზა: შეფასება, საექთნო დიაგნოზის დასმა და დაგეგმვა, ძირითად საფუძველს წარმოადგენს კონკრეტული საექთნო აქტივობისთვის, იმპლემენტაციის ფაზაზე. შესაბამისად იმპლემენტაციის ფაზა, რომლის მიმდინარეობისას ხორციელდება ძირითადი საექთნო აქტივობები, იძლევა პაციენტის გადაფასების საშუალებას საექთნო პროცესის ბოლო ფაზაზე.

შეფასების პროცესში შეგროვებული ინფორმაცია, ექთანს საშუალებას აძლევს ყველა პაციენტს ინდივიდუალურად მოარგოს კონკრეტული ქმედებების საჭიროებები იმპლემენტაციის ფაზაში და არა პაციენტების ჯგუფს, ერთი საერთო პრობლემით. მაგ: (ბევრი პაციენტი პნევმონიის დიაგნოზით).

იმპლემენტაციის პროცესში ექთანი მუდმივად ახდენს პაციენტის გადაფასებას, აგროვებს ინფორმაციას საექთნო აქტივობის შედეგად განვითარებულ/შეცვლილ/ახალ მონაცემზე. მაგ: ხანდაზმული პაციენტის დაბანისას, ექთანი აფასებს არის თუ არა კანზე სინითლები, რაიმე სხვა დაზიანებები ან შარდის შესაგროვებელი ჩანთის დაცლისას, აფასებს შარდის რაოდენობას, შეფერილობას და სუნს.

იმპლემენტაციისთვის საჭირო უნარ-ჩვევები

იმპლემენტაციის პროცესის წარმატებით წარმოებისთვის, ექთანს ესაჭიროება: კოგნიტური, ინტერ პერსონალური და ტექნიკური უნარ-ჩვევები. აღნიშნული უნარ-ჩვევები მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისაგან; საექთნო პრაქტიკაში ექთანი მათ სხვადასხვა კომბინაციების სახით იყენებს რაც დამოკიდებულია კონკრეტულ ქმედებაზე. მაგ: შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის პროცედურის დროს ექთანს სჭირდება კოგნიტური ცოდნა, რათა თანმიმდევრულად შეასრულოს ამ პროცედურისთვის საჭირო ყველა საფეხური, ინტერპერსონალური უნარები საჭიროა პაციენტთან ურთიერთობისთვის, ხოლო ტექნიკური უნარები საჭირო აღჭურვილობის მომზადებისთვის.

კოგნიტური უნარ-ჩვევები (ინტელექტუალური) აერთიანებს პრობლემის გადაჭრის, გადანწყვეტილების მიღების, კრიტიკული აზროვნების და კრეატიულ უნარებს.

ინტერპერსონალური უნარები არის ყველა ის აქტივობა ვერბალური თუ არავერბალური, რომელსაც ადამიანები იყენებენ ერთმანეთთან ურთიერთობისას. ინტერპერსონალური უნარი ყველა საექთნო აქტივობის დროს არის აუცილებელი.

ტექნიკური უნარები გულისხმობს პრაქტიკულ უნარებს, როგორცაა სხვადასხვა სამედიცინო აპარატურის მართვა, ინექციის გაკეთება, ჭრილობის შეხვევა, პაციენტის გადაადგილება, ანევა და რეპოზიცია.

იმპლემენტაციის პროცესი

იმპლემენტაციის პროცესი მოიცავს:

- პაციენტის გადაფასებას
- ექთნის საჭიროებებს

- საექთნო ინტერვენციის იმპლემენტაციას
- დელეგირებული პროცესის ზედამხედველობა
- საექთნო აქტივობის დოკუმენტირება

პაციენტის გადაფასება

კონკრეტული ინტერვენციის იმპლემენტაციისას აუცილებელია განხორციელდეს პაციენტის შეფასება და კიდევ ერთხელ გადამოწმება საჭიროებს თუ არა პაციენტი ამ კონკრეტულ ჩარევას. მიუხედავად იმისა რომ ნებისმიერი ჩარევა წინასწარ ექიმის მიერ განსაზღვრული და დოკუმენტირებულია მონაცემები ნებისმიერ დროს შეიძლება შეიცვალოს.

ექთნის საჭიროებები

ზოგიერთი საექთნო ინტერვენციის დროს ექთანი საჭიროებს დახმარებას, როგორცაა: ჭარბ წონიანი პაციენტის გააქტივება ოპერაციის შემდეგ, პაციენტის გადაბრუნება. გარდა ამისა, შესაძლებელია ექთანს დაჭირდეს დახმარება კონკრეტულ ინტერვენციაში პრაქტიკული გამოცდილების არ ქონის გამო.

საექთნო ინტერვენციის იმპლემენტაცია

საექთნო ჩარევის განხორციელებამდე აუცილებელია ექთანმა პაციენტს განუმარტოს თუ რა ჩარევაა დაგეგმილი, რა მიზანს ემსახურება, რა უნდა გააკეთოს პაციენტმა იმისათვის, რომ დაგეგმილი ჩარევა იყოს შედეგიანი. მნიშვნელოვანია პაციენტის კონფიდენციალობის შენარჩუნება. საექთნო ინტერვენცია ითვალისწინებს პაციენტის დღის განრიგს (ლაბორატორია, რენტგენი)

საექთნო ინტერვენციის იმპლემენტაციისას ექთანი მიყვება შემდეგ გზამკვლევს:

- ნებისმიერი საექთნო ინტერვენცია ეყრდნობა მეცნიერულ ცოდნას, პროფესიულ სტანდარტს(მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა).
- ინტერვენციასთან ასოცირებული ნებისმიერი საკითხი განხილული უნდა იქნას პაციენტისთვის რომელიც მოიცავს ჩარევის მიზანსა და გართულებებს.
- ნებისმიერი ინტერვენცია მორგებული უნდა იყოს ინდივიდუალურად პაციენტზე. რომლის დროსაც ყურადღება ექცევა პაციენტის მრწამსს, ასაკს, ჯამრთელობის სტატუსს და გარემო ფაქტორებს.
- მნიშვნელოვანია პაციენტის უსაფრთხოებაზე ზრუნვა (ინფექციის კონტროლი, დაცემის პრევენცია და ა.შ.
- პროცედურა შეასრულეთ საჭირო ტექნიკის თანმიმდევრობის ზედმინევნით დაცვით. სურათი 10-2



სურათი 10-2 პაციენტი დათანხმდა ექთანს და ასრულებს ღრმა სუნთქვით ვარჯიშებს.

- პატივი სცეს პაციენტის ღირსებას. ხელი შეუწყოს დადებითი თვითშეფასების ჩამოყალიბებაში და წაახალისოს პაციენტი საკუთარი გადანაცვლებების სისწორეში.
- მნიშვნელოვანია პაციენტი აქტიურად ჩაერთოს საექთნო ინტერვენციაში. აქტიური მონაწილეობა ხელს უწყობს პაციენტის დამოუკიდებლობის განცდას.

დელეგირებული პროცესის ზედამხედველობა

დამხმარე პერსონალზე საექთნო მოვლის კონკრეტული ინტერვენციის დელეგირებისას აუცილებელია პროცესზე ზედამხედველობა, რადგან ექთანია პასუხისმგებელი უსაფრთხო და სრულყოფილ საექთნო მოვლაზე.

საექთნო აქტივობის დოკუმენტირება

საექთნო აქტივობის განხორციელების შემდეგ იმპლემენტაციის ფაზა სრულდება მონაცემების დოკუმენტირებით. ეს მონაცემები პაციენტის შესახებ არსებული ყოველდღიური მონაცემების ნაწილია. საექთნო ჩარევა წინასწარ არ უნდა დოკუმენტირდეს რადგან გადაფასების მომენტში წინასწარ დაგეგმილი საერთო ჩარევა შესაძლებელია გადაიდოს. მაგალითად პაციენტს დანიშნული აქვს 10 მგ მორფინის სულფატი კანქვეშ, თუმცა ექთანმა დაადგინა გადაფასების დროს რომ პაციენტის სუნთქვის სიხშირე წუთში არის 8. ასეთი სუნთქვის სიხშირის დროს მორფინის სულფატის ადმინისტრირება უკუ ნაჩვენებია (სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვა), ექთანი აღნიშნულ ინფორმაციას აწვდის მკურნალ ექიმს რის შემდეგაც შესაძლებელია სრულად შეიცვალოს წინასწარ დაგეგმილი საექთნო ინტერვენციები.

ექთანს ასევე შეუძლია რუტინული და ხშირად განმეორებადი აქტივობა ცვლის გადაბარების წინ დაწეროს (პირის ღრუს მოვლა), თუმცა არის სიტუაციები რომლის დროსაც საექთნო ინტერვენცია დოკუმენტირდება მისი დასრულებისთანვე. ეს ეხება მედიკამენტების ადმინისტრირებას, რადგან აღნიშნული მონაცემი მუდმივად განახლებადია, განსაკუთრებულ სიფრთხილეს საჭიროებს და მასზე წვდომა აქვს სხვა პერსონალსაც. მედიკამენტების დაუყოვნებლივი დოკუმენტირება მიმართულია პაციენტის უსაფრთხო-

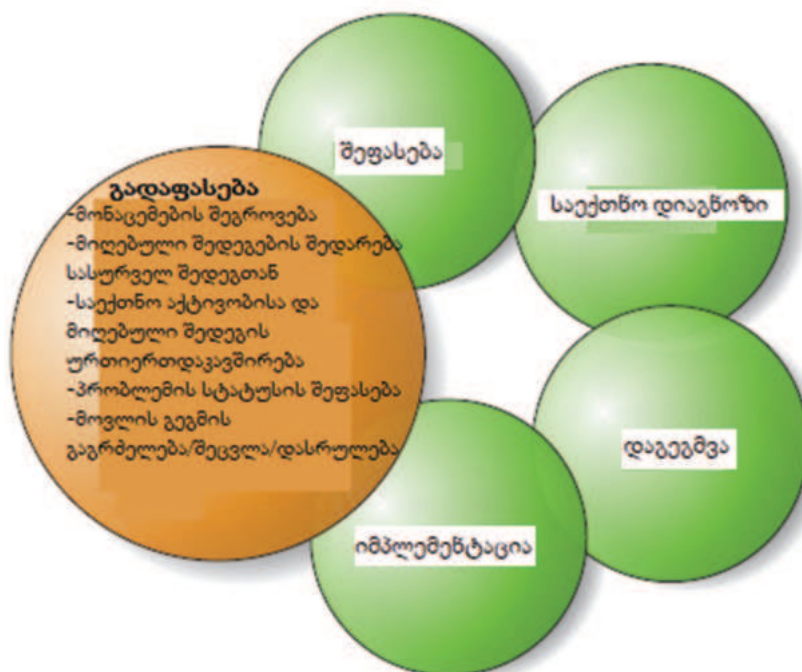
ებისკენ, რათა არ მოხდეს პაციენტისთვის მედიკამენტის დამატებით დოზის მიწოდება. საექთნო აქტივობების განხორციელების დროს, პაციენტის მდგომარეობის გამომდინარე, ხშირად საჭირო ხდება პაციენტის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის ვერბალურად გადაცემა.

გადაფასება

გადაფასების პროცესი წარმოადგენს განსჯის ან შეფასების პროცესს. გადაფასება არის საექთნო პროცესის მეხუთე საფეხური. ამ კონტექსტში გადაფასება არის დაგეგმილი, მიმდინარე, წინასწარ განზრახული აქტივობა რომლის შედეგადაც სამედიცინო პერსონალი აფასებს ა) პაციენტის ჯანმრთელობის პროგრესს; ბ) რამდენად ეფექტური იყო საექთნო მოვლის გეგმა. გადაფასება ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან ახდენს საექთნო პროცესის შეჯამებას. იგი იწყება ინპლემენტაციის ფაზის დასრულების თანვე. გადაფასება ტარდება სპეციფიური ინტერვალებით, პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით. გადაფასების პროცესი გრძელდება მანამ სანამ არ იქნება მიღწეული დაგეგმილი შედეგი ან სანამ პაციენტი არ გაეწერება საავადმყოფოდან.

გადაფასების ეტაპი შედგება კომპონენტისგან(სურათი 10-3):

- ისეთი მონაცემების შეგროვება რომელიც გამოხატავს პაციენტის გამოსავალს
- მიღებული მონაცემების შედარება სასურველ შედეგებთან
- საექთნო აქტივობის მიღებულ შედეგებთან დაკავშირება
- პრობლემის სტატუსის შეჯამება
- საექთნო მოვლის გეგმის გაგრძელება, მოდიფიცირება და დასრულება



სურათი 10-3 საექთნო პროცესის გადაფასების ფაზა. რომლის დროსაც ხდება პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის პროგრესისა და დაგეგმილი სამიზნე მაჩვენებლების გადაფასება.

მას შემდეგ რაც დგება გადაფასების დრო, დასახული მიზანი მიღწეულია თუ არა ექთანი მაინც ახდენს გადაფასების სტატუსის აღწერას. შესაბამისად გადაფასების სტატუსი ორი მნიშვნელოვანი ნაწილისაგან შედგება, **მონაცემებისგან** რაზე დაყრდნობითაც საბოლოოდ შეფასებისა და **დასკვნის** გაკეთებაა შესაძლებელი.

გადაფასების პროცესის ბოლოს ექთანი საზღვრავს უკვე ჩატარებული საექთნო მოვლა იყო თუ არა ეფექტური, გადაჭრა/შეამცირა თუ არა პაციენტის პრობლემა. იმ შემთხვევაში თუ მიზანი მიღწეულია დასკვნით შეფასებას ექთანი შემდეგნაირად ასახავს:

- რეალური პრობლემა რომელიც წარმოდგენილი იყო საექთნო დიაგნოზით - გადაჭრილია, რის ფაქტორები აღარ არსებობს;
- პოტენციური პრობლემა რომელიც საექთნო დიაგნოზში იყო წარმოდგენილი მაქსიმალურად პრევენცირებულია თუმცა მისი გამომწვევი რისკ ფაქტორები ისევ არსებობს. ამ შემთხვევაში ექთანი ასეთ პრობლემას ისევ აქტიურს ტოვებს საექთნო გეგმაში.
- რეალური პრობლემა არსებობს თუმცა ზოგიერთი დაგეგმილი მიზანი მიღწეულია.

იმ შემთხვევაში თუ კონკრეტული მიზანი არ არის მიღწეული თავიდან უნდა მოხდეს საექთნო მოვლის გეგმის რევიზია უნდა გადაფასდეს შერჩეული საექთნო დიაგნოზი და დასახული მიზნის რელევანტურობა.

საექთნო ზრუნვის ხარისხის შეფასება

გარდა იმისა რომ ექთანი კონკრეტული პაციენტის საექთნო პროცესის შეფასების პროცესშია ჩართული, დამატებით ექთნები აფასებენ პაციენტის მოვლის ხარისხს. ეს პროცესი სამედიცინო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილია. სამედიცინო პერსონალი გუნდურად მუშაობს ამ მიმართულებით რომ პაციენტის მოვლისა და გამოჯანმრთელების პროცესი გააუმჯობესონ და გამხორციელებული სერვისები უფრო სრულყოფილი გახადონ.

ხარისხის უზრუნველყოფა

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა წარმოადგენს მუდმივად მიმდინარე სისტემურ პროცესს რომელიც შექმნილია პაციენტისათვის მიწოდებული სერვისის გაუმჯობესებისაკენ. მიუხედავად იმისა რომ ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა უფრო გლობალური შეფასებას გულისხმობს (მთლიანი საავადმყოფო) მისი მორგება ერთი კონკრეტული ექთნის შესაფასებლადაც შესაძლებელია.

პაციენტის მოვლის ხარისხის უზრუნველყოფის შეფასებისას ფასდება სერვისის სტრუქტურა, პროცესი და გამოსავალი. სტრუქტურის შეფასება მოიცავს და აერთიანებს იმ გარემოს რა გარემოშიც ხდება სერვისების მიწოდება(რა გავლენა აქვს გა-

რემო პირობებს პაციენტის მოვლის მაღალი ხარისხით განხორციელებაზე?). პროცესის შეფასება ფოკუსირებულია როგორ ხდება პაციენტის მოვლა (პაციენტის მოვლა ფოკუსირებულია სასურველ გამოსავალზე თუ არა?. მოვლა საკმარისია ? დროულია? გამოსავლის შეფასებისას ფასდება პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა საექტონო მოვლის შემდეგ (რამდენ პაციენტს განუვითარდა პნევმონია გეგმიური ოპერაციის შემდეგ?).

ხარისხის გაუმჯობესება

სამედიცინო ხარისხის გაუმჯობესებისათვის მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებებში განხორციელდეს პერსონალის შიდა შეფასებები, რომელიც საშუალებას მისცემდა ჯანდაცვის სისტემას დაისახოს ერთიანი გლობალური მიდგომა აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით. ასევე მნიშვნელოვანია საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება და სწორი ინფორმაციის მიწოდება სამედიცინო შეცდომების შესახებ.

გაუმართავი სისტემა- რომელიც არ ნიშნავს ცუდ, არაპროფესიონალ ადამიანებს- ინვესტ ბევრ ხარვეზს.

ხარისხის უზრუნველყოფისაგან განსხვავებით ხარისხის გაუმჯობესების სისტემა აკეთებს აქცენტს პაციენტის ზრუნვაზე ვიდრე ორგანიზაციულ სტრუქტურაზე, ფოკუსირებულია პროცესებზე და არა ინდივიდებზე და იყენებს სისტემურ მიდგომებს რათა მოახდინოს ხარისხის გაუმჯობესება და არა ხარისხის უზრუნველყოფა. JCI-მა გამოყო 9 მნიშვნელოვანი ინდიკატორი რითაც შესაძლებელია საექტონო საქმის ხარისხობრივი შეფასება. ამ ინდიკატორების მაგალითებია: საავადმყოფოში განვითარებული ნაწილები და პაციენტის დაცემა.

საექტონო საქმის აუდიტი

საექტონო საქმის აუდიტი მოიცავს საექტონო ჩანაწერების შეფასებას. რეტროსპექტული აუდიტის დროს ფასდება პაციენტის ჯანმრთელობის სტატუსის შესახებ ჩანაწერები პაციენტის გაწერის შემდეგ. პარალელური აუდიტის დროს ფასდება ჩანაწერები მაშინ როცა პაციენტი ჯერ კიდევ საავადმყოფოშია.

საექტონო მოვლის შეფასების კიდევ ერთი ტიპია საკუთარი ჯგუფის წევრისგან შეფასება. თანამშრომლის მიერ შეფასება ემყარება წინასწარ დადგენილ სტანდარტებსა და კრიტერიუმებს.

ნებისმიერ სიტუაციაში ჩატარებული აუდიტის წარმატება დამოკიდებულია სამედიცინო დოკუმენტაციის სრულყოფილად წარმოებაზე.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). Mission statement: Center for Quality Improvement and Patient Safety. Rockville, MD: Author. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/about/cquips/cquipsmiss.htm>
- American Nurses Association. (2010). Nursing: Scope and standards of practice (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. C. (Eds.). (2008). Nursing interventions classification (NIC) (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., . . . Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. Nursing Outlook, 55, 122–131. doi:10.1016/j.outlook.2007.02.006
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.nap.edu/books/0309072808/html>
- The Joint Commission. (2009a). Implementation guide for the NQF endorsed nursing-sensitive care measure set. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from http://www.jointcommission.org/PerformanceMeasurement/MeasureReserveLibrary/nqf_nursing.htm
- The Joint Commission. (2009b). Mission statement. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from <http://www.jointcommission.org/AboutUs>
- The Joint Commission. (2009c). Sentinel event policy and procedures. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Retrieved from <http://books.nap.edu/books/0309068371/html/index.html>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2008). Nursing outcomes classification (NOC) (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- NANDA International. (2009). Nursing diagnoses: Definitions and classification 2009 2011. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- National Academy of Science. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Retrieved from <http://www.nap.edu/books/0309072808/html/>
- Thoroddsen, A., & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: Pre- and post-tests of implementin standardized languages for nursing documentation. Journal of Clinical Nursing, 16(10), 1826–1838.
- Watson, D. S. (2010). Never events in health care. AORN Journal, 91, 378–382. doi:10.1016/j.aorn.2009.12.019
- Alfaro-LeFevre, R. A. (2010). Applying the nursing process: Promoting collaborative care (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- American Nurses Association. (1999). Nursing quality indicators: Guide for implementation. Washington, DC:Author.
- American Nurses Association. (2000). Nursing quality indicators beyond acute care: Literature review. Washington, DC: Author.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2008). Nursing care plans and documentation: Nursing diagnosis and collaborative problems (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2008). Application of nursing process and nursing diagnosis: An interactive text for diagnostic reasoning (5th ed.). Philadelphia, PA:F. A. Davis.
- Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D., & Khanna, K.(2009). Hospital survey on patient safety culture: 2009 comparative database report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Wilkinson, J. M. (2007). Nursing process & critical thinking(4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

თაზი 11

დოკუმენტაცია და ანგარიში

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. სამედიცინო დოკუმენტაციისას პაციენტის კონფიდენციალობის დაცვის საკითხების განხილვა;
2. სამედიცინო ჩანაწერების ტიპების შედარება;
3. საექთნო პროცესის დროს გამოყენებული დოკუმენტის ტიპების განსაზღვრა
4. პაციენტის მდგომარეობის შესახებ ანგარიშის მომზადება და მისი მნიშვნელობის განსაზღვრა საექთნო პროცესის სწორად წარმართვისთვის.

პაციენტის მოვლის პროცესში სამედიცინო პერსონალს შორის ეფექტური კომუნიკაცია სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. სამედიცინო პერსონალი ეფექტურად ურთიერთობს განხილვების, დისკუსიის, ანგარიშებისა და ჩანაწერების საშუალებით. **დისკუსიაში** ყოველთვის ჩართულია რამდენიმე ადამიანი და ხდება პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის ზეპირსიტყვიერი განხილვა. **ანგარიში პაციენტის მდგომარეობის შესახებ** იგივე **რეპორტი** შეიძლება იყოს ზეპირსიტყვიერი, წერილობითი ან ელექტრონული რომელიც პრობლემის დროულ გადაჭრას ემსახურება.

პაციენტის მდგომარეობის ამსახველი დოკუმენტი წარმოადგენს ფორმალურ, იურიდიულ დოკუმენტს, რომელიც მტკიცებულებაა პაციენტის მდგომარეობის შესახებ. ასეთი სახის ინფორმაცია შეიძლება დაინეროს ფურცელზე ან ელექტრონული ფორმით.

ქვეყანაში მოქმედებს სამედიცინო დოკუმენტ წარმოების შესაბამისი კანონმდებლობა **„სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“** დოკუმენტის ნომერი **108/6** და **„ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“** დოკუმენტის ნომერი **01-41/6**, რომელიც სამედიცინო ჩანაწერების შესრულების წესებს ადგენს.

პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ნებისმიერი სამედიცინო ჩანაწერი უნდა იყოს დროული, სრული, ზუსტი, კონფიდენციალური და სპეციფიური. გარდა ამისა საქართველოში მოქმედებს კანონი-**პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ**. ამ კანონის მიზანია, პერსონალური მონაცემის დამუშავებისას უზრუნველყოს ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა, მათ შორის, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის დაცვა.

სამედიცინო დაწესებულებები სხვადასხვა სამეცნიერო თუ საგანმანათლებლო მიზნებისათვის სტუდენტებს და სამედიცინო პერსონალს უფლებას აძლევს გამოიყენონ პაციენტების შესახებ არსებული ინფორმაცია. ამ შემთხვევაში როგორც სტუდენტები

ისე თვითონ პერსონალი ვალდებული არიან დაიცვან ეთიკური და იურიდიული პასუხისმგებლობები და არ მოახდინონ პაციენტების პირადი ინფორმაციის გავრცელება.

კომპიუტერული ჩანაწერების დაცვა

ყოველდღიურად იზრდება მოთხოვნა სამედიცინო სისტემაში ელექტრონული ჩანაწერების წარმოებაზე რაც კონფიდენციალობის დაცვის საკითხს უფრო აქტუალურს ხდის.

კომპიუტერული ჩანაწერების დაცვა შესაძლებელია ქვემოთ ჩამოთვლილი წესები შესრულების პირობებში:

1. პერსონალური პაროლების არსებობა რათა შემთხვევითი პირი ვერ შევიდეს სისტემაში. არ უნდა მოხდეს ამ პაროლების გადაცემა სხვა პირზე.
2. სისტემაში შესვლის შემდეგ არასდროს არ უნდა დატოვოთ კომპიუტერი ჩართულ მდგომარეობაში -აუცილებლად უნდა გამოხვიდეთ სისტემიდან.
3. არასდროს იმუშაოთ სისტემაში ისე რომ სხვა ადამიანი ხედავდეს რომელიმე პაციენტის მონაცემებს ეკრანზე.
4. დააქუცმაცეთ ისეთი დოკუმენტაცია რომელიც ამობეჭდილი გაქვთ და უკვე აღარ გჭირდებათ.
5. აუცილებლად უნდა იცოდეთ დანესებულებაში არსებული წესები, როგორ იქცევით შეცდომის დაშვების შემთხვევაში.
6. ელექტრონული სისტემა მაქსიმალურად უნდა იყოს დაცული არა ავტორიზებული წვდომისაგან.

პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ჩანაწერების მიზანი

ელექტრონული ჩანაწერები აერთიანებს ინფორმაციას: პერსონალს შორის კომუნიკაციის, პაციენტის მოვლის გეგმის, აუდიტის შედეგებისა, სხვადასხვა სამეცნიერო კვლევის, განათლების, ანაზღაურების, იურიდიული დოკუმენტაციისა და ანალიტიკური კვლევების შესახებ.

ჯანდაცვის სისტემაში მიღებულია სხვადასხვა სახის დოკუმენტირების სისტემის გამოყენება როგორც ინდივიდუალური ისე მათი კომბინაციების სახით:

წყაროზე ორიენტირებული ინფორმაცია

პაციენტის მონაცემების ჩანერის ტრადიციული ფორმა, რომელიც დაყოფილია სერვისებად/განყოფილებებად ისე რომ ყველა თავის ნაწილს ავსებს: მიმღები განყოფილება პაციენტის შემოსვლის მონაცემებს აფიქსირებს, მკურნალი ექიმი შეფასების ფორმას ავსებს, ექთანი საექთნო მოვლის გეგმას და ა.შ. ყველა სპეციალისტს განსხვავებული ფორმა აქვს შესავსები. ამ სისტემის განუყოფელია ნაწილია მოვლენათა **თანმიმდევრული აღწერა** სადაც აღწერილია პაციენტის პრობლემა, რუტინული მოვლის გეგმა და ა.შ.

წყაროზე ორიენტირებული ჩანაწერი მოსახერხებელია რადგან ყველა სპეციალისტი თავის ფორმაში ახდენს ინფორმაციის დაფიქსირებას და შესაბამისად, ინფორმაციის ნაკადის აღწერა დისციპლინების მიხედვითაც მარტივადაა შესაძლებელი.

ამ სისტემაში ინფორმაცია პაციენტის შესახებ გაბნეულია სხვადასხვა ფორმებში. პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და პროგრესის შეფასება, ან მასზე ქრონოლოგიურად დაკვირვება შეუძლებელია, რაც ამ სისტემის უარყოფით მხარედ შეიძლება ჩაითვალოს. შესაბამისად პერსონალს შორის კომუნიკაციის შემცირება, პაციენტის მოვლის შესახებ არასრულს სურათის და პერსონალს შორის კოორდინაციის ნაკლებობა ამ პროცესის თანმდევი პრობლემებია.

პრობლემაზე ორიენტირებული სამედიცინო ჩანაწერი

ეყრდნობა ინფორმაციას რომელიც კონკრეტულ პრობლემას ასახავს. პაციენტის მკურნალობაში ჩართული ჯგუფი აკეთებს პაციენტის პრობლემების ჩამონათვალს და თითოეული პრობლემისათვის ადგენს მოვლის გეგმას.

ამ სისტემის საშუალებით პაციენტის მოთხოვნილებებისა და მდგომარეობის პროგრესის მართვა გაცილებით მარტივია. მისი უარყოფითი მხარეა ის რომ ა)სამედიცინო პერსონალი, მათი უნარ-ჩვევებიდან გამომდინარე, სხვადასხვაგვარად იყენებს ჩანაწერს, ბ)მუდმივად საჭიროებს პირველადად შექმნილი ნუსხის განახლებას; გ)გარკვეულწილად არაეფექტურია რადგან თითოეული პრობლემის შეფასება და შესაბამისი ინტერვენციების განხორციელება ერთი და იგივე პაციენტის შემთხვევაში ბევრჯერ მეორდება.

პრობლემაზე ორიენტირებული სამედიცინო ჩანაწერი 4 ძირითადი კომპონენტისაგან შედგება:

- ძირითადი მონაცემები (პაციენტის პირადი მონაცემები, პირველადი სამედიცინო შეფასებისა და სადიაგნოსტიკო ტესტების შედეგები, საექთნო შეფასება, ფიზიკალური შეფასება)
- პრობლემების ჩამონათვალი (პრობლემების ჩამონათვალი შედგენილია ყველა იმ სპეციალისტის მიერ ვინ ჩართულია პაციენტის მკურნალობაში)
- მოვლის გეგმა (თითოეული პრობლემის ქვეშ იწერება და მუდმივ განახლებას ექვემდებარება)
- ჯანმრთელობის მდგომარეობის პროგრესი (ყველა სპეციალისტი, ექთნის ჩათვლით ერთი და იგივე ფორმატს იყენებს: სუბიექტური მონაცემები, ობიექტური მონაცემები, შეფასება, მოვლის გეგმა, ინტერვენცია, შეფასება და რევიზია)

პრობლემის, ინტერვენციისა და გადაფასების მოდელი

აღნიშნული სისტემის მოდელი შედგება პაციენტის შეფასების სქემებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის პროგრესის შესახებ ჩანაწერებისაგან. ასეთი სისტემა მორგებულია პაციენტის მოთხოვნილებებზე. ექთანს არ აქვს ერთი კონკრეტული გეგმა, რასაც უნდა მიყვეს. მან უნდა გადაამოწმოს ყველა საექთნო ჩანაწერი იმისათვის რომ

ამოიცნოს ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემა და განსაზღვროს რომელი ჩარევა იქნება ამ პრობლემის გაუმჯობესებაზე მიმართული.

ფოკუსირებული სქემები

ერთ კონკრეტულ მიზეზე მორგებული სისტემაა, ამ შემთხვევაში სამიზნე შეიძლება იყოს საექთნო დიაგნოზი, დაავადების ნიშნები და სიმპტომები ან დაავადების პროგრესირება. დაავადების მიმდინარეობის გამომხატველი ჩანაწერები მოიცავს პაციენტის მონაცემებს, დაგეგმილ ქმედებას და ამ ქმედებაზე პაციენტის პასუხს.

შემოკლებული ფორმის სქემები, რომელშიც მხოლოდ მნიშვნელოვანი პრობლემის აქტუალიზაცია ხდება

დოკუმენტირების სისტემა რომელიც მოიცავს მხოლოდ ნორმიდან გადახრილ ან შეცვლილ მონაცემებს. დოკუმენტირების ეს სისტემა 3 ძირითადი კომპონენტისაგან შედგება: შედეგების **გრაფიკული ჩანაწერი**, მაგალითად., სითხის ბალანსის დღიური აღრიცხვა ან სხვა საექთნო შეფასების შედეგების დაფიქსირება. **საექთნო საქმის სტანდარტები** სადაც აღნიშნულია მოვლის სტანდარტის შესაბამისად მოსანიშნო ველები და გრაფიკულ ცხრილები. თითოეული ასეთი სტანდარტის ბოლოს ექთანმა უნდა აღწეროს პრობლემა დეტალურად. ასეთი სახის დიაგრამები პაციენტის საწოლთან ახლოსაა მოთავსებული და ექთანს საშულებას აძლევს დროულად და ზუსტად დააფიქსიროს მონაცემები.

კომპიუტერიზებული მონაცემები

სამედიცინო ჩანაწერების ელექტრონული სისტემა(EHR) იძლევა იმის საშულებას რომ მოხდეს ძალიან დიდი მოცულობის ინფორმაციის შენახვა, რაც დღეს დღეობით ჯანდაცვის სისტემაში უმნიშვნელოვანესია. EHR-ის იძლევა საშულებას, პაციენტის და მისი მოვლის შესახებ ნებისმიერი ინფორმაცია ინტეგრირდეს ერთ ჩანაწერში. EHR არ მოითხოვს ბევრი სხვადასხვა ფორმის დიაგრამის შევსებას რადგან, ინფორმაცია სხვადასხვა ფორმატით მუშავდება და ეს სრულებით საკმარისია. ექთანს შეუძლია ერთდროულად მიიღოს ინფორმაცია ბევრი პაციენტის შესახებ, ჩასატარებელი პროცედურების საექთნო მოვლის გეგმისა და პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიმდინარეობაზე. ელექტრონული სისტემა ამარტივებს საექთნო გეგმის შედგენასა და დოკუმენტირების პროცესს. ასევე არსებობს ხმის ჩამწერი სისტემები რომელიც იძლევა საშულებას წარმოთქმული სიტყვები გარდაქმნას დანერგილ დოკუმენტად, რაც უფრო მეტად ამარტივებს ელექტრონული სისტემის გამოყენებას. კომპიუტერული სისტემის დადებითი და უარყოფითი მხარეები შეგიძლიათ ნახოთ ცხრილში 11-1

ცხრილი 11-1 სამედიცინო ინფორმაციის კომპიუტერული დოკუმენტაციის დადებითი და უარყოფითი მხარეები

დადებითი მხარე

- აადვილებს პაციენტის გამოსავალზე ფოკუსირებას
- პაციენტის საწოლთან არსებულ კომპიუტერს სამედიცინო აპარატურის კონტროლი შეუძლია
- საშუალებას აძლევს ექთანს უფრო ეფექტურად გამოიყენოს თავისი დრო
- ამუშავებს სხვადასხვა წყაროდან მიღებულ ინფორმაციას
- პაციენტის შესახებ ინფორმაციის, მოთხოვნებისა და შედეგების მიღება და გაგზავნა ძალიან სწრაფად ხდება
- საშუალებას იძლევა მუდმივად გაკონტროლდეს ინფორმაციის სიზუსტის ხარისხი
- პაციენტის საწოლთან არსებული მოწყობილობა საშუალებას ძლევს ექთანს პროცედურისა თუ წამლის ადმინისტრირების წინ კიდევ ერთხელ გადაამოწმოს დანიშნულება
- დაფიქსირებული ინფორმაცია არის გასაგები
- სისტემა დაფუძნებულია მოვლის სტანდარტებზე
- სტანდარტული ტერმინოლოგია აუმჯობესებს კომუნიკაციას

უარყოფითი მხარე

- იმ შემთხვევაში უსაფრთხოება საკმარისად არ არის დაცული შესაძლებელია მოხდეს პაციენტის პირადი ინფორმაციის გავრცელება
- სისტემის გათიშვის შემთხვევაში წვდომა ინფორმაციასთან შეუძლებელია
- კომპიუტერული სისტემა ძვირადღირებულია
- სისტემის ყოველი განახლებისას აუცილებელია პერსონალისათვის შესაბამისი ტრენინგების ჩატარება

არსებობს კომპიუტერული სისტემები რომელიც დიდი ზომის ინფორმაციის გაცვლის საშუალებასაც აძლევს სამედიცინო დაწესებულებებს.

შემთხვევის მართვა

შემთხვევის მართვის მოდელი დაფუძნებულია ხარისხიან, ფინანსურად ხელმისაწვდომ მოვლაზე. ასეთი სისტემით სარგებლობის დროს პაციენტის მოვლაში ჩართულია მულტი დისციპლინური გუნდი. მოვლის გეგმა და ინტერვენციები განისაზღვრება ყოველდღიურად. მართვის ეს მოდელი მიმართულია პაციენტის საავადმყოფოში დაყოვნებისა და საწოლ დღის შემცირებაზე. ასეთი კონკრეტულ შემთხვევაზე ფოკუსირებული ზრუნვა ხარისხის გაუმჯობესებასაც უზრუნველყოფს.

შემთხვევის მართვის მოდელის გამოყენება ძირითადად გამართლებულია ისეთ სიტუაციებში როდესაც პაციენტს აქვს ერთი ან ორი სამედიცინო დიაგნოზი.

საექთნო აქტივობის დოკუმენტირება

პაციენტის შესახებ სამედიცინო ჩანაწერები უნდა ასახავდეს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მიმდინარე სტატუსს და საექთნო მოვლის შესახებ დეტალურ ინფორმაციას. შესაბამისად სავადმყოფოებში პაციენტის მოვლის შესაბამისად სხვადასხვა ფორმის შევსებაა საჭირო.

პაციენტის სავადმყოფოში შემოსვლისას შესრულებული საექთნო შეფასება- პაციენტის საავადმყოფოში შემოსვლის მომენტიდან მის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება იწყება, როგორიცაა: პირადი ინფორმაცია, ანამნეზი, საექთნო შეფასების შედეგები. ექთანი ჩანაწერებს აკეთებს შესაბამის ფორმაში და ავსებს მდგომარეობის ამსახველ ფორმებს.

საექთნო მოვლის გეგმა- სამედიცინო ჩანაწერები უნდა ეყრდნობოდეს პაციენტის შეფასების შედეგებს, საექთნო დიაგნოზს, პაციენტის მოთხოვნილებებს, საექთნო ჩარევებს და პაციენტის გამოსავლებს.

კატალოგის სისტემა(Cardex)- წარმოადგენს ფართოდ გამოყენებულ სისტემას, რომლის საშუალებითაც ინფორმაციის აღწერა და დახასიათება უფრო მარტივად ხდება, შესაბამისად სამედიცინო პერსონალისათვის ასეთი სახით ინფორმაციის აღქმა უფრო მარტივია. კატალოგში ინფორმაცია არის განაწილებული სექციებად:

- ზოგადი ინფორმაცია პაციენტის შესახებ: სახელი და გვარი, პალატის ნომერი, მიღებისა თარიღი, მკურნალი ექიმის სახელი და გვარი, სამედიცინო დიაგნოზი, წარსულში ჩატარებული ოპერაციების დასახელებები
- ალერგია
- მედიკამენტების ჩამონათვალი რასაც პაციენტი იღებს
- საავადმყოფოში მკურნალობის დროს ჩასატარებელი პროცედურების ჩამონათვალი
- დანიშნული მედიკამენტების ჩამონათვალი დოზებისა და ჯერადობის მითითებით
- დანიშნული სადიაგნოსტიკო და ლაბორატორიული კვლევები
- ისეთი სპეციფიური მონაცემები როგორიცაა: კვების ტიპი, ჰიგიენა, უსაფრთხოების ზომები და ა.შ.

კატალოგის სისტემაში ინფორმაციის განახლება უწყვეტ რეჟიმში მიმდინარეობს პაციენტის რეალური სიტუაციიდან გამომდინარე.

ინფორმაციის თანმიმდევრული სქემა – საშუალებას აძლევს ექთანს სწრაფად მოახდინოს ინფორმაციის ჩანიშვნა. ასეთ სქემაში შესაძლებელია აისახოს სხეულის ტემპერატურა, პულსის სიხშირე, სუნთქვის სიხშირე, სისხლის წნევა, წონა, ფიზიკური აქტივობა ნაწლავთა მოქმედება, სითხის ბალანსი და საკვების მიღების განრიგი. თანმიმდევრული სქემის გამოყენება ხდება მედიკამენტების დანიშვნისას. მედიკამენტე-

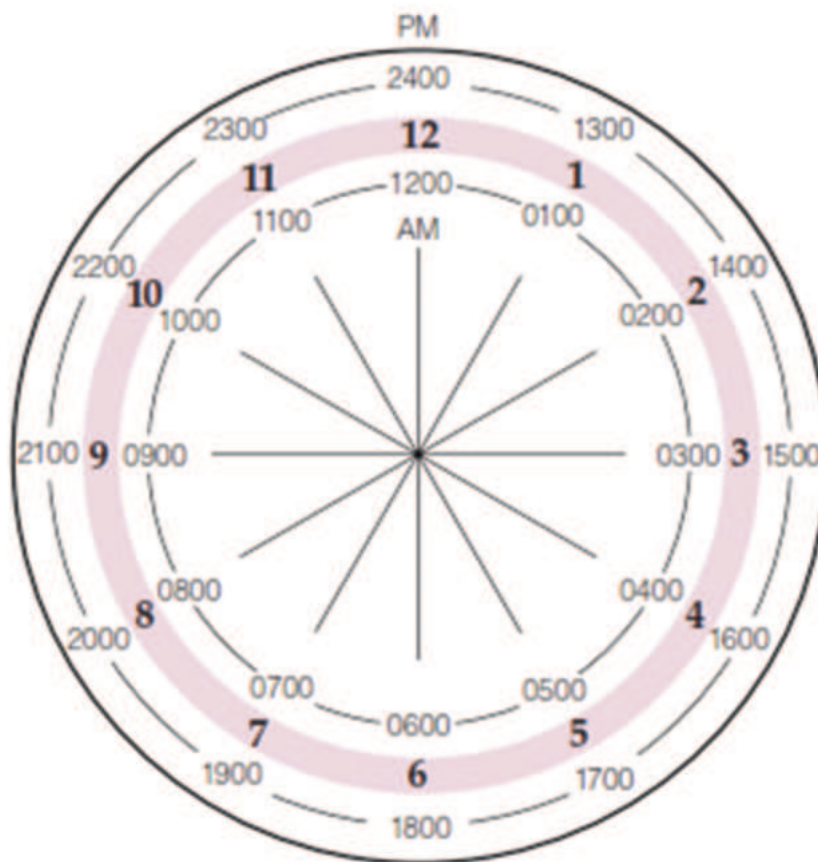
ბის დანიშვნისა და მისი ადმინისტრირების სქემა ისეა აწყობილი რომ საჭიროს ხდის შემდეგი ინფორმაციის დაფიქსირებას როგორცაა: დანიშნული წამალი, გამოყენების დასაწყისი, წამლის დოზა, მიღების გზა, ექიმისა და ექთნის ხელმოწერის ადგილი.

გზამკვლევი სამედიცინო ჩანაწერის სწორი წარმოებისათვის

პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ არსებული ჩანაწერები იურიდიული დოკუმენტია რომელიც რეალური მტკიცებულებაა პაციენტის მდგომარეობის შესახებ. სამედიცინო პერსონალმა უნდა დაიცვას კონფიდენციალობა და ასევე მათ მიერ შესრულებული ჩანაწერი უნდა აკმაყოფილებდეს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ წესებსა და მოთხოვნებს.

ჩანაწერის შესრულებისას თარიღისა და გუსტი დროს დაფიქსირება – ეს აუცილებელია არა მარტო იურიდიულად დოკუმენტის გამართულობისათვის, არამედ პაციენტის უსაფრთხოებისთვისაც.

ყველა დაწესებულებაში მიღებულია ერთი საერთო წესი დროის რომელ აღნიშვნასაც იყენებს სამედიცინო პერსონალი.



სურათი 11-1 საათის დაფიქსირების სხვადასხვა სისტემა

დოკუმენტის შევსების სიხშირე- დაწესებულებაში კანონმდებლობის მოთხოვნის შესაბამისად განსაზღვრულია ესა თუ ის დოკუმენტი რამდენჯერ უნდა შეივსოს, რაც განპირობებულია პაციენტის მდგომარეობით. დაუშვებელია ჩარევისა თუ შეფასების განხორციელებამდე წინასწარ შეივსოს რაიმე დოკუმენტი.

ჩანაწერის სიცხადე – მნიშვნელოვანია რომ ჩანაწერი კითხვადი იყოს და გასაგები.

სიზუსტე – პაციენტის სახელი და გვარი ან საიდენტიფიკაციო მონაცემები სამედიცინო დოკუმენტაციის ყველა გვერდზე უნდა იყოს დაბეჭდილი.

საექთნო პროცესის საფეხურების გამოყენება საშუალებას აძლევს ექთანს იყოს ორგანიზებული და არ დაუშვას შეცდომები სამედიცინო დოკუმენტაციის შევსებისას. იმ შემთხვევაში თუ ექთანი ჩანაწერის შესრულებისას შეცდომას დაუშვებს, არ შეიძლება მისი ამოშლა ან კორექტორით მისი დაფარვა. შეცდომით დაფიქსირებული მონაცემი უნდა გადაიხაზოს ერთი ხაზით, ექთანმა შეცდომის გასწვრივ ხელი უნდა მოაწეროს.

ანგარიშის მომზადება

ანგარიშის მომზადება და სხვა პირებისათვის გაცნობა არის ადამიანებს შორის კომუნიკაციის სპეციფიური ფორმა. არასწორი კომუნიკაციის შედეგად შესაძლებელია განვითარდეს გაუფრთხილებლობით ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება ან პაციენტის სიკვდილიც კი. ანგარიშის მომზადება საავადმყოფოს პირობებში საჭირო ხდება პაციენტის გადაბარებისას, გადაყვანისას, პერსონალის ცვლის შეცვლისას და გაწერისას. ამისათვის სამედიცინო დაწესებულებებს უნდა გააჩნდეთ პაციენტის გადაბარებისთვის საჭირო კომუნიკაციის სტანდარტი. პაციენტის გადაბარება საავადმყოფოში ძალიან ხშირი პროცესია. პაციენტმა შეიძლება რამოდენიმეჯერ შეიცვალოს განყოფილება.

გარდა გადაბარებისა პაციენტის შესახებ ანგარიშის მომზადება საჭიროა ცვლების შეცვლის დროს, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტზე ზრუნვის უწყვეტობასა და უსაფრთხოებას. ექთნები ანგარიშის მომზადებისას უნდა კონცენტრირდნენ პაციენტის მთავარ პრობლემაზე და საჭიროებებზე. ასეთ ანგარიშში არ უნდა ასახოს არა რელევანტური ინფორმაცია.

პაციენტის გადაბარება პერსონალის ცვლის შეცვლისას შესაძლებელია განხორციელდეს პაციენტის საწოლთან, კითხვა პასუხის რეჟიმში.

ძალიან ბევრი ინსტრუმენტი არსებობს პერსონალს შორის კომუნიკაციისთვის. ძალიან ბევრი სამედიცინო დაწესებულება იყენებს SBAR სისტემას.

S =Situation – სიტუაცია

B= Background – საწყისი მონაცემები

A=Assessment – შეფასება

R=Recommendation-რეკომენდაცია

საექთნო შემოვლა

საექთნო შემოვლა არის პროცესი რომელშიც მონაწილეობს ორზე მეტი ექთანი და ემსახურება:

- საექთნო გეგმის განსაზღვრისათვის საჭირო ინფორმაციის მოპოვების გაადვილებას
- იძლევა საშუალებას პაციენტთან ერთად მოხდეს საექთნო მოვლის გეგმის განხილვა
- უკვე განხორციელებული საექთნო მოვლის შეფასება

შემოვლის პროცესში პაციენტის საწოლთან ხდება განხორციელებული საექთნო მოვლისა და განხორციელებული ინტერვენციების ზოგადი შეფასება. საექთნო შემოვლა სასარგებლოა როგორც ექთნებისათვის ისე პაციენტისთვის: პაციენტს შეუძლია დისკუსიაში მონაწილეობის მიღება, ხოლო ექთანი აკვირდება პაციენტის ქცევას და აფასებს მას. აუცილებელია ექთნებმა ისაუბრონ პაციენტისთვის გასაგებ ენაზე და არ გამოიყენონ რთული სამედიცინო ტერმინები.

გამოყენებული ლიტერატურა

- American Nurses Association. (2001). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Washington, DC: Author.
- Association of Operating Room Nurses. (2007). Hand-off communications. AORN Journal, 86(S1), S146–S149.
- Caruso, E. M. (2007). The evolution of nurse-to-nurse bedside report on a medical-surgical cardiology unit. MEDSURG Nursing, 16(1), 17–22.
- Chard, R. (2008). Implementing a process for hand-off communications. AORN Journal, 88(6), 1005–1008. doi:10.1016/j.aorn.2008.11.023
- Chart smart (2nd ed.). (2007). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guido, G. W. (2010). Legal and ethical issues in nursing (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hebda, T. L., & Czar, P. (2009). Handbook of informatics for nurses and healthcare professionals (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) (n.d.). SBAR technique for communication: A situational briefing model. Retrieved from <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>
- The Joint Commission. (2009). Official “Do Not Use” list. Retrieved from http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/2329F8F5-6EC5-4E21-B93254B2B7D53F00/0/dnu_list.pdf
- Kuhn, I. F. (2007). Abbreviations and acronyms in healthcare: When shorter isn’t sweeter. Pediatric Nursing, 33(5), 392–398.
- NANDA International. (2009). Nursing diagnoses: Definitions and Classification 2009–2011. Oxford, United Kingdom, Wiley-Blackwell.
- Pesanka, D. A., Greenhouse, P. K., Rack, L. L., Delucia, G. A., Perret, R. W., Scholle, C. C., ... Janov, C. L. (2009). Ticket to ride: Reducing handoff risk during hospital patient transport. Journal of Nursing Care Quality, 24(2), 109–115.
- Riesenber, L. A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. American Journal of Nursing, 110(4), 24–34.
- Trossman, S. (2009a). Shifting to the bedside for report. The American Nurse, 41(2), 7.
- Trossman, S. (2009b). No peeking allowed: The benefits of electronic health records still outweigh the risk of unauthorized use. American Nurse Today, 4(2), 31–32.
- White, R. S., & Hall, D. M. (2008). The Bermuda triangle of healthcare. Health Management Technology, 29(7), 30–31.
- Woodhall, L. J., Vertacnik, L., & McLaughlin, M. (2008). Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. Journal of Emergency Nursing, 34(4), 314–317. doi:10.1016/j.jen.2007.07.007

- Association of Operating Room Nurses. Perioperative patient “hand-off” tool kit. Retrieved from <http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/PatientHandOffToolKit>
- Brous, E. (2009). Documentation & litigation. *RN*, 72(2), 40–43.
- DeVore, D., Price, C., & Natzke, J. (2007). Preparing for electronic charting. *Nursing Homes*, 56(1), 28–31.
- Ferrell, K. G. (2007). Documentation, part 2: The best evidence of care. *American Journal of Nursing*, 107(7), 61–64.
- Layman, E. J. (2008). Ethical issues and the electronic health record. *The Health Care Manager*, 27(2), 165–176.
- Mancilla, D., & Biedermann, S. (2009). Health information privacy: Why trust matters. *The Health Care Manager*, 28(1), 71–74.
- McDonald, C. (2009). Protecting patients in health information exchange: A defense of the HIPAA privacy rule. *Health Affairs*, 28(2), 447–449. doi:10.1377/hlthaff.28.2.447
- Monarch, K. (2007). Documentation, part 1: Principles for self-protection. *American Journal of Nursing*, 107(7), 58–60.
- Pacicco, S. (2008). The current state of EMRs in LTC settings. *Nursing Homes*, 57(2), 34–36.
- Peck, R. L. (2008). Voice-activated documentation comes into its own. *Nursing Homes*, 57(1), 24–26.
- Roeder, J. A. (2009). The electronic medical record in the surgical setting. *AORN Journal*, 89(4), 677–686. doi:10.1016/j.aorn.2008.12.027
- Schuster, P. M., & Nykolyn, L. (2010). *Communication for nurses: How to prevent harmful events and promote patient safety*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Smith, L. S. (2007). Documenting culturally competent psychosocial nursing diagnoses. *Nursing*, 37(1), 70. Smith, L. S. (2007). Documenting use of an interpreter. *Nursing*, 37(7), 25.
- Smith, L. S. (2007). Documenting with photographs. *Nursing*, 37(8), 20.
- Stubenrauch, J. M. (2009). Health information technology: A HIT with nurses? *American Journal of Nursing*, 109(7), 17–18

პარაბრაფი 4

ჯანმრთელობის შესახებ არსებული
შეხედულებები და მისი შენარჩუნების წესები

თაზი 12

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. აღწეროთ ინდივიდუალიზმისა და პოლიზმის ურთიერთქმედება საექთნო პრაქტიკაში;
2. პომეოსტაზის ოთხი ძირითადი მახასიათებელი;
3. თეორიული საფუძვლების იდენტიფიცირება ინდივიდის ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის;
4. მასლოუს მიხედვით პიროვნების თვითრეალიზაციის მახასიათებლების განსაზღვრა;
5. განსხვავება ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ავადმყოფობის პრევენციას შორის;
6. ჯანმრთელობის ხელშეწყობი პროგრამების იდენტიფიცირება;
7. ჯანმრთელობის ხელშეწყობი მოდელის განხილვა;
8. განმარტოთ ჯანმრთელობის ხელშეწყობი ქცევის ცვლილების ეტაპები;
9. განსაზღვროთ ექთნის როლი ჯანმრთელობის სტიმულირებაში;
10. აღწეროთ ჯანმრთელობის შეფასების სხვადასხვა კომპონენტის როლი ჯანმრთელობის სტიმულირებაში;
11. აღწეროთ საექთნო პროცესის როლი ჯანმრთელობის სტიმულირებაში.

ექთნის პრაქტიკის მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს ჯანმრთელობის სტიმულირება. ბოლო პერიოდში საზოგადოების ცნობიერება საგრძნობლად გაიზარდა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მხრივ. ბევრმა გააცნობიერა ცხოვრების სტილსა და დაავადებებს შორის ურთიერთკავშირი და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის სასარგებლო ჩვევების განვითარების აუცილებლობა. პაციენტთა ჯანმრთელობის დაგეგმვა და შეფასება უფრო ფართოვდება, როცა ექთანს კარგად ესმის ინდივიდუალიზმის, ერთობლიობის, პომეოსტაზისა და ადამიანური მხარდაჭერის მნიშვნელობა. თითოეული ადამიანის ფასეულობები, რწმენა და მხარდაჭერა, რომელსაც იგი იღებს, დიდ წილად მოდის ოჯახიდან, და უფრო მყარდება საზოგადოების მხრიდან. ისიც სიმართლეა, რომ საზოგადოების ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს თავად ამ პიროვნებების რწმენა, დამოკიდებულებები და ქცევები.

პიროვნული ჯანმრთელობა

პიროვნულობის ცნება მოიცავს ადამიანის ხასიათს, თვითიდენტურობას და აღქმას. მისი ხასიათი მოიცავს ქცევებს, ემოციურ მდგომარეობას, დამოკიდებულებებს, ღირებულებებს, მოტივაციას, უნარებს, ჩვევებს და გარეგნობას. თვითიდენტურობა გულისხმობს პიროვნების როგორც განცალკევებულად მდგომი სუბიექტის და სხვებთან ინტერაქციაში მყოფის აღქმას. ადამიანის აღქმა მოიცავს იმ აზრებს, ფიქრებსა და გრძნობებს, რომელიც არის იმის გამოხატულება, თუ როგორ აღიქვამს ის გარემოს ან რომელიმე სიტუაციას.

ინდივიდუალიზმის კონცეფცია

იმისათვის, რომ ექთანი დაეხმაროს პაციენტებს ოპტიმალური ჯანმრთელობის აღდგენასა და შენარჩუნებაში, მან უნდა გაიცნოს ისინი პიროვნულად. თითოეული ადამიანი არის უნიკალური, რომელიც განსხვავდება მეორე ადამიანისგან თავისი გენეტიკით, ცხოვრებისეული გამოცდილებითა და გარემოსთან დამოკიდებულებით. ექთანმა ფოკუსირება უნდა მოახდინოს როგორც ზოგად, ისე ინდივიდუალური მკურნალობის კონტექსტზე. ზოგად მკურნალობაში იგულისხმება ყველა ის წესი და სფერო, რომელსაც პაციენტი მოითხოვს ასაკისა და მდგომარეობის გათვალისწინებით. ინდივიდუალური მკურნალობის კონტექსტში, ექთანი პიროვნულად ეცნობა პაციენტს მკურნალობის წესების გამოყენებით. მაგალითად, ექთანი სკოლამდელი ასაკის ბავშვის დედას უხსნის, რომ ყველა ბავშვი გადის განვითარების იმ სტადიას, როდესაც თავიანთი სამყაროს შეცნობის სურვილი უჩნდებათ. თუმცა სკოლამდელ ბავშვს, რომელსაც დაესვა ყურადღების დეფიციტის/ ჰიპერაქტიულობის დიაგნოზი, უფრო მეტი ალბათობა აქვს იმისა, რომ გარემოსთან ურთიერთობისას მიიღოს დაზიანებები.

ერთობლიობის (პოლიზმი) კონცეფცია

ექთანი მოიაზრებს პიროვნებას როგორც ერთ მთლიანობას და არა სხვადასხვა ნაწილის ან პროცესების ერთობლიობას. საექთნო ზრუნვის დროს ერთობლიობის კონცეფცია ითვალისწინებს პიროვნების, როგორც ერთი მთლიანობის აღქმას. ექთანმა ასევე უნდა შეაფასოს ინდივიდის ურთიერთობა გარემოსთან და სხვა ადამიანებთან. მაგალითად, თუ პაციენტი დარდობს მეუღლის სიკვდილს, ექთანმა უნდა შეაფასოს ამ დანაკარგის გავლენა პიროვნების მთლიანობაზე (როგორია პაციენტის მადა, ძილის სტატუსი, ენერგიის დონე, კარგად ყოფნის განცდა, განწყობა, რუტინული აქტივობები, ოჯახთან და სხვებთან ურთიერთობა.) ექთნის ჩარევა მიმართული უნდა იყოს სრული ჰარმონიის აღდგენაზე, რაც დამოკიდებულია ამ პაციენტის ცხოვრების მიზანზე.

ჰომეოსტაზის კონცეფცია

ჰომეოსტაზის კონცეფცია პირველად წარმოადგინა კენონმა და გამოხატავს თვით-რეგულაციის ფუნქციას, რომელიც უნარჩუნებს წონასწორობას ადამიანის ორგანიზმის შინაგან გარემოს, როგორცაა ჟანგბადის და ნახშირორჟანგის კონცენტრაცია სისხლში, სისხლის წნევა, ტემპერატურა, სისხლში გლუკოზის დონე, სითხეებისა და ელექტროლიტების ბალანსი. კენონი აღიქვამდა ადამიანს როგორც გარემოსგან განცალკევებულ არსებას, რომელსაც მუდმივად უწევს, რომ შეინარჩუნოს წონასწორობა გარემოს ცვლილებების მიუხედავად.

ფიზიოლოგიური ჰომეოსტაზია

ფიზიოლოგიური ჰომეოსტაზია ნიშნავს, რომ სხეულის შიდა გარემო შედარებით მყარი და მუდმივია. ყველა უჯრედი მოითხოვს შედარებით სტაბილურ პირობებს ორგანიზმში ფუნქციონირებისთვის. თუმცა შიდა რესურსები შენარჩუნებულია შეზღუდული ლიმიტის ფარგლებში. ჰომეოსტაზის მექანიზმებს ოთხი მთავარი მახასიათებელი გააჩნია:

1. თვით რეგულირებადია;
2. კომპენსირდება;
3. რეგულირდება უარყოფითი უკუკავშირის სისტემით;
4. ერთი ფიზიოლოგიური ფუნქციის დისბალანსის დროს შესაძლებელია საჭირო გახდეს რამდენიმე უკუკავშირის მექანიზმის გააქტიურება.

თვითრეგულაცია წარმოადგენს, ავტომატურ ჰომეოსტაზიურ მექანიზმებს, რომელიც აქტიურად ფუნქციონირებს ჯანმრთელ ორგანიზმში. ჰომეოსტაზური მექანიზმები კომპენსატორულია, მაგალითად: იმ შემთხვევაში თუ გარემოში ტემპერატურა საგრძნობლად შემცირდება კომპენსატორული მექანიზმების საშუალებით პერიფერიული სისხლძარღვები ვიწროვდება, სისხლის დიდი ნაწილი შინაგან ორგანოებში მიედინება, იზრდება კუნთების აქტივობა და აღნიშნული ინვესსიები სითბოს წარმოქმნას. ამ მექანიზმების საშუალებით სხეული ინარჩუნებს ტემპერატურას გარემოში სიცივის მიუხედავად.

ჰომეოსტაზი ვლინდება ფიზიოლოგიურ სისტემებში იდენტიფიცირებული კომპონენტების ერთმანეთზე მოქმედი კომპლექტის სახით. სისტემის ფუნდამენტურ კომპონენტებს წარმოადგენს: ნივთიერება, ენერგია და ურთიერთქმედება. ჩამოთვლილთაგან რომელიმეს არ არსებობის შემთხვევაში, სისტემა არ იმუშავებს. ინდივიდი არის ნივთიერების (სხეული), ენერგიის (ქიმიური და თერმული), და ურთიერთქმედების (ნერვული სისტემა) სისტემა. მაგალითისთვის კანი წარმოადგენს რეალურ ან წარმოსახვით ხაზს სისტემებსა და გარემოს შორის.

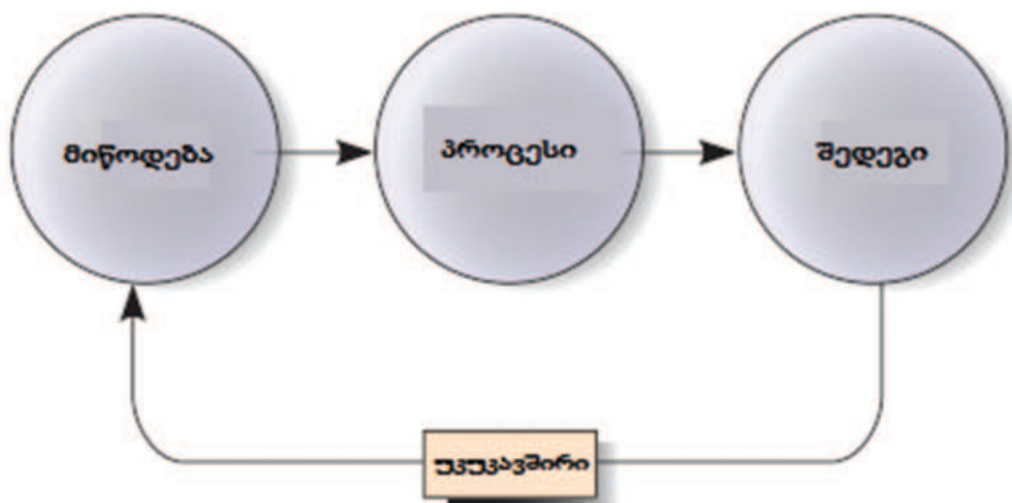
არსებობს ორი ძირითადი სისტემა: ღია და დახურული. დახურული სისტემა არ იღებს ენერგიას, ინფორმაციასა და ნივთიერებებს გარემოდან და არც თვითონ გასცემს გარემოში. დახურული სისტემის მაგალითია სინჯარაში მიმდინარე ქიმიური

რეაქცია. რეალობაში დახურული სისტემები მხოლოდ ლაბორატორიებში არსებობს. ღია სისტემაში სისტემის დამცავი მექანიზმის საშუალებით კი ენერგია, ნივთიერება და ინფორმაცია მოძრაობს შიგნიდან გარეთ და პირიქით. ყველა ცოცხალი არსება არის ღია სისტემის მაგალითები, რადგანაც მათი გადარჩენა დამოკიდებულია ენერგიის უწყვეტ ცვლაზე.

ღია სისტემა დამოკიდებულია თავის გამომყოფ (Output), შემომავალ (Input) ფუნქციაზე, ასევე უკუკავშირის ხარისხსა და რაოდენობაზე. შემომავალი მოიცავს ინფორმაციას, ნივთიერებასა და ენერგიას, რომელიც შედის სისტემაში. მაგალითად, საკვები შედის კუჭის მომწელებელ სისტემაში, ის გადამუშავდება ორგანიზმის მიერ.

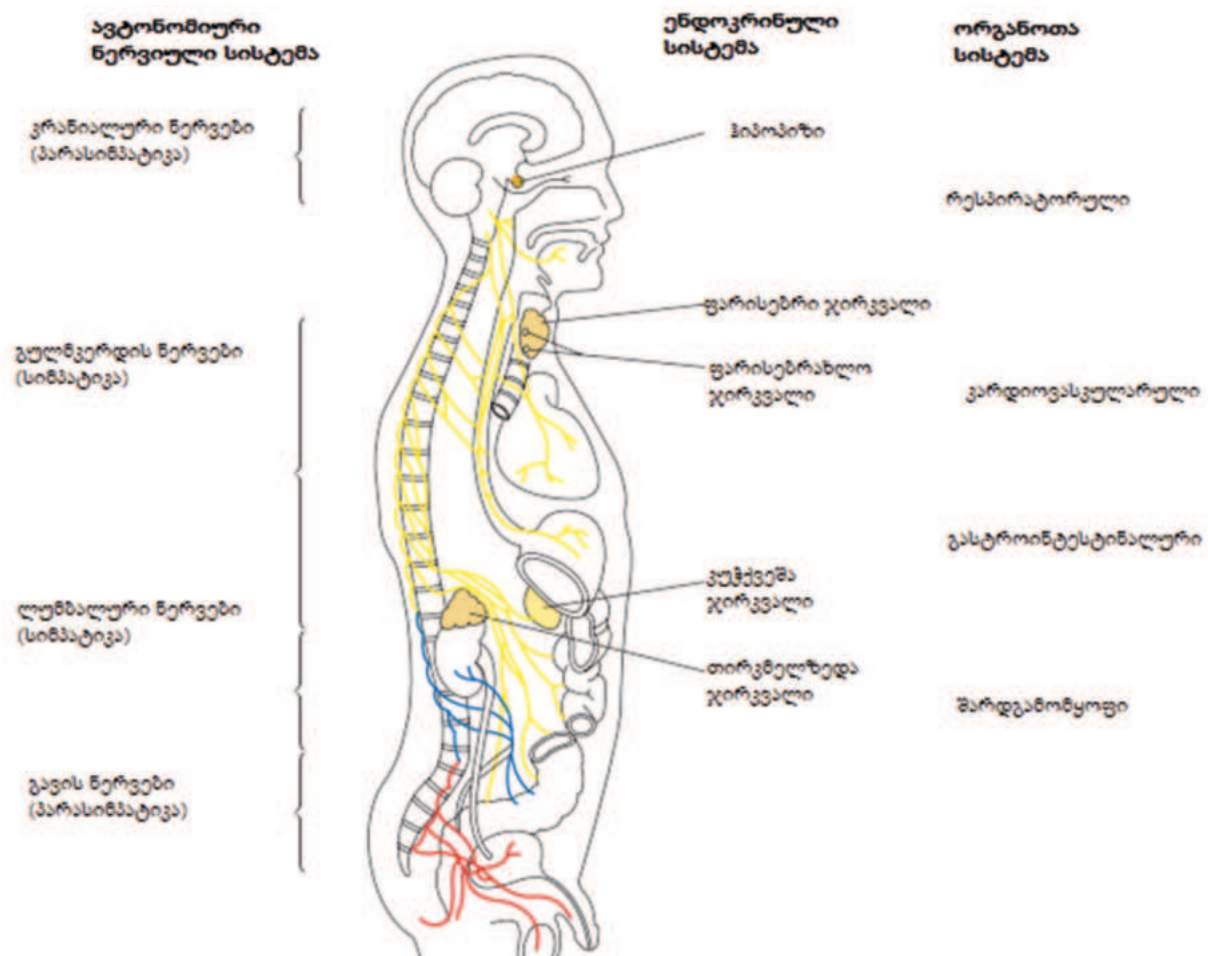
გამომყოფი (Output) მოიცავს იმ ნივთიერებას, ენერგიასა და ინფორმაციას, რომელიც გამოდის სისტემის გარეთ, როგორც პროცესების შედეგი. საჭმლის მომწელებელი სისტემიდან გამოიყოფა სხვადასხვა ნივთიერებები, შარდი და ფეკალიები.

უკუკავშირი შესაძლებლობას აძლევს სისტემას თვითონ მოახდინოს რეგულირება, ამგვარად აყალიბებს უკუკავშირის კვანძს. უარყოფითი უკუკავშირი აფერხებს ცვლილებებს, ხოლო დადებითი, პირიქით, სტიმულს აძლევს მათ. ბიოლოგიური სისტემების უმრავლესობა კონტროლდება უარყოფითი უკუკავშირით, რათა სისტემას სტაბილურობა შეუნარჩუნოს (სურათი 12-1).



სურათი 12-1 ღია სისტემა უკუკავშირის მექანიზმით

მაგალითად: ჰიპოქსიის დროს სისხლის წითელი უჯრედების კონცენტრაცია იზრდება და გულის მუშაობა ხდება სწრაფი, რათა მიაწოდოს საჭირო რაოდენობის სისხლი და ჟანგბადი მთელ ორგანიზმს (სურათი 12-2).



სურათი 12-2 ჰომეოსტაზური რეგულაცია: ავტონომიური ნერვული სისტემა, ენდოკრინული სისტემა, სპეციფიური ორგანოები.

ფსიქოლოგიური ჰომეოსტაზი

ფსიქოლოგიური ჰომეოსტაზი გულისხმობს ემოციურ ან ფსიქოლოგიურ წონასწორობას ან მენტალურად ჯანმრთელ მდგომარეობას. ფსიქოლოგიური ჰომეოსტაზი არის შეძენილი ან დასწავლილი, რაც სხვებთან ინტერაქციით ან ცხოვრებისეული გამოცდილებით მიიღწევა. ამასთან ერთად, სოციალური ნორმები და კულტურა ახდენს გავლენას ქცევაზე.

ზოგიერთი წინაპირობა, რომელიც საჭიროა ფსიქოლოგიური ჰომეოსტაზის განვითარებისთვის, არის შემდეგი:

- მყარი ფიზიკური გარემო, სადაც პიროვნება თავს გრძნობს უსაფრთხოდ და დაცულად. მაგ: საკვები, ტანსაცმელი და თავშესაფარი;
- დაბადებიდან მოყოლებული მყარი ფსიქოლოგიური გარემო, როცა ნდობა და სიყვარული ვითარდება. ბავშვების გაზრდას სჭირდება სიკეთე და ამავდროულად მტკიცე და მუდმივი დისციპლინა, ნახალისება და მხარდაჭერა;
- სოციალური გარემო, რომელიც შედგება ჯანმრთელი მოზარდებისგან. ბავშვები წესებს და ღირებულებებს სოციალური სწავლობენ;
- ცხოვრებისეული გამოცდილება, რომელიც უზრუნველყოფს კმაყოფილებას.

ინდივიდების ჯანმრთელობის შეფასება

ინდივიდების ჯანმრთელობის სტატუსის შეფასება მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის ნახალისებისთვის. შეფასების კომპონენტებს წარმოადგენს: ჯანმრთელობის ისტორია, ფიზიკური აქტივობა, ცხოვრების სტილი, ჯანმრთელობის რისკები, მრწამსისა და ცხოვრებისეული სტრესის მიმოხილვა.

თეორიული სტრუქტურების გამოყენება

ექთნები ჯანმრთელობის სტიმულაციაში იყენებენ ორ ძირითად თეორიას: **საჭიროებების თეორიასა და განვითარების თეორიას**. საჭიროებათა თეორიებში მოიაზრება ის საჭიროებანი, რომელიც გადარჩენისთვის სჭირდება ადამიანს. აბრაამ მასლოუ ამ საჭიროებებს განალაგებს 5 დონეზე:

- **ფიზიოლოგიური საჭიროებანი:** როგორიცაა ჰაერი, საკვები, წყალი, თავშესაფარი, დასვენება, ძილი, ტემპერატურის შენარჩუნება და აქტივობა;
- **უსაფრთხოების საჭიროებანი:** უსაფრთხოების საჭიროებებს გააჩნია როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქოლოგიური ასპექტები. ადამიანს სჭირდება თავი იგრძნოს უსაფრთხოდ როგორც ფიზიკურ გარემოში ისე ურთიერთობებში;
- **საკუთარი თავის პატივისცემის საჭიროებანი:** პიროვნებას სჭირდება საკუთარი თავის პატივისცემა (დამოუკიდებლობა, კომპეტენცია, სხვების პატივისცემა, აღიარება და დაფასება);
- **საკუთარი თავის რეალიზაცია/დაფასება:** როცა თვითშეფასების საჭიროება დაკმაყოფილებულია, მაშინ ადამიანი მიისწრაფვის საკუთარი თავის დამკვიდრებისკენ, რაც გულისხმობს შესაძლებლობების მაქსიმუმის განვითარებასა და უნარების რეალიზებას;
- **თვითაქტუალიზაცია:** როდესაც თვითშეფასების მოთხოვნილება დაკმაყოფილებულია და ადამიანი თვითრეალიზაციისკენ მიისწრაფვის.

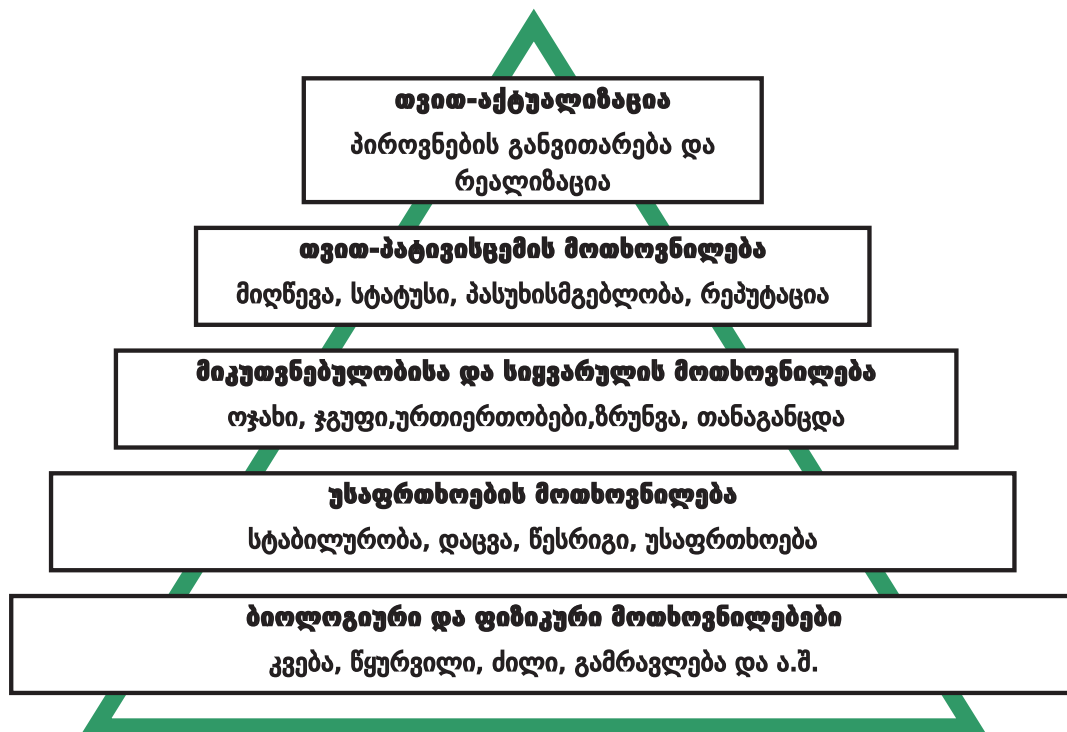
კელიშის საჭიროებათა იერარქია

რიჩარდ კელიშმა მასლოუს საჭიროებების იერარქიას მოდიფიცირება გაუკეთა და ექვს დონედ დაჰყო. მან დაამატა ერთი დონე ფიზიოლოგიურსა და უსაფრთხოების დონეებს შორის. ეს კატეგორია გამოხატავს სტიმულირების საჭიროებას, რომელშიც შედის სექსი, აქტიურობა, შეფასება, მანიპულაცია, სიახლეები (სურათი 12-3). კელიში ხაზს უსვამს იმას, რომ ბავშვებს სჭირდებათ შეფასება და გარემოს მართვა, რათა მიაღწიონ ოპტიმალურ ზრდასა და განვითარებას. ის აღნიშნავს, რომ მოზარდებიც ხშირად ეძებენ სიახლეებსა და სტიმულის მომცემ გამოცდილებას, სანამ თავიანთ უსაფრთხოებაში დარწმუნდებიან.

ძირითადი საჭიროებების დახასიათება

ყველა ადამიანს ერთი და იგივე ძირითადი საჭიროებანი გააჩნია, თუმცა ამ საჭიროებებზე რეაქციას და დამოკიდებულებას განსაზღვრავს ის, თუ რომელ კულტურას მიეკუთვნება ადამიანი. მაგალითად, პროფესიული მიღწევა, დამოუკიდებელი ფუნქცი-

ონირება და პირადი ცხოვრება შეიძლება ერთი კულტურისთვის მნიშვნელოვანი იყოს, ხოლო მეორისთვის ნაკლებად მნიშვნელოვანი.



სურათი 12-3¹ მასლოუს მოთხოვნილებათა პირამიდა

- ადამიანები იკმაყოფილებენ საკუთარ საჭიროებებს პრიორიტეტების მიუხედავად;
- ძირითად საჭიროებებს ადამიანები იკმაყოფილებენ, მაგრამ ზოგი საჭიროება შეიძლება გაჭიანურდეს. მაგალითად: დამოუკიდებლობის საჭიროება შეიძლება გადაიდოს მანამ, სანამ ავადმყოფი ადამიანი კარგად არ გახდება;
- საჭიროებების დაკმაყოფილების მარცხის დროს შესაძლებელია განვითარდეს პო-მეოსტაზური დისბალანსი, რომელიც შეიძლება ავადმყოფობაში გადაიზარდოს;

ჩანართი 12-1 მასლოუს მიხედვით თვითრეალიზებული ადამიანის დახასიათება

- არის რეალისტი, ხედავს ცხოვრებას ნათლად და არის ობიექტური;
- ადამიანებს ექცევა სამართლიანად;
- აქვს ალქმის უმაღლესი დონე, გადანყვეტილებას ადვილად იღებს;
- კარგად ასხვავებს სწორსა და არასწორს;
- ზუსტად პროგნოზირებს მომავალ ფაქტებს;
- ესმის ხელოვნება, მუსიკა, პოლიტიკა და ფილოსოფია;
- თავმდაბალია და აქვს უნარი მოუსმინოს სხვებს;
- იჩენს ერთგულებას მოვალეობის, სამუშაოს მიმართ;
- კრეატიულია, მამაცი, მოქნილი, სპონტანური და აქვს სურვილი დაუშვას შეცდომები;
- მზად არის ახალი იდეებისთვის;

¹ <https://civiledublog.wordpress.com/2016/03/31/maslou/>

- თავდაჯერებულია და პატივს სცემს საკუთარ თავს;
- საკუთარ თავთან არ განიცდის კონფლიქტს;
- არ სჭირდება რეპუტაციის შექმნა, გააჩნია თვითკონტროლის უნარი;
- დამოუკიდებელია, იცავს კონფიდენციალობას;
- შორეული და განცალკევებული გამოჩნდეს;
- არის მეგობრული, მოსიყვარულე, მოქმედებს თავისი პრინციპებით და არა საზოგადოების წესებით;
- შეუძლია პოპულარული შეხედულებების საწინააღმდეგოდ მიიღოს გადაწყვეტილებები;
- არის ყოველთვის პრობლემის ცენტრში;
- იღებს სამყაროს ისეთს, როგორიც არის;

- საჭიროება შეიძლება წარმოიშვას როგორც შინაგანი, ისე გარეგანი სტიმულების წყალობით;
- ადამიანი, რომელიც აღიქვამს საჭიროებას, შეიძლება რამდენიმე გზით მიიღოს ის. არჩევანი უმეტესად დამოკიდებულია გამოცდილებაზე, ცხოვრების სტილზე და კულტურათა ფასეულობებზე;
- საჭიროებები არის ურთიერთდაკავშირებული;

საჭიროებები შეიძლება დაკმაყოფილდეს როგორც ჯანსაღი, ისე არაჯანსაღი გზებით. ჯანსაღი მეთოდებია, როცა ისინი არ აზიანებს სხვებს, ემორჩილება ინდივიდების სოციალურულ ფასეულობებს და კანონის ფარგლებში მოქმედებს. ადამიანის საჭიროებათა თეორიული საფუძვლის ცოდნა ეხმარება ექთანს, თერაპიულად უპასუხოს პაციენტების ქცევებს. ადამიანური საჭიროებები წარმოადგენს სტრუქტურას, რომელიც აფასებს ქცევებს, სახავს პრიორიტეტებს და გეგმავს ექთნის ჩარევის გზებს.

განმავითარებელი სტადიის თეორიები

განმავითარებელი სტადიის თეორიები ახარისხებს პიროვნების ქცევებს ან დავალებებს დაახლოებითი ასაკის მიხედვით. ამ ეტაპის თეორიების დახმარებით ექთანს შეუძლია აღწეროს ინდივიდის ტიპური ქცევები გარკვეულ ასაკობრივ ჯგუფში, ახსნას ამ ქცევათა მნიშვნელობა, პროგნოზირება გაუკეთოს ქცევებს, რომელიც შეიძლება გაჩნდეს მოცემულ სიტუაციაში და ლოგიკურად დაასაბუთოს ქცევითი გამოვლენა. ინდივიდები შეიძლება შევადაროთ წარმოდგენილ ადამიანთა ჯგუფს ერთი და იმავე დროს, ან შევადაროთ სხვადასხვა დროს. ექთნის ცოდნა განმავითარებელ თეორიებზე შეიძლება გამოვიყენოთ მშობლის ან პაციენტის განათლების, კონსულტაციის და ნაადრევი დიაგნოზის სახელმძღვანელოდ.

ჯანმრთელობის სტიმულირების განსაზღვრა

ლიტერატურაში ტერმინების გამოყენებაში არსებობს შესამჩნევი განსხვავებები: ჯანმრთელობის სტიმულირება, პირველადი პრევენცია, ჯანმრთელობის დაცვა, ავადმყოფობის პრევენცია. არსებობს პრევენციის სამი დონე: თავდაპირველი, მეორეული და მესამეული. თავდაპირველი ფოკუსირებას ახდენს ჯანმრთელობის სტიმულირებაზე და ჯანმრთელობის განსაკუთრებული პრობლემებისგან დაცვაზე(იმუნიზაცია). თავდაპირვე-

ლი პრევენციის მიზანია შეამციროს რისკები და დაავადებების განვითარება. მეორეული პრევენციის დროს ხდება დაავადების ადრეული ნიშნების გამოვლენა და ინტერვენცია ამ დაავადების შესასუსტებლად. მისი მიზანია გამოავლინოს ადრეული სტადია და მესამე პრევენცია ფოკუსირდება რეაბილიტაციაზე, რათა მოხდეს პაციენტის ფუნქციონირების ოპტიმალურ დონეზე დაბრუნება. ცხრილი 12-1 გვიჩვენებს აქტივობების მაგალითებს პრევენციის თითოეული დონისათვის.

ცხრილი 12-1 პრევენციის ეტაპები

ეტაპი და აღწერილობა	მაგალითები
პირველადი პრევენცია ზოგადი ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და დაცვა დაავადების განვითარებისგან. ძირითადად გამოიყენება ჯანმრთელ პირებზე ან ჯგუფზე.	• განათლება დაზიანებისა და მოწამვლის პრევენციაზე, ცხოვრების ყველა ეტაპზე კვებისა და განვითარების სტანდარტი, ფიზიკური აქტივობის მოთხოვნილება, სტრესის მენეჯმენტი, ოკუპაციური დამაზიანებელი ფაქტორებისგან თავდაცვა და ა.შ; • იმუნიზაცია; • რისკების განსაზღვრა; • ოჯახის დაგეგმარების სერვისები; • გარემოს გაჯანსაღება.
მეორეული პრევენცია ხაზს უსვამს დაავადების ადრეულ გამოვლენას, ხელს უწყობს ჯანმრთელობის შენარჩუნებას დროული ინტერვენციების გზით. მოიცავს გართულებებისა და შეზღუდვების თავიდან აცილებას.	• ყველანაირი ტიპის პროცედურის ჩატარება და სკრინინგი; • რეგულარული სამედიცინო შემოწმება; • თვითგამოკვლევის სწავლება ძუძუსა და სათესლეების სიმსივნეების აღმოსაჩენად; • ბავშვების ზრდისა და განვითარების შეფასება; • საექთნო შეფასება და მკურნალობა სახლში, საავადმყოფოსა და სხვადასხვა სოციალურ დაწესებულებებში გართულებების საპრევენციოდ (კანის მთლიანობის შენარჩუნება, საწოლში პაციენტის პოზიციის ცვლილება, კვება, სითხეების ბალანსის დაცვა, მედიკამენტების ადმინისტრირება და ა.შ.).
მესამეული პრევენცია იწყება დაავადების განვითარების შემდეგ, როდესაც უკვე შეზღუდული შესაძლებლობა ან შეუქცევადი პროცესები ფიქსირდება. ყურადღება მახვილდება ინდივიდის სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნებასა და რეაბილიტაციაზე შეზღუდვების ფარგლებში.	• კოლოსტომის მქონე პაციენტის მხარდაჭერა; • დიაბეტის მქონე პაციენტის განათლება გართულებების თავიდან ასაცილებლად; • ზურგის ტვინის დაზიანების მქონე პაციენტის გადამისამართება რეაბილიტაციის ცენტრში, რათა მაქსიმალურად იყოს გამოყენებული „დარჩენილი“ უნარები.

ჯანმრთელობის სტიმულირება და ჯანმრთელობის დაცვა განსხვავებული ცნებებია. სტიმულირება არის „სურვილით მოტივირებული ქცევა, რათა გაიზარდოს ჯანმრთელად ყოფნის შესაძლებლობა“, ხოლო დაცვა გულისხმობს „სურვილით მოტივირებულ ქცევას, რომელიც მიზნად ისახავს დაავადების თავიდან არიდებას, მის ნაადრევ სტადიაზე გამოვლენას ან ფუნქციონირების შენარჩუნებას ავადმყოფობის ფარგლებში. ცხრილში 12-2 მოცემულია მიმოხილვა ამ განსხვავებებზე.

ცხრილი 12-2 განსხვავება ჯანმრთელობის სტიმულირებასა და დაცვას შორის.

ჯანმრთელობის სტიმულირება	ჯანმრთელობის დაცვა
არ არის დაავადებაზე ორიენტირებული	დაავადება ან სპეციფიური დაზიანება
პოზიტიურადაა განწყობილი სიჯანსაღის მიმართ	დაავადების განვითარებაზე შიშით მოტივირებული
ცდილობს პოზიტივის გავრცელებას	ცდილობს, აღმოფხვრას ჯანმრთელობისათვის პოტენციურად ხელშემშლელი სიტუაციები
წყარო: From Health Promotion in Nursing Practice, 6th ed. (p. 5), by N. J. Pender, C. L. Murdaugh, and M. A. Parsons, 2011. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Reprinted with permission	

ჯანმრთელობის სტიმულირება შეიძლება შევთავაზოთ ყველას, მიუხედავად თავისი დაავადების სტატუსისა და ასაკისა. აქ მოცემულია ის მაგალითები, რომელიც საჭიროა სიცოცხლის მანძილზე სტიმულაციისთვის.

თემები ჯანმრთელობის სტიმულირებისთვის

ახალშობილები

ახალშობილის-მშობლის კავშირი;
ძუძუთი კვება;
ძილის მოდელი;
აქტიური თამაშები განვითარების სტიმულირებისთვის;
იმუნიზაცია;
უსაფრთხოების კონტროლი.

ბავშვები

კვება;
სტომატოლოგიური შემონმება;
დასვენება და ვარჯიში;
იმუნიზაცია;
უსაფრთხოების კონტროლი.

მოზარდები

თინეიჯერებთან კომუნიკაცია;
ჰორმონალური ცვლილებები;
კვება;
დასვენება და ვარჯიში;
თანატოლების გავლენა;
თვითშემცნება და საკუთარი სხეულის აღქმა;
სექსუალობა;
უსაფრთხოების ხელშეწყობა და უბედური შემთხვევების პრევენცია.

ხანდაზმულები

ადეკვატური ძილი;
ალკოჰოლის სწორად გამოყენება;
პირის ღრუს ჰიგიენა;

წამლების მართვა;
 ვარჯიში;
 ტერფების ჯანმრთელობა;
 რეკომენდებული სკრინინგის შესრულება;
 სასმენი აპარატების გამოყენება (არსებობის შემთხვევაში);
 იმუნიზაცია;
 წამლების მიღების ინსტრუქციები;
 მენტალური ჯანმრთელობა;
 კვება;
 ფიზიკური აქტივობა;
 უსაფრთხოების ზომების დაცვა ;
 თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა;
 წონის კონტროლი.

საიტები ჯანმრთელობის წამახალისებელი აქტივობებისთვის

მრავალი პროგრამა და აქტივობა არსებობს, რომელსაც სთავაზობენ პიროვნებებსა და ოჯახებს ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად. ზოგიერთი გაცილებით კომფორტულად გრძნობს თავს, როცა ექთანს ჰყავს აყვანილი, თუმცა ასეთი მომსახურება საკმაოდ ძვირი ჯდება.

საზოგადოებრივ პროგრამებს ხშირ შემთხვევაში სთავაზობენ ქალაქებში. პროგრამულ შეთავაზებაში შეიძლება შედიოდეს ჯანმრთელობის სტიმულირება, სპეციფიური დაცვა და სკრინინგი დაავადების ადრეული გამოვლენისთვის. ჯანმრთელობის ადგილობრივმა განყოფილებამ შეიძლება გაავრცელოს ქალაქის მასშტაბით იმუნიზაციის პროგრამა, რადგან იმუნიტეტის გაძლიერება ძალიან მნიშვნელოვანია ახალშობილებისა და ბავშვებისთვის.

საავადმყოფოები განსაკუთრებით აკეთებენ აქცენტს თავიანთი პერსონალის ჯანმრთელობაზე. ძალიან მნიშვნელოვანი გახდა ინფექციების კონტროლი, რენტგენული სხივების ზემოქმედების ლიმიტი და ზურგის დაზიანებების პრევენცია. მომსახურე პერსონალი, თანდათანობით, ინტერესით ეკიდება ისეთ საკითხებს, როგორიცაა მონევის შეწყვეტა, ვარჯიში, სტრესის შემცირება და დროის მენეჯმენტი. ასეთი საზოგადოებრივი აქტივობები ზრდის საავადმყოფოს იმიჯს, მოსახლეობის ჯანმრთელობას და ასევე წარმოშობს დამატებით შემოსავალს.

სკოლის წამახალისებელი პროგრამები ფუნდამენტურ მნიშვნელობას იძენს ყველა ასაკის ბავშვებისთვის, ვინაიდან ისინი აგროვებენ ცოდნას ინდივიდუალურ ჰიგიენაზე და ჯანმრთელობის მეცნიერებაზე. სკოლა წარმოადგენს ინფორმაციის წყაროს ბავშვებისთვის და უზრუნველყოფს მათ ეფექტური, ჯანმრთელობაზე ორიენტირებული პროგრამებით. სკოლის ექთანმა შეიძლება ასწავლოს ძირითადი მასალა კვებაზე, კბილის მოვლაზე, აქტივობაზე, ნარკოტიკისა და ალკოჰოლის მოხმარების უარყოფით მხარეზე, ოჯახში ძალადობაზე და ასევე იმ საკითხებზე, რომელიც დაკავშირებულია სექსთან და ორსულობასთან. მასწავლებლებმაც შეიძლება დაგეგმონ გაკვეთილები ჯანმრთელობაზე.

ჯანმრთელობის პროგრამების შესახებ საიტები განვითარდა ბიზნესის საჭიროების გამო, რათა საზოგადოებამ აკონტროლოს თავიანთი ჯანმრთელობა. ეს პროგრამები არის მრავალფეროვანი, მიცავს ინფორმაციას ფიტნესსა და რელაქსაციის ტექნოლოგიებზე.

ხანდაზმულებს, პენსიაზე გასვლის შემდეგ, ხშირად აქვთ ბევრი დრო აქტივობებისთვის. ექთანს შეუძლია მიაწოდოს ინფორმაცია მათთვის ხელსაყრელ საზოგადოებრივ რესურსებზე, როგორიცაა მოსიარულე ჯგუფები. ასევე გადაამისამართოს შესაბამის სასწავლო კლასებში პენსიონერებისთვის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

ჯანმრთელობის დასაცავი მოდელი

ჯანმრთელობის მასტიმულირებელი მოდელის საწყისი ვერსია საექთნო ლიტერატურაში 1980 წლის ადრეულ პერიოდში გამოჩნდა და ყურადღებას უფრო მეტად ამახვილებს ჯანმრთელობის მასტიმულირებელ ქცევებზე, ვიდრე დაცვაზე ან პრევენციულ ზომებზე. ამ მოდელის პირველადი ვერსია ჩანაცვლდა, რომლის მიხედვითაც ჯანმრთელობის მასტიმულირებელი მოდელი მიდგომებზე ორიენტირებული მოდელია, სადაც მოტივაციის წყარო დამყარებულია ინდივიდის სუბიექტური ცვლილების ფასეულობაზე. ვარაუდები წარმოდგენილ მოდელზე მოცემულია ჩანართში 12-2.

