

პიერ ა. მიშო
ჯენარა ქრისტესაშვილი
მანანა გეგეჭკორი
ლელა შენგელია
მაია შიშნიაშვილი
გოჩა აბუთიძე

ახალგაზრდებისა და მოზარდების
რეპროდუქციული ჯანმრთელობა,
ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა
და პირველი დახმარება

სახელმძღვანელო სკოლის აქტივისტებისათვის

პიერ ა. მიშო
ჯენარა ქრისტესაშვილი
მანანა გეგეჭკორი
ლელა შენგელია
მაია შიშნიაშვილი
გოჩა აბუთიძე

ახალგაზრდებისა და მოზარდების
რეპროდუქციული ჯანმრთელობა,
ჯანსაღი სხოვრების წესის ხელშეწყობა
და პირველი დახმარება

სახელმძვანალო სკოლის ეფიბებისათვის

პუბლიკაცია მომზადდა ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის, საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსა და ლოზანას უნივერსიტეტის, შვეიცარია (EUTEACH European Training in Effective Adolescent Care and Health) და გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) თანამშრომლობის შედეგად.

პუბლიკაციაში გამოთქმული ნებისმიერი აზრი ეკუთვნის ავტორებს და შესაძლოა, არ ასახავდეს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) შეხედულებებს

**ახალგაზრდებისა და მოზარდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა,
ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა
და პირველი დახმარება**

სახელმძღვანელო სკოლის ექიმებისათვის

ავტორები:

პიერ ა. მიშო, პროფესორი

ჯენარა ქრისტესაშვილი, პროფესორი

მანანა გეგეჭკორი, მედიცინის დოქტორი

ლელა შენგელია

მაია შიშნიაშვილი

გოჩა აბუთიძე, მედიცინის აკადემიური დოქტორი

ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
თბილისი, საქართველო

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო
თბილისი, საქართველო

გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდი (UNFPA)

EUTEACH European Training in Effective Adolescent Care and Health
ლოზანას უნივერსიტეტი, შვეიცარია

შესავალი	7
ადაპტირება	8
სამიზნე აუდიტორია	9
სკოლის სამედიცინო პერსონალი	9
სახელმძღვანელოს გამოყენება	10
შინაარსი	11
სახელმძღვანელოს მთავარი პრინციპები	11
თავი 1. კომუნიკაცია	12
თავი 2. მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა	36
თავი 3. მოზარდთა ფსიქოლოგია და სოციალური განვითარება	62
თავი 4. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა	71
თავი 5. მოზარდთა ორსულობა, აბორტი კონტრაცეფცია	99
თავი 6. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები და აივ ინფექცია	109
თავი 7. სქესობრივი განვითარება და განათლება	129
თავი 8. ფსიქიკური ჯანმრთელობა	138
თავი 9. სარისკო ქცევები მოზარდებსა და ბავშვებში	160
თავი 10. ძალადობა	175
თავი 11. მოზარდები და ჯანმრთელობის სერვისები	180
თავი 12. პრევენციული მედიცინის როლი მოზარდთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში	187
თავი 13. პრევენციული ღონისძიებები	221
თავი 14. პირველი დახმარება	239

შესავალი

წინამდებარე სახელმძღვანელო, განკუთვნილია სკოლის სამედიცინო პერსონალისათვის, ასევე ჯანმრთელობის საკითხებით დაინტერესებული პირებისა და ახალგაზრდებისათვის.

სახელმძღვანელო ფოკუსირებულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ჯანსაღი ცხოვრების პოპულარიზებისა და დანერგვისათვის მნიშვნელოვან, ფუნდამენტურ საკითხებზე. წიგნში მოცემულია პრაქტიკული რჩევები მოზარდთა და ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევების განვითარებისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობის შესახებ.

სახელმძღვანელო შედგება თოთხმეტი თავისა და მასთან დაკავშირებული გრაფიკების, ცხრილების, დანართებისა და დამატებითი ლიტერატურისაგან.

წიგნის სპეციფიკიდან გამომდინარე, თითოეული თავი შეეხება მოზარდობის ხანას (10-19 წელი). ქვეთავებში განხილულია ამ ასაკისათვის დამახასიათებელი ყველა მნიშვნელოვანი საკითხი, რომელიც ეხება მოზარდთა ფსიქო-ფიზიკურ განვითარებას, ბიოლოგიურ თუ სექსუალურ სიმწიფეს, პროფესიული იდენტობის სტადიებს, კომუნიკაციის უნარებს, სოციალიზაციას.

სახელმძღვანელოში აღწერილია ისეთი უმნიშვნელოვანესი საკითხები, როგორიცაა: მოზარდის ინტერესებზე ზრუნვა, მოზარდზე ან მოზარდის მხრიდან ძალადობის გამოვლენა და მისი პრევენცია, კონფიდენციალობა, მოზარდთა და მათი მშობლების უფლებები.

წიგნში განხილულია ფაქტორები, რომელიც ზეგავლენას ახდენს მოზარდის ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ განვითარებაზე. თითოეული განხილული საკითხი ახალგაზრდა თაობას და მათ პრობლემებს უკავშირდება.

საქართველოში არსებული “სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის” განსაზღვრებით, მოზარდთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის აუცილებელია, შევისწავლოთ მათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინდიკატორები; მნიშვნელოვანია, ხელი შეეწყოს ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვას და სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის ხარისხს. სახელმძღვანელოში ნათლად არის წარმოჩენილი მოზარდთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინდიკატორები, რომელიც სასურველია პუბლიკაციის სამიზნე აუდიტორიამ გაითვალისწინოს.

წინამდებარე სახელმძღვანელოში განხილულია მოზარდთა და ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხები, როგორიცაა: სქესობრივი მომწიფება, მასთან დაკავშირებულ ფიზიოლოგიური თუ პათოლოგიური მდგომარეობა, კონტრაცეფციისა და რეპროდუქციულ ასაკთან დაკავშირებული ინფორმაციის დროული ცოდნის მიღების მნიშვნელობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO), გაეროს მოსახლეობის ფონდისა (UNFPA) და სხვა ორგანიზაციების ხელშეწყობით განხორციელებულ კვლევებსა და მონაცემებზე დაფუძნებით, განისაზღვრა მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობის გლობალური განვითარების მიზნები, რომლის ერთ-ერთ ძირითად საკითხად წარმოჩენილია მოზარდთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის განხორციელებული ინვესტიციის მნიშვნელობა, რაც არა მარტო უკეთესობისკენ ცვლის სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მცხოვრებ და მოწყვლადი პოპულაციის, მათ შორის ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობას, არამედ უზრუნველყოფს მათი ოჯახების სოციალურ სტაბილურობასა და დაცულობას, გლობალურად კი ხელს უწყობს ქვეყნის პროდუქტიულობის გაზრდას და საზოგადოების ეკონომიკური კეთილდღეობის შენარჩუნებას.

სახელმძღვანელოში ასევე, ერთ-ერთი საკვანძო თავი ეთმობა პირველად სამედიცინო დახმარებას, რის შესახებაც სკოლის სამედიცინო პერსონალი შესაბამის ცოდნას უნდა ფლობდეს, ვინაიდან მნიშვნელოვანია, სათანადო პირველი დახმარება ჩატარდეს იქამდე, სანამ შესაძლებელი გახდება პაციენტს პროფესიულ სამედიცინო დახმარება აღმოუჩინონ.

სკოლას მოზარდების ჰარმონიული განვითარების ხელშეწყობაში უმნიშვნელოვანესი როლი აკისრია. შესაბამისად, ინკლუზიური გარემო, სადაც პროფესიონალთა გუნდი აღჭურვილია ყველა საჭირო ცოდნითა და უნარით, უმნიშვნელოვანეს წინაპირობას წარმოადგენს მოზარდის ცხოვრებაში არსებული ყველა გამოწვევის ადეკვატურად საპასუხოდ.

ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ სკოლის სამედიცინო პერსონალის მიერ განხორციელებული საგანმანათლებლო საქმიანობა, ზრუნვა არაგადამდები დაავადებების პრევენციაზე, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ მოზარდთა, მასწავლებელთა, მშობელთა ინფორმირება ისევე, როგორც ახალგაზრდებისა და მოზარდებისათვის განეული პირველი სამედიცინო დახმარება, დაფუძნებული უნდა იყოს მტკიცებულებებზე, ცოდნაზე, გარკვეულ უნარებზე, რასაც, ვფიქრობთ, წარმოდგენილი სახელმძღვანელო შეუწყობს ხელს.

ადაპტირება

სახელმძღვანელო დაფუძნებულია საერთაშორისო გამოცდილებასა და მტკიცებულებებზე, თუმცა იგი ადაპტირებულია ჩვენი ქვეყნის საჭიროებების მიხედვით. იგი ითვალისწინებს საქართველოს ჯანმრთელობისა და განათლების სისტემის საჭიროებებს, ასევე ქვეყნის რელიგიურ და კულტურულ თავისებურებებს. სახელმძღვანელოში წარმოდგენილი რეკომენდაციები ეფუძნება ეროვნულ გაიდლაინებსა და პროტოკოლებს.

სამიზნე აუდიტორია

სახელმძღვანელოს სამიზნე აუდიტორიას წარმოადგენს სკოლის სამედიცინო პერსონალი. თუმცა ასევე იგი შეიძლება საინტერესო იყოს პედაგოგების, მშობლებისა და საზოგადოების სხვა წარმომადგენლებისათვის.

სკოლის სამედიცინო პერსონალი

- სკოლის სამედიცინო პერსონალის წარმოადგენს მნიშვნელოვან რგოლს მოსწავლეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგის პროცესში. მას შეუძლია შეაფასოს სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში მოსწავლეთა ფიზიკური და გონებრივი განვითარება, შესაბამისად მან უნდა შეძლოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული დარღვევების დროული გამოვლენა და რეფერალი. ასევე ძალზედ მნიშვნელოვანია სკოლის სამედიცინო პერსონალის წვლილი სკოლის პერსონალის და მშობელთა/მეურვის სამედიცინო-პროფილაქტიკურ განათლების საკითხში.

სკოლის სამედიცინო პერსონალის როლი შემდეგნაირად შეიძლება ჩამოყალიბდეს:

- ხელს უწყობს იმუნიზაციის შესაბამის ღონისძიებებს;
- ახდენს ბავშვებსა და მოზარდებში სიმპტომებისა და სინდრომების გამოვლენას, რომლებიც მოითხოვს პირველად და გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას;
- ახდენს პირველი და გადაუდებელი დახმარების განევას ტრავმის, დამწვრობის, ასპირაციის, მოტეხილობის, ჭრილობის, რესპირაციული დისტრესის, შოკის, კომის, კრუნჩხვის, ცხელების, ფსიქიკური დარღვევების, ტკივილის და სხვათა დროს (სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურის მოსვლამდე);
- დროულად იძახებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურს (საჭიროების შემთხვევაში);
- აწარმოებს სპეციალურ სამედიცინო დოკუმენტაციას;
- ახორციელებს ქრონიკული დაავადებების (მაგალითად, სეოლიოზი, მხედველობის დარღვევები) და სასკოლო ტრავმატიზმის პრევენციას;
- გეგმავს ინფექციური დაავადებების პრევენციის ღონისძიებებს და მათი განხორციელების ხელშეწყობას;
- შეისწავლის სკოლაში შემსვლელთა და მოსწავლეთა აცრების კალენდარს და მშობლის/მეურვის ინფორმირების საშუალებით ხელს უწყობს იმუნიზაციის პროგრამებში მოსწავლეთა ჩართულობას, ახდენს მათთვის რეკომენდაციების მიცემას;
- ახდენს მოსწავლეთა ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის

კომპიუტერში შეტანას;

- ახდენს გეგმიური და ეპიდსაზღვრულმდეგო სანიტარიულ-ჰიგიენური და პროფილაქტიკური ღონისძიებების დაგეგმვას და მათი განხორციელების ხელშეწყობას;
- ზედამხედველობას უწევს სკოლაში სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების დაცვას;
- სასკოლო კვების მონესრიგების მიზნით შესაბამისი ღონისძიებების განხორციელება;
- გეგმავს და ახორციელებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებებს;
- მონაწილეობს სკოლის დღის რეჟიმის შედგენაში;
- ახდენს მოსწავლეთა, სკოლის პერსონალის და მშობელთა/მეურვის სამედიცინო-პროფილაქტიკურ განათლებას (ჰიგიენის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის და სხვ. შესახებ მოსწავლეებთან საუბარს ექიმი ანარმოებს როგორც სადამრიგებლო საათის ფარგლებში, ისე ინდივიდუალურად);
- ბავშვებზე ძალადობის ფაქტების აღმოჩენის შემთხვევაში ახდენს სათანადო სტრუქტურების ინფორმირებას;
- მოსწავლის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, სკოლის დირექციისა და დამრიგებელს რეკომენდაციას აძლევს მოსწავლის საგაკვეთილო პროცესიდან დროებით გათავისუფლების შესახებ (მოსწავლის მხრიდან ხშირი ჩივილის შემთხვევაში წერილობითი რეკომენდაციით მიმართავს მშობელს).

სახელმძღვანელოს გამოყენება

სახელმძღვანელო შეიძლება გამოყენებული იქნას სკოლის სამედიცინო პერსონალის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სპეციალისტებისა და ტრენერების მიერ, რამდენადაც იგი მოიცავს საბაზისო ინფორმაციას რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ. სახელმძღვანელო ასევე მოიცავს საგანმანათლებლო მასალას, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნას, როგორც მოზარდთა ასევე მშობელთა და პედაგოგთა განათლებისათვის ზოგიერთი სამედიცინო ასპექტების შესახებ.

სახელმძღვანელო ასევე გასაზღვრავს სკოლის სამედიცინო პერსონალის როლს დაავადებათა პრევენციისა და საჭიროების შემთხვევაში პირველი სამედიცინო დახმარების განხორციელების სფეროში.

შინაარსი

სახელმძღვანელო მოიცავს თოთხმეტ თავს და მასთან ასოცირებულ გრაფიკებს, ცხრილებს, დანართებსა და დამატებით ლიტერატურას.

თითოეული თავი მოიცავს:

- სკოლის სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობებსა და როლს სპეციფიურ საკითხთან დაკავშირებით
- საკითხებს, რომლებიც ახდენს თემების ილუსტრირებას
- საგანმანათლებლო ინფორმაციას თითოეული საკითხის შესახებ
- კონსულტირებისთვის აუცილებელ მესიჯებს
- ბაზისური ინფორმაცია ზოგიერთი დაავადების შესახებ

ასევე ზოგიერთი თავი მოიცავს პრაქტიკულ ცხრილებს, სქემებსა და რეკომენდაციებს.

სახელმძღვანელოს მე-14 თავი მთლიანად ეძღვნება პირველ დახმარებას. მასში დეტალურად არის განხილული პირველი დახმარების საჭიროებები და ასევე პირველი დახმარების იმ საფეხურებს, რომელთა განვაც აუცილებელია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახებამდე.

სახელმძღვანელოს მთავარი პრინციპები

სახელმძღვანელო დაფუძნებულია თანასწორობისა და სამედიცინო სერვისებზე მაქსიმალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის პრინციპზე. მასში წარმოდგენილი თითოეული რეკომენდაცია დაფუძნებულია მეცნიერულ მტკიცებულებებზე.

სახელმძღვანელოს შექმნისას გამოყენებული იყო ლოზანას უნივერსიტეტის უწყვეტი განათლების სამსახურთან არსებული EuTEACH პროგრამის ფარგლებში მომზადებული მასალა. იგი მომზადებულია გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით.

ძირითადი საკითხები

- მოზარდობის ასაკი გულისხმობს არა მხოლოდ ფიზიკურ ზრდასა და მასთან დაკავშირებულ ცვლილებებს, არამედ ემოციურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურსა და ფსიქიკურ ცვლილებებს და ზრდას
- მოზარდის განვითარებაზე გავლენას ახდენს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორები, რომლებიც ურთიერთკავშირშია ერთმანეთთან
- მოზარდებთან კომუნიკაციისას მნიშვნელოვანია დაიცვათ კონფიდენციალურობა
- მოზარდებს ახასიათებთ დინამიურობა, შეიძლება შეიცვალოს გუნების, ფიზიკური გამოცდილების და გარემოს შესაბამისად
- მოზარდებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მეგობართა მხარდაჭერასა და თანაგრძნობას
- მოზარდები პროფესიული იდენტობის სხვადასხვა სტადიას გადიან

1.1 მოზარდის განვითარება

მოზარდობის ასაკი მოიცავს დროის ინტერვალს სქესობრივი მომწიფებიდან სრულწლოვანებამდე. ეს არის ფსიქოლოგიური მომწიფების პერიოდი, როდესაც მოზარდის ქცევა „ზრდასრული“ ადამიანის ქცევას ემსგავსება. მოზარდობის ასაკი

გულისხმობს არა მხოლოდ ფიზიკურ, არამედ ემოციურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურსა და ფსიქიკურ ცვლილებებს და ზრდას¹.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და გაეროს განსაზღვრებით: “მოზარდები (adolescents)” - 10-19 წლის ასაკობრივი ჯგუფი, რომელიც იყოფა

შემდეგ ასაკობრივ კატეგორიებად:

- 10-13 – ადრეული პერიოდი
- 14-16 – პერიოდი
- 17-19 - გვიანი პერიოდი

¹ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001950.htm>

„ახალგაზრდები (youth)” - 15-24 ასაკობრივი ჯგუფი

„ახალგაზრდა ადამიანები (young people)” – 10-24 ასაკობრივი ჯგუფი²

ევროკავშირის განსაზღვრებით: „ახალგაზრდა ადამიანები“ - 15-29 ასაკობრივი ჯგუფი, რომელიც იყოფა შემდეგ ასაკობრივ კატეგორიებად:³

- 15-19 წელი
- 20-24 წელი
- 25-29 წელი

საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 17 აგვისტოს N1608 განკარგულებით დამტკიცდა საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკა. ამ დოკუმენტის მიხედვით, „ახალგაზრდა“ განისაზღვრა, როგორც 14-25 წლის პირი, ხოლო „მოზარდი“ - როგორც 12-19 წლის პირი. დღეისათვის საქართველოს

მთავრობის 2014 წლის 28 მარტის დადგენილებით დამტკიცებულია საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის განახლებული დოკუმენტი, რომელშიც ცნება „ახალგაზრდა“ ჩამოყალიბდა ევროკავშირის დეფინიციის შესაბამისად და მოიცავს 15-29 წლის ასაკის პირებს.

მოზარდობის ასაკი მოიცავს დროის ინტერვალს სქესობრივი მომწიფების დაწყებიდან ზრდა-განვითარების დასრულებამდე. ეს არის ფსიქოლოგიური მომწიფების პერიოდი, როდესაც მოზარდის ქცევა „ზრდასრული“ ადამიანის ქცევას ემსგავსება. მოზარდობის ასაკი გულისხმობს არა მხოლოდ ფიზიკურ ზრდასა და მასთან დაკავშირებულ ცვლილებებს, არამედ ემოციურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურსა და ფსიქიკურ ცვლილებებს და ზრდას.

ამ პერიოდში ხდება ბიოლოგიური და სექსუალური მომწიფება, საკუთარი იდენტობის გარკვევა, ინტიმური ურთიერთობა შესაბამის თანატოლთან, და ასევე დამოუკიდებელი პიროვნების ჩამოყალიბება.

1.1.1 ბიოლოგიური და სექსუალური მომწიფება

სქესობრივი მომწიფება ანუ პუბერტატული პერიოდი – ორგანიზმში ცვლილებების პროცესია, რომლის შედეგადაც იგი ხდება გამრავლებისუნარიანი. სქესობრივი მომწიფება იწყება თავის ტვინიდან სასქესო ჯირკვლებისკენ (საკვერცხეებისკენ) მომავალი იმპულსაციის ხარჯზე. ამ სიგნალების საპასუხოდ საკვერცხე გამოიმუშავებს სხვადასხვა ჰორმონს, რომლებიც ასტიმულირებენ სიმაღლის, ძვლების, კუნთების, კანისა და რეპროდუქციული ორგანოების ზრდას. სხეულის ზრდა პუბერტატული პერიოდის პირველ ნახევარში ჩქარდება და სრულდება

2 <http://www.unesco.org/new/en/social-and-humansciences/themes/youth/youth-definition/>

<http://www.unicef.org/adolescence/>

http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/index.html

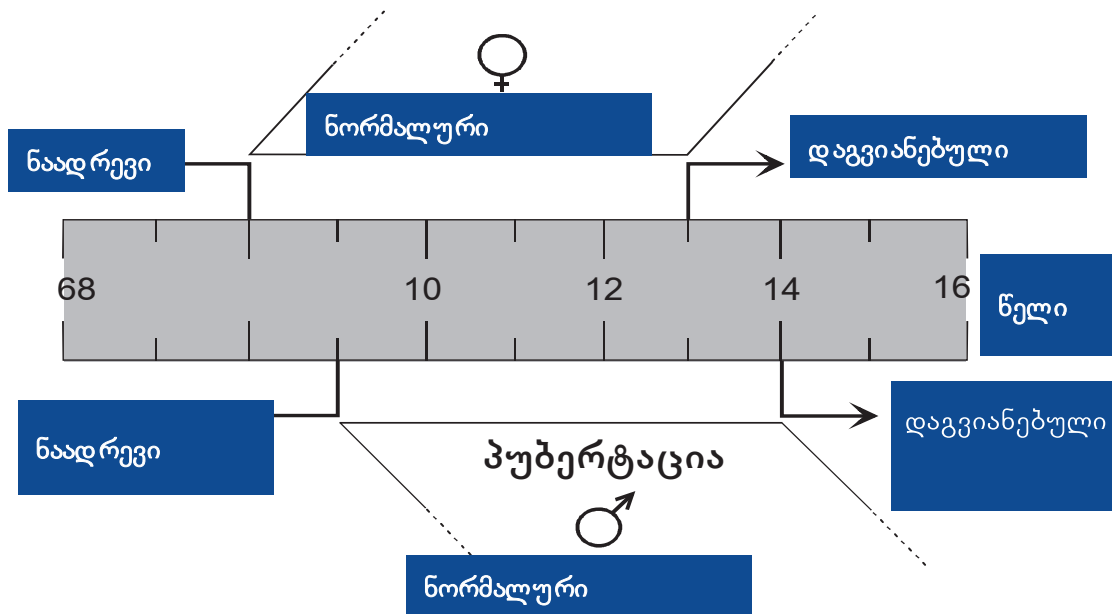
3 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/youth/introduction>

სქესობრივი მომწიფების ბოლოს. პუბერტატის პერიოდამდე სხვაობა გოგონას და ბიჭუნას სხეულებს შორის მხოლოდ სასქესო ორგანოებია. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში კი ხდება მნიშვნელოვანი ცვლილებები.

ნაადრევი სქესობრივი განვითარება არის სქესობრივი სიმწიფის პერიოდი, რომელიც გოგონებში დგება 8, ხოლო ბიჭებში 10 წლამდე ასაკში.

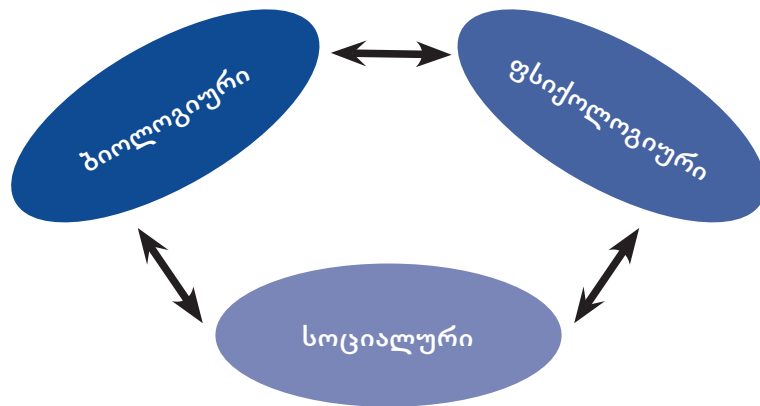
სქესობრივი განვითარების ნორმალურ პერიოდად მიიჩნევა, გოგონებში 8 წლიდან 13 წლამდე პერიოდი, ხოლო ვაჟებში 10 წლიდან 14 წლამდე პერიოდი. შესაბამისად დაგვიანებულ სქესობრივი მომწიფება აღინიშნება გოგონებში 13 წლის ხოლო ვაჟებში 14 წლის შემდგომ პერიოდში.

სურათი 1: მოზარდთა სქესობრივი განვითარების სტადიები



მოზარდის ორგანიზმში ხდება ფიზიკური ცვლილებები. ამ პრეიოდში მოზარდი უფრო მეტ კონცენტრირებას ახდენს საკუთარ სხეულზე კონცენტრირებას და ზრუნვას, უფრო მეტად ღელავს გარეგნობაზე, ახასიათებს კვებითი და ქცევითი თავისებურებები, ზოგჯერ ახასიათებთ ფიზიკური აქტივობის დაქეითება და აღინამია.

მოზარდის განვითარებაზე გავლენას ახდენს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორები, რომლებიც ურთიერთკავშირშია ერთმანეთთან.



მოზარდობის პერიოდში შესაძლებელია დომინირებდეს და მოზარდები პრობლემატურად აღიქვამდნენ: სხეულის ნაწილების უსისტემო ზრდას, საკუთარ სიმაღლე, სქესობრივი ნიშნების გამოხატულებასა და ისეთ ასაკთან დაკავშირებულ პრობლემებს როგორცაა აკნე, სეზორეა, კომედონები, ოფლის გამოყოფა ჭარბი გამოყოფა -ჰიპერჰიდროზი, ტრიქოლოგიური პრობლემები. შესაძლებელია მოზარდისათვის ასევე პრობლემას წარმოადგენდეს ხმის ტემბრის ასაკობრივი ცვლილება- ბარიფონია.

მოზარდობის პერიოდს ძალიან ფსიქოლოგიური მომნიშვნელობისათვის. იგი უმეტესად ორიენტირებულია თანატოლებთან ურთიერთობაზე; მცნობიარეა კომუნიკაციური პრობლემებისადმი, ახასიათებს სწრაფვა აღიარების, მავნე ჩვევებისა და ქცევისკენ. მოზარდი ხშირად არაადეკვატურად აღიქვამს სიტუაციას. ამ პერიოდში ხდება თვითცნობიერების ჩამოყალიბება, ხშირია მოზარდთა შორის საკუთარი თავის ნეგატიური იდენტიფიკაცია (საკუთარი თავით უკმაყოფილება, არასწორი თვითშეფასება). მათ განსაკუთრებით ახასიათებთ სქესთან დაკავშირებული საკითხებით დაინტერესება.

მოზადის გონებრივი განვითარების პროცესში დიდი მნიშვნელობა კოგნიტიური ცვლილებებს, კერძოდ კი ცნებითი აზროვნების ჩამოყალიბებას; აბსტრაქტული აზროვნებას და დედუქციურობის ჩამოყალიბებას.

10-დან 13 წლის ასაკში მოზარდს აქვს კონკრეტული აზროვნება. მაგალითად, მან შეიძლება განაცხადოს შემდეგი; „ექიმმა მითხრა, ჩემს ინჰალატორებს თუ გამოვტოვებ, ცუდად გავხდები. თუმცა, ერთი-ორჯერ გამოვტოვე და არაფერი დამმართინია; ამიტომ ვფიქრობ, ისინი აღარ მჭირდება.“

14-16 წლის ასაკიდან მოზარდს უყალიბდება აბსტრაქტული მოაზროვნება. ასეთ შემთხვევაში ინჰალატორის მიღების გამოტოვებას ახსნის შემდეგნაირად: „ინჰალატორებისმიღებაგამოვტოვეიმიტომ,რომინგლისურისპროექტზევმუშაობდი და დამავიწყდა. ვფიქრობ, მომავალში მაინც უნდა მივიღო, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ბევრს ვვარჯიშობ ან ცივა.“

17-19 ასაკში მოზარდს ჩამოყალიბებული აქვს კომპლექსური აბსტრაქტული აზროვნება.

მოზარდის განვითარებისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სოციალურ გარემოს, რომელიც გავლენას ახდენს მის განვითარებზე. სოციალური განვითარების ადრეული მოზარდობის პერიოდში გავლენას ახდენს იმ ფაქტის გაცნობიერება, რომ ისინი მშობლებისგან განსხვავებულები არიან, რაც განპირობებულია ადრეული კვლევით-დაკვირვებითი ქცევით. მოზარდობის შუა პერიოდში ხდება: ემოციური დაშორება მშობლებისგან, საკუთარ თავის იდენტიფიცირება თანატოლთა შორის, დაზვერვითი და რისკიანი ქცევის ჩამოყალიბება, ჰეტეროსექსუალური ინტერესების განვითარება და შეხედულებების ჩამოყალიბება მომავალ პროფესიაზე.

მოზარდის გვიანი სოციალური განვითარების პროცესში ხდება სოციალური ავტონომიის ინტიმური ურთიერთობების და პროფესიული შესაძლებლობების ფორმირება.

ცხრილი 1: მოზარდის განვითარების ეტაპები და მასთან დაკავშირებული ცვლილებები

	ადრეული 10-13 წლები	შუა 14-16 წლები	გვიანი 17-19 წლები
ბიოლოგიური/ ფიზიკური	გოგონები სარძევე ჯირკვლის ნამოზრდა და ბოქვენის თმის ზრდა (ტანერის სტადია II) სიმაღლეში სწრაფი ზრდის დაწყება ბიჭები სათესლე ჯირკვლების ზომაში მატება, გენიტალიის ზრდის დაწყება (სტადია II)	გოგონები შუა - გვიანი პუბერტატი (სტადია IV-V) ზრდის დასრულება; მენარხე (სტადია IV-ის მოვლენა); ქალის სხეულის ფორმის განვითარება ცხიმების განლაგებით ბიჭები შუა პუბერტატი (სტადია III & IV) სპერმის გამომუშავება და ლამის პოლუცია; ხმის დაბოხება; სიმაღლეში სწრაფი ზრდის დაწყება (სტადია III-IV)	ბიჭები პუბერტული განვითარების დასრულება (სტადია V) გრძელდება ანდროგენული ზეგავლენა კუნთების მასასა და სხეულის თმაზე

ფსიქოლო- გიური/ კოგნიტური	აზროვნება კონკრეტული რჩება, მაგრამ ამავედროულად ყალიბდება ადრეული მორალური ცნებები სექსუალური იდენტობის განვითარების პროგრესირება: სექსუალური ორიენტაციის ფორმირება გარეგნობის გადაფასება და რესტრუქტურირება სწრაფი ზრდის პირობებში	აბსტრაქტული აზროვნების წარმოშობა, თუმცა მომავლის წარმოდგენის უნარი სხვების მიმართ უფრო გამოიყენება, ვიდრე საკუთარი თავის მიმართ (საკუთარი თავი „ტყვიავაუმტარად“ აღიქმება) ვერბალური შესაძლებლობების ზრდა; მზარდ საგანმანათლებლო მოთხოვნებთან ადაპტირება კონვენციური მორალი (კანონის მორალურობასთან იდენტიფიცირება) იდეოლოგიის ფორმირება, რომელსაც თავგამოდებით იცავს (რელიგიური, პოლიტიკური)	კომპლექსური აბსტრაქტული აზროვნება პოსტკონვენციური მორალი (კანონსა და მორალურობას შორის განსხვავების დანახვის უნარი) კონტროლის გაზრდილი იმპულსი პიროვნული (და სექსუალური) იდენტობის შემდგომი დასრულება იდეოლოგიის და რელიგიის უარყოფის შემდგომი განვითარება
სოციალური	მშობლებისგან განსხვავებულობის გათვითცნობიერება თანატოლებთან მძლავრი იდენტიფიცირების დანყება ადრეული კვლევით- დაკვირვებითი ქცევა	მშობლებისგან ემოციური დაშორება თანატოლების ჯგუფთან მძლავრი იდენტიფიცირება კვლევით-დაკვირვე- ბითი/სარისკო ქცევა, ჰეტეროსექსუალური ინტერესების განვითარება ადრეული შეხედულებები მომავალ პროფესიაზე	სოციალური ავტონომიის განვითარება ინტიმური ურთიერთობების განვითარება პროფესიული შესაძლებლობის განვითარება

მოზარდებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მეგობართა მხარდაჭერასა და თანაგრძნობას. ასევე პოზიტიური გარემოს, სხვადასხვა აქტივობაში მონაწილეობას, თავდაჯერებულობასა და ისეთი უნარების გამომუშავებას, როგორიცაა კომუნიკაცია, კონფლიქტის მოგვარება, ინტიმი, ინფორმაციის გამჟღავნება, გადაწყვეტილების მიღება.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია პროფესიული იდენტობა. მოზარდები პროფესიული იდენტობის სხვადასხვა სტადიას გადიან:

პროფესიული იდენტობის სტადიები

ბავშვობა	ფანტაზია
მოზარდობის წინა	სავარაუდო
გვიანი მოზარდობა	რეალისტური

1.1.2. ს-ა-გ-თ მიდგომა მოზარდის განვითარებისადმი

მოზარდთა განვითარება უნდა შეფასდეს შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით:

სექსუალური მომწიფება და ზრდა

- შეეფერება ინტელექტუალური, პუბერტატული და ზრდის სტადია მათ ქრონოლოგიურ ასაკს?

აზროვნება

- კონკრეტულ კონსტრუქტებს იყენებს ახალგაზრდა ადამიანი თუ აბსტრაქტულ კონსტრუქტებს?
- აქვს მას საკუთარი ღირსების და/ან მიზანდასახულობის საკმარისი განცდა?

განათლება/დასაქმება

- ახალგაზრდას ისეთი სამუშაო აქვს ან ისეთ განათლებას იღებს, რომელიც მის კულტურაში მისი ასაკისთვის შესაფერისად ითვლება?

თანატოლები/მშობლები

- რამდენად მჭიდრო ურთიერთობა აქვს ახალგაზრდას მის თანატოლებთან და მშობლებთან?
- ვინ არის პასუხისმგებელი ახალგაზრდის მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილებების მიღებაზე?

1.2 კომუნიკაციის მნიშვნელობა

კომუნიკაცია წარმოადგენს ორ პიროვნებას შორის ინფორმაციის გაცვლის პროცესს. კომუნიკაცია ქცევის პოზიტიური შეცვლის პროცესის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. იგი შეიძლება იყოს ვერბალური (მეტყველება, შედახილი); არავერბალური (ჟესტი, მიმიკა, პოზა); აუდიოვიზუალური (რადიო, ტელევიზია, ვიდეო) და წერილობითი (ნიგნები, ჟურნალები).

კომუნიკაციის სხვადასხვა მეთოდები შესაძლოა გამოყენებულ იქნას, როგორც ცალკე, ისე კომბინაციაში



კომუნიკაციის ხელშეწყობი ვერბალური ქმედებას წარმოადგენს დახურული და ღია კითხვების გამოყენება.

ღია კითხვების გამოყენება წარმოადგენს კითხვის სახეობას, რომელიც არ სთავაზობს რესპონდენტებს პასუხის შესაძლო ვარიანტებს. ამ ტიპის კითხვები ძალიან მიზანშეწონილია იმდენად, რამდენადაც ისინი მინიმალურ გავლენას ახდენს რესპონდენტთა პასუხებზე და აძლევთ მათ საშუალებას, რომ თავისუფლად გამოხატონ თავისი აზრი.

ღია კითხვები აუცილებელია, რათა მივიღოთ სარწმუნო და სრული ინფორმაცია დაგვეხმაროს სიტუაციის ანალიზში. კომუნიკაცია შედგეს ჩვეულებრივ ღია კითხვა იწყება კითხვითი სიტყვით “რა?” “როგორ?” “როდის?” და “სად?”

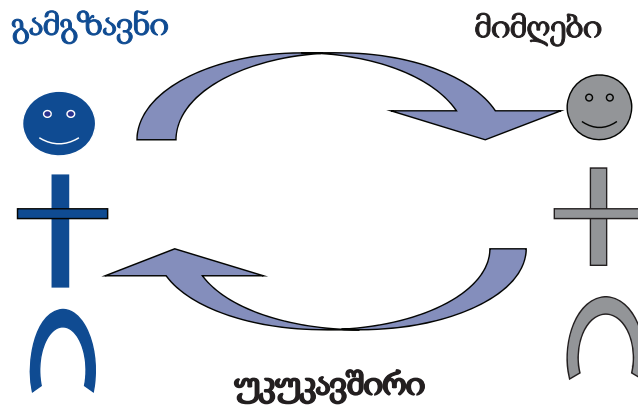
დახურული კითხვების გამოყენება წარმოადგენს კითხვის სახეობას, რომლებსაც თან ახლავს ან გულისხმობს პასუხის შესაძლო ვარიანტებს. დახურული კითხვის მაგალითია, კითხვები რომელთა პასუხია დიახ ან არა.

მოზარდებთან კომუნიკაციის დამყარებისას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება აქტიურ მოსმენას. მოსმენა უნდა იყოს ემპათიური, რეფლექტორული. ხშირად უნდა წაახალისოთ მოზარდი საუბრისაკენ. უნდა გამოხატოთ ინტერესი მისი პრობლემების

მიმართ. უნდა მოახდინოთ პერიფრაზირება.

მოზარდებთან ურთიერთობისას მოერიდეთ პასიურ მოსმენის ფორმების გამოყენებას, როგორცაა იგნორირება, სელექციური და იძულებითი მოსმენა.

ამასთან გაითვალისწინეთ, რომ მოზარდისათვის აუცილებელია უკუკავშირის მიწოდება, ანუ იმის შეტყობინება თუ როგორ გავიგეთ ან როგორ შევაფასეთ მათ ნათქვამი ანდა რა ემოციები და აზრები წარმოშვა ნათქვამმა თქვენში.



უკუკავშირი უნდა იყოს სპეციფიური და არა ზოგადი. უნდა ეხებოდეს პიროვნების ქცევას და არა პიროვნებას. ის უნდა იყოს სასურველი და არა თავს მოხვეული, ამასთანავე უკუკავშირი ყოველთვის არის პოზიტიური, კონსტრუქციული და არა უარყოფითი.

მოზარდებთან კომუნიკაციისათვის საჭირო უნარ ჩვევები

- მოზარდის ნახვამდე ნაიკითხეთ სამედიცინო ჩანაწერი მისი ჯანმრთელობის შესახებ
- კაბინეტში შესაყვანად მოზარდს მოსაცდელ ოთახში მიაკითხეთ
- გაცნობისას უთხარით თქვენი სახელი და საჭიროების შემთხვევაში, ჩამოართვით ხელი
- კაბინეტში შესვლის შემდეგ წარუდგინეთ თავი და უთხარით, რას საქმიანობთ
- დაუდასტურეთ, რომ კონფიდენციალობას დაიცავთ
- განუმარტეთ ტერმინების მნიშვნელობა
- მაქსიმალურად ეცადეთ, არ შეაწყვეტინოთ მოზარდს საკუთარი ისტორიის შესახებ თხრობა
- დაუსვით შერეული, ღია და დახურული კითხვები
- ესაუბრეთ, ნუ დაკითხავთ

- განუმარტეთ სიტყვები და მოსაზრებები, თავი აარიდეთ ჟარგონის გამოყენებას
- პერიოდულად შეაჯამეთ
- ნუ შეაფასებთ
- ნუ დაუსვამთ კითხვას სერიოზული მიზეზის გარეშე
- გამოიკვლიეთ რისკები და რესურსები, იყავით პოზიტიური
- ნუ გააკეთებთ ჩანაწერებს ინტერვიუს დროს

კომუნიკაციას ხელს უშლის შემდეგი ქმედებები: ბრძანება, ნეგატიური სიტყვები, მუქარა, მორალის ქადაგება, განსჯა-გაკრიტიკება, სტერეოტიპის და ბარიერების შექმნა, დისტანცია და მოზარდის მოსაზრების ან პოზიციის არ გათვალისწინება.

1.3 ბიოეთიკა და უფლებები

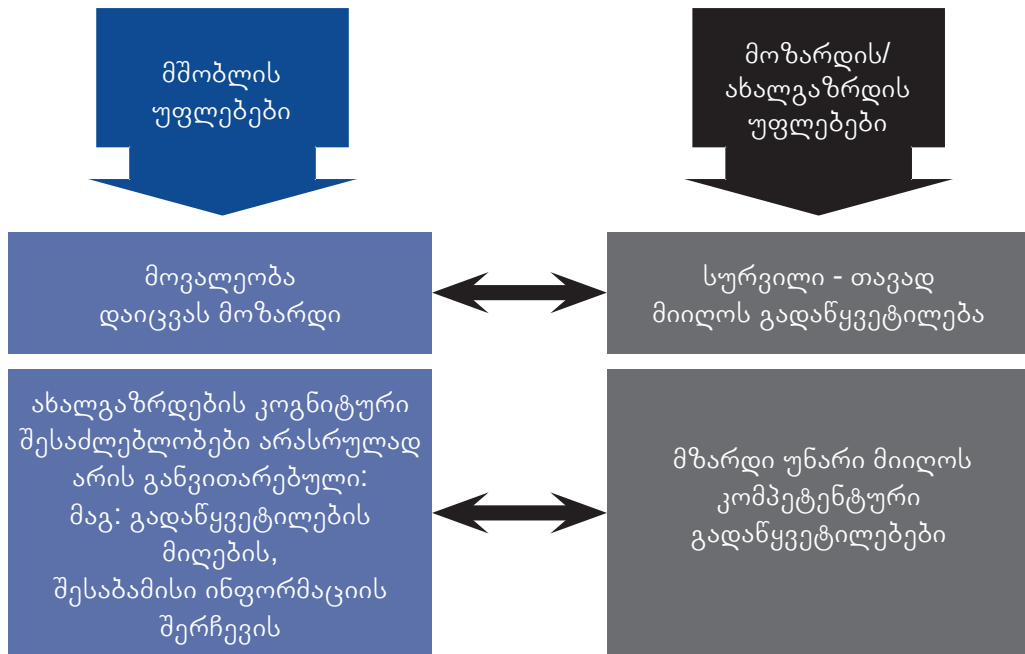
ბიოეთიკა არის ეთიკის ის სფერო, რომელიც შეისწავლის სიცოცხლის ბუნებრივ მსვლელობაში ადამიანის ხელოვნური ჩარევის შედეგად წარმოშობილ მორალურ პრობლემებს. ბიოეთიკის მთავარი პრინციპებია: პატივი ეცი ადამიანებს, დაიცავი მათი ავტონომია და ინფორმირებული თანხმობა; აკეთე სიკეთე; არ მიაყენო ზიანი და მოექეცი სამართლიანად.

მოზარდების და მშობლების უფლებები

მოზარდებთან მუშაობისას უნდა გავითვალისწინოთ, რომ უნდა დავიცვათ როგორც მათი ასევე მათი მშობლების უფლებები:

- მშობლის უპირველესი უფლება-მოვალეობა არის დაიცვას მოზარდი/ახალგაზრდა, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში თუ მოზარდის კონგნიტიური შესაძლებლობები არ არის სრულად განვითარებული.
- მოზარდს/ახალგაზრდას აქვს უფლება თავად მიიღოს გადაწყვეტილება.

სქემა 1: მოზარდების და მშობლების უფლებები



ბავშვის უფლებათა კონვენცია

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციამ ბავშვთა უფლებების კონვენცია 1989 წლის 20 ნოემბერს მიიღო. იგი ძალაში 1990 წლის 2 სექტემბრიდან შევიდა. კონვენცია შედგება 54 მუხლისაგან, რომელთაგან პირველი 42 მუხლი შეეხება ბავშვის დაცვასთან დაკავშირებულ ძირითად პრინციპებს. კონვენციას მიერთებულია 193 ქვეყანა, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ ქვეყნებმა აიღეს კონვენციით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულების სამართლებრივი პასუხისმგებლობა. საქართველო აღნიშნულ კონვენციას 1994 წელს შეუერთდა.

ბავშვის უფლებათა კონვენციის თანახმად, მაგალითად მუხლი 12 იცავს ბავშვის უფლებას გამოთქვას მოსაზრებები და ჰქონდეს ავტონომია, ხოლო მუხლი 23 იცავს განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ბავშვის უფლებებს.

1.4 სასარგებლო რჩევები კომუნიკაციისთვის

ეფექტური კომუნიკაციის გამოსავალი მეტად არის დამოკიდებული ურთიერთობის კარგ დასაწყისზე. ამისათვის კარგი იქნება თუკი საკუთარ თავს დაუსავთ შემდეგ კითხვებს:

ა. იცნობთ კარგად თქვენთან მოსაუბრეს?

ბ. რას აკეთებთ იმისთვის, რომ უკეთ გაიცნოთ ის?

გ. როგორ ცვლით ურთიერთობის პროცესს იმისდა მიხედვით, თუ რა იცით ან გაიგეთ თქვენს მსმენელზე (მოსაუბრეზე)?

რვა ელემენტის კონცეფცია

მოზარდთან/ახალგაზრდასთან ურთიერთობისას სასურველია გქონდეთ მის შესახებ შემდეგი სახის ინფორმაცია:

1 სახლი	ვისთან ერთად ცხოვრობს? აქვს თუ არა საკუთარი ოთახი? ჰყავს თუ არა ზრდასრული ადამიანი, ვისაც ენდობა? ვის მიმართავს დახმარებისათვის, როდესაც პრობლემა აქვს?
2	რომელ კლასში არის? რას საქმიანობს? რა სურს, რომ მოგვიანებით ცხოვრებაში გააკეთოს? როგორი ატმოსფერო / სამუშაო გარემოა მის კლასში?
3 კვება	იკვებება თუ არა მოზარდი დღეში მინიმუმ სამჯერ? კმაყოფილი არის თუ არა იგი წონით/გარეგნობით? იცავს თუ არა დიეტას? მოიხმარს თუ არა სწრაფი კვების კერძებსა და გამაგრილებელ სასმელებს...
4	გაარკვეთ აქვს თუ არა მოზარდს რაიმე ჰობი? არის თუ არა თანატოლების ჯგუფის წევრი? დადის თუ არა სპორტის რომელიმე სახეობაზე? ჰყავს თუ არა ახლო მეგობარი, რომელსაც ენდობა?
5	მოიხმარს თუ არა ნარკოტიკული ნივთიერებას? მოხმარების სიხშირე? მოხმარების გარემოებები? ნარკოტიკების მოხმარების მიზეზები? მოხმარების ტიპი? ნივთიერებების მოხმარება ოჯახში/თანატოლების მიერ? მოხმარების დაწყების ასაკი?

6 სექსუალობა	მოზარდის/ახალგაზრდის ცოდნა სექსუალურობის შესახებ როგორია მისი სექსუალური ქცევა სექსუალური ორიენტაცია რას ფიქრობს იგი კონტრაცეფციის შესახებ ყოფილა თუ არა სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი წარსულში
7 უსაფრთხოება	ახასიათებს თუ არა მოზარდს/ახალგაზრდას რისკზე წასვლა, განცდების ძიება აქვს თუ არა მას პოლიციასთან პრობლემა ძალადობა, ჩხუბი და დანაშაული
8 თვითმკვლელობა	როგორია მისი განწყობა აქვს თუ არა ძილის პრობლემები აქვს თუ არა სუიციდური აზრები, გეგმები, მცდელობები ჰქონია თუ არა თვითმკვლელობის მცდელობა

ეფექტურ კონსულტირებასთან დაკავშირებულიზოგიერთი ეთიკური საკითხი **კონსულტირება**

• მოზარდების/ახალგაზრდების კონსულტირებისას მნიშვნელოვანია სამი ასპექტის გათვალისწინება ე.წ სამი მნიშვნელოვანი C: **კომპეტენცია (Competence)**, **კონფიდენციალურობა (Confidentiality)** და **თანხმობა (Consent)**.

კომპეტენცია - კომპეტენცია ნიშნავს კონკრეტული ამოცანის შესრულებისათვის საჭიროუნარს.იგიმოიცავსუნარების,ცოდნისადაქცევისერთობლიობას.ყოველთვის მოზარდებს/ ახალგაზრდებს დახმარება გაუწიეთ თქვენი კომპეტენციის ფარგლებში, საჭიროების შემთხვევაში კი სპეციალისტის მიმართეთ დახმარებისათვის.

კომპეტენცია ასევე გულისხმობს იმ ფაქტს, რომ ადამიანს შეუძლია გაიგოს სიტუაცია, რომელიც გადაწყვეტილების მიღებას საჭიროებს. თითოეული ადამიანი, რომელმაც მიაღწია სრულწლოვანებას, მიჩნეულია კომპეტენტურად, თუკი მას არ აღენიშნებათ მნიშვნელოვანი ფსიქიატრიული დარღვევა.

ის, თუ რა ფარგლებში შეიძლება მიჩნეული იყვნენ კომპეტენტურებად ახალგაზრდები, რომელთაც არ მიუღწევიათ სრულწლოვანებისთვის, დებატების საგანია („მონიფული არასრულწლოვნები“).

კონფიდენციალურობა - სამედიცინო პერსონალის მიერ პაციენტის შესახებ მოპოვებული ინფორმაციის კონფიდენციალურად დაცვა ერთ–ერთი ყველაზე მყარი ეთიკური და სამართლებრივი იმპერატივია.

“პაციენტის უფლებების შესახებ” კანონი ექიმს ავალებს საიდუმლოდ შეინახოს პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაცია. ეს პირობა ექიმმა პაციენტის გარდაცვალების შემდეგაც არ უნდა დაარღვიოს (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 27).

ყოველთვის დაიცავით კონფიდენციალობა. ნებისმიერი თქვენთვის მონოდებული ინფორმაცია. ნებისმიერ პირს აქვს უფლება, მოითხოვოს, რომ მისმა ექიმმა/ჯანდაცვის მიმწოდებელმა არ გაუმჟღავნოს არავითარი ინფორმაცია რომელიმე სხვა პირს, თუ მას ამის ცალსახა ნებართვა თავად პაციენტი არ მისცემს.

თანხმობა - ნებისმიერი გადაწყვეტილება უნდა იყოს მიღებული მხოლოდ მოზარდის/ახალგაზრდის თანხმობის შემდეგ. მიაწოდეთ ინფორმაცია იმგვარად, რომ უზრუნველყოთ, რომ მოზარდს სრულად ესმოდეგ განსახილველი საკითხები; შეამოწმეთ, თუ რამდენად ესმის მოზარდს ეს საკითხები - სთხოვეთ მას, თავისი სიტყვებით მოგითხროთ მისთვის გადაცემული ინფორმაცია.

ზოგიერ მნიშვნელოვანი ცნება კომუნიკაციის შესახებ

ავტონომია

- მოზარდის/ახალგაზრდის უფლებები ყოველთვის უნდა იყოს დაცული. თანხმობა კი ინფორმაციაზე უნდა იყოს დამყარებული;
- ინტერესებზე ზრუნვა
- მოზარდის/ახალგაზრდის საჭიროებების და ჭეშმარიტი ინტერესების გათვალისწინება

ზიანის მიყენების დაუშვებლობა

- ზიანი მინიმუმამდე უნდა იქნეს დაყვანილი
- აუცილებელია საზღვრების დადგენა ექსპერიმენტებისთვის და მკურნალობისთვის

სამართლიანობა და თანასწორობა

- მოზარდის/ახალგაზრდობის უპირველესი უფლებაა დაცული იყოს დისკრიმინაციისაგან / სტიგმატიზაციისაგან
- დაცული იყოს სათანადო ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა.

დამატებითი ლიტერატურა

მოზარდობის ანაბანა

დებორა ქრისტი, რასელ ვაინერი

მოზარდი პაციენტების ჯანმრთელობის დაცვისას კლინიკური მედიცინის სხვადასხვა

ასპექტები ეწინააღმდეგება ცვლილებებს სწრაფი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური განვითარების სახით. ეს ცვლილებები წარმოშობენ დაავადების განსაკუთრებულ ნიშნებს, სიმპტომების უჩვეულო ფორმებს და, რაც ყველაზე საინტერესოა, სირთულეებს კომუნიკაციასა და დაავადებების მართვაში. ამ ყველაფერს შეუძლია მოზარდებთან მუშაობის გართულება. მიუხედავად ამისა, სწორმა უნარებმა და ექიმის სწორმა დახმარებამ შეიძლება დადებითი შედეგები გამოიღოს ახალგაზრდებისთვის. აღნიშნული უნარები სჭირდება ყველას, ვინც ახალგაზრდებთან მუშაობს.

როცა ბავშვები მოზარდობის ასაკში შედიან, მათი მშობლები კვლავ დიდწილად პასუხისმგებელნი რჩებიან მათ ჯანმრთელობაზე. მოზარდობის დასრულების პერიოდისთვის პასუხისმგებლობა ჯანმრთელობის საკითხებზე მთლიანად ახალგაზრდა ადამიანზე გადადის. სირთულეს წარმოადგენს ეფექტიანი კლინიკური ურთიერთობის შენარჩუნება მაშინ, როცა ხდება ამ პასუხისმგებლობის გადასვლა მშობლიდან ახალგაზრდაზე.

საჭიროა სპეციალური კლინიკური კომუნიკაციის უნარების ქონა იმისათვის, რომ ზუსტად შედგეს დაავადების განვითარების ისტორია და თან უნდა გვახსოვდეს ცხოვრების ახალი სფეროები, რომლებსაც ბავშვები არ შეხებიან (სქესობრივი ცხოვრება და ნარკოტიკები). ამას უნდა ემატებოდეს ოჯახთან კომუნიკაცია და მისი ჩართულობა სტანდარტულ კონსულტაციებში მოზარდებთან. მოზარდების ფიზიკური შემონეებისას საჭიროა კონფიდენციალურობისა და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის დაცვა, ასევე საჭიროა დამატებითი უნარებს, როგორიცაა პუბერტატის პერიოდში მყოფი მოზარდების გამოკვლევა. მოზარდებში დაავადების ეფექტიანი მკურნალობისთვის ექიმები უნდა იცნობდნენ მოზარდის განვითარებას, თუ უნდათ კარგად გაუძღვნენ ერთგულების (შესაბამისობის), იდენტურობის, შეთანხმების და კონფიდენციალურობის და მოზარდსა და მის ოჯახს შორის ურთიერთობის საკითხებს. შემთხვევითი შერჩევის მეშვეობით კონტროლის შედეგები მკაფიოდ გვიჩვენებს, რომ შეიძლება ამგვარი უნარების განვითარება და ეფექტიანად გამოყენება პირველად ჯანდაცვაში.

მოზარდობის ასაკს სულ უფრო მეტად მიიჩნევენ ცხოვრების იმ პერიოდად, როცა ჩნდება განსაკუთრებული სირთულეები დაავადებების მკურნალობისა და ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში.

მოზარდობის უმთავრესი სირთულეები

- ბიოლოგიური და სქესობრივი სიმწიფის მიღწევა

განვითარების საკითხები მოზარდებში			
	ბიოლოგიური	ფსიქოლოგიური	სოციალური
ადრეული მოზარდობის პერიოდი	ადრეული მომწიფება (გოგონები: მკერდის და ბოქვენის თმის გაჩენა, ზრდის აჩქარება; ბიჭები: კვერცხების და გენიტალიების ზომაში მომატება)	კონკრეტული აზროვნება, თუმცა ადრეული წარმოდგენებიც ზნეობაზე, სქესობრივი იდენტურობის განვითარება (სექსუალური ორიენტაცია); შესაძლო ჰომოსექსუალური ინტერესები თანატოლების მიმართ, სხეულის იმიჯის გადაფასება	ემოციური გამოყოფა მშობლებისგან, თანატოლების ძლიერი იდენტიფიცირების დაწყება, ადრეული ექსპერიმენტული ქცევები (თამბაქოს მოხმარება, ძალადობა)
მოზარდობის შუა პერიოდი	გოგონები: შუა-გვიანი პუბერტატი და სწრაფი ზრდის დასრულება, პირველი მენსტრუაცია, ქალის სხეულის ფორმის ჩამოყალიბება ცხიმის ფენებით. ბიჭები: შუა პუბერტატი, სპერმის გაჩენა და გამოყოფის დაწყება, ხმის გარდატეხა, ზრდის გააქტიურება	აბსტრაქტული აზროვნება, საკუთარი თავის კრიტიკულად განხილვა, მზარდი ვერბალური უნარები, კანონის იდენტიფიცირება ზნეობასთან; ძლიერი იდეოლოგიების განცდა (რელიგია, პოლიტიკა)	ემოციური გამოყოფა მშობლებისგან, თანატოლების კრიტიკულად იდენტიფიცირების დაწყება, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გაზრდილი რისკი (თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლი და ა.შ.), ჰეტეროსექსუალური ინტერესი თანატოლების მიმართ, ადრეული პროფესიული გეგმები

მოზარდობის გვიანი პერიოდი	ბიჭები: მომნიფების დასრულება, კუნთების ზრდა და სხეულზე თმის ამოსვლა	კომპლექსური აბსტრაქტული აზროვნება, კანონსა და ზნეობას შორის განსხვავების აღმოჩენა, იმპულსის მომატებული კონტროლი, პირადი იდენტურობის შემდგომი განვითარება, რელიგიური ან პოლიტიკური იდეოლოგიების შემდგომი განვითარება ან უარი მათზე	სოციალური ავტონომიის შექმნა, ინტიმური კავშირები, პროფესიული შესაძლებლობების და ფინანსური დამოუკიდებლობის ჩამოყალიბება
---------------------------------	--	---	--

- პირადი იდენტურობის განვითარება
- ინტიმური სქესობრივი ურთიერთობის დამყარება თანატოლთან
- დამოუკიდებლობის და ავტონომიის ჩამოყალიბება სოციალურ-ეკონომიკური გარემოს კონტექსტში

განვითარების საკითხები

მოზარდობის პერიოდში მოზარდებს საქმე აქვთ მომნიფებასა და ზრდის დასრულებასთან, ისინი იძენენ სხეულის სქესობრივად დიმორფულ ფორმებს, შემეცნების ახალ უნარებს (მათ შორის აბსტრაქტული აზროვნების უნარს), უფრო კარგად ათვისებენ თავის პირად და სქესობრივ იდენტურობას და აღწევენ მშობლებისგან გარკვეულ ემოციურ, პირად და ფინანსურ დამოუკიდებლობას.

ყველანაირი კლინიკური ურთიერთობა მოზარდებთან უნდა ხდებოდეს ამ დინამიკური განვითარების გათვალისწინებით. ქრონიკული დაავადების მართვის საკითხები შეიძლება სრულიად განსხვავებული იყოს, მაგალითად, 13 წლის ბიჭისთვის მომნიფების ძალიან ადრეულ საფეხურზე, რომელსაც სუსტად აქვს განვითარებული აბსტრაქტული აზროვნება, 16 წლის გოგონასთან შედარებით, რომელიც სქესობრივად მომნიფებულია, ზრდა დასრულებული აქვს და კარგად აქვს განვითარებული ზრდასრულის კოგნიტიური უნარები.

ვინაიდან მომნიშვნელოვანია და კოგნიტიური განვითარება უმთავრესად ბიოლოგიურად არის განპირობებული, ფსიქოლოგიური და სოციალური განვითარების უდიდესი ნაწილი დამოკიდებულია გარემოს და სხვადასხვა სოციალურ-კულტურულ ზემოქმედებაზე. დასავლურისგან განსხვავებულ კულტურებში სოციალური და ფსიქოლოგიური სფეროები შეიძლება საგრძნობლად იყოს შეზღუდული.

ფსიქოლოგიური განვითარება

მოზარდობის ასაკის დაწყების მიმანიშნებელი ფიზიკური ცვლილებები ვითარდება ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ცვლილებებთან ერთად, რომლებიც განსაზღვრავენ ამ პერიოდს როგორც კრიტიკულ საფეხურს ზრდასრულობისკენ. რამდენიმე მოდელი და თეორია მოზარდობის პერიოდს განსაკუთრებულ ადგილს მიაკუთვნებენ ადამიანის განვითარებაში დაბადებიდან გარდაცვალებამდე. ამ მოდელებისა და თეორიების უმრავლესობას წარმოადგენს „საფეხურის“ მოდელები, სადაც თითოეული საფეხური სრულდება ადამიანის მეორე საფეხურზე გადასვლამდე.

თითოეული მოდელი ადგენს „ამოცანათა“ განსხვავებულ პაკეტს მოზარდობის პერიოდისთვის. ფროიდი ფოკუსირებული იყო ფსიქო-სექსუალურ განვითარებაზე და მოზარდობის პერიოდს ხედავდა როგორც ჩვილობისას სქესობრივი ინფორმირებულობის განვითარების გამეორებას. პიაჟეს მთავარი ყურადღება გადატანილი ჰქონდა კოგნიტიურ განვითარებაზე და აბსტრაქტული აზროვნების უნარს მიიჩნევდა გადასვლის შესაძლებლობად დამოუკიდებელი ზრდასრული ფუნქციონირებისკენ. ბოლო ხანებში ერიქსონმა წინააღმდეგობებს პირადი იდენტურობის ჩამოყალიბებასთან დაკავშირებით ცენტრალური მნიშვნელობა მიაკუთვნა მოზარდობის შემეცნებისთვის. უფრო გამოსადეგ მოდელს წარმოადგენს ბიო-ფსიქოლოგიური მიდგომა, რომელიც აღიარებს, რომ მოზარდობას გააჩნია როგორც ბიოლოგიური (მომნიშვნელოვანია და სქესობრივი განვითარება), ასევე ფსიქოლოგიური და სოციალური ელემენტები.

ის, რაც მოზარდობის პერიოდის აღმწერ მრავალ მოდელს შეიძლება ვუსაყვედუროთ, არის მათი უუნარობა, მკაფიოდ აღიარონ, რომ ახალგაზრდა ადამიანი მოქცეულია „სისტემაში“. ახალგაზრდების ადგილი სისტემაში განისაზღვრება მათი ურთიერთობით სისტემის სხვადასხვა ნაწილთან, ხოლო მათ დამაკავშირებელ რგოლებს წარმოადგენენ შიდა და გარე მოთხოვნები (ანუ „ამოცანები“).

შიდა ფსიქიკური და ფსიქოლოგიური ცვლილებები ურთიერთქმედებენ გარე ანუ სოციალურ ცვლილებებთან. აქედან გამომდინარე, სხვადასხვა ამოცანის წარმატებით დაძლევა და განხორციელება დამოკიდებულია ერთმანეთზე და ეყრდნობა ერთმანეთის შესატყვის დროს განხორციელებას. როცა ეს გამომწვევები გადაიკვეთება ჯანმრთელობის ან ავადმყოფობის საკითხებთან, ისინი წარმოშობენ უდიდეს სირთულეებს კომუნიკაციასა და მართვაში, განსაკუთრებით სარისკო ქცევებთან და სამედიცინო რჩევებისა თუ რეჟიმის დაცვასთან მიმართებაში.

ბავშვობის ზუსტად დამახსოვრება ძნელია, მაგრამ ცოტას თუ ავინწყდება საკუთარი მოზარდობის პერიოდი.

მოზარდობის უმთავრესი სირთულები

- ავტორიტეტებში ეჭვის შეტანა
- გარისკვა
- ექსპერიმენტები ნარკოტიკებთან, ალკოჰოლთან და სექსთან დაკავშირებით
- საზოგადოების მორალური და სოციალური სტრუქტურის კრიტიკა
- უფლებების მოთხოვნა
- საკუთარ თავსა და სხვებზე პასუხისმგებლობის აღება
- სულიერი გზების ძიება (ორგანიზებული ან საკულტო რელიგიები)
- სამსახურის შოვნა
- სკოლების და საგანმანათლებლო გარემოს გამოცვლა
- ურთერთობების ჩამოყალიბება
- სექსუალობის გათვითცნობიერება
- სახლში წესების დადგენის მცდელობები

კონკრეტული აზროვნება

თქვენ მითხარით, რომ ცუდად გავხდები, თუ გამოვტოვებ ასთმის პროცედურებს. მე ისინი ორჯერ დამავინდა და არაფერი მომივიდა. გამოდის, რომ ისინი არ მჭირდება.

აბსტრაქტული აზროვნება

ჩემი შესასუნთქი აპარატი დავკარგე რამდენჯერმე, მაგრამ ვფიქრობ, რომ ისედაც კარგად ვარ იმიტომ, რომ არც ისე ხშირად ვიყენებდი მას. მგონი, მაინც დამჭირდება ის მომავალში, თუ ბევრს ვივარჯიშებ ან ცივ ამინდში მომიწევს ყოფნა.

ახალგაზრდების კონკრეტული და აბსტრაქტული აზროვნების მაგალითები კლინიკური ურთიერთობისას

ფსიქოლოგიური ცვლილებები

მოზარდობის ადრეულ საფეხურზე ახალგაზრდები თანდათან იწყებენ აბსტრაქტულად აზროვნებას, რაც ნიშნავს სიმბოლოების ან იმიჯების გამოყენების უნარს რეალობის წარმოსადგენად. განსხვავებით ბავშვური კონკრეტული აზროვნებისგან - როცა ობიექტი უნდა წარმოადგენდეს „საგანს“ ან „იდეას“

პრობლემის გადასაწყვეტად - აბსტრაქტული აზროვნება გვაძლევს ჰიპოთეტური ფიქრის საშუალებას მომავალზე და სხვადასხვა მოსალოდნელი შედეგის შეფასების შესაძლებლობას. უნდა იცოდეთ კარგად თუ სუსტად აქვს განვითარებული აბსტრაქტული აზროვნების უნარი ახალგაზრდას, რომელთანაც გაქვთ ურთიერთობა, ვინაიდან ამ უნარს დიდი მნიშვნელობა აქვს იმისათვის, რომ მან სათანადოდ აღიქვას ინფორმაცია მკურნალობის შესახებ და შეძლოს ქრონიკული დაავადების რეჟიმის დამოუკიდებლად დაცვა.

აუცილებლად უნდა დაადგინოთ ფსიქოლოგიური განვითარების კავშირი მომნიშვნელობასთან, კერძოდ, სექსუალობის და სხეულის იმიჯის განვითარების თვალსაზრისით.

ფსიქოლოგიური ზემოქმედება, რომელსაც ახალგაზრდებზე ახდენს პუბერტატის დადგომის დრო

	ნაადრევი მომნიშვნელობა	გვიანი მომნიშვნელობა
ბიოლოგიური	თანატოლებზე მაღალია, თუმცა მერე შეიძლება მათზე დაბალი აღმოჩნდეს	დაბალია, თუმცა მოგვიანებით შეიძლება გაიზარდოს ნორმალურ ზომამდე; ოსტეოპოროზი
ფსიქოლოგიური	ფსიქოლოგიური ზემოქმედება პოზიტიურია ბიჭებში (უფრო მაღალი თვითშეფასება), ხოლო გოგონებში - უარყოფითი (დაბალი თვითშეფასება)	დაბალი თვითშეფასება ბიჭებში, არ შეინიშნება რაიმე სერიოზული პრობლემები გოგონებში
სოციალური	განსხვავებულია თანატოლებისგან, ეპყრობიან როგორც მოზარდს, თუმცა ჯერ კიდევ ბავშვია	უფროსები და თანატოლები ეპყრობიან როგორც ნაკლებად მომნიშვნეულს თავისი ასაკისთვის, უჭირს მშობლებისგან გამოყოფა და მუშაობის დანყება

სოციალური ცვლილებები

მოზარდობის პერიოდს, ჩვეულებრივ, აღწერენ როგორც დამოუკიდებლობის მიღწევის დროს. თუმცა უფრო ზუსტი იქნებოდა, გვესაუბრა ცვლილებაზე, წონასწორობასა და ახალგაზრდა ადამიანის გარემოცვის სხვა წევრებთან (მშობლებთან, თანატოლებთან, ადგილობრივი საზოგადოებასა და, თუნდაც, ჯანდაცვის სფეროს მუშაკებთან) დამოკიდებულების შესახებ. ამ ცვლილებების დრო დამოკიდებულია იმ გარემოს სხვადასხვა სოციალურ და კულტურულ მოლოდინებზე, რომელშიც ცხოვრობს ახალგაზრდა.

ვინაიდან მოზარდები იწყებენ საკუთარი თავის გადაფასებას სხვებთან შედარებით, ისინი სხვა ადამიანებს აფასებენ საკუთარ თავთან შედარებით. ამგვარი ფიქრი საკუთარ თავზე ნიშნავს, რომ ძნელი იქნება ქცევის სხვებზე ზემოქმედების გაგება ან იმაზე წუხილი, როგორ შეიძლება სხვებზე იმოქმედოს ქცევამ. ცოდნას, რომელსაც უფროსები სთავაზობენ, ცოტა მნიშვნელობა თუ ენიჭება. მოზარდებს ასევე შეიძლება სერიოზულად სჯეროდეთ, რომ სხვას არავის აქვს იმის უნარი, რომ გაიგოს მათი გრძნობები.

აბსტრაქტული აზროვნების უნარის ჩამოყალიბებასთან ერთად მოზარდი ურთიერთქმედებას იწყებს საკუთარი თავის უნიკალურობის განცდასთან; ის აცნობიერებინებს მათ გარკვეული ქმედებების შედეგებს სხვა ადამიანებისთვის, თუმცა უჩნდება საკუთარუ უვნებლობის გრძნობას (რომ არაფერი მოუვიათ). ამგვარმა რწმენამ შეიძლება ახალგაზრდას ჩაადენინოს სერიოზული სარისკო ქმედებები, რომლებიც დაკავშირებულია, მაგალითად, მავნე ნივთიერებების მოხმარებასთან, პირად უსაფრთხოებასთან და მკურნალობის რეჟიმის დაცვასთან.

ფიზიკური განვითარება

ფსიქოლოგიური განვითარება მიმდინარეობს სწრაფი ფიზიკური ცვლილებების, მათ შორის, მომწიფების, ენერგიის მოზღვავეებისა და ორგანოთა სხვა სისტემებში მომწიფებასთან დაკავშირებული ცვლილებების ფონზე. როგორც ბიჭები, ასევე გოგონები გადიან მეორადი სქესობრივი მახასიათებლების განვითარების სხვადასხვა სტადიას (ტანერის სტადიები).

გადასვლას სიმწიფის წინა პერიოდიდან სრულ რეპროდუქციულ უნარიანობამდე შეიძლება დასჭირდეს 18 თვე ან ხუთი წელი. გოგონები გაცილებით ადრე მწიფდებიან, ვიდრე ბიჭები. მომწიფების პირველი ნიშნები (კვერცხების გადიდება) ბიჭებში ჩნდება საშუალოდ 12 წლის ასაკში, მხოლოდ ექვსი თვით გვიან გოგონების მკერდის წამოზრდაზე (მომწიფების პირველი ნიშანი).

გოგონები ასევე უფრო განვითარებულებად გამოიყურებიან, რადგან გოგონებში სწრაფი ზრდა იწყება პუბერტატის ადრეულ ეტაპზე (საშუალოდ 11-12 წლის ასაკში), ხოლო შედარებით უფრო გვიან პერიოდში კი იწყება ბიჭებში (საშუალოდ 14 წლის ასაკში).

მომწიფების განმსაზღვრელ მოვლენას გოგონებში წარმოადგენს მენსტრუაცია. მე-20 საუკუნის პირველი ნახევრიდან განვითარებული ქვეყნების უმრავლესობაში მენსტრუაციის დაწყების საშუალო ასაკი საგრძნობლად კლებულობს. იგი დასტაბილურდა 1960-იან წლებში და ქვეყნების უმრავლესობაში გახდა 13 წელი თეთრკანიანი გოგონებისთვის და 12,5 - შავკანიანი გოგონებისთვის.

ყველაზე გავრცელებულ კლინიკურ პრობლემას მომწიფებასთან დაკავშირებით წარმოადგენს დაგვიანებული მომწიფება და არასაკმარისი სიმალლე, განსკუთრებით ბიჭებში. სათესლეების მოცულობის მომატება (≥ 4 მლ) (97%) ხდება 14 წლის ბიჭებში. ამგვარად, ბიჭების მხოლოდ 3% იქნება კვლავ სიმწიფის წინა პერიოდში 14-15 წლის ასაკში.

შეიძლება ეს არც ისე სასიამოვნო იყოს, მაგრამ ნორმალური პროცესია. სიმწიფის და ზრდის კონსტიტუციური დაგვიანება ხშირად მემკვიდრეობითი იყოს. იმ დროისათვის, როცა ახალგაზრდა ბიჭები მიმართავენ ექიმს, მათ უმრავლესობას ექნება სათესლეების მოცულობის მომატების ადრეული ნიშნები, რისი დადგენა მარტივად შეიძლება ორქიდომეტრის დახმარებით.

თუ 15 და მეტი წლის ბიჭის სათესლეების მოცულობა არის 4 მლ ან მეტი ამგვარად ვაჟის მომწიფება დაწყებულია. მათ, ვისაც 15 წლის ასაკისთვის არა აქვთ მომწიფების არავითარი ნიშნები, უნდა მიმართონ ბავშვთა ენდოკრინოლოგს და გაიარონ გამოკვლევა.

დაგვიანებული და ნაადრევი მომწიფების მიზეზები

დაგვიანებული მომწიფება

- ზრდისა და მომწიფების კონსტიტუციური დაგვიანება (ბიჭები)
- ცუდი კვება
- ქრონიკული დაავადება
- კვების დარღვეული წესები
- ძლიერი ფსიქოლოგიური სტრესი
- ჰიპოტალამური-პიტუიტარული-გონადური ღერძის დარღვევა

ნაადრევი მომწიფება

- მემკვიდრეობითი
- სიმსუქნე (გოგონები)
- მომწიფების დროის ნორმალური ვარიანტები: მკერდის ადრეული წამოზრდა, ბოქვენის თმების ადრეული გაჩენა
- ცენტრალური ნერვული სისტემის გადახრები, რაც ანადგურებს ჰიპოტალამურ-პიტუიტარულ-გონადურ ღერძს
- გონადოტროპინული დამოუკიდებელი „ნაადრევად განვითარებული ფსევდომომწიფება“

ურთიერთობა მოზარდებთან

ზოგიერთი მოზარდი და ჯანდაცვის სფეროს მუშაკი გრძნობს, რომ ურთიერთობა ახალგაზრდებსა და მედიკოსებს შორის ხშირად ძალიან პრობლემურია. ზრდასრულთა მკურნალობა მოიცავს ზრდასრული მკურნალების ურთიერთობას სხვა ზრდასრულებთან, რომლებსაც, ძირითადად, აქვთ მსგავსი სოციალური ღირებულებები და ნორმები ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით, მაშინაც კი, როცა ისინი სხვადასხვა კულტურას წარმოადგენენ. პედიატრიაში პროფესიონალები მკურნალობასთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებებს მშობლებთან განიხილავენ, ბავშვების მონაწილეობით, ახსნა-განმარტებების და მშობლებისგან მიღებული უფლებამოსილების საფუძველზე.

ყოველივე აღნიშნულისაგან განსხვავებით, მოზარდებთან კონსულტაციისას ჩვენ ვაწყდებით ისეთ პიროვნებასთან კომუნიკაციის სირთულეს, რომელიც განიცდის სწრაფ ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ცვლილებებს და რომელიც შეიძლება არ იზიარებდეს საზოგადოების ზრდასრული ადამიანის აღქმას ან არ ჰქონდეს ზრდასრულის კოგნიტიური უნარი - მიიღოს გადაწყვეტილება მკურნალობის ალტერნატივებთან დაკავშირებით, ჯანმრთელობისთვის სამომავლო რისკების გათვალისწინებით. ამ გამონკვევას კიდევ უფრო ართულებს „ახალგაზრდების კულტურის“ მრავალი სახესხვაობა, რომელიც თანაარსებობს ჩვენს სულ უფრო მრავალ კულტურულ და ეთნიკურად მრავალფეროვან საზოგადოებაში.

ბევრი ექიმისთვის რთულია მოზარდებთან მუშაობა და ამიტომაც სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ ოჯახის ექიმების მიერ მოზარდებთან ჩატარებული კონსულტაციები უფრო ხანმოკლეა, ვიდრე ბავშვებთან ან ზრდასრულ ადამიანებთან. საბედნიეროდ, ექიმებს შეუძლიათ თავიანთი კლინიკური და კომუნიკაციის უნარების დახვეწა მოზარდებთან დამოკიდებულებაში მოზარდების განვითარებისა და მათი ჯანმრთელობის საჭიროებების საკითხებში ტრენინგების დახმარებით.

მოზარდებთან კომუნიკაციის და მუშაობის პრაქტიკული საკითხები

- ახალგაზრდებთან შეხვედრა შეიძლება მოხდეს ცალკე ან მშობლებთან ერთად. მთლიანად ნუ გამორიცხავთ მშობლებს, მაგრამ აგრძნობინეთ მათ, რომ კონსულტაციისას ცენტრალური ადგილი მოზარდს ეკუთვნის. მოიქცით ასე ყოველთვის და აქციეთ ეს მოზარდების უფლებების პატივისცემის საშუალებად.
- იყავით მგრძნობიარე, ეცით პატივი და არ განსაჯოთ, განსაკუთრებით მაშინ, როცა განიხილავთ ისეთ ქცევებს, როგორიცაა ნივთიერებების მოხმარება, რამაც შეიძლება შედეგად ზიანი მოუტანოს ახალგაზრდას.
- დაარწმუნეთ კონფიდენციალურობაში კლინიკაში ყოფნის ნებისმიერ ეტაპზე.
- იყავით ისეთი, როგორიც ხართ. ნუ ეცდებით, იყოთ „კარგი ტიპი“ - ახალგაზრდებს

უნდათ, რომ იყოთ მათი ექიმი და არა მეგობარი

- ეცადეთ, ელაპარაკოთ მათ და აუხსნათ მდგომარეობა ისე, როგორც ეს შეეფერება მათი განვითარების დონეს. მოზარდებისთვის მოიყვანეთ მხოლოდ „აქ და ახლა“ კონკრეტული მაგალითები და მოერიდეთ აბსტრაქტულ თხრობას („თუ . . . მაშინ“).
- თუ ეს შესაძლებელი იქნება, გაეცანით მოზარდის მთლიან ფსიქო-სოციალურ ისტორიას (HEADSS პროტოკოლი დაგეხმარებათ ამაში - იხილეთ ქვემოთ).

HEADSS პროტოკოლი

***H – Home life including relationship with parents** (ცხოვრება ოჯახში, მშობლებთან ურთიერთობის ჩათვლით)

E – Education or employment including financial issues (განათლება ან დასაქმება, ფინანსური საკითხების ჩათვლით)

A – Activities including sports (also particularly note friendships and social relationships, especially close friendships) (ქმედებები სპორტის ჩათვლით. ასევე განსაკუთრებით აღნიშნეთ მეგობრობა და სოციალური ურთიერთობები, განსაკუთრებით ახლო მეგობრობის შემთხვევები)

A – Affect (mood, particularly whether mood is responsive to situations) (ხასიათი, განსაკუთრებით, თუ ხასიათი პასუხობს სიტუაციებს)

D – Drug use, including cigarettes and alcohol as well as drugs (ნარკოტიკების, მათ შორის თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება)

S – Sex (information on intimate relationships and sexual risk behaviours may be important in both acute and clinic illnesses in adolescents) (სქესობრივი კავშირი, ინფორმაცია ინტიმური ურთიერთობების და სარისკო სქესობრივი ქცევის შესახებ შეიძლება მნიშვნელოვანი აღმოჩნდეს მოზარდების მწვავე და კლინიკური დაავადებების მკურნალობაში)

S- Suicide, depression and self harm (თვითმკვლელობა, დეპრესია და თვითდაზიანება)

S- Sleep (ძილი)

* ადაპტირებულია გოლდენრიგიდან და სხვები, „თანამედროვე პედიატრია“, 1998, ივლისი: 75-80

ძირითადი საკითხები

- საქართველოში შემუშავებულია საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკა;
- მოზარდთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის აუცილებელია შევისწავლოთ მათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინდიკატორები;
- ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვა და სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესება მოზარდებისადმი კეთილგანწყობილ გარემოს შექმნას უწყობს ხელს
- მნიშვნელოვანია რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინდიკატორების შესწავლა, მაგალითად როგორიცაა ადრეული ქორწილინება, ადრეული ორსულობა.

2.1 დაავადების გლობალური ტვირთი

2030 წლისათვის, გაერო სააგენტოების მიერ გამოყოფილი იქნა ის სამოქმედო სივრცეები, რომლებიც მეტ ყურადღებას და ქმედებას საჭიროებს ქვეყნების მხრიდან. მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა გლობალური განვითარების მიზნების ერთ-ერთ ძირითად ამოცანას წარმოადგენს, რადგანაც მოზარდთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის ჩადებული ინვესტიცია არამარტო აუმჯობესებს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მცხოვრებ და მოწყვლადი პოპულაციის მათ შორის ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობას, არამედ უზრუნველყოფს მათი ოჯახების სოციალურ სტაბილურობასა და დაცულობას, გლობალურად კი ხელს უწყობს ქვეყნის პროდუქტიულობის გაზრდას და საზოგადოების ეკონომიკური კეთილდღეობის შენარჩუნებას.

იმისათვის, რომ საქართველოში გაუმჯობესდეს მოზარდთა და ახალგაზრდობის ჯანმრთელობა, აუცილებელია გათვალისწინებული იქნას ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის გლობალური სტრატეგიის მიერ შემუშავებული რეკომენდაციები. აქტივობები და ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს სწორედ იმ სივრცეებში, რომელიც შემოთავაზებულია სამოქმედო გეგმაში. მოზარტა ჯანმრთელობის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინტერვენციებს წარმოადგენს: ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული განათლება, მშობლების მხარდაჭერა, ჯანსაღი

კვების გაუმჯობესება, იმუნიზაცია, ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა, ძალადობის პრევენცია, სექსუალური და რეპროდუქციული განათლება და სამედიცინო სერვისები, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების მართვა.

საქართველოში შემუშავებულია საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკა, რომელიც ითვალისწინებს რა ევროპულ და საერთაშორისო დონეზე არსებულ საუკეთესო გამოცდილებას, სახელმწიფო სტრუქტურების, ახალგაზრდების, სამოქალაქო საზოგადოების, კერძო სექტორისა და საერთაშორისო და ადგილობრივი ორგანიზაციების ერთობლივი ძალისხმევით, არეგულირებს 15-29 წლის პირთა განვითარებასთან დაკავშირებულ საკითხთა ფართო სპექტრს.

ახალგაზრდული პოლიტიკა წარმოადგენს კონცეპტუალურ დოკუმენტს, რომელიც საფუძვლად უდევს მთავრობის მიერ ახალგაზრდობასთან დაკავშირებით განხორციელებულ ქმედებებს. ახალგაზრდული პოლიტიკის მიზანია ხელი შეუწყოს ახალგაზრდების სრულფასოვანი განვითარებისათვის შესაბამისი გარემოს შექმნას, სადაც ახალგაზრდები შეძლებენ საკუთარი პოტენციალის სრულად რეალიზებას და საზოგადოებრივი ცხოვრების ყველა სფეროში აქტიურად ჩართვას.

ამ მიზნის მისაღწევად ახალგაზრდული პოლიტიკა უზრუნველყოფს:

- **საზოგადოებრივ, ეკონომიკურ, კულტურულ და პოლიტიკურ ცხოვრებაში ახალგაზრდების აქტიური ჩართვის შესაძლებლობას;**
- **ახალგაზრდებისათვის შესაბამისი და მაღალხარისხიანი განათლების მიღების, დასაქმებისა და პროფესიული ზრდის შესაძლებლობას;**
 - ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვასა და სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესებას ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილ გარემოში;
 - სამოქალაქო უფლებებისა და ვალდებულებების შესახებ ახალგაზრდების ცოდნის ამაღლებას, ახალგაზრდებისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნას, მათი უფლებების დაცვას და სპეციალური საჭიროების მქონე ახალგაზრდების მხარდაჭერას.

იმისათვის, რომ მივაღწიოთ მოზარდთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას აუცილებელია შევისწავლოთ მათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინდიკატორები.

2.2. მოზარდთა ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი ინდიკატორები

2.2.1 გლობალური ინდიკატორები

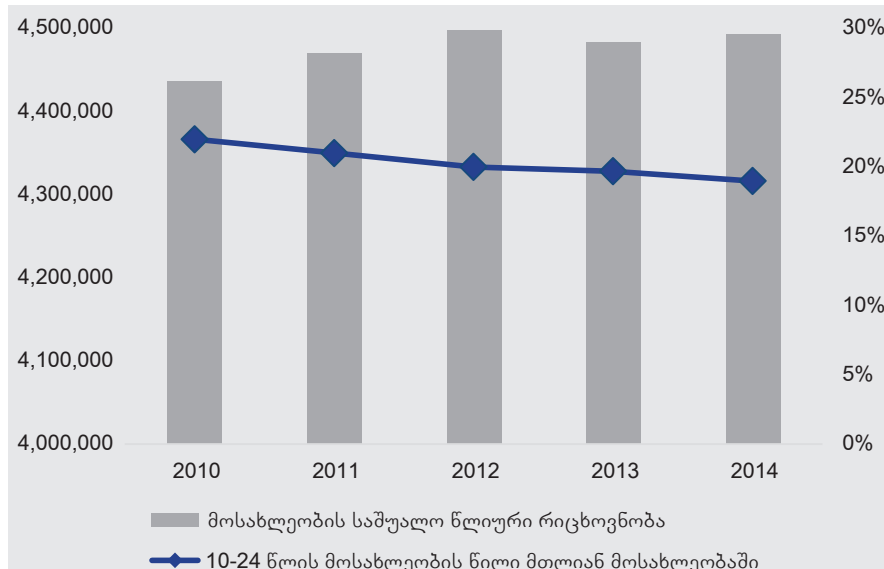
- მსოფლიოში ყოველი მეხუთე ადამიანი - მოზარდია, მათი 85% მცირე და

- საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ცხოვრობს (1);
- დაახლოებით 1.3 მილიონი მოზარდი დაიღუპა 2012 წელს პრევენტაბელური ან მკურნალობას დაქვემდებარებული დაავადებებისაგან (2);
- საგზაო შემთხვევები მოზარდთა გარდაცვალების მიზეზთა შორის წამყვანი იყო 2012 წელს; საგზაო შემთხვევებისაგან ყოველ დღე იღუპებოდა 330 მოზარდი (2);
- გარდაცვალების სხვა მიზეზთა შორის პრევალირებს აივ ინფექცია, თვითმკვლელობა, ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციები და ძალადობა (2);
 - ყოველწლიურად 15-19 წლის ასაკის 16 მილიონი გოგონა მშობიარობს; რაც უფრო მცირეა დედის ასაკი, უფრო მაღალია მშობიარობასთან დაკავშირებული ავადობის და სიკვდილიანობის რისკი (1);
 - ნებისმიერი, ცალკე აღებული წლის მონაცემებით, მოზარდების დაახლოებით 20%-ს გააჩნია ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემა, ყველაზე ხშირად დეპრესია ან შფოთვა (1);
 - შეფასებების თანახმად, 150 მილიონი მოზარდი მოიხმარს თამბაქოს (1);
 - მსოფლიო მასშტაბით ახალგაზრდებზე DALYs (Disability Adjusted Life Years) 15.5% მოდის. ქვეყნების მიხედვით გოგონებში DALY-ს მაჩვენებლები 12%-ით უფრო მაღალია, ვიდრე ბიჭებში (1);

2.2.2 მოზარდებისა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობის ინდიკატორები, საქართველო

საქართველოში, უკანასკნელ წლებში, 10-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფის პროცენტული წილი მთლიან მოსახლეობაში კლების დინამიკით ხასიათდებოდა. 2014 წელს, 10-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობამ მთლიანი მოსახლეობის 19%-ს შეადგინა.

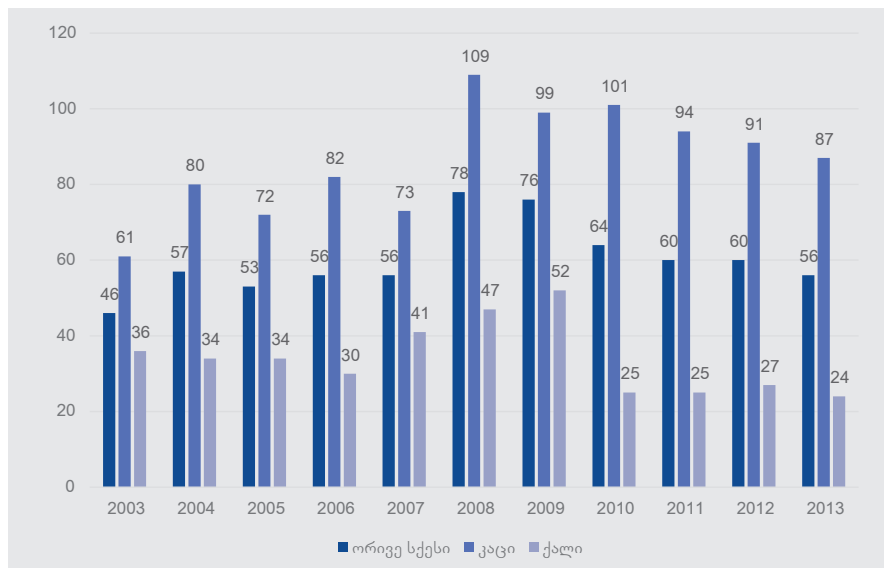
გრაფიკი 1: 10-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფის პროცენტული წილი მთლიან მოსახლეობაში, საქართველო, 2010-2014



გრაფიკი 1

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის უკანასკნელი მონაცემებით, უკანასკნელ წლებში ასევე მცირდება მოზარდთა და ახალგაზრდების ასაკობრივი ჯგუფის სიკვდილიანობის წილი საერთო სიკვდილიანობაში.

გრაფიკი 2: მოზარდთა და ახალგაზრდების (15-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფი) სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე, საქართველო, 2013



გრაფიკი 2

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2013

თავი 2. მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა

2013 წელს, 15-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფის სიკვდილიანობის წილი საერთო სიკვდილიანობის 0,7%-ს შეადგენდა (1990 წელს - 1,2%; 2000 წელს - 0,9%; 2010 წელს - 0,9%; 2012 წელს - 0,8%).

ცხრილი 1: სიკვდილის წამყვანი მიზეზები 15-24 წლის ასაკის მოსახლეობაში, და მათი წილი საერთო სიკვდილიანობაში, საქართველო, 2013

კაცი		ქალი	
სიკვდილის მიზეზი	%	სიკვდილის მიზეზი	%
გარეგანი ფაქტორებით გამოწვეული სიკვდილიანობა	56,8	გარეგანი ფაქტორებით გამოწვეული სიკვდილიანობა	43,7
სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები	5,5	ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები	11,5
ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები	4,2	ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის ხანის მდგომარეობები	6,9
ნერვული სისტემის ავადმყოფობები	3,6	სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები	3,4
გადამდები ავადმყოფობები	2,3	გადამდები ავადმყოფობები	3,4

ასევე მნიშვნელოვანია რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინდიკატორები, მაგალითად როგორიცაა ადრეული ქორწილინება, ადრეული ორსულობა და ა.შ. საქართველოში, ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებით, მოზარდთა და ახალგაზრდა ასაკის ქალთა შობადობის მაჩვენებელი 2009-2012 წლებში ჩათვლით კლების დინამიკით ხასიათდებოდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. მოზარდთა შობადობის მაჩვენებლის კლება ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებითაც დასტურდება: 2000–2010 წლების პერიოდში 15–19 წლის ასაკის ქალთა შობადობა თითქმის 2–ჯერ შემცირდა.

2.2.3 რატომ და როგორ გამოვიყენოთ მოზარდთა ჯანმრთელობის ინდიკატორები?

ეპიდემიოლოგია არის სწავლება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ დეტერმინანტებს, მასთან დაკავშირებული შემთხვევებისა და მდგომარეობების განაწილების (მათ შორის დაავადებების შემთხვევაში) შესახებ. ამ სწავლების მიზანია აკონტროლოს დაავადებათა და სხვადასხვა ჯანმრთელობასთან ასოცირებული მდგომარეობების

გავრცელება. სხვადასხვა მეთოდი შეიძლება იქნეს გამოყენებული ეპიდემიოლოგიური კვლევებისათვის, როგორცაა ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა და აღწერილობითი კვლევები, რომელთა საშუალებით შეისწავლება დაავადებათა გავრცელება; ხოლო ანალიტიკური კვლევებით შეისწავლება ჯანმრთელობის დეტერმინანტები (3).

ეპიდემიოლოგიური მონაცემების შეგროვება მნიშვნელოვანი და რთული პროცესია. მოზარდისათვის შესაბამისი ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებისათვის, ასევე პრევენციული ღონისძიებების დაგეგმვისათვის აუცილებელია ვალიდური ეპიდემიოლოგიური მონაცემების/ინდიკატორების შეგროვებასა და ანალიზი. მოზარდთა ჯანმრთელობის ინდიკატორების შეგროვება მნიშვნელოვანია როგორც ეროვნულ, ასევე ადგილობრივ და რეგიონული დონეზე.

ციფრების ძალა

ინდიკატორები შესაძლოა გამოსახული იყოს სხვადასხვა სახით. მაგალითისათვის წარმოგიდგენთ მოზარდთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზოგიერთ მნიშვნელოვან ინდიკატორებს:

- სიკვდილიანობის მაჩვენებლები
- ცხოვრების მოსალოდნელი ხანგრძლივობა
- DALY (შრომისუუნარობის გამო შემცირებული ცხოვრების წლები)
- შრომისუუნარობის სიხშირე/გავრცელება
- ავადმყოფობის/დაზიანების სიხშირე/გავრცელება
- ჰოსპიტალიზაციის/სამედიცინო დახმარებისთვის მიმართვის სიხშირე
- ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რომლის გამოც პაციენტი თავად მიმართავს ჯანდაცვის დაწესებულებას,
- ცხოვრების სტილი, რომლის გამოც პაციენტი თავად მიმართავს ჯანდაცვის დაწესებულებას;

მოზარდთა ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული პრიორიტეტების განსასაზღვრად ინტერვენციების ზეგავლენის შესაფასებლად. ჩვეულებრივ, შემდეგ რესურსები წარმოადგენენ სარწმუნო წყაროებს საერთაშორისო დონეზე:

- ჟურნალ The Lancet-ის სერიები
- HBSC-ის ვებგვერდი
- გაეროს ბავშვთა ფონდი (UNICEF); გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA), იუნესკოს (UNESCO) და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ვებგვერდები
- მსოფლიო ბანკი
- გლობალური განვითარების ცენტრი (Center for global development) (აშშ)

ნაციონალურ დონეზე:

- სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ვებგვერდი
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებგვერდი
- საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებგვერდი

ეპიდემიოლოგიური მონაცემების შეგროვება ჩვეულებრივ ხდება სხვადასხვა გარემოებაში, მაგალითად მოზარდთა კვლევა შეიძლება ჩატარდეს სკოლებში

- სასკოლო გარემოში
- კვლევა შეიძლება მოხდეს სპეციალური კითხვარის საშუალებით
- კვლევა უნდა იყოს ანონიმური
- წინასწარ ტესტირებული
- და მაგალითად, ცხოვრების სტილზე ფოკუსირებული...

დამატებითი ლიტერატურა

SMART ინდიკატორები

1. **Specific (and valid)** - სპეციფიკური (და მოქმედი)
2. **Measurable, reliable** - გაზომვადი, სანდო
3. **Attainable** - მიღწევადი
4. **Relevant** - რელევანტური
5. **Time-bound** - დროში შემოსაზღვრული

პრევენციის მეცნიერების მსოფლიო მასშტაბით გამოყენება მოზარდების ჯანმრთელობის დაცვაში

რიჩარდ კატალანო, აბიგაილ ა. ფაგანი, ლორეტა ე. გავინი, მარკ გრინბერგი, ჩარლზ ე. ირვინი უმც., დავიდ ა. როსი, დანიელ თ.ლ. შეკი

არაინფექციური დაავადებების მიზეზით ავადობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მსოფლიოში გაზრდილია და კიდევ უფრო იზრდება მცირე და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, მაშინ, როცა ინფექციური დაავადებების შედეგებმა იკლო. აქედან გამომდინარე, მოზარდების სიკვდილიანობის გამომწვევი არაინფექციური და ინფექციური დაავადებების პრევენციამ დიდი მნიშვნელობა შეიძინა. უმეტესად მნიშვნელოვანია ისეთი პრობლემური ქცევების თავიდან აცილება, რომლებიც იწვევს ავადობისა და სიკვდილიანობის მოკლევადიან თუ გრძელვადიან პერსპექტივას; მათ

მიეკუთვნება ალკოჰოლი, თამბაქო, სხვა ნივთიერებების მოხმარება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, დაუცველი სექსი, ავტომობილის სახიფათო მართვა უსაფრთხოების წესების დაუცველად და ძალადობა. უკანასკნელი 30 წლის განმავლობაში, დისციპლინის სახით ჩამოყალიბდა პრევენციის მეცნიერება, რომლის მიზანია ამგვარი პრობლემური ქცევების შერბილება. ლონგიტუდინალური კვლევების შედეგად მკვლევარებმა შეისწავლეს ცხოვრებაში არსებული სარისკო და დამცავი ფაქტორები მრავალ პრობლემურ ქცევასთან დაკავშირებით. რისკები გროვდება ადამიანის განვითარების განმავლობაში, რაც ნარმოშობს რისკის ადრეულ აკუმულაციას ბავშვობაში და მის უფრო სახიფათო ფორმებს მოზარდობის პერიოდში. ამგვარმა ცოდნამ მკვლევარები მიიყვანა განვითარების შესაბამისი პრევენციული პოლიტიკის და პროგრამების შექმნამდე, რომლებსაც შედეგად მოჰყვა მოზარდების პრობლემური ქცევების მოკლე თუ გრძელვადიანი შემცირება. ჩვენ აღვწერთ პრევენციის მეცნიერების პრინციპებს, ეფექტიანი პრევენციული ინტერვენციების მაგალითებს, სირთულეებს და პოტენციურ გადაწყვეტილებებს პრევენციული პოლიტიკის და პროგრამების შესაფასებლად და რეკომენდაციების ჩამოსაყალიბებლად მოზარდების ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით მსოფლიოში პრევენციული ინტერვენციის გზით.

შესავალი

მიუხედავად გარკვეული რეგიონული განსხვავების და სიკვდილიანობის მაჩვენებლის დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში კონცენტრირებისა, მოზარდთა სიკვდილიანობის მიზეზებში მაინც არის მსგავსება მთელ მსოფლიოში. მოზარდთა სიკვდილიანობის მიზეზებში შედის ინფექციური დაავადებები (აივ/შიდსი, ტუბერკულოზი და რესპირატორული ტრაქტის ინფექციები) და პრობლემურ ქცევასთან დაკავშირებული არაინფექციური დაავადებები (ფატალური ავტოსაგზაო შემთხვევები, ძალადობა, თვითდაზიანება, ალკოჰოლის, თამბაქოს და სხვა ნივთიერებების მოხმარება, ადრეული ან დაუგეგმავი ორსულობის გამომწვევი სარისკო სექსი). მოზარდობის პერიოდი, რომელიც აშშ-ის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიის აკადემიის მიერ დაყოფილია ადრეულ (11-13), საშუალო (14-18) და გვიან (19-24) პერიოდებად, სწორედ ის პერიოდია, როცა იწყება ის სიმპტომები და ქცევები, რომლებსაც შეუძლიათ ზრდასრულ ასაკში პათოლოგიების გამოწვევა. ზოგიერთი პათოლოგიის (მაგალითად, ალკოჰოლზე დამოკიდებულება, პიროვნების ანტისოციალური დარღვევა) 50%-ზე მეტი პირველად დიაგნოსტირდება ხდება 25 წლის ასაკში. მოზარდობის პერიოდის პრობლემური ქცევების პრევენციამ შეიძლება შეამციროს ავადობა მოზარდებსა და ზრდასრულებს შორის.

ქცევის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ მიმართულებებს განეკუთვნება ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობა, პრევენცია და მკურნალობა. მე-20 საუკუნის დასასრულს მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში მოზარდობის პერიოდი

ცხოვრების გზის გამოკვეთილად ცალკე მდგომ პერიოდად იქნა აღიარებული ინდუსტრიალიზაციის, მედიცინაში წინსვლის, გაუმჯობესებული კვებისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის გამო, რამაც გაზარდა განათლებული მუშახელის საჭიროება, ამან კი, თავის მხრივ, განაპირობა უნივერსალური განათლება ცხოვრების მეორე დეკადაში. დამოკიდებულების ეს გრძელი პერიოდი დაემთხვა მოზარდების პრობლემური ქცევების ზრდას. ამგვარი ქცევების პრევენციაზე მიმართული პროგრამები პირველად 1960-იანი წლების ბოლოს გამოჩნდა მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, თუმცა ამ ინტერვენციათაგან ცოტა თუ იყო ეფექტიანი. იმედგამაცრუებელ შედეგებზე პასუხად პრევენციული პროგრამების შემქმნელები შეუერთდნენ მეცნიერებას ქცევების განვითარების შესახებ, რომელიც პროგნოზების გაკეთების შესაძლებლობას იძლეოდა. პრევენციული ძალისხმევების მეორე თაობა მიმართული იყო ამ ინფორმაციის გამოყენებისკენ ისეთი პროგრამების შესაქმნელად, რომლებითაც ისინი ყურადღებას მიაპყრობდნენ კონკრეტული პრობლემური ქცევების პროგნოზებს, რაც უფრო წარმატებული აღმოჩნდა. აღნიშნული პრევენციული ინტერვენციები, რომლებიც მიმართული იყო მხოლოდ თითო პრობლემაზე, გააკრიტიკეს და დაიწყეს ფიქრი მოზარდების რამდენიმე ქცევის ერთად შესწავლაზე, თუმცა კარგად ესმოდათ ზედდების შესაძლებლობა პროგნოზებსა და ზოგიერთ ქცევას შორის. სხვები - პრევენციის საკითხებზე პრაქტიკულად მომუშავე ადამიანები, პოლიტიკოსები და პრევენციის დარგის მეცნიერები - მხარს უჭერდნენ იმ ფაქტორებზე ფოკუსირებას, რომლებიც ხელს უწყობს ახალგაზრდების პოზიტიურ განვითარებას; ამავე დროს, ყურადღება უნდა იქნეს მიმართული იმ ფაქტორების შემცირებისკენ, რომლებიც პროგნოზირებენ პრობლემებს. ისინი მოითხოვენ განვითარების იმ პროცესების უკეთ გაგებას, რომლებიც დაკავშირებულია აღნიშნულ დარღვევებთან, სტრუქტურული, საშუალო და ინდივიდუალური რისკის და დამცავი ფაქტორების ჩათვლით. ამგვარმა დამოკიდებულებამ შესაძლებელი გახადა პრევენციის პროგრამების გაფართოება და ისეთი კომპონენტების ჩართვა, რომლებიც მიმართული იყო ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობისკენ. ბოლო 30 წლის განმავლობაში მთელმა რიგმა კონტროლირებულმა ცდებმა გვიჩვენა, რომ პრევენციული და ხელშეწყობის პოლიტიკა და პროგრამები (შემდგომში „პრევენციული ინტერვენციები“) შეიძლება იყოს ეფექტიანი და ეკონომიური მოზარდების პრობლემური ქცევების შემცირების და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში.

ძირითადი გზავნილები:

- პრობლემური ქცევები წარმოადგენს მოზარდების ავადობის და სიკვდილიანობის მნიშვნელოვან მიზეზს.
- კონტროლირებული ცდების დიდი რაოდენობა გვიჩვენებს, რომ გულდასმით შემუშავებულ პრევენციულ ინტერვენციებს შეუძლია მოზარდების ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.
- მოზარდებისთვის გამიზნულ ჯანმრთელობის ეფექტიან პროგრამებში უნდა შედიოდეს პრევენციული პოლიტიკის და პროგრამების კომბინაცია მათი სიცოცხლის მეორე ათწლეულამდე და მის განმავლობაში.
- აუცილებელია განათლების სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც უნდა უზრუნველყოფდეს პოლიტიკოსების, პრაქტიკოსების, მეცნიერების და საზოგადოების ინფორმირებას მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრევენციული ინტერვენციების შედეგად ჯანმრთელობის დაცვის, სოციალური სარგებლის და ხარჯების დაზოგვის საკითხებზე.
- საჭიროა გამოკვლეული იქნეს, რამდენად ეფექტიანად შეიძლება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრევენციული ინტერვენციების გამოყენება, მათ შორის, ადგილობრივი საზოგადოების შესაძლებლობების განვითარება, ადგილობრივი საჭიროებების დადგენა, საჭიროებების მორგება ეფექტიან პრევენციულ ინტერვენციებთან, ამგვარი ინტერვენციების მხარდაჭერა; ასევე შესწავლილი უნდა იქნეს, თუ რა სახის ადაპტაცია იქნება საჭირო იმისათვის, რომ მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებისთვის შექმნილი პროგრამების გამოყენება შესაძლებელი გახდეს დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში.
- საერთაშორისო სააგენტოებმა, როგორცაა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, „იუნისეფი“ და მსოფლიო ბანკი, უნდა ჩამოაყალიბონ სახელმძღვანელო მითითებების შედგენაზე მომუშავე ჯგუფი, რომელიც დაადგენს მოზარდების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევების ფართო სპექტრს, რეკომენდაციას გაუწევს პრევენციულ პოლიტიკას და პროგრამებს, რომლებიც დამყარებული იქნება ამ რისკების შემცირებისა და მოზარდების ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მტკიცებულებებზე, ასევე უზრუნველყოფს რჩევებს იმ ზომებთან დაკავშირებით, რომლებიც უნდა მიიღონ ქვეყნებმა მოზარდების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართული პროგრამების განხორციელებისა და მდგრადობის ხელშესაწყობად.

- უნდა შეიქმნას მონაცემთა ბაზები, მათ შორის ადგილობრივი საზოგადოების კვლევის ისეთი ბაზა, რომელიც სრულად გაზომავს სტრუქტურულ და საშუალო განმსაზღვრელებს და ჯანმრთელობასა და ქცევასთან დაკავშირებულ პრობლემებს; ასევე უნდა შეიქმნას ეფექტიანი პრევენციული პოლიტიკის და პროგრამების მონაცემთა ბაზა ქცევის პრობლემებსა და ჯანმრთელობის დაცვის შედეგებთან დაკავშირებით, მასთან დაკავშირებული საშუალო განმსაზღვრელები და მიზნობრივი მოსახლეობა.

პრევენციის მეცნიერებას განსხვავებული ისტორია ჰქონდა დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. ამ ქვეყნებში ეკონომიკურმა საკითხებმა რამდენადმე გადადო მოზარდობის, როგორც ცხოვრების ცალკე მდგომი ეტაპის აღიარება; თუმცა ამ ქვეყნების განვითარებას და მოსახლეობის ქალაქებისკენ დაძვრასთან ერთად სულ უფრო მატულობს მოზარდობის პერიოდის აღიარება. კვლევები, რომლებიც ჩატარდა მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, უკვე გამოიყენება დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, სადაც მოხდა არსებული მიდგომების მისადაგება და ახალი პრევენციული ინტერვენციების ჩამოყალიბება და გამოცდა.

მოზარდთა ქცევის პრობლემების მკურნალობა კვლავაც რჩება მიღებულ მიდგომად მსოფლიოში. საუკეთესო შემთხვევაში, მკურნალობის და პრევენციის რამდენიმე პროგრამის კომბინაცია იდეალური იქნებოდა, მაგრამ გაურკვეველია, როგორ შეიძლება ამის მიღწევა.

მკვლევართა აზრით, მცირე რაოდენობით რისკის შემცირება მთელ მოსახლეობაში შეიძლება უკეთესი იყოს ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით, ვიდრე უფრო მეტი რისკის შემცირება საზოგადოების შედარებით მცირე, მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ სეგმენტში. თუმცა მეცნიერულად დასაბუთებულ მკურნალობას დიდი მნიშვნელობა აქვს, ჩვენ მხარს ვუჭერთ პრევენციულ მედიცინაში კვლევების მზარდი ბაზის გამოყენებას მსოფლიო მასშტაბით ავადობის და სიკვდილიანობის სერიოზული შემცირების მიზნით.

გთავაზობთ, პრევენციულ მედიცინის კვლევების ბაზის მიმოხილვას და სხვადასხვა პრევენციული ინტერვენციის ეფექტიანობის თვალსაჩინო მტკიცებულებებს. ჩვენ შევისწავლეთ შედეგების ფართო სპექტრი, მათ შორის, ქარბზონიანობა, ძალადობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, სხვადასხვა ნივთიერების მოხმარება, ავტოსაგზაო შემთხვევები, ორსულობა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, უახლესი კვლევების შეფასებისა და პრევენციის კონტროლირებული ცდების მიზნობრივი კვლევების გზით. ჩვენ ვირჩევთ მიზნობრივ მიდგომას და გვსურს გიჩვენოთ, რა მუშაობს პრევენციასა და ჯანმრთელობის ზრუნვის საქმეში, ასევე მოვიშველიებთ სხვა უფრო მრავალმხრივ და სისტემურ კვლევებს სხვა ეფექტიანი და არაეფექტიანი ინტერვენციების დასადგენად. ჩვენი აზრით, ჩვენს მიერ შერჩეული პრევენციული ინტერვენციები უფრო ფართოდ იმ აქტივობებს, თუ რისი შესრულება შეიძლება მოზარდების პრობლემების პრევენციისთვის, ვიდრე პრევენციული პროგრამების

გარკვეული ტიპის ყოვლისმომცველ კვლევებზე ან ერთ პრობლემურ ქცევაზე კონცენტრირება.

პრევენციული მედიცინა

გასული სამი ათწლეულის განმავლობაში ჩამოყალიბდა პრევენციული მედიცინა, როგორც დისციპლინა, რომელიც აერთიანებს მთელი ცხოვრების მანძილზე განვითარების კვლევას, ეპიდემიოლოგიას საზოგადოებაში და სხვადასხვა საცდელ პრევენციულ ინტერვენციას. პრევენციული მედიცინა ეფუძნება ჩარჩოს, რომელიც ემპირიულად ადგენს შემონმებას დაქვემდებარებულ იმ ადრეულ ქცევას, რომელიც გავლენას ახდენს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არასასურველი შედეგების ალბათობაზე. აღნიშნულ ადრეულ ქცევებში შედის სტრუქტურული, შუალედური (ოჯახი, სკოლა, თანატოლები) და ინდივიდუალური რისკფაქტორები, რომლებიც გვიჩვენებენ პრობლემების გაზრდილ ალბათობას და დაცვის ფაქტორებს, რომლებიც ასუსტებს რისკის ზეგავლენას ან უშუალოდ ამცირებს პრობლემების ალბათობას. რისკი და დამცავი ფაქტორები წარმოიშობა განვითარების რომელიმე მოცემულ პერიოდში. ზოგიერთი ფაქტორი დამახასიათებელია პრობლემისთვის, ხოლო ზოგიერთი უფრო ზოგადია და წინ უძღვის სხვადასხვა შედეგს, მათ შორის ალკოჰოლის, თამბაქოს და სხვა ნივთიერებების მოხმარება, მოზარდების ორსულობა, ძალადობა, დამნაშავეობა, სკოლის მიტოვება და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევები. მსგავსება რისკფაქტორებს შორის პრობლემურ ქცევასთან დაკავშირებით ნიშნავს, რომ მოცემული რისკფაქტორისკენ მიმართული ინტერვენციები, ალბათ, ბევრ სხვა პრობლემაზეც იმოქმედებს. ეს მსგავსება ასევე გვიჩვენებს, რომ სხვადასხვა პრობლემის ადრეულ ნიშნებთან გამკლავება ეფექტიანი მიდგომაა. უფრო მეტიც, რამდენიმე რისკფაქტორის წინაშე დგომა და დამცავი ფაქტორების არარსებობა აძლიერებს პრობლემური შედეგების ალბათობას, მაგრამ პრევენციულ ინტერვენციებს, რომლებიც ეფექტიანად შეამცირებენ რისკს და გააძლიერებენ დამცავ ფაქტორებს, შეუძლიათ საწინააღმდეგო ზემოქმედების მოხდენა და ჯანმრთელი განვითარების მეტი შესაძლებლობის წარმოქმნა.

მართალია, განხილული იქნა პრევენციული ინტერვენციების სხვადასხვა ტიპი, ჩვენ ვიყენებთ უნივერსალური, შერჩევითი და ინდიკატორული პრევენციული ინტერვენციების კატეგორიებს. უნივერსალური პრევენციული ინტერვენციების გამიზნული გამოყენება ხდება მოსახლეობაში, რისკების მიუხედავად. სტრუქტურულ განმსაზღვრელ ფაქტორებზე მიმართული პოლიტიკა ხშირად უნივერსალურად გამოიყენება, ისევე, როგორც პროგრამები, რომლებიც ხელს უწყობენ ახალგაზრდების მიერ ისეთი უნარების შეძენას, რომელთა დახმარებითაც ისინი უარს იტყვიან ალკოჰოლზე, თამბაქოზე და სხვა ნივთიერებებზე. შერჩევითი პრევენციული ინტერვენციები გამოიყენება მაღალი რისკის ჯგუფებთან, თუმცა მიიღება უმნიშვნელო შედეგები. ასეთი პროგრამების მაგალითებია

დაბალი შემოსავლების მქონე რაიონის ან ოჯახისკენ მიმართული პროგრამები. ინდიკატორული პრევენციული ინტერვენციები გამოიყენება ინდივიდებთან, რომლებიც უკვე ამჟღავნებენ აშლილობის სიმპტომებს ან პრობლემებს ქცევაში. ასეთია, მაგალითად, მუშაობა ახალგაზრდებთან, რომლებსაც პირველად ჰქონდათ შეხება მართლმსაჯულების სისტემასთან, ამ სისტემასთან მათი შემდგომი კავშირის თავიდან აცილების მიზნით. ჩვენს მიერ განხილული პროგრამები და პოლიტიკა მოიცავს პრევენციის სამივე მიდგომის მაგალითებს.

რისკები ერთიანდება ორ ჯგუფად ბავშვობისა და მოზარდობის პერიოდში. ეს არის ე.წ. ადრეული აკუმულირებული რისკების ჯგუფი და მოზარდობის საწყისი პერიოდის რისკების ჯგუფი. რისკები გროვდება ცხოვრების ადრეულ ეტაპზე, როდესაც განვითარების გამოწვევები ჯერ არ არის გამკლავებული და ამ დროს იწყება პრობლემების ამოფრქვევა და თუ ადამიანს აქვს ერთი რისკი, უფრო სავარაუდოა, რომ მის წინაშე სხვა რისკებიც დადგება. მაგალითად, ოჯახში არსებული არახელსაყრელი პირობები და რისკები, როგორიცაა დაბალი შემოსავალი და ოჯახის ცუდად მართვა, მათ შორის ძალადობა და უგულებელყოფა, ართულებს ბავშვების სკოლისთვის მომზადებას და ხელს უშლის აკადემიურ მიღწევებში. ამ ბავშვების დახმარება შეიძლება შესაძლებელი გახდეს შერჩევითი ინტერვენციით, რომელიც განხორციელდება ადრეულ წლებში ოჯახში არსებულ რისკთან დასაპირისპირებლად და სკოლასთან დაკავშირებული რისკების თავიდან ასაცილებლად. თუ ყურადღება არ იქნება მიქცეული განვითარების ადრეულ გამოწვევებზე, რისკების დაგროვება შეიძლება გაგრძელდეს მოზარდობაშიც, რაც გამოიხატება ცუდად სწავლაში; ამას მოჰყვება მოზარდის უარყოფა პროსოციალური თანატოლების მიერ, გააქტიურდება ურთიერთობა გზა აცდენილ თანატოლებთან და დაიწყება პრობლემური ქცევები. ამ მოზარდების დახმარება ყველაზე კარგად შეუძლია ინდიკატორულ პრევენციულ ინტერვენციას, რომელიც ჩაუტარდება მათ, ვინც ავლენს პრობლემების ნიშნებს და სიმპტომებს. მოზარდებში რისკი შეიძლება წარმოიშვას მოზარდობის ადრეული პერიოდიდან დაწყებული გვიანდელ პერიოდამდე. როცა არ არსებობს სხვადასხვა დამცავი ზემოქმედება, პრობლემური ქცევების მომნიშვნის შემდგომი ჩვეულებრივი ზრდა შეიძლება გამწვავდეს თანატოლების უარყოფითი ზეგავლენის შედეგად. ასეთი მოდელი შეიძლება შეეხოს ყველა მოზარდს, იმათზეც კი, ვისაც არა აქვს აკუმულირებული ადრეული რისკები; სასარგებლოა ამაზე მიზნობრივად მუშაობა პრევენციული უნივერსალური ინტერვენციების ფარგლებში მშობლებთან, სკოლებთან თუ ადგილობრივ საზოგადოებასთან ერთად, რის მიზანსაც წარმოადგენს პრობლემური ქცევების გამომწვევი ფაქტორების შემცირება და დაცულობის მომატება.

გამოცდილი იქნა მთელი რიგი კონტროლირებული საცდელი პრევენციული ინტერვენციებისა, რომლებიც ეფექტიანი გამოდგა.

ეფექტიანობის მამტიციბელი ფაქტები

ცხრილი #1 და დანართი გვიჩვენებს, როგორ არის მიმართული ეფექტიანი ინტერვენციები სტრუქტურულ, შუალედურ და ინდივიდუალურ რისკებზე და დაყოფილია ბავშვობად, მოზარდობის ადრეულ პერიოდად და მოზარდობის გვიან პერიოდად. ჩვენ ვაჯამებთ პრევენციული ინტერვენციის ტიპებს, რომლებიც ზემოქმედებას ახდენს სტრუქტურულ რისკებზე პოლიტიკური ცვლილებების დახმარებით, ასევე იმ ინტერვენციათა ტიპებს, რომლებიც ზემოქმედებას ახდენს შუალედურ რისკებზე ოჯახში, სკოლაში, თანატოლებთან და ინდივიდუალურ რისკებზე.

	მოზარდობის წინა პერიოდი	მოზარდობის ადრეული პერიოდი (11-13 წ.)	მოზარდობის გვიანი პერიოდი (14-18 და 19-24 წ.)
პრევენციის პოლიტიკა			
სტრუქტურული რისკების კვლევა		კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობა და გაზრდილი გადასახადი ალკოჰოლზე	ავტომობილის მართვის და ალკოჰოლის მიღების კანონიერი ასაკი - 21 წელი
პრევენციის პროგრამები			
შუალედურ და ინდივიდუალურ რისკებზე ზემოქმედება			
ოჯახური და ინდივიდუალური	მომვლელებისა და ოჯახების პარტნიორობა (0-2 წ.), განათლება ადრეულ ბავშვობაში (3-5 წ.), „ახალი წამოწყებები“ (9-12 წ.)	ფუნქციონალური ოჯახური თერაპია, ოჯახთან დაკავშირებული პროგრამების განმტკიცება (10-14 წ.)	ფუნქციონალური ოჯახური თერაპია, ოჯახთან პარტნიორობის დამყარება (დედის ზემოქმედება მოზარდზე)

სკოლის და ინდივიდუალური	სიეტლის სოციალური განვითარების პროექტი (6-11 წ.)	გეითჰაუზის პროექტი	პირობითი ფულადი დახმარების პროგრამები
თანატოლები და ინდივიდუალური	კომპიუტერებზე დაფუძნებული ინტერვენცია (10-12 წ.)	„გამოთიშულები“ (Unplugged), ტრენინგი ცხოვრებისეულ უნარებში, პოზიტიური ტრენინგი ჰოლისტიკური სოციალური პროგრამების საფუძველზე	პირველი ნაბიჯები, დამეგობრება, ინფორმირებულობა, გამოჯანმრთელება, სიყვარული და შესაძლებლობების წარმოქმნა

ცხრილი # 1. რისკები და განვითარების პერიოდის საჩვენებელი პრევენციული ინტერვენციები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

2 ცხრილში უფრო დანვრილებითაა მოცემული ეს პროგრამები და პოლიტიკა - სად და როგორ მოხდა მათი შეფასება, ასევე მათი ეფექტიანობის მასშტაბი, სავარაუდო რისკები, რისკების გავრცელების ცვლილება; ასევე ნაჩვენებია იმ რისკების ჯგუფი, რომლებზეც ხდება ზემოქმედება (ადრეული აკუმულირებული თუ მოზარდობის პერიოდის დასაწყისთან დაკავშირებული რისკები) და ინტერვენციების მიზნები (უნივერსალური, შერჩევითი და ინდიკატორული).

პრევენციის პოლიტიკას, რომელიც მიზნად ისახავს ზემოქმედებას სტრუქტურული რისკის ფაქტორებზე, აქვს მთელ მოსახლეობაზე ზემოქმედების პოტენციალი და ფართოდ შეიძლება დაინერგოს ადგილობრივი ადმინისტრაციული რაიონებიდან მთელი სახელმწიფოს ჩათვლით. **#2** ცხრილში მითითებული პოლიტიკა გამოცდილია ავსტრალიაში, კანადაში, გაერთიანებულ სამეფოსა და აშშ-ში. სამაგალითო ეფექტიანობის მქონე პოლიტიკა მოიცავს არასრულწლოვნების (ანუ 18 წელზე უმცროსი ადამიანების) უზრუნველყოფას კონტრაცეპტივების უფასო ან უფრო მარტივი ხელმისაწვდომობით, გადასახადების გაზრდას ალკოჰოლზე, ალკოჰოლის მიღების მინიმალური ასაკის გაზრდას და მართვის მოწმობის გაცემის დიფერენცირებულ პოლიტიკას ახალგაზრდა მძღოლებისთვის (მაგალითად, შეზღუდვების დანესებას იმაზე, როდის და რა პირობებში აქვთ მათ მანქანის მართვის უფლება). ამ ტიპის პოლიტიკის შეფასებას შედეგად მოჰყვა მოზარდების დაუგეგმავი ორსულობის და სარისკო სქესობრივი ქცევების, ალკოჰოლის მოხმარების, საგზაო შემთხვევებისა და დანაშაულის შემცირება.

აშშ-ში ჩატარებულმა პრევენციულმა ექსპერიმენტულმა პროგრამებმა, რომლებიც მიმართული იყო ოჯახის და ინდივიდუალური რისკის ფაქტორების აღმოფხვრაზე, გვიჩვენა შედეგები განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე. მაგალითად, მომვლელისა და ოჯახის პარტნიორობის პროგრამა უზრუნველყოფდა მომსახურებებს დაბალი შემოსავლების მქონე იმ ქალებისთვის, ვისაც პირველი შვილი გაუჩნდა, ორსულობისას მათი ჯანმრთელობის და ქცევების გაუმჯობესების მიზნით, ასევე მშობლისთვის აუცილებელი უნარების განსამტკიცებლად ჩვილის შეძენისას. ყველა სხვა ინტერვენცია მიმართული იყო როგორც მშობლებზე, ასევე ბავშვებზე იმისათვის, რომ ერთდროულად გაზრდილიყო დაცვა და შემცირებულიყო ოჯახური და ინდივიდუალური რისკები. ამ ინტერვენციების მაგალითებია გაფართოებული საგანმანათლებლო მომსახურებები ძალიან პატარა ბავშვებისთვის დაბალშემოსვლიანი ოჯახებიდან მათი კოგნიტიური, ენობრივი და სოციალურ-კოგნიტიური უნარების გაუმჯობესების მიზნით; ინტერვენციები მშობლებისთვის აუცილებელი უნარების განსამტკიცებლად, მშობლისა და ბავშვის კომუნიკაციის და ემოციური ურთიერთობის დასამკვიდრებლად. ამ პროგრამებში შედის უნივერსალური (ოჯახების განმტკიცების პროგრამები მშობლებისა და 10-14 წლის ბავშვებისთვის და კომპიუტერზე დაფუძნებული ინტერვენციები), შერჩევითი (მაგალითად, პროგრამა „ახალი წამოწყებები“) და ინდიკატორული პროგრამები (მაგალითად, ოჯახის ფუნქციონალური თერაპია). პროგრამებმა მნიშვნელოვანი ზეგავლენა იქონიეს დაწყებული პატარა ბავშვებიდან და დამთავრებული გვიანი მოზარდობის პერიოდში მყოფი ახალგაზრდებით. პროგრამების შედეგად შემცირდა ბავშვებზე ძალადობა და მათი უგულებელყოფა, ალკოჰოლისა და სხვა ნივთიერებების მოხმარება, სარისკო სქესობრივი ქცევები, დეპრესია, დამნაშავეობა და გაიზარდა სწრაფვა განათლებისკენ.

პრევენციული პროგრამები, რომლებიც მიმართულია სკოლისა და ინდივიდუალურ რისკფაქტორებზე, მოიცავს მრავალ დაწყებით და შემდგომი კლასების სასკოლო პროგრამას. #2 ცხრილში მოტანილი მაგალითები შეფასდა ავსტრალიაში, კენიაში, მალავისა და აშშ-ში. ამ პროგრამებიდან ორი (სიეტლის სოციალური განვითარების პროექტი და გეითჰაუზის პროექტი) მოიცავს სკოლის სასწავლო პროგრამას, რომლებსაც ასწავლიან მასწავლებლები და რომელთა მიზანსაც წარმოადგენს მოსწავლეთა კოგნიტიური, სოციალური და ემოციური კომპეტენციების გაუმჯობესება და სკოლასთან დაკავშირებული ფაქტორების შეცვლა, მასწავლებლების მასალის მიწოდების უნარების და მოსწავლეთა საკლასო ოთახში ქცევის დახვეწა ან სკოლაში ქცევის ნორმების შეცვლა. კიდევ ერთი ეფექტიანი პრევენციული პროგრამა უზრუნველყოფს ფულად სტიმულს მოსწავლეთათვის იმისათვის, რომ დარჩნენ სკოლაში. სკოლაზე დაფუძნებულმა ამ პროგრამებმა ერთად შედეგად მოგვცა აგრესიის, დანაშაულის, ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარების, არასასურველი ორსულობების, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომებისა და დარღვევების შემცირება და საშუალო სკოლის

დასრულების, განათლებაში მიღწევების და შემოსავლის ზრდა. დადებითი შედეგები მიღწეული იქნა მოზარდებში და ინტერვენციების ზეგავლენამ ინტერვენციის შემდეგ 1-დან 15 წელიწადი გასტანა.

#2 ცხრილში მოცემული ეფექტიანი პრევენციული პროგრამების ბოლო პაკეტი მიმართულია თანატოლებისა და ინდივიდუალურ რისკფაქტორებზე და მიზნად ისახავს მრავალი ისეთი შედეგის შეცვლას, როგორიც არის ნარკოტიკების მოხმარება (პროგრამები „გამოთიშულები“ და ტრენინგი ცხოვრებისეულ უნარებში), პოზიტიური განვითარება (პოზიტიური ტრენინგი გლობალური სოციალური პროგრამების საფუძველზე) და სარისკო სქესობრივი ქცევები („პირველი ნაბიჯები“ და „დამეგობრება, ინფორმირებულობა, გამოჯანმრთელება, სიყვარული და შესაძლებლობების წარმოქმნა“). პრევენციის აღნიშნული პროგრამები შეფასებული იქნა ევროპულ ქვეყნებში, ჰონგ-კონგში, სამხრეთ აფრიკასა და აშშ-ში; ისინი მომსახურებას უწევენ უშუალოდ ახალგაზრდებს და მიმართულნი არიან მოზარდობის პერიოდის დასაწყისის რისკფაქტორების აღმოფხვრისკენ. პროგრამების მიზანია თანატოლთა შორის პოზიტიური დამოკიდებულების, პიროვნებათა შორის და თანატოლების უარყოფითი ზეგავლენისთვის წინააღმდეგობის განვითარების პროპაგანდირება. ამავე დროს, ეფექტიანი ინტერვენციები ხელს უწყობს ინდივიდუალური უნარების და კომპეტენციების განვითარებას საკლასო ოთახში ან ადგილობრივ საზოგადოებასთან ჯგუფებში განხილვების გზით. ინტერვენციებში პოზიტიური ეფექტი მოიცავდა ალკოჰოლის და სხვა ნივთიერებების მოხმარების, დამნაშავეობის, სარისკო სქესობრივი ქცევების, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (ჰერპესის ვირუსი), არასასურველი ორსულობის და სწავლაში ჩამორჩენილობის შემცირებას და ფსიქო-სოციალური კომპეტენციების ზრდას.

აღწერილი პროგრამები და პოლიტიკა წარმოადგენს იმ პრევენციული ინტერვენციების მაგალითებს, რომლებსაც შედეგად მოჰყვა ბავშვების და მოზარდების ქცევებში არსებული პრობლემების საგრძნობი შემცირება. ამ თვალსაჩინო ინტერვენციებმა სხვადასხვა კონტექსტში იმუშავა, დაწყებული პოლიტიკიდან დასრულებული ინდივიდით. უფრო მეტიც, მათ გამოიყენეს მრავალი ფორმატი, კანონების, პირადად მინოდების და ელექტრონული მედიის ჩათვლით. მიუხედავად იმისა, რომ მათი ეფექტის მასშტაბი და სასურველი შედეგის მიღწევა განხვავდება ერთმანეთისგან გრძელვადიან პერსპექტივაში, ეს სტრატეგიები ზემოქმედებას ახდენს სხვადასხვა პრობლემურ ქცევაზე, რომლებიც დაკავშირებულია მოზარდების ავადობასა და სიკვდილიანობასთან. ჩვენი მიდგომა თვალსაჩინოა. არსებობს ასევე ეფექტიანი სხვა პრევენციული ინტერვენციები. ისეთი კომბინაციების გამოყენება, რომლებშიც ჩართულები არიან სკოლები, ოჯახები და ადგილობრივი საზოგადოება, ალბათ მოიტანს გრძელვადიან სარგებელს. ადრეულ ჩარევას შეიძლება უკეთესი შედეგი ჰქონდეს რისკის დაგროვების თავიდან ასაცილებლად, თუმცა ასევე საჭიროა ინვესტიციების განხორციელება მოზარდობის პერიოდში, რათა აღმოიფხვრას მოზარდობის პერიოდის დასაწყისის რისკები და გაგრძელდეს მუშაობა იმ

პრობლემებზე, რომლებთან დაკავშირებული აკუმულირებული რისკები დღეს ზემოთ აღნიშნულ პრევენციას საჭიროებენ.

დადგენილია მრავალი პრევენციული ინტერვენციის ეფექტიანობა და ისინი მყარ საფუძველს ქმნიან სათანადო მოქმედებებისთვის. მიუხედავად ამისა, ჩვენს ცოდნაში კვლავაც რჩება პასუხგაუცემელი ადგილები. პრევენციული ინტერვენციების უმრავლესობა შემონმდა მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში, ხოლო დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში ნაკლები კვლევაა ჩატარებული. ქვეყნებში ნაკლებად არსებობდა კონტროლირებული ექსპერიმენტები, რომლებიც შეამოწმებდა გრძელვადიან შედეგებს ან შეისწავლიდა პრევენციული სტრატეგიების შედარებით ეფექტიანობას. გარდა ამისა, მართალია, მრავალი პრევენციული პროგრამა აღმოჩნდა ეფექტიანი, მაგრამ ცოტა მათგანი თუ იქნა გამეორებული და ეფექტიანობის გამოცდაც არ არის ხშირი. პრევენციული ექსპერიმენტების დაფინანსება უფრო ინოვაციებსა და ეფექტიანობას ისახავდა მიზნად, ვიდრე პროგრამების გამეორებას. იმისათვის, რომ უზრუნველყოფილი იქნეს დისციპლინის ფარგლებში აქტიური და მიზანდასახული ინტერვენციების შემუშავება, საჭიროა იმგვარი კვლევების დაფინანსების ადვოკატირება, რომელთა მიზანია ინტერვენციების გამეორება, განზოგადება და ეფექტიანობის გამოცდა.

აშშ-ში, ვაშინგტონის შტატის საზოგადოებრივი პოლიტიკის ინსტიტუტმა დანერგა პრევენციული მეცნიერება: განხორციელდა სხვადასხვა პრევენციული პროგრამის - რომლებშიც თანმიმდევრულად გამოიყენებოდა მკაცრი მეცნიერული სტანდარტები - ხარჯ ეფექტიანობის შეფასება. ინსტიტუტმა შეაფასა ჩვენს ნაშრომში ჩართული ექვსი ინტერვენცია და ექვსივემ აჩვენა ეკონომიკური სარგებელი. სარგებლის დოლართან ღირებულების შეფარდება მერყეობს $2*11$ აშშ დოლარიდან $42*13$ აშშ დოლარამდე, ხოლო ეკონომია თითო მონაწილეზე შეადგენს $1,348$ აშშ დოლარიდან $3,1036$ აშშ დოლარამდე. მაგრამ ინტერვენციების ხარჯ ეფექტიანობის შემოწმება იშვიათია ინტერვენციის შედეგების ზუსტი მასშტაბის გამოანგარიშების სირთულის გამო; იმის გამო, რომ პროგრამის ბევრმა შემმუშავებელმა ვერ მოახერხა საბოლოო დოკუმენტების ჩამოყალიბება და ვერ უზრუნველყო ინტერვენციის ხარჯების ხელმისაწვდომობა; ეკონომიკურ ანალიზში არსებული სირთულეების გამო (მაგალითად, სარგებლის სათანადო განაკვეთის დადგენა, დაშვებების ჩამოყალიბება მომავალი შემთხვევებისთვის და მთელი ცხოვრების მანძილზე არსებული სარგებლები); და ასევე მცირე სტიმულების გამო მკვლევარებისთვის ასეთი სამუშაოების ჩასატარებლად. ღირებულება-სარგებლის არსებული კვლევები განსხვავდება თავიანთი მეთოდებით. კონსენსუსის მიღწევამ ღირებულება-სარგებლის ანალიზის ჩატარების სტანდარტებთან დაკავშირებით და მისი პროგრამის შეფასების რუტინულ ნაწილად ჩამოყალიბებამ შეიძლება დახმარება გაუწიოს პოლიტიკის შემქმნელებს იმ მოდელების შერჩევაში, რომლებიც არა მხოლოდ გააუმჯობესებს მოზარდების ჯანმრთელობას, არამედ ასევე უზრუნველყოფს ინვესტიციების დაბრუნებას.

მიუხედავად იმისა, რომ კვლავ რჩება არაერთი ნაკლი პრევენციული ინტერვენციების და პოლიტიკის შემუშავებასა და შეფასებაში, არსებული მოდელები იძლევა ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების შემცირების იმედს. ამ ინტერვენციათა ფართოდ გავრცელება უზრუნველყოფს გამოვრების, განზოგადებისა და ეფექტიანი ექსპერიმენტების ჩატარების შესაძლებლობას ჩვენი ცოდნის შევსების მიზნით.

ეფექტიანი ინტერვენციების გადატანა პრაქტიკაში

პრევენციის მეცნიერებისთვის ძირითად სირთულეს წარმოადგენს მეცნიერული ნინსვლის გადატანა პრაქტიკაში ქვეყნების დონეზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინტერვენციების გავრცელების და მდგრადობის ხელშეწყობის მიზნით. საჭიროა პრევენციის ეფექტიანი პროგრამების სტანდარტულ პრაქტიკაში გადატანის გაუმჯობესება არა მხოლოდ დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, არამედ მაღალშემოსავლიან სახელმწიფოებშიც. მაგალითად, აშშ-ის საჯარო საშუალო სკოლების შესწავლამ გვიჩვენა, რომ სკოლების მხოლოდ 43% ახორციელებს ნარკოტიკების პრევენციის ეფექტიან პროგრამას. ყველანაირი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში პრევენციის ინტერვენციების ფართოდ გავრცელების ხელისშემშლელ ფაქტორებს განეკუთვნება პრევენციული ინტერვენციების შეზღუდული დაფინანსება სახელმწიფოს მხრიდან და, ზოგადად, საზოგადოებაში პრევენციის შესახებ შეზღუდული ცოდნა ან მისი შეზღუდული მხარდაჭერა.

მთავრობის ბევრ მოხელეს აკლია ტრენინგი ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში და ხშირად სახელმწიფო ფონდები მიმართულია უფრო გამოსასწორებელი, ვიდრე პრევენციული ზომებისკენ. გარდა ამისა, ნაკლები ყურადღება ექცევა ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემებსა და მკურნალობას ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და ფსიქო-სოციალური ინტერვენციის ხარჯზე. შედეგს წარმოადგენს ის, რომ პრევენციაზე დახარჯული ფინანსური რესურსები ხშირად არაადეკვატურია, ხოლო პრევენციის პროგრამების შედეგადად უსისტემოდ და ერთმანეთთან დაუკავშირებლად. გადამწყვეტ სამომავლო მიმართულებას წარმოადგენს მთავრობის ტექნიკური შესაძლებლობების გაუმჯობესება, მთავრობასა და მკვლევარებს შორის ნდობის ჩამოყალიბება და მეცნიერული მტკიცებულებების გამოყენების სტანდარტების დადგენა გადანყვებილების ინფორმირების მიზნით.

პროფესიონალთა მუშაობას ახალგაზრდებთან ყველანაირი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, ჩვეულებრივ, აკლია ტრენინგი პრევენციის და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის საკითხებში, რაც შედეგად იძლევა პრევენციის და შედეგების შემოწმების შემცირებულ შეფასებას. პრევენციის კვლევების და ჯანდაცვის პოლიტიკის ანალიზის შედეგების სუსტი კომუნიკაცია და ნელი გავრცელება ხელს უშლის აღნიშნული შედეგების გამოყენებას პრაქტიკაში. ამ ბარიერების გადალახვა შესაძლებელია კვლევის შედეგების მომხმარებლის საჭიროებებისა და ინტერესების

გათვალისწინებით შედგენილი პაკეტის შექმნით; დიალოგის გააქტიურებით პოლიტიკის შემქმნელებს, მკვლევარებს, პროფესიონალებსა და პრაქტიკოსებს შორის; და მკვლევარებისთვის ამ მიზნების მისაღწევად კვლევების წარმოების, ხოლო პრაქტიკოსებისთვის შედეგების გამოყენების სტიმულირებით.

მსგავსად ამისა, საზოგადოება არ ახდენს ეფექტიანი პრევენციული სტრატეგიების გამოყენების ადვოკატირებას. მიუხედავად იმისა, რომ საზოგადოებამ ხშირად იცის და დიდი იმედი აქვს ეფექტიანი სამედიცინო პრევენციული ინტერვენციებისა, როგორიცაა ვაქცინაცია, მათ ცოტა რამ თუ სმენიათ ფსიქოლოგიური პრევენციული ინტერვენციების ეფექტიანობის შესახებ. ამის გადასალახად აუცილებელია პრევენციის, მისი ეფექტიანობის და პრევენციული ინტერვენციების შედეგების შესახებ ინფორმაციის ფართოდ გავრცელება როგორც ფულის, ასევე სიცოცხლის დაზოგვის მიზნით.

ფაქტებზე დაფუძნებული პრევენციული ინტერვენციების გავრცელების ზოგიერთი ბარიერი უფრო სერიოზულია დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, ვიდრე მაღალი შემოსავლების მქონე სახელმწიფოებში. დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში მოზარდობის პერიოდი შეიძლება სულაც არ განიხილებოდეს როგორც ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საფეხური ადამიანის ცხოვრებაში და, ამგვარად, მოზარდებზე მიმართულ ინტერვენციებს შეიძლება უმნიშვნელო ყურადღება ეთმობოდეს. უფრო მეტიც, იქნებ ისეთი აზრიც არსებობდეს, რომ მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში დადგენილი პრევენციული ინტერვენციები შეიძლება არ შეესაბამებოდეს ნაკლებად განვითარებული ქვეყნების მდგომარეობას ეპიდემიოლოგიის დონის, სოციალური ნორმების, ტრადიციული პრაქტიკის და სიღარიბის დონის გათვალისწინებით.

აუცილებელია მოზარდებში პრევენციული ინტერვენციების კვლევის გაფართოება დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში იმგვარად, რომ შესაძლებელი იყოს მათი მორგება იქ არსებული პრობლემებისადმი. თუმცა კვლევების მზარდი მოცულობა გვიჩვენებს, რომ მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში ჩამოყალიბებული ზოგიერთი ინტერვენცია შეიძლება გადატანილი იქნეს (და ეფექტიანიც აღმოჩნდეს) დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. მაგალითად, სქესობრივი განათლების 83 პროგრამებმა, რომლებიც ეფუძნებოდა ქცევის ცვლილებების დასავლურ თეორიებს, გვიჩვენა, რომ მათი ორი მესამედი ეფექტიანი აღმოჩნდა მოზარდებს შორის სარისკო სქესობრივი ქცევების შემცირებაში მთელი რიგი ქვეყნებისთვის, კულტურებისა თუ ახალგაზრდების ჯგუფებისთვის. აღნიშნული კვლევები მოიცავდა ცხრა ნაშრომს მაღალშემოსავლიანი ქვეყნებიდან (გარდა აშშ), ხოლო 18 მათგანი მიეკუთვნებოდა დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებს.

მიუხედავად იმისა, რომ მაგალითები გვიჩვენებს ეფექტიანი ინტერვენციების სხვადასხვა სიტუაციაში გამოყენების შესაძლებლობას, მაინც არსებობს დავა იმის

შესახებ, თუ როგორ შეიძლება პროგრამების გადატანა ახალ გარემოში სხვადასხვა ქვეყანაში. მკაცრი განხორციელების მომხრეები ხაზს უსვამენ იმ მტკიცებულებას, რომ შედეგები საკმაოდ კარგია და ზოგჯერ ისინი მიიღწევა მხოლოდ ინტერვენციების ორიგინალების რაც შეიძლება ზუსტი გამოვრებით. მათი მოწინააღმდეგეები კი ამტკიცებენ, რომ აუცილებელია პროგრამების ადაპტირება სხვა მოსახლეობისთვის ინტერვენციის შინაარსის, ენის, მაგალითების და მიწოდების მეთოდების კულტურული თვალსაზრისით მისაღებობის უზრუნველყოფის მიზნით. აღნიშნული შეხედულების მომხრეებს იმედი აქვთ, რომ მოდიფიკაციები გაზრდის მონაწილეთა რეაქციას, პროგრამის ეფექტიანობას და მდგრადობას.

მთავარ მიზანს წარმოადგენს მთელი მსოფლიოს მასშტაბით ეფექტიანი ინტერვენციების საკმარისი რაოდენობის არსებობა, რათა ქვეყნებს შეეძლოთ მათი მოსახლეობისთვის ყველაზე შესაფერისი არჩევა და საჭიროებებისა და რესურსების გათვალისწინებით გამოვრება. ვიდრე ეს შესაძლებელი გახდება, სასარგებლო იქნება ეფექტიანი ინტერვენციების ძირითადი ელემენტების - შინაარსის, ქმედებების, განხორციელების იმ გზების, რომლებიც უკეთ წარმოადგენენ მათ ლოგიკას და ყოველდღიურ მექანიზმს - იდენტიფიცირება და მათ შესახებ ინფორმაციის გავრცელების ხელშეწყობა. ინტერვენციათა შემუშავებლებმა უნდა იცნობდნენ ამ პრინციპებს და უზრუნველყოფდნენ მათ სრულ განხორციელებას. როდესაც პროგრამის ადაპტაცია მნიშვნელოვნად ცვლის ინტერვენციას, უნდა ჩატარდეს სერიოზული შეფასება და მოხდეს შეუცვლელი ინტერვენციის ადაპტირებულთან შედარება ახალი ვერსიის ეფექტიანობაში დარწმუნების მიზნით. ამ პროცესის წარმართვის მიზნით პრევენციულ მეცნიერებაში ჩნდება პროგრამების ადაპტირებული ვერსიების შემუშავებისა და შეფასების ინოვაციური და რენტაბელური მეთოდები.

შესაძლებლობათა განვითარება

პრევენციის ეფექტიანი ინტერვენციების გავრცელება სხვადასხვა ქვეყანასა და საზოგადოებაში იწყება ყველაზე თვალშისაცემი საჭიროებების დადგენის მცდელობით. მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა ქვეყანაში მოზარდების სიკვდილიანობის გამომწვევი ძირითადი მიზეზები ერთმანეთის მსგავსია, არსებობს განსხვავებებიც. განსხვავებები არსებობს ქვეყნებშიც თემების დონეზე. შესაფერისი ინტერვენციის შერჩევა მოცემული მოსახლეობისათვის მოითხოვს ადგილობრივი საზოგადოების საჭიროებების დადგენას და პრიორიტეტების ჩამოყალიბებას. ადგილობრივი თემების მონიტორინგის სისტემებს, რომლებიც აფასებენ ქცევის პრობლემებს, ისევე, როგორც რისკის და დამცველ ფაქტორებს, შეუძლიათ დახმარება გაუწიონ თემებს პრევენციის მიზნობრივი სტრატეგიების ჩამოყალიბებაში. ორგანიზაციის **Communities That Care (CTC)** ახალგაზრდების კვლევა ერთ-ერთი მაგალითია სკოლაში მოქმედი, საიმედო და ეფექტიანი კვლევის მეთოდისა, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნეს ალკოჰოლის, თამბაქოს და სხვა ნივთიერებების მოხმარების,

დამნაშავეობის, ძალადობის და დეპრესიის რისკის ადგილობრივი დონეების და, ასევე, დამცავი ფაქტორების დასადგენად. ეს კვლევა გამოყენებული იქნა ავსტრალიაში, ინდოეთში, ჰოლანდიაში, გაერთიანებულ სამეფოსა და აშშ-ში. კვლევა აფასებს ადგილობრივ თემში პრევენციის საჭიროებას და აწვდის მას ინფორმაციას რისკის, დაცვის და ახალგაზრდებისთვის იმ შედეგების შესახებ, რომლებიც ყველაზე ხშირია და რომლებსაც, შესაბამისად, უფრო მეტად ესაჭიროება სათანადო პრევენცია. როცა კვლევები დროთა განმავლობაში მეორდება, ადგილობრივ თემებს შეუძლიათ პრევენციული პოლიტიკის და პროგრამების ზემოქმედების კონტროლი.

შეფასების სხვა მეთოდებია: კვლევა „მომავლის მონიტორინგი“ აშშ-ში და „ევროპული სკოლის კვლევის პროექტი ალკოჰოლისა და სხვა ნივთიერებების შესახებ“, რომლებიც კონცენტრირებულია მოზარდების მიერ ნივთიერებების მოხმარებაზე. სკოლაზე დაფუძნებული მოსწავლეთა გლობალური ჯანმრთელობის კვლევა აფასებს ცხრა პრობლემურ ქცევას და ამგვარი ქცევების ზოგიერთ ადრეულ ნიშნებს 13-15 წლის ახალგაზრდებში. ადრეული განვითარების ინდექსი, რომელიც ფართოდ გამოიყენება ავსტრალიაში, კანადასა და სხვა ქვეყნებში, კონტროლს უწევს იმ ბავშვების ფიზიკურ ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას, რომლებიც შედიან სკოლაში, და აფასებს ზოგიერთ რისკს და დაცვის შესაბამის ფაქტორებს (მათ შორის სოციალურ კომპეტენციას, ემოციურ სიმწიფეს, მეტყველების და აზროვნების განვითარებას და კომუნიკაციის უნარს). მოყვანილი მაგალითების მიუხედავად, საჭიროა დამატებითი კვლევები, რომლებიც ყოველმხრივ გაზომავს რისკის და დამცავ ფაქტორებს და პრობლემურ ქცევებს ადგილობრივ დონეზე. ასევე საჭიროა უფრო დიდი ინფრასტრუქტურის ჩამოყალიბება მონიტორინგის სისტემების გამოყენების მხარდასაჭერად ყველა ქვეყანაში, თუმცა ამ მიზნისკენ საიმედო ნაბიჯები გადადგმული იქნა ისეთი ორგანიზაციების მიერ, როგორიცაა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (მაგალითად, ბავშვისა და მოზარდის ჯანმრთელობის კვლევა), მსოფლიო ბანკი (მაგალითად, ცხოვრების სტანდარტების გაზომვის კვლევა), ევროპული სკოლის კვლევის პროექტი ალკოჰოლის და სხვა აკრძალული ნივთიერებების მოხმარების შესახებ და სხვ. ამ დოკუმენტების მონაცემთა ბაზის ჩამოყალიბება, რომელშიც მოცემული იქნება გაზომილი და შეფასებული კონცეფცია, მოგვცემდა ადგილობრივი თემების მონიტორინგის სისტემებთან ზომების ადაპტაციის საშუალებას.

როცა დადგინდება რისკის, დაცვის და ქცევების შედეგების ადგილობრივი დონეები და ჩამოყალიბდება პრიორიტეტები, უკვე შესაძლებელი იქნება ამ საჭიროებებისთვის ყველაზე შესაფერისი ეფექტიანი პრევენციული მიდგომების არჩევა და განხორციელება. ამ ეტაპზე გამოწვევას წარმოადგენს თემების მიერ პროგრამის გადამწყვეტი მნიშვნელობის მქონე ელემენტების კარგად განხორციელება, რადგან პროგრამების ძირითადი კომპონენტების გულდასმით განხორციელება წარმოადგენს დაგეგმილ შედეგებზე უფრო ძლიერი ზემოქმედების წინაპირობას. განხორციელებისას თავს იჩენს გამოწვევები და ადგილობრივ თემებს დასჭირდებათ

ტექნიკური დახმარება განხორციელების ხარისხის მონიტორინგში. მოსახლეობის დონის შედეგების მისაღებად ადგილობრივმა თემებმა უნდა უზრუნველყონ ისეთი მეთოდების და განხორციელების სისტემების გამოყენება, რომლებიც მოიცავს საკმარისი რაოდენობის მიზნობრივ მონაწილეებს. ზოგიერთმა ექსპერიმენტმა გვიჩვენა, რომ მიზნობრივი მონაწილეების 40-60%-მდე მოცვა საკმარისია ადგილობრივი თემის დონეზე ზემოქმედებისთვის.

ადგილობრივი თემის მიერ პრევენციის წარმატებული მცდელობების განხორციელების შესაძლებლობათა გაზრდის მეთოდები მხოლოდ დასაწყისია. დადგენილი იქნა შესაძლებლობათა განვითარების ხუთი ძირითადი კომპონენტი, რომლებშიც შედის მონაცემთა შეგროვების გაუმჯობესება, ჯანმრთელობის პრობლემის ეპიდემიოლოგიის დადგენა, პრობლემის სოციალური ღირებულების შეფასება, პრობლემის მიზეზის საზოგადოების მიერ აღქმის შესწავლა და პოლიტიკის განმსაზღვრელ პირთა ჩართვა პრევენციის და კონტროლის გაუმჯობესებაში. შესაძლებლობათა განვითარებისთვის უმთავრესი მნიშვნელობა ენიჭება მჭიდრო თანამშრომლობას მკვლევარებსა და მონაწილეებს შორის. სწორედ ამგვარი პარტნიორობა არსებობდა ცენტრალური პრევენციის თემზე დაფუძნებული ექსპერიმენტების შემთხვევაში აშშ-ში, როგორცაა პრევენციის მოდელები CTC ან „სასკოლო თემისა და უმაღლესი სასწავლებლების პარტნიორობის ხელშეწყობა წინააღმდეგობის უნარის გასაძლიერებლად“. CTC მოდელში ადგილობრივ თემზე დაფუძნებული ჯგუფები, რომლებშიც შედიოდნენ მთავრობის წარმომადგენლები, არასამთავრობო ორგანიზაციები, მომსახურების სექტორი და ადგილობრივი თემის ლიდერები, გადიან სტრუქტურირებულ ტრენინგს და იღებენ პროაქტიულ ტექნიკურ დახმარებას პრევენციასთან დაკავშირებული მათი საჭიროებების შეფასებისთვის, ამ საჭიროებებზე გამოცდილი ექსპერიმენტების და პრევენციის ეფექტიანი სტრატეგიების გამოყენებით ორიენტირებისთვის და იმის უზრუნველყოფისთვის, რომ მოხდეს ამ ახალი სტრატეგიების კარგად განხორციელება და დაკავშირება პრევენციის არსებულ მცდელობებთან. შერჩევითმა, კონტროლირებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ CTC-მ საგრძნობლად გაზარდა პრევენციის მომსახურებათა რაოდენობა და მასშტაბი ინტერვენციაში ადგილობრივი თემების კონტროლთან შედარებით და საგრძნობლად შეამცირა ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარება და დანაშაულებრივი ქცევები. ეს შედეგები შენარჩუნებული იქნა ორი წლის შემდეგაც.

ვინაიდან გახშირდა ეფექტიანი პროგრამების გამოყენება ადგილობრივი თემებისა და სახელმწიფოების მიერ, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება სტრატეგიების გრძელვადიანი მდგრადობის საკითხს. მკვიდრდება ახალი ინიციატივების ხელშეწყობი თუ ხელშემშლელი პირობების კვლევა. CTC-ის პრევენციული სისტემის შეფასებამ პენსილვანიის 110 ადგილობრივ თემში გვიჩვენა, რომ მდგრადობის მაჩვენებელმა თითქმის 60%-ს მიაღწია ექვსი წლის განმავლობაში სხელმწიფო დაფინანსების შეწყვეტის შემდეგ; მდგრადობის მთავარ ფაქტორებს წარმოადგენდა CTC მოდელის მდგრადობის და ზედმინევიანით შესრულების ადგილობრივი

დაფინანსება და დაგეგმვა. სხვა კვლევებმა გვიჩვენა, რომ გრძელვადიანი მდგრადობა დაკავშირებულია პროგრამის ძლიერ მხარდაჭერასთან თანამშრომლების და ლიდერების მხრიდან, რწმენასთან ინოვაციების მიმართ და ახალ ინოვაციებსა და ორგანიზაციის მიზნებს შორის მჭიდრო კავშირთან, მომსახურებათა განრიგთან და თანამშრომლების სწორად შერჩევასთან.

დასკვნები

მართალია, პრევენციის ეფექტიანი ინტერვენციების ფართოდ დანერგვას მრავალი გამოწვევა ხვდება, მაგრამ წინსვლა მაინც შეიძლება. მნიშვნელოვანი პროგრესისთვის საჭიროა დამოკიდებულების შეცვლა და პრევენციული პროგრამების მნიშვნელობის უკეთ გათვითცნობიერება მშობლების, ადგილობრივი თემების, პროფესიონალებისა და პოლიტიკის განმსაზღვრელი პირების მიერ. პრევენციული ინტერვენციების ადაპტაციის ფართოდ გავრცელებაში დახმარების განევა შეუძლია კონკრეტულ ქმედებებს. პირველ რიგში, მთავრობის თანამდებობის პირებმა სათანადოდ უნდა აღიარონ პრევენციის ისეთი ტესტირებული, ეფექტიანი პროგრამების მნიშვნელობა, რომლებსაც შესწევთ ჯანმრთელობის დაცვაზე განეული და სხვა სოციალური ხარჯების შემცირების უნარი (ცხრილი #3), და მხარი დაუჭირონ მოზარდებისთვის პრევენციის ზომების განხორციელების სისტემის ფართოდ ამოქმედებას. უკვე არსებობს პრევენციის სისტემების მაგალითები. პრევენციის დაფინანსებამ მოკლევადიანი დისკრეციული გრანტების ნაცვლად დაფინანსების სტაბილური წყაროს სახე უნდა მიიღოს.

	სარგებელი, აშშ დოლარი	ღირებულება*, აშშ დოლარი	სარგებელს მინუს ღირებულება, აშშ დოლარი	სარგებელი ღირებულების თითო დოლარზე
მომვლელი-ოჯახის პარტნიორობა	30,325	9,421	20,905	3.23
ჩიკაგოს ცენტრი ბავშვებისა და მშობლებისთვის	39,160	8,124	31,036	4.82
ოჯახების განმტკიცების პროგრამა მშობლებისა და 10-14 წლის (SFP 10-14) ახალგაზრდებისთვის	6,656	852	5,805	7.82

საოჯახო ფუნქციონალური თერაპია	37,739	3,190	34,549	11.86
სიეტლის სოციალური განვითარების პროექტი	6,237	2,959	3,279	2.11
ტრენინგი ცხოვრებაში გამოსადეგ უნარებში	1,415	34	1,382	42.13
* ღირებულებები დათვლილია თითო მონაწილეზე 2003 წლის SFP 10-14-სთვის; 2007 წლის ჩიკაგოს ცენტრისთვის ბავშვებისა და მშობლებისთვის და 2010 წლის ყველა სხვა ინტერვენციისთვის				

ცხრილი #3. შერჩეული პროგრამების ღირებულება/სარგებელი

1. აუცილებელია პროფესიონალთა ტრენინგი პრევენციის მეცნიერების საკითხებში. პრევენციის მეცნიერება და ფაქტებზე დაფუძნებული პრაქტიკა ჩართული უნდა იქნეს ძირითად და პროფესიულ სასწავლო პროგრამებში ახალგაზრდებთან მომუშავე პროფესიონალებისთვის.
2. აუცილებელია ადგილობრივი თემების შესაძლებლობების განვითარება პრობლემების პრიორიტეტულობის დასადგენად. შესაძლებლობების განვითარება უნდა მოიცავდეს მონიტორინგის ისეთი სისტემების შექმნას და გამოყენებას, რომლებიც ადგილობრივ დონეზე დაადგენენ რისკებს, დაცვას და პრობლემურ ქცევებს ბავშვებს და მოზარდებს შორის; ასევე აუცილებელია თანამშრომლობა მეცნიერებსა და პრაქტიკოსებს შორის. გარდა ამისა, გამოსადეგი იქნება ადგილობრივი თემების მონიტორინგის მეთოდების მონაცემთა ბაზის შექმნა.
3. აუცილებელია ადაპტაციის, განხორციელების, პრევენციული პროგრამებისა და პოლიტიკის ეფექტიანობის მდგრადობის კვლევა სხვადასხვა ქვეყანაში. ადაპტაციის კვლევა უზრუნველყოფს ფაქტებზე დაფუძნებული პრევენციული ინტერვენციების მორგებას სხვადასხვა სიტუაციაზე. ვინაიდან მრავალი პრევენციული ინტერვენციის გამოცდა მოხდა მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, საჭიროა კონკრეტული ძალისხმევა იმ ბარიერების დასაძლევად, რომლებიც ხელს უშლის მათ გავრცელებას დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. ხელი უნდა შეეწყოს ინტერვენციების პრაქტიკული დანერგვის კვლევას დაფინანსების გაზრდით, შესაბამისი თანამშრომლების სათანადო ტრენინგით, მეცნიერების და პრაქტიკოსების თანამშრომლობაში არსებული ბარიერების მოხსნით და ადმინისტრაციული დახმარების აღმოჩენით

ინტერვენციების პრაქტიკული დანერგვის კვლევისათვის.

4. აუცილებელია მონაცემთა სარწმუნო ბაზის შექმნა, რომელიც დააფუძნირებს პრევენციის პერსპექტიულ ინტერვენციებს პრობლემური ქცევის საკითხებში, მათ შორის, სულ მცირე, ნივთიერებათა მოხმარებაში, ძალადობაში, დანაშაულში, სკოლის ნაადრევად მიტოვებაში, ქარბზონიანობაში, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში, დაუცველ სქესობრივ კავშირებში, დაუგეგმავ ორსულობასა და მანქანის სახიფათოდ მართვაში. და თუმცა მონაცემთა ზოგიერთ ბაზას აქვს პროგრამები, რომლებიც აღრიცხავს შედეგებს, მაგრამ ისინი მაინც არ მოიცავენ აღნიშნული შედეგების ფართო სპექტრს.
5. აუცილებელია კვლევა იმის დასადგენად, არსებობს თუ არა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ისეთი განსაკუთრებული რისკები და დამცავი ფაქტორები, რომლებიც მიზნობრივი ობიექტის როლის შეასრულებდნენ პრევენციის სამომავლო ინტერვენციებისთვის. პრობლემების გაჩენის შემცირება მოზარდობის პერიოდში მნიშვნელოვან ზეგავლენას მოახდენს ზრდასრულ ასაკში ჯანმრთელობის პრობლემების შემსუბუქებაზე.

ლიტერატურა

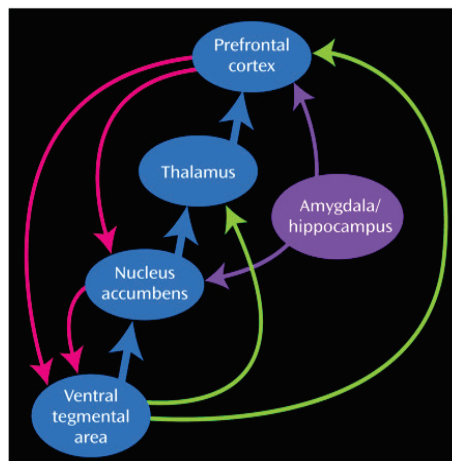
1. **Adolescent health epidemiology. WHO.** http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/
2. **Adolescents: health risks and solutions. WHO.** <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs345/en/>
3. **Epidemiology. WHO.** <http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>

ძირითადი საკითხები

- მოზარდობის პერიოდში თავის ტვინის განვითარებაზე დიდ გავლენას ახდენს სოციალური ფაქტორები
- მოზარდის განვითარების თითოეულ ეტაპზე განსაკუთრებული ყურადღება ესაჭიროება მის ინტელექტუალურ განვითარებას, მისი ავტონომიურობის დაცვასა და იდენტობის გათვალისწინებას
- საყურადღებოა მოზარდ გოგონათა ფსიქოლოგიური განვითარების პროცესი, რადგანაც ხშირად ფსიქოლოგიური მომწიფების და მენარხე პერიოდი არ ემთხვევა ერთმანეთს
- მოზარდები, ქრონიკულად იმყოფებიან სტრესულ სიტუაციაში, გამძლეობისა და გარემოსთან ადაპტაციის ხარჯზე ცდილობენ ფსიქოლოგიური წონასწორობისა და კეთილდღეობის შენარჩუნებას.

3.1 მოზარდობის უმთავრესი სირთულეები

მოზარდობის პერიოდი თავისი სიძნელეებითა და პრობლემებით ხასიათდება, თუმცა სიხარული და სასიამოვნო მომენტებიც არანაკლებია. მოზარდობის პერიოდში თავის ტვინის განვითარებაზე დიდ გავლენას ახდენს სოციალური ფაქტორები. განსაკუთრებით მნიშვნელოვან ამოცანას ასრულებს პრეფრონტალური ზონა, რომელიც წარმოადგენს თავის ტვინის ნაწილს, რომელიც პიროვნების ხასიათის, ემოციების და ქცევის ცენტრად ითვლება.



თავისთავად პრეფრონტალური ზონაზე გავლენას ახდენს თავის ტვინის სხვა ზონები, როგორიცაა ჰიპოთალამუსი, დამატებითი ბორცვი (*nucleus accumbens*), ვენტრალურ ტეგმენტალური სივრცე, ასევე ამიგდალა და ჰიპოკამპუსი.

ცხოვრების განმავლობაში მოზარდები გარემოს შეიცნებენ სწავლების, ცდებისა და ექსპერიმენტების გზით. ეს არის სწავლის ერთი ყველაზე ჩვეულებრივი გზა. ზოგიერთ ქმედებას იქიდან, რასაც ცდისას და ექსპერიმენტებისას აკეთებენ, გაზრდილი რისკები სდევს თან.

3.2 ფსიქოლოგიური განვითარება

მოზარდის ფსიქოლოგიურ განვითარებაში გამოირჩევა სამი ეტაპი. თითოეულ ეტაპზე განსაკუთრებული ყურადღება ესაჩიროება მის ინტელექტუალურ განვითარებას, მისი ავტონომიურობის დაცვასა და იდენტობის გათვალისწინებას.

მოზარდობის პროცესი

ადრეული მოზარდობა (10-13წ.)

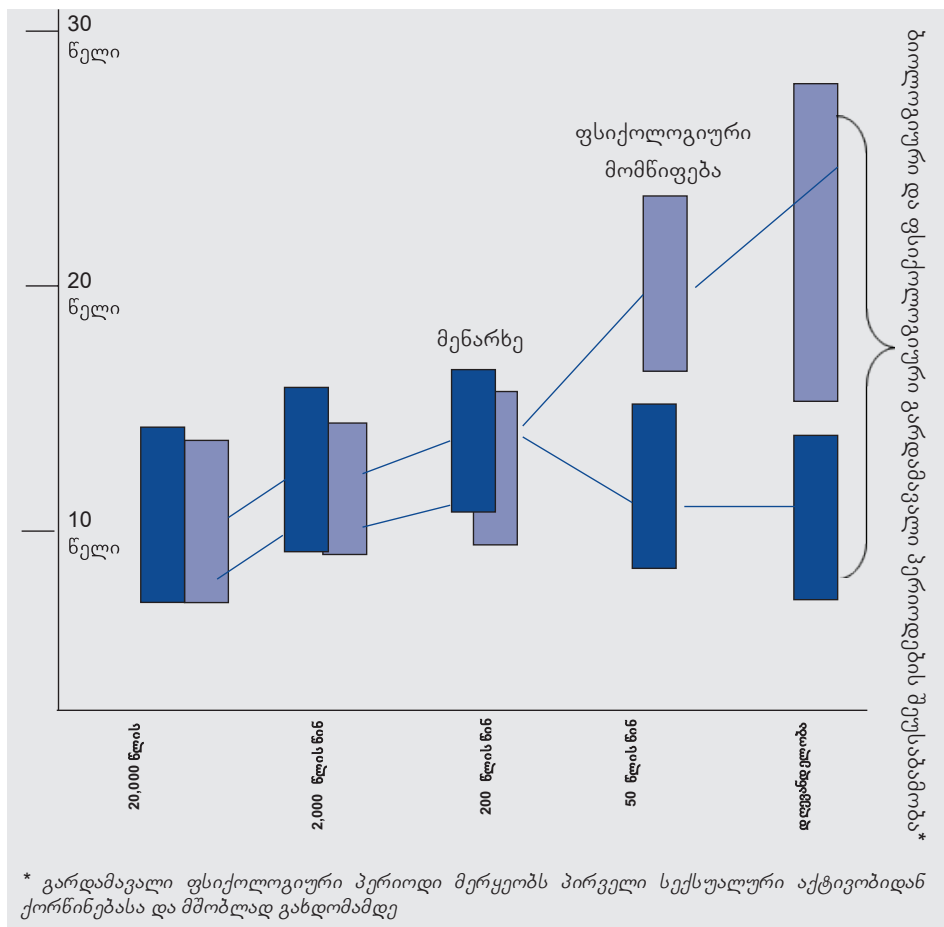
- ინტელექტუალური განვითარება კონკრეტული, ეგოცენტრული
- ავტონომიზაცია
 - გარეგნობა *პუბერტულ ცვლილებებზე ფოკუსირება*
 - დამოუკიდებლობა *მშობლების საქმიანობისადმი ინტერესის კლება*
 - ინტიმურობა *იმავე სქესის მეგობრებთან ურთიერთობა*
- იდენტობა
 - სექსუალური *პრივატულობის მზარდი მოთხოვნა*
 - მორალური *იდეალისტური მიზნები*
 - პროფესიული *იმპულსურობის კონტროლის ნაკლებობა*

შუა მოზარდობა (13-16წ.)

- ინტელექტუალური განვითარება კონკრეტული, მაგრამ უფრო კომპლექსური ამოცანები
- ავტონომიზაცია
 - გარეგნობა *გარეგნობის მიმზიდველობის გაზრდა*
 - დამოუკიდებლობა *მშობლებთან კონფლიქტის პიკი*
 - ინტიმურობა *თანატოლებთან ჯგუფური აქტივობების პიკი*
- იდენტობა
 - სექსუალური *კვლევიტ-დაკვირვებითი ქცევა*

განსაკუთრებით საყურადღებოა მოზარდ გოგონათა ფსიქოლოგიური განვითარების პროცესი, რადგანაც ხშირად ფსიქოლოგიური მომნიშვნის და მენარხე პერიოდი არ ემთხვევა ერთმანეთს.

გრაფიკი 3. 1 მენარხეს ასაკსა და ფსიქოლოგიურ გარდამავალ პერიოდებს შორის ურთიერთდამოკიდებულების ცვლილება, რომელიც ზრდასრულობას ასახავს.



ადაპტირებულია Gluckman & Hanson-სგან

წარმოდგენილ გრაფიკზე ნათლად ჩანს, რომ ინდისტრიალიზაციამ გამოიწვია ცვლილებები მოზარდის ფსიქოლოგიური მომნიშვნის პროცესში, კერძოდ მიუხედავად იმისა, მოზარდის აქსელერაციული განვითარების გამო მენარხე დგება უფრო ადრე ვიდრე წინა პერიოდებში, ფსიქოლოგიური მომნიშვნეობა ხდება მოგვიანებით და პროცესი გახანგრძლივებულია.

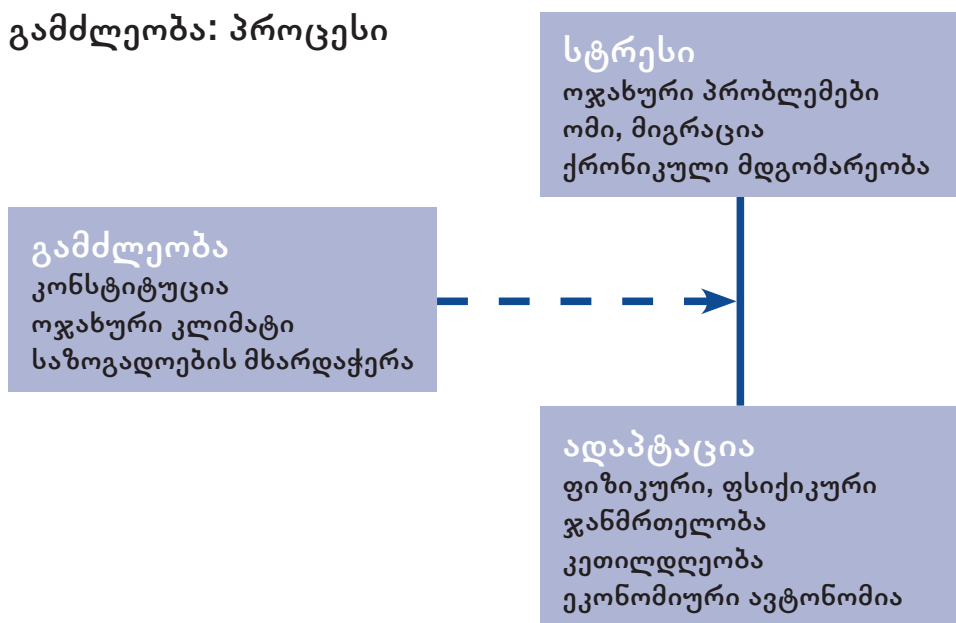
3.2.1 რატომ უნდა მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე ფოკუსირება?

ფსიქოლოგიური დარღვევების გამოვლინება ხშირად სწორედ მოზარდობის ასაკში ხდება. შემთხვევების სიხშირის მატება აღინიშნება მთელ მსოფლიოში. ხშირ შემთხვევაში დიაგნოზირება ძალიან დაგვიანებულია. ფსიქოლოგიური დარღვევების თანმხლების შეიძლება იყოს თანმდევი დაავადებები და განმეორებადი პრობლემები, მაგალითად ძალადობა, მავნე ნივთიერებების მოხმარება, ცუდი მოსწრება სკოლაში. ასევე შესაძლებელია თავი იჩინოს პრობლემებმა სექსუალური/ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში.

3.2.2 რატომ ახერხებენ მოზარდები, რომლებიც ქრონიკულად სტრესულ სიტუაციაში არიან, მის დაძლევას და ნაყოფიერ არსებობას?

მოზარდები, ქრონიკულად იმყოფებიან სტრესულ სიტუაციაში, გამძლეობისა და გარემოსთან ადაპტაციის ხარჯზე ცდილობენ ფსიქოლოგიური წონასწორობისა და კეთილდღეობის შენარჩუნებას.

გამძლეობა: პროცესი



მოზარდებისათვის სტრესი შეიძლება იყოს ოჯახური პრობლემები, პოლიტიკური სიტუაცია, ომი, მიგრაცია ან თუნდაც ქრონიკული დაავადება. იმისათვის, რომ მოზარდები სტრესს ყოველდღიურად აუცილებელია საზოგადოების და ოჯახის მხარდაჭერა. დიდი მნიშვნელობა აქვს **კონსტიტუციური ფაქტორებს, რომელთა შორის აღსანიშნავია** შემდეგი: ზრდასრულთა ინტერესის გაჩენის უნარი, ადაპტირების ეფექტიანი და მოქნილი სტრატეგიები, სოციალური სიმწიფე, პასუხისმგებლობების ძიება, საკუთარი თავის პატივისცემის მაღალი განცდა, ავტონომია და გარე კონტროლის ლოკუსი.

გარემო ფაქტორებს, ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს სტრესის დაძლევის პროცესში. ამ ფაქტორებისაგან გამოირჩევა:

- ზრდასრულ არბიტრთან სტაბილური ურთიერთობა დროთა განმავლობაში
- ოჯახი უზრუნველყოფს პასუხისმგებლობების აღების შესაძლებლობებს
- აქცენტი მორალურ/რელიგიურ ღირებულებებზე
- თანატოლთა/მეგობრების მჭიდრო ქსელი
- სკოლის კარგი კლიმატი და შესაბამისი პედაგოგიური მიდგომები

3.3 რისკები, ექსპერიმენტები და წინააღმდეგობის განვითარების უნარი

ცხოვრების სტილის, საცდელი/სარისკო ქცევის და წინააღმდეგობის განვითარების უნარის ცნებების გააზრება მნიშვნელოვანია მოზარდთა განვითარებისათვის. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია ეფექტიანი სტრატეგიების გამოყენება ინდივიდუალურ და სკოლის დონეზე ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრების ხელშესაწყობად. ამ პროცესში კი განუხაზვებელია სკოლის ექიმის როლი. მოზარდს უნდა ავუხსნათ, თუ რა ნიშნავს, სარისკო ან საცდელი ქცევები, ასევე რა შეიძლება ზოგიერთ შემთხვევაში მოჰყვეს ექსპერიმენტულ ქცევებს. მაგალითად მოზარდმა უნდა იცოდეს, რომ დაუცველმა სექსმა შეიძლება პოტენციურად გამოიწვიოს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გადადება, როგორცაა აივ ინფექცია, გონორეა, ქლამიდია და ა. შ. მაგრამ ზოგადად მას უნდა ავუხსნათ, რომ სქესობრივი ცხოვრება თავისთავად არ შეიძლება მიჩნეული იყოს უფრო სარისკო ქცევად, ვიდრე, ვთქვათ, მანქანის ტარება.

რისკის ფაქტორები და სარისკო ქცევები „რისკის“ ზოგადი ცნების ორი განსხვავებული ასპექტია და მოზარდთა განვითარების ნაწილებია. ყოველთვის უნდა გავითვალისწინოთ, თავიდან რას აქვს ადგილი - ქცევას თუ რისკს? **მაგალითად, ნივთიერებათა მოხმარება არახელსაყრელ პირობებში მყოფი ახალგაზრდების მიერ უმუშევრობის უფრო შედეგია, ვიდრე მიზეზი.**

გვახსოვდეს, რომ ცდა და ექსპერიმენტები ნაწილია ადამიანის საჭიროებისა - აღმოაჩინოს ახალი შეგრძნებები და პირობები და ისწავლოს მათგან, ისე, რომ მაქსიმალურად უსაფრთხოდ შეასრულოს ქმედებები, რომლებიც ექსპერიმენტს გადიან.

3.3.1 წინააღმდეგობის გაწევის უნარი: ახალი პარადიგმა

მოზარდებს სტრესის დაძლევისათვის უხდებათ ყველა არსებული რესურსის გამოყენება. ეს პროცესი გარკვეულ წილად შეიძლება გამოწვევად იქცეს მათთვის.

წინააღმდეგობის გაწევის უნარი, ეს არის არახელსაყრელ პირობებში ან სტრესულ პირობებში მყოფ ადამიანთა უნარი, იცხოვრონ ნაყოფიერი და უკეთესი ცხოვრებით.

ამიტომ მნიშვნელოვანია მათთვის კვალიფიციური დახმარების გაწევა და მზაობა იმისა, რომ მათ მიერ დასმულ ყველა კითხვაზე გვექონდეს პასუხი. თუმცა ასევე არანაკლებ მნიშვნელოვანია მოზარდთან ურთიერთობისას დაცული იყოს მათი ავტონომია, უფლებები და ეთნიკური საკითხები, ამასთან აუცილებელია მათ ინტერესებზე ზრუნვა, მათთან ურთიერთობისას კი დაცული იქნას სამართლიანობა და თანასწორობა, არ დავუშვათ ზიანის მიყენება.

უმჯობესია, რომ მოზარდისთვის კითხვების დასმა მოხდეს პოზიტიური კუთხით, მაგალითად: ვკითხოთ რისი გაკეთება შეუძლია? ნაცვლად იმისა, ვინ უნდა გამოვიდეს?

ასევე შეიძლება კითხვები დავსვათ შემდეგნაირად:

- რა არის თქვენს ცხოვრებაში კარგი ამჟამად?
- რისი გაუმჯობესება შეგიძლიათ თქვენს ცხოვრებაში?
- გვიამბეთ რაიმე წარმატების შესახებ თქვენს ცხოვრებაში
- რა გეამაყებათ?
- გაქვთ თუ არა და იღებთ თუ არა პასუხისმგებლობებს თქვენს ცხოვრებაში? რა პასუხისმგებლობები გაქვთ და იღებთ?
- რა მთავარი თვისებები გახასიათებთ (თქვენი/თქვენი მეგობრების აზრით)?

3.3.2 აზროვნების ახალი წესი

იმის ნაცვლად, რომ მოზარდის ქცევებს იარლიყი „სარისკო“ მიაკრათ, შეეცადეთ

ჩასწვდეთ ამ ქცევების როლს, მნიშვნელობას, მოტივებს და პოტენციურ შედეგებს თითოეული მოზარდისათვის.

ამავე დროს, გასაუბრება მოტივაციის გასაგებად. კერძოდ, გაიგეთ მოზარდის მოტივაციები, მოუსმინეთ მას და გაუჩინეთ მას შესაძლებლობები.

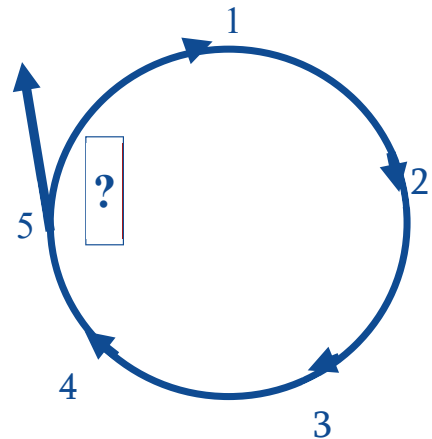
- **გახსოვდეთ:** „პაციენტი, რომელიც აქტიურია კონსულტაციის პროცესში, რომელიც ხმამაღლა ფიქრობს რატომ და როგორ არის საჭირო ცვლილება, უფრო მეტად სავარაუდოა, რომ შეძლებს რამის გაკეთებას ამ ცვლილების მისაღწევად“ (Miller & Rollnick).

ცვლილების ხუთი ეტაპი იმისთვის, რომ შევცვალოთ მოზარდის

დამოკიდებულება, მაგალითად

თამბაქოს ან ალკოჰოლის მიმართ,
უნდა დავეხმაროთ მას შემდეგი
ეტაპების გადალახვაში:

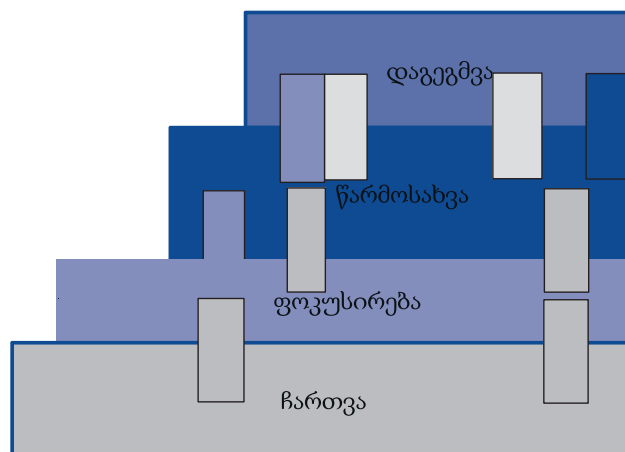
1. წინასწარი დაფიქრება
2. განზრახვა/დაფიქრება
3. მომზადება
4. ქმედება
5. შენარჩუნება



Prochaska JO & DiClemente , 1983

ეტაპების წარმატებულად გავლის ძირითადი პრინციპებია: ამბივალენტურობის გამოკვლევა, ჰიპოთეზების წარმოქმნა, მომავლის წარმოსახვა, ქმედების იდენტიფიცირება და პაციენტის მზადყოფნის დადასტურება (Miller & Rollnick)

აზროვნების ახალი წესი ასევე მოიცავს ოთხ თანმიმდევრულ პროცესს.



განვიხილოთ მაგალითი

ჩართვა: არსებითი მნიშვნელობის პირველი ნაბიჯი

ტომი არ არის მაინცდამაინც დაინტერესებული დისკუსიით

ფიქრი

„შენ იმიტომ მოხვედი, რომ დირექტორმა გამოგაგზავნა და გაფიქრებს, რა შეიძლება ვუთხრა მას...“

ღია კითხვა

რა მოგნონს მონევაში?

შენს მასწავლებლებს/ოჯახის წევრებს/თანატოლებს შორის ყველაზე მეტად ვინ ღელავს შენი სიტუაციის გამო და რა მიზეზით?

იმისათვის, რომ დავეხმაროთ ტომს უნდა გამოვიყენოთ შემდეგი ინსტრუმენტები

- სთხოვეთ ნებართვა კონკრეტული ქცევის განსახილველად
- არ განიკითხოთ, ყურადღება გაამახვილეთ ქცევის პოზიტიურ და ნეგატიურ ასპექტებზე
- ჰკითხეთ, რა იქნებოდა საჭირო ქცევის შესაცვლელად, ასევე ჰკითხეთ ცვლილების პოზიტიური და ნეგატიური ზემოქმედების შესახებ
- შეაფასეთ მოზარდის მზადყოფნა ჩაერთოს ქცევაში

მნიშვნელობა აქვს მათთვის პოზიტიური ცხოვრებისათვის გამოსადეგი უნარ-ჩვევების გაზიარებას

- ადაპტირების უნარის მქონე და პოზიტიური ქცევის უნარ-ჩვევები, რომლებიც ადამიანებს აძლევს შესაძლებლობას, ეფექტიანად გაართვან თავი ყოველდღიური ცხოვრების მოთხოვნებსა და გამოწვევებს
- ფსიქო სოციალური კომპეტენციებისა და ადამიანებს შორის ურთიერთობის უნარ-ჩვევები, რომლებიც:
- ეხმარება ადამიანებს ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებაში, პრობლემების მოგვარებაში, კრიტიკულ და
- კრეატიულ აზროვნებაში, ეფექტიანად კომუნიკაციაში, ჯანსაღი ურთიერთობების ჩამოყალიბებაში, სხვა ადამიანების მიმართ თანაგრძნობაში
- და საკუთარი ცხოვრების ჯანსაღად და პროდუქტიულად წარმართვაში.

(იუნისეფი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია; მსოფლიო ბანკი და გაეროს მოსახლეობის ფონდი, 2002)

ცხოვრებისათვის გამოსადეგი უნარ-ჩვევები: შინაარსი

- კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები
- მოლაპარაკება (უარის თქმის უნარ-ჩვევები)
- გადაწყვეტილების მიღების უნარ-ჩვევები
- კრიტიკული აზროვნების უნარ-ჩვევები
- ემოციებისა და სტრესის მართვა
- თანამშრომლობა
- ადვოკატირება

ცხოვრებისათვის გამოსადეგი უნარ-ჩვევები: მიდგომები

- ჯგუფური დისკუსიები
- ვიდეოეფირების კრიტიკულად განხილვა
- როლური თამაში
- დოკუმენტების, მედიაში გამოქვეყნებული მასალის გაანალიზება
- პრევენციული გზავნილების შემუშავება
- რელაქსაციაში/მედიტაციაში გავარჯიშე

ცხოვრებისათვის გამოსადეგ უნარ-ჩვევებთან დაკავშირებული ინტერვენციის მაგალითი

კონსულტირება, ცხოვრებისათვის გამოსადეგ უნარ-ჩვევებთან დაკავშირებული სამუშაო შეხვედრები

- ემოციის კონტროლი
- კონფლიქტების მოგვარების უნარები
- დახმარების მოძიების უნარი
- ხელმისაწვდომი დაწესებულებები და მისამართები
- კავშირები სკოლის ფარგლებში

ძირითადი საკითხები

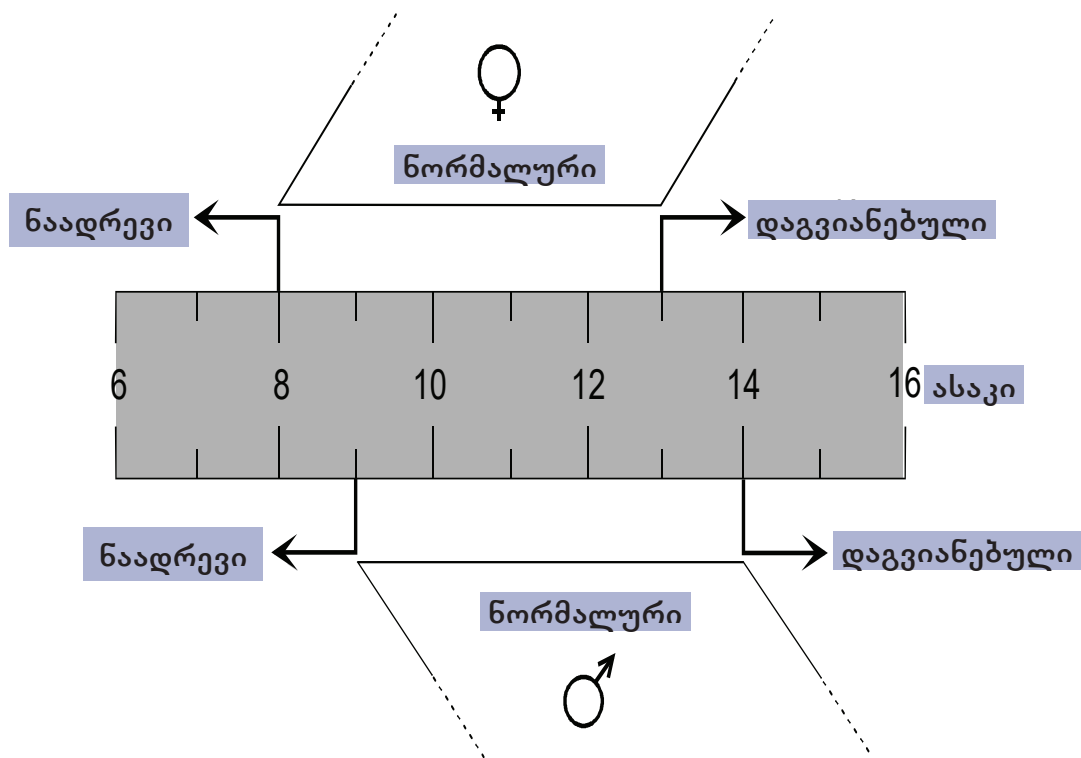
- სქესობრივი მომნიშვნელობა (პუბერტატული პერიოდი) – ორგანიზმში ცვლილებების პროცესია, რომლის შედეგადაც იგი ხდება გამრავლებისუნარიანი ანუ რეპროდუქციული.
- სხეულის ზრდა პუბერტატული პერიოდის პირველ ნახევარში ჩქარდება და სრულდება სქესობრივი მომნიშვნელობის ბოლოს
- სქესობრივ მომნიშვნელობაზე გავლენას ახდენს გენეტიკა და სხეულის კონსტიტუცია
- მნიშვნელოვანია, რომ სქესობრივ მომნიშვნელობის პერიოდში გამოვლენილი რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან ასოცირებულ პრობლემებთან დაკავშირებული საკითხები განხილული იქნეს შესაბამისი პროფილის მქონე ექიმთან

4. 1 სქესობრივი მომნიშვნელობა

სქესობრივი მომნიშვნელობა არის პერიოდი, რომლის დროსაც ბავშვობა სრულდება და იწყება ზრდასრულობა, მოზარდს უვითარდება მეორადი სასქესო ნიშნები, მისი რეპროდუქციული სისტემა ემზადება და იწყებს სრულფასოვან ფუნქციონირებას.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით „სქესობრივი ჯანმრთელობა არის ფიზიკური, ფსიქიკური და საზოგადოებრივი კეთილდღეობის მდგომარეობა სექსუალობასთან მიმართებით. იგი საჭიროებს პოზიტიურ და პატივისცემაზე დამყარებულ მიდგომას სექსუალობის და სქესობრივი ურთიერთობების მიმართ, ასევე სასიამოვნო და უსაფრთხო სექსუალური გამოცდილების შესაძლებლობას იძულების, დისკრიმინაციისა და ძალადობის გარეშე.“

სქესობრივი მომნიშვნელობა გოგონებისთვის დაახლოებით 8-13 წლის ასაკში იწყება, შეიძლება უფრო ადრეც, ან უფრო გვიან. ბიჭებისთვის 9-14 – წლისთვის. სქესობრივი მომნიშვნელობა ანუ პუბერტატი გრძელდება საშუალოდ 4- 6 წელი.



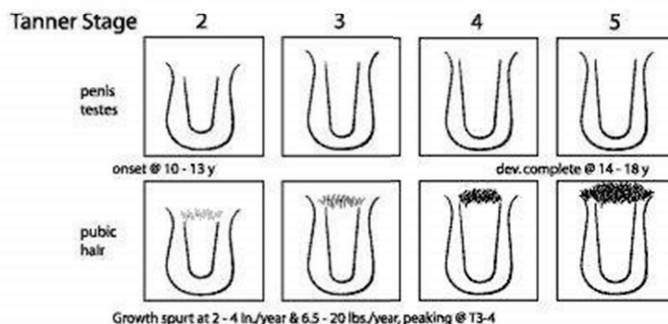
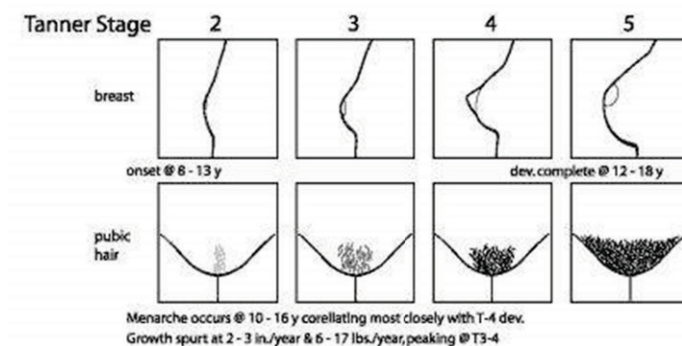
სქესობრივი მომწიფება (პუბერტატული პერიოდი) – ორგანიზმში ცვლილებების პროცესია, რომლის შედეგადაც იგი ხდება გამრავლებისუნარიანი ანუ რეპროდუქციული. **პუბერტატი ზრდისა და განვითარების რიგით მეორე ყველაზე დიდი პერიოდია ადამიანის ცხოვრებაში.** ტერმინი „სქესობრივი მომწიფების პერიოდი და პუბერტატი“ (ლათინური სიტყვიდან *pubertas* – თმის ზრდის ასაკი) გულისხმობს მხოლოდ იმ ცვლილებებს, რომელიც ხდება სასქესო სისტემაში და არ მოიაზრებს არც კულტურულ და არც სოციალურ ფაქტორებს. **ადამიანი ერთადერთი არსებაა, რომლის სქესობრივ მომწიფებას თან სდევს ცენტრალური ნერვული სისტემის მნიშვნელოვანი განვითარება და ზრდის ნახტომი.** პუბერტატის დასაწყისი ერთნაირია გოგონებსა და ბიჭებში.

პუბერტატის პერიოდამდე სხვაობა გოგონას და ბიჭის სხეულებს შორის მხოლოდ სასქესო ორგანოებია. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში კი ხდება მნიშვნელოვანი ცვლილებები. ჩნდება ახალი ნიშნები და გარეგნული მახასიათებლები, რომლებიც განასხვავებს ამ ორ სქესს ერთმანეთისგან. ვინაიდან ეს ნიშნები ვითარდება დროთა განმავლობაში მეორადად (და არ არის დაბადებისას) ამიტომ მას მეორად სასქესო ნიშნებს უწოდებენ. მოკლედ, რომ ვთქვათ სქესობრივი მომწიფების პერიოდი წარმოადგენს იმ პერიოდს, როცა ადამიანი იძენს მეორად სასქესო ნიშნებს და ხდება რეპროდუქციული.

მენარხე კი გვამცნობს გოგონებში პუბერტატის დაწყებას. მენსტრუალური ციკლის დაწყების საშუალო ასაკი გოგონებში ბოლო 20 წლის განმავლობაში მნიშვნელოვნად შემცირდა. მოზარდთა ზრდის ნახტომი გოგონებში დაახლოებით ორი წლით ადრეა ხოლმე, ვიდრე ბიჭებში. სქესობრივი მომწიფება იწყება თავის ტვინიდან სასქესო ჯირკვლებისკენ (საკვერცხეებისკენ) მომავალი იმპულსაციის ხარჯზე. მათ საპასუხოდ საკვერცხე გამოიმუშავებს სხვადასხვა ჰორმონს, რომლებიც ასტიმულირებენ სიმაღლის, ძვლების, კუნთების, კანისა და რეპროდუქციული ორგანოების ზრდას. სხეულის ზრდა პუბერტატული პერიოდის პირველ ნახევარში ჩქარდება და სრულდება სქესობრივი მომწიფების ბოლოს. გოგონები ყველაზე მეტი 7 სმ-ს იმატებენ სიმაღლეში მენსტრუალური ციკლის დაწყების შემდეგ.

ბიჭები სქესობრივი მომწიფების პირველი ნიშნებიდან მოყოლებული დაახლოებით 6 წელი განაგრძობენ ზრდას, შემდეგ სიმაღლეში ზრდა იშვიათია. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარეობს მთელი რიგი პროცესები, რომლებიც აუცილებელია ბავშვის ზრდასრულად გადაქცევისთვის, მისი მეორადი სასქესო ნიშნების წარმოჩენისთვის, ანუ იმ ნიშნების გაჩენისთვის რაც გარეგნულად განასხვავებს ქალს და მამაკაცს.

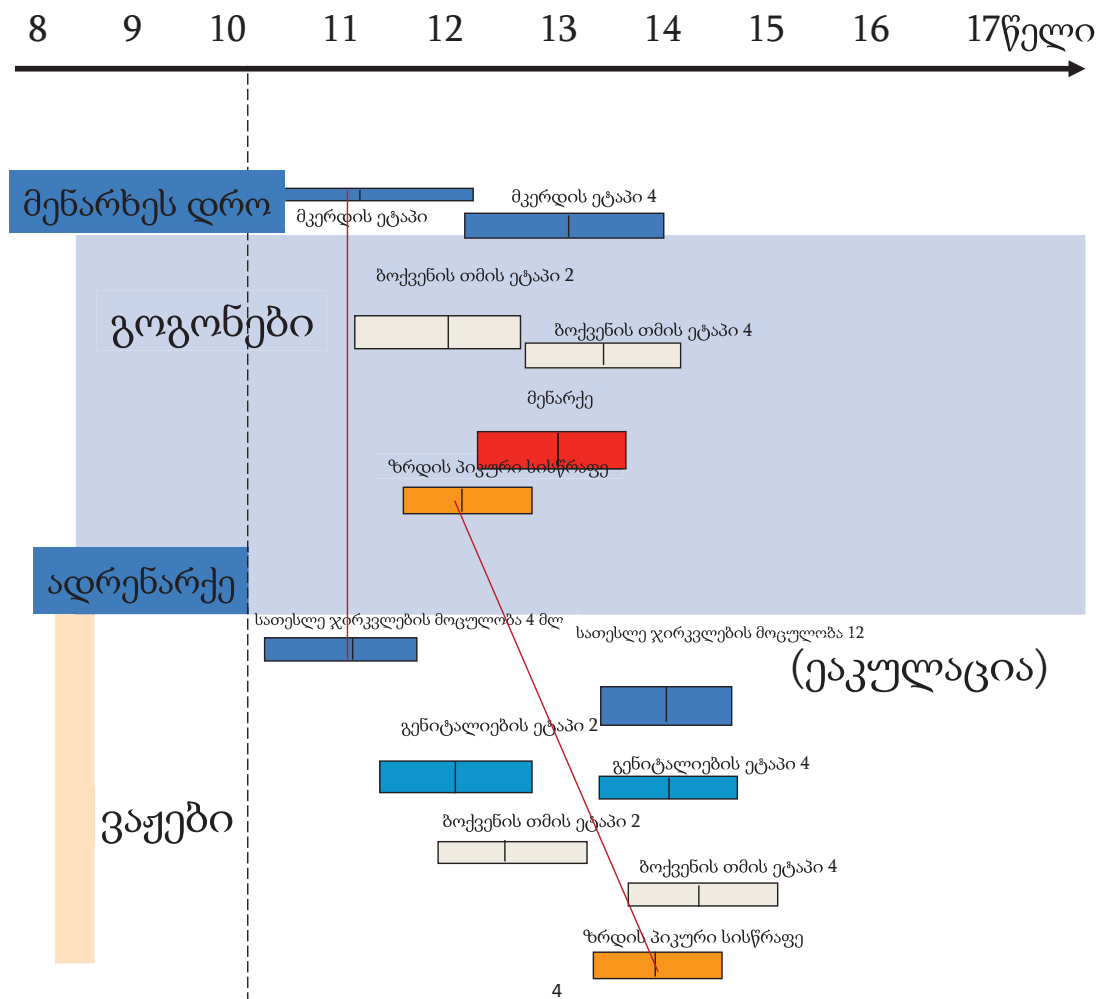
4.1.1 სქესობრივი მომწიფების ეტაპები ტანერის მიხედვით



© 2009 LWW. All rights reserved.