ჩანართი 12-2 ჯანმრთელობის მასტიმულირებელი მოდელის შეზღუდვები

- ადამიანები ეძებენ ისეთ საცხოვრებელ მდგომარეობას, რომელშიც ისინი შეძლებენ გამოხატონ თავიანთი უნიკალური პოტენციალი;
- ადამიანებს ეფექტური თვითშეფასების უნარი აქვთ, მათ შორის, შეუძლიათ საკუთარი კომპეტენციის შეფასება;
- ადამიანები აფასებენ ზრდას, როგორც პოზიტიურ მცდელობას, მიაღწიონ დასაშვებ წონასწორობას ცვლილებასა და სტაბილურობას შორის;
- ადამიანები აქტიურად არეგულირებენ საკუთარ ქცევას;
- ადამიანები მთელი თავისი ბიოფსიქოსოციალური სირთულით ურთიერთობენ გარემოსთან, ცვლიან მას და თავადაც გარდაიქმნებიან;
- პროფესიონალები ადგენენ ინტერპერსონალური გარემოს ნაწილს, რომელიც ზემოქმედებას მთელი ცხოვრების მანძილზე ახდენს;
- პიროვნებასა და გარემოს შორის ურთიერთობის მოდელის რეკონფიგურაცია, აუცილებელია ქცევის ცვლილებისთვის.

წყარო: From Health Promotion in Nursing Practice, 5th ed. (pp. 120-122), by N. J. Pender, C. L. Murdaugh, and M. A. Parsons, 2006, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Reprinted with permission

პიროვნული მახასიათებლები და გამოცდილება

პიროვნების უნიკალური პერსონალური ფაქტორები, მახასიათებლები და გამოცდილების მნიშვნელობა დამოკიდებული იქნება სამიზნე ქცევაზე. პერსონალური ფაქტორები დაჯგუფებულია შემდეგ ქვეჯგუფებად: ბიოლოგიური(ძალა, წონასწორობა), ფსიქოლოგიური(თვით-შეფასება, თვით-მოტივაცია), სოციოკულტურული(რასა, ეთნიკურობა, განათლება, სოციოეკონომიური სტატუსი). ზოგიერთმა ფაქტორმა შეიძლება გავლენა მოახდინოს ქცევაზე, მაშინ როცა, სხვა ფაქტორები, მაგალი-

თად ასაკი, დარჩეს შეუცვლელი. უპირატესი ქცევები მოიცავს ძველ გამოცდილებას, ცოდნას და უნარებს, რომელსაც ადამიანი იყენებს ქცევის მიღწევისთვის, ეს კი მოუტანს პოზიტიურ სარგებელს სამომავლო ჯანმრთელობის სტიმულირებისთვის. ამის საპირისპიროდ, ადამიანი თუ აწყდება ბარიერებს ქცევის დაუფლებაში, ის უქმნის მას უარყოფით ეფექტს. ექთანს შეუძლია დაეხმაროს პაციენტს პოზიტიურ სარგებელზე ფოკუსირებით, ასწავლოს როგორ გადალახოს დაბრკოლებები და უზრუნველყოს დადებითი უკუკავშირით, რათა წარმატებას მიაღწიოს მან. ექთანმა ყურადღება უნდა მიაქციოს როგორც ცვალებად ისე, უცვლელ ფაქტორებს, როგორიცაა, მაგალითად, ოჯახის ისტორია. ექთანმა სწორად ეს უნდა გააცნობიეროს და მიმართოს უფრო მეტი მხარდაჭერა ამ ჯგუფის ადამიანებისთვის და მიაწოდოს ინფორმაცია, რომ მიუხედავად მათი ძლიერი საოჯახო გენეტიკისა, ადრეული ჩარევა და მკურნალობა არის მნიშვნელოვანი და იმედისმომცემი.

ქცევის სპეციფიკის შეცნობა და გავლენა

ქცევის სპეციფიკა ქმნის კრიტიკულ ბირთვს ინტერვენციისთვის, რადგანაც ექთნის ჩარევას შეუძლია შეცვალოს ქცევები. ისინი მოიცავს შემდეგს:

- მოქმედების აღქმული სარგებელი
- მოსალოდნელი სარგებელი ან შედეგები გავლენას ახდენს პიროვნების გეგმაზე, მონაწილეობა მიიღოს ჯანმრთელობის წამახალისებელ აქტივობებში და შეიძლება შეამსუბუქოს მიმდინარე პროცესი. სხვებზე დაკვირვების შედეგად მიღებული პოზიტიური გამოცდილება წარმოადგენს სამოტივაციო ფაქტორს.
- ბარიერები მოქმედებამდე
- კონკრეტული აქტივობის შესრულებისთვის საჭირო დრო, ხარჯი და ვადების დაცვა შეიძლება ერთგვარ ბარიერს წარმოადგენდეს.
- თვითეფექტურობის აღქმა
- ეს კონცეფცია მიუთითებს, რომ პიროვნებას შეუძლია წარმატებით დაასრულოს ქცევა, რომელიც საჭიროა სასურველი შედეგის მისაღწევად.
- აქტიურობასთან დაკავშირებული ეფექტი

სუბიექტური განცდები, რომელიც ჩნდება აქტივობამდე, მის განმავლობაში და შემდეგ, გავლენას ახდენს იმაზე, პიროვნება შეინარჩუნებს ძველ ქცევას. პოზიტიურ ეფექტთან ასოცირებული ქცევა სავარაუდოდ უნდა განმეორდეს და უარყოფით ეფექტთან ასოცირებული ქცევა კი, ჩვეულებრივ, თავიდან უნდა იქნას არიდებული.

- ინტერპერსონალური გავლენები
- ინტერპერსონალური გავლენა არის პიროვნების აღქმა, რომელიც უკავშირდება სხვების ქცევებს, რწმენას და დამოკიდებულებებს. ოჯახი, თანატოლები და ჯან-

დაცვის პერსონალი წარმოადგენენ ინტერპერსონალური გავლენების წყაროს, რაც თავისთავად განაპირობებს ჯანმრთელობის წამახალისებელ აქტივობებს.

- **სიტუაციური გავლენა**

სიტუაციური გავლენა არსებობს პირდაპირი და ირიბი, რომელიც შედგება აუცილებელი მახასიათებლებისგან და გარემოს ესთეტიური ნიშნებისგან. აუცილებელი მახასიათებლები პირდაპირ ახდენს გავლენას ჯანმრთელობაზე, ისეთი პოლიტიკის საშუალებით, როგორიცაა კომპანიის რეგულაციები უსაფრთხოებაზე მოთხოვნებით, მაგალითად „არ მოწიოთ“. გარემო, რომელიც მოიაზრება უსაფრთხოდ, ასევე საინტერესოდ წარმოადგენს სასურველ ესთეტიურ თვისებებს, რომელიც ამსუბუქებს ჯანმრთელობის წამახალისებელ აქტივობებს.

მოქმედების დაგეგმარების განსაზღვრა

დაგეგმარება მოიცავს ორ პროცესს: განსაზღვრას და განსაკუთრებული სტრატეგიების იდენტიფიცირებას ქცევის გასაძლიერებლად.

მოთხოვნებისა და უპირატესობების კონკურენცია

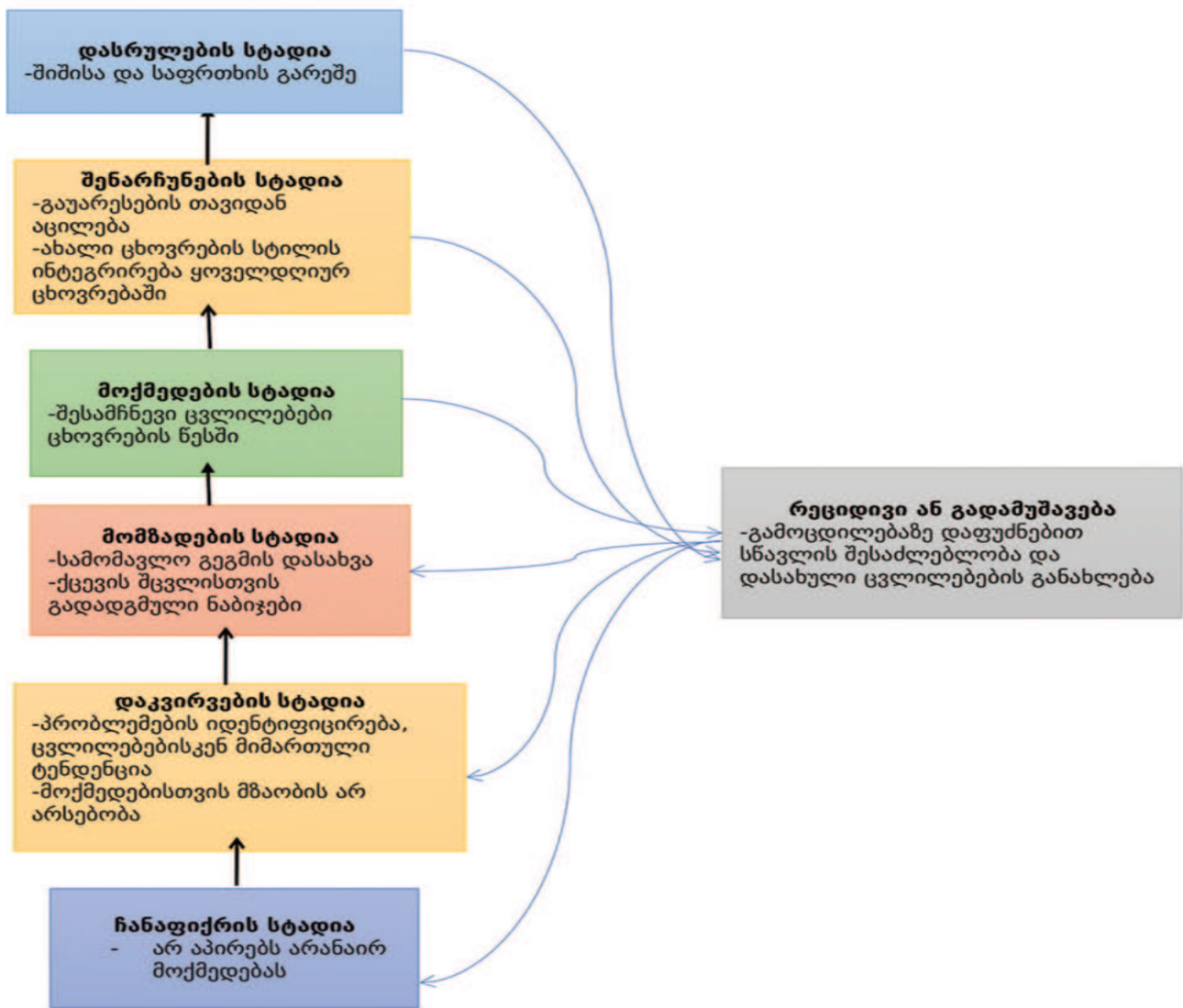
მოთხოვნების კონკურენცია არის ქცევები, რომლის დროსაც ინდივიდს აქვს კონტროლის დაბალი დონე. მაგალითად, შეიძლება მოულოდნელი სამუშაო ან ოჯახზე პასუხისმგებლობა დაუპირისპირდეს დაგეგმილ ვიზიტს ჯანმრთელობის კლუბში და ამ პასუხისმგებლობის უპასუხოდ დატოვებამ შეიძლება გამოიწვიოს უფრო მეტი უარყოფილი შედეგი, ვიდრე რუტინული ვარჯიშის გაცდენამ. უპირატესობების კონკურენციის დროს კი ინდივიდს აქვს კონტროლის მაღალი დონე. თუმცა კონტროლი დამოკიდებულია ადამიანის უნარზე და თვითრეგულაციაზე რათა „არ დანებდეს“.

ქცევითი შედეგი

ჯანმრთელობის სტიმულირების მოდელი მიმართული პაციენტის გამოჯანმრთელებისაკენ, რათა მიღწეულ იქნას დადებითი შედეგები.

ქცევის ცვლილების სტადიები

ქცევის ცვლილება არის ციკლური პროცესი, რომელიც რამდენიმე სტადიას მოიცავს. პირველ სტადიაზე პიროვნება სერიოზულად არ ფიქრობს ქცევის შეცვლას. დროთა განმავლობაში ის გადის სხვადასხვა სტადიას და აღწევს საბოლოოს, რომელსაც წარმატებით ინარჩუნებს.



სურათზე 12-4 კარგად არის მოცემული სტადიების განლაგება.

დაკვირვების წინარე სტადია

ამ სტადიაზე მყოფი ადამიანები არ ფიქრობენ ქცევის შეცვლას მომდევნო 6 თვე. ისინი შეიძლება არა არიან ინფორმირებულნი რისკების შესახებ. ადამიანი, რომელმაც წარსულში განიცადა წარუმატებლობა ქცევის შეცვლაში, მას უკვე სჯერა თავისი უიმედო მდგომარეობის.

დაკვირვების სტადია

ამ სტადიის განმავლობაში პიროვნება აცნობიერებს პრობლემას, აგროვებს ინფორმაციას და ადგენს გეგმას აქტივობის შეცვლისთვის ახლო მომავალში.

მომზადების სტადია

აღნიშნული სტადია ვლინდება როდესაც პიროვნება გეგმავს კონკრეტული გეგმების განხორციელებას მომავალში. (6 თვის მანძილზე) აღნიშნულ სტადიაზე იგი ადგენს საბოლოო სპეციფიურ გეგმას ცვლილებების გათვალისწინებით.

მოქმედების სტადია

მოქმედების სტადიაზე პიროვნება აქტიურად ახორციელებს ქცევით და კოგნიტურ სტრატეგიებს, რათა შეაჩეროს ჯანმრთელობის რისკები.

შენარჩუნების სტადია

ამ სტადიაზე ადამიანი ცდილობს ხელი შეუშალოს ჯანმრთელობის გაუარესებას ახლად ათვისებული აქტივობების წყალობით. ცნობილია რომ შენარჩუნების პერიოდი გრძელდება 6 თვიდან 5 წლამდე.

დასრულების სტადია

ადამიანი თავდაჯერებულია, რადგან პრობლემა ან საფრთხე აღარ არსებობს. თუმცა ექსპერტებს შორის დღემდე საკამათო თემაა, რამდენად ხდება დასრულების სტადიის მიღწევის შემდეგ, მისი შენარჩუნება. მაგალითად, მოზარდი რომელიც იკრავს ღვედს მანქანაში, მისი ეს ქცევა შეიძლება მივიჩნიოთ დასრულების სტადიად. თუმცა სხვა ქცევები, როგორიცაა თამბაქოს მოხმარება და უზომო ჭამა შეიძლება ვერ აკმაყოფილებდეს დასრულების სტადიას, რადგან ცდუნება ძალიან ძლიერია.

ეს ექვსი სტადია არის ციკლური. ადამიანები ერთი სტადიიდან გადადიან მეორეში. ზოგჯერ შეიძლება ადამიანი გაჩერდეს ან დაბრუნდეს წინა სტადიაზე. ამ პერიოდში მათ შეუძლიათ იფიქრონ რა ისწავლეს და ახლიდან დაგეგმონ შემდეგი მოქმედება.

ექთნის როლი ჯანმრთელობის სტიმულირებაში

ინდივიდები და საზოგადოება, რომელიც ეძებს პასუხისმგებლობის გაზრდას პიროვნულ ჯანმრთელობაზე, ითხოვს განათლებას ამ საკითხებზე. ჯანმრთელობის წახალისებისთვის მრავალფეროვანი პროგრამები გამოიყენება: ა) ინფორმაციის გავრცელება, ბ) რისკების შემცირება და სიჯანსაღის შეფასება, გ) ცხოვრების სტილისა და ქცევის შეცვლა დ) და გარემოს კონტროლი.

ინფორმაციის გავრცელების ძირითადი ტიპია ჯანმრთელობის ხელშემწყობი პროგრამები. ამ მეთოდის გამოყენების მრავალი საშუალება არსებობს, პირველ რიგში მედია, ბილბორდები, პოსტერები, ბროშურები და წიგნები. ცოდნის გასაღრმავებლად ინფორმაციის ასეთი ფორმით გავრცელება საკმაოდ მნიშვნელოვანი სტრატეგიაა. როცა იგეგმება ინფორმაციის გავრცელება, მნიშვნელოვანია, პროფესიონალებმა გაითვალისწინონ ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა კულტურა და სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფები. ეფექტურობის გაზრდის საუკეთესო საშუალებაა ადგილისა და მეთოდის არჩევა. მაგალითად, ადამიანთა ისეთი ჯგუფი, რომელთაც ძლიერი მიჯაჭვულობა აქვთ ეკლესიასთან, საუკეთესო ადგილი სოციალური აქტივობებისთვის იქნება ეკლესიის მიმდებარე ტერიტორია.

რისკებისა და ჯანმრთელობის განსაზღვრის პროგრამები უხსნის პიროვნებებს რისკ-ფაქტორებს, რომელიც თან ახლავს მათ ყოველდღიურ ცხოვრებაში, რათა შეძლონ ამ რისკების შემცირება და განავითარონ ჯანმრთელობისთვის პოზიტიური ჩვევები. ცხოვრების სტილისა და აქტივობების შეცვლის პროგრამები მოითხოვს ინდივიდების ჩართვას და მიმართულია ცხოვრების დონის გაუმჯობესებისკენ. ადამიანები ძირითადად მა-

შინ ცვლიან ცხოვრების სტილს, როცა იგებენ ცვლილების საჭიროებებს და ამ პროცესის დადებით სარგებელს. ბევრი პროგრამაა ხელმისაწვდომი როგორც ჯგუფებისთვის, ისე ინდივიდებისთვის, რომელიც ემსახურება სტრესის მართვას, ჯანსაღი კვების ხელშეწყობას, წონის კონტროლს, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტას და ვარჯიშს.

გარემოს კონტროლის პროგრამები განვითარდა გარემოში ჯანმრთელობისთვის მავნე ნივთიერებების უწყვეტი ზრდის საპასუხოდ, რაც მომავალში გავლენას მოახდენს მომდევნო რამდენიმე თაობის ჯანმრთელობაზე (იხ. ჩანართი 12-3).

ჩანართი 12-3 ექთნის როლი ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში

- ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და დამოკიდებულების მოდელირება;
- ხელი შეუწყოს პაციენტს მიზნების განსაზღვრაში, შეფასებაში და განხორციელებაში;
- ასწავლოს პაციენტებს საკუთარ თავზე ზრუნვა, რომელიც მოიცავს შესაბამის ფიზიკურ აქტივობას, კვების სტატუსის გაუმჯობესებას, სტრესის მართვას და პირადი ურთიერთობების გაღრმავებას;
- დაეხმაროს პიროვნებებს, ოჯახებს, ჯგუფებს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში;
- ასწავლოს პაციენტებს, რათა იყვნენ ჯანდაცვის სერვისების ეფექტური მომხმარებლები;
- დაეხმაროს პაციენტებს განავითარონ და აირჩიონ ჯანმრთელობის წამახალისებელი აქტივობები;
- გაუწიონ ხელმძღვანელობა, პრობლემის ეფექტურად გადასაჭრელად, შესაბამისი გადანაცვლებების მიღებაში;
- გააძლიერონ პიროვნული და ოჯახური წამახალისებელი ქცევები;
- მოითხოვონ საზოგადოებრივი ცვლილებები, რომელიც ხელს შეუწყობს ჯანმრთელი გარემოს შექმნას.

ექთნის მუშაობის პროცესი და ჯანმრთელობის სტიმულირება

ინდივიდების ჯანმრთელობის სრული ხელშეწყობა ჯანმრთელობის სტიმულირებაა.

საექთნო მართვა

განსაზღვრა

შეფასების კომპონენტებს წარმოადგენს: ჯანმრთელობის ისტორია, ფიზიკური შეფასება, ფიზიკური სიჯანსაღის განსაზღვრა, ცხოვრების სტილის შეფასება, სულიერი ჯანმრთელობის განსაზღვრა, სოციალური მხარდაჭერის სისტემათა მიმოხილვა, ჯანმრთელობის რისკების შეფასება, „ჯანმრთელობის შესახებ რწმენა“ და ცხოვრებისეული სტრესის მიმოხილვა.

ჯანმრთელობის ისტორია და ფიზიკური შეფასება

მონაცემების შეგროვების დროს მნიშვნელოვანია პაციენტის ასაკი. მაგალითად, უსაფრთხო გარემოს განსაზღვრა და ჩატარებული იმუნიზაციის ისტორია თანხვედრაში უნდა მოდიოდეს ადამიანის ასაკთან.

ფიზიკური სიჯანსაღის განსაზღვრა

ფიზიკური სიჯანსაღის შეფასებისას, ექთანი აფასებს სხეულის ფუნქციონირების რამდენიმე კომპონენტს: კუნთების სიმტკიცე, მოქნილობა, სხეულის სტრუქტურა, კარდიო-პულმონური სიმტკიცე. ცხრილში 12-3 მოცემულია ფიზიკური სიჯანსაღის მაჩვენებლები

ცხრილი 12-3 ფიზიკური აქტივობის ფასეულობები

ტესტი	ასაკი	სასურველი გამოსავალი	არასასურველი გამოსავალი
ფიზიკური აქტივობა, რომელიც მოიცავს მუცლის კუნთების გაძლიერებას სპეციალური ვარჯიშებით	36-45	კაცები: 42 ან მეტი ქალები: 39 ან მეტი	21 ან ნაკლები 12 ან ნაკლები
	46 ზემოთ	კაცები: 38 ან მეტი ქალები: 24 ან მეტი	18 ან ნაკლები 11 ან ნაკლები
ფიზიკური აქტივობა, რომელიც მოიცავს სხეულის კუნთების მაქსიმალურ დატვირთვას		კაცები: 11-15 ქალები: 12-16	<15 სმ <10 სმ
კანის ნაოჭი		კაცები: 21მმ ქალები: 30 მმ	
ნაბიჯების ტესტი		კაცები: პულსი 124 ქალები: პულსი140 (95% სისწორე)	კაცები: პულსი178 ქალები: პულსი184 10% სისწორე
წყარო: From Health Promotion in Nursing Practice, 6th ed. (pp. 94-98) by N. J. Pender, C. L. Murdaugh, and M. A. Parsons, 2011. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Reprinted with permission			

ცხოვრების სტილის განსაზღვრა

ცხოვრების სტილის განსაზღვრისას ყურადღების გამახვილება ხდება პიროვნების ცხოვრების სტილზე და ჩვევებზე, რომელიც გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე. ძირითადი კატეგორიებია: ფიზიკური აქტივობა, კვების პრაქტიკა, სტრესის მართვა და ისეთი ჩვევები, როგორიცაა თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება. ცხოვრების სტილის მიზნების შესაფასებელი საშუალებები უზრუნველყოფს შემდეგს:

1. პაციენტების შესაძლებლობა, შეაფასონ თავიანთი მიმდინარე ცხოვრების სტილის გავლენა ჯანმრთელობაზე.
2. გადანყვეტილება, რომელიც დაკავშირებულია სასურველი ქცევისა და ცხოვრების სტილის შეცვლის გადანყვეტილებასთან.

სულიერი ჯანმრთელობის განსაზღვრა

სულიერ რწმენას ადამიანის ცხოვრებაში შეუძლია გავლენა მოახდინოს მოვლენების ინტერპრეტირებაზე. სულიერი ჯანმრთელობა არის უნარი, განავითაროს შინაგანი ბუნება მის სრულყოფამდე, ასევე მოიცავს უნარს აღმოაჩინოს და დააკავშიროს ადამიანის ცხოვრების ძირითადი მიზნები: ისწავლოს როგორ განიცადოს და შეიგრძნოს სიყვარული, სიხარული, მშვიდობა და საკუთარი თავისა/სხვების დახმარება.

სოციალური მხარდაჭერის სისტემათა მიმოხილვა

სოციალური კონტექსტი, სადაც ადამიანი ცხოვრობს და მუშაობს, ძალიან მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის სტიმულირებისთვის. ინდივიდები და ჯგუფები, ინტერპერსონალური ურთიერთობების გავლით, ერთმანეთს უზრუნველყოფენ კომფორტით, დახმარებით, გამხმევებითა და ინფორმაციით. სოციალური სისტემები ხელს უწყობს ისეთი გარემოს შეიქმნას, რომელიც წაახალისებს ჯანმრთელ ქცევას. გარემო, რომელიც წაახალისებს ჯანმრთელ ქცევას, ამაღლებს თვითშეფასებას და უზრუნველყოფს უკუკავშირით, რაც სასურველი შედეგების გარანტი იქნება.

ჯანმრთელობის რისკების შეფასება

ჯანმრთელობის რისკების შეფასება წარმოადგენს საგანმანათლებლო ინსტრუმენტს, რომელიც პაციენტის ასაკის, სქესისა და რასობრივი ჯგუფის გათვალისწინებით, მომდევნო ათი წლის განმავლობაში, დაავადებისა და სიკვდილის განვითარების რისკის შესაძლებლობებს ადგენს. ინდივიდუალური რისკების ჩანაწერები დაფუძნებულია სტატისტიკაზე, რომელიც ტარდება მოსახლეობის ჯგუფებში.

ჯანმრთელობის რისკების შეფასებისთვის დღესდღეობით მრავალი საშუალებაა ხელმისაწვდომი, ექთნები გამოავლენენ რისკ-ფაქტორებს, რის შემდეგაც გეგმავენ ჩარევას, რომლის მიზანიც არის შეამციროს ავადმყოფობის განვითარების რისკი და ავადმყოფის უუნარობა.

ჯანმრთელობის შენარჩუნების რწმენის მიმოხილვა

საკუთარი თავის კონტროლი არის მნიშვნელოვანი საზომი, რომელიც გამოიყენება იმის გასარკვევად, თუ რომელ პაციენტებს სურთ ქცევის ცვლილება. აღნიშნულის შესაფასებლად რამდენიმე ინსტრუმენტი ხელმისაწვდომი, რომლის საშუალებითაც ხდება ადამიანის ჯანმრთელობის რწმენის საზომის განსაზღვრა. ამ განსაზღვრებით ექთანს შეუძლია შეამოწმოს, თუ რამდენად სჯერათ პაციენტებს თავიანთი ქცევით საკუთარი ჯანმრთელობის შეცვლისა. ზოგიერთი კულტურის ხალხს სწამს ბედისწერის. ასეთ დროს ექთანი უძლურია, დაარწმუნოს პაციენტი შეცვალოს ცხოვრების წესი ან გაუზარდოს მოტივაცია ჯანმრთელობისთვის საჭირო ცვლილებების გასატარებლად. ამ ფაქტორების ცოდნა დაეხმარება ექთანს მზად იყოს, რათა პაციენტი ჩართოს ჯანმრთელობის ხელშემწყობ აქტივობებში. განვიხილოთ ეს ფაქტორები.

ასაკობრივი თავისებურებები ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები და ავადმყოფობის პრევენცია

ბავშვი

სიმსუქნე ბავშვებში დღესდღეობით სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. მონაცემები აჩვენებს, რომ 11% 2-5 წლამდე ბავშვები, 15,1% 6-დან 11წლამდე ბავშვები და 17,8% 12-დან 19 წლამდე ბავშვები ჭარბ წონიანები არიან.

მართალია სიმსუქნის გამომწვევი მიზეზები და სათანადო მენეჯმენტი ინდივიდუალურია თითოეულ ბავშვში, მაგრამ ყველა შემთხვევაში ჯანმრთელი კვება და ადეკვატური აქტივობა აყალიბებს საფუძველს სწორი ზრდისთვის. პასუხიმგებლობა ბავშვის ჯანმრთელი საკვებით უზრუნველყოფაზე და ჯანსაღი გარემოს შენარჩუნებაზე ეკისრებათ მშობლებსა და აღმზრდელებს.

თითოეულ ოჯახში არსებული მოზრდილის ჯანსაღი ცხოვრების სტილი უნდა გახდეს მისაბაძი ამ ოჯახში მცხოვრები ბავშვისთვის.

მოზრდილი

ზრდასრულ ასაკში მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის სტიმულირება და პრევენცია, მაგრამ განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს სწავლებაზე, თუ როგორ მოახერხონ ცვლილებების განხორციელება ცხოვრების ასამაღლებლად და ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად, რომლის მიღწევაშიც მნიშვნელოვანია:

- ზედმეტი ფიზიკური დატვირთვის შეზღუდვა;
- ერთი ან მეტი ქრონიკული დაავადებების არსებობა;
- კოგნიტური სტატუსის ცვლილება;
- ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების მიღების სირთულე ტრანსპორტირებასთან მიმართებით;
- მხარდამჭერი სისტემების სისუსტე;
- გარემოს შეცვლის საჭიროება უსაფრთხოებისა და დამოუკიდებლობის შესანარჩუნებლად;
- უიმედობა და დეპრესია, რომელიც ამცირებს მოტივაციას ახალ ინფორმაციის მისაღებად.

ცხოვრების სტრესის მიმოხილვა

იმაზე, თუ როგორ ახდენს სტრესი გავლენას მენტალურად და ფიზიკურად ადამიანის სიჯანსაღეზე, უამრავი ლიტერატურა არსებობს. მაგალითად, ჰოლმსმა განავითარა ცხოვრების შეცვლის ინდექსი, საშუალება, რომელიც განსაზღვრავს ცხოვრების მრავალრიცხოვან ფასეულობებს (ჩანართი 12-4).

ჩანართი 12-4 ცხოვრების ცვლილებების ინდექსი

მოვლენა	ქულა
მეუღლის სიკვდილი	100
განქორწინება	73
განცალკევება	65
დაპატიმრება	63
ახლობლის სიკვდილი	63
სხეულის დაზიანება ან ავადმყოფობა	53
ქორწინება	50
ხანძარი სამუშაო ადგილზე	47
შერიგება მეუღლესთან	45
პენსიაზე გასვლა	45
ოჯახის წევრის ჯანმრთელობის ცვლილება	44
ფეხმძიმობა	40
პრობლემები სქესობრივ ცხოვრებაში	39
ახალი წევრის შეძენა	39
ბიზნესთან შეწყობა	39
ფინანსური მდგომარეობის ცვლილება	38
ახლო მეგობრის სიკვდილი	37

სამუშაო ხაზის შეცვლა	36
გირაო 20000\$ ზემოთ	31
სესხი	30
პასუხისმგებლობის ცვლილება სამსახურში	29
შვილის წასვლა	29
კანონთან პრობლემა	29
მიღწევები	28
მეუღლე იწყებს/წყვეტს მუშაობას	26
სკოლის დაწყება	26
საცხოვრებელი გარემოს შეცვლა	25
ადამიანის ჩვევების გადახედვა	24
ხელმძღვანელთან პრობლემა	23
სამუშაო საათების ცვლილება	20
საცხოვრებლის შეცვლა	20
სკოლის შეცვლა	20
ცვლილებები დასვენების პროცესში	19
საეკლესიო საქმიანობაში ცვლილებები	19
სოც. აქტივობებში შეცვლა	19
გირაო ან სესხი <20,000\$	17
ძილის ჩვევების შეცვლა	16
ოჯახის წევრების რაოდენობის გაზრდა	15
კვებითი ქცევის შეცვლა	15
დასვენება	13
შობა	11
კანონის მცირე დარღვევა	11

ჩანართი 12-5 შედეგების ინტერპრეტირება

ცხოვრების შეცვლა	უახლოეს მომავალში ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება
300+	80%
150-299	50%
150-ზე ნაკლები	30%

წყარო: Reprinted from "Social Readjustment Rating Scale," by T. H. Holmes and T. H. Rahe, 1967, Journal of Psychosomatic Research, 11(8), p. 213, with permission from Elsevier

განმსაზღვრელი მონაცემების დადასტურება ვალიდაცია

განმსაზღვრელი მონაცემების მიხედვით, ექთანს და პაციენტს სჭირდებათ მიმოიხილონ, დაადასტურონ და შეაჯამონ ინფორმაცია. ამას ისინი ერთად აკეთებენ. ამ პროცესის დროს ექთანი სიტყვიერად მიმოიხილავს არსებულ პრაქტიკას და პაციენტის და-

მოკიდებულებებს, რაც საშუალებას იძლევა პაციენტმა კიდევ ერთხელ გადაამოწმოს ინფორმაცია და გაიაზროს ცნობიერების შეცვლის აუცილებლობა.

მათ უნდა განსაზღვრონ შემდეგი:

- ნებისმიერი არსებული ჯანმრთელობის პრობლემა.
- პაციენტის მიერ აღქმული კონტროლის ხარისხი ჯანმრთელობის სტატუსზე.
- ფიზიკური აქტივობის და კვების სტატუსის დონე.
- დაავადებები, რის გამოც პაციენტი რისკის ქვეშ იმყოფება.
- სულიერება.
- რესურსები და უნარი სტრესის სამართავად.
- სოციალური მხარდაჭერის სისტემები.
- ინფორმაცია ჯანმრთელობის დაცვის გასაღრმავებლად.
- პაციენტის ძალა.

საექთნო დიაგნოზი

საექთნო დიაგნოზი ძირითადად ფოკუსირდება დარღვეული ჯანმრთელობის პრობლემებზე. სიჯანსაღის დიაგნოზები შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას პრევენციის ყველა დონეზე, მაგრამ განსაკუთრებით გამოყენებადია ჯანმრთელი პაციენტებისთვის, რომლებიც საჭიროებენ სწავლებას ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, დაავადების პრევენციას და თვითშეგნების ამაღლებას აღნიშნული მიმართულებით. როდესაც ექთანი და პაციენტი თანხმდებიან, რომ პაციენტს აქვს დადებითი შედეგი გარკვეულ საკითხებში, როგორიცაა სათანადო კვება და პრობლემების ეფექტურად დაძლევა, მაშინ ექთანს შეუძლია გამოიყენოს ეს ინფორმაცია და დაეხმაროს პაციენტს, მიაღწიოს ფუნქციონირების უფრო მაღალ დონეს. სიჯანსაღის დიაგნოზირება უზრუნველყოფს ფოკუსირებას ინტერვენციის დაგეგმვაზე პრობლემის არსებობის მითითების გარეშე.

დაგეგმვა

გეგმა უნდა განვითარდეს პაციენტის საჭიროებების, სურვილებისა და პრიორიტეტების მიხედვით. პაციენტი ისახავს მიზნებს, აქტივობებს და ინტერვენციას იმისთვის, რომ მიაღწიოს ამ მიზნებს. დაგეგმვის პროცესში ექთანი მოქმედებს, როგორც მრჩეველი ან კონსულტანტი.

დაგეგმვის ნაბიჯები

ჯანმრთელობის სტიმულირებისას ან პრევენციის დაგეგმვისას საჭიროა განისაზღვროს შემდეგი:

- 1. მონაცემების მიმოხილვა** – ექთანი უზიარებს პაციენტს სხვადასხვა შეფასებებიდან მიღებულ მონაცემებს;
- 2. პაციენტის ძალისა და კომპეტენციების გამყარება** – ექთანი და პაციენტი აღწევენ კონსესუსს იმ საკითხებზე, სადაც პაციენტი კარგად გრძნობს თავს ან სად სჭირდება კიდევ მეტი განვითარება;

- 3. მიზნების იდენტიფიკაცია და მასან დაკავშირებული ქცევები** – პაციენტი ირჩევს ორ ან სამ პრიორიტეტულ მიზანს და მიმოიხილავს ქცევის ცვლილების რამდენიმე პარამეტრს;
- 4. ქცევის იდენტიფიცირება და ჯანმრთელობის შედეგები** – არჩეული მიზნებისთვის ექთანი და პაციენტი განსაზღვრავს განსაკუთრებულ ქცევით ცვლილებებს, რომელიც საჭიროა სასურველი შედეგების მისაღწევად. მაგ., კარდიო ვასკულარული დაავადების განვითარების რისკი შემცირება თუ პაციენტი თავს დაანებებს თამბაქოს მოხმარებას, დაიკლეს წონაში და დაიწყებს სწორ ფიზიკურ აქტივობას;
- 5. ქცევის შეცვლის გეგმის განვითარება** – ცვლილების კონსტრუქციული გეგმა დაფუძნებულია ქცევითი ცვლილებების მესაკუთრეობაზე, რაც ყოველდღიურ ცხოვრებაში მიმდინარეობს;
- 6. ცვლილების სარგებლიანობის დადასტურება** – პოზიტიური სარგებელს ჭირდება დადასტურება როგორც ექთნის ასევე პაციენტის მხრიდან მიუხედავად იმისა რომ პაციენტი მიისწრაფვის ცვლილებებისკენ;
- 7. გარემოებრივი, ინტერპერსონალური შუამავლის და ბარიერების მოძიება ცვლილებებისათვის** – გარემო და ინტერპერსონალური ფაქტორები, რომელიც ეხმარება პოზიტიურ ცვლილებებს, გამოყენებულ უნდა იქნას პაციენტის ძალისხმევის განსამტკიცებლად;
- 8. იმპლემენტაციისათვის საჭირო დროის განსაზღვრა** – შესაფერისი განათლებისა და უნარების განვითარებისთვის საჭირო კონკრეტული ვადების დადგენა, ახალი ქცევების განვითარებამდე. ეს ვადა შესაძლებელია გაგრძელდეს რამდენიმე კვირის ან თვის მანძილზე. მოკლევადიანი მიზნები შეიძლება გახდეს წახალისება გრძელვადიანი მიზნებისთვის. პაციენტებს შეიძლება დასჭირდეთ დახმარება, რომ იყვნენ რეალისტები და შეეძლოთ დროსთან გამკლავება;
- 9. ქცევის ცვლილების გეგმის სავალდებულო ფორმირება** – ვალდებულებები ჩვეულებრივ უნდა იყოს სიტყვიერი.

ფორმალური, წერილობითი კონტრაქტი გამოიყენება მოტივაციის ასამაღლებლად, კონტრაქტი ეფუძნება რწმენას, რომ ყველა ადამიანს აქვს გაზრდისა და თვითშემეცნების განვითარების პოტენციალი, მაშინაც კი, როდესაც მათი არჩევანი განსხვავებულია ნორმისგან.

იმპლემენტაცია

გეგმის შესრულებაში პაციენტის პასუხისმგებლობა ხაზგასასმელია. იმის მიხედვით თუ რა სჭირდება მას, ექთნის ინტერვენცია შეიძლება მოიცავდეს მხარდაჭერას, კონსულტაციას, სწავლებას, მოდელირებას და ქცევის ცვლილების გაღრმავებას. ექთნის მთავარი ფუნქციაა პაციენტის მხარდაჭერა. ცხოვრების სტილის შეცვლის სასიცოცხლო მნიშვნელობის კომპონენტია მუდმივი მხარდაჭერა. კონსულტაციები შეიძლება იქცეს გეგმის ნაწილად. კონსულტაციის დროს ექთანი და პაციენტი უზიარებენ იდეებს, ამ დროს ექთანი წარმოადგენს შუამავალს. სოციალურმა გარემომ, როგორიცაა ოჯახი და მეგობრები,

შეიძლება შეამსუბუქოს ძალისხმევა, რომელიც მიმართულია ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ. ექთნის როლი მდგომარეობს იმაში, რომ პაციენტს დაეხმაროს სოციალური მხარდაჭერის განსაზღვრაში, მოდიფიცირებასა და განვითარებაში. ამისათვის ოჯახები მჭიდროდ უნდა დაუკავშირდნენ ერთმანეთს, გაიგონ მიზნები, საჭიროებები და ერთმანეთს დახმარების ხელი გაუწოდონ. იმისათვის რომ პაციენტმა წარმატებით შეცვალოს ქცევა, ექთანი ვალდებულია გაარკვიოს ცვლილების ეტაპები და ეფექტური ინტერვენციის გზები, რომელიც ფოკუსირებას მოახდენს ინდივიდის პროგრესზე.

შეფასება

შეფასება ხდება მოკლევადიანი მიზნების მიღწევისა და ასევე ხანგრძლივი მიზნების დასრულების შემდეგ. მიზნები იწერება დაგეგმარების დროს და დრო განისაზღვრება განსაკუთრებული შედეგების ან ქცევების მისაღწევად. შეფასების დროს პაციენტი შეიძლება მიყვეს გეგმას, ან დაისახოს ახალი პრიორიტეტები, შეცვალოს სტრატეგიები, ან შეცვალოს ჯანმრთელობის პრევენციული კონტრაქტი. გეგმის შეფასება წარმოადგენს ექთნისა და პაციენტის ერთობლივ ძალისხმევას.

კრიტიკული აზროვნების ძირითადი ასპექტები

50 წლის პაციენტი ბატონი მ.რ.

აქვს პნევმონია და მკურნალობს ანტიბიოტიკით. იგი მოიხმარს ორ კოლოფ თამბაქოს დღის მანძილზე. პნევმონიის დიაგნოსტიკის შემდეგ მას აღელვებს აზრი, რომ მოუწევს თამბაქოს მოხმარებისგან თავის შეკავება. ის ამტკიცებს: "მე ყველაფერი ვცადე და არ გამომივიდა, მაქსიმუმ ერთი თვე გავუძელი." ის აღნიშნავს, რომ ჭარბ წონას ებრძვის და ყოველ დილით 30 წუთი ვარჯიშობს, რის შედეგადაც დაიკლო 13 კგ. მას აწუხებს აზრი რომ თუ მოწევას დაანებებს თავს ისევ მოიმატებს წონაში.

1. რა სახის ინფორმაცია/ცოდნა არის მნიშვნელოვანი ექთნისთვის რათა დახმარება აღმოუჩინოს პაციენტს ქცევის ცვლილებისთვის?
2. ექთნისა და პაციენტის თითოეული შეხვედრა უნდა ემსახუროდეს პაციენტის ჯანმრთელობის ხელშეწყობას. თქვენი ცოდნის გამოყენებით რა კითხვას დაუსვამდით ბატონ მ.რ.-ს?
3. ბატონი მ.რ. ცვლილების რომელ საფეხურზეა თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით? რა იქნება თქვენი სტრატეგია?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Hicks, M., McDermott, L. L., Rouhana, N., Schmidt, M., Seymour, M. W., & Sullivan T. (2008). Nurses' body size and public confidence in ability to provide health education. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 349–354. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00249.x
- Loman, D. G. (2008). Promoting physical activity in teen girls: Insight from focus groups. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33, 294–295. doi:10.1097/01.NMC.0000334896.91720.86
- Yap, T. L., & Davis, L. S. (2008). Physical activity: The science of health promotion through tailored messages. *Rehabilitation Nursing*, 33(2), 55–62.
- Abood, D. A., Black, D. R., & Coster, D. C. (2008). Evaluation of a school-based teen obesity prevention minimal intervention. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40, 168–174. doi:10.1016/j.jneb.2007.02.009
- Blanck, H. M., Yaroch, A. L., Atienza, A. A., Yi, S. L., Zhang, J., & Masse, L. C. (2009). Factors influencing lunchtime food choices among working Americans. *Health Education & Behavior*, 36, 289–301. doi:10.1177/1090198107303308
- Epton, T., & Harris, P. R. (2008). Self-affirmation promotes health behavior change. *Health Psychology*, 27(6), 746–752. doi:10.1037/0278-6133.27.6.746
- Lee, C. J. (2009). A comparison of health promotion behaviors in rural and urban community-dwelling spousal caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(5), 34–40.
- Satia, J. A., Walsh, J. F., & Pruthi, R. S. (2009). Health behavior changes in white and African American prostate cancer survivors. *Cancer Nursing*, 32, 107–117. doi:10.1097/NCC.0b013e3181982d4c
- Shin, K. R., Kang, Y., Park, H. J., Cho, M. O., & Heitkemper, M. (2008). Testing and developing the health promotion model in low-income Korean elderly women. *Nursing Science Quarterly*, 21, 173–178. doi:10.1177/0894318408314698
- Yap, T. L., Hemmings, A., & Davis, L. S. (2009). The systematic development of a tailored e-mail intervention for health behavior change toward increasing intentional physical activity. *Western Journal of Nursing Research*, 31, 330–346. doi:10.1177/0193945908326388
- Cannon, W. B. (1939). *The wisdom of the body* (2nd ed.). New York, NY: Norton.
- Chambers, D., & Thompson, S. (2008). Empowerment and its application in health promotion in acute care settings: Nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 130–138. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04851.x
- Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2010). *Health promotion throughout the lifespan* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Holmes, T. H., & Rahe, T. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Kalish, R. A. (1983). *The psychology of human behavior* (5th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in the community* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York, NY: Harper & Row.
- NANDA International. (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2009–2011*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York, NY: Avon Books/Harper Collins.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2009). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 97–121). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change. A guide for practitioners*. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- Singer, E. A. (2007). The transtheoretical model and primary care: “The times they are a changin.” *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 11–14. doi:10.1111/j.1745-7599.2006.00189.x
- U. S. Department of Health & Human Services [USDHHS]. (2009a). *Developing healthy people 2020: 2009 draft objectives*. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/HP2020/objectives/files/Draft2009Objectives.pdf>
- U. S. Department of Health & Human Services [USDHHS]. (2009b). *Health, United States, 2009*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus09.pdf#067>
- Anspaugh, D. J., Hamrick, M. H., & Rosato, F. D. (2009). *Wellness concepts and applications* (7th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill Higher Education.
- Denehy, J. (2008). Role models for healthy lifestyles revisited. *Journal of School Nursing*, 24, 1–2. doi:10.1177/10598405080240010101
- Piper, S. (2008). Promoting health. *Emergency Nurse*, 16(8), 12–14.
- Recine, A. C., Werner, J. S., & Recine, L. (2009). Health promotion through forgiveness intervention. *Journal of Holistic Nursing*, 27, 115–123. doi:10.1177/0898010108327214
- Ryan, P. (2009). Integrated theory of health behavior change: Background and intervention development. *Clinical Nurse Specialist*, 23, 161–170. doi:10.1097/NUR.0b013e3181a42373

- Shaw, C. (2009). Child health promotion: Sun safety Jake. *Journal of Community Nursing*, 23(3), 4–8.
- Silcox, S. (2009). Health promotion international evidence review. *Occupational Health*, 61(6), 31–32.
- Whitehead, D. (2009). Reconciling the differences between health promotion in nursing and 'general' health promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 865–874. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.12.014

თაზი 13

ჯანმრთელობა, ჯანსაღი ცხოვრება და ავადმყოფობა

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. განსაზღვროთ რამდენად ახდენს გავლენას პაციენტის ჯანმრთელობაზე წარმოდგენები მის სიჯანსაღეზე;
2. აღწეროთ სიჯანსაღის ხუთი კომპონენტი;
3. ჯანმრთელობის განსაზღვრების სხვადასხვა მოდელის შეფასებას;
4. ჯანმრთელობის მდგომარეობის სტატუსის ვარიანტების პრაქტიკაში იდენტიფიცირებას;
5. აღწეროთ ჯანმრთელობის დაცვაზე მოქმედი ფაქტორები;
6. განასხვავოთ ავადმყოფობა დაავადებისგან, მწვავე დაავადება ქრონიკული დაავადებისგან;
7. შეაფასოთ დაავადების ასპექტები პარსონის მიხედვით;
8. აღწეროთ სუჩმანის დაავადების სტადიები;
9. აღწეროთ დაავადების ეფექტი როგორც პაციენტზე ისე მისი ოჯახის წევრებზე.

ექთნის დამოკიდებულება ჯანმრთელობისა და ჯანსაღი ცხოვრების მიმართ დიდწილად განსაზღვრავს საექთნო პრაქტიკის ბუნებასა და მასშტაბებს. წლების განმავლობაში, დაავადება იყო კრიტერიუმი, რითიც იზომებოდა ჯანმრთელობა. მე-19 საუკუნის ბოლოს პროფესიონალების მთავარი ინტერესი დაავადების (პათოლოგიური პროცესი) გამომწვევი მიზეზები იყო. მე-20 საუკუნეში ყურადღების ფოკუსირება მოხდა განკურნების გზებზე. ამჟამად, ჯანმრთელობის სამსახურში მყოფი ადამიანები მიზნად ისახავენ ჯანმრთელობის სტიმულირებას ინდივიდუალურად, ოჯახებში და საზოგადოებაში.

ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის კონცეფცია

ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას მრავალი განსაზღვრება და ინტერპრეტაცია აქვს. ექთანი უნდა იცნობდეს ამ კონცეფციის ყველაზე გავრცელებულ ასპექტებს და განსაზღვროს მათი გამოყენების სპეციფიკა თითოეულ პაციენტთან.

ჯანმრთელობა

ტრადიციულად, ჯანმრთელობა განისაზღვრებოდა დაავადების არსებობით ან არარსებობით. ფლორენს ნაიტინგეილმა დაახასიათა ჯანმრთელობა, როგორც კარგად ყოფნის მდგომარეობა და ადამიანის მიერ მთელი ძალების გამოყენება მისი სრული გაფართოებისთვის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ჯანმრთელობას განიხილავს უფრო პოლისტიკური ხედვით. მისი კონსტიტუცია ახასიათებს ჯანმრთელობას, როგორც „ფიზიკური, მენ-

ტალური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობას და არა უბრალოდ დაავადების არარსებობას“. ეს განსაზღვრება გამოხატავს ადამიანს, სრულად მოფუნქციონირებს ფიზიკურად, ფსიქოლოგიურად და სოციალურად. მენტალური პროცესები განსაზღვრავს ხალხის ურთიერთობას ფიზიკურ და სოციალურ გარემოსთან, მათ დამოკიდებულებას ცხოვრების მიმართ და ინტერაქციას სხვებთან. ადამიანების ცხოვრებაზე და მით უმეტეს ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს ყველაფერი, არა მარტო გარემო, არამედ ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა კლიმატი, საკვები, თავშესაფარი, სუფთა ჰაერი, წყალი და ადამიანები, მათ შორის, ოჯახი, შეყვარებულები, მეგობრები, თანამშრომლები და ა.შ.

1980 წელს, ამერიკის ექთნების ასოციაციამ განსაზღვრა ჯანმრთელობა სოციალურ კონტექსტში, როგორც „აქტიური მდგომარეობა, როცა ინდივიდის განმავითარებელი და ქცევითი პოტენციალი რეალიზდება მაქსიმალური მოცულობით“. ამ განმარტებაში, ჯანმრთელობა არის ოპტიმალური ფუნქციონირებისკენ ლტოლვა. 2004 წელს, ამერიკის ექთნების ასოციაციამ ასევე განაცხადა, რომ ჯანმრთელობა იყო „გამოცდილება, რომელიც ხშირად გამოიხატება კარგად ყოფნითა და ავადმყოფობით“.

ჯანმრთელობის პერსონალური განსაზღვრება

ჯანმრთელობის ცნება არის ყოველმხრივ ინდივიდუალური. განვიხილოთ შემდეგი მაგალითები: ადამიანებმა შეიძლება თქვან, რომ ჯანმრთელები არიან, მაშინ როცა მათ აქვთ შემდეგი ფიზიკური დარღვევები:

- 15 წლის ახალგაზრდა, რომელსაც აქვს დიაბეტი და ყოველ დილით იკეთებს ინსულინის ნემსს. იგი ამავდროულად თამაშობს სკოლის ფეხბურთის გუნდში და არის მაღალრეიტინგული სკოლის გაზეთის რედაქტორი;
- 32 წლის მამაკაცი, პარალიზებულია წელს ქვემოთ და სჭირდება ეტლი გადაადგილებისთვის. იგი სწავლობს ბუღალტერიის კურსებს კოლეჯში და იყენებს მისთვის სპეციალური დიზაინით შექმნილ ავტომობილს ტრანსპორტირებისთვის;
- 72 წლის ქალი იღებს ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს სისხლის წნევის დასარეგულირებლად. იგი დაკავებულია ხელნაკეთი ნივთების დამზადებით, ადგილობრივი ქველმოქმედებისთვის და მოგზაურობს წელიწადში 2 თვე.
- ბევრი ადამიანი განსაზღვრავს და აღწერს ჯანმრთელობას შემდეგნაირად:
- ადამიანი შეძლებისდაგვარად იყოს გათავისუფლებული დაავადებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებისგან და ტკივილებისგან;
- იყოს აქტიური და შეეძლოს გააკეთოს, რაც სურს.
- დროის უმეტესი ნაწილი იყოს კარგ განწყობაზე.

ეს მახასიათებლები მიუთითებს იმაზე, რომ ჯანმრთელობა არ მიიღწევა უცებ, დროის გარკვეულ მომენტში. ის არის მიმდინარე, ხანგრძლივი პროცესი, „ცხოვრების გზა“, რომლის დროსაც ადამიანი ავითარებს სხეულის, ტვინისა და გრძნობების ყველა ასპექტს და მოჰყავს ჰარმონიაში. (სურათი 13-1). ბევრი ფაქტორი ახდენს გავლენას ჯანმრთელობის ინდივიდუალურ განსაზღვრებაზე. განსაზღვრებები განსხვავდება ადამიანე-

ბის გამოცდილების, მოლოდინების, ასაკისა და სოციოკულტურული ზემოქმედების მიხედვით. ექთნებმა უნდა იცოდნენ თავიანთი ჯანმრთელობის პიროვნული განსაზღვრება და ასევე დააფასონ სხვა ადამიანების ინდივიდუალური განსაზღვრებები. როდესაც ექთნებს ეცოდინებათ პაციენტების აღქმადობა ჯანმრთელობაზე და ავადმყოფობაზე, მათ შეეძლებათ გაუწიონ უფრო მეტი დახმარება პაციენტებს, შეინარჩუნონ, მოიპოვონ და მიაღწიონ ჯანმრთელობის მდგომარეობას.



სურათი 13-1 შესრულებული სამუშაოს შემდეგ დაუფლებული კმაყოფილების შეგრძნება

თვითზრუნვის განგაში

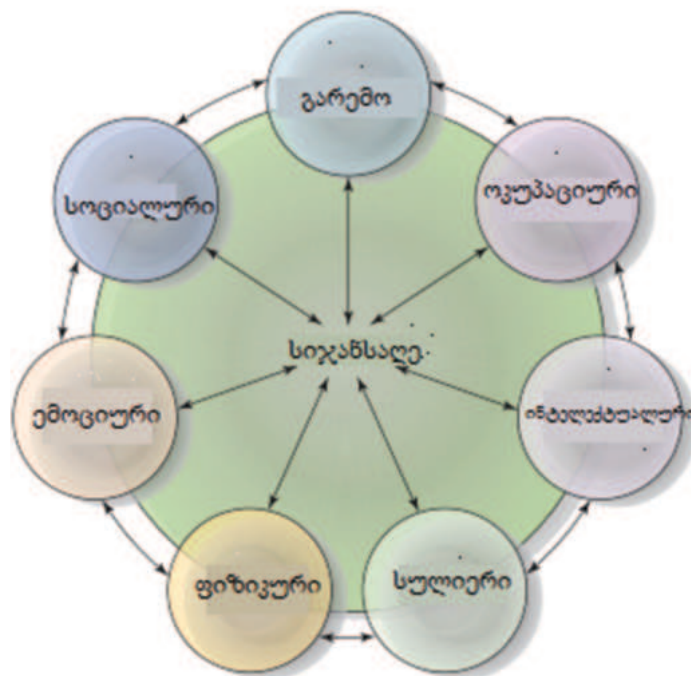
ექთნებს შეუძლიათ დაუსვან შემდეგი კითხვები, რათა გააფართოვონ ჯანმრთელობის თავიანთი განსაზღვრება, რა შემთხვევაშია:

- ადამიანი უფრო მეტი, ვიდრე ბიოფიზიოლოგიური სისტემა?
- ჯანმრთელობა უფრო მეტი, ვიდრე დაავადების სიმპტომების არარსებობა?
- ჯანმრთელობა პიროვნების უნარი, რათა შეასრულოს სამუშაო?
- ჯანმრთელობა ადამიანის უნარი, ადაპტაცია განიცადოს გარემოსთან?
- ჯანმრთელობა ადამიანის რეალიზების მდგომარეობა?
- ჯანმრთელობა მდგომარეობა თუ პროცესი?
- ჯანმრთელობა თვითზრუნვის აქტივობების ეფექტური ფუნქციონირება?
- ჯანმრთელობა სტატიკური თუ ცვალებადი?
- ჯანმრთელობა და კარგად ყოფნა ერთი და იგივე?
- დაავადება და ავადმყოფობა განსხვავებული ერთმანეთისგან?
- ჯანმრთელობის დონეები?
- სიჯანსაღე, ჯანმრთელობა და ავადმყოფობა განცალკევებული ცნებები თუ მჭიდროდ არის ერთმანეთთან დაკავშირებული?

- ჯანმრთელობა სოციალურად განსაზღვრული?
- შენ მიერ აღრიცხული შენი ჯანმრთელობა და რატომ?

სიჯანსაღე და კეთილდღეობა

სიჯანსაღე არის კეთილდღეობის გამოძახილი. სიჯანსაღის ძირითადი ასპექტები მოიცავს: თვითპასუხისმგებლობას, საბოლოო მიზანს, დინამიურ, მზარდ პროცესს; კვების საკითხში ყოველდღიური გადაწყვეტილების მიღებას, სტრესის მართვას, ფიზიკურ აქტივობას, პრევენციული ჯანმრთელობის ზომებსა და ემოციურ ჯანმრთელობას. ანსპაუ, ჰემრიკი და რობატო გვთავაზობენ ოპტიმალური სიჯანსაღის შვიდ კომპონენტს: (სურათი 13-2).



სურათი 13-2 სიჯანსაღის შვიდი კომპონენტი

- **ფიზიკური** – ეს არის უნარი, გაუმკლავდეს ყოველდღიურ ამოცანებს, მიაღწიოს სიჯანსაღეს, შეინარჩუნოს ადეკვატური კვებითი რაციონი და სხეულის შესაფერისი ცხიმოვნება, თავიდან აირიდოს ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება და ძირითადად განავითაროს ცხოვრების პოზიტიური სტილის დამახასიათებელი ჩვევები.
- **სოციალური** – უნარი, ჰქონდეს წარმატებული ურთიერთობა ადამიანებთან და გარემოსთან, რომლის ნაწილიც არის თითოეული პიროვნება, განავითაროს და შეინარჩუნოს პატივისცემა და ტოლერანტობა მათ მიმართ, ვისაც განსხვავებული რწმენა და შეხედულებები აქვს.
- **ემოციური** – უნარი, მართო სტრესი და გამოხატო შესაფერისი ემოციები. ემოციური მდგრადობა მოიცავს უნარს, შეიცნოს, მიიღოს და გამოხატოს სხვათა გრძნობები.

- **ინტელექტუალური** – უნარი, ისწავლოს და გამოიყენოს ინფორმაცია ეფექტურად პერსონალური, საოჯახო და კარიერული განვითარებისთვის. ამ უნარს მიეკუთვნება ასევე სწრაფვა უწყვეტი ზრდისკენ და ახალი გამოწვევებისკენ.
- **სულიერი** – რწმენა ზოგიერთ ძალაში (ბუნება, მეცნიერება, რელიგია), რომელიც აერთიანებს ადამიანებს და აზიარებს ცხოვრების მნიშვნელობასა და მიზანს. ის მოიცავს ასევე ადამიანის მორალს, ღირებულებებსა და ეთიკას.
- **საქმიანობა** – უნარი, მიაღწიოს წონასწორობას მუშაობასა და თავისუფალ დროს შორის. პიროვნების მრწამსი განათლებაზე, დასაქმებაზე და პიროვნულ კმაყოფილებაზე და სხვებთან ურთიერთობაზე.
- **გარემოებრივი** – უნარი, რომ წაახალისოს ჯანმრთელობის შესახებ ღონისძიებები, რომელიც გააუმჯობესებს ცხოვრების სტანდარტს და ხარისხს საზოგადოებაში. ეს საკითხი მოიცავს საკვების, წყლისა და ჰაერის ზემოქმედებას.

ეს შვიდი კომპონენტი ერთმანეთზეა მიბმული და ერთი კომპონენტის ფაქტორები ხშირად პირდაპირ ახდენს გავლენას მეორე კომპონენტზე. მაგალითად, ადამიანი, რომელიც სწავლობს ყოველდღიურად სტრესის მართვას, ეს ფაქტორი დაეხმარება მას შეინარჩუნოს ემოციური ამტანობა კრიზისული პერიოდის დაძლევის დროს.

კარგად ყოფნა არის სიცოცხლის უნარიანობის სუბიექტური აღქმა. ის არის ჯანმრთელობის ერთ-ერთი კომპონენტი. ექთნებს სჭირდებათ გაარკვიონ თავიანთი მიდგომები შემდეგი მიზეზების გამო:

- ექთნების განსაზღვრება ჯანმრთელობაზე დიდად განსაზღვრავს მისი პრაქტიკის ბუნებას. მაგალითად, როცა ჯანმრთელობა განიხილება ვიწრო გაგებით, როგორც ფიზიოლოგიური ფუნქციონირება, ექთანი ცდილობს დაეხმაროს პაციენტს აღიდგინოს ნორმალური ფიზიოლოგიური ფუნქციონირება. ხოლო, როცა ჯანმრთელობა განიხილება უფრო ფართოდ, ექთნის პრაქტიკაც ვრცელდება შესაბამისად.
- ხალხის რწმენა გავლენას ახდენს თავიანთ ჯანმრთელობაზე. ექთნის ფასეულობები და პრაქტიკა შეიძლება განსხვავდებოდეს პაციენტისგან. ექთანი უნდა დარწმუნდეს, რომ პიროვნების მოვლის გეგმა შედგენილია ჯანმრთელობაზე მისი შეხედულების შესაბამისად და არა ექთნის მრწამსის საფუძველზე.

ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მოდელები

ვინაიდან ჯანმრთელობა კომპლექსური თემაა, მკვლევარებმა შეადგინეს მოდელები ანუ პარადიგმები, რათა აეხსნათ ჯანმრთელობა და მისი კავშირი ავადმყოფობასთან ან დაზიანებასთან.

კლინიკური მოდელი

ამ მოდელში ჯანმრთელობა გვხვდება ყველაზე ვიწრო ინტერპრეტაციით. ადამიანები მოიაზრებიან ფიზიოლოგიურ სისტემებად, რომელთანაც დაკავშირებულია ფუნქციები და ჯანმრთელობა იდენტიფიცირებულია დაავადების სიმპტომების არ არსებობით.

მედიცინის ბევრი წარმომადგენელი იყენებს კლინიკურ მოდელს, სადაც ფოკუსირება ხდება სიმპტომების აღმოჩენაზე. როდესაც დაავადების ნიშნები აღარ არსებობს, ექიმები თვლიან, რომ ჯანმრთელობა აღდგენილია.

როლის განხორციელების მოდელი.

ჯანმრთელობა განისაზღვრება პიროვნების უნარით, შეასრულოს სხვადასხვა სოციალური როლი (მაგ, დედა, და, მეგობარი); ეს იმას ნიშნავს, რომ მან შეასრულოს თავისი სამუშაო. ამ მოდელის მიხედვით, ადამიანებს, რომლებსაც შეუძლიათ შეასრულონ თავიანთი როლები, არიან ჯანმრთელები, მაშინაც თუ აქვთ ავადმყოფობის კლინიკური ნიშნები. მაგალითად, კაცი, რომელიც მუშაობს მთელი დღე სამსახურში, ითვლება ჯანმრთელად, მაშინაც თუ ნაწილობრივ ყრუა.

ადაპტაციური მოდელი

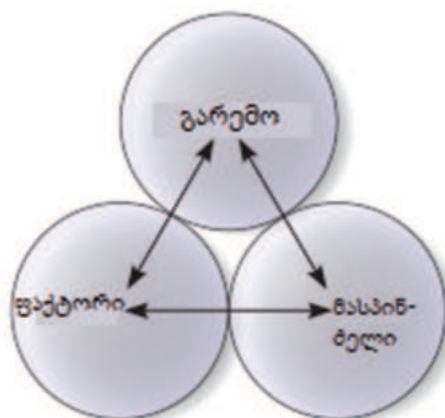
ადაპტაციურ მოდელში ჯანმრთელობა არის შემოქმედებითი პროცესი. მკურნალობის მიზანია, აღადგინოს ადაპტაციის ანუ პრობლემის დაძლევის უნარი. ამ მოდელის მიხედვით, უკიდურესად კარგი ჯანმრთელობა არის ადაპტაცია გარემოსთან და მასთან ინტერაქცია მაქსიმალური უპირატესობით. ამ მოდელის ძირითადი არსია სტაბილურობა, თუმცა ამასთან ერთად შეინიშნება ცვლილებებისა და ზრდის ელემენტები.

ბედნიერების მომტანი მოდელი

ბედნიერების მოდელი აერთიანებს ჯანმრთელობის საყოველთაო ხედვას. ჯანმრთელობა მიჩნეულია, როგორც ადამიანის პოტენციალის რეალიზება. რეალიზება არის სწორედ ადამიანის ინდივიდუალიზმის მწვერვალი, რომელიც აღწერილია აბრაამ მასლოუს მიერ. დაავადება ამ მოდელში არის მდგომარეობა, რომელიც თვით რეალიზაციის პრევენციას ახდენს.

ფაქტორი-მასპინძელი-გარემოებრივი მოდელი

ამ მოდელს ასევე ეძახიან ეკოლოგიურ მოდელს და ძირითადად დაავადების გამომწვევი მიზეზების თეორიას წარმოადგენს. მოდელი გამოიყენება დაავადების რისკ-ფაქტორების წინასწარ განჭვრეტისთვის. მას გააჩნია სამი დინამიკური ინტერაქტიული ელემენტი: (სურათი 13-3).



სურათი 13-3 სამკუთხედი ფაქტორი-მასპინძელი-გარემო

- 1. ფაქტორი** – ნებისმიერმა გარემომ ფაქტორმა ან სტრესორმა (ბიოლოგიური, ქიმიური, ფიზიკური), მისი არსებობის ან არ არსებობის შემთხვევაში, შეიძლება მდგომარეობა მიიყვანოს დაავადებამდე.
- 2. მასპინძელი** – ადამიანი, რომელიც შეიძლება იყოს ან არ იყოს რისკის ქვეშ. საოჯახო ისტორია, ასაკი, ცხოვრებისეული ჩვევები გავლენას ახდენს დაავადების მიმდგომარეობის გააქტიურებაზე.
- 3. გარემო** – ფიზიკური გარემო მოიცავს კლიმატს, საცხოვრებელ პირობებს, ხმაურს და ეკონომიურ დონეებს. სოციალური გარემო შეიცავს ურთიერთობებს სხვებთან და ცხოვრებისეულ მოვლენებთან, როგორიცაა მეუღლის სიკვდილი.

რადგანაც თითოეული ფაქტორი მუდმივად ურთიერთმოქმედებაშია სხვებთან, ამიტომაც ჯანმრთელობა ცვალებად მდგომარეობს წარმოადგენს. როცა ცვლადები წონასწორობაშია, მაშინ ჯანმრთელობაც შენარჩუნებულია, ხოლო თუ ეს ცვლადები არ არის წონასწორობაში, მაშინ ჩნდება დაავადებაც.

ჯანმრთელობა-დაავადება

ჯანმრთელობისა და დაავადების განუწყვეტელი კავშირი შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც საბოლოო ერთეული ადამიანის კეთილდღეობის აღსაქმელად. ჯანმრთელობის ყველაზე მაღალი მწვერვალიდან ადამიანის მდგომარეობა შეიძლება შეიცვალოს კარგი ჯანმრთელობით, ნორმალური ჯანმრთელობით, სუსტი ან უკიდურესად სუსტი ჯანმრთელობით, სიკვდილითაც კი. არ არსებობს აშკარა ზღვარი დაავადებიდან ჯანმრთელებამდე ან პირიქით.

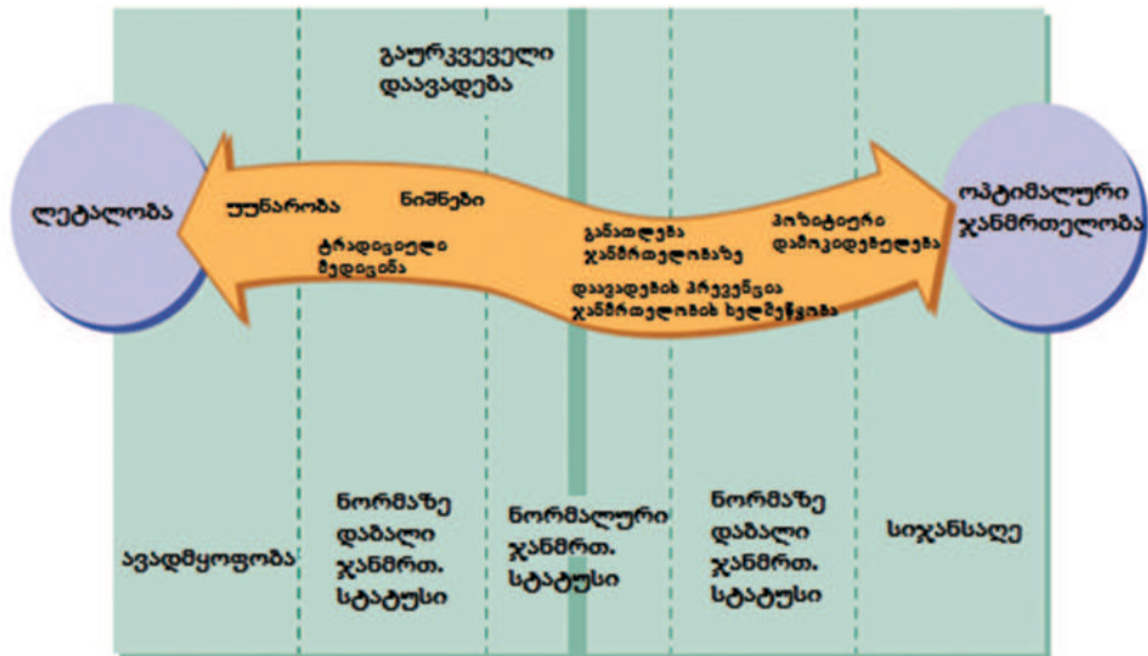
მაღალი დონის სიჯანსაღის ბადე

მაღალი დონის სიჯანსაღის ბადეზე აღწერილია ჯანმრთელობისა და გარემოს ღერძების გადაკვეთა. ეს ბადე აჩვენებს გარემოს ურთიერთობას დაავადება-ჯანმრთელობის მჭიდრო კავშირთან. ჯანმრთელობის ღერძი გრძელდება კეთილდღეობის პიკიდან სიკვდილამდე, ხოლო გარემოს ღერძი ვრცელდება ძალიან ხელსაყრელიდან ძალიან არახელსაყრელ პირობებამდე.

- 1. მაღალი დონის სიჯანსაღე ხელსაყრელ გარემოში** – მაგალითად შეიძლება მოვიყვანოთ ადამიანი, რომელიც ახორციელებს ჯანმრთელი ცხოვრების წესის ქცევებს და აქვს ბიოფსიქოსოციალური, სულიერი და ეკონომიური რესურსები ასეთი ცხოვრების გასამყარებლად.
- 2. განვითარებადი მაღალი დონის სიჯანსაღე არახელსაყრელ გარემოში** – ამის მაგალითია ქალი, რომელსაც აქვს ცოდნა, თუ როგორ იცხოვროს ჯანმრთელი ცხოვრებით, მაგრამ ვერ ახორციელებს ასეთ პრაქტიკას ოჯახური პასუხისმგებლობის, სამსახურობრივი მოვალეობის და სხვა ფაქტორების გამო.
- 3. დაცული სუსტი ჯანმრთელობა ხელსაყრელ გარემოში** – ამის მაგალითად შეიძლება მოვიყვანოთ ავადმყოფი ადამიანი, რომელსაც ესაჭიროება ჯანმრთელობის დაზღვევა, შესაფერისი მედიკამენტები, დიეტა და სხვა ინსტრუქციები.
- 4. სუსტი ჯანმრთელობა არახელსაყრელ გარემოში** – მაგალითი შეიძლება იყოს ახალგაზრდა ბავშვი, რომელიც შიმშილით კვდება გვალვიან ქვეყანაში.

ავადმყოფობა-სიჯანსაღის კავშირი

დაავადება-სიჯანსაღის კავშირი განვითარდა ტრევისის მიერ კეთილდღეობის პიკიდან უდროო სიკვდილამდე. ტრევისს და რაიანს სჯეროდათ, რომ შესაძლებელი იყო ფიზიკურად ცუდად ყოფნა და ამავდროულად ორიენტირებულობა ჯანმრთელობისკენ, ან პირიქით. ჯანმრთელობის ფაქტორთა მჭიდრო კავშირის მეორე მაგალითი ნაჩვენებია სურათზე 13-4. ზოგიერთს სჯერა, რომ ჯანმრთელობითი კავშირი მეტად მარტივი და სწორხაზოვანია, როცა რეალური კონცეფციები უფრო კომპლექსურია, ვიდრე ის, რასაც დიაგრამები გვთავაზობს.



სურათი 13-4 დაავადება-სიჯანსაღე

სიჯანსაღის დამატებითი 4 მოდელი

ეს მოდელი შეიცავს ოთხ დომინანტურ შიდა ელემენტებს: ფიზიკურს, სულიერს, ემოციურს და ინტელექტუალურს – ამასთან ერთად გარე სისტემის ელემენტებს (გარემო, კულტურა, კვება, უსაფრთხოება, და ბევრი სხვა ელემენტი). აღნიშნული მოდელი სასარგებლოა, როცა ექთანი მუშაობს ინდივიდუალურად, ოჯახებთან ან საზოგადოებასთან, ვინაიდან განსაზღვრავს შიდა ელემენტებს, აღზრდის წყაროს, შიდა და გარე სისტემებს შორის ურთიერთობას.

ცვლადები, რომელიც გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის სტატუსზე, რწმენასა და პრაქტიკაზე

ადამიანის ჯანმრთელობის სტატუსზე რწმენასა და ქცევაზე სხვადასხვა ცვლადი ახდენს გავლენას. ესენია:

შიდა ცვლადები

შიდა ცვლადები შეიცავს ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და კოგნიტურ პარამეტრებს.

ბიოლოგიური პარამეტრი

გენეტიკური ხასიათი, ასაკი, სქესი და განვითარების დონე, ყველაფერი მნიშვნელოვნად მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. გენეტიკური ხასიათი გავლენას ახდენს ბიოლოგიურ მახასიათებლებზე, თანდაყოლილ ტემპერამენტზე, აქტიურობის დონეზე და ინტელექტუალურ პოტენციალზე. მაგალითად, აფრიკელებს მემკვიდრეობით აქვთ უფრო მაღალი მაჩვენებელი უჯრედოვანი ანემიის, ვიდრე მოსახლეობის სხვა წარმომადგენლებს. გენეტიკური მიდრეკილება ჯანმრთელობისკენ ან დაავადებისკენ იზრდება, როცა მშობლები ერთი და იგივე ეთნიკურ ჯგუფს წარმოადგენენ. ექთანს ევალება გააერთიანოს ცოდნა გენეტიკაზე და გენურ დისციპლინაზე პაციენტთან მუშაობის დროს. სქესი გავლენას ახდენს დაავადების გადანაწილებაზე. ზოგიერთი დაავადება უფრო გავრცელებულია ერთი სქესისთვის, ვიდრე მეორესთვის. მაგალითად, ქალებში გავრცელებულია ოსტეოპოროზია, ხოლო კაცებში უფრო მეტად კუჭის წყლული ან რესპირატორული დაავადებები. ასაკი არის მნიშვნელოვანი ფაქტორი. მაგალითად, ათეროსკლეროზული გულის დაავადება უფრო ხშირად გხვდება შუა ხნის კაცებში, ვიდრე ახალგაზრდებში. განვითარების დონეს აქვს მთავარი გავლენა ჯანმრთელობის სტატუსზე. განვიხილოთ შემდეგი მაგალითები:

- ახალშობილებს აკლიათ ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური სიმწიფე, ამიტომაც მათ არ შეუძლიათ დაავადებასთან გამკლავება პირველ წელს;
- ახალი ფეხადგმული ბავშვები, რომლებიც სწავლობენ სიარულს, უფრო მეტად ეცემიან და იღებენ დაზიანებებს, ვიდრე მოზრდილები;
- მოზარდები, რომლებიც ილტვიან თანატოლებთან შეთანხმებულად ყოფნისკენ, უფრო ხშირად ახორციელებენ რისკის შემცველ აქტივობებს და იღებენ დაზიანებებს, ვიდრე მოზრდილები;
- მოზარდების მიერ ფიზიკური და გრძნობელობითი აქტივობების შეზღუდვა იწვევს მათი უნარის შემცირებას, გაუწიონ წინააღმდეგობა გარემო საშიშროებებს და სტრესის წარმომშობ ფაქტორებს.

ფსიქოლოგიური პარამეტრები

ფსიქოლოგიური (ემოციური) ფაქტორები, რომელიც ახდენს გავლენას ჯანმრთელობაზე, შეიცავს სხეული-გონების ურთიერთმოქმედებას და თვითკონცეპტუალობას. სხეული-გონების ურთიერთმოქმედებამ შეიძლება მოახდინოს დადებითი ან უარყოფითი გავლენა. სტრესზე ემოციური პასუხები გავლენას ახდენს სხეულის ფუნქციონირებაზე. მაგალითად, სტუდენტი, რომელიც აღელვებულია ტესტის გამო, შეიძლება დაემართოს ხშირი შარდვა ან დიარეა. ხანგრძლივმა ემოციურმა სტრესმა შეიძლება გაზარდოს მგრძნობელობა ორგანულ დაავადებებზე ან დააჩქაროს ისინი. ემოციურმა სტრესმა ასევე შეიძლება დააზიანოს იმუნური სისტემა, მათ შორის, ცენტრალური ნერვული სისტემა და შეცვალოს ენდოკრინული სისტემის ფუნქცია. გონების სრულფასოვანი მუშაობა პირდაპირ კავშირშია სხეულის ფუნქციონირებასთან. რელაქსაცია, მედიტაცია. მაგალითად, ქალები ხშირად მიმართავენ რელაქსაციურ საშუალებებს, რათა შეამცირონ ტკივილი მშობიარობის დროს. თვითშემეცნება არის ის, თუ როგორ გრძნობს ადამიანი თავს

და აღიქვამს თავის ფიზიკურობას, საჭიროებებს, როლს და უნარებს. ეს განსაზღვრავს თუ როგორ ხედავენ და მართავენ ადამიანები სიტუაციებს. თვითშემეცნება ასევე ასოცირდება თუ როგორ განსაზღვრავს ადამიანი თავის ჯანმრთელობას. მაგალითად, 75 წლის მამაკაცს, რომელიც ფიქრობს რომ შეუძლია ისევ დიდი საგნების გადაადგილება ისევე, როგორც ახერხებდა ამას ახალგაზრდობაში, სჭირდება გასინჯვა და მის ასაკთან და უნარებთან დაკავშირებით ახალი კონცეფციის ჩამოყალიბება.

კოგნიტური პარამეტრები

ჯანმრთელობაზე მოქმედი კოგნიტური და ინტელექტუალური ფაქტორები შეიცავს ცხოვრების სტილის არჩევას, სულიერ და რელიგიურ რწმენას.

ცხოვრების სტილი

მიუთითებს ადამიანის ცხოვრების ძირითად გზას, რაშიც იგულისხმება საცხოვრებელი პირობები და სოცოკულტურული ფაქტორებითა და პიროვნული მახასიათებლებით განპირობებული ქცევები. ცხოვრების სტილის არჩევამ შეიძლება იმოქმედოს როგორც დადებითად, ასევე უარყოფითად. მაგალითად, საკვების ჭარბი მიღება, არასათანადო ვარჯიში და ჭარბი წონა დაკავშირებულია გულის დაავადებებთან, ათეროსკლეროზთან, დიაბეტთან და ჰიპერტენზიასთან. ჩანართში 13-1 განხილულია ჯანმრთელი ცხოვრების სტილის არჩევანი. *სულიერი და რელიგიური რწმენა* მნიშვნელოვნად ახდენს გავლენას ჯანმრთელობაზე. მაგალითად, იეჰოვას მიმდევრები წინააღმდეგი არიან სისხლის გადასხმაზე, ზოგიერთი ღრმად მორწმუნე ფიქრობს, რომ ავადმყოფობა ღმერთის სასჯელია. ზოგიერთი რელიგიური ჯგუფი მკაცრი ვეგეტარიანელია.

ჩანართი 13-1 ჯანმრთელი ცხოვრების სტილის მაგალითები

- რეგულარული ვარჯიში;
- წონის კონტროლი;
- ინტენსიური ცხიმების თავიდან მოშორება;
- ჭარბი ალკოჰოლისა და თამბაქოს თავიდან არიდება;
- მანქანაში უსაფრთხოების ღვედის გამოყენება;
- ველოსიპედის ჩაფხუტის გამოყენება;
- იმუნიზაცია;
- რეგულარული სტომატოლოგიური შემოწმება;
- სკრინინგ ტესტების რეგულარული ჩატარება ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის.

გარე ცვლადები

გარე ცვლადებში შედის გარემო, ცხოვრების სტანდარტი, ოჯახი და კულტურული მრწამსი, სოციალური მხარდამჭერი სტრუქტურები.

გარემო

ხალხის ცნობიერება თანდათან იზრდება იმაზე, თუ როგორ მოქმედებს გარემო ჯანმრთელობაზე. გეოგრაფიული მდებარეობა განსაზღვრავს კლიმატს და კლიმატი კი გავ-

ლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე. მაგალითად, მაღარია უფრო ხშირად გვხვდება ტროპიკულ ქვეყნებში, ვიდრე ნორმალური ტემპერატურის მქონე ქვეყნებში. დაბინძურებული წყალი, ჰაერი და ნიადაგი გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანსაღ უჯრედებზე. დაბინძურება შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ბუნებრივად (მეხით გამოწვეული ცეცხლის კვამლი რომელიც აბინძურებს ჰაერს) ან ადამიანის მიერ (თამბაქოს მოხმარება, ქარხნები).

გარემო რისკებს შორის არის რადიაცია. რენტგენის სხივების არასათანადო გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს სხეულის ბევრი ორგანოს დაზიანება. რადიაციის მეორე ძირითადი წყაროა მზის ულტრაიისფერი სხივები. ღია ფერის კანის ადამიანები უფრო მგრძნობიარენი არიან მისი საზიანო ზემოქმედების მიმართ, ვიდრე შავკანიანები.

მჟავური წვიმის მთავარი კომპონენტია გოგირდის დიოქსიდი, რომელიც იწარმოება მადნეულის დნობის და მასთან დაკავშირებული ინდუსტრიის შედეგად. შემდეგი კომპონენტებია ამოტის ჟანგი.

ეს ნივთიერებები წვიმის დროს ჰაერს ჩამოაქვს დაბლა, მეცნიერების აზრით კი ეს ყველაფერი აზიანებს ტყეებს, ტბებს და მდინარეებს.

გარემოს დაბინძურების სხვა წყაროებს წარმოადგენს პესტიციდები და ქიმიური ნივთიერებები, რომელიც გამოიყენება სარეველების და მცენარეების დაავადებების გასაკონტროლებლად. ეს მავნე ნივთიერებები შეიძლება მოხვდეს ცხოველებში და მცენარეებში, რომლებსაც ადამიანები ეხებიან, რაც თავისთავად საზიანოა ჯანმრთელობისთვის.

ცხოვრების სტანდარტი

ადამიანის ცხოვრების სტანდარტი დაკავშირებულია ჯანმრთელობასთან, ავადმყოფობის გავრცელებასთან და სიკვდილიანობასთან. მაღალშემოსავლიან და დაბალშემოსავლიან ჯგუფებს შორის განსხვავებულია ჰიგიენა, კვებითი ჩვევები და უნარი, რომ მოიძიონ მკურნალობის გზები და მიყვანენ ჯანსაღი ცხოვრების რეჟიმს.

საოჯახო და კულტურული მრწამსი. ოჯახი თავის ცხოვრების სტილსა და ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ ქცევებს გადასცემს შთამომავლობას. მაგალითად, კაცი, რომელიც ბავშვობაში სასტიკი მოქცევის მსხვერპლი იყო, მან შეიძლება თავადაც დაამციროს და შეურაცხყოს თავისი შვილები. ფიზიკურმა და ემოციურმა დამცირებამ შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობის ხანგრძლივი პრობლემები. კულტურა და სოციალური ურთიერთობები მოქმედებს ასევე იმაზეც, თუ როგორ ახერხებს ადამიანი ჯანმრთელობის პრობლემის აღქმას, შეცნობას და დაძლევას. თითოეულ კულტურას აქვს თავისი შეხედულებები ჯანმრთელობაზე, რაც გადადის მშობლიდან შვილებზე. მაგალითად, აზიის მოსახლეობა უპირატესობას ანიჭებს მცენარეული წამლების ან ტომობრივი ტრადიციების გამოყენებას ტკივილის გასაყუჩებლად, ვიდრე მედიკამენტების მიღებას. კულტურული წესები, ფასეულობები და რწმენა აძლევს ხალხს იმის განცდას, რომ შეუძლიათ წინასწარ განჭვრიტონ შედეგები. ამ ყველაფერმა კი შემდგომ თაობებში შეიძლება გავრცელოს კონფლიქტები, არასტაბილურობა და საფრთხე.

სოციალური მხარდაჭერის სტრუქტურები

მხარდაჭერი სტრუქტურის (ოჯახი, მეგობრები) და სამსახურეობრივი კმაყოფილება ეხმარება ადამიანს ავადმყოფობის თავიდან არიდებაში. ადეკვატური მხარდაჭერის გა-

რეშე ადამიანები ზოგჯერ მიყვებიან დინებას, იმის მაგივრად რომ ეძებონ მკურნალობის გზები. ახლობლი ადამიანების თანადგომა მოტივაციაა დაავადებულ ადამიანისთვის, რომ იბრძოლოს საკუთარი ჯანმრთელობისთვის.

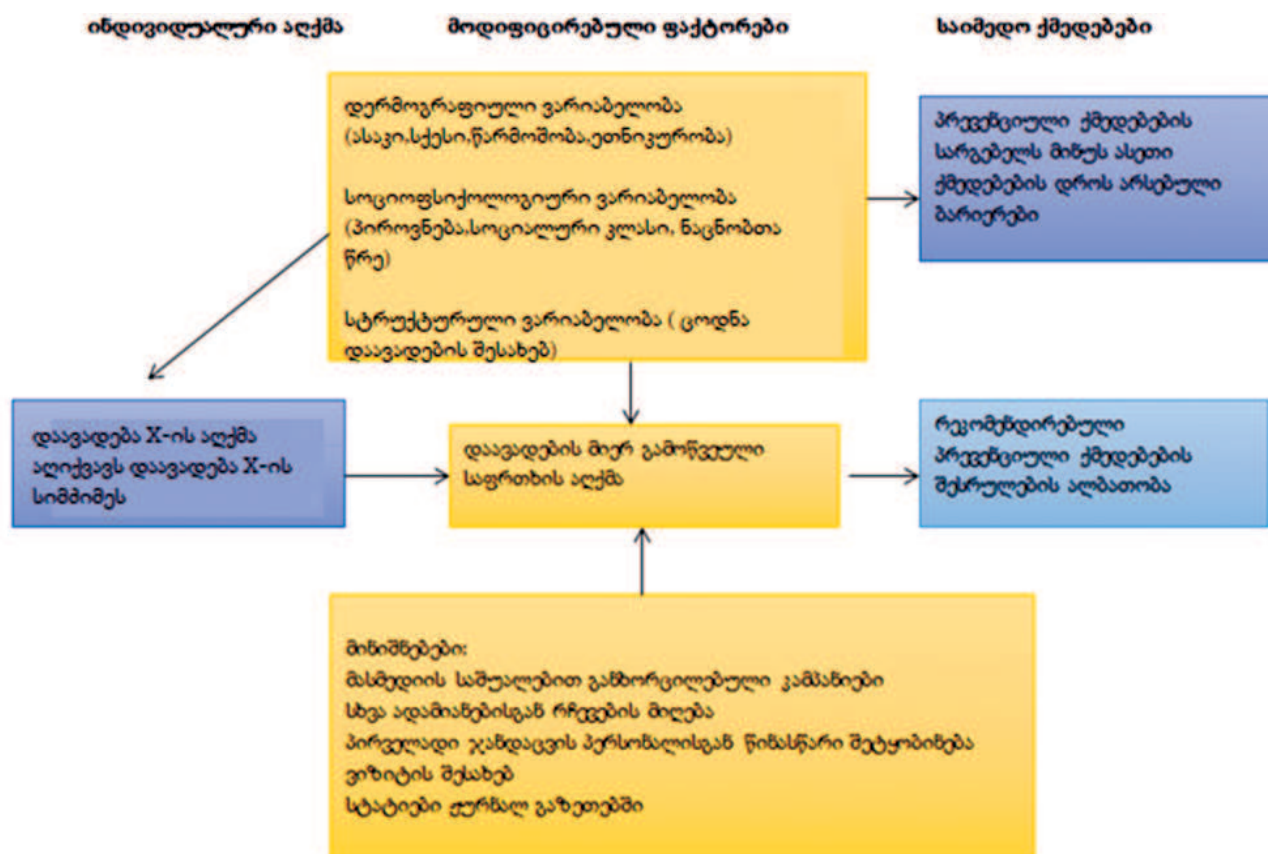
ჯანმრთელობის მრწამსის მოდელები

ეს მოდელები სასარგებლოა ჯანმრთელი ცხოვრების სტილისა და პოზიტიური დამოკიდებულების ჩამოსაყალიბებლად.

კონტროლის მოდელის ცენტრი

კონტროლის ცენტრი არის კონცეფცია სოციალური სწავლების თეორიიდან, რომელსაც იყენებს ექთანი პაციენტის დასარწმუნებლად, რომ მისი ჯანმრთელობის სტატუსი არის მისი ან სხვების კონტროლის ქვეშ. ხალხი, რომელთაც ამის სჯერათ, ეძახიან შიდა ადამიანებს. ასეთები უფრო მეტ ინიციატივას იჩენენ საკუთარი ჯანმრთელობის მკურნალობაში, მეტად გაცნობიერებულები არიან თავიანთ ჯანმრთელობაზე, აწყობენ შეხვედრებს სპეციალისტებთან, ინარჩუნებენ დიეტას და თავს ანებებენ მოწევას. ამის საპირისპიროდ ხალხი, რომელთაც სჯერათ, რომ მათი ჯანმრთელობა მეტწილად კონტროლდება გარე ძალებით, უწოდებენ გარე ადამიანებს. ეს მოდელი შეიძლება გამოდგეს როგორც საბოძი კონცეფცია, რომელიც წინასწარ გაარკვევს, თუ რომელი ადამიანები ცვლიან აქტივობებს.

ჯანმრთელობის მრწამსის მოდელი დაფუძნებულია მოტივაციურ თერაპიაზე. (სურათი 13-6).



სურათი 13-6 ჯანმრთელობის შენარჩუნების და ხელშეწყობის მოდელი

ჯანმრთელობაზე ზრუნვის წესების მკაცრი დაცვა

პიროვნების წესების დაცვით აქტივობა თანხვედრაშია სამედიცინო ან ჯანმრთელობის რჩევასთან (მაგ., ნამლის მიღება, დიეტის დაცვა, ცხოვრების სტილის შეცვლა). მკურნალობის ხარისხი მერყეობს რეკომენდაციების უგულებელმყოფელი ასპექტებიდან სრულ თერაპიულ გეგმამდე. არსებობს რამდენიმე მიზეზი, რის გამოც ზოგიერთი მკაცრად იცავს მკურნალობას, ხოლო დანარჩენები კი – არა. (ჩანართი 13-3)

ჩანართი 13-3 მკურნალობის დაცვაზე მოქმედი ფაქტორები

- პაციენტის მოტივაცია იყოს ჯანმრთელი;
- ცხოვრების სტილის შეცვლის საჭიროების ხარისხი;
- ჯანმრთელობის პრობლემის სირთულის აღქმა;
- ავადმყოფობის საფრთხის შემცირება;
- უნარი, გაიგოს და შეასრულოს განსაკუთრებული აქტივობები;
- ავადმყოფობიდან გამომწვეული შემანუხებელი რეჟიმის ხარისხი;
- რწმენა, რომ დანიშნული თერაპია ან დაეხმარება ან არა;
- შეთავაზებული თერაპიის სირთულე, გვერდითი ეფექტები და ხანგრძლივობა;
- კულტურული მემკვიდრეობა, რწმენა ან პრაქტიკა, რომელიც ეხმარება პაციენტს;
- კმაყოფილების ხარისხი და ურთიერთობის ტიპი სპეციალისტებთან;
- თერაპიის სრული ღირებულება.

იმისათვის რომ პაციენტმა დაიცვას სავალდებულო წესები, ექთანი უნდა დარწმუნდეს რამდენად შეუძლია პაციენტს აქტივობების შესრულება, ინსტრუქციების გაგება. ექთანი თვითონ არის მონაწილე თერაპიის მიზნების ჩამოყალიბებაში და აფასებს აქტივობის ცვლილებასთან დაკავშირებულ შედეგებს. შეფასების ინტერვიუში მოცემულია მედიკამენტების მიღებისას დაცულია თუ არა შესაბამისი წესები.

შეფასების ინტერვიუ მედიკამენტების მიღების სავალდებულო წესების დარღვევის შეფასება

- გაქვთ გვერდითი ეფექტები თქვენს მედიკამენტზე?
- ფიქრობთ, რომ თქვენი მედიკამენტები გეხმარებათ?
- გაქვთ რაიმე საშუალება, რომელიც შეგახსენებთ მედიკამენტის მიღებას?
- არის სახლში ვინმე, ვინც გეხმარებათ მკურნალობასთან დაკავშირებით?
- რამდენჯერ იღებთ დღეში დანიშნულ წამალს?
- რამდენ აბს იღებთ ყოველ დღე?
- თქვენთვის დანიშნული მედიკამენტებიდან რომელიმე მოითხოვს განსაკუთრებული შენახვის პირობებს?
- ხელს რამდენად გიშლით თქვენი მედიკამენტი თქვენი ცხოვრების სტილის შენარჩუნებაში?
- რამდენად კარგად მიყვებით დოზირების მოთხოვნებს?
- მედიკამენტის რამდენი დოზა გაგიცდათ/დაგავიწყდათ ბოლო 3 დღის განმავლობაში?

როდესაც მკურნალობაში ჩნდება ცდომილება, მაშინ მნიშვნელოვანია ექთანი მიყვეს შემდეგ ნაბიჯებს:

- **დაადგინე რატომ არ მიყვება პაციენტი რეჟიმს** – მიზეზის მიხედვით ექთანს შეუძლია შეაგროვოს ინფორმაცია, შეასწოროს გაუგებრობები, ეცადოს შეამციროს ხარჯები, ან შესთავაზოს კონსულტაცია, თუ ფსიქოლოგიური პრობლემები უშლის ხელს მკურნალობაში. ისეთ სიტუაციებში, როცა კულტურული მრწამსი ან ასაკი ეწინააღმდეგება დაგეგმილ თერაპიას, ექთანი ატყობინებს ექიმს რომელიც ახდენს თერაპიის რესტრუქტურზაციას.
- **მკურნალობის დემონსტრირება** – გამოხატე გულწრფელი დამოკიდებულება პაციენტის პრობლემებზე და გადაწყვეტილებებზე, ამავედროულად აღიარე მისი უფლებები. მაგ., ექთანს შეუძლია უთხრას პაციენტს რომელიც არ იღებს გულის პრობლემების გამო დანიშნულ მედიკამენტებს: „მე კარგად მესმის თქვენი, თუმცა ასევე ვღელავ თქვენი ჯანმრთელობის გამო“.
- **პოზიტიური მხარდაჭერით წაახალისე ჯანსაღი აქტივობები** – თუ კაცი არ იღებს გულის პრეპარატს და სეირნობს ყოველ დღე, ექთანს შეუძლია უთხრას: „სეირნობა კარგად წაადგება შენს გულს“.
- **გამოიყენე დახმარება სწავლების გასამყარებლად** – მაგალითად, ექთანს შეუძლია დაუთოვოს პაციენტს ბროშურა მედიკამენტების მიღების წესის შესახებ, მოგვიანებით წასაკითხად, ან გაუკეთოს „აბების კალენდარი“ , სადაც ეწერება თარიღი და აბების რაოდენობა.
- **ჩამოაყალიბე თერაპიული ურთიერთობის თავისუფლება, ორმხრივი გაგება და პასუხისმგებლობა პაციენტსა და დამხმარე პიროვნებას შორის** – ცოდნის, უნარებისა და ინფორმაციის დაგროვებით, ექთანი აძლევს პაციენტებს იმის საშუალებას, აკონტროლონ თავიანთი ჯანმრთელობა და ჩამოაყალიბონ თანამშრომლური ურთიერთობა, რომლის შედეგიც იქნება მკურნალობის დაცვა.

ავადმყოფობა და დაავადება

ავადმყოფობა არის პიროვნული მდგომარეობა, რომელშიც საფიქრებელია, რომ ადამიანის ფიზიკური, ემოციური, ინტელექტუალური, სოციალური, განმავითარებელი, ან სულიერი ფუნქციონირება შემცირებულია. ის არ არის დაავადების სინონიმი. დაავადება შეიძლება ჰქონდეს ადამიანს და ვერ გრძნობდეს. ავადმყოფობა არის ძალიან სუბიექტური, მხოლოდ კონკრეტულ ადამიანს შეუძლია თქვას, თავს თუ ცუდად გრძნობს.

დაავადება შეიძლება აღვწეროთ, როგორც სხეულის ფუნქციების შეცვლა, რისი შედეგიც არის ხოლმე შესაძლებლობების შემცირება ან ცხოვრების ნორმალური ინტერვალის შემოკლება. დაავადების გამომწვევ ფაქტორებს ეძახიან ეტიოლოგიას. ამ ტერმინის განმარტება შეიცავს ყველა მიზნობრივი ფაქტორების იდენტიფიკაციას, რომელიც მოქმედებს ერთად, კონკრეტული დაავადების შესაქმნელად. მაგალითად, ტუბერკულოზის ბაცილა აღინიშნება, როგორც ტუბერკულოზის ბიოლოგიური ფაქტორი. თუმცა, სხვა ეტიოლოგიური ფაქტორები, როგორიცაა ასაკი, კვებითი სტატუსი და საქმი-

ანობაც ჩართულია ტუბერკულოზის განვითარებაში და გავლენას ახდენენ ინფექციაზე. არსებობს მრავალი დაავადება, რომელთა გამომწვევი მიზეზები უცნობია (გაფანტული სკლეროზი).

არსებობს მრავალი გზა ავადმყოფობის და დაავადების კლასიფიცირებისთვის. ერთ-ერთი ასეთი კლასიფიკაციაა ავადმყოფობისა და დაავადების დაყოფა მწვავედ და ქრონიკულად. მწვავე ავადმყოფობა ტიპურად ხასიათდება მოკლე ხანგრძლივობის სიმპტომებით. სიმპტომები ხშირად ჩნდება სწრაფად და დამოკიდებულია გამომწვევ მიზეზზე, რომელიც შეიძლება საჭიროებდეს პროფესიონალების ჩარევას. ზოგიერთი მწვავედ მიმდინარე ავადმყოფობა მაგალითად გაციება არ საჭიროებს სერიოზულ ჩარევას და ადამიანი მკურნალობის გარეშეც მალე უბრუნდება ცხოვრების ნორმალურ რეჟიმს. თუმცა, მწვავედ მიმდინარე დაავადება შესაძლებელია იყოს იმდენად სერიოზული რომ საჭიროებდეს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას (მაგ., მწვავე აპენდიციტი რომელიც საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას).

ასაკობრივი თავისებურებები – მკაცრი მედიკამენტოზური კონტროლი

ბავშვები

მიკრობული რეზისტენტობა ანტიბიოტიკების მიმართ მნიშვნელოვნად გაიზარდა ბოლო წლებში. კრიტიკას ექვემდებარება ის აზრი, საჭიროა თუ არა ანტიბიოტიკების მიცემა ბავშვებისთვის. ამიტომაც საავადმყოფოებმა, მშობლებმა და ბავშვებმა უნდა იმუშაონ ერთად, რათა გაიზარდოს მკაცრი კონტროლი ანტიბიოტიკებზე. კონტროლზე გავლენას ახდენს:

- დამოკიდებულება მედიკამენტების მიმართ. ზოგიერთი მშობელი ფიქრობს, რომ თუ მისი შვილი თავს კარგად გრძნობს, წამლების მიღება აღარ არის საჭირო;
- წარსული გამოცდილება. ბავშვებს შეიძლება ქონდეთ წარსულში წამლებზე ცუდი გამოცდილება, ამიტომაც უარი თქვან ანტიბიოტიკების დაღვევაზე;
- მედიკამენტის ღირებულება. ჯენერიკული წამლები უფრო ნაკლები ღირს, ვიდრე ბრენდული დასახელების მედიკამენტები და შეიძლება ორივე თანაბრად ეფექტური იყოს;
- კულტურული საკითხები. საავადმყოფოებმა უნდა იმუშაონ ოჯახებთან, რომლებსაც განსხვავებული ენა და კულტურა აქვთ, რათა დარწმუნდნენ რომ ესმით ოჯახის საჭიროებანი;
- საჭირო დოზის რაოდენობა. მკაცრი კონტროლის შედეგად ანტიბიოტიკის დოზების განაწილება დღის მანძილზე;
- გემო. ფარმაკოლოგიური კომპანიები აგრძელებენ თხევადი წამლების გამოშვებას, რადგანაც ისინი უფრო მისაღებია ბავშვებისთვის.

მოზარდები

ექთანმა მნიშვნელოვანია იცოდეს რამდენიმე მიზეზი თინეიჯერებთან მუშაობის დროს:

- ნაკლებად ხშირად განსაზღვრეთ მათი მოქმედების შედეგები;
- ახდენენ პრობლემის ეფექტურად გადაჭრის დემონსტრირებას;
- მიეცით დამოუკიდებლობა;
- დაუახლოვდით მათ თანატოლებს და არ ეცადოთ იყო განსხვავებული მათგან;
- ფოკუსირება მოახდინეთ მათ თვითშეფასებაზე;
- შეიძლება ვერ გაარჩიოთ სარგებელი უსარგებლოსგან.

ხანდაზმულები

ხანდაზმულებში სხვადასხვა საკითხი გავლენას ახდენს მათ კონტროლზე, ესენია:

- ხანგრძლივი ცხოვრების სტილის არჩევანი;
- ლიმიტირებული შემოსავალი;
- სახლსა და საზოგადოებაზე დაფუძნებული სერვისების ხელმისაწვდომობა მაქსიმალური დამოუკიდებლობისთვის;
- ხელმისაწვდომი, დასაშვები და ეფექტური ღირებულების თერაპია;
- სახლის ინვენტარის შეცვლა ასაკის გათვალისწინებით;
- დასაშვები და ხელმისაწვდომი ტრანსპორტირება;
- რწმენა ექთნისა და მკურნალობის ფასეულობაზე;
- მენტალურ ჯანმრთელობის სერვისებთან ხელმისაწვდომობა;
- დავიწყება;
- გონებაჩლუნგობა;
- განცდა იმისა, რომ მათ იცხოვრეს თავიანთი ცხოვრებით და დროა ამ ცხოვრების დასრულება.

ქრონიკული ავადმყოფობა გრძელდება ხანგრძლივი პერიოდით, ჩვეულებრივ, 6 თვე ან უფრო დიდხანს, ხშირად მთელი ცხოვრება. არსებობის განმავლობაში ხშირად სუსტდება მისი განვითარება, როცა სიმპტომები ქრება, ხოლო ილვიძებს ისევ, როცა სიმპტომები ჩნდება, ამ პროცესს დაავადების რემისია ეწოდება.

ქრონიკული დაავადებების მაგალითებია ართრიტი, გულისა და ფილტვის დაავადებები და დიაბეტი. ექთნები ჩართულნი არიან ქრონიკულად დაავადებული, ყველა ტიპისა და ასაკის ადამიანების მკურნალობაში. ასეთ ავადმყოფებს სჭირდებათ სტიმული, რომ მიაღწიონ დამოუკიდებლობის უმაღლეს დონეს, კონტროლსა და კეთილდღეობას. მათ ხშირად სჭირდებათ ყოველდღიური აქტივობების შეცვლა, სოციალური ურთიერთობები და საკუთარი თავის აღქმა.

ავადმყოფობის ქცევა

როდესაც ადამიანი ხდება ცუდად, მათ აქვთ გარკვეული სახის ქცევები, რასაც სოციოლოგები ეძახიან ავადმყოფობის ქცევას. ესენია: დაძლევის მექანიზმი, მონიტორინგი, თავიანთი სიმპტომების ახსნა, გამოსწორებადი მოქმედებები და მკურნალობის სისტემის გამოყენება. როგორ იქცევა ავადმყოფი ადამიანი? ეს დამოკიდებულია ბევრ საკითხზე, როგორიცაა ასაკი, სქესი, განათლება, საქმიანობა, რელიგია და ა.შ. პარსონმა (1979) აღწერა ავადმყოფი ადამიანის როლის ოთხი ასპექტი.

უფლებები:

1. პაციენტი არ იღებს პასუხისმგებლობას თავის მდგომარეობაზე, მაშინაც კი თუ თვითონ მიუძღვის ბრალი ავადმყოფობაში (მაგ., თამბაქოს მოხმარების გამო გამოწვეული ფილტვის კიბო).
2. პაციენტები გათავისუფლებულნი არიან სოციალური დავალებებისგან, მაგალითად, ავადმყოფმა მშობელმა არ უნდა მოამზადოს სადილი ოჯახისთვის.

ვალდებულებები:

3. პაციენტი ვალდებულია დიეტასთან და აქტივობასთან დაკავშირებით მიჰყვეს ლეგიტიმურ რჩევებს, რათა რაც შეიძლება მალე გამოჯანმრთელდეს.
4. პაციენტიცა და მისი ოჯახიც ვალდებულია მოძებნოს კომპეტენტური პირი დახმარებისთვის, ვიდრე თავად იპოვონ მკურნალობის გზები. სუჩმანმა (1979) აღწერა ავადმყოფობის ხუთი სტადია: სიმპტომების წარმოჩენა, ავადმყოფობის აღიარება, სამედიცინო პერსონალთან დაკავშირება, პაციენტის როლი, და რეაბილიტაცია. ყველა პაციენტი ვერ გადის თითოეულ სტადიაზე. მაგალითად, პაციენტი უეცარი გულის შეტევით პირდაპირ მე-3 და მე-4 სტადიაზე ხვდება.

სტადია 1 სიმპტომების წარმოჩენა

ამ სტადიაზე, ადამიანი ან მისთვის მნიშვნელოვანი პიროვნება ამჩნევს, რომ რაღაც ხდება მის ჯანმრთელობაში. ჩნდება ტკივილი, გამონაყარი, ხველება, სიცხე ან სისხლდენა. 1 სტადიას ახასიათებს შემდეგი ასპექტები:

- სიმპტომების ფიზიკური გამოვლენა;
- კოგნიტური ასპექტი (სიმპტომის ინტერპრეტაცია);
- ემოციური პასუხები (მაგ., შიში ან აღგზნებადობა).

სტადია 2 ავადმყოფობის აღიარება

ამ დროს უკვე აცნობიერებს ადამიანი თავის ავადმყოფობას. ხშირად ისინი მიმართავენ თვითმკურნალობას და არ უნდათ პროფესიონალების დახმარება. შიში, სიბრაზე, აღგზნებადობა აღარ არის ამ ეტაპის დამახასიათებელი გამოვლინებები, თუმცა გააჩნია ავადმყოფობის სირთულეს. თუ სიმპტომები იზრდება, მაშინ პაციენტი მიმართავს პროფესიონალს.

სტადია 3 სამედიცინო პერსონალთან კონტაქტი

ავადმყოფი ადამიანი ეძებს პროფესიონალის რჩევას, რომელიც სამი ტიპის ინფორმაციისგან შედგება:

- რეალური ავადმყოფობის ვალიდურობა;
- სიმპტომების გასაგები ენით ახსნა;
- დარწმუნება, რომ ისინი კარგად იქნებიან ან მოსალოდნელი შედეგების პროგნოზირება.

პაციენტმა შეიძლება მიიღოს ან უარყოს დიაგნოზი. მიღების შემთხვევაში პაციენტი მიყვება დანიშნულ მკურნალობას, ხოლო უარყოფის დროს მან შეიძლება მოძებნოს ახალი სპეციალისტი.

სტადია 4 დამოკიდებული პაციენტის როლი

ავადმყოფობის მიღებისა და მკურნალობის მოძიების შემდეგ, პაციენტი ხდება უკვე დამოკიდებული პროფესიონალზე. დამოკიდებულების დაკარგვას ძნელად ეგუებიან ისეთი ადამიანები, ვისაც ყოველდღიურ ცხოვრებაში საკუთარ თავზე ბევრი ვალდებულება აქვთ აღებული ან ვისთვისაც ვალდებულების განცდა მნიშვნელოვანია, მაგალითად, მშობელი, სტუდენტი, სპორტის ან გუნდის წევრი, დასაქმებული ადამიანი და ა.შ.

სტადია 5 რეაბილიტაცია

ამ სტადიაზე მოსალოდნელია, პაციენტმა უარი თქვას დამოკიდებულის როლზე და სწრაფად აღიდგინოს საკუთარი პასუხისმგებლობა. იმ ადამიანებთან, რომელთაც აქვთ მწვავედ მიმდინარე დაავადება, გაჯანსაღების პროცესი ხანმოკლეა, რომლის შედეგადაც ისინი სწრაფად უბრუნდებიან ჩვეული ცხოვრების სტილს. ხოლო ხანგრძლივი ავადმყოფობის შემდეგ რეაბილიტაციის პროცესიც გახანგრძლივებულია.

ავადმყოფობის ეფექტები

ავადმყოფობას მოაქვს ცვლილებები როგორც პიროვნებისთვის, ისე ოჯახისთვის. ეს ცვლილებები დამოკიდებულია ავადმყოფობის ბუნებაზე, სირთულეზე, ხანგრძლივობაზე და დაავადებასთან პაციენტისა და სხვების დამოკიდებულებაზე, ფინანსურ მოთხოვნებზე, ცხოვრების სტილის ცვლილებაზე, შეცვლილი როლისა და პასუხისმგებლობის შეგუებაზე და ა.შ.

ზემოქმედება პაციენტზე

ავადმყოფი ადამიანები შეიძლება განიცდიდნენ ქცევით, ემოციურ და ცხოვრების სტილის ცვლილებებს. უფრო მეტად მწვავე გამოვლინებები აქვს ისეთ დაავადებებს, რომელიც სიცოცხლისთვის საშიში ან ქრონიკულია. ასეთ დაავადებულებს აქვთ შიში, სიბრაზე, სასოწარკვეთა, და უძლურების განცდა. მაგალითად, კაცი გულის შეტევით შიმშობს თავის ცხოვრებაზე და იმ ფინანსურ ტვირთზე, რომელიც შეიძლება დააწვეს მის ოჯახს. გარკვეულ დაავადებებს შეუძლია შეცვალოს ფიზიკური გარეგნობა, რაც მოქმედებს პაციენტის თვითშეფასებაზე. ეს ფაქტორები შეიძლება იყოს სხეულის ნაწილის და ფუნქციის დაკარგვა, ტკივილი, სხვებზე დამოკიდებულება, უმუშევრობა, ფინანსური პრობლემები, დაძაბული ურთიერთობა სხვებთან და სულიერი აშლილობა. ექთანი აუცილებლად უნდა დაეხმაროს პაციენტს, გამოხატოს თავისი შეხედულებები და გრძნობები და უზრუნველყოს მკურნალობით, რომელიც დაეხმარება ცვლილებების ეფექტურად დაძლევაში. პაციენტები ასევე მგრძნობიარედ ეკიდებიან ავტონომიის დაკარგვას. მათ აღარ შეუძლიათ ოჯახში გადანაცვეტილებების მიღება, რასაც მტკივნეულად აღიქვამენ. ექთანმა უნდა გაუწიოს დახმარება, მიაწოდოს შესაბამისი, სასარგებლო ინფორმაცია, რათა მონაწილეობა მიიღოს გადანაცვეტილების მიღების პროცესში და შეინარჩუნოს კონტროლი ოჯახში. ავადმყოფობა ასევე მოითხოვს ცვლილებებს ცხოვრების სტილში.

ექთანი შეიძლება დაეხმაროს პაციენტს შეეგუოს ამ ცვლილებებს:

- ახსნა-განმარტებების მიცემა საჭირო ცვლილებების შესახებ;
- სახლის მოწყობა პაციენტის ცხოვრების სტილის შესაბამისად;
- სხვადასხვა სპეციალისტის ჩართვა პაციენტის მხარდასაჭერად;
- სასურველი ცვლილებების გამყარება პრაქტიკაში, იმ თვალსაზრისით, რომ ისინი იქცნენ პაციენტის მუდმივ ნაწილად.

ზემოქმედება ოჯახზე

პიროვნების ავადმყოფობა მოქმედებს არა მარტო ამ ადამიანზე, არამედ ოჯახის ყველა წევრზე. ზეგავლენის ტიპები და მისი მოცულობა დამოკიდებულია სამ ფაქტორზე: ა) ოჯახის წევრზე, რომელიც ავადაა. ბ) დაავადების სერიოზულობაზე და ხანგრძლივობაზე და გ) ოჯახის კულტურულ და სოციალურ ტრადიციებზე. ოჯახში მომხდარი ცვლილებები მდგომარეობს შემდეგში:

- როლური ცვლილებები;
- დროში გადანაწილებული და გაზრდილი მოთხოვნები;
- გაზრდილი სტრესი ავადმყოფობის შედეგების გამო და კონფლიქტი შეუჩვენებელ პასუხისმგებლობებზე;
- ფინანსური პრობლემები;
- მართობა;
- ცვლილება სოციალურ წესებში.

კრიტიკული აზროვნების ძირითადი საკითხები

პაციენტებს მ-ს და გ-ს განუვითარდათ გულის მწვავე უკმარისობა. მ-ს ოჯახის ექიმმა ურჩია, დაიწყოფი ფიზიკური აქტივობა, მიიღოს ჯანსაღი საკვები, შეამციროს სტრესი და დაბრუნდეს სამსახურში 6 კვირის შემდეგ. იგი გამოიყურება და თავს გრძნობს კარგად. გ-ს აგრეთვე შეეცვალა საკუთარი ცხოვრების წესი და დაიწყო ვარჯიში. მიუხედავად ამისა, სურვილის მიუხედავად, მან ვერ დაანება თავი თამბაქოს მოხმარებას. გ-ს აქვს შიშები რომ კვლავ განუვითარდება გულის შეტევა, შესაბამისად, ვერ ბრუნდება სამსახურში და საკუთარ თავს ახასიათებს როგორც „ავადმყოფს“.

1. როგორ განსხვავდება ამ ორი ადამიანის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა ერთმანეთისაგან?
2. ორივეს აქვს გულის დაავადება, ერთი აღწერს რომ კარგადაა, ხოლო მეორე საკუთარ თავს ავადმყოფს უწოდებს. აღწერეთ ჯანმრთელობაზე ფოკუსირებული კონტროლის მოდელის ფენომენი.
3. გარემოს რომელმა ფაქტორმა მოახდინა გავლენა მ-ს პოზიტიურ ქცევაზე ?
4. რომელი ფაქტორის გამოყენებაა შესაძლებელი რათა გ-მ მიიღოს იგივე შედეგი რაც მ-მ დაავადების მდგომარეობის გაუმჯობესებაში?
5. რომელი საექთნო ინტერვენციაა საუკეთესო გ-ს პრობლემის მოგვარებისთვის?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Kelly, C. W. (2008). Commitment to health theory. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 22, 148–160. doi:10.1891/0889-7182.22.2.148
- Kuczmarski, M., & Cotugna, N. (2009). Outcome evaluation of a 3-year senior health and wellness initiative. *Journal of Community Health*, 34(1), 33–39. doi:10.1007/s10900-008-9124-6
- Longley, C., & Sneed, J. (2009). Effects of federal legislation on wellness policy formation in school districts in the United States. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(1), 95–101. doi:10.1016/j.jada.2008.10.011
- Stamm, T., Lovelock, L., Stew, G., Nell, V., Smolen, J., Machold, K.,...Sadlo, G. (2009). I have a disease but I am not ill: A narrative study of occupational balance in people with rheumatoid arthritis. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 29(1), 32–39.
- AARP Public Policy Institute. (2009). *Beyond 50.09: Chronic care: A call to action for health reform*. Washington, DC: Author
- American Nurses Association. (1980). *Nursing: A social policy statement*. Kansas City, MO: Author.
- American Nurses Association. (2004). *Nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: Author.
- Ansbaugh, D. J., Hamrick, M., & Rosato, F. D. (2009). *Wellness: Concepts and applications* (7th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Baldwin, J. H., & Conger, C. O. (2001). Health promotion and wellness. In K. S. Lundy & S. Janes (Eds.), *Community health nursing: Caring for the public's health* (pp. 286–307). Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Becker, M. H. (Ed.). (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Becker, M. H., Haefner, D. P., Kasl, S. V., Kirscht, J. P., Maiman, L. A., & Rosenstock, I. M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual healthrelated behaviors. *Medical Care*, 15(5 Suppl), 27–46.
- Dunn, H. L. (1959). High-level wellness for man and society. *American Journal of Public Health*, 49, 786–792. doi:10.2105/AJPH.49.6.786
- Hood, L. J. (2009). *Leddy & Pepper's conceptual bases of professional nursing* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jenkins, J., & Calzone, K. (2007). Establishing the essential nursing competencies for genetics and genomics. *Journal of Nursing Scholarship*, 39, 10–16. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00137.x
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Newman, M. A. (2008). *Transforming presence: The difference that nursing makes*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. New York, NY: Dover Books. (Original work published 1860)

- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe, IL: Free Press.
- Parsons, T. (1979). Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In E. G. Jaco (Ed.), *Patients, physicians, and illness* (3rd ed.). New York, NY: Free Press.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. J. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. President's Commission on Health Needs of the Nation. (1953). *Building Americans' health* (Vol. 2). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Roy, C. (2008). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Suchman, E. A. (1979). Stages of illness and medical care. In E. G. Jaco (Ed.), *Patients, physicians, and illness* (3rd ed.). New York, NY: Free Press.
- Travis, J. W., & Ryan, R. S. (2004). *Wellness workbook: How to achieve enduring health and vitality* (3rd ed.). Berkeley, CA: Celestial Arts. Retrieved from <http://www.thewellspring.com/wellspring/introduction-to-wellness/357/key-concept-1-the-illness-wellness-continuum.cfm>
- Wallace, D., Dodd, M., McNeil, D., Jocelyn Churchill, A., Oelke, N., Arnold, S., & Oberle, K. (2009). A pregnancy wellness guide to enhance care through selfassessment, personal reflection, and self-referral. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38, 134–147. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01008.x
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63, 534–553. doi:10.1207/s15327752jpa6303_10
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978, Spring). Development of the Multidimensional Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160–170.
- World Health Organization. (1948). Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the
- World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Public Health Service. (2008). *Guide to clinical preventive services*, 2008. Rockville, MD: Author. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd08>
- Community Guide Branch, National Center for Health Marketing (NCHM), Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *The guide to community preventive services*. Retrieved from
- <http://www.thecommunityguide.org/index.html>MediaLink Multidisciplinary Care and Resources Application

თავი 14

კულტურულ პასუხისმგებლობაზე დაფუძნებული საექთნო საქმე

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. კულტურული ასპექტების განმარტება, რომელიც მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების დროს;
2. კულტურული გავლენის აღწერა საკომუნიკაციო სისტემებზე;
3. გულისხმიერი მოვლის უზრუნველყოფა კულტურული მრავალფეროვნებისა და თავისებურებების გათვალისწინებით.

საექთნო მოვლა მიმართულია პაციენტის გამოკაბმრთელების პერსპექტივაზე, რომელზეც მეტწილად გავლენას ახდენს კულტურა. ყველა ადამიანი მიეკუთვნება რომელიმე კულტურას და ამაზე მისი დაბადების ადგილიცა და ოჯახის წარმომავლობაც ახდენს გავლენას. ბავშვი სწავლობს ოჯახის ტრადიციებს, რწმენას და ამგვარად უყალიბდება მსოფლმხედველობა. კულტურა არის დინამიური და იცვლება მთელი ცხოვრების მანძილზე, ისეთი ფაქტორების წყალობით, როგორიცაა საზოგადოება, სკოლა, მიგრაცია, კარიერული არჩევანი და რელიგია. მარტივად რომ ვთქვათ, ექთნის მსოფლმხედველობა განპირობებულია მისი პროფესიისა და იმ ორგანიზაციის კულტურით, რომელსაც ის წარმოადგენს. ამგვარად, ყოველი ექთანი-პაციენტის ურთიერთობა არის კულტურული „შეჯახება“.

კულტურულ ფასეულობაზე დაფუძნებული მოვლა არის ისეთი მკურნალობა, რომელიც ყურადღებას ამახვილებს პაციენტის კულტურულ პერსპექტივებზე და ჯანმრთელობის გეგმას ადგენს მისი ფასეულობებისა და რწმენის შესაბამისად. ასეთი სახის მკურნალობის მისაღწევად, ექთანმა თავდაპირველად უნდა შეისწავლოს საკუთარი კულტურა, დამოკიდებულებები, რწმენა და გამოიკვლიოს გადახრები, აილოს თავის თავზე პასუხისმგებლობა, რომელიც განსხვავებულ კულტურებს უკავშირდება. შემდეგ, ექთანს სჭირდება, მოაგროვოს ცოდნა და უნარები, რომელიც დაეხმარება, შექმნას პაციენტისთვის სანდო გარემო. ეს ცოდნა მოიცავს ჯანმრთელობასთან შეუსაბამო გამოხატულებას, ასევე საზოგადოებაში არსებული რასობრივი და ეთნიკური ჯგუფების წარსულ და ამჟამინდელ გამოვლინებებს. ექთანი უნდა იყოს პაციენტის გამყოლი/გზამკვლევი მკურნალობის დროს, რომლის განმავლობაშიც იგი იჩენს პატივისცემას პაციენტის განსხვავებულობის მიმართ. გულისხმიერი ექთანი უნდა პასუხობდეს პაციენტის საჭიროებებს.

კლინიკური გაფრთხილება

კულტურა და ენა არის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ფაქტორები ექთნის მიერ დაგეგმილ მკურნალობაში. ასევე მნიშვნელოვანია ის, თუ როგორ ხვდება ექთანი პაციენტის მრავალფეროვან კულტურისთვის დამახასიათებელ საჭიროებებს.

ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების უთანასწორობა

ჯანმრთელობის შეუსაბამობა წარმოადგენს განსხვავებებს მკურნალობის საკითხებში პოპულაციებს შორის. მიუხედავად იმისა, რომ ყველამ უნდა მიიღოს მაღალი ხარისხის მკურნალობა, 2009 წლის კვლევამ აჩვენა, რომ ზოგიერთი ადამიანი იღებს შედარებით დაბალი ხარისხის მკურნალობას. 2010 წელს ჩატარდა მეშვიდე საყოველთაო მიმოხილვა მკურნალობის განსხვავებულ მეთოდებზე რასის, ეთნოსისა და სოციოეკონომიკურ ჯგუფებს შორის. ამ კვლევამ აჩვენა, რომ 2000-2002 და 2005-2007 წლებს შორის შავკანიანებისთვის, აზიელებისთვის და ლათინო-ამერიკელებისთვის მკურნალობის ხარისხი არ გაუმჯობესებულა. 2010 წლის კვლევა აჩვენებს, რომ არსებობს მკურნალობის შეუსაბამობა თითქმის ყველა ასპექტში. იხილეთ რამდენიმე მაგალითი ამ დოკუმენტიდან:

- შავკანიანებს აღენიშნებათ შეძენილი იმუნო დეფიციტის სინდრომი 10-ჯერ უფრო მეტი სიხშირით, ვიდრე თეთრკანიანებს;
- 65 წელზე ხანდაზმულ აზიელებს თეთრკანიანებთან შედარებით ნაკლებად აქვთ ჩატარებული იმუნიზაცია ისეთი ინფექციური დაავადებების მიმართ რომელიც იწვევს პნევმონიას, ეს სიტუაცია თანდათანობით უფრო უარესდება;
- აზიელებსა და ღარიბ მაცხოვრებლებში პრობლემურია დროული მკურნალობა.

ჯანმრთელობის შეუსაბამობას განსაზღვრავს ორი მთავარი ფაქტორი:

1. არაადეკვატური მკურნალობის მიღება. ბარიერები, რომელსაც პაციენტი აწყდება მკურნალობის დროს, შეიძლება გამომდინარეობდეს ეკონომიკური, გეოგრაფიული, ლინგვისტური, კულტურული და ფინანსური საკითხებიდან. მაშინაც კი, როდესაც უმცირესობებს აქვთ მკურნალობის ერთი და იგივე მეთოდები, ჯანმრთელობის დაზღვევა და განათლება, ხშირად მათი მკურნალობის ხარისხი და ინტენსივობა არის სუსტი.
2. მკურნალობის არასტანდარტული ხარისხი. მკურნალობის დაბალი ხარისხის მრავალი გამომწვევი მიზეზი არსებობს, მათ შორის, სერვისის ექიმისა და პაციენტის უთანხმოება, დისკრიმინაცია, სტერეოტიპები, ან ცრურწმენა.

ხარისხი, ჩვეულებრივ, ოთხი საზომით განისაზღვრება: ეფექტურობა, პაციენტის უსაფრთხოება, დროული ჩარევა და პაციენტის ეგოცენტრიზმი. ჯანმრთელობის სახესხვაობები ასეულობით წელია არსებობს რასობრივ ჯგუფებს შორის. მკურნალობის გაუმჯობესების პრიორიტეტული მიზანია სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი, მხოლოდ ტრენინგის საშუალებით შეიძლება დაიწყონ მათ დისკრიმინაციული პრაქტიკის გაცნობიერება და შეცვლა.

ჩამონათვალში აღწერილი მცდელობები წარმოადგენს ნათელ მტკიცებულებას იმისა, თუ როგორ გაიზარდა აქცენტები სათანადო მკურნალობის უზრუნველსაყოფად:

- კულტურასა და ენას აქვს მნიშვნელოვანი ზეგავლენა იმაზე, თუ როგორ იღებს და პასუხობს პაციენტი მკურნალობის სერვისებს.

- ექთნის პროფესია მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჯანდაცვის სხვადასხვა სოციალური პროგრამების განხორციელებაში, რომელიც მიმართულია რასობრივი სხვაობების, ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირებისკენ.
- „ჯანმრთელი ხალხის“ ერთ-ერთი მთავარი მიზანია შეამციროს სქესით, რასით, განათლებით, შემოსავლით, უნარობით, გეოგრაფიული მდებარეობითა და სექსუალური ორიენტაციით გამოწვეული ჯანმრთელობრივი შეუსაბამობანი. ამ მიზნების მისაღწევად საჭიროა რასობრივ და ეთნიკურ ჯგუფებში ექთნის პროფესიით დაინტერესება.

საექთნო ზრუნვის კულტურული მოდელები

გულისხმიერი მოვლა არის უმთავრესი, ამიტომაც ექთნები ვალდებული არიან, განსაზღვრონ და განმარტონ პაციენტის შეხედულებები, პრაქტიკა და კულტურული საჭიროებანი. სწორედ კულტურული გაუგებრობებიდან მოდის მრავალი კონფლიქტი. გულისხმიერი დამოკიდებულება ცვლის ექთნის მკურნალობის მიწოდების პერსპექტივებს, იმიტომ რომ ის შესაძლებლობას აძლევს ექთანს გაიგოს და გამოავლინოს პაციენტის შეხედულებები ჯანმრთელობაზე. ექთნები სახელმძღვანელოდ იყენებენ რამდენიმე კულტურულ მოდელს:

ტერმინი კულტურათაშორისი მოვლა

აღნიშული ტერმინი ცნობილი გახდა ექთან მადლენ ლენინგერის მიერ 1950 წელს. ამ ტიპის ექთანი ფოკუსირებას ახდენს მკურნალობის უზრუნველყოფაზე შეხედულებების, ფასეულობების, კულტურების განსხვავებებისა და მსგავსების მიუხედავად. ლენინგერმა შექმნა მრავალფეროვანი კულტურული მკურნალობის უნივერსალური თეორია.

ასოციაცია

2008 წელს ამერიკულმა საექთნო კოლეჯთა ასოციაციამ გამოაქვეყნა პროგრამა კულტურულ კომპეტენციებზე, ექთნის განათლების ასამაღლებლად. ეს არის 5 კომპეტენცია, რითიც უნდა იხელმძღვანელონ ექთნებმა:

1. სოციალური და კულტურული ფაქტორების ცოდნის გამოყენება, რომელიც გავლენას ახდენს მკურნალობაზე;
2. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული წყაროების გამოყენება;
3. მკურნალობის უსაფრთხოებისა და ხარისხიანი სამედიცინო სერვისის უზრუნველყოფა განსხვავებულ პოპულაციებში;
4. სოციალური სამართლის დაცვა. მათ შორის დაუცველი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და უთანასწორობის აღმოფხვრა;
5. მონაწილეობის მიღება კულტურული კომპეტენციების განვითარების უწყვეტობაში.

გულისხმიერი მოვლის უზრუნველყოფა

ექთანმა უნდა დააგროვოს ცოდნა ხალხთა მსოფლმხედველობის შესახებ იმ მიზნით, რომ უზრუნველყოს პაციენტთა მკურნალობა და შემდეგ გამოიყენოს ეს უნარები, დამოკიდებულება და ცნობიერება განსხვავებული მოსახლეობის სამკურნალოდ, თუმცა,

შეუძლებელია ექთნებმა ყველა კულტურული პერსპექტივა შეისწავლონ, მათ შეუძლიათ მხოლოდ იმ საზოგადოების კულტურას ეზიარონ, რომელსაც ემსახურებიან და იყვნენ უფრო მგრძნობიარენი სხვადასხვა შეხედულებების მიმართ.

კომუნიკაციის სტილი

ვერბალური კომუნიკაცია ყველაზე აშკარა კულტურული განსხვავებაა. ვერბალურ კომუნიკაციაში არის: ლექსიკა, გრამატიკული სტრუქტურა, ხმის ხარისხი, ინტონაცია, რიტმი, სიჩქარე, გამოთქმა და სიჩუმე. ვერბალური კომუნიკაცია რთულდება, როცა ურთიერთობაში ერთვება ისეთი ხალხი, რომლებიც განსხვავებულ ენაზე ლაპარაკობენ. ორივე მხარე, პაციენტიც და სპეციალისტიც განიცდის იმედგაცრუებას, როცა მათ შორის ვერ მყარდება ვერბალური კონტაქტი. თუ პაციენტი სხვა ენაზე ლაპარაკობს, მაშინ მას სჭირდება შუამავალი, კერძოდ თარჯიმანი.

ვერბალური კომუნიკაცია იმ პაციენტებთან, რომლებმაც ცუდად იციან ქართული

- არ გამოიყენოთ სლენგი, სამედიცინო ტერმინები და აბრევიატურა;
- გაზარდეთ საუბარი ჟესტებითა და ნახატებით, რათა პაციენტმა შეძლებისდაგვარად გაიგოს;
- ილაპარაკეთ ნელა და მშვიდი ინტონაციით, პატივისცემა გამოხატეთ პაციენტის მიმართ;
- ხშირად ჰკითხეთ პაციენტს გაიგო თუ არა, მისი ღიმილი და თავის დაქნევა შეიძლება ყოველთვის არ ნიშნავდეს იმას, რომ მან ყველაფერი გაიგო.

ექთანს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს ის, რომ სტრესულ სიტუაციაში პაციენტს შეიძლება დაავიწყდეს ქართულის ის მცირედი ცოდნა, რომელიც აქვს. ამიტომაც ექთანმა ყოველთვის უნდა გაამხნევოს ის.

თარჯიმნის გამოყენება

- არ სთხოვოთ თარჯიმნობა ოჯახის რომელიმე წევრს, რადგანაც შეიძლება პაციენტს არ უნდა მათთან თავის პრობლემებზე საუბარი;
- მოიწვიეთ ისეთი თარჯიმანი, რომელიც იმავე სქესის და ასაკის წარმომადგენელია, როგორც პაციენტი;
- თარჯიმანი ასევე უნდა იყოს სოციალურად და პოლიტიკურად შესაფერისი პაციენტთან/პაციენტისთვის;
- კითხვები დაუსვით პაციენტს და არა თარჯიმანს;
- სთხოვეთ თარჯიმანს, რაც შეიძლება მიახლოებით გადათარგმნოს ექთნის სიტყვები;
- ილაპარაკეთ ნელა და პირდაპირ, არ გამოიყენოთ მეტაფორები;
- დააკვირდით პაციენტის გამომეტყველებას და სხეულის ენას საუბრის დროს;
- გაეცანით პიროვნების გამოთქმებს და სასაუბრო სიტყვებს, რომელსაც იყენებენ მის კუთხეში და გააცანით თარჯიმანსაც.

არავერბალური კომუნიკაცია ექთანმა უნდა იცოდეს არავერბალური კომუნიკაციის დროს ორი ქცევითი ასპექტი: რას ნიშნავს პაციენტისთვის არავერბალური ქცევა და რომელ განსაკუთრებულ არავერბალურ აქტივობებს აქვთ მნიშვნელობა პაციენტის კულტურაში? არავერბალურ კომუნიკაციაში შედის სიჩუმის გამოყენება, შეხება, თვალით

კონტაქტი, სახის გამომეტყველება და სხეულის მდგომარეობა, (სურათი 14-1).



სურათი 14-1 არავერბალური კომუნიკაციის განსხვავებული ინტერპრეტაცია სხვადასხვა კულტურულ და ასაკობრივ ჯგუფებში

ზოგიერთი კულტურის წარმომადგენლებისთვის სიჩუმე არის მოსახერხებელი პოზიცია, რათა უკეთ გაიგოს პიროვნების საჭიროებანი. შეხებას შეიძლება ჰქონდეს როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი დატვირთვა. ხელის მტკიცედ ჩამორთმევა წარმოადგენს მისალმების ფორმას, რომელიც გადასცემს ძალას და ხასიათს. ევროპის ქვეყნებში მისალმება გამოიხატება ლოყაზე კოცნით. ზოგიერთ საზოგადოებაში შეხება მოიაზრება მაგიურად, და იმ შეხედულების გამო, რომ სულმა შეიძლება დატოვოს სხეული ფიზიკური კონტაქტის შედეგად, შემთხვევითი შეხება აკრძალულია. ზოგიერთ აზიურ ქვეყანაში, მხოლოდ ასაკოვან ადამიანებს აქვთ უფლება შეეხონ თავზე და არასოდეს ეფერებიან ბავშვებს. ექთანს შეუძლია შეეხოს პაციენტს თავზე მხოლოდ მისი ნებართვით. (სურათი 14-1). კულტურული მახასიათებლები თვითონ კარნახობს შეხების რომელი ფორმაა შესაფერისი ამა თუ იმ სქესის წარმომადგენლისთვის. ასევე განსხვავდება სახის გამომეტყველებაც კულტურებს შორის. ზოგიერთ კულტურაში ადამიანები მზად არიან ხშირად

გაიღიმონ და გრძნობები გამოხატონ მიმიკებით, მაშინ როცა სხვა კულტურებში გამო-
მეტყველებით ნაკლებად გამოხატავენ გრძნობებს, არ არიან გახსნილები, განსაკუთრე-
ბით უცხოებთან. კომუნიკაციის დროს თვალთ კონტაქტს აქვს კულტურული საფუძვლე-
ბი. დასავლეთის ბევრ კულტურაში, თვალებში ყურება მნიშვნელოვანია და გამოხატავს
ყურადღებით მოსმენას. მიჩნეულია, რომ ამ მეთოდით გამოიხატება თავდაჯერებულო-
ბა, გახსნილობა, ინტერესი და გულწრფელობა. ნაკლებად თვალთ კონტაქტი შეიძლე-
ბა გადაითარგმნოს, როგორც სიმორცხვე, დანაშაული, უინტერესობა, საიდუმლოს ქონა
ან მენტალური დაავადების ნიშნები. თუმცა ზოგიერთ კულტურაში, თვალებში ყურება
მიიჩნევა უბრძოლობად. სხეულის პოზიცია და ჟესტიკულაციაც ასევე ისწავლება, მაგა-
ლითად, ასო ბგერა V ნიშნავს გამარჯვებას ზოგ ქვეყანაში, მაშინ როცა სხვა კულტურაში
შეურაცხყოფელი ჟესტია.

სივრცული ორიენტაცია

სივრცე არის ფარდობითი სიტყვა, რომელიც მოიცავს პიროვნებას, მის სხეულს, გა-
რემოსა და საგნებს ამ გარემოში. სწორედ კულტურა სწავლობს ადამიანის ორგანიზმს,
ნივთებსა და ადამიანებს შორის ურთიერთობას და მათზე კულტურის ზეგავლენას.

სივრცული მანძილები შეიძლება განისაზღვრებოდეს, როგორც ინტიმური, პირადი,
სოციალური და საზოგადოებრივი ზონა. ექთანმა უნდა განუმარტოს პაციენტს სიახლოვის
მიზეზი, აუხსნას ჯერ პროცედურის არსი და დაელოდოს ნებართვას მისაახლოებლად.
ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციის პირობებში, ექთანი პასუხისმგებელია, გააკონტროლოს
პაციენტის მიერ შექმნილი სივრცე პალატაში. რა თქმა უნდა, ექთანმა ასევე უნდა გააფ-
რთხილოს პაციენტი მისი პირადი ნივთების შესაძლო დაზიანების ან დაკარგვის შესახებ
მკურნალობის განმავლობაში.

დროში ორიენტაცია

დროში ორიენტაცია მიუთითებს პიროვნების ყურადღების აქცენტირებას წარსულზე,
ანშვოსა და მომავალზე. კულტურათა უმეტესობა მოიცავს დროის სამივე ორიენტაციას,
მაგრამ ერთ-ერთი ორიენტაცია არის დომინანტი. ევროპელი ამერიკელები მომავლის-
კენ იყურებიან, გეგმავენ მომდევნო კვირას, შვებულებას. სხვა კულტურებს აქვთ გან-
სხვავებული კონცეფცია. საშუალო კლასი ძირითადად ორიენტირებულია მომავალზე,
ხოლო უფრო დაბალი სოციოეკონომიური ფენები ანშვოზე, რადგანაც ყოველდღიურად
უნევთ გადარჩენისთვის ბრძოლა. ექთნის მიერ დანიშნული მკურნალობა ორიენტირე-
ბულია მომავალზე. პაციენტთან შეხვედრები და მკურნალობის დანიშვნა განერილია
დროის პარამეტრებით. ექთანს შეუძლია გაუმარტივოს პაციენტს დროის ჩანიშვნა, მაგა-
ლითად, შეიძლება უთხრას, რომ წამალი მიიღოს ყოველდღე დილით ადგომის შემდეგ,
იმის მაგივრად რომ დაუწეროს ზუსტი საათი.

კვების მოდელი

კულტურათა უმეტესობას აქვს მთავარი პროდუქტი, რომელიც მზა სახით და მრავლად
მოიპოვება გარემოში, მაგალითად, აზიელებს აქვთ ბრინჯი, ხოლო ევროპელებს აქვთ
ხორბალი და პასტა. რელიგია მნიშვნელოვნად ახდენს გავლენას კვებაზე. ზოგიერთი

კათოლიკე არ ჭამს ხორცს გარკვეულ დღეებში, ზოგიერთი პროტესტანტი კი კრძალავს ხორცს, ჩაის, ყავას, ან ალკოჰოლს. ორთოდოქსი, იუდაიზმი და ისლამი კრძალავს ღორის ხორცის მიღებას. ორთოდოქსი ებრაელები ხორცის ნაწარმს და რძის პროდუქტებს არ ჭამენ ერთდროულად. ზოგიერთი ბუდისტი ჰინდუსი მკაცრი ვეგეტარიანელია. ექთანი სენსიტიურად უნდა მიუდგეს რელიგიურ საკვებთან დაკავშირებულ საკითხებს.

საექთნო მართვა

მკურნალობის პროცესის ყველა ფაზა განპირობებულია პაციენტისა და ექთნის კულტურული ღირებულებებით, რწმენითა და აქტივობებით. როგორც კი პაციენტისა და ექთნის კულტურა მოდის თანხვედრაში, მაშინვე იქმნება უნიკალური კულტურული გარემო, რომელიც აუმჯობესებს პაციენტის შედეგებს.

თვითშეფასების განვითარება

როგორი უნდა იყოს გულისხმიერი ექთანი? ამისთვის პირველ რიგში მან უნდა გაარკვიოს საკუთარი კულტურა, რწმენა, პასუხისმგებლობა. არსებობს მრავალი მოდელი თვითშეფასებისთვის, ერთ-ერთია სიმბოლური მოდელი: ცნობიერება: „რამდენად კარგად ვიცნობ ჩემს მიდრეკილებებსა და ცრურწმენებს?“ უნარი: „მაქვს თუ არა უნარი ვაწარმოო კულტურული შეფასება სენსიტიურად?“ ცოდნა: „მაქვს თუ არა საკმარისი ცოდნა განსხვავებული კულტურული და ეთნიკური ჯგუფების მსოფლმხედველობაზე?“ მოულოდნელობები: „ვეძებ თუ არა სხვადასხვა სახის ურთიერთობის გზებს იმ ხალხთან, ვინც ჩემგან განსხვავდება?“ სურვილი: „ნამდვილად მინდა გავხდე კომპეტენტური?“

კულტურული სენსიტიურობის გადატანა

კულტურული შეფასების პროცესი ძალიან მნიშვნელოვანია. პიროვნებისთვის საჭიროა, შეეგუოს დროსა და კითხვებს. სენსიტიურობა აუცილებელია კითხვების დასმის დროს. პაციენტს უნდა გაუჩნდეს ნდობა. შეფასების დაწყებამდე ექთანმა უნდა გაარკვიოს რა ენაზე ლაპარაკობს ან როგორ იცის ქართული. მნიშვნელოვანია, ასევე გაარკვიოს მისი კომუნიკაციის უნარი და სივრცული ორიენტაცია. ამის მიღწევა შესაძლებელია დაკვირვებით, როგორც ვერბალური, ისე არავერბალური კომუნიკაციით. ექთნისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია იყოს სენსიტიური და გადაიტანოს ეს მგრძნობელობა პაციენტებზეც, დაეხმაროს მათ და სხვა სპეციალისტებს. განვიხილოთ რამდენიმე გზა:

- ყოველთვის მიმართეთ პაციენტებს და კოლეგებს გვარით მანამდე, სანამ თვითონ არ დაგრთავენ სახელით მიმართვის ნებას;
- როდესაც პირველად ხვდებით პიროვნებას, წარუდგინეთ თავი სრული სახელით და განუმარტეთ თქვენი როლი. ეს დაგეხმარებათ ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში;
- იყავით ავთენტური ხალხთან და გულწრფელად აღიარეთ ცოდნა მათი კულტურის შესახებ. როდესაც ვერ იცებთ პიროვნების მოქმედებას, მოიძიეთ ინფორმაცია.

- გაარკვიეთ რას ფიქრობს პაციენტი თავის ჯანმრთელობის პრობლემებზე? განსაზღვრეთ, ემთხვევა თუ არა ეს ინფორმაცია მკურნალობის დომინანტურ კულტურას;
- ყოველთვის ჰკითხეთ, რამეს თუ ვერ იგებთ პაციენტთან მიმართებით;
- გამოხატეთ პატივისცემა პაციენტის ფასეულობებისა და რწმენის მიმართ;
- გამოხატეთ პატივისცემა ასევე იმ ხალხის მიმართ, რომლებიც გვერდში უდგანან პაციენტს;
- შეთანხმებული ძალისხმევის შედეგად მოიპოვეთ პაციენტის ნდობა, თუმცა ამას შეიძლება დასჭირდეს გარკვეული დრო.

შეფასება

გულისხმიერი მკურნალობისთვის, გეგმის ჩამოსაყალიბებლად გასათვალისწინებელია ბევრი შეფასებითი ფაქტორი. ეს საშუალებები არის ინტერვიუს და კომუნიკაციის გზა პაციენტთან და მის ოჯახთან. მოუსმინეთ ყურადღებით პაციენტის პრობლემას ისე, როგორც ის აღიქვამს. განუმარტეთ თქვენი აზრი მოსმენილზე. ექთანმა უნდა გააცნობიეროს, რამდენად მნიშვნელოვანია ის, თუ რას ამბობს პაციენტი და რას გულისხმობს. რეკომენდაცია გაუწიეთ ისეთ სტრატეგიებს, სადაც საჭიროა ჩართულობა. მკურნალობის გეგმასთან დაკავშირებით ითანამშრომლეთ პაციენტთან და არა მარტო მასთან.

1. რას უნოდებ შენს პრობლემას? (ანუ რას ფიქრობ, რა განუხებს?)
2. როგორ ფიქრობ, რამ გამოწვია შენი პრობლემა?
3. როგორ უმკლავდები შენს მდგომარეობას?
4. რა შეხედულებები გაქვს შენს მდგომარეობაზე ან რეკომენდირებულ მკურნალობაზე?

საექთნო დიაგნოზი

NANDA-ის მიერ განვითარებული დიაგნოზირება ფოკუსირებას ახდენს საექთნო მოვლაზე, რომელიც დაფუძნებულია ევროპულ-ცენტრალურ კულტურულ რწმენაზე. ექთანმა უნდა უზრუნველყოს შესაბამისი მკურნალობა ნებისმიერი კულტურის მქონე პაციენტებისთვის.

დაგეგმვა

კულტურული კომპეტენცია მოიცავს ისეთ მკურნალობას, სადაც გაერთიანებულია პიროვნების გონება, სხეული, სული და კულტურული ფასეულობები. AACN (2008) განსაზღვრავს კულტურულ კომპეტენციას როგორც დამოკიდებულებას, ცოდნას და უნარებს, რომელიც საჭიროა განსხვავებული მოსახლეობისთვის ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.

გავეცნოთ საჭირო ეტაპებს:

- გაეცანით პაციენტის კულტურულ მემკვიდრეობას;
- გაეცანით მის მემკვიდრეობას და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ტრადიციებს, როგორც თვითონ აღწერს;
- გაეცანით პაციენტის ადაპტაციის უნარს, რომელიც გამოიყენება სხვა კულტურაში ცხოვრების დროს (ინტერვიუს ამ ნაწილში ექთანს შეუძლია გაარკვიოს ისეთი საკითხები, როგორიცაა დიეტა, ჰიგიენა და ა.შ.);
- შექმენით მკურნალობის გეგმა პაციენტთან ერთად, რომელიც აერთიანებს კულტურულ მრწამსს ჯანმრთელობის შენარჩუნების, დაცვის და აღდგენის მიმართულებით. ამ გზით შესაძლებელია კულტურული ფასეულობებისა და შეხედულებების გაერთიანება საჭირო მკურნალობასთან.

იმპლემენტაცია

მკურნალობის განხორციელება მოიცავს: ა) კულტურულ მომზადებას და შენარჩუნებას, ბ) კულტურულ აღჭურვილობას და მოლაპარაკებებს. მომზადების პროცესში შეიძლება მოიაზრებოდეს ისეთი პრაქტიკა, როგორიცაა მცენარეული ჩაი, ქათმის წვნიანი, ან „ცხელი“ საკვები ავადმყოფი პაციენტებისთვის. აღჭურვილობა და სათანადო მოლაპარაკების წარმოება მოითხოვს უმაღლეს საკომუნიკაციო უნარებს რაშიც იგულისხმება თანაგრძნობა, ინფორმაციის დადასტურება და შინაარსის ეფექტურად შეჯამება. მოლაპარაკება არის ერთობლივი პროცესი. მოლაპარაკების დროს შეისწავლება პაციენტის ხედვა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით და შემდეგ დადასტურება. თუ პაციენტის შეხედულებებმა აჩვენა, რომ გარკვეული აქტივობები არ იმოქმედებს მის მდგომარეობაზე უარყოფითად, მაშინ ეს აქტივობები ჩაერთვება მკურნალობის გეგმაში. ზუსტად უნდა განისაზღვროს როგორ მართავს პაციენტი ავადმყოფობას, რა პრაქტიკა შეიძლება იყოს საზიანო და რომელი კიდევ უსაფრთხო, მაგალითად, ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის დოზის შემცირება ან ინსულინის თერაპიის ჩანაცვლება მცენარეული საშუალებებით შეიძლება აღმოჩნდეს დესტრუქციული. ზოგიერთი მცენარეული საშუალება ინიშნება თანამედროვე მედიკამენტებთან ერთად, სხვა პრეპარატი კი შეიძლება აღმოჩნდეს საწინააღმდეგო მოქმედების. ამიტომაც საჭიროა პაციენტის სრულად ინფორმირება შესაძლო შედეგებზე.

ჯანმრთელობის სწავლებასთან დაკავშირებული ANA სტანდარტი მოიცავს სწორედ იმ კომპეტენტურ ზღვარს, რაც მოეთხოვება ექთანს, კერძოდ, პაციენტისთვის და სიტუაციისთვის შესაბამისი მეთოდების გამოყენება. ეს სწავლება მოიცავს პაციენტის ღირებულებების გაცნობიერებას, რწმენას, ჯანმრთელობის პრაქტიკას, განვითარების დონეს, საჭიროებებს, მზაობასა და უნარებს შესასწავლად, ენობრივ დონეს, სულიერებას, კულტურას და სოციოეკონომიკურ სტატუსს. ექთანი ყოველთვის უნდა იყოს მოწოდების სიმალლეზე. ეს მოითხოვს პაციენტის ქცევის, კრეატიულობისა და ცოდნის მნიშვნელობის აღმოჩენას, რათა ექთნის ინტერვენციასთან თანხვედრაში მოვიდეს. ეს ცოდნა კი მიიღება გამოცდილების შედეგად.

კულტურულ პასუხისმგებლობაზე დაფუძნებული მოვლა-ოჯახები

- გამოავლინეთ თქვენი საკუთარი დამოკიდებულებები, ცრურწმენები, სტერეოტიპები, გადახრები. პაციენტისა და მისი ოჯახის შეფასება მიიღეთ ისე, როგორც თქვენი შეფასების ნაწილი;
- შეისწავლეთ იმ მთავარი ჯგუფის ტრადიციები, წესები, რიტუალები, ვისთანაც მოგიწევთ კონტაქტი. გაითვალისწინეთ, რომ პიროვნულ დონეზე შეიძლება არ დაემთხვეს ჯგუფის ინტერესები;
- ნუ ენდობით მხოლოდ საკუთარ შეხედულებებს;
- სთხოვეთ პაციენტს კულტურული ან ალტერნატიული მიღწევების გამოყენება სამკურნალოდ;
- გააცნობიერეთ, რომ პაციენტის (ან მისი ოჯახის) უფლებაა, აირჩიოს მკურნალობის მეთოდები. დეტალურად აუხსენით პაციენტს მისი მდგომარეობა და მკურნალობის გეგმა;
- გამოხატე პატივისცემა და თანამშრომლობის სურვილი ტრადიციულ ზრუნვასთან დაკავშირებით.

შეფასება

მკურნალობის შეფასება არის პროცესი, რომელიც აერთიანებს პაციენტის კულტურულ პერსპექტივებს. თუმცა თუ შედეგები არ იქნება მიღწეული, ექთანი უნდა იყოს განსაკუთრებით ფრთხილი, რათა განსაზღვროს პაციენტის შეხედულებათა სისტემა ადეკვატურია თუ არა ზემოქმედ ფაქტორებთან მიმართებით.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). The power to reduce health disparities: Voices from REACH communities. Atlanta, GA: Author.
- Coustasse, A., Bae, S., Arvidson, C., Singh, K., & Trevino, F. (2009). Disparities in ADL and IADL disabilities among older adults of Hispanic subgroups in the United States: Results from the National Health Interview Survey 2001–2003. *Hospital Topics*, 87(1), 15–23. doi:10.3200/HTPS.87.1.15-23
- Kim, H., & Choi, W. (2008). Willingness to use formal longterm care services by Korean older adults and their primary caregivers. *Journal of Aging & Social Policy*, 20, 474–492. doi:10.1080/08959420802160444
- Ryan, E., Jin, Y., & Anas, A. (2009). Cross-cultural beliefs about memory and aging for self and others: South Korea and Canada. *International Journal of Aging & Human Development*, 68, 185–194. doi:10.2190/AG.68.3.A
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2010). National healthcare disparities report, 2009 (AHRQ Publication No. 10-0004). Rockville, MD: Author. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/qual/qdr09.htm>
- American Anthropological Association. (1998). Statement on “race.” Retrieved from: <http://www.aaanet.org/stmts/racepp.htm>
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). Cultural competency baccalaureate nursing education. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/education/pdf/competency.pdf>
- American Nurses Association. (2010). Nursing: Scope and standards of practice (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- Barnes, P. M., Bloom, B., & Nahin, R. (2008). CDC national health statistics report #12. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. Retrieved from <http://nccam.nih.gov/news/camstats.htm>
- Ben-Arye, E., Schiff, K., Karkhabi, K., & Lev, E. (2009). Attitudes of patients with diabetes about complementary medicine in Israel: A cross-cultural perspective. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 15, 211–212. doi:10.1089/acm.2008.0445
- Berlin, E. A., & Fowkes, W. C. (1983). A teaching framework for cross-cultural health care. *Western Journal of Medicine*, 139, 934–938.
- Bosher, S. D., & Pharris, M. D. (2009). Transforming nursing education. New York, NY: Springer.
- Campinha-Bacote, J. (2007). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues (5th ed.). Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Canadian Nurses Association. (2004). Position statement: Promoting culturally competent care. Retrieved from http://cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS73_Promoting_Culturally_Competent_Care_March_2004_e.pdf

- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). Office of Minority Health and Health Disparities: Mission. Retrieved from <http://www.cdc.gov/omhd/About/about.htm>
- Grieco, E. M., & Cassidy, R. C. (2001). Overview of race and Hispanic origin: Census 2000 brief. Retrieved from <http://www.census.gov/prod/2001pubs/c2kbr01-1.pdf>
- Guibernau, M., & Rex, J. (2010). The ethnicity reader: Nationalism, multiculturalism and migration (2nd ed.). Malden, MA: Polity.
- International Medical Interpreters Association. (2007). Medical interpreting standards of practice. Retrieved from <http://www.imiaweb.org/standards/standards.asp>
- Leininger, M. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from the theory of culture care diversity and universality perspective. *Nursing Science Quarterly*, 20, 9–15. doi:10.1177/0894318406296784
- National Center on Minority Health and Health Disparities. (n.d.) Mission. Retrieved from http://ncmhd.nih.gov/about_ncmhd/mission.asp
- Office of Management and Budget. (1997). Recommendations from the Interagency Committee for the review of the racial and ethnic standards to the Office of Management and Budget concerning changes to the standards for the classification of federal data on race and ethnicity. *Federal Register*, 62, 36873–36946.
- Office of Minority Health. (2001). National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Slavin, S., Galanti, G., & Kuo, A. (n.d.). The 4 C's of culture: A mnemonic for healthcare professionals. Retrieved from <http://www.ggalanti.com/books.html>
- Spector, R. E. (2004). *Cultural diversity in health and illness* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Spector, R. E. (2009). *Cultural diversity in health and illness* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Tochluk, S. (2010). *Witnessing whiteness: The need to talk about race and how to do it* (2nd ed.). Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- U.S. Census Bureau. (2004). U.S. interim projections by age, sex, race, and Hispanic origin. Retrieved from <http://www.census.gov/ipc/www/usinterimproj>
- U.S. Census Bureau. (2009a). Table 3: Annual estimates of the resident population by sex, race, and Hispanic origin for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2008 (NCEST2008- 03). Retrieved from <http://www.census.gov/popest/national/asrh/NC-EST2008-srh.html>
- U.S. Census Bureau. (2009b). Census bureau data show characteristics of the U.S. foreign-born population. Retrieved from http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/american_community_survey_acs/013308.html
- U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Service Administration Bureau of Health Professions. (2010). The registered nurse population:

Initial findings from the 2008 National Sample Survey of registered nurses. Retrieved from <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnsurvey/initialfindings2008.pdf>

- U.S. Department of Health and Human Services, Advisory Committee on Minority Health. (2009a). Ensuring that health care reform will meet the health care needs of minority communities and eliminate health disparities: A statement of principles and recommendations. Retrieved from http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/Checked/1/ACMH_HealthCareAccessReport.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. (2009b). About OMH. Retrieved, from <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=1&lvlID=7>
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). Toolkit of resources for cultural competent education for baccalaureate nurses. Washington, DC: Author.
- Andrews, J. D., & Boyle, J. S. (2008). Transcultural concepts in nursing care (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Arnault, D. S. (2009). Cultural determinants of help seeking: A model for research and practice. *Research and Theory for Nursing Practice*, 12, 259-278. doi:10.1891/1541-6577.23.4.259
- Barnes, P. M., Adams, P. F., & Powell-Griner, E. (2008). Health characteristics of the Asian adult population: United States, 2004-2006. *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 394, 1-24.
- Bucher, R. D. (2010). Diversity consciousness: Opening our minds to people, cultures, and opportunities (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- D'Avanzo, C., & Geissler, E. M. (2007). Pocket guide to cultural health assessment (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Galanti, G. (2008). Caring for patients from different cultures (4th ed.). Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2007). Transcultural nursing: Assessment & intervention (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Year Book.
- Huber, L. M. (2009). Making community health care culturally correct. *American Nurse Today*, 4(5), 13-15.
- Kaiser Permanente National Diversity Council. (2009). A provider's handbook on culturally competent care: Women's health. Retrieved from https://www2.massgeneral.org/disparitiessolutions/z_files/Kaiser%20CC%20handbook.pdf
- National Committee for Quality Assurance. (2009). Implementing multicultural health care standards: Ideas and examples. Retrieved from <http://www.ncqa.org/Portals/0/Publications/Implementing%20MHC%20Standards%20Ideas%20and%20Examples%2004%2029%2010.pdf>
- Papadopoulos, I., & Omeri, A. (2008). Transcultural nursing theory and models: The challenges of application. *Contemporary Nurse*, 28, 45-47.
- Purnell, L. D. (2008). A guide to culturally competent healthcare (2nd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.

- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2008). *Transcultural health care: A culturally competent approach* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Racher, F. E., & Annis, R. C. (2007). Respecting culture and honoring diversity in community practice. *Research and Theory for Nursing Practice*, 21(4), 255-270. doi:10.1891/088971807782427985
- U.S. Department of Health & Human Services. (2010). *Healthy people 2020*. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/hp2020/default.asp>
- Zitzow, D., & Estes, G. (1981). The heritage consistency continuum in counseling Native American students. *American Indian issues in higher education, Contemporary American Indian issues series*, No. 3, 133-139. Los Angeles, CA: American Indian Studies Center, University of California.

თავი 15

ალტერნატიული და დამატებითი სამკურნალო თერაპიული საშუალებები

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. ალტერნატიული თერაპიის ძირითადი საკითხების აღწერა;
2. გამაჯანსაღებელი გარემოს მაგალითების მოყვანა;
3. მცენარეული საშუალებების შედარება მედიკამენტებთან;
4. ნატუროპათიული მედიცინის ზოგადი პრინციპების აღწერა;
5. მანუალური გამაჯანსაღებელი მეთოდების როლი სხვადასხვა დაავადების მკურნალობაში;
6. იოგის მედიტაციის, ჰიპნოზოთერაპიის, წარმოსახვითი თერაპიის, ქი გონგის, თაი ჩაის მთავარი მიზნის განსაზღვრა;
7. დეტოქსიფიკაციის ტიპების შედარება;
8. სტიმულატორების (ცხოველების, ლოცვების, ხუმრობის) გამოყენება სხვადასხვა დაავადების მკურნალობაში;
9. პაციენტს მიაწოდოთ ინფორმაცია ალტერნატიული თერაპიის უსაფრთხოებაზე;

ექთნების მცირე რაოდენობას აქვს შესწავლილი ალტერნატიული მედიცინა და. როგორც წესი, განიცდიან ინფორმაციის ნაკლებობას ან ფლობენ არასწორ ინფორმაციას ალტერნატიულ სამკურნალო თერაპიულ საშუალებებზე. ამ თავში ტერმინები **სტანდარტული მედიცინა, ბიომედიცინა და ალოპათიური მედიცინა** აღწერს დასავლურ სამედიცინო პრაქტიკას. ტერმინები **ალტერნატიული და დამატებითი მედიცინა** კი მსოფლიოში გამოცდილი პრაქტიკაა. ამ მედიცინის საფუძველს წარმოადგენს უძველესი ხალხების, მათ შორის, ეგვიპტელების, ჩინელების, აზიური ინდიელების, ბერძნებისა და ადგილობრივი ამერიკელების გამოცდილება. საზოგადოების ინტერესი დამატებით და ალტერნატიულ თერაპიაზე თანდათან იზრდება. ამას ადასტურებს პოპულარული წიგნების, ჟანსალი საკვების მაღაზიებისა და ამ ტიპის თერაპიული კლინიკების გავრცელება. ბევრ ქვეყანაში მიმდინარეობს კლინიკური კვლევები, გამოყოფილია სასწავლო გრანტები ამ მიმართულებით ცოდნის ასამაღლებლად.

ძირითადი კონცეფციები

ფლორენს ნაითინგილის ტრადიციების შემდეგ, ექთნები ჩართულები არიან ტრადიციული და ბუნებრივი სამკურნალო საშუალებების გამოყენებაში. თანამედროვე ექთანი ადგენს ბიოსამედიცინო და სამკურნალო მოდელს, რომლის დროსაც იყენებს ტექნო-

ლოგიებს, სამკურნალო პროცესებს და მზრუნველ ურთიერთობას აყალიბებს. ექთანი, თავისი განათლებითა და პაციენტთან სათნო ურთიერთობით, ეხმარება პაციენტს დაიცვას თავისი უფლება აირჩიოს საკუთარი სამკურნალო გზა და ცხოვრების ხარისხი.

ალტერნატიულ პრაქტიკაში არსებობს რამდენიმე გავრცელებული კონცეფცია. ესენია პოლიზმი, ჰუმანიზმი, ბალანსი, სულიერება, ენერგია და სამკურნალო გარემო.

პოლიზმი, „მთლიანობის ფილოსოფია“

პოლიზმი გულისხმობს რწმენას მთლიანობის არსზე, რომ ადამიანები არიან უფრო მეტი, ვიდრე ფიზიკური ორგანიზმები, რომლის ნაწილებიც შეიძლება აღადგინო ან ჩაანაცვლო. გონებრივი, ემოციური, სულიერი, ურთიერთობითი და გარემოებრივი კომპონენტები, რომელიც მიუთითებს **პოლიზმზე**, ასრულებს გადამწყვეტ და თანაბრად მნიშვნელოვან როლს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაში.

ჰუმანიზმი

ჰუმანიზმი მოიცავს შემდგომ განცხადებებს: სხეული და გონება განუყოფელი ნაწილებია, ადამიანს აქვს ძალა თავად გაუმკლავდეს პრობლემას, ადამიანები პასუხისმგებელი არიან საკუთარ ცხოვრებაზე, კეთილდღეობა არის პიროვნული კმაყოფილებისა და საზოგადოებრივი ღვაწლის კომბინაცია. დასავლურ ჯანდაცვის სისტემაში ექთანს უკავია ლიდერის როლი ინტეგრირებულ ალტერნატიულ სამკურნალო მეთოდების გამოყენებისას. ბუნებრივი და ტრადიციული მკურნალობის დროს ექთანი ისტორიულად იყენებს თავის ხელებს, გულსა და გონებას.

ბალანსი

ბალანსის კონცეფცია გულისხმობს იპოვო სასურველი შუალედი ორ საპირისპირო ძალას შორის. ბალანსს აქვს გონებრივი, ემოციური, ფიზიკური, სულიერი და გარემო კომპონენტები. ერთი კომპონენტი თუ დაირღვევა, მაშინ წონასწორობა ირღვევა დანარჩენ კომპონენტებს შორისაც. ფიზიკური ასპექტი მოიცავს მთელი სხეულის ოპტიმალურ ფუნქციონირებას. ემოციური მხარე გულისხმობს ადამიანის უნარს იგრძნოს და გამოხატოს ყველა ადამიანური ემოცია. გონებრივი ასპექტი შეიცავს სრულფასოვნების გრძნობას, პოზიტიურ იდენტობას, დაფასებისა და შექმნის უნარს. სულიერ ასპექტში ჩართულია მორალური ღირებულებები, ცხოვრების აზრი, კავშირის განცდა სხვებთან და ღვთაებრივ სანწყისთან. გარემო ფაქტორი მოიცავს ფიზიკურ, ბიოლოგიურ, ეკონომიურ, სოციალურ და პოლიტიკურ მდგომარეობას. წონასწორობაში ყოფნა არის სწავლის უნარი და მუდმივად ჯანსაღი ცხოვრების პროცესში ჩართულობა.

სულიერება

მკურნალობაზე დაფუძნებული სულიერება არსებობს ბევრ უძველეს სამკურნალო პრაქტიკაში. სული არის ცხოვრების სიმდიდრე, ის გამოხატავს ჩვენ ვინ ვართ და როგორები ვართ. **სულიერება** აძლევს ადამიანებს სიცოცხლის აზრსა და მიზანს, რომელშიც გაერთიანებულია ურთიერთობები საკუთარ თავთან, სხვებთან და უზენაეს ძალასთან.

ენერგია

ენერგიის კონცეფცია საუკუნეების მანძილზე არსებობს ბევრ კულტურაში. **ენერგია** არის ძალა, რომელიც აერთიანებს სხეულს, გონებას, და სულს. ის აკავშირებს ყველაფერს ერთმანეთთან. ჩინელ სწავლულებს სჯეროდათ, რომ ენერგია იყო სამყაროს მთავარი საშენი მასალა. ალბერტ აინშტაინი და სხვა ფიზიკოსები ამტკიცებდნენ, რომ ნივთიერება და ენერგია ერთი და იგივეა; ენერგია არ არის მხოლოდ კოსმოსის მატერია, არამედ ის არის „ნებო“, რომელიც აკავშირებს ერთმანეთთან ნაწილებს. თანამედროვე მეცნიერები აღიქვამენ სამყაროს, როგორც ნივთიერების პატარა ნაწილაკების გაერთიანება. მათი აღმოჩენები ჰგავს უძველესი ჩინელი სწავლულების დაკვირვებებს. ყველაფერი სამყაროში ცოცხალი თუ არაცოცხალი შექმნილია ენერგიისგან.

ორი გავრცელებული ტერმინი, რომელიც სამკურნალო პრაქტიკასთან და ენერგიასთან არის დაკავშირებული, არის საფუძველი და ცენტრალიზება. *საფუძვლის შექმნა*, როგორც თვითონ სიტყვა მიგვანიშნებს, არის დაკავშირებული მიწასთან, უფრო ფართო გაგებით, ნიშნავს ადამიანის კავშირს რეალობასთან. მიწაზე მყარად დგომა გულისხმობს სტაბილურობას, უსაფრთხოებას, დამოუკიდებლობას, მყარი ფუნდამენტის ქონას და აწმყოში ცხოვრებას, ოცნებებში ჩაკარგვის მაგივრად. *ცენტრალიზება* მიუთითებს პროცესების ცენტრში ყოფნას. როდესაც ადამიანები იმყოფებიან ცენტრში, ისინი სრულად უკავშირდებიან თავიანთი სხეულის ნაწილებს, სადაც მათი მთელი ენერგია იყრის თავს. ცენტრალიზება არის ფოკუსირების პროცესი ენერგიის ცენტრალურ ნაწილზე, რომელიც ადამიანს აძლევს საშუალებას იმოქმედოს ინტუიციურად, გაცნობიერებულად და გადასცეს ენერგია მთლიან სხეულს.

სამკურნალო/გამაჯანსაღებელი გარემო

ექთნები ყოველთვის დიდ ყურადღებას აქცევენ სამკურნალო გარემოს შექმნას მათთვის, ვისზეც ზრუნავენ. გარემო იქმნება მაშინ, როცა ექთანი უზრუნველყოფს პაციენტს ცოდნით, უნარების ათვისებითა და მხარდაჭერით, რაც ერწყმის მის შინაგან სიბრძნეს და პაციენტი თვითონ იღებს გადაწყვეტილებებს, რომელიც მის ჯანმრთელობაზე აისახება. სამკურნალო გარემო არის მედიცინის და საექთნო ზრუნვის მიღწევის სინთეზი. ექთანმა უნდა დაიცვას ჯანსაღი ბალანსი ტექნოლოგიებსა და თანაგრძნობას შორის. ექთანი ქმნის სამკურნალო გარემოს, როცა პაციენტზე ძალიან ზრუნავს.

ექთანმა ასევე უნდა შექმნას საკუთარი გამაჯანსაღებელი გარემო. ადამიანებთან მუშაობა შეიძლება აღმოჩნდეს ძალიან დამქანცველი. საჭიროა ისწავლონ, თუ როგორ აღიდგინონ ძალები. ექთნის მკურნალობის უნარი შეიძლება შევადაროთ სუფთა, სამკურნალო წყლით სავსე ჭას. თუ ჭაში არ ჩაყვინთავს არავინ, მაშინ წყალიც იქნება უმოძრაო და ნაკლებ მარილიანი, ხოლო თუ მუდმივად ამოვიღებთ წყალს გადავსების გარეშე, ჭა მალე დაიცლება. რა ემართებათ ექთნებს, რომლებიც არ ზრუნავენ სხვებისა და საკუთარი ძალების აღდგენაზე? ძალიან მალე ხდება ნათელი, რომ ისინი იფიტებიან. ისინი ხდებიან ნაკლებად მომთმენი და ტოლერანტულები, უფრო მეტად გაღიზიანებულნი და უბედურები.

ჩანართ 15-1-ში მოცემულია მეთოდები, რომლის საშუალებითაც ექთნებს შეუძლიათ თავიანთი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობა.

ჩანართი 15-1 თვითსამკურნალო მეთოდები ექთნებისთვის

- ენერგიის დაკარგვა სხეულის არასწორი მდგომარეობით. თქვენ შეიძლება დღის დიდი ნაწილი დაკავებული ხართ არასწორი სიარულით ან უხეშად ჯდებით სკამზე, ეს კი ხელს უშლის ენერგიის და ჟანგბადის ნაკადის მიწოდებას მთელს სხეულში. ერთი წუთით დადექით სწორად. წარმოიდგინეთ, თითქოს თავზე გიკეთიათ თოკი და ცისკენ გექაჩებათ. ეს წარმოსახვა გეხმარებათ შეცვალოთ თქვენი სხეულის პოზიცია;
- გააკეთეთ შემდგომი მოქმედებები ენერგიის განვითარებისთვის: გაიხადეთ ფეხსაცმელი, დაჯექით იატაკზე თქვენს წინ გაშლილი ფეხებით და ფეხის გულები იატაკისკენ დასწიეთ. დაჭიმეთ ფეხის თითები, რაც შეიძლება მაგრად და გააჩერეთ 5 წამი, შემდეგ უკან გადმოხარეთ ტერფები. რაც შეიძლება მაგრად და გააჩერეთ 5 წამი. ეს ვარჯიში გაიმეორეთ 10-ჯერ;
- დაჯექით კომფორტულად და დახუჭეთ თვალები. დააფიქსირეთ თქვენი სუნთქვა, ცვლილებების გარეშე. ყურადღება მიაქციეთ ჩასუნთქვასა და ამოსუნთქვას. ახლა წარმოიდგინეთ, რომ ჰაერი იღვრება თქვენს გულში ყოველი შესუნთქვის დროს და გამოდის გულიდან ყოველი ამოსუნთქვის დროს. უბრალოდ იგრძენით ჰაერის შეღინება და გამოღინება თქვენს გულში. წარმოიდგინეთ, რომ სუნთქვა არის წმინდა სიყვარული, განახორციელეთ ასეთი სუნთქვა 5-დან 10 წუთამდე. ახლა თქვენი ყურადღება მიმართეთ გარემოსკენ, ნელა გაახილეთ თვალები, ადექით და იმოძრავეთ. იფიქრეთ ამ გრძნობაზე მთელი დღე.

სამკურნალო საშუალებები

ეთნოცენტრიზმი, რაც ნიშნავს რასობრივ ან ეროვნულ ამპარტავნებას შეისწავლის ახალ გზებს ჯანმრთელობის ხელშესაწყობად და ქრონიკული დაავადებების პრევენციისთვის. მომხმარებელს აქვს ფართო არჩევანის მოთხოვნა, ამიტომაც ჩვენ უნდა გვახსოვდეს ყოველთვის, რომ სხვა ქვეყნებს და კულტურებს აქვთ ჭეშმარიტი მეთოდები დაავადებების განკურნებისა და პრევენციისთვის. ინფორმაცია შეიძლება იყოს ახალი, თუმცა ბევრი ეს ტრადიცია არსებობს ასეული და ათასეული წელიც კი და შეადგენს გავრცელებული მედიცინის ნაწილს სხვა კულტურებში. ექთანმა უნდა გამოიკვლიოს ის სამედიცინო საშუალებები, რომელსაც შეიძლება პაციენტი იყენებდა საავადმყოფოში მოხვედრამდე.

სისტემური მკურნალობის პრაქტიკა

სამკურნალო პრაქტიკების გარკვეული რაოდენობა საუკუნეების განმავლობაში მთელს მსოფლიოში სისტემატიზირდა. ეს სისტემა მოიცავს ღირებულებათა მთელ ჯგუფს, დამოკიდებულებებს, შეხედულებებს, რომელიც წარმოშობს ცხოვრების ფილოსოფიას და არა უბრალოდ სამკურნალო საშუალებების ჯგუფს.

შეფასების ინტერვიუ – დამატებითი და ალტერნატიული თერაპია

- იყენებთ თუ არა ჩაის, მცენარეებს, ვიტამინებს ან სხვა ბუნებრივ პროდუქტებს ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად ან სამკურნალოდ?
- რა ტრადიციულ ან ხალხურ სამკურნალო საშუალებებს იყენებთ თქვენს ოჯახში?
- ლოცულობთ ან თუ იყენებთ მედიტაციას ან სხვა რელაქსაციურ ტექნიკას, მუსიკას, იოგას სამკურნალო მიზნებისთვის?
- რა ალტერნატიული თერაპია გამოგიყენებიათ (აკუპუნქტურა, ხელით თერაპია, ჰიპნოზი და ა.შ.)?

აიურვედა

აიურვედა (აიურ-სიცოცხლე; ვედა-ცოდან), ძველი ინდური მედიცინა, დაახლოებით 2500 წლისაა. ავადმყოფობა განიხილება, როგორც სხეულის სისტემებს შორის წონასწორობის დარღვევა. აიურვედა ხაზს უსვამს ადამიანის ჯანმრთელობისა და სოციალური ცხოვრების ხარისხის ურთიერთდამოკიდებულებას. გონებრივად ჯანმრთელ ადამიანებს აქვთ კარგი მეხსიერება, აღქმა, ინტელექტი და ლოგიკური მსჯელობის უნარი. ემოციურად მყარ ადამიანს განაწონებული აქვს ემოციური მდგომარეობა და ბედნიერების შეგრძნების უნარი. ფიზიკურად ჯანმრთელ ადამიანს აქვს ძალიან ბევრი ენერგია, საჭმლის მონელებისა და ორგანიზმიდან გამოყოფის უნარი. სულიერი თვალთახედვით, ჯანსაღ ადამიანს აქვს ცხოვრების შეგრძნების უნარი, რომლებიც ავითარებენ თავიანთ პოტენციალს, კარგი ურთიერთობა აქვთ საკუთარ თავთან, სხვებთან და სრულიად სამყაროსთან. გარემოსთან დაკავშირებით ჯანმრთელ ადამიანს აქვს ნაკლები ეკონომიური, სოციალური და პოლიტიკური სტრესი. ცხოვრების სტილში განსაკუთრებული ჩარევები არის აიურვედას მთავარი პრევენციული და თერაპიული მიღწევები. თითოეულ პიროვნებას გამოწერილი აქვს ინდივიდუალური დიეტა და სავარჯიშო პროგრამა სხეულის ტიპის მიხედვით. მცენარეული წამლები ემატება ამ დიეტას პრევენციული ან რეგენერაციული მიზნებისთვის, ასევე განსაკუთრებული დარღვევების სამკურნალოდ. პრაქტიკოსები ნიშნავენ იოგას, სუნთქვით ვარჯიშებსა და მედიტაციას. უძველესი სისტემა შეერწყა თანამედროვე მეცნიერებას და ტექნოლოგიას, მათ შორის ბიომედიცინურ მეცნიერებასა და კვანტურ ფიზიკას.

ტრადიციული ჩინური მედიცინა

ტრადიციული ჩინური მედიცინა (TCM) 3000 წელია არსებობს და ემყარება იმ წანამძღვარს, რომ სხეულის სასიცოცხლო ენერგია ბრუნავს მერიდიანზე და იმართება განსაკუთრებული ანატომიური წერტილების გასწვრივ, სხეულის ზედაპირზე. დაავადება აღწერილია, როგორც ამ ენერგიის ნაკადის შეწყვეტა. ჩინურ მედიცინაში გონება, სხეული, სული და ემოციები არასდროს ცალკევდება. მაშასადამე, გული არ არის მარტო სისხლის გადასატუბი აპარატი, ის ასევე გავლენას ახდენს ადამიანის უნარებზე, იმხიარულოს, იპოვოს ცხოვრების მიზანი, დაამყაროს კავშირი სხვებთან. თირკმელი ფილტრავს სითხეს, მაგრამ ასევე მართავს ადამიანის შიშს, სურვილს, მოტივაციასა და ცხოვრების რწმენას. ფილტვები შეისუნთქავს ჰაერს და გამოდევნის მავნე ნივთიერებებს, მაგრამ ასევე არეგულირებს ადამიანის სევდას, ისევე როგორც ახერხებს საკუთარი თავისა და სხვების აღიარებას. ღვიძლი წმენდს ორგანიზმს და ასევე გავლენას ახდენს სიბრაზის განცდაზე, მხედველობასა და კრეატიულობაზე. კუჭს აქვს საჭმლის მონელების ფუნქცია და გავლენას ახდენს ფიქრის, სიკეთისა და სწავლის უნარზე. ეს არის ის მცირე ჩამონათვალი, რასაც ჩინური მედიცინის მიმდევრები აღიარებენ. ჩინური მედიცინის სპეციალისტებს წვრთნიან, რათა გამოიყენონ უძველესი, განსხვავებული და თანამედროვე თერაპიული მეთოდები, მათ შორის აკუპუნქტურა, მცენარეული მედიცინა, მასაჟი, სიცხის თერაპია, ქი გონგ, თაიჩი, და სპეციალური კვებითი თერაპიები.

ამერიკელ ინდიელთა მკურნალობა

სულიერება და მედიცინა განუყოფელი ნაწილებია ამერიკულ მკურნალობაში. ექიმები, როგორც ქალები ისევე კაცები, თავს მიიჩნევენ ღმერთის იარაღებად, რომლებიც ეხმარებიან სხვებს მიაღწიონ კეთილდღეობას გონებრივად, სულიერად და ფიზიკურად. ერთადერთი მკურნალი არის თავად უფალი, რომელმაც შექმნა ყველაფერი. ექიმები თვლიან, რომ მათ აქვთ გარკვეული ცოდნა ერთმანეთს დაუკავშირონ მოვლენები, რათა დაეხმარონ ავადმყოფ ადამიანს განკურნებაში და რომ ამ ცოდნას გადასცემენ გარკვეული გზით, ხშირად რიტუალის ან ცერემონიის საშუალებით. მკურნალი სიყვარულითა და თანაგრძნობით იწყებს ურთიერთობას. იგი იყენებს სამედიცინო საგნებს პაციენტების დასახმარებლად და ცერემონიულ მკურნალობას, როგორცაა, ცერემონიული საუნა, სიმღერა, ცეკვა. სხვა სახის მკურნალობაა შებოღვა (ადამიანის კანის დაორთქლება დამწვარი მცენარეების კვამლით), დოლის დაკვრა, შხება და მცენარეების გამოყენება.

ჯანმრთელობა მოიაზრება, როგორც ჰარმონიული მდგომარეობა გონებასა და სხეულს შორის. ცნობილია, რომ დაავადებების უმეტესობა იწყება თავიდან, ამიტომაც ადამიანებმა თავიდან უნდა აირიდონ ცუდი აზრები, რათა არ შეიქმნან ავადმყოფობის წინასწარ განწყობა. თუ გონება იქნება ნეგატიური, სხეული გამოიფიტება. როდესაც ადამიანი „გაიხსნება“, ისწავლის რა არის მისთვის კარგი და იპოვის გზებს, როგორ გახდეს ბედნიერი, ის შეძლებს დაიწყოს ბრუნვა უფრო ხანგრძლივი და ჯანმრთელი ცხოვრებისათვის.

მცენარეული მკურნალობა

მცენარეებით მკურნალობას, რომელიც აერთიანებს მცენარეებს, არომათერაპიას, ჰომეოპათიას და ნატუროპათიას, მიმართავს მსოფლიო მოსახლეობის 80% (სურათი 15-1).



სურათი 15-1 არომათერაპია, ჰომეოპათია და სხვა მცენარეული თერაპია, რომელთა გამოყენება შესაძლებელია მოხდეს კომბინაციაში

მცენარეული მედიცინა

მცენარეული მედიცინა განვითარებული იყო მანამდე, სანამ ფარმაცევტული კომპანიები დაარსდებოდნენ, თუმცა დღესდღეობით მსოფლიოს ბევრ ნაწილში მცენარეებით მკურნალობა ჯერ კიდევ ხელმისაწვდომია. მცენარეთა მხოლოდ მცირეოდენი ნაწილია შესწავლილი სამედიცინო თვალსაზრისით. დაახლოებით 30% წამლების მცენარეებიდან არის წარმოებული. მცენარეებიდან წარმოებული თანამედროვე მედიკამენტების რიგს მიეკუთვნება რებერპინი, რომელიც ინდური გველფესვადან (*Ageratina*) იწარმოება, დიგოქსინი-ფუტკარასგან (*Digitalis*), ქინინი-ქინაქინას ხისგან (*Cinchona*), ასპირინი-ტირიფისგან (*Salix*), მორფინი-ყაყაჩოს თესლისგან (*Papaver somniferum*) და ა.შ. უახლოესი კვლევების შედეგად აღმოაჩინეს ნივთიერება პაკლიტაქსელი (ტაქსოლი) ურთხელის ქერქში, რომელიც ამჟამად გამოიყენება სიმსივნის სამკურნალოდ.

ყველა მცენარე არ არის სასარგებლო. უმრავლესობას გააჩნია მომწამვლელი თვისებები, მაგალითად ნეფრიტი, ჭყორი და სხვა. მცენარეების უმეტესობა არ არის საშიში, თუ სათანადოდ მოიხმარს ადამიანი, მაგრამ ზოგიერთი იწვევს სერიოზულ გვერდით რეაქციებს ჭარბი ან ხანგრძლივი მოხმარების დროს. ორსულები და მეძუძურები უნდა გააფრთხილონ, არ მიიღონ მცენარეული საშუალებები ექიმთან კონსულტაციის გარეშე.

მართალია, მცენარეებით მკურნალობა იყოს ეფექტური, მაგრამ მნიშვნელოვანია ადამიანების გაფრთხილება, რათა არ გახდნენ მათზე დამოკიდებული. თუ პაციენტს აქვს სიცოცხლისთვის საშიში დაავადება, როგორიცაა ასთმა, მკერდში ტკივილი ან სიმპტომები, რომელიც გრძელდება დიდხანს, მან უნდა მიმართოს სამედიცინო დახმარებას, რადგანაც სტანდარტული მედიცინა საუკეთესოა კრიზისულ სიტუაციებში, ხოლო მცენარეები საუკეთესოა არა კრიტიკულ მდგომარეობაში.

ექთანმა ღიად უნდა იმსჯელოს მცენარეული მედიცინის გამოყენებაზე. ეს კლინიკური სკრინინგი აჩვენებს მცენარეების მიღების შეფასებას ცნობილი და პოტენციური ზიანის მომტანი მედიკამენტოზური ჩარევის საპირისპიროდ.

პრაქტიკული გზამკვლევი მცენარეული პრეპარატების გამოყენება, სიფრთხილე და უკუჩვენება

მცენარე	ტრადიციული გამოყენება	გაფრთხილება
გვირილა	ხელს უშლის შაკიკის, ართრიტის, განვითარებას, ასტიმულირებს მონელების პროცესს.	შეიძლება გაზარდოს ასპირინისა და სხვა ანტიკოაგულანტების თერაპიული ეფექტი.
ნიორი	ამცირებს სისხლის წნევას და ქოლესტერინის დონეს. ანტიბაქტერიული, სოკოს და შედედების საწინააღმდეგო	შეიძლება გაზარდოს ასპირინისა და სხვა ანტიკოაგულანტების თერაპიული ეფექტი.
ჯანჯაფილი (კოჭა)	მონელების პროცესის სტიმულირება; ამცირებს თავბრუსხვევასა და გულისრევის შეგრძნებას	შეიძლება გაზარდოს ასპირინისა და სხვა ანტიკოაგულანტების თერაპიული ეფექტი.
გინგკო	შეიძლება გააუმჯობესოს მეხსიერება, შეამსუბუქოს სტრესი; შეამციროს თავბრუსხვევა	შეიძლება გაზარდოს ასპირინისა და სხვა ანტიკოაგულანტების თერაპიული ეფექტი.

ექინაცეა	შეიძლება გააძლიეროს იმუნიტეტი, აუმჯობესებს ჭრილობის შეხორცების უნარს	შეიძლება შეამციროს იმუნოდეპრესანტის ეფექტურობა, იგი არ აღმოჩნდა ეფექტური გაციების წინააღმდეგ 2-11 წლამდე
ჟენშენი	ასტიმულირებს გონებრივ აქტიურობას, აძლიერებს იმუნიტეტს, მადას	შეიძლება შევიდეს კოფეინთან რეაქციაში და გამოიწვიოს ალგზნებადობა. შეიძლება შეამციროს გლაუკომის სამკურნალო მედიკამენტების ეფექტურობა
ბაყაყურა	აძლიერებს სისხლის მიდინებას ნაღვლის ბუშტში, ღვიძლში, ელენთასა და კუჭში.	ამცირებს ორალური კონტრაცეპტივების ეფექტურობას
კრაზანა	მოქმედებს, როგორც ანტიდეპრესანტი, ანთების საწინააღმდეგო და ანტივირუსული	შეიძლება გააძლიეროს ანტიდეპრესანტის მოქმედება, გამოიწვიოს მწვავე ალგზნება, ღებინება, დაბნეულობა და კარდიალური პრობლემები
პალმა (saw palmetto)	კურნავს პროსტატის ჰიპერტროფიას, ანთების საწინააღმდეგო	შესაძლოა სისხლში აღინიშნოს ცრუ უარყოფითი პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის დონე, შესაბამისად გვიანდება პროსტატის კიბოს დიაგნოსტიკა
ვალერიანი	დამამშვიდებელი, ტრანკვილიზატორი, ამცირებს სისხლის წნევას, ეხმარება მენსტრუალური სპაზმის მოხსნას	შეიძლება გაზარდოს ალგზნების საწინააღმდეგო წამლების დამამშვიდებელი ეფექტი

არომათერაპია

არომათერაპია არის მცენარეების ზეთოვანი შემადგენლობის, მკურნალობის სახით გამოყენება, სადაც სუნი და არომატი ასრულებს მნიშვნელოვან როლს. არომათერაპია მცენარეული მედიცინის განშტოებაა. ქიმიკოსებმა აღმოაჩინეს, რომ ზეთების შეწოვა სხეულში იწვევს ფიზიოლოგიურ ან ფსიქოლოგიურ დადებით შედეგებს. ეთერზეთები წარმოიშობა მცენარეებიდან და გამოიყენება კანზე მასაჟის, ინჰალაციის, აბაზანის მიღების დროს, გამოიყენება ასევე როგორც კომპრესი ან კოსმეტიკური მაღაშო. სხვადასხვა ზეთს შეუძლია დამშვიდება, სტიმულირება, ძილის გაუმჯობესება, კვებითი ჩვევების შეცვლა ან იმუნიტეტის გაძლიერება.