სქესობრივი მომნიშვნელობის ადამიანის ორგანიზმი გადის შემდეგ ეტაპებს

- პრეპუბერტატი
- საკუთრივ პუბერტატი
- პოსტპუბერტატი
- ადრენარხე
- ტელარხე
- პუბარხე
- მენარხე (სპერმარხე)



4.2 სქესობრივი მომნიშვნის დრო

სქესობრივ მომნიშვნეზე გავლენას ახდენს გენეტიკა და სხეულის კონსტიტუცია, თავის მხრივ სქესობრივი მომნიშვნე ცვლის ფიზიკურ და განვითარების მახასიათებლებს.



4.2.1 გოგონების ორგანიზმში მიმდინარეობს შემდეგი პროცესები:

სარძევე ჯირკვლები – სარძევე ჯირკვლების ზრდა ანუ ტელარქე სქესობრივი მომნიშვნის პირველი ნიშანია. განვითარება დაახლოებით იწყება 10-11 წლიდან და 15 წლის ასაკისათვის აღწევს მომნიშვნეულ ზომასა და ფორმას. საწყის ეტაპზე ცალ მხარეს არეოლის ქვეშ ჩნდება მტკივნეული სიმკვრივე, 6-12 თვის შემდეგ ეს სიმკვრივე აღინიშნება ორივე მხარეს, იზრდება ზომაში, გადის არეოლის ფარგლებს გარეთ და ხდება უფრო რბილი კონსისტენციის. გოგონებში სარძევე ჯირკვლის ფორმა და ზომა ინდივიდუალურია.

ბოქვენის თმიანობა – სარძევე ჯირკვლის ზრდის დაწყებიდან რამდენიმე თვეში ბოქვენის გათმიანების პროცესი იწყება. თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში პირველად ეს ნიშანი ჩნდება. საწყის ეტაპზე ჩნდება ერთეული თმა დიდ სასირცხვო ბაგეებზე და 6-12 თვის შემდეგ თმები გადადის ბოქვენზეც და მთლიანად ფარავს მას.

სასქესო ორგანოები

ესტროგენების ზემოქმედებით საშოს ეპითელიუმი სქელდება, საშვილოსნოს ყელი გამოყოფს მცირე რაოდენობით ლორწოს. ეს განაპირობებს ამ ეტაპზე საშოდან მოთეთრო ფერის გამონადენის არსებობას. საკვერცხეები და საშვილოსნო იმატებს ზომაში, საკვერცხეში იწყება ფოლიკულების ზრდა. ულტრაბერითი გამოკვლევის დროს ამ პერიოდში შესაძლოა ინახოს მრავლობითი ცისტა – ფოლიკულები.

პირველი მენსტრუაცია (მენარქე) სარძევე ჯირკვლების ზრდის ინიცირებიდან

(დანეხებიდან) დაახლოებით 2 წლის შემდეგ დგება და პირველი ორი წლის განმავლობაში არარეგულარული ხასიათი აქვს.

ცხიმოვანი ქსოვილის გადანაწილება – ესტროგენების ჭარბი რაოდენობით სინთეზის გამო მენჯის ძვლები იზრდება სიგანეში, რის საფუძველზეც თეძოები განიერდება. ცხიმოვანი ქსოვილი მატულობს და პუბერტატის პერიოდის ბოლოსთვის ბიჭების ცხიმოვან ქსოვილს 2-ჯერ აღემატება. ცხიმი, ძირითადად, გროვდება სარძევე ჯირკვლების, თეძოების, ბოქვენისა და დუნდულოების მიდამოში.

ილღის თმინობა, სხეულის სუნი და აკნე – ანდროგენების გავლენით ილღის ფოსოში ხდება თმინობის მომატება, გარდა ამისა, იცვლება ოფლის სუნი მის შემადგენლობაში შემავალი ცხიმოვანი მჟავების ხარჯზე. ანდროგენები ზრდიან ცხიმის სეკრეციას კანის ცხიმოვანი ჯირკვლებიდან, რაც ხელს უწყობს ბაქტერიების ზრდას და აკნეს წარმოშობას.

4.2.2 ვაჟების ორგანიზმში მიმდინარეობს შემდეგი პროცესები:

სათესლების ზრდა – სქესობრივი მომწიფება ანუ გონადარქე პირველი ფიზიკური მანიფესტაციაა. სათესლების ზომა სქესობრივ მომწიფებამდე არის საშუალოდ სიგრძეში: 2-3 სმ, ხოლო სიგანეში 1,5-2 სმ. სქესობრივი მომწიფების შემდეგ, სათესლების ზომა 18-20 სმ² უტოლდება. სათესლების ზრდის პარალელურად ნელ-ნელა იწყება პენისის ზრდაც. სათესლებს აქვთ ორი ძირითადი ფუნქცია: სპერმატოზოიდების სინთეზი ანუ სპერმარხე და ტესტოსტერონის სინთეზი (პროდუცირდება ლეიდინგის უჯრედების მიერ). სათესლები იწყებენ სპერმის სინთეზს. სქესობრივი მომწიფების პირველ წელს ბიჭების უმეტესობამ დილის შარდში შეიძლება შეამჩნიოს სპერმაც. ამ პერიოდიდან მოყოლებული ბიჭები იძენენ ნაყოფიერების, რეპროდუქციის უნარს. საშუალოდ ეს ასაკი ბიჭების უმრავლესობისთვის 13 წელია. საბოლოო ნაყოფიერების უნარს იძენენ 14-16 წლისთვის.

ბოქვენის თმინობა – ბოქვენის თმინობა მოსდევს სათესლების ზომაში მატებას, ბოქვენის მიდამოში თმები იზრდება პენისის გარშემო, საზარდულის მიდამოში, დროთა განმავლობაში თმების ფერი ხდება უფრო მუქი, უფრო ხვეული, უფრო ხშირი. თმების გავრცელება ქმნის ე.წ. ბოქვენის სამკუთხედს, დროის შემდეგ კი თმები ვითარდება ჭიპის მიმართულებით და ბარძაყებზეც.

სხეულის და სახის თმინობა – სათესლების ზრდიდან თვეების ან წლების შემდეგ ვითარდება ე.წ. ანდროგენული თმა, რაც გულისხმობს თმების ზრდას სხეულის სხვადასხვა ნაწილებში. ამ თმების განვითარების ძირითადი ადგილებია: ზედა ტუჩის მიდამოში (უღვაშები), ყურის წინ, სახის გვერდებზე, ე.წ. ბაკები, ილღები, სახეზე, რომელიც ვრცელდება ყელის მიდამოში (წვერები). ადამიანების გარკვეულ ნაწილს

თმები უვითარდება, ფეხებზე, მკლავებზე, მუცელზე, მკერდზე, ზურგზე. არიან ადამიანები, რომლებსაც სახეზე თმისა და სქესობრივი მომნიშვნის დამთავრებიდან 10 წლის შემდეგ უვითარდებათ.

ხმის ცვლილება და „ადამის ვაშლი“ – ანდროგენების მოქმედებით ხორხის ქსოვილი იზრდება და ხმა უფრო დაბალი ტონალობის ხდება და ბოხდება. ანდროგენების მოქმედება გამოხატულია ქალებშიც და კაცებშიც, მაგრამ კაცებში გაცილებით ძლიერია, ამიტომ ხორხის სახმო იოგები იზრდება სიგრძეშიც და სისქეშიც, მათი რხევათა რიცხვი მცირდება და ამის გამო კაცებს უფრო ბოხი ხმა აქვთ ვიდრე ქალებს.

სხეულის ფორმები და კუნთები – სქესობრივი მომნიშვნის დასასრულისთვის ბიჭებს აქვთ ძვლების მასა უფრო მეტი ვიდრე გოგონებს და კუნთები თითქმის ორჯერ უფრო მასიური, ვიდრე გოგონებს. ბიჭებს გოგონებთან შედარებით დისპროპორციულად ეზრდებათ სხეულის გარკვეული ნაწილები. მაგ. მხრები, ქვედა ყბა, ამიტომაც არის სხვაობა ქალების და კაცების სხეულებს შორის. სქესობრივი მომნიშვნის პერიოდისთვის ბიჭების გარკვეულ ნაწილში მკერდი იწყებს ზრდას და გამკვრივებას, ძუძუსთავეები ხდება უფრო გამოკვეთილი. ეს კანქვეშა ქსოვილებში ცხიმის დაგროვების გამო ხდება და როგორც წესი დროებით მოვლენაა. ბიჭის მკერდმა თუ განაგრძო ზრდა, ისე როგორც ქალის მკერდი იზრდება, ამას გინეკომასტია ჰქვია და მკურნალობას საჭიროებს.

სხეულის სუნი და აკნე (ფერისმჭამელები) – ანდროგენების დონის მატება იწვევს ოფლში ცხომოვანი მჟავების შემცველობას, ეს კი თავის მხრივ იწვევს სხეულის დამახასიათებელ სუნს. ანდროგენები აგრეთვე მოქმედებენ ცხიმების სინთეზისა, რაც იწვევს კანზე ფერისმჭამელების განვითარებას ბიჭებშიც და გოგონებშიც.

4. 3 მენსტრუაცია

მენსტრუაცია მნიშვნელოვანი მოვლენა გოგონებისათვის. ისინი უმეტესად კარგად არ არიან ამ მოვლენისადმი მომზადებულნი. მათ წარმოეჩმებათ ჰიგიენური პრობლემები და ხშირად აქვთ არაერთგვაროვანი გრძნობები მენსტრუაციასთან დაკავშირებით.

ნორმალური მენსტრუაციული ციკლის ხანგრძლივობა შეადგენს 21-დან 35 დღემდე, საშუალოდ -28-30 დღე. მენსტრუაციის ხანგრძლივობა შეიძლება იყოს 2-დან 7 დღემდე, საშუალოდ 4-5 დღე. ჩვეულებრივ მენსტრუაცია უმტკივნეულოა და სისხლის დანაკარგი შეადგენს 90 – 120 მლ.

4.3.1 მენსტრუალური მახასიათებლები პუბერტატში

ანოვულაცია წარმოადგენს მენსტრუალური ციკლის ისეთ ცვლილებას, როცა არ ხდება საკვერცხეში კვერცხუჯრედის შეფერხება. უმეტესად დასაწყისში მენსტრუალური ციკლი არის ანოვულატორული ანუ არ ხდება ოვულაცია, საკვერცხეში კვერცხუჯრედის მომწიფება. მომდევნო წლებში ანოვულატორული ციკლი იცვლება ოვულატორულით.

სქესობრივი მომწიფების ადრეულ ეტაპზე მენსტრუალური ციკლი არის არარეგულარული. შესაძლებელია ასევე აღინიშნებოდეს დისმენორეა ანუ მტკივნეული მენსტრუაცია. ტკივილი შეიძლება იყოს სხვადასხვა ხანგრძლიობის და ინტენსიობის.

ზოგჯერ შეიძლება მენსტრუალური ციკლისა ახასიათებდეს სხვადასხვა სახის დარღვევები, მაგალითად, როგორიცაა ოლიგომენორეა (იშვიათი მენსტრუაციები), პოლიმენორეა (ხშირი მენსტრუაციები < 21 დღეზე), ამენორეა (მენსტრუაციის არარსებობა). ასევე შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს მენსტრუაციული ციკლის ხანგრძლივობის და ინტენსიობის დარღვევას: მენორაგია (ჭარბი და/ან გახანგრძლივებული) ჰიპომენორეა (მცირე, ხანმოკლე გამონადენი), მეტრორაგია (სისხლდენის არარეგულარული ეპიზოდები მენსტრუაციის შორის).

პრემენსტრუაციური სინდრომი რთული პათოლოგიური სიმპტომოკომპლექსია, რომელიც მენსტრუაციის წინა დღეებში ვითარდება და ვლინდება ნერვულ-ფსიქიკური, ვეგეტატიურ-სისხლძარღვოვანი, ენდოკრინულ-ნივთიერებათა ცვლის დარღვევებით. პრემენსტრუალური სინდრომის ნიშნები ვლინდება მენსტრუაციის დაწყებამდე 2-14 დღით ადრე და ქრება მის დაწყებასთან ერთად. პრემენსტრუალური სინდრომი მოიცავს მრავალ, სხვადასხვა ხასიათის სიმპტომს. ყველაზე დამახასიათებელია: ნერვულ-ფსიქიკური (გალიზიანებადობა, დეპრესია, ცრემლიანობა, აგრესიულობა); ვეგეტატიურ-სისხლძარღვოვანი (თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გულის რევის შეგრძნება, ღებინება, ტკივილი გულის არეში, ტაქიკარდია, არტერიული წნევის მერყეობის ტენდენცია); ენდოკრინულ-ნივთიერებათა ცვლის (სარძევე ჯირკვლების გამკვრივება და შეშუპება, მეტეორიზმი, კანის ქავილი, ქოშინი, წყურვილის შეგრძნება, სხეულის ტემპერატურის მომატება, მეხსიერების და მხედველობის დაქვეითება) დარღვევები.

იმისათვის რომ შეაფასოთ მოზარდი გოგონებში მენსტრუაციული ფუნქციის უპირველეს ყოვლისა უნდა შევისწავლოთ ანამნეზი, კერძოდ ყურადღება გავამახვილოთ შემდეგ მონაცემებზე:

- მენარხეს ასაკი;
- მენსტრუაციის რითმი/სიხშირე – რამდენ დღეში ერთხელ აქვს მენსტრუაცია?
- მენსტრუალური სისხლდენის ხანგრძლივობა

- მენსტრუალური გამონადენის რაოდენობა (ჭარბი კოლტებით, ზომიერი ან მცირე ლაქოვანი)
- მტკივნეულობა მენსტრუაციის დროს

და მიესცეთ მას რეკომენდაცია და ვასწავლოთ თუ როგორ აწარმოოს მენსტრუაციული კალენდარი

ხოლო საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მქონე მოზარდი გოგონების შეფასება უნდა მოხდეს შემდეგნაირად:

- უნდა განვიხილოთ მათი ანამნეზური მონაცემები – რამდენ ხანში ერთხელ იცვლის საფენს, აქვს თუ არა სისხლიანი გამონადენი კოლტებით, სისუსტე და თავბრუსხვევა?
- შევაფასოთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები – არტერიული წნევის და პულსის სიხშირის დადგენა

თუ საფენის გამოცვლა ხდება საათში ერთხელ ან უფრო ხშირად და/ან სისხლიანი გამონადენი არის კოლტებით, აღინიშნება სისუსტე და თავბრუსხვევა, არტერიული წნევის დაქვეითება და პულსის აჩქარება, სისხლდენა ფასდება როგორც ძლიერი და მოითხოვს სასწრაფო ჩარევას. ასეთ შემთხვევაში რეფერალი უნდა განხორციელდეს სტაციონარში რეპროდუქტოლოგთან ან გინეკოლოგთან. ხოლო თუ სისხლდენა არ ფასდება ძლიერად, მაშინ რეფერალი უმჯობესია რეპროდუქტოლოგთან ან გინეკოლოგთან.

კლინიკური სიმპტომები, რომლებიც მიუთითებენ შესაძლო რეპროდუქციულ (გინეკოლოგიურ-ენდოკრინოლოგიურ) პათოლოგიაზე	
მენსტრუალური ციკლის დარღვევა და/ან ჭარბი თმიანობა და/ან სეზორეა-აკნე და/ან ფერადი სტრიები და/ან ჭარბი წონა/სიმსუქნე (მოზარდებში);	ყველა შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს რეფერალი რეპროდუქტოლოგი ან გინეკოლოგ-ენდოკრინოლოგი
ჩამორჩენა სქესობრივ განვითარებაში, მენარხეს დაგვიანება (მოზარდებში);	
ნაადრევი სქესობრივი განვითარება (ბავშვებში).	

მოზარდებში ბოლო პერიოდში განსაკუთრებით გახშირდა ისეთი პრობლემები, როგორიცაა მენსტრუალური ციკლის დარღვევები და პათოლოგიური გამოწვევები; ღამის უნებლიე შარდვა (ენურეზი), ფსიქო-ემოციური სფეროს პრობლემები და ა.შ., რომელთა გამომწვევი მიზეზები ორგანიზმის სერიოზულ პათოლოგიებთან არის კავშირში - ჰორმონული დარღვევები, ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიები, სასქესო სისტემის პათოლოგიები და ა.შ.

4.4 რეპროდუქციული სისტემის განვითარების დარღვევები

4.4.1 ტერნერის სინდრომი

ტერნერის სინდრომი არის გენეტიკური დაავადება, რომელიც ვლინდება მხოლოდ გოგონებში. ის მოქმედებს გოგონების ნორმალურ ზრდასა და საკვერცხეების ნორმალურ განვითარებაზე. მან აგრეთვე შეიძლება გამოიწვიოს თირკმელების, გულის და სხვა ორგანოების მხრივ პრობლემები.

აღნიშნული სინდრომი კლინიკურად ვლინდება შემდეგნაირად: ტანდაბლობა. „კვადრატული ფორმის“ გულმკერდი, ტერფების და მტევნების შეშუპება, კისერზე ფრთისებრი ნაოჭები, შორს მდებარე ძუძუს დვრილები.

გოგონებს ტერნერის სინდრომით არ აქვთ ნორმალურად განვითარებული საკვერცხეები, არ ხდება მათი სქესობრივი ნიშნების ნორმალური განვითარება. ახასიათებთ სარძევე ჯირკვლების განუვითარებლობა. ასევე აღინიშნება გონებრივი განვითარების შეფერხება, მენტალური დარღვევები. ასევე მულტიორგანული დარღვევები, მაგალითად: გულის დაავადებები, თირკმლის ან ღვიძლის დაავადებები, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები, სმენის დაკარგვა და ყურის ინფექციები, მხედველობის დარღვევები.

4.4.2 ტესტიკულური ფემინიზაცია (ანდროგენრეზისტენტობის სინდრომი)

ტესტიკულური ფემინიზაცია წარმოადგენს პათოლოგიას, როცა გარეგანი სასქესო ორგანოებისა და მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარება არის ქალური ტიპით, მამაკაცის სასქესო ჯირკვლების არსებობა, საშვილოსნოს არარსებობა, სასქესო ქრომატინი უარყოფითია, კარიოტიპი 46, XY. ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია გამოვლინდეს მასკულინიზაციის ნიშნები: სარძევე ჯირკვლების განვითარების უკმარისობა, ხმის უხეში ტემბრი, კლიტორის ჰიპერტროფიითა.

4.4.3 მიუღერის აპლაზია (საშვილოსნოს და საშოს არარსებობა)

მიუღერის აპლაზია წარმოადგენს სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიას. ამ დროს აღინიშნება სასქესო არხის ამა თუ იმ ნაწილის გამავლობის არარსებობა. გინარტრეზიების დროს, სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, ყოველთვიურად აღინიშნება ტკივილები მუცლის ქვედა მიდამოში, მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების ფონზე არ ვლინდება ხილული მენსტრუაცია ანუ აღინიშნება კრიპტომენორეა – ფარული (ცრუ) მენსტრუაცია.

4.4.4 კლაინფელტერის სინდრომი

კლაინფელტერის სინდრომი გენეტიკური დაავადება, რომლის დროსაც მამრობითი სქესის ბავშვს აქვს ზედმეტი X ქრომოსომა. კლაინფელტერის სინდრომი საკმაოდ ხშირია. კლაინფელტერის სინდრომი აზიანებს სათესლე ჯირკვლების ზრდის პროცესს, რაც იწვევს მცირე ზომის ჯირკვლების ჩამოყალიბებას. მცირე ზომის ჯირკვლის გამო, ნაკლებია ჰორმონი ტესტოსტერონი. სინდრომის დროს ასევე გვხვდება კუნთის შემცირებული მასა, თმის ნაკლები დაქვეითება თავსა და ტანზე, გადიდებული მკერდი. კლაინფელტერის სინდრომის ეფექტები მრავალრგვარია და განსხვავდება პაციენტებს შორის. კლაინფელტერის სინდრომი ხშირად მოზრდილობამდე არ ვლინდება. დაავადებული მამაკაცების უმეტესობა ვერ წარმოქმნის ან მცირე რაოდენობით წარმოქმნის სპერმას. რეპროდუქციული პროცედურების საშუალებით შესაძლებელია ზოგიერთ მათგანში შვილოსნობის გამოწვევა.

4.4.5 კრიპტორქიზმი

კრიპტორქიზმი არის სათესლე პარკში ცალი ან ორივე ჯირკვლის ჩამოუსვლელობა. იგი თანდაყოლილი დაავადებაა, რომელსაც უმეტესად ქირურგიული გზით მკურნალობენ. აუცილებელია დროული ქირურგიული ჩარევა.

4.4.6 პეირონის დაავადება

პეირონის დაავადება, რომელიც ხასიათდება მამაკაცის სასქესო ორგანოს გამრუდებით. დადგენილია, რომ მამაკაცების 3%-ს თანდაყოლილი აქვს სხვადასხვა სირთულის პეირონის დაავადება.

4.4.7 საკვერცხის პოლიკისტოზური სინდრომი

პოლიკისტოზური საკვერცხის სინდრომი არის ხშირი ენდოკრინოპათია, რომელიც ხასიათდება ოლიგო-ოვულაციით, ანოვულაციით, ანდროგენების სიჭარბის სიმპტომებით, დამრავალი მცირე საკვერცხის ცისტით. ეს სიმპტომები განსხვავებულია ინდივიდუალიზმიდან გამომდინარე. პოლიკისტოზური საკვერცხის სინდრომი იწვევს შემდეგ სიმპტომებს: არარეგულარულ მენსტრუალურ ციკლი, ჰირსუტიზმი, აკნე, ალოპეცია, უნაყოფობა, მეტაბოლური დარღვევები, ლიპიდური პროფილის დარღვევა, გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევა და სიმსუქნე.

4.4.8 საკვერცხის სიმსივნეები მოზარდებში

საკვერცხის ცისტა (იგივე კისტა) არის საკვერცხეში სითხის დაგროვება, რომელიც გარემოცულია თხელი გარსით. საკვერცხის ნებისმიერი ფოლიკულა, რომელიც ზომით 2 სმ-ს აღემატება – საკვერცხის ცისტაა. გვხვდება მარცვლისოდენა ცისტები, ან უფრო მოზრდილიც, რომელიც შეგვიძლია ზომით ფორთოხალს შევადაროთ. ცისტების უმრავლესობა კეთილთვისებიანია. ცისტები ხშირად მოზარდებს უვითარდებათ.

მაგალითები ფიზიკური და სქესობრივი განვითარების შეფასებით მიღებული კლინიკური მონაცემების გამოყენება სქესობრივი განვითარების თანდაყოლილი დარღვევების (ანომალიების) სავარაუდო დიაგნოზის დასასმელად

	სიმპტომები	სავარაუდო დიაგნოზი	რეფერალი
ფენოტიპურ გოგონებში	ნორმალური სიმაღლე, კარგად განვითარებული სარძევე ჯირკვლების ფონზე სასქესო თმის არარსებობა ან სიმწირე, მენარხეს არარსებობა, ანამნეზში ხშირად საზარდულის თიაქარი.	ტესტიკულური ფემინიზაცია (ანდროგენ-რეზისტენტობის სინდრომი)	რეპროდუქტოლოგი
	ზრდაში ჩამორჩენა და ზრდის დაბალი ტემპი ბავშვებში და მოზარდებში, ფართე კისერი ან ფრთისებური ნაოჭები კისერზე, სქესობრივი განვითარების არარსებობა ან ჩამორჩენა.	ტერნერის სინდრომი	რეპროდუქტოლოგი ან ენდოკრინოლოგი

	ნორმალური სიმაღლე, კარგად განვითარებული სარძევე ჯირკვლების ფონზე სასქესო თმის არარსებობა ან სიმწირე, მენარხეს არარსებობა, ანამნეზში ხშირად საზარდულის თიაქარი.	ტესტიკულური ფემინიზაცია (ანდრო-გენრეზისტენტობის სინდრომი)	რეპროდუქტოლოგი
	ნორმალური სიმაღლე, კარგად განვითარებული სარძევე ჯირკვლების და მეორადი სასქესო თმის ფონზე (3-4 წელზე მეტი სქესობრივი განვითარების დაწყებიდან) მენსტრუაციის არარსებობა.	მიუღერის აპლაზია (საშვილოსნოს და საშოს არარსებობა)	რეპროდუქტოლოგი ან გინეკოლოგი
	ნორმალური სქესობრივი და ფიზიკური განვითარება (2,5 წელი სარძევე ჯირკვლების ზრდის დაწყებიდან), ძლიერი ტკივილი მენჯის და/ან მუცლის არეში, რომელიც პერიოდულად ძლიერდება (დაახლოებით თვეში ერთხელ) და დინამიკაში მწვავედება	საშოს განივი ტიხარი ან საშოს ქვემო მესამედის ატრეზია ან არაპერფორირებული (ხერელის გარეშე) საქალწულე აპკი	რეპროდუქტოლოგი ან გინეკოლოგი (სტაციონარი)

ფენოტიპურ ვაჟებში	მოზარდებში ევნუქოიდური აღნაგობა (მაღალი, გრძელი კიდურებით), ქალური ტიპის თმიანობა ბოქვენზე (სამკუთხედის ზემოთ მიმართული ფუძე), სხეულზე მწირი თმიანობა, მცირე ზომის პენისი და ტესტიკულები, გინეკომასტია.	კლაინფელტერის სინდრომი	რეპროდუქტოლოგი ან ანდროლოგი
	მოზარდებში და ბავშვებში ტესტიკულების ცალმხრივი ან ორმხრივი არარსებობა სათესლე პარკში.	კრიპტორქიზმი	უროლოგი

მოზარდებში საყურადღებო კლინიკური გამოვლინებები, როგორიცაა: ესთეტიკური პრობლემები, აკნე, კომედონები, სებორეა, ფორიანი კანი, ჭარბთმიანობა გოგონებში, ჰიპერჰიდროზი, კვებითი დარღვევები - ჭარბი წონა, ანორექსია განხილული იქნება შემდეგ თავებში

დამატებითი ლიტერატურა

მენსტრუალური ციკლის დარღვევა მოზარდებში

ტატიანა პავლოვა-გრინფილდი და მარგარეტ ჯ. ბლისი

შესავალი

წინამდებარე თავში განხილულია: (1) ნორმალური მენსტრუალური ციკლი; (2) მენსტრუაციის წინა პერიოდის დარღვევები და დისმენორეა; (3) მენსტრუალური ციკლის და მენსტრუალური სისხლდენის ცვლილებები; (4) საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომი და (5) საკვერცხის სიმსივნე. აღნიშნული დარღვევების განხილვა, კონკრეტულ შემთხვევებთან და მიდგომებთან ერთად, იძლევა დეტალურ სახელმძღვანელო მითითებებს მოზარდებში მენსტრუალური დარღვევების მართვის და რეკომენდებული მკურნალობისთვის.

ნორმალური მენსტრუალური ციკლი

მენსტრუაცია, ანუ მენზესი, წარმოადგენს საშვილოსნოს შიდა ფიზიოლოგიურ სისხლდენას, რომელიც უნდა იყოს რეგულარული თითოეული ინდივიდის შემთხვევაში და განსხვავდებოდეს მხოლოდ ციკლის ინტერვალში. პირველი მენსტრუაცია, ანუ მენარქე, ჩვეულებრივ, ჩნდება ორ წელიწადში მომწიფების დაწყებიდან (1-3 წლის საზღვრებში). მენარქეს წინ უძღვის მკერდის განვითარება (ტელარქე), სიმალეში სწრაფი ზრდა და ბოქვენის თმების გაჩენა (ადრენარქე). ჩვეულებრივ ტელარქე ჩნდება პირველი, მაგრამ ადრენარქე შეიძლება აღმოჩნდეს პირველი სიმალეში სწრაფ ზრდასთან ერთდ, ჩვეულებრივ, მომწიფების ადრეულ ეტაპზე. მენარქე წამოადგენს მთავარ მოვლენას ქალის მომწიფებაში. აშშ-ში მენარქე, როგორც წესი, ჩნდება გოგონებში 9-დან 16 წლამდე, საშუალოდ 12,5 წლის ასაკში. მენარქეს ასაკი დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე. დავასახელებთ მათ მცირე ნაწილს, როგორიცაა კვება, სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი, წონა, მემკვიდრეობითობა და რასა. გასული საუკუნის განმავლობაში მენარქეს ასაკი თანდათან შემცირდა და სხვადასხვა ჯგუფზე სხვადასხვანაირად იმოქმედა.

მენსტრუალური ინტერვალი განისაზღვრება როგორც დრო ორი ერთმანეთის მომდევნო მენსტრუალური სისხლდენის პირველ დღეებს შორის. ნორმალური ინტერვალია 28±7 დღე, თუმცა შეიძლება არ მოხდეს ამის ნორმალიზება 2-3 წლის განმავლობაში მენსტრუაციის დაწყებიდან. მენსტრუალური პერიოდი, ჩვეულებრივ, გრძელდება არაუმეტეს 7 დღისა საშუალო სისხლდენით 2-4 დღის განმავლობაში.

სისხლის დანაკარგი, საშუალოდ, არ აღემატება 80 მლ-ს ანუ, დაახლოებით, სუფრის 5 კოვზს თითოეული ციკლის განმავლობაში. ცვლილება ნორმალურ მენსტრუალურ ციკლსა და მენსტრუალურ სისხლდენაში ან ძლიერი ტკივილები თუ დისფორია შეიძლება იყოს ანომალური, ამიტომ საჭიროა ამის გამოკვლევა და სათანადო მკურნალობა.

პრემენსტრუალური მდგომარეობები მოზარდებში

განმარტებები

პრემენსტრუალური სინდრომი (პმს) წარმოადგენს სიმპტომების ჯგუფს, რომლებიც მეორდება ციკლურად პრემენსტრუალურ ინტერვალში, წყდება მენსტრუალური სისხლდენისას, რომელსაც მოჰყვება სიმპტომებისგან თავისუფალი პოსტმენსტრუალური ინტერვალის.

პრემენსტრუალური დისფორიული დარღვევა წარმოადგენს დარღვევას, რომლის დროსაც გარკვეული სიმპტომები რეგულარულად მეორდება კვირის განმავლობაში სისხლდენის დაწყებამდე ან მენსტრუალური ციკლის ლუტეინური ფაზის განმავლობაში და მეორდება ყოველი ციკლის წინ ერთი წელზე მეტი ხნის განმავლობაში. სიმპტომებია მკვეთრად დეპრესიული ხასიათი, აგზნება, ემოციური არასტაბილურობა, ინტერესის და რაიმე მოქმედების განხორციელების შემცირებული სურვილი. სიმპტომები ციკლურია და იწყებს გაქრობას მენსტრუაციის დაწყებისას და სრულიად ქრება მენსტრუაციიდან ერთი კვირის შემდეგ.

ეპიდემიოლოგია

ქალების, დაახლოებით, 75-95%-ს აღენიშნება ამა თუ იმ სახის პრემენსტრუალური სიმპტომები. რეპროდუქციული ასაკის ქალების 13% აღნიშნავს შრომის შესუსტებულ ეფექტიანობას, ხოლო 17% ირჩევს მკურნალობას პრემენსტრუალური სიმპტომების მოხსნის მიზნით. პრემენსტრუალური სიმპტომები შეიძლება გამოვლინდეს მოზარდობის პერიოდში, მენარქიდან პირველი ერთი წლის განმავლობაშიც კი. პრემენსტრუალური დისფორიული დარღვევა უნდა განიხილებოდეს როგორც არსებული, როცა სიმპტომები იმდენად მწვავეა, რომ შეუძლია გამოიწვიოს პროდუქტიულობის შესუსტება, სკოლის გაცდენა, სასკოლო აქტივობებისგან თავის არიდება და შრომის ეფექტიანობის შემცირება. სიმპტომები შეიძლება დამძიმდეს ასაკთან ერთად. რეპროდუქციული ასაკის ქალების მხოლოდ 3-5% განიცდის პრემენსტრუალურ სიმპტომებს, რომლებიც აკმაყოფილებენ პრემენსტრუალური დისფორიული დარღვევის კრიტერიუმებს.

ეტიოლოგია

პრემენსტრუალური მდგომარეობების ეტიოლოგია კვლავაც უცნობია. ესტროგენ-პროგესტერონის დისბალანსი ისევე, როგორც ბეტა-ენდორფინები და ნეირომედიატორების, როგორიცაა გამა-ზეთოვანი მჟავა და სეროტონინი,

განიხილება მთავარ მოქმედ ელემენტად პრემენსტრუალური პირობების მექანიზმში.

დიაგნოზი და დიფერენციური დიაგნოზი

პრემენსტრუალური დისფორიული დარღვევის კრიტერიუმები მოითხოვს, რომ სახეზე იყოს 4-5 ან მეტი სიმპტომი და მათ ჰქონდეს ციკლური სახე: მოწყენილობის, უიმედობის ან საკუთარი თავის ღირსების ნაკლებობის განცდა; დაძაბულობის, აგზნების ან „ზღვარზე ყოფნის“ გრძნობა; ხასიათის საგრძნობი გაუარესება, რასაც ემატება ხშირი ტირილი; მუდმივი გაღიზიანების, სიბრაზის გრძნობა და შიდა კონფლიქტის მომატებული დონე; ინტერესის შემცირება ნებისმიერი სახის მოქმედებისადმი და სოციალური ურთიერთობების თავის არიდება. სხვა აღმოჩენილი სიმპტომები თუ შედეგები წარმოადგენს სუიციდალურ აზრებს, კუნთების მომეტებულ დაძაბულობას, სახსრების და კუნთების ტკივილს ან უჩნდებათ გასივების ან შეშუპების გრძნობა. ლიტერატურაში მოყვანილია 60-ზე მეტი სხვადასხვა შკალა/კითხვარი, რომლებიც ზომავს თითქმის ორასს ნიშანს და სიმპტომს. არ არსებობს რაიმე დამტკიცებული დიაგნოსტიკური ტესტი ან პროცედურა. დიაგნოზამდე შეიძლება მიგვიყვანოს სიმპტომების ციკლურობის მტკიცებულებამ, სულ ცოტა, ორი თანმიმდევრული თვის განმავლობაში. პრემენსტრუალური დისფორიული დარღვევა უნდა განვასხვავოთ პრემენსტრუალური სინდრომებისგან, დეპრესიისგან თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევისგან.

დისმენორეა

განსაზღვრება

პირველადი დისმენორეა წარმოადგენს მტკივნეულ მენსტრუალურ სისხლდენას მენჯისგამოკვეთილიპათოლოგიისგარეშე; ყველაზეჩვეულებრივიტიპიამოზარდებსა და ახალგაზრდა 20 წლამდე ასაკის ქალებში. მეორადი დისმენორეა წარმოადგენს მტკივნეულ მენსტრუალურ სისხლდენას მენჯის ზოგიერთი გამოკვეთილი მეორადი პათოლოგიით. დისმენორეა დაკავშირებულია მწვავე ტკივილებთან მუცლის ქვედა ნაწილში, რომელსაც ხშირად ახლავს სხვა სიმპტომებიც, რომლებშიც შეიძლება შედიოდეს თავის ტკივილი, გულისრევის გრძნობა, გულისრევა, ფაღარათი, ოფლიანობა და კუნთების ტკივილი, რასაც ადგილი აქვს მენსტრუაციამდე და მის განმავლობაში.

ეპიდემიოლოგია

სავარაუდოდ ყველა ასაკის ქალების 75-95%-ს გამოცდილი აქვს დისმენორეა მენსტრუალური ციკლისას. მწვავე დისმენორეა აღენიშნება ზემოხსენებული ქალების 10%-ს, რასაც შედეგად მოყვება სკოლის და სამუშაო დღეების ხშირი გაცდენა. პირველადი დისმენორეა მიუთითებს ოვულაციური მენსტრუალური ციკლის დაწყებაზე მოზარდებში. დისმენორეასთან დაკავშირებულმა მემკვიდრეობითმა ისტორიამ შეიძლება შეძლოს დახმარება დიაგნოზის დასმაში.

ექილოგია

პირველადი დისმენორეის მიზეზის ყველაზე პოპულარული თეორია მოიცავს პროსტაგლანდინის გაზრდილ გამომუშავებას, კერძოდ ეს ეხება F-2-ალფას, რასაც შედეგად მოჰყვება საშვილოსნოს შეკუმშვა და საშვილოსნოს შიდა წნევის წარმოქმნა. მეორადი დისმენორეა წარმოადგენს მენჯის მდგომარეობის და/ან პათოლოგიური პროცესის შედეგს. მეორადი დისმენორეა შეიძლება შეცდომით მიღებული იქნეს პირველად დისმენორეად. ბოლო ათწლეულის მანძილზე განსაკუთრებული ყურადღება იქნა მიპყრობილი მოზარდებში ენდომეტრიოზის ადრეულ დიაგნოსტიკებაზე სხვა დიაგნოზებთან ერთად.

გამოკვლევა და მართვა

დისმენორეის მართვა მოზარდებში დგინდება მისი მიზეზის გათვალისწინებით. პირველადი დისმენორეის მქონე მოზარდებმა წარმატებით გაიარეს მკურნალობა, კომბინირებული ჰორმონალური აბებით თუ სალბუნებით. არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლები, განსაკუთრებით პროსტაგლანდინის სინტეტაზის ინჰიბიტორები, შეიძლება გამოყენებული იქნეს მარტო ან კომბინაციაში კომბინირებულ ჰორმონალურ პროდუქტებთან (სურ. 28-1). სხვა ცვლილებები შეიძლება მოიცავდეს ვარჯიშს, რელაქსაციის ტექნიკას, ვიტამინებს და ნატრიუმის დაბალი შემცველობის მქონე საკვებს. მეორადი დისმენორეის მკურნალობა მოზარდებში მიმართული უნდა იქნეს მენჯის გამოკვეთილი პათოლოგიის ან მდგომარეობის დადგენისა და მკურნალობისკენ.

განსაკუთრებული პირობები მეორადი დისმენორეის მქონე მოზარდებში

ენდომეტრიოზი

ენდომეტრიოზი განისაზღვრება როგორც ფუნქიური ენდომეტროიდული ჯირკვლების და სტრომის არსებობა საშვილოსნოში ნორმალური ანატომიური ადგილის მიღმა. ენდომეტრიოზს შეუძლია მნიშვნელოვანი ფუნქციური შესუსტების გამოწვევა მაშინ, როცა კრიტიკულია ყურადღება აკადემიური მოსწრების და სამუშაო გამოცდილების მიმართ. ენდომეტრიის კლინიკურ გამოვლინებების მოზარდებში შეიძლება მოიცავდეს აციკლურ ტკივილს, კუჭ-ნაწლავურ სიმპტომებს და არარეგულარულ სისხლდენას საშვილოსნოდან.

ცხრილი 28-1

დისმენორეის დიფერენციული დიაგნოსტიკა

სისტემა	ჩვეულებრივი შესაძლო ეტიოლოგია
რეპროდუქციული ორგანოები	ენდომეტრიოზი; სასქესო გზების განვითარების ნაკლი და/ან გაუვალობა; მიტელშმერცის საკვერცხის კისტა; მენჯის ანთებითი დაავადება (მწვავე ან ქრონიკული); მენჯის სეროზიტი; პოსტოპერაციული შეხორცებები.
კუჭ-ნაწლავი	შეკრულობა; გალიზიანებული მსხვილი ნაწლავი; საკვების აუტანლობა; ინფექციები; მსხვილი ნაწლავის ანთებითი დაავადება.
საშარდე სისტემა	ინფექცია; თანდაყოლილი/შეძენილი გაუვალობა.
კუნთები და ჩონჩხი	დისკის დაავადება/გამრუდება; ანთება; სიმსივნე.
ფსიქოსომატური	სტრესული მოტეხილობა - ბოქვენის ძვალი, ხერხემლის მალეების

უფროსებისგან განსხვავებით მოზარდებში მენჯის შემოწმება შეიძლება რთული იყოს და მოგვცეს მხოლოდ შეზღუდული ინფორმაცია. თუმცა მაშინაც კი, როცა მენჯის შემოწმება წარმატებითაა ჩატარებული, ის უმეტესად ნორმალურია ენდომეტრიოზის მქონე მოზარდებში. ენდომეტრიოზი და დაავადების გართულებული ფორმები ძალიან იშვიათია მოზარდებში. ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკისთვის ოქროს სტანდარტს წარმოადგენს უშუალო დათვალიერება ლაპარასკოპიის ან ლაპაროტომიის დროს. ლაპარასკოპია ტარდება არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო ნაწილებით მკურნალობის და მას შემდეგ, რაც უშედეგოდ იქნება ნაცადი კომბინირებული ჰრომონალური მეთოდი. მენჯის ქრონიკული ტკივილების მქონე მოზარდების

კვლევებში ენდომეტრიოზი დადასტურდა მოზარდების 25-38.3%-ში, რომლებმაც ჩაიტარეს ლაპარასკოპია. სხვა კვლევებში ენდომეტრიოზის დიაგნოზი დაუდასტურდა მენჯის ტკივილების მქონე იმ მოზარდების 69.6-73%-ს, რომლებსაც ჩაუტარდა სკრინინგი არაგინეკოლოგიური დარღვევების გამო და რომლებშიც არავითარი შედეგი არ ქონდა არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო აბების და ორალური კონტრაცეპტივების კომბინაციის გამოყენებას. დადგენილია ენდომეტრიოზის ორი შემთხვევა, როცა დიაგნოზის დასმა მოხერხდა ერთი თვის შემდეგ მენარქედან.

მიდგომა მკურნალობისადმი მოცემულია სურათში 28-1. მკურნალობის მიზნებია სიმპტომების კონტროლი, შემდგომი განვითარების პრევენცია და ნაყოფიერების შენარჩუნება არაქირურგიული მიდგომის გამოყენებით ენდომეტრიოზის მქონე მოზარდებში, როცა კი ეს შესაძლებელი იქნება. არ არსებობს რაიმე მონაცემები ენდომეტრიოზის უკან დახევის შესახებ იმ მოზარდებში, რომლებმაც გაიარეს კომბინირებული მკურნალობა ჰორმონების მეთოდით და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლებით. დეპო-მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი მკურნალობა 4-12 კვირის განმავლობაში ეფექტიანი აღმოჩნდა ენდომეტრიოზის სიმპტომების მქონე მოზარდებში, რომლებზეც არავითარი შედეგი არ გამოიღო ორალურმა კონტრაცეპტივებმა და არასტეროიდულმა ანთების საწინააღმდეგო წამლებმა და უფრო ეფექტიანი, ვიდრე ორალური კონტრაცეპტივების კომბინაცია დანაზოლთან. ქირურგიული ჩარევა აღმოჩნდა ეფექტიანი ენდომეტრიოზის დიაგნოზის მქონე პაციენტების სხვადასხვა რაოდენობისთვის (38-100%). უფროსებისგან განსხვავებით მოზარდებში არ უნდა გამოიყენებოდეს რადიკალური ქირურგია. არც ისე იშვიათია ენდომეტრიოზის გამეორება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ. დადგენილია ენდომეტრიოზის და მიუღერის ობსტრუქციული ანომალიების თანაარსებობის მაღალი მაჩვენებელი.

სხვა მდგომარეობები

მენჯის შეხორცებები, სქესობრივად გადამდები დაავადებები (გონორეა, ქლამიდია, სხვა ინფექციები) ან საშვილოსნოს შიდა კონტრაცეპტივები შეიძლება აღმოჩნდეს მენჯის ტკივილის მიზეზი სქესობრივად აქტიურ მოზარდებში. იგივე შეიძლება ითქვას წარსულში ჩატარებულ ოპერაციებზე ან პირობებზე, რომლებიც წარმოიქმნება მუცლის ღრუში არსებული შეხორცებების შედეგად.

ცერვიკალური სტენოზიც შეიძლება გახდეს ტკივილების მიზეზი, თუ სახეზეა შემცირებული მენსტრუალური სისხლდენა. დიაგნოზი დასტურდება, როცა შეუძლებელია წვრილი, რამდენიმე მილიმეტრის დიამეტრის მქონე, ზონდის გატარება საშვილოსნოს ყელის საშვილოსნოს ღრუსთან შეერთების ადგილას. მენჯში შეგუბების (ჰიპერემიის) სინდრომი იშვიათი შემთხვევაა, რომლის შემთხვევაშიც მენჯის ტკივილი გამოწვეულია სისხლძარღვების არასწორი განვითარებით. უცნობი წარმოშობის განმეორებადი ტკივილი ან დისკომფორტი შეიძლება წარმოიშვას ციკლთაშორის (ოვულაციით გამოწვეული ტკივილი). უწყვეტი და ზოგჯერ ძალიან

მწვავე ტკივილი შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წუთს ან საათსაც კი და შეიძლება შენარჩუნდეს 2-3 დღის განმავლობაშიც კი ციკლებს შორის. დიაგნოზის დასმა შეიძლება მენსტრუალური კალენდარის გამოყენებით. მოზარდებს სათანადოდ უნდა განემარტოს ეს მოვლენა. არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლები, გამოყენებული ჰორმონების კომბინირებულ მეთოდთან ერთად თუ მის გარეშე, საკმაოდ კარგია. არაგინეკოლოგიური მიზეზები, როგორიცაა შეკრულობა და გაღიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომი, უნდა მოწესრიგდეს მოზარდებში და განსაკუთრებით მაშინ, როცა მოზარდს აწუხებს მენჯის ტკივილი და/ან დისმენორეა.

ცვლილებები მენსტრუალურ ციკლში

ამენორეა, ოლიგომენორეა, ჰიპომენორეა, არარეგულარული მენსტრუაცია

არარეგულარული მენსტრუალური სისხლდენა წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე ხშირ პრობლემას მოზარდებისთვის, მათი ოჯახებისა და პედიატრებისთვის. „როდის უნდა გამოჩნდეს პირველი მენსტრუაცია? რატომ არა აქვს მოზარდს მენსტრუაცია ჯერ?“ - ეს ის კითხვებია, რომლებიც ყველაზე ხშირად ჩნდება მომწიფების პირველ ნიშნებთან ერთად. არარეგულარული მენსტრუაცია, რაც განიხილება ანომალურად რეპროდუქციული ასაკის მქონე უფროს ქალებში, შეიძლება ნორმალურად ჩაითვალოს მენარქედან პირველი ორი წლის განმავლობაში. ასეთი შემთხვევათა მოზარდებში უმეტესად გვხვდება არარეგულარული ანოვულაციური მენსტრუაცია. მეორეს მხრივ, ადრეული არარეგულარული მენსტრუაცია ან მენარქეს არარსებობა მოზარდებში შეიძლება წარმოადგენდეს კვების არადიაგნოსტირებული დარღვევის ან ისეთი ქრონიკული დაავადებების შედეგს, როგორიცაა მსხვილი ნაწლავის ანთება ან ენდოკრინული დარღვევა, მაგალითად პოლიკისტოზური საკვერცხეების სინდრომი. ყველა ამ დარღვევას შეუძლია ზემოქმედება როგორც საერთო, ასევე რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე.

პირადრეულ და სწორ დიაგნოზს მომწიფების პერიოდში შეუძლია დიდი დახმარების განევა არა მხოლოდ მომავალი რეპროდუქციული და სქესობრივი ფუნქციებისთვის, არამედ ზოგადად ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობისთვის.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმის როლი დიდია ამ შემთხვევაში. მან მოზარდს და მისი ოჯახის წევრებს უნდა სათანადოდ განუმარტოს, რას ნიშნავს მომწიფება და მენსტრუაცია. მენსტრუაციის არარეგულარობის მიზეზის ცოდნა აუცილებლად დაეხმარება მოზარდს განსაზღვროს, როდის დაიწყოს შესაბამისი გამოკვლევა და მკურნალობა და/ან როდის მიმართოს სპეციალისტს.

ეტიოლოგია

ზოგიერთ შემთხვევაში ამენორეის მიზეზი შეიძლება არ იყოს დადგენილი. პირველადი ან მეორადი ამენორეის შემთხვევათა უმრავლესობა დგინდება ან მიზეზით ან ფუნქციური თუ სტრუქტურული დარღვევის დონის მიხედვით. ჰიპოგონადოტროპული ან ჰიპერგონადოტროპული განეკუთვნება ფოლიკულო-

მასტიმულირებელი და მალუთენიზებელი ჰორმონების დაბალ ან მაღალ დონეებს და მიგვითითებს ამენორეის ეტიოლოგიაზე. ჰიპოგონადიზმი განეკუთვნება საკვერცხის ფუნქციას და მიუთითებს ესტრადიოლის დაბალ დონეზე.

გამოკვლევა

საერთო და მომნიშვნის პერიოდის დეტალური ისტორია, ფრთხილი გამოკვლევა და კავშირი კლინიკურ შედეგებსა და ინდივიდუალური პაციენტის ქრონოლოგიურ ასაკს შორის უმთავრესი ნაბიჯებია, რომლებიც უნდა გადადგას პირველადი ჯანდაცვის ექიმმა. ამგვარად შეიძლება თავიდან იქნეს აცილებული ამენორეის მქონე მოზარდი გოგონების ძვირადღირებული და ზოგჯერ არასააჭირო გამოკვლევა.

ნაბიჯი 1. ამენორეის ფსიქოლოგიური მიზეზების გამორიცხვა მოზარდებში: მოზარდი შეიძლება პუბერტატის ძალიან ადრეულ საფეხურზე ჰქონდეს მენარქე (პუბერტატი ადრეული პუბერტატი). მომნიშვნის მთავარი მოვლენების თანმიმდევრობა უნდა იყოს ქრონოლოგიის ასაკის მიხედვით შემდეგი: მკერდის განვითარება, სწრაფი ზრდა და ბოქვენის თმების გაჩენა, შემდეგ მენსტრუაცია. ზოგიერთი მოზარდს ბოქვენის თმა უჩნდება მკერდის განვითარებაზე, ზრდასა და მენსტრუაციაზე ადრე. პირველადი ამენორეის დიაგნოზის მქონე ნებისმიერი ახალგაზრდა პაციენტის კვლევისას, თავდაპირველ შეფასებაში აუცილებლად უნდა შედიოდეს პაციენტის დაწვრილებითი ისტორია - დაბადების თარიღი, ოჯახური, სამედიცინო, სოციალური ისტორიები და, ასევე, ფიზიკური შემოწმებები, რომლებითაც შეფასებული იქნა პუბერტატის დონე და მეორადი სქესობრივი მახასიათებლების მდგომარეობა. მომნიშვნისას ფიზიოლოგიური ამენორეა ფიზიოლოგიური პროცესია და გოგონები ამ ასაკში არ საჭიროებენ ანალიზებსა თუ სამედიცინო ჩარევას.

ნაბიჯი 2. მოზარდი შეიძლება ორსულად იყოს: მენარქეს არარსებობამ და სქესობრივი აქტიურობის უარყოფამ მომნიშვნის პერიოდში მყოფი მოზარდების მხრიდან არ უნდა შეაკავოს პედიატრი ორსულობაზე შარდის ანალიზის ჩატარებისგან. აუცილებელია ორსულობის, როგორც მეორადი და, იშვიათ შემთხვევებში, პირველადი ამენორეის მიზეზის გამორიცხვა მოზარდებში. ორსულობაზე შარდის ანალიზი დადებით პასუხს იძლევა ორსულობის ან იმპლანტაციის პირველი 7-10 დღის შემდეგ ან 1-2 კვირაში მენსტრუაციის გადაცდენილი ვადიდან.

ნაბიჯი 3. შეიძლება არ არსებობდეს მენსტრუალური ნაკადის გამტარი ტრაქტი: პედიატრმა გარეთა გენიტალიის სანყისი ან განმეორებითი შემოწმება უნდა ჩაატაროს, სულ ცოტა, მომნიშვნის პერიოდში, მენსტრუაციის დაწყებამდე. თუ აღმოჩნდება შეხორცებული საქალწულე აპკი, ეს შეიძლება მიუთითებდეს ვაგინის, საშვილოსნოს ყელის და საშვილოსნოს სხვა თანდაყოლილ ანომალიებზე, ამ პათოლოგიას ეწოდება მიუღერის ანომალიები. საქალწულე აპკის არსებობა და მისი გახსნილი მდგომარეობა, რაც დგინდება პატარა ბამბის ჩხირიანი ზონდით, ვერ გამორიცხავს სხვა ვაგინალურ ანომალიებს, როგორცაა განივი ტიხარი, ვაგინის

ზედა ნაწილის აგენეზია ან საშვილოსნოს ანომალიები, მაგალითად საშვილოსნოს აგენეზია. მენჯის მაგნიტურ-რეზონანსული ვიზუალიზაცია საუკეთესოდ აფასებს რეპროდუქციული სისტემის ანატომიას და გამორიცხავს თანდაყოლილ ანომალიებს.

ნაბიჯი 4. მოზარდი ძალიან დიდი სტრესის ქვეშაა, ძალიან გამხდარია ან ძალიან მსუქანი: აუცილებელია ინფორმაციის მოპოვება ოჯახის, სკოლის, სოციალური მდგომარეობის და კვების შესახებ. ასევე საჭიროა მოზარდის ფიზიკური აქტივობის და ბოლო პერიოდის წონების გაგება, თუ პაციენტს აღენიშნება ამენორეა ან არარეგულარული მენსტრუაცია. სხეულის მასის ინდექსის წარმოდგენა შეიძლება საუკეთესო გასაღები აღმოჩნდეს. სხეულის მასის $<15\%$ და $>85\%$ მაჩვენებლების მქონე მოზარდები ექცევიან რისკის ქვეშ მენსტრუაციასთან დაკავშირებით. პირველადი ან მეორადი ამენორეა შეიძლება წარმოადგენდეს კვების დარღვევის, დეპრესიის, ნარკოტიკების მოხმარების, ფიზიკური/სქესობრივი ძალადობის და/ან სხვა ფსიქოლოგიურ მდგომარეობის სიმპტომს, რომელიც ზეგავლენას ახდენს მოზარდზე.

ნაბიჯი 5. მოზარდი იძულებით ვარჯიშობს, შეჯიბრებში მონაწილე ათლეტია ან პროფესიონალი მოცეკვავე ან მოციგურავე: უნდა ხაზგასმით აღინიშნოს კვების, ვარჯიშის და ბოლო პერიოდის წონის საკითხები. პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს კვების დარღვევის სიმპტომები ქალების ათლეტური ტრიადის (არასწორი კვება, ამენორეა და ძვლის ქსოვილის მინერალების სიმჭიდროვე) სინდრომთან ერთად. სპორტის ისეთ სახეობებს, რომლებიც მოითხოვს სხეულის მცირე წონას, ფაქტორების კომბინაციას, რომელშიც შედის ინტენსიური ვარჯიში, კალორიების მცირე რაოდენობა, ფსიქიკური სტრესი და გენეტიკური ფაქტორები, შეიძლება მოჰყვეს „ენერგიისგან დაცლა“ და ჰიპოტალამური დისფუნქცია.

ნაბიჯი 6. მოზარდს შეიძლება ჰქონდეს ქრომოსომული დარღვევა: ტერნერიის სინდრომი და ტესტიკულარული ფემინიზაცია ამენორეის ის გენეტიკური მიზეზებია, რომლებიც ყველაზე ხშირად გვხვდება მოზარდებში და შეიძლება მათი დიაგნოსტიკა ვერ მოხდეს მენარქეს დადგომამდე მომწიფების პერიოდში.

ნაბიჯი 7. მოზარდს აქვს ენდორკინული დარღვევების ნიშნები და სიმპტომები: განსაკუთრებით, როცა სახეზეა გათმინება (ქალებში), აკნე, აკანტოკერატოდერმია, სითხის გამოყოფა სარძევე ჯირკვლებიდან, კვანძოვანი ჩიყვი (გადიდებული) და/ან კლიტორომეგალია. ფარისებრი ჯირკვლის დარღვევები, პროლაქტინომა ან ჰიპერანდროგენია უკავშირდება ამენორეას, ოლიგომენორეას და არარეგულარულ მენსტრუაციას მოზარდებში.

ნაბიჯი 8. მოზარდს აქვს ადრე დასმული დიაგნოზი ან დიაგნოზდაუსმელი ქრონიკული მიზეზი ან დაავადება, რომელიც მოითხოვს მკურნალობას და ჩარევას: მოზარდობის და ბავშვობის პერიოდში სახეზეა მთელი რიგი ქრონიკული დაავადებების და მიზეზების. მაგალითად, ჰემოთერაპიას და/ან მენჯის დასხივებას შეიძლება დიდი გავლენა ჰქონდეს ნორმალურ მომწიფებაზე და მენსტრუაციაზე.

დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან, მენორაგია, მეტრორაგია

გაჭიანურებული, მძიმე და უხვი მენსტრუაციის შემთხვევაში აუცილებელია ექიმთან კონსულტაცია. მოზარდებში საშვილოსნოდან ძლიერი სისხლდენის ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს წარმოადგენს ანოვულარული დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან ცვლილებებით სისხლდენის ფორმებში.

საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის კლასიფიკაცია

საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენა იყოფა ორ ძირითად კატეგორიად: ანოვულარული და ოვულარული. საშვილოსნოდან ანოვულარული დისფუნქციური სისხლდენა უფრო გავრცელებულია მოზარდებში (90%) და, ჩვეულებრივ, ხდება პირველი ორი წლის განმავლობაში მენარქეს შემდეგ. ანოვალის ხარისხის და მასთან დაკავშირებული კლინიკური შედეგების გათვალისწინებით საშვილოსნოდან ანოვულარული დისფუნქციური სისხლდენა იყოფა კიდევ ქვეჯგუფებად: სუსტი, საშუალო და ძლიერი. თუ ეს ხდება მენსტრუაციის დაწყებიდან პირველი ორი წლის განმავლობაში, მაშინ საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენა უკავშირდება ანოვულაციას, გამომდინარე მენსტრუალური ციკლის რეგულირების ნაკლებობიდან ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის-საკვერცხეების დონეზე.

გამოკვლევა

უხვ, ხანგრძლივ და არარეგულარულ მენსტრუაციას შეიძლება ახლდეს აგზნება, შიში და უკმაყოფილება პაციენტში და მის ოჯახში. ზოგიერთ შემთხვევაში დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვამ შეიძლება გამოიწვიოს ძლიერი ანემია და ჰემოდინამიური არასტაბილურობა და საჭირო გახადოს დაუყოვნებელი ჩარევა, ჰოსპიტალიზაციის ჩათვლით. პირველადი დახმარების ექიმმა შეიძლება წამოიწყოს ხანგრძლივი, უხვი და არარეგულარული მენსტრუაციის გამოკვლევა და მართვა მოზარდებში. დეტალური ისტორია და ფიზიკური შემოწმება წარმოადგენს პირველ ნაბიჯს სათანადო მკურნალობისკენ. გათვალისწინეთ შემდეგი რჩევები, გამოიყენეთ რუტინული მიდგომა უხვი და არარეგულარული მენსტრუაციის მქონე მოზარდის გამოკვლევის და მართვის მიმართ.

საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის და მასთან დაკავშირებული დარღვევების განსაზღვრება

დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან
ხანგრძლივი, უხვი (>8 დღეზე), არარეგულარული (<21 დღეზე), უმტკივნეულო სისხლდენა საშვილოსნოდან, როცა არ არსებობს საშვილოსნოს რაიმე სხვა პათოლოგია.
მენორაგია
უხვი და ხანგრძლივი სისხლდენა საშვილოსნოდან, რომელიც ხდება რეგულარული ინტერვალით (>21 დღეზე, <42 დღეზე).

მეტრორგია

მენსტრუაციათა შორისი არარეგულარული სისხლდენა რეგულარულ პერიოდებს შორის (>21 დღეზე, <42 დღეზე).

პოლიმენორეა

ხშირი რეგულარული ან არარეგულარული სისხლდენა ინტერვალით <21 დღეზე.

საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომი

მოზარდებში ამენორეის ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს წარმოადგენს საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომი. არარეგულარული მენსტრუაცია, მეორადი ამენორეა, გათმიანება და სპეციფიური მორფოლოგიური ცვლილებები საკვერცხეებში აღწერილი იქნა 1935 წელს სტეინის და ლევენტალის მიერ, როგორც საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომი.

განსაზღვრება

საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომი წარმოადგენს სინდრომს და არა კლინიკური დიაგნოზს, რადგან არ არსებობს არც ერთი საკმარისი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი. საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომი საერთო მეტაბოლური და ენდოკრინული დარღვევის ნაწილია, ისეთი ძირითადი ნიშნებით, როგორიცაა რეზისტენტულობა ინსულის მიმართ, რასაც მივყავართ ჰიპერინსულინემიასთან, რომელიც მოქმედებს საკვერცხეების ფუნქციაზე, სადაც იწყება ზედმეტი ანდროგენების და გონადოტროფინის ანომალური გამოყოფა.

1990 წელს ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის კონფერენციაზე განისაზღვრა კლინიკური კრიტერიუმები საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომის დიაგნოსტიკისთვის, როგორც ქრონიკული ანოვულაცია და ანდროგენების ჭარბი რაოდენობა და მეტი არავითარი მიზეზი. 2003 წელს ჩატარებულ სემინარზე გამოითქვა აზრი, რომ საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომის დიაგნოზი დაისვას შემდეგი სამი კრიტერიუმიდან ორის არსებობის შემთხვევაში: ოლიგომენორეა და/ან ანოვულაცია, ჰიპერანდროგენიზმის კლინიკური ან ბიოქიმიური ნიშნები და პოლიკისტოზური საკვერცხეების ულტრაბგერითი დადგენა. კლინიკურად აღიარებული იქნა, რომ ზოგიერთ პოლიკისტოზური საკვერცხეების და მათი დისფუნქციის მტკიცებულებების მქონე ქალს არ გააჩნია ჭარბი ანდროგენების კლინიკური მტკიცებულება ან ჰიპერანდროგენიზმის და პოლიკისტოზური საკვერცხეების მქონე ქალებს შეიძლება ჰქონდეთ სრულიად ნორმალური ოვულაციის ფუნქცია.

ეპიდემიოლოგია

როგორც ყველაზე გავრცელებული ენდოკრინული დარღვევა ქალებში, საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომი აქვს რეპროდუქციული ასაკის ქალების,

ალბათ, 4-10%-ს. კავკასიური და აფრიკული წარმოშობის ქალებს შორის არ არსებობს რაიმე ხელშესახები განსხვავება.

ეტიოლოგია და პათოფიზიოლოგია

კვლევების შვიდ დეკადაზე მეტი ხნის შემდეგ საკვერცხეების პოლიკისტოზური სინდრომის ეტიოლოგია და პათოფიზიოლოგია კვლავაც ბოლომდე ამოუცნობია.

საკვერცხის სიმსივნეები მოზარდებში

არარეგულარული მენსტრუაცია, ნაადრევი მენარქე მუხლის ტკივილებით თუ მის გარეშე და/ან სიმსივნური წრმონაქმნი მცირე მენჯში შეიძლება იყოს საკვერცხის კეთილთვისებიანი და/ან ავთვისებიანი დარღვევის მიზეზი მოზარდებში. თუმცა საკვერცხეების სიმსივნეები ძირითადად გვხვდება რეპროდუქციული და პოსტმენსტრუალური ასაკის ქალებში, საკვერცხის კეთილთვისებიანი თუ ავთვისებიანი სიმსივნეები, ასევე, შეიძლება განვითარდეს მოზარდებშიც.

საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნეები და მათი ნიშნები მოზარდებში

უჯრედების წარმოშობა/ სიმსივნის ტიპი	სიმსივნის ნიშნები
სასქესო უჯრედის ავთვისებიანობა	
დისგერმინომა	ალფა-ფეტოპროტეინი (AFP)
ქორიოქარცინომა	შრავი HCG
ემბრიონის შერეული სიმსივნე	დეჰიდროგენეზის ლაქტატი (LDH)
საკვერცხის გერმინოგენული სიმსივნე	
მარცვლოვან-უჯრედული სიმსივნეები ახალგაზრდებში	მომატებული ესტროგენი
სტეროლის უჯრედების სიმსივნე	მომატებული ესტრაგონი და/ან პროუესტერონი ან ტესტოსტერონი
სტეროლი-ლეიდინგის სიმსივნე	მომატებული ტესტოსტერონი

საკვერცხის კეთილთვისებიანი კისტები/სიმსივნეები

1. **საკვერცხის ფოლიკულური კისტები** საკვერცხის კისტების ყველაზე დამახასიათებელი ტიპია მომნიშვნის დასაწყისიდან მოზარდობის მთელი პერიოდისთვის. არარეგულარულმა მენსტრუაციამ, მუცლის ტკივილმა და/ან სიმსივნურმა წრმონაქმნმა მცირე მენჯში უნდა პედიატრი უნდა დააფიქროს საკვერცხის დაზიანებაზე. საკვერცხის ფოლიკულური კისტა გვხვდება ჯანმრთელი მოზარდების 12.2%-ში, ამ სახის კისტების უმრავლესობა გაიწოვება 3 თვეში ყოველგვარი ქირურგიული თუ ჰორმონალური მკურნალობის გარეშე. ავთვისებიანი ტრანსფორმაცია

იშვიათია, მაგრამ მაინც შეიძლება განვითარდეს 4.4%-ში.

2. **დერმოიდული კისტა ანუ კისტოზური ტერატომა** ძალიან გავრცელებულია ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდა ქალებში. დერმოიდული კისტის წარმოშობის ისტორიის გათვალისწინებით (ექტო-, მეზო- და ენდოდერმული ქსოვილის არსებობა) სიმსივნეში შეიძლება აღმოჩნდეს თმის, კბილის, ძვლის და კანის ფრაგმენტები. კლინიკური სურათი, ჩვეულებრივ, ასიმპტომატურია, გარდა უნილატერალური (60%) და ბილატერალური (10.8%) მასების არსებობის შემთხვევებისა. თუ სახეზეა დიდი ზომის სიმსივნე, მუცლის მწვავე ტკივილი, გულისრევის შეგრძნება და გულისრევა. ეს შეიძლება მიუთითებდეს საკვერცხის გადაგრეხაზე მტკიცებულ ადგილას. გარდა ამისა, საკვერცხის სიმსივნე შეიძლება გასკდეს.
3. **საკვერცხის ფიბრომა** წარმოადგენს საკვერცხის კეთილთვისებიან სიმსივნეს უჯრედული წარმონაქმნებით საკვერცხის გერმინოგენული სიმსივნით. სიმსივნე იშვიათია და შეადგენს საკვერცხეების ყველაწიერი კისტების 1-3%, ჩვეულებრივ, გამოიყურება როგორც უნილატერალური და ასიმპტომური სიმსივნური წარმონაქმნი მცირე მენჯში. ყველასათვის უცნობი მიზეზით, რატომღაც მარცხენა საკვერცხე უფრო ზიანდება ხოლმე. ეს სიმსივნე შეიძლება ასოცირდებოდეს ძალიან იშვიათ მიზეზთან, რომელსაც ეწოდება მეიგის სინდრომი (მაგ., მუცლის ღრუს წყლული, საკვერცხის სიმსივნე, ჰიდროტორაქსი) ან ფსევდო-მეიგის სინდრომი (მხოლოდ მუცლის ღრუს წყლული).
4. **სეროზული ცისტადენომა** წარმოადგენს საკვერცხის ეპითელური წარმოშობის კეთილთვისებიან სიმსივნეს, რომელიც, ჩვეულებრივ, არის უნილატერალური და ასიმპტომური. სეროზული ცისტადენომა შეიძლება გაჩნდეს ბავშვებში, მაგრამ, ჩვეულებრივ, იგი ჩნდება რეპროდუქციული ასაკის ქალებში. ზომაში მომატების შემდეგ შეიძლება გაჩნდეს ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა ტკივილი მუცლის და მენჯის არეში მუცლის მოცულობის ზრდასთან ერთად. სეროზული ცისტადენომის დიაგნოსტიკება შეიძლება ულტრაბგერითი გამოკვლევით, თუმცა რეკომენდებულია მაგნიტურ-რეზონანსული ვიზუალიზაცია, რადგან მას აქვს მაღალი მგრძნობელობა და არსებობს მისი ავთვისებიან სიმსივნეში გადაზრდის საშუალება.
5. **ენდომეტრიომა** წარმოადგენს საკვერცხის ძალიან იშვიათ ენდომეტრიული წარმოშობის სიმსივნეს, რომელიც ჩნდება უნილატერალურად მენოპაუზის ასაკის ქალებში. ასევე ცნობილია მისი შემთხვევები მოზარდებში.

საკვერცხის ავთვისებიანი ნეოპლაზმა მოზარდებში

საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნე იშვიათია ბავშვებსა და მოზარდებში და შეადგენენ ბავშვებში გავრცელებული სიმსივნეების 1%-ზე ნაკლებს. საკვერცხის კიბოს რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს მემკვიდრეობითი დატვირთვა და ადრეული მომნიშვნის პერიოდი.

საკვერცხის სასქესო უჯრედის ავთვისებიანი სიმსივნე

სასქესო უჯრედის ავთვისებიანი სიმსივნე ძალიან იშვიათია (საკვერცხის ყველა ტიპის სიმსივნეთა მხოლოდ 5%) და შეიძლება განვითარდეს ბავშვებსა და მოზარდებშიც. გონადური მდებარეობა ექსტრაგონადურთან შედარებით ითვლება მოზარდებში უფრო გავრცელებულად და კარგ პროგნოზს უკავშირდება. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ორი კატეგორიის მეტასტაზებს - პულმონარულს და არაპულმონარულს. სტადიურობასა და ქიმიოთერაპიაზე დაფუძნებული ქირურგია წარმოადგენს თერაპიულ არჩევანს.

ძირითადი საკითხები

- განაყოფიერება სქესობრივი ურთიერთობის თანამდევი პროცესია
- ორსულობა უნიკალური ურთიერთობაა დედასა და ნაყოფს შორის
- რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ადამიანის უფლებაა, ისევე როგორც განათლება და პიროვნული განვითარება
- მოზარდთა ორსულობას თან სდევს პრობლემათა მთელი ჯაჭვი, რომელიც ცვლის როგორც თავად მოზარდის, ასევე მისი ახლობლების ცხოვრებასაც
- აბორტის შემდგომი გართულება ქალების 50%-ში იწვევს უშვილობას
- არასასურველი და არადროული ორსულობის თავიდან აცილება სასურველია მოხდეს ჩასახვისსაწინააღმდეგი მეთოდების საშუალებით
- კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდი სასურველი ორსულობისაგან თავის დაცვის უნივერსალური საშუალებაა

5.1 მოზარდთა ორსულობა



ორსულობა სამყაროს ყველაზე დიდი საოცრებაა. თუმცა ორსულობა უნდა იყოს სასურველი და დაგეგმილი.

ყოველწლიურად მსოფლიოში ორსულდება დაახლოებით 16 მილიონი მოზარდი დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში. მშობიარობასა და ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებები 15-19 წლის გოგონათა გარდაცვალების მიზეზთა შორის მეორე ადგილს იკავებს. ყოველწლიურად დაახლოებით 3 მილიონი გოგონა იკეთებს აბორტს არასამედიცინო პირობებში.¹

როგორც საქართველოში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა: 15-29 წლის ახალგაზრდების

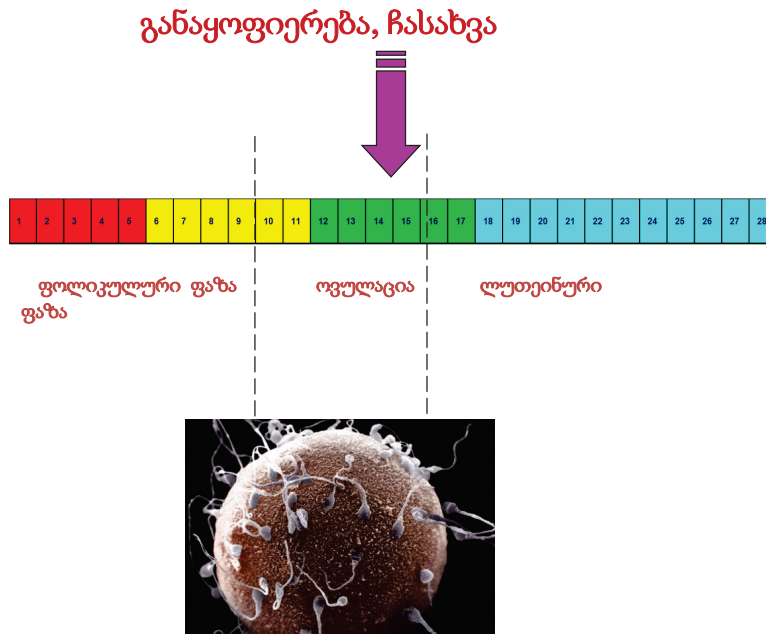
1 WHO. 2015. Adolescent pregnancy. Fact sheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>

39.3% ფიქრობს, რომ ორსულობა უსაფრთხოა „19 წლამდე“, მაშინ, როცა 34.3%-მა არ იცის, უსაფრთხოა თუ არა, ხოლო 26.4%-ს სჯერა, რომ არ არის უსაფრთხო. საქართველოს მოქალაქე ქალებს შორის პირველი ორსულობის საშუალო ასაკია 20; შობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნება 20-24 წლის და 25-29 წლის ასაკში, რაც შეადგენს შობადობის მთლიანი მაჩვენებლის შესაბამისად 36%-ს და 29%-ს. ხოლო მოზარდების მშობიარობის პროპორციული წილი 2010 წელს 13.7%-ს შეადგენდა. ეს მაჩვენებელი 2012 წელს 11.3%-მდე შემცირდა.²

5.1.1 განაყოფიერება

განაყოფიერება სქესობრივი ურთიერთობის თანამდევი პროცესია. განაყოფიერება მენსტრუაციული ციკლის ფაზების შესაბამისად ხდება ოვულაციის პერიოდში.

განაყოფიერება შესაძლებელია მხოლოდ ოვულატორული ციკლის არსებობისას.



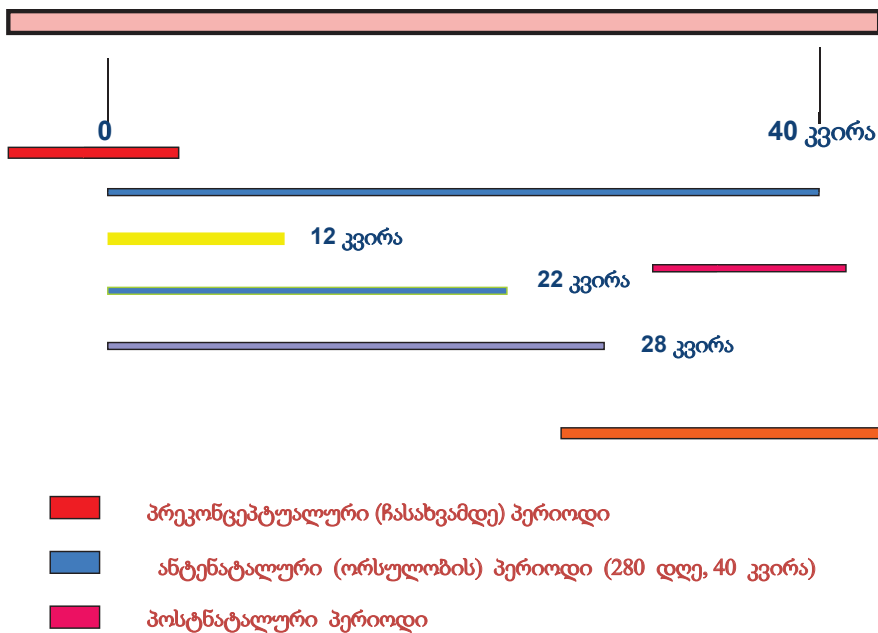
გესტაციური პერიოდის

ორსულობა უნიკალური კოოპერაციაა დედასა და ნაყოფს შორის. ორსულობის ადრეული ნიშნები და სიმპტომებია: გამოტოვებული თვიური, გულისრევა და პირღებინება, ხშირი შარდვა, მკერდის სისავსე და გაღიზიანება, დაღლილობა, მადის ცვალებადობა. მუცლის ზრდა, წონაში დაკლება ან მომატება, ზურგისა და თავის

² რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული სტატისტიკური მონაცემები

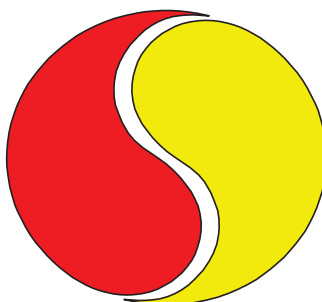
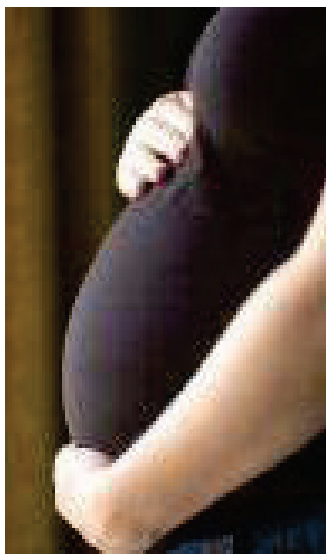
ტკივილები, ნაყოფის მოძრაობა, ორსულის გამომეტყველება და მადის გაძლიერება ასევე ითვლება ორსულობის ნიშნებად.

პლაცენტის საშუალებით დედასა და ნაყოფს შორის ხდება კავშირის დამყარება. პლაცენტა უპირველესად, ჟანგბადითა და საკვები ნივთიერებებით ამარაგებს ნაყოფს და მისგან ნახშირორჟანგი და მეტაბოლიზმის პროდუქტები გამოაქვს. გარდა ამისა, ასრულებს შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლის ფუნქციას, რომელიც ყველა ჩვენთვის ნაცნობ და ორსულობის მიმდინარეობისთვის საჭირო ჰორმონს – პროგესტერონს, ქორიონულ გონადოტროპინს, კორტიკოსტეროიდებს, ესტროგენებს, ანდროიდებს, პლაცენტურ ლაქტოგენს, პროლაქტინს – გამოიმუშავებს. დაბოლოს, უზრუნველყოფს ნაყოფის იმუნურ დაცვას. ასე რომ, პლაცენტაზე, მის ნორმალურ ფუნქციობაზე მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული ორსულობის მიმდინარეობა.



რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ადამიანის უფლებაა, ისევე როგორც განათლება და პიროვნული განვითარება. ადამიანებს უნდა შეეძლოთ თავად განსაზღვრონ შვილების რაოდენობა, მათი დაბადების დრო და ინტერვალები. აუცილებელია, რომ გოგონებს ჰქონდეთ არჩევანის უფლება მიიღონ განათლება და დაგეგმონ თავიანთი მომავალი.

მოზარდთა ორსულობების უმრავლესობა არასასურველია. მოზარდთა ორსულობას თან სდევს პრობლემათა მთელი ჯაჭვი, რომელიც ცვლის როგორც თავად მოზარდის, ასევე მისი ახლობლების ცხოვრებასაც. რაც უფრო ახალგაზრდაა მომავალი დედა, მით უფრო მაღალია ორსულობისა და მშობიარობის გართულებათა რისკი და დაავადების განვითარების ალბათობა როგორც დედის, ასევე შვილისათვის.



მოზარდთა ორსულობისთვის უმთავრეს რისკს წარმოადგენს დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ასევე განათლების დაბალი დონე და მარგინალიზაცია. მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ კულტურული ტრადიციები და არასწორი შეხედულებები კონტრაცეფციის შესახებ.

ადრეულ ასაკში ორსულობა მოიცავს მთელ რიგ რისკებს: პრენატალური ზრუნვის ნაკლები ხელმისაწვდომობა, არასაკმარისი კვება, ვიტამინების (ფოლატების) ნაკლებობა, ჰიპერტენზია. ადრეულ ასაკში ასევე მაღალია რისკი მშობიარობის გართულების, მაგალითად მშობიარობა შეიძლება გართულდეს ნაყოფის გამოსვლისთვის მექანიკური დაბრკოლების არსებობის შედეგად. ასევე მაღალია ალბათობა ნაყოფის დაბალი წონა დაბადებისას და ადრეული მშობიარობის. როგორც წესი ნაადრევ ორსულობას თან ახლავს შედეგად სკოლის დატოვება და საზოგადოებისაგან გარიყვა.

„ინტერვენციებმა, მათ შორის ისეთებმა, რომლებიც მიმართულია კონტრაცეფციასთან დაკავშირებით მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებისაკენ, ასევე განათლებისა და კონტრაცეფციის პროპაგანდირების კომბინაციამ, შეამცირეს დაუგეგმავი ორსულობა საშუალო და გრძელვადიანი პერიოდებში.“

ორმოცდაერთი რანდომიზირებული კონტროლირებული ექსპერიმენტი

Oringanje C, Cochrane library, 2009

1.2 აბორტი, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემა

მსოფლიოში ყოველწლიურად დაახლოებით 22 მილიონი საფრთხის შემცველი აბორტი ხორციელდება, აქედან თითქმის ყველა დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. შესაბამისად ყოველწლიურად 66 500 ქალი კვდება საფრთხის შემცველი აბორტის შედეგად.

საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, აბორტი უნდა ჩატარდეს ორსულობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, ჯანდაცვის სპეციალიზებული პროფესიონალის მიერ, ხოლო 12 კვირიდან 22 კვირის ჩათვლით ორსულობის შეწყვეტა ხდება სამედიცინო ან სოციალური ჩვენებით. ამრიგად, აბორტი არის ორსულობის ნაადრევი შეწყვეტა და საშვილოსნოდან ნაყოფის გამოძევება ორსულობის 22 კვირის შესრულებამდე.

როგორც 2010 წელს საქართველოში ჩატარებულ მარეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ აჩვენა, რომ რეგისტრირებულ აბორტებს შორის თითქმის ნახევარი (47.7%) მოდის 15-29 წლის ქალებზე, ხოლო 30 წელზე უმცროს ქალებს შორის აბორტების საერთო რაოდენობიდან 10% 15-19 წლის ქალებზე მოდის.³

აბორტის შემდგომი გართულება ქალების 50%-ში იწვევს უშვილობას, ხოლო შემთხვევათა 30% შემთხვევაში შესაძლებელია განვითარდეს სიცოცხლისათვის საშიში აბორტის შემდგომი გართულებები. განსაკუთრებით მაღალია ასეთი გართულებების სიხშირე 15-19 წლის პაციენტებში. ამ ასაკში გართულებების სიხშირე 2.5-ჯერ აღემატება გართულებებს უფროს ასაკში.

რისკები მინიმალიზდება თუ აბორტი უსაფრთხოდ ტარდება. თუმცა აბორტის შედეგად მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: ინფექცია, არასრული აბორტი, თირკმლის უკმარისობა, ტრავმა, სისხლდენა და ანემია, უნაყოფობა და ასევე დედის სიკვდილი.

5.2.1 მოზარდების კონსულტირება აბორტის შესახებ

იმ ორსულ მოზარდს, ვინც აბორტის გაკეთებაზე ფიქრობს, მიაწოდეთ დაბალანსებული, პატივისცემაზე დამყარებული ინფორმაცია. კერძოდ, მოზარდებისთვის კონსულტაციების ჩატარებისას უნდა გავითვალისწინოთ შემდეგი:

- გამოყავით დრო შეხვედრისთვის.
- ჩამოაყალიბეთ ჩარჩო: დაიცავით კონფიდენციალურობა, არ განსაჯოთ, გამოიყენეთ მარტივი სიტყვები.

³ „ინტერვენციებმა, მათ შორის ისეთებმა, რომლებიც მიმართულია კონტრაცეფციასთან დაკავშირებით მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებისაკენ, ასევე განათლებისა და კონტრაცეფციის პროპაგანდირების კომბინაციამ, შეამცირეს დაუგეგმავი ორსულობა საშუალო და გრძელვადიანი პერიოდებში.“
ორმოცდერთი რანდომიზირებული კონტროლირებული ექსპერიმენტი Oringanje C, Cochrane library, 2009

- შეაფასეთ მოზარდის ცოდნა ამ საკითხებზე და ის, თუ რას ფიქრობს იგი თავის სიტუაციაზე.
- განიხილეთ ორსულობის მხარდამჭერი და საწინააღმდეგო არგუმენტები აბორტთან შედარებით ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ასევე ფსიქოსოციალური შედეგების კუთხით.
- მოზარდის ნებართვით ჩართეთ დაინტერესებული მხარეები.

ნებისმიერი ზემოხსენებული სიტუაციის მართვაში ჩართეთ სამართლებრივი, ეთიკური და კულტურული ასპექტები.

კლინიკური ისტორია

15 1/2 წლის თინა მასწავლებელმა თქვენთან გამოაგზავნა; პირადი საუბრისას მან მასწავლებელს გაუზიარა, რომ იმავე ასაკის მეგობართან რამდენჯერმე ჰქონდა სქესობრივი კავშირი კონტრაცეფციის გარეშე. ის შიშობს, რომ შეიძლება დაორსულებულიყო.

თქვენს მიერ ჩატარებული ტესტი ორსულობაზე ნეგატიურია. თინას არ უნდა, რომ მისმა მეგობრებმა იცოდნენ ამის შესახებ: მამა აქტიურად არის ჩართული ადგილობრივ ქრისტიანულ თემში და უარყოფითად შეხვდება ქალიშვილის საქციელის გამო. თინა გეკითხებათ, ხომ არ შეიძლება, რომ კონტრაცეფციას მიმართოს; თქვენ ამჩნევთ, რომ ამ თემაში არ არის გარკვეული.

მასწავლებელი თინას აღწერს როგორც გონიერ და ძალიან დამოუკიდებელ გოგონას; მისი თქმით, მეგობრები მკაცრები არიან და თითქოს ძალადობასაც მიმართავენ, თუმცა ამის კონკრეტული მტკიცებულება არა აქვს.

აბორტის შესახებ კონსულტირებისას აუცილებლად გახსოვდეთ, რომ მოზარდი საჭიროებს გადაწყვეტილების მიღებას იმასთან დაკავშირებით, თუ: რა არის მართლაც **სასარგებლო** პაციენტისათვის და რა არის „**კარგი**“ პაციენტისათვის.

გახსოვდეთ, რომ კონსულტირება

- მიზნად ისახავს, დაიცვას პაციენტები ზიანისაგან და დაიცვას მათი ავტონომია.
- აქცენტს აკეთებს ჰიპოკრატეს პრინციპზე “**primum non nocere**” („პირველ რიგში არ ავნო“).
- საბოლოო მიზანია ნებისმიერ ინტერვენციასთან დაკავშირებული სარგებლის გაზრდა და რისკების მინიმუმამდე დაყვანა.
- მიაწოდეთ ინფორმაცია იმგვარად, რომ მოზარდს სრულად ესმოდეს განსახილველი საკითხები
- შეამოწმოთ, თუ რამდენად ესმის მოზარდს ეს საკითხები - სთხოვეთ მას, თავისი სიტყვებით მოგიტხროთ მისთვის გადაცემული ინფორმაცია

5.3 შობადობის რეგულაცია და კონტრაცეფცია

არასასურველი და არადროული ორსულობის თავიდან აცილება სასურველია მოხდეს ჩასახვისსაწინააღმდეგი მეთოდების საშუალებით, რადგანაც ჩასახვისსაწინააღმდეგი მეთოდები მათი დანიშნულების მიხედვით გამოყენებისას ნაკლებად საზიანოა ჯანმრთელობისათვის ვიდრე არასასურველი ორსულობის შეწყვეტა ინსტრუმენტული ხელოვნური აბორტის გზით.

ორსულობა

არასასურველი და
არადროული ორსულობა
თავიდან



არასასურველი ორსულობის
შეწყვეტა აბორტის გზით



5.3.1 კონტრაცეფციის მეთოდები

კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდი ფართოდ გამოიყენება არა სასურველი ორსულობისაგან თავის დასაცავად. კონტრაცეპტივები არის სხვადასხვა სახის: კონდომი, ორალური კონტრაცეფცია, გადაუღებელი კონტრაცეფცია ე.წ მეორე დილას მიღებული აბი, ვაგინალური რგოლი, ინექცია და საშვილოსნოსშიდა საშუალება.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, საქართველოში 15-19 წლის ასაკის ქალებში კონტრაცეპციაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების მაჩვენებელი 9-ჯერ ნაკლებია, ვიდრე 20 წელზე მეტი ასაკის ქალებში.

ამავე კვლევის მონაცემებით, 2000-2005 წლებში კონტრაცეპციაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების მაჩვენებელი 15-19 წლის ასაკის ქალებში 4.5%-ს, ხოლო 2005-2010 წლებში 5.5%-ს შეადგენდა. 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით.

კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება ხდება პიროვნების საჭიროების მიხედვით. მათ მიმართ ძირითადი მოთხოვნებია: საიმედოობა, შექცევადობა, კარგი ამტანობა, გამოყენების სიმარტივე, ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხოება, დამატებითი სამკურნალო ან პროფილაქტიკური ეფექტები.

კონტრაცეფციის გამოყენება ადრეულ რეპროდუქციულ ასაკში მოწოდებულია მაღალი საიმედოობის, სწრაფი შექცევადობის გამო. ამასთან კონტრაცეპტივების გამოყენების შეწყვეტა შესაძლებელია ნებისმიერ დროს. ზოგიერთ ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებას, მაგალითად ქალის დამამაკაცის კონდომს, შეუძლია დაცვა აივ/შიდს-ისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან.

5.3.2 ოჯახის დაგეგმვა

ოჯახის დაგეგმვის დაბალეფექტური მეთოდების მიეკუთვნება ბარიერული, სპერმიციდები, რიტმული ანუ ბიოლოგიური და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი.

ბიოლოგიური: კალენდარული მეთოდი, ტემპერატურული მეთოდი, მრავალკომპონენტიანი მეთოდი. გულისხმობს კალენდარის საშუალებით ოვულაციის პერიოდის გამოთვლას და ამ დროს სქესობრივი აქტისაგან თავის შეკავებას.

ბარიერული მეთოდები – (პრეზერვატივები, საცობი, დიაფრაგმა) ზღუდავს ქალის რეპროდუქციულ ორგანოში სპერმატოზოიდების მოხვედრის შანსებს.



სპერმიციდები: კონტრაცეფციის ქიმიურ მეთოდი, მათი მოქმედების მექანიზმი მდგომარეობს სპერმის ინაქტივაციაში და მათი საშვილოსნოში მოხვედრის შეფერხებაში.

5.3.3 ოჯახის დაგეგმვის მაღალფექტური მეთოდებს მიეკუთვნება: საინექციო პრეპარატები

ჰერპესის ოჯახის ვირუსები და მიკოპლაზმების ჯგუფი. ამჟამად ყველაზე გავრცელებული ინფექციებია სიფილისი, გონორეა, ქლამიდია, ტრიქომონიაზი, გენიტალური ჰერპესი და ადამიანის პაპილომაღვირუსული ინფექცია.

სგვ ინფექციები საქართველოში: სტატისტიკური მონაცემებით, ბოლო წლებში საქართველოში აღინიშნება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შემთხვევათა რაოდენობის მატება. შემთხვევათა ყველაზე დიდი რაოდენობით გამოირჩევა ტრიქომონიაზი, ქლამიდიოზი და სიფილისი, რომელთაც საშუალებები: იმპლანტები, აბები.

მითები კონტრაცეფციის შესახებ

მიზეზები კონტრაცეფციის გამოუყენებლობისთვის შეიძლება იყოს სხვადასხვა სახის, მაგალითად, კონტრაცეპტივების გამოყენება უჩვეულოა პირველი სქესობრივი კავშირის დროს: კონტრაცეფციის მეთოდის გამოუყენებლობის ძირითად მიზეზებად ხშირად დაორსულების სურვილი არის დასახელებული (69%) ან/და ის, რომ არ უფიქრიათ მეთოდის გამოყენებაზე (22%).

დაუქორწინებელი ქალებისთვის ძირითადი მიზეზთა შორის არის დაორსულების სურვილი.

სამწუხაროდ, ხშირად კონტრაცეპტივების შესახებ გავრცელებულია სხვადასხვა სახის მითები, მაგალითად, რომ კონტრაცეპტივების გამოყენება იწვევს გასუქებას, უნაყოფობას, ხოლო მიღებისას აუცილებელია შესვენება.

იმისათვის, რომ დავამსხვრიოთ მითები კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებით აუცილებელია სრულყოფილი და პროფესიონალური კონსულტირება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის შესახებ. კონსულტირების განხორციელება კი მხოლოდ შესაბამის სპეციალისტის ექიმს შეუძლია.

5.4 ნაადრევი ქორწინება და მოზარდთა ორსულობა

გაეროს მონაცემების მიხედვით, განვითარებად ქვეყნებში 15-19 წლის ასაკის გოგონებში გარდაცვალების წამყვანი მიზეზებია ორსულობისა და მშობიარობის გართულებები. გაეროს ბავშვთა ფონდის მონაცემებით, მსოფლიო მასშტაბით, ყოველ წელს 16 მილიონი მშობიარე მოზარდი გოგონათა შორის, დაახლოებით 90% უკვე დაქორწინებულია. ჩვეულებრივ, მკვდრაშობადობა და ახალშობილთა სიკვდილიანობა 50%-ით უფრო მაღალია 20 წლამდე ასაკის დედებში, ვიდრე ქალებში, რომელთა ასაკი აღემატება 20 წელს.

მოზარდთა და ახალგაზრდების ქორწინება გოგონებში უფლებების დარღვევად (ძალადობად) აღიარებულია შემდეგი მიზეზების გამო:

- შეზღუდულია განათლების მიღების შესაძლებლობა;
- შეზღუდულია პროფესიული და ცხოვრების უნარ-ჩვევების გაღრმავების შესაძლებლობა;
- მაღალია ადრეული ორსულობის, ბავშვის აღზრდის და დედობის რისკი, ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მოუმნიფებლობის გამო;
- იზრდება სქესობრივი ძალადობისა და აივ ინფექციის რისკი.

ნაადრევი დაქორწინების მიზეზი შეიძლება იყოს სხვადასხვა, მაგალითად

- ხშირად გოგონას თხოვდება, იმიტომ რომ საკუთარი მშობლებისგან ოჯახური სიბოროს ნაკლებობას გრძნობს და სურს, ამ გრძნობის კომპენსაცია საკუთარი ოჯახის შექმნით მოახდინოს;
- ახალგაზრდაზე მშობლები ხშირად გადამეტებულად ზრუნავენ. უფროსები მას აღიქვამენ და ექცევიან, როგორც პატარა ბავშვს. ოჯახის შექმნის მოთხოვნილებას ზოგიერთი მოზარდი ამგვარი მზრუნველობისგან გაქცევის სურვილით ხსნის;
- არსებობს ძლიერი ფიზიკური ლტოლვა, რომელსაც სიყვარული ჰგონიათ;
- ადრეულ ასაკში ოჯახის შექმნის არც თუ იშვიათი მიზეზია დაორსულება.

მითი და რეალობა

„16 წლის ვიყავი, როცა ვიქორწინე, გათხოვების შემდეგ სკოლიდან წამოვედი. მეთერთმეტე და მეთორმეტე კლასის გამოცდები ექსტერნად უკვე განქორწინების შემდეგ ჩავაბარე, ახლა უნივერსიტეტში ვსწავლობ, მეორე კურსზე ვარ“

ადრეული ქორწინება არის კავშირი ორ ადამიანს შორის, რომელთაგან ერთ-ერთი მაინც არის 18 წლის ასაკს ქვემოთ, ანუ ბავშვი. ხოლო ბავშვისათვის კი, განათლების შეწყვეტა პროფესიული თუ პიროვნული განვითარების შანსის წართმევის ტოლფასია. პრობლემა მწვავეა, გადაჭრის გზები კი კომპლექსურ მიდგომას გულისხმობს

ფსიქოლოგების განმარტებით, 16-დან 18 წლამდე მოზარდები ფიზიოლოგიურად არ არიან ჩამოყალიბებულები. ისინი ნაადრევ ასაკში ქორწინებით ჯანმრთელობის დაზიანებასთან ერთად ცხოვრებისეულ სირთულეებსაც აწყდებიან, რაც შემდგომში ხშირ შემთხვევაში განქორწინებას განაპირობებს.

5.4.1. საქართველოს კანონმდებლობა ნაადრევ ქორწინებასთან დაკავშირებით

ნაადრევი ქორწინება - სოციალური ინტეგრაციის შემაფერხებელი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა.

ძირითადი საკითხები

- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას
- სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებს აქვს უარყოფით გავლენა ახდენს სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე
- სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციები წარმოადგენენ საშვილოსნოსგარე ორსულობების, თვითნებური აბორტების, ნაადრევი მშობიარობების, ახალშობილთა პათოლოგიების განვითარების რისკ-ფაქტორებზე
- სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე ეჭვის შემთხვევაში დიაგნოტირება უნდა მოხდეს პროფესიონალის მიერ

6.1 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გავრცელება

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი) არის სხვადასხვა პათოგენებით გამოწვეული ინფექციების ჯგუფი, რომელიც კვლავ რჩება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემად.

ყოველწლიურად მსოფლიოში დაახლოებით 500 მილიონი ადამიანი ინფიცირდება სქესობრივი გზით გადამდები ოთხი მთავარი ინფექციიდან ერთ-ერთი ინფექციით (სიფილისი, გონორეა, ქლამიდია, ტრიქომონიაზი). საყურადღებოა, რომ ხშირად ეს ინფექციები ფარულად, სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობს, მაგრამ ამ შემთხვევაში ინფექცია მაინც შეიძლება იყოს გადამდები. სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებს აქვთ სერიოზული გავლენა სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე და წარმოადგენენ საშვილოსნოსგარე ორსულობების, თვითნებური აბორტების, ნაადრევი მშობიარობების, ახალშობილთა პათოლოგიების განვითარების რისკ-ფაქტორებს. ორსულ ქალებში არანამკურნალები სიფილისი ინვეს მკვდრადშობადობას შემთხვევათა 25%-ში და ნეონატალურ სიკვდილობას შემთხვევათა 14%-ში.¹

სგგი კაცობრიობის უძველესი სენია. მათ შესახებ ინფორმაცია ჯერ კიდევ ძველი ეგვიპტურ დოკუმენტებში, ჩინური გრაქტატებსა და ინდურ მითოლოგიაში

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/en/

მოიპოვება. თავისთავად ინფექციების გავრცელებას ხელს უწყობდა მოგზაურობები, ომები და ეპიდემიები.