ეთერზეთები უფრო მეტად ძლიერმოქმედი საშუალებებია და შეიძლება გააღვიძოს კანი, ამიტომაც გამოყენებამდე უნდა გაზავდეს შემავსებელ ზეთში. შემავსებელი ზეთი, როგორიცაა მზესუმზირის, ყურძნის წიპნის ან სოიოს მარცვლის ზეთი, შეიცავს ვიტამინებს, პროტეინებსა და მინერალებს, რომელიც უზრუნველყოფს სხეულის დამატებით კვებას. ეთერზეთების ჩაყლაპვა არ შეიძლება, რადგანაც მცირე რაოდენობაც შეიძლება ფატალური აღმოჩნდეს ადამიანისთვის. ზოგიერთი ზეთი იწვევს ბრონქო სპაზმს, ამიტომაც მის მიღებამდე საჭიროა კონსულტაცია ექიმთან. ცხრილი 15-1 აღწერს იმ ზეთებს, რომელიც სასარგებლოა სახლის პირობებში.

ცხრილი 15-1 სასარგებლო ზეთები

ზეთი	გამოყენება
გვირილა	ამცირებს კუნთების ტკივილს, დაჭიმულობას, სახსრების ადგილებში შეშუპებას. არის ანთისპაზმური, კარგია მუცლის დაბეღვა ჭვალის მოსახსნელად, გაზების გამოსაყოფად. ამცირებს გაღიზიანებას, სტრესით გამოწვეულ თავის ტკივილს, უძილობას. შეიძლება ბავშვებში გამოყენება
ევკალიპტი	აგრილებს კანს და ათბობს კუნთებს. ამცირებს სხეულის ტმპერატურას, ამსუბუქებს ტკივილს, ახასიათებს ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება, ანთისეპტიკური, ანტივირუსული, ამოსახველებელი საშუალება, აძლიერებს იმუნიტეტს.
ჯინჯერი	იცავს გაციებისგან, ამშვიდებს დარღვეული კუჭის მოქმედებას, ამცირებს ღებინებას, კუნთების დაჭიმულობასა და სპაზმს
ჟასმინი	ამაღლებს და ასტიმულირებს განწყობას, არის ანტიდეპრესანტი. კარგია მუცლისა და ზურგის მასაჟი მენსტრუალური სპაზმის დროს
ლავანდა	დამამშვიდებელი, იწვევს სედაციას უძილობის დროს, კარგია საფეთქლების მასაჟი თავის ტკივილისას, გაციების დროს მისი ინჰალაციის სახით მიღება ხელს უწყობს გამოჯანმრთელებას. ხელს უწყობს დამწვრობის შეხორცებას
ჩაის ხე	სოკოს საწინააღმდეგო, გამოიყენება ტერფის სოკოვანი ინფექციის სამკურნალოდ, ამსუბუქებს მწერების ნაკბენს, ხელს უწყობს ჭრილობების, ნაკანრების შეხორცებას; გამოიყენება ხველისას.

ჰომეოპათია

ჰომეოპათია არის თვითგანკურნების სისტემა, რომლის დროსაც იყენებენ სამკურნალო საშუალებების ან მედიკამენტების მცირე დოზებს. ის განვითარდა სამუელ ჰანემანის, გერმანელი ფიზიკოსისა და ქიმიკოსის მიერ. მის სახელს ეკუთვნის ანალოგების გამოყენება, რომელიც მოითხოვს, რომ ბუნებრივი ნივთიერება, რაც წარმოშობს მოცემულ სიმპტომს ჯანმრთელ ადამიანში, კურნავს მას ავადმყოფ ადამიანში. თუ მივიღებთ დიდი რაოდენობით, ეს ბუნებრივი შემადგენლობა გამოიწვევს დაავადებას.

ბუნებრივი სამკურნალო ნაერთი მზადდება სერიული გაზავების შედეგად. ეს შემადგენლობა პირველად თხელდება წყალნარევი ალკოჰოლის ნარევიტ, რომელსაც ეძახიან „დედის ნაყენს“. ნაყენის ერთი წვეთი ერევა 10 წვეთ წყალნარევი ალკოჰოლში და ეს პროცესი მეორდება ასჯერ და ათასჯერ, სანამ არ დამზადდება სამკურნალო ნივთიერება. ეს სამკურნალო საშუალება ისე მზადდება, რომ შესაძლებელია ნივთიერების მოლეკულები აღმოჩნდეს ხსნარში. ჰომეოპათიური შეხედულებით, რაც მეტად ბავდება ნივთიერება, მით უფრო ეფექტური ხდება იგი. თანამედროვე ქაოსის თეორიის შესაბამისად, მთავარი ცვლილება ცოცხალ ორგანიზმში ჩნდება მაშინ, როცა სხეულში ჰომეოპათიური ნივთიერებები უმნიშვნელოდ აქტიურდება. მთავარი აზრი მდგომარეობს იმაში, რომ წუთიერ ცვლილებას შეიძლება ჰქონდეს ძალიან დიდი ეფექტი.

კვანტური ფიზიკის განვითარების შედეგად მეცნიერებმა წამოჭრეს ასეთი მოსაზრება, რომ სამკურნალო საშუალებაში არსებული ელექტრომაგნიტური ენერგია რეაქციაში შედის ორგანიზმთან გარკვეულ დონეზე. ქიმიკოსები ვარაუდობენ, რომ წყლის თეორი-

ული მეხსიერება, რომელშიც წყალნარევი ალკოჰოლის ხსნარის სტრუქტურა იცვლება გაზავების პროცესის განმავლობაში, ინარჩუნებს თავის ახალ სტრუქტურას და ამ შემადგენლობის შემდეგ დიდხანს აღარ არსებობს. ეს ნიშნავს, რომ სამკურნალო საშუალება მუშაობს ბიოენერგეტიკული და სუბატომური მექანიზმების შედეგად, რომლის არსიც ჩვენთვის ჯერ კიდევ მიუწვდომელია.

ნატუროპათია

ნატუროპათიური მედიცინა არ არის მხოლოდ მედიცინა, არამედ ის არის ცხოვრების გზა, რომელიც ხაზს უსვამს პაციენტის პასუხისმგებლობას, განათლებას, ჯანმრთელობის შენარჩუნებას და დაავადების პრევენციას. ის შეიძლება მივიჩნიოთ მომავლის ჯანმრთელობის სისტემის მოდელად, რომელიც მოიცავს ჯანსაღი ცხოვრების წესს, ჯანსაღ კვებასა და დაავადებების პრევენციაზე ზრუნვას.

ნატუროპათიის პრაქტიკოსების განათლება ემსგავსება სტანდარტულ სამედიცინო განათლებას. ნატუროპათიური მედიცინა იზიარებს ადამიანის ფიზიოლოგიის, სხეულის ფუნქციონირების, დაავადებების პროცესების იგივე მოსაზრებებს, რასაც ტრადიციული მედიცინა. ნატუროპათიის პრაქტიკოსები არ იყენებენ არც გადაუდებელ მკურნალობას, არც ქირურგიას. ისინი იშვიათად ნიშნავენ წამლებს, მკურნალობენ პაციენტებს კერძო ან ამბულატორიულ კლინიკებში და არა საავადმყოფოში.

ნატუროპათიული მედიცინა აერთიანებს სხვადასხვა მიღწევასა და ინდივიდუალურად არგებებს მკურნალობას თითოეულ პაციენტს. მკურნალობის მიზანია ჯანმრთელობისა და ნორმალური ფუნქციონირების აღდგენა. პირველად მიზანს კი წარმოადგენს მინიმალური ინვაზიური ჩარევით, სხეულის ბუნებრივი სამკურნალო პროცესების ხელშეწყობა.

ეს ჩარევები მოიცავს დიეტოლოგიას, თერაპიულ კვებას, მცენარეების გამოყენებას, ფიზიკურ თერაპიას, ხერხემლის მანიპულაციას, აკუპუნქტურას, კონსულტაციებს ცხოვრების სტილზე, სტრესის მართვას, ვარჯიშს, ჰომეოპათიასა და ჰიდროთერაპიას.

კვებითი თერაპია

კვებითი თერაპია შედგება განსაკუთრებული ტიპის დიეტისგან ან შემავსებელი საშუალებებისგან, როგორიცაა ვიტამინები, მინერალები, ამინო მჟავები, მცენარეები და სხვა ისეთი ნივთიერებები, მაგალითად: ენზიმები და თევზის ქონი. დანამატებში არ შედის მედიკამენტები.

სამი მთავარი შეხედულება, უსაფრთხოება, ეფექტურობა და მუდმივობა, დაკავშირებულია იმ პაციენტებთან, რომლებიც იყენებენ კვებით შემავსებლებს. ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს დანამატებზე სანდო ინფორმაციის მოპოვებაში. ამ უკანასკნელს ამზადებს სხვადასხვა კომპანა და ხშირად შეიცავს მრავალფეროვან ნივთიერებებს სხვადასხვა რაოდენობით. ნივთიერების განსაზღვრული რაოდენობაა საჭირო სასურველი ეფექტის მისაღებად, არ არსებობს იმის გარანტია, შეიცავს თუ არა ამ საჭირო დოზას მოწოდებული დანამატის ერთი დოზა (აბი, ტაბლეტი, კაფსულა). ზოგიერთი მათგანი იწვევს გვერდით ეფექტებს, როგორიცაა დიარეა, ჰიპერტენზია; ზოგი არის საფრთხის შემცველი, როცა გარკვეულ წამლებთან ერთად კომბინაციაში მიიღება. სხვა საშიშრო-

ება შემავსებლებთან დაკავშირებით არის ის, რომ ისინი შეიძლება დაბინძურდეს ისეთი საშიში ნივთიერებებით, როგორიცაა ობის სოკო, ბაქტერია, პესტიციდები და მეტალი. ექთანმა უნდა შეაფასოს პაციენტის მდგომარეობა დანამატების გამოყენების შემთხვევაში და გაითვალისწინოს მკურნალობის დაგეგმარების დროს.

მანუალური გამაჯანსაღებელი მეთოდები

ზოგიერთი მანუალური სამკურნალო მეთოდი უძველესი დროიდან არსებობს, ზოგი კი განვითარდა მე-20 საუკუნის მეორე ნახევარში. ამ სამკურნალო მეთოდებს მიეკუთვნება: ქიროპრაქტიკა, მასაჟი, აკუპუნქტურა, აკუპრესურა, რეფლექსოლოგია და ხელით ჩატარებული ბიოთერაპია.

ქიროპრაქტიკა

ქიროპრაქტიკა არის მესამე ყველაზე დიდი დამოუკიდებელი პროფესია სტანდარტული მედიცინისა და სტომატოლოგიის შემდეგ დასავლეთ მსოფლიოში. ქიროპრაქტიკის პრაქტიკოსებს სჯერათ, რომ ჯანმრთელობა არის წონასწორობა ნერვულ და ძვალკუნთოვან სისტემებს შორის. როცა ხერხემალი სწორხაზოვნად არის განლაგებული, მაშინ ნერვული სისტემიდან ენერგია მიედინება თავისუფლად ყველა უჯრედსა და ორგანოში. ენერგიის ეს ნაკადი ასაზრდოებს ორგანიზმის შინაგან უნარებს, რათა სხეულმა იმუშაოს ეფექტურად და მოახდინოს ნორმალური ფუნქციონირების კოორდინირება. თუმცა, ქიროპრაქტიკა იყენებს დაავადების მრავალფაქტორულ განმარტებას, იგი მაინც ირჩევს ხერხემალთან დაკავშირებულ მკურნალობას. ბიომექანიკური განმარტებით, მოძრაობის დიაპაზონი უმჯობესდება მაშინ, როცა სახსრებში ბოჭკოვანი შეხორცება დასუსტებულია ან შეერთების ადგილი თავისუფლდება მანიპულაციის შედეგად. ნეიროფიზიოლოგიური ახსნით, სახსრებში მექანორეცეპტორები სტიმულირდება მანიპულაციის შედეგად, რასაც შედეგად მოყვება ხერხემლის კუნთების მოღუნება.

ქიროპრაქტიკული ინტერვენცია სამ მთავარ კლინიკურ მიზანს ემსახურება. პირველი მიზანია ტკივილის შემცირება და აღმოფხვრა. მეორე მიზანია ხერხემლის დისფუნქციის გასწორება, რის შემდეგაც აღდგება ბიომექანიკური ბალანსი, შეწოვის, ბერკეტირების სისტემა და მოძრაობის დიაპაზონი. ამასთან ერთად, ძლიერდება კუნთები და იოგები ხერხემლის სარეაბილიტაციო ვარჯიშების შედეგად, რის შემდეგაც იზრდება წინააღმდეგობის განწევის უნარი შემდგომი დაზიანებების მიმართ.

როგორც ჰოლისტური ექიმები, ისე ქიროპრაქტიკოსები მუშაობენ პაციენტების ცხოვრების სტილის მრავალ საკითხთან მიმართებით. შექმნილია სავარჯიშო პროგრამები, იგეგმება სარეაბილიტაციო ზომები, განმარტებულია სწორი დგომისა და წონის აწევის ტექნიკა, განსაზღვრული და გაუმჯობესებულია ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობები.

მასაჟი

მასაჟის თერაპია არის მეცნიერული მანიპულაცია სხეულის რბილი ქსოვილებზე. იგი წარმოადგენს სამკურნალო ხელოვნებას, ფიზიკური ზრუნვის აქტსა და კომუნიკაციას სიტყვების გარეშე. სარწმუნოა ის თეორია, რომ მასაჟი ეხმარება სხეულს თავად განიკურნოს და მისი მიზანია მიაღწიოს ან გაზარდოს ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა. მასაჟის დროს ხელით ძლიერ შეხებას შეიძლება ჰქონდეს ისეთივე დიდი ეფექტი,

როგორც სხვა ფორმით შეხებას. მასაჟისტი არა მარტო ჭიმავს და აფართოებს კუნთს და მაკავშირებელ ქსოვილს, არამედ აუმჯობესებს სისხლისა და ლიმფური სითხის მოძრაობას მთელს ორგანიზმში (სურათი 15-2). მასაჟი აჩქარებს ვარჯიშის ან უმოქმედობის შედეგად დაგროვებული ნარჩენების გამოდევნას სხეულიდან, უფრო მეტი ჟანგბადი და მკვებავი ნივთიერებები შეყავს უჯრედებსა და ქსოვილებში. კუნთოვანი დაძაბულობისგან გათავისუფლება ეხმარება ასევე სასიცოცხლო ენერგიის დაბალანსებაში მთელს სხეულში.



სურათი 15-2 ზურგის მასაჟი

ფიზიკურ დონეზე, მასაჟი ამსუბუქებს კუნთების დაძაბვას, ამცირებს სპაზმს, აუმჯობესებს სახსრების ელასტიურობასა და მოძრაობის დიაპაზონს, ასევე სხეულის პოზას, ამცირებს სისხლის წნევას, ანელებს გულისცემას, ხელს უწყობს ღრმა და მსუბუქ სუნთქვას და აუმჯობესებს კანის მდგომარეობას. მენტალურ დონეზე, მასაჟი ასტიმულირებს სიფიზიოლოგიის მდგომარეობას, ამცირებს მენტალურ სტრესს და ზრდის ჯანსაღი ფიქრის შესაძლებლობას. ემოციურ დონეზე, მასაჟი აკმაყოფილებს შეხების საჭიროებას (ზრუნვასთან დაკავშირებული), ზრდის ბედნიერების განცდას, ამცირებს სუსტ დეპრესიას, აძლიერებს სრულფასოვნების განცდას, ამცირებს გაღიზიანებასა და ზრდის სხეული-გონების კავშირის ცნობიერებას.

ასაკობრივი თავისებურებები მასაჟის დროს

ქვემოთ ჩამოთვლილია მასაჟის გამოყენების რამდენიმე მაგალითი ბავშვებში, მოზარდებსა და ხანდაზმულებში.

ბავშვები

ახალშობილთა მასაჟი პოპულარული ხდება. მასაჟი იწვევს წონის მატებას დღენაკლ ახალშობილებში. ამცირებს გართულებებს კოკაინის მომხმარებელი დედების ახალშობილებში. ეხმარება დეპრესიაში მყოფ დედებს დამშვიდებაში. ჯანმრთელ ბავშვებში ის აუმჯობესებს მშობელი-ბავშვის კავშირს, ასუსტებს ისეთ მტკივნეულ პროცედურებს, როგორიცაა იმუნიზაციის პროცესი, ტკივილს კბილების ამოსვლისა და ყაბზობის დროს.

ასტიმულირებს ძილს და მშობლებს უქმნის ისეთ განცდას, რომ ისინი აკეთებენ რაიმე კარგს თავიანთი შვილებისთვის.

ზრდასრულები

- მასაჟი, ჩვეულებრივ, უკუნაჩვენებია ფეხმძიმობის პირველ ტრიმესტრამდე, მუცლის მოშლის საშიშროების გამო. მეორე და მესამე ტრიმესტრის განმავლობაში, მასაჟს შეუძლია შეასუსტოს ტკივილი და კომფორტი შეუქმნას ორსულს. მასაჟი ამშვიდებს ქალს და ამცირებს სტრესული ჰორმონების ნაკადს ბავშვისკენ. ორსული ქალს მასაჟი უკეთდება ძირითადად გვერზე დანოლილ მდგომარეობაში, ბალიშის ან მუთაქის დახმარებით. მასაჟი ძირითადად კეთდება კისერზე, მკლავებზე/ხელებზე, ზურგზე, მენჯზე, ფეხებსა და ტერფებზე;
- მასაჟი პოპულარული გახდა ათლეტებს შორისაც. ფიზიკურ აქტივობამდე, მასაჟი აფართოებს, ათბობს და ამზადებს კუნთებს ინტენსიური გამოყენებისთვის, განსაკუთრებით როცა განელვით ვარჯიშებთან არის კომბინაციაში. ამის გარდა, ეხმარება დაზიანების პრევენციას, აუმჯობესებს შეხორცებასა და ამტანობას. სპორტული შეხვედრის შემდეგ მასაჟი ამსუბუქებს ტკივილს, ხელს უშლის დაჭიმულობას, და აბრუნებს კუნთებს ნორმალურ მდგომარეობაში.
- ხანდაზმულები

მასაჟის ეფექტის შესახებ რანდომიზირებულმა კვლევამ აღმოაჩინა, რომ ასაკოვნებში მასაჟის მომხმარებელ ჯგუფში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება შეინიშნებოდა (50 წუთიანი მასაჟი კვირაში ორჯერ 4 კვირის განმავლობაში) საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (მათ უტარდებოდათ რელაქსაციური სესიები იგივე სიხშირით). მასაჟის მომხმარებელმა ჯგუფმა აჩვენა გაუმჯობესება გაღიზიანების, დეპრესიის შემცირებით, სიცოცხლისუნარიანობის, საერთო ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გაზრდით.

აკუპუნქტურა, აკუპრესურა და რეფლექსოლოგია

აკუპუნქტურა და **აკუპრესურა** არის ტექნიკის სახეობები, როცა გენოლა და სტიმულირება ხდება სხეულის გარკვეულ წერტილებში, რომელიც ცნობილია როგორც აკუპუნქტურის წერტილები, ამსუბუქებს ტკივილს, კურნავს გარკვეულ ავადმყოფობას და ხელს უწყობს ჯანმრთელობას. აკუპუნქტურის დროს გამოიყენება ნემსები (სურათი 15-3), მაშინ როცა აკუპრესურა იყენებს თითებით გენოლის ტექნიკას.

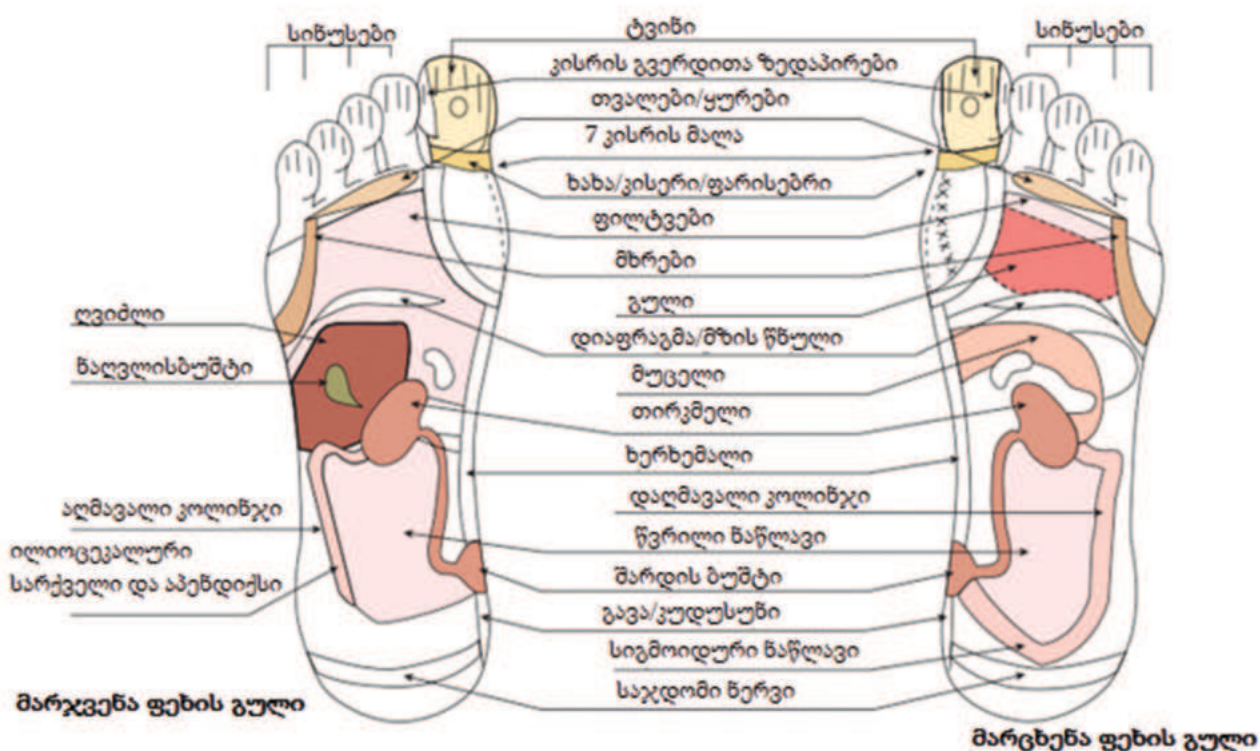


სურათი 15-3 აკუპუნქტურა წვრილი სტერილური ნემსების გამოყენებით

რეფლექსოლოგია არის აკუპრესურას ფორმა, როცა გენოლა ხორციელდება ტერფებზე, მაგრამ პროცედურა შესაძლებელია შესრულდეს ხელებსა და ყურებზეც. სურათი 15-4 გვიჩვენებს ტერფის რეფლექსიის ადგილებს.

აკუპუნქტურის, აკუპრესურისა და რეფლექსოლოგიის ფესვები ინახება აღმოსავლურ ტრადიციულ ფილოსოფიაში, რაც იმას გულისხმობს, რომ სასიცოცხლო ენერგია გაედინება მთელს სხეულში ბილიკებზე ე.წ. მერიდიანებზე, წარმოქმნის პატარა მორევს კანის ზედაპირთან იმ ადგილებში, რასაც აკუპუნქტურის წერტილებს ეძახიან.

როდესაც ენერგია იბლოკება ან ივსება, ადამიანები გრძნობენ დისკომფორტს ან ტკივილს ფიზიკურ დონეზე, შეიძლება იგრძნონ გაღიზიანება ემოციურ დონეზე, ხოლო სულიერების დონეზე თავი იგრძნონ დაუცველად ან დაკარგონ ცხოვრების აზრი. აკუპუნქტურის მიზანია, გამოარკვიოს და მართოს დარღვევა, სანამ დაავადება იჩენს თავს. ექიმები იცავენ წონასწორობას სხეულის ენერგიებს შორის, რომელიც ხელს უწყობს ოპტიმალურ ჯანმრთელობას და ეხმარება ხალხს განკურნებაში.



სურათი 15-4 ტერფის რეფლექსიის ადგილები

სხვადასხვა სამეცნიერო კვლევის შედეგად აკუპუნქტურის ეფექტურობის მაგალითები:

- სისტემატიური მიმოხილვის შედეგად 1366 ქალში აღმოჩნდა, რომ ქალებს, რომლებიც იტარებდნენ ხელოვნურ განაყოფიერებას, ჰქონდათ ორსულობის უფრო მეტი შანსი, როდესაც ჩაიტარეს აკუპუნქტურის სეანსი ემბრიონის ტრანსფერიდან ერთ დღეში;
- 30 ადამიანზე დაკვირვებით, რომელთაც ჰქონდათ ფილტვების ქრონიკული დაავადება, მკურნალობდნენ ერთ ჯგუფს კონსერვატიული მიდგომით, ხოლო მეორე ჯგუფს კონსერვატიულთან ერთად აკუპუნქტურის სეანსებით. 10 კვირის შემდეგ სუნთქვის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება იყო მეორე ჯგუფში, სადაც ტარდებოდა აკუპუნქტურა.

ხელით მედიტაციის თერაპიები

სამი ყველაზე გავრცელებული **ხელით მედიტაციის ბიოველით თერაპია**ა თერაპიული შეხება, სამკურნალო შეხება და რეიკი. სამივე მეთოდი შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ხელის გამოყენება სხეულზე, დახმარების ან მკურნალობის მიზნით. მიზანი არის ადამიანის გამოჯანმრთელების პროცესის დაჩქარება და დახმარება მკურნალობის ყველა ეტაპზე. არცერთი მეთოდი არ გულისხმობს კონვენციური ქირურგიისა და წამლების ჩანაცვლებას დაავადების მკურნალობისას.

ამ ტიპის თერაპიის გამოყენების პიონერებად ითვლებიან ექთნები და შესაბამისად ისინი ადვილად სწავლობენ აღნიშნულ ტექნიკებს. თერაპიული, სამკურნალო შეხებისა და რეიკის გამოყენება შეიძლება თითქმის ყველა კლინიკაში, მათ შორის საავადმყოფოში, თავმესაფრებში, ჰოსპისებსა და კერძო კლინიკებში.

გონება-სხეულის თერაპიები

გონება-სხეულის თერაპიების დროს, ადამიანი ფოკუსირებას ახდენს მკურნალობის პროცესში წონასწორობის დაცვაზე. ამ სახის თერაპიებს მიეკუთვნება იოგა, მედიტაცია, ჰიპნოზი, წარმოსახვა, ბიოლოგიური უკუკავშირი, ქი გონგ, ტაი ჩი და პილატესი.

იოგა

ინდოეთში **იოგას** საუკუნეების მანძილზე მისდევდნენ. იოგა მოიცავს გონებრივ და ფიზიკურ ვარჯიშს, რომლის მიზანია სულიერი განმანათლებლობა. ის არის მეთოდი, რომელსაც შეუძლია გააფართოოს რელიგიური თვალსაზრისი ან მისგან დამოუკიდებლად იარსებოს. დასავლეთის დამოკიდებულება იოგის მიმართ არის უფრო ფიტნესზე ორიენტირებული, რომლის მიზანია სტრესის მართვა, დასვენება და სასიცოცხლო ძალების გაზრდა. ტიპური იოგის სესია გრძელდება 20 წუთიდან ერთ საათამდე. სხვადასხვა ადამიანი განსხვავებულად ანაწილებს იოგისთვის განკუთვნილ დროს. ისინი კი, ვინც ძირითადად უმოქმედოდ ან სუსტად არიან, შემოიფარგლებიან ადვილი სავარჯიშოებით, რომელიც კარგია სახსრებისა და სისხლის მიმოქცევისთვის. თუ ადამიანი გააკეთებს ამ ადვილ სავარჯიშოებსაც კი, იგი დაინახავს დიდ განსხვავებას თავის ჯანმრთელობაში.

- კლინიკებზე სისტემატური დაკვირვებით, სადაც ტიპი 2 დიაბეტის მქონე პირები იყენებდნენ იოგის პრაქტიკას, აღმოაჩინეს გაუმჯობესების მოკლევადიანი შედეგები, მაგრამ არ შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი შედეგები სამომავლო გამოსავალში;
- ხანდაზმულები დააჯგუფეს იოგის მომხმარებელ და საკონტროლო ჯგუფებად. იოგის ჯგუფი აკეთებდა 70 წუთიან ვარჯიშს კვირაში სამჯერ 6 თვიანი პროგრამის ფარგლებში. ამ ჯგუფმა აჩვენა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება ძილის ხარისხის მხრივ, ასევე დაძლიეს დეპრესია საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით.

მედიტაცია

მედიტაცია არის ფართო პრაქტიკის განმაზოგადებელი ტერმინი, რომელიც ემსახურება სხეულისა და გონების დასვენებას. მედიტაცია არის პროცესი, რომლის გამოყენებითაც ნებისმიერს შეუძლია დამშვიდება, სტრესის დაძლევა და ღმერთთან მიახლოების განცდა. მედიტაცია შეიძლება ჩატარდეს ინდივიდუალურად ან ჯგუფურად, ასევე არ მოითხოვს რწმენის შეცვლას, შეთავსებადია ყველა რელიგიის აღმსარებლისთვის.

რეგულარული მედიტაცია, დღეში ორჯერ 20 წუთი, წარმოშობს დიდ პოზიტიურ ეფექტს ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ფუნქციონირებაზე. ეს შედეგები აისახება შემდეგნაირად: მცირდება გულის შეტევის განვითარების რისკი, სისხლის წნევა რეგულირდება, მცირდება სუნთქვის გაძნელება. ჩანართ 15-2-ში მოცემულია კონკრეტული მითითებები მედიტაციის შესასრულებლად.

ჩანართი 15-2 მითითებები მედიტაციისთვის და პროგრესული რელაქსაციისთვის

1. გამოყავით დრო და ადგილი მედიტაციისთვის. იდეალურია დილით ადრე ან საღამოს ჭამიდან 2 საათის შემდეგ, რადგანაც მთელი ენერგია მიმართული უნდა იყოს მედიტაციისკენ. კარგია მშვიდი, კომფორტული ადგილი;
2. დაჯექით იატაკზე გადაჯვარედინებული ფეხებით ან სწორხერგიან სკამზე, ხერხემალი გაასწორეთ. თავიდან აირიდეთ მწოლიარე მდგომარეობა, რადგან ადვილი შესაძლებელია ჩაგეძინოთ;
3. ხელის გულები მიადეთ თქმებს და დახუჭეთ თვალები;
4. მიყევით ღრმა სუნთქვით ან პროგრესულ რელაქსაციურ ვარჯიშებს:
 - შეკარით მუშტი მარჯვენა ხელით, ყურადღება გაამახვილეთ დაჭიმულობაზე;
 - მიუშვით მარჯვენა მუშტის კუნთები დასვენებისთვის. შეიგრძენით განსხვავება დაჭიმულობიდან რელაქსაციამდე;
 - გაიმეორეთ ეს ორი პროცედურა მარცხენა მუშტზე;
 - ახლა დაჭიმეთ და მოადუნეთ ორივე ხელის მუშტი;
 - ყურადღება გაამახვილეთ რელაქსაციიდან მიღებულ სიამოვნებაზე;
 - ახლა დაჭიმეთ როგორც მუშტის ასევე მკლავის კუნთები. იგრძენით დაჭიმულობა, მთლიანად მოადუნეთ კუნთები და ისევ ყურადღება გაამახვილეთ რელაქსაციის შეგრძნებაზე;
 - დაჭიმეთ და მოადუნეთ თითოეული კუნთი: ფეხის თითები, კოჭები, მუხლები, დუნდულები და საბარდული, მუცლისა და ზურგის კუნთები, მკერდის და ზურგის ზედა კუნთები, მხრის, შუბლისა და ყბის კუნთები;
 - ორჯერ ჩაისუნთქეთ ღრმად მოდუნებასთან ერთად. სანამ მოდუნებულია კუნთები, შეისუნთქეთ ღრმად და ამოისუნთქეთ;
5. თუ იყენებთ შელოცვას, ამოსუნთქვის დროს თქვით ხმამაღლა ან ჩუმად. ყურადღება მიმართეთ ისევ სუნთქვაზე ან შელოცვაზე;
6. გაიმეორეთ ეს პროცესი ყოველდღიურად 10-20 წუთის განმავლობაში;

ჰიპნოთერაპია

ჰიპნოთერაპია არის ჰიპნოზის გამოყენება მრავალგვარი სამედიცინო და ფსიქოლოგიური პრობლემების დროს. ჰიპნოზი არის გონების შეცვლილი მდგომარეობა, როდესაც მინიმუმამდეა დაყვანილი ადამიანის კონცენტრაციის უნარი. როცა ადამიანი ტრანსშია. ხედავს გარშემო რაც ხდება, მაგრამ არ ფოკუსირდება მოვლენებზე და შეუძლია დაუბრუნდეს რეალობას, როცა სურვილი ექნება. ჰიპნოზი არის რელაქსაციის მაღალი ფორმა. ჰიპნოთერაპია გამოიყენება მაშინ, როცა ადამიანებს აქვთ თვითკონტროლის, თვითშეფასების პრობლემა და უნდათ გახდნენ უფრო დამოუკიდებლები. იგი გამოიყენება არა მარტო ავადმყოფებთან, არამედ ისეთ ადამიანებთან, რომლებსაც აქვთ ცხოვრებისეული პრობლემები, ალგზნებადობა, მავნე ჩვევები. მკურნალობა დამოკიდებულია პრობლემის სიღრმესა და სერიოზულობაზე, ჩვეულებრივ იგი გრძელდება 2-დან 10 სესიამდე.

მართვადი გამოსახულება

მართვადი გამოსახულება მიუთითებს ორმხრივ კომუნიკაციას ცნობიერსა და არაცნობიერს შორის და ამაში ჩართულია მთლიანი სხეული. ნუხილი არის გამოხატვის ყველაზე გავრცელებული ფორმა, რომელიც გავლენას ახდენს ჩვენს ჯანმრთელობაზე. ჩვენს წარმოსახვაში ვრეაგირებთ არსებულ სტრესორებსა და საფრთხეებზე. ჩვენი სხეული ხდება დაჭიმული და გამოლვიძებული, ჩვენ ვმოქმედებთ საბრძოლო მექანიზმებით. მართვადი გამოსახულება არის ყურადღების მაქსიმალური მდგომარეობა, ჰიპნოზის მსგავსად, რომელიც იწვევს ცვლილებების სტიმულირებას დამოკიდებულებებში, ქცევებსა და ფსიქოლოგიურ რეაქციებში. მართვად გამოსახულებას შეუძლია, დაგვეხმაროს ვისწავლოთ თუ როგორ შევაჩეროთ უსიამოვნო ფიქრები და ვკონცენტრირდეთ გამოსახულებაზე, რომელიც გვეხმარება რელაქსაციაში და ამცირებს სტრესორებზე ნეგატიურ ზეგავლენას.

გამოსახულება შეიძლება შექმნას თერაპევტმა, რომელიც ემყარება პაციენტის საჭიროებებსა და სურვილებს. პაციენტმაც, თავის მხრივ, შეიძლება გამოიყენოს წარმოსახვა იმისთვის, რომ გაიგოს სიმპტომების მნიშვნელობა ან ჰქონდეს წვდომა შინაგან რესურსებზე. გამოსახულება ასტიმულირებს ცვლილებებს სხეულის მრავალ ფუნქციაში, როგორცაა გულისცემის სიხშირე, სისხლის წნევა, სასუნთქი გზები, ტვინის მუშაობა, კანის ელექტრული მახასიათებელი, სისხლის მიწოდება, ტემპერატურა, კუჭის მოქმედება და სეკრეცია, სქესობრივი ალგზნება, სხვადასხვა ჰორმონის დონე. ცხრილი 15-2 აღწერს გამოსახულების რამდენიმე ტიპს.

ცხრილი 15-2 გამოსახულების ტიპები

ტიპი	აღწერილობა	მაგალითი
მდგომარეობის შეგრძნება	დაჭიმულობის შეგრძნებიდან მშვიდ მდგომარეობაში გადასვლა	წარმოიდგინეთ თავი სანაპიროზე ან წყალზე მოტივტივე ნავზე
წარმატებული დასასრული	წარმოიდგინეთ თავი სასურველ სიტუაციაში	დაინახეთ საკუთარი თავი ძლიერი და ჯანმრთელი

ენერგიული	ჭარბი ენერგიის შეგრძნება	იგრძენით, თუ როგორ გადადის ენერგია დედამიწიდან ფეხებზე
უჯრედული	წარმოიდგინეთ მოვლენა უჯრედულ დონეზე	წარმოიდგინეთ ბუნებრივი "ქილერები" (T უჯრედი), როგორ ანადგურებს კიბოს უჯრედებს
ფიზიოლოგიური	ჩართულია მთელი სხეული	წარმოიდგინეთ როგორ ხდება სისხლძარღვების მოდუნება და სისხლის წნევის დაბლა დაწევა
ფსიქოლოგიური	საკუთარი თავის აღქმა	წარმოიდგინეთ დიალოგი პიროვნებასთან, რომელთანაც ხშირად კამათობთ, რათა იპოვოთ პრობლემის მოგვარების გზა
სულიერი	ღმერთთან კავშირი	წარმოიდგინეთ, რომ ღმერთის ხელში ხართ, სადაც ყველაზე უსაფრთხოთ ხართ

ბიოლოგიური უკუკავშირი

ბიოლოგიური უკუკავშირი არის მეთოდი, რომლის დახმარებითაც ადამიანი სწავლობს როგორ გააკონტროლოს გარკვეული ფიზიოლოგიური რეაქციები. ტექნიკა იყენებს ელექტრონულ აღჭურვილობას, რომლის საშუალებითაც პაციენტი თვალნათლივ ხედავს სასურველი ქცევით როგორ აკონტროლებს თავის სხეულს. მაგალითად, სენსორი დაკავშირებულია ადამიანზე და კომპიუტერის ეკრანი აჩვენებს ტალღისებრ ცვლილებას, ადამიანის პროცესებზე კონცენტრირების მიხედვით, როგორიცაა სისხლის გადინება ხელებში, საოფლე ჯირკვლების აქტივობის შემცირება, სისხლის წნევის კლება და შეუკავებლობის კონტროლი.

ქიგონგ და ტაი ჩი

თერაპიების დიდი ნაწილი ყურადღებას ამახვილებს მოძრაობასა და სუნთქვაზე. მათი მიზანია ჯანმრთელობის შენარჩუნება. **ქი გონგ** არის ჩინური დისციპლინა, რომელიც შედგება სუნთქვითი და გონებრივი ვარჯიშებისგან სხეულის მოძრაობასთან კომბინაციაში. **ტაი ჩი** წარმოიშვა ქი გონგისგან და არის ისეთი დისციპლინა, რომელიც აერთიანებს ფიზიკურ სიჯანსაღეს, მედიტაციასა და თვითდაცვას. ორივე დისციპლინა შედგება რბილი, ნელი და მიმდინარე მოძრაობებისგან. მოძრაობის სინაზე წარმოშობს ენერგიას დაძაბულობის გარეშე. ნელი მოძრაობები ითხოვს ყურადღების კონტროლს, რომელიც ამშვიდებს გონებას და განავითარებს კონცენტრაციისა და ცნობიერების ძალას.

თითქმის ყველას შეუძლია მიიღოს მონაწილეობა მოძრაობაზე ორიენტირებულ თერაპიაში: ახალგაზრდას, მოხუცს, ჯანმრთელს, ფიზიკურად სუსტს, ხანგრძლივი ავადმყოფობიდან გაჯანმრთელებულს. ჩინეთში 80, 90 და 100 წლის ადამიანები დგებიან დილით ადრე განთიადამდე, მიდიან პარკში ქი გონგის ან ტაი ჩის სავარჯიშოდ, შუა ზამთარშიც კი. ეს აღმოსავლური პრაქტიკა შეიძლება შერულდეს მარტო, წყვილში ან ჯგუფურად.

პილატესი

პილატესი არის ფიზიკური ვარჯიშისა და მოძრაობის მეთოდი, რაც გულისხმობს სხეულის განვლვას, გაძლიერებასა და წონასწორობას, განსაკუთრებით ყურადსაღებია გული, სხეულის ცენტრალური ნაწილი და მუცელი. ეს მეთოდი ემყარება იოგის, მედიტაციისა და უძველესი ბერძნული და რომაული ფიზიკური რეჟიმის საფუძვლებს. პილატეს ვარჯიშები განვითარდა ჯომეფ პილატესის მიერ, რომელიც იმყოფებოდა ინგლისში, პირველი მსოფლიო ომის დასაწყისში, სტაჟიორად ბანაკში. იქ ყოფნის მანძილზე, მან მოიფიქრა ვარჯიშების ეს სისტემა, რათა გაეძლიერებინა თავისი სუსტი ორგანიზმი და შემდგომ ასწავლა თავის ამხანაგებს. სუნთქვაზე ფოკუსირებული ვარჯიშები კეთდება იატაკზე ან რაიმე მარტივ მოწყობილობაზე. ამ ვარჯიშების შედეგად იზრდება ფიტნესის მოცულობა, უმჯობესდება მოქნილობა და სახსრების მდგომარეობა, კუნთების კოორდინაცია, სქელდება ძვლები და უკეთესი ხდება სხეულის მდგომარეობა და წონასწორობა. პილატეს დახმარებით ხდება ზურგის, მუხლის, თეძოსა და მხრის რეაბილიტაცია, ბლოკავს დაზიანებებს და ამსუბუქებს კუნთების ტკივილს.

სულიერი თერაპია

ჯანმრთელობის შესახებ მეცნიერებებმა უკვე დაიწყეს მტკიცება, რომ სულიერებამ, რწმენამ და რელიგიამ შეიძლება ითამაშოს მნიშვნელოვანი როლი ჯანმრთელობასა და დაავადების უკუგანვითარებაზე.

რწმენა და ლოცვა

რწმენა გულისხმობს დამოკიდებულებასა და მოლოდინებს ცხოვრებაზე. რელიგიურ კონტექსტში, რწმენა ნიშნავს უფლის არსებობის დაშვებას, რომელიც უსმენს ხალხს და ზრუნავს მათ კეთილდღეობაზე. სულიერების ჭრილში, რწმენა არის ისეთი დამოკიდებულება, რომელიც „იღებს“ ცხოვრებას ისეთს, როგორიც არის არსებულ მომენტში.

ლოცვა

ლოცვა არის, უფრო ხშირად, მარტივი საკომუნიკაციო ფორმა ღმერთთან. ლოცვა გამოიყენება ძნელბედობისა და ავადმყოფობის დროს საერო საზოგადოებაშიც კი. პირდაპირი სახით ლოცვის დროს ადამიანი შესთხოვს უფალს კონკრეტულ თხოვნას, როგორიცაა სიმსივნის დამარცხება ან ჯანმრთელი ბავშვის დაბადება. ამის საპირისპიროდ, არაპირდაპირი ლოცვისას არ არსებობს კონკრეტული თხოვნა. ადამიანი უბრალოდ სთხოვს კარგ მოვლენებს მის ცხოვრებაში.

ლოცვა შეიძლება განისაზღვროს ფორმის მიხედვითაც. სასაუბრო ლოცვა არის არაფორმალური საუბარი ღმერთთან, თითქოს კარგ მეგობართან საუბრობ. შუამდგომლის ლოცვა არის ღმერთისთვის რამის თხოვნა საკუთარი თავისთვის ან სხვისთვის. საშუამავლო ლოცვას სხვისთვის შეიძლება ვუწოდოთ „დისტანციური“ ლოცვა, თუ პიროვნება, ვისთვისაც ლოცულობ, არის უცხო. სარიტუალო ლოცვა სრულდება ლოცვის წიგნიდან. მედიტაციური ლოცვა ასევე ცნობილია, როგორც მჭვრეტელობით ლოცვა და ჰგავს მედიტაციას, მიმართავს გონებას რწმენის ასპექტზე დროის რაღაც მონაკვეთით. ლოცვა არის თვითმკურნალობის სტრატეგია, რომელიც უზრუნველ-

ყოფს ადამიანს კომფორტით, იმედით და ხელს უწყობს მკურნალობისა და ფსიქოლოგიური მზაობის პროცესს.

სხვადასხვაგვარი თერაპია

ზოგიერთი თერაპია არ ერთიანდება არცერთ ზემოთხსენებულ კატეგორიაში. ესენია მუსიკალური თერაპია, იუმორი, სიცილი, ბიოელექტრომაგნიტური, დეტოქსიკაციური თერაპია, შინაური ცხოველის ასისიტრებული და მეზაღუობის თერაპია.

მუსიკალური თერაპია

ჯანმრთელობა არის სხეულის, გონებისა და სულის ჰარმონიაში ყოფნა. ოპტიმალური ჯანმრთელობის მდგომარეობაში ყველა ეს სეგმენტი არის წონასწორობაში, როგორც აწყობილი პიანინო. ფაქტობრივად, მუსიკა ხშირად გამოიყენება მკურნალობის დროს.

მუსიკალური თერაპია გამოიყენება სხვადასხვა პრაქტიკაში. ჩუმი, დამამშვიდებელი მუსიკა სიტყვების გარეშე გამოიყენება რელაქსაციის სტიმულირებისთვის (სურათი 15-5). დასამშვიდებლად მუსიკალური ჩანაწერები ხშირად გამოიყენება ინტენსიურ განწყოფილებაში, სამშობიარო ოთახებში, სარეაბილიტაციო და ფიზიკური თერაპიის განყოფილებებსა და ნარკოლოგიურ განყოფილებაში.



სურათი 15-5 – მუსიკის მოსმენა გააჩნია მრავალი თერაპიული სარგებელი

იუმორი და სიცილი

ჯანდაცვის სპეციალისტებმა ამ ბოლო დროს ყურადღება გაამახვილეს იუმორისა და სიცილის დადებით ზეგავლენაზე ჯანმრთელობასა და დაავადებებზე. 1860 წელს, ჯერ კიდევ ფლორენს ნაითინგილმა გაამახვილა ყურადღება ამ საკითხზე. იუმორი არის უნარი, რომლის საშუალებითაც ადამიანს შეუძლია აღმოაჩინოს, შეაფასოს კომიკური ან უცნაური სიტუაცია, გაერთოს ვინმეს დეფექტის ან ახირებული ქცევის გამო, და მოუძებნოს მხიარული მხარე სერიოზულ სიტუაციას. საექთნო პრაქტიკაში იუმორი განისაზღვ-

რება, როგორც დამხმარე საშუალება პაციენტისთვის, რომ „აღიქვას, შეაფასოს და გამოხატოს რა არის სასაცილო, გასართობი ან შეუსაბამო იმისთვის, რომ დაამყაროს ურთიერთობა, შეამსუბუქოს დაძაბულობა, სიბრაზე, ხელი შეუწყოს სწავლას ან დაძლიოს მტკივნეული გრძნობები.“ იუმორის ამ ფუნქციების ფორმირებას საექთნო სიტუაციაში მოყვება შემდეგი:

- **ურთიერთობების დამყარება** – იუმორი ამცირებს სოციალურ დისტანციას ადამიანებს შორის და მათი მდგომარეობის შემსუბუქებას. როდესაც დაძაბულობა შესუსტებულია, ადამიანებს შეუძლიათ ფოკუსირება მესიჯზე ან სხვა ხალხზე უფრო, ვიდრე საკუთარ გრძნობებზე. იუმორი ეხმარება ექთანს დაამყაროს კავშირი პაციენტთან, იგი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს წარმატების მიღწევაში;
- **დაძაბულობისა და გაღიზიანების შემსუბუქება** – იუმორის ეფექტური გამოყენება ამსუბუქებს ემოციურ დაძაბულობას. ხალხი ასევე იყენებს იუმორს სტრესის სამართავად;
- **სწავლის ხელშეწყობა** – ბევრი ლექცია ან პრეზენტაცია იწყება ხუმრობით ან ანიმაციით. იუმორი ამცირებს არა მარტო პრეზენტატორის ნერვიულობას, არამედ იქცევს აუდიტორიის ყურადღებას. ადამიანები ადვილად სწავლობენ იუმორით და უფრო მეტ ინფორმაციასაც იმახსოვრებენ;
- **მტკივნეული გრძნობების აძლევა** – ადამიანები მიმართავენ იუმორს ისეთი სიტუაციის მოულოდნელი ეფექტის გასანეიტრალებლად, რომელიც შეიძლება იყოს მეტისმეტად მტკივნეული, მაგალითად, საშიში დიაგნოზი ან მკურნალობა. იუმორი ამცირებს გაღიზიანებას, შიშსა და დაძაბულობას, ამგვარად, აძლევს ადამიანს შესაძლებლობას გაუმკლავდეს რთულ სიტუაციას.

იუმორს აქვს ასევე ფიზიოლოგიური სარგებელიც, რაც გამოიხატება სტიმულირებისა და რელაქსაციის ალტერნატიულ მდგომარეობაში. სიცილი ეხმარება რესპირატორულ სისტემას, ხელს უწყობს კუნთების დაჭიმულობისა და ჭანგბადის მიმოქცევის გაზრდას. იუმორი ასტიმულირებს კატექოლამინისა და ჰორმონების წარმოქმნას. ის ასევე ათავისუფლებს ენდორფინებს, რის გამოც იზრდება ტკივილის ამტანობა.

იუმორს შეუძლია გააერთიანოს ადამიანების პოზიტიური ემოციები: იმედი, რწმენა, სიცოცხლის სურვილი, მხიარულება, მიზანი და გამბედაობა. იუმორის ეფექტურად გამოყენებისთვის ექთანი უნდა იცნობდეს როგორც საკუთარ, ისე სხვის გრძნობებს და კულტურულ სახე-სხვაობებს, რას მიიჩნევს ადამიანი იუმორად. შეიძლება არსებობდეს ბღვარი ერთისთვის იუმორისტულსა და სხვისთვის შეურაცხმყოფელს შორის.

ბიოელექტრომაგნეტიკა

ბიოელექტრომაგნეტიკა არის განვითარებადი მეცნიერება, რომელიც სწავლობს, როგორ უკავშირდება ცოცხალი ორგანიზმი ელექტრომაგნიტურ ველს. ის მუშაობს შემდეგ პრინციპზე: ყველა ცხოველს, მცენარესა და მინერალს აქვს ელექტრომაგნიტური ველი, რომელიც აძლევს საშუალებას ორგანულ არსებებსა და არაორგანულ ნივთებს, როგორიცაა კრისტალი, ურთიერთობა დაამყაროს ერთმანეთთან როგორც ერთმა გაერ-

თიანებული სისტემის ნაწილმა. მაგნიტურ ველს აქვს უნარი შეაღწიოს სხეულში და გავლენა მოახდინოს უჯრედების, ქსოვილების, ორგანოებისა და სისტემის ფუნქციონირებაზე. ეს თერაპიები კარგად მუშაობს სხვა სამკურნალო საშუალებებთან კომბინაციაში.

ამ თერაპიის უკუჩვენება შეიძლება გამოვლინდეს ორსულებში, არითმიის დროს, ასევე პეისმეიკერის, ტვინში ანევრიზმის, ყურის ლოკოკინის ინპლანტის ან სხვა ინპლანტების არსებობის დროს. ამ თერაპიით დაკავება არ შეიძლება მათთვის, ვინც ანტიკოაგულანტებს იღებს, ასევე სუსტი აქტიურობისა და ღია ჭრილობის მქონე პირთათვის.

დეტოქსიკაციური თერაპია

ბევრ კულტურასა და რელიგიას, წარსულშიც და ახლაც, აქვთ განმენდის რიტუალები. დასავლეთ კულტურებში, ხალხმა აიტაცა დეტოქსიკაციის კონცეფცია, რწმენა, რომლის მიხედვითაც ფიზიკური უნძინდურება და ტოქსინები უნდა მოშორდეს სხეულს, რათა მიაღწიო უკეთეს ჯანმრთელობას.

წყლის სამკურნალოდ გამოყენება ცნობილია, როგორც ჰიდროთერაპია. სხვადასხვა ფორმით ცივისა და ცხელით დატენიანება სხეულს ხდის შემგუებელს სიცხესა და სიცივესთან. ჰიდროთერაპია გამოიყენება ტკივილისა და მაღალი ტემპერატურის შესამცირებლად, ყლაპვის გასაადვილებლად, სპაზმის მოსახსნელად, ძილის, ფიზიკური და მენტალური ტონუსის გასაუმჯობესებლად. ეს თერაპია უნდა გამოვიყენოთ დიდი ყურადღებით ბავშვებსა და ხანდაზმულებში, რომელთაც აქვთ სუსტი თბორეგულაცია ან ხანგრძლივი ავადმყოფობისგან დასუსტებული ორგანიზმი.

ნაწლავური თერაპია ემყარება იდეას, რომ მაღალკალორიული დასავლური დიეტა ხდება ნაწლავში ნივთიერების დაგროვების წინაპირობა, რომელიც წარმოშობს ტოქსინებს, რაც, თავის მხრივ, იწვევს დაავადებების განვითარებას. ნაწლავური მკურნალობა არის პროცედურა, რომლის დროსაც ირეცხება ნაწლავის შიდა კედლები წყლით ან მცენარეული ნაყენით და შემდეგ გამოიდევნება გარეთ. ნაწლავის გამორეცხვა არის მეთოდი, რომელზეც დღესაც კამათობენ. უკუჩვენებებია წყლულოვანი კოლიტის, დივერტიკულიტის, კრონის დაავადების, მწვავე პემოროიდის, კუჭ-ნაწლავის ან სწორი ნაწლავის უკანა ნაწილის სიმსივნით დიაგნოსტირებულ პაციენტებში.

ქელატორით თერაპია მკურნალობის მეთოდია, რომლის დროსაც ქელატორი უერთდება მძიმე მეტალებს და გამოაქვს ორგანიზმიდან. ეთილენდიამინტეტრააცეტატის მჟავა არის სინთეტიკური ამინო მჟავა, რომელიც ადვილად უერთდება ტყვიას, შესაბამისად გამოიყენება ტყვიით მოწამვლისას, ჰიპერკალცემიის, დიგიტალისების ტოქსიურობით გამოწვეული პარკუჭოვანი ფიბრილაციის დროს.

ცხოველებით თერაპია

ცხოველებით თერაპია არის განსაკუთრებულად შერჩეული ცხოველების გამოყენება, როგორც სამკურნალო საშუალება. სხვადასხვა ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური პრობლემის მქონე ადამიანებში აჩვენა წარმატებული შედეგები. ძაღლისთვის საგნის გადაგდება მოსატანად ან ცხოველის დავარცხნა ზრდის მოძრაობის სიხშირეს. ცხოველის სახელის გამეორება ხშირად ეხმარება ადამიანს მეხსიერების გაგარჯიშებაში. ცხოველისთვის მარტივი ბრძანებების გაცემა ზრდის ენობრივ პროდუქტიულობას. ცხოველ-

თან ყოფნა ეხმარება ადამიანს ყურადღების კონცენტრირებაში. ცხენის ტარება არის თერაპიული საშუალება, რომელიც გამოიყენება იმისთვის, რომ გაიზარდოს სენსორული პროცესების, სხეულის დაჭერის, წონასწორობისა და მოძრაობის გაუმჯობესება იმ ადამიანებში, რომელთაც აწუხებთ მოძრაობის დისფუნქცია.

ხანგრძლივი მკურნალობისთვის განკუთვნილ დაწესებულებებში ცხოვრობენ ცხოველები, მაგალითად, ზაზუნები, ზღვის გოჭები, კურდღლები, კატები და ძაღლები, ასევე თევზები და ფრინველები. დამხმარე კომპანიონი ცხოველები ადამიანებს უქმნიან ემოციურ კომფორტს, როგორიცაა უპირობო სიყვარული, აღტაცება, ნდობა, პასუხისმგებლობა და ემპათია სხვების მიმართ. ამ ადამიანებს აქვთ მიზეზი, რომ ადგნენ დილით და გამხსნევდნენ.

მებაღეობის თერაპია

მებაღეობის თერაპია არის დამხმარე თერაპია, რომელიც გულისხმობს საქმიანობრივ და ფიზიკურ დატვირთვას. ადამიანებს შეუძლიათ უყურონ ბუნებას, იხეტიან ბაღში ან დაკავდნენ მებაღეობით. როდესაც ეს არის საზოგადოებრივი აქტივობა, მებაღეობა ამცირებს სოციალურ იზოლაციას სხვებთან ურთიერთობის დამყარებით. ეს თერაპია მნიშვნელოვანია იმით, რომ სტიმულს აძლევს ხუთ გრძნობას, თავისუფალი აქტივობებით დაკავებას, აუმჯობესებს მთლიან ფუნქციებს, უზრუნველყოფს მიღწეულის შეგრძნებას და აუმჯობესებს თვითშეფასებას. ექთანმა უნდა იცოდეს, რომ თუ პაციენტს აქვს მიდრეკილება ინფექციებისადმი, არ უნდა ჰქონდეს კონტაქტი ნიადაგთან, არ უნდა შეასრულოს პაციენტმა ისეთი საქმიანობა, რაც გამოიწვევს კანის მთლიანობის დარღვევას, არ მივიდეს ახლოს დამდგარ წყალთან, სადაც შეიძლება იყვნენ მწერები ან ინფექციის გადამტანი ორგანიზმები.

კრიტიკული აზროვნების მნიშვნელოვანი საკითხები

68 წლის პაციენტს დადგენილი აქვს კუჭის კიბო. მან ქიმიოთერაპიისა და რადიაციული თერაპიის დროს დაკარგა საკმაოდ დიდი წონა. ამჟამად იგი უჩივის სისუსტეს და ტკივილებს, რომელიც ხელს უშლის მუშაობასა და რუტინულ აქტივობებში. მისი ცოლი მუდმივად მასთანაა საავადმყოფოში. მას ასევე სტუმრობენ მოხუცი მშობლები და მიაქვთ მასთან სახლში გამზადებული საკვები და სასმელი.

პაციენტის რუტინული მოვლის დროს ექთანი შენიშნავს პაციენტის საწოლთან არსებულ კარადაში რამდენიმე კონტეინერს, ჩაის მსგავსი სითხით.

- კონკრეტულად, რა ასპექტი მიანიშნებს ექთანს განიხილოს ალტერნატიული თერაპიის გამოყენება პაციენტთან ან მის ოჯახის წევრებთან ?
- რომელი ალტერნატიული თერაპიაა მისაღები პაციენტისთვის, რომელიც ემორჩილება პრინციპს „არ ავნო“?
- რა რეაქცია უნდა ჰქონდეს ექთანს კონტეინერების ნახვისას? განიხილეთ თითოეული ასეთი რეაქცია, რა შედეგი შეიძლება მოყვას თითოეულ მათგანს ?
- რა გავლენა შეიძლება ჰქონდეს ექთნის „რწმენას“ პაციენტსა და მის ოჯახის წევრებზე ალტერნატიული თერაპიის გამოყენებისას?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Fontaine, K. L. (2010). *Complementary & alternative therapies for nursing practice* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 212–216. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x
- Aljasir, B., Bryson, M., & Al-Shehri, B. (2008). Yoga practice for the management of type II diabetes mellitus in adults: A systematic review. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*. Advance online publication. doi:10.1093/ecam/nen027
- American Holistic Nurses Association. (2009). Mission statement. Retrieved from <http://www.ahna.org/AboutUs/MissionStatement/tabid/1931/Default.aspx>
- Bulechek, G. B., Butcher, H. K., & Dochterman, J., (Eds.). (2008). *Nursing interventions classification (NIC)* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Chen, K. M., Chen, M. H., Chao, H. C., Hung, H. M., Lin, H. S., & Li, C. H. (2009). Sleep quality, depression state, and health status of older adults after silver yoga exercises:
- Cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 154–163. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.09.005 Chiang-Hanisko, L., Adamle, K., & Chiang, L. C. (2009).
- Cultural differences in therapeutic humor in nursing education. *Journal of Nursing Research*, 17, 52–61.
- Cole, M., Gawlinski, A., Steers, N., & Kotlerman, J. (2007). Animal-assisted therapy in patients hospitalized with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 16, 575–588.
- Dale, C. (2009). *The subtle body*. Louisville, CO: Sounds True.
- Manheimer, E., Zhang, G., Udoff, L., Haramati, A., Langenberg, P., Berman, B. M., & Bouter, L. M. (2008). Effects of acupuncture on rates of pregnancy and live birth among women undergoing in vitro fertilization: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 336, 545–549. doi:10.1136/bmj.39471.430451.BE
- Masters, K. S., & Spielmans, G. I. (2007). Prayer and health: Review, meta-analysis, and research agenda. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 329–338. doi:10.1007/s10865-007-9106-7
- NANDA International. (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2009–2011*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Roberts, L., Ahmed, I., Hall, S., & Davison, A. (2009). Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD000368. doi:10.1002/14651858.CD000368.pub3
- Rolfes, S. R., Pinna, K., & Whitney, E. (2009). *Understanding normal and clinical nutrition* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning. doi:10.1002/14651858.CD000368.pub3
- Sharpe, P. A., Williams, H. G., Granner, M. L., & Hussey, J. R. (2007). A randomized study of the effects of massage therapy compared to guided relaxation on well-being and stress perception among older adults. *Complementary*

- Therapies in Medicine, 15, 157–163. doi:10.1016/j.ctim.2007.01.004
- Smilski, A. (2008). Cultivations . . . and potting on a strategic plan for a social and horticultural therapy program. *Perspectives*, 32 (2), 5–14.
- Suzuki, M., Namura, K., Ohno, Y., Tanaka, H., Egawa, M., Yokoyama, Y., . . . Tadashi, Y. (2008). The effect of acupuncture in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14, 1097–1105. doi:10.1089/acm.2007.0786
- Wahl, R. A., Aldous, M. B., Worden, K. A., & Grant, K. L. (2008). Echinacea purpurea and osteopathic manipulative treatment in children with recurrent otitis media: A randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 8, 56–64. doi:10.1186/1472-6882-8-56
- Baird, C., Murawski, M., & Wu, J. (2010). Efficacy of guided imagery with relaxation for osteoarthritis symptoms and medication intake. *Pain Management Nursing*,
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2008). *Holistic nursing: A handbook for practice* (5th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Fountouki, A., & Theofanidis, D. (2009). Nurses' attitudes towards complementary therapies. *Health Science Journal*, 3, 149–157.
- Harris, M., & Richards, K. (2010). The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 917–926. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03165.x
- Johns, C. (2009). *Becoming a reflective practitioner*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Jones, C. (2009). Safety of lavender oil in the treatment of perineal trauma. *British Journal of Midwifery*, 17, 567–570.
- Li, Q., Chen, X., He, L., & Zhou, D. (2009). Traditional Chinese medicine for epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD006454. doi: 10.1002/14651858.CD006454.pub2
- Rastogi, S. (2009). Management of tension-type headache with Ayurveda: A case series. *Alternative & Complementary Therapies*, 15 (3), 113–118. doi:10.1089/act.2009.15306
- Snyder, M., & Lindquist, R. (2009). *Complementary and alternative therapies in nursing* (6th ed.). New York, NY: Springer.
- Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*, 19, 108–113.
- Wong, E., Sung, R., Leung, T., Wong, Y., Li, A., Cheung, K., . . . Leung, P. C. (2009). Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of herbal therapy for children with asthma. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 15, 1091–1097. doi:10.1089/acm.2008.0626
- Wyatt, G., Sikorskii, A., Wills, C., & Su, H. (2010). Complementary and alternative medicine use, spending, and quality of life in early stage breast cancer. *Nursing Research*, 59, 58–66. doi:10.1097/NNR.0b013e3181c3bd26
- Wye, L., Shaw, A., & Sharp, D. (2009). Patient choice and evidence-based decisions: The case of complementary therapies. *Health Expectations*, 12, 321–330. doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00542.x

პარაგრაფი 5

განვითარება სიცოცხლის განმავლობაში

თაზი 16

ზრდისა და განვითარების კონცეფცია

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. განასხვავოთ ერთმანეთისგან ტერმინები ზრდა და განვითარება;
2. აღწეროთ ზრდასა და განვითარებასთან დაკავშირებული ძირითადი პრინციპები;
3. ჩამოთვალოთ ფაქტორები, რომელიც ახდენს გავლენას ზრდა-განვითარებაზე;
4. ახსნათ ტემპერამენტის კონცეფცია;
5. აღწეროთ ზრდისა და განვითარების ეტაპები სხვადასხვა თეორიის მიხედვით;
6. აწეროთ ფროიდის განვითარების ხუთი ეტაპის მახასიათებლები და შედეგები;
7. დაასახელოთ ერიქსონის განვითარების 8 ეტაპი;
8. მოახდინოთ განვითარების ამოცანების იდენტიფიცირება პავიგურსტის ექვსი ასაკობრივი პერიოდის მიხედვით;
9. შეადაროთ პეკისა და გულდის ზრდასრულთა განვითარების ეტაპები;
10. მიუთითოთ ბოულის თეორიის 4 მახასიათებელი;
11. ახსნათ პიაჟეტის შემეცნებითი განვითარების თეორია;
12. შეადაროთ კოლბერგისა და გილიგანის თეორიები მორალის განვითარების შესახებ;
13. შეადაროთ ფოულერისა და ვესტეროგის სულიერი განვითარების ეტაპები;

მნიშვნელოვანია ექთნებს ესმოდეთ ზრდა-განვითარების შესახებ ნორმების მნიშვნელობა, რადგან ის უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის შეფასებასა და ხელშეწყობას მთელი ცხოვრების განმავლობაში. საექტნო როლი უფრო ეფექტურია, როდესაც ექთანი იცნობს ზრდა-განვითარებისათვის საჭირო ცნებებს. JCI-ს მოთხოვნის შესაბამისად სამედიცინო კომპანიების პერსონალმა უნდა იცოდეს ასაკობრივი ჯგუფების განვითარების საჭიროებებისა და მახასიათებლების შესახებ. აღნიშნული უზრუნველყოფს სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტების უსაფრთხო და ეფექტურ მომსახურებას.

ტერმინები **ზრდა და განვითარება** დინამიური პროცესია და განსხვავებული მნიშვნელობა აქვთ. **ზრდა** არის ფიზიკური ცვლილება და ზომაში ზრდა. ზრდა შეიძლება იყოს თვლადი. ზრდის იდენტიფიკატორებში შედის: სიმაღლე, წონა, ძვლების ზომა და თანკბილვა. ზრდის ძირითადი ნიშნები მსგავსია ყველა ადამიანისთვის, ამასთან ზრდის

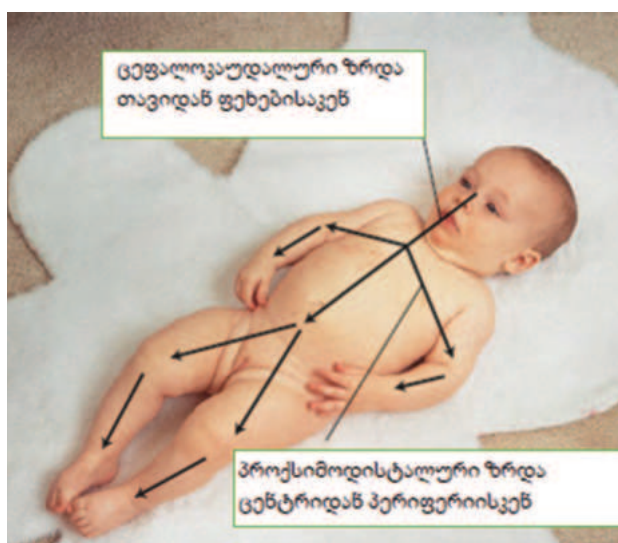
ტემპები განსხვავდება განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე. ზრდის ტემპი სწრაფია პრენეტალურ, ახალშობილთა, ჩვილთა და მოზარდობის პერიოდში, ხოლო ნელდება ასაკის მატებასთან ერთად. ფიზიკური ზრდა მინიმალურია ზრდასრულობის პერიოდში.

განვითარება არის ფუნქციების გართულებისა და წინსვლის პროცესი. ეს არის ადამიანის გარემოსთან ადაპტირების შესაძლებლობები და უნარები. განვითარება არის ზრდის ქცევითი ასპექტი (მაგ., ადამიანი ავითარებს სიარულის, ლაპარაკის, სირბილისა და ფიქრის ფუნქციას).

ზრდა და განვითარება არის დამოუკიდებელი, ურთიერთდაკავშირებული პროცესები. მაგალითად ჩვილების კუნთები, ძვლები და ნერვული სისტემა უნდა გაიზარდოს გარკვეულ მომენტამდე მხოლოდ ამის შემდეგ შეძლებს ბავშვი საუბარს, ჯდომასა და სიარულს. ზრდის პროცესი მიმდინარეობს პირველი 20 წლის განმავლობაში, განვითარება ხდება ზრდის პროცესთან ერთად და ზრდის პროცესის დასრულების შემდეგ. ზრდა განვითარების პრინციპები იხილეთ ჩანართში 16-1.

ჩანართი 16-1 ზრდისა და განვითარების პრინციპები

- ზრდა და განვითარება არის უწყვეტი, მოწესრიგებული, თანმიმდევრული პროცესები, რომელზეც გავლენას ახდენს მომწიფება, გარემო და გენეტიკური ფაქტორები;
- ყველა ადამიანი მიჰყვება ზრდისა და განვითარების ერთსა და იმავე შაბლონს;
- თითოეული ეტაპის თანმიმდევრობა პროგნოზირებულია, თუმცა დაწყების დრო, თითოეული ეტაპის ხანგრძლივობა და შედეგები განსხვავდება ადამიანებს შორის;
- სწავლებას შეუძლია დაეხმაროს ან ხელი შეუშალოს მომწიფების პროცესს, რაც დამოკიდებულია სწავლების ტიპზე;
- განვითარების თითოეულ სტადიას აქვს საკუთარი მახასიათებლები მაგალითად, პიაჟეტის თეორიის მიხედვით სენსომოტორულ ეტაპზე (დაბადებიდან 2 წლამდე) ბავშვები სწავლობენ მარტივი საავტომობილო დავალებების კოორდინაციას;
- ზრდა და განვითარება ხდება ცეფალოკაუდალური მიმართულებით თავიდან ფეხებისკენ (სურათი 16-1). ამის ნიმუშია ახალდაბადებული ჩვილის არაპროპორციულად დიდი ზომის თავი;



სურათი 16-1 ცეფალოკაუდალური და პროქსიმოდისტალური ზრდა

- პროქსიმოდისტალური ზრდა და განვითარება ხდება სხეულის ცენტრიდან პერიფერიებისკენ (სურათი 16-1) მაგალითად, ჩვილებს შეუძლიათ გადატრიალდნენ, სანამ შეძლებენ თითუბით მოჭიდებას;
- განვითარება ხდება მარტივიდან რთულამდე ან მისგან ერთიანი მოქმედებების ინტეგრირებულ აქტებამდე. ინტეგრირებული მიზანია წყლის ჭიქის ალება და ყლაპვის მოქმედება. ინტეგრირებული ქმედების განსახორციელებლად ჩვილმა ჯერ უნდა ისწავლოს თვალთა ალქმა, ხელის მოკიდება, ალება, ყლაპვა; ამის შემდეგ ხდება აღნიშნული ქმედებების კოორდინაცია;
- განვითარება სულ უფრო დიფერენცირდება. დიფერენცირებული განვითარება იწყება განზოგადებული რეაგირებით და პროგრესირებს გამოცდილი სპეციფიკური პასუხისკენ. მაგალითად, 5 წლის ბავშვს შეუძლია მეტი პასუხის გაცემა კონკრეტულად სიცილით ან შიშის გამოხატვით;
- ზრდისა და განვითარების გარკვეული სტადიები უფრო კრიტიკულია ვიდრე სხვები. მაგალითად, ცნობილია, რომ კვერცხუჯრედის განაყოფიერების შემდეგ პირველი 10-12 კვირა საკმაოდ კრიტიკული პერიოდია. ამ ეტაპზე ხშირად ვითარდება თანდაყოლილი ანომალიები ვირუსების, ქიმიკატების ან ნარკოტიკების შედეგად, ვიდრე სხვა ეტაპზე;
- ზრდისა და განვითარების ტემპი არათანაბარია. ცნობილია, რომ ზრდა უფრო მეტია ჩვილობის პერიოდში, ვიდრე ბავშვობაში. ასინქრონული განვითარება ჩვილებში ხასიათდება თავის სწრაფი ზრდით, ხოლო პუბერტატულ ასაკში კიდურების ზრდით;

ფაქტორები, რომელიც გავლენას ახდენს ზრდა-განვითარებაზე

ბევრ ფაქტორს შეუძლია გავლენა მოახდინოს ზრდასა და განვითარებაზე. ამ ფაქტორების ცოდნა მედდას ეხმარება ხელი შეუწყოს ინდივიდის პოზიტიურ ზრდასა და განვითარებას.

გენეტიკა

ადამიანის გენეტიკური მემკვიდრეობა უცვლელი რჩება. მთელი ცხოვრების განმავლობაში განსაზღვრულია ისეთი მახასიათებლებით, როგორიცაა: სქესი, ფიზიკური მახასიათებლები (მაგ., თვალის ფერი, პოტენციური სიმაღლე) და გარკვეულწილად ტემპერამენტი.

ტემპერამენტი

ტემპერამენტი (ინდივიდის საპასუხო რეაქცია ორგანიზმის შიდა და გარე გარემოს ცვლილებების საპასუხოდ) განსაზღვრავს ინტერაქციულ ეტაპზე ზრდისა და განვითარების დინამიკას. ტემპერამენტი შეიძლება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში შენარჩუნდეს.

ოჯახი

ოჯახის მიზანია ბავშვის უსაფრთხოება და დახმარება. ოჯახი მთავარი ღერძია ბავშვის ცხოვრებაში. ოჯახი მონაწილეობს შვილების ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობასა და განვითარებაში. ბავშვები სოციალიზდებიან ოჯახის დინამიკით.

კვება

სწორი კვება ზრდისა და განვითარების მნიშვნელოვანი კომპონენტია. შეუსაბამო კვების დროს ბავშვს მეტი შანსი აქვს განუვითარდეს ინფექცია. საკვები პროდუქტების არასწორი და არასაკმარისი მოწოდებისას ბავშვები ვერ ავითარებენ სრულყოფილი ზრდის პოტენციალს.

გარემო

არანაკლებ მნიშვნელოვანია გარემო ფაქტორი, რომელსაც შეუძლია გავლენა მოახდინოს ზრდასა და განვითარებაზე, რაც მოიცავს ბავშვის ცხოვრების პირობებს (მაგ., უსახლკარობა), სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, კლიმატი და საზოგადოება.

ჯანმრთელობა

დაავადებამ, დაზიანებამ ან თანდაყოლილმა მდგომარეობამ (მაგ., თანდაყოლილი გულის მანკი) შეიძლება გავლენა იქონიოს ზრდა-განვითარებაზე. ჰოსპიტალიზაცია ბავშვისთვის სტრესულია, გახანგრძლივებული ან ქრონიკული დაავადება გავლენას ახდენს ნორმალური განვითარების პროცესებზე.

კულტურა

კულტურალურმა წეს-ჩვეულებებმა შეიძლება გავლენა იქონიოს ბავშვის ზრდა-განვითარებაზე. ნუტრიციული სტატუსი გავლენას ახდენს ბავშვის ზრდის ტემპზე.

ზრდისა და განვითარების ეტაპები

პიროვნების ზრდისა და განვითარების ტემპი ძალზე ინდივიდუალურია, თუმცა, ზრდისა და განვითარების თანმიმდევრობა პროგნოზირებადია.

ზრდისა და განვითარების თეორიები ჩვეულებრივ მოიცავს შემდეგ ძირითად კომპონენტებს, როგორიცაა: ბიო-ფიზიკური, ფსიქო-სოციალური, შემეცნებითი, მორალური და სულიერი, იხ ცხრილი 16-1.

ზრდისა და განვითარების თეორიები

მკვლევარები ეყრდნობიან ისეთ თეორიებს რომლებიც განსაკუთრებით ჩვილებისა და ბავშვის ზრდა-განვითარების ეტაპებს ასახავს.

ბიო-ფიზიკური თეორია

ბიო-ფიზიკური განვითარების თეორიები აღწერს სხეულის ფიზიკურ განვითარებას თუ როგორ იზრდება და იცვლება იგი. ეს ცვლილებები შედარებითია და არ შეესაბამება დადგენილ ნორმებს. არნოლდ გესელი (1880–1961) ცნობილია, როგორც „ბავშვის განვითარების მამა“, ამერიკის შეერთებულ შტატებში. მის თეორიაში ნათქვამია, რომ განვითარებას მართავს გენეტიკა. მან ვრცელი კვლევა ჩაატარა იელის უნივერსიტეტში 1920 და 1930 წლებში. იგი ამტკიცებს, რომ ბავშვის განვითარება არის მომნიშვნელობის, დიფერენციაციის, შესაძლებლობების დახვეწისა და უნარ-ჩვევების განვითარების პროცესი, რომელიც დაფუძნებულია გენეტიკურად თანდაყოლილ ზრდის სქემაზე. ბავშვები სარგებლობენ თანდაყოლილი გამოცდილებით, მხოლოდ კონკრეტულ დროს აღწევენ მომენტალურ ნაბიჯებს, როგორიცაა გადაადგილება, ჯდომა და სიარული. გესელის (1934) ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაშრომია „ატლასი-ჩვილების ქცევა“. მისმა კვლევებმა დაადგინა ბავშვების განვითარების ეტაპების ფიქსირებული თანმიმდევრობა ბავშვობიდან მოზარდობამდე.

ფსიქო-სოციალური თეორიები

ფსიქო-სოციალური განვითარება გულისხმობს პიროვნების განვითარებას. პიროვნება რთული კონცეფციაა, რომლის განსაზღვრაც რთულია და შეიძლება ჩაითვალოს შინაგანი (ინტრაპერსონალური) სამყაროს გარეგნულ (ინტერპერსონალური) გამოხატულებად. ის მოიცავს ადამიანის ტემპერამენტს, გრძნობებს, ხასიათის თვისებებს, დამოუკიდებლობას, თვითშეფასებას, თვითკონცეფციას, ქცევას, სხვებთან ურთიერთობის უნარსა და უნარს მოახდინოს ადაპტაცია ცხოვრების პირობებთან. მრავალი თეორეტიკოსი ცდილობს უპასუხოს კითხვას ადამიანებში ფსიქო-სოციალურ განვითარების შესახებ, კერძოდ, პიროვნების განვითარება, პიროვნების ჩამოყალიბება და კონკრეტული ქცევის მიზეზები.

ცხრილი 16-1 ზრდა განვითარების ეტაპები			
ეტაპი	ასაკი	დამახასიათებელი თვისებები	ექთნის მოვალეობები
ახალშობილი	0-დან 28 დღემდე	ქცევა მეტწილად რეფლექსურია და ვითარდება უფრო მიზანმიმართული ქცევისკენ	დაეხმარონ მშობლებს ამოიცნონ შეუსრულებელი მოთხოვნები
ჩვილობა	1-თვიდან 1 წლამდე	სწრაფი ფიზიკური ზრდა	აკონტროლონ ჩვილების გარემო ისე, რომ ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მოთხოვნები დაკმაყოფილებულ იქნას
1-დან 3 წლამდე ასაკი	1-დან 3 წლამდე	მოტორული ფუნქციების გაზრდა, ფიზიკური დამოუკიდებლობა. ფსიქო-სოციალური უნარები მომატება.	უსაფრთხოება, რისკების განსაზღვრა დაბალანსება ზრდასთან

სკოლამდელი ასაკი	3-დან 6 წლამდე	იზრდება სოციალური როლი, იძენს ახალ გამოცდილებებს; ფიზიკური ზრდა ნელდება.	შეიქმნას თამაშსა და სოციალური საქმიანობის შესაძლებლობა
სკოლის ასაკი	6-დან 12 წლამდე	თანატოლი ჯგუფი გავლენას ახდენს ქცევაზე. იზრდება ფიზიკური, შემეცნებითი, სოციალური განვითარება და გაუმჯობესებულია კომუნიკაციის უნარი.	მიეცით დრო და ენერგია სასკოლო ასაკისთვის. ჩამოყალიბდეს ჰობი და ორიენტირება სკოლის საქმიანობაზე. აღიარეთ და მხარი დაუჭირეთ ბავშვის მიღწევას
მოზარდი	12-დან 20 წლამდე	თვითკონცეფცია იცვლება ბიოლოგიური განვითარებით. ფიზიკური ზრდა ჩქარდება. სტრესი იზრდება განსაკუთრებით კონფლიქტების ფონზე	დაეხმარეთ მოზარდებს, გაუმკლავდნენ პრობლემებს და განვივითარონ კონფლიქტის მოგვარების გზები
სრულწლოვანება	20-დან 40 წლამდე	ვითარდება პირადი ცხოვრების წესი. პიროვნება აყალიბებს ურთიერთობას. იღებს ვალდებულებებს	გაითვალისწინეთ უფრო გამოცდილი ადამიანის რჩევა იმისათვის რომ საკუთარი ცხოვრების წესი თქვნი ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე იყოს მიმართული
ზრდასრულობის ასაკი	40-დან 65 წლამდე	ცხოვრებისეული ცვლილებები, მაგალითად, ბავშვები ტოვებენ სახლს, იცვლება მიზნები	დაეხმარეთ პაციენტებს, დაგეგმონ ცვლილებები ცხოვრებაში, გაამახვილეთ ყურადღება ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორებზე.
ხანდაზმული	65-დან 74 წლამდე	ფიზიკური შესაძლებლობების შემცირება. შეიძლება განვითარდეს ქრონიკული დაავადება.	დაეხმარეთ პაციენტებს იყვნენ ფიზიკურად და სოციალურად აქტიურები. შეანარჩუნებინეთ ურთიერთობა თანატოლ ჯგუფთან
გვიანი ხანდაზმულობა	75-დან 84 წლამდე	მოტორული ფუნქციების სიჩქარის ვარდნა, რეაქციის დროის გაზრდა. იზრდება სხვაზე დამოკიდებულება	დაეხმარეთ პაციენტებს გაუმკლავდნენ ასაკთან დაკავშირებულ პრობლემებს, მაგ., სმენა, მოძრაობა, წუხილი, მხედველობა. უზრუნველყავით უსაფრთხოებისთვის აუცილებელი ზომები
ძალიან ხანდაზმული	85-წლიდან ზემოთ	შეიძლება განვითარდეს ფიზიკური პრობლემები	დაეხმარეთ პაციენტებს, საჭიროების შემთხვევაში, შეძლებისდაგვარად დამოუკიდებლობის შენარჩუნებაში

ფროიდი (1856-1939)

ზიგმუნდ ფროიდიმ შემოიღო სხვადასხვა კონცეფცია განვითარების შესახებ რომელსაც დღესაც იყენებენ. არაცნობიერი გონება, თავდაცვის მექანიზმები და თანდაყოლილი იმპულსები, ეგო და სუპერ ეგო. არაცნობიერი გონება არის ადამიანის ნაწილი, რომლის შესახებ ადამიანმა არ იცის. არაცნობიერი გონების კონცეფცია არის ფროიდის მთავარი ღვაწლი ფსიქიატრიის დარგში. თანდაყოლილი იმპულსები არაცნობიერში ცხოვრობს და, სიამოვნების პრინციპის შესაბამისად, დაუყოვნებლივ ეძებს სიამოვნებასა და კმაყოფილებას. ეგო, რეალისტური პიროვნების ნაწილია, რომელიც აბალანსებს თანდაყოლილი იმპულსების დამაკმაყოფილებელ მოთხოვნებს სოციალური და ფიზიკური გარემოებების შეზღუდვის კონტროლით. პიროვნების მესამე ასპექტი, ფროიდის თანახმად, სუპერეგოა. სუპერეგო მოიცავს სინდისსა და იდეალურ ეგოს. სინდისი ყალიბდება მშობელთა და კულტურალური შეხედულებების შედეგად. ეგო იდეალი მოიცავს სრულყოფილებას, რომლისკენაც ადამიანი მიისწრაფვის.

ფროიდის აზრით, ადამიანის განვითარების ძირითადი მოტივაცია ის დინამიურ ფსიქიური ენერგიაა, რომელსაც მან ლიბიდო უწოდა. ფროიდის ფსიქო-სექსუალური განვითარების თეორიის თანახმად, პიროვნება ვითარდება ხუთ ეტაპად, დაბადებიდან სრულწლოვანებამდე. ლიბიდო თავის აქცენტის ადგილმდებარეობას ცვლის ინდივიდის ერთი ეტაპიდან მეორეზე გადასვლისას. მაშასადამე, კონკრეტული სხეულის არეალს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს პაციენტთან მიმართებით. პირველ სამ ეტაპს (ორალური, ანალური და ფალიური) ეწოდება პრეგენიტალური სტადიები. კულმინაციის ეტაპი გენიტალური ეტაპია. ცხრილში 16-2 მოცემულია მახასიათებლები თითოეული ეტაპისთვის. ფროიდის თეორია ირწმუნება, რომ ინდივიდი უნდა აკმაყოფილებდეს თითოეულ მათგანს, რათა წარმატებულად გადავიდეს განვითარების შემდგომ ეტაპზე. მაგალითად, ჩვილის განვითარების ორალურ ეტაპზე, ექთნებს შეუძლიათ დახმარება გაუწიონ ჩვილს კვებით მიიღოს სიამოვნებაც, რითაც ჩვილი იძენს გამოცდილებას. გამოცდილება უზრუნველყოფს ჩვილს კომფორტსა და უსაფრთხოებას. ფროიდმა ასევე ხაზი გაუსვა ჩვილისა და მშობლის ურთიერთქმედების მნიშვნელობას. ამიტომ ექთანმა როგორც აღმზრდელმა, უნდა უზრუნველყოს ჩვილ ბავშვზე ზრუნვის თბილი ატმოსფერო და დაეხმაროს მშობლებს ამის გაკეთებაში.

თუ ადამიანი ვერ მიაღწევს დამაკმაყოფილებელ წინსვლას პირველ ეტაპზე, პიროვნება ამ ეტაპზე ფიქსირდება. ფიქსაცია არის იმობილიზაცია ან შეუძლებლობა, რომ პიროვნება გადავიდეს განვითარების შემდეგ ეტაპზე, შფოთვის გამო. მაგალითად, დამოუკიდებელი შარდვა/დეფეკაციის სწავლების დადებითი გამოცდილება ანალურ ეტაპზე აძლიერებს ბავშვის თვითკონტროლის გრძნობას. თუმცა, თუ ამ სწავლების შედეგად მიიღო უარყოფითი გამოცდილება, შედეგად წარმოქმნილმა კონფლიქტმა ან სტრესმა შეიძლება შეაჩეროს ან გააგრძელოს ეტაპის მიმდინარეობა და/ან გამოიწვიოს წინა ეტაპზე რეგრესი. იდეალურ შემთხვევაში, ინდივიდუალური პროგრესირების თითოეული ეტაპის მეშვეობით დგება ბალანსი.

ცხრილი 16-2 ფროიდის განვითარების ხუთი ეტაპი			
ეტაპი	ასაკი	მახასიათებლები	შედეგები
ორალური	0-დან 1-1 ½ წლამდე	პირის ღრუ არის სიამოვნების ცენტრი (მთავარი წყარო კმაყოფილებისა და შესწავლისთვის). უსაფრთხოება არის პირველადი მოთხოვნილება.	კვება ინვესტს სიამოვნებას, უსაფრთხოებისა და კომფორტის შეგრძნებას. კვება უნდა იყოს სასიამოვნო და მიწოდებულ უნდა იქნას საჭიროებისამებრ
ანალური	1-1 ½-დან 3 წლამდე	სიამოვნების წყარო ანუსი და შარდის ბუშტია (კმაყოფილება-თვითკონტროლი). მთავარი კონფლიქტი: ტუალეტის გამოყენების სწავლება	განავლის გამოყოფის კონტროლირება უზრუნველყოფს სიამოვნებასა და კონტროლის შეგრძნებას. ტუალეტის გამოყენების სწავლება უნდა იყოს სასიამოვნო გამოცდილება
ფალური	4-დან 6 წლამდე	ბავშვის სასქესო ორგანოები სიამოვნების ცენტრია. მასტურბაცია სიამოვნებას განაპირობებს. მთავარი კონფლიქტი: ოიდიპოსის ან ელექტრას კომპლექსი. ოიდიპოსის კომპლექსი – მამრობითი სქესის ბავშვის მიზიდულობა დედის მიმართ იზრდება და მტრულად განწყობილი ხდება მამის მიმართ. ელექტრას კომპლექსი ეხება გოგონას მიზიდვას მამის მიმართ და მტრული დამოკიდებულება დედის მიმართ.	ბავშვი მშობელთან მიმართებით აიდენტიფიცირებს საპირისპირო სქესს და მოგვიანებით ამყარებს სასიყვარულო ურთიერთობას ოჯახის გარეთ. წახალისება თვითმოყოფადობა.
გენიტალური	სქესობრივი მომწიფების შემდეგ	ენერგია მიმართულია სრული სექსუალური სიმწიფისკენ.	მშობლებისგან გამიჯვნა, დამოუკიდებლობის მიღწევა და გადანაცვტილებების მიღება

ერიქსონი (1902-1994)

ერიკ ჰ. ერიქსონმა (1963, 1964) გააფართოვა ფროიდის განვითარების თეორია, რომელიც მოიცავს მთელი ცხოვრების ხანგრძლივობას, მისი შეხედულებით ადამიანები განაგრძობენ განვითარებას მთელი ცხოვრების განმავლობაში. მან აღწერა განვითარების რვა ეტაპი (ცხრილი 16-3).

ერიქსონის თეორია გვთავაზობს, რომ ცხოვრება განვითარების ეტაპების თანმიმდევრობაა. თითოეული ეტაპი ამოცანაა, რომელიც უნდა შესრულდეს. დავალების გადაწყვეტა შეიძლება იყოს სრული, ნაწილობრივი ან წარუმატებელი. ერიქსონს სჯეროდა, რაც უფრო წარმატებულად ასრულებს ინდივიდი თითოეულ ეტაპს, უფრო ჯანმრ-

თელია ინდივიდის პიროვნება. ნებისმიერი ეტაპის შეუსრულებლობა გავლენას ახდენს პირის შესაძლებლობების პროგრესზე. განვითარების სტადიები შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც კრიზისების ან კონფლიქტების სერია. კრიზისის წარმატებული გადაწყვეტა ხელს უწყობს ეგოს ჯანმრთელ განვითარებას.

ერიქსონის რვა ეტაპი ასახავს როგორც დადებით, ასევე უარყოფით ასპექტებს კრიტიკული ცხოვრების პერიოდებში. კონფლიქტების მოგვარება თითოეულ ეტაპზე ადამიანს ეხმარება ეფექტურად ფუნქციონირებაში. თითოეულ ფაზას აქვს საკუთარი განვითარების ამოცანა, ხოლო ინდივიდმა უნდა იპოვოს წონასწორობა (იხ. სურათი 16-2 და 16-3).



სურათი 16-2 ნდობის გაჩენა, როცა ჩვილის ყველა ძირითადი მოთხოვნილება დაკმაყოფილებულია



სურათი 16-3 დამხმარე მოწყობილობები ხელს უწყობს დამოუკიდებლობისა და თვითშეფასების შენარჩუნებას, რაც ასევე ეხმარება ხანდაზმულ ასაკში ეგოს მთლიანობის შენარჩუნებას და დაბერებისას არსებული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებას.

ერიქსონის თანახმად, გარემო გავლენას ახდენს განვითარებაზე. განვითარების ეტაპის მიხედვით ექთნებს შეუძლიათ ხელი შეუწყონ, ინდივიდუალური მდგომარეობის შესწავლით, პაციენტის განვითარებას; ასევე სტრესის დაძლევის უნარის განვითარებას.

ერიქსონმა ხაზგასმით აღნიშნა, რომ ადამიანებმა უნდა შეცვალონ და მოარგონ ქცევა საკუთარ ცხოვრებაზე კონტროლის შესანარჩუნებლად. მისი აზრით პიროვნებას განვითარების ეტაპზე გვერდის ავლა არ შეუძლია, მაგრამ იგი შეიძლება პროგრესირდეს ან რეგრესირდეს ეტაპებს შორის ცხოვრების სტრესულ პირობებში.