სიფილისი (ათაშანგი, ლუესი), გონორეა (ტრიპერი, სუსუნატი), საზარდულის ლიმფოგრანულოზი და რბილი შანკრი უძველეს დაავადებებს მიეკუთვნება. ხოლო ბოლო ასწლეულის მანძილზე აღმოჩენილი იქნა ისეთი სსგ ინფექციები როგორიცაა მიკოზი, გონორეა, ტრიქომონიაზი, ჰეპატიტი B და C, HPV, ასევე გენიტალური ჰერპესი და აივ ინფექცია.



მაგალითად, 2015 წელს აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელებაში მნიშვნელოვანი ტენდენციები გამოიკვეთა. კერძოდ, 2015 წელს ახალი რეგისტრირებული აივ/შიდსის შემთხვევები გაიზარდა 27%-ით.²

6.2 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები

6.2.1 სიფილისი (გრძელვადიანი შედეგები / თანდაყოლილი სიფილისი)

სიფილისის სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციაა. მას ინვეზს ბაქტერია მკრთალი ტრეპონემა (*Treponema pallidum*). სიფილისის ადრეულ პერიოდში დიაგნოსტიკა თუ მოხდა ადვილი სამკურნალოა, თუ დიაგნოსტიკა და მკურნალობა დაგვიანებულია მას შეიძლება მძიმე შედეგები მოჰყვეს (მათ შორის სიკვდილი). სიფილისით ინფიცირებით რაოდენობა იზრდება ახალგაზრდა ასაკში.

2 <http://www.aidscenter.ge/>

სიფილისი გადაეცემა პირდაპირი კონტაქტით (სქესობრივი აქტის დროს), ვაგინალური, ანალური და ორალური სექსით. კონტაქტი უნდა მოხდეს სიფილისურ შანკრთან (კანის/ლორწოვანის დაზიანებული უბანი), რომელიც შეიძლება მდებარეობდეს საშოზე, ანუსის მიდამოში, ანუსში, პენისზე, შეიძლება მდებარეობდეს ტუჩებზეც კი. სიფილისით ინფიცირება შეიძლება მოხდეს ორსულიდან ნაყოფზეც (ასეთ გადაცემის გზას ვერტიკალური ჰქვია).

სიფილისი არ გადაეცემა: საერთო ტუალეტის და აბაზანის გამოყენებით, კარის სახელურით, საცურაო აუზებით, საერთო ტანსაცმლის და საერთო ნივთების ხმარებით.

პირველი სიმპტომები აღმოცენდება ინფიცირებიდან 10-90 დღეში. საშუალოდ სიფილისის ინკუბაციური პერიოდი 21 დღეა- ანუ ეს ის დროა, როცა ადამიანი ინფიცირებულია სიფილისით, მაგრამ პირველი სიმპტომები ჯერ არ გამოვლენილა.

სიფილისს ახასიათებს სხვადასხვა სტადიები: პირველადი, მეორადი, ლატენტური და მესამეული (მოგვიანებითი).

პირველადი სიფილისი

თავიდან პირველადი სიმპტომების სახით ჩნდება კანის/ლორწოვანი გარსის დაზიანება, დაზიანება შეიძლება იყოს ერთი ან მრავალი. მას ჰქვია სიფილისური შანკრი, ანუ სიფილისური წყლული. შანკრი ვითარდება ძირითადად იმ ადგილში, სადაც სიფილისის ბაქტერია შეიჭრა ორგანიზმში. ეს წყლული (შანკრი) **არ არის მტკივნეული, ამიტომ შეიძლება მისი არსებობა ადამიანმა და ვერც კი შეამჩნიოს.** წყლული არსებობს 3-6 კვირის განმავლობაში, შემდეგ ქრება, მიუხედავად იმისა მკურნალობა ჩატარდება თუ არა. პირველი ეტაპის დამთავრების შემდეგ თუ არ ჩატარდა ადექვატური მკურნალობა იწყება მეორადი სიფილისი, ანუ მეორე ეტაპი.

მეორადი სიფილისი

ამ პერიოდში კანზე ჩნდება გამონაყარი, ან პატარა წყლულები. ეს დაზიანებები ძირითადად ჩნდება პირის მიდამოში (ტუჩებზე), საშოს მიმდებარედ, ანუსთან. ასეთი დაზიანებები და გამონაყარი ჩნდება, მას შემდეგ რაც პირველადი სიფილისის შანკრი გაქრება. მისი გაქრობიდან რამოდენიმე კვირაში. გამონაყარი შეიძლება გაჩნდეს ხელის და ფეხის გულეებზეც, რომლებიც არ იწვევენ ქავილს აქვთ მონითალო, მოყავისფრო შეფერილობა. მსგავსი გამონაყარი შეიძლება ახასიათებდეს სხვა დაავადებებსაც, ამიტომ მხოლოდ ამით მსჯელობა სიფილისის შესახებ ძნელია.

კანის მშრალ ადგილებში გამონაყარი უფრო შესამჩნევი და დიდია, ხოლო ტენიან რეგიონებში (საზარდულის მიდამო, პირი, ილლიის მიდამო) გამონაყარი შეიძლება იმდენად სუსტი იყოს, რომ არ იყოს შესამჩნევი.

მეორადი სიფილისის სხვა სიმპტომები: ცხელება, ლიმფური კვანძების გადიდება, ყელის ტკივილი, ირეგულარულად თმის ცვენა, წონის დაკარგვა, თავის ტკივილი. დროთა განმავლობაში მეორე სტადიის სიმპტომებიც გაივლის, იმ შემთხვევაშიც თუ პაციენტი არ იქნა ნამკურნალევი. ამ ეტაპის შემდეგ მოდის ლატენტური და მოგვიანებითი პერიოდი.



ხელის გულზე გამოჩენილი მეორადი სიფილისის დროს

ლატენტური და მოგვიანებითი (მესამეული სიფილისი) პერიოდი

ლატენტური პერიოდი დგება მეორადი სიფილისის სიმპტომების გაქრობის შემდგომ და იმითაა გამოირჩეული, რომ ამ პერიოდში არანაირი სიმპტომი არ ვითარდება. ლატენტური ფაზა შეიძლება გაგრძელდეს წლების განმავლობაში.

მოგვიანებითი პერიოდი – იმ ადამიანების 15 %, რომლებიც არ იქნენ ნამკურნალევი სიფილისზე, უვითარდებათ სიფილისის მოგვიანებითი პერიოდი. ეს ეტაპი შეიძლება დადგეს 10-30 წლის განმავლობაში (პირველი ინფიცირებიდან). მოგვიანებითი ფაზის სიმპტომები მოიცავს:

- კუნთების კოორდინაციის შესუსტება
- პარალიზი
- პარესთეზიები (მგრძნობელობის დაკარგვა)
- სიბრმავე
- დემენცია (კოგნიტიური ცვლილებები, ახლოს დგას „სკლეროზთან“)
- ზიანდება შინაგანი ორგანოები
- ზიანდება ნერვები, თვალები, სისხლძარღვები, ძვლები, სახსრები

ასევე იწვევს სიკვდილს.

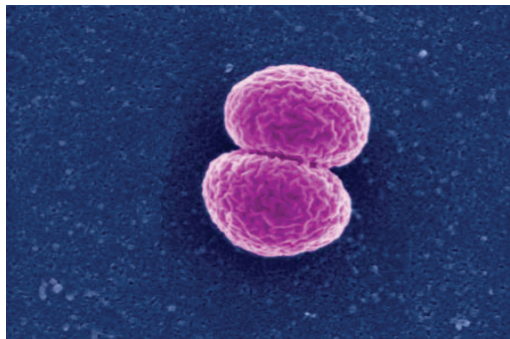
აუცილებელია ორსულის გამოკვლევა სიფილისზე, ხოლო პოზიტიური შედეგის შემთხვევაში უნდა მოხდეს მკურნალობა დაუყოვნებლივ, აუცილებელია ახალშობილის

მკურნალობაც. სიფილისმა ახალშობილში მრავალი პრობლემა შეიძლება გამოიწვიოს: დაბალი წონა, ნაადრევი მშობიარობა, მკვდრადშობადობა.

სიფილისის დიაგნოსტიკა უნდა მოხდეს პროფესიონალის მიერ, ამიტომ ეჭვის შემთხვევაში უნდა მოხდეს მოზარდის დაუყოვნებლივი რეფერალი შესაბამის სპეციალისტთან და დაცული იქნა კონფიდენციალობა. სიფილისის პრევენციას წარმოადგენს დაცული სექსი (თუმცა ეს იც არ არის 100 % იანი დაცვა), ასევე მნიშვნელოვანია ორმხრივი მონოგამური ურთიერთობის შენარჩუნება

6.2.2 გონორეა

გონორეა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციაა, რომელსაც ინვეს ბაქტერია ნეისერია გონორეა. ინფექცია გადადის სქესობრივი გზით – ვაგინალური, ორალური, ანალური სექსით. კაცებს აქვთ 20% -იანი რისკი გონორეიან ქალთან ერთჯერადი სექსუალური აქტით დაინფიცირებით. ხოლო ქალებს დაახლოებით 60-80 % იანი რისკი აქვთ დაინფიცირების. გონორეას გავრცელება შესაძლებელია აგრეთვე დედიდან შვილზე, აგრეთვე მშობიარობისას შესაძლებელია დაინფიცირდეს ახალშობილი რის შედეგადაც მოხდეს ინფექციური პროცესები თვალის კონუქტივაზე. ამ ინფექციას ახალშობილთა კონუქტივითი ჰქვია.



ნიშნები და სიმპტომები – ქალების ნაწილში გონორეა უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, ნაწილში კი, ახასიათებს გამონადენი საშოდან, მუცლის ქვედა ნაწილის ტკივილი, ტკივილი სექსუალური აქტის დროს. ძირითადი სიმპტომები მამაკაცებში არის წვის შეგრძნება მოშარდვისას, გამონადენი პენისიდან. მამაკაცებში სახასიათო მოთეთრო ჩირქოვანი გამონადენი პენისიდან, წვის შეგრძნება მოშარდვისას. გონორეას ინკუბაციური პერიოდი 2-30 დღეა. უმეტესობა ადამიანში კი პირველი ნიშნები აღმოცენდება ინფიცირებიდან (როგორც წესი სექსუალური აქტიდან) 4-6 დღეში. როგორც მამაკაცებში ასევე ქალებშიც თუ არ მოხდება გონორეას დროული მკურნალობა მას შეუძლია გავრცელდეს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში და

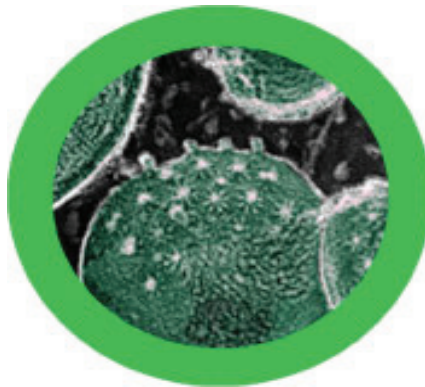
გამოიწვიოს ეპიდემიოტი (მამაკაცებში), მენჯის ანთებითი დაავადება, გავრცელება მთელს ორგანიზმში. გონორეამ შეიძლება დაავადოს სახსრები და გულის სარქველები.

ყველა ადამიანი ვინც გონორეაზე იქნება დიაგნოსტირებული, აუცილებელია შეისწავლოს სხვა სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებზე, როგორიცაა ქლამიდია, სიფილისი, აივ-ინფექცია. გონორეამ ქალებში შეიძლება გამოიწვიოს უშვილობა.

პრევენცია – დიაგნოსტიკა უნდა მოხდეს პროფესიონალის მიერ, ამიტომ ეჭვის შემთხვევაში უნდა მოხდეს მოზარდის დაუყოვნებლივი რეფერალი შესაბამის სპეციალისტთან და დაცული იქნა კონფიდენციალობა. გონორეის გავრცელების რისკს ამცირებს კონდომის გამოყენება და მონოგამური ურთიერთობები არაინფიცირებულ პარტნიორებს შორის.

6.2.3 გენიტალური ქლამიდიოზი

ქლამიდიოზი, უჯრედშიდა პარაზიტის - ქლამიდიას მიერ გამოწვეული ანთებითი დაავადებაა. სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა შორის სიხშირით მხოლოდ ტრიქომონიაზს უთმობს ადგილს.



ქლამიდიით ინფიცირება ხდება სქესობრივი (ვაგინალური, ანალური, ორალური) გზით, პირადი მოხმარების საგნებიდან, თეთრეულიდან. ამრიგად, გამორიცხული არ არის ოჯახის ყველა წევრის დაავადება.

ქლამიდიით დაავადებული დედა მშობიარობის პროცესში აინფიცირებს თავის ახალშობილს.

ქლამიდიოზი არ ხასიათდება სპეციფიური კლინიკური ნიშნებით. მისი სიმპტომები სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სიმპტომების მსგავსია.

ქლამიდიოზის დიაგნოსტიკა ნარმოებს სპეციალური ლაბორატორიული მეთოდით, რასაც წინ უნდა უსწრებდეს ტრიქომონიაზზე, გონორეაზე და კანდიდოზზე გამოკვლევა.

ქლამიდიოზური ინფექციის დროს ადგილი აქვს:

- სასქესო ორგანოებიდან გამონადენს
- ქავილს
- შეშუპებას
- საშოს ლორწოვანის ანთებას (კოლპიტს)
- საშვილოსნოს ყელის ეროზიას
- ბართოლინის ჯირკვლების ანთებას
- საშვილოსნოს, საკვერცხეების, კვერცხსავალი და სპრემის გამტარი მილების ანთებას.

ქლამიდიოზის მწვავე ფორმა ხშირად გადადის ქრონიკულ ფორმაში. ამდენად დაავადებული რჩება ინფექციის მატარებელი, ინფექციის გავრცელების წყარო. გარდა გენიტალური ორგანოებისა, ქლამიდიოზური ინფექცია აზიანებს: საშარდე გზებს (ურეთრიტი), სახსრებს (ართრიტი), თვალის ლორწოვანა (კონიუნქტივიტი). აღნიშნული ტრიადა (ურეთრიტი, ართრიტი, კონიუნქტივიტი) რეიტერის სინდრომის სახელწოდებითაა ცნობილი.

ახალშობილს, რომელიც დაავადებულია ქლამიდიოზით, უვითარდებათ კონიუნქტივიტი, ოტიტი, პნევმონია, ფარინგიტი, პროქტიტი. ქლამიდიოზური ინფექცია ღვიძლის ირგვლივ წარმოქმნის ექსუდატს და ლენტისმაგვარ შეხორცებებს (პერიჰეპატიტი), რომელიც ცნობილია ფიტაც-ჰიუ-კურტის სინდრომის სახელწოდებით და აღინიშნება გონორეული ინფექციის დროსაც. ქლამიდიოზური ინფექცია იწვევს უშვილობას ქალებში და მამაკაცებში. მან შეიძლება გაართულოს სხვა მიკრობებით გამონეული ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებები.

6.2.4 ტრიქომონიაზი

ტრიქომონიაზი ინფექციაა, რომელსაც მიკრობი – ტრიქომონა იწვევს. იგი ფართოდ გავრცელებული, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა, მაგრამ სხვა ადამიანებზე შეიძლება გადავიდეს დაავადებულის პირადი ნივთების გამოყენებითაც.

ტრიქომონა მრავალკეროვანი დაავადებაა:

იგი ხშირად ბუდდება ბართოლინის ჯირკვლებში, ურეთრაში, შარდის ბუშტში, საშვილოსნოში, კვერცხსავალ და სპერმის გამტარ მილებში და

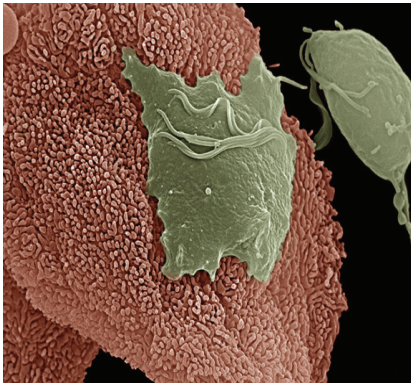


ინვეს ანთებით პროცესებს, რაც ხშირად უშვილობის მიზეზი ხდება.

დაავადების სიმპტომების და ხანგრძლივობის მიხედვით განასხვავებენ შემდეგ ფორმებს: პირველადი ტრიქომონიაზი: მწვავე, ქვემწვავე, მცირე სიმპტომიანი და ქრონიკული ფორმა.

- მწვავე და ქვემწვავე ფორმა ხასიათდება დიდი რაოდენობით ქაფიანი ჩირქოვანი გამონადენით, გარეთა სასქესო ორგანოების წვით და ქავილით. სიმძიმის შეგრძნებით მცირე მენჯის მიდამოში, უძილობით, ნევროზული მდგომარეობით, მტკივნეული შარდვით. ამ დროს სასქესო ორგანოები შეშუპებული და ჰიპერემიულია, არც თუ იშვიათად ყალიბდება საშვილოსნოს ყელის ეროზია.
- მცირესიმპტომიანი ფორმის დროს დამახასიათებელია სასქესო ორგანოებიდან გამონადენი, ქავილი და წვა, რომელიც არის ან მცირე ინტენსივობით, ან საერთოდ არ არის.

ქრონიკული ფორმა ხასიათდება ხანგრძლივი მიმდინარეობით და რეციდივებით. რეციდივის მიზეზი შეიძლება პირადი ჰიგიენის დაუცველობა და ექსტრაგენიტალური დაავადებები იყოს, რომლებიც იმუნიტეტს აქვეითებს. (მაგ.: გრიპი, გაციება).



ამ ფორმისათვის დამახასიათებელია მცირე გამონადენი და ვულვის ქავილი. ხოლო გამწვავებისას ვლინდება ყველა ის სიმპტომი, რაც მწვავე ფორმას ახასიათებს. ქრონიკული ფორმის დროს, შესაძლოა ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე არ იყოს გამწვავება, მაგრამ დაავადებული მიკრობის მატარებელია და შეუძლია სხვა ადამიანის ინფიცირება.

6.2.5 ვირუსული ჰეპატიტები

ვირუსული ჰეპატიტები მსოფლიოში საკმაოდ გავრცელებული დაავადებებია. მისი გამომწვევია ვირუსები: A,B,C,D,E. ისინი გავრცელებულია ყველგან და წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიშ ვირუსებს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით მსოფლიოში დაახლოებით 350 მლნ ადამიანია ინფიცირებული B ვირუსით და 170 მლნ - C ვირუსით.

2013 წელს საქართველოში აღირიცხა B ჰეპატიტის 1324 შემთხვევა, მათ შორის მწვავე - 217 შემთხვევა და ქრონიკული - 1107 შემთხვევა, ხოლო C ჰეპატიტის 2026 შემთხვევა, მათ შორის მწვავე-266 შემთხვევა და ქრონიკული -1760 შემთხვევა. C ჰეპატიტის ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი წინა წელთან შედარებით გაიზარდა 7,7%-ით დაავადების როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ფორმის შემთხვევათა ხარჯზე.

6.2.5.1 ვირუსული B ჰეპატიტი

ვირუსული B ჰეპატიტი ღვიძლის ინფექციური დაავადებაა. ის უმთავრესად ზრდასრულ ადამიანებს ემართებათ (ავადობის პიკი 20-დან 49 წლამდე მოდის). ვირუსი გადაედება დაავადებულის სისხლითა და სხვა ბიოლოგიური სითხეებით. ინფიცირება ხშირად ხდება ნარკოტიკის საერთო შპრიცით შეყვანისას, პირსინგის, ტატუს, მანიკურისა და პედიკურის არასათანადოდ გასტერილებული ხელსაწყოების გამოყენებისას. ინფიცირება შესაძლოა მოხდეს სამედიცინო დაწესებულებაშიც, თუ სამედიცინო ხელსაწყოები არასათანადოდ იქნა სტერილიზებული ან სისხლს გადასხმამდე სათანადო შემოწმება არ ჩაუტარდა.

თუ სქესობრივი პარტნიორი ინფიცირებულია, ვირუსის გადაცემის ალბათობა 30%-ია. ინფიცირების ალბათობა იზრდება, როდესაც ადამიანს ჰყავს მრავალი სქესობრივი პარტნიორი ან ერთი პარტნიორი, რომელსაც, თავის მხრივ, მრავალი პარტნიორი ჰყავს. B ჰეპატიტი სქესობრივი გზით გადამდები ერთადერთი ინფექციაა, რომლისგან თავის დაცვაც ვაქცინაციით არის შესაძლებელი.

თუ დედას აქვს ვირუსული B ჰეპატიტი, მას შესაძლოა ინფიცირებული შვილი შეეძინოს. ინფიცირება ხდება ან ორსულობის, პლაცენტის მთლიანობის დარღვევის შემთხვევაში ან მშობიარობისას, ბავშვის სამშობიარო გზებში გავლის დროს. ინფიცირებული დედის შვილს აქვს ქრონიკული B ჰეპატიტის განვითარების დიდი ალბათობა და დაავადების არაკეთილსაიმედო პროგნოზი. საინტერესოა, რომ B ჰეპატიტის ვირუსი დედის რძეშიც არის აღმოჩენილი, მაგრამ ძუძუთი კვების დროს ბავშვის ინფიცირების რისკი არ არსებობს.

B ჰეპატიტის ვირუსი აღმოჩენილია ინფიცირებულთა ნერწყვში, ცრემლსა და განავალში. თუ ეს გამონაყოფები ადამიანის დაზიანებულ კანზე ან ლორწოვან გარსზე მოხვდა, ინფიცირება მოსალოდნელია, მაგრამ ალბათობა ძალიან მცირეა.

დაუზიანებელი კანიდან და ლორწოვანი გარსიდან ვირუსი ორგანიზმში ვერ აღწევს. ეს იმას ნიშნავს, რომ B ჰეპატიტი არ ვრცელდება საყოფაცხოვრებო-კონტაქტური გზით - ხელის ჩამორთმევისას, საუბრისას, საკვების, საერთო ჭურჭლის მეშვეობით, ამიტომ დაავადებული ირგვლივ მყოფთათვის საფრთხეს არ წარმოადგენს და იზოლაციას არ საჭიროებს.

B ჰეპატიტით დაავადების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან:

- პირები, რომელთაც ჰყავთ ერთზე მეტი სქესობრივი პარტნიორი;
- მამაკაცები, რომელთაც აქვთ სექსი მამაკაცებთან;
- ინფიცირებულთა სქესობრივი პარტნიორები;
- ინექციური ნარკოტიკული ნივთიერებების მომხმარებლები;
- ქრონიკული B ჰეპატიტით დაავადებულთა ოჯახის წევრები;
- ინფიცირებული დედების მიერ გაჩენილი ბავშვები;
- სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომლები;
- ჰემოდიალიზზე მყოფი ავადმყოფები; ასევე - ავადმყოფები, რომელთაც ხშირად სჭირდებათ სისხლის გადასხმა.

დაავადებას ახასიათებს შემდეგი სიმპტომები: დაღლილობა, უმადობა, სიყვითლე, გულისრევა, მარჯვენა ფერდქვეშა არეში უსიამოვნო შეგრძნება, შარდის გამუქება და განავლის გაბაცება, სახსრების ტკივილი.

დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა გაკეთდეს სისხლის ანალიზი ვირუსის HBSAg ანტიგენსა და მის ანტისხეულებზე (ანტი- HBs-ზე). თუ ორივე ტიტრი უარყოფითი აღმოჩნდა, ინფიცირების ალბათობა დიდია. ამ შემთხვევაში ნაჩვენებია ვაქცინაცია. HBsAg-ის არსებობა ინფიცირებაზე მიუთითებს. ამ შემთხვევაში აუცილებელია შემდგომი გამოკვლევა. ვაქცინაცია დაგვიანებულია. საჭიროა ექიმთან ვიზიტი. HBsAg-ის მატარებელი ირგვლივ მყოფთათვის ინფიცირების პოტენციურ წყაროს წარმოადგენს. თუ სისხლში აღმოჩნდა ანტი-HBs-ის მაღალი ტიტრი, მაგრამ HBsAg არ იქნა გამოვლენილი, მაშინ ვაქცინაცია არ არის საჭირო, რადგან ადამიანი ინფიცირებისგან უკვე დაზღვეულია.

B ჰეპატიტის პრევენციის მთავარი ინსტრუმენტია B ჰეპატიტის ვაქცინა.

რეკომენდებულია, რომ ყველა ახალშობილს გაუკეთდეს B ჰეპატიტის ვაქცინა დაბადებიდან რაც შეიძლება მოკლე დროში, უმჯობესია 24 საათში.

ყველა ბავშვი და მოზარდი 18 წელზე ქვემოთ, რომელთაც არ აქვთ ვაქცინაცია ჩატარებული, უნდა ჩაიტარონ იგი თუ ისინი ცხოვრობენ დაბალი ან საშუალო ენდემურობის ქვეყნებში. ინფიცირების საფრთხე აქვთ მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლებს, ამიტომ მათაც უნდა ჩაუტარდეთ ვაქცინაცია.

თუ ყველა ზედმინევნიტ დაიცავს პირადი ჰიგიენის წესებს, ოჯახის წევრების

ინფიცირების ალბათობა დაავადებული პირისგან მცირეა. ინფიცირების მაღალი რისკი მხოლოდ დაავადებულის მეუღლეს აქვს, ამიტომ მისი ვაქცინაცია აუცილებელია. ქრონიკული B ჰეპატიტით დაავადებულის ოჯახის წევრები უნდა იქნენ გამოკვლეულნი და აცრილნი B ჰეპატიტის სანინაალმდეგო ვაქცინით.

6.2.5.2 ვირუსული C ჰეპატიტი³

C ჰეპატიტი არის ღვიძლის დაავადება, რომელიც გამოწვეულია C ჰეპატიტის ვირუსით. ამ ვირუსს შეუძლია გამოიწვიოს ღვიძლის როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ინფექცია. ის შეიძლება იყოს მსუბუქად მიმდინარე და მხოლოდ რამდენიმე კვირა გაგრძელდეს, ან მძიმე და ქრონიკული, რომელიც ადამიანს მთელი სიცოცხლის მანძილზე გაჰყვება;

უმეტესად ახალგაზრდები ავადდებიან, მაგრამ ისიც შესაძლებელია, რომ ინფიცირების ასაკი თანდათან იმატებს. მთელ მსოფლიოში 170 მილიონზე მეტ ადამიანს ქრონიკული C ჰეპატიტი აქვს; ყოველწლიურად ინფიცირდება 3-4 მლნ კაცი. დაავადება გავრცელებულია ყველა ქვეყანაში, მაგრამ არათანაბრად.

ინფექციის გადაცემის ძირითადი ფაქტორია სისხლი - ინფიცირება შესაძლოა მოხდეს პირსინგისა და ტატუირების ინსტრუმენტებითაც, რომლებიც დაბინძურებულია ავადმყოფის ან ინფექციის მატარებლის ინფიცირებული სისხლით, აგრეთვე - სამართებლით, მანიკურის საშუალებებით, ბილის ჯაგრისითაც კი. მაგრამ, სტატისტიკურად, ინფიცირება უმეტესად ინექციური ნარკოტიკების საერთო შპრიცით მოხმარებისას ხდება. ინფიცირების რისკი მაღალია თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში.

სქესობრივი გზით C ჰეპატიტის გადაცემა შესაძლებელია, მაგრამ გაცილებით იშვიათია, ვიდრე B ჰეპატიტის ან ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის (აივ) გადაცემა. ვირუსმატარებელთან დაუცველი სქესობრივი კონტაქტისას ინფექციის გადაცემის ალბათობა 3-5%-ს შეადგენს.

C ჰეპატიტი არ გადაედება ჰაერწვეთოვანი გზით (საუბრისას, ცემინებისას, ნერწყვით), ხელის ჩამორთმევისას, მოხვევისას, საერთო ჭურჭლის ხმარებისას. C ვირუსით დაავადებულებსა არ სჭირდებათ იზოლირება ოჯახის წევრებისა და საზოგადოებისგან.

³ <http://www.cdc.gov/hepatitis/index.htm>
<http://www.cdc.gov/hepatitis/HCV/index.htm>
<http://www.who.int/hiv/topics/hepatitis/en/>
დკსჯეც-ის სტატისტიკური ცნობარი

დაავადების რისკის ქვეშ იმყოფებიან

- ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები;
- პირები, ვისაც უტარდება ინფიცირებული სისხლის პროდუქტების გადასხმა ან ინვაზიური პროცედურები ისეთ სამედიცინო დანესებულებებში, სადაც ინფექციის კონტროლის პრაქტიკა არასაკმარისადაა განხორციელებული;
- ბავშვები, რომლებიც დაიბადნენ C ჰეპატიტით ინფიცირებული დედებისგან;
- პირები, რომელთა სქესობრივი პარტნიორები არიან C ჰეპატიტით ინფიცირებულნი;
- პირები, რომლებსაც გაკეთებული აქვთ ტატუ ან პირსინგი.

C ჰეპატიტის საინკუბაციო პერიოდი 20-დან 140 დღემდეა, საშუალოდ - 50 დღეა. C ჰეპატიტის სიმპტომები შესაძლოა არც კი გამოვლინდეს და დაავადება მხოლოდ მაშინ აღმოაჩინონ, როდესაც საქმე ციროზამდე მივა.

C ჰეპატიტი, როგორც ითქვა, უსიმპტომო დაავადებაა და უმეტესად დიაგნოსტირდება მაშინ, როდესაც ადამიანი ექიმს მიმართავს სხვა დაავადების გამო, ამიტომ დროული დიაგნოსტიკისთვის მნიშვნელოვანია ანალიზები. რაც შეეხება სიმპტომებს, უმეტესად შეინიშნება ასთენია, სისუსტე, დაღლილობა. მაგრამ ეს ნიშნები ძალზე არასპეციფიკურია (მხოლოდ მათი არსებობა C ჰეპატიტს არ ადასტურებს). ღვიძლის ციროზის დროს მოსალოდნელია სიყვითლე, მუცლის გარშემოწერილობის მომატება (ასციტი), სისხლძარღვოვანი ვარსკვლავების გაჩენა და სხვა.

დაავადებულთა 70%-ს პირველივე სიმპტომების გამოვლენისას, ხოლო 90%-ს სამი თვის განმავლობაში აღმოუჩენენ ანტისხეულებს (ანტი-HCV), მაგრამ ზოგ შემთხვევაში ანტისხეულები შესაძლოა არც კი გამოვლინდეს. სისხლში ვირუსის რნმ (PCR) ინფიცირებიდან 1-2 კვირის განმავლობაში ვლინდება. ინფექციის გავრცელების თავიდან ასაცილებლად ინფიცირებულმა უნდა დაიცვას რამდენიმე წესი:

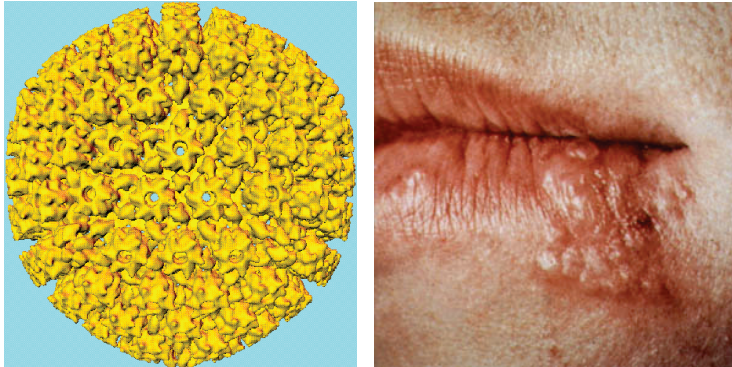
- არ გახდეს სისხლისა და ორგანოების დონორი;
- არ გამოიყენოს საყოფაცხოვრებო ნივთები, რომლებიც შესაძლოა გადაცემის მიზეზად იქცეს (სამართებელი, ეპილატორი, კბილის ჯაგრისი და ძაფი, მანიკურის ხელსაწყოები);
- თუ დაშავდა, იმისთვის, რომ სისხლი გარეთ არ გამოვიდეს, ჭრილობებსა და ნაჭდევებზე დაიკრას პლასტირი.

სისხლით დაბინძურებული ტანსაცმლისა და თეთრეულის რეცხვისას გაითვალისწინეთ: 60-გრადუსიან წყალში ვირუსის ინაქციატივა 30 წუთში ხდება, დუღილისას - 2 წუთში. დადგენილია, რომ C ჰეპატიტის ვირუსი გარემოში, გამშრალ სისხლში, ოთახის ტემპერატურაზე 16 საათიდან 4 დღემდე ცოცხლობს. ყველა ის

ადგილი, სადაც შემთხვევით მოხვდა ინფიცირებულის სისხლი უნდა დამუშავდეს.

6.2.6 ჰერპესი

ჰერპესი (ბუშტუკოვანი ლიქენი) არის ინფექცია, რომელსაც ინვეს უბრალო ჰერპესის ვირუსი (**Herpes Simplex**). ჰერპესი უჯრედშიდა პარაზიტია. „ცოცვით“ გადადის უჯრედიდან უჯრედში და ცდილობს გენურ უჯრედებში ჩაბუდებას.



ბუნებაში ცნობილი ჰერპესის 8 სახეობიდან კაცობრიობას მხოლოდ 8 სახეობა ემუქრება, ესენია: ჩვეულებრივი ჰერპესის ვირუსი 1 ტიპის (**HSV ლაბიალური ტიპის**), ჩვეულებრივი ჰერპესის ვირუსი 2 ტიპის (**HSV-2 გენიტალური ტიპის**), ჩუტყვავილას ზოტპერის ვირუსი (**Herpes Zoster**), ციტომეგალოვირუსი (**CMV**), ეპშეინ-ბარის ვირუსი (**EBV**), ადამიანის ჰერპესვირუსი მე-6 ტიპი, ადამიანის ჰერპესვირუსი მე-8 ტიპი, ადამიანის ჰერპესვირუსი მე-8 ტიპი (ასოცირებული კაპოშის სარკომასთან).

ყოველი ჩვენგანი ამ ვირუსის პოტენციური მატარებელია. ჰერპესის ვირუსი შესაძლოა ორგანიზმში შეუმჩნეველად ბუდობდეს მთელი ცხოვრება, მაგრამ ზოგჯერ საკმარისია ჩვეულებრივი გაციება, გადახურება, კრიტიკული დღეები (მენსტრუაცია), გადაღლა, ფსიქიური დაძაბულობა და სხვა, რომ ვირუსი იწყებს გამოვლენას.

ყველაზე ფართოდ გავრცელებულია უბრალო ჰერპესის პირველი და მეორე ტიპით, გამოწვეული დაავადებები. პირველი ტიპის ვირუსი აზიანებს სხეულს წელამდე. ხოლო მეორე ტიპის – წელს ქვემოთ. თუმცა დღეისათვის გენიტალური ჰერპესის ყოველი მე-4 შემთხვევა ვირუსის პირველი ტიპითაა გამოწვეული.

გენიტალური ჰერპესის სიმპტომებია:

- წვრილბუშტუკოვანი გამონაყარი მუცლის, წელის, ბარძაყის, სასქესო ორგანოების, ყითა ნაწლავის მიდამოებზე
- შესიებული და მტკივნეული საზარდულის ჯირკვლები
- მტკივნეული შარდვა

ჰერპესი შეიძლება მიმდინარეობდეს ატიპიურად სიფილისის ან ქლამიდიოზური ინფექციის ფონზე. ჰერპესი, ძირითადად სექსუალური გზით, მაგრამ გამოირიცხული არ არის ვირუსის გადაცემის აირ-წვეთოვანი გზაც. დაავადება იწყება ქავილით ან ჩხვლეტის შეგრძნებით. კანი წითლდება, ხდება მგრძნობიარე და მტკივნეული. შენითლების ადგილებში წარმოიქმნება წვრილბუშტუკოვანი გამონაყარი მტევნისებური ან ერთეული, რასაც წინ უსწრებს შემცივნება, ზოგადი სისუსტე, სიცხე, ჯირკვლების გადიდება, წყლულების გასკდომა.

როგორც კი წყლულები მოშუშდება, ფუფხი იწყებს მორბილებას. ტკივილი, გადიდებული ჯირკვლები და სიცხე ცხრება. მეორე კვირის დასასრულისთვის ქერქი იწყებს მოვარდნას. მას შემდეგ, რაც წყლული საბოლოოდ მოშუშდება, ვირუსი «დასახლება» ნერვულ უჯრედებში და ხდება პასიური. მის ხელმეორედ განრისხებას ხელს უწყობს ორგანიზმის ბრძოლისუნარიანობის დაქვეითება: გაციება, ფსიქიკური სტრესი, ფიზიკური გადაღლა და სხვა.

გაითვალისწინეთ: ავტოინოკულაცია (ვირუსის გავრცელება სხეულის სხვა ნაწილებზე: მაგ. თვალზე, რაც იწვევს მის სერიოზულ დაზიანებას სიბრმავესაც კი). ჰერპერსით დაზიანებული, ღია წყლულის გზით შეიძლება სხვა მიკრობების მოხვედრა ორგანიზმში, რაც იწვევს დამატებითი ინფექციის განვითარებას. ახალშობილებში, რომელთაც ჰერპესი შეძენილი ჰქონდათ ჩასახვის დროს მამისაგან და დაბადების დროს გენიტალური ჰერპერსით დაავადებული დედისაგან, დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს და ზოგჯერ მისი გამოსავალი ლეტალურია.

ქალებს, რომელთაც აქვთ გენიტალური ჰერპესი, არიან ცერვიკალური კიბოთი დაავადების მაღალი რისკის მატარებლები.

6.2.7 ადამიანის პაპილომავირუსი

ადამიანის პაპილომავირუსი (HPV – Human Papillomavirus) პაპილომა ვირუსი დნმ შემცველი ვირუსია, რომელიც სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს მიეკუთვნება და მისი ზოგიერთი ტიპი საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს წარმოადგენს. არსებობს ადამიანის პაპილომავირუსის 100-მდე სახეობა. მათ შორის 40 ანოგენიტალურ ტრაქტს აზიანებს ქალებსა და მამაკაცებში მახვილწვეტიანი კონდილომების გაჩენას იწვევს. ზოგიერთი მათგანი უვნებელია, ზოგიერთი კი იწვევს მეჭეჭების, პაილომების, პოლიპების, კიბოს გაჩენას. პაპილომაფუძების უმეტესი ნაწილი იწვევს კეთილთვისებიან ან ავთვისებიან სიმსივნეებს.

პაპილომავირუსები აინფიცირებენ ეპითელიუმის ბაზალურ შრეს, ამასთან განსაკუთრებით ზიანდება მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის ცილინდრულ ეპითელიუმში გადასვლის ადგილები. დაინფიცირებულ უჯრედში ვირუსი არსებობს

ორი სახით: ეპისომალური (უჯრედის ქრომოსომებს გარეთ) და ინტრასომალური (უჯრედის გენომში ინტეგრირებული). ვირუსით ინფიცირების ეს ფორმა ავთვისებიან ფორმად არის აღიარებული.

კლინიკური გამოვლინებები პაპილომაღირუსულ ინფექციას არ აქვს (კონდილომების და მეჭეჭების გაჩენას თუ არ ჩავთვლით), მისი დიაგნოსტიკა ხდება მხოლოდ PCR – ჯაჭვურ-პოლიმერაზული რეაქციით.

პაპილომები – ვირუსი არსებობს ეპისომალურ ფორმაში, თუმცა ხდება ბაზალური შრის უჯრედების პროლიფერაცია და ვითარდება ნამონაზარდები. ეს შეიძლება შეფასდეს, როგორც ორგანიზმის დამცველობითი რეაქცია, რითიც ის ცდილობს ვირუსის გამრავლების ლოკალიზებას გარქოვანებული უჯრედებისგან გარკვეული „სარკოფაგის“ შექმნით. ამ შემთხვევაში ვირუსის საზღვრება ჯაჭვურ-პოლიმერაზული რეაქციით, იმუნოფლიურესცენციით, ჰისტოლოგიური კვლევით.

6.2.7.1 პროფილაქტიკა

პაპილომა ვირუსისგან თავის დასაცავად ერთ-ერთი პროფილაქტიკური საშუალება პაპილომა ვირუსის ვაქცინაციაა, რომელიც ადამიანის ორგანიზმს პაპილომაღირუსის მე-16 და მე-18 ტიპებით ინფიცირებისგან ეფექტურად იცავს. ეს ის ორი ტიპის ვირუსია, რომლებიც საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების ხშირ მიზეზს წარმოადგენს.

თანამედროვე ეტაპზე ადამიანის პაპილომა ვირუსთან ასოცირებული დაავადებების პრევენციის მიზნით ორი ვაქცინაა ხელმისაწვდომი:

1. კვადრივალენტური ვაქცინა, რომელიც HPV ვაქცინის ოთხ გენოტიპს შეიცავს - 6, 11, 16, 18;
2. ბივალენტური - რომელიც HPV ვაქცინის ორ გენოტიპს შეიცავს 16, 18.

ვაქცინაცია იცავს ადამიანის პაპილომა ვირუსით დაინფიცირებისაგან, ამიტომ მისი ჩატარება მეტად ეფექტურია 9-13 წლის გოგონებში, სქესობრივი ცხოვრების დაწყებამდე. კვლევებმა და ჩატარებული ვაქცინაციის მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ სამ-დოზიანი ბივალენტური და კვადრივალენტური ვაქცინაციის შემდგომ შრატის ანტისხეულები პიკს მალევე - მესამე დოზის შემდეგ აღწევენ და ეფექტურობას 8 წლის განმავლობაში ინარჩუნებენ.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ვაქცინის უსაფრთხოების გლობალური საკონსულტაციო კომიტეტის (GACVS) მონაცემებით, აპ ვაქცინა უსაფრთხოა. თუმცა, ადგილობრივი რეაქცია, მაგალითად ინექციის ადგილის ტკივილი ხშირია. ვაქცინაციის შემდგომი 15 დღიანი მონიტორინგის შედეგად ასევე დაფიქსირდა ცხელება (1%) და სხვა მცირე სისტემური გვერდითი მოვლენები (0.5%).

გასათვალისწინეთ, რომ ვაქცინაციის დროს პაციენტი ჯანმრთელი უნდა იყოს და არ უნდა ჰქონდეს ალერგია ვაქცინის შემცველი კომპონენტების მიმართ.

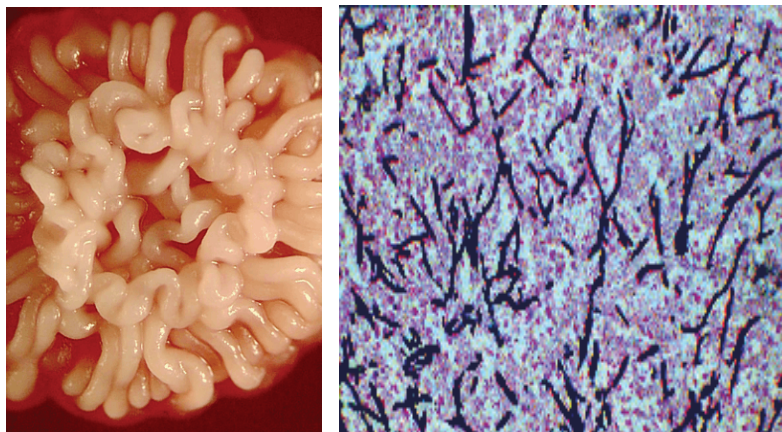
აპ-ის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის პირველი რიგის სამიზნე ჯგუფს 9-13 წლის ასაკის გოგონები წარმოადგენენ, რადგან ვაქცინა არაექსპოზირებულებში უფრო ეფექტურად მოქმედებს.

მეორე რიგის სამიზნე ჯგუფს უფრო ხანდაზმული მოზარდი გოგონები მიეკუთვნებიან.

ჯანმო-ს რეკომენდაციით აპ-ის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია პირველი რიგის სამიზნე ჯგუფში სრული მოცვით უნდა ჩატარდეს, მეორე რიგის სამიზნე ჯგუფში მხოლოდ რეალური ხელმისაწვდომობისა და ხარჯთეფექტურობის შემთხვევაში.

6.2.8 კანდიდოზი

კანდიდოზი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სოკოვანი ინფექციაა, რომელსაც იწვევს კანდიდას სახეობის საფუარა სოკო (*Candida albicans*). სოკომ შეიძლება ბინა დაიდოს კანზე და ნებისმიერი ორგანოს (პირის ღრუს, ნაწლავების, საშოს, საშარდე გზების) ლორწოვან გარსზე. კანდიდოზი შეიძლება განუვითარდეს ჯანმრთელ ადამიანს ან გართულებად მოჰყვეს ლორწოვანი გარსის ნორმალური მიკროფლორის დარღვევით მიმდინარე მძიმე დაავადებას, მაგალითად, დისბაქტერიოზს.



კანდიდოზის გამოვლინება დამოკიდებულია პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციაზე. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კანდიდოზი (მას რძიანასაც უწოდებენ) ხშირად გვხვდება ახალშობილებში, მაგრამ სხვა ასაკშიც შეიძლება განვითარდეს. ამ დროს ლოყების, ენისა და ხახის ლორწოვანი გარსი შეწითლებულია და მოფენილია თოვლის ფიფქების მსგავსი ნადებით (ლორწოვანი გამოიყურება ისე, თითქოს ბავშვს ახლახან ეჭამოს ხაჭო ან ნადული). თუ დედას ორსულობის დროს ან მანამდე ჰქონდა მსგავსი გამონადენი საშოდან ან აწუხებდა არასასიამოვნო

შეგრძნება, მაგალითად, ქავილი სასქესო ორგანოების არეში, მაშინ ზემოაღწერილი სიმპტომები პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კანდიდოზზე მეტყველებს. სკოლის ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებს რძიანა უვითარდებათ მძიმედ მიმდინარე დაავადებების ან ანტიბიოტიკების ხანგრძლივი მოხმარების შემდეგ. პროცესი შეიძლება გავრცელდეს სასუნთქ გზებსა და საყლაპავის ლორწოვან გარსებზე ან ჩამოყალიბდეს ვისცერული ფორმა, რომლის დროსაც შინაგანი ორგანოებიც ზიანდება. მართებული მკურნალობის შემთხვევაში პირის ღრუს კანდიდოზი საშიში არ არის.

სასქესო ორგანოების კანდიდოზი სოკოვან დაავადებებს შორის ყველაზე ხშირია, ვინაიდან მისი გამომწვევი სოკო საშოს ბუნებრივი მიკროფლორის ნაწილს წარმოადგენს. როცა სოკო ნორმალური რაოდენობით არის საშოში, ქალს არაფერი ემუქრება, მაგრამ როგორც კი უკონტროლო გამრავლებას დაიწყებს, ვითარდება კანდიდოზი. ამის გამო ქალებში სასქესო ორგანოების კანდიდოზს საშოს კანდიდოზსაც უწოდებენ. სასქესო ორგანოების სოკოვანი დაავადება სქესობრივი პარტნიორისგან მამაკაცსაც შეიძლება გადაედოს. ამ დაავადების მამაკაცისეულ ვარიანტს ბალანოპოსტიტი ეწოდება. სასქესო ორგანოების კანდიდოზის დროს ქალს აქვს დიდი რაოდენობით ხაჭოსმაგვარი გამონადენი, აწუხებს სასქესო ორგანოს ქავილი, სქესობრივი აქტისა და შარდის გამოყოფის დროს - ტკივილი.

სოკოს გაძლიერებულ გამრავლებას ხელს უწყობს ანტიბიოტიკოთერაპია, იმუნიტეტის დაქვეითება (შიდსი, ქრონიკული ანთებითი დაავადებები), ნივთიერებათა ცვლის მოშლა (შაქრიანი დიაბეტი), არასწორი კვება (ნახშირწყლების ჭარბი მიღება და ვიტამინების ნაკლებობა), ჰორმონული ცვლილებები (ჩასახვის სანინალმდეგო საშუალებების მიღება, ორსულობა), ვიწრო სინთეტიკური საცვლების ტარება (ისინი არ ატარებენ ჰაერს, რითაც სოკოს გამრავლებისთვის ხელსაყრელ პირობებს ქმნიან) და სხვა. სასქესო ორგანოების კანდიდოზი ჯანმრთელობას მნიშვნელოვან ზიანს არ აყენებს, მაგრამ იწვევს უსიამოვნო შეგრძნებებს და ხელს უშლის ნორმალურ სქესობრივ ცხოვრებას. იშვიათად კანდიდოზი შეიძლება ქრონიკულ ფორმაში გადაიზარდოს და პათოლოგიურ პროცესში ჩართოს ახლომდებარე ორგანოები - შარდის ბუშტი და ნაწლავები.

კანდიდოზის შესახებ ეჭვის გაჩენისას აუცილებელია მოზარდის რეფერალი განხორციელება შესაბამისი პროფილის ექიმთან.

6.2.9 აივ ინფექცია

აივ ინფექცია არის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (აივ) გამონეული ინფექცია, რომლის ბოლო კლინიკურ სტადიასაც წარმოადგენს შიდსი - შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი.



აივ/შიდსი კვლავ რჩება მსოფლიოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემად, განსაკუთრებით დაბალ და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით ეპიდემიის დაწყებიდან დღემდე მსოფლიოში 78 მილიონი ადამიანია ინფიცირებული და 39 მილიონი გარდაცვლილი. 2013 წლის ბოლოსთვის მსოფლიოში 35 მილიონი აივ ინფიცირებულია.

საქართველო აივ ინფექცია/შიდსის დაბალი გავრცელების ქვეყნებს მიეკუთვნება. 2014 წლის 1 დეკემბრის მონაცემებით საქართველოში

რეგისტრირებულია აივ-ით ინფიცირების 4646 შემთხვევა (3413 - მამაკაცი, 1233 - ქალი). პაციენტთა უმრავლესობა 29-დან 40 წლამდეა. შიდსი განუვითარდა 2814 პაციენტს, 966 გარდაიცვალა. 2014 წელს გამოვლინდა 515 ახალი შემთხვევა.⁴

აივ ინფექცია გადაცემა შემდეგი გზით:

- ინფიცირებულ სისხლთან ექსპოზიცია – სისხლის გადასხმა,
- აივ-ით ინფიცირებული ინექციების და სხვა ინვაზიური მანიპულაციებისას არასტერილური დაბინძურებული სამედიცინო ინტრუმენტების გამოყენება.
- ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებისას აივ ინფიცირებული სისხლით დაბინძურებული შპრიცებისა და ნემსების გამოყენება;
- დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი (პრეზერვატივის გარეშე) აივ ინფიცირებულ პირთან;
- ინფიცირებული დედიდან ბავშვზე ორსულობის, მშობიარობის ან ძუძუთი კვების შედეგად.

ვირუსი არ გადაეცემა აივ-ინფიცირებულთან:

- ხელის ჩამორთმევით, მოხვევით, კოცნით;
- დახველებით, ცემინებით;
- საერთო საკვების ან ჭურჭლის გამოყენებით;
- საერთო ტუალეტით ან აბაზანით სარგებლობით;
- საცურაო აუზით სარგებლობით;
- კოლოსა და მწერების ნაკბენით;
- აივ-ინფიცირებულთან ურთიერთობა სამუშაო, საზოგადოებრივ და საყოფაცხოვრებო გარემოში;

4 www.who.int www.aidscenter.ge

როგორ უნდა გავიგო, რომ ვარ ინფიცირებული?

ვინაიდან აივ ინფექციას დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია, გადამწყვეტი მის დიაგნოსტიკაში ლაბორატორიული გამოკვლევაა. საჭიროა გამოკვლევების ჩატარება განსაკუთრებით კი სარისკო ქცევის შემთხვევაში.

დაავადებაზე ეჭვის შემთხვევაში აუცილებლად მიმართეთ ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრს, სადაც ჩაგიტარდებათ აივ ინფექციის გამოვლენის სპეციალური სადიაგნოსტიკო ტესტები.

არსებობს აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის რამდენიმე გზა:

- უსაფრთხო სექსის პრაქტიკა პრეზერვატივების გამოყენებით;
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, მათ შორის აივ ინფექციის, ტესტირება და მკურნალობა
- ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებისგან თავის შეკავება, მოხმარების შემთხვევაში ახალი და ერთჯერადი ნემსის და შპრიცის გამოყენება;
- სისხლისა და სისხლის პროდუქტების აივ ინფექციაზე ტესტირების უზრუნველყოფა;
- დედიდან შვილზე ინფექციის გადაცემის პრევენცია

აივ ინფიცირებული დედიდან ბავშვზე შიდსის ვირუსის გადაცემის რისკი 2% - მდე მცირდება, თუ ორსულს ჩაუტარდება: ანტირეტროვირუსული თერაპია, საკეისრო კვეთა, სათანადო კონსულტაცია ბავშვის ხელოვნურ კვებასთან დაკავშირებით.

6.3 პრევენცია

სგვ ინფექციის შეძენის რისკფაქტორები არის შემდეგი:

- უცოდინრობა, განათლების/წერა-კითხვის ცოდნის დაბალი დონე/სკოლის დატოვება
- სიმპტომების არარსებობა მაგალითად ქლამიდიის, აივ ინფექციის, პაპილომა ვირუსის შემთხვევაში
- უმცირესობისადმი მიკუთვნებულობა (მონყვლადობა)
- ინფექციისაგან დაცვის ხელმიუწვდომლობა
- ბევრი პარტნიორი
- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარება
- მამაკაცებთან სექსუალური კავშირის მქონე მამაკაცები

- უფრო ასაკოვანი პარტნიორი
- ძალადობა პაემნებზე & სექსუალური ძალადობა/გაუპატიურება
- ტპროსტიტუცია

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან თავის არიდების ანბანი

- **A აბსტინენცია**
- **B პარტნიორული ერთგულება, მონოგამია**
- **C შემთხვევითი კავშირებისგან თავის არიდება და/ან თავდაცვა**

- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას
- სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებს აქვს უარყოფით გავლენა ახდენს სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე
- სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციები წარმოადგენენ საშვილოსნოსგარე ორსულობების, თვითნებური აბორტების, ნაადრევი მშობიარობების, ახალშობილთა პათოლოგიების განვითარების რისკ-ფაქტორებზე
- სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე ეჭვის შემთხვევაში დიაგნოტირება უნდა მოხდეს პროფესიონალის მიერ

ძირითადი საკითხები

- სქესობრივი ჯანმრთელობა არის ფიზიკური, ფსიქიკური და საზოგადოებრივი კეთილდღეობის მდგომარეობა სექსუალობასთან მიმართებით
- მოზარდობის პერიოდში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე ფოკუსირება მნიშვნელოვანია
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა უნდა შეფასდეს დროთა განმავლობაში, განსაკუთრებით საყურადღებოა ქცევის მოქნილობა, კრეატიული აქტივობის შენარჩუნების უნარი ნებისმიერ სფეროში
- სწავლის უუნარობას მიეკუთვნება დარღვევები, რომლებიც გავლენას ახდენს ნორმალური და ნორმალურზე მაღალი გონებრივი მონაცემების მქონე ინდივიდებზე
- მოზარდებს, რომელთაც ქრონიკულად სტრესულ სიტუაციაში არიან, მხოლოდ თანადგომისა და სხვა დამცავი ფაქტორების საშუალებით ახერხებენ მათ დაძლევის და ნაყოფიერ არსებობას

7.1 სქესობრივი განვითარება და ქცევა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტება: „სქესობრივი ჯანმრთელობა არის ფიზიკური, ფსიქიკური და საზოგადოებრივი კეთილდღეობის მდგომარეობა სექსუალობასთან მიმართებით. იგი საჭიროებს პოზიტიურ და პატივისცემაზე დამყარებულ მიდგომას სექსუალობის და სქესობრივი ურთიერთობების მიმართ, ასევე სასიამოვნო და უსაფრთხო სექსუალური გამოცდილების შესაძლებლობას იძულების, დისკრიმინაციისა და ძალადობის გარეშე.“¹

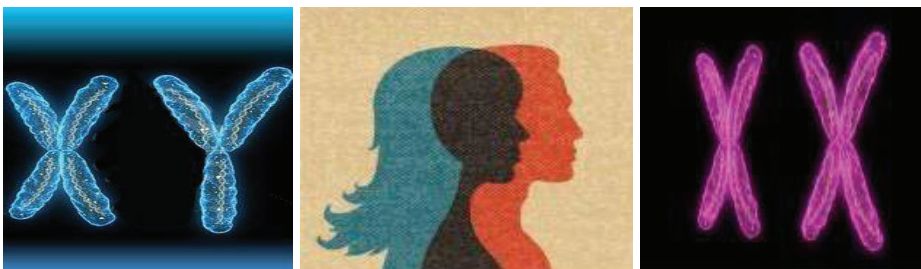
ადამიანის სექსუალობის განვითარება – ჩამოყალიბება ბავშვობიდანვე იწყება, თუმცა ამ პერიოდში ბავშვის სექსუალობა არ არის რა თქმა უნდა ზრდასრული ადამიანის სექსუალობის ექვივალენტი. სექსუალური გამოვლინებების დიდი ნაწილი სქესობრივ მომნიშვნელობამდე არ ვლინდება, ხოლო შემდგომ, გარდატეხის პერიოდში, აქტიურდება და შვილოსნობის (რეპროდუქციული) პერიოდის გავლის შემდეგ თანდათანობით ქვეითდება.

¹ http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

პუბერტატულ პერიოდში (იღვიძებს სექსუალური ლტოლვა, ხდება პირველი ეაკულაცია (სპერმის დაღვრა), რაც ბიძგს აძლევს მასტურბაციის დაწყებას. პუბერტატულ პერიოდში, უმრავლეს შემთხვევებში, მოზარდები სქესობრივ ცხოვრებას იწყებენ.

გარდამავალი პერიოდი ხასიათდება მოუწესრიგებელი, შემთხვევითი სექსუალური კავშირებით. მისთვის ტიპურია ექსცესების (განმეორებითი სქესობრივი აქტების) მონაცვლეობა სხვადასხვა ხანგრძლივობის აბსტინენციებთან (სქესობრივ თავშეკავებასთან), რომელთა დროსაც ადგილი აქვს სექსუალური აქტივობის ჩანაცვლებით ფორმებს (მაგალითად, მასტურბაცია). მეცნიერების ნაწილი მიიჩნევს, რომ ბავშვის სექსუალური განვითარება არის გარემო ფაქტორების და ბავშვის ინდივიდუალიზმის ნაზავი. ბავშვზე გავლენას ახდენენ უშუალოდ შეხებაში მყოფი საზოგადოება: თანატოლები, მშობლები, მზრუნველები, ასევე გავლენა აქვს სხვა სოციო-კულტურულ ფაქტორებს. მაგ. ბავშვი თუ იზრდება იმ გარემოში სადაც სიშიშვლე მიღებულია, მისთვის მსუბუქი ჩაცმა პრობლემას არ წარმოადგენს და პირიქით. ასევე გავლენის მოხდენა შეუძლიათ გარემო ფაქტორებს სექსუალობის სხვა გამოვლინებებზე.

ბავშვების სექსუალურ განვითარებაზე ასევე მოქმედებს ოჯახის ფაქტორი: რამდენად ხშირად და გახსნილად საუბრობენ სექსზე სახლში, ეძლევათ თუ არა ბავშვებს საშუალება ტელევიზიით, კომპიუტერით უყურონ სექსუალურ სცენებს ან ეპიზოდებს, უწევთ თუ არა ბავშვებს მშობლების, დიდების სქესობრივი ცხოვრების ნახვა და ა.შ. ეს ფაქტები შემდგომში ბავშვების სექსუალურ ქცევაზე მოქმედებენ. მშობლები, რომლებიც გახსნილები არიან ბავშვებთან სექსუალურ საკითხებში მეტად, ბავშვებიც შედგომში უფრო გახსნილები არიან საკუთარი სექსუალური ცხოვრების მოყოლით მშობლების მიმართ.



მოზარდობის ასაკში სექსუალობა ვლინდება როგორც ენა ანუ გამოხატვის საშუალება. მოზარდები საკუთარი იმიჯით ცდილობენ გამოხატონ თავიანთი გრძნობები და შეგრძნებები. მათ შეიძლება ჰქონდეთ ფანტაზიები, რაც თავისთავად არ წარმოადგენს სქესობრივ ქცევას.

მოზარდების ასაკში ხდება სექსუალობის “აღმოჩენები” როგორც საკუთარ თავში ასევე მეგობრებსა და ირგვლივ მყოფ საზოგადოებაში.

სქესობრივ მომნიშვნელობასთან დაკავშირებული ცვლილებები, საკუთარი სხეულის, გრძნობებისა და შეგრძნებების აღმოჩენა თანმხლები პროცესია მოზარდობის ასაკისათვის. ამ პერიოდში შესაძლებელია სხვადასხვა სექსუალური გამოცდილების მიღება მოზარდთა მიერ, მაგალითად მასტურბაცია, კოცნა, ერთმანეთის შესწავლა, „ღრმა ინტიმური მოფერება“, ასევე სქესობრივი აქტი განხორციელება შეღწევის გარეშე ან/და შეღწევით.

7.2 სქესობრივი ორიენტაცია

მოზარდობის ასაკში ხდება სქესობრივი ორიენტაციისა და იდენტობის გარჩევა. ამ პერიოდის განმავლობაში ხშირია გაურკვეველი და ბუნდოვანი ფიზიკური ჩივილები. ეს პროცესი საკმაოდ მტკივნეული პროცესია მოზარდობის ასაკში, ხშირად უკავშირდება ბულინგს (დაშინება, დაცინვა), შესაძლებელია შუამავლობის შეთავაზება, ასევე სიუციდზე ფიქრი და მცდელობაც კი.

განსაკუთრებული ყურადღება და მხარდაჭერა სჭირდება მოზარდს ამ პერიოდში. აუცილებელია მისი ქცევის შესწავლა და მხარდაჭერა. თითოეული მოზარდის შემთხვევაში აუცილებელია ინდივიდუალური მიდგომა, კერძოდ მოზარდს უნდა მიაწოდოთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია და ყოველთვის დაიცვათ კონფიდენციალობა.

სქესობრივი ჯანმრთელობა ინდივიდუალურ დონეზე მოიცავს შემდეგ ფაქტორებს:

- ინფორმაცია
- სქესობრივი განვითარება და პირველი გამოცდილებები
- პირველი სქესობრივი კავშირი
- სექსუალური ქცევა
- გარისკვა
- მომსახურების გამოყენება

სექსუალურ ქცევასთან დაკავშირებულია შემდეგი ცვლადები:

- ასაკი პირველი სქესობრივი კავშირისას
- სქესობრივი კავშირის სახეები
- სქესობრივი კავშირის კონტექსტი
- სექსუალური პარტნიორების რაოდენობა
- კონტრაცეფცია
- ორსულობა & აბორტი

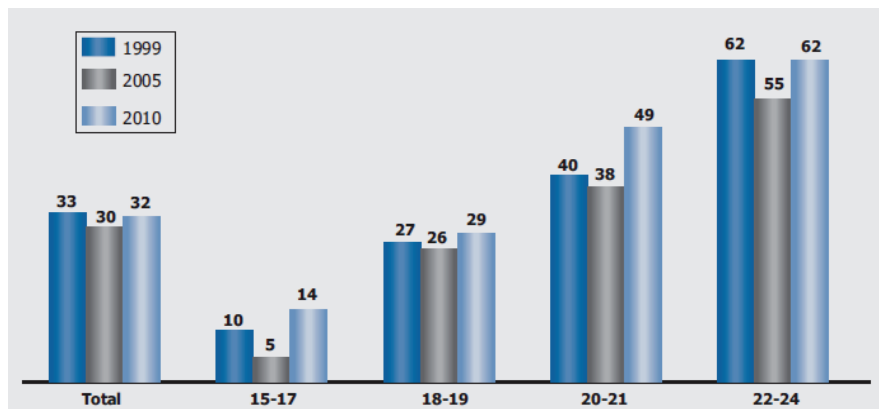
- სგგ ინფექციები
- ძალადობა

თითოეულ ცვალებადთან დაკავშირებით შესაძლებელია მოზარდმა მოგმართოთ დახმარების მიზნით. ამიტომ სკოლის სამედიცინო პერსონალი ყოველთვის უნდა იყოს მზად კომპეტენტური პასუხისა და შესაბამისი დახმარებისათვის.

7.3 სქესობრივი ჯანმრთელობის მაჩვენებლები

როგორც 2010 წელს ჩატარებულმა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ აჩვენა, 2010 წელს პირველი ქორწინებისა და ორსულობის ასაკი შეადგენდა 21.9 და 23.6-ს შესაბამისად. საქართველოში ქალები უფრო ადრე თხოვდებიან, ვიდრე დასავლეთ ევროპაში, სადაც პირველი ქორწინებისას საშუალო ასაკი 27 წელია (UNECE, 2002).

გრაფიკი 1. სექსუალური გამოცდილება 15-24 წლის ქალებს შორის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების მიხედვით



ასევე კვლევამ აჩვენა, რომ აღინიშნება მნიშვნელოვანი ასაკობრივი სხვაობა პირველი სქესობრივი კავშირთან დაკავშირებით განათლების დონეების მიხედვით. უმაღლესი სასწავლებლის კურსამთავრებულთა შორის პირველი სქესობრივი გამოცდილების, ქორწინებისა და ორსულობის საშუალო ასაკი 5 წლით ჩამორჩებოდა არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალების მაჩვენებელს².

არ არსებობს მონაცემები ბიჭების სექსუალურ ქცევასთან დაკავშირებით

მოზარდებს ძალიან დაეხმარება თუკი მათ მივცემთ შემდეგ სავარჯიშოს გასააზრებლად:

² რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2010

სავარჯიშო 1: ეს არის ის, რაც მე სქესობრივად ჯანსაღად აქცევს

მე ვიცი, როგორ მოვიძიო და გამოვიყენო ჯანდაცვის მომსახურება და ინფორმაცია	მე კომფორტულად ვგრძნობ თავს საკუთარ სხეულთან და საკუთარ სექსუალურობასთან მიმართებით	მე შემიძლია ამოვიცნო რისკები და მათი შემცირების გზები
მე შემიძლია ჩამოვაყალიბო და შევინარჩუნო ჯანსაღი ურთიერთობა		მე შემიძლია ველაპარაკო ჩემს თანატოლებს, ოჯახს და პარტნიორებს
მე ვმოქმედებ პასუხისმგებლობით, საკუთარ ფასეულობებზე დაყრდნობით		მე ვიცნობ ჩემს სხეულს და ვიცი, როგორ ფუნქციონირებს ის
მე შემიძლია სათანადო საზღვრების გავლება		მე გააზრებული მაქვს სექსუალური ქცევის რისკები, პასუხისმგებლობები და შედეგები

ესუბრეთ მოზარდს მათი სქესობრივი უფლებების შესახებ.

შემთხვევის განხილვა

15 წლის ლენა მიდის სკოლის ექიმთან მუცლის ტკივილის ჩივილით. იგი შესანიშნავი მოსწავლეა და ბოლო დრომდე არავითარი პრობლემები არ ჰქონია. მასწავლებელმა შენიშნა, რომ ორი კვირაა, რაც ის თავის თავში ჩაიკეტა და მისი ნიშნებიც გაუარესდა.

ანამნეზი: მოზარდთა სირთულეები

- ნდობის (კონფიდენციალურობის) ნაკლებობა
- სიტყვების არარსებობა იმის გამოსახატავად, რაც ხდება..
- წესიერება, სირცხვილი
- შეშფოთება ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელთა რეაქციასთან დაკავშირებით

ანამნეზი: ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელთა სირთულეები

- სწორი სიტყვების გამონახვა
- სხვის საქმეში ზედმეტად ჩარევის შიში
- წესიერება, სირცხვილი
- მოგონებები საკუთარი მოზარდობის შესახებ
- კონფლიქტი საკუთარ ფასეულობებთან

გახსოვდეთ: დაიცავით კონფიდენციალობა

7.4 ახალგაზრდების განათლება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე

აუცილებელია მოზარდ-ახალგაზრდებს გავაცნოთ მათი უფლებები, რომელიც მოიცავს სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობას; უფლებას მოიძიოს, მიიღოს და გაავრცელოს სექსუალობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია; სექსუალობასთან დაკავშირებულ განათლებას; სხეულის ხელშეუხებლობის პატივისცემას; პარტნიორის არჩევის უფლებას; უფლებას გადანევიტოს, იყოს სექსუალურად აქტიური თუ არა; თანხმობაზე დამყარებულ სექსუალურ ურთიერთობას და თანხმობაზე დამყარებულ ქორწინებას; უფლებას გადანევიტოს, იყოლიოს თუ არა და როდის იყოლიოს შვილები; და ბოლოს უფლებას ჰქონდეს დამაკმაყოფილებელი, უსაფრთხო და სასიამოვნო სექსუალური ცხოვრება.

გაეროს მოსახლეობის ფონდის ინფორმაციით, მოზარდთა საჭიროებები რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის სფეროში საქართველოში დიდწილად არ კმაყოფილდება; არ არსებობს სქესობრივი განათლების სახელმწიფო პროგრამები და სპეციალურად ახალგაზრდებისთვის განკუთვნილი ინფორმაცია; ჯანდაცვის მიმწოდებლებს არა აქვთ უნარები, რათა დააკმაყოფილონ ახალგაზრდების განსაკუთრებული საჭიროება ინფორმაციაზე, კონსულტაციაზე და კონფიდენციალურ მომსახურებაზე.

მაინც, რატომ არის საჭირო სწორი ინფორმაციის მიწოდება?

- ახალგაზრდები ისედაც იღებენ ამ ინფორმაციას, თუმცა ხშირად არასწორს;
- არსებობს უამრავი მითი და უზუსტობა;
- ახალგაზრდები თვლიან, რომ მათ სჭირდებათ მეტი ინფორმაცია;
- თავიდან ავიცილებთ ჯანმრთელობის პრობლემებს;
- დავიცავთ ახალგაზრდათა უფლებებს.

მიტები და რეალობა

მოსახლეობაში ისევე როგორც მოზარდებში გავრცელებულია შემდეგი მიტები

მიტი: ეფექტურია მხოლოდ თავშეკავებაზე ორიენტირებული პროგრამები

ფაქტი: საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ მხოლოდ თავშეკავებაზე ორიენტირებული პროგრამების ეფექტი ძალზედ მცირე და მოკლევადიანია

მიტი: განათლება სქესობრივ საკითხებზე იწვევს სქესობრივი ურთიერთობების ადრე დაწყებას

ფაქტი: საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ ეფექტური განათლება სქესობრივ საკითხებზე ახალგაზრდებში იწვევს სქესობრივი ურთიერთობების დაწყების დაყოვნებას

მიტი: კონტრაცეპტივები იმდენად ხშირად არის არაეფექტური, რომ ახალგაზრდებს მხოლოდ თავშეკავება უნდა ვასწავლოთ

ფაქტი: საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ თანამედროვე კონტრაცეპტივები ძალიან ეფექტური

მსოფლიო გამოცდილება აჩვენებს, რომ მოზარდთა განათლებასთან დაკავშირებული სერვისებისა და ინტერვენციების განვითარება სკოლებსა თუ სხვა სახის საგანმანათლებლო დაწესებულებებში არის აუცილებელი. ასევე აუცილებელია გასვლითი (საველე) მუშაობა, ახალგაზრდული ცენტრების და თანასწორთა განათლების პროგრამების განვითარება. რაც მთავარია მნიშვნელოვანია მოზარდებისათვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრები არსებობა. ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ განათლების საკითხებში მნიშვნელოვანია სკოლის სამედიცინო პერსონალის როლი.

სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მოზარდებთან საუბრისას, ილაპარაკეთ პირდაპირ და ზუსტად. შეიისწალეთ გოგონების შემთხვევაში მათი მენსტრუალური ციკლის ისტორია და პერიოდი (ტკივილი, რაოდენობა, დრო). როგორც გოგონების ასევე ვაჟების შემთხვევაში შეისწავლეთ მათი ცოდნა სექსუალობისა და სხეულის შესახებ, სექსუალური აქტიურობა (თანატოლები ან თავად) და ა. შ.

სკოლებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ განათლების მიზანი უნდა იყოს ზუსტი და კორექტული ინფორმაციის მიღება, სქესობრივ და რეპროდუქციულ უფლებებზე, არსებულ რესურსებსა და სამსახურებზე, რათა მოხდეს არსებული „მიტების დანგრევა“. ასევე მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების შეძენა, კრიტიკული აზროვნების დამკვიდრება, კომუნიკაციისა და მოლაპარაკების უნარის განვითარება, მოზარდებში გადაწყვეტილების მიღების უნარის დამკვიდრება და საკუთარი თავის

რწმენა გამყარება. მოზარდმა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით უნდა იგრძნოს საკუთარი პასუხისმგებლობა, მას უნდა ჰქონდეს კითხვების დასმისა და პასუხების მოძებნის, და ასევე თანაგრძნობის უნარი.

საგანმანათლებლო აქტივობები შეიძლება დაიყოს შემდეგ ნაწილებად: სწავლება „ოჯახური ცხოვრების“ შესახებ; სწავლება „ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების შესახებ“; სწავლება „სქესობრივი და რეპროდუქციული განათლება“; სწავლება „განათლება სექსუალური საკითხების შესახებ“.

განათლების არეალი უნდა იყოს დაკავშირებული ფიზიკურ, ბიოლოგიურ, ემოციურ და სოციალური ასპექტებთან.

ევროპული გამოცდილება

- სხვადასხვაგვარი სახელმძღვანელოები;
- სწავლება როგორც ცალკე საგნად, ისე ინტეგრირება სხვადასხვა საგნებში (ბიოლოგია, რელიგიური განათლება, გეოგრაფია, ფილოსოფია);
- ხშირია ინტეგრირება ბიოლოგიის სასწავლო კურსში;
- ბიოლოგიურ ასპექტებთან ერთად აქცენტი კეთდება ურთიერთობებზე.
- სწავლების სხვადასხვა მეთოდები (საკლასო სესიები, თანასწორთა განათლება, თამაშები, ვიდეო რგოლები და სხვა);
- სჭარბობს დიდაქტიკური სწავლების მეთოდები (ინტერაქტიული ნაკლებია);
- სხვადასხვა პასუხისმგებელი სახელმწიფო სტრუქტურები (განათლების სამინისტრო, ჯანდაცვის სამინისტრო, ახალგაზრდობის დეპარტამენტი და სხვა).

საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს რომ სასკოლო განათლება სქესობრივ და რეპროდუქციულ საკითხებზე:

- არ იწვევს სქესობრივი აქტივობის გაძლიერებას!
- ამცირებს ახალგაზრდების სახიფათო სქესობრივ ქცევას!
- მაღლა წევს სქესობრივი ცხოვრების დანყების ასაკს!
- ამცირებს სქესობრივი პარტნიორების რიცხვს ახალგაზრდობაში!
- პოზიტიურად მოქმედებს ახალგაზრდების უნარ-ჩვევებზე განსაზღვრონ რისკები, გააჩნდეთ სწორი ფასეულობები და მიდგომები, შეეძლოთ საუბარი სქესობრივ საკითხებზე როგორც პარტნიორებთან ისე მშობლებთან, გამოიყენონ კონტრაცეპტივები.

განათლება სქესობრივ და რეპროდუქციულ საკითხებზე არ უნდა იქნას

განხილული იზოლაციაში, არამედ როგორც ახალგაზრდების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესების ზოგადი ინიციატივების შემადგენელი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი. ამასთან უნდა გვასოვდეს, რომ იგი ახდენს დადებით გავლენას მოზარდის ქცევაზე (საკუთარი თავის მიმართ პასუხისმგებლობა გაზრდა), ზრდის პირველი სქესობრივი კავშირის ასაკს, ამცირებს პარტნიორთა რაოდენობას და სქესობრივი კავშირის შემთხვევათა რაოდენობას, აუმჯობესებს კონდომების/კონტრაცეფციის გამოყენებას, ამცირებს სგგ ინფექციების გავრცელებას და მოზარდთა ორსულობის მაჩვენებელს.

მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროცესში უნდა იყოს ჩართული: მშობლები, მასწავლებლები, თემი, მოძღვარი და ახალგაზრდები. ხოლო სამიზნე ჯგუფს უნდა წარმოადგენდნენ მასწავლებლები (მათ შორის დირექტორი), მოზარდები და მშობლები.

საგამანათლებლო პროცესის მიმდინარეობისას გაითვალისწინეთ შემდეგი:

- გაამახვილეთ ყურადღება სხვადასხვა ასპექტზე;
- პასუხი გაეცით მოზარდების კითხვებს;
- მშობლებს აცნობეთ შინაარსი;
- სათქმელი მარტივი სიტყვებით გამოხატეთ და გამოიყენეთ ინტერაქტიური ჩართვები;
- თუ შესაძლებელია, პროცესში გოგონები და ბიჭები ერთად ჩართეთ

ძირითადი საკითხები

- ფსიქიკური ჯანმრთელობა უნდა შეფასდეს დროთა განმავლობაში, განსაკუთრებით საყურადღებოა ქცევის მოქნილობა, კრეატიული აქტივობის შენარჩუნების უნარი ნებისმიერ სფეროში
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები შესაძლებელია წარმოიქმნას ძალადობის შედეგად ან მავნე ნივთიერებათა მოხმარების ფონზე
- დებრესია დღეს მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური პრობლემაა, რომელიც ყოველ მეოთხე ან მეხუთე ადამიანს ემართება და თვითმკვლელობისა და თვითდაზიანების ერთ-ერთი უდიდეს რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს
- მნიშვნელოვანია რისკ ფაქტორების შეფასება და სიმპტომების დროული ამოცნობა და რეფერალი შესაბამის სპეციალისტთან
- სწავლის უუნარობას მიეკუთვნება დარღვევები, რომლებიც გავლენას ახდენს ნორმალური და ნორმალურზე მაღალი გონებრივი მონაცემების მქონე ინდივიდებზე
- მოზარდებს, რომელთაც ქრონიკულად სტრესულ სიტუაციაში არიან, მხოლოდ თანადგომისა და სხვა დამცავი ფაქტორების საშუალებით ახერხებენ მათ დაძლევის და ნაყოფიერ არსებობას

8.1 ნორმალური ქცევა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გავრცელებული პრობლემები

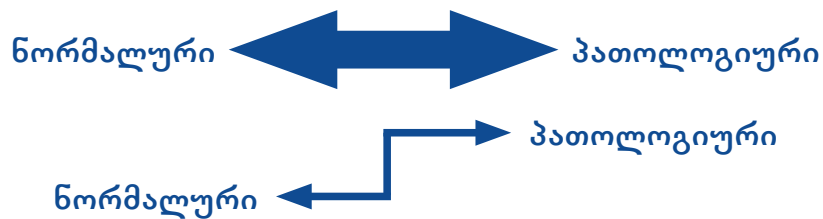
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის „კეთილდღეობის მდგომარეობა, რომლის დროსაც ინდივიდები ათვისებენ თავიანთ შესაძლებლობებს, შეუძლიათ გაუმკლავდნენ ჩვეულებრივ ცხოვრებისეულ სტრესებს, პროდუქტიულად და ნაყოფიერად მუშაობენ და წვლილი შეაქვთ თავიანთ საზოგადოებებში.

ხშირად ძნელია განსაზღვრა ქცევის ნორმალურობა. ფსიქიკური ჯანმრთელობა უნდა შეფასდეს დროთა განმავლობაში, განსაკუთრებით საყურადღებოა ქცევის მოქნილობა, კრეატიული აქტივობის შენარჩუნების უნარი ნებისმიერ სფეროში. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მეგობრების ქსელს, მხარდამჭერას. ჩვეულებრივ ქცევა

ნორმალურია თუკი არ არსებობს მუდმივი ფიქსირებული სიმპტომების 3 თვის განამცლობაში.

8.1.1 ფსიქიკური დარღვევა - მუდმივი მდგომარეობა თუ გარდატეხის წერტილი

მოზარდობის პერიოდში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე ფოკუსირება მნიშვნელოვანია იმისათვის, რომ არ მოხდეს დიაგნოსტიკის დაგვიანება.



მოზარდობის პერიოდში ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები იჩენს ხოლმე თავს. ზოგადად იზრდება ამ პრობლემების გავრცელების მასშტაბი მთელ მსოფლიოში. ამასთან მდგომარეობა რთულდება თანმდევი დაავადებების და პრობლემების ფონზე. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები შესაძლებელია წარმოიქმნას ძალადობის შედეგად ან მავნე ნივთიერებათა მოხმარების ფონზე.

სამი მთავარი კრიტერიუმი (გასახვავება ნორმალურ ცვლილებასა და სერიოზულ პრობლემას შორის)

1. **ხანგრძლივობა** - პრობლემები, რომლებიც რამდენიმე კვირაზე მეტ ხანს გრძელდება, პოტენციურად სახიფათოდ უნდა იქნეს მიჩნეული
2. **სტაბილური სიმპტომების ხანგრძლივობა და სიმწვავე** - ხასიათსა და ნორმალური ცვალებადობის არქონა
3. **სიმპტომების ზემოქმედება პროცესებზე** - აკადემიური მოსწრება, პირადი ურთიერთობები, სახლის და გასართობი აქტივობები

ფსიქიკური დარღვევა შეიძლება იყოს: ქცევითი ან ფსიქოლოგიური, კლინიკური მნიშვნელობის, თან ახლავს დათრგუნულობა და/ან უნარშეზღუდულობა, სიკვდილის მომეტებული რისკი ან თავისუფლების მნიშვნელოვანი დაკარგვა. აღნიშნულ მდგომარეობას არ ახასიათებს მოსალოდნელი კულტურული რეაგირება ნებისმიერ სიტუაციაზე.

მსოფლიოში გავრცელებულ დაავადებათა შორის მენტალური პრობლემები დაავადების ტვირთი: ევროპის რეგიონში დაავადებათა ტვირთის 20% სწორედ მენტალურ დაავადებები წარმოადგენს. ხოლო 20 ქვეყნიდან, რომელშიც მაღლია

სუიციდების რაოდენობა ექვსი ევროპის რეგიონში მდებარეობს¹.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონეთა 2/3 არ მკურნალობს. კვლევებმა კი უჩვენებს, რომ ამ ადამიანთა 70% მკურნალობაზე უარს სწორედ დისკრიმინაციის და „სულიერად დაავადებულის“ იარლიყის მიკერების შიშით ამბობს. კვლევებმა დაადასტურეს, რომ იმ ადამიანების 90%, რომელთაც სუიციდით დაასრულეს ცხოვრება, ფსიქიკური პრობლემები აღენიშნებოდა, თუმცა, მოცემულ მომენტში არ მკურნალობდა

8.1.2 ცხრილი: მოზარდთა შორის ყველაზე გავრცელებული ფსიქოლოგიური პრობლემა ან აშლილობა

პრობლემა ან აშლილობა	გავრცელების სიხშირე (%)
ყველაზე გავრცელებული	
დეპრესია	3-5
შფოთვა	4-6
ყურადღების დეფიციტი/აშლილობა, რომელიც გამოიხატება ჰიპერაქტიულობით	2-4
კვებასთან დაკავშირებული ქცევის აშლილობა	1-2
ქცევითი აშლილობა	4-6
აშლილობა, რომელიც გამოიხატება მავნე ნივთიერებათა მოხმარებით	2-3
ნაკლებად გავრცელებული	
აშლილობა, რომელიც გამოიხატება პანიკით	1-2
აშლილობა, რომელიც გამოიხატება პოსტტრავმული სტრესით	1-2
პიროვნების ემოციურად არამდგრადი აშლილობა	1-3
შიზოფრენია	0,5
აუტისტური სპექტრის აშლილობები (როგორიც არის აუტიზმი, ასპერგერის სინდრომი)	0,6

1 Who. 2016. Mental health <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health>

8.1.3 დეპრესია

დეპრესია დღეს მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური პრობლემაა, რომელიც ყოველ მეოთხე ან მეხუთე ადამიანს ემართება და **თვითმკვლელობისა და თვითდაზიანების ერთ-ერთი უდიდეს რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს**. საშუალოდ, 8-10% მოზარდს დეპრესია აქვს. გოგონებში უფრო ხშირია ვიდრე ბიჭებში.

ინტერვენცია: მნიშვნელოვანია რისკ ფაქტორების შეფასება და სიმპტომების დროული ამოცნობა და რეფერალი შესაბამის სპეციალისტთან.

8.1.4 სკოლის ფობია

მოზარდთა ასაკში არცთუ იშვიათია სკოლის უარყოფა, სკოლაში წასვლის მდგრადი, ირაციონალური შიში. სკოლის ფობია განსხვავდება სკოლის არსიყვარულისგან. ყოველივე შეიძლება დაკავშირებული იყოს სხვადასხვა პრობლემებთან. ამ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია მათი მხარდაჭერა, კოგნიტური ქცევითი მოკლევადიანი თერაპია.

ინტერვენცია: მნიშვნელოვანია რისკ ფაქტორების შეფასება და სიმპტომების დროული ამოცნობა და რეფერალი შესაბამის სპეციალისტთან.

8.1.5 ქცევითი დარღვევები

ქცევით დარღვევების მიეკუთვნება განგრძობითი ცუდი ქცევა, რომლის დროსაც ახალგაზრდა ხშირად არღვევს სხვების უფლებებს ან ასაკისთვის შესაფერის სოციალურ ნორმებს. მისი სიმპტომები: ქონების დაზიანება, ტყუილი, ქურდობა, აგრესია (ადამიანებისა და ცხოველების მიმართ)

8.1.6 ყურადღების დეფიციტი/ჰიპერაქტივობის სინდრომი

ყურადღების დეფიციტი ანუ ჰიპერაქტივობის სინდრომი წარმოადგენს სიმპტომების მთელ რიგ კომპლექსს. იგი მოზარდთა 50%-ს აწუხებს, შემთხვევათა რიცხვი 6-ჯერ მეტია ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში. მოზარდთა დაახლოებით 50%-ს მსგავსი სახის აშლილობა ზრდასრულ ასაკშიც მიყვება.

ჰიპერაქტივობის სინდრომი მქონე ბავშვები მრავალ განსხვავებულ სიმპტომებს ამჟღავნებენ, მათთვის ყველაზე მეტად დამახასიათებელია უყურადღებობა, იოლი გადართვადობა, იმპულსურობა, დეზორგანიზებულობა, ჰიპერაქტივობა. მათ ძირითადად შემდეგნაირად აღწერენ:

- სწრაფად ინაცვლებს ერთი დაუშთავრებელი ამოცანიდან მეორეზე, არ ამთავრებს დაწყებულს.
- ხშირად ტოვებს შთაბეჭდილებას, რომ არ უსმენს, რასაც სხვები ამბობენ.
- ადვილად ეფანტება ყურადღება.

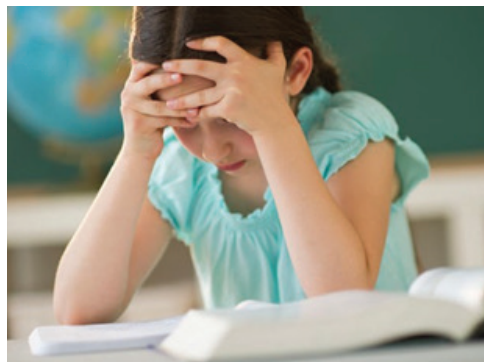
- უჭირს კონცენტრაცია დავალებებზე, რომლებიც არ აინტერესებს, მაგ. საშინაო დავალება, მაგრამ შეუძლია საათობით უყუროს ტელევიზორს ან ითამაშოს კომპიუტერზე.
- ვერ ახერხებს სამუშაოს ორგანიზებას.
- ხშირად იცვლის საქმიანობას.
- უჭირს ინსტრუქციის შესრულება.
- საჭიროებს მუდმივ მეთვალყურეობას.
- ხშირად კარგავს ნივთებს.
- არ შეუძლია ლოდინი.
- ვერ ემორჩილება განრიგს.
- უჭირს ერთ ადგილზე ჯდომა.
- ხელების და ფეხების მოუსვენარი მოძრაობა, ცქმუტავს სკამზე
- ჭარბი სირბილი, მოუსვენრობა.
- უჭირს წყნარად თამაში, საკუთარი ჯერის დალოდება.
- ყოველთვის მზადაა გასაქცევად.
- ხშირად, უმიზეზოდ სტოვებს მერხს, საკლასო ოთახს.
- არ ფიქრობს, სანამ რამეს გააკეთებს, მოქმედებს დაუფიქრებლად.
- ერევა სხვის ლაპარაკში და იჭრება სხვა ბავშვების თამაშის პროცესში.
- ხშირად გადაჭარბებულად ბევრს ლაპარაკობს.
- ერთვება ფიზიკურად საშიშ ქმედებებში და არ ფიქრობს შედეგებზე.
- ზოგ შემთხვევაში აგრესიულია და შემტევი.

ყურადღების დეფიციტის ანუ ჰიპერაქტივობის სინდრომის მქონე ბავშვებს პირველ რიგში ესაჭიროებათ სწავლის ფიზიკური პირობების შექმნა, შემდეგ სპეციალური სასწავლო პროგრამები, რომელნიც მის თავისებურებებს ითვალისწინებენ.

8.2 სწავლის უუნარობა

სწავლის უუნარობას მიეკუთვნება დარღვევები, რომლებიც გავლენას ახდენს ნორმალურ და ნორმალურზე მაღალი გონებრივი მონაცემების მქონე ინდივიდებზე, მათ მიერ ინფორმაციის მიღებაზე, დამახსოვრებასა და გამოყენებაში.

დისლექსია ვლინდება კითხვის პროცესის



დაუფლების შენელებაში, აგრეთვე წაკითხვის ნელ ტემპში არა საკმარის და დაბალ სისწრაფეში. ასევე დამახასიათებელია კითხვის დროს სპეციფიკური შეცდომების მუდმივი გამეორება.

ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია ნევროლოგის კონსულტაცია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების/აშლილობების ძირითადი სიმპტომები

- დეპრესიის ნიშნები, ცუდ ხასიათზე ყოფნა, ხშირი ტირილი, ემოციური ლაბილობა
- ჩვეულებრივი საქმეების მიმართ ინტერესის უქონლობა
- სომატური ჩივილები, როგორიც არის თავის ტკივილი, მუცლის ტკივილი, ზურგის ტკივილი ან ძილის პრობლემები
- საკუთარი თავის ვნებისკენ მიმართული ქცევა, აგრესია
- იზოლაცია, მარტოობა
- დევიანტური ქცევა, როგორიც არის ქურდობა და ყაჩაღობა, ფულის გაქრობა
- ცვლილება აკადემიურ მოსწრებასა ან ქცევაში
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (მათ შორის ურეცეპტოდ გაცემული მედიკამენტების) მოხმარება

8.2.1 რისკ და დამცავი ფაქტორები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისთვის

დამცავი ფაქტორები

- სიახლოვე ოჯახში
- სკოლის მოსწრება/გარემო
- რელიგიურობა
- კავშირები თანატოლებთან
- პროსოციალური აქტივობები
- გრძელვადიანი პერსპექტივები
- დედის განათლება

მოწყვლადობა

- მშობელთა ფსიქიკური პრობლემები
- ძალადობა ოჯახში
- სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, მიგრაცია, ომი
- ცუდი გარემო სკოლაში
- ბულინგი
- იზოლაცია, თანატოლებთან კონტაქტის ნაკლებობა
- ქრონიკული მდგომარეობა
- ახლობელი ადამიანის სიკვდილი
- სექს. ორიენტაციასთან დაკავშირებული საკითხები

მოზარდს შეიძლება ახასიათებდეს სხვადასხვა საგანგაშო ნიშნები, მაგალითად სკოლის ნიშნების გაუარესება, იზოლაცია, ძალადობა, ფიზიკური სიმპტომები და ჩივილები და ასევე არ იყოს კრეატიული და არ აინტერესებდეს გასართობი აქტივობები.

ამ შემთხვევაში აუცილებელია კონფიდენციალობის დაცვითა და სიფრთხილით გამოვიკვლიოთ მოვლენის ხანგრძლივობა, რაიმე მაპროვოცირებელი მოვლენის არსებობა, ხანგრძლივობა და სიმწვავე. რა გავლენა მოახდინეს ახალგაზრდაზე, ასევე რამდენად აშფოთებს მას ეს მდგომარეობა, როგორ უმკლავდება ამ გამოწვევებს და განვითარების რა ეტაპზე იმყოფება.

ასევე აუცილებელია შევისწავლოთ და გამოვიკვლიოთ რისკ-ფაქტორები: მისი ოჯახური და სასკოლო გარემო, სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ფაქტორები, უბანში/რაიონში არსებული გარემოს გავლენა მოზარდის ცხოვრებაზე და მიგრაცია. რისკ-ფაქტორების შესწავლისას ასევე უნდა შეფასდეს დამცავი ფაქტორები.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მოზარდები, რომლებიც ქრონიკულად სტრესულ სიტუაციაში არიან, მხოლოდ თანადგომისა და სხვა დამცავი ფაქტორების საშუალებით ახერხებენ მათ დაძლევის და ნაყოფიერ არსებობას

8.3 სუიციდი და განზრახ თვითდაზიანება ახალგაზრდებს შორის

განზრახ თვითდაზიანებისკენ მიდრეკილი ქცევა მერყეობს არასუიციდური განზრახვის მქონე მოქმედებიდან (თუმცა ტანჯვის შესახებ კომუნიკაციის ან დაძაბულობის შემსუბუქების განზრახვით) სუიციდამდე. 7%-დან 14%-მდე მოზარდი საკუთარ თავს იზიანებს ცხოვრების რალაც მონაკვეთში, ხოლო უფრო დიდი ასაკის 20%-დან 45%-მდე მოზარდი ამბობს, რომ სუიციდზე ოდესღაც უფიქრია.

8.3.1 სუიციდი

სუიციდი იშვიათად ხდება 15 წლამდე მოზარდებს შორის, თუმცა სიხშირის მაჩვენებელი, სავარაუდოდ, არ ასახავს სრულ სურათს, ვინაიდან გარდაცვალების მიზეზების გამოძიებლები ასეთი ვერდიქტის გამოტანას ერიდებიან. სუიციდის მაჩვენებლები ბევრად მაღალია ვაჟ მოზარდებს შორის ვიდრე გოგონებში. ბოლო 5 თუ 6 წლის წინა პერიოდში, ინგლისსა და უელსში, სუიციდის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად მატულობდა 15-19 წლის მამრ მოზარდებს შორის და 20-24 წლის ახალგაზრდა კაცებს შორის, თუმცა შემდეგ ამ მაჩვენებლებმა კლება უფროსი ასაკის ჯგუფში დაიწყო.

სუიციდური სიკვდილის შემდგომი ფსიქოლოგიური კვლევები აჩვენებს, რომ სიკვდილის დროს სახეზეა ფსიქიატრიული დარღვევა (ჩვეულებრივ, დეპრესია; იშვიათად ფსიქოზი) იმ მოზარდების უმეტესობას შორის, რომლებმაც თავი მოიკლეს. ხშირია ქცევითი აშლილობები, მავნე ნივთიერებების მოხმარება და ოჯახური, სოციალური და ფსიქოლოგიური პრობლემები. ძლიერია კავშირი სუიციდსა და წარსულში თვითდაზიანებას შორის: თვითმკვლელთა მეოთხედზე მეტს ადრე არასასიკვდილო თვითდაზიანების აქტი აქვს ჩადენილი.

კვლევებმა აჩვენა, რომ გაერთიანებულ სამეფოში ვაჟთა შორის სუიციდის მატების სავარაუდო მიზეზებს შორის გამოიკვეთა: მშობლების განქორწინება, მავნე ნივთიერებების მოხმარების გაზრდა, დეპრესიის მზარდი მაჩვენებელი, დასაქმების არასტაბილურობა, სუიციდის საშუალებების მზარდი ხელმისაწვდომობა, მედიის გავლენა, კერძოდ მეცნიერები ვარაუდობენ, რომ ხელი შეუწყო მოზარდთა შორის სუიციდების 5%-ს. ასევე აღსანიშნავია თანასწორთა ქცევის გავლენა, კერძოდ სხვა ახალგაზრდებს შორის სუიციდური ქცევის შესახებ ინფორმაცია².

მნიშვნელოვანია ოჯახის ექიმებს, ფსიქოთერაპევტებს, დამხმარე ორგანიზაციებს და სასულიერო პირების როლი, მოზარდთათვის მხარდაჭერის აღმოჩენასა და ტანჯვის შემსუბუქებაში.

8.3.2 განზრახ თვითდაზიანება

„განზრახ თვითდაზიანება“ არის ტერმინი, რომელსაც „სუიციდის მცდელობას“ ან „პარასუიციდს“ ამჯობინებენ, ვინაიდან ასეთი ქცევის მოტივები ან მიზეზები არასუიციდურ განზრახვებსაც მოიცავს. მართალია მოზარდებმა, რომლებიც საკუთარ თავს იზიანებენ, შეიძლება განაცხადონ, რომ სიკვდილი უნდათ, ბევრ შემთხვევაში მოტივაცია უფრო ტანჯვის გამოხატულება და შემამოფოთებელი სიტუაციებიდან გაქცევის სურვილია. მაშინაც კი, როდესაც თვითდაზიანების ქცევის შედეგი სიკვდილია, ასეთი დასასრული, შესაძლოა, არ ყოფილიყო განზრახული.

მოზარდებს შორის თვითდაზიანების შემთხვევების უმეტესობა უმნიშვნელო დაზიანების მომტანია და სამედიცინო სამსახურების ყურადღების მიღმა რჩება. საკუთარი თავის დაჭრა ბევრ ასეთ შემთხვევას შორისაა და როგორც ჩანს, დაძაბულობის შემცირების ან თვითდაზიანების მიზანს ემსახურება. ნივთიერებები, რომლებსაც თავის მოსანამლად იყენებენ, ჩვეულებრივ თავისუფლად არის სახლში ხელმისაწვდომი ან ურეცეპტოდ იყიდება და ისეთ არაოპიატურ ანალგეტიკებს მოიცავს, როგორებიცაა პარაცეტამოლი და ასპირინი, ასევე ფსიქოტროპულაგენტებს.

2 სუიციდი და დაუდგენელი მიზეზით სიკვდილი 15-19 წლის და 20-24 წლის ახალგაზრდებს შორის 1968-2000 წლებში ინგლისსა და უელსში. მონაცემების წყარო: ეროვნული სტატისტიკის სამსახური. *Twentieth century mortality: 100 years of mortality data in England and Wales by age, sex, year and underlying cause*. CD Rom. London: ONS, 2003.