ცხრილი 16-3 ერიქსონის განვითარების რვა ეტაპი				
ეტაპი	ასაკი	ძირითადი ამოცანა	პოზიტიურად გა- დანწყვეტის ინდიკატორები	ნეგატიურად გადანწყვეტის ინდიკატორები
ჩვილობა	დაბადებიდან 18 თვემდე	ნდობა უნდობლობის წინააღმდეგ	სწავლობს სხვე- ბის ნდობას	უნდობლობა, უკან დახევა, ეგზანთემა
ადრეული ბავშვობა	18 თვიდან 3 წლამდე	ავტონომია სირც- ხვილისა და ეჭვის წინააღმდეგ	თვითკონტროლი თვითშეფასების დაკარგვის გა- რეშე; თანამშრომლო- ბის უნარი და თვითგამოხატვა	იძულებითი თვითშეზღუდვა ან შესაბამი- სობა; ნებისყოფა და დაცვა
გვიანი ბავშვობა	3-დან 5 წლამ- დე	ინიციატივა დანაშა- ულის წინააღმდეგ	სწავლობს საკუ- თარ უნარებზე გა- რემოს ზემოქმე- დების შეფასებას;	თავდაჯერებულობის ნაკლებობა, პესიმიზმი, შიში არასწორი ქმედების ჩადენის სურვილი, უკონტროლობა და
სკოლის ასაკი	6-დან 12 წლამდე	ქმედება არასრულ- ფასოვნების წინააღ- მდეგ	ინყება განვი- თარება, შექმნა და მანიპულაცია სრულფასოვანე- ბის გრძნობისა და გამძლეობის განვითარება	იმედის დაკარგვა
მოზარდი	12-დან 20 წლამდე	დაბნეულობის გამკ- ლავება	გვეგმავს საკუთარ შესაძლებლო- ბების რეალიზა- ციას	დაბნეულობის გრძნობა, საზოგადოების წი- ნააღმდეგ ქცევა

ახალგაზრდა ზრდასრუ- ლი	18-დან 25 წლამდე	ინტიმურობა იზოლა- ციის წინააღმდეგ	ინტიმური ურ- თიერთობები სხვა ადამიანთან. მუშაობის ვალდე- ბულება	მართოსულობა, ურ- თიერთობებისგან თავის არიდება
ზრდასრული	25-დან 65 წლამდე	ქმნადობა უმოძრა- ობის წინააღმდეგ	კრეატიულობა პროდუქტიულობა	თვითდამოკიდებუ- ლობა, ინტერესებისა და ვალდებულებების ნაკლებობა
სიმწიფე	65 წლიდან სიკვდილამ- დე	სრულყოფილება იმედგაცრუების წი- ნააღმდეგ	საკუთარი უნი- კალურობისა და ღირებულებების აღიარება. სიკვ- დილის ცნების გააზრება	დანაკარგის განცდა, სხვისი ზიზღი

ჰავიგურტი (1900-1991)

რობერტ ჰავიგურტს მიაჩნდა, რომ სწავლა ცხოვრებისეული საფუძველია და ადა-
მიანები აგრძელებენ სწავლას მთელი ცხოვრების განმავლობაში. მან აღწერა ზრდა-
განვითარება, როგორც ექვსი ეტაპი. თითოეული ეტაპი შეისწავლის 6-დან 10 ამოცანას

ჰავიგურტმა კონცეფცია ჩამოაყალიბა 1950-იან წლებში. **განვითარების ამოცა-
ნა** არის „ამოცანა, რომელიც წარმოიქმნება ინდივიდის ცხოვრებაში გარკვეულ დროს
და თუ იგი წარმატებითაა შესრულებული ბედნიერებას იწვევს, ამის საწინააღმდეგოდ
მარცხი იწვევს უბედურებას, საზოგადოების მხრიდან მიუღებლობასა და შემდეგი ამო-
ცანების ძნელად შესრულებას“.

ჰავიგურტის განვითარების ამოცანები იძლევა ჩარჩოს. მედდას შეუძლია გამოიყე-
ნოს იგი პიროვნების ზოგადი მიღწევების შესაფასებლად. ამასთან, ეს დავალებები
წარმოდგენილია ფართო კატეგორიებად, ხოლო ზოგიერთი ექთანი შეფასებისას მათ
შეზღუდულად იყენებს კონკრეტული მიღწევების განსაზღვრისთვის, განსაკუთრებით
ჩვილებსა და ბავშვობაში. აგრეთვე, მულტიკულტურულ საზოგადოებაში ამოცანის წარ-
მატება შეიძლება განსხვავდებოდეს ღირებულებებითა და რწმენის სისტემებით (მაგ.,
ყველა პირს არ სურს დაქორწინდეს ან ჰყავდეს შვილები). ეს ამოცანები ზოგისთვის
ნაკლებად აქტუალურია.

რობერტ პეკი

ზრდასრულთა განვითარების შესახებ თეორიები და მოდელები შედარებით ბოლო
დროინდელია, ვიდრე ახალშობილთა და ბავშვთა განვითარების თეორიები. წარსულ-
ში ითვლებოდა, რომ განვითარება სრულყოფილი იყო ფიზიკური მომწიფების დროს
და მცირდებოდა მომწიფების შემდეგ. ყურადღება გამახვილდა ნეგატიურ ასპექტებზე
დაბერების დადებითი ასპექტებთან შედარებით. თუმცა, რობერტ პეკი (1968) თვლი-
და, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ფიზიკური შესაძლებლობები და ფუნქციები ქვეით-

დება სიბერესთან ერთად, ფსიქიური და სოციალური შესაძლებლობები იმატებს ცხოვრების უკანასკნელ ნაწილში. პეკი გვთავაზობს განვითარების სამ ამოცანას სიბერის პერიოდში განსხვავებით ერიქსონისგან (მთლიანობა და სასოწარკვეთილება):

1. ეგოს დიფერენციაცია სამუშაო/როლის შეხედულებისამებრ

ზრდასრულთა ვინაობა და ღირსების გრძნობა დამოკიდებულია ამ ადამიანის სამუშაო როლზე. პენსიაზე გასვლისას, ადამიანები შეიძლება განიცდიდნენ უსარგებლობის გრძნობას, სანამ ისინი თავიანთი თვითმყოფადობის გრძნობას არ შეავსებენ, ერთ ასეთ როლს შეუძლია შეცვალოს სამუშაო როლი ან პროფესია, როგორც თვითშეფასების წყარო.

2. სხეულის *transcendence* სხეულის *preoccupation* წინააღმდეგ.

ეს დავალება ინდივიდს მოუწოდებს შეცვალოს ფიზიკური დაქვეითების შესაძლებლობები და ამავე დროს შეინარჩუნოს კეთილდღეობა. სხეულის ფუნქციების დაქვეითებით მცირდება ბედნიერებისა და ცხოვრების კმაყოფილების შეგრძნება.

3. ეგოს *transcendence* ეგოს *preoccupation* წინააღმდეგ.

ეგოს *transcendence* არის სიკვდილის შიშის გარეშე მიღება, როგორც გარდაუვალი მოვლენა. ეგოს *preoccupation*, ამის საპირისპიროდ, იწვევს სიცოცხლის შენარჩუნებისთვის ბრძოლას თვითკმაყოფილების პროეკუპაციით.

გოლდი

როჯერ გოლდი არის კიდევ ერთი თეორეტიკოსი, რომელიც სწავლობს ზრდასრულთა განვითარებას. იგი თვლის, რომ ტრანსფორმაციის დროს ცენტრალური ეტაპია სრულწლოვანება: „მოზრდილებში ცვლილებები გრძელდება და განვითარების ფაზები შეიძლება იყოს ნაპოვნი მთელი ცხოვრების განმავლობაში.“ გოლდის მიხედვით 20 წლის ასაკი არის ის დრო, როდესაც ადამიანი ირგებს ახალ როლს; 30 წლის ასაკში, ხშირად ჩნდება დაბნეულობა; 40წლის ასაკში პიროვნება აცნობიერებს დროის შემზღუდულობას ცხოვრებისეული მიზნების შესრულებასთან დაკავშირებით; 50 წლისთვის განვითარების თითოეული ეტაპი მიიღება, როგორც განვითარების ბუნებრივი წინსვლა. გოლდის განვითარების შვიდი ეტაპი ჩამოყალიბდა 524 ქალისა და მამაკაცის შესწავლის შემდეგ:

- ❑ ეტაპი 1 (ასაკი 16–18 წელი). ინდივიდები თავს ოჯახის ნაწილად თვლიან, თუმცა სურვილი აქვთ იცხოვრონ დამოუკიდებლად;
- ❑ ეტაპი 2 (ასაკი 18–22 წელი). ინდივიდები ცდილობენ ჩამოაყალიბონ საკუთარი ავტონომია; ისინი ფიქრობენ, რომ საფრთხე ემუქრებათ; გრძნობენ რომ შეიძლება დაბრუნდნენ ოჯახში;
- ❑ ეტაპი 3 (ასაკი 22–28 წელი). ინდივიდები თავს მოზრდილად და მათი ოჯახებისგან დამოუკიდებლად თვლიან. საკუთარ თავს ხედავენ კარგად რეალიზებულად, მაგრამ მაინც აწუხებთ გრძნობა დაუმტკიცონ თავიანთ მშობლებს დამოუკიდებლობა (სურათი 16–4).



სურათი 16-4 მოზრდილ ადამიანში ვითარდება მნიშვნელოვანი ურთიერთობები და იწყება საკუთარი ოჯახის შექმნაზე ზრუნვა

- ❑ ეტაპი 4 (ასაკი 28–34 წელი). ქორწინება და კარიერა ჩამოყალიბებულია. ინდივიდებს უჩნდებათ კითხვები თუ რა არის ცხოვრება და რისი მიღება სურთ. ისინი აღარ საჭიროებენ საკუთარი შესაძლებლობების ვინმესთვის დამტკიცებას;
- ❑ ეტაპი 5 (ასაკი 34–43 წელი). ეს არის თვითრეფლექსიის პერიოდი. ინდივიდებს უჩნდებათ კითხვა საკუთარ თავთან ცხოვრების ფასეულობების შესახებ. ისინი ამჩნევენ, რომ ძალიან მცირე დრო აქვთ შვილების ცხოვრების ფორმირებისთვის;
- ❑ ეტაპი 6 (ასაკი 43–50 წელი). პერსონა უკვე ჩამოყალიბებულია. ინდივიდები ინტერესდებიან საზოგადოებრივი საქმიანობით მეგობრებთან და მეუღლესთან ერთად და სურთ თანაგრძნობა და სიყვარული მეუღლისგან;
- ❑ ეტაპი 7 (ასაკი 50–60 წელი). ეს არის ტრანსფორმაციის პერიოდი, როდესაც ხდება სიკვდილიანობის ფაქტორისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის აღქმა. მცირდება ნეგატივი, მეუღლე არის ღირებული თანამგზავრი.

თეორიები ტემპერამენტის შესახებ

ადრეული კვლევა ტემპერამენტის შესახებ, ჩატარდა 1950-იან წლებში. სტელა ჭადრაკმა და ალექსანდრე ტომასმა გამოავლინეს ცხრა ტემპერამენტული თვისება ბავშვების ქცევაში (ცხრილი 16-4). „კეთილგანწყობა“ ბავშვთა ტემპერამენტულ თვისებებს შორის და მათი გარემოს მოთხოვნები პოზიტიურად უწყობს ხელს ურთიერთქმედებას და პოზიტივის ზრდა- განვითარებას. კეთილგანწყობას შეესაბამება ტემპერამენტის ტიპი. როდესაც მშობლებს ესმით ბავშვის ტემპერამენტის მახასიათებლები, მათ უკეთესად შეუძლიათ ბავშვის მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად გარემოს შეცვლა.

ცხრილი 16-4 ტემპერამენტის მახასიათებლები	
აქტივობის დონე	აქტიური, მოუსვენარი, სიმშვიდის წინააღმდეგ
მგრძნობელობა	აშკარაა, რომ სტიმულის საწინააღმდეგოა და რეაგირებს მინიმალურ სტიმულზე
ინტენსივობა	მინიმალურ სტიმულებზე მინიმალური რეაქცია- ძლიერი და ინტენსიური რეაქციის წინააღმდეგ
ადაპტირება	პასუხობს შეუფერხებლად მოულოდნელ მოვლენებს; წინააღმდეგობას უწევს ცვლილებებს
გამტარიანობა	ფოკუსირებულია დავალებებზე; ადვილად ნადგურდება მინიმალური სტუმულირებით
მიდგომა /გაყვანა	გადადის პირდაპირ საქმიანობაში, ყოყმანის წინააღმდეგია
განწყობა	მხიარული, ბედნიერი, სერიოზულობის წინააღმდეგი
გამძლეობა	ამოცანების შესრულება; ადვილად დანებების წინააღმდეგ
რეგულარობა	ქცევის ნიმუშები შემთხვევითი საქმიანობის წინააღმდეგ

მიჯაჭვულობის თეორია

მიჯაჭვულობის თეორია იზიარებს საერთო რწმენას ფროიდის ფსიქო ანალიტიკის თეორიებთან დაკავშირებით, რომ ადრეული ბავშვობის გამოცდილებას შეუძლია ძლიერი გავლენა მოახდინოს ბავშვის განვითარებასა და შემდგომ ქცევაზე. ბრიტანელი ფსიქოლოგი და ექიმი ჯონ ბოულბი (1907–1990), დიდხანს მუშაობდა ბავშვებთან, რომლებიც განიცდიდნენ მართოსულობას ომის დროს, შესწავლილ იქნა თუ როგორ პასუხობდნენ ისინი მართოსულობას. მან ჩამოაყალიბა ჰიპოთეზა, რომ ადამიანებს აქვთ **მიჯაჭვულობის** აუცილებლობა. ბოულბის სჯეროდა, რომ **მიჯაჭვულობა** ასევე ემსახურებოდა ჩვილების დამცავ ან გადარჩენის მექანიზმს. ბოულბის მიჯაჭვულობის მახასიათებლების თეორია მოიცავს მიჯაჭვულ ფიგურასთან ახლოს ყოფნის სურვილს, როდესაც გრძნობს საფრთხეს ან დისკომფორტს.

შემეცნებითი თეორია

შემეცნებითი განვითარება წარმოადგენს გონებრივი შესაძლებლობების პროგრესირებას ალოგიკურიდან ლოგიკურ აზროვნებამდე, მარტივი და რთული პრობლემების მოგვარებიდან კონკრეტული იდეებისა და აბსტრაქტული ცნებების გაგებას.

ყველაზე ცნობილი შემეცნებითი თეორეტიკოსი ჟან პიაჟეტია. მისი შემეცნებითი თეორიის განვითარებაში წვლილი შეიტანა სხვა თეორიებმაც, მაგალითად კოლბერგის ზნეობრივმა თეორიამ და ფოულერის რწმენის განვითარების თეორიამ.

პიაჟეტის (1966) თანახმად, შემეცნებითი განვითარება არის მონესტრიგებული პროცესი, რომელშიც მრავალფეროვნება და ახალი გამოცდილების მიღების სტიმული/

ინტერესი უნდა არსებობდეს ინტელექტუალური შესაძლებლობების განვითარებამდე.

პიაჟეტის შემეცნებითი განვითარების პროცესი დაყოფილია ხუთ ძირითად ფაზად: სენსომოტორული ფაზა, წინასწარ განსაზღვრის ეტაპი, ინტუიციური აზროვნების ეტაპი, კონკრეტული ქმედებისა და ფორმალური ქმედების ეტაპი (სურათი 16-5).



სურათი 16-5 სკოლის ასაკში (7-დან 11 წლამდე) ბავშვებს შეუძლიათ გააცნობიერონ მიზეზ-შედეგობრივი და კონკრეტული ურთიერთობები ან პრობლემები.

ადამიანი ვითარდება თითოეული ამ ფაზის მეშვეობით; თითოეულ ეტაპს აქვს საკუთარი უნიკალური მახასიათებლები. თითოეულ ეტაპზე ადამიანი იყენებს სამ შესაძლებლობას: ასიმილაციას, შეგუებასა და ადაპტაციას. ასიმილაცია არის პროცესი, როდესაც ადამიანები ხვდებიან და რეაგირებენ ახალ სიტუაციებზე სხვადასხვა მექანიზმის გამოყენებით. ამ გზით ადამიანი იძენს ცოდნასა და უნარებს, ასევე აყალიბებს შეხედულებებს მათ გარშემო სამყაროს შესახებ. შეგუება არის ცვლილების პროცესი, რომლის თანახმად შემეცნებითი პროცესები საკმარისად მომნიშვნელოვანია იმისთვის, რომ პიროვნებამ შეძლოს იმ პრობლემების მოგვარება, რომელიც აქამდე გადაუჭრელი იყო. ეს შესაძლებელი ხდება, მას შემდეგ, რაც ხდება ახალი ცოდნის ასიმილირება. ადაპტაცია, ან ქცევის დაძლევა არის შესრულების შესაძლებლობა გარემოს მოთხოვნის შესაბამისად.

ექთნებს შეუძლიათ გამოიყენონ პიაჟეტის შემეცნებითი განვითარების თეორია სწავლების სტრატეგიების შემუშავებისას. მაგალითად, ექთანი უნდა მოელოდეს, რომ პატარა ბავშვი არის ეგოცენტრული და პირდაპირი, ამიტომ ყურადღება უნდა გამახვილდეს პატარა ბავშვის საჭიროებებზე, ვიდრე სხვა მოთხოვნილებებზე. შეიძლება 13 წლის ასაკის პაციენტისგან მოსალოდნელი იყოს რაციონალური აზროვნების გამოყენება და დასაბუთება, ამიტომ, ექთნის მიერ სამკურნალო საშუალების აუცილებლობის ახსნა, მედიკამენტების მიღების ან არ მიღების შემთხვევაში, მოზარდის რაციონალური გადაწყვეტილებაზეც აისახება. ექთნებს უნდა ახსოვდეთ, რომ ასაკის მიუხედავად ნორმალური შემეცნებითი განვითარების სხვადასხვაობა ასოცირდება თითოეულ დონესთან. უფროსების სწავლებისას, ექთნებმა უნდა გაითვალისწინონ, რომ ზოგიერთი მოზრდილი ადამიანი უფრო კომფორტულია თავისი კონკრეტული აზროვნებით, ვიდრე მათზე პატარა ასაკის პაციენტები.

ქცევითი თეორია

ქცევითი თეორიის მიხედვით, სწავლა ხდება ინდივიდუალურად და მყარდება დადებითი ან უარყოფითი სტიმულირებით. თუ სტიმულირება დადებითია და თანმიმდევრული, უფრო სწრაფად ხდება ქცევის შესწავლა-შენარჩუნება.

სოციალური სწავლების თეორიები

სოციალური სწავლების თეორია ემყარება იმ პრინციპს, რომ ინდივიდები სწავლობენ თავიანთი და სხვების ქცევებს დაკვირვებით. იგი მოიცავს როგორც ქცევითი, ასევე შემეცნებითი სწავლების თეორიებს.

ალბერტ ბანდურა (1925 - დღემდე)

ალბერტ ბანდურა, სოციალური სწავლების უპირველესი თეორეტიკოსი, თვლიდა, რომ სწავლა ხდება მიბაძვისა და გამოცდილების საშუალებით. ბანდურას „სოციალური სწავლების თეორიაში“ ინდივიდი აქტიურად ურთიერთქმედებს გარემოსთან ერთად, რათა ისწავლოს ახალი უნარები და ქცევები. ქცევით თეორიაში ნათქვამია, რომ სწავლა იწვევს მუდმივ ცვლილებას ქცევაში.

ვიგოტსკი (1896-1934)

ლევ ვიგოტსკიმ, რომელსაც „სოციალურ კონსტრუქტივისტად“ მოიხსენიებენ, შეისწავლა შემეცნებითი განვითარების კონცეფციის სოციალური, ისტორიული და კულტურალური კონტექსტი. ამტკიცებენ, რომ მოზარდები ბავშვებს ხელმძღვანელობენ ისწავლონ და განავითარონ დამოუკიდებლად ენის გამოყენება, თამაში და მოახდინონ სოციალური ინტეგრაცია. ამ იდეებს მხარს უჭერს ზრდასრულთა სოციალური სწავლების შესაძლებლობების სარგებელი, ჯგუფური ურთიერთქმედებისა და დაკვირვების საშუალებით. ვიგოტსკი მხარს უჭერდა სოციალური სწავლებისა და მუშაობის გაძლიერებას, ჯგუფური დისკუსიითა და სხვა ურთიერთქმედების საშუალებებით.

ეკოლოგიური სისტემების თეორია

ური ბრონფენბერნერმა (1917-2005) გამოავლინა ეკოლოგიური სისტემების განვითარების თეორია. ბრონფენბერნერი თვლიდა, რომ თითოეულ ბავშვს აქვს გენების უნიკალური ნაკრები და სპეციფიკური ატრიბუტები, როგორიცაა ასაკი, სქესი, ჯანმრთელობა და სხვა მახასიათებელი გარემოსთან ურთიერთქმედებისთვის.

ეკოლოგიური სისტემების თეორიაში არსებობს ხუთი დონე. მიკროსისტემა ყოველდღიურად მოიცავს ბავშვთან მჭიდრო ურთიერთობებს (მაგალითად, სახლი, სკოლა, მეგობრები). მეზოსისტემის დონე მოიცავს მიკროსისტემების ურთიერთობას ერთმანეთთან (მაგალითად, ოჯახსა და სკოლას შორის ურთიერთობა). ეგზოსისტემა მოიცავს იმ პარამეტრებს, რომელმაც შეიძლება გავლენა იქონიოს ბავშვზე, მაგრამ ბავშვს არ აქვს ყოველდღიური კონტაქტი მათთან (მაგ., მშობლების მშობლები, სამუშაო, ადგილობრივი სკოლის მმართველობა). მაკროსისტემის დონე მოიცავს ქმედებებს, დამოკიდებულებებსა და რწმენას ბავშვთა კულტურისა და საზოგადოების შესახებ. ქრონო-

სისტემა მოიცავს იმ პერიოდს, რომელშიც ბავშვი იზრდება, რადგან ის გავლენას ახდენს ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის შეხედულებებზე.

მორალური განვითარების თეორიები

მორალური განვითარება რთული პროცესია, რომელიც ბოლომდე არ არის გააზრებული. ეს უფრო მეტია, ვიდრე მშობლების წესების, სათნოების ან ფასეულობების აღძვრა შვილებში. ტერმინი მორალური ნიშნავს “სწორსა და არასწორის დაკავშირებას”. ერთმანეთისგან უნდა განვასხვავოთ ტერმინები მორალი, მორალური ქცევა და მორალური განვითარება. მორალს ეხება საზოგადოებაში ცხოვრებისთვის აუცილებელი მოთხოვნები; მორალური ქცევა არის გზა – ადამიანმა აღიაროს მოთხოვნები და უპასუხოს მათ. მორალური განვითარება არის ნიმუში ასაკთან ერთად მორალური ქცევის შეცვლისა.

კოლბერგი (1927-1987)

ლოურენს კოლბერგის თეორია კონკრეტულად ეხება მორალურ განვითარებას ბავშვებსა და მოზრდილებში. კოლბერგს არ აღეღვებდა ინდივიდის მორალური გადამწყვეტილება, უფრო მეტიც, მან ყურადღება გაამახვილა იმ მიზეზებზე, რის გამოც ინდივიდი იღებს გადაწყვეტილებას. კოლბერგის თანახმად, მორალური განვითარება ვითარდება სამი დონისა და ექვსი ეტაპისგან. დონეები და საფეხურები ყოველთვის არ უკავშირდება განვითარების გარკვეულ ეტაპს ან ასაკს, რადგან ზოგი ადამიანი პროგრესირებს ზნეობრივი განვითარების უფრო მაღალ დონეზე, ვიდრე სხვები.

კოლბერგის პირველ დონედ წოდებულ პრემორალურ ან წინამორბედ დონეზე, ბავშვები რეაგირებენ კულტურალურ წესებსა და სიკეთის ეტიკეტზე: ცუდი და კარგი, სწორი და არასწორი. თუმცა, ბავშვები ამას ინტერპრეტაციას უკეთებენ მათი მოქმედებების ფიზიკური შედეგების შესაბამისად, ანუ დასჯა ან ჯილდო. მეორე დონეზე ინდივიდი შემოფოთებული ელის ოჯახის, ჯგუფის შენარჩუნებას და ამას სწორად თვლის. აქცენტი ამ დონეზე არის შესაბამისობა და ერთგულება საკუთარი მოლოდინების მიმართ. მესამე დონეს ეწოდება პოსტკონვენციური, ავტონომიური ან პრინციპული დონე. ამ დონეზე ადამიანები ცდილობენ განსაზღვრონ მოქმედი ფასეულობები და პრინციპები უფლებამოსილებით ან მის გარეშე სხვების მოლოდინის გათვალისწინებით (ცხრილი 16-5).

ცხრილი 16-5 კოლბერგის მორალური განვითარების ეტაპები		
დონე	ეტაპი	საშუალო ასაკი
I. პრეკონვენციონალური პიროვნება რეაგირებს ეტიკეტების კულტურალურ წესებზე: „კარგი და ცუდი“, „სწორი ან არასწორი“. გარეგნულად დადგენილი წესები განსაზღვრავს სწორ ან არასწორ მოქმედებებს.	1. დასჯა და მორჩილი ორიენტაცია სასჯელის შიში და არა ავტორიტეტის პატივისცემა არის გადაწყვეტილებისა და ქცევის მიზეზი	ბავშვობიდან 7 წლამდე

ეგოცენტრული ფოკუსი	2. ინსტრუმენტული რელატივისტური ორიენტაცია შესაბამისობა ემყარება ეგოცენტრულობასა და ნარცისულ მოთხოვნილებებს. არ არსებობს სამართლიანობის განცდა, ერთგულება ან მადლიერება. „მე გავაკეთებ, თუ რამეს მივიღებ ამისათვის ან იმიტომ რომ ეს მსიამოვნებს“	სკოლამდელიდან სკოლის განმავლობაში
II. კონვენციონალური ადამიანს ალელვებს ოჯახის, გარემოს ან ჯგუფის შენარჩუნება. მოლოდინები, ზოგადი წესები ან საზოგადოება გავლენას ახდენს ქცევაზე და აქვს დანაშაულის გრძნობა. ერთგულება და აქტიური სოციალური წესრიგის დაცვა და კონტროლი. შესაბამისობა ნიშნავს კარგ ქცევას ან რა სიამოვნებს სხვას ან რით ეხმარება სხვებს	3. ინტერპერსონალური შესაბამისობა გადაწყვეტილებები და ქცევა დამყარებულია სხვა ადამიანების რეაქციაზე. პიროვნებას სურს სხვებისთვის დამტკიცება ან ჯილდოს მიღება. გადაწყვეტილებებისა და ქცევის მთავარი განმსაზღვრელია თუ რა დამოკიდებულება აქვთ სხვა ადამიანებს კონკრეტულ ქცევაზე.	სკოლის ასაკიდან სრულწლოვანების მიმდინარეობის პერიოდი
საზოგადოებრივი ფოკუსირება	4. სამართლიანობისა და რიგიტობის ორიენტაცია ადამიანს სურს წესების დადგენა, რაც ხდება შემდგომი გადაწყვეტილებისა და ქცევის მიზეზი. სოციალური, სექსუალური წესები და ტრადიციები მოითხოვს პასუხს (მე ვაკეთებ ამას, რადგან ეს არის კანონი და ჩემი მოვალეობა)	მოზარდი და სრულწლოვანი
III. პოსტკონვენციური ადამიანი ცხოვრობს ავტონომიურად და განსაზღვრავს მორალურ ფასეულობებსა და პრინციპებს, ის ცხოვრობს საყოველთაოდ შეთანხმებული პრინციპების შესაბამისად, რაც ადამიანს მიზანშეწონილად მიაჩნია მისი ნორმალური ცხოვრებისათვის. უნივერსალური ფოკუსირება	5. სოციალური ქცევა ლეგალურ წესებზე დაყრდნობით სოციალური წესები არ არის გადაწყვეტილებებისა და ქცევის ერთადერთი საფუძველი, რადგან ადამიანს სჯერა უმაღლესი მნიშვნელობის პრინციპების, როგორიცაა: თანასწორობა, სამართლიანობა და მათი თანმდევი პროცესები. 6. უნივერსალური ეთიკური პრინციპის ორიენტაცია. გადაწყვეტილებები და ქცევა ემყარება ინტერნაციონალურ წესებს, უფრო მეტად სინდისს, ვიდრე სოციალურ კანონებს, ხოლო საკუთარი ეთიკური და აბსტრაქტული პრინციპები, უნივერსალურია, ყოვლისმომცველია და თანმიმდევრულია.	საშუალო ასაკი ან ზრდასრულობა ზრდასრული. აღნიშნული ეტაპი იშვიათად დგება

გილიგანი

გილიგანი ამტკიცებდა, რომ ზნეობრივი განვითარება მიმდინარეობს სამი დონესა და ორი გადასვლის მიხედვით, ყოველი დონე წარმოადგენს საკუთარი თავისა და სხვების ურთიერთობის უფრო ღრმა გაგებას, ხოლო თითოეული გადასვლის შედეგად ხდება გადაწყვეტი გადაფასება ეგოიზმსა და პასუხისმგებლობას შორის კონფლიქტში.

ეტაპი 1: საკუთარ თავზე ზრუნვა

განვითარების პირველ ეტაპზე, ადამიანი მხოლოდ საკუთარი თავის მოვლით არის დაკავებული. ინდივიდი გრძნობს თავს იზოლირებულად, არაკონტაქტულად. არაფერი აშფოთებს და არ ეწინააღმდეგება სხვის საჭიროებებს, რადგან თვითმყოფადობა ყველაზე მნიშვნელოვანია. ამ ეტაპიდან გადასვლა ხდება მაშინ, როდესაც ინდივიდი იწყებს ამ მიდგომის შემცირებას და პასუხისმგებლობისაკენ მიდის. ადამიანი იწყებს ურთიერთობების საჭიროების გაცნობიერებას.

ეტაპი 2: სხვებზე ზრუნვა

ამ ეტაპზე ინდივიდი ცნობს ადრინდელი ქცევის ეგოიზმს და იწყებს სხვებთან ურთიერთობასა და სხვებზე ზრუნვას, რომელიც ამძაფრებს პასუხისმგებლობის გრძნობას. პასუხისმგებლობა მოიცავს თავგანწირვას, სადაც „კარგი“ ითვლებოდა, რომ „ზრუნავდა სხვებზე“. ინდივიდი იწყებს ურთიერთობებს იმაზე ფიქრით, რომ სხვები არ დააზიანოს. ეს მიდგომა იწვევს ინდივიდის რეაგირებას და დამორჩილებას სხვისი საჭიროებებისთვის, სიკეთეზე ჭეშმარიტებაზე. ამ ეტაპიდან გადასვლა ხდება როდესაც ინდივიდი აღიარებს, რომ ამ მიდგომამ შეიძლება გამოიწვიოს სირთულეები ურთიერთობებში, ბალანსის არარსებობის გამო საკუთარ თავზე ზრუნვასა და სხვებზე ზრუნვას შორის. ქალი იღებს გადაწყვეტილებებს პირად ზრახვებისა და მოქმედებების შედეგებით და არა სხვისი ფიქრებისა და რეაგირების მიხედვით.

ეტაპი 3: ზრუნვა საკუთარ თავსა და სხვებზე

ბოლო ეტაპზე, ადამიანი ხედავს სხვათა ზრუნვას შორის წონასწორობის საჭიროებას და საკუთარ თავზე ზრუნვის აუცილებლობას. პასუხისმგებლობის კონცეფცია ახლა მოიცავს პასუხისმგებლობას საკუთარ თავსა და სხვა ადამიანებზე. ზრუნვა ხდება გადაწყვეტილების მიღების აქცენტი, თუმცა, ადამიანი ცნობს საკუთარ თავსა და სხვებს შორის ურთიერთკავშირს და აცნობიერებს, რომ თუ საკუთარი მოთხოვნილებები არ დაკმაყოფილდება, ამან შეიძლება სხვა ადამიანებიც დააზიანოს.

გილიგანი (1982) თვლის, რომ ქალები ხშირად ხედავენ ზნეობას ურთიერთობებისა და ზრუნვის მთლიანობაში, ისე რომ მორალური პრობლემებთან მათი შეხვედრა განსხვავდება მამაკაცისგან. მამაკაცები განიხილავენ რა არის მართებული და სამართლიანი, ხოლო ქალებისთვის პასუხისმგებლობის აღება სხვებზე საკუთარი გადაწყვეტილებაა. სამართლიანობის ეთიკა ემყარება თანასწორობის იდეას: ყველამ უნდა მიიღოს თანაბარი მკურნალობა. ეს არის განვითარების გზა, რომელსაც ჩვეულებრივ მამაკაცები მიჰყვებიან, ამის საპირისპიროდ, ზრუნვის ეთიკა ემყარება ძალადობის წი-

ნააღმდეგ წინაპირობას: არავის უნდა მიეყენოს ზიანი. ეს ის გზაა, რომელსაც ჩვეულებრივ ქალები მიჰყვებიან, მაგრამ ამ ყველაფერს მცირე ყურადღება აქვს დათმობილი მორალური თეორიის ლიტერატურაში.

მომწიფების განვითარებაში, გილიგანის თანახმად (1982), ორივე მოსაზრება ერთმანეთში აისახება "იმ რეალობაში, როცა უთანასწორობა უარყოფითად მოქმედებს ორივე პერსპექტივაზე, დამანგრეველია ყველასთვის". ამ ორი პერსპექტივის შერწყმამ შეიძლება გამოიწვიოს ადამიანის განვითარება ახალი შეხედულებისამებრ.

სულიერი განვითარების თეორიები

ზრდისა და განვითარების სულიერი კომპონენტი ეხება ინდივიდუალური სამყაროს აღქმას, ურთიერთობებსა და ცხოვრებას აღქმული მიმართულებითა და მნიშვნელობით. სულიერება და რწმენა აშკარად განსხვავდება რელიგიურობისგან, მაგრამ რელიგიამ შეიძლება საშუალებას მისცემს გამოხატვას.

ფოლერი

ჯეიმს ფოლერი აღწერს რწმენის განვითარებას, როგორც ძალას, რომელიც მნიშვნელობას ანიჭებს პიროვნების ცხოვრებას. იგი იყენებს ტერმინს „რწმენას“, როგორც ცოდნის ფორმას, „საბოლოო გარემოსთან“ გზის მიმართებისთვის. ფოლერისთვის, რწმენა არის ურთიერთობის ფენომენი; ეს არის აქტიური „ურთიერთობის რეჟიმში ყოფნა“ სხვადასხვა პირებთან მიმართებით, ფოლერის სულიერი განვითარების ეტაპები წარმოდგენილია ცხრილში 16-6.

ფოლერის თეორიასა და განვითარების ეტაპზე გავლენა იქონია პიაჟეტის, კოლბერგისა და ერიქსონის ნაშრომებმა. ფოლერს სჯერა, რომ რწმენის განვითარება ინტერაქტიული პროცესია.

ცხრილი 16-6 ფოლერის სულიერი განვითარების ეტაპები		
ეტაპი	ასაკი	აღწერა
0. განუჩეველი	0-დან 3 წლამდე	ჩვილს არ შეუძლია ჩამოაყალიბოს ცნებები საკუთარი თავისა და გარემოს შესახებ
1. ინტუიციურ-პროექციული	4-დან 6 წლამდე	სხვების მიერ გადმოცემული სურათებისა და რწმენის ერთობლიობა ბავშვის საკუთარ გამოცდილებასა და წარმოსახვასთან კომბინაციაში
2. მითიურ-ლიტერატურული	7-დან 12 წლამდე	ფანტაზიისა და საოცრების პირადი სამყარო; სიმბოლოები ეხება რაღაც სპეციფიკას; დრამატული მოთხრობები და მითები, რომელიც იყენებს სულიერ მნიშვნელობებს
3. სინთეზურ-პირობითი	მოზარდი ან ზრდასრული	მსოფლიო და გარემო გაერთიანებულია სხვისი შეხედულებებითა და განსჯით; ინტერპერსონალური ყურადღება
4. ინდივიდუალურ-რეფლექსიური	18 წლის შემდეგ	საკუთარი სისტემის „მშენებლობა“; თვითშეგნების მაღალი ხარისხი
5. პარადოქსულ-კონსოლიდაციური	30 წლის შემდეგ	სიმართლის ცოდნა სხვადასხვა თვალსაზრისით

6. უნივერსალიზაცია	შესაძლოა არასდროს	სიყვარულისა და სამართლიანობის პრინციპების განსახიერება

ვესტერპოფი

ვესტერპოფი აღწერს რწმენას, როგორც ყოფას და მისი ქცევა ვითარდება რწმენის გამოცდისგან, რომელითაც ხელმძღვანელობენ მშობლები და სხვა ადამიანები. ჩვილობისა და ბავშვობის პერიოდში საკუთარი რწმენის მიმართ დამოკიდებულება ზრდასრულ ასაკში ინტეგრირებულია (ცხრილი 16-7).

ცხრილი 16-7 ვესტერპოფის რწმენის 4 ეტაპი		
ეტაპი	ასაკი	ქმედება
გამოცდილი რწმენა	ჩვილი/ადრეული მოზარდობა	აღიქვამს რწმენას სხვების საშუალებით, რომლებიც კონკრეტულად ცხოვრობენ რწმენის ტრადიციებით.
აფილირებული რწმენა	გვიან მოზარდობის პერიოდში	აქტიურად მონაწილეობს ისეთ საქმიანობაში, რომელიც ახასიათებს კონკრეტული სარწმუნოების ტრადიციას
რწმენის ძიება	ახალგაზრდა სრულწლოვანება	საკუთარ თავთან რწმენის შესახებ კითხვების დასმისა და გარკვეულ საკითხზე დაეჭვებით, იძენს შეცნობილ, ასევე ემოციური რწმენას
საკუთარი რწმენა	საშუალო სრულწლოვანება / სიბერე	რწმენას ათავსებს პირად და სოციალურ ქმედებებში. მზადაა წავიდეს საზოგადოების წინააღმდეგაც კი.

ზრდა და განვითარების კონცეფციები საექთნო პრაქტიკაში

სხვადასხვა თეორია განმარტავს ინდივიდის ზრდა-განვითარების ერთ ან რამდენიმე ასპექტს. როგორც წესი, თეორეტიკოსები იკვლევენ ინდივიდის განვითარების მხოლოდ ერთ ასპექტს, როგორცაა, მაგალითად შემეცნებითი, მორალური ან ფიზიკური ასპექტები.

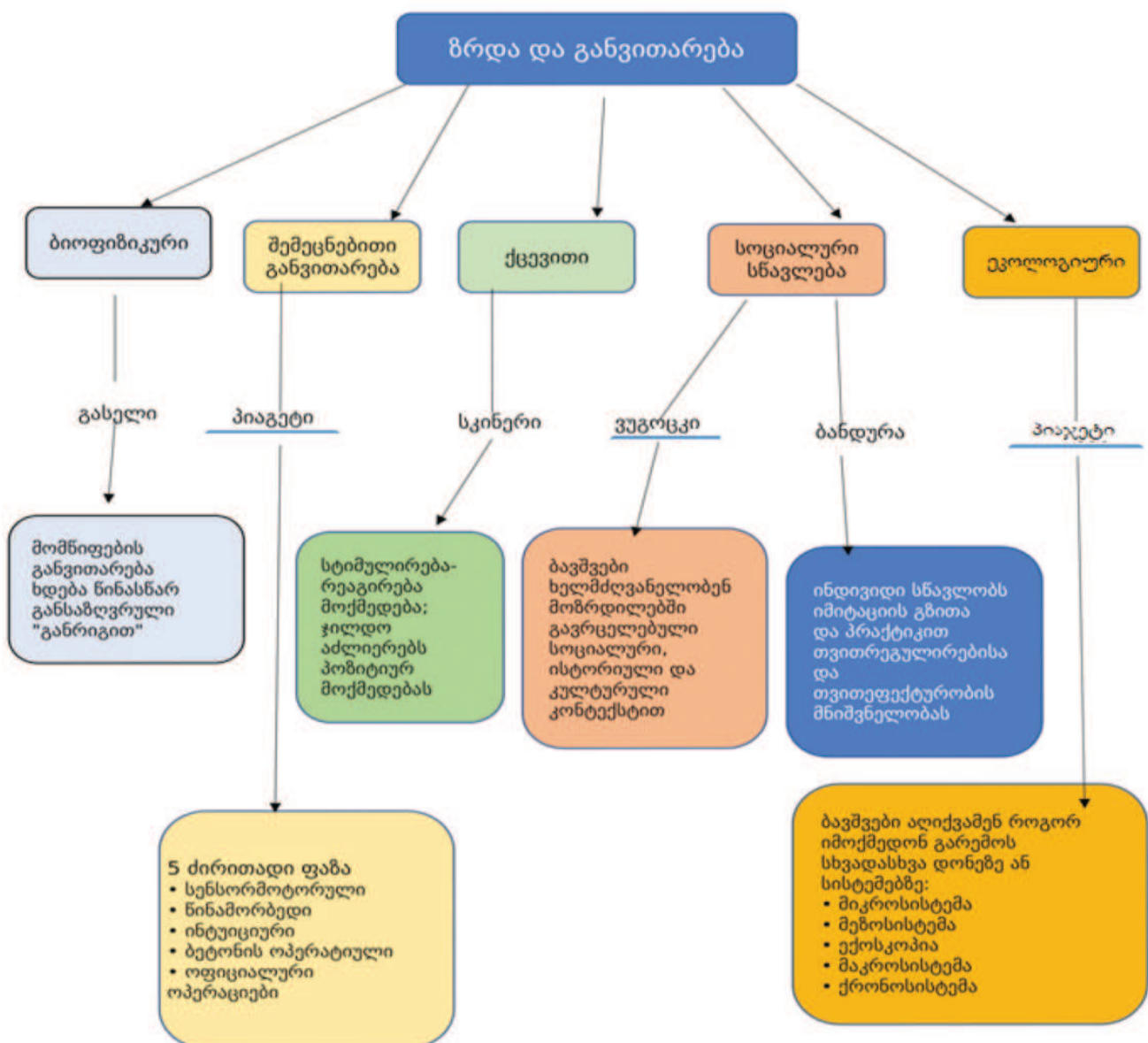
მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი თეორიები შეიძლება სასარგებლო იყოს, მათ აქვთ შეზღუდვები. პირველ რიგში, არჩეულმა თეორიამ შეიძლება ახსნას მხოლოდ ერთი ასპექტი ზრდისა და განვითარების პროცესში. ადამიანი არ ვითარდება ფრაგმენტულად, იგი ვითარდება ერთიან ინდივიდად. ექთანმა შეიძლება გამოიყენოს რამდენიმე თეორია პაციენტის ზრდისა და განვითარების ადეკვატური გაგებისთვის. ზოგიერთი თეორიის კიდევ ერთი სპეციფიკა არის ის, რომ მისი ამოცანის გამოყენება შეიძლება მხოლოდ კონკრეტულ ასაკში. უმეტეს შემთხვევაში, ბავშვი ან ზრდასრული ასრულებს ერთი და იგივე მითითებულ დავალებას. ამასთან, სხვა შემთხვევებში, ექთანი აღმოაჩენს, რომ ინდივიდი არ ასრულებს დავალებას ან აკმაყოფილებს თეორიების მიერ შემოთავაზებულ ასაკს. ასეთი ინდივიდუალური განსხვავებები ცალკეული თეორიებში არ არის განსაზღვრული ან კატეგორიზებული. ადამიანის განვითარება არის ბიო-ფიზიკური, შემეცნებითი, ფსიქოლოგიური, მორალური და სულიერი. ექთნები უნდა ელო-

დონ ინდივიდუალურ ცვალებადობას და ამის გათვალისწინებით ზრდისა და განვითარების თეორიის გამოყენებას.

ბავშვის ინტელექტისა და უნარების გაგებაში ექთანს ეხმარება გარკვეული რეაქციების წინასწარი განსაზღვრა. ექთნებს შეუძლიათ წაახალისონ პაციენტის ქცევა, ეს შესაფერისია კონკრეტული განვითარების ეტაპზე. თეორიები ასევე სასარგებლოა საექთნო ჩარევის დაგეგმვაში. მაგალითად, 3 წლის ასაკში ბიჭისთვის შესაფერისი სათამაშოს არჩევა მოითხოვს ფიზიკური და შემეცნებით განვითარების, ინდივიდუალური მგრძნობელობისა და უპირატესობების ცოდნას.

ზრდასრულთა მოვლის დროს, საჭიროა ფუნდამენტური ცოდნა ფიზიკური, შემეცნებით და დაბერების პროცესისა ფსიქოლოგიური, მგრძნობიარე საექთნო დახმარების ადმინისტრირებისთვის. მაგალითად, ექთნებს შეუძლიათ გამოიყენონ თავიანთი განვითარების თეორიების ცოდნა, პაციენტის ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის გაგებისა და მომავალი ცვლილებებისთვის ფიზიკურად მომზადებისთვის.

კონცეპტუალური რუკა – ზრდისა და განვითარების თეორიებისა და მათი ავტორების მიმოხილვა



კრიტიკული აზროვნების მნიშვნელოვანი საკითხები

2 წლის საკმაოდ ენერგიულ ბავშვს აქვს ამბლიოპია (ზარმაცი თვალი) და შედარებით ჯანმრთელი თვალით იგი შორსმხედველია.

მკურნალობის გარეშე ამ მდგომარეობამ შეიძლება გამოიწვევს სიბრმავე. მკურნალობა გულისხმობს ჯანმრთელ თვალზე სპეციალური სახვევის ტარებას დღეში 2 საათის განმავლობაში, ხოლო მაკორექტირებელი სათვალის ტარებას მთელი დღის განმავლობაში. დედა ამბობს, რომ ბავშვი მას და მის მამას წინააღმდეგობას უწევს თვალის სახვევის დამაგრებისას და სათვალის გაკეთების მოთხოვნისას. მისი სიტყვებით ეს „თითქმის შეუძლებელია“.

1. ერიკსონის მიხედვით განვითარების რა სტადიაზეა ბავშვი?
2. რა სტრატეგია შეიძლება შეთავაზებული იქნას ბავშვის მშობლებისათვის, რათა მიღწეულ იქნას კოოპერაცია ბავშვთან მაქსიმალური ეფექტის მისაღწევად?
3. პიაჟეტის თეორიის შესაბამისად აღწერეთ შემეცნებითი განვითარებისა და სოციალური სწავლების თეორიის სპეციფიკური სტრატეგიები

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2010). *Human development: A life-span view* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning.
- Bakewell-Sachs, S., Medoff-Cooper, B., Escobar, G. J., Silber, J. H., & Lorch, S. A. (2009). Infant functional status: The timing of physiologic maturation of premature infants. *Pediatrics*, 123, e878–e886. doi:10.1542/peds.2008-2568
- Frey, A., Ruchkin, V., Martin, A., & Schwab-Stone, M. (2009). Adolescents in transition: School and family characteristics in the development of violent behaviors entering high school. *Child Psychiatry Human Development*, 40, 1–13. doi:10.1007/s10578-008-0105-x
- Hughes, S. L., Seymour, R. B., Campbell, R. T., Whitelaw, N., & Bazzarre, T. (2009). Best-practice physical activity programs for older adults: Findings from the national impact study. *American Journal of Public Health*, 99, 362–368. doi:10.2105/AJPH.2007.131466
- Kuczmarski, M. F., & Cotugna, N. (2009). Outcome evaluation of a 3-year senior health and wellness initiative. *Journal of Community Health*, 34(1), 33–39. doi:10.1007/s10900-008-9124-6
- Pullis, B. C., & Pullis, J. M. (2009). The relationship between body mass index (weight status) and hypertension in a cohort of elementary school students: A retrospective longitudinal study. *Journal of Community Health Nursing*, 26(2), 64–76. doi:10.1080/07370010902805122
- Ball, R. S. (1977). The Gesell developmental schedules: Arnold Gesell (1880–1961). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 233–239. doi:10.1007/BF00913694
- Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss*. Vol. 1. *Attachment* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books.
- Dalton, T. C. (2005). Arnold Gesell and the maturation controversy. *Integrated Physiological Behavioral Science*, 40(4), 182–204. doi:10.1007/BF00913694
- De Pauw, S. S., Mervielde, I., & Van Leeuwen, K. G. (2009). How are traits related to problem behavior in preschoolers? Similarities and contrasts between temperament and personality. *Journal of Abnormal Child Psychology* 37, 309–325. doi:10.1007/s10802-008-9290-0
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York, NY: W. W. Norton.
- Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility: Lectures on the ethical implications of psychoanalytic insight*. New York, NY: W. W. Norton.
- Fowler, J., & Keen, S. (1985). *Life maps: Conversations in the journey of faith*. Waco, TX: Word Books.
- Fowler, J. W., Streib, H., & Keller, B. (2004). *Manual for faith development research* (3rd ed.). Bielefeld, Germany: Research Center for Biographical Studies in Contemporary Religion, Bielefeld University; and Atlanta, GA: Center for Research in Faith and Moral Development, Emory University.
- Gesell, A. (1934). *An atlas of infant behavior: A systematic delineation of the forms and early growth of human behavior patterns*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gould, R. L. (1972). The phases of adult life: A study in developmental psychology. *American Journal of Psychiatry*, 129, 33-43.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Havighurst, R. J. (2003). *Developmental tasks and education* (4th ed.). Temecula, CA: Textbook Publishers.
- Kochanska, G., Barry, R. A., Aksan, N., & Boldt, L. J. (2008). A developmental model of maternal and child contributions to disruptive conduct: The first six years. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 49, 1220-1227.
- Kohlberg, L. (1984). *Essays on moral development: Vol. 2. The psychology of moral development*. San Francisco, CA: Harper & Row.
- Murray, R. B., Zentner, J. P., & Yakimo, R. (2009). *Health promotion strategies through the life span* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Peck, R. (1968). Psychological developments in the second half of life. In B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Piaget, J. (1966). *Origins of intelligence in children*. New York, NY: W. W. Norton.
- Westerhoff, J. (2000). *Will our children have faith?* (rev. ed.). New York, NY: Morehouse Publishing.
- Fowler, J. W. (1995). *Stages of faith: The psychology of human development*. San Francisco: Harper Collins.
- Freud, S. (1923). *The ego and the id*. London, England: Hogarth Press.
- Freud, S. (1961). *The ego and the id and other works* (Vol. 19) (J. Strachey, Trans.). London, England: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on moral development. Vol. 1. The philosophy of moral development*. San Francisco, CA: Harper & Row.
- Molzahn, A. E., & Shields, L. (2008). Why is it so hard to talk about spirituality? *Canadian Nurse*, 104(1), 25-29.
- Mountain, V. (2007). Educational contexts for the development of children's spirituality: Exploring the use of imagination. *International Journal of Children's Spirituality*, 12(2), 191-205. doi:10.1080/13644360701467535
- Rothbart, M. K. (2004). Commentary: Differentiated measures of temperament and multiple pathways to childhood disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 82-87. doi:10.1207/S15374424JCCP3301_8
- Sherblom, S. (2008). The legacy of the "care challenge": Re-envisioning the outcome of the justice-care debate. *Journal of Moral Education*, 37, 81-98. doi:10.1080/03057240701803692
- Stuart-Hamilton, I. (2006). *The psychology of ageing. An introduction* (4th ed.). London, England, and Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.

თაზი 17

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა მოზარდობის ასაკში

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ გეცოდინებათ:

1. ფიზიკური განვითარება ბავშვობის ასაკიდან მოზარდობის ასაკამდე;
2. განვითარების პერიოდის თავისებურებები, რომელიც მოიცავს ბავშვობიდან მოზარდობის ასაკამდე პერიოდს;
3. ერიკსონის ფსიქოსოციალური განვითარების თეორიის ასპექტები ბავშვობიდან მოზარდობამდე ასაკში;
4. პიაჟეტის (Piaget) კოგნიტური განვითარების განმარტება ბავშვობიდან მოზარდობამდე;
5. კოლბერგის (Kohlberg) მორალური განვითარების განმარტება ბავშვობიდან მოზარდობამდე;
6. ფოულერის (Fowler) სპირიტუალური განვითარების განმარტება ბავშვობიდან მოზარდობამდე;
7. სხვადასხვა აქტივობისა და მოსალოდნელი ქცევის განვითარება დაბადებიდან გვიან ბავშვობამდე;
8. რამდენად მოდის ასაკობრივ მოთხოვნებთან თანხვედრაში შეუცვლელი აქტივობები და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კონკრეტული ქმედებები.

პრენატალური განვითარების კონცეფცია

პრენატალური იგივე მუცლად ყოფნის პერიოდი დაახლოებით 9 კალენდარული თვე, 10 მთვარის თვე ან 38-დან 40 კვირამდე გრძელდება (დამოკიდებულია გამოთვლის მეთოდზე). იმ შემთხვევაში თუ დროს ვითვლით ჩასახვის დღიდან, მაშინ პრენატალური პერიოდი გაგრძელდება 38 კვირა ან 9 $\square$ მთვარის თვე. ხოლო თუ დათვლა ხდება ბოლო მენსტრუალური პერიოდის მიხედვით ეს პერიოდი გრძელდება 10 მთვარის თვე ანუ 40 კვირა.

ტრადიციულად, ორსულობა იყოფა სამ პერიოდად, რომელსაც ტრიმესტრს უწოდებენ. თითოეული ტრიმესტრი გრძელდება 3 თვე. თითოეული ტრიმესტრი განსხვავდება ამ პერიოდში მიმდინარე განვითარების ცვლილებებით, როგორც ნაყოფისათვის ისე დედისთვის. გარდა ამისა საშვილოსნოს შიდა განვითარება იყოფა ორ ფაზად: ემბრიონული და ფეტალური. ემბრიონული ფაზა ვითარდება პირველ ტრიმესტრში და მოიცავს პირველ 8 კვირას. იგი იწყება განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის წარმოიქმნით დედის ორგანიზმში. პირველი 3 კვირის მანძილზე ემბრიონული ქსოვილი დიფერენ-

ცირდება სამ შრედ-ექტოდერმა (გარეთა შრე), მეზოდერმა (შიდა შრე), ენდოდერმა/ენტოდერმა (შიგნითა შრე). ექტოდერმა და ენდოდერმა ყალიბდება მეორე კვირაში, ხოლო მეზოდერმა მესამე კვირაში. მესამე კვირის დასაწყიდან მერვე კვირის ჩათვლით ამ სამი შრისგან ყალიბდება სხეულის ყველა სტრუქტურა და ორგანოთა სისტემა.

პირველ 3 კვირაში განვითარებული მნიშვნელოვანი ფაქტები:

1. ემბრიონი ინერგება საშვილოსნოს ენდომეტრიუმში;
2. ფეტალური მემბრანა დიფერენცირდება ქორიონად და ამნიონად. ქორიონი პლაცენტის პრეკურსორ ქსოვილს წარმოადგენს, ამნიონი კი ამნიონური ჩანთისას;
3. პლაცენტა იწყებს ფუნქციონირებას. პლაცენტა არის ბრტყელი დისკის ფორმის ორგანო, რომელიც ძლიერად არის ვასკულარიზებული. როგორც წესი, პლაცენტა საშვილოსნოს ზედა სეგმენტში ენდომეტრიუმისგან წამოიქმნება. მისი ფუნქციაა ნაყოფსა და ორგანიზმს შორის საკვები ნივთიერებებისა და აირების ტრანსპორტი.

განვითარების ფეტალური ფაზა მეორე და მესამე ტრიმესტრში მიმდინარეობს. ფეტალურ ფაზაში ჩანასახი ძალიან სწრაფად იზრდება. ამ პერიოდში ჩანასახის ზრდაზე მოქმედებს როგორც გენეტიკური ისე გარემო-ფაქტორები.

მეორე ტრიმესტრის ბოლოს ჩანასახი ემსგავსება პატარა ბავშვს. ამ პერიოდში ნაყოფის კანი არის წითელი, დანაოჭებული, თითქოს გამჭვირვალე, კარგად ჩანს კანქვეშა სისხლძარღვები, რაც გამოწვეულია კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის არ არსებობით. დამცველობით როლს ამ პერიოდში ასრულებს კანზე განვითარებული თეთრი ხაჭოსებრი ნადები **ვერნიქსი** (vernix caseosa), რომელიც დაბადების მომენტში ახალშობილის კანზე ძალიან თხელ ფენად რჩება. გარდა ამისა ნაყოფს კანზე აქვს თხელი თმის ბუსუსები, რომელსაც **ლანუგოს** უწოდებენ. ორსულობის 5 თვის ასაკისთვის დედა გრძნობს ნაყოფის მოძრაობას.

მესამე ტრიმესტრის ბოლოს ნაყოფი სიგრძეში დაახლოებით 50 სმ-ი და 3.4 კგ -ია. ლანუგო ქრება, კანს ნორმალური ფერი აქვს და უფრო ნაკლებად არის დანაოჭებული. კანქვეშა ჭარბად განვითარებული ცხიმოვანი ქსოვილი ბავშვებს უფრო მსუქნებს აჩენს. მუცლად ყოფნის დროს ნაყოფი წონაში განსაკუთრებით ბოლო 2 თვის მანძილზე მატულობს.

ჩანართი 17-1 წარმოდგენილია ის ფაქტორები, რომელიც ზრდის მცირე მასის ახალშობილის დაბადების რისკს.

ჩანართი 17-1 ფაქტორები, რომელიც ზრდის მცირე მასის ახალშობილის დაბადების რისკს

- ორსულობამდე დედის დაბალი წონა;
- ორსულობის პერიოდში მომატებული წონა <9 კგ ზე;
- არასრულფასოვანი მოვლა პრენატალურ პერიოდში;
- ორსულობა <17 წლამდე ან 40 წლის შემდეგ;
- ჰიპერტენზია ანამნეზში;
- დაბალი სოციალურ-ეკონომიური სტატუსი;
- მომწამვლელ ნივთიერებებთან კონტაქტი;
- ორსულობის პერიოდში თამბაქოს მოხმარება;
- ორსულობის პერიოდში ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება;
- ორსულობის პერიოდში ჯანმრთელობის გაუარესება, ინფექცია;
- ფიზიკური და ემოციური სტრესი;
- ანამნეზში მცირე მასის ახალშობილის გაჩენა ან ორსულობის თვითნებური შეწყვეტა;
- 6 თვით ადრე მშობიარობა ან ბოლო მშობიარობა 10 წლის წინ.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ორსულობის პერიოდში დედის ჯანმრთელობის სტატუსს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ნაყოფის განვითარებისათვის, რადგან იგი სისხლს პლაცენტის გავლით სწორედ დედისგან იღებს, რაც გარანტიაა ნაყოფის სწორი განვითარებისთვის.

ჟანგბადი

ჟანგბადის მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად, ორსული ქალის ორგანიზმში თანდათანობით დაახლოებით ერთი მესამედით იზრდება სისხლის ნაკადი, რომელიც პიკს ორსულობის 8 თვეზე აღწევს. იზრდება სუნთქვის სიხშირე და გულის წუთმოცულობა. ნაყოფის განვითარების ადრეულ ეტაპზე მისი გული სხეულის გარეთაა და რეპოზიციას განიცდის გულმკერდის ღრუში მეორე ტრიმესტრის განმავლობაში. ფეტალური ცირკულაციიდან პლაცენტის გავლით სისხლი ხვდება ჭიპლარის ორ არტერიაში, რომელშიც მოძრაობს ნახშირორჟანგით გამდიდრებული სისხლი. 20 კვირის ორსულობის ვადაზე უკვე ფეტოსკოპის საშუალებით შესაძლებელია ნაყოფის გულისცემის მოსმენა. ხოლო ორსულობის 10 კვირის ვადაზე გულისცემის მოსმენის შესაძლებელია ულტრასონოგრაფიის საშუალებით.

საკვებისა და სითხის მიღება

ნაყოფი საკვებ ნივთიერებებს იღებს პლაცენტარული ცირკულაციიდან და ამნიონური სითხის ჩაყლაპვისას. ნაყოფის საკვებ ნივთიერებებზე მოთხოვნილება დაკმაყოფილებულია მაშინ, თუ დედა იღებს ჯანსაღ საკვებს, რომელიც შეიცავს ადეკვატური რაოდენობით კალორიებსა და შესაბამის ნივთიერებებს, რომელიც საჭიროა როგორც დედის ორგანიზმისთვის ისე ნაყოფისათვის.

ფოლიუმის მჟავის ადეკვატური რაოდენობა საჭიროა ნერვული ღეროს განვითა-

რების დეფექტისგან (spina bifida) თავის ასარიდებლად. ნერვული ღეროს დეფექტი ვლინდება ნაყოფის განვითარების ადრეულ კვირებზე. შესაბამისად, მოწოდებულია რეკომენდაცია, რომლის მიხედვითაც ქალი, რომელიც გეგმავს ორსულობას ან უკვე ორსულადაა იღებს ფოლიუმის მჟავას 400 მკგ ყოველდღიურად. ექთანმა უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია პაციენტს ფოლიუმით მდიდარ საკვებზეც (მწვანე ბოსტნეული, ფორთოხალი, მარცვლეული).

ძილი და ფიზიკური აქტივობა

ნაყოფი ძირითად დროს ძილში ატარებს და მისი ძილისა და ღვიძილის მონაცვლეობა დაბადების შემდეგაც იგივეა. ორსული ქალი ნაყოფის აქტივობას მეხუთე თვიდან გრძნობს.

გამოყოფა

ორსულობის პერიოდში, ნაყოფი ყლაპავს ამნიონურ სითხეს, რომელიც ნაწლავებში განავალის სახით ფორმირდება, თუმცა ნორმაში მისი გამოყოფა ხდება დაბადების შემდეგ. მუცლად ყოფნის მესამე ტრიმესტრის განმავლობაში თუ ნაყოფი განიცდის უჟანგბადობას, შესაძლებელია მოხდეს ანალური სპინქტერის მოდუნება და განავლოვანი მასები გამოიყოფა ამნიონურ სითხეში. შარდის გამოყოფა იწყება მუცლად ყოფნის პერიოდის 16 -20 კვირაზე, მას შემდეგ, რაც თირკმელი დაასრულებს მომწიფებას.

ტემპერატურის შენარჩუნება

სითხე განაპირობებს კომფორტული და დაცული გარემოს შექმნას საშვილოსნოს ღრუში. ორსული ქალის ტემპერატურის ცვლილება ამნიონური სითხის ტემპერატურაზეც აისახება. მაღალ ტემპერატურაზე ყოფნამ, ცხელი აბაზანის მიღებამ ან საუნაში ყოფნამ შესაძლოა გამოიწვიოს ნაყოფის ანომალიები. გესტაციის ბოლო კვირაში ნაყოფს უვითარდება კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, რომელიც ეხმარება დამოუკიდებლად შეინარჩუნოს სხეულის ტემპერატურა.

უსაფრთხოება

ნებისმიერი მდგომარეობა, რომელიც ხელს უშლის ჩანასახის უზრეულ განვითარებას, წარმოადგენს **ტერატოგენს**. ექთნისთვის მნიშვნელოვანია, ფლობდეს ინფორმაციას, არის თუ არა ის პაციენტი ორსულად, რომლის შესაფასებლად ტარდება ორსულობის დასადგენი ტესტები, განსაკუთრებით კი მედიკამენტების ადმინისტრირებამდე, რათა გათვალისწინებული იყოს მათი ტერატოგენული ეფექტები.

თამბაქოს, ალკოჰოლს და მედიკამენტებს აქვთ უნარი შეცვალონ ნაყოფის უსაფრთხო გარემო. თამბაქოს მოხმარება იწვევს: ნაადრევი მშობიარობის რისკის მომატებას, სპონტანურ აბორტს, მცირე მასის ახალშობილის დაბადებას, ჩვილის უეცარი გარდაცვალების სინდრომის განვითარებას, ან/და მეხსიერების პრობლემებს.

სხვადასხვა ქიმიური საშუალებასთან კონტაქტისას, მედიკამენტებისა და ალკოჰოლის გამოყენება მნიშვნელოვნად ზრდის დედის, ნაყოფისა და ახალშობილის სიკვდილის რისკს.

ნაყოფის ალკოჰოლური სინდრომი (FAS) იწვევს მიტოქონდრიის განვითარების შეფერხებას, რომელიც დაკავშირებულია მიკროცეფალიის, გონებრივი ჩამორჩენის, დასწავლის, დამახსოვრებისა და სხვა ცენტრალური ნერვული სისტემის დეფექტებთან. ყველა ქალს უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია ამ სინდრომის შესახებ. სწორედ ამიტომაც უმნიშვნელოვანესი ადამიანების განათლება და ცნობიერების ამაღლება ამ კუთხით.

ახალშობილი და ბავშვი (დაბადებიდან 1 წლამდე)

დაბადების მომენტიდან 1 თვემდე ახალშობილს თვლიან ჩვილებად. თუმცა ბავშვები 1 თვიდან 1 წლამდე მაინც ახალშობილებად ითვლებიან.

ფიზიკური განვითარება

ახალშობილის მნიშვნელოვანი ამოცანაა, შეეგუოს და მოერგოს გარემოს საშვილოსნოს ღრუს გარეთ, რომელიც მოითხოვს სუნთქვას, ძილს, წოვას, ჭამას, ყლაპვას, მონელებას და გამოყოფას. ახალშობილი ინტენსიურად აგრძელებს ზრდას 1 წლამდე, ეუფლება სხვადასხვა უნარებს და ურთიერთობს გარემოსთან. ამ პერიოდში ბავშვი ფიზიოლოგიური კუთხით იზრდება სიმაღლეში, ემატება წონა, ეზრდება თავის გარშემოწერილობა, უვითარდება მხედველობა, სმენა, გემოვნება, ყნოსვა, პროპრიოცეფცია, რეფლექსები და უვითარდება მოტორიკა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას აქვს მოწოდებული ბავშვის ზრდის სტანდარტები ოპტიმალურ გარემო პირობების გათვალისწინებით. (WHO 2009).

წონა

ახალშობილების უმეტესობა დაბადების მომენტში იწონის 2.7 დან 3.8 კილოგრამამდე. დაბადების მომენტიდან ძალიან მალე ახალშობილთა უმეტესობა კარგავს წონის 5 -10 % სიძის დაკარგვის გამო. წონის ასეთი კლება ნორმად ითვლება. ახალშობილი ამ წონას დაახლოებით 1 კვირაში კვლავ აღიდგენს. რამდენიმე დღის შემდეგ ახალშობილები ყოველკვირეულად საშუალოდ 150-200 გრამს იმატებენ და ასე გრძელდება 6 თვის განმავლობაში. 5 თვის ასაკისთვის ბავშვს გაორმაგებული აქვს თავისი დაბადების წონა და გასამმაგებული 12 თვის ასაკში.

პირველ 6 თვეში წონის განსაკუთრებით მომატება კორელაციაშია მოზარდობის ან ზრდასრულობის ასაკში განვითარებულ სიმსუქნესთან.

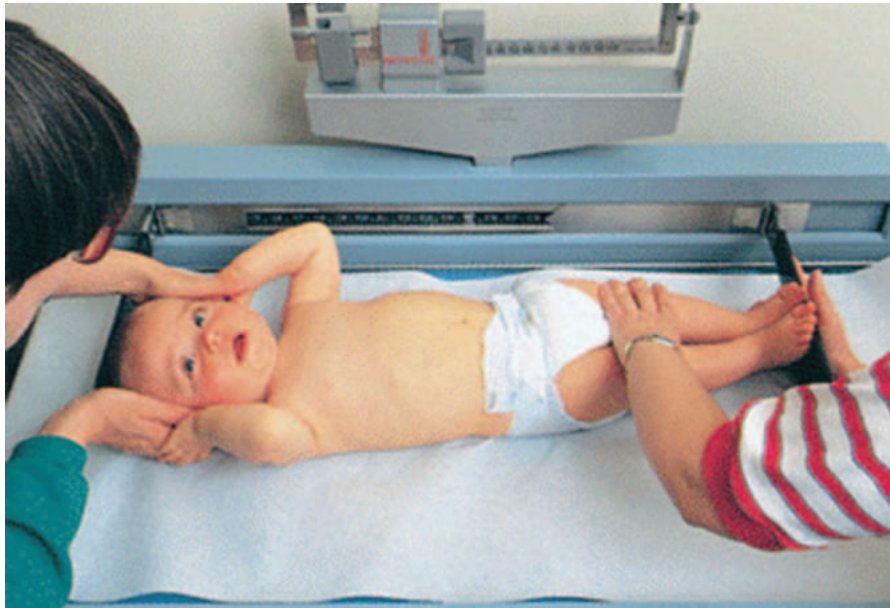
ექსკლუზიური ძუძუთი კვება პირველ 4-6 თვის განმავლობაში ზედმეტი წონის პრევენციაა.

სიგრძე

ახალშობილების საშუალო სიმაღლე 50 სმ – ის ტოლია. გოგონები ბიჭებთან შედარებით უფრო პატარები არიან სიმაღლეში. ახალშობილის სიმაღლე, წონა და თავის გარშემოწერილობა ძალიან ცვალებადია სხვადასხვა ეთნიკურ ჯგუფებში, შესაბამისად, ჯერ უნდა დადგინდეს თუ რომელ ეთნიკურ ჯგუფს ეკუთვნის ახალშობილი და მხოლოდ ამის შემდეგ განისაზღვროს აქვს თუ არა ნორმის ფარგლებში აღნიშნული მონაცემები. მიუხედავად ამისა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ ჩაატარა მულტი

ცენტრალური კვლევა 1997 წლიდან 2003 წლამდე, რომლის შედეგადაც დადგინდა, რომ მსოფლიო მასშტაბით ბავშვები რომლებიც იზრდებოდნენ ჯანსაღ გარემოში და იყვნენ ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე 4-6 თვის მანძილზე, ზრდის ერთნაირი მახასიათებელი აღენიშნებოდათ.

როგორც წესი, რეგულარულად იზომება ორი მონაცემი. თავის გარშემოწერილობა (მჯდომარე პოზიციაში) და თავიდან ტერფებამდე სიგრძე (სურათი 17-1).



სურათი 17.1 ბავშვის სიმაღლეში გაზომვის ტექნიკა, თავის ყველაზე მაღალი წერტილიდან ტერფის სწორი დგომის გათვალისწინებით.

6 თვის ასაკში ბავშვი სიმაღლეში იზრდება დაახლოებით 13.75 სანტიმეტრით. 12 თვისთვის კი 7.5 სანტიმეტრით. ბავშვის სიმაღლეში ზრდა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა მონაცემებით დაიბადა იგი და როგორ იკვებება.

თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობა

თავის გარშემოწერილობის შეფასება მნიშვნელოვანია თავის ქალის ზრდისა და ტვინის განვითარების შესაფასებლად. ბავშვის თავი უნდა გაიზომოს ყოველი რუტინული ვიზიტის დროს 2 წლამდე (სურათი 17-2). ნორმალური გარშემოწერილობა კავშირშია აგრეთვე გულმკერდის გარშემოწერილობასთან. დაბადებისას ბავშვის თავის გარშემოწერილობა არის 35 სმ ან 1 ან 2 სანტიმეტრით მეტი ან ნაკლები. ახალშობილის გულმკერდის გარშემოწერილობა კი თავისაზე 2.5 სმ-ით ნაკლებია. მას შემდეგ, რაც ბავშვი იწყებს ზრდას გულმკერდის გარშემოწერილობა თავის გარშემოწერილობაზე მეტი ხდება, 9-10 თვის ასაკში ისინი ერთმანეთს უტოლდება. 1 წლის შემდეგ კი გულმკერდის გარშემოწერილობა მეტია თავის გარშემოწერილობაზე.



სურათი 17.2 ბავშვის თავის გარშემოწერილობა იზომება წარბების ზემოთ თხემის გარშემო.

თავის ფორმირება

ახალშობილების თავი სამშობიარო გზების გამოვლის გამო ხშირად უფორმოა. ამის საშუალებას იძლევა ყიფლიბანდისა და თავის ქალას ნაკერების არსებობა. ყიფლიბანდი არის თავის ქალის ძვლებს შორის მკვრივი აპკით დაფარული ცარიელი სივრცე(ძვლის გარეშე). ხოლო ნაკერები ქალას ორ ძვალს შორის არსებული შეერთებაა. რამდენიმე კვირის გასვლის შემდეგ ბავშვის თავის ფორმა სიმეტრიული ხდება. წინა ყიფლიბანდი (4-6 სმ დიამეტრის) ზრდასთან ერთად იზრდება. 6 თვიდან კი პირიქით ზომაში კლებულობს და 9-18 თვის ასაკისთვის იხურება. უკანა ყიფლიბანდი მოთავსებულია კეფისა და თხემის ძვლებს შორის და იხურება დაბადებიდან 2-3 თვის ასაკში სურათი 17-3.



სურათი 17-3 თავის ქალას ძვლები, სადაც ნაჩვენებია წინა და უკანა ყიფლიბანდი და ნაკერები

მხედველობა

ახალშობილს შეუძლია დიდი საგნების, კაშკაშა ნათებისა და ხმამაღალი ბგერების აღქმა, მათი გუგების რეაქცია ნელია და ვერ ახდენს საგანზე ფოკუსირებას. 1 თვის ასაკისათვის ახალშობილს შეუძლია თვალი გააყოლოს მოძრავ საგანს. 4 თვისთვის მათ შეუძლიათ მშობლის ღიმილის აღქმა, სრულად აღიქვამენ ფერებს. 5 თვის ბავშვი უკვე ცდილობს საგნები ხელში დაჭერას. 6 – 10 თვის ბავშვი აფიქსირებს საგანს და შეუძლია იმოძრაოს ყველა მიმართულებით. 12 თვისას კი უკვე სრულყოფილად აქვს აღქმა ჩამოყალიბებული და შეუძლია განსაზღვროს სად არის და შეიცვალოს ქცევა ამის მიხედვით. მაგ., სანოლის კუთხის ამოცნობა და დაზიანებისგან თავის არიდება.

სმენა

ახალშობილი დასაწყისში აღიქვამს მხოლოდ ხმამაღალ ბგერებს, ამგვარ რეაქციას მოროს რეფლექსს უწოდებენ. რამდენიმე დღეში ისინი უკვე ერთმანეთისგან არჩევენ ბგერებს. მათ შეუძლიათ დედის ხმა სხვა ქალის ხმისგან გაარჩიონ. 2 -3 თვის ბავშვს უკვე აქვს რეაქცია სხვადასხვა ხმაზე ღიმილით, ღულუნით ან ტირილით თუ ხმა მისთვის შემაშინებელია. 6-9 თვის ახალშობილი უკვე იმახსოვრებს საგნების სახელებს, გამოთქვამს მარტივ სიტყვებს და პასუხობს მარტივი მოძრაობებით, მაგ., ხელის დაქნევა როცა ემშვიდობები. 1 წლისა კი მარტივ დავალებებსაც ასრულებს.

ყნოსვა და გემოვნება

გრძნობათა ეს ორგანოები ფუნქციონირებას იწყებს დაბადებიდან მოკლე დროში. ახალშობილებს უფრო მეტად მოსწონთ ტკბილი გემო და ისინი წოვას თავს ანებებენ თუ მარილიან სითხეს მიაწოდებთ. მათ შეუძლიათ დედის რძის სუნის აღქმაც და როცა ამ სუნს გრძნობენ ბრუნდებიან დედისკენ.

შეხება

პროპრიოცეფცია დაბადებისთანავე კარგად აქვთ განვითარებული. კანით კანთან კონტაქტი უმნიშვნელოვანესია ახალშობილის განვითარებისთვის. ახალშობილი დადებითად პასუხობს როცა ეხებიან, ეფერებიან და თავს დაცულად გრძნობს როცა ხელში ყავთ და ეხუტებიან. ახალშობილები განსაკუთრებით მგრძნობიარეები არიან გარემოს ტემპერატურის მკვეთრი ცვლილების მიმართ, რადგან უჭირთ სხეულის ტემპერატურის თვითრეგულაცია. ტკივილის შემთხვევაში კი ისინი კარგად რეაგირებენ, რადგან დამოუკიდებლად არ შეუძლიათ ტკივილის გამომწვევი ფაქტორის მოშორება.

რეფლექსები

ახალშობილთა რეფლექსები არის შინაგან და გარეგან სტიმულზე მათი ნერვული სისტემის გაუთვინცობიერებელი უნებლიე პასუხი. რეფლექსები რომელიც ახალშობილში ნორმად ითვლება არის: წოვის, მოჭიდების, მოროს, თვალების დახუჭვის, ძი-

ების, ცურვის რეფლექსი, ხელის ჩავლების, კისრის დაჭერის, სიარულისა და ბაბინსკის რეფლექსები (ჩანართი 17-2). აღნიშნული რეფლექსები თანდათანობით ქრება 1 წლის ასაკისთვის.

გარდა ამ რეფლექსებისა ახალშობილს შეუძლია მოქნარება, გაბმორვა, ცემინება, ბოყონი და სლოკინი.

ჩანართი 17-2 ახალშობილთა რეფლექსები
• წოვის- კვებითი რეფლექსი, რომლის დროსაც ბავშვის ტუჩები არის ერთმანეთთან მიბჯენილი. • მოჭიდების- კვებითი რეფლექსი, რომლის დროსაც ბავშვის სახეზე/ლოყაზე შეხებით იგი თავს აბრუნებს იმავე მხარეს. ეს რეფლექსი გრძელდება 4 თვემდე. • მოროს რეფლექსი- ცენტრალური ნერვული სისტემის შეფასების ინსტრუმენტია. ხმაური, პოზიციის უცარი ცვლილება, საწოლის უხეში რხევა- იწვევს ამ რეფლექსის აღძვრას. ახალშობილი ხელების და ფეხების შემოხვევის მოძრაობას აკეთებს (ხელის თითები მაქსიმალურად გაშლილია) და უეცრად ფეხებს ისევ შლის. ეს რეფლექსი გრძელდება 4 თვემდე. • ხელის ჩავლების რეფლექსი- მცირე საგნის ხელის გულთან მიტანის შემთხვევაში ახალშობილი მაშინვე ჩაებლაუჭება ნივთს. ეს რეფლექსი ქრება 3-6 თვეზე. • პლანტარული რეფლექსი- იგივეა რაც ხელის ჩავლების. ფეხის თითთან ნივთის მიტანის შემთხვევაში, ფეხის თითებითაც ცდილობს ნივთს ჩაეჭიდოს. • კისრის დაჭერის რეფლექსი /მოფარიკავეს პოზა- თუ ზურგზე მწოლიარე ბავშვი თავს გვერდზე აბრუნებს, ჩვილი “მოფარიკავის” პოზაში დანება, ანუ ხელს და ფეხს გაშლის იმ მხარეს, საითკენაც თავი აქვს მიტრიალებული, მეორე ხელს კი მოხრის. ეს რეფლექსი ქრება 4-8 თვეზე. • სიარულის რეფლექსი – თუ ბავშვს „დავაყენებთ“, ბრტყელ ზედაპირზე, ჩვილი დაიწყებს ფეხების ერთიმეორის მიყოლებით გადაბიჯებას. ეს რეფლექსი ქრება 2 თვეზე. • ბაბინსკის რეფლექსი- თუ ბავშვს ტერფზე თითებიდან ქუსლამდე ნაზად გავაყოლებთ თითს, ის სწრაფად გაშლის ცერა თითს და დანარჩენებს კი მოხრის. ახალშობილებს აქვთ ბაბინსკის დადებითი რეფლექსი. ერთი წლის ასაკითვის კი ქრება, რაც ნიშნავს რომ ტერფზე თითის გაყოლებით ცერა თითიც იხრება. 1 წლის ზემოთ დადებითი ბაბინსკის რეფლექსი შესაძლოა ზედა მოტორული ნეირონის დაზიანების ნიშანი იყოს.

მოტორული განვითარება

ბავშვის მოტორული განვითარება აძლევს მას საშუალებას იმოძრაოს და აკონტროლოს საკუთარი სხეული. დასაწყისში მოძრაობები არის უნებლიე. 1 თვის ასაკისთვის ცდილობს თავის დაჭერას და მობრუნებას როცა სწორ პოზიციაში უჭირავთ, ხოლო თავს უკან ხრის როცა მჯდომარე პოზიციაშია. თავის უკან გადახრა 4-6 თვეზე ნელ-ნელა ქრება და 6 თვის ბავშვს უკვე დამოუკიდებლად შეუძლია თავის დაჭერა. 9 თვის ასაკში შეუძლია ხოხვა, საგნების ხელიდან ხელში გადატანა. 12 თვეზე ფურცლავს წიგნს, შეუძლია ნივთების კონტეინერში ჩალაგება, დადის დახმარებით და ცდილობს დამოუკიდებლად ჩაცმას (იხ. სურათი 17.4).



სურათი 17.4 6 თვის ბავშვი, რომელიც დამოუკიდებლად ზის

ფსიქო-სოციალური განვითარება

ერიკსონის მიხედვით განვითარებისას უმნიშვნელოვანესია ნდობა უნდობლობის საფეხურის წარმატებით გავლა. ამ სტადიის წარმატებით გადალახვა ადამიანის მიდგომაზეა დამოკიდებული. დაბადებიდან პირველი წლის მანძილზე ბავშვი დამოკიდებულია მშობელზე როგორც ფიზიოლოგიურად ისე ფსიქოლოგიურად. სწორედ ამიტომ საჭიროა მოთხოვნების სრულყოფილად დაკმაყოფილება ნდობის გასაჩენად. მშობლებს ნდობის მოსაპოვებლად შეუძლიათ: ა) მაქსიმალურად დააკმაყოფილონ ბავშვის მოთხოვნები, ბ) შესაბამისად უპასუხონ ბავშვის მოთხოვნილებებს და გ) შეუქმნან მაქსიმალურად შესაფერისი გარემო. აღმზრდელობითი ქცევა და ზრუნვა შეუცვლელია ფსიქოსოციალური განვითარებისთვის. 8 თვის ბავშვი ძალიან მიჯაჭვულია მშობლებზე და ეშინია სხვა ადამიანებთან მარტო დარჩენის.

ბავშვი გარემოსთან სხვადასხვა სახის სტიმულით კონტაქტობს, როგორიცაა შეხება და ბგერების წარმოთქმა.

ცხრილი 17-1-ში მოცემულია ბავშვის მატორული და სოციალური განვითარება ასაკის მიხედვით.

ცხრილი 17-1 ბავშვის მოტორული და სოციალური განვითარება		
ასაკი	მოტორული განვითარება	სოციალური განვითარება
ახალშობილი	თავს აბრუნებს მარჯვნივ და მარცხნივ როცა სწორ პოზიციაშია. იჭერს საგნებს რომელიც მის ხელთან მოხვდება	ტირით პასუხობს მისთვის არასასიამოვნო ქმედებას, ხოლო ნაზ ხმებს გამოსცეს როცა მისთვის სასიამოვნო გარემოშია
4 თვე	ბრუნავს, ზის დახმარებით, იჭერს თავს როცა ზის	იზრდება ვერბალურად ემოციის გამოხატვა: იცინის, ბურღუნებს
6 თვე	თამაშობს პატარა საგნებით ეყრდნობა ხელებს; მხრებსა და ხელებს მაღლა წევს როცა მაგიდასთან ახლოს ხვდება სწორ პოზიციაში	იწყებს ბგერების მიბაძვას. წარმოთქვამს მარტივ ბგერებს: მა-მა, და-და
9 თვე	ცდილობს გავლას, დაცოცავს, ჯდება და ეყრდნობა ხელებს	რეაგირებს მარტივ დავალებებზე. გამოხატავს მარტო დარჩენის შიშს როცა ეუბნებიან „ნახვამდის“ ან ხელს უქნევენ დამშვიდობების მიზნით
12 თვე	დადის დახმარებით, ცდილობს კოვზის დამოუკიდებლად გამოყენებას	უცნობ სიტუაციაში ეხუტება დედას. გამოხატავს გაბრაზებასა და სითბოს

ბავშვი ვერ აღიქვამს დროს, შესაბამისად, არ შეუძლია დალოდება. ტირის სტრესის დადგომისთანავე -ეს მისთვის კომუნიკაციის მთავარი საშუალებაა. იგი თანდათანობით სწავლობს სტრესის მიმართ ტოლერანტობას. ფროიდის თეორიის მიხედვით ბავშვს ფოკუსი აქვს პირზე, სხვადასხვა სასიამოვნო აქტივობა არის პირთან დაკავშირებული და შესაბამისად წოვა და სხვადასხვა საგნების დალეჭვა მას სიამოვნებს.

ექთანმა, როგორც მშობელმა, უნდა უზრუნველყოს ბავშვისთვის მაქსიმალურად მუდმივი და შესაფერისი გარემო.

კოგნიტური განვითარება

პიაჟეტის (Piaget (1966)) მიხედვით კოგნიტური განვითარება ინდივიდისა და გარემოს ურთიერთქმედების შედეგია. მისი თეორიის შესაბამისად კოგნიტური განვითარება 6 ფაზას მოიცავს და მისი პირველი ფაზა სენსორიმოტორული განვითარების ფაზაა. განვითარების პირველი სამი ფაზა 1 წლის ასაკამდე ხდება. 4-8 თვის ბავშვს უვითარდება პერცეპტუალური ამოცნობა. 6 თვის ასაკში პასუხობს ახალ სტიმულს და იმახსოვრებს ნივთებს. 12 თვის ასაკში კი შეუძლია გარემოსა და დროის აღქმა. ამ ასაკში უკვე შეუძლია რამდენიმე ქმედება განახორციელოს მიზნის მისაღწევად. ახალშობილის ტვინში კოგნიტური შემეცნება უფრო დიფუზურად ვითარდება ვიდრე 1 წლის ბავშვში. სწორედ ამიტომ ამერიკის პედიატრთა ასოციაცია მოუწოდებს მშობლებს რომ უფრო მეტი დრო დაუთმონ ბავშვებს. ითამაშონ და იმღერონ, იკითხონ მათთან ერ-

თად, ესაუბრონ ბავშვებს სხვადასხვა თემებზე. ამ პერიოდში ტელევიზორს ბავშვი მაქსიმალურად უნდა მოვარიდოთ.

მოტორული განვითარება

ბავშვებს კარგისა და ცუდის გარჩევა არ შეუძლიათ. მათ ქმედებაზე მშობლების რეაქციით-გაღიმებით, შექებით, ხმის ტონალობით ისინი თანდათანობით აცნობიერებენ რა არის კარგი საქციელი და რა ცუდი. 1 წლის ასაკის ბოლო თვეებში კი უკვე შეუძლიათ თავიანთი ქცევა შეცვალონ მშობლის სახის გამომეტყველებისა და ხმის ტემბრის შესაბამისად.

ჯანმრთელობის დაზიანების რისკი

ახალშობილებისა და ბავშვების ჯანმრთელობის პრობლემა ხშირად ექიმის ჩარევას საჭიროებს. ამ ასაკში განსაკუთრებით საყურადღებოა უსაფრთხოების საკითხები.

ზრდის შეფერხება

ზრდის შეფერხება არის მდგომარეობა, როდესაც ბავშვი თავის განვითარების ასაკს ჩამორჩება. მკაცრად განსაზღვრული სტანდარტები, რომელიც სწორი ზრდის მაჩვენებელია, არ არსებობს, თუმცა ძირითადად ანთროპომეტრული მონაცემები გამოიყენება ზრდის შეფერხების სტატუსის განსაზღვრისთვის. სიმალლისა და თავის გარშემოწერილობის ცვლილება იწვევს წონის ცვლილებასაც. განვითარების შესაფასებელ დიაგრამაზე ხუთ პერცენტილზე ნაკლები მაჩვენებელი ან ორ-ორი პერცენტილით კლება და გადახრა ნორმალური მონაცემებიდან ნიშნავს ზრდის შეფერხებას. ზრდის შეფერხება შეიძლება გამოწვეული იყოს რომელიმე ორგანოს პათოლოგიით (გულის დაავადებები) ან მალნუტრიციით.

კოლიკა ახალშობილებში

კოლიკა წარმოადგენს მუცლის ტკივილს, რომელიც დაკავშირებულია ნაწლავების პერიოდულ შეკუმშვასთან. კოლიკა იწყება დაბადებიდან დაახლოებით 2 კვირაში და შეიძლება გახანგრძლივდეს 3 თვის ასაკამდე. იმ შემთხვევაში თუ დღე ღამის განმავლობაში ბავშვი ტირის 10-12 საათის მანძილზე, ეს აიხსნება კოლიკით. ტირილის ან ჭუჭყუნის 1 -2 საათიანი ხანგრძლივობა კი ნორმად არის მიჩნეული. მიუხედავად იმისა, რომ კოლიკის გამომწვევი ზუსტი მიზეზი არ არის ცნობილი, იგი ემართებათ შედარებით უფრო მგრძნობიარე ტემპერამენტის მქონე ბავშვებს.

ხელშემწყობ ფაქტორებს წარმოადგენს სწრაფი კვება, ჰაერის ჩაყლაპვა საკვებთან ერთად, ალერგია, დიდი რაოდენობით ნახშირწყლების მიღება, ახალშობილის ემოციური სტრესი, მომვლელის აგრესიული განწყობაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს კოლიკის განვითარებასთან.

კოლიკის შესამცირებლად ექთანმა მაქსიმალურად უნდა შეუწყოს ხელი ახალშობილისთვის კომფორტული გარემოს შექმნას.

ბავშვზე ძალადობა

ბოლო წლების განმავლობაში ბავშვზე ძალადობის შემთხვევები მომატებულია. ძალადობა შეიძლება გამოვლინდეს უყურადღებობით, ფიზიკური, სექსუალური, ემოციური ზეწოლით. **ბავშვის შეწვდრევის სინდრომი** (shaken baby syndrome) არის, ბავშვზე ძალადობის ერთ-ერთი ფორმა, რომელიც დაკავშირებულია თავის ტვინის დაზიანებასთან, ბადურის ჰემორაგიასთან და სუბდურულ და სუბარაქნოიდალურ ჰემორაგიასთან ტრავმისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების გარეშე. ცერებრული დაზიანება, ნევროლოგიური დეფექტები, სიბრმავე და ზურგის ტვინის დაზიანება ამ დაზიანების შედეგი შეიძლება გახდეს. ექთნის როლია, მიაწოდოს ინფორმაცია მშობელს აღნიშნულ სინდრომთან დაკავშირებით.

ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომი

ჩვილის უეცარი სიკვდილი შესაძლოა განხილული იყოს როგორც ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომი. აღნიშნული სინდრომის განვითარების რისკი განსაკუთრებით მაღალია დაბადებიდან მეორე-მეოთხე თვეების განმავლობაში და უფრო მეტად მამრობითი სქესის ახალშობილებში გვხვდება ვიდრე გოგონებში. კვლევებმა აჩვენა რომ ჩვილის სწორად დაწვენამ და სწორმა პოზიციამ საკმაოდ შეამცირა ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომის შემთხვევები. არ არის რეკომენდირებული ჩვილის გვერდზე დაწვენა რადგან იგი შეიძლება ძალიან ადვილად გადაბრუნდეს მუცელზე. უეცარი სიკვდილის სინდრომის განვითარების რისკი შემცირდა აგრეთვე ძუძუთი კვების ტექნიკის დაცვისა და საწოვარას გამოყენების წესების დაცვის შემდეგაც. რბილი სათამაშოების არსებობა ჩვილის საწოლში ასევე არ არის რეკომენდებული. ასევე მოწოდებულია, რომ ჩვილს არ ეძინოს სხვის საწოლში (იხ. სურათი 17.5).



სურათი 17.5 დაანვინეთ ჩვილი ზურგზე დასაძინებლად

ჯანმრთელობის სტატუსის შეფასება და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ჯანმრთელობის სტატუსის შეფასება დაბადებისთანავე იწყება და შეფასებისთვის გამოიყენება სტანდარტიზებული ტესტები.

საექთნო შეფასება კი დაბადებიდანვე ჯანმრთელობის სტატუსის შენარჩუნების ხელშეწყობი ფაქტორია.

აპგარის შკალა

ახალშობილი ბავშვის შეფასება დაბადებისთანავე ხდება აპგარის შკალის მეშვეობით, რომელიც წარმოადგენს ახალშობილის ექსტრაუტერიულ(პოსტნატალურ) გარემოში მისი ფიზიოლოგიური ფუნქციების შეგუების შეფასების საშუალებას. აპგარის შკალით განსაზღვრული 5 ფუნქცია 2-2 ქულით ფასდება, შესაბამისად, მაქსიმალური ქულაა 10. იმ შემთხვევაში თუ ქულების რაოდენობა იქნება 7-ზე დაბლა, ეს მიმანიშნებელია რომ არის სირთულეები თუმცა თუ შეფასებისას 4-ზე დაბალი ქულა მიენიჭება ახალშობილს, ნიშნავს რომ მდგომარეობა კრიტიკულია. აპგარით შეფასება ხორცილდება დაბადებიდან 60 წამში და 5 წუთში მეორდება. დაბალი ქულით შეფასება მოითხოვს დამატებით სპეციალურ შეფასებასა და ზრუნვას (ცხრილი 17-2).