თვითდაზიანება უფრო სახიფათო მეთოდებით, როგორიც თავის ჩამოხრჩობის მცდელობაა, შესაძლოა სერიოზულ სუიციდურ განზრახვას უკავშირდებოდეს.

8.3.2.1.რისკის ფაქტორები

საერთო მახასიათებლები იმ მოზარდებისა, რომლებიც თავს იზიანებენ, იმ მოზარდთა მახასიათებლების მსგავსია, რომლებიც თავს იკლავენ. ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა ასევე შეიძლება ერთ-ერთი ფაქტორი იყოს. ბოლო ხანებში სულ უფრო მეტად ხდება აღიარება დეპრესიის მნიშვნელობისა მოზარდთა შორის არაფატალურ და ფატალურ თვითდაზიანებაში. ნივთიერებების ბოროტად მოხმარება ასევე გავრცელებულია, თუმცა ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების შედეგად თვითდაზიანების რისკის ხარისხი მოზარდთა შორის არ არის ნათელი. მნიშვნელოვანი ფაქტორი შეიძლება იყოს იმ მოზარდებთან ნაცნობობა, რომლებმაც თავი დაიზიანეს.

თვითდაზიანების სავარაუდო მოტივები ან მიზეზები შეიძლება იყოს:

- სიკვდილი
- აუტანელი ტანჯვისგან გაქცევა
- სხვების ქცევაზე მანიპულირების სურვილი
- რალაც სიტუაციიდან თავის დაღწევა
- სხვებისთვის სასონარკვეთის ჩვენება
- სხვა ადამიანებისთვის სამაგიეროს გადახდა, რომ დამნაშავედ იგრძნონ თავი
- დაძაბულობის შემსუბუქება
- დახმარების ძიება

თვითდაზიანება, ხშირად, ძალზე იმპულსური აქტია - ბევრის თქმით, ამის გაკეთებამდე მათ ამ აქტზე მხოლოდ რამდენიმე წუთი იფიქრეს. ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარება იმპულსური აქტების ალბათობას, სავარაუდოდ, ზრდის.

გავრცელებული პრობლემები, რომლებიც თვითდაზიანებას წინ უძღვის შეიძლება იყოს შემდეგი: სირთულეები ან დავა მშობლებთან, პრობლემები სკოლაში, სირთულეები შეყვარებულთან ან მეგობრებთან, დავა და-ძმასთან, ცუდი ფიზიკური ჯანმრთელობა, დეპრესია, ბულინგი, დაბალი თვითშეფასება, სექსუალური პრობლემები, ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარება და ასევე მეგობრების ან ოჯახის მიერ თვითდაზიანების შესახებ ინფორმაცია.

ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია განმეორებით თვითდაზიანებასთან :

- თვითდაზიანება წარსულში
- პერსონალური აშლილობა
- დეპრესია
- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარება
- ქრონიკული ფსიქოსოციალური პრობლემები და ქცევითი აშლილობა
- ოჯახში დაძაბული ურთიერთობები
- ალკოჰოლზე დამოკიდებულება ოჯახში
- სოციალური იზოლაცია
- ცუდი მოსწრება სკოლაში

8.3.2.2.პრევენცია

ძნელია თვითდაზიანების რისკის მქონე ახალგაზრდების იდენტიფიცირება მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი შედარებით დიდი ასაკის მოზარდი, რომელიც ასეთი რისკის მატარებელია, თვითდაზიანებამდე ოჯახის ექიმთან კონსულტაციაზე მიდის. სუიციდური იდეები შედარებით გავრცელებულია მოზარდებში; მაპროვოცირებელი მოვლენები შესაძლოა არასპეციფიკური იყოს; თვითდაზიანების აქტები ხშირად იმპულსურია; გავრცელებულია გასაიდუმლოება და უარყოფა. ეფექტიანი პრევენციული მზრუნველობა მრავალი უწყების ჩართვას მოითხოვს, მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სოციალური სერვისებისას. ამ უწყებებმა კოორდინირებულად უნდა იმუშაონ იმ მოზარდებთან, რომლებიც რისკის მატარებლები არიან, მათ შორის მწვავე ფსიქიკური დარღვევები აქვთ.

8.3.2.3 შეფასება თვითდაზიანების შემდეგ

ყველა ახალგაზრდა, რომელმაც თავი დაიზიანა, საავადმყოფოში უნდა შეფასდეს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრის ან სპეციალისტის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანამშრომლის, ფსიქოლოგის, ფსიქოთერაპევტის ან ფსიქიატრიის ექტონის მიერ. ეს აუცილებელია სამედიცინო პრობლემის სწორად წარმართვისათვის და ახალგაზრდის დეტალური ფსიქოსოციალური შეფასების უზრუნველსაყოფად.

არსებითია, დადგინდეს ჰქონდა თუ არა ახალგაზრდას მაღალი ხარისხის სუიციდური განზრახვა. ვინაიდან განზრახვის უარყოფა ზოგჯერ პრობლემას წარმოადგენს, მნიშვნელოვანია, მიიღოთ შეძლებისდაგვარად დეტალური ანგარიში ვითარებების შესახებ და შეადაროთ ისინი იმ ფაქტორებს, რომლებიც ცნობილია, რომ მაღალი

ხარისხის განზრახვას უკავშირდება. ზოგჯერ თვითდაზიანების მიზეზები ბუნდოვანი ჩანს, რადგან აქტი შეიძლება ძალზე იმპულსური იყოს.

თვითდაზიანების ფიზიკური სიმძიმე არ არის სუიციდური განზრახვის კარგი ინდიკატორი იმიტომ, რომ მოზარდებმა ხშირად არაფერი იციან თითქოსდა უვნებელი ნივთიერებების, როგორც პარაცეტამოლია, ტოქსიკურობის შესახებ. ახალგაზრდებსა და მათ ოჯახებში მსგავსი საკითხები შეიძლება პირველად ჯანდაცვაში შეფასდეს ნაკლებად სერიოზული თვითდაზიანების შემთხვევებში.



იმ მოზარდთა შეფასების მნიშვნელოვანი საკითხები, რომლებმაც თავი დაიზიანეს

- გადაჭარბებული დოზის მიღებასთან ან თვითდაზიანებასთან დაკავშირებული მოვლენები
- სუიციდური განზრახვის ხარისხი და ამ აქტის სხვა მიზეზები
- მოზარდის მიმდინარე პრობლემები
- შესაძლო ფსიქიატრიული დარღვევა
- ოჯახის და პირადი მდგომარეობა
- ფსიქიატრიული დარღვევის ან თვითდაზიანების ისტორია
- მოზარდის რესურსებისა და მხარდაჭერის ხასიათი
- შემდგომი თვითდაზიანებისა და სუიციდის რისკი
- დახმარების მიმართ დამოკიდებულება

ოჯახების ან ახალგაზრდების შეფასება, რომლებმაც თავი სერიოზულად დაიზიანეს

შეფასების ელემენტები

- ოჯახის სტრუქტურა და ურთიერთობები
- ფსიქიატრიული დარღვევის, მათ შორის, ოჯახში სუიციდის მცდელობის ისტორია

- ბოლოდროინდელი მოვლენები ოჯახურ ცხოვრებაში, განსაკუთრებით გარდაცვალება

ოჯახის მიერ დახმარების და პრობლემის გადაჭრის შესაძლებლობის შეფასება

- თვითდაზიანების ვითარებების, მოვლენების, რომლებმაც ამ აქტამდე მიიყვანა და ამ აქტის ოჯახზე ზეგავლენის გამოკვლევა
- გამოკვლევა, როგორ დაძლია ოჯახმა წარსულში სერიოზული პრობლემები

დამატებითი ლიტერატურა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის გავრცელებული პრობლემები

პიერ ანდრე მიშუ და ერიკ ფომბონი

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია ფსიქიკურ ჯანმრთელობას განმარტავს როგორც “კეთილდღეობის მდგომარეობას, რომლის დროსაც ინდივიდები აცნობიერებენ თავიანთ შესაძლებლობებს, შეუძლიათ ცხოვრებაში გაუმკლავდნენ ჩვეულებრივ სტრესებს, პროდუქტიულად და ნაყოფიერად მუშაობენ და წვლილი შეაქვთ თავიანთ საზოგადოებებში”. ზრდასრულზე ორიენტირებული ამ განსაზღვრების მოზარდებთან მიმართებაში, გამოყენება და მოზარდებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების დადგენა ძნელია, თუ გავითვალისწინებთ ქცევაში, აზროვნების უნარებსა და იდენტობაში იმ მნიშვნელოვან ცვლილებებს, რომლებიც მოზარდობის პერიოდში ხდება.

ახალგაზრდების ცვალებადი სუბკულტურების გავლენამ მათ ქცევასა და პრიორიტეტებზე შეიძლება ასევე გაართულოს მოზარდებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების დადგენა. მართალია, ფსიქიკის დარღვევები ფსიქიატრიული აშლილობის ამსახველია, მოზარდებზე შეიძლება მოქმედებდეს უფრო ფართო სპექტრის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები. ამაში შედის სხვადასხვა სირთულე და ტვირთი, რომლებიც ხელს უშლის მოზარდთა განვითარებას და უარყოფითად აისახება ცხოვრების ხარისხზე ემოციური, სოციალური და პროფესიული თვალსაზრისით.

ფსიქიკის დარღვევებმა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებმა მოზარდთა შორის მნიშვნელოვნად იმატა ბოლო 20-30 წლის განმავლობაში. ეს ზრდა სოციალურმა ცვლილებებმა განაპირობა, მათ შორის ოჯახის სტრუქტურის რღვევამ, ახალგაზრდების მზარდმა უმუშევრობამ და საგანმანათლებლო და პროფესიულმა ზეწოლებმა. ფსიქიკის დარღვევების სიხშირე 11-დან 15 წლამდე ასაკის მოზარდებში დიდ ბრიტანეთში 11%-ს აღწევს; ქცევის პრობლემები უფრო ბიჭებს შორის არის გავრცელებული, დეპრესია და შფოთვა კი გოგონებს შორის ქარბობს.

ახალგაზრდებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენა, მკურნალობა და შემდგომი მეთვალყურეობა გართულებულია. მშობლებმა და მასწავლებლებმა შეიძლება ეს პრობლემები უბრალოდ მოზარდობის მოუსვენრობას მიაწერონ. ახალგაზრდები ხშირად უარს ამბობენ დახმარებაზე, რადგან სჭირდებათ, იყვნენ „ნორმალური“ როდესაც იდენტობის საკითხებს იკვლევენ და ცდილობენ თანატოლთა ჯგუფში ჩართვას.

ნორმალური ქცევა და ფსიქიკური პრობლემები

ხასიათის ცვალებადობა და ქცევაში დროებითი გადახრები მოზარდობის ნორმალური პროცესის შემადგენელი ნაწილია. ნორმალურია, როდესაც ახალგაზრდები ზოგჯერ დეპრესიულიები არიან და ასეთი განწყობა რამდენიმე დღე გრძელდება. ამის მსგავსად, ბევრი ახალგაზრდა ნარკოტიკებს სინჯავს ან „უკანონო“ ქმედებას სჩადის საკუთარი იდენტობის ძიების პროცესის დროს. ასეთი ნორმალური ქცევა უფრო სერიოზული პრობლემებისგან ხანგრძლივობით, მდგრადობითა და სიმპტომების ზეგავლენით განსხვავდება.

ახალგაზრდების რისკის შეფასება არასპეციალიზებულ კლინიკაში - პირველადი ან მეორადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში რთული იქნება. ერთ-ერთი ძირითადი მოთხოვნაა არაშეფასებითი მიდგომის გამოყენება, რომელიც აღიარებს ახალგაზრდის უფლებას, დაცული იქნეს კონფიდენციალობა, საჭიროების შემთხვევაში რისკის ხარისხის გათვალისწინებით. შესაძლებელია დამტკიცებული სასკრინინგო კითხვარების გამოყენება მოზარდებს შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების შესაფასებლად (Hack et al; იხილეთ, დამატებითი ლიტერატურის ჩამონათვალი).

სიმპტომები, რომელთა შეფასება არის საჭირო

- აშკარა დეპრესიის ნიშნები (ცუდი გუნება-განწყობა, ადვილად ატირება, ჩვეულებრივი აქტივობებისადმი ინტერესის უქონლობა)
- სომატური ჩივილები, როგორებიცაა თავის, მუცლის, ზურგის ტკივილები და ძილის პრობლემები
- თვითდაზიანებისკენ მიდრეკილება
- აგრესია
- იზოლაცია და მარტოობა
- გადახრა ქცევაში, როგორიცაა ქურდობა და ყაჩაღობა
- ცვლილება აკადემიურ მოსწრებაში ან ქცევაში
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება, მათ შორის ურეცეპტო ნამღებების
- წონაში დაკლება ან ზრდის პარალელურად წონაში ვერ მომატება



ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები მოზარდების ცხოვრების ხარისხზე ახდენს გავლენას

ფსიქიკური დარღვევის განსაზღვრა*

ფსიქიკური დარღვევა:

- ქცევითი ან ფსიქოლოგიური
- კლინიკური მნიშვნელობის
- თანმდევი ნუხილით და/ან სიკვდილის მომატებული რისკით, ან თავისუფლების მნიშვნელოვანი დაკარგვით
- შესაბამისი კულტურისთვის უჩვეულო რეაგირება ნებისმიერ სიტუაციაზე

*მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, 2003 (იხილეთ, დამატებითი ლიტერატურის ჩამონათვალი)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები და დარღვევები მოზარდებში*

პრობლემა ან დარღვევა	სიხშირე (%)
გავრცელებული	
დეპრესია	3-5
შფოთვა	4-6
ყურადღების დეფიციტი/ჰიპერაქტივობის სინდრომი	2-4
კვების დარღვევები	1-2
ქცევის დარღვევები	4-6
მავნე ნივთიერების მოხმარება	2-3

ნაკლებად გავრცელებული	
პანიკური აშლილობა	1-2
პოსტ-ტრავმატული სტრესის აშლილობები	1-2
მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა	1-3
შიზოფრენია	0.5
აუტისტური სპექტრის დარღვევები (როგორებიცაა აუტიზმი, ასპერგერის სინდრომი)	0.6

*Costello et al (Arch Gen Psychiatry 2003;60:837-44); Ford et al (J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:1203-11); Fombonne (J Autism Dev Disord 2003;33:365-82).

კრიტერიუმები, რითაც ქცევაში ნორმალური ცვლილება განსხვავდება უფრო სერიოზული პრობლემებისგან

ხანგრძლივობა - ნებისმიერი პრობლემა, რომელიც რამდენიმე კვირაზე მეტ ხანს გრძელდება, პოტენციურად საზიანო პრობლემად განიხილეთ; რამდენჯერმე ხელახლა შეაფასეთ ფსიქიკური მდგომარეობა.

მდგარდობა და ფიქსირებული სიმპტომების სიმწვავე - ხასიათსა და ქცევაში ნორმალური ცვალებადობის არქონა.

სიმპტომების ზემოქმედება - აკადემიური მოსწრება, პირადი ურთიერთობები, სახლის და გასართობი აქტივობები.

დეპრესია

დეპრესიის და მასთან დაკავშირებული სუიციდის ან თვითდაზინებისკენ მიდრეკილი ქცევის ამოცნობა, შეფასება და მკურნალობა უმთავრესი პრიორიტეტებია მოზარდთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში. ეპიდემიოლოგიური კვლევები გვიჩვენებს, რომ ერთი კონკრეტული კვლევის შემთხვევაში 8%-დან 10%-მდე მოზარდს მწვავე დეპრესია აქვს. ეს ნიშნავს, რომ მოზარდთა შორის დეპრესიის შეფასების და მისი მართვის ძირითადი ტვირთი პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკოსებს აწევს.

მოზარდობისას ბავშვობის დეპრესიით გამოხატული დაავადები (შედარებით იშვიათია, ქარბობს ბიჭებში, სიმპტომები შენიღბულია) ასეთ შემთხვევათა რაოდენობა მატულობს,ზრდასრულ ასაკში.

ზოგადადაც, სტატისტიკურად სჭარბობს გოგონებს შორის და მეტია ალბათობა, რომ დეპრესიულ ხასიათში გამოიხატოს. თუმცა შენიღბული სიმპტომები (მაგალითად, ქცევითი პრობლემები, ნარკოტიკების მოხმარება, სკოლის ფობია ან წარუმატებლობა სკოლაში, დაღლილობა და სხვა სომატური სიმპტომები) ადრეულ მოზარდობაში, განსაკუთრებით ბიჭებს შორის არის გავრცელებული.

დეპრესიის რისკის სათანადოდ შეფასებისთვის საჭიროა ახალგაზრდების კონფიდენციალურად ინტერვიუება და დამატებითი ინფორმაციის მოგროვება მშობლებისგან და სხვა წყაროებიდან (როგორებიცაა მასწავლებლები, სოციალური მუშაკები). დეპრესიის სიმპტომების და რისკფაქტორების დადგენისთვის ასევე არსებითია დეპრესიულ ახალგაზრდებს შორის სუიციდის პოტენციური რისკის შეფასება. მათ უნდა ჰკითხოთ წარსული და აწმყო სუიციდური აზრების და თვითდაზიანების ქცევის თუ წარსულში მცდელობების შესახებ, ასევე, აპირებენ თუ არა თვითდაზიანებას. სუიციდის შესახებ გამოკითხვა სუიციდის რისკს უფრო ამცირებს ვიდრე ზრდის.

მკურნალობა, ჩვეულებრივ, მოიცავს ფსიქოთერაპიას, მედიკამენტებით მკურნალობას და ისეთი ღონისძიებების კომბინაციას, რომლებიც სახლისა და სკოლის გარემოს გაუმჯობესებისკენ არის მიმართული.

მწვავე დეპრესიის ნიშნები და სიმპტომები*

- მუდმივი მოწყენილობა ან გაღიზიანება
- ინტერესის დაკარგვა იმ აქტივობებისადმი, რომლებიც ადრე სიამოვნებას ანიჭებდა
- მადასა ან წონაში მნიშვნელოვანი ცვლილება
- გადაჭარბებული ძილიანობა ან უძილობა
- ფსიქომოტორული აღგზნებადობა ან შენელება
- ენერგიის გამოლევა
- უვარგისობის ან არასათანადო დანაშაულის განცდა
- კონცენტრირების სირთულე
- ხშირი ფიქრი სიკვდილსა ან სუიციდზე

ხუთი ან მეტი ასეთი სიმპტომი (მათ შორის, მინიმუმ, ერთ-ერთი პირველი ორიდან) უნდა გრძელდებოდეს ორი ან მეტი კვირა, სანამ ღრმა დეპრესიის დიაგნოზი დაისმება.

**მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია*

სასარგებლო ინსტრუმენტები მოზარდებს შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების სკრინინგისთვის

ინსტრუმენტის დასახელება (გამომგონებელი)	სკრინინგის სფერო	ინსტრუმენტის ნომერი (საჭირო დრო, წუთები)
დეპრესიის შეფასების ბეკის სკალა (ბეკი)	დეპრესიული მდგომარეობა	21 (5)
SCL-90-R (დეროგატისი)	ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები	90 (12-15)
სიმპტომის სწრაფი შეფასების სკალა (დეროგატისი)	ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები	53 (8-10)
ბავშვთა დეპრესიის შეფასების სკალა (კოვაჩი)	დეპრესია	27 (5-10)
ძლიერი მხარეების და სირთულეების კითხვარი (გუდმანი)	ზოგადი ფსიქოპათოლოგია და მასთან დაკავშირებული დარღვევები	25 ან 30 (5-10)
ბავშვის ქცევის შესაფასებელი კითხვარი; ახალგაზრდების კითხვარი (აშენბახი)	ზოგადი ფსიქოპათოლოგია	120 (25)
გისენის ტესტი	ფსიქოპათოლოგია	30 (5-10)

სიმპტომის სწრაფი შეფასების სკალა SCL-90-R-ის შემოკლებული ვერსიია

მოზარდთა დეპრესიის პოტენციური რისკფაქტორები

- მემკვიდრეობითობა
- ახალი მომხდარი ტრაგედია ან კონფლიქტი ოჯახში
- რომანტიკული ურთიერთობის დასრულება
- ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემა
- ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა
- ტრავმა და დიდი სტრესი
- შფოთვა, ყურადღების დეფიციტი/ჰიპერაქტივობის სინდრომი ან ქცევის პრობლემები
- სწავლის სირთულე

- მავნე ნივთიერების მოხმარება

მოზარდთა დეპრესიის სამკურნალო სტრატეგიები

მოკლევადიანი ფსიქოლოგიური თერაპიები

- კოგნიტიური ქცევის თერაპია
- ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია

გრძელვადიანი ფსიქოთერაპია

- გრძელვადიანი ფსიქოდინამიკური თერაპიები შეიძლება იყოს სასარგებლო უფრო მწვავე ან მდგრად შემთხვევებში

ანტიდეპრესანტები

- ანტიდეპრესანტები ნაკლებად არის ეფექტიანი მოზარდებში ვიდრე ზრდასრულებში
- ცოტა ხნის წინ აშშ-ისა და გაერთიანებული სამეფოს ექიმებმა გამოთქვეს შემოწმება, რომ შეიძლება ზოგმა სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითმა ინჰიბიტორმა (SSRIs) მოზარდებში სუიციდური ქცევის რისკი გაზარდოს. სეროტონინის უკუმიტაცების ერთადერთი შერჩევითი ინჰიბიტორი, რომელიც მოზარდებისთვის გაერთიანებულ სამეფოშია დაშვებული, არის ფლუოქსეტინი.

კოგნიტიური ქცევის თერაპია, რომელიც ჩვეულებრივ ტარდება 12-16 კვირის განმავლობაში, მოზარდობის დეპრესიის მკურნალობის ერთ-ერთი გავრცელებული მეთოდია; თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახის ექიმების მიერ დანიშნული კოგნიტიური ქცევის თერაპია ეფექტიანია ზრდასრულებში, მოზარდებში მისი ეფექტიანობა ჯერ არ არის დამტკიცებული.

სკოლის ფობია

სკოლის ფობიას, რომელსაც სკოლის უარყოფასაც უწოდებენ, განმარტავენ როგორც სკოლაში წასვლის მდგრად და ირაციონალურ შიშს. იგი უნდა განვასხვავოთ უბრალოდ სკოლის არსიყვარულისგან, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს ახალი მასწავლებელი, რთული გამოცდა, ჩაგვრა კლასში, თავდაჯერების ნაკლებობა ანდა ფიზიკულის გაკვეთილისთვის ტანსაცმლის გახდის საჭიროება. ამ ფობიით შეპყრობილ მოზარდს სკოლის ირაციონალური შიში აქვს და სკოლაში ან სკოლის სიახლოვეს ყოფნის დროს შეიძლება შფოთვის სიმპტომები გამოავლინოს.

სკოლის ფობია, ხშირად, სოციალურ და სხვა ფობიებთან ერთად ჩნდება, რამაც მოზარდი შეიძლება არაქმედუნარიანი გახადოს, რაც სკოლაში წარუმატებლობას და მომავალში პროფესიულ წარუმატებლობას იწვევს. ამ ფობიის მართვა, ჩვეულებრივ, ახალგაზრდის მთელი „სისტემის“, მათ შორის, მშობლების, და-ძმის და სკოლის ჩართვას მოითხოვს. კოგნიტიური ქცევის მოკლევადიანი თერაპია, ისევე როგორც სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორი, ეფექტიანი აღმოჩნდა.

ქცევითი აშლილობები

ქცევითი აშლილობები ოჯახის, სოციალური სერვისების და განათლებისთვის წარმოადგენს სირთულეს. პირველად და მეორად ჯანდაცვაში ქცევითი აშლილობები იშვიათად არის კლინიკურ პრობლემად განხილული.

სამედიცინო პერსონალი შეიძლება ჩაერთოს მაშინ, როდესაც სახეზეა სხვა თანმდევი პრობლემები (მაგალითად, დეპრესია ან მავნე ნივთიერების მოხმარება) და ახალგაზრდის ქცევა ოჯახის სხვა წევრებზე მოქმედებს.

ქცევითი აშლილობები პირველად იშვიათად ვლინდება მოზარდობაში; ახალი ქცევითი პრობლემების მოულოდნელი წარმოშობა შეიძლება ოჯახში პრობლემების, დეპრესიის ან მავნე ნივთიერების მოხმარების ამსახველი იყოს.

სწავლის უუნარობა

სწავლის უუნარობა ისეთ დარღვევებს მოიცავს, რომლებიც გავლენას ახდენს ნორმალური და მაღალი გონებრივი მონაცემების მქონე ინდივიდების მიერ ინფორმაციის მიღების, დამახსოვრების, ორგანიზების და გამოყენების შესაძლებლობებზე. ასეთ პრობლემებს შორისაა დისლექსია და სწავლის სხვა სპეციფიკური პრობლემები, რომლებიც ეხება კითხვას, მართლწერას, წერას, აზროვნებასა და მათემატიკას.

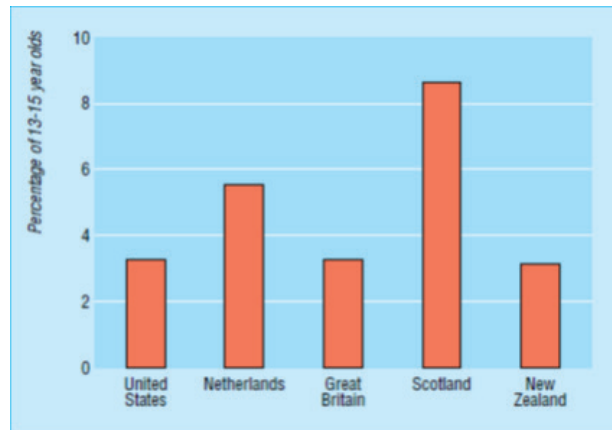
არადიაგნოზირებული სწავლის უუნარობა გავრცელებული მაგრამ ადვილად მართვადი მიზეზია ახალგაზრდების გადანყვეტილებისა, პირველივე შესაძლებლობაზე მიატოვონ სკოლა. ასეთ სიტუაციაში კლინიცისტის ფუნქციაა, შეამოწმოს მოზარდის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რათა არ გამოეპაროს ისეთი პრობლემები, რომლებმაც შესაძლოა გავლენა იქონიოს სკოლაში აკადემიურ მოსწრებაზე აგრეთვე, გამოიწვიოს (სმენის ან მხედველობის პრობლემები ან ნევროლოგიური დარღვევები) და დაადგინოს ფსიქოსოციალური და გარემოს ფაქტორები, (როგორიცაა ოჯახის რღვევა, თანატოლებთან ცუდი ურთიერთობები ან კულტურული და ეკონომიკური სირთულეები).

მიუხედავად იმისა, რომ სწავლის უუნარობის პრობლემები დაწყებითი კლასებიდანვე ჩანს, უფრო ძნელად შესამჩნევი სირთულეები შეიძლება გამოგვეპაროს, სანამ მათ მოზარდობის პერიოდის გაზრდილი აკადემიური მოთხოვნები თვალნათელს არ გახდის და აკადემიურ მოსწრებაზე არ აისახება.

ქცევის დარღვევები

ქცევის დარღვევა განისაზღვრება, როგორც განგრძობითი ცუდი ქცევა, რომლის დროსაც ახალგაზრდა ხშირად არღვევს სხვების უფლებებს ან ასაკისთვის შესაფერის სოციალურ ნორმებს. მას ხშირად წინ უსწრებს წინააღმდეგობა და დაუმორჩილებლობა ადრეულ წლებში, რაც შეიძლება გამწვავდეს მოზარდობაში. სიმპტომებს შორისაა ქონების დაზიანება, ტყუილი ან ქურდობა, წესების დარღვევა და

აგრესია ადამიანებისა ან ცხოველების მიმართ. ქცევის დარღვევის მქონე მოზარდებს ხშირად თანმდევი აშლილობები აქვთ, როგორიც არის დეპრესია, სუიციდური ქცევა და თანატოლებსა და ზრდასრულებთან ცუდი ურთიერთობები. შედეგებს შორისაა პრობლემები სკოლაში, სკოლიდან გარიცხვა, აკადემიური და პროფესიული წარუმატებლობა და პრობლემები კანონთან. მშობლებსა და ოჯახებს ესაჭიროებათ მხარდაჭერა, რომ უზრუნველყონ ახალგაზრდის სკოლაში სიარული, ხოლო მწვავე ფორმის მქონე მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებთან მიყვანა შეფასებისა და მკურნალობისთვის.



ქცევის დარღვევა (განსაზღვრა მოცემულია ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკურ და სტატისტიკურ სახელმძღვანელოში, მეოთხე გამოცემა) 13-15 წლის მოზარდებში ქვეყნების მიხედვით. მონაცემები აღებულია შემდეგი წყაროებიდან: West et al (J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:941-9); Ford et al (J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:1203-11); Verhulst et al (Arch Gen Psychiatry 1997;54:329-36); Costello et al (Arch Gen Psychiatry 2003;60:837-44)

ყურადღების დეფიციტი/ჰიპერაქტივობის სინდრომი

თუმცა ყურადღების დეფიციტის/ჰიპერაქტივობის სინდრომის სახელით ცნობილი სიმპტომთა კომპლექსის სხვადასხვა განსაზღვრება არსებობს, კონცენტრაციის ან ყურადღების და/ან ჰიპერაქტივობის მწვავე პრობლემები მოზარდთა 50%-ს აწუხებს (Kondo et al; იხილეთ, დამატებითი ლიტერატურის ჩამონათვალი). ეს სინდრომი გოგონებთან შედარებით ნაკლებად გვხვდება ბიჭს აქვს. ყურადღების დეფიციტი/ჰიპერაქტივობის სინდრომის ძირითადი უარყოფითი შედეგები ცუდი აკადემიური მოსწრება და ქცევის პრობლემებია, თუმცა ყურადღების დეფიციტი/ჰიპერაქტივობის სინდრომის მქონე მოზარდები სერიოზული ინციდენტების, დეპრესიისა და სხვა ფსიქოლოგიური პრობლემების უფრო მაღალი რისკის მატარებლები არიან. ყურადღების დეფიციტის/ჰიპერაქტივობის სინდრომის მქონე ბავშვების 80%-ს ეს აშლილობა მოზარდობაშიც უგრძელდება, ხოლო მოზარდთა 50%-ს ზრდასრულ

ასაკშიც მიყვება. ძირითადი დიფერენციული დიაგნოზებით ქცევის პრობლემები მეორადია მშობლების მიერ ცუდ აღზრდასა ან სკოლის ცუდ ზედამხედველობასთან შედარებით.

ყურადღების დეფიციტი/ჰიპერაქტივობის სინდრომის მსუბუქი ფორმები მართვის მარტივ სტრატეგიებს ექვემდებარება. უფრო მწვავე პრობლემები შეიძლება მკურნალობას საჭიროებდეს, მათ შორის საგანმანათლებლო ცვლილებებს, ქცევით პროგრამებს, საოჯახო თერაპიას, ინდივიდუალურ კონსულტაციებს და ისეთი სტიმულატორების მიღებას, როგორებიცაა მეთილფენიდატი და დექსამფეტამინი. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი სტიმულატორების მიღება საკამათოა, ძლიერი მონაცემები არსებობს, რომ ისინი საგანმანათლებლო და ქცევით შედეგებს აუმჯობესებენ. თუმცა, ისინი მხოლოდ მეორადი ჯანდაცვის მიერ უნდა იქნეს გამოწერილი და მხოლოდ სრული ფსიქიატრიული და სამედიცინო გამოკვლევის შემდეგ.

ყურადღების დეფიციტი/ჰიპერაქტივობის სინდრომის მაჩვენებელი სიმპტომები*

უყურადღებობა

- ხშირად ვერ ახერხებს დეტალებზე ყურადღებას მიქცევას ან სკოლის დავალებაში დაუდევარ შეცდომებს უშვებს
- ხშირად უჭირს ყურადღების შენარჩუნება დავალებებში ან თამაშებში
- ხშირად არ უსმენს, როდესაც უშუალოდ მას ელაპარაკებიან
- ხშირად არ მისდევს მითითებებს და ვერ ამთავრებს სასკოლო სამუშაოს, სახლის სამუშაოს, დავალებებს სამუშაო ადგილზე
- ხშირად უჭირს სამუშაოს და აქტივობების ორგანიზება
- ხშირად ყურადღებას უფანტავს გარე ფაქტორები და გულმავიწყია ყოველდღიურ ქმედებებში

ჰიპერაქტივობა

- ხშირად ხელებს და ფეხებს ვერ აჩერებს ან სკამზე წყნარად ვერ ზის
- ხშირად დგება სკამიდან კლასში ან სხვა გარემოში, სადაც ასეთი ქცევა შეუფერებელია (ან, უფრო მოზარდობის დროს, უბრალოდ მოუსვენრობას გრძნობს)
- ხშირად ბევრს დარბის ან ზემოთ ძვრება ისეთ სიტუაციებში, სადაც ეს შეუფერებელია (ან, უფრო მოზარდობის დროს, უბრალოდ მოუსვენრობას გრძნობს)

ქცევითი სტრატეგიები ყურადღების დეფიციტი/ჰიპერაქტივობის სინდრომისთვის

სახლში (მშობლები) - გამოიყენეთ მარტივი ბრძანებები; განუსაზღვრეთ ლიმიტები და მოლოდინები; შეაქეთ და გააძლიერეთ სასურველი ქცევა (დაჯილდოება);

დაუნესეთ ფორმალური სტრუქტურა დროითი განრიგისთვის; გამოიყენეთ სიები და კალენდრები, რომ დაეხმაროთ გულმავიწყობის გადალახვაში; დაუყავით გრძელი დავალებები მოკლე დავალებებად.

სკოლაში (მასწავლებლები) - უზრუნველყავით, რომ ახალგაზრდა ახლოს იჯდეს მასწავლებლის მაგიდასთან (ყურადღება ნაკლებად რომ გაეფანტოს); თითო ჯერზე მხოლოდ ერთი დავალება მიეცით (რაც შეიძლება მოკლე დავალებები); მიეცით წერილობითი და არა მხოლოდ ზეპირი მითითებები საშინაო დავალებისთვის (ჩაუწერეთ რვეულში, რომელიც სახლში არის წასაღები); მოამზადეთ ყოველდღიური ან ყოველკვირეული ანგარიში; მიეცით მეტი დრო გამოცდისთვის (მათ შორის დროში შეუზღუდავი ტესტები); უზრუნველყავით, რომ ახალგაზრდას შეეძლოს, დაეყრდნოს გვერდით მჯდომ მოსწავლეს; სთხოვეთ დახმარება განვრთნილ სპეციალისტ მასწავლებელს.

შფოთვითი აშლილობები

შფოთვითი აშლილობები შედარებით გავრცელებულია მოზარდებში და ხშირად მათ ზრდასრულობაშიც მიყვება. მაშინ როდესაც განშორების შფოთვითი აშლილობა და მუტიზმი უფრო ხშირად მცირეწლოვან ბავშვებში გვხვდება, გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა და პანიკის შეტევები მოზარდობის დროს ჩნდება. გენერალიზებულ შფოთვით აშლილობას ახასიათებს უკონტროლო ჭარბი ღელვა, რასაც თან ახლავს კონცენტრირების სიძნელე, გაღიზიანება, უძილობა და ხშირად, დაღლილობა. პანიკური აშლილობისთვის დამახასიათებელია განმეორებადი და მოულოდნელი პანიკის შეტევები. მოზარდებს შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა დარღვევების მსგავსად, შფოთვით აშლილობებს ხშირად სხვა პრობლემები ახლავს, განსაკუთრებით დეპრესია.

ვინაიდან მოზარდობის პერიოდში ბევრ შფოთვით აშლილობას ფიზიკური სიმპტომები ახლავს, საჭიროა ფრთხილი შეფასება - მინიმუმ სრული სამედიცინო ისტორია და ყოვლისმომცველი ფიზიკური შემოწმება - რათა გამოირიცხოს ისეთი პრობლემები, როგორებიცაა ჰიპოგლიკემიის ეპიზოდები, შაკიკი, ეპილეფსიური შეტევა და სხვა ნევროლოგიური პრობლემები. მკურნალობა შეიძლება მოიცავდეს მარტივ საგანმანათლებლო სტრატეგიებს, ქცევით ინტერვენციებს, კოგნიტიურ ქცევით თერაპიას, ოჯახის თერაპიას და იშვიათად, ანქსიოლიტიკების მიღებას.

ოჯახის ექიმებმა მნიშვნელოვანი როლი უნდა ითამაშონ ასეთი პრობლემების აღმოჩენასა და მკურნალობაში, რათა შემცირდეს მოზარდობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების საერთო ტვირთი ინდივიდებსა და საზოგადოებაზე.

ძირითადი საკითხები

- მოზარდობის პერიოდში შესაძლოა ჩამოყალიბდეს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მრავალი სარისკო ქცევა
- თამბაქოს გამოყენება ერთ-ერთი უდიდესი საფრთხეა, რომელიც საზოგადოებას ემუქრება და რომლის თავიდან აცილებაც შესაძლებელია
- თვითდაზიანების სიმძიმე არ არის სუიციდური განზრახვის კარგი ინდიკატორი
- მოზარდის პრობლემის გადაწყვეტისადმი მიდგომა შეიძლება გაფართოვდეს და მასში მთელი ოჯახი ჩაერთოს სკოლასთან ერთად

9.1 სარისკო ქცევა

მოზარდობის პერიოდში ყალიბდება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მრავალი სარისკო ქცევა, რომლებსაც ადამიანები ინარჩუნებენ ზრდასრულ ასაკშიც და რომლებიც მოქმედებენ მათ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ცხოვრების შემდგომ პერიოდში. მსოფლიოში ახალგაზრდებში ყველაზე გავრცელებულ სარისკო ქცევებს განეკუთვნება თამბაქოს, ალკოჰოლის და აკრძალული მედიკამენტების მოხმარება და სარისკო სქესობრივი ქცევები. ნივთიერებების (ალკოჰოლი, თამბაქო და აკრძალული მედიკამენტები) მოხმარებას და სარისკო სქესობრივ ქცევებს აქვთ ზოგიერთი ისეთი საზიარო განმსაზღვრელები (დეტერმინანტები), რომლებიც იცავენ ახალგაზრდებს სარისკო ქცევებისგან ან, პირიქით, განაწყობენ მათ. შეიძლება არც იყოს გასაკვირი ამგვარი სარისკო ქცევების ზოგჯერ ერთ ჯგუფად შეკვრის დამადასტურებელი ფაქტების აღმოჩენაც. ამჟამად ინტერვენციის პროგრამების უმრავლესობა მიმართულია ერთი სარისკო ქცევისკენ, თუმცა უკვე გაჩნდა უფრო ფართო მიდგომის მოთხოვნა - რათა ინტერვენციამ მოიცვას სხვადასხვა პრობლემა და ამგვარი ქცევების ადრეული ნიშნები.

9.1.1 სარისკო ქცევის მახასიათებლები

გარდატეხის ასაკისთვის დამახასიათებელ ნიშნებს წარმოადგენს სკოლისა და

მშობლების კონტროლისაგან თავის დაღწევის სურვილი ან ახალი ღირებულებების, თუ ქცევების ჩამოყალიბებისკენ მიმართული ექსპერიმენტები. ამ ყოველივეს თან ახლავს მოზარდთა მხრიდან რისკის შემცველი ქცევების განხორციელების საშიშროება, მაგალითად დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის მოხმარება, სახლიდან გაქცევა თუ სუიციდის გახორციელებას ხშირად ხელს უწყობს სოციალური გარემო, სამეგობრო წრე ან თუნდაც თემი. ძალიან ხშირად ამგვარ ქმედებას ახალისებს ოჯახური გარემო. თუ მოზარდის მშობლები თამბაქოს მომხმარებლები არიან ან ჭარბად მოიხმარენ ალკოჰოლს, მაშინ ამგვარი ქმედების განხორციელების ალბათობა მოზარდთანაც არსებობს. ამასთან, მოზარდები ალკოჰოლს და სიგარეტს „დიდობის“ ინდიკატორად მიიჩნევენ.

პრევენტაბელური დაავადებების მართვის ფინანსური ტვირთი საკმაოდ დიდია და ის გულისხმობს ქრონიკული დაავადებების, რომლებიც სწორედ ახალგაზრდული პერიოდის ქცევის შედეგს წარმოადგენს, ხანგრძლივ მკურნალობას. მაგალითად, მსოფლიოში სიგარეტის მოწევისასთან (რომელიც ძირითადად იწყება 18-20 წლის ასაკში) დაკავშირებული წლიური დანახარჯები 193 მილიონ აშშ დოლარს შეადგენს.

ძირითადი რისკ-ფაქტორები - გლობალური მონაცემები 10–24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში:

ალკოჰოლი (DALYs-ს 7%); დაუცველი სქესობრივი კავშირები (DALYs-ს 4%);
რკინის დეფიციტი (DALYs-ს 3%); კონტრაცეპციის ნაკლებობა (DALYs-ს 2%);
ნარკომანია (DALYs-ს 2%).

DALYs- Disability-Adjusted Life Year (DALY)

9.2 თამბაქოს მოხმარება მოზარდებში

დროა, თამბაქო წარსულს ჩაბარდეს



თამბაქოს გამოყენება ერთ-ერთი უდიდესი საფრთხეა, რომელიც საზოგადოებას ემუქრება და რომლის თავიდან აცილებაც შესაძლებელია

მსოფლიოში 1.1 მილიარდი მწეველია. მწველთა 80% ცხოვრობს დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში. ყოველწლიურად, მსოფლიოში თამბაქოსა და მისგან გამონეული დაავადებებით დაახლოებით 5 მილიონი ადამიანი იღუპება (ყოველ 6 წაში ერთი ადამიანი კვდება). სიკვდილობის ყველაზე დიდი წილი დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებზე მოდის.

თუ არსებული ვითარება არ შეიცვალა 2030 წლისათვის თამბაქოს მიზეზით გამონეული სიკვდილობის რიცხვი გაიზრდება 8 მილიონამდე

თამბაქოს მოხმარების ტენდენცია საქართველოში

არაგადამდები დაავადებების რისკ ფაქტორების კვლევა [2010. NCDC]

- მწველობის გავრცელება მოზრდილებში - 30.3%

- ქალები-4.8%
- მამაკაცები-55.5%
- დღიურად მოხმარებული სამრეწველო წარმოების სიგარეტის საშუალო რაოდენობა ორივე სქესში - საშუალოდ 19. 5 ღერი

თამბაქოს ეროვნული კვლევა [2014. Emory University. NCDC]

- მწველობის გავრცელება მოზრდილებში - 28.1%

- 50.2% კაცებში
- 5.1% ქალებში

ყოველწლიურად, საქართველოში თამბაქოს მოხმარებისგან 11,000 ადამიანი იღუპება

თამბაქოს გავრცელება საკმაოდ მაღალია მოზარდთა შორის

- მწველობის გავრცელება ბავშვებსა და მოზარდებში [ESPAD-2008].

როგორც 2008 წელს ჩატარებულმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ კვლევაში მონაწილე მოზარდთა 16% რეგულარული მწველია, 50%-ს ერთხელ მაინც მოუწევია სიგარეტის, 1.1% დღეში 20 ან მეტ ღერ სიგარეტს ეწევა. მოზარდთა 60% -სათვის თამბაქოს ყიდვა ადვილია. მათი 30% თამბაქოს მოიხმარს 13 წლის და უმცროსი ასაკიდან; 10% - 9 წლის და უმცროსი ასაკიდან, ხოლო 13 წლამდე თამბაქოს ყოველდღიურად მოიხმარს მოზარდთა 4.3%.

- მწველობის გავრცელება ბავშვებსა და მოზარდებში [GYTS -2014]

ამჟამად თამბაქოს პროდუქტს მოიხმარს - 12.3% (7.8% გოგო ; 16.5 % ბიჭი)

ბავშვებისა და მოზარდებისათვის ისევე მავნებელია მეორადი კვამლი, როგორც მონევა. კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში ბავშვების 80%-ზე მეტი იმყოფება პასიური კვამლის ზეგავლენის ქვეშ (GYTS 2008), ხოლო ზოგადად ქვეყანაში ნელინადში დაახლოებით 3,000 ადამიანი პასიური მონევის მსხვერპლია.



ფაქტები მეორადი კვამლის შესახებ

- მსოფლიოს მოზრდილი მოსახლეობის 1/3 რეგულარულად იმყოფება თამბაქოს მეორადი კვამლის ზემოქმედების ქვეშ
- 600,000-ზე მეტი ადამიანი იღუპება მეორადი კვამლის ზემოქმედების შედეგად, აქედან 64% ქალია
- თამბაქოს მეორადი კვამლის შედეგად დაღუპულთა 31% მოდის ბავშვებზე
- მსოფლიოში, 700 მილიონი ბავშვიდან დაახლოებით 40% ექცევა თამბაქოს ზემოქმედების ქვეშ საკუთარ სახლში და საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში



9.2.1 თამბაქოსთან დაკავშირებული დაავადებები

უპირველეს ყოველისა, უნდა გვახსოვდეს რომ არ არსებობს მეორადი კვამლის უსაფრთხო დოზა...

- ✓ ზრდასრულ ადამიანებში მეორადი კვამლი იწვევს გულსისხლძარღვთა და რესპირატორულ დაავადებებს, ფილტვის კიბოს და სხვა (25–30% ში იზრდება გულსისხლძარღვთა დაავადებების და 20–30% ში ფილტვის კიბოს განვითარების რისკი).

ხოლო მეორადი კვამლი მოზარდებში 50–100%–ით ზრდის მწვავე რესპირატორული დაავადებების, ყურის ინფექციების განვითარების რისკს, იწვევს ფიზიკური განვითარების შეფერხებასა და ქცევით პრობლემებს.

ორსულებში მეორადი კვამლის ზემოქმედება:

- ზრდის პლაცენტის აშრევების საშიშროებას
- ზრდის ნაადრევი მშობიარობის რისკს
- იწვევს მცირე წონის ნაყოფის დაბადებას
- ჩვილ ბავშვებში მეორადი კვამლი იწვევს უეცარ სიკვდილის სინდრომს



თამბაქოს მავნებლობა გამოწვეულია მისი შემადგენლობით, კერძოდ იგი შეიცავს შემდეგ ნივთიერებებს:

- ნიკოტინი, რომელიც იწვევს გულსისხლძარღვთა დაავადებებს და მონევაზე დამოკიდებულებას
- კუპრი, შეიცავს 5000 ქიმიურ ნივთიერებას მათ შორის 69 კანცეროგენია
- ფორმალდეჰიდი, რომელიც გამოიყენება გვამების შესანახად
- დარიშხანი, რომელიც წარმოადგენს მომწამვლელ ნივთიერებას
- ბუტანი, რომელიც წამოადგენს თხევად გაზს
- კადმიუმი, რომელიც წარმოადგენს მომწამვლელ ნივთიერებას, მაგალითად გამოიყენება მრავალჯერად ბატარეებში
- ნახშირჟანგი ანუ მხუთავი გაზი
- ციანიდი, რომელიც წარმოადგენს მომწამვლელ ნივთიერებას
- მეთანოლი, რომელიც წარმოადგენს მომწამვლელ ნივთიერებას, იგი გამოიყენება რეაქტიულ საწვავად
- ამიაკი, რომელიც წარმოადგენს მომწამვლელ ნივთიერებას, იგი გამოიყენება პროდუქტების გასარეცხად

დამატებითი ლიტერატურა

სუიციდი და განზრახ თვითდაზიანება ახალგაზრდებს შორის

კეით ჰოუტონი, ენთონი ჯეიმსი

განზრახ თვითდაზიანებისკენ მიდრეკილი ქცევა მერყეობს არასუიციდური განზრახვის მქონე მოქმედებიდან (ტანჯვის დაძაბულობის შემსუბუქების განზრახვით) სუიციდამდე. 7%-დან 14%-მდე მოზარდი საკუთარ თავს იზიანებს ცხოვრების გარკვეულ მონაკვეთში, ხოლო უფრო დიდი ასაკის 20%-დან 45%-მდე მოზარდი ამბობს, რომ სუიციდზე ოდესღაც უფიქრია.

სუიციდი

სუიციდი იშვიათად ხდება 15 წლამდე მოზარდებს შორის, თუმცა სიხშირის მაჩვენებელი, სავარაუდოდ, არ ასახავს სრულ სურათს, ვინაიდან გარდაცვალების მიზეზების გამომძიებლები ასეთი ვერდიქტის გამოტანას ერიდებიან. სუიციდი, ფაქტობრივად, ღია ვერდიქტების („დაუდგენელი მიზეზი“) დიდ წილს შეადგენს. სუიციდის მაჩვენებლები ბევრად მაღალია მამრ მოზარდებს შორის ვიდრე მდედრ მოზარდებში. ბოლო 5 თუ 6 წლის წინა პერიოდში, ინგლისსა და უელსში, სუიციდის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად მატულობდა 15-19 წლის მამრ მოზარდებს შორის და 20-24 წლის ახალგაზრდა კაცებს შორის, თუმცა შემდეგ ამ მაჩვენებლებმა კლება უფროსი ასაკის ჯგუფში დაიწყო. ქალთა შორის სუიციდის მაჩვენებლის უცვლელობა, შესაძლოა, გენდერულ როლებზე სოციალური ცვლილების დიფერენციული ეფექტების ამსახველი იყოს.

სუიციდების სიკვდილის შემდგომი ფსიქოლოგიური კვლევები აჩვენებს, რომ სიკვდილის დროს სახეზეა ფსიქიატრიული დარღვევა (ჩვეულებრივ, დეპრესია; იშვიათად ფსიქოზი) იმ მოზარდების უმეტესობას შორის, რომლებმაც თავი მოიკლეს. ხშირია ქცევითი აშლილობები, მავნე ნივთიერებების მოხმარება და ოჯახური, სოციალური და ფსიქოლოგიური პრობლემები. ძლიერია კავშირი სუიციდსა და წარსულში თვითდაზიანებას შორის: თვითმკვლელობა მეოთხედზე მეტს ადრე არასასიკვდილო თვითდაზიანების აქტი აქვს ჩადენილი.

გაერთიანებულ სამეფოში მამრთა შორის სუიციდის მატების სავარაუდო მიზეზები

- ოჯახის რღვევის მზარდი მაჩვენებლები
- მავნე ნივთიერებების მოხმარების მზარდი მაჩვენებლები
- დეპრესიის მზარდი მაჩვენებლები
- დასაქმების მზარდი არასტაბილურობა
- სუიციდის საშუალებების მზარდი ხელმისაწვდომობა
- მედიის გავლენა (ზოგიერთი მონაცემით, მედიამ ხელი შეუწყო მოზარდთა შორის სუიციდების 5%-ს)

- სხვა ახალგაზრდებს შორის სუიციდ ური ქცევის შესახებ ინფორმაცია

იმ მოზარდთა საერთო თვისებები, რომლებმაც თავი მოიკლეს

- მშობლების დაშორება, განქორწინება ან სიკვდილი
- ფსიქიატრიული დარღვევის ან სუიციდური ქცევის გენეტიკა
- ფსიქიატრიული დარღვევა ან ქცევითი აშლილობა
- მავნე ნივთიერების მოხმარება (ალკოჰოლი ან ნარკოტიკები)
- თვითდაზიანება წარსულში

მოზარდთა თვითმკვლელობის შემდეგ მშობლების დარდის გამოხატულების საერთო მახასიათებლები

- უარი, დაიჯეროს რომ სიკვდილი სუიციდი იყო
- ბრაზი გარდაცვლილის მეგობრების, ოჯახის წევრების, სამედიცინო პერსონალის და გარდაცვლილი ადამიანის მიმართაც კი
- დანაშაულის განცდა
- სირცხვილის გრძნობა
- მუდმივი მცდელობა, უპოვოს ახსნა
- სხვა შვილების კეთილდღეობაზე ღელვა; მათი გადაჭარბებული დაცვა
- პარტნიორთან ურთიერთობის განწყვეტა
- სტიგმატიზაცია
- დეპრესია ან სუიციდური იდეები
- ალკოჰოლის ქარბი მოხმარება

ოჯახის ექიმებს, ფსიქოთერაპევტებს, დამხმარე ორგანიზაციებს და სასულიერო პირებს მნიშვნელოვანი როლი აქვთ მხარდაჭერის აღმოჩენასა და ტანჯვის შემსუბუქებაში.

განზრახ თვითდაზიანება

განზრახ თვითდაზიანება ის ტერმინია, რომელსაც „სუიციდის მცდელობას“ ან „პარასუიციდს“ ამჯობინებენ, ვინაიდან ასეთი ქცევის მოტივები ან მიზეზები არასუიციდურ განზრახვებსაც მოიცავს. მართალია მოზარდებმა, რომლებიც საკუთარ თავს იზიანებენ, შეიძლება განაცხადონ, რომ სიკვდილი უნდათ, ბევრ შემთხვევაში მოტივაცია უფრო ტანჯვის გამოხატულება და შემამფოთებელი სიტუაციებიდან გაქცევის სურვილია. მაშინაც კი, როდესაც თვითდაზიანების ქცევის შედეგი სიკვდილია, ასეთი დასასრული, შესაძლოა, არ ყოფილიყო განზრახული.

მოზარდებს შორის თვითდაზიანების შემთხვევების უმეტესობა უმნიშვნელო დაზიანების მომტანია და სამედიცინო სამსახურების ყურადღების მიღმა რჩება. საკუთარი თავის დაჭრა ბევრ ასეთ შემთხვევას შორისაა და როგორც ჩანს, დაძაბულობის შემცირების ან თვითდაზიანების მიზანს ემსახურება. ამის საპირისპიროდ, თავის მონამვლა საავადმყოფოში მიმართვების 90%-ს შეადგენს. ნივთიერებები, რომლებსაც თავის მოსაწამლად იყენებენ, ჩვეულებრივ თავისუფლად არის სახლებში ხელმისაწვდომი ან ურეცეპტოდ იყიდება და ისეთ არაოპიატურ ანალგეტიკებს მოიცავს, როგორებიცაა პარაცეტამოლი და ასპირინი, ასევე ფსიქოტროპულ აგენტებს. თვითდაზიანება უფრო სახიფათო მეთოდებით, როგორიც თავის ჩამოხრჩობის მცდელობაა, შესაძლოა სერიოზულ სუიციდურ განზრახვას უკავშირდებოდეს.

რისკის ფაქტორები

საერთო მახასიათებლები იმ მოზარდებისა, რომლებიც თავს იზიანებენ, იმ მოზარდთა მახასიათებლების მსგავსია, რომლებიც თავს იკლავენ. ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა ასევე შეიძლება ერთ-ერთი ფაქტორი იყოს. ბოლო ხანებში სულ უფრო მეტად ხდება აღიარება დეპრესიის მნიშვნელობისა მოზარდთა შორის არაფატალურ და ფატალურ თვითდაზიანებაში. ნივთიერებების ბოროტად მოხმარება ასევე გავრცელებულია, თუმცა ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების შედეგად თვითდაზიანების რისკის ხარისხი მოზარდთა შორის არ არის ნათელი. მნიშვნელოვანი ფაქტორი შეიძლება იყოს იმ მოზარდებთან ნაცნობობა, რომლებმაც თავი დაიზიანეს.

ახალგაზრდა სამხრეთ აზიელი ქალები გაერთიანებულ სამეფოში თვითდაზიანების მომატებული რისკის მატარებლები ჩანან. ინტერ კულტურული სტრესები და ამის შედეგად გამოწვეული ოჯახური კონფლიქტები, შესაძლოა, რელევანტური ფაქტორები იყოს.

იმ მოზარდთა 30%, რომლებსაც წარსულში თვითდაზიანების ეპიზოდები ჰქონდათ, ექიმთან არ მისულა. მინიმუმ 10% იმეორებს თვითდაზიანებას მომდევნო წლის განმავლობაში და ეს გამეორება ყველაზე ხშირად პირველი ორი ან სამი თვის განმავლობაში ხდება.

გაზრახ თვითდაზიანების შემდეგ სუიციდის რისკი 0.24%-დან 4.30%-მდე მერყეობს. რისკის ფაქტორების შესახებ ჩვენი ცოდნა შეზღუდულია და მზრუნველობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას შეიძლება გამოყენებული იქნეს მხოლოდ როგორც დეტალური კლინიკური შეფასების დამატება. თუმცა, რისკის მაჩვენებლები, როგორც ჩანს, შემდეგი ფაქტორებია: უფროსი ასაკის მამრ მოზარდად ყოფნა; თვითდაზიანების ძალადობრივი მეთოდი; თვითდაზიანების მრავალი ეპიზოდი წარსულში; აპათია, უიმედობა და უძილობა; ნივთიერების ბოროტად მოხმარება; და წარსულში ფსიქიატრიულ კლინიკაში ყოფნა.

თვითდაზიანების სავარაუდო მოტივები ან მიზეზები

- სიკვდილი
- აუტანელი ტანჯვისგან გაქცევა
- სხვების ქცევის შეცვლა
- რალაც სიტუაციიდან თავის დაღწევა
- სხვებისთვის სასონარკვეთის ჩვენება
- სხვა ადამიანებისთვის სამაგიეროს გადახდა, რომ დამნაშავედ იგრძნონ თავი
- დაძაბულობის შემსუბუქება
- დახმარების ძიება

თვითდაზიანება, ხშირად, ძალზე იმპულსური აქტია - ბევრის თქმით, ამის გაკეთებამდე მათ ამ აქტზე მხოლოდ რამდენიმე წუთი იფიქრეს. ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარება იმპულსური აქტების ალბათობას, სავარაუდოდ, ზრდის.

გავრცელებული პრობლემები, რომლებიც თვითდაზიანებას წინ უძღვის

- სირთულეები ან დავა მშობლებთან
- პრობლემები სკოლასა ან სამსახურში
- სირთულეები შეყვარებულთან
- დავა და-ძმასთან
- ცუდი ფიზიკური ჯანმრთელობა
- სირთულეები ან დავა თანატოლებთან
- დეპრესია
- ბულინგი
- დაბალი თვითშეფასება
- სექსუალური პრობლემები
- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარება
- მეგობრების ან ოჯახის მიერ თვითდაზიანების შესახებ ინფორმაცია

ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია განმეორებით თვით დაზიანებასთან

- თვითდაზიანება წარსულში
- პერსონალური აშლილობა

- დეპრესია
- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარება
- ქრონიკული ფსიქო სოციალური პრობლემები და ქცევითი აშლილობა
- ოჯახში დაძაბული ურთიერთობები
- ალკოჰოლზე დამოკიდებულება ოჯახში
- სოციალური იზოლაცია
- ცუდი მოსწრება სკოლაში

პრევენცია

ძნელია თვითდაზიანების რისკის მქონე ახალგაზრდების იდენტიფიცირება მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი შედარებით დიდი ასაკის მოზარდი, რომელიც ასეთი რისკის მატარებელია, თვითდაზიანებამდე ოჯახის ექიმთან კონსულტაციაზე მიდის. სუიციდური იდეები შედარებით გავრცელებულია მოზარდებში; მაპროვოცირებელი მოვლენები შესაძლოა არასპეციფიკური იყოს; თვითდაზიანების აქტები ხშირად იმპულსურია; გავრცელებულია გასაიდუმლოება და უარყოფა. ეფექტიანი პრევენციული მზრუნველობა მრავალი უწყების ჩართვას მოითხოვს, მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სოციალური სერვისებისას. ამ უწყებებმა კოორდინირებულად უნდა იმუშაონ იმ მოზარდებთან, რომლებიც რისკის მატარებლები არიან, მათ შორის მწვავე ფსიქიკური დარღვევები აქვთ.

რისკის ჯგუფები, რომლებსაც შეიძლება პრევენციულმა სტრატეგიებმა სარგებლობა მოუტანოს

- დეპრესიული მოზარდები (დეპრესია მოზარდებში უფრო ადვილი დასადგენია ვიდრე ზრდასრულებში ისეთი ატიპური გამოვლინებების გამო, როგორებიცაა ქცევითი აშლილობები, ცუდი მოსწრება სკოლაში და სოციალური იზოლაცია)
- ისინი, ვისაც ინტერ პერსონალური კრიზისი აქვს, როგორიც არის პარტნიორის დაკარგვა ან სახლიდან გაქცევა
- ისინი, ვინც ადრე დაიზიანა თავი, განსაკუთრებით თუ მავნე ნივთიერებას მოიხმარს ან მოქცევის დარღვევა აქვს

შეფასება თვითდაზიანების შემდეგ

ყველა ახალგაზრდა, რომელსაც თავი დაუზიანებია პოტენციურად სერიოზული გზით, სავადმყოფოში უნდა შეფასდეს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრის ან სპეციალისტის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანამშრომლის, ფსიქოლოგის, ფსიქოთერაპევტის ან ფსიქიატრიის ექთნის მიერ. ეს აუცილებელია სამედიცინო

საკითხების სამართავად და ახალგაზრდის დეტალური ფსიქო სოციალური შეფასების უზრუნველსაყოფად.

კლინიცისტს შეუძლია მისი გამოკვლევა გააუმჯობესოს ნახევრად სტრუქტურირებული შეფასების გამოყენებით. ბუნებრივი საწყისი წერტილი იმ მოვლენების შესახებ დეტალური ინფორმაციის მიღებაა, რომლებმაც ამ აქტამდე მიიყვანა.

არსებითია, დადგინდეს ჰქონდა თუ არა ახალგაზრდას მაღალი ხარისხის სუიციდური განზრახვა. ვინაიდან განზრახვის უარყოფა ზოგჯერ პრობლემას წარმოადგენს, მნიშვნელოვანია, მიიღოთ შეძლებისდაგვარად დეტალური ანგარიში ვითარებების შესახებ და შეადაროთ ისინი იმ ფაქტორებს, რომლებიც ცნობილია, რომ მაღალი ხარისხის განზრახვას უკავშირდება. ზოგჯერ თვითდაზიანების მიზეზები ბუნდოვანი ჩანს, რადგან აქტი შეიძლება ძალზე იმპულსური იყოს. ამიტომ, კლინიცისტმა უნდა გამოიყენოს ყველა ხელმისაწვდომი ინფორმაცია და შეეცადოს, გაიგოს მოტივაცია. ეს უნდა მოიცავდეს სიკვდილის შესახებ მოზარდის მოსაზრებების გამოკვლევას, რისთვისაც უნდა ჰკითხოთ, მაგალითად, რას მოელოდა, რომ მოხდებოდა და ფიქრობდა თუ არა, რომ ამის შემდეგ მისი სული მაინც იქვე იტრიალებდა და დაინახავდა აქტის შედეგებს. სუიციდური განზრახვა დეპრესიასა და უიმედობასთან ასოცირდება.

თვითდაზიანების ფიზიკური სიმძიმე არ არის სუიციდური განზრახვის კარგი ინდიკატორი იმიტომ, რომ მოზარდებმა ხშირად არაფერი იციან თითქოსდა უვნებელი ნივთიერებების, როგორიც პარაცეტამოლია, ტოქსიკურობის შესახებ. ახალგაზრდებსა და მათ ოჯახებში მსგავსი საკითხები შეიძლება პირველად ჯანდაცვაში შეფასდეს ნაკლებად სერიოზული თვითდაზიანების შემთხვევებში.



თვითდაზიანების მახასიათებლები, რომლებიც სუიციდურ განზრახვაზე მეტყველებს:

- ჩადენილია იზოლაციაში
- ისეთ დროს არის ჩადენილი, რომ ჩარევის ნაკლები ალბათობაა (მაგალითად, მას შემდეგ, რაც მშობლები სამსახურში წავლენ)
- თადარიგის დაჭერა, რომ არ აღმოაჩინონ
- მზადება სიკვდილისთვის (მაგალითად, ტოვებს მითითებებს, როგორ განაწილდეს მისი ნივთები)
- მოზარდმა სხვებს წინასწარ გაუზიარა სუიციდის შესახებ თავისი ფიქრები
- ამ აქტზე ფიქრობდა საათების და დღეების განმავლობაში
- წერილი ან შეტყობინება სუიციდის შესახებ
- მოზარდმა არავინ გააფრთხილა აქტის დროს ან მას შემდეგ

იმ მოზარდთა შეფასების მნიშვნელოვანი საკითხები, რომლებმაც თავი დაიზიანეს:

- გადაჭარბებული დოზის მიღებასთან ან თვით დაზიანებასთან დაკავშირებული მოვლენები
- სუიციდური განზრახვის ხარისხი და ამ აქტის სხვა მიზეზები
- მოზარდის მიმდინარე პრობლემები
- შესაძლო ფსიქიატრიული დარღვევა
- ოჯახის და პირადი მდგომარეობა
- ფსიქიატრიული დარღვევის ან თვითდაზიანების ისტორია
- მოზარდის რესურსებისა და მხარდაჭერის ხასიათი
- შემდგომი თვითდაზიანებისა და სუიციდის რისკი
- დახმარების მიმართ დამოკიდებულება

ოჯახების ან ახალგაზრდების შეფასება, რომლებმაც თავი სერიოზულად დაიზიანეს

შეფასების ელემენტები

- ოჯახის სტრუქტურა და ურთიერთობები
- ფსიქიატრიული დარღვევის, მათ შორის, ოჯახში სუიციდის მცდელობის ისტორია
- ბოლოდროინდელი მოვლენები ოჯახურ ცხოვრებაში, განსაკუთრებით გარდაცვალება

ოჯახის მიერ დახმარების და პრობლემის გადაჭრის შესაძლებლობის შეფასება

- თვითდაზიანების ვითარებების, მოვლენების, რომლებმაც ამ აქტამდე მიიყვანა და ამ აქტის ოჯახზე ზეგავლენის გამოკვლევა
- გამოკვლევა, როგორ დაძლია ოჯახმა წარსულში სერიოზული პრობლემები

თავის მონამვლა მოზარდების მიერ გაზრახ თვითდაზიანების მეორე ყველაზე გავრცელებული მეთოდია.

მკურნალობა

იმ მოზარდთა უმეტესობა, რომლებიც თავს იზიანებენ, ამ ქმედებას ინტერ პერსონალური კრიზისების საპასუხოდ აკეთებენ და შესაძლებელია მათი საავადმყოფოდან გამოშვება ამბულატორიული მკურნალობისთვის. საავადმყოფოში ფსიქიატრიული მკურნალობა, ჩვეულებრივ, უტარდება იმ მოზარდებს, რომლებსაც მწვავე დეპრესია ან ფსიქოტური დარღვევა, სუიციდური ქცევის რისკი აქვთ ან ისეთ ფსიქო სოციალურ სიძნელეებს განიცდიან, როგორიც სექსუალური ძალადობაა.



კრიზისის ინტერვენციის მოდელი ხშირად ყველაზე შესაფერისია. თუმცა, შესაბამისობა შეიძლება პრობლემა იყოს, ვინაიდან თვითდაზიანებას შესაძლოა დადებითი ეფექტი ჰქონდეს, რადგან მან რთული სიტუაციის დროებითი შემსუბუქება უზრუნველყო. ასევე, მკურნალობის დაწყება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მშობლების წარსულ გამოცდილებასა და მიდგომებზე, რაც შეიძლება ფსიქოლოგიური დახმარების უარყოფას და მისდამი ნეგატიურ დამოკიდებულებას მოიცავდეს. სახლში მკურნალობის პროგრამამ შესაძლოა ზოგი ეს პრობლემა დაძლიოს.

პრობლემის გადაჭრის თერაპია ხშირად გამოიყენება მოზარდებთან და მისი უპირატესობა ის არის, რომ უშუალო და ადვილად გასაგებია. პრობლემის გადაჭრის ტექნიკის გამოყენება და დაძლევის სტრატეგიების გამეორება მოზარდს მომავალი კრიზისების დროს დაეხმარება.

პრობლემის გადაჭრის მიდგომა შეიძლება გაფართოვდეს და მასში მთელი ოჯახი ჩაერთოს. ოჯახური ინტერვენციები, ჩვეულებრივ ბოლო 5 ან 6 სესია, სტრუქტურირებულია და შეიძლება სახლში განხორციელდეს. არსებითი ელემენტები მოიცავს სპეციფიკური კოგნიტური და სოციალური უნარების გაუმჯობესებას, რათა მოხდეს გრძნობების გაზიარების, ემოციური კონტროლის და ოჯახის წევრებს შორის მოლაპარაკების ხელშეწყობა. როლური თამაში სასარგებლო დამატებითი ტექნიკაა. გონივრულია, მოხდეს კრიზისების პროგნოზირება ექიმთან სასწრაფო ვიზიტების უზრუნველყოფის ან გადაუდებელი შემთხვევებისთვის ტელეფონის ნომრის მიცემის

გზით. თვითდაზიანების ქცევის მოზარდების მკურნალობა ჯგუფებშიც შეიძლება.

თუ დებრესია სახეზეა, კოგნიტური ქცევის თერაპია ეფექტიან მკურნალობას წარმოადგენს. თუ სკოლაში სახეზეა პრობლემები, კერძოდ, ბულინგი, მნიშვნელოვანია მშობლების მიერ სკოლასთან კავშირის დამყარება. დამატებითი დახმარების განევა სკოლის მრჩეველს შეუძლია. სწავლის სიძნელეების შემთხვევაში, განათლების ფსიქოლოგის მიერ შეფასება შესაძლოა სასარგებლო იყოს შესაფერისი საგანმანათლებლო ვარიანტების შემუშავებისთვის.

როდესაც თვითდაზიანება ნივთიერებების და ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარებასთან ან ძალადობასთან ერთად ხდება, შესაძლოა დაინიშნოს სპეციფიკური მკურნალობა. უფრო დიდი ასაკის მოზარდებისთვის შესაძლოა შესაფერისი იყოს მათი გაგზავნა თვით დახმარების სააგენტოსა ან საკონსულტაციო სამსახურში, რაც უფრო მისაღები შეიძლება იყოს მოზარდებისთვის.

თვითდაზიანების ქცევის მქონე მოზარდთა მკურნალობის ვარიანტები

ინდივიდუალური

- პრობლემის გადაჭრა
- კოგნიტური ქცევითი თერაპია
- ფსიქიატრიული დარღვევის მკურნალობა (ანტიდეპრესანტებით ან კოგნიტური ქცევითი თერაპიით)
- ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების ან ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარების მკურნალობა
- ბრაზის მართვა

ოჯახი

- საოჯახო თერაპია (როგორიცაა პრობლემის გადაჭრა ან სტრუქტურული თუ სემანტიკური თერაპია)

ჯგუფი

- ჯგუფური თერაპია (მათ შორის პრობლემის გადაჭრა, კოგნიტური ქცევითი თერაპია და განვითარების პრობლემებსა და ემოციებთან გამკლავება)

სხვა

- გარემოს ცვლილება (როგორიცაა დროებითი ალტერნატიული საცხოვრებელია)

პრობლემის გადაჭრის თერაპიის საფუძვლები

- განსაზღვრა და გადანყვეტილების მიღება, თუ პირველად რომელი პრობლემა (პრობლემები) გადაიჭრას
- მიზნებზე შეთანხმება

- ნაბიჯების შემუშავება მიზნების მისაღწევად
- გადანწყვეტილების მიღება, როგორ გადაიდგას პირველი ნაბიჯი
- პროგრესის განხილვა
- ფსიქოლოგიური ფაქტორების დაძლევა, რომლებიც პროგრესს აფერხებს
- მომდევნო ნაბიჯების გავლა

ძირითადი საკითხები

- ძალადობა არის ყოველგვარი ქმედება ან სიტყვა, რომელსაც შეუძლია ადამიანი შეურაცხყოფოს, ზიანი მოუტანოს მას ან შეულახოს კანონით მინიჭებული უფლებები
- ძალადობა იწვევს ჯანმრთელობის გაუარესებას ან სიკვდილს
- სკოლებში ბავშვები არცთუ იშვიათად განიცდიან ფიზიკურ და/ან ფსიქოლოგიურ ტერორს სხვა ბავშვების მხრიდან
- ხშირია სქესობრივი კავშირი ძალადობით, ძალადობის მუქარით ან მსხვერპლის უმწეობის გამოყენებით
- სკოლის მედპერსონალის ძალისხმევა უნდა იქნეს მიმართული ძალადობის ფაქტების გამოვლენისა და საჭიროების შემთხვევაში მსხვერპლთა დროულ რეფერალში

10.1 ძალადობის სხვადასხვა ტიპი

ძალადობა არის ძალის ფარული ან აშკარა გამოყენება იმ მიზნით, რომ მიიღო ადამიანისაგან ან ადამიანთა ჯგუფისაგან ის, რისი მოცემასაც ისინი თავიანთი ნებით არ თანხმდებიან.

ძალადობის სხვადასხვა ფორმა არსებობს, მაგალითად პირდაპირი და ირიბი.

პირდაპირი ძალადობა გულისხმობს ფიზიკურ ხელყოფას. ხოლო ირიბი ანუ სტუქტურირებული ძალადობა გამოიხატება სიღარიბის, ექსპლუატაციის, სოციალური უსამართლობის სახით და ა. შ. ძალადობა არის ყოველგვარი ქმედება ან სიტყვა, რომელსაც შეუძლია ადამიანი შეურაცხყოფოს, ზიანი მოუტანოს მას ან შეულახოს კანონით მინიჭებული უფლებები. ძალადობის დროს ითრგუნება ადამიანის ნება, შელახულია მისი ხელშეუხებლობა, ღირსება, და თავისუფლება. ესენი კი ადამიანის განუყოფელი უფლებებია. ძალადობას შეიძლება ახორციელებდეს ერთი ადამიანი, ადამიანთა ჯგუფი ან მთელი საზოგადოება. რა თქმა უნდა, ძალადობა შეიძლება განხორციელდეს არა მარტო ადამიანის მიმართ, არამედ მისი მსხვერპლი ხშირად დაუცველი ცხოველიც ხდება.

10.1.1 ფიზიკური ძალადობა

როგორც აღვნიშნეთ ფიზიკური ძალადობას მიეკუთვნება ცემა, ნამება, ჯანმრთელობის დაზიანება, თავისუფლების აღკვეთა, რომელიც იწვევს ფიზიკურ ტკივილს ან ტანჯვას. ასევე ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული მოთხოვნის დაუკმაყოფილებლობა, რაც იწვევს ჯანმრთელობის გაუარესებას ან სიკვდილს.

ფიზიკური ძალადობა შეიძლება განხორციელდეს დევნით, დარტყმით, ცემით, მოხჩობით, იარაღის გამოყენებით, ნივთების სროლით და მტვრევით, ასევე ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის დაძალებით და სხვისი შეშინების მიზნით მანქანის გადაჭარბებული სიჩქარით ტარებით.

10.1.2 ბულინგი (დაცინვა, დაშინება)

ტერმინი “ბულინგი” ნიშნავს ფიზიკურ და/ან ფსიქოლოგიურ ტერორს, რომელიც ხორციელდება ბავშვის მიმართ თანაკლასელთა ან სხვა ბავშვების ჯგუფის მიერ. ის, ვინც მიმართავს ბულინგს, მიზნად ისახავს მსხვერპლის დაშინებასა და დამორჩილებას. სკოლებში ბავშვები არცთუ იშვიათად განიცდიან ფიზიკურ და/ან ფსიქოლოგიურ ტერორს სხვა ბავშვების მხრიდან. ეს მოვლენა გვხვდება როგორც გოგონებში, ასევე ვაჟებში. უფრო ხშირად ბულინგის მსხვერპლი არიან უმცროსკლასელები.

ბულინგის რისკფაქტორები

ბულინგის რისკფაქტორებს წარმოადგენენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, ძალადობის წინაპირობები, დაბალი თვითშეფასება და წარმოდგენა საკუთარ თავზე და საცდელი ან სარისკო ქცევა.

შეეცადეთ ობიექტურად შეაფასოთ ბავშვი ბულინგის მსხვერპლია თუ აგრესორი ნებისმიერი ბავშვი შეიძლება იყოს როგორც ბულინგის მსხვერპლი, ისე მისი ინიციატორი. ფსიქოლოგები გამოყოფენ მსხვერპლისა და აგრესორის ხასიათის ზოგიერთ ტიპურ თვისებასა და ქცევის სტილს.

ბავშვი-აგრესორი მუდმივად ცდილობს უფროსად და ძლიერად გამოიყურებოდეს, ხშირად ეუხეშება მასწავლებლებს, მშობლებს, საკუთარ და-ძმას. თამაშებში აღიარებს მხოლოდ ძალას, სისასტიკეს და ამის დემონსტრირებასაც ახდენს. ნებისმიერი კონფლიქტის გადასაჭრელად უპირატესობას ძალისმიერ გზას ანიჭებს. როგორც წესი, ბავშვ-აგრესორებს მაღალი თვითშეფასება აქვთ და თავიანთ გარემოში სოციალური უპირატესობის მოპოვებას ცდილობენ. ზოგჯერ პირიქით ისინი ჩაკეტილები და ნაკლებკონტაქტურები ხდებიან, მაგრამ ამასთან პერიოდულად ავლენენ არამოტივირებულ რისხვას.

ბულინგის მიზეზები

აგრესორ მოზარდს სურს, რომ მიიქციოს ყურადღება. მას საკუთარ თავზე ან გადაჭარბებულად კარგი ან გადაჭარბებულად ცუდი წამოდგენა აქვს; აქვს დამეგობრების პრობლემა, არა აქვს დანაშაულის გრძნობა და სხვისი განცდების გაგების უნარი. ის, უბრალოდ, მონყენილია.

მსხვერპლთა იდენტიფიცირება

ბავშვი-მსხვერპლი ცდილობს იყოს თანატოლებთან შედარებით უფრო შეუმჩნეველი, პატარა და სუსტი. საფრთხის გაჩენის შემთხვევაში ის მაშინვე ფრთხილდება, ტირის, საცოდავად და უბედურად გამოიყურება. იგი უმეტეს დროს კლასში ატარებს, მათ შორის შესვენებებზეც, გაურბის ბავშვების ხმაურიან თავყრილობებს. **ასეთ ბავშვს შეიძლება გაუჩნდეს სამედიცინო ჩივილებიც: მოუსვენარი ძილი, თავის ან მუცლის ტკივილი, უმადობა, ენურეზი.**

მოზარდებს, რომლებიც არიან მოძალადენი ისევე სჭირდებათ დახმარება როგორც მსხვერპლებს. მშობლები, მასწავლებლები, სოციალურ მუშაკები, მედიცინის მუშაკები და საჭიროების შემთხვევაში პოლიცია უნდა ჩაერთოს პრობლემის მოგვარებაში.

ჯანდაცვის პროფესიონალთა როლი

- მსხვერპლთა იდენტიფიცირება
- გარემოებების გააზრება და იმის გაგება, თუ რას გრძნობს მსხვერპლი ამასთან დაკავშირებით
- შედეგებზე (ფსიქიკურ/ფიზიკურ) ზრუნვა
- საჭიროების შემთხვევაში პოლიციასთან თანამშრომლობა

პრევენცია

- მშობლების ყურადღების მიპყრობა ამ საკითხისადმი და ინფორმირება (სენსიბილიზაცია)
- სკოლაში მომუშავე პროფესიონალთა ტრენინგი
- სკოლაში მკაფიო წესების დანერგვა, ეჭვის შემთხვევაში რეაგირება
- მოქალაქეთა განათლება
- სქესობრივი განათლება

10.1.3 სექსუალური შევიწროება და შეურაცხყოფა

სქესობრივი კავშირი ძალადობით, ძალადობის მუქარით ან მსხვერპლის უმწეობის გამოყენებით; სქესობრივი კავშირი ან სექსუალური ხასიათის სხვაგვარი მოქმედება ან გარყვნილი ქმედება არასრულწლოვნის მიმართ.

მოზარდისათვის ყოველთვის არ არის ადვილი, განასხვავოს ნორმალური ქცევა და სექსუალური შევიწროება და ძალადობა. სექსუალური ძალადობა ხშირად უგულებელყოფილია და არ არის გამოვლენილი. ისეც ხდება, რომ მეგობრებს ან უფროსებს არ სჯერათ მსხვერპლის, ამიტომ ისინი არ რეაგირებენ. მშობლები, პედაგოგები ანუ ზოგადად უფროსები ვერ აფასებენ ჯეროვნად შედეგებს. ამასთან უნდა გავითვალისწინოთ, რომ სექსუალური შევიწროება დასაშვებია ზოგიერთ კულტურაში, მაგალითად სექსიზმი, **საგანგაშო ნიშნები**

სექსუალური შევიწროების ნიშნების ამოცნობა შეიძლება შემდეგნაირად: სკოლის დატოვება, ცუდი შეფასება სასკოლო საგნებში, თავის თავში ჩაკეცვა, იზოლაცია, დეპრესია. მოზარდს შეიძლება ასევე აღენიშნებოდეს სომატური ჩივილები. იგი ასევე შესაძლებელია ძალადობას მიმართავდეს სხვის მიმართ ან საკუთარი თავი დააზიანოს.

შედეგები

სექსუალურ ძალადობას თან ახლავს სამწუხარო შედეგები: მაგალითად იარები, სგგი, ორსულობა. ასევე შესაძლებელია თან მოჰყვეს დეპრესია, საზოგადოებისაგან იზოლაცია; შფოთვა; დაბალი თვითშეფასება და წარმოდგენა საკუთარ თავზე, საკუთარი თავის დაზიანება, თვითმკვლელობა.

სექსუალური ძალადობის შედეგად დაზარალებული მოზარდი შესაძლოა აღმოჩნდეს მავნე ნივთიერებების მომხმარებელი. მას შეიძლება განუვითარდეს ფსიქოსომატური დარღვევები. მან შეიძლება დატოვოს სკოლა ან ჰქონდეს დაბალი შედეგები. მისთვის საინტერესო არ არის საზოგადოებრივ საქმიანობაში მონაწილეობის მიღება. მას ხშირად აქვს თბილ, ნაყოფიერ მეგობრულ ურთიერთობაში მონაწილეობის სირთულეები და დიდი ხნის განმავლობაში აქვს თვით დაჯერების ნაკლებობა და სექსუალური დისფუნქცია.

ჯანდაცვის პროფესიონალთა როლი

- მსხვერპლთა იდენტიფიცირება / დადასტურება
- გარემოებების გააზრება და იმის გაგება, თუ რას გრძნობს მსხვერპლი ამასთან დაკავშირებით
- სომატურ ასპექტებზე (G & O) ზრუნვა
- პოლიციასთან/სოციალურ სამსახურებთან თანამშრომლობა
- სკოლის პერსონალის ყურადღების მიპყრობა ამ საკითხისადმი და ინფორმირება

10.1.4 ოჯახში ძალადობა (ბავშვის შეურაცხყოფა & უგულებელყოფა)

ბავშვები ძალადობას განიცდიან სხვადასხვა პიროვნებებისაგან, ხშირად მოძალადე მშობელია. ხშირად მშობლები, რომლებიც რეგულარულად სცემენ თავიანთ შვილს, სხვა ადამიანებთან ურთიერთობისას სასიამოვნონი არიან და სხვათაგან არაფრით გამოირჩევიან. მათ ერთი სერიოზული პრობლემა აერთიანებთ – თავიანთი რისხვის კონტროლის უუნარობა. მათ შორის, ვინც სისტემატიურად სცემს შვილებს, ჩვეულებრივ, მაღალია ალკოჰოლიზმით დაავადებულთა და ნარკომანთა პროცენტი¹.

რისკფაქტორები

ოჯახში ბავშვის მიმართ ძალადობის რისკფაქტორებია: სიღარიბე, საცხოვრებელი გარემო, მშობელთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები (ალკოჰოლი, ნარკოტიკები) ძალადობა ინტიმური პარტნიორის მხრიდან, ინვალიდობა.

ჯანდაცვის პროფესიონალთა როლი

- მსხვერპლთა იდენტიფიცირება და დადასტურება
- გარემოებების გააზრება და იმის გაგება, თუ რას გრძნობს მსხვერპლი ამასთან დაკავშირებით
- შედეგებზე (ფსიქიკურ/ფიზიკურ) ზრუნვა
- პოლიციასთან/სოციალურ სამსახურებთან თანამშრომლობა
- სკოლის პერსონალის ყურადღების მიპყრობა ამ საკითხისადმი და ინფორმირება

1 http://phmdf.ge/?page_id=12

ძირითადი საკითხები

- ბავშვთა უფლებების გაძლიერება სამედიცინო სფეროში აუცილებელია ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის და კეთილდღეობისათვის
- მოზარდთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საუკეთესო გზაა დაცული და უსაფრთხო გარემოს შექმნა
- მოზარდებს უნდა მიეწოდოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რჩევები
- სქესობრივი განათლების საფუძველზე მცირდება სგგი-ის გავრცელება და მოზარდთა ორსულობის მაჩვენებელი.
- მოზარდებისათვის სერვისების მიწოდება უნდა იყოს კონფიდენციალური და უფასო

ბავშვთა და მოზარდთა უფლებები უნდა იყოს დაცული ყოველთვის, ყველგან და მათ შორის სამედიცინო სერვისების მიწოდებისას. ბავშვთა უფლებების გაძლიერება სამედიცინო სფეროში, განსაკუთრებით კი ჰოსპიტალში, აუცილებელია ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის და კეთილდღეობისათვის.

ბავშვთა უფლებების დაცვის კომიტეტის No. 15 კომენტარის მიხედვით, ბავშვთა და მოზარდთა უფლება ჯანმრთელობის შესახებ არის მისი ბაზისური უფლება „ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა ჯანმრთელობის პრევენციულ და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამებზე; მეურნალობის, რეაბილიტაციის და პალიატიური მზრუნველობის სერვისებზე; მაგრამ ამავე დროს მას უნდა ჰქონდეს ზრდისა და განვითარების სრულყოფილი პირობები და შეეძლოს მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისებით სარგებლობა“

აუცილებელია რომ ბავშვებსა და მოზარდებს მიეწოდებოდეს კეთილგანწყობილი სერვისები საავადმყოფოში, სკოლის სამედიცინო სერვისების სახით, პირველადი ჯანდაცვის სერვისები და ასევე სოციალური მომსახურება.

მოზარდებზე ზრუნვისას გამოყოფილი უნდა იყოს ზრუნვის ოთხი სფერო

- ახალგაზრდაზე მორგებული პროცედურები და პოლიტიკა
- ახალგაზრდაზე მორგებული გარემო
- მიწოდებული სერვისების ფართო სპექტრი
- ახალგაზრდაზე მორგებული სერვისის მიმწოდებელი პერსონალი

სამედიცინო სერვისების მიწოდებისათვის უნდა იყოს ხელმისაწვდომი გარემო. პერსონალი უნდა იყოს აღჭურვილი კომუნიკაციისა და სხვა ტექნიკური უნარებით. სამედიცინო დახმარება უნდა მიმდინარეობდეს შესაბამისი გაიდლაინებისა და პროტოკოლების მიხედვით. სამედიცინო სერვისის მიწოდება უნდა მოხდეს შესაფერისი გარემოში, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში განხორციელდეს რეფერალი ან შესაბამისი სფეროს სპეციალისტის გამოძახება.

რა მიაჩნიათ მოზარდებს მათზე „მორგებულ“ სამედიცინო სერვისებად?

შვეიცარიის ლოზანას უნივერსიტეტის მიერ შესწავლილი იქნა მოზარდთა მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა მიაჩნიათ მათ მათზე ორიენტირებულ, კეთილგანწყობილ გარემოდ სამედიცინო და სოციალური სერვისების მიწოდების თვალსაზრისით. გამოკითხულთა 50%-ზე მეტი მოზარდის მიერ მნიშვნელოვნად მიჩნეული იქნა შემდეგი მახასიათებლები:

- კონფიდენციალობა
- დალოდების პერიოდის სიმცირე
- იაფი/უფასო მომსახურება
- „ერთი ფანჯრის პრინციპი“
- კლინიკის სიახლოვე სახლთან, სკოლასთან ან სამუშაო ადგილთან
- მეგობრული პერსონალი
- მოსახერხებელი სამუშაო საათები
- სამედიცინო პერსონალმა კონსულტაციისათვის გაყოს შესაბამისი/საკმარისი დრო

ასევე შესწავლილი იქნა ჯანდაცვის მიწოდების პროცესის მოდიფიცირების მაჩვენებელი. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ საჭიროა მომხმარებელთა და პერსონალის კმაყოფილების გაზრდა ან პერიოდული მონიტორინგი. ასევე სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და სკრინინგის პროცედურის გაუმჯობესება.

იმისათვის, რომ შევაფასოთ ჩვენს მიერ სკოლაში დანერგილი სერვისების ხარისხი საჭიროა პერიოდულად შევისწავლოთ მოზარდთა კმაყოფილება სამედიცინო სერვისებით, გავზარდოთ ხელმისაწვდომობა და ვიზრუნოთ სკრინინგ პროცედურების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, თუკი ჩვენს სკოლაში ასეთი სერვისები მიეწოდება.

შეფასებისათვის საუკეთესო საშუალებაა ინდიკატორების პერიოდული შეგროვება და მათი მონაცემთა ბაზაში შეტანა

11.1 მოზარდთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საუკეთესო გზაა დაცული და უსაფრთხო გარემოს შექმნა, მათ შორის განათლება რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ჯანსაღი ცხოვრების შესახებ

სკოლაში სამედიცინო სერვისის მინოდებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს და ზრუნვის ძირითადი საგანი უნდა იყოს შემდეგი მდგომარეობები:

- დაზიანებები და ძალადობა
- მავნე ნივთიერებათა მოხმარება
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა, დეპრესია, თვითმკვლელობა
- სქესობრივი & რეპროდუქციული ჯანმრთელობა
- კვების ნაკლებობა, ქარბი წონა/სიმსუქნე
- ქრონიკული მდგომარეობები

ასევე ყურადღება უნდა მიექცეს მოზარდთა განათლებას რეპროდუქციული საკითხების შესახებ. ამასთან უნდა გვახსოვდეს, რომ განათლება არ არის უბრალოდ ინფორმაცია. მოზარდებს უნდა მიეწოდოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რჩევები. სკოლაში უნდა შეიქმნას გარემო, რომელიც ხელს შეუწყობს მოზარდების მიერ კომუნიკაციის და მოლაპარაკების უნარების გამომუშავებას, საკუთარი თავის ანალიზის, გადაწყვეტილებათა მიღების და პრობლემების მოგვარების უნარების ჩამოყალიბებას.

სქესობრივი განათლება დიდ გავლენას ახდენს მოზარდის ჩამოყალიბებაზე, მაგალითად იზრდება ქცევითი ანუ საკუთარ თავთან პასუხისმგებლობა, ასევე იგი ზრდის პირველი სქესობრივი კავშირის ასაკს, ამცირებს პარტნიორთა რაოდენობას, ამცირებს შემთხვევითი სქესობრივი კავშირის რაოდენობას და აუმჯობესებს კონდომების/კონტრაცეფციის გამოყენებას. სქესობრივი განათლების საფუძველზე მცირდება სგგი-ის გავრცელება და მოზარდთა ორსულობის მაჩვენებელი.

წარმოგიდგენთ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მატრიცას სექსუალობასთან დაკავშირებული განათლებისთვის (2010), რომლის გამოყენებაც შეგიძლიათ შემდეგი ასაკობრივი ჯგუფისთვის: 9-12, 12-15, 15+

თემა ადამიანის სხეული&განვ.	ცოდნა/ ინფორმაცია	უნარები	დამოკიდებულებები
შობადობა და რეპროდუქცია			
სექსუალობა			
ემოციები			
ურთიერთობები და ცხოვრების სტილი			

სექსუალობა, ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა			
სექსუალობა და უფლებები			
სოციალური და კულტურული განმსაზღვრელები (ფასეულობები და ნორმები)			

სექსობრივი განათლების პროცესში აუცილებელია განსაზღვროთ სტრატეგიული მიმართულებები. პროცესში უნდა ჩართოთ მშობლები, თემი, რელიგიური მიმდინარეობების წარმომადგენლები და ახალგაზრდები. თავიდანვე უნდა განსაზღვროთ სამიზნე ჯგუფი, მათ შორის უნდა იყვნენ მასწავლებლები და სკოლის დირექტორი, მოზარდები და მშობლები.

მოზრდებთან მუშაობისას სხვადასხვა ასპექტზე გაამახვილეთ ყურადღება. სრულფასოვანი პასუხი გაეცით მოზარდების კითხვებს. მშობლებს აცნობეთ საუბრის შინაარსი. სათქმელი მარტივი სიტყვებით გამოხატეთ და გამოიყენეთ ინტერაქცია. თუ შესაძლებელია, პროცესში გოგონები და ბიჭები ერთად ჩართეთ.

მოზარდთა სექსობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება და დახმარება შეუძლია ჯანმრთელობის მუშაკს, რომელსაც აქვს გადამზადება ამ საკითხში. ასევე მსგავსი სახის დახმარების მიღება შესაძლებელია ჯანმრთელობის დანესებულებაში, სადაც მოზარდებზე მორგებულ სერვისებს სთავაზობენ. პროცესში აუცილებელია თემის ჩართვა და საჯარო დისკუსიის გამართვა. ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს მედიის ჩართულობას. რაც მთავარია სერვისების მიწოდება უნდა იყოს კონფიდენციალური და უფასო.

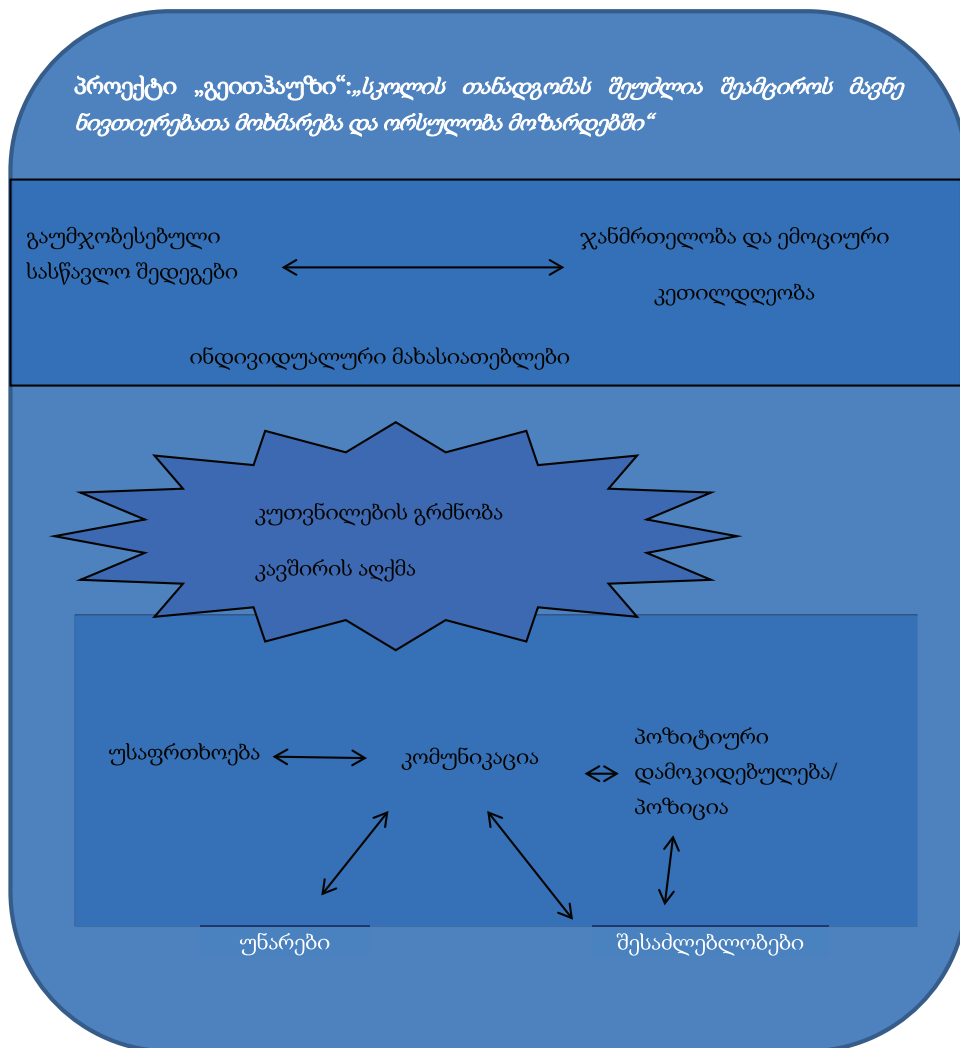
ჯანმრთელი სკოლის მიზნებია:

- ჯანსაღი გარემოს უზრუნველყოფა
- ჯანმრთელობაზე ინდივიდუალური, ოჯახური და თემის პასუხისმგებლობის პროპაგანდირება
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობა მოსწავლეებისთვის ცოდნისა და უნარ-ჩვევების მიცემით
- ჯანმრთელობის სფეროში თანმიმდევრული სასწავლო კურსის დაგეგმვა
- თემის ხელმისაწვდომი რესურსების გამოყენება

ჯანმრთელი სკოლის სტრატეგია მიმართული უნდა იყოს:

- ჯანდაცვისა და განათლების სექტორებს შორის პარტნიორობის შენარჩუნება; ფასეულობათა გაზიარება
- მასწავლებლებისთვის რესურსების უზრუნველყოფა

- დაფინანსების უზრუნველყოფა (სახელმწიფო, არასამთავრობო ორგანიზაციები, კერძო)
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტების დაკმაყოფილება (პერსონალის ტრენინგი)
- კეთილდღეობაზე, ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და სკოლის გარემოზე ფოკუსირება
- კავშირი თემთან



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანმრთელობის განმტკიცების ხელშეწყობის სკოლების სისტემა, რომელიც მიზნად ისახავს მოსწავლეთა ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის და მათი აკადემიური მოსწრების გაუმჯობესებას¹.

აღნიშნული კვლევის შედეგები იძლევა მტკიცებულებებს ჯანმრთელობის განმტკიცების ხელშეწყობის სკოლების სისტემაზე დაფუძნებული ზოგიერთი ინტერვენციის ეფექტიანობასთან შესახებ, რომლებიც ყურადღებას ამახვილებს შემდეგ მნიშვნელოვან საკითხებზე, როგორცაა

- სხეულის მასის ინდექსი (BMI),
- ფიზიკური აქტივობა,
- ფიზიკური მომზადება,
- ხილის და ბოსტნეულის მიღება,
- თამბაქოს, ალკოჰოლის და ასევე მავნე ნივთიერებების მოხმარება
- დაშინებასა და დაცინვას დაქვემდებარება

სკოლის ექიმების ფუნქციები

- აწარმოებს მოსწავლეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგს და ხელს უწყობს იმუნიზაციის შესაბამის ღონისძიებებს;
- აფასებს სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში მოსწავლეთა ფიზიკურ და გონებრივ განვითარებას და ახდენს დარღვევების დროულ გამოვლენას;
- ახდენს ბავშვებსა და მოზარდებში სიმპტომებისა და სინდრომების გამოვლენას, რომლებიც მოითხოვენ პირველად და გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას;
- ახდენს პირველადი და გადაუდებელი დახმარების გაწევას ტრავმის, დამწვრობის, ასპირაციის, მოტეხილობის, ჭრილობის, რესპირაციული დისტრესის, შოკის, კომის, კრუნჩხვის, ცხელების, ფსიქიკური დარღვევების, ტკივილის და სხვათა დროს (სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურის მოსვლამდე);
- დროულად იძახებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურს (საჭიროების შემთხვევაში);
- აწარმოებს სპეციალურ სამედიცინო დოკუმენტაციას;
- ახორციელებს ქრონიკული დაავადებების (მაგალითად, სქოლიოზი, მხედველობის დარღვევები) და სასკოლო ტრავმატიზმის პრევენციას;
- გეგმავს ინფექციური დაავადებების პრევენციის ღონისძიებებს და მათი განხორციელების ხელშეწყობას;

1 Langford & al, Cochrane, 2014

- შეისწავლის სკოლაში შემსვლელთა და მოსწავლეთა აცრების კალენდარს და მშობლის/მეურვის ინფორმირების საშუალებით ხელს უწყობს იმუნიზაციის პროგრამებში მოსწავლეთა ჩართულობას, ახდენს მათთვის რეკომენდაციების მიცემას;
- ახდენს მოსწავლეთა ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის კომპიუტერში შეტანას;
- ახდენს გეგმიური და ეპიდსაინააღმდეგო სანიტარიულ-ჰიგიენური და პროფილაქტიკური ღონისძიებების დაგეგმვას და მათი განხორციელების ხელშეწყობას;
- ზედამხედველობას უწევს სკოლაში სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების დაცვას;
- სასკოლო კვების მონესრიგების მიზნით შესაბამისი ღონისძიებების განხორციელება;
- გეგმავს და ახორციელებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებებს;
- მონაწილეობს სკოლის დღის რეჟიმის შედგენაში;
- ახდენს მოსწავლეთა, სკოლის პერსონალის და მშობელთა/მეურვის სამედიცინო-პროფილაქტიკურ განათლებას (ჰიგიენის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის და სხვ. შესახებ მოსწავლეებთან საუბარს ექიმი აწარმოებს როგორც სადამრიგებლო საათის ფარგლებში, ისე ინდივიდუალურად);
- ბავშვებზე ძალადობის ფაქტების აღმოჩენის შემთხვევაში ახდენს სათანადო სტრუქტურების ინფორმირებას;
- მოსწავლის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, სკოლის დირექციასა და დამრიგებელს რეკომენდაციას აძლევს მოსწავლის საგაკვეთილო პროცესიდან დროებით გათავისუფლების შესახებ (მოსწავლის მხრიდან ხშირი ჩივილის შემთხვევაში წერილობითი რეკომენდაციით მიმართავს მშობელს).

ძირითადი საკითხები

- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარი მიზანია მოზარდთა პოპულაციაში ცხოვრების უნარ-ჩვევების განვითარება
- პრევენციულმა მედიცინამ ხელი უნდა შეუწყოს მოსახლეობის კეთილდღეობას, დაავადებების, უუნარობის და ნაადრევი სიკვდილის პრევენციას
- პრევენციული პროგრამების დანერგვისას აუცილებელია გავითავლისწინოთ საუკეთესო მტკიცებულებები
- კარგი განათლება ხელს უწყობს უკეთეს ჯანმრთელობას, ხოლო კარგი ჯანმრთელობა საგანმანათლებლო მიზნების მიღწევის წინაპირობაა

12.1 პრევენციული მედიცინა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარი მიზანია მოზარდთა პოპულაციაში ცხოვრების უნარ-ჩვევების განვითარება, რათა ხელი შეუწყოს ჯანსაღი ცხოვრების წესსა და სარისკო ქცევის თავიდან არიდებას. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ძალისხმევა, რომელიც მიმართულია მოზარდების ნაადრევი სიკვდილიანობის შემცირებისკენ. სკოლის ჯანმრთელობის პროგრამამ ბავშვებისთვის უნდა უზრუნველყოს უსაფრთხო და ჯანსაღი გარემო, სანიტარიული პირობების დაცვა, ძალადობის პრევენცია, სწავლისა და გართობისთვის საჭირო ფართები. სკოლის ასაკის ბავშვების ჯანსაღი განვითარებისთვის აუცილებელია მათი ფიზიკური აქტივობა, რაც სკოლის სამედიცინო განათლების სრულფასოვანი პროგრამის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს. სკოლის კვების პროგრამა ხელს უწყობს ბავშვისა და მოზარდის სწორ კვებას, წარმატებულ სწავლასა და მოსწრებას.

პრევენციული მედიცინა სამედიცინო პრაქტიკის სფეროს წარმოადგენს. ის სხვადასხვა დისციპლინებისგან შედგება, რომლებიც მოსახლეობის განსაზღვრულ ნაწილთან მუშაობის უნარებს მოიცავს. პრევენციულმა მედიცინამ ხელი უნდა შეუწყოს მოსახლეობის კეთილდღეობას, მათი დაავადებების, უუნარობის და ნაადრევი სიკვდილის პრევენციას.

მოზარდთა შორის სარისკო ქცევების დაჯგუფება დამათი საერთო განმსაზღვრელების დადგენა საფუძველს გვაძლევს ვივარაუდოთ, რომ ინტერვენციებში გათვალისწინებული უნდა იქნეს უფრო ფართო მიდგომა სარისკო ქცევის პრევენციისთვის. სხვადასხვა სარისკო ქცევის შემცირებისკენ მიმართული ყველაზე პერსპექტიული მიდგომები პარალელურად ითვალისწინებენ რისკის სხვადასხვა სფეროს და რისკ ქცევებისგან დამცავ ფაქტორებს. ამგვარი ინტერვენციები მიზნად ისახავს რისკ ფაქტორების მიმართ მოზარდების წინააღმდეგობის უნარის გაზრდას და მშობლების/ოჯახის პოზიტიური ზეგავლენის და/ან სკოლის ჯანსაღი გარემოს ხელშეწყობას, რაც მიმართულია პოზიტიური სოციალური და ემოციური განვითარებისკენ.

პრევენციული პროგრამების დანერგვისას აუცილებელია გავითავალისწინოთ საუკეთესო მტკიცებულებები. მტკიცებულებები იყოფა I, II, III, IV და V დონეებად.

I და II დონეები

რანდომიზირებული საკონტროლო საცდელი შესწავლა

III დონე

საკონტროლო ჯგუფიდან ადამიანთა ჯგუფების არარანდომიზირებული შესწავლა

IV დონე

ჯგუფების არარანდომიზირებული შესწავლა წინა ან ისტორიულ ინფორმაციასთან შედარებით

V დონე

მტკიცებულება მოპოვებულია ერთი კონკრეტული შემთხვევის განხილვიდან

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრევენციული პროგრამები და ინტერვენციები შესაძლებელია იყოს სხვადასხვა სახის: მაგალითად ინტერვენციები, რომლებიც მოიცავს ადგილობრივ თემებთან მუშაობის კომპონენტებს და აქტიური აღმზრდელობითი მუშაობის მართვა სოციალური მუშაკების მიერ.

დიდ ბრიტანეთში დანერგილია პროგრამა: „უფრო უსაფრთხო არჩევანი“, რომელიც წარმოადგენს მრავალკომპონენტიან მიდგომას და ორიენტირებულია აივ ინფექციის, სკგ ინფექციების და ორსულობის პრევენციაზე.

წარმატებული ინტერვენციების მაგალითები:

- I. მავნე ნივთიერებათა კანონიერი თუ უკანონო მოხმარების პრევენციის სფეროში უფრო ეფექტური იქნება ისეთი პროგრამები, რომლებიც ეფუძნება თანატოლთა მიერ წარმართულ აქტივობებს, ითვალისწინებს უნარების ჩამოყალიბებას და ასევე პროგრამები, რომლებშიც ჩართულები არიან მშობლები და ოჯახები,

ვიდრე ის პროგრამები, რომლებიც უფრო ტრადიციულ მეთოდებს ემყარება.

- II. მტკიცებულებები **დაზიანებთა პრევენციის** სფეროში გვიჩვენებს, რომ აუცილებელია საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფა¹.
- III. **თამბაქოს მოწევისთან** დაკავშირებული გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ **მოწევისთან დაკავშირებით** მოზარდთა განათლებასთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება **პოლიტიკას**: ადგილები, სადაც მოწევა აკრძალულია/სკოლები; ფასების გაზრდა².

IV. სიმსუქნესთან დაკავშირებით ინტერვენციები:

- შვედეთში არ არის ნებადართული 12 წლამდე ბავშვებზე მიმართული რეკლამა.
- ირლანდიამ მიიღო „ბავშვებზე მიმართული რეკლამის კოდექსი“, რომელიც ფასტფუდის, საკონდიტრო ნაწარმის და უალკოჰოლო სასმელების რეკლამასთან ურთავს მესიჯებს ჯანმრთელობისთვის საფრთხეების შესახებ.
- ბელგიის ფლამანდიის რეგიონში არ არის ნებადართული რეკლამა 12 წლამდე ბავშვებისთვის განკუთვნილი პროგრამების დაწყებამდე ხუთი წუთით ადრე ან დამთავრებიდან ხუთი წუთის განმავლობაში.
- ნიდერლანდებში საზოგადოებრივ მაუწყებლებს არ აქვთ უფლება, შეწყვიტონ 12 წლამდე ბავშვებისთვის განკუთვნილი პროგრამები სარეკლამო ჭრისთვის.
- დანიაში, ფინეთსა და ნიდერლანდებში საბავშვო პროგრამების გმირებს თუ წამყვანებს არა აქვთ უფლება, მონაწილეობა მიიღონ რეკლამაში.

ინტერვენციათა ტიპები

ინტერვენციათა სფეროები

- ფოკუსირებული (თამბაქო, სექსუალობა და სხვ.)
- არაფოკუსირებული (ცხოვრების დონე)

პედაგოგიური მიდგომა

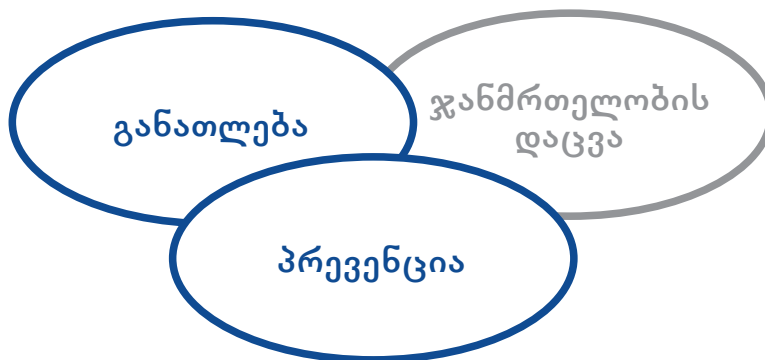
- ინფორმაცია/განათლება
- ცხოვრებისათვის გამოსადეგი უნარ-ჩვევები
- კავშირი თემთან
- გლობალური მიდგომა (ჯანსაღი სკოლები)

ხანგრძლივობა

- ინტერვენცია „ერთ ადგილას“
- პროგრამა, რომელიც ვრცელდება გარკვეულ ვადაზე ან რამდენიმე წელიწადზე

1 Rivara, Injury Prevention, 2002

2 Cochrane-ის მონაცემთა ბაზა, 2002



12.1.2 ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

პროცესი, მისცე ადამიანს საშუალება უკეთ აკონტროლოს და გააუმჯობესოს თავისი ჯანმრთელობა, მიმართულია არა მარტო ინდივიდუალური ქცევაზე, მოიცავს რიგ სოციალურ და გარემოზე მიმართულ ინტერვენციებს.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ფარგლებში ხდება ქცევითი რისკ-ფაქტორების ისეთი შესწავლა როგორიცაა თამბაქო, ალკოჰოლი, კვება, ფიზიკური აქტივობა წამალდამოკიდებულება, ქცევები ასოცირებული არაგადამდებ (მაგ. სკრინინგი) და გადამდებ დაავადებებთან (ჰიგიენა, სგგი, აივ/შიდსი, ტუბერკულოზი, ჯილეხი, ბრუცელოზი, და სხვ.)

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ფუნქციებია: ქცევითი ფაქტორებზე ეპიდზედამხედველობა. იგი შეისწავლის მათ გავრცელებას, ასევე ქცევითი რისკფაქტორების მიზეზებს KAP და ხარისხობრივი კვლევების საშუალებით. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამები ითვალისწინებს ისეთ ინტერვენციებს, როგორიცაა ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის განათლება, ჯანმრთელობის ხელშეწყობი გარემოს გაუმჯობესება, დაავადებათა პრევენცია და ჯანმრთელობის კომუნიკაცია.

12.1.3 ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის განმახორციელებელია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. პროგრამის ამოცანებია: თამბაქოს კონტროლის ხელშეწყობა, ასევე სამოქალაქო მობილიზაციის გაზრდა, თამბაქოს შესახებ არსებული კანონმდებლობის აღსრულების ხელშეწყობა (მონიტორინგი), თამბაქოს მოხმარება შეწყვეტის ხელშეწყობა, ჯანსაღი კვების შესახებ განათლება და ალკოჰოლის შესახებ ცნობიერების ამაღლება. ასევე სასკოლო ასაკის მოსახლეობის განათლება, მათ შორის მარილის შესახებ, ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა, ინფორმირება.

12.2 სკოლის ჯანდაცვის სამსახურებში ხარისხის სტანდარტებისა და სკოლების ჯანდაცვის სპეციალისტთა კომპეტენციების ევროპული მექანიზმი

12.2.1 სკოლის ჯანდაცვის სამსახურები ბავშვებისა და მოზარდების ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად

ჯანმრთელობა და განათლება განუყოფლად არიან ერთმანეთთან დაკავშირებული. კარგი განათლება ხელს უწყობს უკეთეს ჯანმრთელობას, ხოლო კარგი ჯანმრთელობა საგანმანათლებლო მიზნების მიღწევის წინაპირობაა.

სკოლის ჯანდაცვის სამსახურები იყენებენ ინდივიდუალურ, მოსახლეობაზე და გარემო პირობებზე დაფუძნებულ მიდგომებს ჯანმრთელობისა და განათლების სფეროებში შედეგების გასაუმჯობესებლად: ისინი მოზარდებისათვის ყველანაირ სასწავლო გარემოში უზრუნველყოფენ ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, პრევენციული ჯანდაცვის მომსახურებას და ჯანმრთელობის, ზრდისა და განვითარების მონიტორინგს. გარდა ამისა, ისეთი სამედიცინო პრობლემების მოგვარებით, რომლებმაც შეიძლება ხელი შეუშალოს სწავლის პროცესს, და ჯანსაღი სასკოლო გარემოს შექმნაში მონაწილეობით ისინი ხელს უწყობენ მოსწავლეთა დასწრების, კონცენტრაციისა და სწავლაში წინსვლის ოპტიმიზებას. სკოლის ჯანდაცვის სამსახურებს ასევე შესწევთ უნარი, გამოიყენონ სკოლებსა და თემებს შორის არსებული მჭიდრო კავშირები, რათა გაზარდონ იმ ინტერვენციების ეფექტიანობა, რომლებიც მიმართულია ბავშვის განვითარების გაუმჯობესებაზე და ჯანმრთელობის სოციალური განმსაზღვრელების მოგვარებაზე ჯანმრთელობაში არსებული უთანასწორობების შესამცირებლად. შესაბამისად, სკოლის ჯანდაცვის სამსახურებს მნიშვნელოვანი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლიათ ახალგაზრდების ცხოვრებისეულ შესაძლებლობებზე.

12.2.2 ევროპული მექანიზმის მიზანი

სკოლის ჯანდაცვის სამსახურებში ხარისხის სტანდარტებისა და სკოლების ჯანდაცვის სპეციალისტთა კომპეტენციების ევროპული მექანიზმი, რომელიც შეიმუშავა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულმა ოფისმა, მიზნად ისახავს, დახმარება გაუწიოს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის 53 წევრ სახელმწიფოს სკოლის ჯანდაცვის სამსახურების სრულყოფასა და შენარჩუნებაში ჯანდაცვის მათი ეროვნული სისტემების ფარგლებში. მექანიზმი, რომელიც ეხება, უპირველეს ყოვლისა, ეროვნული და რეგიონული დონის პოლიტიკურ გადაწყვეტილებათა მიმღებ პირებს, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან სკოლის ჯანდაცვის სამსახურების სტანდარტებსა და მომსახურების ხარისხზე, შესაძლებელია ადაპტირებული იქნეს სხვადასხვა ქვეყანაში, რათა მათ მიეცეთ

შესაძლებლობა, შეიმუშაონ სკოლის ჯანდაცვის იმგვარი სამსახურები, რომლებიც ასახავს ჯანმრთელობის სფეროში არსებულ პრიორიტეტებს და ჯანდაცვის სისტემებს. სახელმწიფო სტანდარტები ხელს უნდა უწყობდეს სკოლის ჯანდაცვის სამსახურების მენეჯერებსა და ექსპერტებს იმგვარი ხარისხიანი მომსახურების დაგეგმვასა და შენარჩუნებაში, რომელიც დააკმაყოფილებს ბავშვებისა და მოზარდების საჭიროებებს ჯანმრთელობის სფეროში და დახმარებას გაუწევს იმ დანერგულებებს, რომლებიც ამზადებენ სკოლის ჯანდაცვის სამსახურების თანამშრომლებს, კონკრეტული სასწავლო კურსების შემუშავებაში.

12.2.3 შემუშავების პროცესი

მექანიზმის შემუშავებას საფუძვლად დაედო მონაწილეობასა და კონსენსუსზე დამყარებული ეტაპობრივი მიდგომა. რეგიონული ოფისის მიერ სასკოლო და საუნივერსიტეტო ჯანმრთელობისა და მედიცინის ევროპულ კავშირთან (EU-SUHM) თანამშრომლობით შექმნილმა მცირე სამუშაო ჯგუფმა შეიმუშავა კითხვარი კომპეტენციებთან დაკავშირებულ მოთხოვნებსა და ხარისხის სტანდარტებზე, რომელიც დაეგზავნა წარმომადგენლებს ყველა წევრ სახელმწიფოში. შედეგები შეგროვდა და შეჯამდა, შემდეგ კი შეივსო ლიტერატურის განხილვის შედეგად მიღებული კონცეფციებით. ამის შემდეგ, 2012 წლის დეკემბერში გამართულ სამუშაო შეხვედრაზე, მოხდა განხილვა სხვადასხვა ქვეყნის სასკოლო ჯანდაცვის ექსპერტებისგან შედგენილ კომისიასთან ერთად. შეთანხმებული მასალა დაურიგდა შეხვედრის მონაწილეებს შენიშვნების შესატანად, შემდეგ კი დაუბრუნდა მცირე სამუშაო ჯგუფს გადასამუშავებლად.

12.2.4 მექანიზმის გამოყენება

ეკონომიკური და ისტორიული ფაქტორების მიხედვით სკოლის ჯანდაცვის სამსახურის სტრუქტურა მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა წევრ სახელმწიფოში. ამიტომ საჭიროა უზრუნველყოფილი იქნეს კომპეტენციებთან დაკავშირებული მოთხოვნებისა და ხარისხის სტანდარტების რელევანტურობა სკოლის ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურების სტრუქტურების ფართო სპექტრთან.

სკოლის ჯანდაცვის სამსახურების ორგანიზების კონკრეტული გზის რეკომენდების, ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალებს შორის სამუშაოს დანაწილების ერთიანი პროცესის დადგენის ან ფიქსირებული რაოდენობრივი სტანდარტების განსაზღვრის ნაცვლად, მექანიზმი ქვეყნებს აძლევს შესაძლებლობას, მოარგონ ამ სამსახურების სტრუქტურა საკუთარ კონკრეტულ საჭიროებებს. მექანიზმი ყურადღებას ამახვილებს იმ სტანდარტებისა და კომპეტენციების აღწერაზე, რომლებიც აუცილებელია სკოლის ჯანდაცვის იმგვარი სამსახურების არსებობისთვის, რომლებიც შეავსებს

პირველადი ჯანდაცვის არსებულ სისტემას და მიზნად დაისახავს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ყველა მოსწავლის მზაობა სასწავლად. თუმცა ისიც აღიარებულია, რომ ზოგიერთ ქვეყანაში სკოლის ჯანდაცვის სამსახურები შეიძლება უზრუნველყოფდნენ ისეთ სერვისებს, რომლებსაც მოსახლეობას პირველადი ჯანდაცვა სთავაზობს.

მნიშვნელოვანია სკოლის ჯანდაცვის სამსახურების მუდმივად განახლებადი და კომპეტენციებზე დაფუძნებული კურიკულუმის შემუშავება, თუმცა მექანიზმი არ ცდილობს ამ ამოცანის შესრულებას. მაგრამ ის მაინც შეიძლება მიჩნეული იქნეს მნიშვნელოვან საშუალებად, რომელიც წევრ სახელმწიფოებს აძლევს შესაძლებლობას, შეასრულონ მათ მიერ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ევროპული პოლიტიკური ჩარჩოს (Health 2020)³ მიზნებისა და ამოცანების განსახორციელებად ნაკისრი ვალდებულებები.

12.2.5 ძირითადი კომპეტენციების ნაკრები სკოლების ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის

მოდელი

ძირითადი კომპეტენციების ნაკრები ისეა აგებული, რომ ასახოს კანადის თერაპევტებისა და ქირურგების სამეფო კოლეჯის მიერ შემუშავებული CanMEDS-ის მოდელი და ჩარჩო. მოდელის ცენტრში „სამედიცინო ექსპერტი“ შეცვლილია „სკოლის ჯანდაცვის სამსახურის ექსპერტი“.

CanMEDS მოდელი და ჩარჩო, ადაპტირებული სკოლის ჯანდაცვის სამსახურის კონტექსტისათვის

	პროფესიონალი		კომუნიკატორი	
მეცნიერი		სკოლის ჯანდაცვის სამსახურის ექსპერტი		კოლაბორატორი
	ჯანმრთელობის პროპაგანდისტი		მენეჯერი	

წყარო: კანადის თერაპევტებისა და ქირურგების სამეფო კოლეჯი.⁴

3 Health 2020 – ევროპული პოლიტიკური ჩარჩო, რომელიც ხელს უწყობს მთავრობებისა და საზოგადოების ქმედებას ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მისაღწევად. კოპენჰაგენი: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისი; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf, მოდიფიკებულია 2014 წლის 24 მარტს).

4 CanMEDS-ის ჩარჩო [ვებგვერდი]. ოტავა: კანადის თერაპევტებისა და ქირურგების სამეფო კოლეჯი; 2013 (<http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>, მოდიფიკებულია 2014 წლის 24 მარტს).

12.2.5.1 ძირითადი კომპეტენციები

ცხრილი 1 ძირითადი კომპეტენციები როლების მიხედვით

როლი	კომპეტენციები
სკოლის ჯანდაცვის სამსახურის ექსპერტი	სკოლის ჯანმრთელობის სპეციალისტმა: • კარგად იცის და ესმის ბავშვებისა და მოზარდების ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, პრევენციისა და პრევენციული ჯანდაცვის ცნებები; • მას შეუძლია იმოქმედოს ეფექტიანად ისეთ სფეროებში, როგორებიც არის: კვება და ფიზიკური აქტივობა; პირის ღრუს ჯანმრთელობა; ალკოჰოლის, თამბაქოს, ანაბოლური სტეროიდებისა და ნარკოტიკების მომხმარება; სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა; ფსიქიკური ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა; ბავშვების ქრონიკული მდგომარეობა და ჯანდაცვის სპეციალური საჭიროებები; ჭრილობები და იარები და ძალადობის პრევენცია; და ბავშვთა დაცვა; • კარგად იცის და ესმის ინდივიდუალურ და მოსახლეობის დონეებზე ბავშვებისა და მოზარდების ზრდის, განვითარების, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევისა და ჯანმრთელობის (ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური) მდგომარეობის საკითხები და ამ საკითხების განმსაზღვრელი ფაქტორები; • შესწევს უნარი, განსაზღვროს რისკისა და დამცავი ფაქტორები და შეაფასოს მათი ფარდობითი მნიშვნელობა; • განსაკუთრებით კარგად ესმის ნორმალურობისა და ნორმალურობის ფარგლებში ვარიანტების ცნებები ბავშვებისა და მოზარდების ზრდასა და განვითარებასთან მიმართებაში; • შესწევს უნარი, ჩაატაროს ჯანმრთელობაზე დაკვირვების პროცედურები, მათ შორის ადრეული იდენტიფიცირების პროცედურები/სკრინინგი (უნივერსალური და მიზნობრივი, და პროტოკოლების შესაბამისი); • შესწევს უნარი, შეაფასოს ბავშვებისა და მოზარდების ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური ჯანმრთელობა და განვითარება და, სხვა სპეციალისტების დასკვნების გათვალისწინებით, დაადგინოს პრობლემები და მიიღოს გადაწყვეტილება ყველაზე შესაფერისი რეაგირებ(ებ)ის (პრევენციული თუ სამკურნალო) თაობაზე, ასევე, საჭიროების შემთხვევაში, მისცეს ბავშვებსა და მოზარდებს შესაბამისი მიმართვები;

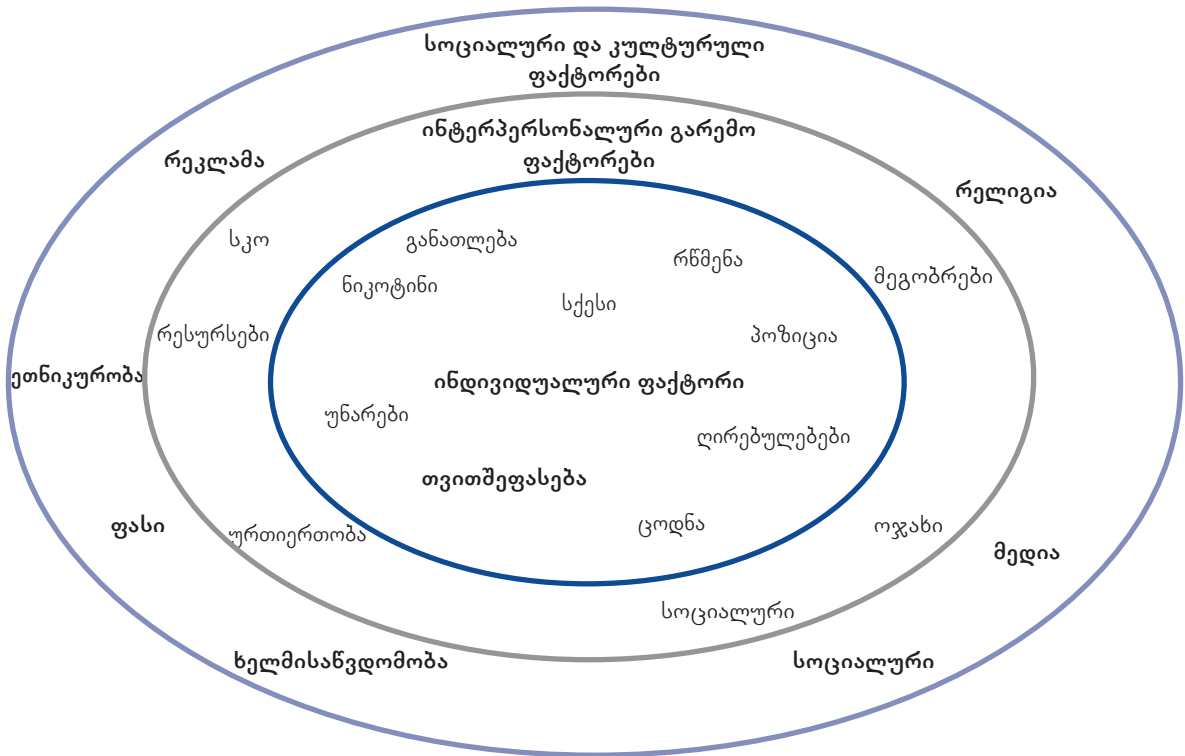
	• კარგად ესმის ფიზიკური, ფსიქიკური თუ სოციალური ჯანმრთელობის პრობლემების ზემოქმედება აკადემიურ მოსწრებაზე; • შეუძლია ამოიცნოს სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვები და შესწევს უნარი, ბავშვთან/მოზარდთან, მშობლებთან, მასწავლებლებსა და შესაბამის ჯანდაცვისა და ზრუნვის მიმწოდებლებთან თანამშრომლობით, მოამზადოს ინდივიდუალური ზრუნვის გეგმა, რომელიც ახდენს სამედიცინო საჭიროებათა ჰარმონიზებას სასწავლო კონტექსტთან, და კოორდინირება გაუწიოს მის განხორციელებას; • ესმის ბავშვებზე, მოზარდებსა და სკოლის პერსონალზე სკოლაში არსებული გარემოს ზემოქმედება სასწავლო და სასკოლო ჯანმრთელობის საკითხებთან მიმართებით; • შესწევს უნარი, დაადგინოს და გააანალიზოს ჯანმრთელობისთვის გარემოს ფაქტორებით გამოწვეული რისკები და გარეშე ექსპერტებთან თანამშრომლობით წამოიწყოს ისეთი ქმედებები, რომლებიც ხელს შეუწყობს ჯანსაღი სასკოლო გარემოს შექმნას და შენარჩუნებას; • აქვს ცოდნა და უნარი, განახორციელოს ინფექციების კონტროლის ღონისძიებები და იმუნიზაციის პროგრამები რეგიონული/ადგილობრივი თემების სხვა ძირითად აქტორებთან თანამშრომლობით; და • შესწევს უნარი, მიაწოდოს პირველი დახმარება ჯანდაცვის სხვა ადგილობრივ მიმწოდებლებთან თანამშრომლობით.
კომუნი-კატორი	სკოლის ჯანმრთელობის სპეციალისტი: • ურთიერთობს ბავშვებთან, მოზარდებსა და მშობლებთან პატივისცემით და არ განსჯის მათ; • იცავს კონფიდენციალურობის სტანდარტებს ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ინტერვენციების წარმოებისას, ზრუნვის საჭიროებების იდენტიფიცირებისას და ზრუნვის ყველაზე შესაფერისი მიმდინარეობის დაგეგმვისას (ბავშვებთან, მოზარდებსა და მშობლებთან მჭიდრო კონსულტაციით); • იყენებს სამოტივაციო უნარებს ბავშვების, მოზარდებისა და მშობლებისთვის ჯანსაღი არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობის მისაცემად; • ურთიერთობს ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და განათლების სფეროების სხვა მხარეებთან ბავშვებსა და მოზარდებზე ზრუნვის ადეკვატური პოლიტიკის შემუშავებისა და მიღების ხელშესაწყობად; და • ურთიერთობს უფრო ფართო საზოგადოებასთან და მედიასთან.

კოლაბორატორი	სკოლის ჯანმრთელობის სპეციალისტს: • აქვს შესაბამისი უნარები და მიდგომები სკოლის ჯანდაცვის სამსახურის ფარგლებში მრავალდარგობრივ და დარგთაშორის კოლეგებთან თანამშრომლობისათვის; და • თანამშრომლობს პროფესიონალებთან სხვადასხვა სექტორიდან და ადგილობრივი/რეგიონული თემების წარმომადგენლებთან ბავშვებსა და მოზარდებზე მიმართული პრევენციული ჯანდაცვის პოლიტიკის ფარგლებში.
მენეჯერი	სკოლის ჯანმრთელობის სპეციალისტს: • განსაკუთრებით კარგად ესმის ბავშვებსა და მოზარდებზე მიმართული (პრევენციული) ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და განათლების მომსახურების ორგანიზება და სტრუქტურა რეგიონში და/ან ადგილობრივ თემში; • შესწევს უნარი, დაგეგმოს და კოორდინირება გაუწიოს ბავშვებისა და მოზარდებისთვის ზრუნვის ორგანიზებას თავად სამსახურში ან თემში, მშობლებთან, მასწავლებლებთან და სხვა შესაბამის სპეციალისტებთან მჭიდრო კონსულტაციების პირობებში; • ავლენს მენეჯერულ უნარებს, მაგალითად, ბავშვებისა და მოზარდებისთვის პრევენციული მომსახურების დაგეგმვისა და ორგანიზების (მაგალითად, სიმსუქნის პრევენციის პოლიტიკის რეალური განხორციელების) და ადამიანებისა და გუნდების მართვის მეშვეობით; და • აქვს (განვითარებული) უნარები ხარისხის სტანდარტების გამოყენებაში და ხარისხის გაუმჯობესებაში.
ჯანმრთელობის პროპაგანდისტი	სკოლის ჯანმრთელობის სპეციალისტს: • შესწევს უნარი, დაადგინოს ბავშვებისა და მოზარდებისთვის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პრიორიტეტები ინდივიდუალურ და მოსახლეობის დონეებზე და გამოიყენოს ეროვნული და ადგილობრივი ინფორმაცია და ცოდნა რისკისა და დამცავი ფაქტორების შესახებ; • კარგად იცის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების შესაფერისი მეთოდები ბავშვებისა და მოზარდებისთვის; • აქვს აუცილებელი უნარები, გამოიყენოს მონაწილეობითი მიდგომები ჯანმრთელობის გაუმჯობესების თანამშრომლობაზე დაფუძნებული ინიციატივების განხორციელების ხელშესაწყობად ინდივიდუალურ და მოსახლეობის დონეებზე;

	• ესმის ბავშვებისა და მოზარდების ჯანმრთელობის საჭიროებები მათ განვითარებასთან ერთად და შეუძლია მათი დაკავშირება იმ პირობებსა და გარემოსთან თემებში, რომლებშიც ისინი ცხოვრობენ; და • ესმის პოლიტიკის დღის წესრიგები, რომლებიც მიზნად ისახავს თემის საჭიროებებზე რეაგირებას, და შესწევს უნარი, თავისი წვლილი შეიტანოს თემის ჩართულობის შეთანხმებული ჩარჩოს შემუშავებასა და განხორციელებაში.
მეცნიერი	სკოლის ჯანმრთელობის სპეციალისტს: • აქვს პოზიტიური მიდგომა დამოუკიდებელი და მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლისადმი; • აქვს შესაფერისი ცოდნა, უნარები და მიდგომები სკოლის ჯანდაცვის (ზრუნვის) და ბავშვებისა და მოზარდების ჯანმრთელობის შესახებ სამეცნიერო ინფორმაციის შესაგროვებლად და ამ ინფორმაციის კრიტიკულად შესაფასებლად; • იცნობს შესაბამისი ქვეყნის/რეგიონის/თემის ჯანმრთელობაზე დაკვირვების არსებულ სისტემებს, კერძოდ, ბავშვებთან და მოზარდებთან დაკავშირებულ სისტემებს; • კრიტიკულად აფასებს ჯანმრთელობაზე დაკვირვების მონაცემებს; • იყენებს ეპიდემიოლოგიურ და სხვა მონაცემებს (თავად ან სხვების მიერ შეგროვებულს) იდენტიფიცირებული მიზნობრივი ჯგუფებისთვის პრევენციული ჯანდაცვის ადეკვატური პოლიტიკის ჩამოსაყალიბებლად; და • მონაწილეობს ეროვნული და რეგიონული მასშტაბის კვლევებში.
პროფესიონალი	სკოლის ჯანმრთელობის სპეციალისტი: • მოქმედებს გაეროს ბავშვის უფლებათა კონვენციისა⁵ და მოქმედი სამედიცინო-ეთიკური და სამართლებრივი ნორმებისა და ფასეულობების შესაბამისად, კერძოდ, იმ ნორმების და ფასეულობებისა, რომლებიც ეხება კონფიდენციალურობას, ინფორმაციაზე დამყარებულ თანხმობას და მონაწილეობას, სკოლის ჯანდაცვის კოლექტიურ პრევენციულ მიდგომას და ბავშვებისა და მოზარდების სამართლებრივ სტატუსს და მათ გარემოს; და • მოქმედებს არადისკრიმინაციულად და უზრუნველყოფს ყველა მოსწავლისათვის ჯანდაცვის თანაბარ მისაწვდომობას.

5 ბავშვის უფლებათა კონვენცია, ნიუ-იორკი: გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია; 1989.

12.3 მოზარდების ქცევაზე მოქმედი ფაქტორები/ბარიერები



მოზარდების ქცევაზე მოქმედებს შემდეგი ფაქტორები/ბარიერები: სოციალური-კულტურული, ინტერპერსონალური გარემო და პერსონალური ფაქტორები. განვიხილოთ თითოეული ცალცალკე:

სოციალური ფაქტორი:

- რეკლამა, სპონსორობა და გასაღების სტიმულირება: ზემოქმედება გადაწყვეტილების მიღებაზე (გლობალურად, ინდუსტრია რეკლამაში საშუალოდ 5 მილიარდ დოლარზე მეტს ხარჯავს).
- ფასი: მნიშვნელოვანი ფაქტორი მწველობის დაწყებისა და შენარჩუნებისთვის. განსაკუთრებით მგრძნობიარე კატეგორია-მოზარდები.
- ხელმისაწვდომობა: შეუზღუდავი გაყიდვა ქუჩებში, ჯიხურებსა და მაღაზიებში.

ინტერპერსონალური ფაქტორი:

- ოჯახის ზეგავლენა (მშობლები – ძირითადი ფაქტორი)
- მეგობრები – მნიშვნელოვანი ზეწოლა;

- “სტატუსის” მოპოვების სურვილი;
- პოპულარული ადამიანები – მოწვევის მიმზიდველობის გაზრდა



**ექიმისა და მასწავლებლების მწველობა –
მოწვევას უსაფრთხოს და მისაღებს ხდის**

პერსონალური ფაქტორი:

- არასწორი წარმოდგენები (“წონის კონტროლი”, “სტრესის მოხსნა”, გამოვიყურები როგორც „უფროსი“, „თავდაჯერებული“...)
- ინფორმაციის ნაკლებობა თამბაქოს შესახებ
- რისკის და არასწორი ქცევის შედეგების სიმწვავის აღქმის ნაკლებობა

მიზეზი თამბაქოს მოხმარების შესახებ:

მიზეზი 1: მწველები უფრო გამხდრები არიან

სწორია: მწველობა ხელს უშლის ცხიმის თანაბრად გადანაწილებას ორგანიზმში, იმატებს წელის გარშემოწერილობა და სხეულის ფორმები მახინჯდება

მიზეზი 2: ბაბუაჩემი 80 წელია ეწევა და ჯანმრთელია

სწორია: თამბაქოს მოხმარება და ფილტვის კიბოს განვითარების ალბათობა

- არამწველ კაცებში 0,2% და ქალებში 0,4%-ია,
- ყოფილ მწველებში - 5,5% კაცებში და 2,6% ქალებში;
- მწველებში კი, რომლებიც დღეში 5 ღერზე მეტს ეწევიან- 24,4% კაცებში, ხოლო 18,5% ქალებში

დატვირთული მემკვიდრეობა + მწველობა/არამწველობა

- მწველებში 14-ჯერ იზრდება კიბოს განვითარების რისკი
- არამწველებში კიბოს რისკი 2,5-ჯერ მეტია

მითი 3: ნიკოტინი ტოქსიური ნივთიერება არაა

სწორია:

- ადამიანისათვის სასიკვდილოა ერთჯერადად მიღებული 50-დან 100 მგ-მდე სუფთა ნიკოტინი
- ერთ ღერ სიგარეტში საშუალოდ 10-14 მგ ნიკოტინია
- მონვეის პროცესში ორგანიზმში მხოლოდ 1,5 მგ ნიკოტინი ხვდება (დანარჩენი ჰაერში რჩება).
- ორგანიზმში ნიკოტინის დოზა თანდათანობით შედის, არაერთჯერადად და მისი მავნე გავლენა ორგანიზმზე დროთა განმავლობაში გამოვლინდება.

მითი 4: ნიკოტინი აუცლებელია ორგანიზმის ნორმალური ცხოველმყოფელობისთვის

სწორია:

ნიკოტინი არ არის ნიკოტინმჟავა

- ნიკოტინი ტოქსიური მცენარეული ალკალოიდია
- ნიკოტინმჟავა სამკურნალო ნივთიერებაა (გამოიყენება ვიტამინდეფიციტური დაავადების, პელაგრა, სამკურნალოდ
- ნიკოტინმჟავა უჯრედებში ენერგიის წარმოქმნის პროცესში მონაწილეობს. ნიკოტინი ხელს უშლის ამ პროცესს, უჯრედების ნორმალური ფუნქცია ირღვევა: ორგანიზმი შესაბამისად ვერ მუშაობს

12.3.1 თამბაქოს მოხმარების მავნელობა

თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული ზიანი დიდია, როგორც სოციალური ასევე ეკონომიკური თვალსაზრისით.

სოციალური და ჯანდაცვითი მავნეობა გამოიხატება დაავადებათა განვითარებაში, შრომის უნარიანობის შეზღუდვასა და ნაადრევ სიკვდილობაში. ჩამოთვლილ მდგომარეობათა მიზეზი შეიძლება გახდეს თამბაქოს აქტიური და პასიური მოხმარება. თამბაქოს მოყვანისას გამოყენებული პესტიციდები და შხამქიმიკატები, თამბაქოს მტვერი და წარმოებაში გამოყენებული ქიმიური ნივთიერებები.

როგორც აღვნიშნეთ მნიშვნელოვანია თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული ეკონომიკური მავნეობა:

- დაავადებების მკურნალობა, რეაბილიტაცია
- ნაადრევ სიკვდილიანობით დაკარგული წლები
- შრომისუუნარობა და პროდუქტიულობის შემცირება
- გარემოს და საცხოვრისის დაზიანება

იმისათვის, რომ იცხოვროთ თამბაქოსაგან თავისუფლად აუცილებელია:

- ადეკვატური ინფორმაცია თამბაქოს მავნეობის შესახებ
- თამბაქოსაგან თავისუფალი სამუშაო და საცხოვრებელი ადგილები
- ძვირი და ძნელად ხელმისაწვდომი თამბაქო
- ცხოვრების ჯანსაღი წესი
- არამწველი პარტნიორი

იმისათვის, რომ მოზარდებმა გააცნობიერონ თამბაქოს მავნელობა აუცილებელია რომ მათ მივანოდოთ სწორი და სრულყოფილი ინფორმაცია თამბაქოს მავნელობის შესახებ

12.3.2 თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობა



თამბაქოს კონტროლის კანონი კრძალავს მოწევას :

- სააღმზრდელო, საგანმანათლებლო, საგანმანათლებლო-სააღმზრდელო დაწესებულებებსა და დახურულ სპორტულ ნაგებობებში; სამედიცინო და ფარმაცევტულ დაწესებულებებში; ბენზინგასამართი, გაზგასამართი და გაზგამანაწილებელი სადგურების მთელ ტერიტორიაზე
- საზოგადოებრივ ტრანსპორტში, მათ შორის, ავტობუსში, სამარშრუტო ტაქსში, საჰაერო ხომალდში, მეტროპოლიტენში, ტრამვაისა და ტროლეიბუსში (ტაქსის გარდა)

ზღუდავს მოწევას:

- სხვა ყველა ტიპის დახურულ შენობა-ნაგებობებში, სადაც მოსაწვეი ადგილის

გამოყოფის საშუალებაა არაა, მაშინ იქაც სრულად იკრძალება მოწვევა.
რესტორნებსა და ბარებში ასევე უნდა იყოს ცალკე მოსაწვევი ადგილები ან
მინიმუმ 50% არამწვევლებისათვის

თამბაქოს ნაწარმის რეალიზაცია აკრძალულია:

- **აკრძალულია 18 წლამდე ასაკის ახალგაზრდების ჩართვა თამბაქოს ინდუსტრიაში**

- სააღმზრდელო, საგანმანათლებლო და საგანმანათლებლო-სააღმზრდელო დაწესებულებებში და მათ მიმდებარე ტერიტორიებზე 50 მეტრის რადიუსში
- ყველა სახის სამედიცინო, სასწავლო, სახელმწიფო, სპორტულ და კულტურულ დაწესებულებებში
- საჯარო ობიექტების იმ სექციებში, სადაც ბავშვთა ტანსაცმელი და სათამაშოები იყიდება
- ერთეული ღერებით, ერთეული შეფუთვით (კოლოფით), თუ მასში 20 ღერ სიგარეტზე ნაკლებია ან მეტია. ასევე შეფუთვის გარეშე; 18 წლამდე ასაკის პირებზე

- **ელექტრონული ან მექანიკური მანქანების საშუალებით**

თამბაქოს ნაწარმის გათამაშების, ლატარიის, ლოტოს, მომგებიანი ან სხვა სახის აზარტული თამაშის საშუალებით მისი განაწილება



**ექიმისა და მასწავლებლების მწველობა –
მოწვევას უსაფრთხოს და მისაღებს ხდის**

**ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) თამბაქოს კონტროლის
ჩარჩო კონვენცია (თკჩკ) - პირველი საერთაშორისო ხელშეკრულება, რომელიც
მიღებული იქნა 2003 წელს**

- ყველაზე ფართოდ გავრცელებული ხელშეკრულება გაერთიანებული
ერების ისტორიაში (ხელი მოაწერა 176-მა ქვეყანამ)
- საქართველომ 2006 წლის 14 თებერვალს მოახდინა თამბაქოს კონტროლის
ჩარჩო კონვენციის რატიფიცირება (ძალაში შევიდა 2006 წლის 15 მაისს)

12.4 ალკოჰოლი

12.4.1 გლობალური მონაცემები

ალკოჰოლის საზიანო მოხმარება წარმოადგენს ჯანმრთელობის სერიოზულ დატვირთვას მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. იგი ჯანმრთელობის გაუარესების მესამე ნამყვან რისკ-ფაქტორად მოიაზრება. ალკოჰოლი ითვლება ტოქსიკურ ნივთიერებად, როგორც პირდაპირი ასევე არაპირდაპირი ეფექტების გათვალისწინებით, რომელიც 60-მდე სხვადასხვა დაავადების განვითარებას განაპირობებს/ უწყობს ხელს.

2012 წლის მონაცემებით გლობალურად, 3.3 მილიონი სიკვდილის შემთხვევა, საერთო სიკვდილობის 6%, დაკავშირებული იყო ალკოჰოლის საზიანო მოხმარებასთან და მათგან დაახლოებით 10%-ს 15-29 წლის მოსახლეობა წარმოადგენს. ალკოჰოლთან დაკავშირებული მიზეზით გამოწვეული სიკვდილობა ევროპის ქვეყნებში საერთო სიკვდილობის დაახლოებით 12%-ს იკავებს (13.9% მამაკაცებში და 7.7% ქალებში). 16 წლის სტუდენტების 43% -მა აღნიშნა, რომ ჰქონდა მძიმე სიმთვრალე. ალკოჰოლი წარმოადგენს ამ ასაკში სიკვდილობის, ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს. 9 მილიონი ბავშვი და მოზარდი ცხოვრობს ერთ ალკოჰოლ-დამოკიდებულ მშობელთან მაინც. ოთხი უბედური შემთხვევიდან ერთი დაკავშირებულია ალკოჰოლთან. კვლევებით დადგენილია, რომ ბავშვები, რომლებიც იწყებენ ალკოჰოლის სმას 15 წლამდე 5-ჯერ მეტად არიან დამოკიდებულების განვითარების რისკის ქვეშ, ვიდრე პირები, ვინც 21 წლის და მეტი ასაკისას იწყებენ ალკოჰოლის მოხმარებას. ასევე დადგენილია, რომ „სუფთა“ ალკოჰოლის დღიური მოხმარების 10 გრამიდან 90 გრამამდე გაზრდით ალკოჰოლთან დაკავშირებული დაავადებისგან სიკვდილის აბსოლუტური წლიური რისკი იზრდება დაახლოებით 14 ჯერ. ხოლო ალკოჰოლთან დაკავშირებული ტრავმებით გამოწვეული სიკვდილის რისკი დაახლოებით 30-ჯერ.

12.4.2 მოზარდათა შორის ალკოჰოლის მოხმარება საქართველოში

2009 წელს თბილისის სკოლის მოსწავლეებში ჩატარდა კვლევა, რომელმაც შეისწავლა მოსწავლეები, რომლებიც კვლევის პერიოდში იყვნენ საშუალოდ 16 წლის. მოსწავლეთა უმრავლესობა ალკოჰოლის მიღებას აღიქვამდა დადებით მოვლენად. ყველაზე პოპულარული სასმელები იყო ღვინო და ლუდი. გამოკითხულ მოსწავლეთა 70%-მა აღნიშნა, რომ სულ ცოტა ერთი ჭიქა ღვინო მაინც ჰქონდათ დალეული 13 წლამდე ასაკში. მოსწავლეთა 66% და 63% დაადასტურა, რომ მათ ასევე მიღებული ჰქონდათ შამპანური და ლუდი შესაბამისად. მხოლოდ 36% ჰქონდა გასინჯული მაგარი სპირტიანი სასმელები.ით.

ზოგჯერ ძალიან ბევრს საუბრობენ ალკოჰოლის ზომიერად მიღებაზე, მაინც რა იგულისხმება ზომიერი დალევის ქვეშ?

ზომიერი დაღევის ქვეშ იგულისხმება⁶ ორი სტანდარტული ერთეული მამაკაცებისთვის და ერთი სტანდარტული ერთეული ქალებისთვის (კვირაში, ზედა ლიმიტი არის 14 ს.ე. მამაკაცებისთვის და 7 ს.ე. ქალებისთვის). მოზრდილი მოსახლეობისთვის „მძიმე დაღევის“ ქვეშ იგულისხმება, როდესაც მამაკაცი დღეში ღებულობს ალკოჰოლურ სასმელების 4 სტანდარტულ ერთეულზე მეტს, ხოლო ქალი სამ სტ.ე-ზე მეტს (დღეში).

ერთ სტანდარტულ ერთეულად სხვადასხვა ქვეყანაში სუფთა ალკოჰოლის სხვადასხვა ოდენობაა მიღებული. აშშ-ში იგი ტოლია 14გ სუფთა ალკოჰოლის, დანიასა და იტალიაში - 12გ; ინგლისში - 8გ; იაპონიაში - 19.75; ფინეთში -11გ; საფრანგეთში, შოლანდიაში, ესპანეთში, ავსტრიაში, ავსტრალიაში, ირლანდიაში, ახალ ზელანდიაში და უმეტეს ქვეყნებში - 10გ.

სისხლში ალკოჰოლის კონცენტრაცია დამოუკიდებლად ასაკის, რასის, და სხეულის ზომისა ყოველ საათში დაახლოებით 0.015 ერთეულით იკლებს (0.005 - ით ყოველ 20 წუთში) იმ მომენტიდან როცა ადამიანი შეწყვეტს სმას. მაგ. თუ საწყისი კონცენტრაცია იყო 0.08% (BAC), მაშინ ის ყოველი საათის შემდეგ იქნება 0.015 ერთეულით ნაკლები და სრული ელიმინაცია მოხდება 5 საათსა და 33 წუთში. ალკოჰოლი ორგანიზმიდან გამოიყოფა შემდეგი გზებით: 10% ტოვებს ორგანიზმს ფილტვების გზით (სუნთქვისას), ოფლის და შარდის სახით. დანარჩენი 90% კი მეტაბოლიზდება ორგანიზმში.

გარდა ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემებისა, „მძიმე მსმელობა“ აგრეთვე დაკავშირებულია მართვის უფლების დაკარგვასთან და სხვადასხვა სახის პრობლემების წარმოშობასთან.

ალკოჰოლი სწრაფად შეიწოვება პირის ღრუს, კუჭისა და ნაწლავების ლორწოვანის მიერ (დაახლოებით 20% კუჭის, დანარჩენი (80%) კი წვრილი ნაწლავის მიერ შეიწოვება). მშიერ კუჭზე ალკოჰოლის მიღების შემთხვევაში, სისხლში მისი მაქსიმალური კონცენტრაცია 30–60 წუთის შემდეგ დგება. ჭამის შემდეგ ალკოჰოლის მიღებისას კონცენტრაცია უფრო ნელა იზრდება და მაქსიმუმს 1,5 – 2 საათის შემდეგ აღწევს. ამასთანავე, მიღებული ალკოჰოლის 30%-მდე იკვრება საკვებთან და არ გადადის სისხლის ნაკადში. მიღებული ეთანოლის ყველაზე დიდი ნაწილი ტვინსა და ღვიძლში კონცენტრირდება, მცირე ნაწილი დანარჩენ ორგანოებში.

12.4.2.1 რისკები რომელთანაც ასოცირდება ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება

ალკოჰოლის ჭარბი მიღება ასოცირდება შემდეგი სახის პრობლემებთან: ღვიძლის პრობლემები, ნაყოფიერების შემცირება, მაღალი არტერიული წნევა, კიბოსა და გულის შეტევის მაღალი რისკი, ეს იმ მაგნიტუდაზეა მცირედი ჩამონათვალია, რომელიც თან სდევს ალკოჰოლური სასმელის დადგენილ ლიმიტზე მეტის მიღებას.

⁶ U.S. dietary guidelines

ალკოჰოლის მომხმარებლები შესაძლოა დავყოთ 3 კატეგორიად: დაბალი რისკის მომხმარებლები, მომატებული რისკის მომხმარებლები და მაღალი რისკის მომხმარებლები

დაბალი რისკის მომხმარებლობა ნიშნავს, რომ თქვენ მომავალში გაქვთ დაბალი შანსი იმისა, რომ საკუთარ ჯანმრთელობას მიაყენებთ ზიანს. იმისათვის რომ მოვექცეთ დაბალი რისკის მომხმარებელთა სიაში, საჭიროა: მამაკაცებმა არ მიიღონ დღეში 3-4 ერთეულზე მეტი ალკოჰოლი რეგულარულად. ქალბატონებმა არ მიიღონ დღეში 2-3 ერთეულზე მეტი ალკოჰოლი რეგულარულად. თუმცა, ნებისმიერი ალკოჰოლის თუნდაც მცირედი მიღება შესაძლოა იყოს გადამეტებული თუკი პიროვნება საჭესთან არის, ცურავს და ნებისმიერი ფიზიკური აქტივობით არის დაკავებული.

ორსულებსა და იმ ქალებისათვის, ვინც გეგმავს დაორსულებას ალკოჰოლის მიღება შესაძლოა დიდი ზიანის მომტანი იყოს როგორც თავად მათთვის, ასევე ნაყოფისათვის.

12.5 საქართველოს კანონი „მავნე ზეგავლენისაგან არასრულწლოვანთა დაცვის შესახებ“ (ამონარიდიკანონმდებლობიდან)

მუხლი 4. არასრულწლოვანთა დაცვა ალკოჰოლური სასმელების, ლუდისა და თამბაქოსაგან

1. აკრძალულია:

ა) არასრულწლოვანთათვის ალკოჰოლური სასმელების, ლუდისა და თამბაქოს მიყიდვა;

ბ) არასრულწლოვანთა მიერ ალკოჰოლური სასმელების, ლუდისა და თამბაქოს რეალიზაცია;

გ) ალკოჰოლური სასმელების, ლუდისა და თამბაქოს რეალიზაცია საგანმანათლებლო, სასწავლო-აღმზრდელობით დაწესებულებებში და მათ ტერიტორიაზე.

2. შესაბამისი დაწესებულების ხელმძღვანელები ვალდებული არიან ამ მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული აკრძალვის შესახებ მიუთითონ თვალსაჩინო ადგილას.

12.6 საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი (ამონარიდი კოდექსიდან)

მუხლი 171.

“ალკოჰოლური სასმელების სმა ქუჩებში, სტადიონებზე, სკვერებში, პარკებში, ყველა სახის საზოგადოებრივ ტრანსპორტში და სხვა საზოგადოებრივ ადგილებში, გარდა სავაჭრო და საზოგადოებრივი კვების საწარმოებისა, სადაც ალკოჰოლური სასმელების ჩამოსხმით გაყიდვა ნებადართულია, ასევე საზოგადოებრივ ადგილებში

ადამიანის ღირსებისა და საზოგადოებრივი ზნეობის შეურაცხყოფ მდგომარეობაში ყოფნა გამოიწვევს პირველ შემთხვევაში, 50-დან 150 ლარამდე.

ამ მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული სამართალდარღვევის განმეორებით ჩადენა 1 წლის განმავლობაში – გამოიწვევს დაჯარიმებას 500 ლარის ოდენობით, ხოლო გამონაკლის შემთხვევაში, თუ საქმის გარემოებათა მიხედვით და დამრღვევის პიროვნების გათვალისწინებით ჯარიმა არასაკმარისად ჩაითვლება, – ადმინისტრაციულ პატიმრობას 15 დღემდე ვადით.

მუხლი 116.

1. სატრანსპორტო საშუალების მართვა ალკოჰოლური სიმთვრალის მდგომარეობაში, ან სატრანსპორტო საშუალების მართვისას საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ალკოჰოლური სიმთვრალის დასადგენად შემოწმებისათვის თავის არიდება – გამოიწვევს:

- ა) სატრანსპორტო საშუალების მართვის უფლების 6 თვით შეჩერებას;
- ბ) 18 წლის ასაკს მიუღწეველი პირისთვის – სატრანსპორტო საშუალების მართვის უფლების 1 წლით შეჩერებას.

2. იმ პირის მიერ, რომელსაც დადებული აქვს ამ მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული ადმინისტრაციული სახდელი, სატრანსპორტო საშუალების მართვის უფლების შეჩერების პერიოდში იმავე ნაწილით გათვალისწინებული სამართალდარღვევის ჩადენა – გამოიწვევს მძღოლის დაჯარიმებას 700 ლარის ოდენობით და სატრანსპორტო საშუალების მართვის უფლების შეჩერების ვადის 1 წლით გაზრდას.

3. სატრანსპორტო საშუალების სამართავად გადაცემა წინასწარი შეცნობით ალკოჰოლური სიმთვრალის მდგომარეობაში მყოფი პირისათვის – გამოიწვევს დაჯარიმებას 1000 ლარის ოდენობით.

4. ამ მუხლის მე-3 ნაწილით გათვალისწინებული სამართალდარღვევის განმეორებით ჩადენა 1 წლის განმავლობაში – გამოიწვევს დაჯარიმებას 1500 ლარის ოდენობით.

12.6.1 საქართველოს კანონი „რეკლამის შესახებ“

მუხლი 8

1. ალკოჰოლიანი სასმელებისა და თამბაქოს ნაწარმის რეკლამა, გავრცელების წესის მიუხედავად, არ უნდა ქმნიდეს შთაბეჭდილებას, რომ ალკოჰოლის ან თამბაქოს გამოყენება ხელს უწყობს ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, საზოგადოებრივ თუ სპორტულ სარბიელზე წარმატების მიღწევას.

2. რეკლამა არ უნდა ახდენდეს ალკოჰოლის ან თამბაქოს გამოყენებისაგან თავის შეკავების დისკრედიტირებას. ამასთან, იგი არ უნდა შეიცავდეს

ინფორმაციას მათი დადებითი სამკურნალო თვისებების შესახებ.
3. აკრძალულია მაგარი სპირტიანი სასმელებისა და თამბაქოს ნაწარმის რეკლამის ნებისმიერი სახით გავრცელება ქალაქებისა და სხვა დასახლებული პუნქტების გამზირებზე, ხიდებზე, მოედნებზე (და მათ მიმდებარე ტერიტორიაზე 20 მეტრის ფარგლებში) და სატრანსპორტო საშუალებებზე.

4. აკრძალულია ალკოჰოლიანი სასმელებისა და თამბაქოს ნაწარმის რეკლამის მიმართვა უშუალოდ არასრულწლოვნებისადმი, აგრეთვე ასეთი რეკლამის ნებისმიერი სახით გავრცელება არასრულწლოვანთათვის გათვალისწინებულ კინო- და ვიდეომომსახურებაში, რადიო- და ტელეგადაცემებში, ბეჭდვით გამოცემებში.

5. აკრძალულია ალკოჰოლიანი სასმელისა და თამბაქოს ნაწარმის რეკლამის გავრცელება საბავშვო, სასწავლო და სამედიცინო დაწესებულებებში, კულტურისა და სპორტის ორგანიზაციებში, აგრეთვე მათგან 100 მეტრის რადიუსში, გარდა ამ მუხლის 51 და 52 პუნქტებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა (9.06.2006 N3243).

6. სპორტის ორგანიზაციებში ალკოჰოლიანი სასმელის რეკლამის გავრცელება დაიშვება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სპორტის ორგანიზაცია (სტადიონი, სპორტული დარბაზი) მასპინძლობს ადგილობრივი (ეროვნული/ლოკალური) ან საერთაშორისო მნიშვნელობის სპორტულ ღონისძიებას (გარდა საბავშვო სპორტული შეჯიბრებისა) (9.06.2006 N3243)

7. ალკოჰოლიანი სასმელის რეკლამას, რომელიც შეიცავს ასეთი სასმელის ტარის გახსნილ მდგომარეობაში ან მისი მოხმარების პროცესის დემონსტრირებას, მოწოდებებს მისი გამოყენების შესახებ, უნდა ახლდეს გაფრთხილება: „ალკოჰოლის დიდი ოდენობით მიღება ვნებს ჯანმრთელობას“. ამასთანავე, იგი არ უნდა არღვევდეს საყოველთაოდ აღიარებულ ჰუმანურ, ეთიკურ და ეთნოფსიქოლოგიაში დამკვიდრებულ ზნეობრივ ნორმებს (9.06.2006 N3243)

8. აკრძალულია მაგარი სპირტიანი სასმელებისა და თამბაქოს ნაწარმის რეკლამის გავრცელება რადიოსა და ტელევიზიის საშუალებით, გაზეთების კაბადონებზე, ჟურნალების გარეკანზე.

12.7 ნარკოტიკების მოხმარება

ნარკოტიკები ყველა დროის აქტუალური თემაა და ამასთან ერთად ყველა საუკუნის გადაუჭრელ პრობლემად იქცა.

ნარკოტიკებისა და სხვა მავნე ნივთიერებების მიღება სხვადასხვა სახის რისკებთანაა დაკავშირებული, მაგალითად: მათი მოხმარება აფერხებს ფიზიკურ განვითარებას. ამ სახის რისკი განსაკუთრებით აქტუალურია ნარკოტიკების მოზარდი მომხმარებლის შემთხვევაში, რადგანაც ნარკოტიკული საშუალებები აქვეითებს და არღვევს ჰიპოთალამუსის ჯირკვლის ნორმალურ მუშაობას, არღვევს ძილისა და კვების რეჟიმს. ნარკოტიკების მოხმარება აფერხებს ასევე ფსიქოლოგიურ განვითარებას.

ადამიანი აღარ ფიქრობს პიროვნულ, ფსიქოლოგიურ, მენტალურ ზრდაზე, მისი ფიქრები მხოლოდ ნარკოტიკებისკენაა მიმართული.

ნარკოტიკული ნივთიერებები ხელს უწყობს საჭმლის მომნელებელი, სასუნთქი და ნერვული სისტემების დაავადებათა განვითარებას. გულის დაავადებების და კიბოს წარმოქმნას. უბედური შემთხვევებისა და სიკვდილის რისკი. ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ ადამიანი კარგავს კონტროლს საკუთარ განცდებზე, აღქმაზე და შეიძლება უბედური შემთხვევის მსხვერპლი გახდეს ან ზედმეტი დოზირებისგან დაიღუპოს. სამართლებრივი რისკი, ნარკოტიკებსა და ნარკომანიას შედეგად მოაქვს ახალგაზრდა ადამიანების იზოლაცია ოჯახისა და მეგობრებისგან. ნარკოტიკები გავლენას ახდენს ადამიანების სოციალურ ურთიერთობებზეც.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ახალგაზრდები ნარკოტიკს მოიხმარენ იმიტომ, რომ არსებობს ხელშემწყობი გარემო ანუ მათთვის ხელმისაწვდომია ნარკოტიკები, ასევე ნარკოტიკების მოხარებაში ხელს უწყობს გარემო, სოციალური და პიროვნული თვისებები.

მოზარდი შეიძლება რთული პრობლემების წინაშე იდგეს და მიმართოს ნარკოტიკს, როგორც პრობლემებისგან გაქცევის საშუალებას, ეს შეიძლება მოხდეს იმ შემთხვევაში თუ იგი არ არის პიროვნულად განვითარებული და ჩამოყალიბებული, არ შეუძლია გადანაცვტილების მიღება, აქვს დაბალი თვითშეფასება, რის შედეგადაც ვერ უძლებს სხვა ადამიანის ძალდატანებას და თანხმდება ნარკოტიკების გასინჯვაზე. პრობლემურ პიროვნულ ფაქტორს წარმოადგენს ასევე გარდატეხის ასაკი, როდესაც მოზარდები საკუთარი თავის დამკვიდრებასა და საკუთარი ადგილის პოვნას. მეორეს მხრივ გარდატეხის ასაკში მოზარდი მიდრეკილია ახლის ძიებისკენ და შესაძლებელია, ამ ფაქტორმა მასში ნარკოტიკების მოხმარების სურვილის პროვოცირება მოახდინოს.

12.7.1 ფაქტორები, რომელიც იცავს მოზარდს ნარკოტიკებისაგან

- პიროვნული ფაქტორები: განვითარებული ადამიანის პიროვნული უნარ-ჩვევები, როგორებიცაა რთულ სიტუაციებთან გამკლავების უნარი, დადებითი იმიჯი, გადანაცვტილების მიღების უნარი, კომუნიკაბელურობა და ასე შემდეგ.
- მოზარდის დაკავება სპორტითა და კულტურული საქმიანობით, ადამიანებს კარგად ესმით თავიანთი პრობლემები, რელიგიურობა და ასე შემდეგ.
- გარემო ფაქტორები: მჭიდრო ოჯახური კავშირები, ჯანსაღი სოციალური კავშირები, ძირითადი საჭიროებების დაკმაყოფილების შესაძლებლობა,
- სოციალურ-კულტურული ნორმები, რომლებიც ნარკოტიკების მოხმარებას ეწინააღმდეგება,

- ნარკოტიკების არახელმისაწვდომობა,
- კანონი და საზოგადოების სწორი მიდგომა ამ საკითხისადმი, ნარკომანიისა და ნარკომანების აღქმა და გაგება.

12.7.2 ნარკოდამოკიდებულება და კანონი

არასამკურნალო მიზნით ნარკოტიკული საშუალებების დამზადება და გავრცელება დანაშაულად ითვლება თითქმის ყველა სახელმწიფოში. კანონმდებლობის თანამხმად მკაცრად ისჯება ნარკოტიკული საშუალებების უკანონო დამზადება, გასაღება, გადატანა-გადაგზავნა, გატაცება. მათი შემცველი მცენარეების მოყვანა და სხვა. ნარკოტიკული საშუალებების ხმარებისთვის დაწესებულია ადმინისტრაციული სასჯელი ან ზოგ შემთხვევაში სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობა. ნარკოტიკული საშუალების უკანონო წარმოება და გავრცელება საერთაშორისო ხასიათის დანაშაულია, რადგან იგი სცილდება ერთი სახელმწიფოს ტერიტორიას.

12.8 ჭარბი წონა/ სიმსუქნე

არასწორი კვება, სწრაფი მომზადების საკვები, ჭარბი რაოდენობის ცხიმის მიღება, ნაკლები ხილისა და ბოსტნეულის საკვებად გამოყენება, და ა. შ. ხელს უწყობს ჭარბი წონისა და სიმსუქნის განვითარებას. ასევე მნიშვნელოვანია შემდეგი ფაქტორები: გენეტიკური განწყობა, ზოგიერთი ენდოკრინული დაავადება. ერთ-ერთ ხელშემწყობ ფაქტორს წარმოადგენს დაბალი ფიზიკური აქტივობა (ფიზიკური ინერტულობა, ჰიპოდინამია), რადგანაც ირღვევა ბალანსი მიღებულ და დახარჯულ ენერგიას შორის.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული იქნა გლობალური სტრატეგია კვების, ფიზიკური აქტივობის და ჯანმრთელობის შესახებ. სტრატეგიაში ხაზგასმულია, რომ არაჯანსაღი კვება და დაბალი ფიზიკური აქტივობა არაგადამდებ დაავადებათა ძირითადი გამომწვევი მიზეზია. სტრატეგიის მიზანია შეამციროს არაჯანსაღ კვებასა და დაბალ ფიზიკურ აქტივობასთან დაკავშირებული ავადობა და სიკვდილობა ჯანმრთელობისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნით და აქტივობებით ინდივიდუალურ, თემის, ნაციონალურ და გლობალურ დონეზე.

საქართველოში სიმსუქნის პრევენციის სტრატეგია შემუშავებული იქნა არაგადამდებ დაავადებათა, სიმსუქნის, ჭარბი წონის, კვებისა და ფიზიკური აქტივობის შესახებ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების გამოდილების საფუძველზე:

12.9 ჯანსაღი კვება.

ჯანსაღია კვება - როდესაც ორგანიზმი ღებულობს მხოლოდ ჯანმრთელობისათვის სასარგებლო პროდუქტებს, ამასთან ენერგიისა და ნუტრიენტების იმ რაოდენობას, რომელთა მიღებაც განაპირობებს ნორმალური წონის და ჯანმრთელობის შენარჩუნებას, აგრეთვე ნორმალური ზრდა-განვითარების პროცესებს.

რას წარმოადგენს სწორი (ჯანსაღი) კვება და როგორ მივაღწიოთ მას?

არსებობს კვების პრინციპები, რომელთა დაცვაც სწორად არეგულირებს ადამიანის კვებას. ანუ განსაზღვრავს იმ სასურსათო პროდუქტებს და დღიური მიღების იმ ნორმებს, რომელიც უზრუნველყოფს ორგანიზმს ენერგიის და საკვები ნივთიერებების (ნუტრიენტების) საჭირო რაოდენობით და ამავე დროს უვნებელია ადამიანის ჯანმრთელობისათვის. პირიქით ხელს უწყობს ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და განმტკიცებას, სიცოცხლის გახანგრძლივებას

სწორი კვებასთან დაკავშირებით მოზარდებს გააცანით ჯანსაღი კვების ძირითადი პრინციპები:

- კვება იყოს ბალანსირებული.
- საკვები პროდუქტები უნდა იყოს მრავალფეროვანი, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს მცენარეული წარმოშობის პროდუქტებს.
- მრავალფეროვანი ბოსტნეული და ხილი, საჭიროა სულ მცირე 400 გრამის ოდენობით დღეში, უმჯობესია ახალი და ადგილობრივი წარმოების.
- ჩაის და ყავის მიღება, რკინით მდიდარ საკვებ პროდუქტებთან ერთად (ბოსტნეული, პარკოსნები და სხვ.) ხელს უშლის რკინის შეთვისებას ორგანიზმის მიერ.
- აუცილებელია ცხიმების მიღების მუდმივი კონტროლი. ცხიმოვანი სურსათის მოხმარების შემცირება, მცენარეული ცხიმების (ზეთების) უპირატესობით ცხოველურთან შედარებით.
- უმჯობესია ნაკლებცხიმოვანი რძის და რძის პროდუქტების მიღება მარილის დაბალი შემცველობით.
- სასარგებლოა პურის, მარცვლოვანი პროდუქტების, მაკარონის ნაწარმის, ბრინჯის ხშირად (დღეში რამდენჯერმე) მიღება.
- მენიუში ცხიმოვანი ხორცი და ხორცის ნაწარმი უნდა შეიცვალოს უცხიმო
- მაქსიმალურად უნდა იყოს შემცირებული ალკოჰოლური სასმელების მიღება.
- სხეულის წონა მუდმივად უნდა შენარჩუნდეს რეკომენდებულ საზღვრებში ყოველდღიური ზომიერი ფიზიკური აქტივობით.
- უპირატესობა უნდა მიენიჭოს საკვებ პროდუქტებს მარილის ნაკლები შემცველობით. მომზადებულ კერძს მარილის დამატება არ ჭირდება. მისი

მიღება უნდა შემცირდეს 5 გრამამდე დღეში (კერძის მარილის ჩათვლით). უმჯობესია მხოლოდ იოდირებული მარილის მოხმარება.

- საკვები პროდუქტების, უმჯობესია შეიცავდეს ნაკლები რაოდენობით შაქარს. უმჯობესია შეიზღუდოს რაფინირებული შაქრის და ტკბილეულის მიღება. ტკბილი სასმელების ჩანაცვლება კეთილხარისხოვანი წყლით კარგი არჩევანია.
- კერძების მომზადება უნდა ხდებოდეს ჰიგიენური წესების მკაცრი დაცვით. სურსათი უნდა ინახებოდეს უსაფრთხო პირობებში.
- ექსკლუზიური ძუძუთი კვება 6 თვის ასაკამდე და შემდეგ დამატებითი კვება ძუძუთ კვებასთან ერთად 2 წლის ასაკამდე, ახალშობილის კვების საუკეთესო არჩევანია.
- მოზარდებმა უნდა მიიღონ დღეში 5-8-პორცია მრავალფეროვანი ბოსტნეული და ხილი. უკეთესია უმი სახით და ადგილობრივი წარმოების. პორციის მოცულობა უნდა შეესაბამებოდეს დაახლოებით 100 გ-ს.

რეკომენდებულია, რომ ხილისა და ბოსტნეულის მიღება დღეში არ იყოს 400 გრამზე ნაკლები.

რა მნიშვნელობა აქვს ხილსა და ბოსტნეულს ადამიანის ჯანმრთელობისათვის?

- ხილი და ბოსტნეული დიდი რაოდენობით შეიცავს ვიტამინებს, მიკროელემენტებს, საკვები ბოჭკოებს და სხვა მნიშვნელოვან მიკროელემენტებს. ხილსა და ბოსტნეულში არსებული ხსნადი საკვები ბოჭკოები ცხიმების ცვლის მოდიფიკაციას უწყობს ხელს და არეგულირებს ქოლესტერინისა და შაქრის დონეს სისხლში.
- ხილისა და ბოსტნეულის ნატურალური სახით მიღება ხელს უშლის ქარბი ცხიმის დაგროვებას, ვინაიდან ისინი შეიცავენ მცირე რაოდენობით ცხიმებს და ენერგიას. ხილი და ბოსტნეული შეიცავს ანტიოქსიდანტებს, რომელთა უკმარისობა ანუ დეფიციტი ქმნის გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიური დაავადებების განვითარების დიდ საშიშროებას.
- C ვიტამინის მიღება აუცილებელია ორგანიზმისათვის. მას შეიცავს დიდი რაოდენობით სხვადასხვა ბოსტნეული, მაგალითად ოსპი, ლობიო, ისპანახი, მწვანე ხაჭაპური და კომბოსტო. ჩამოთვლილი ბოსტნეული ასევე მდიდარია რკინით. ისინი მოზარდის ორგანიზმს აწვდიან რკინას, რითიც მნიშვნელოვნად ამცირებენ რკინადეფიციტური ანემიის განვითარების რისკს და აძლიერებენ იმუნიტეტს.
- თუ ზემოთ აღნიშნულ პროდუქტებთან ერთად მიირთმევთ წითელ ხორცს, ღვიძლს, თევზეულს უმჯობესდება რკინის შეთვისება ორგანიზმის მიერ. ხილი და ბოსტნეული, რკინის გარდა, შეიცავს აგრეთვე სხვა მიკროელემენტებსა და მინერალებს, როგორცაა, მაგალითად, K, Mg, Ca, რომლებიც ამცირებენ ჰიპერტენზიის განვითარების რისკს. ხილი და ბოსტნეული დიდი რაოდენობით შეიცავს B ჯგუფის ვიტამინებს და ფოლიუმის მჟავას.

- მოზარდებმა უნდა მიიღონ რძე და რძის ნაწარმი დღეში 2-3 პორცია. სასურველია, ეს პროდუქტები იყოს ნაკლებად მარილიანი და ცხიმოვანი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია აღიარებს, რომ მარილის მოხმარების შემცირება ყოველდღიურ რაციონში, თავისი პრევენციული მნიშვნელობით, ტოლფასია თამბაქოს მოწევის შეწყვეტისა.

- რეკომენდებულ ნორმაზე მეტი რაოდენობით მოხმარება 23% -ით ზრდის ინსულტის განვითარების, და 14% -ით გულის დაავადებების განვითარების რისკს.
- მომატებული არტერიული წნევა არის მიზეზი 62%–ში თავის ტვინის ინსულტის და 49%–ში გულის იშემიური დაავადების განვითარებისა.
- ათეულობით კვლევა ადასტურებს, კავშირს მარილს (ნატრიუმს) ან მარილიან საკვებსა და კიბოს შორის. ზოგადად მარილის ჭარბი მოხმარება მნიშვნელოვნად ზრდის კუჭის კიბოს განვითარების რისკს.
- მარილის მოხმარება დღის განმავლობაში არ უნდა აღემატებოდეს 5 გრამს, ანუ ერთ ჩაის კოვზს. დღის განმავლობაში მოცემული რაოდენობა ითვლება თქვენს მიერ მოხმარებულ საკვებში შემავალი მარილის რაოდენობაც. მარილის დიდი რაოდენობით მოხმარება ზრდის ჰიპერტენზიის განვითარების რისკს.
- საკვები პროდუქტების შეძენისას დააკვირდით ეტიკეტს, მასზე მითითებული უნდა იყოს მარილის რაოდენობა, რომელსაც ის შეიცავს.

დამატებითი ლიტერატურა

ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სექტორებს შორის დიალოგის ხელშეწყობა სკოლებში ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების მხარდაჭერის მიზნით

ჯანდაცვის ხელშეწყობის და განათლების საერთაშორისო კავშირის (IUHPE – International Union for Health Promotion and Education) დოკუმენტი

შეიძლება ჩამოიტვირთოს ჩვენი ვებგვერდიდან მისამართზე:

<http://www.iuhpe.org/index/html?page=516&lang=en>

ლორენს სთ. ლეგერი (საპატიო პროფესორი, დეაკინის უნივერსიტეტი), იან იანგი (ჯანდაცვის ხელშეწყობის პროგრამით მომუშავე სკოლების კონსულტანტი, IUHPE (ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის საერთაშორისო დეპარტამენტის უფროსი, შოტლანდია) და ქლეა ბლანშარდი (პროგრამის ოფიცერი - ჯანდაცვის ხელშეწყობისა და განათლების საერთაშორისო კავშირი)

2012 წელი

წინამდებარე სახელმძღვანელო განკუთვნილია ჯანაცვისა და განათლების სექტორებში და არასამთავრობო ორგანიზაციებში მომუშავე პოლიტიკის განმსაზღვრელებისა და პრაქტიკოსებისათვის.

სკოლა, უპირველეს ყოვლისა, არის ადგილი, სადაც ვსწავლობთ და გვასწავლიან. 100 წელიწადზე მეტი გავიდა მას შემდეგ, რაც მრავალმა ქვეყანამ სასწავლო პროგრამებში ჯანმრთელობის საკითხების ჩართვა დაიწყო, თუმცა ამისათვის გამოყოფილი დრო არასდროს ყოფილა საკმარისი. ჯანმრთელობის დაცვის საგნის შინაარსი და საკითხები ყოველთვის ყალიბდებოდა ჯანმრთელობის სექტორის მიერ და ასახავდა ქვეყნის და/ან რეგიონის ჯანმრთელობის დაცვის მიმდინარე პრობლემებს, როგორც არის, მაგალითად, ჰიგიენა, დაავადების გავრცელება, წონის მართვა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, ნარკოტიკები და ა.შ. იმავე დროს განათლების სექტორი, ჩვეულებრივ, ცდილობდა განათლების პარამეტრებზე დაფუძნებული მიდგომების ჩამოყალიბებას ჯანმრთელობის დაცვის მიმართ, მაგალითად, მოსწავლეთა ცოდნისა და ინფორმირულობის გაფართოებას, მათი ანალიტიკური და შეფასებითი კომპეტენციების გაზრდას ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებთან დაკავშირებით და მათთვის ამ საკითხებთან დაკავშირებული იდეების და სტრატეგიების ჩამოყალიბების შესაძლებლობის უზრუნველყოფას.

ყოველთვის არსებობდა ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სექტორებს შორის უწყვეტი და მუდმივი დიალოგის საჭიროება, რათა სასკოლო ინიციატივები მოსწავლეთა საჭიროებების შესატყვისი ყოფილიყო და დიდი ალბათობით ყოფილიყო შესაძლებელი ამგვარი ინიციატივების მიზნების მიღწევა.

წინამდებარე სახელმძღვანელო გამიზნულია სკოლებში ჯანმრთელობის საკითხებით დაინტერესებული პირებისთვის მარტივი და პრაქტიკული რჩევების უზრუნველსაყოფად ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სექტორებს შორის დიალოგის გაუმჯობესების და ხელშეწყობის მიზნით.

ნაშრომი ზემოხსენებული მიზნის მიღწევას შემდეგი გზებით ცდილობს:

- არსებული დილემების დადგენა;
- „სკოლაში ჯანმრთელობის საკითხების სწავლებისათვის რეალისტური შედეგების“ კვლევა; და
- წარმატების მაღალი ალბათობის მქონე სტრატეგიების ჩამოყალიბება.

დილემაები

1. სხვადასხვა დღის წესრიგები და პრიორიტეტები

ტრადიციულად ჯანმრთელობის დაცვის სექტორი სკოლას აღიქვამდა ადგილად, სადაც თავისუფლად შეიძლება დაკავშირება მოსახლეობის ძალიან მნიშვნელოვან ჯგუფთან (დაახლოებით 5-დან 17 წლამდე ასაკის ახალგაზრდები) და მათთვის

ინფორმაციის მიწოდება ჯანმრთელობის და იმ სათანადო ქცევების შესახებ, რომლებსაც შეუძლიათ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება და შენარჩუნება. აქედან გამომდინარე, ხელმისაწვდომი რესურსები ფოკუსირებული იყო/არის, ძირითადად, ცოდნაზე. არსებობდა/არსებობს დაშვება, რომ ახალგაზრდებს შეუძლიათ ამ ცოდნის მიღება და აუცილებელი ცვლილებების შეტანა თავიანთ ქცევებში, რომლებიც ზეგავლენას ახდენს მათ ჯანმრთელობაზე.

მიუხედავად ამისა, მეცნიერულმა მტკიცებულებებმა ქცევის ცვლილების, ახალგაზრდების სხეულის განვითარების და მათ მიერ ინფორმაციის დამუშავების უნარის შესახებ შეცვალა ჯანმრთელობის სექტორის ბევრი მოქმედი ექსპერტის აზრი და მოქმედება სკოლაში ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებთან დაკავშირებით. ოტავის 1986 წლის ჯანმრთელობის განმტკიცების ქარტიამ უფრო ფართოდ დასვა სკოლაში ჯანმრთელობის დაცვის საკითხი და შემოგვთავაზა ხუთი ძირითადი სექტორი ზემოთ აღნიშნულის ხელშესაწყობად:

- ჯანსაღი სასკოლო პოლიტიკა
- სკოლაში არსებული ფიზიკური გარემო
- სკოლაში არსებული სოციალური გარემო
- ჯანმრთელობის დაცვის ინდივიდუალური უნარები და მოქმედებასთან დაკავშირებული კომპეტენციები
- კავშირები ადგილობრივ საზოგადოებასთან
- ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები

დღივები

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. სხვადასხვა დღის წესრიგები და პრიორიტეტები2. დრო3. სხვადასხვა მოდელები4. სხვადასხვა კულტურული, სოციალური და პოლიტიკური სისტემები, ასევე რესურსები |
|--|

სამართლიანობა

ჯანსაღი სასკოლო პოლიტიკა

მდგრადობა

სასწავლო პროგრამა

ჯანმრთელობის დაცვის ინდივიდუალური უნარები და მოქმედების შესაძლებლობა
თანამშრომლობა და პარტნიორობა

სკოლის გარემო (სოციალური და ფიზიკური)

გარემო და მონაწილეობა

კავშირები ადგილობრივ საზოგადოებასთან

ჯანმრთელობის დაცვის სასკოლო სამსახურები

ამავე დროს, განათლების სექტორი ავითარებდა სწავლების და სწავლის საკუთარ კომპლექსურ შეხედულებას. მაგალითად, დიდი მოცულობის მტკიცებულებები მოსწავლეთა სწავლის შესახებ, სასწავლო პროგრამების თეორიები და მოდელები, სწავლებისადმიმიდგომები და სტილი, სკოლის გაძღოლა დამართვა-რამაც, განაპირობა ის, თუ როგორ ფიქრობს და მოქმედებს განათლების სექტორი სასკოლო განათლების მიზნებთან დაკავშირებით. კომპეტენციები, რომელთა ჩამოყალიბებისკენაც არის მიმართული სკოლა, უნდა უყალიბებდეს ახალგაზრდებს უფროსების სამყაროში შესვლისათვის საჭირო უნარებს და ასევე უნდა ეხმარებოდეს საკუთარი განათლების საჭიროებათა გათვითცნობიერებაში. სკოლებში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში განათლების დონე მნიშვნელოვნად გაიზარდა ბოლო 20 წლის განმავლობაში. მისი შედეგები თითქმის ყოველთვის ემყარება იმის უზრუნველყოფას, რომ მოსწავლეებს ჰქონდეთ მაღალი დონის კოგნიტიური უნარები შემდეგ სფეროებში:

- დამახსოვრება
- გაგება
- გამოყენება
- გაანალიზება
- შეფასება
- შექმნა

განათლება იშვიათად თუ ისახავს მიზნად ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული მისი ინიციატივების გაზომვას ჯანმრთელობისთვის ისეთი შედეგების შეფასების გზით, როგორიცაა ქარბზონიანობასთან დაკავშირებული ბიომეტრია, დაავადებების გავრცელების დონე ან ნივთიერებათა მოხმარების გავრცელების დონე.

ამ დროს ჯანდაცვის სექტორი თავის როლს ხედავს ადგილობრივ თემებში ავადობისა და სიკვდილიანობის დონეების შემცირებაში და 5-17 წლის ახალგაზრდების ჯგუფში ინტერვენციის (განათლების სისტემისთვის უცხო ტერმინი) განხორციელებაში. აღნიშნული ინტერვენციები ხშირად ეყრდნობა ინფორმაციის გადაცემას აღნიშნული მიზნების მისაღწევად.

პროგრამამ HPS (Helping People Succeed – „დავეხმაროთ ადამიანებს წარმატების მიღწევაში“) ხელი შეუწყო მჭიდრო თანამშრომლობას ჯანმრთელობის დაცვის და განათლების სფეროებს შორის, თუმცა მათ შორის კვლავაც რჩება გაუგებრობა სკოლაში ჯანმრთელობის დაცვის ენასთან, შინაარსთან და მიზნებთან დაკავშირებით.

რა არის მიზანი - ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების გაუმჯობესება ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შესამცირებლად თუ ადამიანისთვის ცხოვრებისთვის აუცილებელი კოგნიტიური მახასიათებლების რაოდენობის გაზრდა?

2. დრო

წერა-კითხვის და თვლა-ანგარიშის სწავლება მოითხოვს სხვადასხვა გამოცდილებას მთელი სასკოლო წლების განმავლობაში. სხვადასხვა დისციპლინებისთვის, როგორიცაა საბუნებისმეტყველო საგნები, ისტორია, სოციოლოგია, კულტურა და ხელოვნება და სხვა, გამოყოფილი დრო ყოველთვის მეტია ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებისთვის მიძღვნილ დროსთან შედარებით. მარტივად რომ ვთქვათ, სასკოლო პროგრამებში ძალიან მცირე დრო აქვს დათმობილი განათლებას ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში, რომ აღარაფერი ითქვას ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის სურვილზე - სათანადო ჩვევები პრაქტიკაში დაინერგოს. გარდა ამისა, ჯანმრთელობის დაცვა ერთ-ერთი იმ საგანთაგანია, რომელთა მნიშვნელობაც ნაკლებადაა გათვალისწინებული სასკოლო პროგრამებში. არც რაიმე ნიშნები ჩანს იმისა, რომ ეს „დროში შეზღუდული“ დილემა ახლო მომავალში გადაწყდეს.

3. სხვადასხვა მოდელები

საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას მიაღწია მე-19 საუკუნეში წყლის წმენდასა და წყალმომარაგებასთან, კანალიზაციასთან და კვების შედარებით უსაფრთხო პროდუქტებთან დაკავშირებული კანონმდებლობის წყალობით. გასულ საუკუნეში ეს ყველაფერი კიდევ უფრო გაუმჯობესდა: გაუმჯობესდა კვება, ცოდნა ანტიბიოტიკების და სულფამიდების შემცველი მედიკამენტების, ბავშვების ადრეული ვაქცინაციის შესახებ, ამოქმედდა კანონები მანქანაში უსაფრთხოების ღვედების სავალდებულო გამოყენების, თამბაქოზე კონტროლის და გადასახადების დანესების შესახებ და სხვ. მაშინ, როცა ბევრ ქვეყანაში არსებობს სკოლაში ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურება, სხვა ქვეყნებში ინტერვენციები ამ სფეროში არ ითვლება მნიშვნელოვნად სკოლისთვის, გარდა ბავშვების მასობრივი ვაქცინაციისა.

სკოლებში განათლების უპირველეს ამოცანას წარმოადგენს სწავლა და ახალგაზრდების სოციალური განვითარება. სკოლების მთელი ყურადღება გადატანილია ბავშვებისთვის ცოდნის მიწოდებაზე სასკოლო პროგრამის ყველა სფეროში. მათ ამოცანას არ წარმოადგენს საზოგადოების პრობლემების, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის, გადაჭრა. იდეალურ შემთხვევაში ისინი მიმართულნი არიან დადებითი მიდგომების განხორციელებისკენ სასკოლო პროგრამით გათვალისწინებულ სხვადასხვა საკითხში ბავშვებისა და ახალგაზრდების აღზრდის, ნახალისებისა და მათთვის გამონევენების დაყენების მიმართ მათი ასაკის და ფსიქოლოგიური განვითარების შესაბამისად.

4. სხვადასხვა კულტურული, სოციალური და პოლიტიკური სისტემები და რესურსები

ოტავის ჯანმრთელობის განმტკიცების ქარტია და მრავალი შემდგომი ქარტია თუ დეკლარაცია, როგორიცაა, მაგალითად, ბანგკოკის დეკლარაცია, საუბრობენ თანასწორობაზე, სოციალურ სამართლიანობაზე, დემოკრატიულ უფლებებზე, ინდივიდუალურ უფლებებზე და ა.შ., მაგრამ ყველა ქვეყანა არ იცავს ამ პრინციპებსა და იდეებს. სამწუხაროა, მაგრამ ბევრ ქვეყანაში ახალგაზრდებს სრულიად აშკარად ჩამორთმეული აქვთ განათლების თანასწორუფლებიანობის უფლება, რაც შეიძლება გამომდინარეობდეს სიღარიბიდან, სამოქალაქო არეულობიდან, ქალის და მამაკაცის როლებთან დაკავშირებული შეხედულებებიდან და ჯანმრთელობის სხვა სოციალური განმსაზღვრელებიდან. გარდა ამისა, გაცილებით ნაკლებად განიხილება განათლების სისტემის როლი. სკოლები არ არიან დაცული სასკოლო პროგრამის შინაარსის ან მეთოდების დამახინჯებისგან, მაგალითად, პოლიტიკური ან რაიმე სხვა მოსაზრებით. ყველაფერი ამის შედეგად სასკოლო პროგრამა წარმოადგენს საზოგადოების ან ქვეყნის ისტორიის, კულტურის, პოლიტიკური კლიმატის, ეკონომიკური სირთულეების და სოციალური აზრის პროდუქტს.

ერთ-ერთ საერთაშორისო გამოწვევას წარმოადგენს ბევრ ქვეყანაში ისეთი ინფრასტრუქტურის შექმნა, რომელიც ჩამოაყალიბებს ისეთ სკოლებს და უზრუნველყოფს მათ სათანადოდ მომზადებული მასწავლებლებით, სადაც ბავშვები შეძლებდნენ საბაზისო განათლების მიღებას. გაერო-ს ათასწლეულის განვითარების მიზნები ასახავს ამ საკითხს და შეინიშნება მნიშვნელოვანი წინსვლა საყოველთაო საბაზისო განათლების ხელმისაწვდომობაში. თუმცა ეს მოკრძალებული მიზანია, რომელიც ყოველთვის არ ეხება მოზარდებს. აქედან გამომდინარე, სკოლაში ჯანმრთელობის დაცვაში განათლების მხარდაჭერის პრიორიტეტულობა ძალიან დაბალია მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში, სადაც არ არის გადაჭრილი წერა-კითხვის ცოდნის ელემენტარული საკითხი და გოგონებს წართმეული აქვთ განათლების შესაძლებლობა. თუმცა ამ პრიორიტეტების ირონია იმაში მდგომარეობს, რომ, მტკიცებულებების მიხედვით, ახალგაზრდა ქალების მაღალი დონის განათლება ასევე დიდ ზეგავლენას მოახდენდა ამგვარ ქვეყნებში საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე.

რა არის რეალისტური?

განათლებისა და ჯანმრთელობის სფეროებში ჩატარებული მრავალი კვლევის და სკოლების ჯანმრთელობის პროგრამებისა და პრაქტიკის შეფასებების შედეგად ჩვენ მიღებული გვაქვს ვრცელი ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რისი გაკეთება შეგვიძლია ერთობლივად სკოლებში ჯანმრთელობის სწავლების კუთხით. ჯანდაცვის ხელშეწყობისა და განათლების საერთაშორისო კავშირმა (IUHPE) გამოსცა ორი დოკუმენტი, რომლებიც დაფუძნებულია მტკიცებულებებზე და რომლებიც შეისწავლეს მეცნიერებმა და პრაქტიკოსებმა, ესენია:

- ჯანმრთელობის დაცვის საკითხების ხელშეწყობი სკოლების შექმნა:

სახელმძღვანელო მითითებები ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობისთვის სკოლებში (ხელმისაწვდომია 9 ენაზე);

- **ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობა სკოლებში: მტკიცებულებიდან მოქმედებისკენ** (ხელმისაწვდომია 9 ენაზე).

აღნიშნული ორი დოკუმენტი მოკლედ აჯამებს მტკიცებულებებს და იძლევა მკაფიო სახელმძღვანელო მითითებებს სკოლაში ჯანმრთელობის დაცვის ეფექტიანი ინიციატივების ხელშეწყობის მიზნით. ისინი ასევე გვაცნობენ მკვლევარების აზრს წარმატების პირობებთან დაკავშირებით.

მოკლედ რომ ითქვას, შესაძლებელია ჯანმრთელობის და განათლების სექტორების განზრახვების რეალიზება, თუ ეს ორი სექტორი იმოქმედებს ერთად და თუ სკოლაზე დაფუძნებული ძირითადი ინიციატივების მოლოდინები იქნება რეალისტური, მათ ექნებათ სათანადო რესურსები და თუ ეს ინიციატივები განხორციელდება საკმარისი დროის, სულ მცირე, 5-7 წელიწადის, განმავლობაში.

თანამშრომლობამ ჯანმრთელობის და განათლების სექტორებს შორის გამოააშკარაა ამ ორ სექტორს შორის წარმატებული დიალოგის მთელი რიგი კომპონენტებისა, რომლებსაც დიდი როლი აკისრიათ სკოლაში ჯანმრთელობის საკითხების სწავლების ქმედით ხელშეწყობაში.

რა არის რეალისტური?

შესაძლებელია ჯანმრთელობის და განათლების სექტორების განზრახვების რეალიზება, თუ ეს ორი სექტორი იმოქმედებს **ერთად** და თუ სკოლაზე დაფუძნებული ძირითადი ინიციატივების მოლოდინები იქნება **რეალისტური**, მათ ექნებათ სათანადო **რესურსები** და თუ ეს ინიციატივები განხორციელდება **საკმარისი დროის**, სულ მცირე, 5-7 წელიწადის, განმავლობაში.

წარმატებული დიალოგის და თანამშრომლობის კომპონენტები

ა. პარტნიორობის და პასუხისმგებლობის გრძნობის განვითარება და შენარჩუნება ჯანმრთელობისა და განათლების სფეროში პოლიტიკის განმსაზღვრელებს შორის

ეს მთავარია. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ ეს იდგეს იურისდიქციის უმაღლეს დონეზე და რომ აქტიური მხარდაჭერა ჰქონდეს პროგრამის მიმდინარე ინიციატივების განხორციელებას, განახლებას, მონიტორინგს და შეფასებას. განათლების და ჯანმრთელობის სფეროების მაღალი რანგის თანამშრომლების მიერ ხელმოწერილი პარტნიორობის დოკუმენტი წარმოადგენს ამ ვალდებულების

ფორმალიზების ეფექტიან გზას. ზოგიერთ ქვეყანაში ამგვარი პარტნიორობა ფორმალიზებულია კანონმდებლობაში, მაგალითად, სკოლის საკვებისთვის დაწესებულია სტანდარტები, ხოლო განათლების სფეროს ინსპექტორებისთვის დაწესებულია მოთხოვნა, მონიტორინგი გაუწიონ ამ საკითხს.

ბ. ისეთი რესურსებით უზრუნველყოფა, რომლებიც ავსებს მასწავლებლის ფუნდამენტურ როლს და რომლებსაც აქვთ სათანადო ფაქტებთან დაკავშირებული და თეორიული საფუძველი

მოსწავლეებისთვის გათვლილი რესურსები ავსებს სასწავლო სტრატეგიას, რომელსაც აყალიბებენ და უძღვებიან მასწავლებლები. ამგვარი რესურსების შემუშავებისთვის აუცილებელია უწყვეტი დიალოგი ჯანმრთელობის სააგენტოებსა და იმ უწყებებს შორის, რომლებსაც აქვთ სასწავლო პროგრამის შექმნის, მისი განხორციელების და სწავლების სტილის დადგენის ცოდნა და გამოცდილება.

გ. დაფინანსების მიმართვა ჯანმრთელობის საკითხების სწავლების ხელშეწყობის მიდგომის კენდაარამხოლოდავადობისათვის კვდილიანობის კენ

მტკიცებულებები აშკარად გვიჩვენებს ჯანმრთელობის საკითხების სწავლების ხელშეწყობისა და ჯანმრთელობის დაცვის მხარდაჭერი სკოლების ექვსივე მიმართულებაზე ფოკუსირების საჭიროებას. აღნიშნული ექვსის ფეროაუცილებლად უნდა წარმოადგენდეს სკოლაში ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებული გეგმის ნაწილს. მტკიცებულებები გვიჩვენებს, რომ გაუმჯობესდება როგორც ჯანმრთელობის, ისე განათლების შედეგები, თუ გამოყენებული იქნება ასეთი პოლისტიკური სტრატეგია.

დ. ცნებებისა და ენის ერთნაირი გაგება

განათლების სექტორს აქვს თავისი ცნებები და ენა, რომელიც განსხვავებულია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ცნებებისა და ენისგან. იგივე ეხება სხვა სექტორებსაც. მტკიცებულებებმა გვიჩვენა, რომ გააზრება, დრო და ურთიერთპატივისცემა აუცილებელია ხანგრძლივი წარმატებული პარტნიორობისთვის. მტკიცებულებები ასევე გვიჩვენებს, რომ წარმატებისთვის აუცილებელია რეგულარული კავშირი ერთობლივი სამუშაო ჯგუფების/კომიტეტების წევრებს შორის და აღნიშნული ჯგუფების/კომიტეტების ხანგრძლივი წევრობა.