ცხრილი 17-2 აპგარის შეფასების სისტემა ახალშობილებში

ნიშანი	0	1	2
1. გულისცემის სიხშირე	არ არის	< 100 დარტყმაზე	>100 დარტყმაზე
2. რესპირაცია	არ არის	ნელი არარეგულარული	რეგულარული, ტირის
3.კუნთთა ტონუსი	სუსტია	ხრის კიდურებს	აქტიური მოძრაობები
4. გალიზიანების რეფლექსი	არ არის	სუსტად გამოხატული	ტირის(მკვეთრად გამოხატული)
5. კანის ფერი	მკრთალი, ციანოზური	სხეული ვარდისფერი. მუქკანიან ახალშობილებში ლოყები, ლორწოვანი და კიდურები ლურჯი	სხეული მთლიანად ვარდისფერი. მუქ კანიან ახალშობილებში ლორწოვანიც ვარდისფერი

განვითარების სკრინინგ ტესტები

ახალშობილის ქცევაზე დაკვირვებით შესაძლებელია მისი განვითარების შეფასება. სტანდარტიზებული დენვერის განვითარების სკრინინგ ტესტი კი ამის საშუალებას იძლევა (DDST-II). აღნიშნული ტესტის გამოყენება ხდება დაბადებიდან 6 წლამდე. ტესტი საშუალებას იძლევა მოხდეს შედარება ბავშვის უნარებისა მსგავს ასაკობრივ ჯგუფებთან. 4 ძირითადი განვითარების არეალი ფასდება: პერსონალ -სოციალური, ნატიფი მოძრაობა, მეტყველება, მოტორიკა.

შესაბამისი საექთნო შეფასება

ექთანი შეფასებისას ითვალისწინებს ასაკის შესაბამისად ბავშვის განვითარებას და მის აქტიურობას. მაგალითად, ჩვილი ბავშვების გულისცემის სიხშირეზე გავლენას ახდენს ბავშვის აქტიურობა, ტირილის ან დაცემის დროს შესაძლებელია 170 გახდეს და პირიქით ძილის დროს 70 ჩამოვიდეს. ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია მოვისმინოთ მშობლის/მომვლელის შეფასება ბავშვის ქცევასთან დაკავშირებულ რაიმე პრობლემაზე, რომელიც მათ შესაძლოა შენიშნონ. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია აღმზრდელმა იცოდეს ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით რომ გარკვეული ქცევა, პასუხი, აქტივობა ნორმალურია/მოსალოდნელი და არ შეიძლება ჩაითვალოს პათოლოგიად. შეფასების ინტერვიუს ჩატარება მნიშვნელოვანია, რათა განისაზღვროს მშობლისა და ბავშვის ურთიერთდამოკიდებულება, იხ შეფასების გზამკვლევი.

განვითარების შეფასების გზამკვლევი – ახალშობილი

მოცემულია განვითარების 5 ძირითადი არეალი:

ფიზიკური განვითარება

- ფიზიკური ზრდა არის ნორმის ფარგლებში(წონა სიმაღლე, თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობა;
- ქალას აპკების (ყიფლიბანდი) ნორმალური ზომა;
- სასიცოცხლო ფუნქციების მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებში;
- შეუძლია შესაბამის სტიმულზე დამშვიდდეს/შეინარჩუნოს სიმშვიდე.

მოტორული განვითარება

- ასაკის შესაბამისად ასრულებს ნატიფ და ძირითად მოტორულ მოძრაობებს;
- რეფლექსები ნორმა -ასაკის შესაბამისად;
- აქვს სიმეტრიული მოძრაობები;
- არ აქვს ჰიპერ/ჰიპოტონია.

სენსორული განვითარება

- ასაკის შესაბამისად თვალს აყოლებს ნივთებს;
- ხმაზე რეაგირებს ბგერების წარმოთქმით ან ხელების მოძრაობით;
- ასაკის შესაბამისად წარმოთქვამს ბგერებს.

ფსიქოსოციალური განვითარება

- ურთიერთობს მშობლებთან ბგერებისა და მოძრაობის საშუალებით.

ყოველდღიური განვითარება და აქტივობები

- მიირთმევს შესაბამისი რაოდენობის საკვებს;
- შარდისა და განავლის გამოყოფა აქვს ნორმის ფარგლებში;
- მოსვენებისა და ძილის ხანგრძლივობა ასაკის შესაბამისად.

დაბადების პირველი თვე საკამოდ მნიშვნელოვანი პერიოდია ექსტრაუტერინული გარემოსა და მშობლებთან ფსიქოსოციალური შეგუებისთვის. ერთი თვიდან ერთ წლამდე ბავშვი საკამოდ სწრაფად იღებს გამოცდილებას ფიზიკურად ზრდასთან და ფსიქოსოციალურად განვითარებასთან ერთად.

შეჯამებისთვის ჩანართში 17-3 წარმოდგენილია თუ როგორ უნდა მოხდეს ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.

ჩანართი 17-3 ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ბავშვებში

ჯანმრთელობის სტატუსის შეფასება

- ახალშობილის სმენის სკრინინგი.
- სამედიცინო შემოწმება დაბადებიდან 2 კვირის შემდეგ, 2,4,6,9 და 12 თვის ასაკში.
- დაცვა
- იმუნიზაცია: ბცვ, დტპ, IPV, პნევმოკოკი, წწყ, ვარიცელა, ჰ.ინფლუენსას ტიპი B, ჰეპატიტი B, ჰეპატიტი A, ინფლუენზა, მენინგოკოკი და ყველა რეკომენდირებული ვაქცინა.
- ტუბერკულოზზე და ტყვიაზე სკრინინგი.
- ფტორის გამოყენება თუ სასმელ წყალში ფტორის შემცველობა 0.6 წილი/მ -ზე ნაკლებია.

1-3 წლამდე ბავშვის უსაფრთხოება

- მუდმივი ყურადღება და ძირითადი დავალებების შესრულების სწავლება.
- უსაფრთხო საცხოვრებელი გარემოს ხელშეწყობა.
- უსაფრთხო ეზო.
- ასაკის შესაბამისი სათამაშოები.
- გარემოში სადაც ბავშვი იზრდება გარემოს ტოქსინებისგან გასუფთავება (მაგ., თამბაქო, პესტიციდები, ჰერბიციდები, ვერცხლისწალი, ტყვია, დარიშხანისგან სათამაშო სივრცის გათავისუფლება (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)).
- სახლში კვამლისა და ნახშირის მონოქსიდის (CO) დეტექტორის განთავსება.
- კვება
- საკვების მნიშვნელობა.
- კვებასთან დაკავშირებული მარტივი ქცევების/უნარების შესწავლა.
- პირის ღრუს ჰიგიენა.

დასვენება/ძილი

- ძილის მაქსიმალურად მოწესრიგება.

თამაში

- სხვადასხვა აქტივობისთვის შესაფერისი გარემოს მოწყობა.
- რეგულარული უსაფრთხო ფიზიკური აქტივობა.
- ნებადართული სათამაშოებით გართობა, რომელიც უზრუნველყოფს მოტორულ და სენსორულ სტიმულაციას.

1-3 წლის ბავშვის განვითარება

1-დან 3 წლამდე ბავშვი ვითარდება და სწავლობს დამოუკიდებლად სიარულსა და საუბარს. ისინი აგრეთვე სწავლობენ შარდვისა და დეფეკაციის კონტროლს და საჭიროებენ მრავალფეროვან ინფორმაციას იმ გარემოს შესახებ, რომელშიც იზრდებიან.

ფიზიკური განვითარება

2 წლის ბავშვი ნელ-ნელა კარგავს პატარა ბავშვის შესახედაობას. ძირითადად კიდურების სიგრძე თავის ზომასთან არაპროპორციულია და მოკლეა. სახის ნაკვთების ზომები თავის ქალასთან შედარებით პატარაა, მაგრამ ზრდასთან ერთად სახე ქალას პროპორციული ხდება. ამ ასაკში ბავშვებს აქვთ გამოხატული წელის ლორდოზი და გამოზნექილი მუცელი. მუცლის კუნთები ზრდასთან ერთად კარგად ვითარდება და საბოლოოდ ბრტყელდება.

წონა

2 წლის ბავშვის სავარაუდო წონა 4-ჯერ მეტი უნდა იყოს მისი დაბადების წონაზე. 1-დან 2 წლამდე პერიოდში წონა დაახლოებით 2 კგ-ით უნდა იმატებდეს, ხოლო 1-დან 2 კგ-მდე 2 დან 3 წლამდე პერიოდში. 3 წლის ბავშვი უნდა იწონიდეს დაახლოებით 13.6 კგ-ს.

სიმაღლე

ბავშვის სიმაღლის შეფასება შეიძლება სიმაღლითა და სიგრძით. სიმაღლე იზომება როცა ბავშვი დგას და სიგრძე როცა წევს ზურგზე. რადგან ეს ორი მონაცემი მცირედით განსხვავდება ერთმანეთისგან, ექთანმა უნდა განსაზღვროს რომელ მონაცემს გამოიყენებს შეფასებისთვის. 1-დან 2 წლამდე ბავშვი იზრდება დაახლოებით 10-დან 12 სმ-მდე; 2-დან 3 წლამდე კი შედარებით შენელებულია სიმაღლეში ზრდა და 6-დან 8 სმ-ია.

თავის გარშემოწერილობა

1-დან 3 წლამდე ბავშვის თავის გარშემოწერილობა 2.5 სმ-ით იზრდება ყოველ წელს. 24 თვის ასაკისთვის თავის ზომა მოზრდილის თავის ზომის 80%-ს წარმოადგენს და თავის ტვინი 70%-ს.

სენსორული უნარები

მხედველობა 1 წლის ასაკში საკმაოდ კარგად არის განვითარებული; მხედველობის სიმახვილე 18 თვის ბავშვში დაახლოებით არის 20/70 დან და 2 წლის ასაკისთვის 20/40 დან. თვალის აკომოდაციის უნარი 18 თვეზე კარგად განვითარებულია და ასაკის მატებასთან ერთად კიდევ უფრო იხვეწება. 3 წლის ასაკის ბავშვს უკვე შეუძლია მისთვის საინტერესო სათამაშოს შემჩნევა და აღება. ეს უნარები საჭიროა ვიზუალური აღქმის ინტეგრაციისთვის ნეირომოტორული მექანიზმების ურთიერთშეთანხმებაში.

სმენა, გემოვნება, ყნოსვა და ტაქტილური მგრძნობელობის განვითარება ერთმა-

ნეთანაა დაკავშირებული. 3 წლის ასაკისთვის სმენის სიმახვილე ისეთივეა, როგორც მოზარდობაში. გემოვნების დვრილები საკმაოდ მგძნობიარე ბუნებრივი საკვების გემოს მიმართ, ასევე ყნოსვაც. შეხება/ტაქტილური მგრძნობელობა საკმაოდ მნიშვნელოვანია ბავშვისთვის და შეხებით იგი წყნარდება როცა გაღიზიანებულია.

მოტორული აქტივობა

ამ ასაკში ნატიფი მოძრობის კოორდინაცია და ძირითადი მოტორული უნარები უმჯობესდება. 18 თვის ბავშვს შეუძლია პატარა ნივთების აღება და მათი მიზანმიმართულად განთავსება. შეუძლიათ კოვზისა და ჭიქის დაჭერა, კიბეზე ასვლა და ჩამოსვლა დახმარებით. 2 წლის ასაკში კი შეუძლიათ კოვზით სწორად ჭამა, სირბილი, სამბორბლიანი ველოსიპედის ტარება (სურათი 17-6). 3 წლის ასაკისთვის მათ შეუძლიათ დამოუკიდებლად შარდვა და დეფეკაცია თუმცა თამაშისა და ძილის დროს მაინც შეიძლება მოხდეს უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია.



სურათი 17-6 1-3 წლის ასაკში ბავშვს შეუძლია მიზანმიმართულად სწორად დაარტყას ფეხი ბურთს

ფსიქო-სოციალური განვითარება

ფროიდის მიხედვით 2-დან 3 წლამდე ასაკში ვითარდება ანალური ფაზა, როდესაც რექტუმი და ანუსი განსაკუთრებით კარგად ვითარდება. ერიკსონის მიხედვით 18 თვიდან 3 წლამდე არის დრო როცა ცენტრალური განვითარება ხდება სირცხვილისა და მორიდების საწინააღმდეგოდ. მშობლებისთვის მნიშვნელოვანია განვითარების ამ სტადიის კარგად გათავისება. აღნიშნულ ასაკში ბავშვი ავტონომიის მოპოვებას ცდილობს ხშირად გამოყენებული სიტყვით „არა“. შესაბამისად, ამ დროს ყველაზე მეტად

განიცდიან ფლუსტრაციას, რასაც შედეგად ტემპერ ტანტრუმები მოყვება. უფროსების მითითების მიუხედავად მათ უჭირთ ემოციების კონტროლი. მშობლებისთვის მნიშვნელოვანია კარგად გააცნობიერონ ბავშვის განვითარების ეს ეტაპი და გაითვალისწინონ ეს მათთან ურთიერთობაში. ეფექტური აღზრდისთვის მნიშვნელოვანია მივცეთ ბავშვს მისი არასასურველი საქციელისთვის კონკრეტული საზომი, რითიც იგი გააცნობიერებს რა არის კარგი და რა ცუდი.

ექთანს შეუძლია განვითარების ამ პერიოდის აქტივობები შესთავაზოს მშობლებს (იხ. ჩანართი 17-4).

ჩანართი 17-4 1- 3 წლის ბავშვის ფსიქოსოციალური განვითარების ნახალისება

- შეუძინეთ ასაკის შესაბამისი სათამაშოები, გაითვალისწინეთ რომ მნიშვნელოვანია მისი მოტივაცია თამაშისას და არა იმედგაცრუება.
- გააკეთეთ პოზიტიური შეთავაზებები ვიდრე ნეგატიური (მაგ: „არ აიღო ეს“). გაუფრთხილდით ემოციებს მის გარშემო – ნეგატიურ განწყობას, სირცხვილს, დასჯას.
- მიეცით უსაფრთხო არჩევანის საშუალება, ლიმიტირებული რაოდენობით ორი ან სამი.
- როდესაც ბავშვს აქვს ტემპერ ტანტრუმები (მრისხანების შეტევა) დარწმუნდით, რომ უსაფრთხოდ არის და მარტო დატოვეთ.
- დაეხმარეთ პატარას, შიდა კონტროლის შემუშავებაში, თანმიმდევრული და გონივრული შეზღუდვების შესაბამისად.
- შეაფასეთ პატარას მიღწევები; მიეცით შემთხვევითი და სპონტანური უკუკავშირი პოზიტიური ქცევისთვის.

თვითშემეცნება

საკუთრი ორგანიზმის შეცნობის, საკუთარ თავზე წარმოდგენის გაჩენის, დამცველობითი მექანიზმების, უცხო ადამიანების რეაქციების -ამ რეაქციებზე პასუხის, თვითშემეცნებისა და სხვადასხვა ცხოვრებისეული გამოცდილებების ერთობლიობაა.

ბავშვს თვითშემეცნების ორგანიზება უყალიბდება თავის გარშემო არსებული სოციუმის გავლენით, რაშიც მშობლები უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობენ. იმ შემთხვევაში თუ ბავშვის სოციუმთან ურთიერთობა მშობლების მხრიდან აღქმულია როგორც ნეგატიური, ბავშვი თავს ჩათვლის ცუდ პიროვნებად. მშობლების როლია ბავშვს პოზიტიური უკუკავშირები მიაწოდონ, რაც ხელს შეუწყობს მისი დადებითი და ჯანსაღი თვითშემეცნების ორგანიზებას.

ბავშვობაში განვითარებული პოზიტიური თვითშემეცნება და უსაფრთხოება მნიშვნელოვანია მოგვიანებით წლებში პერიოდული პრობლემებისგან თავის დაღწევისთვის. გარემოს შეჩვევის და სწორად აღქმისთვის აუცილებლად საჭიროა მისთვის ავტორიტეტული პერსონის ახლოს ყოფნა. მშობლისთვის მნიშვნელოვანია, ბუსტად იცოდეს, რა რეაქცია შეიძლება მოყვას მის არ ყოფნას ბავშვის მხრიდან. მიტოვება მათი უდიდესი შიშია. ამ ასაკში შეიძლება ბავშვებს უჭირთ ძიძის მიღება ან მკაცრად აპროტესტებდნენ მშობლების მიერ მათ დატოვებას დღის ცენტრში. მაგალითად, ბავშვები ძალიან ბრაზდებიან, როცა მშობლის გარეშე მიჰყავთ საავადმყოფოში.

რეგრესია

რეგრესი ან განვითარების ადრეულ სტადიაზე დაბრუნება შეიძლება გამოიხატოს სანოლში მოშარდვით ან ჩვილის ბგერებით საუბრით. ექთნებს შეუძლიათ დახმარება გაუწიონ მშობლებს და აუხსნან მათ, რომ ეს ქცევა ნორმალურია და მიანიშნებს იმ ფაქტზე, რომ პატარა ბავშვები ცდილობენ თავიანთი პოზიცია დაიმკვიდრონ ოჯახში.

განცალკევების გამოცდილება ბავშვს ეხმარება გაუმკლავდეს მშობლის არყოფნას. ბავშვებისთვის საჭიროა ადგილი შეისწავლონ კარგად და ჰქონდეთ ურთიერთობა სხვა ბავშვებთან და უფროსებთან. ამავე დროს, მათ უნდა იცოდნენ, რომ მშობლის სიყვარულისა და კავშირის ძალა უცვლელია და მათთან დაცულად გრძნობენ თავს.

1-დან 3 წლამდე ბავშვები ამტკიცებენ თავიანთ დამოუკიდებლობას ყოველდღიურად “არა”-ს გამოყენებით. ამ ასაკში, მეტყველებითი უნარები საკმაოდ სწრაფად ვითარდება. ბავშვებს შეუძლიათ სიტყვების მნიშვნელობის გაგება მანამ, სანამ თვითონ შექმნიან წინადადებებს.

კოგნიტური განვითარება

პიაჟეტის თანახმად, პატარა ბავშვი დაახლოებით 2 წლის ასაკში ასრულებს სენსო-მოტორული ფაზის მეხუთე და მეექვსე სტადიების განვითარებას და იწყება

პრეკონცეპტუალური ეტაპი. მეხუთე ეტაპზე, ბავშვი პრობლემების გადაჭრას ცდილობს შეცდომების დაშვების პროცესში. მე-6 ეტაპისთვის კი შეუძლიათ გააზრებულად გამოასწორონ შეცდომები. მაგალითად, როდესაც მას ახალ სათამაშოს მისცემენ ის მაშინვე არ დაინტერესდება თუ როგორ მუშაობს სათამაშო, სამაგიეროდ ყურადღებით დააკვირდება და იფიქრებს მასზე თუ როგორ მუშაობს.

პრეკონცეპტუალური ეტაპის დროს ბავშვს უვითარდება კოგნიტური და ინტელექტუალური უნარები. ისინი სწავლობენ დროის თანმიმდევრობას. მათ აქვთ გარკვეული სიმბოლური აზროვნება; მაგალითად, სკამი შეიძლება წარმოადგენდეს უსაფრთხოების ადგილს, ხოლო საბანი სიმბოლურად კომფორტს.

კონცეფციების ჩამოყალიბება ფორმდება შედარებით გვიან. კონცეფციური აზროვნება ვითარდება მაშინ, როდესაც ბავშვი სწავლობს სიტყვებს, სხვადასხვა საგნის თუ ფიქრის გამოსახატად. კონკრეტული კონცეფციის მაგალითია მაგიდა, რომელიც ბავშვს უკვე წარმოდგენილი აქვს როგორც ნივთი, რომელიც ავეჯის ერთ-ერთ სახეობას წარმოადგენს.

ზნეობრივი (მორალური) განვითარება

კოლბერგის აზრით, მორალური განვითარების პირველი დონე წარმოადგენს პრეკონვენციონალურს, როდესაც ბავშვები პასუხობენ დასჯას და დაჯილდოებას. ცხოვრების მეორე წლის განმავლობაში ბავშვები იწყებენ შეცნობას, თუ რომელი საქმიანობისგან შეიძლება მიიღონ სიყვარული და შექება. ისინი ასევე ცნობენ გარკვეულ რიტუალებს, მაგალითად, შეუძლიათ ფრაზების გამეორება ლოცვებიდან. 2 წლის ასაკში პატარები სწავლობენ რა დამოკიდებულება აქვთ ზნეობრივ საკითხებთან დაკავშირებით მათ მშობლებს.

სულიერი განვითარება

ფულერის (1981) თანახმად, პატარას სულიერი განვითარების ეტაპი სხვადასხვაგვარია. ზოგიერთმა ბავშვმა შეიძლება იცოდეს რელიგიური წესები, მაგრამ ისინი, პირველ რიგში, იღებენ ცოდნას და ემოციურ რეაქციებს, ვიდრე სულიერი რწმენის ჩამოყალიბებას. ბავშვმა შეიძლება გაიმეოროს მოკლე ლოცვები ძილის დროს, შეასრულოს გარკვეული რიტუალები, რადგან ამ შემთხვევაში იმსახურებს შექებას და სიყვარულს. მშობლებისა და აღმზრდელების დამოკიდებულება ბავშვის ასეთი საქციელის მიმართ პატარას თავს უფრო დაცულად აგრძნობინებს.

ჯანმრთელობის დაზიანების რისკი

ბავშვები ხშირად არიან ჯანმრთელობის სხვადასხვა დაზიანებების რისკის ქვეშ, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს მხედველობის, სასუნთქი სისტემის მხრივი დაზიანებები და დენტალური კარიესის გაჩენის რისკი.

ტრავმა

ტრავმები ბავშვთა ასაკის სიკვდილების გამომწვევი მთავრ მიზეზად რჩება. ისინი განსაკუთრებულ ყურადღებას გამოხატავენ გარემოს მიმართ და სურთ იგრძნონ და გემო გაუსინჯონ ყველაფერს. რამდენადაც ავიაკატასტროფები, დაცემა, დამწვრობა, მოწამვლა, დახრჩობა სკოლამდელი ბავშვების სიკვდილის მთავარი გამომწვევი მიზეზებია, უმნიშვნელოვანესია ბავშვისთვის უსაფრთხო გარემოს ხელშეწყობა (სურათი 17-7)



სურათი 17-7 მედიკამენტები და სხვა ქიმიური ნივთიერებები აუცილებლად ჩაკეტილ სივრცეში შეინახეთ

მხედველობის პრობლემები

ბავშვის სკრინინგი ამბიოპიაზე მნიშვნელოვანია. ამბიოპია (ერთ თვალში ნერვული იმპულსის გადაცემის გამო განვითარებული მხედველობის დეფიციტი), როგორც წესი, სტრაბიზმუსის შედეგია, რომელმაც რეფრაქციის ცვლილებამდე შეიძლება მიგვიყვანოს.

დენტალური კარიესი

ბავშვებში დენტალური კარიესის განვითარების სიხშირე მაღალია, რადგან ხდება ბაქტერია- *Streptococcus mutans*-სა და კბილის ზედაპირზე არსებული ნახშირწყლებს შორის ურთიერთქმედება, რომელიც კბილის ზედაპირის დაზიანებას იწვევს.

სასუნთქო გზებისა და ყურის ინფექცია

1- 3 წლამდე ბავშვებში სასუნთქი გზების და ყურის ინფექციები პედიატრთან ვიზიტის მთავრი მიზეზი ხდება, რაც, თავის მხრივ, დაკავშირებულია ბავშვის ახალ გარემოში ექსპოზიციასთან (საბავშვო ბაღები).

ჯანმრთელობის შეფასების ხელშეწყობა

სკოლამდელ ასაკში ბავშვების სწორი ზრდა-განვითარება სამომავლოდ ბავშვის ჯანმრთელად ყოფნის გარანტიაა. ექთანმა ყურადღება უნდა მიაქციოს განვითარების ყველა დეტალს, რომ მცირედი დეტალიც არ დარჩეს უყურადღებოდ.

ზრდა-განვითარების შეფასება ისეთივეა როგორც 1 წლამდე ასაკში და ძირითად საზომებს ეფუძნება: სიმაღლე, წონა, სასიცოცხლო ფუნქციები(იხილეთ განვითარების გზამკვლევები).

განვითარების შეფასების გზამკვლევი 1 -3 წლის ბავშვი
შეფასება ოთხი ძირითადი მიმართულებით ხდება ფიზიკური განვითარება • სასიცოცხლო ფუნქციები ასაკის შესაბამისად ნორმის ფარგლებშია. • მხედველობა და სმენა ნორმის ფარგლებშია. მოტორული განვითარება • ასაკის შესაბამისად განვითარებული მოტორული აქტივობა. • სიარული დამოუკიდებლად. • თითის წვერებზე სიარული, ბალანსის შენარჩუნება. • კუბიკებით ხიდის აშენება. • ველოსიპედის ტარება. ფსიქოსოციალური განვითარება • გამოხატოს კმაყოფილება/უკმაყოფილება. • ცნობისმოყვარეა და აქვს ბევრი კითხვა.

- თანახმაა, რომ დედის გარეშე იყოს დროის მოკლე პერიოდში.
- იწყებს თამაშსა და კომუნიკაციას სხვა ბავშვებთან.
- კარგად ესმის სიტყვების მნიშვნელობა: ზემოთ, სიცივე, შიმშილი.
- ბაძავს ოჯახის წევრებს რელიგიური რიტუალების შესრულებისას.

ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობებში ჩართვა

- იკვებება დამოუკიდებლად.
- იღებს მრავალფეროვან საკვებს.
- დაწყებულია შარდვისა და დეფეკაციის კონტროლი.
- სძინავს მოწესრიგებულად, ასაკის შესაბამისი ხანგრძლივობით.
- იცვამს დამოუკიდებლად.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში იგულისხმება: უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა, პირადი ჰიგიენის დაცვაში ბავშვის გაწვრთნა, პირის ღრუს ჰიგიენის დაცვა. დეტალებისთვის იხილეთ ჩანართი 17-5.

ჩანართი 17-5

1 -3 წლის ბავშვის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

გამოკვლევები ჯანმრთელობის შესაფასებლად

- 15 და 18 თვეზე რეკომენდირებულია პედიატრთან ვიზიტი.
- სტომატოლოგიური შემოწმება იწყება 3 წლიდან ან უფრო ადრე.

დამცავი ღონისძიებები

- იმუნიზაციები: რეკომენდაციების შესაბამისად გრძელდება DTaP, IPV, პნევმოკოკური, MMR, ვარიცელა, Haemophilus influenzae ტიპის B, ჰეპატიტი B, ჰეპატიტის A, გრიპის და მენინგოკოკის ვაქცინები.
- ტუბერკულოზისა და სისხლში ტყვიის რაოდენობაზე სკრინინგი.
- ფტორის მიცემა თუ არაადეკვატურია სასმელ წყალში ფტორის შემცველობა (0.6-ზე ნაკლები წილი/მილიონზე).

უსაფრთხოება

- მუდმივი ყურადღება და სწავლება სხვადასხვა დავალებების შესრულებაზე.
- სახლის/ ეზოს პირობებში უსაფრთხოების შენარჩუნება.
- უსაფრთხო სათამაშოები.
- ტოქსინებისაგან სუფთა გარემოს შენარჩუნება (თამბაქოს კვამლი) სათამაშო მოედნებზე პესტიციდების, პერბიციდების, ტყვიის, ვერცხლისწყლის შემცველობის მაქსიმალური კონტროლი შესაძლებლობების შესაბამისად (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

კვება

- საკვების მნიშვნელობის გაცნობიერება.

- ჭამის კულტურის მინიმალური უნარების გამომუშავება.
- პირის ღრუს მოვლა.

ელიმინაცია

- სწავლება შარდვისა და დეფეკაციის დროს ჰიგიენის შენარჩუნებისთვის.

ძილი/დასვენება

- ძილ-ღვიძლის რეჟიმის მაქსიმალური დაცვა.

თამაში

- სათანადო სივრცისა და მრავალფეროვანი აქტივობების უზრუნველყოფა.
- რეგულარული, ენერგიული ფიზიკური ვარჯიშის წახალისება.
- სათამაშოები, რომლებიც საშუალებას იძლევიან „იმოქმედონ“ ქცევაზე და უზრუნველყონ მოტორული და სენსორული სტიმულაცია.

სკოლამდელი ასაკი (4-5 წელი)

სკოლამდელ პერიოდში ფიზიკური ზრდა შენელებულია, თუმცა სხეულის კონტროლი და კოორდინაცია მნიშვნელოვნად იზრდება. 4-5 წლის ასაკში ბავშვის გარემო უფრო მრავალფეროვანია

ფიზიკური განვითარება

სკოლამდელი ასაკის ბავშვები წონასთან შედარებით უფრო მეტად იზრდებიან სიმალლეში, შესაბამისად, ჩანან უფრო გამხდრები. აღნიშნულ პერიოდში სხეულის პოზიცია თანდათანობით ხდება უფრო სრულყოფილი, მენჯის ძვლები ძლიერდება და მუცლის კუნთები მეტ ძალას იძენს. ზედა და ქვედა კიდურები უფრო სწრაფად იზრდება ვიდრე ტანი, რაც ბავშვის სხეულის არაპროპორციულს აჩენს კიდურებს. თავის ტვინი თითქმის ზრდასრულ ზომას 5 წლის ასაკზე აღწევს.

სიმაღლე

სკოლამდელი ბავშვი იზრდება 5-დან 6.25 სმ-მდე წელიწადში. 4 წლის ასაკში უნდა გაორმაგდეს მათი დაბადების სიგრძე და დაახლოებით 102 სმ-ს მიაღწიოს.

მხედველობა

სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს, ძირითადად ჰიპეროპიული (შორსმხედველი) მხედველობა აქვთ, -ვერ ახერხებენ ფოკუსირებას ახლო ობიექტებზე. მას შემდეგ რაც თვალი სიგრძეში იზრდება, მხედველობა ხდება ემეტროპიული (ნორმალური აღქმა). თუ თვალი ძალიან გრძელი ხდება, ბავშვი ხდება მიოპიური (ახლომხედველი), ანუ ვერ შეძლებს შორს მდებარე საგნების სრულყოფილად აღქმას. მძიმე შემთხვევებში

ჰიპეროპიისა ან მიოპიის დროს შეიძლება დაინიშნოს სათვალე. სკოლამდელი ასაკის დასრულებისას მხედველობა თანდათან უმჯობესდება და 5 წლის ასაკისთვის ის არის 20/30.

სმენა და გემოვნება

სმენის აღქმა სკოლამდელი ასაკის ბავშვში ოპტიმალურია, ჩამოყალიბებულია და ყურს შეუძლია ბგერების სრულყოფილად აღქმა. რაც შეეხება გემოვნებას, საკვების გემოს შესაბამისად უნდა მოხდეს მიღებული საკვების გემოს ბავშვის მხრიდან შეფასება, გემრიელია თუ არა. 3 წლის ასაკში ბავშვები ძირითადად უარს ამბობენ საკვებზე მისი შესახედაობიდან გამომდინარე, შესაბამისად, ამ „ბრძოლაში“ მშობლის როლი უმნიშვნელოვანესია, რათა უზრუნველყოს ასაკის შესაბამისად საკვების მრავალფეროვნება და დააკმაყოფილოს მისი გემოვნება.

მოტორიკა

5 წლის ასაკისთვის ბავშვებს უკვე შეუძლიათ ხელ-პირის დაბანა და კბილების გახეხვა. (სურათი 17-8). სკოლამდელი ასაკის ბავშვები ყოველწლიურად ვითარდებიან. 5 წლის ასაკისთვის მათ შეუძლიათ კარგად სირბილი, გადახტომა სამ ნაბიჯზე, ასევე შეუძლიათ წონასწორობის დაცვა ფეხის წვერებზე და დამოუკიდებლად ჩაცმა. სურათი 17-8



სურათი 17-8 სკოლამდელი ასაკის ბავშვი იხეხავს კბილებს

ფსიქო-სოციალური განვითარება

ერიკსონის მიხედვით, სკოლამდელი ასაკის ბავშვის განვითარებაში მთავარი კრიზისული მომენტი ინიციატივის გამოვლენის მიმართ დანაშაულის განცდა.

მან უნდა გადაჭრას პრობლემები, როცა თავის ცნობიერებასთან ჰარმონიაშია. მათი ინდივიდუალიზმი განაგრძობს განვითარებას. ერიკსონის მიხედვით, სკოლამდელმა უნდა გააცნობიეროს რის გაკეთება შეუძლია. ამის შემდეგ ისინი გამოავლენენ ქცევით ინიციატივას და მათი წარმოსახვები და კრეატიულობა ხორცს შეისხავს.

მშობლებს შეუძლიათ გააძლიერონ მათი თვითრწმენა ახალი გამოწვევებისთვის შესაძლებლობების უზრუნველყოფით, სადაც ბავშვს შეუძლია ისწავლოს, გაიმეოროს და დახელოვნდეს.

სკოლამდელის თვითრწმენა ასევე ემყარება სქესთან იდენტიფიკაციას. ისინი ხშირად ამსგავსებენ საკუთარ თავს მშობელს, გოგონა-დედას, ხოლო ბიჭი-მამას. მათ

შეიძლება მიბაძონ მშობლებს და გაიმეორონ მათი ქცევები, დამოკიდებულებები და გარეგნობა. (სურათი 17-9).



სურათი 17-9 მშობლის მიბაძვის მაგალითი

მშობლებმა უნდა იცოდნენ, რომ ბავშვები არიან ცნობისმოყვარენი თავიანთი სხეულის და სექსუალური ფუნქციების შესახებ და დასვავენ ბევრ კითხვებს. ისინი ვალდებული არიან უპასუხონ ყველა კითხვას მშვიდად და გულწრფელად ისეთი სიტყვების გამოყენებით, რომლებსაც ბავშვი გაიგებს. როდესაც მშობელი არ პასუხობს კითხვაზე, სჯის ან არცხვენს მას, ბავშვი შეიძლება დარჩეს დაბნეული.

ფროიდი ამტკიცებდა, რომ სკოლამდელი ბავშვი იმყოფება განვითარების ფალოსურ სტადიაში. ამ ეტაპზე, ბავშვის ბიოლოგიური ყურადღება მიმართულია გენიტალიებზე და ჩვეულებრივი მოვლენაა მასტურბაცია. ამ ფაზაში მშობლებთან მჭიდრო კავშირს ფროიდი ხსნის, როგორც ელექტრას ან ოიდიპოსის კომპლექსს. ამ პერიოდში ბავშვი უფრო დიდ სიყვარულს ამჟღავნებს საპირისპირო სქესის მშობლის მიმართ, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მეორე მშობლის მტრული დამოკიდებულება. ბავშვმა შეიძლება გამოხატოს სექსუალური ცნობისმოყვარეობაც, მაგრამ ეს ყველაფერი რეალურ აზრს მოკლებულია.

სკოლამდელი ასაკის წლებში, ფროიდი ამტკიცებს, შეისწავლება ოთხი ადაპტაციური მექანიზმი: იდენტიფიკაცია, ინტროექცია, წარმოსახვა და რეპრესია. **იდენტიფიკაცია** არის, როცა ბავშვი მეორე პიროვნებასთან აიგივებს თავის თავს და იქცევა მისნაირად. **ინტროექცია** იდენტიფიცირების მსგავსია. ის არის პროცესი, როცა ბავშვი ახდენს სხვების თვისებების გაერთიანებას თავის თავში. **წარმოსახვა** არის არარსებულის მენტალურ დონეზე ფორმირება, რაც სკოლამდელების ცხოვრების მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს. მათ აქვთ მდიდარი წარმოსახვის უნარი და იყენებენ თამაშის დროს, მაგალითად, სკამი შეიძლება გახდეს გოგონასთვის ლამაზი სამეფო ტახტი და

თავად კი ყველაფრის მმართველი. **რეპრესია** არის გამოცდილების, ფიქრებისა და იმპულსების გამოყოფა ცნობიერებისგან.

სკოლამდელები თანდათან ყალიბდებიან სოციალურ არსებებად. 3-4 წლის ასაკში, ისინი უკვე თამაშობენ თავიანთ თანატოლებთან. თანდათანობით, ასაკის მატებასთან ერთად უფრო მეტ ადამიანთან ახერხებენ კონტაქტს. ისინი მონაწილეობას იღებენ ისეთ სოციალურ ურთიერთობებში, როგორიცაა ოჯახი, სტუმრები, მეზობლები და ა.შ.

4 წლის ასაკის ბავშვის საუბარი არის დოგმატური. მათ სჯერათ იმის, რასაც თვითონ ფიქრობენ, რომ მართალია. ისინი იყენებენ არაფრისმთქმელ სიტყვებს, რითიც ცდილობენ მოზარდების გაღიზიანებას. ამ ასაკში არიან აგრესიულები საუბრის დროს და ლაპარაკობენ ძალიან ბევრს. 5 წლის ასაკისთვის სალაპარაკო უნარები უკვე კარგად არის განვითარებული. ბავშვები გამიზნულად იყენებენ სიტყვებს და სვამენ კითხვებს, რათა მიიღონ ინფორმაცია. ისინი საუბრობენ იმიტომ, რომ ჩაერთონ სოციალურ ურთიერთობებში.

სკოლამდელები საკუთარი თავის შეცნობით არიან დაკავებულნი. მათ იციან თავიანთი სხეულის ყველა ნაწილის სახელი, შეუძლიათ დახატონ ადამიანი სრულად. ბავშვები სწავლობენ ასევე გრძნობების გამომხატველ სიტყვებს, იციან მნიშვნელობა ისეთი სიტყვებისა, როგორიცაა ტირილი, სევდიანი, სიცილი და ა.შ. ისინი ასევე სწავლობენ თავიანთი გრძნობებისა და ქცევის კონტროლს. სკოლამდელი ასაკის ბავშვები იყენებენ სტრესის დაძლევის იმავე მექანიზმებს, რასაც ახალფეხადგმულები, თუმცა საპროტესტო სახის ქცევები, (ხელის კვრა, ყვირილი) ნაკლებად არის უკვე გამოყენებული მოზრდილ სკოლამდელებში.

სკოლამდელებს სჭირდებათ იმის ცოდნა, რომ ისინი უყვართ და ოჯახის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენენ. ბავშვს, რომელსაც უწევს შეჯიბრება დედმამიშვილებთან, იმისთვის რომ დაიმსახუროს მშობლის ყურადღება და სიყვარული, ხშირად ავლენს ეჭვიანობას. მშობლებს უნდა ესმოდეთ, რომ ბავშვს სჭირდება დრო ახალ ბავშვთან შესაგუებლად და შეიძლება დასჭირდეს უფრო მეტი ყურადღება და დამატებითი აქტივობები, რათა დავეხმაროთ მას შეგუების პროცესში. სკოლამდელებმა შეიძლება უფროს დედმამიშვილებთანაც განიცადონ მეტოქეობა, რაც გამოწვეულია მშობლების ყურადღების დამსახურების სურვილით. მშობლები თუ გამოყოფენ დროს და დაგეგმავენ აქტივობებს თითოეული ბავშვისთვის, მაშინ შეიძლება შემცირდეს ეჭვიანობა და შეჯიბრი ერთმანეთთან.

სკოლამდელ ასაკში მნიშვნელოვანი როლი აკისრია მშობელს დისციპლინის სწავლების მიმართულებით. ვინაიდან ბავშვები ეძებენ დამოუკიდებლობას, უარს ამბობენ ხოლმე თანამშრომლობაზე და იგნორირებას უკეთებენ მშობლის მოთხოვნებს. მშობელს შეუძლია დაეხმაროს შვილებს განავითარონ თვითკონტროლისა და თანამშრომლობის უნარი, კეთილგონივრული და თანმიმდევრული შეზღუდვების დაწესებით. მშობელმა უნდა გაამყაროს ბავშვის პოზიტიური ქცევა და წაახალისოს, აიღოს პასუხისმგებლობა საკუთარ ქცევებზე. კონფლიქტის არსებობის შემთხვევაში, მშობელმა უნდა აწარმოოს ორმხრივი დიალოგი და მოუწოდოს კომპრომისისკენ.

კოგნიტური განვითარება

პიაჟეს მიხედვით, სკოლამდელი ასაკის ბავშვების კოგნიტური განვითარება ეფუძნება ინტუიციურ ანუ გრძნობაზე დამყარებულ აზრს. ბავშვები ჯერ კიდევ ეგოცენტრულები არიან, თუმცა ეგოცენტრიზმი თანდათან იკლებს მათი თვალსაწიერის გაფართოებასთან ერთად. სკოლამდელები სწავლობენ შეცდომების, დაკვირვების, მიბაძვის, გამოცდილების შედეგად. ისინი სრულყოფილად ვერ იგებენ რა სახის ურთიერთობა არის დედას და მამას ან და-ძმას შორის. ბავშვები ლაპარაკობენ სიკვდილზე, როგორც რაღაც გარდაუვალზე, თუმცა ვერ ხსნიან მას.

კითხვისა და მათემატიკური უნარები (ასოებისა და რიცხვების ცნობა, დათვლა და ასაკთან შესაფერისი წიგნების „კითხვა“) იწყებს განვითარებას სწორედ ამ ასაკში. პატარებისათვის მშობლის მიერ ზღაპრის კითხვა მნიშვნელოვანია ბავშვის განვითარებისათვის.

მორალური განვითარება

სკოლამდელი ასაკის ბავშვები ამჟღავნებენ პროსოციალურ ქმედებებს, რაც სხვისთვის სარგებელის მოტანის შემცველ მოქმედებას ნიშნავს. ტერმინი პროსოციალურის სინონიმია სიკეთე და გამოხატავს გაზიარებას, დახმარებას, დაცვას, დახმარების აღმოჩენას, მეგობრობასა და წახალისებას.

განვითარების ამ სტადიაზე ბავშვებს სრულად არ აქვთ ჩამოყალიბებული ცნობიერება. მორალური ქცევა მეტწილად ისწავლება მშობლების და შემდეგ სხვა მნიშვნელოვანი ადამიანების სტიმულირებით.

ბავშვები, რომლებიც მშობლებს მკაცრად აღიქვამენ, შეიძლება გახდნენ ბუტიები ან ზედმეტად მორჩილები. ისინი აკონტროლებენ თავიანთ ქცევას, იმიტომ რომ სურთ სიყვარული და შექება დაიმსახურონ მშობლებისგან.

სულიერი განვითარება

ბევრი სკოლამდელი ბავშვი დარეგისტრირებულია საკვირაო სკოლაში ან რწმენასთან დაკავშირებულ გაკვეთილებზე. მათ ძირითადად მოსწონთ ასეთი გაკვეთილები. ფოულერის მიხედვით, ბავშვები 4-დან 6 წლამდე იმყოფებიან სულიერი განვითარების ინტუიციურ სტადიაზე. ამ ეტაპზე, რწმენა არის მშობლებისა და მასწავლებლების სწავლების შედეგი. ისინი იმეორებენ რელიგიურ ქმედებებს, მაგალითად, თავის დახრალოცვის დროს, თუმცა არ იციან რა დატვირთვა აქვს ამ ქცევას.

ჯანმრთელობის დაზიანების რისკები

სკოლამდელებს ხშირად აქვთ ჯანმრთელობის პრობლემები, მაგალითად, სასუნთქი გზებისა და ინფექციური დაავადებები, კბილის კარიესი ხშირად იჩენს თავს ამ ასაკში. ასევე პრობლემად რჩება უბედური შემთხვევები.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

შეფასებისას, სკოლამდელი ბავშვი ხშირად მონაწილეობს გამოკითხვაში, მაგალითად, მათ შეუძლიათ აღწერონ საბავშვო ბაღის ტიპური სამხარი და რამდენს ჭამენ ჩვეულებრივ. მათ ასევე შეუძლიათ დაახასიათონ ის აქტივობები, რომელიც მოსწონთ.

ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობა მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა უბედური შემთხვევების პრევენცია, კბილების მოვლა, კარგი კვება, კოგნიტური სტიმულირება და სათანადო ძილი (ჩანართი 17-6).

ჩანართი 17-6 ჯანმრთელობის ხელშეწყობა სკოლამდელებისთვის

ჯანმრთელობის რუტინული ზოგადი სკრინინგი/შეფასება

- ყოველ ერთ ან ორ წელიწადში ერთხელ;

დამცავი საშუალებები

- იმუნიტეტის გაძლიერება რეკომენდირებული აცრებით;
- სკრინინგი ტუბერკულოზზე;
- სმენისა და მხედველობის სკრინინგი;
- რეგულარული კბილების სკრინინგი, საჭიროების შემთხვევაში ფტორით მკურნალობა;

უსაფრთხოება

- ასწავლეთ ბავშვს უსაფრთხოების მარტივი წესები(მაგ., ქუჩის გადაკვეთა);
- ასწავლეთ ითამაშოს ფრთხილად;
- ასწავლეთ მომწამვლელი ნივთიერებების ცნობა და თავის არიდება;

კვება

- სწორი კვების მნიშვნელობა;

ელიმინაცია

- ასწავლეთ ჰიგიენის დაცვა (საპირფარეშოს გამოყენების შემდეგ ხელის ჰიგიენა);

დასვენება/ძილი

- მოაგვარეთ ძილის დარღვევები;

თამაში

- წაახალისეთ რეგულარული ფიზიკური აქტივობისკენ;
- უზრუნველყავით დრო ჯგუფური აქტივობებისთვის;
- ასწავლეთ ბავშვს მარტივი თამაშები, რომელიც მოითხოვს თანამშრომლობასა და ჩართულობას;
- უზრუნველყავით სათამაშოები და ტანსაცმელი როლური თამაშებისთვის.

განმავითარებელი მითითებები: სკოლამდელი ბავშვი

გადის თუ არა სკოლამდელი ბავშვი შემდეგ განმავითარებელ ეტაპებს?

ფიზიკური განვითარება

- ნორმალური ფიზიკური ზრდა;
- ასაკთან შესაბამისი სასიცოცხლო ნიშნები;
- ნორმალური მხედველობითი და სმენითი უნარები;

მოტორიკის განვითარება

- ასაკის შესაბამისად, ავლენს თუ არა ბავშვი მსხვილი და ნატიფი მოტორიკის შემდეგ პუნქტებს:
- თოკზე გადახტომა;
- სათამაშო მოედნის ინვენტარზე აცოცება;
- საწვრთნელი ბორბლებიანი ველოსიპედის ტარება;
- ასოების და რიცხვების დაბეჭდვა;

ფსიქოსოციალური განვითარება

- 5 წლის ბავშვს შეუძლია თუ არა გააკეთოს შემდეგი?
- მშობლებისგან განცალკევება ადვილად;
- წარმოსახვისა და კრეატიულობის უნარი;
- სიამოვნებას ანიჭებს თანატოლებთან ერთად თამაში;
- ესმის ცუდი და კარგი და იქცევა შესაბამისად;
- ცნობს ფერებს;
- ლექსიკური მარაგის გამდიდრება, სრული წინადადებების წარმოთქმა;
- მონაწილეობა მარტივ რუტინულ საქმიანობაში;
- სქესობრივი განსხვავებულობის ცოდნა;

ფოკალური აქტივობების განვითარება

- პირადი ჰიგიენის დაცვა და განვითარება;
- მარტივი ჰიგიენური ნორმების დაცვა;
- დამოუკიდებლად ჩაცმა-გახდა;
- დამოუკიდებლად დასაძინებელი რიტუალების შესრულება და ძილი.

6-დან 12 წლამდე ბავშვები

აღნიშნული ასაკის დასრულებისას იწყება სქესობრივი მომწიფება. სქესობრივი მომწიფების დასაწყისად გოგონებში ითვლება 10 წელი, ხოლო ბიჭებში 12. ამ სტადიაზე ათვისებული უნარები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მომავალი ცხოვრებისთვის.

ფიზიკური განვითარება

სკოლის ასაკის ბავშვი სწრაფად იმატებს წონაში. ამ პერიოდში ნათლად იკვეთება გენეტიკური და გარემო ფაქტორებით გამოწვეული ინდივიდუალური განსხვავებები.

წონა

6 წლის ასაკისთვის ბიჭები საშუალოდ იმატებენ დაახლოებით 21 კილოგრამამდე, 1კგ-ით მეტს, ვიდრე გოგონები. წონის მატება 6-დან 12 წლამდე დაახლოებით მერყეობს 3,2კგ-მდე ყოველ წელს. 12 წლისთვის გოგონები და ბიჭები იწონიან დაახლოებით 40-42 კგ. ჭარბი წონა ნაკლებად აღინიშნება ამ ასაკში, თუ ბავშვი იკვებება სწორად და სკოლამდელ პერიოდში აქტიურობით გამოირჩეოდა.

სიმაღლე

6 წლისთვის გოგონებისა და ბიჭების სიმაღლე ერთი და იგივეა – 115 სმ. ისინი უახლოვდებიან 150 სმ-ს 12 წლისთვის. სქესობრივ მომწიფებამდე ბავშვებში იწყება სწრაფი ზრდის ტემპი გოგონებში 10-12 წლებში, ხოლო ბიჭებში 12-14 წლებში.

კიდურები უფრო სწრაფად იზრდება, ვიდრე ტანი, ამიტომაც სხეული გამოიყურება არაპროპორციულად. მოზარდობის პერიოდის ბოლოს ამთავრებს განვითარებას ჩონჩხის მუსკულატურა.

მხედველობა

6 წლის ბავშვებს აქვთ ბინოკულარული მხედველობა. თვალის კუნთები კარგად არის განვითარებული და კოორდინირებული, და ორივე თვალს შეუძლია ფოკუსირდეს ერთ საგანზე. რადგანაც თვალის ფორმა იცვლება ზრდის განმავლობაში, სკოლამდელ წლებში შორსმხედველობა თანდათან იცვლება 20/20 მხედველობით უკვე სკოლის წლებში. 20/20 მხედველობა კარგად არის ჩამოყალიბებული 9-დან 11წლამდე.

სმენა და შეხება

სასმენი აპარატი კარგად არის განვითარებული სკოლის ასაკის ბავშვებში, რომლებსაც შეუძლიათ განსხვავებული ხმების ამოცნობა. ამ სტადიაზე, ბავშვებს ასევე კარგად აქვთ განვითარებული შეხების შეგრძნება. მათ შეუძლიათ ამოიცნონ შეხებით ნივთები, რომლებსაც ვერ ხედავენ. ასეთ უნარს უწოდებენ სტერეოგნოზიას ანუ სივრცულ მგრძნობელობას.

ცვლილებები სქესობრივ მომწიფებამდე

მცირე ცვლილებები მიმდინარეობს სასქესო და ენდოკრინოლოგიურ სისტემებში. სქესობრივ მომწიფებამდე დაახლოებით 9-დან 13 წლამდე ენდოკრინული ფუნქციები ნელ-ნელა იზრდება. ეს ცვლილება იწვევს გაზრდილ ოფლიანობას და ცხიმოვანი ჰირკვლების გააქტიურებას. გოგონებს შეიძლება ჰქონდეთ წებოვანი ვაგინალური გამონადენი (ლეიკორეა) სქესობრივ მომწიფებამდე.

მოტორიკა

6-10 წლებში ბავშვები ფაქტობრივად სრულყოფენ მოტორულ უნარებს და კოორდინაციას. 9 წლის ასაკისთვის მათ გააჩნიათ უნარი ითამაშონ მათთვის საინტერესო თამაშები, როგორიცაა ფეხბურთი, კალათბურთი და ა.შ. ამ უნარებს ძირითადად ეუფლებიან სკოლაში. 9 წლის ასაკში, ბავშვები ფლობენ ისეთ მოტორულ უნარს, როგორიცაა ხატვა, ამენება და რაიმე ინსტრუმენტზე დაკვრა.

ფსიქო-სოციალური განვითარება

ერიკსონის აზრით, სკოლის ასაკის ბავშვების მთავარი ამოცანაა სიბეჯითის დაპირისპირება ხარისხთან. ამ პერიოდში იწყებს განვითარებას კომპეტენციისა და შეუპოვრობის გრძნობები. ისინი მოტივირებულები არიან ისეთი აქტივობების შესრულებით, რომლებიც მათ ღირსების შეგრძნებას უძლიერებს. მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვები ბევრს შრომობენ წარმატების მისაღწევად, ზოგჯერ მათ მარცხის გადატანაც უწევთ. თუ ბავშვები იყვნენ წარმატებულნი წინა სტადიებში, მათ ექნებათ მეტი მოტივაცია, რომ იშრომონ და ითანამშრომლონ სხვებთან საერთო მიზნების განსახორციელებლად.

ფროიდის მტკიცებით, 6-12 წლებში წინა პლანზე იწევს ფიზიკური და ინტელექტუალური აქტივობები, ხოლო სექსუალური ფანტაზიები ითრგუნება. ცნობისმოყვარეობა სექსუალურ საკითხებზე ისევ არსებობს, თუმცა ბავშვები ფლობენ გარკვეულ ინფორმაციას ფილმების, მედიის და ინტერნეტის საშუალებით.

მშობლებს მართებთ ყურადღება, რათა დაუწესონ ლიმიტი მათ ინტერესს, უპასუხონ კითხვებს, რათა დაეხმარონ თავიანთ შვილებს ამ ინფორმაციასთან გამკლავებაში.

სკოლაში ბავშვები განუწყვეტლივ კონტროლდებიან და ისინი სწავლობენ თავის გაკონტროლებას. თანატოლები ერთმანეთს ადარებენ თავიანთ უნარებს, მათ შორისაა მოტორული, სოციალური და ენობრივი, ასევე თვითშეფასების განვითარების დონეს.

ბავშვები ზრდასთან ერთად სწავლობენ ჯგუფურ თამაშსაც. თანდათანობით იძენენ თანამშრომლობის უნარს. ამ დროს თანატოლებს უფრო დიდი გავლენა აქვთ ბავშვზე, ვიდრე ოჯახს.

თვითშეფასება განაგრძობს ჩამოყალიბებას აღნიშნულ ასაკში. ბავშვები აცნობიერებენ მსგავსებას და განსხვავებას სხვებთან მიმართებით. ბავშვები, რომლებიც არიან წარმატებულნი და აღიარებულნი თავიანთი ძალისხმევის გამო, თავს გრძნობენ კომპეტენტურ პიროვნებად და აკონტროლებენ თავს. ამის საწინააღმდეგოდ, ისინი ვინც არ არიან წარმატებულები და მუდმივად ნეგატიურ საპასუხო რეაქციებს იღებენ, შეიძლება თავი იგრძნონ არასრულფასოვნად.

ამ ასაკისთვის დამახასიათებელია ის, რომ ინტერესის სფერო ხდება სკოლა, თანატოლები და სხვა აქტივობები, ხოლო ოჯახი ინარჩუნებს მნიშვნელოვან ადგილს თვითშეფასების განვითარებისთვის.

კოგნიტური განვითარება

პიაჟეს აზრით, 7-დან 11 წლამდე ასაკი წარმოადგენს კონკრეტული ოპერაციების ფაზას. ამ დროს, ბავშვი ეგოცენტრიზმიდან გადადის თანამშრომლობითი ურთიერთო-

ბის სტადიაზე (სურათი 17-10). მათ უვითარდებათ ლოგიკური მსჯელობა. მაგალითად, მათ ესმით, რომ ქვა ვერ იტივტივებს, რადგანაც უფრო მძიმეა, ვიდრე წყალი და ა.შ.



სურათი 17-10 სამაგიდო თამაშის დროს გამოხატული გუნდურობის სურვილი, რომელიც კოგნიტურ უნარებს ანვითარებს

ბავშვებისთვის ფული მაშინ იძენს მნიშვნელობას, როცა იწყება სკოლა. ასევე სწავლობენ დროის კონცეფციას, იციან დღის პერიოდები და კვირის დღეები, რადგანაც დროის მიხედვით ანაწილებენ აქტივობებს. მათ იციან ასევე საათის ცნობაც.

კითხვის უნარიც კარგად არის განვითარებული. 9 წლის ბავშვი თვითონ არის მოტივირებული, იგი ეჯიბრება საკუთარ თავს, აღარ ეჯიბრება თანატოლებს. მათ უყვართ საუბარი, დისკუსია სხვადასხვა საკითხებზე.

მორალური განვითარება

ზოგი სკოლის ბავშვი იმყოფება კოლბერგის პირველ სტადიაზე, კერძოდ პრეკონვენციურ დონეზე, რაც გულისხმობს იმას, რომ ცდილობენ დასჯის თავიდან არიდებას. ზოგი ბავშვი არის მეორე დონეზე, როცა ბავშვები მოქმედებენ თავიანთი თავის სასარგებლოდ. გვიან ბავშვობაში, მათი უმრავლესობა გადადის კონვენციურ დონეზე, რომელსაც გააჩნია ორი სტადია: მე-3 სტადია „კარგი გოგო-ბიჭის“ და მე-4 სტადია „კანონისა და წესრიგის დაცვა“. ბავშვები კონვენციურ დონეს აღწევენ 10-13 წლებში. ბავშვის კონკრეტული ინტერესები იცვლება ჯგუფის მისწრაფებებით. ამ სტადიაზე, მორალური ქმედების არსი არის ის, რომ იცხოვროს ბავშვმა ისე, რომ დაიმსახუროს მისთვის მნიშვნელოვანი ადამიანების მონონება.

სულიერი განვითარება

ფოულერის მიხედვით, სკოლის ასაკის ბავშვი იმყოფება სულიერი განვითარების მე-2 სტადიაზე, რომელსაც ჰქვია მითიურ-წარმოსახვითი სტადია. ბავშვები სწავლობენ ფანტაზიის გამოყოფას ფაქტებისგან, რაშიც მათ ეხმარებიან მშობლები და სასულიერო პირები.

ამ ასაკში ბავშვები სვამენ ბევრ კითხვას ღმერთისა და რელიგიის შესახებ, სჯერათ მისი არსებობისა და დახმარების.

სქესობრივ მომწიფებამდე ისინი ხვდებიან, რომ მათი ლოცვები ყოველთვის არ ისმინება და რჩებიან იმედგაცრუებულნი. ამ დროს ზოგიერთი უარყოფს რელიგიას, ზოგი კი ისევ განაგრძობს მის მიღებას. ამას კი განაპირობებს მშობლის დამოკიდებულება. თუ ბავშვი რჩება რელიგიური, იგი ეძებს რეალურ საფუძველს იმის მაგივრად რომ ბრმად სჯეროდეს ამა თუ იმ რელიგიური მრწამსის.

ჯანმრთელობის დაზიანების რისკები

სკოლის ასაკში, ისევე როგორც სკოლამდელებში, ხშირია ინფექციები, კბილების პრობლემები და უბედური შემთხვევები. (სურათი 17-11). სხვა დამატებით პრობლემას წარმოადგენს ჭარბი წონა, რაც გამოწვეულია არასწორი კვებით და განაპირობებს მრავალ დარღვევას ჯანმრთელობის მხრივ. (დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ორთოპედიული და ფსიქოლოგიური მდგომარეობები)



სურათი 17-11 ასწავლეთ ბავშვს მშობლის ზედამხედველობის გარეშე არასდროს შეეხოთ ცეცხლსასროლ იარაღს

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

შეფასებითი ინტერვიუს დროს ექთანი იღებს კითხვებზე პასუხს მშობლებისგან, ამყარებს შესაბამის უკუკავშირს და სთავაზობს მხარდაჭერას. ექთანი ასევე ავლენს ინტერესს ბავშვის მონდომების მიმართ, რთავს აქტიურად კვლევაში, უხსნის და ამხნევებს მონაწილეობის მისაღებად. ქვემოთ მოყვანილია მითითებები სკოლის ასაკის ბავშვისთვის.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა მოიცავს ასევე კბილების ჰიგიენას, რეგულარულ გამოკვლევებს, უსაფრთხოების ზომებს უბედური შემთხვევების თავიდან ასარიდებლად, ჯანსაღი კვებისა და ვარჯიშის ხელშეწყობას, დახმარებას თვითშეფასების ამაღლებაში და ჰიგიენური ზომების მიღებაში. ჩანართ 17-7-ში წარმოდგენილია მითითებები ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის.

ჩანართი 17-7 ჯანმრთელობის ხელშეწყობა სკოლის აღსაზრდელებისთვის

გამოკვლევები

- ყოველწლიური ფიზიკური გამოკვლევა;

დამცავი ზომების მიღება

- პროფილაქტიკური აცრები (პაპილომა, მენინგოკოკი, ტეტანუსი-დიფტერია, წწყ);
- სკრინინგი ტუბერკულოზზე;
- პერიოდულად მხედველობის, სმენისა და მეტყველების სკრინინგი;
- რეგულარული ვიზიტები სტომატოლოგთან;
- სექსუალურ საკითხებზე სწორი ინფორმაციის მიწოდება;

უსაფრთხოება

- შესაბამისი აღჭურვილობის გამოყენება სპორტულ ან სხვა ფიზიკურ აქტივობებში მონაწილეობისას (მაგ., ჩაფხუტი);
- წავახალისოთ ბავშვი თვითონ აიღოს პასუხისმგებლობა საკუთარ უსაფრთხოებაზე;

კვება

- დაბალანსებული და სწორი კვების მნიშვნელობა;
- კონტროლი იმ საკვებზე, რომელიც იწვევს სიმსუქნეს;

ელიმინაცია

- დადებითი მიდგომის გამოყენება ელიმინაციასთან დაკავშირებული პრობლემების დროს. (მაგ., ენურები);

თამაში და სოციალური ურთიერთობები

- რეგულარული ფიზიკური აქტივობები;
- მრავალფეროვანი ჯგუფური აქტივობებისთვის შესაძლებლობებით უზრუნველყოფა;
- ბავშვის უნარების რეალური მოლოდინები;
- სხვა ადამიანებისთვის მისაბაძი მაგალითი;
- სახლში შესაბამისი გარემოთი უზრუნველყოფა.

განმავითარებელი შეფასების გაიდლაინი: სკოლის ასაკის ბავშვი

აკმაყოფილებს თუ არა სკოლის აღსაზრდელი შემდგომ ოთხ განმავითარებელ საკითხს?

ფიზიკური განვითარება

- ასაკთან შესაბამისი ფიზიკური ზრდა;
- ასაკთან შესაბამისი სასიცოცხლო ნიშნების არსებობა;
- მხედველობისა და სმენის უნარები;
- წინა სასქესო მომწიფების შესაბამისი ცვლილებების ნორმალური მაჩვენებელი;

მოტორიკა

- ასაკთან შესაბამისი მოტორული უნარების ფლობა, მაგალითად, 12 წლის ბავშვს შეუძლია თუ არა შემდეგი?
- ახერხებს ველოსიპედის ან სკეიტბორდის მართვას, ცოცდება ხეზე ან თოკზე;
- ისვრის ან იჭერს პატარა ბურთს;
- უკრავს მუსიკალურ ინსტრუმენტს ან ასრულებს ისეთ აქტივობას, რომელსაც სჭირდება ნატიფი მოტორული კოორდინაცია;

ფსიქო-სოციალური განვითარება

- ასაკთან შესაბამისი ფსიქოსოციალური განვითარების მაჩვენებელი, 12 წლის ბავშვს შეუძლია თუ არა გააკეთოს შემდეგი?
- იგივე სქესის წარმომადგენლებთან დამეგობრება;
- ოჯახზე ნაკლებად დამოკიდებულება;
- მშობლებთან კარგი ურთიერთობა;
- ძლიერი და იმპულსური გრძნობების კონტროლი;
- სწორისა და მცდარის გარჩევა;
- ორგანიზებულ შეჯიბრებებში მონაწილეობა;
- კითხვა, ბეჭდვა, ასოებითა და რიცხვებით ადვილად მანიპულირება;
- დადებითი ემოციების გამოხატვა სკოლისა და სასკოლო აქტივობების შესახებ;
- ფულის კონცეფციის გათავისება და დაგროვების უნარი;
- ლოგიკური მსჯელობა;
- თავსატეხებით და კომიქსებით დაინტერესება;
- საყვარელ საქმიანობაზე ფულის დახარჯვა;
- სხვების დახმარება;
- საკუთარი თავის მიღება პოზიტიურად;

ყოველდღიური აქტივობების განვითარება

- სისუფთავისა და საკუთარი გარეგნობისადმი დამოკიდებულება;
- საკუთარი საჭიროებების გამოხატვა.

მოზარდები (12-18 წლები)

მოზარდობა – ეს ის პერიოდია, როცა პიროვნება მომწიფებულია ფიზიკურად ფსიქოლოგიურად და იძენს საკუთარ იდენტობას. განვითარების ამ კრიტიკული ხანის დასრულებისას ადამიანი მზად არის პასუხისმგებლობების ასაღებად.

სქესობრივი მომწიფება არის მოზარდობის პირველი ეტაპი, როდესაც სასქესო ორგანოები იწყებს ზრდას და მომწიფებას. გოგონებში ჩნდება პირველი **მენსტრუაცია, ეაკულაცია** კი – ბიჭებში. როგორ წესი, სქესობრივი მომწიფება გოგონებში იწყება 10-14 წლისთვის, ხოლო ბიჭებში 12-16 წლის შუალედში. მოზარდობის პერიოდი

ხშირად დაყოფილია სამ სტადიად: ადრეული მოზარდობა 12-13 წლები, შუალედური – 14-16 წლები, ხოლო გვიანი მოზარდობის სტადია, რომელიც გრძელდება 17-დან 18-20 წლამდე. გვიანი მოზარდობის სტადია უფრო მეტად სტაბილურია.

ფიზიკური განვითარება

მოზარდობის პერიოდი ცნობილია, როგორც ცვლილებებისა და ზრდის უეცარი აფეთქება.

ფიზიკური ზრდა

ზრდა სწრაფი ტემპით მიმდინარეობს ბიჭებში 14 წლიდან და მაქსიმალურ სიმაღლეს აღწევს დაახლოებით 18-19 წლამდე. 10-დან 18 წლამდე პერიოდის განმავლობაში მამაკაცი იმატებს დაახლოებით 32კგ-ს და 41სმ-ს სიმაღლეში. გოგონები 12 წლიდან იწყებენ სწრაფად ზრდას და მაქსიმალურ სიმაღლეს აღწევენ 15-16 წლის ასაკში. გოგონა იმატებს დაახლოებით 25კგ-ს, ხოლო სიმაღლეში იზრდება დაახლოებით 24 სმ-ით.

ფიზიკური ზრდა განპირობებულია რიგი ფაქტორებით, როგორიცაა მემკვიდრეობა, კვება, ავადმყოფობა, ფიზიკური და ემოციური გარემო, ოჯახი, და კულტურა.

ზრდა პირველ რიგში შეიმჩნევა საყრდენ-მამოძრავებელ სისტემაზე. ზრდა მიმდინარეობს შემდეგი თანმიმდევრობით: თავი, ხელები, და ტერფები. შემდეგ, კიდურები აღწევს სასურველ ზომას. რადგანაც ჯერ კიდურები იზრდება, შემდეგ კი ტანი, ამიტომაც მოზარდს აქვს გრძელფეხებას, მოუქნელის გარეგნობა. როდესაც ტანი ამთავრებს ზრდას, მხრები, გულმკერდი და თეძოები იზრდება. ასევე იცვლება თავისა და სახის ძვლოვან სტრუქტურული პროპორციები. უფრო მეტად იკვეთება შუბლი და ვითარდება ყბის ძვლებიც.

ჯირკვლოვანი ცვლილებები

გარე სეკრეციის და ოფლის გამომყოფი ჯირკვლების მუშაობა საგრძნობლად მატულობს სქესობრივი სიმწიფის დროს. გარე სეკრეციის ჯირკვლები, რომელიც მდებარეობს სხეულის უმეტეს ნაწილში, გამოყოფს ოფლს. ოფლის გამომყოფი ჯირკვლები ვითარდება ილლიის ღრმულში, გენიტალიების მიდამოებში, გარე სასმენ მილში, ჭიპისა და ძუძუს არეოლას გარშემო. აპოკრინული ოფლი გამოიყოფა კანზე მხოლოდ ემოციური სტიმულების შედეგად. ცხიმის ჯირკვლები ასევე აქტიურდება ანდროგენების მოქმედების შედეგად როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში. ეს ჯირკვლები, რომლებიც გამოყოფენ ცხიმს, უმეტესად აქტიურია სახის, კისრის, მხრების, ზურგისა და მკერდის მიდამოებში და ხშირად აკნეს გამომწვევი მიზეზია.

სქესობრივი მახასიათებლები

სქესობრივი მომწიფების დროს ვითარდება როგორც პირველადი, ასევე მეორეული სასქესო ნიშნები. პირველადი სასქესო მახასიათებლები უკავშირდება ორგანოებს, რომლებიც საჭიროა გამრავლებისთვის, როგორიცაა სათესლე ჯირკვალი,

პენისი, საკვერცხე, საშო და საშვილოსნო. მეორეული სასქესო ნიშნები განასხვავებს კაცს ქალისაგან, მაგრამ არ არის პირდაპირ კავშირში გამრავლებასთან. ამის მაგალითებია ბოქვენზე თმის ზრდა, ძუძუს განვითარება და ხმის ტემბრის ცვლილება.

კაცებში მომწიფების პირველი ნიშნები იწყება მაშინ, როცა ჩნდება ბოქვენზე თმა და დიდდება სათესლე პარკი და ჯირკვალი. ეს ცვლილებები დაახლოებით 14 წლის ასაკში შეიმჩნევა. სქესობრივი მომწიფება კი სრულდება 18 წლის ასაკისთვის.

გოგონებში სიმწიფის ნიშნები შეიმჩნევა, როგორც კი გამოიკვეთება ძუძუ, ამას მოყვება სასირცხო ბაგეებზე თმის ზრდა. გოგონას მომწიფების მთავარი ნიშანია მენარქეს დაწყება, რომელიც თავდაპირველად შეზღუდულად და მოუწესრიგებლად მიმდინარეობს, შესაძლებელია ოვულაციის გარეშე. ოვულაცია ძირითადად ვითარდება მენარქეს დაწყებიდან 1 ან 2 წლის შემდეგ. ოვულაცია და ფეხმძიმობა შეიძლება პირველივე მენსტრუაციის დროს განვითარდეს. ქალის შიდა რეპროდუქციული ორგანოების განვითარება სრულდება 18-20 წლის ასაკში.

ფსიქო-სოციალური განვითარება

ერიკსონის აზრით, მოზარდობის ფსიქოსოცილური ამოცანაა საკუთარი თავის დამკვიდრება. ამ სტადიის საფრთხეს წარმოადგენს დაბნეულობა. საქმიანობასთან საკუთარი იდენტობის შეუთავსებლობა არღვევს მოზარდების განვითარებას. ასევე ეჭვები სექსუალურ საკითხებზე ხდება აქტუალური. ერიკსონი ამბობს, რომ მოზარდები ერთმანეთს ეხმარებიან იდენტობის ძიებაში და ქმნიან ცალკე ახალგაზრდულ კულტურას. ეს ჯგუფები ხშირად არ იღებენ თავიანთ წევრად „განსხვავებულებს“ კანის ფერით, კულტურული წარმომავლობით, ჩაცმულობითა და გემოვნებით.

მოზარდებს, ძირითადად, ყურადღება გადატანილი აქვთ სხეულზე, გარეგნობაზე და ფიზიკურ უნარებზე. თმის ვარცხნილობა, კანის მოვლა და ტანსაცმელი ხდება ძალიან მნიშვნელოვანი. ეს დაჯგუფებები შეიძლება ერთმანეთს დაუპირისპირდნენ კიდევ, თუმცა ეს არის დროებითი თავდაცვა, რომელიც გამოწვეულია საკუთარი თავის დამკვიდრების სურვილისთვის.

საკუთარი თავის ძიებაში მოზარდებს უწევთ გადალახონ განვითარების წინა სტადიები. ნდობის მოპოვების პრობლემა საკუთარ თავთან და სხვების მიმართ, თავს იჩენს კვლავ, როცა მოზარდი ეძებს იდეალურ პიროვნებას, რომელსაც შეუძლია ენდოს და დაეყრდნოს. ერთ-ერთი მაგალითია პროფესიის თავისუფლად არჩევა. თავისუფალი არჩევანი და ავტონომია არის სწორედ კონფლიქტის გამომწვევი მიზეზები, რომელიც შეიძლება ჰქონდეს მოზარდს საკუთარ თავთან. კონფლიქტური სიტუაციები შეიძლება შეიქმნას მაშინ, როცა მოზარდი ცდილობს მოაწონოს თავი როგორც მშობლებს, ისე თანატოლებს. მოზარდებს უსაზღვრო ამბიციები და წარმოსახვა გააჩნიათ, რომელთა აღსრულებისკენაც იღწვიან. თუ წინა სტადიების ამოცანები წარმატებით დაძლიეს მოზარდებმა, ეს დადებითად აისახება მათი თვითშეფასების განვითარებაზე.

ბევრი მოზარდი განიცდის სირთულეებს თვითშეფასების ჩამოყალიბებაში. ბავშვები, რომლებიც გრძნობენ სიყვარულს და დაფასებას ოჯახისა და თანატოლების მხრიდან, არიან თავდაჯერებულნი. თინეიჯერები, რომლებსაც შეზღუდული აქვთ შესაძლებლობა ან ავადმყოფობა სჭირთ, ძალიან განიცდიან თანატოლების მხრიდან

უგულებელყოფას. სწორედ ამიტომაც ექთნებსა და მასწავლებლებს აქვთ მნიშვნელოვანი როლი, რათა გამართონ დისკუსიები ახალგაზრდებთან მათი ცნობიერების ასამაღლებლად, მსგავსი პრობლემების შესახებ.

სექსუალური იდენტობა ასევე მნიშვნელოვანი ნაწილია მოზარდების ცხოვრებაში. სექსუალური იმიჯის შექმნა და ორიენტაციის გარკვევა ხდება სწორედ გვიან მოზარდობის პერიოდში. მათ აქვთ ფანტაზიები, იდეები და ირგებენ როლებს, ატარებენ ექსპერიმენტებს. მოზარდობისთვის მისაბამია ადამიანმა შეიძლება გავლენა მოახდინოს იმაზე, რომელი ასპექტი, ქალური თუ მამაკაცური, იმძლავრებს მასში. მოგვიანებით იწყება ინტიმური ურთიერთობა ერთ ან რამდენიმე პარტნიორთან. ჰომოსექსუალმა ახალგაზრდებმა შეიძლება განიცადონ დაბნეულობა ამ პროცესის დროს თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ჰომოსექსუალობა არ არის მიღებული ბოლომდე ჩვენს საზოგადოებაში და მოზარდს უჭირს თავის დამკვიდრება.

ბევრი მოზარდი სექსუალურად ძალიან აქტიურია და მიმართავს მასტურბაციასაც. 2007 წელს სარისკო ქცევის კონტროლმა გამოაქვეყნა, რომ უმაღლესი სკოლის სტუდენტების 47,8%-ს აქვს სექსუალური კავშირი თავისი ცხოვრების განმავლობაში, 35%-ს პქონდა აქტიური ურთიერთობა გამოკითხვამდე 3 თვის განმავლობაში, ხოლო სექსუალურად აქტიური სტუდენტების 38,5%-ს არ გამოუყენებია პრეზერვატივი ბოლო კავშირის განმავლობაში. 1990-2004 წლებში ფეხმძიმობის შემთხვევებმა 15-დან 19 წლამდე ასაკის გოგონებში მიაღწია 72,2%-ს ყოველ 1000 ქალზე. საინტერესოა, რომ შობადობის მაჩვენებელი 18-19 წლის გოგონებში გაიზარდა, თუმცა უცნობია ამის გამომწვევი მიზეზები.

მოზარდობის ასაკში ყველაზე გავრცელებული ინფექციაა პაპილომა ვირუსი, რომელიც გადადის სექსუალური გზით. დაინფიცირებულთა ასაკი მერყეობს 14-დან 24 წლამდე. პაპილომა ვირუსი იყოფა დაბალი და მაღალი რისკის კატეგორიებად. პაპილომა ვირუსის გარკვეული ტიპი იწვევს საშვილოსნოს ყელის სიმსივნეს. ხოლო დაბალი რისკის სუბტიპები იწვევს გენიტალური მეჭეჭის განვითარებას. პირველი პაპილომა ვირუსის ვაქცინა შეიქმნა აშშ-ში, სიმსივნისგან თავდასაცავად. ვაქცინით არ იკურნება უკვე არსებული დაავადება, ამიტომაც სასურველია აცრა ჩატარდეთ 11-12 წლის გოგონებს, შესაძლებელია 9 წლისასაც. ვაქცინაციას რეკომენდაციას უწევს ასევე 13-26 წლის გოგონებისთვის, თუ არ აქვთ აცრა ჩატარებული.

15 წლის ასაკში მოზარდები მიდიან ოჯახიდან და იძენენ დამოუკიდებლობას.

ამ ასაკში, ბავშვები უპირატესობას ანიჭებენ თანატოლებთან ყოფნას და მათგან რჩევის მიღებას, ვიდრე მშობლებთან ურთიერთობას. ამის გამო მშობლები შვილებზე კონტროლს ზრდიან, რაც იწვევს ახალგაზრდების ამბოხებას.

შემდეგი წინააღმდეგობა ამ ასაკში არის ღირებულებათა განსხვავება თაობებს შორის. ამ განსხვავებას ვერ იგებენ მშობლები, რაც იწვევს დაპირისპირებას. მოზარდებს კვლავ ჭირდებათ მშობლების მხარდაჭერა და თანადგომა, თუმცა არ აღიარებენ ამას. უფროსებს მართებთ გონიერება, ისე აღმოუჩინონ შვილებს დახმარება, რომ მათ იგრძნონ დედ-მამის სიყვარული. ახალგაზრდებს არ უნდა შეუზღუდონ დამოუკიდებლობა და ყოველთვის გაუწიონ დახმარება, როცა კი დასჭირდებათ.

მოზარდობის პერიოდში, თანატოლთა დაჯგუფებას აქვს ძალიან დიდი მნიშვნელობა (სურათი 17-12).



**სურათი 17-12 მოზარდთა, თანატოლთა ჯგუფების ურთიერთობები
აძლიერებს დამოუკიდებლობის, თვითშეფასებისა და თვითმყოფადობის განცდას**

ასეთ ჯგუფებს გააჩნიათ მთელი რიგი ფუნქციები. აქ ექმნებათ წარმოდგენა ბავშვებს მიკუთვნებულობის, სიამაყის გრძნობებზე, სოციალურ სწავლებაზე და სექსუალურ როლებზე. ჯგუფების უმრავლესობა არის კარგად ჩამოყალიბებული და მისაღებ ქცევაზე ორიენტირებული. ეს ჯგუფები იცვლება ასაკის მატებასთან ერთად, იწყებენ ერთი სქესის წარმომადგენლები, შემდეგ ფორმირდება შერეული ტიპის ჯგუფად და საბოლოოდ წყვილდებიან ის მოზარდები, რომელთაც აერთიანებთ საერთო ინტერესები.

ყველა მოზარდი არ არის პეტეროსექსუალი. ჰომოსექსუალისთვის მოზარდობა არის ძალიან რთული პერიოდი, რადგანაც თანატოლების დამოკიდებულება ძალიან მკაცრია მათ მიმართ. მოზარდები, რომლებიც ღიად აცხადებენ თავიანთ ორიენტაციას, შედეგად იღებენ ხოლმე არა მარტო მეგობრებისგან განდევნას, არამედ მშობლებისა და მასწავლებლების მტრულ დამოკიდებულებას.

კოგნიტური განვითარება

11-15 წლებში იწყება კოგნიტური განვითარების პიაჟეს ფორმალური ოპერაციების სტადია. ამ დროს ადამიანები ხედავენ და ფიქრობენ არსებული და რეალური სამყაროს მიღმა. მოზარდები არიან ძალიან იდეალისტები და აქვთ წარმოსახვის უსაზღვრო უნარი. ისინი ფიქრობენ იმ საგნებზე, რომლებიც არ არსებობს, მაგრამ შეიძლება არსებობდეს. ამროვნების ასეთი უნარი ითხოვს ლოგიკას, თანმიმდევრობას და ორგანიზებას. სოციალურ ურთიერთობებში მოზარდები ხშირად იყენებენ ამ უნარს, რაც მთავრდება იმით, რომ მშობლები ვერ უგებენ მათ.

ისინი ხდებიან მეტად ინფორმირებულნი სამყაროსა და გარემოს შესახებ. იყენებენ ახალ ინფორმაციას ყოველდღიური პრობლემების გადასაჭრელად. მათ შესწევთ უდიდესი უნარი შეითვისონ და შემდეგ გამოიყენონ ეს ცოდნა. მოზარდები, ჩვეულებრივ, არჩევენ სწავლების არეალს, ეუფლებიან იმ საგნებს, რომელიც შეიძლება დასჭირდეთ

მომავალი კარიერისთვის. ამ პერიოდში ათვისებულ სასწავლო უნარებსა და ჩვევებს იყენებენ შემდეგ მთელი ცხოვრების განმავლობაში.

მორალური განვითარება

კოლბერგის თეორიის მიხედვით, მოზარდები იმყოფებიან მორალური განვითარების კონვენციურ დონეზე. უმრავლესობა ჯერ კიდევ იღებს ოქროს წესს და გამოთქვამს სურვილს შეასრულოს სოციალური წესები და დაიცვას არსებული კანონები.

მოზარდები თავად ადგენენ ღირებულებებს, სტანდარტებსა და მორალს.

როდესაც მოზარდები გადადიან პოსტკონვენციურ ან პრინციპულ დონეზე, მაშინ ისინი იწყებენ კითხვების დასმას საზოგადოებრივ წესებზე. სწორი ფიქრი და მოქმედება, რომელიც ხდება პიროვნული შეხედულებებისა და ღირებულებების საკითხი, შეიძლება წინააღმდეგობაში მოვიდეს სოციალურ კანონებთან. მათ შეუძლიათ შეცვალონ რაციონალურად კანონები და ყურადღება გაამახვილონ ადამიანის უფლებებზე. თუმცა უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ყველა მოზარდი ვერ აღწევს პოსტკონვენციურ დონეს.

სულიერი განვითარება

ფოულერის აზრით, მოზარდი აღწევს სულიერი განვითარების სინთეზურ-კონვენციურ სტადიას. ისინი გამოხატავენ მრავალფეროვან აზრებს, რწმენასა და ქცევას რელიგიურობის მიმართულებით. მათ შეიძლება დაახარისხონ ეს განსხვავებები შემდეგი გზებით:

- იღებენ ისეთ გადანყვეტილებას, რომ ნებისმიერი განსხვავება მცდარია;
- განსხვავებებთან შეგუება;
- რჩევის მიღება მშობლისგან ან სასულიერო პირისგან.

ხშირად მოზარდებს სჯერათ, რომ სხვადასხვა რელიგია უფრო მეტად გგავს ერთმანეთს, ვიდრე განსხვავდება. ამ სტადიაზე, მოზარდის ყურადღება მიმართულია უფრო მეტად ინტრა პერსონალური საკითხების მიმართ, ვიდრე კონცეფტუალურის.

ექთნების მუშაობა ამ მიმართულებით მოიცავს:

- ღია, გულწრფელ დამოკიდებულებას მოზარდების კითხვებზე სულიერი საკითხების შესახებ;
- სურვილის შემთხვევაში, სასულიერო პირთან შეხვედრის ორგანიზებას;
- კომფორტული გარემოს უზრუნველყოფას, სადაც მოზარდი შეძლებს თავისი რელიგიური რიტუალის განხორციელებას.

ჯანმრთელობის დაზიანების რისკები

მოზარდები აწყდებიან მრავალ რისკებს ჯანმრთელობის მხრივ. მათი ფსიქოლოგიური და ემოციური განწყობა იწვევს ბევრ ფსიქოლოგიურ პრობლემას.

ასევე ტვინის განვითარება ხდება მგრძნობიარე და შიზოფრენიის პირველი ნიშნები შეიძლება გამოჩნდეს გვიან მოზარდობის პერიოდში. ისინი არიან ინფექციური დაავადების რისკის ქვეშ, მაგალითად, წითელა ან პნევმოკოკური მენინგიტი.

მაღალი რისკის შემცველი ქცევები

არსებობს ექვსი სახის რისკი:

- ქცევა, რომელიც ხელს უწყობს უნებლიე დაზიანებას ან ძალადობას;
- თამბაქოს მოხმარება;
- ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკის გამოყენება;
- სქესობრივი აქტივობა, რომელიც დაკავშირებულია ორსულობასთან და სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებთან;
- არაჯანსაღი კვება;
- ფიზიკური პასიურობა;

10-24 წლის ასაკში 72% სიკვდილიანობის გამომწვევი ოთხი მიზეზი არსებობს:

- ავტოავარიები (სურათი 17-13);
- სხვა უნებლიე დაზიანებები (დაცემა, დახრჩობა., მოწამვლა);
- მკვლელობა;
- თვითმკვლელობა;

ბოლო წლებში გამოვლინდა შემდეგი რისკის შემცველი ქცევები:

- 29% დადიოდა ალკოჰოლის ზემოქმედების მყოფ მძღოლთან ერთად;
- 10% თვითონ მართავდა მანქანას ნასვამი;
- 18% ატარებდა ცეცხლსასროლ იარაღს, 5.9% ატარებდა ცეცხლსასროლ იარაღს სკოლის ტერიტორიაზე;
- 5,2% ატარებს ცეცხლსასროლ იარაღს;
- 5,5% არ უვლია სკოლაში ძალადობის შიშის გამო;
- 20% მოიხმარდა თამბაქოს.



სურათი 17-13 საგზაო შემთხვევების თავის არიდებისთვის აუცილებელია, უსაფრთხოების ზომების დაცვა და მძღოლის შესაბამისი განათლება.

კვლევაში 12 თვით ადრე სტუდენტებმა მიუთითეს შემდეგი:

- 27,1 %-ს დაუბიანეს ან წაართვეს საკუთრება;
- 7,8% -ს დაემუქრნენ ან დააზარალებს სკოლის ტერიტორიაზე;
- 28,5%-ს ყოველ დღე, 2 კვირის განმავლობაში, თავი უგრძნია ისე უიმედოდ, რომ თითქმის შეწყვიტეს ყველანაირი აქტივობა;
- 14,5 % სტუდენტები სერიოზულად ფიქრობდნენ თვითმკვლელობაზე;
- 6,9% უცდია ერთხელ ან მეტჯერ თვითმკვლელობა.

მოზარდებს შორის თვითმკვლელობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი მოდის უფროს მოზარდებზე, თვითმკვლელობა მიიჩნევა უბედურ შემთხვევად. ავარიები, ნარკოტიკისა და ალკოჰოლის გადაჭარბება, დამწვრობა და მკვლელობაც კი მოიაზრება თვითმკვლელობის მცდელობად. ამ ყველაფერს იწვევს ფსიქოლოგიური, სოციალური და ფიზიოლოგიური ფაქტორები. ახალმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ბავშვებში ანტიდეპრესანტების მიღება დაკავშირებულია თვითმკვლელობის რისკის გაზრდასთან.

ძალადობა

ბულინგი მოზარდებში საგრძნობლად მოქმედებს როგორც სასკოლო მიღწევებზე, ისე ფსიქოლოგიურ მზაობაზე. ეს ეხება როგორც მსხვერპლს, ისე მოძალადესაც. ბულინგი განსაზღვრულია, როგორც აგრესიის ტიპი, რომელიც მიზნად ისახავს პიროვნების დაზარალებას და აქვს განმეორებითი ხასიათი. არსებობს ბულინგის განსხვავებული ფორმები: ფიზიკური (ხელის კვრა, ფეხის კვრა, დარტყმა), სიტყვიერი (ზედმეტი სახელის შერქმევა), სოციალურ-ურთიერთობითი (ჭორების გავრცელება) და შედარებით ახალი გზა – ინტერნეტ ბულინგი. ბიჭები უფრო მეტად იყენებენ სიტყვიერ და ფიზიკურ ჩაგვრას, ხოლო გოგონები კი სოციალური ქსელს.

ბოლო პერიოდში გახშირდა სკოლაში სროლის ფაქტები, რაც გამოძიების საგანია.

არასწორი კვება

ყველაზე მაღალი მოთხოვნა ენერგიაზე და კვებაზე არის მოზარდობის პერიოდში, სპორტი და სხვა ფიზიკური აქტივობები უფრო ზრდის ამის საჭიროებას. თუმცა ბავშვები ხშირად ირჩევენ არასწორ საკვებს, რომელიც იწვევს ჯანმრთელობის პრობლემებს. ასევე არსებობს მემკვიდრეობით გადაცემული დაავადებები, მაგალითად დიაბეტი, რომელიც თინეიჯერობის ასაკში უფრო რთულდება. კვებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს შეიცავს სიმსუქნე, ანორექსია, ბულიმია. ექთნების მოვალეობაა შეუდგინონ ახალგაზრდებს კვების სწორი გეგმა.

სხვა სახის თვითდაზიანებები

მოზარდების გარკვეული ნაწილი თავის თავს გამიზნულად აზიანებს. ამ ბავშვებს აქვთ მთელი რიგი ფსიქოსოციალური პრობლემები, მათ შორის შფოთი, რომელიც განსაზღვრავს ქცევას. არასწორი კვება და თვითდაზიანებები ერთმანეთთან არის კავშირში.

განვითარების შეფასების გამკველვეი მოზარდი

ასრულებს თუ არა მოზარდი შემდეგ განმავითარებელ სამ საკითხს?

ფიზიკური განვითარება

- სქესთან და ასაკთან შესაფერისი ნორმალური ზრდა;
- სტანდარტთან შეთავსებადი სქესობრივი განვითარება;
- სქესთან და ასაკთან შესაფერისი სასიცოცხლო ნიშნების არსებობა;
- მხედველობითი და სმენითი უნარები;

ფსიქოსოციალური განვითარება

- კარგი ურთიერთობა მშობლებთან, თანატოლებთან, დედამიწეშვილებთან;
- საკუთარი თავის მიღება და სიყვარული;
- მომავალზე ფიქრი და დაგეგმვა;
- ცხოვრების სტილი და ინტერესები, რომლებიც კარგად ეთავსება საკუთარ იდენტობას;
- საკუთარი რწმენისა და ფასეულობების განსაზღვრა;
- ოჯახში თავის დამკვიდრება;
- სხვებთან საუბარი პრობლემების არსებობის შემთხვევაში;

ყოველდღიური აქტივობების განვითარება

- ცოდნა ფიზიკურ განვითარებაზე, მენსტრუაციაზე, გამრავლებასა და შობადობის კონტროლზე;
- ჯანმრთელი ცხოვრების სტილი, რომელიც მოიცავს კვებას, ვარჯიშს, სწორ ძილსა და პიროვნულ თვისებებს;
- სისუფთავე და გარეგნობა.

ჯანმრთელობის შეფასება და ხელშეწყობა

ზემოთ მოცმულ განვითარების შეფასების ცხრილში უკვე განვიხილეთ მოზარდთა განვითარების აუცილებელი საკითხები.

მოზარდები ხშირად თავად აგნებენ იმას, რაც სჭირდებათ ჯანმრთელობისთვის.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა მოიცავს სკრინინგს მენტალურ სტატუსზე, თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებაზე, ასევე სექსუალურ საკითხებზე, სისხლის წნევის კონტროლზე, სიმაღლისა და წონის შემოწმებაზე და იმუნიტეტის შეფასებაზე (იხ. ჩანართი 17-8).

ჩანართი 17-8 ჯანმრთელობის ხელშეწყობა მოზარდებისთვის

კვლევა

რეკომენდირებული შეფასება ოჯახის ექიმის მიერ;

დამცავი ზომები

- იმუნიტეტის გასაძლიერებლად აცრების ჩატარება;
- ტუბერკულოზზე სკრინინგი;
- სმენისა და მხედველობის პერიოდული სკრინინგი;
- რეგულარული ვიზიტი სტომატოლოგთან;
- სექსუალურ საკითხებზე სწორი ინფორმაციის მიწოდება;
- მენტალური ჯანმრთელობის შეფასება;

უსაფრთხოება

- კონკრეტულ აქტივობამდე ჯანმრთელობის შემოწმება;
- მოზარდები იღებენ პასუხისმგებლობას მანქანის მართვაზე;
- მშობლების ყურადღება ჩაგვრის არსებობის შემთხვევაში;

კვება და ვარჯიში

- სწორი კვების მნიშვნელობა;
- ფაქტორები, რამაც შეიძლება კვებით პრობლემებამდე მიიყვანოს მოზარდი (სიმსუქნე, ანორექსია, ბულემია);
- ვარჯიში, კვირაში სამჯერ ერთი საათით;

სოციალური ურთიერთობები

- სკოლაში მოზარდის წარმატების ხელშეწყობა;
- გულწრფელი ურთიერთობების დამყარება;
- მშობლებისგან ბავშვების წახალისება, მონაწილეობა მიიღონ ჯგუფურ აქტივობებში;
- მშობლები, როგორც მისაბადი მაგალითები;
- მშობლები უზრუნველყოფენ შესაფერისი გარემოთი სახლში;
- მოზარდების მონაწილეობა ოჯახურ აქტივობებში.

კრიტიკული აზროვნების ძირითადი საკითხები

8 წლის გოგონა მოვიდა კლინიკაში დედასთან ერთად, აწუხებს ორივე ყურის ტკივილი ოთხი დღეა. ანამნეზში აღნიშნავენ ყურის ინფექციას რომლის გამოც ჩაუტარდა ტიმპანოსტომია სამი წლის წინ. დედა აღნიშნავს, რომ ბოლო ორი წელია მას ყურის ინფექცია არ ქონია. გოგონა მონაწილეობდა ბაფხულის ბანაკში ტბაზე ცურვის შეჯიბრებაში, თუმცა აღნიშნავს, რომ მას ყურში წყალი არ მოხვედრია. მისი სიტყვებია „მე უკეთ ვიცი ვიდრე სხვებმა“. ექთანმა გოგონას დაუსვა მწვავე ოტიტის დიაგნოზი გარეთა სასმენი მილის შეშუპებით და გამონადენით. ექიმმა დაუნიშნა შესაბამისი მკურნალობა ათი დღის განმავლობაში.

რა ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს ექთანმა გოგონას და მის დედას:

- პიაჯეტის მიხედვით კოგნიტიური განვითარების რომელ სტადიაზეა გოგონა;
- როგორ აფასებს იგი საკუთარ მდგომარეობას (განიხილეთ მშობლის მიდგომა);
- რამდენად იქნება ჩართული გოგონა საკუთრი გამოჯანმრთელების პროცესში;

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Neinstein L., & Johnson, H., & Society for Adolescent Medicine. (2009). The healthy student: A parent's guide to preparing teens for the college years. Blue Springs, MD: Society for Adolescent Medicine.
- Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230-246. doi:10.1080/13811110903044351
- Conrod, P. J., Castellanos, N., & Mackie, C. (2008). Personality-targeted interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 181-190.
- Funk, J. B., Brouwer, J., Curtiss, K., & McBroom, E. (2009). Parents of preschoolers: Expert media recommendations and ratings knowledge, mediaeffects beliefs, and monitoring practices. *Pediatrics* 123, 981-988. doi:10.1542/peds.2008-1543
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse and Neglect*, 32, 797-810. doi:10.1016/j.chiabu.2008.02.004
- Mathur, M. B., Mathur, V. S., & Reichling, D. B. (2010). Participation in the decision to become vaccinated against human papillomavirus by California high school girls and the predictors of vaccine status. *Journal of Pediatric Health Care*, 24, 14-24. doi:10.1016/j.pedhc.2008.11.04
- Price, S. K., Hillman, L., Gardner, P., Schenk, K., & Warren, C. (2007). Changing hospital newborn nursery practice: Results from a statewide "Back to Sleep" nurses training program. *Maternal and Child Health Journal*, 12(3), 363-371. doi:10.1007/s10995-007-0243-y
- Altimier, L. (2008). Shaken baby syndrome. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22, 68-76.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. (2001). Policy statement: Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 207, 423-426.
- American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. (2007). Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, 120, 898-921. doi:10.1542/peds.2007-2333
- American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. (2005). Policy statement: The changing concept of sudden infant death syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*, 116, 1245-1255. doi:10.1542/peds.2005-1499
- Arango, C., Moreno, C., Martinez, S., Parellada, M., Desco, M., Moreno, D., . . . Rapoport, J. (2008). Longitudinal brain changes in early-onset psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 341-353. doi:10.1093/schbul/sbm157
- Bell, M. A., & Wolfe, C. D. (2007). Changes in brain functioning from infancy to early childhood: Evidence from EEG power and coherence working memory tasks. *Developmental Neuropsychology*, 31(1), 21-38. doi:10.1207/s15326942dn3101_2

- Burns, C. E., Dunn, A. M., Brady, M. A., Starr, N. B., & Blosser, C. (2008). *Pediatric primary care: A handbook for nurse practitioners*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). 2000 growth charts: United States. Retrieved from <http://www.cdc.gov/growthcharts>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008a). Surveillance for violent deaths—National violent death reporting system, 16 states, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57(SS03), 1–43, 45.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008b). Youth risk behavior surveillance—United States, 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57(SS-4).
- Christian, C. W., Block, R., & American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. (2009). Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*, 123, 1409–1411. doi:10.1542/peds.2009-0408
- de Onis, M., Garza, C., Onyango, A. W., Rolland-Cachera, M. F., & le Comite de Nutrition de la Societe Francaise de Pediatrie. (2009). WHO growth standards for infants and young children. *Archives of Pediatrics*, 16(1), 47–53.
- Demerath, E. W., Reed, D., Choh, A. C., Soloway, L., Lee, M., Czerwinski, S. A., . . . Towne, B. (2009). Rapid postnatal weight gain and visceral adiposity in adulthood: The Fels Longitudinal Study. *Obesity*, 17, 2060–2066. doi:10.1038/oby.2009.105
- Dudley, M., Hadzi-Pavlovic, D., Andrews, D., & Perich, T. (2008). New-generation antidepressants, suicide and depressed adolescents: How should clinicians respond to changing evidence? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(6), 456–466. doi:10.1080/00048670802050538
- Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2010). *Health promotion throughout the life span* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Elsner B. (2007). Infants' imitation of goal-directed actions: The role of movements and action effects. *Acta Psychologica*, 124(1), 44–59. doi:10.1016/j.actpsy.2006.09.006
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York, NY: W. W. Norton.
- Fowler, J. W. (1981). *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. New York, NY: Harper & Row.
- Goodell, L. S., Wakefield, D. B., & Ferris, A. M. (2009). Rapid weight gain during the first year of life predicts obesity in 2–3 year olds from a low-income minority population. *Journal of Community Health*. Advance online publication. doi:10.1007/s10900-009-9164-6
- Hamilton, B. E., Martin, J. A., & Ventura, S. J. (2007). Births: Preliminary data for 2006. *National Vital Statistics Reports*, 56(7). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hauck, F. R., Omojokun, O. O., & Siadat, M. S. (2005). Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*, 116, e716–e723. doi:10.1542/peds.2004-2631

- Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2009). Mental disorders in self-cutting adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44, 464–467. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.10.003
- Knudtson, M., Tiso, S., & Phillips, S. (2009). Human papillomavirus and the HPV vaccine: Are the benefits worth the risks? *Nursing Clinics of North America*, 44(3), 293–299. doi:10.1016/j.cnur.2009.06.005
- Laukkanen, E., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylma, J., Tolmunen, T., & Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 44(1), 23–28. doi:10.1007/s00127-008-0398-x
- Lee, Y. S. (2009). Consequences of childhood obesity. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 38(1), 75–77.
- Leonardi-Bee, J., Smyth, A., Britton, J., & Coleman, T. (2008). Environmental tobacco smoke and fetal health: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition*, 93(5), F351–61. doi:10.1136/adf.2007.133553
- Liljestrom, B., Tuomi, T., Isomaa, B., Sarelin, L., Aktan-Collan, K., & Kaariainen, H. (2007). Adolescents at risk for MODY3 diabetes prefer genetic testing before adulthood. *Diabetes Care*, 30, 1571–1573.
- Merksy, J. P., Berger, L. M., Reynolds, A. J., & Gromoske, A. N. (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: A longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 14(1), 73–88. doi:10.1177/1077559508318399
- Murray, R. B., Zentner, J. P., & Yakimo, R. (2009). *Health promotion strategies through the life span* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Olsen, E. M. (2006). Failure to thrive: Still a problem of definition. *Clinical Pediatrics (Phila.)* 45(1), 1–6. doi:10.1177/000992280604500101
- Olsen, E. M., Petersen, J., Skovgaard, A. M., Weile, B., Jorgensen, T., & Wright, C. M. (2007). Failure to thrive: The prevalence and concurrence of anthropometric criteria in a general infant population. *Archives of Disease in Childhood*, 92, 109–114. doi:10.1136/adf.2005.080333
- Piaget, J. (1966). *Origins of intelligence in children*. New York, NY: W. W. Norton.
- Pogodina, C., Brunner Huber, L. R., Racine, E. F., & Platonova, E. (2009). Smoke-free homes for smoke-free babies: The role of residential environmental tobacco smoke on low birth weight. *Journal of Community Health*, 34, 376–382.
- Rasmussen, C., Andrew, G., Zwaigenbaum, L., & Tough, S. (2008). Neurobehavioural outcomes of children with fetal alcohol spectrum disorders: A Canadian perspective. *Paediatric Child Health*, 13(3), 185–191.
- Reuter-Rice, K. (2008). Male adolescent bullying and the school shooter. *Journal of School Nursing*, 24, 350–359. doi:10.1177/1059840508324577
- Ross, S., Heath, N. L., & Toste, J. R. (2009). Eating disorders related to non-suicidal self injury (cutting). *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 83–92. doi:10.1037/a0014826

- Schmitt, B. D. (2008). *Pediatric telephone protocols: Office version* (12th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Sexton, S., & Natale, R. (2009). Risks and benefits of pacifiers. *American Family Physician*, 79, 681–685.
- Sigel, E. (2008). Eating disorders. *Adolescent Medicine State of the Art Review*, 19(3), 547–572.
- Smith, L. M., Lagasse, L. L., Derauf, C., Grant, P., Shah, R., Arria, A., . . . Lester B. M. (2008). Prenatal methamphetamine use and neonatal neurobehavioral outcome. *Neurotoxicology Teratology*, 30(1), 20–28. doi:10.1016/j.ntt.2007.09.005
- Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Belfort, M. B., Kleinman, K. P., Oken, E., & Gillman, M. W. (2009). Weight status in the first 6 months of life and obesity at 3 years of age. *Pediatrics*, 123, 1177–1183. doi:10.1542/peds.2008-1149
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010: Objectives for improving health. Part B: Focus area 16. Maternal, infant, and child health*. Retrieved from http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume2/16MICH.htm#_Toc494699663
- U.S. Department of Health and Human Services. (2009). *Developing healthy people 2020: 2009 draft objectives*. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/hp2020/objectives/files/Draft2009Objectives.pdf>
- Venes, D. (Ed.). (2009). *Taber's cyclopedic medical dictionary* (21st ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Vennemann, M. M., Bajanowski, T., Brinkmann, B., Jorch, G., Yucesan, K., Sauerland, C., & Mitchell, E. A.;
- German SID Study Group. (2009). Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*, 123, e406–410. doi:10.1542/peds.2008-2145
- Ventura, S. J., Abma, J. C., Mosher, W. D., & Hanshaw, S. K. (2008). Estimated pregnancy rates by outcome for the United States, 1990–2004. *National Vital Statistics Reports*, 56(15). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Wang, J., Iannotti, R. J., & Nansel, T. R. (2009). School bullying among adolescents in the United States: Physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health*, 45, 368–375. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.03.021
- Wigle, D. T., Arbuckle, T. E., Turner, M. C., Berube, A., Yang, Q., Liu, S., & Krewski, D. (2008). Epidemiologic evidence of relationships between reproductive and child health outcomes and environmental chemical contaminants. *Journal of Toxicology and Environmental Health. Part B, Critical Reviews*, 11(5–6), 373–517. doi:10.1080/10937400801921320
- Williams, K. A., & Bydalek, K. A. (2007). Adolescent selfmutilation: Diagnosis & treatment. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(12), 19–23.
- World Health Organization. (2009). *WHO Child Growth Standards*. Retrieved from <http://www.who.int/childgrowth/en>

- Dubowitz, L. M. S., & Dubowitz, V. (1977). *Gestational age of the newborn*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- McKinney, E. S. (2009). *Maternal-child nursing* (3rd ed.). St. Louis, MO: W. B. Saunders/Elsevier.
- Michelson, K. N., & Steinhorn, D. M. (2007). Pediatric end-of-life issues and palliative care. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 8 (3), 212–219. doi:10.1016/j.cpem.2007.06.006
- Simpson, K. R., & Creehan, P. A. (2008). *AWHONN'S perinatal nursing* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Steinbrenner, S. Y. (2010). Concept analysis of community violence: Using adolescent exposure to community violence as an exemplar. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 4–7. doi:10.3109/01612840903200050
- Yosef, A. R. (2008). Health beliefs, practice, and priorities for health care of Arab Muslims in the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 19, 284–289. doi:10.1177/1043659608317450

თაპი 18

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ახალგაზრდებსა და ახალგაზრდა ზრდასრულებში

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. სხვადასხვა თაობების ერთმანეთთან შედარება;
2. ახალგაზრდებისა და ახალგაზრდა ზრდასრულების ფიზიკური განვითარების აღწერა;
3. ფსიქო-სოციალური განვითარების მახასიათებლების იდენტიფიცირება ახალგაზრდა და შუა ასაკში;
4. მოზრდილობის ხანის კოგნიტიური განვითარების აღწერა;
5. მორდილი ადამიანის მორალური განვითარების თავისებურებების აღწერა კოლბერგის თეორიის შესაბამისად;
6. სულიერი განვითარების აღწერა ფლოვერის თეორიის შესაბამისად;
7. მოზარდობის ასაკთან ასოცირებული ჯანმრთელობის დამაზიანებელი რისკ-ფაქტორების დახასიათება;
8. ახალგაზრდა და ახალგაზრდა ზრდასრულების განვითარების შეფასება;
9. ჯანსაღი ცხოვრების ხელშეწყობ საკითხებზე სხვადასხვა მაგალითის ცოდნა;

მოზარდის განვითარების ფაზა მოიცავს პერიოდს (პუბერტული) მოზარდობის დასრულებიდან სიკვდილამდე. ამიტომაც განსხვავებას ვხედავთ ახალგაზრდა მოზარდისა და უფრო ასაკოვანი მოზარდის განვითარებას შორის. მოწიფულობის ხანა ხშირად დაყოფილია სამ ფაზად: ახალგაზრდა მოწიფულობა, შუა მოწიფულობა და გვიანი მოწიფულობა.

ახალგაზრდა ზრდასრულად მიჩნეულია 20-40 წლამდე ასაკის ადამიანები, შუა ასაკის ზრდასრულებად ითვლებიან 40-65 წლამდე.

ზრდასრული ადამიანის ასაკობრივი ინტერვალი შედგება სამი განსხვავებული თაობისგან: „პატარა თაობა“ (დაბადებულნი 1945-1964 წწ), „თაობა X“ (დაბადებულნი 1965-1978 წწ), „თაობა Y“ (დაბადებულნი 1979-2000 წწ). თითოეული ეს კონტიგენტი თავისი ცხოვრებისეული გამოცდილებითა და მსოფლმხედველობით განსხვავდება ერთმანეთისგან. ამ თვალთახედვით გაუგებარია, თაობათა შორის განსხვავება უდებს

სათავეს განვითარების ახალი თეორიებს თუ სწორედ განსხვავებები წარმოადგენს თაობების ინდივიდუალიზმსა და ღირებულებებს.

„პატარა თაობის“ წარმომადგენლები ხასიათდებიან ინდივიდუალური ხედვით, მიჰყვებიან სამუშაოთი დაკავებული ადამიანის ტენდენციას, გამოირჩევიან ლოიალობითა და ერთგულებით. „თაობა X“ ჩამოყალიბდა ორი ტიპის მუშათა კლასად. არ იზიარებენ საერთო ღირებულებებს, არიან უფრო მეტად სკეპტიკოსები, ეწინააღმდეგებიან ხელისუფლებას, მაგრამ სიამოვნებას ანიჭებთ გამოწვევების, შესაძლებლობებისა და პრობლემების კრეატიულად გადაჭრა. „თაობა Y“-ის წარმომადგენლები არიან ტექნოლოგიებში განაფულნი და მოსწონთ საზოგადოების მხრიდან თავიანთი ძალების აღიარება.

თითოეული განვითარების სტადია მოიცავს ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, კოგნიტურ, მორალურ და სულიერ ასპექტებს. აღნიშნულ თავში ასევე განხილულია ჯანმრთელობის პრობლემები და მათი განსაზღვრება.

ახალგაზრდა ზრდასრული (20-40 წლამდე)

ასაკი, როდესაც პიროვნება მოიაზრება ზრდასრულად, დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ არის ახსნილი მოწიფულობა სოციალურ კონტექსტში.

ფიზიკური განვითარება

ადამიანის სხეული ყველაზე ქმედით ფუნქციონირებას განიცდის 25 წლის ასაკში. კუნთოვანი სისტემა კარგად არის განვითარებული და კოორდინირებული. ეს ის პერიოდია, როცა სხეულის ყველა სისტემა (გულ-სისხლძარღვთა, ვიზუალური, სმენის ორგანოები და სქესობრივი) ფუნქციონირების პიკს აღწევს. სწორედ ამიტომ, ისინი იმყოფებიან სხეულებრივი დაზიანების მაღალი რისკის ქვეშ, თუმცა ფიზიკური ცვლილება მინიმალურია ამ სტადიაში, წონა და კუნთოვანი მასა კი შეიძლება შეიცვალოს დიეტისა და ვარჯიშის შედეგად. ახალგაზრდა მოზარდები თავიანთი დამოკიდებულებითა და ქცევით ჯანმრთელობის შედეგებს უკვე შუა და გვიანი მოზარდობის ხანაში იღებენ.

ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ცვლილებები განსაკუთრებით თავს იჩენს ორსულობისა და ქალებში, რომლებიც ლაქტაციის პერიოდში არიან.

ფსიქო-სოციალური განვითარება

მინიმალური ფიზიკური ცვლილებების საპირისპიროდ დიდი ფსიქო-სოციალური განვითარება ხდება მოზარდებში. ჩანართი 18-1 მიმოიხილავს ამ ფსიქო-სოციალურ განვითარებას ფროიდისა და ერიქსონის მიხედვით. განვითარების ფუნდამენტი მდგომარეობს მჭიდრო კავშირში ან ახლო მეგობრობაში. მყარი თვითდამკვიდრების გრძნობა და შემდეგ სხვებთან სიყვარულის, ინტიმური ურთიერთობის მიღწევა წარმოადგენს სწორედ გასაღებს.

ჩანართი 18-1 ფსიქო-სოციალური განვითარება – ახალგაზრდა ზრდასრული

ახალგაზრდა ზრდასრული:

- ფროიდის მიხედვით, აღნიშნული ასაკი მიეკუთვნება გენიტალურ სტადიას, რადგან მთელი ენერგია მიმართულია სქესობრივი ურთიერთობების ჩამოყალიბებაზე;
- ერიკსონის მიხედვით, ახალგაზრდა ზრდასრული არის იზოლაციის ფაზაში;
- რ.ჰევიგარსტის მიხედვით განვითარების მიხედვით არსებული ქმედებებია:
 - სქესობრივი პარტნიორის შერჩევა;
 - პარტნიორთან ერთად ცხოვრების სწავლა;
 - ოჯახის შექმნა;
 - შვილების აღზრდა;
 - სახლის საქმეების მართვა;
 - სამსახურის დაწყება;
 - სამოქალაქო პასუხისმგებლობის აღება;
 - საკუთარი თავის მსგავსი სოციალური ჯგუფის პოვნა;
- ნელსონისა და ბარის მიხედვით ახალგაზრდა ზრდასრული აკმაყოფილებს შემდეგ მახასიათებლებს (2005):
 - მშობლებისგან დამოუკიდებლად ცხოვრება;
 - საკუთარი შესაძლებლობების იდენტიფიცირება;
 - საკუთარი თავის შეცნობა;

ხანგრძლივი პარტნიორის არჩევა და შვილოსნობა დამოკიდებულია სწორედ წარმატებულ ინტიმურ შეთანხმებებზე. ახალგაზრდები მრავალ ახალ გამოცდილებას და ცვლილებებს ეჯახებიან, როდესაც მათში ილვიძებს დედობრივი ინსტინქტები. ისინი აკეთებენ არჩევანს განათლებასა და სამსახურის შორის, ასევე გათხოვებასა და მართოხელა დედობაზე, დამოუკიდებელ ცხოვრებასა და ბავშვების აღზრდაზე.

სოციალურ პასუხისმგებლობას ასევე მიეკუთვნება ახალი მეგობრობის ფორმირება და საზოგადოებრივ აქტივობებში ჩართვა. ბევრ ახალგაზრდას გადატანილი აქვს მშობლების განქორწინების სტრესი და დედინაცვალთან ან მამინაცვალთან ცხოვრება. მათ მძიმე ტვირთად აწევთ განქორწინებულ მშობლებს შორის ყოფნა.

პროფესიული არჩევანი და განათლება განუყოფელ ცნებებად რჩება, განათლება ახდენს გავლენას პროფესიულ შესაძლებლობებზე, სწორედ განათლება აუშკობესებს სამსახურეობრივ მდგომარეობას, რაც თავისთავად ზრდის ეკონომიკურ სტაბილურობას. ქალები თავიანთი ფუნქციის ცვლილებებთან ერთად აქტიურად ჩაებნენ კარიერის შექმნასა და მოქალაქეობრივ ვალდებულებებთან ერთად ირგებენ მეუღლისა და დედის როლს. ზოგიერთი ქალი კი უბრალოდ საჭიროებების გამო მუშაობს (**სურათი 18-1**)



სურათი 18-1 ბევრი ახალგაზრდა ქალი აქტიურ კარიერას უთავსებს ბავშვის აღზრდას.

ახალგაზრდებისთვის მარტოხელად დარჩენა უფრო და უფრო მიმზიდველი ხდება. ბევრი მათგანი ირჩევს მარტო ყოფნას, რათა მიიღონ განათლება და თავისუფლად აირჩიონ პროფესია. ზოგიერთი დასაოჯახებელი ირჩევს პარტნიორს და მასთან ერთად ინაწილებს საყოფაცხოვრებო ხარჯებს. განსხვავებული ორიენტაციის მქონე ზოგიერთი პირი ცხოვრობს ლეგალურად პარტნიორთან, როგორც ქორწინებაში მყოფი და არ მიიჩნევს თავს მარტოხელად. მიუხედავად იმისა, რომ არატრადიციული ცხოვრების სტილი უფრო და უფრო მისაღები ხდება საზოგადოებაში, ასეთმა დამოკიდებულებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს სოციალურ წნეხს, რაც თავისთავად გამოიწვევს სტრესულ შედეგებს. მოზარდების მრავალმხრივმა როლმა (მოქალაქე, მუშა, მესაკუთრე, მეუღლე, ქალიშვილი/ვაჟიშვილი, და/ძმა, მშობელი, მეგობარი და ა.შ.) შეიძლება გამოიწვიოს როგორც კონფლიქტური სიტუაცია, ასევე სტრესი.

კოგნიტური განვითარება

ახალგაზრდა მოზარდებს შეუძლიათ აბსტრაქტული და ლოგიკური ამოცანების, მაგალითად, მათ შესწავთ უნარი შექმნან თეორიები იმაზე თუ რა მოხდება ფაქტების დადასტურებით და არ გააჩნიათ მცდარი მოქმედებები.

ბოლო დროს, მკვლევარები ვარაუდობენ, რომ პიაჟეს ფორმალური ოპერაციების სტადია არ არის პიროვნების განვითარების ბოლო სტადია. ზოგიერთმა მათგანმა შემოგვთავაზა პოსტფორმალური მდგომარეობა, რომელიც ფორმალური ოპერაციების მომდევნო ეტაპია. ეს სტადია მოიცავს კრეატიულობას, ინტუიციას და უნარს – მიღებული ინფორმაცია დაუკავშიროს სხვა ამრებს. პოსტფორმალური იდეის მიმდევრები აღიარებენ ცოდნის დროებით ან პირობით ბუნებას. ამ სტადიაში მყოფებს შეუძლიათ განავითარონ აბსტრაქტული ხედვა პრაქტიკულ მსჯელობამდე. მათ სჯერათ, რომ პრობლემების უმრავლესობას ერთზე მეტი გამომწვევი მიზეზი აქვს და, შესაბამისად, გამოსავალიც. მათ შეუძლიათ ლოგიკურთან ერთად ემოციური არგუმენტების მოყვანა, ხოლო მედიტაცია და სხვა სახის პრაქტიკა ხელს უწყობს პოსტფორმალური მოაზროვნის ჩამოყალიბებას.

მორალური განვითარება

ახალგაზრდებს, რომელთაც გავლილი აქვთ განვითარების კოლბერგისეული თეორიის სტადია, გადადიან პოსტკონვენციურ დონეზე. ამ დროს პიროვნებას შეუძლია განაცალკევოს „მე“-ს ცნება სხვათა მოლოდინებისგან, წესებისგან და ზნეობა განიხილოს ინდივიდუალური პრინციპების დონეზე. როდესაც პიროვნება ეწინააღმდეგება საზოგადოებრივ წესს ან კანონს, ისინი საკუთარი პრინციპების მიხედვით მსჯელობენ. მაგალითად, თუ პიროვნება ხშირად არღვევს კანონს და უერთდება საპროტესტო აქციებს გარეულ ცხოველებზე ნადირობის წინააღმდეგ, სჯერა რომ ველური სამყაროს დაცვის ინსტიტუტი ამართლებს მის საპროტესტო ქმედებას. ასეთი სახის ქცევას უწოდებენ პრინციპულ არგუმენტს. გილიგანი ამტკიცებს, რომ როცა ადამიანები აღწევენ ახალგაზრდა მოზარდობის ხანას, ქალები და კაცები განსხვავებულად განსაზღვრავენ მორალურ პრობლემებს. კაცები მორალურ პრობლემებს განიხილავენ როგორც წესებსა და უფლებებს, ხოლო ქალები კი პრობლემებს მიიჩნევენ როგორც მოვალეობას და ტკივილის თავიდან არიდების საშუალებას.

სულიერი განვითარება

ფოულერის მიხედვით პიროვნება 18 წლის შემდეგ აღწევს ინდივიდუალიზმს. ამ დროს ინდივიდუალიზმი ემყარება რეალობას. ბავშვობაში მიღებული რელიგიური სწავლება შეიძლება მიიღოს ან გადააფასოს. მიურეის აზრით, ახალგაზრდა მოზარდი ეძებს ახალ კავშირებს სხვებთან, ბუნებასთან, სამყაროსთან.

ჯანმრთელობის რისკები

ახალგაზრდა მოზარდობის ხანა ბევრი რისკის შემცველია ჯანმრთელობის მხრივ, ამ ასაკში ხშირია სხეულის დაზიანება, ძალადობა, თვითმკვლელობა, ჰიპერტონული დაავადება, ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის ბოროტად გამოყენება, სქესობრივი გზით მიღებული ინფექციები, არაჯანსაღი კვება და გარკვეული სახის უარყოფითი ფაქტორები. ზოგიერთი მათგანი, როგორიცაა ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის ბოროტად გამოყენება შეიძლება აღმოიფხვრას ისეთი ქცევით, რომელიც უკავშირდება შესაფერის განათლებას ან სხვა რაიმე სახის პრევენციულ სტრატეგიებს.

სხეულის დაზიანება და ძალადობა

სხეულის დაზიანებისგან მიღებული უეცარი სიკვდილიანობის გამომწვევი მიზეზები განსხვავებულია სხვადასხვა ეთნიკური წარმომავლობის ჯგუფებს შორის. სიკვდილიანობის გამომწვევ მიზეზად სხეულის დაზიანება უფრო ხშირად გვხვდება 1-44 წლამდე ადამიანებში. ექთნის მთავარი დანიშნულებაა მოზარდის ინფორმირებულობა უსაფრთხოების ზომებსა და პრევენციებზე.

ძალადობა იმატებს მსოფლიო მასშტაბით, ახალგაზრდობა წარმოადგენს ძალადობის მსხვერპლსა და დამნაშავეებსაც. სიკვდილიანობის გამომწვევ მიზეზებს შორის მკვლე-

ლობა ერთ-ერთი ხშირია 15-დან 24 წლამდე მოზარდებში. მოხუცები, ქალები და ბავშვები, როგორც ფიზიკური, ასევე სექსუალური ძალადობის მსხვერპლები ხდებიან.

ძალადობის სხვა შემთხვევებად წარმოდგენილია სამსახურეობრივი ძალადობა, შემთხვევითი სროლა ან თვითმკვლელობა.

ოჯახური ძალადობა, რომელსაც ინტიმურ პარტნიორზე ძალადობასაც უწოდებენ, მოიცავს როგორც ფიზიკურ, ასევე არა ფიზიკურ ზეწოლას, მათ შორის ემოციურ, ფსიქოლოგიურ, ეკონომიკურ და სოციალურ ძალადობასაც. ადრინდელმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ქალები არიან ძირითადად მსხვერპლნი, ხოლო კაცები კი დამნაშავეები. ახლანდელი კვლევები კი ცხადყოფს, რომ ძალადობრივი დანაშაული სქესთა შორის გათანაბრდა. ქალები ისევე ხშირად მიმართავენ ძალადობას, როგორც კაცები. ეს უკანასკნელნი არ აღიარებენ ჩაგვრას დისკრიმინაციის გამო. ექთანს აქვს დიდი პასუხისმგებლობა განაცხადოს პარტნიორზე ძალადობის შემთხვევის არსებობის შესახებ და აღმოუჩინოს დახმარება დაზარალებულს. ინფორმაციის მიღება დაზარალებული ქალებისგან რთულია, მათი სირცხვილის ან შიშის გამო. ექთანმა ფრთხილად უნდა შეარჩიოს კითხვები, რათა დაზარალებულმა იგრძნოს მზრუნველობა და დახმარების სურვილი.

ძალადობის აღმოფხვრა შეიძლება გამოვლინდეს პრევენციის პირველ, მეორე და მესამე დონეზე. ამგვარად, ძალიან მნიშვნელოვანია რომ ექთანი ფლობდეს ინფორმაციას შესაბამისი სოციალური სამსახურების შესახებ, რომლებიც პასუხისმგებლები არიან ძალადობის იდენტიფიცირებასა და რეაგირებაზე.

თვითმკვლელობა

ახალგაზრდა ასაკში სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლის გამომწვევი მიზეზია თვითმკვლელობა. იგი ხშირად გამოწვეულია უბედური შემთხვევებით, პარტნიორთან, მშობლებთან პრობლემური ურთიერთობით, სამსახურეობრივ-აკადემიური ან ფინანსური მარცხით. ზოგადად, ახალგაზრდებში თვითმკვლელობის მცდელობის მიზეზი ისაა, რომ მათ არ შესწევთ ძალა დაძლიონ ეს წნეხი და პასუხისმგებლობის ტვირთი.

ექთნის როლი თვითმკვლელობის პრევენციისთვის მდგომარეობს იმაში, რომ მან გამოავლინოს ის ქცევები, რაც მიუთითებს შესაძლო პრობლემებზე, როგორიცაა, დეპრესია, სხვადასხვა ფიზიკური ჩივილი, მათ შორის წონაში დაკლება, უძილობა, საჭმლის მომნელებელი სისტემის დარღვევა, დაქვეითებული მოტივაცია და ინტერესი. ასეთი სიმპტომების აღმოჩენის შემთხვევაში მოზარდმა უნდა მიმართოს სპეციალისტს ან კრიზისის ცენტრს. ექთანს შეუძლია შეამციროს თვითმკვლელობის შემთხვევები საგანმანათლებლო პროგრამებში მონაწილეობით, რომელთა საშუალებითაც მოხდება ინფორმაციის დაგროვება თვითმკვლელობის ადრეული ნიშნების შესახებ.

ჰიპერტენზია

ჰიპერტენზიის ძირითადი გამომწვევი მიზეზები უცნობია ახალგაზრდა ზრდასრულებში, თუმცა, ბიოლოგიურ მექანიზმებსა და ერთად მისი გამომწვევი ფაქტორებია თამბაქოს მოხმარება, სიმსუქნე, მკაცრი დიეტა და სტრესი. ჰიპერტონია წარმოადგენს

გულის ქრონიკული დაავადებების რისკ-ფაქტორს, ამიტომაც ურჩევენ ახალგაზრდებს ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ შეამოწმონ სისხლის წნევა ჰიპერტონიის გამოსავლენად.

ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის ბოროტად გამოყენება

ალკოჰოლი და ნარკოტიკი წარმოადგენს უმთავრეს რისკს მოზარდებისთვის. ალკოჰოლის, მარიხუანას, ამფეტამინის და კოკაინის დამახასიათებელი თვისებაა, რომ ახალგაზრდები თავს გრძნობენ ძალიან კარგად, რაც იწვევს მათზე დამოკიდებულებას. ხანგრძლივმა მოხმარებამ შეიძლება განაპირობოს ფიზიკური და ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება, რომელიც სერიოზულად აზიანებს ჯანმრთელობას. მაგალითად, ნარკოტიკის გამოყენება ორსულობის დროს იწვევს ფატალურ შედეგებს, ხანგრძლივი ალკოჰოლის მოხმარება კი – ღვიძლის ციროზს ან საყლაპავი მილის კიბოს.

საექთნო მართვა, ნარკოტიკის მოხმარებასთან დაკავშირებით, მოიცავს სწავლებას იმ სირთულეებზე რასაც იწვევს ნარკოტიკი, ასევე დამოკიდებულების შეცვლასა და კონსულტაციებს შესაძლო პრობლემებზე. ადრეული გამოვლენა კი შეიძლება დაეხმაროს ექთანს განსაზღვროს პრობლემის სიმძიმე და აღმოუჩინოს დროული დახმარება.

თამბაქოს მოხმარება არის მეორე პრობლემა, რომელიც იწვევს ფილტვის კიბოს ან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებს. ექთანს შეუძლია შემდეგნაირად დაეხმაროს პაციენტს:

1. მიბაძვის მაგალითით როგორც არამწეველი;
2. მიანოდოს ინფორმაცია თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებულ საფრთხეებზე;
3. თამბაქოს მოხმარება გამოაცხადოს მიუღებლად, მაგალითად, გამოაკრას ოფისებში მოწვევის სანინააღმდეგო აბრები;
4. შესთავაზოს პაციენტს ჯანსაღი ცხოვრების წესის მეთოდები.

ექთანს შეუძლია ასევე ხელი შეუშალოს თამბაქოსთან დაკავშირებულ მარკეტინგულ კამპანიებს, რომელთა სამიზნეს სწორედ მოზარდები წარმოადგენენ. თამბაქოს მწარმოებელი კომპანიები თავიანთი მანიპულაციებით, როგორიცაა პიტნის არომატის სიგარეტი, ახერხებენ ახალგაზრდა მოზარდი მწვევლების მოხიბვლას. ექთანს შეუძლია დაეხმაროს ახალგაზრდებს, გააცნობიერონ და შეენინააღმდეგონ ამ მარკეტინგულ ძალისხმევას.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები

ახლგაზრდა მოზარდებში გავრცელებულია ძირითადად გენიტალური ჰერპესი, შიდსი, სიფილისი და გონორეა. ქლამიდია ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ინფექციაა. სხვა ინფექციები, როგორიცაა, გონორეა, ანტიბიოტიკებით მკურნალობას ექვემდებარება, თუმცა მაინც დიდ რისკს წარმოადგენს ჯანმრთელობისთვის. ექთნის

ფუნქცია მდგომარეობს ინფორმაციის მიწოდებაში, კერძოდ, კონტრაცეფციის გამოყენება საგრძნობლად ამცირებს ინფიცირების რისკს, ასევე ამ დაავადების სიმპტომების ცოდნა ეხმარება პაციენტებს მიიღონ დროული მკურნალობა. მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა დაიცვას კონფიდენციალობა.

კვებითი დაავადებები

ბევრი მოზარდი ებრძვის სიმსუქნეს. ექთანს სჭირდება განსაზღვროს კვებასთან დაკავშირებული კონცეფცია და პაციენტთან ერთად შეიმუშაოს დიეტისა და ვარჯიშის შესაფერისი გეგმა. კვებით საჭიროებაში შედის ქალებისთვის კალციის მიღება ორსულობის დროს.

ავთვისებიანი დაავადებები

სათესლე ჯირკვლების კიბო ყველაზე გავრცელებულია 15-35 წლამდე კაცებში. ამერიკის კიბოს საზოგადოება რეკომენდაციას აძლევს კაცებს, რომ გაიარონ ყოველწლიური სკრინინგი, ხოლო მათ ვისაც გააჩნიათ რისკ-ფაქტორები, ყოველთვიურად ჰქონდეთ კონსულტაციები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმთან.

ქალებში სიკვდილობის მეორე მთავარი გამომწვევი მიზეზი სარძევე ჯირკვლის კიბოა. სიკვდილიანობა საგრძნობლად შემცირდა 50 წლამდე ასაკის ქალებში. ეს კი გამოიწვია ცნობადობის გაზრდამ აღნიშნულ პათოლოგიაზე. იმისთვის რომ, თავიდან ავიცილოთ ძუძუს კიბო, უნდა მივმართოთ შემდეგ ზომებს:

1. 20 წლის ასაკიდან ქალებმა დაიწყონ ძუძუს მანუალური თვით-გასინჯვა;
2. 20-დან 30 წლამდე ყოველ 3 წელიწადში ერთხელ ყველა ქალს უნდა ჩაუტარდეს ძუძუს შეფასება ექიმის მიერ, ხოლო 40 წლის შემდეგ ყოველწლიურად;
3. მაღალი რისკის ჯგუფის ქალებმა ყოველ წელს უნდა გაიკეთონ MRI (მაგნიტორეზონანსული) კვლევა და მამოგრაფია;
4. 40 წელს და ზემოთ მიღწეულმა ქალებმა უნდა ჩაიტარონ სკრინინგული მამოგრაფია ყოველწლიურად.

ახალგაზრდა მოზარდმა ქალებმა უნდა ჩაიტარონ საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი, კიბოსგან თავის არიდების მიზნით, რომელსაც იწვევს პაპილომა ვირუსი. პაპ ტესტი სწორედ ის საშუალებაა, რომლის დახმარებითაც ვლინდება ზემოთ აღნიშნული სიმსივნე. ექთანმა უნდა გამოავლინოს ის მაღალი რისკ-ფაქტორები, რაც იწვევს საშვილოსნოს ყელის სიმსივნეს. ესენია: სექსუალური აქტიურობა ადრეულ ასაკში, მრავალრიცხოვანი პარტნიორი, სიფილისის ანამნეზი, გენიტალური ჰერპესი და ტრიქომონული ინფექცია. ყველა ახალგაზრდისთვის ხელმისაწვდომია ეს გამოკვლევები, რომელსაც უნდა მიმართონ 21 წლის შემდეგ.

ჯანმრთელობის შეფასება და ხელშეწყობა

ახალგაზრდა ზრდასრულებს ყოველთვის აინტერესებთ საკუთარი ჯანმრთელობის სტატუსი. , მიუხედავად ამისა, ძირითადი ჯანმრთელობის დაზიანება სწორედ 20-დან 40 წლამდე პერიოდში ხდება. ჩანართი 18-2 წარმოდგენილია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის გზამკვლევი ახალგაზრდა მოზრდილებისთვის.

ჩანართი 18-2 ჯანმრთელობის ხელშეწყობის გზამკვლევი ახალგაზრდა მოზრდილებისთვის

ჯანმრთელობის ტესტები და სკრინინგი

- რუტინული ფიზიკალური გამოკვლევები (3 წლის განმავლობაში ერთხელ ქალებისთვის, ხოლო კაცებისთვის ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ);
- იმუნიზაცია, საჭიროებისამებრ, როგორიცაა ტეტანუს დიფტერიის აცრა ყოველ 10 წელიწადში ერთხელ, მენინგოკოკური ვაქცინა, თუ არ არის მიღებული ადრეულ ასაკში, ასევე B ჰეპატიტის ვაქცინა;
- პაპილომა ვირუსის ვაქცინის მიღება 26 წლის ზემოთ ქალებში, ვისაც არ აქვს მანამდე ჩატარებული ვაქცინაცია;
- სტომატოლოგთან რეგულარული ვიზიტი (ყოველ 6 თვეში);
- მხედველობისა და სმენის პერიოდული სკრინინგი;
- სარძევე ჯირკვლის პროფესიონალური შეფასება პერიოდულად 1- 3 წელში ერთხელ;
- სექსუალური ცხოვრების დაწყებისთანავე ნაცხის ანალიზი ყოველწლიურად;
- სათესლეების გამოკვლევა ყოველ წლიურად;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების სკრინინგი (ქოლესტეროლის დონის განსაზღვრა 5 წელიწადში ერთხელ, იმ შემთხვევაში თუ შედეგები ნორმალურია, სისხლის წნევის მონიტორინგი, პირველადი ექოკარდიოგრაფია 35 წლის ასაკში);
- ტუბერკულოზის ტესტის ჩატარება ყოველ 2 წელში ერთხელ;
- საჭიროებისამებრ, თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით კონსულტაცია;

უსაფრთხოების ზომები

- უსაფრთხოების ზომების გათვალისწინება ავტომობილის მართვისას;
- მზისგან დამცავი საშუალებების გამოყენება, საჭიროებისამებრ;
- უსაფრთხო სამუშაო გარემოს შენარჩუნება;
- წყალთან ასოცირებული უსაფრთხოების ზომების მიღება (ღრმა წყალში ცურვის თავის არიდება და ა.შ.);

კვება და ვარჯიში

- რკინის შემცველი საკვების შეტანა დიეტაში;
- კვება და ვარჯიში, რაც თავიდან ააცილებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს;

სოციალური ურთიერთობები

- წაახალისეთ ადამიანთა ურთიერთობები, რომელიც დაეხმარებათ მათ ისაუბრონ თავიანთ გრძნობებსა და შეხედულებებზე;
- მოკლე და გრძელვადიანი მიზნების დასახვა მომავალი კარიერისა და სამსახურის არჩევისას;

შუა ასაკის მოზარდები (40-დან 65 წლამდე)

შუა ასაკს, 40-დან 65 წლამდე, უწოდებენ სტაბილურობისა და კონსოლიდაციის ხანას. უმრავლეს შემთხვევაში ეს ის პერიოდია, როცა შვილები გაზრდილები არიან და დამოუკიდებელ ცხოვრებას იწყებენ. ამგვარად, პარტნიორებს აქვთ უფრო მეტი დრო ერთად ყოფნისთვის (სურათი 18-2).



სურათი 18-2. საშუალო ასაკის მოზარდებს აქვთ დრო, რომ იმოქმედონ ინტერესების შესაბამისად, ვიდრე ბავშვებზე ზრუნვა.

მოწიფულობა ეს ის მდგომარეობაა, როცა ფუნქციები მაქსიმალურად განვითარებულია. ყველა დანარჩენი თვისება მოწიფულობის გამომსახველია. ისინი ბევრ პერსპექტივას იღებენ ცხოვრებისგან და სხვათა შეხედულებების მიმართ მიმღებლები არიან. მოწიფული ადამიანები ახალ გამოცდილებას ეძებენ და განაგრძობენ ზრდას, მათ შეუძლიათ ცვლილებებთან შეგუება. მოწიფული ადამიანები თამამად იღებენ პასუხისმგებლობას და იმავეს ელიან სხვებისგან. ისინი ცხოვრებისეულ სირთულეებს რეალურად უყურებენ, იღებენ გადაწყვეტილებას და პასუხისმგებლობასაც არ გაურბიან.

ფიზიკური განვითარება

40-დან 65 წლამდე ასაკში ბევრი ფიზიკური ცვლილება მიმდინარეობს. როგორც ქალებში, ასევე კაცებში, იკლებს ჰორმონალური პროდუქტიულობა. ტერმინი მენოპაუზა დაკავშირებულია ამ ცვლილებასთან ქალებში, როცა მენსტრუაციული ციკლი წყდება. ეს პროცესი ძირითადად ხდება 40-დან 55 წლამდე. საშუალო ასაკი არის 47. საკვერცხეების აქტიურობა იკლებს, სანამ არ შეწყდება ციკლი. მთავარი სიმპტომებია:

აღები, სიცვიის შეგრძნება, გულისცემის ცვალებადობა; თავს იჩენს უძილობა და თავის ტკივილიც. ფსიქოლოგიურად, მენოპაუზა შეიძლება აღმოჩნდეს გამაღიზიანებელი პროცესი, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ამას თან ერთვის ბავშვის აღზრდა (იხ. ცხრილი 18-1).

ცხრილი 18-1 საშუალო ასაკის მოზარდის ფიზიკური განვითარების ცვლილება	
კატეგორია	განმარტება
შესახედაობა	თმა თხელდება, ჩნდება ჭაღარა. მცირდება: კანის ტურგორი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობა. კანზე ჩნდება ჭორფლი. ცხიმის განაწილება სხეულზე იცვლება და უფრო მეტად კონცენტრირებულია მუცლის არეზე;
საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა	ჩონჩხის კუნთების მასა 60 წლის ზემოთ მცირდება. მალთაშუა დისკები თხელდება. კალციუმი იკარგება ძვლოვანი ქსოვილიდან, განსაკუთრებით, პოსტმენოპაუზურ ქალებში. კუნთები იზრდება მისი გამოყენების პროპორციულად;
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	სისხლძარღვი კარგავს ელასტიურობას და კედელი თხელდება;
მგრძნობელობა	მხედველობის სიმახვილე იკლებს, უმეტესად 40 წლის შემდეგ (პრესბიოპია). სმენის აღქმაც ქვეითდება განსაკუთრებით კაცებში. გემოვნების შეგრძნებაც ქვეითდება
მეტაბოლიზმი	მეტაბოლიზმი ნელდება, რაც ხშირად წონაში მატების მიზეზი ხდება
საჭმლის მომნელებელი სისტემა	მსხვილი ნაწლავის ტონუსი მცირდება, რაც ხშირად კონსტიპაციას იწვევს.
შარდგამომყოფი სისტემა	თირკმელში ნეფრონთა რაოდენობა მცირდება, გლომერულის ფილტრაციის სიჩქარე მცირდება
სქესობრივი ფუნქცია	ჰორმონალური ცვლილებები ხდება, როგორც ქალში ისე კაცში

სექსუალური აქტიურობის მხრივ კაცებში არ შეიმჩნევა არანაირი ცვლილება, თუმცა კლიმაქსი აღნიშნავს სექსუალურ ცვლილებას კაცებში. ანდროგენების დონე ძალიან ნელა იწევს დაბლა.

ფსიქო-სოციალური განვითარება

ერიკსონმა შუა ასაკის ადამიანში ყურადღება გაამახვილა გენერაციის შეწყვეტაზე. ადამიანები 20-დან 30 წლამდე საკუთარი თავისა და ოჯახის ცენტრად იქცევიან, ხოლო შუა ასაკში ისინი თანამშრომლობას იწყებენ სხვებთან. მეუღლეებს უფრო მეტი დრო აქვთ ურთიერთობისთვის, ამგვარად ქორწინება შეიძლება უფრო მიმზიდველი აღმოჩნდეს შუა ასაკში, ვინაიდან პარტნიორები უფრო მეტად ცდილობენ ერთმანეთს ასიაშოვნონ. ამ ასაკში ადამიანი თავს გრძნობს კომფორტულად (ჩანართი 18-3).

ჩანართი 18-3 ფსიქო-სოციალური განვითარება

შუახნის მოზარდი:

- ერიკსონის განვითარების სტადიების მიხედვით, გენერაციის სტადიაშია;
- ჰავიგარსტის მიხედვით არსებობს განვითარების შემდეგი ამოცანები:
- მოზარდის მოქალაქეობრივი და სოციალური პასუხისმგებლობის მიღწევა;
- ცხოვრებისთვის საჭირო ეკონომიკური სტანდარტის შენარჩუნება;
- თინეიჯერი შვილების დახმარება, რათა ჩამოყალიბდნენ პასუხისმგებელ და ბედნიერ ადამიანებად;
- თავისუფალი დროის დატვირთვა აქტივობებით;
- ფსიქოლოგიური ცვლილებების მიღება და შეგუება;
- ასაკოვან მშობლებთან დამოკიდებულება;
- მრავალფეროვან გარემოსთან ურთიერთობის დაბალანსება (მშობლები, შვილები, სამუშაო და ა.შ.);
- სამსახური მთავარი პრიორიტეტია შუახნის ადამიანისთვის;
- სლექტერის მიხედვით, არსებობს დამატებითი განმავითარებელი ამოცანები:
- ინკლუზიურობა სნობიზმის წინააღმდეგ;
- სიამაყე ეწინააღმდეგება დაბრკოლებების გადალახვას;
- პასუხისმგებლობა ეწინააღმდეგება ამბივალენტობას;
- კარიერული პროდუქტიულობა უფრო წინ დგას ვიდრე არასრულწლოვნების შეგრძნება;
- მშობლის მზრუნველობა ჯობნის ეგოიზმს;
- საკუთარი თავის საჭიროება ჯაბნის გაუცხოებას;
- მნიშვნელოვანია პათიოსნების განცდა;

შუა ასაკის პერიოდის დროს უმრავლესობა თანდათანობით არკვევს თავის სხეულში მიმდინარე ცვლილებებს, რომელიც გამოხატავს ასაკობრივ პროცესს. ისინი ჩვეულებრივად იღებენ ასაკს, თუმცა, ზოგიერთი უგულებელყოფს ასაკის მატებას ჩაცმულობით ან ქცევით. შუახნის ადამიანი აღარ ადარებს თავის თავს სხვებს, აღარ გააჩნია სიკვდილის ან სიბერის შიში და ტკება საკუთარი დამოუკიდებელი და თავისუფალი ცხოვრებით. იგი ადგენს ეთიკისა და მორალის სტანდარტს, რაც განსხვავდება სხვათა მორალისგან. რელიგია და ფილოსოფიური შეხედულებები ხდება მნიშვნელოვანი. შუახნის კრიზისი არ არის უნივერსალური, მაგრამ კაცებში მეტად გავრცელებულია.

კოგნიტური განვითარება

კოგნიტური და ინტელექტუალური უნარები ცოტათი იცვლება. კოგნიტური პროცესი მოიცავს რეაქციის დროს, მეხსიერებას, აღქმას, სწავლას, პრობლემების გადაჭრასა და კრეატიულობას. რეაქციის დრო თითქმის იმავე დონეზე რჩება, მეხსიერება და

პრობლემის გადაჭრის უნარი შენარჩუნებულია შუახნის ასაკში. გენეტიკა, გარემო და ინდივიდუალური ფაქტორები განაპირობებს გონებრივ უნარებს, როგორც ახალგაზრდა, ასევე შუახნის ასაკში.

მორალური განვითარება

კოლბერგისეული თეორიის მიხედვით, მოზრდილი ადამიანი კონვენციური დონიდან გადადის პოსტკონვენციურ დონეზე. კოლბერგს სჯერა, რომ პიროვნებას ზნეობრივი არჩევანი და პასუხისმგებლობა უკვე გააჩნია სანამ გადავა პოსტკონვენციურ დონეზე. მე-5 სტადიაზე გადასვლა მოითხოვს, რომ პიროვნებას გააჩნდეს სხვათა უფლებების პრიორიტეტად აღიარების უნარი. კვლევები ადასტურებს, რომ მორალური განვითარება მიმდინარეობს მთელი მოზარდობის პერიოდში და ცოტა მათგანი თუ აღწევს მე-5 სტადიას 40 წლამდე.

სულიერი განვითარება

ფოულერის მე-5 სტადიას, რომელსაც პარადოქსულ-კონსოლიდაციურ სტადიას უწოდებენ, ყველა მოზარდი ვერ აღწევს. ამ დროს პიროვნებას შეუძლია სიმართლის დანახვა სხვადასხვა გადმოსახედიდან. ფოულერის მე-5 სტადია შეესაბამება კოლბერგის მორალური განვითარების მე-5 სტადიას. ფოულერს სწამს, რომ მხოლოდ რამოდენიმე ადამიანი აღწევს ამ მდგომარეობას 30 წლის ასაკის ზემოთ.

შუახნის ასაკში ადამიანებს ნაკლებად სჯერათ რელიგიური დოგმების. ისინი თავს კომფორტულად გრძნობენ რწმენაში. ხშირად მიმართავენ სპირიტუალურ სეანსებს დაავადების, სიკვდილის ან ტრაგედიის თავიდან ასაცილებლად.

ჯანმრთელობის რისკები

ასაკის მატებასთან ერთად ბევრი შუახნის ადამიანის ჯანმრთელობა ირყევა. ჯანმრთელობა ამ ასაკში უფრო უარესდება, ვიდრე ახალგაზრდობაში. ხშირ შემთხვევაში სიკვდილის გამომწვევი მიზეზებია: ავტო-ავარია, სამსახურეობრივი მოვალეობის დროს მიღებული დაზიანებები, ქრონიკული დაავადებები, როგორცაა სიმსივნე და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები. ასაკის მატებასთან ერთად, ჯანმრთელობის პრობლემებს ხშირად იწვევს ცხოვრების არასწორი სტილი, ბუნებრივად განვითარებული სტრესი (მაგ., მენოპაუზა, კლიმაქსი) და სიტუაციიდან მიღებული სტრესი (მაგ., განქორწინება). თამბაქოსა მოხამრებამ და ალკოჰოლის ხშირმა მიღებამ შეიძლება ადამიანს ჩამოუყალიბოს რესპირატორული პრობლემები, ფილტვის კიბო და ღვიძლის დაავადებები. უკონტროლო ჭამამ კი შეიძლება გამოიწვიოს სიმსუქნე, დიაბეტი, ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონია და ა.შ. ამ დაავადებათაგან ბევრი შეიძლება შემცირდეს ჯანმრთელობის

კონტროლითა და ჯანსაღი ცხოვრების წესით. ექთანმა უნდა მიაწოდოს პაციენტებს ინფორმაცია პრევენციულ ზომებზე, რათა თავიდან აირიდონ ან შეამცირონ ამა თუ იმ პრობლემის რისკი.

დაზიანებები

ფიზიოლოგიური ფაქტორების ცვლილებამ, რაც ასევე დაკავშირებულია პიროვნულ და სამსახურეობრივ პასუხისმგებლობასთან, შეიძლება ხელი შეუწყოს დაზიანებების სიხშირეს. ავტოავარია ყველაზე გავრცელებული მიზეზია, რაც იწვევს სიკვდილს ამ ასაკში. დაქვეითებული რეაქცია და ცუდი მხედველობა ხშირად ხდება დაზიანებების მიზეზი. სიკვდილიანობის სხვა გაუთვალისწინებელი შემთხვევებია: დაცემა, ხანძარი, დამწვრობა, მოწამვლა და დახრჩობა.

სიმსივნე

შუახნის პერიოდში სიმსივნე ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიაა. ბოლო ათწლეულების განმავლობაში შეიცვალა კიბოს ტიპები, ქალებსა და კაცებში მისი შემთხვევები. ACS¹ აქვეყნებს, რომ კაცებში დიდი სიხშირით ვლინდება ფილტვის, პროსტატის და მსხვილი ნაწლავის სიმსივნე. ქალებში კი ფილტვის კიბო პირველ ადგილზეა, რასაც მოჰყვება ძუძუსა და მსხვილი ნაწლავის სიმსივნე.

გულ-სისხლძარღვოვანი დაავადებები

ამ ასაკში გულის დაავადება და კიბო სიკვდილის გამომწვევი წამყვანი მიზეზებია. გულის დაავადების რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს: თამბაქოს მოხმარება, სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, ჰიპერლიპიდემია, დიაბეტი, ნაკლებად აქტიური ცხოვრების სტილი, მიკრო ინფარქტი ან უეცარი სიკვდილი (კაცებში 55 წლამდე, ხოლო ქალებში 65 წლამდე). სწორი დიეტა და ფიზიკური აქტივობები გულ-სისხლძარღვთა დაავადების განვითარების მნიშვნელოვან ხელის შემშლელ ფაქტორებს წარმოადგენს.

სიმსუქნე

დაქვეითებული ნივთიერებათა ცვლა და ფიზიკური აქტივობა იწვევს ბევრი კალორიის მიღებას. ექთანმა უნდა მოუწოდოს პაციენტებს, მიიღონ ნაკლები კალორია და ივარჯიშონ რეგულარულად. ასევე უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია, რომ ზედმეტი წონა იწვევს ბევრ ქრონიკულ დაავადებებს, როგორიცაა დიაბეტი, ჰიპერტენზია და ართროზი. პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ წვდომა კვებასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა საინფორმაციო წყაროსთან, რათა შეძლონ ჯანმრთელი დიეტის დაგეგმვა, ასევე უნდა მიიღონ სამედიცინო რჩევები კვებით ცვლილებებთან დაკავშირებით.

¹ <https://www.acs.org/content/acs/en.html>

განვითარების შეფასების გზამკვლევი – საშუალო ასაკის ზრდასრული

ქვემოთ მოცემული განვითარების მიხედვით, აკმაყოფილებს თუ არა ზრდასრული ჩამოთვლილ საკითხებს?

ფიზიკური განვითარება:

- წონის კონტროლი ასაკისა და სქესის შესაბამისად;
- სასიცოცხლო ნიშნები ნორმის ფარგლებში;
- ვიზუალური და სმენითი ორგანოების შეფასება – ნორმის ფარგლებში;
- სქესობრივ ცხოვრებაზე სწორი ცოდნა და დამოკიდებულება;
- შეუძლია კვების, ელიმინაციის და ფიზიკური დატვირთვის სტატუსის ვერბალიზაცია;

ფსიქოსოციალური განვითარება

- ასაკთან შეგუებულია;
- საკუთარ თავს პატივს სცემს;
- თავისუფლებითა და დამოუკიდებლობით ტკბება;
- შეგუებულია ოჯახურ ცვლილებებს (მოხუცი მშობლები, მოზარდობის ასაკის შვილები);
- საკუთარ ინტერესებს ავითარებს პარტნიორთან;
- ცდილობს წარსულში არსებული ინტერესები დაიკმაყოფილოს;
- ჩართულია ალტრუისტულ აქტივობებში;
- შეუძლია ცხოვრების ფილოსოფიურად აღქმა;

ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობები

- მიჰყვება ჯანსაღი ცხოვრების წესს;

ალკოჰოლიზმი

ალკოჰოლის ჭარბმა მოხმარებამ შეიძლება გამოიწვიოს სერიოზული დაზიანებები. ექთანი აწვდის პაციენტს ინფორმაციას ალკოჰოლზე დამოკიდებულებით გამოწვეული საფრთხეების შესახებ.

მენტალური ცვლილებები

სტრეს-ფაქტორები როგორცაა, მენოპაუზა, კლიმაქსი, ასაკი, სამსახურიდან გათავისუფლება, განქორწინება, უმუშევრობა, მეუღლის სიკვდილი, იწვევს გაღიზიანების მომატებასა და დეპრესიას. პაციენტმა შეიძლება მიმართოს სპეციალურ ჯგუფებს ან ინდივიდუალურ თერაპიას.

ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობი გზამკვლევი – საშუალო ასაკის ზრდას- რული

ჯანმრთელობის შესაფასებელი ტესტები და სკრინინგი

- ფიზიკური გამოკვლევა ყოველ 3-5 წელიწადში ერთხელ 40 წლამდე, ხოლო შემდეგ ყოველწლიურად;
- იმუნიზაცია რეკომენდაციების მიხედვით – ტეტანუსის აცრა ყოველ 10 წელში ერთხელ;
- სტომატოლოგთან რეგულარული ვიზიტი;
- თვალის ტონომეტრიული გამოკვლევა ყოველ 2-3 წელში ერთხელ (გლაუკომის დროულად აღმოსაჩენად);
- სარძევე ჯირკვლის ყოველწლიური შეფასება ექიმთან;
- სათესლეების ყოველწლიური გამოკვლევა ექიმთან;
- სკრინინგი გულ-სისხლძარღვთა დაავადების გამოსავლენად;
- სკრინინგი ძუძუს, საშვილოსნოს, საშვილოსნოს ყელის, პროსტატის კიბოს გამოსაკვლევად;
- ტუბერკულოზი სკრინინგი ყოველ 2 წელში ერთხელ;
- თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვა – საჭიროებისას კონსულტაციები სპეციალისტთან;

უსაფრთხოება

- სიფრთხილის დაცვა ავტომობილის მართვის დროს, განსაკუთრებით ღამით;
- შრომის საფრთხოების ზომების დაცვა;
- სახლში უსაფრთხოების ზომების დაცვა: კორიდორისა და კიბის უკრედის განათება, მოაჯირები აბაზანაში, კვამლის დეტექტორი და ხაოიანი ზედაპირების უზრუნველყოფა აბაზანაში;

კვება და ვარჯიში

- დიეტაში პროტეინების, კალციუმისა და ვიტამინი D-ს შეტანა;
- კვებისა და ფიზიკური აქტივობის ფაქტორების გათვალისწინება;
- ვარჯიშის პროგრამა, რაც კოორდინაციას უკეთ ავითარებს;

სოციალური ურთიერთობები

- შუახნის ასაკის ადამიანების ნახალისება, ისაუბრონ თავიანთ გრძნობებზე, შეხედულებებსა და შიშზე;
- დროის გამოყოფა ძველი ინტერესების განვითარებისთვის;
- საპენსიო ასაკში აქტივობების დაგეგმვა, თუ ეს შესაძლებელია;

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Carretta, C. M. (2008). Domestic violence: A worldwide exploration. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(3), 26–34.
- Durkin, A., & O'Connor, L. G. (2009). Preventing unsafe alcohol consumption on the 21st birthday: Roles for nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(5), 28–33.
- Sudheimer, E. E. (2009). Appreciating both sides of the generation gap: Baby boomer and Generation X nurses working together. *Nursing Forum*, 44, 57–63. doi:10.1111/j.1744-6198.2009.00127.x
- Jarvis, C. M., Hayman, L. L., Braun, L. T., Schwartz, D. W., Ferrans, C. E., & Piano, M. R. (2007). Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in alcohol- and nicotine-dependent men and women. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22, 429–435.
- Parker, E. D., Schmitz, K. H., Jacobs, D. R., Dengel, D. R., & Schreiner, P. J. (2007). Physical activity in young adults and incident hypertension over 15 years of follow-up: The CARDIA study. *American Journal of Public Health*, 97, 703–709. doi:10.2105/AJPH.2004.055889
- Patel, V. L., Yoskowitz, N. A., & Kaufman, D. R. (2007). Comprehension of sexual situations and its relationship to risky decisions by young adults. *AIDS Care*, 19, 916–922. doi:10.1080/09540120701203303
- Pletcher, M. J., Bibbins-Domingo, K., Lewis, C. E., Wei, G. S., Sidney, S., Carr, J. J., . . . Hulley, S. B. (2008). Prehypertension during young adulthood and coronary calcium later in life. *Annals of Internal Medicine*, 149, 91–99.
- American Cancer Society. (2009a). American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. Retrieved from http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_2_3X_ACS_Cancer_Detection_Guidelines_36.asp?sitearea_PED
- American Cancer Society. (2009b). Can breast cancer be found early? Retrieved from http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_Can_breast_cancer_be_found_early_5.asp?rnav_cri
- American Cancer Society. (2009c). Can testicular cancer be found early? Retrieved from http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_Can_Testicular_Cancer_Be_Found_Early_41.asp?sitearea_
- American Cancer Society. (2009d). Cancer facts and figures 2009. Retrieved from <http://www.cancer.org/downloads/STT/500809web.pdf>
- American Cancer Society. (2009e). What are the key statistics for breast cancer? Retrieved from http://wwwcancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_are_the_key_statistics_for_breast_cancer_5.asp?sitearea_
- Barber, C. F. (2008). Domestic violence against men. *Nursing Standard*, 22(51), 35–39.
- Belstock, S. A., Connolly, G. N., Carpenter, C. M., & Tucker, L. (2008). *Journal of American College Health*, 56(4), 383–389. doi:10.3200/JACH.56.44.383-390
- Bohnenkamp, S., & Yoder, L. H. (2009). The medicalsurgical nurse's guide to testicular cancer. *MEDSURG Nursing*, 18(2), 116–123.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). CDC fact sheet: Chlamydia. Retrieved from <http://www.cdc.gov/std/Chlamydia/Chlamydia-Fact-Sheet.pdf>
- Dawson, T. L. (2002). New tools, new insights: Kohlberg's moral judgement stages revisited. *International Journal of Behavioral Development*, 26, 154-166. doi:10.1080/01650250042000645
- Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2010). *Health promotion throughout the life span* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York, NY: W. W. Norton.
- Fowler, J. W. (1981). *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. New York, NY: Harper & Row.
- Hamel, H. (2009). Toward a gender-inclusive conception of intimate partner violence research and theory: Part 2— New directions. *International Journal of Men's Health*, 8, 41-59. doi:10.3149/jmh.0801.41
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed.). New York, NY: Longman.
- Knudtson, M. (2009). Human papillomavirus and the HPV vaccine: Are the benefits worth the risks? *Nursing Clinics of North America*, 44, 293-299. doi:10.1016/j.cnur.2009.06.005
- Kreslake, J. M., Wayne, G. F., Alpert, H. R., Koh, H. K., & Connolly, G. N. (2008). *American Journal of Public Health*, 98, 1685-1692. doi:10.2105/AJPH.2007.125542
- Large, M., Smith, G., & Nielssen, O. (2009). The epidemiology of homicide followed by suicide: A systematic and quantitative review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3), 294-306.
- McClendon, D. A., Dunbar, S. B., Clark, P. C., & Coverson, D. L. (2010). An analysis of popular weight loss diet types in relation to metabolic syndrome therapeutic guidelines. *MEDSURG Nursing*, 19(1), 17-24.
- Murphy-Hoefer, R., Hyland, A., & Higbee, C. (2008). Perceived effectiveness of tobacco countermarketing advertisements among young adults. *American Journal of Health Behavior*, 32(6), 725-734.
- Murray, R. B., Zentner, J. P., & Yakimo, R. (2009). *Health promotion strategies through the life span* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Nelson, L. J., & Barry, C. M. (2005). Distinguishing feature of emerging adulthood: The role of self-classification as an adult. *Journal of Adolescent Research*, 20, 242-262.
- Outlaw, M. (2009). No one type of intimate partner abuse: Exploring physical and non-physical abuse among intimate partners. *Journal of Family Violence*, 24, 263-272. doi:10.107/s10896-009-9228-5
- Slater, C. L. (2003). Generativity versus stagnation: An elaboration of Erikson's adult stage of human development. *Journal of Adult Development*, 10, 53-65.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2009). *Developing healthy peo-*

ple 2020. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/hp2020/objectives/files/Draft2009Objectives.pdf>

- Wigman, S. A. (2009). Male victims of former-intimate stalking: A selected review. *International Journal of Men's Health*, 8(2), 101–115. doi:10.3149/jmh.0802.101
- Camden, S. G. (2009). Obesity: An emerging concern for patients and nurses. *Online Journal of Issues in Nursing*, 14(1), Manuscript 1. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No1Jan09/Obesity-An-Emerging-Concern.aspx>
- Colleran, C. (2009). Boomers' addictions present treatment, recovery challenges. *Aging Today*, 30(1), 11–12.
- Durkin, A. (2008). Educating nursing students: About the dangers of drinking games. *Nursing Education Perspectives*, 29(1), 38–41.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York, NY: W. W. Norton.
- Freud, S. (1922). *The ego and the id*. London, UK: Hogarth Press.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hawton, K., & vanHeeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, 1372–1381. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X
- Kohlberg, L. (1971). *Recent research in moral development*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Kohlberg, L. (1981). *The psychology of moral development: Moral stages and the idea of justice*. San Francisco, CA: Harper & Row.
- Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco, CA: Harper & Row.
- Malliarakis, K. D., & Lucey, P. (2007). Social determinates of health: Focus on substance use and abuse. *Nursing Economics*, 25(6), 368–375.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper & Row.
- Piaget, J. (1966). *Origins of intelligence in children*. New York, NY: W. W. Norton.
- Sheehy, G. (1995). *New passages. Mapping your life across time*. New York, NY: Ballantine Books.
- Stevenson, J. S. (1977). *Issues and crises during middlecence*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Straus, H., Cerulli, C., McNutt, L. A., Rhodes, K. V., Conner, K. R., Kemball, R. S., . . . Houry, D. (2009). Intimate partner violence and functional health status: Associations with severity, danger, and self-advocacy behaviors. *Journal of Women's Health*, 18, 625–742.
- Toro, M. C. (2008). Closing in on Chlamydia. *Nursing* 2008, 38(9), 61–63.
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2010). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

თავი 19

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ხანდაზმულებში

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. ასაკობრივი კატეგორიების განსაზღვრა;
2. დაბერების პროცესის აღწერა;
3. გერონტოლოგიისა და გერიატრიის შედარება;
4. ფიზიოლოგიური ცვლილებების აღწერა, რომელიც მიმდინარეობს დაბერების დროს;
5. დაბერების დროს მიმდინარე სხვადასხვა ფსიქო-სოციალური ცვლილებების განმარტება;
6. ჯანმრთელობის პრობლემების აღწერა, რომელიც დაკავშირებულია ხანდაზმულობასთან

ხანდაზმულთა მახასიათებლები

მსოფლიო მოსახლეობის ხანდაზმული ფენა გამოირჩევა მრავალფეროვანი მახასიათებლებით, რაც მდგომარეობს დემოგრაფიულ, სოციო-ეკონომიკურ, ეთნიკურ და ჯანმრთელობის ასპექტებში.

დემოგრაფიული

ერთ დროს 65 წელს მიღწეული ადამიანები მიიჩნეოდნენ მოხუცებად. დაავადებების გაუმჯობესებული კონტროლით, უკეთესი ცხოვრების პირობებითა და სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარების გამო ხალხი უფრო დიდხანს ცხოვრობს. 85 წელს და უფრო დიდ ასაკს მიღწეულთა რაოდენობა სწრაფად იზრდება. ხანდაზმული ადამიანები დღესდღეობით მიყვებიან აქტიური ცხოვრების სტილს, კარგად იყენებენ დღევანდელ სამედიცინო ტექნოლოგიებს საკუთარი ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად (სურათი 19-1).



სურათი 19-1 ხანდაზმულები იყენებენ ინტერნეტს

სოციო-ეკონომიური ასპექტები

როგორც სქესი, ქორწინების სტატუსი, განათლება, შემოსავალი და საცხოვრებელი პირობების მონესრიგება, ასევე სოციო-ეკონომიკური მახასიათებელიც განსხვავდება ახალგაზრდა ხანდაზმულ და ხანდაზმულ მოხუცების ჯგუფებს შორის.

ხანდაზმული ქალების რაოდენობა ჭარბობს მამაკაცების რაოდენობას, რადგან ქალები უფრო დიდხანს ცოცხლობენ. განათლების დონე გავლენას ახდენს სოციო-ეკონომიკურ სტატუსზე. კარგი განათლება ძირითადად განაპირობებს მაღალ შემოსავალს, ხანდაზმულთა საცხოვრებელი პირობები კი პირდაპირ კავშირშია არა მარტო შემოსავალთან, არამედ ჯანმრთელობის სტატუსთან.

ჯანმრთელობა

ქრონიკული პრობლემები და უუნარობა იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად. თუმცა სიბერე ყოველთვის არ არის დაკავშირებული სიბერესთან.

ექთანმა უნდა იცოდეს ჯანმრთელობის ხელშემწყობი და დამხმარე ფუნქციური უნარები, რაც გამოიხატება ხანდაზმული ადამიანებისათვის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაში.

ასაკთან დამოკიდებულება

მსოფლიოში ხანდაზმულთა რაოდენობის ზრდის გამო, მნიშვნელოვანია ექთანი იცნობდეს მათ ღირებულებებსა და დამოკიდებულებებს.

ასაკობრივი დისკრიმინაცია

ტერმინი ასაკობრივი დისკრიმინაცია აღნიშნავს უარყოფით დამოკიდებულებას ხანდაზმული ადამიანების მიმართ. სამწუხაროდ, ასეთი დამოკიდებულება გვხვდება ჯანდაცვის პროფესიონალებშიც. ეს არის კიდევ ერთი მიზეზი, რომ ექთანი ხანდაზმულების მიმართ იყოს თვით კრიტიკული.

მითები და სტერეოტიპები

ასაკობრივი დისკრიმინაცია ხელს უწყობს ხანდაზმულ ადამიანებზე ნეგატიური სტერეოტიპების განვითარებას. სტერეოტიპები თავს იჩენს მაშინ, როცა ახალგაზრდები ვერ ხვდებიან, რომ ხანდაზმული ადამიანები არიან უნივერსალურები. ბევრი უარყოფითი დამოკიდებულება ეყრდნობა სწორედ მითებსა და არასწორ ინფორმაციას. ამიტომაც მნიშვნელოვანია, ექთნებმა სიფრთხილით მოაგროვონ ინფორმაცია ასაკის შესახებ.

გერონტოლოგიური საექთნო მოვლა

ხანდაზმული პოპულაციის ზრდა ხასიათდება უნიკალური და მრავალფეროვანი პიროვნებების არსებობით, რომლებიც მოითხოვენ ჯანდაცვის პროფესიონალების ჩართვას თავიანთ მკურნალობაში, რათა მაქსიმალურად იქნას დაკმაყოფილებული მათი ჯანმრთელობის მოთხოვნილებები. ჯანდაცვის მოთხოვნასაც შეადგენს პროფესიონალების მოზიდვა, რათა მათ გაუწიონ პროფესიული დახმარება ჯანმრთელობის მხრივ. გერონტოლოგია არის ტერმინი, რომელიც სწავლობს მოხუცებს და მათთან დაკავშირებულ ასაკობრივ ცვლილებებს. გერონტოლოგია არის მულტიდისციპლინარული სწავლება, რომელიც მოიცავს საექთნო მოვლას, ფსიქოლოგიასა და სოციალურ დისციპლინას. გერიატრია არის გერონტოლოგიის დარგი, რომელიც შეისწავლის მოხუცებულობის დაავადებებს, მათ გამომწვევ მიზეზებსა და მკურნალობის მეთოდებს.

განვითარება

გერონტოლოგიური საექთნო მოვლა მოიცავს ხანდაზმული ხალხის ჯანმრთელობის დაცვას ნებისმიერ სტადიაში. 1960 წელს გერონტოლოგია გახდა ექთნობის ვიწრო სპეციალობა. 1980 წელს კი წამყვანმა ექთნებმა განაცხადეს, რომ მოქმედი ექთნების უმრავლესობას არ ჰქონდა შესაფერისი ცოდნა გერონტოლოგიაზე. ამ ვარაუდმა დააყენა მათი გადამზადების საჭიროება.

გადაუდებელი დახმარების დაწესებულებები ხანდაზმულთათვის

ხანდაზმული ადამიანების უმრავლესობას სჭირდება გადაუდებელი დახმარება. მაგალითად, 65 წელს მიღწეული და უფრო ხანდაზმულები გაცილებით უფრო ხშირად მიმართავენ სასწრაფო დახმარებას, ვიდრე ნებისმიერი სხვა ასაკის ადამიანები. ექთანი გადაუდებელი დახმარების დროს კონცენტრირებულია პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვაზე, რაც მოიცავს შემდეგს:

- ხელი შეუშალოს ჰოსპიტალური ინფექციების გავრცელებას;

- თავიდან აირიდოს თერაპიასთან დაკავშირებული პრობლემები (უძილობა, დეჰიდრატაცია, დაბნეულობა);
- საჭიროების შემთხვევაში, მოხდეს საავადმყოფოში მიღება, ამავდროულად ექთანმა სწორად უნდა შეაფასოს მდგომარეობა, რათა თავიდან აირიდოს შესაძლო გართულებები, როგორცაა დეპრესია, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის მიღება;
- მოხდინოს გართულებების პრევენცია;

ხანდაზმული ადამიანები ხშირად აღიქვამენ ჰოსპიტალიზაციას, როგორც დამოუკიდებლობის დაკარგვას. ექთანს მართებს სწორად შეაფასოს მდგომარეობა, გაითვალისწინოს პაციენტის შიშები და განცდები და არ დაკარგოს მასზე კონტროლი.

ხანგრძლივი მკურნალობის დაწესებულებები

ხანგრძლივი მკურნალობის მიზანია დაეხმარონ პაციენტებს და შეუნარჩუნონ მათ ჯანმრთელობის ოპტიმალური ფუნქციონირება. ხანგრძლივი მკურნალობა მოიცავს ბევრ სხვადასხვა თერაპიულ მიდგომას. ხანდაზმული, რომელიც თავს მართო უსაფრთხოდ ვერ გრძნობს ან ესაჭიროება დამატებითი დახმარება, ცალკე საცხოვრებელ ადგილას ამყოფებენ. ასეთი სახის საცხოვრებლები უზრუნველყოფს პაციენტებს საკვებით, ყოველკვირეული აქტივობებითა და სასიამოვნო გარემოთი. როდესაც რეზიდენტს ესაჭიროება დამატებითი დახმარება, ის შეიძლება გადაიყვანონ შუალედური მკურნალობის ეტაპზე. ამ დროს პაციენტი ვეღარ ცხოვრობს დამოუკიდებლად, მას ესაჭიროება ექთანთან 24 საათიანი კონტაქტი.

გერონტოლოგიის ექთანი მუშაობს ისეთი პაციენტებისთვის, რომელთაც ესაჭიროებათ გამოკვება, ინტრავენური თერაპია, ქრონიკული ჭრილობის მოვლა.

ჰოსპისი

ექთანს უნევს ასევე პალიატიური პაციენტების კლინიკაში მუშაობა და ზრუნვა მომავალ დღეებზე. ასეთი კლინიკა მოითხოვს უდიდეს მოთმინებას, თანადგომას, ინტერდისციპლინურ კომუნიკაციას, ქველმოქმედების უნარს.

საზოგადოება

საექთნო მოვლა მოთხოვნიანია საზოგადოების ყველა ტიპისთვის. ექთანი არკვევს პაციენტის პრობლემას და შემდეგ ცდილობს შესაბამის საზოგადოებრივ დაჯგუფებას დაუკავშირდეს. ასეთი დაჯგუფებებია მაგალითად:

ჯანმრთელობის სახლი – ასეთი ტიპის სახლებით სარგებლობენ ის ასაკოვნები, რომელთაც შეუძლიათ სახლიდან გამოსვლა. კვლევამ აჩვენა, რომ ასეთი სახლების საშუალებით შესაძლებელია რეჰოსპიტალიზაციის თავიდან არიდება;

შინ მოვლა – პაციენტმა შეიძლება მიიღოს დღიური მკურნალობა, რაც გულისხმობს სოციალურ აქტივობებსა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, როგორცაა ბანაობა,

მედიკამენტების მიღება, ჭრილობის შეხვევა. ასეთი სახის მომსახურეობას ხშირად ირჩევს იმ პაციენტის ოჯახი, რომლის წევრებსაც უწევთ მთელი დღე მუშაობა (სურათი 19-2).



სურათი 19-2 ხანდაზმულთა დღის ცენტრები ფოკუსირებულია სოციალურ აქტივობებსა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზრუნვაზე

ფიზიოლოგიური დაბერება

გასული საუკუნის ნახევარში, მეცნიერებმა შემოგვთავაზეს მრავალი თეორია, თუ რატომ ბერდებიან ადამიანები. დღესდღეობით, ვინაიდან გაიზარდა ხანდაზმული ადამიანების პროცენტული მაჩვენებელი, გაჩნდა ახალი ინტერესი იმის შესახებ, თუ რატომ და როგორ ბერდება ადამიანი და რა ფაქტორები ახდენს გავლენას მის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და ფუნქციონალურ სტატუსზე. არსებობს სხვადასხვა თეორია ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მეცნიერებებში (იხ ცხრილი 19-1).

ცხრილი 19-1 დაბერებასთან დაკავშირებული ძირითადი თეორიული ასპექტები

თეორიის ტიპი	პიპოთეზა
კლების თეორია	– ადამიანს მანქანის მსგავსად აქვს სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოები, რომელიც ასაკის მატებასთან ერთად ცვდება; – შიდა და გარე სტრესორების, მათ შორის, ტრავმის, ქიმიური ნივთიერებების შედეგად ცვდება უჯრედები;

ენდოკრინოლოგიური თეორია	– ცვლილებები, რომელიც მიმდინარეობს ჰიპოთალამუსისა და ჰიპოფიზთან მიმართებით და განაპირობებს ჰორმონალურ ცვლილებებს; – ჰორმონალური ცვლილებების შესაბამისად ორგანიზმის ადეკვატური პასუხი შემცირებულია;
თავისუფალი რადიკალების თეორია	– ეს თეორია გულისხმობს, არასტაბილურ თავისუფალ რადიკალების (ატომთა ჯგუფი) დაგროვებას, რის შედეგადაც უზრედი ვეღარ ასრულებს ფიზიოლოგიურ ფუნქციებს;
გენეტიკური თეორია	– სხეული გენეტიკურად წინასწარაა დაპროგრამებული უზრედთა დაყოფის შესახებ, რის შემდეგაც უზრედები/ორგანიზმი კვდება; – როცა ზიანი ადგება ცილების სინთეზს, დეფექტური ცილები გროვდება უზრედებში და ორგანიზმი კარგავს ნორმალურ ფუნქციონირებას;
ჯვარედინი კავშირის თეორია	– ცილების შეუქცევადი არასრულფასოვნება მაგ., კოლაგენი იწვევს ქსოვილებისა და ორგანოების უკმარისობას; – დაბარებულ უზრედებში ასეთ ცილებს შორის მიმდინარეობს ძლიერი ქიმიური ბმების წარმოქმნა, ასეთი კავშირები განაპირობებს ელასტიურობის დაკარგვას, დაჭიმულობას, რაც მთლიანად ქსოვილის ფუნქციონირებაზე აისახება;
იმუნოლოგიური თეორია	– იმუნური სისტემა ხდება ნაკლებად ეფექტური ასაკის მატებასთან ერთად, რაც იწვევს წინააღმდეგობის გაწევის შემცირებულ უნარს ვირუსებისა და ინფექციების მიმართ; – იმუნიტეტის დაქვეითებამ შეიძლება შედეგად გამოიწვიოს აუტო-იმუნური პასუხის პათოლოგიური გაზრდა, რაც გამოიწვევს ანთისხეულების წარმოშობას, რომელიც თავად ებრძვის ორგანიზმის ნორმალურ უზრედებს და აზიანებს მათ;

ამ გადმოსახედიდან ადვილია გაარჩიო ნორმალური ან ჩვეულებრივი (თანმდევი დაავადებებით ან უუნარობით) და წარმატებული ასაკი (დაავადების გარეშე). სამწუხაროდ, ძნელია ეს ორი მდგომარეობა ერთმანეთისგან გაარჩიო, რადგან 88 % ხანდაზმულ ადამიანებს სულ მცირე ერთი ქრონიკული პრობლემა მაინც აქვს. ასაკის მატებასთან ერთად თავს იჩენს ბევრი ფიზიკური ცვლილება. ზოგი მათგანი ხილულია, ზოგი კი-არა. საერთოდ, სხეულის მასა იკლებს, ცხიმოვანი ქსოვილის პროცენტობა იმატებს და ძვლოვანი მასაც იკლებს. უზრედგარე სითხე მუდმივი რჩება, უზრედშიდა სითხე იკლებს, რაც იწვევს ზოგადად სხეულებრივი სითხის შემცირებას. ამიტომაც, ხანდაზმული ადამიანები არიან დეჰიდრატაციის რისკის ქვეშ. ცხრილში 19-2 მოცემულია ასაკთან შესაბამისი ფიზიკური ცვლილებები.

ცხრილი 19-2 დაბერების დროს მიმდინარე ნორმალური ფიზიკური ცვლილებები

ფიზიკური ცვლილებები	განმარტება
სხეულის საფარველი	
იზრდება კანის სიმშრალე	ქსოვილებში კლებულობს სითხისა და ცხიმოვანი ჯირკვლების მუშაობა
იზრდება კანის სიფერმკრთალე	სისხლძარღვების გაფართოების უნარი შემცირებულია
იზრდება კანის სიმკვრივე	კანის სიმკვრივე და კანქვეშა ცხიმი შემცირებულია
დანაოჭება	კანი კარგავს ელასტიურობას, იზრდება სიმშრალე
ყავისფერი ლაქები კანზე	კანში იზრდება პიგმენტის წარმომქმნელი უჯრედები
შემცირებული ოფლიანობა	მცირდება საოფლე ჯირკვლების აქტივობა
თმის გათხელება და გაჭაღარავება	პიგმენტის წარმომქმნელი უჯრედების რაოდენობის შემცირება
ფრჩხილის ნელი ზრდა	მცირდება კალციუმის დონე
ნერვ-კუნთოვანი სისტემა	
მცირდება კუნთის შეკუმშვის სიჩქარე და ძალა	კუნთოვანი და ნერვული უჯრედების კლება
კუნთის შეკუმშვის დრო შემცირებულია	ნერვულ ბოჭკოში იმპულსის გავრცელება შენელებულია და კუნთის ტონუსი შემცირებულია
სიმაღლის კლება	მაღლაშუა დისკების ატროფია
ძვლის მასის კლება	ძვლის დემინერალიზაცია, დეფორმაციები
სახსრის სიმყარე	სასახსრე ხრტილის ელასტიურობის დაკარგვა
წონასწორობის შესუსტება	კუნთოვანი ძალის დაქვეითების გამო კოორდინაციის პრობლემა
დასწავლის პრობლემა	თავის ტვინის ქერქში ნერვული უჯრედების რაოდენობის შემცირება
სენსორული სისტემა/აღქმა	
მხედველობის დაქვეითება	დეგენერაციული ცვლილებები ლინზაში, გასქელება და გაუხეშება
მომატებული მგრძნობელობა სიკაშკაშის მიმართ, სიბნელესთან შეგუების უნარის დაქვეითება	წამწამოვანი კუნთების ცვლილება, გუგის სპინქტერის რიგიდულობა, გუგა ზომაში მცირდება

რქოვანის პერიფერიულად თეთრი წრეების გაჩენა	ცხიმოვანი ჩანართები
სმენის დაქვეითება	შიდა ყურში სასმენი ნერვის სტრუქტურული ცვლილებები, დაფის აპკის გასქელება
გემოვნების დაქვეითება, განსაკუთრებით სიტკბოს შეგრძნება	ენაზე არსებული გემოვნების დვრილების რაოდენობის შემცირება; ენის ატროფია
ყნოსვის დაქვეითება	ყნოსვის ბოლქვის ატროფია
ტკივილის, შეხების, ტემპერატურის მიმართ მგრძნობელობის მომატება	ნერვულ ბოჭკოში ნერვული იმპულსის გადაცემის ცვლილება
რესპირატორული სისტემა	
სასუნთქ სისტემაში მოხვედრილი უცხო სხეულის გამოძევების უნარის დაქვეითება	წამწამოვანი ეპითელიუმის ელასტიურობის დაკარგვა
ფილტვის მოცულობის შემცირება, სასიცოცხლო ტევადობის შემცირება და ნარჩენი მოცულობის გაზრდა	გულმკერდის კუნთების სისუსტე; ნეკნების ხრტილოვანი ნაწილის კალციფიკაცია; გულმკერდის ყაფაზის რიგიდულობა; ალვეოლის ელასტიურობის დაკარგვა
გართულებული მძიმე, სწრაფი სუნთქვა, (დისპნოე) ვარჯიშის დროს	ჟანგბადის მიწოდებისა და დიფუზიის დაქვეითება
გულსისხლძარღვთა სისტემა	
გულის წუმოცულობისა და დარტყმითი მოცულობის შემცირება, განსაკუთრებით მომატებული ფიზიკური აქტივობის დროს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სუნთქვის უკმარისობა და სისხლის შეგუბება ქვედა კიდურებში	გულის სარქველების რიგიდულობა და გასქელება, შეკუმშვის ძალის დაქვეითება
არტერიების ელასტიურობის შემცირება, რაც იწვევს დიასტოლური და სისტოლური წნევის მომატებას	სისტემური არტერიების კუნთოვან შრეში კალციუმის გროვების გაჩენა და მომატებული პერიფერიული რეზისტენტობა
ორთოსტატული ჰიპერტენზია	ბარორეცეპტორებით განპირობებული სისხლის წნევის რეგულაციის დაქვეითება
საჭმლის მომნელებელი სისტემა	
გაძნელებული ყლაპვა	ყლაპვის მექანიზმის ცვლილება
საჭმლის მომნელებელი სისტემის აშლილობა	მომნელებელი ფერმენტების შემცირება, კუჭის წვენის წარმოქმნის შემცირება, შეწოვის პროცესის შენელება
ყაბზობის ზრდის ტენდენცია	ნაწლავთა კუნთის ტონუსის შემცირება, პერისტალტიკის შემცირება

შარდ-გამომყოფი სისტემა	
თირკმლის მიერ ფილტრაციის ფუნქციის დარღვევა	ფუნქციონალური ნეფრონების შემცირება და არტერიოსკლეროზული ცვლილებები, რომელიც სისხლის ნაკადის სიჩქარეს ცვლის
ანატომიური ცვლილებები ქალებში (ვულვის, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს, ფალოპის მილებისა და საკვერცხეების ატროფია; ჰორმონების წარმოქმნის შემცირება და ვაგინალური ფლორის ცვლილება)	ქალის ჰორმონების სეკრეციის შემცირება და ვაგინალური pH-ის ცვლილება ტუტეანობისკენ
სექსუალური აღგზნებისთვის დროის ინტერვალის გაზრდა	პენისისა და კლიტორის სისხლის მომარაგების ცვლილება
გაძნელებული ერექცია, მამაკაცებში რეფრაქტერიული პერიოდის გაზრდა	სისხლის მომარაგების ცვლილება
ვაგინალური ელასტიურობისა და ლუბრიკაციის დაქვეითება	ესტროგენის შემცირებული რაოდენობა
იმუნური სისტემა	
იმუნური პასუხის დაქვეითება, ინფექციების მიმართ რეზისტენტობის დაქვეითება	T უჯრედების საპასუხო რეაქციის დაქვეითება, B უჯრედების მიერ ანტისხეულების წარმოქმნის დაქვეითება
ენდოკრინული სისტემა	
ინსულინის რეზისტენტობის მომატება	იმუნური სისტემის ცვლილება შეიძლება კავშირში იყოს ინსულინის რეზისტენტობის განვითარებასთან
ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება	მექანიზმი უცნობია

სხეულის საფარველი

ასაკის მატებასთან ერთად იცვლება გარეგანი საფარველი (კანი, თმა, ფრჩხილები). კანი ხდება ნაკლებად ელასტიური, უფრო მშრალი და მეტად მგრძნობიარე იარებისა და ჭრილობების მიმართ. თმა კარგავს ფერს, ხოლო ფრჩხილები ხდება სქელი და მყიფე და ქალებში იმატებს სახეზე თმის რაოდენობა.

ამ გარეგან ცვლილებებს თან ერთვის კანქვეშა ცხიმისა და კუნთოვანი ქსოვილების შემცირება, კუნთების ატროფია და ელასტიური უჯრედების დაკარგვა. ამის გამოხატულებაა „გაყოფილი“ ნიკაპი, ქუთუთოებისა და ბიბილოების ჩამოწევა, კანის დანაოჭება, განსაკუთრებით იმ ადგილებში, სადაც მზე ხვდება. თვალსაჩინო ხდება ძვლების ამოზნექილობა. ქალებში, მკერდი კარგავს სიმკვრივეს. კანქვეშა ცხიმის დაკარგვა ხანდაზმულებში იწვევს ასევე სიცხის აუტანლობას.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სწავლება ხანდაზმულებისათვის კანის მოვლის შესახებ მოიცავს შემდეგს:

✓ ჯანმრთელი კანის შენარჩუნება:

- ოპტიმალური კვებით უზრუნველყოფა;
- ადეკვატური ჰიდრატაციის შენარჩუნება;
- კანის სიმშრალის თავიდან ასარიდებლად დამარბილებელი ლოსიონების გამოყენება დაბანის შემდეგ, როცა კანი ჯერ კიდევ ნოტიოა;
- არ გამოიყენოთ ისეთი კანის საშუალებები, რომელიც შეიცავს რაიმე არომატს ან სპირტს;
- განსაზღვრეთ ბანაობის სიხშირე;
- მზისგან თავის დაცვა:
- გამოიყენეთ მზისგან დამცავი ლოსიონები, რომელსაც (SPF) აქვს 15 ან უფრო მაღალი;
- როცა მზეზე ხართ, ატარეთ ფართო ფარფლებიანი ქუდეი და მზის სათვალე;
- დააკვირდით კანის ყოველ ცვლილებას და ცვლილების შემთხვევაში მიმართეთ სამედიცინო დახმარებას;
- კანის დაზიანების თავიდან არიდება:
- არ გამოიყენოთ ძლიერი სარეცხი საშუალება გასარეცხად;
- არ ჩაიცვათ უხეში ქსოვილის ტანისამოსი;
- თავიდან აირიდეთ მეტისმეტად გახამებული თეთრეული;
- გამოიყენეთ რბილი პირსახოცები და თეთრეული;

ნერვ-კუნთოვანი სისტემა

ასაკთან ერთად თანდათანობით კლებულობს ძვლოვანი სისტემის ნებითი და უნებლიე კუნთების შეკუმშვის სიჩქარე და ძალა. 50 წელს მიღწეულ ადამიანსაც კი შეუძლია ვარჯიშით გააძლიეროს დასუსტებული კუნთები და გაზარდოს თავისი კუნთების მოცულობა და სიმკვრივე. 50 წლის ასაკის შემდეგ კი სტაბილურად მიმდინარეობს კუნთოვანი ბოჭკოს (სარკოპენია) დაქვეითება, ეს პროცესი კი დაკავშირებულია კუნთების დენერვაციასთან. ამგვარად, ხანდაზმული ადამიანები ხშირად ჩივიან უძილობაზე და იმაზე, თუ როგორ სწრაფად იღლებიან. შესაძლებელია აქტივობების ჩართვა მათ ცხოვრებაში, თუმცა, შედარებით ნელი ტემპით და ენერგიის დიდი დატვირთვის ხარჯზე. ხშირად წონასწორობა ირღვევა ასაკის გამო და დაკავშირებულია კუნთოვანი ძალის დაკარგვასთან. არსებობს რეალური მტკიცებულება, რომ ხანდაზმულებში კუნთები ძლიერდება ვარჯიშის შედეგად.

ასაკთან ერთად, მცირდება რეაქციის დროც. რეაქციის დრო შეიძლება შენეულდეს

ასევე კუნთოვანი ტონუსის კლებით, რაც ნაკლები ფიზიკური აქტივობის შედეგია. რეაქციის ასეთი განსხვავება განსაკუთრებით ჩანს მათ ფრთხილ ქმედებებში, მაგალითად, მანქანის ტარების დროს.

ასაკის მატებას თან ახლავს აგებულების სრული ცვლილება. კუნთების მოდუნება იწვევს სხეულის მოხრას და კუბის წარმოქმნას. ასევე ვლინდება ძვლოვანი ქსოვილების ფორმირებისა და შეწოვის უნარის დისბალანსი. ამიტომაც ხანდაზმულ ადამიანებს აქვთ უფრო მეტი ფოროვანი და მყიფე ძვლები, ვიდრე ახალგაზრდებს. ოსტეოპოროზი, რომელიც არის ძვლების პათოლოგიური დაავადება, უფრო მეტად არის გავრცელებული ხანდაზმულებში, ვიდრე მოზრდილ ადამიანებში. ამ დაავადებამ შეიძლება გამოიწვიოს პათოლოგიური მოტეხილობები. ოსტეოპოროზი უჩნდება უფრო ხშირად იმ ადამიანებს, რომელთაც არასაკმარისი კალციუმი აქვთ მიღებული, ქალებში მენოპაუზის შემდეგ, იმ ადამიანებში, რომლებიც ცხოვრობენ პასიურად. სახსრები და მასთან დაკავშირებული სისტემაც იცვლება ასაკთან ერთად. შემცირებული ელასტიურობა, ძალა, მყესებისა და იოგების გამოფიტვა და დაჭიმვა ქმნის მოძრაობას შემზღუდულს, რაც აუარესებს სახსრების მოძრაობას, მაგალითად, თუ ადამიანი ზის დიდი ხნის განმავლობაში, სახსრები ხდება მყარი და ექმნება მას პრობლემა ადგომასა და გადაადგილებაში. ამ ცვლილებებმა კი შეიძლება გამოიწვიოს ოსტეოართრიტი. ფიზიკური აქტივობის მუდმივმა პროგრამამ და შესაბამისმა კვებამ შეიძლება შეამციროს ძვლების სიმკვრივე და კუნთების ატროფია. როგორც აღვნიშნეთ, ამ ცვლილებებმა შეიძლება გავლენა იქონიოს ხანდაზმულების მოძრაობასა და უსაფრთხოებაზე (სურათი 19-3).



სურათი 19-3 რეგულარული ფიზიკური აქტივობის პროგრამა, რომელიც ხელს უწყობს სახსრების მოძრაობასა და კუნთის ტონუსის შენარჩუნებას.

ექთანი აფასებს საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ფუნქციონირებას და ავლენს შესაძლო რისკ-ფაქტორებს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს დაცემა. ინტერვენცია ხშირად მოიცავს ინფორმირებულობას ოსტეოპოროზის რისკის შესახებ.

გრძნობათა ორგანოები/აღქმა

ხანდაზმულებში გრძნობის ორგანოები ნაკლებად ეფექტური ხდება. მხედველობის ცვლილებები დაკავშირებულია დანაოჭებულ თვალთან, თვალის გარშემო ცხიმოვანი ქსოვილის შემცირებასთან, თვალის ხამხამის რეფლექსისა და ქუთუთოს კუნთოვანი ტონუსის შესუსტებასთან. სხვა დანარჩენი ცვლილებები, პერიფერიული მხედველობის დაკარგვა, საცრემლე ჯირკვლების ატროფია, რაც თვალის გამოშრობას იწვევს, ფერების გარჩევის პრობლემა, განსაკუთრებით ლურჯი, მწვანე, იასამნისფერი და ა.შ. არის სიბნელესთან შეგუების უნარისა და აკომოდაციის უნარის შესუსტება.

პრესბიოპია არის ფოკუსირების უუნარობა, რაც გამოწვეულია თვალის ბროლის ელასტიურობის დაკარგვით. ეს პროცესი ძირითადად იწყება 40 წლიდან. მხედველობითი სიმახვილე თანდათან მცირდება 50 წლის შემდეგ და უფრო მეტი ინტენსივობით 70 წლის შემდეგ.

80 წლის ასაკისთვის, თითქმის ყველა ხანდაზმულ ადამიანს აქვს თვალის ბროლის გამუქება (კატარაქტა), რომელიც იწვევს მხედველობის პრობლემებს. კატარაქტასთან ერთად, სამი სხვა გართულება იკვეთება: ასაკთან დაკავშირებული მაკულარული დისტროფია, გლაუკომა და დიაბეტური რეტინოპათია. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა მიაწოდოს ინფორმაცია პაციენტებს, ჩაიტარონ რუტინული კვლევები თვალზე, რათა მოხდეს მხედველობის დაცვა და შენარჩუნება. ასევე მნიშვნელოვანია ხანდაზმულებმა ატარონ მზის სათვალე, რათა თავიდან აირიდონ მზისგან გამოწვეული ზიანი. 65 წლის შემდეგ თავს იჩენს სმენის დაკარგვაც, რასაც უწოდებენ პრესბიკუსს. სმენის დაქვეითება უფრო მეტად კაცებშია გავრცელებული, რაც შეიძლება იმით იყოს გამოწვეული, რომ მათ უფრო მეტად უწევთ ხმაურიან გარემოში მუშაობა. ხანდაზმულები, რომელთაც აქვს სმენის პრობლემა, უფრო კარგად ესმით მოსაუბრის დაბალი ტემბრის და კარგად გამოკვეთილი სიტყვების ხმა.

თუ ოჯახის წევრები ამჩნევენ კომუნიკაციის პრობლემებს, ექთანმა უნდა მოახდინოს პაციენტის სწავლება აღნიშნული მიმართულებით, რითაც მისცემს პაციენტს მიმართულებას რუტინულად ჩაიტაროს სმენის სკრინინგი.

ხანდაზმულ ადამიანებს აქვთ ყნოსვისა და გემოს შეგრძნების სუსტი უნარი. ეს ცვლილებები გავლენას ახდენს მადაზე. ამიტომ, ექთანმა უნდა ასწავლოს პაციენტსა და მის ოჯახს იმ უსაფრთხოების გამოვლინებებზე, რაც დაკავშირებულია ყნოსვისა და გემოს შეგრძნების დაქვეითებაზე და დასახოს სტრატეგიები, რომელთა შესრულებაც პაციენტთა უსაფრთხოებას უზრუნველყოფს.

კანის რეცეპტორების დაკარგვა ასაკის მატებასთან ერთად უფრო და უფრო გამოხატულია, რომელიც წარმოადგენს ბარიერს ტკივილის, შეხებისა და ტემპერატურის აღსაქმელად. აქაც მნიშვნელოვანია, ექთანმა მიაწოდოს ინფორმაცია პაციენტს რისკებისა და შესაძლო ინტერვენციის შესახებ.

რესპირატორული სისტემა

რესპირატორული სისტემის ეფექტურობა ასაკთან ერთად მცირდება. სასიცოცხლო ტევადობა შემცირებულია, რაც ნიშნავს რომ ამ ასაკში ჟანგბადზე მოთხოვნილების გაზრდის შემთხვევაში კომპენსატორული მექანიზმი ადეკვატურად არ ფუნქციონირებს.

რებს. დისპნოე შეიძლება გაჩნდეს უმნიშვნელო ფიზიკურ აქტივობაზეც კი. გარდა ამისა, პრობლემაა დახველებაც, რადგან სუნთქვაში მონაწილე კუნთები დასუსტებულია. შესაბამისად, ღორწო უფრო მეტი რაოდენობით გროვდება ფილტვებში, რაც ზრდის რესპირატორული სისტემის განვითარების რისკს.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის მნიშვნელოვანია ხანდაზმულებს ვასწავლოთ:

- შეწყვიტონ თამბაქოს მოხმარება (საჭიროებისას);
- ხშირად დაიბანონ ხელი (ინფექციის პრევენცია);
- ჩაიტარონ ვაქცინაცია;

გულ-სისხლძარღვოვანი სისტემა

ასაკის მატებასთან ერთად ასევე იკლებს გულის მუშაობის რიტმი. ეს განსაკუთრებით თვალსაჩინოა, როცა ვარჯიში ან ხანგრძლივი ემოციური სტრესი იჩენს თავს. პარალელურად მიმდინარეობს ცვლილებები არტერიებშიც. არტერიის ელასტიურობის შესუსტება იწვევს სისხლის მარაგის კლებას. კერძოდ, იმატებს ტკივილის შეგრძნება ხველებისას კუნთების დაძაბულობის გამო და იმატებს თავბრუსხვევა. ამასთან ერთად, შეიძლება მოხდეს ცირკულარული რეგულირების პროცესის დაგვიანება, როცა პიროვნება მჯდომარე ან მწოლიარე მდგომარეობიდან გადადის სწორ პოზიციაში (ადგომა). ეს გამოწვეულია სისტოლური სისხლის წნევის უეცარი ვარდნით, რასაც უწოდებენ ორტოსტატულ ჰიპოტენზიას. რაც შეეხება სისხლის წნევის მაჩვენებელს, უჩვეულოა გქონდეს მცირე ზრდა სისტოლურ წნევაში, მაშინ როცა დიასტოლური წნევა ინარჩუნებს მდგომარეობას წლების განმავლობაში. ცალკე აღებული სისტოლური ჰიპერტენზია ითვლებოდა „ნორმად“ ხანდაზმულებში და ხშირად არც ექვემდებარებოდა მკურნალობას. დღევანდელი მტკიცებულება კი მიუთითებს იმაზე, რომ სისტოლური 140 მმ.ვცხ. სვ.-ზე მაღალი წარმოადგენს პრობლემას როგორც მოხუცებში, ისე ახალგაზრდებში და მისი მკურნალობა მოიცავს მნიშვნელოვან კვების ცვლილებებს, რასაც წონაში კლება მოჰყვება. საჭიროა, სისხლის წნევისა და ქოლესტერინის დონის შემოწმება ყოველწლიურად. გულ-სისხლძარღვოვანი დაავადების რისკის შესამცირებლად, ექთანმა უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია შემდეგზე: თამბაქოს მოხმარების დროული შეწყვეტა, სხეულის იდეალური წონის შენარჩუნება, ყოველდღიური ვარჯიში, ცხიმოვანი საკვების აკრძალვა, ხილისა და ბოსტნეულის მიღება, დაბალდოზიანი ასპირინით თერაპია ექიმის კონსულტაციით.

საჭმლის მომნელებელი სისტემა

ასაკის მატებასთან დაკავშირებული ცვლილებები მოიცავს შემდეგს:

- ღრძილების დაავადება იწვევს კბილების დაკარგვას. კბილის ემალი ხდება უფრო მაგარი და მყიფე, რაც კბილს უფრო მგრძნობიარეს ხდის. კბილის ფესვი პატარავდება, ღრძილი კი იკუმშება;
- ნერწყვის ნაკლები გამომუშავება იწვევს ქსეროსტომიას (პირის სიმშრალეს) და პირის ღრუს ღორწოვანი გარსი ხდება მგრძნობიარე ინფექციების მიმართ;

- საყლაპავი მილის კუმშვის უნარის შესუსტება იწვევს მისი დაცლის პროცესის შენელებას;
- კუჭის კუმშვისა და დაცლის დრო იკლებს. ასევე მაღალი pH-ს გამო იზრდება კუჭ-ნაწლავის გაღიზიანების სიხშირე;
- მცირდება ისეთი ცილების სინთეზი, რომელიც აუცილებელია B12-ს სინთეზში, შედეგად ხანდაზმულებში ხშირად ვითარდება პერნიციოზული ანემია;
- ნაწლავური შეწოვისა და მოძრაობის და უნარი შემცირებულია;
- საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის რუტინის შენარჩუნება იმედის მომცემია და ასევე მნიშვნელოვანია კოლორექტული სიმსივნის სკრინინგი.

შარდგამომყოფი სისტემა

ასაკთან ერთად იკლებს თირკმლის გამომყოფი ფუნქცია, თუმცა, არც ისე მკვეთრად, სანამ დაავადება არ იჩენს თავს. თირკმლის ფილტრაციის უნარიც შეიძლება შესუსტდეს. ნარჩენი პროდუქტების ფილტრაცია და გამოყოფა შენელებულია, რაც გასათვალისწინებელია მკურნალობის პროცესში. ყველაზე შესამჩნევი ცვლილებები არის შარდის ბუშტთან მიმართებით. მისი მოცულობა და დაცლის უნარი იკლებს, რაც შარდის ბუშტის ინფექციების პროვოცირებას ახდენს.

ხანდაზმული ადამიანები ხდებიან მგრძნობიარენი საშარდე გზების შეუკავებლობის მიმართ, თირკმელსა და შარდის ბუშტში მიმდინარე ცვლილებების გამო. ექთანმა უნდა გამოიკვლიოს პაციენტი, რადგანაც საშარდე გზების შეუკავებლობა ცუდ გავლენას ახდენს ზოგადად ორგანიზმზე, მათ შორის, იწვევს სოციალურ იზოლაციას. შარდის ბუშტის უკეთესი ფუნქციონირებისთვის ექთანმა უნდა ასწავლოს პაციენტს შემდეგი აქტივობები:

- მიიღონ საკმარისი სითხე ყოველდღიურად (8-10 ჭიქა კოფეინის გარეშე);
- დალიონ სითხე, თუნდაც არ ჰქონდეთ წყურვილის შეგრძნება;
- ამოიღონ მენიუდან ისეთი საკვები, რომელიც აღიზიანებს შარდის ბუშტს (შაქარი, კოფეინი, ალკოჰოლი, შოკოლადი და ცხარე საჭმელები);
- გააკეთონ მენჯის კუნთის ვარჯიშები, რათა შეაჩერონ ან აკონტროლონ შეუკავებლობით გამოწვეული სტრესი. ექთანმა უნდა აუხსნას პაციენტს, რომ შეუკავებლობა არ არის ნორმალური ასაკობრივი ცვლილება.

გენიტალიები

მამაკაცებსა და ქალებში ასაკის მატებასთან ერთად თანდათანობით მატულობს გენიტალიების დეგენერაციული ცვლილებები, ტესტოსტერონის წარმოქმნა მამაკაცებში უცვლელია, თუმცა იკლებს სპერმის რაოდენობა. ქალებში მენოპაუზის დროს შეიმჩნევა

საკვერცხის დეგენერაციული ცვლილება, როცა წყდება მენსტრუაციული ციკლი. ქალების შემთხვევაში სასქესო ორგანოში ცვლილება გამოწვეულია საკვერცხეების ჰორმონალური სეკრეციით. მცირდება ვაგინალური ნაცხის სეკრეცია, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მტკივნეული სქესობრივი კავშირი ქალებშიც და კაცებშიც, ხანდაზმულ კაცებში შეიძლება შემცირდეს ლიბიდო, მაგრამ არ ქრება. ერექციული დისფუნქციის რისკი იზრდება ყოველი წლის მატებასთან ერთად. ერექციული დისფუნქციის გამომწვევია ათეროსკლეროზი, დიაბეტი, ჰიპერტენზია, მედიკამენტები და ფსიქოლოგიური ფაქტორი.

ექთანს სჭირდება შესანიშნავი საკომუნიკაციო უნარი, როცა პაციენტთან სექსუალურ ფუნქციებზე უწევს საუბარი. ასაკოვნებზე დაკვირვებამ გამოავლინა, რომ ისინი სექსუალურ საკითხებზე მსჯელობის დროს უპირატესობას ანიჭებენ უბრალო, გულწრფელ და სამართლიან საუბარს.

განვითარებს შეფასების გამკვლევი, განვითარების განმსაზღვრელი მითითებები

ხანდაზმული ადამიანი

განვითარების მოცემული სამი ასპექტიდან აკეთებს თუ არა ხანდაზმული შემდეგს?

ფიზიკური განვითარება

- ფიზიოლოგიურ ცვლილებებთან შეგუება (გარეგნობა, გრძნობები/აღქმა, ძვლოვანი სისტემა და ა.შ.);
- შეგუება ცხოვრების სტილთან, რაც ნაკლები ენერგიითა და უნარებით ხასიათდება;
- სასიცოცხლო ნიშნების შენარჩუნება, მაგალითად სისხლის წნევა;

ფსიქო-სოციალური განვითარება

- საპენსიო წლების გატარება დამაკმაყოფილებელი ცხოვრებით;
- სოციალურ და თავისუფალ აქტივობებში მონაწილეობის მიღება;
- სოციალური ქსელის ქონა;
- ცხოვრების დანახვა, როგორც ღირებული რამ;
- მაღალი თვითშეფასება;
- სულიერი ფილოსოფიიდან მიღებულ შვება;
- ახლობელი ადამიანების სიკვდილის მიღება და შეგუება;

განვითარება ყოველდღიურ აქტივობებში

- კვებითი, რეკრეაციული, ძილის, ვარჯიშისა და პიროვნული ჩვევების გამომუშავება;
- იქონიო უნარი, რომ მოუარო საკუთარ თავს ან აღმოუჩინო დახმარება ალცჰაიმერით დაავადებულს;
- განიცადო კმაყოფილება ცხოვრებისგან და შემოსავლისგან;

პენსიაზე გასვლა

ადამიანთა უმრავლესობა 60-65 წელს ზემოთ უმუშევარია. თუმცა, ბევრი ვინც ჯანმრთელია, აგრძელებს სრული ან ნაწილობრივი დატვირთვით მუშაობას. ზოგიერთს სჭირდება მუშაობა ეკონომიკური პრობლემის გამო, რადგანაც პენსიაზე გასვლა იწვევს შემოსავლების 35% ან მეტით კლებას. მათ ასევე სჭირდებათ მუშაობის გაგრძელება სამედიცინო ან სადაზღვევო ღირებულებების ასანაზღაურებლად. საპენსიო ასაკი მოითხოვს შეგუების პროცესს. ფიზიკური აქტივობა არის მათი ჯანმრთელობის საბოძო. კვლევებმა აჩვენა, რომ აქტიური ცხოვრების სტილი ანელებს ან აუმჯობესებს ასაკობრივ ცვლილებებს, რომელიც დაკავშირებულია გულ-სისხლძარღვოვან, რესპირატორულ და ძვლოვან ფუნქციებთან. ფიზიკური პასიურობა კი პირიქით წარმოადგენს რისკ-ფაქტორს მრავალი ქრონიკული დაავადებებისთვის. გვიანი წლების ცხოვრების სტილი მეტწილად ფორმულირდება ახალგაზრდობაში.

E-ჯანმრთელობა

პენსიაზე გასვლის შემდეგ ახალგაზრდა ხანდაზმულებმა შეიძლება ისწავლონ კომპიუტერის გამოყენება. ტერმინი E-ჯანმრთელობა ასახავს სწორედ ტექნოლოგიების გამოყენებას ჯანმრთელობაზე ინფორმაციის მოძიების მიზნით. კვლევებმა ცხადჰყო, რომ ინტერნეტის მოხმარება ხანდაზმულებში ზრდის მათ პროდუქტიულობას, თვითშეფასებას, სოციალურ ინტერაქციას, მენტალურ სტიმულაციასა და ჯანმრთელობაზე ინფორმაციით უზრუნველყოფას.

ეკონომიკური ცვლილება

ხანდაზმულების ფინანსური საჭიროებანი საგრძნობლად განსხვავდება. საკვები და სამედიცინო დახმარება ხშირად წარმოადგენს ფინანსურ წნეხს. ადეკვატური ფულადი რესურსებით შეუძლებელია ხანდაზმული გახდეს დამოუკიდებელი. ეს პრობლემები გამოწვეულია დაბალ პენსიასთან და გაზრდილ საპენსიო წლებთან. ექთანმა უნდა იცოდეს ჯანმრთელობის ფასი, მაგალითად, სანამ იგი შეუდგენს პაციენტს დიეტის გეგმას, უნდა გაარკვიოს რის ყიდვას შეძლებს. ასევე უნდა მოითხოვოს ექიმისგან ისეთი ღირებულების მედიკამენტის დანიშვნა, რომლის შეძენასაც შეძლებს.

დამოუკიდებლობა და თვითშეფასების შენარჩუნება

ხანდაზმულთა უმრავლესობა ილტვის დამოუკიდებლობისკენ. მათთვის მნიშვნელოვანია, შეძლონ თავიანთი თავის მოვლა, თუნდაც ეს დიდი პრობლემების გადაწყვეტის შედეგად მოახერხონ. ხანდაზმული ადამიანი ნელა მოძრაობს, მხედველობის გაუარესების გამო. სამზარეულოც შეიძლება აღარ იყოს ისეთი სუფთა, ამას გარდა სხვა საქმიანობასაც შედარებით ნელა აკეთებს. მათი პათივისციემისა და თვითშეფასების შენარჩუნებისთვის ექთნები და ოჯახის წევრები ვალდებული არიან გაამხნეონ ისინი.

სიკვდილთან და მწუხარებასთან დაპირისპირება

შეთანხმებულად მცხოვრები ხანდაზმული წყვილი ჩვეულებრივად ილტვის ერთად ყოფნისთვის. ამ პერიოდში წყვილი უფრო მეტად უახლოვდება ერთმანეთს. როცა ერთ-ერთი მათგანი კვდება, დარჩენილი პარტნიორი განიცდის დანაკარგს, სიცარიელესა და მარტოობას. ბევრი ახერხებს მარტო ცხოვრებასა და სირთულეებთან გამკლავებას, თუმცა ოჯახის ახალგაზრდა წევრებზე დამოკიდებულება შეიძლება გაიზარდოს, როცა თავს იჩენს ჯანმრთელობის პრობლემები. მეგობრებისა და ახლობლების სიკვდილი ახსენებთ ასაკოვნებს, თუ რა ხანმოკლეა სიცოცხლე. ეს ის პერიოდია, როცა განვლილ ცხოვრებას სიხარულით ან სინანულით იხსენებენ. მძაფრდება დანაშაულისა და სინანულის განცდა. ექთნის მიზანია დაეხმაროს მარტოხელა მოხუცებულებს. არსებობს ამისთვის სხვადასხვა საზოგადოებრივი ცენტრი, რომელიც ხანდაზმულებს სთავაზობს სოციალურ აქტივობებს, მათ შეუძლიათ გაატარონ მთელი დღე ასეთ დაწესებულებებში.

აღქმა

აღქმა ანუ გარემოს ინტერპრეტაციის უნარი დამოკიდებულია გრძნობათა სიმახვილეზე. თუ ხანდაზმული ადამიანის გრძნობები დაქვეითებულია, მაშინ გარემოს აღქმისა და რეაქციის უნარიც იკლებს. ნერვულ სისტემაში ცვლილებებმაც შეიძლება მოახდინოს გავლენა აღქმაზე. ცვლილებები კოგნიტურ სტრუქტურაში გამოწვეულია ტვინის მოცულობის შემცირებით, ასევე მცირდება სისხლის მიწოდება ტვინში, ტვინის გარსი სქელდება და ნელდება მისი მეტაბოლიზმი. მენტალური აქტიურობა, განსაკუთრებით კი სიტყვიერი აქტიურობა ეხმარება ხანდაზმულს შეინარჩუნოს მაღალი კოგნიტური ფუნქციები და ხანგრძლივი მეხსიერების უნარი.

კოგნიტური საზრიანობა

სრულფასოვანი ხანდაზმული ინარჩუნებს ინტელექტს, პრობლემის გადაჭრის უნარს, კრეატიულობასა და სხვა კოგნიტურ უნარებს. ინტელექტუალური დანაკარგი გამოიხატება ისეთი დაავადების დროს, როგორიცაა ათეროსკლეროზი, რომელიც იწვევს სისხლძარღვების შევიწროებასა და ტვინის კვების შეწყვეტას საჭირო ნივთიერებებით. კოგნიტური უნარების დაქვეითება ვლინდება კაცების 15%-ში და ქალების 11%-ში. ასევე მნიშვნელოვანია აღვნიშნოთ, რომ მეხსიერების შესუსტება უფრო 85 წლის ზემოთ ვლინდება, ვიდრე 65-დან 69-წლამდე

მეხსიერება

მეხსიერება არის ინტელექტუალური შესაძლებლობის ერთ-ერთი კომპონენტი, რომელიც მოიცავს შემდეგ ნაბიჯებს:

1. გარემოდან სტიმულების მომენტალური აღქმა, სენსორული მეხსიერება;
2. **მოკლევადიანი მეხსიერება**, როცა ინფორმაცია არის შენახული ტვინში მხოლოდ წამიერი გამოყენებისთვის;

3. ინფორმაციის დაშიფვრა, რომელიც გადადის მოკლევადიანი მეხსიერებიდან გრძელვადიან მეხსიერებაში, ინფორმაცია ინახება უკვე 72 საათის განმავლობაში და, ჩვეულებრივ, კვირები და წლები. თუ ინფორმაცია არ გამოიყენება ხშირად ხდება მისი დაკარგვა. ეს დავიწყება შეიძლება გამოსწორდეს, თუ ადამიანი მიმართავს სიის ან ჩანაწერების გაკეთების მეთოდს და ა.შ.

სწავლა

ხანდაზმულ ადამიანებს სჭირდებათ დამატებითი დრო სწავლისთვის. ასევე მნიშვნელოვანია მოტივაცია. ისინი რთულად ახერხებენ სწავლას, ამიტომ ექთანი უნდა იყოს ფრთხილი, რათა გაარკვიოს რა არის მნიშვნელოვანი პაციენტისთვის, სანამ დაგეგმავს სწავლებას.

მორალური მხარე

კოლბერგის მორალური განვითარების მიხედვით, ხანდაზმული კონვენციურ დონეზე ემორჩილება წესებს, რათა თავიდან აირიდოს ტკივილი და სხვათა უკმაყოფილება. პირველ სტადიაზე პიროვნება განსაზღვრავს ცუდსა და კარგს თავის თავში. მეორე სტადიაზე კი ადამიანი სხვის საჭიროებებს ისევე იღებს, როგორც საკუთარს. ხანდაზმული კონვენციურ დონეზე მიჰყვება საზოგადოებრივ წესებს სხვათა მოლოდინების გასამართლებლად. გილიგანის თეორია მორალურ განვითარებაზე დაფუძნებულია ზრუნვის კონცეფციაზე. კაცებსა და ქალებს განსხვავებულად ესმით მორალი. კაცებისთვის სამართლიანობა არის მნიშვნელოვანი, ხოლო ქალები სამართალთან ერთად სხვა მორალურ პრინციპებს იზიარებენ. კულტურული საფუძვლები, ცხოვრებისეული გამოცდილება, სქესი, რელიგიური მრწამსი და სოციო-ეკონომიკური სტატუსი გავლენას ახდენს მათ ღირებულებებზე. ექთანმა სწორედ უნდა განსაზღვროს პაციენტის ღირებულებები, როცა მკურნალობა იგეგმება.

სულიერება და ასაკი

მოხუცებს შეუძლიათ ჩაუღრმავდნენ ახალ რელიგიასა და ფილოსოფიურ ხედვას. ბევრი ხანდაზმული ადამიანი თავის რელიგიასა და რწმენას ძალიან სერიოზულად ეკიდება. ისინი ესწრებიან რელიგიურ შეხვედრებს. ასეთი ჩართულობა ხშირად ეხმარება მათ ამოხსნან ცხოვრების აზრთან და ბედთან დაკავშირებული საკითხები. ექთნის მნიშვნელოვანი პასუხისმგებლობაა დაეხმაროს პაციენტს მონაწილეობა მიიღოს ასეთი სახის რელიგიურ პროცესებში.

ჯანმრთელობის პრობლემები

ჯანმრთელობის პრობლემებში შედის დაზიანებები, ჰიპერტონია, ართრიტი, წამლების არასწორად გამოყენება, ალკოჰოლიზმი, დემენცია და ცუდი მოპყრობა. 65 წლის და უფრო ზემოთ ასაკის ადამიანებში სიკვდილის გამომწვევი მიზეზებია გულის დაავადებები, სიმსივნე, რესპირატორული დაავადებები, ფილტვების ანთება, დიაბეტი.

დაზიანებები

მოხუცებისთვის მთავარი ამოცანაა დაზიანებების თავიდან არიდება. სიკვდილისა და ავადმყოფობის ძირითადი გამომწვევი მიზეზია დაცემა მხედველობის გაუარესების გამო, რეფლექსების არის შენელებული, ძვლები კი დასუსტებული. ცუდი მეხსიერების გამო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ხანძარი; მათ ავინყდებათ უთოს ან ღუმელის გამოთვა. ტკივილისა და სიცხის მიმართ დაქვეითებული მგრძნობელობის გამო, ისინი ფრთხილად უნდა იყვნენ, რათა თავიდან აირიდონ დამწვრობები. ბევრი ადამიანი კვდება ჰიპოთერმიით, რომელიც ნიშნავს ორგანიზმის დაბალ ტემპერატურას. ადამიანი, რომელიც ბევრ დროს ატარებს გარეთ ცივ ამინდში და სახლშიც არ აქვს სითბო იგი არის ჰიპოთერმიის რისკის ქვეშ. ექთანს შეუძლია დაეხმაროს სახლის უსაფრთხოდ მოწყობაში, ყურადღებით უნდა იყოს ყველა შესაძლო საფრთხის გამომწვევ პრობლემებთან.

ქრონიკული დაავადებები, რომელიც უუნარობას იწვევს

მწვავე დაავადებებმა, როგორიცაა ანთება, მოტეხილობები, ტრამვა დაცემისგან, ავარიები ან სხვა შემთხვევები, შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემები, როგორიცაა, ართრიტი, ოსტეოპოროზი, გულის უკმარისობა, ინსულტი, ფილტვის ობსტრუქციული დაავადება, სმენისა და მხედველობის დარღვევა, კოგნიტური დისფუნქცია. ქრონიკული დაავადებები იწვევს ბევრ ცვლილებას, მაგალითად, გამოკვება, გადაადგილება, ჰიგიენა და ა.შ. ჯანმრთელობაზე განეული ხარჯები ხშირად საგრძნობლად იზრდება და ეკონომიურ წნეხად იქცევა ხოლმე.

მედიკამენტების ბოროტად გამოყენება

65-დან 69 წლამდე ხანდაზმულები წელიწადში დაახლოებით 14 რეცეპტს იღებენ, ხოლო 80-დან 84 წლამდე კი 18 რეცეპტს. გარდა ამისა, ისინი იღებენ ურეცეპტოდ მრავალ წამალს სახსრების ტკივილის ან უძილობის პრობლემის გადასაჭრელად. ბოლო წლებში საკმაოდ გაიზარდა გაყიდული ვიტამინებისა და საკვების დანამატების რაოდენობა. მედიკამენტების თვითნებურმა მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს მრავალი გაუგებრობა, მათ შორის, ნაკლები ან ზედმეტი წამლების დაღევა, ალკოჰოლის მიღება, არასწორ დროს წამლის მიღება ან სხვისი მედიკამენტის დაღევა. ზოგიერთი მოხუცი დამოუკიდებლად ცხოვრობს საზოგადოებრივ ცენტრებში და წამლებს იღებს მეთვალყურეობის გარეშე. არსებობს შემდეგი სტრატეგიები, რომელთა გამოყენებითაც ექთნები ასწავლიან პაციენტებს მედიკამენტების უსაფრთხო გამოყენებას.

- ჩამოწერეთ წამლების სია და შეინახეთ ჩანთაში;
- იცოდეთ ყველა წამლის მიღების მიზეზი;
- გამოიყენეთ სპეციალური მოწყობილობა, რომელიც შეგახსენებთ წამლის დაღევას;
- სთხოვეთ თქვენს ფარმაცევტს გაგიხსნათ წამლის კოლოფი;
- თუ შესაძლებელია, ერთი და იგივე აფთიაქიდან აიღეთ წამლები;

ალკოჰოლიზმი

არსებობს ალკოჰოლის მომხმარებელთა ორი კატეგორია: ასაკოვნები, რომლებმაც დაიწყეს დალევა ახალგაზრდობაში და მოხუცები, რომლებმაც დალევა მიმართეს თავიანთი ასაკობრივი პრობლემების დასაძლევად. დაახლოებით ხანდაზმულების 1/3 იწყებს დალევას გვიან ასაკში. ქრონიკული სმა უარყოფითად მოქმედებს მთლიან ორგანიზმზე, იწვევს თირკმლის, ღვიძლისა და კუჭის დაზიანებებს, ანელებს საპასუხო რეაქციებს, რომელიც დაზიანებებსა და სიკვდილს იწვევს. მოხუცს, რომელსაც აქვს ქრონიკული დაავადებები და იღებს ბევრ წამალს, წამლისა და ალკოჰოლის ერთობლივი მიღება წარმოშობს მნიშვნელოვან წამალთშორის ურთიერთქმედებებს.

ექთანი უნდა ესაუბროს პაციენტს განიხილოს ყველა წამლის გვერდითი ეფექტები და უკურეაქციები. ექთნის დანიშნულებაა იყოს პაციენტის ადვოკატი და დაეხმაროს გართულებების თავიდან აცილებაში.

დემენცია

დემენცია არის კოგნიტური ფუნქციების პროგრესული დაქვეითება. დემენცია განსხვავდება დელირიუმისგან, რომელიც არის მწვავე სინდრომი. ორივეს ახასიათებს მეხსიერების, ენის, მათემატიკური კალკულაციის, აბსტრაქტული აზროვნებისა და პრობლემის გადაჭრის უნარის ცვლილებები. დელირიუმის ყველაზე გავრცელებული გამომწვევი მიზეზია ინფექცია, მედიკამენტები და დეჰიდრატაცია. დემენციის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა ალცჰაიმერის დაავადება, რომლის გამომწვევი მიზეზიც უცნობია. ალცჰაიმერის პროგრესირება ხდება ნელა და სიმპტომების გარეშე.

ალცჰაიმერის სიმპტომები განსხვავებულია. ყველაზე უფრო გავრცელებული სიმპტომებია კოგნიტური დისფუნქცია, რომელიც მოიცავს მეხსიერების დაქვეითებას, სწავლის, ყურადღების, ორიენტაციისა და მეტყველების უნარების შესუსტებას. ეს სიმპტომები ნელა პროგრესირდება და სრულდება კოგნიტური და ფიზიკური უნარების დაქვეითებით. ეს პროცესი მიმდინარეობს 7-დან 15 წლამდე და მთავრდება სიკვდილით. ბოლო სტადიაზე, პაციენტი საჭიროებს სრულ დახმარებას, ვინაიდან ხდება უუნარო. სამწუხაროდ, არ არსებობს რაიმე განსაკუთრებული მკურნალობის მეთოდები, რაც შეაჩერებდა ამ დაავადების პროგრესირებას. ექთნის პასუხისმგებლობაა უზრუნველყოს პაციენტი მოვლით, ზუსტი ინფორმაციითა და ექიმთან მიმართებით. ასეთი ტიპის დახმარებით ოჯახის წევრებიც მიიღებენ შვებას.

წამლის კაფსულა – პარასიმპათიკური ან ქოლინესტერაზას ინჰიბიტორი – დონეპეზილი

ქოლინესტერაზას ინჰიბიტორები აუმჯობესებს ტვინის ფუნქციას აცეტილქოლინესტერაზას ჩართვით. ტვინის ნორმალური მუშაობისას, აცეტილქოლინი არის დამატებითი მედიატორი და მნიშვნელოვან როლს ასრულებს კოგნიტურ ფუნქციონირებაში. ქოლინესტერაზას ინჰიბიტორს არ შეუძლია შეცვალოს ალცჰაიმერი, თუმცა ახერხებს ადამიანის მდგომარეობის სტაბილიზებასა და სიმპტომების განვითარების შეჩერებას მოკლე პერიოდით (დაახლოებით 6 თვით).

ექთნის პასუხისმგებლობაა:

- შეაფასოს პაციენტის კოგნიტური უნარი;
- აწარმოოს გულის მუშაობის მონიტორინგი, რადგანაც შეიძლება ბრადიკარდია წარმოიშვას;

პაციენტისა და ოჯახის ინფორმირებულობა:

- აუხსნას მათ, რომ დონეპეზილი მიიღოს ძილის წინ, რადგან ინვევს გაბრუებას;
- წამალი უნდა მიიღოს საკვებთან ერთად ან მის გარეშე;
- წამლის დაღვევა აუცილებელია ყოველ დღე;
- მნიშვნელოვანია წამლის დოზირების კონტროლი. ზედმეტმა დოზამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ისეთი გვერდითი სიმპტომები, როგორიცაა, კუჭ-ნაწლავის გაღიზიანება, ძილის პრობლემები და სედაცია;

ჯანმრთელობის შეფასება და სტიმულირება

ხანდაზმული ადამიანის განვითარების განმსაზღვრელი რეკომენდაციები ნაჩვენებია განვითარების შეფასების გზამკვლევში (Developmental Assessment Guidelines). განმსაზღვრელი აქტივობები მოიცავს წონის, სიმაღლისა და სასიცოცხლო ნიშნების გაზომვას, კანის გამოკვლევას, რათა დადგინდეს ჰიდრატაციის დონე ან რაიმე პათოლოგიური ცვლილებების არსებობა, მხედველობისა და სმენის ხარისხის დადგენას ვებერისა და რინის ტესტებით. ასევე ყურადღება უნდა გამახვილდეს შემდეგ საკითხებზე:

- ჩვეულებრივი დიეტური განრიგი;
- კუჭ-ნაწლავისა და საშარდე გზების პრობლემები;
- აქტიურობა, ვარჯიში და ძილიანობა;
- საოჯახო და სოციალური აქტივობები და ინტერესები;
- კითხვა, წერა და პრობლემის გადაჭრის სირთულეები;
- პენსიაზე გასვლასთან და პარტნიორის დაკარგვასთან შეგუება;
- სამედიცინო პერსონალმა/ოჯახის წევრებმა ყურადღება უნდა გაამახვილონ განსაკუთრებულად შემდეგ ნიშნებზე:
- დეპრესიის სიმპტომები;
- თვითმკვლელობის რისკ-ფაქტორები;
- მართოსულობის ნიშნები;
- ცვლილებები კოგნიტურ ფუნქციებში;
- მედიკამენტოზური მკურნალობა, როცა იზრდება დაცემის რისკი;
- ფიზიკური შეურაცხყოფისა და უარყოფის ნიშნები;
- კანის პათოლოგიური ცვლილებები;
- კბილის დაშლა, ღრძილების ანთება, მორყეული კბილები;
- პერიფერიული არტერიული დაავადება;

ხანდაზმული ადამიანები ჩვეულებრივ ზრუნავენ ჯანმრთელობაზე და აინტერესებთ ყველანაირი ინფორმაცია და ქცევითი სტრატეგიები, რაც გააუმჯობესებს მათ ჯანმრთელობას. ექთანმა შეიძლება იმსჯელოს იმ თემებზე, რაც ჯანმრთელობისთვის სტიმულს წარმოადგენს. ეს საკითხები განხილულია 19-1 ჩანართში.

ჩანართი: 19-1 მითითებები ჯანმრთელობის სტიმულირებისთვის

ჯანმრთელობის ტესტები და სკრინინგი

- 75 წლამდე ყოველ 3-დან 5 წელიწადში ერთხელ ქოლესტერინის დონის შემოწმება;
- მაღალი რისკ-ფაქტორის არსებობის შემთხვევაში, ყოველდღიურად 81 მგ ასპირინის მიღება (ექიმის დანიშნულების მიხედვით);
- ყოველ 3 წელში ერთხელ დიაბეტის სკრინინგი;
- თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა;
- სარძევე ჯირკვლის მამოგრაფია 1 ან 2 წელიწადში ერთხელ (ქალებში);
- ყოველწლიურად სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევა (ქალებში);
- პაპ ტესტის ჩატარება ყოველწლიურად, თუ არსებობს პაციენტის ისტორიაში რისკები;
- ყოველწლიურად სწორი ნაწლავის დიგიტალური გამოკვლევა;
- ყოველწლიური პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის განასაზღვრა;
- ყოველწლიურად განავლის კვლევა ფარულ სისხლდენაზე;
- ყოველ 5 წელში ერთხელ სიგმოიდოსკოპია, ხოლო 10 წელში ერთხელ კოლონოსკოპია;
- მხედველობის სკრინინგი ყოველწლიურად;
- სმენითი სკრინინგი ყოველწლიურად;
- დეპრესიის კვლევა პერიოდულად;
- ოჯახური ძალადობის კვლევა პერიოდულად;
- ყოველწლიურად სიმაღლისა და წონის გაკონტროლება;
- სქესობრივი გზით გადაცემული დაავადებების ტესტირება;
- 65 წელს ზემოთ გრიპის ვაქცინაცია;
- პნევმოკოკის ვაქცინაცია 65 წლის ასაკისთვის და მას შემდეგ ყოველ 10 წელში ერთხელ;
- 60 და უფროსი ასაკის ადამიანებისთვის ჰერპესზე ვაქცინაცია;
- ტეტანუსზე აცრა ყოველ 10 წელში ერთხელ;

უსაფრთხოება

- სახლში უსაფრთხო პირობების შექმნა;
- კვამლისა და მხუთავი აირის დეტექტორების დაყენება;
- ავტომობილის უსაფრთხოების გაძლიერება;
- მანქანის მართვის უნარების შეფასება;

- სიფრთხილის ზომების მიღება, რათა თავიდან აირიდონ უბედური შემთხვევები;

კვება და ვარჯიში

- კარგად დაგეგმილი დიეტა, რაც შეიძლება ნაკლები კალორიებით;
- D ვიტამინისა და კალციუმის მიღება აუცილებლობა;
- კვებისა და ვარჯიშის ფაქტორები, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს გულ-სისხლძარღვოვანი დაავადებები;
- ყოველდღიურად 30 წუთიანი ფიზიკური აქტივობა;

დაავადების ლიკვიდაცია

- ძალიან მნიშვნელოვანია შესაფერისი დიეტა, სათანადო ვარჯიში და სულ მცირე 6 ჭიქა (240მლ) სითხე ყოველდღიურად;

სოციალური ინტერაქცია

- ინტელექტუალური და რეკრეაციული ლტოლვის წახალისება;
- ადამიანური ურთიერთობების წახალისება, რაც უბიძგებთ მათ ისაუბრონ გრძნობებზე, შიშსა და შეხედულებებზე;
- უხეში მოპყრობის რისკ-ფაქტორების შეფასება;
- სოციალურ საზოგადოებრივ ცენტრებთან და პროგრამებთან ხელმისაწვდომობა;

კრიტიკული აზროვნების მნიშვნელოვანი საკითხები

78 წლის ქალი, რომელმაც რეგულარულ ფიზიკალურ შეფასებაზე ჩაიტარა ძვლის სიმკვრივის სკანირება, დაუდგინდა მწვავე ოსტეოპოროზი. ექიმმა დაუნიშნა ახალი ექსპერიმენტული მედიკამენტი. პაციენტი ცხოვრობს მარტო საკუთარ სახლში.

1. ჩამოთვალეთ ოსტეოპოროზთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორები, რომელიც უნდა გაითვალისწინოთ პაციენტის შეფასებისას;
2. აღნიშნული რისკ-ფაქტორებიდან რომელმა შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტის ცხოვრების სტილის შეცვლა?
3. რა პრევენციული ზომები უნდა მიიღოს პაციენტმა, იმისათვის რომ მოახდინოს ძვლის მოტეხილობების პრევენცია?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Barba, B. E., Tesh, A. S., & Kohlenberg, E. (2007). Recognize the many facets of gerontological nursing. *Nurse Management*, 38(1), 36–41. doi:10.1097/00006247-200701000-00012
- Beeber, A. S. (2008). Interdependence: Building partnerships to continue older adults' residence in the community. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(1), 19–25. doi:10.3928/00989134-20080101-03
- McGuire, S. L., Klein, D. A., & Chen, S. (2008). Ageism revisited: A study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nursing and Health Sciences*, 10, 11–16. doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00336.x
- Rocchiccioli, J. T., & Sanford, J. T. (2009). Revisiting geriatric failure to thrive: A complex and compelling clinical condition. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(1), 18–24. doi:10.3928/00989134-20090101-08
- Kverno, K. S., Rabins, P. V., Blass, D. M., Hicks, K. L., & Black, B. S. (2008). Prevalence and treatment of neuropsychiatric symptoms in advanced dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(12), 8–15. doi:10.3928/00989134-20081201-03
- Sharaf, A.Y., & Ibrahim, H. S. (2008). Physical and psychosocial correlates of fear of falling among older adults in assisted living facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(12), 45–53.
- Thompson, G. N., Menec, V. H., Chochinov, H. M., & McClement, S. E. (2008). Family satisfaction with care of a dying loved one in nursing homes: What makes a difference? *Journal of Gerontological Nursing*, 34(12), 37–44. doi:10.3928/00989134-20081201-10
- Tsai, P., Beck, C., Richards, K. C., Phillips, L., Roberson, P. K., & Evans, J. (2008). The Pain Behaviors for Osteoarthritis Instrument for Cognitively Impaired Elders (PBOICIE). *Research in Gerontological Nursing*, 1(2), 116–122. doi:10.3928/19404921-20080401-07
- Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., & Shema, S. J. (2008). The relationship between hearing impairment and cognitive functioning: A 5-year longitudinal study. *Research in Gerontological Nursing*, 1(2), 80–86. doi:10.3928/19404921-20080401-08
- Abrams, A. C. (2008). *Clinical drug therapy* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. Alzheimer's Association. (2009). 2009 Alzheimer's disease facts and figures. Retrieved from http://www.alz.org/national/documents/report_alzfactsfigures2009.pdf
- American Cancer Society. (2009). Cervical cancer: Prevention and early detection. Retrieved from http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6x_cervical_cancer_prevention_and_early_detection_8.asp?sitearea_PED
- American Heart Association. (2007). High blood pressure increases risk of reduced function in older age. Retrieved from http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier_3051950

- American Heart Association. (2008). Resistant hypertension: Diagnosis, evaluation, and treatment. Retrieved from http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier_3057039
- Artinian, N. T., Flack, J. M., Nordstrom, C. K., Hockman, E. H., Washington, O. G. M., Jen, K. L. C., & Fathy, M. (2007). Effects of nurse-managed telemonitoring on blood pressure at 12-months follow-up among African Americans. *Nursing Research*, 56, 312–322. doi:10.1097/01.NNR.0000289501.45284.6e
- Brown, D. A. (2009). Osteoporosis—not just for women. *American Nurse Today*, 4(3), 10–12.
- Bryon, E., Dierckx de Casterie, B., & Gastmans, C. (2008). Nurses' attitudes towards artificial food or fluid administration in patients with dementia and in terminally ill patients: A review of the literature. *Journal of Medical Ethics*, 34, 431–436. doi:10.1136/jme.2007.021493
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Health information for older adults. Retrieved from <http://www.cdc.gov/Aging/info.htm>
- Chaperon, C. M., Farr, L. A., & LoChiano, E. (2007). Sleep disturbance of residents in a continuing care retirement community. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(10), 21–28.
- Davis, G. D., & Chen, Y. (2008). Age differences in demographic predictors of retirement investment decisions. *Educational Gerontology*, 34(3), 223–246. doi:10.1080/03601270701838365
- Day, J. C. (2008). Population profile of the United States: National population projections. Retrieved from U.S. Census Bureau website: <http://www.census.gov/population/www/pop-profile/natproj.html>
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., Jett, K., & Luggen, A. S. (2008). *Toward healthy aging: Human needs & nursing response* (7th ed.). Philadelphia, PA: Mosby Elsevier.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological nursing* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ellsworth, P., & Kirshenbaum, E. M. (2008). Current concepts in the evaluation and management of erectile dysfunction. *Urologic Nursing*, 28, 357–369.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York, NY: W. W. Norton.
- Fastest growing Internet users are ages 70 to 75 as online demographics get older. (2009). Retrieved from Senior Journal.Com website: <http://seniorjournal.com/NEWS/WebsWeLike/2009/20090207-FastestGrowing.htm>
- Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. (2008). 2008 Older Americans: Key indicators of wellbeing. Retrieved from http://www.agingstats.gov/aging-statsdotnet/Main_Site/Data/Data_2008.aspx
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2008). *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed.). New York, NY: Longman.
- Hobson, K. (2008, September 26). On fitness: How to avoid losing muscle as you age. U.S. News and World Report. Retrieved from <http://health.usnews.com/blogs/on-fitness/2008/09/04/how-to-avoid-losing-muscle-asyou-age.html>
- Johnson, R. W. (2009). Urban Institute fact sheet on retirement policy: Senior unemployment rate hits 31 year high. Retrieved from Urban Institute website: http://www.urban.org/UploadedPDF/901210_senior_unemployment_rates.pdf
- Jones, S., & Fox, S. (2009). Generations online in 2009. Retrieved from Pew Internet & American Life Project website: <http://www.pewinternet.org/Reports/2009/Generations-Online-in-2009.aspx>
- Kirchheimer, B. (2009). Geriatric NP supplements senior citizen ED care. Retrieved from Nurse.com website: <http://news.nurse.com/article/20090615/NJ02/106150050>
- Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco, CA: Harper & Row.
- Lawlor-Row, K. A., & Elliott, J. (2009). The role of religious activity and spirituality in the health and well-being of older adults. *Journal of Health Psychology*, 14, 43-52. doi:10.1177/1359105308097944
- Leder, S., Grinstead, L. N., & Torres, E. (2007). Grandparents raising grandchildren: Stressors, social support, and health outcomes. *Journal of Family Nursing*, 13, 333-352. doi:10.1177/1074840707303841
- Mauk, K. L. (2010). *Gerontological nursing. Competencies for care* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adults: Theory and practice* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Murray, R. B., & Zentner, J. P. (2008). *Health promotion strategies through the life span* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- National Council on Child Abuse & Family Violence. (2010). Facts about elder abuse. Retrieved from <http://www.nccafv.org/elder.htm>
- Oliveira, N. (2008). Does ageism exist in cancer care? Retrieved from OhioHealth website: http://www.ohiohealth.staywellsolutionsonline.com/General/ProactivePatient/34,23495-1?PrinterFriendly_true
- Passel, J. S., & Cohn, D. (2008). U.S. Population projections: 2005-2050. Retrieved from Pew Research Center website: http://74.125.155.132/search?q_cache:VY-0iAuyLuyYJ:pewhispanic.org/files/reports/85.pdf_2008_population_projections_for_2050&cd_3&hl_en&ct_clnk&gl_us
- Peck, R. (1968). Psychological development in the second half of life. In B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Phelan, A. (2008). Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: Implications for nursing discourse. *Nursing Inquiry*, 15, 320-329. doi:10.1111/j.1440-1800.2008.00423.x

- Pinch, W. J. E., & Parsons, M. E. (1997). Moral orientation of elderly persons: Considering ethical dilemmas in health care. *Nursing Ethics*, 4, 380–393.
- Pratt, M. W., Diessner, R., Pratt, A., Hunsberger, B., & Pancer, S. M. (1996). Moral and social reasoning and perspective taking in later life: A longitudinal study. *Psychology and Aging*, 11, 66–73. doi:10.1037/0882- 7974.11.1.66
- Sullivan-Marx, E. M., & Gray-Miceli, D. (2008). *Leadership skills for long-term care*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Tabloski, P. A. (2010). *Gerontological nursing* (2nd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- U.S. Census Bureau. (2008a). An older and more diverse nation by midcentury. Retrieved from <http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/population/012496.html>
- U.S. Census Bureau. (2008b). U.S. National population projections. Retrieved from <http://www.census.gov/population/www/projections/2008projections.html>
- U.S. Census Bureau. (2009). Census Bureau reports world's older population projected to triple by 2050. Retrieved from http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/international_population/013882.html
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *A profile of older Americans: 2008*. Washington, DC: Administration on Aging.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2009). *Developing healthy people 2020*. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/hp2020/Objectives/files/Draft2009Objectives.pdf>
- Van Duizend, R. (2008). Future trends in state courts, 2008: The implications of an aging population for the state courts. Retrieved from http://contentdm.ncsconline.org/cgi-bin/showfile.exe?CISOROOT_/famct&CISOPTR_208
- Wallace, M. A. (2008). Assessment of sexual health in older adults. *American Journal of Nursing*, 108(7), 52–61.
- Yen, M., & Chen, Y. (2008). Physical activity and related factors among older adults living in care institutions. *Journal of Evidence-Based Nursing*, 4(2), 89–98.
- Agency on Aging. (2004). Alzheimer's resource room: Professionals and providers. Retrieved from http://www.aoa.gov/ALZ/Public/alzprof/alz_prof.asp
- Bendix, J. (2009). Exploiting the elderly. *RN*, 72(3), 42–46. Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Depression is not part of growing older. Retrieved from <http://www.cdc.gov/features/HealthyAging/>
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York, NY: W. W. Norton.
- Frankl, V. (2006). *Man's search for meaning*. Boston, MA: Beacon Press.
- Freud, S. (1923). *The ego and the id*. London, England: Hogarth Press.
- Katz, A. (2007). When sex hurts: Menopause-related dyspareunia. *American Journal of Nursing*, 107(7), 34–39.

- Kohlberg, L. (1971). *Recent research in moral development*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Kohlberg, L. (1981). *The psychology of moral development: Moral stages and the idea of justice*. San Francisco, CA: Harper & Row.
- Mezey, M. D. (2001). *The encyclopedia of elder care*. New York, NY: Springer.
- National Institute on Aging & National Institutes of Health. (2007). Age page: High blood pressure. Retrieved from <http://www.nia.nih.gov/HealthInformation/Publications/hiblood.htm>
- National Institute on Aging & National Institutes of Health. (2009). Age page: Aging and your eyes. Retrieved from <http://www.nia.nih.gov/HealthInformation/Publications/eyes.htm>
- National Institute on Aging & National Institutes of Health. (2009). Age page: Alcohol use and abuse. Retrieved from <http://www.nia.nih.gov/HealthInformation/Publications/alcohol.htm>
- National Institute on Aging & National Institutes of Health. (2009). Age page: Hearing loss. Retrieved from <http://www.nia.nih.gov/HealthInformation/Publications/hearing.htm>
- Palmisano-Mills, C. (2007). Common problems in hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(1), 48–54.
- Piaget, J. (1966). *Origins of intelligence in children*. New York, NY: W. W. Norton.
- Robinson, A., & Cubit, K. (2007). Caring for older people with dementia in residential care: Nursing students' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 255–263. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.4304.x
- Schaefer, R. T. (2008). *Encyclopedia of race, ethnicity, and society*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Sheehy, G. (1995). *New passages. Mapping your life across time*. New York, NY: Ballantine Books.
- Walker, C., Hogstel, M. O., & Curry, L. C. (2007). Hospital discharge of older adults. How nurses can ease the transition. *American Journal of Nursing*, 107(6), 60–70.

თაზი 20

ოჯახური ჯანმრთელობის სტიმულირება

ამ თავის დასრულების შემდეგ თქვენ შეგეძლებათ:

1. ოჯახის ფუნქციების განსაზღვრა;
2. ოჯახის ტიპების აღწერა;
3. ოჯახური ჯანმრთელობის სტიმულირება;
4. ოჯახური ჯანმრთელობის პრობლემების ძირითადი რისკების იდენტიფიცირება;
5. საექთნო დიაგნოზის, გამოსავლისა და ინტერვენციის იდენტიფიცირება;

ექთნების მიერ პაციენტთა ჯანმრთელობის შეფასება და დაგეგმარება შედგება სამი კატეგორიისგან: ინდივიდუალური, საოჯახო და საზოგადოებრივი. თითოეული პიროვნების რწმენა, ღირებულებები, მხარდაჭერა, რაც მათ გააჩნიათ, მოდის ოჯახიდან და საზოგადოებიდან. როდესაც პაციენტის როლში არის სრულიად ოჯახი, მაშინ ექთანი განსაზღვრავს მათი ჯანმრთელობის სტატუსს ერთობლიობაში, ასევე არკვევს ცალკეული წევრების ჯანმრთელობას, თითოეული წევრების ფუნქციასა და ჩართულობას ოჯახში, ოჯახის სიძლიერესა და სისუსტეებს.

ოჯახური ჯანმრთელობა

ოჯახი არის საზოგადოების ფუნდამენტური ერთეული. ოჯახის ექთნის მოვალეობაა, განსაზღვროს ოჯახის როლი, მათი გავლენა ჯანმრთელობაზე, ღირებულებები და თითოეული წევრის პროდუქტიულობა. ექთანი, რომელიც ზრუნავს ოჯახის ჯანმრთელობაზე, ასევე ზრუნავს მის თითოეულ წევრზე.

ოჯახის ფუნქცია

ოჯახის მობრძილი წევრები ოჯახს უზრუნველყოფენ ფინანსური რესურსებით, ასევე იცავენ მისი თითოეული წევრის ფიზიკურ ჯანმრთელობას, შესაფერისი კვებითა და ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებით. ამასთან ერთად, ოჯახი ქმნის ისეთ ატმოსფეროს, რომელიც გავლენას ახდენს მისი თითოეული წევრის კოგნიტურ და ფსიქოსოციალურ განვითარებაზე. ბავშვები და მოზარდები ოჯახიდან იღებენ მხარდაჭერას, წახალისებას და გაგებას განვითარების ყოველ ეტაპზე გადასვლისას, ისინი გამოდიან ოჯახური სისტემიდან და ქმნიან ახალ ოჯახურ ერთეულს. ოჯახში, სადაც მისი წევრები ემოციურად და ფიზიკურად აღზრდილები არიან, აღწევენ თავიანთი პოტენციის მაქსიმუმს როგორც ოჯახურ წიაღში, ისე საზოგადოებაში. თითოეულ ოჯახს აქვს თავისი ღირებულებები, რწმენა, რაც ხდის მას უნიკალურს და უყალიბებს საკუთარ სტრუქტურას, ინტერაქციის მეთოდებს, ჯანმრთელობის დაცვის პრაქტიკასა და მექანიზმებს. განსა-

კუთრებული კულტურის მქონე ოჯახები შეიძლება გაერთიანდნენ, რათა ჩამოაყალიბონ მრავალმხრივი დახმარების სისტემები, თუმცა ასეთი სახის პრაქტიკამ შეიძლება მოახდინოს მათი იზოლაცია სხვა უფრო დიდი სოციუმიდან (სურათი 20-1). კულტურული დონის ამაღლება არის საკმაოდ ნელი და სტრესული პროცესი, რომელიც მოიცავს ენისა და სხვა ქვეყნის კულტურის შესწავლას. ბავშვებს აქვთ უფრო მეტი კონტაქტები გარშემო სოციუმთან, ამიტომაც ისინი უფრო ადვილად და სწრაფად ითვისებენ ენას და ახალ წესებს. ზოგჯერ კონფლიქტის მიზეზი ხდება ის, რომ მათ შემოაქვთ ოჯახში ახალი ღირებულებები და იდეები, რასაც მოზრდილები ვერ ეგუებიან.



სურათი 20-1 კულტურული სეპარაცია

ოჯახის ტიპები დღევანდელ სოციუმში

ოჯახი შედგება პიროვნებებისაგან და მათ განაწილებული აქვთ თავიანთი პასუხისმგებლობა. ოჯახურ სტრუქტურას, სადაც მოიაზრებიან მშობლები და მათი შთამომავლობა, უწოდებენ **ბირთვულ ოჯახს**. ასეთი ოჯახის ბებია-ბაბუა, ბიძები, ბიცოლები, დეიდები და მამიდები ქმნიან **გაფართოებულ ოჯახს**. ზოგი ოჯახი ცხოვრობს საკუთარ სახლში, ზოგი საერთო ბინაში, ზოგი დიდ ქალაქში, ზოგი პროვინციულ ქალაქში, ზოგი კი საერთოდ უსახლკაროა. უსახლკარო ოჯახების რიცხვი საგრძნობლად გაიზარდა 2008-2009 წწ.

ტრადიციული ოჯახი

ტრადიციულ ოჯახად მოიაზრება ოჯახი, როგორც დამოუკიდებელი ერთეული, სადაც ორივე მშობელს აქვს მინიჭებული თავისი ფუნქცია. დედას, ძირითადად, უკავია აღმზრდელის როლი, ხოლო მამა განაგებს საჭირო ეკონომიკურ რესურსებს. დღევანდელ საზოგადოებაში ქალსაც და კაცსაც ნაკლებად ასრულებს თავისი როლს მაგალითად, მამები უფრო მეტად ჩართულნი არიან საოჯახო საქმიანობაში, ბავშვების აღზრდაში და ა.შ. (სურათი 20-2)



სურათი 20-2 ტრადიციულ ოჯახში როლების ცვლილება

კარიერული ოჯახი

ასეთი ტიპის ოჯახში ორივე მშობელი დასაქმებულია. მათ შეიძლება ჰყავდეთ ან არ ჰყავდეთ შვილები. კარიერული ოჯახები მკაფიოდ გაიზარდა 1960 წლიდან. ასეთი ზრდა განაპირობა კარიერულმა შესაძლებლობებმა ქალებისთვის, მათმა სურვილმა, რომ გაეზარდათ ეკონომიური თუ ცხოვრებისეული სტანდარტი.

მოზარდების ოჯახი

თინეიჯერებში შობადობამ პიკს მიაღწია 1991 წელს და მას შემდეგ საგრძნობლად დაიკლო, ახალგაზრდა მშობლები ხშირად არ არიან საკმარისად მზად ემოციურად, ფიზიკურად და ფინანსურად, რათა გაუმკლავდნენ მშობლის პასუხისმგებლობას. მოზარდის მიერ გაჩენილი ბავშვი არის დიდი რისკის ქვეშ როგორც ჯანმრთელობის მხრივ, ისე სოციალურად.

თაობათაშორისი ოჯახი

ზოგიერთ კულტურაში ადამიანები ცხოვრობენ ორ თაობაზე უფრო დიდხანს და შეიძლება მათ იცხოვრონ ერთად. ბავშვებმა შეიძლება იცხოვრონ თავიანთ მშობლებთან ერთად, მას შემდეგაც, რაც საკუთარი შვილები ეყოლებათ ან ბებია-ბაბუა შეიძლება გადავიდეს თავიანთ გაზრდილ შვილიშვილებთან საცხოვრებლად.

საექთნო მართვა

შეფასება

ოჯახის შეფასების მიზანია, განისაზღვროს ოჯახის ფუნქციონირების დონე, გამოიკვეთოს მისი სიძლიერე და სისუსტე, აღწეროს ოჯახისა და მისი წევრების ჯანმრთელობის სტატუსი. ასევე მნიშვნელოვანია ოჯახის საცხოვრებელი პირობები, მათ შორის კომუნიკაცია, ბავშვის აღზრდა, სტრატეგიების დაძლევა და ჯანმრთელობის პრაქტიკა. ასეთი შეფასება ეხმარება ექთანს მოახდინოს იმ საკითხების იდენტიფიცირება, რასაც სჭირდება უფრო მეტი გამორკვევა (ჩანართი 20-1). ინტერვენციის დაგეგმვის დროს ექთანი ყურადღებას ამახვილებს არა მარტო პრობლემებზე, არამედ ოჯახის ძლიერ მხარეზე და რესურსებზეც.

ჩანართი 20-1 ოჯახის შეფასების სახელმძღვანელო

ოჯახის სტრუქტურა

- ზომა და ტიპი: ბირთვული, გაშლილი თუ სხვა ტიპის;
- ასაკი და წევრების სქესი;

ოჯახის როლი და ფუნქციები

- ოჯახის წევრები მუშაობენ სახლის გარეთ, სამუშაოს ტიპი და მისით კმაყოფილება;
- საოჯახო საქმიანობა და პასუხისმგებლობა, როგორ ნაწილდება დავალებები;
- ბავშვის აღზრდის პასუხისმგებლობა გაზიარებულია;
- ოჯახის წევრების კმაყოფილება თავიანთი როლებით;

ჯანმრთელობის სტატუსი

- თითოეული წევრის ჯანმრთელობის მიმდინარე სტატუსი;
- საკუთარი და ოჯახის სხვა წევრების ჯანმრთელობის აღქმა;
- ჯანმრთელობის პრევენციული ზომები;
- ოჯახის წევრების ძველი მწვავე დაავადებები და ახლანდელი ქრონიკული მდგომარეობა;
- სკრინინგი ნებისმიერ დარღვევაზე;
- ჯანმრთელობის დაცვის რუტინა;

ინტერაქციული ზომები

- სიყვარულის, დარდის, სიბრაზის და ა.შ გამოხატვის გზები;
- ოჯახის წევრების ყველაზე მნიშვნელოვანი პირადი ცხოვრება;
- წევრებს შორის ღია კომუნიკაცია;

ოჯახის ღირებულებები

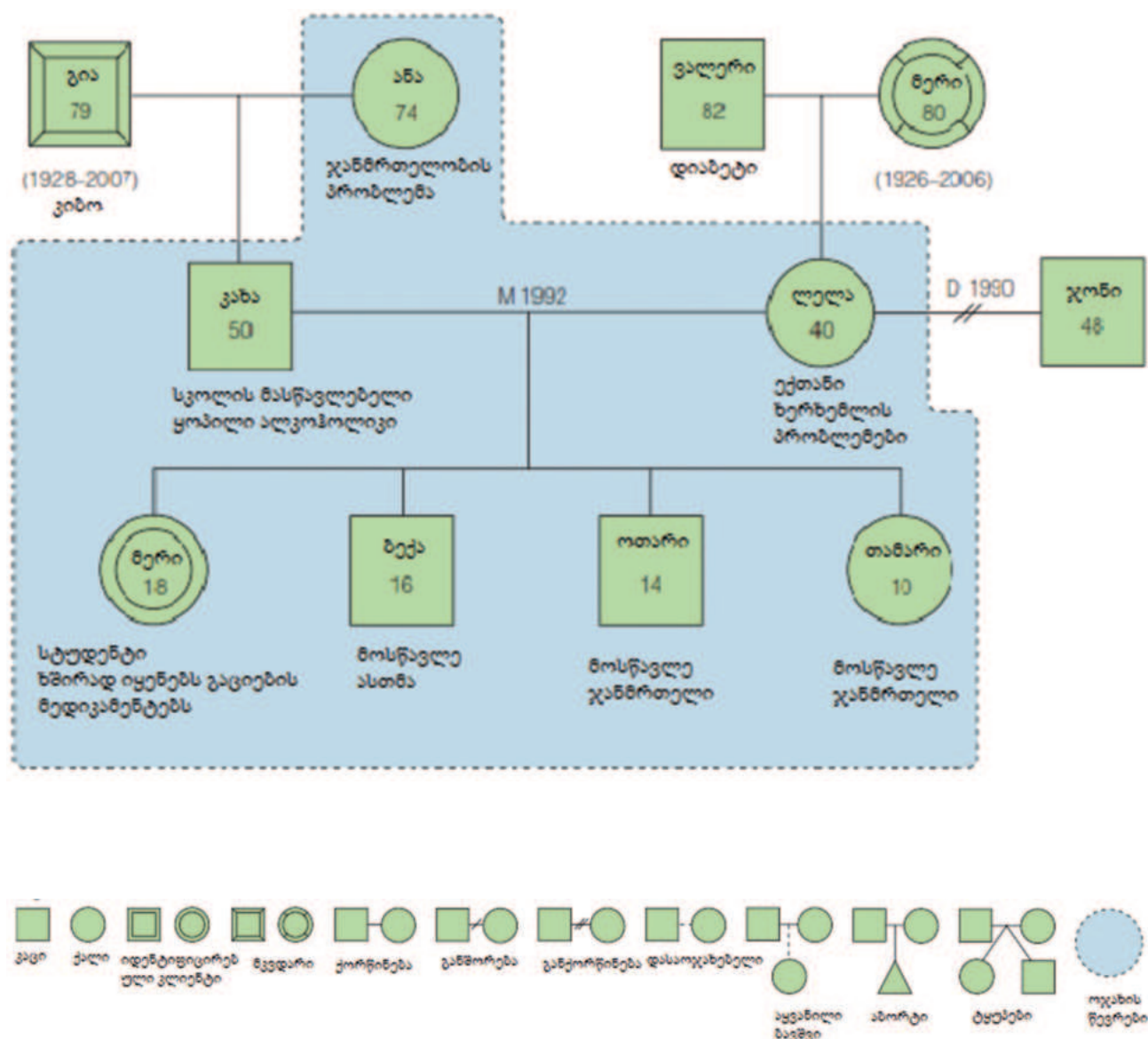
- კულტურული და რელიგიური ორიენტაცია;
- თავისუფალი დროის ოჯახთან გატარება;

- განათლებაზე, მასწავლებლებზე და სკოლაზე ოჯახის ხედვა;
- ჯანმრთელობაზე ორიენტირება: ვარჯიში, დიეტა და პროფილაქტიკური მკურნალობა;

რესურსების მართვა

- ემოციური მხარდაჭერის ხარისხი;
- ოჯახის გარეთ ადამიანთა მხარდაჭერის მოპოვება;
- სტრესის წყაროები;
- სტრესთან გამკლავების მეთოდები;
- ფინანსური შესაძლებლობები მიმდინარე და მომავალი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად.

გენოგრამა დაეხმარება ექთანს, მოახდინოს ვიზუალიზაცია, თუ როგორ არიან ოჯახის წევრები გენეტიკურად ერთმანეთთან დაკავშირებულნი (სურათი 20-3).



სურათი 20-3 ოჯახის გენოგრამის მაგალითი (გენოგრამაში გამოყენებული სიმბოლოები)

ჯანმრთელობის მრწამსი

ჯანმრთელობის სტიმულირებისთვის ექთანმა უნდა გაარკვიოს ოჯახისა და მისი წევრების შეხედულება ჯანმრთელობაზე. ბოლო პერიოდში მედიკამენტებისა და მკურნალობის განვითარების გამო, პაციენტებმა შეიძლება მოძველებული ინფორმაცია გამოიყენონ ჯანმრთელობის, მკურნალობისა და პრევენციის შესახებ. ამიტომაც ექთნის ფუნქციის მნიშვნელოვანი კომპონენტია, პაციენტს მიაწოდოს ინფორმაცია და შეადგინოს მოვლის გეგმა.

ოჯახური კომუნიკაციის ნიმუშები

ოჯახური კომუნიკაციის ეფექტურობა განსაზღვრავს ოჯახის უნარს შექმნას თანამშრომლობითი, პროდუქტიული ერთეული. ინფორმაცია გავლენას ახდენს წევრების ერთობლივ მუშაობაზე, თუ როგორ ასრულებენ ოჯახის წევრები დაკისრებულ როლს, ავითარებენ უნარებს საზოგადოებრივი ფუნქციონირებისთვის. შიდა ოჯახური კომუნიკაცია მნიშვნელოვან როლს ასრულებს თვითშეფასების ამაღლებაში, რომელიც საჭიროა ინდივიდუალიზმის განმტკიცებისთვის. ოჯახები, რომლებიც ეფექტურად ურთიერთობენ ერთმანეთთან, ნათლად გადასცემენ მესიჯებს. ოჯახის წევრები თავისუფლად გამოხატავენ გრძნობებს, მათ აქვთ მოსმენის უნარი და პატივს სცემენ ერთმანეთის აზრს, კრიტიკულ მდგომარეობაში ერთმანეთს მხარდაჭერას უცხადებენ. როდესაც ოჯახში ურთიერთობები არ არის დალაგებული, მესიჯები არასწორად აღიქმება წევრების მიერ. სიტყვიერი კომუნიკაცია შეიძლება იყოს შეუსაბამო, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სიბრაზე, აგრესია ან სიჩუმე. ისინი სიფრთხილით გამოხატავენ გრძნობებს, რადგან არ იციან რა რეაქცია მოყვება მათ. (სურათი 20-3) ამიტომაც წევრები სხვა სისტემაში ეძებენ საკუთარი თავის დამკვიდრებასა და სიამოვნებას. ექთანი ვალდებულია დააკვირდეს ოჯახის შიდა ურთიერთობებს. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს მათ, ვინც გადამწყვეტი სიტყვის უფლებით სარგებლობენ, მათ ვინც ჩუმად არიან, როგორ თანხმდებიან ერთმანეთთან, რამდენად კარგად უსმენენ ერთმანეთს ან თუ არსებობს მოტივაცია პროცესებში მონაწილეობის მისაღებად. უსიტყვო კომუნიკაცია ძალიან მნიშვნელოვანია, იმიტომ, რომ ის იძლევა საჭირო გასაღებს იმაზე თუ რას გრძნობენ ადამიანები.

პრობლემათა დაძლევის მექანიზმები

დაძლევის მექანიზმები არის ის ქცევები, რომელსაც იყენებენ ოჯახები სტრესთან და ცვლილებებთან გასამკლავებლად. პრობლემათა დაძლევის მექანიზმები ოჯახებმა შეიძლება გამოიყენონ მუდმივად რაღაც დროის განმავლობაში, ან შეცვალონ სტრატეგიები, როცა ახალი მოთხოვნები ჩნდება ოჯახში. ოჯახის წარმატება დიდ წილად დამოკიდებულია იმაზე, რამდენად კარგად უმკლავდება ის სტრესს. ექთნები, რომლებიც მუშაობენ ოჯახებთან, აანალიზებენ დაძლევის მექანიზმების შეფასების მნიშვნელობას, რათა განისაზღვრონ ოჯახის სტრესთან გამკლავების გზები. მნიშვნელოვანია ასევე შიდა რესურსები, როგორიცაა ცოდნა, უნარები, ეფექტური კომუნიკაციის გზები, ორმხრივი სიყვარულის განცდა და ოჯახში პრობლემის გადაჭრის პროცესში ურთიერ-

თდახმარება. გარე სისტემებიც, როგორიცაა მეგობრები, ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტები და სოციალური სერვისები, ეხმარება ოჯახებს დაძლევის მექანიზმების ათვისებაში.

ძალადობა ოჯახში

ოჯახში ძალადობის ფაქტები საგრძნობლად გაიზარდა ბოლო წლებში. სტატისტიკაც არ არის ზუსტი, ვინაიდან ბევრი ფაქტი არ არის გამოქვეყნებული. ძალადობა მოიცავს პარტნიორთან, ბავშვთან და მოხუცთან უხეშად მოპყრობას, რაშიც იგულისხმება ფიზიკური, მენტალური და სიტყვიერი შეურაცხყოფა. პირველადი ნიშნები არის დამწვრობა, მოტეხილობები, ჭრილობები და სიკვდილიც კი. უფრო რთული შემთხვევებია დეპრესია, ალკოჰოლსა და ნარკოტიკზე დამოკიდებულება და თვითმკვლელობის მცდელობა. აუცილებელია ექთანმა დაუყოვნებლივ მოახდინოს რეაგირება ძალადობის პირველად ნიშნებზე და იმოქმედოს შესაბამისად, რომ გამოააშკარავოს ფაქტი.

ჯანმრთელობის პრობლემების განვითარების რისკი

რისკების შეფასება ეხმარება ექთანს, მოახდინოს იმ პიროვნებების იდენტიფიკაცია, რომლებიც მიეკუთვნებიან მაღალი რისკის ჯგუფს ჯანმრთელობის მხრივ. ეს რისკებია: დიაბეტი, ფილტვის კიბო და ა.შ. ოჯახის ჯანმრთელობის პრობლემების მოწყვლადობა შეიძლება დაფუძნებული იყოს თითოეული წევრის სიმწიფის დონეზე, ასევე მემკვიდრეობით ან გენეტიკურ ფაქტორებზე, სქესზე, ეთნიკურობაზე, სოციოლოგიურ ფაქტორებზე და ცხოვრების სტილზე.

მონიჭელობის დონე

ოჯახები, როცა გადიან ბავშვის დაბადებისა და მისი აღზრდის ფაზებს, გარკვეულწილად იცვლება მათი ფუნქცია, პასუხისმგებლობა და მოლოდინები. ხშირად ბევრი კონფლიქტური მოთხოვნები იწვევს სტრესსა და გადაღლილობას, რამაც შეიძლება ხელი შეუშალოს ოჯახის წევრების პიროვნულობისა და ფუნქციონირების ზრდას. მოზარდი დედები, თავიანთი მწირი ცოდნითა და განვითარებით და მართლაც მშობლები, გაზრდილი ოჯახური მოვალეობებით, არიან ჯანმრთელობის რისკის ქვეშ. მოზარდებს კი შეიძლება ჰქონდეთ თვითშეფასების დაბალი მაჩვენებელი, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მოტივაციის დაქვეითება ჯანმრთელობის წამახალისებელ სტრატეგიებში, როგორიცაა ვარჯიში ან საზოგადოებაში და ოჯახში ჩართულობა.

მემკვიდრეობითი ფაქტორები

ადამიანები, თუ დაიბადნენ ისეთ ოჯახში, სადაც ისტორიულად არსებობს დიაბეტი ან გულ-სისხლძარღვოვანი დაავადებები, არიან ამ დაავადებების გართულების რისკის ქვეშ. ამ მონაცემებს იყენებენ მონიტორინგისთვის და რეკომენდაციებს აძლევენ ოჯახის წევრებს, რათა შეძლონ რისკების შემცირება, შედეგების მინიმალიზება ან გენეტიკური დაავადებების განვითარების გადავადება.

სქესი ან ეთნიკურობა

ზოგჯერ ადამიანები დაავადებების განვითარების რისკის ქვეშ არიან სქესის ან ეთნიკურობის გამო. მაგალითად, კაცებში გულ-სისხლძარღვოვანი დაავადებების რისკი დიდია ადრეულ ასაკშივე, ხოლო ქალებში კი ვითარდება ოსტეოპოროზი განსაკუთრებით მენოპაუზის შემდეგ. ზოგჯერ რთულია გააცალკევო გენეტიკური ფაქტორები კულტურული ასპექტებისგან, აღსანიშნავია რომ, გარკვეული რისკ ფაქტორები კავშირშია წარმოშობასთან მაგ., ნამგლისებრი ანემია შემკვიდრებით დაავადებას წარმოადგენს, რომელიც ხშირია აფრიკული წარმოშობის ადამიანებში, ხოლო ტეა საქსის (ნეიროდეგენერაციული) დაავადება ძირითადად დამახასიათებელია აღმოსავლეთ ევროპელი ებრაელებისთვის.

სოციოლოგიური ფაქტორები

სიღარიბე ერთ-ერთ მთავარი პრობლემაა, რომელიც გავლენას ახდენს არა მარტო ოჯახზე, არამედ საზოგადოებაზეც. სიღარიბე არის ის რეალური მიზეზი, რის გამოც იზრდება მართოხელა მშობლების რიცხვი. ავადმყოფობის შემთხვევაში, ღარიბები მაშინ მიმართავენ დახმარებას, როცა გართულებულია უკვე მდგომარეობა, ეს კი მოითხოვს ხანგრძლივ და კომპლექსურ მკურნალობას. თუმცა განვითარებულ ერებში, ადამიანთა ჯანმრთელობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა ბოლო საუკუნის განმავლობაში, ეს პროგრესი მაინც არ აისახა საზოგადოების ყველა სეგმენტზე, განსაკუთრებით ღარიბების ფენაზე.

ცხოვრების სტილი

ცხოვრების სტილის შეცვლით შესაძლებელია მრავალი დაავადებების თავიდან არიდება ან მათი შეტევის შეყოვნება. ასეთ დაავადებებს მიეკუთვნება გარკვეული სახის სიმსივნეები, გულ-სისხლძარღვოვანი დაავადებები, მოზარდთა დიაბეტი და კარის განვითარება. ფილტვის კიბოს განვითარება შემცირდება, თუ ადამიანები მოწევას შეწყვეტენ. კარგი კვება, პირის ღრუს ჰიგიენა და ფტორის გამოყენება ამცირებს კარის გაჩენას. იმუნიტეტის გაძლიერებით კი წითურას, ყივანახველასა და B ჰეპატიტის თავიდან არიდებაა შესაძლებელი.

დღეისათვის პროფესიონალები აცნობიერებენ, რომ ბევრი დაავადებების პრევენციისთვის და თავიდან ასარიდებლად, საჭიროა ინფორმაციის გავრცელება და ოჯახების მოტივირება ცხოვრების სტილის შესაცვლელად.

დიაგნოზირება და დაგეგმარება

ოჯახის შეფასებისას ექთანს დიაგნოზის დასმაში ეხმარება შემდეგი მონაცემების შეგროვება:

- მზრუნველის დაძაბულობა: სირთულეები ოჯახზე განეულ ზრუნვაში;
- უუნარობა ოჯახურ პრობლემათა დაძლევაში: პიროვნების საკუთარი ან პაციენტის შესაძლებლობები, რომელიც უუნაროს ხდის მას სწორი მიმართულება მისცეს მითითებებს ჯანმრთელობის სტიმულირებისთვის;

- ოჯახური პროცესების დისფუნქცია: ოჯახის ფსიქოსოციალური, სულიერი და ფსიქოლოგიური ფუნქციები მუდმივად არაორგანიზებულია, რაც იწვევს კონფლიქტს, შეგუებას არსებულ პრობლემებთან და მათი გადაჭრის არაეფექტურ გზებს;
- შესუსტებული მხარდაჭერა: გარემოს უსაფრთხოების შენარჩუნების უუნარობა;
- დარღვევები ბავშვების აღზრდაში: მთავარი მზრუნველის უუნარობა, შექმნას ისეთი ოპტიმალური გარემო, სადაც შესაძლებელი იქნება ბავშვის გაზრდა-განვითარება;
- შეწყვეტილი საოჯახო პროცესები: ცვლილებები ოჯახურ ურთიერთობებსა და ფუნქციებში;
- მზადყოფნა პრობლემათა დაძლევის უნარის ზრდისთვის: ოჯახის წევრების მიერ ეფექტური მენეჯმენტის განხორციელება, რომელიც ჩართულია პაციენტის ჯანმრთელობის სიმპტომების გამოვლენაში და მზადყოფნას აცხადებს ჯანმრთელობის გაძლიერებისთვის.

კულტურული სხვაობების ცოდნა ძალიან მნიშვნელოვანია ექთნისთვის. ეს ეხმარება მას მიიღოს სწორი გადაწყვეტილება მათ ჯანმრთელობაზე და იმაზე, თუ ვის დაუხვას კითხვები ინფორმაციის შესაგროვებლად. მკურნალობის დაგეგმარებისას პირველი ნაბიჯი არის ნდობის მოპოვება, რომელსაც ექთანი აღწევს ოჯახთან საუბრებით.

ექთანმა ფოკუსირება უნდა მოახდინოს რეალური მიზნების, შედეგებისა და სტრატეგიების დაგეგმარებაზე, რომელიც მოახდენს ოჯახის ფუნქციონირების გაფართოებას.

ოჯახი ჯანმრთელობის კრიზისში

ოჯახის რომელიმე წევრის ავადმყოფობა არის კრიზისული მომენტი, რომელიც მთლიან ოჯახზე ახდენს ზეგავლენას. პასუხისმგებლობა და როლი, რაც წინა პერიოდში გააჩნდა ავადმყოფ ადამიანს, ნაწილდება ოჯახის სხვა წევრებზე ან მისი მოვალეობა შეუსრულებელი რჩება. ოჯახში გაღიზიანება პიკს აღწევს, რადგან მთელი ყურადღება გადატანილია ავადმყოფ ადამიანზე და დანარჩენი წევრების პასუხისმგებლობები მატულობს, რაც ნორმალური ცხოვრების რიტმს არღვევს. ჩანართში 20-2 მოცემულია ის ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავს ავადმყოფობის ზეგავლენას ოჯახზე. სტრესთან გამკლავების უნარი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად აქვთ ოჯახში წევრებს პრობლემათა დაძლევის უნარი. კარგი კომუნიკაციური უნარები ეხმარება ოჯახს გამოხატოს თავისი გრძნობები, დაგეგმოს მომავალი და ადვილად მოერგოს თავის გეგმებს.

ჯანმრთელობის კრიზისული მომენტის დროს, ოჯახმა უნდა გააცნობიეროს, რომ სხვებისთვის დახმარების თხოვნა არის სიძლიერის და არა სისუსტის ნიშანი. ექთანი შეიძლება იყოს ასეთი მხარდაჭერის ერთ-ერთი ნაწილი, ან მოიძიონ დახმარების სხვა რესურსები საზოგადოებაში. კრიზისის დროს, ოჯახის ყველა წევრი მიმართულია პრობლემის მოგვარებისკენ. ავადმყოფობა შეიძლება აღმოჩნდეს უნიკალური მიზეზი ოჯახის განმტკიცებისა და გაძლიერებისთვის.

ჩანართი 20-2 ფაქტორები, რომელიც განსაზღვრავს დაავადების გავლენას ოჯახზე

- დაავადების ბუნება, რომელიც შეიძლება ისე განვითარდეს, რომ სიცოცხლეს შეუქმნას საფრთხე;
- ავადმყოფობის ხანგრძლივობა, რომელიც შეიძლება დაიწყოს რამდენიმე დღით და გაგრძელდეს დიდხანს;
- დაავადების ნარჩენების ეფექტურობა, მათ შორის, პერმანენტული უნარობა;
- ავადმყოფობის მნიშვნელობა ოჯახისთვის;
- დაავადების ფინანსური წნეხი, რომელსაც იწვევს დაზღვევა და მცდელობა, ავადმყოფი ადამიანი დაუბრუნდეს სამუშაოს;
- ავადმყოფობის გავლენა ოჯახის სამომავლო ფუნქციონირებაზე.

ექთნის როლი ოჯახებთან, ავადმყოფობის დაძლევაში

ექთნებს ეკისრებათ მნიშვნელოვანი როლი ჩართონ დაავადებული და მთელი მისი ოჯახი საოჯახო მკურნალობის პროცესში. ექთანი უნდა დარწმუნდეს, რომ არა მარტო ავადმყოფს, არამედ ოჯახის თითოეულ წევრს ესმის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მისი მართვა და ამ ორი ფაქტორის გავლენა ოჯახის ფუნქციონირებაზე. მითითებების ყურადღებით დაგეგმარების შემდეგ, ოჯახებს ეძლევათ შესაძლებლობა, მოახდინონ ზრუნვისა და უნარების დემონსტრირება ექთნის ზედამხედველობის ქვეშ. ოჯახში ავადმყოფი ადამიანის ხელახლა გაერთიანებისას, ექთანი იყენებს მონაცემებს, რომლებიც შეგროვებული აქვს ოჯახის შეფასების დროს. ორმხრივი დასაშვები მიზნების ფორმულირებით, ექთანი ეხმარება ოჯახს გაუმკლავდეს რეალობას და იმ ცვლილებებს, რომელიც ავადმყოფობის შედეგად ჩნდება. ექთნისა და ოჯახის ერთობლივი მუშაობით შეიძლება შეიქმნას ისეთი გარემო, რომელიც რეორგანიზებას უკეთებს ოჯახურ ფუნქციებს ავადმყოფობისა და გამოჯანმრთელების პროცესის განმავლობაში.

ოჯახის წევრის სიკვდილი

ოჯახის წევრის სიკვდილი ღრმა კვალს ტოვებს ოჯახზე. სიკვდილის შემდეგ მათ შეიძლება დასჭირდეთ კონსულტაციები, რათა გაუმკლავდნენ თავიანთ გრძნობებს და ტკივილს, რაც გამოწვეულია ახლობლის დაკარგვით. ამ პერიოდში ოჯახის წევრები ხშირად იღებენ შვებას რელიგიიდან და სულიერი მრჩევლებისგან. ასეთ მტკივნეულ დარტყმას სჭირდება დრო, რომ განიკურნოს. თუმცა, როგორც კი ოჯახი გამოდის მდგომარეობიდან, ახალი გრძნობები იწყებს განვითარებას, ოჯახი ხელახლა ითავისებს თავის როლს და ფუნქციას და უბრუნდება რეალობას. ექთნებისთვისაც ხშირად რთულია დაეხმაროს ოჯახს დარდთან გამკლავებაში, რადგანაც თვითონაც განიცდიან დანაკარგს და ხშირად ვერ პოულობენ შესაფერის სიტყვებს გასამხნეველად. მაგრამ ექთანი თუ გაიაზრებს, თუ რა გავლენა აქვს სიკვდილს ოჯახზე, მას შეუძლია დაეხმაროს მათ დარდთან გამკლავებაში და ცხოვრების გაგრძელებაში.

იმპლემენტაცია და შეფასება

ექთნის ინტერვენცია დაფუძნებულია სამედიცინო დიაგნოზზე, ექთნის დიაგნოზზე და არჩეულ მიზნებსა და შედეგებზე. ოჯახის მკურნალობის დაგეგმარების შეფასებაში, ექთანი განსაზღვრავს არსებულ მაჩვენებლებს, რომლებიც არჩეულ შედეგებზეა ორიენტირებული. თუ მაჩვენებელი არსებობს, ეს იმას ნიშნავს, რომ შედეგი გარკვეულწილად მიღწეულია. თუ მაჩვენებელი ან შედეგი ნაწილობრივ ან საერთოდ არ კმაყოფილდება, მაშინ უნდა მოხდეს ხელახალი გამოკვლევა: გატარდა თუ არა ინტერვენციული ზომები? შესაფერისია თუ არა მაჩვენებლები და შედეგები? საექთნო დიაგნოზი სათანადოა? სამედიცინო მდგომარეობა ან დიაგნოზი თუ შეიცვალა? სიძლიერის გაცნობიერება ეხმარება ოჯახსა და მის წევრებს, შეინარჩუნონ კარგი ჯანმრთელობა და მიუთითებს სწორი ქცევებისკენ კრიზისულ სიტუაციებში. თუ საჭირო გახდება მკურნალობის გეგმის შეცვლა მეტი ეფექტურობისთვის, ეს ძალები სწორედ ამ დროს უტილიზირდება.

კრიტიკული აზროვნების მნიშვნელოვანი საკითხები

ლ.მ. არის სამი შვილის დედა, რომელსაც აქვს მწვავე ართრიტი, რაც მოქმედებს მის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე და ადეკვატურად ვერ ზრუნავს ოჯახზე. მისი დაავადება ფინანსურად ამძიმებს ოჯახის ზოგად მდგომარეობას. ლინდა და მისი მეუღლე მეურვეობენ შვილებს წინა ქორწინებიდან. მათ ეშინიათ დახმარების თხოვნა სხვებისთვის, რადგან შიში აქვთ მათი ყოფილი მეუღლეები წაართმევენ ბავშვებზე მეურვეობას:

- განმარტეთ, როგორ აისახება ლ.მ.-ს დაავადება მის ოჯახზე?
- აღნიშნულ სიტუაციას რა გავლენა ექნება ოჯახის თითოეულ წევრზე?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Pampel, F. (2008). Differences in the influence of family background and social activities on smoking of minority and White high school seniors, 1976–2004. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 10, 507–515. doi:10.1007/s10903-008-9139-1
- Astedt-Kurki, P., Tarkka, M., Rikala, M., Lehti, K., & Paavilainen, E. (2009). Further testing of a family nursing instrument (FAFHES). *International Journal of Nursing Studies*, 46, 350–359. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.01.008
- Marron, C. A., & Maginnis, C. (2009). Implementing family health assessment: Experiences of child health nurses. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 12, 3–8.
- Case, D. O. (2008). Collection of family health histories: The link between genealogy and public health. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 59, pp. 2312–2319. doi:10.1002/asi.20938
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. C. (Eds.). (2008). *Nursing interventions classification (NIC) (5th ed.)*. St. Louis, MO: Mosby.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Sutton, P. D., Ventura, S. J., Menacker, F., Kirmeyer, S., & Mathewes, T. J. (2009). *Births: Final data for 2006*. National Vital Statistics Report, 57(7). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (Eds.). (2008). *Nursing outcomes classification (NOC) (4th ed.)*. St. Louis, MO: Mosby.
- NANDA International. (2009). *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification 2009–2011*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- U.S. Census Bureau. (2009a). As baby boomers age, fewer families have children under 18 at home (CB09-29). Retrieved from http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/families_households/013378.html
- U.S. Census Bureau. (2009b). Facts for features: Father’s Day, June 21, 2009 (CB09-FF.10). Retrieved from <http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/cb09ff-10.pdf>
- U.S. Census Bureau. (2009c). The 2009 statistical abstract 2009: Population, Table 71. Persons living alone by se and age: 1990–2007. Retrieved from <http://www.census.gov/compendia/statab/cats/population.html>
- U.S. Conference of Mayors. (2008). *Hunger and homelessness survey: A status report on hunger and homelessness in America’s cities, a 25-City Survey*. Retrieved from http://usmayors.org/pressreleases/documents/hungerhomelessness-report_121208.pdf
- Ventura, S. J. (2009). *Changing patterns of nonmarital childbearing in the United States (NCHS Brief No. 18)*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db18.pdf>
- American Nurses Association. (1998). *Culturally competent assessment for family violence*. Washington, DC: American Nurses Publishing.

- Bradbury, A., Patrick-Miller, L., Pawlowski, K., Ibe, C., Cummings, S., Hlubocky, F., . . . Dugherty, C. (2009). Learning of your parent's BRCA mutation during adolescence or early adulthood: A study of offspring experiences. *Psycho-Oncology*, 18, 200–208. doi:10.1002/pon.1384
- Kaakinin, J., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2009). *Family health care nursing: Theory, practice & research*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. S. (2008). *Genograms: Assessment and intervention*. New York, NY: W. W. Norton.
- Morean, M., Corbin, W., Sinha, R., & O'Malley, S. (2009). Parental history of anxiety and alcohol-use disorders and alcohol expectancies as predictors of alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 70, 227–236.
- Robertson, W., Friede, T., Blissett, J., Rudolf, M., Wallis, M., & Stewart-Brown, S. (2008). Pilot of families for health: Community-based family intervention for obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 93, 921–926. doi:10.1136/adc.2008.139162
- Tavernier, D. L. (2009). The genogram: Enhancing student appreciation of family genetics. *Journal of Nursing Education*, 48, 222–225. doi:10.3928/01484834-20090401-10
- Tenev, V., Robinson, R., & Jorge, R. (2009). Is family history of depression a risk factor for poststroke depression? Meta-analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 276–280. doi:10.1097/JGP.0b013e3181953b6e
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.

საერთო საქმის საფუძვლები

სასწავლო მასალა შექმნილია სს „ვექსის ჰოსპიტლებისა“ და
„ევროპის განვითარებისა და რეკონსტრუქციის ბანკის“ მხარდაჭერით

ტომი I

თბილისი
2020