ე. განათლების სექტორისთვის მტკიცებულებების წარდგენა იმასთან დაკავშირებით, თუ რა უპირატესობები ექნება სკოლებში ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიის ხელშეწყობას სასწავლო შედეგების გაუმჯობესებისათვის

სკოლები სულ უფრო მეტად ხდებიან ანგარიშვალდებულები საკუთარი თემების წინაშე, მაგალითად, მშობლების, მათი სკოლის საბჭოს და განათლების

სამინისტროს წინაშე. სკოლების უპირველეს მიზანს წარმოადგენს მაქსიმალური შედეგების მიღწევა განათლებაში. დიალოგი ჯანმრთელობის დაცვის და განათლების სფეროებს შორის აუცილებლად უნდა ამახვილებდეს ყურადღებას იმაზე, თუ რა სახით შეაქვთ წვლილი ჯანმრთელობის ინიციატივებს სკოლის მიერ საგანმანათლებლო და სოციალური მიზნების მიღწევაში.

ვ. პარტნიორული მუშაობის დაფასება და ამის ასახვა პერსონალის განვითარებისა და დანინაურების სტრუქტურებში

თუ განათლებისა და ჯანმრთელობის სექტორები ნამდვილად აფასებენ პარტნიორობას, მაშინ ეს აისახება ორივე სექტორში თანამშრომლების ტრენინგისა და დანინაურების შესაძლებლობებში. ასეთი მიდგომის მაგალითია ერთობლივი თანამდებობების დაფინანსება სექტორებში და იმის უზრუნველყოფა, რომ ეს იყოს პროფესიონალისთვის კარიერული არჩევანი, რომელსაც აქვს ამ პროფესიონალისთვის რომელიმე ან ორივე სფეროში შემდგომი დაფასებული სამუშაოს მიღების პოტენციალი.

ზ. ფოკუსირება სოციალური და ემოციური კეთილდღეობის სფეროზე როგორც ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ყველაზე მნიშვნელოვან და გავლენიან საკითხზე/თემაზე

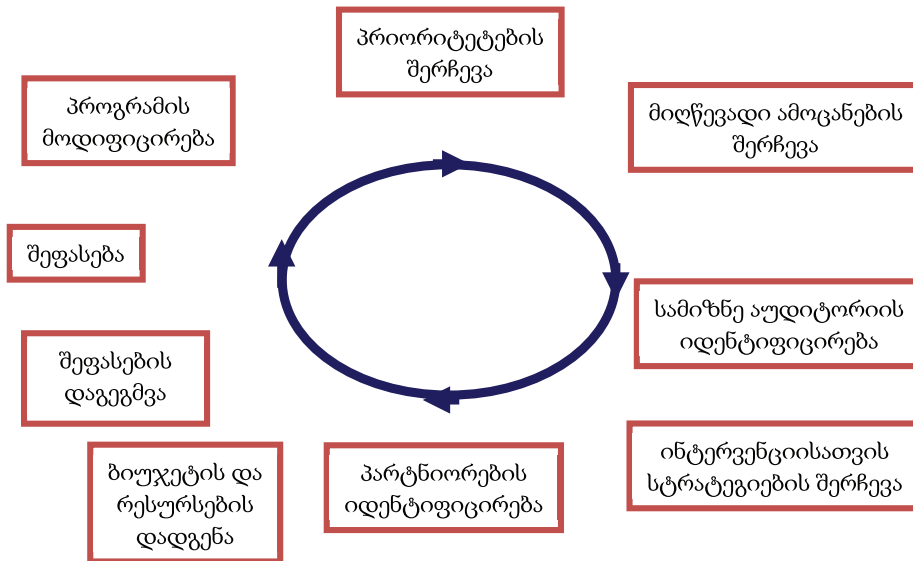
მრავალი კვლევიდან მიღებული მტკიცებულებები ცხადყოფს, რომ ჯანმრთელობის ამ საკითხს ფუნდამენტური კონსტრუქციული ელემენტის როლი ეკისრება ახალგაზრდებისთვის. სოციალურ და ემოციურ კეთილდღეობას თანამშრომლობაზე დამყარებულ დიალოგში ცენტრალური ადგილი უნდამიენიჭოს, რადგან ორივე სექტორი რეაგირებს იმაზე, თუ რა არის შესაფერისი სკოლებისთვის ისეთი საკითხების მოგვარებაზე ზრუნვისას, როგორიც არის ნარკოტიკები, სხეულის იმიჯი, სექსუალობა. ამგვარი დიალოგი გამოავლენს იმ მასშტაბს, რომელიც აერთიანებს აშკარად განსხვავებულ თემებს საგანმანათლებლო და ფსიქოსოციალური პერსპექტივის გამოყენების შემთხვევაში. სოციალური და ემოციური ფაქტორები გადამწყვეტია იმისთვის, თუ როგორ სწავლობენ ახალგაზრდები და როგორ მოქმედებენ ჯანმრთელობის მხარდამჭერი სკოლები. ამ მიდგომის გამოყენებას შეუძლია დახმარება გაუნიოს სკოლებს ჯანმრთელობის დაცვასა და განათლებასთან დაკავშირებული მიზნების მიღწევაში სასწავლო პროგრამის ახალი თემებით გადაუტვირთავად.

ძირითადი საკითხები

- ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკა იმუნიზაციის გზით გამიზნულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაღალი დონის უზრუნველყოფისა და დაავადებათა თავიდან ასაშორებლად
- ადამიანის პაპილომავირუსის სანინააღმდეგო ვაქცინაცია ძალზედ ეფექტურია ადამიანის პაპილომავირუსის იმ ტიპით გამოწვეული ინფექციებისგან დაცვა, რომლებიც იწვევენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს უმეტეს შემთხვევებს
- სისხლისმიერი ინფექციების (შიდსი, B და C ჰეპატიტები) პროფილაქტიკისათვის საუკეთესო იქნებოდა ნარკოტიკების მოხმარების შეწყვეტა
- ფიზიკური ინერტულობა წარმოადგენს მსოფლიოში გლობალური სიკვდილობის ერთ-ერთ რისკ-ფაქტორს
- საკვები ნივთიერებების განსაზღვრულმა რაოდენობამ და პროპორციამ უნდა უზრუნველყოს ადამიანის ორგანიზმის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები

13.1 ინტერვენციის შემუშავება

პრევენციული ღონისძიებების დანერგვისა და ინტერვენციების შემუშავება არის ციკლური პროცესი და მოიცავს სხვადასხვა ეტაპებს: პრიორიტეტების შერჩევა, ამოცანების დასახვა, სამიზნე აუდიტორიის გასაზღვრა, პროგრამის მოდიფიცირება, შეფასება, ბიუჯეტის და რესურსების გათვალა და პარტნიორების იდენტიფიცირება.



13.2 პრობლემის დადასტურება და მიზნების შერჩევა

ვიდრე დავინყებდეთ მუშაობას პრობლემის გადანყვეტისათვის აუცილებელია შევისწავლოთ პრობლემის პრიორიტეტულობა და ეპიდემიოლოგიური მონაცემები, თუკი ხელმისაწვდომია. უნდა შესწავლილი იქნას პრობლემის გამომწვევი მიზეზები. ასევე უნდა გავარკვიოთ აქვს თუ არა ეფექტიან სტრატეგიებს შედეგის შეცვლის პოტენციალი.

მნიშვნელოვანია განისაზღვროს სამიზნე აუდიტორია

სამიზნე აუდიტორია

- ყველა მოზარდი თუ რისკის ქვეშ მყოფი მოზარდები?
- მამრობითი და/თუ მდედრობითი სქესის? საჭიროა თუ არა სხვადასხვა მიდგომა? თუ პროფესიონალები?
- ასაკობრივი ჯგუფები? ეთნიკური ჯგუფები?
- სად, როდის და როგორ არის შესაძლებელი სამიზნე ჯგუფზე საუკეთესო სახით ზემოქმედება?
- ხომ არ არის ინტერვენციისთვის შერჩეულ სამიზნე ჯგუფში შემავალ ახალგაზრდებთან ასოცირებული სტიგმა?

დაინტერესებული მხარეებისა და პარტნიორების იდენტიფიცირება და მათი ჩართულობა მნიშვნელოვანი პროცესია. პოტენციური დაინტერესებული მხარეები შეიძლება იყოს: მშობლები, მასწავლებლები, თემები, ჯანდაცვის ადგილობრივი

პროფესიონალები, ადგილობრივი მთავრობა, ჯანმრთელობის დაზღვევა.

13.3 იმუნიზაცია

1796 წლის 14 მაისს, როცა ინგლისელმა ექიმმა, ედუარდ ჯენერმა, ყვავილის საწინააღმდეგოდ გააკეთა პირველი აცრა, საფუძველი ჩაეყარა იმუნიზაციის განვითარებას. იმუნიზაცია პრევენციული მედიცინის განვითარების ერთ-ერთ უდიდეს მიღწევად არის მიჩნეული. იგი განსაკუთრებით განვითარდა ბოლო ასწლეულის განმავლობაში და მილიონობით სიცოცხლე გადაარჩინა. იმუნიზაცია წარმოადგენს ყველაზე მასობრივ სამედიცინო ინტერვენციას და მოიცავს მეცნიერების სხვადასხვა დარგის მთელ ერთობლიობას. იმუნიზაცია არის ხელოვნური იმუნიტეტის შექმნა დაავადების მიმართ, რომელიც მიიღწევა აქტიურად-ვაქცინებით ან პასიურად- შრატებითა და იმუნოგლობულინებით.

ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკა იმუნიზაციის გზით გამიზნულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაღალი დონის უზრუნველყოფისა და დაავადებათა თავიდან ასაშორებლად. ამ სისტემის ერთ-ერთ უმთავრეს სფეროს დაავადებების სპეციფიკური პრევენცია.

იმუნიზაციის წყალობით დამარცხებულია ყვავილი, თითქმის განადგურებულია პოლიომიელიტი, მკვეთრად შემცირებული წითელათი, ცოფით და წითურათი ავადობა. ამ ვირუსულ დაავადებებთან ასევე აღსანიშნავია სხვა მიკროორგანიზმებით გამოწვეული დაავადებები – შავი ჭირი, ქოლერა, ტუბერკულოზი, დიფთერია, ტეტანუსი, ყივანახველა, დიზენტერია, ტულარემია, ჯილეხი და ა. შ

ვაქცინა ეს არის პრეპარატი, რომელიც გამიზნულია ინფექციური დაავადებებისადმი აქტიური ხელოვნური იმუნიტეტის ფორმირებისათვის. ვაქცინების შესაქმნელად იყენებენ ინფექციის გამომწვევების (პათოგენების) შტამებს, რომელსაც შესუსტებული აქვს გამოხატული ტოქსიური თვისებები, მაგრამ ამასთან შესწევს უნარი წარმოქმნას ანტისხეულები საწყისი ტოქსინისადმი) ან გენურ-ინჟინერული გზით მიღებულ ანტიგენებს. არსებობს მონოვალენტური ვაქცინები (ერთ პათოგენზე დამზადებული) და პოლივალენტური ვაქცინები (რამდენიმე პათოგენზე დამზადებული, რომელსაც აქვს უნარი განავითაროს შეუვალობა რამდენიმე დაავადებისადმი). განასხვავებენ ცოცხალ, კორპუსკულურ (დახოცილ), ქიმიურ და რეკომბინანტურ ვაქცინებს. ცოცხალი ვაქცინები – მზადდება დასუსტებული მიკროორგანიზმების ისეთი შტამების ბაზაზე, რომელთაც მდგრადად აქვთ გამყარებული ავირულენტობა (უვნებლობა). შეყვანის შემდეგ ვაქცინური შტამი აცრილის ორგანიზმში მრავლდება და იწვევს ვაქცინურ ინფექციურ პროცესს. აცრილთა უმრავლესობაში ვაქცინური ინფექცია გამოხატული კლინიკური ნიშნების.

მრავალი არსებული ვაქცინა ათწლეულების განმავლობაში გადიოდა სრულყოფას და ამჟამად ფართოდ ხმარებული ვაქცინები მაღალი უსაფრთხოებისაა. ვაქცინების

ეფექტურობისა და უსაფრთხოების გარანტი ხარისხის კონტროლის საერთაშორისო და ეროვნული ორგანოებია. ვაქცინები შექმნისას ტექნოლოგიურად 14 მთავარ ეტაპს გადიან, რომლებიც თავის მხრივ შედგება მრავალფეროვანი უფრო მცირე, მაგრამ აუცილებელი სტადიისაგან.

ვაქცინოპროფილაქტიკა სამედიცინო ჩარევის ყველაზე მასობრივი ფორმაა და, პრაქტიკულად, თითოეულ ადამიანს ეხება. აქედან გამომდინარე ვაქცინების გამოყენება, განსაკუთრებით პრინციპიალურად ახალი ვაქცინების კლინიკური გამოცდების სტადიაში, მოითხოვს ეთიკური ნორმებისა და წესების მკაცრ დაცვას.

ვაქცინები ბიოლოგიური პრეპარატებია დამათინარმოება, შენახვა, ტრანსპორტირება მომხმარებელამდე – საჭიროებს სპეციალურ ტემპერატურულ რეჟიმს. ამ რეჟიმის შესანარჩუნებლად შექმნილია „ცივი ჯაჭვის“ სისტემა, რომელიც გულისხმობს სპეციალურ ლოჯისტიკურ ქსელს.

ვაქცინაციით მართვად დაავადებათა შემთხვევების რაოდენობის მნიშვნელოვანმა კლებამ მოსახლეობას შეუქმნა აზრი, რომ მრავალი ინფექციური დაავადება წარსულს ჩაბარდა. თუმცა ეს ინფექციები ძველებურად რჩება ავადობის, ინვალიდობის და სიკვდილობის მიზეზად. დაავადებები, რომლებიც უკვე უცნობი გახდა მოსახლეობისთვის, კვლავ იჩენენ თავს თუკი იკლებს იმუნიზაციის განხორციელებისადმი ძალისხმევა და აცრებით მოცვის დონე დაიკლებს. და პირიქით, იმუნიზაციისადმი ყურადღების შესუსტებით გამოწვეული აცრებით მოცვის დონეების კლებისას დაავადებათა შემთხვევები ხელახლა ჩნდება. ისეთ უკიდურესად გადამდებ დაავადებებს, როგორიცაა პოლიომიელიტი, წითელა ან დიფთერია, ძალუძთ დაბრუნება და მთელ რეგიონში გავრცელება. ჩვენ არაერთხელ ვიხილეთ ეპიდემიები იმ დაავადებებისა, რომლებზე კონტროლიც შესუსტდა. აღნიშნულის ერთ-ერთი მკაფიო მაგალითია 2013-2014 წლებში წითელას ეპიდემიის დაწყება საქართველოში.

ქვეყანაში მოქმედებს იმუნიზაციის ერთ-ერთი ყველაზე პროგრესული ეროვნული კალენდარი ხმარებული ვაქცინების ხარისხისა და აცრების ვადების თვალსაზრისით; დანერგილია იმუნიზაციის საინფორმაციო კომპიუტერული და ონ-ლაინ პროგრამები, ვაქცინების შენახვის ტემპერატურული რეჟიმის უზრუნველსაყოფად, დანერგილია მონიტორინგის ახალი ციფრული მეთოდები.

იმუნიზაციის ეროვნული კალენდარი

ასაკი ვაქცინა	0-12 საათი	0-5 დღე	2 თვე	3 თვე	4 თვე	12 თვე	18 თვე	5 წელი	14 წელი
B ჰეპატიტი (ჰეპB /Hep B)	X								
ბცგ (BCG)		X							
დფ-ტ+ჰეპB+ჰიბ+იპვ (ჰეპსა/DPaT+HepB+Hib +IPV)			X	X	X				
პნევმოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინა (პნევმო/PCV)			X	X		X			
როტავირუსული ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინა (როტა/Rota)			X	X					
წითელა, წითურა, ყბაყურა (წწყ/MMR)						X		X	
დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი (დფტ/DPT)							X		
პოლიომიელიტის ორალური ვაქცინა (ოპვ/OPV)							X	X	
დიფთერია-ტეტანუსი (DT)								X	
ტეტანუსი-დიფთერია (Td)									X



საპროტექტორის მინისტრის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო
MINISTRY OF LABOUR
HEALTH AND SOCIAL
AFFAIRS OF GEORGIA



ლაპაძეშვილი პროტექტორისა და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრი
NATIONAL CENTER FOR
DISEASE CONTROL AND
PUBLIC HEALTH

13.4 ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია

ადამიანის პაპილომავირუსი ძალზედ გავრცელებულია და უმეტესობას მოზრდილ ადამიანებს შორის გადატანილი აქვთ ის სიცოცხლის განმავლობაში. ადამიანის პაპილომავირუსით გამოწვეული ინფექციების 90% თავისით ქრება, ყოველგვარი მკურნალობის გარეშე. თუმცა, ზოგიერთი ეს ინფექცია არ ქრება და ინვესს საშვილოსნოს ყელის კიბოს.

ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ძალზედ ეფექტურია ადამიანის პაპილომავირუსის იმ ტიპით გამოწვეული ინფექციებისგან დასაცავად, რომლებიც ინვესს საშვილოსნოს ყელის კიბოს უმეტეს შემთხვევებს. იქიდან გამომდინარე, რომ ადამიანის პაპილომავირუსი სექსუალურად გადადები ინფექციაა, ვაქცინაცია ყველაზე ეფექტურია იმ შემთხვევაში, როდესაც ის ტარდება სექსუალურად აქტიური ცხოვრების დაწყების წინ, ანუ მოზარდობის ასაკში.

თუმცა, ვაქცინაცია არ იცავს ადამიანის პაპილომავირუსის ყველა მაღალი რისკის მქონე ტიპისგან. ის, საგრძნობლად ამცირებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკს, თუმცა არ აღმოფხვრავს მას მთლიანად. ამიტომ, ყველა ქალმა რომელსაც ჩატარებული აქვს ვაქცინაცია უნდა განაგრძოს სისტემატური სკრინინგი, რათა დაცული იყოს საშვილოსნოს ყელის კიბოსგან, რომელიც შესაძლოა გამოწვეული იყოს ადამიანის პაპილომავირუსის სხვა ტიპებისგან.

13.5 პრევენციული ღონისძიებები აივ ინფექცია, სგვი, ჰეპატიტი A, B და C

შიდსი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემაა. იგი ყველას ემუქრება განურჩევლად სქესის, ასაკისა თუ ეროვნებისა და მიეკუთვნება იმ დაავადებებს, რომელთა განკურნება თანამედროვე სამედიცინო საშუალებებით შეუძლებელია. ამიტომ აივ ინფექცია/ შიდსით დაავადების თავიდან აცილებას, პროფილაქტიკას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლის ერთადერთი რადიკალური გზა შიდსის ყოვლისმომცველი პროფილაქტიკა რჩება.

შიდსის ყოვლისმომცველი პროფილაქტიკა დაფუძნებულია ნდობაზე, მოსახლეობასთან ნებაყოფლობით თანამშრომლობაზე და ფართო სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობაზე, მოსახლეობაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდაზე, სამედიცინო დაწესებულებებში უსაფრთხოების ღონისძიებების გატარებაზე და უსაფრთხო სისხლის პრინციპების დაცვაზე.

სადღეისოდ საქართველოში, ისევე როგორც მთელ მსოფლიოში, აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკური ღონისძიებები ორი ძირითადი მიმართულებით მიმდინარეობს:

- **ბიოსამედიცინო** (სამედიცინო მანიპულაციების უსაფრთხოება, დონორთა სისხლისა და/ან ორგანოების ტესტირება, სტერილიზაცია დეზინფექციის პრინციპების დაცვა)
- ქცევითი სფერო, მას მიეკუთვნება **აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემასთან** დაკავშირებული სარისკო ქცევები. შიდსის ვირუსით დაინფიცირების სარისკო ქცევების მქონე ადამიანთა ჯგუფს მიეკუთვნებიან: ნარკომანები, სექსმუშაკები, ჰომოსექსუალები, ხშირი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების მქონე პირები, აგრეთვე ის პირები, რომლებიც იმყოფებოდნენ აივ ინფექცია/შიდსის მხრივ არაკეთილსაიმედო ქვეყნებში (უკრაინა, რუსეთი და სხვ.) იძულებით ადგილნაცვალ პირები (ლტოლვილები), ჰემოფილიით ან სხვა დაავადებით სისხლის ხშირი რეციპიენტები. პირები, რომელთაც ჩაიტარეს სამედიცინო მანიპულაცია არასაკმარისად გასტერილებული სამედიცინო იარაღებით. რისკ ჯგუფს მიეკუთვნება გარკვეული პროფესიის სამედიცინო პერსონალი (ქირურგები, გინეკოლოგები, სისხლის ლაბორატორიის თანამშრომლები, რომელთაც კონტაქტი აქვთ სისხლთან, ასევე ექთნები, რომლებიც ატარებენ სამედიცინო მანიპულაციებს და სხვ.)

შიდსით ინფიცირების რისკი საკმაოდ მაღალია აივ ინფიცირებული ორსულის ნაყოფისთვის.

საქართველოში შიდსის გავრცელების ყველაზე უფრო სერიოზული რისკ ფაქტორი ნარკომანიაა. სამწუხაროდ, ნარკომანთა უმრავლესობა ნარკოტიკებს ინტრავენურად მოიხმარს არასტერილური შპრიცით. ხშირია ერთი შპრიცის ჯგუფური გამოყენების შემთხვევებიც, ე.წ. „მეგობრობის შპრიცი“, რაც შიდსის, **B** და **C** ჰეპატიტების სწრაფი გავრცელების რეალური ხელშემწყობი ფაქტორია. ასევე, საკმაოდ ხშირად, ადგილი აქვს ნარკოტიკების მომხმარებელთა მიერ „საერთო ჭურჭლის“ გამოყენებას, როდესაც ნარკოტიკის მომზადება ხდება ერთ ჭურჭელში და შემდეგ ამ ჭურჭლიდან იღებენ მზა წამალს საერთო შპრიცით, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ჭურჭელში მოთავსებული ნარკოტიკის დაინფიცირება, ასეთი „წამლის“ მოხმარების შემთხვევაში დაინფიცირების რისკი ძალიან მაღალია.

ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებასთან დაკავშირებული ვირუსული დაავადებების მკურნალობის და პროფილაქტიკის მრავალი მეთოდი არსებობს. ნარკომანებს შორის სისხლისმიერი ინფექციების (**შიდსი, B და C ჰეპატიტები**) პროფილაქტიკისათვის საუკეთესო იქნებოდა ნარკოტიკების მოხმარების შეწყვეტა, მაგრამ ამ სენისაგან განკურნება ხანგრძლივ მკურნალობას და დიდ ნებისყოფას მოითხოვს, ამიტომ საჭირო ხდება ნარკოტიკების მოხმარების დროს სისხლისმიერი ინფექციების პროფილაქტიკის სტრატეგიის დანერგვა. ნარკომანებში აივ ინფექცია/შიდსით, **B** და **C** ჰეპატიტებით დაინფიცირების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ნარკოტიკების მომხმარებელმა ყოველთვის გამოიყენოს ერთჯერადი სტერილური შპრიცი.

ნარკოტიკების ინტრავენურ მომხმარებლებს ხშირად აქვთ დაუცველი სქესობრივი კავშირები, რომლის დროსაც შეიძლება მოხდეს დაინფიცირება.

სქესორივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან თავის დასაცავად აუცილებელია შემთხვევითი სქესობრივი კავშირისაგან თავის არიდება. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მიღებისაგან თავის შეკავება, რადგან ადამიანს წინდაუხედავს ხდის და ხელს უწყობს სგგდ-ის გავრცელებას.

ჰეპატიტი A

ვირუსული ჰეპატიტი A ანუ ბოტკინის დაავადება არის ინფექციური დაავადება, რომელიც ძირითადად ბავშვთა ასაკშია დამახასიათებელი. ჰეპატიტი A ვირუსი ადამიანის ორგანიზმში ხვდება პირის ღრუდან ინფიცირებული საკვების ან წყლის მიღების შედეგად.

ბოტკინის დაავადება ხშირია 3-7 წლის ბავშვებში, განსაკუთრებით შემოდგომა-ზამთრის პერიოდში. 1 წლამდე ბავშვები პრაქტიკულად არ ავადდებიან ამ ინფექციით მუცლადყოფნის პერიოდში დედისგან მიღებული იმუნიტეტის გამო. ინფექციის გავრცელების რისკი მაღალია სკოლებში და ბაღებში. ინფექციის წყაროს წარმოადგენს მხოლოდ ავადმყოფი ადამიანი. განსაკუთრებით საშიშია როდესაც დაავადება ფარულად მიმდინარეობს და ავადმყოფს სიყვითლე არ აღენიშნება.

A ჰეპატიტის რამოდენიმე ფორმა არსებობს: კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით – სუბკლინიკური, უსიყვითლო და სიყვითლით მიმდინარე; სიმძიმის მიხედვით კი – მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის და მძიმე ფორმები.

A ჰეპატიტი რამოდენიმე ეტაპად მიმდინარეობს:

- ინკუბაციური პერიოდი, რომელიც მერყეობს საშუალოდ 20-30 დღე. ეს პერიოდი ინფიცირების თვალსაზრისით ძალზედ საშიშია, რადგან ამ პერიოდის ბოლოს ბავშვის ორგანიზმიდან ვირუსი გაძლიერებულად გამოიყოფა.
- პროდრომული (დანყებითი) პერიოდი, რომელიც საშუალოდ ერთ კვირამდეა, მიმდინარეობს ტემპერატურის მომატებით 38-39 გრადუსამდე. ამ დროს ბავშვს აღენიშნება გულისრევა, ღებინება, ძილიანობა, უმადობა და მოუსვენრობა, მუცლის კერძოდ ჭიპის ან მარჯვენა ფერდქვეშა არის ტკივილი, ყაბზობა ან ფაღარათი. ეს პერიოდი 4-5 დღე გრძელდება. სიყვითლის გამომჟღავნებამდე 1-2 დღით ადრე შარდი მუქდება, ჯერ სასის მიდამო ყვითლდება, შემდეგ კი სახე და სხეულის კანი, მოგვიანებით კიდურები. სიყვითლის მაქსიმალურად გამოვლენას თან ახლავს განავლის გაღიავება ე.წ. აქოლიური განავალი. ამ დროს გადიდებულია ღვიძლი და ელენთა. პროდრომული პერიოდის ბოლოს ბავშვის მდგომარეობა უმჯობესდება, უბრუნდება მადა და ხალისი.
- რეკონვალესცენციის (აღდგენის) პერიოდი 5-6 თვე გრძელდება. ამ პერიოდში ხდება დაზიანებულ ორგანოთა ფუნქციის აღდგენა.
- ვირუსული A ჰეპატიტის ანუ ბოტკინის დაავადების დიაგნოსტიკისთვის კეთდება სისხლში სპეციფიკური ფერმენტების და A ჰეპატიტის ვირუსის

საწინააღმდეგო ანტისხეულების ლაბორატორიული შესწავლა.

- მკურნალობა ტარდება მხოლოდ ექიმის მიერ, რომელიც სადიაგნოსტიკოდ საჭირო გამოკვლევებთან ერთად ავადმყოფს უნიშნავს მკურნალობას და საჭირო დიეტას.

ვირუსული A ჰეპატიტის გავრცელების გზები:

- ვირუსის მქონე ადამიანის დაუბანელი ხელებით დამუშავებული საკვების მიღება
- დაბინძურებული წყლის დალევა
- ჩამდინარე წყლიდან მოპოვებული დაუმუშავებელი მოლუსკის ჭამა
- დაინფიცირებულ ადამიანთან ახლო კონტაქტი იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მას სიმპტომები არ აქვს
- დაინფიცირებულ ადამიანთან სქესობრივი კონტაქტი

13.6 ფიზიკური აქტივობა

ფიზიკურ აქტივობაში იგულისხმება სხეულის ნებისმიერი მოძრაობა ჩონჩხის კუნთებით, რომელიც მოითხოვს ენერგიის ხარჯვას. ფიზიკური აქტივობის დასახასიათებლად გამოიყენება ფიზიკური აქტივობის ინტენსიურობის (რამდენად დაძაბული მუშაობს ადამიანი, რათა შეასრულოს გარკვეული სახის აქტივობა) დონეები.

ინტენსიურობის დონეების განსაზღვრისათვის და მათ შორის საზღვრების დასადგენად გამოიყენება მეტაბოლური ექვივალენტი-MET. MET-წარმოადგენს ადამიანის დატვირთვის მეტაბოლური ნორმისა და დასვენების მეტაბოლური ნორმის პროპორციას (ურთიერთ დამოკიდებულებას). განისაზღვრება, როგორც ენერგიის ხარჯი მოსვენებულ მდგომარეობაში და 1 კკალ/კგ/სთ-ის ექვივალენტურია.



საშუალო სიმაღლის სამუშაოს შესრულების დროს MET-ის სიდიდე=4.0

მძიმე სამუშაოს შესრულების დროს MET=8.0

ველოსიპედით სიარულის ან სეირნობის დროს MET=4.0

საშუალო სიდიდის რეკრეაციის (აქტიური დასვენება ან გართობა) დროს MET=4.0

მძიმე სიდიდის რეკრეაციის დროს MET=8.0

ინტენსიურობის დონეები:

მაღალი-პირი, რომელიც აღწევს შემდეგ კრიტერიუმთაგან რომელიმეს:

- აქტივობა მიიჩნევა მაღალინტენსიურად, თუ ის სუნთქვის ან/და გულის რითმის ძლიერ აჩქარებას იწვევს
- მძიმე აქტივობა მინიმუმ 3 დღის განმავლობაში და მინიმუმ 1500 MET წუთი/კვირაში
- 7 ან მეტი დღე სეინობა ან საშუალო სიმძიმის აქტივობის ნებისმიერი კომბინაცია ან მძიმე აქტივობა, რომელიც აღწევს მინიმუმ 300 MET წუთი/კვირაში.
- მაღალინტენსიური ფიზიკური აქტივობის მაგალითები- სირბილი, ენერგიული სვლა მთებში ან მძიმე ზურგჩანთის ტარება, ველოსიპედით ჩქარი სიარული, ჩქარი ცურვა, აერობიკა, სპორტული თამაშებია და შეჯიბრებები, ენერგიული მუშაობა ბარით ან თოხით, 20 კგ-ზე მეტი ტვირთის გადატანა-გადაზიდვით და სხვა.

საშუალო-პირი, რომელიც არ შეესაბამება “მაღალ” კატეგორიას, მაგრამ აღწევს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელიმეს:

- აქტივობა მიიჩნევა ზომიერიინტენსიურად, თუ ის სუნთქვის ან/და გულის რითმის მცირე აჩქარებას იწვევს.
- მძიმე აქტივობა 3 ან მეტი დღის განმავლობაში ხანგრძლივობით მინიმუმ 20 წუთი ან
- საშუალო აქტივობა ან სეირნობა 5 ან მეტი დღის განმავლობაში ხანგრძლივობით მინიმუმ 30 წუთი
- 7 ან მეტი დღე სეირნობა ან საშუალო სიმძიმის აქტივობის ნებისმიერი კომბინაცია ან მძიმე აქტივობა, რომელიც აღწევს მინიმუმ 600 MET წუთს/კვირაში
- საშუალო (ზომიერი) ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობის მაგალითები- ჩქარი სიარული, ცეკვა, მუშაობა სახლსა თუ საოჯახო მეურნეობაში, ნადირობა, მოსავლის აღება, სამშენებლო სამუშაოების შესრულების დროს (მაგ: ღებვა), ველოსიპედით ზომიერი სიჩქარით სეირნობა, 20 კგ-ზე ნაკლები სიმძიმის ტვირთის გადატანა-გადაზიდვა და სხვა.

დაბალი -პირი, რომელიც ვერ აღწევს ზემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელიმე კრიტერიუმს. ამ დროს 3 MET-ზე ნაკლები ექვივალენტის ენერგია იხარჯება და წარმოადგენს არა მარტო ცალკეული ადამიანების პრობლემას, არამედ ზოგადად საზოგადოებისაც.

ფიზიკური აქტივობა არ არის მხოლოდ ვარჯიში და სპორტით დაკავება!

ადამიანი ფიზიკურად აქტიური შეიძლება იყოს:

- სამუშაოს შესრულების დროს,
- ტრანსპორტირებისას ან გადაადგილების დროს,
- სახლში ყოფნის და
- რეკრეაციის (დასვენება, გართობა) დროს.

ადამიანს ფიზიკურად აქტიური შეუძლია იყოს:

სამუშაოს შესრულების დროს

- ფიზიკური
- გონებრივი (შეისვენებისას 10-15 წუთი დაკავდეს ფიზიკური აქტივობით)

ტრანსპორტირებისას ან გადაადგილების დროს

- ფეხით ან ველოსიპედით სამსახურში, ბაზარში, სუპერმარკეტში, აფთიაქში და სხვა, სიარული

სახლში ყოფნის დროს და რეკრეაციის (დასვენება, გართობა) დროს

- ლაშქრობა
- ფეხით სიარული
- აერობიკა
- ბაღში მუშაობა და სხვა

13.7 ფიზიკური ინერტულობა

ფიზიკური ინერტულობა წარმოადგენს მსოფლიოში გლობალური სიკვდილობის (6% სიკვდილობის შემთხვევებისა მსოფლიოში) მეოთხე რისკ-ფაქტორს.

რეგულარული ფიზიკური აქტივობა მოზრდილ ადამიანებში გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის ისეთ ფაქტორებზე როგორიცაა, მაღალი არტერიული წნევის ჩამოყალიბება, ინსულტი, დიაბეტი, სარძევე ჯირკვლისა და მსხვილი ნაწლავის სიმსივნე, დეპრესია და უმიზეზო დაცემის რისკი. განაპირობებს ძვლების გამაგრებას, ქცევითი რისკ-ფორმების კონტროლს (მაგალითად: თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკების მოხმარება, არაჯანსაღი კვება, ძალადობა), და ასრულებს ძირითად როლს ენერგეტიკულ ცვლასა და წონის შენარჩუნებაში.

საქართველოში მოსახლეობის ფიზიკური აქტივობის შესახებ წარმოდგენა შეფასებულია შემდეგი კვლევების საფუძველზე:

- CINDI საქართველოს მიერ 2001 წელს ქ.თბილისში ჩატარებული ჯანმრთელობის მონიტორინგის;
- 2004 წელს ჩატარებული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების;

- 2006-2007 წლების არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორთა და 2010 წელს ჩატარებული: ქრონიკული არაგადამდებ დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევის მიხედვით (STEPS), რომელიც მოიცავდა 18-64 წლის ასაკის მოსახლეობას; 2010 წლის კვლევის მონაცემებით, მამაკაცები მაღალი ფიზიკური აქტივობით გამოირჩევიან 18-34 წლის ასაკობრივ ჯგუფში- 65,1%. შედარებით დაბალი აქტივობით 55-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში- 23,1%. ქალების შემთხვევაში მაღალი ფიზიკური აქტივობის მაჩვენებლით გამოირჩევიან ქალები 45-54 წლის ასაკობრივ ჯგუფში- 60,9%;

ბარიერები/მიზეზები (მიზეზები, თუ რატომ არის საზოგადოების დიდი ნაწილი ფიზიკურად ინერტული):

- სამუშაო ადგილებზე “მჯდომარე რეჟიმი”,
- მარკეტები, ბაზრები, აფთიაქები და სხვა, სახლთან ახლოსაა,
- ფიტნეს/სპორტ დარბაზების სიმცირე ან ხელმიუწვდომელია (ფინანსური შესაძლებლობების არ ქონა),
- ფიზიკური აქტივობა იგივეა რაც პროფესიული სპორტი,
- უმუშევრობა და სხვა,

აღქმული ბარიერების/მიზეზების მიმართ სიგნალი ქმედებისკენ

სამუშაო ადგილებზე “მჯდომარე რეჟიმი”

- შესვენებისას წაახალისეთ მოზარდები, რომ დასვენების დროს ჯდომა და წახემსება შეცვალონ 10-15 წუთიანი სიარულით.
- წაახალისეთ ისინი, რომ ივარჯიშონ სავარჯიშო დარბაზში.
- წაახალისეთ მოზარდები, რომ შექმნან რომელიმე სპორტულ სახეობაში გუნდები და შესვენების დროს შეეჯიბრონ ერთმანეთს.



სახლის პირობებში:

- წაახალისეთ მშობლები ჩაერთონ ოჯახთან ერთად ფიზიკურ აქტივობაში, მოაწყონ ველოროლა შვილებთან (შვილთან) ერთად, ითამაშონ ფეხბურთი, ფრენბურთი ან თვითონ ბავშვებს სთხოვონ მოიფიქრონ რაიმე გასართობი

ხალისიანი და ფიზიკურად ინტენსიური.

- წაახალისეთ ბავშვები/მოზარდები ხშირად ასეირნონ ძალლი ეზოში.

სავარაუდო მესიჯები აღსაზრდელებსა და საზოგადოებას:

- **ჯანმრთელობა მოძრაობაშია.**
- **დროა იმოძრაო!**
- **დაიწყე მოძრაობა ამ წამიდან!**
- **ჯანმრთელობის ერთ-ერთი გასაღები რეგულარულ ფიზიკურ აქტივობაშია!**
- **ყოველ ერთ საათში რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშით, დაახლოებით ორი საათით იხანგრძლივებთ სიცოცხლეს!**
- **დღის განმავლობაში ბევრჯერ შეგიძლია იყო ფიზიკურად აქტიური!**
- **სპორტდარბაზების გარეშეც შეიძლება იყო ფიზიკურად აქტიური!**

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) რეკომენდაციები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (ჯანმომ) შეიმუშავა ფიზიკური აქტივობის რეკომენდაციები შემდეგი ასაკობრივი ჯგუფებისათვის 5-17, 18-64, 65 და ზევით ასაკობრივი ჯგუფებისათვის ცალ-ცალკე.

5-17 წლის ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვები და მოზარდები ყოველდღიურად უნდა დაკავდნენ არა ნაკლებ 60 წუთისა საშუალო (სწრაფი სიარული) და კვირაში არანაკლებ სამი დღისა მაღალი ინტენსივობის (სირბილი) ფიზიკური აქტივობით. ძვალ-კუნთოვანი სისტემის უკეთ განვითარებისათვის საჭიროა მაღალინტენსიური ფიზიკური აქტივობა 60 წუთი არანაკლებ სამჯერ კვირაში

- ფიზიკური აქტივობის თემაზე უახლესი კვლევების შედეგები
- 2011 წლის ჟურნალ *“Journal of Clinical Oncology”* -ში გამოქვეყნებული კვლევის მიხედვით, ფიზიკური აქტიურობის ისეთი სახეები, როგორიცაა ფეხით/ველოსიპედით სიარული, ჩოგბურთი, სირბილი, ან ცურვა, კვირაში 3 საათის და მეტი ხნის განმავლობაში, მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პროსტატის კიბოსთან დაკავშირებული სიცოცხლის გადარჩენის მაჩვენებლებს.

ჯანსაღი კვება

კვება ერთ-ერთი სასიამოვნო მოვლენაა, რომლის ხასიათი დამოკიდებულია ტრადიციებზე, კულტურასა და გარემოპირობებზე. ადამიანები იკვებებიან მადის, სურვილისა და შესაძლებლობების შესაბამისად. მოიხმარენ იმ სურსათს, რომელსაც ანიჭებენ უპირატესობას.

კვება უნდა შეესაბამებოდეს ადამიანის მიერ დახარჯულ ენერგიას, რომელიც დამოკიდებულია ზრდაზე, ასაკზე, სხეულის მასაზე, ცხოვრების პირობებზე, საქმიანობის სახეობაზე, კლიმატზე, ადამიანის ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაზე (ფეხმძიმობა, მეძუძურობა). აქტიურობის დონეზე (სპორტი) და სხვ. საკვები ნივთიერებების განსაზღვრულმა რაოდენობამ და პროპორციამ უნდა უზრუნველყოს ადამიანის ორგანიზმის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები. სურსათი უნდა იყოს უვნებელი ადამიანის ჯანმრთელობისათვის და უნდა განაწილდეს სწორად დღის განმავლობაში.

ხანგრძლივი არაბალანსირებული კვებისას ვითარდება ნუტრიენტების (საკვები ნივთიერებები) დეფიციტი.

- ნუტრიენტების და ენერგიის არასაკმარისი მიღება ნიშნავს რომ:
- ვერ იმუშავენ, ვერ ისწავლის, ვერ ითამაშებს ნორმალურად,
- იმუნური სისტემა აქვს სუსტი და ამდენად ადვილად ხდება ავად, თანაც მეტად სერიოზული მიმდინარეობით,
- აღენიშნება ზრდაში შეფერხება და წონაში დაკლება,

ორსულობის პერიოდში მომავალი დედის არასრულფასოვანი კვებისას ხდება ნაყოფს ზრდა-განვითარების მნიშვნელოვანი შეფერხება

ჭარბი წონა/სიმსუქნე

სხეულის ჭარბი წონა/სიმსუქნე, არა მარტო ესთეტიკური პრობლემაა, არამედ სერიოზულ საფრთხეს უქმნის ჯანმრთელობას. ჯანმრთელობისათვის რა საფრთხეების განვითარების მიზეზი (რისკ-ფაქტორი) შეიძლება გახდეს ჭარბი წონა/სიმსუქნე?

- გულის იშემიური დაავადებები;
- შაქრიანი დიაბეტის II ტიპი;
- ჰიპერტენზია (სისხლის მაღალი არტერიული წნევა)
- კიბო (ძუძუს, საშვილოსნოს, სწორი ნაწლავისა და სხვა ორგანოთა კიბო);
- დისლიპიდემია (ქოლესტეროლისა და ტრიგლიცერიდების მაღალი დონე სისხლში);
- ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადებები; სუნთქვისა და ძილის პრობლემები; გინეკოლოგიური პრობლემები (მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, უშვილობა და სხვა).

13.8 ხელების დაბანის, როგორც სწორი ქცევითი უნარ-ჩვევის აქტუალობა და მისი მნიშვნელობა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკაში

ხელების სწორი დაბანა წარმოადგენს ინფექციური დაავადებების გავრცელების ყველაზე ეფექტურ საშუალებას. ხელების დაბანის სწორი ტექნიკის სწავლება საგრძნობლად შეამცირებს ინფექციური დაავადებების გავრცელებას ბავშვებსა და მოზარდებში.

მსოფლიოში ბავშვთა სიკვდილიანობის გამომწვევი ორი მთავარი მიზეზის, დიარეისა და პნევმონიის თავიდან აცილება ხელების დაბანით არის შესაძლებელი. ჯანმო-ს მონაცემების თანახმად:

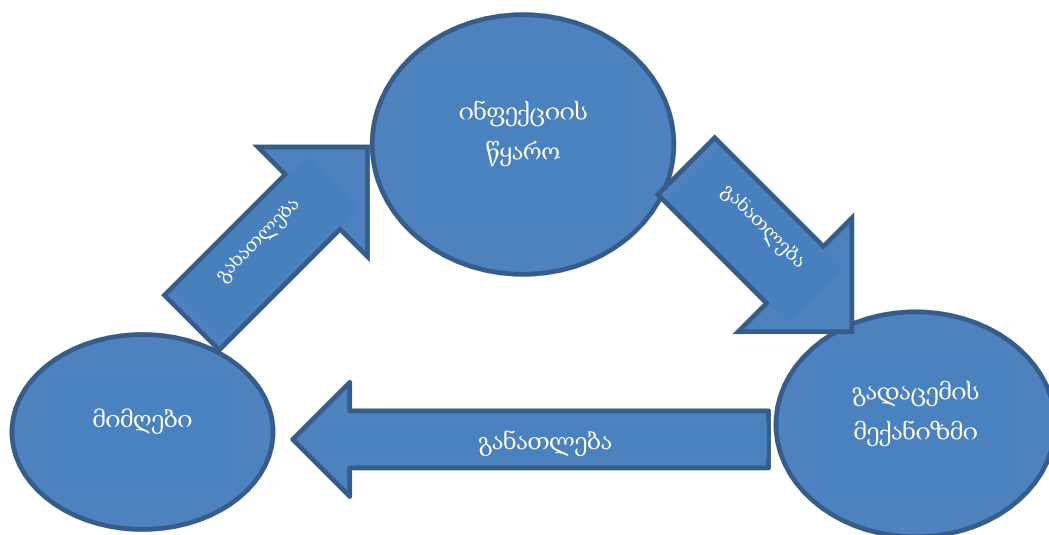
- მსოფლიოში ბავშვთა სიკვდილიანობის გამომწვევი ორი მთავარი მიზეზის, დიარეისა და პნევმონიის თავიდან აცილება ხელების დაბანით არის შესაძლებელი.
- ყოველწლიურად მსოფლიოში დიარეისა და ქვემო სასუნთქო გზების ინფექციებით 5 წლამდე ასაკის 3,5 მილიონზე მეტი ბავშვი იღუპება.

გაითვალისწინეთ, რომ ფეკალურ-ორალური დაავადებები გადადის საკვების მიღებისას, ამისათვის საკმარისია სულ პატარა ფეკალიის ნაწილაკები, რომელიც დაუბანელი ხელებით გადაეცემა; მაგალითად საპირფარეშოს მოხმარების შემდეგ თუ ხელებს არ დავიბანთ. ასევე რესპირატორული დაავადებების გადაცემა ხდება სასუნთქი გზებიდან გამოყოფილი მიკრობების დახმარებით, დაავადების გავრცელების შეზღუდვა შესაძლებელია, თუ ხელებისა და ცემინების შემდეგ დავიბანთ ხელებს ან ისეთ პიროვნებასთან ხელის ჩამორთმევის შემდეგ, რომელიც ახველებს ან აცემინებს.

- ინფექციური დაავადებები შესაძლებელია გადაეცეს, როცა, მაგალითად, ხელი დაბინძურებულია ორგანიზმიდან გამოყოფილი ბიოლოგიური სითხეებში შემცველი მიკრობებით. ამ დაავადებების გამომწვევი ვირუსები შესაძლებელია ადამიანს დაავადებულ ადამიანთან კონტაქტისას ან მიკრობებით დაბინძურებული სათამაშოებს. ყოველწლიურად მსოფლიოში 5 წლამდე ასაკის დაახლოებით 2,2 მილიონი ბავშვი იღუპება ისეთი დაავადებებით, რომელთა თავიდან აცილება ან თუნდაც შემცირება სწორედ ხელების დაბანითაა შესაძლებელი. ამ დღეს აღნიშნავენ და სხვადასხვა თემატურ ღონისძიებებს აწყობენ მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში: მოსწავლეები, მშობლები, მასწავლებლები, სტუდენტები, ოჯახები და სხვა დაინტერესებული პირები. ყოველწლიურად, მსოფლიოში 5 წლამდე ასაკის 3,5 მილიონი ბავშვი იღუპება დიარეისა და პნევმონიის შედეგად;
- ხელების საპნით დაბანით შესაძლებელია: პნევმონიის დროს 6-დან 1 შემთხვევის და დიარეის დროს 3-დან 1 შემთხვევის პრევენცია;
- ბავშვებში განათლება „ხელების დაბანის“ შესახებ, ხელს უწყობს

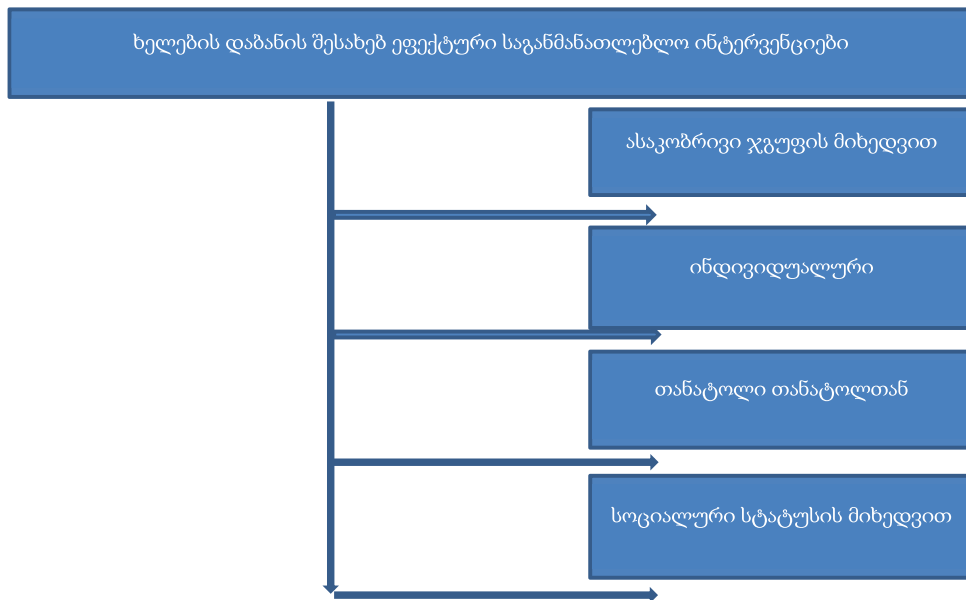
- სკოლებში დასწრებას;
- ხელების სწორი დაბანის ცოდნა ადრეულ ასაკში ბავშვს სრულყოფილ განვითარებაში ეხმარება;
- ხელების დაბანით, მთლიან პოპულაციებში დიარეით დაავადებული ადამიანების რაოდენობა 31%-ით მცირდება;
- ხელების დაბანით სუსტი იმუნური სისტემის მქონე პირებში, დიარეის რისკი 58%-ით მცირდება;
- ხელების დაბანით რესპირატორული დაავადებების რისკი 21%-ით მცირდება¹.

საგანმანათლებლო ინტერვენციები უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია გადამდებ დაავადებათა გავრცელების პროფილაქტიკაში



ხელების დაბანის შესახებ ეფექტური საგანმანათლებლო ინტერვენციები შესაძლებელია დაიგეგმოს ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, ინდივიდუალურად და სოციალური სტატუსის მიხედვით. საგანმანათლებლო ინტერვენციებისთვის შესაძლებელია თანასწორი განმანათლებლების გამოყენება.

¹ CDC-ის მონაცემებით



ხელების დაბანის საგანმანათლებლო აქტივობის მიზანი უნდა იყოს მოსახლეობაში ხელების დაბანის პოპულარიზაციის გზით გადამდებ დაავადებათა გავრცელების შეზღუდვა (ვირუსული მენინგიტი, დიარეა, გრიპი და ა. შ.)

დაავადებებისაგან თავის დაცვა შესაძლებელია მარტივი ქცევით: დაიბანეთ ხელები, დაიბანეთ სწორად და ხშირად!!!

იციოთ თუ არა როგორ და როდის უნდა დავიბანოთ ხელები?



- დავისველოთ ხელები თბილი, გამდინარე წყლით;
- გავისაპნოთ ხელები ისე, რომ საპნის ქაფით მთლიანად დაგვეფაროს ხელის ზედაპირები, თითებს შორის სივრცეები, ფრჩხილების ირგვლივ მიდამოები და მაჯები;
- დაახლოებით 20 წამის განმავლობაში კარგად ავაქაფოთ საპონი, (ავილოთ ნებისმიერი საპონი, კარგია თუ იქნება ანტიბაქტერიული, თუმცა არც ჩვეულებრივი საპონია ურიგო, ბაქტერიებს ისიც მოგვაშორებს);
- კარგად, გულმოდგინედ ჩამოვიბანოთ ხელები თბილი გამდინარე წყლით და დავრწმუნდეთ, რომ საპონი სრულად მოგვცილდა ხელებიდან;
- ხელების დაბანას სულ მცირე 40-60 წამი მაინც უნდა დავუთმოთ;
- დაბანის შემდეგ ხელები საგულდაგულოთ გავიმშრალოთ მშრალი, სუფთა ხელსაწმენდით, შეიძლება ქაღალდის ერთჯერადი ხელსახოცის გამოყენებაც;
- თუ გამდინარე, სუფთა წყალთან ხელი არ მიგვიწვდება და ხელების დაბანას ვერ ვახერხებთ, შეიძლება გამოვიყენოთ სხვადასხვა ჰიგიენური საშუალებები, მაგალითად: სველი სალფეთი (თუ არც ეს საშუალებები არ გაგვაჩნია, უბრალოდ დაუბანელი ხელებით გაურეცხავს ნურაფერს მივირთმევთ!).



რა უნდა გავითვალისწინოთ ხელების დაბანის დროს, რომ არ დავუშვათ შეცდომები

- დაუშვებელია ჯგუფში საერთო პირსახოცის ან ხელსახოცის გამოყენება
- არ დაიბანოთ ხელები დამდგარი წყლით
- საკვების მომზადებისას ზედმინევით დაიცავით ხელების ჰიგიენა

გოჩა აბუთიძე მედიცინის აკადემიური დოქტორი

14.1. პირველი დახმარების განმარტება

პირველი დახმარება – ეს არის ოპერატიული დახმარების განწევა დაზარალებულისთვის ტრავმის ან დაავადების მოულოდნელი შეტევის დროს, უფრო კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების მიღებამდე. პირველი დახმარება მოიცავს უმარტივეს, სასწრაფო და მიზანიმიმართულ ღონისძიებებს შემთხვევის ადგილზე ადამიანის სიცოცხლის გადასარჩენად და გართულებათა თავიდან ასაცილებლად კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მოსვლამდე ან დაზარალებულის სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანამდე. სათანადო პირველმა დახმარებამ შეიძლება, როგორც გადამწყვეტი როლი ითამაშოს დაზარალებულის სიცოცხლის გადარჩენაში და ინვალიდობის თავიდან აცილებაში, ასევე შეამსუბუქოს ადამიანთა ტანჯვა და გამოიყვანოს ისინი უმწეო მდგომარეობიდან.

პირველი დახმარება წარმოადგენს დახმარებათა იმ ჯაჭვის ერთ-ერთ რგოლს, სადაც გაერთიანებულია: სამაშველო დახმარება, პირველი დახმარება, პირველი სამედიცინო დახმარება, ტრანსპორტირება და მკურნალობა.

სამაშველო ღონისძიებების გატარების შემდეგ, ანუ მას შემდეგ, რაც დაზარალებულისთვის და დამხმარესთვის შეიქმნება უსაფრთხო გარემო პირობები, საქმეში ერთვება პირველი დახმარების ღონისძიებები. პირველი დახმარების მიზანს წარმოადგენს დაზარალებულის სიცოცხლის გადარჩენა შემთხვევის ადგილზე და საჭირო ზომების მიღება იმისთვის, რომ დაზარალებულის მდგომარეობა არ გაუარესდეს, ხოლო ამის შემდეგ აუცილებლობის შემთხვევაში, მოხდეს მისი ტრანსპორტირება სამკურნალო დაწესებულებაში.

პირველი დახმარების ღონისძიებები შეიძლება გავყოთ ორ ძირითად ჯგუფად:

1. სიცოცხლის გადამრჩენი ღონისძიებები;
2. პირველი დახმარების შემდგომი ღონისძიებები;

დაზარალებულის სიცოცხლის გადარჩენისთვის ბრძოლა იწყება დაუყოვნებლივ, რათა უსწრაფესად უზრუნველვყოთ დაზარალებულის სასუნთქი გზების გამავლობის აღდგენა და ნორმალური სუნთქვა, მოვანესრიგოთ გულის მუშაობა, სისხლის მიმოქცევა და ამით გადავარჩინოთ დაზარალებულის სიცოცხლე. მხოლოდ ამის მიღწევის შემდეგ მივმართავთ პირველი დახმარების შემდგომ ღონისძიებებს.

14.2 სიცოცხლის გადამრჩენი ღონისძიებები

სიცოცხლის გადამრჩენი პირველი დახმარების ქვეშ იგულისხმება ის აუცილებელი პირველი დახმარება, რომელიც მიმართულია ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენისკენ. მისი მიზანია ორგანიზმის სიცოცხლისათვის აუცილებელი ფუნქციების შენარჩუნება კვალიფიციურ სამედიცინო დახმარებამდე. სიცოცხლის გადამრჩენ პირველ დახმარებას იწყებენ შემთხვევის ადგილზე და უმეტესწილად დამხმარე საშუალებების გარეშე. ორგანიზმის სიცოცხლისათვის საჭირო ფუნქციების შესანარჩუნებლად უჯრედმა აუცილებელია მიიღოს ჟანგბადი. თუ ჟანგბადის მიწოდება წყდება სუნთქვის ან სისხლის მიმოქცევის დარღვევის გამო, მაშინ უჯრედები სწრაფად ზიანდება. ყველაზე მტკივნეულად ჟანგბადის ნაკლებობაზე რეაგირებს თავის ტვინის უჯრედები, რომლებშიც გულის მუშაობის გაჩერებიდან 4-6 წუთის შემდეგ ვითარდება შეუქცევადი ცვლილებები. ამიტომ პირველი დახმარების განხორციელებისას პირველ რიგში, საჭიროა დაზარალებულისთვის ჟანგბადის მიწოდების აღდგენა ანუ სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის რეგულირება.

14.2.1 დაზარალებულისა და დამხმარის უსაფრთხოება

გადაუდებელ სიტუაციაში პირველი დახმარება დაზარალებულს, როგორც წესი, უტარდება ისე, რომ არ შეიცვალოს მისი სხეულის მდგომარეობა, რადგანაც გადაადგილების დროს შეიძლება მას დამატებითი ტრავმები მივაყენოთ. მაგრამ თუ დაზარალებულს ან დამხმარეს საფრთხე ემუქრება, დაზარალებული ჯერ უსაფრთხო ადგილას უნდა იქნას გადაყვანილი და მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება პირველი დახმარების განწევა.

გახსოვდეთ, რომ პირველი დახმარების აღმოჩენისას უპირველეს ყოვლისა, თქვენი უსაფრთხოება უნდა იყოს უზრუნველყოფილი.

14.3 პირველი დახმარების ძირითადი პრინციპები

ექსტრემალურ სიტუაციაში მოხვედრისას საჭიროა შეინარჩუნოთ სიმშვიდე და მოქმედების დაწყებამდე კარგად გაიაზროთ ის ნაბიჯები, რომელთა გადადგმასაც აპირებთ. არსებობს გადაუდებელ სიტუაციაში დახმარების აღმოჩენის ოთხი ძირითადი პრინციპი, რაც თქვენი მოქმედების ძირითადი სახელმძღვანელო უნდა იყოს:

1. დაათვალიერეთ შემთხვევის ადგილი. საჭიროების შემთხვევაში მიიღეთ თქვენი და დაზარალებულის უსაფრთხოებისადმი მიმართული ზომები.
2. ჩაატარეთ დაზარალებულის პირველადი დათვალიერება და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობის შემჩნევისთანავე აღმოუჩინეთ პირველი დახმარება.

პირველადი დათვალიერება თავის მხრივ შედგება სამი ძირითადი ნაბიჯისაგან:

ნაბიჯი პირველი: სასუნთქი გზების გამავლობის აღდგენა.

ნაბიჯი მეორე: სუნთქვის აღდგენა.

ნაბიჯი მესამე: პულსის ანუ სისხლის მიმოქცევის აღდგენა.

3. გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.
4. ჩაატარეთ დაზარალებულის განმეორებითი დათვალიერება და აუცილებლობის შემთხვევაში ისევ აღმოუჩინეთ დახმარება. განუწყვეტილად ადევნეთ თვალი დაზარალებულს და დაანუნარეთ იგი სასწრაფო დახმარების მოსვლამდე.

14.3.1 პრინციპი პირველი: შემთხვევის ადგილის დათვალიერება

როგორც კი განსაზღვრეთ, რომ ადგილი აქვს გადაუდებელ სიტუაციას, შეამოწმეთ, ხომ არ წარმოადგენს შემთხვევის ადგილი საფრთხეს თქვენთვის და ირგვლივ მყოფთათვის. ყურადღებით მიმოიხედეთ ირგვლივ და ეცადეთ გაარკვიოთ შემდეგი: წარმოადგენს თუ არა საფრთხეს შემთხვევის ადგილი? რა მოხდა? რამდენი დაზარალებულია? შეუძლია თუ არა ირგვლივ მყოფ ხალხს თქვენი დახმარება?

შემთხვევის ადგილის დათვალიერების დროს ყურადღება მიაქციეთ ყველაფერს, რამაც შეიძლება საფრთხე შეგიქმნათ თქვენ და დანარჩენ საზოგადოებას: გაშიშვლებული ელექტრო სადენები, ჩამოცვენილი ნამსხვრევები, ინტენსიური საგზაო მოძრაობა, ხანძარი, ბოლი, მავნე გამონაბოლქვები... თუ თქვენს სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება, ნუ მიუახლოვდებით დაზარალებულს. დაუყოვნებლივ გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება და შესაბამისი ავარიული სამსახური ან პატრული პროფესიული დახმარების მისაღებად. არასოდეს გარისკოთ, თორემ შესაძლოა თვითონვე აღმოჩნდეთ დაზარალებულის როლში. განსაკუთრებული საფრთხის შემთხვევაში დახმარების აღმოჩენა უნდა მოახდინონ იმ სამსახურების პროფესიონალმა თანამშრომლებმა, რომლებსაც შესაბამისი მომზადება და აღჭურვილობა გააჩნიათ.

შემთხვევის ადგილზე ისეთი საგნები, როგორიცაა: მინის ნამსხვრევები, კიბის დამტვრეული საფეხურები ან დაცლილი ნამლის ბოთლი, ნათელს მოჰყვენენ მომხდარ ინციდენტს. ეს დეტალები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ დაზარალებული უგონო მდგომარეობაშია და არც მოწმეები არსებობენ.

მოძებნეთ, ხომ არ არის შემთხვევის ადგილზე სხვა დაზარალებულიც. სავსებით შესაძლებელია, რომ თავიდან ისინი ვერ შენიშნეთ. საგზაო ავარიის დროს ავტომანქანის ღიად დარჩენილი კარი ზოგჯერ იმაზე მიუთითებს, რომ მეორე დაზარალებულმა დატოვა შემთხვევის ადგილი. თუ ერთი დაზარალებული კენესის ან სისხლისგან იცლება, თქვენ შეიძლება ვერ შენიშნოთ უგონოდ მყოფი

მეორე დაზარალებული. ასევე შესაძლოა ადვილად გამოგრჩეთ მხედველობიდან პატარა ბავშვიც. მუდამ ათვალისწინეთ სხვა დაზარალებულები და აუცილებლობის შემთხვევაში, გარშემომყოფნი დაიხმარეთ. გამორიცხული არ არის, რომ შემთხვევის ადგილზე მყოფმა ხალხმა შეძლოს თქვენთვის ყველაფრის მოყოლა და დახმარება. თუ ადგილზე დაზარალებულის ახლობელი ან ნაცნობი აღმოჩნდება, მან შეიძლება იცოდეს დაზარალებულის დაავადებები ან ალერგიული რეაქციები. ირგვლივ მყოფ ხალხს შეუძლია სასწრაფო დახმარების გამოძახება, შემთხვევის ადგილის გათავისუფლება ტრანსპორტისგან და ცნობისმოყვარეთა თავშეყრისგან, ასევე იგი დაგეხმარებათ პირველი დახმარების აღმოჩენაში. თუ თქვენს ირგვლივ არავინ არის, ხმამაღლა უხმეთ ვინმეს.

გადაუდებელ სიტუაციაში პირველი დახმარება დაზარალებულს, როგორც ნესი, უტარდება ისე, რომ არ შეიცვალოს მისი სხეულის მდგომარეობა, რადგანაც გადაადგილების დროს შეიძლება მას დამატებითი ტრავმები მივაყენოთ. მაგრამ თუ დაზარალებულს ან დამხმარეს საფრთხე ემუქრება, დაზარალებული ჯერ უსაფრთხო ადგილას უნდა იქნას გადაყვანილი და მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება პირველი დახმარების გაწევა. გახსოვდეთ, რომ პირველი დახმარების აღმოჩენისას უპირველეს ყოვლისა, თქვენი უსაფრთხოება უნდა იყოს უზრუნველყოფილი.

როგორც კი მიუახლოვდებით დაზარალებულს ეცადეთ დაამშვიდოთ დაზარალებული. უნდა იმყოფებოდეთ მისი თვალების დონეზე. ილაპარაკეთ მშვიდად, უთხარით თქვენი ვინაობა, შესთავაზეთ თქვენი დახმარება (ეცადეთ მიიღოთ დაზარალებულის თანხმობა), აუხსენით, თუ რა ღონისძიებების ჩატარებას აპირებთ. ვიდრე პირველი დახმარების აღმოჩენას შეუდგებოდეთ, დაზარალებულის ნებართვა უნდა აიღოთ. გონზე მყოფ დაზარალებულს უფლება აქვს, უარი განაცხადოს თქვენს დახმარებაზე. თუ დაზარალებული უგონო მდგომარეობაშია, ჩათვალეთ, რომ მისი თანხმობა გაქვთ და საქმეს შეუდექით.

14.3.2 პრინციპი მეორე: პირველადი დათვალისწინების ჩატარება

დაიწყეთ იმის გარკვევით, გონზეა თუ არა დაზარალებული. ჰკითხეთ იგი: “დახმარება ხომ არ გჭირდებათ?” თუ პასუხს ვერ მიიღებთ, ფრთხილად დააწექით დაზარალებულის ტრაპეციისებურ კუნთს. არ ანჯღრიოთ და არ გადაადგილოთ დაზარალებული. თუ დაზარალებული არ პასუხობს თქვენს შეხებას, შესაძლოა იგი უგონოდ იყოს, ეს კი სიცოცხლისთვის საშიშია. როცა ადამიანი გონებას კარგავს, ენის კუნთები დუნდება, რის შედეგადაც შეიძლება მოხდეს ე.წ. “ენის ჩაყლაპვა” და სასუნთქი გზების გადაკეტვა, რასაც ჯერ სუნთქვის შეჩერება, შემდეგ კი გულის გაჩერებაც მოსდევს.

პირველადი დათვალისწინების დროს თქვენ ასევე უნდა შეამოწმოთ დაზარალებულის სასუნთქი გზების გამავლობა, სუნთქვისა და პულსის არსებობა. თქვენი მოქმედება

შეიძლება დაიყოს შემდეგ საფეხურებად:

- **ნაბიჯი პირველი: სასუნთქი გზები.**
- **ნაბიჯი მეორე: სუნთქვა.**
- **ნაბიჯი მესამე: სისხლის მიმოქცევა.**

განსაზღვრეთ სიცოცხლის ნიშნების არსებობა ისე, რომ დაზარალებული არ შეანჯღრიოთ. დაზარალებული ზურგზე მხოლოდ იმ შემთხვევაში გადააბრუნეთ, თუ მას გაჩერებული აქვს სუნთქვა და პულსი და თქვენთვის აუცილებელია დაზარალებულის ზურგზე დაწვენა, ამ შემთხვევაში მისი თავი ისე დაიჭირეთ, რომ თავი და ხერხემალი ერთ ლერძზე უძრავად იმყოფებოდეს.

14.3.2.1 ნაბიჯი პირველი: სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა

დარწმუნდით იმაში, რომ დაზარალებულს სასუნთქი გზები გახსნილი აქვს. სასუნთქ გზებს წარმოადგენს ჰაერის გამტარებელი სივრცე პირიდან და ცხვირიდან ფილტვებამდე. თუ ადამიანს შეუძლია ლაპარაკი ან ყვირილი, ეს იმას ნიშნავს, რომ იგი გონზეა და სასუნთქი გზები გახსნილი აქვს.

თუ დაზარალებული უგონო მდგომარეობაში იმყოფება, მაშინ აუცილებლად უნდა დარწმუნდეთ მისი სასუნთქი გზების გამავლობაში. ამისათვის მას გადაუწიეთ თავი და აუწიეთ ნიკაპი. ამ დროს ენა აღარ ფარავს ყელის უკანა ნაწილს და ჰაერს ფილტვებში ატარებს. თუ ეჭვობთ, რომ დაზარალებულს კისრის ტრავმა აქვს, მაშინ სასუნთქი გზების გასახსნელად სხვა მეთოდი უნდა გამოიყენოთ, რომელსაც ეწოდება “ქვედა ყბის გამოწევა თავის გადაწევის გარეშე”

თუ დაზარალებულის სასუნთქ გზებში უცხო სხეული მოხვდა, თქვენ ჯერ ის უნდა ამოაცალოთ.

14.3.2.2 ნაბიჯი მეორე: სუნთქვის არსებობის შემოწმება

შემდეგი ნაბიჯია სუნთქვის არსებობის შემოწმება. თუ დაზარალებული უგონო მდგომარეობაში იმყოფება, ყურადღება მიაქციეთ სუნთქვის ნიშნების არსებობას. სუნთქვის დროს მკერდი უნდა ადიოდეს და ჩადიოდეს. გარდა ამისა, თქვენ აუცილებლად უნდა გაიგოთ და იგრძნოთ სუნთქვა, რათა დარწმუნდეთ, რომ ადამიანი ნამდვილად სუნთქავს. სახე ისე მიუახლოვეთ დაზარალებულის პირსა და ცხვირს, რომ შესაძლებელი იყოს მისი ამონასუნთქი ჰაერის შეგრძნება. ამასთანავე, ყურადღება მიაქციეთ მკერდის აწევ-დაწევას. სუნთქვის კონტროლისათვის გამოიყენეთ სამი “ვ”-ს პრინციპი: ვხედავ, ვუსმენ, ვგრძნობ. ეს ქმედებები 5 წამის განმავლობაში უნდა აკეთოთ.

თუ დაზარალებული არ სუნთქავს, თქვენ ვალდებული ხართ მიეხმაროთ მას პირში ჰაერის ჩაბერვის გზით: ნესტოებზე ხელი მოუჭირეთ და ჯერ ორი ღრმა ჩაბერვა გააკეთეთ, შემდეგ თითო-თითო ჩაბერვა შეასრულეთ. ამ პროცედურას ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია ეწოდება.

14.3.2.3 ნაბიჯი მესამე: პულსის არსებობის შემოწმება

დაზარალებულის პირველადი დათვალიერების უკანასკნელ საფეხურს პულსის შემოწმება წარმოადგენს. იგი გულისხმობს პულსის განსაზღვრას, ძლიერი სისხლდენისა და შოკური მდგომარეობის ნიშნების გამოვლენას.

თუ ადამიანი სუნთქავს, მისი გული მუშაობს, მაშინ საჭირო აღარ არის პულსის შემოწმება. თუ სუნთქვა შეჩერებულია, თქვენ დაზარალებულის პულსი უნდა გასინჯოთ. ხელით შეეხეთ დაზარალებულის ყელზე არსებულ საძილე არტერიას იმ მხრიდან, რომელიც თქვენთან უფრო ახლოა. ამისათვის მოძებნეთ ადამის ვაშლი (ხორხის მალლობი) და თითები გადაანაცვლეთ ჩაღრმავებაში, რომელიც ყელის გვერდით მდებარეობს. შენელებული ან სუსტი პულსის გარკვევა ძნელია. თუ პირველივე შეხებით ვერ შეიგრძენით პულსი, ისევ თავიდან დაიწყეთ. როცა ჩათვლით, რომ საჭირო წერტილს მიაგენით, პულსზე ხელი 10 წამით მაინც გააჩერეთ.

თუ დაზარალებულს პულსი არა აქვს, აუცილებელია გულის დახურული მასაჟის ჩატარება, ხოლო თუ არც სუნთქვაა და არც პულსი, მაშინ ხელოვნურ სუნთქვასთან ერთად უნდა ჩაატაროთ გულის დახურული მასაჟი. ამ პროცედურას გულ-ფილტვთა რეანიმაცია ეწოდება.

მოცემული პრინციპი მოიცავს აგრეთვე, ძლიერი სისხლდენის გამოვლენასაც. იგი რაც შეიძლება სწრაფად უნდა შეაჩეროთ.

თუ უგონო მდგომარეობაში მყოფ დაზარალებულს სუნთქვაც და პულსიც ესინჯება, არ დატოვოთ იგი ზურგზე დანოლილი. დაზარალებული გადააბრუნეთ გვერდზე, რათა მისი სასუნთქი გზები არ დაიხუროს. ამ მდგომარეობას დამზოგი მდგომარეობა ეწოდება. ამ მდგომარეობაში დაზარალებულის ენა არ ხურავს სასუნთქ გზებს. გარდა ამისა, ამ პოზიციაში პირის ღრუდან თავისუფლად გადმოვა ნალებინები მასა, გამონადენები და სისხლი, რაც თავიდან აგვაცილებს სასუნთქი გზების დახშობას.

14.3.3 პრინციპი მესამე: სასწრაფო დახმარების გამოძახება

სასწრაფო დახმარების გამოსაძახებლად დარეკეთ ტელეფონზე. თუ შესაძლებელია, დასარეკად სხვა ვინმე გაგზავნეთ, რადგან თქვენ ამ დროს დაზარალებულს უნდა გაუწიოთ პირველი დახმარება.

14.3.4. პრინციპი მეოთხე: განმეორებითი დათვალიერების ჩატარება

მას შემდეგ, რაც სასწრაფო დახმარებას გამოიძახებთ, თუ დარწმუნებული ხართ, რომ დაზარალებულის მდგომარეობა მის სიცოცხლეს საფრთხეს არ უქმნის, შეიძლება განმეორებითი დათვალიერების ჩატარება. განმეორებითი დათვალიერების მნიშვნელობა მდგომარეობს იმ პრობლემების აღმოჩენაში, რომლებიც არ წარმოადგენს უშუალო საფრთხეს დაზარალებულის სიცოცხლისთვის, მაგრამ შესაძლოა მოჰყვეს სერიოზული შედეგები, თუ დროულ დახმარებას არ აღმოვუჩინთ.

დაზარალებულის განმეორებითი დათვალიერებისა და პირველი დახმარების აღმოჩენის შემდეგ განაგრძეთ თვალყურის დევნება მის სასიცოცხლო ნიშნებზე სასწრაფო დახმარების მოსვლამდე. ადამიანის მდგომარეობა შეიძლება თანდათან გაუარესდეს და მოულოდნელად წარმოიშვას სერიოზული საფრთხე სიცოცხლისთვის (მაგალითად, სუნთქვის შეწყვეტა ან გულის გაჩერება).

14.4 სასუნთქი გზების პრობლემები

სუნთქვის შეჩერებისას ორგანიზმს ჟანგბადის მიწოდება უწყდება და გულის კუნთიც წყვეტს ფუნქციონირებას. ჟანგბადის უქონლობისას ორგანიზმის უჯრედები 5-6 წუთში კვდომას იწყებენ. ჟანგბადის უკმარისობაზე განსაკუთრებით მგრძნობიარეა თავის ტვინის უჯრედები.

სუნთქვის არსებობის შესამოწმებლად დაზარალებულს გაუხსენით სასუნთქი გზები, ყური მიაღეთ მის პირს და დააკვირდით სუნთქვის ნიშნებს მხედველობით, სმენით და შეგრძნებით ანუ ისარგებლეთ გამოკვლევის სამი “ვ”-ს პრინციპით: ვხედავ, ვუსმენ, ვგრძნობ.

იმ შემთხვევაში, როდესაც დაზარალებულს შეწყვეტილი აქვს სუნთქვა, შენარჩუნებულია გულის მუშაობა და სასუნთქი გზების გამავლობის აღდგენის შემდეგ სუნთქვა არ დაიწყო, საჭიროა ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის ანუ ხელოვნური სუნთქვის ჩატარება.

ხელოვნური სუნთქვა ტარდება პირიდან პირში:

- გააკეთეთ ღრმა ჩასუნთქვა;
- თქვენი ტუჩები მჭიდროდ მოათავსეთ დაზარალებულის ტუჩებზე;
- ღრმად ამოისუნთქეთ ჰაერი დაზარალებულის პირში;

მოზრდილებში და 1 წლის ასაკზე უფროს ბავშვებში თავი გადანეულია უკან და ნიკაპი აწეული, ხოლო 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში თავი ნახევრად გადანეულ მდგომარეობაშია. მოზრდილებში და 1 წლის ასაკის უფროს ბავშვებში ნესტოები მჭიდროდაა დახურული დამხმარის ცერა და საჩვენებელი თითებით, ტუჩები კი მჭიდროდ ებჯინება დაზარალებულის პირს. 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში დამხმარეს ტუჩები ებჯინება ჩვილის ცხვირსა და პირს.

მოზრდილებში წუთში ხდება 12 ღრმა ჩაბერვა, 1-დან 8 წლამდე ასაკის ბავშვებში 18 არცთუ ძალიან ღრმა ჩაბერვა, ხოლო 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში წუთში ხდება 22 მსუბუქი ჩაბერვა.

ჩასუთქული ჰაერი მოხვდება თუ არა ფილტვებში, ამას გავიგებთ გულმკერდის ან მუცლის მოძრაობით. თუ ჩასუნთქული ჰაერი ფილტვებში არ ხვდება, შესაძლებელია საქმე გვექონდეს სასუნთქი გზების გამავლობის დარღვევასთან ან არასწორად შესრულებულ ხელოვნურ სუნთქვასთან და დაუყოვნებლივ უნდა მივიღოთ შესაბამისი ზომები. ორი შედეგიანი ჩასუნთქვის შემდეგ შეამოწმეთ დაზარალებულის პულსის არსებობა. თუ პულსი არ არის, ხელოვნურ სუნთქვასთან ერთად საჭიროა გულის არაპირდაპირი მასაჟის ჩატარებაც. თუ პულსი არის, განაგრძეთ ხელოვნური სუნთქვის ჩატარება და ერთდროულად დაუკვირდით, ხომ არ დაიწყო დაზარალებულმა დამოუკიდებელი სუნთქვა ან ხომ არ დაკარგა პულსიც.

14.4.1 გაგუდვა

ჰაერი ცხვირიდან და პირიდან სასუნთქი გზების გავლით ხვდება ფილტვებში. როცა რაიმე მიზეზით ირღვევა სასუნთქი გზების გამტარიანობა, დაზარალებულს ეწყება სულის ხუთვა და მისი ორგანიზმი ველარ იღებს ჟანგბადის საჭირო რაოდენობას, რითაც მის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება. ასეთი მდგომარეობა სასწრაფო ჩარევას და პირველი დახმარების გაწევას საჭიროებს, რათა დროულად იქნას აღკვეთილი სასუნთქი გზების გამტარობის დარღვევა.

ყველაზე ხშირად სასუნთქი გზების გამტარობის დარღვევას იწვევს სასუნთქ გზებში უცხო სხეულის მოხვედრა, მაგალითად: საკვები, პატარა სათამაშო, სალექი რეზინი, ნაღებინები მასა, ნერწყვი და სხვა. ამ მდგომარეობას გაგუდვას უწოდებენ. გაგუდვასთან იმ შემთხვევაში გვაქვს საქმე, როცა საკვები ან სხვა საგანი საყლაპავის ნაცვლად ტრაქეაში ხვდება ანუ ხდება უცხო სხეულის ე.წ. “სასულეში გადაცდენა”. სასუნთქი გზების გაუვალობა შეიძლება იყოს სრული, როცა ჰაერის გამავლობა საერთოდ ვერ ხერხდება და ნაწილობრივი, როცა ჰაერის რაღაც რაოდენობა სასუნთქ გზებში მაინც ტარდება. საყოფაცხოვრებო პირობებში გაგუდვა საკმაოდ ხშირი შემთხვევაა და თუ ჩვენ არ ვიცით გაგუდვის დროს პირველი დახმარების სწორი ჩატარება, დაზარალებული სასიკვდილოდაა განწირული.

14.4.1.1 გაგუდვის ნიშნები

თუ ბავშვს მოულოდნელად გაუჭირდა სუნთქვა, აშკარაა, რომ მას ყელში რაღაც გაეჩხირა. მოზრდილ დაზარალებულს შეუძლია ჟესტებით მიგახვედროთ, რომ იგი იხრჩობა.

გარდა ამისა, არსებობს გაგუდვის ობიექტური ნიშნები:



- დაზარალებულს არ შეუძლია დახველება, ლაპარაკი და სუნთქვა.
- კანი და ტუჩები სწრაფად იღებენ მოცისფრო შეფერილობას.
- დაზარალებული სწრაფად კარგავს გონებას.
- დაზარალებულს ხელები შემოხვეულ აქვს ყელზე.

ეს შესტი, როცა დაზარალებულს ერთი ან ორივე ხელი ყელზე აქვს შემოჭერილი, წარმოადგენს გაგუდვის უნივერსალურ ნიშანს.

14.4.1.2 პირველი დახმარება გაგუდვის დროს

თუ დაზარალებულს სასუნთქი გზების ნაწილობრივი გაუვალობა აქვს, აიძულეთ იგი, რომ ამოახველოს, რადგანაც შესაძლებელია ამოხველებისას უცხო საგანი სასუნთქი გზებიდან ამოვარდეს. ადამიანი, რომელსაც ხველება და საუბარი შეუძლია, სუნთქვისთვის საკმარის ჰაერს ღებულობს. თუ ხველება დიდხანს გაგრძელდა, სასწრაფო დახმარებას გამოუძახეთ. თუ დაზარალებული ძლივს სუნთქავს, სუსტად ახველებს ან საერთოდ ვერ ლაპარაკობს, ისე მოიქეცით, როგორც სასუნთქი გზების სრული გაუვალობის სიტუაციაში:

- ხელის მტევანი დაარტყით ბეჭებს შორის. დარტყმების სერია შედგება ოთხი დარტყმისგან.
- დარტყმები გაცილებით ეფექტური იქნება, თუ დაზარალებულს სხეულის ზედა ნაწილს გადავარხევინებთ წინ, ხოლო თავი დაშვებული იქნება წელს ქვემოთ.
- ბეჭთაშორის დარტყმების სერიის შემდეგ თუ სასუნთქი გზები არ განთავისუფლდა უცხო სხეულისგან, დაზარალებულს კვლავ ვაიძულეთ ამოახველოს. თუ ესეც უშედეგო გამოდგა, გადავდივართ ჰაიმლიხის მეთოდის გამოყენებაზე.
- მოზრდილი ბავშვის სასუნთქი გზებიდან უცხო სხეულის მოსაშორებლად ბავშვი გადაინვინეთ მუხლებზე ისე, რომ თავი დახრილი იყოს



ტანის ქვემოთ და ჩაუტარეთ დარტყმების სერია. დარტყმის ძალა უნდა შეესაბამებოდეს ბავშვის აღნაგობას.

14.4.1.3 ჰაიმლიხის მეთოდი

სასუნთქი გზების სრული გაუვალობის დროს, როდესაც სასურველ შედეგს ვერ ვაღწევთ ბექთაშორის არეში დარტყმების სერიით და დაზარალებული ჯერ კიდევ გონზეა, იძულებულნი ვართ მივმართოთ ჰაიმლიხის მეთოდს. ჰაიმლიხის მეთოდი გამოიყენება მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, როცა საფრთხე ემუქრება დაზარალებულის სიცოცხლეს. ჰაიმლიხის მეთოდის გამოყენება დაუშვებელია ჯანმრთელ ადამიანზე, რადგანაც ამ დროს შეიძლება გამოვინვიოთ შინაგანი ორგანოების დაზიანება.

ჰაიმლიხის მეთოდი მდგომარეობს შემდეგში:

- დადებით დაზარალებულის უკან, ხელები შემოხვიეთ დაზარალებულს მუცლის ზედა ნაწილის დონეზე.
- ერთი ფეხი მოათავსეთ დაზარალებულის ფეხებს შორის, ხოლო მეორე ფეხზე გადაიტანეთ სიმძიმის ძალა. ეს საჭიროა იმისთვის, რომ ჰაიმლიხის მეთოდის გამოყენებისას შესაძლებელია დაზარალებულმა დაკარგოს გონება და მოხერხებულად შეეშველოთ ძირს დაცემისას.
- ერთი ხელის მტევანი შეკარით მუშტად და ცერა თითით დაანექით დაზარალებულის მუცლის ზედა მესამედს მკერდის ძვლის ქვემოთ, ხოლო მეორე ხელი მოხვიეთ პირველი ხელის მუშტს.
- ხელების ასეთი მდებარეობით მოახდინეთ მკვეთრი დანოლები დაზარალებულის მუცლის ზედა მესამედში ანუ იქ, სადაც მდებარეობს დიაფრაგმა. 4-6-ჯერ უკან და ზემოთ დანოლების სერია შეიძლება გაიმეოროთ რამდენჯერმე, სანამ სასუნთქი გზებიდან არ ამოვარდება უცხო სხეული და დაზარალებული არ დაიწყებს სუნთქვას ან სანამ დაზარალებული არ დაკარგავს გონებას.
- თუ დაზარალებულმა დაკარგა გონება, ის უნდა დაანვინოთ ზურგზე და განაგრძოთ დახმარების აღმოჩენა:
- დადებით მუხლებზე ისე, რომ დაზარალებულის თეძოები მოიქცეოთ მუხლებს შორის. დაადეთ ერთი გაშლილი ხელის მტევანი დაზარალებულს მუცლის ზედა მესამედის შუა ნაწილში, ხოლო მეორე ხელის მტევანი დაადეთ პირველი ხელის მტევანს.
- ხელების მკვეთრი მოძრაობით გააკეთეთ ზეწოლა შიგნით და ზევით მიმართულებით. ასეთი ბიძგი გაიმეორეთ 4-5-ჯერ.
- შეამოწმეთ დაზარალებულის პირის ღრუ. შესაძლებელია სასუნთქი გზებიდან ამოვარდა უცხო სხეული. პირის ღრუში უცხო სხეულის არსებობის

შესამოწმებლად ტუჩის ერთ კუთხეში ჩაუყავით თითი და რკალისებური მოძრაობით გამოატარეთ ტუჩის მეორე კუთხემდე.

- სასურველი შედეგის მიუღწევლობის შემთხვევაში, დაზარალებული გადმოაბრუნეთ გვერდზე და ბეჭთაშორის მიდამოში შიგნით და ზევით მიმართულებით ჩაუტარეთ 4-5 დარტყმების სერია.
- შეამოწმეთ პირის ღრუ.

წარუმატებელი შედეგისას მუცელზე ხელების ზეწოლის და ბეჭთაშორის არეში დარტყმის ციკლი გაიმეორეთ რამდენჯერმე. უმეტეს შემთხვევაში ჰაიმლიხის მეთოდი სასუნთქი გზებიდან უცხო სხეულის მოცილების საშუალებას იძლევა. თუ ეს მეთოდი უშედეგოა, მაშინ შეეცადეთ გამოიყენოთ ხელოვნური სუნთქვა.

ჰაიმლიხის მეთოდი ოდნავ შეცვლილი სახით გამოიყენება ორსულ ქალებში. ამ შემთხვევაში ზურგიდან ხელებს ხვევთ არა მუცლის ზედა მესამედზე, არამედ მკერდის ძვალზე. შესაძლებელია, ასეთივე მეთოდის გამოყენება დაგჭირდეთ ისეთ დაზარალებულზე, რომელიც ძალზე მსუქანია და მუცელზე ხელების შემოხვევას ვერ ახერხებთ. სხვა შემთხვევაში იქცევით ისე, როგორც გონებადაკარგული დაზარალებულის შემთხვევაში.

ბიძგებმა მუცელსა და მკერდის ძვალზე შეიძლება შინაგანი ორგანოების დაზიანება გამოიწვიოს, ამიტომ დაზარალებული აუცილებლად უნდა გადავიყვანოთ სამედიცინო დაწესებულებაში.

14.4.1.4 სასუნთქი გზების გახსნა გაგუდვის დროს

უგონო მდგომარეობაში მყოფი ადამიანისთვის სასუნთქი გზების გამტარიანობის დარღვევის გავრცელებულ მიზეზს წარმოადგენს ე.წ. ენის ჩავარდნა, როდესაც ენის ძირი ებჯინება ხორხსარქველს და ჰაერს აღარ ატარებს. ამ შემთხვევაში სასუნთქი გზები ჰაერისთვის გაუვალია და თუ დაზარალებულს სასწრაფოდ არ აღმოუჩინეთ შესაბამისი დახმარება, იგი დაიღუპება. არადა, დახმარების აღმოჩენა ძალზედ მარტივია:

- შუბლზე დადებული ერთი ხელით დაზარალებულს თავი გადაუწიეთ უკან და მეორე ხელის საჩვენებელი და შუა თითებით ნიკაპი აუწიეთ ზევით.

ასეთ მდგომარეობაში ხორხსარქველი იხსნება და სასუნთქი გზები ჰაერისთვის გამავალი ხდება. მოზრდილ ადამიანებში საჭიროა თავის ბოლომდე უკან გადანევა, ხოლო ჩვილებში ანატომიურად ხორხსარქველი მაშინ იხსნება სრულყოფილად, როდესაც თავი უკან ნახევრადაა გადანეული. ამის შემდეგ ჩაატარეთ პირიდან პირში ჰაერის ორჯერ ჩაბერვა. თუ ფილტვებში ჰაერი თავისუფლად ჩადის, ე.ი. დაზარალებულის სასუნთქი გზები გახსნილია.

ყველა შემთხვევაში, როცა გონებადაკარგულ ადამიანს თავი ძირს აქვს “ჩამოკიდებული”, უნდა ვივარაუდოთ სასუნთქი გზების ჩაკეტვა, მაგრამ სასუნთქი გზების გახსნა ზემოთ აღწერილი მეთოდით ყოველთვის არ შეიძლება. ეს ეხება ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ეჭვი გვაქვს თავის ან ხერხემლის დაზიანებაზე, რაც შეიძლება გამოწვეული იყო ძლიერი დარტყმით მიყენებული დაზიანებისას, სატრანსპორტო კატასტროფის, სიმაღლიდან ჩამოვარდნის ან სხვა ანალოგიური შემთხვევებისას. ამ დროს გამოიყენება ქვედა ყბის გამონევის მეთოდი თავის გადაწევის გარეშე, რათა თავისა და კისრის მოძრაობა მინიმუმამდე შევზღუდოთ: ორივე ხელის თითები მოკიდეთ ქვედა ყბის კუთხეებს და წინ გამოწიეთ.

თუ სასუნთქი გზების გაუვალობა გამოწვეულია შეშუპებული ქსოვილით, აუცილებელია სასწრაფო დახმარების გამოძახება, რადგანაც სასუნთქი გზების გახსნას თქვენ ვერ შეძლებთ.

14.4.1.5 თვითდახმარება გაგუდვის დროს

თუ თქვენ სასუნთქ გზებში უცხო სხეულის მოხვედრით გაიგუდეთ, გვერდით კი არავინ გყავთ, შეგიძლიათ დამოუკიდებლად ჩაიტაროთ ბიძგების პროცედურა მუცელში ორი მეთოდით:

- ერთი ხელი მუშტად შეკარით, დიდი თითის მხრიდან მიიჭირეთ შუა მუცელზე მკერდის ძვლის ქვემოთ. მუშტი მეორე ხელით დაიჭირეთ და ჩაიტარეთ სწრაფი ბიძგები ქვემოდან ზემოთ.
- წინ გადაიხარეთ, მუცლის ზედა მესამედით დაეყრდენით რაიმე მკვრივ საგანს, მაგალითად, სკამის ზურგს, მოაჯირს ან ნიჟარას და მასზე ზეწოლით მოახდინეთ მუცელზე ბიძგების ზემოქმედება.

14.5 სისხლის მიმოქცევა

სუნთქვის შეჩერების დროს გული განაგრძობს მუშაობას მხოლოდ რამდენიმე წუთის განმავლობაში და ჟანგბადის მიუწოდებლობის გამო, ისიც წყვეტს შეკუმშვას.

14.5.1 გულ-ფილტვთა რეანიმაცია

გულის გაჩერების შემდეგ ტვინი და სხვა სასიცოცხლო ორგანოები მხოლოდ რამდენიმე წუთს ცოცხლობს. აქედან გამომდინარე, გულის გაჩერების შემთხვევაში აუცილებელია სასწრაფო სარეანიმაციო ღონისძიებების ჩატარება. რადგანაც გულის გაჩერების შემდეგ სუნთქვაც მალევე წყდება, ამდენად, სარეანიმაციო ღონისძიებები მოიცავს ხელოვნური სუნთქვის და გულის დახურული მასაჟის ერთდროულ ჩატარებას, ანუ გულ-ფილტვთა რეანიმაციას. სარეანიმაციო ღონისძიებები

უზრუნველყოფს ნორმის 25-30% სისხლის მიწოდებას ტვინსა და გულში. სარეანიმაციო პროცედურების გამოყენების შემთხვევაშიც კი დაზარალებულის სიცოცხლის გადარჩენის შანსი ძალიან მცირეა, თუ მას დროულად არ ჩაუტარდა კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება.

გულის დაზარალებული მასაჟის არსია მექანიკური ძალის გამოყენებით გულის ხელოვნურად შეკუმშვისა და გაფართოების მცდელობა მისი ფუნქციის აღდგენამდე. გულის შეკუმშვა ხორციელდება დაზარალებულის გულმკერდზე გარკვეული რიტმით შექმნილი ზენოლით.

გულის მუშაობის დასადგენად უნდა შევამოწმოთ პულსაცია საძილე არტერიაზე, ამ შემთხვევაში მაჯაზე პულსის შემოწმება ნაკლებინფორმაციულია, რადგანაც შეიძლება გული მუშაობდეს, მაგრამ წნევის დაცემის გამო პერიფერიულ არტერიებზე პულსაცია არ ფიქსირდებოდეს. საძილე არტერია ისინჯება ყელზე, ხორხის მიმდებარედ არსებულ ჩაღრმავებაში ე.წ. “ადამის ვაშლის” გვერდით. ჩვილ ბავშვებში პულსაცია ისინჯება ილლიის ქვეშ ხელის შიდა ზედაპირზე. თუ 10 წამის განმავლობაში ვერ შევიგრძენით პულსი, ვინწყებთ სარეანიმაციო ღონისძიებებს.

დაზარალებულს ათავსებთ მკვრივ, სწორ ზედაპირზე, ზურგზე ნოლით მდებარეობაში და ვძებნით დაზარალებულის გულმკერდზე ზენოლის ნერტილს:

- მოათავსეთ ორი თითი მკერდის ძვლის დაბოლოების ზევით;
- მეორე ხელის მტევნის ფუძე მოათავსეთ მკერდის ძვალზე დაფიქსირებული ორი თითის გვერდზე;
- პირველი ხელის მტევანი დაადეთ მეორე ხელს ისე, რომ თითები არ შეეხოს დაზარალებულის გულმკერდს.

თუ თქვენ მარტო გინევთ გულ-ფილტვის რეანიმაციის ჩატარება, მაშინ აკეთებთ 2 ჩასუნთქვას პირიდან პირში, ხოლო შემდეგ 15 ზენოლას გულმკერდზე. ციკლი 2 ჩასუნთქვა + 15 ზენოლა უნდა განხორციელდეს წუთში 5-ჯერ ანუ ზენოლების რიტმი უნდა დაუახლოვდეს ადამიანის გულის ცემის რიტმს, რაც წუთში საშუალოდ 80-ს შეადგენს. უფრო მოსახერხებელია, როცა გულ-ფილტვის რეანიმაციას ორი დამხმარე ანხორციელებს, ამ შემთხვევაში ერთი დამხმარე აკეთებს გულმკერდზე 5 ზენოლას და ამის შემდეგ მეორე დამხმარე ატარებს 1 ჩასუნთქვას პირიდან პირში. ციკლი 1 ჩასუნთქვა + 5 ზენოლა უნდა განხორციელდეს წუთში 16-ჯერ.

გულის დაზარალებული მასაჟის ჩატარება საკმაოდ შრომატევადი პროცედურაა, ამიტომ თავიდანვე სწორად უნდა შეარჩიოთ პოზიცია: ასეთ პოზიციად ითვლება დაზარალებულის გულმკერდის შუა დონეზე ყოფნა, რაც იძლევა როგორც გულის დაზარალებული მასაჟის, ასევე ხელოვნური სუნთქვის ნორმალურად ჩატარების საშუალებას. თუ სხვა ვინმეც გვეხმარება, მაშინ იგი დგება დაზარალებულის თავის უკან ხელოვნური სუნთქვის ჩასატარებლად.

დაზარალებულის გულმკერდის შეკუმშვის დროს თქვენი ორივე ხელი უნდა იყოს იდაყვში გამართული. გულმკერდზე ზეწოლა ხდება მთელი სხეულის გასწორებულ ხელებზე დაყრდნობით. წელში მოხრა და ზეწოლის შექმნა მოხრილი ხელებით დამღლევი და არაეფექტურია. მოზრდილებში გულმკერდზე ზეწოლის სიღრმეა 4-5 სმ, 1-დან 8 წლამდე ასაკის ბავშვებში 3 სმ, ხოლო ჩვილებში 1,5-2 სმ.

14.5.2 სისხლდენა და ჭრილობები

როდესაც ირღვევა სისხლძარღვების და ვითარდება სისხლდენა, - ტვინი, გული და თირკმლები ცდილობენ, მომენტალურად აღიდგინონ სისხლის დანაკარგი, რათა შეინარჩუნონ ჟანგბადით გამდიდრებული სისხლის მიწოდება. ორგანიზმი იწყებს, უფრო მეტი წითელი სხეულების გამოთქმას, რაც ხელს უწყობს ჟანგბადის მიწოდების გაზრდას უჯრედებისთვის. ორგანიზმში არსებული ზედმეტი სითხე, რომელიც ჩვეულებრივ სიტუაციაში გარეთ გამოდინდება, ისევ ბრუნდება სისხლში, ცირკულაციაში სისხლის მუდმივი მოცულობის შენარჩუნების მიზნით. ჭრილობის ირგვლივ სისხლი იწყებს შედედებას, რომელიც ეცობა დაზიანებულ სისხლძარღვს და აჩერებს სისხლდენას.

დაზარალებულის სიცოცხლისთვის საფრთხეს წარმოადგენს ძლიერი სისხლდენა, რომლის გამოც ცირკულაციაში მყოფი სისხლის მოცულობა კრიტიკულ დონემდე ეცემა. ამის შედეგად კი სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოები ვეღარ ღებულობს საჭირო რაოდენობის ჟანგბადს.

14.5.2.1 პირადი უსაფრთხოების ზომები სისხლდენის დროს დახმარების აღმოჩენისას

სისხლდენის შეჩერებისას დაავადების გადადების რისკის შესამცირებლად მიიღეთ შემდეგი ზომები:

- არ შეეხოთ ჭრილობას დაუცავი ხელებით. გამოიყენოთ, რეზინის ერთჯერადი ხელთათმანები ან პოლიეთილენის პარკი ან თქვენს ხელსა და ჭრილობას შორის ჩადეთ დოლბანდის ხელსახოცი ან რაიმე სუფთა და მშრალი ქსოვილი, ან გამოიყენეთ თვითონ დაზარალებულის ხელი.
- პირველი დახმარების აღმოჩენის დამთავრებისთანავე გულმოდგინედ დაიბანეთ ხელები საპნით მაშინაც კი, თუ ხელთათმანებით საქმიანობდით. არავითარ შემთხვევაში არ დაიბანოთ ხელები კვების პროდუქტების მახლობლად.

14.5.3 ჭრილობის ინფიცირების პროფილაქტიკა

კანის დაზიანების დროს უნდა ვიზრუნოთ ინფექციის ორგანიზმში მოხვედრის თავიდან ასაცილებლად. საუკეთესო პირველად დაცვას წარმოადგენს დაზიანებული ადგილის მობანა. თუ სისხლდენა უმნიშვნელოა საპნიანი წყლი უმრავლეს შემთხვევებში აცილებს დაავადების გამომწვევ მიკრობებს, სხვა შემთხვევაში უნდა მივმართოთ სამედიცინო დაწესებულებას, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ისეთი მძიმე გართულება, როგორიც ტეტანუსია.

14.5.4 გარეგანი სისხლდენა

გარეგან სისხლდენას იწვევს სისხლძარღვების დაზიანება სისხლის გამოსვლით კანის ზედაპირზე. უმნიშვნელო სისხლდენა, როგორიცაა, მაგალითად, პატარა გაკანვრის შემთხვევაში, თვითონვე ჩერდება 10 წუთის განმავლობაში, სისხლის შედედების უნარის მიხედვით. მაგრამ მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანების შემთხვევაში, როცა სისხლი ძალიან ჩქარა მოედინება და ვერ ასწრებს შედედებას, სისხლდენამ შეიძლება საფრთხე შეუქმნას სიცოცხლეს, განსაკუთრებით ბავშვებსა და ჩვილებში, რომლებსაც გაცილებით ნაკლები რაოდენობის სისხლი აქვთ, ვიდრე მოზრდილ ადამიანებს.

სისხლდენის ინტენსიურობა დამოკიდებულია სისხლძარღვის დაზიანების სახეობაზე. არტერიული სისხლდენისთვის დამახასიათებელია:

- სწრაფი და უხვი სისხლდენა;
- ძლიერი ტკივილი სხეულის დაზიანებულ ნაწილში;
- სისუსტე;
- სისხლის ხასხასა წითელი ფერი;
- სისხლდენა ძალიან მაღალი წნევით;
- როგორც წესი, სისხლი ჭრილობიდან შადრევანივით ასხამს.

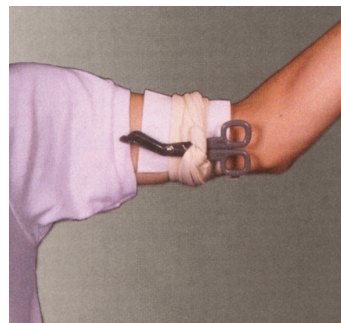
არტერიული სისხლდენის შეჩერება საკმაოდ რთულია.

ვენური სისხლდენისთვის დამახასიათებელია:

- სისხლი თანაბრად და მდორედ მოედინება ჭრილობიდან და არ ასხამს შადრევანივით;
- სისხლი მუქი წითელი ან ბორდოს ფერია.

14.5.4.1 პირველი დახმარება გარეგანი სისხლდენის დროს

- ხელი დააჭირეთ ჭრილობას;
- დაზიანებული კიდური მალე ასწიეთ;
- დაზარალებული ზურგზე დააწვინეთ;
- დაადეთ სახვევი;
- მიიღეთ შოკის საწინააღმდეგო ზომები.



14.5.4.2 თითის დაჭერის წერტილები არტერიებზე

თითის დაჭერის მეთოდი არტერიებზე არტერიული სისხლდენის შეჩერების ერთ-ერთ საშუალებას წარმოადგენს: იგი ჭრილობაზე პირდაპირი დაწოლისათვის გამოიყენება. ეს მეთოდი ითვალისწინებს, რომ პირველი დახმარების აღმომჩენი ადამიანი ხელს აჭერს არტერიის დაზიანების ადგილის ზევით. არტერიებზე თითის დაჭერის მრავალი წერტილი არსებობს, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს ორი ძირითადი წერტილი: მხრის და ბარძაყის. ეს მანიპულაცია, სულ ცოტა, 10 წუთის განმავლობაში მაინც უნდა ჩატარდეს. მისი ძირითადი ნაკლი იმაში მდგომარეობს, რომ დახმარების აღმომჩენ ადამიანს ამ დროს არ შეუძლია სხვა მოქმედებების შესრულება.

14.5.4.3 ლახტის დადება

ლახტის დადება ყველაზე ეფექტური მეთოდი არტერიული სისხლდენის შესაჩერებლად. ლახტის გამოყენება საუკეთესო საშუალებაა კიდურის სრული ამპუტაციის დროს. მჭიდრო ნახვევის დადება და არტერიაზე თითის დაჭერა პრაქტიკულად მუდამ საკმარისია ძლიერი სისხლდენის შესაჩერებლად. პირველი დახმარების აღმომჩენ ადამიანს უნდა ახსოვდეს, რომ ლახტის დადება არაამპუტირებულ კიდურზე წყვეტს სისხლის მიწოდებას ლახტის ქვევით მოთავსებულ ქსოვილებში, რამაც, შესაძლოა, გამოიწვიოს ნერვების და სისხლძარღვების დაზიანება და, საბოლოო ჯამში, კიდურის დაკარგვა. ამდენად, ლახტის დადება გამოიყენება, როგორც უკიდურესი საშუალება სისხლდენის შესაჩერებლად.

ლახტის დადების წესებია:

- ლახტის დადება ხდება დაზიანებული ადგილის ზევით, დაახლოებით 5 სმ-ის დაშორებით;
- საფენი მოათავსეთ დაზარალებულ კიდურსა და ლახტს შორის;
- ლახტი ერთხელ განასკვეთ, ზევიდან რაიმე საგანი (მაკრატელი, ხის ნაჭერი) დაადეთ. დაამაგრეთ იგი კიდევ ერთი ნასკვით და დაიწყეთ ლახტის

გადაგრება მანამდე, ვიდრე სისხლდენა არ შეწყდება. საგანი ორმაგი ნასკვით დააფიქსირეთ;

- არასოდეს მოადუნოთ ლახტი. დაიმახსოვრეთ მისი დადების დრო.

14.5.5 უმნიშვნელო ჭრილობები

- კაპილარული სისხლდენის დროს სისხლი ჭრილობიდან წვეთავს;
- სისხლი დაბალი წნევით გამოდის;
- კაპილარიდან გამოსული სისხლი, როგორც წესი, არ არის ისეთი ხასხასა ფერის, როგორიც არტერიული;
- სისხლის შედედება სწრაფად ხდება.

პირველი დახმარება

- მობანეთ ჭრილობა ანტისეპტიკური ხსნარით ან საპნიანი წყლით;
- გაჭუჭყიანებული ჭრილობების გასასუფთავებლად გამოიყენეთ სუფთა ხელსახოცი ან სტერილური ტამპონი: დამუშავება დაიწყეთ შუა ჭრილობიდან ნაპირების მიმართულებით. ცვალები ხელსახოცები ყოველი მომდევნო მოქმედების დაწყებისას;
- დაადეთ პატარა სახვევი;
- ექიმის დახმარება მხოლოდ იმ შემთხვევაშია საჭირო, თუ არსებობს ჭრილობის ინფიცირების რისკი;
- ჭრილობის მოსაბანად ნუ გამოიყენებთ სპირტს.

14.5.6 შინაგანი სისხლდენა

შინაგან სისხლდენას ადგილი აქვს, როცა სისხლი დაზიანებული სისხლძარღვიდან ორგანიზმის შიგნით იღვრება. გაცილებით რთულია შინაგანი სისხლდენის გამოვლენა, ვიდრე გარეგანისა, რადგანაც მისი სიმპტომები არც ისე მკვეთრად არის გამოხატული და, შესაძლოა, მხოლოდ გარკვეული პერიოდის შემდეგ გამოვლინდეს.

- კანის გალურჯება (ჩალურჯებების წარმოქმნა) ტრავმის მიდამოებში;
- რბილი ქსოვილები მტკივნეულია, დასიებულია ან გამაგრებულია. მუცლის ღრუში შინაგანი სისხლდენის დროს;
- აღელვების ან შეშფოთების გრძნობა დაზარალებულში;
- გახშირებული სუნთქვა;
- ფერმკრთალი, ცივი ან ნამიანი კანი;
- გულის რევა და ღებინება;

- დაუოკებელი წყურვილის გრძნობა;
- ცნობიერების დონის დაქვეითება;

პირველი დახმარება

- ნებისმიერ სიტუაციაში დაიცავით პირველი დახმარების აღმოჩენის ძირითადი პრინციპები;
- აღმოუჩინეთ ისეთი დახმარება, როგორიც შოკის ან მისი განვითარების თავიდან აცილების შემთხვევაში;
- შინაგანი სისხლდენის დროს დაადეთ ცივი საფენი ტკივილისა და შესიების შესამცირებლად. ცივი კომპრესი ამსუბუქებს ტკივილს და აქრობს შესიებას. ყინულის გამოყენების შემთხვევაში, დაზიანებულ ადგილზე დადებამდე შეახვიეთ იგი დოლბანდში, პირსახოცში ან ქსოვილში. ცივი საფენები დაადეთ ყოველ 1 საათში ერთხელ 15 წუთის განმავლობაში;
- არ შეიძლება შინაგანი დაზიანების მიჩნევა უბრალო ჩალურჯებად. თუ დაზარალებული ძლიერ ტკივილს უჩივის ან არ შეუძლია კიდურების მოძრაობა, აგრეთვე, თუ მიგაჩნიათ, რომ მიღებული ტრავმა საკმაოდ სერიოზულია, დაუყოვნებლივ გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.

14.5.7 უცხო სხეული ჭრილობაში

თუ დაზარალებულს ჭრილობაში უცხო სხეული აქვს, იხელმძღვანელებთ შემდეგი მითითებებით:

- არ ამოიღოთ საგანი ჭრილობიდან.
- დაადეთ სქელი ხელსახოცი უცხო სხეულის ფიქსაციისთვის. გახსოვდეთ, რომ უცხო სხეულის ნებისმიერმა მოძრაობამ შეიძლება შინაგანი ქსოვილების უფრო მეტი დაზიანება გამოიწვიოს.
- შეაჩერეთ სისხლდენა ისე, რომ სახვევი უცხო სხეულის ირგვლივ შემოუჭიროთ.

14.5.8 გულმკერდის გამჭოლი ჭრილობა

დაზარალებულს გულმკერდის გამჭოლი ჭრილობის შემთხვევაში ოპერატიულად უნდა ჩაუტარდეს პირველი დახმარება და შემდგომი კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება, რადგანაც დროთა განმავლობაში მისი მდგომარეობა გაუარესდება. დაზარალებულ ფილტვს ან ფილტვებს არ შეუძლია ნორმალური ფუნქციონირება, რთულდება სუნთქვა და ძლიერდება შინაგანი სისხლდენა. სასწრაფო დახმარების გამოძახების შემდეგ დაიცავით პირველი დახმარების აღმოჩენის შემდეგი წესები:

- სთხოვეთ დაზარალებულს ღრმად ჩაისუნთქოს;

- ჭრილობა დაფარეთ ისეთი სახვევით, რომელიც ჰაერს არ ატარებს, მაგალითად, პოლიეთილენის პაკეტით. თუ პაკეტი არა გაქვთ, გამოიყენეთ რაიმე ქსოვილი.
- სახვევი ლეიკოპლასტიკით დაამაგრეთ ისე, რომ სახვევის ერთი მხარე ღია დარჩეს. ამის შედეგად ჰაერი ვერ მოხვდება ჭრილობაში ჩასუნთქვისას, მაგრამ შეძლებს გამოსვლას ამოსუნთქვისას.

14.5.9 სისხლდენა ცხვირიდან

ცხვირი დაქსელილია უამრავი სისხლძარღვით, რომელთა დაზიანებაც ძლიერ სისხლდენას იწვევს. როგორც წესი, სისხლი ნესტოებიდან გამოდის, მაგრამ ჩასუნთქვისას იგი შეიძლება სასულეში მოხვდეს და გაგუდვა ან ლებინება გამოიწვიოს. ცხვირის ტრავმები, ძირითადად, გამოწვეულია დარტყმით, რის შედეგადაც ხშირად სისხლდენა იწყება. სისხლდენას ცხვირიდან იწვევს, აგრეთვე, მაღალი წნევა ან სიმაღლის მკვეთრი შეცვლა.

ცხვირიდან სისხლდენის დროს აღმოუჩინეთ შემდეგი დახმარება:

- დაზარალებულს სთხოვეთ დაჯდეს, თავი ოდნავ წინ დახაროს და ნესტოებზე ხელი მოიჭიროს 10-15 წუთის განმავლობაში.
- როგორც კი სისხლდენა შეწყდება, დაზარალებულს ურჩიეთ, რომ ცხვირი არ მოისრისოს, არ იჩიჩქნოს და არ მოიხოცოს, რათა არ გამოიწვიოს განმეორებითი სისხლდენა.
- თუ ეს ღონისძიებები არ შეეღობა, თუ სისხლდენა განახლდა ან იგი მაღალი წნევის შედეგია, მიმართეთ ექიმს.
- თუ დაზარალებული გონებას კარგავს, იგი გვერდზე დააწვინეთ, რათა სისხლს ცხვირიდან თავისუფლად გამოსვლის საშუალება ჰქონდეს. დაუყოვნებლივ გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.
- თუ მიგაჩნიათ, რომ ცხვირში უცხო სხეული მოხვდა, შეიხედეთ ნესტოებში. თუ საგნის დაჭერა შესაძლებელია, სცადეთ მისი გამოღება. მაგრამ არასოდეს შეეცადოთ უცხო სხეულის მოსინჯვას თითით, რადგან შეიძლება იგი უფრო ღრმად ჩააგდოთ და ძლიერი სისხლდენა გამოიწვიოთ, თანაც ამით თქვენ მის გამოღებას გაართულებთ. თუ უცხო სხეულის ცხვირიდან გამოღება შეუძლებელია, დაზარალებულმა ექიმს უნდა მიმართოს.

14.6 შოკი

შოკი, როგორც წესი, ვითარდება ძლიერი შინაგანი ან გარეგანი სისხლდენის შედეგად. ამ დროს ხდება ცირკულაციაში მყოფი სისხლის რაოდენობის შემცირება, რაც აქვეითებს ჟანგბადის მიწოდებას სასიცოცხლო ორგანოებამდე. შოკის გამოწვევა

შეუძლია, აგრეთვე, სითხის დაკარგვის სხვა სახეობებს, მაგალითად, კუჭის აშლას, ლებინებას ან ძლიერ დამწვრობას. შოკი სიცოცხლისთვის საშიშ მდგომარეობას წარმოადგენს და შეიძლება სიკვდილიც კი გამოიწვიოს.

შოკური მდგომარეობის ნიშნები და სიმტომები ძალიან ჰგავს ძლიერი შინაგანი და გარეგანი სისხლდენის სიმპტომებს.

- ფერმკრთალი, ცივი და ნამიანი კანი;
- სისუსტე.
- მოუსვენრობა;
- პირის სიმშრალე, წყურვილი;
- სუსტი, გახშირებული პულსი;
- გახშირებული სუნქვა;
- გონების არევა;
- უგონო მდგომარეობა.

გახსოვდეთ, რომ პირველი დახმარების აღმოსაჩენად აუცილებელი არ არის შოკის გამომწვევი მიზეზის ცოდნა ან სისხლდენის დანახვა.

პირველი დახმარება

ნებისმიერი სიტუაციის შემთხვევაში დაიცავით პირველი დახმარების აღმოჩენის ძირითადი პრინციპები:

- შეინარჩუნეთ დაზარალებულის სხეულის ნორმალური ტემპერატურა, დააფარეთ მას პლედი ან პალტო. სთხოვეთ, მიიღოს მწოლიარე მდგომარეობა (თავი და ტანი უნდა იყოს ერთ დონეზე).
- ფეხები აუწიეთ 30 სმ-ით მაღლა ტანის დონესთან შედარებით, რათა გაუმჯობესდეს სისხლის მიწოდება სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებამდე. ფეხების აწევა არ შეიძლება თუ დარწმუნებული არ ხართ, რომ არ არსებობს თავის, კისრის, ხერხემლის, თეძოს მოტეხილობა.
- სცადეთ შოკის გამომწვევი მიზეზის აღკვეთა, მაგალითად, შეაჩერეთ გარეგანი სისხლდენა.
- დაამშვიდეთ დაზარალებული.
- დაზარალებულს არ მისცეთ წყალი (თუ წყურვილი აწუხებს, მხოლოდ ტუჩები დაუსველეთ), რადგანაც წყლის მიცემამ შეიძლება გამოიწვიოს ლებინება, რაც კიდევ უფრო დაამძიმებს დაზარალებულის მდგომარეობას.

14.7 თვალის ტრავმა

თვალის ტრავმამ შეიძლება დააზიანოს ირგვლივ მყოფი ძვლოვანი და რბილი ქსოვილები, ან თავად თვალის კაკალი. ბლაგვი საგნით შესაძლებელია თვალის მიდამოს დაზიანება ან თვალის კაკლის გამჭოლი ჭრილობის გამოწვევა. თვალის კაკლის ირგვლივ მიყენებული ტრავმებისას ისეთივე დახმარების განწვევა ხდება, როგორიც რბილი ქსოვილების სხვა დაზიანებების დროს.

თვალის კაკლის ტრავმა ძალიან სერიოზულია და სპეციალურ დახმარებას საჭიროებს. გამოიყენეთ პირველი დახმარების შემდეგი რეკომენდაციები:

- მიეხმარეთ დაზარალებულს მოხერხებული მდგომარეობის მიღებაში.
- არ სცადოთ უცხო სხეულის ამოღება თვალიდან რაიმე ინსტრუმენტით.
- დაზიანებული თვალი არასოდეს მოსრისოთ.

თვალში უცხო სხეულს, მაგალითად, ჭუჭყის, ქვიშის ან ბურბუშელას მოხვედრისას, დაზარალებულს შესაძლოა ძლიერი ტკივილი ჰქონდეს და თვალის გახელა არ შეეძლოს. ამ შემთხვევაში მას შემდეგი დახმარება აღმოუჩინეთ: სთხოვეთ თვალი დაახამხამოს, რადგან ამ დროს შესაძლებელია უცხო სხეულის ამოვარდნა, დაგროვილმა ცრემლებმა შეიძლება იგი თვალიდან გამორეცხოს. შემდეგ სცადეთ თვალის ფრთხილად მობანა წყლით. თუ ეს არ უშველის, თვალზე ხელსახოცი დააფარეთ, ლეიკოპლასტიკით დაამაგრეთ და ექიმს მიმართეთ.

თვალის დაზიანების შემთხვევაში ისეთი უცხო სხეულით, როგორიც არის, მაგალითად, მავთული, დანა, ფანქარი და ა.შ., აღმოუჩინეთ შემდეგი დახმარება:

- არ სცადოთ უცხო სხეულის ამოღება. თვალს დააფარეთ სტერილური ხელსახოცი და დოლბანდით დაამაგრეთ;
- თუ თვალი დაზიანდა, მაგრამ უცხო სხეული მასში აღარ არის, თვალს სტერილური სახვევი დაადეთ;
- ორივე შემთხვევაში აუცილებლად მიმართეთ ექიმს.
- თვალში ქიმიური ნივთიერების მოხვედრისას გაუწიეთ შემდეგი დახმარება:
- ფრთხილად გამორეცხეთ თვალი წყლის ჭავლით. ქიმიკატების მოხვედრის შემთხვევაში ეს გამორეცხვა ხანგრძლივად (20 წუთი) უნდა ჩატაროთ მანამ, ვიდრე არ მოვა სასწრაფო დახმარების ბრიგადა ან ტკივილი არ შეწყდება. დაზარალებული ისე უნდა დაანვინოთ, რომ დაზიანებული თვალი ჯანმრთელი თვალის ქვემოთ აღმოჩნდეს, რათა თავიდან ავიცილოთ ჯანმრთელი თვალის დაზინძურება.

14.8 ყურის ტრავმა

ყურის ტრამვის დროს შესაძლებელია ყურის რბილი ქსოვილების ან მისი დაფის აპკის დაზიანება. თუ დარწმუნებული ხართ, რომ სისხლდენა მხოლოდ რბილი ქსოვილების დაზიანებამ გამოიწვია, გამოიყენეთ ჭრილობაზე უშუალო დაჭერის მეთოდი. მაგრამ თუ დაზარალებულს თავის სერიოზული ტრავმა აღენიშნება და ყურიდან სისხლი ან სხვა სითხე გამოსდის, შეასრულეთ შემდეგი მითითებები:

- არ სცადოთ გამონადენის შეჩერება ჭრილობაზე უშუალო დაჭერის მეთოდით.
- ყურს მსუბუქი სტერილური სახვევი დაადეთ.
- დაუყოვნებლივ გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.

ყურის შინაგანი ტრავმები შეიძლება გამოიწვიოს თავში ჩარტყმამ ან წნევის მოულოდნელმა ცვლილებამ, რაც ხდება, მაგალითად, წყალში ჩაყვინთვის ან აფეთქებების შემთხვევაში. დაზარალებული შეიძლება უჩიოდეს სმენის ან წონასწორობის დაკარგვას და ტკივილს ყურებში. მსგავს შემთხვევებში გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.

ყურის არხში უცხო სხეულის, მაგალითად, ჭუჭყის, მწერის, ბამბის ტამპონის მოხვედრისას, დაზარალებულს შემდეგი დახმარება აღმოუჩინეთ:

- თუ ხედავთ საგანს და შეგიძლიათ მისი დაჭერა, ამოიღეთ იგი.
- არ სცადოთ უცხო სხეულის ამოღება ქინძისთავის, კბილის საჩიჩქნის ან სხვა წვეტიანი საგნის დახმარებით. ამით თქვენ უცხო სხეულს უფრო ღრმად ჩააგდებთ ან გახვრიტავთ დაფის აპკს.
- სცადეთ უცხო სხეულის ამოღება ყურის ბიბილოს დაბლა დაჩაქვით ან სთხოვეთ დაზარალებულს ფრთხილად გააქნიოს თავი.
- თუ ზემოთ ჩამოთვლილი ზომები არ უშველის, დაზარალებულმა სასწრაფოდ უნდა მიმართოს ექიმს.

14.9 ტრავმები

14.9.1 თავის ტვინის შერყევა

ნებისმიერმა ძლიერმა ზემოქმედებამ თავზე, შეიძლება გამოიწვიოს ტვინის შერყევა, რომელიც თავის ტვინის ფუნქციების დროებითი შესუსტებით გამოიხატება. თავის ტვინის შერყევაზე შეიძლება ვიფიქროთ, როცა თავის ტრამვის შედეგად ვითარდება:

- მხედველობის დაბინდვა;
- ცნობიერების აღრევა;
- ხანმოკლე მეხსიერების დროებითი დაკარგვა (იმის შესახებ, თუ რა მოხდა ტრავმამდე);

- გულის რევა და ღებინება;
- კოორდინაციის უქონლობა;
- სხვადასხვაგვარი თვალები;
- ძილის სურვილი;
- უგონო მდგომარეობა.

თავის ტვინის შერყევის შემჩნევისას აუცილებლად უნდა მივმართოთ ექიმს. დაზარალებული ყურადღების ქვეშ უნდა იყოს მთელი დღე-ღამის განმავლობაში, ვინაიდან გართულება შეიძლება ნებისმიერ დროს გამოვლინდეს; ღამის განმავლობაში დაზარალებული უნდა გავალვიძოთ ყოველ 2-3 საათში ერთხელ ცნობიერების დონის შესამოწმებლად.

14.9.2 საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ტრავმები

არსებობს საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ტრავმების ოთხი ძირითადი სახე:

- მოტეხილობა;
- ამოვარდნილობა;
- დაჭიმულობა და ღრძობა;
- კუნთების და მყესების დაჭიმვა ან განწყვეტა;

14.9.2.1 მოტეხილობა

მოტეხილობა – ეს არის ძვლის მთლიანობის დარღვევა. იგი შეიძლება იყოს სრული და არასრული, მაგალითად, როცა ძვალი ტყდება ან იბზარება. ღია მოტეხილობისთვის დამახასიათებელია ჭრილობის არსებობა. მოტეხილი ძვლის ბოლოები ხეტქავს კანს და გარეთ გამოდის, ან რაიმე საგანი ჭრის კანის საფარველს და იწვევს ძვლის მოტეხილობას. რბილი ქსოვილის ნებისმიერი დაზიანება სავარაუდო მოტეხილობის მიდამოებში ღია მოტეხილობის არსებობას ადასტურებს. დაზარალებული მოტეხილობის დროს, რომელიც უფრო მეტად არის გავრცელებული, კანის საფარველი დაუზიანებელი რჩება. ღია მოტეხილობა უფრო საშიშია იმდენად, რამდენადაც არსებობს ჭრილობაში ინფექციის შეჭრისა და სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის საშიშროება.

14.9.2.2 ამოვარდნილობა

ამოვარდნილობა ვითარდება სახსრის ძლიერი მექანიკური ტრავმის დროს. ამოვარდნილობის დროს ირღვევა სახსრის მთლიანობა, რაც ძალზე მტკივნეულია.

ტკივილთან ერთად ამოვარდნილობას ახასიათებს შეშუპება, ამოვარდნილი ძვლის დეფორმაცია, კიდურის სიგრძის შეცვლა და მოძრაობის შეუძლებლობა.

14.9.2.3 დაჭიმულობა და ღრძობა

ღრძობა – ეს არის ძვლის გადაადგილება მისი ნორმალური მდგომარეობიდან სახსართან მიმართებაში. სახსარზე განხორციელებულმა ზედმეტმა დატვირთვამ შეიძლება იოგების სრული განწყვეტა და ძვლის ღრძობა გამოიწვიოს. იოგების მსუბუქი დაჭიმვის დროს, როგორც წესი, შეხორცება საკმაოდ სწრაფად ხდება. დაზარალებულს შეიძლება ხანმოკლე ტკივილი ჰქონდეს, რომელიც მალე გაუვლის და ფიზიკური აქტივობის განახლებას შეძლებს. ამიტომ ადამიანები ხშირად არ აქცევენ ყურადღებას მსგავს შემთხვევას, რის შედეგადაც სახსარი შეიძლება ხელმეორედ დაზიანდეს. დაჭიმვის მძიმე ფორმები, როგორც წესი, იწვევს ძლიერ ტკივილს სახსრის უმნიშვნელო მოძრაობის დროსაც კი. ყველაზე გავრცელებულია წვივ-ტერფისა და მუხლის სახსრების, თითებისა და მაჯის იოგების დაჭიმვა.

ზოგჯერ იოგების დაჭიმვას უფრო სერიოზული ფუნქციონალური შედეგები მოსდევს, ვიდრე მოტეხილობებს. მოტეხილობის შემდეგ შეხორცელებული ძვალი განმეორებით იშვიათად ტყდება. ხოლო იოგების დაჭიმვის ან განწყვეტის შემდეგ, სახსარი ნაკლებად მდგრადი ხდება, რაც ზრდის განმეორებითი ტრავმის ალბათობას.

კუნთებისა და მყესების დაჭიმვა

დაჭიმვა და განწყვეტა კუნთებსა და მყესებსაც ემუქრება. ზოგჯერ ამბობენ: “კუნთი დამეჭიმა”, “კუნთი გამისკდა”. მსგავს დაჭიმვებს, როგორც წესი, იწვევს სიმძიმეების აწევა, დაძაბული ფიზიკური მუშაობა, მკვეთრი ან მოუხერხებელი მოძრაობა. ყველაზე ხშირად გვხვდება კისრის, ზურგის, ბარძაყის ან წვივის კუნთების დაჭიმვა. კისრის და წელის კუნთების დაჭიმვა ძალიან მტკივნეულია.

14.9.3 საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ტრავმების ნიშნები და სიმპტომები

ჩვეულებრივ, შეინიშნება შემდეგი ნიშნები და სიმპტომები:

- მტკივნეულობა;
- შესიება;
- ჩვეულებრივი მოძრაობითი ფუნქციის შესრულების უუნარობა.

უფრო მძიმე ფორმების დროს ვლინდება შემდეგი ნიშნები:

- კანის ფერის შეცვლა;

- დეფორმაცია;
- გარეგანი სისხლდენა;
- ქრაჭუნის გრძნობა ძვლებში ან ტკაცანის მაგვარი ბგერა ტრავმის მიღების მომენტში.

ნებისმიერ მეტ-ნაკლებად სერიოზულ ტრავმას თან სდევს ტკივილი, შესიება და მტკივნეულობა შეხების დროს. დეფორმაციის დროს წარმოიშობა შესიება, არატიპური ბორცვოვანი წარმონაქმნები, ღრმულები, ასევე სხეულის ნაწილში შეიძლება უჩვეულო კუთხე შეიქმნას.

შესაძლოა, დაზარალებულმა თვითონ გაუწყოს იმის შესახებ, თუ სხეულის რომელ ნაწილს ვერ ამოძრავებს ან რომელი მოძრაობა იწვევს ძლიერ ტკივილს. ტრავმის დროს, როგორც წესი, ხდება კუნთის შეკუმშვა, რომლის დროსაც ხდება დაზიანებული ნაწილის შეკავება გარკვეულ მდგომარეობაში.

პირველი დახმარება

საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ტრავმის მძიმე ფორმის შემთხვევაში დაიცავით პირველი დახმარების აღმოჩენის ძირითადი პრინციპები გადაუდებელ სიტუაციებში.

საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ზოგიერთ ტრავმას შეიძლება ერთვოდეს სისხლდენა, ძლიერი ტკივილი ან ძვლის გარეთ გამოსვლა. ამან არ შეგაშინოთ. მსგავსი დაზიანებები იშვიათად წარმოადგენს საფრთხეს დაზარალებულის სიცოცხლისთვის. მაგრამ აუცილებელია სასწრაფო დახმარების გამოძახება, თუ:

- დაზიანებულია თავი, კისერი ან ზურგი;
- ტრავმა იწვევს სიარულის ან სუნთქვის გართულებას;
- სახეზეა მრავალრიცხოვანი ტრავმები.

საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ყველა ტრავმაზე დახმარების გაწევა ერთნაირია. აქ არ არის საჭირო დაზიანების ხასიათის განსაზღვრა. დახმარების გაწევისას ეცადეთ, რომ დაზარალებულს დამატებითი ტკივილი არ მიაყენოთ. დაეხმარეთ მას მოხერხებული მდგომარეობის მიღებაში. გახსოვდეთ ძირითადი მომენტები:

- სიმშვიდე;
- სხეულის დაზიანებული ნაწილის უმოძრაობის უზრუნველყოფა;
- სიცივე;
- სხეულის დაზიანებული ნაწილის ანეულ მდგომარეობაში გაჩერება.
- თავი აარიდეთ ტკივილის გამომწვევ ნებისმიერ მოძრაობას. დაეხმარეთ დაზარალებულს მისთვის ყველაზე მოხერხებული მდგომარეობის მიღებაში. მოტეხილობის ნებისმიერი სახეობის არსებობისას, დაზარალებული იმავე მდგომარეობაში დატოვეთ, რომელშიც იპოვეთ იგი.

სხეულის დაზიანებული ნაწილის უმოძრაობის უზრუნველყოფა

სასწრაფო დახმარების მოსვლამდე თქვენ შეგიძლიათ დააფიქსიროთ დაზარალებულის სხეულის დაზიანებული ნაწილი თქვენი ხელებით ან სხვა საგნებით, მაგალითად, ბალიშებით, პლედებით, ტანსაცმლით.

დაზარალებულის სხეულის დაზიანებული ნაწილის უმოძრაობის უზრუნველყოფა აუცილებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ არ ელოდებით სასწრაფო დახმარების მოსვლას ან მის დამოუკიდებელ ტრანსპორტირებას აპირებთ.

დაზიანებული ნაწილის იმოძილიზაცია მიმართულია:

- ტკივილის შემცირებისკენ;
- დამატებითი ტრავმების თავიდან აცილებისკენ;
- შესაძლო სისხლდენის რისკის შემცირებისკენ;
- სისხლის მიმოქცევის დარღვევის აღბათობის შემცირებისკენ სხეულის დაზიანებულ ნაწილში;
- დახურული მოტეხილობის ღია მოტეხილობაში გადასვლის თავიდან აცილებისკენ.

დაზიანებული ნაწილის ფიქსაცია შეიძლება მოხდეს არტაშანის დადებით ან შებინტვით.

იმოძილიზაციის პრინციპები:

არტაშანის დადებისას იხელმძღვანელეთ შემდეგი წესებით:

- არტაშანის დადება ხდება დაზიანებული ნაწილის მდგომარეობის შეუცვლელად;
- არტაშანმა უნდა მოიცვას, როგორც დაზიანების მიდამო, ასევე ამ მიდამოს ზევით და ქვევით მოთავსებული სახსრებიც;
- არტაშანის დადებამდე და დადების შემდეგ შეამოწმეთ სისხლის მიმოქცევა სხეულის დაზიანებულ ნაწილში. ჰკითხეთ დაზარალებულს, უბუჟდება თუ არა დაზიანებული კიდურის თითები. შეამოწმეთ დაზიანებული კიდურის თითები: ისინი უნდა იყოს თბილი და ვარდისფერი. დაბუჟების შემთხვევაში სახვევი მოადუნეთ;
- არტაშანი დააფიქსირეთ დაზიანების ზევით და ქვევით.

არტაშანის სახეები

არტაშანი არსებობს სამი სახის: რბილი, მკვრივი და ანატომიური. რბილი არტაშანის სახით შეიძლება გამოიყენოთ დაკეცილი პლედი, პირსანმენდი, ბალიში, დამჭერი სახვევი ან ბინტი. დამჭერი სახვევი წარმოადგენს თავსაფარს, რომელიც იკვრება უკან დაზიანებული ხელის, მაჯის ან ხელის მტევნის საყრდენის

უზრუნველსაყოფად. დაკეცილი თავსაფარი შეიძლება გამოიყენოთ არტაშანის ან სხვა სახვევის ფიქსაციისთვის. მჭიდროდ დახვეული ქსოვილი ან ბინტი წარმატებით გამოიყენება სხეულის პატარა ნაწილების, მაგალითად, ხელის მტევნის ან თითების იმობილიზაციისთვის.

მკვრივ არტაშანს მიეკუთვნება ფიცარი, ლითონის ნაჭერი, მუყაო, დაკეცილი ჟურნალები და ა.შ. ანატომიური არტაშანის შემთხვევაში საყრდენის სახით თვით დაზარალებულის სხეული გამოიყენება. მაგალითად, დაზიანებული ხელი შეიძლება ბინტით დამაგრდეს დაზარალებულის მკერდზე, ფეხი კი – მეორე ფეხზე.

ნებისმიერი ტრავმის შემთხვევაში, ღია მოტეხილობის გარდა, აუცილებლად დაადეთ ყინული. სიცივე ამსუბუქებს ტკივილს და ამცირებს შესიებას, რადგანაც ხელს უწყობს სისხლძარღვთა შევიწროებას. როგორც წესი, ყინულის დადება ხდება 15 წუთის განმავლობაში ყოველ 1 საათში ერთხელ. ცივი საფენების პროცედურა უნდა გაგრძელდეს 48 საათის განმავლობაში, რათა უზრუნველყოთ სისხლჩაქცევების განვითარების შემცირება, ხოლო შემდეგ საჭიროა თბილი კომპრესების დადება სისხლის მიწოდების გასაძლიერებლად დაზიანებულ ნაწილში, რაც დააჩქარებს შეხორცების და ჩაქცეული სისხლის უკუგანოვის პროცესს.

კანის საფარველის დასაცავად ყინულის კომპრესსა და კანს შორის ქსოვილი ან დოლბანდი დააფინეთ. კომპრესის გასაკეთებლად საჭიროა ყინული ჩადოთ პოლიეთილენის პაკეტში და გაახვიოთ ნამიან პირსაწმენდში. არ შეიძლება ცივი კომპრესის დადება ღია მოტეხილობის დროს, ვინაიდან სიმძიმის დადებამ მოტეხილობაზე შეიძლება ტკივილი გამოიწვიოს.

თუ მიგაჩნიათ, რომ დაზარალებულის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება, მას დამოუკიდებლად ნუ გადაიყვანთ – დაუყოვნებლივ გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება. ზოგიერთი ტრავმა არცთუ იმდენად სერიოზულია სასწრაფო დახმარების გამოსაძახებლად, მაგრამ ექიმის ყურადღებას საჭიროებს. თუ დაზარალებული დამოუკიდებლად გადაგყავთ, ჯერ აუცილებლად დაადეთ არტაშანი და მხოლოდ ამის შემდეგ მიეცით მოძრაობის უფლება.

14.10 სითბოს და სიცივის გავლენა

14.10.1 დამწვრობები

დამწვრობა წარმოადგენს რბილი ქსოვილის დაზიანებას მასზე მაღალი ტემპერატურის ზემოქმედების შედეგად. მაგრამ, დამწვრობა შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე ქიმიური ნივთიერებების, დენის ან მზის სხივების ზემოქმედებამაც.

დამწვრობის აღწერა

თავიდან დამწვრობა აზიანებს კანის ზედა ფენას – ეპიდერმისს. თუ დამწვრობა

პროგრესირებადია, მაშინ კანის ქვედა ფენებიც ზიანდება. დამწვრობის დროს ირლვევა კანის საფარველის მთლიანობა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ინფექციის შეჭრა, სითხის დაკარგვა ან თერმორეგულაციის დარღვევა.

დამწვრობის სიმძიმე დამოკიდებულია:

- ტემპერატურაზე;
- დამწვრობის გამომწვევ მიზეზებზე;
- ზემოქმედების ხანგრძლივობაზე;
- დამწვრობის ადგილმდებარეობაზე;
- დაზიანების სიდიდეზე;
- დაზიანების სიღრმეზე;
- დაზარალებულის ასაკსა და მისი ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე. როგორც წესი, 60 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანებს, 5 წელზე უმცროსი ასაკის ბავშვებს და ქრონიკულ ავადმყოფებს დამწვრობის გადატანის უფრო დაბალი ხარისხი გააჩნიათ.

დამწვრობის სახეები

დამწვრობები განსხვავდება მათი გამომწვევი მიზეზებისა და შეღწევის სიღრმის მიხედვით: პირველი ხარისხის (ზედაპირული), მეორე ხარისხის (ზომიერად ღრმა) და მესამე ხარისხის (ღრმა). რაც უფრო ღრმაა დამწვრობა, მით მაღალია მისი სიმძიმის ხარისხი.

პირველი ხარისხის დამწვრობა

პირველი ხარისხის დამწვრობა მხოლოდ კანის ზედა ფენას მოიცავს. კანი წითლდება და ხმება, ჩვეულებრივ ძალიან მტკივნეულია. შეიძლება დამწვრობის ადგილი ამოიბურცოს. პირველი ხარისხის დამწვრობები, როგორც წესი, 5-6 დღის განმავლობაში იკურნება და არავითარ ნაწიბურს არ ტოვებს.

მეორე ხარისხის დამწვრობა

მეორე ხარისხის დამწვრობის დროს ზიანდება კანის ორივე ფენა – ეპიდერმისი და დერმა. ამ სახეობას მიეკუთვნება დამწვრობები, გამოწვეული ძლიერი ტემპერატურის ან მზის სხივების ზემოქმედებით, აგრეთვე, ქიმიური დამწვრობები. კანი წითლდება, იფარება წყლულებით, რომლებიც შეიძლება გამოიწვიოს. წყლულებიდან ჟონავს გამჭვირვალე სითხე, რაც კანს ასველებს. დამწვარი კანი შეიძლება ლაქებიანიც იყოს. მსგავსი დამწვრობები მტკივნეულია და ხშირად დაზიანებული ადგილის შესიებაც ახლავს. შეხორცება, ჩვეულებრივ, 3-4 კვირის განმავლობაში ხდება. შესაძლებელია ნაწიბურის წარმოშობაც.

მესამე ხარისხის დამწვრობა

მესამე ხარისხის დამწვრობა აზიანებს კანის ორივე ფენას და ღრმად განლაგებულ ქსოვილებს – ნერვებს, სისხლძარღვებს, ცხიმოვან, კუნთოვან და ძვლოვან ქსოვილებს. მესამე ხარისხის დამწვრობის მიღება შეიძლება ძალიან მაღალი ტემპერატურის ზემოქმედებით, ასევე დენის დარტყმით და მეხის დაცემით. ასეთი დამწვრობების დროს კანი შავად (დანახშირებულად) ან ცვილისფერ-თეთრად გამოიყურება. ეს დამწვრობები, ჩვეულებრივ, ნაკლებად მტკივნეულია, რადგანაც ამ დროს ხდება კანის საფარველის ნერვულ დაბოლოებათა დაზიანება. თუ მესამე ხარისხის დამწვრობა სხეულის დიდ ნაწილს მოიცავს, დაზარალებულის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება სითხის დაკარგვის გამო, რაც შოკურ მდგომარეობას იწვევს. ასევე, სავსებით შესაძლებელია ინფექციის შეჭრა. მესამე ხარისხის დამწვრობისას სხეულზე უხეში ნაწიბური რჩება და ხშირად საჭირო ხდება კანის გადანერგვა.

14.10.2 პირველი დახმარება დამწვრობების დროს

დამწვრობის მიზეზების აღკვეთის შემდეგ რბილი ქსოვილები მაინც განაგრძობს ხრწნას გარკვეული პერიოდის განმავლობაში, რაც ზრდის დაზიანების ხარისხს. დაზიანებული ადგილის გაციება ხელს უშლის წყლულების წარმოქმნას და ამცირებს ქსოვილების დაზიანებას.

არ სცადოთ დამწვრობის სიმძიმის განსაზღვრა იმის მიხედვით, თუ რამდენად ძლიერია ტკივილი, რომელსაც განიცდის დაზარალებული, ვინაიდან დამწვრობის სიმძიმე ტკივილის ინტენსივობაზე დამოკიდებული არ არის. მაგალითად, მესამე ხარისხის დამწვრობის დროს შესაძლებელია ტკივილი არც იყოს, რადგან დამწვრობამ შეიძლება გამოიწვიოს ნერვული დაბოლოებების დაზიანება. უმრავლეს შემთხვევაში დამწვრობის დროს აუცილებელია ექიმის ჩარევა. დაუყოვნებლივ გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება, თუ დამწვრობა:

- იწვევს სუნთქვის გართულებას;
- სხეულის მრავალ ნაწილს შეეხო;
- შეეხო თავს, კისერს, ხელის მტევანს, ტერფს ან სასქესო ორგანოებს;
- შეეხო ბავშვს ან ხანდაზმულ ადამიანს;
- გამოწვეულია ქიმიური ნივთიერებებით, აფეთქების ან დენის ზემოქმედებით.

პირველი დახმარება პირველი და მეორე ხარისხის დამწვრობების დროს

დაუყოვნებლივ გააცივეთ დამწვრობის ადგილი ცივი, მაგრამ არა ყინულოვანი წყლით, დაზიანებული ადგილის წყალში ჩაყოფის ან მასზე წყლის ნაკადის მიშვების საშუალებით. არასოდეს გამოიყენოთ ყინული. გაციების შემდეგ დაზიანებულ ადგილს დაადეთ სუფთა და ნამიანი ხელსახოცი, რათა თავიდან ავიცილოთ ინფექციის შეჭრა.

არ დაჩხვლიტოთ წყლულები, რადგან კანის მთლიანობა დაზარალებულს ინფექციის შეჭრისგან იცავს. თუ წყლულები თავისით დასკდა, დაზიანებული ზედაპირი ისევე დაამუშავეთ, როგორც ქრილობის დროს. დაბანეთ საპნიანი წყლით და დაადეთ სტერილური სახვევი.

პირველი დახმარება მესამე ხარისხის დამწვრობის დროს

დაიცავით პირველი დახმარების აღმოჩენის ძირითადი პრინციპები:

- გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.
- ყურადღება მიაქციეთ სასუნთქი გზების გამტარიანობას. პირის ან ცხვირის ირგვლივ მიღებული დამწვრობა სასუნთქი გზებისა და ფილტვების დაზიანებაზე მიუთითებს. თუ სასუნთქი გზებისა და ფილტვების დამწვრობას ეჭვობთ, განუწყვეტლივ ადევნეთ თვალი სუნთქვას (დამწვრობისას შეიძლება სასუნთქი გზები შესივდეს და დაზარალებულს სუნთქვა დაერღვეს).
- განმეორებითი დათვალიერების ჩატარებისას შეამოწმეთ დამწვრობაზე მიმანიშნებელი დამატებითი ნიშნების არსებობა. გაითვალისწინეთ დაზარალებულის სხვა ტრავმებიც, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ დამწვრობა აფეთქებამ ან დენის დარტყმამ გამოიწვია.
- დამწვარ ზედაპირს სველი პირსანმენდი ან რაიმე ქსოვილი დაადეთ. ყურადღება მიაქციეთ იმას, რომ კომპრესი მუდამ ცივი იყოს, პერიოდულად დაასველეთ ხოლმე იგი ცივი წყლით, თორემ მალე გათბება და გაშრება.
- მესამე ხარისხის დამწვრობამ შეიძლება შოკური მდგომარეობა გამოიწვიოს. თუ დაზარალებულს სუნთქვა არ უჭირს, მას დაწოლა სთხოვეთ. საერთოდ, დამწვრობის მიღების შემდეგ ადამიანს აკანკალებს. შეინარჩუნეთ მისი სხეულის მუდმივი ტემპერატურა. თუ დამწვრობები სხეულის დიდ ნაწილს მოედო, არ სცადოთ მთელი დაზიანებული ზედაპირის უცებ გაციება, რადგანაც ეს დაზარალებულის სხეულის ტემპერატურის დაცემას გამოიწვევს. თქვენ შეგიძლიათ გააციოთ დაზიანებული ზედაპირის ნაწილი, ხოლო დანარჩენი სხეული დაფაროთ სუფთა ქსოვილით.

პირველი დახმარება ქიმიური დამწვრობების დროს

ქიმიური დამწვრობის მიღება შესაძლებელია, როგორც წარმოებაში, ასევე სახლის პირობებში. იგი შეიძლება გამოიწვიოს მათეთრებელმა, აბაზანებისა და საპირფარეშოების გამწმენდმა ნივთიერებებმა, საღებავის მოსაშორებელმა სითხემ ან მებაღეობაში გამოსაყენებელმა ქიმიკატებმა. ქიმიური ნივთიერება დამწვრობის გამოწვევას იქამდე აგრძელებს, ვიდრე კანთან შეხებაშია. ამიტომ, ნივთიერების კანზე მოხვედრისთანავე სასწრაფოდ მოიშორეთ იგი.

- მშრალი ქიმიური ნივთიერება დაცული ხელით ჩამოიბერტყეთ (გამოიყენეთ ხელთათმანები, პირსანმენდი და ა.შ.).

- დამწვრობა ჩამოიბანეთ ცივი წყლის ნაკადით 20 წუთის განმავლობაში. არ გამოიყენოთ ძლიერი ნაკადი, რადგან ამან დამწვარი კანი შეიძლება უფრო დააზიანოს. ჩამობანა სასწრაფო დახმარების მოსვლამდე განაგრძეთ.
- დაზარალებულს ქიმიური ნივთიერებით დასვრილი ტანსაცმლის გახდა სთხოვეთ.
- მხედველობიდან არ გამოგრჩეთ თვალები. ქიმიური ნივთიერების თვალში მოხვედრის შემთხვევაში დაბანეთ იგი 20 წუთის განმავლობაში ან სასწრაფო დახმარების მოსვლამდე. დაზიანებული თვალი უნდა იმყოფებოდეს ჯანმრთელის ქვევით, რათა თავიდან ავიცილოთ ქიმიური ნივთიერების ჩასვლა მეორე თვალში. დაზიანებული თვალი სახვევით დაიცავით.
- შესაძლებელია დამწვრობის გაციება კიდურის ცივ წყალში ჩაყოფით. ეს ეხება მხოლოდ პირველი და მეორე ხარისხის დამწვრობებს;
- დამწვრობა უნდა დაიფაროს სუფთა ნამიანი ან სტერილური სახვევით;
- რაც შეიძლება სწრაფად, შესიების დაწყებამდე, უნდა მოეხსნას დაზარალებულს ბეჭდები, საათი და სხვა ნივთები.
- არ შეიძლება შეხება დამწვარ ადგილზე რაიმეთი, გარდა სტერილური ან სუფთა ტამპონ-სახვევებისა. არ შეიძლება აგრეთვე, ბამბის გამოყენება და ტანსაცმლის გახდა დამწვარი ადგილიდან; დამწვარ ადგილზე მიკრული ტანსაცმლის აგლეჯა;
- არ შეიძლება მესამე ხარისხის დამწვრობებით გამოწვეული ჭრილობის დამუშავება, წყლულების გახეთქვა, ცხიმის, სპირტის ან ნელსაცხებლის გამოყენება.

14.10.3 მოყინვა

მოყინვა სიცივით გამოწვეული გადაუდებელი ტრავმების სახესხვაობას წარმოადგენს. იგი ხდება სხეულის იმ ნაწილში, რომელიც სიცივის ზემოქმედების ქვეშ მოექცა და ორგანიზმის ქსოვილების გაყინვაში გამოიხატება. ზედაპირული მოყინვის დროს მხოლოდ კანი ზიანდება. ღრმა მოყინვის დროს კი ზიანდება, როგორც კანი, ასევე კანქვეშა ქსოვილები. მოყინვის ორივე ტიპი ძალიან საშიშია. მოყინვის დროს იყინება და ფართოვდება უჯრედშორისი და უჯრედის შიდა სითხე, რასაც შესიება მოსდევს. ყინულის კრისტალები და შესიება კი უჯრედების დაზიანებას ან კვდომას იწვევს. მოყინვის შედეგად შესაძლებელია ხელის მტევნების, ტერფების, ხელის და ფეხის თითების დაკარგვა.

საერთოდ, მოყინვის თავიდან ასაცილებლად გასათვალისწინებელია შემდეგი რეკომენდაციები: თავსაბურავი და ტანსაცმელი უნდა იყოს შალის ქსოვილის ან ბენვის, რადგან ისინი ქმნიან თბილი ჰაერის ფენას სხეულსა და ტანსაცმელს შორის; კარგად დაიფარეთ სხეულის ის ნაწილები, რომლებიც უფრო მგრძნობიარეა მოყინვის

მიმართ: ხელის და ფეხის თითები, ყურები და ცხვირი; მიიღეთ მეტი რაოდენობის თბილი სასმელი, რაც ხელს შეუწყობს ორგანიზმის უკეთეს თერმორეგულაციას. თუ ცხელი სასმელი ხელმიუწვდომელია, მიიღეთ უფრო მეტი წყალი. თავი აარიდეთ კოფეინის შემცველი (ყავა, ჩაი) და სპირტიანი სასმელების მიღებას, რამდენადაც ისინი ხელს უშლის ორგანიზმის მიერ სითბოს გამომუშავებას; ხშირად გადით ცოტა ხნით სიცივეში, შემდეგ კი გათბით თბილ შენობაში, ეს ხელს უწყობს ორგანიზმის შეჩვევას დაბალი ტემპერატურის ხანმოკლე ზემოქმედებასთან. მოყინვის ნიშნებია:

- მგრძნობელობის უქონლობა დაზიანებულ მიდამოებში;
- გაშეშება;
- კანის ცვილისებური ფერი;
- კანის სიცივე;
- კანის ფერის შეცვლა (განითლებული, ყვითელი, ფერმკრთალი, გალურჯებული).

პირველი დახმარება მოყინვის დროს

- თავდაპირველად აღმოუჩინეთ დახმარება ისევე, როგორც ჰიპოთერმიის შემთხვევაში.
- ფრთხილად ჩაატარეთ დაზიანებული ნაწილის დამუშავება, არასოდეს მოსრისოთ იგი, რადგან ეს უფრო მეტ დაზიანებას გამოიწვევს.
- თავი აარიდეთ სხეულის მოყინული ნაწილის მკვეთრ გათბობას.
- სხეულის მოყინული ნაწილი თქვენი ხელებით ან სხეულის სხვა ნაწილით გაათბეთ.
- თუ სხეულის მოყინულ ნაწილს ნორმალური ფერი არ უბრუნდება, ჩააწვინეთ იგი თბილ წყალში 38-42 გრადუსზე. თუ წყალი შეხებისას დისკომფორტის გრძნობას იწვევს, ესე იგი, ძალიან ცხელია.
- სხეულის დაზიანებული ნაწილი თბილ წყალში იქამდე გააჩერეთ, ვიდრე მოყინული ადგილი არ განითლდება და არ გათბება.
- დაზიანებული ადგილი მშრალი სტერილური სახვევით შეახვიეთ. ხელის ან ფეხის თითების მოყინვის შემთხვევაში, შეხვევამდე თითებს შორის დოლბანდი ჩაუფინეთ. არ გახეთქოთ წყლულები. რაც შეიძლება სწრაფად წაიყვანეთ დაზარალებული ექიმთან.

14.10.4 ჰიპერთერმიით (გადახურებით) გამოწვეული გადაუდებელი მდგომარეობა

ადამიანის ორგანიზმი, ჩვეულებრივ, შესანიშნავად არეგულირებს საკუთარი სხეულის ტემპერატურას. პრობლემები მაშინ წარმოიქმნება, როცა ორგანიზმი თავს ვერ ართმევს თერმორეგულაციას მასზე ძალიან მაღალი ტემპერატურის ზემოქმედების გამო. დიდი სიცხე შეიძლება იყოს, როგორც შენობის შიგნით, ისე მის გარეთაც. თუმცა გადაუდებელი საიტუაციები შეიძლება არცთუ ძალიან მაღალი ტემპერატურის დროსაც წარმოიშვას. ადამიანის მიერ სიცხის ატანის უნარი დამოკიდებულია ატმოსფეროს ნესტიანობაზე, ქარზე, ტანსაცმელზე, საცხოვრებელ და სამუშაო პირობებზე, ფიზიკურ დატვირთვაზე, ასაკსა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

მაღალი ტემპერატურის ზემოქმედების შედეგად წარმოიშობა სიცხისგან გამოწვეული კრუნჩხვები, სითბური გადაღლილობა და სითბური დარტყმა

კუნთების კრუნჩხვები ნაკლებად სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, მაგრამ მას სითბური გადაღლილობის ან სითბური დარტყმის გამოწვევა შეუძლია. სითბური დარტყმა გადაუდებელ მდგომარეობას მიეკუთვნება და თუ არ იქნა მიღებული აუცილებელი ზომები სხეულის გასაგრილებლად, შესაძლოა კომატოზური მდგომარეობა და სიკვდილი გამოიწვიოს.

ჰიპერთერმიის მიზეზს ორგანიზმში არსებული სითბოს ზედმეტი რაოდენობა წარმოადგენს. ეს დამოკიდებულია ისეთ ფაქტორებზე, როგორიცაა ჰაერის ტემპერატურა, ტენიანობა, ქარის სიმძლავრე ან ფიზიკური დატვირთვა. გარკვეული ინდივიდუალური ფაქტორები ასევე ხელს უწყობს მსგავსი მდგომარეობის წარმოქმნას, კერძოდ კი:

- ფიზიკური დატვირთვა ღია ცის ქვეშ;
- ხანდაზმულობა და ბავშვობის ასაკი;
- ჯანმრთელობის პრობლემები;
- წარსულში მიღებულ გადახურებასთან დაკავშირებული დაავადებები;
- გულის დაავადებები ან სხვა მდგომარეობა, რომელიც იწვევს სისხლის მიმოქცევის დარღვევას;
- შარდმდენი საშუალებების მიღება.
- გადაუდებელ მდგომარეობათა უმრავლესობის თავიდან აცილება შესაძლებელია, თუ ვიხელმძღვანელებთ შემდეგი წესებით:
- მიიღეთ მეტი სითხე, რაც მნიშვნელოვან ღონისძიებას წარმოადგენს გადაუდებელ საიტუაციათა თავიდან ასაცილებლად. გადახურების დროს გამოიყენეთ გაცივებული სითხე, თავი აარიდეთ კოფეინის და ალკოჰოლის შემცველ სასმელებს, რომლებიც აქვეითებენ თერმორეგულაციის მექანიზმის ეფექტურობას;

- თუ აპირებთ სამუშაოს შესრულებას ღია ცის ქვეშ ცხელ ამინდში, დაგეგმეთ იგი დილის ან გვიანი საღამოს საათებში, როცა მზის აქტივობა გაცილებით ნაკლებია;
- ხშირად დაისვენეთ და თავი შეაფარეთ გრილ ან გადახურულ ადგილს, რათა სხეულს გაგრილების საშუალება მისცეთ და უკეთესად გაუმკლავდეთ სიცხის ხანმოკლე ზემოქმედებას;
- ჩაიცვით ამინდისა და შესასრულებელი სამუშაოს შესაბამისად. მზეზე მუშაობისას ატარეთ დამცავი თავსაბურავი და ღია ფერის ბამბის ტანსაცმელი, რომელიც ინოვს ოფლს და უზრუნველყოფს ჰაერის ცირკულაციას.

14.10.5 ჰიპერთერმიით გამოწვეულ გადაუდებელ მდგომარეობათა სახეები

სითბურ კრუნჩხვებს – კუნთების მტკივნეულ შეკუმშვას, რომელიც ძირითადად ფეხისა და მუცლის კუნთებს მოიცავს – იწვევს სითხისა და მინერალური მარილების დაკარგვა ინტენსიური ფიზიკური ვარჯიშების ან მუშაობის შედეგად მაღალი ტემპერატურის პირობებში.

სითბურ გადაღლილობას – უფრო გავრცელებულ მდგომარეობას გადახურების შემთხვევაში, რომელიც ორგანიზმს წყლისგან ცლის – იწვევს ფიზიკური ვარჯიში ან მუშაობა სიცხის პირობებში. სითბური გადაღლილობა გავრცელებულია ათლეტებში, მეხანძრეებში, მშენებლებში, სამრეწველო საწარმოების მუშებსა და სხვა კატეგორიის ადამიანებში, რომლებიც ცხელი ტენიანი ამინდის პირობებში მძიმე სპეცტანსაცმელს ატარებენ. ამ შემთხვევაში სითხის დაკარგვა ოფლის გამოყოფის დროს არ აღსდგება საკმარისი რაოდენობით, რაც ცირკულაციაში მყოფი სისხლის მოცულობის დაქვეითებას იწვევს. მცირდება სისხლის მიწოდება სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებამდე, ვინაიდან ორგანიზმი ზედმეტი სითბოსგან გათავისუფლებას ცდილობს კანისკენ სისხლის ნაკადის გაზრდით.

სითბური დარტყმა – ნაკლებად გავრცელებული, მაგრამ გაცილებით საშიში მდგომარეობა – იმ შემთხვევაში წარმოიქმნება, თუ სითბური გადაღლილობის ნიშნები და სიმპტომები უყურადღებოდ დარჩება. სითბური დარტყმის განვითარება მაშინ ხდება, როცა ორგანიზმი ვერ უზრუნველყოფს სხეულის გაგრილებას. სითხის დაბალი შემცველობის გამო ორგანიზმის უჯრედებში წყდება ოფლის გამოყოფის პროცესი. ამის შედეგად ირღვევა თერმორეგულაცია, რაც სხეულის ტემპერატურის მკვეთრ აწევას იწვევს. ბოლოს და ბოლოს, იგი იმ დონემდე იმატებს, როცა ტვინს და სხვა სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებს აღარ შეუძლია ნორმალური ფუნქციონირება.

სითბური კრუნჩხვების ნიშნები და სიმპტომები

- ძლიერი კუნთოვანი შეკუმშვა, რომელიც ძირითადად ფეხის და მუცლის კუნთებს მოიცავს;
- სხეულის ნორმალური ტემპერატურა;
- ნამიანი კანი.

სითბური გადაღლილობის ნიშნები და სიმპტომები

- სხეულის ნორმალური ან რამდენადმე მომატებული ტემპერატურა;
- გრილი ნამიანი, ფერმკრთალი ან განითლებული კანი;
- თავის ტკივილი;
- გულის რევა;
- თავბრუსხვევა ან სისუსტე;
- ღონემიხდილი მდგომარეობა.

სითბური დარტყმის ნიშნები და სიმპტომები

- სხეულის მაღალი ტემპერატურა, რომელიც ზოგჯერ 410-ს აღწევს;
- განითლებული, ცხელი, მშრალი კანი, რაც განსაკუთრებით მკვეთრად გამოიხატება ხანდაზმულ ადამიანებში;
- გაღიზიანებული მდგომარეობა;
- პროგრესირებადი გონების დაკარგვა;
- არითმიაში გარდამავალი გახშირებული სუსტი პულსი;
- გახშირებული ზედაპირული სუნთქვა.

ოპერატიული დახმარების აღმოჩენის გარეშე დაზარალებულის დაღუპვის დიდი ალბათობაა.

პირველი დახმარება სითბური კრუნჩხვების დროს

- დაზარალებული გრილ ადგილას მოათავსეთ;
- მიეცით ცივი წყალი ან გამაგრილებელი სასმელი;
- გაუკეთეთ მასაჟი.

პირველი დახმარება სითბური გადაღლილობის და სითბური დარტყმის დროს

- დაზარალებული გრილ ადგილას მოათავსეთ;
- მიეცით ცივი წყალი ან გამაგრილებელი სასმელი;
- ყურადღებით დააკვირდით დაზარალებულის მდგომარეობას და ეცადეთ არ გამოგრჩეთ გაუარესების ნიშნები;

- შემოჭერილი ტანსაცმელი გაუხსენით;
- გახადეთ ოფლით გაჟღენთილი ტანსაცმელი;
- დაადეთ ცივი, სველი კომპრესები საზარდულის მიდამოებში, ილლიის ღრმულებსა და კისერზე მსხვილი სისხლძარღვების გასაგრილებლად. რაიმეთი დაუწიავეთ, რათა უზრუნველყოთ ვენტილაცია;
- დაზარალებულის სხეულის გაგრილება სცადეთ ნებისმიერი ხელში მოხვედრილი საშუალებით – სველი პირსაწმენდებით ან ზეწრებით;
- არ დაზილოთ სპირტით, ვინაიდან იგი ფარავს კანის ფორებს და ხელს უშლის სითბოს გამოსვლას;
- არ ჩააწვინოთ დაზარალებული ცივი წყლით სავსე აბაზანაში, რადგან ამან შეიძლება გაართულოს სასუნთქი გზების გამტარიანობის უზრუნველყოფა;
- სითბური დარტყმის დროს დაზარალებულს შეიძლება შეუწყდეს სუნთქვა და მიოკარდიუმის ინფარქტი დაემართოს. მზად იყავით სარეანიმაციო ღონისძიებების ჩასატარებლად.

როდის გამოვიძახოთ სასწრაფო დახმარება

უარის თქმა წყლის მიღებაზე, ღებინება და ცნობიერების დონის შეცვლა დაზარალებულის მდგომარეობის გაუარესებაზე მიანიშნებს. ამ შემთხვევაში დაუყოვნებლივ გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება. თუ დაზარალებულს ღებინება აუტყდა, შეუწყვიტეთ წყლის მიცემა და დაწვინეთ დამზოგ მდგომარეობაში სასუნთქი გზების გამტარიანობის უზრუნველსაყოფად.

14.11 ჰიპოთერმია

ჰიპოთერმია ნიშნავს სხეულის ზედმეტად გაციებას, როცა ორგანიზმს აღარ შეუძლია დაკარგული სითბოს კომპენსირება. ორგანიზმზე სიცივის ზემოქმედების შემთხვევაში ხდება კანის საფარველთან ახლოს მყოფი სისხლძარღვების შევიწროება და თბილი სისხლი სხეულის სიღრმისკენ მიექანება. ამგვარად მცირდება სითბოს გამოყოფა კანიდან და ხდება სხეულის ნორმალური ტემპერატურის შენარჩუნება. თუ ეს მექანიზმი ვერ უზრუნველყოფს სხეულის ნორმალური ტემპერატურის შენარჩუნებას, ადამიანს ეწყება კანკალი, რის შედეგადაც კუნთების მუშაობის ხარჯზე სითბოს დამატებითი რაოდენობა გამოიშვება. ჰიპოთერმია წარმოიშვება მთელი ორგანიზმის ზედმეტად გაციების შედეგად თერმორეგულაციის პროცესის დარღვევის დროს. ჰიპოთერმიის დროს სხეულის ტემპერატურა 350-ის ქვემოთ ეცემა. ეს კი იწვევს გულის არითმიას და საბოლოო ჯამში ხდება გულის გაჩერება. ადამიანი კვდება.

14.11.1 ჰიპოთერმიის მიზეზები

ჰიპოთერმიას იწვევს დაბალი ტემპერატურის ხანგრძლივი ზემოქმედება, როცა ორგანიზმს აღარ შეუძლია თერმორეგულაციის ფუნქციის შესრულება. ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა გარემოს ტემპერატურა და ტენიანობა, კანის საფარველის მდგომარეობა (მშრალი ან ნამიანი კანი), ქარის სიმძლავრე და სიცივის ზემოქმედების ხანგრძლივობა, გავლენას ახდენენ ორგანიზმის უნარზე, მოახდინოს სხეულის ტემპერატურის რეგულირება მანამ, ვიდრე ჰიპოთერმიის მდგომარეობა დაიწყება. ჰიპოთერმიისადმი ნაკლებ მდგრადობას იჩენენ ხანდაზმულები და ბავშვები და ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანები.

ჰიპოთერმიის მდგომარეობა შეიძლება გაყინვის წერტილზე მაღალი ტემპერატურის დროსაც შეიქმნას. ეს შეიძლება დაემართოს ხანდაზმულ ადამიანებს, რომელთა ბინებიც ცუდად თბება, ცუდად იკვებებიან და ცოტას მოძრაობენ. უსახლკაროებიც რისკის ჯგუფს განეკუთვნებიან. ალკოჰოლის მიღება არღვევს ორგანიზმის ნორმალურ რეაქციას სიცივის ზემოქმედებაზე და გაცილებით სწრაფად იწვევს ჰიპოთერმიას. დაავადებანი და ორგანიზმის გარკვეული მდგომარეობა, მაგალითად, ინფექცია, ჰიპოგლიკემია, ინსულტი და ტვინის სიმსივნე ჰიპოთერმიას უფრო რეალურს ხდის.

ჰიპოთერმიისგან შესაძლებელია თავის არიდება, თუ გავითვალისწინებთ შემდეგ რჩევებს:

- თავსაბურავი და ტანსაცმელი უნდა იყოს შალის ქსოვილის ან ბეწვის, რომელიც ქმნის თბილი ჰაერის ფენას სხეულსა და ტანსაცმელს შორის. დაიფარეთ სხეულის ის ადგილები, რომლებიც უფრო მეტად ექვემდებარებიან მოყინვას: ხელის და ფეხის თითები, ყურები და ცხვირი;
- მიიღეთ მეტი რაოდენობის თბილი სასმელი, რაც ხელს უწყობს ორგანიზმის უკეთეს თერმორეგულაციას. თუ ცხელი სასმელი მიუწვდომელია, სვით ჩვეულებრივი წყალი. თავი აარიდეთ კოფეინის შემცველი და სპირტიანი სასმელების მიღებას, ვინაიდან ისინი ხელს უშლიან სითბოს გამომუშავებას ორგანიზმის მიერ;
- როგორც კი კანკალი დაგეწყებათ, თბილ ადგილას შედით და ორგანიზმს გათბობის საშუალება მიეცით;
- თუ ტანსაცმელი დაგისველდათ, ეცადეთ რაც შეიძლება სწრაფად შეცვალოთ იგი მშრალით.

ჰიპოთერმიის ნიშნები და სიმპტომებია:

- კანკალი ან ციება, რომელიც არ ახასიათებს შემდგომ სტადიებს;
- დაბუჟება;
- მოძრაობის კოორდინაციის დაკარგვა;

- დაბნეულობა, ქცევის უჩვეულო მანერა;
- სხეულის ტემპერატურა 350-ზე დაბლა.

პირველი დახმარება ჰიპოთერმიის დროს

თუ დაზარალებულს ერთდროულად აღენიშნება მოყინვის და ჰიპოთერმიის ნიშნები, პირველ რიგში, დახმარება აღმოუჩინეთ ჰიპოთერმიაზე, რადგან თუ ადამიანს დაუყოვნებლივ არ გაათბობთ, ეს მდგომარეობა სიკვდილს გამოიწვევს. მაგრამ ამ შემთხვევაშიც კი უყურადღებოდ არ უნდა დატოვოთ მოყინვა, რომლის მძიმე ფორმა სხეულის დაზიანებული ნაწილის ამპუტაციას იწვევს.

ჰიპოთერმია გადაუდებელ სამედიცინო მდგომარეობას მიეკუთვნება. დაიცავით პირველი დახმარების აღმოჩენის პრინციპები და ჩაატარეთ სპეციალური დამატებითი ღონისძიებები ჰიპოთერმიის შემთხვევისთვის:

- გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება;
- თანდათან გაათბეთ დაზარალებული პლედში ან მშრალ ტანსაცმელში შეხვევით;
- არ სცადოთ დაზარალებულის სხეულის უცებ გათბობა. არ ჩაანვინოთ თბილ წყალში. სწრაფმა გათბობამ შეიძლება გულის პრობლემები გამოიწვიოს.
- შეძლებისდაგვარად, სხეულზე თბილი საგანი (სათბური) დაადეთ;
- თუ დაზარალებული გონზეა, მიეცით თბილი სასმელი.
- ჰიპოთერმიის დროს, გულის დახურული მასაჟი პრაქტიკულად უშედეგოა. პირიქით, ამას შეიძლება მოჰყვეს ისედაც სუსტად მომუშავე გულის საბოლოო გაჩერება. ამავე დროს დაბალი ტემპერატურისას ქსოვილებში მცირდება ნივთიერებათა ცვლის ინტენსივობა და ქსოვილები, მათ შორის თავის ტვინის უჯრედებიც, უფრო მეტხანს ძლებენ ჟანგბადის მიწოდების გარეშე.

14.12 მონამვლა

მონამვლა ხდება ტოქსიკური ნივთიერების მოხვედრით ორგანიზმში. მონამვლა მესამე ყველაზე გავრცელებული მიზეზია შემთხვევითი სიკვდილიანობისა. მონამვლათა უმრავლესობა სახლში ხდება. მონამვლის მსხვერპლნი ხდებიან როგორც ბავშვები, ასევე უფროსები.

შხამი შეიძლება იყოს ნებისმიერი ნივთიერება, რომელიც ორგანიზმში მოხვედრისას იწვევს მონამვლას, დაავადებას ან სიკვდილს. მონამვლის შედეგები დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, მაგალითად:

- შხამიანი ნივთიერების სახეობაზე;

- შხაიმანი ნივთიერების რაოდენობაზე;
- მონამვლის დაწყების დროზე;
- შხამიან ნივთიერებასთან კონტაქტის ხანგრძლივობაზე;
- დაზარალებულის ფიზიოლოგიურ მახასიათებლებზე (ასაკი, წონა);
- ნივთიერების ორგანიზმში მოხვედრის მეთოდზე.

ტოქსიკური ნივთიერება ადამიანის ორგანიზმში შეიძლება ოთხი გზით მოხვდეს: საჭმლის მომნელებელი ტრაქტით, სასუნთქი გზებით, კანით და ინიექციის შედეგად. მონამვლა საჭმლის მომნელებელი ტრაქტით ხდება ორგანიზმში ტოქსიკური ნივთიერების პირიდან მოხვედრისას. ეს შეიძლება იყოს: ნამლები, სარეცხი საშუალებები, პესტიციდები, სოკოები და მცენარეები. ბევრი ნივთიერება მცირე რაოდენობით შხამს არ წარმოადგენს და მონამვლას მხოლოდ დიდი დოზებით მიღებისას იწვევს.

აირისებური ან ჩასასუნთქი ტოქსიკური ნივთიერება ორგანიზმში ჩასუნთქვის დროს ხვდება. მათ მიეკუთვნება აირი და ორთქლი, მაგალითად, ავტომობილის გამოსაბოლქვი მილიდან გამოსული მხუთავი აირი, აზოტის ქვეჟანგი და წარმოებაში გამოყენებული ნივთიერებები, როგორიცაა ქლორი, ნებო, საღებავებისა და გამხსნელების სხვადასხვა სახეობანი.

ტოქსიკურ ნივთიერებებს, რომლებიც ორგანიზმში კანიდან ხვდება, შეიძლება შეიცავდეს მცენარეები, გამხსნელი საშუალებები და მწერების საწინააღმდეგო აეროზოლები. ინექციური ტოქსიკური ნივთიერება ორგანიზმში ხვდება მწერების, ცხოველებისა და გველების კბენის და დაგესვლის შედეგად, აგეთვე, ინექციის შედეგად.

მონამვლის ნიშნები და სიმპტომები

ყველაზე მთავარია, განისაზღვროს, რომ ადგილი აქვს მონამვლას. ყურადღება მიაქციეთ რაიმე უჩვეულოს არსებობას შემთხვევის ადგილზე, იქნება ეს არასასიამოვნო სუნი, ცეცხლის ალი, ბოლი, გახსნილი ან გადაყირავებული ჭურჭელი, გახსნილი აფთიაქი თუ დაზიანებული მცენარე. მონამვლის ნიშნები და სიმპტომებია:

- დაავადების მოულოდნელი შეტევა;
- გულის რევა, ლებინება;
- კუჭის აშლა;
- ტკივლი გულმკერდის ან მუცლის არეში;
- სუნთქვის დარღვევა;
- ოფლიანობა;

- ნერწყვის გამოყოფა;
- გონების დაკარგვა;
- კრუნჩხვები;
- დამწვრობები ტუჩების ირგვლივ, ენაზე ან კანზე;
- კანის არაბუნებრივი ფერი, გაღიზიანება;
- დაზარალებულის ქცევის უცნაური მანერა.

პირველი დახმარება მოწამვლის დროს

დაიცავით პირველი დახმარების აღმოჩენის ძირითადი პრინციპები მოწამვლასთან დაკავშირებული ნებისმიერი გადაუდებელი სიტუაციის შემთხვევაში. გამოკითხეთ დაზარალებული ან მოწმეები და ეცადეთ გაარკვიოთ:

- მომწამვლელი ნივთიერების რომელი სახეობა იყო გამოყენებული;
- რა რაოდენობით;
- რამდენი ხნის წინ.

თუ მომწამვლელი ნივთიერება უცნობია, შეაგროვეთ ნაღებინები მასის რაც შეიძლება დიდი რაოდენობა სამედიცინო ექსპერტიზისთვის. საჭიროების შემთხვევაში დაზარალებულს თითო ყელში ჩაუყავით და ლებინება გამოიწვიეთ. ლებინების გამოწვევა არ შეიძლება, თუ დაზარალებული:

- უგონო მდგომარეობაშია;
- კრუნჩხვებშია;
- ფეხმძიმე ქალია;
- ჩაყლაპა მწვავე ნივთიერება (მჟავა ან ტუტე) ან ნავთობის შემცველი პროდუქტი (ნავთი ან ბენზინი);
- აქვს გულის დაავადება.

ლებინების დროს ჩაყლაპული შხამიანი ნივთიერების მხოლოდ ნაწილი ამოდის. ამიტომ:

- ლებინების შემდეგ დაზარალებულს 5-6 ჭიქა წყალი მიეცით, რათა შემცირდეს შხამიანი ნივთიერების კონცენტრაცია კუჭში;
- აუცილებლობის შემთხვევაში ლებინება განმეორებით გამოიწვიეთ;
- გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.

14.12.1 მხუთავი აირით (ნახშირბადის ჟანგით) მონამვლა

მხუთავი აირი უფერო და უსუნო აირს წარმოადგენს. მთავარი საფრთხე იმაში მდგომარეობს, რომ მხუთავი აირი ფილტვების მეშვეობით სწრაფად აღწევს სისხლის უჯრედებში და მასში არსებული ჟანგბადის ადგილს იკავებს. ამის შედეგად ორგანიზმში ჟანგბადის უკმარისობა (ჰიპოქსია) წარმოიქმნება. მხუთავი აირი გამოიყოფა ბენზინიანი ძრავების მუშაობისას (გამონაბოლქვი), ბუნებრივი აირის წვისას, ხანძრის დროს. მხუთავი აირით მონამვლას ახასიათებს:

- თავის ტკივილი, გულის რევა;
- ქოშინი;
- ცნობიერების აღრევა;
- კანის ალუბლისფერი შეფერილობა;
- მხუთავი აირის ხანგრძლივმა და უშუალო ზემოქმედებამ შეიძლება სიკვდილი გამოიწვიოს.

პირველი დახმარება მხუთავი აირით მონამვლის დროს

- დაიცავით პირველი დახმარების აღმოჩენის ძირითადი პრინციპები;
- დაუყოვნებლივ გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება;
- დაზარალებული აუცილებლად უნდა გაიყვანოთ სუფთა ჰაერზე;
- მაშველებმა მაქსიმალურად უნდა დაიცვან თავი მხუთავი აირის ზემოქმედებისგან. თუ მაშველს მიაჩნია, რომ შემთხვევის ადგილი საშიშროებას წარმოადგენს სხვებისთვისაც, საჭიროა შესაბამისი საავარიო სამსახურის გამოძახება;
- რაც შეიძლება სწრაფად გადაკეტეთ მონამვლის წყარო (მაგალითად, გამორთეთ ავტომობილის ძრავი).

14.13 მწერები და ცხოველები

ფუტკრები და კრაზანები შხამს კანში დანესტვრის საშუალებით უშვებენ, თანაც მათი ნესტარი შეიძლება ჭრილობაში ჩარჩეს. ჭიანჭველები და ზოგიერთი სხვა მწერები კბენის დროს ნესტარს არ ტოვებენ. დანესტვრა და კბენა ძალიან მტკივნეულია, მაგრამ სიკვდილის მიზეზს იშვიათად წარმოადგენენ. თუმცა ზოგ ადამიანში ისინი მძიმე ალერგიულ რეაქციებს იწვევენ, რომელმაც, შესაძლოა, ანაფილაქსურ შოკამდე მიგვიყვანოს.

პირველი დახმარება მწერის ნაკბენის ან დანესტვრის დროს

- თუ ნესტარი ჯერ კიდევ კანში იმყოფება, ამოიღეთ იგი რაიმე საგნის გადასმით. არ შეიძლება პინცეტის გამოყენება, ვინაიდან ნესტარზე მოჭერისას კანში უფრო მეტი შხამი მოხვდება;
- დანესტრილი ადგილი მობანეთ და დაიცავით დაბინძურებისგან;
- ტკივილისა და შესიების შესამცირებლად დაადეთ ცივი კომპრესი;
- მუდმივად დააკვირდით დაზარალებულის მდგომარეობას და ყურადღება მიაქციეთ შესაძლო ალერგიული რეაქციის გამოვლენას.

14.13.1 ცხოველები

შინაური ან გარეული ცხოველის ნაკბენმა შეიძლება ინფექცია გამოიწვიოს. ყველაზე სერიოზულ საფრთხეს ცოფი წარმოადგენს. ცოფის ვირუსი გადაეცემა დაავადებული ცხოველის დორბლით, მაგალითად, მელიის, ენოტის, კატის, ძაღლის; ლაშურის შარდით. ცოფით დაავადებული ცხოველები ძალიან უცნაურად იქცევიან. მათ შეიძლება დიდი რაოდენობის დორბლი მოსდიოდეთ, შესახედავად ნაწილობრივ პარალიზებულს ჰგვანან, მათი საქციელი შეიძლება იყოს გაღიზიანებული, აგრესიული ან უჩვეულოდ მშვიდი. ცხოველის მიერ დაკბენილი ან დაკანრული ადამიანი სასწრაფოდ უნდა გასინჯოს ექიმმა. დაზარალებულისთვის ვაქცინის შეყვანა დაავადების განვითარებას აღკვეთს. თუ ცოფი განვითარდა, გამოსავალი ყოველთვის ფატალურია.

ნაკბენების უმრავლესობა ცხოველების მიერ ხდება, თუმცა ზოგჯერ ადამიანს ადამიანიც კბენს. ადამიანის პირში უამრავი სახეობის მიკროორგანიზმია, მისი პირის ღრუ უფრო მეტად “დაბინძურებულია” ვიდრე ძაღლის, კატის, ვირთხის... მაგრამ უფრო ნაკლებად ვიდრე ღორის. პირის ღრუში არსებულ მიკრობებს დაზიანებულ კანში მოხვედრისას შეუძლიათ ინფექციის გამოწვევა. პატარა ბავშვის ნაკბენიც კი შეიძლება სერიოზული ინფექციის მიზეზი გახდეს. პირველი დახმარების აღმოჩენა ისევე ხდება, როგორც ცხოველების ნაკბენის შემთხვევაში.

14.13.1.1. ტკიპები

თუ ტკიპა შენიშნეთ, იგი პინცეტით მოაშორეთ, ჩაავლეთ კანთან ახლოს და ნელა გამოსწიეთ. თუ პინცეტი არ გაქვთ, გამოიყენეთ ხელთათმანები, პოლიეთილენის ნაგლეჯი ან ქაღალდის ნაჭერი, რათა თქვენი თითები დაიცვათ. ტკიპას მოცილებისთანავე ხელები დაიბანეთ. არ სცადოთ ტკიპას ამოწვა კანიდან, არ წაუსვათ მას ბენზინი ან ფრჩხილის ლაქი და არ დაჩხვლიტოთ ქინძისთავით. თუ ტკიპას ამოძრობას ვერ ახერხებთ, ან მისი ყბები კანში გაიჭედა, ექიმს მიმართეთ. ტკიპას კანიდან ამოღების შემდეგ დაზიანებული ადგილი საპნიანი წყლით ჩამოიბანეთ. გამონაყარის ან გრიპის სიმპტომების გაჩენისთანავე ექიმს მიმართეთ.

14.13.1.2 ქვენარმავლები

გველების უმრავლესობა არ არის შხამიანი. ისინი მხოლოდ მაშინ ესხმიან თავს ადამიანს, თუ გააღიზიანებენ. ასეთი ნაკბენების დროს ისეთივე დახმარების განევა შეიძლება, როგორიც უბრალო ჭრილობებისას.

გველები, ძირითადად, მოძრავ ობიექტს ესხმიან თავს. მათი შეტევა ხდება სიგრძის ორი მესამედით წინ და ერთი მესამედით ზევით. თუ გველი შენიშნეთ და მისი მიწვდომის ზონის გარეთ იმყოფებით, ფრთხილად დაიხიეთ უკან. გველის ნაკბენი ისევე საშიშია წყალში, როგორც ხმელეთზე. გველებს სმენა არ გააჩნიათ, მაგრამ რეაგირებენ ვიბრაციაზე. შესაბამისად, თუ თქვენ გველის მიწვდომის ზონაში იმყოფებით, ეცადეთ არ იხმაუროთ.

პირველი დახმარება გველის ნაკბენის დროს

- დაიცავით პირველი დახმარების აღმოჩენის ძირითადი პრინციპები.
- დაზარალებულს მოხერხებული მდგომარეობის მიღებაში დაეხმარეთ და თუ შესაძლებელია, ნაკბენი ადგილი გულის დონეზე დაბლა დასწიეთ, რაც შეანელებს შხამის შეწოვის პროცესს.
- ნაკბენ ადგილას ყინული დაადეთ;
- დაზარალებული დაამშვიდეთ და უმოძრაოდ გაჩერება ურჩიეთ.

გველის ნაკბენი სიკვდილს იშვიათად იწვევს, მაგრამ დაზარალებულს აუცილებლად უნდა გაენიოს კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება და რაც შეიძლება სწრაფად. სხეულის მცირე მასის გამო, გველის ნაკბენის გართულება პატარა ბავშვებში უფრო ხშირია.

- არ სცადოთ შხამის პირით ამოწოვა, არ სრისოთ ჭრილობა და არც ლახტი დაადოთ.

14.14 სხვა გადაუდებელი მდგომარეობები

ზოგიერთი დაავადება იწვევს დაზარალებულის მდგომარეობის მნიშვნელოვან გაუარესებას, რომლის დროსაც საჭიროა გადაუდებელი პირველი დახმარების აღმოჩენა. ასეთი სიტუაციის დროს თქვენ შეიძლება არ იცოდეთ მისი გამომწვევი მიზეზი, მაგრამ პირველი დახმარების აღმოჩენა მაინც შეგიძლიათ. გახსოვდეთ: ყველა შემთხვევაში დაიცავით პირველი დახმარების აღმოჩენის ძირითადი პრინციპები.

14.14.1 გადაუდებელი მდგომარეობა დიაბეტის დროს

საჭმლის მონელების პროცესში ორგანიზმი საკვებიდან გამოჰყოფს შაქარს, რომელიც სისხლში ხვდება. მაგრამ შაქარს არ შეუძლია თავისუფლად გადასვლა სისხლიდან

ორგანიზმის უჯრედებში. უჯრედებში შაქრის დაუბრკოლებელი გადასვლისთვის აუცილებელია კუჭქვეშა ჯირკვლის მიერ გამომუშავებული ინსულინი. შესაბამისი ბალანსის გარეშე შაქარსა და ინსულინს შორის, უჯრედები იწყებენ შიმშილს, ორგანიზმი კი – არასწორ ფუნქციონირებას. გადაუდებელი მდგომარეობის მიზეზს დიაბეტის დროს წარმოადგენს შაქრის და ინსულინის დონის დისბალანსი სისხლში. სისხლში შაქრის ნორმალური დონის შესანარჩუნებლად დიაბეტით დაავადებულებმა მკაცრად უნდა ადევნონ თვალი კვებას და ფიზიკურ დატვირთვას, ხოლო დიაბეტის ინსულინზე დამოკიდებული ფორმით დაავადებულმა ადამიანებმა ასევე მკაცრად უნდა დაიცვან ინსულინის გამოყენების წესები და ვადები.

ჰიპერგლიკემია მაშინ ვითარდება, როცა ორგანიზმში ინსულინი არასაკმარისია, რაც სისხლში შაქრის დონის მომატებას იწვევს. ჰიპოგლიკემიის დროს კი ორგანიზმში ინსულინის მაღალი დონეა, რაც სისხლში შაქრის დონის დაწევას განაპირობებს.

ჰიპერგლიკემიის და ჰიპოგლიკემიის ძირითადი ნიშნები და სიმპტომები ფაქტიურად ერთნაირია:

- გახშირებული პულსი;
- გახშირებული სუნთქვა;
- ხშირი შარდვა;
- ჭამის და სმის სურვილი;
- აცეტონის სუნი პირიდან;
- ოფლიანობა;
- თავბრუსხვევა, ძილის სურვილი, ცნობიერების აღრევა და უცნაური საქციელი, რომელსაც ხშირად ალკოჰოლურ სიმთვრალედ მიიჩნევენ;
- მდგომარეობის გაუარესებისას შესაძლებელია კრუნჩხვები და გონების დაკარგვა.
- ნუ შეწუხდებით, თუ არ შეგიძლიათ ჰიპერგლიკემიის განსხვავება ჰიპოგლიკემიისგან, რადგანაც პირველი დახმარება ორივე შემთხვევაში ერთნაირია.

პირველი დახმარება

დიაბეტით დაავადებულებმა ხშირად იციან, რაც ემართებათ და შაქრის შემცველ რაიმე საკვებს ითხოვენ. ზოგიერთი მათგანი შაქრის შემცველ პრეპარატს მუდამ თან ატარებს მსგავსი შემთხვევისთვის.

თუ დაზარალებულს საკვების ან სითხის მიღება შეუძლია, მიეცით რაიმე ტკბილი. უმრავლეს შემთხვევებში კანფეტები, ხილის წვენი და უალკოჰოლო სასმელი ძალიან ეფექტური საშუალებაა, ვინაიდან ისინი საკმაოდ რაოდენობის შაქარს შეიცავენ. ასევე დაზარალებულს შეიძლება უშველოს ჩვეულებრივმა სუფრის შაქარმა

ნატეხის სახით ან წყალში გახსნილმა. თუ შაქრის მიღებიდან რამდენიმე წუთის შემდეგ დაზარალებულის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.

თუ დაზარალებულის პრობლემა სისხლში შაქრის დაბალ შემცველობაში (ჰიპოგლიკემია) მდგომარეობს, თქვენს მიერ მიცემული შაქარი ძალიან სწრაფად იმოქმედებს. თუ ავადმყოფს შაქრის შემცველობა სისხლში ძალიან მაღალი აქვს (ჰიპერგლიკემია), შაქრის მიცემა დიდ ზიანს არ მიაყენებს. როგორც ყოველთვის, დაიცავით პირველი დახმარების განევის ძირითადი პრინციპები. თუ დაზარალებული უგონო მდგომარეობაშია, არ სცადოთ მისთვის სასმელის ან საკვების მიცემა. თვალი ადევნეთ დაზარალებულის სასიცოცხლო ნიშნებს, შეინარჩუნეთ სხეულის ნორმალური ტემპერატურა და გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.

14.14.2 კრუნჩხვები

კრუნჩხვების გამომწვევი მიზეზები შეიძლება იყოს;

- ეპილეფსია;
- ინტოქსიკაცია;
- თავის ტრავმა;
- მაღალი ტემპერატურა.

კრუნჩხვების დაწყებამდე ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს ჰალუცინაცია, ანუ ხედავდეს და ესმოდეს ის, რაც სინამდვილეში არ არსებობს; ხდება ხოლმე, რომ ამ დროს იგი ცდილობს დაემალოს საფრთხეს, რომელიც თვითონ წარმოიდგინა. თუ დაზარალებულს შეუძლია მსგავსი გრძნობის დროული ამოცნობა, მან ირგვლივ მყოფებს აუცილებლად უნდა აცნობოს შეტევის მოახლოების შესახებ და კრუნჩხვების დაწყებამდე აუცილებლად უნდა დაწვეს.

თავისი ხასიათით კრუნჩხვები შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს. გონების ხანმოკლე დაკარგვიდან დაწყებული, როცა ადამიანი ჩაფიქრებულს ან ოცნებებში ჩაძირულს ჰგავს, კრუნჩხვითი “ნჯღრევის” მოულოდნელ არაკონტროლირებად შეტევამდე, რომლის დროსაც ხდება ცნობიერების აღრევა ან გონების დაკარგვა რამდენიმე წამის განმავლობაში. ამას შეიძლება ერთვოდეს შარდის ან განავლის შეუკავებლობა.

პირველი დახმარება

მიუხედავად იმისა, რომ კრუნჩხვის შეტევები საკმაოდ საშიშია შესახედად, თქვენ ძალიან ადვილად შეგიძლიათ დახმარების განევა დაზარალებულისთვის. გახსოვდეთ, რომ დაზარალებულს არ შეუძლია საკუთარი სხეულის მოძრაობის კონტროლირება. არ სცადოთ მისი შეჩერება ან დაჭერა. დახმარების განევა კრუნჩხვების დროს მიმართულია ტრავმის მიღების თავიდან აცილებისკენ და სასუნთქი გზების

გამტარიანობის უზრუნველყოფისკენ. იხელმძღვანელებთ შემდეგი მითითებებით:

- მოაშორეთ დაზარალებულს ახლოს მყოფი ყველა ნივთი და ავეჯი, რომლებმაც შეიძლება ტრავმა გამოიწვიონ. ეცადეთ დაზარალებული დაიცვათ ისეთი საშიში სიტუაციებისგან, როგორიცაა ცეცხლი, სიმაღლე და წყალი.
- დაიცავით დაზარალებულის თავი რაიმე რბილი საგნის, მაგალითად, დაკეცილი პლედის თავექვეშ ამოდებით.
- თუ დაზარალებულს პირში ბევრი ნერწყვი, სისხლი ან ნაღებინები მასა აქვს, იგი გვერდზე დაანვინეთ, რათა სითხემ პირიდან გამოსვლა შეძლოს.
- არ სცადოთ რაიმეს ჩადება დაზარალებულის კბილებს შორის. ენის ან ლოყის მოკვნეტა იშვიათად იწვევს ძლიერ სისხლდენას.

შეტევის შემდეგ ადამიანს ძილი ერევა და ცუდად ერკვევა არსებულ სიტუაციაში. დაანვინეთ დაზარალებული დამზოგ მდგომარეობაში მანამდე, ვიდრე საბოლოოდ არ მოვა გონზე. ჩაატარეთ განმეორებითი დათვალიერება, რათა დარწმუნდეთ, რომ შეტევამ ტრავმა არ გამოიწვია. დაამშვიდეთ და გაამხნევეთ დაზარალებული. თუ შეტევა ხალხმრავალ ადგილას დაემართა, მან შეიძლება თავი უხერხულად იგრძნოს. სთხოვეთ ხალხს, არ მოგროვდნენ დაზარალებულის ირგვლივ, რადგან მას სიმშვიდე ესაჭიროება. დაზარალებულთან იქამდე დარჩით, ვიდრე მისი მდგომარეობა სრულად არ აღსდგება.

თუ თქვენთვის ცნობილია, რომ ადამიანს ეპილეფსია აწუხებს, შეტევის დროს სასწრაფო დახმარების გამოძახება არ არის აუცილებელი. ამ დროს დაზარალებული სწრაფად მოდის გონზე. მაგრამ სასწრაფო დახმარების გამოძახება აუცილებელია შემდეგი შემთხვევების დროს:

- შეტევა 3 წუთზე მეტხანს გრძელდება;
- შეტევის განმეორება;
- დაზარალებულმა ტრავმა მიიღო;
- არ იცით კრუნჩხვების გამომწვევი მიზეზები;
- დაზარალებული ფეხმძიმედ არის;
- ცნობილია, რომ დაზარალებული დიაბეტით არის დაავადებული;
- დაზარალებული პატარა ბავშვია;
- შეტევის დამთავრებიდან 10 წუთის შემდეგ დაზარალებული მაინც ვერ მოდის გონზე.

14.15 ცხელება

ტემპერატურის მომატება 39⁰-ის ზევით, შეიძლება კრიტიკული აღმოჩნდეს და ბავშვებში კრუნჩხვები გამოიწვიოს. ადრეულ სტადიაზე შეიძლება გამოვლინდეს:

- სიფერმკრთალები;
- ციება, რომლის დროსაც ავადმყოფს სხეული უკანკალებს და კბილები უკანკანებს.
- თუ სიცხე ძლიერდება, შეიძლება გამოვლინდეს:
- ცხელი, განითლებული კანი და ოფლი;
- თავის ტკივილი;
- სისუსტე;
- ტკივილი მთელს სხეულში;
- პულსის და სუნთქვის გახშირება;
- კრუნჩხვები;
- კომა.

პირველი დახმარება მაღალი ტემპერატურის დროს

- ✓ დაეხმარეთ დაზარალებულს მოხერხებული მდგომარეობის მიღებაში (ჯოხია, საწოლში ჩაანვიწიოთ).
- ✓ მოაშორეთ ზედმეტი ტანსაცმელი და პლედი.
- ✓ ბავშვი დაზილეთ ოთახის ტემპერატურის წყლით.
- ✓ შეგიძლიათ დაზარალებულს მისცეთ დიდი რაოდენობით სითხე: წყალი ან წვენები.
- ✓ მიმართეთ ექიმს.

14.16 გულის წასვლა

გულის წასვლა – ეს არის გონების ნაწილობრივი ან სრული დაკარგვა მოკლე დროით ტვინში სისხლის მიწოდების დროებითი დაქვეითების შედეგად. გულის წასვლა შეიძლება გამოიწვიოს ემოციურმა სტრესმა, მაგალითად, სისხლის დანახვამ. ზოგჯერ მას იწვევს ტკივილი, სამედიცინო ხასიათის მიზეზები (მაგალითად, გულის დაავადება), დიდხანს დგომა ერთ ადგილზე ან გადაღლა. ზოგიერთ ადამიანს, მაგალითად, ხანდაზმულებს და ფეხმძიმე ქალებს, გული მისდით სხეულის მდგომარეობის მკვეთრი ცვლილების დროსაც: მჯდომარე მდგომარეობიდან უცებ ადგომის შემთხვევაში ან საწოლიდან უცებ გადმოსვლის დროს. გულის წასვლას ახასიათებს:

- “სიმსუბუქე” თავში;
- თავბრუსხვევა;
- სისუსტე;
- გულის რევა;
- ფერმკრთალი, ცივი ან ნამიანი კანი;
- გულის ნასვლა შეიძლება მოულოდნელად მოხდეს. ზოგჯერ დაზარალებული ასწრებს შეიგრძნოს უგუნებობა, თავბრუსხვევა, გულის რევა ან ოფლის მოჭარბება.

პირველი დახმარები გულის ნასვლის დროს

პირველი დახმარების აღმოჩენა გულის ნასვლის დროს იწყება პირველი დახმარების აღმოჩენის ძირითადი პრინციპების დაცვით. არ გააკეთოთ ნაჩქარევი დასკვნა, რომ ეს მხოლოდ და მხოლოდ გულის ნასვლაა, ვინაიდან უგონო მდგომარეობა შეიძლება მიუთითებდეს სიცოცხლისთვის საშიშ სერიოზულ პრობლემაზე, მაგალითად, მძიმე შოკურ მდგომარეობაზე ან გულის გაჩერებაზე. მუდამ შეამოწმეთ სასიცოცხლო ნიშნების არსებობა, რათა დარწმუნდეთ, რომ დაზარალებულის სიცოცხლეს საფრთხე არ ემუქრება. აღმოუჩინეთ ისეთივე დახმარება, როგორც შოკის დროს.

- დაზარალებული დაანვინეთ ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, რათა გაუმჯობესდეს სისხლის მიწოდება სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებამდე.

თუ გულის ნასვლის მიზეზი ვერ გაარკვეით, გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება. გულის ნასვლა, ჩვეულებრივ, თავისთავად მთავრდება და დაზარალებული 1-2 წუთში მოდის გონზე.

14.17 მწვავე ტკივილი მუცელში

მწვავე ტკივილი მუცელში შეიძლება ბევრი მიზეზით იყოს გამოწვეული: საჭმლით ინტოქსიკაცია, კუჭის შეკრულობა, კუჭის ნყლული, მომატებული მჟავიანობა, აპენდიციტი, ქოლეცისტიტი, ტრავმა, ორსულობასთან დაკავშირებული პრობლემები, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, შარდსადენი გზების ინფექციები, შარდის შეკავება და ა.შ.

მუცლის ტკივილს შესაძლებელია ახასიათებდეს:

- გულის რევა და ღებინება;
- მუცლის შებერილობა;
- შემცივნება ან ტემპერატურის მომატება;
- კუჭის აშლილობა;

- გართულებული შარდვა ან ტკივილები შარდვისას;
- სისხლი განავალში და შარდში.

პირველი დახმარება მუცლის მწვავე ტკივილის დროს

- დაზარალებული მოათავსეთ მოხერხებულ მდგომარეობაში;
- არ მისცეთ საკვები, სასმელი ან წამალი;
- გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება.