

პედიატრიული პაციენტის საექთნო მართვა

ტომი I

თბილისი 2020

კედიატრიული პაციენტის საექთნო მართვა

ტომი I

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

თბილისი
2020

წინამდებარე სახელმძღვანელო განკუთვნილია პროფესიული და საბაკალავრო პროგრამის ექთნებისათვის. წიგნში მოცემული მასალა მიზნად ისახავს თანამედროვე, დასავლური, პროფესიული ინფორმაციის მიწოდებასა და მათი კრიტიკული და ანალიტიკური აზროვნების უნარის გაუმჯობესებას. ამისათვის, საკითხავ ტექსტს თან სადისკუსიო კითხვები და სავარჯიშოები ერთვის, რომელიც ჯგუფური მეცადინეობისას შესაძლოა ნაყოფიერი აღმოჩნდეს.

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

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

წიგნი 2 ტომად არის წარმოდგენილი; მასში გამოყენებულია „Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families, Book by Barbara Hartwig Mandleco and Nicki L. Potts, Third Edition”-ის ფოტო მასალა.

მასალა მომზადებულია ნინო ქიქოძის მიერ

რეცენზირებულია თამარ ბახტაძის მიერ

ტექსტის რედაქტორი და ყდის დიზაინერი: სალომე ჭინჭარაული

© თბილისი 2020

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

შინაარსი

თავი 1
ბავშვის ზრდა-განვითარების თეორიული მიდგომები 5

თავი 2
ახალშობილის ზრდა და განვითარება 39

თავი 3
ჩვილების ზრდა-განვითარება 83

თავი 4
ბაღის ასაკის ბავშვის ზრდა და განვითარება 149

თავი 5
სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ზრდა და განვითარება 190

თავი 6
სკოლის ასაკის ბავშვის ზრდა და განვითარება 221

თავი 7
მოზარდის ზრდა და განვითარება 250

თავი 8
კედიატრიული შეფასება 320

თავი 9
ინფექციური დაავადებები 381

თავი 10
ჰოსპიტალიზებული ბავშვების მოვლა 421

თავი 11
ქრონიკული დაავადებები 485

თავი 12
ტკივილის მართვა 520

თავი 13
მედიკამენტების მიღება 544

თავი 14
დანაკარგი და გლოვა 571

თავი 15
სითხისა და ელექტროლიტების ცვლა 599

თავი 16
შარდ-სასქესო ორგანოების ცვლილებები 647

თავი 17
კუჭ-ნაწლავის ცვლილებები 703

თავი 18
რესპირატორული ცვლილებები 782

თავი 1

ბავშვის ზრდა-განვითარების თეორიული მიდგომები

ამ თავში განხილულია:

1. ფიზიოლოგიური ზრდისა და განვითარების ეტაპების შეფასება;
2. ახსნილია, თუ როგორ გამოიყენება სხვადასხვა პრინციპები ადამიანის განვითარების სხვადასხვა თეორიის მიმართ;
3. ერთმანეთთან შედარებულია ადამიანის განვითარების სხვადასხვა თეორიები;
4. აღწერილია ადამიანის განვითარების სხვადსხვა თეორიები;
5. ახსნილია, თუ როგორ შეიძლება განვითარების ძირითადი თემები იქნას გამოყენებული ადამიანის განვითარების თეორიებთან მიმართებით;
6. როგორ შეიძლება გამოვიყენოთ ადამიანის განვითარების თეორიები პედიატრიულ პრაქტიკაში.

ადამიანის განვითარების ეტაპების ცოდნა საექთნო პროცესის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ბავშვის კონკრეტული ასაკობრივი ჯგუფის ნორმალური ქცევის ცოდნა და მისი შეფასება საშუალებას იძლევა ინდივიდუალურად შეფასდეს პაციენტი და დაისახოს საექთნო პროცესი; ყურადღება გამახვილდეს ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და შენარჩუნებაზე ადამიანის განვითარების კუთხით, რაც პედიატრიული საექთნო პროცესის ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტია. რამდენიმე პრინციპის, საკითხისა და თეორიის ცოდნა დაეხმარება ექთანს, შეიმუშაოს მკურნალობის ოპტიმალური გეგმა. ეს თავი აღწერს სხვადასხვა პრინციპებსა და თემებს, რომელიც განიხილავს განვითარების მთავარ თეორიებს და უშუალოდ ბავშვის განვითარებას უწყობს ხელს. თითოეული თეორია ბოლომდე განხილული და გაანალიზებული იქნება. ასევე იქნება მოწოდებული მიდგომა, თუ როგორ უნდა გამოიყენოს თითოეული ეს თეორია ექთანმა პრაქტიკაში.

ზრდა, სიმწიფე და განვითარება

ზრდა, სიმწიფე და განვითარება არის ძირითადი ტერმინები, რომელიც ადამიანის განვითარების ეტაპებს აღწერს. ბავშვის განვითარებასთან დაკავშირებული ამ ტერმინებისა და ასაკობრივი ზღვრების განმარტება საჭიროა პრინციპების, პრობლემებისა და თეორიის შესწავლისათვის. ზრდა მიეკუთვნება ზომების ფიზიოლოგიურ მატებას უჯრედების გამრავლების ან დიფერენციაციის ხარჯზე. ეს პროცესი განსაკუთრებით თვალშისაცემია სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში, წონისა და სიმაღლის კუთხით, ცვლილებების მხრივ. სიმწიფე მიეკუთვნება ცვლილებებს, რომელიც გამოწვეულია გენეტიკით და არა ცხოვრებისეული გამოცდილებით, დაავადებით ან ტრავმით. ასაკის მა-

ტებასთან ერთად ეს ცვლილებები მოზარდს უფრო მაღალ და უფრო სრულყოფილ დონეზე ფუნქციონირების საშუალებას აძლევს. განვითარება მიეკუთვნება პროგნოზირებად ფიზიოლოგიურ, ფსიქოსოციალურ და კოგნიტურ ცვლილებებს, რომელიც მთელი ცხოვრების მანძილზე მიმდინარეობს და დამოკიდებულია ზრდაზე, სიმწიფესა და სწავლაზე. ასევე ივარაუდება, რომ კანონზომიერ და სპეციფიკურ სიტუაციებს მივყავართ ქცევის ახალი მოდელების ჩამოყალიბებამდე. იხ. ცხრილი 1-1.

ზრდისა და განვითარების პრინციპები

ადამიანის განვითარების განხილვისას სულ მცირე 8 პრინციპს ეყრდნობიან, რომელიც შემდგომ თავებში განსახილველ თეორიებსა და საკითხებს უდევს საფუძვლად. მართალია, ყველა ეს პრინციპი არ არის მკვლევარების მიერ დადასტურებული, თუმცა, მათ ხშირად ვხვდებით ბავშვებში.

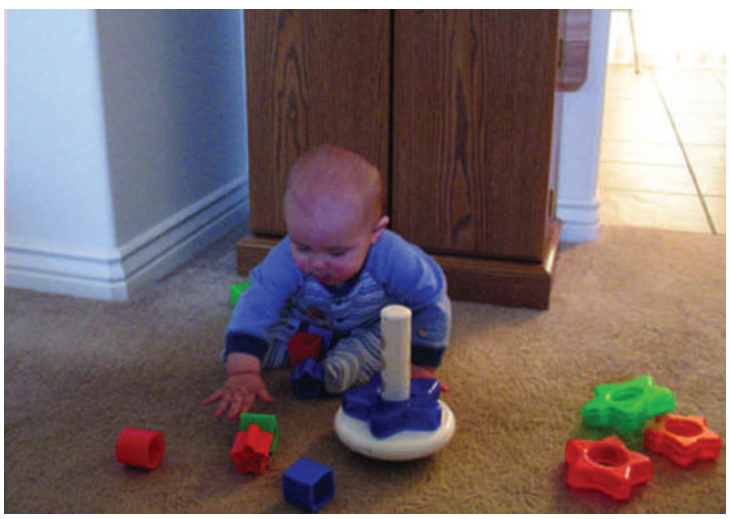
განვითარება კანონზომიერი და თანმიმდევრულია. ეს პრინციპი გულისხმობს, რომ სიმწიფე პროგნოზირებადი და უნივერსალური გრაფიკის შედეგია. მაგ., ბავშვები სწავლობენ ჯერ ცოცვას და შემდეგ სიარულს და ისინი სწავლობენ სიარულს სანამ ისწავლიან სირბილს. ეს ცვლილებები სიცოცხლის პირველ წელს სწრაფად, ხოლო საშუალო და მოზრდილ ასაკში ნელა ვითარდება. მიუხედავად იმისა, რომ თითოეული ქცევის დაწყება და მიმდინარეობა განსხვავდება ბავშვებში, ძირითადი თანმიმდევრობა ერთია და ნორმირებულია.

ცხრილი 1-1. სტადიები, ასაკის დიაპაზონი და ადამიანის განვითარების მახასიათებლები, რომელიც ექთანთანაა დაკავშირებული

სტადია	ასაკი	მახასიათებლები
ჩვილი	დაბადებიდან 1 წლის ასაკამდე	სწრაფი ზრდისა და ცვლილების პერიოდი; ყალიბდება დამოკიდებულება ოჯახის წევრებისა და აღმზრდელების მიმართ; ვითარდება ნდობა;
ბავშვი	1-დან 3 წლამდე	ხდება მოტორულიშესაძლებლობებისკოორდინაციადასენსორულიუნარებისგანვითარება; ვითარდება ძირითადიგრძნობები, ემოციები, საკუთარი თავის გრძნობა და დამოუკიდებლობა;
სკოლამდელი	3-დან 6 წლამდე	განაგრძობს ფსიქოლოგიურ და შემეცნებით ზრდას; უკეთესად ზრუნავს საკუთარ თავზე, დაინტერესებულია სხვა ბავშვებთან ერთად თამაშით და იწყებს კონცეფციის შემუშავებას თუ ვინ არიანისინი;
სკოლის ასაკი	6-დან 12 წლამდე	მიზნის მიღწევაში დაინტერესება; კითხვაში, წერასა და სწავლაში მიღწევების უნარი. ფართოვდება სამყაროს აღქმა;
მოზარდი	12-დან 19 წლამდე ან მეტი	გარდამავალი პერიოდი ბავშვობასა და მოზრდილობას შორის; ხდება ფიზიკური მომწიფება, აზროვნების ფორმირება, მზადება დიდ ადამიანად ჩამოყალიბებისთვის.

1. განვითარება მიმართულებაა

უნარების განვითარება ხდება ორი სხვადასხვა მიმართულებით: ცეფალოკაუდალური და პროქსიმოდისტალური. **ცეფალოკაუდალური** უნარი ვითარდება ზევიდან ქვევით. ამიტომ ის ნაწილები, რომელიც ტვინთან ან თავთან ახლოსაა ვითარდება პირველი; მას მოსდევს ტანი, ქვედა კიდურები და ფეხები. მაგ., თავის დაჭერას მოსდევს ჯდომა, შემდეგ ხოხვა და ბოლოს სიარული. **პროქსიმოდისტალური** უნარი ვითარდება შიგნიდან გარეთ. კონტროლირებადი მოძრაობა, რომელიც ახლოსაა სხეულის ცენტრთან (ტორსი, მხრები) ვითარდება უფრო ადრე ვიდრე კონტროლირებადი მოძრაობა სხეულის დისტალურ ნაწილში (თითები). მაგ., მთელი ხელით ტაცება ასაკთან ერთად გადადის თითებით ტაცებაში (სურათი 1-1).



სურათი 1-1. ასაკთან ერთად ბავშვის მოტორული განვითარება იცვლება

2. განვითარება უნიკალურია თითოეული ბავშვისთვის

ყველა ბავშვს აქვს უნიკალური ცხრილი ფიზიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, კოგნიტური და მორალური განვითარებისათვის. მაგ., ზოგიერთ ბავშვს შეუძლია 4 ფერის ამოცნობა 3 წლის ასაკში, ხოლო ზოგს 4 ½ წლის ასაკში. ზოგიერთი ბავშვი უკვე დადის 11 თვის ასაკში, ზოგიერთი კი 14 თვის ასაკამდე ვერ დადის.

3. განვითარება ურთიერთდაკავშირებულია

განვითარების ფიზიოლოგიური, ფსიქოსოციალური, კოგნიტური და მორალური ასპექტები ზემოქმედებს ერთმანეთზე. მაგ., ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმწიფე აუცილებელია კოგნიტური განვითარებისთვის. ბავშვები დამოუკიდებლად ვერ შევლენ საპირფარეშოში თუ ისინი ვერ იგრძნობენ ამის აუცილებლობას და ვერ ჩაიწევენ ტანსაცმელს დამოუკიდებლად.

4. განვითარება სულ უფრო დიფერენცირებულია

ეს ნიშნავს, რომ ბავშვის ასაკის მატებასთან ერთად პასუხები ხდება უფრო სპეციფიკური და დახვეწილი. პატარა ბავშვი რეაგირებს სტიმულზე მთლიანი სხეულის

გენერალიზებული რეაქციით მაშინ, როდესაც უფრო მოზრდილი ბავშვი რეაგირებს სპეციფიკურ სტიმულზე უფრო დახვეწილი და სპეციალიზებული გზით. მაგ., ჩვილები ტკივილს პასუხობენ მთელი სხეულით: ტირილითა და სხეულის გაწევით, ხოლო მაშინ, როდესაც ბავშვს შეუძლია ტკივილის წყაროს ლოკალიზება, შეუძლია გაწიოს მხოლოდ კიდური, რომელიც სტკივა. ბავშვი გამოიყენებს მთელ ხელს სათამაშოს ასაღებად ვიდრე არ განუვითარდება ნატიფი მოძრაობები მაგ., ნამცეცის ასაღებად.

5. განვითარება უფრო მეტად ინტეგრირებული და კომპლექსურია

ეს ნიშნავს, რომ ახალი ჩვევების შეძენასთან ერთად ისწავლება უფრო კომპლექსური და რთული ამოცანები. მაგ., რომ ვისწავლოთ ჭიქიდან დალევა გვესაჭიროება თვალისა და ხელის კოორდინაცია, შემდეგ ტაცება და შემდეგ ხელისა და პირის კოორდინაციული მოქმედება. ჩვილებში ღუღუნს მოჰყვება ცალკეული ბგერების წარმოთქმა სანამ ეს ხმები არ გადაიზრდება ბავშვის გამართულ მეტყველებაში.

6. ბავშვები არიან კომპეტენტურები

მათი თვისებები და შესაძლებლობები, უზრუნველყოფს მათი გადარჩენისა და განვითარების ხელშეწყობას. მაგ., ახალშობილს შეუძლია ხველა, ცემინება, წოვა, ყლაპვა, სუნთქვა და საჭმლის მონელება რაც მოზრდილებში მზრუნველობის გაძლიერებას იწვევს. ბავშვები აღმზრდელს უყვებიან თავისი მოთხოვნილებების შესახებ ძალიან ნატიფი მეთოდებით, ისე რომ აღმზრდელებმა იციან როდის სცივათ მათ, როდის შიათ ან როდის სტკივათ.

7. ახალი უნარები დომინანტურია

ეს გამოწვეულია იმით, რომ ჩვილებს ახალი უნარების შეძენისა და დახვეწის მიმართ აქვთ სწრაფვა, განსაკუთრებით ადრეულ ასაკში, როცა ბავშვს არ შეუძლია დაძლიოს რამდენიმე ახლად შეძენილი უნარი. მაგ., როდესაც ბავშვი სწავლობს სიარულს, ლაპარაკს ან თავისი ხელით ჭამას, მისი ყურადღება მთლიანად ფოკუსირებულია ამ ერთ უნარზე. მათ არ შეუძლიათ ერთდროულად სიარულის, ლაპარაკისა და დამოუკიდებლად ჭამის სწავლა.

განვითარების პრინციპები

ასწავლეთ აღმზრდელს, რომ განვითარება, მიუხედავად მისი თანმიმდევრულობისა, შეიძლება განსხვავდებოდეს ერთი და იმავე ასაკის ბავშვებში. მაგ., სკოლამდელ ასაკში ზოგ ბავშვს მეტყველების უნარი კარგად აქვს განვითარებული, ზოგს კიდევ არა.

შეახსენეთ აღმზრდელს ფიზიოლოგიურ, სოციალურ და კოგნიტურ განვითარებებს შორის შესაძლო კავშირების შესახებ. ამისათვის ბავშვმა უნდა იცოდეს რა არის სველი საფენი, რომ უთხრას აღმზრდელს სანამ ისწავლის ტუალეტში დამოუკიდებლად სიარულს.

ადამიანის განვითარების თემები

განვითარების შვიდი თემიდან ხშირად განიხილება ზრდისა და განვითარების თეორიები. ეს თემები პასუხს სცემს კითხვებს ადამიანის განვითარებაზე, ბიოლოგიისა და გარემოს გავლენის შესახებ. კერძოდ, ადამიანი ვითარდება თანდათან თუ მოულოდნელად; ბავშვები უმეტესად არიან ერთნაირი თუ ერთმანეთისგან განსხვავებული, ან პიროვნების სხვებთან ურთიერთობა თუ რჩება სტაბილური მთელი ცხოვრების მანძილზე? ქვემოთ განხილულ თეორიებში მოცემულია:

- ბუნება აღზრდის საპირისპიროდ;
- უწყვეტობა წყვეტილობის საპირისპიროდ;
- პასიურობა აქტიურობის საწინააღმდეგოდ;
- კრიტიკული მგრძნობიარე პერიოდის საპირისპიროდ;
- უნივერსალური სპეციფიკური კონტექსტების საპირისპიროდ;
- მოსაზრებები ადამიანის ბუნების შესახებ და ქცევის თანმიმდევრულობა.

ბუნება აღზრდის საპირისპიროდ

ერთ-ერთი ყველაზე ძველი და მნიშვნელოვანი თეორია ადამიანის განვითარებაში ბუნებისა და აღზრდის დაპირისპირებაა. ამ თეორიის არსია, გამოკვეთოს რომელი უფრო მეტ გავლენას ახდენს ადამიანის განვითარებაზე, ბიოლოგია (ბუნება) თუ გარემო (აღზრდა). ბუნება აღწერს გენეტიკურად – მემკვიდრეობით მიღებულ თვისებებს, როგორიცაა თვალის ფერი, სხეულის ტიპი ან დაავადება, მაგ., კისტოზური ფიბროზი ან ჰემოფილია. ეს მიდგომა განიხილავს განვითარებას, როგორც განპირობებულს გენეტიკური ფაქტორებით და არა გარემო ფაქტორების ზეგავლენით. ადამიანებს სჯერათ, რომ ბუნების ზეგავლენით ყველა ბავშვი აღწევს განვითარების ერთნაირ ზღვარს. თუ ბავშვი აღწევს განვითარების სხვადასხვა ზღვარს ეს განპირობებულია გენეტიკური ფაქტორებით.

აღზრდა ეს არის გავლენა, რომელსაც გარემო ახდენს ბავშვის განვითარებაზე აღზრდის მეთოდების, კულტურის, სწავლების გამოცდილებისა და საზოგადოების მეშვეობით. ადამიანი, რომელსაც სჯერა აღზრდის პრინციპების, იმედოვნებს, რომ გამოცდილებაზე დამყარებული განვითარება, რომელსაც ადამიანი მთელი ცხოვრების მანძილზე იღებს შეიძლება წარიმართოს სხვადასხვა გზით.

დღევანდელი თვალთახედვით, განვითარების თეორიის მომხრეები თვლიან, რომ ორივე გარემოება – ბუნებაცა და გარემო ფაქტორებიც მნიშვნელოვანია და თითოეული მათგანის შედარებითი წვლილი დამოკიდებულია კვლევის ასპექტზე. ამ ეტაპზე განვითარების თეორიის მკვლევარები უფრო მეტად არიან შეშფოთებულები იმით თუ როგორ ურთიერთქმედებს ბიოლოგიური და გარემო ფაქტორები განვითარების ცვლილებებზე, ვიდრე ერთის ან მეორეს უპირატესობით(სურათი 1-2).



სურათი 1-2. ამ ბავშვებიდან რომლები არიან დები? რატომ ფიქრობთ ასე?

უწყვეტობა წყვეტილობის საპირისპიროდ

ეს თეორია აღწერს ადამიანის განვითარების პროცესში ცვლილებების ბუნებასა და მათ ხასიათს. **უწყვეტობა** განაპირობებს ცვლილებებს, რომელიც კანონზომიერია და ადრე შეძენილ თვისებებზეა დაფუძნებული. განვითარება უწყვეტი და დინამიური პროცესია მკვეთრი ცვლილებების გარეშე. ეს თეორია ასევე ამტკიცებს, რომ ადრეული და მოგვიანებითი განვითარება დაკავშირებულია ერთმანეთთან, მაგ., აგრესიული მოზარდები ხდებიან აგრესიული ზრდასრული ადამიანები, ცნობისმოყვარე ბავშვები ხდებიან შემოქმედებითი მოზარდები, ხოლო მორცხვი სკოლამდელი ასაკის ბავშვები გულჩათხრობილი მოზარდები ხდებიან. საბოლოოდ უწყვეტობა იწვევს იმას, რომ ცვლილებები ვითარდება ან რაოდენობრივი ან ხარისხობრივი კუთხით. მაგ., როდესაც ბავშვებს ემატებათ ასაკი ისინი იზრდებიან, დარბიან უფრო სწრაფად, სწავლობენ უფრო მეტს მათ გარშემო არსებული სამყაროს შესახებ.

წყვეტილობას განაპირობებს ის ფაქტი, რომ განვითარება წარმოდგენილია როგორც საფეხურეობრივი, ეტაპობრივი პროცესი, რომელსაც ასაკის მატებასთან ერთად ბავშვი ფუნქციონირების უფრო მაღალ საფეხურზე გადაჰყავს. განვითარების ეს კურსი გამოიყურება, როგორც ვარსკვლავების ფრენა. აქ არ არის კავშირი ადრეულ და მოგვიანებით განვითარებას შორის, ქცევამ, რომელსაც მოგვიანებით ვხედავთ, ჩაანაცვლა ადრეულ ასაკში არსებული ქცევა. მაგ., ჩვილები, რომლებსაც არ აწუხებთ უცხო ადამიანების გარემოცვაში ყოფნა, მოგვიანებით შეიძლება გაუჩნდეთ შიში მათ მიმართ, ან მორცხვი და გულჩათხრობილი სკოლამდელი ასაკის ბავშვი გახდეს კომუნიკაბელური, ექსტროვერტი მოზარდი, ასაკის მატებასთან ერთად. და ბოლოს, წყვეტილობა განაპირობებს ხარისხობრივ ცვლილებებს ან ცვლილებებს, რომელიც თან ახლავს ადამიანის ზრდას; მაგ., როდესაც არამოლაპარაკე ბავშვი იწყებს ლაპარაკს ასაკის მატებასთან ერთად ან როდესაც პრეპუბერტულ ასაკში ბავშვი ხდება მომწიფებული მოზარდი.

პასიურობა აქტიურობის საპირისპიროდ

ეს თემა განიხილავს ბავშვს როგორც პასიურ რეციპიენტს, რომელიც გარემო ფაქტორების ზეგავლენით ვითარდება ან პირიქით, როგორც შინაგანად მოტივირებულ და განვითარებაში აქტიურად მონაწილეს. პასიური მხარე განიხილავს აღზრდის ისეთ მეთოდებს (პრაქტიკული თუ თეორიული), რომელიც ბავშვს აყალიბებს ან მორცხვ ან პირიქით, თავხედ პიროვნებად. ასეთი ბავშვები ხდებიან კანონდამრღვევები, რადგან კავშირი აქვთ თავისი თანატოლების ასოციალურ ჯგუფთან. ჭკვიანი და ნიჭიერი პედაგოგები აღვივებენ ბავშვების ინტერესს მათემატიკის ან ლიტერატურის მხრივ. ის ვინც არ ეთანხმება ამ შეხედულებას თვლის, რომ ბავშვები მიზანმიმართულად და აქტიურად აკონტროლებენ საკუთარ განვითარებას. აქტიური ბავშვები ასევე ახდენენ მომვლელის, თანატოლებისა და მასწავლებლების ქცევის შეცვლას. მაგ., ცნობისმოყვარე მეგობრულმა ბავშვმა შეიძლება წაახალისოს გულგრილი და არამეგობრული თანატოლი ან მოზრდილი ადამიანი.

კრიტიკული პერიოდი მგრძნობიარეს საპირისპიროდ

ამ თემის კონცეფციის მნიშვნელობა განვითარების სხვადასხვა დროის პერიოდებია. მნიშვნელობა ენიჭება იმას, თუ რომელ ფაზას აქვს უფრო დიდი მნიშვნელობა ამა თუ იმ უნარის, ცოდნის ან კონკრეტული შესაძლებლობის განვითარების მხრივ. **კრიტიკული პერიოდი** ეხება შეზღუდულ დროს, როდესაც ბავშვი ბიოლოგიურად მზად არის შეიძინოს გარკვეული ქცევა, მაგრამ ესაჭიროება კონკრეტული გარემო ფაქტორების მხარდაჭერა. განვითარებაში არის არაერთი ეტაპი, როდესაც ბავშვს ესაჭიროება, გაიგოს რამდენად ნორმალურად მოქმედებს მასზე რამდენიმე სენსორული და სოციალური ასპექტი. სიცოცხლის პირველი 3 წელი აუცილებელია ენის, სოციალური და ემოციური პასუხისმგებლობის ჩამოსაყალიბებლად. თუ ამ პერიოდში ამის თუნდაც მცირე საშუალება არ არის, ბავშვებს მეტყველების განვითარების, მეგობრების შეძენის ან მოგვიანებით ინტიმური ემოციური ურთიერთობის ქონის სირთულე ექნებათ.

თუმცა **მგრძნობიარე პერიოდი** დროა, რომელიც ოპტიმალურია გარკვეული შესაძლებლობების დასადგენად, როდესაც ადამიანი განსაკუთრებით მგრძნობიარეა გარემოს ზემოქმედების მიმართ. ამ შეხედულების მომხრეებს სჯერათ, რომ ზოგიერთი ქცევა შეიძლება მოდიფიცირდეს ადრეული განვითარების დროს. მაგ., თუ ჩვილებს, რომლებიც იზრდებოდნენ ღარიბ ბავშვთა სახლებში, მოვათავსებთ ნორმალური პირობების მქონე მიმღებ ოჯახებში, ისინი გაიზრდებიან ყოველგვარი ინტელექტუალური დეფიციტის გარეშე. ფაქტი იმისა, რომ ადრეული ქცევა შეიძლება შევცვალოთ მეტყველებს იმაზე, რომ ხალხი დამყოლი და ადვილად ადაპტირებადია, ხოლო განვითარების ზოგიერთი დარგისთვის არსებობს მგრძნობიარე და არა კრიტიკული პერიოდი.

უნივერსალური კონტექსტები სპეციფიკურის საპირისპიროდ

ამ თემის ფარგლებში კულტურის განვითარების მნიშვნელობა აქტუალურია. ზოგიერთი თეორეტიკოსი მიიჩნევს, რომ ინდივიდუალური კულტურა ღრმა გავლენას ახდენს განვითარებაზე. სხვა თეორეტიკოსები მნიშვნელობას ანიჭებენ კულტურის გარეშე განვითარების კანონებს, რომელიც ვრცელდება ყველა კულტურის მქონე ყველა ბავშვ-

ზე. მაგ., უნივერსალურობა ამბობს, რომ ადამიანები გაივლიან განვითარების ერთნაირ გზას მიუხედავად მათი კულტურისა; ენის შეძენა და გამოყენება ხდება 11-14 თვის ასაკში, კოგნიტური ცვლილებები ამზადებს ბავშვს სასკოლოდ ან უფრო მაღალი დონისთვის. სწავლის უნარი ჩნდება 5-7 წლის ასაკში და სექსუალურ სიმწიფეს მოზარდი პრეგარდატეხის ან გარდატეხის ასაკში აღწევს. მაშინ როდესაც **სპეციფიკური კონტექსტები** უნდა ვივარაუდოთ, რომ განსხვავებულია და დამოკიდებულია კულტურულ ღირებულებებზე, რწმენასა და გამოცდილებაზე. მაგ., ზოგიერთი სოციუმი მხარს უჭერს სიარულის ადრე დაწყებას, ხელს უწყობს ახალი ქცევის ჩამოყალიბებას ვარჯიშით და პრაქტიკით მაშინ, როდესაც სხვა სოციუმი უპირატესობას ანიჭებს ბავშვის შეხვევას და ხელს სიარულის გვიან დაწყებას უწყობს.

მოსაზრებები ადამიანის ბუნების შესახებ

ორიგინალური ცოდვის დოქტრინა, რომელიც გამოიყენება თომას ჰობსის (1588-1679) მიერ ბავშვის ბუნების აღწერისთვის, ვარაუდობს, რომ ბავშვი არსებითად ბოროტი და ეგოისტური არსებაა, რომელიც უნდა კონტროლდებოდეს საზოგადოების მიერ.

ჯინ-ჟაკ რუზეოს (1712-1778) მიერ შემოთავაზებული **თანდაყოლილი სიწმინდის** დოქტრინა კი ვარაუდობს, რომ ბავშვები არსებითად კარგი არსებები არიან, დაბადებული ინტუიტიური გრძნობის გარეშე თუ რა არის სწორი და რა არასწორი.

ტაბულა რასსას დოქტრინა, რომელიც შემოთავაზებულია ჯონ ლუკეს მიერ (1632-1704) ვარაუდობს, რომ ბავშვები არც სიკეთეა და არც ბოროტება. ისინი შემოდიან სამყაროში, როგორც სუფთა ფურცელი თანდაყოლილი გადახრების გარეშე და ფორმირდებიან ცხოვრებისეული გამოცდილებით. ეს მოსაზრებები ეფუძნება მე-17 და მე-18 საუკუნეების სოციალურ ფილოსოფოსებს და დღევანდელობაში იშვიათად განიხილება ადამიანის განვითარების თანამედროვე თეორიებში. თუმცა, კონკრეტული თეორეტიკოსების შეხედულება ბავშვის ხასიათის დადებით ან უარყოფითი ასპექტებზე ასახავს ადამიანის ორიენტაციისა და ადამიანის ბუნების შესახებ მოსაზრებებს. მაგ., თუ ზოგიერთი ბავშვი თავისი ბუნებით მზრუნველია და კარგი, ხოლო მეორე მტრულად ეგოისტური, მათი აღზრდის მეთოდები განსხვავებული უნდა იყოს. ზოგიერთი მშობელი მიიჩნევს, რომ ბავშვი უნდა განვითარდეს ჩარევის გარეშე (თანდაყოლილი სისუფთავე), მაშინ როდესაც ავტორიტარულმა მშობლებმა შეიძლება გამოიყენონ მიდგომა რომელიც შეებრძოლება და გააკონტროლებს თავისი შვილის აგრესიულ და ეგოისტურ იმპულსებს, რათა შეიქმნას დადებითი ქცევები (ორიგინალური ცოდვა).

ქცევის თანმიმდევრულობა

ეს თემა ეძღვნება ბავშვის ძირითადი ქცევის ხარისხის ცვლილებას გარემოსთან მიმართებით (სკოლა, ოჯახი, მეზობლები). ზოგიერთი თეორეტიკოსი მნიშვნელობას ანიჭებს ბავშვის ინდივიდუალურ, პერსონალურ მახასიათებლებს და თვლის, წინასწარგანწყობა ბავშვს აძლევს საშუალებას მოიქცეს ერთნაირად გარემო ფაქტორების მიუხედავად. სხვა თეორეტიკოსები მიიჩნევენ, რომ ბავშვის ქცევა ცვალებადია. პირველი შეხე-

დულების მხარდამჭერები იტყოდნენ რომ კონკრეტული ბავშვი სიტუაციის მიუხედავად შეიძლება შევაფასოთ, როგორც კეთილი, პატიოსანი, აგრესიული ან დამოუკიდებელი. მეორე თეორიის მიმდევრები კი თვლიან, რომ ბავშვის ქცევა იცვლება სიტუაციის მიხედვით და ვინ ან რა ღებულობს ამ სიტუაციაში მონაწილეობას. მაგ., მეგობარია განსაცდელში, ბრაზიანი მასწავლებელია თუ აღმზრდელი, შეჯიბრებაა თუ რთული ტესტი.

ადამიანის განვითარების თეორიები

ქვემოთ განხილული თეორიული შეხედულებები, ბავშვობისა და მოზარდობის დროს, ადამიანური განვითარების შესწავლის სხვადასხვა გზას წარმოადგენს. შესაბამისად, თითოეული თეორია აღწერს განვითარების მხოლოდ ერთ ასპექტს, ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია პედიატრიული საექთნო საქმის შესწავლისას განხილულ იქნას ყველა მათგანი. თითოეული თეორია ფოკუსირებულია ადამიანის განვითარების კონკრეტულ არეზე და აქვს საფუძვლიანი ვარაუდები, პრინციპები, ძლიერი და სუსტი მხარეები, რაც გამოსაყენებელია პრაქტიკაში.

მნიშვნელოვანია, ასევე შევაფასოთ ქვემოთ მოცემული თეორიები სიდმანის კრიტერიუმების მიხედვით. ეს კრიტერიუმები გვიჩვენებს, თუ როგორი გამოსადეგი, ყოვლისმომცველი, თანმიმდევრული, ზუსტი, შესაბამისი და მარტივია თითოეული თეორია. ყოვლისმომცველობა მიეკუთვნება სხვადასხვა მოვლენას, რომელიც განხილულია თეორიაში და სვამს კითხვას რა ტიპის და რამდენი მოვლენაა ასახული მასში? ადამიანის განვითარების თეორიებში განიხილება სხვადასხვა ასპექტები, მაშინ როდესაც თამაშის თეორიაში ხსნიან მხოლოდ კონკრეტული სეგმენტის დეტალებს. თანმიმდევრულობა მიუთითებს იმაზე, რამდენად კარგად ხსნის თეორია ახალ ინფორმაციას ძირითადი ვარაუდების შეცვლის გარეშე. როდესაც თეორია თანმიმდევრულია, ახალი აღმოჩენები არ სცილდება ძირითად ვარაუდებს. მაგ., თუ განვითარების ფსიქოლოგი აღმოაჩენს, რომ მამრობით ახალშობილებს უკეთესად შეუძლიათ სიცოცხლის პირველ საათებში დედის ხმის გაგება, ვიდრე მდედრობით ახალშობილებს და ის შეძლებს ამ განსხვავების მარტივად ახსნას, მაშინ თეორია იქნება თანმიმდევრული. თეორიის სიზუსტე ნიშნავს, თუ რამდენად კარგად აღწერს ის წარსულ მოვლენებს და მომავლის შედეგებს. სიზუსტე განისაზღვრება იმით თუ რამდენად წინასწარ და კარგად საზღვრავს თეორია ცვლილებებს შორის ურთიერთობას. თუმცა აუცილებელია გავითვალისწინოთ, რომ საკითხიდან გამომდინარე, ზოგიერთი თეორია უფრო ზუსტია ვიდრე მეორე. სიზუსტე დამოკიდებულია იმაზე თუ რამდენად ეყრდნობა თეორია ფაქტებს და რამდენად ზუსტად არის ეს ფაქტები შეკრებილი. მაგ., პრენატალური კვება ზეგავლენას ახდენს ბავშვის ინტელექტუალურ განვითარებაზე. ეს თეორია დადასტურდა ორსულობის პერიოდში და ადრეული ასაკის ბავშვებში შეგროვებული მონაცემების საფუძველზე. რამდენად პროდუქტიულია თეორია ახალი იდეების წარმოშობაში განისაზღვრება მისი ნაყოფიერებით. ეს შეიძლება იყოს ყველაზე მნიშვნელოვანი კრიტერიუმი, როდესაც განვიხილავთ ბავშვთა განვითარებასა და ქცევას, რადგან ახალი კითხვები ყოველთვის წარმოიქმნება განვითარებასა და ქცევასთან დაკავშირებით, რომელზეც აუცილებლად უნდა გვქონდეს პასუხი. და ბოლოს, უბრალოდ დამოკიდებულია დეტალიზაციის ხარისხზე, რომელიც

საჭიროა თეორიის ახსნისათვის. სასარგებლო თეორიები უფრო მეტად არის ეკონომიური (უბრალო, ეკონომიური და უბრალო) და არაა გადატვირთული იმდენი დაშვებებით, რომ ამ თეორიის სარგებლობის მოტანა საეჭვო გახდეს. თუმცა აუცილებელია გავითვალისწინოთ, რომ ადამიანის განვითარების მრავალი თეორია არ პასუხობს სიდერმანის კრიტერიუმებს, თუმცა თუ თეორია შეესაბამება ერთ კრიტერიუმს, შესაბამისად შეესაბამება სხვასაც.

ფსიქოდინამიკური პერსპექტივა

ფსიქოდინამიკური პერსპექტივა ფოკუსირებულია ემოციურ სფეროზე, რომელიც შემდგომში ვლინდება პიროვნებაში. პიროვნების განვითარების დროს ეს თეორიები აღწერს ადამიანის გონებრივ განვითარებასა და გონების მუშაობის შესაძლებლობებს. ასევე პასუხობს იმ კითხვებს, რომელიც წარმოიშვება პიროვნების განვითარებასთან მიმართებით და დაკავშირებულია შინაგანი სამყაროს გარეგნულ გამოვლინებასთან (განწყობა, ხასიათის თვისებები, ტემპერამენტი, ქცევები). ხაზგასმულია განვითარების სტადიები, საქციელის უსაფუძვლო მოტივაცია და შინაგანი კონფლიქტები. ფსიქოდინამიკური პერსპექტივა იყოფა ფსიქოსექსუალურ (ფროიდი), ფსიქოსოციალურ ან ეპიგენეზურ (ერიქსონი) და ინტერპერსონალურ (სალივანის) თეორიებად.

ფროიდი და ფსიქოსექსუალური განვითარების თეორია

ზიგმუნდ ფროიდი (1856-1939) ერთ-ერთი საკმაოდ ცნობილი ფსიქოანალიტიკოსია. ის მიიჩნევს, რომ ადამიანის მოქმედების წყაროს ფსიქიკური ენერგია წარმოადგენს. მისი აზრით, ყველა ადამიანს აქვს თანდაყოლილი ინსტინქტები ანუ ლტოლვები. ფროიდი საუბრობდა ორი სახის თანდაყოლილ ინსტინქტზე: თვითშენახვის ინსტინქტსა (შიმშილი, წყურვილი) და ეროსზე, რომელიც დაკავშირებულია სექსუალურ იმპულსებთან და სახეობის შენარჩუნებასთან. სექსუალური ენერგიის აღსანიშნად ის იყენებს ტერმინს – ლიბიდო.

ფროიდი გამოყოფს პიროვნების 3 სტრუქტურას: **იდი, ეგო და სუპერეგო.**

იდს სიამოვნების პრინციპი მართავს. ის მოქმედებს იმპულსურად და უბიძგებს პიროვნებას დაუყოვნებელი სიამოვნებისკენ, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ის, რაც მას სურს რეალურად შესაძლებელი, სოციალურად და მორალურად მისაღები.

სუპერეგო პიროვნების მიერ საზოგადოებისგან ნასწავლი ღირებულებების საცავს წარმოადგენს. ის ვითარდება უფროსების მხრიდან სოციალურად არასასურველი ქცევის აკრძალვის საფუძველზე.

ეგო არის პიროვნების ცნობიერი, რაციონალური ნაწილი. ეგო აკმაყოფილებს იდის იმპულსებს, არასასურველი შედეგების გამოწვევის გარეშე.

ფროიდი გამოყოფს პიროვნების ფსიქოსექსუალური **განვითარების 5,** ორალურ, ანალურ, ფალურულ, ლატენტურ და გენიტალურსტადიას.

ცხრილი1-2. ფროიდის ფსიქოსექსუალური განვითარების სტადიები

სტადია	ასაკი	მახასიათებლები
ჩვილი	დაბადებიდან 1 წლის ასაკამდე	სწრაფი ზრდისა და ცვლილების პერიოდი; ყალიბდება დამოკიდებულება ოჯახის წევრებისა და აღმზრდელების მიმართ; ვითარდება ნდობა;
ბავშვი	1-დან 3 წლამდე	ხდება მოტორული შესაძლებლობების კოორდინაცია და სენსორული უნარების განვითარება; ვითარდება ძირითადი გრძნობები, ემოციები, საკუთარი თავის გრძნობა და დამოუკიდებლობა;
სკოლამდელი	3-დან 6 წლამდე	განაგრძობს ფსიქოლოგიურ და შემეცნებით ზრდას; უკეთესად ზრუნავს საკუთარ თავზე, დაინტერესებულია სხვა ბავშვებთან ერთად თამაშით და იწყებს კონცეფციის შემუშავებას თუ ვინ არიან ისინი;
სკოლის ასაკი	6-დან 12 წლამდე	მიზნის მიღწევაში დაინტერესება; კითხვაში, წერასა და სწავლაში მიღწევების უნარი. ფართოვდება სამყაროს აღქმა;
მოზარდი	12 -დან 19 წლამდე ან მეტი	გარდამავალი პერიოდი ბავშვობასა და მოზრდილობას შორის; ხდება ფიზიკური მომწიფება, აზროვნების ფორმირება, მზადება დიდ ადამიანად ჩამოყალიბებისთვის.

ფროიდი მიიჩნევს, რომ მშობლებმა შვილის საბაზო მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად ოქროს შუალედი უნდა მოძებნონ. თუ მშობლები სასურველ ბალანსს მიაგნებენ, მაშინ ბავშვები გაიზრდებიან ნორმალურად ადაპტირებული, მოწიფული სექსუალური ქცევის მქონე, ოჯახსა და მომავალ თაობაზე მზრუნველი ადამიანები.

ორალური სტადია გრძელდება დაბადებიდან 18 თვემდე. ამ პერიოდში პირი უკავშირდება ბიოლოგიური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების სურვილსა და სასიამოვნო შეგრძნებებს. ფროიდი თვლის, რომ პირი ადამიანის მთელი ცხოვრების განმავლობაში მნიშვნელოვან ეროგენულ ზონას წარმოადგენს. ზრდასრულ ასაკშიც კი შეიმჩნევა შემორჩენილი ორალური ქმედებების ნიშნები: საღეჭი რეზინის, ფრჩხილების კვნეტის, მოწევის, გადამეტებული ჭამისა და კოცნის სახით ორალური სტადიისადმი მიჯაჭვულობის შემთხვევები.

ჩვილს სიამოვნებას ანიჭებს დედის მკერდი ან საწოვარა. ამიტომ, სხეულის პირველი ადგილი, სადაც ლოკალიზებულია სიამოვნება, რომელიც გამოწვეულია დაძაბულობის კლებით, არის პირი. ორალური სტადია მთავრდება მკერდით კვების დასრულებით. ფროიდი მიიჩნევს, რომ ბავშვი, რომელიც გადამეტებულ ან არასაკმარის სტიმულაციას იღებდა ჩვილობის ასაკში, შემდგომში ორალურად პასიური ტიპის პიროვნებად ყალიბდება: დამოკიდებული გარემოდან იგი მოელის მზრუნველობას და გამუდმებით ითხოვს დადებით შეფასებას.

ცხოვრების პირველი წლის მეორე ნახევარში იწყება ორალური სტადიის მეორე ორალურ-აგრესიული ფაზა; ჩვილს ამოსდის კბილები. კბენა და ღეჭვა წარმოადგენს ფრუსტრაციის მდგომარეობის გამოხატვას, რომელიც გამოწვეულია დედის არყოფნით, ან დაკმაყოფილების გადავადებით. ორალურ-აგრესიულ სტადიაზე ფიქსაცია, ზრდასრულებში გამოხატულებას პოვებს ისეთ მახასიათებლებში, როგორიცაა კამათისადმი მიდრეკილება, პესიმიზმი, სარკაზმი და გარემოსადმი ცინიკური დამოკიდებულება.

ანალური სტადია იწყება 18 თვის ასაკიდან და ცხოვრების მესამე წლამდე გრძელდება. ფროიდი ამტკიცებს, რომ თვითკონტროლისა და თვითრეგულაციის ყველა მომდევნო ფორმა საწყისს იღებს ანალურ სტადიაში, რადგან ამ პერიოდის განმავლობაში ბავშვები მნიშვნელოვან სიამოვნებას ღებულობენ ფეკალიების შეკავებისა და გამოყოფის შედეგად. მიუხედავად იმისა, რომ კუჭ-ნაწლავისა და შარდის ბუშტის კონტროლი ძირითადად, ნერვულ-კუნთური მოწიფულობის შედეგს წარმოადგენს, ფროიდი მიიჩნევს, რომ მეთოდები რომლითაც მშობლები ბავშვს ტუალეტის მოხმარებას აჩვევენ, მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს პიროვნულ განვითარებაზე. ფროიდი ბავშვის ტუალეტისადმი მიჩვევის პროცესში მშობელთა ორ ტაქტიკას გამოყოფს: ზოგიერთი მშობელი ბავშვისგან მოითხოვს საქმის დროულად შესრულებას. ასეთ შემთხვევაში შესაძლებელია ბავშვმა სიჯიუტე გამოავლინოს. შესაძლოა მას ჩამოუყალიბდეს ანალურად-შეკავებული პიროვნების ტიპი. ამგვარი ტიპის ზრდასრული უჩვეულოდ ჯიუტი, ხელმომჭირნე, მეთოდური და პუნქტუალურია. ასეთი ტიპის ადამიანს ნაკლებად გააჩნია გაურკვევლობის, განუსაზღვრელობის ატანის უნარი. ანალური ფიქსაციის მეორე უკიდურესი ფორმა, რომელიც ასევე მშობელთა სიმკაცრის შედეგს წარმოადგენს, არის ანალურად-გამომყოფი ტიპი. ამ ტიპის მახასიათებლებია – ნგრევისადმი მიდრეკილება, შფოთვა, იმპულსურობა და სადისტური დაუნდობლობაც კი.

ფალური სტადია გრძელდება 3-6 წლებში. ბავშვები თავის სასქესო ორგანოს აკვირდებიან, მასტურბირებენ და შესაძლოა გამოხატონ ინტერესი დაბადებისა და სქესობრივი ურთიერთობების შესახებ.

ბიჭებთან ფალური სტადიის კონფლიქტს ფროიდმა ოიდიპოსის კომპლექსი უწოდა (გოგონებში ანალოგიურმა კომპლექსმა ელექტრას კომპლექსის სახელწოდება მიიღო). ამ კომპლექსის აღწერა ფროიდმა სოფოკლეს „ოიდიპოს მეფის“ ტრაგედიიდან ისესხა, რომლის თანახმადაც, მეფე ოიდიპოსმა მოკლა თავისი მამა იმის გამო, რომ დედასთან ინცესტური (სისხლის აღრევა) კავშირი დაემყარებინა.

ინცესტური კავშირის შედეგად შესაძლო სასჯელის მიღების შიშს ფროიდმა კასტრაციის შიში უწოდა.

5-დან 6 წლის ასაკამდე ოიდიპოსის კომპლექსი მთავრდება. ბიჭი თრგუნავს (განდევნის ცნობიერიდან) დედისადმი სექსუალურ სურვილებს და იწყებს საკუთარი თავის იდენტიფიცირებას მამასთან.

ოიდიპოს კომპლექსი გოგონებში ელექტრას კომპლექსის სახელწოდებითაა ცნობილი. როდესაც გოგონა ფალურ სტადიაში შედის და აცნობიერებს, რომ მას არ აქვს პენისი, ფროიდის მიხედვით, მას უყალიბდება ერთგვარი შური, რაც კასტრაციის შიშის ანალოგიას წარმოადგენს. აქედან გამომდინარე, გოგონა გამოხატავს ღია მტრულ განწყობას საკუთარი დედის მიმართ, ვინაიდან, მან იგი ასეთი გააჩინა. ამავე დროს, ის მიილტვის მამის დაუფლებისკენ, რადგან მას გააჩნია მისთვის სასურველი სასქესო ორგანო.

ზრდასრული მამაკაცები, რომელთაც ფალური სტადიის ფიქსაცია გააჩნიათ, კადნიერად იქცევიან. მათ უყვართ ტრაბახი და წინდაუხედავები არიან. ისინი მიისწრაფვიან წარმატების მოპოვებისადმი და მუდმივად ცდილობენ საკუთარი მამაკაცურობისა და სქესობრივი მოწიფულობის დამტკიცებას.

ლატენტური სტადია– 6 დან 12 წლამდე ასაკი ფსიქოსექსუალური განვითარების ლატენტური პერიოდია. ამ დროს ბავშვის ლიბიდო სუბლიმაციის მეშვეობით ისეთი სახის ქმედებებისკენაა მიმართული, როგორიცაა ინტელექტუალური აქტივობა, სპორტი და თანატოლებთან ურთიერთობა. ლატენტური პერიოდი შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ზრდასრულობისადმი მზადების პერიოდი.

გენიტალური სტადია – მოზარდობის ასაკში ადგილი აქვს სექსუალური იმპულსების გამოღვიძებას. ჩნდება საპირისპირო სქესის მიმართ ინტერესი. გენიტალური სტადიის საწყისი ფაზა ხასიათდება ორგანიზმში ბიოქიმიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებებით. რეპროდუქციული ორგანოები აღწევენ მოწიფულობას, ხოლო ენდოკრინული სისტემის მიერ ჰორმონების გამოყოფა მეორადი სასქესო ნიშნების გაჩენას იწვევს (მაგ., მამაკაცებში სახის დაფარვა თმით, ქალებში სარძევე ჯირკვლების ფორმირება). ამ ცვლილებების შედეგს მოზარდებისთვის დამახასიათებელი აღგზნების მატება და სექსუალური აქტივობის ზრდა წარმოადგენს.

წინა სტადიებზე სწორი განვითარება ხელს უწყობს მოწიფული სექსუალობის ფორმირებას. ეს არის პიროვნების იდეალური ტიპი, ზრდასრული ადამიანი, რომელიც პასუხისმგებელია თავის სოციალურ და სექსუალური ურთიერთობებზე. ადამიანი დაკმაყოფილებას ჰპოვებს ჰეტეროსექსუალურ სიყვარულში. მას შეუძლია საკუთარი ინსტინქტების მართვა, კონტროლი. აქედან გამომდინარე, ის სიამოვნებას პარტნიორის მიმართ ნამდვილ ინტერესში აღწევს, ყოველგვარი ბრალეულობის განცდისა და კონფლიქტების გარეშე.

ერიქსონი და ფსიქოსოციალური განვითარება

ეგრეთწოდებული ეგო ფსიქოლოგებიდან ერთ-ერთი ყველაზე ცნობილი ერიკ ერიქსონია. სხვა პოსტფროიდისტების მსგავსად, ერიქსონისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს „მეს“ და მის ადაპტაციურ შესაძლებლობებს. ერიქსონი ამტკიცებს, რომ ნებისმიერი ფსიქოლოგიური ფენომენი შეგვიძლია გავიაზროთ, როგორც ბიოლოგიური, ქცევითი, ემპირიული და სოციალური ფაქტორების შეთანხმებული ურთიერთქმედება. ერიქსონის ფსიქოსოციალური თეორია განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს „მე“-ს იდენტობის ძიებას, ინდივიდის სხვებთან ურთიერთობებსა და კულტურის როლს მთელი ცხოვრების განმავლობაში (ცხრილი 1-3).

ერიქსონის თეორია ყურადღებას ამახვილებს:

1. ცვლილებებზე, რომელიც ხდება ადამიანის განვითარების პროცესში, მთელი ცხოვრების მანძილზე;
2. „ნორმალურზე“, „ჯანმრთელზე“ და არა პათოლოგიაზე;
3. იდენტობის განცდის ჩამოყალიბებაზე;
4. პიროვნების სტრუქტურის ახსნისას კლინიკური დაკვირვებების, კულტურული და ისტორიული ფაქტორების შეთანხმებაზე.

ერიქსონი გამოყოფს პიროვნების განვითარების ფსიქოსოციალურ სტადიებს (ცხრილი 1-4).

პირველი სტადიაა ბაზისური ნდობა – უნდობლობა. გრძელდება 0-დან 1 წლამდე. პირველი ფსიქოსოციალური სტადია მოიცავს ცხოვრების პირველ წელს. ერიქსონის მიხედვით, ამ პერიოდში ჯანსაღი პიროვნების ფორმირების ქვაკუთხედია ნდობის ზოგადი გრძნობა. ერიქსონის თანახმად, ბავშვის სამყაროსადმი და სხვა ადამიანებისადმი ნდობის დონეს განაპირობებს ბავშვის მიერ მიღებული დედობრივი მზრუნველობის ხარისხი.

განვითარების ამ სტადიაზე სენსორული სისტემების მომწიფება ხდება. ვითარდება მხედველობა, სმენა, ყნოსვა, გემო, შეხება. ბავშვი შეიმეცნებს გარემოს. ერიქსონი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ ჩვილები უნდა ენდობოდნენ არა მხოლოდ გარე სამყაროს, არამედ შინაგან სამყაროსაც.

განვითარების კონფლიქტი: – შემიძლია ვენდო გარემოს? კონფლიქტის პოზიტიურად გადაჭრის შემთხვევაში, ბავშვს უყალიბდება ნდობა.

მეორე სტადიაა ავტონომია, დამოუკიდებლობა, სირცხვილი და ეჭვი (მოიცავს 1 წლიდან 3 წლამდე პერიოდს[1]). ამ სტადიაზე ყალიბდება ბავშვის ავტონომია და დამოუკიდებლობა. ბავშვი სწავლობს სიარულს, გაღებას, დახურვას, სროლას და ა.შ.

განვითარების კონფლიქტი: – შემიძლია საკუთარი სხეულის და ქცევის მართვა? კონფლიქტის პოზიტიურად გადაჭრის შემთხვევაში, ბავშვს უყალიბდება ნებისყოფა.

მესამე სტადიაა ინიციატივა – დანაშაულის გრძნობა (3-დან 6 წლამდე). ამ სტადიაზე ბავშვის ავტონომიას ემატება ინიციატივა (ახალი აქტივობის დაწყების სურვილი), მიზნობრიობის განცდა – რაიმე საქმის ენერგიულად დაწყებისა და აქტივობის სურვილი.

განვითარების კონფლიქტი: – შემიძლია გავხდე მშობლებისგან დამოუკიდებელი და შევისწავლო ჩემი შესაძლებლობები? კონფლიქტის პოზიტიურად გადაწყვეტის შემთხვევაში ბავშვს უყალიბდება მიზანი.

მეოთხე სტადიაა შრომისმოყვარეობა – არასრულფასოვნება (6-დან 11 წლამდე). ამ პერიოდში ბავშვებს შეუძლიათ იშრომონ ბევრი და ბეჯითად, რათა დაიმსახურონ პატივისცემა, გააკეთონ საკუთარი საქმე კარგად და სწორად. მათ უკვე შეუძლიათ საქმის განაწილება და გუნდური მუშაობის ძირითადი პრინციპების დაკმაყოფილება. განვითარების კონფლიქტი: – მაქვს უნარები? კონფლიქტის პოზიტიურად გადაწყვეტის შემთხვევაში ბავშვს უყალიბდება კომპეტენტურობა.

მეხუთე სტადიაა პიროვნების იდენტობა – როლების აღრევა (12-18 წელი). მოზარდის მთავარ ამოცანას წარმოადგენს საკუთარი თავის შესახებ ამ დრომდე დაგროვილი ინფორმაციის გაერთიანება (თუ როგორები არიან ისინი როგორც შვილები, დები, ძმები, სპორტსმენები და ა.შ.) და ამ მრავალი იერსახის ინტეგრირება პიროვნულ იდენტობაში, რომელიც წარმოადგენს როგორც წარსულის, ასევე მისგან ლოგიკურად გამომდინარე მომავლის ინტეგრირებას. იდენტობის ჩამოყალიბება ანუ თვითგამორკვევა ხანგრძლივი, რთული და ხშირად მტკივნეული პროცესია. განვითარების კონფლიქტი: – ვინ ვარ მე? კონფლიქტის პოზიტიურად გადაწყვეტის შემთხვევაში მოზარდს უყალიბდება ერთგულება.

[1] იგულისხმება თოდლერობის პერიოდი.

მეექვსე სტადიაა სიახლოვე, ინტიმურობა – სიმარტოვე, იზოლაცია (ადრეული მოზრდილობა, 18 – 35 წელი). ცხოვრების იმ ეტაპის შემდეგ, როცა ადამიანი არკვევს, ვინ არის და „საით მიდის", იწყება მისი ინტიმური ცხოვრების გადაწყვეტის პერიოდი. ინტიმურობა ერიქსონის მიხედვით, არის გრძნობა, რომელსაც განვიცდით მეუღლის, მეგობრის, ნათესავის, მშობლების მიმართ. ერიქსონი განსაკუთრებულ ყურადღებას ამახვილებს ინტიმურობაზე, რომელიც წარმოადგენს მყარი ქორწინების პირობას. განვითარების კონფლიქტი: – შემიძლია თუ არა მქონდეს ინტიმური ურთიერთობები? კონფლიქტის პოზიტიურად გადაწყვეტის შემთხვევაში ადამიანს უყალიბდება სიყვარული.

მეშვიდე სტადიაა ზრუნვა, გენერაციულობა – სტაგნაცია (შუა ხნის ასაკი, 35-დან 64 წლამდე). ადამიანი ინტერესდება სხვა ადამიანების ბედით (არა მხოლოდ საკუთარი ოჯახის წევრებით), ფიქრობს საზოგადოების მომავალზე. გენერაციულობა ვლინდება, როგორც ზრუნვა მომავალ თაობაზე. გენერაციულობა გულისხმობს მომდევნო თაობების დახმარებას, მართვას (ნაწილობრივ), სოციალურად ღირებული საქმის შესრულებას. განვითარების კონფლიქტი: – რას ნიშნავს ჩემი ცხოვრება? რის გაკეთებას ვაპირებ? კონფლიქტის პოზიტიურად გადაწყვეტის შემთხვევაში ადამიანს უყალიბდება ზრუნვა.

მერვე სტადიაა ეგოს მთლიანობა – სასოწარკვეთილება (ხანდაზმული ასაკი – 65 წელი და მეტი). როდესაც ადამიანი გადააბიჯებს 65 წელს, ქვეითდება მისი პროდუქტიულობა და ეს ეტაპი ხშირად პენსიაზე გასვლის პერიოდს ემთხვევა. ამ დროს ადამიანი თვალს ავლებს განვლილ ცხოვრებას და აფასებს მას, მიიჩნევს წარმატებულად ან წარუმატებლად, უნაყოფოდ. განვითარების კონფლიქტი: -კმაყოფილი ვარ, თუ არა გავლილი ცხოვრებით? ჰქონდა ჩემს ცხოვრებას აზრი? კონფლიქტის პოზიტიურად გადაწყვეტის შემთხვევაში ადამიანს უყალიბდება სიბრძნე.

ცხრილი1-3. ადამიანის განვითარების ეტაპობრივი თეორიების შედარება

ასაკი	ფროიდი	ერიქსონი	სალივანი	პიაჟეტი	კოჰნბერგი
ჩვილი (დაბ. 1 წ.)	ორალური (დაბ. 1 წ.)	ნდობა/უნდობლობა (დაბ.-1½წ.)	ჩვილი (დაბ.-1½წ.)	სენსომოტორული (დაბ.-2წ.)	პრეკონვენსიონალულური (დაბ.-7 წ.)
ბავშვი (1-3 წ.)	ანალური (1-3 წ.)	ნდობა/უნდობლობა (გაგრძელება)	ჩვილი (გაგრძელება)	სენსომოტორული (გაგრძელება)	პრეკონვენსიონალური (გაგრძელება)
		ავტონმია/მორიდება-ყოყმანი (1½-დან3წ.)	ადრეული ბავშვობა (1½-დან 6წ.)	პრეოპერაციული (2-დან7წ.)	პრეკონვენსიონალური (გაგრძელება)
სკოლამდელი (3-დან 6წ.)	პალური (3-დან 6წ.)	ინიციატივიანი/დატყვევებული (3 -დან 6 წ.)	ადრეული ბავშვობა (გაგრძელება)	პრეოპერაციული (გაგრძელება)	პრეკონვენსიონალური (გაგრძელება)
სკოლის ასაკი (6-12წ.)	ლატენტური (6-12 წ.)	შემოქმედება/არასრულფასოვნება (6-12 წ.)	გვიანი ბავშვობა (6-9 წ.) პრემოზარდობა(9-12 წ.)	კონკრეტული ქმედება (7-11 წ.)	კონვენსიონალური (7-12 წ.)

მოზრდილი (12-დან 19 წ.)	გენიტალური (12წ. და მეტი)	იდენტობა/ გაურკვევლობა (12-18 წ.)	ადრეული მოზარდი (12-15 წ.) გვიანი მოზარდი (15-19 წ.)	ფორმალური ოპერაცია (12 წ. და მეტი)	პოსტკონვენსიული (12 წ. და მეტი)

ცხრილი 1-4. ერიქსონის პიროვნების განვითარების ფსიქოსოციალური სტადიები

სტადია	ასაკი	მახასიათებლები
ნდობა/ უნდობლობა	1თვიდან 1½წ.	სწავლობს, რომ სამყარო კარგია და შეიძლება ენდოს მას, თუ დაკმაყოფილდა ძირითადი მოთხოვნები;
ავტონომია სირცხვილისა და ყოყმანის წინააღმდეგ ShameandDoubt	1½-დან 3წ.	სწავლობს დამოუკიდებლად კვებას, ბანაობას, ჩაცმას, ტუალეტში წასვლას, ახდენს გავლენას საკუთარ თავზე, არჩევს თამაშებს;
ინიციატივა უნდობლობის წინააღმდეგ	3-დან6წ.	მიზანმიმართული, კონკურენტუნარიანი, დემონსტრირებას უკეთებს გამოძიებით ქცევას; წარმოსახვითი თამაში;
შემოქმედება არასრულფასოვნების წინააღმდეგ	6-დან11 წ.	იკვლევს თვითშეფასებას, ეუფლება ფსიქოსოციალურ, კოგნიტურ და ფიზიოლოგიურ უნარებს; ხდება ორიენტირებული საზოგადოებაზე და თანატოლებზე;
იდენტურობა გაურკვევლობის წინააღმდეგ	12-დან 18წ.	ვითარდება ღირსების გრძნობა; ხდება მშობლებისგან დამოუკიდებელი; მნიშვნელოვანია თანატოლებისთვის.

ერიქსონის თეორია:

- ასწავლეთ მშობლებს ჩვილების ბაზისური მოთხოვნების ამოცნობა დროულად;
- მიეცით ბავშვებს დამოუკიდებლად ყოფნის საშუალება;
- მიეცით სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს შესაძლებლობა გამოცდილების შესაძენად, რომ დასვან კითხვები, შეისწავლონ და შექმნან;
- წაახალისეთ სკოლის ასაკის ბავშვები თანატოლებთან ურთიერთობის დროს;
- მხარი დაუჭირეთ მოზარდთა არჩევანს. იყავით მზად მოსასმენად და რეკომენდაციის მისაცემად.

სალივანი და ინტერპერსონალური განვითარება

HarryStackSullivan (1892-1949) ფოკუსირდება ინტერპერსონალურ განვითარებაზე, როგორც ქცევით მოტივატორსა და ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის წყაროზე. მისი ინტერპერსონალური თეორია ამტკიცებს, რომ თვითშეფასება არის პიროვნების განვითარების გასაღები. იგი დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს გარემოს (განსაკუთრებით სახლს)

და ასევე სოციუმის დადებით თუ უარყოფით შეფასებას ბავშვის თვითშეფასების ჩამოყალიბებაში. სალივანი დარწმუნებულია, პიროვნების განვითარება არის: ბავშვობაში მიღებული გამოცდილების, ინტერპესონალური და დედა-შვილის ურთიერთობების შედეგი. თუ რამდენად კარგად იყო ფიზიოლოგიური საჭიროებები დაკმაყოფილებული ინტერპერსონალურ სიტუაციაში, ვლინდება არა მარტო კმაყოფილებასა და უსაფრთხოებაში, არამედ იძლევა შფოთვის თავიდან აცილების საშუალებასაც. სოციალური პირობების უარყოფითი ზემოქმედება იწვევს შფოთვასა და დაძაბულობას; ხოლო დადებითი სოციალური პირობები უსაფრთხოების შეგრძნებას, რომელიც სიცოცხლის ძირითადი მიზანია.

ინტერპერსონალური განვითარების სტადიები

სალივანი აღწერს ინტერპერსონალური განვითარების შვიდ სტადიას, 6 მათგანი მიეკუთვნება პერიოდს ჩვილობის ასაკიდან მოზრდილობამდე (ცხრილი 1-5).

ცხრილი 1-5. სალივანის ინტერპერსონალური განვითარების სტადიები

ეტაპი	ასაკი	მახასიათებლები
ჩვილი	დაბადებიდან 18 თვის ასაკი	სწავლობს სხვაზე დამოკიდებულებას, განსაკუთრებით დედაზე; ჩნდება "კარგი მე/ცუდი მე";
ადრეული ბავშვობა	18 თვიდან 6 წლამდე	ცდილობს კომუნიკაციის დაზუსტებას; აღიარებს კმაყოფილებასა თუ უკმაყოფილებას; (delaysgratification)
გვიანი ბავშვობა	6 – 9 წ.	იმაღლებს ინტელექტუალურ სფეროს; სწავლობს ქცევის კონტროლს და იმკვიდრებს ადგილს სამყაროში;
მოზარდობამდე პერიოდი	9 -დან 12 წ.	ადვილად ღიზიანდება/ბრაზდება; „მეგობარი" მნიშვნელოვანია;
ადრეული მოზარდი	12 -დან 15 წ.	დამოუკიდებლობის ოსტატი; ამყარებს ურთიერთობებს საწინააღმდეგო სქესთან;
გვიანი მოზარდობა	15 -დან 19 წ.	სექსუალური იმპულსების გამოხატვის ოსტატები; ამყარებს დამაკმაყოფილებელ და საპასუხისმგებლო ურთიერთობებს სხვებთან.

სალივანი დარწმუნებულია, რომ თითოეული სტადია ამზადებს ადამიანს შემდგომ სტადიაში გადასასვლელად და შეფერხება, შემდგომი საფეხურის წარმატებით მიღწევაში, აფერხებს პიროვნების პერსონალურ განვითარებას და წარმატებული ცხოვრების შესაძლებლობას. დაუბრუნდით და შეადარეთ სალივანის პირველ ექვს სტადიას ფროიდისა და ერიქსონის სტადიები.

პირველ ეტაპზე (ჩვილი) თავის თავში აიგივებს ბავშვის დაბადებას, იგი იწყებს სიტყვების გამოყენებას, რომელსაც იგივე მნიშვნელობა აქვს მათთვის, როგორც მოზრდილებისთვის (18 თვე). ამ პერიოდის ძირითადი ამოცანა არის სხვაზე დამოკიდებულების სწავლა განსაკუთრებით ძირითადი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება და კმაყოფილების შეგრძნების მიღწევა. როდესაც ძირითადი საჭიროებები დაკმაყოფილებულია, ჩვილები კარგად გრძნობენ თავს. თუ ეს საჭიროებები არ არის დაკმაყოფილებული

დგება შიშის მსგავსი მდგომარეობა, რომელიც ვლინდება ტირილით, ჭამისა და ძილის გაძნელებით. ჩვილები არიან ძალიან მგრძნობიარეები უარყოფითი თუ დადებითი დამოკიდებულების და სხვა ადამიანების ემოციის მიმართ, რომლებიც მონაწილეობას იღებენ მათ მოვლაში. სალივანი აღნიშნავს, რომ მისი თვითშეფასება წარმოიშვა ჩვილის ინტერპრეტაციის უნარზე დაკვირვებისას, როდესაც მას დედა ძირითადი მოთხოვნების დაკმაყოფილებაში ეხმარებოდა. გადაჭარბებულმა შფოთვამ ბავშვებში შეიძლება გამოიწვიოს იმის შეგრძნება, რომ ისინი არიან ცუდები, რაც საბოლოო ჯამში იწვევს არასრულფასოვნების ან დეპრესიის შეგრძნებას. "კარგი მე" და "ცუდი მე" ერწყმის ერთმანეთს 18 თვის ასაკიდან; მაგრამ დომინანტური "მე" შეიძლება იყოს ცვალებადი სიტუაციის ან მომწიფების კრიზისზე დამოკიდებულებით.

ადრეული ბავშვობის სტადიაში (18 თვიდან 6 წლამდე ასაკი), ბავშვებს შესწევთ უნარი, უკეთ დაამყარონ კომუნიკაცია სხვებთან, რითიც იოლდება ინტერპერსონალური ურთიერთობები (სურათი 1-3). მას შემდეგ, რაც ბავშვები თავისი ქცევის აღმნიშვნელი დადებითი თუ უარყოფითი ნიშნების ამოცნობას სწავლობენ, იგებენ თუ როგორ აკონტროლონ თავიანთი სურვილები, როგორ მოახდინონ კმაყოფილების გახანგრძლივება, და ა.შ.; ამ პერიოდში მშობლების მხრიდან გადამეტებულმა უკმაყოფილებამ, შეიძლება, ბავშვში ჩამოაყალიბოს აღქმა, რომ მშობლები და სამყარო მის მიმართ მტრულადაა განწყობილი.



სურათი 1-3. ბავშვობაში ბავშვები სწავლობენ თანატოლებთან კომუნიკაციას

გვიანი ბავშვობა (6-9 წელი); ხასიათდება ინტელექტის მომატებით და ქცევაზე ხორციელდება შინაგანი კონტროლი. ბავშვები ყურადღებას აქცევენ სხვის სურვილებს, რაც ხელს უწყობს თანატოლებთან ან საპირისპირო სქესთან ურთიერთობის ჩამოყალიბებას, ზოგჯერ წესების გარეშე. ისინი ასევე სუბორდინაციის დაცვას სწავლობენ ავტორიტეტული ფიგურებისგან (მშობლები, მასწავლებლები, და სხვა მოზრდილები) და უყალიბდებათ სამყაროში თავისი სტატუსის მიმართ შეგრძნება.

პრეპუბერტატულ ასაკში (9-12 წელი) ბავშვები მონაწილეობას იღებენ სამყაროს გაფართოებაში, რომელიც საკუთარ თავზე ცოდნისა და წესების კონფრონტაციას უზრუნველყოფს. ისინი აცნობიერებენ, რომ თანატოლების ჯგუფში მათი სტატუსი დამოკიდებულია მათ შემოქმედებითობაზე, არიან მგრძნობიარენი წვალების მიმართ, რის გამოც

უფრო მეტად ინტერესდებიან თავისივე სქესის ბავშვებთან მეგობრობით, რომელსაც სალივანი „თანატოლს“ უწოდებს. სწორედ ეს თანატოლი განაპირობებს 9-12 წლის ბავშვებში სასიყვარულო ურთიერთობების გაჩენას, თვითიდენტიფიკაციასა და სხვებზე მზრუნველობას. „თანატოლები“ ყვებიან თავიანთ საიდუმლოებებს, ფანტაზიებს, ოცნებებს, რეალურ ცხოვრებას და ხშირად თანამშრომლობენ, ატარებენ ექსპერიმენტებს და კვლევებს გარშემომყოფებზე და გარემოზე.

ადრეული მოზარდობის პერიოდში (12-15 წელი) მატულობს დამოუკიდებლობისაკენ სწრაფვა და მოზარდს საწინააღმდეგო სქესთან ურთიერთობისა და ინტეგრაციის სურვილი უჩნდება. ამ სტადიაში, მან, შეიძლება ქცევის სხვადასხვა სახეობის დემონსტრირება მოახდინოს. მათ შორის, გამოხატოს თანადგომა და თანამშრომლობა, სწორედ მაშინ ისინი რჩებიან დამოუკიდებლები.

მეექვსე ეტაპს ეწოდება გვიანი მოზარდობა (15-19 წელი). სალივანს სჯერა, რომ საწინააღმდეგო სქესის სიყვარულის პირველადი შეგრძნება წარმოიქმნება აქ, ამ სტადიაში. პიროვნება სწავლობს სექსუალური იმპულსების გამოხატვას, პასუხისმგებელი და დამაკმაყოფილებელი ურთიერთობების ჩამოყალიბებას კომუნიკაციის მეშვეობით.

ქცევითი პერსპექტივა

ქცევის პერსპექტივა გვიჩვენებს, რომ ადამიანის ქმედებები და ურთიერთქმედებები ვითარდება ბუნებრივი გამღიზიანებლის საფუძველზე წარმოშობილი შეძენილი ქმედებების საფუძველზე. ქცევითი თეორეტიკოსები სწავლობენ ადამიანის ქცევას ლაბორატორიულ გარემოში და შემდეგ ავრცელებენ სწავლების შედეგებს მოსახლეობაში, რის შემდეგაც ეძებენ ქცევის შეცვლის გზებს, რათა გააკონტროლონ გარემო, შეცვლონ ან მოდიფიცირება გაუკეთონ ან ასწავლონ მოსახლეობას სასურველი ქცევები. წარსული ან გაუაზრებელი ქმედებები არ არის ქცევის საფუძველი, ხოლო სწავლა და ქცევის ჩამოყალიბება არ არის დაკავშირებული ზრდასრულობასთან. ასევე თეორეტიკოსები მიიჩნევენ, რომ ბავშვები გაუაზრებლად რეაგირებენ გარემო პირობებზე. აქედან გამომდინარე რომელიმე ქმედების წახალისება ან დასჯა გავლებას ახდენს ქცევის ჩამოყალიბებაზე. ისეთი საქციელი, რომელიც ფასდება დადებითად, ნარჩუნდება და კვლავ შეიძლება გამოვლინდესანალოგიურ სიტუაციაში.

პავლოვი და კლასიკური განპირობება, ანუ პირობითი რეფლექსის კლასიკური გამომუშავება

ივან პავლოვი (1849-1936) იყო რუსი ფიზიოლოგი, რომელმაც ძაღლების მაგალითზე აღწერა კავშირი სტიმულსა და პასუხს შორის. მისმა შესწავლამ აჩვენა, რომ ძაღლი გაღიზიანებაზე პასუხობს (ნერწყვდენა) არა მხოლოდ საკვების დანახვისას (უპირობო გამღიზიანებელი), არამედ მაშინაც კი, როდესაც ხედავს იმ ადამიანს, რომელიც, მუდმივად კვებავს მას, ან ესმის ზარი რომელიც, ჩვეულებრივ, ირეკება კვების წინ (პირობითი გამღიზიანებელი), რადგან ძაღლმა იცის, რომ ზარის რეკვას ან ამ პიროვნების გამოჩენას მოჰყვება კვება. ახალ სტიმულზე ისეთივე პასუხის გაცემის სწავლებას, როგორც ნაცნობ სტიმულზე, ეწოდება კლასიკური განპირობება. პავლოვის დაკვირვებით სტიმულის სწავლება შესაძლებელია იმის გამო, რომ ეს პასუხი არსებობს ორგანიზმის ნორმალური

ცხოველქმედების პირობებში (მაგ., ნერწყვდენა), რომელიც შეიძლება დავაკავშიროთ ისეთ სტიმულთან, რომლის დროსაც ადრე არ იყო ასეთი პასუხი მაგ., ადამიანი ან ზარი. კლასიკური განპირობების სხვა მაგალითი შეიძლება შემდეგი იყოს: ჩვილი, რომელიც ხედავს კოვზს, რომლითაც მას კვებავენ ხდება აჟიტირებული (ამოძრავებს ხელებს, ფეხებს და გამოსცემს ბგერებს) რადგან კოვზი ასოცირდება კვებასთან და ბავშვმა იცის რომ კვების დრო მალე დადგება.

სკინერი და ოპონენტური განპირობება

ოპონენტური განპირობება ეს არის სკინერის მიერ შემოღებული ტერმინი (1904-1990), რომელიც ქცევის დადებითად (წამახალისებელ) ან უარყოფითად (სასჯელი) ცვლილების მხარეს მოიცავს ვიდრე მხოლოდ სტიმულის გაჩენას. თუ შესაბამისი ქცევა წახალისდება, მისი ხელმეორედ გაჩენის ალბათობა დიდია, ხოლო თუ ქცევა დასჯადია, მისი გაჩენის ალბათობა ძალიან მცირეა. პოზიტიური წახალისება მოიცავს მეგობრულ ღიმილს, შექებას, გამასპინძლებას და პრივილეგიებს; დასჯა მოიცავს კრიტიკას, უკმაყოფილებას და პრივილეგიების ჩამორთმევას. სკინერმა აღმოაჩინა, რომ ცვლილებები გახდა უფრო მუდმივი ქცევაში მაშინ, როდესაც შედეგი მიწოდებულ იქნა პერიოდულობით და არა მუდმივად. ის თვლიდა, რომ განვითარების არსი მუდმივად ახალი ქცევის შეძენაში ან ჩვევების მართვაშია (გაძლიერება,სტიმულებისდათრგუნვა). მან აღწერა როგორ წარმოიქმნება ქცევა და არა უბრალოდ მასზე დაკვირვება.

ბანდურა და სოციალური სწავლების თეორია

ბიჰევიორიზმის მესამე ნაწილი სოციალური დასწავლაა, რომელიც შემოგვთავაზა ალბერტ ბანდურამ. მისი შეხედულების მიხედვით ბავშვები სწავლობენ სხვების მიბაძვით და დაკვირვებით, ისევე როგორც კლასიკური და ოპონენტური განპირობებით. სოციალური სწავლების თეორეტიკოსების მიხედვით ქცევა წარმოიქმნება სხვადასხვა გამოცდილების საფუძველზე და ზეგავლენას ახდენს გარემო პირობებზე. თუმცა მათ არ სჯერათ, რომ ქცევის ცვლილება, ეს არის გაუაზრებელი რეაქცია გამღიზიანებელზე. ისინი ფიქრობენ, რომ ქცევის ცვლილებას იწვევს პიროვნება, მისი წარსული გამოცდილება და თანატოლებთან თანაცხოვრება. შემეცნება თამაშობს გარკვეულ როლს, იმისათვის რომ ბავშვმა შეძლოს ქცევის კარგი იმიტაცია, მან უნდა დაიმახსოვროს, ივარჯიშოს და მოახდინოს ქცევაზე დაკვირვება. ბავშვები ხშირად ფიქრობენ კავშირებზე ჩადენილ საქციელსა და მის შედეგს შორის, შესაბამისად, თავისი შეხედულებით შედეგზე უფრო დამოკიდებული იქნებიან, ვიდრე იმაზე რაც რეალურად არის. მაგ., ოჯახისთვის მუსიკალურ ინსტრუმენტზე ბავშვის დაკვრის სწავლება მოითხოვს ბავშვის მხრიდან დიდ ძალისხმევას და ოჯახისთვის მატერიალურ ხარჯს. თუმცა ოჯახიცა და ბავშვიც, თავის მხრივ, ყოველთვის იღებს ამ სირთულეებს, რადგან ელოდებიან დაჯილდოვებას, მას შემდეგ, რაც ბავშვი ისწავლის ინსტრუმენტზე დაკვრას. ბანდურა ასევე ფიქრობს, რომ მოდელირებული ქცევა შეიძლება გაძლიერებული ან შესუსტებული იქნეს, იმის მიხედვით, ეს ქცევა წახალისდა თუ დაისაჯა. ბანდურა გვთავაზობს ობსერვაციულ ანუ დაკვირვებით სწავლებას (სწავლა სხვებზე დაკვირვების შედეგად), რომლის დროს ბავშვები იძენენ უამრავ ახალ ქცევის ფორმებს, როდესაც „მოდელები“-ს ქცევა გამომდინარეობს

საკუთარი ინტერესებიდან და არ ცდილობენ ასწავლონ ვინმეს წახალისება ან დასჯა – ეს კიდევ ერთი ქცევის შესწავლის მნიშვნელოვანი მეთოდია. მაგ., ბავშვები, რომლებიც ხშირად უყურებენ ტელევიზორს, უფრო აგრესიულები არიან, ვიდრე ბავშვები, რომლებიც არ უყურებენ მას. ბანდურამ აღმოაჩინა ბავშვები, რომლებიც ბავშვებისა და მოზრდილების ქცევის მოდელირებას აკეთებენ; ისინი თავისი სქესის ადამიანების ქცევის მოდელირებას უფრო ხშირად მიმართავენ, ვიდრე საწინააღმდეგო სქესისა. მამაკაცები უფრო ხშირად აკეთებენ ქცევის მოდელირებას ვიდრე ქალები. (სურათი 1-4).



სურათი 1-4. ეს ბავშვი მოდელირებას უკეთებს (მიბაძვა) იმ ქცევას, რომელიც ისწავლა სხვებზე დაკვირვების დროს

შეფასება

ქცევის და სწავლების თეორიები არის ზუსტი და შემოწმებადი, რადგან ისინი შეიძლება განმეორდეს და მოხდეს მათზე დაკვირვება; ამ თეორიის პრინციპები ადამიანს მიჰყვება მთელი ცხოვრების მანძილზე. მათ აქვს პრაქტიკული გამოყენება განვითარების პრობლემების ეფექტური მკურნალობისათვის და გვეხმარება განვითარების ოპტიმიზაციაში. მათ ასევე აკუთვნებენ დაპროგრამებული და კომპიუტერული სწავლების კონცეფციის გამოყენებაში, ისინი ხაზს უსვამენ ქცევის ფორმირებაში გარემო ფაქტორების როლს. აჩვენებენ მოზრდილებს თუ როგორ გავლენას ახდენს მათი ქცევა ბავშვებზე, რა უნარ ჩვევების გადაღება ხდება ბავშვების მიერ იმ ადამიანებისგან, რომლებიც მათ უვლიან (თამბაქოს მოწევა, უხეში ლექსიკა და ა. შ.) მიუხედავად იმისა, რომ იგივე აღმზრდელები აფრთხილებენ თამბაქოს მავნებლობაზე, უხეში სიტყვების გამოყენებასა და ა. შ.

მიუხედავად ამისა, კრიტიკოსები ამბობენ, რომ ქცევის პერსპექტივა ამარტივებს განვითარებას, ბიოლოგიური პროგრესის ზემოქმედების შესუსტების ხარჯზე და დიდი ყურადღება ექცევა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებას. ბავშვები ვერ მიაღწევენ განვითარების გარკვეულ ეტაპებს სანამ არ გაივლიან სიმწიფისა და განვითარების სტადიებს. გარდა ამისა, პერსპექტივა მხოლოდ განიხილება განვითარების ერთ ან ორ ასპექტზე, იმის ნაცვლად, რომ შევისწავლოთ ყველა ასპექტი და არ გავითვალისწინოთ ქცევის სპონტანურობა, რომელიც ასე ხშირია პატარა ბავშვებში. ეს თეორია განიხილება, რო-

გორც ძალიან გამარტივებული და არაკონსტრუქციული. ხდება ქცევის გარკვეული ასპექტის აღწერა, მაგრამ არ ტარდება გამოკვლევა თუ რა გავლენას ახდენს ცალკეული გაუცნობიერებელი და ფსიქოდინამიური ფაქტორები ბავშვის ქცევაზე.

ქცევითი თეორია ყოვლისმომცველია, რადგან ის ეხება განვითარების პროცესებს და პროცესის შინაარსს. მაგალითად, ის ფაქტი, რომ ოპერირების კონდიცირების მრავალი პრინციპი ვრცელდება ცხოველებზე, ასევე ადამიანებზე, ასახავს აქცენტის შემცირებას ქცევის შინაარსზე და აქცენტის მომატებას ქცევის განვითარების პროცესზე. ეს თეორია ასევე ძალიან თანმიმდევრულია, რადგან ის თავისუფალია შინაარსისგან და ცდილობს ახსნას ქცევის სხვადასხვა სახეები. გარდა ამისა, თეორია არის ზუსტი, რადგან კონტროლირებად სიტუაციაში შეიძლება ქცევის შედეგების პროგნოზირება. ქცევის თეორიას აქვს რელევანტურობის მაღალი ხარისხი, რადგან ჩვენთვის სასურველი ქცევა განისაზღვრება ოპერაციული გზით. თუმცა თეორია არ არის ძალიან ნაყოფიერი. მიუხედავათ იმისა რომ აღნიშნულმა თეორიამ გავლენა მოახდინა ბავშვების აღზრდაზე ნაპოვნი იქნა რამდენიმე საკითხი, რომელიც საჭიროებს შემდგომ კვლევებს. ყველაფრის მიუხედავად ეს თეორია ძალიან მარტივია და მწირეთ აღწერს ქცევას.

კოგნიტურ – სტრუქტურული პერსპექტივა

კოგნიტურ-სტრუქტურული პერსპექტივის თეორეტიკოსები შეშფოთებულნი არიან, თუ როგორ სწავლობენ ბავშვები მსჯელობას, ლაპარაკს და აზროვნებას და არა იმას რასაც ასწავლიან. ეს თეორეტიკოსები თვლიან, რომ კოგნიტური განვითარება არის ცენტრალური ნერვული სისტემის მომწიფების და გარემო პირობებში აქტიური ჩართულობის შედეგი. მათ ასევე სჯერათ, რომ ბავშვები მუდმივად ადაპტირდებიან თავის გარემოში, ახალი შეძენილი ცოდნის ინტეგრაციით უკვე არსებულ ცოდნასთან. ყველაზე ცნობილი კოგნიტურ-სტრუქტურული თეორეტიკოსები არიან JeanPiaget და LawrenceKohiberg.

პიაჟე და კოგნიტური განვითარება

JeanPilaget (1896-1980), მან 1920-იან წლებში დაიწყო ბავშვის ინტელექტუალური განვითარების შესწავლა.

შემეცნების პროცესის განვითარება, მოიცავს წარმოსახვას, აღქმას, აზროვნებასა და ამოცანის გადაწყვეტას. კვლევის ძირითადი მიმართულებებია ინფორმაციის გადამუშავება, ინტელექტი, მსჯელობა, მეტყველების განვითარება და მეხსიერება.

კოგნიტური განვითარება შეისწავლის გონებრივ პროცესებსა და პროდუქტებს, რომელიც წარმოიქმნება და იცვლება, დროთა განმავლობაში, დაბადებიდან სიცოცხლის ბოლომდე. მას აინტერესებს, როგორ აღიქვამს, აზროვნებს და იგებს ადამიანი თავის ირგვლივ არსებულ სამყაროს გენებისა და დასწავლის ფაქტორების ურთიერთქმედებით.

კოგნიტური განვითარების მკვლევრები სამ მთავარ საკითხზე ფოკუსირდებიან: (ა) აღწერენ კოგნიტური განვითარების ტიპურ მიმდინარეობას, განსაზღვრავენ ცვლილებებს, რომელსაც ადამიანთა უმეტესობა განვითარების მოცემულ ეტაპზე განიცდის. სვამენ კითხვას: კოგნიციის ყველა ასპექტი ერთნაირად ვითარდება, თუ ზოგი მათგანი სხვებზე სწრაფად? (ბ) შეისწავლიან ინდივიდუალურ განსხვავებებს. ნებისმიერი ასაკის

ზოგიერთი ადამიანი (და განსაკუთრებით, ბავშვი) სხვებზე მეტ-ნაკლებად მომწიფებულად და განსხვავებულად აზროვნებს. (გ) ავლენენ კოგნიტური განვითარების მექანიზმებს: როგორ უთავსდება ერთმანეთს გენეტიკური და გარემო ფაქტორები, როცა ინდივიდუალურ ცვლილებებს ვღებულობთ.

ისტორიულად ბავშვების კოგნიტურ განვითარებას სხვადასხვაგვარად სწავლობდნენ. ყველაზე ადრეული ინტელექტის ტესტებია. ეს არის ფართოდ გამოყენებული სტენფორდ ბინეს ინტელექტის კოეფიციენტის (IQ) ტესტი, რომელიც შეერთებულ შტატებში პირველად გამოიყენა ფსიქოლოგმა ლუის ტერმანმა 1916 წელს, მას შემდეგ, რაც 1905 წელს საფრანგეთში, მისი საშუალებით, ბავშვების ინტელექტუალური შესაძლებლობების შემოწმება დამკვიდრდა.

კოგნიტური განვითარების კვლევების დიდი ნაწილი, ტრადიციულად, ადრეულ განვითარებაზე ფოკუსირდებოდა, კერძოდ, მოიცავდა პერიოდს დაბადებიდან ვიდრე ადრეულ მოზრდილობამდე, თუმცა დღეისათვის მეცნიერებს აინტერესებთ განვითარება მთელი ცხოვრების მანძილზე და ისეთ საკითხებზე ფოკუსირდებიან, როგორიცაა კოგნიტური ფუნქციონირება მოზრდილობაში და ცვლილებები ხანში შესულობისას.

ასაკობრივი ცვლილებების ელემენტები

გონებრივ სტრუქტურებს, რომლის საშუალებითაც ადამიანი სამყაროს ინტერპრეტირებას ახდენს, პიაჟემ სქემები უწოდა. სქემები ასაკობრივი ცვლილებების ელემენტები, „სამშენებლო აგურებია“. ჩვილის პირველად სქემებს პიაჟემსენსომოტორული ინტელექტი უწოდა. ეს არის აზროვნების სტრუქტურები და პროგრამები, რომელიც ისეთ სენსომოტორულ თანმიმდევრობას წარმართავენ, როგორიცაა: წოვა, ყურება, ტაცება, ხელის კვრა. პრაქტიკასთან ერთად, ელემენტარული სქემები ერთიანდება, ინტეგრირდება და ნაწილდება ქცევის თანდათანობით გართულებად მრავალფეროვან პატერნებში. ასეთი პატერნის მაგალითია, როცა სასურველი საგნის ხელში ასაღებად ბავშვი ხელს კრავს არასასურველ საგანს, რომელიც ეფარება მას. პიაჟეს მიხედვით, კოგნიტური ზრდისთვის აუცილებელია ორი ბაზისური პროცესის ერთობლივი მუშაობა – ასიმილაცია და აკომოდაცია. ასიმილაციით ხდება გარემოდან მომდინარე ახალი ინფორმაციის მოდიფიცირება, რათა ეს უკანასკნელი შესაბამისობაში მოვიდეს უკვე ნაცნობ გამოცდილებასთან. შემოსული სენსორული ინფორმაციის სტრუქტურიზაციისთვის ბავშვი მიმართავს არსებულ სქემებს. აკომოდაციის შემთხვევაში კი, პირიქით, ახალი ინფორმაციის უფრო სრულად ასახსნელად მოდიფიცირდება ბავშვის უკვე არსებული სქემები.

კოგნიტური განვითარების სტადიები პიაჟეს მიხედვით

პიაჟეს მიაჩნდა, რომ ბავშვის კოგნიტური განვითარება შეიძლება ოთხ, თანმიმდევრულ, ცალკეულ სტადიად დაიყოს. ითვლება, რომ ყველა ბავშვი ერთი და იმავე თანმიმდევრობით გადის ამ სტადიებს, თუმცა, ზოგ ბავშვს შეიძლება მეტი დრო დასჭირდეს რომელიმე კონკრეტული სტადიის გასავლელად, ზოგს კი — ნაკლები. (ცხრილი1-6)

სენსომოტორული სტადია დაბადებიდან დაახლოებით 2 წლამდე გრძელდება. პირველ თვეებში ჩვილის ქცევის უმეტესი ნაწილი თანდაყოლილ სქემათა შეზღუდულ ერთობლიობას ეფუძნება, როგორიცაა: წოვა, ყურება, ტაცება და ხელის კვრა. პირველი წლის განმავლობაში სენსომოტორული უნარები უმჯობესდება, კომბინირებული, კოორდინირებული ხდება და ერთიანდება (მაგალითად, წოვა და ტაცება, ყურება და მანიპულირება). ჩვილის მიერ საკუთარი მოქმედების გარემოზე ასახვის აღმოჩენასთან ერთად, ეს უნარები თანდათან უფრო მრავალფეროვანი ხდება. ჩვილობის პერიოდის ყველაზე მნიშვნელოვანი კოგნიტური შენაძენია ისეთი ობიექტების მენტალური რეპრეზენტაციების შექმნის უნარი, რომელთანაც ბავშვს არ აქვს უშუალო სენსომოტორული კონტაქტი; სხვა სიტყვებით, ობიექტის მუდმივობის გაგება და ათვისება (სურათი 1-5).



სურათი 1-5. 15 თვის ბავშვი თამაშობს ჯოხით და ფოთლებით

წინაოპერაციული სტადია დაახლოებით 2-დან 7 წლის ასაკამდე გრძელდება. განვითარების ამ პერიოდში დიდი კოგნიტური წინსვლაა ფიზიკურ მოცემულობას მოკლებული ობიექტების გონებაში წარმოდგენის გაუმჯობესებული უნარი. ამ შენაძენის გამოკლებით, წინაოპერაციულ სტადიას პიაჟე აღწერს იმის მიხედვით, თუ რისი გაკეთება არ შეუძლიათ ბავშვებს. ასე, მაგ., პიაჟეს მიაჩნდა, რომ პატარა ბავშვების წინაოპერაციული აზროვნება ეგოცენტრიზმით ანუ ბავშვის მიერ სხვა ადამიანის თვალსაზრისის გაზიარების უნარის უქონლობით ხასიათდება. ალბათ შეგინიშნავთ ეგოცენტრიზმის გამოვლინება, გაგონილი თუ გაქვთ, როგორ ელაპარაკებიან ორი წლის ბავშვები სხვა ბავშვებს. ამ ასაკის ბავშვები ხშირად საკუთარ თავთან უფრო ლაპარაკობენ, ვიდრე გარშემო მყოფებთან. გარდა ამისა, წინაოპერაციულ სტადიაზე ბავშვები ხასიათდებიან ცენტრაციით – ობიექტების პერცეპტულად გამოკვეთილ თვისებებზე ყურადღების მიქცევის ტენდენციით. ცენტრაციის თვალსაჩინო მაგალითია პიაჟეს კლასიკური ექსპერიმენტი, სადაც მან აჩვენა, რომ ბავშვებს არ შეუძლიათ იმის გაგება, რომ სითხის მოცულობა არ იცვლება ჭურჭლის ზომისა და ფორმის ცვლასთან ერთად (სურათი 1-6).



სურათი 1-6. ბავშვები ხშირად თამაშობენ სხვადასხვა კოსტიუმებით

კონკრეტული ოპერაციების სტადია დაახლოებით 7-დან 11 წლამდე გრძელდება. ამ სტადიაზე ბავშვს უკვე შეუძლია გონებრივი ოპერაციების — გონებაში განხორციელებული მოქმედებების შესრულება, საიდანაც სათავეს ლოგიკური აზროვნება იღებს. წინაოპერაციულ და კონკრეტული ოპერაციების სტადიებს ხშირად უპირისპირებენ ერთმანეთს, რადგანაც კონკრეტული ოპერაციების სტადიაზე ბავშვები ახერხებენ იმას, რასაც ვერ ახერხებდნენ წინაოპერაციულ სტადიაზე. კონკრეტული ოპერაციები ბავშვს ფიზიკური მოქმედების გონებრივით ჩანაცვლების საშუალებას აძლევს. (სურათი 1-7) მაგალითად, თუ ბავშვი ხედავს, რომ ადამი ლინდაზე მაღალია, ხოლო მოგვიანებით ხედავს, რომ ლინდა ტანიაზე მაღალია, ბავშვს შეუძლია დაასკვნას, რომ ამ სამიდან ადამი ყველაზე მაღალია ამ სამი ინდივიდის ფიზიკურად დატოლებისა და გადაწყობის გარეშე. თუმცა, ბავშვს ჯერ კიდევ არ შეუძლია სათანადო დასკვნის გაკეთება („ადამი ყველაზე მაღალია“), თუ პრობლემა მხოლოდ სიტყვიერად არის აღწერილი. უშუალო, ფიზიკური დაკვირვების გარეშე, ფარდობითი სიმაღლის განსაზღვრის (და მსგავსი პრობლემების გადაწყვეტის) უნარის არქონა გვაფიქრებინებს, რომ აბსტრაქტული აზროვნება ჯერ კიდევ მომწიფების სტადიაზეა კონკრეტული ოპერაციების პერიოდში. ლიმონათის ექსპერიმენტი გვიჩვენებს კონკრეტული ოპერაციების სტადიის კიდევ ერთ მახასიათებელს. 7 წლის ბავშვებს უკვე ათვისებული აქვს ის, რასაც პიაჟე კონსერვაციას ანუ შენახვას უწოდებს. მათ იციან, რომ, თუ არაფერი ემატება ან არაფერი აკლდება, საგნის ფიზიკური თვისებები არ იცვლება მაშინაც კი, როცა იცვლება მისი გარეგნული სახე. სურათზე მოცემულია პიაჟეს ცდის მაგალითები, რომელიც სხვადასხვა განზომილებაში კონსერვაციას შეეხება. ერთ-ერთი ახლად შეძენილი ოპერაცია, რომლის გამოყენებაც შეუძლიათ ბავშვებს კონსერვაციაზე ამოცანების შესრულებისას, არის შექცევადობა. ეს არის ბავშვის მიერ იმის გაგება, რომ ფიზიკური მოქმედებები და გონებრივი ოპერაციები შეიძლება შექცევადი იყოს. ბავშვმა შეიძლება დაასკვნას, რომ რაოდენობა ვერ შეიცვ-

ლებოდა, რადგან, თუ ფიზიკურ მოქმედებას შევაქცევთ (ლიმონათს უკან გადავასხამთ საწყის ჭურჭელში) ორივე მოცულობა ისევ ერთნაირი დარჩება.



სურათი 1-7. ბავშვები კონკრეტული ქმედებების დროს ხვდებიან შენახვის პრინციპს

ფორმალური ოპერაციების სტადია დაახლოებით 11 წლის ასაკიდან იწყება. კოგნიტური განვითარების ამ ბოლო სტადიაზე ბავშვის აზროვნება აბსტრაქტული ხდება. მოზარდებს შეუძლიათ იმის დანახვა, რომ მათ მიერ აღქმული კონკრეტული რეალობა მხოლოდ ერთ-ერთი ვარიანტია რეალობის რამდენიმე შესაძლო წარმოსახვიდან და შეუძლიათ ჭეშმარიტების, სამართლიანობისა და ყოფიერების სიღრმისეულ საკითხებზე ფიქრი და მსჯელობა. ისინი პრობლემებს სისტემურად წყვეტენ, მას შემდეგ, რაც მიაღწევენ ფორმალური ოპერაციების სტადიას, ბავშვებს, მეცნიერის მსგავსად, შეუძლიათ, თანმიმდევრულად სცადონ თითოეული შესაძლებლობა. თავიანთი უმცროსი და-ძმებისგან განსხვავებით, მოზარდებს შეუძლიათ აბსტრაქტული წანამძღვრებიდან („თუ A, მაშინ B" და „არა B") მსჯელობით მივიდნენ ლოგიკურ დასკვნამდე („არა A").

თანამედროვე მკვლევრებმა დახვეწეს პიაჟეს თეორიის ელემენტები. მაგალითად, ობიექტთა მუდმივობის გარკვეულ ასპექტებს ბავშვები სიცოცხლის პირველი თვეებიდანვე აღწევენ. წინაოპერაციულ სტადიაზე მყოფი ბავშვები აუცილებლობით არ არიან ეგოცენტრულები. მკვლევრები, ასევე, ვარაუდობენ, რომ ცვლილებები რამდენიმე ძირითადი სფეროდან, თითოეულში განცალკევებულად, ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად ხდება, იმის შესაბამისად, თუ რამდენად აქვს ბავშვს განვითარებული საყრდენი თეორიები — საწყისი სტრუქტურები, რომლითაც ისინი ცდილობენ სამყაროსთან ურთიერთობით მიღებული გამოცდილების ახსნას. და ბოლოს, აუცილებელია პიაჟეს თეორიის განხილვა კულტურულ კონტექსტში. მრავალ კულტურაში ფასობს კოგნიტური უნარები, რომელიც სრულიად განსხვავდება იმ უნარებისგან, რომელსაც თანამედროვე კოგნიტური განვითარების მკვლევრები შეისწავლიან.

ცხრილი 1-6. პიაჟეს კოგნიტური განვითარების სტადიები

სტადია/ფაზა	ასკი	მახასიათებლები
სენსომოტორული	დაბ. – 2 წლამდე	
რეფლექსური	დაბ. – 1 თვემდე	გამოავლენს თანდაყოლილ გადარჩენის რეფლექსებს;
ძირითადი ცირკულარული რეფლექსები	1-დან4თვე	მიზანმიმართულად რეაგირებს გამღიზიანებელზე, ინიცირებას უკეთებს თვითკმაყოფილებას;
მეორეული ცირკულატორული რეფლექსები	4-დან8თვე	სწავლობს მიზანმიმართულ ქცევაზე; მოძრაობითი ქცევები/მხედველობა კოორდინირებულია; ცნობს ნაცნობ საგნებს;
მეორეული სქემების კოორდინაცია	8-დან12 თვე	აცნობიერებს ობიექტის მუდმივობას; სხვის ქმედებებს წინასწარმეტყველებს; განასხვავებს ნაცნობსა და უცნობს;
მესამეული ცირკულაციური რეაქციები	12-დან18 თვე	ინტერესდება სიახლით; იგებს მიზეზს; სთხოვს დახმარებას სხვებს;
მენტალური კომბინაცია	18-დან24 თვე	სწავლობს მარტივი პრობლემის მოგვარებას; ახდენს იმიტაციას;
წინაოპერაციის სტადია	2-დან 7წლამდე	
პრეკონცეპტუალური	2-დან 4წლამდე	დემონსტრირებას უკეთებს ეგოცენტრულ აზროვნებას; იზრდება ენა;
ინტუიციური	4-დან 7წლამდე	ვითარდება დახვეწილი ენა; ეგოცენტრული აზროვნება მცირდება; „პიესა“ დაფუძნებულია რეალობაზე;
კონკრეტული ოპერაციის	7-დან 11წლამდე	აცნობიერებს ურთიერთობებს, კლასიფიკაციას, კონსერვაციას, სერვერაციას, რევერსიებს; ლოგიკური დასაბუთება შეზღუდულია; ნაკლებად ეგოცენტრულია აზროვნება;
ფორმალური ოპერაციის	11წელი და მეტი	შეუძლიასისტემატური, აბსტრაქტულიაზროვნება.

კოლბერგი და მორალური განვითარება

კოლბერგი ადამიანის მორალურ განვითარებას 3 დონედ **პრეკონვენციურ, კონვენციურ და პოსტკონვენციურ** დონედყოფდა**.** (თითოეული დონე 2-2 სტადიას მოიცავს). (ცხრილი 1-7).

1. **პრეკონვენციური მორალი** – მოსწავლეებს ჯერ არ აქვთ გათავისებული საზოგადოების წესები და კონცეფციები, ანუ საყოველთაოდ მიღებული ნორმები. ისინი გადაწყვეტილებებს იღებენ ძირითადად იმის მიხედვით, თუ რა შედეგი მოჰყვება მათ საქციელს, ჯილდო თუ სასჯელი. პატარა ბავშვები, ძირითადად, პრეკონვენციური მორალით ხელმძღვანელობენ. მაღალი კლასის მოსწავლეებისა და მოზრდილი საზოგადოების ნაწილიც ამ დონეზე აზროვნებს.

პირველი სტადია: დასჯის თავიდან აცილება და დამორჩილება – ამ სტადიაზე მოაზროვნე მოსწავლეები ავტორიტეტის და ძალაუფლების მქონე პირებს ემორჩილებიან, რათა სასჯელი თავიდან აიცილონ.ისინი სწორ და არასწორ საქციელს იმის მიხედვით განსაზღვრავენ, თუ რა შედეგი მოჰყვება მას. მაგ., თუ ბავშვს წაასწრეს რაიმეს ჩადენისას და დასაჯეს, მაშინ მისი საქციელი არასწორია; საწინააღმდეგო შემთხვევაში კი– სწორი.

მეორე სტადია: დახმარების გაცვლა-გამოცვლა – ამ სტადიაზე მყოფი მოსწავლეებისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანია საკუთარი მოთხოვნებისა და სურვილების დაკმაყოფილება. გადაწყვეტილების მიღების დროს ისინი სხვა ადამიანების ინტერესებსაც ითვალისწინებენ, მაგრამ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მათი საჭიროებებიც დაკმაყოფილებული იქნება. ისინი მსჯელობენ: ,,თუ შენ რაღაცით მაინც დამეხმარები, მაშინ მეც დაგეხმარები“.

2. კონვენციური მორალი– ეთანხმებიან საყოველთაოდ მიღებულ ნორმებს, ემორჩილებიან წესებს. ძალიან ცოტა დაწყებითი კლასის მოსწავლე, ზოგიერთი საბაზო საფეხურის და ბევრი საშუალო საფეხურის მოსწავლე კონვენციური მორალით ხელმძღვანელობს. მოზრდილი საზოგადოების დიდი ნაწილიც ამ დონეზე აზროვნებს.

მესამე სტადია: კარგი ბიჭი, კარგი გოგო – ამ სტადიაზე მყოფი მოსწავლეები ცდილობენ ისე მოიქცნენ, რომ ავტორიტეტის მქონე პირებს ასიამოვნონ. ისინი ცდილობენ მეგობრების, ნათესავებისა და მასწავლებლების მოწონება დაიმსახურონ. გადაწყვეტილებების მიღების დროს ისინი უკვე ითვალისწინებენ სხვა ადამიანის ინტერესებსაც. მათ მტკიცედ სჯერათ: ,,სხვებს ისე მოექეცი, როგორც გინდა, რომ შენ მოგექცნენ“. ამ ეტაპზე ეგოცენტრიზმი შედარებით მცირდება და ბავშვებს შეუძლიათ თავი სხვა ადამიანების ადგილზე წარმოიდგინონ. მესამე სტადიაზე მყოფი ადამიანების უმრავლესობას სხვისი აზრის გავლენის ქვეშ მოქცევის საშიშროება ემუქრებათ. მოსწავლეები ძალიან ადვილად ექცევიან თანატოლთა გავლენის ქვეშ.

მეოთხე სტადია: კანონი და წესები – ამ სტადიაზე მყოფი მოსწავლეები საყოველთაოდ მიღებული წესებით ხელმძღვანელობენ. მათ იციან, რომ წესები აუცილებელია მოწესრიგებული საზოგადოებისთვის. თუმცა ცოტა არ იყოს დაუფიქრებლად ემორჩილებიან და იშვიათად შეაქვთ ეჭვი მათ სისწორესა და სამართლიანობაში.

3. პოსტკონვენციური მორალი – ამ დონეზე მყოფი ადამიანები თვლიან, რომ წესები საჭირო და ცვალებადი მექანიზმებია. ისინი გვეხმარება საზოგადოებრივი წესრიგის შენარჩუნებასა და ადამიანის უფლებების დაცვაში. თუმცა არ არის ბრძანებები, რომელთაც უსიტყვოდ უნდა დაემორჩილონ და შესაძლებელია შეცვალონ, თუკი ისინი მათ პრინციპებს ეწინააღმდეგება. პოსტკონვენციური აზროვნება იშვიათია სკოლის ასაკის ბავშვებში. საზოგადოების მხოლოდ მცირე ნაწილი აზროვნებს ასე. მათი უმრავლესობა ამ დონეს 25-30 წლის ასაკისათვის აღწევს. ყველა ბავშვი ერთნაირი თანმიმდევრობით გადის მორალური განვითარების სტადიებს (თუმცა სხვადასხვა ტემპით). იმისათვის, რომ ხელი შეუწყოს მოსწავლის მორალურ განვითარებას, მასწავლებელმა ჯერ უნდა შეაფასოს მორალური განვითარების რა სტადიაზე იმყოფება იგი და შემდეგ დაეხმაროს

ბავშვს მორალური დილემის გადაჭრაში. მიეცით მოსწავლეებს მორალური საქციელის ბევრი მაგალითი. დაეხმარეთ, სიტუაციას სხვადასხვა ადამიანების პოზიციიდან შეხედონ (მათ ადგილზე დააყენონ საკუთარი თავი). გაუღვიძეთ თვითშეგნების, პასუხისმგებლობის, მზრუნველობის, თანაგრძნობისა და სულგრძელობის უნარი. აქტიურად ჩართეთ მოსწავლეები ისეთ პროექტებში, რომელიც საზოგადოებისადმი სამსახურს მოითხოვს; დაეხმარონ უფროსებსა და მოხუცებს, დაასუფთაონ ქუჩები და პარკები, მოაწყონ სათამაშო მოედნები, მოაწესრიგონ ბიბლიოთეკა, ამეცადინონ უმცროსკლასელები, ბაღებსა და ბავშვთა სახლებში პატარებს წიგნები წაუკითხონ და ა. შ.

ცხრილი 1-7. კოლბერგის მორალური განვითარების თეორია

სტადია/დონე	**ასაკი**	**მახასიათებლები**
პრეკონვენციური დონე	დაბ.-7წ.	
პრემორალური სტადია	დაბ.– 2 წ.	ვერ ახდენს დიფერენცირებას რა არის სწორი და არასწორი;
მორჩილებისა და დასჯის ორიენტაციის ეტაპი	2-დან 3წ.	დემონსტრირებას უკეთებს დასჯის შიშზე ორიენტირებულ საქციელს;
რეალისტური ორიენტაციის სტადია	4-დან7 წ.	ავლენს დაჯილდოებაზე ორიენტირებულ საქციელს;
კონვენციური დონე	7– 12წ.	
ინტერპერსონალური კონვენციის ორიენტაციის ეტაპი	7– 10წ.	საქციელს აფასებს სხვების რეაქციის მიხედვით;
ორიენტირებულია ავტორიტეტის და საზოგადოებრივი წესრიგის დამყარებაზე	10– 12 წ.	ემორჩილება კანონებისა და ძალაუფლების პატივისცემის გამო;
პოსტკონვენციური მორალი	12წ. და ზევით	
სოციალური ხელშეკრულება ან იურიდიული ორიენტაცია	12 წლიდან მთელი მოზრდილობა	მიეჩვია, რომ კანონი განაპირობებს ადამიანურ ღირსებას და გამოხატავს უმრავლესობის აზრს.
უნივერსალური ეთიკური პრინციპების ორიენტირების ეტაპი	მოზრდილობიდან მთელი ცხოვრება	განსაზღვრავს სწორს და არასწორს უნივერსალური, გასაგები და თანმიმდევრული, მაგრამ თავისი ეთიკური პრინციპების გათვალისწინებით.

კონტექსტუალური პერსპექტივა

კონტექსტუალური პერსპექტივა უფრო ფართე ცნებაა, რომელიც იხილავს ადამიანის განვითარებას როგორც პროცესს სიცოცხლის მანძილზე, რომელზეც გავლენას ახდენენ სხვა ადამიანები ან ადამიანთა ჯგუფი, ისე ისტორიულ, კულტურულ, პოლიტიკურ და ეკონომიურ კონტექსტებს, რომელშიც თქვენ ცხოვრობთ. ეკოლოგიური თეორია არის კონტექსტუალური პერსპექტივის მაგალითი.

ეკოლოგიური თეორია ხაზს უსვამს იმას, თუ რა გავლენას ახდენს ინდივიდუალურ და გარემოსდაცვით სისტემებს შორის ურთიერთობა ადამიანის განვითარებაზე. თეორია ვარაუდობს, რომ ცვლილებები გარემოში, გავლენას ახდენს ინდივიდის ცვლილებაზე, ცალკეულ პროდუქტში ცვლილება კი გავლენას ახდენს გარემოს ცვლილებაზე. ეს გაცვლები მიმდინარეობს მუდმივად და უწყვეტად. ითვლება, რომ ბავშვები არიან თავისი სამყაროს ყველაზე აქტიური შემქმნელები. მიუხედავად ბიოლოგიისა, გარემო ფაქტორები თამაშობს გადამწყვეტ როლს. განვითარება განიხილება როგორც უწყვეტი პროცესი, მაგრამ გამოცდილება მნიშვნელოვანია მთელი ცხოვრების მანძილზე. მიუხედავად ამისა გარემო ფაქტორები უფრო მეტ გავლენას ახდენს განვითარებაზე, ვიდრე ინდივიდუალური მახასიათებლები და კულტურასთან დაკავშირებული პრინციპები, რომელიც ხსნის ადამიანებს შორის განსხვავებას, რომლებიც აღიზარდნენ სხვადასხვა ადათ-წესების, კულტურის (აზიური, იტალიური, შვედური) და ისტორიული პერიოდების (1920-ანები, 1950-ანები 1980-ანები) პირობებში.

ბრონფენბრენერი და ეკოლოგიური თეორია

ური ბრონფენბრენერი (1917-2005) იყო წარმოშობით რუსი, ამერიკაში მოღვაწე განვითარების ფსიქოლოგიის წარმომადგენელი, რომელმაც შეიმუშავა ფსიქოლოგიური განვითარების ეკოლოგიური სისტემების თეორია და მასზე დაფუძნებით შექმნა ბიოეკოლოგიური მოდელი.

როგორ ახდენს გავლენას ბავშვის განვითარებაზე სოციალური ურთიერთობები და გარემო? ეს მოდელი, თავისი შინაარსით პასუხობს ამ კითხვას. ბიოეკოლოგიურ მოდელში, ინდივიდის გარემო დაყოფილია ხუთ განსხვავებულ დონედ: მიკროსისტემად, მეზოსისტემად, ეგზოსისტემად, მაკროსისტემადა და ქრონოსისტემად. ახლა დაწვრილებით განვიხილავთ თითოეულ მათგანს.

მიკროსისტემა – მოიცავს ინდივიდისთვის ყველაზე ახლო გარემოებებსა და ასპექტებს, რასთანაც იგი უშუალო კონტაქტშია. (მაგ., სახლი, სკოლა, დღიური საზრუნავი, სამსახური, ოჯახი, მეგობრები და ა.შ.). მიკროსისტემაში არსებული ურთიერთობები ორმხრივია, როგორი დამოკიდებულებებიც გვაქვს ადამიანების მიმართ, ეს აისახება მათ დამოკიდებულებაზე თქვენ მიმართ.

მეზოსისტემა – ამ სისტემაში განიხილება ინტერაქციები ინდივიდის განსხვავებულ მიკროსისტემებს შორის. ისინი შესაძლოა დამოუკიდებლად ფუნქციონირებდეს, თუმცა, ურთიერთკავშირშია და გავლენას ახდენს ერთმანეთზე, რაც ბავშვზე მათი არაპირდაპირი ზემოქმედებით გამოიხატება. ასეთი შემთხვევის ნათელი მაგალითია

ურთიერთობა ინდივიდის მშობელსა და მასწავლებელს შორის. როცა დამოუკიდებელი მიკროსისტემები ერთად მუშაობს, ამას პოზიტიური გავლენა აქვს ბავშვის განვითარებაზე, ხოლო, როცა ერთმანეთის საპირისპიროდაა მიმართული – ნეგატიური.

ეგზოსისტემა – ეს სისტემა მოიაზრებს იმ ცხოვრებისეულ მოვლენებს, რომელშიც ინდივიდი უშუალო მონაწილე არაა, თუმცა, მასზე ეს აისახება. მაგალითად, ბავშვის შემთხვევაში, ეს შეიძლება იყოს მშობლების კარიერული წინსვლა ან გათავისუფლება სამსახურიდან.

მაკროსისტემა – ეს დონე აერთიანებს იმ კულტურულ გარემოს, ნორმებსა და ღირებულებებს, რომელშიც ცხოვრობს პიროვნება.

ქრონოსისტემა – აერთიანებს იმ სოციოისტორიულ გარემოს, რომელშიც ინდივიდი ვითარდება. იგულისხმება კონკრეტული ისტორიული პერიოდის გავლენა ადამიანის განვითარებაზე. მაგალითად, ომი.

დასკვნა

არ არსებობს ერთიანი პრინციპი, მოსაზრება ან თეორია, რომელიც ახსნის ადამიანის განვითარებას. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა იცოდეს თითოეული მათგანის წვლილი და სწორ კონტექსტში გამოიყენოს ისინი. მაგალითად, სოციალური განვითარებისა და ქცევის თეორეტიკოსები გვეხმარებიან, გავიგოთ თუ როგორ მოქმედებენ ქცევაზე სხვადასხვა სტიმულები, გამაძლიერებლები და მოდელები. ფსიქოანალიტიკური თეორია გვეხმარება გავიგოთ უჩვეულო საქციელის გაუცნობიერებელი მიზეზები და წარსულის ზემოქმედება ახლანდელ საქციელზე. ერიქსონი გვეხმარება გავიგოთ რომ უკეთესი საქციელი სცენური კრიზისისთვის ყოველთვის არ არის დადებითი; უარყოფითი კონფლიქტის ზემოქმედება ზოგჯერ აუცილებელი და სასარგებლოა. კოგნიტური თეორია ორიენტირებულია იმის ასახსნელად, თუ როგორ ვაგროვებთ და ვამუშავებთ ინფორმაციას, ვხდებით ინფორმირებული ქვეყანაში არსებულ გარემოზე, გვეხმარება გავიგოთ არა მარტო რას ველოდოთ, სხვადასხვა ასაკის ბავშვებისაგან, არამედ როგორ მოვახდინოთ ყველა ასაკში სწავლების სტიმულირება. ეკოლოგიური თეორია გვახსენებს ოჯახის, კულტურისა და საზოგადოების აუცილებლობას. ამიტომ აუცილებელია, ექთნებმა შეიმუშაონ ადამიანის განვითარებაზე ორიენტირებული ეკლექტიკური მიდგომა, გამოიყენონ ყველაფერი რაც საჭიროა კონკრეტულ ბავშვთან და ოჯახთან მიმართებით, როცა ისინი იყენებენ გლობალურ მიდგომას.

საკვანძო საკითხები

- პრინციპები, რომელიც წარმოადგენს ადამიანის შესწავლის საფუძველს ვარაუდობს, რომ ისინი არის თანმიმდევრული, მოწესრიგებული, მიზანმიმართული, ინტეგრირებული და კომპლექსური ბავშვის ასაკის მატებასთან ერთად და თითოეული ბავშვისთვის უნიკალური. გარდა ამისა ბავშვები არიან კომპეტენტური და აქვთ ისეთი უნარები, რომლებიც უზრუნველყოფს მათ გადარჩენას, განვითარებას; როგორც წესი, ისინი სწავლობენ ერთ ახალ ჩვევას პირველივე ცდაზე.

- ადამიანის განვითარების შვიდი თემა მოიცავს ბუნებას აღზრდის საპირისპიროდ, უწყვეტობას წყვეტილობის საპირისპიროდ, პასიურობას აქტიურობის საპირისპიროდ, კრიტიკულობას მგრძნობიარობის საპირისპიროდ, უნივერსალურს სპეციფიკური კონტექსტების საპირისპიროდ, მოსაზრებებს ადამიანის ბუნების შესახებ და ქცევის თანმიმდევრულობას.
- ადამიანის განვითარების ფსიქოდინამიური პერსპექტივა იყოფა: ფსიქოსექსუალურ, ფსიქოსოციალურ და ინტერპერსონალურ თეორიებად. ძირითადი თეორეტიკოსები არიან ფროიდი, ერიქსონი და სალივანი.
- ქცევა (კლასიკური დაოპერირების კონდიცირება) და სოციალური სწავლება ხაზს უსვამს მნიშვნელობას ადამიანის განვითარების შესახებ. ამ საკითხში მთავარი თეორეტიკოსები არიან პავლოვი, სკინერი და ბანდურა.
- კოგნიტურ-სტრუქტურული თეორეტიკოსები (პიაგეტი, კოჰნბერგი) გაკვირვებულები არიან თუ როგორ სწავლობენ ბავშვები ფიქრს, ლაპარაკს და როგორ შეუძლიათ მორალური აზროვნების განვითარება.
- კონტექსტუალურიპერსპექტივაგვთავაზობსსხვადასხვასისტემებს (მიკროსისტემა, ეგზოსისტემა, მაკროსისტემა, მეზოსისტემა) დაისტორიულ, კულტურულ, პოლიტიკურდაეკონომიკურგარემოშიადამიანთაგანვითარებისგავლენას. ამ დარგისძირითადითეორეტიკოსიბრონფენბრენერია.
- ადამიანის განვითარების ყველა თეორია შეესაბამება ადამიანის ქცევის ჩვენებურ გაგებას. ყოველთვის როცა თითოეული ბავშვის აღზრდისას ვიყენებთ ადამიანის განვითარების ეკლექტიურ მიდგომას, ეს გვეხმარება უზრუნველვყოთ სრულფასოვანი აღზრდა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2000). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Series Ed.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.), Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development (5th ed., pp. 993–1028). New York: John Wiley.
- Cabrera, N., Shannon, J., & Tamis-LeMonda, C. (2007). Fathers' influence on their children's cognitive and emotional development: From toddlers to pre-K. Applied Development Science, 11(4), 208–213.
- Crain, W. (2005). Theories of development: Concepts and applications (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Emde, R. N. (1992). Individual meaning and increasing complexity: Contributions of Sigmund Freud and Rene Spitz to developmental psychology. Developmental Psychology, 28, 347–359.
- Erikson, E. (1963). Childhood and society (2nd ed.). New York: Norton.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures in psychoanalysis. New York: Norton.
- Gilligan, C. (1977). In a different voice: Women's conceptions of self and of morality. Harvard Educational Review, 47(4), 481–517.
- Hutchinson, E. D. (2011). Dimensions of human behavior: The changing life course (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Kohlberg, L. (1963). The development of children's orientation toward a moral order: Sequence in the development of moral thought. Vita Humana, 6, 11–33.
- Lewis, M., & Volkmar, F. (1990). Clinical aspects of child and adolescent development (3rd ed.). Philadelphia: Lea and Febiger.
- Maynard, A. (2008). What we thought we knew and how we came to know it: Four decades of cross-cultural research from a Piagetian point of view. Human Development, 51, 56–65.
- Malti, T., Keller, M., Gummerum, M., & Buchmann, M. (2009). Children's moral motivation, sympathy, and prosocial behavior. Child Development, 80(2), 442–460.
- Piaget, J. (1963). The origins of intelligence in children. New York: Norton.
- Shaffer, D., & Kipp, K. (2010). Developmental psychology: Childhood and adolescence (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Sidman, M. (1960). Tactics of scientific research. New York: Basic Books.
- Sigelman, C., & Rider, E. (2009). Life-span human development (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Skeels, H. (1966). Adult status of children with contrasting early life experiences. Monographs of the Society for Research in Child Development, 31(9).
- Skinner, B. F. (1953). Science and human behavior. New York: Macmillan.
- Sullivan, H. S. (1953). The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton.
- Umaña-Taylor, A., Gonzales-Backen, M., & Guimond, A. (2009). Latino adolescents'

ethnic identity: Is there a developmental progression and does growth in ethnic identity predict growth in selfesteem? Child Development, 80(2), 391–405.

- Wadsworth, B. (2003). Piaget's theory of cognitive and affective development (5th ed.). New York: Longman.
- Angoff, W. (1988). The nature-nurture debate, aptitudes, and group differences. American Psychologist, 43, 713–720.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bornstein, M. H. (1989). Sensitive periods in development: Structural characteristics and causal interpretations. Psychological Bulletin, 105, 179–197.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. Developmental Psychology, 22, 723–742.
- Buckley, K. W. (1989). Mechanical man: John Broadus Watson and the beginnings of behaviorism. New York: Guilford Press.
- Child Development and Developmental Psychology. These journals are two leading research journals in the field of child development and discuss the research interests of developmentalists over the years.
- Colby, A., & Kohlberg, L. (1987). The measurement of moral judgment. Vol. 1: Theoretical foundations and research validation. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Forman, D., Aksan, N., & Kochanska, G. (2004). Toddlers' responsive imitation predicts preschool-age conscience. Journal of Psychological Science, 15(10), 699–704.
- Gedo, J. E. (2001). The enduring scientific contributions of Sigmund Freud. In J. A. Winer & J. W. Anderson (Eds.), The annual of psychoanalysis: Vol. 29. Sigmund Freud and his impact on the modern world (pp. 105–115). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Gewirtz, J. L., & Pelaez-Nogueras, M. (1992). Skinner, B. F.: Legacy to human infant behavior and development. American Psychologist, 47, 1411–1422.
- Horowitz, F. D. (1992). John B. Watson's legacy: Learning and environment. Developmental Psychology, 28, 360–367.
- Kohlberg, L. (Ed.). (1973). Collected papers on moral development and moral education. Cambridge, MA: Moral Educational Research Foundation.
- Mullahy, P. (1970). Psychoanalysis and interpersonal psychiatry: The contributions of Harry Stack Sullivan. New York: Science House.
- O'Donohue, W., & Ferguson, K. E. (2001). The psychology of B. F. Skinner. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Smetana, J., Campione-Barr, N., & Yell, N. (2003). Children's moral and affective judgments regarding provocation and retaliation. Merrill-Palmer Quarterly, 49(2), 209–236.

თავი 2

ახალშობილის ზრდა და განვითარება

ამ თავში განხილულია:

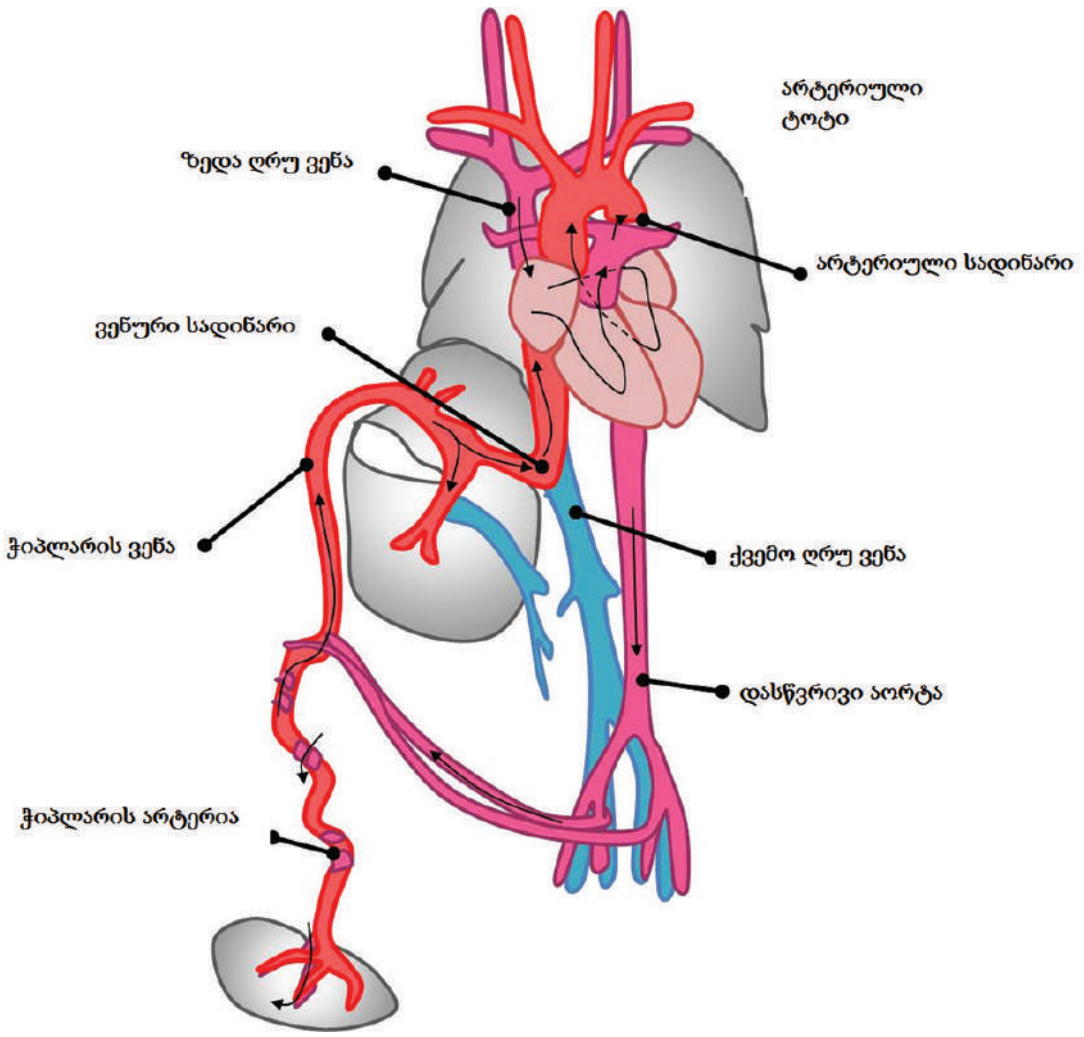
1. ექსტრაუტერინულ გარემოში,დაბადების შემდეგ, განვითარებული ადაპტაციური ცვლილებები;
2. ახალშობილის ტიპური ფიზიოლოგიური განვითარება;
3. ახალშობილის ფსიქოსქესობრივი, კოგნიტური და ფსიქოსოციალური განვითარების დისკუსია;
4. ახალშობილის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და წახალისების ასპექტები და იდენტიფიკაცია;
5. ახალშობილის ნუტრიციული საჭიროება და ახალშობილის ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის საჭირო ოჯახის განათლება;
6. ახალშობილის აღზრდის პოტენციური კულტურული და ეთნიკური ასპექტები;
7. მაღალი რისკის მქონე ახალშობილის ეტიოლოგიასა და მკურნალობაზე მსჯელობა;
8. ექთნის როლი ჯანმრთელ და მაღალი რისკის მქონე ახალშობილებთან.

ნეონატალური, ანუ ახალშობილობის პერიოდი განიმარტება, როგორც პირველი 28 დღე, ან 4 კვირა დაბადების შემდგომ. ეს თავი წარმოადგენს ნორმალურ ცვლილებებს, რომელიც ხდება საშვილოსნოს გარე, სიცოცხლეში გადასვლისას და ამასთან ერთად ნორმალურ ფიზიოლოგიურ, ფსიქოსქესობრივ, კოგნიტურ და ფსიქოსოციალურ განვითარებას, რომელსაც ადგილი ახალშობილობის პერიოდში აქვს. ასევე წარმოდგენილი იქნება ინფორმაცია მაღალი რისკის მქონე ახალშობილზე. განხილული იქნება ექთნის როლი ნორმალური და მაღალი რისკის ახალშობილის მოვლაში.

ნაყოფის საშვილოსნოს გარეთ გადასვლა

ნაყოფის სისხლის მიმოქცევა განსხვავდება ახალშობილისგან სტრუქტურული სხვაობების გამო, მათ შორისაა: (1) პლაცენტა; (2) ჭიპის არტერიები და ვენები; (3) ვენური სადინარი; (4) ოვალური ხვრელი და (5) არტერიული სადინარი. პლაცენტა ნაყოფს აწვდის ჟანგბადს და საკვებ ნივთიერებებს და ნაყოფიდან გამოაქვს ნახშირორჟანგი და სხვა ნარჩენი პროდუქტები. ჭიპლარი ნაყოფს აკავშირებს პლაცენტასთან და იტევს ორ არტერიას და ერთ ვენას. პლაცენტიდან სისხლი მიეწოდება მუცლის კედელს ჭიპლარის ვენით, საიდანაც ის 2 ტოტად იყოფა. სისხლის მცირე ნაწილი, ერთი ტოტით მიდის ღვიძლში, სინუსოიდებში და ღვიძლის ვენაში, ხოლო შემდგომ – ქვედა ღრუ ვენაში. სისხლის

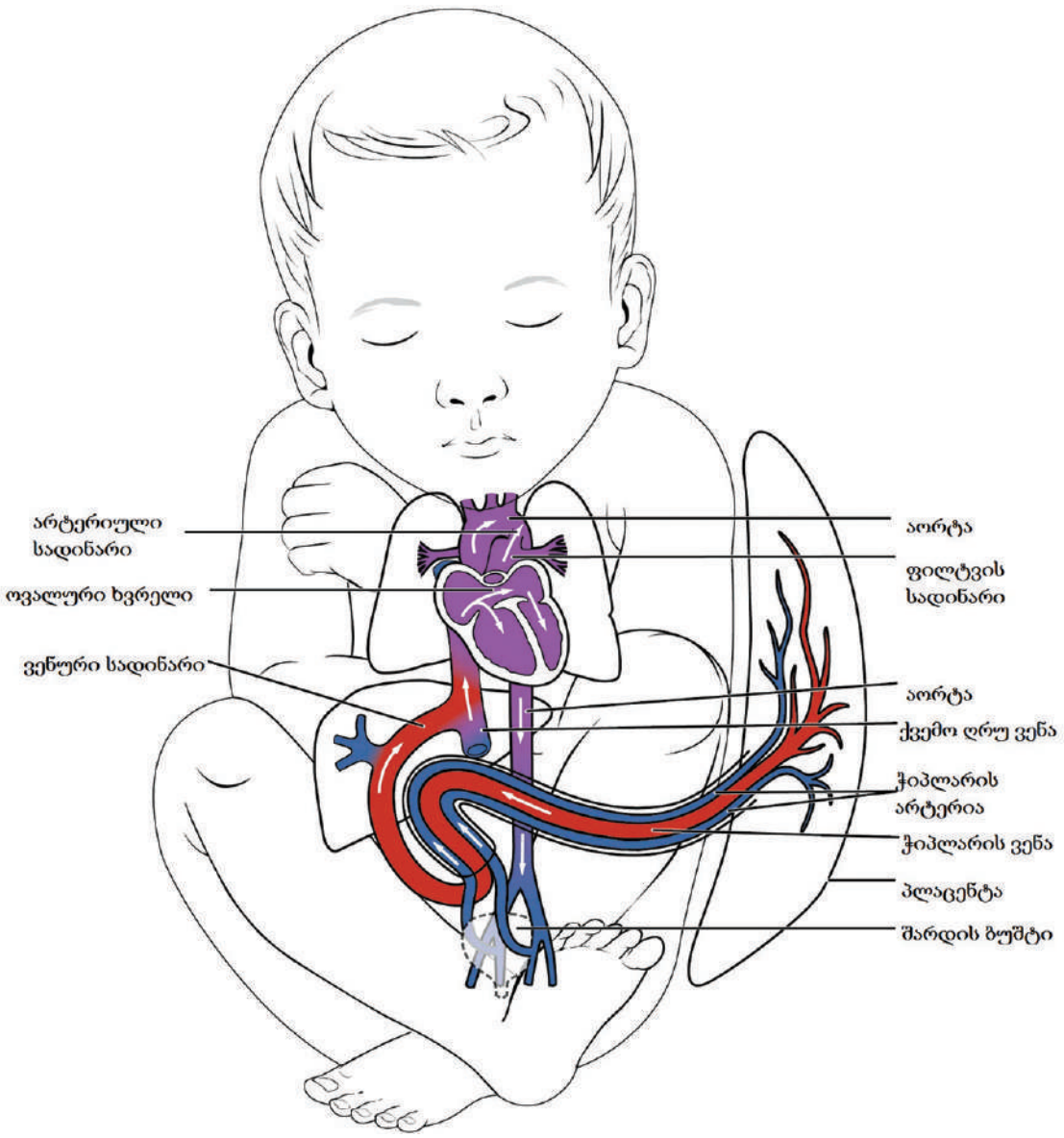
60% გადის დუქტუს ვენოზუსში (შუნტი ნაყოფში, რომელსაც გამოაქვს ჟანგბადით მდიდარი სისხლი ჭიპლარის ვენებიდან) და პირდაპირ შედის ქვედა ღრუ ვენაში, ხოლო შემდეგ შედის მარჯვენა წინაგულში. სისხლის დიდი ნაწილი ფილტვებს გვერდს აუვლის ფორამენ ოვალეს საშუალებით (ხვრელი მარჯვენა და მარცხენა წინაგულს შორის) და შედის მარცხენა წინაგულში. მარცხენა წინაგულიდან, სისხლი შედის მარცხენა პარკუჭში, იტუმბება აორტაში და შემდეგ კუჭქვეშა არტერიებში. სისხლის მცირე რაოდენობა, რომელიც მარჯვენა წინაგულიდან გადადის მარჯვენა პარკუჭში, შევა ფილტვის არტერიაში. ფილტვის არტერიიდან, მცირე რაოდენობა წავა არაფუნქციურ ფილტვებში, ფილტვის ვენებში, მარცხენა წინაგულში, მარცხენა პარკუჭში და აორტაში, შესაბამისი თანმიმდევრობით. დანარჩენი სისხლი გაივლის დუქტუს არტერიოზუსს (არხი ფილტვის მთავარ არტერიასა და აორტას შორის) და შევა აორტაში. კუჭქვეშა არტერიები ჩაედინება თეძოს არტერიებში და დასაბამს აძლევს ჭიპლარის არტერიებს, რომელიც სისხლს პლაცენტაში აბრუნებს. სურათი 2-1წარმოადგენს ნაყოფის სისხლის მიმოქცევის სისტემას.



სურათი 2-1. ფეტალური სისხლის მიმოქცევა

ახალშობილის დაბადება იწყება ჭიპლარის გადაჭრით და სუნთქვის დაწყებით. სუნთქვის დაწყებისას PaO_2-ის დონეები იმატებს და ხდება რამდენიმე ცვლილება. ფილტვის სისხლძარღვების რეზისტენტობის შემცირება გვაძლევს ფილტვში სისხლის დინების გაზრდას, რაც ზრდის მარცხენა წინაგულში წნევას, რაც იწვევს ფორამენ ოვალეს

დახურვას. ფორამენ ოვალე დაბადებიდან ცოტა ხანში იკეტება და მისი ქსოვილის კიდეების შერწყმა ხდება ადრეულ ბავშვობაში. გაზრდილი PaO_2 ასევე იწვევს სისტემური სისხლძარღვების რეზისტენტობის გაზრდას, სისტემური ვენური დაბრუნების შემცირებას, ჭიპლარის ვენური დაბრუნების შეწყვეტას და დუქტუს ვენოზუსის დახურვას. დუქტუს ვენოზუსის დახურვა ხდება თანდათან, 2 კვირის განმავლობაში. რადგან სისტემური რეზისტენტობა უფრო დიდია, ვიდრე ფილტვის, გულში ადგილი აქვს მარჯვნიდანმარცხნივ შუნტს, რაც იწვევს დუქტუს არტერიოზუსის დახურვას (დაბადებიდან პირველ 24 საათში) და სამუდამოდ ჩაკეტვას შემდეგი თვის განმავლობაში. სურათი 2-2წარმოადგენს საშვილოსნოს გარე სიცოცხლეში გადასვლას.



სურათი 2-2.

ამ ცვლილებების საშუალო პერიოდია 6-12 საათი, მაგრამ შეიძლება იყოს უფრო მოკლე, ან გრძელი, ახალშობილის მშობიარობის სტრესისადმი და ახალი გარემოსადმი შეგუების შესაძლებლობის გათვალისწინებით. შესაბამისად, ამ პერიოდში ახალშობილს კარგად უნდა დავაკვირდეთ და რამე გართულების შემთხვევაში შესაბამისი ინტერვენცია უნდა მოხდეს.

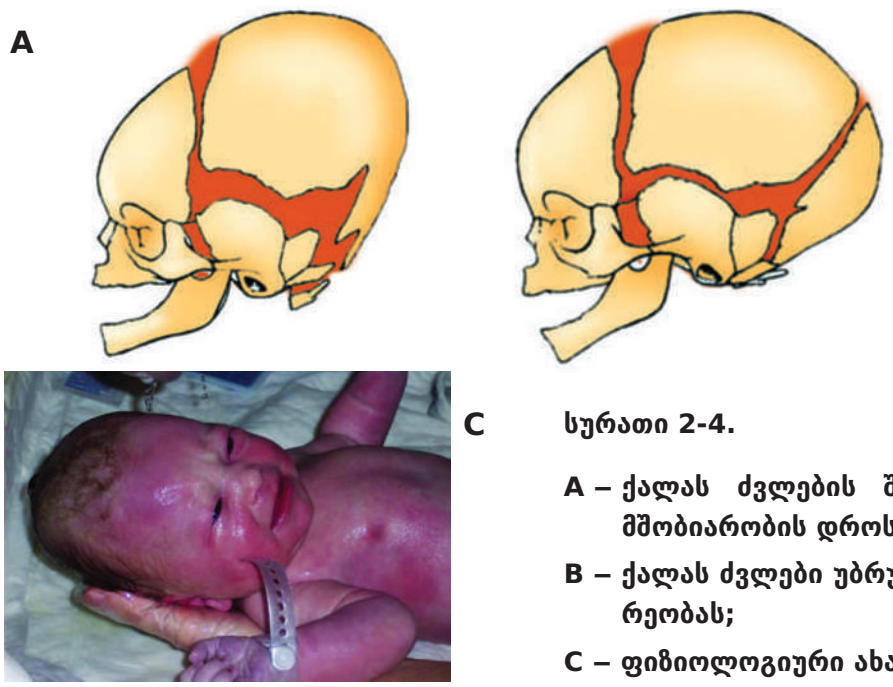
ფიზიოლოგიური განვითარება

ზოგადი გარეგნული მახასიათებლები

ადამიანების უმრავლესობა წარმოიდგენს ახალშობილს, როგორც რეკლამაში ნანახ ჩვილ ბავშვს (სურათი 2-3);ნამდვილმა გარეგნობამ კი, შეიძლება გააკვირვოს მშობლები. ახალშობილის თავი, რომელიც მთლიანი სხეულის ზომის ¼-ია, შეიძლება გამოჩნდეს არაპროპორციულად სხეულთან და იყოს არასტანდარტული ფორმის, მშობიარობის პროცესის გამო (სურათი 2-4).ხანგრძლივი მშობიარობის შემდეგ შეიძლება სამშობიარო სიმსივნე იყოს წარმოდგენილი. სიმსივნე არის რბილი ქსოვილების შეშუპება სკალპში,რომელიც გადაკვეთს ნაკერის ხაზებს. თავის ქალა ხილულია მაქსიმუმ 24 საათში და ძირითადად, უჩინარდება რამდენიმე დღეში. სისხლის დაგროვება თავის ქალას ძვალსა და პერიოსტეუმს (ძვალსაზრდელას) შორის, მშობიარობისას თავის ტრავმის შედეგად სისხლძარღვის დაზიანების გამო, იწვევს ცეფალოჰემატომას. ცეფალოჰემატომა ვითარდება დაბადებიდან 24-48 საათში და არ კვეთს ნაკერის ხაზებს (სურათი 2-5)**.** ცეფალოჰემატომის გამოსწორებას სჭირდება 2-3 კვირა. მშობლები უნდა დავამშვიდოთ და ავუხსნათ, რომ ბევრი ასეთი მახასიათებელი იცვლება შემდგომ, რამდენიმე კვირაში. ახალშობილი მალე დაემსგავსება „ნორმალურ“ ჩვილ ბავშვს.



სურათი 2-3. ახალშობილი დღის ძირითად ნაწილს ატარებს ძილში

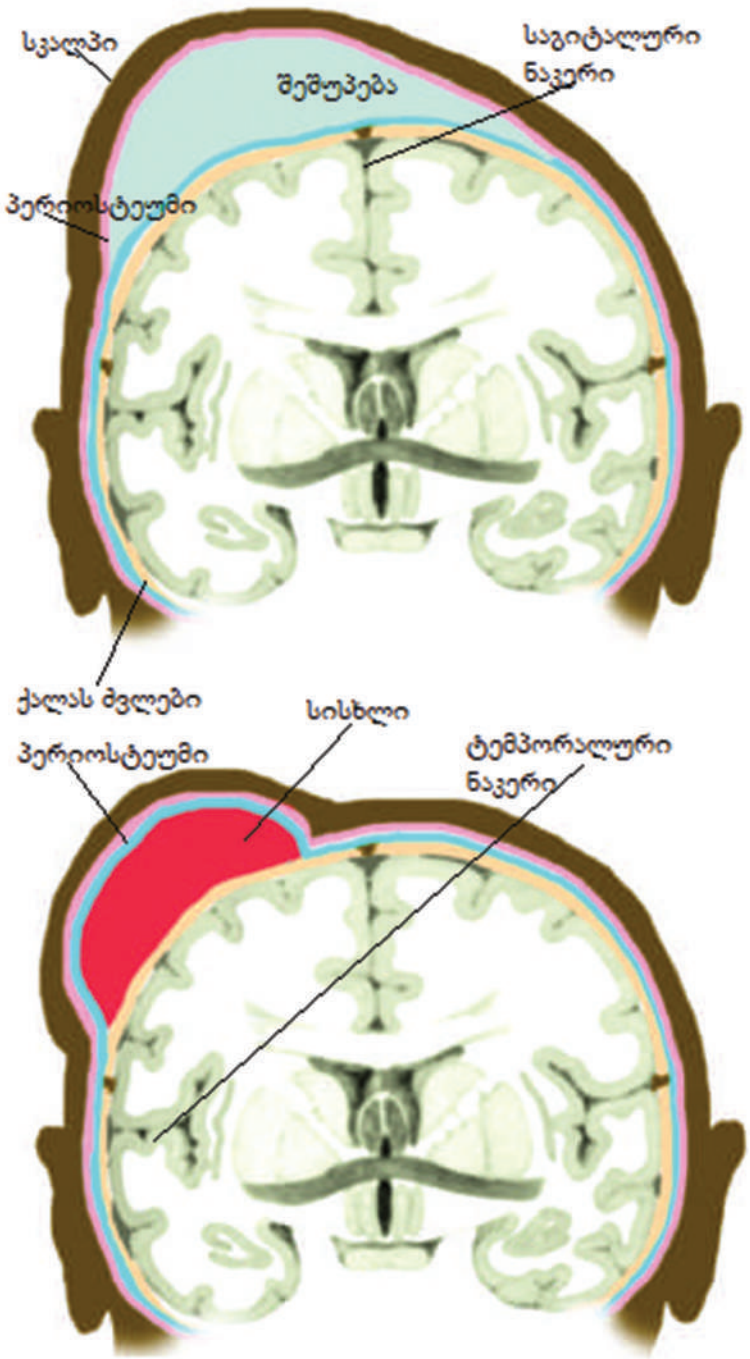


სურათი 2-4.

A – ქალას ძვლების შეცურება ერთმანეთში მშობიარობის დროს;

B – ქალას ძვლები უბრუნდება საწყის მდგომარეობას;

C – ფიზიოლოგიური ახალშობილი



სურათი 2-5. 1 – სამშობიარო სიმსივნე; 2 – ცეფალოჰემატომა

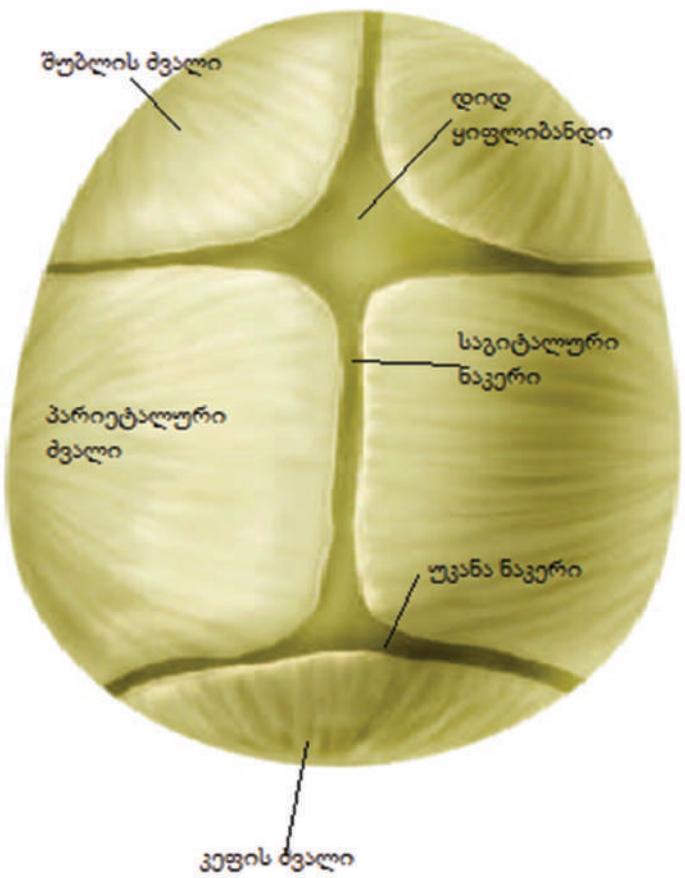
ახალშობილის ქუთუთოები შეიძლება შეშუპებული იყოს, ხოლო თვალის ფერი გაურჩევადი. ამასთან ერთად, ახალშობილს აქვს დიდი, მრგვალი მუცელი, გამოწეული ჭიპით, რომელიც ასე შეიძლება იყოს რამდენიმე კვირა, სანამ ჭიპლარის ნარჩენი არ მოძვრება. მშობელი უნდა დავარიგოთ ჭიპლარის მოვლის შესახებ.

კიდურები შეიძლება ჩანდეს მოკლე სხეულთან შედარებით, მაგრამ ხელი უნდა ეხებოდეს ზედა თეძოებს გაშლილ მდგომარეობაში. ფეხები შეიძლება ჩანდეს მოხრილი და თან ახალშობილი ტიპურად ისეთ პოზიციაშია, რომ ხელები და ფეხები მოხრილი აქვს. კანი სუსტია, დაფოთლილი და ზოგჯერ აკროციანოზური. აკროციანოზი არის მოლურჯო შეფერილობა ხელზე და ფეხზე, რომელიც გამოწვეულია პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის სისტემის არასტაბილურობით (სურათი 2-6).



სურათი 2-6. ახალშობილს აქვს აკროციანოზი და კიდურები მოხრილ მდგომარეობაში

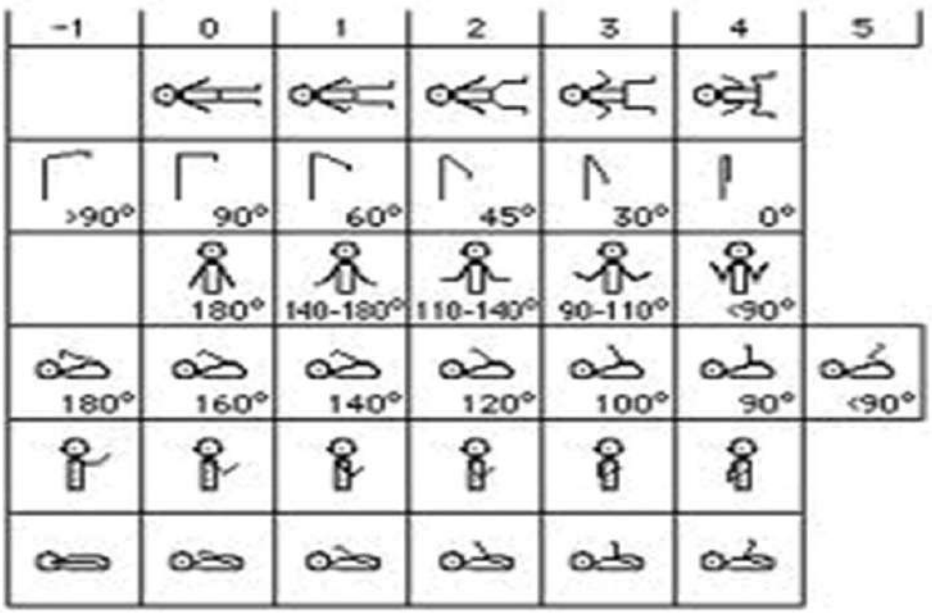
ბევრ მშობელს ეშინია ბავშვის თავზე, ან „რბილ წერტილზე“ შეხება, შესაძლებელი დაზიანების გამო. რბილი წერტილები, ანუ ყიფლიბანდები გვხვდება თავის ქალის ძვლების შეერთების, ანუ ნაკერის ხაზების ადგილებში. მათი არსებობა შესაძლებელს ხდის მენჯის ფორმისადმი ადაპტაციას მშობიარობისას, ხოლო პირველი წლის განმავლობაში ტვინის ზომაში ზრდას (სურათი 2-7). უკანა ყიფლიბანდი ტიპურად იხურება 3 თვის ასაკში, როცა წინა ყიფლიბანდი იხურება 8-18 თვის ასაკში. მშობლებს სჭირდებათ დამშვიდება, რომ ახალშობილის ბევრი ნიშანი შეიცვლება ამ პირველი კვირების განმავლობაში და ის დაიწყებს „ტიპური“ ბავშვის სახის მიღებას.



სურათი 2-7. ნაკერებისა და ყიფლიბანდების განლაგება

ნერვული სისტემა

პირველი ნევროლოგიური გასინჯვა მოიცავს ახალშობილის პოზიციას და მისი ხელში დაჭერითა და სტიმულაციით გამოწვეულ პასუხზე დაკვირვებას. ბალარდის შეფასების შკალა გვეხმარება ახალშობილის გესტაციური ასაკის დადგენაში. სიზუსტისთვის და სანდოობისთვის, გასინჯვა უნდა მოხდეს სიცოცხლის პირველ 12 საათში (იხილეთ სურათი 2-8). გესტაციური ასაკის განსაზღვრის შემდგომ, ახალშობილი კლასიფიცირდება, როგორც (1) დიდი გესტაციური ასაკისთვის (დგა), (2) ნორმალური გესტაციური ასაკისთვის (ნგა), ან (3) პატარა გესტაციური ასაკისთვის (პგა). 90-ე პერცენტილზე მაღლა მდგომი ახალშობილები არიან დიდები გესტაციური ასაკისთვის. ნგა ახალშობილები არიან მე-10 და 90-ე პერცენტილს შორის. პგა ახალშობილი იქნება მე-10 პერცენტილზე დაბლა. გესტაციური ასაკის განსაზღვრა გვეხმარება შესაბამისი მოვლის გზის გამონახვაში და ასევე გავლენას ახდენს ახალშობილის ოპტიმალურ ნევროლოგიურ განვითარებასა და ფუნქციაზე. ახალშობილებზე მეტი ინფორმაციისთვის იხილეთ მაღალი რისკის სექცია ამ თავში.

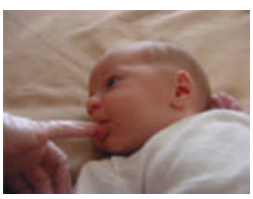


სურათი 2-8. ბალარდის შკალა

დროის უმეტესი ნაწილის განმავლობაში ახალშობილს ძინავს, ხოლო ამ ნაწილებს შორის არის ღვიძილის მოკლე პერიოდები. ამ პერიოდების დროს ხდება მშობელთან ინტერაქცია. როცა ახალშობილი ჩვილის სტადიაზე გადავა, ამ პერიოდების ხანგრძლივობა გაიზრდება, რასაც მეტი ინტერაქცია მოჰყვება. ახალშობილი პასუხობს გარემოს და სტიმულაციას გამომეტყველების ცვლილებით (ღიმილით, შეჭმუხვნით, ტირილით). მშობლები სწავლობენ ამ სიგნალების უნიკალურ მნიშვნელობასმათი ბავშვისთვის.

რეფლექსები პრიმიტიული, თანდაყოლილი ქცევებია, რომელთაც ვხედავთ ახალშობილებში. ღრმა მყესების რეფლექსების გამოწვევა შესაძლებელია ახალშობილში, მაგრამ ნაკლებ ინფორმაციას გვაძლევს. რეფლექსები, რომელსაც ახალშობილი გამოხატავს, სხვადასხვა მიზანს ემსახურება და შეიძლება დაიყოს კატეგორიებად – ზოგადი და ადგილობრივი. ესენი კიდევ იყოფა პრიმიტიულ და გადარჩენით რეფლექსებად. იხილეთ ცხრილი 2-1ახალშობილთა რეფლექსებისთვის.

ცხრილი 2-1.

რეფლექსი	სტიმული	პასუხი	როდის ქრება	დარღვევის მიზეზი
ადგილობრივი რეფლექსები				
თვალები				
დახამხამების, ანუ რქოვანას რეფლექსი	კაშკაშა შუქის უცაბედი გამოჩენა, ან რქოვანას მიმართულებით საგნის სწრაფი მოახლოება	ახალშობილი თვალს ახამხამებს	არასდროს	ნევროლოგიური დაზიანება
თოჯინის თვალები	თავის გადატანა ნელა მარჯვნივ, ან მარცხნივ	თვალები ჩამორჩება თავს და ახალ პოზიციას მაშინვე არ უსწორდება	როცა თვალების ფიქსაციის უნარი განვითარდება	ნევროლოგიური დაზიანება
გუგის*	კაშკაშა ნათება გუგის მიმართულებით	გუგა ვიწროვდება	არასდროს	ნევროლოგიური დაზიანება
ცხვირი				
ცემინების*	ცხვირის გზების გაღიზიანება, ან ობსტრუქცია	დაცემინება	არასდროს	ნევროლოგიური დაზიანება
პირი და ყელი				
ხველების	ხორხის, ან ტრაქეობრონქული სისტემის ლორწოვანის გაღიზიანება	ხველება	არასდროს	ნევროლოგიური დაზიანება
გადმოგდების	ენაზე დაწოლა, ან შეხება	ენის გარეთ გამოგდება	4 თვის ასაკში	
ღებინების*	საკვები, წოვა, ან მილის გატარება, რომელიც გააღიზიანებს უკანა ხახას	პირღებინების მოძრაობები	არასდროს	ნევროლოგიური დაზიანება
სწრაფვის* 	ლოყაზე ხელის დასმა, ან შეხება	თავი მიბრუნდება სტიმულისკენ	დაახლოებით 4 თვის ასაკში	ცნს დაავადება (ფრონტალური წილის დაზიანება)
წოვის* 	ტუჩებზე შეხება, ან პირში რამის ჩადება	წოვა	7 თვის ასაკში	დღენაკლულობა; ცნს დეპრესია ნორმალურ, ძუძუთი ნაკვებ ბავშვში, რომლის დედაც მოიხმარს ბარბიტურატებს

მთქნარების	შემცირებული ჟანგბადი	ბავშვი ამთქნარებს	არასდროს	
კიდურები				
ბაბინსკისŧ 	ფეხისგულის ლატერალურ მხარეზე ხელის ასმა ქუსლიდან მაღლა	ფეხის თითების ჰიპერექსტენსია (ზედმეტად გაშლა)	1 წლის ასაკში	ცერებრული დამბლა
მოჭიდებისŧ	ხელის გულებზე, ან ფეხისგულებზე შეხება თითების ძირთან ახლოს	თითების მოხრა	8 თვის ასაკში	ფრონტალური წილის დაზიანება
ხელის გულით მოჭიდებისŧ 	ხელისგულის სტიმულაცია	ობიექტზე ხელის ჩაჭიდება	4 თვის ასაკში	
ტერფით მოჭიდების ŧ 	მოათავსეთ თითი ახალშობილის ფეხის თითების ძირში	თითები ქვემოთ მოიხრება	8 თვის ასაკში	ცერებრული დამბლა; ცნს-ის ობსტრუქციული დაზიანებები (აბსცესი, სიმსივნე)
მასის რეფლექსები				
ცოცვის	დასვით ბავშვი მუცელზე	ცოცვის მოძრაობები ხელებით და ფეხებით	6 კვირის ასაკში	ნევროლოგიური დაზიანება
ცეკვის, ანუ ნაბიჯებისŧ 	დაიჭირეთ ახალშობილი გამართულ მდგომარეობაში, შეახებინეთ ერთი ფეხი ბრტყელ ზედაპირზე	ფეხების მონაცვლეობითი დადგმა (ნაბიჯები)	4 თვის ასაკში	ცერებრული დამბლა

მოროსŧ 	უცაბედი ცვლილება პოზიციაში	ხელები იშლება, თავი უკან გადაიხრება, თითები ერთმანეთს შორდება და იშლება, ხოლო ცერი და საჩვენებელი თითი C-ს ფორმას აკეთებენ. ამის შემდეგ ხელები ბრუნდება ცენტრში და ხელის მტევნები იკვრება. ხერხემალი და ქვედა კიდურები იშლება	3-4 თვის ასაკში	ნევროლოგიური დაზიანება
ასვლის (დადგომის) 	დაიჭირეთ გამართულ მდგომარეობაში. ტერფის დორსალური ზედაპირი შეახებინეთ მაგიდის ნაპირს	მუხლებისა და თეძოების მოხრა და ფეხების მაგიდის ზედაპირზე ატანა	4 თვის ასაკში	პარალიზი დუნდულებით მდებარეობისას, ქერქის ანომალიები
კისრის ტონუსის 	ზურგზე წოლისას თავის მიბრუნება ერთ მხარეს	ხელი და ფეხი იშლება თავის მიბრუნების მიმართულებით, მეორე მხარეს – იხრება.	3-4 თვის ასაკში	ნევროლოგიური დაზიანება
ტანის შეზნექის (გალანტის) 	მყარად დაუსვით ხელი ზურგზე ზემოდან ქვემოთ 5 სანტიმეტრის სიგრძეზე, როცა ბავშვი მუცელზე წევს	სხეული გადაიხრება სტიმულის მხარეს. მნიშვნელოვანია შევამოწმოთ ორივე მხარე	2-3 თვის ასაკში	ზურგის ტვინის დაზიანება

*** გადარჩენის რეფლექსები**
ŧ პრიმიტიული რეფლექსები

გულ-ფილტვის სისტემა

ძირითადი ცვლილებები, რომელიც ხდება გულისა და სასუნთქ სისტემებში დაბადების შემდეგ, უკვე განვიხილეთ (ექსტრაუტერინულ გარემოში გადასვლა). ეს დისკუსია შეეხება ახალშობილის სასიცოცხლო ნიშნების დახასიათებას.

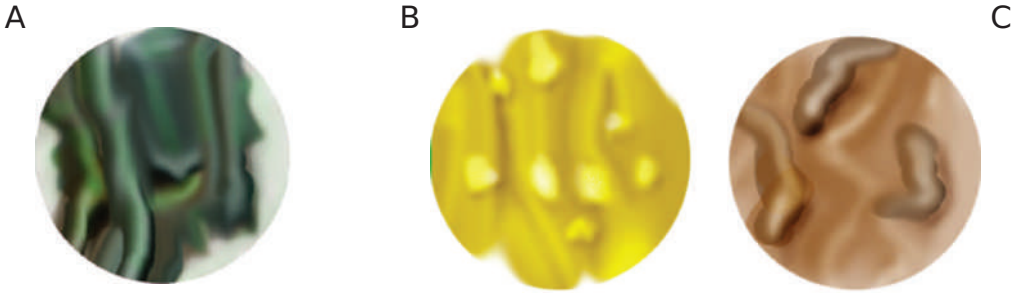
ფილტვის დამყოლობა ახალშობილში დამოკიდებულია ანატომიაზე. შუასაყრის სტრუქტურები, შედარებით დიდ გულთან ერთად, ამცირებს ფილტვის გაფართოებისთვის ხელმისაწვდომ სივრცეს. ახალშობილის დიდი მუცელი ასევე გავლენას ახდენს ფილტვის სივრცეზე, რადგანაც ის ზრდის დაწოლას დიაფრაგმაზე. გულმკერდის სტრუქტურები, მათ შორის სუსტი ნეკნთაშუა კუნთები, ჰორიზონტალურად განლაგებული ნეკნები და მაღალი დიაფრაგმა ზღუდავს ფილტვის გაფართოების სივრცეს. ბოლოს, საჰაერო გზების რეზისტენტობაზე გავლენას ახდენს ჰაერგამტარი გზების სიგრძე, რადიუსი და რიცხვი. რადგან ახალშობილს უფრო პატარა ჰაერგამტარი გზები აქვს და მხოლოდ ცხვირით სუნთქავს, ნებისმიერი ობსტრუქცია სუნთქვის უკმარისობას გამოიწვევს.

სუნთქვის სიხშირე ძირითადად 30-60 ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვაა წუთში. სუნთქვა ძირითადად მუცლით ხდება და არ არის ღრმა, რეგულარული და რიტმული. ნორმალურია აპნეის მოკლე პერიოდებიც. ახალშობილის ცნობიერება გავლენას ახდენს სუნთქვის კანონზომიერებაზე. როცა ახალშობილს ღრმად სძინავს, სუნთქვის კანონზომიერება საკმაოდ რეგულარულია. არარეგულარული სუნთქვა უფრო შესამჩნევია, როცა ახალშობილი მსუბუქი ძილის, ან აქტიურ მდგომარეობაშია.

ახალშობილის გულისცემის სიხშირე პირველი ჩასუნთქვის შემდეგ 180-ს აღწევს. გულისცემის სიხშირე მერყეობს 100-დან (ძილის დროს) 150-მდე (ღვიძილის დროს). არტერიულ წნევაზე გავლენას ახდენს სისხლის მოცულობაში მომხდარი ცვლილებები პირველ 24 საათში, ისევე როგორც ახალშობილის დაბადების წონა და ასევე აქტივობის მდგომარეობა.

მომნელებელი სისტემა

საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფუნქცია თანდათან მწიფდება პირველი რამდენიმე წლის განმავლობაში და ის გაცილებით უფრო დუნეა ახალშობილობის პერიოდში, ვიდრე ზრდასრულობაში. კუჭის ტევადობა დაახლოებით 60 მლ-ია და თანდათან იზრდება. კუჭის დაცარიელების ტიპური დრო არის 2.5-3 საათი და ჩვილ ასაკში გადასვლისას 3-6-მდე იზრდება. კუჭ-საყლაპავის რეფლუქსი (რეგურგიტაცია) ხშირია ქვედა საყლაპავის სფინქტერის არასრული ფუნქციის, ან არასწორი მოსვენებისა და კუჭის დაგვიანებული დაცარიელების გამო. იხილეთ სურათი 2-9ჩვილის განავლის აღწერილობისთვის.



სურათი 2-9. ახალშობილის განავლის ტიპები: A – მეკონიუმი; B – დედის რძეზე მყოფი ახალშობილის განავალი; C – ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ახალშობილის განავალი

ღვიძლი, მომნელებელ სისტემასთან მიმართებით, ეგზოკრინული ჯირკვალია, რომელიც ცხიმის მოსანელებლად ნაღველს წარმოქმნის. რადგან ახალშობილში ღვიძლი ნაკლებ ნაღველს გამოყოფს და პანკრეასი ნაკლები ეფექტურობით მუშაობს, ახალშობილს ნაკლებად შეუძლია ცხიმის შეწოვა. ახალშობილის კვებით საჭიროებებზე დისკუსია იქნება ამ თავის შემდგომ ნაწილში.

საშვილოსნოსშიდა სიცოცხლის განმავლობაში მეტი ჰემოგლობინია საჭირო ჟანგბადის გადასატანად, რადგანაც ნაყოფისთვის ხელმისაწვდომი ჟანგბადის წნევა დაბალია. მშობიარობის შემდგომ, ახალშობილს დამატებითი ჰემოგლობინი აღარ სჭირდება და ზედმეტი უჯრედები ნადგურდება რეტიკულოენდოთელიალური სისტემით. ეს უჯრედები აღარ ნაცვლდება ახალი უჯრედებით. ერითროციტების დაშლასთან ერთად, მეტაბოლიზმის საბოლოო პროდუქტებიც ფორმირდება და ჰემოგლობინი ხდება ცილა, რომელიც შეიცავს გლობინს და ჰემს. არაკონიუგირებული (არაპირდაპირი) ბილირუბინი წარმოიქმნება ღვიძლში და პლაზმის კონცენტრაციებმა შეიძლება მოიმატოს.

ღვიძლი შეიცავს სპეციალურ უჯრედებს, რომელსაც სისხლიდან გამოაქვს არაპირდაპირი ბილირუბინი და გარდაქმნის მას კონიუგირებულ (პირდაპირ) ბილირუბინად. რადგან პირდაპირი ბილირუბინი წყალში ხსნადია, ის გამოიყოფა განავალში ნაღველის სახით, მაგრამ ახალშობილის მოუმწიფებელი ღვიძლი ყოველთვის მზად არაა ზედმეტი ბილირუბინის შესაბამისად გამოსაყოფად, რის შედეგადაც ბილირუბინი გროვდება და ვითარდება ხილული სიყვითლე კანზე და თვალებში (სურათი 2-10).



სურათი 2-10. ახალშობილის სკლერები არის ყვითელი

ამერიკელ პედიატრთა აკადემია (AAP), რეკომენდაციას უწევს ყველა ახალშობილის შემოწმებას არანაკლებ ყოველ 8-12 საათში სიყვითლეზე. შეფასების ეტაპებში შეიძლება შედიოდეს ტრანსკუტანეული ბილირუბინის გაზომვა, ან შრატის ტოტალური ბილირუბინი. თვალით შეფასების ხერხებმა, როგორიცაა კანზე დაწოლა, შეიძლება გამოიწვიოს შეცდომები სიყვითლის სიმძიმის შეფასებაში და შესაბამისად, არ უნდა იყოს გამოყენებული.

წინა ათწლეულის განმავლობაში, ადრეული გაწერის წამოწყებასთან ერთად, მძიმე ჰიპერბილირუბინემიის შემთხვევები გაიზარდა. ამერიკელ პედიატრთა აკადემია, შესაბამისად, რეკომენდაციას უწევს თითოეული ახალშობილის შეფასებას მძიმე ჰიპერბილირუბინემიის განვითარების რისკზე გაწერამდე. თუ ნაჩვენებია, იზომება ტრანსკუტანეული, ან შრატის ტოტალური ბილირუბინი და დაიტანება ნომოგრამაზე, ახალშობილის საათობრივი ასაკის მიხედვით. ეს ნომოგრამა მიაკუთვნებს ახალშობილს რისკის ზონას, რომელიც მერყეობს მძიმე ჰიპერბილირუბინემიის განვითარების დაბლიდან – მაღალ რისკს შორის. თითოეული საავადმყოფოს საექთნო განყოფილებას უნდა ჰქონდეს სიყვითლის იდენტიფიკაციისა და შეფასების გზამკვლევები. ისინი უნდა მოიცავდეს რიგითობას, რომელიც გვაჩვენებს როდის უნდა აიღოს ექთანმა ტრანსკუტენეული, ან ტოტალური შრატის ბილირუბინი.

ბილირუბინის ენცეფალოპათია არის ცნს-ის კლინიკური ნიშანი, რომელიც ბილირუბინის ტოქსიკურობის შედეგია ბაზალურ განგლიებსა და ტვინის ღეროს ბირთვებზე. კერნიქტერუსი არის ბილირუბინის ტოქსიკურობის ქრონიკული და პერმანენტული შედეგი. ეს მდგომარეობა შეიძლება მივიდეს ცერებრულ დამბლამდე, სმენის ნეიროპათიამდე, მზერისა და მხედველობის ანომალიებამდე და ემალის ჰიპოპლაზიამდე.

შუა 1950-იანებში, ექთანი ინგლისში ახალშობილს გარეთ გაიყვანდა მზეზე და სუფთა ჰაერზე. ეს იყო ფოტოთერაპიის დასაწყისი. ფოტოთერაპია, ანუ სპეციალური მაღალი ინტენსივობის ფლუორესცენტული სინათლის გამოყენება, ძირითადად შრატის ბილირუბინის შემცირებისა და კერნიქტერუსის პრევენციის ეფექტური მეთოდია. ფოტოთერაპიის შუქი ჟანგავს არაპირდაპირ ბილირუბინს კანში, რომელიც წყალში ხსნადი ხდება და გამოიყოფა შარდთან და განავალთან ერთად. ფოტოთერაპიის გამოყენება, რომელიც ნაჩვენებია პირველადი სამედიცინო დახმარების პროვაიდერისგან, უნდა ჩატარდეს სახლში, ან ახალშობილთა განყოფილებაში (სურათი 2-11). ახალშობილის თვალები დაცული უნდა იყოს სპეციალური საფარებლით, რათა თავიდან ავიცილოთ ბადურის შესაძლებელი დაზიანება. გენიტალური არე დაფარული უნდა იყოს ქირურგიული ნიღბით, რათა დაცული იყოს გონადები ზედმეტი ექსპოზიციისგან.



სურათი 2-11. ახალშობილი სიყვითლით, რომელსაც უტარდება ფოტოთერაპია

შრატის ბილირუბინის დონეების სერიული გაზომვა ხდება ყოველ 8-12 საათში, ფოტოთერაპიის პარალელურად და გამოიყენება მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად. როცა დონე უბრუნდება ნორმალურ ინტერვალს, შეიძლება ფოტოთერაპიის შეწყვეტა. ზოგჯერ შეიძლება მოხდეს საპასუხო მომატება ბილირუბინის დონეებში, შეწყვეტისთანავე, მაგრამ ის მალევე უბრუნდება ნორმალურ დონეს.

ფოტოთერაპიის უტილიზაციის ჩვენებები შეიცვალა პირველი ვარიანტის შემდეგ, რომელიც 1958 წელს გამოიცა. გადაწყვეტილება, თუ რომელი სისტემა უნდა იქნეს გამოყენებული, დამოკიდებულია ახალშობილის ზომაზე, ჰიპერბილირუბინემიის დონეზე და მკურნალობის ლოკაციაზე. ზოგიერთ შემთხვევაში სისტემების კომბინაციის გამოყენებაც შეიძლება.

ლურჯ-მწვანე მაღალი დასხივების შუქის გამოყენება, რომელსაც დაბალი სითბოს გამომუშავება აქვს, არის ერთი არჩევანი. ამის გამოყენებით, გვაქვს არჩევანი გამოვიყენოთ ერთმაგი, ან ორმაგი ფოტოთერაპია. მეორე არჩევანი არის ერთკვარციანი ჰალოგენის ნათურის გამოყენება. ამ სისტემის ნაკლი არის ზედმეტი სითბო, რომელიც გამომუშავდება. ფლუორესცენტული მილების გამოყენება ერთ-ერთი პირველი სისტემა იყო ფოტოთერაპიაში. ხელმისაწვდომია სხვადასხვა მილები, რომელთა შორისაც სპეციალური ლურჯი ყველაზე ეფექტურია.

ბოჭკოვანი ოპტიკის შემოღებამ შესაძლებელი გახადა უფრო მოსახერხებელი ფოტოთერაპიის ერთეულების განვითარება, როგორიცაა ბილიბლანკეტი, რომელიც ოპტიკურ-ბოჭკოვან ბოჭკოებს შეიცავს, რომელიც შეგვიძლია მოვათავსოთ ახალშობილის ქვეშ და გარშემო. ეს აადვილებს მშობელთან კონტაქტს, რადგან შესაძლებელია ბავშვის დაჭერა.

შარდ-სასქესო სისტემა

თირკმელები პასუხისმგებელია სითხისა და ელექტროლიტების ბალანსის რეგულაციაზე, არტერიულ წნევაზე და რამდენიმე ტოქსინის მოშორებაზე. ნაყოფი შარდის გამოყოფას არ იწყებს გლომერულური ფილტრაციით გესტაციის 9-12 კვირამდე. თირკმლის განვითარება გრძელდება 36 გესტაციურ კვირამდე. დროული ახალშობილის თირკმელებს აქვს გლომერულების სრული კომპლექტი, იმისდა მიუხედავად, რომ გლომერულები ზომით პატარაა და ფილტრაციის ზედაპირის ფართობი სხეულის მასაზე, მაღალია ზრდასრულ ადამიანთან შედარებით. ახალშობილის თირკმლის მილაკები არის მოკლე, ვიწრო და ნაკლებად შეუძლია შარდის კონცენტრაცია, რადგანაც საკმარისად ვერ იწოვს წყალს, ნატრიუმს, გლუკოზას და სხვა ნივთიერებებს სისხლში. შარდის კონცენტრირების უნარი სრულ პოტენციალს ვერ აღწევს 3 თვის ასაკამდე.

შარდის რაოდენობა დამოკიდებულია გლომერულური ფილტრაციის სიხშირეზე და წყლის მილაკოვან რეაბსორპციაზე. შარდის ნორმალური რაოდენობა ახალშობილისთვის არის 15მლ/კგ/დღეში. ეს არის დაახლოებით 2-6 მოშარდვის ექვივალენტი დღეში. სიცოცხლის პირველ დღეს, ძირითადად, შარდის რაოდენობა პატარაა და იზრდება დღიური სითხის მიღების ზრდასთან ერთად. თირკმლის ფუნქცია უნდა შეფასდეს, თუ ახალშობილი არ მოშარდავს სიცოცხლის პირველ 24 საათში. ახალშობილის შარდის ნორმალური მაჩვენებლები წარმოდგენილია ცხრილში 2-2.

ცხრილი2-2. ნორმალური მონაცემები ახალშობილის შარდში	
ფერი	მკრთალი ყვითელი
გლუკოზა	უარყოფითი
pH	4.5-8
ცილა	<5-10 მგ/დლ
ერითროციტები	უარყოფითი
კუთვნილი მასა	1.001-1.020
ლეიკოციტები	უარყოფითი

მამრობითი გენიტალიები ფასდება სათესლეების ჩამოსვლაზე და რუგების გაჩენაზე სათესლე პარკის ზედაპირზე. გესტაციის 36 კვირამდე, სათესლე პარკი პატარაა ცოტა რუგებით (ნაკეცებით), სათესლეები არაა ჩამოსული პარკში და ჯერ კიდევ საზარდულის არხშია. დროული ახალშობილისთვის კი, დამახასიათებელია რუგებით დაფარული სათესლე პარკი, რომლის ქვედა ნაწილშიც შეგვიძლია სათესლეების პალპაცია (სურათი 2-12). თუ სათესლე პარკი გაბერილია, ტრანსილუმინატორის გამოყენებით შეიძლება აღმოვაჩინოთ ჰიდროცელე, ანუ სითხის გროვა სათესლე პარკის საფარველი (სათესლეების ყველაზე გარეთა საფარველი) პარიეტალურ და ვისცერალურ ფურცლებს შორის. მკურნალობა ძირითადად არაა საჭირო, თუ ჰიდროცელე 1 წლამდე გაქრება. მშობლებს შეიძლება დამშვიდება სჭირდებოდეთ, რომ ეს ნორმალურია და მალე გაქრება.



**სურათი 2-12. ყურადღება მიაქციეთ იმას,
თუ როგორ გამოიყურება სათესლე პარკი დროულ ახალშობილთან**

წინადაცვეთა, რომელიც დასაბამს იღებს 15000 წელზე დიდი ხნის წინ (უძველესი დოკუმენტირებული საბუთი მოიპოვება ძველ ეგვიპტეში), არის ჩუჩის, პენისის გლანსის, ანუ თავის მფარავი კანის ქირურგიული მოშორება. ეს არჩევითი პროცედურაა, რომელიც უტარდება ახალშობილს. თავიდან, წინადაცვეთა რელიგიური რიტუალის ნაწილი იყო, რომელიც „გზას უკვალავდა“ კაცობამდე. ეს რიტუალი დღესაც არსებობს ზოგიერთ რელიგიასა თუ საზოგადოებაში.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ვარაუდობს, რომ მსოფლიოს მამაკაცების 30% წინადაცვეთილია. ეს პროცედურა ძალიან ხშირია აფრიკაში, ჩრდილოეთ ამერიკაში, ახალ ზელანდიასა და ავსტრალიაში, თითქმის უნივერსალურია შუა აღმოსავლეთში და ცენტრალურ აზიაში, და იშვიათია აზიაში (გარდა ფილიპინებისა და სამხრეთ კორეის), ცენტრალურ ამერიკაში, სამხრეთ ამერიკაში, გაერთიანებულ სამეფოში, ევროპასა და რუსეთში.

ახალშობილის წინადაცვეთის საკითხს წყვეტენ მშობლები. ფაქტორები, რომელმაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს მათ გადაწყვეტილებაზე არის სისუფთავე, ტრადიცია, კიბოს შესაძლო პრევენცია და უბრალოდ პირადი ინტერესი. როგორც ყველა ოპერაციას, ამასაც აქვს რისკები. მიუხედავად იმისა, რომ იშვიათია, ამ ოპერაციას შეიძლება მოჰყვეს სისხლდენა, ინფექცია, პენისის, ურეთრის და სათესლე პარკის დაზიანება, დეფორმაცია და დანაწიბურება. იხილეთ ცხრილი 2-3წინადაცვეთის დადებით და უარყოფით მხარეებზე, რომელიც მშობლებმა შეიძლება გამოიყენონ გადაწყვეტილების მიღებაში. ახალშობილები, რომელთაც არ უნდა გაუკეთდეთ წინადაცვეთა, ან მოგვიანებით შეუძლიათ გაიკეთონ, არიან დღენაკლულები, დაავადებულები, დაბადებისას დისტრესში მყოფები, ჰემოფილიით დაავადებულები, ან ნებისმიერი შარდ-სასქესო ანომალიის მქონენი. თუ წინადაცვეთა გაკეთდება, გამოყენებული უნდა იქნას პროცედურული ანესთეზია.

ცხრილი 2-3. წინადაცვეთის დადებითი და უარყოფითი მხარეები

დისკუსიის საკითხები	**დადებითი**	**უარყოფითი**
დამახინჯება	ესთეტიკის საკითხი დამოკიდებულია გარემოზე; თუ მამაკაცების უმეტესობა წინდაცვეთილია, ახალგაზრდას შეიძლება შერცხვეს იმის, რომ არ იყოს წინდაცვეთილი და პირიქით.	ჩუჩის მოშორება დაზიანებაა.
ტკივილი	პენისის დორსალური ნერვის ბლოკი ყველაზე ეფექტურია და გამოყენებული უნდა იქნას პროცედურის დროს.	არსებობს წინდაცვეთის პრაქტიკა გაყუჩების გარეშე, ან არასაკმარისი გაყუჩებით, რომელიც ძალზედ მტკივნეული პროცედურაა.
გართულებები	კლინიკურად მნიშვნელოვანი გართულებების სიხშირე არის დაახლოებით 0.19-1.5%.	პროცედურა ატარებს სეფსისის და სისხლდენის რისკს; სერიოზულ გართულებებში შედის პენისის ღეროს დენუდაცია, გლანსის (თავის) დაზიანება, ან ნეკროზი, ურეთრას ფისტულა და სიკვდილი.
პენისის კიბო	დასაბუთებულია, რომ ახალშობილის წინდაცვეთა დაკავშირებულია პენისის კიბოს მძიმე ფორმების შემცირებულ რისკთან.	არც ერთი კვლევაა იდეალური, ან გადამწყვეტი – რეტროსპექტული, პატარა საკვლევი პოპულაციებით და პაციენტის მოყოლილზე დაყრდნობით, ამიტომაც ეს არგუმენტი სუსტია.

საშარდე გზების ინფექციები	წინდაცვეთა დაკავშირებულია საშარდე გზების ინფექციების უფრო დაბალ სიხშირესთან.	საშარდე გზების ინფექციების აბსოლუტური სიხშირე დაბალია: 0.15% წინადაცვეთილებში და 1.5% წინდაუცვეთავ ბიჭებში. ეს ნიშნავს, რომ საშარდე გზების ინფექციები არ ემართებათ წინადაცვეთილთა 99.85%-ს და წინადაუცვეთავთა 98.5%-ს.
სქესობრივად გადამდები დაავადება (აივ-ის გარდა)	წინდაცვეთილი კაცები არიან სიფილისის შემცირებული რისკის ქვეშ.	კვლევებს ურთიერთსაწინააღმდეგო შედეგები აქვს. ერთადერთი შეუცვლელი ტრენდი არის გაზრდილი მიდრეკილება გენიტალური წყლულების მიმართ.
აივ ინფექცია	გენიტალური წყლულების დაავადების რისკის გაზრდა ზრდის აივ ინფექციის რისკს; ჩუჩის ლორწოვანი შეიცავს აივ ვირუსის მიერ მიდგომად უჯრედებს ეპითელურ ზედაპირთან ახლოს; ეს უჯრედები პირდაპირ კონტაქტშია ვაგინალურ სეკრეციებთან სქესობრივი კავშირის დროს.	წინდაცვეთასა და აივ ინფექციის მიმართ მიდრეკილებას შორის ასოციაცია ყველაზე ხშირია მაღალი რისკის პოპულაციაში (ყველა კვლევა ჩატარებულია აფრიკაში).

მდედრობითი გენიტალიების გარეგნობა დამოკიდებულია გესტაციურ ასაკსა და კანქვეშა ცხიმის დეპოზიციაზე. ახალშობილში, რომელიც 36 გესტაციურ კვირაზე ახალგაზრდაა, გამოკვეთილია კლიტორი, ხოლო დიდი და მცირე სასირცხვო ბაგეები პატარაა და ფართოდ გაყოფილი. დროულ ახალშობილს კლიტორი და მცირე სასირცხვო ბაგეები დაფარული აქვს დიდი სასირცხვო ბაგეებით. ვერნიქს კაზეოზა შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ბაგეებს შორის. ზოგჯერ, აპკი შეიძლება გამოწეული იყოს საშოს ძირიდან. დედის ჰორმონების დაკარგვამ შეიძლება გამოიწვიოს მცირე სისხლდენა, რომელიც გამოიხატება, როგორც სისხლი საფენზე. ამას ჰქვია ფსევდომენსტრუაცია და მშობლებს შეიძლება დამშვიდება დასჭირდეთ, რომ ეს ნორმალურია და მალე გაქრება (სურათი 2-13).



სურათი 2-13. ახალშობილი მდედრობითი სქესის.
ყურადღება მიაქციეთ დიდ სასირცხვო ბაგეებს და კიდურების ციანოზურ ელფერს

ძვალ-კუნთოვანი სისტემა

დროულ ახალშობილს აღენიშნება ყველა კიდურის ჰიპერტონური მოხრა. მოხრითი მოძრაობის განვითარება პირველად ქვედა კიდურებში ხდება; შესაბამისად, გასინჯვისას პირველად ფეხები უნდა შეფასდეს. დასაწყისისთვის, მოათავსეთ ახალშობილი ბრტყელ ზედაპირზე ფეხებმოხრილი, სანამ მანიპულირებთ ბარძაყის სახსარზე და ხელი გიდევთ ახალშობილის მუხლზე. ფეხების მოხრის შემდეგ, გააშლევინეთ ისინი ბრტყელ ზედაპირზე და გაუშვით ხელი. დროული ახალშობილის ფეხები ინერციით უნდა დაუბრუნდეს მოხრილ მდგომარეობას. იდაყვების გასინჯვისას, მოახრევინეთ ისინი 5 წამით და შემდეგ გააშლევინეთ. დროული ახალშობილის იდაყვები ქმნის 90 გრადუსზე ნაკლებ კუთხეს და სწრაფად უბრუნდება ინერციით მოხრილ მდგომარეობას. რადგან ჯანმრთელ, მაგრამ დაღლილ ახალშობილს შეიძლება ნელი პასუხი აღენიშნებოდეს, ეს ტესტი უნდა გადაიდოს დაბადებიდან ერთი საათის შემდეგ.

კიდურების კუნთები არაა კარგად გამოხატული და არც ტონუსია სრულად განვითარებული. შესაბამისად, ახალშობილი ვერ იჭერს თავს კარგად და თავის ჩამორჩენა შეინიშნება, როცა ახალშობილს წამოვწევთ ზურგზე მწოლიარე პოზიციიდან მჯდომარე პოზიციაზე (სურათი 2-14). ამისდა მიუხედავად, მუცელზე მწოლიარე მდგომარეობაში ახალშობილს შეუძლია თავის ცოტათი წამოწევა (სურათი 2-15). ამასთანავე, ხელები, გაშლილ მდგომარეობაში, უნდა წვდებოდეს ბარძაყის ზედა ნაწილს. ფეხები უნდა იყოს ერთმანეთის ტოლი სიგრძეში, სიმეტრიული კანის ნაკეცებით დუნდულებზე.



სურათი 2-14.



სურათი 2-15.

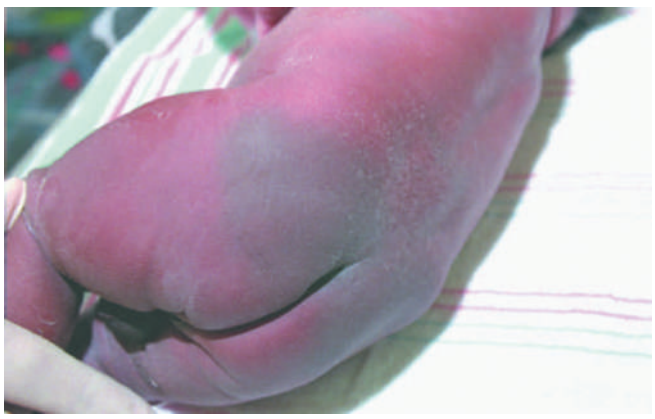
ახალშობილის ტერფების საშვილოსნოს შიდა მდებარეობამ შეიძლება გამოიწვიოს ცალმხრივი, ან ორმხრივი ტერფმრუდობა. ძირითადად, მკურნალობა არაა საჭირო, თუ შეგვიძლია ტერფის ხელით გასწორება შუა ხაზში. თუ ტერფის გასწორება ვერ ხერხდება, შეიძლება დაგვჭირდეს ორთოპედის კონსულტაცია. ხერხემალი, რომელიც ახალშობილში მუცელზე მწოლიარე მდგომარეობაში ისინჯება, უნდა იყოს სწორი და ბრტყელი. წელის და გავის ნადრეკები არ უნდა განვითარდეს, სანამ ახალშობილი ჯდომას არ დაიწყებს. ხერხემლის ფუძეს კარგად უნდა დავაკვირდეთ, არის თუ არა რამე დეფორმაცია, როგორიცაა სპინა ბიფიდა (თანდაყოლილი დეფექტი ზურგის ტვინის კედელში, რომელიც გამოწვეულია მალების ლამინების შეუერთებლობით).

კანი

ახალშობილის კანი ნაზია და ხშირად დაფოთლილი. ზოგჯერ აკროციანოზიც შეიძლება იყოს წარმოდგენილი. კანს უნდა დავაკვირდეთ სხვა მახასიათებლებზე, როგორიცაა ფერი და ფერის ცვლილება აქტივობისას, რასობრივი ნიშნები, გამონაყარი, მილია, თანდაყოლილი ლაქები და პეტექიები. მილია არის პატარა, თეთრი პაპულები ცხვირზე, სახეზე, შუბლზე და ზედა ტორსზე, რომელიც გამოწვეულია ცხიმოვანი ჯირკვლების დახშობით (სურათი 2-16). პეტექიები არის პატარა, წერტილოვანი, ბრტყელი, იდეალურად მრგვალი, მოიასამნისფრო წითელი ლაქები, რომელიც გამოწვეულია ინტრადერმული, ან სუბმუკოზური სისხლჩაქცევით. პეტექია შეიძლება ნორმაც იყოს, თუ ის დაბადებისას წინ მდებარე ნაწილშია, მაგრამ თუ პეტექია სხვაგან აღმოჩნდა, უნდა გამოვიკვლიოთ შესაძლო გამომწვევი, მაგალითად – სეფსისი. მონღოლური ლაქა არის არარეგულარულად მუქი, პიგმენტირებული არე წელის უკანა რეგიონში. მას არ აქვს კლინიკური მნიშვნელობა, მაგრამ შეინიშნება სხვადასხვა რასობრივი ფონის მქონე ახალშობილებში, მაგალითად აფრიკელ, აზიელ და აბორიგენ ამერიკელებში (სურათი 2-17).დესქვამაცია, ანუ კანის აქერცვლა შეიძლება იყოს წარმოდგენილი. აქერცვლის ხარისხი დამოკიდებულია ახალშობილის გესტაციურ ასაკზე – რაც უფრო მაღალია ასაკი, მით უფრო დიდი შანსია, რომ დესქვამაცია წარმოდგენილი იყოს. ტელანგიექტაზიური ხალები არის კაპილარული ჰემანგიომები, რომელიც ხშირად გვხვდება ცხვირის ფუძეზე და კეფაზე. ნევუს ფლამეუსი, ანუ პორტვეინის ლაქა არის ჰემანგიომა, ანუ სისხლძარღვოვანი სიმსივნე, რომელიც არ გაქრება დროსთან ერთად. ზოგიერთ ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს გარდამავალი ახალშობილთა გამონაყარი, რომელიც ხასიათდება წითელი მაკულარული ფუძით და თეთრი ვეზიკულური ცენტრით, რომელსაც ერითემა ტოქსიკუმი ეწოდება. ცხრილი 2-4აჯამებს ნორმალურ და მისაღებ ვარიაციებს ახალშობილის გასინჯვაში.



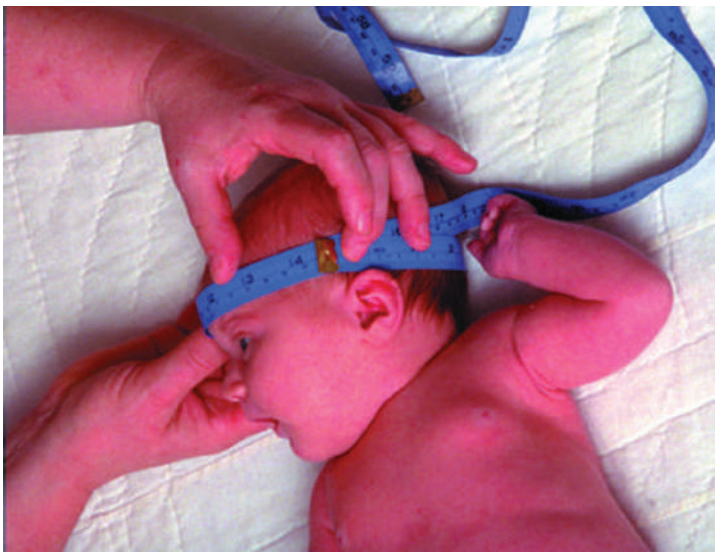
სურათი 2-16. ახალშობილის მილია.



სურათი 2-17. მონგოლოიდური ლაქა

ცხრილი 2-4. ახალშობილის ფიზიკური გასინჯვის შეჯამება		
შეფასებული არე	**ნორმა**	**მიღებული ვარიაციები**
თავი	წინა ყიფლიბანდი კარტის აგურის ფორმის, ნაზი და ბრტყელი; უკანა ყიფლიბანდი სამკუთხედის ფორმის; თავის გარშემოწერილობა 33-35 სმ (იხილეთ სურათი 2-18).	მოულდინგი (თავის ქალის ფორმის ცვლილება მენჯში გავლისას ზეწოლის გამო); კაპუტ სუქცედანეუმ ცეფალოჰემატომა; პუნქციის ნიშანი შიგნითა სკალპის ელექტროდისგან; თავის გარშემოწერილობა 32.5-37.5 სმ.
სახე და თვალები	სახის სიმეტრიული გარეგნობა და მოძრაობა; თვალები სიმეტრიული ფორმით, განლაგებით და მოძრაობით.	ქუთუთოების შეშუპება; სუბკონიუნქტივური ჰემორაგია.
გულ-მკერდი	სიმეტრიული მოძრაობა; გარშემოწერილობა თავის გარშემოწერილობაზე ნაკლები, ან მისი ტოლი; სიმეტრიული დვრილები; სუნთქვის ხმიანობა სუფთა და ორმხრივ თანაბარი;	მკერდის გაჯირჯვება; ზედმეტი დვრილები; ხილული ნეკნები ღრმა ჩასუნთქვაზე; გულის ფუნქციური შუილი.

	გულისცემის სიხშირე და რიტმი რეგულარული; S2-ის გაყოფა.	
მუცელი	რბილი, გადაუბერავი ჭიპლარი 2 არტერიით და 1 ვენით; ნაწლავის ხმიანობა წარმოდგენილია.	ნაწლავების არარეგულარული ხმიანობები; ჭიპის თიაქარი, რომელიც თავის ადგილას ბრუნდება ფიზიკური ზეწოლით.
გენიტალური არე	**მამრობითი** შარდსადენის პირი გლანსის ცენტრში; შარდის ძლიერი, თაღოვანი ნაკადი; ერექცია შარდვისას, ან სტიმულაციისას; სათესლე პარკი რუგებით, ვარდისფერი, ან მუქი ყავისფერი (ეთნიკური ფონის გათვალისწინებით); ორივე სათესლე ჩამოსული **მდედრობითი** თეთრი, ან ვარდისფერი ვაგინალური გამონადენი; შეშუპებული კლიტორი და დიდი ბაგეები; გაზრდილი პიგმენტაცია.	ჰიდროცელე (სათესლე პარკში სითხის დაგროვება) სათესლეები გარე საზარდულის რგოლში. ვაგინალური, ან აპკის წანაზარდი; მცირე ბაგეების შერწყმა.
ანუსი და სწორი ნაწლავი	ღია ანუსი; მეკონიუმის გავლა 24 საათისთვის;	მეკონიუმი 48 საათის განმავლობაში
კიდურები	მოხრილი სიმეტრიული და თანაბარი მოძრაობები; მოძრაობის სრული დიაპაზონი; ხელები წვდება ბარძაყის ზედა ნაწილს, როცა ზედა კიდურები გაშლილ მდგომარეობაშია.	გაშლილი მუხლები დუნდულებით მდებარეობის შემთხვევაში.
ხერხემალი	სწორი; ამოძრავებს თავს გვერდებზე მუცელზე წოლისას; მუცელზე წოლისას შეუძლია თავის წამოწევა.	



საურათი 2-18. თავის გარშემოწერილობის გაზომვა

ფსიქოსქესობრივი განვითარება

ნაყოფის სქესი ბიოლოგიურად განისაზღვრება განაყოფიერებისას. პრიმიტიული გონადები ვითარდება მე-5, ან მე-6 გესტაციურ კვირაში და ბიპოტენციურებია, ანუ შეიცავს როგორც საკვერცხის, ასევე სათესლის კომპონენტებს. ეს გენეტიკური ინფორმაცია მართავს საკვერცხის, ან სათესლის განვითარებას და Y ქრომოსომის არსებობის შემთხვევაში ბიპოტენციური პრიმიტიული გონადი გარდაიქმნება სათესლედ მე-6 – მე-7 გესტაციურ კვირაში. ორი X ქრომოსომის არსებობის შემთხვევაში და Y ქრომოსომის არარსებობის შემთხვევაში პრიმიტიული გონადა გარდაიქმნება საკვერცხეებად მე-10 გესტაციურ კვირაში. ფსიქოსქესობრივი განვითარება გრძელდება დაბადების შემდეგ, როცა ახალშობილი სიამოვნებას პოულობს ორალურ სტიმულებში, მშობელთან ფიზიკურ კონტაქტში, ხელში აყვანასა და ჩახუტებაში (სურათი 2-19).



სურათი 2-19.

ცნობიერების განვითარება

ცნობიერების განვითარება მოიცავს აზროვნების განვითარებას და ასევე, ცოდნის შეძენას და გამოყენებას. ტ. ბერი ბრაზელტონმა აჩვენა, რომ ახალშობილს აქვს გარემოსთან ურთიერთობის უნარი და ასევე შეუძლია გამოხატოს საჭიროება და მადლიერება, როცა ეს საჭიროებები კმაყოფილდება. სწავლა, რომელიც თავის ტვინის ქერქის ფუნქციაა ხდება იმიტაციის და ჰაბიტუაციის მეშვეობით. 12 დღის ახალშობილს შეუძლია მიბაძოს სახის და ხელის ჟესტებს და ურჩევნია მაღალი კონტრასტის ფერები, დიდი კვადრატები, საშუალოდ კაშკაშა და ოვოიდური ნივთები შესახედად და პირში ჩასადებად.

ახალშობილს ასევე შეუძლია ხმოვან სტიმულებზე პასუხი თავის მობრუნებით და თვალებით ხმის წყაროს ძებნით. პასუხი დამოკიდებულია ხმოვანი სტიმულის სიხშირესა და ინტენსივობაზე. მაღალი სიხშირის სიგნალებმა უფრო დიდი შანსია, წარმოქმნას პასუხი, მაგრამ ეს შეიძლება იყოს სტრესული პასუხი. დაბალი ინტენსივობის სიგნალები აინჰიბირებს სტრესს.

ამასთანავე, ახალშობილი მგრძნობიარეა შეხების მიმართ. თუ ახალშობილი ჩუმადაა, სწრაფი, მოულოდნელი შეხება გამოიწვევს განგაშის მდგომარეობას. როცა ახალშობილი გაბრაზებულია და ტირის, ნელი და ნაზი შეხება დაამშვიდებს. თუ არსებობს ცნს-ის გაღიზიანების რამე ფორმა, გაღიზიანებადობა იმატებს სტიმულთან ერთად (განსაკუთრებით ტაქტილური სტიმულაციით) და საჭიროა მეტი დაკვირვება (სურათი 2-20).



სურათი 2-20. როგორი აქტიურია ამ სურათში ახალშობილი

ახალშობილის პასუხი სხვადასხვა სტიმულზე, გავლენას ახდენს მშობელთან ურთიერთობაზე. რადგან არავერბალური კომუნიკაცია მშობელსა და ახალშობილს შორის არის მიჩვევის პირველი სტადიები, მშობელმა ახალშობილს უნდა მისცეს სტიმული, რომელიც გამოიწვევს პასუხს და შესაბამისად – შეჩვევას. მშობელს ასევე უნდა ვასწავლოთ, რომ ეძებოს ახალშობილის ზედმეტად სტიმულაციის, ან ჰაბიტუაციის ნიშნები.

ჰაბიტუაცია, ანუ არასასიამოვნო სტიმულის მიმართ პასუხის შემცირება, არის დამცველობითი მდგომარეობა, რომელშიც ახალშობილი შეიძლება იყოს საზიანო სტიმულების საპასუხოდ. ჰაბიტუაცია იცავს ახალშობილს ზედმეტი სტიმულაციისგან და ათავისუფ-

ლებს ენერგიას, რათა დააკმაყოფილოს ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები. ახალშობილი, რომელსაც არ შეუძლია ჰაბიტუაცია, ყოველთვის ხასიათდება აგრესიული რეაქციით ქრონიკულად გამეორებადი სტიმულების მიმართ.

ფსიქოსოციალური განვითარება

ბავშვთა ფსიქოანალიტიკოსი, ერიკ ერიქსონი ადამიანის სიცოცხლეს 8 სტადიად ყოფს. თითოეულ სტადიაში ადამიანი ეყრება სოციალურ და ემოციურ კონფლიქტებს. პირველი სტადია, ჩვილობის ასაკი, რომელიც მოიცავს ახალშობილობასაც წარმოადგენს ნდობა-არ ნდობის საკითხს. აქ ახალშობილი სხვაზეა დამოკიდებული თავისი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად და უვითარდება ნდობა, როცა ამას შეასრულებს მშობელი, ან სხვა პასუხისმგებელი პირი (სურათი 2-21). დამხმარე, აღმზრდელობით და მოსიყვარულე გარემოში ბავშვს უყალიბდება მიჯაჭვულობა მშობლისადმი და ერთვება დადებით ურთიერთობებში.



სურათი 2-21. დაბადებისთანავე უმეტეს შემთხვევაში ახალშობილს აწვდიან დედას

ჯანმრთელობის წახალისება და შენარჩუნება

დაბადებიდან ცოტა ხანში, ყველა ახალშობილი იღებს ანტიბიოტიკის თვალის წვეთებს, ან მალამოს. იმისდა მიუხედავად, რომ მშობიარობისას გონორეით და ქლამიდიით დაავადებული დედების სიხშირე 3%-ზე ნაკლებია, სიბრმავის პრევენციის დიდი მნიშვნელობა ამ პროცედურას სავალდებულოს ხდის ყველა ახალშობილისთვის.

ახალშობილის ჰემორაგიული დაავადება, რომელიც გამოწვეულია K ვიტამინის დეფიციტის გამო, შეიძლება აცილებული იყოს თავიდან თუ გავაკეთებთ ფიტონადიონს

დაბადებიდან ერთი საათის განმავლობაში. დოზა ძირითადად არის 1 მგ კუნთში, დროული ახალშობილისთვის, ან 0.5 მგ დღენაკლულთათვის. საავადმყოფოდან გაწერამდე ახალშობილს უნდა ჩაუტარდეს სისხლის სკრინინგ ანალიზი, რათა გამოირიცხოს სხვადასხვა დაავადებები, როგორიცაა ფენილკეტონურია, ჰიპოთიროიდიზმი და ნამგლისებრი ანემია.

ყველა ახალშობილისთვის სავალდებულოა იმუნიზაციები, რათა მოხდეს დაავადებების პრევენცია და მათ მიმართ რეზისტენტობის წახალისება. მშობლები ინფორმირებულები უნდა იყვნენ რეკომენდებული იმუნიზაციების გაკეთების მნიშვნელობაზე და უნდა მიიღონ იმუნიზაციის განრიგი წერილობით. ზოგიერთი პირველადი სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერი ძუძუთი ნაკვებ ახალშობილს 2-3 დღეში ნახავს გაწერიდან, რათა მათი წონა შეამოწმოს, როცა სხვები იგივეს 2 კვირის შემდეგ გააკეთებენ. ბოლოს, მშობელმა უნდა მიიღოს რეკომენდირებული განრიგი საკონტროლო ვიზიტებისთვის.

ახალშობილის სკრინინგი

ახალშობილისთვის საჭირო სკრინინგი მოიცავს ფენილკეტონურიას, თანდაყოლილ ჰიპოთიროიდიზმს, გალაქტოზემიას და ნამგლისებრ ანემიას. მოიკითხეთ თქვენს დაწესებულებაში ადგილობრივი კანონები სკრინინგის შესახებ.

AAP გვთავაზობს, რომ ყველა ახალშობილს ჩაუტარდეს სმენის სკრინინგი, რათა აღმოვაჩინოთ სმენის შესაძლო დაქვეითება. AAP-ის გაერთიანებული კომიტეტი ჩვილის სმენაზე გვთავაზობს, რომ უნდა აღმოვაჩინოთ სმენის დეფექტი 3 თვეზე ადრე, ხოლო ინტერვენცია მოვახდინოთ არაუმეტეს 6 თვის ასაკისა.

გათვლითი მიმართულების მიცემა

კვება

AAP რეკომენდაციას უწევს ძუძუთი კვებას სიცოცხლის პირველ 6-12 თვეში. დედის რძეს ბევრი უპირატესობა აქვს ფორმულასთან შედარებით: (1) არ საჭიროებს შერევას; (2) ყოველთვის სწორი ტემპერატურისაა; (3) არ საჭიროებს სტერილიზაციას; (4) მარტივად მონელებადი და შეწოვადია; (5) შეიცავს ანტისხეულებს და იმუნოგლობულინებს ბევრი მიკროორგანიზმის წინააღმდეგ და (6) ხარჯ-ეფექტურია. ბევრი დედა, ამის მიუხედავად, ირჩევს, რომ არ კვებოს ბავშვი ძუძუთი სხვადასხვა მიზეზების გამო და დედის არჩევანს პატივი უნდა ვცეთ. თუ ბავშვი არ იკვებება დედის რძით, არსებობს კომერციული ფორმულები, რომელიც ცდილობს გაიმეოროს დედის რძის შემადგენლობა. ახალშობილის ნუტრიციული საჭიროებები დამოკიდებულია კლინიკურ მდგომარეობასა და გესტაციურ ასაკზე. დროული ახალშობილის წონის 75%-ს ქმნის წყალი. წყლის დღიური მოთხოვნა ახალშობილისთვის დამოკიდებულია ასაკზე და მერყეობს 80 მლ/კგ/დღეში-დან 150 მლ/კგ/დღეში-მდე. სითხის მოთხოვნილების ვარიაციები აკომპენსირებს შარდის ცვალებად რაოდენობას, განავალის რაოდენობას და წყლის უგრძნობელ დანაკარგს, რომელიც ხდება თერმორეგულაციასთან, სუნთქვასთან და ახალი ქსოვილების განვითარებასთან ერთად.

მიღებული კალორიები თანხვედრაში უნდა იყოს მზარდი ახალშობილის მოთხოვნილებებთან, რათა მოხდეს შესაბამისი ზრდა და განვითარება. დროულ ახალშობილს

ესაჭიროება 100-115 კკალ/კგ/დღეში პირველი თვის განმავლობაში. კვების შემადგენელთა ბალანსი საჭიროა ჯანმრთელობისთვის და დაავადების განვითარების პრევენციისთვის. ერთადერთი ნახშირწყალი, რომელიც შედის ადამიანის რძის შემადგენლობაში, არის ლაქტოზა, რომელიც ასევე გვხვდება კომერციულ ფორმულებში. რადგან ნახშირწყლები ენერგიის პირველადი წყაროა, ისინი უნდა შეადგენდეს დღიური კალორიების 40-50%-ს.

როცა სხეულის სარეზერვო ნახშირწყლები ამოიწურება, სხეული გადადის ცხიმების მოხმარებაზე ენერგიისთვის. ცხიმი ასევე იცავს ახალშობილს ტემპერატურული ცვლილებებისგან და ასევე იცავს ორგანოებს ფიზიკური ზიანისგან. სიცოცხლის პირველი 6 თვის განმავლობაში ცხიმის საჭირო რაოდენობაა 31 გრამი დღეში, ხოლო შემდეგ მცირდება 30 გრამამდე დღეში.

ცილა შედგება შეუცვლელი და შეცვლადი ამინომჟავებისგან. სხეულის ცილების, ჰორმონების და ფერმენტების წარმოება დამოკიდებულია ცილის საკმარისი რაოდენობით მიღებაზე. დროულ ახალშობილს ესაჭიროება 1.5 გ/კგ/დღეში, სიცოცხლის პირველი, ან მეორე დღიდანვე.

ბოლო კვლევებმა გადახედა დოკოზაჰექსაენოის მჟავის (DHA), რომელიც არის ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავა ბადურის ფოტორეცეპტორულ ნაწილში და არაქიდონის მჟავის, რომელიც არის ომეგა-6 ცხიმოვანი მჟავა სხვა ნერვულ ქსოვილებში, როლს. კრიტიკული დაკვირვების ქვეშ იყო მათი ფუნქცია ზრდაში, ცნობიერების განვითარებაში და მხედველობის სიზუსტეში. ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ძუძუთი ნაკვებ ახალშობილებს უფრო მაღალი ქულები ჰქონდათ ნეიროკოგნიტური განვითარების ტესტში.

მშობლის განათლება იმის მნიშვნელობაზე, თუ როგორ შეურევს ფორმულას, არის ექთნის გადამწყვეტი პასუხისმგებლობა. ფორმულა ხელმისაწვდომია სხვადასხვა სახით, მათ შორის კვებისთვის მზა ფორმა, კონცენტრატი და ფხვნილი. მნიშვნელოვანია სწორი რაოდენობით წყლის გამოყენება ფხვნილისა და კონცენტრატის შემთხვევაში. წყალი შეიძლება აღებული იქნას ონკანიდან, ჭიდან, გამოხდილი წყალი, ან ბოთლის წყალი, მაგრამ რბილ წყალს უნდა მოვერიდოთ. შერევის არასწორმა მეთოდმა შეიძლება გამოიწვიოს დეჰიდრატაცია, თუ ფორმულა ძალიან კონცენტრირებული იქნება. მეორე მხრივ, წყლით ინტოქსიკაცია შეიძლება მოხდეს, თუ ფორმულა ძალიან განზავებული იქნება.

ძროხის რძე არ უნდა იყოს გამოყენებული ჩვილებისთვის, სანამ არ გვექნება პირველადი სამედიცინო სამსახურის გამწევი ექიმის რეკომენდაცია. ძროხის რძის შემადგენლობა გათვალისწინებულია ძალზედ სწრაფად მზარდი ცხოველისთვის და მნიშვნელოვნად განსხვავდება ადამიანის რძისა და კომერციული ფორმულისგან. ის შეიცავს მეტ ცილას, ცხიმს, შაქარს, კალციუმს, ნატრიუმს, კალიუმს, მაგნიუმს, გოგირდს და ფოსფორს, ვიდრე ადამიანის რძე, ან კომერციული ფორმულა. მშობელი უნდა იყოს ინფორმირებული ამ განსხვავებებზე და ახალშობილისთვის მხოლოდ დედის რძის, ან კომერციული ფორმულის მიცემის მნიშვნელობაზე.

სოიოს ცილა შეიძლება გამოვიყენოთ რძის ცილის ნაცვლად იმ ახალშობილებში, რომელთაც აქვთ რძის (ლაქტოზის) შეუთავსებლობა, რომლის სიმპტომებიცაა მუცლის

ტკივილი, დიარეა, შებერილობა და მეტეორიზმი რძის პროდუქტების მიღების შემდეგ. არსებობს სპეციალური ფორმულები ბავშვებისთვის, რომელთაც აქვთ ფენილკეტონურია, ცხიმის მალაბსორბციის პრობლემები, ან იმ ბავშვებისთვის, რომელთაც სჭირდებათ მეტი კალორიები (მაგ., დღენაკლული ბავშვები). ფორმულის არჩევანი ხშირად წყდება პროვაიდერის, ან საავადმყოფოს პერსონალის მიერ, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა მშობელი ითხოვს რომელიმე კონკრეტულ ფორმულას.

კვების მეთოდი მნიშვნელოვანია, ხოლო კვების პროცედურას ახალშობილზე დიდი გავლენა აქვს. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ გავამხნევოთ დედა და ვასწავლოთ ფორმულის შერევა, ახალშობილის დაჭერა და მისი კვების სიხშირე, თუ ის ბოთლით კვებას არჩევს. კვების დრო გადამწყვეტია ახალშობილისა და მშობლის ურთიერთობის ჩამოყალიბებისთვის, რადგანაც ამ დროში ისინი ერთმანეთს სწავლობენ და ურთიერთობენ, იმის მიუხედავად, ბავშვი ბოთლით იქნება ნაკვები, თუ ძუძუთი. თუ ახალშობილი რჩება აკვანში, ან ჩვილი ბავშვის სკამშია კვებისას, ახლო ურთიერთობის ჩამოყალიბება გვიანდება. თუ ახალშობილს მშობელი კვების დროს ეხუტება და ხელში აჰყავს, მშობელიც და ახალშობილიც განიცდიან სიახლოვის გრძნობას და ასევე აქვთ ახლო ვიზუალური კონტაქტი.

ადრე ახალშობილებს ქონდათ კვების გაწერილი განრიგი. ახლანდელი პრაქტიკა ეყრდნობა კვებას ბავშვის მოთხოვნით, ანუ ბავშვის კვებას, როცა ის მშიერია, და არა წინასწარ გაწერილ პროგრამას. რადგანაც ფორმულის მონელება უფრო ნელი პროცესია, ბავშვებს, რომლებიც ფორმულით იკვებებიან, უფრო დიდი ინტერვალები აქვთ კვებებს შორის, დაახლოებით 3-4 საათი, როცა ძუძუთი ნაკვები ბავშვი ხასიათდება 1.5-3 საათიანი ინტერვალით. პირველი რამდენიმე კვებისას ბავშვი შეიძლება სვამდეს 15-30 მლ რძეს თითოეულ სესიაზე და ეს მაჩვენებელი გაიზარდოს 60-90 მლ-მდე, დღეში 6-8-ჯერ, სიცოცხლის პირველი კვირის შემდგომ. 1 თვისთვის, ახალშობილი იკვებება 5-6-ჯერ დღეში და იღებს 90-120 მლ რძეს თითო კვებაზე (სურათი 2-23). ახალშობილი მოიმატებს დაახლოებით 150-200 გრამს კვირაში. თავის გარშემოწერილობა და სიგრძე იზრდება 2.5 სმ-ით თვეში.



სურათი 2-22. ძუძუთი კვება აუცილებელია ახალშობილისთვის



სურათი 2-23. კვების შემდეგ ჰაერის ამოშვება აუცილებელია

თერმორეგულაცია

ტემპერატურის რეგულაცია ან თერმორეგულაცია კონტროლდება ჰიპოთალამუსის მიერ. სხეულის ტემპერატურა იცვლება მეტაბოლური ცვლილებების, მოტორული ტონუსის და აქტიურობის, ვაზომოტორული აქტიურობისა და ოფლიანობის დროს. ზრდასრულ ადამიანს, შეუძლია შეინარჩუნოს მუდმივი სხეულის ტემპერატურა ფართო დიაპაზონზე. ახალშობილსაც აქვს მსგავსი უნარი, თუმცა ის ნაკლებად ეფექტურია, ზრდასრულ ადამიანთან შედარებით. აქედან გამომდინარე, ახალშობილი უფრო მეტად მგრძნობიარეა სხეულის ტემპერატურის მატებისა და ვარდნის მიმართ, შედარებით დიდი სხეულის ზედაპირული ფართობის, ღარიბი იზოლაციის, ლიმიტირებული კანკალის უნარისა და მომატებული მეტაბოლური სიჩქარის გამო.

სითბოს გაცვლა ხდება კონვექციის, გატარების, რადიაციის, აორთქლებისა და სითბოს გრადიენტის, ან მაღალი ტემპერატურიდან დაბალი ტემპერატურისკენ გადასვლის დროს. სითბოს გადასვლას მყარი ზედაპირიდან აირსა ან სითხეში, ეწოდება კონვექცია. ამ ტიპის სითბოს გაცვლა გვხვდება ახალშობილსა და სითხეს შორის, ბანაობის დროს. სითბოს გატარება ასევე გვხვდება ორ მყარ ნივთს შორის, რომელიც ეხება ერთმანეთს. მაგალითად, როდესაც ჩვილი ეხება ცივ საგანს, სითბო იკარგება. სითბოს გადაცემას ორ მყარ ნივთს შორის, რომლებიც არ ეხება ერთმანეთს, ეწოდება რადიაცია. მაგალითად, ბავშვის დაწვენა ცივ ფანჯარასთან ახლოს, მიუხედავად იმისა, რომ საწოლი თბილია, გამოიწვევს სითბოს კარგვას რადიაციის გზით. აორთქლებით სითბოს კარგვა გვხვდება მაშინ, როდესაც სითხე სხეულის ზედაპირზე ან სხეულში გარდაიქმნება აირად. თუ ჩვილი, დაბადების ან ბანაობის შემდეგ, კარგად არ გაშრება, სხეულის ტემპერატურა დაეცემა სითხის აორთქლების გამო.

თუ ახალშობილი განიცდის ტემპერატურულ ცვლილებებს, წარმოიქმნება უამრავი ფიზიოლოგიური საპასუხო რეაქცია. გარემოში ტემპერატურულმა ზრდამ შეიძლება გამოიწვიოს კანის არტერიოლების გაფართოება, რის გამოც გაიზრდება სისხლის მიწოდება გულიდან პერიფერიისკენ, იმისათვის რომ მოხდეს სითბოს გავრცელება და გაგრილების ეფექტის წარმოქმნა. გარემოში ტემპერატურის ვარდნის შედეგად, კანის არტერიოლები ვიწროვდება და შესაბამისად მცირდება სითბოს გადატანა სხეულის ცენტრიდან პერიფერიისკენ. კანკალი, სპეციალიზებული კუნთოვანი საპასუხო რეაქციაა, რომელიც ზრდის ჟანგბადის მოხმარებას და კუნთების მეტაბოლურ ხარისხს და ის შეზღუდულია ახალშობილებში.

ახალშობილებში ყავისფერი ცხიმოვანი ქსოვილი სითბოს წარმოქმნის პირველადი ფორმაა. ყავისფერი ცხიმი პირველადად გვხვდება ბეჭის უკან, იღლიის ფოსოში, თირკმელზედა ჯირკვლისა და შუასაყრის რეგიონებში და ზრდის უჯრედული მეტაბოლიზმის სიჩქარეს და ჟანგბადის მოხმარებას, რაც საბოლოო ჯამში წარმოქმნის სითბოს. ყავისფერი ცხიმოვანი ქსოვილის უჯრედები განსხვავდება სხვა ცხიმოვანი ქსოვილებისგან ცხიმის ვაკუოლებით, მიტოქონდრიების რაოდენობით, გლიკოგენის მარაგის წარმოქმნით და თერმულ სტიმულზე საპასუხო რეაქციით.

ძილი

დროულ ახალშობილებს აქვთ ძილის ორი მდგომარეობა: ღრმა და მსუბუქი. ღრმა ძილის დროს თვალები არის დახუჭული, არ ჩანს თვალის სწრაფი მოძრაობები და თითქმის არ აღენიშნება მოტორული აქტივობა, პერიოდული შიშის რეფლექსის გარდა. მსუბუქი ძილის დროს ჩანს თვალის სწრაფი მოძრაობები 10 წამიანი ინტერვალებით და აქტიურობა, დაწყებული გაჭიმვიდან დამთავრებული უმნიშვნელო შეკუმშვებით. ახალშობილს დღეში ძინავს 16-დან 19 საათამდე, ძილის ციკლით საშუალოდ 45-50 წუთი.

დღიური ბიოლოგიური რითმი, არის ციკლური ვარიაციები სხეულის ფუნქციებში, რომელიც ხდება 24-საათიან პერიოდში და კონტროლდება ცენტრალური ნერვული სისტემის მიერ. ხშირად ახალშობილის „საათი“ არ ემთხვევა ოჯახისას და იწვევს დარღვევებს. მოცემული შეუსაბამობის გამო, ოჯახმა შეიძლება აღიქვას ბავშვი, როგორც „რთული“. თუმცა, ზრუნვისა და მოთმინების შედეგად, ახალშობილის ძილის განრიგი შეიძლება სინქრონში იყოს ოჯახის განრიგთან.

1992 წელს, AAP-მ რეკომენდაცია გაუწია ახალშობილის ზურგზე ან მის გვერდზე წოლას. სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებულმა ბოლო კვლევებმა აჩვენა, რომ ახალშობილის ზურგზე წოლამ საგრძნობლად შეამცირა ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომი (SIDS). ახალშობილის საწოლის ტიპიც შეიძლება იყოს SIDS-ის მიზეზი. უფრო მაღალია ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომი რბილი საწოლების, როგორიცაა ბალიში, პლედები, ცხვირს მატყლის გამოყენებისას.

საფენის მოვლა

როდესაც გოგოს ვუცვლით საფენს, მიუთითეთ მშობელს, რომ მოწმინდოს ზედაპირი წინიდან უკანა მიმართულებით. ასე ჩვენ თავს ავარიდებთ ვაგინის დაბინძურებას ფეკალური მასებისგან. საფენის სისუფთავე და სიმშრალე არის საუკეთესო პრევენცია სა-

ფენით გამოწვეული გამონაყარისგან. AAP-ის მიერ რეკომენდირებულია სუფთა წყლით დაბანა, კარგად შემწოვი ქსოვილის ან სუფთა პირსახოცის გამოყენება. არ არის საჭირო კომერციული ხელსახოცების მოხმარება, თუ მაინც გამოიყენება, საჭიროა ეს ხელსახოცები იყოს გათვლილი ბავშვებზე და არა ზრდასრულზე.

საფენის გამონაყარის მიზეზებია:

- ჭარბად ტენიანი კანი;
- გაღიზიანება ან ხახუნი;
- ხანგრძლივი კონტაქტი შარდთან, განავალთან ან ორივე;
- ალერგიული რეაქცია საფენის ნივთიერებების მიმართ.

საფენით გამოწვეული გამონაყარის სიმპტომები შეიძლება იყოს მსუბუქი ან მძიმე და მოიცავს კანის შეწითლებას, მტკივნეულ ნახეთქებს და გამონაყარს მუცელზე, საზარდულის არეში ან ბარძაყისა და დუნდულების კანის ნაკეცებს შორის. მკურნალობა გულისხმობს საფენის ხშირ გამოცვლას, სუფთა წყლით დაბანას და დამცავი მალამოს ან კრემის გამოყენებას (თუთიის ოქსიდი ან ვაზელინი). მშობელი უნდა დაუკავშირდეს ექიმს, იმ შემთხვევაში, თუ გამონაყარი არ გადავიდა 48-72 საათის განმავლობაში ან სიმპტომები უფრო დამძიმდა, მაგალითად, ნახეთქების ან წყლულების გაჩენა.

უსაფრთხოების ხელშეწყობა და ზიანის პრევენცია

მიუხედავად პოპულარული შეხედულებისა, რომ ახალშობილი არ არის უძრავი, ახალშობილები თავისით ირწევიან სხვადასხვა პოზიციებში, რაც შესაძლოა იყოს საფრთხის შემცველი და რაც აუცილებლად უნდა ჰქონდეთ მშობლებს გაცნობიერებული. აქედან გამომდინარე, ერთადერთი უსაფრთხო ადგილი, სადაც შეიძლება ახალშობილის მეთვალყურეობის გარეშე დატოვება, არის საწოლი, რომლის გვერდები იწევა.

ბანაობა შეიძლება იყოს სახალისო, როგორც მშობლისთვის, ასევე ახალშობილისთვის, თუმცა ახალშობილი არასოდეს არ უნდა დარჩეს მეთვალყურეობის გარეშე. აქედან გამომდინარე, მშობელმა უნდა იცოდეს, რომ არ უპასუხოს ტელეფონს ან კარზე ზარს ბავშვის დაბანის დროს, მანამ სანამ ის არ იქნება შეფუთული და ხელში აყვანილი.

ავტოსაგზაო შემთხვევები ვრცელდება ნებისმიერი ასაკის ჯგუფზე და ბავშვები უნდა იყვნენ მისგან სწორად დაცულები. ბოლო ინფორმაციამ აჩვენა, რომ წინა სამგზავრო სავარძელი არის სახიფათო ადგილი; ახალშობილი უნდა იყოს უსაფრთხოდ მოთავსებული, შესაბამისი ზომის უკანა სავარძელზე, სახით უკან. მშობელმა უნდა იცოდეს, როგორ უნდა დაიდგას სპეციალური სავარძელი და როგორ მოქმედებს ის. თუ ოჯახს გადატანილი აქვს ავტოსაგზაო შემთხვევა, სავარძელი აუცილებლად უნდა გამოიცვალოს, მიუხედავად იმისა დაზიანებულია თუ არა ის. აკვნის სითბოს წყაროსგან მოშორებით დადგმა, გამოუყენებელი ელექტრო წყაროს დაფარვა და ახალშობილის არიდება ცხელი სითხეებისგან, გვეხმარება ზიანის აცილებაში.

იმის შემდეგ, რაც დადგინდა, რომ განმეორებითი შუა ყურის ანთება და რესპირატორული ინფექციები კავშირშია პასიურ მწეველობასთან, მოწევა ახალშობილის გარემოც-

ვაში უნდა იყოს შეზღუდული. თუ ოჯახის წევრები ეწევიან, სასურველია მოწიონ გარეთ და ასევე თავი შეიკავონ მანქანაში სიგარეტის მოწევისაგან.

მედდის როლი ჯანმრთელი ახალშობილების მოვლაში

მიუხედავად იმისა, რომ მშობიარობის შემდგომ, დედისა და ახალშობილის ჰოსპიტალში ყოფნის პერიოდი ბოლო წლებში შემცირდა, მედდას მაინც აქვს დიდი გავლენა ახალშობილის მოვლაზე, რადგან ის არის ძალიან კარგი მასწავლებელი მშობლებისთვის, ახალშობილის აღზრდის საკითხში. განათლება უნდა დაიწყოს ჰოსპიტალში ყოფნის პერიოდში და არა გაწერის წინა დღეს. ინფორმაციის ხშირი მიწოდება, სხვადასხვა ფორმატის სახით, მოახდენს სწავლების სხვადასხვა სტილის ინტეგრაციას. ერთი-ერთზე ან სასწავლო ინსტრუქციები, ვიდეო გაკვეთილები, ბროშურები ან დემონსტრირება, წარმოადგენს შესაფერის მეთოდებს. ინფორმაცია უნდა იყოს თითოეულ ახალშობილზე ინდივიდუალურად მიწოდებული, მშობლის კულტურული, ეთნიკური შეხედულებების და განათლების დონის შესაბამისად.

მედდა ასევე უნდა დარწმუნდეს, რომ მშობელი თავს გრძნობს კომფორტულად, ახალშობილის სახლში წაყვანამდე. მშობელი უნდა იყოს ინფორმირებული საზოგადოებრივი რესურსების შესახებ, რომელიც შეიძლება იყოს სასარგებლო. მედდამ ასევე უნდა მიუთითოს კონტროლის აუცილებლობის შესახებ, მათ შორის ჯანმრთელი ბავშვის შემოწმება და რუტინული იმუნიზაციები, ასევე დისთვის ან ძმისთვის ახალშობილის გაცნობა (სურათი 2-24).



სურათი 2-24. ბავშვებს უყვართ ახალშობილი დის/ძმის დაჭერა

მაღალი რისკის მქონე ახალშობილი

ზოგიერთი ახალშობილისთვის, საშვილოსნოს გარე სიცოცხლეში გადასვლა შეიძლება იყოს უფრო მძიმე. კონკრეტულად, გესტაციური ასაკისთვის დიდი და პატარა ასაკი, ნაადრევი (<37 გესტაციური კვირა) და დაგვიანებული მშობიარობა (>42 გესტაციური კვირა) ჩვილებისთვის არის ის გამოწვევა, რომელიც აუცილებლად უნდა გადალახონ გადარჩენისთვის. სამწუხაროდ, ზემოთხსენებული და სხვა რისკ-ფაქტორების დადგენა, ბავშვის დაბადებამდე ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. ძალიან მნიშვნელოვანია ამ მდგომარეობების, რაც შეიძლება სწრაფად შეფასება და აღმოჩენა, იმისათვის რომ გაეწიოს შესაბამისი დახმარება. თითოეულ მდგომარეობას ჭირდება თავისებური მოვლა და შეფასების ტექნიკა.

გესტაციური ასაკისთვის დიდი

გესტაციური ასაკისთვის დიდი ან მაკროსომიული ჩვილი, განისაზღვრება მაშინ, თუ ის არის 90 პერცენტილზე ზევით ან საშუალო წონიდან 2 სტანდარტული დევიაციით მაღლა. მრავალმა სამეანო მოვლენამ შეიძლება გამოიწვიოს დიდი გესტაციური ასაკი, მაგალითად, დედის დიდი წონა ან ორსულობის დროს წონის ჭარბი მატება, მრავალშვილიანობა, წარსულში დიდი გესტაციური ასაკის ნაყოფის გაჩენა ან დედის დაავადება, როგორიცაა დიაბეტი. ჩვილს შეიძლება ჰქონდეს გენეტიკური წინასწარგანწყობა ჭარბი წონის მიმართ ან გენეტიკური დარღვევა, როგორიცაა ბექვით-ვიდმანის სინდრომი. ნორმალურ გესტაციური ასაკთან შედარებით, დიდ ჩვილს აქვს ნეონატალური დაავადებების უფრო მაღალი რისკი, რადგან ყველაზე ხშირი გართულება მშობიარობის დროს მიღებული ტრავმაა, განსაკუთრებით: სამშობიარო სიმსივნე და ცეფალოჰემატომა. მაშების გამოყენებით მშობიარობის შემდეგ, თქვენ შეიძლება ახალშობილზე დაინახოთ ჩაქცევები ან დაზიანებები. ასევე შეიძლება გამოვლინდეს სახის ნერვის დამბლა. სხვა დაზიანებები, რომელთა რისკის ქვეშაა დიდი ზომის ახალშობილი არის ლავიწისა და მხრის ძვლის მოტეხილობები. ლავიწის ძვლის მოტეხილობა მოსალოდნელია, თუ არის მოცემულ ადგილზე შეშუპება, ტკივილი, სისუსტე ან დაზიანებული კიდურის გამოყენების შეუძლებლობა. მოვლის დროს არ უნდა მოხდეს დაზიანებულ კიდურზე მანიპულაცია, მიუხედავად ამისა, მოტეხილობაზე არაა საჭირო არტაშანის დადება ან სრული იმობილიზაცია. მსგავსად გამოვლინდება მხრის ძვლის მოტეხილობაც, ტკივილით, სისუსტით, შეშუპებითა და მოძრაობის შეუძლებლობით. თუმცა, მხრის ძვლის შემთხვევაში დიაგნოზის დასმის შემდეგ, საჭიროა მისი იმობილიზაცია. დიაგნოზი დამოწმებულია რადიოლოგიური სურათით. ზედა კიდურების ტრავმას, შეიძლება თან ახლდეს ბრაქიალური (მხრის) წნულის დაზიანება. მშობიარობის დროს ტრავმების უკიდურეს შემთხვევებში შეიძლება ნახოთ პოდაპონევროტიული სისხლჩაქცევა, ასფიქსია, ძვლის ტვინის დაზიანება და სიკვდილი.

იმ შემთხვევაში, თუ არის ეჭვი დიდი გესტაციური ასაკის მშობიარობის ტრავმაზე, მნიშვნელოვანია ჩატარდეს ნევროლოგიური გამოკვლევა, იმისათვის რომ დადგინდეს დაზიანების ხარისხი. შეიძლება ბავშვს დაენიშნოს ფიზიკური, ოკუპაციური და მეტყველების თერაპიები.

ასევე, გესტაციურ ასაკთან შედარებით დიდ ჩვილში ხშირად გვხვდება ჰიპოგლიკე-

მია. უმეტეს შემთხვევაში გამომწვევი არის ინსულინ-დამოკიდებული ან დედის გესტაციური დიაბეტი. მოცემულ ჩვილებში, დედის ჰიპოგლიკემიურ სტატუსზე საპასუხოდ შეიძლება განვითარდეს გარდამავალი ჰიპერინსულინემია, რაც შეიძლება გაგრძელდეს და საბოლოო ჯამში გაზარდოს ჰიპოგლიკემიის რისკი. ნეონატალური ჰიპოგლიკემიის პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია შრატში გლუკოზის მონიტორინგი, ენტერალური კვების ადრეულად დაწყება და ვენაში, საჭირო რაოდენობით, გლუკოზის ხსნარის გადასხმა. ნორმოგლიკემიურ დედებში გესტაციური ასაკისთვის დიდ ჩვილებსაც აღენიშნებათ ჰიპოგლიკემიის მაღალი რისკი და საჭიროებენ მონიტორინგს.

გესტაციური ასაკისთვის პატარა

გესტაციური ასაკისთვის პატარად ჩვილი განისაზღვრება მაშინ, თუ ჩვილის წონა შეფარდებული გესტაციურ ასაკთან არის 10 პერცენტილზე ქვევით ან საშუალო წონიდან 2 სტანდარტული დევიაციით დაბლა. შედარებით დაბალი სხეულის მასა დაბადების დროს, განისაზღვრება წონით 2.500-დან 1.501 გრამამდე. ჩვილი 1.500 გრამზე დაბალი წონით, ითვლება ძალიან დაბალი სხეულის წონის მქონედ. მაშინ როდესაც, სხეულის მასა ნაკლები 1.000 გრამზე ითვლება უკიდურესად დაბალ სხეულის წონად დაბადების დროს. დედის ფაქტორები, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს გესტაციური ასაკისთვის პატარა ნაყოფი, მოიცავს დაბალ სოციოეკონომიურ სტატუსს, მაღალ არტერიულ წნევას, გულის დაავადებებს, თირკმლის დაავადებებს, სხვადასხვა წამლების მიღებას, სიგარეტის მოწევას, პლაცენტის უკმარისობებს, საშვილოსნოს ანომალიებს, მრავლობით ორსულობებს, დედის პატარა სიმაღლეს და წარსულში გადატანილ სპონტანურ აბორტს ან წინა მშობიარობას პატარა გესტაციური ასაკით. ნაყოფის მდგომარეობები, რომელიც ხელს უწყობს საშვილოსნოშიდა ზრდის შეფერხებას, წარმოადგენს თანდაყოლილ განუვითარებლობას როგორიცაა: პოტერის სინდრომი ან ანენცეფალია, ოსტეგენეზის იმპერფექტა, თანდაყოლილი მეტაბოლური დარღვევები და თანდაყოლილი ინფექციები.

გესტაციური ასაკისთვის პატარა ჩვილის შემოწმებისას, თქვენ შეიძლება შენიშნოთ კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის არარსებობა, ეტლისებრი მუცელი, კვების უკმარისობის ზოგადი ნიშნები და თავი, რომელიც ტანთან შედარებით, არის არაპროპორციულად დიდი. მოცემული ჩვილის თავი, მიუხედავად ნორმალური ზომისა თავისი გესტაციური ასაკისთვის, მიიჩნევა დიდად, პატარა ტანის ზომასთან შედარებით. მოცემული ჩვილები არიან იღბლიანები იმ საკითხში, რომ მიუხედავად მათი არაოპტიმალური კვებისა, მათი სხეული ცდილობს მოცემული საკვები მიეწოდოს სიცოცხლისთვის საჭირო უბნებს, განსაკუთრებით – ტვინს. ეს წარმოადგენს საშვილოსნოშიდა ასიმეტრიულ ზრდის შეფერხებას. ჩვილი, რომელმაც განიცადა სიმეტრიული საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხება, ნუტრიციული დეფიციტის პირობებში იმყოფებოდა უფრო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ან აქვს ქრომოსომული დარღვევა. მოცემული ჩვილები არიან პროპროციულად პატარები, სხეულის ზომითა და თავის გარშემოწერილობით 10 პერცენტილზე ქვევით, ნეონატალური ზრდის გრაფიკზე.

გესტაციურ ასაკთან შედარებით პატარა ახალშობილის მშობიარობის შემდგომი გართულებებია: გაზრდილი მიდრეკილება ინფექციების მიმართ, რესპირატორული

დისფუნქცია, ნევროლოგიური წინააღმდეგობები ან სიკვდილი. ასევე შეიძლება გამოვლინდეს ჰიპოგლიკემია, ამიტომაც მნიშვნელოვანია შრატში გლუკოზის მონიტორინგი, მანამ სანამ ის გადავა ენტერალურ კვებაზე, რაც ცალკე შეიძლება წარმოადგენდეს წინაღობას, რადგან პატარა გესტაციური ასაკის ჩვილებში მაღალი რისკია კუჭ-ნაწლავის სისტემის გართულებების, მათ შორის ნაწლავის პერფორაცია. ტემპერატურის არასტაბილურობა, შეიძლება მეორეულად განვითარდეს არარსებული დამარაგებული ცხიმის გამო, რომელიც მოქმედებს როგორც თბოიზოლატორი და სითბოს წარმომქმნელი. ამრიგად, პატარა გესტაციური ასაკის ახალშობილი უნდა შემოწმდეს ჰიპოთერმიაზე, ეცვას თბილად და მოთავსდეს ხელოვნურ სითბოს წყაროსთან. ასევე შეიძლება საჭირო გახდეს ხელოვნური ჟანგბადი ან დამხმარე ვენტილაცია. საშვილოსნოშიდა ზრდის შეფერხების გრძლევადიანი შედეგები მოიცავს განვითარების ან ნევროლოგიურ ნაკლოვანებებს. მოცემული ნაკლოვანებები იქნება უფრო მეტად გამოხატული სიმეტრიულად შეფერხებულ საშვილოსნოშიდა ზრდაში.



სურათი 2-25. გამოსახულია დღენაკლული ჩვილი და მისი ზომა შედარებულია ზრდასრულის ხელის ზომასთან.

დღენაკლული ჩვილი

დღენაკლული ჩვილი დაბადებულია 37-ე გესტაციურ კვირამდე. დღენაკლული ჩვილები შეიძლება კლასიფიცირდეს წონისა და გესტაციური ასაკის მიხედვით. თქვენ შეხვდებით ჩვილებს, რომლებიც გადიან დაბალი, ძალიან დაბალი ან უკიდურესად დაბალი სხეულის მასის კატეგორიებში ან გესტაციური ასაკის კატეგორიებში. უკიდურესად დღენაკლული ახალშობილი არის <27 გესტაციური კვირამდე, ძალიან დღენაკლული ჩვილი არის <32 გესტაციურ კვირამდე და საშუალოდ დღენაკლული ჩვილი არის 32-36 გესტაციური კვირის. უკანასკნელი ჯგუფი იყოფა დაგვიანებული დღენაკლულის ქვეჯგუფად.

ნაადრევი მშობიარობების რიცხვი, ცოცხლადშობადობის დაახლოებით 12%, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ამჟამად იზრდება. ფაქტორები, რომელიც ხელს უწყობს ნაადრევ მშობიარობას, მოიცავს დედის მაღალ არტერიულ წნევას, პრე-ეკლამპსიას, მრავლობით ორსულობას, თირკმლის დაავადებას, გულის დაავადებას, წარსულში გადატანილ ნაადრევ მშობიარობას. ასევე, დაგვიანებული პრენატალური მოვლა, დაბალი

სოციო-ეკონომიური დონე და წამლის მოხმარება ან მასზე დამოკიდებულება ხელს უწყობს ნაადრევ მშობიარობას. ნაადრევი მშობიარობების გართულებები მსგავსია პატარა გესტაციური ასაკის გართულებებისა და მოიცავს ჰიპოგლიკემიას, ჰიპოთერმიას რესპირატორული არასტაბილურობით, ნევროლოგიურ პრობლემებს, მანეკროზირებელ ენტეროკოლიტს და მხედველობის დაქვეითებას**.** (სურათი 2-26)



სურათი 2-26. დღენაკლული ახალშობილი

რესპირატორული დისტრესის სინდრომი განსაზღვრულია, როგორც არასკმარისი რაოდენობით წარმოქმნილი სურფანქტანტი – ფოსფოლიპიდებისა და აპოპროტეინების ნარევი, რომელიც ამოფენს ალვეოლების შიდა კედელს, ამცირებს მოცემული უბნების ზედაპირის დაჭიმვას და ხელს უწყობს ფილტვის უნარს, რომ დარჩეს გაბერილი ამოსუნთქვის დროს. სურფანქტანტის არასკმარისი რაოდენობით წარმოქმნა, ზრდის რესპირატორულ წინააღმდეგობას. მიუხედავად იმისა, რომ რესპირატორული დისტრესის სინდრომი პირველადად გვხვდება დღენაკლულ ჩვილებში, ის ასევე ფიქსირდება დროულ ახალშობილებშიც. ხელის შემწყობი ფაქტორებია: ნაადრევი მშობიარობა, საკეისრო კვეთით გაჩენა, დედის დიაბეტი და მრავლობითი ორსულობა. რესპირატორული დისტრესის სინდრომის სიმპტომებია: გახშირებული სუნთქვა (60 ან მეტი ჩასუნთქვა წუთში); ნეკნთაშორისი, ნეკნების ქვეშა და გულმკერდის რეტრაქციები; ნესტოების გაფართოება და მოსმენით ხიხინი. აუსკულტაციით ისმინება ფილტვის უბნების სუსტი აერაცია, მიუხედავად ძლიერი რესპირატორული ძალისხმევისა. სიმპტომები შეიძლება დამძიმდეს იქამდე, რომ საჭირო გახდეს დამატებით ჟანგბადი ან მექანიკური ვენტილაცია. მოცემულ სიტუაციებში შეიძლება მიეწოდოს სურფანქტანტის ჩამანაცვლებელი, მაგრამ ჩვილს მაინც ჭირდება ხელოვნური ვენტილაცია, მანამ სანამ დამოუკიდებლად არ შეძლებს რესპირაციას და სხვა ფუნქციების შესრულებას. გახანგრძლივებულმა ხელოვნურმა ვენტილაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ბრონქოპულმონური დისპლაზია, რომელიც არის ფილტვის ქრონიკული დაავადება და ახასიათებს უჯრედული ჰიპერპლაზია,

კუნთოვანი ჰიპერტროფია, გაზრდილი რეაქტიულობა, შემცირებული ელასტიურობა და შემცირებული გაზთა ცვლის ზედაპირის ფართობი.

დღენაკლული ჩვილები არიან ნევროლოგიური პრობლემების განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ. იშვიათად ნანახი დროულ ჩვილებში, პარკუჭშიდა სისხლჩაქცევები გვხვდება <32 გესტაციურ კვირამდე დაბადებული ჩვილების 15-20%-ში. ამ გართულების გაზრდილი მაჩვენებლის მიზეზი არის მულტიფაქტორული. დღენაკლული ჩვილები არიან ჰიპოქსიისა და იშემიის განვითარების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ. მათ შეიძლება დასჭირდეთ სითხის აღდგენა ან მჟავა-ტუტოვანი დარღვევის გამოსწორება. რეპერფუზიამ, რომლის ატანა არ შეუძლია სუსტ სისხლძარღვებს, შეიძლება გამოიწვიოს არტერიული წნევის დაცემა. მოცემული სისხლჩაქცევები დაჯგუფებულია სიმძიმის მიხედვით. I რიგის სისხლჩაქცევა არის სისხლდენა, რომელიც გვხვდება იზოლირებულად ჩანასახოვან მატრიქსში. II-IV რიგის სისხლჩაქცევები პირველად მიდის პარკუჭებში, შემდეგ იწვევს პარკუჭების დილატაციას და საბოლოოდ გადადის პარენქიმულ ქსოვილში. თქვენ უნდა იეჭვოთ პარკუჭშიდა სისხლჩაცევაზე, თუ ხედავთ ჰიპოტონიას, ამოზნექილ ყიფლიბანდს ან თვალის არანორმალურ მოძრაობებს. საბოლოო დიაგნოზი ისმევა ულტრაბგერით. დღენაკლული და პატარა გესტაციური ასაკის ჩვილები, რომლებსაც გადატანილი აქვთ პარკუჭშიდა სისხლჩაქცევა, არიან ცერებრული დამბლის და განვითარებასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემების რისკის ქვეშ.

დღენაკლულ ჩვილებში მანეკროზირებელი ენტეროკოლიტის გაზრდილი სიხშირე, მსგავსად პარკუჭშიდა სისხლჩაქცევისა, გამოწვეულია რამდენიმე ფაქტორით. ჩამოუყალიბებელი კუჭ-ნაწლავის სისტემა, ჰიპოქსიის, იშემიის ან ინფექციის შედეგად დაზიანებული ლორწო და ენტერალური კვება არის დაკავშირებული მანეკროზირებელი ენტეროკოლიტის მზარდ სიხშირესთან. მანეკროზირებელი ენტეროკოლიტის ჩვენებაა სეფსის სიმპტომები, არასაკმარისი კვება, პირღებინება, მუცლის გაზრდილი გარშემოწერილობა, ფერშეცვლილი მუცელი და სისხლიანი განავალი. რადიოლოგიურმა კვლევებმა შეიძლება აჩვენოს, შეშუპების შედეგად გამოწვეული ნაწლავური კედლის გასქელება, ნაწლავის პნევმატოზი (ხილული ჰაერი ნაწლავის კედლებში), ჰაერი კარის ვენაში ან პნევმოპერიოტონეუმი (ჰაერი მუცლის ღრუში). მანეკროზირებელი ენტეროკოლიტის სიკვდილობის მაჩვენებელი შეიძლება იყოს 28%. ავადმყოფობა კი მოიცავს ნაწლავის სტრიქტურებს, შეხორცებებს, მალაბსორბციას, დამოკლებული სწორი ნაწლავს სინდრომს და დემპინგის სინდრომს.

დღენაკლულთა რეტინოპათია გვხვდება ჩვილების 65%-ში, დაბადებული 1.250 გრამამდე. დღენაკლულთა რეტინოპათია ხასიათდება, ბადურის სისხლმომარაგების დარღვევით. მოცემული პროცესი იწყება დაზიანებებით, როგორიცაა ჰიპოტენზია, ჰიპოქსია ან ჰიპეროქსია, რომელიც ხელს უშლის ბადურის ნორმალური ვასკულარიზაციის პროცესს. როდესაც სისხლმომარაგება იწყებს აღდგენას, განსაკუთრებით ჰიპეროქსიულ გარემოში, სისხლძარღვები შეიძლება დაიკლაკნოს და გახდეს გამტარი. მოცემულმა შეიძლება გამოიწვიოს ბადურის სისხლჩაქცევა და განშრევება. დღენაკლული ჩვილები ასევე არიან რეფრაქტერული დარღვევების, მიოპიის, სიელმის და გლაუკომის განვითრების რისკის ქვეშ. დღენაკლულებში გართულებების ალბათობა და სიმძიმე იზრდება, რაც უფრო მცირდება გესტაციური ასაკი და ჩვილის ზომა (სურათი 2-26).

გვიანი დღენაკლული ჩვილი არის დაბადებული 34-36 6/7 გესტაციურ კვირებში. მოცემული გესტაციური ასაკის ჩვილი ყურადღებას იქცევს რამდენიმე განსხვავებული მიზეზის გამო. ბოლო 10 წლის განმავლობაში, გაზრდილია დაგვიანებული ნაადრევი მშობიარობების მაჩვენებელი. ნაადრევი მშობიარობების 70% მიეკუთვნება დაგვიანებული ნაადრევი მშობიარობის კატეგორიას. სტერეოტიპული დღენაკლული ჩვილებისგან განსხვავებით, გვიანი დღენაკლული ბავშვი შეიძლება იქცეოდეს და გამოიყურებოდეს როგორც დროული. თუმცა, სახელიდან გამომდინარე ისინი არ ითვლებიან დროულებად. მოცემული კატეგორიის ჩვილები არიან მთელი რიგი გართულებების, რომელიც კავშირშია მთელი სხეულის სისტემების ჩამოუყალიბებლობასთან, მაღალი რისკის ქვეშ (სურათი 2-27). ამ გესტაციური ასაკის ჩვილებში თქვენ ნახავთ ჰიპოგლიკემიას, ჰიპერბილირუბინემიას, ტემპერატურის არასტაბილურობას, რესპირატორულ დისტრესს და კვებასთან დაკავშირებულ გართულებებს. დაგვიანებულ დღენაკლულ ჩვილებს უფრო მეტად ჭირდებათ ჰოსპიტალიზაცია და აქვთ 3-ჯერ უფრო მაღალი სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, დროულ ბავშვებთან შედარებით.



სურათი 2-27. მძინარე დღენაკლი ახალშობილი, რომელსაც თავზე ახურავს ქუდი

დღენაკლულ ჩვილს, დაბადებული 32-ე გესტაციურ კვირამდე, ექნება დაგვიანებული დღენაკლული ჩვილის მსგავსი გართულებები. ამ ბავშვებში მნიშვნელოვნად შემცირებულია კანქვეშა და ყავისფერი ცხიმოვანი ქსოვილი. სავარაუდოდ მათ დასჭირდებათ ხელოვნური სითბოს წყარო. სასუნთქი სისტემის ჩამოყალიბებისას, წარმოიქმნება სურფაქტანტი, რომელიც არ არის საკმარისი ალვეოლების გასაშლელად. შესაძლებელია ბავშვს დაჭირდეს გარედან სურფაქტანტის შეყვანა. მექანიკური ვენტილაცია, როგორც ინვაზიური და არა-ინვაზიური, შეიძლება გახდეს საჭირო, მანამ სანამ ჩვილი დამოუკიდებლად არ შეძლებს ოქსიგენაციას და ვენტილაციას. იყავით წინდახედული, თუ ჩვილს ჭირდება ხელოვნური ჟანგბადი. დღენაკლულთა რეტინოპათიის სიმძიმის შესამცირებლად, სატურაციის მჭიდრო პარამეტრის შენარჩუნება მნიშვნელოვანია. ნაყოფის განვითარებისას, წოვის და ყლაპვის კოორდინაციის განვითარება არ იწყება 34-ე გესტაციურ კვირამდე. ჩვილს, დაბადებული 32-ე გესტაციურ კვირაზე, არ აქვს ორალურად ჭამის უპირატესობა. კოორდინაცია განვითარდება, მაგრამ ჩვილს სავარაუდოდ დასჭირდება ზონდით კვება, რამდენიმე კვირის განმავლობაში. რა თქმა უნდა, ამ ჩვილის შემთხვევაში მაღალი რისკია ნეონატალუ-

რი ენტეროკოლიტის განვითრებისა. მნიშვნელოვანია მოხდეს მუცლის გარშემოწერილობის და დარჩენილი საკვების რაოდენობის შეფასება, რაც მიგვანიშნებს იმაზე, რამდენად კარგად იტანს ბავშვი საკვებს.

ჩვილს, რომელიც დაბადებულია 27-ე გესტაციურ კვირამდე, უფრო მაღალი ხარისხით შეეხება მოცემული გართულებები. აუცილებელია სითბოს წყარო და ჰაერის დამატენიანებელი. საჭიროა სურფაქტანტის თერაპია, ხელოვნური ჟანგბადი და ინვაზიური მექანიკური ვენტილაცია. შეიძლება საჭირო გახდეს ხელოვნური ჟანგბადის და ინვაზიური მექანიკური ვენტილაციის ხანგრძლივად გამოყენება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ქრონიკული ცვლილებები ფილტვში. როგორც აღვნიშნეთ, როდესაც ვიყენებთ ხელოვნურ ვენტილაციას, ასევე გამოყენებული უნდა იქნეს თვალის დაცვის სტრატეგიაც. ნებისმიერი ენტერალური საკვები საჭიროა მიეწოდოს ზონდით, მანამ სანამ წოვისა და ყლაპვის კოორდინაცია და ძალა ჩამოყალიბდება. როგორც აღვნიშნეთ, მნიშვნელოვანია დადგინდეს რამდენად კარგად იტანს ჩვილი საკვებს. ადრეული ჩარევა მანეკროზირებელი ენტეროკოლიტის ეპიზოდის დროს, აუცილებელია დამაზიანებელი შედეგების შესამცირებლად.

ახალშობილები, დაბადებული 22-25 გესტაციურ კვირაზე, არიან სიცოცხლისუნარიანობის ზღურბლზე. მიუხედავად იმისა, რომ სტატისტიკა გაუმჯობესდა ბოლო 20 წლის განმავლობაში, ამ ასაკის ჩვილებს აქვთ ძალიან მაღალი სიკვდილიანობის და ავადობის მაჩვენებელი. შემოთავაზებულია, რომ არ მივიღოთ რეანიმაციის ზომები, განსაკუთრებით ახალშობილში, რომელიც 23 გესტაციურ კვირაზე ნაკლებისაა. მოცემული მძიმე გადაწყვეტილება, წარმოადგენს გამოწვევას როგორც ექიმებისთვის, ასევე ოჯახისთვის. საბოლოო გადაწყვეტილებას იღებენ მშობლები. მშობლებმა აუცილებლად უნდა იცოდნენ სხვა არჩევანის არსებობის შესახებ და რას უნდა ელოდონ მომავალში. გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ, არჩევანს აუცილებლად უნდა ვცეთ პატივი, იმის გათვალისწინებით, რომ ის სამედიცინოდ მისაღებია.

გვიანი მშობიარობა

ორსულობების 5-10% მიეკუთვნება ამ კატეგორიას. გესტაციური ასაკის 42-ე კვირას, დროული ნაყოფის სიკვდილიანობის რისკი იზრდება ორჯერ. 36-ე კვირის დროს, ქვეითდება პლაცენტის უნარი გადაიტანოს საკვები, ჟანგბადი და ნარჩენი პროდუქტები. რაც უფრო გადაცდება მშობიარობა ვადას, მით უფრო არასაკმარისად ფუნქციონირებს პლაცენტა. მომატებული სიკვდილიანობის და ავადობის მაჩვენებელი, დაგვიანებულ მშობიარობებში შეიძლება იყოს განვითარებული პლაცენტის უკმარისობის გამო. დაგვიანებული მშობიარობის შემდეგ დაბადებულ ბავშვებს აღენიშნებათ მეკონიუმის ასპირაცია, მალნუტრიცია, ასფიქსია და სიკვდილი. ფიზიკური გამოკვლევის დროს შენიშნავთ მშრალ, დახეთქილ კანს, გრძელი და თხელი კიდურები, ბავშვს არ ექნება ვერნიქსი და ლანუგო და კანი შეიძლება გამოჩნდეს მომწვანო ფერის, იმ შემთხვევაში თუ მეკონიუმი გადავიდა საშვილოსნოში (სურათი 2-28).



სურათი 2-28.

მაღალი რისკის მქონე ახალშობილის მოვლა

ადრეული ჩარევა, ნებისმიერ მაღალი რისკის შემცველ სიტუაციაში, არის აუცილებელი. ეს პირველად იწყება მაღალი რისკის მქონე ორსულობის აღმოჩენით. თუ მოსალოდნელია უკიდურესად ნაადრევი მშობიარობა, უნდა მოხდეს დედის გადაყვანა ან ახალშობილის გადაყვანა მესამე დონის რეფერალურ ცენტრში, რაც ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. თუ ეს ვერ მოხერხდა, მეანებისა და ექთნების გუნდმა უნდა დაიხმაროს დამატებითი გუნდი. მშობიარობის შემდეგ, ექთნები უნდა იყვნენ მზად ვენტილაციის, კარდიო-პულმონური რეანიმაციის ჩატარებისთვის და ვენაში შესასვლელად, პარალელურად არ უნდა დაავიწყდეთ ბავშვის გამშრალება და მისი გათბობა. ამის შემდეგ, ბავშვი უნდა გადაიყვანონ სამშობიარო ბლოკიდან ახალშობილების საექთნო განყოფილებაში. დეტალური გამოკვლევისას შეფასდება კარდიოვასკულური სტაბილურობა, ნევროლოგიური ადეკვატურობა, რესპირატორული სტატუსი და ტემპერატურა. იმ შემთხვევაში თუ ვერ მოხერხდა ფიზიოლოგიური ჰომეოსტაზის შენარჩუნება სამშობიარო ჰოსპიტალში, უცილებელია მისი გადაყვანა მესამეულ ცენტრში (სურათი 2-29).



სურათი 2-29. ყველა ახალშობილს სჭირდება რომ მშობელმა აიყვანოს ხელში და მოეფეროს

საკვანძო საკითხები

- საშვილოსნოს გარე სიცოცხლეში გადასვლა მოიცავს ცვლილებებს კარდიოვასკულურ და რესპირატორულ სისტემებში;
- ახალშობილობის პერიოდში გვხვდება უამრავი რეფლექსი, რომელიც შეიძლება დაიყოს პრიმიტიულ, გადარჩენის, ლოკალიზებულ ან გენერალიზირებულ რეფლექსებად;
- ახალშობილის ძვალ-კუნთოვანი, კუჭ-ნაწლავის, კანი და საშარდე სისტემები, დაბადების დროს ჩამოუყალიბებელია;
- ახალშობილს შეუძლია გარემოსთან ურთიერთობა და დაბადებიდან 2 კვირის განმავლობაში, აქვს უნარი გააკეთოს უფროსების სახის ან ჟესტების იმიტაცია;
- ახალშობილის მოვლის სწავლება უნდა დაიწყოს დაბადებიდან და მოიცავს ნუტრიციას, მის განთავსებას, უსაფრთხოებას, დაბანას, იმუნიზაციებს, ნორმალურ ზრდასა და განვითარებას და განრიგს ჯანმრთელი ბავშვის გამოსაკვლევად;
- მაღალი რისკის მქონე ახალშობილებს (პატარა და დიდი გესტაციური ასაკი, ნაადრევი და დაგვიანებული მშობიარობა) სჭირდებათ დეტალური მონიტორინგი და ჩარევა.

გასამეორებელი აქტივობები

1. აღწერეთ მნიშვნელოვანი კარდიოვასკულარული ცვლილებები, რომელიც გვხვდება საშვილოსონგარე სიცოცხლეში გადასვლისას;
2. განიხილეთ ნევროლოგიური, კარდიორესპირატორული, კუჭ-ნაწლავის, საშარდე და ძვალ-კუნთოვანი სისტემების ფიზიოლოგიური ჩამოუყალიბებლობა და მათი კავშირი ახალშობილის მოვლასთან;
3. აღწერეთ ახალშობილის მოსალოდნელი, ნორმალური მახასიათებლები ფიზიკური შეფასების დროს;
4. იმსჯელეთ ძირითად ცნებებზე, რომელიც შეეხება მშობლისთვის რჩევების მიცემას, ნეონატალურ პერიოდთან დაკავშირებულ მოსალოდნელ მოვლენებს;
5. აღწერეთ რა უნდა ვასწავლოთ მშობლებს ახალშობილის უსაფრთხოებასა და ზიანის პრევენციაზე;
6. აღწერეთ მაღალი რისკის მქონე ახალშობილის რისკის ეტიოლოგია და მისი მოვლის მეთოდები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. American Academy of Pediatrics. (1999). Circumcision policy statement. Pediatrics, 103(3), 686–693.
2. American Academy of Pediatrics. (2004). Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation: Clinical practice guideline. Pediatrics, 114(4), 297–316.
3. American Academy of Pediatrics Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. (2000). Changing concepts of sudden infant death syndrome: Implications for infant sleeping environment and sleep position (RE9946). Pediatrics, 105, 650–656.
4. American Academy of Pediatrics Joint Committee on Infant Hearing. (2007). Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics, 120(4), 898–921.
5. Amon, S., Shapsa, A., Forman, L., Regev, R., Bauer, S., Litmanovitz, I., & Dolfin, T. (2006). Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. Birth, 33(2), 131–136.
6. Baby Friendly USA. (2009). What is the Baby-Friendly Hospital Initiative and why do we need it? Retrieved January 23, 2010, from http://www.babyfriendlyusa.org/eng/01.html.
7. Bakewell-Sachs, S. (2007). Near-term/late preterm infants. Newborn & Infant Nursing Reviews 7(2), 67.
8. Ballard, J. L., Khoury, J. C., Wedig, K., Wang, L., Eilers-Walsman, B. L., & Lipp, R. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. Journal of Pediatrics. 119(3), 417–423.
9. Beachy, J., & Nash, P. (2007). Investigating jaundice in the newborn. Neonatal Network, 26(5), 327–333.
10. Benatar, M., & Benatar, D. (2003). Between prophylaxis and child abuse: The ethics of neonatal male circumcision. American Journal of Bioethics, 3(2), 35–48.
11. Brazelton, T. B. (1994). Behavioral competence. In G. B. Avery, M. A. Fletcher, & M. G. MacDonald (Eds.), Neonatology: Pathophysiology and management of the newborn (4th ed.). Philadelphia: Lippincott, 289–300.
12. Briscoe, D., Nguyen, H., Mencer, M. et al., 2005. Management of pregnancy beyond 40 weeks' gestation. American Family Physician, 71(10), 1935–1941.
13. Cloherty, J. P. E., Eric, C., & Stark, A. R. (2008). Manual of neonatal care. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
14. Chiu, S. H., Anderson, C., & Burkhammer, M. (2005). Newborn temperature during skin-to-skin breastfeeding in couples having breastfeeding difficulties. Birth, 32(2), 115–21.
15. Davidson, M., London, M., & Laedwig, P. (2008). Old's maternalnewborn nursing & women's health across the lifespan (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
16. Derbyshire, E. (2008). Implications of high maternal weight during pregnancy. Nursing Standards, 22(49), 42–46.

17. Doan, T., Gardiner, A., Gay, C., & Lee, K. (2007). Breast-feeding increases sleep duration of new parents. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 21(3), 200–206.

18. Engle, W. A., Tomashek, K. M., Wallman C., & Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. (2007). Late-preterm infants: A population at risk. Pediatrics, 120(6), 1390–1401.

19. Gibson, A. T. (2007). Outcome following preterm birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 21(5), 869–882.

20. Gregory, K. (2005). Update on nutrition for preterm and full-term infants. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 34(1), 98–108.

21. Hurst, I. (2005). The legal landscape at the threshold of viability for extremely premature infants: A nursing perspective, part II. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 19(3), 253–264.

22. Johnson, A. N. (2007a). Factors influencing implementation of kangaroo holding in a special care nursery. American Journal of Maternal Child Nursing, 32(1), 25–29.

23. Johnson, A. N. (2007b). The maternal experience of kangaroo holding. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 36(6), 568–573.

24. Kaye, C., & the Committee on Genetics, American Academy of Pediatrics. (2006). Newborn Screening Fact Sheets. Retrieved May 5, 2009, from http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1783.

25. Kelly, M. M. (2006a). The basics of prematurity. Journal of Pediatric Health Care 20(4), 238–244.

26. Kelly, M. M. (2006b). The medically complex premature infant in primary care. Journal of Pediatric Health Care 20(6), 367–373.

27. Kliegman, R., Behrman, R., Jenson, H., & Stanton, B. (2007). Nelson's textbook of pediatrics, (18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.

28. Lawrence, E. J. (2006). A matter of size: Part 1. Evaluating the growth-restricted neonate. Advanced Neonatal Care 6(6), 313–322.

29. Lawrence, E. J. (2007). A matter of size: Part 2. Evaluating the large-forgestational–age neonate. Advanced Neonatal Care 7(4), 187–199.

30. Leonard, A. (2008). Parents' lived experience of providing care to their preterm infants. Health, 13(4), 16–28.

31. Ludington-Hoe, S. M., Morgan, K., & Abouelfettoh, A. (2008). A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. Advances in Neonatal Care, 8(3S), S3–S23.

32. Maisels, J. (2005a). Jaundice in a newborn: Answers to questions about a common clinical problem. First of two parts. Contemporary Pediatrics, 5, 34–40.

33. Maisels, J. (2005b). Jaundice in a newborn: How to head off an urgent situation. Second of two parts. Contemporary Pediatrics, 5, 41–42, 45–46, 48–49.

34. Moore, E. R., Anderson, G. C., & Bergman, N. (2007). Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3) (journal article – research, systematic review) ISSN: 1469-493X CINAHL AN: 2009823774.

35. Newburg, D. (2005). Innate immunity and human milk. Journal of Nutrition, 135, 1308–1312.

36. Philipp, B., & Radford, A. (2006). Baby-Friendly: Snappy slogan or standard of care? Archives of Disease in Childhood—Fetal and Neonatal Edition, 91, F145–F149.

37. Shaw, R. R. (2008). Late preterm birth: A new nursing issue. American Journal of Maternal Child Nursing, 33(5), 287.

38. Stoelhorst, G. M., Rijken, M. et al. (2005). Changes in neonatology: comparison of two cohorts of very preterm infants (gestational age <32 weeks): The project on preterm and small for gestational age infants 1983 and the Leiden follow-up project on prematurity 1996–1997. Pediatrics 115(2), 396–405.

39. Stokowski, L. (2007). Fundamentals of phototherapy for neonatal jaundice. Advances in Neonatal Care, 6(6), 303–312. van Zanten, H. A., Havenaar, A. J., Stigt, H. J. H., Ligthart, P. A. H., &

40. Walther, F. J. (2007). The kangaroo method is safe for premature infants under 30 weeks of gestation during ventilatory support. Journal of Neonatal Nursing, 13(5), 186–189.

41. World Health Organization. (2007). Male circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. Retrieved January 23, 2010, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596169_eng.pdf.

42. World Health Organization (2009). Baby-friendly Hospital Initiative. Retrieved May 7, 2009, from http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/print.html.

43. Blackman, J. A. (2007). NICU Micropreemies; how do they fare? Contemporary Pediatrics, 24(2), 64.

44. Chow, J. M., & Douglas, D. (2008). Fluid and electrolyte management in the premature infant. Neonatal Network, 27(6), 379–386.

45. Engle, W. A. (2006). A recommendation for the definition of “late preterm” (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. Semin Perinatol, 30(1), 2–7.

46. Hashim, M. J., & Guillet, R. (2002). Common issues in the care of sick neonates. American Family Physician, 66(9), 1685.

47. Hurst, I. (2005). The legal landscape at the threshold of viability for extremely premature infants: a nursing perspective, part I. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 19(2), 155–168.

48. Jain, A., Aggarwal, R., Jeevasanker, M., Deorari, A. K., & Paul, V. K. (2008). Hypoglycemia in the newborn. Indian Journal of Pediatrics, 75(1), 63–67.

49. Kelly, M. M. (2006). Primary care issues for the healthy premature infant. Journal of Pediatric Health Care, 20(5), 293–299.

50. Lucey, J. F., Rowan, C. A. et al. (2004). Fetal infants: The fate of 4172 infants with birth weights of 401 to 500 grams—the Vermont Oxford Network experience (1996–2000). Pediatrics, 113(6), 1559–1566.

51. Mandruzzato, G., Antsaklis, A. et al. (2008). Intrauterine restriction (IUGR). Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 36(4), 277–281.

52. McFarlin, B. L. (2009). Solving the puzzle of prematurity. American Journal of Nursing, 109(1), 60–63.

53. Moos, M. K. (2004). Understanding prematurity. Sorting fact from fiction. AWHONN Lifelines, 8(1), 32–37.

54. Rosenberg, A. (2008). The IUGR newborn. Semin Perinatol, 32(3), 219–224.

55. Sasidharan, C. K., Gokul, E., Anoop, P., & Vijaykumar, M. (2005). Benefits of maternal participation in newborn nurseries. Indian Journal of Pediatrics, 72(10), 829–833.

56. Shapiro-Mendoza, C. K., Tomashek, K. M., Kotelchuck, M., Barfield, W., Weiss, J., & Evans, S. (2006). Risk factors for neonatal morbidity and mortality among "healthy," late preterm newborns. Semin Perinatol, 30(2), 54–60.

57. Tomashek, K. M., Shapiro-Mendoza, C. K. et al. (2006). Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity. Semin Perinatol, 30(2), 61–68.

58. Tyson, J. E., Parikh, N. A., Langer, J., Green, C., Higgins, R.D., & National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (2008). Intensive care for extreme prematurity—moving beyond gestational age. New England Journal of Medicine 358(16), 1672–1681.

59. Tyson, J. E., & Saigal, S. (2005). "Outcomes for extremely lowbirth– weight infants: Disappointing news." Journal of the American Medical Association, 294(3), 371–373

თავი 3

ჩვილების ზრდა-განვითარება

ამ თავში განხილულია:

1. ჩვილებში ფიზიოლოგიურიზრდისადაგანვითარებისეტაპების შეფასება;
2. ჩვილების ნატიფი და უხეში მოტორული განვითარების პრინციპების გამოყენება მოვლის პროცესში;
3. ჩვილების ფსიქოსექსუალური, შემეცნებითი და ფსიქოსოციალური განვითრების აღწერა;
4. ჩვილის ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელი და ხელშემწყობი აქტივობები;
5. კალორიები და სითხის მოთხოვნილებები ჩვილებში;
6. სათამაშო აქტივობების დიზაინი ჩვილებში;
7. საგანმანათლებლო სტრატეგია იმ აღმზრდელებისთვის, რომელთა საქმიანობა უკავშირდება ჩვილის საკვები მოთხოვნილებების, ზრდისა და განვითარების ხელშეწყობას, უსაფრთხოების უზრუნველყოფას, გაუცხოებისა და განმარტოების გამო შფოთვის დაძლევას.

სიცოცხლის სასწაული იწყება კონცეფციიდან და გრძელდება მთელი ცხოვრების მანძილზე. ამ სასწაულის ბრწყინვალება გვხვდება ჩვილობისას. მოცემული თავის პირველი ნაწილი აქცენტირებულია ჩვილების ფიზიკურ, შემეცნებით, ფსიქოსექსუალურ და ფსიქოსოციალურ განვითარებაზე. მეორე ნაწილი მოიცავს ჯანმრთელობის სკრინინგს, სტომატოლოგიურ მომსახურებასა და კვებას.

ასევე წარმოდგენილია ის საგანმანათლებლო სტრატეგია, რომელიც შესაძლოა გამოიყენონ მშობლებმა ჩვილების ოპტიმალური განვითარებისათვის.

ჩვილობის პერიოდი მოიცავს 1 თვიდან 1 წლამდე ასაკს. სწრაფი ზრდა-განვითარება შედარებით მოკლე დროში იძლევა მომწიფების საშუალებას.

ჯანმრთელობის სტატუსი დაფუძნებულია ჩვილის შესაძლებლობაზე, მოახდინოს ადაპტაცია სწრაფ ცვლილებებზე.

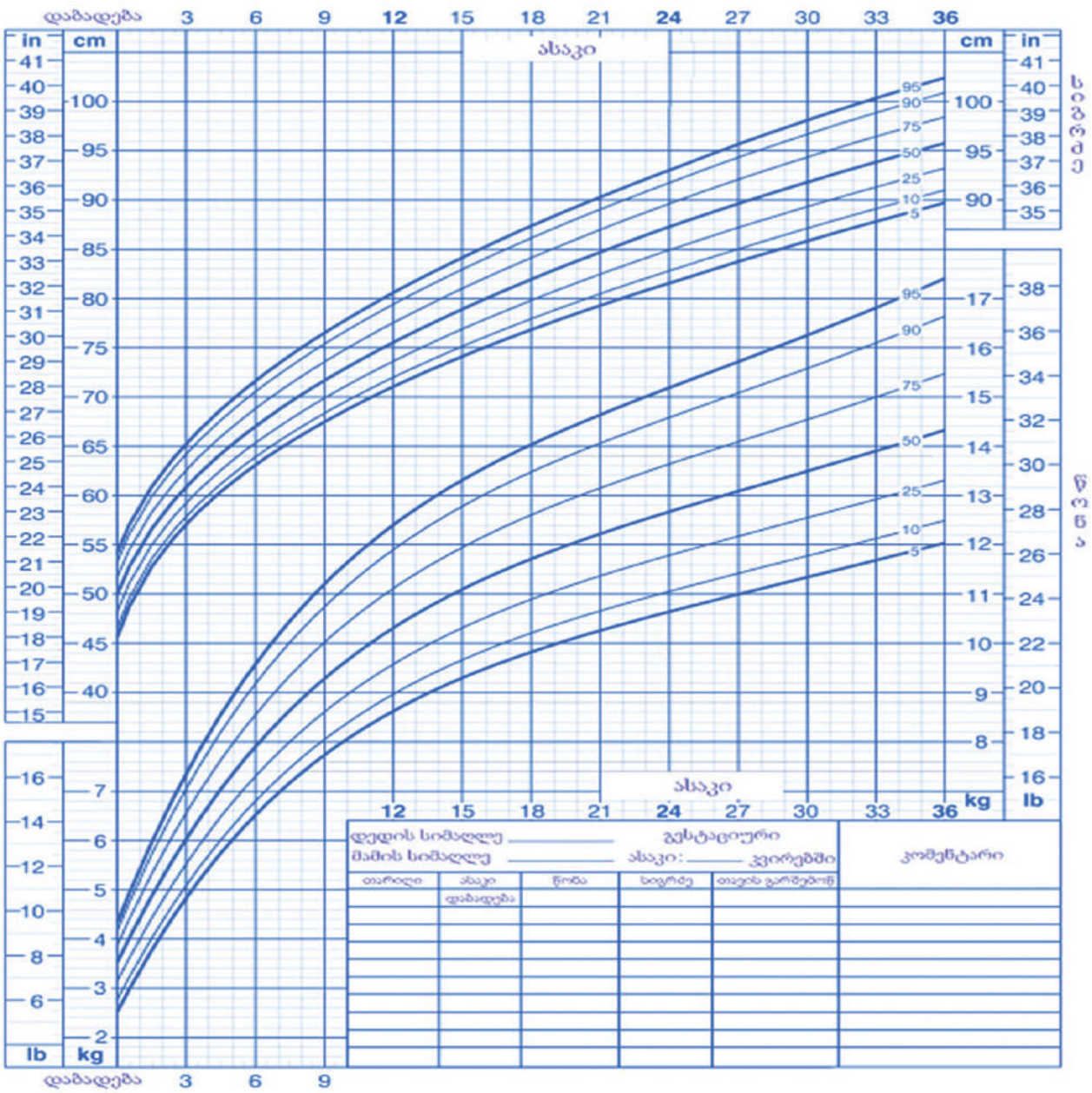
როგორც ჯანმრთელობის დაცვის წარმომადგენლებს, მედდებს, უნდა ესმოდეთ ეს ცვლილებები, რათა უზრუნველყონ ჩვილების ჯანმრთელობის ოპტიმალურ დონეზე შენარჩუნება. მედდა მშობლებს ჩვილის ოჯახში ინტეგრირებაში უნდა დაეხმაროს. მასვე აქვს შესაძლებლობა, დაეხმაროს ოჯახის წევრებს განათლების მიღებაში, პრობლემის იდენტიფიცირებასა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესის გამარტივებაში. ჩვილზე ზრუნვისას შეკითხვების დასმით, გრძნობების ინტერპრეტაციითა და ინფორმაციის მიწოდებით მედდას შეუძლია გააძლიეროს თავდაჯერებულობა ოჯახის წევრებში.

ფიზიოლოგიური განვითარება

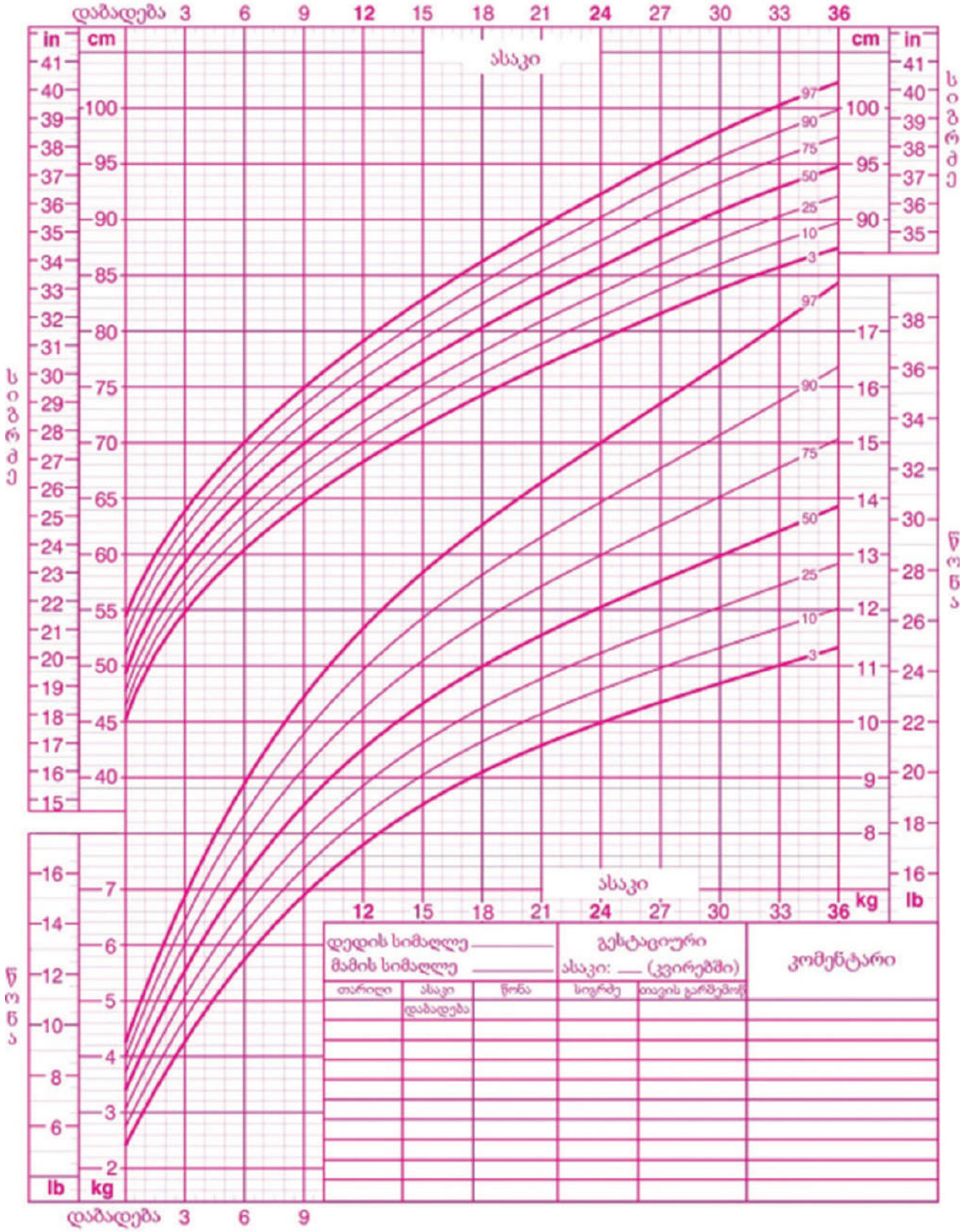
სწრაფი ცვლილები, რომელიც ახასიათებს ჩვილებს, აღარ გვხვდება მომავალში. სხეულის განვითრებისას, უნარ-ჩვევებიც ვითარდება თანმიმდევრულად, რათა ჩვილი შეეგუოს სამყაროს მოთხოვნილებებს. უხეში და ნატიფი მოტორული უნარები ვითარდება კეფალოკაუდალური (თავიდან ფეხის თითამდე) და პროქსიმალურ-დისტალური (ცენტრალურ-პერიფერიული) ფორმით. უხეში მოტორული შესაძლებლობები ნატიფ მოტორულ შესაძლებლობამდე ვითარდება. ჩვილის ფიზიკურ ზრდაზე გავლენას გენეტიკა, გარემო, ეთნიკური ფონი და ბიოლოგია ახდენს. ფიზიკური განვითარება მოიცავს წონის, სიმაღლისა და თავის გარშემოწერილობის ცვლილებებს. ჩვილის ზრდის ზომები უნდა დაფიქსირდეს ზრდის შკალაში და ინდივიდუალური მრუდი უნდა შედარდეს ნორმას დინამიკაში.

(იხ. დიაგრამა 1, 2, 3, 4, 5, 6).

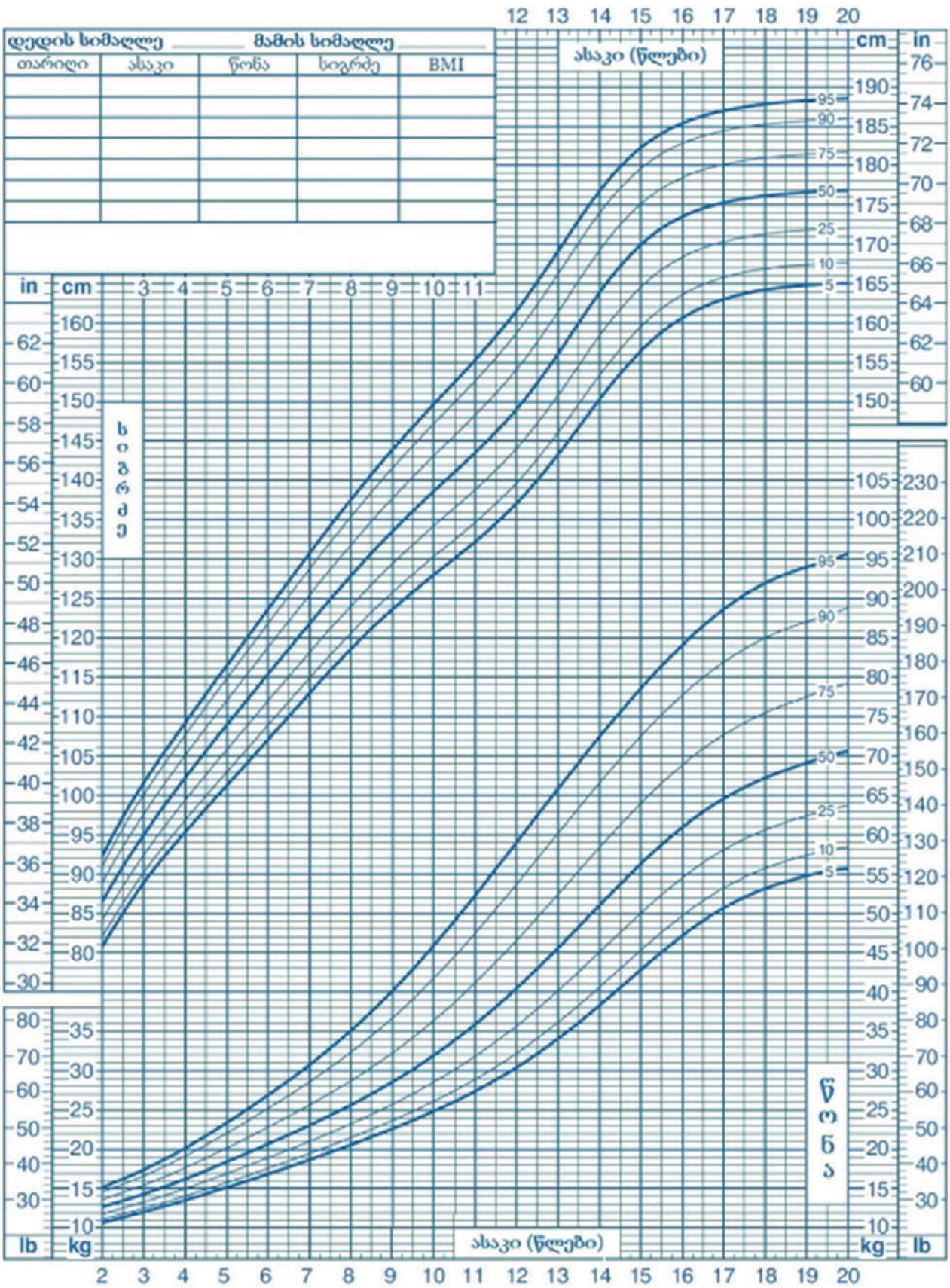
დიაგრამა 1.
0-დან 36 თვემდე ასაკის ვაჟების სიგრძე და წონა ასაკთან მიმართებაში



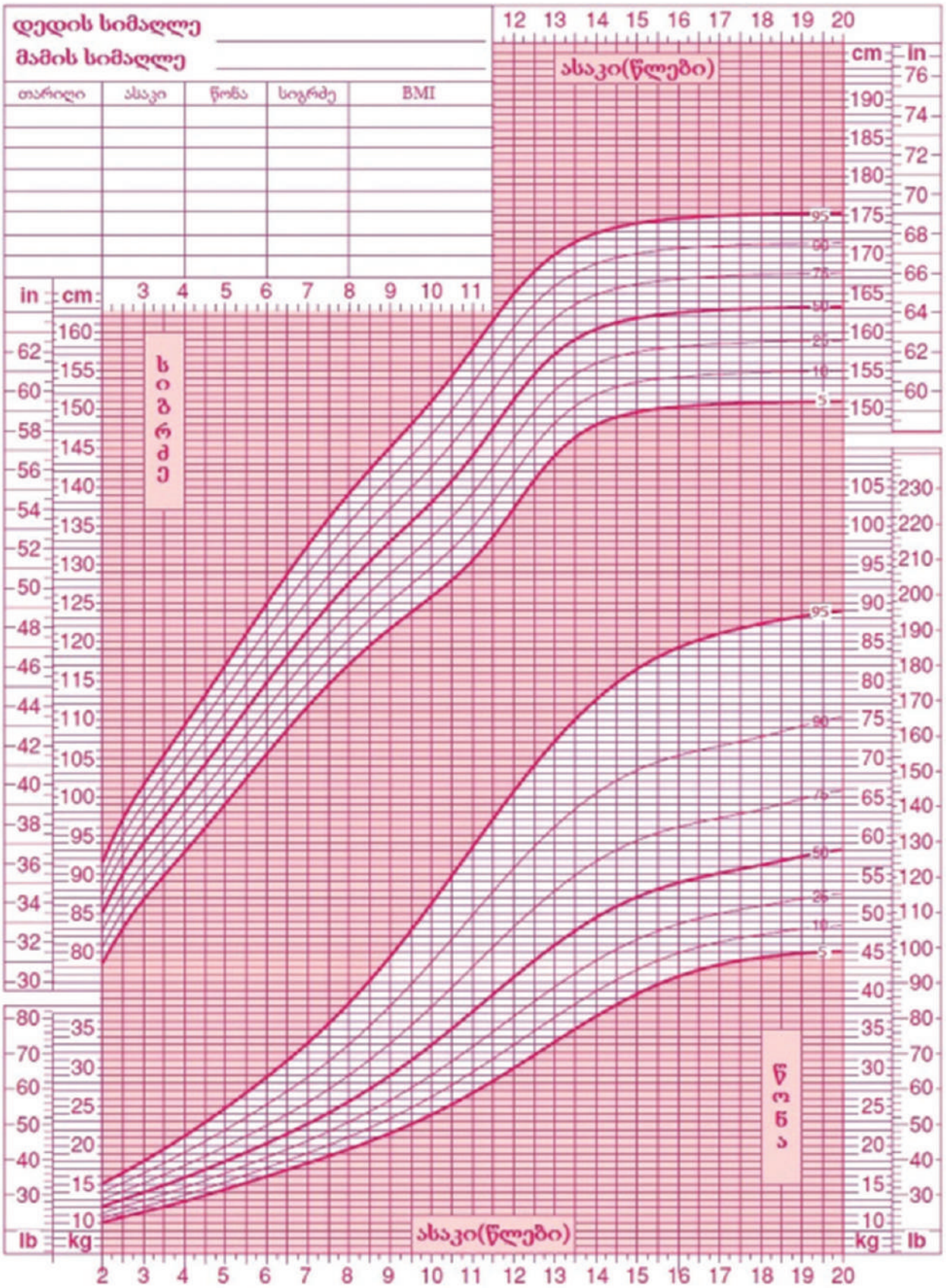
დიაგრამა 2.
0 – დან 36 თვემდე ასაკის გოგონების სიგრძე და წონა ასაკთან მიმართებაში.



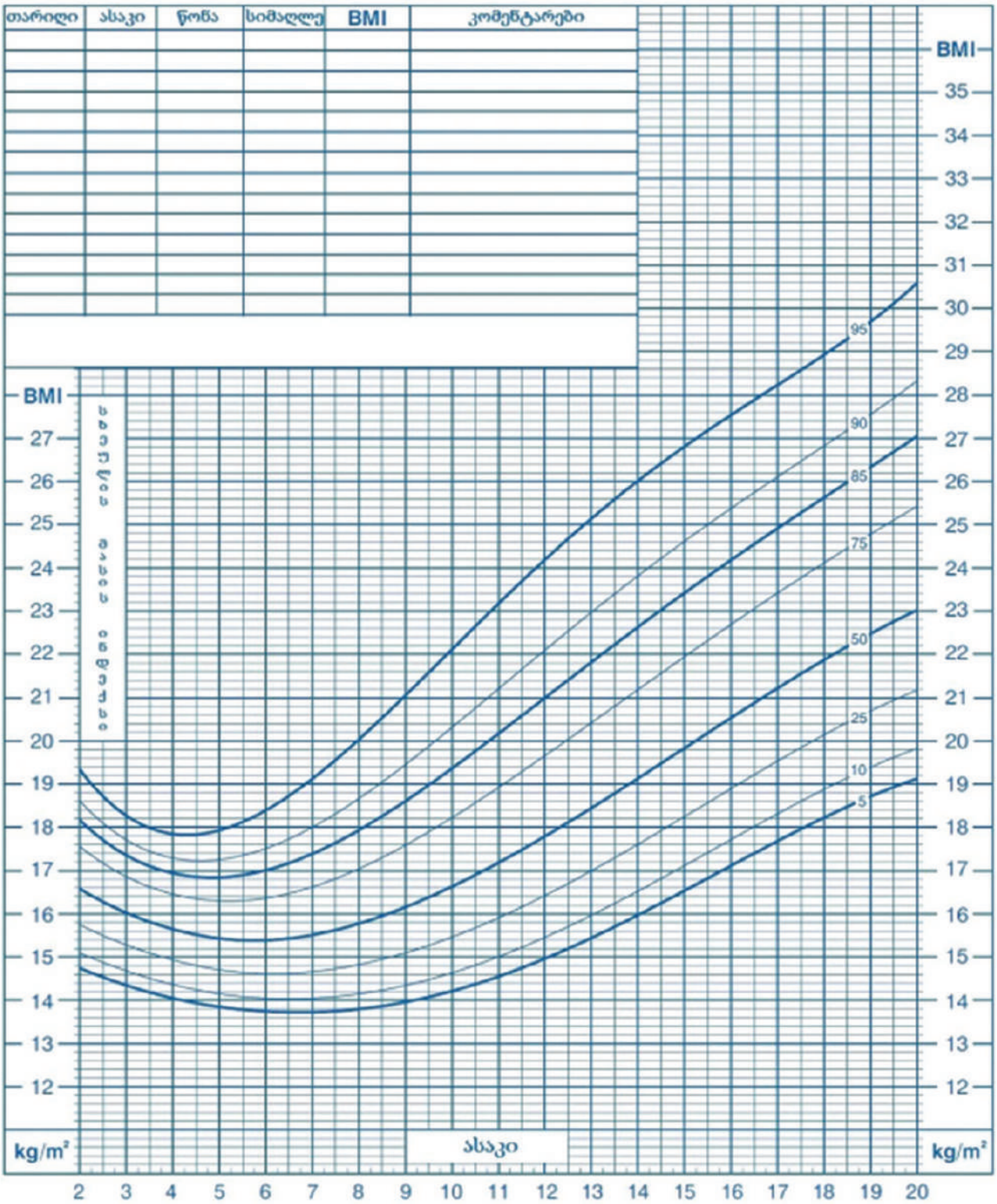
დიაგრამა 3.
2 - დან 20 წლამდე ასაკის ვაჟების სიმაღლე და წონა ასაკთან მიმართებაში



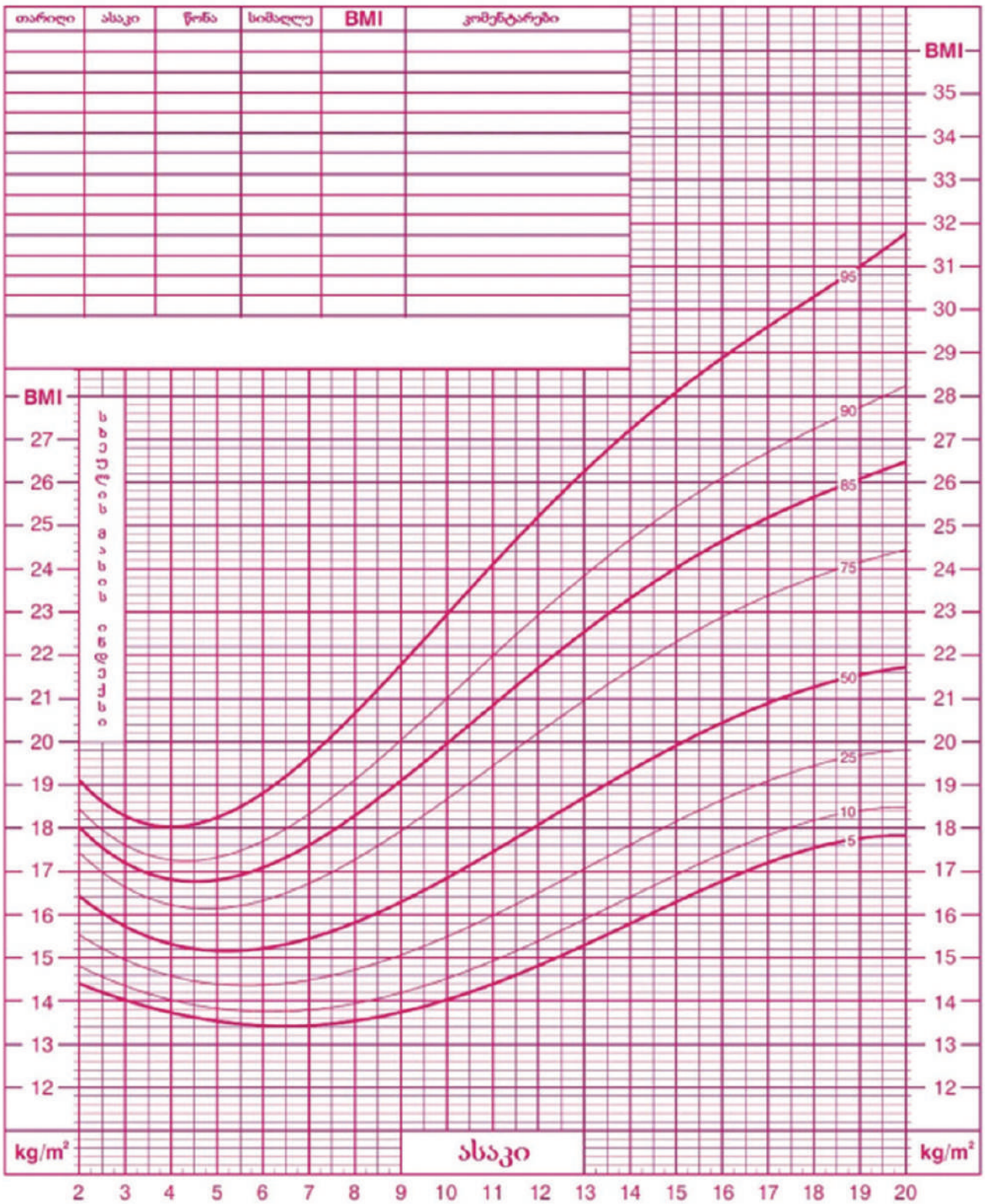
დიაგრამა 4.
2 - დან 20 წლამდე ასაკის გოგოწების სიმაღლე და წონა ასაკთან მიმართებაში



დიაგრამა 5.
სხეულის მასის ინდექსი (BMI) ვაჟებში



დიაგრამა 6.
სხეულის მასის ინდექსი (BMI) გოგონებში



წონა და სიგრძე

პირველი 6 თვის განმავლობაში ჩვილის წონა ორმაგდება. თვეში დაახლოებით 700 გრამს, ხოლო კვირაში 150-200 გრამს იმატებს. შემდეგი 6 თვის განმავლობაში იგი იმატებს 85-150 გრამს კვირაში (450 გრამზე ნაკლებს თვეში). 12 თვისთვის ჩვილის წონა, დაბადების დროს დაფიქსირებულ წონასთან შედარებით, სამმაგდება.

პირველი 6 თვის განმავლობაში სიმაღლე ყოველთვიურად 2,5 სმ-ით იმატებს. დაახლოებით 1.27 სმ ყოველთვე, 12 თვის ასაკამდე, რის შედეგადაც 12 თვის თავზე ჩვილი თითქმის 50%-ით მომატებულია დაბადების სიმაღლესთან შედარებით.

თავის გარშემოწერილობის ზრდა

თავის ზომა სწრაფად იზრდება ჩვილობისას, რაც ტვინის სწრაფ ზრდას ასახავს. 12 თვისთვის ჩვილის თავი მოზრდილის თავის 2/3 ტოლია. პირველი 6 თვის განმავლობაში თავის გარშემოწერილობა იზრდება დაახლოებით 1,27 სმ-ითთვეში. შემდეგი 6 თვის განმავლობაში 0.635 სმ-ით თვეში. თავის ზრდასთან ერთად ყიფლიბანდი თანდათანობით იხურება; უკანა ყიფლიბანდი 2 თვის, ხოლო წინა – 12-18 თვისთვის იხურება.

გულმკერდის გარშემოწერილობა

გულმკერდის გარშემოწერილობა საშუალოდ 30,48 სმ-დან 35,56 სმ-მდე მერყეობს. ის დაახლოებით 2.54 სმ-ით ნაკლებია, ვიდრე თავის გარშემოწერილობა. 1-2 წლის ასაკისთვის თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობა დაახლოებით თანაბარია. ბავშვობის ასაკში გულმკერდის გარშემოწერილობა უნდა აღემატებოდეს თავის გარშემოწერილობას 5.0–7.62 სმ-ით. გულმკერდის გარშემოწერილობა იზომება სანტიმეტრის მოთავსებით ბეჭის ძვლის ქვედა კიდესთან, გარშემო და წინ დვრილების ხაზზე.

მოტორული განვითარება

მოტორული განვითარება მჭიდრო კავშირშია ფიზიკალურ შემეცნებით და სოციალურ განვითარებასთან. იგი მოიცავს უხეშ და ნატიფ მოტორულ განვითარებას, რომელიც უზრუნველყოფს ჩვილს, სხვადასხვა საშუალებებით, თავისუფლად მოერგოს გარემოს. პირველ თავში დეტალურადაა განხილული ზრდა და განვითარება.

მოტორულ განვითარებასთან ასოცირებული ძირითადი პრინციპები მოიცავს:

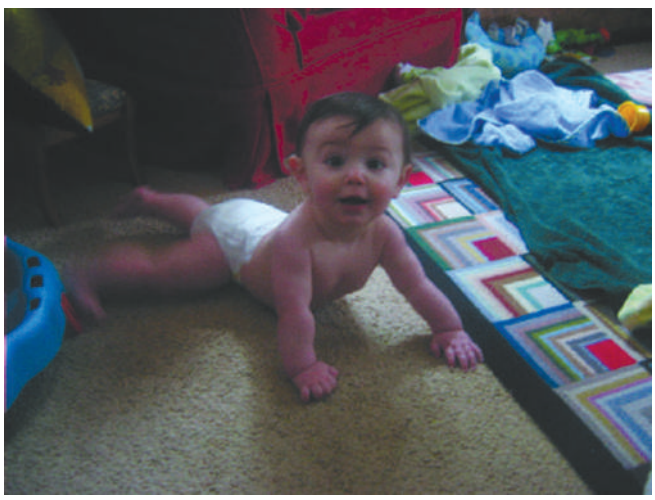
- ნებაყოფლობით ქცევებს, რომელიც თან სდევს პრიმიტიული რეფლექსების გაქრობას; თუმცა ჩვილმა ჯერ უნდა დაკარგოს არანებაყოფლობითი ტაცების რეფლექსი;
- პრონაციას, რომელსაც წინ უსწრებს სუპინაციის განვითარება. მაგ., ჩვილი სანამ პირში ჩაიდებს საგანს (სუპინაცია), მან ჯერ უნდა აიღოს ნივთი(პრონაცია);
- უნარს, რომ ჩვილმა სტაცოს ხელი ნივთს, რომელსაც შემდეგ გაუშვებს.

უხეში მოტორიკა

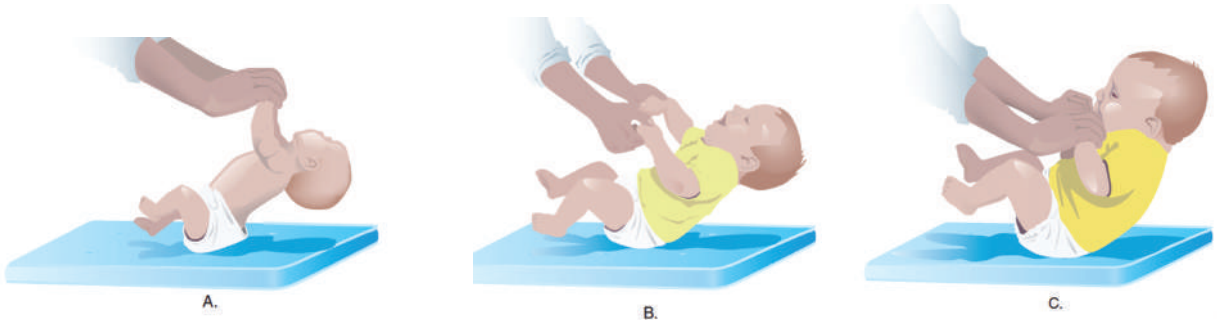
უხეში მოტორიკის განვითარება დიდი კუნთების ჯგუფის გამოყენების შესაძლებლობაა, რათა შენარჩუნებულ იქნეს ბალანსი და ორთოსტატიკული კონტროლი ან მოძრაობა. ჩვილის უპირატესი ფუნქცია, მოიპოვოს ორთოსტატიკული კონტროლი არის თავის დაჭერა, რომელსაც ახორციელებს როგორც წოლისას, ისე ვერტიკალურ მდგომარეობაში (დგომადაჯდომა). განვითრების ეს ეტაპები არის ზუსტი და ჩვეულებრივ 1-2 თვის ასაკიდან ვლინდება. 1 თვის ასაკში ჩვილმა უნდა შეძლოს თავის მობრუნება წოლისას, 4 თვის ასაკში კი – თავის წინა მხრების დახმარებით დაჭერა (სურათი3-1). 5-6 თვის ასაკში უნდა დაიჭიროს თავი, გულმკერდი მუცელი და შეინარჩუნოს წონა ხელებით (სურათი 3-2). როდესაც შეძლებს ხელებით წონის შეკავებას, მას შეეძლება მარტივად გადაბრუნება მუცლიდან ზურგზე. ჩვილის თავის ჭერის კონტროლი ფასდება თავის ჭერის არსებობით ან არ არსებობით. როგორც კი თავის კონტროლი მყარდება, ჩვილი იწყებს ჯდომას დახმარების გარეშე. 4 თვის ასაკში ჩვილს მხოლოდ დახმარებით შეუძლია ჯდომა. 6 თვის ასაკში იხმარს ხელებს. 7-8 თვის ასაკში შეუძლია იჯდეს თავისუფლად, დახმარების გარეშე, 12 თვისა კი ზის დამოუკიდებლად (სურათი 3-4). როდესაც ჩვილი ზის დაუხმარებლად, მას უკვე შეუძლია იატაკზე ხოხვით შეისწავლოს გარემო.



სურათი 3-1. 4 თვის ასაკში თავის წინა მხრების დახმარებით დაჭერა



სურათი 3-2. 5-6 თვის ასაკში ბავშვი იჭერს თავს, გულმკერდს, მუცელს და ინარჩუნებს წონასწორობას ხელებით



სურათი 3-3.

A -1 თვის; **B – 2 თვის;** **C – 4 თვის.**



სურათი 3-4. 12 თვის ასაკში ზის დამოუკიდებლად

ლოკომოცია (გადაადგილება) ეს არის ერთი ადგილიდან მეორეზე დახმარების გარეშე გადაადგილების შესაძლებლობა, რომელიც დამოკიდებულია თავის კონტროლისა და დახმარების გარეშე ჯდომის შესაძლებლობაზე. სხვადასხვა უნარ-ჩვევები, როგორიცაა გადაკოტრიალება, ოთხივე კიდურით გადაადგილება და დამოუკიდებლად დგომის შესაძლებლობა, აუცილებელია ლოკომოციისთვის (სურათი 3-5). როგორც კი ეს უნარ-ჩვევები ვითარდება, ჩვილს შეუძლია გადაადგილდეს (იაროს), თავდაპირველად დახმარებით, შემდეგ კი დამოუკიდებლად. 6 თვის ჩვილს შეუძლია სხეულის წონის უმეტესი ნაწილი დაიჭიროს ფეხზე დგომისას, 8 თვისას მთელი სხეული, 8-დან 10 თვემდე კი აჩვენებს გაზრდილ მობილურობას; თავიდან **ცოცვით (**მუცელზე ხოხვით და კიდურების დახმარებით), შემდეგ კი **ხოხვით**(გადაადგილება ხელებისა და ფეხების დახმარებით, იატაკზე მუცლის დაყრდნობის გარეშე). როდესაც ჩვილები ხოხავენ, მათ ფეხზე

დადგომაც შეუძლიათ, თუმცა არსებობს ვარიაციები, რომ ყველა ჩვილი არ ცოცავს და ხოხავს, ვიდრე ფეხზე დადგება და გაივლის. 10-12 თვიდან ჩვილის მოძრაობები სწრაფად პროგრესირებს. ამ დროის განმავლობაში შეიძლება გადადგმული იქნეს მიზანმიმართული ნაბიჯები, თუ ისინი რაიმეს ეყრდნობა (მოგზაურობა).

სანამ დადგება ან დამოუკიდებლად გაივლის, ჩვილი იწყებს სიარულს და გვერდით ეყრდნობა ავეჯს. (სურათი 3-6). როდესაც ჩვილი დგება მარტო, ცდილობს, მარტომ გადადგას რამდენიმე ნაბიჯი.

ზოგადი მოტორული განვითარების ცხრილი 3-1.

ასაკი თვეებში	**უნარ-ჩვევები**
2-3 თვე	• ზოგიერთი ჩვილი ჯდომისას ნელა ამოძრავებს თავს; • სწორად იჭერს მას და ხელებით ეხმარება პრონაციის პოზაში; • ჯდომისას, დახმარების შემთხვევაში, აქანავებს თავს; • გორდება მუცლიდან ზურგზე; • კისრის ტონური და მოროს რეფლექსები ქრება.
1-6თვე	• ახასიათებს თავის კარგი კონტროლი და არა თავის ნელა ქნევა; • იჭერს მუცელსა და გულმკერდს და იხმარს ხელებს; • ზის დახმარებით, გორდება ზურგიდან მუცელზე; • იჭერს წონას დგომისას, როდესაც ეხმარებიან.
7-8 თვე	• ზის დამოუკიდებლად, მარტო; • უფრო მეტად იჭერს წონას ვიდრე 4-6 თვის ასაკში.
9-12 თვე	• მოძრაობს წინიდან უკან, ჯდება და დგება დახმარების გარეშე; • დგას მარტო, ხოხავს, ცოცავს, ცდილობს იაროს.



სურათი 3-5. 8-10 თვის ასაკში ბავშვს დახმარებით შეუძლია ფეხზე დგომა



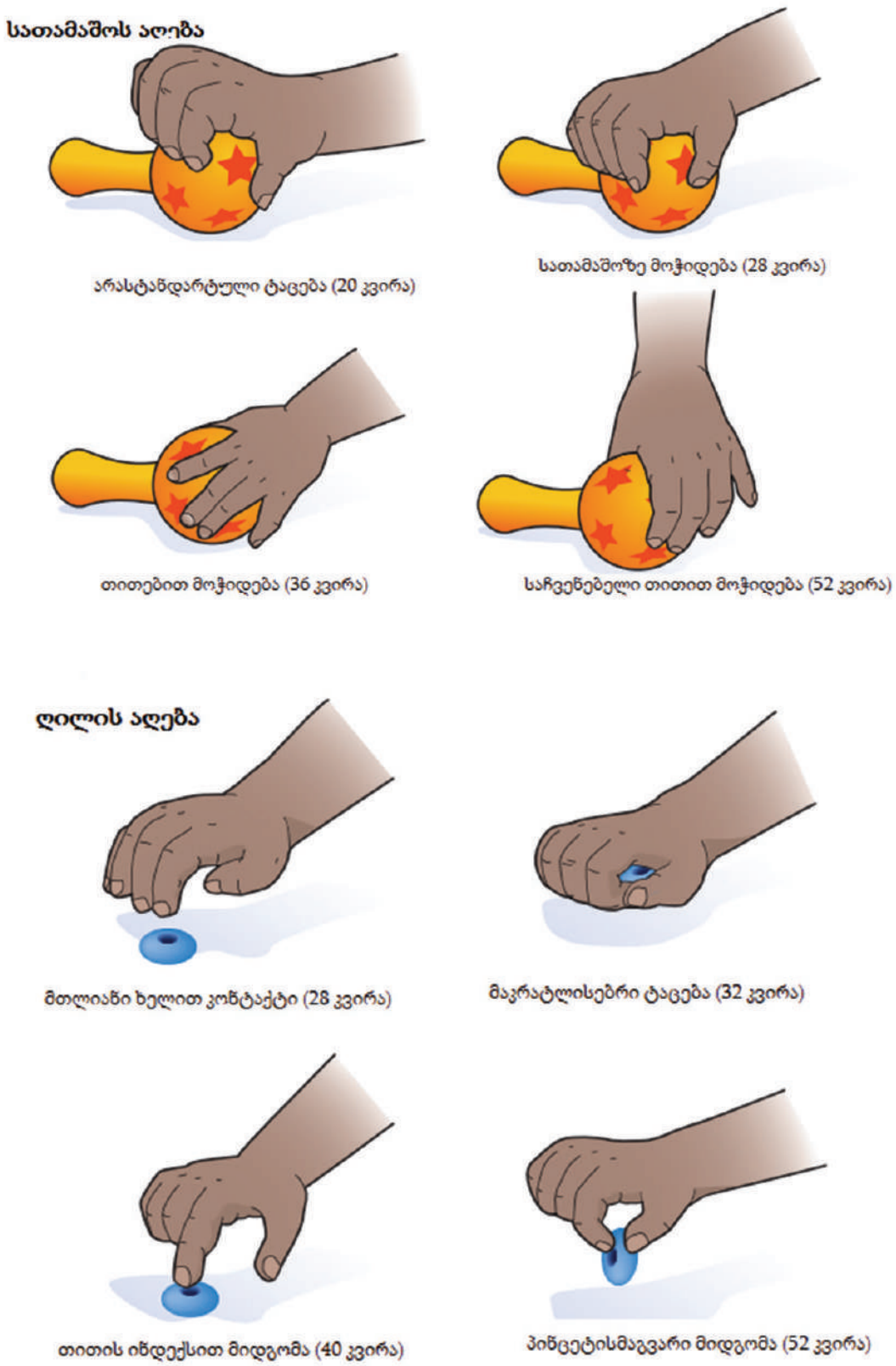
სურათი 3-6. საგნებზე დაყრდნობით ბავშვს შეუძლია ნაბიჯების გადადგმა

ნატიფი მოტორიკა

განვითარების პროგრესირებისას, ჩვილი იწყებს ხელებისა და თვალების გამოყენებას, რათა შეისწავლოს გარემო და მოახდინოს ზემოქმედება მასზე. ნატიფი მოტორული განვითარება, ეს არის ხელებისა და თვალების თანამიმდევრულად და პროგრესულად მოძრაობის კოორდინაციის შესაძლებლობა. პირველი თვის განმავლობაში პრიმიტიული ტაცების რეფლექსი საშუალებას აძლევს ჩვილს, საგანი მჭიდროდ შეკრულ მუშტში დაიჭიროს. 2 თვის დასასრულისთვის, ეს პრიმიტიული რეფლექსი ქრება და ჩვილი აქტიურად იწყებს ტაცებას და მომენტალურად იჭერს, დაგდებამდე.

3 თვეზე ჩვილს აქვს შესაძლებლობა, გააჩეროს გაშლილი ხელი, დააკვირდეს თავის თითებს და ჩაიდოს პირში, 4 თვისათვის ჩვილი აკვირდება ჯერ ერთ ხელს, შემდეგ მეორეს. 5 თვისათვის ჩვილს შეუძლია დამოუკიდებლად სტაცოს ხელი ნივთს მთელი ხელით (პალმარული ტაცება), ასევე შეუძლია აქტიურად გამოიყენოს ყველა დაჭერილი საგანი და შემდეგ ჩაიდოს პირში. 6 და 7 თვეს შორის შეუძლია დაიჭიროს ბოთლი უსაფრთხოდ, ადვილად სტაცოს ხელი საკუთარ ფეხს და ჩაიდოს პირში. ასევე შეუძლია თავისუფლად დააგდოს ნებისმიერი ნივთი რომელიც უჭირავს.

როგორცკი ნატიფი მოტორული განვითარება პროგრესირდება, პალმარული ტაცების რეფლექსი იცვლება I და საჩვენებელი თითით, ე.წ. პინცეტის ტაცების რეფლექსით, დაახლოებით 8 თვის ასაკში. (სურათი 3-7). თავდაპირველად, ჩვილს შეუძლია უხეშად აიტაცოს ნივთი, პინცეტის მექანიზმით. პრაქტიკის შემდგომ დომინანტური ხელი იწყებს გამოვლინებას. განვითარების პერიოდში ჩვილი აგრძელებს ახალი ჩვევების გამოცდას, როგორიცაა საგნებთან მიახლოვება, მათი ერთად დაწყობა და ერთი ხელიდან მეორეში გადატანა.



სურათი 3-7. ტაცების განვითარება ასაკის მატებასთან ერთად

10 თვის ასაკისათვის ჩვილის პინცეტის ტაცების მექანიზმი უფრო დახვეწილი ხდება, ცდილობს, აიღოს უფრო მცირე ზომის საკვები, როგორიცაა ყუთის ფორმის მარცვლეული ან ასო O. 10 და 12 თვის ჩვილების ხელების მოძრაობა უკვე წინასწარ გააზრებული ხდება; ისინი მიზანმიმართულად ყრიან ნივთებს ან მცირე ზომის საგნებს ძირს, დებენ ან

იღებენ მათ კონტეინერიდან. ჩვილს ასევე შეუძლია ფურცელზე ფანქრით დახატოს. 12 თვისთვის მას შეუძლია გადაფურცლოს რამდენიმე გვერდი წიგნში.

ნატიფი მოტორიკის შეჯამება იხ. ცხრილი 3-2.

ცხრილი3-2.

ასაკი	**ნატიფი მოტორიკა**
2-3 თვე	• საგანს შუახაზზე აკვირდება, ხელები გაშლილი აქვს; • ესალმება ხელს და თითებს როდესაც სახესთან აქვს; • ცდილობს ხელი პირში ჩაიდოს, ინტერესდება ჩამოკიდებული საგნებით.
4-5 თვე	• უახლოვდება საგანს, რომელიც მისი აღქმის მიღმაა, აკვირდება ჯერ ხელს, შემდეგ ნივთს და ისევ ხელს; • ნივთებს იდებს პირში; • საგნის ასაღებად იყენებს მთლიან ხელს, თამაშობს აქტიურად, ხელებითა და ფეხებით;
6-7 თვე	• იჭერს საგნებს უსაფრთხოდ და აწყობს ერთად; • ძირს ყრის ნივთებს; ადვილად და სწრაფად გადააქვს საგნები ერთი ხელიდან მეორეში.
8-9 თვე	• „პინცეტის მექანიზმის“ გამოყენებით იჭერს ნივთების; • საგნებს სურვილისებრ იშორებს; • ვლინდება დომინანტური ხელი.
10-12 თვე	• წარმოდგენილია ნამდვილი პინცეტის მაგვარი ტაცება; • შეუძლია თავის გამოკვება ხელების დახმარებით; • აწყობს და იღებს მცირე ზომის საგნებს კონტეინერში; • შეუძლია დაიჭიროს ფანქარი და დახაზოს მისი დახმარებით; • შეუძლია გადაშალოს ფურცლები წიგნში.

ფსიქოსექსუალური განვითარება

ფსიქოსექსუალური განვითარება დაფუძნებულია ინდივიდის სურვილზე, ეძებოს-სიამოვნება. ინდივიდმა უნდა დააბალანსოს სიამოვნების ძებნა სოციუმის მოთხოვნილების მიხედვით. ფროიდის თეორიით (1933), ჩვილი იმყოფება განვითარების ზეპირ ეტაპზე (დაბადებიდან 1 წლამდე), რომლის განმავლობაში სიამოვნების საჭიროება დომინირებს. ორალურ სტიმულაციას ან წოვას ამ ეტაპის ცენტრალური ადგილი უჭირავს და ფროიდის მიხედვით (1933) კვება ან წოვა ხდება სიამოვნებისა და კმაყოფილების ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო.

განვითარების პროგრესირებასთან ერთად ჩვილები ქმედებების საბოლოო შედეგებთან დაკავშირებას სწავლობენ. მაგ., ჩვილი სწავლობს, რომ შიმშილის დროს ტირილს იგი კვებამდე მიჰყავს; შედეგად აღმზრდელის შეხება ასოცირებულია კვების მოთხოვნილების დაკმაყოფილებასთან. კვების მოლოდინში ბავშვები სწავლობენ კვების სწრაფი მოთხოვნილების გადადებას. თუ ჩვილი მოშიებიდან რამდენიმე წუთში არ იქნება გა-

მოკვებილი იწყებს ტირილს, რაც იგულისხმება როგორც სიგნალი, რომ კვებით გამოწვეული კმაყოფილება და კომფორტი ვერ მიიღო.

დამატებით კვებასთან, სიამოვნებისა და კმაყოფილების სხვა წყარო მიღებული აქვს არა კვებითი წოვით (სურათი3-8). ჩვილის ბუნებრივი ტენდენციით წოვა, არა კვებითი წოვა, პირველად აღმოცენდება შემთხვევითად, როგორც ჩანერგვის რეფლექსი და შემდეგ მიზანმიმართულად აქტიურდება საგნების, სათამაშოებისა და თითების პირში მოთავსებით.



სურათი 3-8. არაკვებითი წოვა ჩვილებში სიამოვნებისა და კმაყოფილების წყაროა

ფსიქოსოციალური განვითარება

ფსიქოსოციალური განვითარება ჩვილებში, როგორც ერიქსონმა განსაზღვრა, დამოკიდებულია კონცეფციაზე-ნდობა უნდობლობის წინააღმდეგ. ერიქსონის კონცეფციის მიხედვით ნდობა ვითარდება, როდესაც ბაზისური მოთხოვნილებები როგორიცაა კვების, ჩაცმისა და კომფორტის მოთხოვნილება მომვლელის მიერაა დაკმაყოფილებული. როდესაც ეს მოთხოვნილებები არ ემთხვევა, ჩვილს უვითარდება უნდობლობა. მაგრამ ნდობის განვითარება გულისხმობს უფრო მეტს, ვიდრე მხოლოდ ბაზისური მოთხოვნილებებია. ასევე ურთიერთობის ხარისხი აღმზრდელსა და ჩვილს შორის უდიდეს როლს თამაშობს. თუ აღმზრდელი სისტემატურად ახდენს მზრუნველობის დემონსტრირებას, როგორიცაა ლაპარაკი, თამაში, ღიმილი, ჩაცმა, კომფორტი ჩვილში ნდობა უფრო ღრმავდება. თუ ეს ქცევები არ არის წარმოდგენილი, ნდობის განვითარება შეიძლება დაყოვნდეს. უფრო მეტიც, აღმზრდელმა და ჩვილმა ერთად უნდა ისწავლონ კმაყოფილების მიღწევა და იმედგაცრუების შემცირება ყოველდღიურ ცხოვრებაში (სურათი 3-9).



სურათი 3-9. ბებია და ბაბუა ჩვილების ყველაზე კარგი მომვლელები არიან

თუ ჩვილი ალტერნატიულ სიტუაციაში უნდა იყოს (სხვა გარემო, ძიძა) ნდობის განვითარებას აგრძელებს მომვლელი, ამიტომ მნიშვნელოვანია მომვლელს მიეწოდოს ინფორმაცია:

- სახლის რუტინის;
- ძილის თავისებურების;
- კვებითი ჩვევების;
- იმედგაცრუების გამომწვევის;
- კომფორტულ მეთოდებზე პასუხის;
- საყვარელი სათამაშოების, თამაშების, სიმღერებისა და მუსიკის შესახებ.

აღმზრდელის თავდაჯერებულობა, რომ უზრუნველყოს ნდობით აღჭურვილი გარემო, ძალიან მნიშვნელოვანია.

აღმზრდელზე უნდა გაირკვეს შემდეგი:

- მისი გამოცდილება ჩვილებთან;
- როგორ აწყნარებს აღგზნებულ ჩვილებს;
- ჰყავს თუ არა სხვა მოსავლელი ბავშვები;
- ამ ბავშვების რაოდენობა.

თუ ჩვილის მოთხოვნილება დაკმაყოფილებულია აღმზრდელის მიერ, მისი ნდობა სხვების და გარემოს მიმართ ვითარდება, წინააღმდეგ შემთხვევაში საბოლოდ უნდობლობის გრძნობა ყალიბდება.

რჩევები მედდას

ფსიქოსოციალური განვითარების გააზრება

იმისათვის, რომ გაუმჯობესდეს თქვენი ხედვა და აღმზრდელთა ცოდნა ჩვილების ფსიქოსოციალური განვითარების შესახებ, ჰკითხეთ საკუთარ თავს:

- გამოხატავს ჩვილი ნდობას გარემოსადმი?

- რა იცის აღმზრდელმა ჩვილის ნდობის განვითარების შესახებ?
- აღმზრდელს აქვს სხვა სირთულეები (მაგ., განქორწინება, ფინანსური და ჯანმრთელობის პრობლემები) ?

ფაქტორი, რომელმაც ჩვილში ნდობის განვითარებას შეიძლება შეუშალოს ხელი არის გარემოს და/ან კულტურული ცვლილებები, რამაც ასევე შიძლება ხელი შეუშალოს აღმზრდელის უნარს, დაეხმაროს ჩვილს ნდობითი ურთიერთობების განვითარებაში.

კოგნიტური განვითარება

პიაჟეს თეორიის მიხედვით (1952), ჩვილი (დაბადებიდან 24 თვემდე) კოგნიტური განვითარების სენსომოტორულ საფეხურზეა მაშინ, როდესაც რომელიმე საგანზე ცოდნას ინტერაქტიულად იძენს და იყენებს გრძნობებს. პიაჟეს მიხედვით, ჩვილისთვის ძირითადი ამოცანა საგნის მუდმოვობაა. როდესაც ბავშვი სწავლობს ობიექტს, იგი მას არ აღიქვამს როგორც თავისი თავის გაგრძელებას, მაშინაც კი, როდესაც ამ საგანს ვერ ხედავს.

პიაჟეს სენსომოტორული დონე შედგება ექვსი ქვედონისგან. სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში ჩვილი გადის პირველ ოთხ ქვედონეს.

პირველ ქვედონეზე ახალშობილი (დაბადებიდან 1 თვემდე) უპირობო რეფლექსების განმეორებითად გამოყენებით სწავლობს სამყაროს. განმეორებითი ქმედებები, როგორიცაა დაფუძნება, წოვა ან ტირილი ჩვილისთვის მიზეზ-შედეგობრივ გამოცდილებას უზრუნველყოფს. მაგ., როდესაც მშიერი ჩვილი ტირილით მიანიშნებს, რომ რაღაც სჭირდება. მომვლელს ესმის რომ ეს ტირილი შეიძლება გამოწვეული იყოს შიმშილით და უზრუნველყოფს მას საჭირო საკვებით. როდესაც ძუძუს აწვდიან, ჩვილი წყვეტს ტირილს და იწყებს წოვას რათა მიიღოს საკვები. ამ ქმედებებით ის სწავლობს, რომ ტირილის შედეგად გამოჩნდება ძუძუ, რასაც თან სდევს წოვა, რომლის შედეგია კმაყოფილება. მეორე ქვესაფეხური, პირველადი ცირკულარული რეაქცია, აღმოცენდება 1-დან 4 თვემდე ასაკში; ამ დროს ჩვილის არასისტემური ქმედებები ხდება ნებაყოფლობითი. აქ ჩვილი სამყაროს აქტიური დამკვირვებელი ხდება მაგრამ კმაყოფილების აუცილებლობა მაინც დომინირებს. მაგ., ჩვილი რომელიც ტირის, რადგან მისი საფენი სველია და გრძნობს მომვლელის ხელის შეხებას, ელოდება, რომ გამოუცვლიან. აქედან სწავლობს ტირილს სველი პამპერსის გამო და ელოდება შედეგს, ახალ, სუფთა და მშრალ საფენს.

4 თვიდან ჩვილი, დამატებით იწყებს ხელ-თვალის კოორდინაციის განვითარებას და ინტერესდება ახლო გარემოთი. ხმები, როგორიცაა ღუღუნი, სიცილი ან მომვლელის ჟესტები რომელსაც ხედავს, უბიძგებს იმიტაციისკენ. როდესაც საგანი ნაცნობი ხდება, ჩვილი უყურებს და აკვირდება მას, მაგ., ჩხარუნა სათამაშო, რომელიც მისი მხედველობის არეშია. თუმცა საგნის მუდმივად აღქმა ჯერ არ აქვს, რადგანაც როდესაც საგანს მოაცილებენ, აღარ ეძებს. ამ ასაკის ჩვილისთვის საგნები „მხედველობის არიდან მოცილებულია, ნიშნავს, რომ გონებიდანაც მოცილებულია“ „out of sight, out of mind“.

4-8 თვეებს შორის ჩვილი პროგრესირებს მესამე ქვესაფეხურზე (მეორეული ცირკულარული რეაქცია), რომელიც ხასიათდება გარემოს შესახებ მისი ცოდნის გაღრმავებით, ქმედებებში ნებაყოფლობითა და დახელოვნებით. ასევე ამ ეტაპზე აშკარა ხდება

თამაშის კონცეფცია (სურათი 3–10). ამ დროს ჩვილის ქცევა უფრო მიზანმიმართულია და არაა მხოლოდ სიამოვნებისკენ მიმართული. ჩვილი სწავლობს, საინტერესო სანახაობების შექმნას განმეორებითი ქცევებით და ფოკუსირებას ქცევების ეფექტზე იწყებს. მაგ., ჩვილი განმეორებით აგდებს სათამაშოს, რომ წარმოქმნას ხმაური.



სურათი 3-10. ამ ასაკის ბავშვს შეუძლია გაიხსენოს სად იდო და მოძებნოს სათამაშო

მაშინ, როდესაც ჩვილი ურთიერთობს ნაცნობ საგანთან და ის უცებ ქრება თვალსაწიერიდან, ჩვილი იწყებს მის ძებნას. საგნის მუდმივობის სხვა მაგალითია, როდესაც ჩვილი ხდება უცნაურად გაღიზიანებული, სხვა მომვლელთან დატოვებისას. იგი აქტიურად ეძებს ძიძას და იწყებს ტირილს თუ ვერ აღმოაჩენს მას.

ჩვილის ახალი, დახელოვნებული უნარები ახალი გამოცდილების მეოთხე ქვესაფეხურზე ყალიბდება (8-12თვე), მას მეორეული სქემის კოორდინაცია ეწოდება, რომელიც საშუალებას იძლევა ჩვილმა შეაერთოს მოვლენები რომ დაასრულოს და მიიღოს შედეგი. მაგ., შეუძლია ჩადოს კუბები კონტეინერში, გაიგოს მარტივი სიტყვები და მიმართვები.

საგნების მუდმივობის გამოხატულება ხდება მაშინ, როდესაც ჩვილი აქტიურად ეძებს დამალულ ნივთს. მუდმივობა თავიდანვე ნათელი ხდება, როდესაც ჩვილი იწყებს წინააღმდეგობის მოცილებას, რათა გამოაჩინოს დამალული საგანი.

ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა

სწრაფ ცვლილებასა და ადაპტირებაზე დაფუძნებული ჩვილის ჯანმრთელობა მომვლელის ყველაზე მნიშვნელოვანი საზრუნავია. ამიტომ მან უნდა იცოდეს მოსალოდნელი ზრდის ფიზიკური და ემოციური განვითარების ეტაპები ჩვილებში.

ბავშვებმა უნდა იცოდნენ

და-ძმის მეტოქეობა:
– მე მინდა დედა სულ ჩემი იყოს

ამ სიტუაციაში მნიშვნელოვანია დედისთვის, დაარწმუნოს უფროსი შვილი, რომ ის არის ყველაზე საყვარელი, მაგრამ აუხსნას, რომ ასევე უნდა დაუთმოს დრო ჩვილს. უფროს და – ძმას უნდა მიეცეს საშულება და უნდა წახალისდეს რომ მიღოს მონაწილეობა ჩვილის მოვლაში, მაგრამ ასევე მნიშვნელოვანია რომ მშობლებმა აქტიურად დაუთმონ დრო უფროს ბავშვს, მაშინაც კი როდესაც ჩვილიც იმავე გარემოშია, ხატვით, წიგნის წაკითხვით, ან სასეირნოთ წასვლით.

როგორც სამედიცინო მუშაკებმა, მედდებმა, უნდა შეძლონ მომვლელების დახმარება ამ მოდელების გაგებაში. სწავლებით, კონსულტაციებით, ლიტერატურითა და ოჯახის კულტურული საჭიროების გაგებით, მედდას შეუძლია დაეხმაროს მომვლელსა და ოჯახის წევრებს და დაარწმუნოს ისინი ჩვილის ჯანმრთელობისა და განვითარების ოპტიმალური დონის შენარჩუნების საჭიროებაში.

ჯანმრთელობის სკრინინგი

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება მნიშვნელოვანია, რადგან ჯანმრთელობის სტატუსი განსაზღვრავს თუ როგორ შეუძლია ჩვილს ადაპტირება ზრდა-განვითარების სწრაფ ცვლილებებზე.

ჯანმრთელობის სკრინინგი საშუალებას იძლევა შეფასდეს და გამოვლინდეს ნებისმიერი პრობლემა, რომელიც შეიძლება წარმოიქმნას ჩვილ ბავშვებში. სკრინინგი მოიცავს ფენილკეტონურიის (PKU), რკინა-დეფიციტური ანემიის, ტყვიით მოწამვლისა და ჰიპოთირეოზის გამოვლინებას. ჩვილის ჯანმრთელობის სკრინინგი იწყება დაბადებისთანავე, აპგარის შკალით შეფასებისა და ფიზიკალური გასინჯვისას.

ბინაზე გაწერისთანავე ჩვილის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა და შენარჩუნება ხდება მომვლელის პასუხისმგებლობის საგანი, რომელსაც უნდა მიეცეს რეკომენდაცია, რომ ჯანმრთელობის ნებისმიერი პრობლემის შემთხვევაში მიმართოს ჯანდაცვის მუშაკს. პირველი წლის განმავლობაში კარგი განვითარების ბავშვისთვის ვიზიტების გრაფიკი არის 2 კვირა, 2, 4, 6, 9 და 12 თვე. ვიზიტი, ჩვეულებრივ, მოიცავს ჯანმრთელობის შეფასებას, ფიზიკალურ გასინჯვას, ზრდის მაჩვენებლების (წონა, სიგრძე, თავის გარშემოწერილობა) მონიტორინგს, მშობლების მოსაზრების შეფასებას, ადმინისტრირებასა და იმუნიზაციის დაგეგმვას. ცხრილზე 3-3 წარმოდგენილია შეფასების სახეები, რომელიც პირველი წლის მანძილზე უნდა ჩაუტარდეს ნორმალური განვითარების ჩვილს, ვიზიტებისას. ვიზიტებისას მომვლელს, ბუნებრივია, ექნება შეკითხვები და მოსაზრებები ჩვილის მიმდინარე საჭიროებებისა და მოვლის შესახებ. მედდა შეიძლება საჭირო იყოს ფიზიკალური განვითარების, კვების, უსაფრთხოების, იმუნიზაციისა და თამაშის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებისთვის. სახელმძღვანელოს დახმარებით მომვლელს შეუძლია უკეთ გაერკვეს ჩვილის მოთხოვნილებებსა და მოვლაში, რომელიც შეესაბამება ამ მოთხოვნილებებს.

ცხრილი 3-3. ჯანმრთელობის სკრინინგი

ვიზიტის ფაზები	1 თვე	2 თვე	4 თვე	6 თვე	9 თვე	12 თვე
შეფასება: განვითარების ფაზების, სმენის და მხედველობის, კვებითი სტატუსი	√	√	√	√	√	√
ფიზიკალური გასინჯვა	√	√	√	√	√	√
ზრდის საზომები: სიგრძე, წონა, თავის გარშემოწერილობა	√	√	√	√	√	√
იმუნიზაცია[2]						
მოსალოდნელი ხელმძღვანელობა: ჩვილის მოვლა, მოსალოდნელი ზრდა, განვითარება, უსაფრთხოება, პირის ღრუს მოვლა	√	√	√	√	√	√
შემოწმება:						
PKU	√ (თუ არ გაკეთებულა ახალშობილობისას)				√	
თიროიდული ჯირკვლის ფუნქცია	√ (თუ არ გაკეთებულა ახალშობილობისას)				√	√
ჰემატოკრიტი, ჰემოგლობინი	√ (თუ არ გაკეთებულა ახალშობილობისას)			√ (თუ არის მაღალი რისკი)	√	√
ტყვიის სკრინინგი						
მშობლის მოთხოვნით	√	√	√	√		

ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივა

ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივა (BFHI) არის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა (WHO) და გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვთა ფონდის (UNICEF) ძალისხმევა, დაეხმაროს კლინიკებს, რომ მაქსიმალურად გაზარდოს დედების მიერ ძუძუთი კვების განხორციელებაში დახმარების შესაძლებლობა.

შესაძლოა სამშობიაროს ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი დაწესებულების სტატუსი მიენიჭოს, თუ ის უარს ამბობს ქალის რძის შემცვლელი ფორმულის, ბოთლების ან საწოვარას უფასო ან დაბალფასიანი პროდუქტის მიღებაზე. ასევე უნდა დაინერგოს ძუძუთი კვების 10 წარმატებული საფეხური:

1. დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს ძუძუთი კვების პოლიტიკა, ჩამოყალიბებული წერილობითი ფორმით, რომელსაც რუტინულად გაეცნობა სამედიცინო პერსონალის სრული შემადგენლობა;

[2] იხილეთ იმუნიზაციის კალენდარი

2. სამედიცინო პერსონალს გავლილი უნდა ჰქონდეს ძუძუთი კვების სასწავლო სემინარი, რომელიც პოლიტიკის დანერგვისათვის აუცილებელი პირობაა;
3. ყველა ორსული ქალი ინფორმირებული უნდა იყოს ძუძუთი კვების პროცესის მართვის თავისებურების შესახებ;
4. აუცილებელია, მშობიარობიდან 1 საათის განმავლობაში, დედების დახმარება ძუძუთი კვების დაწყებაში;
5. უნდა მოხდეს დედების განათლება (თეორიული/პრაქტიკული) ძუძუთი კვებისა და ლაქტაციის შენარჩუნების პრინციპებზე იმ შემთხვევების გათვალისწინებით, როცა დედა და ბავშვი დაშორებული არიან ერთმანეთთან;
6. ბავშვს არ მიეცეს არანაირი საკვები ან სითხე ქალის რძისა და სამედიცინო ჩვენებით დანიშნული მედიკამენტების გარდა;
7. დედისა და ბავშვის ერთად ყოფნის პრაქტიკა. მიეცეთ ერთად ყოფნის საშუალება 24 საათის განმავლობაში;
8. ბავშვის მოთხოვნით ძუძუთი კვების ხელშეწყობა;
9. ძუძუთი კვებაზე მყოფ ახალშობილებს არ მიეცეს საწოვარა ან სატყუარა;
10. ძუძუთი კვების მხარდამჭერი ჯგუფების ჩამოყალიბების ხელშეწყობა და დედების იქ გაგზავნა სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ.[3]

რჩევა მედდებს

ოჯახის მონაცემები

ოპტიმალური ჯანმრთელობისა და განვითარების ხელშეწყობა უფრო ეფექტური რომ იყოს, მნიშვნელოვანია ოჯახური გარემო, მათ შორის:

- ოჯახის შემადგენლობა;
- ენა, რომელზეც ოჯახში საუბრობენ;
- ძირდიდათი მომვლელის იდენტიფიცირება;
- მომვლელის ჯანმრთელობის მდგომარეობა;
- მომვლელის დასაქმების მგდომარეობა;
- მომვლელის განათლების დონე;
- მომვლელის ფინანსური მგომარეობა;
- მოიხმარს თუ არა მომვლელი ალკოჰოლს, თამბაქოს და სხვა ნივთიერებებს;
- ადეკვატურია თუ არა სახლის ზომა ოჯახის განთავსებისთვის;
- კულტურული გავლენა;
- რელიგიური კუთვნილება;
- სოციალური დახმარება ან კონფლიქტი;
- გარემოს/საზოგადოების გავლენა ოჯახზე.

[3] წყარო:The Baby-Friendly Hospital Initiative. Retrieved May 22, 2010, fromhttp://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm#10 and www.babyfriendlyusa.org

სწავლებაოჯახს

როდის უნდა დაურეკოთ თქვენს ჯანდაცვის მუშაკს?

ჩამოთვლილი ნიშნები და სიმპტომები არის ჯანდაცვის მუშაკთან მიმართვის ჩვენება:

- ცხელება 2 თვემდე, 38°C (100.4°F);
- 3-დან 6 თვემდე, 38.3°C (101°F);
- 6 თვისზემოთ, 39.4°C (103°F);
- გართულებული კვება: დაქვეითებული ინტერესი,ცუდადწოვა, გაუღვიძებლობა კვებისას;
- ღებინება;
- დაქვეითებული აქტივობა და კონტაქტურობა;
- გაურკვეველი ტირილი;
- აბნორმული მოძრაობები, სხეულის უცნაური კრთომები;
- უცნაური კანის ფერი: მკრთალი ან აჭრელებული, მოლურჯო ფერი ტუჩების ირგვლივ;
- სველი პამპერსების გამოცვლის სიხშირის მატება;
- დეჰიდრატაციის ნიშნები: ცრემლის არქონა, შარდვის შემცირება, მშრალი ლორწოვანი კანი.

იმუნიზაცია

ბავშვებისთვის რეკომენდებული იმუნიზაციის გრაფიკი წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ დანართში.

ვაქცინა	დაბადებისას	2 თვე	3 თვე	4 თვე	12 თვე	18 თვე	5 წელი	14 წელი და ზევით	შენიშვნა
ტუბერკულოზი BCG									აცრა ტარდება დაბადებიდან მე-2-5 დღეს;
პოლიომელიტი ოპვ(OPV)									ტარდება DPT ან DT აცრასთან ერთად
დიფტერია/ყივანახველა /ტეტანუსი დყტ (DPT)									ტარდება opv (OPV) აცრასთან ერთად
წითელა – Measles (M)									ვაქცინაცია ტარდება ყბაყურის აცრასთან ერთად. რევაქცინაცია ტარდება ოპვ5, DT აცრებთან ერთად
წითელა/წითურა/ ყბაყურა (წწყ; MMR)									ვაქცინაციის დაწყება სახელმწიფო პროგრამით გამოცხადდება სამინისტროს გადაწყვეტილებით
წითურა/ყბაყურა წწ (MR)									ვაქცინაციის დაწყება სახელმწიფო პროგრამით გამოცხადდება სამინისტროს გადაწყვეტილებით
ყბაყურა (Mumps)									ტარდება წითელას აცრასთან ერთად.
დიფტერია/ტეტანუსი დტ (DT)									ტარდება opv5 აცრასთან ერთად
ტეტანუსი/დიფტერია ტდ (Td)									შემდეგ ყოველ მე-10 წელს 55 წლამდე, დაწყება სახელმწიფო პროგრამით გამოცხადდება სამინისტროს გადაწყვეტილებით
ვირუსული ჰეპატიტი (B – HB)									* I აცრა ტარდება დაბადებიდან 12 საათის განმავლობაში. II და III აცრა ტარდება DPT1, 3-OPV1,3 აცრებთან ერთად

დანართი.

ნებისმიერი აცრის წინ მედდამ უნდა შეამოწმოს და შეაფასოს იმუნიზაციის ჩატარების უკუჩვენებები. იმუნიზაცია არ არის უკუნაჩვენები ისეთი მსუბუქი დაავადებების დროს, როგორიცაა ალერგიული რინიტი, მსუბუქი დიარეა, მსუბუქი რესპირატორულ-ვირუსული ინფექცია. მედდამ ასევე უნდა წარმოუდგინოს მომვლელს ინფორმაცია იმუნიზაციის რისკებსა და სარგებელზე და უპასუხოს მათ კითხვებს. მომვლელმა უნდა მიიღოს ინფორმაცია შესაძლო რეაქციებზე, რომელიც შიძლება ჩვილის იმუნიზაციის შემდგომ ჰქონდეს.

მხედველობა

მხედველობის სისტემა დაბადებისას სრულად არ არის განვითარებული, მაგრამ კვლევებმა აჩვენა, რომ ახალ დაბადებულსაც კი აქვს სრული მხედველობითი სიმკვეთრე 20/100-დან – 20/200-მდე. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ მხედველობის პრობლემა გამოვლინდეს ადრეულ ასაკში, რათა თავიდან ავიცილოთ მნიშვნელოვანი მოტორული ჩამორჩენა, რადგანაც ვიზუალური და აუდიტორული შესაძლებლობები გავლენას ახდენს გარემოს აღქმაზე. ვიზუალური განვითარების გასაძლიერებლად აუცილებელია, მრავლობითი სტიმულების შეტანა ჩვილის ცხოვრებაში.

მხედველობის განვითარებაზე მიუთითებს ჩვილის შესაძლებლობა, მხედველობის არეალში მდებარე სინათლეს ან საგანს თვალი გააყოლოს და შეწყვიტოს ცქერა საგნის მოძრაობის გაჩერებისთანავე. (სურათი3-11).



სურათი 3-11. 2 თვის ასაკში ბავშვმა შეიძლება თვალი გააყოლოს საგანს, რომელიც მისი მხედველობის არეალში მოხვდება

ჩვილის მხედველობის განვითარება ვლინდება შესაძლებლობით, თვალი გააყოლოს სინათლეს, ან რაიმე საგანს, რომელიც მისი მხედველობის არეალში მოხვდება. 6 თვისათვის ჩვილს უკვე შეუძლია განასხვავოს ნაცნობი სახეები და გაღიზიანდეს უცნობზე. როგორც კი ვიზუალური აქტივობები უმჯობესდება და მოტორული ჩვევები ვითარდება, ჩვილი იწყებს რეაგირებას ფერებზე და ფორმებზე გარემოში; ადგილი აქვს კონტრასტული ფერების უპირატესობას, როგორიცაა შავი და თეთრი, განსაკუთრებით ჭადრაკის დაფა და ნივთი კუთხეებით. 1 წლისათვის როგორც ახლო, ისე შორს მხედვე-

ლობა არის კარგი (20/50დიამეტრი); ადგილი აქვს ფოკუსირების უნარს და ბავშვს შეუძლია სიღრმისეული აღქმა, მას შეუძლია განასხვავოს მარტივი გეომეტრიული ფორმები, დაჩხაპნოს ფანქრით სურათები. ნებისმიერი მომვლელის შეშფოთება ვიზუალურ პასუხზე და თვალებით კონტაქტის სიმცირეზე ჩვილებში შეიძლება იყოს ვიზუალური ან სხვა პრობლემის მაჩვენებელი, რომელმაც აუცილებლად შემდგომი შეფასება უნდა მიიღოს. როგორც კი საგანთან მიახლოვებისა და ხელში აღების ჩვევები ვითარდება, შესაძლებელი ხდება 3 წლის ბავშვის მხედველობის შეფასება, რომელიც უნდა მოვახდინოთ თამაშისას, რადგანაც შესაძლებლობა ადვილად იპოვოს და აიღოს მცირე ზომის სათამაშოები არის კარგი ინდიკატორი. თუ ვიზუალური განვითარების ეტაპები მუდმივად არ არის წარმოდგენილი, ჩვილი უნდა გაიგზავნოს შემდგომი შეფასებისთვის.

სმენა

აუდიტორიის სტიმულაციაზე ჩვილის პასუხის ინტენსივობა შეიძლება მის სიფხიზლეზე იყოს დამოკიდებული. ადამიანის ხმა არის მნიშვნელოვანი და ადვილად ხელმისაწვდომი აუდიტორიის სტიმულატორი და ჩვილი უპირატესობას ანიჭებს ადამიანის ხმას, ვიდრე სხვა ხმებს გარემოდან. ჩვილი ასევე კარგად რეაგირებს მუსიკალურ სათამაშოებზე, რომელიც ქმნის სხვადსხვა ხმებს.(სურათი 3-12).



სურათი 3-12. 2 თვის ასაკის ჩვილი ლოკალიზებას უკეთებს ხმებს

სმენის პრობლემა უნდა იყოს შემჩნეული ადრეულ ასაკში, რომ თავიდან ავიცილოთ მეტყველების განვითარების მნიშვნელოვანი შეფერხება. ჩვილის განვითარებაზე ასევე ღრმა გავლენას ახდენს მხედველობის და სმენის დეფიციტი. ბავშვებს, რომლებსაც აქვთ სმენის დაქვეითება და ჰქონდათ სმენის უნივერსალური სკრინინგის შედეგი ახალშობილობისას, აქვთ მნიშვნელოვნად უკეთესი მეტყველებითი გამოსავალი სკოლაში, ვიდრე მათ რომლებიც არ იყვნენ სკრინირებული. სკრინინგით გამოვლენილი და იდენტიფიცირებული სმენით პრობლემური ჩვილების სამკურნალოდ გაგზავნა უფრო ადრე ხდება, ვიდრე სხვა გზებით გამოვლენილისა. ამიტომ, მნიშვნელოვანია, რომ ჩვილების სმენა და მხედველობა შეფასდეს რეგულარულად.

ოჯახის სწავლება

იმუნიზაციის შემდგომი მოვლა ბინაზე

ყველაზე ხშირი რეაქცია, ჩვეულებრივ გასტანს, 1-2 დღე:

- გაღიზიანება;
- მადის მცირედით დაკარგვა;
- ცხელება 38.3°C(101°F);
- სიწითლე, შეშუპება, მტკივნეულობა ინექციის ადგილას შეხებისას.

რეაქციაზე ზოგადი მკურნალობა:

- აცეტამინოფენი ყოველ 4-6 სთ-ში სამი დოზა სულ;
- იმუნიზაციის სპეციფიური რეაქცია:
- დიფტერია, ტეტანუსი, ყივანახველა (DTaP) – დაბალი ცხელება სიწითლითა და შეშუპებით, ტკივილი ინექციის ადგილას შეხებისას;
- ინაქტივირებული პოლიო ვაქცინა (IPV) – მგრძნობელობა შეხებისას ინექციის ადგილას;
- ჰეპატიტი B (hep B)—გაღიზიანება და სიწითლე, შეშუპება და მგრძნობელობა შეხებისას ინექციის ადგილას;
- წითელა, ყბაყურა, წითურა (MMR)—მსუბუქი გამონაყარი, დაბალი სიცხე, ძილიანობა იწყება იმუნიზაციიდან მე-7-10 დღეს.

<u>დაუკავშირდით ჯანდაცვის მუშაკს ზემოთ ჩამოთვლილი ნებისმიერი სიმპტომის გამოვლენის შემთხვევაში, თუ საშუალო რეაქცია გრძელდება 2 დღეზე მეტხანს.</u>

მედდის სიფხიზლე
ჩვილის საქციელი მხედველობის პრობლემის გამო

- თვალის ხამხამის არქონა;
- თოჯინის თვალის რეფლექსის არქონა(თავის მოძრაობა მარცხნივ ან მარჯვნივ, თვალი რჩება უკან და მაშინვე არ ცვლის პოზიციას, ჩვილის ფოკუსირების უნარი ქრება);
- არ ადევნებს თვალს საგანს 1 თვის ასაკში;
- არ აფიქსირებს საგანს 3-დან 4 თვის ასაკში;
- არ უყურებს თავის ზედა და ქვედა კიდურებს 4 თვის ასაკში;
- არ იწევს საგნებისკენ 5 თვის ასაკში.

მედდის რჩევა

მშობლების შეშფოთება ჩვილების სმენასა და მხედველობაზე

მომვლელი მუდმივ კავშირშია ჩვილთან და როგორც წესი პირველი ამჩნევს თუ რამე არ არის სწორად სმენაში ან მხედველობაში. გაფრთხილდით, ნებისმიერი პრობლემის გამოხატვისას, ჩვილის დაქვეითებული პასუხისას, ან მხედველობასთან, ან სმენასთან ასოცირებულ რომელიმე ეტაპის მიუღწევლობასთან.

მედდის სიფხიზლე

სმენის პრობლემის მქონე ჩვილის საქციელი

- არ რეაგირებს ხმაურზე (შეშფოთების რეფლექსის ან თვალების ხამხამისსიმცირე);
- ძილის დროს ხმაურზე არ იღვიძებს,ხმაურის დროს გაღვიძების არქონა;
- არ ღუღუნებს 3 თვის ასაკში;
- თავს არ აბრუნებს ხმაურისკენ 6 თვის ასაკში;
- ზოგადი ინდიფერენტულობა ხმაურის მიმართ;
- წარმოთქმულ სიტყვაზე პასუხის გაუცემლობა.

სტომატოლოგიური მოვლა

კბილების განვითარება და ამოჭრა დამოკიდებულია გენეტიკაზე, სქესზე, რასაზე და ზრდის ინტენსივობაზე. **სარძევე კბილები,** ასევე ეწოდება პირველი, ანუ ჩვილი კბილი, რომელიც ამოჭრის პირველი. ამოჭრა ინდივიდუალურია ბავშვებში, მაგრამ ჩვეულებრივ იწყება 3-4 თვის ასაკში, პირველი კბილი როგორც წესი არის ქვედა ცენტრალური მჭრელი, რომელსაც მოჰყვება ზედა ცენტრალური მჭრელები დაახლოებით 4-8 კვირაში. (სურათი3-13).



სურათი 3-13. ბავშვის თანკბილვა

კარგი სტომატოლოგიური ჰიგიენა და მოვლა ორსულობამდე იწყება. დედის კვება ორსულობამდე და ორსულობისას, ისე როგორც ძუძუთი კვება მნიშვნელოვანია ჯანმრთელი კბილებისთვის, ჩვილობისა და ბავშვობის ასაკში. ამერიკის პედიატრიის აკადემიის პედიატრიული სტომატოლოგიისა და პირის ღრუს ჯანმრთელობის განყოფილებამ-

ბავშვების პირის ღრუს ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად, განსაკუთრებით კარიესის რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვების სამეცნიერო მტკიცებულების პოლიტიკა შეიმუშავა. პოლიტიკა ხაზს უსვამს ჯანსაღი კვების პრაქტიკას. კარიესის რისკის შესამცირებლად და სწორ განვითარებაში დასარწმუნებლად მშობელს ეძლევა რეკომენდაცია: შეძლებისდაგვარად ჩვილის ძუძუთი კვება სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში, ჩვილის დაძინებისთანავე ძუძუს გამოღება მძინარე ბავშვის პირიდან და კვების შემდეგ და ძილის წინ ღრძილებისა და კბილების გაწმენდა. რეკომენდებულია კვების დროს შაქრის შემცველი სითხეებისა და საკვების შეზღუდვა.

ფტორი არის ფართოდ გავრცელებული ბუნებრივი ელემენტი, რომელიც იწვევს კარიესის შემცირებას. ფტორი ამცირებს მინანქრის დემინერალიზაციას და ხელს უწყობს რემინერალიზაციას. უნდა დავრწმუნდეთ, რომ ცხოვრების პირველი 12 თვის მანძილზე ის ჩვილები, რომლებიც იღებენ კვების უმეტეს ნაწილს ბავშვის ფორმულით, არ იღებენ ფტორის გადაჭარბებულ რაოდენობას. დენტალური ფლუოროზისრისკის და ფტორის მიღებით დემონსტრირებული სარგებლის სიმცირის გამო, ვიდრე კბილები ამოჭრის AAPD იძლევა რეკომენდაციას რომ ჩვილებს 12 თვემდე არ უნდა მივცეთ ფტორირებური წყალი და ჩვილებს 6 თვემდე ფტორის წვეთები. ბოლო რეკომენდაციით შესაძლებელია ბავშვებს 6 თვიდან 3 წლამდე მივცეთ 0,25მგ ფტორი, თუ წყალი შეიცავს 0.3 ppm-ზე (parts per million) ნაკლებ ფტორს, ცხრილ3-4-ზე დაყრდნობით. თუ არ იციან არსებული მდგომარეობის შესახებ მშობლებს შეუძლიათ სამინისტროში მოიპოვონ ინფორმაცია წყალში ფტორის შემცველობის შესახებ.

დენტალური კარიესი ასევე შეიძლება განვითარდეს მათთან, ვინც ხშირად ან გახანგრძლივებულად იღებს შაქარს რძის, ფორმულის ან წვენის სახით. შაქარი ხანგრძლივად რჩება კბილების მინანქარზე რაც ბაქტერიებს გამრავლების კარგ საშუალებას აძლევს. ამ სახის კარიესს ეწოდება ადრეული ჩვილობის კარიესი და ჩვეულებრივ ხშირია იმ ჩვილებში რომლებიც იღებენ ფორმულას ბოთლით ან წვენს ძილის დროს. პრობლემა ასევე აღმოცენდება, როდესაც ბავშვს საშუალება აქვს ძუძუთი იკვებოს ხანგძლივი პერიოდის მანძილზე, განსაკუთრებით როცა სძინავს ან მშობლები დაძინებამდე აძლევენ ფორმულას (სურათი 3-14).



სურათი 3-14. ბავშვის სარძევე კბილების კარიესი

დენტალური ჰიგიენა ასევე მოიცავს სტომატოლოგის რუტინულ ვიზიტებს. სტომატოლოგების უმრავლესობის რეკომენდაციით პირველი ვიზიტი პირველი კბილის ამოჭრიდან პირველ დაბადების დღემდე უნდა განხორციელდეს. საწყისი ვიზიტი უნდა მოიცავ-

დეს დისკუსიას მშობლებთან, თუ როგორ უნდა მოუარონ პირის ღრუს და როგორ უნდა მოხდეს ფტორის ადეკვატური გამოყენება.

ფაქტებზე დაფუძნებული პრაქტიკა

ჩვილების პირის ღრუს ჯანმრთელობა

კლინიკური პრობლემები

ყველაზე ხშირი ქრონიკული დაავადება პატარა ბავშვებში არის კბილის კარიესი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს კბილის ამოჭრისთანავე. დენტალური კარიესი ინფექციურ-ბაქტერიული დაავადებაა, კბილის ყველაზე ხშირად გამოწვეული სტრეპტოკოკური მუტანტით, იწვევს შაქრის (მონოსახარიდები, დისახარიდები) მეტაბოლიზმს მჟავის წარმოქმნით, რომელიც იწვევს კბილების დემინერალიზაციას და კარიესს.

კლინიკური პრაქტიკა

- „ჩვილის ბოთლისმიერი კბილების კარიესი“ ან „მედდის კარიესი“ არის მულტიფაქტორული დაავადება გამოწვეული ბოთლის არასწორი და გახანგრძლივებული გამოყენებით. კარიესი შედეგია, როდესაც შაქრის მოხმარება ხდება სტრეპტოკოკური აგენტების არსებობისას;
- კბილის კარიესი(რომელიც 5-ჯერ ხშირია ვიდრე ასთმა) შეიძლება თავიდან ავიცილოთ;
- ბავშვების უმეტესობა სტომატოლოგიურ მომსახურეობას 3 წლამდე არ იღებს;
- პირის ღრუს პრობლემის მოგვარება ჯანმრთელი ბავშვის ვიზიტის დროს მარტივად შესაძლებელია.

მოვლაში ჩართულობა

- ასწავლეთ მშობლებს პირის ღრუს კარგი ჰიგიენის მნიშვნელობა;
- ასწავლეთ მშობლებს, რომ არ შეეხონ ჩვილის ბოთლს;
- ასწავლეთ მშობლებს, რომ თითების პირში ჩადების პერიოდში, საკვები რომელიც შეიცავს შაქარს უნდა იყოს ლიმიტირებული საკვების მიღებისას და „ცოხნა“ უნდა ავიცილოთ თავიდან, რეგულარული მოდელის დაარსებით ჭამის და წახემსების დროს;
- წაახალისეთ მშობლები, რომ შეუზღუდონ ბავშვებს ტკბილი სასმელები, მათ შორის ხილის წვენი;
- განზავებული ხილის წვენი, ნახევარი წყალი და ნახევარი წვენი ეხმარება კარიესის პრევენციას;
- წაახალისეთ მშობლები, რომ მისცენ ბავშვებს ფტორი, თუ სასმელი წყალი არ შეიცავს მას(0.6 ppm);
- წაახალისეთ მშობლები, რომ გაუხეხონ კბილები ბავშვებს 6 თვის შემდეგ, პატარა რბილი ჯაგრისით და კბილის პასტით (ზომით ბრინჯის მარცვალი) რომელიც არ შეიცავს ფტორს, და მოახდინონ ფოკუსირება კბილებსა და ღრძილებს შორის კავშირის ადგილზე;
- ყველა ბავშვმა უნდა მიიღოს სტომატოლოგის კონსულტაცია 12 თვის ასაკისთვის (ან ადრე თუ საჭიროებაა) განსაკუთრებით თუ არსებობს კარიესის რისკი (დედაა მრავლობითი ღრმულებით, მინანქრის დეფექტით, დიდი რაოდენობით შაქარს იღებდა ორსულობისას. დაბალია ეკონომიკური სტატუსი, საჭიროებს სპეციალურ ჯანდაცვას, არაადეკვატურია სტომატოლოგიური მომსახურეობა).

მედდის რჩევა

სარძევე კბილების შეფასება დაკავშირებული ბავშვთა ასაკთან.

მომვლელები, ჩვეულებრივ, შფოთავენ თუ რამდენი კბილი უნდა ჰქონდეს მათ ბავშვს კონკრეტულ ასაკში. რადგანაც თითოეულ ბავშვს აქვს კბილების განსხვავებული რაოდენობა, შემდეგი ფორმულა გამოიყენება მრავალი კლინიცისტის მიერ, როგორც სახელმძღვანელო, რომ განისაზღვროს თუ რა რაოდენობით კბილი უნდა ჰქონდეს მოცემულ ასაკში ბავშვს.

ბავშვის ასაკს თვეებში რომ გამოვაკლოთ ექვსი მივიღებთ კბილების იმ რაოდენობას, რომელიც უნდა ჰქონდეს მოცემული ასაკის ბავშვს.
მაგ., 12 თვის ბავშვს უნდა ჰქონდეს 6 კბილი.

ოჯახის სწავლება

დაამშვიდეთ შეშუპებული რბილი ღრძილები;
შეშუპებული, წითელი ღრძილების დასამშვიდებლად სცადეთ:

- კბილების გაყინული რგოლი;
- ყინულის კუბი პირსაწმენდში;
- ორცხობილა, ტოსტი ან კბილების ნამცხვარი;
- მყარი რეზინის სათამაშო;
- აღგზნებისას ან დაბალი სიცხის დროს აცეტამინოფენი რეკომენდებული დოზით.

კბილების ამოჭრა

ჩვილობის განმავლობაში, სარძევე კბილების ამოჭრის პერიოდს ეწოდება teething– კბილების ამოჭრა და გრძელდება რამდენიმე თვე. ამოჭრის განმავლობაში პერიოდონტალური მემბრანა ხდება მსუბუქად შეშუპებული, წითელი, მგრძნობიარე. ჩვილს შეიძლება ჰქონდეს მომატებული ნერწყვდენა და მოუსვენრობა, მსუბუქი ანორექსია და კბენის მომატებული სურვილი. დაბალი სიცხე ასევე შეიძლება თან ახლდეს კბილის ამოჭრას. ოჯახის სწავლების ცხრილი შეიცავს მრავალ მექანიზმს, როგორ დავამშვიდოთ ჩვილი კბილების ამოჭრის განმავლობაში.

კვება

რადგანაც ჩვილის გამოცდილება სწრაფად იცვლება ზრდა-განვითარებასთან ერთად შედარებით მოკლე დროში, კარგი ფუნდამენტური კვება აუცილებელია. ჩვილის კვებით მოთხოვნილებაზე პასუხისმგებლობა ეხება მომვლელს, საჭიროება ჩვეულებრივ ფასდება რუტინული შეფასებისას ან როდესაც მომვლელს აქვს რაიმე ჩივილი. მედდამ ზრდა-განვითარების შეფასებისას უნდა განიხილოს ბავშვის კვების პრაქტიკა. სიცოცხლის პირველ თვეებში ბავშვი იკვებება ან დედის რძით ან ფორმულით ან ორივეთი ერთად. ორივე დედის რძეცა და ფორმულაც საკვებად კარგია და მოსანელებლად ადვილი. ორივე უზრუნველყოფს 20კალორიას/30მლ. ჩვილის საკვები მოთხოვნილება დაფუძნებულია ფიზიკურ აქტივობებზე და სიცოცხლისათვის საჭირო ზრდის ტემპზე. პირველ თვეზე ენერგეტიკული მოთხოვნილებაა 110-115 კალ/კგ/დღეში, 6–12 თვიდან ის ნელ-ნელა მცირდება 85–95 კალ/კგ/დღეში, რადგანაც ჩვილის მეტაბოლური მოთხოვნილება მცირდება ზრდის შენელების გამო. ჩვილს დამატებით უნდა ჰქონდეს ენერგიის ხარჯვაზე დაფუძნებული სითხის დღიური, ადეკვატური მოთხოვნილება. სითხის მოთხოვნილებაა 80–150 მლ/კგ/დღე ახალშობილობის პერიოდში და 120–135 მლ/კგ/დღე 1 წლამდე (სურათი 3-15).



სურათი 3-15. ჩვილი ბოთლით იკვებება;
კვების შესაბამისი მოთხოვნების უზრუნველყოფის ერთ-ერთი მეთოდი

მყარი საკვები

ამერიკის პედიატრიის აკადემია რეკომენდაციას უწევს ნახევრად მყარ საკვებს (ე.წ. ერთი სახეობის მარცვლეულსა და ვაშლის პიურეს). როდესაც ჩვილი დახმარებით ზის კარგად, ენის გამოყოფა (extrusion reflex) შემცირებულია, და ჩვილის შიმშილი არ არის დაკმაყოფილებული ბოთლით ჭამის შემდეგ. ეს უკანასკნელი, ჩვეულებრივ, 4-დან 6 თვემდე ასაკში აღმოცენდება. საჭირო დრომდე მყარი საკვების მიცემა იწვევს ალერგიას, კალორიების გაზრდის შედეგად წონის გადამეტებას და დახრჩობის საშიშროებას. როდის უნდა მიეცეს ჩვილს მყარი საკვები, უნდა გადაწყდეს ინდივიდუალურად, ჯანდაცვის მუშაკთან კონსულტაციის შემდგომ. კვებასთან დაკავშირებული ჩვევები მოწოდებულია ცხრილში 3-5.

ცხრილი 3-5. კვებასთან დაკავშირებული ჩვევები

ასაკი	**ჩვევა**
ახალშობილი	მარტივი რეფლექსები რომელიც ხელს უწყობს კვებას;
2 თვე	შიმშილით გამოწვეული ტირილი ახდენს კვებითი ურთიერთობის ინიცირებას;

2-4 თვე	უფრო აქტიურია და ინტერაქტიური ჭამის დროს, უვითარდება უნარი დაელოდოს საკვებს ასოცირებულს მომვლელის სუნთან. ხელის პირში ჩადება აწყნარებს;
4–6 თვე	მზადაა მყარი საკვების მისაღებად.კარგად აკონტროლებს სხეულსა და თავს. უახლოვდება საგნებს, ენის წოვის რეფლექსი იკარგება თანდათან;
6–8 თვე	ზის დამოუკიდებლად, მარტო, თავი უჭირავს მყარად კვებისას, ღეჭვის მექანიზმი ვითარდება, იჭერს ბოთლს, გამოსცემს ხმებს როდესაც უმზადებენ საჭმელს, უფრო აქტიურია ჭამის დროს;
8–10 თვე	საჭმელს თითებით ჭამს, ცდილობს დაიჭიროს კოვზი მაგრამ ეფექტურად ვერ იყენებს მას, სიამოვნებს ახალი გემო, ჩნდება დამოუკიდებლობა;
10–12 თვე	იზრდება სურვილი იკვებოს დამოუკიდებლად, აიღოს ორი თითით, დაიჭიროს ჭიქა, მაგრამ უმეტესად ეღვრება შიგთავსი, ვლინდება უფრო მეტი ვერბარული და მოტორული ქცევები ჭამისას.

რჩევები მედდას

კალორიული და სითხის მოთხოვნილების კალკულაცია ჩვილებისათვის:

ჩვილისწონა = 4.5კგ; ფორმულა = 20 კალო/30მლ(მიუხედავად ამისა ვარირებს ჩვილის ასაკის, სქესის და ინდივიდუალური მოთხოვნილებების/გარემოებასთან კავშირში);

1. საჭირო კალორია – 115 კალ/კგ/დღეში;

115 კალ × 4.5 კგ= 495 კალ/დღეში;

საჭირო ფორმულის რაოდენობა დღეში:

495 კალ × 20 კალ/30მლ = 740 მლ.

2. საჭიროსითხე: 1-დან 1.5 მლ/კალ/დღეში;

495 კალ × 1 მლ= 495მლ/დღეში;

495 კალ × 1.5 მლ= 745 მლ/დღეში.

რჩევები მედდას

მარილისა და შაქრის შემცველობა კომერციულად დამზადებულ საკვებში

მომვლელი გაფრთხილებული უნდა იქნას კომერციულად მომზადებულ საკვებში მარილის და შაქრის შემცველობასთან დაკავშირებით. ზედმეტმა შაქარმა შესაძლებელია გამოიწვიოს გადამეტებული კალორიული მოხმარება. მარილმა კი ექსტრავასკულარული სითხის გაზრდა და სისხლის წნევის მცირედით მომატება. შესაბამისად, მარილიანი და ტკბილი პროდუქტების გამოყენება ჩვილების კვებისას მაქსიმალურად უნდა ავიცილოთ თავიდან.

მომვლელმა შესაძლებელია გამოხატოს შეშფოთება დიეტაში მყარი საკვების დამატების თანმიმდევრობის შესახებ. ჩვეულებრივ, პირველი საკვები არის რკინით გამყარებული ბრინჯის მარცვლეული, რადგანაც ის არის ადვილად მოსანელებელი და ნაკლებად იწვევს ალერგიას. მარცვლეული შეიძლება შეერიოს ფორმულას ან დედის რძეს, და მოგვიანებით ხილს ან წვენს. რადგანაც ჩვილს ესაჭიროება რკინა, მედდამ უნდა გაამახვილოს ყურადღება რკინით გამყარებული მარცვლეულის უპირატესობაზე ჩვილობის პერიოდში. ხილი და ბოსტნეული არის საკვები, რომელიც უნდა იყოს წარმოდგენილი; თითო საკვები თითო ჯერზე. წაახალისეთ მომვლელი, დაიწყოს ბოსტნეულით, რადგანაც ზოგიერთი ჩვილი ეჩვევა ხილის ტკბილ გემოს. 8-10 თვის ასაკისათვის ჩვილს ხილისა და ბოსტნეულის უმეტესობა უნდა ჰქონდეს გასინჯული და ხორცი დამატებული უნდა იყოს საკვებში. ხილის წვენი არის C ვიტამინის კარგი წყარო, რომელიც ხელს უწყობს რკინის აბსორბციას მარცვლეულიდან. იგი შეთავაზებული უნდა იქნეს იმავე პერიოდში რომელშიც ხილი. კულტურულივარიაციებიდან გამომდინარე მედდისთვის მნიშვნელოვანია, რომ იკითხოს რას ჭამს ჩვილი და სასურველია კულტურისთვის მისაღები კარგი კვებითი ჩვევების შენარჩუნება. პოტენციური ალერგიული რეაქციების გამო, ჩვილები პირველ წელს უნდა მოარიდონ საკვებს, რომელიც ოჯახის სწავლების ცხრილშია ჩამოთვლილი. როდესაც ჩვილი ზის მყარად, შესაძლებელია სასმელი ჭიქიდანაც მივცეთ, ოღონდ ჩვენი დახმარებით. თითების როგორც საკვების დამხმარის დანერგვა შესაძლებელია პირველი წლის მეორე ნახევარიდან, როდესაც თითებით საგნების აღება ვითარდება, კბილები ამოჭრის და ხელ-თვალის კოორდინაცია უმჯობესდება.

ცხრილი 3-6 წარმოადგენს მყარ საკვებს. მომვლელთან მყარი საკვების მისაღებად ჩვილის მზაობის განხილვისას მედდამ ხაზი უნდა გაუსვას დამოუკიდებლად კვების მნიშვნელობას. ჩვილს უნდა მიეცეს შესაძლებლობა შეისწავლოს საკვების ტექსტურა, ფერი, სუნი, გემო. მომვლელმა უნდა იცოდეს, რომ დამოუკიდებლობას მოსდევს არეულობა.

ცხრილი 3-6. სახელმძღვანელო მყარი საკვების წარსადგენად

ასაკი	**საკვები**	**სიხშირე (ჯერადობა)**
4–6 თვე	მარცვლეული;	2 ჯერ დღეში;
6–8 თვე	ბოსტნეული;	2 ჯერ დღეში;
8–10 თვე	ხილი;	1 ჯერ დღეში;
9–12 თვე	წვენები;	1 ჯერ დღეში (მცირე რაოდენობა);
10–12 თვე	ხორცი;	1 ჯერ დღეში;
10–12 თვე	ხელით საკვები;	მთელიდღე;
	კვერცხის გული;	1 ჯერ დღეში;
	ჩვეულებრივიწყალი.	საჭიროებისამებრ.

სწავლება ოჯახს

ჩვილების მყარი საკვებით კვება

აუცილებელია, ჩვილის თხიერი საკვებიდან მყარ საკვებზე გადაყვანისას მყარი საკვების ჭამის ახალი უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბება (ღეჭვა და ყლაპვა) წოვის ნაცვლად.

- ყოველი ერთი ახალი საკვების მიცემა 4 დღიანი ინტერვალით, საშუალებას აძლევს ჩვილს მოახდინოს აუტანლობის იდენტიფიცირება და შეეგუოს ახალ საკვებს;
- მყარი საკვები მიეცით კოვზით. მოათავსეთ მცირე რაოდენობის მყარი საკვები ჩვილისთვის შესაბამის კოვზზე და მოათავსეთ მისი პირის შუახაზზე, ეს საშუალებას აძლევს ჩვილს შეამციროს ენის ექსკურსიის რეფლექსი და შეეგუოს ღეჭვისა და ყლაპვის ახალ ჩვევებს;
- მიეცით მყარი საკვები მაშინ, როდესაც მშიერია და შემდეგ დაამატეთ დედის რძე ან ფორმულა. ეს ამხნევებს ჩვილს ჭამოს მყარი საკვები და შემდეგ დანაყრდეს სითხით;
- თანდათანობით გაზარდეთ მყარი საკვების რაოდენობა 120 მლ-მდე თითო ჭამაზე. როდესაც მყარი საკვების მიღება მიიღწევა შეუმცირეთ დედის რძე ან ფორმულა 720 მლ-მდე 12 თვეზე.

სწავლება ოჯახს

საკვებისმიერი ალერგია

საკვებისმიერი ალერგია განისაზღვრება როგორც უარყოფითი იმუნური პასუხი საკვებზე და გვხვდება ბავშვების 6 %-ში, ძროხის რძეზე ალერგია ყველაზე ხშირად გვხვდება სიცოცხლის პირველ წელს და აზიანებს ჩვილების 2.2-2.8%-ს. ამიტომ ექსკლუზიური ძუძუთი კვება ჩვილების კვების უპირატეს მეთოდად რჩება, განსაკუთრებით სიცოცხლის 4-6 თვეზე.

დედის მიერ ზოგიერთი ცილის მიღების შეზღუდვა ლაქტაციისას საკვებისმიერი ალერგიის გამოვლინების უპირველესი ზომაა, განსაკუთრებით ძუძუზე მყოფ ბავშვებში. სპეციალიზირებული ფორმულების როლი, იმ ჩვილებშიც კი, რომელნიც ატიპიური დაავადების რისკ ჯგუფში არიან, რჩება გაურკვეველი.

სწავლება ოჯახს

სასარგებლო მანიშნებელი იმ ბავშვებში, რომლებიც ცდილობენ თვითონ იკვებონ

- დადგით ჩვილის საკვები მაღალისკამი იმ ადგილას, რომელიცადვილადშეიძლებაგაიწმინდოს;
- მოათავსეთ ჩვილი მაღალსკამში, და დაამაგრეთ უსაფრთხოების ქამრით;
- გამოიყენეთ პლასტმასის ფართე წინსაფარი;
- ჩააცვით ადვილად მოსაცილებელი და გასარეცხად ადვილი ტანსაცმელი.

გადაჩვევა

გადაჩვევა ეს არის პროცესი, როდესაც კვების ერთ მეთოდს ვცვლით მეორეთი, მაგ., ძუძუთი კვების ჩანაცვლება ჭიქით ან ბოთლით კვებით. გადაჩვევა შიძლება მიღწეული იქნეს ჩვილების საჭიროებით ან ხელმძღვანელობით. გადაჩვევასთან დაკავშირებული ქცევები მოიცავს ჭამას კოვზით, ბოთლის ჭერას, თავისით ჭამას. კოვზის ხელში დაჭერით კვების პროცესი მოითხოვს ღეჭვას და სურვილის შემცირებას, გაჩერდეს კვების დროს. ამერიკის პედიატრიის აკადემია ბავშვის დედის რძით კვებას მხოლოდ პირველი 6 თვის განმავლობაში უწევს რეკომენდაციას. ამის შემდეგ AAP მყარი საკვებისა

და დედის რძის კომბინაციის რეკომენდაციას იძლევა 1 წლის განმავლობაში. ზოგიერთი ექსპერტის აზრით პირველი დაბადების დღის შემდეგ საუკეთესო დროა დაიწყოს გადაჩვევა, რადგანაც ბავშვი შედარებით ადაპტირებულია ცვლილებებზე ამ ასაკში (2 წლის ბავშვი მაგ., უფრო მეტად არის მიმაგრებული ძუძუზე და ნაკლებად შეუძლია თავის დანებება). 1 წლის ბავშვი უფრო მეტ მყარ საკვებს ჭამს და აქვს დამოუკიდებლობის დიდი ინტერესი. თუ ჩვილი თავს ანებებს ძუძუს ან ფორმულას, შეიძლება რკინადეფიციტური ანემია განვითარდეს. გადასვლა ძუძუდან ბოთლზე ხშირად ასოცირებულია დედის თვით დაჯერებულობით ძუძუთი კვებაში, რომ შექმნას კომფორტი და კარგი გარემო თავისთვის და ჩვილისთვის. გადაჩვევა უნდა იყოს პროცესი, რომელშიც ძუძუთი კვებას თანდათანობით ჩაანაცვლებს ბოთლით კვება ან ბოთლით კვებას თანდათანობით ჩაანაცვლებს მყარი საკვებისა და სითხის ჭიქით მიღება.

საწოვარა

პირის სტიმულაცია ან წოვა არის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სიამოვნებისა და კმაყოფილების მიღების წყარო ჩვილებისთვის და ასევე პირველი კოორდინირებული კუნთოვანი აქტივობა. არსებობს წოვის ორი ფორმა, კვებითი და არაკვებითი. კვებითი საშუალებას აძლევს ჩვილს მიიღოს სიცოცხლისათვის აუცილებელი საკვები ან ბოთლიდან ან ძუძუთი კვებით. არაკვებითი წოვა, როგორიცაა საწოვარა, გამოიყენება სიამოვნებისა და კმაყოფილებისთვის. ის ყოველთვის აწყნარებს ჩვილებს, განსაკუთრებით მტკივნეული პროცედურებისას. მიუხედავად ამისა, საწოვარა ძალიან იშვიათად უნდა იქნეს გამოყენებული 9-12 თვის შემდეგ, რადგანაც წოვა უზრუნველყოფს ჩვილის სიამოვნებას და კმაყოფილებას.

მომვლელმა უნდა გამიჯნოს კვებითი და არაკვებითი წოვა. თუ ჩვილი გაღიზიანებულია და ტირის მომვლელი ხშირად აძლევს მატყუარას დასაწყნარებლად, ნამდვილი მიზეზის გარკვევის გარეშე. თუ ჩვილი მშიერია მატყუარა ვერ დააწყნარებს ხანგრძლივად.

მომვლელებმა იმისათვის, რომ გაიგონ რა უნდა ჩვილს, უნდა ჩაინიშნონ ჩვილის მიერ განცდილი დისტრესის დრო და გარემოება. დისტრესი შეიძლება გამოწვეული იყოს ძილის ან საკვების, ან ხელში აყვანის საჭიროებით, ან უბრალოდ მარტივად წოვის სურვილით. მომვლელმა უნდა აირჩიოს მატყუარა რომ ჩვილს სურვილი დაუკმაყოფილოს, თუმცა ჩვილმა, შესაძლოა, თითები მოწოვოს. ამ დროს ჩვილი იღებს გადაწყვეტილებას, არაკვებითი წოვის რომელი მეთოდია უფრო საყვარელი.

თუ მატყუარაა არჩეული, მომვლელმა უნდა მიიღოს შესაბამისი ინფორმაცია მატყუარაზე და მის უსაფრთხო გამოყენებაზე (იხ. მედდის გაფრთხილება). ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ მატყუარა არ არის არც ზოგადი მოვლის და არც მოთხოვნილების დაკმაყოფილების საგანი.

როდესაც მომვლელი ირჩევს მატყუარას, მისი ფორმა უნდა შეესაბამებოდეს იმ საწოვარას, რომლითაც ჩვილი ღებულობს საკვებს. ძუძუთი კვების უამრავი კონსულტანტი სიფრთხილით უყურებს მატყუარას მიცემას იმ ბავშვებისთვის, რომლებიც ძუძუთი კვებაზე არიან. თუ მატყუარას მივცემთ ძუძუთი კვების დაწყებამდე შესაძლოა, ჩვილმა აღარ დაიწყოს ძუძუთი კვება.

რჩევები ოჯახს

ხელითსაკვები

ხელით საკვების უმრავლესობა არ უნდა მივცეთ ჩვილს 6 თვის ასაკამდე. ან მანამ, სანამ ხელისა და თვალის კარგი კოორდინაციის უნარი არ ჩამოყალიბდება.

როდესაც ჩვილს ვასწავლით ხელით კვებას, საკვების ნაწილი უნდა იყოს ჩვილის ცერის ტოლი. გარდა ამისა თავი უნდა შევიკავოთ ისეთი საკვების მიცემისგან, რომელიც მაგარი, მრგვალი, გლუვი ან პატარაა, რადგანაც შეიძლება გამოიწვიოს გადაცდენა.

საკვები რომელიც უნდა ავიცილოთ:

- თხილი, ბატიბუტი, სიმინდის მთლიანი მარცვალი, ხორცის ნაჭრები (e.g., hot dogs), ჩიფსი,კენკრა, ყურძენი, ალუბალი, უმი ხილი და ბოსტნეული (მაგ., ვაშლი, სტაფილო, ნიახური);
- წებოვანი დასაღეჭი პროდუქტები (მიწისთხილის კარაქი, კარამელი, თაფლი);
- პატარა, მრგვალი, მაგარი კამფეტი (e.g., jelly beans,peppermints, butterscotch, m & ms).

მედდის გაფრთხილება

სიფრთხილე საწოვარასთან

- მოძებნეთ ერთი ნაწილისგან შემდგარი კონსტრუქცია;
- პლასტმასის გამყოფი უნდა იყოს უფრო ფართო ვიდრე პირია;
- პლასტმასის გამყოფს უნდა ჰქონდეს სავენტილაციო ხვრელი;
- შეინახეთ სუფთად;
- არასოდეს დატოვოთ მატყუარა თოკზე;
- საწოვარა არ ჩაუდოთ პირში მძინარე ჩვილს;
- დედამ არ უნდა გამოიყენოს ხელი რომ გაწმინდოს საწოვარა.

კომუნიკაცია

კომუნიკაცია საშუალებას აძლევს ჩვილს, გამოხატოს ემოცია და რაიმეს საჭიროება, რაც თავისთავად ცენტრალური ნერვული სისტემის მომწიფებასა და სოციალურ ურთიერთობას მოიცავს. ჩვილის საწყისი კომუნიკაცია გამოიხატება ტირილსა და ღიმილში, რაც მომვლელის სხვადასხვა პასუხს იწვევს. როდესაც ჩვილი ტირის, მომვლელი ცდილობს დააწყნაროს იმით რომ ელაპარაკება თბილად, ხელში უჭირავს, და ამყარებს თვალის კონტაქტს. მომვლელის რეაქცია ჩვილის ღიმილზე მოიცავს საუბარს, თამაშს, ღიმილს. 2 თვემდე ასაკის ბავშვების ღიმილი რეფლექსურია, 2 თვის შემდეგ კი (სოციალური) – რომ მიიპყროს მომვლელის ყურადღება და გამოხატოს კმაყოფილება.

ჩვილის შესაძლებლობა, ურთიერთობა დაამყაროს მეტყველების საშუალებით, მიჰყვება განსაზღვრულ კურსს. მომწიფების პროგრესი ენის შესაძლებლობებშიცაა. ჩვილობისას მისაღები ენა (უნარი გაიგოს სიტყვები) უფრო დიდია ვიდრე გამოხატვის ენა (უნარი თქვას სიტყვები). პირველი წლის ბოლოს ჩვილი ამბობს რამდენიმე სიტყვას, როგორიცაა „დედა“, „მამა“, იგებს მარტივ ბრძანებებს, როგორიცაა, ნახვამდის, არა. ჩვილობისას ენის განვითარების შეჯამება მოცემულია ცხრილში 3-7.

ცხრილი3-7. ენობრივი განვითარების მოკლე მიმოხილვა

ასაკი	გამომხატველი უნარები	შეძენილი უნარები
დაბადებიდან 2 თვე	• ტირილი; • კმაყოფილების ხმები ჭამისას; • ღუღუნი; • ვოკალიზება ნაცნობ ხმაზე;	• ხმაური იწვევს შიშის რეფლექს; • ბრუნდება და უყურებს ხმის წარმომავლობას; • უპირატესობას ანიჭებს ადამიანის ხმას;
3-6 თვე	• ვოკალიზება თამაშისა და სიამოვნების მიღებისას; • წივილი; • ხმამაღლა სიცილი; • მცირედით ტირილი; • ისეთი ხმოვანებისა და თანხმოვნების გამოყენება, რომელიც ჰგავს მა, მუ, ბა, გა, აჰ, და-ს;	• უყურებს მოლაპარაკე პირს; • გადააქვს მზერა ხმებს შორის,; • ესმის საკუთარი სახელი; • იყენებს ხმებს ყურადღების მისაქცევად;
7-9 თვე	• ხმოვნებისა და თანხმოვნების რაოდენობის გაზრდა, 2 მარცვლიანი სიტყვების გამოყენება, როგორიცაა ბაბა, დადა; • სხვებთან ლაპარაკი;	• ახდენს სიტყვების აქტივობასთან ასოცირებას, პასუხობს მარტივ ბრძანებებს (არა-არა) • იგებს ნაცნობ სიტყვებს.
10-12 თვე	• „დედა“ და „მამა“ სიტყვების თქმა, მომვლელის იდენტიფიცირებისთვის; • სხვისი ნათქვამი სიტყვების გამეორება; • მიზანმიმართული ჟესტების გამოყენება; • სწავლა სამიდან ხუთ სიტყვამდე.	• ცნობს ოჯახის წევრების სახელებს; • ცნობს საგნებს სახელებით; • ესმის მარტივი ბრძანებები.

მედდის მიერ მეტყველების განვითარების შეფასება მნიშვნელოვანია რუტინული ვიზიტების დროს. ამერიკის პედიატრიის აკადემია იძლევა რეკომენდაციას, მოხდეს ჯანმრთელი ბავშვის შეფასება სტანდარტული განვითარების სკრინინგის ინსტრუმენტებით, რომელიც საშუალებას მოგვცემს დროულად მოვახდინოთ ბავშვის განვითარების შეფერხების იდენტიფიცირება.ჩვილის ენის განვითარების შეფასება დენვერ II სკრინინგის

ხელსაწყოთი საშუალებას აძლევს ჯანდაცვის მუშაკს გამოიცნოს ნებისმიერი პოტენციური პრობლემა. მომვლელი უნდა ეცადოს ესაუბროს ჩვილს ბევრი, წაუკითხოს, დაამყაროს თვალის კონტაქტი, უღიმოს ჭამისა და პამპერსის გამოცვლისას. როდესაც ჩვილი იწყებს ბგერების გამოცემას მომვლელმა უნდა გაიმეოროს ჩვილის ვოკალიზაციისთვის. საგნების სახელები უნდა წარმოთქვას გამოთქმით, როდესაც ელაპარაკება ჩვილს და ყურადღებით იყოს, როდესაც ჩვილი პასუხობს მოზრდილების ხმებს.

ტემპერამენტი

ტემპერამენტი არის გზა, რომელითაც ბავშვი ურთიერთობს გარე სამყაროსთან. ბავშვები გენეტიკურად არიან დაჯილდოვებული ტემპერამენტის სპეციფიკური მახასიათებლებით. როდესაც ეს მახასიათებლები კომბინირებულია მომვლელის პიროვნულ მახასიათებლებთან, აღმოცენდება სოციალური ურთიერთობის ჩვეული მოდელი ბავშვსა და გარემოს შორის (სურათი 3-16). ტემპერამენტის მახასიათებლების კომბინირება მომვლელთან, წარმოშობს ბავშვის სოციალურ ინტეგრაციას გარემოსთან.

1. აქტიურობა – ფიზიკური აქტივობის ინტენსიურობა და სიხშირე;
2. რითმულობა – განმეორებითი ფიზიოლოგიური ფუნქციებისრეგულარობა (ე.წ. ძილის ციკლი, ჭამის სქემა, ელიმინაციის ნიმუშები);
3. მიდგომა – მოხსნა – პირველადი რეაქცია მოცემულ სტიმულზე (ე.წ. ხალხი, სიტუაცია);
4. ადაპტაცია – ბავშვი მარტივად თუ ძნელად რეაგირებს ან ადაპტირდება მოცემულ სტიმულზე;
5. პასუხის ინტენსივობა – ბავშვის მიერ გამოყენებული ენერგიის ხარისხი, რომლითაც რეაგირებს სტიმულაციაზე;
6. რეაგირების ბარიერი – სტიმულაციის რაოდენობა, რომელიც საჭიროა რომ გამოიწვიოს ბავშვის პასუხი;
7. ხასიათი – ბედნიერებისა და უბედურების რაოდენობა, სასიამოვნო და მეგობრული და პირიქით უსიამოვნო და არამეგობრული ქცევების გამოვლენა სხვადასხვა სიტუაციებში;
8. გადართვა – სტიმულაციის ეფექტურობა, რომ შეიცვალოს მიმდინარე ქცევის მიმართულება;
9. ყურადღების ინტენსივობა და სიჯიუტე – ყურადღების ხანგრძლივობა – დაჟინება, ეს არის დროის ხანგრძლივობა, რომლის განმავლობაშიც ბავშვი ასრულებს დავალებას და წინააღმდეგობის მიუხედავად აგრძელებს მის შესრულებას.



სურათი 3-16. ბავშვის ტემპერამენტი გენეტიკისა და აღმზრდელების პიროვნულობის ერთობლიობად განიხილება

ეს ატრიბუტები უზრუნველყოფს სამი განსხვავებული პიროვნული ტიპის საფუძველს, რომელიც აღწერილია ცხრილში3-8. ყველა ბავშვი ვერ ჯდება ამ კატეგორიებში მარტივად. ბავშვები ხშირად ავლენენ სხვადასხვა პიროვნულ თვისებებს. ტემპერამენტის ცოდნა მნიშვნელოვნად გვეხმარება, გავიგოთ მომვლელ-ჩვილის ურთიერთობა. მედდა შეიძლება იყოს ინსტრუმენტი, რომელიც დაეხმარება მომვლელს გაერკვეს ჩვილის პიროვნულ უნიკალურობაში და უზრუნველყოს იგი სახელმძღვანელოთი ბავშვის აღზრდის ტექნიკის შესახებ. მაგ., თანმიმდევრული რუტინა მნიშვნელოვანია ბავშვისთვის, რომელიც ადვილად ვერ ეგუება ცვლილებებს. თუ ბავშვს აქვს დაძინების პრობლემა, საჭიროა მშვიდი და წყნარი გარემოს მომზადება ძილის რიტუალის დროს. ბავშვისთვის რომელიც ადვილად გადაერთვება სხვა ნივთებზე ჭამისას, მომვლელმა მინიმუმამდე უნდა დაიყვანოს ყველა მსგავს ნივთი და უზრუნველყოს წყნარი პირობების შექმნა ჭამის დროს. აღმზრდელის მიერ ბავშვის პიროვნების უფრო ღრმად გაგების შედეგად, შეიძლება შემუშავებულ იქნეს მისი მოვლისა და მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების ეფექტური გეგმა. ასე რომ, როდესაც საჭიროებების თანხვედრა ხდება, ნდობითი ურთიერთობები ვითარდება და მომვლელის იმედგაცრუებები მცირდება ბავშვის აღზრდასთან დაკავშირებით.

ცხრილი3-8. პიროვნების ტიპების შეჯამება

პიროვნების ტიპი	დახასიათება
მარტივი	სწრაფად და მარტივად ადაპტირდება სტიმულზე, აქვს ზოგადი დადებითი ხასიათი, მოსწონს ხალხის გარემოცვა, ძინავს და ჭამს კარგად, აქვს რეგულარული და პროგნოზირებადი ქცევები.
რთული	ნელა ადაპტირდება სტიმულზე, ზოგადად აქვს უარყოფითი ხასიათი, ითხოვს სტრუქტურულ გარემოს, მოსწონს ადამიანები, მაგრამ შეუძლია იყოს მარტოც, ჩანს რომ არის მუდმივ ქმედებაში, აქვს არარეგულარული ქცევის მოდელი.
თანდათან თბება ურთიერთობა	ადაპტირებს ნელა და ფრთხილად. მშვიდად მიდის და ჩვეულებრივ მოღუშულია. პირველ რიგში მარტოსულია და სოციალურად მორცხვი. ზედმეტად მგრძნობიარეა და ნელა ვითარდება. არააქტიურია, რეაგირებს პასიურად რუტინულ ცვლილებებზე

კოლიკა (ჩვილის გაღიზიანება)

კოლიკა, მას ახლა ყველაზე ხშირად ჩვილების გაღიზიანებას უწოდებენ, არის ჯანმრთელობის ყველაზე ხშირი პრობლემა 3 თვემდე და აღწერილია როგორც განმეორებითი ეპიზოდები, რომელიც იწვევს მოულოდნელ ტირილსა და ჭირვეულობას და რომელსაც ვერ აწყნარებენ. დასაწყისი მერყეობს და ჩვეულებრივ აღმოცენდება 1-2 კვირის ასაკში და სპონტანურად ქრება 16 კვირის ასაკში. კოლიკის ეპიზოდები ხასიათდება ხმამაღალი, მუდმივი ტირილითა და ფეხების მუცლისკენ მოკეცვით. ეს ფიზიკალური მახასიათებლები განიხილება როგორც მუცლის პაროქსიზმული სპაზმის შედეგი. ე.წ. „სამიანების წესი“, რომელიც გამოიყენება კოლიკის განსაზღვრებისთვის გვეუბნება, რომ კოლიკად ითვლება ეპიზოდი, როდესაც ბავშვი ტირის სიცოცხლის პირველი სამი თვის მანძილზე, გრძელდება არაუმეტეს 3 საათისა დღეში, წარმოიშობა კვირაში 3 დღე და გრძელდება სულ მცირე 3 კვირა.

მიუხედავად იმისა რომ კოლიკა სპონტანურად იკურნება, არის ძალიან სტრესული. ოჯახის წევრები, როგორც წესი, არიან დაღლილები, უიმედოთ განწყობილი, მომვლელები კი აბრალებენ თავს რომ ვერ უზრუნველყოფენ ჩვილის დაწყნარებას.

კოლიკის მენეჯმენტი იწყება არსებული პრობლემის ამოცნობიდან. უპირველეს ყოვლისა მნიშვნელოვანია, ჯანდაცვის მუშაკმა აღმოფხვრას ინფექცია ან ორგანული მიზეზი ჩვილის დისკომფორტისა. როდესაც სამედიცინო პრობლემა მოგვარებულია, უნდა იმართოს არა მარტო ჩვილის კოლიკის ეპიზოდები, არამედ ოჯახის ემოციური მდგომარეობა. ჩვილის კოლიკის ეპიზოდების მართვისას მედდამ უნდა შეაფასოს ყოველდღიური რუტინა და განიხილოს ჩვილის ნორმალური განვითარების მოდელი. სურათი 3-17-ზე მოცემულია ჩვილის დაწყნარების ტექნიკა.







სურათი 3-17. ჩვილის დაკავების სხვადსხვა მეთოდი

კოლიკისას დისკომფორტის შესამცირებლად გამოიყენება შემდეგი რჩევები:

1. კვებეთ ჩვილი ნელა, ამოაქაფებინეთ ხშირად და დაიჭირეთ ვერტიკალურ პოზიციაში კვებისას, რომ შემცირდეს ჩაყლაპული ჰაერის რაოდენობა. არ მისცეთ იმაზე მეტი საკვები, ვიდრე დათვლილია მოთხოვნილი კალორიულობის მიხედვით, წონის გათვალისწინებით;
2. როდესაც ჩვილი ძუძუთი კვებაზეა, დედამ თავიდან უნდა აიცილოს ისეთი საკვების მიღება, რომელიც გაზების დაგროვებას იწვევს. ჩვეულებრივ, ეს არის ხახვი, კომბოსტო, ლობიო. ამ პროდუქტების მიღება დედის მიერ ერთი კვირის განმავლობაში იწვევს ახალშობილში შეჩვევას;
3. გაახვიეთ ჩვილი, რომ შემცირდეს თვითსტიმულაცია უხეში მოძრაობებით. შესაძლოა საჭირო გახდეს გულზე მიხუტება სხეულის კონტაქტისათვის;
4. ატარეთ ჩვილი მანქანით, თითქმის ყველა კოლიკიან ბავშვში ვიბრაციამ და მოძრაობამ კარგი შედეგი გამოიღო;
5. ანანავეთ ხელში 20 წუთის მანძილზე, ეს უზრუნველყოფს მოძრობას და ოჯახს მისცემს დასვენების საშუალებას ბავშვთან ურთიერთობებს შორის;
6. იარეთ ან ანანავეთ ჩვილი მუცელზე ნაზი ზეწოლით;
7. სცადეთ ნაზი მასაჟი ჩვილის ზურგზე როდესაც გიწევთ მუცელზე;
8. მოიმარაგეთ ფონი ან „თეთრი“ ხმაური (ფენი, მტვერსასრუტი, „ვენტილატორი“) ან მსუბუქი მუსიკა;
9. მოათავსეთ ჩვილი მშვიდ, ჩაბნელებულ ოთახში, რომ მოაცილოთ გარეგანი გამღიზიანებელი;
10. მიეცით საშუალება იტიროს საწოლში თუ სხვა მეთოდი არ ჭრის, რადგანაც ზოგჯერ მხოლოდ დაღლის შემდგომ იძინებენ;
11. ჩვილის მუცელზე მოათავსეთ თბილი პირსახოცი;
12. არ აჯანჯღაროთ თუ გაღიზიანებული და ტირილით დასტრესილია.

მედდამ უნდა გაამხნევოს მომვლელები, რომ არ მიიღონ ეს მგომარეობა პერსონალურად, შეინარჩუნონ პოზიტიური დამოკიდებულება და იყვნენ მშვიდად. ასევე უნდა გაამხნევონ რომ მომვლელებმა შეიმუშაონ სუნთქვითი ტექნიკა სიმშვიდისათვის, ზოგჯერ სთხოვონ სხვას ჩვილის მოვლა და თვითონ დაისვენონ მოშორებით.

ძილი

ჩვილებს აქვთ ძილის ვარიაბელური მოდელები, რომელზეც გავლენას ახენს ტემპერამენტი, სიამოვნება ჭამის დროს, მომვლელის პასუხი პერიოდულ გაღვიძებაზე და გარემოს მდგომარეობა. ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანიზებული მომწიფება ხდება 3 თვისშემდეგ (ცხრილი3-9). ბავშვის მომწიფებასთან ერთად ძილ-ღვიძილის ციკლი გადადის მოდელში, როდესაც ჩვილს დღისით ღვიძავს და ღამით სძინავს. პირველი თვის განმავლობაში ჩვილს სძინავს დაახლოებით 16 სთ დღეში, თვალების უფრო სწრაფი მოძრაობით (REM

ფაზა), ვიდრე ცხოვრების სხვა პერიოდში. ძილი უზრუნველყოფს სწრაფი ფიზიკალური ზრდა-განვითარებისათვის საჭირო რეზერვების აღდგენას. ცენტრალური ნერვული სისტემა და ნეირონები დამატებით განიცდიან უდიდეს განვითარებას REM ფაზის ძილის დროს. ჩვილის მომწიფებასთან ერთად REM ფაზის ძილის შემცირება ხდება, საჭირო დრო ძილისთვის თანდათან მცირდება და ძილ-ღვიძილის პერიოდი გადადის დღე ღამის ციკლში. 3-დან 4 თვის ასაკის პერიოდში ძილის მოდელი მყარდება. განვითარების ეს ეტაპი „ძილი ღამის დროს“ ან „დარეგულირებული ძილი“ არის დრო, რომელსაც მომვლელი შეშფოთებული ელოდება. ამ დროს აღმოცენდება თვლემა. ჩათვლემის რაოდენობა ვარირებს თითოეულ ჩვილში, მაგრამ ზოგადად ჩვილი თვლემს 1-2 ჯერ 1 წლის ასაკისათვის. მას შემდეგ, როგორც კი ძილის რეგულარული მოდელი ჩამოყალიბდება, ჩვილმა შეიძლება გაიღვიძოს ღამითაც, როგორც ღამის გამოღვიძება. ეს ღამის გამოღვიძებები ემთხვევა განცალკევების განვითრების შფოთვას. გადასვლის ფაზაშიც კი ეს ღამის გაღვიძებები შეიძლება იყოს შედეგი ჩვილ-მომვლელის დაძაბული ურთიერთობისა. მეთოდები როგორიცა დარწევა, მატყუარას მიცემა და სიბნელე ჩვილს ჩაძინებაში ეხმარება. ჩვილის ძილზე ასევე შეიძლება გავლენა მოახდინოს ძილის დაგეგმარებამ. პირველი თვეების განმავლობაში ან როდესაც ჩვილი ავადაა, ჩვეული პრაქტიკაა საწოლის გაზიარება(ძილი სხვასთან ერთად) გამოყენებული სხვადასხვა კულტურის მიერ.

მედდის მიერ ჩვილის შეფასების ნაწილია ძილის შეფასება. მედდამ ყოველთვის უნდა გაითვალისწინოს, რომ ჩვილის ძილის მოდელი არის მომვლელის შფოთვის ჩვეული მიზეზი. (სურათი3-18). როდესაც შფოთი იმატებს, მედდამ წინ უნდა წამოწიოს პრობლემის ისტორიასთან დაკავშირებული ინფორმაცია, დღის ძილის რუტინა, ძილის ადგილი და დაგეგმარება, კვების შეცვლა, გარემოს პრობლემები და სტრესული სიტუაციები ოჯახში.



სურათი 3-18. ჩვილები ძირითადად დღის განმავლობაში 2-ჯერ იძინებენ, რაც დროთა განმავლობაში უყალიბებს ძილის ციკლს

ძილის პრობლემების პრევენციის საუკეთესო გზა მომვლელისთვის ჩვილის ინდივიდუალური მოთხოვნილების გაგებაში დახმარებაა. მომვლელს უნდა ჰქონდეს ინფორმაცია რელევანტური, ჯანმრთელი ძილისა და ახალშობილის მომწიფების შესახებ. როდესაც ეს ინფორმაცია მიწოდებულია, მედდამ მხედველობაში უნდა მიიღოს მომვლელის კულტურული პრაქტიკა და პირადი უპირატესობები. დამატებით მედდამ უნდა გამოიყენოს ზომები რომლებიც ხელს შეუწყობს ჯანმრთელ ძილს.

ჯანმრთელი ძილის ხელშემწყობი ზომებია:

- ჩვილებისთვის ძილისწინა რუტინის ჩამოყალიბება, როგორიცაა აბაზანის მიღება, წიგნის კითხვა, ამბის მოყოლა, სიმღერა, დარწევა ან ხელში ჭერა;
- მშვიდი გარემოს უზრუნველყოფა, მათარითა და უსაფრთხო საწოლით (აკვნით);
- ღამის თბილი ტანსაცმლის გამოყენება;
- ბავშვის საწოლის მანეჟად გამოყნების აკრძალვა;
- ჩვილის საწოლში ჩაწვენა მაშინ, როდესაც თვლემს და არა სძინავს;
- ჩვილის ზურგზე დაწვენა როცა სძინავს;
- ჩვილის საჭმელად გაღვიძების აკრძალვა, აუცილებლობის შემთხვევაში პროცედურის სწრაფად ჩატარება;
- პამპერსის გამოსაცვლელად გაღვიძების აკრძალვა.

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთ ჩვილს შეიძლება უკეთესად ეძინოს მუცელზე, ჩვილის უეცარი სიკვდილის სინდრომი ასოცირებულია ძილის პოზიციასთან და ამერიკის პედიატრიის აკადემია იძლევა რეკომენდაციას, რომ ჩვილი იწვეს ზურგზე ძილის დროს.

სწავლება ოჯახს

საძინებლის თავისებურებები

თუ ჩვილს ერთხელ დაიწვენთ საწოლში ყოველთვის უნდა დაიწვინოთ. ამიტომ, მოემზადეთ რომ რამდენიმე თვე ჩვილი არ დაიწვინოთ თქვენს საწოლში, რადგან ამ პრაქტიკით, იგი დამოკიდებული ხდება თქვენზე.

ძილი თქვენთან ერთად ზრდის ჩვილის მოხრჩობის რისკს.

თუ დასაძინებლად თქვენი საწოლია შერჩეული, რისკი შეიძლება მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი შემდეგი მითითებების გათვალისწინებით:

- საბანი და ბალიში არ დადოთ ჩვილის ქვეშ;
- არ დაიძინოთ წყლის ლეიბზე, ცხვრის ბეწვზე, ან ბუმბულზე;
- გამეტებით არ დააფაროთ და არ ჩააცვათ ჩვილს როცა სძინავს;
- არ გამოიყენოთ ნარკოტიკი, ალკოჰოლი ან დამაძინებელი მედიკამენტი, რომელიც გამოიწვევს უჩვეულო ძილს;
- თქვენს საწოლზე ჩვილის ძილი ზრდის ჩვილის უეცარი სიკვდილის სინდრომის რისკს 11 კვირამდე ასაკის ჩვილებში(რისკი ყველაზე მაღალია 3-4 თვის ასაკის ჩვილებში);
- დივანზე ერთად ძილი სასტიკად აკრძალულია ყველა ასაკში.
- კვლევებმა გამოვლინა, რომ მშობლის საწოლზე ჩვილის ძილის შემთხვევაში უეცარი სიკვდილის სინდრომი რისკი მაღალია 3-4 თვის ასაკის ჩვილებში.

ცხრილი 3-9. ჩვილის ძილის საშუალო დრო

ასაკი თვეებში	ღვიძავს	დღისით სძინავს	ღამით სძინავს
0-2	7,5 სთ	8 სთ	8.5 სთ
3-5	10.75 სთ	4 სთ	9.25 სთ
6-8	10.85 სთ	3.75 სთ	9 სთ
9-11	11.25 სთ	3.25 სთ	9.5 სთ

ჩვილის უეცარი სიკვდილის სინდრომი

ჩვილის უეცარი სიკვდილის სინდრომი (SIDS) არის უეცარი, მოულოდნელი სიკვდილი 1 თვიდან 1 წლამდე. ყველა ცნობილი მიზეზი გამოირიცხა აუტოფსიის შედეგად, სიკვდილის სიტუაციის გამოკვლევითა და ანამნეზის გამოკითხვით. ყველაზე ხშირად SIDS დგება 2-დან 4 თვის ასაკს შორის. ზურგზე დაწვენის კამპანია 1994 წელს დაიწყო, 2002 წლისთვის კი შემთხვევები მკვეთრად შემცირდა და გამყარდა. აშშ-სა და სხვა ქვეყნებში SIDS-ის შემთხვევების შემცირება გამოიწვია ჩვილებში ზურგზე წოლამ. რამდენიმე ქვეყანამ გამოაქვეყნა, რომ შეამცირა მუცელზე წოლა 2%-მდე. აშშ-ში 13% ისევ მუცელზე იწვა 2004 წელის მონაცემებით. ზოგადად, არ არსებობს SIDS-ის მიზეზები, მაგრამ AAP-მა შემოგვთავაზა შემდეგი მექანიზმები:

- კარდიორესპირატორული კონტროლის ან შესაბამისი იმპულსის გადაცემის შეფერხება;
- თავის ტვინის გარკვეული ნაწილის არასრულფასოვანი კვება ან არასრულფასოვანი განვითარება, იწვევს ჰიპერკაპნიულ სუნთქვით პასუხის, ქემორეცეპტორების აგზნებისა და არტერიულ წნევის პათოლოგიას;
- ლარინგიალური ქემორეცეპტორების აქტივობის დაქვეითება, რაც იწვევს აპნოესა და ბრადიკარდიას;

SIDS-ის შემთხვევები აშშ-ში მაღალია ამერიკელ ინდიელებში და აფრიკელ ამერიკელებში 2-3 ჯერ. აქედან გამომდინარე მნიშვნელოვანია, რომ მომვლელი იყოს ინფორმირებული, თუ როგორ უნდა შემცირდეს რისკი. სტრატეგია თუ როგორ უნდა შემცირდეს რისკი მოცემულია ოჯახის სწავლების ცხრილში.

რჩევები მედდას
SIDS-თან ასოცირებული რისკ-ფაქტორები
ჩვილი

- დღენაკლი;
- მცირე წონით დაბადებული;
- ვაჟი;
- მრავლობითი მშობიარობა;
- 6 თვემდე;

გარემო

- თამბაქოს კვამლი;
- მშობელთან ძილი 4 თვის ასაკამდე;

- დედა თამბაქოს მომხმარებელი;
- ძილისას მუცელზე წოლა;
- საწოლში ბოთლით კვება;
- წოლისას გადამეტებული ჩაცმულობა;
- გადათბობა;
- რბილი ზედაპირი ლოგინში;
- ნივთები საწოლში;
- ოთახის არაადეკვატური ვენტილაცია.

რჩევები ოჯახს

- ძილისას ვენტილაციის გამოყენება;
- ძილის დროს მოათავსეთ ჩვილი ზურგზე, რაც ამცირებს SIDS-ის ალბათობას;
- სხვა პოტენციური რისკ-ფაქტორი არის ოთახის განიავება მაგ., არაადეკვატური ოთახის ვენტილაცია იწვევს კარბონ დიოქსიდის დაგროვებას ჩვილის ცხვირის გარშემო, ჩვილი ამას შეისუნთქვს;
- ოთახის განიავება ამცირებს SIDS-ის განვითარების რისკს.

ბანაობა

ჩვილს ხშირად არ სჭირდება ბანაობა პირველი წლის განმავლობაში. ბანაობის დროს მომვლელმა არასოდეს უნდა დატოვოს ჩვილი ყურადღების გარეშე (უპასუხოს ტელეფონს ან გააღოს კარი). ბანაობისას გამოიყენება სპეციალური ღრუბელი ჭიპლარის ფუფხის მოძრობამდეც კი. დაბანამდე მომვლელმა უნდა მოაგროვოს ყველა საჭირო ნივთი ბანაობისთვის: აბაზანა თბილი წყლით, ბავშვის შამპუნი, საპონი, პირსახოცი. წყლიდან ჩვილს უნდა გამოვუჩინოთ მხოლოდ ის ადგილები, რომელიც უნდა გავსაპნოთ, რათა არ შესცივდეს და აკანკალდეს; თავდაპირველად ბამბის ბურთულით უნდა გავწმინდოთ თვალები, ნაზი მოძრაობით გარედან შიგნით, პირის საწმენდი ნაჭრით სახის გაწმენდამდე. ნაკეცები უნდა გავწმინდოთ ბოლოს, განსაკუთრებით კისრისა და საზარდულის მიდამო. კარგად უნდა დაიბანოს და გაიწმინდოს თითოეული მიდამო სანამ გადავალთ შემდეგზე. სებორეის თავიდან ასაცილებლად, მშრალი ნადებების შემთხვევაში, თმები უნდა დავბანოთ ყოველ მეორე დღეს, ბავშვის მსუბუქი საპნით. თუ სებორეა მაინც განვითარდება, კბილის რბილი ჯაგრისით უნდა მოვაშოროთ ნადები, მინერალების ზეთი ან ვაზელინი წავუსვათ. თანდათანობით ჩვილი შესაძლებელია ჩაისვას პლასტმასის აბაზანაში 5 სმ სიმაღლეზე თბილ წყალში. პირსახოცი უნდა მოვათავსოთ უკანა ნაწილზე, ბავშვი რომ არ ჩამოსრიალდეს. სანამ ვაბანავებთ ჩვილს, მომვლელმა უნდა გამოიყენოს აბაზანის ბეჭედი, რომ ჩვილი დასტაბილურდეს, მაშინაც კი როდესაც შეუძლია ჯდომა დახმარების გარეშე. დაბანა არის მნიშვნელოვანი დრო გასართობად და სათამაშოდ, ამიტომ ის არ უნდა იყოს სტრესული და ნაჩქარევი.

კანისა და ფრჩხილების მოვლა

ზოგადად ჩვილებს არ სჭირდებათ ლოსიონი და ბავშვის ფხვნილი. იმ შემთხვევაში, თუ ლოსიონს ვიყენებთ, საჭიროა ჰიპოალერგიული, რომელიც ჯერ მომვლელმა უნდა

წაისხას ხელზე, შეათბოს და შემდეგ გადაანაწილოს ჩვილის კანზე. ჩვილის ფხვნილი ტიპიურად მანიუმის სილიცილატისა (ტალკი) და სხვა სილიცილატების ნაზავია, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე ასპირაციული პნევმონია, რაც შეიძლება ფატალურად დასრულდეს. ამიტომ მშობლები უნდა იყვნენ გაფრთხილებულები, არ გამოიყენონ ტალკი და საჭიროებისას გამოიყენონ სიმინდის სახამებელი.

ფრჩხილების საკვნეტი უნდა იყოს გამოყენებული ხელისა და ფეხის თითების ფრჩხილების მოსაჭრელად. ფრჩხილები უნდა მოიჭრას მოკლედ, რათა ჩვილებმა არ დაიკაწრონ თავი. ფრჩხილების მოჭრის საუკეთესო დროა აბაზანის შემდგომ, რადგანაც ფრჩხილები უფრო ნაზია.

კანის მთლიანობის შესანარჩუნებლად კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ბავშვის საფენის ხშირი გამოცვლა-გაწმენდა და სველი საფენის მოცილება, რათა თავიდან ავიცილოთ კანის გაღიზიანება.

უცხოობა და განცალკევების შიში

უცხოობა და განცალკევების შიში ჩნდება დაახლოებით 8-12 თვის ასაკში, როდესაც ვითარდება საგნების მუდმივობის შეგრძნება. უცხოობა და განცალკევების შიში პიკს აღწევს 15-18 თვის ასაკში და 2 წლისთვის ქრება.

განცალკევების შიშის ქცევის დემონსტრირება ხდება, როდესაც ჩვილი განცალკევებული ხდება მომვლელისგან, ხოლო უცხოობის შიშის ქცევა დემონსტრირდება უცნობი ადამიანის გამოჩენისას. როდესაც შიში ჩნდება, ჩვილი წარმოიდგენს მომვლელს და ეძახის მას მიუხედავად განცალკევებისა. განცალკევების შიში აღმოცენდება მაშინ, როდესაც ჩვილს არ ესმის რომ მომვლელი დაბრუნდება. დროის გასვლასთან ერთად განშორების განმეორებითი ეპიზოდები ბავშვში აღარ იწვევს უარყოფითი ქცევის დემონსტრირებას.

ბავშვის უნარი, წარმოიდგინოს ადამიანი, რომელიც უვლის მას აძლევს უცხო ადამიანისა და მომვლელის განსხვავების საშუალებას.

8 თვის ჩვილისთვის შეუსაბამობა აღმოცენდება, როდესაც მომვლელს და უცნობს ერთად ხედავს. როდესაც ბავშვი იზრდება მომვლელი არაა საჭირო, იმისთვის რომ უცნობის იდენტიფიცირება მოახდინოს (სურათი 3-19).



სურათი 3-19. გარკვეული დროით ჩვილი ჩერდება უცხო ადამიანთან

ჩვეულებრივ, ჩვილი უცხოობისა და განცალკევების შიშის დემონსტრირებას ახდენს მოცილებით, გაბრაზებული სახით, ტირილითა და ჩამოკიდებით. განცალკევების შიში ვითარდება, როდესაც ჩვილი ხვდება უცნობ ადგილას უცნობ ადამიანთან ერთად. გაუცხოების შიშთან ერთად უცნობი ახდენს გავლენას ჩვილის რეაქციაზე. ჩვილი ხდება გაღიზიანებული, თუ უცნობი ცდილობს მიუახლოვდეს, შეეხოს ან ხელში აიყვანოს იგი.

როდესაც ჩვილს აქვს დრო უცნობთან შესაგუებლად, ჩვილი რეაგირებს ნაკლები სტრესით. მომვლელის რეაქცია ჩვილის ქცევაზე შემდეგნაირია: ან ამშვიდებს ჩვილს ან პირიქით ზრდის შფოთვას.

მომვლელს აწუხებს უცხოობისა და განცალკევების შიში, როდესაც მუშაობს სახლიდან შორს. ამიტომ მნიშვნელოვანია აეხსნას მას რომ ეს არის ნორმალური. აუცილებელია, რომ მშობელმა იცოდეს და გაიგოს, რომ ბავშვების გაღიზიანება და შფოთვა არის ჩვილის განვითარების ნორმალური ნაწილი. გარდა ამისა უნდა იქნეს მიწოდებული ინფორმაცია, როდის გაჩნდა შფოთვა, რა მოსალოდნელი ხასიათობრივი ცვლილებები მოჰყვება მას და როდის ქრება შფოთვა. გარდა ამისა, ექთანმა უნდა ურჩიოს, როგორ შეამსუბუქოს შფოთვა.

რჩევები ოჯახს
უცხოობიდან გათავისუფლებისა და განცალკევების შფოთვა უცხოობის შიში • წაახალისეთ მეგობრები და ნათესავები ხშირად გესტუმრონ; • დაანახეთ ჩვილს მომვლელის ემოცია, როდესაც უცხო ადამიანი მიუახლოვდება; • მშობელი პირველი უნდა დაელაპარაკოს უცხო ადამიანს; • წაახალისეთ უცხო პირი არ გამოიყენოს გამაღიზიანებელი ქმედებები; • მომვლელმა უნდა დაიჭიროს უსაფრთხო დისტანცია უცხოსთან; • საშუალება მიეცით ჩვილს შეეგუოს უცხოს; • წაახალისეთ უცხო მიუახლოვდეს ჩვილს მოფერების ტონითა და სიტყვებით.
განცალკევების შფოთვა
• დატოვეთ ჩვილი ნაცნობ გარემოში ნაცნობ ადამიანებთან; • წაახალისეთ მომვლელი ელაპარაკოს ჩვილს წასვლამდე; • არ დატოვოთ ჩვილი დამშვიდობების გარეშე; • დაუტოვეთ ჩვილს უსაფრთხო საგანი (მაგალითად, ნაცნობი სათამაშო ან საგანი რომელის ეკუთვნის მომვლელს); • წაახალისეთ ჩვილი მოიპოვოს საკუთარი სიმშვიდე.

ჩვილის მოვლისა ლტერნატიული საშუალება

როდესაც მომვლელი დგება იმ გადაწყვეტილების წინაშე, რომ საკუთარი ჩვილი დაუტოვოს სხვა პიროვნებას, ცდილობს იპოვოს კვალიფიციური მომვლელი (პასუხისმგებლობის გრძნობის მქონე მომვლელი, შესაბამისად განვითარებული და უზრუნველყოს ჩვილისთვის უსაფრთხო, სწავლებადი გარემო). მომვლელს უნდა ჰქონდეს საკმაოდ ბევრი ინფორმაცია, როდესაც ეძებს ხარისხიან პირობებს ბავშვისთვის და შეისწავლოს ასაკის მიხედვით თუ რომელი გარემო შეესაბამება ჩვილს/ბავშვს. მედდამ უნდა მიაწო-

დოს ინფორმაცია ალტერნატიულ მოვლის პირობებზე, როგორიცაა ხარისხი და ხელმისაწვდომობა. სანამ ალტერნატიული მოვლის პირობების მოძიება დაიწყება, მედდამ ხაზი უნდა გაუსვას შემდეგს:

- იყავით რეალისტები პრობლემის დროს: როგორია სტრატეგია როდესაც ბავშვი ავადაა, ვინ არის პასუხისმგებელი ბავშვის გამოყვანაზე, თუ მშობლებს არ სცალიათ;
- კარგად დაფიქრდით ალტერნატიული მოვლა მისაღებია თუ არა;
- ისწავლეთ ადაპტაცია;
- დაალაგეთოჯახური ღირებულებების პრიორიტეტები;
- იყავით კომუნიკაბელურები;
- მოახდინეთ ნებისმიერი ფინანსური პრობლემის იდენტიფიცირება.

ცხრილში 3-10 მოცემულია ინფორმაცია ბავშვის მოვლის სხვადასხვა პირობების დადებით და უარყოფით მხარეებზე.

ცხრილი 3-10. ბავშვის მოვლის ალტერნატიული ტიპები

ტიპი	დადებითი მხარე	უარყოფითი მხარე
ცენტრალიზებული ზრუნვა	• ჯგუფური მოვლა ორი ან მეტი ბავშვი; • ლოკაცია: სახლში, სკოლაში, ეკლესიაში ან ჯგუფური მოვლისთვის განკუთვნილ სპეციალურ შენობაში; • მოიცავს საბავშვო ბაღს, პრესკოლას, მშობლების კოოპერატივს; • ლიცენზირებულია ლოკალური ან სახელმწიფო რეგულაციებით; • მომსახურე პერსონალი, ჩვეულებრივ, დატრენინგებულია ბავშვის მოვლასა და განვითარებაში; • ბავშვების აქტიურობის სტრუქტურული პროგრამა ხელმისაწვდომია; • აქვს მუშაობის სპეციფიური საათები;	• რეგულაციები ცვალებადია ადგილის მიხედვით; • შესაძლებელია მოხვდეს მომლოდინეთა სიაში; • ცოტა მოზრდილ ბავშვზე; • მოვლა არ არის ინდივიდუალური;
ზრუნვა ოჯახის პირობებში	• პატარა ჯგუფის მოვლა; • მოზრდილის/ბავშვის კარგი თანაფარდობა; • ლოკაცია სახლში; • სპეციფიკური ღონისძიებების დაგეგმვა ადვილია.	• შეიძლება პროგრამაში მომვლელის შვილი იყოს ჩართული; • შეიძლება არ იყოს ლიცენზირებული ლოკალური სახელმწოფო რეგულაციით, რომელითაც ელოდებიან მოზრდილი/ბავშვის თანაფარდობას ან სხვა სტანდარტებს; • პროვაიდერები შეიძლება არ იყვნენ განსწავლული ბავშვის მოვლასა და განვითარებაში; • სამუშაო საათები შეიძლება არ იყოს საიმედო.

სანამ მშობელი ეძებს ხარისხიან მოვლის პირობებს, შესაძლოა მოიპოვოს ინფორმაცია, თუ რა გავლენას ახდენს ბავშვის განვითარებაზე საბავშვო დაწესებულებაში ხანგრძლივი დაყოვნება. იმის მიხედვით, თუ ვინ არის ბავშვის აღზრდის აქტიური მონაწილე, ბავშვი შეიძლება იყოს სტრესული ქცევის რისკის ქვეშ. თუ მშობლები არ უზრუნველყოფენ ბავშვის ხარისხიან მოვლას და ბავშვს აქვს თანატოლებთან ურთიერთობის პრობლემა, დამატებითი ქცევითი პრობლემები აღმოცენდება უფრო ხშირად და ბავშვი იწყებს ჩხუბს. ბავშვის მოვლის ადეკვატურ პირობებს მათი მეტყველების განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს,

სინამდვილეში, ბავშვები, რომელთა მოვლის გარემო აკმაყოფილებს ამერიკის პედიატრიის აკადემიის სტანდარტებს, აქვთ უკეთესი განვითარების მიღწევები, ვიდრე იმ ბავშვებს, რომლის მოვლის პირობებიც ვერ აკმაყოფილებს ამ სტანდარტებს. თუმცა, როდესაც 6 ბავშვი არის ერთ გარემოში, რესპირატორული ინფექციების განვითარების ალბათობა უფრო მაღალია.

როდესაც მომვლელი ხარისხიანი მოვლის შესახებ ინფორმაციითაა აღჭურვილი, შემდეგი ნაბიჯი არის ბავშვისთვის კარგი გარემოს შექმნა (სურათი3-20). ოჯახის სწავლების გრაფა გვაძლევს რამდენიმე შემოთავაზებებს ასეთი გარემოს ლოკაციისთვის.

მხოლოდ მომვლელმა უნდა მიიღოს საბოლოო გადაწყვეტილება ბავშვის მოვლის შესახებ.



სურათი 3-20. ბავშვზე ხარისხიანი ზრუნვა მოითხოვს დროს, ძალისხმევასა და მოთმინებას

როგორც ინფორმაციის მომპოვებელი, ყველაზე მნიშვნელოვანია, რომ მომვლელი:

- გაესაუბროს ბავშვის მოვლის დაწესებულების თანამშრომელს ჯერ ტელეფონით და შემდეგ ესტუმროს დაწესებულებას;
- შეამოწმოს რეკომენდაციები;
- მიიღოს გადაწყვეტილება ნანახისა და მოსმენილის შესახებ;
- იყოს მუდმივად ჩართული პროცესში;
- ჰკითხოს ბავშვის მოვლის დაწესებულების თანამშრომელს აქვს თუ არა გეგმა, როგორ მოიქცევა გაუთვალისწინებელი სიტუაციის შემთხვევაში (ჰყავდეს ალ-

ტერნატიული თანამშრომელი, დაურეკოს მშობელს). ან თუ ნებისმიერი მიზეზით მოვლის თანამშრომელი ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატურ მოვლას ან ვერ აიტანს ბავშვს დღის განმავლობაში.

ცხრილი 3-11. აირჩიე ბავშვის მოვლა

შეუძლია თუ არა მომვლელს:

- გამოიყურებოდეს თბილად და მეგობრულად?
- ეტყობოდეს რომ მშვიდი და ნაზია?
- ეტყობოდეს რომ ადვილია მასთან ლაპარაკი?
- ეტყობოდეს რომ უყვარს თავისი სამსახური?
- უვლიდეს თითოეულ ბავშვს როგორც განსაკუთრებულს?
- ესმოდეს ბავშვის განვითარების ეტაპები?
- წაახალისოს ცხოვრების ჯანმრთელი წესი?
- ჰყავდეს გამოცდილი თანამშრომლები?
- მიიღოს და პატივი სცეს ბავშვის ოჯახის კულტურას?
- ეტყობოდეს რომ მოსწონს ჩვილის მოფერება?
- დააკმაყოფილოს ჩვილის მოთხოვნები?
- უზრუნველყოს ჩვილის სტიმულაცია?
- უზრუნველყოს საიმედო და თანმიმდევრული მოვლა?
- უზრუნველყოს თანამიმდევრულობა სახლსა და საბავშვო ბაღს შორის?
- რომ ჰქონდეს დრო ყველა ჩვილისთვის?
- აქვს თუ არა მომვლელს პირველადი დახმარებისა და გფრ-ს სერტიფიკატი?

აქვს თუ არა საბავშვო ბაღს:

- ვალიდური ლიცენზია ან რეგულაციის სერტიფიკატი?
- სისუფთავე და კომფორტი?
- საკმარისი ოთახები, რაც საშუალებას მისცემს ბავშვების თავისუფლად და უსაფრთხოდ მოძრაობას?
- მისაღები შტატი/ბავშვების თანაფარდობა?
- გვიანი წაყვანის სერვისი?
- ბავშვისთვის მისაღები გარემო?
- საკმარისი სითბო, სინათლე?
- საკმარისი ავეჯი ყველა ბავშვისთვის?
- ავეჯი უსაფრთხო და კარგ მდგომარეობაში?
- სუფთა საპირფარეშოები?
- ხანძარსაწინააღმდეგო გეგმა და ადეკვატური გასასვლელი?
- ცეცხლმაქრი?
- კვამლის დეტექტორი?
- დაფარული რადიატორები და დაცული გამათბობლები?
- ძლიერი მინები ან ბადეები პირველი სართულის ფანჯრებზე?
- მისაღები საკვები და წასახემსებელი?
- ცალკე ადგილი ავადმყოფი ბავშვებისთვის?

- პირველადი დახმარების ჩანთა?
- უსაფრთხოების ჯებირები კიბეების ზედა და ქვედა მხარეს?
- სუფთა, უსაფრთხო ადგილი პამპერსის გამოსაცვლელად, რომელიც იწმინდება ყოველი გამოყენების შემდეგ?
- ბავშვის საწოლი მყარი მატრასით?
- ცალკეული თეთრეული თითოეული საწოლისათვის?
- უსაფრთხო სათამაშო ადგილი?
- სათამაშოების ან გარემოსთან დაკავშირებული უსაფრთხოების საკითხები?
- ღონისძიებები, რომელიც შეამცირებს ინფექციის გადაცემას?

აქვს თუ არა ბავშვს შესაძლებლობა:

- ითამაშოს მშვიდად და აქტიურად?
- ითამაშოს მარტომ?
- მიჰყვეს გრაფიკს, რომელიც აკმაყოფილებს პატარა ბავშვის მოთხოვნილებებს?
- ისწავლოს როგორ განავითაროს უნარ-ჩვევები?
- ისწავლოს ურთიერთობის დამყარება, რაიმეს განაწილება და პატივისცემა როგორც საკუთარი თავის, ასევე სხვების?
- ისწავლოს თავისი და სხვების კულტურა?
- იხოხოს უსაფრთხოდ?
- ითამაშოს გარეთ უსაფრთხო გარემოში?

თამაში

თამაში აძლიერებს ჩვილის ჩამოყალიბებას და უზრუნველყოფს ახლად შეძენილ მოტორულ ჩვევებში მეცადინეობას. თამაში აძლიერებს სხეულს, ხელს უწყობს სოციალური ჩვევების შეძენას, აძლიერებს კოგნიტურ და მეტყველების უნარებს, აფართოებს ყურადღებას, მუდმივობას და დახელოვნების უნარს. 6 თვიდან 1 წლის ასაკამდე ჩვილი ერთვება განმეორებით აქტივობებში, იყენებს ხმას, მუსიკას, სხვადასხვა სათამაშოს, რომელიც აძლიერებს მეტყველებისა და სენსომოტორული ჩვევების განვითარებას (სურათი 3-21).



სურათი 3-21. ჩვილი სწავლობს თავის სათამაშოებს

მომვლელის ჩართულობა და რეაგირება გავლენას ახდენს თამაშის ხარისხზე. ჩვილს სჭირდება რომ ეთამაშონ. საჭიროა რომ მომვლელმა მას მისცეს არა მხოლოდ ნებართვა, არამედ თავად ითამაშოს ბავშვთან ერთად. თამაში მდიდრდება მაშინ, როდესაც მომვლელი აქტიურად მონაწილეობს მასში.

Bright Futures და Dixon and Steinჩვილის თამაშის ეტაპები:

- დარწმუნდით, რომ სათამაშო შეესაბამება ჩვილის ასაკს და უსაფრთხოა;
- მიეცით ისეთი სათამაშოები, რომელიც მოახდენს ხუთივე გრძნობის სტიმულირებას;
- დღის განმავლობაშიმოათავსეთ ჩვილი სხვადასხვა პოზაში (მუცელზე, გვერდზე, ზურგზე [თუ მომვლელი გვერდზეა და ჩვილს შეუძლია გადაბრუნდეს ზურგიდან მუცელზე]);
- წაახალისეთ ჩვილი თამაშისას გამოიყენოს ხელები და ფეხები;
- შესთავაზეთ რამდენიმე ახალი გამოცდილება ყოველ დღე;
- დააძინეთ თოჯინასთან ერთად, შეაქეთ ხშირად;
- წაუკითხეთჩვილსხშირად (დაძინებამდე);

რუტინული შეფასების დროს მედდამ უნდა ჰკითხოს მომვლელს ბავშვის თამაშის შესახებ. თუ როგორ იყო ბავშვის ნებაყოფლობითი ჩართულობა პროცესში. მნიშვნელოვანია შეფასდეს ჩვილის მოტორული კომპეტენცია, ვიზუალურ-მოტორული კოორდინაცია და გარემოცვა. ჩვილის განვითარების გასამარტივებლად მომვლელს უნდა მიეცეს ინფორმაცია ჩვილისთვის შესაბამისი სათამაშოს და აქტივობების შესახებ. (ცხრილი 3-12).

ექთანმა ყურადღება უნდა მიაქციოს ისეთ დეტალებს, როგორიცაა თამაშის ხარისხი და კომპლექსურობა, რათა დაადგინოს ვითარდება თუ არა ბავშვი ასაკის შესაბამისად. მედდამ ასევე უნდა განმარტოს დეტალები ხარისხსა და სირთულეზე, თამაში არის თუ არა ასაკთან შესაბამისი. მომვლელის აღწერა თამაშის ქცევის შესახებ არის სკრინინგისთვის მნიშვნელოვანი, რათა განისაზღვროს პრობლემა როგორიცაა: განვითარების შეფერხება, ნევროლოგიური პრობლემები, სოციალური უნარ-ჩვევების განვითარების შეფერხება, აუტიზმი, სწავლის შეფერხება, ემოციური დარღვევები.

რჩევა მედდას

მოტორული ჩვევები და კოორდინაცია

იმისთვის რომ გვქონდეს უფრო ზუსტი წარმოდგენა ჩვილის მოტორულ კომპეტენციებზე და ვიზუალურ-მოტორულ კოორდინაციაზე, დავუსვათ საკუთარ თავს შემდეგი კითხვები როდესაც ვუვლით ჩვილს:

- რა მოტორულ ჩვევებს გვაჩვენებს ჩვილი?
- არის ეს მოტორული ჩვევები ჩვილის ასაკისათვის შესაბამისი?
- როგორ იყენებს ჩვილი ხელსა და პირს რაიმეს მოსაძებნად?
- იყენებს თუ არა ჩვილი ორივე ხელს თანაბრად?
- რომელ თოჯინას ირჩევს ჩვილი?

- არის ჩვილის მოძრაობა ნატიფი?
- როგორ ზრუნავს მომვლელი ჩვილის თამაშისთვის?

ცხრილი 3-12.

სათამაშოები და აქტივობები შესაბამისი ასაკის ჩვილებისთვის	
ასაკი	**სათამაშო/აქტივობები**
დაბადებიდან-3 თვე	შავ-თეთრი ბარათები, რბილი სათამაშოები, არაგატეხვადი სარკე, საჩხაკუნო, მობილური, მუსიკალური ყუთი, ლაპარაკი და სიმღერა, ქანაობა და ხელში ჭერა, ნაზი მასაჟი, სხვა ხალხთან ინტერაქცია;
3-6 თვე	ხელში საჭერი ჩვილის სათამაშო,საჟღარუნო სათამაშო, კბილების რგოლი, სხვადასხვა ტექსტურის, ხმაურიანი სათამაშოები, ლაპარაკი და სიმღერა, სხვადასხვა ხალხთან ინტერაქცია, სურათებიანი წიგნების კითხვა/დათვალიერება;
6-9 თვე	უსაფრთხო ადგილი ხოხვისთვის და ცოცვისთვის, აბაზანის სათამაშოები, ჭეკი ყუთში, ჩასაწყობი სათამაშოები, დიდი რბილი ბლოკები, ერთად აწყობს სათამაშოებს, ლაპარაკი და სიმღერა, დამალობანა, სხვადასხვა ხალხთან ინტერაქცია.
9-12 თვე	6-9 თვის ასაკის სათამაშოების გაგრძელება, გამოსაკვლევად უსაფრთხო ადგილი, მოძრავი სათამაშოები, ფერადი წიგნები, ქაღალდი გასაჭრელად, სამშენებლო ბლოკები, პლასტმასის თასები და კონტეინერები, სათამაშოები, რომელსაც განსხვავებული ფორმები და ფერები აქვს, სათამაშოები, რომელსაც განსხვავებული ფორმები აქვს, სხვადასხვა ხალხთან ინტერაქცია.

უსაფრთხოების ხელშეწყობა და დაზიანების პრევენცია

ჩვილები არიან მუდმივი განვითარების მდგომარეობასა და მოტორული უნარების დახვეწაში. გარდა ამისა, ჩვილებს აქვთ დაუსრულებელი ცნობისმოყვარეობა გარემოს შესახებ. როდესაც ეს მუდმივობა და ცნობისმოყვარეობა კომბინირდება, ჩვილი იმყოფება დაზიანების რიკის ქვეშ, რასაც მივყავართ ჩვილების სიკვდილამდე, განსაკუთრებით 6-დან 12 თვემდე. ჩვილებისთვის უსაფრთხო გარემოს შესაქმნელად მომვლელმა უნდა იცოდეს უსაფრთხოების პირობები მოტორული განვითარების თითოეული საფეხურისთვის. მომვლელმა და მედდამ უნდა განიხილონ სპეციფიკურ მოტორულ განვითარებასთან ასოცირებული გარემოში არსებული საფრთხეები.

სახელმძღვანელო, რომელიც მოწოდებულია ჩვევების განვითარებამდე, უნდა მოიცავდეს შემდეგს:

- მიზეზები, თუ რატომ არის ჩვილი დაზიანებისთვის წინასწარგანწყობილი;
- დაზიანების პრევენციის მნიშვნელობა;
- ასაკისთვის შესაფერისი გარემოს მნიშვნელობა;
- ყოველთვის უნდა ველოდეთ საფრთეს და მოვაშოროთ ჩვილი ამ საფრთხეს;

ერთ-ერთი გზა, რომლითაც შესაძლებელია სახლში ჩვილის შემთხვევითი დაზიანების თავიდან აცილება მოწოდებულია ცხრილში 3-13. სახლის ყველა ადგილიდან ჩვილის საძინებელი უნდა ჩანდეს მონიტორზე, რადგან ის ყველაზე მეტად საფრთხის შემცველია. უპირველესად, ავეჯი უნდა შეესაბამებოდეს უსაფრთხოების დადგენილ სტანდარტებს. ჩვილის საწოლი უნდ იდგეს მოშორებით ფანჯრიდან და ელექტროგაყვანილობიდან. საწოლის თავს არ უნდა ჰქონდეს ადგილი, საიდანაც ჩვილი თავს გამოყოფს და გაიჭედება. ხარიხებს შორის მანძილი უნდა იყოს 5 სმ. გვერდითი ხარიხა უნდა იყოს მაღალ პოზიციაში, რომ ჩვილი ვერ ჩამოვარდეს, მატრასი უნდა იყოს მჭიდროდ, რათა ჩვილი არ ჩავარდეს მატრასსა და ლოგინის ჩარჩოს შორის. ბალიში და „ბამპერი“ არ უნდა გამოიყენოთ. როდესაც ჩვილი იწყებს ადგომას, მატრასი უნდა მოთავსდეს ყველაზე დაბალ დონეზე.

ცხრილი 3-13. ზოგადი უსაფრთოხების ჩამონათვალი სახლში

- ყველა სარეცხი საშუალება, მედიკამენტები და კოსმეტიკური საშუალებები უნდა იყოს შენახული ბავშვებისთვის მიუწვდომელ ადგილას;
- ყველა დანა ან ბასრი ნივთი უნდა იყოს შენახული ბავშვებისთვის მიუწვდომელ ადგილას;
- შხამიანი ყვავილები მოშორებული;
- ყველა ცეცხლსასროლი მოშორებული ან ჩაკეტილი;
- სასროლი მასალა განცალკევებით;
- ვენტილატარი და გამათბობელი ბავშვებისგან მიუწვდომელ ადგილას;
- ბოლისა და CO დეტექტორი უნდა მუშაობდეს (ელემენტები შუცვალეთ ყოველ 6 თვეში);
- ყველა მცირე ზომის ნივთი მხედველობიდან შორს შეინახეთ;
- არ შეიძლება სათამაშოზე მცირე ნაწილების არსებობა;
- პლასტიკური ჩანთები და ბუშტები შეინახეთ ბავშვებისგან შორს;
- გამოუყენებელი საყოფაცხოვრებო ტექნიკა არ გახსნათ;
- აუზი შემოღობეთ;
- წყლის ბოცები მოაშორეთ;
- ჩაკეტეთ მაცივრები;
- ჩაკეტეთ აბაზანის კარები და უზრუნველყავით, რომ ჩვილებს არ ჰქონდეთ ტუალეტსა და აბაზანაში შესვლის საშუალება;
- დენის იმ წყაროს, რომელსაც არ იყენებთ დაახურეთ უსაფრთხოების სახურავი;
- ელექტრო კაბელები უნდა იყოს ჩვილისაგან დაცულ ადგილას;
- სადენები მოაცილეთ ჩვილებს.

დაცემის საფრთხის შემცველი კომპონენტები:

- ჭიშკარი კიბეების წინ;

- ყველა ელექტრო ხაზი დამალეთ;
- ავეჯი კარგ მდგომარეობაში;
- მაგიდების კიდეებთან დამცავი ბოლოები;
- შეამოწმეთ ბავშვის საწოლები, არ იყოს მორყეული ჭანჭიკები;
- მოაცილეთ მსხვრევადი ნივთები, მინის მაგიდები, მძიმე ნივთები;
- სასიარულო ადგილი უნდა იყოს სუფთა ნებისმიერი წინაღობისგან;
- დაკეტეთ კიბე;
- მყარი სახელურები კიბეებზე;
- ფანჯრის რაფა მყარი და კარგ მგომარეობაში;
- გამოიყენეთ ფანჯრის დამცავები;
- გამოიყენეთ არა მცოცავი ხალიჩები;
- გამოიყენეთ კარის სახელურის დამცავები;
- ადეკვატური სინათლე;
- ჩვილის/ბავშვის უსაფრთხო სკამები მანქანაში;
- არ გამოიყენოთ ჭოჭინა, ამის ნაცვლად გამოიყენეთ სპეციალური სკამები

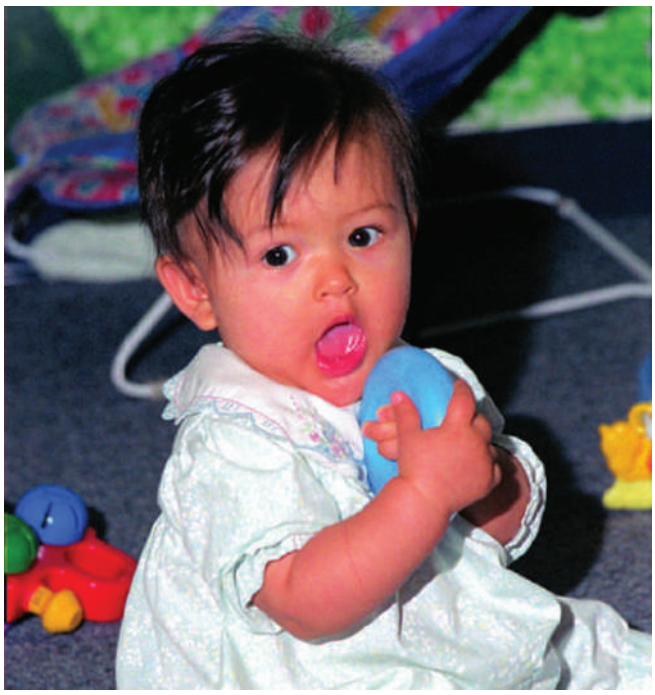
დამწვრობა

- არ მოიხმაროთ თამბაქო იმ გარემოში, სადაც ბავშვია; ნებისმიერი თამბაქო და ასანთი შორს ბავშვისგან;
- ბუხრისა და გამათბობლის წინ დამცავები;
- ცხელი წყლის თერმოსტატი (45.2°C);
- ტანსაცმლის გამაშრობლები დააყენეთ დაბალ ტემპერატურაზე;
- ტანსაცმლის გამაშრობლების/სარეცხი მანქანის კარები დახურული უნდა იყოს;
- საჭმლის კეთების დროს ჩვილი არ უნდა იყოს სამზარეულოში, მაშინაც კი თუ იგი ზის მაღალ სკამზე;
- სამზარეულოს ტექნიკის ელექტრული შნურები დაფარული უნდა იყოს ჩვილებისთვის;
- ცხელი სასმელი შორს უნდა იყოს ჩვილებისგან;
- ბოლისა და CO დეტექტორი უნდა მუშაობდეს გამართულად (ელემენტები შეცვალეთ ყოველ 6 თვეში);
- ცეცხლმაქრი უნდა იყოს მოთავსებული დიდებისთვის ხელმისაწვდომ ადგილას;

გადაუდებელი აუცილებლობები

- გადაუდებელი მდგომარეობების დროს საკონტაქტო ტელეფონის ნომრის თვალსაჩინოება;
- პირველი დახმარების ჩანთა განახლებული;
- „ემერჯენსი“ გასასვლელის არსებობა;
- მომვლელმა უნდა იცოდეს გფრ.

ყოველ დღე იზრდება ჩვილის შესაძლებლობები, მათ შორის საშიშროებაც. მომვლელს უნდა ახსოვდეს, რომ ჩვილი ბრუნვის და ტრიალის დროს ქმნის გადმოვარდნის საშიშროებას, როგორც კი დარჩება მარტო. მომვლელი უნდა იყოს ყურადღებით, არ დატოვოს საგანი ჩვილისთვის ხელმისაწვდომ ადგილას (სურათი3-22).



სურათი 3-22. უსაფრთხოების მიზნით დარწმუნდით, რომ ყველა სათამაშო რასაც ჩვილი მიწვდება მისი ასაკის შესაბამისია

იმის გამო, რომ ბავშვი იმაზე სწრაფად ხოხავს, ვიდრე მოსალოდნელია, მომვლელმა უნდა უზრუნველყოს შესაბამისი არის უსაფრთხოება (სურათი 3-23).



სურათი 3-23. ელექტრული სადენები უნდა ინახებოდეს ცნობისმოყვარე ჩვილებისგან მიუწვდომელ ადგილზე

როგორც კი მოძრაობა უმჯობესდება, ჩვილს შეუძლია ადგეს და იაროს საგნების გარშემო; მომვლელი უნდა იყოს ფრთხილად, რადგან დაცემის, დახრჩობისა და მოგუდვის ალბათობა მაღალია (სურათი3-24).



სურათი 3-24. ტუალეტის სახურავები უნდა იყოს დახურული, ხოლო აბაზანის კარები დაკეტილი, რათა არ მოხდეს შემთხვევით დახრჩობა ან ტრავმები

ცხრილში 3-14 წარმოდგენილია ინფორმაცია დაკავშირებული შესაბამის უსაფრთხო ქმედებებთან,რომელიც ასოცირებულია ასაკთან.

ცხრილი 3-14.

ასაკისა და განვითარების მიღწევები	**დაზიანების ტიპები**	**უსაფრთხოების ჩამონათვალი**
დაბადებიდან 4 თვის ასაკი გორავს გვერდიდან ზურგისკენ წვდება საგნებს სათამაშოებს იდებს პირში	დაცემა დახრჩობა დამწვრობა	საწოლის გვერდები გქონდეთ აწეული; არ დატოვოთ ბავშვი ყურადღების გარეშე მაღალზე; არ დატოვოთ უყურადღებოს ჩვილი აბაზანაში; წყლის ტემპერატურა უნდა იყოს < 45 ^{0}C; ყოველთვის შეამოწმეთ აბაზანის წყლის ტემპერატურა;

		როდესაც ხართ ჩვილთან არ დაიჭიროთ ცხელი ან ცივი სითხეები; სახლში იქონიეთ კვამლის და ნახშირჟანგის დეტექტორები; არიდეთ მზეზე დიდი ხანი ყოფნას; გამოიყენეთ მზისგან დამცავი საცხი; არ გამოიყენოთ ბავშვის საკვების გასაცხელებლად მიკროტალღური ღუმელი; ჩვილისათვის საკვების ან სითხის მიცემამდე აუცილებლად შეამოწმეთ მისი ტემპერატურა; შეინახეთ პლასტიკური ჩანთები ან შესახვევი მასალა ბავშვისთვის მიუწვდომელ ადგილას; ბავშვის საწოლის მოაჯირის სვეტებს შორის მანძილი უნდა იყოს < 6 სმ.-ზე ნაკლები; დარწმუნდით, რომ საწოლის ლეიბი მჭიდროდ ჯდება საწოლის კარკასში; ბავშვის საწოლზე არ დაამაგროთ არაფერი; ბავშვის საწოლი უნდა იდგეს ფარდებისგან მოშორებით;
	სტრანგულაცია	არასდროს დაამაგროთ რაიმე თასმა ბავშვს კისერზე; გამოიყენეთ მხოლოდ დაშვებული ბავშვის დამცავი სკამი მანქანაში; არ დატოვოთ ბავშვი უყურადღებოდ მანქანაში; დააყენეთ ბავშვის სკამი ავტომობილის უკანა სავარძელზე; არ დაამაგროთ ბავშვის სავარძელი მანქანის წინა სავარძელზე, თუ არ არის ალტერნატიული გზა გათიშეთ საჰარო ბალიშები;
	ავტოსაგზაო შემთხვევა	შეინახეთ მცირე ზომის ნივთები მიუწვდომელ ადგილზე არ დატოვოთ ბავშვი უყურადღებოდ იატაკზე მოთამაშე;

		გქონდეთ ხელმისაწვდომი ტოქსიკოლოგიური ცენტრის ნომერი; (ზემოთ ჩამოთვლილ მიზეზებს ემატება შემდეგი): მაქსიმალურად ეცადეთ მცირე საგნები არ იყოს იატაკზე. ბავშვის საწოლი მოათავსეთ შორს ფარდისგან.
4 – 7 თვე შეუძლია ჯდომა დახმარებით შეუძლია გვერდზე გადაგორება დახმარებით ფეხზე დგომისას იცავს წონასწორობას წვდება სხვადასხვა საგნებს ძირს ყრის ნივთებს აქტიურად	გადაცდენა კვებითი ინტოქსიკაცია გადაცდენა და სტრანგულაცია დამწვრობა ვარდნა მოწამვლა	დააფარეთ თავსახური ყველა გამოუყენებელ დენის წყაროს; განათავსეთ მწარმოებლის მიერ რეკომენდირებული დამცავი საფარი გამათბობლებზე და ღუმელებზე. ჩვილი დაამაგრეთ მაღალ სკამზე მოთავსებისას; არ იხმაროთ ჭოჭინა; ჩაკეტეთ კიბის უჯრედი; გამოიყენეთ სპეციალური საკეტები უჯრებსა და კარადებზე; არ დატოვოთ ჩვილი ყურადღების გარეშე იატაკზე; ტოქსიკური ნივთიერებები შეინახეთ ბავშვებისათვის მიუწვდომელ ადგილას; ტელეფონში გქონდეთ ტოქსიკოლოგიური ცენტრის ნომერი;
8-12 თვე სურვილის მიხედვით ყრის ნივთებს; ნივთებს იღებს უფრო ზუსტი მოძრაობით ვიდრე ადრე; თითების დახმარებით ჭამს საჭმელს; შეუძლია პატარა ნივთების ამოღება კონტეინერიდან; ჯდება დამოუკიდებლად; შეუძლია მჯდომარე მდგომარეობიდან ადგომა;	დამწვრობა დახრჩობა ვარდნა	შეუძლია გაზქურის სახელურის ტრიალი არ იხმაროთ მაგიდის გადასაფარებელი რომელიც ადვილად ალდება; არასოდეს დატოვოთ უყურადღებოდ საბაზანოში; შეინახეთ ელექტრო ჩამრთველები ბავშვისთვის მიუწვდომელ ადგილას; არასოდეს დატოვოთ უყურადღებოდ ეზოში, აუზში, ან სათამაშო მოედანზე; შემოღობეთ ყველა კიბე; დარწმუნდით, რომ ავეჯი არის მყარი;

დგას დამოუკიდებლად; ცოცვიდან გადადის ხოხვაზე; ცდილობს დამოუკიდებლად სიარულს;	მოწამვლა გადაცდენა ავტოსაგზაო შემთხვევა	არ დატოვოთ უყურადღებოდ ეზოში და სათამაშო მოედანზე; დააყენეთ ჩვილების საწოლი ყველაზე დაბალ პოზიციაში; შეინახეთ მედიკამენტები, კოსმეტიკა, ტოქსიკური ნივთიერებები და სუბსტანციები ბავშვებისათვის უსაფრთხო ადგილას; არ დატოვოთ უყურადღებოდ ეზოში და სათამაშო მოედანზე; ფრთხილად იყავით როდესაც ბავშვი ხელით ჭამს (მაგ: ალუბალს, ყურძენს, კენკრას, პოპკორნს და სხვა.). არ დატოვოთ უყურადღებოდ ეზოში და სათამაშო მოედანზე; ბავშვი მინიმუმ 1 წლის ასაკამდე მანქანის უკანა სავარძელზე მიმაგრებული უნდა იყოს სახით მოძრაობის საპირისპიროდ;

ოჯახის სწავლების გზამკვლევი

შეამოწმეთ დაფარული საფრთხე

იმისათვის, რომ დარწმუნდეთ ჩვილის უსაფრთხოებაში, მომვლელი უნდა დაიხაროს ჩვილის თვალის სიმაღლეზე, იატაკთან ახლოს, რათა შეამოწმოს გარემო საფრთხე. მანქანაში ჩვილი უნდა მოთავსდეს უსაფრთხო ადგილას უკან.

საკვანძო საკითხები

- აუცილებელია მედდას ესმოდეს ჩვილის ზრდისა და განვითარების მნიშვნელობა, რათა უზრუნველყოს ბავშვისა და ოჯახის ჯანმრთელობის ოპტიმალური დონის შენარჩუნება;
- მოტორული ჩვევების პროგრესი: უხეში მოტორული განვითარება აღმოცენდება ნატიფ მოტორიკაზე ადრე და ჩვილს უნდა ჰქონდეს უნარი ჯერ მიუახლოვდეს და შემდეგ აიღოს საგანი;
- ჩვილი არის კოგნიტური განვითარების სენსომოტორულ საფეხურზე, ცოდნას იძენს საგანთან ურთიერთობის შედეგად. ძირითადი ამოცანაა საგნის მუდმივობა;
- ნდობა ვითარდება უეცრად, როდესაც დგება კვების, ჩაცმისა და კომფორტისსაჭიროება;
- ჯანმრთელობის სკრინინგი მოიცავს ჯანმრთელობის შეფასებას, ფიზიკალურ გამოკვლევას, გეგმიურ იმუნიზაციას და ნებისმიერი პრობლემის აღმოჩენას და შეფასებას სამედიცინო პერსონალის მიერ;

- კვებითი მოთხოვნილებები დაფუძნებულია ფიზიკურ აქტივობებსა და ზრდის მაჩვენებელზე. ენერგიის მოთხოვნილება მერყეობს 110-115 კკალ/კგ/დღეში დაბადებისას და 100კკალ/კგ/დღეში 1 წლამდე. სითხის მოთხოვნილება 1-1.5 მლ/კკალ დღეში;
- სახელმძღვანელო წარმოგვიდგენს ინფორმაციას ზრდისა და განვითარების მოსალოდნელი ეტაპების შესაფასებლად, რათა წავახალისოთ ოპტიმალური განვითარება;
- ბავშვის ასაკში ექსპრესიულ ენაზე მეტია აღქმითი ენა;
- ჩვილს აქვს ცვალებადი ძილის რიტმი, რომელზეც გავლენას ახდენს ტემპერამენტი, კვებით დაკმაყოფილება, მომვლელის პასუხი გაღვიძებაზე და გარემო პირობები;
- თამაში უზრუნველყოფს, რომ გაიაროს პრაქტიკა ახალშეძენილ უნარებში და შეისწავლოს გარემო და ხალხი;
- ჩვილის თანდაყოლილი ცნობისმოყვარეობა და ლიმიტირებული კოგნიტური შესაძლებლობა რისკის ქვეშ აყენებს შემთხვევით დაზიანებებს.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Academy of Pediatric Dentistry. (2006). Guidelineon infant oral health care. In AAPD Reference Manual2005–2006.
- American Academy of Pediatrics. (2000). Changing conceptsof sudden infant death syndrome: Implications for infantsleeping environment and sleep position. Pediatrics, 105,650–656.
- American Academy of Pediatrics. (2002). Selecting and using the mostappropriate car safety seats for growing children: Guidelines forcounseling parents. Pediatrics, 109(3), 550–553.
- American Academy of Pediatrics. (2005). Breastfeeding andthe use of human milk. Policy statement. Pediatrics, 115(2),496–506.
- American Academy of Pediatrics. (2006). Baby bottle tooth decay.Retrieved January 16, 2006, from http://www.aap.org/pubed/ZZZKBW52R7C.htm?&subcat511.
- American Academy of Pediatrics. (2008a). Section on PediatricDentistry and Oral Health. Preventive oral health interventionfor pediatricians. Pediatrics, 122(6), 1387–1394.
- American Academy of Pediatrics. (2008b). Screening Initiatives:Developmental/ Behavioral. Retrieved May 13, 2009, fromhttp://www.medicalhomeinfo.org/screening/cdc_rev1.html.
- American Academy of Pediatrics. (2009a). Recommendations forPreventative Pediatric Health Care (RE9535). Committee onPractice and Ambulatory Health Care. Retrieved January 23, 2010, from http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;105/3/645.pdf.
- American Academy of Pediatrics. (2009b). Parenting corner: StartingSolid foods. Retrieved May 12, 2009, from http://www.aap.org/publiced/BR_Solids.htm.
- American Academy of Pediatrics. (2009c). Parent's Guide to choosingSafe and Healthy Child Care, available from http://www.aap.org/sections/scan/practicingsafety/Toolkit_Resources/Module3/ParentsGuide.pdf-2010-03-12.
- Anderson, M. E., Johnson, C. D., & Batal, H. A. (2005). Sudden infantdeath syndrome and prenatal maternal smoking: Rising attributedrisk in the Back to Sleep era. BioMed Central Medicine, 3(4).Retrieved January 23, 2010, from http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=545061.
- Baby: Protecting your family. Preventing accidental injury. (2010).Accessed January 23, 2010, from http://www.usa.safekids.org/tier3_cd.cfm?content_item_id=288&folder_id=167.
- Baby Friendly USA. (2009). What is the Baby-Friendly HospitalInitiative and why do we need it? Retrieved January 8, 2010,from http://www.babyfriendlyusa.org/eng/01.html.
- Bauchner, H. (2008). Early nutrition and development of atopic disease.Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine. Retrieved April 1,2009, from http://pediatrics.jwatch.org/cgi/content/full/2008/220/.

- Blair, S. (2008). Putting co-sleeping into perspective. Jornal de Pediatra,8(2). n. p. Retrieved January 23, 2010, from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572008000200001&script=sci_arttext&tlng=en.
- Bowlby, J. (2007). Babies and toddlers in non-parental day care canavoid stress and anxiety if they develop a lasting secondary attachmentbond with one caregiver who is consistently available tothem. Attachment & Human Development, 9(4), 307–314.
- Bradley R. H., & Vandell, D. L. (2007). Child care and the well-being ofchildren. Archives of Pediatric & Adolescent Medicine, 161(7), 669–676.
- Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children,and Adolescents. Promoting Physical Activity. (2009). AccessedJanuary 23, 2010, from
- http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_ PDF/7-Promoting_Physical_Activity.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1995). Air-Bag AssociatedFatal Injuries to Infants and Children Riding in FrontPassenger Seats—United States. Morbidity and Mortality WeeklyReport, 44(45), 845–847. Retrieved January 23, 2010, from http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00039562.htm.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). ImmunizationSchedules. Accessed January 23, 2010, from http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/default.htm.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Vaccine InformationStatements. Retrieved January 23, 2010, from http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/default.htm.
- Coleman-Phox, K., Odouli, R., & Li, D. O. (2008). Uses of a fanduring sleep and the risk of sudden infant death syndrome.Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 162(10), 963–968.
- Cohen-Silver, J., & Ratnapalan, S. (2009). Management of infantilecolic: A review. Clinical Pediatrics, 48(1), 14–17.
- Darden, P., Blue, A., Brooks, D., Taylor, J., Hendricks, J., & Bocian, A.(2006). Staff and parent perceptions of barriers to immunizationfor African-American children: A study from PROS and NMAPEDSNET.Accessed January 23, 2010, from http://www.aap.org/research/abstracts/05abstract18.htm.
- Davidson, M., London, M., & Laedwig, P. (2008). Old's maternalnewbornnursing & women's health across the lifespan (8th ed.).Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Dewar, G. (2008). Baby sleep patterns: A guide for the sciencemindedparent. Parenting Science. Accessed January 23, 2010, fromhttp://www.parentingscience.com/baby-sleep-patterns.html.
- Dixon, S., & Stein, M. (2006). Encounters with children: Pediatricbehaviors and development (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Erikson, E. E. (1963). Childhood and society (2nd ed.). New York: Norton.
- Forste, R., & Hoffmann, J. P. (2008). Are US mothers meeting theHealthy People 2010 breastfeeding targets for initiation, duration,and exclusivity? The 2003 and 2004 national immunization surveys.

- Journal of Human Lactation, 24(3), 278–288.Frankenburg, W. K., Dodds, J., Archer, P., Shapiro, H., & Bresnick, B.(1992). The Denver II: A major revision and restandardization ofthe Denver developmental screening test. Pediatrics, 89, 91–97.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures in psychoanalysis.New York: Norton.
- Gregory, K. (2005). Update on nutrition for preterm and full-terminfants. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing,34(1), 98–108.
- Gussy, M. G., Waters, E. G., Walsh, O., & Kilpatrick, N. M. (2006).Early childhood caries: Current evidence for aetiology and prevention. Journal of Pediatrics & Child Health, 42(1/2), 37–43.
- Hane, A., Fox, N., Polak-Toste, C., Ghera, M., & Guner, B. (2006).Contextual basis of maternal perceptions of infant temperament.Developmental Psychology, 42(6), 1077–1088.
- Haydu, S., & Sundquist, J. (2006). Normal infant feeding (0–12months). Accessed January 23, 2010, from http://www.cdph.ca.gov/HealthInfo/healthyliving/childfamily/Documents/MO-InfantFeeding0-12mo.pdf.
- Honig, A. S. (2006). What infants, toddlers, and preschoolers learnfrom play: 12 ideas. Montessori Life. FindArticles.com. AccessedJanuary 23, 2010, from http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4097/is_200601/ai_n17188806/.
- Huang, Y., & Huang, C. (2006). Nipple confusion and breastfeeding:A literature review. Journal of Nursing, 53(2), 73–79.
- Hunt, C. E., & Hauck, F. R. (2007). In R. M. Kliegman, R. Behrman,H. B. Jenson, & B. F. Stanton (Eds.), Nelson textbook of pediatrics(18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders, 1736–1742.
- Keeping your child safe in today's world. (2009). The Daily Parent 22.Retrieved April 28, 2009, from http://www.childcareaware.org/en/subscriptions/dailyparent/volume.php?id=22.
- Kliegman, R. M., Behrman, R. Jenson, H. B., & Stanton, B. F. (Eds.).(2007). Nelson textbook of pediatrics (18th ed.). Philadelphia, PA:Saunders.
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2005). Breastfeeding: A guide forthe medical profession (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Luthy, K. E., Beckstrand, R. L., & Peterson, N. E. (2008). Parentalhesitation as a factor in delayed childhood immunization. Journal ofPediatric Health Care, 23(6), 388–393.
- Marter, A., & Agruss, J. C. (2007). Pacifiers: an update on use andmisuse. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 12(4), 278–285.
- Miller, J. L. (2007). Preliminary ultrasound observation of lingualmovement patterns during nutritive versus non-nutritive sucking ina premature infant. Dysphasia, 22(2), 150–160.Monitoring Visual Development. (2007). Accessed January 23, 2010,from http://www.tsbvi.edu/Education/infant/page7.htm.
- Nelson, E., Yu, L., Williams, S., & International Child Care PracticesStudy Group Members. (2005). International Child Care PracticesStudy: Breastfeeding and Pacifier Use. Journal of Human Lactation,21, 289–295.

- Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Nygren, P. (2008). Universal newbornscreening systematic review to update the 2001 US PreventiveServices Task Force Recommendation. Pediatrics, 122(1), e266–e276.
- National Association of Child Care Resource & Referral Agencies.Is This the Right Place for My Child? Checklist Helps Parents IdentifyHigh-Quality Child Care. (2010) Accessed January 23, 2010,from http://www.naccrra.org/publications/naccrra-publications/is-this-the-right-place-for-my-child.
- National Institute of Child Health Development and Human Services.NICHD alerts parents to winter SIDS risk and updated AAP recommendations.(2006). National Institute of Child Health Developmentand Human Services.
- O'Brien, M., Fallon A., Brodribb, W., & Hegney, D. (2007). Reasons forstopping breastfeeding: What are they, what characteristics relateto them, and are there underlying factors? Birth Issues, 15(3–4),105–113.
- O'Connor, N. R., Tanabe, K. O., Siadaty, M. S., & Hauck, F. R.(2009). Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. Archivesof Pediatric and Adolescent Medicine, 163(4), 378–382.
- Piaget, J. (1952). The origins of intelligence in children. New York:International Universities Press.
- Porter, L. (2007). All night long: understanding the world of infantsleep. Breastfeeding Review, 15(3), 11–15.Recognizing and choosing the best for your children. (2010).
- The Daily Parent, 49. Retrieved January 23, 2010, from http://www.childcareaware.org/en/subscriptions/dailyparent/volume.php?id=39.
- Ricci, S. S., Kyle, T., & Kyle, T. (2008). Maternity and pediatric nursing.Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruys, J. H., De Jonge, G. A., Brand, R., Engelberts, A. C., & Semmekrot,B. A. (2007). Bed-sharing in the first four months of life:A risk factor for sudden infant death. Acta Paediatrica, 96(10),1399–1403.
- Sadeh, A., Mindell, J., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep andsleep ecology in the first 3 years: A web-based study. Journal ofSleep Research, 18(1), 60–73.
- Sicherer, S. H., & Sampson, H. A. (2009). Food allergy: Recent advancesin pathophysiology and treatment. Annual Review of Medicine,[Epub ahead of print]. Accessed January 23, 2010, fromhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18729729.
- South, M. T., Strauss, R. A., South, A. P., Boggess, J. F., & Thorp, J. M.(2005). The use of non-nutritive sucking to decrease thephysiologic pain response during neonatal circumcision: A randomizedcontrolled trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology,193(2), 537–543.
- Tappin, D., Ecob, R., & Brooke, H. (2005). Bedsharing, roomsharing,and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-controlstudy. Journal of Pediatrics, 147(1), 32–37.
- The Baby-Friendly Hospital Initiative. (2010). Accessed May 22,2010, from http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby' www.babyfriendlyusa.org.

- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. (1968). Temperament and behaviordisorders in children. New York: New York University Press.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. (1970). The origin of personality.Scientific American, 223(2), 106–117.United Nations Millennium Development Goals Report. (2008).Goal 4: Reduce child mortality fact sheet. Accessed May 22, 2010,from http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/newsroom/Goal%204%20FINAL.pdf.
- Vennemann, M., Bajanowski, T., Brinkmann, B., Jorch, G., Yücesan,K., Mitchell, E.A.; GeSID Study Group. (2009). Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? Pediatrics,123(3), e406–e410.

თავი 4

ბაღის ასაკის ბავშვის ზრდა და განვითარება

ამ თავში განხილულია:

1. ბაღის ასაკის ბავშვის ფიზიოლოგიური, ფსიქოსქესობრივი, ფსიქოსოციალური, კოგნიტური და მორალურ განვითარებითი ცვლილებები;
2. საექთნო ინტერვენციების მისადაგება ბაღის ასაკის ბავშვის განვითარების სხვადასხვა ასპექტზე;
3. ტანტრუმებისთვის, ნეგატივიზმისთვის, რეგრესიისთვის და რიტუალიზმისთვის შესაბამისი ინტერვენციების პრაქტიკასთან მისადაგება;
4. მშობლის მიერ სადისციპლინო გეგმის ჩამოყალიბებაში სხვადასხვა სტრატეგიების გამოყენების წახალისება;
5. მსჯელობა სიბსების კონკურენციაზე და პრაქტიკაში შესაბამისი ინტერვენციის გამოყენება;
6. ტუალეტის მოხმარების უნარების დასწავლის მზაობის ფიზიოლოგიური და ფსიქოსოციალური ნიშნების შეფასება და ამ ინფორმაციის პრაქტიკაში გამოყენება;
7. ჯანმრთელობის წახალისებისთვის სტრატეგიების განვითარება, როგორიცაა თამაში, კვება, ძილი, უსაფრთხოება, განვითარება და დენტალური ჰიგიენა;
8. სოციალური, ეკონომიური და კულტურული ფაქტორების გავლენის შეფასება ბაღის ასაკის ბავშვის ჯანმრთელობასა და განვითარებაზე.

ბაღის ასაკის ბავშვის სამყარო არის ცხოვრების რთული, ამაღელვებელი და საინტერესო პერიოდი. სწავლის ფუნდამენტალური პროცესები ვითარდება, რადგან ბავშვი იწყებს: სამყაროს აღმოჩენას, ავტონომიის გამოცდილების მიღებას, სხვადასხვა საგნების მუშაობის მექანიზმების სწავლას, მათ შორის, თავიანთი სხეულისას, განვითარებითი ამოცანების შესრულებას, როგორიცაა ტუალეტში გასვლის უნარის დასწავლა, სწავლობს ტოლერანტობის ლიმიტებს, სურვილების გამოხატვას და აყალიბებს ურთიერთობებს. 1-3 წლის ასაკის ბავშვის[4] აღელვება და მარცხების სიმრავლე ამ პერიოდს განსაკუთრებით რთულს ხდის როგორც მშობლებისთვის, ასევე სამედიცინო პერსონალისთვის.

ბაღის ასაკიარის ბავშვობის მაგიური 24 თვე (მე-12-36-ე თვე), რომელიც მოიცავს ძალიან სწრაფ, უპრეცენდენტო მომწიფებას და ბავშვისა და ოჯახის ცხოვრების რადიკალურ ცვლილებას. ბაღის ასაკის ბავშვი ევოლუციას განიცდის დამოკიდებუ-

[4] იგულისხმება თოდლერი.

ლი ჩვილიდან, რომელსაც კომუნიკაციის და მობილობის უნარი მინიმალურად აქვს, ოჯახის ნაწილამდე, რომელიც არის უფრო დამოუკიდებელი, მოძრავი და ცნობის-მოყვარე (სურათი 4-1).



სურათი 4-1. ბავშვი სწავლობს ბალახის მოჭრას

ბაღის ასაკის ბავშვის კეთილდღეობის შენარჩუნებას სჭირდება ნორმალური ზრდისა და განვითარების პროცესების ცოდნა. ეს მოიცავს გენეტიკური და კულტურული ფაქტორების გავლენას, მნიშვნელოვანი და კარგად ცნობილი განვითარების ეტაპების ცოდნას, ინდივიდუალურ ბავშვში მოსალოდნელი გადახრების წინასწარ გათვლის უნარს და ჯანმრთელობის კონტროლზე და სკრინინგზე ინფორმაციის ქონას. იმ თეორიების და ცნებების ცოდნა, რომელიც ხელს უწყობს ბაღის ასაკის ბავშვის განვითარებას, ძალიან მნიშვნელოვანია. ასევე მნიშვნელოვანია თერაპიული კომუნიკაციის ტექნიკების გამოყენება, რათა ჩამოყალიბდეს ნდობა 1-3 წლის ბავშვსა და ოჯახს შორის.

რადგან ბაღის ასაკის ბავშვი აღწევს ავტონომიას და აცნობიერებს პირადულობას, გაზრდილი მოტორული შესაძლებლობები, გამოცდილებისა და შეფასების უნარის არქონასთან ერთად, ძალიან სახიფათო შეიძლება აღმოჩნდეს. შესაბამისად, ექთნებმა და მშობლებმა უნდა გამოიყენონ სტრატეგიები, დაეხმარონ ბაღის ასაკის ბავშვს თავისი უნარებისა და შესაძლებლობების კარგად განვითარებაში. მათ, ასევე, უნდა დაიცვან ბავშვი გარემო საშიშროებისაგან, უზრუნველყონ სტრუქტურირებული გზამკვლევები და მოსიყვარულე დისციპლინა და წაახალისონ ცნობისმოყვარეობა და დამოუკიდებლობის შეგრძნება ბავშვში.

ბაღის ასაკის ბავშვის ფიზიოლოგიური, ფსიქოსქესობრივი, ფსიქოსოციალური, კოგნიტური და მორალური განვითარება განხილული იქნება შემდეგ გვერდებზე. ყოველთვის მნიშვნელოვანია, გვახსოვდეს, რომ თითოეულ არეალში განვითარება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ზოგად ზრდაზე, განვითარებასა და მომწიფებაზე, შესაბამისად, განვითარების არცერთი არეალი არ უნდა მოვიაზროთ ცალკე. ბაღის ასაკის ბავშვს ასაკში გამოვლენილ სხვადასხვა ხშირ პრობლემაზე ინფორმაციაც მოცემული იქნება.

ფიზიოლოგიური განვითარება

1-3 წლის ასაკის ბავშვში მოხდენილი ფიზიკური ცვლილებები საკმაოდ მარტივად გათვლადია წინასწარ, მაგრამ არც ერთ ბავშვზე არ უნდა ვივარაუდოთ, რომ განვითარების რაღაც ეტაპებს მკაცრად, რამე კონკრეტულ დროში მიაღწევს. როცა ზოგიერთი ბავშვი მთელ ენერგიას ჯერ მოტორული აქტივობების გაუმჯობესებაში დებს, სხვა ბავშვები ჯერ ვერბალურ უნარებზე კონცენტრირებენ, ძირითადად, ეს არ ნიშნავს, რომ ერთი ბავშვი წინაა, ხოლო მეორე ჩამორჩება, არამედ იმას, რომ ორივე მიაღწევს შესაბამის განვითარების დონეს, დროის ნორმალურ ინტერვალში, მაგრამ თავიანთი საკუთარი სისწრაფით. მნიშვნელოვანია, მშობლებს მივაწოდოთ ინფორმაცია, რათა მათ განვითარების მოსალოდნელი კანონზომიერებების გაგებაში დავეხმაროთ. ამასთან ერთად, ისიც უნდა ვუთხრათ, რომ ეს არაა მკაცრი გზამკვლევები და ყველა ბავშვს ინდივიდუალური კანონზომიერება აქვს, ნორმის ფარგლებში.

ფიზიკური ზრდა ძალიან სწრაფია ჩვილობის პერიოდში, მაგრამ ნელდება 1-3 წლისასაკში. თოდლერებს ახასიათებთ სტაბილური მატება ზრდაში, საშუალოდ 2.3 კგ წონაში, ხოლო 7.5 სმ სიმაღლეში, წელიწადში. ეს შენელებული ზრდის სიჩქარე გამყარებულია იმით, რომ 1-3 წლის ბავშვს აღარ აქვს იმდენად მადა და პრეტენზიული მჭამელია.

ფიზიკური გარეგნობაც საგრძნობლად იცვლება. თავი უფრო პროპორციული ხდება სხეულის სხვა ნაწილების მიმართ, რადგან ტვინი და თავი უფრო ნელა იზრდება, ვიდრე კიდურები (იხილეთ სურათი 4-2). გულ-მკერდის გარშემოწერილობა იზრდება და მალევე აჭარბებს მუცლის გარშემოწერილობას. მძიმე, ფართო ფუძით (გაშლილი ფეხებით განზე), მუცელგამოწეული დგომა და დამახასიათებელი 1-3 წლის ასაკის ბავშვის სიარული ნაცვლდება კარგად დაბალანსებული ფიზიკითა და სიარულით, რადგან ძვლები გრძელდება, ძლიერდება და მუცლის კუნთები ანაცვლებს ცხიმოვან ქსოვილს. ბავშვები სიარულს სხვადასხვა ასაკში სწავლობენ, ზოგი ადრე – 9-12 თვეში, მაგრამ 1-3 წლის ბავშვის უმრავლესობა სიარულს იწყებს 15 თვის ასაკში, ხოლო კიბეზე ასვლას 18 თვის ასაკში. ეს მიიღწევა პროცესზე ძალიან დიდი დროისა და ენერგიის დათმობით და სიარულის მცდელობის ძალიან ბევრჯერ გამეორებით, სანამ უნარი იდეალურად არ იქნება ათვისებული.



სურათი 4-2. ნერვული და საყრდენ-მამოძრავებელი სისტების განვითარებასთან ერთად ბავშვი სწავლობს სიარულს

ნერვული სისტემა

1-3 წლის ასაკის ბავშვი აჩვენებს ბევრ ქცევას, რომელიც ასახავს ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემების მომწიფების დონეს. ტვინის ზრდა გრძელდება ნელა და კორელირებს ინტელექტუალური შესაძლებლობებისა და ნატიფი მოძრაობების განვითარებასა და დახვეწასთან 2 წლის ასაკისთვის. კოორდინაციისა და ბალანსის გაუმჯობესება მიგვანიშნებს ზურგის ტვინის თითქმის მთლიან მიელინიზაციაზე და ამას ამყარებს 1-3 წლის ასაკის ბავშვის გაუმჯობესებული უნარი იაროს, იხტუნოს და იცოცოს (სურათი 4-3).



სურათი 4-3. ბავშვი სწავლობს ველოსიპედის ტარებას

თვალ-ხელის კოორდინაციის ზრდა, ხელების მოქნილობა, სიარული და სირბილი დიდ როლს თამაშობს 1-3 წლის ასაკის ბავშვის მოძრაობასა და სოციალიზაციაში. ეს უნარები ხელს უწყობს ნივთების სროლასა და მოტანას, თავსახურების მოხსნას და დახურებას, კოშკების აშენებას კუბიკებით და მათ დანგრევას (სურათი 4-4).ნეიროფიზიოლოგიური ცვლილებები, რომელთაც ოჯახსა და ბავშვზე ყველაზე დიდი გავლენა აქვს და შესაბამისი საექთნო ინტერვენციები ჩამოთვლილია ცხრილში 4-1.



სურათი 4-4. ხელისა და ცხვირის კოორდინაციის გაუმჯობესება

ცხრილი 4-1. ნევროლოგიური ცვლილებების მიმოხილვა თოდლერში

მნიშვნელოვანი ცვლილებები	ექთნისა და მშობლის როლი
წინა ყიფლიბანდი იხურება დაახლოებით ზურგის ტვინის მიელინიზაციის დროს (12-18 თვე).	ყურადღებით იყავით, რადგან ადრე დახურვამ შეიძლება შეამციროს ტვინის ზრდა და ფუნქცია. დახურვამდე, გამოზნექილი ყიფლიბანდი ნიშნავს გაზრდილ ქალაშიდა წნევას; ჩაზნექილი ყიფლიბანდი მიგვანიშნებს დეჰიდრატაციაზე.
ტვინის ზრდა გრძელდება და აღწევს ზრდასრული ზომის 80-90%-ს 3 წლის ასაკში.	თავის მზარდი გარშემოწერილობა სტიმულირდება ტვინის ზრდით. პატარა გარშემოწერილობა მიგვანიშნებს ზრდის დარღვევაზე, რომელიც ბავშვს აყენებს განვითარების ჩამორჩენის რისკის ქვეშ. გაზრდილი გარშემოწერილობა მიგვანიშნებს გენეტიკურ სინდრომებზე, ჰიდროცეფალიაზე, ან ოჯახურ ნიშნებზე.
ცნობიერების განვითარებას გვაჩვენებს ბავშვის ძალიან სწრაფად მზარდი ლექსიკონი.	ბავშვი 1-3 წლის ასაკში იწყებს რამდენიმე სიტყვით ლექსიკონში და 3 წლისთვის იყენებს 300-900 სიტყვას და 2-3 სიტყვიან ფრაზებს.
ჩნდება კონტროლი რეფლექსურ მოქმედებათა უმეტესობაზე.	პრიმიტიული რეფლექსების დარჩენა შეიძლება მიგვანიშნებდეს ტვინის ქერქის დეფექტურ განვითარებაზე.

თავის გარშემოწერილობა უნდა უახლოვდებოდეს გულ-მკერდის გარშემოწერილობას და გულ-მკერდი, 24 თვის შემდეგ, უფრო სწრაფად უნდა იზრდებოდეს, ვიდრე თავი.	სკოლის ასაკამდე, თავის გარშემოწერილობა უნდა იზრდებოდეს წელიწადში 2.5 სმ-ით, ან უფრო ნაკლებით. ყოველთვის გაზომეთ თავი ქაღალდის მეტრით, ყურის წვეროს ზემოთ 2.5 სმ-ით.
მიელინიზაცია დამთავრებული უნდა იყოს 24 თვის ასაკისთვის.	ბავშვი ვერ გაივლის კარგად, სანამ მიელინიზაცია არ იქნება დამთავრებული. კარგად სიარული იმის მაჩვენებელია, რომ მიელინიზაცია უკვე მოხდა და ბავშვი ფიზიოლოგიურად მზადაა შარდის ბუშტისა და დეფეკაციის კონტროლისთვის.
ზურგის ტვინისა და ხერხემლის ზრდა ვარირებს სიჩქარეში.	ყურადღებით იყავით 1-3 წლის ასაკის ბავშვის მოთავსებისას, ლუმბალური პუნქციისთვის.

ძვალ-კუნთოვანი სისტემა

ძვლის გაზრდილი სიგრძე, კუნთის მომწიფება და კუნთის გაზრდილი ძალა, თოდლერებს ავტონომიის განვითარების საშუალებას აძლევს. ძირითადი წინსვლები, რომელიც 1-3 წლის ბავშვის ძვალ-კუნთოვან სისტემებში ხდება, მოცემულია ცხრილში 4-2.

ცხრილი 4-2. ძვალ-კუნთოვანი ცვლილებების მიმოხილვა თოდლერში

ცვლილებები	**ექთნისა და მშობლის როლი**
ძვლის სიგრძე იზრდება გაძვალებისა და გრძელი ძვლების ზრდის გამო	სიმაღლეში მატება უნდა იყოს 10-12 სმ წელიწადში, სკოლის ასაკამდე;
– 36 თვის ასაკისთვის, სიმაღლის 50-ე პერცენტილზე მყოფი ბავშვი უნდა იყოს 97 სმ.	გადახრა მიგვანიშნებს ენდოკრინულ, ან ჰორმონულ დარღვევაზე.
მუცლის ქოთნისებრი ფორმა, სუსტი მუცლის კუნთების გამო.	არასაკმარისი კვება, ან ყაბზობა ასევე ქმნის ქოთნის ფორმის მუცელს (გაბერილი); ყურადღებით შეაფასეთ, რათა გაიგოთ გამომწვევი.
12-18 თვე	
იზრდება სიარულის უნარი და ბალანსი რამდენიმე ნაბიჯის გადადგმიდან, კიბეზე ასვლამდე.	გაითვალისწინეთ უსაფრთხოების საკითხები, რადგან ბავშვი უფრო მოძრავი ხდება (კიბეზე, ან მახვილპირიან ავეჯზე დაცემა).
თითების მოქნილობა და კოორდინაცია უმჯობესდება და ახლა ბავშვს შეუძლია გვერდების გადაფურცვლა, ფეხსაცმლისა და წინდების გახდა, სათამაშოებზე მოქაჩვა, ელვა-შესაკრავის შეკვრა, 4 კუბიკის ერთმანეთზე დადება.	აირჩიეთ სათამაშოები და აქტივობები, რომელიც აუმჯობესებს უხეში მოძრაობების განვითარებას (თითებით მისართმევი საკვები, აქტივობებიანი წიგნები, საშენებელი სათამაშოები), მაგრამ ასევე ყურადღებით იყავით, რადგან სათამაშოები და სახლის სხვა ნივთები, შეიძლება დახრჩობის საფრთხეს წარმოადგენდეს.

19-30 თვე	
ადის კიბეებზე მარტო.	უთხარით, გამოიყენოს მოაჯირი მეტი უსაფრთხოებისთვის.
ფეხით ბურთს ურტყამს, ბალანსის დაკარგვის გარეშე.	ასწავლეთ უსაფრთხოების ძირითადი წესები (გაჩერება და ორივე მხარეს გახედვა, ქუჩის გადაკვეთამდე).
ატარებს 3-ბორბლიან ველოსიპედს.	უთხარით, დაიხუროს ჩაფხუტი.
პასტელები უჭირავს თითებით, და არა მუშტით; ატრიალებს კარის სახელურს, იხეხავს კბილებს.	გამოხატეთ ინტერესი სურათებსა და ნახატებზე (ბავშვი უნდა იხატავდეს ჰორიზონტალურ და ვერტიკალურ ხაზებს).
ბინოკულარული მხედველობა განვითარებულია	
იცვამს ტანსაცმელს დამოუკიდებლად (იკრავს ღილებს, მაგრამ ვერ იკრავს ფეხსაცმელებს).	
36 თვის ასაკისთვის, დიდი და პატარა კუნთების ჯგუფები იზრდება და ფიზიკურად შემჩნევადი აქტივობები უფრო ნატიფი ხდება.	

საჭმლის მომნელებელი და შარდ-სასქესო სისტემები

ეს სისტემები მწიფდება ამ წლების განმავლობაში. კუჭი იზრდება ზომაში, რაც უზრუნველყოფს ტრადიციული სამჯერადი კვების მონელებას, 30 თვისთვის ყველა სარძევე კბილი ამოსულია და თვალ-ხელის კოორდინაციის განვითარება ბავშვს ნებას აძლევს, რომ თვითონ ჭამოს. ეს იქნებოდა იდეალური ვარიანტი 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ზრდის ნახტომში, მაგრამ ეს ძირითადად არ ხდება. ამის ნაცვლად, 1-3 წლის ასაკის ბავშვი თანდათან იზრდება ზომაში, რასაც ახლავს შემცირებული მადა და რიტუალისტური ინტერესები საკვების მხოლოდ მცირე ჯგუფებში. 1-3 წლის ბავშვები ასევე განსხვავდებიან ენერგეტიკული მოთხოვნით და ერთ დღეს რომ ძალიან დიდი რაოდენობით საკვებს მიიღებენ, მეორე დღეს, შეიძლება ძალიან ცოტა ჭამონ. ეს შემცირებული მადის პერიოდი, რომელიც ხდება შემცირებული კალორიული მოთხოვნის გამო, ცნობილია, როგორც ფიზიოლოგიური ანორექსია. მშობლები უნდა დავარწმუნოთ, რომ ეს ნორმალურია.

იმის მიუხედავად, რომ კალორიული მოთხოვნა შეიძლება შემცირდეს ამ დროის განმავლობაში, ცილის მოთხოვნა, მიუხედავად მისი სიდაბლისა, მაინც აჭარბებს სხვა ასაკობრივ ჯგუფებს. ვიტამინისა და მინერალების მოთხოვნა – კერძოდ, კალციუმის, ფოსფორის და რკინის (აუცილებელია კუნთის ზრდისთვის) – მცირედ იზრდება. ამან შეიძლება პრობლემა გამოიწვიოს, რადგან 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ქცევა ძირითადად ცოტა საკვების მიღებასთან ასოცირდება. მიღებული უნდა იქნას ზომები, რომ შემცირდეს ცხიმის რაოდენობა 1-3 წლის ასაკის ბავშვის დიეტაში (დაბალცხიმოვანი ხორცი) და შევამციროთ მარილი და სხვა დანამატები. ასევე მნიშვნელოვანია, ვურჩიოთ მშობლებს, რომ 1-3 წლის ბავშვს კვებისას ხელი მიუწვდებოდეს როგორც საკვები ნივთიერებებით

მდიდარ კერძებზე, ისე – სასუსნავებზე. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან ბავშვობის სიმსუქნე დაკავშირებულია დიაბეტთან და ჰიპერტენზიასთან. 1-3 წლის ბავშვში არის შანსი, რომ განვავითაროთ ჯანსაღი კვების წესი და ასევე დღიური ფიზიკური აქტივობის ინტეგრაცია ცხოვრებაში (იხილეთ სურათი 4-5).



სურათი 4-5.

შარდის ბუშტისა და დეფეკაციის კონტროლიც ძირითადად ამ პერიოდში მიიღწევა, რადგან ბავშვს შეუძლია შარდი შეიკავოს 4 საათი, სანამ მოშარდვა დასჭირდება. კუჭ-ნაწლავისა და შარდ-სასქესო ცვლილებები, რომელთაც უნდა ველოდოთ და მათთან ასოცირებული საექთნო ჩარევები მოცემულია ცხრილში 4-3.

ცხრილი 4-3. კუჭ-ნაწლავისა და შარდ-სასქესო ცვლილებების მიმოხილვა თოდლერში	
ცვლილებები	**მშობლისა და ექთნის როლი**
თვალების გაუმჯობესებული კოორდინაცია: იღებს კოვზს (15 თვის), სვამს ფინჯნიდან დაუღვრელად (18 თვის).	ხელი შეუწყვეთ, რომ ბავშვმა თვითონ ჭამოს თითების გამოყენებით. საკვები და ბავშვის შესაბამისი ზომის ფინჯნები და დანა-ჩანგალი მნიშვნელოვანია დამოუკიდებლობისა და მოქნილობის გასავითარებლად.
იმატებს 1.8-2.5 კგ-ს წელიწადში, საშუალო წონა 3 წლის ასაკში – 14-15 კგ.	ცილისა და კალორიების მოთხოვნა მაღალი რჩება. 1-3 წლის ბავშვს სჭირდება 1000-1500 კკალ დღეში ზრდისთვის და 115 მლ/კგ სითხე დღეში, სითხის ბალანსის შესანარჩუნებლად; ზრდის გრაფიკზე წონა უნდა განიცდიდეს მდგრად აღმასვლას.
ზრდის შენელების საჭიროება წარმოშობს ფიზიოლოგიურ ანორექსიას 18 თვის ასაკში; კუჭის ტევადობა იზრდება, რათა შესაძლებელი გახდეს უფრო იშვიათად, მაგრამ დიდი რაოდენობებით კვება.	1-3 წლის ბავშვები პრეტენზიული მჭამელები ხდებიან. არ გამოიყენოთ ჭამა დისციპლინის მეთოდად, ან ნამცხვრები და ტკბილეული კარგი ქცევის წასახალისებლად. არ გახსნათ მედიკამენტები საჭირო საკვებში/სითხეში (მაგ. რძე).

კვების ცუდი ჩვევები და ბოთლის გამოყენების გახანგრძლივება იწვევს კვებასთან დაკავშირებულ ანემიას და კარიესს.	მოიძიეთ კვების ზუსტი ისტორია; ასწავლეთ მშობლებს ბოთლით კვების ალტერნატივები, განსაკუთრებით დაძინებისას (მაგ., საბავშვო ჭიქები, ხელით მისაღები სასუსნავები); გაზარდეთ საკვების არჩევანი; ხელი შეუწყვეთ ბავშვს შეძლებისდაგვარად, რომ უფრო ჯანსაღი არჩევანი გააკეთოს; არ დაამატოთ ბევრი ახალი კერძი ერთად, რათა თავიდან აიცილოთ ალერგიის შეუმჩნევლობა.
სარძევე კბილები (20 კბილი) ამოსულია 30 თვის ასაკში.	ხელი შეუწყვეთ ჭამის შემდეგ კბილების გამოხეხვას. შეაფასეთ საკვებში დამატებული ფტორის საჭიროება, რათა კბილების სიჯანსაღე დავიცვათ, თუ სასმელ წყალში ფტორი დაბალი რაოდენობითაა.
სფინქტერის კონტროლი იძლევა შარდის ბუშტისა და დეფეკაციის კონტროლზე წვრთნის საშუალებას.	ხელი შეუწყვეთ მშობლებს, რომ ჰქონდეთ რეალური მოლოდინები ტუალეტის უნარის დასწავლასთან დაკავშირებით, ბავშვის განვითარებასა და ფიზიოლოგიურ შესაძლებლობებზე დაყრდნობით; გაუწიეთ რეკომენდაცია საკვებს, რომელსაც ბოჭკოების დიდი რაოდენობა აქვს (მაგ., დაუფქვავ მარცვლეულს, ხილსა და ბოსტნეულს) და შესაბამის ხილის წვენსა და წყალს, რათა თავიდან ავიცილოთ ყაბზობა; ხილის წვენის დიდმა რაოდენობამ, განსაკუთრებით, ვაშლის წვენმა, შეიძლება გამოიწვიოს დიარეა.
შარდის ბუშტის ტევადობა იზრდება, რაც შესაძლებელს ხდის შარდის შეკავებას 2-4 საათით; შარდის ბუშტი და თირკმელები აღწევენ ზრდასრულთან მიახლოებულ ფუნქციას 16-24 თვისთვის, რაც ძირითადად, ემთხვევა ფეხზე გავლის დროს.	შარდის რაოდენობა უნდა უდრიდეს, ან აჭარბებდეს 1 მლ/კგ/საათს.
შარდის ბუშტი მოთავსებულია უფრო მაღლა მუცლის ღრუში, ვიდრე ზრდასრულ ადამიანში.	ჩაატარეთ შარდის ბუშტის პალპაცია ჭიპსა და ბოქვენის სიმფიზს შორის.
ურეთრას სტრუქტურები უფრო მოკლეა (2.5-7.5 სმ, 10 სმ-თან შედარებით ზრდასრულ ქალებში და 20 სმ ზრდასრულ მამაკაცებში). გოგონები, მიდრეკილნი არიან საშარდე გზების ინფექციებისაკენ, რადგანაც მათი ურეთრა არის მოკლე და სწორი.	შეინარჩუნეთ პერინეალური არის სისუფთავე, განსაკუთრებით, ტუალეტზე წვრთნის დროს. ბავშვს ასწავლეთ, რომ გაისუფთაოს თავი წინიდან უკან; ხელი შეუწყვეთ ბავშვს, რომ მოაწყოს შესვენებები თამაშის დროს, რათა დაცალოს შარდის ბუშტი, რაც თავიდან აცილებს შეუკავებლობას და ამისგან გამოწვეულ ინფექციებს. გამოიყენეთ მხოლოდ წყალი 1-3 წლის ბავშვის, გოგონას, დასაბანად.

გულ-ფილტვის სისტემა

1-3 წლის ასაკის ბავშვის გულ-ფილტვის სისტემა აგრძელებს მომწიფებას. სასიცოცხლო ნიშნები ნაკლებად ცვალებადი ხდება და უახლოვდება ზრდასრულ ნორმას. სუნთქვის და გულისცემის სიხშირეები ნელდება, ხოლო არტერიული წნევა იმატებს. სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორები გულ-ფილტვის შეფასებაში მოცემულია ცხრილში 4-4.

ცხრილი 4-4. გულ-ფილტვის ცვლილებების მიმოხილვა თოდლერში

ცვლილებები	ექთნისა და მშობლის როლი
სისხლძარღვები მარტივად კომპრესირებადია, რაც კეტავს პულსს.	აიღეთ პულსი აპიკალურად 1 სრული წუთის განმავლობაში. ღვიძილი = 70-110; ძილი = 60-100; სუნთქვა = 25-30 ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვა/წთ.; არტერიული წნევა = 90/50 მმ. ვწყ.
მოცირკულირე სისხლის მოცულობა ზრდასრულ ადამიანზე ნაკლებია.	სისხლის პატარა დანაკარგიც, მაგ., სისხლის რამდენიმე ანალიზი, პრობლემებს უქმნის მოცირკულირე მოცულობას; ჰიპოტენზია არის მიმოქცევის დარღვევის გვიანი ნიშანი. ბავშვი შეიძლება ნორმოტენზიული იყოს, სანამ სისხლის 25% არ დაიკარგება; შეაფასეთ კაპილარული ავსება, როგორც პერიფერიული მიმოქცევის სტატუსის მაჩვენებელი (უნდა აივსოს 2 წამში).
სხეულის სიგრძეში გაზრდა და ცხიმოვანი ქსოვილის შემცირება გვაძლევს გულმკერდის თხელ კედელს.	სუნთქვის ხმიანობა კარგად ისმის.
სასუნთქი გზები პატარაა და მარტივად ჩაკეტვადი.	ასთმა, რეაქტიული სასუნთქი გზები, ალერგიული რეაქციები და ინფექციური პროცესები უფრო მარტივად გადადის სუნთქვის უკმარისობაში; დააკვირდით ნესტოების გაფართოებას, რეტრაქციებს და დისპნეას (ქოშინს).
ხველების რეფლექსი რჩება.	მოერიდეთ ხველების დათრგუნვას ხველების საწინააღმდეგო მედიკამენტების მეშვეობით.
ტრაქეას დიამეტრი უახლოვდება ზრდასრული ადამიანის პატარა თითის ზომას.	1-3 წლის ასაკის ბავშვი სწრაფად რეაგირებს სუნთქვის უკმარისობის სიმპტომებზე, მცირე რაოდენობის ლორწოსა თუ სასუნთქი გზების ჩაკეტვაზე.
ენა დიდია პირის ზომის პროპორციასთან შედარებით.	სასუნთქი გზები შეიძლება ჩაკეტოს ენამ, თუ ბავშვი გონებას დაკარგავს, ან გულყრა ექნება.
ხორხის ხრტილი უფრო რბილია, ვიდრე ზრდასრულებში და უფრო წინა მდებარეობა აქვს.	კისრის ზედმეტად გაშლამ შეიძლება გადაკეტოს სასუნთქი გზა და გაზარდოს ასპირაციისა და ობსტრუქციის რისკი.
ალვეოლები არაა სრულად ფუნქციური.	არ გამოგრჩეთ სუნთქვის უკმარისობის სწრაფი განვითარება, რადგან ბრონქიოლები მიდრეკილია კოლაფსისადმი.

ყურისა და ყელის შინაგანი სტრუქტურები შედარებით მოკლე და სწორი რჩება; ნუშისებრი ჯირკვლები და ადენოიდები დიდია.	შუა ყურის ანთება (ოტიტი), ნუშურა ჯირკვლების ანთება (ტონზილიტი) და ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები ხშირია.

შეგრძნებები

ზედა ცხრილებში მოცემულ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებთან ერთად, სმენის, ყნოსვის, გემოვნების, შეხებისა და მხედველობის შეგრძნებები ვითარდება და ერთმანეთს უკავშირდება, ხოლო 1-3 წლის ბავშვები იყენებენ ხუთივე შეგრძნებას, რათა შეიცნონ სამყარო და გამოხატონ დამოუკიდებლობა და ავტონომია. მშობლები და სამედიცინო პერსონალი უნდა იცნობდეს ქცევებს, რომელიც მიგვანიშნებს სმენისა და მხედველობის დაქვეითებაზე, როგორიცაა ლაპარაკის ვერ დაწყება, არანორმალური პასუხი მაღალ ხმებზე, ხშირი დაცემები. საბაზისო სმენისა და მხედველობის სკრინინგი უნდა გაკეთდეს 1-3 წლისასაკში და შესაბამისი ზომები მიღებული უნდა იქნეს დაუყოვნებლივ, თუ საჭირო გახდება.

1-3 წლის ასაკის ბავშვის მხედველობა უნდა მერყეობდეს 20/20-სა და 20/40-ს შორის და სრული ბინოკულარული შესაძლებლობები მიღწეული უნდა იქნას 12 თვის ასაკის შემდეგ მალევე. მანძილის გარჩევა ვითარდება 1-3 წლის ასაკის ბავშვში წლების განმავლობაში. სიახლოვის შეგრძნება, ცნობისმოყვარეობა, შეფასების არასრულფასოვნება და ხანდახან კოორდინაციის არქონა 1-3 წლის ბავშვს აყენებს ხშირი დაცემების საფრთხის ქვეშ, განსაკუთრებით, როცა ის სწავლობს სიარულს, სირბილს და კიბეზე ასვლას.

ფსიქოსქესობრივი განვითარება

მიდგომა სქესობრივ როლთან და სქესთან დაკავშირებულ სხვა საკითხებთან, ძირითადად განპირობებულია მშობლებისგან და გარემოსგან. 1-3 წლის ბავშვები ძირითადად ცნობენ სქესობრივ განსხვავებებს 2 წლის ასაკისთვის და იწყებენ სხეულის ნაწილების შეცნობას, განსაკუთრებით საპირფარეშოს გამოყენების ჩვევის დასწავლისას.

ფროიდის მიხედვით (1957), თოდლერები (1-3 წლის ბავშვები) არიან განვითარების ანალურ ეტაპზე. ასევე ფროიდმა აღნიშნა პირველად დაძაბულობა, რომელიც უკავშირდება 1-3 წლის ასაკის ბავშვის საპირფარეშოს გამოყენების ჩვევის დასწავლასდა ის ამ პროცესს ხედავდა, როგორც კონფლიქტის მოგვარებისა და სტრესის დაძლევის მეთოდს. მას სჯეროდა, რომ ცუდად ჩატარებული წვრთნა შეიძლებოდა ყოფილიყო წყარო ფსიქოლოგიური ტრავმისა, რომელიც ცხოვრების ბოლომდე გაჰყვებოდა ადამიანს, შესაბამისი დეფეკაციისა და შარდის ბუშტის პასუხებით (ფროიდი, 1957).

როგორც მშობლის, ასევე თოდლერის უამრავი ფიქრი და აქტივობა ფოკუსირებსსაპირფარეშოს გამოყენების ჩვევის დასწავლაზედა რადგან გენიტალური არეები ძალიან ახლოსაა საშარდე და ანალურ ხვრელებთან, 1-3 წლის ბავშვები ამ ნაწილებზე ხელით მანიპულირებენ და აკვირდებიან მათ. მასტურბაცია ხშირია და ჩვე-

ულებრივად უნდა მოგვარდეს, ანუ ბავშვის შფოთვისა და სირცხვილის გრძნობის შემცირებით. 1-3 წლის ბავშვის ცნობისმოყვარე ბუნება, სამყაროს შეცნობის სურვილი, ობიექტის მუდმივობის ცნება და სურვილი, გაიგონ თავიანთ სხეულებზე, გავლენას ახდენს მათ ქცევებზე, რომელიც დაკავშირებულია საპირფარეშოს გამოყენების ჩვევის დასწავლასთან.

შინაური მიმიკრია, ანუ მიბაძვა საშინაო, ან როლისთვის დამახასიათებელი აქტივობისთვის, არის ერთ-ერთი გზა, რომლითაც თოდლერები გამოხატავენ თავიანთ ცოდნას გენდერულ როლებზე. მაგალითად, წარმოსახვით თამაშში ბავშვი ირგებს დედის, მამის, ან ბავშვის როლს. მშობლის პასუხმა ისეთ მოვლენებზე, როგორიცაა როცა ბიჭი თამაშობს თოჯინებით, ან საჭმელს ამზადებს სამზარეულოში, ხოლო გოგონა სათამაშო მანქანებით თამაშობს, ან სახლებს აშენებს ტალახში, შეიძლება გავლენა მოახდინოს როლთან დაკავშირებულ აზროვნების კანონზომიერებებზე და გამოცდილებებზე, მოგვიანებით (სურათი 4-6).



სურათი 4-6. ბავშვისთვის არ არის უჩვეულო მიმიკური მიბაძვები

მსგავსად, მშობლის პასუხი 1-3 წლის ასაკის ბავშვის სქესობრივ აქტივობებზე და კითხვებზე, გავლენას ახდენს შემდგომ სქესობრივ დამოკიდებულებაზე. შესაბამისად, მშობელმა უნდა გაარკვიოს, რა უნდა ბავშვს ზუსტად, სანამ დაიწყებს დეტალურ ახსნას რამე საკითხზე. მაგალითად, როცა 2,5 წლის ბავშვი ეკითხება, „საიდან ჩნდება ბავშვი?“, შეიძლება ბავშვს სინამდვილეში აინტერესებდეს ვინ აჩუქა თოჯინა და არა რეპროდუქციის ფიზიოლოგიური პროცესები.

რადგან ბავშვის გენდერული იდენტობა განპირობებულია 1-3 წლის ასაკში, კონკრეტული სქესისთვის დამახასიათებელი საქციელის წახალისება აყალიბებს მიდრეკილებას ასეთი ქცევებისადმი. გენდერულ იდენტობაზე ასევე აქვს გავლენა ბავშვთან იმავე და საპირისპირო სქესის მიერ თავიანთი როლების შესრულებას, მათი დამოკიდებულებების და ღირებულებების გამოხატვას და ბავშვის მიერ იმის განცდას, თუ რამდენად განსხვავებულად ექცევიან მას სხვადასხვა სქესის ადამიანები.

ფსიქოსოციალური განვითარება

1-3 წლის ასაკის ბავშვის ძირითადი ფსიქოსოციალური ამოცანებია საკუთარი თავის კონტროლის მოპოვება, ავტონომიის ჩამოყალიბება და დამოუკიდებლობის მატება. ავტონომიისაკენ პროგრესი ფასდება სხვადასხვა ქცევებზე დაკვირვებით, როგორიცაა:

- მშობლისგან განცალკევებაზე შეგუება (რჩება ძიძასთან, ან საბავშვო ბაღში ხანგრძლივი ტირილისა და სტრესის გარეშე);
- დაგვიანებული სიამოვნების ატანა (იცდის პრეტენზიის გარეშე, სანამ სათამაშოს ამოვიღებთ ყუთიდან, რომ ითამაშოს);
- მზარდი კონტროლი დეფეკაციასა და მოშარდვაზე (მშრალია 2 საათზე დიდი ხნის განმავლობაში);
- სოციალურად მიღებული ქცევისა და ენის სწავლა (თანდათან უფრო ნაკლები პრეტენზიული ქცევები);
- კარგად სიარული და გარემოში ახალი გამოცდილებების ძიება;
- სხვებთან ინტერაქცია ნაკლებად იდ-ცენტრული, ან ეგოცენტრული მიდგომით (სხვებს თხოვნის სათამაშოებს უფრო და უფრო მარტივად).

საკუთარი თავის კონტროლის, ავტონომიისა და დამოუკიდებლობის გათავისების პროცესში, 1-3 წლის ასაკის ბავშვი ასევე ხვდება ახალ, დამაბნეველ და საშიშ სიტუაციებშიც. როგორ პასუხობს ბავშვი ამ სიტუაციებს, ერიქსონის მიხედვით, იქნება ან ავტონომია, ან სირცხვილი და ეჭვი. ან ბავშვი გაითავისებს სიტუაციას და შედეგად ავტონომია და საკუთარი თავის შეგრძნება გაძლიერდება, ან ის წარუმატებელი იქნება და თავის შესაძლებლობებში ეჭვს შეიტანს, როცა მომავალში იმავე სიტუაციაში მოხვდება. თოდლერისრამდენიმე ხშირი ფსიქოსოციალური პრობლემა მოცემულია ცხრილში 4-5.

ცხრილი 4-5. ფსიქოსოციალური პრობლემები

ასაკი	აღწერა
15 თვე	ეშინია მარტოობის, მიტოვების, უცხო ადამიანების, ნივთების და ადგილების; გამოხატავს დამოუკიდებლობას თვითკვებისა და გახდის მცდელობით; შეიძლება ჰქონდეს ტანტრუმები.
18 თვე	ნეგატივიზმი დომინირებს; ზოგჯერ ეშინია წყლის; იწყება ტანტრუმები და საკუთარი სქესის გაცნობიერება.
24 თვე	შეიძლება წინააღმდეგობა გასწიოს დაძინებისას, ეშინია სიბნელისა და ცხოველების; ტანტრუმები, ნეგატივიზმი და დროის გაყვანა გრძელდება; ძილის წინ რიტუალები მნიშვნელოვანია. აკვირდება გენიტალიებს. გამოხატავს მზადყოფნას ტუალეტის უნარის დასწავლისთვის.
36 თვე	ტანტრუმები, ნეგატივიზმი და დროის გაყვანის მცდელობა ქრება; საკუთარი თავის რწმენა იზრდება, რადგანაც იზრდება დამოუკიდებლობა ჭამაში, ელიმინაციაში და ჩაცმაში; იმიტაციური თამაშებისას შეიცნობს ბევრ ემოციას. სეპარაციის შიში ძირითადად ქრება; შეიძლება განვითარდეს "მონსტრების/ურჩხულების" შიში.

კოგნიტური (ცნობიერების) განვითარება

ჩვილის სოციალური ღიმილი და დამახასიათებელი ლაპარაკი იცვლება მნიშვნელობის მქონე ხელების ჟესტებით და საუბრის სწრაფი განვითარებით, 1-3 წლის ასაკში (სურათი 4-7).მეტყველების უნარი სწრაფად ვითარდება, მაგრამ ფიზიკურ მომწიფებასთან ერთად, ის დამოკიდებულია გარემო ფაქტორებზე (მშობლის მიერ წახალისება და მისი მონაწილეობა). 1-3 წლის ბავშვების უმრავლესობას უფრო მეტი სიტყვა ესმის, ვიდრე წარმოთქვამს, 36 თვის ასაკისთვის, ბავშვებს შეუძლიათ საუბარი და მოსაზრებების შეფასება. ლექსიკონი იზრდება რამდენიმე სიტყვიდან 900-ზე მეტ სიტყვამდე 2 მოკლე წელიწადში. ამ დროში ვითარდება მოკლე წინადადებებით ლაპარაკის, ნაცვალსახელების გამოყენების და მითითებების გააზრების უნარიც (ცხრილი 4-6). ეს მიღწევები გვეუბნება, რომ 1-3 წლის ასაკის ბავშვის მეტყველება უფრო მომწიფებულია, ვიდრე მათი ფიქრის პროცესი, რადგან მათი ყველა გამონათქვამის მნიშვნელობა ყოველთვის გასაგები არ არის. მსჯელობის უნარიც განუვითარებელი რჩება ამ დროისთვის, მიუხედავად იმისა, რომ უბრალო ურთიერთობების მნიშვნელობა ესმით.



სურათი 4-7. ჩვილისთვის დამახასიათებელია სოციალური ღიმილი

ცხრილი 4-6. 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ცნობიერება-კომუნიკაციის ეტაპები		
ასაკი	**ცნობიერების განვითარება**	**კომუნიკაციის სახეები**
12-15 თვე	სათქმელს გადმოსცემს ხელების ჟესტიკულაციით. სწავლობს გამოცდილების გამეორებით და მოსინჯვის მეთოდით.	სწავლობს ლაპარაკს თავისებურად; ამბობს 3-4 სიტყვას, რომელიც სხვასაც ესმის.
18 თვე	უვითარდება საგნის მუდმივობის ცნება.	ამბობს 10, ან მეტ სიტყვას; ხშირად იყენებს ჟარგონებს, რომელიც ესმის სახლში (მაგ., მეტსახელები და კულტურული ტერმინები).
24 თვე	მონაწილეობას იღებს სიმბოლურ თამაშში და საშინაო მიმიკრიაში; ეგოცენტრული აზროვნება გამოხატულია საუბარში და თამაშში.	იყენებს ნაცვალსახელებს; მიმართავს საკუთარ თავს სახელით; საუბრობს 2-3 სიტყვიანი წინადადებებით.
36 თვე	ამბობს სრულ სახელს; ასახელებს სხეულის ნაწილებს.	საუბრობს 3-5 სიტყვიანი წინადადებებით; იყენებს დაახლოებით 900 სხვადასხვა სიტყვას, რომელთაგანაც უმეტესობა გასაგებია სხვებისთვის.

ცნობიერებით, თოდლერებს შეუძლიათ იცნონ და გაარჩიონ ნივთების ფორმები, მაგრამ ისინი მხოლოდ იწყებენ ნივთების დაჯგუფებას მათი გამოყენების მიხედვით. 1-3 წლის ასაკის ბავშვის გონებაში, ყველა ნივთს, რომელიც ერთმანეთს გავს, ერთი ფუნქცია აქვს და შესაბამისად, ბავშვიც ერთნაირ დამოკიდებულებას იჩენს ასეთი ნივთებისადმი. მაგალითად, სათლი გამოიყენება ქვიშის ამოსაღებად ქვიშის ყუთიდან, წყლის, ან საღებავის ჩასასხმელად. შესაბამისად, 1-3 წლის ასაკის ბავშვის გონებაში, თუ მას შეუძლია ქვიშიანი სათლის გადაბრუნება, ის ასევე ნებადართულია, გადააბრუნოს წყლით, ან საღებავით სავსე სათლები (სურათი 4-8).

პიაჟე (1952) ძირითადად ფიქრობდა, თუ როგორ ხდებოდა ცოდნის შეძენა და სწავლა. ის სისტემატიურად ხსნიდა, თუ როგორ ამუშავებდა ბავშვი გამოცდილებასა და სიტუაციებს, რომლებიც მათ ცხოვრებაზე მოქმედებდა (კულტურა, მეზობლები, სხვა ბავშვები და ა.შ.). პიაჟეს მიხედვით, 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ცნობიერების განვითარება იყოფა ასაკზე დამყარებული ქცევით და კოგნიტურ ცვლილებებად, როგორც აღწერილია ცხრილში 4-7.





სურათი 4-8. ბავშვებს ესაჭიროებათ გამოცდილება თავიანთი მოტორული და კოგნიტური უნარ-ჩვევების ჩამოსაყალიბებლად

ცხრილი 4-7. 1-3 წლის ასაკის ბავშვის განვითარების სენსორი მოტორული და პრეკონცეპტუალური ფაზები (პიაჟე)

ეტაპი, ან ასაკი	ცნობიერების ცვლილებები	ქცევითი ცვლილებები
მესამეული წრიული რეაქციები, 15-18 თვე	გამოცდის რაც შეიძლება მეტ სიტუაციას, რათა შეიძინოს ახალი უნარები; აერთებს ახალ და ძველ ცოდნას, რათა ჩაატაროს ექსპერიმენტები და დაიწყოს მსჯელობა; უმჯობესდება საგნის მუდმივობის ცნება; სწავლობს თავისი თავის განსხვავებას სხვა საგნებისგან; უვითარდება სივრცისა და მიზეზ-შედეგობრიობის ცნება.	ცნობისმოყვარეა "სამყაროსადმი"; იყენებს ყველა შეგრძნებას, რათა შეიცნოს და გამოსცადოს გარემო; ზრდის ფიზიკური უნარების გამოყენებას, რათა გაიუმჯობესოს ეს უნარები (სიარულიდან გადადის ცოცვაზე, რათა მიწვდეს უფრო მაღალ თაროს); ათავსებს ნივთებს კონტეინერებში და უკანვე იღებს; აცნობიერებს, რომ ნივთები, რომელსაც ვერ ხედავს, არსებობს (კრეკერები კარადაში); კომფორტს პოულობს მშობლების ხმაში, მაშინაც კი, როცა ვერ ხედავს; ხანგრძლივდება მშობლებისგან სეპარაციის დრო.
მენტალური კომბინაციები, 18-24 თვე	ხვდება მიზეზს, მხოლოდ ეფექტის გამოცდის შემთხვევაშიც (ისროლა სათამაშო, ბავშვი დისციპლინირდა და სათამაშო ჩამოერთვა); იწყებს ფიქრს მოქმედებამდე; იმიტაცია უფრო სიმბოლური ხდება;	ხვდება და ემორჩილება მითითებებს (არ ირბინო, დაეცემი; აქ დადე სათამაშო); აკეთებს მისაბაძი პირის ლაპარაკის იმიტაციას (სიტყვები და ცხოველთა ხმები); ავლენს საშინაო მიმიკრიას; იყენებს მარტივ სიტყვებს მნიშვნელობით (დაჯექი, წადი, ზემოთ, ქვემოთ);

	იწყებს მეხსიერების გამოყენებას პრობლემების გადაწყვეტაში; აქვს დროის უკეთესი შეგრძნება; ეგოცენტრული მოქმედებები და აზროვნება.	თამაშობს პარალელურად და ხვდება კუთვნილებას (ჩემი მანქანა); მიმართავს საკუთარ თავს სახელით; კომფორტის დონე საჭიროებს რუტინის განრიგს და რიტუალებს.
პრეკონცეპტუალური, 2-4 წელი	ფიქრები, თამაში და ქმედებები ისევ ეგოცენტრულია; დროის, სივრცისა და მიზეზ-შედეგობრიობის შეგრძნება უმჯობესდება; საკუთარი ენით ფიქრების გადმოცემა იზრდება; ავითარებს ცნობიერ კავშირს ახალ გამოცდილებასა და ადრე მომხდარ ფაქტებს შორის (არ ჭამს საჭმელს, რადგანაც ადრე არ მოეწონა გემო); სწავლობს მოსინჯვის მეთოდით.	გაზრდილი ლექსიკონი, 2-3 სიტყვიანი ფრაზებით; რთულად თხოვნის სათამაშოს სხვას და ასევე გაძლიერებული კუთვნილების გრძნობა აქვს ოჯახის წევრებზე და სხვა ნივთებზე (ჩემია); იყენებს მომავლის ამსახველ ტერმინებს (ხვალ); შეუძლია დაემორჩილოს უფრო რთულ მითითებებს (ჩადე ეს სათამაშო ყუთში, რომელიც შენს უკანაა); შეუძლია ფეხსაცმლის ჩაცმა (ზოგჯერ არასწორ ფეხზე), იმეორებს პროცედურას ისევ და ისევ.

მორალური განვითარება

ბავშვებს ნაკლებად ესმით განსხვავება მორალურად სწორსა და არასწორს შორის, მიუხედავად იმისა, რომ კოლბერგის (1976) თეორია მორალურ განვითარებაზე, თოდლერებსაც შეგვიძლია მივუსადაგოთ, მათი დამოუკიდებელი გადაწყვეტილებების მიღების სურვილის და მზარდი კოგნიტური შესაძლებლობების გამო. ბავშვის შესაძლებლობა, მიიღოს მორალური გადაწყვეტილება, ეყრდნობა მრავალ კოგნიტურ და სოციალურ ინტერაქციას, რომელიც სცდება 1-3 წლის ასაკის ბავშვის შესაძლებლობებს. მეორემხრივ, ფოულერი (1974) მყარად ემხრობა ნდობის ადრეულად განვითარების გათვალისწინებას, ამ ასაკობრივ ჯგუფში. ფოულერი ნდობას ხსნის, როგორც ურთიერთობის ფენომენს, აქტიურ ურთიერთობას სხვასთან, რწმენას, სიყვარულს და იმედს, რომელიც შეიძლება მიმართული იყოს ოჯახისადმი, რელიგიისადმი, ღმერთისადმი, ან მეგობრებისადმი. როგორც ასეთი, არადიფერენცირებული რწმენა, როგორც სხვა რწმენების ფუნდამენტი, გვხვდება 2 წლის ასაკშიც კი. მიუხედავად იმისა, რომ რელიგიური რიტუალები და სიმბოლოები ამ ასაკში ბავშვს არ ესმის, ბავშვს მაინც უხარია ურთიერთობა ზრდასრულებთან და ბავშვებთან ასეთ რელიგიურ სიტუაციებში.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

პედიატრიულ განყოფილებაში მომუშავე ექთნები ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ბავშვებისა და მათი ოჯახების კეთილდღეობის განუყოფელი ნაწილნი არიან, პრაქტიკის ლოკაციის მიუხედავად. მათ როლში შედის ბავშვების უფლებების დაცვა, როგორიცაა ადეკვატური კვება, ჯანმრთელობის დაცვა და უსაფრთხო საცხოვრებელი გარემო.

პედიატრიულ განყოფილებაში მომუშავე ექთნის საუკეთესო პრაქტიკა ჯანმრთელობის წახალისებაში მოიცავს იმის ცოდნას, თუ როგორ მიუდგეს სხვადასხვა ტიპის პაციენტებს კულტურის, ეთიკის, სოციალური სტრუქტურის, განათლების და სოციოეკონომიური ფაქტორების მიხედვით (როგორიცაა სიღარიბე და უსახლკარობა). ის ასევე უნდა იცნობდეს მასმედიას, გენეტიკას და გენომიკას და ჯანმრთელობის სხვადასხვა შეუსაბამობებს. როგორც ექთნები, რომლებიც თავიანთ ყველა შესაძლებლობას დებენ ბავშვისა და ოჯახის კეთილდღეობაში, ჩვენ უნდა ვიცნობდეთ ამ ფაქტორებს, რადგანაც ჩვენ უნდა მივცეთ ინფორმაცია და განათლება მშობლებს ამ საკითხზე, რათა ისინი შემდეგ რაც შეიძლება მზად იყვნენ ბავშვის აღზრდის დროს წარმოქმნილი ბარიერების გადალახვისთვის. როცა მშობლები ინფორმირდებიან მოსალოდნელი ზრდის კანონზომიერებებისა და განვითარებითი ცვლილებების შესახებ, მათ შეუძლიათ წინასწარ გათვალონ რა მოხდება შემდეგ, დაგეგმონ ამ ცვლილებების შესაბამისად და მარტივად შენიშნონ, თუ არ მოხდებაეს ცვლილებები. ექიმის ცოდნამ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა ტიპის რწმენაზე, თუ პრაქტიკაზე, შეზღუდვებზე და რესურსებზე, შეიძლება დიდი გავლენა იქონიოს ოჯახისთვის ჯანდაცვაზე ინფორმაციის მიწოდებაზე და ეს უნდა იყოს გათვალისწინებული საექთნო პრაქტიკის დაგეგმვისა და მოქმედებაში მოყვანის დროს.

პაციენტთა ბოლო გამოკითხვამ დაადგინა, რომ პაციენტთა პატარა ნაწილს აქვს კავკასიელ პაციენტებზე უარესი გამოცდილება. ეს რასობრივი და ეთნიკური განსხვავებები გვეუბნება, რომ პედიატრიულ განყოფილებაში მომუშავე ექთანმა უნდა გამოიყენოს მიდგომა, რომელიც იქნება ორიენტირებული ჯანმრთელობის წახალისებასა და დაავადების პრევენციაზე და ასევე გაითვალისწინებს პაციენტის კულტურას, ეთნიკურობას და ზემოთ ჩამოთვლილ სხვა ფაქტორებს. ეს ინტერვენციები ადაპტირებული უნდა იყოს პაციენტის რწმენაზე და ტრადიციებზე ჯანმრთელობის შესახებ, განსაკუთრებით კვების ასპექტში, მაგალითად, ვეგეტარიანელებზე, ვეგანებზე. ასევე გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტის დამოკიდებულება გასინჯვის მეთოდებთან.

ყველა არ არის თავიდანვე მზად, იყოს მშობელი. შესაბამისად, 1-3 წლის ბავშვის მშობლებს სჭირდებათ მომზადება და მოთმინება, რათა გაუმკლავდნენ თავიანთი ბავშვების ემოციურ პერიოდებს, რომელთაც ისინი გამოცდიან მოცემულ 24 თვეში. გემელიმ (1996) დაახასიათა მშობლის 3 ძირითადი როლი 1-3 წლის ბავშვის ცხოვრებაში:

- 1-3 წლის ასაკის ბავშვის დაცვა ბევრი ზედმეტად სტრესული ეპიზოდისგან, ზედმეტი, ან არასაკმარისი სტიმულაციისგან, როგორიცაა ძალადობის სცენები ტელევიზორში, ან დიდი პერიოდები ინტერაქციის გარეშე;
- 1-3 წლის ასაკის ბავშვისთვის სწავლება, თუ როგორ დაიკმაყოფილოს თანდაყოლილი მოთხოვნილებები ოჯახისა და საზოგადოების მიერ დაწესებული წესების ფარგლებში, როგორიცაა ჭამა საკუთარი თეფშიდან;
- ემპათია, მხარდაჭერა და სიყვარული 1-3 წლის ასაკის ბავშვის მიმართ და ამასთანავე მისი სწავლება, რომ ავტონომიას აქვს საზღვრები. ამის მაგალითია ბავშვის შექება, როცა ახალ საჭმელს გასინჯავს, ან მისი დისციპლინირება, როცა საკვებს, რომელიც არ მოეწონა, გადააგდებს.

ექთნები უნდა დაეხმარონ მშობლებს ისეთ საკითხებში, როგორიცაა ბავშვის კვება, ძილი, დენტალური ჰიგიენა, უსაფრთხოება და ტრავმების პრევენცია, ჯანმრთელობის სკრინინგი, ნეგატივიზმი, რიტუალიზმი, რეგრესია, დისციპლინა, სიბსებს შორის კონკურენცია, პრეტენზიული საქციელი (ტანტრუმები), ტუალეტზე წვრთნა, ბავშვის მოვლა და თამაში. ყველა ამ საკითხთაგანი განხილული იქნება მოკლედ. ექთნისთვის მნიშვნელოვანია დაიმახსოვროს, რომ შეხვდება სხვადასხვა ეთნიკური წარმომავლობის 1-3 წლის ბავშვსა და ოჯახს, სხვადასხვა სიტუაციაში. ზოგიერთი მათგანი შეიძლება მიყვებოდეს საზოგადოებაში საშუალოდ მიღებულ წესებს, ხოლო ზოგი – თავიანთ ეთნიკურ და კულტურულ ტრადიციებს. ექთნების ყველაზე ეფექტური პრაქტიკა ჯანმრთელობის წახალისებასა და ბავშვის კეთილდღეობაში არის ის, რომელშიც ისინი ითვალისწინებენ სხვადასხვა პაციენტის კულტურულ, თუ ეთნიკურ ფონს.

ჯანმრთელობის რუტინული სკრინინგი

რუტინული ვიზიტები პირველადი სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერთან, რომელიც ჩვილობის პერიოდში იწყება, უნდა გაგრძელდეს თოდლერობის პერიოდშიც. მშობლებს უნდა ვუთხრათ, რომ დანიშნონ ვიზიტები 15, 18, 24, 30 და 36 თვის ასაკში; დამატებითი ვიზიტებიც უნდა დაინიშნოს, თუ ბავშვი ავად გახდება. რუტინული ვიზიტები საჭიროა ჯანმრთელობის მონიტორინგისთვის და იმუნიზაციის განრიგის გაგრძელებისთვის (ან დაწყებისთვის, თუ უკვე დაწყებული არაა). ამერიკის პედიატრთა ასოციაციამ გამოაქვეყნა იმუნიზაციის განახლებული განრიგი, რომელიც აჩვენებს, რომ თოდლერებს სჭირდებათ ბუსტერებიდიფტერიისთვის, ტეტანუსისთვისა და ყივანახველასთვის (DTaP), ჰემოფილუსინფლუენცასთვის (HIB), პოლიომიელიტისთვის და B ჰეპატიტისთვის (თუ არ მიუღია 6 თვის ასაკში) 18 თვის ასაკში. მათ ასევე სჭირდებათ წითელას, ყბაყურას, წითურას (MMR), ჩუტყვავილასა (Var) და A ჰეპატიტის ვაქცინების პირველი დოზები.მშობლებს უნდა ვუთხრათ, რომ დაამთავრონ პირველი იმუნიზაციის სერია დროულად, რათა დაიცვან თავიანთი ბავშვი და თავიდან აიცილონ სკოლაში გვიან შესვლა.

ჯანმრთელობის სკრინინგში ყოველთვის უნდა შედიოდეს მთლიანი ფიზიკური გამოკვლევა (მათ შორის არტერიული წნევა, სიმაღლე და წონა), ჰემოგლობინის განსაზღვრა (რკინადეფიციტურიანემიისთვის), კბილების შეფასება და მხედველობისა და სმენის შეფასება. თავის გარშემოწერილობა უნდა გაიზომოს ყველა ვიზიტზე, 36 თვემდე. ამასთან ერთად, ბავშვებში, რომლებიც გამოხატავენ ჩამორჩენილ ზრდას, ან ნევროლოგიურ გაღიზიანებადობას, ან მაღალი რისკის ლოკაციებზე ცხოვრობენ, უნდა შემოწმდეს ტყვიის დონე სისხლში.

კვება

დღეს კვება ადამიანის ჯანმრთელობის ძალიან დიდი ნაწილია. კვებასთან დაკავშირებულ ჩვევებზე გავლენას ახდენს ეთნიკური და კულტურული ტრადიციები და ფონი, როგორც ეკონომიკური მდგომარეობა, რომელიც შესაძლებელს ხდის კარგი საკვების მომზადებას და ხელმისაწვდომობას. ამერიკული წყაროები გვაჩვენებენ სიმსუქნის საგანგაშო ზრდას 2-5 წლის ასაკის ბავშვებში. ასევე მნიშვნელოვანი განსხვავებაა სიმსუქნის ასპექტში სხვადასხვა რასის/ეთნიკური წარმომავლობის ხალხში. ამის საპასუხოდ,

ჯანმრთელი ხალხი 2010-მა ცნო სიმსუქნე ჯანმრთელობის მთავარ მაჩვენებლად. სანამ ექთნები უზრუნველყოფენ კვებით კონსულტაციას, მნიშვნელოვანია, ვასწავლოთ, რომ კარგი ჩვევები კვებაში და კარგი საკვები, როგორიცაა ცოცხალი ხილი და ბოსტნეული, დაბალი ცხიმის შემცველი ცილის წყაროები და რთული ნახშირწყლები 1-3 წლის ასაკში ეხმარება ზრდას და განვითარებას და ამცირებს ჯანმრთელობის მომავალ რისკებს, როგორიცაა ანემია, არაორგანული ზრდის შეფერხება, კარიესი და ასევე სიმსუქნესთან დაკავშირებული რისკები.

როცა ოჯახი იწყებს ჩვილის/1-3 წლის ასაკის ბავშვის გადაყვანას მაღალი სიმკვრივის სითხეებიდან მყარ საკვებზე, მნიშვნელოვანია დავიმახსოვროთ, რომ კვებასთან დაკავშირებული ჩვევები და მიდგომა, რომელიც ყალიბდება 1-3 წლის ასაკში, დიდი ხანი გასტანს. მშობლებს შეუძლიათ გახადონ კვების დრო უფრო სასიამოვნო, თუ ოჯახის ყველა წევრი შეჭამს ერთად. კვების პროცესი ხშირად მოუწესრიგებელია ამ ასაკში. 1-3 წლის ბავშვები ჯერ კიდევ კოვზის გამოყენების სწავლის პროცესში არიან და ხშირად ღვრიან საკვებს. მშობლებს უნდა ვუთხრათ, რომ შეაქონ ბავშვები კოვზის კარგად გამოყენების შემთხვევაში. დასჯა, პირიქით, დაძაბულობასა და სტრესს იწვევს. კვებასთან დაკავშირებული უნარ-ჩვევები ყალიბდება პირველი 2-3 წლის განმავლობაში და საკვების დაძალება და კვებისას დაძაბულობის შექმნა არ არის ჯანსაღი ქმედება.

მშობლებს შეიძლება შეხსენება დასჭირდეთ, რომ თოდლერებს შეუძლიათ კარგად დაღეჭვა და ყლაპვა; მათ მიერ კვების ინვენტარის გამოყენება იხვეწება და მათ გემოვნება უყალიბდებათ საჭმელებში. მშობლებმა ასევე უნდა გაითვალისწინონ, რომ შეზღუდონ სწრაფი კვების საკვები (კვირაში მაქს. 1-2-ჯერ), შესთავაზონ ბავშვს ჯანსაღი სასუსნავები და გაითვალისწინონ პორციის ზომები და 1-3 წლის ასაკის ბავშვის გემოვნება. შესაძლებელია ზრდასრული ადამიანების ყველანაირი საკვების მიცემა, მოდიფიკაციებით, მაგრამ 1-3 წლის ბავშვს შეიძლება არ მოეწონოს ახალი საკვები პირველ ჯერზე. წვენი უნდა შევზღუდოთ 120 მლ-მდე დღეში, რადგანაც ის მაღალი ენერგეტიკული ღირებულებისაა და მისი კალორიები ანაცვლებს კალორიებს რომელიც უნდა იქნას მიღებული საკვები ნივთიერებებით უფრო მდიდარი საკვებისგან. მშობლები, რომელთაც ესმით ეს იდეები, უფრო კარგად შეძლებენ ახალი საკვების შეტანას ბავშვის მენიუში.

მშობლები ხშირად ნერვიულობენ ბავშვის მიერ საკვების შემცირებულ მიღებაზე, ან ფაქტზე, რომ კვირების განმავლობაში მხოლოდ ერთი ხრაშუნა ბურბუშელა ჭამოს (ან სხვა ამგვარი ქცევა). მშობლები უნდა დავამშვიდოთ, რომ ბავშვი არ იშიმშილებს და შეჭამს, როცა მოშივდება. მთავარი წესი საკვების სწორი ოდენობის განსაზღვრაში არის ის, რომ მივცეთ საკვების თითოეული ჯგუფის 1 სუფრის კოვზი ასაკის თითოეულ წელზე. მაგალითისთვის, 3 წლის ბავშვს დასჭირდება 3 სუფრის კოვზი ხორცი, 3 სუფრის კოვზი ნახშირწყალი (კარტოფილი, ან ბრინჯი), 3 სუფრის კოვზი ბოსტნეული და 3 სუფრის კოვზი ხილი.

ასევე შეიძლება გამოყენებული იქნას სხვადასხვა სტრატეგიები. ბავშვისთვის ცოტა საკვების შეთავაზებამ შეიძლება წაახალისოს ის, რომ მეტი მოითხოვოს. სხვებისთვის, მაღალი კვებითი ღირებულების სასუსნავების ხშირი მიღება დღის განმავლობაში, შეიძლება უფრო სასიამოვნო იყოს. ექთნებმა ასევე უნდა შეახსენონ მშობლებს, რომ დააფასონ 1-3 წლის ასაკის ბავშვის რიტუალისტური მოთხოვნები (მაგ., რომელიმე კონკრეტუ-

ლი თეფში, ან ჭიქა). 1-3 წლის ასაკის ბავშვისთვის ნების მიცემას, რომ შეიცნოს საკვების მრავალი სახეობა, უნდა ჰქონდეს გარკვეული საზღვრები. ბევრი ექსპერტი მიიჩნევს, რომ კვების დროის სხვადასხვა გამოცდილებები და პრეტენზიულობა 1-3 წლის ასაკის ბავშვის განვითარების პროცესის ნაწილია და გამომცდელი ფაქტორი შეიძლება იყოს როგორც მშობლისთვის, ასევე ბავშვისთვის. უსაფრთხოება კიდევ ერთი გასათვალისწინებელი ფაქტორია ექთნებისა და მშობლებისათვის. მნიშვნელოვანია, მოვერიდოთ საკვებს, რომლებიც დახრჩობის საფრთხეს ქმნის (მაგ. სოსისის ნაჭრები, პოპკორნი, თხილი, მყარი შოკოლადები და კანფეტები). მშობლებმა უნდა გაითვალისწინონ 1-3 წლის ასაკის ბავშვის შესაძლებლობები და დაჭრან საკვები პატარა ნაჭრებად, გამოიყენონ საწებელი სოუსები და მისცენ საკვები პატარა პორციებით.

მიუხედავად იმისა, რომ სიმსუქნე ძირითადად არ შეინიშნება საშუალო სტატისტიკურ თოდლერში, პედიატრიული სიმსუქნის სიხშირე იზრდება და შეიძლება წარმოიშვას ადრეულ ბავშვობაში. ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი სიმსუქნის პრევენციაში არის მშობლის გავლენა საკვების მიმართ ბავშვის მიდგომის ჩამოყალიბებასა და ფიზიკური აქტივობის ოჯახურ ცხოვრებაში ინტეგრაციაში. მშობელთა სტრატეგიები, რომლებიც აწესებენ კარგ ჩვევებს საკვების მიღებასა და აქტივობაში, შეიძლება სასარგებლო იყოს ბავშვობის სიმსუქნის პრევენციაში და ჯანმრთელობის გართულების თავიდან აცილებაში როგორც მოკლე, ისე გრძელ ვადაში. პედიატრიულ განყოფილებაში მომუშავე ექთნებმა უნდა ცნონ თავიანთი როლი მაღალი რისკის ბავშვის ამოცნობაში, გაანათლონ მშობლები შესაბამის კვებაზე და მხარი დაუჭირონ ოჯახურ სტრატეგიებს, რათა შექმნან გარემო საკვების არჩევისთვის, მისი ხარისხისთვის და რაოდენობისთვის. ექთნისთვის ასევე მნიშვნელოვანია, რომ გაიგოს, რომელი რისკის ფაქტორებია შეცვლადი და რომელი – შეუცვლელი. მაგალითად, აფრიკელ და ამერიკელ ბავშვებს აქვთ სიმსუქნის მაღალი რისკი, მაგრამ არის სხვა რისკის ფაქტორები, როგორიცაა დაბალი შემოსავალი და დედის სიმსუქნე, რომლებიც უნდა აღინიშნოს.

იმის მიუხედავად, რომ სიმსუქნე დიდი პრობლემაა ბავშვებში, ექთნები ასევე ყურადღებით უნდა იყვნენ სხვა პრობლემების მიმართ, რომელთაც შეიძლება დასჭირდეთ ინტერვენცია. ამ პრობლემებში შეიძლება შედიოდეს: კარგი საკვების მიუწვდომლობა სოციოეკონომიური ბარიერების გამო, კულტურული და ტრადიციული საკვებისადმი მიდრეკილება, რომელშიც არ არის საკმარისი შეუცვლელი ნუტრიენტები და შეიძლება ჩაითვალოს არაჯანსაღად; და გენეტიკურ დაავადებებთან დაკავშირებული ფაქტორები, როგორიცაა ფენილკეტონურია. ექთანმა უნდა ჩაატაროს კვების შეფასება მთელი ოჯახისთვის და განსაზღვროს, განათლების რა წყაროები შეიძლება გახდეს საჭირო, რომ დაიცვას ბავშვისა და ოჯახის ჯანმრთელობა.

ძილი

2 წლის ბავშვთა უმრავლესობას სჭირდება 10-12 საათი ძილი ყოველდღე და ასევე შუადღის, ან გვიანი დილის მოკლე ძილი. დღის მეორე მოკლე ძილის ამოგდება ნორმალურია 2 წლის ბავშვებისთვის. 1-3 წლის ასაკის ბავშვი ასევე შეიძლება შეეწინააღმდეგოს დაძინებას შუადღეს ან ეს დრო საწოლში თამაშში გაატაროს. ძილი მნიშვნელოვანია, როგორც 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ენერგიის რეგენერაციისთვის, ასევე ზრდისთვის

და განვითარებისთვის. უძილო ბავშვი არის დაღლილი და მარტივად გაღიზიანებადი. იმისათვის, რომ თოდლერმა იძინოს და დაისვენოს საკმარისად, მშობლებს შეუძლიათ, ჩამოაყალიბონ ძილისა და შუადღის ძილის განრიგები (სურათი 4-9). ძილის გაპროტესტება შეიძლება შემცირდეს, თუ დავიწყებთ შემზადების პერიოდს, როცა 1-3 წლის ასაკის ბავშვი უნდა ვაბანაოთ, ჩავეხუტოთ და ზღაპრები წავუკითხოთ. უნდა ჩამოყალიბდეს ზუსტი დროები, თუ როდის დაიძინებს ბავშვი, თუ ის სპეციალურად აფერხებს დაწოლას (ითხოვს ჭამას, ან წყალს).

1-3 წლის ბავშვის დაახლოებით 20-25% იღვიძებს ღამე და შეიძლება გაურთულდეს ძილის შებრუნება. მნიშვნელოვანია, ვაცადოთ ბავშვს ტირილი ცოტა ხნით, რადგან ეს ეხმარება მას საკუთარი თავის დამშვიდების სწავლაში. თუ ტირილი გაგრძელდება, მშობელს შეუძლია, ჩაეხუტოს, ზურგზე მოეფეროს, ან წყალი დაალევინოს, სანამ ოთახიდან გავა. დამშვიდებასთან ერთად თუ დავაფარებთ საყვარელ საბანს, ან მივცემთ საყვარელ სათამაშოს, ესეც დაეხმარება ძილის შებრუნებაში. 1-3 წლის ასაკში კოშმარები ხშირია, რადგან მათ სიზმრები ძალიან რეალურად ეჩვენებათ.თოდლერიძირითადად პასუხობს ნაზ დამშვიდებას და უფრო ხშირად შეიბრუნებს ძილს და მეორე დღეს სიზმარი აღარ ახსოვს.



სურათი 4-9. ძილის წინა რიტუალი ძალიან მნიშვნელოვანია ბავშვის განვითარებისთვის

პირის ღრუს ჯანმრთელობა

რუტინულ ვიზიტებთან ერთად, 1-3 წლის ბავშვი ასევე უნდა ნახონ სტომატოლოგებმა. კარიესი ხშირი ინფექციური დაავადებაა ბავშვებში და შეიძლება დასრულდეს საზიანო შედეგებით, როგორიცაა გინგივიტი, კბილის დაკარგვა და სისტემური ინფექციები. სტომატოლოგის მოძიება საჭირო, მაგრამ იშვიათია, ხშირად საფასურის გადახდის შესაძლებლობის არქონის, ან დახელოვნებული სტომატოლოგიური პერსონალის არარსებობის გამო. ვიზიტის მნიშვნელოვანი ნაწილებია პირის ღრუს ჯანმრთელობის შემოწმება, მშობლის განათლება პირის ღრუს ჰიგიენის სწორ მეთოდებზე და კონსულტაცია კარიესის პრევენციის სტრატეგიებზე.

პატარა ბავშვებს არ შეუძლიათ კბილების ყველა ნაწილის გახეხვა და ამის გამო, მშობელი უნდა დაეხმაროს მათ კბილების გამოხეხვაში (სურათი 4-10). თოდლერებმა შეიძლება მარტო წყალი გამოიყენონ, რადგან არ მოსწონთ კბილის პასტის გემო. არის გარკვეული საშიშროებები, თუ ფტორირებულ კბილის პასტას ბავშვი გადაყლაპავს, ამიტომაც, მშობლები უნდა გავაფრთხილოთ, რომ კბილის პასტის გამოყენების შემთხვევაში, გამოიყენონ ცოტა, ან გამოხეხვის შემდგომ ბავშვს მოწმინდონ კბილის პასტა კბილებიდან, სუფთა ნაჭრით. მშობლებმა უნდა აირჩიონ კბილის ჯაგრისები, რომლებსაც აქვთ რბილი, მოკლე და მომრგვალებული ჯაგრები. გამოხეხვის შემდგომ, რეკომენდირებულია კბილებს შორის ნაწილის გასუფთავება სპეციალური ძაფით, რათა ნაწილაკების ჩარჩენა და გინგივიტი თავიდან ავიცილოთ.



სურათი 4-10. აუცილებელია ბავშვზე განვახორციელოთ მეთვალყურეობა, როცა ისინი სწავლობენ კბილების გახეხვას ან ხელების დაბანას

ფტორის გამოყენება ეფექტური მეთოდია იმისთვის, რომ თავიდან ავიცილოთ კარიესი და დავიცვათ კბილი. კბილის ემალი ეწინააღმდეგება კარიესს, როცა სწორი რაოდენობით ფტორის მიღება ხდება, კბილების ამოსვლამდე. ექთანმა უნდა ასწავლოს მშობლებს ფტორის დანამატების სწორი მიღება თუ სასმელი წყალი არ არის ფტორირებული.

კიდევ ერთი რამ, რაც ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს არის, რომ დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახს შეიძლება არ ჰქონდეს იმის შესაძლებლობა, რომ ბავშვი ყოველწლიურად მიიყვანოს სტომატოლოგთან. ასეთი 1-3 წლის ბავშვები უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან, რომ არ გაიხეხონ კბილები ყოველდღე და მიირთვან საკვები, რომელშიც მაღალია ფრუქტოზა/საქაროზა, მაგალითად, ტკბილი, გაზიანი სასმელები. ეს მათ აყენებს კარიესისა და კბილებთან დაკავშირებული სხვა პრობლემების მაღალი რისკის ქვეშ. ექთანმა უნდა ამოიცნოს ასეთი ოჯახები და მიუთითოს მათ სტომატოლოგიური სერვისის ისეთ წყაროზე, რომელიც იქნება დაბალი ფასის მქონე, ან უფასო. ასევე, მან უნდა ასწავლოს ოჯახს პირის ღრუს ჰიგიენაზე. ამასთან ერთად, ბევრი პედიატრიული დახმარების პროვაიდერი უზრუნველყოფს ფტორსა და სტომატოლოგიურ დახმარებასთან წვდომას.

უსაფრთხოება და ტრავმის პრევენცია

რადგან 1-3 წლის ასაკის ბავშვი ცნობისმოყვარე და მოუსვენარია, ხოლო მისი სხეულის ნაწილები ზედმეტად მოძრავი, ის ტრავმის გაზრდილი რისკის ქვეშაა. ამ ტიპის უბედური შემთხვევები და დაზიანებები პირდაპირაა დაკავშირებული ბავშვის განვითარების პროგრესთან. 1-3 წლის ბავშვის ტრავმებისა და სიკვდილის დიდი ნაწილი დაკავშირებულია სასუნთქი გზების ჩაკეტვასთან, მოწამვლასთან, დახრჩობასთან, დაცემა/გადმოვარდნასთან, დამწვრობებთან და ავტოსაგზაო შემთხვევებთან. დახრჩობა არის მეორე ყველაზე ხშირი სიკვდილის მიზეზი შემთხვევითი დაზიანების გამო, 1-4 წლის ბავშვებში. ექთნებისთვისა და ოჯახისთვის ნერვიულობის მიზეზია, თუ სახლში არის ცეცხლსასროლი იარაღი. ექთნებს შეუძლიათ, გამოკითხვაში შეიტანონ კითხვები იარაღზე და ასწავლონ მშობლებსა და ბავშვებს იარაღით ძალადობაზე და იარაღის მიერ გამოწვეული ზიანის პრევენციაზე. ამერიკაში, არაფატალური დაზიანებებით, გადაუდებელ განყოფილებაში შემოდის წელიწადში 10 მილიონი პაციენტი. თითოეულ წელს 5-დან 1 ბავშვს სჭირდება სამედიცინო დახმარება ტრავმის გამო. ექთნებმა უნდა იცოდნენ, რომ განვითარების პროცესის გარდა, სხვა ფაქტორებიც არის ასოცირებული პედიატრიულ პოპულაციაში ტრავმების მაღალ სიხშირესთან. ამას მიეკუთვნება სქესი, სტრესი (ფსიქოლოგიური, ფინანსური, დის/ძმის დაბადება), გარემო, გეოგრაფიული მდებარეობა, შემოსავალი, ეთნიკური წარმომავლობა. ეს არის გადამწყვეტი ბავშვისა და ოჯახის მოვლის გეგმის ჩამოყალიბებაში, ორივე, მწვავე და საზოგადოებრივ გარემოცვაში, რათა შევამციროთ სიკვდილიანობა თოდლერებში, შემთხვევითი დაზიანებების გამო.

ავტოუსაფრთხოება

ავტოსაგზაო შემთხვევები არის სიკვდილის მთავარი გამომწვევი ჩვილობისა და ბავშვობის დროს. თოდლერებს ყოველთვის უნდა ეკეთოთ საბავშვო უსაფრთხოების ღვედი და ისხდნენ საბავშვო სავარძლებში, რომლებიც მისადაგებული იქნება მათ წონასა და ზომაზე. უსაფრთხო სავარძელი ყოველთვის უნდა იყოს მანქანის უკანა სავარძელზე, თუ შესაძლებელია, შუაში (სურათი 4-11).1-3 წლის ბავშვები არ უნდა ისხდნენ წინა სავარძელში, რომელსაც უსაფრთხოებისბალიში („აირბაგი“) აქვს. სავარძელი არ უნდა დამონტაჟდეს, სანამ ბავშვი მინიმუმ 14 კგ არ იქნება. ბავშვის სავარძლიდან ჩვეულებრივ სავარძელში გადასვლა არ უნდა მოხდეს, სანამ ბავშვი მინიმუმ 4 წლის, 38 კგ, ან 122 სმ არ იქნება. 1-3 წლის ბავშვები მანქანაში უნდა ისხდნენ პირით უკან, სანამ შესაძლებელი იქნება, სანამ ისინი მიაღწევენ მანქანის მწარმოებლის მიერ დაშვებულ უმაღლეს წონას, ან სიმაღლეს. ექთნებმა ხშირად უნდა მიმოიხილონ ბავშვის მგზავრობის უსაფრთხოების ინფორმაცია მშობლებთან ერთად და შეახსენონ მათ, რომ იყვნენ კარგი მაგალითები და არასდროს დატოვონ ბავშვი უყურადღებოდ ტრანსპორტში, ან მის გარემოცვაში.

იმის თავიდან ასაცილებლად, რომ ბავშვმა არ ირბინოს ქუჩაში, მანქანების წინ, სჭირდება მუდმივი ყურადღება და სწავლება. 3 წლის ასაკისთვის ბავშვს ესმის გაჩერების და ორივე მხარეს გახედვის ცნება ქუჩის გადაკვეთამდე. თუ 1-3 წლის ბავშვს

მაინც არ ესმის შესაძლო საშიშროება, შეჩერებისა და ორივე მხარეს გახედვის ბევრჯერ გამეორება ეხმარება უსაფრთხოების ცნების ჩამოყალიბებას.



სურათი4-11. ჩვილები აუცილებლად უნდა იყვნენ დაბმული ბავშვის სავარძელში

საშინაო და გარემო უსაფრთხოება

სახლები და სათამაშო ადგილები უნდა იყოს მორგებული ბავშვის უსაფრთხოებას, რათა თავიდან ავიცილოთ დახრჩობა, დაცემა და შემთხვევითი მოწამვლა. მაშინაც კი, როცა მშობელი მართლა ცდილობს, რომ დაიცვას ბავშვი, ბავშვმა უნდა ისწავლოს, რა ნივთებთან შეიძლება თამაში სახლში და რასთან – არა (სურათები 4-12 და 4-13). ყველა მედიკამენტი და ტოქსიკური ნივთიერება (ბენზინი, პესტიციდები და საწმენდი საშუალებები) უნდა მოვაშოროთ ბავშვს და უკეთეს შემთხვევაში, სადმე ჩავკეტოთ. ეს ნივთები არასდროს არ უნდა იყოს ყოველდღიურად გამოყენებად ჭურჭლებში (მაგ, ლიმონათის ბოთლში) და უნდა ჰქონდეს რამე სიმბოლო, რომელიც გააფრთხილებს ბავშვს, რომ ის მომწამლავია. არასდროს უთხრათ ბავშვს, რომ წამალი კანფეტია იმისათვის, რომ უფრო მარტივად დალიოს და არასდროს დატოვოთ წამლები (ვიტამინების ჩათვლით) მაგიდაზე, ხელჩანთაში, ან საფენების ყუთში.



სურათი 4-12. აუცილებელია რომ კარადის გაღება არ იყოს ხელმისაწვდომი ბავშვისთვის



სურათი 4-13. ყველა სახლი, სადაც ბავშვი ცხოვრობს ან მიდის სტუმრად უნდა იყოს უსაფრთხო მისთვის

წყლის უსაფრთხოება

წყლის უსაფრთხოებაზე გაფრთხილება გრძელდება ჩვილობის ასაკიდან. 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ანატომიური აგებულება (დიდი თავი და მოკლე ქვედა კიდურები) ქმნის გრავიტაციის მაღალ ცენტრს და როცა ამას ემატება არასტაბილური სიარული და დაუოკებელი ცნობისმოყვარეობა, იზრდება წყალთან ასოცირებული უბედური შემთხვევების სიხშირე. ფაქტი, რომ ბავშვი შეიძლება დაიხრჩოს 2.5 სმ სიმაღლის წყალშიც კი, ნებისმიერ ჯაკუზს, თუ ტალახის გუბეს საფრთხის წყაროდ აქცევს. შესაბამისად, 1-3 წლის ასაკის ბავშვი არასოდესუნდა დავტოვოთ მარტო აბაზანაში, ან აუზში, რადგან ბავშვის ადგომის მცდელობები შეიძლება დასრულდეს წაქცევით. წაქცევამ შეიძლება დააზიანოს ძვლები, გამოიწვიოს თავის ქალის მოტეხილობა, გონების დაკარგვა, ან დახრჩობა. აბაზანაში მარტო ყოფნამ შეიძლება ცნობისმოყვარე ბავშვს უბიძგოს, მოუშვას ცხელი წყალი, რომელიც დამდუღვრას გამოიწვევს. შესაბამისად, წყლის გამათბობლის ტემპერატურა უნდა იყოს შემცირებული 40 გრადუს ცელსიუსამდე. ბავშვის სავსე აუზი ყოველთვის უნდა იყოს დაფარული, როცა არ ვიყენებთ, ხოლო უფრო დიდი ეზოს აუზი, ან გუბე შემოსაზღვრული უნდა იყოს ღობით. 1-3 წლის ბავშვს არასდროს არ უნდა მივცეთ დამდგარ წყალთან მიახლოების უფლება უფროსების გარეშე. აუზების გარემოცვაში, ან ნებისმიერ ნავზე რეკომენდირებულია ბავშვისთვის გასაბერი ჟილეტის ჩაცმა.

სათამაშოთი გამოწვეული დაზიანებები და იარაღის უსაფრთხოება

სათამაშოებთან დაკავშირებული ტრავმები ცენტრალურია 1-3 წლის ასაკის ბავშვის უსაფრთხოების საკითხში (სურათი 4-14).სათამაშოები უნდა იყოს ძლიერი, უსაფრთხო და საკმარისად დიდი, რომ არ მოხდეს მათი გადაყლაპვა. გახეთქილი ბუშტები არის მთავარი საფრთხე და ამის გამო მშობლებს უნდა ვურჩიოთ, არ გამოიყენონ ლატექსის ბუშტები, ან ყავდეთ ბავშვი მეთვალყურეობის ქვეშ, თუ ბუშტების გარემოცვაში არიან.

უსაფრთხოების კიდევ ერთი კატეგორიაა იარაღის უსაფრთხოება. შეუძლებელია, 1-3 წლის ბავშვს ვასწავლოთ სათამაშო და ნამდვილი იარაღის განსხვავება, რადგანაც მათი ცნობიერება არაა საკმარისად განვითარებული, რომ ესმოდეს იარაღის უსაფრთხოება. შესაბამისად, თუ სახლში არის თოფი, ის უნდა იყოს ჩაკეტილი და მიუწვდომელი ცნობისმოყვარე ბავშვისთვის. სახლში იარაღის არქონა არის უბედური შემთხვევების პრევენციის ყველაზე ეფექტური სტრატეგია.



სურათი 4-14. ყველა ასაკში აუცილებელია ბავშვმა ატაროს ჩაფხუტი, ველოსიპედის ტარებისას

ნეგატივიზმი

ნეგატივიზმი არის 1-3 წლის ასაკის ბავშვის მიერ ავტონომიის მუდმივი ძიების გამოხატვა. მას შეიძლება არ მოსწონდეს მითითებების მიღება და სამყაროს შეცნობის უნარის არ ქონა, როცა მას მოუნდება. თოდლერებს ახასიათებთ მითითების ზუსტად საწინააღმდეგოდ მოქმედება და ყველაფერზე „არა“-ს პასუხი, იმ შემთხვევაშიც კი, როცა ბავშვი სულაც არ გულისხმობს „არა“-ს. მშობლები ხშირად ხელმოცარულები რჩებიან, როცა ცდილობენ ბავშვის ნეგატივიზმის გამკლავებას და მშვიდდებიან, როცა იგებენ, რომ ეს პერიოდი 30 თვის ასაკისთვის, ჩვეულებრივ, გადის.

მშობლებმა ნეგატივიზმისგამკლავების თავიანთი მეთოდი უნდა აირჩიონ. ყველანაირი ყურადღების მიპყრობის ქცევის ანალოგიურად, აქაც, საუკეთესო მეთოდი – იგნორირებაა.

რიტუალიზმი და რეგრესია

რამდენადაც შემაწუხებელი არ უნდა იყოს ნეგატივიზმი, კიდევ ერთი დამახასიათებელი ნიშანი, რომელიც ამავდროულად ვითარდება – რიტუალიზმია, ანუ ბავშვის მოთხოვნა, რომ რაღაც დარჩეს იგივე (იგივე ჭიქა, იგივე კოვზი). 1-3 წლის ბავშვს სჭირდება სტაბილურობა მუდმივად მზარდ გარემოში და იმის ცოდნა, რომ ახალ სათამაშო გარემოში ნაცნობი ხალხი და ადგილები ისევ ხელმისაწვდომი იქნება (სურათი 4-15). რიტუალები, როგორიცაა ჭამისა და დაძინების რუტინები, იძლევა გამეორებებს, რომელშიც ბავშვი პოულობს კომფორტს და დაცულობას. თუ რიტუალები დაირღვევა, მაგალითად,

როცა ბავშვი ავადაა, ან ჰოსპიტალიზებულია, ბავშვი განიცდის სტრესს და ამის საპასუხოდ აძლიერებს ავტონომიას და ხშირად, რეგრესირებს (უბრუნდება უფრო ადრეულ, უსაფრთხო და ნაცნობ ქცევას) დამოკიდებულებასა და ნეგატივიზმში (ერიქსონის ცნება ავტონომიისა და სირცხვილის/ეჭვის შედარებაზე), რათა სიტუაციას გაუმკლავდეს.



სურათი 4-15. ბავშვს ყოველთვის აქვს საყვარელი ნივთი: სათამაშო, თოჯინა, პლედი და ა.შ.

ბევრი მშობელი გრძნობს, რომ თავისი 2 წლის ბავშვის განრიგის მონა ხდება. როცა 1-3 წლის ასაკის ბავშვი ითხოვს, რომ რაღაცები გაკეთდეს იგივე დროს, იგივენაირად, ის ამას არ აკეთებს სიჯიუტის გამო, მას ეს უბრალოდ სჭირდება. რუტინები თოდლერში ქმნის უსაფრთხოების და გარემოზე კონტროლის გრძნობას, რაც ეხმარება მათ ახალი უნარების შეძენაში.

საუკეთესო პირველადი მიდგომა არის რეგრესიის იგნორირება და ბავშვის შექება კარგი საქციელისთვის. როცა მშობელი აფასებს ბავშვის ქცევას, ის ხშირად ფიქრობს, რომ რეგრესია არის დაუმორჩილებლობის გამოხატულება. რადგან ახლად შეძენილი უნარის დაკარგვა 1-3 წლის ასაკის ბავშვისთვის ძალიან შემაშინებელი შეიძლება გამოდგეს, რეგრესიის დისციპლინირება უნდა მოხდეს დიდი სიფრთხილით.

არც თუ ისე იშვიათად, 1-3 წლის ბავშვები მიმართავენ სხვადასხვანაირ ქცევას სტრესის დროს. ეს ქცევებია აგრესია, თავის არიდება, ყურადღების გაფანტვა, განმარტოება, ინფორმაციის ძიება, ემოციურობა (სურათი 4-16).ამიტომაც, თოდლერებს შეიძლება ჰქონდეთ საყვარელი საბანი, სათამაშო დათვი, ბევრი კითხვები, შეიძლება იჩხუბონ, იტირონ, ან ჰქონდეთ ტანტრუმები.



სურათი 4-16. არცთუ ისე იშვიათად, 1-3 წლის ბავშვი მიმართავს სხვადასხვანაირ ქცევას სტრესის დროს

დისციპლინა

მათი რიტუალიზმისა და მუდმივი ნაცნობი რუტინების საჭიროების გათვალისწინებით, მდგრადი დისციპლინა თოდლერებს ეხმარება საკუთარი თავის კონტროლის უნარის განვითარებაში. გამოყენებული მეთოდების მიუხედავად, ბავშვებისთვის დისციპლინის მიზეზების სწავლება აუცილებელია, რათა დავეხმაროთ მათ, ისწავლონ საზოგადოდ მიღებული ქცევის მანერა.

შეზღუდვა გარემოების მიხედვით (ვასწავლოთ ბავშვს, რა შეუძლია და რა არ შეუძლია გააკეთოს მოცემულ სიტუაციაში) არის 1-3 წლის ასაკის ბავშვის დისციპლინის მნიშვნელოვანი ნაწილი, რადგან ნებისმიერი ადამიანი უკეთ ფუნქციონირებს, როცა იცის ნებისმიერი ქმედების მოლოდინი და საზღვარი. ეს შეზღუდვები შეიძლება ჩამოყალიბებული იქნას ბავშვის, ზრდასრული მომვლელის (მაგ., მშობლის), ან გარემოს მიერ. მშობლები, რომლებიც ბავშვს აძლევენ მკაფიო და კარგად ახსნილ შეზღუდვალიმიტებს, ამარტივებენ ავტონომიის განვითარებას და ეხმარებიან ბავშვს წესრიგის, კონტროლისა და უსაფრთხოების გრძნობის ჩამოყალიბებაში.

მშობლები უნდა შეთანხმდნენ შეზღუდვების საზღვრებზე და დისციპლინის მეთოდზე, თუ ეს შეზღუდვები დაირღვევა. AAP (1998) ამოიცნობს 3 აუცილებელ კომპონენტს წარმატებული და ეფექტური დისციპლინისთვის: (1) მხარდამჭერი და მოსიყვარულე ურთიერთობა მშობელსა და ბავშვს შორის; (2) სასურველი ქცევების დადებითად წახალისება და (3) დადებითი წახალისების მოხსნა, რათა შევამციროთ არასასურველი ქცევები.

რათა ხელი შევუწყოთ მდგრადობას, ნებისმიერმა მომვლელმა, მათ შორის ძიძამ და ბებია/ბაბუამაც უნდა იცოდეს დათქმულ შეზღუდვებსა და საზღვრებზე და დისციპლინის მეთოდებზე. მდგრადი დისციპლინა კრიტიკულია იმისთვის, რომ ბავშვი მიხვდეს თავის პასუხისმგებლობას და შედეგად ქცევა იყოს სასურველი.

დისციპლინის გამოყენებული მეთოდი სხვადასხვა იქნება განსხვავებულ ოჯახებში, თუ კულტურებში, მაგრამ ამერიკელი მშობლების დაახლოებით 90% იყენებს კორპორალურ (ფიზიკურ) დასჯას.კორპორალურ დასჯას მოსდევს მყისიერი ცვლილება ქცევაში, მაგრამ გრძელვადიანი ეფექტი 1-3 წლის ბავშვისთვის ეჭვქვეშ დგას. მშობლის მიერ მაგალითის მიცემა 1-3 წლის ასაკის ბავშვის დისციპლინის წარმატებული მეთოდია, მაგრამ ბავშვისგან ის ითხოვს, რომ: (1) დაინახოს სწორი ქცევა მშობელში; (2) დაიმახსოვროს, რა გააკეთა მაგალითის მიმცემმა; (3) ფიზიკურად შეეძლოს იგივე მოძრაობის გამეორება; და (4) იყოს მოტივირებული, რათა გაიმეოროს ეს ქცევა. ეს მეთოდი განსაკუთრებით კარგად მუშაობს, თუ მშობელთან ძალიან მყარი ნდობაა ჩამოყალიბებული (სურათი 4-17).მაგალითის მიცემა, სწავლების პროცესი, საყვედური, იგნორირება, ან ტაიმაუტი (ბავშვის არამასტიმულირებელ გარემოში ყოფნა) არის ყველაზე ხშირი მეთოდები, 1-3 წლის ბავშვებში ქცევის შეცვლის მისაღწევად.



სურათი 4-17. 1-3 წლის ბავშვები ყოველთვის გრძნობენ სითბოს უფროსი და/ძმისგან

ტანტრუმები

ტანტრუმები არის ფეთქებადი რეაქციების გამოხატვა შინაგანი სტრესისა, თუ წარუმატებელი სიტუაციების გამო, რაც 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ცხოვრების ნორმალური ნაწილია. 2-3 წლის ასაკში ბავშვი ხვდება ახალ გარემოებში, იცნობს ახალ წესებს და აქვს ახალი შიშები. თოდლერებს სჭირდებათ თავიანთი გრძნობების, სურვილების და უკმაყოფილების გამოხატვა, მაგრამ მეტყველების უნარის საკმარის დონეზე განუვითარებლობის გამო ეს არ შეუძლიათ. ყველა ეს ახალი გამოცდილება ბავშვის ავტონომიის მცდელობასთან ერთად, ქმნის დაძაბულობას და იწვევს ტანტრუმს. ტანტრუმით 1-3

წლის ასაკის ბავშვი ამბობს: „მჭირდება, მნიშვნელოვანი ვარ, მინდა, რაღაც კონტროლი მაინც ავიღო ჩემს თავზე.“ ტიპური ტანტრუმი, რომელიც ხდება, როცა 1-3 წლის ასაკის ბავშვი ვერ აკონტროლებს ემოციებს, გადატვირთულად გრძნობს თავს, ან არ იცის რა უნდა, გამოიხატება, როგორც ტირილი, ყვირილი, იატაკზე დავარდნა, ფეხების ბაკუნი, ხელების შლა, თავის დარტყმა და სუნთქვის შეკავება. თავის დარტყმას ჩარევა სჭირდება, თუ ის დიდი ხანი გაგრძელდება, ან საფრთხეს შეიცავს. ტრავმის პრევენციისთვის, მშობელმა უნდა დაიჭიროს ბავშვის თავი, გააკეთოს კომენტარი (რათა არ წაახალისოს უარყოფითი ქცევა), ან უზრუნველყოს დამცავი მატრასი, ან ბალიში. ამის გარდა, ტანტრუმი, როგორც ნებისმიერი ყურადღების მიქცევისთვის გამიზნული ქცევა, უნდა იყოს იგნორირებული. ნაზად და მშვიდად დალაპარაკება, ბავშვის გრძნობების ცნობა და ხელში აყვანა, შეიძლება დაგვეხმაროს.

როცა ბავშვი სუნთქვას იკავებს და ბავშვს ეტყობა, რომ ჰაერი არ ყოფნის და გონებას კარგავს, მშობლებს ხშირად ეშინიათ და საშველად მიდიან, რომელიც მხოლოდ და მხოლოდ ახალისებს ტანტრუმს. შესაბამისად, მშობლებს უნდა ვასწავლოთ, რომ სუნთქვის შეკავება ძირითადად უვნებელი ქცევაა. ბავშვს შეიძლება გული წაუვიდეს, მაგრამ ავტომატურად დაიწყებს სუნთქვას, როგორც კი ნახშირორჟანგი დაგროვდება და სუნთქვის ცენტრს დაასტიმულირებს. მიუხედავად იმისა, რომ მშობლებს არ ვურჩევთ ტანტრუმში ჩარევას, ისინი მაინც ახლომახლო უნდა იყვნენ, რათა თავიდან აიცილონ ტრავმები. ასევე სასარგებლოა ბავშვის მოშორება საზოგადოებრივი ყურადღების ცენტრიდან.

ტანტრუმის ბოლოს მშობელმა უნდა შესთავაზოს სათამაშო, ან რამე სხვა აქტივობა, რომელიც ისეთი სირთულის არ იქნება, რომ ტანტრუმი გამოიწვიოს („მოდი, შენი სათამაშო ჩაის ჭიქებით ვითამაშოთ“). ეს 1-3 წლის ბავშვს ყურადღებას გადაატანინებს. ბავშვის დისციპლინირებასტანტრუმის შემდგომ, დიდი შედეგი არ აქვს, მაგრამ თუ მშობელს ნათქვამი აქვს, რომ ასეთ ქცევას შედეგები მოყვება, შესაბამისადაც უნდა მოიქცეს.

ტანტრუმის გაკონტროლება ყოველთვის არაა შესაძლებელი, მაგრამ მშობლებმა უნდა მიიღონ ზომები მათი სიხშირისა და ინტენსივობის შესამცირებლად, რაშიც შედის 1-3 წლის ასაკის ბავშვისთვის რეგულარული განრიგის ჩამოყალიბება, „არა“-ს თქმის აუცილებლობის შემცირება, არჩევანის მიცემა, დაჯილდოება კარგი საქციელისთვის და სიმშვიდე. ტანტრუმის თავიდან აცილება ზოგჯერ შეიძლება ტაიმაუტების გამოყენებით, ან ბავშვის საძინებელში მოთავსებით, სანამ ქცევა უფრო მწვავე ფაზას მიაღწევს. ტანტრუმები ითვლება განვითარების ნორმალურ ნაწილად თოდლერებში, მაგრამ უნდა გაქრეს 4 წლის ასაკისთვის.

სიბსების კონკურენცია

სიბსების კონკურენცია, ანუ შურის ინტენსიური გრძნობა სიბსებს შორის, ხშირად ხდება, როცა ოჯახს, რომელსაც 1-3 წლის ასაკის ბავშვი ჰყავს, შეეძინება ახალშობილი. ეს შეიძლება გამანადგურებელი იყოს 1-3 წლის ასაკის ბავშვისთვის, რადგანაც მათ მოუწევთ ბრძოლა მშობლის ყურადღებისთვის და შეეშინდებათ, მშობლების სიყვარული არ დაკარგონ და არ დარჩნენ მიტოვებულები.

საპირფარეშოს მოხმარების უნარის გამომუშავება

1-3 წლის ასაკის ბავშვის დამოუკიდებლობასა და ავტონომიაში დიდი წვლილი შეაქვს დეფეკაციისა და შარდის ბუშტის კონტროლს. წარმატება დამოკიდებულია როგორც ბავშვის, ასევე მშობლის მზადყოფნაზე. მშობლებს, რომელთაც ესმით ბავშვის ნორმალური ზრდა და განვითარება, უფრო რეალური მოლოდინები და ნაკლები იმედგაცრუება ექნებათ ამ პროცესთან მიმართებაში.

ზურგის ტვინის მიელინიზაცია და სინქტერის კუნთის კონტროლი იწყება 12-18 თვის ასაკში და უნდა დასრულდეს საპირფარეშოს მოხმარების უნარის გამომუშავებამდე, რადგან საშუალო 1-3 წლის ასაკის ბავშვი წვრთნის დაწყებისთვის მზადაა 18-24 თვის ასაკში. წვრთნის დაწყების დრო ცვალებადია ოჯახისა და კულტურის სპეციფიკის მიხედვით. ექთნებმა უნდა ასწავლონ პაციენტებს საპირფარეშოს მოხმარების უნარის გამომუშავებისთვის მზადყოფნის ნიშნები, რომელშიც შედის ელიმინაციის გაცნობიერების უნარი (რომ საფენი სველია), მითითებების მიხედვით მოქმედება და მშობლისთვის ელიმინაციის საჭიროების გადმოცემა (საფენზე მოქაჩვა, საფენის გამოცვლის მოთხოვნა), დიდი დროის განმავლობაში სიმშრალის უნარი (2 საათზე მეტი), დამოუკიდებლად ჩაცმა და გახდა, დაჯდომა, ჩაჯდომა და კარგად სიარული.

დეფეკაციის კონტროლზე რთული უფრო ხშირად შარდის ბუშტის კონტროლის მიღწევაა. 1-3 წლის ბავშვს ძირითადად 1-2 კუჭის მოქმედება აქვს დღეში, მაგრამ შარდავს ბევრად უფრო ხშირად. ხშირად, შემთხვევით შარდის შეუკავებლობას აქვს ადგილი, რადგან 1-3 წლის ასაკის ბავშვი ძალიან ერთვება თამაშში და ვერ ამჩნევს მოშარდვის საჭიროებას, სანამ უკვე გვიანი არ არის. როცა ბავშვი ცდილობს, დარჩეს მშრალი და ისწავლოს დეფეკაციის კონტროლი, მშობელსა და ბავშვს შორის ემოციური ბრძოლა მიდის, რომელიც ორივე მხარეს ტოვებს უკმაყოფილოს და გაბრაზებულს. დასჯამ შეიძლება გამოიწვიოს სირცხვილის და ქვემდგომობის გრძნობა. გამოსადეგი სტრატეგიაა პროცესზე კონტროლის ბავშვისთვის დათმობა. ბავშვისთვის ახსნა, თუ როგორ ხდება დეფეკაცია და მოშარდვა, თავისივე ენაზე, ყოველდღე და მისი დახმარება აღვივებს მასში მონაწილეობის სურვილს და პასუხისმგებლობის გრძნობას. მშვიდი მიდგომა, დადებითი ქცევის წახალისებით და შექებით, ყოველ წამს შეხსენებაზე თავის არიდება და პირიქით, ტუალეტის სწორად გამოყენების ინსტრუქციების მიცემა, დაეხმარება ბავშვს საპირფარეშოს მოხმარების უნარის გამომუშავებაში. ბავშვის პროგრესის ჩანიშვნა და შეცდომების არ დასჯა, ასევე მნიშვნელოვანია. ზოგიერთი ბავშვი საპირფარეშოს მოხმარების უნარის გამომუშავებას უფრო მაღალ ასაკში ამთავრებს. ეს შეიძლება დაკავშირებული იყოს წვრთნის უფრო მაღალ ასაკში დაწყებასთან, უარზე ყოფნასთან და ყაბზობასთან. მშობლები უნდა დავამშვიდოთ და ვანუგეშოთ. მდგრადი სიმშრალე დღისა და ღამის განმავლობაში მიღწეული უნდა იქნას 5 წლის ასაკისთვის, წინააღმდეგ შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ფიზიკური და ფსიქოლოგიური პრობლემების შეფასება.

სტრესმა შეიძლება ხელი შეუშალოს საპირფარეშოს მოხმარების უნარის გამომუშავებას ან გამოიწვიოს რეგრესიული შეუკავებლობა, როგორც შარდის, ასევე განავლის. მშობლები უნდა იყვნენ ინფორმირებულები, რომ ასეთი რეგრესიები ძირითადად დროებითია და გაგება, მხარდაჭერა და ნუგეში 1-3 წლის ბავშვს დაეხმარება დამოუკიდებლობის შეგრძნების დაბრუნებაში და წარმატების მიღწევაში.



სურათი 4-18. ახალი ოჯახის წევრის გაჩენა ნაკლებად ტრავმულია უფროსი შვილისთვის თუ ის ჩართულია ამ პატარას მოვლის პროცესში

ბავშვის მოვლის ალტერნატიული მეთოდები

ზოგიერთ შემთხვევაში, ბავშვის დატოვება საჭიროა სპეციალურ გარემოში, როცა ორივე მშობელი მუშაობს სახლის გარეთ, მაგრამ დამატებითი გარემო შეიძლება დამატებით საფრთხეს ბადებდეს 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ჯანმრთელობისთვის. მშობლებს სჭირდებათ პროფესიონალთა მხარდაჭერა ასეთი დაწესებულებების გამოყენებისთვის, რაც დღევანდელ საზოგადოებაში მიღებულია.

თამაში

თამაში არის „ბავშვობის სამუშაო“. რა თქმა უნდა, ეს სწორი დახასიათებაა, რადგან ბავშვი სწორედ თამაშით და მანიპულაციით შეიცნობს გარემოს (სურათი 4-19).ნივთების მანიპულაცია ავითარებს მოტორიკას და კოორდინაციას. გემელის (1996) მიხედვით, თამაში არის ძირითადი მეთოდი, რომლითაც 1-3 წლის ბავშვები სწავლობენ. ისინი თამაშს არ უყურებენ, როგორც თამაშს, არამედ, როგორც ცხოვრების ბუნებრივ მხარეს. როცა ერთ 2.5 წლის ბავშვს ჰკითხეს, რატომ თამაშობდა, მან უპასუხა, „არ ვთამაშობ. ეს ჩემი საქმეა!“ 1-3 წლის ბავშვები ხშირად არ თამაშობენ სხვა ბავშვებთან, არამედ, თამაშობენ მათ პარალელურად (პარალელური თამაში)(სურათი 4-20).თოდლერი ნაკლებ ყურადღებას და გრძნობებს იჩენს თამაშის პარტნიორებისადმი. ის ხშირად ართმევს სათამაშოებს, ან ურტყამს სხვებს, რათა შეინარჩუნოს საყვარელი სათამაშო.





სურათი 4-19. სურათი 4-20.

თამაში მოიცავს სამ ფუნქციას 1-3 წლის ბავშვისთვის, მათ შორის ცნობიერების განვითარებას გარემოს შეცნობის გზით, ნივთების შესწავლას და პრობლემების გადაწყვეტას. ის ასევე ეხმარება სოციალურ განვითარებაში, განსაკუთრებით ფანტაზიური თამაშების შემთხვევაში, როცა ბავშვი ირგებს რაიმე როლს. დაბოლოს, თამაში ავითარებს პრობლემის გადაწყვეტის უნარს, აქარვებს იმედგაცრუებას, ახარჯინებს ბავშვს ენერგიას და მას აძლევს შესაძლებლობას, რომ გაუმკლავდეს შინაგან კონფლიქტებსა და შფოთვას უსაფრთხო გზებით.

ნებისმიერ შემთხვევაში, როცა 1-3 წლის ასაკის ბავშვის სამყაროში ახალი სათამაშო შემოდის, სწავლება-სწავლის პროცესს უნდა ჰქონდეს ადგილი: წარუდგინეთ მას სათამაშო, ნება მიეცით, ითამაშოს და ივარჯიშოს ამ სათამაშოთი და უთხარით ბავშვს, თუ რამდენად წარმატებით და სწორად გააკეთა ეს. მშობლებს შეიძლება დასჭირდეთ მითითებები ამ პროცესზე, მაგრამ როცა ეს უნარები ჩამოუყალიბდებათ, მათ აქვთ ბაზისი ბავშვის განათლების პროცესზე მთელი ცხოვრების განმავლობაში. „რატომ?“, ან „რატომ არა?“ კითხვების წარდგენა, რომელიც თან ახლავს თამაშს, განსაკუთრებით, ახალ თამაშს, ან სათამაშოს, აუმჯობესებს ბავშვის უნარს, შეაგროვოს მონაცემები და მიიღოს გადაწყვეტილებები (სურათი 4-21).

ასაკის შესაბამის თამაშს არ სჭირდება ძვირი, პრიალა, განვითარების ეტაპისთვის დამტკიცებული სათამაშოები, მაგრამ ესაჭიროება მომთმენი და კრეატიული მშობელი, რომელიც თამაშს მიიჩნევს ბავშვის ცხოვრების განათლებასთან და სოციალიზაციასთან დაკავშირებულ ნაწილად.

თამაშის გამოცდილების ნაწილს ეკუთვნის დაჯერება, მოჩვენება, ან ფანტაზია. ფანტაზია და დაჯერება აყალიბებს ბავშვში ცნებას, თუ როგორი უნდა მას, იყოს სამყარო. ფანტაზია 1-3 წლის ბავშვს ეხმარება, გაუმკლავდეს მშობლის მოლოდინებს და უარყოს რეალობის ის ასპექტები, რომელთაც ისინი აიგნორებენ (სურათები 4-22 და 4-23). თოდლერები, რომლებიც ენდობიან მშობლის მიერ მათი დაცვის უნარს, რაღაც ეტაპზე ამ გამოცდილებებს გამოიყენებენ, რომ მათი ფანტაზიები უფრო რეალურ გარემოს მოარგონ.



სურათი 4-21.



სურათი 4-22.



სურათი 4-23. 1-3 წლის ბავშვები, რომლებიც ენდობიან მშობლის მიერ მათი დაცვის უნარს, რაღაც ეტაპზე ამ გამოცდილებებს გამოიყენებენ, რომ მათი ფანტაზიები უფრო რეალურ გარემოს მოარგონ

ფიზიკური აქტივობა

მნიშვნელოვანია, ფიზიკური აქტივობა გახდეს ოჯახის ცხოვრების ნაწილი, რათა თოდლერებს და ბავშვებს ჰქონდეთ კარგი ფუნდამენტი ჯანმრთელობაში, მოტორულ განვითარებაში და ბავშვობის ასაკის სიმსუქნის პრევენციაში. მშობლები გადამწყვეტ როლს თამაშობენ მათი ბავშვის დადებით განწყობასა და ჯანმრთელ ჩვევებში, რაც მოიცავს ვარჯიშსაც. მაგალითებია – ისეთი აქტივობის შერჩევა, რომელშიც ოჯახის ყველა წევრია ჩართული, აქტივობები, რომლითაც ბავშვი ძალიან ერთობა, როგორიცაა ბურთის სროლა, ან გაგორება, ხტომა და სათამაშოების აქტიურად გამოყენება, როგორიცაა მანქანები. რეკომენდებულია, რომ ბავშვმა და ზრდასრულებმაც გაატარონ დღეში 60 წუთი ფიზიკურ აქტივობაში. გადამწყვეტი ფაქტორია დროის გამოყოფა აქტივობისათვის. ხშირად, ბავშვები დატვირთულნი არიან სხვადასხვა არაფიზიკური აქტივობით. გამორთეთ ტელევიზორი, გამოიყენეთ თავისუფალი დრო ფიზიკური აქტივობისთვის. მშობლები ძალიან მნიშვნელოვანი მაგალითის მიმცემები არიან.

ექთნის როლი

ექთნის როლი 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვაში კრიტიკულია. განათლებამ უნდა უზრუნველყოს იდეები, შეთავაზებები და ცნებები, რომლებიც მოიცავს ზრდას, განვითარებას და მშობლების უნარებს. ეს ცოდნა, მშობლებს ნებას მისცემს, გახდნენ დამოუკიდებლები ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვაში კვების, ძილის, პირის ღრუს ჯანმრთელობის, უსაფრთხოების, ელიმინაციის და ზრდისა და განვითარების მხრივ. ექთნებს შეუძლიათ, ამოიცნონ რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვები გარემო, ეკონომიკური, სოციოლოგიური და ფიზიოლოგიური ფაქტორების გამო. ექთნები ასევე ჩართულები უნდა იყვნენ, როგორც ლიდერები კანონებისა და განაწესების ჩამოყალიბებაში, რომელიც გააუმჯობესებს ბავშვის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას (მაგ., უსაფრთხოების სწავლების ფონდი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), პროგრამების განვითარება ჯანდაცვის უფასო, ან იაფი სერვისებისთვის, განათლება კვების და ფიზიკური აქტივობების შესახებ).

საკვანძო საკითხები

- თოდლერობა არის პერიოდი, რომელიც ერიქსონმა დაახასიათა, როგორც ავტონომიის ბრძოლა სირცხვილისა და საკუთარ თავში დაეჭვების წინააღმდეგ. 1-3 წლის ასაკის ბავშვი იბრძვის, რომ გამოეყოს მშობლებს და საკუთარი თავის შეგრძნება ჩამოუყალიბდეს;
- განვითარების დიდი ამოცანებია 1-3 წლის ასაკის ბავშვისმოძრაობა, მეტყველება და ცნობიერების განვითარება;
- სოციოეკონომიური, კულტურული და ეთნიკური ფაქტორები თამაშობს გადამწყვეტ როლს 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ზრდასა და განვითარებაში, ჯანმრთელობის დაცვისა და დაავადების პრევენციის უნარში და შეიძლება წარმოადგენდეს ჯანმრთელობის საფრთხეების მაჩვენებლებს, რომელიც პედიატრიულმა ექთანმა უნდა ამოიცნოს;

- 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ფიზიკური ზრდა ნელდება, რაც იწვევს შემცირებულ მადას და კალორიების შედარებით შემცირებულ მოთხოვნას (ფიზიოლოგიური ანორექსია). საკვების მოთხოვნები გრძელდება, განსაკუთრებით ცილაზე, კალციუმზე, მაგნიუმზე და რკინაზე, რათა გაგრძელდეს ზრდა. მშობლები უნდა გავანათლოთ, რათა მათაც ხელი შეუწყონ ზრდის ამ პერიოდს, მაგრამ ამოიღონ მენიუდან საკვები, რომელიც ხელს უწყობს სიმსუქნეს;
- გაუმჯობესებული მოტორული უნარები (უხეში და ნატიფი), გარემოს შეცნობის სურვილი, გამოცდილების (და შეფასების უნარის) ნაკლებობა და მოუმწიფებლობა, 1-3 წლის ბავშვს შემთხვევითი ტრავმის რისკის ქვეშ აყენებს. მშობლებს უნდა ვასწავლოთ, როგორ შეუქმნან ბავშვს უსაფრთხო გარემო სახლში;
- სტრუქტურის, მითითებებისა და ლიმიტების დაწესება კრიტიკულია 1-3 წლის ასაკის ბავშვის ავტონომიის, საკუთარი თავის კონტროლისა და უნარების განვითარებაში. ეფექტური დისციპლინის ტექნიკები არის მდგრადი და მყარი და მოიცავს ტაიმაუტებს, ყურადღების გადატანას და დადებითი ქცევის წახალისებას;
- სიბსების კონკურენცია გვაჩვენებს 1-3 წლის ასაკის ბავშვის შიშს, შფოთვას და გაუგებრობის გრძნობას, როცა ოჯახს ახალშობილი უჩნდება. მისი მინიმუმამდე დაყვანა შეიძლება 1-3 წლის ასაკის ბავშვის მომზადებით ახალშობილთან შესახვედრად, იმის შეხსენებით, რომ 1-3 წლის ასაკის ბავშვი მშობლებს უყვართ და ის ძალიან გამორჩეულია;
- ექთნებს შეუძლიათ დაეხმარონ მშობლებს, რათა გაიგონ მზადაა თუ არა 1-3 წლის ასაკის ბავშვი საპირფარეშოს მოხმარების უნარის გამომუშავებისთვის (ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ნიშნების ამოცნობა). ექთნებს ასევე შეუძლიათ ამისთვის სტრატეგიის დასახვაში დახმარება;
- ექთნებმა უნდა გაანათლონ მშობლები კვებაზე, ძილზე, იმუნიზაციაზე, ჰიგიენაზე და უსაფრთხოებაზე.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. (1986).Fluoride supplements. Pediatrics, 77, 58–761.American Academy of Pediatrics Committee on PsychosocialAspects of Child and Family Health. (1998). Guidance for effectivediscipline. Pediatrics, 101, 723–728.
- American Academy of Pediatrics Committee of Public Education,(2001). Children, adolescents and television. Pediatrics, 1078(2),423–426.
- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. (2009).Retrieved February 2, 2009, from http://www.aap.org/visit/cmte25.htm.
- American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Disease.(2010a). 2010 Childhood immunization schedule and catch-upschedule. Retrieved May 24, 2010, from http://aapredbook.aappublications.org/resources/IZScheduleCatchup.pdf.
- American Academy of Pediatrics. (2010b). Parenting CornerQ&A: Nutrition. Retrieved May 24, 2010, from http://www.healthychildren.org/english/healthy-living/nutrition/pages/Hassle-Free-Meal-Time.aspx?nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token.
- American Academy of Pediatrics. (2010c). Parenting Corner Q&A:Toilet Training. Retrieved January 23, 2010, from http://www.aap.org/publiced/BR_ToiletTrain.htm.
- American Academy of Pediatrics, Car Safety Seats: Information forfamilies. (2010d). Retrieved May 24, 2010, from http://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/on-the-go/pages/Car-Safety-Seats-Information-for-Families-2010.aspx.
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and actions: A socialcognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beller, G. (2005). Disparities in health care in racial and ethnicminorities. Journal of Nuclear Cardiology, 12, 617–619.
- Berkowitz, C. (2008a). Discipline. In Berkowitz’s Pediatrics: A primarycare approach (3rd ed.). American Academy of Pediatrics: ElkGrove Village, IL, 193–198.
- Berkowitz, C. (2008b). Sibling rivalry. In Berkowitz’s Pediatrics: A primarycare approach (3rd ed.). American Academy of Pediatrics: ElkGrove Village, IL, 179–182.
- Blum, N. J., Taubman, B., & Nemeth, N. (2003). Relationship betweenage at initiation of toilet training and duration of training: Aprospective study. Pediatrics, 111, 810–814.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). WaterRelated Injuries: Fact Sheet. Retrieved January 23, 2010, fromhttp://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Water-Safety/waterinjuries-factsheet.htm.
- Choby, B. A., & George, S. (2008). Toilet training. American FamilyPhysician, 78, 1059–1064.
- DiNardo, K. (2005, Jan. 7). 15 things you must do for your baby. USAWeekend, p. 7.
- Donahue, G. J., Waddell, N., Plough, A. L., del Aguila, M. A., &Garland, T. E. (2005). The ABCDs of treating the most prevalentchildhood disease. American Journal of Public Health, 95,1322–1329.

- Erikson, E. (1963). Childhood and society. New York: Norton.Fowler, J. (1974). Toward a developmental perspective of faith.Religious Education, 69, 207–219.
- Freud, S. (1957). In J. Strachey (Ed.), The standard edition of thecomplete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 18). London:Hogarth.
- Fuller, C., Keller, L., Olson, J., &Plymale, A. (2005). Helpingpreschoolers become healthy eaters. Journal of Pediatric HealthCare, 19, 178–182.
- Gemelli, R. (1996). Normal child and adolescent development.Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Grover, G. (2008a). Talking with children. In Berkowitz's Pediatrics: Aprimary care approach (3rd ed.). American Academy of Pediatrics:Elk Grove Village, IL, 11–14.
- Grover, G. (2008b). Normal development and developmental surveillance,screening, and evaluation. In Berkowitz's Pediatrics: Aprimary care approach (3rd ed.). American Academy of Pediatrics:Elk Grove Village, IL, 87–94.
- Grover, G. (2008c). Language development: Speech and hearingassessment. In Berkowitz's Pediatrics: A primary care approach(3rd ed.). American Academy of Pediatrics: Elk Grove Village, IL,95–99.
- Grover, G. (2008d). Sleep: Normal patterns and common disorders.In Berkowitz's Pediatrics: A primary care approach (3rd ed.).American Academy of Pediatrics: Elk Grove Village, IL,75–80.
- Grover, G. (2008e). Temper tantrums. In Berkowitz's Pediatrics: Aprimary care approach (3rd ed.). American Academy of Pediatrics:Elk Grove Village, IL, 199–202.
- Gunner, K. B., Atkinson, P. M., Nichols, J., &Eissa, M.A. (2005).Health promotion strategies to encourage physical activity in infants,toddlers, and preschoolers. Journal of Pediatric Health Care,19, 253–258.
- Horodynski, M. A., Stommel, M., Weatherspoon, L., & Brophy-Herb,H. (2009). Association between toddler mealtime television viewing,mealtime interaction, and dietary consumption in low-incomeAfrican-American and white families. Journal of Nutrition Educationand Behavior, 40, S27.
- Hui, W. T., & Grover, G. (2008). Nutritional needs. In Berkowitz'sPediatrics: A primary care approach (3rd ed.). American Academyof Pediatrics: Elk Grove Village, IL, 63–70.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitivedevelopmentalapproach. In T. Likona (Ed.), Moral developmentand behavior. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Lewis, C. W. (2008). Oral health and dental disorders. In Berkowitz'sPediatrics: A primary care approach (3rd ed.). American Academyof Pediatrics: Elk Grove Village, IL, 81–86.
- Murray, R., Zentner, J., &Yakimo, R. (2009). Health promotion strategiesthrough the life span (8th ed.). Prentice Hall: Upper SaddleRiver, NJ.
- Nainar, S. M. H., &Mohummed, S. (2004). Role of infant feedingpractices on the dental health of children. Clinical Pediatrics, 43,129–133.

- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak,C. J., &Flegal, K. M. (2006). Prevalence of overweight and obesityin the United States, 1999–2004. Journal of the American MedicalAssociation, 295, 1549–1555.
- Online Safety Project. (2001). Available: http://www.safekids.com.
- Papas, M. A., Hurley, K. M., Quigg, A. M., Oberlander, S. E., & Black,M. M. (2009). Low-income, African American adolescent mothersand their toddlers exhibit similar dietary variety patterns. Journal ofNutrition Education and Behavior, 41, 87–94.
- Piaget, J. (1952). The origin of intelligence in children. New York:International University Press.
- Proper Foods and Amounts for Toddlers. (2008). Retrieved January15, 2010, from http://www.uri.edu/ce/efnep/toddler/toddler_amt.html.
- Schonwald, A., Stadtler, A., &Bridgemohan, C. (2004). Factorsassociated with difficult toilet training. Pediatrics, 113(6),1753–1757.
- Smith, L.M. (2008). Toilet training. In Berkowitz's Pediatrics: Aprimary care approach (3rd ed.). American Academy of Pediatrics:Elk Grove Village, IL, 11–14.
- Society of Pediatric Nurses. (2004a). Position statement: Overweightchildren and adolescents. Retrieved January 15, 2010, from https://www.pedsnurses.org/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,49/.
- Society of Pediatric Nurses. (2004b). Policy statement for preventionof pediatric firearm injuries. In SPN policy manual:Author.
- Toddler Nutrition (Part 1). (2009a). Nutrient intakes of toddlers vsrecommendations. Pediatric Perspectives, Mead Johnson & Co.Toddler Nutrition (Part 2). (2009b). Metabolic programming andoverweight status and risk. Pediatric Perspectives, Mead Johnson& Co.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). What arethe leading health indicators? Washington, D.C.: GovernmentPrinting Office. Retrieved January 15, 2010, from http://www.healthypeople.gov/LHI/lhiwhat.htm.
- Vaughn, K., &Valdrop, J. (2007). Parent education key to beatingearly childhood obesity. The Nurse Practitioner, 32, 37–41.
- Weigel, C., Kokocinski, K., Lederer, P., Dorsch, J., Rascher, W., &Knerr, I. (2008). Childhood obesity: Concept, feasibility, and interim results of a local group-based, long-term treatment program.Journal of Nutrition and Behavior, 40, 369–373.
- Wofford, L. G. (2008). Systematic review of childhood obesity prevention.Journal of Pediatric Nursing, 23, 5–19.
- Ziegler, P., Hanson, C., Ponza, M., Novak, T., & Hendricks, K. (2006,January 1). Feeding infants and toddlers study: Meal and snackintake of Hispanic and non-Hispanic infants and toddlers. Journalof the American Dietetic Association, 106(1), S107–S123.

თავი 5

სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ზრდა და განვითარება

ამ თავში განხილულია:

1. ფიზიოლოგიური ცვლილებები, რომელიც ხდება სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში;
2. ნატიფი და უხეში მოტორული მოძრაობის ცვლილება;
3. პიაჟეტისკოგნიტური განვითარების წინასაოპერაციო ეტაპის მაგალითები;
4. ერიქსონის თეორიის შესაბამისად გამოსაყენებელი უნარები;
5. ყოველდღიური ცხოვრების (ADLs) საქმიანობის შესახებ მსჯელობა და სკოლამდელი აღზრდის მასწავლებლის შესაძლებლობა, დამოუკიდებლად შეასრულოს ეს ფუნქცია;
6. არასწორი სკოლამდელი აღზრდის მოქმედება შემდგომ პერიოდზე;
7. ოპტიმალური ჯანმრთელობის შენარჩუნების გზების ხელშეწყობა კვების, აქტივობის, ძილისა და დასვენების გზით;
8. საქმიანობები და სათამაშოები, რომლითაც სკოლამდელი ასაკის ბავშვი ითამაშებს;
9. გეგმები ტრავმის პროფილაქტიკისთვის, როდესაც ოჯახში იზრდება სკოლამდელი ასაკის ბავშვი.

სკოლამდელი პერიოდი პირდაპირ მოყვება 1-3 წლის ასაკის პერიოდს და გრძელდება 3 წლის ასაკიდან 6 წლის ასაკამდე. მიუხედავად იმისა, რომ ფიზიკური ცვლილებები და ზრდა შენელებულია, მოცემული პერიოდი ხასიათდება ცნობიერებისა და სოციალური უნარების დახვეწით, რომელიც დაიწყო თოდლერობის[5] პერიოდში. სკოლამდელი ასაკის ბავშვს დამყარებული აქვს კონტროლი საკუთარ ორგანოთა სისტემებზე, რაც გამოვლინდება უნარებით როგორებიცაა: ტუალეტის გამოყენება**,** ჩაცმა, ჭამა. ასევე, მას შეუძლია გადაიტანოს მშობელთან განშორება უფრო დიდი ხნის განმავლობაში და შევიდეს ურთიერთობაში მოზარდებთან და სხვა ბავშვებთან. სკოლამდელი ასაკის ბავშვს შეუძლია გამართულად საუბარი და აქვს გაზრდილი ყურადღების ინტერვალი და მეხსიერება. ჩამოთვლილი უნარების დახვეწა ამზადებს ბავშვს სკოლისთვის(სურათი 5-1).

[5] იგულისხმება ბავშვი 1-3 წლის პერიოდში.



სურათი 5-1.

ცვლილებები, რომელიც გვხვდება სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ფიზიოლოგიურ, ფსიქოსქესობრივ, კოგნიტურ, ფსიქოსოციალურ და მორალურ განვითარებაში, აღწერილია შემდეგ გვერდებში. ასევე აღწერილია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, უსაფრთხოებისა და სკოლამდელი ასაკის ზრდისა და განვითარების საერთო კავშირი.

ფიზიოლოგიური განვითარება

ფიზიკური ზრდა

სკოლამდელი ასაკის პერიოდში ფიზიკური ზრდის სიჩქარე და ცვლილებები, თოდლერთან და ჩვილთან შედარებით, არის შენელებული. ზოგადად, წელიწადში ბავშვის წონა იზრდება საშუალოდ 2 – 3 კგ-ით და სიმაღლე 7.5 სმ-ით.

ასევე, იცვლება სხეულის კონტურები სკოლამდელ პერიოდში. თოდლერობის პერიოდისთვის დამახასიათებელი გამოშვერილი მუცელი, ლორდოზი და განზე გაშლილი ფეხებით სიარული, იცვლება უფრო თხელი, მაღალი და გამართული კონტურით.

ასევე, ორგანოთა სისტემებიც აგრძელებს ჩამოყალიბებას და განმტკიცებას. ყველა მგრძნობელობა ვითარდება და მხედველობის სიზუსტე აღწევს 20/20 დაუზიანებელი მხედველობის შემთხვევაში. შეიძლება გაიზარდოს სასის ნუშისებრი ჯირკვალი და ანტისხეულების დონე, რაც დაეხმარება სკოლამდელი ასაკის ბავშვს ინფექციებთან ბრძოლაში. ბავშვებს 3 წლის ასაკისთვის აქვთ ამოსული ოცივე სარძევე კბილი. სკოლამდელი პერიოდის ბოლოს შეიძლება დაიწყოს მუდმივი კბილების ამოსვლა.თოდლერებთან შედარებით იცვლება მათი სასიცოცხლო ნიშნებიც. სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ნორმალური სასიცოცხლო ნიშნების სანახავად, გადადით ცხრილზე 5-1.

ცხრილი 5-1. 3-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვის ნორმალური სასიცოცხლო ნიშნები

სასიცოცხლო ნიშნები	**მაჩვენებელი**
გულის შეკუმშვათა სიხშირე (პულსი)	65-110 დარტყმა/წუთში
სუნთქვის სიხშირე	20-25 ჩასუნთქვა/წუთში
არტერიული წნევა	სისტოლური: 95-110; დიასტოლური: 60-75

ბავშვი მემარჯვენე იქნება თუ ცაცია – დგინდება სკოლამდელი პერიოდის ბოლოს. კუნთი და ძვალი აგრძელებს ზრდას, მაგრამ არ არის ბოლომდე ჩამოყალიბებული. ზედმეტმა აქტივობებმა და გადატვირთვამ შეიძლება დააზიანოს მზარდი ქსოვილები. ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ სკოლამდელი ასაკის ბავშვი იღებდეს საკმარის დასვენებას, საკვებს და აქტივობას, იმისათვის რომ ძვალ-კუნთოვანი სისტემის განვითარება იყოს ოპტიმალურ მდგომარეობაში.

დეფეკაციისა და შარდვის კონტროლი, მათ შორის, ღამის პერიოდში კონტროლი, ძირითადად ყალიბდება სკოლამდელ პერიოდში. თუმცა, თუ ბავშვი ჩართულია აქტივობაში, შესაძლებელია მან უნებლიედ დაკარგოს კონტროლი. ძილი ხდება უფრო ორგანიზებული, ბავშვს უფრო ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ძინავს ღამით და ღვიძავს დღისით.

უხეში და ნატიფი მოტორული უნარები

სკოლამდელი ასაკის პერიოდი არის დრო, როდესაც იხვეწება თვალი-ხელისა და კუნთების კოორდინაცია. სიარული, სირბილი და ხტომა კარგად არის ჩამოყალიბებული სკოლამდელ ასაკში და 3 წლისთვის ბავშვს შეუძლია გაატაროს სამბორბლიანი ველოსიპედი, შეინარჩუნოს რამდენიმე წამით ბალანსი ერთ ფეხზე დგომისას, გადმოხტეს დაბალი კიბის დაბალი საფეხურიდან და გამოიყენოს მეორე ფეხი კიბეებზე ასვლის დროს. 4 წლის ასაკისთვის ბავშვს შეუძლია გამოტოვოს და გადაახტეს ერთ ფეხზე, იაროს ქუსლიდან-თითისკენ მიმართულებით, დაიჭიროს ბურთი ორივე ხელით და გამოიყენოს მეორე ფეხი კიბეებზე ჩამოსვლის დროს. 5 წლის ასაკში, ბავშვს შეუძლია გადახტეს ერთი საფეხურის გამოტოვებით, გადმოხტეს 30 სმ-ის სიმაღლიდან და დაეშვას ფეხის თითებზე**,** ისროლოს და დაიჭიროს ბურთი კარგად, იაროს უკუმიმართულებით, ქუსლიდან თითისკენ მიმართულებით და დაიწყოს სხვა მოტორული უნარ-ჩვევების სწავლა, მათ შორის, სრიალი, ცურვა, ცეკვა, ბურთის დარტყმა, აკრობატიკა(სურათი 5-2. ა; სურათი 5-2. ბ).



სურათი 5-2 ა.



სურათი 5-2 ბ.

ასეთივე პროგრესული სიჩქარით ვითარდება ნატიფი მოტორიკა. მოცემული უნარჩვევები შეიძლება შემოწმდეს დენვერის განვითარების სკრინინგ ტესტის გამოყენებით. (Denver II), სტანდარტული განვითარების ტესტია, რომელიც ფართოდ გამოიყენება მთელსმსოფლიოში. 3 წლის ბავშვს შეუძლია ააშენოს კოშკი 9-10 კუბის გამოყენებით, ააშენოს ხიდი ბლოკებისგან, გადახატოს წრე და ასევე დაუმატოს მას სახის მახასიათებლები და დამოუკიდებლად ჩაიცვას და გაიხადოს. 4 წლის ბავშვს წარმატებით შეუძლია მაკრატლის გამოყენება, ხატავს ფიგურას, რომელიც შედგება 3 ნაწილისგან, შეუძლია თასმების ყუნწში გაყრა, იკრავს ღილებს, შეუძლია გადაიხატოს ოთხკუთხედი ან გააყოლოს კალამი ჯვრის ან რომბის ფიგურასდა ავლენს მემარჯვენე იქნება თუ ცაცია. 5 წლის ასაკის ბავშვს შეუძლია დაიწყოს თასმების შეკვრა, ოთხკუთხედის და სამკუთხედის გადახატვა და ადამიანის დახატვა, სულ მცირე ექვსი ნაწილისგან. ის ასევე კარგად გამოცდილია ფანქრისა და მაკრატლის გამოყენებაში.

უხეში და ნატიფი მოტორიკის დახვეწა ხელს უწყობს ბავშვის დამოუკიდებლობას და თვითგამოხატვას, რომელსაც მივყავართ უფრო მაღალი წარმატების მიღწევის გამარჯვების შეგრძნებისკენ, როდესაც ის უკვე მიდის სკოლაში (სურათი 5-3). ცხრილი 5-2აჯამებს სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ფიზიოლოგიურ განვითარებას.



სურათი 5-3.

ცხრილი 5-2. სკოლამდელი ასაკის ბავშვის განვითარების საფეხურები			
	მესამე წელი	**მეოთხე წელი**	**მეხუთე წელი**
ფიზიოლოგიური განვითარება			
ზრდა	**წონა** იზრდება 1.8-2.7 კგ-ით. საშუალო წონა არის 14.6 კგ; **სიმაღლე** იზრდება 7.5 სმ-ით. საშუალო სიმაღლე არის 95 სმ; მხედველობის სიზუსტე არის 20/20. ფერადი მხედველობა არის ინტაქტური. შეიძლება მიაღწიოს ღამის საათებში დეფეკაციისა და შარდვის კონტროლს.	**წონა** იზრდება წინა წლის მსგავსი სიჩქარით. საშუალო წონა არის 16.7 კგ; **სიმაღლე** იზრდება იგივე სიჩქარით. საშუალო სიმაღლე არის 103 სმ. დაბადების გაორმაგებული სიმაღლე; ამბლიოპიის განვითარების მაქსიმალურიპოტენციური ასაკი. მუშაობს სნელენის ტესტთან ერთად.	**წონა** იზრდება წინა წლის მსგავსი სიჩქარით. საშუალო წონა არის 18.7 კგ; **სიმაღლე** იზრდება იგივე სიჩქარით; განსაზღვრულია მემარჯვენე იქნება თუ ცაცია; შეიძლება დაიწყოს მუდმივი კბილების ამოსვლა; პულსი და სუნთქვის სიხშირეები შეიძლება მცირედ დაეცეს.
უხეში მოტორიკა	შეუძლია სიარული, სირბილი და ხტომა. მართავს სამბორბლიან ველოსიპედს. იცავს წონასწორობას რამდენიმე წამით ერთ ფეხზე. ფეხების მონაცვლეობით ადის კიბეებზე.	შეუძლია ერთ ფეხზე ხტომა. ფეხების მონაცვლეობით ადის და ჩადის კიბეებზე. შეუძლია სიარული ქუსლიდან-თითისკენ მიმართულებით, ცოცვა და ბურთის დაჭერა ორივე ხელით.	ხტუნავს ფეხების მონაცვლეობით ლახტზე. შეუძლია გადმოხტეს 30 სმ-იანი სიმაღლიდან და დაეცეს თითებზე. იწყებს ცურვას და სრიალს. ისვრის და იჭერს ბურთს კარგად. შეუძლია უკუმიმართულებით სიარული და სირბილი თითებზე. სირბილის დროს ხელებისა და ფეხების მოძრაობები არის კოორდინირებული. გამოცდილი მცოცავი.
ნატიფი მოტორიკა	აშენებს კოშკებს 9-10 კუბიკის გამოყენებით. არ შეუძლია ხაზოვანი ფიგურის დახატვა, მაგრამ შეუძლია დახატოს წრე სახის ნაკვთებით. შეუძლია ჩაცმა და გახდა.	წარმატებით იყენებს მაკრატელს. ხატავს 3 ნაწილიან ადამიანის ფიგურებს. შეუძლია თასმის გაყრა ფეხსაცმლის ყუნწში, მაგრამ არ შეუძლია მისი შეკვრა. შეუძლია გადაიხატოს ოთხკუთხედი და კალამს აყოლებს ჯვარს ან რომბს. ვლინდება მემარჯვენეა თუ ცაცია.	იწყებს ფეხსაცმლის თასმების შეკვრას. გაუმჯობესებულად ჭრის მაკრატლით. კარგად იყენებს ფანქარს. შეუძლია სამკუთხედის და ოთხკუთხედის გადახატვა. ხატავს სულ მცირე 6 ნაწილიან ადამიანის ფიგურებს.

ფსიქოსქესობრივი განვითარება			
სქესობრიობა	იცის თავისი და სხვისი სქესი. იწყებს ადაპტირებას კულტურულად დაწესებულ ქცევებსა და როლებში.	იზრდება მასტურბაცია. ავლენს სქესობრივ ცნობისმოყვარეობასა და ინტერესს. თამაშის დროს შეიძლება აღმოაჩინოს სქესებს შორის განსხვავება ("ექიმობანა"-ს დროს). შეიძლება თავისებურად წარმოადგინოს და აღწეროს სქესობრივი სხვაობები და რეპროდუქცია.	ამჟღავნებს სქესის სტერეოტიპულ როლს. ცნობისმოყვარეობა და სქესობრივი აღმოჩენები გრძელდება. შეუძლია გაიგოს სექსუალური ძალადობის პოტენციალი.
ცნობიერების განვითარება			
შემეცნება	პრეოპერაციული აზროვნება, რომელსაც ახასიათებს ეგოცენტრიზმი, კონკრეტული აზროვნება, ტრანსდუქციული მსჯელობა, მაგიური ფიქრები და შეუძლებლობა განასხვავოს ერთის აღქმა სხვისგან. ეს არის მაგიური ფიქრების და ლოგიკური მსჯელობის შეუძლებლობის პერიოდი. დრო, სივრცე და მიზეზ-შედეგობრიობა არის პრიმიტიული.		
	ყურადღების ინტერვალი არის ისევ მცირე, მაგრამ მზარდი. სწავლობს დაკვირვებითა და იმიტირებით. აგრძელებს რომ იყოს კონცენტრირებული საკუთარ თავზე**.** სწამს რომ საგნებს აქვთ ადამიანის მსგავსი თვისებები (ანიმიზმი). იწყებს დროის კონცეფციის გაგებას. სვამს კითხვებს გარემოს შესახებ. შიშები ხდება უფრო სპეციფიური, მათ შორის სხეულის დაზიანების შიში. აქტიური წარმოსახვის უნარი. იწყება ფერებისა და რიცხვების შენიშვნა.	ნაკლებად კონცენტრირებულია საკუთარ თავზედა იწყება სოციალური ცნობიერების ამაღლება. ხვდება მარტივ კავშირებს, როგორიცაა "თუ ცეცხლი ცხელია, ყინული ცივია". უფრო კარგად ერკვევა დროში. ხვდება ისეთ კონცეფციებს როგორებიცაა: გრძელი და მოკლე, მსუბუქი და მძიმე და ა.შ. შეუძლია დაახარისხოს ნივთები კატეგორიების მიხედვით. უფრო მარტივად შორდება ოჯახს. იწყებს, მაგრამ შეიძლება არ დაამთავროს საქმე.	ეჭვქვეშ აყენებს მშობლების აზროვნებასა და პრინციპებს და ადარებს სხვას.სწავლობს კულტურის "წესებს" (ღირებულებები და მისაღები ქცევები). იწყებს სხვა პერსპექტივების შემჩნევას, მაგრამ უფრო ტოლერანტულია განსხვავებების მიმართ, მსგავსებებთან შედარებით. გაზრდილი აქვს ცნობისმოყვარეობა სამყაროში არსებული რეალური ფაქტების მიმართ. უფრო რეალურად ავლენს მიზეზ-შედეგობრიობის გრძნობას. ახდენს საგნების კლასიფიცირებას მსგავსებების მიხედვით. პიროვნული მახასიათებლები ხდება უფრო შესამჩნევი (იხილეთ სურათი 5-4).

მეტყველება	იცის საკუთარი სახელი და ასაკი. ადგენს წინადადებებს 3-4 სიტყვისგან. სვამს ძალიან ბევრ კითხვას. ძირითადად მეტყველებს “შემოკლებულად”. სწორად იყენებს მხოლობით და მრავლობით რიცხვს. შეიძლება გამოიყენოს მის მიერ შექმნილი სიტყვები და საკუთარ თავთან ლაპარაკის დროს გამოიყენოს ისინი. სიტყვების მარაგი შედგება დაახლოებით 900 სიტყვისგან.	ადგენს უფრო გრძელ წინადადებებს (4-5 სიტყვა). ყვება ისტორიებს გაზვიადებულად. კიდევ უფრო მეტ კითხვებს სვამს. სწორად იყენებს წინდებულებს. ასახელებს ერთ ან მეტ ფერს. სიტყვების მარაგი შედგება დაახლოებით 1500 სიტყვისგან.	ადგენს კიდევ უფრო გრძელ წინადადებებს (6-8 სიტყვა) და იყენებს წინდებულებს, ზმნის წარსულ ფორმებს, ზედსართავებს და ა.შ. სწორად. სიტყვების მარაგი შედგება დაახლოებით 2,100 სიტყვისგან 5 წლის ასაკის ბოლოს. ასახელებს ოთხ ან მეტ ფერს. იცის კვირის დღეების, თვეების და დროსთან ასოცირებული სხვა სახელები. წარმატებით მისდევს 3 მითითებას.
ფსიქოსოციალური განვითარება			
ფსიქოსოციალური	ვითარდება ინიციატივის გამოჩენის თუ დანაშაულის განცდები (ერიქსონი)**.** ეს არის ძალიან ენერგიული თამაშის პერიოდი და ამის დროს ბავშვმა შეიძლება განავითაროს მიღწევებისა და კმაყოფილების გრძნობები. როგორც კი ის სცდება თავის ლიმიტებს, მას ეუფლება დანაშაულის შეგრძნება არასწორად მოქცევის გამო. ეს არის სინდისის (სუპერეგოს) განვითარების საწყისი პერიოდი. ბავშვებმა უმეტესწილად გადალახეს უცხო პირის შიში და განშორების შიში. არიან უფრო სოციალურები და სურთ ასიამოვნონ სხვებს. მოსწონს სხვების დახმარება.		
ურთიერთობა ოჯახთან	მოსწონს როდესაც ასიამოვნებს მშობლებს და ეთანხმება მათ სურვილებს. ნაკლებად ეჭვიანია პატარა და/ძმის მიმართ (შეიძლება იყოს ხელსაყრელი პერიოდი ბავშვის გასაჩენად).აცნობიერებს ოჯახში ურთიერთობების კავშირს და სქესის-როლის ფუნქციებს.	ავლენს აგრესიასა და ფრუსტრაციას მშობლებსა და და/ძმაზე. “შეიძლება” და “არ შეიძლება”-ს პრინციპების გამოყენება ხდება მნიშვნელოვანი. მტრობა უფროსი ან უმცროსი და/ძმის მიმართ იზრდება. შეიძლება “წავიდნენ” სახლიდან. ასრულებს მარტივ დავალებებს სახლის გარეთ.	კარგად ურთიერთობს მშობლებთან. შეიძლება ჩაეკითხოს მშობლებს უსაფრთხოების შესახებ, განსაკუთრებით სკოლის დაწყების წინ. იწყება მშობლების ფიქრების და პრინციპების კითხვის ნიშნის ქვეშ დაყენება. მოსწონს აქტივობები. როგორებიცაა: სპორტი, კულინარია, „შოპინგი“ ან მუშაობა.

სოციალური	ჭამს დამოუკიდებლად და იცვამს მინიმალური დამხმარებით. აქვს გაზრდილი ყურადღების ინტერვალი. შეუძლია დაეხმაროს მშობელს მაგიდის გაწყობაში.	ჭამასა და ჩაცმაში არის ძალიან დამოუკიდებელი. აქვს მიდრეკილება იყოს ეგოისტი, მოუსვენარი და ფიზიკურად აგრესიული. აქვს ხასიათების ცვლილებები. სხვების გასართობად იქცევა დრამატულად. უყვება სხვებს ოჯახის ისტორიებს, ნებართვის აღების გარეშე.	არის ნაკლებად მეამბოხე და მოჩხუბარი. უფრო დამშვიდებულია და აქვს სურვილი ასიამოვნოს სხვას. ცდილობს იცხოვრობს წესების დაცვით. არის სანდო და შეუძლია პასუხისმგებლობების აღება. აქვს ნაკლები შიში. აქვს უკეთესი ქცევის მანერები.
თავის გართმევა, სტრესისთვის გამკლავება	ტემპერ ტანტრუმები, ნეგატივიზმი და რიტუალიზმი იწყებს შემცირებას. თავის გართმევა მოიცავს: რეგრესიას, უარყოფას, პროექციას, გადანაცვლებას, შეტევას, რაციონალიზაციას და სუბლიმაციას. აქტიურია წარმოსახვა (შეიძლება ყავდეს წარმოსახვითი მეგობარი).	იწყებს სხეულის მთლიანობის, ცხოველების ან სიბნელის შიშზე ლაპარაკს. იყენებს თამაშსა და ფანტაზიას.	გვიან სკოლამდელ პერიოდში იწყებს გრძნობებზე ლაპარაკს, რაც ეტაპობრივად რეგრესირებს. შეიძლება გამოავლინოს დამოუკიდებლობა. გამოხატავს დაბნეულობას, თუ დავუწესებთ არამდგრად ლიმიტებს.
თამაში	სწავლობს თამაშითა და მოზარდების ქცევების იმიტაციით. თამაშობს სხვა ბავშვებთან ერთად და უზიარებს სათამაშოებს სხვებს. თამაშობს ჯგუფურ თამაშებს მარტივი წესებით. ასევე უყვარს დრამატული თამაშები და არის ძალიან კრეატიული.		
მორალის განვითარება			
მორალი	კოლბერგის სტადია 3 (სტანდარტული დონე): ბავშვს აქვს სურვილი ასიამოვნოს სხვას ან თავისი ქცევებით ცდილობს დაიმსახუროს მოწონება. ავლენს წუხილს სხვების მიმართ.		
სულიერი	სწავლობს რელიგიური გავლენის იმიტაციას და მშობლების ქცევას. იმეორებს რელიგიურ ჟესტებს მიუხედავად იმისა, რომ ვერ ხვდება მათ მნიშვნელობას. ვერ აცალკევებს გრძნობებს და ფიქრებს ერთმანეთისგან. აქვს თავისებური წარმოსახვა ღმერთის აღწერისას, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ღმერთი არის მეგობარი, რომელთანაც ბავშვს აქვს კომუნიკაცია.		



სურათი 5-4.

ფსიქოსქესობრივი განვითარება

სკოლამდელი ასაკის პერიოდში, ბავშვს აქვს ცნობისმოყვარეობა თავისი სხეულის შესახებ და სწავლობს ფიზიკურ სხვაობებს გოგოსა და ბიჭს შორის. ფროიდმა მოცემული დროის მონაკვეთი აღწერა, როგორც ოიდიპოსის ან ფალოსურიფსიქოსქესობრივი განვითარების პერიოდი. მოცემული სტადიის დროს, ბავშვის ქვეცნობიერი განიცდის კონფლიქტებს და გაზრდილ სწრაფვას და სიყვარულს საპირისპირო სქესის მშობლის მიმართ. შესაბამისად, ბავშვი გრძნობს კონკურენციას თავისი სქესის მშობლის მიმართ. მოცემული გამოითქმის, როგორც ოიდიპოსის (სკოლამდელი ასაკის ბიჭი და დედა) ან ელექტრას (სკოლამდელი ასაკის გოგო და მამა) კომპლექსი. მშობლებმა უნდა იცოდნენ რომ მსგავსი კონკურენციის და სიყვარულის ფენომენი არის ნორმალური, მაგრამ შეიძლება დაჭირდეს დახმარება ბრაზისა და ეჭვიანობის სამართავად. ოიდიპოსის და ელექტრას კომპლექსი ქრება, მაშინ როდესაც ბავშვი მოახდენს თავისივე სქესის მშობლის იდენტიფიცირებას (ფროიდი, 1959).

მოცემული სტადიის დროს, ბავშვი აღიქვამს თავის თავს როგორც გოგო ან ბიჭი და იწყებს თავისი სქესის მშობლის ქცევების გადაღებას. მაგალითად, პატარა გოგო უყურებს როგორ იკეთებს დედა სახეზე მაკიაჟს და სურს რომ გაიმეოროს იგივე.

ბავშები გამოავლენენ სქესობრივ ცნობისმოყვარეობას და ინტერესს განსხვავებული სხეულის ნაწილების მიმართ. მათ შეიძლება აღმოაჩინონ განსხვავებები თამაშის დროს, მაგ., „ექიმობანა“ ან დასვან ბევრი შეკითხვა. თუ მოცემულ კითხვებს არ გაეცა პასუხი მოზარდის მიერ, ისინი თავისით იგონებენ პასუხებს, რომელიც ხშირად არასწორია. შესაბამისად, მშობელმა უნდა გასცეს კითხვებს პასუხი მარტივად, შესაბამისი ტერმინების გამოყენებით, მათ შორის,გენიტალია. მშობლები უნდა იყვნენ გაფრთხილებულები, რომ უპასუხონ მხოლოდ კითხვას, რადგან ხშირად ბავშვს აინტერესებს თემის კონკრეტული ასპექტი და არა მისი სრული აღწერა. ამ ასაკის ბავშვებისთვის ოპტიმალურია იმის სწავ-

ლება, რომ სხეულის ზოგიერთი ნაწილს არ უნდა ეხებოდეს ვინმე სხვა. ცხრილი 5-2აერთიანებს სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ფსიქოსქესობრივ განვითარებას.

ფსიქოსოციალური განვითარება

ინიციატივის გამოჩენის, თუ დანაშაულის შეგრძნების განვითარება (InitiativevsGuilt), არის მთავარი სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ამოცანა, რომელიც აღწერილია ერიქსონის მიერ (1963). ეს არის ყველაზე ენერგიული სწავლების დრო, რადგან ბავშვი ერთვება თამაშებში ენერგიითა და ენთუზიაზმით და განვითარებული აქვს მიღწევისა და დაკმაყოფილების გრძნობები. ეს ზრდის ბავშვის უნარს, გამოიჩინოს ინიციატივა, მაგრამ იმის მერე, რაც განსაზღვრულ ლიმიტებს გადააბიჯებს, არასწორი ქმედების გამო შეიძლება გამოვლინდეს დანაშაულის შეგრძნება. ასევე შეიძლება გამოავლინოს წინააღმდეგობაც. დანაშაულის შეგრძნება შეიძლება მოდიოდეს ბავშვის ფიქრებიდან, რომელიც არ არის შესაბამისობაში მოსალოდნელ ქცევებთან.

როდესაც ბავშვი ისწავლის გარჩევას ინიციატივასა და დანაშაულის შეგრძნებებს შორის, ასევე იწყება სინდისის (სუპერეგო) განვითარება. სწორის გარჩევა არასწორისგან და კარგის ცუდისგან არის მორალური განვითარების საწყისი (სურათი 5-5). თუმცა, სკოლამდელი ასაკის ბავშვები ვერ იგებენ მიზეზებს, რატომ არის რაღაც მისაღები ან პირიქით; სკოლამდელი ასაკის ბავშვები სწორად მოქცევას სწავლობენ მშობლის მიერ დასჯით ან წახალისებით.მშობლებისა და სხვა ზრდასრულების იმედის ქონა ეხმარება სკოლამდელი ასაკის ბავშვს მორალური შეფასების განვითარებაში.

მოცემული ასაკის ჯგუფში, ეფექტურია დაწესებული ლიმიტების სიტყვიერად შეხსენება და სკოლამდელი ასაკის ბავშვიც გაიგებს, რომ მაგალითად, ქუჩაზე გადასვლა მოძრაობის შემოწმების გარეშე არის სახიფათო. უბრალო შეხსენება რა უნდა გააკეთოს ქუჩის გადაკვეთამდე არის საკმარისი. მოცემული ასაკის ბავშვი შეიძლება არ დაგვეთანხმოს ან კითხვები დასვას მოცემული ლიმიტების შესახებ, რაც მას საშუალებას აძლევს გახდეს უფრო დამოუკიდებელი.



სურათი 5-5.

სოციალიზაცია

სკოლამდელი ასაკის პერიოდი არის სოციალური უნარ-ჩვევების – ორივე უნარის: საკუთარი თავის მოვლის (დაბანა, ჩაცმა, ჭამა, სწორი მანერებით მოქცევა) და სხვასთან დაახლოვების უნარის განვითარების კრიტიკული წლები. სკოლამდელი ასაკის ბავშვი არის ეგოცენტრული, უფრო მეტად შეუძლია გაზიარება და ასევე უფრო მეტად ხალისობს ჯგუფური თამაშების დროს, რადგან სხვასთან ერთად თამაში ეხმარება ბავშვს, რომ ისწავლოს სხვასთან მოქცევა. სკოლამდელი ასაკის ბავშვების თამაში არის უფრო დრამატული, წარმოსახვითი და კრეატიული(სურათი 5-6).

რაც უფრო იზრდება სკოლამდელი ასაკის ბავშვი, ხშირად ვლინდება სხვასთან კამათი, რომელიც საბოლოო ჯამში იწვევს ბავშვის მიერ ფიზიკური აგრესიის გამოყენებას. მიუხედავად იმისა, რომ მსგავსი ქცევა რეგრესირებადია, ეს არის ნორმალური ქცევა, რომელიც საჭიროა სოციუმში ან ჯგუფში მისი როლის იდენტიფიცირებისთვის. ბავშვი ეტაპობრივად ხდება ნაკლებად მეამბოხე და მოჩხუბარი და სკოლამდელი პერიოდის ბოლოს იქნება უფრო მეტად მონდომებული, ასიამოვნოს სხვას და საკუთარ თავზე აიღოს დამატებითი პასუხისმგებლობა. ბავშვი ცდილობს იცხოვროს დაწესებული წესების დაცვით და ერთობა მარტივი ჯგუფური თამაშების თამაშით.



სურათი 5-6.

ოჯახთან კავშირი

3 წლის ასაკის ბავშვს მოსწონს, როდესაც ასიამოვნებს მშობლებს და ეთანხმება მათ სურვილებს. ნაკლებად ეჭვიანია პატარა და/ძმის მიმართ, შესაბამისად ეს პერიოდი შეიძლება იყოს ხელსაყრელი კიდევ ერთი ბავშვის გასაჩენად. ის აცნობიერებს ოჯახში მის ადგილს და ხვდება სქესისა და მისი როლის ფუნქციას.

4 წლის ბავშვის შემთხვევაში, საგრძნობლად გაზრდილია აგრესიული ქცევები და იმედგაცრუებები, რომლებიც ვლინდება ფიზიკური აგრესიის სახით. იზრდება მტრული დამოკიდებულება უფროსი ან უმცროსი და/ძმის მიმართ. თუმცა, 4 წლის ბავშვს შეუძლია შეასრულოს მარტივი დავალებები, როგორებიცაა: გადააგდოს ჩვილის გამოყენებული საფენი ან მოიტანოს წიგნი სხვა ოთახიდან ან დაასრულოს მონიშნული დავალებები. როდესაც ბავშვი ხდება 5 წლის მისი ქცევები სტაბილიზდება და უფრო მეტად ეწყობა ოჯახის სხვა წევრებს. როდესაც ახლოვდება სკოლაში წასვლის პერიოდი, მშობლებს ჭირდებათ მტკიცებულება და უსაფრთხოება. 5 წლის ბავშვი ერთვება ისეთ აქტივობებში როგორიცაა საჭმლის კეთება, საყიდლებზე სიარული და სხვა საოჯახო აქტივობები.

ცნობიერების განვითარება

ბევრი ცვლილება გვხვდება სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ცნობიერების შესაძლებლობებში. კოგნიტური უნარი ან შესაძლებლობა რომ გაიგო ან გამოიყენო რაიმე მოვლენა სამყაროში, ყველაზე კარგად აღწერილია პიაჟეს მიერ (პიაჟე, 1969).პიაჟემ დაინახა ბავშვი, როგორც ცხოვრების აქტიური წევრი, რომელიც მუდმივად ასიმილაციას ახდენს და რთავს გამოცდილებებს მენტალური და ფიზიკური მოქმედებების სტრუქტურებში (სქემა). როგორც კი ბავშვი შეიძენს ახალ გამოცდილებებს, მოცემული სქემა იცვლება. ბავშვი შეეცდება შეცვალოს ქცევა და კოგნიტური სტრუქტურები, იმისათვის რომ გაუმკლავდეს ცვლილებას. მოცემულ ცვლილებას ეწოდება აკომოდაცია.

პრეოპერაციული ფაზა

პიაჟეს პრეოპერაციული საფეხური ვლინდება 2-დან 6 წლამდე (პიაჟე, 1969). ამ პერიოდში ბავშვს აქვს უნარი, რომ შეასრულოს გონებრივი ოპერაციები, რომელთა მართვა ხდება ბავშვის ინდივიდუალური აღქმისა და ადრე მიღებული გამოცდილებების მიერ. სკოლამდელი ასაკის ბავშვს აქვს მოვლენების თავისებური აღქმის უნარი და მას არ შეუძლია წარმოიდგინოს სხვისი დამოკიდებულება (ეგოცენტრიზმი). არ არსებობს ზღვარი შინაგან და გარეგან რეალობას შორის. ბავშვი იყენებს პერსონალურ სისტემას საგნებისა და მოვლენების დასალაგებლად (იდიოსინკრატული) და მსჯელობისას ერთ მომენტს აკავშირებს მეორესთან, როცა სინამდვილეში, შეიძლება ეს მოვლენები საერთოდ არაა ერთმანეთთან კავშირში (ტრანსდუქციული მსჯელობა). ანიმიზმი (რწმენა რომ საგნებს აქვთ ადამიანის მახასიათებლები) ასევე წარმოადგენს სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ფიქრების ნაწილს. იხილეთცხრილი 5-3 მაგალითებისთვის.

3 წლის ასაკის ბავშვის ყურადღების ინტერვალი იზრდება, მაგრამ მისი ხანგრძლივობა მაინც მოკლეა. ის სწავლობს სხვაზე დაკვირვებითა და იმიტაციით. სვამს ბევრ კითხვას სამყაროს შესახებ, აქვს საწყისი ხედვა დროის შესახებ და იწყებს ფერებისა და ციფრების ამოცნობას (სურათი 5-7).მოცემულ ასაკში აქტიური წარმოსახვის გამო, ბავშვმა შეიძლება განიცადოს შიშები, მათ შორის სხეულის დაზიანების.



სურათი 5-7.

4 წლის ბავშვი ნაკლებად არის საკუთარ თავზე კონცენტრირებული და აქვს გაზრდილი ცნობიერება სხვების შესახებ, შეუძლია გაიგოს მარტივი ანალოგიები, მაგალითად: „თუ ცეცხლი ცხელია, ყინული – ცივია“. უფრო კარგად ერკვევა დროში და იგებს საპირისპირო კონცეფციების მნიშვნელობებს, მაგალითად, მძიმე და მსუბუქი ან გრძელი და მოკლე. 4 წლის ბავშვს ასევე შეუძლია ნივთების დახარისხება.

5 წლის ბავშვი დაკავებულია ფასეულობებისა და მისაღები კულტურული ქცევის სწავლით. უსვამს კითხვებს მშობლებს და ადარებს მათ ხედვას თანატოლების ხედვასთან, ასევე აქვს დროის განსაზღვრის კარგი უნარი. დამატებით, ის იწყებს სხვა პერსპექტივების შემჩნევას, მაგრამ უშვებს მხოლოდ განსხვავებებს, ნაცვლად მათი გაგებისა. 5 წლის ბავშვი უფრო რეალურად იგებს მიზეზ-შედეგობრიობის მოვლენას.

შიში

სკოლამდელი ასაკის ბავშვს ეშნია როგორც რეალური ასევე წარმოსახვითი ნივთების (მწერები, სიბნელე, ცხოველები). უმჯობესია მშობელს უთხრათ, რომ პირდაპირ სცადოს პრობლემის მოგვარება. ურჩიეთ მათ რომ იპოვონ რეალური გზა ამ პრობლემის დასაძლევად. მაგალითად, ღამე დატოვეთ ღამის განათება ჩართული. ზოგიერთ შემთხვევაში შიშის მიზეზთან გახანგრძლივებული ექსპოზიცია ამცირებს შიშის გრძნობას. თუმცა, მნიშვნელოვანია, რომ ეს არ მოხდეს ძალდატანებით, მაგალითად, თუ ბავშვს აქვს ცურვის შიში, მშობელმა უნდა ჩააცვას საცურაო ტანსაცმელი და უსაფრთხოების ჟილეტიდა დაჯდეს აუზის პირას. მაშინ როდესაც ბავშვი შენიშნავს სხვა ბავშვებისა და მშობლების უსაფრთხო მხიარულებას, ისინი აანალიზებენ რომ არაფერი არ არის საშიში.

მეტყველება

ბავშვის მეტყველებაზე დაკვირვება ცნობიერების უნარის შეფასების კიდევ ერთი მეთოდია. 3 წლის ბავშვის სიტყვის მარაგი შედგება 500 სიტყვისგან, ადგენს წინადადებებს 3-4 სიტყვის გამოყენებით (ტელეგრაფული მეტყველება), იყენებს მრავლობით და მხოლობით რიცხვს სწორად და ასევე შეუძლია სიტყვების მოფიქრება და დიალოგის დაწყება საკუთარ თავთან ან სხვასთან.

4 წლის ასაკის ბავშვის სიტყვათა მარაგი შედგება 1.500 სიტყვისგან და ადგენს უფრო გრძელ წინადადებებს (დაახლოებით 4-5 სიტყვის გამოყენებით) და იყენებს სწორად წინდებულებს. ეს არის ასაკი, როდესაც ბავშვი სვამს ძალიან ბევრ შეკითხვას. ასევე შეიძლება დაიწყოს გადაჭარბებულად ისტორიების მოყოლა.

5 წლის ასაკის ბავშვის სიტყვათა მარაგი შედგება 2,100 სიტყვისგან, მეტყველებს უფრო გრძელი წინადადებებით (6-8 სიტყვა) და იყენებს წინდებულებს, ზედსართავებს და ნამყო დროს სწორად. დამატებით, მას შეუძლია დაასახელოს 4 ან მეტი ფერი და ამოიცნოს დროსთან დაკავშირებული სიტყვები, როგორებიცაა კვირის დღეები და წლის თვეები.

ხელი შეუწყვეთ მეტყველების განვითარებას ბავშვთან ლაპარაკით. დაუსვით „როგორ“ და „რატომ“ კითხვები, რომ გაიგოთ რაზე ფიქრობს სკოლამდელი ასაკის ბავშვი. უპასუხეთ მათ კითხვებს მარტივად, მოკლე პასუხებით. ბავშვთან ლაპარაკი ეხმარება მისი სიტყვების მარაგის გამომუშავებას, რაც საბოლოო ჯამში უფრო თავდაჯერებულს გახდის მას.

მორალური და სულიერი განვითარება

სკოლამდელი ასაკის ბავშვები არიან მორალური და სულიერი განვითარების წინაპირობის ან პრემორალურ საფეხურზე, რაც აღწერილია კოლბერგის მიერ. ბავშვის მორალური განსჯის უნარი თავიდან არის საწყის დონეზე და „სწორი“ და „არასწორი“-ს განსაზღვრა ხდება მშობლების წესების მიერ. ასევე, „სწორი“ და „არასწორი“ შეიძლება ბავშვმა ისწავლოს ჩადენილი საქციელის შექების ან დასჯის შემდეგ. თუმცა, სკოლამდელი ასაკის ბავშვი მაინც ვერ იგებს რატომ არის რაღაც სწორი ან არასწორი და თუ ვკითხავთ მას რატომ, ბავშვის პასუხია: „რადგან დედამ თქვა ასე“. სხვადასხვა სიტუაციებში სკოლამდელი ასაკის ბავშვს შეიძლება გაუჭირდეს დაწესებულ წესებზე დაქვემდებარება. მაგალითად, თუ დედა იტყვის: „სახლში ტახტზე არ უნდა იხტუნაო“ ამ ასაკის ბავშვმა მაინც შეიძლება იხტუნოს მისი მეგობრის სახლში. მოგვიანებით ბავშვს შეუძლია იმოქმედოს საკუთარი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად და მას უვითარდება კონკრეტული სამართლიანობისა და პატიოსნების გრძნობა.

სკოლამდელი ბავშვის ცოდნა რწმენისა და რელიგიის შესახებ მოდის მშობლებისგან და სხვა მნიშვნელოვანი მოზარდისგან მის ცხოვრებაში. სკოლამდელ ბავშვს შეიძლება კონკრეტულად ჰქონდეს აღქმული ზეციერი არსება ფიზიკური მახასიათებლებით, ხშირად წარმოსახვითი მეგობრის სახითაც კი. ის იგებს მარტივ რელიგიურ ისტორიებს და იმახსოვრებს მოცულობით პატარა ლოცვებს. თუმცა, ის ვერ იგებს მოცემული ლოცვებისა და რიტუალების მნიშვნელობას და მისი მონაწილეობა განპირობებულია პირადი ინტერესების გამო და არა ძლიერი სულიერი მოტივაციით.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

როგორც ყველა სხვა ასაკის შემთხვევაში, მნიშვნელოვანია დაკვირვება თუ როგორ გავლენას ახდენს ნორმალური ზრდა-განვითარება ბავშვის ყოველდღიურ აქტივობებსა და ჯანმრთელობაზე. სკოლამდელ პერიოდში, ბავშვის ჯანმრთელობასა და მის უსაფრთხოებაზე მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ მშობლები. შემდეგ ნაწილებში განხილულია

ის განსაკუთრებული თემები ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და უსაფრთხოებაზე, რომლებსაც აწყდება სკოლამდელი ასაკის ბავშვი. ასევე, დისკუსია მნიშვნელოვან სკრინინგებზე, რომლებიც უნდა ჩატარდეს სკოლამდელ პერიოდში.

ჯანმრთელობის სკრინინგი

ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობა და სკრინინგი არის მნიშვნელოვანი იმისათვის, რომ დავრწმუნდეთ სკოლამდელი ასაკის ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. რეგულარული სკრინინგის ჩატარებით შეიძლება თავის არიდება ისეთი მდგომარეობებისგან, რომელიც მოგვიანებით შეიძლება გადაქცეულიყო პრობლემად. სკოლამდელი ასაკის ბავშვი უნდა მივიდეს ექიმთან ვიზიტზე ყოველწლიურად და ჩაიტაროს ფიზიკური გამოკვლევა, სადაც განისაზღვრება მისი სიმაღლის პარამეტრები, მხედველობა, სმენა და სისხლის არტერიული წნევა. იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი არ მიყვებოდა მითითებებს მხედველობის შემოწმების დროს, საჭიროა დამატებითი ვიზიტის დანიშვნა 6 თვის შემდეგ.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვმა უნდა ჩაიტაროს ყველა ვაქცინა დროულად, განსაკუთრებით სკოლის დაწყებამდე. თუ ბავშვმა მიიღო ყველა რეკომენდებული ვაქცინა ჩვილობის ან თოდლერობის პერიოდში, შემდეგ საჭირო იქნება მხოლოდ დამატებითი დოზებით დიფტერიის, ტეტანუსისა და ყივანახველას (DTaP), ჩუტყვავილას, ინაქტივირებული პოლიომიელიტის (IPV), წითელა, წითურა ყბაყურას (MMR) ვაქცინების ჩატარება.

ჯანმრთელობის სკრინინგში ასევე უნდა შედიოდეს ტყვიის მაღალი დონის, ჰიპერლიპიდემიის რისკის განსაზღვრა და ტუბერკულინის ტესტი. ტუბერკულინის ტესტი საჭიროა მხოლოდ სკოლის დაწყებამდე, მანამ სანამ არსებობს რისკ-ფაქტორები. შემდეგ ტესტი შეიძლება ჩატარდეს ყოველწლიურად.

ტყვიით მოწამვლა აშშ-ში ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი, თუმცაპრევენცირებადი ჯანმრთელობის პრობლემაა. მოწამვლის ძირითადი ადგილებია: ძველი სახლები და აპარტამენტების კედლები აქერცლილი ტყვიაზე დამზადებული საღებავებით, ძველი წყლის მილები ან ტყვიის მტვერი წამოსული ძველი სახლებიდან. ტყვიის უკიდურესად მაღალი დონე სისხლში იწვევს გონებრივ ჩამორჩენილობას, ზრდის შეფერხებას, ანემიას და სმენის დაქვეითებას. სკრინინგის დროს მნიშვნელოვანია განისაზღვროს არის თუ არა ბავშვი ტყვიით მოწამვლის რისკის ქვეშ. იმ შემთხვევაში თუ არსებობს რისკი, ექიმმა უნდა აიღოს ვენური სისხლის ნიმუში და ჩაატაროს სისხლის ლაბორატორიული კვლევა. თუ სისხლში ტყვიის დონე არის ≥ 5 მკგრ/დლ.

სკოლამდელ ასაკში ჯანმრთელობის პრობლემებიდან ხშირია უმნიშვნელო ავადმყოფობები, როგორებიცაა: შუა ყურის ანთება, გაციება ან კუჭ-ნაწლავის დარღვევები. ამ პერიოდში უფრო ხშირია უმნიშვნელო ავადმყოფობები ნებისმიერ სხვა ასაკთან შედრებით. ეს ნაწილობრივ გამოწვეულია იმით, რომ ბავშვები ამ ასაკში იწყებენ ერთად თამაშს, დადიან პედიატრიულ კლინიკებში, იწყებენ სკოლამდელ ან სკოლის აქტივობებში ჩართვას, რაც იწვევს მათ მიდრეკილებას ავადმყოფობებისკენ. მიუხედავად ამისა, ბავშვისთვის ხელის დაბანის პრინციპების სწავლება (საპირფარეშოს გამოყენების შემდეგ და ჭამამდე) ამცირებს ავადმყოფობების რიცხვს.

ნუტრიცია

როგორც ნებისმიერ სხვა ასაკში სკოლამდელი ასაკის პერიოდში მნიშვნელოვანია კვების ჯანმრთელობა, რადგან კარგ ნუტრიციას აქვს გავლენა ზრდაზე და ასევე კარგად კვების ჩვევების ჩამოყალიბებაზე მთელი სიცოცხლის მანძილზე. 3 წლის ასაკში, ბავშვმა უნდა მიიღოს სტანდარტული საკვები. სკოლამდელი ასაკის ბავშვის დიეტა უნდა მოიცავდეს აშშ-ის სოფლის მეურნეობის დეპარტამენტის„ჩემი პირამიდა“(MyPyramid) -ის მიერ მოწოდებულ დიეტას, რომელიც შეიცავს: ყველა სახის მარცვლეულს, ბოსტნეულს, ხილს, რძეს, მცირე რაოდენობით ხორცსა და ლობიოს. ცხიმიანი საკვები და ტკბილეული ბავშვმა უნდა მიიღოს ზომიერად. მოცემული პერიოდი არის კარგი დრო რომ სკოლამდელი ბავშვი გადაიყვანოთ დაბალ-ცხიმოვან საკვებზე ან რძეზე, რათა შევამციროთ ცხიმის მიღება, რადგან ცხიმის ჯამური მიღება არ უნდა აღემატებოდეს დღის ჯამური კალორიების 30%-ს.ჩემი პირამიდა ოჯახებს ურჩევს: არ დაფქვას მარცვლეული, მიიღოს სხვადასხვა სახეობის ბოსტნეული, ყურადღება გაამახვილოს ხილის მიღებაზე, იკვებოს კალციუმით მდიდარი საკვებით, მიიღოს ცილის უცხიმო წყაროები, გამოიცვალოს ზეთის ტიპი და არ იყოს საკვები დაფარული შაქრით.

ჩემი პირამიდის რჩევებით საკვების მიღების და წახემსების დაგეგმვა რჩევებით, ხელს უწყობს ბავშვის კარგად დაბალანსებული დიეტით კვებას, რომელიც შეიცავს ყველა საჭირო კომპონენტს მისი ჯანმრთელობისთვის. თუ ბავშვი იკვებება კარგად დაბალანსებული დიეტით, არაა საჭირო დამატებით ვიტამინებისა და მინერალების მიღება. დაუბალანსებული დიეტის შემთხვევაში კი საჭიროა ვიტამინების მიღების დაწყება.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვისთვის ნებისმიერი საკვების ჭარბი რაოდენობით მიღება არის ზედმეტი.იმის გამო, რომ მათი ზრდის სიჩქარე მოცემულ პერიოდში არის შემცირებული, ასევე შემცირებულია მათი მადაც. შესაბამისად, მათ არ შეუძლიათ დიდი ულუფებით საკვების მიღება. გასათვალისწინებელი მარტივი წესია, რომ ერთ ჭამაზე ბავშვს მივცეთ ყველა ტიპის საკვების ერთი სუფრის კოვზი, მისი ასაკის ყოველ წელზე. ასევე კარგი იდეაა, თუ შეცვლით ხოლმე საკვების ტიპებს. ზოგიერთი ბავშვზე შეიძლება ამბობდნენ, რომ ის არის „ცუდი მჭამელი“, თუმცა ეს არის ასაკი, როდესაც ის იწყებს გემოების აღმოჩენას და რაღაცა თუ არ მოსწონს დღეს, შეიძლება მომავალში მოეწონოს. სხვადსხვა გზებით ექსპერიმენტირება საკვებზე და ბავშვის დახმარება საჭმლის მომზადების დროს, ხელს შეუწყობს საკვების მიღების გაზრდას.

ზოგიერთი ბავშვი შეიძლება „გაიფიცოს“ საკვების მიღებაზე და არ ჭამოს ბევრი რამდენიმე დღის განმავლობაში. ეს არის ნორმა, რადგან ბავშვები თავად არეგულირებენ საკუთარ მოთხოვნილებებს და იკვებებიან მაშინ როდესაც შიათ. ასევე ზოგიერთი ბავშვი გარკვეული პერიოდით შეიძლება იკვებებოდეს ერთი ტიპის ან ერთი ფერის საკვებით, რაც ასევე ნორმალურია. მშობლისთვის ბავშვის კვება არ უნდა საჭიროებდეს დიდ ძალისხმევას, პირიქით ბავშვის კვების პროცესი უნდა იყოს სახალისო მთელი ოჯახისთვის.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვები ჯანსაღი ნუტრიციის პრინციპებს სწავლობენ სახლში. მშობლებს შეიძლება გაუჭირდეთ ბავშვისთვის სწორი ნუტრიციის სწავლება, რადგან ძალიან დიდი ნეგატიური გავლენა მოდის მედიიდან და სოციუმიდან. მშობლებმა ხელი

უნდა შეუწყონ ბავშვის ჯანსაღ ნუტრიციას სხვადასხვა მეთოდებით, მაგალითად, ახალი საკვების დაგემოვნების წახალისება, საკვების მიღება ძალდატანების გარეშე, დაგეგმილი კვება პატარა პორციებით, ჯანსაღი საკვებით წახემსებადა მათი დახმარება საჭმლის მომზადების დროს. ასევე ეცადეთ, რომ ჭამის დრო იყოს სახალისო მთელი ოჯახისთვის.

სიმსუქნე ბავშვებში

დღეისათვის ძალიან გაზრდილია ბავშვებში სიმსუქნის სიხშირე. სიმსუქნის გავრცელება დაბალი შემოსავლის მქონე სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში გაიზარდა 12.4%-დან 14.6%-მდე ათ წელიწადში. ეს შეიძლება კავშირში იყოს მოზრდილებში სიმსუქნის სიხშირის გაზრდასთან, რადგან კვლევებმა აჩვენა, რომ 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში მშობლების სიმსუქნე არის ყველაზე დიდი რისკ-ფაქტორი ბავშვებში სიმსუქნის განვითარებისა. ბავშვებში სიმსუქნეს აქვს ორივე, დაუყოვნებელი და გრძელვადიანი ფიზიკური და ფსიქოსოციალური ეფექტი. ფიზიკური ეფექტებია: ჰიპერლიპიდემია, ობსტრუქციული აპნოე, პანკრეატიტი, ნაღვლის ბუშტის დაავადებები, არა-ინსულინ დამოკიდებული დიაბეტი და ჰიპერტენზია, რომელიც ხშირად გადადის გრძელვადიან ეფექტში – გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები.ხშირად, მსუქან ბავშვებს არ მოსწონთ საკუთარი გარეგნობა და უჭირთ თავის დამკვიდრება თანატოლებში, რომლებიც არ თვლიან სიმსუქნეს მიმზიდველად.

ბავშვობის სიმსუქნის პრევენცია იწყება ადრეული ასაკიდან ჯანსაღი ცხოვრების წესის ჩამოყალიბებით. ჯანსაღი ცხოვრების წესს ბავშვი სწავლობს ოჯახისგან და ეს წესები შემდეგია: 1. ყოველდღიური ფიზიკური დატვირთვა; 2. მშობლის როლის ჩამოყალიბება საჭმელთან და კვებასთან დაკავშირებით; 3. საკვების მიღებისას დადგენა რა “შეიძლება” ან “არ შეიძლება”; 4. ხელი შეუწყვეთ სითხის მიღების გაზრდას, ტკბილეულის შემცირებას და გადაჭარბებულად კვების პრევენციას; 5. შეამცირეთ მჯდომარე აქტივობების დრო.

ძილი და დასვენება

ძილის კანონზომიერებების ცვლილება იწყება სკოლამდელი ასაკის პერიოდში და ის განსხვავებულია ყველა ბავშვში. ზოგადად 4-12 თვის ბავშვს სძინავს დღეში 12– დან 16 საათამდე (შუადღის ძილის ჩათვლით). 1-დან 2 წლის ბავშვს სძინავს 11-14 საათი; 3-დან 5 წლის ბავშვებს სძინავს 10-13 საათი; 6-12 წლის ბავშვს 9-12 საათი; 13-18 წლის მოზარდს 8-10 საათი.

მნიშვნელოვანია მშობელმა ჩამოაყალიბოს ბავშვისთვის ძილის წინა რუტინა. თუ ძილის წინა რუტინა არ დაწყებულა ჩვილობის ან თოდლერობის პერიოდში, საჭიროა მათი გამომუშავება სკოლამდელ ასაკში. თუ მშობელი სტაბილურად მონაწილეობს ბავშვის ძილის წინა რუტინაში, ბავშვისთვის ეს რუტინა ხდება უფრო სახალისო და ასევე ოჯახიც ნაკლებად წუხდება ბავშვის დაძინების პროცესით.

ასევე მნიშვნელოვანია, რომ ბავშვს დაეხმაროთ მოდუნებაში და გაამზადოთ დასაძინებლად. ზოგიერთ ბავშვს უყვარს შხაპის მიღება, რაიმე მშვიდი თამაში, ძილის წინ ისტორიების მოსმენა, ან უბრალოდ ლაპარაკი, დამამშვიდებელი მუსიკის მოსმენა ან შუქის დატოვება. ყველა ზემოთჩამოთვლილი ეხმარება ბავშვს მოდუნებაში, დამშვიდებასა და დაძინებაში (სურათი 5-8).



სურათი 5-8.

ძილის დარღვევები

ძილის დარღვევები გაზრდილი რაოდენობით არის ხშირი და ნორმალური სკოლამდელი ასაკის პერიოდში, მაგრამ ეს დარღვევები თავისით ლაგდება, ან შემცირდება ასაკის გაზრდასთან ერთად, რადგან მათი უმეტესობა დაკავშირებულია არარეგულარულ ძილთან ან ჩაძინებამდე შფოთვასთან. მოცემული პრობლემის სიხშირე შემცირდება თუ მშობელი ჩამოუყალიბებს ბავშვს ძილის წინა რუტინას, ასწავლის მას როგორ დაწყნარდეს დაძინებამდე. ზოგიერთ ბავშვს აქვს ძილის შიშები და მათი დახმარება შეიძლება შუქის დატოვებით ან ბავშვთან ამ თემაზე ლაპარაკით.

კოშმარი, რომელიც ასევე საკმაოდ იშვიათია, ხშირად წარმოადგენს ბავშვისთვის დიდ საფრთხეს, რომლის გამოც ის ტირილით იღვიძებს. თუ კოშმარები აღვიძებს ბავშვს, მშობელმა უნდა დააწყნაროს და დაარწმუნოს ის მათ არარსებობაში და დაეხმაროს თავიდან დაძინებაში. ასევე, დღის განმავლობაში მშობელმა არ უნდა ილაპარაკოს ბავშვის კოშმარებზე, რადგან ბავშვმა შეიძლება დაიწყოს ცუდად ფიქრი საკუთარ თავზე. ეს ასევე დაეხმარება მას დღის მანძილზე სტრესის შემცირებაში, რადგან კოშმარები ხშირად ასოცირებულია სტრესთან.

ძილის სხვა დარღვევებია: ღამის შიშები, ძილში ლაპარაკი და ძილში სიარული. მოცემულ სიტუაციებში ბავშვს შეიძლება ეღვიძოს, მაგრამ რეალურად მას არ შეუძლია სწორად კომუნიკაცია და არის დაბნეული. ყველაზე ხშირად ბავშვები განიცდიან ერთ ან რამდენიმე ძილის დარღვევის ეპიზოდს. თუ ძილის დარღვევები ხდება ერთი ღამის განმავლობაში რამდენიმეჯერ, ბავშვი უნდა მივიდეს ექიმთან გასასინჯად. საბედნიეროდ, ბავშვის ზრდასთან ერთად, ძილის პრობლემები მცირდება.

პირის ღრუს ჯანმრთელობა

სკოლამდელი ასაკის დაწყებისას მთავრდება სარძევე კბილების ამოსვლა. მათი ამოსვლა მნიშვნელოვანია, რადგან რჩება ადგილი მუდმივი კბილების სწორად ჩამოყალიბებისთვის და პირის ღრუს რკალი არ იქნება დავიწროებული. რადგან სკოლამდელ ბავშვს უკვე აქვს კბილების გახეხვის სურვილი, მოცემული პერიოდი არის შესაბამისი დრო პირის ღრუს მოვლის ჩვევების სასწავლებლად.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვში პირის ღრუს პირველ პრობლემას წარმოადგენს კარიესი, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაადრევად კბილის ამოღება და შემდგომი ცვლილებები პირის ღრუს რკალში, რაც ხელს შეუშლის მუდმივი კბილების განვითარებას. დენტალური კარიესის პრევენცია ხდება კბილების ყოველდღიური გახეხვით და დენტალური ძაფების გამოყენებით. მშობელი უნდა დაეხმაროს ბავშვს კბილების ხეხვის დროს, რათა დარწმუნდეს ყველა კბილის სისუფთავეში (სურათი 5-9).თუ კბილის პასტა არის ფტორის შემცველი, საჭიროა მისი რაოდენობა ჯაგრისზე იყოს ბარდის ზომის.დენტალური ძაფით წმენდისას ბავშვს დასჭირდება მშობლის დახმარება, რადგან მოტორიკა ჯერ არ არის საკმარისად განვითარებული.



სურათი 5-9.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვი სტომატოლოგთან უნდა მივიდეს მინიმუმ ყოველ 6 თვეში. პირველი ვიზიტის დროს ბავშვს არ უნდა უთხრათ, რომ პროცედურა იქნება უმტკივნეულო, რადგან იმ შემთხვევაში თუ ბავშვს რამე ეტკინება, ის მომავალში აღარ გენდობათ და იქნება შეშინებული.სტომატოლოგები პროცედურის დაწყებამდე ამზადებენ ბავშვებს მათი განვითარების დონის შესაბამისად. სტომატოლოგი გადაწყვეტს რამდენად სჭირდება ბავშვს ფტორის შემცველი დანამატების მიღება, რაც დამოკიდებულია სასმელ წყალში ფტორის შემცველობაზე.

ბავშვმა უნდა აარიდოს თავი ტკბილეულით წახემსებას, რაც გამოიწვევს კარიესის ჩამოყალიბებას. სანაცვლოდ, მშობლებმა უნდა უზრუნველყონ ბავშვი ჯანსაღი წასახემსებლებით, როგორიცაა: ხილი, ბოსტნეული ან ყველი. როდესაც ბავშვი იწყებს საღეჭი რეზინის მოხმარებას, ის უნდა იყოს უშაქრო. როდესაც ბავშვი წაიხემსებს ტკბილეულით, მან უნდა გაიხეხოს კბილები ან სულ მცირე გამოივლოს პირის ღრუ წყლით.

ღამით კბილების კრაჭუნი

ზოგიერთი ბავშვი ღამით აკრაჭუნებს კბილებს. ეს საკმაოდ იშვიათია სკოლამდელი ასაკის პერიოდში და შეიძლება იყოს გზა, რომლის მეშვეობითაც ის თავისუფლდება დაძაბულობისგან და მშვიდდება დასაძინებლად. ზოგადად კბილების კრაჭუნი გრძელდება მოკლე დროის განმალობაში – მანამ სანამ ბავშვს დაეძინება. კბილების კრაჭუნი

შეიძლება უფრო გართულდეს სტრესის დროს ან რაიმე განვითარებითი ცვლილების წინ. თუ კბილების კრაჭუნი ვლინდება გადაჭარბებულად, ბავშვი უნდა მივიდეს სტომატოლოგთან, რომელიც მას დაუნიშნავს რბილ, დამცავ კაპს და უნდა გამოიყენოს ის ძილის დროს. ცერებრული დამბლით დაავადებულ ბავშვებში კბილების კრაჭუნის მიზეზია ყბის კუნთების სპასტიურობა.

აქტიურობა

როგორც ზემოთ ვახსენეთ, სკოლამდელი ასაკის ბავშვში ხდება ნატიფი და უხეში მოტორიკის სრულყოფა, რაც საშუალებას აძლევს ბავშვს მონაწილეობა მიიღოს უფრო მეტ ფიზიკურ თამაშსა და სპორტში (სურათი 5-10).რეგულარული ფიზიკური აქტიურობა სასარგებლოა ბავშვისთვის, მაგალითად, უმჯობესდება მოტორული შესაძლებლობები, იზრდება ბავშვის თავდაჯერებულობა, ვითარდება ჩვევები და პრევენცია ხდება ისეთი დაავადებების, რომელიც ასოცირებულია აქტივობის ნაკლებობასთან. ფიზიკური აქტიურობა ასევე ეხმარება ბავშვს დაძაბულობის მოხსნასა და ზედმეტი ენერგიის დახარჯვაში.



სურათი 5-10.

მანამ სანამ სკოლამდელი ასაკის ბავშვი დაკავდება სპორტითა და ვარჯიშით, სასარგებლოა ფიზიკური ფიტნესით მისი დაკავება. აქედან გამომდინარე, ამ ასაკში სპორტის მთავარი მიზანია გართობა, ვარჯიშის დაწყება და სიამოვნების მიღება აქტიურობისას. თუმცა, სპორტი ყველა ბავშვისთვის არ არის სახალისო და საჭიროა ინდივიდუალურად სწორი აქტივობის შერჩევა, დადებითი გამოცდილების მისაღებად. AAP-ი მშობლებს ურჩევს წაახალისონ სხვადასხვა სახის ფიზიკური აქტივობა არაკონკურენტულ გარემოში, რომელიც იქნება უსაფრთხო და სახალისო. ზოგიერთი სპორტი აკმაყოფილებს ზემოთჩამოთვლილ კრიტერიუმებს, მაგალითად,T-ბოლი, კარატე, ტანვარჯიში, ველოსიპედზე კატაობა ან ცეკვა. არაა საჭირო, რომ ყველა აქტივობა იყოს ორგანიზებული. ბავშვებისთვის ძალიან სასარგებლოა ისეთ ფიზიკურ აქტივობებში მონაწილეობა, როგორიცაა: სიარული, ველოსიპედზე კატაობა, ხტომა, ცეკვა, ეზოში თამაში და ა.შ. (სურათი 5-11).



სურათი 5-11.

თამაში

სკოლამდელი ასაკის ბავშვები ერთობიან ჯგუფური თამაშების დროს და ასევე ჩართულები არიან იმიტაციურ, დრამატულ და წარმოსახვით თამაშებში.

3 წლის ასაკის ბავშვი ჯერ კიდევ თამაშობს ეგოცენტრული მანერით, მაგრამ ავითარებს ტოლერანტობას მეწყვილეების მიმართ. თამაში ამ ასაკში არის ასოციაციური, სადაც ყველაფერი იწყება სხვა ბავშვებთან კომუნიკაციითა და სათამაშოს გაზიარებით. ამ ასაკისთვის შესაბამისი სათამაშოები და აქტივობებია: სამბორბლიანი ველოსიპედი,ბლოკებით მშენებლობა, მუსიკალური სათამაშოები, ფაზლები და გამოცნობითი თამაშები (სურათი 5-12).



სურათი 5-12.

4 წლის ბავშვის თამაში არის ინტერაქტიული. ბავშვი თანამშრომლობს სხვა ბავშვებთან და აქტიურად უზიარებს სათამაშოებს. ემორჩილება წესებსდა ხშირად ყავს წარმოსახვითი მეგობარი. ხშირად წარმოსახვით მეგობარს ბავშვი თავს ანებებს უკვე სკოლაში შესვლის დროს. ამ ასაკისთვის შესაბამისი სათამაშოები და აქტივობებია: კონსტრუქციების აწყობა, ფაზლები, მეხსიერების გასავარჯიშებელი თამაში, წიგნები და მუსიკა.

5 წლის ბავშვს უკვე შეუძლია იმპულსების კონტროლი და კარგად თამაშობს ჯგუფში, შესაბამისად, ეს არის ოპტიმალური დრო, რომ ბავშვი შევიდეს ჯგუფურ სპორტსა და თამაშებში. 5 წლის ასაკის ბავშვი ერთობა დრამატული თამაშებით,თოჯინებით, გამოცხობით, წიგნებითა და ხელოვნების აქტივობებით(ცხრილი 5-4).

ცხრილი 5-4. სათამაშოები და აქტივობები, რომელიც ასტიმულირებს განვითარებას

უნარი	**სათამაშო/აქტივობა**
ხელისა და თვალის კოორდინაცია	ბუშტები, გასაფერადებელი წიგნები, მაკრატელი, ვიდეო თამაშები, მძივებით აწყობა, დასაკრავი სტიკერები, ფერადი საღებავები, დიდი ზომის ასაწყობი.
ნატიფი მოტორიკა	ფანქრები, საქარგავი ფორმები, ხატვა, პლასტელინით ძერწვა.
უხეში მოტორიკა	დაჭერობანას თამაში, ბურთზე დარტყმა, სამბორბლიანი ველოსიპედის მართვა, ბლოკებით აწყობა.
დრამატული თამაშები	თოჯინები, გამოცხობა, ჯადოსნური ჯოხით თამაში, ადამიანებისა და ცხოველების განსახიერება, თამაში მანქანებით, მატარებლით.
ცნობიერება	წიგნები, ფაზლი, შემეცნებითი ვიდეოები.
პრობლემის გადაწყვეტა	ფაზლი, სამაგიდო თამაშები, ფორმების შერჩევა.
სოციალიზაცია	ჯგუფური თამაშები, სამაგიდო თამაშები.

წიგნიერება

ბავშვში კითხვის სიყვარული და ამ უნარის მიმართ ინტერესი ყალიბდება სკოლამდელ პერიოდში, მაშინ როდესაც მშობელი იწყებს ბავშვისთვის კითხვას. ბავშვი გამოავლენს წიგნიერების ადრეულ უნარებს, მაგალითად, როდესაც ჩამოთვლის იმ წიგნების სათაურებს, რომლის წაკითხვაც სურს; ან მოყვება ისტორიას წიგნიდან; სვამს კითხვებს წიგნის ისტორიის შესახებ; შენიშვნას აძლევს მშობელს თუ მან გამოტოვა გვერდი კითხვის დროს და ისმენს მთელ ისტორიას ძალიან დიდი ყურადღებით.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვი ასევე ერთობა დასურათებული წიგნებით. წიგნები ბავშვების გამოცდილებების შესახებ, მაგალითად, ექიმთან წასვლა, პარკში გასეირნება, სკოლაში წასვლა ან წიგნები მეგობრებისა და ოჯახის შესახებ ყველა არის სკოლამდელი პერიოდის ბავშვისთვის შესაფერისი. წიგნები პროგნოზირებადი დასასრულით ან

ფრაზებით, რომლებიც ხშირად მეორდება, უფრო მეტად ამახვილებს ბავშვის ყურადღებას (სურათი 5-13).



სურათი 5-13.

ტელევიზია და მედია

ტელევიზიისა და მედიის გავლენა ბავშვზე, მიუხედავად იმისა, რომ მას შეიძლება ქონდეს პოზიტიური ზეგავლენა, არის სადავო თემა. თუმცა, ტელევიზია ვერ ჩაანაცვლებს განათლებას და თამაშს. ზოგიერთი პროგრამა შეიძლება მუშაობდეს სწავლებაზე, კრეატიულობის ჩამოყალიბებაზე და ხელს უწყობდეს კოგნიტურ ზრდას ფერების, ციფრების, ანბანისა და სოციალური უნარ-ჩვევების კრეატიული და მასტიმულირებელი ტიპის სწავლებით. თუმცა, ზოგიერთი პროგრამა არ არის შესაფერისი პატარა ბავშვებისთვის. იმის გამო, რომ სკოლამდელი ასაკის ბავშვი რასაც ხედავს იჯერებს რომ ეს არის რეალური, შესაბამისად მათ არ შეუძლიათ განსხვავების პოვნა რეალობასა და სატელევიზიო პროგრამების ფანტასტიურობას შორის. არასათანადო პროგრამები ბავშვებს უყალიბებენ არასწორ შეხედულებას პრობლემების მოგვარების შესახებ, მაგალითად ძალადობა.

მაშინ როდესაც, ტელევიზია არ უნდა ასრულებდეს ბავშვისთვის “ძიძის” როლს, ვირტუალურად შეუძლებელია მისი ყურების სრულიად აკრძალვა. მშობლებმა კარგად უნდა გააკონტროლონ ტელევიზიის პროგრამები და აკონტროლონ რას უყურებს ბავშვი. AAP-ის რეკომენდაციით, სკოლამდელი ასაკის ბავშვმა უნდა უყუროს ტელევიზორს დღეში 1-2 საათის განმავლობაში.

უსაფრთხოება და ზიანის პრევენცია

მოტორიკისა და კოორდინაციის განვითარებასთან ერთად, სკოლამდელი ასაკის ბავშვი ნაკლებად მიდრეკილია დაცემებისკენ. თუმცა, მათი გაზრდილი აქტიურობის გამო, ისინი არიან სხვა საფრთხეების რისკის ქვეშ. ერთ-ერთ ყველაზე საშიშ ადგილს

წარმოადგენს თამაში ქუჩის მახლობლად, რადგან სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს მაინც ჭირდებათ მშობლის მუდმივი ზედამხედველობა უსაფრთხოების შესანარჩუნებლად (სურათები 5-14 და 5-15).



სურათი 5-14.



სურათი 5-15.

ასევე მნიშვნელოვანია იცოდეთ, რომ სკოლამდელი ასაკის ბავშვი ნაკლებად არის წინდაუხედავი, ის პირიქით ყურადღებას აქცევს წესებს და იცის პოტენციური საფრთხის შესახებ, როგორიცაა ცხელი საგნები, ბასრი ხელსაწყოები ან სახიფათო სიმაღლე. თუმცა, მოცემული ასაკში ბავშვებს ხშირად უყვართ მოზარდების ქმედებების გამეორება, ამიტომ მშობლებისთვისაც ძალიან მნიშვნელოვანია იგივე წესებზე დამორჩილება, მაგალითად, ღვედის შეკვრა მანქანის დაძვრამდე.

სამახსოვროში5-1მოწოდებულია ზიანის პრევენციის გზამკვლევები.

სამახსოვრო 5-1. ზიანის პრევენციის გზამკვლევები

უსაფრთხოება სახლში

- დააწესეთ და აიძულეთ, გასაგებად აუხსენით უსაფრთხო ქცევის წესები;
- არასოდეს დატოვოთ ბავშვი მარტო სახლში;
- შეამოწმეთ კვამლის დეტექტორები, რომ დარწმუნდეთ მათ მუშაობაში. შეუცვალეთ ელემენტები ყოველწლიურად;
- შეინახეთ ყველა შხამიანი ნივთიერება, საწმენდი საშუალებები, კოსმეტიკური ნივთები, წამლები და სახლის ხელსაწყოები ჩაკეტილ, უსაფრთხო ადგილას. ყველა წამალზე გქონდეთ დამცავი თავსახური;
- შეინახეთ სიგარეტი, სანთებელა, ასანთი და ალკოჰოლი ბავშვისთვის არა ხელმისაწვდომ ადგილას;
- ცეცხლსასროლი იარაღი, იმ შემთხვევაში თუ არის სახლში, უნდა იყოს ჩაკეტილი და ტყვია უნდა ინახებოდეს ცალკე.

უსაფრთხოება თამაშის დროს

- დარწმუნდით რომ სათამაშო ტერიტორია არის უსაფრთხო;
- ასწავლეთ ბავშვს ეზოში უსაფრთხოების წესები;
- ასწავლეთ ბავშვს ეზოში თამაშის უსაფრთხოების წესები, მათ შორის დამცავი მოწყობილობების გამოყენება.

წყლის უსაფრთხოება

- დარწმუნდით რომ სახლის და მეზობლის საცურაო აუზები არის შემოღობილი. აუზის ირგვლივ მშობელი ყოველთვის უნდა ახლდეს ბავშვს;
- დარწმუნდით რომ ბავშვს აცვია უსაფრთხოების ჟილეტი ნავით ცურვისას;
- ასწავლეთ ბავშვს ცურვა;
- ასწავლეთ ბავშვს ცურვის უსაფრთხოების წესები საცურაო აუზზე.

მანქანის უსაფრთხოება

- გამოიყენეთ ბავშვისთვის სპეციალური სავარძელი, მანამ სანამ ბავშვის თავი არ გასცდება საზურგეს ან მისი წონა იქნება 35 კგ. ან სიმაღლეში – 1.2 მ. ჩვეულებრივ სავარძელზე გადასვლისას, დარწმუნდით რომ ღვედი მუშაობს გამართულად;
- ბავშვი ყოველთვის უნდა იჯდეს უკანა სავარძელზე.
- არასოდეს დატოვოთ ბავშვი მარტო მანაქანაში.

უსაფრთხოება სხვებთან

- გამოიყვანეთ ბავშვი სიგარეტის კვამლისგან მოშორებით. არ დაუშვათ სიგარეტის მოწევა სახლში ან მანქანაში;
- აარჩიეთ ძიძა ყურადღებით, განიხილეთ მათი დამოკიდებულება ქცევის დისციპლინის მიმართ;
- ასწავლეთ ბავშვს უსაფრთხოების წესები უცნობებთან ინტერაქციის დროს;
- დარწმუნდით რომ ბავშვი არის უსაფრთხო გარემოში ზედამხედველობის ქვეშ სკოლამდე და სკოლის შემდეგ;
- ასწავლეთ ბავშვს თქვენი მობილურის ნომერი და მისამართი დაკარგვის შემთხვევაში.

უსაფრთხოება გარეთ

- წაუსვით მზისგან დამცავი კრემი გარეთ გასვლამდე;
- ქუჩასთან ახლოს თამაშის დროს მეთვალყურეობა;
- ასწავლეთ ბავშვს ქვეითის უსაფრთხოების წესები;
- ასწავლეთ ბავშვს უსაფრთხოების წესები სკოლაში მისასვლელად და წამოსასვლელად;
- ასწავლეთ ბავშვს უსაფრთხოების წესები ველოსიპედის მართვის დროს;
- დარწმუნდით რომ ბავშვს უკეთია ჩაფხუტი ველოსიპედის, სკეიტბორდის ან სკუტერის ტარების დროს.

გადაუდებელი სიტუაციებისთვის მზადყოფნა

- ტელეფონის მახლობლად დაწერეთ თქვენი მობილურის ნომერი და მისამართი;
- გქონდეთ გადაუდებელი დახმარების ნომრების სია ტელეფონის მახლობლად (ექიმი, ჰოსპიტალი, ყველაზე ახლოს მცხოვრები მეზობელი და ა.შ.)

დისციპლინა და ლიმიტების დაწესება

არასწორად მოქცევა ნორმალურია ყველა ბავშვში. თოდლერობის პერიოდში ბავშვმა ისწავლა რომ ტემპერ ტანტრუმის გამოვლენისას, მას უსრულებენ ყველა სურვილს. როცა ბავშვი ხდება სკოლამდელი ასაკის, მან შეიძლება გააგრძელოს იგივე ტაქტიკით მოქმედება. შესაფერისი ქცევების დასასწავლად აუცილებელია ლიმიტების დაწესება, საწყის ეტაპზე ბავშვი გამოცდის ლიმიტებს, თუმცა საბოლოო ჯამში ის ემორჩილება მათ, რადგან ისინი საზღვრავენ მის მოსალოდნელ ქცევებს.

თუ ბავშვი მაინც გადაკვეთს დაწესებულ საზღვრებს, აუცილებელია დისციპლინარული მოქმედება და ბავშვის საქციელის მიმართვა რაც შეიძლება დადებითისკენ.

შესვენებები (ტაიმაუტები) შეიძლება იყოს დისციპლინის ეფექტური მეთოდი, არა უმეტეს 1 წუთი წლოვანებაზე, შესვენებები ასწავლის ბავშვს როგორ უნდა დაიწყნაროს საკუთარი თავი და აძლევს მას ამისთვის საკმარის დროს, მაგრამ არა ხანგრძლივი დროით, რომ არ გაიბუტოს.

მზადება სკოლისთვის

სკოლამდელ პერიოდში ბევრი ბავშვი ესწრება სხვადასხვა პროგრამას, როგორებიცაა საბავშვო ბაღი ან სკოლამდელი დაწესებულება, რომელიც იძლევა განვითრებისთვის ძალიან კარგ შესაძლებლობას. ამ დაწესებულებებში მიღებული გამოცდილება ასწავლის ბავშვს ჯგუფური მუშაობის უნარებს; ასტიმულირებს მეტყველებას, ფიზიკურ და სოციალურ განვითარებას, ინტერაქციას სხვა ბავშვებთან და ასევე ეხმარება მათ თავი გაართვან მარცხს და უკმაყოფილებას (სურათი 5-16).

საბავშვო პროგრამებში უმეტესად შედის: ეზოში თამაში, ჯგუფური თამაშები და აქტივობები, ხატვა, წახემსების დრო და დასვენების დრო. ყველა აქტივობა მიმართულია იმისკენ რომ ბავშვის უნარ-ჩვევები გახდეს უფრო სრულყოფილი ჩამოუყალიბდეს თავდაჯერებულობის და წარმატების შეგრძნება.

მშობლები ხშირად ეკითხებიან ექიმებს რჩევას, თუ როგორ მიხვდნენ მზად არის თუ

არა ბავშვი ბაღში ან სკოლაში წასასვლელად. მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს სკოლაში შესვლის აბსოლუტური მაჩვენებელი, ბავშვის სოციალური განვითარება (ასაკი, ფიზიკური შესაძლებლობები და სხვა ბავშვებთან თამაშის უნარი) და პოტენციალი რომ ჩაერთოს სწავლაში (მისდევს წესებს და აქტივობებში მონაწილეობის მიღებისას აქვს საკმაოდ გრძელი ყურადღების ინტერვალი) წარმოადგენს მზადყოფნას სკოლაში შესასვლელად.



სურათი 5-16.

იმის გამო რომ სკოლაში შესვლისას ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს განშორების პრობლემა, მის დასაძლევად საჭიროა ბავშვმა იცოდეს რა ელოდება სკოლაში. ცვლილებას უფრო მარტივად გადალახავს ბავშვი თუ ჩათვლის რომ სკოლა ეს არის თავგადასავალი და სწავლა არის სახალისო პროცესი.

საკვანძო საკითხები

- სკოლამდელი ასაკი ხასიათდება ფიზიკური, მოტორული, კოგნიტური და სოციალური უნარ-ჩვევების სრულყოფით;
- სკოლამდელი ასაკის ბავშვი არის ცნობიერების განვითარების პრეოპერაციულ სტადიაში, როდესაც ის სწავლობს მენტალური მოქმედებების შესრულებას, რომელიც კონტროლდება მოვლენის თავისებური აღქმითა და გაგებით;
- სკოლამდელ პერიოდში ბავშვს უვითარდებაინიციატივის გამოჩენის და/ან დანაშაულის შეგრძნება (InitiativevsGuilt);
- სკოლამდელი ასაკის ბავშვი სწავლობს ყოველდღიურ აქტივობებს, როგორებიცაა: ჩაცმა, კბილების გახეხვა და ფეხსაცმლის თასმების შეკვრა;
- სკოლამდელი ასაკის ბავშვი სწავლობს სხვა ბავშვებთან თანამშრომლობას და ერთობა ჯგუფური თამაშების დროს;

- მორალური განსჯის უნარი იწყება მაშინ, როდესაც ბავშვი საქციელის შექებით ან დასჯით სწავლობს რა არის სწორი და არასწორი;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ხდება სწორი კვებით, ძილითა და დასვენებით, აქტივობებით და პირის ღრუს ჯანმრთელობით;
- სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს დაზიანების პრევენციისთვის მუდმივად სჭირდებათ ზედამხედველობა სახლში, ეზოში, გარეთ და აუზთან;
- სკოლამდელი ასაკის ბავშვი უნდა დადიოდეს ექიმთან ვიზიტზე ყოველწლიურად, რუტინული კვლევების ჩასატარებლად და განვითარების შესაფასებლად;
- ბავშვის სკოლაში შესასვლელად მზადყოფნა განისაზღვრება მისი სოციალური ჩამოყალიბებითა და სწავლის სურვილით;
- უფრო მეტი ყურადღება მიაქციეთ მის კარგ ქცევებს და არ შეიმჩნიოთ ნეგატიური ქცევები.

გასამეორებელი აქტივობები

1. აღწერეთ ბავშვის ფიზიკური განვითარება სკოლამდელ წლებში;
2. ჩამოთვალეთ 3 წლის ბავშვის მოტორული ფუნქციის შესაფასებელი ტესტები, რომლებიც შეყვანილია დენვერ II-ში;
3. მოიყვანეთ ანიმიზმისა და ტრანსდუქციული მსჯელობის მაგალითები;
4. აღწერეთ სკოლამდელი ასაკის ბავშვის მეტყველების განვითარება;
5. აღწერეთ როგორი რეაქცია ექნება ახალ გარემოზე ბავშვს, რომელმაც მიაღწია ინიციატივის გამოჩენის უნარს;
6. ნორმალურია თუ არა სკოლამდელი ასაკის ბავშვისთვის წარმოსახვითი მეგობრის ყოლა? როდის ჩათვლით მის არსებობას არასწორად?
7. ბავშვის კვების დროს რა წესს უნდა მივყვეთ?
8. ჩამოთვალეთ ძილის ის ხშირი დარღვევები, რომელიც გვხვდება სკოლამდელ ასაკში;
9. რატომ შეიძლება აკრაჭუნებდეს კბილებს სკოლამდელი ასაკის ბავშვი ღამით?
10. როდის აღარ გამოიყენებს ბავშვი მანქანის სპეციალურ სავარძელს?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Agrawal, S. (2008). Normal vital signs in children: Heart rate, respirations, temperature, and blood pressure. Complex Child E-Magazine. Retrieved January 5, 2010, from http://www.articles.complexchild.com/march2009/00114.pdf.
- American Academy of Pediatrics. (2005). Lead exposure in children: Prevention, detection, and management. Pediatrics 116(4), 1036–1046.
- American Academy of Pediatrics. (2007a). Television and the family. Retrieved March 13, 2009, from http://www.aap.org/publiced/BR_TV.htm.
- American Academy of Pediatrics. (2007b). How to prevent tooth decay in your baby's teeth. Retrieved March 13, 2009, from http://www.aap.org/publiced/BR_ToothDecay.htm.
- American Academy of Pediatrics. (2008). Preventive oral health intervention for pediatricians. Pediatrics, 122(6), 1387–1394.
- American Academy of Pediatrics. (2009). Read me a story: Reading checkup guide. Retrieved January 24, 2010, from http://www.aap.org/family/readmeastory.htm.
- American Dietetic Association. (2009). Guidance for parents on preventing childhood weight gain and obesity. Retrieved July 13, 2009, from http://www.eatright.org/cps/rde/xchg/ada/hs.xsl/media_5482_ENU_HTML.htm.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2003a). Discipline: The Brazelton way. Cambridge, MA: DaCapo Press.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2003b). Sleep: The Brazelton way. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2006). Touchpoints: Three to six (2nd ed.). Cambridge, MA: DeCapo Press.
- Brewer, M. B., & Chen, Y. R. (2007). Where (who) are collectives in collectivism? Toward conceptual clarification of individualism and collectivism. Psychological Review, 114, 133–151.
- Centers for Disease Control and Prevention, and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Improving Health and Quality of Life for all People. (2009a). Obesity at a glance: Halting the epidemic by making health easier.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009b). Obesity prevalence among low-income, preschool-aged children—United States, 1998–2008. Morbidity and Mortality Weekly Report 58(No. 28), 769–73.
- Charlesworth, R. (2011). Understanding child development (8th ed.). Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning. Cleveland Clinic. (2009a). Sleep in toddlers and preschoolers and sleep disorders. Retrieved March 13, 2009, from http://my.clevelandclinic.org/disorders/sleep_disorders.htm.
- Cleveland Clinic. (2009b). Teeth eruption timetable—children. Retrieved March 13, 2009, from http://my.clevelandclini.org/services/dental_care.htm.
- Council on Sports Medicine and Fitness, Council on School Health. (2006). Active

healthy living: Prevention of childhood obesity through increased physical activity. Pediatrics, 117(5), 1834–1842.

- Daniels, S. R., Arnett, D. K., Eckel, R. H., Gidding, S. S., Hayman, L. L., Kumanyika, S., Robinson, T. N., Scott, B. J., St. Jeor, S., & Williams, C. L. (2005). Overweight in children and adolescents: Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. Circulation, 111, 1999–2012.
- Dixon, S. D., & Stein, M. T. (2006). Encounters with children: Pediatric behavior and development (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Erikson, E. H. (1963). Childhood and society. New York: Norton. Feigelman, S. (2007). The preschool years. In R. Kleigman, R. Behrman, H. Jenson, & B. Stanton. (Eds.), Nelson's textbook of pediatrics (18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier, 54–57.
- Freud, S. (1959). Collected papers. New York: Basic Books. Gamble, W., & Modry-Mandell, K. (2008). Family relations and the adjustment of young children of Mexican descent: Do family cultural values moderate these associations? Social Development, 17(2), 358–379.
- Green, M., & Palfrey, J. S. (Eds.). (2008). Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents (3rd ed.). Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health.
- Hassink, S. (2007). Pediatric obesity: Prevention, intervention, and treatment strategies for primary care. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Kohlberg, L. (1981). The philosophy of moral development, moral states, and the idea of justice. New York: Harper & Row.
- Maynard, A. (2002). Cultural teaching: The development of teaching skills in Maya sibling interactions. Child Development, 73, 969–982. NICHD Information Resource Center. (2005). Milk matters for your child's health. NIH Publication no. 05-4521.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak, C. J., & Flegal, K. M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. Journal of the American Medical Association, 295, 1549–1555.
- Piaget, J. (1969). The theory of stages in cognitive development. New York: McGraw-Hill.
- Roberts, J., Jurgens, J., & Burchinal, M. (2005, April). The role of home literacy practices in preschool children's language and emergent literacy skills. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 48, 345–359.
- Schwartz, S. (2007). The applicability of familismto diverse ethnic groups: A preliminary study. Journal of Social Psychology, 147(2), 101–118.
- Skelton, J., & Rudolph, C. (2007). Overweight and obesity. In R. Kleigman, R. Behrman, H. Jenson, & B. Stanton. (Eds.), Nelson's textbook of pediatrics (18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders/ Elsevier, 232–242
- Small, L., Anderson, D., & Melnyk, B. M. (2007). Prevention and early treatment of overweight and obesity in young children: A critical review and appraisal of the evidence. Pediatric Nursing, 33(2), 149–161.

- Starr, N. (2009). Self perception issues. In C. Burns, A. Dunn, M. Brady, N. Starr, & C. Blosser (Eds.), Pediatric primary care (4th ed.) St. Louis, MO: Saunders Elsevier, 347–365.
- U.S. Bureau of the Census. (2007). Mapping census 2007: The geography of U.S. diversity. Retrieved March 13, 2009, from http://www.census.gov/population.
- U.S. Department of Agriculture. (2005). My Pyramid. Retrieved March 13, 2009, from http://www.myPyramid.gov.

თავი 6

სკოლის ასაკის ბავშვის ზრდა და განვითარება

ამ თავში განხილულია:

1. სკოლის ასაკის ბავშვის ნორმალური ფიზიკური განვითარება;
2. ფროიდის ფსიქოსექსუალური განვითარების ლატენტური ეტაპი;
3. ერიქსონის სასკოლო ასაკის ბავშვის ფსიქოსოციალური განვითარების მთავარი ამოცანა;
4. მორალური განვითარების მახასიათებლები სკოლის ასაკში;
5. მედდის როლი სკოლის ასაკის ბავშვების მართვაში;
6. სკოლის ასაკის ბავშვების ცხოვრებაშისკოლისა და თანატოლების მნიშვნელობაზე მსჯელობა;
7. სკოლის ასაკის ბავშვის სასკოლო სტრესების დაძლევის სტრატეგიები;
8. სკოლის ასაკის ბავშვის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებები.

6-დან 12 წლამდე განვითარების პერიოდი გადამწყვეტი წლებია თვითშეფასების ამაღლების, თავის დამკვიდრებისა და ქმედითუნარიანობის ჩამოყალიბებისათვის. ამ დროის მანძილზე, ბავშვი ეგოცენტრული ფიქრებიდან გადადის მეგობრების, ონლაინ სოციალური ქსელებისა და სკოლის გარემოს დახმარებით ცხოვრებისეული გამოცდილებების მიღებაზე. დღეს, ბავშვი, რომელიც სკოლაში შედის გამოცდილებას საკლასო ოთახის გარეთაც იღებს ინტერნეტის, ელექტრონული მეილებისა და სატელიტური ტელევიზიის მეშვეობით.

მოცემული თავი იწყება სკოლის ასაკის ბავშვის ნორმალური ზრდისა და განვითარების მაჩვენებლების, მათ შორის, ფიზიოლოგიური, ფსიქოსქესობრივი, კოგნიტური, ფსიქოსოციალური და მორალური განვითარების აღწერით და სრულდება ჯანმრთელობისა და ექთნის როლით, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის აქტივობებში.

ფიზიოლოგიური განვითარება

სკოლის ასაკის ბავშვი ფიზიკურად მდგრადი დინამიკით იზრდება**.** თუმცა, მშობლებმა და ექთნებმა უნდა გაითვალისწინონ, რომ თითოეული ბავშვი არის უნიკალური და ზრდის დინამიკა შეიძლება განპირობებული იყოს გენეტიკით, სქესით, მწვავე ან ქრონიკული დაავადების არსებობითა და გარემო ფაქტორებით. მნიშვნელოვანი მექანიზმი, რომელიც გავლენას ახდენს სკოლის ასაკის ბავშვის ფიზიკურ ზრდაზე არის ზრდის ჰორმონები, რომელიც ასტიმულირებს უჯრედებს მთელს ორგანიზმში. მიიჩნევა, რომ

თავის ტვინის ფუძეში მდებარე ჰიპოფიზის ჯირკვალი და ჰიპოთალამუსი თამაშობს მნიშვნელოვან როლს ზრდის სტიმულაციაში. თავის ტვინი აღწევს მოზრდილის თავის ტვინის ზომას 12 წლის ასაკში.

ძვალ-კუნთოვანი სისტემა

სკოლის ასაკის წლებში ბავშვის წონა იზრდება წელიწადში 3 კგ-ით და სიმაღლე – 6 სმ-ით. საშუალოდ, 6 წლის ბიჭის წონა არის 20 კგ. სიმაღლე – 115 სმ. საშუალოდ 6 წლის გოგოს წონა არის 19 კგ. და სიმაღლე 114 სმ. 12 წლის ასაკში ბიჭის საშუალო წონა არის 40 კგ და სიმაღლე 150 სმ; 12 წლის გოგოს საშუალო წონა არის 41 კგ. სიმაღლე – 150 სმ. ძვლის ზრდა, ძირითადად, შეიმჩნევა კიდურების ლულოვან ძვლებში. ზრდის ტკივილები, რომელიც გვხვდება სკოლის ასაკის ბავშვების 25-40%-ში, ხშირად ვლინდება 8-12 წლის ასაკის ბავშვებში; ტკივილები ორჯერ უფრო ხშირად გვხვდება გოგონებში.

თანდათან იზრდება კუნთების ძალა, ზომა (სურათი 6-1)და ხდება 6 ზოგადი უხეში მოტორული ფუნქციის (ბალანსი, დაჭერა, სროლა, სირბილი, ხტუნვა, ცოცვა) სრულყოფა. ამავდროულად სკოლის ასაკის ბავშვებში გაუმჯობესებული ბალანსი და კოორდინაცია, შესაძლებლობას აძლევს მათ, სცადონ ახალი ფიზიკური აქტივობები როგორებიცაა: ველოსიპედის ტარება და გორგოლაჭებით გორვა. მოცემულ ახალ აქტივობებს ხშირად თან ახლავს ენთუზიაზმი. იმის გამო, რომ კუნთები მარტივად ზიანდება, აუცილებელია ფიზიკური აქტივობები შეირჩეს ბავშვის განვითარების შესაბამისად.

ბიჭებში უფრო დიდი რაოდენობითაა კუნთოვანი უჯრედები ვიდრე გოგონებში. შესაბამისად, ბიჭები უფრო კარგად ასრულებენ უხეშ მოტორულ აქტივობებს როგორიცაა: სროლა და სირბილი. გოგონები კი უფრო მარჯვედ იყენებენ ხელებსა და თითებს. შესაბამისად, სკოლამდელი ასაკის გოგონები უფრო გაწაფულები არიან ნატიფ მოტორულ აქტივობებში. რაც უფრო იხვეწება თვალისა და ხელის კოორდინაცია და მოტორული შესაძლებლობები, სკოლის ასაკის ბავშვში ვლინდება წერის, თასმების შეკვრისა და დამოუკიდებლად ჩაცმის უნარები. მოტორული განვითარება პროგრესირებსცეფალოკაუდალურად და პროქსიმალურიდან დისტალური მიმართულებით ორივე ტიპის მოტორიკის ჩამოყალიბებით, ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარებასთან ერთად.

სკოლის ასაკის წლებში გაზრდილი აქტივობის დონის შესაბამისად იზრდება გულსისხლძარღვთა და რესპირატორული სისტემების ზომა და შესაძლებლობები.

გულის ზრდა ნელდება, გული იღებს გულმკერდში უფრო ვერტიკალურ პოზიციას და დიაფრაგმა ჩადის ქვევით, რაც ფილტვებს აძლევს გაფართოების საშუალებას. როდესაც გული და რესპირატორული სისტემა ხდება უფრო მოქმედი, სუნთქვის სიხშირე და პულსი იწყებს შენელებას. საშუალო აპიკალური პულსის სიხშირე სკოლის ასაკის ბავშვისთვის არის 90-95 დარტყმა/წუთში მოსვენებულ მდგომარეობაში. საშუალო სუნთქვის სიხშირე არის 20 ჩასუნთქვა/წუთში მოსვენებულ მდგომარეობაში.



სურათი 6-1. სკოლის ასაკის ბავშვების მომწიფება ხდება სხვადასხვა ინტენსივობით

სკოლის ასაკის წლებში ბავშვები გამოიმუშავებენ იმუნიტეტს სხვადასხვა მიკროორგანიზმების მიმართ. ამრიგად, სკოლის ასაკის წლები ხშირად მიიჩნევა სიცოცხლის ყველაზე ჯანმრთელ პერიოდად. ანტისხეულები წარმოიქმნება ლიმფურ სისტემაში და მაქსიმალურ რაოდენობას აღწევს 7 წლის ასაკისთვის. მაგალითად., IgA, რომელიც იცავს რესპირატორულ და კუჭ-ნაწლავის სისტემას პათოგენებისგან და IgG, რომელიც ააქტიურებს ბაქტერიის დესტრუქციას, გვხვდება მოზარდისთვის დამახასიათებელი დონით ორგანიზმში. იმის გამო, რომ ბავშვის ორგანიზმი იზრდება და ასევე მწიფდება მისი იმუნური სისტემა, მიიჩნევა რომ სკოლის ასაკის ბავშვი მოზრდილის მსგავსად პასუხობს ავადმყოფობას.

ფსიქოსქესობრივი განვითარება

ფროიდს (1923) სწამდა, რომ ცხოვრების პირველი 5 წელი არის ფსიქოსქესობრივი ჩამოყალიბების ყველაზე კრიტიკული წლები. 6 წლიდან სკოლის ასაკის პერიოდის განმავლობაში ბავშვის სექსუალობის განვითარება ჩერდება, მოცემულ პერიოდს ეწოდება ლატენტურობის ფაზა. ფროიდის თეორიების თანახმად, სკოლის ასაკის ბავშვი იმავე სქესის მშობელთან ახდენს იდენტიფიცირებას მისი ქცევისა და ემოციების იმიტირებით. ბავშვი ასევე სწავლობს სქესისა და როლის ქცევას და იდენტობას მშობლებს შორის ურთიერთობაზე, მედიასა და მსგავსი სქესის ბავშვებთან მეგობრობაზე დაკვირვებით.

სქესობრივი განვითარება

სკოლის ასაკის ბოლო წლები არის პრეპუბერტატული – 2 წელი სქესობრივ მომწიფებამდე (სურათი 6-2).*pubertas* არის ლათინური სიტყვა, რომელიც ნიშნავს მოზარდს და ის გულისხმობს განვითარების სტადიას, როდესაც ვლინდება მეორეული სასქესო ნიშნები და ქალებს აქვთ მენარქე (პირველი მენსტრუალური ციკლი).პრეპუბერტატული ნიშნებია: ძუძუს ქსოვილის განვითარება 8-13 წლის გოგონებში და 10-14 წლის ბიჭებში.



სურათი 6-2. პრეპუბერტატული პერიოდი გოგონებში იწყება 8-დან 13 წლამდე ასაკში

ფსიქოსოციალური განვითარება

სკოლის ასაკის წლებში ბავშვი შედის თანატოლებისა და სკოლის სამყაროში. როდესაც ბავშვი იწყებს ინტერაქციას ახალ გარემოსთან, ვლინდება უფრო რეალური შეგრძნებები საკუთარ თავსა და მის ადგილზე სამყაროში. მშობლებისგან დამოუკიდებლად ყოფნა თანატოლებს აქცევს სოციალიზაციის მთავარ წყაროდ. იმის გამო, რომ ამ ასაკში ბავშვები არიან ძალიან სოციალურები, ხშირად ისინი იქცევიან მეგობრების მიერ მიღებული ქცევების შესაბამისად. მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვები იღებენ მხარდაჭერასა და სიყვარულს მშობლებისგან, თანატოლებთან ურთიერთობა მათ ეხმარება, რომ გახდნენ უფრო დამოუკიდებლები და ისინი წარმოადგენენ ბავშვის განვითარების ცენტრალურ ნაწილს, რადგან დროის დიდ პერიოდს ბავშვი ატარებს მსგავსი სქესის თანატოლებთან ერთად. 2 წლის ასაკში თანატოლებთან ინტერაქციის ხანგრძლივობა არის დღის 10%; 7-11 წლის ბავშვებში კი დღის 30%.

ერიქსონის განვითარების თეორიამ განმარტა სკოლის ასაკის ძირითადი ამოცანა, როგორც ინდუსტრია (უნარი, იყო გამოყენებადი, ან პროდუქტიული) თუ ქვემდგომობა.ამ დროს ენერგია იხარჯება ისეთ აქტივობებში, როგორიცაა: სკოლის პროექტები, სპორტი, ჰობი. მოცემული მისწრაფებები ავითარებს ბავშვში მიღწევებისა და ღირსების შეგრძნებებს (სურათი 6-3). მოცემულ პერიოდში სკოლის ასაკის ბავშვს უყალიბდება სკოლის პროექტებში ჯგუფური მუშაობის უნარი.



სურათი 6-3. ფორტეპიანოს დაკვრის სწავლება პასუხისმგებლობის გრძნობას ავითარებს ამ ასაკის ბავშვებში

ერიქსონს (1963) სჯეროდა, რომ განვითარება არის დაუსრულებელი პროცესი, რომელიც დაფუძნებულია წარმატებაზე. თუ ბავშვს არ შეუძლი საკუთარი თავის რეალიზება გარემოში, მან შეიძლება თავი არასრულფასოვნად იგრძნოს. ეს ხდება მაშინ, როდესაც ბავშვებს სჯერათ, რომ ისინი ვერ გაამართლებენ მშობლების ან მასწავლებლის მოლოდინებს ან როდესაც ისინი თავს გრძნობენ განსხვავებულად თანატოლებისაგან. იმისათვის, რომ ბავშვმა საკუთარი თავი აღიქვას სრულფასოვნად, აუცილებელია, დადებითი ურთიერთობა ჰქონდეს თანამგრძნობ ზრდასრულ ადამიანთან (სურათი 6-4).

თუ ბავშვი ვერ იღებს მხარდაჭერას მშობლებისგან ან მასწავლებლისგან, მას შეიძლება დახმარება გაუწიოს სკოლის ექთანმა, მწვრთნელმა.



სურათი 6-4. სკოლის ასაკის ბავშვები მოზრდილებისგანსწავლობენ გარკვეულ უნარ-ჩვევებს

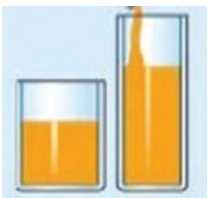
სკოლის ასაკის ბავშვის წარმოდგენა საკუთარ თავზე

ამ პერიოდში, საკუთარ თავზე დადებითი თვითშეფასებისა და წარმოდგენის ჩამოყალიბება არის კრიტიკული. საკუთარი თავის მიმართ წარმოდგენაზე ზეგავლენას ახდენს ფიზიკური გარეგნობა, შესაძლებლობები სპორტში, აკადემიური მიღწევები, მშობლის მიერ თანხმობა და ის, თუ როგორ შეედრება ბავშვი თანატოლებს. მშობლები და თანატოლები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ თვითშეფასების ჩამოყალიბებაში. რაც უფრო ახლოსაა საკუთარ თავზე წარმოდგენა იდეალურთან (როგორიც ბავშვს უნდა რომ იყოს), უფრო მაღალია ბავშვის თვითშეფასება. ასევე, თანატოლების მიერ აღიარება ახდენს ზეგავლენას ბავშვის თვითშეფასებაზე. დადებითი თვითშეფასების მაგალითებია: აზრის გამოთქმის შესაძლებლობა, მუშაობის დროს სხვებთან თანამშრომლობა და დიალოგის დაწყება. ბავშვი დაბალი თვითშეფასებით, შეიძლება იყოს თავისი თავის მიმართ კრიტიკული, გრძნობდეს სირცხვილს, ავლენდეს რეგრესიის ნიშნებს და ჰქონდეს დეპრესიის, შფოთვის, წყენისა და კვებითი აშლილობის განვითარების მაღალი რისკი.

ცნობიერების განვითარება

პიაჟემ (1962) ივარაუდა, რომ 6 წლის ბავშვი სკოლამდელი ასაკის ეგოცენტრული ფიქრებიდან გადადის სკოლის ასაკისთვის დამახასიათებელ უფრო გახსნილ, მოქნილ ფიქრებზე. პიაჟემ მოცემული ცნობიერების განვითარების პერიოდი აღწერა, როგორც კონკრეტული მოქმედებების სტადია. ბავშვი ისმენს თანატოლებისა და მოზარდების იდეებს და შეუძლია დაინახოს მოვლენები მათი გადმოსახედიდან.

გაფართოებული კოგნიტური შესაძლებლობები, ბავშვს საშუალებას აძლევს წარმოიდგინოს სამყარო მისი გამოცდილების გარეშე. თუმცა, იმის გამო რომ აბსტრაქტული ფიქრები ჯერ კიდევ არ არის ჩამოყალიბებული, ბავშვი ამ ასაკში ფიქრობს კონკრეტულად და აწმყო დროის ფარგლებში. კონკრეტული მოქმედებებით ბავშვი იძენს შესაძლებლობებს, როგორიცაა: *კლასიფიკაცია* (საერთო მახასიათებლების მიხედვით საგნების დაჯგუფება), *კონსერვირება* (იგებს რომ ფორმის ცვლილება არ გულისხმობს რაოდენობაში ცვლილებას) და *შექცევადობა* (ამჩნევს რომ მოქმედებები შეიძლება წავიდეს უკუმიმართულებით). მაგალითად, ბავშვს, რომელსაც შეუძლია საგნების კლასიფიცირება, აჯგუფებს ცხოველებს კატის, ძაღლის ან ცხენის ოჯახის მიხედვით და ხშირად აგროვებს ქვებს, ბარათებს ან მონეტებს. კონსერვაცია იწყება ციფრებით, რომელსაც შემდგომ მოსდევს მასა, წონა და მოცულობა. შექცევადობა მნიშვნელოვანია, როდესაც ბავშვი სწავლობს შეკრებას და გამოკლებას და ფიქსირდება, როდესაც ის აწყობს სათამაშოს ან თამაშობს თამაშს უკუღმა. (სურათი 6-5 და სურათი 6-6)

ორიგინალი	ფიზიკური ცვლილება	შეკითხვა	არაკონტრო-ლირებადი პასუხი	კონტროლირებადი პასუხი
ბავშვი თანხმდება, რომ ჭიქებში თანაბარი რაოდენობის სითხე ასხია 		ჯერ კიდევ გვაქვს იგივე რაოდენობის სასმელი თითოეულ ჭიქაში, ან ერთი ჭიქაში მეტია?	არა ისინი არ არის ერთნაირი, მაღალ ჭიქაში უფრო მეტი სითხეა	დიახ, მათ აქვს იგივე მოცულობა; თქვენ უბრალოდ განათავსეთ სასმელი სხვადასხვა ზომის ჭიქაში. ერთი უფრო გრძელი და უფრო თხელია.
ბავშვი თანხმდება, თითოეული ბურთი იგივე რაოდენობით თიხას შეიცავს 		ბურთში და გველში ერთი და იგივე რაოდენობით თიხაა, თუ რომელიმეში არის მეტი?	არა, გველში უფრო მეტი თიხაა, რადგან ის უფრო გრძელია (ან უფრო მეტია ბურთში, რადგან ეს უფრო მრგვალია).	დიახ მათ აქვთ ერთნაირი მოცულობა. უბრალოდ სხვადასხვაა ფორმა.

სურათი 6-5. ფიზიკური ცვლილებები კონსერვაციის ამოცანებში



სურათი 6-6. ეს ახალგაზრდა ასაკის ბავშვი დაეუფლება კონსერვაციის, შექცევადობისა და კლასიფიკაციის ცნებებს მოზარდობაში გადასვლამდე

მეტყველება და კითხვა

სკოლის ასაკის წლებში ბავშვი უფრო მეტად მეტყველებს და მისი სიტყვის მარაგი გაზრდილია 4-ჯერ. 6 წლის ასაკისთვის ბავშვი ეუფლება მეტყველების გრამატიკულ წესებს და სიტყვის მარაგი შედგება 10,000 სიტყვისგან. სკოლის ასაკის დასასრულს ბავშვის სიტყვის მარაგი შედგება 40,000 სიტყვისგან. დამატებით, 6 წლის ბავშვი აწყობს 6 სიტყვიან წინადადებებს და მიყვება ამბავს სურათების გამოყენების გარეშე. 7 წლის ასაკში ბავშვი იგებს დროს და განსხვავებას მარჯვენასა და მარცხენას შორის. 8 წლის ასაკში ბავშვი იყენებს მეტყველებას მსჯელობისთვის. სკოლის ასაკის ბავშვი ასევე იგებს სიტყვებს მისი პირდაპირი და არაპირდაპირი მნიშვნელობით. 11 წლის ასაკში ბავშვი იგებს და იყენებს მეტაფორებს საუბრის დროს, მაგალითად, თავის ტკივილი შეიძლება აღწეროს როგორც "დოლის დარტყმები თავში". ტემპერამენტი, სოციალური და კულტურული ფაქტორები და სასაუბრო გარემო მოქმედებს მეტყველების აღქმაზე. ეს განსაკუთრებით ეხება ვერბალური შესაძლებლობების გამოხატვას, რომელიც საჭიროებს სიტყვების მარტივად გახსენებას და პარაგრაფებისა და ისტორიების წარმოებას.

გარდა კომუნიკაციისა, მეტყველება არის მთავარი იარაღი ბავშვის სოციალიზაციისთვის. თუმცა, იმის გამო, რომ ბავშვის მენტალური შესაძლებლობები და მეტყველების კონტროლი არ არის ბოლომდე ჩამოყალიბებული, ექთანი უნდა ეცადოს გამოიყენოს ბავშვისთვის გასაგები სიტყვები და გადაამოწმოს გასაგები არის თუ არა ის.

სკოლის ასაკის წლებში ბავშვი იწყებს კითხვას ასოების იდენტიფიცირებით, ყვება ისტორიებს სურათებზე დაკვირვებით და იწყებს კითხვას. კითხვის პროცესი უნდა წაახალისოს მშობელმა იმ წიგნის არჩევით, რომელიც ბავშვს მოეწონება და თავად წაუკითხოს ის ან წააკითხოს ის ბავშვს.

მორალის განვითარება

კოლბერგმა (1969) ჩამოაყალიბა მორალური განვითარების 8 საფეხური. სკოლის ასაკის ბავშვი არის მორალური განვითარების კონვენციურ (სტანდარტულ) საფეხურზე (სტადია 3 და 4), როდესაც სინდისი აყალიბებს თავის „წესებს", რომელსაც უნდა მიყვეს, იმისათვის რომ თავი იგრძნოს „კარგად". მე-3 სტადიაზე (6-10 წლის) ბავშვის მორალი დაფუძნებულია მეგობრებთან, ოჯახთან და მასწავლებლებთან პოზიტიურ ურთიერთობაზე და ის თავს არიდებს სხვების მხრიდან უკმაყოფილებას (სურათი 6-7).უბედური შემთხვევები შეიძლება ჩავთვალოთ სასჯელად დაუმორჩილებლობისთვის. მაგალითად, თუ ბავშვმა საძინებელში დააქცია რძე, ის შეიძლება „დაისაჯოს" სათამაშოს გატეხვით. მე-4 სტადიაზე (11-12 წლის) ბავშვი ცდილობს მოიქცეს „კარგად" და ასევე ავლენს პატივისცემას ავტორიტეტის მიმართ. ამ სტადიაზე ბავშვი წესების დასაცავად შეიძლება მოიქცეს უხეშად. ბავშვები ყურადღებას აქცევენ არა მარტო შემთხვევის შედეგს, არამედ მის გამომწვევ გარემოებებსაც.



სურათი 6-7. სკოლის ასაკის ბავშვები სწავლობენ, როგორ დაიცვან წესები და სამაგიდო თამაშები პოპულარული გახადონ

ცხრილში 6-1აღწერილია სკოლის ასაკის ბავშვის განვითარების მნიშვნელოვანი ეტაპები.

ცხრილი 6-1. სკოლის ასაკის ბავშვის განვითარების მნიშვნელოვანი ეტაპები

უხეში და ნატიფი მოტორიკის შესაძლებლობები	ცნობიერების განვითარება	სოციალური განვითარება
6-7 წელი • გარკვეულად წერს ასოებს; • იყენებს დანას, ჩანგალსა და კოვზს; • ატარებს ორბორბლიან ველოსიპედს; • არის უფრო მარჯვე; • ჭრის, აწებებს და კეცავს • ფურცლებს; • იკრავს თასმებს; • ისვრის; • შეუძლია გადახატოს ხუთკუთხა ფიგურა; • დადის სწორ ხაზზე.	• შეუძლია დროის ცნობა; • სწავლობს კითხვას; • გაგებული აქვს მარჯვენა და მარცხენა; • იცის ფულის დათვლა; • დაინტერესებულია მაგიით და ფენტეზით; • განსაზღვრავს საგნებს მათი გამოყენების შესაბამისად; • გახანგრძლივებულია ყურადღების ინტერვალი; • ხალისობს სიტყვების ან სიტყვების დამარცვლის თამაშებით; • ემორჩილება სამ მითითებას; • მოსწონს როდესაც ეხმარება; • იცის რომელი ხელია მარჯვენა და მარცხენა; • აქვს კონკრეტული, ანიმისტური ფიქრები; • არის პირველ ან მეორე კლასში; • ჩაფიქრებულია.	• შეუძლია ჩაცმა და ბანაობა; • შეუძლია თმის დავარცხნა; • ხალისობს მისივე სქესის თანატოლებთან თამაშით; • უზიარებს სხვებს; • შეიძლება ეჭვიანობდეს უმცროს და/ძმაზე; • ჭირდება ყურადღება და შექება; • ნაკლებად აქვს ცვლილებები განწყობაში; • მოსწონს დახმარება სახლის საქმეებში; • მონაწილეობას იღებს სკოლის აქტივობებში; • ყურადღებით ისმენს; • ავლენს დამოუკიდებლობას; • თამაშობს არა ხმაურიან თამაშებს.

8-9 წელი • უვითარდება თვალისა და ხელის კოორდინაცია; • თამაშობს გუნდურ სპორტულ თამაშებს. სხეული არის უფრო მოქნილი; • შეუძლია გამოიყენოს საოჯახო მეურნეობის ნივთები; • შეუძლია ასოების გადაბმულად დაწერა; • დამოუკიდებლად იცვამს; • ხტუნავს, ხატავს 3-განზომილებიან ფიგურებს.	• იგებს დროის ცნებას; • იცის თარიღი და თვე; • აგროვებს და ახარისხებს ნივთებს; • უფრო კარგად კითხულობს; • სწავლობს წილადებს; • იგებს გარემოს, მიზეზს, შედეგს, ბუნების დაცვას; • იცის საგნებს შორის მსგავსებები და განსხვავებები; • შეუძლია უკუსვლით დაითვალოს 20-დან; • ინტერესს ავლენს მუსიკის მიმართ; • ეხმარება სახლის საქმიანობებში; • შეიძლება იყოს კრიტიკული წარუმატებლობის მიმართ; • სწავლობს გამოცდილებებიდან; • პუნქტუალურია; • შეუძლია მარტივი აქტივობების იმპროვიზაცია; • აქვს ნაკლებად ანიმისტური ფიქრები; • არის მესამე ან მეოთხე კლასში.	• მოსწონს შეჯიბრება თამაშში ან სპორტში; • სოციალურია, კარგი ქცევებით; • მორიდებულია; • სხვების მიმართ არის კრიტიკული და მომთხოვნი; • ადარებს საკუთარ თავს სხვებს; • აქვს პასუხისმგებლობის გრძნობა; • წესები არის მნიშვნელოვანი; • დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს საუკეთესო მეგობრებს; • ტოლერანტულია და შეუძლია სხვების მიღება
10-12 წელი • თვალისა და ხელის კოორდინაცია კარგად არის ჩამოყალიბებული; • ჩამოყალიბებულია ნატიფი მოტორიკა; • უხეში მოტორიკა სწრაფი ზრდის გამო შეიძლება იყოს მოუქნელი; • ინარჩუნებს ბალანსს ერთ ფეხზე 15 წამის განმავლობაში; • იჭერს აგდებულ ბურთს; • შეუძლია საჭმლის დამზადება და კერვა.	• უვითარდება აბსტრაქტული წარმოსახვის უნარი; • ნახატები არის უფრო დეტალური; • მარტივად ეფანტება ყურადღება; • იგებს რომ სიკვდილი გარდაუვალია; • უფრო რეალისტია, ვიდრე იდეალისტი; • არის წესიერი; • აინტერესებს მომავალი; • მოსწონს ფაქტების დამახსოვრება და იდენტიფიცირება; • იცის ლიმიტები; • კითხულობს კარგად და საკუთარი სიამოვნებისთვის; • მოსწონს დისკუსიები და დებატები;	• წესები არის მნიშვნელოვანი; • ავლენს ინტერესს საპირისპირო სქესის მიმართ; • კამათობს და/ძმასთან; • უვითარდება სოციალური კომპეტენცია; • დისციპლინირებულია; • მარტივად არის ნასიამოვნები; • დამჯერი; • შეიძლება ჰყავდეს საუკეთესო მეგობარი; • ხდება უფრო დიპლომატიური; • სენსიტიური; • პატივს სცემს მშობლებს; • დამოუკიდებელია;

	• ვერ აცნობიერებს ეფექტს სხვაზე; • იწყებს ფორმალურ ოპერაციებს.	• გარკვეული დროით შეუძლია სახლში მარტო დარჩენა; • გაზრდილია ინტერესი ოჯახის წევრების მიმართ.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება

სკოლის ასაკის წლებში, ბავშვმა უფრო კარგად იცის, როგორ მუშაობს მისი ორგანიზმი და ასევე კარგად აცნობიერებს საკუთარ ფიზიკურ განვითარებას და როგორ უნდა იცხოვროს ჯანსაღად. ამ პერიოდში ბავშვის კვებითი მოთხოვნილებები არის შედარებით მდგრადი და ასევე ბავშვს უნდა მიეცეს საჭმლის დამოუკიდებლად არჩევის უფლება. სკოლამდე დილის საუზმე უნდა შეიცავდეს მნიშვნელოვან საკვებ ნივთიერებებს, რომელიც საჭიროა ბავშვის აკადემიური და ფიზიკური აქტივობებისთვის. სკოლაში ნუტრიციის სწავლება უნდა იყოს პროგრამის ნაწილი, რომლის მეშვეობითაც ბავშვი საკუთარი ცოდნით ამოარჩევს შესაბამისი რაოდენობის და საკვები ნივთიერებებით გაჯერებულ საჭმელს (სურათი 6-8).



სურათი 6-8. სკოლის ასაკის ბავშვებს შეუძლიათ საკვების ამორჩევა, როცა ამის საშუალებაა

მიუხედავად იმისა, რომ სკოლის ასაკის ბავშვს დამოუკიდებლად შეუძლია თავისთვის საჭმლის არჩევა, მაინც ძალიან დიდი ზეგავლენა მოდის მშობლებისა და კულტურისგან, რომლის იგნორირება შეუძლებელია, რადგან ბავშვობის ჩვევების შეცვლა შემდგომ წლებში რთულია. ბევრი ოჯახი მიჰყვება ცხოვრების სწრაფ ტემპს, შესაბამისად, ნუტრიციული საკვები როგორიცაა: ხილი და ბოსტნეული აუცილებლად უნდა იყოს მარტივად ხელმისაწვდომი, რათა თავის არიდება მოხდეს სწრაფი-კვების ობიექტების საკვებისგან, რომელიც დიდი რაოდენობით შეიცავს კალორიებს, ცხიმს, ნატრიუმს და მცირე რაოდენობით ვიტამინებსა და მინერალებს. სწრაფი კვების ობიექტებში რეგულა-

რულად ჭამა გამოიწვევს სიმსუქნეს. რაც მტკიცდება ფაქტით, რომ ბავშვებში სიმსუქნის მაჩვენებელი გაზრდილია ბოლო 3 ათწლეულის განმავლობაში. 1970 წელს, ამერიკაში 6-12 წლამდე ბავშვების 4% აღენიშნებოდა სიმსუქნე. დღეისათვის ამ ასაკის ბავშვების 17%-ში გვხვდება სიმსუქნე ან ჭარბწონიანობა. შესაბამისად, სიმსუქნის სიხშირე ბოლო ათწლეულების განმავლობაში გაზრდილია 4-ჯერ.

ამერიკაში სიმსუქნე მიიჩნევა ბავშვების ჯანმრთელობის ყველაზე მძიმე პრობლემად და ჭარბწონიანი ბავშვების მშობლების უმეტესობა ვერ აფასებს პრობლემის სიმძიმეს. მიუხედავად იმისა, რომ სიმსუქნე გვხვდება ყველა პოპულაციაში, ყველაზე დიდი რისკის ქვეშ მაინც ეთნიკური უმცირესობები არიან. მაგ., ამერიკაში მცხოვრები მექსიკელი ბავშვების 38% და აფრიკელების 34% მსუქანი ან ჭარბწონიანია.

სიმსუქნე ბავშვებში ჯანმრთელობის ძალიან ბევრ პრობლემას იწვევს, როგორიცაა: სისხლის მაღალი არტერიული წნევა, გულის დაავადებები, დიაბეტი, სიმსივნე და ძილის დარღვევები. სიმსუქნე ასევე მოქმედებს ბავშვის ფსიქოლოგიაზე. ბავშვებში სიცოცხლის ხარისხის კითხვარის შედეგების მიხედვით, მსუქან ბავშვებში სიცოცხლის ხარისხი არის დაბალი მსგავსად ბავშვებისა, რომლებიც გადიან ქიმიოთერაპიის კურსს.

მშობლები ხშირად არ ზღუდავენ ამ ასაკის ბავშვებს საკვების მიღებაში, რადგან თვლიან რომ ეს საჭიროა მათი ფიზიკური ზრდისთვის. თუმცა, ადრეული სკოლის ასაკის პერიოდი – 5-7 წელი არის ყველაზე კრიტიკული დრო, როდესაც სიმსუქნე შეიძლება გადავიდეს ზრდასრულ ასაკშიც. კვლევებმა აჩვენა, რომ 8 წლის ასაკის მსუქან ბავშვებში უფრო მაღალია სიმსუქნის ზრდასრულ ასაკში გაყოლის რისკი (განათლების სახელმწიფო საბჭოს ეროვნული ასოციაცია). კვების გულმოდგინედ დაგეგმვა, გრაფიკის გაწერა თითოეულ კვებასა და წახემსებაზე და ფიზიკური აქტიურობა აუცილებელია სკოლის ასაკის ბავშვის ფიზიკური და ემოციური ჯანმრთელობისთვის. ცხრილში 6-2განხილულია სკოლის ასაკის ბავშვისნუტრიციული მოთხოვნილებები (სურათი 6-9).

ცხრილი 6-2. სკოლის ასაკის ბავშვის ნუტრიციული მოთხოვნილებები

საკვები	**დღიური ნორმა**
რძის ნაწარმი (რძე, ყველი, იოგურტი)	2-3
მჭლე ხორცი, ქათამი, თევზი, პარკოსნები, კვერცხი, არაქისის კარაქი	3 ან მეტი
პური, ბრინჯი, მაკარონი	6-9
ბოსტნეული	3-5



სურათი 6-9. გარე საქმიანობა ხელს უწყობს ბავშვებში სიმსუქნის თავიდან აცილებას და თვითშეფასების განვითარებას

ძილი და დასვენება

ძილი მნიშვნელოვანია ბავშვის ზრდისა და განვითარებისთვის, თუმცა სკოლის ასაკის ბავშვების უმეტესობას აღარ იძინებს შუადღის ძილის დროს. მიუხედავად იმისა, რომ ღამის ძილის ჩვევები განსხვავებულია, 6 წლის ასაკის ბავშვს ჭირდება ძილი სულ მცირე 10 საათი და 12 წლის ბავშვს კი – 8-9 საათი. ძილი არის აუცილებელი ბავშვის ფიზიკური ზრდის დაჩქარებისთვის და გაუმჯობესებული აკადემიური მოსწრებისთვის. თუ ბავშვი არ ისვენებს საჭირო რაოდენობით, ის ხდება გაღიზიანებული და შემცირებული აქვს ყურადღების ინტერვალი სკოლაში, რაც საბოლოო ჯამში გამოიწვევს დაბალი შედეგების მიღებას.

პარასომნიები როგორიცაა: კოშმარები, ღამის შიშები, ძილში სიარული საშუალოდ ვლინდება 3-8 წლამდე ასაკში. ღამის კოშმარები და ღამის შიშები უფრო იშვიათია სკოლის ასაკის წლებში და ხშირად არ იწვევს დღის განმავლობაში ძილიანობის გაზრდას. თუმცა, გამოთვლილია, რომ *სომნამბულიზმი* ან ძილში სიარული გვხვდება 4-8 წლის სკოლის ასაკის ბავშვების 15%-ში. ბავშვებს დილით ხშირად არ ახსენდებათ ძილში სიარულის ეპიზოდი, ძირითადად ის გვხვდება ბიჭებში და შეიძლება ასოცირებული იყოს ღამის ენურეზთან. უმეტეს შემთხვევაში, ძილში სიარული აღარ ფიქსირდება მოზარდობის პერიოდში. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება უსაფრთხოებას და ის უნდა მოიცავდეს კარების დაკეტვას, ბავშვის საპირფარეშო ოთახის კარზე ზარის ჩამოკიდებას, რაც გააღვიძებს მშობლებს. *სომნილოქვია* ან ძილში ლაპარაკი გვხვდება ნებისმიერ ასაკში და არანაირად არ გულისხმობს რაიმე ჯანმრთელობის პრობლემას და არ საჭიროებს ჩარევას.

პირის ღრუს ჯანმრთელობა

სკოლის ასაკის პერიოდში ხდება ოცივე სარძევე კბილის ამოღება და მათი ჩანაცვლება მუდმივი კბილებით. მოცემული პროცესი ძირითადად იწყება 5 წლის ასაკში და მთავრდება მოზარდობის პერიოდის დაწყებამდე, გამონაკლისია სიბრძნის კბილები. პირველი მუდმივი კბილები ამოდის 6 წლის ასაკისთვის და მათ ეწოდება ცენტრალური მჭრელები და პირველი საღეჭი კბილები.შემდეგი 5 წლის განმავლობაში, სარძევე კბილების ჩანაცვლება მუდმივი კბილებით ხდება წელიწადში 4 კბილის ამოღების სიხშირით. როდესაც ბავშვი იწყებს კბილების მოცვლას, ამოღების სიხშირე განპირობებულია გენეტიკით და სქესით. კბილების ამოღება უფრო ადრეული ასაკიდან იწყება გოგონებში ვიდრე ბიჭებში. თუმცა, ორივე სქესს, სკოლის ასაკის წლების დასრულებისას ამოღებული აქვს 20-ვე სარძევე კბილი და ისინი ჩანაცვლებულია 28-32 მუდმივი კბილით (შტედმანის სამედიცინო ლექსიკონი). მუდმივი წინა კბილები ჩანს უფრო დიდი, სახის ზომებთან შედარებით, რაც ბავშვს აძლევს უცნაურ შესახედაობას (სურათი 6-10).



სურათი 6-10. 6-11 წლის ბავშვები კარგავენ სარძევე კბილებს

სკოლის პერიოდში თანკბილვა, ანუ კბილების ურთიერთგანლაგების ანომალია შეიძლება მოხდეს, რაც ნიშნავს, რომ მუდმივი ზედა და ქვედა კბილები ერთმანეთს არ უახლოვდება, რაც იწვევს მათ მჭიდრო ურთიერთგანლაგებას და არათანაბრობას. თანკბილვა გვხვდება სკოლის ასაკის ბავშვების 30%-ში და საჭიროებს ორთოდონტის ჩარევას. იმ შემთხვევაში თუ ბავშვს დასჭირდა ბრეკეტები, კარიესისგან თავის დასაცავად აუცილებელია კბილების ხშირად გახეხვა და გამოვლება.

უსაფრთხოება და ზიანის პრევენცია

მოცემულ ასაკში სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირი მიზეზია უბედური შემთხვევა. შესაბამისად, ჯანმრთელობის შესახებ განათლება უნდა ფოკუსირდეს უბედური შემთხვევების პრევენციაზე. დაახლოებითი სამედიცინო ხარჯები და დანაკარგები ბავშვის უნებლიე ზიანთან შედარებით არის 50 მილიარდი დოლარით მეტი. მოცემულ ასაკში უბედური შემთხვევების მაღალი მაჩვენებელი გამოწვეულია ბავშვის გაზრდილი დამოუკიდებლობით, სხვადსხვა ფიზიკურ აქტივობაში მომატებული ჩართულობითა და თანატოლებისთვის თავის მოწონების სურვილით. ამ ასაკში უბედური შემთხვევების უმეტესობა დაკავშირებულია ავტო კატასტროფებთან, როგორც ქვეითი ასევე მგზავრი. წელიწადში დაახლოებით 900 ქვეითი ბავშვი კვდება და 51,000 არის ტრავმირებული. 1980-იან წლებში, 10-14 წლამდე ბავშვებში იზრდებოდა ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ზიანის რიცხვი და 1990 წელს, ამ ასაკის ჯგუფში 1-8 ბავშვი მოკვდა ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობით. თუმცა, ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში უნებლიე ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ზიანის რიცხვი შემცირებულია 74%-ით (მსოფლიოს უსაფრთხო ბავშვები). სავარაუდოდ, ცეცხლსასროლი იარაღის საფრთხის შესახებ გაზრდილი ცნობიერების გამო.

დამოუკიდებლობის გაზრდილი სურვილისა და თანატოლებისთვის თავის მოწონების გამო, ბავშვები ხშირად ხვდებიან, მაგრამ არ ემორჩილებიან მშობლის მიერ დაწესებულ წესებს. მიუხედავად ამისა, უსაფრთხოების წესების დაცვა კარგად უნდა იყოს ბავშვისთვის განსაზღვრული და დისციპლინით უზრუნველყოფილი. მნიშვნელოვანია მანქანის, ველოსიპედის, სკეიტბორდისა და ცურვის უსაფრთხოების წესების განსაზღვრა და ცეცხლსასროლი იარაღისა და უცხო პირებისგან თავის არიდება. სკოლის ასაკის ბავშვის ქცევაზე ხშირად ზემოქმედებს მშობლის მაგალითი; უსაფრთხოების ის წესები, რომელსაც ბავშვები გამოიყენებენ მოზრდილ ასაკში, ხშირად პროგნოზირებადია ამჟამად მშობლის ქცევით.

ჯანმრთელობის სკრინინგი

როდესაც სკოლის ასაკის ბავშვი ხდება ავად, ხშირ შემთხვევაში ეს არის უმნიშვნელო ავადმყოფობა. საშუალოდ სკოლის ასაკის ბავშვი ყოველწლიურად წელიწადში ორჯერ მიდის ექიმთან ვიზიტზე. AAP-ის რეკომენდაციით რუტინული ფიზიკური გამოკვლევა საჭიროა 2 წელიწადში ერთხელ და ის სასურველია ჩატარდეს შემდეგ ასაკებში: 5, 6, 8, 10, 11 და 12. მოცემული გამოკვლევები მოიცავს: სიმაღლის, წონის, სასიცოცხლო ნიშნების ფიზიკურ გამოკვლევას, მხედველობის და სმენის სკრინინგს და კვების შეფასებას, მათ შორის თამბაქოს, სიგარეტისა და წამლების მოხმარებას. დამატებით სახლის, განათლების და დასაქმების, თანატოლებთან აქტივობების, წამლების, სექსუალობის, სუიციდისა და დეპრესიის გამოკვლევა ერთიანად აფასებს სკოლის ასაკის ბავშვს. ასევე რეკომენდირებულია სკრინინგისქოლიოზზე. ასევე მოწოდებულია ტუბერკულოზის ტესტი ყოველწლიურად მაღალი რისკის მქონე ბავშვებში.

იმუნიზაცია

ბაღში შესვლის წინ ბავშვს ჩატარებული აქვს ყველა რეკომენდებული ვაქცინა. სკოლის ასაკის წლებში, 4-6 წლამდე რეკომენდებულია დამატებითი დოზით დიფტერია, ტეტანუსის და ყივანახველას ვაქცინა და წითელა, წითურა და ყბაყურას ვაქცინა. თუ ბავშვს არ გაუკეთდა წითელა, წითურა, ყბაყურას დამატებითი ვაქცინა, ის უნდა გაკეთდეს 11-12 წლის ასაკში ტეტანუსის და დიფტერიის დამატებით ვაქცინასთან ერთად, რომელიც შემდგომ უნდა ჩატარდეს ყოველ 10 წელიწადში ერთხელ. 2019 წლის რეკომენდაციები 7-18 წლამდე იმუნიზაციის კალენდართან დაკავშირებით შეგიძლიათ იხილოთ დაავადებათა კონტროლის (CDC) საიტზე.

სკოლა

ბავშვისთვის სკოლა არის ახალი სამყარო, რომელიც ხელს უწყობს მისი ფიზიკურ, ინტელექტუალურ და სოციალურ განვითარებას. სკოლა ზეგავლენას ახდენს ბავშვის ხასიათზე და ყველა სკოლას აქვს პოტენციალი, რომ ხელი შეუწყოს ბავშვის პროსოციალური ქცევების განვითარებას. თუ სკოლის ასაკის ბავშვი თვლის, რომ მის სკოლაში არის მზრუნველი გარემო და ურთიერთობა თანატოლებთან, ის ნაკლებად შეეცდება სკოლის გაცდენას ან გადასვლას სხვაგან. სკოლაში მასწავლებელი უზრუნველყოფს იმ სტრუქტურულ გარემოს, სადაც ბავშვი სწავლობს, ასევე არეგულირებს როგორ ან ვისთან ერთად სწავლობს ის და როგორ კონტექსტში ხდება სწავლება.

მასწავლებელი წარმოადგენს მისაბაძ პიროვნებას: ისინი ცდილობენ ბავშვის ინტელექტუალური განვითარების სტიმულირებას, ხელს უწყობენ ბავშვის ღირებულებების ჩამოყალიბებას და შეიძლება გახდნენ ბავშვის სკოლაში წარმატების მიღწევის მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორი. ბავშვი, რომელიც უმკლავდება სიღარიბეს, დაცინვასა და ძალადობას, პოულობს უსაფრთხო თავშესაფარს სკოლაში, სადაც მასწავლებლის პოზიტიური ზეგავლენის დახმარებით ის უკეთ შეძლებს ცხოვრების სირთულეებთან გამკლავებას. მოტივირებულ მასწავლებლებს დიდი წვლილი მიუძღვით ბავშვების აკადემიური მოსწრების შენარჩუნებაში წლების მანძილზე.

ბავშვებს შორის სოციალური ინტერაქციის განვითარებასთან ერთად, ასევე ვითარდება მათი ცოდნის გადაცემის უნარი. ვიგოტსკი (1962) თვლიდა, რომ როდესაც განვითარების რომელიმე სტადიაზე მყოფი ბავშვი ეხმარება იმავე სტადიაზე მყოფ სხვა ბავშვს, ორივე იღებს სარგებელს.

საშინაო დავალება

სკოლის ასაკის ბავშვებს შეიძლება ქონდეთ გასაკეთებელი საშინაო დავალება მიუხედავად იმისა, რომ მასწავლებლები ხშირად ცდილობენ დავალების სკოლაში შესასრულებლად დამატებითი დროის გამოყოფას. თუ ბავშვს სახლში აქვს შესასრულებელი საშინაო დავალება, მშობლებმა უნდა:

1. უზრუნველყოს მეცადინეობისთვის შესაბამისი გარემო, სადაც ბავშვს არ გაეფანტება ყურადღება. ეს გულისხმობს მშვიდ ადგილს, ტელევიზიის გარეშე, რომელიც არის კარგად განათებული და არ არის არეული;

2. დაინტერესდით ბავშვის დავალებით. შეამოწმეთ შეასრულა თუ არა ის და გაუგებრობის შემთხვევაში იყავით მზად რომ აუხსნათ პირობა;
3. იყავით მზად, რომ დაეხმაროთ ბავშვს რთული თემის გაგებაში მითითებების მიცემით და არა პასუხის თქმით. მშობელს შეიძლება დასჭირდეს ტუტორის აყვანა;
4. შეამოწმეთ ბავშვის სკოლის შემდგომი აქტივობები, განსაკუთრებით თუ აქტივობების გამო ბავშვს რჩება ცოტა დრო დავალების შესასრულებლად;
5. იყავით პოზიტიურად განწყობილი დავალების მიმართ და ბავშვსაც ექნება მსგავსი დამოკიდებულება;
6. დააკვირდით მეცადინეობის დროს იმედგაცრუების ნიშნებს და მიეცით ბავშვს პატარა შესვენებების გაკეთების უფლება;
7. წაახალისეთ ბავშვის მუშაობის პროგრესი.

თამაში

პიაჟემ (1962) სკოლის ასაკის ბავშვებში თამაში აღწერა, როგორც თამაში წესების დაცვის მიხედვით, რადგან ბავშვს უკვე შეუძლია ობიექტურად ფიქრი და შესაბამისად შეუძლია ჯგუფურ აქტივობებშიც მონაწილეობის მიღება. სკოლის ასაკის ბავშვი იწყებს თანამშრომლობის ცნების გაგებას და გუნდური თამაშის დროს ცდილობს ითანამშრომლოს სხვა წევრებთან თავისივე გუნდის სასიკეთოდ. წესებზე მკაცრად დამორჩილება ქმნის ერთგვარ ჩარჩოს თამაშში და უზრუნველყოფს დაცულობის შეგრძნებას. ამ ასაკში ბავშვები ერთობიან ვიდეო თამაშების თამაშითა და ტელევიზორის ყურებით. ბოლო კვლევებით გამოვლინდა, რომ 8-13 წლამდე ასაკის ბიჭები საშუალოდ კვირაში 7.5 საათს ატარებენ ვიდეო თამაშებში. მოცემული აქტივობები უნდა იყოს ლიმიტირებული, რადგან ისინი წარმოადგენენ უმოძრაო აქტივობას (სურათი 6-11).



სურათი 6-11. სკოლის ასაკის ბავშვებში ჯიბის კომპიუტერული თამაშები ძალიან პოპულარულია. მაგრამ მათი გამოყენება უნდა შეიზღუდოს

თამაში გვაძლევს საშუალებას, გავიგოთ როგორი ფიზიკური შესაძლებლობები აქვს ბავშვის ორგანიზმს, როდესაც სტიმულირდება უხეში და ნატიფი მოტორიკის განვითარება. როდესაც ბავშვი ხდება 6 წლის, განვითარებას იწყებს მისი ფიზიკური სიძლიერე და ამტანობა, რაც ხელს უწყობს მის ფიზიკურ ჯანმრთელობასა და იმედგაცრუებებისაგან გათავისუფლებას. ბავშვები ხალისობენ სამაგიდო თამაშების თამაშით, კოლექციების შეგროვებით, სიმღერის მოსმენით ან დაკვრით და ცურვის აქტივობებით (სურათი 6-12). საბოლოოდ, რადგან სკოლის ასაკის ბავშვი იყენებს თამაშს ემოციების გამოსახატავად, მშობელმა უნდა მიიღოს მონაწილეობა ბავშვთან თამაშის დროს, რაც უფრო მეტად გააძლიერებს ემოციურ კავშირს.



სურათი 6-12. სკოლის ასაკის ბავშვები ერთობიან წყლის თამაშებით

ფიზიკური აქტივობა

მიუხედავად იმისა, რომ ფიზიკური აქტივობა აუცილებელია ჯანმრთელობისთვის, 1999 წელს საშუალო სკოლის მოსწავლეების 35%-მა მიიღო მონაწილეობა ფიზიკური განათლების ყოველდღიურ კლასებში, განსხვავებით 1991 წლისგან, როდესაც მონაწილეობა მიიღო 57%-მა. დღეისათვის, აშშ-ში კერძო და საჯარო სკოლების 8% უზრუნველყოფს ფიზიკური განათლების ყოველდღიურ კლასებს. კერძოდ, ამერიკელი სკოლის ასაკის ბავშვი საშუალოდ კვირაში მხოლოდ 1 საათსა და 20 წუთს ატარებს ფიზიკური განათლების მიღების აქტივობებზე. მიუხედავად იმისა, რომ სკოლის ასაკის ბავშვების უმეტესობა არის აქტიური, მაინც არსებობს ნერვიულობის

მიზეზი შემცირებული ფიზიკური აქტივობისა და გაზრდილი უმოძრაო აქტივობების გამო, როგორებიცაა: ტელევიზორის ყურება და კომპიუტერული თამაშების თამაში. ამერიკაში ბავშვი წელიწადში საშუალოდ 15,000 საათს ტელევიზორის ყურებაში ატარებს (პედიატრიულ ექთანთა საზოგადოება). ჭარბწონიან ბავშვს ფიზიკური აქტივობა დაეხმარება წონის დაკლებაში; მეორე ტიპის დიაბეტით დაავადებულ ბავშვებში ფიზიკური აქტივობა აუმჯობესებს ინსულინზე მგრძნობელობას. ფიზიკური აქტივობა ასევე ასოცირებულია ფსიქოლოგიურ სარგებელთანაც, როგორიცაა საკუთარ თავზე დადებითი წარმოდგენა და თავდაჯერებულობა, შემცირებული დეპრესიისა და შფოთვითი აშლილობის შემთხვევები. სკოლის ასაკის ბავშვისთვის ფიზიკური აქტივობა არის მრავალფეროვანი და მოიცავს სიარულს, ლაშქრობას, ცეკვას, სპორტულ აქტივობებს. ძალიან მნიშვნელოვანია რომ ბავშვმა იპოვოს მისთვის სახალისო ფიზიკური აქტივობა, რადგან ფიზიკური აქტივობით ბავშვი სარგებელს იღებს მთელი ცხოვრების განმავლობაში.

აქტივობების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური სარგებლის გათვალისწინებით, ყველა ფიზიკური ან ემოციური შეზღუდულობის მქონე ბავშვი უნდა წახალისდეს თავისი შესაძლებლობებისთვის შესაბამის აქტივობებში მონაწილეობის მიღებით. ექთანმა ხელი უნდა შეუწყოს განსაკუთრებული მზრუნველობის საჭიროების მქონე ბავშვების ზრდასა და განვითარებას.

სპორტი

რაც უფრო იზრდება ბავშვის ძვლებისა და კუნთების ზრდის სიჩქარე, მით უფრო სრულყოფილი ხდება მოტორული უნარები, როგორიცაა: ხტომა, სროლა და დაჭერა. თუმცა, არასრული ჩამოყალიბების გამო ბავშვის ძლები და კუნთები მარტივად შეიძლება დაზიანდეს. შესაბამისად, ფიზიკური აქტივობები უნდა შეირჩეს გულმოდგინედ, ბავშვის ფიზიკური შესაძლებლობების შესაბამისად და არა მშობლის სურვილით. ასევე დამატებით ყურადღებას საჭიროებს ისეთი აქტივობები, რომელიც სტრესულად მოქმედებს ბავშვის ფიზიკურ განვითარებასა და ამტანობაზე, მაგალითად, კონტაქტური სპორტი და დიდ მანძილზე სირბილი. სპორტის სახეობები, რომელიც ასოცირებულია სკოლის ასაკის ბავშვებში ზიანთან, არის ფრენბურთი და ფეხბურთი.

როგორც კი ბავშვი შეძლებს წესების დაცვით ჯგუფურ თამაშს, მისთვის საინტერესო ხდება გუნდური ტიპის სპორტი. გუნდური თამაში ხელს უწყობს ფიზიკურ და სოციალურ განვითარებას, რადგან ბავშვები ადრეული ასაკიდან ისწავლიან თანამშრომლობას და ერთი მიზნისთვის მუშაობას თანაგუნდელებთან ერთად. სპორტი ხელს უნდა უწყობდეს ყველა ბავშვის ჩართულობას და ასევე ყველა მონაწილეს უნდა აქცევდეს ყურადღებას, არა გამორჩეულად რამდენიმეს. თუმცა, სკოლის ასაკის ბავშვებისთვის მნიშვნელოვანია გამარჯვება და კონკურენცია, ამიტომ მნიშვნელოვანია ბავშვმა იპოვოს ჯანსაღი ბალანსი თამაშის სურვილს და კონკურენციასა და გამარჯვებისთვის თამაშს შორის (სურათი 6-13).



სურათი 6-13. ბავშვები სიამოვნებით თამაშობენ კალათბურთს

თანატოლები

სკოლის ასაკის წლებში ბავშვი გადადის სახლისა და მშობლების გარემოდან სკოლისა და თანატოლების სამყაროში. რაც უფრო იზრდება სკოლის ასაკის ბავშვი, მით უფრო მეტად დამოუკიდებელი ხდება ის და უფრო მეტ დროს ატარებს მსგავსი სქესის თანატოლებთან, ყალიბდება ისეთი ურთიერთობები, რომელიც იქონიებს გავლენას მის ცხოვრებაზე. თანატოლები ერთმანეთს ეხმარებიან გარე სამყაროს, ყველა მისი შესაძლებლობების, ზეგავლენისა და თავდაჯერებულობის სწავლაში და არიან მნიშვნელოვანი მრჩეველები საჭირო შემთხვევების დროს. თანატოლებთან ინტერაქციახელს უწყობს ბევრი სოციალური ქცევის ჩამოყალიბებას და ბევრი ისეთი სიტუაციის მართვას, როგორიცაა: კონკურენცია, აგრესია, უთანხმოება და უარყოფა.

სხეული

სკოლის ასაკის ბავშვს შესწავლილი აქვს თავისი სხეული და ის ხშირად ადარებს მას თანატოლების ან ზრდასრულების სხეულთან. ბავშვები ასევე მწვავედ აღიქვამენ ფიზიკურ სხვაობებს სიმაღლესა ან წონაში. სკოლის ასაკის ბავშვებმა, რომლებიც განიცდიან ამ სხვაობებს, შეიძლება არაკომფორტულად იგრძნონ თავი აუზზე ყოფნისას და

არ მიიღონ მონაწილეობა ისეთ აქტივობებში, სადაც მათი "განსხვავებულობა" იქნება ხილული. თუ ბავშვი არის შშმ პირი, სხვა ბავშებისთვის ის უფრო მეტად თვალშისაცემია და მას ამის გამო შეიძლება არ მიაღებინონ სხვადასხვა აქტივობებში მონაწილეობა. მშობლებმა უნდა აუხსნან შვილებს, რომ ყველა ბავშვი არის ინდივიდუალურად განსხვავებული. ბავშვები, რომლებიც ყურადღებას აქცევენ შშმ ბავშვებს, უნდა აცნობიერებდნენ, რომ ტკივილს აყენებენ მათ მსგავსი ქცევითა და კომენტარებით.

ძალადობა

სკოლის ასაკი არის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პერიოდი სოციალური უნარ-ჩვევების განვითარებისათვის. ის ბავშვები, რომლებსაც არ აქვთ გამომუშავებული სოციალური უნარები, გამოხატავენ ბრაზს ძალადობის ფორმით და აყენებენ გარშემომყოფებს სიტყვიერ და ფიზიკურ ზიანს. კვლევებმა აჩვენა, რომ სკოლის ასაკის ბავშვების 50% ერთხელ მაინც ყოფილა ძალადობის მსხვერპლი (ამერიკის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიის აკადემია). ასევე კვლევებმა აჩვენა, რომ 11-18 წლამდე ახალგაზრდების 20% არის ონლაინ ძალადობის მსხვერპლი, ასევე ცნობილი როგორც *კიბერბულინგი.*

ძალადობას უფრო ხშირად გამოხატავენ ბიჭები. მოძალადე ბავშვები ცდილობენ აკონტროლონ ან გამოავლინონ ძალაუფლება სხვებზე და ხშირად თავად არიან ძალადობის მსხვერპლი. ძალადობა ყველაზე ინტენსიურად ვლინდება საშუალო სკოლის პერიოდში და ასაკთან ერთად მცირდება. ძალადობას უფრო ხშირად ავლენენ ემოციური ან ფიზიკური უნარშეზღუდულობის მქონე ბავშვებზე. ძალადობის ნიშნებია: სხეულზე ნაკაწრები და დაჟეჟილობები, მშობლისთვის დამატებით ფულის სკოლაში წასაღებად თხოვნა, სკოლის ხშირად გაცდენა. ძალადობა ნეგატიურად აისახება ბავშვის მეცადინეობაზე, თავდაჯერებულობაზე და ხდის ბავშვს უფრო აგრესიულს. თუ ბავშვზე ძალადობა გრძელდება, მსხვერპლი ხდება უფრო დეპრესიული, გრძნობს თავს გარიყულად და შეიძლება გახდეს სუიციდის მსხვერპლიც კი (ამერიკის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიის აკადემია). ძალადობის მსხვერპლი არ თვლის საკუთარ თავს სკოლის წევრად. ასეთ სიტუაციებში სკოლის ექთანმა შეიძლება ითამაშოს მნიშვნელოვანი როლი მოძალადისა და მსხვერპლის იდენტიფიცირებაში და იმოქმედოს ბავშვების უსაფრთხოებისთვის. მოქმედებაში იგულისხმება სკოლის დირექტორისთვის, მასწავლებლებისთვისა და მშობლებისთვის ინფორმაციის მიწოდება და ასევე ძალადობის საწინააღმდეგო პროგრამების ჩამოყალიბება და გავრცელება.

სტრესი

განიხილეთ შემდეგი სიტუაციები:

1. 12 წლის გიორგის აქვს ასთმის შეტევა და შემოიყვანეს გადაუდებელ განყოფილებაში;
2. 10 წლის მარიამმა სახლში მოიტანა ნიშნების ფურცელი 10-იანებით და ერთი 8-იანით;
3. 6 წლის ნიკა მიიყვანეს საავადმყოფოში საოპერაციოდ;
4. 8 წლის ნინოს მამას დაუსვეს სიმსივნის დიაგნოზი და იგეგმება ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია.

ამ სიტუაციებში მყოფი ბავშვების ცოდნის გარეშე ჩვენ ვერ მივხვდებით განიცდიან თუ არა ისინი სტრესს. სტრესი არის ადამიანის ცხოვრების ნაწილი, მათ შორის სკოლის ასაკის ბავშვისაც. დღევანდელ სამყაროში სკოლის ასაკის ბავშვები მუდმივად განიცდიან სტრესს. განსხვავებით სხვა პერიოდებისგან, დღეს ბავშვები უფრო ხშირად ხედავენ მშობლების დაშორებას, თანატოლებისგან ძალადობას და წამლებისა და ალკოჰოლის მოხმარებას. ბავშვისთვის სიტუაცია მიიჩნევა სტრესულად, როდესაც დარღვეულია ბალანსი ბავშვზე დაკისრებულ მოთხოვნებსა და ბავშვის მიერ ამ მოთხოვნების შესრულების უნარებს შორის. ასევე, თუ რაღაცა იწვევს სტრესს ერთ ბავშვში, შეიძლება საერთოდ არ იყოს სტრესული სხვა ბავშვისთვის; თუ ბავშვი გრძნობს სხვებისგან თანადგომას ის უფრო პოზიტიურად უყურებს ამ გამოწვევას. თუ ბავშვი ვერ აკმაყოფილებს მასზე დაკისრებულ მოთხოვნილებებს და განიცდის სტრესს, ის შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი ნიშნებით (იხილეთ ცხრილი 6-3).

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გამოცდილებები ხშირად იწვევს სტრესს ბავშვებში, რადგან ეს გულისხმობს ოჯახის წევრებისგან, მეგობრებისგან დაშორებას, სკოლაში სიარულის შეწყვეტას და დაზიანებისა და ტკივილის საფრთხეს. ქირურგიული ოპერაცია არის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი სტრესორი, რომელსაც ახასიათებს კონტროლის კარგვა, ტკივილის შიში, დაშორება ოჯახის წევრებისგან. შესაბამისად, თუ ბავშვმა უნდა გადაიტანოს რაიმე სტრესული მოვლენა (მაგ., ქირურგიული ოპერაცია), აუცილებელია მისი 1 კვირით ადრე შემზადება, ყველა კითხვებზე პასუხის გაცემა და სტრესის გადალახვის სტრატეგიების დასახვა. მშობლები აუცილებლად უნდა იყვნენ განსწავლულნი, რომ არ გამოავლინონ სიბრაზე და გამოხატონ თანადგომა ბავშვის მიმართ.

ცხრილი 6-3. სტრესის ნიშნები

- დაღლილობა;
- გაღიზიანებადობა;
- შფოთვა;
- დაქვეითებული თავდაჯერებულობა;
- ცვლილები ძილის ციკლში;
- ემოციური ჭამა;
- თავის, მუცლის, წელის ან კისრის ტკივილზე ჩივილი;
- წამალზე დამოკიდებულება;
- აკადემიური მოსწრების გაუარესება;
- საზოგადოებიდან გარიყვა.

სახლში ზედამხედველობის გარეშე დატოვებული ბავშვი

დღესდღეობით, ერთი მშობლის ან ორივე მშობლისგან შემდგარ ოჯახებში უფრო მეტი მშობელი მუშაობს სახლის გარეთ. საშუალოდ 28 მილიონი სკოლის ასაკის ბავშვის მშობელი მუშაობს სახლის გარეთ (სკოლის შემდგომი ალიანსი). შედეგად, ძალიან ბევრი ბავშვი სკოლის მერე მიდის ცარიელ სახლში და იმყოფება ზედამხედველობის

გარეშე გარკვეული დროის განმავლობაში. უფრო მეტიც, ბავშვი სახლის გარეთ მომუშავე მშობლებს დატოვებული ყავთ უფროსი და/ძმის ზედამხედველობის ქვეშ. მშობლების ყურადღების არ ქონის გამო ბავშვები ხშირად არიან ფიზიკური, სოციალური პრობლემებისა და შიშის განცდის მაღალი რისკის ქვეშ. შუადღის 3-6 საათამდე შუალედში ყველაზე ხშირად ფიქსირდება მოზარდებში კრიმინალი, სექსის, თამბაქოსა და ალკოჰოლის გასინჯვა.

გულწრფელობა

სკოლის ასაკის ბავშვებში იშვიათად ფიქსირდება მოპარვა, მოტყუება ან თაღლითობა. მიუხედავად იმისა, რომ მსგავსი ქმედებები ხშირად აღელვებს მშობლებს, ის მაინც წარმოადგენს გადალახვად ფაზას, რომელიც ყველა ბავშვმა უნდა გაიაროს და რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს ცნობიერების ჩამოუყალიბებლობასთან, არაა გამორიცხული, რომ მსგავსი ქცევები მიგვანიშნებდეს რაიმე სერიოზულ პრობლემაზე. პატარა ბავშვები იპარავენ იმ მიზეზით, რომ ჰქონდეთ ის რაც აქვს სხვას. ისინი თვლიან, რომ მას ექცევიან უსამართლოდ და ხშირად უნდათ შურისძიება. ასევე, ბავშვები ირგვლივ აკვირდებიან როგორ იღებენ მშობლები ერთმანეთის ნივთებს (საფულიდან ფულის აღება, ტანსაცმლის აღება) და ხედავენ რომ ამ ქმედებებით არაფერი შავდება. ბავშვები ხშირად თაღლითობენ თამაშის მოგების მიზნით. თუ მშობლისთვის ბავშვის მოგება არის მნიშვნელოვანი ან თუ ბავშვი ხედავს როგორ თაღლითობენ მშობლები, ამან შეიძლება განაპირობოს ბავშვის მიერ მსგავსი ქცევების განმეორება. პატარა ბავშვები არასათანადო ქცევის გამო ხშირად იტყუებიან ან თავს არიდებენ დასჯას. მაშინ როდესაც, მოზრდილი ბავშვები იტყუებიან იმის გამო, რომ ვერ დააკმაყოფილეს მშობლის ან მასწავლებლის მოლოდინები. მიუხედავად იმისა, რომ ტყუილი არის განვითარების ნორმალური ასპექტი, არ შეიძლება მისი სრულად უგულებელყოფა.

საზღვრების დაწესება და დისციპლინა

მშობლებმა უნდა აღზარდონ სკოლის ასაკის ბავშვი თბილი, თანამდგომი და ემპათიური ურთიერთობის დამყარებით. ქცევის ლიმიტების მკაფიო განსაზღვრითა და წახალისებით მშობელი ეხმარება სკოლის ასაკის ბავშვს თავდაჯერებულობის ჩამოყალიბებაში. ასევე, ის მშობლები რომლებიც ავლენენ პასუხისმგებლობას, წარმოადგნენ ბავშვისთვის კარგ მაგალითს.

არაპირდაპირი გზებით ბავშვში დისციპლინის გამომუშავება წარმოადგენს ფუნდამენტალურ მეთოდს. მნიშვნელოვანია მშობელი ბავშვს მოექცეს როგორც პიროვნებას, რომლის კითხვები და გრძნობები უნდა იყოს სერიოზულად აღქმული. ბავშვის მოთხოვნები შეიძლება ყოველთვის არ დაკმაყოფილდეს, თუმცა არასოდეს არ უნდა იყოს უგულებელყოფილი. სკოლის ასაკის ბავშვს აქვს დამახასიათებელი ხედვა და გამორჩეული მოთხოვნილებები. მშობელი უნდა იყოს არა მარტო თბილი და ემპათიური, არამედ საუკეთესო მაგალითი გულწრფელობისა და პროსოციალური ქცევის (დახმარება, გაზიარება და ზრუნვა). სკოლის ასაკის ბავშვს ჩამოყალიბებული აქვს ლოგიკური მსჯელობის უნარი, შესაბამისად, შესაძლებელია შეუსაბამო ქცევებზე და მათ შედეგებზე ლაპარაკი. პრივილეგიების წართმევა ხშირად დისციპლინირების დამაკმაყოფილებელი მეთოდია.

სექსუალობა

სკოლის ასაკის ბავშვი შეიძლება ჩაერთოს რაიმე ფორმის სექსუალობასთან დაკავშირებულ თამაშში. ეს არის ნორმალური ქცევა. მშობელი უნდა ეცადოს ნაკლებად გაამახვილოს ყურადღება მის ამ საქციელზე. მანამ სანამ მშობელი არ იქნება გულწრფელი და ღია ამ თემებთან დაკავშირებით, მანამდე ბავშვი ეცდება კითხვები დაუსვას თანატოლებს. უმეტესწილად თანატოლებისგან ინფორმაცია არის არასწორი, შესაბამისად საჭიროა ბავშვისთვის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება. ბავშვის განსწავლის დროს აუცილებელია შესაბამისი ანატომიური ტერმინების გამოყენება და ბავშვის წახალისება ღია დიალოგში. მშობელმა ბავშვს უნდა მიაწოდოს რეალური ინფორმაცია და არ უნდა აარიდოს თავი დიალოგს სირცხვილის გამო.

ექთნის როლი ჯანმრთელი სკოლის ასაკის ბავშვის აღზრდაში

სკოლის ასაკი არის ამაღელვებელი პერიოდი, რადგან ამ დროს ბავშვი უფრო მეტად ავითარებს საკუთარ შესაძლებლობებს და იწყებს სხვებთან ურთიერთობას. ამ ასაკში ბავშვის წარმატების შეგრძნება გარკვეულ წარმოდგენას გვაძლევს მის სამომავლო წარმატებებზე ურთიერთობებსა და მუშაობაში. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი უმეტეს დროს ატარებენ სკოლაში თანატოლებთან ერთად, მშობლები მაინც თამაშობენ მნიშვნელოვან როლს. ექთანი ამ დროს იმყოფება ხელსაყრელ სიტუაციაში, რადგან ის აძლევს კარგ რჩევებს როგორც ბავშვს ასევე მის მშობლებს. ექთანმა უნდა ურჩიოს მშობელს, რომ მიაჩვიოს ბავშვი დამოუკიდებლობას. ინფორმაციის მიწოდება ნუტრიციაზე, ვარჯიშზე, დასვენებაზე, სექსუალობასა და უსაფრთხოებაზე საბოლოო ჯამში აყალიბებს ჯანსაღ ჩვევებს მთელი ცხოვრების განმავლობაში.

საკვანძო საკითხები

- სკოლის ასაკის წლებში ბავშვის წონა იზრდება 3 კგ/წელიწადში და სიმაღლე – 6.3 სმ-ით. ამ პერიოდში ბავშვი იცვლის 20-ვე სარძევე კბილს და ეზრდება 32-დან 28 მუდმივი კბილი;
- ლატენტური პერიოდის დროს, ბავშვი იგნორირებას უკეთებს საკუთარ სექსუალობას და საკუთარი თავის იდენტიფიცირებას ახდენს მისივე სქესის მშობელთან;
- ერიქსონის თეორიის თანახმად, სკოლის ასაკის მთავარი ამოცანაა “ინდუსტრია, თუ ქვემდგომობა”, სადაც ბავშვს საქმის კეთება ანიჭებს მიღწევისა და ღირსეულობის შეგრძნებას;
- კონკრეტული ოპერაციები, სადაც ფიქრები არის ნაკლებად ეგოცენტრული და ხდება უფრო ღია და მანევრირებადი, ბავშვს კლასიფიცირების, შენახვის და შექცევადობის უნარების ჩამოყალიბების საშუალებას აძლევს;
- კოლბერგის თანახმად, სკოლის ასაკის ბავშვი არის მორალური განვითარების კონვენციურ დონეზე, როდესაც სინდისი ავითარებს გარკვეულ “წესებს”, რომლებსაც ბავშვი აუცილებლად უნდა დაემორჩილოს, რომ იგრძნოს თავი “კარგად”;

- სკოლა, მასწავლებელი და თანატოლები თამაშობენ მნიშვნელოვან როლს სკოლის ასაკის ბავშვის განვითარებაში;
- სკოლის ასაკის ბავშვი თამაშობს: მშვიდ თამაშებს, სამაგიდო თამაშებს და სპორტს;
- ბულინგი წარმოადგენს მზარდ პრობლემას სკოლის ასაკის ბავშვებში;
- ზედამხედველობის გარეშე დატოვებული ბავშვები არიან იმ რისკების ქვეშ, რომლებიც ასოცირებულია მშობლების არასაკმარის ყურადღებასთან;
- ფაქტორები, რომელიც დაკავშირებულია სკოლის ასაკის ბავშვებში უბედურ შემთხვევებთან არის: მშობლების ზედამხედველობისგან დამოუკიდებლობა, თანატოლებისგან მოწონების დამსახურების სურვილი და ასევე გაზრდილი ჩართულობა ფიზიკურ აქტივობებში;
- ექთნის ზრუნვა სკოლის ასაკის ბავშვზე გულისხმობს მშობლისა და ბავშვის განსწავლას ნუტრიციაში, იმუნიზაციის, უსაფრთხოების გზებში, აქტივობაში, დასვენებაში და ძილში. ასევე განვითარების მოსალოდნელ ცვლილებებში.

გასამეორებელი აქტივობები:

1. აღწერეთ სკოლის ასაკის პერიოდში მიმდინარე ფსიქოლოგიური ცვლილებები;
2. განვითარების რომელ ეტაპებს გაივლის სკოლის ასაკის ბავშვი?
3. განმარტეთ სკოლის ასაკის ბავშვის კლასიფიკაციის, კონსერვაციისა და შექცევადობისკოგნიტური შესაძლებლობები. ჩამოთვალეთ თითოეულზემაგალითი. აღწერეთ რატომ არის მნიშვნელოვანი ექთნისთვის ამ უნარ-ჩვევების გამომუშავების წახალისება;
4. სკოლის ასაკის ბავშვში რა ახდენს მთავარ ზეგავლენას მორალის განვითარებაზე?
5. რატომ არიან თანატოლები, მასწავლებლები და სკოლა ასეთი მნიშვნელოვანი სკოლის ასაკის ბავშვისთვის?
6. განმარტეთ ის რისკები, რომელიც ასოცირებულია ზედამხედველობის გარეშე დატოვებულ ბავშვთან;
7. აღწერეთ რატომ წარმოადგენს ძალადობა პრობლემას და ჩამოთვალეთ მისი გადაჭრის გზები;
8. ჩამოთვალეთ უსაფრთხოების ხელშეწყობისა და ზიანის პრევენციის რამდენიმე გზა სკოლის ასაკის ბავშვისთვის და მისი მშობლებისთვის;
9. როგორ უპასუხებდით ბავშვის კითხვას: “როგორ ჩნდება ბავშვი დედის მუცელში?”

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Afterschool Alliance. (2008). Afterschool programs: Making a difference in America's communities by improving academic achievement, keeping kids safe and helping working families. Retrieved July 1, 2009, from http://www.afterschoolalliance.org.
- Allen, P. (2010). The primary care provider and children with chronic conditions. In P. Allen, J. Vessey, & N. Schapiro (Eds.). Primary care of the child with a chronic condition. St. Louis, MO: Mosby Elsevier, pp. 3–21.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2008). Facts for families: Bullying. Retrieved April 9, 2010, from http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/bullying.
- American Academy of Pediatrics. (2006). Policy Statement–Active healthy living: Prevention of childhood obesity through increased physical activity. Pediatrics, 117(5), 1834–1842.
- American Academy of Pediatrics. (2007a). Healthy children. Retrieved June 1, 2009, from http://www.aap.org/healthychildren.
- American Academy of Pediatrics. (2007b). What is puberty? Retrieved July 3, 2009, from http://www.aap.org/publiced/BR_Teen_Puberty.htm.
- American Academy of Pediatrics. (2007c). What are the signs of low self-esteem? Retrieved April 9, 2010, from http://www.aap.org/publiced/BK5_SelfEsteem_Low.htm.
- American Academy of Pediatrics. (2009a). Plain language pediatrics. Elk Grove Village, IL: Author.
- American Academy of Pediatrics. (2009b). Policy Statement– Pedestrian safety. Pediatrics, 124(2), 802–812.
- Berk, L. (2008). Infants and children. New York: Pearson Education. Click, P., & Parker, J. (2009). Caring for school-age children. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.
- Dalton, S. (2004). Schools and the rising rate of overweight children: Prevention and intervention strategies. Topics in Clinical Nutrition, 19(1), 34–40.
- Damon, W., & Lerner, R. (2006). Handbook of child psychology. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Deloian, B., & Berry, A. (2009). Developmental management in pediatric primary care. In C. Burns, A. Dunn, M. Brady, N. Starr, & C. Blosser (Eds.). Pediatric primary care. St. Louis, MO: Saunders, pp. 53–70.
- Erikson, E. (1963). Childhood and society. New York: Norton. Feigelman, S. (2007). Middle childhood. In R. Kliegman, R. Behrman, H. Jenson, & B. Stanton (Eds.). Nelson textbook of pediatrics (18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders, pp. 57–60.
- Fingerhut, L. (1993). Firearm mortality among children, youth, and young adults 1–34 years of age: Trends and current status. United States Department of Health and Human Services. CDC, No. 231.
- Finkelstein, E., Corso, P., & Miller, T. (2006). Incidence and economic burden of injuries in the United States. New York: Oxford University Press.

- Freud, S. (1923). The ego and the id. London: Hogarth Press. Gance-Cleveland, B., & Yousey, Y. (2009). Developmental management of school-age children. In C. Burns, A. Dunn, M. Brady, N. Starr, & C. Blosser (Eds.), Pediatric primary care. St. Louis, MO: Saunders, pp. 109–131.
- Glew, G., Fan, M., Katon, W., & Rivara, F. (2008). Bullying and school safety. Journal of Pediatrics, 152, 123–128.
- Gottesman, M., Brady, M., Gance-Cleveland, B., & Duderstadt, K. (2010). Obesity. In P. Jackson-Allen, J. Vessey, & N. Schapiro (Eds.). Primary care of the child with a chronic condition. St. Louis, MO: Mosby Elsevier, pp. 686–714.
- Huston, A., & Ripke, M. (2006). Developmental contexts in middle childhood. New York: Cambridge University Press.
- Katzmarzyk, P., Baur, L., Blair, S., Lambert, E., Oppert, J., & Riddoch, C. (2008). International conference on physical activity and obesity in children: Summary statement and recommendations. International Journal of Pediatric Obesity, 3, 3–21.
- Keep Kids Healthy. (2010a). Homework tips for parents. Retrieved April 9, 2010, from http://keepkidshealthy.com/schoolage/homework_tips.html.
- Keep Kids Healthy. (2010b). How do you deal with bullies? Retrieved April 9, 2010, from http://keepkidshealthy.com/schoolage/schoolagequicktips/bullys.html.
- Kliegman, R., Behrman, R., Jenson, H., & Stanton, B. (2007). Nelson textbook of pediatrics (18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Kohlberg, L. (1969). Stages in development of moral thought and action. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Martin, J., Kung, H., & Mathews, T. Hoyert, D. L., Strobino, D. M., Guyer, B., & Sutton, S. R. (2008). Annual summary of vital statistics: 2006. Pediatrics, 121(4), 788–801.
- Menke, E. (1981). School-aged children's perception of stress in the hospital. Journal of the Association for the Care of Children's Health, 9(30), 80–86.
- Morrongiello, B., Corbett, M., & Bellissimo, A. (2008). "Do as I say, not as I do": Family influences on children's safety and risk behaviors. Health Psychology, 27(4), 498–503.
- National Association of State Boards of Education. (2009). Preventing childhood obesity: A school health policy guide. Arlington, VA: Author.
- National Institute on Out-of-School Time. (2006). Making the case: A fact sheet on children and youth in out-of-school time. Retrieved April 9, 2010 from http://www.niost.org/pdf/factsheet2009.pdf.
- Ogden, C., Carroll, M., & Flegal, K. (2008). High body mass index for age among U.S. children and adolescents, 2003–2006. Journal of the American Medical Association, 299(20), 2401–2405.
- Piaget, J. (1962). Play, dreams and imitation in childhood. New York: Norton.
- Rappley, M., & Kallman, J. (2009). Middle childhood. In W. Carey, W. Coleman, A.

Crocker, E. Elias, & H. Feldman (Eds.). Developmental-behavioral pediatrics. Philadelphia, PA: Saunders.

- Ryan-Wegner, N. (1998). Children's drawings: An invaluable source of information for nurses. Journal of Pediatric Health Care, 12(3), 109–110.
- Safe Kids Worldwide. (2007). Childhood Injury Trends Fact Sheet. Retrieved July 11, 2009, from http://www.usa.safekids.org.
- Santrock, J. (2009). Child development. Boston: McGraw-Hill. Schmidt, C., Bernaix, L., Koski, A., Weese, J., Chiappetta, M., &
- Sandrik, K. (2007). Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 32(6), 336–342.
- Skybo, T., & Buck, J. (2007). Stress and coping responses to proficiency testing in school-age children. Pediatric Nursing, 33(5), 410–418.
- Society of Pediatric Nurses. (2010a). Position statement on exercise and physical activity. Retrieved April 9, 2010, from https://www.pedsnurses.org/component/option,com_docman/Itemid,0/task,doc_view/gid,63/.
- Society of Pediatric Nurses. (2010b). Position statement on overweight children and adolescents. Retrieved April 9, 2010, from https://www.pedsnurses.org/component/option,com_docman/Itemid,117/task,doc_view/gid,66/.
- Stedman, T. (2008). Stedman's medical dictionary (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins.
- Stott, F. (2009). The truth about lying. Retrieved May 22, 2009, from http://www2.scholastic.com/browse/article.jsp?id=702&print=2.
- Strasburger, V., Wilson, B., & Jordan, A. (2009). Children, adolescents, and the media. Los Angeles, CA: Sage. Towns, N., & D'Auria, J. (2009). Parental perceptions of their child's overweight: An integrative review of the literature. Journal of Pediatric Nursing, 24(2), 115–130.
- United Nations. (2009). The Millennium Development Goals Report 2009. New York, NY: author.
- Vessey, J., & Sullivan, B. (2010). Chronic conditions and child development. In P. Allen, J. Vessey, & N. Schapiro (Eds.). Primary care of the child with a chronic condition. St. Louis, MO: Mosby Elsevier, pp. 22–41.
- Vygotsky, L. (1962). Thought and language. New York: Wiley.
- Walker, W. (2005). The Harvard Medical School guide to healthy eating for kids: Eat, play, and be healthy. New York: McGraw Hill.
- Ward, T., Rankin, S., & Lee, K. (2007). Caring for children with sleep problems. Journal of Pediatric Nursing, 22(4), 283–296.
- Washington, T. (2009). Psychological stress and anxiety in middle to late childhood and early adolescence: Manifestations and management. Journal of Pediatric Nursing, 24(4), 302–313.

- Wells, R., & Stein, M. (2006). Seven to ten years: World of middle childhood. In S. Dixon & M. Stein (Eds.). Encounters with children: Pediatric behavior and development. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, pp. 505–533.
- Youngblade, L., Storch, E., & Nackashi, J. (2009). Peers. In W. Carey, W. Crocker, A. Crocker, E. Elias, & H. Feldman (Eds.). Developmental-behavioral pediatrics. Philadephia, PA: Saunders, pp. 152–158.

თავი 7

მოზარდის ზრდა და განვითარება

ამ თავში განხილულია:

1. მოზარდის ფიზიოლოგიური განვითარებების თავისებურები;
2. მოზარდობის ასაკში ფსიქოსექსუალური, ფსიქოსოციალური, კოგნიტური და მორალური განვითარების მნიშვნელობა;
3. თუ რა გავლენას ახდენს მოზარდის განვითარებაზე სკოლა, თანატოლები, ფიზიკური მუშაობა და დასვენების დრო;
4. მოზარდობის განვითარების ძირითადი ამოცანები და რატომაა ისინი მნიშვნელოვანი ზრდასრულ ასაკში გადასვლისთვის;
5. საექთნო ინტერვენციები, მოზარდებში ეფექტურად მუშაობისთვის;
6. მოზარდობასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და სკრინინგის რამდენიმე ღონისძიება და შესაბამისი საექთნო ინტერვენციები;
7. ზოგიერთ საკითხზე ან პრობლემაზე მსჯელობა, რომელიც დღეს არსებობს მოზრდილებში და ამაზე მედდების სათანადო ჩარევა.

ბავშვობასა და ზრდასრულ ასაკს შორის არის განვითარების უნიკალური პერიოდი, რომელსაც მოზარდობა ეწოდება (12 წლიდან 21 წლამდე), როცა ახალგაზრდები ინტერესდებიან, თუ ვინ არიან ისინი, რამდენად ჰგვანან სხვებს, ან რამდენად განსხვავდებიან მათგან და ვინ უნდათ გამოვიდნენ, როცა ზრდასრულ ასაკს მიაღწევენ. ეს არის შემეცნების, მღელვარების, აღმოჩენისა და ზოგჯერ, დაბნეულობისა და სასოწარკვეთის პერიოდი (სურათი 7-1).

მოზარდობა მხოლოდ ჩვილობის პერიოდს ჩამოუვარდება ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებების ოდენობაში. იმისათვის, რომ ეფექტურად აღმოვაჩინოთ პრობლემები, რომელიც ხშირია მოზარდობის პერიოდში და შემდეგ როგორც ექთნებმა, ინდივიდუალური დახმარება გავწიოთ, მნიშვნელოვანია, ფიზიოლოგიური, ფსიქოსქესობრივი, ფსიქოსოციალური, ცნობიერების და მორალური ტრანსფორმაციების გათვალისწინება, რომელიც ხდება ამ დროის განმავლობაში. ამასთანავე, უნდა გავითვალისწინოთ მორალური ცვლილებები, მოზარდის ძალიან სწრაფად მზარდი სოციალური კონტექსტი, მათ შორის ოჯახი, სკოლა და თანატოლები.



სურათი 7-1.

მოზარდობის პერიოდის ცნება საკმაოდ ახალია. მე-20 საუკუნის დასაწყისამდე საზოგადოება არ იცნობდა მოზარდობას, როგორც განვითარების უნიკალურ პერიოდს, განსხვავებით ბავშვობისა და ზრდასრულობის პერიოდისგან. როგორც კი მე-19 საუკუნის ინდუსტრიალიზაციამ ქალაქის ქარხნებით ჩაანაცვლა სოფლის მეურნეობა, იაფი, გაუწაფავი შრომა, რომელსაც მოზარდი სამუშაო ხელი აწარმოებდა მოიაზრებოდა, როგორც ეკონომიკური საკუთრება. თუმცა, როცა ინდუსტრიამ დაიწყო ენერგიის სხვა წყაროების გამოყენება, ხოლო დანადგარები უფრო და უფრო გართულდა და სახიფათო გახდა, ბავშვთა და მოზართა როლი თანდათან შემცირდა. რადგანაც ბავშვები საფრთხეში ვარდებოდნენ და თანდათან უფრო რთულ სამუშაო გარემოში მათი დაცვა აუცილებელი ხდებოდა, ამოქმედდა ბავშვის შრომის კანონები. ავტომატიზირებამ გაუწაფავი სამუშაოები უფრო სახიფათო და იშვიათი გახადა და შესაბამისად, განათლებული ადამიანური რესურსის საჭიროება შემოიტანა. ამის გამო განვითარდა სავალდებულო მეორეული განათლების სისტემა, რათა დაუსაქმებელი მოზარდების რისკი შემცირებულიყო და ისინი უფრო კარგად მომზადებულები ყოფილიყვნენ. იმავე დროს, 1904 წელს გამოსულმა გ. სტენლი ჰოლის ორტომეულმა სათაურით *მოზარდობის პერიოდი* გამოიწვია ბევრი ცვლილება მეცნიერების ხედვაში სიცოცხლის მეორე ათწლეულის მიმართ. შედეგად, ჰოლმა მიიღო წოდება „მოზარდობის პერიოდის მამა“. ჰოლი ხედავდა მოზარდობას, როგორც ზრდასრულობის საჭირო წინამორბედს და შტორმითა და სტრესით აღსავსე პერიოდს. მოზარდობა ახლა უფრო ნაკლებად ტრავმატულ პერიოდად მოიაზრება, მაგრამ განვითარების მნიშვნელოვან ნაწილად რჩება.

მოზარდობა შედგება ადრეული, შუა და გვიანი პერიოდებისგან. თითოეული გამოირჩევა რამდენიმე სხვადასხვა ასპექტით, მოზარდის ცხოვრებიდან და წარმოადგენს 12-14, 15-17 და 18-21 წლის ასაკობრივ პერიოდებს. ეს პერიოდები ასევე შეგვიძლია განვასხვაოთ ფიზიოლოგიური განვითარებით: გარდატეხის ასაკამდე (ადრეული), გარდატეხის ასაკის (შუა) და გარდატეხის ასაკის შემდგომი (გვიანი მოზარდობა). მესამე გზა არის განათლების ეტაპები: ადრეული – მე-8 კლასამდე, შუა – 9-12 კლასები და გვიანი – სკოლის შემდგომი.

ფიზიოლოგიური განვითარება

ფიზიოლოგიური ცვლილებები, რომელიც ხდება მოზარდობის პერიოდში, ძალიან ბევრია და არ ხდება ცალ-ცალკე. მათ გავლენა აქვს მოზარდის ფსიქოსქესობრივ, ფსიქოსოციალურ და კოგნიტურ განვითარებაზე. ეს ცვლილებები ასევე ეხება გამოცდილებას, რომელიც მოზარდს აქვს ოჯახის წევრებთან, თანატოლებთან და თავიანთი სოციალური წრის სხვა წევრებთან ურთიერთობაში, ისევე როგორც თავიანთ სხეულის იმიჯსა და თვითშეფასებასთან.

აუცილებელია ამ პერიოდთან დაკავშირებული ორი ტერმინის ახსნა, სანამ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს განვიხილავთ. გარდატეხის ასაკი არის ფიზიკური განვითარების მდგომარეობა (12-16 წლის ასაკში ბიჭებში და 10-14 წლის ასაკში გოგონებში), როცა მეორადი სქესობრივი ნიშნები იჩენს თავს: სხეულის გაზრდილი თმიანობა და მკერდის ზრდა გოგონებში, კუნთების ზრდა, ხმის ცვლილება (ბიჭებში), თეძოების გაგანიერება (გოგონებში) და სხეულის ცხიმის განაწილების ცვლილებები. სასქესო ორგანოები მწიფდება, რეპროდუქცია შესაძლებელი ხდება და იწყება ნახტომი ზრდაში.

მოზარდობა იწყება გარდატეხის ასაკით და მთავრდება, როცა ინდივიდი ფიზიკურად და ფსიქოლოგიურად მომწიფებულია და მზადაა, მიიღოს ზრდასრული ადამიანის პასუხისმგებლობები. ასაკი, როცა გარდატეხის ასაკი იწყება და მოზარდობის პერიოდის ხანგრძლივობა ვარირებს სხვადასხვა ინდივიდსა და კულტურაში.

გარდატეხის ასაკამდე, მთავარი ჰორმონი, რომელიც ზრდას არეგულირებს არის სომატოტროპინი, რომელიც ზრდის ჰორმონის სახელითაცაა ცნობილი. გარდატეხის ასაკში კი, გონადალური ჰორმონებია პასუხისმგებელი სხეულის სხვადასხვა ნაწილების ფიზიოლოგიური ცვლილებების უმეტესობაზე.

ძვალ-კუნთოვანი სისტემა

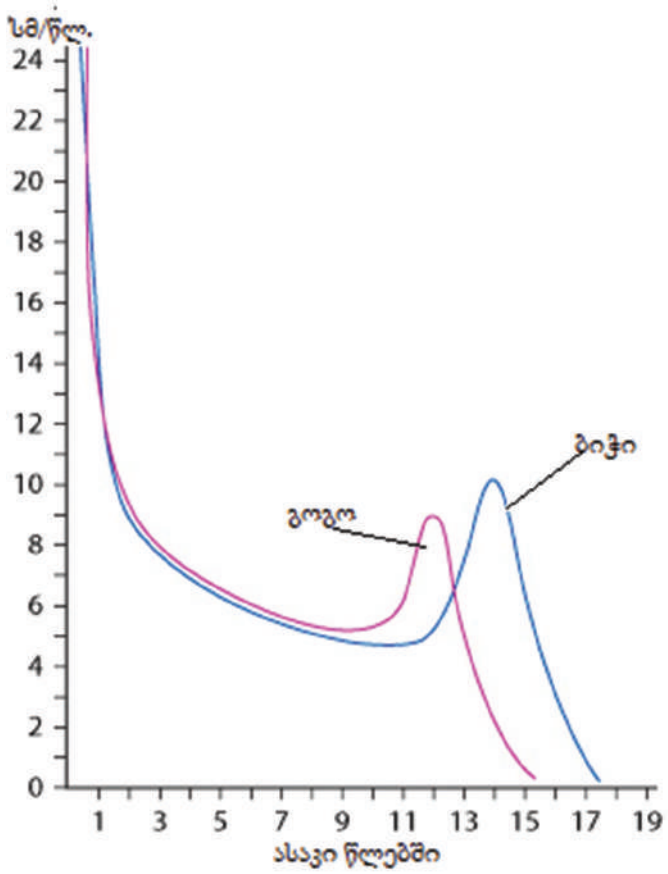
მოზარდის ზრდის ნახტომისას, რომელიც გრძელდება 4.5 წლის განმავლობაში, სხეული იღებს ზრდასრულ გარეგნობას. გოგონებმა შეიძლება ეს პერიოდი დაიწყონ ადრე – 7.5 წლის, ან გვიან – 12 წლის ასაკში, როცა ბიჭები, ძირითადად ზრდის ნახტომს იწყებენ 13 წლის ასაკში. ნახტომის განმავლობაში, ძალიან სწრაფად იზრდება წონა და სიმაღლე; ბიჭები იმატებენ 5-6 კგ-ს და 8-15 სმ-ს; გოგონები იმატებენ 3.5-4.5 კგ-ს და 6-12 სმ-ს.

ნახტომი არ არის ერთფეროვანი. ჯერ წონა იწყებს მატებას, რომელსაც 4-6 თვეში მოჰყვება სწრაფი ზრდა სიმაღლეში. ნახტომის დაწყების ასაკი, ინტენსივობა და ხანგრძლივობა ვარირებს ინდივიდებში და განსხვავდება სქესებს შორის (სურათი 7-2).გოგონებში, ზრდის ნახტომი ხდება გარდატეხის ასაკის პირველ ნიშნებთან ერთად (ბოქვენის თმა, მკერდის განვითარება) და მაქსიმალურ სისწრაფეს აღწევს, როცა მკერდის განვითარება არის ტანერის მე-2 და მე-3 ეტაპებს შორის. ნახტომი ბიჭებში, ხდება ტანერის მე-3 და მე-4 (გარდატეხის ასაკის შუა ეტაპი) ეტაპებს შორის, როცა ტესტოსტერონის დონეები ძალიან სწრაფად იზრდება.

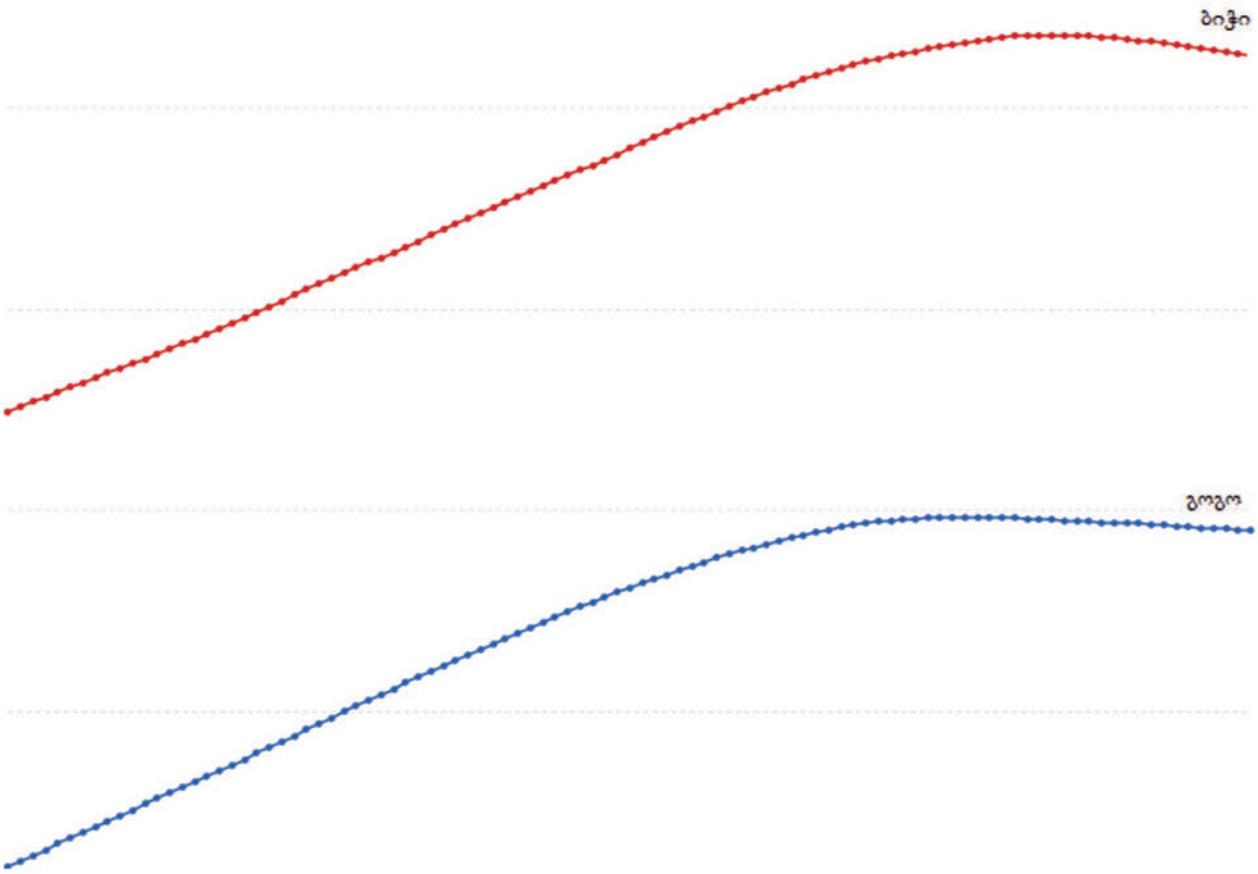


სურათი 7-2. მოზარდები ძალიან განსხვავებული ტემპებით ვითარდებიან, რაც ნორმად ითვლება

ტიპურად, სიმაღლე ზრდას იწყებს ადრეულ მოზარდობაში გოგონებში, ხოლო ბიჭებში – შუა მოზარდობაში. გოგონები აღწევენ სიმაღლეში ზრდის პიკს, ანუ სიმაღლეში წლიური ზრდის მაქსიმალურ სისწრაფეს 11 წლის ასაკში, ან მენარქემდე 6-12 თვით ადრე. ძალიან ცოტა გოგონა იზრდება 5 სმ-ზე მეტით მენარქეს შემდეგ. ბიჭები სიმაღლეში ზრდის პიკს აღწევენ 13 წლის ასაკში, იღლიისა და მომწიფებული ბოქვენის თმის გამოჩენისა და პენისისა და სათესლე პარკების ზრდის დასაწყისის შემდგომ. ბიჭების უმეტესობა არ იმატებს სიმაღლეში 18-20 წლის შემდგომ. იხილეთ სურათები 7-3 და 7-4 ზრდის წრფივი გრაფიკებისთვის, ბავშვობისა და მოზარდობის პერიოდში.



სურათი 7-3.



სურათი 7-4.

წონა იზრდება მოზარდებში და მიჰყვება სიმაღლის მატების გრაფიკს. წონაში მატების პიკი, როცა წლიური წონაში მატება ყველაზე მაღალ სიჩქარეს აღწევს, უფრო დიდია ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში და ემთხვევა სიმაღლეში მატების სიჩქარის პიკს. წონაში მატების პიკი გოგონებში მიიღწევა სიმაღლეში მატების პიკიდან 6 თვეში. გოგონები ხშირად უფრო მძიმენი არიან, ვიდრე ბიჭები ზრდის ნახტომისას და 14 წლამდე ასე არიან. 14 წლის ასაკში წონაში მატება მცირდება. წონაში მატება მოზარდ ბიჭებში ძირითადად კუნთებისა და სიმაღლის ზრდის ხარჯზეა, როცა გოგონებში – ცხიმისა და სიმაღლის. ბიჭები წონაში იმატებენ დაახლოებით 22 წლის ასაკამდე. დიეტა, კუჭის მოქმედება, ვარჯიში, სოციოეკონომიკური სტატუსი, ცხოვრების სტილი და მემკვიდრული ფაქტორები გავლენას ახდენს მოზარდის წონაში მატებაზე.

მნიშვნელოვანი ცვლილებები ხდება ასევე ჩონჩხის ზომაში, კუნთის მასაში, კანში და ცხიმოვან ქსოვილში. ძვლის სრული სიგრძე ჯერ მიიღწევა კიდურებში, ხოლო შემდეგ უფრო შიგნით. ტანის ზრდა იწყება თეძოების დაგრძელებითა და გაგანიერებით, განსაკუთრებით გოგონებში, ხოლო შემდეგ გრძელდება მკერდისა და მხრების გაგანიერებით, განსაკუთრებით – ბიჭებში. ბიჭებს უფრო გრძელი ხელ-ფეხი აქვთ ტანის ზომასთან შედარებით და უფრო გვიან უძვალდებათ ჩონჩხი, გოგონებთან შედარებით. საყრდენი კუნთები იზრდება უფრო ნელა, ვიდრე ჩონჩხი და დიდი კუნთები უფრო სწრაფად ვითარდება, ვიდრე პატარა, რომელიც შედეგად გვაძლევს ზოგიერთი მოზარდის გრძელ და თხელ გარეგნობას. ხელები და ფეხები იზრდება უპროპორციოდ ტანთან, რაც გვაძლევს შემცირებულ კოორდინაციას, მაგრამ მოზარდის პროგრესთან ერთად უმჯობესდება ნატიფი მოტორული კოორდინაცია.

კუნთების უმაღლესი განვითარების პერიოდი დგება სიმაღლეში ზრდის პიკიდან 1 წელიწადში და გრძელდება გვიან მოზარდობაშიც. კუნთების მასა ორმაგდება და ძალა იზრდება. გამძლეობა იზრდება ორივე სქესში, განსაკუთრებით ფიტნესისა და ვარჯიშის შემთხვევაში. კანქვეშა ცხიმი მცირდება ბიჭებში და იმატებს გოგონებში. ბიჭებში ცხიმი უფრო ხშირად გროვდება ტანზე, ხოლო გოგონებში – თეძოებში, დუნდულებში და მკერდში.

ცხიმოვანი ჯირკვლები იმატებს ზომაში და აქტიურდება ორივე სქესის წარმომადგენლებში. ეკრინული და აპოკრინული ჯირკვლებიც მწიფდება, რაც იწვევს ოფლის გაზრდილ რაოდენობას და სპეციფიკურ სუნს. ოფლიანობა ასევე იწყება ემოციური სტიმულის პასუხადაც. კანი მუქდება და ტექსტურა სქელდება და მაგრდება ბიჭებში, ხოლო გოგონებს უვითარდებათ ნაზი, რბილი კანი და ნატიფი, შეუმჩნეველი თმა ლოყებსა და ზედა ტუჩზე.

შარდ-სასქესო სისტემა

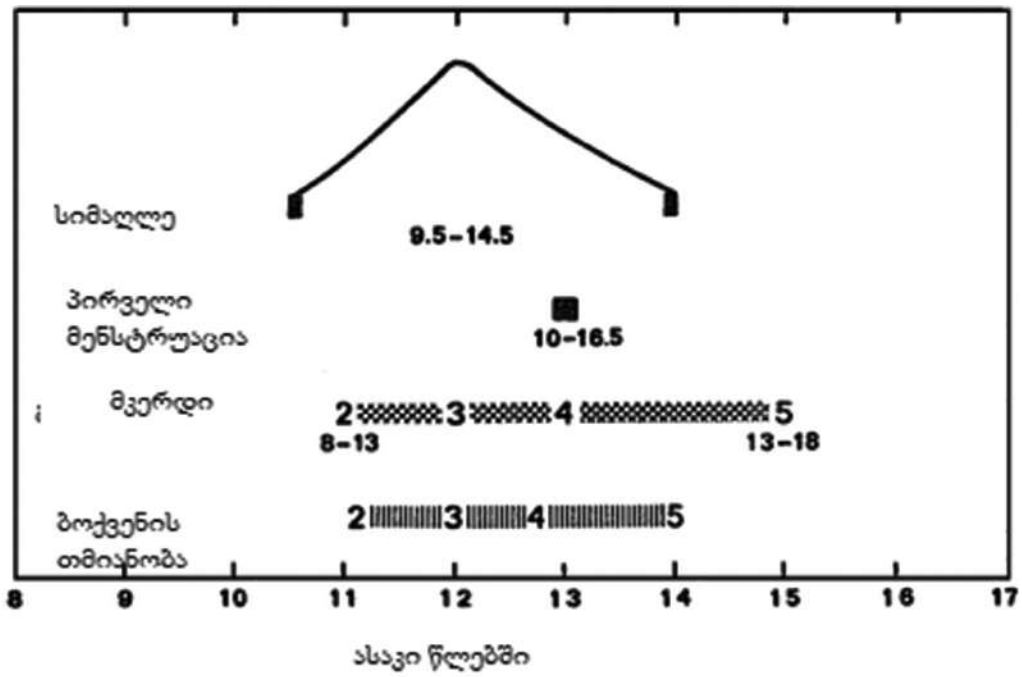
ნეიროჰორმონული რილიზინგ ფაქტორების სეკრეცია ჰიპოთალამუსის მიერ, ასტიმულირებს წინა ჰიპოფიზში ფოლიკულების მასტიმულირებელი ჰორმონისა (FSH) და მალუთეინიზირებელი ჰორმონის (LH) გამომუშავებას. გოგონებში, FSH ასტიმულირებს საკვერცხის ფოლიკულების ზრდას და ესტროგენის გამომუშავებას. ესტროგენი იწვევს სასქესო ორგანოების ზრდას და განვითარებას (საშო, საშვილოსნო, საკვერცხეები) და იღლიისა და ბოქვენის თმის ზრდას და გამუქებას. LH იწყებს ოვულაციას და ყვითელი სხეულის ფორმირებას, რომელიც შემდეგ აწარმოებს პროგესტერონს. პროგესტერონი ამზადებს საშვილოსნოს ნაყოფის მისაღებად და ორსულობის შესანარჩუნებლად.

ბიჭებში, FSH პასუხისმგებელია სპერმის ფორმირებაზე და სათესლე არხების მომწიფებაზე. LH ასტიმულირებს სათესლის მომწიფებას და ტესტოსტერონის წარმოებას. ტესტოსტერონი იწვევს ძვალ-კუნთოვანი სისტემის ცვლილებებს, რომელიც ზემოთაა განხილული და ასევე, ასტიმულირებს მამრობითი სასქესო სისტემის ზრდას და განვითარებას. ის ასევე ასტიმულირებს ეპიფიზების მომწიფებას, რაც აინჰიბირებს გრძელი ძვლების ზრდას.

ეს რეპროდუქციული ჰორმონები ასევე პასუხისმგებელია მეორეული სქესობრივი ნიშნების გამოჩენის იმ ცნობილ კანონზომიერებაზე, რომელიც ხდება გარდატეხის ასაკში. ცვალებადია ამ ცვლილებების ასაკი და მათი პროგრესიის სისწრაფე. მეტიც, კვლევებმა, რომელშიც მრავალი კულტურის წარმომადგენელი ადამიანი იყო ჩართული, აჩვენა, რომ მეორეული სქესობრივი ნიშნების გამოჩენა ცვალებადია გარემოსთან, რასასთან და ეთნიკურობასთან, გეოგრაფიულ მდებარეობასთან და კვების რეჟიმთან ერთად.

მეორეული სქესობრივი ცვლილებების ეს თანმიმდევრობა დაყოფილია 5 ეტაპად, რომელსაც ტანერის ეტაპები ეწოდება. გოგონების შემთხვევაში, ეს ეტაპები აღწერს მკერდისა და ბოქვენის თმის ზრდას, ხოლო ბიჭებში – სათესლეების, პენისის, სათესლე პარკებისა და ბოქვენის თმის ზრდას.

გოგონების სქესობრივი მომწიფების პირველი ხილული ნიშანია მკერდის განვითარება, რომელიც შეიძლება, არ იყოს სიმეტრიული. ამას მოჰყვება ბოქვენის თმის ზრდა, რომელიც საშუალოდ, იწყება 11-12 წლის ასაკში და მთავრდება 14 წლის ასაკისთვის. სურათი 7-5აღწერს გოგონებში მომხდარი ცვლილებების მიახლოებით დროებს.



სურათი 7-5.

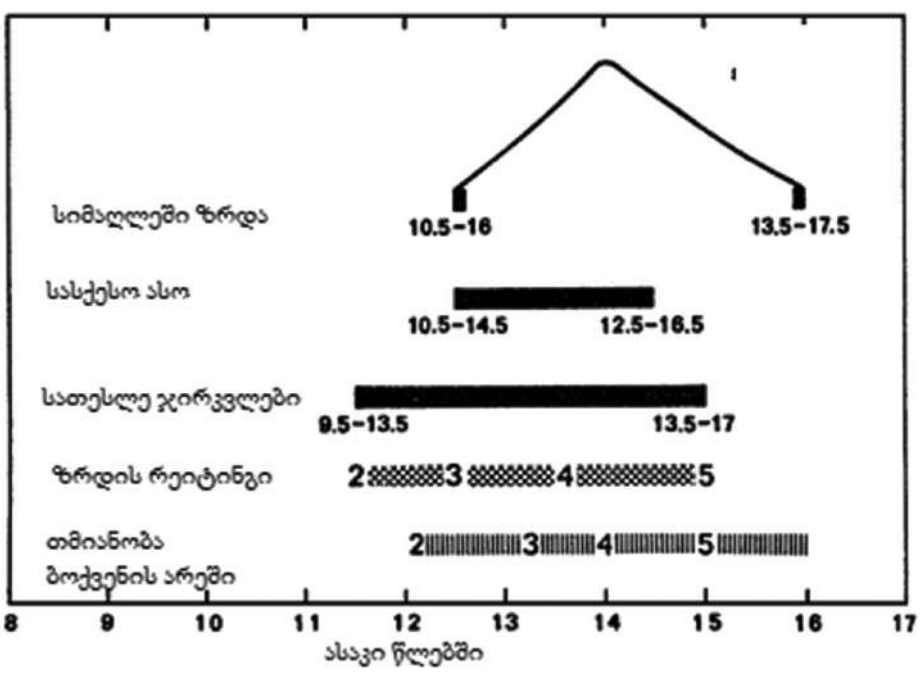
გოგონებში, მენარქე (პირველი მენსტრუალური პერიოდი) მიგვანიშნებს გარდატეხის ასაკსა და სქესობრივ მომწიფებაზე. ბევრი მოზარდი გოგონა ამ მოვლენას ნეიტრალურად უყურებს. ის ბედნიერია იმის გამო, რომ უკვე ქალია, მაგრამ ასევე ტვირთად მიაჩნია ის, რომ საკუთარ სხეულზე სრული კონტროლი არ აქვს. ხშირად, მოზარდის მიდგომა მიგვანიშნებს მის გრძნობებზე გაზრდისა და მომწიფების მიმართ და ეს გრძნობები შეიძლება მოექცეს მშობლებისა და თანატოლების გავლენის ქვეშ.

მიუხედავად იმისა, რომ რეგულარული მენსტრუალური ციკლები და ოვულაცია, ძირითადად, მენარქედან 6-14 თვის შემდგომ იწყება, მოზარდი გოგონები შეიძლება დაორსულდნენ პირველი მენსტრუალური პერიოდის შემდგომაც კი. მენარქე ხდება მკერდის განვითარების დასაწყისიდან დაახლოებით 2 წელიწადში და მოზარდის ზრდის ნახტომის პიკის შემდგომ. მენარქეს დასაწყისის ზუსტი დრო ცვალებადია პოპულაციებს შორის და მასზე გავლენას ახდენს კვება, ვარჯიში, წონა, მკერდის განვითარება, ჯანმრთელობა, მეტაბოლიზმი, გენეტიკა, სტრესი, დეპრესიული აფექტი, ოჯახური ურთიერთობები და სხვა გარემო ფაქტორები. მაგალითად, სრული კალორიები, კვების რაციონში ცხიმების რაოდენობა და მიღებული ცილების სახეობა დაკავშირებულია გარდატეხის ასაკის დასაწყისთან. შესაბამისად, ორივე სქესში, უფრო მძიმე ბავშვები გარდატეხის ასაკს უფრო ადრე დაიწყებენ, ხოლო მოზარდები, რომლებიც ძალიან ბევრს ვარჯიშობენ, ან დაბალი წონის არიან, გარდატეხის ასაკს უფრო გვიან გაივლიან. ძირითადად, სხეულის ცხიმის 17% არის საჭირო მენარქესთვის, ხოლო 22% იმისათვის, რომ შენარჩუნდეს რეგულარული ოვულაცია. ტიპურად, გოგონები გარდატეხის ასაკს იწყებენ 80% სხეულის სუფთა წონით და 20% ცხიმით, მაგრამ გარდატეხის ასაკის დასასრულს, სხეულის სუფთა წონა ეცემა 5%-ით.

მენარქეს საშუალო ასაკი დაეცა საშუალოდ 2.3 თვით 1988-დან 2002-მდე და 2002 წელს იყო 12.52 წელი არაჰისპანიკური თეთრკანიანებისთვის და 12.09 წელი შავკა-

ნიანებისა და მექსიკელებისთვის. გარდატეხის ასაკი განისაზღვრება დაგვიანებულად (აშშ-ში), თუ სქესობრივი მომწიფება არ მოხდება 13 წლის ასაკისთვის და მენარქე არ დაიწყება 16 წლის ასაკისთვის, ან მენარქე არ დაიწყება გარდატეხის ასაკის დასაწყისიდან 5 წლის მანძილზე.

ბიჭებში გარდატეხის ასაკი და სქესობრივი მომწიფება პირველად ჩანს სასქესო ასოსა და სათესლეების ზრდით, სპერმატოგენეზით და სპერმის ემისიით, მაგრამ პირველი ეაკულანტი არ შეიცავს მომწიფებულ სპერმატოზოიდებს და ხდება დაახლოებით, ასოს ზრდის დასაწყისიდან 1 წელიწადში. სათესლეების ზრდა იწყება 10-13 წლის ასაკში და ძირითადად, დამთავრებულია 18 წლის ასაკისთვის. სქესობრივი მომწიფება ბიჭებში ცვალებადია რასების მიხედვით. არაჰისპანიკური შავკანიანი ბიჭების მომწიფების ასაკების საშუალო და მედიანა უფრო დაბალია, ვიდრე მექსიკელებისა და არაჰისპანიკური თეთრკანიანი ბიჭების. სპერმის ემისიის დასაწყისი მერყეობს 11.7 წლიდან 15.3 წლამდე, მედიანით – 13.4. ბიჭებში გარდატეხის ასაკი ითვლება დაგვიანებულად, თუ ის ცხადად არ ჩანს 14 წლის ასაკისთვის. სურათი 7-6 გვაჩვენებს ცვლილებების დაახლოებით დროს ტანერის ეტაპებში.



სურათი 7-6.

ამ დროის განმავლობაში, არც თუ ისე იშვიათია, სათესლე პარკის ერთი მხარე უფრო სწრაფად გაიზარდოს, ვიდრე მეორე; ბიჭების 60%-ს ემართება მკერდის გარდამავალი გადიდება (გინეკომასტია) და ბევრი მათგანი ასევე განიცდის ღამის ემისიებს 14 წლის ასაკის შემდეგ (სპერმის სითხის გამოშვება ძილში). ეს სიტუაციები შეიძლება, შემაწუხებელი აღმოჩნდეს და მოზარდ ბიჭებს დისკომფორტი და სირცხვილის გრძნობა ჰქონდეთ თავიანთ სხეულში მიმდინარე ცვლილებების მიმართ. ისინი მგრძნობიარეები არიან საეჭვო განსხვავებების მიმართ სხვებისგან და ყოველთვის ადარებენ თავიანთ სხეულებს თანატოლებისას. თინეიჯერები უნდა დავამშვიდოთ, რომ როცა გაიზრდებიან, გახდებიან და მოხდება ცხიმის გადანაწილება სხეულში.

გულ-ფილტვის სისტემა

მოზარდობის პერიოდში გული თითქმის ორმაგდება წონაში და ზომაში 1/2-ით იზრდება. მიუხედავად იმისა, რომ გული აგრძელებს ზრდას 17-18 წლის ასაკამდე, ზრდა ნელია სხვა სისტემებთან შედარებით და ტუმბოს მექანიზმი არაა ძალიან ეფექტური. ეს შეიძლება იყოს დაღლილობისა და ჟანგბადის უკმარისობისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების მიზეზი, რომელთაც მოზარდები ხშირად აღნიშნავენ. სისტოლური წნევა იზრდება გარდატეხის ასაკში და აღწევს ზრდასრული ადამიანის დონეს მოზარდობის ბოლოს. საშუალო არტერიული წნევა არის 100-120/50-70 მმ ვწყ. პულსი ეცემა დაახლოებით 60-70 დარტყმამდე წუთში. გოგონებს შედარებით უფრო დაბალი სისტოლური წნევა და უფრო მაღალი პულსი და სხეულის ტემპერატურა აქვთ, ვიდრე ბიჭებს. ერითროციტების საერთო მასა და ჰემოგლობინის კონცენტრაციები იზრდება და ლეიკოციტების რაოდენობა ეცემა ორივე სქესში. თრომბოციტების რაოდენობა და დალექვის სიჩქარე იზრდება გოგონებში, ხოლო ჰემატოკრიტი და სისხლის მოცულობა იზრდება ბიჭებში.

ფილტვები იზრდება სიგრძესა და დიამეტრში და სუნთქვის სიხშირე აღწევს საშუალოდ 16-20-ს წუთში. ბიჭებს აქვთ უფრო დიდი სასიცოცხლო ტევადობა, მოცულობა და სიხშირე, განიერი მხრებისა და უფრო დიდი გულ-მკერდის ღრუს გამო. მათი ფილტვების ტევადობა, მწიფდება უფრო გვიან, ვიდრე გოგონების, რადგან ბიჭების მომწიფება ზოგადად უფრო გვიანია. სასუნთქი სისტემა უფრო ნელა იზრდება ვიდრე სხვა სისტემები. ეს არის ჟანგბადის დაბალი მიწოდების სიმპტომების კიდევ ერთი გამომწვევი მოზარდებში.

ნერვული სისტემა

მოზარდებზე კვლევების ერთ-ერთი ყველაზე საინტერესო სფერო ბოლო 10 წლის განმავლობაში იყო ცვლილებები მოზარდების ტვინში. ადრე ფიქრობდნენ, რომ ტვინის განვითარების დიდი ნაწილი სრულდება მოზარდობამდე და ბავშვების ტვინი აღწევს ზრდასრული ტვინის მასის 90%-ს 5 წლის ასაკში და 95%-ს 10 წლის ასაკში. მიუხედავად ამისა, ინოვაციური ტექნოლოგიის გამოყენებით, როგორიცაა მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, ადამიანებმა სულ სხვაგვარად დაინახეს მოზარდის ტვინი. მიუხედავად ზომაში სრული განვითარებისა, ტვინი მრავალ ცვლილებას განიცდის მოზარდობის პერიოდში. მაგალითად, კორპუს კალოზუმი, ნერვული ბოჭკოების კონა, რომელიც აკავშირებს მარჯვენა და მარცხენა ჰემისფეროებს, აგრძელებს გასქელებას და მოზარდობისას ინფორმაციას უფრო ეფექტურად ამუშავებს. პრეფრონტალური ქერქი, რომელიც პასუხისმგებელია ისეთ „აღმასრულებელ“ ფუნქციებზე, როგორიცაა საკუთარი თავის კონტროლი, შეფასება, ემოციური რეგულაცია, ორგანიზება და დაგეგმვა, მნიშვნელოვნად იცვლება გარდატეხის ასაკსა და ადრეულ ზრდასრულ ასაკს შორის. ქერქის რუხი ნივთიერება მცირდება 11 წლის ასაკში გოგონებში და 12 წლის ასაკში ბიჭებში, ბავშვობაში ჩამოყალიბებული ბევრი ნეირონული კავშირის „გადაჭრის“ შედეგად. ეს გადაჭრის ფაზა ეფუძნება „გამოიყენე, ან დაკარგე“-ს პრინციპს, რომელშიც გამოუყენებელი კავშირები წყდება და კვდება. ამ გადაჭრასთან ერთად, იზრდება თეთრი ნივთიერება, ანუ მიელინიზაცია ტვინში. მიელინიზაცია ხდება ნეირონის აქსონების ცხიმოვანი საფარველით შემოფარგვლის ხარჯზე, რომელიც ნეირონებს შორის გადაცემას ასწრაფებს 100-ჯერ.

არსებობს მტკიცებულება, რომ გადაჭრის პროცესის დროს, პრეფრონტალურ ქერქში და ამიგდალაში მაღალი აქტივობა ფიქსირდება ცნობიერებითი დამუშავების დროს – რომელიც ჩართულია ემოციებში. ეს განსხვავებულია ზრდასრულებისგან, რომლებიც ნაკლებად გადაამუშავებენ იმავე ინფორმაციას პრეფრონტალური ქერქით. ეს გვეუბნება, რომ მოზარდებს ემოციურ სტიმულებზე უფრო ფიცხი პასუხი შეიძლება ჰქონდეთ, ვიდრე ზრდასრულებს, რომლებიც უფრო ლოგიკურად პასუხობენ ასეთ სტიმულს.

კუჭ-ნაწლავის სისტემა

მოზარდობის პერიოდში კუჭ-ნაწლავი ძალიან სწრაფად მწიფდება და 21 წლის ასაკში 32-ვე კბილი ამოსულია. კუჭის მჟავიანობა და ტევადობა იზრდება (1500 მლ-მდე), რათა დაიტიოს და მოინელოს საკვების გაზრდილი რაოდენობა, რომელიც საჭიროა სწრაფი ზრდისთვის. ღვიძლი აღწევს ზრდასრულ ზომას, ფუნქციას და მდებარეობას. ზრდასრულ ფორმებს აღწევს ელიმინაციაც.

ფიზიოლოგიური განვითარების ეტაპები აღწერილია ცხრილში 7-1.

ცხრილი 7-1. ფიზიოლოგიური განვითარების ეტაპები მოზარდებში

ეტაპი	ბიჭები	გოგონები	ორივე
ადრეული (11-14)	სათესლეები, სათესლე პარკები და პენისი იზრდება; ბოქვენის თმა ხუჭუჭა და ხშირია; წვერი ჯერ არაა უხეში; წარმოდგენილია იღლიის თმა; სიმაღლეში ზრდის სისწრაფის პიკი 9.4 სმ/წელიწადში; გინეკომასტია.	ვითარდება მკერდი; მენარქე; ოვულაცია; ბოქვენის თმა ხუჭუჭა, სქელი და სამკუთხაა გადანაწილებით; სიმაღლეში ზრდის სისწრაფის პიკი 8.3 სმ/წელიწადში; წონა ბიჭებზე მაღალია.	იმატებს მადა; წონაში ზრდის სისწრაფის პიკი მიიღწევა; გულის ტუმბოს მოუმწიფებელი მექანიზმი კუნთის მასა იზრდება; არასტანდარტული ფიზიკა; ნატიფი მოტორიკა უმჯობესდება; წარმოდგენილია მუდმივი კბილები.
შუა (15-17)	ზრდასრული გენიტალია; სპერმის პროდუქცია მომწიფებულია; წარმოდგენილია წვერი და სხეულის თმიანობა; კუნთის მასა და ძალა აღემატება გოგონებისას; იმატებს მადა; მცირდება გინეკომასტია; იცვლება ხმა.	ჩონჩხის ზრდა სრულდება; მიიღწევა სქესობრივი მომწიფება; სხეულში ცხიმის პროცენტულობა იკლებს; მადა იკლებს; სიმაღლის მატება 6-10.4 სმ/წელიწადში.	ნატიფი მოტორული კოორდინაცია უმჯობესდება; ფიზიკური ამტანობა იზრდება; იზრდება საოფლე ჯირკვლების ფუნქცია; იზრდება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მუშაობის უნარი; აკნე.

გვიანი (18-21)	ჩონჩხის ზრდა სრულდება		გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი, კუჭ-ნაწლავის, ჰემატოპოეზური და სქესობრივი სიმწიფე მიიღწევა; მადა სტაბილურია; მოტორული აქტივობა იზრდება; ამტანობა იზრდება; პირის ღრუსა და კბილების მომწიფება სრულდება.

საკუთარი თავის აღქმა

მოზარდთათვის ძირითადი ამოცანებია საკუთარი თავის ამოცნობა და უნიკალური ადგილის დამკვიდრება სამყაროში. რეალობაში, ეს ორი მახასიათებელი არ უნდა გამოვყოთ ერთმანეთისგან. მოზარდები, როგორც ყველა ჩვენ, ვერ იგებენ ვინ არიან, თუ არ ესმით როგორ შეესაბამებიან ისინი თავიანთ ოჯახს, გარემოსა და საზოგადოებას. მოზარდების მოტივაცია, შეიცნონ თავიანთი ცხოვრება, სხვადასხვანაირადაა აღწერილი სხვადასხვა თეორეტიკოსის მიერ. ზოგი ამბობს, რომ საკუთარი თავის შეცნობის სურვილი მემკვიდრულია, ხოლო სხვები ამბობენ, რომ ეს ხდება ჰორმონული ცვლილებების გამო, რომელსაც ადგილი აქვს მოზარდობის ასაკში. კიდევ ერთი თეორია ამბობს, რომ ეს არის მოზარდის სოციუმთან ინტერაქციის ცვლილების შედეგი. მაგალითად, გ. სტენლი ჰოლი ამბობდა, რომ მოზარდთა ბრძოლა ზრდასრულობის ასაკის მიახლოებასთან ერთად, ასახავდა გამოწვევებს, რომელსაც ჩვენი პრეისტორიული წინაპრები გადაეყარნენ ცივილიზებული მდგომარეობისკენ სწრაფვის პროცესში. ამისგან განსხვავებით, ფროიდი თავის ფსიქოსქესობრივი განვითარების თეორიაში აღწერს, რომ ფიზიოლოგიური ცვლილებების მიერ მოტანილი ფსიქოლოგიური სტრესია (მაგ., თინეიჯერების საქციელის დაბრალება ჰორმონებზე), რაც ბადებს საკუთარი თავის ამოცნობის საჭიროებას. ამისგან განსხვავებით, ერიკ ერიქსონის იდენტობის განვითარების თეორია არის ერთ-ერთი ყველაზე სერიოზულად მიღებული, მოზარდში საკუთარი თავის ჩამოყალიბებასთან დაკავშირებით. მისი განვითარების ფსიქოსოციალური თეორია ხსნის იდენტობის ფორმირებას და ეს ახსნა ორიენტირებულია მოზარდების შეცვლილ ურთიერთობაზე, თავიანთ გარშემო მყოფებთან, განსაკუთრებით – ოჯახთან, თანატოლებთან და სკოლასთან. შემდეგ ნაწილებში უფრო დეტალებში გავიცნობთ მოზარდის ზრდასრულ ადამიანად ჩამოყალიბებას, საკუთარი თავის აღქმასთან მიმართებით.

ფსიქოსქესობრივი განვითარება

ფროიდის ფსიქოსქესობრივი თეორიის მთავარი აზრი არის, რომ ჩვენ მოტივირებულები ვართ ორი, ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი ძალით; ერთი გვაიძულებს, რომ შევეგუოთ ჩვენს დამემკვიდრებულ ბიოლოგიურ სწრაფვებს, ხოლო მეორე გვისახავს სოციალურ საზოგადოებაში ცხოვრების სურვილს. ფროიდი ამბობდა, რომ პრინციპში ყველანაირი ფსიქოლოგიური განვითარება არის ადაპტაციური პასუხი ფიზიოლოგიურ „სწრაფვაზე“, რათა დავაკმაყოფილოთ ეს სწრაფვები, მაგრამ თან შევძლოთ სხვებთან ერთად არსებობა. ეს ინსტინქტური სწრაფვები მოტივირებულია რამდენიმე ბიოლოგიური სწრაფვით (შიმშილი, დაღლა და ა.შ.), მაგრამ სქესობრივი ინსტინქტი, ანუ იდი ყველაზე მნიშვნელოვანია ადამიანის ფსიქოლოგიური სტრუქტურის, ანუ პიროვნების ჩამოყალიბებაში. ფროიდის მიხედვით, გარდატეხის ასაკის დროს მომხდარი ფიზიკური ცვლილებები აღვიძებს სქესობრივ და აგრესიულ ენერგიას მშობლების მიმართ, რომელიც წარმოდგენილი იყო ადრეულ ბავშვობაში, მაგრამ რეპრესირდა ცოტა მოგვიანებით. სტრესისთვის ეფექტურად გასამკლავებლად, მოზარდებს სჭირდებათ ამ ენერგიების მიმართვა ოჯახიდან არაოჯახური ურთიერთობებისკენ (მეგობრობა, სასიყვარულო ინტერესი) და კარიერული წინსვლისკენ. იმისთვის, რომ ეს მოხდეს, საჭიროა მშობლებისგან გამოყოფა, რაც ზოგჯერ კონფლიქტის მიზეზია მოზარდებსა და მშობლებს შორის. როცა მოზარდები ებრძვიან შინაგან დაძაბულობას, რომელიც გამოწვეულია გარდატეხის ასაკის ცვლილებების მიერ, ფროიდის მიხედვით, ადგილი აქვს შფოთვას, სტრესს იმაზე, თუ როგორ გამოხატოს მისი შინაგანი კონფლიქტი, და ფსიქოლოგიურად რეგრესიულ, ან მოუმწიფებელ საქციელს.

შესაბამისად, ფროიდი დაობდა, რომ მოზარდის ბევრი ფსიქოლოგიური პრობლემა უნდა მივაწეროთ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს. მკვლევართა უმეტესობა ახლა ფიქრობს, რომ ამ ფიზიოლოგიური ცვლილებების არსი უფრო რთულია, ვიდრე ფროიდის თეორიები, ან თავიდან მოწოდებული ფსიქოსქესობრივი პერსპექტივები და უფრო იმის შედეგია, თუ როგორ პასუხობს კონკრეტული მოზარდი და მის გარშემო მყოფი სხვა ადამიანები მოზარდის ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს, ვიდრე თვითონ ცვლილებების.

სხეულის იმიჯი

ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ატრიბუტების ურთიერთქმედების ძირითადი მაგალითი მოზარდებში, ჩანს მათი სხეულის იმიჯის აღქმისა და ფიზიკური გარეგნობის ცნების განვითარებაში. სხეულის იმიჯი მოიცავს დადებით, ან უარყოფით გრძნობებს და საკუთარი ფიზიკური მიმზიდველობის შეცნობას. განმარტებაში ასევე გაითვალისწინეთ, რომ ადამიანის სხეულის იმიჯი იცვლება მომწიფებასთან ერთად და იცვლება დროში, სიტუაციაში და სხვადასხვა გამოცდილებების მიხედვით (სურათი 7-7).მუდმივი ცვლილებები გარეგნობაში – მათ შორის წონაში და სიმაღლეში ზრდა, თმის გადანაწილება, დიდი ხელები და ტერფები, განვითარებადი სასქესო ორგანოები და ლაქები სახეზე – უქმნის მოზარდს ახალ გამოწვევებს, ნამდვილსაც და წარმოსახვითსაც, რომელიც მისი სხეულის იმიჯზე გავლენას ახდენს.



სურათი 7-7. მოზარდები იწყებენ ზრდასრული თვისებების განვითარებას, იცვლება მათი ინტერესები და საქმიანობა

ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოზარდობის პერიოდში, რადგან სწრაფად განვითარებულ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს ესაჭიროება შეგუება, რასაც გავლენა აქვს თვითშეფასებაზე; ბევრი მოზარდი არაა კმაყოფილი თავიანთი ფიზიკური გარეგნობით. მოზარდი გოგონები უფრო უკმაყოფილონი არიან თავიანთი გარეგნობით და უფრო წუხან სხეულის კონკრეტულ ნაწილებზე, ვიდრე ბიჭები. ხშირად, ისინი საკუთარ თავს უფრო მაღალ წონას აწერენ, ვიდრე სინამდვილეში არიან. მეტიც, 2009 წლის ამერიკული სკოლების გამოკითხვაში, მოსწავლეების თითქმის 28%-ს სჯეროდა, რომ ჭარბწონიანი იყო და 44.4%-მა თქვა, რომ ცდილობდა წონაში დაკლებას. ამ შედეგებში, გოგონებმა 50%-ით მეტჯერ უპასუხეს, რომ საკუთარ თავს ჭარბწონიანად თვლიდნენ (33.1% გოგონები ჭარბწონიანად მიიჩნევდნენ თავს, ხოლო ბიჭებისგან – 22.7%) და 2-ჯერ უფრო მეტჯერ ცდილობდნენ წონაში დაკლებას (გოგონების 59.3% ცდილობდა წონაში დაკლებას, ხოლო ბიჭების 30.5%). სხეულის იმიჯის ასეთი დამახინჯება არა მხოლოდ პოტენციური პრობლემაა მოზარდებში, არამედ მოტივაციაცაა მოზარდისთვის, რომ ჩაერთოს პოტენციურად სიცოცხლისთვის საშიშ, წონაში დასაკლებ აქტივობებში, როგორიცაა დიდი რაოდენობით საკვების მიღება და ღებინება, მძიმე ვარჯიში, ან სპეციალური დიეტები. მეტიც, სკოლის მოსწავლეების 5.1% წონაში დაკლებას ცდილობენ დიეტური ტაბლეტებით (გოგონების 6.3% და ბიჭების 3.8%) და 4%-ს ერთხელ მაინც უღებინებია, ან მიუღია ლაქსატივი წონაში დასაკლებად, ან მომატების თავიდან ასარიდებლად (გოგონების 5.4% და ბიჭების 2.1%).

სხეულის იმიჯის გრძნობის განვითარებასთან ერთად, მოზარდთა უმეტესობა აკვირდება კულტურულ იდეალს, რომელიც დაწესებულია საზოგადოების მიერ. დასავლურ კულტურაში ეს ტრადიციულად იყო ფორმიანი, გამხდარი ქალი და კუნთებიანი, მაღალი კაცი, მაგრამ ცოტა მოზარდი და თუნდაც, ნებისმიერი ინდივიდი, აკმაყოფილებს ამ სტანდარტებს. მოზარდის დიდი ყურადღება გარეგნობაზე არის იმის მანიშნებელი, რომ მოზარდს ესმის ფიზიკური მიმზიდველობის როლი საწინააღმდეგო სქესის ყურადღებისა და დაფასების მოპოვებაში. ფაქტი, რომ ფიზიკა დაფასებულია ორივე სქესში,

გასაგებია. მჭიდრო კავშირია მოზარდის გრძნობებს შორის საკუთარ თავზე და საკუთარ გარეგნობაზე. ის, რომ „საშინლად“ გამოიყურება, ან სხვები ფიქრობენ, რომ ის „საშინლად“ გამოიყურება, მოზარდისთვის იმას ნიშნავს, რომ თვითონაც „საშინელია“. ამ გრძნობებს აძლიერებს ფაქტი, რომ ფიზიკურად არამიმზიდველ თინეიჯერებს უფრო ცოტა მეგობარი ჰყავთ, ვიდრე მიმზიდველებს.

ბევრი ფაქტორი ახდენს გავლენას სხეულის იმიჯზე, მათ შორის ახლანდელი და ძველი გამოცდილებები, ცნობიერების განვითარების დონე და იდენტობის ფორმირება. სხვა ფაქტორებია მიმზიდველობის დონე, სქესისთვის შესაბამისი ზომა და ფიზიკა (მათ შორის წონა და სხეულის ტიპი), სახელი, ან მეტსახელი, კულტურული იდეალები და ღირებულებები, იმავე სქესის მშობელთან იდენტიფიცირების დონე, ურთიერთობა თანატოლებთან და და/ძმასთან, ამბიციურობა და საზოგადოების, ან საკუთარი თავის მიერ დაწესებული იდეალის მიღწევის უნარი. მომწიფების სიჩქარე და დრო შეიძლება ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორი იყოს მოზარდის იმიჯისთვის. მეტიც, გარდატეხის ასაკის დროს უფრო დიდი გავლენა აქვს ქცევით და ემოციურ პრობლემებზე, ვიდრე თვითონ გარდატეხის ასაკში გადასვლას. ახალგაზრდები, რომელთაც ყველაზე მეტად უძნელდებათ შეგუება თავიანთ ფიზიკურ განვითარებასა და სხეულის იმიჯზე, არიან ისინი, ვისი სხეულიც მათი თანატოლებისგან განსხვავებულ განრიგზეა მოწყობილი. მაგალითად, გვიან მომწიფებადი მოზარდები წარუმატებლობას გრძნობენ თავიანთ სხეულთან მიმართებაში, თუ ისინი არ არიან ისევე სრულად განვითარებული, როგორც თავიანთი მეგობრები, რაც გავლენას ახდენს თვითშეფასებაზე და იწვევს დისკომფორტს და დაუცველობის გრძნობას მათში. რადგან, საშუალოდ, ადრე მომწიფებადი ბიჭები და გოგონები უფრო დაბლები არიან, ვიდრე გვიან მომწიფებადი მოზარდები, მათაც შეიძლება ჰქონდეთ სირთულეები თავიანთი სხეულის იმიჯთან დაკავშირებით, რადგანაც მათი გვიან მომწიფებადი თანატოლები ეწევიან და ასწრებენ კიდევაც მათ სიმაღლეში.

სოციალური გამოცდილებები განსხვავებულია ადრე და გვიან მომწიფებადი ბიჭებისთვის და გოგონებისთვის. ბიჭებში, ადრე მომწიფება დაკავშირებულია უფრო ხელსაყრელ სოციალურ სტატუსთან, პოპულარობასთან და უფრო დადებით გრძნობებთან საკუთარ თავზე, რაც გამოიხატება პოზიტიურ აფექტში, ყურადღებაში, სიძლიერეში და სიყვარულში. ეს გამოცდილებები ხშირია მალე მომწიფებულ ბიჭებში, რადგანაც გვაქვს ადრე გაზრდილი კუნთის მასა და მეორეული სქესობრივი ნიშნები. რადგან ბიჭებში ფიზიკური შესაძლებლობები ყველაზე დაფასებულია, როგორც ჩანს, მათ, ვინც ადრე ვითარდება, ყველა სფეროში უპირატესობა აქვთ, თავიდან მაინც. შენიშვნა: მიუხედავად იმისა, რომ ადრეული მომწიფება ძალიან ხელსაყრელია ბიჭებისთვის, ზოგიერთი კვლევის თანახმად ისინი ადრევე შეიძლება ჩაერთონ სამართალდარღვევაში და ალკოჰოლის მოხმარებაში.

ამისგან განსხვავებით, ადრეული გარდატეხის ასაკი მოზარდ გოგონებში არც თუ ისე დადებითია. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი კვლევა გვაჩვენებს გოგონების ადრეული მომწიფების კავშირს მაღალ სოციალურ სტატუსთან და პრესტიჟს თანატოლთა ჯგუფში, კვლევების უმეტესობა გვეუბნება, რომ ადრეული მომწიფება დაკავშირებულია მეტ მგრძნობელობასთან სოციალურ წნეხზე, რაც საზოგადოებაზე მორგების პრობლემებს იწვევს, რომელიც გრძელდება ზრდასრულ პერიოდშიც. ადრე მომწიფებადი გო-

გონები შეიძლება წაგებაში იყვნენ საზოგადოებაში, რადგანაც ისინი არ ემთხვევიან თავიანთი თანატოლების განვითარებას. ისინი შეიძლება მარტოსულები გახდნენ და მოექცნენ წნეხის ქვეშ, მონაწილეობა მიიღონ ისეთ სქესობრივ ურთიერთობებში, რომელიც სცდება მათ სიმწიფესა და სტრესთან გამკლავების უნარს. ამას შეიძლება მოჰყვეს დაზიანებული თვითშეფასება. ხშირად, უფრო მაღლები და უფრო ადრე მომწიფებულები აღმოაჩენენ, რომ ძალიან ცოტა თანატოლია, რომელიც მათ ინტერესებსა და პრობლემებს იზიარებენ. შედეგად, ისინი ხშირად იპყრობენ უფროსი ბიჭების ყურადღებას, რაც ზრდის მათი დანაშაულებრივი საქციელის რისკს და მათ მიდრეკილებას ჭამის დარღვევებისკენ, დეპრესიისკენ და თანატოლების მიერ წნეხისკენ.

ადრეული მომწიფება რთულია გოგონებისთვის, ხოლო გვიანი მომწიფება – ბიჭებისთვის, მაგრამ უფრო ნაკლებად. გვიან მომწიფებადი ბიჭები ნაკლებად მოსვენებულები არიან, ნაკლებად პოპულარულები თანატოლებში და საზოგადოებაში ნაკლებად დამკვიდრებულად გრძნობენ თავს. ზრდასრულ ასაკში მათ უფრო ნაკლებად უჭირავთ ლიდერის პოზიცია სამსახურში, ან ორგანიზაციაში და არიან ნაკლებად პასუხისმგებლობით აღსავსენი, დომინანტურები და მაკონტროლებლები.

ფსიქოსოციალური განვითარება

ფსიქოსოციალური იდენტობა

ერიქსონის მიხედვით (1968), მოზარდის მთავარი ამოცანაა თავისი იდენტობის შეგრძნების ჩამოყალიბება. მოზარდები თავიანთ თავს აფასებენ რამდენიმე ფიზიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური შემთხვევისა და გამოცდილების მიხედვით, მათ შორის: (1) მოზარდის საკუთარი გარდატეხის ასაკის ცვლილებები და ეს ბიოლოგიური ცვლილებები მათ თანატოლებში; (2) გადართვა აბსტრაქტულ მსჯელობაზე, ამის შედეგად შეცვლილი ქცევა და მორალური ახსნები, რითიც ეს ქცევა მართლდება; (3) ინდივიდთან (მშობელი, თანატოლი, მასწავლებელი, ხალხური გმირი) და ჯგუფთან („ჩემი მეგობრები“, „ჩვენი თაობა“) იდენტიფიკაცია, რომელიც ბავშვობაში ყალიბდება; (4) პასუხისმგებლობის გაზრდილი გრძნობა სკოლაში, სახლში და სამუშაო ადგილას; (5) კარიერაზე ფიქრის დაწყების საჭიროება და უფრო ნაკლებად, (6) რელიგიური და პოლიტიკური ღირებულებებისა და იდეოლოგიის ჩამოყალიბება. ამ ყველაფრით, მოზარდს უყალიბდება ინდივიდუალური იდენტობის უნიკალური გრძნობა.

მარსია (1980) ხსნის, რომ იდენტობა არის მოზარდის მიერ მოცემული განმარტება, თუ ვინ არის, რაც ეფუძნება მათი მოტივაციების, პირადი რწმენისა და წარსული გამოცდილებების მათსავე გაგებას. როცა მოზარდებს აქვთ იდენტობის მყარი გრძნობა, მათი ქმედებები უფრო განსაზღვრულია და ისინი უფრო კარგად ხვდებიან, თუ ვინ არიან, ვის ჰგვანან და ვისგან განსხვავდებიან (სურათი 7-8).

მოზარდების იდენტობის გრძნობა ემყარება სამ ძირითად ფაქტორს: (1) ინდივიდთან და ჯგუფთან იდენტიფიცირებას, რაც ბავშვობაში ყალიბდება; (2) განვითარების საზოგადოების მიერ მოცემული ამოცანების შესრულებას (მაგ., ნდობა. თუ არ ნდობა, ავტონომია, თუ სირცხვილისა და ეჭვის გრძნობა) და (3) საკუთარი იდეოლოგიის ჩამოყალიბებას, რაც ემყარება მათ სოციალურ, პოლიტიკურ და რელიგიურ ღირებულებებს.



სურათი 7-8.ზრდასრულთა ცხოვრების მრავალი ასპექტი ხელს უწყობს მათ თვითმყოფადობას, მათ შორის ურთიერთობებს, ნიჭს, რწმენას და მატერიალურ საკუთრებას

იდენტობის სტატუსები

ყველა ინდივიდი ვერ აღწევს საბოლოო პასუხამდე, თუ ვინ არიან ისინი მოზარდობის პერიოდში. ბევრი თავიანთი ცხოვრების უმეტესობას ატარებს თავისი იდენტობის ამოუცნობლად, ან საერთოდ იდენტობის გრძნობის ჩამოუყალიბებლად. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ შემთხვევაში იდენტობის გრძნობა არ ყალიბდება ადრეულ ზრდასრულობამდე, პროცესი ძირითადად იწყება მოზარდობის პერიოდში.

მარსია (1980) ცნობდა, რომ არსებობს სხვადასხვა გზები, რომლითაც ახალგაზრდები იდენტობის ჩამოყალიბებას აღწევენ. მან აღმოაჩინა ორი განზომილება, რომელიც კრიტიკულია იდენტობისთვის: შეცნობა და გადაწყვეტა. ერიქსონის ნაშრომზე დაყრდნობით, მარსია ფიქრობდა, რომ მოზარდებმა იდენტობის ჩამოყალიბების გზაზე უნდა გაიარონ ცხოვრების აქტიური „დაკითხვის“ პერიოდი, რომელმაც შედეგად უნდა მოიტანოს პიროვნების გადახრა გარკვეული ღირებულებებისა და შესაბამისი ქმედებებისაკენ, რომელიც მათ განუმარტავს, თუ ვინ არიან ისინი. შეცნობისა და გადაწყვეტის სხვადასხვა კომბინაციებით, მარსიამ განმარტა იდენტობის სტატუსის სამი ვარიანტი: იდენტობის მიღწევა, იდენტობის დიფუზია და მორატორიუმი. მიზანი არის იდენტობის მიღწევა, მაგრამ ახალგაზრდამ შეიძლება არც გაიაროს დანარჩენი სამი სტატუსი ამ გზაზე. იდენტობის მიღწევა გულისხმობს, რომ ინდივიდმა გაიარა შეცნობის პროცესი და მიიღო შედარებით მდგრადი გადაწყვეტილებები ღირებულებებთან დაკავშირებით. ეს ინდივიდები ძირითადად არიან გაწონასწორებულები, სტაბილურები და მომწიფებულები. ინდივიდები აჩვენებენ ღირებულებების გადაწყვეტის დიდ მონდომებას, მაგრამ ჯერ არ შეუცვნიათ პრინციპები, რომელზეც მათი გადაწყვეტილებებია დაფუძნებული.

ეს ინდივიდები შეიძლება ჩანდნენ ძალიან დარწმუნებულები თავიანთ ღირებულებებში, მაგრამ თუ ახლოს დავაკვირდებით, შეიძლება გაუჭირდეთ თავიანთი ღირებულებების ახსნა და ქონდეთ იდეოლოგიები, რომლებიც გადმოიღეს მშობლებისგან, ან სხვა ადამიანებისგან. იდენტობის დიფუზია აღწერს ინდივიდს, რომელსაც არც შეცნობის პროცესში მიუღია მონაწილეობა და არც გადაწყვეტილება მიუღია ღირებულებებთან და კარიერასთან დაკავშირებით. ეს ინდივიდები ნაკლებად არიან მომწიფებულები და უფრო ხშირად ჰყვებიან პოპულარულ იდეოლოგიებს. ბოლოს, მორატორიუმის სტატუსი აქვთ ინდივიდებს, რომლებიც ახლაც სხვადასხვა იდეოლოგიისა და კარიერის შეცნობის პროცესში არიან და ჯერ კიდევ უნდა მიიღონ გადაწყვეტილებები ამ საკითხებში.

ფსიქოსოციალური მორატორიუმი – ერიქსონის ტერმინი, რომელიც მიმართავს შეცნობის პერიოდს მრავალი ახალგაზრდა ადამიანის ცხოვრების მიმართულების განსაზღვრაში, განსაკუთრებით გამოხატულია ახალგაზრდებში, რომლებიც დადიან კოლეჯში/უნივერსიტეტში, რაც თავისთავად აძლევს მას საშუალებას, მიმოიხილოს კარიერის სხვადასხვა ვარიანტები და მიიღოს გადაწყვეტილება. მოზარდები, რომლებიც მუშაობას პირდაპირ სკოლის შემდეგ იწყებენ, უფრო ხშირად არიან იდენტობა-მიღწეულები, ვიდრე მათი კოლეჯში მყოფი თანატოლები.

მოზარდის იდენტობის სტატუსის მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორია მშობლები და მათ მიერ გამოყენებული აღზრდის მეთოდი. ძალიან მნიშვნელოვანია რამდენად ემოციურ კავშირში არიან ოჯახის წევრები ერთმანეთთან და რამდენად აძლევენ მშობლები ბავშვს ინდივიდუალობის უფლებას. ინდივიდუალობა მოიცავს ადამიანის შესაძლებლობას, წარადგინოს საკუთარი აზრი და ვერბალურად გადმოსცეს, თუ ვინაა ის. იდენტობა-მიღწეული მოზარდები უფრო ხშირად არიან ისეთი ოჯახებიდან, რომლებიც მხარს უჭერენ ემოციურ კავშირს და ინდივიდუალობას. ამისგან განსხვავებით, მოზარდები, რომლებიც მაღალი ემოციური კავშირის მქონე, მაგრამ სუსტი ინდივიდუალობის ოჯახებიდან მოდიან, უფრო ხშირად ივითარებენ იდენტობის სტილს, ხოლო ოჯახები, რომელშიც არ ყოფილა ემოციური კავშირი, მიუხედავად ინდივიდუალობისა, ბავშვს მიდრეკენ დიფუზური იდენტობის სტატუსისკენ.

გაცნობიერებული მსჯელობა და პირადი იდენტობა

მოზარდების იდენტობის ჩამოყალიბებაში დიდი როლი უჭირავს მათ უნარს, იფიქრონ უფრო რთულად და აბსტრაქტულად, რაც მათ საშუალებას აძლევს, გაითვალისწინონ უფრო ფსიქოლოგიური მახასიათებლები, რომლებიც მათ განმარტავს. მაგალითად, როცა ვთხოვთ, რომ აღწერონ საკუთარი თავი, ადრეული მოზარდები თავიანთ თავებს ახასიათებენ ფიზიკური ნიშნებით, საყვარელი აქტივობებით და როლებით, რომლებიც მათ უჭირავთ, მაგალითად ბიჭი/გოგონა, ფეხბურთელი, მოცეკვავე, მოსწავლე, ან კომპიუტერის მოყვარული ადამიანი. იგივე კითხვა უფროს მოზარდებში გვაძლევს აღწერებს, რომლებშიც უფრო ჭარბობს აბსტრაქტული მახასიათებლები, რწმენა, ღირებულებები და იდეოლოგიები, რაც შეადგენს მათ პიროვნებას, მაგალითად – ბედნიერი ადამიანი, რელიგიური ადამიანი, ან მზრუნველი ადამიანი.

როგორც კი მოზარდები უფრო კომპლექსურად იწყებენ ფიქრს, ისინი გამოხატავენ საკუთარი თავის განმარტების დიფერენციაციის გაზრდილ დონეს. მაგალითად, ისინი

აცნობიერებენ, რომ სკოლაში სხვანაირად იქცევიან, ოჯახში სხვანაირად და საუკეთესო მეგობრებთან კიდევ უფრო სხვანაირად. ურთიერთსაწინააღმდეგო მახასიათებლები ამ სხვადასხვა ქცევებში, შეიძლება შეუმჩნეველი იყოს ადრე, მაგრამ როგორც კი ადამიანი ცდება შუა მოზარდობის პერიოდს, ის ამჩნევს ამ ურთიერთსაწინააღმდეგო ქცევებს სხვადასხვა ვითარებაში. ამ პერიოდში მოზარდები ცდილობენ გაიგონ, რომელი ქცევა შეესაბამება მათ ნამდვილ „მეს“ („თუ სხვადასხვა ვითარებაში სხვადასხვანაირად ვიქცევი, რომელ ვითარებაში ვარ ნამდვილი მე?“). რაღაც მომენტში მოზარდი ხვდება, რომ არსებობს ძირეული ცნება, თუ ვინ არის, რომელიც სხვადასხვა განმარტებებს ირგებს.

გენდერული იდენტობა

გენდერული იდენტობა გულისხმობს, თუ რომელ სქესად მივიჩნევთ ჩვენს თავს, მდედრობითად თუ მამრობითად. ესაა ბიოლოგიური შედგომის კულმინაცია, პირადი და სოციალური მოლოდინები და რეკომენდაცია იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა იფიქროს ქალმა/კაცმა და როგორ უნდა მოიქცეს ის. ბავშვის დაბადების მომენტიდან, სამყარო მათ სხვადასხვანაირად მიუდგება, იმის მიხედვით, ბიჭია ის, თუ გოგონა. როცა პატარა ბავშვები პირველად იგებენ განსხვავებას ბიჭებსა და გოგონებს შორის, ძალიან დიდი ალბათობით, ისინი გამოხატავენ გადახრას რომელიმე სქესისთვის შესაბამისი ქცევისკენ. გვიანი ბავშვობის პერიოდში, ბავშვები რჩებიან თავიანთი სქესისთვის შესაბამისი ქცევების ერთგულნი, მაგრამ უფრო ღია ხდებიან თავიანთი თავებისა და სხვების მიმართ, იმ შემთხვევაში, თუ ეს ქცევა ნორმალურად, საწინააღმდეგო სქესისას შეესაბამება. მოზარდები ბევრად უფრო ტრადიციულები არიან თავიანთ გენდერულ მიდგომებში და ქცევებში ბავშვებთან და ზრდასრულებთან შედარებით. ამ ცვლილებას მოზარდებში ეწოდება სქესის ინტენსიფიკაციის ჰიპოთეზა. მზარდი განსხვავებები მიდგომასა და ქცევაში, რომელიც აღმოცენდება ადრეულ მოზარდ ბიჭებსა და გოგონებს შორის, სავარაუდოდ არის სხვების (მშობლების, მასწავლებლების, თანატოლების) პასუხის შედეგი გარდატეხის ასაკის ცვლილებებზე, რომლებსაც გადიან ეს მოზარდები და რომლების გამოც მათი გარეგნობა თანდათან განსხვავდება საწინააღმდეგო სქესისგან, რადგანაც ისინი იძენენ ზრდასრული ქალისა და კაცის მახასიათებლებს. ერიქსონი (1968) სქესს თვლიდა ახალგაზრდების ინდივიდუალური იდენტობის ჩამოყალიბების მნიშვნელოვან ნაწილად. მეტიც, ერთ-ერთი ახსნა იმისა, თუ რატომ არიან მოზარდები არატოლერანტულები სხვების მიერ საწინააღმდეგო სქესისთვის დამახასიათებელი ქცევების გამოხატვის მიმართ, არის ის, რომ ასეთი მყარი პერსპექტივა მათ ეხმარებათ იმის გარკვევაში, თუ რომელი სქესის წარმომადგენლები არიან და საერთოდ, ვინ არიან ისინი.

იდენტობა და ინტიმურობა

ერიქსონის იდენტობის ფორმირების ეტაპის შემდგომ, ერიქსონის (1968) მე-6 ეტაპი ფოკუსირებს თემაზე: ინტიმურობა, თუ იზოლაცია. ამ ეტაპის განმავლობაში, ინდივიდები არიან სხვებთან ინტიმური ურთიერთობების დამყარების ამოცანის წინაშე. ერიქსონი ამბობს, რომ როცა ახალგაზრდა იაზრებს, თუ ვინ არის, მას უკეთ შეუძლია, ინტიმურად მიუძღვნას თავი სხვა ადამიანს (სურათი 7-9).მარსია (1980) ამბობს, რომ ინტიმურობაში პარადოქსი ისაა, რომ „ეს არის სიძლიერე, რომელიც მხოლოდ საკუთარი თავის დაუცველობით მიიღწევა; დაუცველობა კი, შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, როცა არსებობს

შინაგანი დაზღვევა მყარი იდენტობის სახით“. ერიქსონის მიხედვით (1968), ახალგაზრდობა, რომელიც საკუთარ იდენტობაში დარწმუნებული არაა, „არიდებს თავს ინტერპერსონალურ ინტიმურობას, ან კავდება ინტიმური ქცევებით, რომელიც არაა სელექტიური“. ასეთი ინდივიდი შეიძლება ჩართული იყოს ინტიმურ ურთიერთობებში, მაგრამ ჰქონდეს ძალიან სტერეოტიპული პირადული ურთიერთობები, რომელიც დატოვებს უკმარისობის შეგრძნებას და „ღრმა მარტოობის გრძნობას“. საინტერესოა, რადგან ჩვენ მოხუცებს მივიჩნევთ მარტოსულ ადამიანებად, მაგრამ მოზარდები და ახალგაზრდა ზრდასრულებიც შეიძლება ძალიან მარტონი და იზოლირებულნი იყვნენ.



სურათი 7-9. ინტიმური ურთიერთობის ცოდნა ხდება მოზარდის ცხოვრების მნიშვნელოვანი ნაწილი

ცნობიერების განვითარება

მიუხედავად იმისა, რომ გარდატეხასთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური ცვლილებები განვითარების ყველაზე შესამჩნევი ინდიკატორებია, არანაკლებ მნიშვნელოვანია ცნობიერების (კოგნიტური) ცვლილებები, რომელსაც ადგილი აქვს ამ დროის განმავლობაში. ახალგაზრდების ფიქრის პროცესი ხდება უფრო დახვეწილი და რადიკალურად იცვლება მათი აზროვნების შესაძლებლობა თავიანთ თავსა და მათ გარშემო არსებულ სამყაროზე. პიაჟე, ვიგოტსკი, სელმანი და ელკინდი სხვადასხვა პერსპექტივიდან აღწერენ ცნობიერების ცვლილებებს, რომელიც ხდება მოზარდში. ამ თემაზე კვლევათა უმრავლესობა ეყრდნობა ჟან პიაჟეს თეორიულ იდეებს. მოზარდობის პერიოდში (პიაჟეს ფორმალური ოპერაციების ეტაპი), ახალგაზრდების აზროვნების ყველაზე გამორჩეული მახასიათებელია, რომ მათ ესმით რა არის შესაძლებელი, იმასთან ერთად, თუ რა ხდება რეალობაში. აზროვნება აღარაა შემოსაზღვრული მათი არსებობის კონკრეტული, ფიზიკური სამყაროთი. არამედ, ახლა მათ შეუძლიათ იფიქრონ აბსტრაქტულ შესაძლებლობებზე. პრობლემის პოტენციური გადაწყვეტა აღარაა დამოკიდებული მარტო გამოცდილებაზე. ახალგაზრდებს შეუძლიათ გაითვალისწინონ გადაწყვეტის ყველა შესაძლო მეთოდი, რეალურიც და აბსტრაქტულიც, შეუძლიათ ვარიანტების შეფასება და საუკეთესო გადაწყვეტილების მიღება ამ ვარიანტებიდან. ახალგაზრდებს შეუძლიათ წარმოიდგინონ საკუთარი აზ-

რები, როგორც რეალური ობიექტები, რომლების შესწავლა და ანალიზი შეიძლება. მათ შეუძლიათ იფიქრონ და იაზროვნონ ისე, როგორც არასდროს.

აბსტრაქტული შესაძლებლობების გათვალისწინების შედეგად, მოზარდები იწყებენ განსხვავებას თუ „რა არის“ და „რა შეიძლებოდა ყოფილიყო“ (განსხვავება ნამდვილსა და იდეალურს შორის). განვითარების ადრეული ეტაპებისას, „ნამდვილი“ და „იდეალური“ ძირითადად ერთი და იგივეა. თუმცაღა, მოზარდების აზროვნების უნარის აბსტრაქტულ განვითარებასთან ერთად, ისინი აცნობიერებენ სხვა რეალობის შესაძლებლობასაც. ამ უნარისგან მოდის ახალი, იდეალიზმის გრძნობა და ახალი სტანდარტები, რომლებითაც ისინი იწყებენ საკუთარი თავისა და გარემოს შეფასებას. მოზარდების ახალი უნარი, კრიტიკულად შეაფასონ სამყარო, ძირითადად შესამჩნევია მშობლებთან უთანხმოების და მათი სოციალური, პოლიტიკური და რელიგიური ხედვების ჩამოყალიბების სახით.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი კოგნიტური ცვლილებაა ენის განვითარება. ბავშვებთან შედარებით, მოზარდები ძირითადად უფრო დახვეწილად იგებენ სიტყვებსა და მათთან დაკავშირებულ აბსტრაქტულ ცნებებს (სურათი 7-10).ამ გაზრდილი დახვეწილობის გამო, მოზარდები სიტყვებს სხვანაირად იგებენ და აფასებენ, ასევე, იყენებენ მეტაფორებს და სატირას. ბავშვებს ხშირად შეუძლიათ მოთხრობის პირდაპირი მნიშვნელობის ამოცნობა, მაგრამ ისინი მხოლოდ მოზარდობის პერიოდში ხვდებიან უფრო აბსტრაქტულ, მეტაფორულ აზრს ამ მოთხრობაში. მოზარდობის პერიოდში ახალგაზრდები უფრო ერთობიან ორმაგი მნიშვნელობის სიტყვებით, სატირით და პაროდიებით. ამის დამადასტურებელია ის, რომ მოზარდები უფრო ერთობიან ფილმებით, როგორიცაა შრეკი და დისნეის ალადინი და ჰერკულესი, რომლებშიც ჩვენი კულტურის ყველა ასპექტის შესახებ შეინიშნება ხუმრობები. როცა ბავშვს ფილმების დიალოგში მხოლოდ პირდაპირი მნიშვნელობები ესმის, მოზარდებს ესმით სატირაც, რომელიც გადმოცემულია იმავე დიალოგით. ამასთან ერთად, მოზარდებს უკვე შეუძლიათ ირონიის გაგება და გამოყენება, რადგან ისინი იჭერენ მცირე ცვლილებებს ხმაში, რომელმაც შეიძლება შეცვალოს მთელი წინადადების მნიშვნელობა, მისი პირდაპირი მნიშვნელობის საპირისპიროდ.

გადართვა ფორმალურ, ოპერატიულ აზროვნებაზე ხდება თანდათან და ცვალებადია ინდივიდებს შორის. ფორმალური ოპერატიული აზროვნება მოიცავს ორ ქვეპერიოდს: ადრეულ და გვიან პერიოდებს. როცა მოზარდები პირველად იძენენ ფორმალური ოპერატიული ფიქრის უნარს, მათი ახლად შეძენილი შესაძლებლობა – ჰიპოთეზური ფიქრი, გზას უთმობს შეუბოჭავ იდეებს და ულევ შესაძლებლობებს. აზროვნების ეს ადრეული სტადია გზას უთმობს მოზარდის მცდელობას, მოარგოს ეს ახალი აბსტრაქტული ინფორმაცია მათ მოუმწიფებელ გაგებას, თუ როგორ მუშაობს სამყარო, რისი შედეგიცაა სამყაროს სუბიექტურად და იდეალისტურად დანახვა, რაც ძალიან კარგად ჩანს იმაში, თუ როგორ მარტივად უყურებენ ისინი პოლიტიკურ და სოციალურ პრობლემებს. როგორც კი მოზარდები კოგნიტურად მომწიფდებიან, მათ უკეთ შეუძლიათ აზროვნების სტრატეგიების შეცვლა, რათა მოარგონ ის ხელმისაწვდომ ინფორმაციას. ბოლოს, იბადება კითხვა, არის თუ არა კავშირი ფიზიოლოგიურსა და კოგნიტურ მომწიფებას შორის, მაგრამ ზრდის ამ ორ არეში მნიშვნელოვანი კავშირი არაა აღმოჩენილი. რისი აღმოჩენაც ამჟამად ხდება, გვეუბნება, რომ

ცნობიერების განვითარების ერთი უბრალო ახსნა სწორად ვერ გადმოსცემს მოზარდების აზროვნებაში ცვლილებებს. ამის ნაცვლად, გამოყენებული უნდა იქნას მოდელი, რომელიც ასახავს მრავალი მექანიზმის ურთიერთდამოკიდებულებას.



სურათი 7-10.

კოგნიტური სოციალიზაცია

ლევ ვიგოტსკი, საბჭოთა კავშირში მოღვაწე კოგნიტური სფეროს თეორეტიკოსი, რომელიც იყო პიაჟეს თანამედროვე, მაგრამ არა მისი გავლენის ქვეშ, ფიქრობდა, რომ მოზარდების კოგნიტურ უნარებში არსებული განსხვავებები იყო გარემოს გავლენით და ხაზს უსვამდა, თუ როგორ უწყობს ხელს საზოგადოება კოგნიტურ ზრდას (სურათი 7-11). ვიგოტსკის ყველაზე მნიშვნელოვანი ცნებებია თავმოყრილი პროქსიმალური განვითარების ზონაში, რომელიც შედგება ამოცანებისგან, რომელიც ძალიან რთულია მარტო შესასრულებლად, მაგრამ მარტივდება ზრდასრულთა, ან უფრო გამოცდილ თანატოლთა მითითებებით და დახმარებით. ამ „ზონის“ ქვედა ლიმიტი არის პრობლემების გადაწყვეტის ეტაპი, რომელიც მოზარდის მიერ მიიღწევა მარტო; ზედა ლიმიტია უფრო ღრმა შემეცნების ეტაპი, რომელსაც მოზარდი სხვისი დახმარებით აღწევს. ამ „ზონის“ ზედა ლიმიტზე მაღლა არსებულ უნარებს, დიდი ალბათობით, მოზარდი ვერც სხვისი დახმარებით აითვისებს. ყველაზე მეტი მომწიფება კი ხდება მაშინ, როცა მოზარდს ვაიძულებთ ამ ლიმიტს გასცდეს. ვიგოტსკის მიხედვით, კოგნიტური განვითარება არის მათი სოციალურ ურთიერთობათა და ამ ურთიერთობებში არსებული პასუხისმგებლობის (რამდენად მოეთხოვება მოზარდს, იფიქროს იმაზე მეტი, ვიდრე მას დამოუკიდებლად შეუძლია) სიდიდის ფუნქცია. მაგალითად, მე-7 კლასელების უმეტესობისთვის ზედმეტად დამთრგუნველი იქნება კოლეჯის დონის კალკულუსის კურსზე დასმა, მაგრამ იგივე მოსწავლეებს შეუძლიათ კომპლექსური იდეების (მაგ., მათემატიკური ოპერაციების) გაგება, თუ მათ გაწვრთნის ზრდასრული, ან მცოდნე თანატოლი, რომელმაც იცის მისი პოტენციური ზედა ზღვარი და რომელსაც შეუძლია მისი აყვანა უფრო მაღალ ეტაპზე. ვიგოტსკის თეორიის მიხედვით, სწავლა ყველაზე ეფექტურია, თუ მასწავლებელი თავიდან ძალიან ეხმარება მოზარდს, ხოლო შემდეგ თანდათან ამცირებს დახმარებას, მოზარდის უნარების ზრდასთან ერთად. ეს პროცესი ხშირად შედარებულია ხარაჩოების გამოყენებასთან, რომელიც საყრდენებია შენობისთვის, რომელიც მშენებლობის პროცესშია.

შენობის გამყარებასთან ერთად, ხარაჩოებსაც თანდათან აშორებენ. როცა მოზარდი ახალ უნარს სწავლობს, მას შეუძლია თანდათან გაითავისოს ის და დამოუკიდებლად უფრო და უფრო უკეთ გამოიყენოს.



სურათი 7-11. მოზარდებში მნიშვნელოვანია კოგნიტური განვითარების ასპექტი

მოზარდის ეგოცენტრიზმი

ფორმალური ოპერაციული აზროვნება მოზარდებს ნებას აძლევს იფიქროს საკუთარ ფიქრებზე და ასევე შესაძლებელს ხდის მათთვის, მიხვდნენ, რომ სხვა ადამიანების ფიქრები მათგან განსხვავებული და ინდივიდუალურია. ელკინდის (1967) მიხედვით, ეს შესაძლებლობა, გაითვალისწინონ სხვისი ფიქრები, არის მოზარდის ეგოცენტრიზმის ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტი. ამ დროს ისინი ვერ ასხვავებენ მათ თავს სხვა ადამიანის ყურადღების ობიექტისგან. მიუხედავად იმისა, რომ რაღაც რაოდენობით ეგოცენტრიზმი არსებობს განვითარების ყველა სტადიაზე, ის უფრო ხშირად დაკავშირებულია მოზარდებთან. ფორმალური ოპერაციული ფიქრის დაწყებასთან ერთად, მოზარდებს უკვე შეუძლიათ სხვების ფიქრების გათვალისწინებაც, მაგრამ მათი მოუმწიფებელი ცნობიერების გამო, მათ ურთულდებათ თავიანთი და სხვების ფიქრების დიფერენცირება. მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდები ხვდებიან, რომ სხვების ფიქრები არაა იგივე, რაც მათი, ისინი ცდებიან იმის ვარაუდში, რომ სხვებმა იციან, რას ფიქრობენ ისინი. მათ ჰგონიათ, რომ სხვები იმდენივე ყურადღებას უთმობენ მათ ქცევასა და გარეგნობას, რამდენსაც თავადვე უთმობს თავის შესაბამის თვისებებს. ამას მივყავართ საკუთარ თავში ჩაკეტილობის უფრო ძლიერ გრძნობამდე (სურათი 7-12).

ამ ეგოცენტრიზმის ფუნქციად, ელკინდმა გამოყო ორი ტიპის სოციალური აზროვნება, რომლებიც განსაკუთრებით შესამჩნევია ადრეულ მოზარდობაში – წარმოსახვითი აუდიტორია და პირადი იგავი. წარმოსახვითი აუდიტორია გულისხმობს, რომ მოზარდს თავი სულ სცენაზე ჰგონია. რადგან მოზარდები ხშირად ახვევენ თავს თავიანთ ფიქრებს სხვებს, იმის მცდელობაში, რომ გაიგონ სხვები რას ფიქრობენ, თვითონაც ხშირად სჯერათ, რომ სხვებს ძალიან ადარდებთ მათი გარეგნობა და საქციელი. მაგალითად, ბევრ მოზარდს უნერვიულია ძალიან სკოლაში წასვლაზე, რადგან მათ სჯეროდათ, რომ ყველა სხვა მოსწავლე სკოლაში იმდენად კარგად შეამჩნევდა მის ცხვირზე არსებულ მუწუკს, რამდენადაც თვითონ. ეს გამოცდილებები ხშირად აიძულებს მოზარდს, უპასუ-

ხონ წარმოსახვითი აუდიტორიის წარმოსახვით საქციელს, ვიდრე ნამდვილ მოვლენებს, რომელიც მათ გარშემო ხდება.



სურათი 7-12.გარეგნობა მნიშვნელოვანია მოზარდებში, და ასახავს მათ ეგოცენტრიზმს

წარმოსახვით აუდიტორიასთან კავშირშია მოზარდების კიდევ ერთი მყარი რწმენა, რომელსაც ელკინდი უწოდებს მათსავე საკუთარ, პირად იგავს, რომელშიც მოზარდებს აქვთ მათი უნიკალურობის გადაჭარბებული გრძნობა. იმის გამო, რომ მოზარდებს სჯერათ, რომ ძალიან მნიშვნელოვანი ფიგურები არიან ძალიან ბევრი ხალხის ცხოვრებაში (მაგ., წარმოსახვითი აუდიტორიისთვის), ისინი წარმოიდგენენ საკუთარ თავებს და განსაკუთრებით, საკუთარ გრძნობებს, როგორც გამორჩეულს და უნიკალურს. ეს პირადი უნიკალურობა გამოხატულია ორი გზით – იზოლაციის უკიდურესი შეგრძნება, დაჯერება, რომ ჯერ არავის გადაუტანია ის გრძნობები და რთული სიტუაციები, რომლებიც მან გადაიტანა (შესაბამისად ფრაზა, „შენ უბრალოდ არ გესმის“), ან იმის რწმენა, რომ ისინი უკვდავები არიან, ან მათ არ შეიძლება შეემთხვათ ცუდი რაღაცები, რაც სხვებს ემართებათ, მათ შორის სიკვდილი (სურათი 7-13). ეს უკვდავების გრძნობა ხშირად გამოიხატება მოზარდებისთვის დამახასიათებელ მანქანის მართვაში, ნივთიერებების მიღებაში და სქესობრივ ცხოვრებაში.



სურათი 7-13.უკვდავების გრძნობა, რომელიც თან ახლავს მოზარდების პიროვნულ ფორმირებას. ამის დამადასტურებელია მათი სარისკო ქცევის მომატების ალბათობა

სოციალური პერსპექტივის მიღება

მოზარდის კოგნიტური განვითარების კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტია, სხვა ადამიანების პერსპექტივის დანახვის გაუმჯობესება. პიაჟეს შრომისა და ჯორჯ ჰერბერტ მიდისა და სელმენის სიმბოლური ინტერაქციის თეორიის (1980) მიხედვით, ინდივიდის ურთიერთობა სხვასთან, მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული სოციალური პერსპექტივის დანახვის უნარზე. სელმანის მიხედვით, მოზარდი ურთიერთობს, ან კომუნიკაციას ამყარებს სხვებთან, თავისი სოციალურ-კოგნიტური გაგების მიხედვით, თუ ვისთან ურთიერთობს ის. ამას დროთა განმავლობაში ცვლის მომწიფება და სოციალური გამოცდილება. სელმანი ამბობს, რომ ადრეულ და გვიან ბავშვობას შორის, განსხვავების უნარი სხვებსა და საკუთარ თავს შორის ვითარდება. თუ ადრე ბავშვი მხოლოდ ქცევებით ხვდებოდა ამ განსხვავებას, ახლა მას ესმის მოტივები და მსჯელობის სპეციფიკა, რომელიც სხვების ქცევების უკან დგას. პატარა ბავშვებს ძნელად ესმით, რომ სხვების განზრახვები ხშირად არ არის თანხვედრაში მათ ქცევასთან; მაგალითად, მშობლის მცდელობა, წაართავს ბავშვს პლასტმასის პატარა ნატეხი, კარგია ბავშვისთვის, მაგრამ მტკივნეულიცაა. მოზარდობის პერიოდში, კოგნიტური მსჯელობა აგრძელებს დახვეწას და შესაძლებელი ხდება ერთდროული, საერთო (მესამე პირის) პერსპექტივის მიღება. ეს ახალგაზრდას საშუალებას აძლევს, იფიქროს არა იმაზე, თუ რა იქნება კარგი ურთიერთობაში არსებული თითოეული ინდივიდისთვის, არამედ რა იქნება საუკეთესო თვითონ ურთიერთობისთვის. ადრეული მოზარდების პირველადი მცდელობა, კონცენტრაცია მოახდინონ სხვასთან ურთიერთობებზე, განსაკუთრებით ჩანს მათ საუკეთესო მეგობრებში. საუკეთესო მეგობრები, დიდი ალბათობით იცვამენ ერთნაირად, აქვთ საერთო ინტერესები და კავდებიან ერთნაირი აქტივობებით. ნებისმიერი ინდივიდუალური განსხვავება მიიჩნევა საფრთხედ ამ ურთიერთობაში. სელმანის მიხედვით, საერთო პერსპექტივის მიღების უნარის მომწიფებასთან ერთად, ახალგაზრდები აცნობიერებენ, რომ ურთიერთობის საჭიროება შეიძლება შეივსოს ერთი-ორზე მეტი ურთიერთობით და ინდივიდუალური განსხვავებები არა თუ საფრთხე, არამედ საკმაოდ ძვირფასი და საჭირო დეტალიც შეიძლება იყოს.

მორალური განვითარება

ახალგაზრდების ცნობიერების მომწიფების მნიშვნელოვანი ასპექტია მათი მუდმივად მზარდი უნარი, გაითვალისწინონ საკუთარი და სხვების მორალური და ეთიკური მსჯელობის სირთულე. საკუთარი ოჯახის მხოლობითი გავლენიდან გამოსვლისა და საზოგადოებისა და ზრდასრული სამყაროს მრავლობითი გავლენის ქვეშ მოხვედრის შედეგად და მათი მზარდი საჭიროების გამო, შეიცნონ საკუთარი თავი, მოზარდებისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანია მორალური ფასეულობები და სტანდარტები. რამდენიმე თეორეტიკოსი ეცადა მოზარდების გაზრდილი ინტერესის ახსნას მორალურ მსჯელობაში, მოზარდობის პერიოდში.

ფსიქოანალიტიკური პერსპექტივიდან, მორალური განვითარება აღმოცენდება ინდივიდის შიშისგან, რომ საზოგადოება მას უარყოფს თავისი ქვეცნობიერი იმპულსების უკონტროლობის გამო. შესაბამისად, ახალგაზრდები თავიანთ წესებად აქცევენ საზოგადოებისა და მშობლების მიერ დაკანონებულ წესებსა და აკრძალვებს. ფროიდი ამ შინაგან წესებსა და მორალურ ფასეულობებს უწოდებდა სუპერ ეგოს.

სოციალური სწავლის პერსპექტივიდან, მორალური განვითარება არის ადრეული გამოცდილებებისა და წახალისების შედეგი, რომელსაც ბავშვები და მოზარდები იღებდნენ სხვადასხვა ქცევისთვის. დამატებით, მშობლების მიერ დისციპლინა და კერძოდ დისციპლინის გზები, ასევე გადამწყვეტია მორალურ სიტუაციაზე პასუხის გასათავისებლად. მაგალითად, ბავშვები, რომელთა მშობლებიც იძლევიან ახსნას, ან მიზეზებს, თუ რატომ უნდათ ბავშვის ქცევის შეცვლა, იმის ნაცვლად, რომ მოითხოვონ ცვლილება მხოლოდ ავტორიტეტის გამო, უფრო ხშირად ითავისებენ ქცევის მნიშვნელობას და უბრალოდ დროებით არ უსმენენ მშობელს.

ეს პერსპექტივები საკმაოდ მიმზიდველია, მაგრამ მორალურ განვითარებაზე ჩვენი ახლანდელი აზროვნების მთავარი ფუძემდებელი არის კოლბერგი (1976). მისი თეორია დიდწილად ეფუძნება პიაჟეს შრომას. კოლბერგის მორალური აზროვნების კონვენციური ეტაპი, რომელიც აღმოცენდება მოზარდობის პერიოდში და რჩება ზრდასრულობის პერიოდშიც, როგორც მორალური ფუნქციონირების მთავარი ეტაპი, ყურადღებას ამახვილებს ნორმებზე და წესებზე, რომლითაც ადამიანი მიღებული იქნება სოციალური წრის ინდივიდებისა და უფრო ფორმალური მართვის სისტემების მიერ თავიანთ კულტურაში და სოციუმში (მაგ., ლოკალური, სახელმწიფო და ფედერალური კანონები). მორალური აზროვნების ეს დონე უჭირავს ორ ეტაპს, ანუ პირველად ორიენტაციას, მე-3 ეტაპს, ანუ ურთიერთობის შენარჩუნების ფაზას გადაწყვეტილების მიღებაში და მე-4 ეტაპს, ანუ ავტორიტეტის შენარჩუნების ფაზას გადაწყვეტილების მიღებაში, სადაც კანონებზე და სოციალურ ნორმებზე დამორჩილება ცენტრალური ხდება. ზოგიერთი მკვლევარი ამბობს, რომ არსებობს განსხვავება მორალურ მსჯელობაში სქესის მიხედვით – გილიგანი ამბობდა, რომ მოზარდი ბიჭები უფრო ხშირად ასახავენ ავტორიტეტის შენარჩუნებაზე დაყრდნობილ აზროვნებას, ანუ მე-4 ეტაპს მორალურ აზროვნებაში, ხოლო გოგონები უფრო იხრებიან ურთიერთობის შენარჩუნებისკენ, ანუ მე-3 ეტაპისკენ. თუმცაღა, სხვებმა ვერ იპოვეს მსგავსი გენდერული განსხვავებები მორალურ მსჯელობაში. საკუთარი და სხვების ფიქრებისა და ქმედებების მორალური მხარეების გათვალისწინების უნარი გადამწყვეტია მოზარდებისთვის, რომელთაც უვითარდებათ საკუთარი რწმენის სისტემა, რომელიც უმეტესწილად განმარტავს მათ სოციალურ, პოლიტიკურ და რელიგიურ იდენტობებს.

რელიგიურობა

ბევრი მოზარდისთვის მორალური განვითარების მნიშვნელოვანი ნაწილია საკუთარი რელიგიური რწმენისა და რელიგიურობის კანონზომიერებების ფორმირება. როგორც ჩანს, რელიგიას კარგი გავლენა აქვს მოზარდებზე, რადგანაც რელიგიური ახალგაზრდები ნაკლებად შეიმჩნევიან სარისკო ქცევებში და სოციალურად უფრო კომპეტენტურები არიან. იმისათვის, რომ ზუსტად შევაფასოთ რელიგიის მნიშვნელობა მოზარდთათვის, უნდა მოვახდინოთ დიფერენცირება სხვადასხვა რელიგიურ პრაქტიკებს შორის.

ზედმეტად ხშირადაა რელიგიურობა განმარტებული, როგორც ორგანიზებულ აქტივობებზე დასწრება. ეს კი მნიშვნელოვანია, მაგრამ ის აქტივობები, რასაც გარედან ვხედავთ, შეიძლება ნაკლებად იყოს კავშირში მოზარდების შინაგან რწმენასთან. ამის შედეგად, ბევრი მკვლევარი განიხილავს როგორც „საზოგადო“, ისე „პირად“ დონეებს

მოზარდების რელიგიურ პრაქტიკაში. საზოგადო პრაქტიკა ძირითადად გამოხატულია რელიგიურ აქტივობებში მონაწილეობით. გალუპის გამოკითხვაში, მიუხედავად იმისა, რომ ბევრმა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ ღმერთის სწამდა, მხოლოდ 48%-მა დაადასტურა, რომ ბოლო 7 დღის განმავლობაში ეკლესიაში იყო. ამათ შორის, უფრო დაბალი პროცენტი აღინიშნებოდა უფროს მოზარდებში. იმისათვის, რომ გავიგოთ პირადი რელიგიური პრაქტიკის მნიშვნელობა, ვაკვირდებით ისეთ აქტივობებს, როგორიცაა ლოცვა, მედიტაცია და წმინდა ხელნაწერების კითხვა. ამ სფეროებში თინეიჯერების მონდომება ძლიერ ცვალებადია.

მოზარდების რელიგიური ჩართულობა შეგვიძლია ვივარაუდოთ მათი სოციალური კონტექსტიდან, ისევე როგორც მათი სოციალური კონტექსტი შეგვიძლია ვივარაუდოთ მათი რელიგიური ჩართულობიდან. მოზარდების მიერ ეკლესიაში სიარული ძირითადად მშობლების გავლენით ხდება, მაგრამ ასევე შეიძლება დაკავშირებული იქნას იმასთან, თუ რამდენად დადიან ეკლესიაში მათი მეგობრები და უფრო ნაკლებად, სკოლის ამხანაგები.

მოზარდები კონტექსტში

ოჯახები

ოჯახი არის პირველი და ძირითადად, ყველაზე მნიშვნელოვანი სოციალიზაციის ორგანო ადამიანის სიცოცხლეში. წარმატებული სოციალიზაცია არის პროცესი, რომლითაც ბავშვები იძენენ რწმენას, ფასეულობებს და ქცევებს, რომლებიც მნიშვნელოვნად მიიჩნევა მათი საზოგადოების უფროსი წევრების მიერ და მეტწილად არის ზრდის პერიოდში მშობლების მიერ ბავშვთან ურთიერთობის და სხვა ოჯახური ურთიერთობების ფუნქცია. მაგრამ იცვლება ოჯახური გამოცდილებები მოზარდობის პერიოდის გავლისას? კერძოდ, განსხვავდება თუ არა მშობლისა და შვილის ურთიერთობა ბავშვის ცხოვრების მეორე ათწლეულში?

რამდენიმე ცვლილებას სავარაუდოდ აქვთ გავლენა ინტერაქციის სახეობებზე და ურთიერთობების ხარისხზე მოზარდებსა და მშობლებს შორის. ჯერ მოზარდები განიცდიან გარდატეხასთან დაკავშირებულ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს, რომლებიც იწვევენ მშობლებისა და შვილების ურთიერთდამოკიდებულების ცვლილებას. მშობლები მოზარდებიდან ზრდასრული ადამიანის საქციელს ელიან. მოზარდებს კი სჯერათ, რომ მათ ზრდასრული ადამიანებივით უნდა მოექცნენ, მიუხედავად იმისა, რომ მათი საქციელი ყოველთვის არაა ზრდასრული ადამიანის შესაბამისი. მშობლებისა და შვილების ურთიერთობის ასეთი ცვლილება შეგვიძლია დავუკავშიროთ გარდატეხას და ამ პერიოდში არსებულ ჰორმონულ ცვლილებებს. უფრო მეტი კონფლიქტია მოსალოდნელი, როცა მოზარდები განიცდიან ნაადრევ გარდატეხის ასაკს.

კოგნიტურ გადართვას ფორმალურ ოპერაციულ აზროვნებაზე, გავლენა აქვს ახალგაზრდების ურთიერთობაზე მშობლებთან. აბსტრაქტული აზროვნება მოზარდს ნებას აძლევს, უკეთ განასხვაოს რეალური და იდეალისტური სამყაროები, რის შედეგადაც მშობლის საქციელი აღარ აკმაყოფილებს მათ იდეალურ სტანდარტს. ამასთან ერთად, როცა მოზარდს უკეთ შეუძლია გადმოსცეს თავიანთი პოზიცია, როცა არ ეთანხმება მშობელს, ნაკლები შანსია, რომ დაემორჩილოს მას. თუ მშობლები მგრძნობიარენი არ იქ-

ნებიან მოზარდის სურვილისადმი, გამოსცადონ თავიანთი ახალი კოგნიტური უნარები, უფრო დიდი შანსია, რომ მოზარდი გამოდგეს ურჩი.

მათი საკუთარი იდენტობის ძიებაში მოზარდები იწყებენ მიდგომებისა და ფასეულობების გამოცდას, რომლებიც მათ ასწავლეს იმისთვის, რომ კარგად ჩამოეყალიბებინათ საკუთარი პიროვნება. ეს პროცესი ხშირად ზრდის დაძაბულობას მშობელსა და მოზარდს შორის, განსაკუთრებით, როცა მშობლები იძულებულნი ხდებიან დაფიქრდნენ, თუ ვინ არიან და რას აკეთებენ ცხოვრებაში. ეს პროცესი შეიძლება საფრთხის შემცველი იქნას მშობლებისთვის, რადგანაც ისინი უკეთ აცნობიერებენ თავიანთ მოკვდავობას და ცხოვრების ახალი ეტაპის მოახლოებას.

მშობლის სოციალიზაცია

მშობლების მნიშვნელობა ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის აღმოჩნდა მათი ქცევის ფუნქცია ორ დომენში: მგრძნობიარობა და მომთხოვნობა. მშობლის მგრძნობიარობა გულისხმობს, რამდენად რეაგირებენ მშობლები ბავშვების საჭიროებებზე მიმღები, მხარდამჭერი მიდგომით. მშობლის მომთხოვნობა არის თუ რამდენად ელოდება მშობელი და მოითხოვს ზრდასრულ, პასუხისმგებლობის ამსახველ ქცევას თავისი ბავშვისგან. მოზარდისთვის დადებითი გამოსავლისთვის ოპტიმალური სიტუაციაა, როცა მშობლები იყენებენ როგორც მგრძნობიარობის, ისევე მომთხოვნობის მაღალ დონეს. მოზარდებს ექმნებათ დიდი პრობლემები, როცა ამ ელემენტთაგან ერთი, ან ორივე არასაკმარისადაა გამოყენებული მშობლის მიერ. მაგალითად, მოზარდები, რომლებიც იზრდებიან ავტორიტარულ ოჯახებში (სადაც მშობელი ნაკლებად მგრძნობიარე და უფრო მომთხოვნია), უფრო დამოკიდებულები, პასიურები და ნაკლებად ინტელექტუალურად ცნობისმოყვარეები არიან; ისინი, ვინც ინდულგენტურ ოჯახში იზრდებიან (სადაც მშობლები ძალიან მგრძნობიარეები, მაგრამ ნაკლებად მომთხოვნები არიან) უფრო უპასუხისმგებლოები არიან და ნაკლებად შეუძლიათ ლიდერის პოზიციაზე ყოფნა. მოზარდები ინდიფერენტული ოჯახებიდან (სადაც მგრძნობიარობაც და მომთხოვნობაც დაბალ დონეზეა) უფრო იმპულსურები და დანაშაულებრივ ქცევაში ჩართულები არიან. ამათგან განსხვავებით, როცა მოზარდი იზრდება ავტორიტეტულ ოჯახში (სადაც მშობლები მგრძნობიარეები და მომთხოვნები არიან), არის პასუხისმგებლობის გრძნობის მქონე, საკუთარ თავში დარწმუნებული და კრეატიული.

მომთხოვნი გარემო მოიცავს კონტროლის როგორც დადებით, ისე უარყოფით ფორმას. მოზარდები, რომელთა მშობლები აკონტროლებენ მის ქცევას, ნაკლებად შეიმჩნევიან ანტისოციალურ ქცევებში. როცა მშობლები ფსიქოლოგიურად აკონტროლებენ მოზარდს, ანუ ერევიან მოზარდის გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობებში, მოზარდს ურთულდებათ ინდივიდუალობისა და იდენტობის ჩამოყალიბება და ნამდვილ სამყაროში ნაკლებად არიან დარწმუნებულები საკუთარ თავში. შესაბამისად, მიუხედავად იმისა, რომ მშობლის მომთხოვნობა დადებითად უკავშირდება მოზარდის კეთილდღეობას, თანდათან იზრდება მტკიცებულება, რომ მომთხოვნობის ზოგიერთმა ფორმამ შეიძლება საფრთხე შეუქმნას მოზარდის კეთილდღეობას.

მიჯაჭვულობა და ავტონომია

ზრდასრული ასაკის მიახლოებასთან ერთად, ახალგაზრდებს უნდათ უფრო მეტი ავტონომია და საკუთარი თავის წარმართვაში დამოუკიდებლობა, მაგრამ მშობლებმა ხშირად არ იციან, როგორ მისცენ მათ ავტონომიის საშუალება. ისინი ბავშვის ავტონომიის სურვილში საფრთხესაც შეიძლება ხედავდნენ და შესაბამისად, კიდევ უფრო ძლიერ კონტროლს ამყარებდნენ მოზარდზე ამის გამო.

მოზარდებისთვის დილემაა ის, რომ რამდენადაც არ უნდა უნდოდეთ ავტონომია და შესაბამისად, სიკვდილი ერჩივნოთ მშობლებთან ერთად ხალხში გამოჩენას, არ არიან დარწმუნებულები საკუთარი თავის დამოუკიდებლობაში და უსაფრთხოებას მაინც თავიანთ მშობლებთან პოულობენ (სურათი 7-14). მშობლების ამოცანაა, მიხვდნენ, რომ მოზარდის სურვილი, იყოს ცალკე და დამოუკიდებლად შეიცნოს სამყარო, მაგრამ მაინც ჰქონდეს უკან დასაბრუნებელი გზა მშობლების სახით, თუ ეს სამყარო შეუსაბამო გამოდგება მათთვის, ნორმალური და ბუნებრივია. რა თქმა უნდა, მოზარდების მიჯაჭვულობა მშობლებზე (დედებზეც და მამებზეც) მნიშვნელოვანია ისეთი თვისებებისთვის, როგორიცაა საკუთარი თავის რწმენა, ემოციური წესრიგი და ავტონომიის ფორმირება, ისევე, როგორც მოზარდების ურთიერთობისთვის თანატოლებთან, მათი დეპრესიის სიმპტომების დონისთვის და მათი ჩართულობისთვის უარყოფით ქცევებში სხვების მიმართ.



სურათი 7-14. მრავალი ადამიანის რწმენის საწინააღმდეგოდ, ისინი განაგრძობენ მნიშვნელოვანი როლის შესრულებას ზრდასრულთა ცხოვრებაში

მშობლისა და მოზარდის კონფლიქტი

კონფლიქტი ამ ორ მხარეს შორის ხდება ან იმიტომ, რომ მშობელს უნდა, მოზარდი მიყვეს გარკვეულ მითითებებს, ან იმიტომ, რომ მშობელს უნდა, მოზარდმა თავიდან აიცილოს ის შეცდომები, რომლებიც მან დაუშვა იმავე ასაკში. ამასთან ერთად, სმეტანამ (1989) ნახა, რომ მშობლები კონფლიქტს გრძნობდნენ თავიანთ მოზარდთან, როცა საქმე ეხებოდა ავტორიტეტის შენარჩუნებას, კონვენციური სტანდარტების დაცვას, ან ოჯახის რეგულირებას. მოზარდები, ამისაგან განსხვავებით, კონფლიქტს გრძნობდნენ, როცა საქმე ეხებოდა პირად კონტროლს. კონფლიქტი შეიძლება დაკავშირებული იყოს განსხვავებებთან თაობებს შორის, როგორიცაა მიდგომები, რწმენა და ფასეულობები ისეთ გარდატეხის დროში, რომელიც თვითონაც კი ძალიან დიდი სტრესის მომტანია. დამატებით, ბევრ მშობელს და მოზარდს არ აქვს საკმარისი კომუნიკაციისა და სტრესთან გამკლავების უნარი, რათა ებრძოლოს ამ გარდატეხას და ცვლილებებს.

2000 წელს, რიშმა, ბუშმა, ნელსონმა, ომმა, პორტცმა, აბელმა, უიტმანმა და ჯენკინსმა აღმოაჩინეს, რომ მოზარდები მამებთან კონფლიქტში ერთვებოდნენ დასთან/ძმასთან ჩხუბის, სახლში არ დახმარების, დაძინების დროის, დაბალი აკადემიური მოსწრების, ტელევიზორის ყურების და საშინაო დავალების გამო. დედებთან კონფლიქტი კი ტრიალებდა ოთახის არ დალაგების, სახლში არ დახმარების, დასთან/ძმასთან ჩხუბის, საშინაო დავალებისა და ტანსაცმლის დაკეცვის გარშემო. მშობლისა და მოზარდის კონფლიქტების ეს თემები საინტერესოა იმიტომ, რომ მათი უმეტესობა არის ტიპური, ყოველდღიური თემა, როცა სენსიტიური თემები, როგორიცაა სასიყვარულო ურთიერთობები, სექსი, ალკოჰოლი, მოწევა და ნარკოტიკები, ნაკლებადაა განხილული და შესაძლებელია, სპეციალურად არიდებულიც.

კონფლიქტი მშობელსა და მოზარდს შორის უფრო ხშირია ადრეულ და შუა მოზარდობის პერიოდში. მეტიც, ბარბერმა, ჰოლმა და არმისტედმა აღმოაჩინეს, რომ შუა მოზარდობის პერიოდში მყოფ ბავშვებს უფრო ცუდი ურთიერთობა ჰქონდათ დედასთან, ვიდრე გვიან მოზარდებს. ამასთან ერთად, რიშმა, ჯექსონმა და ჩანჩონგმა ნახეს, რომ ადრეული (11-14 წელი) მოზარდებისა და მშობლის კონფლიქტი იყო უარყოფითი, დადანაშაულების, ან თავის არიდების ტიპის და რეაქტიული, როცა 10 წლის შემდგომ, კონფლიქტი იყო უფრო პირდაპირი, ჯანსაღი და ნაკლებად უარყოფითი.



სურათი 7-15.

ქოფლინმა და მალისმა გამოიკვლიეს კონფლიქტის ტიპები მშობლებსა და მოზარდებს შორის. მათ აღმოაჩინეს, რომ ხშირად არსებობს მოთხოვნის, ან უკან დახევის ტიპის კონფლიქტი (ერთი ადამიანი აკრიტიკებს და მეორე ადამიანი თავს არიდებს თემას) და როცა კონფლიქტის თემა მნიშვნელოვანი იყო მშობლისთვისაც და მოზარდისთვისაც (მაგ., ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება). მშობლის მიერ ფსიქოლოგიური კონტროლის გამოყენება (ადამიანის ქცევის კონტროლი ისეთი ფსიქოლოგიური მექანიზმებით, როგორიცაა დანაშაულის გრძნობის გამოწვევა, რომელიც შებოჭვას და მანიპულაციას გულისხმობს) მოზარდებთან ურთიერთობის დროს, ასევე დაკავშირებულია მათ კონფლიქტურ ურთიერთობასთან. მეტიც, კერმა და სტატინმა აღმოაჩინეს, რომ მოზარდები გამოხატავდნენ წარუმატებლობის, არასრულფასოვნების გრძნობას და დეპრესიულ განწყობას, თუ ისინი გრძნობდნენ, რომ მშობლები მათ აკონტროლებდა.

მოზარდებზე გავლენას ახდენს მშობლებს შორის კონფლიქტიც. მაგალითად, გრიჩმა, რეინორმა და ფოსკომ აღმოაჩინეს, რომ თუ მოზარდები გახდებოდნენ ინტენსიური, ხშირი და გამოუსწორებელი კონფლიქტის მომსწრე მშობელთა შორის, ისინი ხშირად ხვდებოდნენ სხვადასხვა მხარეებთან კონფლიქტშიც და ალიანსშიც, რაც ერთმანეთს აბალანსებდა. თუ მოზარდს უფრო ძლიერი ალიანსი ჰქონდა ერთ-ერთ მშობელთან, ის უფრო გაყოფილი იყო ემოციურად. გვერდში მდგომი ურთიერთობა მშობელსა და ბავშვს შორის ამცირებდა მოზარდის მიერ საკუთარი თავის დადანაშაულებას და ასევე მშობლებს შორის კონფლიქტის საფრთხეს. სხვა კვლევაში, რომელიც ასევე აფასებდა მშობლებს შორის კონფლიქტის გავლენას მოზარდებზე, კლარკმა და ფარესმა აღმოაჩინეს, რომ მშობელთა კონფლიქტი უარყოფითად იყო დაკავშირებული მშობლის ხელმისაწვდომობასთან მოზარდისთვის და შესაბამისად, მშობლისა და მოზარდის ურთიერთობასთან.

ურთიერთობები, რომელიც მოზარდებს აქვთ მშობლებთან, ან სხვა მომვლელ პირებთან, ძალიან მნიშვნელოვანია დღეს, რადგან *ჯანმრთელი ხალხი 2020*-ის ერთ-ერთი მიზანი მოზარდებისთვის, სწორედ ამ ადამიანებს განიხილავს. მაგალითად, მე-8 ამოცანა მოზარდის ჯანმრთელობისთვის ჯერ კიდევ ახალია *ჯანმრთელი ხალხი 2020*-ში და წარმოადგენს იმ მოზარდთა რიცხვის გაზრდას, რომლებიც დაკავშირებულნი არიან მშობელთან, ან სხვა ზრდასრულ მომვლელთან და შეუძლიათ მათთან საუბარი სერიოზულ პრობლემებზე და ვისი მშობლებიც/მომვლელებიც ესწრებიან აქტივობებს, რომლებშიც ეს მოზარდები მონაწილეობას იღებენ (აშშ ჯანმრთელობისა და ადამიანური სერვისის განყოფილება).

განქორწინება და თავიდან დაქორწინება

ბოლო რამდენიმე ათწლეულის განმავლობაში, განქორწინება ბევრი მოზარდის ცხოვრების მნიშვნელოვანი ნაწილი გახდა. იმ შემთხვევაშიც კი, როცა მათი საკუთარი მშობლები არ განქორწინდებიან, თითქმის ყველა მოზარდს ეყოლება მეგობარი, ან კლასელი, ვისმა ოჯახმაც გამოსცადა განქორწინება. ზრდასრულ ადამიანებადაც კი, განქორწინებული ოჯახის მოზარდები ნაკლებად კარგად არიან, ვიდრე მდგრადი ოჯახიდან წამოსული მოზარდები. განქორწინებული მშობლების ბავშვებს ნაკლები აკადემიური წარმატება აქვთ, უფრო ხშირად იყენებენ ნარკოტიკებს, რთულად ერგებიან

სიტუაციებს ფსიქოლოგიურად და ნაკლები სოციალური კომპეტენცია გააჩნიათ. ახალგაზრდები, რომლებიც გამოცდიან მშობლების განქორწინებას მოზარდობაში, უფრო მეტად მოიხმარენ ნარკოტიკებს, ვიდრე მოზარდები, რომლების მშობლები ბავშვობის პერიოდში განქორწინდნენ, ან ბოლომდე გაიზარდნენ ორივე ბიოლოგიურ მშობელთან ერთად. ბიჭები, რომლებიც ცხოვრობდნენ მხოლოდ დედასთან ერთად, უფრო მეტი ქცევისა და პირადი პრობლემა ჰქონდათ როგორც სახლში, ასევე სკოლაში და ეს პრობლემები რჩებოდა და ძლიერდებოდა ბავშვობიდან მოზარდობამდე. ეს განსხვავებული იყო მხოლოდ დედასთან ერთად მცხოვრები გოგონებისა და განუქორწინებელი ოჯახების შემთხვევებში. განქორწინებული ოჯახების გოგონები კარგად არიან ბავშვობის პერიოდში, მაგრამ აქვთ სირთულეები მოზარდობისას, როგორიცაა დედასთან კონფლიქტი, დაბალი თვითშეფასება და სირთულეები ჰეტეროსექსუალურ ურთიერთობებში. როცა განქორწინება ხდება მოზარდობის პერიოდამდე, გოგონები განსაკუთრებით ცუდად ხვდებიან ამას, რადგანაც ისინი უახლოვდებიან იმ დროს, როცა თვითონ უნდა ჩაერთონ სასიყვარულო ურთიერთობებში; ისინი ეძებენ მეტ ყურადღებასა და კონტაქტს ზრდასრული და თანატოლი მამაკაცებისა და ბიჭებისგან და სქესობრივად აქტიურები ხდებიან უფრო ადრე, ვიდრე გოგონები, ვისი მამებიც მათთან იყვნენ ბავშვობისას, ან არ იყვნენ გარდაცვალების გამო. ჰეთერინგტონმა, სტენლი-ჰაგანმა და ანდერსონმა ნახეს, რომ მოზარდი გოგონები, რომლებიც მხოლოდ დედასთან ერთად იზრდებოდნენ, უფრო ხშირად ქორწინდებიან ადრე, არიან ორსულად დაქორწინებისას და ქორწინდებიან არამდგრად, ან მოუმწიფებელ კაცზე. ასევე ჩანს, რომ მოზარდი გოგონები უფრო განიცდიან, როცა მათი მშობლების ურთიერთობა განქორწინებას უახლოვდება, ხოლო ბიჭები განიცდიან განქორწინების შემდგომ.

მიუხედავად იმისა, რომ ბევრმა კვლევამ აჩვენა, რომ განქორწინებული მშობლების მოზარდები უფრო მიდრეკილნი არიან სოციოემოციური, ქცევითი და კოგნიტური პრობლემების მიმართ, კონფლიქტის დონე მშობელთა ურთიერთობაში, ინტაქტურსა და განქორწინებულ ოჯახებშიც, შეიძლება მოზარდის ზოგადი კეთილდღეობის უფრო ძლიერი ინდიკატორი იყოს, ვიდრე უბრალო ფაქტი, განქორწინებულები არიან მისი მშობლები, თუ არა.

რადგან განქორწინებულთაგან ზოგი თავიდან ქორწინდება, ბევრი მოზარდი უნდა მოერგოს არა მარტო თავისი მშობლების განქორწინებას, არამედ უნდა ეცადოს ახალ ოჯახურ სტრუქტურაში ინტეგრაციას, რომელიც ხშირად გულისხმობს სხვა ბავშვებსაც. როცა ბავშვები სხვა ოჯახის (დედინაცვალის/მამინაცვალის) წევრები ხდებიან, როგორც ჩანს, გოგონებს და უფროს ბავშვებს ყველაზე მეტად უჭირთ ახალ ოჯახურ სტრუქტურასთან შეგუება. ბევრი ბავშვი რაღაც ეტაპზე ავითარებს კარგ ურთიერთობას დედინაცვალთან/მამინაცვალთან. ზოგიერთი ბავშვი უფრო რთულად ეჩვევა კომპლექსურ ოჯახურ სტრუქტურებს (თუ ცოლსაც და ქმარსაც ჰყავს ბავშვი წინა ქორწინებიდან და ცხოვრობენ, თუ არა ეს ბავშვები იმავე სახლში).

ურთიერთობა დასთან/ძმასთან

და/ძმა მოზარდისთვის უნიკალური ურთიერთობის წყაროა, რადგანაც ისინი მსგავსი ასაკის არიან და დიდ დროსაც ატარებენ ერთად. საინტერესოა, რომ მათთან ურთიერთობაში არჩევანი არ არსებობს. შესაბამისად, თუ კონფლიქტი მეგობრებთან შეიძლება, არიდებული იქნას იმისთვის, რომ ურთიერთობა შენარჩუნდეს, და-ძმასთან ურთიერთობაში უფრო დიდი სითბო და ასევე, დიდი კონფლიქტებიცაა, რადგანაც აქ არ არის ურთიერთობის შეწყვეტის საფრთხე.

დას/ძმას შეიძლება, როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი გავლენა ჰქონდეს მოზარდზე და პირიქით. მაგალითად, თუ უფროსი მოზარდი მოიხმარს ალკოჰოლს და ნარკოტიკებს და ჩართულია ნორმიდან გადახრილ ქცევებში, უმცროსი და/ძმაც, სავარაუდოდ, მსგავსი იქნება. ამისგან განსხვავებით, დებს/ძმებს ბუფერული ეფექტიც აქვთ რთული გამოცდილებების მიმართ, როგორიცაა მშობლების განქორწინება და ცუდი ურთიერთობა თანატოლებთან.

როცა ბავშვები უახლოვდებიან მოზარდობას, დასთან/ძმასთან ურთიერთობაში რამდენიმე ცვლილება ხდება. ხშირად, პროგრესი მოზარდობაში დაკავშირებულია დისგან/ძმისგან ნაკლები მხარდაჭერისა და მეტი კონფლიქტის გრძნობასთან, რომელიც პიკს აღწევს 12-13 წლის ასაკში, რასაც მოჰყვება თანადგომის მომატება და კონფლიქტის შემცირება, როცა ახალგაზრდები აღწევენ 15-16 წელს. ამასთან ერთად, და/ძმა არის სოციალიზაციის მნიშვნელოვანი ობიექტი მოზარდისთვის, როცა ისინი გადადიან თავიანთი ოჯახის გარე სამყაროში, რადგანაც დები/ძმები არიან ახალგაზრდები, რომლებთანაც მოზარდი ამუშავებს თავის უნარს სხვასთან ურთიერთობაში, განსაკუთრებით კი – თანატოლებთან (სურათი 7-16).

დედისერთა მოზარდების შემთხვევაში, ძალიან ცოტა კვლევა აჩვენებს, რომ ისინი წაგებულნი არიან დის/ძმის არ ყოლის გამო. დედისერთა ბავშვებს უფრო მაღალი თვითშეფასება და მიზანდასახულობა ახასიათებთ. ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს მშობლებთან და სხვა ზრდასრულ ადამიანებთან მათი მეტი ურთიერთობით.



სურათი 7-16.ურთიერთობებმა მოზარდებს შორის უნდა შექმნას მნიშვნელოვანი შესაძლებლობები, რომ ისწავლონ სხვების დახმარება და მათზე ზრუნვა

თანატოლები

მეგობრები დიდი ხნის განმავლობაში ითვლებოდნენ ცენტრალური მნიშვნელობის ფიგურებად მოზარდებისთვის. ერიქსონი (1968) ამბობდა, რომ თანატოლთა ჯგუფი უზრუნველყოფს ჯგუფური იდენტობის სახის მქონე „თავშესაფარს“, როცა ბავშვი გადადის ბავშვობის დამოკიდებულებიდან – ზრდასრულობის დამოუკიდებლობაში. პიაჟე თვლიდა, რომ თანატოლებთან ურთიერთობა გადამწყვეტია ახალგაზრდების მიერ წესებისა და მორალური ქცევის გააზრებაში და ამბობდა, რომ პატარა ბავშვების ურთიერთობა ზრდასრულებთან და დასთან/ძმასთან ხაზს უსვამდა წესების სტრუქტურას, მაგრამ არაფორმალური და დაკვირვების ქვეშ არ მყოფი თამაში თანატოლებთან ბავშვობისა და მოზარდობის დროს, უზრუნველყოფს სპონტანური წესების ჩამოყალიბებას, რომელიც თავის მხრივ, ავითარებს მომწიფებულ მორალურ ორიენტაციას.

რადგან თანატოლები ძალიან მნიშვნელოვნები არიან შუა მოზარდობის ასაკში მყოფი ახალგაზრდისთვის, ამ პერიოდში არსებული მეგობრები ყველაზე გამორჩეულები არიან მთელი ცხოვრების განმავლობაში. ამ პერიოდის მეგობრულ ურთიერთობებში აღინიშნება უფრო ბევრი საერთო, მეტი ურთიერთობა და ურთიერთდამოკიდებულება. შესაბამისად, ბავშვობის პერიოდში, თანატოლები უფრო ხშირად ხასიათდებიან, როგორც თამაშის ამხანაგები, ვიდრე მეგობრები და მათი ერთად შეკრება დამყარებულია ფიზიკურ სიახლოვესა და საერთო აქტივობებზე, ვიდრე ურთიერთობის სიმყარეზე. ამისგან განსხვავებით, ზრდასრულობაში ჩამოყალიბებული მეგობრობები უფრო ინტენსიურია, ვიდრე მოზარდობაში, რადგანაც ზრდასრულებს ინდივიდუალობის უფრო გაძლიერებული გრძნობა აქვთ და ასევე შემცირებული საჭიროება, გაუზიარონ გრძნობები სხვას.

თანატოლებთან ურთიერთობები ძირითადად იყოფა 4 დონედ: მეგობრობის დიადა, კლიკი (clique), დაჯგუფება და ასაკობრივი კოჰორტა. მეგობრობა არის ყველაზე ფუნდამენტური ურთიერთობა და ყველაზე ხშირადაა დაფუძნებული მსგავს ინტერესებზე და ემოციურ თანადგომაზე. კლიკები შეადგენს თანატოლების პატარა ჯგუფებს, რომლებიც რეგულარულად ურთიერთობენ ერთმანეთთან და გრძნობენ საზიარო სიახლოვეს. მოზარდების კლიკები აღწერილია, როგორც ალტერნატიული ოჯახური სტრუქტურა მისი წევრებისთვის სახლის გარე სამყაროსთან აკლიმატიზაციის პროცესში. ერთიდაიგივე სქესის კლიკები წარმოადგენს ადრეული მოზარდობის გამოცდილებების უმეტესობას. როცა ახალგაზრდები უახლოვდებიან შუა მოზარდობას, დაჯგუფება ხდება უფრო მნიშვნელოვანი ნაწილი თანატოლი მოზარდების ცხოვრებებში (სურათი 7-17). დანფიმ თავიდან აღწერა დაჯგუფებები, როგორც 2-4 კლიკის კავშირი, რომელშიც ურთიერთობები ნაკლებად ინტიმურია, ვიდრე უფრო პატარა ჯგუფებში. სხვებს სჯერათ, რომ თანატოლთა ჯგუფები ამ დონეზე უფრო სიმბოლურია, ვიდრე ინტერაქციული. დაჯგუფების ფორმირება ძირითადად დაფუძნებულია საერთო, სხვებისაგან განმასხვავებელ ნიშნებზე, რაზეც მეტყველებს სხვადასხვა მოზარდების დაჯგუფებებზე მიკრული იარლიყები. ბოლოს, ასაკობრივი კოჰორტა არის მოზარდის კლასელები, ან იმავე ასაკის სკოლის ამხანაგები. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დონის ინტერაქცია არ მოიცავს მეგობრობას, თანატოლთა ეს დინამიკა ძალიან მნიშვნელოვანია მოზარდისთვის. მოზარდთა კავშირის ეს დონე მნიშვნელოვანია მათი იდენტობის ფორმირებისთვის და ასევე შანსია ჰეტეროსექსუალური ურთიერთობებისთვის. სწორედ ამ დონეზე იგებენ მოზარდები სოციალური კომპეტენციის საწყისებს და მათ დონეს საზოგადოებაში,

ანუ პოპულარობას. თანატოლთა ჯგუფის მნიშვნელობა ვარირებს მოზარდობის პერიოდის განმავლობაში, როგორც ინდივიდის განვითარებისა და ინდივიდის თანატოლთან ინტერაქციის განვითარების დონის ფუნქცია.



სურათი 7-17.ხშირად გვხვდება კაცი და ქალი მეგობრების ჯგუფები, რომელიც ჩამოყალიბებულია მოზარდობაში

ახალგაზრდების ურთიერთობები თანატოლებთან იზრდება განვითარების 5 ეტაპის გავლასთან ერთად (სურათი 7-18). ეს იწყება განმარტოებული, ერთსქესიანი კლიკებით, რომელიც ყალიბდება ბავშვობაში, ადრეული მოზარდები იწყებენ, თავიანთი ერთსქესიანი კლიკების უსაფრთხო ფარგლებში, საპირისპირო სქესის კლიკებთან ურთიერთობას. ამ ადრეული პერიოდის განმავლობაში, ურთიერთობა საწინააღმდეგო სქესთან, ყველაზე ხშირად ხდება სხვადასხვა კლიკების მაღალი სტატუსის მქონე წევრებს შორის. ერთსქესიანი კლიკები იწყებენ გაერთიანებას და ქმნიან ჰეტეროსექსუალურ დაჯგუფებებს, რაც მოზარდებს აძლევს პიროვნების შეგრძნებას და პირველ გამოცდილებას სასიყვარულო ურთიერთობებში. გვიანი მოზარდობის პერიოდში დაჯგუფებები უკვე აღარ ემსახურება არანაირ მიზანს და ნაცვლდება მსუბუქად დაკავშირებული ჯგუფებით, რომლებიც შედგება ჰეტეროსექსუალური წყვილებისგან.

მოზარდებში იმავე სქესის იდენტობის ფორმირება თანატოლებთან, იქნება ან ჰეტეროსექსუალური თანატოლების ჯგუფის მსგავსი, ან განსხვავებული, ჰომოსექსუალურ იდენტობაზე გადასვლის მომენტის გათვალისწინებით. აქ მთავარი ნაბიჯია გეი საზოგადობაზე გადართვა, როგორც ახლო ურთიერთობების წყაროზე.



სურათი 7-18.

მოზარდების სტატუსი თანატოლებში და მათი მეგობრებთან ურთიერთობის ხარისხი გავლენას ახდენს მათ ზოგად კეთილდღეობაზე. ბავშვები, რომლებიც ნაკლებად პოპულარულები და გარიყულები არიან თანატოლებისგან, უფრო ხშირად გამოდიან სკოლებიდან და ერთვებიან კრიმინალურ ცხოვრებაში.

მოზარდის თანატოლებთან ურთიერთობის მნიშვნელოვანი ასპექტია მეგობრული ურთიერთობების ხარისხი. ხარისხიანი ურთიერთობები ხასიათდება ერთმანეთზე ზრუნვით, ერთმანეთის დაფასებით და ნდობით, ეს ყველაფერი დაბალანსებული აღებ-მიცემის კონტექსტში. მოზარდები, რომლებიც მონაწილეობენ ამ ტიპის ახლო მეგობრულ ურთიერთობებში, უფრო ჩახედულები არიან თავიანთ თავში, უფრო პროსოციალურები არიან და უფრო მეტი ემოციური მხარდაჭერა აქვთ თავიანთი მეგობრებისგან და ამ ყველაფერთან ერთად, არიან ნაკლებად კონფლიქტურები და ნაკლებად შეიმჩნევიან კონკურენტულ/მტრულ დამოკიდებულებაში. მიუხედავად იმისა, რომ ეს თვისებები არსებობს ბავშვობის მეგობრულ ურთიერთობებში, ისინი უფრო იჩენენ თავს მოზარდობის პერიოდში.

მოზარდთა უმეტესობაში ეთნიკური წარმომავლობა და კულტურა ძალიან მნიშვნელოვანია იმის გადაწყვეტაში, თუ ვის დაუმეგობრდებიან ისინი. ეს განსაკუთრებით ჩანს მჭიდროდ დაკავშირებულ კლიკებში, მსუბუქად დაკავშირებული თანატოლების ჯგუფებისგან განსხვავებით. მაგალითად, ინტეგრირებულ სკოლებში ბევრ მოსწავლეს ჰყავს მეგობარი, რომელიც სხვა ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელია; ცოტას აქვს კონტაქტი ამ მეგობრებთან სკოლის გარეთ. ეთნიკური უმცირესობის ბევრ ახალგაზრდა წარმომადგენელში, განსაკუთრებით იმიგრანტებში, თანატოლებთან ურთიერთობები ფორმირდება თავიანთ საკუთარ ეთნიკურ ჯგუფში, რომლებიც მას გვერდში უდგანან იმ იზოლაციის წინააღმდეგ, რასაც ისინი ხშირად გრძნობენ იმ თანატოლთა შორის, რომლებიც პოპულაციის უმრავლესობას წარმოადგენს.

თანატოლთა გავლენა

მშობელთა შფოთვის მიზეზია, ექცევა თუ არა მათი მოზარდი თანატოლების უარყოფითი გავლენის ქვეშ. რამდენად ახდენს მოზარდი გავლენას თანატოლებზე, ან რამდენად ექცევა თვითონ მათი გავლენის ქვეშ, დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად შეუძლიათ მათ თანადგომის ხასიათის ურთიერთობის დამყარება და ზოგადად, თანატოლების როგორ ჯგუფს მიეკუთვნებიან. ტეევანი ამბობს, რომ თანატოლებზე დამყოლობა ხშირად დამყარებულია მოლოდინზე, რომ „ეს კონფორმიზმი დასაჩუქრდება იმით, რომ მოზარდს რაღაც ეტაპზე ჯგუფში მიიღებენ“. თანატოლთა წნეხის, თუ ამ მოლოდინის პასუხად, ახალგაზრდები, რომლებიც შედარებით დაუცველები არიან თავიანთ ურთიერთობებში მეგობრებთან, ერთვებიან ისეთ ქცევებში, რომლებსაც ნორმალურად, თავს აარიდებდნენ. თანატოლთა გავლენის მნიშვნელობა შეიძლება შეფასებული იქნას იმის მიხედვით, თუ რამდენად ახლოსაა ინდივიდი თავის სამეგობრო წრესთან, ან კლიკთან (სურათი 7-19). ერთი შეხედვით გვეგონება, რომ მოზარდთა უმეტესობა ერთი სამეგობრო წრის ცენტრშია, სადაც თავდადებისა და კოლეგიალობის ძალიან ძლიერი გრძნობაა, მაგრამ ბევრი მოზარდი რამდენიმე სამეგობრო წრის პერიფერიაზეა, სადაც ძირითადად არის იმის სურვილი, რომ როგორმე სამეგობრო წრის ცენტრში მოექცნენ

(სურათი 7-20). და ბოლოს, სხვები შეგიძლიათ ნახოთ სამეგობრო წრეების გარეთ. ეს თანატოლთა ჯგუფის არქონა შეიძლება თვითონ მოზარდის მიერ იყოს განპირობებული, ან სხვის მიერ შთაგონებული. მოზარდები, რომლებიც არსებობენ თანატოლთა ჯგუფის პერიფერიაზე, ყველაზე დაუცველები არიან თანატოლთა გავლენის ქვეშ მოქცევისგან. იმის სურვილით, რომ სამეგობროს ცენტრალური წევრი გახდეს, ეს პერიფერიული წევრები მზად არიან, გააკეთონ ყველაფერი, რასაც ცენტრალური წევრები მოითხოვენ მათგან. ჯგუფში ადგილთან ერთად, რა ტიპის ჯგუფს მიეკუთვნება მოზარდი, ასევე კარგი წინასწარმეტყველია იმის, მიიღებს თუ არა მონაწილეობას მოზარდი ანტისოციალურ, ან საკუთარი თავის დამაზიანებელ ქცევაში. ნარკომომხმარებელი, ან ძალადობრივი ჯგუფები უფრო ხშირად არის შემჩნეული ასეთ სიტუაციებში, ვიდრე პოპულარული ბავშვები და კარგი მოსწავლეები.



სურათი 7-19.



სურათი 7-20. მოზრდილებს, როგორც წესი, სურთ ჯგუფის წევრები გახდნენ

მშობლები და თანატოლები

მშობლებისთვის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას წარმოადგენს ის საკითხი, რომ შესაძლოა ოჯახური ღირებულებები შვილისთვის თანატოლების ღირებულებებმა ჩაანაცვლოს. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ეჭვი უსაფუძვლო არაა, სხვადასხვა ფაქტორი ახდენს გავლენას იმაზე, თუ ვის აირჩევს მოზარდი სამეგობრო წრედ. პირველი, ძირითადად საკმაო მსგავსებაა მშობლებისა და თანატოლების ღირებულებებს შორის საერთო წარმოშობის გამო; ბევრი მოზარდი ირჩევს ისეთ მეგობრებს, რომელთა ღირებულებებიც მეტწილად მშობლებისას შეესაბამება. მეორე, მშობლები ხშირად არ არიან დარწმუნებული რას უნდა მოელოდნენ მოზარდთა ცხოვრების გარკვეული ასპექტებისგან და ამჯობინებენ ეს მოლოდინი მათი შვილების მეგობრებზე შეაჩერონ. ეს განსაკუთრებით გამოიხატება თანამედროვე მოდის, მუსიკის, გართობის საკითხებში. მესამე, მშობლებს და თანატოლებს სხვადასხვა გავლენა აქვთ ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტზე. მეგობრები მეტად ახდენენ გავლენას თანამედროვე საკითხების მნიშვნელობაზე(გემოვნება მუსიკასა და შოუ-ბიზნესში, ჩაცმულობისა და მეტყველების მოდა, პარტნიორის შერჩევა, სამეგობროდ მიღებული ქცევები), მაშინ, როცა მშობლები უფრო მეტად გავლენიანი არიან გრძელვადიან და უფრო მნიშვნელოვან საკითხებზე(მორალური და სოციალური ღირებულებები, განათლების მიღების ინსპირაცია, საცხოვრებელთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები). მეოთხე, როცა მოზარდები თანატოლებთან მიდიან მხარდაჭერისთვის, ხშირად ეს მშობელთა გავლენისგან გარიდება კი არა, არამედ იმის მცდელობაა, შეავსონ მშობლების უყურადღებობით გაჩენილი სიცარიელე. ბოლოს, მოზარდების დამოკიდებულება მშობლებისა და თანატოლების მიმართ ვარირებს ინდივიდის და სოციალური კონტექსტის მიხედვით. შედეგად, მშობლებისა და თანატოლების გავლენათა შეუთავსებლობა გაცილებით მცირეა, ვიდრეა აქამდე მიიჩნეოდა.

მოზარდთა ქცევა თანატოლების ქცევით ფორმირდება. ამ მსგავსების მიზეზი შესაძლოა იყოს მათი მცდელობა, იპოვონ მსგავსი შეხედულებებისა და ქცევების მქონე მეგობრები. მაგალითად, გოგონამ, რომელიც სქესობრივად აქტიურია, შეიძლება შეწყვიტოს კონტაქტი რომ თავი უფრო კომფორტულად იგრძნოს სქესობრივად არააქტიური მეგობრების წრეში. ანუ, ეცადოს თავისი და მისი მეგობრების სქესობრივი აქტიურობის სტატუსი იყოს ერთნაირი. ვინაიდან მეგობრებს შორის მსგავსება შესაძლოა ისევე იყოს სელექციის შედეგი, როგორც გავლენის, მათი ქცევებისა და შეხედულებების მსგავსება ასევე შეიძლება ოჯახში ჩამოყალიბებული მახასიათებლების ან სხვა რაიმე კონტექსტის შედეგი იყოს და არა უშუალოდ მათი მეგობრობის.

მეურვეებს აქვთ როგორც პირდაპირი, ისე ირიბი გავლენა შვილების თანატოლებთან ურთიერთობაზე. ფიქრობენ, რომ ირიბი გავლენა ზოგადად მათ შვილებთან ურთიერთობისა და აღზრდის შედეგია. ფაქტია, რომ მოზარდთა ურთიერთობა აღმზრდელებთან აისახება მათ უახლოეს მეგობრებთან ურთიერთობის ხარისხზე.

მშობლებს ასევე შეიძლება პირდაპირი გავლენა ჰქონდეთ შვილებისა და მათი მეგობრების ურთიერთობაზე. ეს ოთხი გზით მიიღწევა: ჩანაფიქრით, მოქმედებით, ზედამხედველობით და რჩევით. აღმზრდელები აყალიბებენ ამ ურთიერთობებს იმ პირობების გაკონტროლებით, რომელშიც სავარაუდოდ შვილები ინტერაქციაში შევლენ თანატოლებთან. მშობლები მოქმედებენ ამ პროცესში შვილების აქტიური დახმარებით. მშობ-

ლები ზედამხედველობენ და არეგულირებენ შვილების მიერ მიღებულ გამოცდილებას. მშობლები ურჩევენ და „წვრთნიან“ ბავშვებს თუ როგორ შეინარჩუნონ უფრო პოზიტიური მეგობრული ურთიერთობები. ყველა ეს ფაქტორი ასოცირდება პატარა ბავშვების მიერ თანატოლებთან ურთიერთობის უკეთეს გამოცდილებასთან.

კვლევების უმრავლესობა ძირითადად ფოკუსირდება შვილისა და თანატოლების ურთიერთობაში მშობლების ჩართულობაზე. აღმზრდელთა როლი ხარისხობრივად იცვლება ბავშვების ზრდასთან ერთად. მაშინ, როცა მშობლების როლი პატარა ბავშვების თანატოლებთან ურთიერთობაში შედგება უფრო პირდაპირი მენეჯმენტისგან, მოზარდებში ეს როლი უფრო ნაკლებად გამოხატული უნდა იყოს. მართალია ნაკლებად, მაგრამ მშობლების გავლენას ასევე მნიშვნელობა აქვს მოზარდების მიერ პოზიტიური ურთიერთობების დამყარებაში თანატოლებთან. ეს აისახება ურთიერთობის ხარისხზეც, და იმის მიუხედავად, რომ მშობლები შვილის მეგობრებთან დიდ დროს არ ატარებენ, მათი ჩართულობა მაინც მეტი ინტიმურობისა და ნაკლები ნეგატიურობის განმაპირობებელია მეგობრებში, განსაკუთრებით ბიჭებში.

სასიყვარულო ურთიერთობები

როგორც ვახსენეთ, მოზარდობის პერიოდის გავლა გამოხატულია თანატოლებთან ურთიერთობის მნიშვნელობის მატებით. ეს პროცესი იწყება იგივე სქესის მოზარდებთან ურთიერთობით. თუმცა, შუა და გვიანი მოზარდობის პერიოდში ახალგაზრდები იწყებენ საპირისპირო სქესის წარმომადგენლებთან ურთიერთობას-ხშირად პაემნებით. წინა საუკუნის ადრეულ პერიოდამდე პარტნიორის არჩევა მშობლების მიერ ხდებოდა შესაფერისი მეწყვილის გამოსავლენად. მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ მოხდა ძირეული ცვლილება იმ მიზნებსა და მოვლენებში, რომლებიც განსაზღვრავს თანამედროვე ახალგაზრდების მიერ პარტნიორის არჩევას. მიუხედავად იმისა რომ, ბევრი დღესაც შესაფერისი მეწყვილის საპოვნელად აკეთებს ამას, უმრავლესობისთვის პაემნებზე სიარული რეკრეაციული მიზეზებითაა განპირობებული. ამასთან, პაემნებს სხვა დატვირთვაც გააჩნია, მაგალითად, წყაროა სტატუსისა და მიღწევების სოციალური გამოცდილების, რითიც შესაძლებელია ისწავლო ინტიმურობის, სექსუალობის, იდენტობის შეგრძნებების შესახებ, და იმის შესაძლებლობის, განავითარო ახალი და უფრო ღრმა პარტნიორობის ფორმები.

მთავარი ცვლილება პაემნებით მიღებულ გამოცდილებში მოხდა ასაკობრივი ნიშნით. პარტნიორის არჩევა ახლა ჩვეულებრივ 12– 13 წლის ასაკში იწყება გოგონებში და 13-14 წლის ასაკში ბიჭებში. შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ამას სქესობრივი მომწიფების დაწყება განაპირობებს, მაგრამ სოციალური ფაქტორები გაცილებით უკეთესი წინასწარმეტყველია.

ზრდასთან ერთდ პაემანიც მეტ მნიშვნელობას იძენს და პოტენციური პარტნიორის შერჩევის მოტივაციაც იცვლება. უმცროს ასაკში მოზარდები უფრო ეგოცენტრულები არიან და პარტნიორის არჩევისას ფოკუსირდებიან დაუყოვნებლივ გრატიფიკაციაზე (მაგ., რეკრეაცია და სტატუსი), მაშინ, როცა მოზრდილ ასაკში უფრო გრძელვადიან ასპექტებზე ამახვილებენ ყურადღებას(შესაფერისი კომპანიონის არჩევა). გვხვდება რამდენიმე განსხვავება სქესს შორის პარტნიორის არჩევისას. ბიჭები უფრო ხშირად განიხი-

ლავენ სექსს მიზეზად, მაშინ, როცა გოგონები უფრო – ინტიმურობას. როცა 15 წლის ბიჭებს და გოგონებს ჰკითხეს რა მოსწონდათ მათ შეყვარებულში, ბიჭებმა უფრო ხშირად დაასახელეს გარეგნული მიმზიდველობა, გოგონებმა კი– მხარდაჭერა და ინტიმურობა.

პარტნიორის არჩევის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია „პაემანის სცენარი“, რასაც ახალგაზრდები სწავლობენ და განაზოგადებენ და რაც შეეხება იმას, თუ რას მოელიან მათგან და რას უნდა მოელოდნენ თავად. ეს სცენარი განსხვავებულია რეგიონული ლოკაციის, პოპულაციის ზომის, სოციოეკონომიური სტატუსის, რელიგიის, მეგობართა წრის მიხედვით, მაგრამ ყველაზე მეტად მაინც გენდერული ნიშნითაა განსხვავებული. მამრობითი სქესი უფრო ინიციაციაზე, დაგეგმვაზე, პაემნის ხარჯის გადახდასა და სექსუალური ინტერაქციის წამოწყებაზეა პასუხისმგებელი. მდედრობითი სქესი ზოგადად პასუხისმგებელია ამ წამოწყებებზე ადექვატურ ინტერაქციაზე და ასევე სექსუალურ ჟესტებზე. მართალია ეს სქემა ბოლო ათწლეულში შეიცვალა და ქალებსა და კაცებს უფრო თავისუფლად მოქმედების საშუალება მისცა, ძირითადი ნაწილი მაინც უცვლელი რჩება.

რამდენად დიდია პაემანის გავლენა მოზარდის განვითარებაზე მეტწილად უცნობია. მიუხედავად იმისა, რომ ამ სფეროს მცირე ნაწილია გამოკვლეული, რაღაც მხრივ ეს მნიშვნელოვანია. პირველი, რადგან ბიჭები არ არიან წახალისებული გრძნობები გამოხატონ იგივე სქესის მეგობრებთან, ამ მხრივ მათ შესაძლებლობა უჩნდებათ გამოცადონ ინტიმურობა სოციალურად უფრო მისაღები გზით. მეორე, 15 წლამდე პარტნიორის არჩევა მოზარდის ფსიქოსოციალურ განვითარებაზე შემაფერხებლად მოქმედებს, განსაკუთრებით, გოგონების. ის გოგონები, რომლებიც პაემანებზე სიარულს სერიოზულად იწყებენ ადრეულ ასაკში, არიან ნაკლებად მომწიფებული, ნაკლები წარმოსახვის უნარის მქონე, ნაკლებად ორიენტირებული წარმატებაზე და ნაკლებად ბედნიერი საკუთარი თავით. ამისგან განსხვავებით, იმ მოზარდებს , რომლებსაც პაემანებზე სიარულის გამოცდილება არ მიუღია გვიან პერიოდამდე, შესაძლოა უფრო ჩამორჩენილი სოციალური განვითარება, გადაჭარბებული დამოკიდებულება მშობლებთან ან დაუცველობის უფრო მძაფრი განცდა გააჩნდეთ.

თუ მოზარდები გადადებენ პაემანს და მხოლოდ მსუბუქად ან საშუალოდ ჩაერთვებიან ამ პროცესში, შესაძლოა ამან უკეთესი სოციალური განვითარების შესაძლებლობა მისცეთ. რთულია იმის განსაზღვრა, პაემანების გამოცდილებაა სოციალური განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორი თუ სოციალურად უფრო გახსნილი მოზარდები დადიან პაემანებზე ისედაც უფრო მეტად.

პაემანებით მიღებული გამოცდილება გავლენას ახდენს და თავადაც გავლენის ქვეშ ექცევა როგორც ოჯახური ისე მეგობრების ურთიერთობების. ოჯახურ ურთიერთობებთან დაკავშირებით, მთავარი სიძნელე შესაძლოა იყოს ოჯახთან გატარებული დროის ცვლილება. პარტნიორის არჩევა ასევე დაძაბულობისა და კონფლიქტის წყარო ხდება ხშირად მშობლებთან ურთიერთობისას; მშობლების ძალისხმევას მოითხოვს ისედაც შვილებთან ცვალებადი ურთიერთობა, რასაც ემატება მათი მზარდი მიდრეკილება რომანტიკულ პარტნიორს მიმართონ მხარდაჭერისთვის. ასევე, იმის მიუხედავად, რომ იმავე სქესის მეგობრები პარტნიორის გაცნობის წყაროს წამოადგენენ, მათაც უფრო და უფრო ნაკლები დრო ხვდებათ ურთიერთობისთვის რომანტიკული ურთიერთობის გაღრმავების ხარჯზე.

და ბოლოს, როგორც ბუშეი და ფურმანი აღნიშნავენ, მცირე თეორიული და ემპირიული სამუშაოა ჩატარებული ჰომოსექსუალური სახის რომანტიკულ გამოცდილებებზე. მართლაც, ძალიან ცოტა სექსუალური უმცირესობის წარმომადგენელი მოზარდი ერთვება რომანტიკულ ურთიერთობაში იმავე სქესის თანატოლებთან ძირითადად ლიმიტირებული შესაძლებლობების გამო. ის ვინც ეს საკითხი შეისწავლა, აცხადებს, რომ არ არსებობს ერთი რაიმე სახის „სექსუალური უმცირესობის განვითარების ტრაექტორია“. კერძოდ, სქესი მნიშვნელოვანი განმასხვავებელი ფაქტორია. მაშინ, როცა სექსუალური უმცირესობის წარმომადგენელი ბიჭები ადრეული თინეიჯერობის წლებშივე ამყარებენ სექსუალურ კონტაქტს, გოგონების უმრავლესობას იმავე სქესის წარმომადგენელთან კონტაქტი არ აქვს გვიან მოზარდობამდე ან ადრეული ზრდასრულობის ადრეულ პერიოდამდე.

სკოლები

სკოლა და აკადემიური მიღწევები მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მოზარდის დამოუკიდებლობისა და ინდივიდუალიზმის შეგრძნების ჩამოყალიბებაში. ამის მიზეზია ის, რომ მოზარდების დაახლოებით 90% სწავლობს საჯარო სკოლაში, სადაც ისინი წელიწადში საშუალოდ 180 დღეს ატარებენ. ამასთან, დადასტურებულია, რომ მოზარდის ყოველკვირეული აქტივობების ერთი მესამედი სკოლას ან სკოლასთან დაკავშირებულ საკითხებს ეხება წელიწადის უმეტესი დროის განმავლობაში. გარდა ამისა, მოზარდები ახლა უფრო მეტ წელს ატარებენ სკოლაში, ვიდრე ადრე. აქედან გამომდინარე, მათი ოჯახისგან დამოუკიდებელი ცხოვრება და საკუთარი წვლილის შეტანა ოჯახის განვითარებაში კიდევ უფრო გვიან იწყება. ამ ასაკში აკადემიურ მიღწევებს დიდი მნიშვნელობა აქვს არა მხოლოდ იმიტომ, რომ ის მიგვითითებს თუ რამდენად კარგად ასრულებს მოზარდი მოკლე და გრძელვადიან გეგმებს, არამედ იმიტომ, რომ ის აყალიბებს საკუთარ და საზოგადოების შეხედულებას მოზარდის შესახებ. სკოლა და კურიკულუმი დაფუძნებული უნდა იყოს სწავლისა და განვითარების პრინციპებზე და მოზარდს უღვიძებდეს მომავალი ძიებისა და მიზნების მიღწევის სურვილს.

სკოლა ასევე გადამწყვეტ როლს თამაშობს მოზარდის განვითარებაში. განვითარების ყველა საკვანძო ეტაპი, რომელიც ქმედითუნარიანობასთანაა დაკავშირებული (აკადემიური მიღწევები, სპორტული აქტივობები, თანასწორი ურთიერთობები, სოციალური ჩართულობა), თავის მხრივ კავშირშია ქცევასთან და განიხილება სკოლის კონტექსტში. ამასთან, მოზარდის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა მჭიდრო კავშირშია სკოლის დროინდელ გამოცდილებებთან. ისინი, ვინც ჩართულნი არიან სკოლის აქტივობებში, აღმოჩნდა, რომ უკეთესად გრძნობენ თავს, ვიდრე ისინი, ვისაც მსგავსი გამოცდილება ნაკლებად აქვს. ამ საკითხში გადამწყვეტი პერიოდი, ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით, განსაკუთრებით მე-7-მე-8 კლასებია.



სურათი 7-21.საშინაო დავალებების შესწავლა და შესრულება ეხმარება მოზარდებს სკოლაში წარმატების მიღწევაში

სკოლას შესაძლებელია ჰქონდეს როგორ დადებითი, ასევე უარყოფითი გავლენა მოზარდზე. ხშირ შემთხვევაში, მოსწავლეების გამოცდილება ერთმანეთისგან განსხვავდება შემდეგ საკითხებში: მშობლები და ოჯახი, თანასწორი ჯგუფი, სკოლის სიდიდე, კლასგარეშე აქტივობები და კონკურენცია აკადემიური მოსწრების თვალსაზრისით. მოზარდის დამოკიდებულებაზე სკოლის მიმართ გავლენას ახდენს არა მხოლოდ მისი მეგობრების ქცევები, არამედ მეგობრობის ხარისხი და მასწავლებლები. მოსწავლეები, რომლებსაც თავიანთი მეგობრები უარყოფითად ახასიათებდნენ წლის დასაწყისში, აღნიშნავენ თავიანთი ქცევის გაუარესებას მთელი წლის განმავლობაში. მოსწავლეები, რომელთა მეგობრობაც უფრო მყარი და პოზიტივით სავსე იყო, აღნიშნავენ კიდევ უფრო მეტ ჩართულობას სკოლის აქტივობებში სასწავლო წლის განმავლობაში და პირიქით: წარუმატებელი ურთიერთობები კიდევ უფრო წარუმატებელს ხდიდნენ მათ სასწავლო წელს.



სურათი7-22.საკლასო ურთიერთობები საშუალებას იძლევა განსხვავებული თვალსაზრისი და ახალი გამოცდილება ჰქონდეთ სხვადასხვა კულტურის მოზარდებთან

ნაწილი მოსწავლეებისთვის, სკოლა სტაბილური, მეგობრული გარემოა მათ ცხოვრებაში, რომელიც ხელს უწყობს მათ შემეცნებით განვითარებას, სოციალური კავშირების ჩამოყალიბებას, მიზნების მიღწევას. სკოლა ასევე ეხმარება მოსწავლეებს, რომ მათ კონტაქტი ჰქონდეთ თანაკლასელებთან, მასწავლებლებთან, გამოთქვან ახალი იდეები

და განსხვავებული შეხედულებები. დადასტურდა, რომ განურჩევლად კულტურისა და წარმომავლობისა, პოზიტიური და მამოტივირებელი მასწავლებელი-მოსწავლის ურთიერთობა ამცირებს მოსწავლის წარუმატებლობის, რადიკალური ქმედებების, ემოციური აშლილობის, სუიციდური აზრების, ძალადობის, ნარკოდამოკიდებულების რისკს და ამასთან, აუმჯობესებს აკადემიურ მოსწრებას და ხელს უწყობს თანაკლასელების ურთიერთობას. სხვადასხვა აქტივობები სკოლაში ხელს უწყობს მოსწავლეების ენერგიის სწორ ხარჯვასა და მათი შესაძლებლობების მომავალ განვითარებას. ისეთი ჯგუფები, როგორებიცაა: მუსიკისა და ცეკვის ჯგუფი, სპორტული ჯგუფი, სტუდენტთა კავშირი, სკოლის გაზეთსა და ყოველწლიურ ჟურნალზე მომუშავე სტუდენტთა გაერთიანება, ფსიქოლოგიური წრე, სადებატო წრე და ა.შ., ეხმარება მოსწავლეებს ჩაერთონ მათთვის სასურველ აქტივობებში მსგავსი ინტერესის მქონე ახალგაზრდებთან ერთად, მიიღონ გამოცდილება გუნდური მუშაობისა და თანადგომის მხრივ. სკოლას ასევე შეუძლია სტერეოტიპების დანგრევა ეთნიკურობის, სოციალური კლასის, რასის, სქესის შესახებ.

აღმოჩნდა, რომ სკოლას ასევე დადებითი გავლენა აქვს მოზარდზე იმ შემთხვევაში, თუ მოზარდს ჰყავდა ახლო მეგობრები ზედა კლასებამდე, ჰყავს ამ პერიოდის განმავლობაში და მისი დამთავრების შემდეგაც. აკადემიური მოსწრებითა და მატერიალურად უზრუნველყოფილი მოსწავლეები კიდევ უფროპოზიტიურად გრძნობენ თავს, ვიდრე ნაკლებად ნიჭიერი და შეძლებული თანაკლასელები. ასეთი მოსწავლეები უფრო მარტივად იკავებენ ლიდერის პოზიციებს, არ უშინდებიან ახალ გამოწვევებს და ჰყავთ მასწავლებლები, რომლებიც კიდევ უფრო მეტ ყურადღებას უთმობენ მათ. უნდა დავასკვნათ, რომ აკადემიური მოსწრება ნამდვილადაა კავშირში მოზარდის ჯანსაღ განვითარებასთან.

დანარჩენი მოსწავლეებისთვის, სკოლა შეიძლება იყოს სტრესის წყარო, სადაც საშიშროებისა და თავდაჯერებულობის ორი ერთმანეთისგან განსხვავებული შეგრძნება მუდმივად მონაცვლეობს. მოზარდების ნაწილი შეიძლება განიცდიდეს დეპრესიას, ნაწილს აღარ ჰქონდეს სპორტულ და აკადემიურ აქტივობებში მონაწილეობის სურვილი, უკმაყოფილო იყოს სკოლით, გაუძლიერდეს რასობრივი დისკრიმინაციის შეგრძნება და ბოლოს შესაძლებელია თავი დაანებოს სწავლას. ზოგადად, გაკვეთილების ხშირი გაცდენა და ნებისმიერი ქცევა, რომლითაც მოსწავლე თავს არიდებს სკოლას, საჭიროებს სიღრმისეულ გამოკვლევას, რადგანაც ეს შეიძლება მიგვითითებდეს მენტალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემაზე. ისეთი ფაქტიც კი, როგორიცაა თანაკლასელებთან შედარებით დროთა განმავლობაში სიმაღლეში ჩამორჩენა, შესაძლებელია გახდეს სტრესის მიზეზი. ამასთან, თუ მოსწავლე დაწყებით კლასებში აკადემიური მოსწრებით გამოირჩეოდა, ხოლო შემდეგ მისმა წარმატებებმა იკლო, ამანაც შეიძლება გამოიწვიოს მოსწავლის გულის აცრუება სკოლასა და მასწავლებლებზე. გარდა ამისა, მაღალ კლასებში იცვლებიან კლასელები, მასწავლებლები, კურიკულუმის მოცულობა გაზრდილია. გარემო, რომელიც აქამდე შედარებით სტაბილური იყო, ახლა სწრაფად ცვალებადი გახდა. ყოველივე ეს, დამატებითი სტრესის გაჩენას უწყობს ხელს. რაც უფრო მაღალ კლასში გადადის მოსწავლე, სავარაუდოა, რომ თანდათან იკლოს მასწავლებლების ყურადღებამ, ზრუნვამ და დახმარებამ, შემცირდეს მისი ჩართულობა სხვადასხვა აქტივობებში, გაღრმავდეს დეპრესია, იკლოს თავდაჯერებულობამ და გაიზარდოს მოთხოვნილება სკოლის მეტი ორგანიზებულობის მიმართ.

უნდა აღინიშნოს, რომ მოზარდი წინააღმდეგობაშია ამ ასაკისთვის დამახასიათებელ როგორც ფიზიოლოგიურ, ასევე ფსიქოსოციალურ და შემეცნებით ცვლილებებთან, რაც ზეგავლენას ახდენს მასზე. მაღალი კლასის მოსწავლეებს უფრო გახსნილი, საშიში, ბრძოლისუნარიანი და აკადემიურად შესუსტებული გარემო აქვთ, ვიდრე დაბალი კლასის მოსწავლეებს. სხვადასხვა აქტივობები ხშირად ახალისებს მოზარდს, რომ მეტი ისწავლოს, მეტს მიაღწიოს, უღვივებს მას სხვადასხვა საკითხის მიმართ ინტერესს, რაც განაპირობებს იმას, რომ მოსწავლე მხოლოდ ვალდებულების გამო კი აღარ სწავლობს, არამედ იმისთვის, რომ მას ეს მოსწონს. მხოლოდ ვალდებულებაზე დაფუძნებულმა სწავლებამ, შესაძლებელია გამოიწვიოს სტუდენტის გაუცხოება საგნის მიმართ და ინტერესის დაკარგვა. ის უნდა გრძნობდეს, რომ ყველაფერი, რასაც ის სწავლობს, მას გამოადგება თავისი დამოუკიდებლობისა და ავტონომიის განვითარებაში. სწორედ ზემოხსენებულის გამოა, ხშირი გაცდენები, აკადემიური მოსწრების შესუსტება და მეტი პრობლემები ამ ასაკში. რაც უფრო ნაკლებ წინააღმდეგობას აწყდება მოზარდი დაბალ კლასებში, მით უფრო უჭირს პრობლემების დაძლევა მაღალ კლასებში.

რთულია სკოლის როლის განზოგადება მოზარდის ცხოვრებაში, რადგანაც, ერთი სკოლის მოსწავლეებსაც კი, სხვადასხვა გამოცდილება აქვთ. ბევრი სკოლა ყურადღებას არ აქცევს მოზარდის ფსიქოსოციალურ განვითარებას და მათი რეიტინგიც მცირდება, რადგან მათი მიზანი მხოლოდ მორჩილებაა. ისინი ხელს არ უწყობენ მოსწავლეების თავდაჯერებულობის, კრეატიულობის, დამოუკიდებლობის განვითარებას. თუმცა, საბედნიეროდ, არსებობს ისეთი სკოლებიც, სადაც მსგავს ღირებულებებსა და ინტელექტუალურ აქტივობას აფასებენ, არის კლასები, სადაც მოსწავლეები აქტიურად არიან ჩართულნი ერთობლივ სწავლაში, იწვევენ მასწავლებლებს, რომლებიც მუდმივად აახლებენ პროგრამას და მშობლებსაც რთავენ სწავლის პროცესში. ისინი ახალისებენ მოსწავლეებს, რომ მეტი გაიგონ საკუთარი თავის შესახებ, თავიანთ ურთიერთობებზე სხვებთან, აკადემიურ საკითხებზე და სოციუმზე. ასე რომ, ასეთი მოსწავლეები ბევრად უფრო მომზადებულები ხვდებიან ცხოვრებისეულ გამოწვევებს.

და ბოლოს, სკოლა იმდენად მნიშვნელოვანი ნაწილია მოზარდის ცხოვრებისა, რომ „ჯანმრთელი საზოგადოება 2010-ის“ 3 მიზანი მოზარდების შესახებ სწორედ სკოლის მიღწევებსა და გამოცდილებებს ეხება. ერთ-ერთი მიზანი მოიცავს აკადემიური მიღწევების გაუმჯობესებას, რაც გულისხმობს მეტი მოსწავლის მიერ სკოლის სრული განათლების მიღებას. მაქსიმალურად გაზრდა მოსწავლეების რაოდენობის, რომელთა კითხვისა და მათემატიკური ცოდნის უნარები შეესაბამება ან აღემატება მათ ასაკსა და კლასს. იმ მოსწავლეთა რაოდენობის გაზრდა, ვინც აქტიურადაა ჩართული სწავლების პროცესში. ხოლო შემცირება სკოლის გაცდენილი დღეების ავადმყოფობის ან რაიმე ტრავმის გამო. ეს პროგრამა მოიცავს შემდეგ მიზნებსაც: გაიზარდოს იმ სკოლების რაოდენობა, სადაც აკრძალულია დისკრიმინაცია და ძალადობა სექსუალური ორიენტაციის ან გენდერული იდენტობის მიზეზით. შემცირდეს მოზარდების რაოდენობა, რომლებიც თვეში ერთხელ მაინც აცდენენ გაკვეთილებს შიშისა და დაუცველობის შეგრძნების გამო. შემცირდეს იმ მოსწავლეების რაოდენობა, ვისთვისაც ერთხელ მაინც შეუთავაზებიათ, მიუყიდიათ და გადაუციათ არალეგალური ნარკოტიკი სკოლის ტერიტორიაზე (აშშ ადამიანების უფლებებისა და ჯანდაცვის სერვისების განყოფილება).

ექთნებს შეუძლიათ იმუშაონ მშობლებთან და სკოლის წარმომადგენლებთან ერთად, რათა მიაწოდონ მოზარდებს ზუსტი და ობიექტური ინფორმაცია მათთვის საინტერესო და საჭირო თემებზე. სკოლის ბაზაზე არსებული ჯანმრთელობის ცენტრები (School-based health centers) საშუალებას აძლევს ექთნებს, მიიღონ ამომწურავი ინფორმაცია მოზარდთა ჯანმრთელობის შესახებ. ასეთი დაწესებულებები მდებარეობს უშუალოდ სკოლაში ან მასთან ახლოს. აქ მოზარდს უტარებენ ფიზიკურ გამოკვლევას, რთავენ მას საგანმანათლებლო პროგრამებში, სკრინინგში, აწვდიან ინფორმაციას მენტალური ჯანმრთელობის, ნარკოდამოკიდებულების, სქესობრივი ცხოვრების, პირის ღრუს ჰიგიენისა და მსუბუქი ტრავმების შესახებ. ასეთი დაწესებულებები განსაკუთრებულ როლს თამაშობს დაბალი სოციალური ფენის წარმომადგენელი მოზარდებისთვის, ვისაც ნაკლები შესაძლებლობა აქვს მიიღოს დამატებითი სამედიცინო მომსახურეობა. აღმოჩნდა, რომ ყველაზე ხშირად მოზარდები ასეთ დაწესებულებებს მიმართავენ მენტალური პრობლემების, სამედიცინო და ნარკოდამოკიდებულებასთან დაკავშირებული კითხვების გამო.

სამუშაო და კარიერული განვითარება

დასაქმება არასრული განაკვეთით

გზა, რომლითაც მოზარდები იწყებენ ცხოვრებისეული სიძნელეების გაცნობას, გადის კარიერული შესაძლებლობების ძიებასა და სამუშაო გამოცდილებაზე. რამდენიმე ათეული წლის წინ ყურადღების ცენტრში აღმოჩნდა მოზარდთა დასაქმების საკითხი არასრული განაკვეთით სკოლაში სწავლის პარალელურად. კვლევამ, რომელიც გრინბერგმა და შტაინბერგმა ჩაატარეს 1986 წელს აჩვენა, რომ დამატებითი ინფორმაციის მოძიება იყო საჭირო შემდეგი რამდენიმე განხრით: რამდენი მოზარდი იყო დაკავებული სამუშაოთი და რამდენი საათი მუშაობდნენ ისინი. რა ტიპის სამუშაოთი იყვნენ ისინი დაკავებულნი და რა გავლენას ახდენდა სამსახური მათ ყოფა-ცხოვრებაზე.

კვლევის მიხედვით, აშშ-ში 16-წლამდე მოზარდების ორი მესამედი არის დასაქმებული არასრული განაკვეთით სკოლაში სწავლის პარალელურად. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს შეხედულება თანამედროვე ახალგაზრდების სიზარმაცის შესახებ, აღმოჩნდა, რომ ახლა ბევრად მეტი მოზარდია დასაქმებული, ვიდრე 1960 წელს, როდესაც მოზარდების მხოლოდ ერთი მესამედი იყო დაკავებული გარკვეული საქმიანობით. გამოიკვეთა ისიც, რომ მეტად დასაქმებულნი არიან: უფროსკლასელები, ვიდრე უმცროსი მოსწავლეები; ვაჟები, ვიდრე გოგონები; თეთრკანიანები, ვიდრე შავკანიანები; საშუალო სოციალური ფენის წარმომადგენლები, ვიდრე დაბალი ან მაღალი კლასისა.

ამასთან, მოზარდების ნახევარზე მეტი ძირითადად 2 სფეროშია დასაქმებული: სწრაფი კვება და გაყიდვები. წარსულში მოზარდები გადიოდნენ სპეციალურ მოსამზადებელ კურსს, რათა შემდგომში დასაქმებულიყვნენ გარკვეულ პოზიციაზე. დღესდღეობით, სამუშაო, რომელსაც მოზარდები ასრულებენ, მეტად მარტივად ასათვისებელია. იქიდან გამომდინარე, რომ მოზარდები ხარჯავენ მხოლოდ 5 წუთს 1 საათიდან იმ უნარების გამოსაყენებლად, რომლებიც მათ სკოლაში ისწავლეს, შესაძლებლობა ნაკლებია, ისეთი უნარების ათვისების, რომლებიც მათ გრძელვადიანად გამოადგებათ. თუმცა, არსებობს სარგებელიც, რომელიც არასრული განაკვეთით მუშაობას მოაქვს. ასეთი სამუშაო უმარტივებს მოზარდებს მომავალი სამსახურის მოძიებას და ამასთან, შეამზადებს მათ სრუ-

ლი განაკვეთით მუშაობისთვის. მაგრამ, არსებობს კიდევ ერთი ფაქტორიც: მოზარდების მუშაობას ზედამხედველობას, როგორც წესი, ისევ სხვა მოზარდები უწევენ. აქედან გამომდინარე, მათ ნაკლები შესაძლებლობა აქვთ უფროსებთან კომუნიკაციის უნარების გამოსამუშავებლად.

და ბოლოს, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია მოზარდის მიერ სამსახურში გატარებული საათების რაოდენობა. საშუალო დრო, რომელსაც ვაჟები ატარებენ სამუშაო ადგილას არის 19-20 საათი კვირაში, ხოლო გოგონებისთვის 17-19 საათი. თუ გავითვალისწინებთ ამ მონაცემებს, ჩვენ კიდევ უფრო დეტალურად შეგვიძლია ვიმსჯელოთ არასრული განაკვეთით მუშაობის გავლენაზე მოზარდთა ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტის მხრივ. დასაქმებას ძალიან ბევრი დადებითი მხარე აქვს: მოზარდი სწავლობს თუ როგორ მართოს საკუთარი ფული, იძენს ახალ კონტაქტებს, სწავლობს საკუთარი დროის უკეთესად განაწილებას, ხდება კიდევ უფრო თავდაჯერებული საკუთარ თავში. თუმცა, ყოველივე ეს ყველაზე დადებითად მოქმედებს იმ მოზარდზე, რომელიც შეზღუდული საათების განმავლობაში მუშაობს კვირაში და თვლის, რომ ის იძენს კარგ გამოცდილებას, რომელიც მას მომავალში გამოადგება. თუმცა, სამსახურს უარყოფითი გავლენა აქვს მაშინ, როდესაც მოზარდი დღის დიდ ნაწილს ატარებს სამსახურში და ამასთან, განცდა აქვს, რომ ეს სამსახური მის პიროვნულ განვითარებას ხელს არ უწყობს. ასეთი მოზარდები ნაკლებად არიან ჩართულნი სკოლის აქტივობებში, აქვთ დაბალი აკადემიური მოსწრება, მაღალია მათ მიერ გაცდენილი საათების მაჩვენებელი. ასევე, მაღალი რისკია ალკოჰოლისა და მარიხუანას მოხმარებისაც.

კარიერული განვითარება

კიდევ ერთი ასპექტი მოზარდის მიერ სამუშაო ადგილით დაინტერესებისა არის მათი მომავალი კარიერული განვითარება. მაგრამ, როგორ ირჩევენ მოზარდები საკუთარ კარიერას, როდესაც ისინი სამ წელიწადზე მეტად იშვიათად ჩერდებიან ერთ სამსახურში?

რამდენიმე კვლევაზე დაყრდნობით ჩამოყალიბდა თეორიები იმის შესახებ, თუ რა პროცესს გადის მოზარდი საკუთარი კარიერის არჩევის გზაზე. განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს გინზბერგის (1972) განვითარების თეორია კარიერის არჩევის შესახებ, რომელიც მოიცავს სამ ძირითადად ეტაპს: ფანტაზიის, საცდელს და რეალისტურს. ფანტაზიის ეტაპის განმავლობაში (დაახლოებით 11 წლამდე), კარიერული შესაძლებლობები მხოლოდ ბავშვის წარმოსახვაში არსებობს. როდესაც მას ეკითხებიან თუ რა სურს რომ გახდეს, როდესაც გაიზრდება, ის პასუხს სცემს იმის მიხედვით, თუ რომელი პროფესიითაა ამჟამად იგი ყველაზე აღფრთოვანებული, ყოველივე იმ სირთულის გათვალისწინების გარეშე, რაც ამ პროფესიას შეიძლება ახლდეს თან. 11 წლიდან 16 წლამდე, მოზარდები გადადიან საცდელ, ექსპერიმენტულ ეტაპზე, როდესაც ისინი იწყებენ განსჯას, თუ როგორ მოერგებიან ისინი მათთვის საინტერესო პროფესიას. პირველად ისინი აფასებენ, თუ რეალურად რითი არიან დაინტერესებულები ყველაზე მეტად (11-12 წელი), შემდეგ მსჯელობენ თუ რამდენად შეესაბამება მათი შესაძლებლობები ამა თუ იმ პროფესიას (13-14 წელი) და ბოლოს, ისინი იწყებენ ფიქრს იმაზე, რომელი ტიპის სამუშაო შეესაბამება ყველაზე მეტად მათ ღირებულებებს (15-16 წელი). გვიანი მოზარდობისა და ადრეული ზრდასრულობის პერიოდს გიზბერგი აფასებს რეალისტურ ეტაპად, რო-

დესაც ახალგაზრდები კიდევ უფრო დეტალურ ინფორმაციას იძიებენ ხელმისაწვდომი სამსახურისა და იმ მოთხოვნების შესახებ, რაც ამ სამუშაოსთვისაა აუცილებელი.

ფაქტორები, რომელიც ზეგავლენას ახდენენ მოზარდის მიერ კარიერის არჩევაზე არის მათი პიროვნული თვისებები, მშობლებისა და მეგობრების იმედები და მოლოდინები და საზოგადოების აზრი. პირველ რიგში, მომავალ კარიერასთან დაკავშირებული არჩევანი მეტყველებს მოზარდის პიროვნულ თვისებებზე. რაც უფრო მეტად ახლოსაა პროფესია და მოზარდის პიროვნება ერთმანეთთან, სავარაუდოა, რომ ის მეტ სიამოვნებას მიიღებს საკუთარი საქმიანობისგან და დიდი ხნის განმავლობაში იქნება დაკავებული ამ პროფესიით. მოზარდები ასევე მნიშვნელოვნად არიან მშობლებისა და მეგობრების ზეგავლენის ქვეშ. მიღებული განათლება და მომავალი გეგმები ასევე მნიშვნელოვანია მოზარდის მომავალი არჩევანისთვის, თუმცა, აღმოჩნდა, რომ ყველაზე დიდი გავლენა მშობლებს აქვთ. საშუალო კლასის სამსახურში დასაქმებული მშობლების ოჯახში აღზრდილი შვილებისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ღირებულებები: ავტონომია, დამოუკიდებლობა და ა.შ. სწორედ ამ ღირებულებების მიხედვით არჩევენ ისინი მომავალ პროფესიასაც. მოზარდების კარიერულ არჩევანზე შესაძლებელია მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიოს გენდერთან დაკავშირებულმა სტერეოტიპებმაც.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ზოგადი საექთნო ურთიერთობები

ყოველი მოზარდის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა მოიცავს მათი ცნობიერების ამაღლებას ჯანმრთელობის, ჯანდაცვის სერვისებისა და მათი შემეცნებითი უნარების განვითარების შესახებ. ძალიან ხშირად განვითარება ან კრიზისი ფიზიოლოგიური, ფსიქოსქესობრივი, ფსიქოსოციალური ან შემეცნებითი თვალსაზრისით განაპირობებს მოზარდის შეხედულებას ჯანმრთელობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ პროექტის, „ჯანმრთელი საზოგადოება 2020“-ის ერთ-ერთი მთავარი მიზანია იმ მოზარდების რაოდენობის გაზრდა, ვინც წელიწადში ერთხელ მაინც იმოწმებს ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ბევრი ახალგაზრდა მაინც ვერ იღებს ამ მომსახურეობას ფინანსური, გეოგრაფიული თუ სხვა მიზეზის გამო. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია, რომ ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლებმა გამოიჩინონ მეტი პატივისცემა, სიკეთე, თანადგომა, კომპეტენტურობა და მეტად ეფექტური კომუნიკაცია ჰქონდეთ მოზარდებთან და მათი ოჯახის წევრებთან. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ყველა ექთანს მუდმივად ახსოვდეს: მოზარდების მენტალური და ემოციური კეთილდღეობა ერთმანეთთან მჭიდრო კავშირშია. ასე რომ, პოზიტიურმა გავლენამ ერთ საკითხზე, შესაძლებელია გამოიწვიოს მეორე საკითხის გაუმჯობესებაც. ამასთან ერთად, მოზარდის ემოციური და მენტალური კეთილდღეობა კავშირშია იმ გარემოსთანაც, რომელშიც ის იმყოფება: სკოლა, სამეზობლო, მშობლები, ოჯახი. პოზიტიურმა მოვლენებმა ერთ ასპექტში (სკოლა, მეგობრები, ოჯახი) შესაძლებელია შეამციროს სხვა რომელიმე ასპექტის ნეგატიური გავლენა.

აუცილებელია, ექთნებმა დაიმახსოვრონ რამდენიმე გზამკვლევი, რომელიც მათ მოზარდთან ურთიერთობაში გამოადგებათ. პირველ რიგში, პოზიტიური ურთიერთობები უნდა იყოს წახალისებული, ინდივიდის განსხვავებული ნიშნები დაფასებული, ხოლო მისი ძლიერი და სუსტი მხარეები კარგად შესწავლილი. მეორე რიგში, ექთნები უნდა კურნავდნენ მოზარდებს კეთილშობილებითა და ღირსეული დამოკიდებულებით. ისი-

ნი მოზარდს უნდა ექცეოდნენ როგორც ინდივიდსა და პიროვნებას. მესამე, გასინჯონ და შეაფასონ მოზარდი ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით, ასწავლონ მას ქცევები, რომლებიც ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში დაეხმარება და უთანაგრძნონ მას. მეოთხე, მშობლებთან ახლო კონტაქტის დამყარება და შენარჩუნება ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია. ეს გულისხმობს ხშირ კომუნიკაციას ექთნებს, მოზარდებსა და ოჯახს შორის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე.

ექთნებს ასევე უნდა ახსოვდეთ, რომ ასაკი, ნუტრიცია და ფიზიოლოგიური ცვლილებები გავლენას ახდენს განვითარებაზე, რომ სპეციფიკური ფსიქოსოციალური მოთხოვნილებები და განვითარებისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები მოსალოდნელი არის ამ ასაკში. ურთიერთობები ყოველთვის უნდა იყოს ინდივიდუალური და კომუნიკაციაში ჩანდეს თანაგრძნობა, ურთიერთგაგება და პატივისცემა. ექთანს უნდა ახსოვდეს, რომ ნდობა და კონფიდენციალურობა მნიშვნელოვანი ფაქტორებია მოზარდისთვის. ყველა იმ ფიზიოლოგიურ, ფსიქოსქესობრივ, ფსიქოსოციალურ და შემეცნებით ცვლილებებს, რომელსაც განიცდის მოზარდი, ჭირდება ახსნა და განხილვა. მოზარდებისთვის და მათი აღმზრდელთათვის შემუშავებული ყველა პროგრამა უნდა შეიცავდეს ობიექტურ და კომპეტენტურ ინფორმაციას. ამასთან, მოზარდები წახალისებულნი უნდა იყვნენ იმ პრობლემების განხილვისკენ, რაც მათ აწუხებთ და მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ.

პროცესი რომ ეფექტური იყოს, ექთნები უნდა ავლენდნენ სიმშვიდეს, ტოლერანტობას, სითბოსა და ემპათიას მოზარდების მიმართ. ისინი უნდა ახალისებდნენ მათ დამოუკიდებლობას და იცოდნენ მათი სუსტი მხარეები, შიშები, რომლებიც შესაძლებელია თამამად არ იყოს გამჟღავნებული მოზარდების მიერ. ექთნებმა ასევე უნდა იცოდნენ საკუთარი სისუსტეები, ტენდენციურობები, რამაც შესაძლებელია ურთიერთობებსა და მკურნალობაზე იქონიოს გავლენა. ექთანმა მაქსიმალურად უნდა გაუძლიეროს მოზარდს პასუხისმგებლობის გრძნობა საკუთარ ჯანმრთელობაზე და დაეხმაროს მას რითიც შეუძლია. ამასთან ერთად, მოზარდს გვერდში უნდა დაუდგეს მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღების დროს, რასაც შეიძლება დიდი გავლენა ჰქონდეს მის ცხოვრებაზე. თუ მოზარდმა არ იცის როგორ მიიღოს სწორი გადაწყვეტილებები და გააკეთოს სწორი არჩევანი, ექთანმა უნდა მისცეს მას რჩევები, ასწავლოს გადაწყვეტილების მიღების და პრობლემის მოგვარების მთავარი პრინციპები.

ექთანმა ხანდახან შესაძლებელია, აღმზრდელებისგან მოშორებულ ადგილას შეასრულოს თავისი სამსახური, თუკი ამ ადგილას მოზარდი კიდევ უფრო კომფორტულად და გახსნილად იგრძნობს თავს. ძალიან მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ისეთი სენსიტიური თემების განხილვის დროს, როგორიცაა ფიზიოლოგიური ზრდა, სქესობრივი ცხოვრება, პირადი მიზნები, ქცევები, ნარკოდამოკიდებულება და ა.შ. ექთანმა არ იჩქაროს და საკმარისი დრო დაუთმოს საუბარს, მოუსმინოს მოზარდს ყურადღებით და აგრძნობინოს მას თანადგომა. იმისთვის, რომ ეს დიალოგი წარმატებული იყოს, საუბარი უნდა ჰგავდეს ორი მსგავსი ინტერესების მქონე ადამიანის საუბარს. აღმოჩნდა ისიც, რომ შედარებით პატარა ასაკის მოზარდებისთვის უმჯობესია სპეციფიკური კითხვების დასმა, რადგანაც მათი აზროვნება ამ ასაკში მეტად კონკრეტულია, ხოლო უფროსი ასაკის მოზარდებისთვის უკეთესია მეტად ღია და აბსტრაქტული კითხვების დასმა. აუცილებელია კონფიდენციალურობის საკითხის განხილვაც დიალოგის დასაწყისში, რადგან მოზარდ-

მა ექთანს შესაძლებელია ისეთი საკითხი გაანდოს, რომელსაც ის თავის აღმზრდელს ვერ მოუყვებოდა. თუმცა, დაზუსტებული უნდა იყოს ისიც, რომ ექთანს შესაძლებელია დასჭირდეს გარკვეული საკითხების მეურვისთვის განდობაც, განსაკუთრებით მაშინ, თუ მოზარდი პატარა ასაკისაა.

მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდებს ნაკლებად აწუხებთ ჯანმრთელობის პრობლემები უფროსებისგან განსხვავებით, მათაც შესაძლებელია ჰქონდეთ სხვადასხვა ჩივილები განსაკუთრებით კანის მდგომარეობის, ქრონიკული დაავადებების, ფიზიკური მომზადების, მაღალი რისკის შემცველი ქცევების და სქესობრივი ცხოვრების მხრივ. აქედან გამომდინარე, უნდა ისინჯებოდეს მოზარდის არა მხოლოდ სასიცოცხლო ნიშნები, სიმაღლე, წონა, სხეულის მასის ინდექსი ყოველ ვიზიტზე, არამედ მათი ზრდის ტრაექტორიაც, რათა განისაზღვროს ნორმისგან გადახრა. ამასთან ერთად, უნდა მოხდეს ტანერის ეტაპების აღწერაც, რათა დადგინდეს რამდენად პროგრესირებს მოზარდში პუბერტატული ცვლილებები. ყოველწლიურად უნდა გადამოწმდეს სქოლიოზი და ჩიყვიც. აუცილებლად უნდა დაუსვას ექთანმა მოზარდს კითხვა იმის შესახებაც, თუ რამდენად კმაყოფილია ის თავისი ზრდისა და განვითარების გზით, რადგან მოზარდის უკმაყოფილებამ შეიძლება გამოიწვიოს ისეთი ქცევები, როგორიცაა: სტეროიდების, საფაღარათე საშუალებების, საჭმელისა და სასმელის უკონტროლო მიღება.

„ჯანმრთელი საზოგადოება 2010“ ისახავდა მიზნებს მოზარდთა ჯანმრთელობის განვითარებისთვის იმუნიზაციების, ნუტრიციის, პირის ღრუს ჰიგიენის, ფიტნესის, ფიზიკური აქტივობის, ტრავმების, რისკის შემცველი ქცევების, ძალადობის, ნარკოდამოკიდებულების, სქესობრივი ცხოვრების, მენტალური ჯანმრთელობის მხრივ. სწორედ ესაა ის საკითხები, რომლებიც იწვევენ მოზარდების ავადობისა და სიკვდილიანობის უმეტეს ნაწილს. „ჯანმრთელი საზოგადოება 2020“-ის 20 მიზანი ეხება მოზარდთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობას მათი საგანმანათლებლო მიღწევების, კლასგარეშე აქტივობების, ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის კონტროლის, ყოველწლიური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმების, ჩაგვრის შემცირების, იმ მოზარდთა რაოდენობის შემცირების, ვინც სკოლაში არ დადის, ძალადობის შემცირების, მოზარდთა წახალისების მათი მშობლებთან ან აღმზრდელთან კომუნიკაციის, არალეგალური ნარკოტიკების მიღების შემცირების, მათი დამოუკიდებელ ცხოვრებაში ჩართვის, ვისაც შეზღუდული შესაძლებლობები აქვს, კრიმინალის შემცირების, სკოლის საუზმის პროგრამების რაოდენობის გაზრდის მხრივ. „ჯანმრთელი საზოგადოება 2020“-ის მიზნები რელევანტურია ამ ასაკისთვის, რადგანაც ის განაპირობებს სამეცნიერო ცოდნის გაღრმავებას მოზარდებში, ჯანდაცვის პრიორიტეტების ცვლილებას, ქვეყნის ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას და ჯანმრთელობისთვის საზიანო რისკების შემცირებას.

იმუნიზაცია

უკანასკნელ დრომდე იმუნიზაციისა და ვაქცინაციის პროგრამები ნაკლებად ეხებოდათ მოზარდებს. მას შემდეგ, რაც მოზარდებზე უარყოფითად იმოქმედა ისეთმა პრევენცირებადმა დაავადებებმა, როგორიცაა: წითელა, წითურა, ჰეპატიტი B, ყივანახველა, ყვავილი, აუცილებელი გახდა იმუნიზაციის სერვისის გაუმჯობესებაც ამ ასაკში, აცრების ცხრილისა და განრიგის შეცვლის გზით.

ნუტრიცია

მოზარდთა ასაკი, ეს ის პერიოდია, როდესაც კუნთის მასა, სიმაღლე და წონა სწრაფ მატებას განიცდის. ეს ფიზიკური ცვლილებები მოითხოვს გაძლიერებულ კვებას, განსაკუთრებით კალორიების, პროტეინებისა და მინერალების (კალციუმი, რიბოფლავინი, ნიაცინი, ფოლატი, თუთია, რკინა) მხრივ. კალციუმი აუცილებელია მოზარდის ძვლების ზრდისთვის, მოტეხილობებისა და მომავალში ოსტეოპოროზის პრევენციისთვის. თუთია საჭიროა სხეულის ზრდისა და სქესობრივი მომწიფებისთვის. რკინა აუცილებელია სისხლის მოცულობის ნორმალური ზრდისთვის და მენსტრუაციის პერიოდში დაკარგული რკინის რაოდენობის შესავსებად. ვაჟებისთვის მეტი კალორიაა საჭირო, ვიდრე გოგონებისთვის, გასაკუთრებით კი მაშინ, თუ ისინი სპორტულ აქტივობაში არიან ჩართულნი. საშუალოდ, გოგონებისთვის დღეში სასურველია 2000 კალორიის მიღება, ხოლო ვაჟებისთვის 2500-3000 კალორიისა დღეში. იზრდება ცილების საჭირო რაოდენობაც. რეკომენდებული რაოდენობა ვაჟებისთვის არი 52 გრამი დღეში, ხოლო გოგონებისთვის – 46 გრამი (საკვებისა და ნუტრიციის საბჭო).

მოზარდებს შიმშილის გრძნობა ხშირად უჩნდებათ, მაგრამ უმეტესწილად, ისინი არ იღებენ შესაბამის ბალანსირებულ საკვებს. ისინი უპირატესობას ანიჭებენ სასუსნავებს, მარტივად მოსამზადებელ საკვებს, რომლებიც მათ გარშემო სამეგობროში არის პოპულარული და სავსეა ცარიელი კალორიებით. სწორედ ამის გამოა, რომ „ჯანმრთელი საზოგადოება 2020“-ის ერთ-ერთი მთავარი მიზანია სკოლაში საუზმის პროგრამების გაუმჯობესება. მოზარდების კვებაზე გავლენას ახდენს მათი საკუთარი შეხედულება თავიანთ სხეულზე, საზოგადოების აზრი, ემოციური პრობლემები, დღის დატვირთული რეჟიმი, დაბალი მატერიალური მდგომარეობა. მოზარდებისთვის იშვიათი არაა საუზმის გამოტოვება, სწრაფი კვების ობიექტებში ხშირი კვება და დიდი რაოდენობით სასუსნავების მიღება. აქედან გამომდინარე, ექთნები სასურველია დაეხმარონ მოზარდებსა და მათ აღმზრდელებს კვების სწორი რეჟიმის ჩამოყალიბებაში და აუხსნან მათ თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს სწორ კვებას. აღსანიშნავია ისიც, რომ აღმზრდელებმა უნდა გაითვალისწინონ: მოზარდების თავისუფლებისკენ, დამოუკიდებლობისკენ და თვითრეალიზებისკენ სწრაფვა შესაძლებელია სწორედ მათ კვების რეჟიმშიც გამოიხატოს. თუ კვებითი ღირებულებით მდიდარ საკვებს (რძე, ყველი, იოგურტი, ხილი, ბოსტნეული, წვენი) და ოჯახში მომზადებულ კერძებს შევუთავსებთ მოზარდების გემოვნებას (ჰამბურგერი, პიცა, ბურიტო), ამით თავიდან ავიცილებთ მოსალოდნელ კონფლიქტებს კვებასთან დაკავშირებით. მოზარდებს და მათ აღმზრდელებს წვდომა უნდა ჰქონდეთ ინფორმაციასთან, თუ რომელი საკვებია ექიმების მიერ რეკომენდირებული და კონკრეტულად რომელი საკვებია მდიდარი კალციუმით (რძე და რძის პროდუქტები), რკინით (მწვანე ბოსტნეული, ხორცი) და თუთიით (რძე ხორცი, თევზი, კვერცხი). მოზარდებს ასევე უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია იმ სასუსნავებისა და სწრაფი კვების შესახებ, რომელიც სხვადასხვა კვების ობიექტებშია ხელმისაწვდომი (სალათები, პასტა, გრილზე შემწვარი ხორცი, ბოსტნეული, ხილი).

მოზარდების ყოველი ვიზიტი ექიმთან უნდა მოიცავდეს როგორც წონის, სიმაღლის, წნევის, სხეულის მასის ინდექსის გადამოწმებას, ამასთან, კითხვებს მათი კვების რეჟიმის, დიეტის, წონის ცვლილების, დიდი რაოდენობით ცხიმისა და მარილის შემცველი საკვების მიღების შესახებ. ვიზიტი უნდა მოიცავდეს ასევე კითხვებს მოზარდის ოჯახური

ტრადიციების შესახებ მათ კვებაზე და აქვს თუ არა გავლენა ფსიქოლოგიურ და ფსიქო-სოციალურ პრობლემებს მათ კვების რეჟიმზე.

ვიზიტის დროს შესაძლებელია თავი იჩინოს ერთ-ერთმა, ნუტრიციასთან დაკავში-რებული სამი მთავარი პრობლემიდან: ჭარბწონიანობა, ნევროზული ანორექსია და ნევროზული ბულიმია. ჭარბწონიანობა ბავშვებისა და მოზარდების ერთ-ერთი ყველაზე მთავარი პრობლემაა. მიუხედავად იმისა, რომ 1990 წლის შემდეგ იკლო ცხიმის შემ-ცველი საკვების მიღებამ, ჭარბწონიანობა ბავშვებსა და მოზარდებში დრამატულადაა გაზრდილი. ჭარბწონიანობა მოზარდებში შედეგია გარემო ფაქტორების, გენეტიკისა და ფიზიოლოგიის კომპლექსური ურთიერთქმედების. დღესდღეობით ბავშვები მეტად მჯდომარე ცხოვრებით ცხოვრობენ, ვიდრე რამდენიმე ათწლეულის წინ. კვლევამ აშშ-ში 2009 წელს აჩვენა, რომ მოსწავლეების 67,7% ვარჯიშობს და დაკავებულია რაიმე ფიზიკური აქტივობით, რაც აიძულებთ მათ ისუნთქონ მეტად ხშირად და ღრმად და გა-მოყონ ოფლი დაახლოებით 20 წუთის განმავლობაში დღეში. ერთ-ერთი მიზეზი მო-ზარდებში ფიზიკური აქტივობის შემცირებისა, არის მაღალ კლასებში სპორტის გაკვე-თილების საათების ნაკლებობა და კომპიუტერული თამაშების, ვიდეო თამაშებისა და ტელევიზიის პოპულარულობის გაზრდა ახალგაზრდებში. ასევე, თანამედროვე ბავშვე-ბის დიეტა (ცხიმითა მდიდარი და ხილით, ბოსტნეულით, კომპლექსური ნახშირწყლებით ნაკლებად გაჯერებული) ხელს უწყობს ჭარბწონიანობას. ცხიმით მდიდარი საკვები არის მადისაღმძვრელი, ნაკლებად დამანაყრებელი, ენერგეტიკული ღირებულებით მაღალი და ნაკლები მოცულობის, რასაც მივყავართ მათ ზედმეტ მოხმარებამდე. ამასთან ერ-თად, ხილი და ბოსტნეული შესაძლებელია არ სარგებლობდეს პოპულარულობით მო-ზარდთა შორის. 2009 წლის კვლევამ დაადასტურა, რომ მოზარდთა მხოლოდ 22,3% იღებს დღეში 5-ჯერ ან მეტჯერ ხილსა და ბოსტნეულს და მხოლოდ 18% აქვს 1 კვირის განმავლობაში 3 ჭიქაზე მეტი რძე მიღებული.

და ბოლოს, მოზარდთა ჭარბწონიანობაზე გავლენას ახდენს ოჯახური გარემო, – მშობ-ლების სიმსუქნე (მეტად დედის, ვიდრე მამის), დაბალი მატერიალური შემოსავალი, ნაკ-ლები შემეცნებითი დატვირთვა, მშობლების პროფესია, მათი მზრუნველობა. მშობლების სიმსუქნე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან ჭარბწონიანობაზე გავლენას ახდენს ბავშვის გენეტიკაც. ამასთან, ბავშვები ყოველთვის მიდრეკილნი არიან, გაიმეორონ მშობ-ლების ქცევები, ჩვევები. დაბალი მატერიალური შემოსავალიც მჭიდრო კავშირშია ჭარბწო-ნიანობასთან, რადგანაც ამ დროს მოზარდთა კვების რეჟიმი ნაკლებადაა მოწესრიგებული, შემცირებულია ფიზიკური აქტივობაც, ხოლო საკვები გაჯერებულია ცხიმითა და მარილით, როდესაც ხილი და ბოსტნეული ბევრად მცირეა. შემეცნებითი დატვირთვის ნაკლებობაც შესაძლებელია კავშირში იყოს ჭარბწონიანობასთან, რადგანაც ბავშვი იზრდება ისეთ გა-რემოში, სადაც ის ფიზიკურად მეტადაა დატვირთული და ნაკლები შეხება აქვს ტელევი-ზიასთან, ვიდეო თამაშებთან. მშობლების პროფესიაც შეიძლება აღმოჩნდეს ფაქტორი, თუ მათი განათლება არაა გამოყენებული საქმიანობაში ან ეს საქმე არის არაპროფესიონალუ-რი. მშობლების მზრუნველობაც, რა თქმა უნდა, შეიძლება იყოს გამომწვევი მიზეზი, თუ კი მათი ყურადღება არასაკმარისია. მოზარდები, რომლებიც ძალადობის ქვეშ არიან ან ჰყავთ ზედმეტად მკაცრი მშობლები, შესაძლებელია დაიწყონ საკვების გაძლიერებული მიღება, რაც განაპირობებს მათი წონის მატებას. ყოველი ეს ფაქტორი ძალიან მნიშნელოვანია და-

მოუკიდებლად სხვა სოციოეკონომიკური ფაქტორებისაგან, მაგალითად, რასა, მშობლების ქორწინების სტატუსი, განათლება.

ჭარბწონიანობა მოზარდებში შესაძლებელია კავშირში იყოს იმ ფსიქოსოციალურ ან ფსიქოსქესობრივ პრობლემებთან, რომლებიც მათ ვერ დაძლიეს. ზედმეტი საკვების მიღება არის თავისებური ტაქტიკა საკუთარი თავის დაკმაყოფილებისა და ვლინდება სტრესთან შეგუების ერთ-ერთ მექანიზმად. საბოლოო ჯამში, ჭარბწონიანობა, თავის მხრივ, კიდევ ერთ დასაძლევ წინააღმდეგობად ევლინება მოზარდს მისი განვითარების გზაზე. ამასთან ერთად, მანამ, სანამ მოზარდი არის ჭარბწონიანი, მასში შესაძლებელია რეპრესირდეს ემოციური მომწიფება. ნაწილი მოზარდებისთვის, ჭამა იმედგაცრუების დაძლევის მეთოდია. ნაწილისთვის, ეს პროცესი ოჯახთან კომუნიკაციასთან და მათთან მჭიდრო კონტაქტის შენარჩუნებასთან ასოცირდება, რაც იწვევს მათი ოჯახისგან დამოუკიდებელი ცხოვრების დაწყების დაგვიანებას. ასევე, ჭარბწონიანობამ შესაძლებელია დაიცვას მოზარდი არასასურველი სქესობრივი კონტაქტისგან. ჭარბწონიანობა შეიძლება აღმოჩნდეს მოზარდის აგრესიულობის მიზეზიც, რომელიც შესაძლებელია მიმართული იყოს, როგორც სხვისკენ, ასევე საკუთარი თავისკენ. იშვიათი არაა ჭარბწონიანი მოზარდებისგან, რომ მათ არ მოსწონდეთ საკუთარი სხეული, აღფრთოვანებას გამოხატავდნენ გამხდარი ხალხის მიმართ, განსჯიდნენ სხვებს მათი წონის გამო. აქედან გამომდინარე, ჭარბწონიან მოზარდებს სჭირდებათ როგორც დიეტოლოგის, ასევე ფსიქოლოგის კონსულტაცია, რათა აღმოაჩინონ და დაძლიონ თავიანთი პრობლემის ნამდვილი მიზეზები.

ჭარბწონიანი მოზარდის ინდივიდუალიზმის შეგრძნება შეიძლება შეილახოს სხვა ადამიანების კომენტარების მიერ, რომელიც მასში იწვევენ აგრესიას, სირცხვილს, რასაც საბოლოოდ ისინი ისევ საკვების ზედმეტ მოხმარებამდე მიჰყავს და იკვრება მანკიერი წრე.

მეთოდები, რომლებიც ხშირადაა გაჟღერებული სხვადასხვა ჟურნალ-გაზეთებში ასევე შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას წონის დაკლების მიზნით, დამოუკიდებლად ან დიეტასთან და ვარჯიშთან ერთად. ეს მეთოდები მოიცავენ აბაზანებს, საუნას, სპეციალურ სავარჯიშო სამოსს. თუმცა, ისინი, როგორც წესი, მხოლოდ მოკლევადიან შედეგებს იძლევა. არსებობს მადის შემასუსტებელი წამლებიც, რომლებიც წარმოადგენს სარეზერვო მეთოდს ზედმეტად ჭარბწონიან მოზარდებში. ეს მეთოდი გამოყენებული უნდა იქნას მხოლოდ ექიმის ან ექთნის მეთვალყურეობის ქვეშ. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ წონის დაკლების ძალიან ბევრი მეთოდი არსებობს, ისინი მოზარდებში ნაკლებად წარმატებულია. საუკეთესო გზა მათთვის, ვისაც უჭირს წონის დაკლება არის წონის მუდმივი კონტროლი და იმის გათვითცნობიერება, რომ მათ არ უნდა მოიმატონ არცერთი ზედმეტი კილოგრამი.

ნუტრიციასთან დაკავშირებული კიდევ ორი მნიშვნელოვანი საკითხი არის ნევროზული ანორექსია და ნევროზული ბულიმია. მიუხედავად იმისა, რომ მათ ბევრი საერთო აქვთ, შეიძლება ასევე ჰქონდეთ აბსოლუტურად განსხვავებული მიზეზები და გართულებები. ორივე მათგანი, ხშირ შემთხვევაში, გვხვდება ქალებში, ორივესთვის დამახასიათებელი დამახინჯებული წარმოდგენა საკუთარ სხეულზე, ფსიქოლოგიური პრობლემები თანდართული ფიზიკური სიმპტომებით. ნევროზული ანორექსიის მქონე პაციენტებს მკვეთრად აქვთ შეზღუდული საკვების მიღება, ხოლო ნევროზული ბულიმიის მქონე პაციენტები ჯერ ძალიან ბევრ საკვებს იღებენ, ხოლო შემდეგ სვამენ ლაქსატივებს ან მიმართავენ ღებინებას. ამ კლინიკურ დიაგნოზებზე ეჭვის მიტანა შესაძლებელია მაშინ,

როდესაც მოზარდი მკვეთრადაა წონაში დაკლებული, მისი რეპროდუქციული ფუნქციები არაა მისი ასაკის შესაბამისად განვითარებული, აქვს არასრულფასოვანი კვების რეჟიმი ან მისი სიმაღლე ჩამორჩება მის ასაკს. მნიშვნელოვანია, რომ ასეთმა პაციენტებმა გაიარონ კონსულტაცია შესაბამისი საკითხის სპეციალისტთან.

პირის ღრუს ჯანმრთელობა

მოზარდობის პერიოდში სტომატოლოგთან ვიზიტების რაოდენობა შეადგენს ორს წელიწადში. ამ ასაკში პირის ღრუს ძირითადი წესები და ჩვევები უკვე ათვისებულია, ორთოდონტული ჩარევები დაწყებულია და მუდმივი კბილების ძირითადი ნაწილი ამოჭრილია. 3 დიდი ძირითადი კბილი (სიბრძნის კბილი) შესაძლებელია მოგვიანებით ამოვიდეს ან საჭირო გახდეს ქირურგიული ჩარევა. მიუხედავად იმისა, რომ დენტალური კარიესი ამ ასაკში შემცირებულია, ფტორის დანამატების მიღება სასურველია გაგრძელდეს 16 წლამდე.

ამ ასაკში შესაძლებელია განვითარდეს თანკბილვის ანომალია, გინგივიტი ან მოზარდმა მიიღოს დენტალური ტრავმა. არასწორი თანკბილვა შესაძლებელია გამოიწვიოს კბილების შეჯგუფებამ, ყბისა და სახის ძვლების ზრდის ცვლილებამ. ასეთ დროს, ხშირად, ბრეკეტებია საჭირო კბილების პოზიციების გასასწორებლად. გინგივიტს, ღრძილების ანთებას და მის შედეგად განვითარებულ ღრძილების ეპითელიუმის რღვევას იწვევს არასრულფასოვანი წმენდა, საკვებში შაქრისა და მარტივი ნახშირწყლების მაღალი შემცველობა, გაძლიერებული ჰორმონალური ფონი. ამ დროს ღრძილები მარტივად სისხლდენადი, ფერმკრთალი და შესიებულია. მკურნალობა მოიცავს კბილების წმენდას მინიმუმ დღეში ორჯერ ნაკლებად უხეში კბილის ფუნჯითა და ფტორის შემცველი კბილის პასტით, კბილთაშორის სივრცის ძაფით წმენდას, დაბალანსებულ კვებასა და რეგულარულ ვიზიტს სტომატოლოგთან.



სურათი 7-23

დენტალური ტრავმა ვაჟებში უფრო ხშირია, დაკავშირებულია სპორტულ ტრავმებთან და მოიცავს კბილის მოტეხვას ან ამოვარდნას, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ან ღრძილების დაზიანებას და ყბის მოტეხილობას. იმ შემთხვევაში თუ კბილი ამოვარდა, აუცილებელია, რომ მისი ფესვები კარგად გაიწმინდოს წყლით და ამის შემდეგ შესაძლებელია მისი უკან ჩასმა თავის ბუდეში. თუ კბილის რეპოზიცია შეუძლებელია ბუდეში, კბილი უნდა შევინახოთ რძით სავსე კონტეინერში, მოზარდი სასწრაფოდ უნდა გადავიყვანოთ სტომატოლოგთან. სტომატოლოგიური ტრავმის ყოველი შემთხვევა უნდა განვიხილოთ როგორ სასწრაფო და უნდა მივმართოთ სტომატოლოგს რაც შეიძლება სწრაფად.

ძილი, დასვენება და აქტიურობა

საშუალოდ, მოზარდებს ჭირდებათ ღამით 8 საათი ძილი. დატვირთული გრაფიკის (სოციალური აქტივობები, სკოლის ვალდებულებები, მუშაობა) და სწრაფი ფიზიკური ზრდის გამო, ხშირად მოზარდები ვერ ღებულობენ საჭირო რაოდენობით ძილს. ძალიან ბევრი გამოიყურება დაღლილი, ვერ ასრულებენ საშინაო დავალებებს და მათი მშობლები ხშირად წუწუნებენ იმის გამო, რომ ისინი ვერ ეხმარებიან სახლის საქმიანობებში. ექთანმა უნდა ასწავლოს, როგორც მოზარდს ასევე მშობელს, სწორი ძილისა და დასვენების მნიშვნელობის შესახებ და წაახალისოს თინეიჯერი, რომ ჰქონდეს მსუბუქი გრაფიკი. მოზარდებში ხშირი დაღლილობა და შფოთვა, თავის მხრივ იწვევს ძილის დარღვევებსაც, რომლებიც შეიძლება გაგრძელდეს ზრდასრულ ასაკშიც, რადგან ზრდასრულის ძილის ჩვევები ჩამოყალიბებას იწყებს მოზარდობის პერიოდში.

ბევრი მოზარდი არც იტვირთება ფიზიკურად, თუმცა ისინი მაინც შეიძლება იყვნენ ძალიან დაკავებულები. შესაძლებელია სწორედ ეს იყო ჯანსაღი ხალხი 2020 -ის მთავარი მიზანი, რომ გააწევრიანოს მოზარდები სკოლის გარე აქტივობებში (აშშ ჯანდაცვისა და ადამიანების უფლებების განყოფილება). ბავშვობისა და მოზარდობის პერიოდში რეგულარულად ფიზიკური დატვირთვის შედეგია: გაზრდილი მინერალური ძვლის მასა, შემცირებული ცხიმი ორგანიზმში და ასევე ალკოჰოლისა და თამბაქოს შემცირებული შემცირებული მოხმარება. ხშირად, მოზარდობის პერიოდში რეგულარულად ფიტნესით დაკავება გულისხმობს ზრდასრულ ასაკშიც მსგავსი ჩვევების შენარჩუნებას. რეგულარული ვარჯიში აუმჯობესებს ძილის ხარისხს და ხელს უწყობს ემოციურობის განვითარებას. ფიზიკური აქტივობა და ფიტნესი ასევე ამცირებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკს, ისეთ ფაქტორებს როგორებიცაა: ჰიპერლიპიდემია, მაღალი არტერიული წნევა და სიმსუქნე.

ფიზიკური განვითარების გზამკვლევები ამერიკელებისთვის-ის რჩევით, მოზარდი უნდა დაკავდეს საშუალო-ძლიერი ფიზიკური აქტივობით კვირაში 3-ჯერ ან უფრო ხშირად, აქტივობის ხანგრძლივობა უნდა იყოს სულ მცირე 30 წუთი. ჯანსაღი ხალხი 2020 რეკომენდაციების მიზანია, რომ წაახალისოს მოზარდების 75%-ში ფიზიკური აქტივობა, სულ მცირე 20 წუთიანი ხანგრძლივობით, კვირაში 3 დღე. თუმცა, გამძლეობის მოსამატებელმა ვარჯიშებმა, ჩამოუყალიბებელი სისტემის მიერ დიდი სიმძიმის აწევის გამო, შეიძლება გამოიწვიოს ტრავმა, როგორიცაა: მალთაშუა დისკების გახეთქვა, მაჯისა და წელის აპოფიზის დაზიანებები. ტრავმის პრევენცია შესაძლებელია, თუ ფიზიკური აქ-

ტივობა მორგებულია მოზარდის ფიზიკურ შესაძლებლობებზე. მოზარდების სპორტში მონაწილეობა უნდა წახალისდეს არა მათი ქრონოლოგიური ასაკის, არამედ მათი სხეულის ზომების შესაბამისად. თუ ორგანიზმი არ არის ფიზიოლოგიურად მომზადებული, მაღალი სიმძიმეების აწევა არის განსაკუთრებით საშიში. სპორტული ტრავმები გვიან მომწიფებად ბიჭებში უფრო ხშირია, თუ ისინი მონაწილეობენ კონტაქტურ სპორტის სახეობებში ადრე მომწიფებულ თანატოლებთან ერთად, რომლებსაც კუნთები კარგად აქვთ განვითარებული. უმჯობესია მოზარდის ჩართვა ისეთ აქტივობაში, სადაც ის მიაღწევს წარმატებას ნაცვლად ისეთი აქტივობებისა, სადაც ის იქნება ფიზიკურად და ფსიქოლოგიურად წარუმატებელი. ჩოგბურთი და ცურვა არის ალტერნატიული აქტივობები მოზარდებისთვის, რომელთა ფიზიკური განვითარება შენელებულია.

მიუხედავად იმისა, რომ სპორტულ აქტივობებში მონაწილეობა არის მოზარდებისთვის სასარგებლო, იზრდება ტრავმული დაზიანების მიღების რისკი. ძირითადად დაზიანებები გამოწვეულია დაცემით, შეჯახებებით. დაზიანებების სიხშირე უფრო მეტად გვხვდება მამაკაცებში. უკონტაქტო სპორტშიც კი (ფეხბურთი, ფრენბურთი, კალათბურთი, ველოსიპედის ტარება) არის თავისა და დაჯახებებით გამოწვეული დაზიანებების რისკი.

ექთანი უნდა დაეხმაროს მოზარდს, რომ გაზარდოს მისი ფიზიკური აქტივობა მისი შესაძლებლობების შესაბამისად და ასევე შეამციროს ტრავმის მიღების რისკი მისი ფიზიკური განვითარებისა და შესაძლებლობების გათვალისწინებით. შესაბამისად, ექთანმა უნდა იცოდეს მოზარდის აქტივობის პროგრამის შესახებ, მათ შორის: აქტივობის სიხშირე, დატვირთვა, განსაზღვროს მისი ტანერის სტადია, მანამ სანამ გაუწევს მას რაიმე რეკომენდაციებს. მოზარდი უნდა წახალისდეს სპორტის, აქტიური თამაშის, სახლში ან სკოლაში ვარჯიშის მიმართ ინტერესის გასაჩენად (სურათი 7-24). ნებისმიერი პროგრამა უნდა იწყებოდეს გახურებით და ზრდიდეს დატვირთვას ეტაპობრივად და არა ერთ დღეში. სპორტით დაკავებულმა მოზარდებმა უნდა გამოიყენონ დამცავი მოწყობილობები.



სურათი 7-24. ფიზიკური დატვირთვა პოპულარულია მოზარდებში, მარტო ან სხვებთან ერთად

უსაფრთხოება და ზიანის პრევენცია

ახალგაზრდების სარისკო ქცევებზე დაკვირვების გამოკითხვა (YRBSS) -ის თანახმად, 16-19 წლამდე ასაკის მოზარდებში სიკვდილიანობის მესამედის მიზეზი არის ავტოსაგზაო შემთხვევები და ამ ასაკის მძღოლებს აქვთ 4-ჯერ მაღალი რისკი შეჯახების ვიდრე ზრდასრულ მძღოლებს. ავტომობილი, მოტოციკლეტი, სკუტერი, მოპედი და სხვა ტრასპორტით გამოწვეული ავტოსაგზაო შემთხვევები მოზარდებში იწვევს ძვლოვანი, თავისა და ზურგის ტვინის ტრავმებს, კანის დაზიანებებსა და დამწვრობებს. მოზარდების დაახლოებით 9.7%-მა გამოკითხვისას აღიარა, რომ ისინი იშვიათად ან არასდროს არ სარგებლობენ ღვედით, უმეტესობა იყო მამაკაცი. დამატებით, 1 კვირიანი გამოკითხვის შედეგად, სტუდენტების 28.3% აქვს ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ მყოფ მძღოლთან ტრანსპორტით მგზავრობის გამოცდილება. გამოკითხულთა 84.7% არ ატარებს ჩაფხუტს ველოსიპედის მართვის დროს. მოზარდებში უფრო მაღალია სპორტთან დაკავშირებული ტრავმების რისკი. შესაბამისად, უბედური შემთხვევების პრევენციისა და უსაფრთხოების ხელშეწყობის პროგრამების დამკვიდრება არის ძალიან მნიშვნელოვანი. ექთანმა უნდა ასწავლოს მშობელსა და მოზარდს უსაფრთხოების ნორმებისა და ზიანის პრევენციის გზების შესახებ (ღვედი, ჩაფხუტის დახურვა ველოსიპედით, მოტოციკლეტით, სკეიტბორდით გადაადგილების დროს და დამცავი მოწყობილობების გამოყენება ფრენბურთის, ფეხბურთის თამაშის დროს). ასევე, აუხსნას მოზარდს, რომ ისინი არ არიან უკვდავები და დაცულები ზიანისგან. ცხრილი 7-2 აღწერს სხვადასხვა საშიშროებებს, მოზარდის განვითარების მახასიათებლებს და ინტერვენციის სტრატეგიებს.

ცხრილი 7-2. ზიანის პრევენცია მოზარდებში

საშიშროება	მოზარდის ქცევის მახასიათებლები	ექთნებისთვის გასათვალისწინებელი პუნქტები
ცეცხლსასროლი იარაღი	დამოუკიდებელია, სჯერა რომ არის დაცული.	არ ატარო ან გამოიყენო იარაღი კონფლიქტების მოგვარების მიზნით; დაიცავი ცეცხლსასროლი იარაღის უსაფრთხოების წესები.
ავტომობილი	მიდის რისკებზე; უნდა რომ თავი მოაწონოს მეგობრებს.	გაწევრიანდი ავტომობილის მართვის კურსებზე; გაიკეთე ღვედი; დაიცავი წესები საცობში ყოფნისას და არ გადააცილო დაწესებულ ზღვარს; ავტომობილის მართვისას არ მიიღო ალკოჰოლური სასმელი.
მოწამვლა	უნდა რომ დაუმტკიცოს თანატოლებს.	უნდა იცოდე წამლისა და ალკოჰოლის გამოყენების ზიანის შესახებ.
კონტაქტური სპორტი	არის ფიზიკურად აქტიური.	წაახალისეთ, რომ იყოს აქტიური; ურჩიეთ, რომ ატაროს დამცავი მოწყობილობები; სპორტის ხელსაწყოს სწორად გამოყენება.

სავარჯიშო პროგრამები	პასუხისმგებლობას იღებს საკუთარ თავსა და სხვებზე.	შეაფასეთ რამდენად უსაფრთხოა ვარჯიშის პროგრამები და არის თუ არა მორგებული ის მოზარდის შესაძლებლობებთან.
საგარეო აქტივობები	ცნობისმოყვარეობა	მიაწოდეთ ინფორმაცია საგარეო აქტივობების უსაფრთხოების შესახებ.
ცურვა	გადაჭარბებულად აფასებს საკუთარ შესაძლებლობებს, ფიზიკურ განვითარებას.	არ მიიღოთ ალკოჰოლი ცურვის ან ნავით ცურვის დროს; ისწავლეთ სწორად ცურვა; მიჰყევით ცურვის უსაფრთხოების წესებს

სარისკო ქცევები

მოზარდები ხშირად ავლენენ სარისკო ქცევებს, რაც აისახება მათ ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებაზე. მომდევნო პარაგრაფებში განხილული 2 ქცევა შეეხება მოწევასა და ნარკოტიკულ ნივთიერებებზე დამოკიდებულებას.

ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკული ნივთიერებების არამიზანმიმართული გამოყენება იწვევს საკმაოდ სერიოზულ დისტრესს და ჯანმრთელობის დარღვევებს. ეს ქცევა ხშირად მოზარდობის პერიოდში ყალიბდება და სხვადასხვა ფაქტორთანაა დაკავშირებული, როგორიცაა: ოჯახური ისტორია, ცხოვრებისეული სტრესი, გარემოსთან არაეფექტური შეგუება, დისფუნქციური ოჯახური ურთიერთობები და ფსიქიატრიული მდგომარეობები, მაგალითად, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი, დეპრესია, კონდუქტური დაავადება და სხვა. მეტიც, 2009 წლის მოზარდთა სარისკო ქცევებზე დაკვირვების მიზნით ჩატარებული გამოკითხვით, სტუდენტების 72,5% ალკოჰოლი მიღებული აქვს, 41,8%ს-გამოკითხვამდე ბოლო 30 დღეში და 24,2%ს კი 5 ჭიქაზე მეტი აქვს დალეული ბოლო 2 საათში. თითქმის 38%ს გამოკითხვამდე აქვს მოხმარებული მარიხუანა და 21%ს კი – ბოლო 30 დღეში. როცა მოზარდის ნარკოდამოკიდებულებაზე მიგვაქვს ეჭვი, მნიშვნელოვანია ეს საკითხი სრულად გამოვიკვლიოთ კეთილგანწყობილი, არა მუქარისა და განსჯის შემცველი ტონით. ნარკოდამოკიდებულებაზე მიგვანიშნებს მადის დაქვეითება, ჰიგიენის უგულებელყოფა, აგრესიული ქცევა, ოჯახისა და მეგობრებისგან განცალკევება, აკადემიური მოსწრების გაუარესება, სარისკო ქცევები, ინტერესის დაკარგვა ჩვეული საქმიანობების მიმართ.

მოწევა მოზარდებისთვის დამახასიათებელი კიდევ ერთი ჯანმრთელობისთვის მავნე ქცევაა. მოწევა ითვლება სარისკო ქცევად, რადგან მოზარდი მწეველები უფრო ხშირად გამოდიან სკოლიდან, მოიხმარენ და ყიდიან მარიხუანასა და სხვა ნარკოტიკს და ფეხმძიმდებიან, ვიდრე არამწეველები. მათში მეტია ასევე აგრესიული და სასტიკი ქცევის, დაბალი აკადემიური მოსწრების, ქურდობისა და სხვა კრიმინალური აქტივობების რისკი. მოწევა კორელაციაშია მის სოციუმსა თუ კინოინდუსტრიაში რეკლამირებასთან, მწეველ მშობლებთან და თამბაქოსადმი ადვილ წვდომასთან.

2009 წლის ეროვნული მონაცემებით, სტუდენტების 46,3%-მა სცადა მოწევა, ხოლო თითქმის 20%-მა 1– ან მეტჯერ მოწია წინა 1 თვეში. 10%-ზე მეტმა პირველად სიგარეტი

მოწია 13 წლის ასაკამდე. სიგარეტის მოხმარების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი გამოვლინდა თეთრკანიან (22,5%) ბიჭებში (19.5%) და მე-12 კლასელებში (25,2%). მოზარდებში თამბაქოს მოხმარების მენეჯმენტი 2 გზით შეიძლება წარიმართოს. პირველი-პრევენციით და მეორე-თავის დანებებით. პრევენციული სტრატეგიებია მოწევის საწინააღმდეგო კამპანია თინეიჯერებისთვის, თამბაქოს პროდუქტების ფასის გაზრდა, სასკოლო პროგრამების დანერგვა და მწეველი მშობლების მიერ მოწევაზე თავის დანებების მხარდაჭერა. მოწევის შეწყვეტისთვის ეფექტური სტრატეგიებია ჯანმრთელობის რისკებთან დაკავშირებით ინფორმირება, ახსნა ნიკოტინის მიმართ დამოკიდებულების, მოწევის დროულად შეწყვეტის მნიშვნელობაზე ხაზგასმა, წინაღობებისა და მათი დაძლევის გზების იდენტიფიცირება, დამხმარე ჯგუფებისა და მშობლების შესახებ კონსულტაცია.

ძალადობა

ასაკით უფროსი მამრობითი სქესის მოზარდები უფრო აგრესიულები არიან, ვიდრე უმცროსები ან მდედრობითი სქესის. თუმცა, რადგან ძალადობა საერთო პრობლემაა, „ჯანმრთელი ხალხი 2020“-ს ორი მიზანი აქვს ამ ასაკობრივი ჯგუფის ძალადობასა და კრიმინალთან დაკავშირებით. ერთი მოიცავს იმ სკოლების რაოდენობის შემცირებას, რომლებშიც დაფიქსირდა ძალადობის ფაქტი. მეორე დაკავშირებულია კრიმინალურ სფეროში ჩართული ახალგაზრდების მიერ ჩადენილი დანაშაულებების და დაზარალებულების რაოდენობის შემცირებასთან.

ძალადობრივ ქცევასთან დაკავშირებულია ოჯახური, ინდივიდუალური, ეკონომიკური, საზოგადოებრივი და გარემო ფაქტორები. ოჯახური ფაქტორები მოიცავს ავტორიტარულ აღზრდას, მშობლების განათლების დაბალ დონეს, დისციპლინის არამდგრადობას და ოჯახის ფუნქციონირების სისუსტეს. ინდივიდუალური ფაქტორები მოიცავს დაბალ IQ-ს, ქცევებზე სუსტ კონტროლს, ემოციურ პრობლემებს, ჰიპერაქტიურობის, ნარკოდამოკიდებულებას და დასწავლის უნარშეზღუდულობას. ეკონომიკური ფაქტორებია სიღარიბეში ცხოვრება. ბოლოს, საზოგადოებრივ და გარემო ფაქტორები მოიცავს მასმედიისა და სკოლის საშუალებით შეხებას ძალადობასთან, წვდომას ნარკოტიკთან, ალკოჰოლსა თუ იარაღთან, ასევე სოციუმში ინტეგრაციის ნაკლებობასთან, კრიმინალურ უბნებში ცხოვრებასთან და ეკონომიკურ პრობლემებთან.

ძალადობა დიდ საფრთხეს უქმნის მოზარდების ცხოვრებას და განვითარებას , რადგან ის, ვისაც ახალგაზრდა ასაკში შეხება ჰქონდა ძალადობასთან, მეტადაა მიდრეკილი დეპრესიის პოსტტრავმული სტრესის სინდრომის განვითარებისკენ, რაც აფერხებს პიროვნების განვითარებას. ფსიქიკისთვის დამცველ ფაქტორებად შეგვიძლია განვიხილოთ სოციალური მხარდაჭერა და კავშირი სკოლასთან.

2009 წლის მოზარდთა სარისკო ქცევებზე დაკვირვების მიზნით ჩატარებული გამოკითხვით, ახალგაზრდებში სიკვდილიანობის მესამე ყველაზე ხშირი მიზეზი(16%) მკვლელობაა. ამასთან, მოსწავლეების 5,9%-მა აღნიშნა ბოლო 30 დღის განმავლობაში ცეცხლსასროლი იარაღის ტარების ფაქტი; 17,5%-მა აღნიშნა, რომ თან ჰქონდათ რაიმე სახის იარაღი სულ მცირე ერთხელ იმ წლის განმავლობაში. უფრო მეტიც, მოსწავლეების 31,5% მონაწილეობდა ხელჩართულ ბრძოლაში იმ წელს, ბიჭები(39,3%) უფრო ხშირად, ვიდრე გოგონები(22.9%), და 3.8%-ს სამედიცინო ჩარევა დასჭირდა

მიყენებული დაზიანებების გამო. ამასთან, ამათგან 11.1% ჩართული იყო ჩხუბში სკოლის ტერიტორიაზე.

2009 წლის განმავლობაში ძალადობის გავლენა მოზარდებზე გაიზარდა. მოსწავლეების თითქმის 6% სკოლაში თავს დაუცველად გრძნობდა და თან დაჰქონდა იარაღი, დანა ან ხელკეტი სულ მცირე ერთხელ თვეში. თითქმის 8%-მა განაცხადა, რომ მიაყენეს ფიზიკური დაზიანება ან დაემუქრნენ იარაღით სკოლის ტერიტორიაზე ბოლო წლის განმავლობაში.

პრევენციული პროგრამები, რომლებიც მიმართულია მოზარდთა ძალადობის აღმოსაფხვრელად, საჭიროა მოიცავდეს სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელს, მათ შორის მეურვეებს, ექთნებს, სკოლებს და სხვა სოციალურ სააგენტოებს. მოზარდებს სჭირდებათ თანაზიარობის განცდა (სითბო, სიყვარული, მზრუნველობა) აღმზრდელებსა და სკოლასთან, რათა იგრძნონ კავშირის, მათ მიმართ ღელვისა და ჭეშმარიტი ინტერესის შეგრძნება. ეს მათ დაეხმარება ჩაერთონ იმ პროგრამებში, რომლებიც სასარგებლოა მათი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის. ინტერვენციის მცდელობამ და სახლსა და სკოლაში პროსოციალური გარემოს შექმნამ შესაძლოა შეამციროს აგრესია და ძალადობრივი ქცევები. სითბო, ჩართულობა, ერთიანობა, ეფექტური ზედამხედველობა, მიმღებლობა– ამ ყველაფერს შეუძლია ძალადობრივი ქცევის პრევენცია.

სქესობრივი აქტივობა

სქესობრივ ცხოვრებასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებების მიღება და ქცევები ტრადიციულად კონტროლდება ოჯახისა და საზოგადოების ღირებულებების შესაბამისად. წარსულში ეს ღირებულებები კონსერვატიული და კონგრუენტული იყო. თუმცა დღეს თინეიჯერებს მეტი არჩევანი აქვთ ვიდრე წარსულში და ცხოვრობენ გაცილებით ლიბერალურ გარემოში. დღეს მოსწავლეთა 46% სექსუალურად აქტიურია, 8.9%-ს პირველად კავშირი 13 წლამდე ჰქონდა და თითქმის 14%-ს უკვე ჰყავდა ოთხი ან მეტი პარტნიორი. სექსუალური აქტივობა ასევე კავშირშია თვითშეფასებასთან. ყველაზე დაუცველი და ხშირად მაღალი რისკის შემცველი ქცევების მქონე ის მოზარდები არიან, რომლებსაც უფრო დაბალი თვითშეფასება აქვთ.

მოზარდების მიზეზები, რატომაც ხდებიან სექსუალურად აქტიური, მოიცავს (თუმცა არა მხოლოდ) ზრდასრულობის შეგრძნებას, თვითშეფასების ამაღლებას, გამოცდილების მიღებას, მეგობრების მიერ მათ მიღებას, ვიღაცაზე ზრუნვის, სიყვარულის, დაახლოების საშუალებას; სიამოვნების წყაროს, სხვაზე კონტროლის მეთოდს, შურისძიებას, იმის დამტკიცებას,რომ „ნორმალური“ არიან. ვინაიდან მოზარდთა მხოლოდ მცირე ჯგუფს აქვს ძლიერი ეგო ან საკმარისად მტკიცე გადაწყვეტილების მიღების უნარი, რომ შეეწინააღმდეგონ სექსუალურად აქტიური თანატოლების ზეწოლას, შესაძლოა ისინი მათი ოჯახებისა და ექიმების სურვილის საწინააღმდეგოდ გახდნენ ასევე სექსუალურად აქტიური.

ადრეული სექსუალური აქტივობის განმსაზღვრელი ფაქტორებია ყურადღებისა და ზრუნვის ნაკლებობა მშობლებისგან, ადრეული პუბერტატი, სიღარიბე, სექსუალური ძალადობის ისტორია, კულტურული და ოჯახური ტრადიცია, დაბალი შეფასება სკოლაში, კარიერული მიზნების უქონლობა და სკოლიდან გამოსვლა.

სექსუალურად აქტიური მოზარდები სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა

და ფეხმძიმობის რისკის ქვეშა არიან, რადგან მათ ხშირად ჰყავთ მრავალი პარტნიორი და არ იყენებენ კონტრაცეფციას. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები(სგგი), განსაზღვრული როგორც ნებისმიერი დაავადება, რომელიც ადამიანიდან ადამიანზე სქესობრივი კონტაქტის გზით ვრცელდება, ადვილად გავრცელებადი, ეპიდემიად მიჩნეული ინფექციებია, რომლებიც მზარდი რაოდენობის ხალხს აავადებს. ალბათ ესაა მიზეზი თუ რატომაა „ჯანმრთელი ხალხი 2020“-ის მიზანი მეტი მოზარდი შემოწმდეს აივ-ინფექციაზე(აშშ ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების დეპარტამენტი). სგგი-ის მზარდი გავრცელების მიზეზებია გადაცემის გზის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა, ოჯახის ერთეულის გაუქმება, კონტრაცეპტივების გამოყენების შემცირება, სექსუალური ქცევების, შეხედულებების ცვლილება, იმის შეგრძნებაა, რომ „ეს მე არ დამემართება“ და გაზრდილი სოციალური მობილობა. გავრცელებული სგგი-ებია ქლამიდია, პაპილომა, გენიტალური ჰერპესი, გონორეა, ტრიქომონა და შიდსი.

მიუხედავად იმისა, რომ 20 წლამდე ქალების მიერ შობადობამ იკლო 1990 წლის შემდეგ, შეერთებული შტატები ამ მხრივ კვლავ ერთ-ერთ ყველა მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება განვითარებული ქვეყნებში. ბევრი თინეიჯერი დედა დაქორწინებული არაა და დაუგეგმავი ორსულობა გავლენას ახდენს არა მხოლოდ დედასა და ბავშვზე, არამედ მამაზეც და მათ ოჯახებზე, რადგან მოზარდები იშვიათად არიან სოციალურად, ემოციურად, ეკონომიკურად, ფიზიკურად ან განათლების მხრივ ფეხმძიმობისა და მშობლობისთვის მზადმყოფი.

ინდივიდუალური, ოჯახისა და მეგობრების, საზოგადოების გავლენა კავშირშია მოზარდთა ორსულობის შემთხვევებზე. ინდივიდუალური ფაქტორებია თვით-დესტრუქციისა და სიძულვილის შეგრძნება და ქცევა, ეგოცენტრიზმი, დაბალი თვით-შეფასება, მარტოსულობა, ახლობლის დაკარგვა, ნაადრევი მომწიფება, ოჯახისგან დამოუკიდებლობა, უპასუხისმგებლობა, ყურადღების მიპყრობის სურვილი, პირადი მორალური შეხედულებები, საკუთარი თავის დასჯა, საკუთარი ქალურობის დამტკიცების სურვილი. ოჯახურ-მეგობრული ფაქტორებია ახლო ნათესავის ყოლა მსგავსი ისტორიით, კონფლიქტური ურთიერთობა მშობლებთან, თავისუფალი სექსუალური ცხოვრების მქონე თანატოლები, არაადეკვატური კომუნიკაცია, სექსუალური ძალადობისა და ინცესტის ისტორია, ცოტა გოგო მეგობარი, უფროსი შეყვარებული, რელიგიური აკრძალვის ნაკლებობა, ნარკოდამოკიდებულება ოჯახში ან მეგობრების წრეში და ერთგვარი მშობლების მუქარის ასრულება, რომ დაფეხმძიმდება თუ ასე მოიქცევა. სოციუმის ფაქტორებს განეკუთვნება მიღებული სექსუალური კავშირი ქორწინების გარეთ, მოზრდილთა სხვადასხვა სახის ქცევები და ღირებულებები, მასმედიის წნეხი, კონტრაცეპციის მიუწვდომლობა და საჯარო თანადგომის არსებობა მარტოხელა ახალგაზრდა დედების კეთილდღეობისთვის.

სხვადასხვა რისკი ასოცირდება მოზარდთა ფეხმძიმობასთან, მათ შორის, სამედიცინო და ფსიქოლოგიური. სამედიცინო რისკებია ახალშობილთა მცირე წონა(ორჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე ზრდასრულებში), ნეონატალური სიკვდილიანობა(სამჯერ უფრო ხშირია). მოზარდი ფეხმძიმის სიკვდილიანობა ორჯერ ხშირია ზრდასრულთან შედარებით. ასევე პრობლემაა დედის მიერ წონაში მატების შეფერხება, ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზია, სგგი, ანემია, ნაადრევი მშობიარობა. ფსიქოლოგიური გართულებებია მუდმივი სიღარიბე, ბავშვის მამასთან დაშორება, განმეორებითი ორსულობა, გან-

ქორწინება, სკოლის შეწყვეტა, შეზღუდული კარიერული წინსვლის შესაძლებლობა.

კონტრაცეფციის გაუმჯობესებულ მეთოდებზე ინფორმაცია და სექსუალური განათლება მოზარდთა მხოლოდ მცირე ჯგუფამდე აღწევს. ამ კურსებს ყველა არ ესწრება და ბევრს არც აქვს წვდომა. იმათგან, ვინც იღებს ინფორმაციას, ნაწილი სათანადოდ ვერ აანალიზებს ან საკუთარ თავთან არ მიაქვს პრობლემა. აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის სფეროსთან მათ რაიმე შეხებისას ექთნებმა უნდა განსაზღვრონ რამდენად გათვითცნობიერებულია მოზარდი სქესობრივი აქტის, კონტრაცეფციის, რეპროდუქციის საკითხებში და მიაწოდონ საჭირო ინფორმაცია და მხარდაჭერა. ეს მოიცავს იმის გარკვევას, რამდენად სწორი ინტერპრეტაციით აფასებენ რისკებს და ასევე პასუხისმგებლობის საკითხის განხილვას– აბსტინენციას, სგგი-ის, ინფექციის ან დაფეხმძიმების შესაძლო შედეგებს. სექსუალურად აქტიურმა მოზარდებმა უნდა მიიღონ ინფორმაცია ასევე იმის თაობაზე, თუ როგორ შეამცირონ ორსულობის, სგგ ინფექციების, შიდსის რისკი პარტნიორების რაოდენობის შემცირებით, შესაბამისი კონტრაცეფციით. სგგი-ით ინფიცირებული მოზარდების იდენტიფიკაციისას მათ უნდა მიიღონ სწორი კონსულტაცია და სამედიცინო დახმარება. ფეხმძიმე მოზარდის შემთხვევაში უმთავრესია პრენატალური მოვლა გართულებების თავიდან ასაცილებლად. მათ ასევე უნდა მიიღონ ინფორმაცია ყველა შესაძლებელ არჩევანზე. ის თინეიჯერები, რომლებიც ჩვილებს იტოვებენ, საჭიროებენ დახმარებას რომ გახდნენ ეფექტური, უზრუნველყოფილი და კომფორტული მშობლები. ინფორმაცია ჩვილის ნორმალურ ზრდა-განვითარებასა და მოვლაზე უნდა მიეწოდოს მიმღებლურ, კეთილგანწყობილ გარემოში.

ჰომოსექსუალობა

მოზარდობა მნიშვნელოვანი პერიოდია ადამიანის სექსუალური ორიენტაციის ჩამოყალიბების პროცესში. ამ დროს ინდივიდი ძირითადად გამოცდის ბევრ სხვადასხვა სახის ქცევას და მიზიდულობას: ზოგი ასახავს ექსპერიმენტაციას და ცნობისმოყვარეობას, ზოგი საკუთარ ორიენტაციას და ზოგიც სოციალურ წნეხს. სექსუალური ორიენტაცია არის ადრეულად განვითარებადი, აუცილებელი, სტაბილური მიდრეკილება იყო სექსუალურად გატაცებული იმავე, საპირისპირო ან ორივე სქესის წარმომადგენლების მიმართ; და მოიცავს სექსუალურ წარმოსახვას (მიზიდულობას), თვით-იდენტიფიკაციას(ბი-,ჰეტე რო-,ან ჰომოსექსუალად), და სქესობრივ ქცევას. ადამიანის სექსუალური ორიენტაციის განვითარება დაკავშირებულია გენეტიკურ, გარემო და ჰორმონალურ ფაქტორებთან და ამათგან ჰომოსექსუალებს მეტი შანსია ორიენტაცია უფრო ადრეულ ასაკში ჩამოუყალიბდეთ, ვიდრე მათ, ვინც ბოლომდე ჰომოსექსუალი არაა. ამასთან, მათ აქვთ ჰომოსექსუალობის ინდიკატორები ბავშვობაში(სქესისთვის ატიპური ქცევა) და ამ ორიენტაციას ინარჩუნებენ კიდეც.

საშუალოდ, გეი თინეიჯერები თავს ამჟღავნებენ სკოლის დამთავრებამდე და მალევე მის შემდგომ და პირველ გამოცდილებას 14 წლის ასაკში იღებენ. ისინი, ვინც მანამდე ამხელს, უფრო მეტად უძნელდება ურთიერთობა მეგობრებთან, მშობლებთან და სკოლაში. იმავე სქესის წარმომადგენლის მიმართ ლტოლვის გაცნობიერება დროთა განმავლობაში შეიცვალა. 1960-იან წლებში პირველი ლტოლვა ბიჭებში ჩნდებოდა 14 წლის ასაკში, მაშინ როცა 1990-იანებში 10 წლის ასაკში. გეი მოზარდების უმრავლესობას სხვა ბიჭე-

ბისგან თავი განსხვავებულად უგრძვნია ბავშვობაში. ბევრი მათგანი ამბობს, რომ თავდაპირველად ისინი უარყოფდნენ საკუთარი თავის იდენტიფიკაციას ჰომოსექსუალად და ბევრიც დაბნეული იყო როცა პირველად გაიაზრეს თავისი ორიენტაცია.

ამისგან განსხვავებით, იმავე სქესის მიმართ ორიენტაციის ჩამოყალიბება ქალებში უფრო გვიან და უეცრად იწყება. პირველი სექსუალური კონტაქტის ასაკი ლესბოსელებისთვის 16 წელია, და 1990-იანებში გოგონებს პირველი ლტოლვა 12 წლის ასაკში უჩნდებოდათ. 1970-იანებში საშუალო ასაკი 17 წელი იყო.

მიუხედავად იმისა, რომ ჰომოსექსუალური იდენტობის ჩამოყალიბება ბევრი მოზარდი გოგონასთვის ბიჭების განვითარების ტრაექტორიის მსგავსია, უმრავლესობისთვის ამ პროცესში არასქესობრივი ფაქტორები მეტ გავლენას ახდენს(ემოციები, პიროვნული გამოცდილება, იდეოლოგიური ან პოლიტიკური რწმენები), და ნაკლებადაა ასოცირებული ბავშვობის ინდიკატორებთან(ადრეული და პერვაზიული შეგრძნება განსხვავებულობის და სქესთან შეუსაბამო ქცევები და ფიქრები ბავშვობაში), და ნაკლებად სტაბილურია ვიდრე მოზარდი ბიჭების ორიენტაციის ჩამოყალიბება. სავინ-ვილიამსი და რეამი თვლიან, რომ ორივე სქესის გეი მოზარდები მათ ორიენტაციას უფრო ხშირად უმხელენ დედებს, პირისპირ საუბრისას, ვიდრე მამებს. მოზარდებს სურდათ მათი ცხოვრება დედასთან გაეზიარებინათ, ან უთხრეს რადგან დედებმა კითხვა დაუსვეს ამ საკითხზე. მამები იგებდნენ სხვა პირისგან ან შვილისგან იმ შემთხვევაში თუ თქმისთვის სწორი დრო იყო. თუ გეი მოზარდები არ უტყდებოდნენ მშობლებს, მამებს ძირითადად იმის გამო რომ არ ჰქონდათ ახლო ურთიერთობა, ხოლო დედებს იმიტომ, რომ დრო არ იყო შესაფერისი. ბიჭებს მეტად ეშინოდათ გამხელა, ვიდრე გოგონებს, თუმცა მშობლების რეაქცია უმეტეს შემთხვევაში მცირედ ნეგატიური და მხარდამჭერი იყო ორივე სქესის შემთხვევაში. ურთიერთობა მშობლებთან ამის შემდეგ ან გაუმჯობესდა, ან არ შეიცვალა.

მოზარდების რეაქციები ორიენტაციის გაანალიზებისას კი მერყეობდა ბედნიერების და შვების შეგრძნებიდან დეპრესიას, შფოთვასა და სუიციდურ ფიქრებამდეც კი.

საჭიროა იმის გააზრებაც, რომ ბევრი ახალგაზრდა იკვლევს საკუთარ ორიენტაციას ან ჰომოსექსუალურ ლტოლვას, მათი მხოლოდ მცირე ნაწილი აგრძელებს ამ ქცევებს ზრდასრულობის პერიოდში. აქედან გამომდინარე, ახალგაზრდობას შეიძლება დასჭირდეს დახმარება იმის აღქმაში, რომ ჰომოსექსუალური ექსპერიმენტაცია ჰომოსექსუალური ორიენტაციის საბოლოო ჩამოყალიბებას არ ნიშნავს და ამ საკითხთან დაკავშირებული კითხვები ძალიან ფრთხილად და პატივისცემით უნდა დაისვას.

ტელევიზიისა და სხვა მედია საშუალებების გავლენა მოზარდებზე

ამერიკაში მედიას ჯანმრთელობისთვის ზიანის მომტანი წვლილი უფრო მეტი შეაქვს, ვიდრე დადებითი და პროსოციალური. ეს განსაკუთრებით ეხება ძალადობას, იარაღს, სექსს და ნარკოტიკს. მაგალითად, პოპულაციის განივი-ჭრილი ტიპის, ნატურალისტურმა და სიგრძივმა კვლევებმა, ასევე სხვადასხვა მეტა-ანალიზმა გვიჩვენა, რომ არსებობს კავშირი მედია-ძალადობას, რეალურ ცხოვრებაში აგრესიას და ამ ქცევების მიმღებლობას შორის. ვინც ძალადობას ეცნობა მედიის გზით, უფრო სავარაუდოა ჩაიდინოს ძალადობრივი ქმედებები. თამბაქოსა და ალკოჰოლის რეკლამირებაც მათ გაზრდილ მოხმარებასთანაა ასოცირებული მოზარდებში. მწეველი თინეიჯერების მესამედი მოწე-

ვის დაწყებას სწორედ სარეკლამო აქტივობებს უკავშირებს. მოზარდი ალკოჰოლის მომხმარებლებიც უფრო უკავშირებენ ალკოჰოლს მედიას, ვიდრე ზრდასრულები.

15-18 წლამდელები 2 ½ საათს ხარჯავენ დღეში ტელევიზორთან და1 ½ საათს მუსიკის მოსმენაში. ამასთან, ისინი 1 საათზე მეტს ხარჯავენ დღეში კომპიუტერებთან სკოლისა და სამუშაო საათების გარდა და ½ საათზე ნაკლებს ვიდეო-თამაშებში. იმ სახლების უმრავლესობაში, რომლებშიც 8-18 წლისები ცხოვრობენ, საშუალოდ 3.6 CD, 3.5 ტელევიზორი, 3.3რადიო, 2.9 DVD, 2.1 ვიდეო-თამაშის პანელი და 1.5 კომპიუტერია. ასევე ხშირია ტელევიზორთან, მუსიკის მოსმენასა და ბეჭდურ მედიაში დახარჯული დროის გარდა მოზარდებმა დამატებითი დრო დაუთმონ ინტერნეტს, კომპიუტერს და ვიდეო-თამაშებს. 8-18 წლისების 2/3-ს ტელევიზორი აქვს საძინებელ ოთახში, 54%-ს VCR ან DVD, 49%-ს ვიდეო-თამაშების პანელი, 37%-ს საკაბელო ან სატელიტური ტელევიზია, 31%-ს კომპიუტერი და 20%-ს ინტერნეტზე წვდომა. მოზარდების უმრავლესობა ჭამს, ტელეფონზე ლაპარაკობს ან საშინაო დავალებას ასრულებს ტელევიზორის ყურების დროს.

იმის მიუხედავად, რომ ის ახალგაზრდები, რომლებიც ამბობენ, რომ 5 საათზე მეტ დროს უთმობენ ტელევიზორს დღეში, ასევე მეტ დროს ატარებენ მშობლების გარემოცვაში, მაგრამ გასარკვევია რა სახის ურთიერთობაზეა საუბარი. როცა ვიკვლევთ 8-18 წლისების ინტელექტს, ეს უკანასკნელი აღმოჩნდა უარყოფით კორელაციაში მედია საშუალებებთან გატარებულ დროსთან. ამასთან, ყველაზე დაფალი შეფასების მოზარდები მეტ დროს უთმობენ ვიდეო-თამაშებს და ნაკლებს -წიგნებს, ვიდრე მაღალი შეფასების მქონეები.

აღმზრდელებმა უნდა გააკონტროლონ და თვალყური ადევნონ რა მედია– პროგრამებს უყურებენ თინეიჯერები და საძინებლიდან გაიტანონ ტელევიზორები. უფრო კონკრეტულად ეს ნიშნავს ყველანაირი მედიის შეზღუდვას 1-2 საათამდე დღეში, ტელევიზორის ერთად ყურებას და მოზარდის მიერ მედიის გამოყენების მონიტორინგს.

საკვანძო საკითხები

- იმისათვის, რომ ეფექტურად შევძლოთ მოზარდების პრობლემების იდენტიფიცირება და შედეგად მივაწოდოთ შესაბამისი და ინდივიდუალიზებული საექთნო დახმარება, აუცილებელია, გავითვალისწინოთ ამ ასაკობრივი ჯგუფისთვის დამახასიათებელი ფსიქოლოგიური, ფსიქოსექსუალური, კოგნიტური და მორალური ტრანსფორმაციები ისევე, როგორც მოზარდთა სწრაფად ცვალებადი სოციალური გარემო, ოჯახის, სკოლისა და თანატოლების ჩათვლით;
- გარდატეხის ასაკში მიმდინარე ფიზიოლოგიური ცვლილებები ძალიან ფართო სპექტრისაა, არ არის იზოლირებული და გავლენას ახდენს მოზარდის ფსიქოსექსუალურ, ფსიქოსოციალურ და კოგნიტურ განვითარებაზე. ეს ცვლილებები ასევე აისახება იმ გამოცდილებაზე, რასაც მოზარდები იძენენ ოჯახის წევრებთან, თანატოლებსა და სოციალურ გარემოში ურთიერთობისას, ეს ასევე შეეხება საკუთარი სხეულის აღქმასა და თვითშეფასებას;
- ახალგაზრდებს ხშირად უნარი აქვთ დაინახონ პრობლემების გადაჭრის ყველა შესაძლო გზა, როგორც რეალური, ისე აბსტრაქტული და ასევე შეუძლიათ განსაზღვრონ არსებული ვარიანტები და აირჩიონ საუკეთესო გამოსავალი;

- ელქაინდმა სოციალური აზროვნების ორი ტიპი განსაზღვრა, რომელიც განსაკუთრებით მოზარდობის ასაკში გამოიხატება – წარმოსახვითი აუდიენცია და პერსონალური მორალი;
- მოზარდთა ფსიქოსოციალურ ორიენტაციაზე გავლენას ახდენს ოჯახი, თანატოლები და სკოლის გამოცდილება;
- მოზარდთა იდენტობა დაფუძნებულია ბავშვობაში ჩამოყალიბებული როგორც ინდივიდუალურ, ისე ჯგუფურ ინტერაქციებზე; მათ უნარზე, თავი გაართვან საზოგადოებასთან ურთიერთობაში წამოჭრილ გამოწვევებს და ჩამოიყალიბონ საკუთარი იდეოლოგია, რომელიც დაფუძნებული იქნება სოციალურ, პოლიტიკურ და რელიგიურ ღირებულებებზე;
- ექთნები, რომლებიც მუშაობენ მოზარდებთან, აუცილებელია იყვნენ პატივისცემით განწყობილი და იყვნენ გახსნილი, კომპეტენტური, პატიოსანი, თბილი, თანამგრძნობი, გამგები და ჰქონდეთ ეფექტური კომუნიკაციის უნარი მოზარდებსა და მათ ოჯახის წევრებთან;
- მოზარდთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საკითხები მოიცავს აცრებს, კვებას, პირის ღრუს ჯანმრთელობას, ფიზიკურ, სქესობრივ აქტივობას, მენტალურ ჯანმრთელობას და უნებლიე დაზიანებების, სარისკო ქცევების, ძალადობისა და ნარკოდამოკიდებულების შემცირებას.

გასამეორებელი საკითხები

1. რატომ არის გარდატეხის პერიოდი ასეთი მნიშვნელოვანი ცხოვრებაში?
2. რა არის ტანერის სტადიები და რატომაა ისინი მნიშვნელოვანი?
3. როგორ იცვლება აზროვნება მოზარდობის პერიოდში? როგორ შეგვიძლია მათ დავეხმაროთ სწავლაში?
4. რა ფაქტორებია მნიშვნელოვანი მოზარდის იდენტობის ჩამოყალიბებისათვის?
5. იდენტობის სტატუსების რა ცვლილებას განიცდიან მოზარდები როცა სვამენ კითხვას: “ვინ ვარ მე?“
6. რა გავლენას ახდენენ მშობლები, დედმამიშვილები და თანატოლები მოზარდის განვითარებაზე?
7. რატომ აქვს სკოლას ასეთი ძლიერი გავლენა მოზარდებზე? რა სახის დადებითი და უარყოფითი ეფექტი შეიძლება ჰქონდეს სკოლას?
8. რა გავლენა აქვს სამუშაო გამოცდილებას მოზარდებზე?
9. დაასახელეთ სულ მცირე 5 პრობლემა, რომელსაც მოზარდები აწყდებიან და აისახება მათ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე?
10. როგორ შეუძლია ექთანს ეფექტური კომუნიკაცია დაამყაროს მოზარდთან?
11. ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და სკრინინგის მხრივ რა აქტივობები უნდა გაითვალისწინონ ექთნებმა მოზარდებთან მიმართებაში?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Abbassi, V. (1998). Growth and normal puberty. Pediatrics, 102,507–511.
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P.(2007). The relation of attachment security to adolescents' paternaland peer relationships, depression, and externalizing behavior.Child Development, 78(4), 1222–1239.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults andchildren. Journal of Marriage & Family, 62(4), 1269–1287.
- Amato, P. R., & Cheadle, J. (2005). The long reach of divorce:Divorce and child well-being across three generations. Journal ofMarriage & Family, 67(1), 191–206.
- Amato, P. R., & Sobolewski, J. M. (2001). The effects of divorce andmarital discord on adult children's psychological well-being. AmericanSociological Review, 66(6), 900–921.Amato Booth, 379.
- American Academy of Pediatrics and the Council on Sports Medicineand Fitness. (2008). Policy statement: Strength Training by Childrenand Adolescents. Pediatrics, 121(4), 835–840.
- American Academy of Pediatrics and the Committee on Communications.(2006). Children, adolescents, and advertising. Pediatrics,11, 2563–2569.
- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. (2000).Adolescent pregnancy—Current trends and issues: 1998. Pediatrics,103(2), 516–520.
- American Dental Association. (2009a). Oral health topics: Periodontal(gum) diseases. Retrieved August 20, 2009, from http://www.ada.org/public/topics/periodontal_diseases_faq.asp.
- American Dental Association. (2009b). Dental emergencies and injuries.Retrieved August 20, 2009, from http://www.ada.org/public/manage/emergencies.asp#broken.
- Arnett, J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. AmericanPsychologist, 54(5), 317–326.
- Barber, B. K. (2002). Reintroducing parental psychological control. In
- B. K. Barber (Ed.). Intrusive parenting: How psychological controlaffects children and adolescents. Washington, DC: American PsychologicalAssociation: 3–13.
- Barber, B. K., & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: Parentalpsychological control of children and adolescents. In B. K. Barber(Ed.). Intrusive parenting: How psychological control affects childrenand adolescents. Washington, DC: American Psychological Association:15–52.
- Barber, C. N., Hall, J., & Armistead, L. (2003). Parent–adolescentrelationship and adolescent psychological functioning amongAfrican-American female adolescents. Journal of Child & FamilyStudies, 12(3), 361–374.
- Becker-Stoll, F., Fremmer-Bombik, E., Wartner, U., Zimmermann, P.,& Grossmann, K. E. (2008). Is attachment at ages 1, 6 and 16related to autonomy and relatedness behavior of adolescents ininteraction towards their mothers? International Journal of BehavioralDevelopment, 32(5), 372–380.

- Benner, A., & Graham, S. (2009). The transition to high school as adevelopmental process among multiethnic urban youth. ChildDevelopment, 80(2), 356–376.Bouchey, H. A., & Furman, W. (2006) Dating and romantic experiencesin adolescence. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.).Blackwell handbook of adolescence. Malden, MA: Blackwell.
- Brady, M., & Dunn, A. (2009). Role relationships. In C. E. Burns, A.M. Dunn, M. A. Brady, N. B. Starr, & C. G. Blosser (Eds.), Pediatricprimary care (4th ed.). St. Louis: Saunders, 366–394.
- Brown, B. B. (2004). Adolescents' relationships with peers. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.). Handbook of adolescent psychology(2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons: 363–394.
- Brown, B. B., & Klute, C. (2006). Friendships, cliques, and crowds. InG. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.). Blackwell handbook ofadolescence. Malden, MA: Blackwell.
- Burchett, M., Hanna, C., & Steiner, R. (2009). Endocrine and metabolicdisorders, In Burns CE, Dunn AM, Brady MA et al., (Eds.).Pediatric Primary Care (4th ed.), 2009; 584–590.
- Chandra, A., Martino, S., Collins, R., Elliott, M., Berry, S., Kanouse, D.,& Miu, A., (2008). Does watching sex on television predict teenpregnancy? Findings from a national longitudinal survey of youth.Pediatrics, 122, 1047–1054. DOI: 10.1542/peds.2007-3066.
- Clark, T. R., & Phares, V. (2004). Feelings in the family: Interparentalconflict, anger, and expressiveness in families with older adolescents.Family Journal, 12(2), 129–138.
- Cloninger, S. C. (2008). Theories of personality: Understanding persons(5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Coie, J. D. (2004). The impact of negative social experiences on thedevelopment of antisocial behavior. In J. B. Kupersmidt &K. A. Dodge (Eds.). Children's peer relations: From development tointervention. Washington, DC: American Psychological Association.
- Coughlin, J. P., & Malis, R. S. (2004). Demand/withdraw communicationbetween parents and adolescents: Connections with selfesteemand substance use. Journal of Social and Personal Relationships,21(1), 125–148.
- Diamond, L. M. (1998). Development of sexual orientation amongadolescent and young adult women. Developmental Psychology, 34,1085–1095.
- Diamond, L. M., & Savin-Williams, R. C. (2006). The intimate relationshipsof sexual-minority youths. In G. R. Adams & M.D. Berzonsky (Eds.). Blackwell handbook of adolescence. Malden,MA: Blackwell.Dietary Guidelines for Americans. (2005). Retrieved April 9, 2010,from http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/document/html/chapter2.htm.
- Doherty, W. J., & Needle, R. H. (1991). Psychological adjustment andsubstance use among adolescents before and after a parentaldivorce. Child Development, 62(2), 328.
- Dunn, A. (2009a). Developmental management of adolescents. InC. E. Burns, A. M.

Dunn, M. A. Brady, N. B. Starr, & C. G. Blosser(Eds.). Pediatric primary care (4th ed.). St. Louis: Saunders,132–150.

- Dunn, A. (2009b). Nutrition. In C. E. Burns, A. M. Dunn, M. A.Brady, N. B. Starr, & C. G. Blosser (Eds.). Pediatric primary care(4th ed.). St. Louis: Saunders, 191–234.
- Dunn, A. (2009c). Health perception and health management patterns.In C. E. Burns, A. M. Dunn, M. A. Brady, N. B. Starr, &C. G. Blosser (Eds.). Pediatric primary care (4th ed.). St. Louis:Saunders, 168–190.
- Dunphy, D. C. (1963). The social structure of urban adolescent peergroups. Sociometry, 26, 230–246.
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J. et al.(2010). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2009.Morbidity and Mortality Weekly Report, June 4, 2010/Vol. 59/No. SS-5.
- Elfenbein, D., Felice, M., & Jenkins, F. (2007). Adolescent pregnancy.In R. Kliegman, R. Behrman, H. Jenson, & B. Stanton. Nelson'stextbook of pediatrics (18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier, 850–853.Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. Child Development, 38,1025–1034.
- Elkind, D. (1984). All grown up and no place to go: Teenagers in crisis.Reading, MA: Addison-Wesley.Elkind, D. (1985). Egocentrism redux. Developmental Review, 5(3),218–226.
- Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and crisis. New York: Norton.Eveleth, P. B., & Tanner, J. M. (1990). Worldwide variation inhuman growth (2nd ed.). Cambridge, UK: Cambridge UniversityPress.
- Faircloth, B. (2009). Making the most of adolescence: Harnessing thesearch for identity to understand classroom belonging. Journal ofAdolescent Research, 24, 321–348.
- Food and Nutrition Board. (2003). Dietary reference intakes forenergy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein,and amino acids. Washington DC: Institute of Medicine.
- Garibaldi, L. (2007a). Physiology of puberty. In R. Kliegman,R. Behrman, H. Jenson, & B. Stanton. Nelson's textbook ofpediatrics (18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders/ Elsevier,2308.
- Garibaldi, L. (2007b). Disorders of pubertal development, InR. Kliegman, R. Behrman, H. Jenson, & B. Stanton. Nelson's textbookof pediatrics (18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier,2309–2316.
- Gerit, T., Blosser, C., & Dunn, A. (2009). Sexuality. In C. E. Burns,A. M. Dunn, M. A. Brady, N. B. Starr, & C. G. Blosser(Eds.). Pediatric primary care (4th ed.). St. Louis: Saunders,395–410.
- Giedd, J. (2008). The teen brain: Insights from neuroimaging. Journalof Adolescent Health, 42(4), 335–343.
- Gilligan, C. (1982). In a different voice. Cambridge, MA: HarvardUniversity Press.
- Gilligan, C., Lyons, N., & Hanmer, T. (Eds.). (1990). Makingconnections: The relational

worlds of adolescent girls at EmmaWillard School. Cambridge, MA: Harvard University Press.Ginzberg, E. (1972). Toward a theory of occupational choice: Arestatement. Vocational Guidance Quarterly, 20, 169–176.

- Gottesman, M., & Houck, G. (2009). Coping and stress tolerance:Mental health problems of children and adolescents. In C.E. Burns, A. M. Dunn, M. A. Brady, N. B. Starr, & C. G. Blosser(Eds.). Pediatric primary care (4th ed.). St. Louis: Saunders,411–440.
- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (2006). Pubertaleffects on adjustment in girls: Moving from demonstrating effectsto identifying pathways. Journal of Youth and Adolescence, 35(3),413–423.
- Greenberger, E., & Steinberg, L. (1986) When teenagers work. NewYork: Basic Books.
- Grotevant, H. D., & Cooper, C. R. (1998). Individuality and connectednessin adolescent development: Review and prospects forresearch on identity, relationships, and context. In E. E. A. Skoe &A. L. von der Lippe (Eds.). Personality development in adolescence: Across national and life span perspective. Florence, KY: Taylor &Frances/ Routledge, 3–37.
- Grych, J. H., Raynor, S. R., & Fosco, G. M. (2004). Family processesthat shape the impact of interparental conflict on adolescents.Development & Psychopathology, 16(3), 649–665.
- Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (2008). Bright futures: Guidelines forhealth supervision of infants, children, and adolescents. Elk GroveVillage, IL: American Academy of Pediatrics.
- Harter, S., (2001). The construction of the self: A developmentalperspective. Guilford Press. NY.
- Herrman, J. (2008). Adolescent perceptions of teen births. JOGGN,37, 42–50. Hetherington, E. M., Stanley-Hagan, M., & Anderson, E. R. (1989).Marital transitions: A child's perspective. American Psychologist,44(2), 303–312.
- Hetherington, E. M., Anderson, E. R., & Hagan, M. S. (1991).Divorce: Effects on adolescents. In R. M. Lerner, A. D. Petersen, &J. Brooks-Gunn (Eds.). Encyclopedia of adolescence (Vol. 1). NewYork: Garland.
- Hill, J. P., & Lynch, M. E. (1983). The intensification of gender-relatedrole expectations during early adolescence. New York: Plenum.
- Jenkins, R. (2007a). Menstrual problems. In R. Kliegman, R. Behrman,H. Jenson, & B. Stanton. Nelson's textbook of pediatrics (18th ed.).Philadelphia, PA: Saunders/ Elsevier, 836–844.
- Jenkins, R. (2007b). Contraception. In R. Kliegman, R. Behrman,H. Jenson, & B. Stanton. Nelson's textbook of pediatrics (18th ed.).Philadelphia, PA: Saunders/ Elsevier, 844–850.
- Katchadourian, H. (1977). The biology of adolescence. San Francisco:Freeman.
- Keating, D. (2009). Cognitive and brain development. In R. M. Lerner &L. Steinberg (Eds.). Handbook of adolescent psychology (3rd ed.).
- Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 45–84.Kerr, M., & Stattin, H. (2000). What parents

know, how they know it,and several forms of adolescent adjustment: Further support fora reinterpretation of monitoring. Developmental Psychology, 36,366–380.

- Klein, J. D., & the Committee on Adolescence. (2005). Adolescentpregnancy: Current trends and issues. Pediatrics, 116(1),281–286.
- Kohlberg,L.(1976).Moralstagesandmoralization:Thecognitivedevelopmentapproach. In T. Lickona (Ed.). Moral developmentand behavior. New York: Holt, Rinehart and Winston.Kozulin, A. (1990). Vygotsky's psychology: A biography of ideas.Cambridge, MA: Harvard University Press.Lapsley, D. K. (1990). Continuity and discontinuity in adolescentsocial cognitive development. In R. Montemayor, G. Adams, &T. Gullotta (Eds.). From childhood to adolescence: A transitionalperiod? Newbury Park, CA: Sage.
- Lobel, T. E., Nov-Krispin, N., Schiller, D., Lobel, O., & Feldman, A.(2004). Gender discriminatory behavior during adolescence andyoung adulthood: A developmental analysis. Journal of Youth &Adolescence, 33(6), 535–546.
- Longmore, M., Eng, A., Giordano, P., & Manning, W. (2009).Parenting and adolescents' sexual initiation. Journal of Marriage &the Family, 71(4), 969–982.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the contextof the family: Parent–child interaction. In P. H. Mussen & E. M.Hetherington (Eds.). Handbook of child psychology: Vol. 4.Socialization, personality, and social development (4th ed.). NewYork: Wiley, 1–101.
- Malina,R.,&Bouchard,C.(1991).Growthmaturationandphysicalactivity.Champaign, IL: Human Kinetics.
- Marcell, A. (2007). Adolescence. In R. Kliegman, R. Behrman,H. Jenson, & B. Stanton. Nelson's textbook of pediatrics (18th ed.).Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier, 60–65.
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In Handbookof adolescent psychology. New York: John Wiley & Sons,159–187.
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in the patternof pubertal changes in girls. Archives of Disease in Childhood, 44,291–303.
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1970). Variations in the patternof pubertal changes in boys. Archives of Disease in Childhood, 45,13–23.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study ofpressures from parents, peers, and the media on extreme weightchange behaviors among adolescent boys and girls. BehaviourResearch and Therapy, 43(5), 653–668.
- McCoy, J. K., Brody, G. H., & Stoneman, Z. (2002). Temperamentand the quality of best friendships: Effect of same-sex sibling relationships.Family Relations, 51(3), 248.
- Milgrom, P., Tut, O., Chi, D., Draye, M., & Acker, M. (2009). Dentaland oral disorders. In C. E. Burns, A. M. Dunn, M. A. Brady,N. B. Starr, & C. G. Blosser (Eds.). Pediatric primary care (4th ed.).St. Louis: Saunders, 845–865.
- Neinstein, L. S., & Kaufman, F. R. (2002). Normal physical growthand development. In L. S. Neinstein (Ed.). Adolescent healthcare: A practical guide (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins,3–58.

- Nonnemaker, J. M., McNeely, C. A., & Blum, R. W. (2003). Publicand private domains of religiosity and adolescent health riskbehaviors: Evidence from the national longitudinal study ofadolescent health. Social Science & Medicine, 57(11), 2049.
- Ozer, E. J. (2005). The impact of violence on urban adolescents:Longitudinal effects of perceived school connection and familysupport. Journal of Adolescent Research, 20(2), 167–192.
- Physical Guidelines for Americans. (2008). Chapter 3: Active Childrenand Adolescents. Retrieved April 9, 2010, from http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/chapter3.aspx.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood.Human Development, 15, 1–12.
- Pinyerd, B., & Zipf, W. B. (2005). Puberty—timing is everything!Journal of Pediatric Nursing, 20(2), 75–82.Regnerus, p. 375.
- Remafedi, G. (2007). Adolescent homosexuality. In R. Kliegman,R. Behrman, H. Jenson, & B. Stanton. Nelson's textbook of pediatrics(18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier, 68–70.
- Rideout, V., Roberts, D. F., & Foehr, U. G. (2005). Generation M:Media in the lives of 8–18 year olds. Menlo Park, CA: The Henry J.Kaiser Family Foundation.
- Riesch, S. K., Bush, L., Nelson, C. J., Ohm, B. J., Portz, P. A., Abell, B.,Wightman, M. R., and Jenkins, P. (2000). Topics of conflictbetween parents and young adolescents. Journal of the Society forPediatric Nurses, 5(1), 27–39.
- Riesch, S. K., Jackson, N. M., and Chanchong, W. (2003). Communicationapproaches to parent-child conflict: Young adolescence toyoung adult. Journal of Pediatric Nursing, 18(4), 244-256.
- Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (1999). The relations among bodyimage, physical attractiveness and body mass in adolescence. ChildDevelopment, 70, 50–64.
- Santrock, J. W. (2010). Adolescence (13th ed.). Boston: McGraw-Hill.Savin-Williams, R. C. (2005). The new gay teenager (adolescent lives).Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Savin-Williams, R. C., & Ream, G. L. (2002). Sex variations in thedisclosure to parents of same-sex attractions. Journal of FamilyPsychology, 17(3), 429–438.
- Selman, R. L. (1980). The growth of interpersonal understanding. NewYork: Academic.
- Shaffer, D. R. (2009). Social and personality development (6th ed.).Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Skelton, J., & Rudolph, C. (2007). Overweight and Obesity. InR. Kliegman, R. Behrman, H. Jenson, & B. Stanton. Nelson's textbookof pediatrics (18th ed.). Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier,232–242.
- Smetana, J. G. (1989). Adolescents' and parents' reasoning aboutactual family conflict. Child Development, 60, 1052–1067.

- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1995). Adolescent psychology: Adevelopmental view. New York: McGraw-Hill.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the familyrelationship. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.). At thethreshold: The developing adolescent. Cambridge, MA: HarvardUniversity Press, 255–276.
- Steinberg, L. (2008). Adolescence (8th ed.). Boston: McGraw-Hill.Steinburg, 388.
- Stone, G., Buehler, C., & Barber, B. K. (2002). Interparental conflict,parental psychological control, and youth problem behavior. InB. K. Barber (Ed.). Intrusive parenting: How psychological controlaffects children and adolescents. Washington, DC: AmericanPsychological Association, 53–95.
- Suldo, S., Friedrich, A., White, T., Farmer, J., Minch, D., & Michalowski,J. (2009). Teacher support and adolescents' subjective well-being:A mixed-methods investigation. School Psychology Review,38(1), 67–85.
- Sun, S. S., Schubert, C. M., Chumlea, W. C., Roche, A. F., Kulen, H. E.,Lee, P. A., Himes, J. C., & Ryan, A. (2002). National estimates ofthe timing of sexual maturation and racial differences among U.S.children. Pediatrics, 110(5), 911–919.
- Tanner, J., Whitehouse, R. H., & Takaishi, M. (1966). Standards frombirth to maturity for height, weight, height velocity, and weightvelocity: British Children, 1965. Archives of Diseases of Children, 41,454–471. Reproduced with permission from the BMJ PublishingGroup.
- Teevan, J. J., Jr. (1972). Reference groups and premarital sexualbehavior. Journal of Marriage and the Family, 34, 283–291.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). HealthyPeople 2010: National health promotion and disease preventionobjectives. Washington DC: Author.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). HealthyPeople 2020: Retrieved May 25, 2010, from http://www.healthypeople.gov/hp2020/Objectives/TopicArea.aspx?id=11&TopicArea=Adolescent+Health.
- Vondracek, F. W., & Porfeli, E. J. (2006). The world of work andcareers. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.). Handbook ofadolescence. Malden, MA: Blackwell, 109–128.
- Walker, M. (1989). What does the different voice say? Gilligan's womenand moral philosophy. The Journal of Value Inquiry, 23(7), 123–134.
- Weinshenker, N. (2002). Adolescence and body image. School NurseNews, 19, 12–16.
- Wertsch, J. V., & Tulviste, P. (1999). L. S. Vygotsky and contemporarydevelopmental psychology. In P. Lloyd & C. Fernyhough(Eds.). Lev Vygotsky: Critical assessments: Vygotsky's theory (vol. I).Florence, KY: Taylor & Frances/Routledge, 109–128.
- Wiseman, C. V., Sunday, S. R., & Becker, A. E. (2005). Impact of themedia on adolescent body image. Child & Adolescent PsychiatricClinics of North America, 14(3), 453–471.
- Yang, S. C., & Chen, S. (2006). Content analysis of free-responsenarratives to personal meanings of death among Chinese childrenand adolescents. Death Studies, 30, 217–241.

თავი 8

პედიატრიული შეფასება

ამ თავში განხილულია:

1. ბავშვისა და მისი მომვლელი პირისგან სრული ინფორმაციის შეგროვება, პედიატრიული სამედიცინო ისტორიის სტანდარტული კომპონენტების გამოყენებით;
2. ნუტრიციული შეფასებისა და მისი კომპონენტების მიზანი;
3. განვითარების შეფასების მიზანი;
4. ფიზიკური გამოკვლევის დაწყებამდე, განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე მყოფი ბავშვის, შესაბამისი მიდგომის ტექნიკის იდენტიფიცირება;
5. ინსპექციის, პალპაციის, პერკუსიისა და აუსკულტაციის ჩატარება ბავშვისთვის, როგორც სრული გამოკვლევის ნაწილი;
6. ფიზიკურ გამოკვლევაზე აღმოჩენილი ნორმალური და პათოლოგიური ნიშნების გარჩევა.

ბავშვები უნიკალური ინდივიდები არიან, რომლებიც ძალიან სწრაფ ცვლილებებს გადიან დაბადებიდან მოზარდობამდე. ფიზიკური ზრდა, მოტორული შესაძლებლობები, კოგნიტური და სოციალური განვითარება, გვიჩვენებს იმ ცვლილებებს, რომელსაც ოჯახის წევრები, მეგობრები და ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პერსონალი აკვირდება ბავშვის მომწიფების პროცესის განმავლობაში. ბავშვის შეფასებისას, ექთანმა უნდა იცოდეს ეს ცვლილებები და სულ უნდა საზღვრავდეს, რომელი ცვლილება მოიაზრება ნორმის ფარგლებში.

ფიზიკური ზრდა

ერთი მნიშვნელოვანი პარამეტრი, რომელიც საჭიროა პედიატრიული ჯანმრთელობის შეფასებისათვის, ფიზიკური ზრდაა. სხეულის მასის, სიგრძის ან სიმაღლის და თავის გარშემოწერილობის (ასაკის გათვალისწინებით) პარამეტრების შეგროვება აუცილებელია ფიზიკური ზრდის სერიული გაზომვების დროს. მკერდის გარშემოწერილობა ნაკლებად მნიშვნელოვანია. მაგ., ბავშვის ზრდის გრაფიკით, ექთანს შეუძლია განსაზღვროს ნორმალური და ნორმიდან გადახრილი ზრდის მრუდები.

ჯანმრთელობის ისტორია

რამდენადაც პედიატრიულ ისტორიაში ბავშვი იშვიათადაა ინფორმაციის მიმწოდებელი, მნიშვნელოვანია, გავარკვიოთ ბავშვის კავშირი მასთან, ვისგანაც ბავშვის შესახებ სამედიცინო ინფორმაციის მიღებას შევძლებთ. აღნიშნულ პროცესში ბავშვმა რაც შეიძლება მეტად უნდა მიიღოს მონაწილეობა.

ბიოგრაფიული მონაცემები

ბავშვის სახელის გარდა, გაიგეთ მეურვის სრული სახელი და გვარი. ზოგჯერ ბავშვის მომვლელი პირი სამართლებრივად არაა მისი მეურვე, როცა, მაგალითად, ბავშვი იმყოფება სასამართლოს ან სახელმწიფო მეურვეობის ქვეშ.

მისამართი და ტელეფონის ნომერი

გაიგეთ მომვლელის საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი, თუ ის არ ემთხვევა ბავშვისას.

ინფორმაციის წყარო

ბავშვისა და მასზე პასუხისმგებელი პირის გარდა, ინფორმაცია შეიძლება შეიკრიბოს სამედიცინო და სასკოლო ჩანაწერებიდან, დღიურებიდან, კლინიკის დოკუმენტაციიდან და სააგენტოებიდან (შშმ ბავშვების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტებისა და საშინაო ჯანმრთელობის სააგენტოებიდან). სანამ მესამე პირისაგან ჩანაწერები გაიცემა, პასუხისმგებელმა პირმა ხელი უნდა მოაწეროს ინფორმაციის გაცემის ფორმას.

ძირითადი ჩივილი

ხშირად პასუხისმგებელი პირია ის ინდივიდი, რომელიც მიმართავს სამედიცინო დახმარებას და სწორედ ის გვაძლევს სავარაუდოდ არსებული პრობლემების დახასიათებას. ეს განსაკუთრებით ახალშობილებს ეხება, ჩვილ და სკოლამდელ ბავშვებს, რომელთაც ასაკი და მენტალური სტატუსი უზღუდავს შესაძლებლობას, ამომწურავად დაახასიათონ ჩივილები. ასეთ შემთხვევებში უნდა ვენდოთ კანონიერი წარმომადგენლის ინტუიციას, რომელიც სწრაფადვე ამჩნევს ბავშვის ნორმიდან გადახრას, მაგ., ცვლილებებს ძილის კანონზომიერებაში (ძნელად ჩაძინება, „მთვარეულობა“), იმ ქცევების დაბრუნებას, რომელთაც ბავშვი გადაეჩვია (საწოლში შარდვა, პრეტენზიულობა კვების საკითხში, ცერის წოვა) და უცნაურ ფიზიკურ ჩივილებს სხვა მხრივ ჯანმრთელ ბავშვში (თავის ტკივილი, მუცლის ტკივილი), რომელიც მნიშვნელოვანი მიმანიშნებელია იმისა, რომ ბავშვი შეიძლება იყოს სტრესში ან რამე სხვა პრობლემა ჰქონდეს, რომელიც საჭიროებს დაწვრილებით გამოკვლევას.

ჯანმრთელობის ისტორია წარსულში

უნდა შეგროვდეს შესაბამისი ინფორმაცია ბავშვის დაბადების შესახებ, რომელიც მოიცავს პრენატალურ, მშობიარობისა და პოსტნატალურ ისტორიებს.

დაბადების ისტორია

ეს არის წარსული ისტორიის ერთ-ერთი ყველაზე სენსიტიური ნაწილი. თქვენ უნდა იყოთ კომფორტულად იმის აღმოჩენაში, რამდენად იყო ორსულობა დაგეგმილი, პირველად როდის გაუჩნდა დედას პრენატალური კონსულტაციის სურვილი, რიგით რომელი მშობიარობა იყო (იგულისხმება თვითნებური და ხელოვნური აბორტიც).

პრენატალური

- ამა და ამ თვისთვის გეგმავდით ორსულობას? (ჰკითხეთ შესაბამის თვეზე).
- იმის შემდეგ, რაც იფიქრეთ, რომ ორსულად ხართ, რამდენ ხანში მიხვედით გამოკვლევაზე?
- თქვენი ბავშვებიდან რამდენი გაჩნდა დროულად?
- იყო თუ არა ისეთი ორსულობა, რომელმაც ვერ მიაღწია დროულ ასაკამდე? რა მოხდა?
- იღებდით თუ არა რეცეპტით ან ურეცეპტოდ წამლებს, მათ შორის იბუპროფენის პროდუქტებს?
- იღებდით ალკოჰოლის ან კოფეინის შემცველ სასმელებს, ან ეწეოდით თუ არა სიგარეტს ორსულობისას?
- იღებდით თუ არა ორსულობისას ისეთ ნარკოტიკებს, როგორიცაა მარიხუანა, კოკაინი, ამფეტამინები; ან ჰალუცინოგენებს, როგორიცაა ელესდე (LSD) და მესკალინი? თუ კი, რა რაოდენობითა და სიხშირით?
- გქონდათ რამე პრობლემა ან ავადმყოფობა, რომლის შემთხვევაშიც თქვენ, ან თქვენი მკურნალი ფიქრობდით, რომ ორსულობას შეექმნებოდა საფრთხე (ორსულობით ინდუცირებული ჰიპერტენზია, ვადამდელი მშობიარობა, გესტაციური დიაბეტი, აივ, ბ ჯგუფის სტრეპტოკოკული, ან ტოქსოპლაზმა, წითურა, ციტომეგალოვირუსი და ჰერპესი (TORCH) ინფექციები, ან პათოლოგიური ნიშნები პრენატალურ ულტრაბგერით კვლევაზე) ?
- იყო თუ არა ორსულობა ბუნებრივი?

მშობიარობა

- რამდენი კვირა ატარებდით ბავშვს მშობიარობამდე?
- მშობიარობა სპონტანური იყო თუ გამოწვეული?
- რამდენი საათი გრძელდებოდა მშობიარობა?
- ბავშვი ბუნებრივად დაიბადა თუ საკეისრო კვეთით? თუ საკეისრო, რატომ?
- იყო თუ არა გამოყენებული ტკივილგამაყუჩებელი, ან ანესთეზიის საშუალება?
- აიყვანეთ თუ არა ბავშვი დაბადებისთანავე? (ამ კითხვაზე პასუხი მოგვცემს ინფორმაციას ბავშვის, დაბადებისთანავე, მდგომარეობაზე)
- რა ფერის იყო ბავშვი დაბადებისას?
- რა იყო აპგარი (APGAR) შეფასებები 1 და 5 წუთის შემდეგ?

- რა მასისა და სიგრძის დაიბადა ბავშვი?
- მშობიარობის დროს ბავშვის მამა თქვენთან იყო?
- სად დაიბადა ბავშვი (სახლი, საავადმყოფო, მანქანა, ან რომელიმე სხვა ლოკაცია)?

პოსტნატალური

- წახვედით თუ არა თქვენ და ბავშვი სახლში ერთად? (თუ არა, ჰკითხეთ ცალკე გაწერის მიზეზზე);
- (თუ საავადმყოფოში იმშობიარა) რამდენი ხანი იყავით საავადმყოფოში თქვენ და ბავშვი?
- ჰქონდა თუ არა ბავშვს სუნთქვის ან კვების პრობლემა პირველი კვირის განმავლობაში?
- თქვენი ინფორმაციით, მიიღო თუ არა ბავშვმა რაიმე მედიკამენტი პირველ კვირას?
- როგორ აღწერდით ბავშვის ფერს 1 კვირის ასაკში? (ღია ფერის კანის ბავშვებზე ჰკითხეთ, ფერმკრთალი იყო, მკრთალი ვარდისფერი, ლურჯი, თუ ყვითელი. მუქი კანის მქონე ბავშვებზე იმსჯელეთ სკლერის, პირის ლორწოვანისა და ფრჩხილების ფერით);
- (ბიჭის შემთხვევაში) გაუკეთდა ბავშვს წინდაცვეთა?
- ბავშვის კვება ძუძუთი დაიწყეთ, თუ ბოთლით?
- შეგექმნათ რაიმე სახის პრობლემა კვების არჩეულ მეთოდთან დაკავშირებით?
- გქონდათ თუ არა ცხელება თქვენ ან ბავშვს მშობიარობის შემდგომ?
- გეხმარებოდათ ვინმე ბავშვის მოვლაში, მშობიარობიდან პირველი რამდენიმე კვირის განმავლობაში?

სამედიცინო

მოიძიეთ ნებისმიერი ჰოსპიტალიზაციის, ან გადაუდებელი განყოფილების ვიზიტის გარემოებები და შედეგები. გახსოვდეთ, რომ ზოგიერთ ბავშვზე პასუხისმგებელმა პირმა შეიძლება გამოიყენოს გადაუდებელი განყოფილება, ან (ურგენტული დახმარების ცენტრი) ეპიზოდური სამედიცინო დახმარებისთვის და არ ჰყავდეს პირველადი სამედიცინო პროვაიდერი.

ტრავმები ან უბედური შემთხვევები

გაარკვიეთ, ბავშვის ტრავმების კანონზომიერება და უბედური შემთხვევების სიხშირე. განმეორებითი ტრავმები შეიძლება ძალადობაზე მიუთითებდეს.

ბავშვობის დაავადებები

აღნიშნეთ ძველი და ახალი ექსპოზიცია ინფექციებისადმი, როგორიცაა წითელა, ყბაყურა, წითურა, ყივანახველა, ჩუტყვავილა და რესპირატორული სინციტიური ვირუსი (რსვ).

იმუნიზაცია

იმუნიზაცია ბავშვს ბევრი გადამდები დაავადებისაგან იცავს. დედის ანტისხეულები გადის პლაცენტურ ბარიერს და ხვდება რძეში, რითიც, არასრულად, იცავს ბავშვს დაავადებისგან. ჯანდაცვის მრავალი პროვაიდერი მიყვება იმუნიზაციის განრიგს, როგორც ჯანმრთელი ბავშვის გასინჯვის ორიენტირს. იმუნიზაციების ჩანაწერი აუცილებელია, რათა ბავშვს სკოლაში მისაღებად არ დასჭირდეს განმეორებითი ვაქცინაცია.

ოჯახის ჯანმრთელობის ისტორია

მოიკითხეთ ბავშვის დედის, მამის, და/ძმის, ბებია/ბაბუის, დეიდა/მამიდისა და ბიძების ასაკისა და ჯანმრთელობის სტატუსის შესახებ (თუ გარდაცვლილია, გარდაცვალების ასაკი და მიზეზი). ჰკითხეთ ოჯახში არსებულ დაავადებებზე, რომელმაც შეიძლება გავლენა იქონიოს ბავშვის ჯანმრთელობაზე, იქნება ეს გულის დაავადებები, დიაბეტი, გონებრივი ჩამორჩენა, გულყრები, ალერგიები, ასთმა, თანდაყოლილი დაავადებები, ალკოჰოლიზმი, ყურადღების დეფიციტი და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი (ADHD). ასევე ჰკითხეთ ახალშობილის უეცარი სიკვდილის სინდრომის შესახებ.

სოციალური ისტორია

სამუშაო გარემო

საბავშვო ბაღები და სკოლები სამუშაო გარემოს ექვივალენტია ბავშვებისთვის. მოიკითხეთ საათების რაოდენობა, რომელსაც კვირის განმავლობაში ბავშვი ატარებს ამ დაწესებულებებში. ასევე ჰკითხეთ ბავშვის აკადემიურ მოსწრებაზე. ამასთან ერთად, გაიგეთ, ბავშვი ატარებს თუ არა დროს სახლში მარტო, სკოლამდე, ან სკოლის შემდეგ.

საცხოვრებელი გარემო

ჰკითხეთ სავარაუდო შეხებაზე ტყვიასთან (აქერცლილ საღებავებში), რომელიც საზიანოა განვითარების პროცესში მყოფი ტვინისა და ნერვული სისტემისთვის ნაყოფებსა და ბავშვებში. ტყვიასთან შეხების რისკის ფაქტორია 1978 წლამდე აშენებულ სახლში ცხოვრება.

ბავშვის ჩვევები

- გაარკვიეთ, რა აქტივობებით ერთობა ბავშვი;
- ჰკითხეთ, როგორ უმკლავდება ბავშვი სტრესს და აქვს თუ არა უსაფრთხოების ობიექტი (საბანი, სათამაშო), რომელიც ეხმარება გამკლავებაში;
- გაარკვიეთ, მიდრეკილია თუ არა ბავშვი გაღიზიანებადობისკენ და დისციპლინის ფორმა, რომელიც ამის ასარიდებლად გამოიყენება.

ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელი აქტივობები

ძილი

გაარკვიეთ, ბავშვს შუადღეს სძინავს თუ არა; აქვს თუ არა საკუთარი საძინებელი. ძილის კონკრეტულმა რეჟიმებმა, შეიძლება დაარღვიოს ბავშვის ძილი.

დიეტა

კითხვები დიეტაზე უნდა შეესაბამებოდეს ბავშვის განვითარების ეტაპს. თითოეული ეტაპის შესაბამისი კითხვებისთვის მიმართეთ *ნუტრიციულ შეფასებას, დიეტის ისტორიას.*

უსაფრთხოება

გარემოს მისადაგება ბავშვისათვის, განსაკუთრებით პატარა ბავშვებისთვის, აუცილებელია. ცხრილში 8-1, ჩამოთვლილია კითხვები, რომელიც თქვენს გამოკითხვაში უნდა იყოს შეტანილი

ნუტრიციული შეფასება

კარგი კვება აუცილებელია ოპტიმალური ჯანმრთელობისთვის და დაავადების პრევენციისთვის. ბავშვის განათლება ადრეულ ასაკში ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა ჯანსაღად კვების მნიშვნელობა, ძალიან დიდ როლს თამაშობს ბავშვის მომავალი დაავადებებისაგან დაცვაში. ისტორიაში არ ყოფილა დრო, როდესაც ამხელა ყურადღება ეთმობოდა ჯანმრთელობის წახალისებას და კვებასთან ასოცირებული დაავადებების/დეფიციტების პრევენციას, როგორც ახლა. ნუტრიციული შეფასება ექთანს შესაძლებლობას აძლევს, აღმოაჩინოს რისკის ქვეშ მყოფი ინდივიდები, გაუწიოს მათ კონსულტაცია მოსალოდნელ რისკებზე და იმუშაოს მკურნალ გუნდთან ერთად, თუ საჭირო გახდება ბავშვის ადრეული მიმართვა მათთვის. ნუტრიციული სტატუსის შეფასებაში გამოიყენება სხვადასხვა მეთოდები, მათ შორის კვების რაოდენობა, ლაბორატორიის მონაცემების ანალიზი, ანთროპომეტრიული მონაცემები და ფიზიკური გამოკვლევა.

კვების ოდენობა

ბევრი გზით შეიძლება იმის გაგება, იღებს თუ არა ბავშვი საკმარის საკვებს. ერთერთი გზა არის კვების ჩანაწერის გაკეთება, რომელიც ხორციელდება 24-საათიანი პერიოდის გახსენებით, კვების დღიურით, ან კვების კითხვარით. როგორც ყველა ღია კითხვა, ზუსტი პასუხი ცვალებადია. სიზუსტე რთული მისაღწევია, თუ ბავშვს რამდენიმე პასუხისმგებელი პირი ჰყავს. მთავარი პასუხისმგებელი პირისა და მომვლელის, რომელიც ყველაზე მეტ დროს ატარებს ბავშვთან, ჩართულობა, მნიშვნელოვანი ამოცანა იქნება. როცა 24-საათიანი პერიოდის მეთოდს ვიყენებთ, უნდა ვკითხოთ წინა 24 საათზე. გამოკითხვაში ჩართეთ ოჯახის ნებისმიერი წევრი, რომელიც ადგილზე იქნება გამოკითხვისას. სთხოვეთ, გაიხსენოს საკვების ტიპი და რაოდენობა, რომელიც ბავშვმა მიიღო, მათ შორის სითხის რაოდენობა და სახეობაც, რომელიც მიღებულია ბოლო 24 საათის განმავლობაში. კვების დღიური საკმაოდ ჰგავს 24-საათიანი პერიოდის გახსენებას, რადგანაც ამ შემთხვევაში, ოჯახს ვთხოვთ, შეაგროვოს მსგავსი ინფორმაცია

3-7 დღის განმავლობაში. დაარიგეთ ბავშვზე პასუხისმგებელი პირი, რომ ნება მისცეს სხვებს, მაგალითად, საბავშვო ბაღის პერსონალს, შეიტანონ მიღებული საკვების ტიპი, რაოდენობა და დრო, როცა საკვები იქნება მიღებული, პირდაპირ დღიურში. კვების სიხშირის კითხვარი შეიძლება იქნას გამოყენებული გამოკითხვის განმავლობაში, მიღებული საკვების ჯგუფებზე ინფორმაციის შესაგროვებლად. ეს ინფორმაცია მოიცავს მიღებული საკვების ტიპს, რაოდენობასა და მიღების სიხშირეს.

კვების ისტორია

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ხერხი კვებითი რისკის ფაქტორების შეფასებაში არის კვების ისტორია, რომელსაც შეუძლია რიგი ნუტრიციული და ქცევითი პრობლემების აღმოჩენა, რომლის მიხედვითაც შეიძლება პაციენტისთვის მიმართულების მიცემა. შემდეგი კითხვები, რომლებიც ეხება კვებას, დაყოფილია ასაკობრივ ჯგუფებად:

ახალშობილი და ჩვილი (0–12 თვის)

1. ბავშვი ძუძუთი კვებაზეა თუ ბოთლის? (ძუძუთი კვება ანიჭებს იმუნოლოგიურ უპირატესობას);
2. რამდენ საფენს ასველებს ბავშვი 24 საათში? (ახალშობილი ძალიან უნდა ასველებდეს მინიმუმ 6 საფენს ყოველ 24 საათში);
3. თუ ბოთლით იკვებება, არის თუ არა ფორმულა რკინით გამდიდრებული?
4. ფორმულის რა რაოდენობას სვამს ბავშვი დღეში, ან რა სიხშირით იკვებება ბავშვი ძუძუთი და რა ხანგრძლივობისაა თითოეული? (ახალშობილები 1 თვემდე სვამენ 950 მლ-მდე დღეში, 1-3 თვის – 1250 მლ-მდე დღეში, 3-6 თვის – 1200 მლ-მდე დღეში, 6-12 თვის – 950 მლ-მდე დღეში; ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებს, შეიძლება კვება დასჭირდეთ ყოველ 2 საათში და უნდა წოვონ ერთი ძუძუ 10 წუთის განმავლობაში, რათა ბოლომდე დააცარიელონ ის);
5. რამდენ ხანში ამთავრებს ბავშვი ბოთლს? (ძირითადად, ბოთლი უნდა დაამთავროს 15-20 წუთში. ეჭვის მიტანა შეიძლება პირის, ან მოტორულ დარღვევაზე, ან გულის თანდაყოლილ დაავადებაზე, თუ ბავშვი ვერ ახერხებს ბოთლის დამთავრებას დროის ნორმალურ ინტერვალში);
6. იძინებს თუ არა ბავშვი რძის, წვენის, ან ფორმულის ბოთლით? (თუ ბავშვს სძინავს ბოთლით, რომელშიც წყლის გარდა სხვა რამე ასხია, ეს ზრდის კარიესის რისკს);
7. გიცდიათ რკინით გამდიდრებული მარცვლეული? (შეიძლება დიეტაში ჩავრთოთ 4-6 თვის ასაკში და უნდა გავაგრძელოთ 2 წლამდე. ხშირად, ბავშვის ჰემატოკრიტი ეცემა 9-დან 12 თვემდე ასაკში);
8. აძლევთ ბავშვს თაფლს? (თაფლი ბავშვს არ უნდა მივცეთ 1 წლამდე, ბოტულიზმის რისკის გამო);
9. მყარ საკვებზე გადახვედით? (მზად ყოფნის ნიშნები– ჯდომა საყრდენის გარეშე, გადმოგდების რეფლექსი, წინ გადახრის შესაძლებლობა, რომელიც გვაჩვენებს, რომ ბავშვს მეტი უნდა და გაბრუნება, რომელიც გვანიშნებს, რომ ბავშვს საკვები არ უნდა);

10. თუ მყარი საკვები დაწყებულია, რამდენად ხშირად აძლევთ ახალი ტიპის საკვებს? (ახალი საკვები უნდა იქნეს შეტანილი რეჟიმში ყოველ 3-5 დღეში, რათა მოხდეს საკვებზე ალერგიების აღმოჩენა. ბევრი პედიატრის რეკომენდაციით, უმჯობესია ბოსტნეულით დაწყება, რათა თავიდან ავიცილოთ ტკბილის სიყვარული, შემდეგ გავაგრძელოთ ხილით, ხოლო ხორცი დავიწყოთ 8-9 თვის ასაკში);
11. აძლევთ ბავშვს ხილის წვენს? (ხილის წვენის ზედმეტმა მიღებამ, შეიძლება გადაავსოს ბავშვი, რის შედეგადაც ის ვეღარ მიიღებს ფორმულას საკმარისი ოდენობით).

ადრეული ასაკი (1–3 წლის[6])

1. გადაყვანილი გყავთ ბავშვი ძროხის რძეზე? (ძროხის რძემ უკვე წარმატებით შეიძლება ჩაანაცვლოს ფორმულა. მშობელს ვურჩევთ, რომ გადაიყვანოს ბავშვი ძროხის რძიდან 2%-იან რძეზე 2 წლის ასაკში);
2. რა რაოდენობით რძეს სვამს ბავშვი? (რეკომენდირებული დღიური ნორმა არის 470 მლ, მაქს. 950 მლ.);
3. ბავშვი ჭიქიდან სვამს? (ბოთლიდან ჭიქაზე გადასვლა ხდება 1 წლამდე. ადრეული გადასვლა ამცირებს კარიესის რისკს. თუ ბავშვი მთლიანად ბოთლის რძეზეა, ამის შედეგად მცირდება სხვა სახის საკვების მიღება);
4. გადაიყვანეთ ბავშვი რბილ, ღეჭვად საკვებზე? (ძირითადად, 12 თვის ასაკში, ბავშვი ღეჭავს რბილ საკვებს).
5. ესწრებით ბავშვის ჭამის პროცესს? (მეთვალყურეობა საჭიროა, რათა თავიდან ავიცილოთ დახრჩობა);
6. ბავშვი ოჯახთან ერთად ჭამს? (ოჯახთან ერთად კვების ადრეულ ასაკში დაწყებას ბევრი სარგებელი მოაქვს, როგორიცაა რუტინისა და ოჯახის წევრებთან კომუნიკაციის ჩამოყალიბება);
7. იწყებს ბავშვი თვითონ ჭამას? (გვიანი ახალშობილობისა და ადრეული ჩვილობის ფაზაში, ბავშვი ინტერესდება თავისით ჭამით);
8. აჭმევთ ბავშვს რომელიმეს ჩამოთვლილთაგან: თხილი, პოპკორნი, მთელი სოსისები, ყურძენი, უმი ბოსტნეული, მაგარი კანფეტები? (ეს საჭმელები და სასუსნავები ქმნის დახრჩობის რისკს);
9. სთავაზობთ ბავშვს მინიმუმ 2 ჯანსაღ სასუსნავს დღის განმავლობაში? (ასეთი რეჟიმი ბავშვს აძლევს იმ საკვების აღდგენის საშუალებას, რაც ვერ მიიღო ძირითადი კვების დროს დღის განმავლობაში);
10. შედის ბავშვის კვებაში ყველა ჯგუფის საკვები? (საკვების სწორი რაოდენობის დასადგენად ძალიან კარგი წესია, ბავშვისთვის 1 სუფრის კოვზი ყველა ჯგუფის საკვების მიცემა მისი ასაკის თითოეულ წელზე; მაგალითად, 2 წლის ბავშვი შეჭამს 2 სუფრის კოვზ ბოსტნეულს).

[6] იგულისხმება თოდლერობის პერიოდი

სკოლამდელი (3–5 წლის)

1. რამდენ რძეს სვამს ბავშვი დღეში? (სკოლამდე ასაკის ბავშვს სჭირდება მინიმუმ 600 მლ. რძე დღეში);
2. რამდენ წვენს სვამს ბავშვი? (წვენის მიღება, რომელიც არ აღემატება 250-350 მლ-ს დღეში, ეხმარება ბავშვს მეტი საკვებისa და სასუსნავის მიღებაში ჭამისას);
3. ჭამს ბავშვი სხვადასხვა საკვებს ყველა ჯგუფიდან? (გამოიყენეთ იგივე წესი, რომელიც მითითებულია ჩვილებში);
4. კითხვები 5, 6 და 9 ჩვილების სექციიდან, ასევე მიესადაგება სკოლამდელი ასაკის ბავშვს.

სკოლის ასაკის ბავშვი (6–12 წლის)

1. რამდენ რძეს სვამს ბავშვი დღეში? (სკოლის მოსწავლემ უნდა მიიღოს 800 მგ. კალციუმი დღეში, რაც დაახლოებით 650 მლ. რძის ტოლფასია);
2. გადავიდა ბავშვი 2%-დან უცხიმო რძეზე? (6 წლის ასაკში, ბავშვი უნდა გადავიდეს უცხიმო რძეზე);
3. 3-ჯერ ჭამს ბავშვი დღეში? (ამ ასაკში, ხშირად, ბავშვი ტოვებს საუზმეს, რადგან დილით ადრე უწევს სახლიდან გასვლა);
4. ჭამს მთელი ოჯახი ერთად მინიმუმ ერთხელ დღეში? (ამ ასაკში, ბევრი აქტივობის გამო, ბავშვს სულ ეჩქარება და სწრაფად ჭამს);
5. ჭამს ბავშვი ცხელ ლანჩს სკოლაში? (სკოლის ლანჩი ბავშვს აძლევს დღიურად დაშვებული საკვების დაახლოებით 1/3-ს);
6. იხეხავს ბავშვი კბილებს მინიმუმ 2-ჯერ დღეში? (ბავშვის ზედამხედველებს ვაძლევთ რჩევას, რომ გახეხონ ბავშვებს კბილები მინიმუმ ერთხელ დღეში, სანამ ბავშვი ისწავლის გადაბმულად წერას. ასევე, შეგვიძლია მივცეთ ავტონომია და ვაცადოთ, თვითონ გაიხეხოს კბილები დილით);
7. ჭამს ბავშვი შაქრიან სასუსნავებს? (შევზღუდოთ შაქარი, რათა თავიდან ავიცილოთ კარიესი და ცარიელი კალორიები);
8. აძლევთ ბავშვს უფლებას ჭამოს და ტელევიზორს უყუროს ერთდროულად? (სიმსუქნე მატულობს და როგორც ჩანს, ტელევიზორთან ზედმეტი დროის გატარება ხელს უწყობს ფიზიკური აქტივობის დაქვეითებას);
9. კვირაში რამდენჯერ ჭამს ბავშვი სწრაფი კვების ობიექტების საკვებს? (სიმსუქნის სიხშირე იზრდება სწრაფი საკვების მოხმარების ზრდასთან ერთად).

მოზარდი (13–18 წლის)

შეიძლება გამოვიყენოთ იგივე კითხვები, რომელიც გამოვიყენეთ სკოლის ასაკის ბავშვებისათვის, მაგრამ უფრო მეტი ინფორმაციის მოპოვებაა შესაძლებელი, თუ თვითონ მოზარდს დავუსვამთ კითხვებს.

სამახსოვრო 8.1

კითხვები ბავშვისთვის გარემოს უსაფრთხოებაზე

1. როგორ ქმნით თქვენს გარემოს ბავშვისთვის უსაფრთხოს?
2. გაქვთ ჯებირები კიბის ზედა და ქვედა ბოლოებში?
3. არის ბავშვის საწოლის გისოსები ერთმანეთთან მაქსიმუმ 7 სანტიმეტრით დაშორებული?
4. ჩამოგიხსნიათ „აკვნის ჭაღი“ და შეჯახების საწინააღმდეგო ბალიშები (ზოგიერთი ბავშვი აძრომას ცდილობს)?
5. ბავშვის საძილე ტანსაცმელი მინიმალურად ცეცხლსაშიშია?
6. ცხელი წყლის თერმოსტატი 48.4 °C-ზეა ჩამოყვანილი?
7. დაუყენეთ უნიტაზის საკეტები, რომ ყოველთვის დახურული იყოს?
8. ფარდის თოკები ისეთ სიმაღლეზეა, რომ ბავშვი ვერ მიწვდეს?
9. ბავშვს ხომ არ მიუწვდება ხელი რომელიმე ბასრ საგანზე?
10. რჩებით აბაზანაში ბავშვთან ერთად?
11. წყლიდან ამოსვლის შემდგომ ყოველთვის ცლით აბაზანას?
12. რბილი საფარველი გაქვთ გაკეთებული აბაზანის ონკანისთვის?
13. მოცურების საწინააღმდეგო ნაჭერი გაქვთ აბაზანაში დაფენილი?
14. დენის ყველა წყარო დაფარულია სახლში?
15. როდესაც საკვებს ამზადებთ, ჭურჭლის სახელურები ყოველთვის შიგნით გაქვთ შებრუნებული?
16. ყველა მაგიდიდან იღებთ გადასაფარებელს?
17. ბავშვს ტელეფონის კაბელზე ხომ არ მიუწვდება ხელი?
18. ყველა ელექტრონული მოწყობილობის კაბელი დახვეულია?
19. თუ გაქვთ ნებისმიერი სახის შემაღლებული პლატფორმა და დაფარულია თუ არა რბილი ნაჭრით?
20. ბავშვს ხომ არ მიუწვდება ხელი მცენარეებზე?
21. ყველა ხალიჩის ქვეშ მოცურების საწინააღმდეგო აგია?
22. თუ ეზოში აუზი გაქვს, არის თუ არა შემოღობილი, დაფარული დამცავით, ან დაყენებულია თუ არა ფუნქციონირებადი სიგნალიზაციის სისტემა?
23. სათლებს გამოყენების შემდეგ აცარიელებთ სითხისგან?
24. ბავშვს ხელი ხომ არ მიუწვდება წამლებზე, კოსმეტიკაზე, პესტიციდებზე, საწვავზე, საწმენდ საშუალებებზე, ორგანულ გამხსნელებზე ან სხვა საშიშ ქიმიკატებზე?
25. ტოქსიკური ნივთიერებების ლოკალური კონტროლის ტელეფონის ნომერი ყველა ტელეფონთან გაქვთ?
26. კვამლის დეტექტორი ბავშვის საძინებელსა და სახლის ყველა სართულზეა? გაქვთ ნახშირორჟანგის (CO) დეტექტორი სახლის ყველა სართულზე?

27. ყველა სართულზე გაქვთ ცეცხლსაქრობი?
28. ხანძრის შემთხვევაში დაგეგმილია ევაკუაციის გეგმა?
29. იცით გულ-ფილტვის რეანიმაცია (CPR)?
30. რას გააკეთებდით კრიტიკული სიტუაციის დროს?
31. ბავშვი სად ზის მანქანაში – წინ, თუ უკან, წინ მიბრუნებული, თუ უკან? ზის თუ არა ბავშვი ისეთ ადგილას, სადაც „აირბაგია“?
32. აცვია თუ არა ბავშვს მუხლის, იდაყვის დამცავები, ჩაფხუტი ისეთ სიტუაციებში, სადაც ტრავმის რისკია?
33. ხომ არ მიუწვდება ბავშვს ხელი პლასტმასის შეფუთვებზე, ლატექსის ბუშტებზე (მშობლის დაუსწრებლად) და პოლიეთილენის/ქაღალდის პარკებზე?
34. გყავთ ძაღლი? ბავშვებთან მეგობრული ძაღლია? დაბმული გყავთ, როცა სხვა ბავშვი სტუმრობს თქვენს სახლს?
35. იარაღები დაუტენელი, შენახული და ჩაკეტილია?

სიმსუქნის შეფასება

ამერიკელების 67% ითვლება ჭარბწონიანად, ხოლო 40% ცდება სიმსუქნის ზღვარს სხეულის მასის ინდექსის სტანდარტებით. მიუხედავად გენეტიკის დიდი როლისა ამერიკის სიმსუქნის პრობლემაში, გარემო ფაქტორები თამაშობს საბოლოო როლს ახალგაზრდობის სიმსუქნისაკენ მიდრეკილებაში. ამ ფაქტორებს მიეკუთვნება მედიის ზედმეტი გამოყენება, რომელიც ამცირებს დღიურ აქტივობას, ფიზიკური აღზრდის გაკვეთილების შემცირება სკოლებში, უფრო დიდი ულუფებით კვება, ბავშვების სკოლაში ტრანსპორტით მიყვანა, რაც ამცირებს ფეხით და ველოსიპედით მოძრაობას. ბავშვობის სიმსუქნის გრძელვადიანი ეფექტები თანდართული დაავადებებით ვლინდება, მათ შორის ჰიპერლიპიდემიით, ჰიპერტენზიით, მე-2 ტიპის დიაბეტით, პოლიკისტოზური საკვერცხის სინდრომითა და ობსტრუქციული ძილის აპნეით.

რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვები შესაბამისი ხერხებით მოწმდებიან თითოეულ წლიურ ვიზიტზე, პირველადი სამედიცინო დახმარების პროვაიდერთან. ზრდის გრაფიკები განახლდა 2000 წელს ჯანმრთელობის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის, ქრონიკული დაავადებების პრევენციის, ჯანმრთელობის წახალისების ეროვნული ცენტრისა და სხვა ექსპერტების მიერ. სხეულის მასის ინდექსი ასაკის პერცენტილის გრაფიკისთვის, გამოიყენება ბავშვის მასის სიმაღლესთან შესაბამისობის განსაზღვრისთვის. სხეულის მასის ინდექსის (სმი) ზრდის გრაფიკი ხელმისაწვდომია ბიჭებისთვის და გოგონებისთვის 2-დან 20 წლამდე. იმისათვის, რომ გამოვიყვანოთ ბავშვის სმი, სხეულის მასა (კილოგრამებში) უნდა გაიყოს სიმაღლის კვადრატზე (მეტრებში). თუ ავაგებთ 9 წლის ბიჭის გრაფიკს, რომლის სმი არის 19.4, ვნახავთ, რომ ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია, ვიდრე ამერიკაში მცხოვრები 9 წლის ბიჭების 90%-ისა. ბავშვი, რომლის სიმაღლე არის 84-დან 94-ე პერცენტილამდე, ითვლება ჭარბწონიანად. სიმსუქნედ ითვლება სმი, რომელიც არის 95-ე პერცენტილზე მაღლა.

ლაბორატორიული შეფასება

ნუტრიციული შეფასების დროს მოგროვებული მონაცემები ინტერვიუერს რისკის ფაქტორებს აჩვენებს. კალორიების არასაკმარისი მიღება ნუტრიციული პრობლემაა. ორი ყველაზე ხშირად ჩატარებული ლაბორატორიული გამოკვლევა შრატის ალბუმინი და პრეალბუმინია. ორივე ტესტი გვაჩვენებს იმას, არის თუ არა მიღებული კალორიები და ცილები საკმარისი ორგანიზმისთვის. შრატის ალბუმინი გვაჩვენებს წინა თვის კვების რაოდენობას; პრეალბუმინი გვაჩვენებს დროის უფრო ხანმოკლე პერიოდს, რომელიც კვების წინა ერთი კვირაა. სისხლის საერთო ანალიზი, რომელიც მოიცავს ჰემოგლობინს, ჰემატოკრიტსა და ერითროციტების ინდექსებს, გვაძლევს მინიშნებას რკინის რაოდენობაზე. ქოლესტეროლის (დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი, მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი, ტრიგლიცერიდების დონე და ტოტალური ქოლესტეროლი) სკრინინგი უფრო და უფრო ხშირი ტესტი ხდება, რომელსაც ექიმი უკვეთავს ბავშვისთვის, რომელსაც აქვს ქოლესტეროლის მაღალი დონისაკენ მიდრეკილი ოჯახური ისტორია, ან რომლის სმი-ს დონე მოითხოვს ჰიპერლიპიდემიის სკრინინგს.

ანთროპომეტრიული მონაცემები

ანთროპომეტრიული მონაცემების შეფასება ეწოდება მეცნიერებას, რომელიც მოიცავს ადამიანის სხეულის სიმაღლეს, მასას და კომპონენტების ზომას, მათ შორის კანის ნაკეცებს. ანთროპომეტრიული მონაცემები გვაძლევს ინფორმაციას ბავშვის ზრდის კანონზომიერებებასა და ნუტრიციულ სტატუსზე. კანის ნაკეცებისა და მხრის გარშემოწერილობის გაზომვა სხეულის ცხიმის მარაგის, ნუტრიციული სტატუსისა და ჩონჩხის კუნთების მასის მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია.

კანის ნაკეცის სისქე უფრო ზუსტად გვაჩვენებს სხეულის ცხიმის მარაგს, ვიდრე მასა. ყველაზე ხშირი საზომი ადგილი ბავშვის სამთავა კუნთის ზედაპირია. ბავშვს გამოკვლევის ფორმატისგან გამოწვეული ღელვა რომ მოვუხსნათ, შეგვიძლია მშობლის კალთაში დავსვათ. როცა ბავშვის ხელი სრულიად მოდუნებულ მდგომარეობაში იქნება ჩამოკიდებული, კანის ნაკეცი ასწიეთ სამთავა კუნთიდან, საზომი დაადეთ კანზე, თქვენი თითის გვერდით, ნაკეცის აწევასთან ერთად. ნაკეცი დაიჭირეთ ერთ ადგილას, სანამ ზომავთ. გაიმეორეთ ეს კიდევ 2-ჯერ და ამ სამი მაჩვენებლის არითმეტიკული საშუალო იქნება საბოლოო მაჩვენებელი.

მკლავის გარშემოწერილობა იზომება ზედა მკლავის შუა ნაწილში. იმისათვის, რომ ეს წერტილი განვსაზღვროთ, მოახრევინეთ ბავშვს ხელი 90 გრადუსიანი კუთხით. გაზომეთ აკრომიონული წანაზარდიდან (ბეჭის ძვლის წვეროს ლატერალური გაგრძელება, რომელიც მხრის ყველაზე მაღალი ნაწილია) ოლეკრანონულ წანაზარდამდე (იდაყვის ძვლის პროქსიმალური პროექცია, რომელიც ქმნის იდაყვის წვეროს) და მონიშნეთ შუა წერტილი მარტივად მოშორებადი კალმით, ან მარკერით. სთხოვეთ ბავშვს, დაიჭიროს ხელი მოდუნებული პოზიციაში, გვერდზე. გამოიყენეთ საზომი მეტრი, რათა გაზომოთ გარშემოწერილობა.

ფიზიკური გამოკვლევა

თითქმის ყველა სისტემის ფიზიკურმა გამოკვლევამ შეიძლება აღმოაჩინოს ნუტრიციული დეფიციტი. გასინჯვის ტექნიკები აღწერილია ამ თავში. ცხრილი 8-1 აჯამებს ფიზიკურ ნიშნებსა და სიმპტომებს, რომელიც გვაჩვენებს დაბალ ნუტრიციულ სტატუსს.

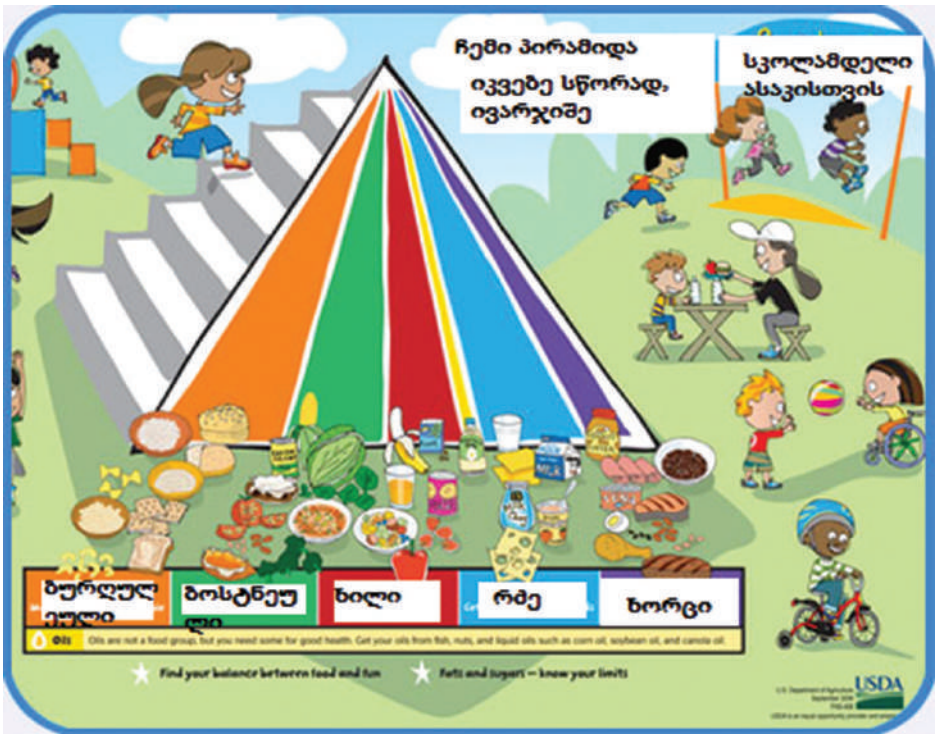
ცხრილი 8-1. დაბალი ნუტრიციული სტატუსის ფიზიკური ნიშნები და სიმპტომები

	სუბიექტური	**ობიექტური**
ზოგადი გარეგნობა	დაღლილობა; უძილობა; ცვლილება წონაში; ხშირი ინფექციები.	შემცირებული აფექტი; აპათიური; მომატებული/დაკლებული წონა.
კანი	ქავილი; შეშუპება; დაგვიანებული შეხორცება.	მშრალი; მკვრივი; აქერცლილი; შეშუპებული; დაზიანებული; შემცირებული ტურგორი; ფერის ცვლილება (სიფერმკრთალე, სიყვითლე); პეტექიები; ექიმოზები; ქსანტომები (ოდნავ წამოწეული ყვითელი კვანძები).
ფრჩხილები	მტვრევადი	მშრალი; მცირე ჩაქცევებით; კოვზის ფორმის; ფერმკრთალი.
თმა	მარტივად ცვივა; მტვრევადი.	ნაკლებად მბზინავი; მშრალი; ცვლილება ფერში.
თვალები	ცვლილებები მხედველობაში; სიბრმავე სიბნელეში; გამონადენი.	რქოვანას გამყარება და აქერცვლა; კონიუქტივას სიწითლე ან სიფერმკრთალე.
პირი	წყლულები	ტუჩები: დახეთქილი, მშრალი, შეშუპებული, სისხლმდენი, ღრუბლისებრი; ენა: გლუვი, ხორცისებრი წითელი, ფერმკრთალი, დახეთქილი, წყლულები, გადიდებული, ან დაპატარავებული, მომატებული, ან დაკლებული დვრილებით; კბილები: კბილების ნაკლებობა, ან კარიესი.

თავი და კისერი	თავის ტკივილი; გაუარესებული სმენა.	ქსანტელაზმები (კრემისებრი, ყვითელი ფოლაქი ქუთუთოზე, ჰიპერქოლესტეროლემიის გამო); ნესტოების გაღიზიანება და აქერცვლა; შესიებული ლოყები (ყბაყურა ჯირკვლის გადიდება); ჩიყვი.
გული და პერიფერიული სისხლძარღვები	ფრიალი; შეშუპება.	გულის გადიდება; ცვლილება არტერიულ წნევაში; ტაქიკარდია; შუილი; შეშუპება.
მუცელი	მტკივნეული შეხებაზე; ცვლილება მადაში; გულისრევა; ცვლილება ნაწლავის ფუნქციის კანონზომიერებებში.	შეშუპება; ჰეპატოსპლენომეგალია.
საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა	სისუსტე; ტკივილი; მოვლითი ტკივილი; ხშირი მოტეხილობები.	კუნთის ტონუსი შემცირებულია; ზედმეტად დამყოლი კუნთები; ქვედა კიდურების „გაღუნვა“.
ნერვული სისტემა	გაღიზიანებადობა; ცვლილება ხასიათში; დაბუჟება; პარესთეზია.	გაურკვეველი ლაპარაკი; ბალანსის დაკარგვა; ტრემორი; შემცირებული რეფლექსები; პოზიციისა და ვიბრაციის გრძნობის დაკარგვა; პარესთეზია; შემცირებული კოორდინაცია.
მდედრობითი რეპროდუქციული სისტემა	ცვლილება მენსტრუალურ ციკლში	---

მონაცემების შეფასება

დიეტის ისტორიის გამოყენებით, შეადარეთ ინფორმაცია ახალ MyPyramid-ის კვების გზამკვლევს (სურათი 8-1). განსაზღვრეთ, რამდენად იღებს ბავშვი საჭირო ოდენობითა და ვარიაბელობით საკვებს დღის განმავლობაში. შეფასება მოიცავს მონაცემების შეჯამებას კვების ისტორიიდან და ფიზიკური გამოკვლევიდან და ამ მონაცემებით ბავშვის ნუტრიციული სტატუსის განსაზღვრას. სპეციალისტთან მიმართვა ხდება, თუ სავარაუდო ნუტრიციული ცდომა არსებობს.



სურათი 8-1. ჩემი პირამიდა

განვითარების შეფასება

განვითარებითი ფუნქციონირების შეფასება ნებისმიერი ჯანმრთელობის შეფასების განუყრელი კომპონენტია. განვითარების შეფასებას რამდენიმე დანიშნულება აქვს: (1) დარწმუნება, რომ ბავშვი ნორმალურად ვითარდება; (2) პრობლემების ადრეული აღმოჩენა; (3) ბავშვისა და მშობლების ნერვიულობის საბაბის აღმოჩენა; და (4) მისი გამოყენება, რათა გავანათლოთ მშობელი კონკრეტული ასაკისთვის მოსალოდნელ ქცევაზე. განვითარების შესაფასებლად რამდენიმე სკრინინგ ტესტი არსებობს (ცხრილი 8-2). ეს ტესტები აფასებს სხვადასხვა ასპექტების, მათ შორის, ზოგად და ნატიფ მოტორულ, სოციალურ და ენის ფლობის შესაძლებლობებს, ქცევას, ტემპერამენტს, ცნობიერებასა და მეხსიერებას. სკრინინგ პროცედურები, რომელიც გამოიყენებს ამ კრიტერიუმებს, სწრაფად და სანდოდ აღმოაჩენს ბავშვს, რომლის განვითარებაც ნორმაზე დაბლაა. იგივე კვლევები შეიძლება გამოყენებული იქნას პროგრესზე დასაკვირვებლად. განვითარების შეფასების ზოგი ინსტრუმენტი შეიძლება გამოვიყენოთ სხვადასხვა გარემოებაში მინიმალური მოსამზადებელი დროით, როცა სხვა ხერხებს სჭირდება მომზადება და ასევე ზედამხედველობა. ყოველთვის უნდა ვიყოთ ფრთხილად, რათა შეფასება იყოს ზუსტი. მშობლებისთვის მიცემული მითითებები და განმარტება უნდა იყოს მოკლე ამომწურავი და გასაგები. დაკვირვების შემდეგ, კარგია, თუ მშობელს კითხავთ, იყო თუ არა ბავშვის ქცევა ტიპური, რადგანაც შეიძლება ტესტის თავიდან ჩატარება გახდეს აუცილებელი, თუ ქცევა ატიპური იყო. ყველა შედეგი უნდა გადაეცეს მშობელს, ან სხვა პასუხისმგებელ პირს ფრთხილად, რათა გაუგებრობები მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი. ნებისმიერი ზომის მიღებამდე, წაიკითხეთ და ფრთხილად მიყევით ინსტრუქციებს. ყველაზე ხშირად გამოყენებადი განვითარების სკრინინგი, დაბადებიდან 6 წლის ჩათვ-

ლით, არის დენვერის განვითარების სკრინინგ ტესტი (DDST) და მისი განახლებული ვერსია (DDST-R). ეს ორი ტესტი განახლდა, რესტანდარტიზირდა და სახელი შეეცვალა, Denver II-ად. ტესტი აგებულია 4 სექციისგან: პირადი-სოციალური, ნატიფი მოტორული-ადაპტური, ენა და უხეში მოტორული. სულ 125 პუნქტია აღწერილი ტესტში. ზოგიერთი მათგანი სრულდება მარტივად, ბავშვზე დაკვირვებით, მითითებების გარეშე. მაგ., ბავშვი შეიძლება ისედაც იღიმოდეს, ამბობდეს სხვა სიტყვებს „დედა“ და „მამა“-ს გარდა, ან იჯდეს ისე, რომ თავს მყარად იჭერდეს. ზოგიერთი პუნქტი შეიძლება ავტომატურად მოინიშნოს, თუ მშობელი გვეტყვის, რომ ბავშვს შეუძლია ის, მაგალითად, ჭიქიდან დალევა, ხელების დაბანა და გამშრალება, ან დახმარების გარეშე ჩაცმა.

P-ით აღინიშნება პუნქტის წარმატებით გავლა, F-ით წარუმატებლობა, R-ით უარი, და უბრალოდ „არა“, თუ სესიის დროს არ მოგვეცა შანსი, რომ პუნქტი შეგვეფასებინა. მიეცით ბავშვს 3 ცდამდე, სანამ Denver II-ზე თითოეულ პუნქტს შეაფასებთ. დასასრულს, ჰკითხეთ ხუთი „ქცევის ტესტის“ კითხვა. ნორმალურ შედეგში არ არის დაგვიანებები და შეიძლება იყოს მაქსიმუმ 1 გაფრთხილება. გაფრთხილება არის ბავშვის მიერ რომელიმე პუნქტის წარუმატებლად შესრულება, რომელსაც მისი ასაკის ბავშვების 75-90% ასრულებს. დაგვიანება არის ასაკობრივი ხაზის მარცხნივ მყოფი რომელიმე პუნქტის წარუმატებლად შესრულება ბავშვის მიერ. საეჭვო ტესტი არის ტესტი, რომელსაც აქვს 1, ან მეტი დაგვიანება, ან 2, ან მეტი გაფრთხილება. ასეთ შემთხვევებში, ბავშვმა ტესტი თავიდან უნდა გაიაროს 1-2 კვირაში.

გახსოვდეთ, რომ ავად ყოფნა, ძილის ნაკლებობა, შიში და ნერვიულობა, სიყრუე, ან სიბრმავე უარყოფით გავლენას ახდენს ბავშვის შედეგზე. თუ ეს, ან სხვა ლოგიკური ახსნა მოეძებნება ბავშვის წარუმატებლობას Denver II-ის სესიაში, გაიმეორეთ ტესტი 1 თვეში, იმის გათვალისწინებით, რომ არსებული მდგომარეობა 1 თვეში აღარ იქნება პრობლემა (თუ ეს შესაძლებელია). თუ ბავშვს მართლა აქვს განვითარების შეფერხება, ადრეულ აღმოჩენას მივყავართ შესაბამის ინტერვენციამდე და დახმარებამდე.

ცხრილი 8-2. განვითარების შეფასების საზომები ბავშვებსა და ჩვილებში

ტესტის დასახელება	ასაკი	შეფასებული ნიშნები
განახლებული ქერის ტესტი ჩვილებისთვის	4-8 თვე	ტემპერამენტი, კვების, ძილისა და გამოყოფის კანონზომიერებები.
დენვერის არტიკულაციის სკრინინგი	2.5-6 წელი	გონებრივი შესაძლებლობა; 30-ბგერიანი ელემენტების გადაბმა (არტიკულაცია).
დენვერ II	დაბადებიდან 6 წლამდე	პირადი-სოციალური, ნატიფი მოტორულ-ადაპტური, ენობრივი, უხეში მოტორული.
განვითარების პროფილი II	დაბადებიდან 9 წლამდე	ფიზიკური, საკუთარი თავის დახმარება, სოციალური, აკადემიური, კომუნიკაციური შესაძლებლობები.
ადრეული ენის ტესტი	დაბადებიდან 3 წლამდე	სმენითი ექსპრესიული და რეცეპციული, საუბრის ვიზუალური კომპონენტები.

გუდინაფ-ჰარისის ხატვის ტესტი	5-17 წელი	ბავშვი ხატავს ადამიანს, ვაკვირდებით სხეულის ნაწილებს, ტანსაცმელს, პროპორციას, პერსპექტივას.
მაკკართის შკალები ბავშვის შესაძლებლობებზე	2.5-8.5 წელი	ინტელექტუალური და მოტორული განვითარება, მეხსიერება, რიცხობრივი მაჩვენებლებით, პერცეფციული შესაძლებლობები, ზოგადი ცნობიერება

ფიზიკური შეფასება

ბავშვთან მიდგომის ტექნიკები ცვალებადია სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში. ძირითადი პრინციპი ნებისმიერი ფიზიკური შეფასებისას არის ნდობის ჩამოყალიბება ურთიერთობაში. ეს კეთდება სხვადასხვა გზით. პირველი, ყოველთვის აუხსენით, რა გაკეთდება ყველა ეტაპის წინ და უპასუხეთ კითხვებს გულახდილად. მეორე, შეაქეთ ბავშვი დადებითი საქციელისთვის (მაგ., კოოპერაცია შუა ყურის გამოკვლევისას). მზრუნველობითი მიდგომის გამოხატვა დიდ გავლენას მოახდენს ბავშვისა და მშობლის მხრიდან ნდობის ჩამოყალიბებაზე. აჩვენეთ ბავშვს, რომ აფასებთ, როგორც ინდივიდს და არ დაუშალოთ გრძნობების გამოხატვა (მაგ., ტირილი).

ყველა საჭირო ხელსაწყო უნდა იყოს დალაგებული და დაუყოვნებლივ ხელმისაწვდომი. ბავშვის ფიზიკური გამოკვლევებისთვის საჭიროა შემდეგი ნივთები:

- სუფთა ხელთათმანები;
- სასწორი (ჩვილის, ან დასადგომი);
- შესაბამისი ზომის მანჟეტი წნევის გასაზომად;
- ერთჯერადი სანტიმეტრიანი საზომი;
- სნელენის თვალის ტაბულა;
- ალენის ბარათები;
- ოტოსკოპი და სპეკულუმი (სარკე, 2.5, ან 4.0 მმ) პნევმატური სამაგრით;
- ოფთალმოსკოპი;
- პედიატრიული ფონენდოსკოპი;
- თერმომეტრი;
- ზრდის გრაფიკი;
- კანის ნაკეცის საზომები;
- მოსანიშნი კალამი;
- მიწისთხილის კარაქი, ან შოკოლადი;
- პატარა ზარი;
- მკვეთრი ფერის მქონე ნივთი;
- Denver II-ის მასალები.

სასიცოცხლო ნიშნები

სასიცოცხლო ნიშნების გაზომვა ხშირად შემაწუხებელია ბავშვისთვის. წინა გამოცდილებები გავლენას ახდენს კოოპერაციის დონეებზე, რომელთაც თქვენ შეხვდებით. სასიცოცხლო ნიშნები შეიძლება გაისინჯოს გამოკვლევის დასაწყისში, ან რომელიმე სისტემის შეფასებისას.

თუ ბავშვი განსაკუთრებით შფოთავს, უკეთესია, თუ სასიცოცხლო ნიშნების შეფასების ინტეგრირებას მოვახდენთ ზოგად შეფასებაში. სასიცოცხლო ნიშნებია ტემპერატურა, სუნთქვა, პულსი და არტერიული წნევა, რომელიც უნდა შევადაროთ ნორმალურ ინტერვალებს ბავშვის ასაკისთვის. ეს გამოკვლევები გვაძლევს ინფორმაციას ბავშვის ძირითადი ფიზიოლოგიური სტატუსის შესახებ.

ტემპერატურა

არის 5 ძირითადი გზა, რომლითაც ტემპერატურა იზომება: ორალური, რექტალური, შუბლის, იღლიისა და ტიმპანური (დაფის აპკი). შერჩეული ადგილი დამოკიდებულია ბავშვის ასაკზე, განვითარებასა და მდგომარეობაზე. ორალური გზა არის მოსახერხებელი და მარტივად მისადგომი, მაგრამ ზუსტი მაჩვენებლის მოპოვება რთულია ჩვილებისა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვების უმეტესობაში, რადგანაც ბავშვი უნდა იყოს ცნობიერების იმ დონეზე, რომ მითითებებს მიჰყვეს უსაფრთხოებისთვის; შესაბამისად, ეს გზა გამოიყენება 5-6 წელზე მაღალი ასაკის ბავშვებისთვის. რექტალური ტემპერატურა ითვლება ყველაზე ზუსტად და შეიძლება გაზომილ იქნას ყველა ასაკის ბავშვში. უნდა აღვნიშნოთ, რომ მისი გამოყენება არ არის რეკომენდებული ყოველ შემთხვევაში, მაგ., თუ ბავშვი შემოდის დიარეით, ან არის ნეიტროპენიური.

ინფრაწითელმა შუბლის თერმომეტრმა აჩვენა, რომ ყველა სხვა ტესტზე ზუსტია. ამ დროისთვის ყველაზე ნაკლებად შემაწუხებელი და ყველაზე მარტივად გამოსაყენებელი მეთოდია. შეიძლება, ახალშობილებშიც კი გამოვიყენოთ ზოგიერთ კლინიკურ შემთხვევაში. ტექნოლოგია შედარებით ახალია, მაგრამ მისი გამოყენება თანდათან ვრცელდება. იღლიის ტემპერატურა არის უსაფრთხო, არაინვაზიური და შეიძლება გაიზომოს ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. ეს გზა შეიძლება უკუნაჩვენები იყოს, როცა სიზუსტე განსაკუთრებით გადამწყვეტია, ან ცხელების პირველ სტადიებში, როცა იღლიაში არ იგრძნობა ადრეული ტემპერატურული ცვლილებები. როცა ვიღებთ იღლიის ტემპერატურას, ჩასვით, ან ჩააწვინეთ ბავშვი მშობლის კალთაში, რათა გაითავისუფლოთ ხელები სხვა დაკვირვებებისთვის, ან მოემზადოთ შეფასების შემდეგი ეტაპისთვის. აუხსენით ბავშვს, რომ ტემპერატურის გაზომვის ეს გზა არ არის მტკივნეული. დრო რომ გაიყვანოთ, თხოვეთ მშობელს, რომ მოუყვეს ბავშვს ზღაპარი/მოთხრობა. თერმომეტრი ერთ ადგილას უჭირავს ხელს, რომელიც უნდა იყოს დაფიქსირებული 5 წუთის განმავლობაში.

ყურის თერმომეტრი არის მოსახერხებელი, უსაფრთხო და არაინვაზიური. ელექტრონული ტიმპანური გაზომვა მოიცავს პატარა ყურის გადამცემის ჩაყენებას გარეთა ყურის არხის შესავალში და გადამცემის მიმართვას დაფის აპკისკენ. თითქმის მყისიერად გვაქვს შედეგი დაფის აპკის სითბოს გაზომვით ინფრაწითელი სხივების გამოყენებით. მაინც არსებობს ზოგიერთი ნაკლი თერმომეტრიის ამ ხერხში. ყურის ანთება და გოგირდი ყურის არხში ხელს უშლის ტემპერატურის სწორად ამოცნობას.

ბავშვებს არ მოსწონთ ტემპერატურის გაზომვა რექტალურად, ამიტომაც თქვენი მიდგომა ახსნისადმი უნდა იყოს ფაქტობრივი: „უნდა გაგიზომო ტემპერატურა უკანა ტანიდან, არ უნდა გაინძრე. დედა (ან სხვა შესაბამისი პირი) აქ არის, შენთან ერთად“. სიფრთხილეა საჭირო 2 წელზე პატარა ბავშვში, რადგან არსებობს რექტალური პერფორაციის რისკი. დააწვინეთ ბავშვი გვერდზე, ან მუცელზე მშობლის კალთაში, ან ზურგზე, გასასინჯ მაგიდაზე, ხოლო ფეხები დაიჭირეთ მაგრად, არადომინანტურ ხელში. თერმომეტრის წვერო დაამუშავეთ ლუბრიკანტით და მოათავსეთ ის ფრთხილად ბავშვის სწორ ნაწლავში: 1.3 სანტიმეტრი ახალშობილებში, 2 სანტიმეტრი ჩვილ ბავშვებში და 2.5 სანტიმეტრი სკოლამდელსა და უფრო დიდი ასაკის ბავშვებში. დაიჭირეთ თერმომეტრი მყარად თითებს შორის, რათა თავიდან აიცილოთ ზედმეტად შორს მოთავსება (სურათი 8-2).

სხეულის ნორმალური ტემპერატურა (აფებრილობა) ცვალებადია ბავშვის ასაკთან ერთად (ცხრილი 8-3). 38.6°C – ზე მაღალი ტემპერატურა ნიშნავს ჰიპერთერმიას. სხეულის ტემპერატურის მომატება შეიძლება დავუკავშიროთ მძიმე დაავადებებს, როგორიცაა მენინგიტი, ან ბავშვობის ძალიან ხშირ დაავადებებს, როგორიცაა შუა ყურის ანთება და სტრეპტოკოკული ფარინგიტი, ან უბრალოდ ცხელ გარემოში ყოფნას. განსხვავებით, ჰიპოთერმია განიმარტება, როგორც 35.0°C-ზე დაბალი ტემპერატურა. სხეულის დაბალი ტემპერატურა ასოცირებულია სეფსისთან, ცივ გარემოსთან, ან სიცივით გამოწვეულ ტრავმასთან (მაგ., ცივ წყალში ჰქონდა ფეხები დიდი ხნის განმავლობაში).



სურათი 8-2. ტემპერატურის რექტალური გასინჯვის მეთოდი.
A მუცელზე მწოლიარე, B ზურგზე მწოლიარე

ცხრილი 8-3. სხეულის ტემპერატურა – ნორმალური ინტერვალები ასაკის მიხედვით

ასაკი	ტემპერატურა
ახალშობილი-1 წელი	37.5–37.7°
3-5 წელი	37.0–37.2°
7-9 წელი	36.7–36.8°
10 წლის და ზემოთ	36.6°

სამახსოვრო 8-2. ძირითადი მიდგომები პედიატრიულ ფიზიკურ გასინჯვაში

1. გასინჯეთ ბავშვი თბილ, ჩუმ ოთახში. ჰიპოთერმიის პრევენციისთვის, 6 თვეზე პატარა ბავშვები უნდა იყვნენ სითბოში გასინჯვისას;
2. გამოიყენეთ ბუნებრივი განათება, თუ შესაძლებელია. ხელოვნური განათება ართულებს ციანოზისა და სიყვითლის შეფასებას;
3. შფოთვის შესამცირებლად და დამყოლობის გასაზრდელად (განსაკუთრებით პატარა ბავშვებში), გვერდით იყოლიეთ ბავშვისთვის ნაცნობი პიროვნება, მაგალითად, მშობელი;
4. ესაუბრეთ ბავშვს ნაზი ხმით. ჩვილი ბავშვიც კი, რომელსაც სიტყვები არ ესმის, მშვიდდება მშვიდი და მეგობრული მიდგომით;
5. აუხსენით ყველა პროცედურა და ჩვილებს, სკოლამდელებს და პატარა სკოლის ბავშვებს ნება მიეცით, რომ შეეხონ და მოსინჯონ სამედიცინო ხელსაწყოები;
6. ბავშვის უსაფრთხოების შეგრძნების ასამაღლებლად, ჩასვით ბავშვი მშობლის კალთაში გასინჯვის ყველა მომენტში, რომელიც ამის საშუალებას მოგვცემს;
7. სანამ ჩვილი კომფორტულადაა, იქონიეთ მხედველობითი კონტაქტი მშობელთან გასინჯვისას. ბავშვზე თვალებში ყურებამ, რომელიც ისედაც შფოთავს გასინჯვისას და უცხო ადამიანების დანახვისას, შეიძლება ხელი შეუშალოს გასინჯვას. უყურეთ მშობელს, თუ შიშის მოხსნის სხვა მეთოდები არ იქნება წარმატებული.
8. გამოკითხეთ სკოლის უფროსი ასაკის ბავშვი და მოზარდი ცალკე, მშობლის გარეშე. ამან შეიძლება მოგვცეს მნიშვნელოვანი ინფორმაცია, რომელსაც ვერ გავიგებდით ჯგუფური გამოკითხვის დროს (მაგ., სქესობრივი აქტივობა და ნივთიერებების მოხმარება);
9. დააფასეთ ბავშვის თავმდაბლობა;
10. გაათბეთ ხელსაწყოები (მაგ., ფონენდოსკოპი);
11. თავი შეიკავეთ მკვეთრი მოძრაობებისგან, რადგანაც ამან შეიძლება ბავშვი შეაშინოს;
12. თუ ბავშვს სძინავს, გამოიყენეთ სიტუაცია უბრალო პროცედურებისთვის (სიგრძე, თავის გარშემოწერილობა) და სისტემური შეფასებებისთვის, რომელსაც სჭირდება ჩუმი გარემო (მაგ., გულისა და სუნთქვის შეფასება);
13. ჩაატარეთ ყველა ინვაზიური, ან არაკომფორტული პროცედურა (ყურის დათვალიერება, ბარძაყის პალპაცია) ბოლოს, რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს დისკომფორტი, ტირილი, შიში და გაზრდილი გულისცემის სიხშირე;
14. ყოველთვის ეცადეთ კომფორტის გაზრდას ტკივილის შემდეგ. განსაკუთრებით კარგია, თუ მშობელი ბავშვს მხარდაჭერას აჩვენებს ამ დროს. ეს დაანახებს ბავშვს, რომ ჩვენ მართლა გვადარდებს მათი გრძნობები;
15. დავარდნის თავიდან ასაცილებლად, ყოველთვის გქონდეთ ერთი ხელი ჩვილ ბავშვზე, რომელსაც დასვამთ გასასინჯ მაგიდაზე;
16. გასინჯვის დასრულებამდე, გაარკვიეთ, მშობელს და ბავშვს, აქვთ თუ არა რაიმე კითხვა.

სუნთქვის სიხშირე

ეცადეთ, ეს მაჩვენებელი ადრევე მოიპოვოთ გასინჯვისას, როცა ბავშვი უფრო დამყოლია და არ ტირის. თუ ბავშვი ტირის, მაჩვენებელი არ იქნება ზუსტი და თავიდან იქნება განსასაზღვრი. არ დაგავიწყდეთ ახალშობილებსა და ჩვილ ბავშვებში მუცლის გაბერვაზე დაკვირვება. ცხრილი 8-4 აჩვენებს სუნთქვის სიხშირის ნორმებს ბავშვებისთვის.

ცხრილი 8-4. სუნთქვის სიხშირე

ასაკი	სუნთქვის სიხშირე მოსვენებულ მდგომარეობაში	საშუალო
ახალშობილი	30-50	40
1 წლის	20-40	30
3 წლის	20-30	25
6 წლის	16-22	19
10 წლის	16-20	18
14 წლის	14-20	17
18 წლის	16-20	18

პულსი

აპიკალური პულსი გაზომილი უნდა იქნას ახალშობილებში, ჩვილებსა და ახალგაზრდა ბავშვებში (2 წლამდე) და ასევე, ყველა ბავშვში, რომელსაც აღენიშნება გულის პრობლემა, ან იღებს გულის გლიკოზიდებს. გულისცემის სიხშირის განსასაზღვრად, მოათავსეთ ფონენდოსკოპის დიაფრაგმა (ბრტყელი ზედაპირი) ბავშვის პრეკორდიუმზე, რომელიც არის გულმკერდის ზედაპირის გულის, დიდი სისხლძარღვების, პერიკარდიუმისა და ფილტვის ქსოვილის ნაწილის საპროექციო არე. რადიალური პულსი იზომება ბავშვებში 2 წელს ზემოთ. მომატებული გულისცემა, ანუ ტაქიკარდია ახასიათებს სეფსისს, ცხელებას, შფოთვას, დისრითმიას, გულის შეგუბებით უკმარისობას, ან მედიკამენტებს. შენელებული გულისცემა, ანუ ბრადიკარდია ახასიათებს ქირურგიულად გამოწვეულ, ან თანდაყოლილ ბლოკადას, დიგოქსინით მოწამვლას, ან ჰიპოთერმიას (მაგალითად, ცივი ტემპერატურით გამოწვეული დაზიანება). ცხრილი 8-5 გვაჩვენებს ნორმალურ პულსს ასაკის მიხედვით.

ცხრილი 8-5. პულსის სიხშირე – ნორმალური ინტერვალები ასაკის მიხედვით

ასაკი	პულსის სიხშირე მოსვენებულ მდგომარეობაში (დარტყმა/წუთში)	საშუალო
ახალშობილი	100-170	140
1 წლის	80-170	120
3 წლის	80-130	110
6 წლის	70-115	100
10 წლის	70-110	90
14 წლის	60-110	85-90
18 წლის	60-100	72

არტერიული წნევა

წნევის გაზომვის ყველაზე მნიშვნელოვანი კომპონენტია მანჟეტის ზომის სწორად შერჩევა. მანჟეტის ჰაერის შემცველი ნაწილის სიგანე უნდა იყოს მკლავის გარშემოწერილობის 40% ოლეკრანონისა და აკრომიონის შორის მდებარე შუა წერტილში. ზედმეტად დიდი მანჟეტის გამოყენებას მივყავართ ნამდვილზე დაბალ წნევამდე და პირიქით, პატარა მანჟეტით მივიღებთ უფრო მაღალ წნევას, ვიდრე სინამდვილეშია. მანჟეტის ჰაერის შემცველი ნაწილი უნდა ფარავდეს მკლავის გარშემოწერილობის 80-100%-ს (იხილეთ სურათი 8-3). მოათავსეთ მანჟეტი ზედა კიდურზე, მოძებნეთ ბრაქიალური პულსი თითით, მოათავსეთ ფონენდოსკოპი ანტეკუბიტალურ ფოსაზე და ხელით გაბერეთ მანჟეტი. ჰაერის გამოშვების პროცესში, უყურეთ ციფერბლატს და დაიმახსოვრეთ სისტოლური და დიასტოლური რიცხვები. შეიძლება ახალშობილებში და ჩვილებში წნევის პალპაცია მოგიწიოთ. მოინიშნეთ სისტოლური რიცხვი. ჰიპერტენზიის ეტიოლოგიები ძალიან ბევრნაირია. თირკმლის დაავადება, აორტის კოარქტაცია, სტრესი და მედიკამენტები, ყველა იწვევს ჰიპერტენზიას. მოზარდებში პრეჰიპერტენზია განიმარტება, როგორც 120/80 არტერიული წნევა, ან უფრო მაღალი. ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დასადასტურებლად, სისხლის წნევის გაზომვა უნდა მოხდეს ერთზე მეტი ვიზიტისას. ჰიპოტენზიის გამომწვევებს მიეკუთვნება: ჰემორაგია, სეფსისი, სეპტიური შოკი და მედიკამენტები. არტერიული წნევის საშუალო მაჩვენებლები ბავშვების სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში, ჩამოთვლილია ცხრილში 8-6.



სურათი 8-3. წნევის გაზომვის სწორი მეთოდი

ცხრილი 8-6. არტერიული წნევა – ნორმალური ინტერვალები ასაკის მიხედვით

ასაკი	არტერიული წნევა
ახალშობილი	სისტოლური: 46-92 დიასტოლური: 38-71
3 წლის	სისტოლური: 72-110 დიასტოლური: 40-73
10 წლის	სისტოლური: 83-121 დიასტოლური: 45-79
16 წლის	სისტოლური: 93-131 დიასტოლური: 49-85

ფიზიკური ზრდა

მასა

სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში გამოიყენება სხვადასხვა მეთოდი მასის გასაგებად. გამოიყენეთ იგივე სასწორი ყოველ ვიზიტზე, თუ შესაძლებელია, რათა თავიდან აიცილოთ ვარიაციები სერიულ აწონვებში. სასწორი უნდა განულდეს აწონვამდე. თუ ვიყენებთ ახალშობილის სასწორს, დავფაროთ ის ქაღალდით. მოათავსეთ ახალშობილები და შიშველი ჩვილები სასწორზე (სურათი 8-4). ყოველთვის გქონდეთ ერთი ხელი ბავშვზე, რათა თავიდან აიცილოთ გადმოვარდნა და გამოსწიეთ ხელი ოდნავ, როცა დადგება აწონვის მომენტი. ბავშვები, რომელთაც შეუძლიათ დგომა საყრდენის გარეშე, შეიძლება აიწონონ ჩვეულებრივ, პლატფორმულ სასწორზე, საცვლით. მასა უნდა ჩაინიშნოთ და მონიშნოთ სტანდარტული ზრდის გრაფიკზე. ნეონატებმა შეიძლება დაკარგონ თავიანთი დაბადების მასის 10% მე-3 – მე-4 დღისთვის და შემდეგ მოიმატონ იგივე მასა 2 კვირის ასაკისთვის. ეს მოსალოდნელი ცვლილება მასაში ცნობილია ფიზიოლოგიური დაკლების სახელით და ხდება უჯრედგარე სითხისა და მეკონიუმის დაკარგვის გამო.



სურათი 8-4. ჩვილის აწონვა

სიგრძე და სიმაღლე

2 წელზე პატარა ბავშვებში, სიგრძე იზომება დაწოლილ მდგომარეობაში. მოათავსეთ საზომი დაფა გასასინჯ მაგიდაზე. მოათავსეთ ბავშვის თავი დაფის წვერზე და ბავშვის ქუსლები დაფის ძირზე. დარწმუნდით, რომ მუხლები გაშლილია მთლიანად. თუ დაფაზე ხელი არ მიგვიწვდება, მოათავსეთ ბავშვი ზურგზე დაწოლილ პოზიციაში და მონიშნეთ ხაზები ქაღალდზე თავთან და ქუსლებთან (სურათი 8-5ა). როგორც წინაზე, მუხლები აქაც ბოლომდე უნდა იყოს გაშლილი. გაზომეთ მანძილი ხაზებს შორის და ჩაიწერეთ. სიმაღლე ყველა სხვა ასაკობრივი ჯგუფისთვის იზომება ზრდასრულის

მეთოდით. სურათი 8-5ბ გვაჩვენებს სკოლამდელი ბავშვის სიმაღლის გაზომვის პროცესს. სიგრძე და სიმაღლე უნდა დავიტანოთ სტანდარტიზირებულ ზრდის გრაფიკზე. მე-5 პერცენტილზე დაბალი, ან 95-ე პერცენტილზე მაღალი მაჩვენებელი მოითხოვს დამატებით გამოკვლევას. გამოკვლევაა საჭირო ასევე ბავშვისთვის, რომლის მრუდიც სტანდარტირებულისგან 2 სტანდარტული გადახრითაა დაშორებული. ნებისმიერი ასეთი მაჩვენებელი პათოლოგიურია.



A



B

სურათი 8-5. A. ჩვილებში სიგრძის გაზომვა, B მოზრდილებში სიგრძის გაზომვა

თავის გარშემოწერილობა

თავის გარშემოწერილობა იზომება 2 წელზე პატარა ასაკის ბავშვებში, რომელთაც აქვთ, ან ეჭვი გვაქვს, რომ აქვთ მიკროცეფალია, ან ჰიდროცეფალია. თავის გარშემოწერილობის სერიული გაზომვები შეუცვლელია ბავშვის თავის ტვინის ზრდის შეჩერების შესაფასებლად. მოათავსეთ ბავშვი ზურგზე, ან მჯდომარე მდგომარეობაში. მეტრის გამოყენებით, გაზომეთ წინიდან, ზუსტად წარბების ზემოთ, უკან, კეფის გამოზნექილობამდე (იხილეთ სურათი 8-6). ნორმალური საშუალო თავის ზრდა არის 1.0-1.5 სმ თვეში, პირველი წლის განმავლობაში. დღენაკლულ ბავშვებს უფრო პატარა გარშემოწერილობა აქვთ.



სურათი 8-6. ჩვილის თავის გარშემოწერილობის გაზომვა

მიკროცეფალია, თანდაყოლილი ანომალია, რომელიც ხასიათდება პატარა ტვინით, პატარა თავით და მენტალური დეფიციტით, პათოლოგიური მოვლენაა. ჰიდროცეფალია თავის გადიდებაა სახის სტრუქტურების გადიდების გარეშე.

გულმკერდის გარშემოწერილობა

გულმკერდის გარშემოწერილობა იზომება 1 წლამდე ასაკში. ის, თავის მხრივ, ცოტა ინფორმაციას გვაძლევს, მაგრამ თავის გარშემოწერილობასთან შედარებით შეგვიძლია დავადგინოთ ბავშვის ზოგადი ზრდა. გაზომეთ გულმკერდის გარშემოწერილობა მეტრის ბავშვის გულმკერდზე შემოხვევით დვრილის ხაზის დონეზე (სურათი 8-7). გაზომეთ ამოსუნთქვის ბოლოს. დაბადებიდან დაახლოებით 1 წლამდე თავის გარშემოწერილობა უფრო დიდია, ვიდრე გულმკერდის. 1 წლის ასაკში ეს მაჩვენებლები ტოლია. 1 წლის მერე გულმკერდის გარშემოწერილობა უფრო დიდია, ვიდრე თავის. გულმკერდის ნორმაზე დაბალი გარშემოწერილობა შეგვიძლია მივაწეროთ დღენაკლულობას.



სურათი 8-7. გულმკერდის გარშემოწერილობის გაზომვა

კანი

ინსპექცია

ფერი

დააკვირდით სხეულის ფერს, განსაკუთრებით ცხვირზე, გარე ყურზე, ტუჩებზე, ხელებსა და ფეხებზე. ეს არეები გამოკვეთილი ლოკაციებია ციანოზისა და სიყვითლის შესამჩნევად.

დაზიანებები

დააკვირდით კანს დაზიანებების საპოვნელად. ჩაინიშნეთ ანატომიური ლოკაცია, გადანაწილება, ფორმა, ფერი, ზომა და ექსსუდატი. კანზე ცვლილებები არ უნდა აღინიშნებოდეს, გარდა ჭორფლის, თანდაყოლილი ლაქების ან ხალებისა, რომელიც შეიძლება იყოს ბრტყელი, ან წამოწეული. კანის რამდენიმე პათოლოგიური მდგომარეობა არის ასოცირებული დაზიანებებთან. ეკზემა, ანუ ატოპიური დერმატიტი (ად) არის კანის ხშირი დაავადება, რომელიც მოიცავს ეპიდერმისისა და ზედაპირული დერმის ანთებას. ად-ის დაზიანებები არის სიმეტრიული, აქერცლილი ერითემატოზული ლაქები, ან ბალთები, შესაძლო ექსსუდაციითა და ფუფხებით. ატოპიური დერმატიტის გამომწვევებს მიეკუთვნება შესუნთქული ალერგენები, როგორიცაა მტვერი, ობი, მტვრის ტკიპები, ან საკვების ალერგენები, რომლებიც იწვევს პოხიერი უჯრედების დეგრანულაციას. ერითემა ტოქსიკუმ, რომელიც არის კეთილთვისებიანი გამონაყარი, რომლის გამომწვევიც უცნობია, ვლინდება როგორც პატარა, ერითემატოზული მაკულოპაპულური გამონაყარი, რომელიც ჩნდება ახალშობილებში. ასევე შეიძლება შეგვხვდეს ტელანგიექტაზიური ხალები, რომელიც ცნობილია, როგორც „ყარყატის ნაკბენები“. საფენის მიერ გამოწვეული დერმატიტი (პამპერსის გამონაყარი) ვლინდება, როგორც დიფუზური სიწითლე, პაპულები, ვეზიკულები, ედემა, აქერცვლა და წყლულები საფენის მიერ მოცულ არეზე. ის ჩნდება ბაქტერიებისა და შარდოვანას რეაქციის გამო კანზე. მუქი შავი თმის გროვა, ან ჩანაჭდევი ლუმბოსაკრალურ არეში არის პათოლოგიური და შეიძლება გვაჩვენებდეს, რომ ახალშობილს აქვს მალის დეფექტი, რომელიც ცნობილია, როგორც სპინა ბიფიდა ოკულტა. მონღოლური წერტილები – მუქი ლურჯი პიგმენტაციები წელისა და გავის არეებში, დუნდულებზე, ზედა ზურგზე, ან მხრებზე აფრიკელ, ლათინო, ან აზიელ ბავშვებში ძალზედ ხშირია. მნიშვნელოვანია, რომ არ აგვერიოს ის ექიმოზებში, ან ბავშვზე ძალადობის სხვა ნიშნებში.

პალპაცია

ტემპერატურა

ტემპერატურა ფასდება კანის, ხელის უკანა მხრით, პალპაციით. კანის ზედაპირის ტემპერატურა უნდა იყოს თბილი და ტოლი ბილატერალურად. ხელები და ფეხები შეიძლება ოდნავ უფრო ცივი იყოს, ვიდრე სხეულის სხვა ნაწილები. გენერალიზებული ჰიპერთერმია შეიძლება მიგვანიშნებდეს ფებრილურ მგდომარეობაზე, ჰიპერთიროიდიზმზე, ან მომატებულ მეტაბოლურ ფუნქციაზე, რომელიც გამოწვეულია ვარჯიშით. გენერალიზებული ჰიპოთერმია შეიძლება მიგვანიშნებდეს შოკზე, ან რაიმე სხვა ტიპის ცენტრალური ცირკულაციის დარღვევაზე.

ტექსტურა

თითის გულებით მოსინჯეთ კანი. პალპაცია შეგიძლიათ თამაშის პროცესშიც. მაგალითად, თითებით „გაიარეთ“ მუცელზე და შეეხეთ ცხვირზე. ნორმალურად, ბავშვის კანი რბილია და გლუვი. ხშირი ვარიაცია, რომელიც შეიძლება შეგვხვდეს, არის მილია, იგი წარმოადგენს პატარა, თეთრ პაპულებს ლოყებზე, შუბლზე, ცხვირსა და ნიკაპზე, რადგანაც კანის ცხიმი ბლოკავს თმის ფოლიკულებს. მილია სპონტანურად გადის რამდენიმე კვირაში. ახალშობილებს ასევე შეიძლება ჰქონდეთ ვერნიქს კაზეოზა – სქელი, ყველისებრი დამცავი საფარი, რომელიც შედგება კანის ცხიმისა და მკვდარი ეპითელური უჯრედებისგან.

ტურგორი

კანის ტურგორი, ან ელასტიურობა გვაჩვენებს ბავშვის ჰიდრატაციის ხარისხს. მისი შეფასება ხდება ბავშვის კანის პატარა ნაწილზე ჩქმეტით საჩვენებელი თითითა და ცერით, ხოლო შემდეგ სწრაფად გაშვებით. ყველაზე კარგი ლოკაცია ამის შესაფასებლად არის მუცელი. კარგი ტურგორი და ადექვატური ჰიდრატაცია გვაქვს, როცა კანი ძალიან სწრაფად უბრუნდება თავის პირვანდელ კონტურს, როცა გავუშვებთ. შემცირებული ტურგორი არის დეჰიდრატაციის ნიშანი და გამოვლინდება, როცა კანი პირვანდელ კონტურს ნელა უბრუნდება, ან საერთოდაც, ამოწეული რჩება, როცა გავუშვებთ.

შეშუპება

შეშუპება – უჯრედშორის სივრცეებში სითხის დაგროვება, ფასდება ცერის დაჭერით ისეთ ადგილზე, სადაც კანი ჩანს შეშუპებული. ყველაზე მეტად, ის გამოვლინდება სხეულის გრავიტაციაზე დამოკიდებულ ნაწილებში (მკლავები, ხელები, ფეხები, კოჭები, ტერფები და გავა). შეიძლება შევამჩნიოთ პერიორბიტალური ედემა ქუთუთოებზე. ნორმალურად, კანის ზედაპირი გლუვი რჩება, ხოლო თუ ჩვენ მიერ დაჭერილი ტოვებს ჩანაჭდევს, საქმე გვაქვს ჩაზნექად შეშუპებასთან (pitting edema).

თმა

იმისათვის, რომ შევაფასოთ სკალპი დაზიანებებზე და ასევე სხვადასხვა პარაზიტებზე, ჩაიცვით ხელთათმანები და აწიეთ თმა სეგმენტურად. დააკვირდით სკალპის ფერს, რომელიც უნდა ჰგავდეს ბავშვის კანს სხვა მიდამოებში. დაზიანებების და პარაზიტების ინვაზიის ნიშანი არ უნდა იყოს. სებორეული დერმატიტი, რომელიც გამოწვეულია ცხიმის ზედმეტი წარმოქმნით, არის ყვითელი, ცხიმოვანი ნაქერცლები და ფუფხები, ღია ფერის კანის მქონე ახალშობილში. მუქი ფერის კანის მქონე ახალშობილში, ქერცლი ნაცრისფერია. ასევე შეიძლება თმაში დავინახოთ ტილები.

თავი

ინსპექცია

ფორმა და სიმეტრია

ბავშვი უნდა იჯდეს გამართული, მშობლის მხრებში, ან გასასინჯ მაგიდაზე. დააკვირდით ფრონტალური, პარიეტალური და ოქსიპიტალური გამოზნექილობების სიმეტრიას. ნორმალურად, ბავშვის თავის ფორმა სიმეტრიულია ზედმეტი ჩანაჭდევებისა და გამოზნექილობების გარეშე. წინა ყიფლიბანდი შეიძლება პულსირებდეს თითოეულ გულის ცემაზე. აზიელ ახალშობილებს ძირითადად ბრტყელი კეფა აქვთ, რომელიც სხვა რასებისგან გამოარჩევთ. ბრტყელი კეფის ძვალი, რომლის საპროექციო არეშიც თმა გაცვენილია, პათოლოგიურია და გამოწვეულია ბავშვის ზედმეტად დიდი პერიოდებით ზურგზე წოლით.

თავის კონტროლი

თავის კონტროლი ფასდება, როცა ბავშვი ზის. როცა თავს არ აქვს საყრდენი, დააკვირდით ბავშვს, რამდენად კარგად იჭერს თავს გამართულ მდგომარეობაში. 4 თვის ასაკში, ჩვილების უმეტესობას თავი გამართულად უჭირავს, შუა ხაზზე. რომ შევაფასოთ თავის ჩამორჩენა, მოქაჩეთ ბავშვს ხელებით, როცა ზურგზე წევს, ან ზის. როგორც წინაზე, 4 თვის ბავშვის თავი უნდა მოდიოდეს ტანთან ერთად, როცა ბავშვს ჩვენკენ წამოვწევთ ხელებით. დღენაკლულობა, ჰიდროცეფალია და დაავადებები, რომელიც იწვევს განვითარების ჩამორჩენას, არის თავის ჩამორჩენის შესაძლო გამომწვევები. თავის მნიშვნელოვანი ჩამორჩენა, 6 თვის ასაკის შემდეგ, შეიძლება მიგვანიშნებდეს ტვინის დაზიანებას და უნდა იყოს გამოკვლეული დეტალურად.

პალპაცია

ყიფლიბანდი

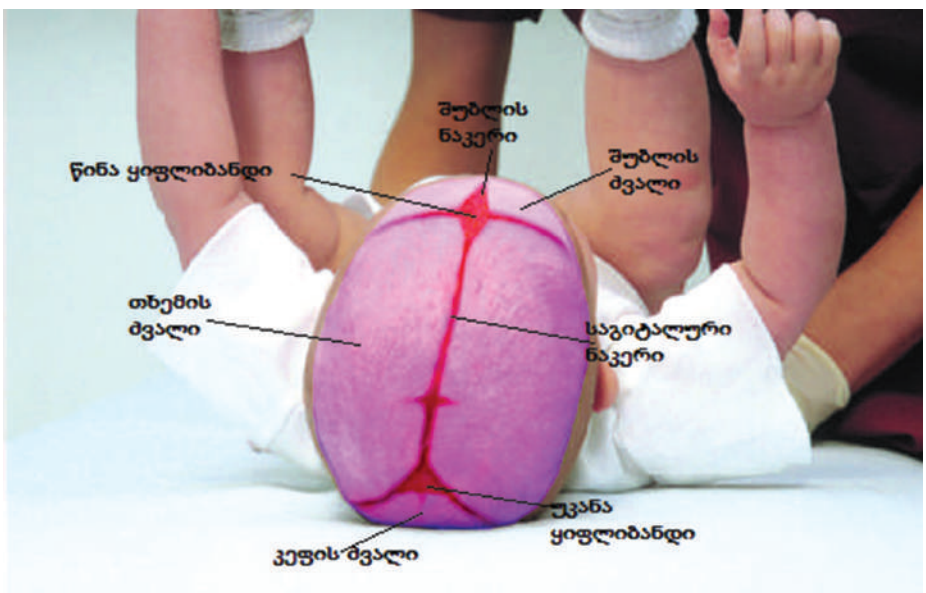
მოათავსეთ ბავშვი გამართულ პოზიციაში. მეორე, ან მესამე თითის გულის გამოყენებით, ჩაატარეთ წინა ყიფლიბანდის პალპაცია საგიტალური, კონონალური და ფრონტალური ნაკერების შეერთების ადგილას. ჩაატარეთ უკანა ყიფლიბანდის პალპაცია საგიტალური და ლამბდოიდური ნაკერების შეერთების ადგილას. შეაფასეთ დეპრესია, გაბერვა, პულსაცია და ზომა. ტირილი ავსებს და ბერავს ყიფლიბანდებს. წინა ყიფლიბანდი რბილი და ბრტყელია. ზომა მერყეობს 4-დან 6 სმ-მდე დაბადებისას. ყიფლიბანდი ეტაპობრივად იხურება 9-დან 19 თვემდე. უკანა ყიფლიბანდი ასევე რბილი და ბრტყელია. ის ეტაპობრივად იხურება 1-ლსა და 3 თვეს შორის. პულსაციის შეგრძნება, რომელიც ემთხვევა პერიფერიულ პულსს, ნორმალურია.

თუ პალპაცია გვაჩვენებს გამობერილ, დაჭიმულ ყიფლიბანდს, ეს პათოლოგიურია და მიგვანიშნებს გაზრდილ ქალაშიდა წნევაზე. ჩაძირული ყიფლიბანდი კი – დეჰიდრატაციაზე. ფართო წინა ყიფლიბანდი ბავშვში, რომელიც 2.5 წელზე მეტისაა, პათოლოგიური ნიშანია. წინა ყიფლიბანდი, რომელიც 2.5 წლის შემდეგ ღია რჩება, შეიძლება მიგვანიშნებდეს დაავადებაზე, როგორიცაა რაქიტი. რაქიტის შემთხვევაში, ბავშვს აქვს ვიტამინ D-ს დაბალი რაოდენობა, შემცირებულ ფოსფატის რაოდენობასთან ფარდო-

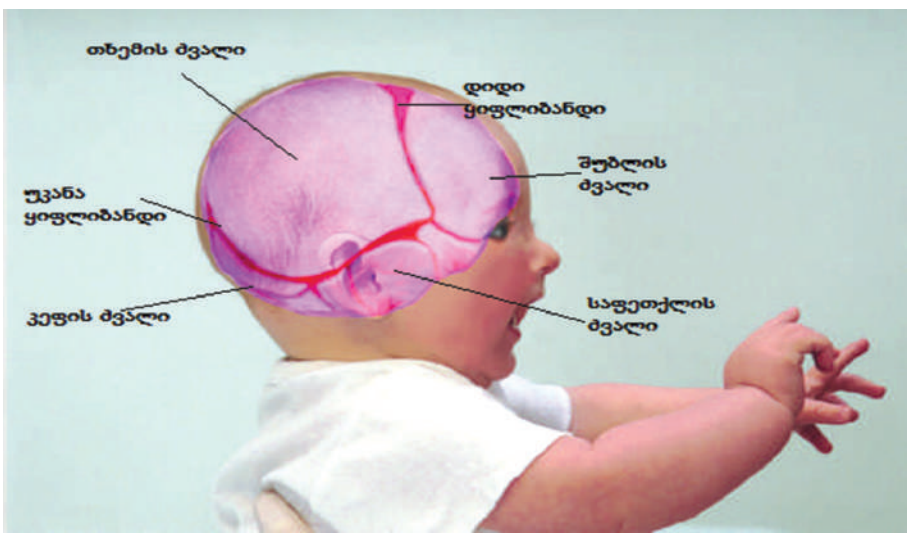
ბაში. უკანა ყიფლიბანდი, რომელიც 1.5 სმ-ზე დიდია დიამეტრში პათოლოგიურია და გვხვდება თანდაყოლილ ჰიპოთიროიდიზმში.

ნაკერის ხაზები

თითებით გააკეთეთ საგიტალური ნაკერის პალპაცია, რომელიც გადაჭიმულია შუა პოზიციაში ქალის წინა და უკანა ნაწილებს შორის. ჩაატარეთ კორონალური ნაკერის პალპაცია, რომელიც თავის ორივე მხარეს (მარცხენა და მარჯვენა) გვხვდება. პალპაცია დაიწყეთ წინა ყიფლიბანდიდან. ასევე ჩაატარეთ ლამბდოიდური ნაკერის პალპაციაც. ლამბდოიდური ნაკერიც ქალის ორივე მხარეს გვხვდება, ხოლო აქ პალპაცია უნდა დავიწყოთ უკანა ყიფლიბანდიდან. დაადგინეთ, ეს ნაკერის ხაზები ღიაა, შეერთებული, თუ კვეთს ერთმანეთს. ურთიერთგადამკვეთი ნაკერის ხაზები, რომელიც თავს არანორმალურ ფორმას აძლევს, გამოკვლეული უნდა იქნას. კრანიოსინოსტოზი არის ნაკერის ხაზების ნაადრევი გაძვალება და ქალის ძვლების ნაადრევი შეერთება. კრანიოსინოსტოზი შეიძლება გამოწვეული იყოს მეტაბოლური დაავადებებით, ან იყოს მიკროცეფალიის შედეგი. სურათი 8-8 გვაჩვენებს ჩვილი ბავშვის ზედა და გვერდით ხედს.



A



B

სურათი 8-8. ჩვილის თავის ქალა A. წინა ხედი, B. ლატერალური ხედი

ზედაპირის მახასიათებლები

თითებით ჩაატარეთ თავის ქალის პალპაცია იმავე მეთოდით, როგორც ყიფლიბანდებისა და ნაკერების შემთხვევაში. დააკვირდით ზედაპირის შეშუპებასა და თავის კონტურს. ნორმალურ მდგომარეობაში, კანი რომელიც ფარავს თავის ქალას, მჭიდროდაა მასზე მიბჯენილი და არ არის შეშუპებული. ქალის ძვლების გარეთა ფენის დარბილება ყურების უკან და ზემოთ, ამ ნაწილზე თითის დაჭერით პინგ-პონგის ბურთთან მსგავსებასთან ერთად, მიგვანიშნებს კრანიოტაბესზე – პათოლოგიურ ნიშანზე. კრანიოტაბესი ასოცირებულია რაქიტთან, სიფილისთან, ჰიდროცეფალიასთან, ან ჰიპერვიტამინოზთან.

ახალშობილში შესაძლოა ვნახოთ ცეფალოჰემატომა, ანუ ლოკალიზებული, კანქვეშა შეშუპება ქალის რომელიმე ძვლის საპროექციო არეში.

ბავშვის თავის ასიმეტრიის კიდევ ერთი ვარიაცია არის „კაპუტ სუქცედანეუმ“ – შეშუპება კეფა-თხემის არეებში. ახალშობილის თავი შეიძლება ასიმეტრიული იყოს, მშობიარობის დროს მიღებული დაწოლისგან.

თვალები

ძირითადი მიდგომა

თვალები ჩვილობიდან 8-10 წლამდე უნდა შეფასდეს მთელი გასინჯვის ბოლოსკენ, გარდა მხედველობის ტესტისა, რომელიც დასაწყისშივე კეთდება. დაიმახსოვრეთ, რომ ბავშვის კონცენტრაცია დაბალია და ყურადღება იკლებს, რაც უფრო დიდი ხანი გრძელდება გამოკვლევა. ჩვილები, ძირითადად არ არიან დამყოლები თვალის, ყურისა და ცხვირის გამოკვლევების დროს. მოათავსეთ ჩვილი, სკოლამდელი, სკოლის ასაკის ბავშვი, ან მოზარდი გასასინჯ მაგიდაზე. მოზრდილი ჩვილი შეგვიძლია მშობელს დავაჭერინოთ.

მხედველობის სკრინინგი

ძირითადი მიდგომა

არსებობს რამდენიმე სკრინინგ ტესტი ბავშვთა მხედველობის შესაფასებლად, მათ შორის – ზრდასრულის სნელენი, სნელენ E და ალენი. ბავშვის ასაკი და განვითარების დონე განსაზღვრავს, თუ რომელ ტესტს გამოვიყენებთ. ზრდასრულების სნელენის ტაბულა გამოიყენება 6 წლიდან, იმ წინაპირობით, რომ ბავშვს შეუძლია ანბანის წაკითხვა. სნელენ E-ის ტაბულა, რომელიც აჩვენებს ასო E-ს სხვადასხვა მიმართულებით, გამოიყენება 3 წელზე უფროსი ბავშვებისთვის, ან ნებისმიერი ბავშვისთვის, რომელმაც ანბანის კითხვა არ იცის. გამოიკვლიეთ ყოველ 1-2 წელიწადში, მოზარდობის ჩათვლით. თუ ბავშვი ცალი თვალის დაფარვის წინააღმდეგია, გამოიყვანეთ თამაში ამ პროცესისგან. მაგალითად, ბავშვს შეუძლია განასახიეროს მეკობრე, რომელიც ზვერავს ახალ ტერიტორიას. მოიფიქრეთ რამე ფანტაზიური სიტუაცია თქვენი წარმოსახვით. ალენის ტესტი (შვიდი სურათი სხვადასხვა ბარათზე) გამოიყენება 3 წლიდან.

სნელენ E ტაბულა

სთხოვეთ ბავშვს, რომ ხელით მიუთითოს მიმართულება, საითაც E არის მიბრუნებული. დააკვირდით თვალებს ჭუტავს თუ არა. მხედველობა 6/12 არის 2-დან დაახლოებით 6 წლამდე, როცა ის უახლოვდება ნორმალურ, 6/6 სიზუსტეს. ტესტის შედეგი პათოლოგიურია, თუ შედეგი არის 6/12, ან უფრო მეტი ბავშვში, რომელიც არის 3 წლის. ასევე პათოლოგიურია 6/9, ან მეტი ბავშვში, რომელიც არის 6 წლის, ან მეტის, ან თუ შედეგები სხვადასხვაა 2 თვალისთვის.

ახლომხედველობა, ანუ მიოპია არის თანდაყოლილი კატარაქტის, ბადურის ტრავმის, ან სიმსივნის შედეგი.

ალენის ტესტი

ბავშვს გახელილ თვალებზე, აჩვენეთ თითოეული ბარათი და დაარქმევინეთ თითოეული სურათისთვის სახელი. არ გამოიყენოთ სურათები, რომელზე გამოსახული საგნებიც ბავშვმა არ იცის. მოათავსეთ 2-3 წლის ბავშვი 4.5 მეტრის დაშორებით თქვენგან. მოათავსეთ 3-4 წლის ბავშვი 6 მეტრის დაშორებით თქვენგან. სთხოვეთ მშობელს, რომ ბავშვის ერთ-ერთი თვალი დაფაროს. აჩვენეთ თითო-თითო სურათი და დააკვირდით რეაქციას ჩვენების შემდგომ. აჩვენეთ იგივე სურათები სხვა თანმიმდევრობით შემდეგი თვალისთვის. შედეგების ჩაწერისას, მნიშვნელი ყოველთვის უნდა იყოს 9, რადგანაც ნორმალური მხედველობის ბავშვმა ნახატი უნდა დაინახოს 9 მეტრიდან. მრიცხველის ჩასაწერად, განსაზღვრეთ ყველაზე დიდი მანძილი, საიდანაც ბავშვი ცნობს 3 სურათს თითოეული თვალით. მაგალითად, მარჯვენა თვალი, ბავშვმა სწორად უნდა ამოიცნოს ამ ნახატებიდან მინიმუმ 3 სამ ცდაში. 2-3 წლის ბავშვს უნდა ჰქონდეს 4.5/9 მხედველობა. 3-4 წლის ბავშვმა უნდა მოახერხოს 4.5/9 – 6/9 სიზუსტით დანახვა. ორივე თვალში უნდა იყოს იგივე მაჩვენებელი. თუ მაჩვენებლები განსხვავდება 1.5 მეტრით, ან მეტით, ან რომელიმე, ან ორივე თვალის მაჩვენებელი 4.5/9-ზე ნაკლებია, მიმართეთ ბავშვი ოფთალმოლოგს.

სიელმის სკრინინგი

ჰირშბერგის ტესტი (რქოვანას სინათლის რეფლექსი) და დაფარვა-მოხსნის ტესტი ამოწმებს სიელმეს. ამათგან მეორე უფრო მეტის მომცემი ტესტია.

ჰირშბერგის ტესტი

დაიჭირეთ ნათურიანი კალამი თქვენი თავის გვერდით ისე, რომ სინათლე ანათებდეს პირდაპირ თქვენგან. სინათლის წყარო უნდა იყოს ბავშვისგან 30 სმ-ით დაშორებული. მეორე ხელით მოაბრუნებინეთ ბავშვს თავი ისე, რომ ზუსტად თვალებს შორის ვანათებდეთ. დააკვირდით სინათლის ანარეკლს ორივე რქოვანაში და მოინიშნეთ სიმეტრია და ცენტრალური ლოკაცია. ანარეკლი უნდა იყოს სიმეტრიული და ცენტრალური ორივე რქოვანაში.

ესოტროპია, რომელიც სავარაუდოდ თანდაყოლილია, გვხვდება, როცა ანარეკლი გარეთაა გადახრილი, ხოლო თვალი შიგნით. ზოგი თეორია ირწმუნება, რომ მის გან-

ვითარებაში ნევროლოგიური ფაქტორები თამაშობს როლს. ეგზოტროპია გვხვდება მაშინ, როცა ანარეკლი შიგნითაა გადახრილი, ხოლო თვალი გარეთ. ეს პათოლოგია ან თანდაყოლილია, ან გამოწვეულია თვალის კუნთების გადაღლით.

დაფარვა-მოხსნის ტესტი

ეს ტესტი ტარდება 6 თვეზე უფროს ჩვილ ბავშვებში სკოლის ასაკის ჩათვლით. დადექით ბავშვის წინ 60 სმ-ის დაშორებით. დასვით ბავშვი გასასინჯ მაგიდაზე, ან მშობლის კალთაში. სთხოვეთ, რომ კონცენტრირება გააკეთოს ნათურიან კალამზე, რომელიც თქვენ თავთან გიჭირავთ. დაუფარეთ ერთი თვალი ბარათით, ან ხელით. დაიცადეთ, სანამ დაუფარავი თვალი ფოკუსირებს, ხოლო შემდეგ მოხსენით ხელი და შეამოწმეთ აქამდე დაფარული თვალის ფოკუსირების მოძრაობები.

ნორმალურად, არც-ერთი თვალი არ მოძრაობს, როცა ხელს მოვხსნით. 6 თვეზე პატარა ჩვილებს აღენიშნებათ სიელმე, რადგანაც ისინი ჯერ კარგად ვერ აკონტროლებენ თვალის კუნთებს. პათოლოგიური ნიშანია, თუ ამ ტესტის დროს ერთი, ან ორივე თვალი ამოძრავდება, იმისთვის, რომ ფოკუსირება გააკეთოს კალამზე. ივარაუდეთ, რომ ამ შემთხვევაში სიელმესთან გვაქვს საქმე. სიელმე 6 თვის შემდეგ არაა ნორმალური და მიგვითითებს თვალის კუნთების სისუსტეზე.

ინსპექცია

ქუთუთოები

დაუჯექით ბავშვს თვალის დონეზე. დააკვირდით თვალის ჭრილების სიმეტრიას და ქუთუთოს მდებარეობას ირისთან მიმართებით. ნორმალურად, ორივე თვალის ჭრილი მდებარეობს სიმეტრიულად. ზედა ქუთუთო ფარავს ირისის პატარა ნაწილს და ქვედა ქუთუთო ირისის კიდეზეა. ეპიკანთალური ნაკეცები ნორმალურია აზიელ ბავშვებში. ეს წარმოადგენს თვალის შიგნითა კუთხეზე დამატებით ნაკეცს. ირისის ზემოთ სკლერა არ უნდა ჩანდეს. ეს პათოლოგიური მდგომარეობაა და გვხვდება ჰიდროცეფალიაში, რადგან შუბლი უფრო გამოკვეთილი ხდება და წარბები და ქუთუთოები მაღლა იწევა, რაც ბავშვების თვალებს ჩამავალ მზეს ამსგავსებს. დაუნის სინდრომეით დაავადებულ ბავშვებსაც აღენიშნებათ ეპიკანთალური ნაკეცები, რომლებიც თვალის შიგნითა კუთხეს და საცრემლე კარუნკულს ფარავს. ემბრიონული განვითარების პერიოდში, ნაკეცი იხრება ქვევით, ირიბად, ცხვირისკენ.

საცრემლე აპარატი

თუ ეჭვი გვაქვს საცრემლე სადინარის ობსტრუქციაზე, ჩაარატეთ პალპაცია საჩვენებელი თითით, საცრემლე პარკის არეზე, ხოლო მეორე ხელით დაიჭირეთ ბავშვის თავი. შენიშნეთ გამონადენი საცრემლე არხიდან. თუ მშობელი გვეუბნება, რომ ბავშვს არ მოსდის ცრემლი, ეს პათოლოგიური ნიშანია. საცრემლე არხები 3 თვის ასაკისთვის გახსნილი უნდა იყოს. დაკრიოცისტიტი არის საცრემლე პარკის ინფექცია, რომელიც გამოწვეულია საცრემლე სადინარის ობსტრუქციით. მას ახასიათებს ცრემლიანობა და გამონადენი თვალიდან.

წინა სეგმენტის სტრუქტურები

სკლერა

სკლერას ვაკვირდებით, რათა განვსაზღვროთ მისი ფერი. ნორმალურად, ახალშობილს აქვს მოლურჯო სკლერა, რადგან ბოჭკოვანი ქსოვილი ჯერ თხელია. სკლერა არის თეთრი ღია ფერის კანის მქონე ბავშვებში, ხოლო ოდნავ მუქი ფერის შედარებით მუქ კანიან ბავშვებში. მოყვითალო ფერი მიგვანიშნებს სიყვითლეზე, რომელსაც იწვევს ერითროციტების ჰემოლიზი, ღვიძლის უჯრედების უფუნქციობა, ან ნაღვლის დინების ობსტრუქცია საერთო, ან ღვიძლის სადინარში.

ირისი

ოფთალმოსკოპის სინათლის წყაროს გამოყენებით, დააკვირდით ირისს და განსაზღვრეთ ფერი და დაზიანებების არსებობა. დაახლოებით 6-12 თვემდე, ირისის ფერი არის ლურჯი, ან მონაცრისფრო ღია ფერის კანის მქონე ბავშვებში, ხოლო მოყავისფრო – მუქი ფერის კანის მქონე ბავშვებში. 12 თვისთვის ირისის ფერი სრულადაა შეცვლილი. პატარა თეთრი ლაქები, რომელსაც ბრაშფილდის ლაქები ჰქვია და შეინიშნება ირისის პერიმეტრზე, პათოლოგიურია და დამახასიათებელია დაუნის სინდრომისთვის. ეს ლაქები ვითარდება ემბრიონული მომწიფების პერიოდში.

გუგები

გუგებს უნდა დავაკვირდეთ და გავიგოთ ზომა, ფორმა, რამდენად თანაბარია თვალებს შორის და რამდენად აქვს პასუხი სინათლეზე. გუგები ზომით არ უნდა განსხვავდებოდეს ერთმანეთისგან. შეამცირეთ განათება ოთახში, რათა გავსინჯოთ სინათლის რეფლექსი. მოათავსეთ ბავშვი ასაკის შესაბამის პოზიციაში. შემოიტანეთ სინათლის წყარო გუგაზე გვერდიდან და დააკვირდით ზომის ცვლილებას. გუგებს უნდა ჰქონდეს ერთნაირი რეაქცია და აკომოდაცია სინათლის მიმართ. პათოლოგიური შემთხვევაა, თუ ერთი, ან ორივე გუგა ურეაქციოა. ნებისმიერი დაზიანება ცნს-ში (მაგ., თავის ტრავმა, მენინგიტი, გულყრები) შეიძლება გახდეს პათოლოგიური რეაქციის მიზეზი.

გამოიყენეთ გუგის რეფლექსი, რათა გამოიწვიოთ ოპტიკური დახამხამების რეფლექსი ახალშობილში. როცა გუგის რეაქცია სინათლეზე შეფასდება, ახალშობილი თვალებს დაახამხამებს, თავს მოხრის და ტანთან უფრო ახლოს მიიტანს. ამას ეწოდება ოპტიკური დახამხამების რეფლექსი.

უკანა სეგმენტის სტრუქტურები

ძირითადი მიდგომა

დააკვირდით წითელ რეფლექსს, ბადურას და ოპტიკურ დისკს. შეფასება მარტივია, თუ ჩვილი წევს ზურგზე, გასასინჯ მაგიდაზე. აუცილებელია მეორე ადამიანის დახმარება, მაგალითად მშობლის, რათა მან ბავშვი დააფიქსიროს ადგილზე. უფრო დიდი ასაკის ბავშვი შეიძლება დაჯდეს, თუ დამყოლია.

ინსპექცია

წითელი რეფლექსი

დააყენეთ ოფთალმოსკოპი 0 დიოპტრზე. დადექით პაციენტისგან 25-30 სანტიმეტრის მოშორებით და დააკვირდით გუგას ოფთალმოსკოპიდან. შენიშნეთ ფერი და რეფლექსი თვალში. ბავშვებში წითელი რეფლექსი, როგორც მბრწყინავი, ერთგვაროვანი წითელი ნათება ჩანს. ახალშობილებში და ჩვილებში წითელი რეფლექსი უფრო ღია ფერის გამოჩნდება. მუქი კანის ფერის მქონე ბევრ ბავშვში რეფლექსი უფრო მუქი ფერის ჩანს. წითელ რეფლექსში შავი ლაქები და დაჩრდილვები პათოლოგიურია და შეიძლება კატარაქტაზე მიგვანიშნებდეს. მისი გამომწვევები შეიძლება იყოს ქრომოსომული დარღვევები, საშვილოსნოს შიდა ინფექციები და თვალის ტრავმა. მოყვითალო, ან თეთრი რეფლექსი (კატის თვალის რეფლექსი) ასევე პათოლოგიურია და შეიძლება რეტინობლასტომაზე მიგვანიშნებდეს, რომელიც ავთვისებიანი გლიომაა თვალის უკანა საკანში.

ბადურა

შეაფასეთ ბადურის ფონის ფერი. გაყავით ბადურა 4 კვადრანტად და გაყევით არტერიებსა და ვენებს დისკიდან პერიფერიისკენ. შენიშნეთ არტერიებისა და ვენების ზომა და გადანაწილება. ბადურის ფონი ძირითადად ვარდისფერია, მაგრამ შეიძლება უფრო ღია ფერისაც იყოს ზოგიერთ კავკასიელში, ან უფრო მუქი – აფრიკელ ინდივიდებში. ნორმალურ სისხლმომარაგებაში, ზრდასრულებსა და ბავშვებს შორის განსხვავება არაა. წითელი-მუქი წითელი ფერი პათოლოგიურია. ზოგიერთი არე შეიძლება მრგვალი, ან ალის ფორმის იყოს. ჰემორაგიები შეიმჩნევა ტრავმის შემთხვევებში. ოპტიკური ნერვის გარსში სისხლდენა შეიძლება მოვძებნოთ ბავშვში, რომელიც ძლიერად შეანჯღრიეს.

ოპტიკური დისკი

15°-ით ლატერალური პოზიციით თვალიდან, მიუახლოვდით თვალს ისე, რომ ბავშვიდან 2.5 სმ-ით იყოთ დაშორებული. დიოპტრი გადაიყვანეთ 5-დან 0-ზე. მოძებნეთ სისხლძარღვი და წამოდით ცხვირისკენ, რათა მოძებნოთ დისკი. დააკვირდით დისკის ფერს და მისი საზღვრის დეფინიციას. დისკი უნდა იყოს კრემისფერი ყვითელი, ან ორაგულისფერი. ჩვილებში დისკი უფრო ღია ფერისაა. დიამეტრში ის დაახლოებით 1.5 მმ-ია და ფორმით-მრგვალი. დისკის საზღვრები რეგულარული და კარგად გარჩევადია. პათოლოგიის შემთხვევაში საზღვრები ცუდად გარჩევადია. პაპილედემის შემთხვევაში საზღვრები არანორმალური ფორმისაა და გარჩევადობაც დარღვეულია მაღალი ქალაშიდა წნევის გამო.

ყურები

სმენის შემოწმება

ძირითადი მიდგომა

შეამოწმეთ სმენა 3-4 წლის ასაკში, როცა ბავშვს შეეძლება მითითებების შესრულება. ახალშობილთა სმენის ტესტები ხელმისაწვდომია და გამოიყენება ამერიკის ზოგიერთ შტატში. 3 წლამდე, სმენის შეფასება შეიძლება შემდეგი პარამეტრებით:

1. აქვს ბავშვს რეაქცია ძლიერ ხმაურზე?
2. აქვს ბავშვს რეაქცია მშობლის ხმაზე „აღუ“-ს, ღიმილის, ან თვალებისა და თავის შემობრუნების სახით?
3. ცდილობს ბავშვი სხვადასხვა ხმების მიბაძვას?
4. შეუძლია ბავშვს სიტყვებისა და ხმების მიბაძვა?
5. ასრულებს ბავშვი მითითებებს?
6. აქვს ბავშვს რეაქცია ხმაზე, რომელიც არ არის მიმართული თავისადმი?

გარე ყური

ყურის ნიჟარის პოზიციის ინსპექცია

დასვით ბავშვი მშობლის კალთაში, ან გასასინჯ მაგიდაზე. დახატეთ წარმოსახვითი ხაზი თვალის გარე კუთხიდან ყურის მწვერვალამდე. ყურის მწვერვალი წარმოსახვით ხაზზე, ან მის ცოტათი ზემოთ უნდა იყოს. თუ ყურის მწვერვალი ხაზის ქვემოთაა, ეს პათოლოგიური ნიშანია. ყურები და თირკმელები, ემბრიონული განვითარებისას ერთდროულად ფორმირდებიან. თუ ბავშვის ყურები დაბლაა, უნდა გამოირიცხოს თირკმლის ანომალიებიც. დაბლა მდებარე ყურები ასევე დაუნის სინდრომში გვხვდება.

შიგნითა ყური

დამყოლი ბავშვი შეგვიძლია დავსვათ გასინჯვისას. პატარა ბავშვი შეგვიძლია დავიჭიროთ, როგორც ნაჩვენებია სურათში 8-9 A არადამყოლი პატარა ბავშვები უნდა შევბოჭოთ და დავაწვინოთ ზურგზე, მყარ ზედაპირზე (სურათი 8-9 B). დაარიგეთ მშობელი, ან ასისტენტი, რომ ბავშვს ხელები ზემოთ, თავთან დააჭერინოს და ამასთანავე შებოჭოს იდაყვის ორივე სახსარი. შებოჭოს ბავშვი მშობელმა ისე, რომ ხელები ქვემოთ დააჭერინოს (სურათი 8-9C).

რადგან ოტოსკოპი ცერითა და საჩვენებელი თითით გიჭირავთ, თავის დასარეგულირებლად ხელის ლატერალური ნაწილი გამოიყენეთ. თავის დასაჭერად მეორე ხელის გამოყენებაც შეგიძლიათ. მოქაჩეთ ბიბილო ქვემოთ და თქვენკენ, რათა გარე ყურის არხი გაასწოროთ. ეს ტექნიკა გამოიყენება 3 წლამდე ბავშვებისთვის. 3 წლის შემდეგ გამოიყენეთ ზრდასრულების ტექნიკა. შეიყვანეთ სპეკულუმი 6-12 მმ-ით, ბავშვის ასაკიდან გამომდინარე. თუ ეჭვი გაქვთ შუა ყურის ანთებაზე, გამოიყენეთ პნევმატური ბოლქვი, რომელიც გვერდით უმაგრდება ოტოსკოპის სინათლის წყაროს. აირჩიეთ უფრო დიდი სპეკულუმი, რათა კარგად გაიჭედოს არხში და ჰაერს გამოსვლის საშუალება არ მიეცეს. თუ სინათლის რეფლექსი წარმოდგენილია, ფოკუსი გააკეთეთ ანარეკლზე.

ფრთხილად მოუჭირეთ ბოლქვს, რომ ჰაერი შევიდეს არხში. ზოგიერთ ექთანს ურჩევნია ფრთხილად ჩაბეროს ჰაერი მილაკიდან. დააკვირდით დაფის აპკის მოძრაობას.

დაფის აპკი (მემბრანა) გამჭვირვალე და მარგალიტისებრი ნაცრისფერ – ვარდისფერია. მემბრანა კი – გლუვი და უწყვეტია. ოტოსკოპის სინათლეს მემბრანა ირეკლავს. დაფის აპკი მოძრაობს, როცა არხში ჰაერი ხვდება.



A



B



C

სურათი 8-9. ოტოსკოპიური კვლევა A სკოლამდელი ასაკის ბავშვი მჯდომარე, B. სკოლამდელი ასაკის ბავშვი მწოლიარე, C. ჩვილი

ცხვირი

დააკვირდით ცხვირის გარე ფორმასა და ზომას. ცხვირი მოთავსებული უნდა იყოს სახის ცენტრში, სიმეტრიულად. მოკლე და პატარა, დიდი, ან ბრტყელი ცხვირი შეიძლება მიგვანიშნებდეს თანდაყოლილ ანომალიებზე. დააკვირდით ნესტოების მოძრაობას, გამონადენს, სუნს. ნესტოების გაფართოება მიგვანიშნებს სუნთქვის უკმარისობაზე. ჩირქოვანი ყვითელი, ან მწვანე გამონადენი ახლავს ინფექციას. სუფთა, წყალწყალა გამონადენი დამახასიათებელია ალერგიული რინიტისთვის, გაციებისთვის, რესპირატორული სინციტიური ვირუსისთვის, ან უცხო სხეულისთვის. ცუდი სუნი მიგვანიშნებს უცხო სხეულზე, რომელიც გაჭედილია ცხვირის ღრუში. ჩვილებში და პატარა ბავშვებში, ცხვირის ღრუს დანახვა შეგვიძლია თავის უკან გადაწევით, ცხვირის წვერის ზემოთ აწევითა და თითის მიჭერით. ლორწოვანი უნდა იყოს მყარი და ვარდისფერი.

დაბადებისთანავე უნდა განისაზღვროს ნესტოების გამავლობა, რადგანაც ახალშობილები მხოლოდ ცხვირიდან სუნთქავენ. ჩვილს პირი დაახურინეთ და შემდეგ მორიგეობით გადაუკეტეთ ჯერ ერთი ნესტო, ხოლო მერე – მეორე. დააკვირდით სუნთქვის კანონზომიერებას. თუ გვაქვს მთლიანი ობსტრუქცია, ბავშვი ვერც ჩაისუნთქავს და ვერც ამოისუნთქავს ნესტოდან, რომელიც თითით არ ჩაგვიკეტავს. თუ ეჭვი გვაქვს ობსტრუქციაზე, ბავშვი უნდა შემოწმდეს ქოანას ატრეზიაზე. ქოანას ატრეზიისას, ერთ, ან ორივე მხარეს, ცხვირის ღრუსა და ცხვირხახას შორის ძვლოვანი, ან მემბრანული ძგიდეა.

პირი და ყელი

ინსპექცია

ტუჩები

დააკვირდით, თუ ტუჩის ნაპირები ერთმანეთს ხვდება, ეს ნორმაა. თუ გვხვდება ტუჩის გაყოფა, საქმე გვაქვს კურდღლის ტუჩთან, რომელიც მოიცავს ზედა ტუჩს და ზოგჯერ გრძელდება ნესტომდე. კურდღლის ტუჩი ძალიან კარგად ჩანს ახალშობილის შეფასებისას. უფრო ხშირად გვხვდება ბიჭებში, მარცხენა მხარეს. კურდღლის ტუჩი ვითარდება განაყოფიერებიდან 5-6 კვირაში. გენეტიკა ეტიოლოგიაში პატარა როლს თამაშობს. უფრო დიდი წვლილი ორსულობის პერიოდში კვებით დანაკლისს მიუძღვის (კურდღლის ტუჩი ხშირია მსოფლიოს ღარიბ კუთხეებში).

პირის ლორწოვანი

თუ ბავშვი მითითებაზე პირს ვერ აღებს, გამოიყენეთ შპადელი, რათა აწიოთ ზედა და ჩამოწიოთ ქვედა ტუჩი. ლორწოვანი არის ვარდისფერი, სველი და გლუვი. სქელი, არაჟნისებრი ნადები შიგნითა ლოყაზე, ან ენაზე პათოლოგიურია. ის შეიძლება შეძენილ იქნას დაბადებისას, როცა ახალშობილი გაივლის საშოს.

კბილები

დაითვალეთ კბილების რაოდენობა ღრძილის გაყოლებაზე. დააკვირდით კბილების ზედაპირის მდგომარეობას, კარიესსა და ნაჭდევებს. ჩვილებში პირველი კბილები ამოსვლას 5-დან 8 თვემდე იწყებს. 1 წლის ასაკისთვის, ნორმალურად 8 კბილია ამოსული. 5-დან 6 წლამდე, ბავშვები იცვლიან ქვედა ცენტრალურ მჭრელებს. სარძევე კბილების მოცვლიდან 1 წელიწადში პირველი მუდმივი კბილები ამოდის. ხილული კბილების და რენტგენოლოგიურად კბილის ბუდეების არარსებობა პათოლოგიურია. თუ სარძევე კბილები არ ამოვიდა 16 თვემდე, ესეც პათოლოგიურია და გენეტიკურ მიზეზებზე მიგვანიშნებს. თუ კბილები მოყავისფრო-შავი გახდა ზედაპირული ჩანაჭდევებით, ესეც პათოლოგიურია. ეს მოყავისფრო-შავი ლაქები შეიძლება იყოს კარიესი, რომელიც ხშირია, თუ ბავშვს ეძინება ბოთლით პირში.

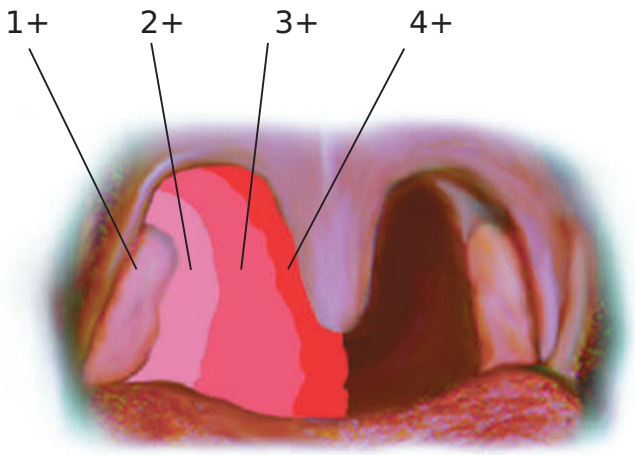
მყარი და რბილი სასა

დააკვირდით სასის უწყვეტობას და ფორმას. ჩვილებისთვის დაგჭირდებათ შპადელი, ენის ქვემოთ დასაწევად. ჩვილები ძირითადად ტირიან ამ ქმედებისას, რომელიც გვაძლევს საშუალებას, დავინახოთ სასა. სასა მთლიანია და ოდნავ თაღისებრი. თუ მისი მთლიანობა დარღვეულია, ეს პათოლოგიურია და ეწოდება სასის ნაპრალი, “მგლის სასა”. მგლის სასა ცვალებადია ზომითა და გავრცელებით. მალფორმაციის ხარისხი კლასიფიცირებულია ორ ჯგუფად. შუა ხაზის მალფორმაციამ შეიძლება მოიცვას სასის ენა, ან გავრცელდეს რბილ, მყარ, ან ორივე სასაში. თუ მას თან ახლავს კურდღლის ტუჩი, მთელი მალფორმაცია შეიძლება ცხვირამდეც მივიდეს. მგლის სასა ფორმირდება ემბრიონული განვითარების 6-10 კვირაში, მაქსილარული და პრემაქსილარული მორჩების შერწყმისას. ეტიოლოგიაში გენეტიკა დიდ როლს არ თამაშობს.

ეპშტეინის მარგალიტები ჩანს მყარ სასაზე და ღრძილის საზღვრებზე და არის პათოლოგიური ნიშანი. ეს მარგალიტები წარმოადგენს პატარა, თეთრ ბუშტებს, რომლებიც მყარია პალპაციაზე. ეს ბუშტები სასის ფორმაციისას ჩაჭედილი ეპითელური ქსოვილის ფრაგმენტების შედეგია.

პირხახა

დააკვირდით სასის ენის მდებარეობასა და ფერს. ასევე დააკვირდით ნუშისებრი ჯირკვლების ზომასა და ფერს პირხახაში. ნუშისებრი ჯირკვლები ლიმფური სისტემის ნაწილებია და ნორმაში, ადრეულ ბავშვობაში, ჰიპერტროფირებულებიცაა. 10 წლიდან ისინი თანდათან იკლებს ზომაში. მისი ზომა მერყეობს 1ჩ-დან 4ჩ-მდე (სურათი 8-10). 10 წლამდე, ნუშისებრი ჯირკვლის 2ჩ დონე ითვლება ნორმად. ნუშისებრი ჯირკვლები სუნთქვას არ უნდა უშლიდეს ხელს. A ჯგუფის ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი იწვევს ხახის, ან ნუშისებრი ჯირკვლების ანთებას, ექსსუდაციით. სტრეპტოკოკი არის მწვავე ფარინგიტის 15-30%-ის გამომწვევი ბავშვებში. ზედმეტი ნერწყვდენა არის ტრაქეა-საყლაპავის ფისტულის ადრეული ნიშანი. ნერწყვდენას თან ახლავს ხველება და დახრჩობა ჭამის დროს. საყლაპავი ვერ განვითარდა უწყვეტ მილად ემბრიონული ფორმაციისას.



სურათი 8-10. ნუშისებრი ჯირკვლის ქსოვილის გრადაცია

კისერი

ინსპექცია

ძირითადი გარეგნობა

დააკვირდით კისერს შუა პოზიციაში, ბავშვის მჯდომარე/ გამართულ მდგომარეობაში. დააკვირდით კისრის დამოკლებას, ან ზედმეტ სისქეს ერთ ან ორივე მხარეს. დააკვირდით თუ არის შეშუპება. ნორმაში, კისრის გვერდებზე საკმაო რაოდენობის კანია და შეშუპებაც არ აღინიშნება. ცალმხრივი, ან ორმხრივი შეშუპება ყბის კუთხის ქვეშ პათოლოგიურია (სურათი 8-11). ყბაყურა ჯირკვლის გადიდება ხდება პაროტიტის და ყბაყურას დროს, ანთების გამო. ანთებითი არე მტკივნეულია შეხებაზე.



სურათი 8-11. პაროტიტი (ყბაყურა)

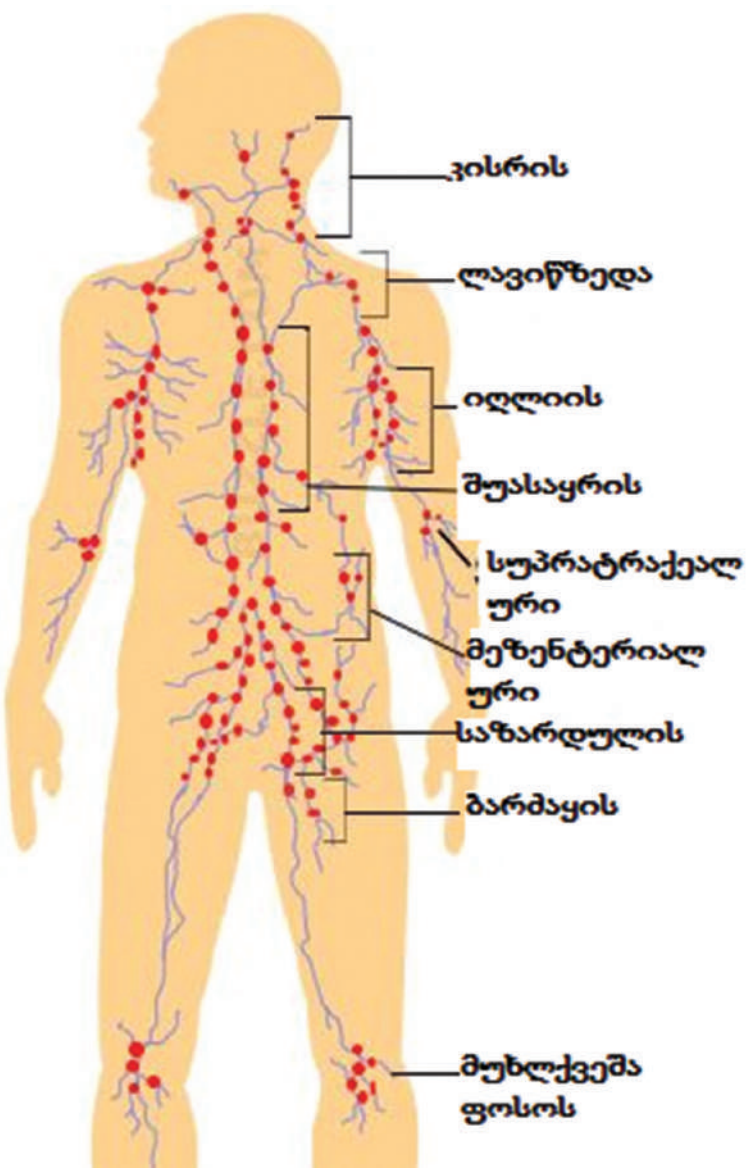
პალპაცია

ფარისებრი ჯირკვალი

გამოიყენეთ პირველი ორი თითი ფარისებრისა და მისი წილების პალპაციისთვის. თუ ბავშვი მითითებაზე ნერწყვს ვერ ყლაპავს, დაალევინეთ სითხე ბოთლიდან. პალპაციით დააკვირდით ტკივილს, გადიდებას, მასას. გადიდებული ფარისებრი შეიძლება მიგვანიშნებდეს ჰიპერთიროიდიზმზე.

ლიმფური კვანძები

რადგან ჩვილებს მოკლე კისერი აქვთ, ნიკაპი ზემოთ უნდა ააწევინოთ პალპაციამდე. თითებით ჩაატარეთ ნიკაპისქვეშა, ყბისქვეშა, ნუშისებრი, წინა კისრის ჯაჭვის, უკანა კისრის ჯაჭვის, ლავიწზედა, ყურამდე, ყურის უკანა და კეფის ლიმფური კვანძების პალპაცია (სურათი 8-12). გააკეთეთ წრიული მოძრაობები. ჩაინიშნეთ ლოკაცია, ზომა, ფორმა, მტკივნეულობა, მობილურობა და ასოცირებული კანის ანთება ნებისმიერი შესივებული ლიმფური კვანძის შემთხვევაში. ლიმფური კვანძები ძირითადად არ ისინჯება პალპაციით. ბავშვებს ხშირად აქვთ პატარა, მოძრავი, გრილი, უმტკივნეულო ლიმფური კვანძები. ეს კეთილთვისებიანი კვანძები დაკავშირებულია გარემოს ანტიგენებთან შეხებასთან, ან წინა ავადმყოფობის ნარჩენ ეფექტებთან და არ აქვს კლინიკური მნიშვნელობა. წინა კისრის ჯაჭვის ლიმფური კვანძების გადიდება, რომელიც პათოლოგიურია, გვხვდება ბაქტერიული ფარინგიტისას, მაგალითად, სტრეპტოკოკული ინფექციისას. კეფისა და კისრის უკანა ჯაჭვის ლიმფური კვანძების გადიდება პათოლოგიურია. ლიმფური ჯირკვლების გადიდება შეიძლება თან ახლდეს ინფექციურ მონონუკლეოზს, სკალპის ინფექციას და შუა ყურის ანთებას.



სურათი 8-12. სხეულის ლიმფური ჯირკვლები

მკერდი

ბავშვობის მთელი პერიოდის განმავლობაში ხდება მკერდის ინსპექცია. პალპაცია ბავშვზე არ ტარდება გარდატეხის ასაკამდე, თუ სხვანაირად არაა ნაჩვენები.

გულმკერდის ღრუ და ფილტვები

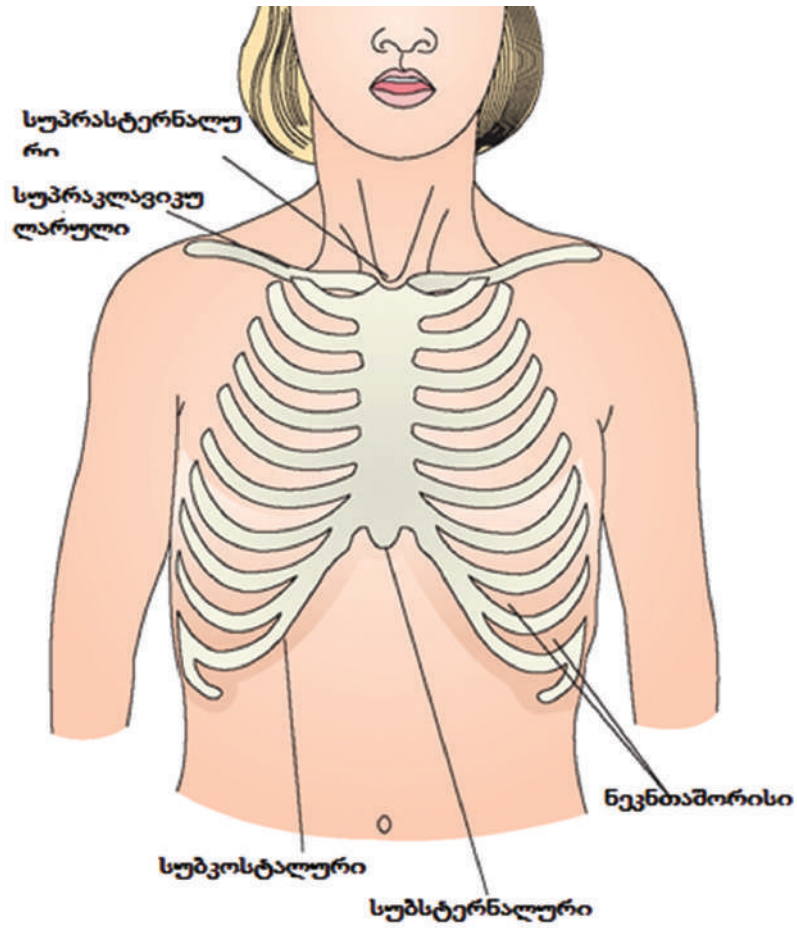
ინსპექცია

გულმკერდის ღრუს ფორმა

დააკვირდით თორაქსის კონფიგურაციას, მის ძვლოვან და კუნთოვან სტრუქტურას. შენიშნეთ წინა-უკანა და ლატერალური დიამეტრი და ასევე მკერდის ძვლის ფორმა. ჩვილს აქვს მრგვალი გულმკერდი, რომლის წინა-უკანა და ლატერალური დიამეტრი დაახლოებით ტოლია. 6 წლისთვის, გულმკერდი აღწევს ზრდასრულ კონფიგურაციას – ლატერალური დიამეტრი უფრო დიდი ხდება, ვიდრე წინა-უკანა. თუ სკოლის ასაკის ბავშვს აქვს გულმკერდის არანორმალური კონფიგურაცია, ეჭვი მიიტანეთ პათოლოგიაზე, როგორიცაა კისტური ფიბროზი (მუკოვისციდოზი), რომელსაც შეუძლია შეცვლილი წინა-უკანა დიამეტრის გამოწვევა. ძაბრისებრი გულმკერდი არის მკერდის ძვლის ქვედა ნაწილის ჩაზნექილობა. მძიმე შემთხვევებში, მკერდის ძვალი შეიძლება დააწვეს მარჯვენა პარკუჭს და ხელი შეუშალოს გულის ფუნქციონირებას. დეფორმაცია პროგრესირებს დაბადებიდან. პექტუს კარინატუმ, ანუ მტრედის გულმკერდი არის დეფორმაცია, როცა მკერდის ძვალი ამოზნექილია. ეს გვხვდება სკოლამდელ, ან სკოლის ადრეული ასაკის ბავშვებში. ეს დეფორმაცია არის თანდაყოლილი ანომალიის შედეგი.

რეტრაქციები (ჩადრეკვა)

ბავშვებში მნიშვნელოვანია ნეკნთაშუა კუნთების შეფასება და გაზრდილი სუნთქვითი მუშაობის ნიშნების გამორიცხვა. თუ შესაძლებელია, ჩაატარეთ გასინჯვა, როცა ბავშვი ჩუმადაა, რადგანაც ძლიერი ტირილი იწვევს რეტრაქციების მსგავს სურათს. რეტრაქციები გვხვდება სხვადასხვა ადგილებში, მათ შორის მკერდის ძვლის ზემოთ (სუპრასტერნალურად), მის ქვემოთ (სუბსტერნალურად), ლავიწის ზემოთ (სუპრაკლავიკულურად), ნეკნთა შორის (ინტერკოსტალურად) და ნეკნების ქვეშ (სუბკოსტალურად) (სურათი 8-13). ტრაპეციული კუნთი, სკალენი და სტერნოკლეიდომასტოიდიც შეიძლება იყოს ჩართული. პნევმონიის მწვავე ფაზებმა და ასთმამ შეიძლება გამოიწვიოს სუნთქვის უკმარისობა. მისი ნიშნებია სხვადასხვა სიმძიმის რეტრაქციები. ზედა სასუნთქი გზების ჩაკეტვით და ამის შედეგად სუნთქვითი მცდელობის გაზრდით გულმკერდის ღრუში იმატებს უარყოფითი წნევა, რომელიც კუნთებს იზიდავს შიგნით. ამის შედეგია რეტრაქციები.



სურათი 8-13. რეტრაქციის ლოკაციები

პალპაცია

ტაქტილური ვიბრაცია

ვიბრაცია მარტივად იგრძნობა, როცა ბავშვი ტირის. თუ ჩვილი, ან პატარა ასაკის ბავშვი არ ტირის, გადადეთ ეს ნაწილი გასინჯვის შემდეგი ეტაპებისთვის, მაგალითად, ყურისა და ყელის გასინჯვის შემდეგ, რადგანაც ამ დროს დიდი შანსია ბავშვი ატირდეს. თუ ბავშვი იმავე პოზიციაშია, რომელშიც ინსპექციის დროს, უთხარით ბავშვს, რომ იმეოროს „ერთი, ორი“. სანამ ბავშვი ტირის, ან იმეორებს „ერთი, ორს“, ორივე ხელით ერთდროულად, ჩაატარეთ გულმკერდის პალპაცია. გაიმეორეთ პროცედურა, სანამ წინა, უკანა და ლატერალური მხარეები არ იქნება შეფასებული და მარჯვენა-მარცხენა ერთმანეთზე შედარებული. მცირე ვიბრაცია გულმკერდის კედელზე ნორმალურია. მომატებული ხმიანობა გამოწვეულია კონსოლიდაციით, რაც გვხვდება პნევმონიაში. შემცირებული ხმიანობა გვხვდება ისეთ მდგომარეობებში, როგორიცაა ფილტვის შეშუპება, ან პლევრაში სითხის ჩადგომა.

პერკუსია

პერკუსია ტარდება, რათა უფრო დეტალურად შევაფასოთ გულმკერდის სტრუქტურები. ნიშნებში შედის მოყრუება, რომელსაც იწვევს კონსოლიდაცია და სითხე, ან ჰიპერრეზონანსი, რომელსაც იწვევს ჰაერის დაგროვება (მაგ., მწვავე ასთმა). ჩვილებში ნორმალური დიაფრაგმული ექსკურსია 1-2 ნეკნთაშუა სივრცის მანძილზეა.

აუსკულტაცია

სუნთქვის ხმიანობა

გამოიყენეთ იგივე ტექნიკა, რომელსაც იყენებთ ზრდასრულ ადამიანებში. ზოგჯერ რთულია რამდენიმე ხმის ერთმანეთისგან განსხვავება, რადგანაც ბავშვის სუნთქვის ტემპი ძალიან სწრაფია, მაგალითად, ჩასუნთქვისა და ამოსუნთქვის ვიზინგის გარჩევა რთულია. ამ ტექნიკის დაუფლება მოითხოვს დროსა და პრაქტიკას. სუნთქვის ხმიანობის სამი ტიპიდან – ბრონქული, ბრონქოვეზიკულური და ვეზიკულური – ბრონქოვეზიკულური ხმები უფრო ისმის პერიფერიაზე 5-6 წლამდე, რადგანაც გულმკერდის კედელი თხელია, ნაკლები კუნთებით. ფილტვის არეები სუფთა და თანაბარია ორივე მხარეს.

ყველაზე ხშირი ტერმინები, რომელიც სუნთქვის ხმიანობის აღწერისთვის გამოიყენება არის ხიხინი, კრეპიტაცია და ვიზინგი. ხიხინი გამოწვეულია ისეთი მდგომარეობებით, როგორიცაა ბრონქიოლიტი, მუკოვისციდოზი და ბრონქოპულმონარული დისპლაზია. ასთმის და ბრონქიოლიტის შემთხვევაში შეიძლება მოვისმინოთ ვიზინგი. სტრიდორი არის მაღალი ტონალობის ჩასუნთქვითი ხმა, რომელიც ისმის კრუპის და მწვავე ეპიგლოტიტის შემთხვევებში. ეს ხმა მიგვანიშნებს ზედა სასუნთქი გზების შეშუპებაზე. სტრიდორის ხმას აძლიერებს ჩასუნთქვა. კრიტიკული სიტუაციების პრევენციისთვის, როგორიცაა ეპიგლოტიტი, მყისიერი ყურადღებაა საჭირო ბავშვებზე, რომლებიც სტრიდორით შემოდიან.

გული და პერიფერიული სისხლძარღვები

ძირითადი მიდგომა

გულ-სისხლძარღვთა ფიზიკური გამოკვლევა შედგება ორი ძირითადი კომპონენტისგან: (1) პრეკორდიუმის შეფასება და (2) პერიფერიის შეფასება. ყველაზე უკეთესია, თუ გულს დასაწყისში გავსინჯავთ, როცა ბავშვი შედარებით მშვიდადაა. არ შეგეშინდეთ გასინჯვის. დამწყებ ექთანს არ ევალება შუილისა და მისი გულის ციკლში ლოკაციის ამოცნობა. იყავით მომთმენი, რადგანაც ეს ტექნიკა მხოლოდ პრაქტიკის ხარჯზე ვითარდება. გულის პროექციები იცვლება, როცა ბავშვს აქვს დექსტროკარდია. ამ შემთხვევაში აპექსი მიმართულია გულმკერდის ღრუს მარჯვნივ, შესაბამისად, გულის მოსმენაც ძირითადად მარჯვენა მხარეს ხდება.

ინსპექცია

აპიკალური იმპულსი

გააშიშვლეთ ბავშვის გულმკერდი და მოძებნეთ აპიკალური იმპულსი. ჩვილებში და პატარა ბავშვებში გული უფრო ჰორიზონტალურადაა მოთავსებული, ვიდრე ზრდასრულებში. შესაბამისად, აპიკალური იმპულსი მდებარეობს მეოთხე ნეკნთაშუა არეში, ლავიწშუა ხაზის ზუსტად მარცხნივ. 7 წლის, ან უფრო დიდი ასაკის ბავშვის აპიკალური იმპულსი მეხუთე ნეკნთაშუა არეში და ლავიწშუა ხაზის მარჯვნივაა. იმპულსი ყველა ბავშვში არაა ხილული, განსაკუთრებით იმ ბავშვებში, რომელთაც მომატებული ცხიმოვანი, ან კუნთოვანი ქსოვილი აქვთ. თუ აპიკალური იმპულსი გადახრილია მარცხნივ, ან ქვემოთ, ეჭვი მიიტანეთ პათოლოგიაზე. გულის გადიდება, ან პნევმოთორაქსი იწვევს

აპიკალური იმპულსის მდებარეობის გადახრას. გულის გადიდება იმპულსს წევს ლატერალურად. პნევმოთორაქსი აპიკალურ იმპულსს განზიდავს პნევმოთორაქსის არედან, რაც ხდება, როცა ჰაერი ხვდება პლევრის ღრუში პერფორაციის გამო, რომელიც გულმკერდის კედლის დაზიანების შედეგია.

პრეკორდიუმი

დააკვირდით პრეკორდიუმის ნებისმიერ მოძრაობას, რომელიც არაა აპიკალური იმპულსი. აპიკალური იმპულსი ისედაც უნდა ჩანდეს. სხვა მოძრაობები პათოლოგიურია და თუ შეამჩნევთ, უნდა აღწეროთ მათი ტიპი, ლოკაცია და გულის ციკლის რომელ ნაწილში ხდება. გამობურცვას შეიძლება ჰქონდეს ადგილი, თუ გულს ზედმეტი მუშაობა უწევს და ამის გამო მარცხენა პარკუჭი უფრო მაგრად იკუმშება. ბავშვები, რომელთაც აქვთ გულის თანდაყოლილი დაავადება, არიან გულის შეგუბებითი უკმარისობის განვითარების რისკის ქვეშ, რომელთანაც დაკავშირებულია მოცულობითი გადატვირთვა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს გამობურცვები. დიდი შუნტები მარცხნიდან მარჯვნივ, როგორიცაა პარკუჭის ძგიდის დეფექტი, იწვევს მარჯვენა პარკუჭის მოცულობით გადატვირთვას.

პალპაცია

თრთოლვა

თრთოლვა ვიბრაციაა, რომელიც ძალიან გავს კატის კრუტუნს. ის ყველაზე ხშირად წარმოიქმნება მაშინ, როცა სისხლი გადის ისეთ ვიწრო დეფექტში, როგორიცაა ძგიდის დეფექტები. ჩაატარეთ პალპაცია ზრდასრულების ტექნიკით, ან დაადეთ ყველა თითის პროქსიმალური 1/3 და მეტაკარპოფალანგური სახსრების საპროექციო არეები. მოათავსეთ ხელი ვერტიკალურად აპექსის გასწვრივ და წაიღეთ ხელი მკერდის ძვლისკენ. მოათავსეთ ხელი ჰორიზონტალურად, მკერდის ძვლის გასწვრივ და თანდათან დაიწყეთ ზემოთ მოძრაობა 2-2 სანტიმეტრით. როცა მიაღწევთ ლავიწის დონეს, მოათავსეთ ხელი ვერტიკალურად და შეაფასეთ თრთოლვა გულის ფუძეზე. თითის გულების გამოყენებით, ჩაატარეთ თრთოლვის პალპაცია სუპრასტერნულ ნაჭდევზე და საძილე არტერიების გაყოლებაზე. თრთოლვა არ უნდა მოიძებნოს ჯანმრთელ ბავშვში. მისი ანატომიური მდებარეობა შეესაბამება ცალკეულ სტრუქტურულ ანომალიას გულში. მაგალითად, თრთოლვა ფილტვის სარქველის არიდან ფიქსირდება მეორე და მესამე ნეკნთაშუა სივრცეებში, მკერდის ძვლის საზღვრის ზემოთ და მარცხნივ. თრთოლვა მეორე ნეკნთაშუა სივრცეში მკერდის ძვლის საზღვრის ზემოთ და მარჯვნივ შეესაბამება აორტის პათოლოგიას.

პერიფერიული პულსები

ყველა პულსი შეაფასეთ ერთი და იმავე თითით, რადგან სხვადასხვა თითებს სხვადასხვა შეგრძნების დონეები აქვს. თითით ჩაატარეთ პულსების პალპაცია წყვილებად, ერთდროულად, გარდა საძილე არტერიისა. ორივე საძილე არტერიის ერთად ზედმეტმა სტიმულაციამ შეიძლება ვაგალური პასუხი გამოიწვიოს და გულისცემა შეანელოს, ან თავის ტვინისთვის სისხლის მიწოდება შეამციროს. ჩაატარეთ ბრაქიალური და ფემორალური პულსების პალპაცია ერთდროულად. პულსის მახასიათებლები არ განსხ-

ვავდება ზრდასრულსა და ბავშვს შორის. ბრაქიალურ-ფემორალური ჩამორჩენა, როცა ფემორალური პულსები უფრო სუსტია, ვიდრე ბრაქიალური, ერთდროული პალპაციისას, არის პათოლოგიური და გვხვდება გულის დეფექტში, რომელიც ცნობილია აორტის კოარქტაციის სახელით. კოარქტაცია გამოწვეულია აორტის შევიწროებით დუქტუს არტერიოზუსის დონეზე, მანამდე, ან მის შემდეგ. ეს იწვევს სხეულის ქვედა ნაწილისთვის სისხლმომარაგების შემცირებას.

თუ ეჭვი მიგვაქვთ კოარქტაციაზე (მაგ,. ბრაქიალურ-ფემორალური ჩამორჩენა), გაზომეთ არტერიული წნევა ოთხივე კიდურზე და შეადარეთ მარჯვენა ზედა კიდური და მარცხენა ქვედა კიდური ერთმანეთს. გამოიყენეთ შესაბამისი ზომის მანჟეტი. მიმართეთ სექციას *სასიცოცხლო ნიშნები: არტერიული წნევა* მანჟეტის შესაბამისი ზომის განსაზღვრის წესებისთვის. გაზომეთ ზედა კიდურის არტერიული წნევა მარჯვენა ხელზე. რადგან კოარქტაციას არ აქვს ფეხის პულსაციები, ან ძალიან სუსტი პულსი აქვს, ფეხის არტერიული წნევის გაზომვა საკმაოდ რთულია. გამოიყენეთ დოპლერის გადამცემი, რათა პულსის ხმა გააძლიეროთ. სანამ გამართულად არ გეცოდინებათ, გააკეთეთ დოპლერი დამხმარესთან ერთად, რათა შედეგები ზუსტი იყოს. დააჭერინეთ მშობელს ბავშვის ფეხი გაუნძრევლად, სანამ თქვენ პულსს შეაფასებთ. მოძებნეთ უკანა წვივის არტერიის პულსი დოპლერის გადამცემით და მონიშნეთ “X”-ით ადგილი, სადაც პულსი იგრძნობა, ან ისმის. მოარგეთ შესაბამისი ზომის მანჟეტი მარჯვენა ფეხს ქვედა ნაწილში. მანჟეტის ქვედა საზღვარი უნდა იყოს 2-2.5 სმ-ით ზემოთ, ვიდრე ჩვენს მიერ ჩათვლილი უკანა წვივის არტერიის პულსის მდებარეობა. წაუსვით ცოტა ულტრაბგერითი გამოკვლევის გელი სავარაუდო პულსის არეს. ჩართეთ დოპლერის გადამცემი და გაასწორეთ ხმის ინტენსივობა, სანამ დამაგრებული გადამცემი ეძებს პულსს. როცა პულსს მოძებნით, გადადით წნევის გაზომვაზე. ამ ტექნიკით დგინდება მხოლოდ სისტოლური წნევის მაჩვენებელი. გაიმეორეთ იგივე მარცხნივაც.

ნორმაში, ზედა და ქვედა კიდურების არტერიული წნევები ტოლია. თუ ფეხის სისტოლური წნევა უფრო დაბალია, ვიდრე მკლავის და ფემორალური, პოპლიტეალური, უკანა წვივის არტერიის, ან დორსალის პედის პულსები სუსტია, ან საერთოდ არ ისინჯება, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ბავშვს აქვს აორტის კოარქტაცია. თუ დიაგნოზი არ დაისვა, ასაკთან ერთად, ზედა კიდურების პულსები ძლიერდება.

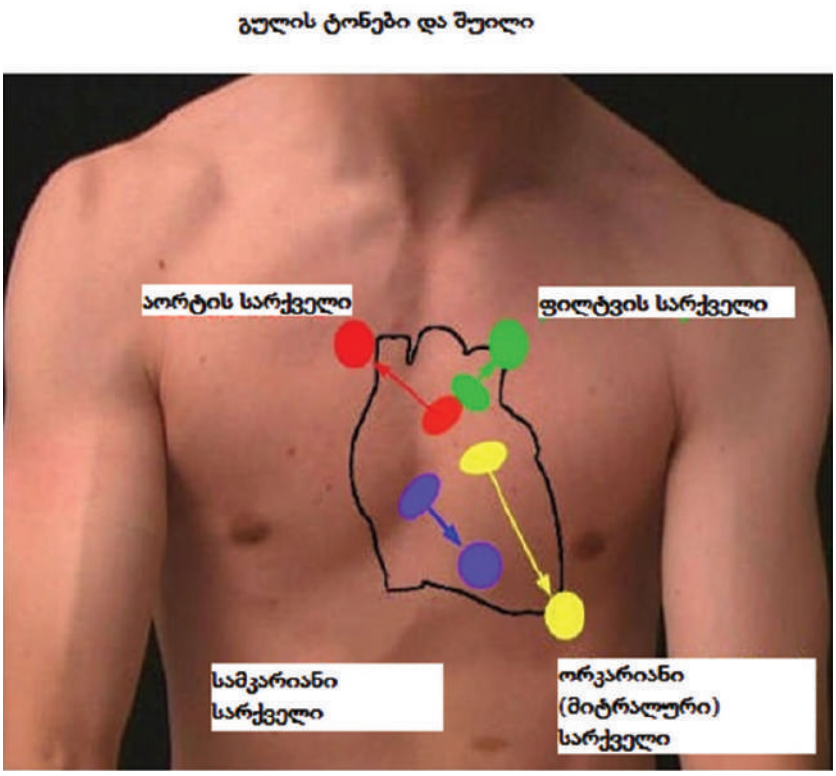
აუსკულტაცია

გულის ხმიანობა

ჩვილის, ან ბავშვის გულის აუსკულტაცია რთულია, რადგან გულისცემის სიხშირე მაღალია და სუნთქვის ხმები მარტივად გამოდის გულმკერდის კედელში. დააწვინეთ ბავშვი. თუ ეს პოზიცია ვერ მიიღწევა, ბავშვი უნდა დაიჭიროს მშობელმა 45 გრადუსით. წყნარი ბავშვი და გარემო ოპტიმალურია, რათა გულის ხმები კარგად მოვისმინოთ (სურათი 8-14). გამოიყენეთ Z მიმდევრობა გულის აუსკულტაციისთვის. მოათავსეთ ფონენდოსკოპი აპიკალურ არეში და თანდათან წაიღეთ ის მკერდის ძვლის ქვემოთ, მარჯვნივ, ხოლო შემდეგ აიტანეთ ზემოთ დიაგონალზე, და გადმოდით ბავშვის მარცხენა მხრიდან მარჯვნივ, მკერდის ძვლის მარჯვენა, ზედა საზღვრამდე (სურათი 8-15). გაიმეორეთ იგივე, ოღონდ ამჯერად ბავშვი უნდა იჯდეს.



სურათი: 8-14. გულის ტონების მოსმენისას აუცილებელია ჩვილი იყოს მშვიდად



სურათი 8-15. გულის ტონების და შუილის მოსასმენი წერტილები

ბავშვების 50%-ს უვითარდება ფიზიოლოგიური შუილი ცხოვრების რაღაც ეტაპზე. ფიზიოლოგიური შუილი არ არის ასოცირებული პათოლოგიასთან და ძლიერდება მაღალი წუთმოცულობის მდგომარეობებში, როგორიცაა ცხელება, შფოთვა, ვარჯიში. როცა ბავშვი ზის, შუილი ისმის ადრეულ სისტოლაში, მე-2, ან მე-3 ნეკნთაშუა სივრცეში, მკერდის ძვლის მარცხენა საზღვრის გასწვრივ და მუსიკალური ჟღერადობა აქვს. ის ქრება, როცა ბავშვი დაწოლილ მდგომარეობაშია. შეამჩნიეთ სინუსური არითმია აუსკულტაციის დროს. სინუსური არითმია ნორმალურია ბავშვებში. ჩასუნთქვისას პულსი ჩქარდება, ხოლო ამოსუნთქვისას ნელდება. იმის გასარკვევად, არის თუ არა რიტმი ნორმალური, სთხოვეთ ბავშვს შეიკავოს სუნთქვა, სანამ თქვენ გულის მოსმენას აწარმოებთ. თუ ცვლილება აღარ იქნება წარმოდგენილი, ესე იგი სინუსურ არითმიასთან გვქონია საქმე.

S_1 ყველაზე კარგად ისმინება აპექსთან, მარცხენა ქვედა მკერდის ძვლის საზღვართან. S_2 ყველაზე კარგად ისმინება გულის ფუძესთან. მუდმივად გაყოფილი S_2, რომელიც არ ვარირებს სუნთქვასთან ერთად, პათოლოგიურია და ეჭვს მიგვატანინებს წინაგულოვანი ძგიდის დეფექტზე. ბავშვებში S_2 ფიზიოლოგიურად იყოფა ჩასუნთქვისას და ერთიანდება ამოსუნთქვისას, რადგან გულ-მკერდის ღრუში უფრო მაღალია უარყოფითი წნევა. S_3 ხმა წააგავს სამმარცვლიან სიტყვას, განსაკუთრებით ტაქიკარდიის ფონზე. გაძლიერებული S_3 გვხვდება გულის შეგუბებით უკმარისობაში და პარკუჭოვანი ძგიდის დეფექტში.

მუცელი

ძირითადი მიდგომა

თუ შესაძლებელია, სთხოვეთ მშობელს, რომ გასინჯვამდე თავი შეიკავოს ბავშვის კვებისგან, რადგანაც სავსე კუჭზე პალპაციამ შეიძლება ღებინება გამოიწვიოს. ბავშვები, რომელთაც დამოუკიდებლად შეუძლიათ მოშარდვა, უნდა მოაშარდინოთ გასინჯვამდე. პატარა ჩვილი, სკოლის ასაკის ბავშვი, ან მოზარდი უნდა იწვეს გასასინჯ მაგიდაზე. ბავშვები რომელთაც ჯერ ფეხი არ აუდგამთ და სკოლამდელი ასაკის ბავშვები უნდა იწვნენ ზურგზე, მშობლის კალთაში, ხოლო მშობელს უნდა ეჭიროს ისინი. ქვედა კიდურები უნდა იყოს მოხრილი მუხლებში. თუ ბავშვი ტირის, უთხარით მშობელს, რომ დაამშვიდოს ბავშვი, სანამ გასინჯვას გააგრძელებთ. დააკვირდით არავერბალურ კომუნიკაციას ბავშვებში, რომელთაც ჯერ არ შეუძლიათ გრძნობების ვერბალურად გამოხატვა. მუცლის გასინჯვის მიმდევრობა შემდეგია: ინსპექცია, აუსკულტაცია და პალპაცია. აუსკულტაციას ინსპექციის შემდგომ ვატარებთ, რადგან პალპაციას შეუძლია მუცლის ხმიანობის შეცვლა. პალპაციისას, მოუსმინეთ წვრილი ხმით ტირილს და უყურეთ სახის გამომეტყველების ცვლილებებს. ასევე დააკვირდით უცაბედ, დამცველობით მოძრაობებს, რომელიც მიგვანიშნებს მტკივნეულ არეზე.

ინსპექცია

დააკვირდით, არის თუ არა მუცლის სწორი კუნთების შესამჩნევი სეპარაცია, შუა ხაზის ხილული გამობერვით. ნორმაში, მუცლის კუნთები ერთიანია, სეპარაციის გარეშე. გაყოფილი მუცლის კუნთი, რომელიც ვერტიკალურად ძევს, პათოლოგიურია. ორ საზღვარს შორის მანძილი შეიძლება მერყეობდეს 1-დან 5 სმ-მდე.

პერისტალტიკის ტალღა

დააკვირდით მუცლის კედელს მახვილისებრი წანაზარდის ქვემოთ და ბოქვენის შეერთების ზემოთ და ნახეთ, არის თუ არა ტალღოვანი მოძრაობები. პერისტალტიკა ნორმაში ხილული არ უნდა იყოს. ხილული პერისტალტიკა ეპიგასტრიუმის გასწვრივ, მარცხნიდან მარჯვნივ, პათოლოგიურია და გვხვდება პილორუსის სტენოზის დროს. ამ დაავადებაში პილორუსის კუნთი ჰიპერტროფირებს, რაც კეტავს პილორუსის სპინქტერს.

აუსკულტაცია

ფილტვების აუსკულტაციის შემდეგ, მოსახერხებელია მუცლის აუსკულტაციაზე გადასვლა, რადგან ეს ნებას გაძლევთ სრული აუსკულტაციის დიდი ნაწილი ერთი მისვლით დაამთავროთ. თუ ბავშვი არაა დამყოლი, საკმარისია ფრაზა, რომელიც მის ყურადღებას გადაიტანს პროცედურიდან, მაგალითად: „აქედან დღევანდელი საჭმელების ხმა ისმის“.

პალპაცია

ზოგადი პალპაცია

მიჰყევით იგივე მიმდევრობას, რომელსაც მიყვებით ზრდასრულ ადამიანში – ზედაპირული და ღრმა პალპაციისას. პალპაციისას, თუ იგრძნობთ ზეთისხილის ფორმის მასას ეპიგასტრიუმში, ჭიპის მარჯვენა, ზედა მხარეს, ეს პათოლოგიურია და მიგვანიშნებს პილორუსის სტენოზზე. მუცლის გადაბერვა, კომბინაციაში პალპაციით შეგრძნებად განავალთან და სწორ ნაწლავში განავლის არ არსებობასთან, პათოლოგიურია. ჰირშპრუნგის დაავადება გამოწვეულია მსხვილი ნაწლავის აგანგლიონური სეგმენტით, რომელიც გვაძლევს ზემოთ ხსენებულ პათოლოგიურ ნიშნებს. სოსისის ფორმის მასა, რომელიც წარმოქმნის მოვლით ტკივილს, როცა მისი პალპაცია ხდება ზედა მუცლის ღრუში, პათოლოგიურია. ეს ნიშანი გვხვდება ნაწლავის ინვაგინაციის შემთხვევაში. ნაწლავის ხმები თუ გვესმის გულმკერდის ღრუში, მუცელს ნავის ფორმა აქვს, აპიკალური იმპულსი ზემოთაა გადახრილი და ბავშვს/ახალშობილს სუნთქვის უკმარისობა აქვს, ეს მიგვანიშნებს დიაფრაგმის თიაქარზე.

ღვიძლის პალპაცია

ჩვილებისთვის გამოიყენეთ მარჯვენა ცერის გარე საზღვარი, რომ დააჭიროთ და ზემოთ აწიოთ მარჯვენა ზედა კვადრანტი. დანარჩენი ასაკობრივი ჯგუფებისთვის გამოიყენეთ ზრდასრულების ტექნიკა. ღვიძლი პალპაციით არ უნდა იგრძნობოდეს ნორმაში, იმის მიუხედავად, რომ ღვიძლის საზღვარი არის მარჯვენა ნეკნების ქვემოთ 1 სმ-ით.

ღვიძლის საზღვარი არის რბილი და გლუვი. თუ ღვიძლის საზღვარი ჩამოსულია 2 სმ-ზე მეტით, ან აქვს მკვეთრი, მყარი საზღვარი, ეს პათოლოგიურია. ჰეპატომეგალია გვხვდება მძიმე დაავადებებში, როგორიცაა ვირუსული და ბაქტერიული ინფექციები, სიმსივნეები, გულის შეგუბებითი უკმარისობა და ცხიმის/გლიკოგენის მარაგის დაავადედები. ვირუსული და ბაქტერიული ინფექციები და სიმსივნეები იწვევენ ღვიძლის უჯრედების გამრავლებას, რაც გვაძლევს გადიდებულ ღვიძლს. გულის უკმარისობაში, ღვიძლის ვენები და სინუსოიდები დიდდება შეგუბებისგან, რაც გვაძლევს ღვიძლის ჰემორაგიას და ფიბროზს. ცხიმისა და გლიკოგენის მარაგის დაავადებებში, ცხიმი და გლიკოგენი გროვდება ღვიძლში, რასაც მოსდევს ფიბროზი.

ძვალ-კუნთოვანი სისტემა

ზოგადი მიდგომა

შეფასების მოცულობა ან ხარისხი მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია ბავშვის ან ბავშვზე პასუხისმგებელი პირის ძვალ-კუნთოვან ჩივილებზე. გქონდეთ გათვითცნობიერებული რომ სწრაფი ზრდის პერიოდში, ბავშვი შეიძლება უჩიოდეს კუნთის ტკივილებს, რაც ნორმალურია. ეცადეთ გააერთიანოთ ძვალ-კუნთოვანი სისტემის შეფასების ტექნიკა სხვა სისტემების შეფასებასთან ერთად. მაგალითად, კანის დათვალიერებისას, ასევე დაათვალიერეთ კუნთები და სახსრები. ამბულატორიულ ბავშვში ძვალ-კუნთოვანი სისტემის დათვალიერება იწყება ბავშვისთვის თავისუფლად მოძრაობის ნების დართვით და თამაშით გამოკვლევის ოთახში, მაშინ როდესაც თქვენ არკვევთ მისი ჯანმრთელობის ისტორიას. თქვენი დაკვირვება ბავშვზე, საშუალებას გაძლევთ შეაფასოთ მისი სხეულის მდგომარეობა, კუნთების სიმეტრია და მოძრაობის დიაპაზონი კუნთებსა და სახსრებში. არ იჩქაროთ შეფასების დროს. შეფასებას თან დაურთეთ თამაში, რომელიც დაგეხმარებათ სისტემის გამოკვლევაში. ტანსაცმლის გახდის შემდეგ, შეამოწმეთ ბავშვის მოძრაობის დიაპაზონი და სახსრების დრეკადობა.

ინსპექცია

კუნთები

კუნთების შეფასება მოიცავს კუნთის მასის (ზომა), ტონუსის, ძალის, უხეში და ნატიფი მოძრაობის შესაძლებლობებისა და არანებითი მოძრაობის შემოწმებას.

კუნთის მასა (ზომა)

ყურადღება მიაქციეთ კუნთის მასის სიმეტრიასა და განლაგებას, შეადარეთ ისინი სხეულის მეორე ნაწილთან. კუნთებს უნდა ჰქონდეთ სიმკვრივე მათი პალპაციისას. უმეტეს შემთხვევაში, კუნთის ზომა და სიმკვრივე ერთმანეთს ემთხვევა. კუნთები უნდა გაიზომოს თუ ჰიპერტროფია ან ატროფიის ეჭვი არსებობს.

კუნთის ტონუსი

კუნთის ტონუსი ყველაზე კარგად ფასდება მოძრაობის დიაპაზონზე დაკვირვებით. მიაქციეთ ყურადღება ნებისმიერ წინააღმდეგობას, რიგიდობას, სპასტიკას, ჰიპოტონიას, მოდუნებას ან პარალიზს, როდესაც ბავშვი ასრულებს კისრის, ხერხემლისა და

კიდურების მოძრაობას. მომატებული კუნთის ტონუსი (სპასტიკა) არის არანორმალური და შეიძლება მიგვანიშნებდეს ცერებრალურ დამბლაზე, რომელიც გამოწვეულია არამოპროგრესირე დარღვევით პირამიდულ მოტორულ ნერვულ გზებში. ასევე სხვა დამატებითი ფაქტორები, პერინატალური ასფიქსია იწვევს სხეულის არანორმალურ დგომას, უხეში მოტორიკის განვითარებასა და სხვადასხვა ხარისხის კუნთის პრობლემებს.

კუნთის ძალა

ჩვილ ბავშვში მხრის კუნთების შესაფასებლად, მოათავსეთ ხელები ჩვილის იღლიების ქვეშ და აიყვანეთ ისე რომ ის იყოს მდგომარე პოზიციაში. ჩვილი არ უნდა გამოსრიალდეს ხელებს შორის. საჭიროების შემთხვევაში, იყავით მზად დაჭერისთვის. შეაფასეთ ჩვილის ფეხის ძალა მის ნახევრად გამართულ პოზიციაში. დააყენეთ ბავშვი ისე, რომ მისი ფეხები ეხებოდეს მაგიდას. 4 თვეზე დიდი ასაკის ბავშვი დააწვინეთ მუცელზე. დააკვირდით მისი ზედა ტანის აწევის შესაძლებელობებს, ზედა კიდურების დახმარებით. ბავშვებში, ჩვილობის ასაკის შემდგომ ყურადღება უნდა მიაქციოთ ძალის სიმეტრიას თქვენ მიერ წინააღმდეგობის გაწევით, ან წინააღმდეგობის გარეშე. იმისათვის რომ გამოსცადოთ ხელის ძალა, უთხარით ბავშვს, რომ მოუჭიროს ძლიერად თითებს. ზედა კიდურების ძალის შესაფასებლად, ბავშვს ორივე ხელი მოხრილი უნდა ჰქონდეს, მაშინ როდესაც თქვენ საპირისპიროდ ეცდებით მისი მკლავის გაშლას. ქვედა კიდურების ძალის შესაფასებლად, ბავშვს უნდა ჰქონდეს ფეხები გაშლილი და თქვენ უნდა ეცადოთ მათ მოხრას. ფეხის კუნთების შეფასების სხვა მეთოდი, გულისხმობს ბავშვის ადგომას მწოლიარე მდგომარეობიდან, ხელების ბერკეტად გამოყენების გარეშე. ბავშვის მწოლიარე მდგომარეობიდან ადგომის უუნარობა არის პათოლოგიური და გხვდება დიუშენის კუნთოვანი დისტროფიის დროს, გენერალიზირებული კუნთის სისუსტის გამო.

უხეში და ნატიფი მოტორიკა

უხეში მოტორიკის შეფასება განსაზღვრავს ბავშვის უნარს, ამოძრაოს დიდი კუნთები კოორდინირებულად და ინტეგრირებულად. უხეში მოტორიკის ფუნქციის სტატუსი ფასდება ბავშვის სიარულის, ჯდომისა და სხვა აქტივობების დროს, როდესაც ის იყენებს დიდ კუნთებს და სახსრებს. ნატიფი მოტორული ფუნქცია ფასდება ბავშვის პატარა კუნთების კოორდინირებულად გამოყენების უნარით. ამ ტიპის მოძრაობებს ჭირდება უფრო ზუსტი და დახვეწილი შესრულება და ვიზუალურ-პერცეფციული ინტეგრაცია. მოცემული შესაძლებლობების მაგალითებია: ჩაჭიდება, დაჭერა, ნივთების მანიპულირება და გაშვება. გამოიყენეთ დენვერის II ტესტი ზოგადი და ნატიფი მოტორიკის სკრინინგისთვის, რომელიც შესაფერისია ბავშვის სპეციფიური ასაკისთვის.

უნებლიე მოძრაობები

ნორმაში, უნებლიე მოძრაობები არ ფიქსირდება. იმ შემთხვევაში, თუ ისინი მაინც ვლინდება, ყურადღება მიაქციეთ მათ ლოკაციას, სიხშირეს, ინტენსიურობასა და ამპლიტუდას. დააკვირდით მსგავსი მოძრაობები თუ კონტროლდება ბავშვის ნებით. პათოლოგიურად მიიჩნევა კანკალი, ტიკები, უცნაური, მკვეთრი და არარეგულარული მოძრაობები.

სახსრები და ხერხემალი

დააკვირდით არანორმალური ცვეთის ნიშნებს, ორივე ფეხსაცმლის მედიალურ, ლატერალურ, თითების და ქუსლის მხარეს. შეადარეთ ერთი ფეხსაცმელი მეორეს, ზედმეტი ცვეთის შესაფასებლად. თხოვეთ ამბულატორიულ ბავშვს გაიაროს სულ მცირე 10 ნაბიჯი. ყურადღება მიაქციეთ ბეჭის ძვლის პოზიციას და სიმეტრიას. ასევე, დააკვირდით რადიოკარპალური, იდაყვის, მხრის, ბარძაყის, ტიბიოფემორალური და ტიბიოტალუსური სახსრების დრეკადობას სიარულის დროს. დაათვალიერეთ სახსრები თავიდან ფეხებამდე. ჩვილის ხერხემალი არის C-ის ფორმის. თავის კონტროლი და დგომა აყალიბებს მოზარდის ნორმალური S-ის ფორმის ხერხემალს. ლორდოზი, წელის რეგიონის გამოხატული გამრუდება, ნორმალურია როდესაც ბავშვი იწყებს სიარულს. 1 წლის ასაკის ბავშვს აქვს წინ გამოშვერილი მუცელი, რომელიც წონასწორდება წელის რეგიონის შიგნით მიმართული გადახრით. ლორდოზი მიიჩნევა პათოლოგიად 6 წლის ასაკის შემდეგ. ის გამოწვეულია განვითარებისას ორმხრივი ბარძაყის დისლოკაციით, ან დგომის ფაქტორებით, როგორიცაა: თანდაყოლილი კიფოზის პროგრესირება. ასევე, შეიძლება გამოწვეული იყოს მეორადად, ბარძაყის მომკეცავი კუნთების კონტრაქტურის შემდეგ. ხერხემალი უნდა შეფასდეს სქოლიოზზე.

დათვალეთ თითები ხელზე და ფეხზე. პოლიდაქტილია, ზედმეტი თითები ხელებსა და ფეხებზე, გვხვდება გარკვეული თანდაყოლილი სინდრომების დროს. 2 ან მეტი თითის შერწყმა, სახელად სინდაქტილიზმი, არის პათოლოგიური. ისიც ასევე ასოცირებულია გარკვეულ თანდაყოლილ სინდრომებთან. პათოლოგიად მიიჩნევა ახალგზარდა მამაკაცებში (2-12 წლის) უმტკივნეულო კოჭლობა დაავადებული ბარძაყისგან. კოჭლობას თან ახლავს შეზღუდული განზიდვა და შიდა როტაცია, კუნთის სპაზმი და პროქსიმალური ბარძაყის ატროფია. მოცემული გამოვლინებები გვხვდება ლეგ-კალვე-პერთეს დაავადებაში. ის გამოწვეულია ბარძაყის ძვლის ეპიფიზსში სისხლმომარაგების შეწყვეტით, რომელიც საბოლოოდ იწვევს ბარძაყის თავის ავასკულურ ნეკროზს.

ბარძაყისა და წვივის ძვლები

მიუთითეთ ბავშვს რომ დადგეს ისე, რომ მედიალური კონდილები ეხებოდნენ ერთმანეთს. გაზომეთ მანძილი ორ მედიალურ მალეოლას შორის. გაზომეთ მანძილი ორ მედიალურ კონდილუსებს შორის. ნორმაში, მანძილი მედიალურ მალეოლებს შორის არის ნაკლები 2 დიუმზე (5სმ.). მანძილი მედიალურ კონდილუსების შორის არის ნაკლები 1 დიუმზე (2.5სმ). თუ მანძილი მედიალურ კონდილუსებს შორის არის 1 დიუმზე ნაკლები (2.5სმ) და მანძილი მედიალურ მალეოლებს შორის მეტია 2 დიუმზე (5სმ), ბავშვს აქვს მუხლის დეფორმაცია, ასევე ცნობილი როგორც ვალგუსური მუხლი. ვალგუსური მუხლი ხშირია 2-4 წლამდე ბავშვებში. ვალგუსური მუხლი რომელიც გვხვდება ბავშვებში 6 წლის შემდეგ მიიჩნევა პათოლოგიად. თუ გაზომილი მანძილი ორ მედიალურ კონდილუსს შორის მეტია 1-2 დიუმზე, ბავშვს აქვს ვარუსული მუხლი. ვარუსული მუხლი ჩვეულებრივი მოვლენაა ჩვილებში და ბავშვებში სიარულის დაწყებამდე. ვარუსული მუხლი, რომელიც გვხვდება 2 წელს ზემოთ არის პათოლოგიური და შეიძლება გამოწვეული იყოს რაქიტით.

პალპაცია

სახსრები

მოსინჯეთ სახსრები სითბოს, სისუსტისა და შეშუპების აღმოსაჩენად. სახსრის ელასტიურობის მაჩვენებლები მოზრდილის მაჩვენებლების მსგავსია. შეშუპებული, ანთების კერით, მტკივნეული სახსრები გვხვდება იუვენილურ რევმატოიდულ ართრიტში, რაც პათოლოგიაა. იუვენილური რევმატოიდული ართრიტი იწვევს სინოვიუმის ანთებას და სახსრის დეგენერაციას. მისი გამომწვევი მიზეზი უცნობია.

ფეხები

დადექით ბავშვის წინ. ერთი ხელით დაიჭირეთ მისი მარჯვენა ქუსლი, მეორე ხელით დაქაჩეთ ტერფის წინა ნაწილი (ტერფის ცერის მედიალური ნაწილი) შუახაზისკენ. დააკვირდით თითებისა და ტერფის წინა ნაწილის მოზიდვას და ინვერსიას. გაიმეორეთ პროცესი მარცხენა ფეხზეც.

ნორმალური მაჩვენებლებია, როდესაც თითები და ტერფის წინა ნაწილი არ არის გადახრილი. ვარუსულ ტერფს ახასიათებს მედიალურად მოზიდული და გადაბრუნებული თითები და ტერფის წინა ნაწილი. ვარუსული ტერფი ხშირად გამოწვეულია ნაყოფის ფეხების არანორმალური პოზიციით საშვილოსნოში. ასევე მემკვიდრეობაც თავის როლს თამაშობს ეტიოლოგიაში.

ბარძაყი და ბარძაყის ძვალი

დაახლოებით 85-დან 1 ჩვილი თანდაყოლილი მენჯ-ბარძაყის დისპლაზიის განვითარების რისკის ქვეშაა. მენჯ-ბარძაყი უნდა შეფასდეს დისპლაზიის აღმოსაჩენად, რათა დაიწყოს მკურნალობა და მოხდეს დისლოკაციის პრევენცია. ერთი მეთოდი, ორტოლანის მანევრი, უნდა ჩატარდეს, კვალიფიციური ექიმის მიერ, შეფასების ბოლოს, იმის გამო რომ ბავშვმა შეიძლება დაიწყოს ტირილი. ტესტი ტარდება ორივე სახსარზე ერთდროულად. შეაფასეთ მენჯ-ბარძაყი 12-დან 18 თვემდე ან უკვე მოსიარულე ბავშვებში. ახალშობილი ზურგით დააწვინეთ გასასინჯ მაგიდაზე, ტერფებით თქვენკენ. დადექით ახალშობილის პირდაპირ. ცერა თითით დააჭირეთ ბარძაყის ძვლის მცირე ტაბუხზე (სურათი 8-16a). სურათზე ნაჩვენები ორი თითი უნდა იდოს მენჯ-ბარძაყის სახსარზე. ნელა გაწიეთ ფეხი გარეთ და განზიდეთ მანამ სანამ მუხლების ლატერალური მხარეები შეეხება მაგიდას (სურათი 8-16b). თითებით უნდა მოსინჯოთ ორივე ბარძაყის თავი, მისი გარე როტაციის დროს. მოუსმინეთ ტკაცანს, რომელიც მიანიშნებს პოზიტიურ ორტოლანის ნიშანზე. იგივე ადგილზე მოთავსებული თითებით, მოზიდეთ ბარძაყები, რომ გამოსცეს ტკაცანი, რომლის შესაბამის მოძრაობასაც პალპაციით იგრძნობთ (ორტოლანის ნიშანი). როდესაც ორივე ბარძაყი მოზიდულია, წინ მიდის და თავსდება ტაბუხის ფოსოში. მენჯ-ბარძაყის დისპლაზიაზე მიმანიშნებელი პათოლოგიური ნიშნებია: პოზიტიური ორტოლანის ნიშანი; მოულოდნელი, ტკივილისგან გამოწვეული ტირილი ტესტის დროს; ასიმეტრიული ბარძაყის კანის ნაოჭები; მუხლები არათანაბარ დონეზე და ლიმიტირებული განზიდვა. მენჯ-ბარძაყის დისპლაზიის ეპიდემიოლოგია დაკავშირებულია ოჯახის ფაქტორებთან, დედის ჰორმონებთან ასოცირებული მენჯის მოდუნებულობა, პირველი ბავშვის მშობიარობა, ნაყოფის დუნდულის მდგომარეობით

მშობიარობა და ოლიგოჰიდრამნიოზი (პათოლოგიურად მცირე რაოდენობით ან საერთოდ არ არსებული ამნიონური სითხე).



A



B

სურათი 8-16. ორთოლანის ნიშანი

ნერვული სისტემა

ნევროლოგიური გამოკვლევა მოიცავს ექვსი ძირითადი არის ფუნქციის შეფასებას: (1) თავის ტვინი, (2) კრანიალური ნერვები, (3) ნათხემი, (4) მოტორული სისტემა, (5) სენსორული სისტემა და (6) რელფლექსური სტატუსი.

თავის ტვინის ფუნქცია

თავის ტვინის ფუნქცია იზომება ქცევისა და მენტალური სტატუსის გამოკვლევით და მოიცავს გარეგნობას, მსჯელობის უნარს, მახსოვრობას, ფიქრს, ენასა და საუბარს, ხასიათს, აფექტსა და ორიენტაციას. ჩვილი ძირითადად სუბკორტიკალურ დონეზე ფუნქციონირებს. მეხსიერება სამი მეოთხედით განვითარებულია 2 წლის ასაკისთვის, როდესაც კორტექსის ფუნქცია იძენს დომინანტურობას. ცნობიერების დონე ასევე ფასდება, როგორც ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქცია. ახალშობილს არ შეუძლია ვერბალურად გადმოსცეს თავისი ცნობიერების დონე, შესაბამისად, სანაცვლოდ შეაფასეთ მისი ტირილის უნარი, აქტივობის ხარისხი, სხეულის პოზიცია და ზოგადი გარეგნობა.

კრანიალური ნერვები

კრანიალური ნერვების საფუძვლიანად შეფასება რთულია ჩვილებში 1 წლამდე. სირთულეები ასევე გვხვდება ბავშვებში 1 წელზე ზევით და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებშიც, იმის გამო რომ ხშირად ვერ მისდევენ მითითებებს ან არ არიან დამყოლები. სკოლის ასაკის ბავშვის ან მოზარდის გამოკვლევა იმავე მეთოდით ხდება, რომლითაც მოზრდილებში.

ჩვილობის ასაკი (დაბადებიდან – 12 თვე)

კრანიალური ნერვების III (ოკულომოტორული), IV (ტროქლეარული) და VI (აბდუსენსი) გასინჯვისათვის, გამოიყენეთ კაშკაშა ფერების მქონე სათამაშო და ამოძრავეთ ის ჩვილის მხედველობის არეში. 1 თვეზე დიდი ჩვილი პასუხობს თვალის გაყოლებით საგანზე. ასევე შეაფასეთ თითოეულ თვალში გუგის რეაქცია კაშკაშა შუქზე. V (სამწვერა) კრანიალური ნერვი ისინჯება წოვის რეფლექსებით. VII (სახის) კრანიალური ნერვი ისინჯება 2 თვის ასაკამდე წოვის რეფლექსითა და დაკვირვებით წოვის დროს მოძრაობის სიმეტრიაზე. 2 თვის შემდეგ ჩვილი იღიმის, რაც გვაძლევს მისი სახის გამომეტყველების სიმეტრიულობის შეფასების შესაძლებლობას. პოზიტიური მოროს რეფლექსი 6 თვის ასაკამდე არის მტკიცებულება VIII (აკუსტიკური) კრანიალური ნერვის ნორმალურ ფუნქციიონირებისა. IX (ხახაენის) და X (ცთომილი) ნერვები ისინჯება შპადელით პირღებინების რეფლექსის გამოწვევით. განმეორებით გასინჯვა აღარაა საჭირო თუ შპადელით უკანა ხახის გასინჯვისას იგივე რეფლექსი იყო გამოწვეული. XI (დამატებითი) ნერვის გასასინჯად, შეაფასეთ ჩვილის თავის აწევის უნარი, მუცელზე წოლის დროს. XII (ენისქვეშა) ნერვის შეფასებისთვის ჩვილი წოვს საწოვარას ან ბოთლს, საწოვარას ან ბოთლის პირიდან უეცარი მოშორების შემდეგ, დააკვირდით მის შეყოვნებულ წოვის მოძრაობებს.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვი (1-6 წელი)

მოზრდილ, სკოლამდელი ასაკის, ბავშვს აქვს უნარი ამოიცნოს ნაცნობი სუნი. ბავშვების უმეტესობა მალევე ახდენს არაქისის კარაქის ან შოკოლადის სუნის იდენტიფიცირებას. I კრანიალური ნერვის გასასინჯად ბავშვი ხუჭავს თვალებს და ყნოსვით უნდა ამოიცნოს არაქისის კარაქის ან შოკოლადის სუნი. დატესტეთ თითოეული ნესტო, სხვადასხვა ნივთიერებებით და მეორე ნესტოზე თითის მიჭერით. I კრანიალური ნერვის შე-

ფასებამდე, აუცილებლად გაიხსენეთ ბავშვის ალერგიული სტატუსი. მაგალითად, არაქისის კარაქის სუნმაც კი, შეიძლება გამოიწვიოს ძალიან მძიმე ალერგიული რეაქცია ზოგიერთ ბავშვში. ასეთ შემთხვევებში გამოიყენეთ არომატის სხვა წყარო. მხედველობის შესაფასებლად (II (ოპტიკური) კრანიალური ნერვი) გამოიყენეთ ალენის ბარათები. III, IV და VI კრანიალური ნერვები ისინჯება ბავშვისთვის საკვების მიცემითა და ღეჭვის მოძრაობებზე დაკვირვებით. სენსორული პასუხი სინათლესა და ძლიერ შეხებაზე, მოცემულ ასაკში, მაინც არ არის ბოლომდე ადვილად შესასრულებელი. დააკვირდით სახის სისუსტეს ან პარალიზს (VII კრანიალური ნერვი) ბავშვის გაღიმების ან გაცინებისას. მოზრდილი სკოლამდელი ასაკის ბავშვმა შეიძლება შეასრულოს ისეთი მითითებები როგორიცაა: წარბების აწევა, შეჭმუხვნა, ლოყების გაბერვა და თვალების ძლიერად დახუჭვა. VIII კრანიალური ნერვის გამოსაკვლევად, ბავშვის ხედვის არეალიდან მოშორებით დარეკეთ ზანზალაკზე და დააკვირდით მის პასუხს ხმაზე, რომელსაც ვერ ხედავს საიდან მოდის. გასინჯეთ IX და კრანიალური ნერვები იმავე მეთოდებით, რომლითაც ჩვილებში. XII კრანიალური ნერვის შეფასება რთულია მოცემული ასაკის ბავშვების ჯგუფში.

ნათხემის ფუნქცია

ფუნქციონირების გასინჯვა ძირითადად მოიცავს სხეულის დგომის, ბალანსისა და კოორდინირების შეფასებას. ფუნქციის ზოგადი შეფასება მოიცავს ბავშვის სხეულის დგომისა და სიარულის დათვალიერებას; დააკვირდით ბავშვის სიარულის მანერას, ხტომის, ტერფის ტრანზიციის, ფეხების შენაცვლების უნარს. რომბერგის ტესტი ტარდება ბალანსის შესაფასებლად, ბავშვი დგას ორივე ფეხზე, ხელებით გვერდიგვერდ და ახელს და შემდეგ ხუჭავს თვალებს. თუ ბავშვი წაიქცევა, დაკარგავს ბალანსს ან გადაიხრება რომელიმე მხარეს, ტესტის შედეგი არის პოზიტიური და მიგვანიშნებს ნათხემის დისფუნქციაზე.

მოტორული სისტემა

მოტორული სისტემის ფუნქციის შეფასება ხშირად ხდება ძვალ-კუნთოვანი სისტემის შეფასებისას და ამ სექციაშია განხილული.

სენსორული სისტემა

სენსორული ფუნქცია მოიცავს ორგანიზმის პასუხს სხვადასხვა ტიპის სტიმულაციაზე და ხშირად ფასდება კრანიალური ნერვების ფუნქციის გასინჯვასთან ერთად.

რეფლექსური სტატუსი

რეფლექსური სტატუსის შეფასება მოიცავს ღრმა მყესოვანი რეფლექსების, ზედაპირული და ახალშობილის რეფლექსების შეფასებას.

ღრმა მყესოვანი რეფლექსები

ღრმა მყესოვანი რეფლექსების განსაზღვრა გამოავლენს რეფლექსური რკალის ინტაქტურობას ხერხემლის სხვადსხვა დონეებზე და ისინჯება იმავე მეთოდებით, რომ-

ლითაც მოზრდილებში. შემდეგი რეფლექსები ისინჯება რუტინულად: ზედა კიდურები – ორთავა, სამთავა და ბრაქიორადიალისი; ქვემო კიდურები – კვირისტავი და აქილევსის მყესი. ღრმა მყესოვანი რეფლექსები ისინჯება მარჯვენა და მარცხენა მხარეების ძალისა და სიმეტრიის გამოსავლენად, რომელიც ნორმაში თანაბარი უნდა იყოს. მყესი მსუბუქად იჭიმება, როდესაც მას ვსინჯავთ რეფლექს ჩაქუჩით. მოსალოდნელი საპასუხო რეაქცია კუნთის შეკუმშვაა.

ზედაპირული რეფლექსები

ზედაპირული რეფლექსებში რეცეპტორები მოთავსებულია კანში, განსხვავებით კუნთისგან, რომელიც გვხვდებოდა ღრმა მყესოვანი რეფლექსების დროს. ზედაპირული რეფლექსები, რომელიც ისინჯება მუცლის, კრემასტერული (სათესლე), გლუტეალის (დუნდულოები) და ლანჩის რეფლექსებია. ისინი გამოიწვევა კანის სტიმულირებით.

ახალშობილის რეფლექსები

ახალშობილობის დროს, გამოკვლევა მოიცავს ახალშობილისთვის დამახასიათებელი რეფლექსების არსებობის ან არარსებობის იდენტიფიცირებას, რომელიც უნდა გაქრეს სანამ მოტორული ფუნქცია დაიწყებს განვითარებას.

ქალის სასქესო ორგანოები

ზოგადი მიდგომა

მოათავსეთ სკოლამდელი ასაკის ბავშვი მასზე პასუხისმგებელი პირის კალთაში ან გამოსაკვლევ მაგიდაზე. თხოვეთ ბავშვზე პასუხისმგებელ პირს გაუშალოს მას ფეხები ბაყაყის მსგავს პოზიციაში. 4 წელზე ზემოთ ბავშვი მოათავსეთ გამოკვლევის მაგიდაზე ნახევრად ლითოტომიურ პოზიციაში, ფეხის უზანგებში ჩადების გარეშე. გამოიყენეთ ლითოტომიური პოზიცია, ფეხების უზანგში ჩადგმით, უკვე მოზრდილი ბავშვების შემთხვევაში. შეფასების დაწყებამდე ბავშვს აუხსენით პროცედურა. არასოდეს უთხრათ ბავშვზე პასუხისმგებელ პირს დატოვოს ოთახი გამოკვლევის დროს, რადგან მოცემული პირის ოთახში ყოფნა კომფორტულად აგრძნობინებს ბავშვს თავს. სანამ დაიწყებდეთ სასქესო ორგანოების გასინჯვას, ბავშვს აუცილებლად უნდა ჰკითხოთ თუ შეიძლება გასინჯვის დროს მის სასქესო ორგანოებზე შეხება, ბავშვზე პასუხისმგებელი პირის თანდასწრებით.

ვაგინალური ან მენჯის გამოკვლევა რუტინულად არ ტარდება პატარა ასაკის გოგონებში; თუმცა ის მოწოდებულია, როდესაც შეინიშნება ბავშვზე სექსუალური ძალადობის ნიშნები. გამოკველვა უნდა ჩაატაროს ექიმმა, რომელსაც აქვს გამოცდილება ვაგინალურ გასინჯვაში და შეუძლია შეაფასოს მსგავსი პრობლემები. ნებისმიერი გოგონა, რომელმაც მიაღწია მენარქეს, ასევე უნდა იყოს გამოკვლეული ორსულობაზე.

ინსპექცია

პერინეალური ადგილი

დადექით ბავშვის მოპირდაპირედ. შეაფასეთ მისი ტანერის სტადია. გამოიყენეთ ცერა და საჩვენებელი თითები რომ განაცალკევოთ მცირე სასირცხო ბაგეები. მოახდინეთ იდენტიფიცირება დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეების, კლიტორის, შარდსადენის ხვრელის, საქალწულე აპკისა და ვაგინალური შესასვლელის. დააკვირდით ფერს, ზომასა და გამონადენს მოცემული სტრუქტურებიდან. დააკვირდით საქალწულე აპკის და ვაგინალური შესასვლელის ინტაქტურობას და ნაწიბურებს. ჩვილის მცირე სასირცხო ბაგეები ზოგჯერ უფრო დიდი ზომისაა ვიდრე დიდი სასირცხო ბაგეები. საქალწულე აპკი ხშირად ინტაქტურია სქესობრივ აქტიურობამდე. პათოლოგიურად ითვლება კლიტორზე არსებული რუდიმენტული პენისი, რაც მიანიშნებს არადიფერენცირებულ გენიტალიაზე. გენიტალიების არადიფერენცირება გვხვდება ემბრიონული განვითარების დროს და გენეტიკური მიზეზების, ანდროგენული ან ანდროგენის ინჰიბიტორების შედეგია, რაც სასქესო ორგანოების მახასიათებლების განვითარებას აფერხებს. სისხლიანი გამონადენი ვაგინალური შესასვლელიდან ან პამპერსზე ითვლება პათოლოგიურად. არ არის იშვიათი ჩვილებში 2 კვირამდე ფსევდომენსტრუაციის შემჩნევა. ამის მიზეზია დედის ისეთი ჰორმონები, როგორიცაა ესტროგენი. დაათვალიერეთ პერიანალური ადგილი მეჭეჭების არსებობაზე. ადამიანის პაპილომა ვირუსი (აპვ) არის ყველაზე ფართოდ გვარცელებული სქესობრივად გადამდები ინფექცია აშშ-ში.

მამაკაცის სასქესო ორგანოები

ზოგადი მიმოხილვა

ქალი ექთნები ხშირად ხვდებიან სირთულეებს ამ ტიპის გამოკვლევის დროს მოზრდილ ბიჭებში. კარგად აუხსენით რომ ეს გამოკვლევა საჭირო ნაწილია. მსგავსი პრობლემა არ გვხვდება ახალშობილებსა და 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში. ახალშობილმა ან 1 წლამდე ასაკის ბავშვმა შეიძლება მოშარდოს გამოკვლევის დროს, ამ შემთხვევისთვის მომარაგებული გქონდეთ საფენები და სახვევები. ინსპექციის დროს შეაფასეთ ბავშვის ტანერის სტადია.

პენისი

შეაფასეთ შარდსადინარი არხის მდებარეობა. დააკვირდით პენისის ზომას, თუ თქვენ ვერ აფასებთ აქვს თუ არა ბავშვს ჩატარებული წინდაცვეთა, კითხეთ მასზე პასუხისმგებელ პირს. შარდსადინარის არხი ნორმაში მდებარეობს პენისის წვერზე. პენისი შეიძლება არ ჩანდეს იმ ჩვილებში, რომლებსაც აქვთ ბევრი ცხიმოვანი ქსოვილი პენისის მიმდებარე ადგილებში. დაარწმუნეთ ბავშვზე პასუხისმგებელი პირი, რომ ეს მოვლენა არის ნორმალური და გადაივლის ცხიმოვანი ქსოვილის ალაგების შემდეგ. პათოლოგიურად მიიჩნევა შარდსადინარის ხვრელის ლოკაცია პენისის ცენტრალურ მხარეს, ეს მდგომარეობა ცნობილია როგორც ჰიპოსპადია. ნაყოფის განვითარების მესამე თვეში, შარდსადინარის ხვრელი ვერ გადადის პენისის თავისკენ. დედები, რომლებიც იღებენ ფენიტოინს (დილანტინი) ეპილეფსიისთვის, არიან მაღალი რისკის ქვეშ, რომ მათ ბავშვებს განუვითარდეთ ჰიპოსპადია. სხვა პათოლოგია არის ეპისპადია, რომლის

დროსაც შარდსადინარის არხი მდებარეობს ასოს დორსალურ მხარეს. ნაყოფის განვითარების მესამე თვეში, შარდსადინარის ხვრელი ვერ გადადის პენისის თავისკენ.

სათესლე პარკი

შეაფასეთ სათესლე პარკის ზომა და ფერი. დააკვირდით რამდენად ზის სათესლეები სათესლე პარკში. სათესლე პარკი შეიძლება ჩანდეს განუვითარებელი თუ სათესლეები არ არის მოთავსებულები პარკში. სათესლე პარკი პროპორციულად უფრო დიდი ჩანს, პენისთან შედარებით. შავკანიან ბავშვებში ის ყავისფერი-შავი შეფერილობისაა, თეთრკანიანებში კი მოვარდისფრო. ორი სათესლე უნდა იყოს მოთავსებული სათესლე პარკში, მაგრამ ახალშობილებში მათი რეტრაქციის შედეგად ისინი შეიძლება ისინჯებოდნენ საზარდულის არხში ან მუცელში, რეტრაქციის მრავალი მიზეზია მათ შორის: სიცივე და პალპაცია.

პალპაცია

სათესლე პარკი

დააწვინეთ ახალშობილი ზურგზე. პატარა ბავშვის შემთხვევაში მიუთითეთ რომ დაჯდეს ფეხი-ფეხზე გადადებული, იმისათვის რომ დაინჰიბირდეს კრემასტერული რეფლექსი (სათესლეების რეტრაქცია სათესლე პარკიდან). უფრო მოზრდილი ასაკის ბავშვებს, შეუძლიათ გამოკვლევის ამ ნაწილში იდგნენ ფეხზე. მოახდინეთ თითოეული სათესლის ლოკალიზაცია სათესლე პარკში, ერთი ხელის გამოყენებით, როგორც მოწველისას. მოსინჯეთ და დააკვირდით თითოეული სათესლის ზომას, ფორმასა და მოძრაობას. ორივე სათესლე ისინჯება სათესლე პარკში. სათესლე უნდა იყოს რბილი, მრგვალი ან ოვალური ფორმის და თავისუფლად მოძრავი. პათოლოგიურად მიიჩნევა თუ არ ხერხდება მათი პალპაცია. კრიპტორქიდიზმი არის სათესლეების არ ჩამოსვლა სათესლე პარკში. ერთი ან ორი სათესლე ჯირკვლის ვერ გადასვლა საზარდულის არხიდან, ვითარდება ემბრიონული განვითარების დროს. კრიპტორქიდიზმი გვხვდება დღესრული ბიჭი ახალშობილების 3%-ში. სათესლე პარკის გადიდება არის პათოლოგიური და გვხვდება თანდაყოლილი ჰიდროცელეს დროს, რომელიც გამოწვეულია მამაკაცის სასქესო ორგანოების არასწორი განვითარებით. მოცემული მასა იქნება გამჭოლი.

თიაქარი

დააწვინეთ ახალშობილი ზურგზე. სხვა ასაკის ბავშვები კი უნდა იდგნენ გამოკვლევის დროს. გამოიყენეთ ნეკა თითი ახალშობილის შემთხვევაში და საჩვენებელი თითი ბავშვებში. მიყევით საზარდულის არხს, ზუსტად ისე როგორც მოზრდილ მამაკაცებში. სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს სთხოვეთ გაბერონ ბუშტი მაშინ, როდესაც თქვენ ახდენთ საზარდულის არხის პალპაციას. მოზრდილი ბავშვების შემთხვევაში, ჩახველების დროს, მოსინჯეთ მოცემული ადგილი. შეშუპება და მასა არ უნდა ისინჯებოდეს. თიაქარი, რომელიც ისინჯება საზარდულის ლიგამენტის ზევით მიიჩნევა პათოლოგიურად. არაპირდაპირი საზარდულის თიაქარი ჩნდება ემბრიოლოგიური განვითარების პერიოდში, მუდმივად სათესლის სათესლის ბაგირაკის გამო.

ანუსი

როგორც წესი, რექტალური გასინჯვები არ ტარდება ბავშვებში, სანამ არ შენიშნავთ რაიმე პრობლემას ან ეჭვი არ გაჩნდება ძალადობაზე. მოცემულ შემთხვევებში უნდა გამოიკვლიოთ ბავშვი და მიჰყვეთ მოწოდებულ გზამკვლევებს.

ინსპექცია

უთხარით ბავშვს რომ დაწვეს მუცელზე. ნაზად გადაწიეთ დუნდულები, რომ მოხდეს პირდაპირი ვიზუალიზაცია ანალური ხვრელისა. დააკვირდით არის თუ არა სისხლდენა, ნახეთქები, პროლაფსი, მეჭეჭი, ჰემოროიდალური კვანძი, დაზიანებები და ჭიები. დუნდულების გადაწევის დროს, დააკვირდით ანუსის ნებისმიერ მოძრაობას. გადაუსვით თითი პერიანალურ არეს და დააკვირდით ნებისმიერ მოძრაობას. ამ მოძრაობას ეწოდება ანალური რეფლექსი. ნორმაში სისხლდენა, ნახეთქები, პროლაფსი, მეჭეჭი, ჰემოროიდალური კვანძი, დაზიანებები და ჭიები არ უნდა გვხვდებოდეს. პათოლოგიურად მიიჩნევა ანალური რეფლექსის არ გამოვლენა. მდგომარეობები როგორიცაა, ზურგის ტვინის დაზიანება, ტრავმა და სიმსივნე, შეიძლება დააზიანოს ანალური სპინქტერის ინერვაცია და გამოიწვიოს ანალური რეფლექსის მოშლა.

საკვანძო საკითხები

- მასის, სიგრძის, სიმაღლისა და თავის გარშემოწერილობის (ასაკის მიხედვით) პარამეტრები არის აუცილებელი ფიზიკური ზრდის შესაფასებლად. გამოიყენეთ ზრდის სტანდარტული გრაფიკები. ეს პარამეტრები გამოიყენება ნორმალური და პათოლოგიური კანონზომიერებების განსასაზღვრად;
- ჯანმრთელობის პედიატრიული ისტორია მოიცავს ბიოგრაფიულ მონაცემებს, ჯანმრთელობის წარსულ ისტორიას, ოჯახის ისტორიას, სოციალურ ისტორიასა და ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელ აქტივობებს;
- ნუტრიციული შეფასება ექთანს ნებას აძლევს, გაუწიოს პაციენტს წინასწარი მითითებები, აღმოაჩინოს რისკის ქვეშ მყოფი ინდივიდები და იმუშაოს ჯანმრთელობის დაცვის გუნდთან ერთად, რათა ბავშვი ადრევე მიმართოს მათ, თუ ეს საჭირო გახდება;
- განვითარების შეფასებას რამდენიმე მიზანი აქვს: (1) ვალიდაცია, რომ ბავშვი ვითარდება ნორმალურად, რომ ადრევე გამოვლინდეს პრობლემები, (2) ბავშვისა და მშობლის ნერვიულობის მიზეზის აღმოჩენა, (3) შანსის გამოყენება წინასწარი მითითებებისა და განათლებისთვის, თუ რა ასაკში რას უნდა ელოდოს ბავშვისგან;
- ფიზიკური შეფასებისას, ბავშვთან მიდგომის ტექნიკები განსხვავდება ასაკის მიხედვით, მაგრამ ნდობის ჩამოყალიბება ძირითადი პრინციპია ნებისმიერი ფიზიკური გასინჯვისას;
- სასიცოცხლო ნიშნებს მიეკუთვნება ტემპერატურა, სუნთქვა, პულსი და არტერიული წნევა, რომელიც უნდა შევადაროთ ბავშვის ასაკისთვის მიღებულ ნორმებს.

ეს მაჩვენებლები ინფორმაციას ბავშვის ზოგადი მდგომარეობის შესახებ გვაძლევს;

- კანს უნდა დავაკვირდეთ ფერსა და დაზიანებების არსებობაზე. პალპაციით განისაზღვრება ტემპერატურა, ტექსტურა, ტურგორი და შეშუპება;
- თავს უნდა დააკვირდეთ ფორმაზე, სიმეტრიასა და კონტროლზე. პალპაციისას მოწმდება ყიფლიბანდები, ნაკერის ხაზები და ზედაპირის მახასიათებლები;
- თვალების გასინჯვა მოიცავს მხედველობისა და სიელმის სკრინინგს, ასევე წინა და უკანა სეგმენტის სტრუქტურების შეფასებას;
- გულმკერდი და ფილტვები ისინჯება ინსპექციით, პალპაციით, პერკუსიითა და აუსკულტაციით;
- გულისა და პერიფერიული სისხლძარღვების შეფასება შედგება ინსპექციისგან (აპიკალური იმპულსი, პრეკორდიუმი), პალპაციისგან (თრთოლვა, პერიფერიული პულსები) და გულის ხმიანობის აუსკულტაციისაგან;
- მუცლის შეფასების მიმდევრობა არის შემდეგი: ინსპექცია, აუსკულტაცია და პალპაცია;
- ძვალ-კუნთოვანი შეფასების ხარისხი დამოკიდებულია ბავშვისა და მშობლის ჩივილის ხარისხზე პრობლემების შესახებ;
- ნევროლოგიური გასინჯვა მოიცავს ახალშობილის რეფლექსებისა (დამოკიდებულია ასაკზე) და კრანიალური ნერვების შეფასებას.

გასამეორებელი აქტივობები

1. აღწერეთ ბავშვის ჯანმრთელობის ისტორიის კომპონენტები. რა ინფორმაცია იკრიბება შემდეგ ჯგუფებში: (ა) წარსული ჯანმრთელობის ისტორია, (ბ) სოციალური ისტორია და (გ) ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელი აქტივობები?
2. ჩამოთვალეთ ორი გარემოებრივი პრობლემა, რომელიც ბავშვს აყენებს ავადმყოფობის, ან სიკვდილის რისკის ქვეშ.
3. რა არის ნუტრიციული შეფასების მიზანი?
4. რა სახის ინფორმაცია შედის ნუტრიციულ შეფასებაში?
5. აღწერეთ ფაქტორები, რომელმაც შეიძლება განვითარების სკრინინგის ტესტის არასწორ შედეგებამდე მიგვიყვანონ.
6. დაასახელეთ მარტივი ძირითადი წესი, 1 წელზე უფროს ბავშვებში, ნორმალური სისტოლური წნევის განსასაზღვრად.
7. როგორ ზომავს ექთანი 12 თვის ბავშვის სიმაღლესა და წონას (მასას)?
8. აღწერეთ მუცლის გასინჯვის მიმდევრობა.
9. აღწერეთ ჩვილების კრანიალური ნერვების შეფასება.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Ophthalmology. (2003). Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians. Pediatrics, 111(4), 902–907.
- Cady, R. B. (2008). Developmental dysplasia of the hip. Program and abstracts of the American Academy of Pediatrics 2008 National Convention and Exhibition, October 11, 2008: Boston, Massachusetts. Session A1072.
- Cakan, N., & Kamat, D. (2009). Cryptorchidism: Primary care evaluation and management. Consultant for Pediatricians, 8(2), 46–50.
- Choby, B. A. (2009). Management of streptococcal pharyngitis reviewed. American Family Physician, 79, 383–390.
- Dempsey, A. F., Gebremariam, A., Koutsky, L.A., & Manhart, L. (2008). Using risk factors to predict human papillomavirus infection: Implications for targeted vaccination strategies in young adult women. Vaccine, 26(8), 1111–1117.
- Estes, M. E. Z. (2010). Health assessment & physical examination (4th ed.). Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.
- Falkner, B., Gidding, S. S., Portman, R., & Rosner, B. (2008). Blood pressure variability and classification of prehypertension and hypertension in adolescence. Pediatrics, 122, 238–242.
- Frankenburg, W. K., & Dodds, J. B. (1992). Denver II screening manual. Denver, CO: Denver Developmental Materials
- Jones, K. F., Berg, J. H., & Coody, D. (1994). Update in pediatric dentistry. Journal of Pediatric Health Care, 8(4), 160–167.
- LaFontaine, T. (2008). Physical activity: The epidemic of obesity and overweight among youth: Trends, consequences, and interventions. American Journal of Lifestyle Medicine, 2(1), 30–36.
- National Center for Health Statistics. (2000). Pediatric growth charts. Retrieved April 17, 2005, from http://www.cdc.gov.growth charts.
- National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. (1996). Update on the Task Force Report [1987] on high blood pressure in children and adolescents: A working group report from the National High Blood Pressure Education Program. Bethesda, MD: NIH pub. no. 96-3790.
- Ridling, D. A., & Kroon, L. (2009). Comparing three methods of assessing peripheral perfusion in critically ill children. Pediatric Nursing, 35(1), 11–15.
- Seidel, H., Ball, J., Dains, J., Flynn, J., Solomon, B., & Stewart, R. (2011). Mosby’s guide to physical examination (7th ed.). St. Louis, Mo: Mosby.
- Sganga, A., Wallace, R., Kiehl, E., Irving, T., & Witter, L. (2000). A comparison of four methods of normal newborn temperature measurement. American Journal of Maternal Child Nursing, 25(2), 76–79.
- Sothern, M. (2008). Obesity prevention in children: Physical activity and nutrition. Nutrition, 20(7), 704–708.
- U.S. Department of Agriculture Food and Nutrition Service. (2005). Food Guide Pyramid for Kids. U.S. Department of Agriculture, Author.

თავი 9

ინფექციური დაავადებები

ამ თავში განხილულია:

- ინფექციური დაავადების გადაცემის გზები;
- ბავშვის განვითარების გავლენა ინფექციურ დაავადებაზე;
- ყოველდღიური მოვლისა და სკოლის პირობების გავლენა ინფექციური დაავადებების სიხშირეზე;
- საერთო ინფექციური დაავადებების ეტიოლოგია, კლინიკური გამოვლინებები, მკურნალობა და საექთნო მართვა;
- ღონისძიებები ბავშვებში ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკისათვის, იმუნიზაციის ჩათვლით;
- იმ ოჯახების საგანმანათლებლო საჭიროებების იდენტიფიცირება, რომელთა შვილს აქვს ინფექციური დაავადება;
- კანონებისა და მათთან დაკავშირებული პოლიტიკის აღსრულების მნიშვნელობა ინფექციური დაავადებებისა და იმუნიზაციის ჩათვლით.

ანტიბიოტიკოთერაპიისა და ვაქცინაციის დამკვიდრებამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ინფექციური დაავადებით ავადობა და შესაბამისად სიკვდილიანობა, რომელიც ასოცირდებოდა ყველაზე კომუნიკაბელურ ინფექციურ დაავადებებთან, პრაქტიკულად ყველა ინდუსტრიულ ქვეყანაში. ინფექციური დაავადების პრევენცია, ავადობა და მათგან გამოწვეული სიკვდილი, მათ შორის, რომელთა პრევენციაც ვაქცინაციით ხდება, ჯანდაცვის ძირითადი მიზანია სიცოცხლის ყველა დონეზე.

ჩვილობიდან მოზრდილობამდე ბავშვებზე ზეგავლენას უამრავი ინფექციური აგენტი ახდენს. ინფექციური დაავადება არის ყველა სახის დაავადება, რომელიც ადამიანის ორგანიზმში მიკროორგანიზმების შეჭრითა და გამრავლებითაა გამოწვეული. ის შეიძლება იყოს ან არ იყოს გადამდები. გადამდები დაავადება დაავადებაა, გამოწვეული ინფექციური აგენტით, რომელიც გადაეცემა პირიდან პირს პირდაპირი თუ ირიბი კონტაქტის შედეგად, ვექტორის ან ჰაერწვეთოვანი გზის საშუალებით. ინფექციური დაავადებები ყველაზე ხშირია ჩვილობის, ბავშვობისა და მოზარდობის პერიოდში. ამ თავის სპეციფიკიდან გამომდინარე ტერმინი „ინფექციური დაავადებები“ ხშირად იქნება გამოყენებული. სიცოცხლის პირველ წელს ბავშვები რომლებიც დადიან ბაღში ან ცხოვრობენ დიდ ოჯახებში ხშირად მოავადენი არიან. აქ შედის როგორც რესპირატორული, ასევე გასტროინტერსტინალური ტრაქტის ინფექციები. ინფექციური დაავადების უმრავლესობა არ არის სიცოცხლისათვის საშიში, თუმცა ზო-

გიერთმა მათგანმა შეიძლება სიცოცხლის უნარიანობის შეზღუდვა და სიკვდილიც კი გამოიწვიოს.

ამ დაავადების უმრავლესობის პრევენციაა შესაძლებელია იმუნიზაციის ან ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პრაქტიკის გაძლიერებით, რაც საბოლოო ჯამში, ხელს უშლის გარკვეული პათოგენების ზემოქმედებას ორგანიზმზე. ექთნები განსაკუთრებულ როლს თამაშობენ როგორც ბავშვების, ისე მათი მომვლელების ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და განათლებაში. ინფორმაციის მიწოდება დაავადების განვითარების ეტაპებზე და მოსალოდნელ ქცევებზე, ასევე ექთნების მიერ დაავადების სტადიების ცოდნა, ხელს უწყობს მათ, უფრო ეფექტურად ებრძოლონ დაავადებას და დაეხმარონ ბავშვებს. ამ თავში განვიხილავთ იმ ინფექციურ დაავადებებს, რომელიც ხშირად გვხვდება ბავშვობისა და მოზარდობის პერიოდში, სპეციფიური ასაკიდან გამომდინარე რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით. იქნება მსჯელობა იმუნიზაციის გზამკვლევებზე. ასევე განხილულია რისკის შესამცირებელი ღონისძიებები იმ კონტინგენტთან, რომლის ვაქცინაციას ვერ ვახდენთ.

ანატომია და ფიზიოლოგია

ბავშვებს მოზრდილებთან შედარებით ინფექციური დაავადებებით ავადობის უფრო მაღალი სიხშირე აქვთ, რადგან უმწიფარია იმუნური და ბიოლოგიური სისტემები. დედისგან გადაცემული ანტისხეულების ტიტრი ასაკის მატებასთან და განვითარებასთან ერთად კლებულობს. ბავშვს ასაკის მატებასთან ერთად უძლიერდება იმუნური სისტემა დაავადებების გადატანის და იმუნიზაციის შედეგად. იმის გამო, რომ პატარა ბავშვებს არ შეუძლიათ თავისი შეგრძნებების ვერბალიზაცია (მაგ., – თავს ცუდად ვგრძნობ), დაავადება შეიძლება უკვე ჰქონდეთ, სანამ მოხდება მისი დეტექცია. ამიტომ დაინფიცირებულმა ბავშვმა შეიძლება დააავადოს ბაღში ან სკოლაში სხვა ბავშვები, დაავადების სიმპტომების გამოვლენამდე. ასეთ დაწესებულებებში ინფექციური დაავადებები გადაეცემა ერთი ბავშვიდან მეორეს სხვადასხვა ნივთებზე შეხების შედეგადაც.

ინფექციური დაავადების გამომწვევია ***პათოგენები*** (დაავადების გამომწვევი მიკროორგანიზმები), რომელიც იჭრება ადამიანის ორგანიზმში. როდესაც მოხდება მათი ორგანიზმში შეჭრა ისინი მრავლდება და იწვევს სხვადასხვა სიმპტომებისა და დაავადების სტადიების გამოვლენას. დაავადების სიმძიმის გამოვლენა დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე, რომელიც თავის მხრივ დამოკიდებულია მიკროორგანიზმებზე, გადაცემის გზაზე, პათოგენების კონცენტრაციასა და გარემო ფაქტორებზე. ინფექციური მიკროორგანიზმები ან პათოგენები არის ვირუსი, ბაქტერია, სოკო და პარაზიტები. დაავადება შეიძლება მანიფესტირდეს უჯრედების ლოკალური დაზიანებით, ტოქსინების სეკრეციით ან ანტიგენ-ანტისხეულების რეაქციით.

დაავადების გავრცელება დამოკიდებულია ექვს ფაქტორზე, რომელსაც ინფექციის ჯაჭვი ეწოდება (სურათი 9-1). ეს ფაქტორები მოიცავს ინფექციის აგენტებს, რეზერვუარს, გასასვლელს, გადაცემის გზას, შეღწევის ადგილსა და მასპინძელ ორგანიზმს.

1. ***ინფექციური აგენტი:*** სპეციფიური პათოგენი წარმოდგენილი უნდა იყოს გარკვეული რაოდენობით, რომ გამოიწვიოს დაავადება. ზოგ ორგანიზმს აქვს მაღალი ***ვირულენტობა*** (მიკროორგანიზმების ხარისხი ან ძალა, რომ გამოიწვიოს დაავადება) ვიდრე სხვა ორგანიზმებს და შეუძლია უფრო მეტი ზიანის მომტანი იყოს, ბავშვის ასაკიდან და იმუნური სისტემიდან გამომდინარე.

2. ***რეზერვუარი:*** ეს არის ადგილი სადაც პათოგენი გამრავლების გარეშე ინარჩუნებს სიცოცხლისუნარიანობას. რეზერვუარი შეიძლება იყოს ცოცხალი ორგანიზმი, ისეთი როგორიც ადამიანი, ცხოველი ან მწერები და უსულო საგნები, როგორიცაა წყალი, მიწა და სხვა გარემოს სახეობები და სამედიცინო აღჭურვილობა (ინტრავენური ხსნარები და შარდის მიმღებები).

3. ***რეზერვუარიდან გასასვლელი:*** პათოგენებმა შეიძლება დატოვოს რეზერვუარი სისხლის ან სხეულის სხვა სეკრეტების მეშვეობით ისეთები როგორიცაა: შარდი, რესპირატორული სეკრეტი და ნერწყვი.

4. ***ინფექციის გავრცელების ტიპები:*** პათოგენები ვრცელდება ადამიანების პირდაპირი კონტაქტით ნერწყვის მეშვეობით, რესპირატორული ტრაქტის სეკრეტის გამოფრქვევის მეშვეობით, სხეულის კონტაქტით, სისხლით, შარდის, გასტროინტერსტინალური და სასქესო სისტემის გამონაყოფი სითხეების მეშვეობით. პათოგენები ასევე შეიძლება გავრცელდეს საგნებზე კონტამინირებული წყლის ან საკვების მეშვეობით ან ვექტორებით (ცხოველები ან მწერები რომელსაც გადააქვს ინფექციური ორგანიზმები ერთი პატრონიდან მეორეზე).

5. ***რეზერვუარში შესასვლელი:*** პათოგენებმა შეიძლება შეაღწიოს სხეულში რესპირატორული ტრაქტის, გასტროინტერსტინალური, საშარდე სისტემის, კანისა და ლორწოვანი გარსის, პლაცენტის მეშვეობით.

6. ***მასპინძელი ორგანიზმი:*** პათოგენი იწვევს დაავადებას მაშინ, როდესაც ინდივიდს უქვეითდება იმუნური პასუხი ამ სპეციფიურ ორგანიზმზე ან როდესაც იმუნური სისტემა არ ფუნქციონირებს.

სხვა ფაქტორები, რომელიც ხელს უწყობს დაავადების განვითარებას, არის: (1) გამომწვევის გადარჩენის უნარი გარემო პირობების ზემოქმედების მიუხედავად. (2) უსიმპტომო მდგომარეობა ან მტარებლობა; და (3) პათოგენების დოზა. რაც შეეხება პირველ ფაქტორს ბევრი ორგანიზმი რჩება ცხოველქმედებით რამდენიმე საათიდან, რამდენიმე კვირის განმავლობაში სხვადსხვა საგნის ზედაპირზე, ისეთი როგორიცაა სათამაშო ან მაგიდის ზედაპირები საბავშვო ბაღებში. თამაშის დროს ბავშვების ხელების ან სათამაშოებს პირში მოთავსებით იზრდება ინფიცირების საფრთხე, თუ გარემო არ არის შესაბამისად დასუფთავებული. მაგ., A ჰეპატიტი, როტავირუსი და ა.შ.



სურათი 9-1. როგორ ხვდება ინფექციური აგენტი მასპინძლის ორგანიზმში[7]

რაც შეეხება მეორე ფაქტორს, ბევრი ბავშვი შეიძლება იყოს ასიმპტომური, მაგრამ შესწევდეთ უნარი, მოახდინონ პათოგენის ტრანსმისია იქამდე, სანამ გახდებიან ავად. მაგალითად, ბაშვები რომლებიც დაავადებულები არიან varicella ვირუსით, რომელიც იწვევს ჩუტყვავილას. გამონაყარის გაჩენამდე ერთი დღით ადრე არ აქვთ გამონაყარის არავითარი ელემენტი თუმცა არიან დაავადებულები და არიან კონტაგიოზურები. სხვები შეიძლება იყვნენ ***მატარებლები*** (პირი, რომელიც ავრცელებს და აფრქვევს ორგანიზმს სხვებზე დაავადების სიმპტომების გამოვლინების გარეშე).

ხოლო რაც შეეხება მესამე ფაქტორს მონაწილეობის მიღება დაავადების განვითარებაში (პათოგენის დოზა), პათოგენების კონცენტრაცია ბიოლოგიურ სითხეში ან სისხლში განსაზღვრავს მოხდება თუ არა დასნებოვნება ერთჯერადი კონტაქტის შემდეგ.

ინფექციის განვითარების სტადიები და რისკები

მას შემდეგ, რაც ბავშვი გაივლის განვითარების თითოეულ ეტაპს, იგი ხდება მგრძნობიარე გარკვეული ორგანიზმების მიმართ, მისი ფიზიოლოგიური და ფსიქოსოციალური ცვლილებების გამო, რომელიც წარმოიქმნება ცხოვრების გარკვეულ ეტაპებზე. ყველა ეტაპზე ბავშვები ცალსახად იმყოფებიან გარკვეული ინფექციების რისკის ქვეშ, დაწყებული მუცლადყოფნის პერიოდიდან დამთავრებული ზრდასრულ ასაკამდე.

ჩვილი ასაკის ბავშვები

პრენატალური განვითარების დროს ნაყოფი ძალიან მგრძნობიარეა დედის ინფექციური დაავადებების მიმართ, რომელიც პოტენციურად მისი სიცოცხლისათვის საშიშია. პროცესს, რომლის დროსაც ერთი თაობიდან მეორე თაობაზე ხდება დაავადების გადაცემა ეწოდება ვერტიკალური ტრანსმისია. ის შეიძლება მოხდეს პლაცენტის მეშვეობით, როდესაც ბავშვი იმყოფება საშვილოსნოში მშობიარობის დასასრულამდე ან მშობიარობის შემდეგ ძუძუთი კვების დროს. ამ პერიოდში გადაცემულ ინფექციებს შერისაა წითურა, ჰერპესი, B და C ჰეპატიტი და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (HIV). ახალშობილები მგრძნობიარენი არიან ისეთი ბაქტერიული ინფექციების მიმართ როგორიცაა: Staphylococci ან Escherichia coli, რომელიც მოზრდილ ბავშვებსა და მოზრდილებში განეკუთვნება ნორმალური ფლორის ნაწილს.

[7] http://bit.ly/2PXURcP

როდესაც ჩვილი ბავშვი იწყებს ზრდას, განვითარებას და ხდება უფრო მობილური, კონტაქტში შედის სხვადასხვა პიროვნებებთან, საგნებთან, ზედაპირებთან, რომელსაც აქვს სხვადასხვა დაავადების გამოწვევის პოტენციალი. პოტენციურად პათოგენური ორგანიზმების გავრცელება შეიძლება მოხდეს რესპირატორული ტრაქტის მეშვეობით წვეთოვანი გზით: ცემინების, ხველისა და ლაპარაკის დროს. თუ მომვლელი უგულებელყოფს ხელების ხშირ დაბანას, მათ შეუძლიათ გადასცენ ეს პათოგენური ორგანიზმები ბავშვს თავიანთი ხელებიდან, ბავშვის ცხვირის ან პირის მეშვეობით, პამპერსის გამოცვლის დროს, ფეკალურ-ორალური გზით. ხელ-პირიდან გადასული ინფექცია წარმოადგენს გადაცემის კიდევ ერთ წყაროს. მოზრდილი ადამიანის ჩვევა ჩვილის ხელებზე კოცნა არის ინფექციის გავრცელების პოტენციური წყარო ჩვილებისთვის, რომლებიც შემდეგ იდებენ დაბინძურებულ თითებს პირში. ზოგადად, ის ბავშვები რომლებიც იდებენ დაბინძურებულ საგნებს პირში ხდებიან ავად. ეს საგნები ხდება ინფექციის პოტენციური წყაროები სხვა ბავშვებისთვისაც, რომლებიც იმყოფებიან ამ გარემოში. (სურათი 9-2). ჩვილები ყველაზე მეტად მგრძნობიარენი არიან რესპირაციული და ინტერალური ვირუსების მიმართ. ამის გამო ისინი იმყოფებიან მეტაბოლური პრობლემების რისკის ქვეშ ცხელების, სითხისა და საკვების მიღების შემცირების, დიარეისა და დეჰიდრატაციის გამო.



სურათი 9-2. ჩვილები სწავლობენ ხელისა და პირის ღრუს შესწავლით

1-3 წლის[8] და სკოლამდელი ასაკის ბავშვები

1-3 წელი არის დაკვირვების და განვითარების წლები. ამ ასაკის ბავშვთა უმეტესობა სწავლობს ტუალეტის მოხმარებას. იმის გამო რომ ისინი ჯერ არიან სწავლის სტადიაში შეიძლება ჰქონდეთ ხელის დაბანის პრობლემა და სწორედ ამიტომ უვითარდებათ დაავადებები, რომლებიც გადამცემია ფეკალურ-ორალური გზით. ამ რისკს ემატება ის ბავშვებიც, რომლებიც ბაღებში კიდევ სარგებლობენ პამპერსებით. 1-3 წლის და სკოლამდელი ასაკის ბავშვები იდებენ სხვადსხვა საგნებს პირში. ძალიან ძნელია ინფექციის ჯაჭვის გაწყვეტა როცა სანიტარული ნორმების დაცვა სუსტია.

[8] იგულისხმება თოდლერობის პერიოდი.

ზოგიერთი 1-3 წლისა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვები თამაშობენ ისეთ ადგილებში სადაც ხვდებიან მცირე ზომის ცხოველები, როგორიცაა ძაღლი ან კატა. ამ ადგილებშია რისკი იმისა, რომ ისინი ან დაკაწრული ან დაკბენილნი იყვნენ ამ ცხოველებით. ორგანიზმს, რომელიც ბინადრობს ამ ცხოველის ნერწყვში ან მათ სხეულზე, შეუძლია გამოიწვიოს ამ ბავშვის დასნებოვნება კბენის ან დაკაწვრის შედეგად. დაინფიცირებულ ცხოველთან თამაშმა შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა დერმატოფიტი (ringworm of the body, კატის ნაკაწრის ცხელება).

სკოლის ასაკის ბავშვებში აღწერილი დაავადებებიც შეიძლება შეგვხვდეს 1-3 წლისა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებთან.

სკოლის ასაკის ბავშვები

სკოლის ასაკი ინფექციის თავშეყრისა და გავრცელების შესანიშნავი ადგილია. ზოგიერთი ბავშვის ჰიგიენის დაცვის უნარი, ისეთი, როგორიცაა ხელის დაბანა ჭამის წინ და ტუალეტით სარგებლობის შემდეგ, ძალიან სუსტადაა განვითარებული. ზოგიერთ სკოლაში მკაცრადაა დაცული ხელის დაბანის წესები; ამიტომ ბავშვებს არ ეძლევათ საშუალება დაიბანონ ხელი მაშინ, როცა მათ ამის სურვილი აქვთ. ერთი და იმავე სქესის წარმომადგენლებთან ახლო მეგობრობის გამო ამ ასაკის ბავშვებში ხშირია ტანსაცმლის, ნივთების, საკვებისა და სათამაშოების გაცვლა. ბავშვებმა შეიძლება ღამე გაატარონ ერთმანეთის სახლში ან ბანაკებში. გაცვალონ, როგორც საწოლები და თეთრეული, ასევე პერსონალური ნივთები მაგ., სავარცხელი იწვევს ისეთი დაავადებების გავრცელებას, როგორიცაა პემფიგუსი, ტილები, ბღერი და სხვა (tinea corporis, tinea capitis).

ამ ასაკობრივ ჯგუფში პნევმონიის ძირითადი გამომწვევია Mycoplasma Pneumoniae, რომელიც შეიძლება აღმოვაჩინოთ იქ, სადაც ბავშვების თავშეყრის ადგილია. ინფექცია ძალიან კონტაგიოზურია და იწვევს დაავადებას დაწყებული ტრაქეისა და ბრონქების ინფილტრაციით დასრულებული პნევმონიით. გავრცელება ხდება მაშინ, როდესაც ბავშვი ხველების ან ცემინების დროს იფარებს პირზე ხელს და შემდგომში არ იბანს მას. რიგით მეორე ყველაზე ხშირი დაავადება ამ ასაკობრივ ჯგუფში მეხუთე დაავადებაა, რომელსაც დამახასიათებელი გამონაყარი და მაღალი კონტაგიოზურობა აქვს. დაავადების გამომწვევია პარვოვირუს B19. იმ დროისთვის, როცა გამონაყარი გავრცელდება, ბავშვები აღარ არიან კონტაგიოზურები, მაგრამ ამ დაავადების ეპიდემიოლოგიური ბუნება და გამონაყარის უნიკალურობა მომვლელს შეშფოთების საბაბს აძლევს.

მოზრდილი ასაკი

მოზარდობაში ვითარდება უნიკალური ცვლილებები ინფექციური დაავადებების გავრცელების კუთხით. მოზარდობის პერიოდი ეს არის პერიოდი ჯანმრთელი სტადიიდან დაწყებული, რომელიც გადადის ინდივიდუალურ ავადობაში, რაც დაკავშირებულია სპორტთან, მცირე მწვავე დაავადებებთან, სექსუალურ დაავადებებთან, სექსუალური გზით გადამდებ დაავადებებთან ან ორსულობასთან. ამ პერიოდში ექიმთან ვიზიტების დროს ოჯახის ექიმმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს მოზარდთა იმუნიზაციის ჯერადობაზე. წითელა, წითურა, ყბაყურა და B ჰეპატიტის სიხშირე მატულობს მოზრდილობის,

13-დან 15 წლის, ასაკში. თუმცა ზრდასრული ადამიანის დაახლოვებით 15% არ არის დაცული B ჰეპატიტისგან, რომელიც შეიძლება სექსუალური კონტაქტით გადავიდეს. სექსუალური აქტიურობის მატებასან ერთად მატულობს სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების რიცხვი. ასავე დაავადების გავრცელების მაღალ რისკ ჯგუფს მიეკუთვნებიან ნარკო მომხმარებლები, აქტიური ჰეტეროსექსუალები და ჰომოსექსუალი მამაკაცები.

ბევრ მოზრდილს არ სჯერა, რომ ისინი ინფიცირების ან დაორსულების რისკის ქვეშ არიან. მოზარდთა უმრავლესობა, რომელთაც აქვთ სექსუალური კავშირი, არ იცავენ თავს სექსუალურად გადამდები დაავადებებისგან ან ორსულობისგან; ამიტომ სექსუალური აქტიურობის ადრეული დაწყება სხვადასხვა პარტნიორთან და მათი ხშირი ცვლა, ზრდის დაავადების რისკს. სექსუალური აქტის დროს შეიძლება გაჩნდეს ნახეთქები, როგორც საშოს ასევე ანუსის ლორწოვანზე, რაც ორგანიზმში პათოგენური ორგანიზმების შესასვლელს ქმნის.

დაუცველი სექსუალური აქტი და საინექციო მედიკამენტების მოხმარება დალინკულია სექსუალურად გადამდებ დაავადებებთან. მოზრდილები, რომლებიც ამ მაღალი რისკის ჯგუფში შედიან არიან არა მარტო სექსუალურად გადამდები დაავადების, არამედ ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (HIV) დაავადების რისკის ქვეშ. მატულობს იმ მოზარდების რაოდენობა, რომლებიც ახლად დაინფიცირებულები არიან HIV ვირუსით.

მოზარდობამდელი და მოზარდი ბავშვები უნდა იქნენ გასინჯული მარტო, მათი მშობლების გარეშე და ინტერვიუს დროს უნდა იქნეს შეფასებული მათი ცოდნა დაავადების გადაცემის გზებზე, განსაკუთრებით სექსუალურად გადამდებ დაავადებებზე. მოზრდილები შეიძლება გაკვირვებულები იყვნენ მათ სხეულში მიმდინარე ცვლილებებით, რომელიც შეიძლება იყოს ან არ იყოს დაკავშირებული ინფექციურ დაავადებებთან. ექთანმა შეიძლება შეაფასოს არის თუ არა მოზარდი სექსუალურად აქტიური და რამდენად უქმნის ახალგაზრდას მისი უნარ-ჩვევები სექსუალურად გადამდები დაავადებებით დაინფიცირების რისკს.

ინფექციური დაავადებები საბავშვო ბაღებსა და სკოლებში

ბევრი 5 წლამდე ასაკის ბავშვი დადის საბავშვო ბაღში. ისინი მომატებული ანტიმიკრობული რეზისტენტული ორგანიზმებისა და ინფექციური დაავადებების რისკის ჯგუფში არიან. რამდენიმე ფაქტორი საბავშვო ბაღებით მოსარგებლე ბავშვების ინფექციური დაავადებით ავადობას იწვევს:

- მომვლელის იმუნიზაციის სტატუსი და პერსონალური ჰიგიენა;
- ბავშვის იმუნიზაციის სტატუსი და პერსონალური ჰიგიენა;
- გარემოს სანიტარული მდგომარეობა;
- ტუალეტით სარგებლობისა და პამპერსის გამოცვლის სპეციფიური პროცედურები;
- საკვების დარიგებისა და მომზადების პროცედურები;
- მომვლელისა და ბავშვის თანაფარდობა;
- შენობის ხარისხი და ფართი;

- პოტენციურად ინფექციური დაავადების მქონე ბავშვის აღმოჩენის კრიტერიუმები;
- მშობლებთან კომუნიკაციის კარგი მეთოდები;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვალიფიციურ პროფესიონალებთან კონტაქტი.

ოჯახის განათლება

ექთანმა შეიძლება გავლენა იქონიოს მშობლების გადაწყვეტილებაზე, რომლებიც განიხილავენ თავიანთი შვილების მიყვანას ბაღში ან სკოლამდელი მოვლის დაწესებულებაში. მშობლებმა ზუსტად უნდა იცოდნენ, როგორია ასეთი დაწესებულების ოპტიმალური მოვლის პირობები, რადგან ეს პროცესი დაკავშირებულია მათი შვილის ჯანმრთელობასთან. ერთი თემა ეხება დაწესებულების პოლიტიკას ავადმყოფობასთან მიმართებით. შეუძლია თუ არა დაწესებულებამ დაიტოვოს 38,3^0 C-იანი ბავშვი? ცხელების გასვლიდან რამდენ დღეში შეუძლია ბავშვს მივიდეს ბაღში? რა არის დაწესებულების პროტოკოლი თუ ბავშვს აქვს შეწითლებული და ცრემლიანი თვალი? ბევრი დაწესებულება მშობელს ხელს აწერინებს ავადობის პოლისზე. ზოგ პროგრამას აქვს მცირე ავადობის მქონე ბავშვების მოვლის საშუალება. მშობელს უფლება აქვს დაათვალიეროს ის ადგილი სადაც ხდება ბავშვისათვის საფენის გამოცვლა. ის ბავშვები, რომლებიც დამოუკიდებლად დადიან საჭირო ოთახში, არიან თუ არა გამოყოფილი მათგან ვინც ჯერ კიდევ ხმარობს პამპერსს? ხშირად ბანენ თუ არა ბავშვებს ხელებს? როდესაც მომსახურე პერსონალის რაოდენობა სავალდებულოზე ნაკლებია, შესაძლებელია, ხელის დაბანა არ იყოს ინტენსიური. როგორ ხდება საკვების მომზადება? საკვების მოსამზადებელი არე ცალკე მდებარეობს თუ არა საფენების გამოსაცვლელი სივრციდან? ექთანი შეიძლება დაეხმაროს მშობელს იმ კითხვების შემუშავებაში, რომლითაც მშობელი შეარჩევს ბავშვის მოვლის დაწესებულებას.

ასევე ის ექთნები, რომლებიც მუშაობენ ბაღებსა და სკოლამდელი მოვლის დაწესებულებებში წარმოადგენენ საგანმანათლებლო რესურსს დაწესებულების თანამშრომლებისათვის ძირითადი დაავადებების პრევენციისა და სხვადასხვა დაავადების აფეთქებების მართვის კუთხით. სპეციალური მასალებისა და დამატებითი წყაროების მიწოდება მასწავლებლებისა და მომვლელებისთვის ხელს უწყობს დაავადების გარშემო ატეხილი აჟიოტაჟის შემცირებას.

ბავშვები, რომლებიც დღის ძირითად ნაწილს ატარებენ ასეთი ტიპის დაწესებულებებში, იმყოფებიან რესპირატორული და ენტერული ტრაქტის პათოგენების ზემოქმედების ქვეშ. ჰიგიენური პირობების დაცვა და სწორი იმუნიზაცია შესაბამის დაწესებულებებში ინფექციის კონტროლის დაცვის აუცილებელი ფაქტორია.

ბევრ ასეთ დაწესებულებას, მიუხედავად იმისა, სადაა განთავსებული სახლში, ლიცენზირებულ ცენტრებსა თუ სკოლებში, აქვს დაავადებული ბავშვის დაშვების პოლისები. ბავშვებს, რომლებსაც აქვთ სიცხე, დიარეა, გაღიზიანებადობა, გამონაყარი, პირის ლორწოვანის ნახეთქები და კონიუქტივიტი არ დაიშვებიან დაწესებულებაში მანამ სანამ დაავადება არ იქნება ნამკურნალები ან მორჩენილი. სხვა დაავადებები ტუბერკულოზის ჩათვლით, მუნი, თავის ტილი, ჰეპატიტი A, სტრეპტოკოკული ფარინგიტი, იმპეტიგო, ვარიცელა, წითელა, წითურა და ყივანახველა საჭიროებს სპეციფიკურ მკურნალობას და დროს, როდესაც იგი არაინფექციური გახდება. ამ ბავშვების უმრავლესობას ესაჭი-

როება ექიმის დადასტურება, რომ ისინი აღარ არიან კონტაგიოზურები, სანამ დაბრუნდებიან ბაღში ან სკოლამდელ დაწესებულებაში.

იმუნიზაცია

იმუნიზაცია არის მნიშვნელოვანი ნაწილი ყველა ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვისა და დაავადებათა პრევენციისთვის. დაავადების საწინააღმდეგო ვაქცინა მომზადებულია მიკროორგანიზმიდან ან გენეტიკურად შექმნილი ანტიგენისგან, რომელიც შეჰყავთ ორგანიზმში იმუნური პასუხის გამოსამუშავებლად. ტერმინი იმუნიზაცია ყოველთვის ვაქცინის ურთიერთშეუცვლელია. ვაქცინების უმრავლესობა კეთდება ინექციით, თუმცა ზოგი ვაქცინის ორგანიზმში შეყვანა ხდება ორალური და/ან აეროზოლის სახით.

იმუნიზაციის კალენდარი

იმუნიზაციის კალენდარი იცვლება გარკვეული პერიოდულობით, რაც განპირობებულია ახალი ვაქცინების შემოსვლით ბაზარზე. ზოგადად, ბავშვთა ასაკის იმუნიზაციის კალენდარს განსაზღვრავს იმუნიზაციის პრაქტიკის საკონსულტაციო კომიტეტის (ACIP), დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (CDC), ამერიკის პედიატრთა აკადემიისა (AAP) და ოჯახის ექიმთა ამერიკული აკადემიის (AAFP) კონსენსუსი. ამჟამინდელი რეკომენდაცია ბავშვების იმუნიზაციისა მოწოდებულია.

აუცილებელია, რომ ექთანმა, რომელიც მუშაობს იმ ოჯახთან რომელშიც ჰყავთ ბავშვი, იცოდეს იმუნიზაციის კალენდარი და ჰქონდეს მასთან დაკავშირებულ კვლევებზე ინფორმაცია, რათა ადვილად უპასუხოს შეკითხვებს, რომელიც შეიძლება ჰქონდეს მშობელს ვაქცინაციასთან დაკავშირებით. ექთნებმა უნდა შეაფასონ იმუნიზაციის სტატუსი ყველა შესაძლებლობისას, როდესაც ბავშვი ხვდება ჯანდაცვის სისტემაში, რომ იმუნიზაციის სტატუსი იყოს აქტუალური. მშობელთა უმრავლესობამ იცის იმუნიზაციის მნიშვნელობის შესახებ, მაგრამ ხვდებიან რა ისეთ კლინიკებში სადაც დიდი რიგებია, ან იმუნიზაცია დაკავშირებულია ფინანსურ ხარჯებთან ექმნებათ ბარიერი გეგმიური იმუნიზაციის ჩასატარებლად. ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა დაავადება, მომვლელის მობილურობა, ენის ბარიერი და მშობლის განათლების დეფიციტი იმუნიზაციის მნიშვნელობის შესახებ და ასევე იმუნიზაციის ჩანაწერის არასრულფასოვნად წარმოება. კლინიკური პერსონალი რომელიც ახსენებს ოჯახს იმუნიზაციის თარიღის შესახებ, მკაცრად უნდა იცავდეს იმუნიზაციის გზამკვლევებს.

როდესაც ბავშვი მიიღებს ვაქცინის ერთ ან ორ დოზას და არ მიიღებს ვაქცინაციის სრულ რეკომენდირებულ რაოდენობას, არ არის ვაქცინაციის თავიდან დაწყების აუცილებლობა. შესაბამისად მხოლოდ გამოტოვებული დოზა უნდა იქნეს ანაზღაურებული იმ კალენდრის შესაბამისად, რომელიც შექმნილია 1 წლის ასაკზე უფროსი აუცრელი ბავშვებისათვის (ცხრილი 9-2). ექთნები ეხმარებიან ოჯახს, შეადგინონ შესაბამისი განრიგი ჩატარებული ვაქცინაციის გათვალისწინებით. ის, ვინც აკეთებს ვაქცინაციას რუტინულად, ხელთ უნდა ჰქონდეს შესაბამისი ვაქცინის უახლესი რეფერენსები.

ბევრ პრაქტიკოს ექიმს აქვს თავისი რეკომენდაციის ვარიანტები, რათა თავიდან იქნეს აცილებული იმუნიზაციის კალენდრის ჩაგდება. მომვლელთან დაკავშირებული და პროვაიდერ-გადამოწმებული მეთოდების კომბინაცია არის იმუნიზაციის სტატუსის

გაზომვის ოქროს სტანდარტი. მომვლელს სთხოვენ მოახდინოს იმ პირების იდენტიფიცირება, ვინც ჩაატარა ვაქცინაცია და მოახდინოს მათი ვალიდაცია. ყველა იმუნიზაციის ჩანაწერი თავმოყრილია ერთ დოკუმენტში. ასლი ეძლევა მშობლებს ხელზე. საბოლოო მიზანი არის ყველა ბავშვისთვის კომპიუტერზე დაფუძნებული იმუნიზაციის რეესტრების წარმოება.

2019 წლიდან საქართველოში აუცილებელი მოთხოვნაა, რომ ბავშვი ბაღში ან სკოლაში შეყვანამდე იქნას სრულად იმუნიზირებული. სახელმწიფო იმუნიზაციის მოთხოვნები შეიძლება მიღებულ იქნეს სახელმწიფო და ადგილობრივი ჯანმრთელობის განყოფილებებისაგან. რადგან გარკვეული მოთხოვნები საწყისი დონისათვის განსხვავებულია, აუცილებელია, ექთნები გაეცნონ იმუნიზაციის სახელმწიფოს მოთხოვნებს, რომელსაც ისინი ახორციელებენ პრაქტიკაში.

ცხრილი 9-2. 0-დან 15 წლამდე იმუნიზაციის კალენდარი

ასაკი ვაქცინა	0-12 საათი (hour)	0-5 დღე (day)	2 თვე (month)	3 თვე(month)	4 თვე(month)	12 თვე(month)	18 თვე (month)	5 წელი (year)	14 წელი (year)
B ჰეპატიტი (ჰეპB /Hep B)	X								
ბცჟ (BCG)		X							
დყტ+B ჰეპ+ჰიბ+იპვ (ჰექსა/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 (დყტ/DPT)							X		
პოლიომიელიტის ორალური ვაქცინა (ოპვ/OPV)*							X	X	
დიფთერია-ტეტანუსი (DT)								X	
ტეტანუსი-დიფთერია (Td)									X

კომბინირებული ვაქცინაცია

იმის გამო, რომ ერთი ვიზიტისას ბავშვს შეიძლება დასჭირდეს რამდენიმე ინექციის გაკეთება, ფარმაცევტულმა კომპანიებმა მოახერხეს რამდენიმე ვაქცინის კომბინირება ერთ დოზაში. დიფტერია-ყივენახველა-ტეტანუსის ვაქცინა არის კომბინირებული ვაქცინის მაგალითი. ამჟამინდელი ვაქცინა (DTaP) შეიცავს არაუჯრედულ ყივანახველას, რომელიც არ იწვევს იმ გართულებებს რომელსაც უჯრედოვანი ყივანახველას ვაქცინა. სხვა მაგალითია წითელა-წითურა-ყბაყურას ვაქცინა (MMR) და სამვალენტანი ინაქტივი-

რებული პოლიო ვაქცინა (IPV). ახალ კომბინირებულ ვაქცინებს, რომლებიც ხელმისაწვდომია ამ ეტაპზე მიეკუთვნება B ჰეპატიტის ვაქცინა (HepB) და Hemophilis influenza B (Hib); ტეტანუსის ანატოქსინი (T) და Hemophilis influenza B (Hib); დიფტერია, ტეტანუსის ანატოქსინი და ყივანახველა (DTaP) კომბინირებული B ჰეპატიტთან (HepB) და ინაქტივირებულ პოლიოს ვაქცინასთან (IPV); დიფტერია და ტეტანუსის ანატოქსინს დამატებული ყივანახველას კომბინაცია Hemophilis influenza B (Hib)-სთან და ტეტანუსის ანატოქსინთან (T). კვლევაში ჩართულია კომბინირებული ვაქცინები DTaP, IPV და Hib; DTaP, IPV,Hib და B ჰეპატიტი; წითელა-წითურა-ყივანახველა (MMR) და ვარიცელა (Var); DTaP, IPV; Hib A და B ჰეპატიტი.

ვაქცინების კომბინაციას ზოგჯერ თან სდევს გვერდითი მოვლენები მაგ., ფებრილური გულყრა, რომელიც ასოცირებულია MMRV (MMR და ვარიცელა) კომბინირებულ ვაქცინასთან. ამ რისკებმა გამოიწვია აუცილებლობა, რომ იმუნიზაციის პრაქტიკის საკონსულტაციო კომიტეტმა გამოსცეს ახალი რეკომენდაცია MMRV-ზე. გარდა ამისა, ვაქცინების კომბინაციამ, რომელიც საჭიროებს სხვადსხვა გრაფიკებს, შეიძლება გამოიწვიოს არეულობა განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ნაწარმოებია სხვადასხვა პროვაიდერების მიერ. მიუხედავად ამისა, ვაქცინების კომბინაცია აუმჯობესებს მიმდინარე იმუნიზაციის ფარგლებს, ასევე ახდენს იმ ბავშვების ვაქცინაციის სრულ მოცვას, რომლებიც ჩამორჩებიან სხვადასხვა მიზეზის გამო ვაქცინაციის კალენდარს. იმუნიზაციის მაწარმოებელი პერსონალის ძირითადი მიზანი უნდა იყოს ნემსით მიყენებული ტკივილის შემცირება. მედდებმა უნდა განაახლონ თავიანთი ცოდნა ახალი ვაქცინების გამოსვლასთან ერთად.

ჯანდაცვის სფეროში ექთნები არიან ვაქცინაციის ძირითადი ადმინისტრატორები, შესაბამისად, მათ უნდა იცოდნენ იმუნიზაციის საჭიროება, ვაქცინაციისათვის საინექციო ადგილი, ვაქცინების შენახვის წესები, ზოგიერთი ვაქცინის მოსალოდნელი გართულებები, ვაქცინაციის გართულებების დოკუმენტირება და სპეციფიური ვაქცინების უკუჩვენება.

ვაქცინების შენახვა და მოხმარების უსაფრთხოების წესების დაცვა

ვაქცინების მოხმარებისა და შენახვის უსაფრთხოების წესების დაცვა აქვეითებს არაეფექტურ იმუნიზაციას. ერთი მათგანი მგრძნობიარეა სითბოს მიმართ, მაშინ, როდესაც მეორე არაეფექტური ხდება გაყინვის დროს. შესაბამისი ვაქცინის შენახვისა და მოხმარების შესახებ ინფორმაცია ინახება შეფუთვაში არსებულ ანოტაციაში. იმუნიზაციის პროცესის სწრაფად განვითარების გამო, აუცილებელია, ყველა ვაქცინის მოხმარებამდე გავეცნოთ ანოტაციას. დაავადებათა კონტროლის ცენტრს აქვს სრული ინფორმაცია ქვეყანაში არსებული ვაქცინების მოხმარებისა და შენახვის წესებზე.

ვაქცინაციით დაზარალებული ბავშვების ნაციონალური აქტი

ეს აქტი შემოღებულია 1986 წელს, რათა დამყარებულიყო რეაგირების მექანიზმი ვაქცინაციით დაზარალებული ან გარდაცვლილი პაციენტების მიმართ. ეს არის სისტემა რომელშიც ის ადამიანები, რომლებიც ვაქცინაციის შედეგად დაზარალდნენ ან გარდაიცვალნენ ეძებენ კომპენსაციას. არ უნდა დადასტურდეს დაუდევრობა, რომ პროგ-

რამამ მიმართოს სამოქალაქო სასამართლოს. შესაბამისი აქტის მიხედვით საჭიროა, რომ ყველა ბავშვს ჰქონდეს პერსონალური იმუნიზაციის ისტორია, რომელიც ინახება ბავშვის სამედიცინო ისტორიაში. ეს აქტი ავალდებულებს სამედიცინო პერსონალს ყოველი ვაქცინაციის დროს მოახდინოს შემდეგი ინფორმაციის დაფიქსირება:

- შესაბამისი ვაქცინაციის თარიღი, თვე და წელი;
- რა ვაქცინა გაკეთდა;
- ვაქცინის გამომშვები ქარხანა;
- ვაქცინის ნომერი და ვარგისიანობა;
- შეყვანის მხარე და გზა;
- იმ სამედიცინო პერსონალის სახელი, გვარი და თანამდებობა რომელმაც გააკეთა ვაქცინა.

მშობლები ვალდებულები არიან წაიკითხონ და მოაწერონ ხელი თანხმობის ფურცელს სანამ გაკეთდება ვაქცინაცია. მშობლებს მიეწოდებათ ინფორმაცია როგორც ვერბალურად ასევე წერილობითი სახით. დაწესებულებების უმრავლესობაში სადაც ტარდება იმუნიზაცია წერილობითი თანხმობაა საჭირო. ექთანი უნდა დარწმუნდეს, რომ რა ინფორმაციაც მიაწოდა მშობელს მათთვის გასაგებია. შეიძლება ზოგიერთმა მშობელმა არ შეიმჩნიოს, რომ მათთვის გაუგებარია ვერბალურად ან წერილობით მოწოდებული ინფორმაცია. თუ ექთანი შეატყობს, რომ თანხმობის ფორმაში არსებული ინფორმაცია მშობლისათვის გაუგებარია მან უნდა განუმარტოს მისთვის გასაგებ ენაზე. როდესაც მუშაობთ სახელმწიფო ენის არ მცოდნე ადამიანებთან, ექთანმა უნდა უზრუნველყოს რომ თანხმობის ფურცელი იყოს ამ ადამიანისათვის გასაგებ ენაზე დაწერილი ან მშობელს მიუყვანოს თარჯიმანი.

უსაფრთხოების ნორმები და უკუჩვენებები

მიუხედავად იმისა, რომ იმუნიზაცია ზოგადდ ითვლება უსაფრთხოდ და ეფექტურად, ზოგიერთ ბავშვს აქვს სხვადასხვა სიმძიმის, მსუბუქიდან სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობამდე, გამოვლინებები, მაშინ, როდესაც სხვები არ იღებენ დაავადებისგან მოსალოდნელი დაცვის დონეს. ექთანმა უნდა იცოდეს იმუნიზაციის უკუჩვენების გარკვეული რაოდენობა, რათა ბავშვებმა მიიღონ დაცვა სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებებისგან, რომელის პრევენციაც შესაძლებელია. არსებობს ვაქცინაციის მხოლოდ ორი სერიოზული უკუჩვენება: (1) ვაქცინაზე ან მის შემადგენელ კომპონენტებზე საშიში ანაფილექსიური რეაქცია; (2) DTP/DTaP ვაქცინაციის შემდეგ 7 დღის მანძილზე განვითარებული ენცეფალოპათია. ისეთი საშუალო სიმძიმის დაავადება, როგორიცაა შუა ყურის ანთება, ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია, გაციება და დიარეა არ არის ვაქცინაციის უკუჩვენებები. სიფრთხილის ზომები უნდა იყოს მიღებული, როცა შეგვყავს ცოცხალი ვაქცინა წითელა, წითურა, ყბაყურა და ვარიცელა. მოზარდ გოგონებში უნდა დავრწმუნდეთ რომ ისინი არ არიან ორსულად.

მიუხედავთ იმისა, რომ ვაქცინების უმრავლესობა იძლევა კუმუნიკაბელური ინფექციების პრევენციის საშუალებას, არ შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ყველა ბავშვი იმუ-

ნიზირებული იყო რეკომენდებულ ასაკში. ზოგიერთი ბავშვი ან მოზრდილი შეიძლება დაინფიცირებულია, რომელიმე ვირუსით ან ბაქტერიით ან არ არიან ადექვატურად იმუნიზირებულები ან არ აქვთ ამ ორგანიზმების მიმართ გამომუშავებული შესაფერისი იმუნიტეტი.

საექთნო მართვა

მშობლები ხშირად მიმართავენ ექთნებს კონსულტაციისათვის განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მათი შვილი დაავადებულია ინფექციური დაავადებით. ექთნებს მშობელი ხშირად უსვამს ისეთ შეკითხვას, როგორიცაა: „ჩემი შვილი კონტაქტში იყო ჩუტყვავილასთან, როგორია მისი დაავადების გადადების შანსი? როდის დაემართება?“ ან „ სკოლაში რამდენიმე ბავშვს აქვს მეხუთე დაავადება, აქვს თუ არა საშიშროება ჩემს შვილს მისი გადადების?“ ექთნებმა უნდა იცოდნენ ამ დაავადებების კლინიკური მანიფესტაცია, ეტიოლოგია, სიხშირე და ინკუბაციური პერიოდის ხანგრძლივობა, ისევე როგორც თითოეული დაავადების თერაპიული მართვა. ცხრილში 9.1 წარმოდგენილია ბავშვებში გავრცელებული ყველაზე დამახასიათებელი ინფექციური დაავადებები, მკურნალობის რეკომენდაციები და პრევენცია.

ცხრილი 9.1

დაავადება	კლინიკური გამოვლინება	ეტიოლოგია	სიხშირე/ ინკუბაციური პერიოდი/ კონტროლი	თერაპიული მართვა
ციტომეგა-ლოვირუსი (CMV)	უხშირესად CMV ინფექცია არის ასიმპტომური; ჩვილების უმრავლესობა თანდაყოლილი CMV ინფექციით ასიმპტომურები არიან; თუმცა 5%-ს აქვს დამახასიათებელი ფეტალური დაზიანება (მუცლადყოფნის პერიოდში ზრდაში ჩამორჩენა, სიყვითლე, ჰეპატიტი, ჰეპატოსპლენო-მეგალია; ტვინის დაზიანება, რეტინიტი, პეტექიური გამონაყარი).	CMV მიეკუთვნება ჰერპესიბის ოჯახს. **გადაცემის გზა:** პერსონიდან პერსონაზე პირდაპირი გადაცემა ვირუსის შემცველი სეკრეტის საშუალებით და დედიდან შვილზე გადაცემა დაბადებამდე, დაბადებისას და დაბადების შემდეგ.	**სიხშირე:** **CMV** ინფექცია ვრცელდება მთელს მსოფლიოში. ადამიანების უმრავლესობა ავადდება სანამ მიაღწევენ ზრდასრულ ასაკს. CMV თანდაყოლილი ინფექცია გვხვდება დაბადებულთა 1-2%-ში. **ინკუბაცია:** ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემისას უცნობია.	შეიყვანეთ განციკლოვირი, ანტივირუსული პრეპარატი, რათა ვუმკურნალოთ სიცოცხლისათვის საშიშ CMV -ინფექციას იმუნოსუპრესიულ პოპულაციაში (AIDS და ძვლის ტვინის, გულის ან თირკმლის გადანერგილ პაციენტებს) და ვუმკურნალოთ რეტინიტებს.

	დიაგნოზი: ვირუსული კულტურის ამოთესვა შარდიდან, ხახის ნაცხიდან, თზტ-ის სითხიდან, რძიდან, სპერმიდან, ლეიკოციტოზი პერიფერიულ სისხლში; CMV-ისთვის დამახასიათებელი IgM ანტისხეულები ჭიპლარის სისხლში მეტყველებს თანდაყოლილ ინფექციაზე; PCR აკეთებს CMV DNM -ის დეტექციას ქსოვილებში. **გართულებები:** ფსიქომოტორული რეტარდაცია, მიკროცეფალია, სმენის დაქვეითება, კრუნჩხვები, დასწავლის შეფერხება.		**კონტროლი:** ყველაზე დიდი რისკის ქვეშ არიან ორსული ქალები, რომლებსაც შეიძლება საბავშვო ბაღებში კონტაქტი ჰქონდეთ CMV დაავადებული ბავშვის შარდთან ან ნერწყვთან. ჰიგიენური ნორმების დაცვა და ხელების დაბანა უნდა გაძლიერდეს ამ პოპულაციაში.	
დიფტერია	დაბალი სიცხე, მზარდი ნაზოფარინგიტი, ობსტრუქციული ლარინგოტრაქეიტი **დიაგნოზი:** ცხვირის და ხახის კულტურის კვლევა. **გართულებები:** თრომბოციტოპენია, მიოკარდიტი, სახმო იოგების პარეზი, აღმავალი დამბლა	Corynebacterium diphtheriae bacillus **გადაცემის გზა:** უშუალო კონტაქტი ცხვირის, ყელის თვალის და კანის დაზიანებული ზედაპირიდან გამოყოფილ სეკრეტთან.	**სიხშირე:** ყველაზე ხშირია შემოდგომა-ზამთარში, ყველაზე ხშირად გვხვდება და მძიმედ მიმდინარეობს არაიმუნიზი-რებულ ან არასრულად იმუნიზირებულ ინდივიდებში. **ინკუბაციური პერიოდი:** ძირითადად 2-7 დღე ან უფრო მეტი;	ალერგიული ტესტის ჩატარების შემდეგ შეიყვანეთ IV ანივერსალური ანტიტოქსინი. მიეცით ერითრომიცინი პერორალურად ან პენიცილინ G იმ. ან ივ. დაავადებული უნდა იყოს მკაცრ იზოლაციაში სანამ ხახის და ცხვირის ნაცხი არ იქნება სუფთა.

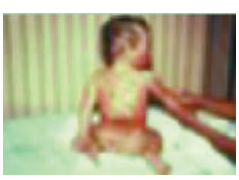
			კონტროლი: უნივერსალური კონტროლია დიფტერიის იმუნიზაცია დიპტერიის ტოქსინით. კონტაქტების პროფილაქტიკა ერითრომიცინით ან პენიცილინ G-ით; ჯანდაცვის ოფიცრებისათვის ინფორმაციის მიწოდება.	რესპირატორული სტატუსის მონიტორინგი. შეაფასეთ გართულების სიმპტომები. უსაფრთხოების ზომების მიღების შემდეგ პაციენტი უნდა იყოს მოსვენებულ მდგომარეობაში, დატვირთეთ სითხეებით და აკონტროლეთ ტემპერატურა

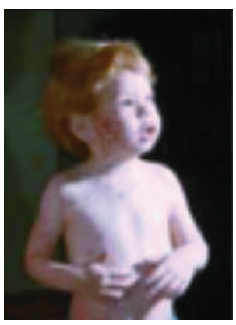
დაავადება	**კლინიკური გამოვლინება**	**ეტიოლოგია**	**სიხშირე/ინკუბაციური პერიოდი/ კონტროლი**	**თერაპიული მართვა**
მეხუთე დაავადება (Erythema infectiosum)  	მსუბუქი სისტემური სიმპტომები, იშვიათად ცხელება, სახეზე განსაკუთრებით ლოყებზე წითელი გამონაყარი, ცხვირტუჩის არეში სიფერმკრთალე, ტანზე და კიდურებზე წრიული ფორმის გამონაყარი, რომელიც ძნელად შეიმჩნევა მუქკანიანებში, გამონაყარი შეიძლება მეორდებოდეს კვირების განმავლობაში სითბოს ან მზის პროვოცირებით. **დიაგნოზი:** კლინიკური გამოვლინებით **გართულებები:** ართრალგია, ართრიტი.	ადამიანის პარვოვირუსი B19 **გადაცემის გზა:** რესპირატორულ სეკრეტთან, სისხლთან ან სისხლის კომპონენტებთან კონტაქტი; კონტაგიოზურია დაავადების გამოვლინებამდე.	**სიხშირე:** ხშირია ეპიდემიები დაწყებით ან მოზარდთა სასწავლებლებში გვიან ზამთარსა და ადრეულ გაზაფხულზე **ინკუბაციური პერიოდი**: 4-14 დღე. შეიძლება გასტანოს 21 დღემდე. **კონტროლი:** ჰიგიენური წესების დაცვა: ხელების დაბანა ცხვირის სეკრეტით დაბინძურებული სახოცის სწორ ადგილად გადაგდება ხელს უწყობს დაავადების გავრცელების შემცირებას.	მართეთ ცხელება. ბავშვის სკოლაში გაშვება შეიძლება მას მერე რაც იგი არ არის გადამდები. კერძოდ კი გამონაყარის გაჩენის შემდეგ.

ინფექციური მონონუკლეოზი	ცხელება, დაღლილობა, ექსუდაციური ფარინგიტი, ლიმპადენოპათია, ჰეპატოსპლენომეგალია, ატიპიური ლიმფოციტოზი, ზოგჯერ გამონაყარი **დიაგნოზი:** როგორც წესი, დადასტურებულია მონოსტატით ან სისხლის ჰეტეროპილური ანტისხეულების არსებობით **გართულებები**: ასეპტიური მენინგიტი, ენცეფალიტი, გიენ-ბარეს სინდრომი, იშვიათად: ელენთის გაგლეჯა, თრომბოციტოპენია, აგრანულოციტოზი, ჰემოლიზური ანემია, ორქიტი, მიოკარდიტი.	ებშტეინ ბარის ვირუსი, ჰერპეს ვირუსი **გადაცემის გზა:** ახლო პერსონალური კონტაქტი ან კონტაქტი რესპირაციული ტრაქტის ექსკრეციებთან.	**სიხშირე:** გვხვდება მოზრდილთა პოპულაციაში, თუმცა არ არის იშვიათი ბავშვებშიც, არ ახასიათებს სეზონურობა **ინკუბაციური პერიოდი:** საშუალოდ გრძელდება 30-50 დღე. **კონტროლი:** ჰიგიენური წესების დაცვა: ხელების დაბანა ცხვირის სეკრეტით დაბინძურებული სახოცის სწორ ადგილად გადაგდება ხელს უწყობს დაავადების გავრცელების შემცირებას.	თუ გამოიხატა გართულებები გამოიყენება სტეროიდები. წოლითი რეჟიმი. ცხელების მართვა საჭიროა გრილი, დაბალი მჟავიანობის სითხეების მიღება. მოზრდილებს ეძლევათ რეკომენდაცია ყელში მარილიანი ხსნარების გამოვლებისა. მკაცრად აკრძალულია სპორტზე სიარული სანამ არ შემცირდება ჰეპატოსპლენომეგალია. თუ ეჭვია ებშტეინ ბარის ვირუსზე არ დანიშნოთ ანპიცილინი ან ამოქსაცილინი, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს გამონაყარი.
ლაიმის დაავადება 	ადრეული სტადია: გამონაყარი (ერითემატოზური), იწყება როგორც პატარა პაპულა რომელიც ვრცელდება პერიფერიულად; ხასიათდება პერიფერიისკენ სიწითლის მატებით და ცენტრალურად ტკიპის კბენის ადგილას გაფერმკრთალებით; ცხელება, სისუსტე და დაღლილობა, თავის ტკივილი, კისრის კუნთების გაშეშება, ართრალგია.	სპიროქეტა (Spiroqeta): Borrelia burgdorferi **გავრცელების გზა:** დაინფიცირებული ტკიპის ადამიანზე კბენით; პიროვნებიდან პიროვნებაზე არ გადადის.	**სიხშირე:** აშშ-ს 49 შტატში ფიქსირდება დღესდღეისობით, 5-10 წლის ასაკის ბავშვებში. **ინკუბაციური პერიოდი:** ტკიპის კბენიდან დაზიანებული ქსოვილის გაჩენამდე (1-32 დღე).	ანტიბიოტიკი: დოქსაციკლინიკ (ვიბრამიცინი) ან ამოქსაცილინი (აუგმენტინი) 14-21 დღე.

	მოგვიანებითი სტადია: მსხვილი სახსრების ართრიტი, განსაკუთრებით მუხლის სახსრის, რომელიც იწყება ძირითადი ინფექციის დაწყების შემდეგ რამდენიმე თვეში. **დიაგნოზი:** სეროლოგიაზე და ანამნეზზე დაყრდნობით. **გართულებები:** იშვიათია ბავშვებში: რომელიც მოიცავს ნერვულ და გულ-სისხლძარღვთა სისტემებს.		**კონტროლი:** მოერიდეთ დაინფიცირებული ტკიპების არეალში ყოფნას; ჩაიცვით გრძელ მკლავებიანი მაისური და გრძელ ტოტებიანი შარვალი (ღია ფერზე ტკიპის იდენთიფიკაცია ადვილია); ყოველ დღე კარგად დაათვალიერეთ ტანსაცმელი და სხეული ტკიპების არსებობაზე; უმალვე ამოიძრეთ ტკიპი სხეულიდან; 15 წლის ზემოთ ყველა ადამიანი მაღალი რისკის არეალშია და ესაჭიროება იმუნიზაცია.	
ყბაყურა	მსუბუქი სისტემური სიმოტომები, სანერწყვე ჯირკვლების შეშუპება, 10-30 %-ში მენინგიალური ნიშნები. **დიაგნოზი:** კომპლიმენტის ფიქსაციის ტესტი **გართულებები:** ორქიტი, ენცეფალიტი იშვიათად: ართრიტი, თირკმლის პრობლემები, თირეოიდიტი, მასტიტი, პანკრეატიტი, სმენის დაქვეითება	პარამიქსოვირუსი გადაცემის გზა: რესპირატორულ სეკრეტებთან უშუალო კონტაქტი	**სიხშირე:** გვიანი ზამთარი ან გაზაფხული; შემთხვევათა პიკი 10-14 წლის ასაკი. **ინკუბაციური პერიოდი:** ძირითადად 16-18 დღე შეიძლება გაგრძელდეს 25 დღემდე. **კონტროლი:** ბავშვების უნივერსალური იმუნიზაცია. ჰიგიენური წესების დაცვა: ხელების დაბანა ცხვირის სეკრეტით დაბინძურებული სახოცის სწორ ადგილას გადაგდება ხელს უწყობს დაავადების გავრცელების შემცირებას.	შეუქმენით პაციენტს მაქსიმალური კომფორტი და მართეთ ცხელება. არ შეიძლება სკოლაში დაშვება სანამ არ გავა ჯირკვლების შეშუპებიდან 9 დღე.

ყივანახველი	იწყება ზედა სასუნთქი გზების კატარალური მოვლენებით; პროგრესირებს ხველის პაროქსიზმულ შეტევებში, ხშირად დამახასიათებელი ინსპირატორული წამოკივლებით, რომელიც მთავრდება ღებინებით; აპნოე დამახასიათებელია 6 თვემდე ასაკის ბავშვებისათვის. **დიაგნოზი:** ცხვირხახის კულტურალური კვლევა; **გართულებები:** გულყრები, პნევმონია, ენცეფალოპათია, სიკვდილი	Bordetella pertussis bacillus **გადაცემის გზა:** რესპირატორულ სეკრეტთან ახლო კონტაქტი, ყველაზე მეტად გადამდებია საშუალო რესპირაციული სიმპტომების დროს.	**სიხშირე:** გვხვდება არაიმუნიზებულ ან არასრულად იმუნიზებულ ჩვილებსა და ბავშვებში; მოზრდილები და მაზარდები არიან ინფექციის ძირითადი წყარო; სეზონურობა არ ახასიათებს. **ინკუბაციური პერიოდი:** 7-10 დღე (5-21 დღე). **კონტროლი:** უნივერსალური იმუნიზაცია; ოჯახის წევრების და ახლო კონტაქტში მყოფი პირების პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია ერითრომიცინით; ჰიგიენური წესების დაცვა: ხელების დაბანა ცხვირის სეკრეტით დაბინძურებული სახოცის სწორ ადგილას გადაგდება ხელს უწყობს დაავადების გავრცელების შემცირებას.	ჩვილები და 6 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვები საჭიროებენ ჰოსპიტალიზაციას. ერითრომიცინით 14 დღე. ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყებიდან 5 დღე აუცილებელია რესპირატორული იზოლაცია. სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა; სითხის მიცემა; წყნარი გარემო; რესპირატორული დისტრესისა და კვების პრობლემებისათვის ხელშეწყობა. გაღიზიანებულ მშობლებს აუხსენით ხველის მექანიზმისა და ზოგადად დაავადების შესახებ. ყივანახველი მკურნალობის გარეშე გძელდება 6-10 კვირა.
პოლიო	არასპეციფიური დაავადება დაბალი ტემპერატურითა და ყელის ტკივილით **დიაგნოზი:** ხახისა და განავლის კულტურალური კვლევა.	ენტეროვირუსი **გავრცელების გზა:** ფეკალურორალური და შესაძლოა რესპირატორულიც.	**სიხშირე:** უფრო ხშირია ჩვილებსა და ახალგაზრდა ბავშვებში; ხშირია ზაფხულსა და შემოდგომაზე; ყველა შემთხვევა რაც დაფიქსირდა 1979 წლიდან ასოცირდება ორალურ პოლიო ვაქცინასთან.	გართულებების გათვალისწინებით კომფორტის შექმნა და შესაბამისი დამხმარე თერაპია. თუ საჭიროა მიმართეთ ფიზიკურ თერაპიას.

	გართულებები: ასეპტიური მენინგიტი; სწრაფად განვითარებული ასიმეტრიული მწვავე დუნე დამბლა და რეზიდუალური პარალიზური დაავადება, რომელიც ეხება მოტორულ ნეირონებს; რესპირატორული კუნთების პარეზი.		**ინკუბაციური პერიოდი:** 3-6 დღე; **კონტროლი:** უნივერსალური იმუნიზაცია; კარგი პიგიენა – ხელების დაბანა და პამპერსთან სწორად მოქცევა.	
მაღალი მთის ცხელება 	ცხელება, თავის ტკივილი, კუნთთა ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, ანორექსია, კონფუზია, ერითემატოზური ან მაკულური გამონაყარი მტევნებზე და ტერფებზე (შეიძლება გავრცელდეს მთელს სხეულზე) **დიაგნოსტიკა:** ანამნეზი და სეროლოგიური ტესტები **გართულებები:** ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადება; მულტიორგანული უკმარისობა; დისემინირებული სისხლძარღვშიდა კოაგულაცია; (DIC); შოკი და სიკვდილი.	Rickettsia rickettsii **გადაცემის გზა:** ადამიანზე ინფიცირებული ტკიპის კბენით **რეზერვუარი:** ძაღლი და გარეული მღრღნელები	**სიხშირე:** გვხვდება გაზაფხულზე ან ზაფხულში; **ინკუბაციური პერიოდი:** 1 კვირა (2-15 დღე) **კონტროლი:** იგივეა რაც ლაიმის დაავადებისას.	დოქსაციკლინი (ვიბრამიცინი) არის არჩევის პრეპარატი. ქლორამფენიკოლი არის ალტერნატიული პრეპარატი.
ადამიანის ჰერპესვირუსი 6 (Roseola) 	ცხელება და მაღალი სიცხე 3-5 დღე, მოჰყვება მაკულოპაპულოზური გამონაყარი, რომელიც გრძელდება რამდენიმე დღის მანძილზე; **დიაგნოზი:** კლინიკური პრეზენტაციით; **გართულებები:** გულყრა, ენცეფალიტი.	ადამიანის ჰერპესვირუსი 6 **გადაცემის გზა:** რესპირატორულ სეკრეტთან კონტაქტი.	**სიხშირე:** მაღალია სიხშირე 6–დან 24 თვის ასაკამდე; იშვიათად გვხვდება 3 თვემდე და 4 წლის შემდეგ; სეზონურობა არ ახასიათებს **ინკუბაციური პერიოდი:** საშუალოდ 9 დღე **კონტროლი:** ჰიგიენური წესების დაცვა, განსაკუთრებით ხელების დაბანა.	მართეთ ცხელება და სითხის მიწოდება. მაქსიმალური კომფორტის შექმნა.

როტავირუსი	დიარეა, რომელსაც წინ უძღვის ან თან სდევს ღებინება და დაბალი ტემპერატურა; მძიმე შემთხვევებში იზოტონური დეჰიდრატაცია, ელექტროლიტური დისბალანსი და აციდოზი; **დიაგნოზი:** ანამნეზი და კლინიკური გამოვლინება; **გართულება**: სიკვდილი.	Rotaviruses **გადაცემის გზა:** ფეკალურ-ორალური; შესაძლებელია რესპირატორული.	**სიხშირე:** ყველაზე ხშირად გვხვდება ჩვილებში, 2 წლამდე ასაკის ბავშვებსა და ბაღის აღსაზრდელებში. **ინკუბაციური პერიოდი:** 1-3 დღე; **კონტროლი:** ჰიგიენური ნორმების დაცვა, ბავშვები რომელთაც აღენიშნებათ დიარეა არ დაიშვებიან საბავშვო ბაღებში გამოჯანმრთელებამდე. იმუნიზაცია RV5 ვაქცინით.	დეჰიდრატაციის პრევენცია და მკურნალობა. ანტივირუსული მკურნალობა არ გამოიყენება.
წითურა (Rubella) (გერმანული წითელა) 	ტემპერატურის მატება, წითელი მაკულოპაპულოზური დისკრეტიული გამონაყარი, ლიმფადენოპათია; შემთხვევების 25-50 % არის ასიმპტომური; გამონაყარი პირველ დღეს ვრცელდება: სახეზე და სხეულის ზედა ნაწილში, მესამე დღისთვის გამონაყარი ფარავს სხეულის ქვედა ნაწილს და პარალელურად ზედა ნაწილში იწყებს ალაგებას. **დიაგნოზი:** ცხვირიდან გამონადენის კულტუროლოგიური კვლევა, მწვავე და ანთების საწინააღმდეგო ტიტრები; **გართულებები:** გარდამავალი პოლიართრალგია და პოლიართრიტი	წითურას ვირუსი **გადაცემის გზა:** პირდაპირი ან ირიბი კონტაქტი ნაზოფარინგეალურ სეკრეტთან.	**სიხშირე:** პიკს აღწევს გვიან ზამთარში და ადრე გაზაფხულზე; **ინკუბაციური პერიოდი:** 14-23 დღე. **კონტროლი:** უნივერსალური იმუნიზაცია; ჰიგიენური ნორმების დაცვა; ჰიგიენური წესების დაცვა: ხელების დაბანა, ცხვირის სეკრეტით დაბინძურებული სახოცის სწორ ადგილად გადაგდება, ხელს უწყობს დაავადების გავრცელების შემცირებას; ორსულების იზოლაცია დაავადებული ბავშვებისგან.	მოახდინეთ იზოლაცია გამონაყარის გაჩენიდან 7 დღის განმავლობაში. უზრუნველყავით შემანარჩუნებელი რეჟიმი და კომფორტი პაციენტისათვის.

	იშვიათად: ენცეფალიტი, ტრომბოციტოპენია ორსულობის შემთხვევაში ნაყოფზე ტერატოგენული ეფექტი.			
წითელა   კოპლიტის ლაქები ენაზე და ლოყის ლორწოვანზე. ესენია წითელი ლაქები, რომლის ცენტრშიც არის მოცისფრო-თეთრი ნადებით.	ცხელების მწვავე დასაწყისი, ხველა, სურდო, კონნიუქტივიტი, კოპლიკის ლაქები; გამონაყარი იწყება თავიდან და სხეულის ზედა ნაწილიდან და პროგრესირებს ქვედა ნაწილში. **დიაგნოზი:** ნაზოფარინგეალური სეკრეტის ვირუსოლოგიური კვლევა. მწვავე და ანთების საწინააღმდეგო ტიტრები. **გართულებები:** შუა ყურის ანთება, პნევმონია, დიარეა, ენცეფალიტი, რომელიც იწვევს ტვინის პერმანენტულ დაზიანებას, სიკვდილი.	Morbilli-virus **გადაცემის გზა:** დაინფიცირებულ წვეთებთან უშუალო კონტაქტი; ვრცელდება ჰაერწვეთოვანი გზით.	**სიხშირე:** პიკს აღწევს ზამთარ-გაზაფხულზე, ძირითადად არაიმუნიზირებულ პირებში. **ინკუბაციური პერიოდი:** 8-12 დღე. **კონტროლი:** უნივერსალური იმუნიზაცია; ჰიგიენური წესების დაცვა: ხელების დაბანა, ცხვირის სეკრეტით დაბინძურებული სახოცის სწორ ადგილად გადაგდება ხელს უწყობს დაავადების გავრცელების შემცირებას; ორსულების იზოლაცია დაავადებული ბავშვებისგან.	გამონაყარის გაჩენიდან 4 დღის განმავლობაში ინიცირება გაუკეთეთ რესპირატორულ იზოლაციას. თუ ადგილი აქვს ვიტ. A-ს დეფიციტს მოხდეს მისი შეყვანა. მძიმე ან გართულებული შემთხვევები ჩვილებსა და ბავშვებში მოითხოვს აუცილებელ ჰოსპიტალიზაციას. აკონტროლეთ ტემპერატურა. ხელი შეუწყვეთ პაციენტის კომფორტულად ყოფნას, უზრუნველყავით ფოტოფობიის შემთხვევაში სინათლის წყაროს დახშობა.
ქუნთრუშა 	მწვავედ დაწყებული ცხელება, ყელის ტკივილი რინიტი, თავის ტკივილი, წითელი ქვიშის მსგავსი გამონაყარი, ჟოლოსებრი ენა (დაავადების პირველ დღეს),	Group A beta-hemolytic streptococci (GAS) **გადაცემის გზა:** რესპირატორულ სეკრეტთან კონტაქტი.	**სიხშირე:** ყველაზე ხშირია სკოლის ასკის ბავშვებში გვიან შემოდგომაზე, ზამთარსა და გაზაფხულზე. **ინკუბაციური პერიოდი:** 2-5 დღე. **კონტროლო:** სწრაფად უნდა დავიწყოთ პაციენტის მკურნალობა.	პაციენტს ენიშნება ანტიბიოტიკი 10 დღის განმავლობაში (პენიცილინი, ერითრომიცინი, ამოქსაცილინი ან ცეფალოსპორინი).

	წითელი ლოყები და ჟოლოსებრი ენა (დაავადების მე-2 დღეს) ერითემატოზური და შეშუპებული ხორხი და ტონზილები, კისრის ჯირკვლები გადიდებულია და მტკივნეული. **დიაგნოზი:** ხახის ნაცხის დათესვა **გართულებები:** შუა ყურის ანთება, სინუსიტი, პერიტონზილარული და რეტროფარინგეალური აბსცესი, რევმატიული ცხელება, მწვავე გლომელურონეფრიტი.		**ჰიგიენური წესების დაცვა:** ხელების დაბანა, ცხვირის სეკრეტით დაბინძურებული სახოცის სწორ ადგილად გადაგდება ხელს უწყობს დაავადების გავრცელების შემცირებას;	სკოლაში არ დაიშვება მინიმუმ მკურნალობის დაწყებიდან 24 საათის მანძილზე ან სანამ არ იქნება აფებრილური. მართეთ ცხელება. სითხეებით დატვირთვა. გამოიყენეთ ყელში მარილიანი სავლებები მოზრდილი ბავშვებისათვის. მაქსიმალური კომფორტის შექმნა. მოსალოდნელი კანის დესქუამაციის შესახებ აცნობეთ მშობელს და მიეცით მითითებები.
ტეტანუსი	ადრეული სიმპტომები – თავის ტკივილი, მოუსვენრობა, რომელსაც მოჰყვება საღეჭი კუნთების სპაზმი, პირის გაღების გაძნელება (ტრიზმი) დისფაგია; ოპისტოტონუსი (ზურგის კუნთების ძლიერი სპაზმი) კრუნჩხვები, უნებლიე დეფეკაცია და ცხელება. **დიაგნოზი:** ეფუძნება კლინიკურ გამოვლინებას.	Clostridium tetani – სპორის ფორმის ბაცილები წარმოშობენ ნეიროტოქსინს, რომელიც მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე (ზურგის ტვინსა და ღეროზე) **გადაცემის გზა:** აღწევს ადამიანის ორგანიზმში დაზიანებული კანის კონტაქტით მიწასთან, რომელიც ცხოველის ფეკალიებითაა დაბინძურებული.	**სიხშირე:** გავრცელებულია მთელს მსოფლიოში; პრევალირებს არაიმუნიზირებული პოპულაცია; სიკვდილობის მაჩვენებელი მაღალია; სპორები ნაპოვნია მიწაში, მტვერში ადამიანის და ცხოველების ინტერსტინულ ტრაქტში, განსაკუთრებით ცხენებსა და მსხვილფეხა რქოსანი პირუტყვში. **ინკუბაციური პერიოდი:** 3-21 დღე (საშუალოდ 8 დღე);	პაციენტს შეუყვანეთ ადამიანის ტეტანუსის იმუნოგლობულინი (TYG) იმისათვის რომ მოხდეს ბავშვის ორგანიზმში შეღწეული ნეიროტოქსინის განეიტრალება და მოხდეს ინფექციური პროცესის შეჩერება. გაუკეთეთ პენიცილინ G 10-14 დღის განმავლობაში.

	გართულებები: სასუნთქი გზების ობსტრუქცია და ასფიქსია, რომელიც გამოწვეულია ლარინგეალური და რესპირატორული კუნთების სპაზმით; სიკვდილი.		**კონტროლი:** აქტიური იმუნიზაცია ტეტანუსის ტოქსინით; ტეტანუსის პროფილაქტიკა თან უნდა სდევდეს ჭრილობის მენეჯმენტს; ჭრილობის დამუშავებას და გასუფთავებას ქირურგის მიერ.	დაამუშავეთ ჭრილობა ქირურგიული წესით, შეიყვანეთ დიაზეპამი (ვალიუმი), რათა შევამციროთ კუნთთა სპაზმი და გავაკონტროლოთ გულყრები. სუნთქვის კონტროლი და მხარდაჭერა საჭიროების მიხედვით. უზრუნველყოს მშვიდი გარემო, რადგან კუნთების სპაზმი მწვავდება გარემო ფაქტორების მოქმედების შედეგად.
ჩუტყვავილა (Varicella) 	ზომიერი ცხელება და სისტემური სიმპტომები, გენერალიზებული ვეზიკულური გამონაყარი **დიაგნოზი:** ძირითადი კლინიკური მახასიათებლების საფუძველზე. **გართულებები:** დაზიანებული კანის ბაქტერიული ინფიცირება, თრომბოციტოპენია, ართრიტი, ჰეპატიტი, ენცეფალიტი, მენინგიტი, გლომელურონეფრიტი, რეიეს სინდრომი.	Varicella-zoster virus, ჰერპეს ვირუსი **გადაცემის გზა:** ხასიათდება მაღალი კონტაგიოზურობით; უშუალო კონტაქტით, ჰაერწვეთოვანი გზით.	**სიხშირე:** ყველაზე ხშირად გვხვდება 10 წლამდე ასაკის ბავშვებში, გვიან ზამთარში და ადრეულ გაზაფხულზე. **ინკუბაციური პერიოდი:** 10-21 დღე. **კონტროლი:** უნივერსალური იმუნიზაცია. ჰიგიენური წესების დაცვა: ხელების დაბანა, ცხვირის სეკრეტით დაბინძურებული ხელსახოცის სწორ ადგილას გადაგდება ხელს უწყობს დაავადების გავრცელების შემცირებას.	ორალური აციკლოვირი შეიძლება იქნეს მიცემული ზოგიერთ შემთხვევაში, მაგრამ მისი მიცემა არ არის რეკომენდებული რუტინულად გაურთულებელ შემთხვევებში. მართეთ ცხელება ანტიპირეტული პრეპარატებით (ასპირინი არ გამოიყენება მას შემდეგ, რაც დადგინდა რომ ხელს უწყობს რეიეს სინდრომის განვითარებას) ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტებში სასურველია მოხდეს იზოლაცია მინიმუმ 5 დღის განმავლობაში.

				აკონტროლეთ ქავილი მედიკამენტოზურად – ანტიჰისტამინური პრეპარატებით, საჭმლის სოდით, სპეციალური ლოსიონით, რომელიც ამცირებს ქავილის შეგრძნებას. აკონტროლეთ სითხის მიღება. დააზღვიეთ ბავშვი ბაქტერიული ინფექციის შეჭრისგან ქავილის კონტროლის დახმარებით. სკოლაში არ მიიღება სანამ არ ალაგდება და გაშრება ნაწიბურები.

არსებობს რამდენიმე წყარო, რომელიც იძლევა ინფორმაციას იმუნიზაციაზე და ვაქცინაციის რეკომენდაციაზე. ძირითადი წყაროები განთავსებულია ინტერნეტში, რომელშიც შედის:

- წითელი წიგნი (Red Book) : AAP-ს ინფექციური დაავადებების კომიტეტის რეპორტი. ტექსტის განახლება ხდება 3 წელიწადში ერთხელ და თავსდება ვებ გვერდზე www.aap.org;
- Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) of the CDC. ეს არის ყოველკვირეული გამოცემა, რომელიც შეიძლება ნახოთ CDC-ს ვებ გვერდზე www.cdc.gov;
- CDC ACIP-ის რეკომენდაციები და დადგენილებები;
- ნაციონალური იმუნიზაციის პროგრამის ვებ გვერდი www.cdc.gov/nip განახლება ხდება ხშირად ჯანდაცვის პროფესიონალებისათვის, მშობლებისა და საზოგადოებისათვის, მედიისათვის და მოგზაურთათვის.

ექთნებს შეუძლიათ გამოიყენონ ეს რესურსები, როდესაც აძლევენ მშობლებს რეკომენდაციებს და ნიშნავენ მკურნალობას ინფექციური დაავადების მქონე ბავშვებისათვის. ექთნებს შეუძლიათ გაანათლონ და მიაწოდონ მშობლებს სრული ინფორმაცია

რუტინული იმუნიზაციის შესახებ და პოტენციური საფრთხეების შესახებ თუ არ იქნება შესრულებული რეკომენდებული აცრების გრაფიკი.

ბავშვების უმრავლესობა, რომელთაც აქვთ ინფექციური ან კომუნიკაბელური დაავადება, მკურნალობს ბინის პირობებში. მათ პროცენტულად მცირე რაოდენობას ესაჭიროება სტაციონარული მკურნალობა გართულებების ან მეორადი ინფექციის გამო. ზოგიერთ ბავშვს ესაჭიროება ნუტრიციული ან რესპირატორული მხარდაჭერა. როდესაც ეს ბავშვები თავსდებიან სტაციონარში, შეიძლება საჭირო გახდეს იზოლაციური პროცედურების ჩატარება, რომელიც დამოკიდებულია ეტიოლოგიასა და ტრანსმისიის მეთოდზე. სტაციონარის ინფექციური განყოფილება იდეალური ადგილია, სადაც დაცული იქნება იზოლაციისა და უსაფრთხოების შესაბამისი ზომები. სახლშიც კი, მშობლების მიერ უნდა მოხდეს დაავადებული ბავშვის იზოლაცია სხვა დედმამიშვილებისგან, რათა არ მოხდეს ინფექციის გავრცელება.

მშობლები, რომლებიც თავიანთ შვილებს მკურნალობენ ბინის პირობებში აუცილებელია ინფორმირებულები იყვნენ თუ რა მნიშვნელობა აქვს კომფორტის შექმნას ბავშვისათვის. ბევრი მშობლისთვის უცნობია მკურნალობის ტიპები იმ კონკრეტულ დაავადებასთან მიმართებით, რომელიც აქვს მის შვილს. ამიტომ ბინაზე მკურნალობა შეიძლება იყოს დამაზიანებელი ბავშვისათვის. მაგალითად, სპირტიანი საფენების გამოყენება სიცხის დასაწევად, რომელიც დღემდე გამოიყენება ზოგიერთ ოჯახში, შეიძლება საშიში იყოს ჩვილებისთვის და პატარა ბავშვებისათვის.

ცხელება ხშირად წინ უძღვის დაავადების ადრეულ სტადიას და ცნობილია როგორც პროდრომი (ადრეული ფაზა ან ნიშანი დაავადების ან კონდიციის განვითარებისა). ცხელების მენეჯმენტი მოიცავს სპირტიანი საფენების გამოყენებას, გრილი, სველი ტანსაცმლისა, და ბოლოს, ანტიპირეტული მედიკამენტების, აცეტამინოფენის და იბუფროფენის გამოყენებას. ეს მედიკამენტები როგორც ანალგეტიკები, ისე ანტიპირეტული პრეპარატებია და შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ისეთი დისკომფორტის შესამცირებლად, როგორიცაა თავის ტკივილი, სისუსტე, ყელისა და კუნთების ტკივილი.

ზოგიერთ დაავადებას შეიძლება თან ახლდეს ღებინება ან დიარეა. მშობლებმა უნდა იცოდნენ დეჰიდრატაციის ნიშნები და სიმპტომები, ისევე როგორც ის, თუ როგორ ავიცილოთ თავიდან და ვმართოთ დეჰიდრატაცია. ზოგიერთი ვირუსული დაავადების დროს შეიძლება პირის ღრუში გაჩნდეს გამონაყარი მაგალითად ჩუტყვავილას დროს, რაც პირიდან საკვების მიღების შესაძლებლობას აძნელებს. სასურველია ბავშვს მივცეთ ისეთი სითხეები, რომელიც ხელს შეუშლის პირის ღრუს გაღიზიანებას მაგ., ჟელატინი ან ხილის ნაყინი. ზოგიერთი ორალური სარეჰიდრატაციო სითხე გამოდის გაყინული სახით. როგორც კი ბავშვი მიდის გამოჯანმრთელებისკენ ისინი უბრუნდებიან თავის ჩვეულ კვების რაციონს.

ბავშვებს, რომელთა გამონაყარიც იწვევს ქავილს, შეიძლება მივცეთ ანტიჰისტამინური პრეპარატები, ისეთი როგორიცაა დიფენილჰიდრამინი ჰიდროქლორიდი (ბენადრილი) ან ჰიდროქსიზინი ჰიდროქლორიდი (ატარაქსი). საკვები სოდა, სხვადასხვა საცხების აბაზანები იწვევს ბავშვის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. ისეთი მშრალი აგენტები, როგორიცაა კალამინი გამოიყენება ქავილის შესამცირებლად. ხელის ფრჩხილები უნდა იყოს დაჭრილი ბოლომდე და ხშირად სუფთავდებოდეს, რათა თავიდან

ავიცილოთ მეორადი ინფიცირება. წინდების ჩამოცმა ხელებზე განსაკუთრებით ძილის დროს ამცირებს თვითდაკაწვრის საშიშროებას.

ბევრ რესპირატორულ დაავადებას შეიძლება თან ახლდეს ხველა, რომელიც შესაძლოა იყოს პაროქსიზმული, ან მძიმე, ხასიათის მიხედვით. ამის გამო საჭირო ხდება ჰაერის ზედმეტად დატენიანება, რაც შეიძლება მიღწეულ იქნეს ოთახის ჰაერის დატენიანებით ან ბავშვის მოთავსებით აბაზანაში, სადაც შხაპის მოშვების მეშვეობით წარმოიქმნება ორთქლი. ავადმყოფ ბავშვს ესაჭიროება წყნარი აქტიურობები, რათა გაერთოს დაავადებისაგან აღდგენით ფაზაში. წყნარი მუსიკა, წიგნების კითხვა და ასაკის შესაბამისი თამაშები და ფილმები ხელს უწყობს ბავშვებისათვის კომფორტული გარემოს შექმნას.

მშობლებმა უნდა იცოდნენ დაახლოვებით რამდენ ხანს გასტანს ავადობა, როდემდეა ბავშვი კონტაგიოზური და როდის შეძლებს ის სკოლაში ან ბაღში დაბრუნებას. ყველა ეს ფაქტორი არის სპეციფიური დაავადების ეტიოლოგიიდან გამომდინარე. ამიტომაც ბავშვთა ინფექციური დაავადებების გართულებები იშვიათია, მშობელმა უნდა იცოდეს რა ნიშანი ან სიმპტომი ახასიათებს პრობლემას. ნევროლოგიური ნიშნები, როგორიცაა, თავის ტკივილი, კეფის კუნთების რიგიდობა, გაღიზიანებადობა, ცნობიერების დონის ცვლილება და გულყრები მეტყველებს ვირუსული ენცეფალიტის არსებობაზე – ტვინის ანთებაზე, რომელიც შეიძლება შეგვხვდეს ჩუტყვავილას, წითელას, წითურასა და ყბაყურას დროს. ისეთი დაავადება, როგორიცაა ყივანახველა აზიანებს სასუნთქ სისტემას და იწვევს რესპირატორულ დისტრესს და აპნოეს. განათლება უნდა იყოს მიმართული იქითკენ, რომ მშობელმა კარგად გაიგოს დაავადების პათოფიზიოლოგია, მკურნალობის რაციონალურობა და გართულებების ნიშნების მონიტორინგი.

ინფექციური დაავადებები, რომელიც მოზრდილებისთვისაა დამახასიათებელი, ძირითადად დაკავშირებულია სექსუალურ აქტიურობასთან. 9-2 ცხრილი აღწერს სექსუალური გზით ყველაზე ხშირ გადამდებ დაავადებებს, რომელიც გვხვდება მოზრდილებში. ექთნებმა უნდა იცოდნენ, რომ დაავადებები რომელიც გადადის სექსუალური გზით, შეიძლება შეგვხვდეს ბავშვთა ასაკშიც. ისეთები, როგორიცაა ქლამიდია, გონორეა, სიფილისი და HIV (გარდა პერინატალურად გადაცემისა) შეიძლება მეტყველებდეს სექსუალურ ძალადობაზე. თუ ადგილი აქვს სექსუალურ ძალადობას, ამაზე აუცილებლად უნდა გაკეთდეს შეტყობინება. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პარაზიტული ჭიები და პროტოზოა აღწერილია 9-3 ცხრილში.

ზოგიერთ ქვეყანაში ბევრი ინფექციური დაავადების შესახებ რაპორტი უნდა გაიგზავნოს ადგილობრივ CDC-ში. სადაც ხდება ამ ინფორმაციის შეგროვება და დაავადებაზე მონიტორინგის წარმოება, დაავადების ეფექტური მკურნალობისათვის საჭირო ინტერვენციების, დაავადების პრევენციისა და სხვა რეკომენდაციების გაცემა. ასეთი დაავადების რეპორტირები შეიძლება იცვლებოდეს საჭიროებისა და სიმწვავის მიხედვით.

მომავალი დირექტივები

იმუნიზაციის დანერგვის შემდეგ, 1940 წელი, ვაქცინებზე რეკომენდაციებისა და მოთხოვნების გაცემა გრძელდება ამ დრომდე. მკვლევარები მუდამ ეძებენ ამა თუ იმ დაავადების მკურნალობის საშუალებას, თუმცა მათ ძირითად მიზანს წარმოადგენს და-

ავადების პრევენცია შესაბამისი ვაქცინის გამოგონებით. ხდება ახალი ვაქცინების გამოგონება, რომელთა გამოყენება აუცილებლად ნებადართული უნდა იყოს FDA-ს მიერ. მაგალითად, აღმოჩენილია როტავირუსის ახალი ვაქცინა, რომელმაც ჩაანაცვლა ძველი ვაქცინა, რომელიც ასოცირდებოდა ნაწლავის გაუვალობასთან. 2008 წლიდან, რაც გამოიყენება როტავირუსის RV5 ვაქცინა, ნაწლავთა გაუვალობის რისკი აღარ ფიქსირდება.

დაავადება	კლინიკური მანიფესტაცია	ეტიოლოგია	სიხშირე/ინკუბაციური პერიოდი/კონტროლი	მკურნალობა
გონორეა 	**ქალი**: ჩირქოვანი გამონადენი; ურეთრიტი, ენდოცერმიტიტი, მენჯის ანთებითი დაავადება (PID). **მამაკაცი**: ჩირქოვანი გამონადენი; ურეთრიტი **ორივე სქესი:** ფარინგიტი, კონიუქტივიტი, პროქტიტი. **ნეონატი**: თვალის ინფექცია; სკალპის აბსცესი. **დიაგნოზი:** გრამის წესი **გართულებები:** მწვავე ეპიდიდიმიტი, მწვავე PID, ართრიტი, დერმატიტი, მენინგიტი, დისსემინირებული გონოკოკური ინფექცია, უნაყოფობა.	Neisseria gonorrhoeae a gram-negative diplo-coccus **გადაცემის გზა**: ინტიმური კონტაქტი, სქესობრივი ურთიერთობა, სქესობრივი ძალადობა (იმ ბავშვებთან, რომლებიც არ არიან სექსუალური სიმწიფის ასაკში და დაისმევა გონორეის დიაგნოზი უნდა იქნეს მიტანილი ეჭვი სექსუალურ ძალადობაზე), პერინატალური.	**სიხშირე:** 132/100 000 მოსახლეზე ყველაზე ხშირად გვხვდება 15-19 წლის ასაკში. **ინკუბაციური პერიოდი:** 2-7 დღე. **კონტროლი:** ავიღოთ ენდოცერვიკალური კულტურა, როგორც პრენატალური მზრუნველობა; გამოკვლევა სხვა სექსუალური გზით გადამდებ დაავადებებზე; სოციალური ჯანდაცვის მუშაკისათვის ინფორმაციის მიწოდება.	შეიყვანეთ ცეფტრიაქსონი იმ. ან ცეფიმიქსი პერორალურად ერთჯერადი დოზის სახით პლუს დოქსაციკლინი. 2-ჯერ დღეში 7 დღე ან აზიტრომიცინი ერთჯერადად PO. გამორიცხეთ სხვა სექსუალური გზით გადამდები დაავადებები: ათაშანგია, ქლამიდია. B ჰეპატიტის და HIV-ს ჩათვლით. გონორეით დაავადებულთა 45%-ში ვლინდება ქლამიდიოზიც, რაც უნდა იყოს ნამკურნალევი. წაახალისეთ სიმპტომების არ არსებობის შემთხვევაში მკურნალობა. ყურადღება მიაქციეთ განათლებას. თავი შეიკავეთ გამოჯანმრთელებამდე სექსუალური კავშირისგან.

სიფილისი 	**თანდაყოლილი:** მკვდრადშობადობა, დღენაკლულობა, ნაყოფის წყალმანკი, მულტისისტემური გართულებები, როგორიცაა ჰეპატოსპლენომეგალია, ლიმპადენოპათია, ტრომბოციტოპენია; **შეძენილი:** **პირველადი სტადია:** ორი ან მეტი მტკივნეული წყლული ლორწოვან გარსებზე და გენიტალიის მიმდებარე კანზე. **მეორე სტადია:** მაკულოპაპულური გამონაყარი მტევანზე და ტერფზე, ცხელება, გადიდებული ლიმფური კვანძები, ყელის ტკივილი, თავის ტკივილი, სპლენომეგალია, ართრალგია **მესამე სტადია:** ნეიროსიფილისი, კანის, ძვლის და ვისცერალური ცვლილებები, აორტიტი. **დიაგნოზი:** სეროლოგიური კვლევა: VDRL, RPR **გართულებები:** თუ დავტოვეთ უმკურნალოდ.	Treponema pallidum spirochete **გადაცემის გზა: თანდაყოლილი;** ტრანსპლაცენტარული ორსულობის პერიოდში ან მშობიარობისას. შეძენილი: ინტიმური კონტაქტი, სქესობრივი ურთიერთობა, სქესობრივი ძალადობა (იმ ბავშვებთან, რომლებიც არ არიან სექსუალური სიმწიფის ასაკში და დაისმევა სიფილისის დიაგნოზი ეჭვი უნდა იქნეს მიტანილი სექსუალურ ძალადობაზე)	სიხშირე: 2.6/100 000-ში. **ინკუბაციური პერიოდი:** 3 კვირა საშუალოდ 10-90 დღე. **კონტროლი:** შეამოწმეთ ქალი ორსულობამდე ან მშობიარობისას; დიდი მნიშვნელობა მიაქციეთ განათლებას.	**თანდაყოლილი:** გამოიყენეთ პენიცილინ G ივ. ყოველ 12 საათში 7 დღის განმავლობაში და შემდეგ ყოველ 8 საათში 3 დღის მანძილზე სულ 10 დღე ან პროკაინამინი პენიცილინ G im. 10 დღის მანძილზე. **ადრე გამოვლენილი სიფილისი:** პირველადი, მეორადი და მესამეული < 1 წელზე ხანდაზმულობის. შეიყვანეთ ბენზატინ პენიცილინ G ერთჯერადად კუნთში. **ორსულობა:** ბენზანტინ პენიცილინი G im 2 დოზა ერთ კვირაში პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში: 14 დღე ტეტრაციკლინი 2-ჯერ დღეში ან დოქსაციკლინი 2-ჯერ დღეში 14 დღე (არ ეხებათ ორსულებს). განათლება მედიკამენტების მიღების აუცილებლობის გამო. სექსუალური პარტნიორების გამოვლენა და მკურნალობა;

				თავის შეკავება სექსუალური ურთიერთობისგან სანამ არ მოხდება განკურნება; სეროლოგიური კვლევის მონიტორინგი. დამცავი საშუალებების (გონდონი) გამოყენება რეინფიცირების თავიდან ასაცილებლად.
ქლამიდია	სიმპტომური ან ასიმპტომური **ქალი:** ლორწოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტი, ურეთრიტი, სალპინგიტი და პროქტიტი. **მამაკაცი:** არაგონოკოკური ურეთრიტი. **დიაგნოზი**: ქლამიდიის იმუნოფერმენტული ანალიზი. **გართულებები:** მენჯის ანთებითი დაავადება, უშვილობა, ექტოპიური ორსულობა. **ნეონატი**: ახალშობილთა ოფთალმია, ქლამიდიური პნევმონია.	Chlamydia trachomatis ბაქტერიული აგენტი **გადაცემის გზა:** სექსუალური ურთიერთობა, ნეონატალურ ასაკში დაბადებისას კონტაქტი დაინფიცირებულ გენიტალიებთან.	სიხშირე: 236/100 000-ში. ყველაზე ხშირია 25 წლამდე ასაკის ახალგაზრდებში ორსულობისას: 6-12% მოზრდილობისას: მაქსიმუმ 37%. **ინკუბაციური პერიოდი:** დაახლოებით ერთი კვირა **კონტროლი:** გამოავლინეთ სექსუალური პარტნიორი დიაგნოსტირების და მკურნალობისათვის. ჩაატარეთ კვლევები რუტინული გინეკოლოგიური გასნჯვისას ან პრენატალური კვლევისას.	დოქსაციკლინი 2-ჯერ დღეში 7 დღე ან აზიტრომიცინი 1 გრ. ერთჯერადად ან ერითრომიცინი QID 7 დღე. სექსუალური აქტისგან თავის შეკავება სანამ არ გამოჯანმრთელდება.

გენიტალური ჰერპესი 	ახასიათებს ლატენტურობის პერიოდი გამწვავებასა და რეციდივებს შორის. **პირველადი ინფექცია:** გამწვავების ადგილას ქავილი ან წვის შეგრძნება; შეიძლება თან სდევდეს გრიპის მაგვარი სიმპტომები; საზარდულის არის ლიმფადენოპათია. პირველადი გამონაყარი არის ვეზიკულაში გადასვლის სტადიაში, მტკივნეული რეკურენტული გამონაყარი ნაკლებად მტკივნეულია და ლაგდება მალე. ვირუსი ვრცელდება როცა პაციენტი არის ასიმპტომური და ამ დროს კონტაგიოზური. **დიაგნოზი:** ვირუსოლოგია გართულებები: ახალშობილებში გენერალიზებული სისტემური ინფექცია მოიცავს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას და ღვიძლს; კანის, თვალის და პირის ინფექციას. ახალშობილებში ნეონატალური ჰერპეს ინფექცია იწვევს მაღალ სიკვდილობას.	Herpes Simplex მე-2 ტიპის ვირუსი **გადაცემის გზა:** ახალშობილებში ჩნდება ორსულობის პერიოდში, პლაცენტის გავლით ან ინფიცირებული სამშობიარო გზების გამოვლისას; სექსუალური ურთიერთობები.	**სიხშირე:** 5-დან 1 მოზრდილს 12 წლის ზემოთ 30 000 000 შემთხვევა. **ინკუბაციური პერიოდი:** 2 დღიდან 2 კვირამდე **კონტროლი:** თავის შეკავება სექსუალური კონტაქტისგან გამწვავებისას; სხვა შემთხვევებში გონდონის გამოყენება თუ დაავადება დადგენილია მტკიცებულებების გარეშე.	არ არის ეფექტური **პირველადი გამონაყარი:** ორალური აციკლოვირი 6 დღის განმავლობაში, რათა შემცირდეს ვირუსის გავრცელება. **რეკურენტული გამონაყარი:** გამოიყენეთ ორალური აციკლოვირი 2 დღის განმავლობაში რათა შემცირდეს კლინიკური გამოვლინება. ორალური აციკლოვირი ამცირებს რეციდივების სიხშირეს (6 ან მეტი ეპიზოდი წელიწადში). ვალაციკლოვირი და ფამციკლოვირი შეიძლება იქნეს გამოყენებული. გამონაყარი უნდა იყოს სუფთა და მშრალი. აქტიური სტადიის დროს თავი შეიკავეთ სექსუალური კონტაქტისგან. გამოიყენეთ ლატექსური დამცავი საშუალება სექსუალური კონტაქტისას.

ადამიანის პაპილომა-ვირუსი (HPV) 	რბილი, ხორციანი, ერთი ან მრავალი პაპულა, რომელიც ჩნდება ანოგენიტალურ არეში და ცნობილია როგორც გენიტალური მეჭეჭები მტკივნეული, ქავილისა და წვის შეგრძნებით შეიძლება იყოს ასიმპტომური ან სუბკლინიკური. **მდედრობითი სქესი:** მეჭეჭები მდებარეობს შორისის, საშოს, სასირცხო ბაგეებს ურეთრას, ანუსის და პირის ღრუში **მამრობითი სქესი:** მეჭეჭები მდებარეობს სასქესო ასოზე, შორისზე, ანუსზე და პირის ღრუში **დიაგნოზი:** ბიოფსია, კლინიკური გამოვლინება. **გართულებები:** საშოს ყელის, ანალური ან ვაგინალური დისპლაზია, შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს ყელის კიბო განმეორებითობა ახალშობილთა ლარინგეალური პაპილომა.	Human papillomavirus არსებობს 20-ზე მეტი ტიპი; ყველაზე ხშირი მე-6 და მე 11 ტიპი გავრცელების გზა: პირდაპირი სექსუალური კონტაქტი; მშობიარობის დროს პერინატალური კონტაქტი.	**სიხშირე:** 50 შემთხვევა 100 000 მოსახლეზე – 3 000 000 შემთხვევა წელიწადში **ინკუბაციური პერიოდი:** 3 თვიდან რამდენიმე წელი **კონტროლი**: მოთხოვეთ სექსუალურ პარტნიორს, რომ ჩაიტაროს ექიმის კონსულტაცია; სექსუალურ პარტნიორს, რომელსაც კონტაქტი ჰქონდა HPV დაავადებულთან უნდა გაიაროს ექიმის კონსულტაცია. **მდედრობითი სქესის** წარმომადგენლებისათვის რომელთაც აღმოაჩნდათ HPV უნდა ჩაიტაროს საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი, 11-12 წლის მდედრობითი სქესის მოზარდების იმუნიზაცია HPV4 ვაქცინით.	მკურნალობა დამოკიდებულია გამონაყარის ადგილმდებარეობასთან. **დაავედებულის ინსტრუქცია:** დაავადებულმა უნდა გაიკეთოს Podofilox 0.5% ხსნარის აპლიკაციები ან გამოიყენოს შესაბამისი გელი 3 დღის განმავლობაში ან Imiqulmod 5%-იანიმალამო 16 კვირის მანძილზე. **პროვაიდერის (მატარებელი) ინსტრუქცია:** ჩაიტარეთ კრიოთერაპია აზოტის ხსნარით ყოველ 1-2 კვირაში. გაიკეთეთ Odophilini 10-25% აპლიკაცია გამონაყარზე ყოველ კვირას; trichloroacetic მჟავა გამონაყარზე ყოველ კვირას; მეჭეჭების მოცილება ქირურგიული ან ლაზერული გზით; მშობელს უნდა ჰქონდეს ახსნილი ბავშვის საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის აუცილებლობა ისევე როგორც სექსუალური პარტნიორების გამოკვლევისა მეჭეჭების არსებობაზე.

B ჰეპატიტი (HBV)	ზოგადი სისუსტე, კუნთების და სახსრების ტკივილი, უმადობა **დიაგნოზი**: დაავადების ისტორია, რომელიც მოიცავს სექსუალურ ისტორიასაც, ნარკოტიკების მოხმარებას, ღვიძლის სკრინინგი ჰეპატიტებზე. **გართულებები:** გამომწვევის ქრონიკული მატარებლობა; ქრონიკული პერსისტირებული ჰეპატიტი; ღვიძლის პროგრესირებადი დაავადება ციროზით ან ჰეპატოცელურალური კარცინომა.	Hepadnavirus **გადაცემის გზა:** დაინფიცირებულ ბიოლოგიურ სითხეებთან ან სისხლთან კონტაქტი, პერინატალური გადაცემა.	**სიხშირე: 10 258** ახალი შემთხვევა. 5-10% ხდება ქრონიკული მატარებელი **ინკუბაციური პერიოდი:** საშუალოდ 90 დღე, ან 45-160 დღე. ინფიცირებულმა ადამიანმა შეიძლება დაასნებოვნოს სხვები თავისი სიმპტომების გამოვლენამდე 4-6 კვირით ადრე **კონტროლი:** პრენატალური სკრინინგი; უნივერსალური თავდაცვის მეთოდები; იმუნოპროფილაქტიკა B ჰეპატიტის ვაქცინით; სექსუალური კავშირის დროს თავდაცვის საშუალებების გამოყენება	უცნობია სიმპტომური მართვა გამოიყენება ანტივირუსული მედიკამენტი ინტერფერონ ალფა-2 b, რომელიც 40%-ით არის ეფექტური HBV ინფექციის ელიმინაციისათვის. თუ გამოვლინდა B ჰეპატიტი უნდა გაკეთდეს იმუნოგლობულინი HBV კონტაქტებისთვის. ქრონიკული მატარებლებისთვის პერიოდული კონსულტაცია.
ადამიანის იმუნოდეფიციტური ვირუსი (HIV 1 ტიპი უფრო ხშირია აშშ-ში; HIV მეორე ტიპი უფრო ხშირია დასავლეთ აფრიკაში)	სიმპტომატოლოგია მოიცავს მწვავე რეტროვირუსულ სიმპტომებს, როგორიცაა: ცხელება, ყელის ტკივილი, გამონაყარი კანზე, ლიმპადენოპათია ართრალგია, მიალგია, თავის ტკივილი, გულისრევა და ღებინება;	Retrovirus, RNA virus **გადაცემის გზა:** ინფიცირებული ადამიანის სისხლთან ან ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტი ; სექსუალური კონტაქტი, პერინატალური გადაცემა.	**სიხშირე: 40 000-80 000** ახალადინფიცირებული ყოველ წელს. **ინკუბაციური პერიოდი:** სიმპტომები და ნიშნები შიძლება გამოვლინდეს ინფიცირებიდან 2-12 კვირაში;	

	დიაგნოზი: HIV RNA PCR ტესტის გაკეთება 18 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში, HIV ანტისხეულის ტესტი ჩვილებში და 18 თვეზე მეტი ასაკის ბავშვებში „დასავლური ბლოტი“ HIV კულტურა. **გართულებები:** AIDS პროგრესირება როგორც გვიანი მანიფესტაცია (85%-ის შემთხვევებში ინფექციის დაწყებიდან 17 წლის შემდეგ) ოპორტუნისტული ინფექცია, ისეთი როგორიცაა Pneumocystis carinii pneumonia (PCP), Kaposi’s sarcoma (KS), Mycobacterium avium complex (MAC),		ინფიცირებიდან სეროლოგიურად (HIV ანტისხეულების არსებობა სისხლში) შეიძლება არ მოხდეს დეტექცია 4-12 კვირამდე ან უფრო დიდ ხანს; ამ პერიოდს ეწოდება „ფანჯრის პერიოდი“ **კონტროლი:** მრავალი პარტნიორის მქონე ადამიანთან სექსისგან თავის შეკავება; ლატექსური კონდომების გამოყენება; ნემსის გაზიარება არ შეიძლება; ორსულ ქალებს უნდა გაუკეთდეს კვლევა HIV -ზე. თუ მშობიარობამდე უცნობია მშობიარეს HIV სტატუსი მშობიარობის დროს უნდა ჩატარდეს სწრაფი ტესტი.	მკურნალობა არ არსებობს, აუცილებელია ინფორმირებული თანხმობა HIV ტესტის ჩატარებაზე. პრე და პოსტტესტის პასუხები უნდა გააცნოს კარგად ტრენირებულმა პერსონალმა იმ შემთხვევაში თუ მოვიდა დადებითი პასუხი. მკურნალობა ხელს უწყობს იმუნიტეტის დაქვეითების ტემპის შემცირებას. ამჟამინდელი მკურნალობა მოიცავს აქტიურ ანტირეტროვირუსულ თერაპიას, რომელიც შედგება მედიკამენტების 4 კლასისაგან; ბირთვის კრანსკრიპტაზის საპირისპირო ინჰიბიტორები; არაუჯრედული ტრანსკრიპტაზის ინჰიბიტორები; პროტეაზის ინჰიბიტორები და სინთეზის ინჰიბიტორები. მკურნალობა ინდივიდუალურია და მოკიდებულია პაციენტზე, მის იმუნურ სტატუსზე და წამლის მიმართ სენსიტიურობაზე.

				მკურნალობა მოიცავს CD4 -ის დათვლას და ვირუსოლოგიური ტიტრის დაქვეითებას. ასევე კონსულტაციებს სოციალურ დახმარებას, მენტალურ მხარდაჭერას.
ჯიარდია	შეიძლება იყოს ასიმპტომური; ქრონიკული ან მორეციდივე დიარეა (შეიძლება იყოს წყლიანი ან ცხიმის შემცველი; ცუდი სუნის); მუცლის მოვლითი სახის ტკივილი; ანორექსია მიმდინარე წონის დანაკარგით; მეტეორიზმით. **დიაგნოზი:** ფეკალურ მასებში ცისტების იდენტიფიცირება ან იმუნოფერმენტული ანალიზი G. intestinalis ანტიგენების გამოსავლენად. **გართულებები:** ლაქტოზის აუტანლობა.	Giardia intestinalis, უმარტივესები. **გადაცემის გზა:** ადამიანები არიან ძირითადი რეზერვუარები, თუმცა უმარტივესები აინფიცირებენ ძაღლებს, კატებს, თახვებსა და სხვა ცხოველებს; ცხოველები აბინძურებენ წყალს ფეკალიებით, რომელიც შეიცავს ცისტებს; პირდაპირი გავრცელება; ხელ-პირით გადაცემა ხდება ინფიცირებული ადამიანიდან ფეკალიების ცისტებით დაბინძურების მეშვეობით; პირდაპირი კონტაქტი: ცისტებით დაბინძურებული წყლის ან საკვების მიღებაა.	**სიხშირე:** უფრო ხშირად გვხვდება ბავშვებში ვიდრე მოზრდილებში; ენდემიური კერები გვხვდება მსოფლიოში სანიტარულად ყველაზე ბინძურებულ ადგილებში; დაავადება ასოცირდება საბავშვო ბაღებთან და მენტალური პრობლემების მქონე ადამიანთა თავშესაფრებთან. **ინკუბაციური პერიოდი:** 1-4 კვირა; **კონტროლი:** სანიტარული ნორმებისა და პერსონალური ჰიგიენის ნორმების დაცვა საბავშვო ბაღებსა და დაწესებულებებში; ხელების კარგად დაბანა ბავშვებისათვის პამპერსის გამოცვლის ან ტუალეტის მოხმარების შემდეგ;	არჩევის პრეპარატია ფურაზოლიდონი (Furoxone); სხვა მედიკამენტებია: quinacrine hydrochloride (Atabrine) და metronidazole (Flagyl).

			დაინფიცირებული ბავშვის დაშვება არ შეიძლება საბავშვო ბაღში მანამ, სანამ არ დამთავრდება დიარეა. გაანათლეთ ოჯახები, რომლებიც მოგზაურობენ და ლაშქრობენ , რომ თავი შეიკავონ წყაროს წყლის ან ონკანის წყლის მიღებისგან.	
მახვილა (ენტერობიუსი)	ანალური ხვრელის ქავილი ღამით, უძილობა. **დიაგნოზი:** მახვილას გლისტების უშუალო ვიზუალიზაცია ან მიკროსკოპია; დილით პერიანალური ადგილიდან აღებული ნაცხში ჭიის კვერცხების ვიზუალიზაცია; **გართულებები:** ჭიის გადაადგილება აპენდიციტში, მდედრობით სქესში გენიტალიურ ტრაქტში და პერიტონეალურ ღრუში.	Enterobius vermicularis **გადაცემის გზა:** ფეკალურ ორალური; ჭიის კვერცხების ინჰალაცია ან სხვა გზით ორგანიზმში შეჭრა; კვერცხები გადადის თითების და ხელების მეშვეობით, როდესაც ბავშვი იფხანს ანალურ ხვრელს; კვერცხები აინფიცირებენ სახლის გარემოს და 2-3 კვირის მანძილზე ასნებოვნებენ ყველაფერს რასაც ადამიანი ეკონტაქტება: სათამაშოები, თეთრეული, ტანსაცმელი, უნიტაზის საჯდომი, აბაზანა და საკვები	**სიხშირე:** მახვილა არის ყველაზე ხშირი დაავადების გამომწვევი ა.შ.შ.-ში; გვხვდება სკოლამდელ ან სკოლის ასაკის ბავშვებში, ხალხმრავალ ადგილებში, ოჯახებსა და დაწესებულებებში ინკუბაციური პერიოდი: 1-2 თვე კონტროლი: ინფიცირებულ ბავშვთან კონტაქტის შემდეგ, თეთრეულთან, ტანსაცმეთან თუალეტის შემდეგ და კვებამდე ხელების კარგად დაბანა; ბავშვის ფრჩხილები უნდა იყოს მოკლე,	არჩევის პრეპარატი: mebedazole (Vermox) ან pyrantel pamoate (Antiminth); ოჯახის ყველა წევრმა უნდა იმკურნალოს გადაუდებლად.

			რათა ქავილის დროს არ დაგროვდეს ფრჩხილების ქვეშ ჭიის კვერცხები.	
ასკარიდოზი	მსუბუქი ინფექცია: ასიმპტომური, საშუალო სიმძიმის ინფექცია: მუცლის ტკივილი, შებერილობა, გადიდებული მუცელი, ანორექსია, წონაში კლება, ცხელება. **დიაგნოზი**: კვერცხები შეიძლება აღმოვაჩინოთ განავლის მიკროსკოპული ანალიზით **გართულებები:** ნაწლავთა ობსტრუქცია, ფილტვის დაზიანება (პნევმონია) ხველა და სისხლიანი ნახველი, ჭიის გადაადგილებამ ნაწლავებში შიძლება გამოიწვიოს ნაწლავის კედლის მთლიანობის დარღვევა და პერიტონიტი, ბილიალური ტრაქტის ობსტრუქცია ჭიის მიგრაციით გამოწვეული.	Ascoris lumbricoides, მრგვალი ჭია. **გავრცელების გზა:** დაინფიცირებულ საკვებთან, თითებთან, ნიადაგთან ან სათამაშოებთან კონტაქტი. საკვები ინფიცირდება, როდესაც ადამიანის ფეკალიებს ხმარობენ სასუქად.	**სიხშირე:** უფრო გვხვდება თბილ კლიმატში, სანიტარული ნორმების ცუდ პირობებში, პრევალირებს 1-4 წლის ასაკის ბავშვებში **ინკუბაციური პერიოდი:** ჭიის სიცოცხლის ციკლი არის 4-8 კვირა, ფეკალიებში გვხვდება კვერცხები, ხოლო 2 თვეში კვერცხებში არის ემბრიონები. **კონტროლი**: ფეკალიების დისპოზიცია სანიტარული ნორმების დაცვით. ადამიანის ფეკალიის დამუშავება სანამ იქნება გამოყენებული როგორც სასუქი, იქ სადაც ბოსტნეულის გასანოყიერებლად იხმარება ადამიანის ფეკალიები, ბოსტნეულის ხარშვა უნდა მოხდეს უფრო ხანგრძლივად ვიდრე სხვა დროს ან კვებამდე უნდა მოხდეს მათი მოთავსება იოდის ხსნარში.	Mebedazole (Vermox) ან pyrantel pamoate (Antiminth); განავლის განმეორებითი კვლევა მკურნალობიდან 3 კვირის შემდეგ, რომ დავრწმუნდეთ ჭიის კვერცხების სრულ ელიმინაციაში. ჭიების დიდი რაოდენობის გამო თუ მოხდა ნაწლავის სრული ან ნაწილობრივი ობსტრუქცია ნაზოგასტრალური მილის მეშვეობით უნდა მოხდეს Piperazin citratis (Piperazin) მიცემა რომელიც იწვევს ჭიის პარალიზებას და ადვილად გამოსვლას ფეკალიებთან ერთად.

ახალი ვაქცინა (Prevnar), შემუშავებული პნევმოკოკის საწინააღმდეგოდ (Streptococcus pneumoniae), არის სეფსისის, სინუსიტის, შუა ყურის ანთებისა და 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა მენინგიტის ყველაზე ხშირი გამომწვევის საწინააღმდეგო ვაქცინა. წინამორბედი ვაქცინა პნევმოკაკური პოლისაარიდი (Pneumovax, Pnu-imune) იყო ეფექტური 2 წლის ზემოთ ბავშვებში, რომელთაც ჰქონდათ ისეთი ქრონიკული დაავადება, როგორიცაა HIV და ნამგლისებრ უჯრედოვანი ანემია. ეს ვაქცინა არ იყო რეკომენდებული 2 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და ჩვილებისათვის ცუდი ანტისხეულების რეაქციის გამო. ამიტომაც, ახალი ვაქცინა Pnevnar არის უმაღლესი ხარისხის სანდო და ეპექტური 2 წლამდე და მოზრდილებში ინფექციის პრევენციის მიზნით. ამის გამო რეკომენდირებულია , ყველა ბავშვი 2,4,6 და 12-15 თვის ასაკში აიცრას ამ ვაქცინით.

მიუხედავად იმისა, რომ გასული საუკუნის განმავლობაში ინფექციური დაავადებების სიკვდილიანობა მნიშვნელოვნად შემცირდა, ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში დაფიქსირდა სიკვდილიანობის ზრდა, რაც ნაწილობრივ განპირობებულია ახალი პათოგენების წარმოქმნით, მაგალითად, HIV ინფექციის შემთხვევაში. ინფლუენსა ვირუსი პერიოდულად ქმნის გადაუდებელ სიტუაციებს. Mycobacterium tuberculosis, რომელშიც შედის მედიკამენტ-რეზისტენტული შტამები შეიძლება ითქვას დაბრუნდა და განსაკუთრებით საშიშია HIV ინფიცირებული ადამიანებისთვის. მედიკამენტებზე რეზისტენტობა, რომელიც გამოწვეულია ანტიბიოტიკების გადაჭარბებული მოხმარებით, გამოიხატება პენიცილინ რეზისტენტული Streptococal Pneumoniae-თი ხშირი ავადობის ფაქტებით, ვანკომიცინის რეზისტენტული ენტეროკოკული ინფექციითა და მეთიცილინ რეზისტენტული Staphilococus aureus ავადობით. ამ მოვლენას წინ უძღოდა რამდენიმე ფაქტორი, მათ შორის, მოსახლეობის რიცხვის ზრდა და სიმჭიდროვე; საბავშვო ბაღებისა და საერთო საცხოვრებლების ფართოდ გამოყენება; ბუნებრივი გარემოს ცვლილება და დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე მოსახლეობის რიცხვის ზრდა; პოპულაციის ასაკი, ანტიმიკრობული მედიკამენტების გამოყენება; საკვების დისტრიბუციის გლობალიზაცია, კომერცია და მოგზაურობა. გრიპის ვაქცინა უნდა გაუკეთდეს ყველა ბავშვს რომელსაც აქვს ქრონიკული დაავადება და ხშირად მოავადეა ისეთი რესპირატორული დაავადებით, როგორიცაა პნევმონია. ამიტომ, ჩვილებმა 6-დან 23 თვის ასაკამდე უნდა გაიკეთონ გრიპის ვაქცინა, რადგან ისინი გრიპის ვირუსით დაავადების მაღალ რისკჯგუფში არიან.

მიმდინარეობს კვლევები, რომ შეიქმნას ადამიანის იმუნოდეფიციტური ვირუსის, მარტივი ჰერპესისა და რესპირატორულ სინციტიალური ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინა. კვლევები მიმდინარეობს ისეთი ვაქცინების შემუშავებაზე, რომელთა შეყვანა ორგანიზმში მოხდება ნაზალური გზით, ინორგანიზმების საწინააღმდეგოდ, რომლებიც ამ გზით იჭრებიან ორგამიზმში. უკვე არსებობს გრიპის ვაქცინა ნაზალური გამოყენებისათვის.

მოზარდების იმუნიზაციის ახალი მიდგომები შემუშავების სტადიაშია, რომელიც მოიცავს არა მარტო ჰეპატიტ B-ს ვაქცინაციის პრობლემის გადაწყვეტას, არამედ მენინგოკოკური მენინგიტიდან, ყივანახველის და ჰეპატიტ A-დან ბავშვის დაცვას. ექთნები, რომლებიც კონტაქტობენ მოზარდებთან ინფორმირებულები უნდა იყვნენ ცვლილებების შესახებ და გაანათლონ ახალგაზრდები კონკრეტული ინფექციური დაავადებების თვალსაზრისით.

2001 წლის 11 სექტემბრის მოვლენების შემდეგ მსოფლიო შეძრა მომავალმა საშიშროებებმა შავი ჭირისა და ციმბირის წყლულის გავრცელების საშიშროების გამო. ამ დაავადებებით გამოწვეული დაზიანებებისა და პრევენციის თემა მუდმივად უნდა იყოს განათლების საგანი. მედ პერსონალი მუდმივად უნდა იყოს ინფორმირებული ბიოლოგიურად საშიში დაავადებების შესახებ. CDC-უნდა იყოს მუდმივ მზადყოფნაში ამ დაავადებების პრევენციისა და მკურნალობისათვის.

ინფექციური დაავადებების გავლენა, ბავშვის ზრდასა და განვითარებაზე, ძალიან დიდია. ექთნებს აქვთ შესაძლებლობა ჩაერიონ განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე სხვადასხვა მეთოდოლოგიით. ექთნების კარგი და მაღალკვალიფიციური განათლება საშუალებას იძლევა შეაფასოს, დაგეგმოს და ჩაერიოს მკურნალობაში და ასევე მონაწილეობა მიიღოს პაციენტის განათლებაში. ინფომრაცია ინფექციური დაავადებების შესახებ სწრაფად იცვლება ისევე, როგორც ვაქცინაციის და მედიკამენტებით მკურნალობის შესახებ. სამედიცინო პერსონალს აქვს უკეთესი აღქმა და გაგება ინფექციური აგენტების თვალსაზრისით, რაც საშუალებას აძლევს უკეთესად მიაწოდოს ინფორმაცია მოსახლეობას დაავადების პრევენციისა და მკურნალობის შესახებ.

საკვანძო საკითხები

- დაავადების გავრცელება დამოკიდებულია ექვს ფაქტორზე, რომელიც მოხსენიებულია, როგორც ინფექციის ჯაჭვი;
- ბავშვის იმუნური სისტემის განვითარება იწყება ფეტალური ცხოვრებიდან. მუცლისშიგნითა გარემო ყოველთვის ვერ იცავს ბავშვს ინფექციურ დაავადებებთან კონტაქტისგან;
- ხელების დაბანა არის საუკეთესო მეთოდი ინფექციის გავრცელების თავიდან ასაცილებლად;
- ზოგიერთი ინფექციური დაავადებების გადაცემა ხდება ბავშვის განვითარების გარკვეულ ეტაპამდე. ზოგიერთი უნარ-ჩვევა ხდის ბავშვს მგრძნობიარეს ინფექციური დაავადებების მიმართ სხვადასხვა ასაკში;
- იმუნიზაცია თამაშობს ძირითად როლს დაავადების პრევენციაში, ისევე როგორც ავადობა სიკვდილობაში. ჯანდაცვის პრევენციული ღონისძიებების აუცილებლობის შესახებ მშობლები უნდა იყვნენ ინფორმირებულები;
- იმ ექთანმა, რომელიც ატარებს იმუნიზაციას, უნდა იცოდეს თავის მიერ გამოყენებული თითოეული ვაქცინის მოხმარება, შეყვანის გზები და გვერდითი ეფექტები;
- ინფექციური დაავადებების მკურნალობა მიმართულია სიმპტომების შემცირებისაკენ. ფარმაკოთერაპია ანტიბაქტერიული, ანტივირუსული და ანტიფუნგალური მედიკამენტების გამოყენებით უნდა იყოს დანიშნული სიმპტომებისა და დაავადების ეტიოლოგიიდან გამომდინარე;

- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სიხშირე მატულობს მოზარდებში აქტიური სექსუალური ცხოვრების დაწყების გამო;
- მოზარდები უნდა იქნენ გაფრთხილებული სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების შესახებ;
- მშობლებს თავისუფლად შეუძლიათ ინფექციური დაავადების მქონე ბავშვების ბინის პირობებში მოვლა. მშობლებს უნდა ჰქონდეთ ახსნილი, როგორ უნდა შეუწყონ ბავშვს ხელი კომფორტული გარემოს შექმნაში, ბინის პირობებში;
- აუცილებელია, ექთანმა იცოდეს კონტაგიოზურ დაავადებებთან დაკავშირებული სახელმწიფო რეგულაციები და ზოგიერთი მათგანის დაავადებათა კონტროლის ცენტრში შეტყობინების აუცილებლობის შესახებ.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Academy of Pediatrics. (2009). 2009 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases (28th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2005). Recommended antimicrobial agents for the treatment and postexposure prophylaxis of pertussis: 2005 CDC guidelines. Morbidity and Mortality Weekly Report, 54(RR14), 1–16.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). 2006 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Morbidity and Mortality Weekly Report, 55(RR11), 1–100.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007a). Prevention of varicella recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report, 56(RR04), 21.
- Centers for Disease Control and Prevention (2007b). Health protection goals and objectives. Retrieved June 13, 2009, from http://www.cdc.gov/osi/goals/people/index.html.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008a). Update: Recommendation from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Regarding administration of combination MMRV vaccine. Morbidity and Mortality Weekly Report, 57(10), 258–260.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008b). Trends in HIVand STD-related risk behaviors among high school students— United States, 1991–2007. Morbidity and Mortality Weekly Report, 57(30), 817–822.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases (11th ed.). Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- D’Souza, Y., Fombonne, E., & Ward, B. (2006). No evidence of persisting measles virus in peripheral blood mononuclear cells from children with autism spectrum disorder. Pediatrics, 118, 1664–1675.
- Jain, N., Stokley, S., & Yankey, D. Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Vaccination coverage among adolescents aged 13–17 years—United States 2007. Morbidity and Mortality Weekly Report, 57(40), 1100–1103.
- Warraich, H. J. (2009). Religious opposition to polio vaccination (letter). Emergency Infectious Disease.

თავი 10

ჰოსპიტალიზებული ბავშვების მოვლა

ამ თავში განხილულია:

1. ავადმყოფობისა და ჰოსპიტალიზაციის გავლენა ბავშვებზე, მათ აღმზრდელებზე და ოჯახებზე;
2. თეორეტიკოსებისა და მედდა მკვლევარების წვლილი, ავადმყოფობისა და ჰოსპიტალიზაციის დროს ბავშვებისა და ოჯახების გამოცდილებასთან დაკავშირებული ფენომენების და ინტერვენციული ძალისხმევის შესახებ;
3. ის ფაქტორები, რომელიც ბავშვებს ეხმარება გაუმკლავდნენ ავადმყოფობასა და ჰოსპიტალიზაციას;
4. მეძუძურ ოჯახზე ორიენტირებული და მონაწილეობითი მოდელები ჰოსპიტალიზირებული პაციენტებისათვის;
5. მსჯელობა იმ ძლიერი მხარისა და მახასიათებლების შესახებ, რომელიც ხელს უწყობს ბავშვებსა და მათ აღმზრდელებს გაუმკლავდნენ სამკურნალო პროცესებს და როგორ შეიძლება ექთნების დახმარების გამოყენება ჰოსპიტალიზირებული ბავშვების მოვლის დროს;
6. მშობელთა დამოკიდებულებებისა და დაძლევის უნარის მოქმედება ბავშვის პასუხზე დაავადებისა და ჰოსპიტალიზაციის მიმართ (გამოიყენეთ ეს ინფორმაცია ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებზე ზრუნვისათვის);
7. ზრდისა და განვითარების ცოდნა შესაბამისი მედდების ჩარევებით, რომლებიც ამცირებენ სტრესს და ხელს უწყობენ მის გამკლავებას;
8. ბავშვთა ფსიქოსოციალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მკაფიო კლინიკური შედეგების განსაზღვრის მნიშვნელობა და ამ შედეგების შეფასება, მედდების ჩარევის ეფექტურობის დასადგენად.

აშშ-ში ყოველწლიურად 17 წლის ასაკამდე მყოფი მილიონამდე ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია ხორციელდება. დაგეგმილია ეს, თუ არა, ბავშვისთვის და ოჯახისთვის მაინც სტრესს და გამოწვევას წარმოადგენს, რადგანაც ისინი ხვდებიან იმ სიტუაციაში, რომელშიც ბევრი გაურკვევლობა ტრიალებს. ზოგიერთი ბავშვი და ოჯახი ჰოსპიტალიზებასთან ერთად უმკლავდება სხვა ისეთ პრობლემებს, როგორიცაა მიმდინარე ფიზიკური, ქცევითი, ან სწავლასთან დაკავშირებული პრობლემები, საყვარელი ადამიანის დაკარგვა, ან სეპარაცია. ასეთ კრიზისულ დროს პედიატრიულ განყოფილებაში მომუშავე ექთნები სასიცოცხლო როლს თამაშობენ მიმნდობი ურთიერთობის ჩამოყალი-

ბებაში ბავშვებთან და მათ ოჯახებთან. ასევე დიდია მათი წვლილი კომპეტენტური და თანაგრძნობით სავსე მოვლის უზრუნველყოფაში. როცა ვიღებთ ამ პროფესიულ პასუხისმგებლობას, აუცილებელია, ნასწავლი გვქონდეს ავადმყოფი და ჰოსპიტალიზებული ბავშვის მოვლის ხელოვნება, მეცნიერება და ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინის ფილოსოფია.

ექსპერტი პედიატრიული ექთნის ატრიბუტების განვითარება იწყება ბავშვობის ბუნებისა და კულტურის გაგებით მულტიკულტურულ საზოგადოებაში, ბავშვის ზრდისა და განვითარების ეტაპების ცოდნით და ძირითად ცოდნასა და უნარებზე დაუფლებით ტრავმირებული და ავადმყოფი ბავშვის მოვლაში. სიმულაციური ლაბორატორიები და მრავალფეროვანი, ზედამხედველობით მიმდინარე კლინიკური გამოცდილებები უზრუნველყოფს იმის შანსს, რომ ეს ინფორმაცია გამოყენებული იქნას პრაქტიკაში და შესაბამისად ექთანმა გამოიმუშაოს თავდაჯერება და კომპეტენცია ამ სფეროში (სურათი 10-1). სწავლის ყველაზე რთული ასპექტია კრიტიკული აზროვნების უნარის გამოყენება, რათა ავარჩიოთ ის ფაქტები, კონცეფციები, პრინციპები და კვლევის შედეგები, რომლებიც მნიშვნელოვანი იქნება რომელიმე კონკრეტული სიტუაციისთვის და შემდეგ გავაკეთოთ გადაწყვეტილებები საექთნო მოვლის იმპლემენტაციასთან და შეფასებასთან დაკავშირებით.



სურათი 10-1. პედიატრიულ განყოფილებაში მომუშავე ექთნები ცდილობენ მინიმუმამდე შეამცირონ შიშის ფაქტორი ბავშვის ფიზიკალური გასინჯვის დროს

პედიატრიული საექთნო საქმე არის დინამიური და გამომწვევი, რაც არის მზარდი კომპლექსურობისა და ინტენსივობის შედეგი ამ სფეროში. მუდმივად გამომუშავდება ახალი ცოდნა და ფართოვდება ჩვენი კომპეტენცია ბავშვის განვითარების ასპექტში, ისევე როგორც გამოცდილება საბავშვო დაავადებებსა და ბავშვის ჰოსპიტალიზაციაში. ახლანდელი პრაქტიკები, წესები და პროგრამები ბავშვის მოვლაში, ვითარდებოდა რამდენიმე ათწლეულის განმავლობაში. პედიატრიული საექთნო საქმე, როგორც სპეციალიზებული არე, დაკავშირებულია წარსულის ლიდერებსა და მოვლენებთან. შესაბამისად, პირველ რიგში აუცილებელია გავიგოთ, თუ როგორ მივიდა პედიატრიისა და პედიატრიული საექთნო საქმის ისტორია ბავშვების საავადმყოფოში მოვლის გაუმჯობესებამდე.

ისტორია და გამოწვევები პედიატრიასა და პედიატრიულ საექთნო საქმეში

მე-19 საუკუნემდე ბავშვები ძირითადად ითვლებოდნენ პატარა ზრდასრულ ადამიანებად და ნაკლებად ცნობდნენ ბავშვობის ავადმყოფობებს, ფიზიოლოგიურ/ფსიქოსოციალურ განსხვავებებს, ინდივიდუალობას, ან სხვა ატრიბუტს, რომელიც პირდაპირ ახდენს გავლენას მოვლის მეთოდზე, მკურნალობაზე და გამოსავალზე. წლების განმავლობაში ბავშვები ჰოსპიტალიზდებოდნენ ზრდასრულების განყოფილებებში. 1860 წელს, ექიმმა აბრაამ იაკობიმ, „ამერიკის პედიატრიის მამამ“, დაიწყო სწავლა და სწავლება ბავშვობის დაავადებების შესახებ, დაავადებების პრევენციის, მშობლების განათლებისა და სოციალური აქტივიზმის შესახებ ბავშვების უფლებებზე. მისი თანამედროვე, ექიმი თომას როჩი ამბობდა, რომ უნდა გავიგოთ ზრდა და განვითარება, რათა მივუსადაგოთ ანატომიური და ფიზიოლოგიური პრინციპები ბავშვებს. ამ იდეებმა მიგვიყვანა უფრო ღრმა ინტერესამდე ბავშვის ჯანმრთელობასთან და კეთილდღეობასთან მიმართებით და შექმნა სპეციალობა – პედიატრია.

1885 წელს გაიხსნა ფილადელფიის ბავშვთა საავადმყოფო, რომელიც იყო პირველი ამერიკული საავადმყოფო მხოლოდ ბავშვებისთვის, ხოლო მეორე მსოფლიოში, გრანდ ორმანდის ქუჩის საავადმყოფოს შემდეგ, ინგლისში, რომელიც ბავშვთა ცალკე მკურნალობაში პიონერი დაწესებულება იყო. ბავშვებისთვის ცალკე ერთეულების შემოღებას პარალელურად სდევდა ექთნებისთვის სპეციფიკური მითითებების მიცემა ბავშვების მოვლასთან დაკავშირებით, პირველად მიუსაფარ ბავშვთა სახლებში, შემდგომ ბავშვთა საავადმყოფოებში, ხოლო შემდეგ – ზოგადი საავადმყოფოების პედიატრიულ ერთეულებში. საავადმყოფოების ადრეული საექთნო სკოლები, რომლებიც სპეციალიზდებოდნენ ბავშვთა მოვლაში, დაკავშირებული იყო ბავშვთა ადრეულ საავადმყოფოებთან ფილადელფიაში, დენვერში, ბოსტონსა და ნიუ იორკში.

წინსვლა პედიატრიაში მოხდა ორგანიზაციების განვითარებასთან ერთად, მათ შორის ამერიკის პედიატრთა საზოგადოება 1888 წელს, ბავშვების ბიურო 1912 წელს და ამერიკელ პედიატრთა აკადემია (AAP) 1930 წელს. მე-20 საუკუნეში მკვლევარები ყურადღებას ამახვილებდნენ ახალშობილებისა და ბავშვების კეთილდღეობაზე, ბავშვების მომავალზე, რომლებიც დაობლდნენ ომის გამო და მათზე, ვინც დიდი ხნის განმავლობაში იყვნენ ინსტიტუციონალიზებულნი, ან ოჯახისგან მოშორებულნი. ერთერთი პირველი ნაშრომი სპიცის (1954) და ბოულბის (1965) მიერ აჩვენებდა ძალიან სერიოზულ უარყოფით გავლენას, რომელსაც სეპარაცია და მშობლების დაკარგვა ახდენდა ბავშვებზე. მათი ნაშრომი არის რობერტსონის (1958) უფრო ღრმა კვლევების საფუძველი, რომლის ახლა უკვე კლასიკური ფილმები, *ორი წლის ბავშვი საავადმყოფოში (1952)* და *საავადმყოფოში წასვლა დედასთან ერთად (1958)* გრაფიკულად აჩვენებდა აღსანიშნავ ცვლილებებს ბავშვებში, მცირე სეპარაციის დროსაც კი. ეს ფილმები ძალიან ინსტრუმენტული იყო ჰოსპიტალიზებული ბავშვის მონახულების პრაქტიკის ცვლილებაში და ასევე უზრუნველყოფდა თეორიულ საფუძველს ჰოსპიტალიზაციის ეფექტების გაგებაში, განსაკუთრებით ძალიან პატარა ასაკში. ბოულბიმ და რობერტსონმა ძალიან დიდი გავლენა მოახდინეს საავადმყოფოებში ბავშვის მოვლის პრაქტიკის ცვლილებაზე.

ჰოსპიტალიზაციის ემოციური გავლენის შესწავლამდე ბავშვებში მიღებული იყო,

რომ ლიმიტირებული მონახულება ისევ ბავშვისთვის იყო კარგი, რადგან ინტენსიური ფიზიკური და ემოციური პასუხები სეპარაციაზე, როცა მშობელი სახლში მიდიოდა, ბავშვის გამოჯანმრთელებისთვის არ იყო კარგი. მშობლები ემორჩილებოდნენ ამ პრაქტიკას. ბევრი სხვა მიზეზი ამ პრაქტიკისთვის, იყო პერვაზიული, მათ შორის ინფექციის შანსი გარე წყაროებიდან, პერსონალის მუშაობის ეფექტიანობის დარღვევა, ბავშვის დასვენებაზე ხელის შეშლა და ინფორმაციის კონფიდენციალობა.

პლატის მოხსენების გამოცემა ინგლისში იყო ისტორიული, რადგანაც მან აღწერა არსებული წესები და პრაქტიკები ჰოსპიტალიზებული ბავშვების მოვლაში, რამდენად უარყოფით გავლენას ახდენდა ეს პრაქტიკები ბავშვის განვითარებასა და გამოჯანმრთელებაზე და ცვლილებები, რომელიც საჭირო იყო ბავშვზე ორიენტირებული პედიატრიული მკურნალობისა და განათლებისთვის. ეს ცვლილებები ნელ-ნელა ხორციელდებოდა და ადრეულ 1960-იან წლებში, ლიბერალური მონახულების წესები, ოთახში დარჩენის პრაქტიკები და ორიენტირება ოჯახზე, გახდა ბევრი საავადმყოფოს სტანდარტული პრაქტიკა. ადაპტაცია რამდენიმე საათიანი ვიზიტიდან, ან კვირაში ერთხელ ვიზიტიდან ზოგიერთ საავადმყოფოში (გრძელვადიანი მკურნალობის ცენტრები), ლიბერალურ მონახულებამდე და ბავშვებთან დარჩენამდე, საჭიროებდა ჰოსპიტალიზაციის ეფექტებისა და ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინის ძალიან მაღალ დონეზე გაგებას. მიუხედავად იმისა, რომ სარგებელი იყო დოკუმენტირებული, მონახულების შეზღუდული პრაქტიკები, განსაკუთრებით, ინტენსიური მოვლის განყოფილებებში, გრძელდებოდა 1994 წლამდე.

მე-20 საუკუნის გვიან ნაწილში, პედიატრიული საექთნო საქმის პიონერებმა გამოიმუშავეს ახალი ცოდნა და გაგება ბავშვებისა, სეპარაციის, ტრავმისა და სტრესის შემთხვევებში. განვითარებული საგანმანათლებლო პროგრამების წყალობით, ექთან-მასწავლებლები და მკვლევარები ზედმიწევნით სწავლობდნენ ბავშვების პასუხს ჰოსპიტალიზაციაზე, ამ ქცევების უფრო ღრმა დონეზე გასაგებად და ბავშვებისთვის შიშისა და შფოთვის მოსახსნელად. ამ თეორეტიკოსებმა დოკუმენტურად დაადასტურეს ექთნების გავლენა ბავშვების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე, ოჯახებსა და ჯანდაცვის პროფესიონალების საზოგადოებაზე. მათი კვლებისა და კოლაბორაციის მანძილზე, ახალმა წესებმა და პრაქტიკებმა გააუმჯობესეს ბავშვების პირდაპირი მოვლა, ისევე როგორც ოჯახების და შემოიტანეს ინოვაციები, როგორიცაა თამაშის თერაპია და მოხალისეთა პროგრამები. ამ ადრეულმა ლიდერებმა შექმნეს ცოდნის ბაზა, რომლიდანაც წარმოებდა შემდგომი კვლევები. მათმა მეთოდებმა გავლენა მოახდინა მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკების შემოღებაზე პედიატრიულ საექთნო საქმეში.

ბავშვების ჰოსპიტალური მოვლის ამერიკულმა საზოგადოებამ, რომელიც 1965 წელს შეიქმნა ექთნების, მშობლებისა და სხვა, ბავშვებისთვის საუკეთესო შესაძლო დაწესებულებების უზრუნველყოფით დაინტერესებული პირების მიერ, გამოაქვეყნა ინფორმაციული მასალები, ბუკლეტები და ფილმები და ასევე სპონსორობა გაუწია ბავშვების მოვლის ხარისხზე ჩატარებულ კონფერენციებს ამერიკის მასშტაბით. ჰოსპიტალიზაციის ფსიქოლოგიური და ემოციური გავლენის უფრო ღრმა შესწავლასთან ერთად,

ექთნებმა დაიწყეს მენტალური ჯანმრთელობის პრინციპების ინტეგრაცია ბავშვებისთვის დახმარებაში, რათა გამკლავებოდნენ ჰოსპიტალიზაციითა და მკურნალობით გამოწვეულ სტრესს. განსაკუთრებული მნიშვნელობის იყო პეტრილოს ნაშრომი, რომელიც, როგორც ექთანი-კონსულტანტი პედიატრიულ პერსონალში ნიუ იორკის ჰოსპიტალში, ხსნის და ამტკიცებს ექთნების აუცილებელ როლს ბავშვების ემოციურ მოვლაში, საავადმყოფოებში. ამ სფეროში წინსვლასთან ერთად ჩამოყალიბდა რამდენიმე პედიატრიული საექთნო ასოციაცია. (იხილეთ გამოყენებული ლიტერატურა)

საუნივერსიტეტო სწავლება პედიატრიულ საექთნო საქმეში დაიწყო მე-20 საუკუნის მე-4 ათწლეულში, და მე-20 საუკუნის დასასრულს, უნივერსიტეტთა საექთნო სკოლების უმეტესობაში განვითარებული იყო მაგისტრის პროგრამები, ექთანთა მოსამზადებლად კლინიკური პრაქტიკისთვის, როგორც ექთანი-სპეციალისტი პედიატრიაში და პედიატრიული ექთანი-პრაქტიკოსი. სადოქტორო პროგრამები ასევე განვითარდა, რომელთაგანაც ზოგიერთი ხაზს უსვამდა დედა-შვილის ჯანმრთელობას (პიტსბურგის უნივერსიტეტი). საექთნო თეორიისა და კვლევის განვითარებაზე ფოკუსით, მოწინავე ხარისხის მქონეებმა შესაბამის სფეროებში, ჩაატარეს საექთნო პრაქტიკის კვლევები და გამოაქვეყნეს შედეგები საექთნო და სამედიცინო ჟურნალებში. ამის ადრეულ მაგალითებში შედის კვლევები ვისინტაინერისგან (1977), რომელმაც გამოიკვლია პრეჰოსპიტალური მომზადება და ფაგინისა და ნასბაუმისგან (1978), რომლებმაც გამოიკვლიეს მშობელთა ვიზიტები პედიატრიულ განყოფილებებში.

პედიატრიის ყველაზე მნიშვნელოვანი ცვლილებები მოხდა მე-20 საუკუნის ბოლოს, მათ შორის, პედიატრიული ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებისა და პედიატრიული ტრავმატოლოგიური განყოფილებების აღმოცენება, სამედიცინო დახმარების პროცედურების, ხელსაწყოებისა და ფარმაკოლოგიური წინსვლა. ამ ინოვაციებმა და ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინის იმპლემენტაციამ გავლენა მოახდინეს პედიატრიული საექთნო საქმის განვითარებაზე და წინ წაწია ბავშვებისა და ოჯახის ამომწურავი დახმარების განვითარება.

21-ე საუკუნის დასაწყისთან ერთად მოხდა დრამატული ცვლილება ბავშვობის დაავადებების სივრცელესა და სიზუსტეში: ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა შემოკლდა, სტაციონარული მოვლის ალტერნატივებმა (ოპერაცია იმავე დღეს, სპეციალიზებული კლინიკები) შეამცირა დაწვენის სიხშირე და ბავშვები უფრო და უფრო მეტად გადადიან ადგილობრივი კლინიკებიდან რეგიონულ საბავშვო საავადმყოფოებში. ამასთან ერთად, ბევრ ბავშვს, რომელსაც კომპლექსური მოვლა სჭირდება, უვლიან სახლში. უფრო ცხადი ხდება საბავშვო რეაბილიტაციის ცენტრების არსებობის საჭიროება. გაფართოვდა ჰოსპისური და პალიატიური დახმარება ბავშვებისთვის. უფრო კომპლექსური დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროტოკოლების შემოსვლასთან და პედიატრიული ინტენსიური თერაპიის განყოფილებების გაფართოებასთან ერთად, უფრო მწვავე გახდა კარგი განათლებისა და სპეციალიზებული პრაქტიკული უნარების მქონე ექთნების საჭიროება. ეს ცვლილებები ხდება ჩვენს დროში, როცა სავარაუდოდ, ექთნების საჭიროება კიდევ უფრო გამწვავდება.

ბავშვთა გამოცდილებები საავადმყოფოში და მათი პასუხები

ბავშვები ჰოსპიტალიზდებიან მწვავე, ან ქრონიკული მდგომარეობებით; ზოგს სჭირდება მკურნალობა დაბადებამდე, ხოლო ზოგიერთი იბადება მდგომარეობით, რომელიც შეუსაბამოა სიცოცხლისთვის, მაგრამ შეიძლება მისი ქირურგიულად გამოსწორება. უბედური შემთხვევები რჩება სიკვდილის მნიშვნელოვან მიზეზად ბავშვებში. გენეტიკური და გარემო ფაქტორები და ზოგადი დაუცველობა, განსაკუთრებით სიღარიბისა და სტრესული ცხოვრების პირობების სიტუაციებში, გავლენას ახდენს როგორც დაავადების სიხშირეზე ბავშვებში, ასევე მის სიმძიმეზე. როგორც დაავადების ბუნება, ისევე ბავშვის პასუხი ამ დაავადებებზე, განსხვავებულია ზრდასრულებისგან, რაც დამოკიდებულია განვითარების სტადიაზე, ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებსა და ცხოვრების გამოცდილებებზე.

ბევრი ფაქტორი ახდენს გავლენას ბავშვის სტრესზე ჰოსპიტალიზაციისას და არსებული შიშები და ემოციები, შეიძლება გაძლიერებული იყოს ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში (სურათი 10-2). მათი აზროვნების მიმართულება შეიძლება იყოს ალოგიკური. ბევრს არ აქვს განვითარებული დროის ცნება და აქვთ ფანტაზიები, რომელიც მათთვის ძალიან რეალურია უცნობის ახსნის მცდელობის ფონზე. ვესეი აღწერდა სამ ძირითად ფოკუსს, რომელიც გავლენას ახდენს ბავშვის ფსიქოლოგიურ პასუხზე ჰოსპიტალიზაციის დროს: მომწიფებისა და ცნობიერების (კოგნიტური) ცვლადები (განვითარების ეტაპი, გამოცდილება, სტრესთან გამკლავების სტილი); ეკოლოგიური ფაქტორები (ოჯახი და საავადმყოფოს გარემო); და ბიოლოგიური ცვლადები (თანდაყოლილი ფაქტორები და პათოფიზიოლოგია).



სურათი 10-2. ხშირად ჰოსპიტალიზაციის დროს სერიოზული დაავადებების მქონე მცირეწლოვანი ბავშვები სევდიანები და დაღლილები არიან

ბავშვებს ეშინიათ და ნორმალური შიშები გადაჭარბებულად აქვთ, როცა ფიქრობენ, რომ ეტკინებათ, რამეს დაუზიანებენ, ან მშობლებს დააშორებენ. ავადმყოფობისა და ჰოსპიტალიზაციის გამომწვევის მიუხედავად, ძლიერი შფოთვა ასევე გამომუშავებულია ბავშვებში, თუ მათ მშობლებსაც ეშინიათ, ან არ არიან დარწმუნებულნი ჰოსპიტალიზაციაზე. ზოგიერთ ბავშვს სიკვდილის შიშიც აქვს. ამ შიშების გასანეიტრალებლად, ბავშვებს სჭირდებათ მუდმივი თანადგომა მშობლებისგან და ექთნებისგან, რომლებიც პირდაპირ პასუხისმგებელნი არიან მათ დაცვასა და მოვლაზე (სურათი 10-3).

ბავშვის განვითარების ეტაპი და მათ მიერ მოვლენების ინტერპრეტაცია და პერცეფცია ძალიან მნიშვნელოვანია. მათი შეზღუდული ცხოვრებისეული გამოცდილებები და მოუმწიფებელი ინტელექტუალური უნარები გავლენას ახდენს იმაზე, რომ მათთვის რთულია, გაიგონ რა ხდება. ეს განსაკუთრებით ჩანს, როცა მათ სხეულში ფიზიკურად ხვდება უცხო სხეული. მათთვის, საკუთარი სხეულის უვნებლობა ძალიან მნიშვნელოვანია, შესაბამისად, ზემოთ ხსენებულს ძალიან მწვავედ აღიქვამენ. ჰოსპიტალიზაციის ეფექტზე ასევე ახდენს გავლენას ჯანმრთელობის პრობლემის ხასიათი, სიმძიმე და ის, თუ რამდენად განსხვავდება ბავშვისთვის აქტივობები და რუტინები ყოველდღიური ცხოვრებისგან.



სურათი 10-3. კომფორტული გარემო ბავშვში დაცულობის შეგრძნებას აღძრავს

ბავშვის შფოთვა ასევე გამოწვეულია მშობლებისგან, ნაცნობი ადამიანებისგან და ადგილებისგან განშორებით და უცნობი ადამიანების სიმრავლით, ხელსაწყოებით, რომელსაც ისინი საშიშად აღიქვამენ, თუ ხედავენ, რომ სხვა ბავშვებსაც ეშინიათ და დისკომფორტით, ან ტკივილით, რომელიც გამოწვეულია ინტერვენციებით. მიუხედავად იმისა, რომ ასაკი, მომწიფება, შფოთვისკენ მიდრეკილება და წინა გამოცდილებები ახდენს გავლენას სტრესული პასუხის ინტენსივობაზე, არსებობს ბევრი სტრესორი, რო-

მელიც არის საავადმყოფოში და გავლენას ახდენს ბავშვებზე სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფებიდან. ძირითადი შიშები, რომელიც სტრესს წარმოშობენ არის კონტროლის არქონა, უცხო სხეულების საკუთარ სხეულში მოხვედრისა და ტკივილის შიში და მათთვის მნიშვნელოვანი ადამიანებისგან განშორება.

კულტურული ვარიაციები ოჯახებში, მათი ღირებულებები და პრაქტიკები დაავადებასთან დაკავშირებით, სტრესზე ზოგადი პასუხი და მიდგომები ბავშვის მიმართ, ასევე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ ბავშვის ქცევასა და პასუხზე. ავადმყოფობისა და ჰოსპიტალიზაციის პოტენციურად უარყოფითი გავლენა შეიძლება შეცვლილი იყოს სხვადასხვა ფაქტორებით, როგორიცაა ასაკი, განვითარების ეტაპი, მშობლების შფოთვის დონე, ბავშვის ინდივიდუალური მახასიათებლები და ტემპერამენტი, ბავშვისა და მშობლების სტრესზე გამკლავების უნარი, მშობლებისა და ბავშვის ურთიერთობები, რელიგია, წინა ჰოსპიტალიზებასთან, ან ქირურგიულ ჩარევასთან დაკავშირებული გამოცდილებები, ეთნიკური და კულტურული სპეციფიკა და ჰოსპიტალიზაციისთვის, ან ოპერაციისთვის მომზადების ტიპი და ხარისხი.

მიუხედავად შესაძლო მსგავსებებისა ჰოსპიტალიზაციაზე პასუხებში, ბავშვები და მათი ოჯახები ხასიათდება სხვადასხვა ცხოვრების სიტუაციებით, რაც მნიშვნელოვანს ხდის, რომ შევხედოთ ბავშვს და მშობლებს, როგორც ინდივიდებს, გავიგოთ მათი როლები და ურთიერთობები ერთმანეთთან. იანგბლატმა და ბრუტენმა იპოვეს, რომ ჰოსპიტალიზაციის ზოგიერთი პოტენციურად ნეგატიური ეფექტი სკოლამდელ ბავშვზე შეიძლება შემცირებული იქნას, თუ ბავშვს გამოცდილი აქვს მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდები. ეს ნაწილობრივ არის დედისგან განცალკევებასთან დაკავშირებული დადებითი გამოცდილებების, თანატოლთა ჯგუფის არსებობის, რომელთანაც შესაძლოა ამ გამოცდილებებზე საუბარი, ან სკოლაში გაცემული მითითებების შედეგი იმაზე, თუ როგორია საავადმყოფოში ყოფნა.

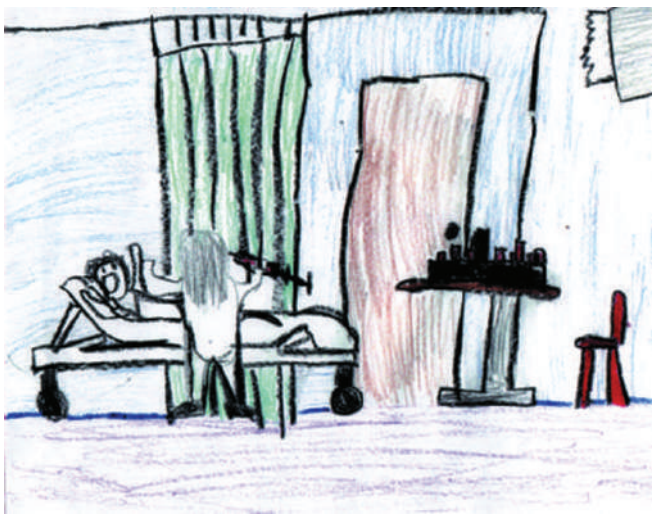
ბავშვებს ეშინიათ უცნობი გარემოებებისა და სიტუაციების, სადაც კონტროლის შენარჩუნება რთულია. ასევე სტრესია მათთვის, როცა ისმენენ ფრაზებს, მაგრამ არ ესმით მათი მნიშვნელობა. ბავშვები ამჩნევენ და ეშინიათ, როცა ხედავენ საშიში გარეგნობის აპარატებს და უცნობებს, რომლებსაც არასტანდარტულად აცვიათ (ქირურგიული ქუდები, ნიღბები და ა.შ.), როცა ესმით უცნობი ხმები, ან გრძნობენ უცნაურ სუნს. მათ ეშინიათ, როცა უყურებენ, რომ სხვა ბავშვები ტირიან და მათაც აინტერესებთ, ისეთი რამე მოხდება თუ არა, რომ მათაც იტირონ. ასევე, მათ არ იციან როგორ დაიკმაყოფილებენ ზოგად მოთხოვნილებებს, თუ ახლოს არავინ იქნება.

ბევრი ბავშვისთვის, ჰოსპიტალიზაცია საჭიროა ქრონიკული დაავადებების მწვავე ფაზების სამკურნალოდ, შესაბამისად ეს წარმოადგენს დამატებით სტრესს მათთვის. სტრესორებზე, მათთან გამკლავების პასუხებზე და ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვებისა და მოზარდების ჯანმრთელობის გამოსავალზე ჩატარებულ საექთნო კვლევაში, სტიუარტმა დაადგინა, რომ ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვებისთვის ყველაზე ხშირი სტრესული ფაქტორები იყო: “მკაცრი მკურნალობის რეჟიმები, რომელიც ხასიათდება ძალიან მკაცრი მოთხოვნებით; ყოველდღიური აქტივობების დარღვევა და ფიზიკური განსხვავებების გაცნობიერება თანატოლებისა და საკუთარი თავის მიერ; სოციალური სტიგმის სხვადასხვა დონეები“. სტიუარტმა აღწერა, თუ როგორ იყენებენ

ბავშვები ბევრნაირ სტრატეგიას ქრონიკულ დაავადებასთან გამკლავებისთვის, მათ შორის: „თანამდგომი სოციალური რესურსების წვდომა; კოგნიტიური, ქცევითი და ემოციური სტრატეგიების გამოყენება ავერსიული შედეგების თავიდან ასაცილებლად, იმ სტრესორებისგან, რომელიც არ ემორჩილება კონტროლს და არ არის თავიდან აცილებადი; და სულიერებაზე დაყრდნობა და დადებითი მომავლის რწმენის ქონა.

ბავშვების შფოთვის მოხსნა

ბავშვებისთვის შფოთვის მოსახსნელად მნიშვნელოვანია, ამოვიცნოთ სიტუაციები, რომელიც მათ სტრესში აგდებს და მოვახდინოთ ჩარევა, რათა სტრესის წყარო მინიმუმამდე დავიყვანოთ, ან საერთოდ გავაქროთ. ინვაზიური, ან მტკივნეული პროცედურები ყველაზე საშიშია ბავშვისთვის ისევე, როგორც პროცედურები, რომელიც მოითხოვს ხელსაწყოებსა და ტექნოლოგიას (სურათი 10-4). განსაკუთრებით სტრესულია ინექციები და სიბნელეში ჩატარებული პროცედურები.



სურათი 10-4. 10 წლის ბავშვის ნახატი გამოხატავს ინექციების შიშს

ბავშვებს ეშინიათ და მოუსვენრები ხდებიან. როცა ფიქრობენ, რომ ემუქრებათ ტკივილი. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია, ასაკისთვის შესაბამისი შეფასებისა და ტკივილის მენეჯმენტის გამოყენება, რათა შევქმნათ უმტკივნეულო გარემო. როცა ბავშვებს აქვთ ცნობიერების მძიმე დარღვევა, რეკომენდირებულია დეტალური შეფასების გამოყენება. წარმატება ამ საქმეში მოახდენს ცუდი გამოსავლის პრევენციას, რომელმაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს კლინიკურ და განვითარებით გამოსავლებზე, როცა ტკივილი არ იქნება არიდებული, ან სწრაფად გაყუჩებული.

უფრო ახალ ფარმაკოლოგიურ მეთოდს ტკივილის პრევენციასა და დარეგულირებაში წარმოადგენს ტოპიკალური ანესთეტიკების და სედაციური საშუალებების გამოყენება. ახალშობილების მოვლაში, ორალური გლუკოზის დამამშვიდებლები ეფექტური აღმოჩნდა პროცედურული ტკივილის მინიმუმამდე დაყვანისთვის; ანალგეზიური მექანიზმი შეიძლება კავშირში იყოს ენდორფინების გამოშვებასთან, ან ლოკალურ ეფექტთან, რომელიც დაკავშირებულია ტკბილ გემოსთან.

ექთნის მიერ პაციენტის მოვლა (Stress point nursing) ეხმარება ბავშვებს სტრესთან

გამკლავებაში როგორც პროცედურული ინფორმაციის (მკურნალობის აღწერა ეტაპობრივად), ისე სენსორული ინფორმაციის (როგორ შეიძლება იგრძნოს ბავშვმა მოცემული პროცედურა) გამოყენებით. ეს მიდგომა ყველაზე ეფექტურია, როცა გვაქვს ახალი ამოცანები და როცა ინტერვენციები ფოკუსს აკეთებს ოჯახისთვის ყველაზე მნიშვნელოვან საკითხებზე. სენსორული მომზადების, ტოპიკალური ანესთეზიური კრემისა და მშობლის ჩართულობის კომბინაცია ეფექტური აღმოჩნდა პატარა ბავშვების შიშებთან გამკლავებაში, ვენიპუნქტურის დროს. როცა ბავშვები გრძნობენ, რომ რაღაც დონეზე აქვთ სიტუაციის კონტროლი, მათი შიშები და მოუსვენრობა მცირდება.

ის სიტუაციებიც კი, რომელიც ზრდასრულს უმნიშვნელოდ ეჩვენება, შეიძლება ძალიან შემაშინებელი იყოს პატარა ბავშვისთვის. მაგალითად, როცა ბავშვები გადაჰყავთ საავადმყოფოს სხვა არეში გამოკვლევებისთვის, ისინი შეიძლება შეშინდნენ და წინააღმდეგობა გაწიონ, რადგანაც ეშინიათ, რომ მშობელი მათ ვეღარ იპოვის. კარზე უბრალო ნიშნის ჩამოკიდება, რომ ბავშვი მარტივად „იპოვონ“, შეიძლება ძალიან დამამშვიდებელი აღმოჩნდეს. მსგავს სიტუაციაში, ბავშვებს შეიძლება არ უნდოდეთ თავიანთი ოთახის დატოვება არავისთან ერთად, თავიანთი მშობლების გარდა, რადგან ეშინიათ დაკარგვის. დარწმუნება, რომ ყოველთვის გვერდით იქნება ვინმე და ცხოველის, ან მულტფილმის პერსონაჟის (ყოველ ოთახში სხვადასხვა) გამოსახულება ოთახის შიგნით და გარეთა კედლებზე, ბავშვს აგრძნობინებს თავს უფრო თავდაჯერებულად. იმისათვის, რომ გავაძლიეროთ ბავშვის დაცულობის გრძნობა, მნიშვნელოვანია, ექთნებმა მათ უთხრან, თუ როდის მიდიან საავადმყოფოდან, დაემშვიდობონ ხოლმე, და უთხრან მათ ახალი ექთნის სახელი და ისიც, თუ როდის დაბრუნდება თვითონ ეს ექთანი კიდევ.

სტრესთან გამკლავების მთავარი ფაქტორები ავადმყოფობისა და ჰოსპიტალიზაციის დროს

ავადმყოფობის დროს, არსებობს რამდენიმე დომინანტური ფაქტორი, რომელიც გავლენას ახდენს ბავშვის სტრესზე და გამკლავების უნარზე. ესენი მოიცავს შინაგან ძალას, ნიჭს და ბავშვისა და გარე მსაზღვრელების ატრიბუტებს, როგორიცაა ექთნის ექსპერტიზა, ოჯახის მხრიდან თანადგომა, პარტნიორობის ხარისხი ექთანსა და ოჯახს შორის, გარემოს მხარდაჭერა და თანადგომის ეფექტიანობა თამაშის მეთოდით.

შინაგანი ძალა, ნიჭი და ბავშვის ატრიბუტები

თითოეული ბავშვი არის უნიკალური ინდივიდი, განსხვავებული ტემპერამენტითა და უნარით, გაუმკლავდეს პრობლემურ სიტუაციებს. შინაგან ძალებში შედის სტრესზე გამკლავების უნარი, რომელიც ვითარდება მძიმე სიტუაციების გამოცდილებით წარსულში, რომლიდან გამოსვლაშიც ზრდასრულები დაეხმარნენ. ზოგიერთი ბავშვი შეიძლება გამოჩნდეს უფრო ამტანი, ვიდრე არის, რადგანაც უნდა, რომ ძლიერი ეგონოთ. სხვა შინაგან ძალებს მიეკუთვნება ფიქრებისა და შიშების გამოხატვის უნარი, ინფორმაციის ძიების უნარი, რათა გაიგოს სიტუაცია და მოლოდინები და შემდეგ იგრძნოს დაუფლების წარმატება. ბავშვის ტემპერამენტმა და მისმა სულიერებამ ასევე შეიძლება გავლენა იქონიოს სტრესზე გამკლავების ძალაზე.

კიდევ ერთი ძლიერი მხარე, რომელიც ბავშვებს აქვთ, არის მათი უნარი, შეიქმნან იდეები და აზრები ექთნებზე და მათგან წამოსული ზრუნვის მანერაზე. გვეხმარება იმის ხელშეწყობა, რომ ბავშვებმა გამოხატონ თავიანთი აღქმა ექთნების მოქმედებებზე, რათა გავიგოთ რა იქნებოდა უკეთესი ბავშვის პერსპექტივიდან.

ბავშვებს ნიჭიც ეხმარებათ სტრესზე გამკლავებაში. მაგალითად, ხატვის, პროზისა და პოეზიის წერით და სხვა კრეატიული აქტივობებით, ბავშვები არა მარტო გამოხატავენ თავიანთ ფიქრებსა და გრძნობებს, არამედ გამოიყენებენ ამ ყველაფერს სტრესისთვის გამკლავებისთვის. სხვები შეიძლება ცნობისმოყვარეები იყვნენ, თუ როგორ მუშაობს სხვადასხვა ნივთი და ეძებონ ინფორმაცია, განიხილონ საკუთარი დაავადება და გამოცდილებები, ან გამოიყენონ კომპიუტერები. ზოგიერთს აქვს ისეთი ხასიათი, შარმი, და ქარიზმა, რომელიც სხვებს იზიდავს მათკენ.

ექთნის ექსპერტიზა

ექსპერტ ექთანს ესმის საექთნო პრაქტიკა, როგორც დისციპლინა, რომელსაც სჭირდება მუდმივი ყურადღება ცვლილებებსა და მოულოდნელ სიმპტომებზე და ნიშნებზე. ბევრი სწავლითა და გამოცდილებით, ექთნები ხდებიან ექსპერტები ავადმყოფი ბავშვების ვერბალური და არავერბალური ქცევის ცნობაში, მის ინტერპრეტაციასა და მასზე ზუსტად და კომპეტენტურად პასუხში. ისინი არიან მრავალმხრივ გაწვრთნილები ისეთი ინდივიდუალური მეთოდების გამოყენებაში, როგორიცაა ბავშვის შეხვევა, მასაჟი და დაჭერის მეთოდი, რომელიც ბავშვს კომფორტულად აგრძნობინებს თავს.

ექსპერტი ექთნები ცნობენ თითოეული ბავშვის ძლიერ მხარეებს და იყენებენ მათ საექთნო დახმარების დაგეგმვაში, შეფასებასა და იმპლემენტაციაში, აძლევენ საკუთარ ძლიერ მახასიათებლებს ბავშვებსა და მშობლებს და ესმით და აკმაყოფილებენ ავადმყოფობისგან გამოწვეულ საჭიროებებს წარმატებით. ამ ექთნებს ასევე ესმით, რომ ბავშვის ფიზიკური და ემოციური კომფორტი უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ნებისმიერი პირადი კმაყოფილება, რომელიც გამომუშავდება, როცა ბავშვებს და მშობლებს ექთანი მოსწონთ, ან გამოხატავენ დაფასებას მის მიმართ.

ექთნის ყველა შეგრძნება კრიტიკულია ბავშვების საჭიროებების ამოცნობასა და დაკმაყოფილებაში, რადგან ავადმყოფობა ხშირად იმდენად მწვავეა, რომ ბავშვი ვერ გადმოსცემს, რა სჭირდება. მნიშვნელოვანია, რომ არა მარტო შევხედოთ, არამედ დავინახოთ; არა მარტო მოვისმინოთ, არამედ გავიგოთ; არა მარტო შევეხოთ, არამედ ვიგრძნოთ; და არა მარტო დავყნოსოთ და ვიგემოთ, არამედ განვასხვაოთ და ვიცოდეთ ვერბალური და არავერბალური მინიშნებები. ასევე მნიშვნელოვანია, დავინახოთ მცირე ცვლილებები, რომლებიც ადრეულად გვანიშნებენ დეჰიდრადაციაზე, წარბების შეჭმუხნა, ან თვალების მოჭუტვა ტკივილზე და სახის/სხეულის მიერ გამოხატული შიშისა და სევდის ინდიკატორები; გავიგოთ სტრესული ხმები, როგორიცაა ცვლილებები სუნთქვაში, ან ტირილი ტკივილზე; და უნდა ვიგრძნოთ კუნთების დაჭიმულობა შფოთვისას. ექთნებს აღმოუჩენიათ მწვავე დაავადება აცეტონის სუნით ბავშვში, რომელსაც ადრე არ აღენიშნებოდა დიაბეტი, ნევროლოგიური სინდრომის მქონე ბავშვის უნიკალური ტირილით, ან მარილიანი გემოთი, რომელიც ბებიამ შენიშნა ბავშვის სახეზე, რის შემდეგაც ბავშვს დაესვა ცისტური ფიბროზის (მუკოვისციდოზის) დიაგნოზი. უნარების უმაღლესი

დონე მიიღწევა, როცა ექთანი ზუსტად ამოიცნობს ბავშვისა და ოჯახის დაუყოვნებლივი დახმარების საჭიროებას, ვალიდაციას გაუკეთებს ამ საჭიროებას, გამოიყენებს ცოდნას და ყველა ხელმისაწვდომ რესურსს, რათა დააკმაყოფილოს ეს საჭიროება და შემდეგ შეაფასებს გამოსავალს. ეს არის ზუსტად კლასიკური, დინამიური ურთიერთობა პაციენტსა და ექთანს შორის, რომელიც პირველად გააჟღერა ორლანდომ (1961).

გამოცდილი ექთანი ასევე უნდა განიმარტოს, როგორც ექთანი-არტისტი – შემოქმედი, იმ სენსიტიურობისა და მზრუნველობის გამო, რომელიც გამოვლენილია ქცევის მნიშვნელობის ამოცნობაში, წარსული და აწმყო მოვლენების გათვალისწინებით და კრეატიული და გამოცდილი ქმედებების გამო, რომელიც გვაჩვენებს ცოდნის სიღრმეს და მონდომებას ბავშვისა და ოჯახის ზრუნვასთან მიმართებით. ეს ექთანი ასევე იცნობს ამ დროისათვის დაგროვებულ ცოდნას და მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ პრაქტიკებსა და კვლევებს თავის სფეროში და არის ძალიან წარმატებული კოლეგებთან კოლაბორაციაში. ექთნებს აქვთ დეტალური გამოკვლევებისა და ინტერვენციების უნარების ფართო რეპერტუარი, როგორიცაა თერაპიული თამაში და ჰუმანიტარული და ხელოვნების სფეროების გამოყენება (მაგ., მუსიკა, ხელოვნება, დრამა და მოძრაობის თერაპია).

მშობლების მიერ ბავშვების თანადგომა

ოჯახისგან მხარდაჭერა კრიტიკული ფაქტორია იმის გადაწყვეტაში, თუ როგორ პასუხობენ და უმკლავდებიან ბავშვები ავადმყოფობას. მშობლების შფოთვები გადაეცემა ბავშვებს და ამას ეფექტი აქვს ნეგატიურ ქცევაზე, როგორც ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ, ასევე ჰოსპიტალიზაციისას.

დროსთან ერთად, ოჯახებში სხვაობები და კომპლექსურობები უფრო ჩანს და ბევრ მშობელს ურთულდება, რომ იყოს ფიზიკურად და ემოციურად ხელმისაწვდომი. სტრესი შეიძლება გაძლიერდეს არსებული პრობლემებით და ცვლილებებით (მაგ., მსოფლიო მოვლენები, სამსახურის დაკარგვა, საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა, განქორწინება, ახლად შეძენილი თავშესაფარი ოჯახი ნაშვილები ბავშვისთვის). ოჯახის წევრები შეიძლება იყვნენ სერიოზული ფიზიკური, ან მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების წინაშე. შესაბამისად, ძალიან გამოსადეგია მეგობრებისა და ოჯახის წევრების ქსელის არსებობა, რომლებიც გაიღებენ თავიანთ რესურსებს, დროს და დახმარებას. მშობლების მხრიდან თანადგომა დამოკიდებულია ემპათიურ პასუხებზე, დახმარებაზე და კოოპერაციაზე, რომელიც გაწეულია ექთნების, ექიმებისა და ოჯახის სხვა წევრების მიერ, ისევე როგორც თავიანთ საკუთარ სიძლიერეებზე სტრესულ სიტუაციებთან გამკლავებაში. ფოკუსი ოჯახზე ორიენტირებულ მედიცინაზე აუმჯობესებს მშობლების უნარს, მხარი დაუჭიროს ბავშვს.

მშობლის ყოფნა ძალიან მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით ჩვილებისთვის და პატარა ბავშვებისთვის, მაგრამ მშობლების ბავშვებთან დარჩენის საკითხი გადაწყვეტილია ოჯახისა და ბავშვის საჭიროებების გათვალისწინებით. მშობლის საავადმყოფოში ყოფნის კრიტიკული მნიშვნელობა უნდა აეხსნას ოჯახებს, რადგან პატარა ბავშვებს ხშირად სხვები უვლიან დღის განმავლობაში და ასეთ უცნობ გარემოში სეპარაციის დიდი გავლენა მშობელმა შეიძლება ვერ გაიაზროს. დედებისა და მამების მიერ ამ სტრესის

გამკლავების სხვადასხვა გზები უფრო და უფრო ცნობადი ხდება და იზრდება მამის ბავშვზე ზრუნვაში ჩართულობის როლი.

ზოგიერთი ბავშვი მარტოა საავადმყოფოში საათების და დღეების განმავლობაშიც კი ბევრი ფაქტორის გამო. მძიმე დამწვრობების, მძიმე ტრავმული დაზიანებებისა და ძალიან სპეციალიზებული მკურნალობის, ან ქირურგიული ჩარევის საჭიროების მქონე ბავშვები, სათანადო დახმარებას შესაძლოა სახლიდან ძალიან შორს ღებულობდნენ. ზოგჯერ ბავშვები უბედური შემთხვევების ერთადერთი გადარჩენილი ინდივიდები არიან, ან შეიძლება იყვნენ მრავალშვილიანი და ერთმშობლიანი ოჯახის წევრები და მშობლის სახლში ყოფნა აუცილებელი იყოს სხვა ბავშვებისთვის. რეტროსპექტულ კვლევაში ზენგერი-ლევიმ აღწერა პედიატრიული ექთნების მხარდაჭერის როლი ასეთი ბავშვების ჰოლისტიკურ განკურნებაში: ექთანი, რომელიც მშობელივით აზროვნებს; ადამიანური კავშირების შენარჩუნება; პაციენტის „ბავშვად“ მიღება; და ბავშვისთვის ბავშვური ხასიათის აღდგენა.

ძირითადად არსებობს არჩევანი აკომოდაციის ტიპებს შორის: პალატაში დარჩენა, მშობლების ოთახები პედიატრიულ განყოფილებებში; ან დღისით ვიზიტი და სახლში დაძინება. არსებობს ძალიან ბევრნაირი პრაქტიკა ასეთ სიტუაციებში. გეგმის არჩევა რთულია, მაგრამ როცა შესაძლებელია, მშობლის პალატაში დარჩენა არის უმაღლესი პრიორიტეტის მქონე ჩვილებისთვის და პატარა ბავშვებისთვის. მშობლის საწოლის ადგილი პედიატრიულ ინტენსიურ განყოფილებებში ახალი ტრენდია, რომელსაც ბევრი დადებითი შედეგი აქვს. სმიტისა და ჰეფლის კვლევაში ვიგებთ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ მშობლები სტრესის ქვეშ არიან, როცა მათი როლი იცვლება, როგოც დამცველი და კომფორტის შემქმნელი, ამ როლის ცვლილების სტრესს, როგორც ჩანს, ამცირებს მუდმივად ბავშვთან ყოფნის შანსი – გარდა იმ შემთხვევისა, როცა მშობელს აქვს უძილობის მდგომარეობა.

მიუხედავად აკომოდაციის არჩეული გეგმისა, მშობელი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ბავშვი მიიღებს კომფორტს და თანადგომას, განსაკუთრებით დისკომფორტისა და უსიამოვნების დროს. მათ ასევე უნდა იცოდნენ, რომ თუ ბავშვთან ვერ რჩებიან, სხვა ზრდასრულებს (მაგ. ბებია/ბაბუა, სხვა ბავშვისთვის მნიშვნელოვანი ზრდასრული) შეუძლიათ ჩაანაცვლონ ის. ბევრი საავადმყოფო ასწავლის მოხალისეებს თუ როგორ მოეფეროონ, წაუკითხონ, კომფორტი შეუქმნან და კომპანიონობა გაუწიონ ბავშვებს. ყველა ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვი, სტრესს უმკლავდება წინა გამოცდილებებზე სწავლით, ხოლო ამ წინა გამოცდილებებში მას „გვერდს უმაგრებს“ ზრდასრული ადამიანი (მშობელი, მომვლელი, აღმზრდელი და ა.შ.).

ურთიერთობა ექთანსა და ოჯახებს შორის

მშობლებთან დამხმარე ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში, ოჯახის სიძლიერეების ამოცნობა აუმჯობესებს ექთნის უნარს, იმუშაოს ოჯახთან ერთად. კოლაბორაციული ურთიერთობების ხარისხი მშობლებსა და ექთნებს შორის ფუნდამენტალურია სტრესთან გამკლავების უნარში. ერთ-ერთი წარმატებული მოდელი წარადგინა ბროუდიმ (1980) ამბულატორიულ მედიცინაში და კარლიმ (1988, 1997) ბავშვთა საავადმყოფოებში – ექთნების მუტუალური მონაწილეობის მოდელი მოვლაში (NMPMC). ეს მოდელი შეიქმ-

ნა, რათა მოხსნილიყო სტრესი და მშობლებს შეენარჩუნებინათ თავიანთი როლი ბავშვის მწვავე ავადმყოფობისა და გამოჯანმრთელების პროცესში. აქ მშობლები თანაბარი პარტნიორები არიან მკურნალობის დაგეგმვაში, იმპლემენტაციასა და შეფასებაში. ამ მოდელის ეფექტურობისთვის აუცილებელია, რომ ექთანმა დააფასოს ოჯახის ყოფნისა და მხარდაჭერის ღირებულება, როგორც აუცილებელი ოპტიმალური გამოჯანმრთელებისთვის და დამატებითი ტრავმის პრევენციისთვის. იერარქიული ურთიერთობის ნაცვლად, სადაც ექთანი და სხვა პროფესიონალები ავტორიტეტულ როლს ირგებენ, მშობლები და ექთნები ქმნიან პარტნიორობას, სადაც ისინი ერთმანეთს უზიარებენ თავიანთ ნიჭსა და ექსპერტიზას იმისთვის, რომ ხელი შეუწყონ ბავშვის გამოჯანმრთელებას და კეთილდღეობას (სურათი 10-5). მშობლის მონაწილეობის მიმოხილვისას ფაუერმა და ფრენკმა დააფიქსირეს, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალების მიდგომა წარმოადგენს როგორც ბარიერს, ისე გამაუმჯობესებელ ფაქტორს ურთიერთობაში.



სურათი 10-5. აღმზრდელების ჩართვა შვილების მოვლაში საშუალებას იძლევა გამოყენებულ იქნეს, როგორც ექთანის, ასევე მშობლის ძლიერი მხარეები

ექთნები, რომლებიც იყენებენ ინტერაქტიულ, ჩართულ მოდელს პრაქტიკაში, აყალიბებენ და ინარჩუნებენ დამხმარე ურთიერთობებს მშობლებთან და ქმნიან მზრუნველ, მიმნდობ ატმოსფეროს მათთან პრობლემებისა და საჭიროებების განხილვისთვის. ეს ყველაზე უკეთ მიიღწევა დახმარების დაუყოვნებლივი საჭიროებების მუდმივად ამოცნობით და ვალიდაციით და შემდეგ იმის მოკვლევით, თუ როგორ მიიღწევა ეს დახმარება. მუტუალიზმი ურთიერთობაში უმჯობესდება გულახდილობით, სენსიტიურობითა და მონდომებით, რომ შეიქმნას ბავშვის გამოჯანმრთელებისთვის სასარგებლო გარემო.

ეს მოდელი ასევე ვარაუდობს, რომ ექთანს ესმის ოჯახში მიმდინარე ცვლილებები, როცა ბავშვი ჰოსპიტალიზდება და ცნობს როგორც მშობლების, ისე ბავშვის საჭირო-

ებებს. კოოპერატიულად მუშაობას მინიმუმამდე დაყავს ავადმყოფობის მიერ მიღებული გამოცდილებების დეტრიმენტული ეფექტები და საჭიროებს საკმაოდ დახვეწილ უნარებსა და დიდ გამოცდილებას ექთნის მხრიდან. ეს ექთნისა და მშობლის მონაწილეობა კიდევ უფრო განვითარდა, როგორც ცნება პროფესიონალური საექთნო პრაქტიკისთვის. მულენმა და აშერმა ახსნეს მოდელი: როცა ექთნის კომპეტენცია ემთხვევა პაციენტის მახასიათებლებსა და საჭიროებებს, შედეგად გვაქვს უკეთესი გამოსავალი ოჯახისთვის, პაციენტისთვის, კლინიკის განყოფილებისთვის და ჯანდაცვის სისტემისთვის. ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინა არის ძირეული ცნება, რომელიც პედიატრიული საექთნო საქმის კოლაბორაციულ ბუნებას ასაზრდოებს. ეს მიდგომა გვთავაზობს, რომ ურთიერთსასარგებლო პარტნიორობა ჯანდაცვის პროვაიდერებს, ბავშვებსა და ოჯახებს შორის საჭიროა სამედიცინო დახმარების დაგეგმვაში, მიწოდებასა და შეფასებაში. ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინა დგას ოთხ პრინციპზე: ხალხს, რომელთაც ვმკურნალობთ, პატივს ვცემთ; ჯანდაცვის პროვაიდერები ოჯახებსა და პაციენტებს აწვდიან ნამდვილ, სრულ და შეუცვლელ ინფორმაციას გასაგები გზით; პაციენტები და ოჯახები თავიანთ ძლიერ მხარეებზე არიან დამოკიდებულები, რომელსაც ავითარებენ იმ გამოცდილებებში მონაწილეობით, რომელიც აუმჯობესებს კონტროლს და დამოუკიდებლობას; და კოლაბორაცია რომელიც პაციენტებს, ოჯახის წევრებსა და პროვაიდერებს შორის ხდება, მიმართულია პროგრამის განვითარების, პროფესიული განათლებისა და სამედიცინო დახმარების გაუმჯობესებისკენ.

მონაწილეობით მოდელებსა და ოჯახზე ორიენტირებულ მედიცინაში კომპეტენციის გამომუშავებასთან ერთად, ხდება მომწიფების პროცესი თავდაჯერებულობის დონეში, ბავშვებსა და მშობლებთან ურთიერთობაში. ასევე არსებობს ეტაპობრივი გადასვლა ახალბედას როლიდან ექსპერტის როლში, რომელსაც განვითარებული აქვს უნარები და ცოდნა, რომელიც საჭიროა სენსიტიური და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული საექთნო პრაქტიკისთვის. ესაა სწავლის უწყვეტი პროცესი ქმედებებისა და რეაქციების შეფასებით, კვლევითი ლიტერატურის რუტინულად გაცნობით და საკუთარი სწავლის პროცესის გაცნობიერებით.

ჰოსპიტალიზებული ბავშვების დები და ძმები

პედიატრიული ექთნების ინტერაქცია ვრცელდება ბავშვის ოჯახის სხვა წევრებზეც, განსაკუთრებით კი და-ძმაზე, რომლებზეც ასევე აქვს გავლენა ბავშვის ჰოსპიტალიზაციას (სურათი 10-6). და-ძმის ვიზიტი პედიატრიულ განყოფილებებში დამკვიდრებული პრაქტიკა გახდა, რადგან მას აქვს სარგებელი ბავშვისთვის, და-ძმისთვის და ოჯახისთვის, მინიმალური რისკებით, როგორიცაა ინფექციები. სანამ და-ძმა მოინახულებს პაციენტს, შეიძლება მათი სკრინინგი ინფექციურ დაავადებებზე და მათი იმუნიზაციის სტატუსის გადამოწმება. და-ძმას აქვთ შიშები და ფანტაზიები იმაზე, თუ რა ემართებათ მათ დას ან ძმას და ამ გრძნობების გაქარწყლებაში ეხმარებათ მისი ნახვა, რადგანაც მათ ხშირად ჰგონიათ, რომ თვითონ მიუძღვით ბრალი მათ ავადმყოფობაში. ბევრს ასევე ჰგონია, რომ თვითონაც გახდება ავად.



სურათი 10-6. ეს სურათი არის გამოხატულება იმისა თუ როგორ ეხმარება ძმა დას, რომელიც წევს საავადმყოფოში

და ან ძმა, რომელსაც ყველაზე რთულად გადააქვს ეს მოვლენა არის ის, რომელიც პაციენტთან ემოციურად ახლოსაა, ან მშობლებისგან ემოციურად შორს. უფროსი და ან ძმა ზოგჯერ იღებს ზრდასრულის პასუხისმგებლობებს და ხდება „იდეალური ბავშვი“, რომელიც თავის მშობლებს დამატებით პრობლემას არ უქმნის, მაგრამ შინაგანად მაინც ნერვიულობს იმაზე, დაბრუნდება თუ არა ოდესმე ნორმალური სიტუაცია. მშობლების დახმარება, რომ გაიგონ პაციენტის დების/ძმების რეაქციები და დაეხმარონ მათ ამ კრიზისის გადატანაში, ასევე ოჯახზე ორიენტირებულ მედიცინაში ჯდება. ბევრ საავადმყოფოს აქვს დების/ძმების პროგრამები, რათა გაეცეს მათ კითხვებს პასუხები და დაეხმარონ მათ საავადმყოფოს გამოცდილების სწორად გაგებაში. ასევე რეკომენდირებულია წიგნები ბავშვებისთვის, რომლებიც ავადობენ, ან შეზღუდული შესაძლებლობები აქვთ და ასევე მათი დებისთვის/ძმებისთვის. (სურათი 10-7).



სურათი 10-7. ახლო ურთიერთობის მქონე ბავშვები გრძნობენ მეგობრობის ყოფნას, მაგ., თუ ძმა საავადმყოფოში იმყოფება

პედიატრიული განყოფილების, როგორც მხარდამჭერი გარემოს კლიმატი

როგორც განკურნების ადგილი, პედიატრიული განყოფილება უნდა იყოს კარგად ყოფნის, უსაფრთხოებისა და დაცულობის შეგრძნების მომტანი (სურათი 10-8). ეს ხშირად რთულია, როცა სანახაობები და ხმები უცნობი და უცნაურია. მიუხედავად ესთეტიურად სასიამოვნო გარემოს ქონის აუცილებლობისა, ეს მაინც მეორე ხარისხოვანია ექსპერტიზასთან, მორალთან, კმაყოფილებასთან და სამუშაო ურთიერთობის ხარისხთან შედარებით, პერსონალის წარმომადგენლებს შორის. ყველაზე კრიტიკულია გაცნობიერებული ყურადღება ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინისადმი, რომელშიც ყველას შეაქვს წვლილი თავისი ნიჭითა და ექსპერტიზით, რათა უზრუნველყო მათი ზრუნვის ქვეშ მყოფის კეთილდღეობა. რადგან ბავშვები გრძნობენ ზრდასრულების შიშებსა და შფოთვებს, ზრდასრულების მოთხოვნილებებზე ყურადღების გამახვილებაც საჭიროა. ექთნების მენტალური და ფიზიკური ჯანმრთელობა სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა ისეთი გარემოს შექმნაში, სადაც ბავშვი და მშობელი იგრძნობენ კომფორტს, კომპეტენციასა და სიძლიერეს, რომელიც მოდის ექთნებისგან, როგორც მკურნალებისგან.



სურათი 10-8. ფერადი სათამაშო დარბაზი ბავშვთა თავშესაფარია. ასევე თერაპიული და შემოქმედებითი თამაშების ადგილია დაძაბულობისა და შფოთვის შესამცირებლად

თითოეულ ბავშვს უნდა ჰქონდეს ადგილი პირადი ნივთებისთვის, მიუხედავად ძალიან ძველი შესახედაობისა, როგორიცაა სათამაშოები, საბნები, ან ტანსაცმელი. ფეხსაცმელები ყოველთვის უნდა ჩანდეს, რადგან ეს არის მოძრაობის სიმბოლო და იმის შემახსენებელი, რომ ბავშვი სახლში წავა; ეს ბავშვისთვის იგივეა, რაც მოხუცი კაცისთვის იქნებოდა ქუდი მსგავს სიტუაციაში – საავადმყოფოს გარეთ ცხოვრების სიმბოლო.

დამოკიდებულება, მიდგომა და სიკეთე, ბავშვის მომვლელი პირისგან, უფრო მნიშვნელოვანია ბავშვის პასუხისთვის, ვიდრე მისი ჩაცმულობა. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო პერსონალის ჩაცმულობა ყოფილა დავის საგანი, პედიატრიულ განყოფილებებში ხშირად ფერადი, ან ნახატებიანი ჩაცმულობა ჭარბობს, რადგან ბავშვებს უყ-

ვართ კაშკაშა ფერები და ბევრს სჯერა, რომ ბავშვები თეთრ ფერს უკავშირებენ ტკივილის შიშს. მიუხედავად ამისა, არსებობს რაღაც დეტალები ჩაცმულობაში, რომელსაც ცუდი შედეგები შეიძლება მოჰყვეს (მაგ., გრძელი ფრჩხილები, ან ბეჭდები რომელშიც ბუდობს საზიანო ორგანიზმები, ან თვითონ ფიზიკურად საზიანო შეიძლება იყოს, რგოლიანი საყურეები, რომელიც პატარა თითებმა შეიძლება მოქაჩოს, ან ტანსაცმლის დიზაინი, რომელიც საშიში შეიძლება გამოდგეს, მაგალითად, ცხოველების დიდი გამოსახულებები). ამისგან განსხვავებით, პატარა, ფუმფულა ცხოველის ფიგურა, რომელიც დამაგრებულია ფონენდოსკოპზე და სხვა ხელსაწყოებზე, ან სხვა სასიამოვნო, ყურადღების გადამტანი ფაქტორები, ამცირებს ბავშვების შიშებს.

ყველა პედიატრიულ განყოფილებას სჭირდება სათამაშო ოთახი, როგორც უსაფრთხო ადგილი, სადაც მტკივნეული პროცედურები, ან საშიში სცენები არ იქნება; ადგილი, სადაც ბავშვის დღიურად სტრესთან გამკლავების უნარი ძლიერდება. თამაშის ჩართვა მკურნალობაში იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ ბავშვის მიყვანას სათამაშო ოთახში უნდა ვეცადოთ ყველანაირად (ეტლით, საწოლით) და როცა არ ხერხდება, საწოლთან უნდა მივიტანოთ სათამაშო აქტივობები. თამაში არის ბავშვების საქმე, მათი სწავლის წყარო და ინტეგრალური კომპონენტი ასეთი ბავშვის მკურნალობა-მოვლის საკითხში.

გარემო უნდა იყოს იმდენად მოქნილი, რომ დააკმაყოფილოს ოჯახის მოთხოვნილებები როგორც ვიზიტისას, ისე ღამე დარჩენის შემთხვევაშიც; გარემომ უნდა უზრუნველყოს ოჯახის დასვენება, კომფორტი და კვება. და-ძმის, ბებია-ბაბუის, და სხვა მნიშვნელოვანი პირების ვიზიტი, შეიძლება კრიტიკული მნიშვნელობის იყოს ზოგიერთი ბავშვისთვის.

თამაში, როგორც სტრესთან გამკლავების ხელშემწყობი მეთოდი

ბავშვის განვითარების ძველმა ექსპერტმა თამაში აღწერა, როგორც ნებაყოფლობითი აქტივობა, რომელსაც ბავშვი აკეთებს სიამოვნებისთვის. თამაში ხელს უწყობს კოგნიტური, ფსიქომოტორული, ენობრივი და ფსიქოსოციალური უნარების განვითარებას. საკმაოდ ადრე, 1954 წელს, ბლეიკმა თქვა, რომ ბავშვები თავიანთ შიშებს ეუფლებიან და დაძაბულობისგან შვებას გრძნობენ თამაშის მეშვეობით.

აქტიური ბავშვის ცხოვრების პროგრამა, მიმზიდველი, კარგად აღჭურვილი სათამაშო ოთახი და სასწავლო ოთახი უზრუნველყოფს შესაძლებლობებს ბავშვისთვის, ითამაშოს და ისწავლოს და ამით აიცილოს ჰოსპიტალიზაციის უარყოფითი ეფექტები. ბავშვის ცხოვრების სპეციალისტების როლია ბავშვის ოპტიმალური განვითარების ხელშეწყობა, ნორმალური ცხოვრებისეული კანონზომიერებების შენარჩუნება და ფსიქოლოგიური ტრავმის მინიმუმამდე დაყვანა. ისინი სათავეში უდგანან ყურადღების გადამტან სათამაშო აქტივობებს და ბავშვებს ეხმარებიან სამედიცინო გამოკვლევებისა და პროცედურებისთვის მომზადებაში და ასევე, მათ განმავლობაშიც. რადგან თამაში კრიტიკულია ბავშვების ემოციური ჯანმრთელობისთვის, ექთნებს დიდი პასუხისმგებლობა აკისრიათ, რადგან მათ უნდა განსაზღვრონ, რა სახის თამაში იქნება სასარგებლო ინდივიდუალური ბავშვისთვის და უნდა მოახდინონ ამის ინტეგრაცია სამედიცინო დახმარების გეგმაში.

ბავშვები სარგებელს იღებენ თამაშის შესაძლებლობებით, რომელიც ეხმარება მათ

თავიანთი ფიქრებისა და გრძნობების გამოხატვაში სიტუაციების შესახებ, რომლებიც რთულად გასაგები, ან მისაღებია. თამაშზე დაკვირვება ექთნებს ეხმარება, გაიგონ ბავშვის ქცევის მნიშვნელობა და დაეხმარონ მათ კონკრეტულ სიტუაციებში. ექთნებისთვის უპირატესობას წარმოადგენს, თუ ისინი შექმნიან თავიანთ საკუთარ, მყისიერად ხელმისაწვდომ ყუთს, ან კალათას, რომელშიც დევს თოჯინები, რომლებიც წარმოადგენს ბავშვებს, ექთნებს, ექიმებსა და მშობლებს; რამდენიმე ხელის თოჯინა; და ხშირად გამოყენებადი კლინიკური ნივთები. თამაში საშუალებას იძლევა, შევაფასოთ რამდენად ესმის ბავშვს თავისი დაავადება, პროცედურები, მკურნალობა და მისი ემოციური პასუხი ამ გამოცდილებებზე. მაგალითად, თოჯინების დიალოგი შეიძლება იყოს მოვლენაზე, რომელიც ახლახან მოხდა: „მე დღეს ვიტირე“. „რა მოხდა?“ „რაღაც ყუთში ჩამსვეს, რომ ჩემი სხეული შიგნიდან ენახათ.“ „გეტკინა?“ „არა, მაგრამ შემეშინდა.“ „რამ შეგაშინა?“

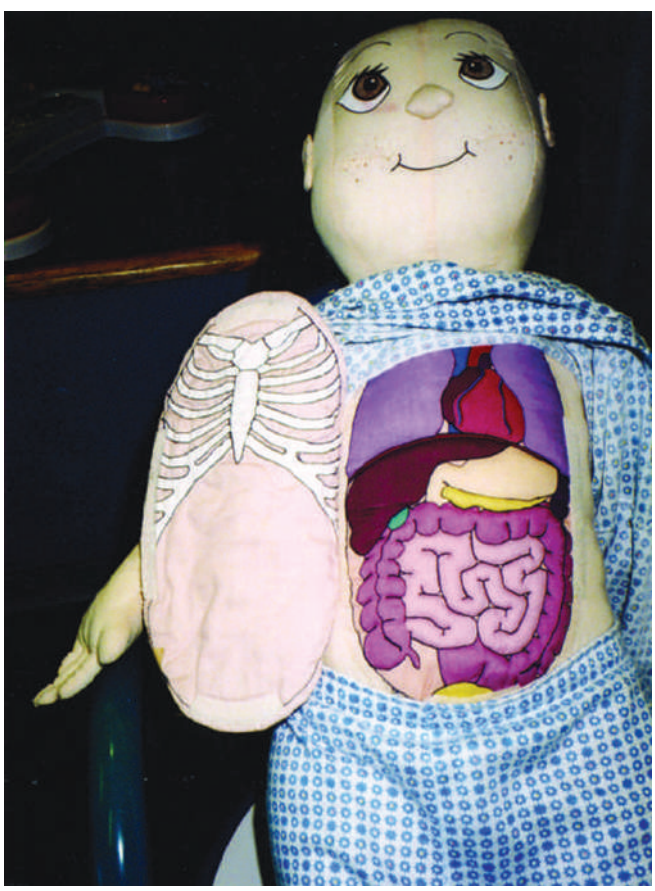
თერაპიული თამაში არის ძალიან ეფექტური, არადირექტიული გზა, რომლითაც ვეხმარებით ბავშვებს, გამოიყენონ საავადმყოფოს ხელსაწყოები, როგორც სათამაშოები, რათა გამოხატონ თავიანთი პასუხი სტრესულ მოვლენებზე. ამ ტიპის თამაშს ეხმარება თოჯინები (ექთანი, ექიმი, ზრდასრული, ანატომიურად ზუსტი ბავშვი თოჯინები, მტირალა თოჯინები და ა.შ.), საავადმყოფოს ხელსაწყოები (მაგ., ფონენდოსკოპი, კათეტერები, ივ მასალები და ა.შ.), ტანსაცმელი (ხალათები, ნიღბები, ხელთათმანები) და ასევე ბავშვზე დაკვირვება და მასთან საუბარი თამაშის დროს (სურათი 10-9). საავადმყოფოს მინიატურული ოთახი ამ მასალებით საშუალებას აძლევს ბავშვს, რომ მოირგოს საავადმყოფოს პერსონალის როლები და უმკურნალოს თავიანთ „პაციენტებს“ უსაფრთხო, სიმულაციურ გარემოში.



სურათი 10-9. ბავშვები გამოხატავენ თოჯინებისა და აღჭურვილობის გამოყენებით გრძნობებს საავადმყოფოს გამოცდილების შესახებ

ბევრი საავადმყოფო ბავშვებს შემოსვლიდან ცოტა ხანშივე აძლევს სადა თოჯინებს და ეუბნება, რომ დაახატონ მათ სახეები და ტანსაცმელი, რომ ისინი გამორჩეული თოჯინები გახდეს. ზოგიერთი ბავშვი თავის თოჯინას იყენებს, როცა მას აჩვენებენ პროცედურასა და მკურნალობას თერაპიული თამაშის საშუალებით. დიდი, ბავშვის ზომის ნაჭრის თოჯინები, აბდომინალური ორგანოების ხილული ფენებით, კუნთებით და ძვლებით, გამოსადეგია ბავშვებისთვის კონკრეტული დაავადების შესახებ სწავლებაში (სურათი 10-10).

კრეატიული ხელოვნება, როგორიცაა მუსიკა, დრამა, პოეზია, ლიტერატურა და ხატვა არის ემოციისა და რეაქციების გამოხატვის დამატებითი გზები. მინი-დრამის გამოყენებით ბავშვს შეუძლია გაითამაშოს ექთანი, რომელიც ამბობს, „არ გეტკინება“ და როცა ექთანი, რომელიც ბავშვს თამაშობს, იტყვის, „აუ, მტკივა,“ ბავშვის პასუხს შეგვიძლია დავაკვირდეთ, რის შემდეგაც შეგვიძლია განვიხილოთ ბავშვთან, რისი გაკეთება შეგვიძლია, რომ არ ეტკინოს და გამოცდილება გავაუმჯობესოთ. ხელოვნების გამოყენებისას ძალიან გვადგება, თუ ბავშვს ვთხოვთ, რომ დახატოს თავისი თავის სურათი საავადმყოფოში და შემდეგ მოყვეს ამბავი თავიანთ ნახატზე და შესაბამისად მოგვცეს შანსი, რომ დავინახოთ გამომეტყველება, ახსნა და განვიხილოთ ბავშვთან შესაბამისი სიტუაცია. დღიურები და მოთხრობები ძალიან კარგი გზაა იმისთვის, რომ დავეხმაროთ ბავშვს სტრესულ მოვლენებთან გამკლავებაში. ბევრ საავადმყოფოს აქვს ბიბლიოთეკა წიგნებით, რომლებიც შეიძლება წაიკითხოს თვითონ ბავშვმა, ან ვინმემ წაუკითხოს მას. ზოგიერთი ბავშვი ჩამოწერს წიგნებს, რომელიც სასარგებლოა მისთვის და სხვებისთვის.



სურათი 10-10. თოჯინების სწავლება ეფექტური საშუალებაა ბავშვებისთვის, რომ გაიგონ თავიანთი სხეულების შესახებ

თამაში მართავს სტრესზე რეაქციებს და აქვს ფიზიოლოგიური სარგებელიც. მაგალითად, გაბრაზება და უარყოფითი ენერგია შეიძლება გამოთავისუფლებული იქნას ისეთი ფიზიკური აქტივობებით, როგორიცაა დაფაზე დარტყმა, კრივის ჩანთებზე დარტყმა და კონტეინერებში გატენილი ჩანთების სროლა. სათამაშო სიტუაციები იქმნება, მაგრამ ბავშვი ირჩევს ნივთებს და წყვეტს, თუ როგორ გამოიყენებს მათ, თავიანთი კომფორტისა და მზაობის შესაბამისად. სათამაშო მასალები ასევე შეიძლება გამოყენებული იქნას, რომ ხელი შევუწყოთ გამაძლიერებელ ვარჯიშებს.

ბავშვების ჩართულობა დაფის თამაშებში, ვიდეო თამაშებში, ფაზლებსა და ჯგუფურ აქტივობებში, ეხმარება მათ ნაცნობ სიტუაციაში თამაშში. მასალები, როგორიცაა თიხა, თითის საღებავები და საძერწი საშუალებები, შესაძლებელს ხდის სწავლას, ისევე როგორც გადართვას საავადმყოფოს რუტინიდან (სურათი 10-11). ბავშვისთვის რთულია თამაშზე უარის თქმა, მაგრამ ვისაც თამაში უჭირს დაღლილობის, უძრაობის ან მზად არყოფნის გამო, სხვა გზებით შეგვიძლია ჩავრთოთ პროცესში (მაგ., სხვების თამაშის ყურება, თოჯინების თეატრი და თამაში საწოლში) (სურათი 10-12).

ყოველდღე საკმარისი დრო უნდა გამოიყოს თამაშისთვის, განსაკუთრებით იმობილიზებული ბავშვებისთვის, რომელიც ხშირად არიან ლოდინისა და გაზრდილი შფოთვის მდგომარეობაში. თავისი ავადმყოფობიდან ფოკუსის გადატანით, ბავშვები უკეთ აკონტროლებენ დროის ნელა გასვლის შეგრძნებას და გამოიმუშავებენ დადებით გრძნობებს საკუთარი თავისა და სხვების მიმართ. ისეთი გარემოებისა და სიტუაციების შექმნით, სადაც ბავშვი იცინის და ერთობა, ძალიან ვეხმარებით გამოჯანმრთელების პროცესს.



სურათი 10-11. სახატავი ნივთების და სათამაშოების არსებობა სათამაშო ოთახში უზრუნველყოფს ბავშვის გართობას



სურათი 10-12. როდესაც ბავშვს არ შეუძლია სათამაშო ოთახში შესვლა, სათამაშო სესიები საწოლთან იძლევა სწავლისა და გართობის საშუალებას

ბავშვებისა და ოჯახების მომზადება ჰოსპიტალიზაციისათვის

ჰოსპიტალიზაციის პოტენციური უარყოფითი ეფექტების შესამცირებლად, უნდა მოხდეს ბავშვის მომზადება შემოყვანამდე, თუ ეს შესაძლებელია. ძირითადი მიზანი არის ინფორმაციის მიწოდება, ემოციური თანადგომა, მიმნდობი ურთიერთობის ჩამოყალიბება და სტრესთან გამკლავების სტრატეგიების სწავლება. ეს მიზნები მიღწეულია, როცა ბავშვის ასაკისა და გამოცდილებების შესაბამისი, გულახდილობა და ნებისმიერ მსტრესავ ფაქტორზე კითხვების დასმა და რეაქციულობა ახასიათებს მომზადების პროცესს. პედიატრიული საავადმყოფოების უმეტესობას აქვს პროგრამები, რომელიც ამზადებს ბავშვებს საავადმყოფოს სიტუაციებისთვის, ოპერაციებისთვის და დიაგნოსტიკური პროცედურებისთვის. მოსამზადებელი მასალები და პრეზენტაციები ყველაზე გამოსადეგია, როცა ისინი შეესაბამება ბავშვების სასწავლო მოთხოვნილებებს ასაკისა და განვითარების ეტაპის მიხედვით და ზუსტად აჩვენებენ სანახაობას, სუნს, ხმებს, წესებს და პროცედურებს, რომელსაც ბავშვები შეხვდებიან საავადმყოფოებში (სურათი 10-13).



სურათი 10-13. მკურნალობის დაწყება ადვილდება, როდესაც ბავშვები ერთობიან თოჯინებითა და სათამაშო მოწყობილობებით

კოგნიტური განვითარება და ენობრივი უნარები გადამწყვეტი ფაქტორებია როგორც ადეკვატური დროის დამთხვევაში, ისე მასში ახსნილი მასალისთვის. ჩვილების შემთხვევაში ყველაზე კარგი მეთოდია მშობლების მომზადება. მშობლების შიშებისა და შფოთვის გაქრობით, მათ უკეთ შეეძლებათ სიმშვიდის და კეთილდღეობის გადატანა ჩვილებზე. დაგეგმილი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებში, ბავშვის ასაკმა უნდა გვიკარნახოს, თუ როდის უნდა მოვამზადოთ ის ჰოსპიტალიზაციისა თუ ოპერაციისთვის: 1-2 წლის ბავშვები – წინა დღეს/საღამოს, ან ჰოსპიტალიზაციის/ოპერაციის დღეს; 2-3 წლის ბავშვები – 2-3 დღით ადრე; 4-7 წლის ბავშვები – 4-7 დღით ადრე, ხოლო 7 წლის შემდეგ – რამდენიმე კვირით ადრე. საავადმყოფოს ექსკურსიებით, თოჯინების გამოყენებით, სამედიცინო თამაშით, საბავშვო ლიტერატურითა და აუდიოვიზუალური მედიით ბავშვები სწავლობენ საავადმყოფოს გამოცდილებას და მათ როლს გამოჯანმრთელების პროცესში. როცა შესაძლებელია, ბავშვებს უნდა ჰქონდეთ აქტიური მონაწილეობის შანსი (მაგ., ხელსაწყოებზე შეხება, როგორიცაა წნევის საზომი, ფონენდოსკოპი და ინტრავენური სითხის მილები).

ჯგუფური მომზადება ხშირადაა ეფექტური სკოლის ასაკის ბავშვებისთვის. მოზარდებს სჭირდებათ შესაძლებლობა, რათა დაინახონ მნიშვნელობები და შედეგები ჰოსპიტალიზაციის გამოცდილების უკან და ასევე მიიღონ განმარტებები, რომელიც ეხება ოპერაციისთვის, ან ჰოსპიტალიზაციისათვის მომზადებას. დამატებით, მათ სჭირდებათ დრო შიშების, არჩევანისა და ალტერნატივების განსახილველად. მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის მნიშვნელოვანია, გაიგონ რაც შეიძლება მეტი ჰოსპიტალიზაციის გამოცდილებაზე, არანაკლებ მნიშვნელოვანია მშობლისთვის, ჰქონდეს ინფორმაცია, რომელიც დაეხმარება მას, შეინარჩუნოს მშობლის როლი. როცა მშობლებს აქვთ ზუსტი ინფორმაცია და თავდაჯერებულები არიან, მათ შეუძლიათ ეს დაცულობის გრძნობა გადასცენ ბავშვებს.

6 წლამდე ასაკის ბავშვების მოულოდნელი ჰოსპიტალიზაცია წარმოადგენს პედიატრიულ განყოფილებებში შემოყვანილი პაციენტების უმრავლესობას. როცა მშობლები და ბავშვები არ არიან მზად სწრაფი ცვლილებებისა და სტრესისთვის, ჩნდება უფრო მძიმე შფოთვა და უარყოფითი გამოსავლის უფრო დიდი რისკი როგორც ჰოსპიტალი-

ზაციის შემდეგ, ისე მის განმავლობაში. შემოყვანის დროს ბავშვებმა უნდა იცოდნენ ახალ გარემოზე, რუტინაზე და მოლოდინებზე და ასევე უნდა მიეცეთ ახსნა ნებისმიერ მიმდინარე პროცესზე და გეგმებზე. ოჯახმა უნდა იცოდეს აუცილებელი ინფორმაცია, რათა სიტუაციის სიმწვავეს გაუმკლავდეს. ეს ყველაზე უკეთ მიიღწევა მოთხოვნილებების წინასწარ გათვლით და კითხვებზე პასუხით, მათი გაჩენისთანავე.

ბავშვების მოვლა/მკურნალობა საავადმყოფოში შემოყვანის პროცესში

საავადმყოფოში შემოყვანის პროცესი იწყება დამხმარე, მიმნდობი ურთიერთობის ჩამოყალიბებით ბავშვთან და მშობლებთან. პირველ მისალმებას უნდა ახლდეს ღიმილი და ნაგულისხმევი უნდა იყოს, რომ ელოდებოდით მათ მოსვლას, ხოლო შემდეგ უნდა დავიწყოთ საკუთარი თავის წარდგენა. მშობლებისთვის და ბავშვებისთვის ხელის ჩამორთმევა (ასაკის შესაბამისად) არის სიმბოლური ჟესტი ურთიერთობის დაწყებისას (სურათი 10-14). ამ დროისათვის ექთნის ფორმალურ სახელსა და წოდებას მოჰყვება მოკლე დისკუსია, თუ ვის რა სახელის დაძახება ურჩევნია თავისი თავისთვის. როცა პატარა ბავშვები შემოჰყავთ საავადმყოფოში, ექთანმა ჯერ მშობლებთან უნდა დაამყაროს ურთიერთობა. როცა ბავშვები დაინახავენ, რომ მათი მშობლები ენდობიან ექთანს, მათთვის უფრო მარტივია ექთანთან ურთიერთობაში შესვლა. თვალების ერთ დონეზე ყოფნა და ვიზუალური კონტაქტი ბავშვებთან საუბრისას აძლიერებს დადებით პასუხს.



სურათი 10-14. ბავშვებისა და ოჯახების დახვედრა კლინიკაში ძალიან კარგი საშუალებაა შემდგომში ურთიერთობების დასაწყებად

ამ დროის განმავლობაში ასევე უმჯობესია, ავუხსნათ პერსონალის განლაგება და სხვა ექთნების სახელები, რომლებიც შეიძლება ჩართულნი იყვნენ ბავშვზე ზრუნვაში. ექთნის როლის, პასუხისმგებლობებისა და იმის ცოდნა, თუ რამდენი ხანი იქნება ბავშვთან ის, გამოსადეგია ისევე, როგორც სხვა პერსონალის სახელები, რომლებიც იცვლებიან ყოველდღე (შესაბამისად სახელების წარდგენა ყოველდღე უნდა გავიმეოროთ). ამას მოჰყვება ძირითადი წესებისა და აქტივობების ზოგადი აღწერა. უმჯობესია, თუ ექთანი, რომელიც აწარმოებს ამ ზოგად ორიენტაციას, იქნება ძირითადი, ან ის ექთანი, რომელიც ბავშვთან იქნება ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში.

საავადმყოფოში შემოყვანის რუტინები მოიცავს დეტალური ისტორიის შედგენას და

სრულ გასინჯვას. ბევრ საბავშვო საავადმყოფოში, წინასწარ შედგენილი პედიატრიული საექთნო შეფასება ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერის ინტეგრალური ნაწილია. ინსტრუქცია მშობლებისთვის არის ძალიან გამოსადეგი გზა ზრუნვის, ბავშვის განვითარების საფეხურების, ჰოსპიტალიზაციაზე რეაქციების ფილოსოფიისა და ერთად მუშაობის გზების გასაზიარებლად, ოჯახზე ორიენტირებული გარემოს ფარგლებში.

ბავშვის რუტინებზე, სტრესზე რეაქციაზე და ჰოსპიტალიზაციის მიზეზის აღქმაზე ინფორმაციის შეკრებასთან ერთად, აუცილებელია ინფორმაციის მოპოვება ავადმყოფობისა და ჰოსპიტალიზაციის წინა გამოცდილებების შესახებ, რომელიც ახლო წარსულში ბავშვის გარემოცვაში (სკოლა, ოჯახი) მყოფი ადამიანების ავადმყოფობასაც მოიცავს. ზოგიერთ ბავშვს შეიძლება ახლო წარსულში ჰქონდეს საავადმყოფოსთან კავშირის გამოცდილება, რის გამოც, ის, საავადმყოფოს უკავშირებს დაბადებას, ან სიკვდილს. ეს ასოციაცია შეიძლება ძალიან პირდაპირი იყოს, მაგალითად, როცა ბავშვს აქვს გულის პრობლემა და ამის გამო ჰოსპიტალიზირდა და ასევე გამოუცდია ვინმეს სიკვდილი გულის შეტევით. ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი უნდა განიმარტოს კარგად, რათა ბავშვმა არასწორად არ იფიქროს ცუდ მიზეზებზე. კომუნიკაციის სიზუსტისა და ვერბალური და არავერბალური ქცევების ფრთხილი ინტერპრეტაციის მნიშვნელობა ყველაზე მნიშვნელოვანია.

როცა შემოდიან ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვები, მათ უნდა იცოდნენ, როგორ განსხვავდება ეს ჰოსპიტალიზაცია მათი წინა გამოცდილებებისგან. პატარა ბავშვების შემთხვევაში, გამოსადეგია, თუ მშობელი ჩამოწერს ბავშვის კვების, ვარჯიშისა და ელიმინაციის საშინაო განრიგს. ერთი ცისტური ფიბროზის მქონე თოდლერის[9] დედას ჰქონდა გეგმა, რომელსაც მან დაარქვა „ვინმე ნიკოლას ფრენსისის მოვლა და კვება“, მისი დღიური აქტივობების, რუტინის, მკურნალობისა და პრეპარატების დეტალური ანგარიში. ასეთი წერილობითი გეგმა გვაძლევს ძალიან კარგ ინფორმაციის წყაროს, რათა დავიცვათ რეჟიმებისა და რიტუალების კონსისტენტურობა, რასაც დამამშვიდებელი ეფექტი აქვს პატარა ბავშვებზე.

შემოსვლისას ბავშვის ასაკისა და დაავადების სიმწვავის მიხედვით უნდა მოვახდინოთ ორიენტაცია ისეთ განყოფილებაზე, რომელიც მიემართება ყველაზე მნიშვნელოვან არეებს. ბავშვის ჰოსპიტალიზაციისას შემოსვლის დროა იმის დროცა, რომ გავიგოთ მშობლების სურვილები კომფორტთან, ბავშვზე ზრუნვასთან და ექთნებთან ერთად მუშაობასთან დაკავშირებით. ეს უნიკალური შანსია, რომ ავუხსნათ ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინის ფილოსოფია და პრაქტიკაში მათი მონაწილეობისა და ინტეგრალური პარტნიორობის როლი, რათა ბავშვს მივაწოდოთ საუკეთესო ხარისხის დახმარება. პირდაპირი ჩართულობის ხარისხი ცვალებადია სხვადასხვა ფაქტორების მიხედვით. დამხმარე, თანამდგომი ურთიერთობის ჩამოყალიბება ექთნებსა და მშობლებს შორის, გავლენას ახდენს ბავშვის გამოჯანმრთელებაზე.

ექთნის პირველი ინტერვიუ მშობლებთან იძლევა შანსს, ჩამოყალიბდეს დამხმარე ურთიერთობები და თან შევისწავლოთ აუცილებელი ინფორმაცია ოჯახზე/ბავშვზე და აღმოვაჩინოთ ერთად მუშაობის გზები ბავშვის სასარგებლოდ. ბევრ საავადმყოფოს აქვს ფორმები იმ ინტერვიუებისთვის, რომელიც შეიცავს ბავშვის ზრდისა და განვითა-

9 იგულისხმება ბავშვი1-3 წლის ასაკში.

რების და სამედიცინო და იმუნიზაციის ისტორიებისთვის სექციებს, რომელიც მშობლებს შეუძლიათ, ცალკე შეავსონ. ასევე კარგია, თუ გვექნება ცალკე ინტერვიუ ბავშვთან, ან მოზარდთან, რათა დავინახოთ მათი პერსპექტივა დაავადებასთან და ჰოსპიტალიზაციასთან მიმართებით. ინტერვიუსთან და მონაცემების შესაგროვებელ ფორმებთან ერთად, ბევრ პედიატრიულ განყოფილებას აქვს წერილობითი ინსტრუქციები ყველაზე ხშირად დასმულ შეკითხვებზე პასუხებით და სასარგებლო ინფორმაციით. მასში ხშირადაა შეტანილი ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინის ფილოსოფიის განმარტება, საავადმყოფოს პროცედურები და რესურსები, წესები და პრაქტიკები პედიატრიულ განყოფილებაში, შეთავაზებები ბავშვებისა და მათი და-ძმის დასახმარებლად სტრესთან გამკლავებაში და უსაფრთხოების ზომები. საინფორმაციო ბუკლეტები მზადდება ინდივიდუალური საავადმყოფოების მიერ.

ბავშვებისა და მათი ოჯახების მომზადება ოპერაციისთვის

როცა ბავშვები შემოყავთ ქირურგიული პროცედურებისთვის ან გასინჯვისთვის, რომელსაც ანესთეზია სჭირდება, უნდა გავითვალისწინოთ ოჯახისა და ბავშვის მომზადების როგორც დროულობა, ასევე სამზადისის გეგმა. ძირითადად, ბავშვები მზადდებიან პროცედურამდე ცოტა ხნით ადრე. დიალოგი, აუდიო და ვიდეომასალა უნდა იყოს ასაკისთვის შესაბამისი და გასაგები ბავშვისთვის. ინსტრუქციამდე, უმჯობესია, თუ გავარკვევთ, რა იციან და როგორ გრძნობენ თავს. თერაპიული თამაში არის ჩარევა, რომელმაც ბავშვის ოპერაციისთვის მომზადებაში ეფექტურობა გამოავლინა.

მშობლების მომზადება ბავშვს უკეთესად აგებინებს სიტუაციას და უადვილებს მას კითხვების დასმას, რადგან ოჯახის მხრიდან ნერვიულობა და შფოთვა ძალიან დიდ გავლენას ახდენს ბავშვის პრეოპერაციულ გამოცდილებაზე. ბავშვების შიში ძირითადად ფოკუსს ახდენს უცნობ გარემოზე, ტკივილზე, ვნების შიშზე და მშობლებისგან განშორებაზე; მშობლის მის გვერდით ყოფნამ შეიძლება მოხსნას ეს შიშები. მაგალითად, გაურთულებელ პრეოპერაციულ სიტუაციებში, სადაც მშობლები მზად არიან, მათი ბავშვის გვერდით ყოფნა ანესთეზიის დაწყებისას მინიმუმამდე ამცირებს სეპარაციის სტრესს. მძიმე სედაციის საჭიროება მცირდება, თუ ინდუქციისას მშობელიც ბავშვის გვერდითაა, რაც ანესთეზიიდან გამოსვლას ამარტივებს. (სურათი 10-15).



სურათი 10-15. ბავშვები უფრო მეტად მოდუნებულები არიან ანესთეზიის ინდუქციის ეტაპზე, თუ ამასთან მათ გვერდით არის გულშემატკივარი პირი

საავადმყოფოთა უმეტესობას სხვადასხვა ოპერაციისთვის პროტოკოლები და რესურსები აქვს კარგად გაწერილი ბავშვებისა და მშობლების მოსამზადებლად. ზოგიერთს ყავს მულტიდისციპლინური გუნდები პროგრამით, რომელიც მომზადებას შეუსაბამებს პაციენტის კულტურულ წარმომავლობას. ეს მოიცავს დაწესებულების ექსკურსიას, ფილმებისა და თოჯინების გამოყენებას და დისკუსიებს (სურათი 10-16). ბიბლიოთეკებში და ინტერნეტ საიტებზე ხელმისაწვდომია ასაკის შესაბამისი წიგნები ბავშვების საოპერაციოდ მოსამზადებლად. როცა ბავშვები შემოჰყავთ იმავე დღეს ჩასატარებელი ოპერაციისთვის, ადგილი აქვს უფრო ნაკლებ ნეგატიურ ქცევის ცვლილებას სახლში, ოპერაციის შემდგომ, თუ მომზადებაში ინტეგრირებულია თამაში საავადმყოფოს ხელსაწყოებით.



სურათი 10-16. ქირურგიული ჩაცმულობის მორგება პრეოპერციულად ბავშვებს ეხმარება ქირურგიული ოპერაციისთვის მოსამზადებლად

ბავშვთა უმეტესობას უნდა, იცოდეს ეტკინება თუ არა და შეიძლება ეშინოდეს, რომ რაღაც ცუდი მოხდება, ან ოპერაციის დროს გაეღვიძება. ანესთეზიოლოგთან საუბარი და იმის ცოდნა, რომ ის სულ ოპერაციაზე იქნება, დამამშვიდებელი ფაქტორია. ანესთეზიასთან დაკავშირებული დეტალების ახსნა უნდა გავითვალისწინოთ. მაგალითად, ფრაზა „დაძინება“ შეიძლება შემაშინებელი იყოს, განსაკუთრებით, როცა ეს ფრაზა უკვე გამოყენებულია ევთანაზირებული შინაური ცხოველის კონტექსტში. ალტერნატივად შეგვიძლია გამოვიყენოთ „სპეციალური ძილი, წაძინება“ და დავამატოთ – „როცა ოპერაცია დამთავრდება გაიღვიძებ და აქ მოხვალ, სადაც (ოჯახის წევრი) დაგხვდება.“

ბავშვის ოპერაციისთვის მზადების დროს, ყველანაირად უნდა ვეცადოთ, რომ სტრესი მინიმუმამდე დავიყვანოთ. პატარა ბავშვები, რომელთაც არ ესმით, რატომ არ ვაჭ-

მევთ და ვასმევთ, უნდა იყვნენ დაკვირვების ქვეშ, რომ უნებლიეთ არ ჭამონ/დალიონ. როცა პატარა ბავშვებს შემოსვლის დღესვე უტარდებათ ოპერაცია, მშობლებს უნდა ვურჩიოთ, რომ წინა საღამოს სახლიდან მოაშორონ სასუსნავები. ასეთი ფაქტობრივი მეთოდის გამოყენება სჯობს საჭმლის მოთხოვნაზე ემპათიური უარის თქმას, რადგანაც უარი ბავშვში უარყოფით ემოციებს იწვევს. მოცდის პერიოდში თუ მშობელი ეტყვის, „დაიმახსოვრე, ექთანმა თქვა, რომ ბავშვებმა, რომლებსაც ოპერაცია უტარდებათ, უნდა ჭამონ და დალიონ მხოლოდ ოპერაციის შემდეგ და არა მანამდე, რათა უფრო მალე და სწრაფად გამოჯანმრთელდნენ“, ეს ბავშვისთვის მანუგეშებელი იქნება.

პრეოპერაციულ ინექციებთან დაკავშირებული შიშის თავიდან ასაცილებლად, როცა შესაძლებელია უნდა გამოვიყენოთ არაინექციური საშუალებები. პატარა ბავშვების საოპერაციოში გადაყვანისას არაა ჭკვიანური მათი პალატის საწოლის გამოყენება, რადგანაც ამან შეიძლება შიშები გააჩინოს პოსტოპერაციულად და ჩაძინებაში შეუშალოს ხელი (ბავშვმა შეიძლება იფიქროს, რომ თუ ჩაეძინება, ამ საწოლით ისევ გაიყვანენ). მაგალითად, ოპერაციიდან რამდენიმე დღის შემდეგ, 3 ½ წლის მარკოს მთელი ღამე ეღვიძა და მხოლოდ მაშინ ეძინა, როცა სათამაშო ოთახის დივანზე იწვა, ან დედის კალთაში იჯდა. თამაშის დროს მან აიღო რამდენიმე თოჯინა და აგრესიულად ჩააწვინა და შემდეგ ამოიყვანა ისინი „ტკივილის საწოლებიდან“ – შემდეგ კი მან ავტობუსებით და სატვირთო მანქანებით გამოიყვანა ისინი ოთახიდან, რომ არავის ეპოვა. თამაშის შემდგომ სესიებში მისი შიშები გამოიხატა და შეცდომით აღქმული ფაქტები მას აეხსნა, რის შემდეგაც მან ნელ-ნელა დააბრუნა თოჯინები თავიანთ საწოლებში და გააგრძელა უფრო მოსვენებული ძილი ღამე.

ოპტიმალური პრეოპერაციული მომზადების მიზანი არის ბავშვებისთვისა და მშობლებისთვის ინფორმაციის მიწოდება, შიშის ემოციური გამოხატვის ხელშეწყობა და სტრესზე გამკლავების სტრატეგიების სწავლება სტრესული და მტკივნეული პროცედურების მინიმუმამდე დაყვანასთან ერთად.

სტრესთან ბრძოლის უნარის გაძლიერება დიაგნოსტიკური, ან თერაპიული პროცედურების დროს

როდესაც ბავშვებმა იციან, რას უნდა ელოდონ, არსებობს შიშების დაძლევის უფრო დიდი პოტენციალი არაკომფორტული პროცედურების დროს. მიუხედავად დროის შეზღუდულობისა, რაც ხშირია მწვავე დაავადების დროს, პაციენტს ჯერ უნდა ავუხსნათ ყველაფერი. როცა მშობლებს ესმით პროცედურა, მათ შეუძლიათ დაგვეხმარონ ახსნის პროცესში ამ პროცედურის შედარებით ბავშვის წინა გამოცდილებებთან, ან ბავშვისთვის ნაცნობი ტერმინების გამოყენებით. არ უნდა ველოდოთ, რომ მშობელი მიიღებს მონაწილეობას ბავშვის გაკავებაში. შეიძლება შეიქმნას გარემოება, როცა მშობელს არ შეუძლია ამ ყველაფერში მონაწილეობის მიღება, რა შემთხვევაშიც ამ როლს ითავსებს პერსონალის რომელიმე წევრი. მშობლებისა და დამხმარე ექთნების ყოფნა პროცედურებზე ძალიან მნიშვნელოვანია. როგორც ადრე ვთქვით, სედაციის გამოყენება უმტკივნეულო პროცედურებზე თანდათან მოსალოდნელი პრაქტიკა ხდება საბავშვო საავადმყოფოებში. ამას სჭირდება გამოცდილი პერსონალი, რომელიც ხშირად არის პედიატრიული სედაციური გუნდის წევრი.

რადგან ჩვილები და თოდლერები არიან ენობრივი და კოგნიტური უნარების ჩამოყალიბების ფორმაციულ სტადიაში, მშობლის გვერდით ყოფნა და მათ მიერ ბავშვის დამშვიდება ამცირებს ტკივილს და შფოთვას პროცედურების განმავლობაში. ზრდასრულების როლი ძალიან მნიშვნელოვანია ემოციური და ფიზიკური დისკომფორტების მოხსნისთვის როგორც პროცედურის განმავლობაში, ასევე მის შემდგომ. სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისთვის ყველაზე კარგი მიდგომაა დემონსტრაცია, ან როლის მორგებით თამაში, სათამაშოებით (მაგ., თოჯინა, ან ცხოველი, რომელიც ადებს არტაშანს, ცვლის სახვევს, ან დგამს წვეთოვანს). ბავშვმა უნდა აირჩიოს პროცედურის ობიექტი, რადგანაც ბევრს არ უნდა საყვარელი სათამაშოების გამოყენება.

პროცედურების განმავლობაში ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს ყურადღების გადატანის ტექნიკები, რათა მოხსნას შიში, შფოთვა და ტკივილი. დამატებით, ბავშვს უნდა ველაპარაკოთ ნაზი, მანუგეშებელი სიტყვებით და შევაქოთ, თუ დამყოლი იქნება და მიჰყვება მითითებებს (მაგ., „სხვა ბავშვებს ძალიან უჭირთ უძრავად გაჩერება, მაგრამ შენ ძალიან მაგრად აკეთებ ამას“) (სურათი 10-17). არ გამოიყენოთ ფრაზები, როგორიცაა „კარგი ბიჭი/გოგო ხარ“. განსაკუთრებით პატარა ბავშვების შემთხვევაში, რომელიც ამ გამოცდილებას შეიძლება დასჯასთან აიგივებდეს. მკურნალობის ბოლოს მოუხადეთ უბრალო ბოდიში, თუ ბავშვმა დისკომფორტი, ან ტკივილი გადაიტანა (მაგ., „ბოდიში, თუ გატკინე“). ამის შემდეგ შეგიძლიათ ჩართოთ ბავშვი გასართობ აქტივობაში, ან მიიღოთ კომფორტის მომგვრელი ზომები, რომელზეც წინასწარ უნდა შეთანხმდეთ და ბავშვს თამაშში და თავისუფალ საუბარში შეგვიძლია ვათქმევინოთ, თუ როგორი იყო მისთვის ეს გამოცდილება. ძალიან სასარგებლო შეიძლება გამოდგეს, თუ მშობელს, ან ბავშვს ვკითხავთ, რა შეიძლებოდა შეგვეცვალა, რომ გამოცდილება უკეთესი ყოფილიყო. კითხვები, როგორიცაა – „რას მირჩევთ, რომ ავუხსნა სხვებს იმაზე, თუ როგორი გრძნობაა ამ პროცედურის გავლა?“, ან „ჩემი ახსნიდან რა დაგეხმარათ ყველაზე მეტად ამ პროცედურის გავლისას?“, დაგეხმარებათ პროცედურის უკეთ ახსნაში შემდეგი პაციენტებისთვის.



სურათი 10-17. როდესაც ექთანი პაციენტს საკუთარ მოვლაში რთავს, მის მიმართ ბავშვს უყალიბდება ნდობა

ბავშვებთან და ოჯახებთან კომუნიკაცია

ბავშვებთან პირისპირ საუბარი მნიშვნელოვანია ზრუნვისთვის და კომფორტის მინიჭებისთვის (სურათი 10-18). ზოგჯერ სიტყვები დამაბნეველია და ბავშვში სტრესს იწვევს. მაგალითად, ბავშვი ოთახში ტიროდა, გაჩერდა და იკითხა „ახლა ხვალ არის?“ რომელზეც ექთანმა უპასუხა „არა, დღეს“. ბავშვი უფრო მეტად ატირდა და ექთანმა შემდეგ აღმოაჩინა, რომ ექიმს წინა დღეს ბავშვისთვის უთქვამს, რომ ხვალ სახლში წავიდოდა. როცა ექთანმა ბავშვს აუხსნა, რომ დღეს იყო ის „ხვალ“, ბავშვს მოეშვა და სახლში წასვლისთვის დაიწყო მზადება.

ბავშვებს ხშირად არ ესმით საავადმყოფოს ენა და შეიძლება სხვა მნიშვნელობით აღიქვან მათთვის ნათქვამი ინფორმაცია. ეფექტურობისთვის, კომუნიკაცია უნდა იყოს უბრალო, გულახდილი და გასაგები ბავშვისთვის. ხშირად ბავშვებს „არ გეტკინება“, ან „მხოლოდ ცოტათი გეტკინება“ ესმით, როცა რაღაც იციან, რომ მტკივნეულია. ამაზე ეფექტური ახსნა სტრესისთვის გასამკლავებლად მხოლოდ და მხოლოდ სიმართლეა.



სურათი 10-18. ბავშვებთან პირისპირ საუბარი მნიშვნელოვანია ზრუნვისთვის და კომფორტის მინიჭებისთვის

ექთნებმა ასევე უნდა იცოდნენ სიტყვები, რომლებითაც ბავშვები ხშირად აღწერენ ტუალეტის, ან სხვა სასიცოცხლო საჭიროებას. ექთნებს უნდა ესმოდეთ კომუნიკაციის გზები, როცა ბავშვები თავიანთ გრძნობებს ვერბალურად ვერ გამოხატავენ. ზოგიერთ ბავშვს რთულად ესმის, რადგან მათ დაქვეითებული აქვთ სმენა, ცნობიერება, ან აქვთ

ნევროლოგიური პრობლემები, ხოლო სხვებს უბრალოდ არ ესმით, ან ვერ გამოხატავენ თავიანთ მოთხოვნილებებს ენობრივი, კულტურული, ან შიშის ბარიერების გამო. ერთ 4 წლის ბავშვს მხოლოდ თავისი ენა ესმოდა. დედამ დაუტოვა 3 ბარათი, სხვადასხვა ფერის. ყვითელზე ეწერა „ტუალეტში მინდა“, ლურჯზე – „წყალი მინდა“, და წითელზე „დედასთან მინდა დარეკვა“.

ბავშვებთან კომუნიკაციისას ძალიან მნიშვნელოვანია, დავუძახოთ ის სახელი, რომელიც მათ ურჩევნიათ. 6 წლის ბავშვი, რომელსაც ერქვა ჩარლზ ბრაუნი, შემოიყვანეს საავადმყოფოში ზურგის ტვინის დაზიანებით ავტოავარიის შემდგომ, რომელშიც მას მანქანამ დაარტყა. (როცა შეეკითხნენ, „რა დაგემართა?“, მან თქვა, „საკმარისად სწრაფად ვერ გავირბინე“). საექთნო პერსონალი მას მოფერებით „ჩარლი ბრაუნს“ ეძახდა შემოყვანის დღიდან, სანამ ერთი ექთანი შეეკითხა – „მშობლები რას გეძახიან?“, რაზეც მან უპასუხა – „ჩაკის“. როცა პერსონალი გადავიდა მისთვის ნაცნობი მეტსახელის დაძახებაზე, შესამჩნევი ცვლილებები მოხდა ვარჯიშებზე მის პასუხში და ის უფრო გახსნილად საუბრობდა თავის ოჯახსა და სკოლაზე.

ბავშვთან გამოყენებული სალაპარაკო ენაც ძალიან მნიშვნელოვანია. ბავშვებისთვის „ბავშვის“ დაძახებით ვამცირებთ მათ ღირსებას. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ტერმინი ძალიან ხშირად გამოიყენება ყოველდღიურ საუბარში ბავშვისთვის მიმართვისას, პროფესიონალურ საექთნო პრაქტიკაში მისი გამოყენება არაა მიზანშეწონილი. ამის მსგავსად, უნდა ვიცოდეთ ის ცუდი შედეგები, რომელიც შეიძლება მოჰყვეს ბავშვისთვის, ან მშობლებისთვის სტერეოტიპების, ან იარლიყების მიკუთვნებას. „დიაბეტიკია“-ს ნაცვლად შეგვიძლია გამოვიყენოთ ფრაზა „ის არის ბავშვი დიაბეტით“, რაც ხაზს უსვამს, რომ ესაა ბავშვი ჯანმრთელობის პრობლემით და არა ადამიანი, რომელიც იდენტიფიცირდება დაავადებით.

გულახდილობა ახსნის დროს, პასუხები კითხვებზე და ზოგადი ინფორმაცია ეხმარება ბავშვებს სხვების ნდობაში. ეს გათვალისწინებული უნდა იყოს უმნიშვნელო სიტუაციებშიც, ამიტომ, როცა ექთნები ამბობენ, „ახლავე დავბრუნდები“, ისინი მართლა მალევე უნდა დაბრუნდნენ, რადგან ასეთი სიტუაციები არის სიმბოლური ურთიერთნდობისთვის.

საექთნო მოვლა/მკურნალობა და ხელმძღვანელობა ჩვილებისთვის

ახალშობილები და ჩვილები, სიცოცხლის პირველ წელს, შეიძლება ჰოსპიტალიზებულნი იყვნენ სწრაფი ზრდისა და განვითარების პერიოდში. ზოგიერთი ჰოსპიტალიზებულია დიდი დროით, დაბადების შემდეგ და ხშირად იცვლის ადგილებს, როგორიცაა ახალშობილთა ინტენსიური განყოფილება, პედიატრიული განყოფილება, სახლი, შედეგ საავადმყოფოში დაბრუნება ოპერაციისთვის, დიაგნოსტიკური ტესტებისთვის და ა.შ. სხვები შემოჰყავთ თანდაყოლილი დაავადებების გამო, რომელთაც ესაჭიროებათ მოკლე და გრძელვადიანი მკურნალობა. მათი ჯანსაღი მიჯაჭვულობა მშობლებისადმი და მათი პროგრესი ოპტიმალური განვითარებისკენ, ძალიან მნიშვნელოვანია ამ დროის განმავლობაში.



სურათი 10-19. აღმზრდელის ყოფნა დამამშვიდებელია როგორც ჩვილისთვის, ასევე მშობლისთვის

ჩვილების განსაკუთრებული მოთხოვნილებები

დაბადებიდან, ჩვილები დამოკიდებულნი არიან სხვებზე კვების და უსაფრთხოების საკითხებში. ნდობის გრძნობის გამომუშავებას ხელს უწყობს დაახლოების, კონტაქტური კომფორტისა და ნუტრიციული მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება და რიტმული, რეციპროკული კანონზომიერებების განვითარება. ჩვილებს სჭირდებათ დაცულობა, რომელიც მათ მისცემს მოსვენებული ძილის, ორალური და ნუტრიციული მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების, სხეულისა და სხეულის სისტემების მოსვენების და სპონტანური პასუხის საშუალებას კომუნიკაციაზე და გარემოებრივ სტიმულებზე.

ჩვილის მშობელთან მიჯაჭვულობა კრიტიკულია ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობისთვის. ჩვილებს სჭირდებათ პირველი რიგის მეთვალყურე პირი ავადმყოფობის დროს. 5-6 თვეზე უფროსი ჩვილები მწვავედ ხვდებიან თავიანთი პირველი რიგის მეთვალყურის არყოფნას და რამდენიმე თვეში ავითარებენ უცნობ ადამიანებზე შფოთვას და ეშინიათ ადამიანების, რომელთაც არ იცნობენ. ჰოსპიტალიზებული ჩვილების შემთხვევაში, აუცილებელია, არა მარტო მხარი დავუჭიროთ მშობლებს მათ როლში, არამედ ვიყოთ კონსისტენტურები სენსიტიურ, რეაქტიულ და ინტერაქტიულ საექთნო ზრუნვაში.

ჩვილის კმაყოფილების მთავარი წყარო არის ორალური მოთხოვნილებების შესრულება. ავადმყოფობის დროს ხშირად ირღვევა კვების კანონზომიერებები, კონტაქტური კომფორტი, ძილი, ელიმინაცია და სტიმულაცია. ექთნები უნდა იყვნენ განსაკუთრე-

ბით ყურადღებით სიტუაციებზე, რომლებიც ხელს უშლის ორალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას (მაგ., ორალური ქირურგია, ღებინება, ცუდი გემოს მქონე წამლები, საჭმლისა და სითხეების არ მიცემა, არაორალური კვების პერიოდები). როცა ორალური კმაყოფილება საფრთხის ქვეშ დგას, ჩვილისთვის რთულია, სიამოვნება მიიღოს წოვით, ყლაპვით, მონელებითა და ელიმინაციით, მაგალითად, როცა საჭიროა მილით კვება. ამ შემთხვევაში საწოვარას გამოყენება ეხმარება ჩვილს, გამოიმუშაოს კავშირი ორალურ სიამოვნებასა და დანაყრების შეგრძნებას შორის, რომელიც კვების ალტერნატიული მეთოდით მიიღწევა.

ჩვილების უშუალო მოვლა

ექთნებს ბევრი პასუხისმგებლობა აქვთ ჩვილების ოპტიმალური ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაში, როგორც მშობლებზე და ოჯახებზე სწავლებით, ისევე უშუალოდ ბავშვის მოვლითა და მასზე ზრუნვით. მდგრადობისთვის, ბავშვის მოვლის კანონზომიერებები სახლში ძალიან კარგი სახელმძღვანელოა საავადმყოფოში ბავშვის მოვლის დასაგეგმად. პირველი შვილის შემთხვევაში, რომელიც პატარა ჩვილია, დედები ხშირად ექთანს ბაძავენ ბავშვის მოვლაში.

ჩვილები სწავლობენ სენსორიმოტორული გამოცდილებებიდან (სურათი 10-20). ჩვილებთან ნელა საუბრით, იავნანას სიმღერით, მათი ნაზი და ფრთხილი გადაადგილებით და ჩახუტებით, ვუხსნით ბავშვებს დაძაბულობას. ნაზი, უწყვეტი მოძრაობები, ნაზი მოფერება და თავდაჯერებულად დაჭერა არის დამატებითი მეთოდები, რომელიც ამცირებს სტრესულ პასუხებს. ზოგიერთ საავადმყოფოში, ბებიები, ან სხვა მოხალისეები ხშირად აძლევენ ბავშვს კომფორტს დარწევით და ჩახუტებით, განსაკუთრებით დიდი დროის განმავლობაში ჰოსპიტალიზებული ბავშვების შემთხვევაში (სურათი 10-21). გარე სტიმულები, როგორიცაა სურათები, სარკეები, მუსიკა და მობილურები, უზრუნველყოფენ ვიზუალურ სტიმულაციას, რომელიც საჭიროა ზრდისთვის.

ჩვილების მასაჟი არის ჩარევა, რომელიც გამოიყენება ამ ტექნიკის მცოდნე ექთნების მიერ ჩვილების დასაწყნარებლად და მათი ფიზიკური სტიმულაციისთვის. ჩვილის ნაზ საბანში გახვევა არის პრაქტიკა, რომელიც გამოიყენება ბევრი კულტურული ჯგუფის მიერ ჩვილის კომფორტისა და დაცულობისთვის.



სურათი 10-20. ჩვილები სწავლობენ სენსორიმოტორული გამოცდილებებიდან



სურათი 10-21. ზოგიერთ საავადმყოფოში, ბებიები, ან სხვა მოხალისეები ხშირად აძლევენ ბავშვს კომფორტს დარწევით და ჩახუტებით

საექთნო მოვლა/მკურნალობა და ხელმძღვანელობა თოდლერებისთვის

ჩვილობიდან თოდლერობამდე, ბავშვი ავითარებს გასაოცარ უნარებს განვითარებისა და ზრდის ყველა ასპექტში. ახლა ისინი თავიანთი თავები არიან და აკონტროლებენ სიტყვებსა და ქმედებებს, რომლითაც გამოხატავენ სურვილებს. ისინი სწავლობენ, როგორ მოქმედებს მათი ქცევა სხვებზე, როცა ინდივიდები ხდებიან და იმავე დროს, სჭირდებათ ზრუნვა და დაცვა სხვებისგან. როცა თოდლერები ჰოსპიტალიზებულები არიან, მშობლების დამცველობითი ურთიერთობების შენარჩუნება აგრძელებს კრიტიკული მნიშვნელობის ქონას მათ ჯანმრთელ განვითარებასა და გამოჯანმრთელებაში.

თოდლერების განსაკუთრებული მოთხოვნილებები

ჰოსპიტალიზაცია, ან ოპერაცია აჩენს მოძრაობის შეზღუდვებს და ცვლილებებს, რომელიც ხელს უშლის თავდაჯერებულობის ჩამოყალიბებას უნარების განვითარებაში. როცა ისინი საკუთარი თავის კვების სწავლის პროცესში არიან, ან სწავლობენ სფინქტერის კონტროლს, რისთვისაც შექება აუცილებელი და მნიშვნელოვანია, საავადმყოფოში ამ მიღწევებს ნაკლები დრო და ყურადღება ეთმობა. ბავშვზე, რომელსაც წარმატებით აქვს ტუალეტზე წვრთნა დამთავრებული, საფენის ჩაცმა, ამცირებს მის კომპეტენტურობას და კონტროლს. იმისათვის, რომ შევინარჩუნოთ ავტონომიის განვითარება და სირცხვილი და ეჭვი მინიმუმამდე დავიყვანოთ, მნიშვნელოვანია, ვიცოდეთ კერძო თოდლერის მიღწევები. სხვადასხვა რუტინებით, მშობლებისგან სეპარაციით, ქცევისა და ენის არასწორი ინტერპრეტაციითა და მოძრაობის, სიამოვნების და თავიანთი სხეულის კონტროლის შეზღუდვით, თოდლერები იბნევიან და შეიძლება ამას უპასუხონ

რეგრესიით, აგრესიით, ან უკან დახევით. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ნამდვილი სეპარაცია მშობლებისგან, უცნობ გარემოში, როცა ოჯახის წევრები ვერ რჩებიან ბავშვთან. როცა ადგილი აქვს მოკლე სეპარაციებს და თოდლერი უკვე კარგად იცნობს მთავარ ექთანს, ადვილდება ადაპტაცია.

თუმცაღა, საავადმყოფოში ყველაფერი განსხვავებული და მოულოდნელია. მშობლების ბავშვის გვერდით ყოფნა, განსაკუთრებით ისეთ კრიტიკულ მომენტებში, როგორიცაა პროცედურები, მკურნალობები და ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდგომ, აუცილებელია. ძალიან კარგი იქნება, თუ ყველა ბავშვს ეყოლება მშობელი გვერდით, ჰოსპიტალიზაციის სრული პერიოდის განმავლობაში. თოდლერის მკურნალობა-მოვლის დაგეგმვაში ძირითადი მიზნებია ბავშვისა და ოჯახის ურთიერთობის შენარჩუნება, ბავშვების ავტონომიის გრძნობის შენარჩუნება, თავიანთი სურვილისამებრ მოქმედების საშუალებების მიცემით და ფსიქომოტორული და კოგნიტიური უნარების მომწიფების საშუალების მიცემა. ეფექტური ურთიერთობები ექთანსა და მშობელს შორის და მოვლის მდგრადობა უზრუნველყოფს დაცულ გარემოს, რომელიც თოდლერს სჭირდება ჰოსპიტალიზაციისა და ავადმყოფობის დროს შეცვლილ გარემოსთან გასამკლავებლად.

ხანგრძლივი სეპარაციის ეფექტი თოდლერებზე

ჰოსპიტალიზაციის ერთ-ერთი ყველაზე სერიოზული შედეგია პასუხი, რომელიც ყალიბდება, როცა ხანგრძლივი დარჩენა საავადმყოფოში კომბინირებულია მშობლების მიერ თოდლერთან ერთად ნაკლები დროის გატარებასთან. თუ მშობლები მიდიან და მუდმივად ბრუნდებიან მოკლე პერიოდების შემდგომ, თოდლერებს შეუძლიათ დაცულობის გრძნობის რეგენერაცია, მაგრამ თუ მშობლები არ ჩანან ხანგრძლივი პერიოდებით და ბავშვებს ისინი ძალიან სჭირდებათ, სეპარაციული შფოთვა ძალიან დიდ საფრთხეს უქმნის ჯანსაღ განვითარებას. ლიტერატურა სავსეა პროგრესირებადი და პოტენციურად გრძელვადიანი ეფექტებით ასეთ კრიზისში. ბოულბი (1965) იყო ერთერთი პირველი, რომელმაც შეისწავლა ფსიქოლოგიური სტრესი ბავშვებში, რომლებიც ჩამოშორებულნი იყვნენ თავიანთ ოჯახებს მეორე მსოფლიო ომის დროს. სპიცმა (1954) აღწერა ხანგრძლივი სეპარაციის ეფექტები ჩვილებზე ბავშვთა სახლებში, აკვირდებოდა რა, როგორ უჭირდა ბევრ ჩვილს, მიუხედავად კარგი ფიზიკური ზრუნვისა.

რობერტსონმა (1958) შეისწავლა პატარა ბავშვების მშობლებისგან სეპარაციის ეფექტები ჰოსპიტალიზაციის გამო და აღწერა ისინი პასუხის სამ ფაზად: პროტესტი, სასოწარკვეთა და უარყოფა. პირველ, პროტესტის ეტაპზე, თოდლერები ხმამაღლა ტირიან, როცა მშობლები მიდიან და ყველანაირად ცდილობენ, რომ დააბრუნონ ისინი. მათ ვერ ამშვიდებენ და ისინი ყოველთვის იხედებიან იმ მიმართულებით, საიდანაც მათი მშობლები წავიდნენ. მათი უსიამოვნების ასეთი კომუნიკაცია ხშირად არასწორადაა გაგებული მშობლებისა და ექთნების მიერ. მშობლებმა შეიძლება იფიქრონ, რომ ბავშვისგან შორს უნდა დარჩნენ, რომ ის არ გაბრაზდეს და ექთნებმა შეიძლება სცადონ, ხელი შეუწყონ ბავშვს, იყოს „კარგი და არ იტიროს“, იმის ნაცვლად, რომ გაიგოს ეს სიტუაცია, როგორც ემოციის ჯანსაღი და შესაბამისი გამოხატულება.

თუ სეპარაციები გაგრძელდება, შეიძლება მოხდეს განცალკევება, ჭამაზე უარის თქმა, გაუარესებული კომუნიკაცია და გარემოში ინტერესის კარგვა. ამ სასოწარკვე-

თის ფაზის განმავლობაში ბავშვი შეიძლება იწვეს ჩუმად და შინაგანად მისი სტრესი არ აძლევდეს გრძნობების მარტივად გამოხატვის საშუალებას. როცა მშობლები ბრუნდებიან, თოდლერმა შეიძლება სხვა მხარეს გაიხედოს, ან ფოკუსირდეს სათამაშოებზე, ან ნივთებზე, რათა იგნორირება გაუკეთოს მშობლებს, რომლებმაც მას იმედი გაუცრუეს გაუჩინარებით. თუ სეპარაცია კიდევ გაგრძელდება, ბავშვი შედის უარყოფის, ან მოწყვეტის ფაზაში და მშობელთან კიდევ შეხვედრის იმედს კარგავს. მისი გარეგნობა ინდიფერენტულია და ბავშვი ჩანს მშვიდი, დამყოლი, ადაპტირებული და არ არჩევს ურთიერთობებს ადამიანებისა და სიტუაციების მიხედვით. ემოციის ასეთი უარყოფა ხშირად არასწორადაა მიღებული, როგორც სტრესთან ბრძოლის ხერხი. მიუხედავად იმისა, რომ ეს სიტუაციები ჩვენს დროში ძალიან იშვიათია, შედარებით მოკლევადიანი ჰოსპიტალიზაციების გამო, საჭიროა მუდმივი ყურადღება, რათა თავიდან ავიცილოთ ასეთი მძიმე პასუხები ბავშვისგან (სურათი 10-22). ბავშვის თვალში, სტრესის დროს მოკლევადიანი სეპარაციებიც კი, ჩანს უფრო ხანგრძლივი, ვიდრე ის ნამდვილად არის.



სურათი 10-22. აუცილებელია ბავშვზე დაკვირვება, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ჰოსპიტალიზაციის სტრესი

თოდლერების უშუალო მოვლა

ჰოსპიტალიზაციის დროს ზრდისა და განვითარების ცოდნის გამოყენების ბევრი კონსტრუქციული გზა არსებობს. მაგალითად, თოდლერების ავტონომიის გაგება და ნეგატივიზმი, რომელიც ამ ამოცანის ნაწილია, კარგად ჩანს თოდლერების არჩევნებში. თუ ექთანი კითხულობს, „გინდა დაიძინო ახლა?“, ესაა არჩევანი, რომელიც არ შეესაბამება ასაკს და ხშირად მოსდევს უარყოფითი პასუხი, მაგრამ თუ იტყვის, „დაძინების

დროა – ვინი პუჰი გინდა თუ კლიფორდი საწოლში?“ თოდლერს მაინც აქვს ავტონომიის გამოვლენის შანსი და კოოპერაცია უფრო სავარაუდოა.

კომფორტის არეების შესანარჩუნებლად, ბავშვის საწოლი და სათამაშო ოთახი არ უნდა იყოს გამოყენებული მტკივნეული პროცედურებისთვის. სამკურნალო ოთახები, მანუგეშებელი პერსონებით (მშობელი და ექთანი), უკეთესი ადგილია ასეთი პროცესებისთვის, რათა მოხდეს კომფორტის მინიჭება პროცედურების განმავლობაში და მათ შემდგომ. ყოველდღე, უნდა იყოს გამოყოფილი დრო ბავშვის კომფორტის ისეთი ზომებისთვის, როგორიცაა ცეკვა, ან ზღაპრების წაკითხვა, რათა დავაბალანსოთ ჰოსპიტალიზების სტრესები. კომფორტის ეს ზომები ინდივიდუალურ ბავშვებთან, ყველაზე ეფექტური გზებია სტრესის შესამცირებლად.

საექთნო მოვლა/მკურნალობა და ხელმძღვანელობა სკოლამდელი ბავშვებისთვის

სკოლამდელი ბავშვები ჰოსპიტალიზდებიან სხვადასხვა მიზეზის გამო, როგორიცაა ტრავმები, ინფექციური, ან ანთებითი პროცესები, ქირურგიული პროცედურები და გრძელვადიანი დაავადებები. მიუხედავად იმისა, რომ ბუნებრივად ცნობისმოყვარეები არიან, აქვთ ენობრივი და სხვა უნარები და სიამოვნებთ დამოუკიდებლობა, რომელიც ამ წლების დროს იწყება, სკოლამდელი ასაკის ბავშვები ასევე მწვავედ საჭიროებენ ზრდასრულების არსებობასა და მათ მხარდაჭერას თავიანთ ცხოვრებაში (სურათი 10-23).



სურათი 10-23. ბავშვებს თამაშის დროს უვითარდებათ ავტონომიის გრძნობა

სკოლამდელი ბავშვების განსაკუთრებული მოთხოვნილებები

სკოლამდელი ბავშვები ყველაზე კარგად სწავლობენ დაკვირვებით და ნივთების მანიპულაციით (სურათი 10-24). აბსტრაქტული ნივთები და ცნებები რთული გასაგებია. მათ შეიძლება იფიქრონ, რომ კანს უჭირავს მთელი სხეული და კანის ნებისმიერი და-

ზიანება მათ სიცოცხლეს ემუქრება. ისინი ხშირად ფიქრობენ, რომ პროცედურებისას, რომელიც ითვალისწინებს უცხო სხეულის მოხვედრას მათ სხეულში, მათი „შიგნითა ნაწილები გარეთ გამოვა“, ან „სისხლს სულ დაკარგავენ და მოკვდებიან“. ხშირად არიან სტრესში, როცა ვიღებთ მათი შარდის, ან განავლის ანალიზს, რადგან ეს მათთვის ძალიან პირადულია, ხოლო ღებინება და დიარეა ხშირად დამაბნეველი და შემაწუხებელია მათთვის, რადგანაც კარგავენ კონტროლს.



სურათი 10-24. ბავშვები გამოიყენებენ თოჯინებს „ექიმობანას“ თამაშის დროს

სისხლის დანახვის და სისხლის აღების ეშინიათ მისი სიმბოლური ბუნების გამო. ბევრი ბავშვისთვის „წითელი ტკივილის ფერია“. ბავშვებს სჭირდებათ საკუთარი ორგანოების, მათი ფუნქციებისა და ჭრილობების დასაფარად გამოსაყენებელი ბანდაჟების შესახებ ახსნა. ასევე არ უნდა გამოგვრჩეს მათი „ფსიქოლოგიური ჭრილობებიც“.

ამ ასაკის ბავშვებსაც შეიძლება ესაჭიროებოდეთ მშობლის გვერდით ყოფნა, რათა დაცულები იყვნენ თავიანთი შიშებისა და ფანტაზიებისგან და იმისთვის, რომ მშობლებმა აუხსნან მიმდინარე მოვლენები ტერმინებით, რომლებსაც ისინი გაიგებენ. მათ ასევე სჭირდებათ ტესტებისა და პროცედურების თანმიმდევრობით ცოდნა, რათა კარგად მოემზადონ სათამაშო ხელსაწყოებით და შემდგომ, სტრესული მოვლენების შემდეგ, თერაპიულ თამაშში მიიღონ მონაწილეობა. მიუხედავად იმისა, რომ უცხო სხეულის როლში შეიცნობენ სამყაროს, მათი უდიდესი შიშია უცხო სხეულის მოხვედრა საკუთარ სხეულში.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვების უშუალო მოვლა

ინიციატივის გამოჩენის ხელშესაწყობად სკოლამდელი ბავშვები რაც შეიძლება ჩართული უნდა იყვნენ მათი მკურნალობის ყველა ასპექტში და უნდა ჰქონდეთ არჩევანის შანსი. მათ ხშირად გადააქვთ ავადმყოფობა და ჰოსპიტალიზაცია მათი ასაკის

სპეციფიკის გამო და აუცილებელია, გაიგონ, რომ მტკივნეული პროცედურები არ ნიშნავს დასჯას. ამასთან ერთად, მათ შეიძლება ეშინოდეთ, რომ კარგები არ არიან, ან თუ იტირებენ, უფრო მეტი ზიანი ელით. ამ ბავშვებს ძალიან ეხმარებათ, თუ ვეტყვით, რომ ტირილს არა უშავს და თუ მოვუბოდიშებთ ტკივილის შემთხვევაში. პატარა ბავშვები ასევე იღებენ სარგებელს სტრესთან გამკლავების აქტიური მეთოდების სწავლით, როგორიცაა მართული გამოსახულება guided imagery. თუ მივცემთ შანსს, რომ გაითამაშონ სტრესული მოვლენები, შევამცირებთ მსხვერპლის როლის შეგრძნებას.

სწავლება ასევე პირველადი ჩარევაა სკოლამდელი ასაკის ბავშვების მოვლაში. ის წარმატებული იქნება, როცა ბავშვებს აქვთ საკმარისი დრო სწავლისთვის, მაგრამ არა იმდენი დრო, რომ ნერვიულობა დაიწყონ. ძალიან მნიშვნელოვანია უწყვეტი სწავლება პროცედურების განმავლობაში, ჩართულობის შანსით, როცა ეს შესაძლებელია (მაგ., შეხვევისას სახვევის დაჭერა) და ახსნა პროცედურის შემდგომ, რათა განვმარტოთ ყველა არასწორად გაგებული დეტალი. სწავლის ციკლს პროცედურის შემდგომი თამაში ასრულებს.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვები ხშირად მეგობრულები არიან და, შესაბამისად, ჯგუფური თამაშები და აქტივობები ხშირად ამის გამო წარმატებულია. ზოგჯერ, როცა ბავშვები რთულად იღებენ სითხეებს, ჩაის წვეულება, ან რესტორნის გათამაშება, სადაც სასმელებს უკვეთავენ, უფრო მეტად გვეხმარება, ვიდრე იმის ხშირად შეხსენება, რომ მიიღონ სითხეები. კარგი იქნება, თუ ბავშვები შეჭამენ მაგიდასთან, ან ისეთ არეში, სადაც სხვა ბავშვებიც იქნებიან, როცა ამის შესაძლებლობა იქნება. ასევე მნიშვნელოვანია მობილობის შენარჩუნება (სურათი 10-25). ბავშვებს სჭირდებათ შექება, რადგან დამყოლები იყვნენ, მიუხედავად სტრესთან გამკლავების უნარისა. ამ უნარის განვითარებისთვის მთავარია ბავშვის ძლიერი მხარეების გამოვლენა.



სურათი 10-25. მცირეწლოვანი ბავშვებისთვის, მობილურობა მნიშვნელოვანია ავტონომიის განცდის განვითარებისთვის

საექთნო მოვლა/მკურნალობა და ხელმძღვანელობა სკოლის ასაკის ბავშვებისთვის

სკოლის წლები ალბათ ყველაზე ჯანსაღი ასაკია, მაგრამ ბავშვები ამ ასაკშიც ჰოსპიტალიზდებიან მრავალი მიზეზის გამო (მაგ., უბედური შემთხვევები, აუტოიმუნური და ონკოლოგიური დაავადებები). მათი მზარდი თავდაჯერებულობა და თვითშეფასება უზრუნველყოფს გამოწვევების დაძლევას. მათი კონკურენტუნარიანობა თანატოლებთან და ზრდასრულ ადამიანებთან, სწავლაში და უნარების დაუფლებაში, ხშირად მათი ძლიერი მხარეა (სურათი 10-26). ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში ყველანაირად უნდა ვეცადოთ, დავეხმაროთ მათ, ვისი ძირითადი ფოკუსიც სკოლაა, რათა მალე გააგრძელონ სწავლა და შეინარჩუნონ ინდივიდუალური ძლიერი მხარეები.



სურათი 10-26. თანატოლებთან ერთად გართობა სკოლის ასაკის ბავშვებს ეხმარება შექმნან სოციალური ურთიერთობები

სკოლის ასაკის ბავშვების განსაკუთრებული მოთხოვნილებები

ავადმყოფობის, დიაგნოსტიკური კვლევებისა და თერაპიული ჩარევების თანმდევი შფოთვა მრავალი გზით გამოიხატება და მრავალი ფაქტორი არსებობს, რომელიც გავლენას ახდენს სკოლის ასაკის ბავშვის წარმატებაზე, ამ სტრესორებთან გამკლავებაში. ზოგიერთი ღიად არ გამოხატავს ამას და ბავშვი, რომელიც მშვიდი ჩანს, შეიძლება სრულიად ვერ უმკლავდებოდეს დაკისრებულ სტრესს. მეტიც, ჰოსპიტალიზებული ბავშვები, რომლებიც შემოიყვანეს მწვავე დაავადებით, უფრო ხშირად აღიქვამდნენ თავიანთ სტრესთან გამკლავების მეთოდს ეფექტურად, ვიდრე ქრონიკული დაავადებით შემოსული ბავშვები. ზოგადად, ნაკლები შფოთვით დახასიათებული ბავშვებიც, თავიანთ სტრესთან ბრძოლის ქცევებს უფრო აღიქვამდნენ ეფექტურად, ვიდრე ბავშვები, რომლებიც ისედაც მეტი შფოთვით გამოირჩეოდნენ.

ჩნდება დამატებითი სტრესორი, როცა დაავადება, ან ოპერაცია ცვლის ბავშვის გარეგნობას, ან საფრთხის ქვეშ აყენებს მეგობრული ურთიერთობების განვითარებას, ან შენარჩუნებას. ზოგიერთს ეშინია, რომ სხვა ბავშვები დასცინებენ, გააწვალებენ, ან უბრალოდ აღარ მოეწონებათ ის. ამ პრობლემებს განსაკუთრებით ის ბავშვები ეჩეხებიან, რომელთა გარეგნობაც, ზოგადად, იცვლება ისეთი წამლების გამო, როგორიცაა კორ-

ტიკოსტეროიდები. ზოგიერთ სიტუაციაში გამოსადეგია კონსულტაცია ფსიქოლოგთან, ან კლინიკურ ექთან-სპეციალისტთან ფსიქიატრიული ჯანმრთელობის ასპექტებში.

სკოლის ასაკის ბავშვების უშუალო მოვლა

ზოგიერთი სკოლის ასაკის ბავშვის შემთხვევაში, ჰოსპიტალიზაცია შეიძლება მიღწევების წყაროც იყოს, რაც ზრდის მათ თავდაჯერებულობას რთულ სიტუაციებთან გამკლავებაში. უწყვეტი მხარდაჭერა, დადებითი ურთიერთობები და სწავლება სტრესული პერიოდების განმავლობაში, გამოუმუშავებს ბავშვს სტრესთან ბრძოლის უნარს.

ზოგიერთი ეფექტური მეთოდის მოკლე აღწერა მოცემულია ცხრილში 10-1. ალტერნატიული მეთოდებია არომათერაპია, ბიოფიდბექი, საკუთარი თავის ჰიპნოზი, ცეკვის თერაპია, ლოცვა, მედიტაცია, თერაპიული შეხება, იუმორი და შინაური ცხოველის თერაპია. შინაური ცხოველის თერაპია ეხმარება ბავშვებს, ისიამოვნონ ცხოველის შეხედვით და მათგან გამოწვეული რეაქციებით. ბავშვები, რომელთაც სახლში ჰყავთ შინაური ცხოველები, განსაკუთრებით ენთუზიაზმით აღსავსეები არიან და იღიმიან სპონტანურად, როცა სპეციალურად გაწვრთნილი ძაღლები მოჰყავთ მათთან, საავადმყოფოში (სურათი 10-27).

კამინსკის, პელინოს და უიშის კვლევაში ნათქვამია იყო, რომ ცხოველების დანახვა და მათთან ურთიერთობა ზრდიდა ემოციურ კომფორტს, ამცირებდა მარტოობას, შფოთვას და ბადებდა თვითშეფასების ამაღლების წყაროს. ძირითადად, ბავშვები კარგად ხდებოდნენ და შფოთვა იკლებდა. ალტერნატიული მეთოდების რეპერტუარის გასაფართოვებლად ექთნებმა უნდა ისწავლონ თითოეული დამხმარე ტექნიკა დეტალურად და გამოიმუშაონ თავდაჯერებულობა მათ გამოყენებაში, რათა დაეხმარონ ბავშვებს და მშობლებს, სტრესთან ბრძოლის ახალი მეთოდების სწავლაში. კერძო მეთოდის გამოყენების შესაბამისობის შეფასება და მეთოდის ეფექტურობის განსაზღვრა ამ ჩარევების აუცილებელი კომპონენტია.



სურათი 10-27. შინაური ცხოველის თერაპია ეხმარება ბავშვებს, ისიამოვნონ ცხოველის შეხედვით და მათგან გამოწვეული რეაქციებით

როცა ბავშვები ჰოსპიტალიზდებიან, უნდა გავიგოთ მათი ცხოვრების მნიშვნელოვანი მომენტები და მიმდინარე პრობლემები; განსაკუთრებით ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში. თუ ბავშვები იზოლირებულები არიან, გადამდები დაავადებების, ან დაქვეითებული იმუნიტეტის გამო, ყველანაირად უნდა ვეცადოთ, რომ დავეხმაროთ მათ, გაუმკლავდნენ ამ განცალკევებას პოტენციური სენსორული იზოლაციის მინიმუმამდე დაყვანითა და სეპარაციის გამოცდილების შემცირებით. მათ ასევე კარგად უნდა გაიგონ იზოლაციის მიზეზი და ხანგრძლივობა

სკოლის ასაკის ბავშვები, რომელთაც განვითარებული აქვთ კითხვის უნარი, გამოცდილებების გასაღრმავებლად, სარგებელს წიგნებიდან და ინტერნეტ-რესურსებიდან იღებენ. ბავშვთა განყოფილებების უმეტესობას აქვს ლიტერატურა და ინსტრუქციები, რომელიც ხელმისაწვდომია ბავშვებისთვის. რადგან მათი წერის უნარიც განვითარებულია, არსებობს რამდენიმე კრეატიული გზა ფიქრებისა და გრძნობების გამოსახატად (აღწერილია ცხრილში 10-1). თუ ბავშვი ჰოსპიტალიზებულია ხანგრძლივი პერიოდით, რეკომენდირებულია, კონტაქტი თანასკოლელებთან, მასწავლებლებთან და სკოლის სამუშაოს გაგრძელება რაც შეიძლება მალე.

ცხრილი 10-1. ჰოსპიტალიზებული ბავშვებისთვის სტრესთან გამკლავების ალტერნატიული გზები

თერაპია	**განმარტება**
ხელოვნების თერაპია	სხვადასხვა სახის ხელოვნება ხელს უწყობს ბავშვებს, გამოხატონ ფიქრები და გრძნობები (მაგ., ნახატები საკუთარ თავზე და საავადმყოფოში მიღებულ გამოცდილებებზე, თიხის გამოყენება, თითით ხატვა და ა.შ.). ასევე გამოიყენება მენტალური ჯანმრთელობის მკურნალობის დამხმარე გზად (მოზბის მედიცინის, საექთნო საქმიანობისა და ჯანდაცვის პროფესიების ლექსიკონი).
კრეატიული ხელოვნება და ძერწვა	ქაღალდი, პასტელები, საღებავები, ფანქრები და სხვა მასალა კრეატიული პოტენციალის გამოსათავისუფლებლად. ცნობიერი ურთიერთობა ხელს უწყობს წარმოსახვის გამოვლენას, თვითშეფასების ჩამოყალიბებასა და წვლილი შეაქვს მიღწევების შეგრძნებაში.
ფოკუსირებული სუნთქვა	რიტმული სუნთქვა სტრესთან ბრძოლისთვის და მის შესამცირებლად, ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვის პროცესით.
ინდუცირებული გამოსახულებები	წარმოსახვისა და ვიზუალიზაციის მომართვა, რათა გავამარტივოთ (კრეატიული გამოსახულებები) მოსვენებული, ფოკუსირებული კონცენტრაცია სასიამოვნო აქტივობების გამოსახულებებსა და სცენებზე, გამოკვლევებისა და მკურნალობის განმავლობაში. ეს აძლიერებს ბავშვებს და ხელს უწყობს მათ სტრესთან გამკლავებაში.
ინტერაქტიული ტექნოლოგია	კრეატიული, ინტერაქტიული კომპიუტერული პროგრამების გამოყენება, რომელიც შექმნილია, რათა დაეხმაროს ბავშვებს დაავადებასთან ბრძოლაში და გაუზიაროს გამოცდილებები სხვებს.
მასაჟი	ეფლურაჟი (ხელის გადასმა), პეტრესაჟი (დაზელვა), ხახუნი, რბილ ქსოვილებზე დარტყმები, რათა გაიზარდოს სისხლის მიმოქცევა, გაუმჯობესდეს კუნთების ტონუსი და გაადვილდეს რელაქსაცია.

მუსიკის თერაპია	მუსიკის ფონად გამოყენება, ან ბავშვის აქტიური ჩართულობა (მაგ., სიმღერა, სიმღერაზე აყოლა) თამაშის დროს, ან ინვაზიური პროცედურების განმავლობაში. ესაა დამამშვიდებელი, ან ყურადღების გადამტანი ფაქტორი.
კუნთების პროგრესული მოდუნება	კუნთების ჯგუფების მონაცვლეობით დაჭიმვა და მოდუნება.
წერილობითი გამოხატვა	პოეზია, ჟურნალები, დღიურები, სიმღერების კომპოზიცია და წერა. ფიქრების, გრძნობებისა და დაავადებაზე პასუხების გამოსახატად წერილების მიწერა მეგობრებს (ან წარმოსახვით მეგობრებს, ან შინაურ ცხოველებს).

საექთნო მოვლა/მკურნალობა და ხელმძღვანელობა მოზარდებისთვის

მოზარდობის პერიოდში განვითარების მთავარი ამოცანაა იდენტობის გრძნობის ჩამოყალიბება (სურათი 10-28). მოზარდების დარდები და შფოთვები ხშირად შენიღბულია ჩამოყალიბებულობის და მომწიფების ელფერით, და მათივე ენით, ბრავადოთი. მათი თავდაჯერებულობა და დაუცველობა ხშირად ურთიერთმოსაზღვრეა და ამის გამო ჰოსპიტალიზაციის გამოცდილება ხშირად დამაბნეველი და რთულია. მათი კომუნიკაციის, გაგებისა და იმის მოთხოვნილება, რომ სხვას ესმოდეს მისი, ძალიან მნიშვნელოვანია გამოწვევების დასაძლევად და ავადმყოფობასთან და ჰოსპიტალიზებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მისაღებად.



სურათი 10-28. ადრეული მოზარდობა არის თვითმყოფადობის გრძნობის განვითარების დრო

მოზარდების განსაკუთრებული მოთხოვნილებები

მოზარდები, რომლებიც ავად ხდებიან, ხშირად არიან ჩართულები კონფლიქტებში და ბრძოლაში, რომ დაიმკვიდრონ იდენტობა, სოციალურ და სქესობრივ არსებებად. ისინი საავადმყოფოებში ბევრი მიზეზის გამო შემოჰყავთ, რომელშიც შედის სხეულის მძიმე დაზიანებები ავარიების, ან ძალადობის შედეგად, გრძელვადიანი დაავადების მწვავე ფაზა, ან ქირურგიული პროცედურები. ჯანმრთელობის პრობლემის ტიპის მიუხედავად, მოზარდებს ეშინიათ დამახინჯების, სხეულის იმიჯის შეცვლისა და სხეულის კონტროლის დაკარგვის. მენტალური, ფიზიკური და სოციალური კომპეტენციის რაღაც რაოდენობის გამომუშავების შემდგომ, მათ ემუქრებათ დაავადების, მკურნალობის პროცესისა და ქირურგიული ჩარევების სტრესი. იმ დროს, როცა ისინი უფრო დამოუკიდებლები არიან, შეიძლება გაჩნდეს იმედგაცრუება, გაბრაზება და შერეული გრძნობები ზოგადი სიტუაციისა და დამხმარე პირების მიმართ.

ჰოსპიტალიზებული მოზარდები ყველაზე კარგად ადაპტირდებიან, როცა სხვა მოზარდებთან ერთად არიან ცალკეულ განყოფილებაში, სადაც მათ აქვთ პირადი სივრცე და ამ სივრცის მართვის შესაძლებლობა. გარემო უნდა შეესაბამებოდეს მათ მოთხოვნილებებს და უნდა მოიცავდეს სარკეებს, მაცივრებს, ტელეფონებს, კომპიუტერებს, პირად სივრცეებსა და ადგილს ისეთი პირადი ნივთებისთვის როგორიცაა ტანსაცმელი.

მოზარდების უშუალო მოვლა

ექთნები, რომელთაც განსაკუთრებული მომზადება და ინტერესი აქვთ მოზარდებზე ზრუნვაში, განსაკუთრებით ეხმარებიან პაციენტებს, ავადმყოფობისას, სტრესთან გამკლავებაში, რათა მათი თვითშეფასება და საკუთარი თავის კონტროლის განვითარება არ დადგეს ეჭვქვეშ. მიუხედავად იმისა, რომ ზრდასრულების მიმართ შერეული გრძნობები შეიძლება იყოს, კარგია, როცა მშობლებს ესმით, რომ ამ დროს მოზარდს მიმთითებელი სჭირდება და იყენებენ დალაპარაკების შანსს, რომ აუხსნან მდგომარეობები მათ (მაგ., ოპერაცია, დიაგნოსტიკური ტესტები). ავტორიტეტების ნაცვლად, ექთნებისა და ექიმების მეგობრებად აღქმა, ამარტივებს მათთან ღია, მიმნდობი ურთიერთობების ჩამოყალიბებას.

არაფერია უფრო მნიშვნელოვანი, ვიდრე მოზარდებთან საუბარი და მათი მოსმენა, რას ამბობენ და როგორ ამბობენ. ძალიან მნიშვნელოვანია მათი მოთხოვნილება რაღაც პერიოდზე, რომლის დროსაც არავინ შეაწუხებს, რათა განავითაროს სტრესზე გამკლავების უნარები. მოზარდები დადებითად რეაგირებენ იუმორის მქონე ადამიანებზე და მათ კითხვებზე სპონტანურად და გულახდილად სცემენ პასუხებს. ყურადღების გამახვილება სიმპტომებზე და მკურნალობის თავისებურებების ახსნა არაა საკმარისი მოზარდებისთვის, რომ იგრძნონ, მათი ესმით და ზრუნავენ მათზე.

დამხმარე ურთიერთობების ჩამოყალიბება შეიძლება გართულდეს, რადგან მოზარდები ისწრაფვიან ზრდასრულებისგან დამოუკიდებლობისკენ. თუმცა, სწორედ ასეთ ურთიერთობებში გრძნობენ მოზარდები თავს თავისუფლად, გამოხატონ თავიანთი ფიქრები და გრძნობები სიტუაციებზე, რომლებშიც ისინი ხვდებიან და უფრო მეტად განიხილავენ პირად საკითხებს ზრდასრულებთან ერთად. ისინი ასევე უკეთ უმკლავდებიან ჰოსპიტალიზაციასთან და ავადმყოფობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს (სურა-

თი 10-29). როცა ექთანი გრძნობს, რომ მოზარდი რთულ კითხვას სვამს, პასუხები, როგორიცაა „სხვა თინეიჯერებმა, რომელთაც ეს პრობლემა აწუხებდათ, იკითხეს, რომ...“ და „ასეთ შეკითხვას ძირითადად ასე ვპასუხობ...“ შეიძლება ძალიან დაგვეხმაროს.



სურათი 10-29. ფრთხილად მოსმენა და პასუხის გაცემა ხელს უწყობს მოზარდებში დამხმარე ურთიერთობების დამყარებასა და შენარჩუნებას

მოზარდებს შეიძლება რომანტიული გრძნობები განუვითარდეთ ექთნების მიმართ, იდენტობის გრძნობის ჩამოყალიბებისა და საკუთარი თავის გამოცდის ნაწილად სქესობრივი იდენტობის განვითარებაში. ეს ხშირად ხდება ახალგაზრდა პერსონალისა და სტუდენტების მიმართ, რომლებმაც უნდა იცოდნენ, რომ ასეთი მოვლენა განვითარების საკითხების გამოა. ზოგჯერ მოზარდები ღიად ცნობისმოყვარენი არიან სხვების პირადი ცხოვრების მიმართ, რადგანაც ისინი ცდილობენ, განმარტონ თავისი ცხოვრება და აქტივობები. ასეთ სიტუაციებში კარგია, თუ ვიქნებით პირდაპირები და გულახდილები, დავაწესებთ საზღვრებს და თან გავიგებთ, რომ მოზარდებს სჭირდებათ სხვებთან ურთიერთობების მნიშვნელობის გაგება.

მშობელთა მოლოდინები და მოთხოვნილებები ბავშვების ჰოსპიტალიზაციისას

პაციენტის შემოყვანის დროიდან, მშობლები ელიან კოლეგიალურ ურთიერთობას ჯანდაცვის პროფესიონალებთან. რა სჭირდებათ მათ და რა უნდა იცოდნენ, შეიძლება იმისგან განსხვავებული იყოს, რასაც პერსონალი ვარაუდობს. როცა სირთულეები აღმოცენდება, ხშირად შეუსაბამო მოლოდინების გამო, მათ შეიძლება გამოიწვიონ პრობლემები მშობლებისთვის, თერაპიულ მიზნებთან, ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებულ

მოლოდინთან და ოჯახის ჩართულობის პერსპექტივასთან დაკავშირებით. ასევე შეიძლება იყოს გაუგებრობები ბავშვთან გატარებული დროის მოლოდინთან და მოვლის პროცესში მონაწილეობასთან დაკავშირებით.

ჰოსპიტალიზაციის რთული პერიოდის განმავლობაში მშობლებს უნდა ჰქონდეთ ზუსტი და დროული ინფორმაცია, რათა ისინი ენდონ ექიმებისა და ექთნების კომპეტენციას და იცოდნენ, რომ მათი ბავშვი კომფორტულად და უმტკივნეულოდ გრძნობს თავს. მათ ასევე სჭირდებათ ჯანდაცვის პროფესიონალების ნდობა. მიუხედავად იმისა, რომ მშობლების პრიორიტეტები ცვალებადია, ხშირი მოთხოვნილებები არის ინფორმაციაზე, გარანტიაზე და ბავშვებთან სიახლოვეზე, როცა ისინი კრიტიკულად ავად არიან. მშობლებთან დამხმარე ურთიერთობის ჩამოყალიბებით ეს მოთხოვნილებები და დარდები შესაძლებელია იყოს პრიორიტიზებული და მოვლა-მკურნალობის გეგმაში ინტეგრირებული. მშობლებს ასევე სჭირდებათ, სოციალური კუთხით, ზრუნვის ობიექტებად იგრძნონ თავი, რათა უფრო დადებითად მიუდგნენ ჰოსპიტალიზაციის გამოცდილებას და უკეთ გაუმკლავდნენ სტრესს. მშობელთან დაკავშირებულმა მომავალმა კვლევებმა ფოკუსი უნდა მოახდინოს სხვადასხვა ეთნიკურ და კულტურულ ჯგუფებზე ისევე, როგორც ოჯახის მოთხოვნილებებზე.

ბავშვებს, მშობლებსა და ექთნებს შორის ურთიერთობების სირთულე საჭიროებს კარგ შესწავლას. დამატებით, არსებობს კომუნიკაციური სირთულეებისა და მოწინააღმდეგე ურთიერთობის პოტენციალი. ზოგჯერ ექთანი შეიძლება ვერც მიხვდეს და შეფარულად, ზედმეტად, ეცადოს ბავშვის დადებითი პასუხის მოპოვებას. შესაბამისად, ის ფრთხილად უნდა იყოს საკუთარი თავის დაკმაყოფილების მიმართ, რომ არ გადააჭარბოს თავის პასუხისმგებლობებს.

ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვები

გამოკითხვა, რომელსაც ასპონსორებდა ჯანმრთელობის რესურსებისა და სერვისის ადმინისტრაციის (HRSA) დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობის ბიურო (MCHB) და ჩატარდა დაავადებათა კონტროლის, პრევენციის ცენტრისა და პრევენციის ეროვნული ცენტრის მიერ, გვაძლევს დეტალურ ინფორმაციას ბავშვებზე, რომელთაც ჯანმრთელობის განსაკუთრებული საჭიროებები აქვთ (CSHNCN). ერთი გამოკითხვა აჩვენებს, რომ ამერიკელ ბავშვთა 13.9%-ს აქვს განსაკუთრებული საჭიროებები ჯანმრთელობის მხრივ და ბავშვიანი ოჯახების 21.8%-ში არის მინიმუმ 1 ბავშვი ასეთი საჭიროებებით. ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვები არიან ქრონიკული ფიზიკური, განვითარების, ქცევისა და ემოციური მდგომარეობის მქონე, ან ამ მდგომარეობების რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვები და მათ ასევე ესაჭიროებათ ჯანმრთელობის და მსგავსი სერვისების გამოყენება უფრო მეტად, ვიდრე საშუალო ბავშვს (HRSA). გრძელვადიანი და ხშირად რთული ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვები კარგად იცნობენ სხვადასხვა სამედიცინო გარემოს და თითოეული ახალი გამოცდილება ისმება წინა გამოცდილებებით მიღებული კონტექსტის ჩარჩოში. მეტიც, მათი მშობლები, რომლებიც უმკლავდებიან ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის მოვლის გამოწვევებს, უკვე ექსპერტები არიან ბავშვთან ურთიერთობის სპეციფიკასა და დამხმარე ჩარევებში და შეიძლება, რჩევაც კი მოგვცენ ამ

საკითხში. როცა სკოლის ასაკის ბავშვები ხშირად ჰოსპიტალიზდებიან, მათ უწევთ ისეთ ძლიერ სტრესორებთან ურთიერთობა, როგორიცაა ინვაზიური პროცედურები, სიკვდილის, კონტროლის დაკარგვისა და იზოლაციის შიში. ოჯახი და მეგობრები, რომლებიც ზრუნავენ ბავშვზე როგორც სახლის, ისევე საზოგადოებრივ კონტექსტში, ძალიან მნიშვნელოვნები არიან ბავშვის სტრესთან გამკლავებისთვის. ჯანდაცვის პროფესიონალები ამარტივებენ სტრესთან გამკლავებას, თუ ისინი ხსნიან პროცედურებს, აძლევენ ბავშვს პირად სივრცეს, არიან მომთმენები და რბილები ბავშვთან და აქვთ იუმორის გრძნობა. როცა ისინი არ ფლობენ ამ დამახასიათებლებს, ოჯახის უნარი „ატაროს მოვლის ტვირთი, არის შემცირებული და ისინი დარდში ცხოვრობენ“. მეტიც, როცა ჯანდაცვის პროფესიონალები არ აყალიბებენ ბავშვთან და ოჯახთან პარტნიორობას და ვერ აკმაყოფილებენ მათ მოთხოვნილებებს, ამას შეიძლება მოჰყვეს შფოთვა, იმედგაცრუება, უკმაყოფილება და ნდობის დაკარგვა.

ამ ბავშვების მშობლები ხშირად ექსპერტები არიან დაავადების პროცესისა და მკურნალობის დღიურ რეჟიმში. ბავშვებიც უფრო და უფრო კომპეტენტური ხდებიან საკუთარი თავის მოვლაში, ასაკთან ერთად. თუმცა, ამავე დროს, შეიძლება საკმარისი წვდომა არ იყოს საჭირო სერვისებისადმი. ექთნები ასევე კარგად იწვრთნებიან ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობის ადვოკატებად და კოორდინატორებად და ითვისებენ კოორდინატორის, ლიდერის, მასწავლებლის, გუნდის წევრისა და პირველადი სამედიცინო დახმარების პროვაიდერის როლებს. მოვლის უწყვეტობა, ისევე როგორც კონფერენციები მოვლა-მკურნალობაზე, რათა ხელი შევუწყოთ მშობლისა და პროფესიონალების კოლაბორაციას, ძალიან კარგი გარემოა დაგეგმვისთვის, როცა ბავშვები დიდი ხნით არიან ჰოსპიტალიზებულნი. ეს კონფერენციები ხელს უშლიან მკურნალობის პროცესის ფრაგმენტაციას და ოჯახს აძლევენ ექსპერტის, მენეჯერისა და ზოგჯერ პიონერის როლს ბავშვის მოვლაში. საკმარისი მხარდაჭერისა და სერვისების გარეშე ოჯახები ზოგჯერ „ნებდებიან“.

პედიატრიული რეაბილიტაციის საექთნო სფერომ ევოლუცია განიცადა ბოლო 25 წლის მანძილზე და გახდა სპეციალობა, რომელიც განკუთვნილია შეზღუდული შესაძლებლობებისა და სხვა ქრონიკული დაავადებების მქონე ბავშვებზე და მათ ოჯახებზე ზრუნვისთვის. პედიატრიული რეაბილიტაციის დაწესებულებები, ისევე როგორც კლინიკები და საზოგადო სააგენტოები არის ადგილები, სადაც ხელმისაწვდომია მრავალი სერვისი დისციპლინათშორისი გუნდების მიერ, რომლებიც შედგება ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერებისა და სპეციალისტების მიერ. ეს ემსახურება ასეთი ბავშვების რთულ, გრძელვადიან ჯანმრთელობის პრობლემებს, როგორიცაა განვითარებითი, განათლების, ეკონომიკური, მობილურობის, ფსიქოსოციალური და პროფესიული სერვისები. ყურადღება ასევე უნდა დაეთმოს მიმდინარე სერვისებს საზოგადოებრივ და სკოლის კონტექსტებში, რათა მაქსიმუმამდე მივიდეს ბავშვის პოტენციალი. ასეთი ბავშვები დროთა განმავლობაში იზრდებიან და ვითარდებიან. ინდივიდუალური და ოჯახური მოთხოვნილებებიც, ამასთან ერთად იცვლება და მკურნალობა-მოვლის ინტენსივობა შეიძლება გაიზარდოს, რასაც სჭირდება ადაპტაცია და გადასვლა სხვა სამკურნალო ცენტრებში, ან სხვა პერსონალთან.

გადაუდებელი დახმარება

იმისათვის, რომ პედიატრიული გადაუდებელი სიტუაციები პერსპექტივაში მოექცია, პიტერსონ-სმიტმა გამოაქვეყნა მნიშვნელოვანი სტატისტიკა: ჩვილები და ბავშვები შეადგენენ გადაუდებელი განყოფილების ვიზიტების 30%-ს; ყველაზე კრიტიკულად ავადმყოფი ბავშვები 6 წლამდე არიან ცენტრალური ნერვული სისტემის, ან სასუნთქი სისტემის გადაუდებელი მდგომარეობების მქონე; ტრავმა პედიატრიული გადაუდებელი მდგომარეობების დაახლოებით 40%-ის მიზეზია; ყოველწლიურად 1 წელზე უფროსი ბავშვების სიკვდილის შემთხვევების თითქმის ნახევარის მიზეზია სხეულის დაზიანებები. ბავშვები გადაუდებელ განყოფილებაში ხშირად მშობლებს, ან სხვა ზრდასრულებს შემოჰყავთ. გადაუდებელ განყოფილებაში მკურნალობისას არსებობს უნიკალური გამოწვევები მძიმე შფოთვის, შიშისა და დაბნეულობის გამო რაც ერთვის სხვა სერიოზულ და ხშირად სიცოცხლისთვის საშიშ სიტუაციებს. მშობლების ემოციები ხშირად მოზღვავებულია და მათთან კომუნიკაცია შეიძლება გართულდეს. როცა არსებობს ენობრივი და კულტურული განსხვავებები, მნიშვნელოვანია მთარგმნელი პერსონალი.

გადაუდებელი დახმარებისას პედიატრიული ექთანი კარგად უნდა იყოს გაწვრთნილი მყისიერ ჩარევებში. რადგან ბავშვები განსხვავდებიან ზრდასრულებისგან როგორც ანატომიურად, ისევე ფიზიოლოგიურად, კრიტიკულია, გვესმოდეს ამ სხვაობების ბუნება, რომელიც გავლენას მკურნალობის წარმატებაზე ახდენს. სხეულის განზომილებების გარდა, კლინიკურად მნიშვნელოვან განსხვავებებს მიეკუთვნება: შედარებით პატარა ზედა და ქვედა სასუნთქი გზები, რომელიც უფრო მარტივად იკეტება; სხვაობები სუნთქვაში, სისხლის მიმოქცევაში, ნევროლოგიურ ფუნქციაში, სხეულის ზედაპირსა და იმუნიტეტში; ფარმაკოლოგიური ნივთიერებების მეტაბოლიზმის უნარი.

მკურნალობის გადაუდებლობის გამო შეზღუდულია მომზადებისა და პროცედურების ახსნის დრო. თუმცა, აუცილებელია მომზადება და პროცედურების ახსნა, რამდენადაც დრო ამის საშუალებას მოგვცემს და ასევე მშობლისთვის ჩართულობის შანსის მიცემა, თუ მათ ეს შეუძლიათ და უნდათ. მშობელთა უმრავლესობას ენდომება ბავშვთან ერთად ყოფნა მის სანუგეშოდ. თუ მშობელი აირჩევს, იყოს ბავშვთან სიცოცხლის გადამრჩენ პროცედურებზე, როგორიცაა რეანიმაცია, ასევე მნიშვნელოვანია მანუგეშებელი პირის ყოფნა პერსონალიდან. მშობლის ბავშვთან ყოფნის გადაწყვეტილება მეტად ინვაზიური, ან სიცოცხლის გადამწყვეტი პროცედურების დროს ხშირად რთულია ყველა ჩართული პირისთვის.

გადაუდებელი მდგომარეობების პრევენცია და ინფორმაცია მოულოდნელი ავადმყოფობისა და დაზიანების დროს საჭირო დახმარებაზე, კრიტიკული კომპონენტია ბავშვის ყოველდღიურ მოვლაში. არსებობს მრავალფეროვანი ლიტერატურა, რომელიც ხელმისაწვდომია ადგილობრივი ჯანმრთელობის განყოფილებებისათვის.

ადამიანები, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან ბავშვების უშუალო მოვლაზე, უნდა ფლობდნენ სასიცოცხლო ინფორმაციას თითოეულ ბავშვზე, როგორიცაა: სხეულის განზომილებები, არსებული ჯანმრთელობის პრობლემები, ალერგიები, იმუნიზაციები და ტელეფონის ნომრები გადაუდებელი სიტუაციებისთვის (112, მშობლები, ექიმი, ტოქსიკური ნივთიერებების კონტროლის ცენტრი). მათ უნდა იცოდნენ გულ-ფილტვის რეანიმაციის ტექნიკები და ჰაიმლიხის მანევრი, მწვავე დაავადების, ან დაზიანების დროს საჭირო ცოდნასთან ერთად.

პედიატრიული ინტენსიური დახმარების განყოფილებები

PICU-ები შეიქმნა 1960 წელს ბავშვობის დაავადებების მზარდი სიმწვავისა და ტრავმების გამო, რომელსაც სჭირდებოდა რთული დიაგნოსტიკური ტესტები, ქირურგიული პროცედურები, ფარმაკოთერაპია და გადამწყვეტი მკურნალობები სიცოცხლისათვის. PICU-ში გავრცელებულ სამედიცინო-ქირურგიულ მდგომარეობებში შედის: სუნთქვის მწვავე უკმარისობა, მრავლობითი ორგანოს დისფუნქცია, მულტიტრავმა, სეფსისი და შოკის სინდრომები, ნევროლოგიური დაავადებები და გართულებული პოსტოპერაციული გამოჯანმრთელება. რთული მკურნალობები, რომლებიც გამოიყენება ბევრ განყოფილებაში არის უარყოფითი წნევით ვენტილაცია, ECMO (ექსტრაკორპორეალური მემბრანული ჟანგბადით მომარაგება) და მაღალი სიხშირის ოსცილატორული ვენტილაცია. ბევრი მდგომარეობაა სიცოცხლისთვის საშიში და ბადებს სერიოზულ სამედიცინო და ეთიკურ დილემებს. ბავშვთა უმეტესობა გადაჰყავთ პედიატრიულ განყოფილებაში გამოჯანმრთელებასთან ერთად. როცა ხდება გადასვლა ხდება პალიატიურ დახმარებაზე, პერსონალის ყველა წევრისგან, მჭევრმეტყველება, თანაგრძნობა და მხარდაჭერა უმნიშვნელოვანესია ბავშვებისთვის და ოჯახებისთვის.

PICU-ში ერთმანეთთან შეკავშირებული, მოწინავე პრაქტიკოსი ექთნების, ექიმებისა და სპეციალიზებული თერაპევტების გუნდი აუცილებელია, რათა უზრუნველყოფილი იყოს კრიტიკული დახმარება, რომელიც სენსიტიურია დაუცველი ჩვილების, ბავშვების, ოჯახების განვითარებისა და ფსიქოსოციალური საჭიროებების მიმართ. გზამკვლევები და დახმარების ეტაპები აღწერს PICU-ის პრაქტიკის სტანდარტებსა და განზომილებებს. ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობა PICU-ში აფასებს მშობლების ჩართულობას უშუალო მოვლასა და გადაწყვეტილებების მიღებაში. მშობლების პასუხების გაგება ისეთ გამოცდილებებზე, როგორიცაა ტექნიკური თერაპია, მნიშვნელოვანია მშობლებისთვის სტრესთან გამკლავებაში დახმარებისთვის.

მიუხედავად იმისა, რომ საექთნო კვლევებმა გავლენა მოახდინა ბავშვების მკურნალობის წარმატებულობაზე ასეთ გარემოებში, საავადმყოფოში ყოფნის გამოცდილება ძალიან მნიშვნელოვანია და შეიძლება დიდი ხნის განმავლობაში გასტანოს ბავშვებისთვის და მათი ოჯახებისთვის. ჩვილები და ბავშვები PICU-ში არიან უფრო მაღალი რისკის ქვეშ, განივითარონ პერსისტენტული ფსიქოლოგიური პრობლემები გაწერის შემდგომ, განსაკუთრებით როცა მათ გადააქვთ ინვაზიური პროცედურების დიდი რაოდენობა. ეფექტები ზოგიერთ ბავშვზე და მშობელზე ძალიან ჰგავს პოსტ-ტრავმულ სტრესს. ამ ბავშვებისა და მათი მშობლების გამოცდილებებზე ყურადღების მიქცევა უმაღლესი პრიორიტეტით სარგებლობს და ყველანაირად უნდა ვეცადოთ, მოვახდინოთ ემოციური და ფიზიკური ტკივილის პრევენცია. ინტენსიური დახმარების განყოფილებებში მშობლების საწოლების ადგილების შემოღებამ შეამცირა მათი სტრესი. როცა ბავშვებს აღარ ესაჭიროებათ ინტენსიური მკურნალობა, მოვლის სხვა დონეზე გადასვლამ შეიძლება გამოიწვიოს მშობლის შფოთვის განახლებული ზრდა.

მოვლა-მკურნალობა სახლის პირობებში

ტექნოლოგიურ ინოვაციებთან და ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების და ადმინისტრირების ცვლილებებთან ერთად, ბავშვების ჰოსპიტალიზაცია ხშირად ხანმოკლეა და ისინი სახლში რთული, მულტისისტემური ჯანმრთელობის პრობლემებით ბრუნდებიან. ისეთი ბავშვების მაგალითები, რომლებსაც ადრე საავადმყოფოში, ან ხანგრძლივი მკურნალობის დაწესებულებაში უვლიდნენ, ხოლო ახლა მათი მკურნალობა სახლში წარიმართება, არის რესპირატორზე დამოკიდებული, პარენტერალურ კვებაზე მყოფი და მძიმე ფიზიკური, ან კოგნიტიური შეზღუდვის მქონე ბავშვები. ძალიან კარგი კოორდინაციაა საჭირო, რათა მოხერხდეს მწვავე ფაზების დროს დახმარება, მოვლა დღის განმავლობაში და განათლება. არსებობს ბევრი საზოგადოებრივი რესურსი, რათა შეიქმნას გარემო, რომელიც ყველაზე შესაბამისია ამ ბავშვებისა და მათი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისათვის.

გაწერა და საავადმყოფოს შემდეგი ეფექტები

ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში ბავშვები და მშობლები მზად უნდა იყვნენ გაწერისთვის, საავადმყოფოსა და ოპერაციის შემდგომი მკურნალობისთვის და ამ გამოცდილების ეფექტებისთვის. ამაში ხშირად შედის ბევრი სწავლება და ცვლილებისთვის მომზადება, მტკივნეული მკურნალობები და პროცედურები, ან ცვლილებები სხეულის იმიჯში. ჰოსპიტალიზაციის შემოკლებულ დროსთან ერთად, გამოყენებული უნდა იქნას ბავშვისთვის და ოჯახისთვის სწავლების ყველა შანსი, მაქსიმალურად. მნიშვნელოვანია, მოვამზადოთ მასწავლებლები და სხვა მნიშვნელოვანი პირები ბავშვის სახლში, სკოლაში და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში დაბრუნებისთვის.

მომზადების ტიპი დამოკიდებულია ბავშვისა და ოჯახის მხრიდან ზრუნვისა და მხარდაჭერის მუდმივ საჭიროებაზე, შიშთან და შფოთვასთან გამკლავებაში. იმ სიტუაციებში, სადაც ცვლილებაა გარეგნობაში, ან მოძრაობის უნარში, შეიძლება გართულდეს საავადმყოფოდან სახლში გადასვლა. ზოგიერთმა შეიძლება სარგებელი მიიღოს ოჯახთან და მეგობრებთან მცირე დროის გატარებით, საავადმყოფოს გარეთ, რეაბილიტაციის პროცესის განმავლობაში, რათა ადაპტაცია თანდათან მოახდინოს (მაგ., ვისაც გაუკეთდა ამპუტაცია, ან აქვს შესამჩნევი ფიზიკური ცვლილებები). თანატოლებიც უნდა მოამზადონ განხილვებისა და ფილმების გამოყენებით. მასწავლებლები და სკოლის ექთნები ძალიან კარგ რესურსებს წარმოადგენენ ბავშვების დახმარების კუთხით, რათა მათ გაიგონ ჰოსპიტალიზაციაზე და ცვლილებებზე, რომელთაც უნდა ელოდონ, როცა მათი კლასელი სკოლაში დაბრუნდება.

ცვლილებები ქცევაში ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ, უფრო ხილულია 6 თვიდან 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში. ცვლილებები აღინიშნება ჭამაში, ძილსა და ელიმინაციაში, ფსიქოსოციალურ ქცევაში, როგორიცაა რეგრესია, მშობლებზე მიჯაჭვულობა, აგრესია, განდგომა ან შიში. ამ პასუხების სიძლიერე და ხანგრძლივობა დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, მათ შორის დაავადებისა და ჰოსპიტალიზაციის გავლენაზე, ინვაზიური პროცედურების სიხშირეზე, კოგნიტიური განვითარებისა და მომწიფების დონეზე, წინა გამოცდილებებზე და სხვისგან კომფორტის აღქმაზე სტრესთან გამკლავების პროცესის განმავლობაში. როცა 5 წლამდე ბავშვების მშობლები, რომელთა შვილებმაც ერთო

დღე ინტენსიურ განყოფილებაში გაატარეს, გამოკითხეს ბავშვის ქცევაზე, მათ აღნიშნეს ცვლილებები, რომელიც უკავშირდებოდა რეგრესიულ ქცევას და განდგომას, აგრესიას, მომთხოვნ ქცევას, შიშს და შფოთვას ძილზე და მშობლისგან განშორებაზე.

ქცევაში ცვლილებების უმეტესობა ჰოსპიტალიზაციიდან 2-3 დღეში ხდება, რადგან ბავშვები გადიან რამდენიმე კვლევას, მკურნალობას და შორდებიან მზრუნველ პირს. ამ დროს მშობლებიც ნერვიულობენ და ნაკლებად შეუძლიათ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის გაწევა. ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობამ, შესაძლოა, საავადმყოფოს შემდგომი სტრესის უფრო მაღალი რისკის წინაშე დააყენოს ბავშვი, ვიდრე უფრო ხანმოკლე ან ხანგრძლივმა ჰოსპიტალიზაციამ.

ძალიან ბევრი რამ არის გასათვალისწინებელი, როცა მშობლებს ვასწავლით ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ ქცევის პოტენციურ ცვლილებებს. ჰოსპიტალიზაციისა და ავადმყოფობის პასუხის გარდა, ბავშვს შეიძლება რეაქცია ჰქონდეს სახლის ძილის წესებზე, განსაკუთრებით მაშინ, როცა საავადმყოფოში მშობელს ბავშვის გვერდით, ან ახლოს ეძინა. შესაბამისად, ზოგიერთი ბავშვის შემთხვევაში სასარგებლოა, თუ მშობელი ცალკე ოთახში ძილს დაიწყებს გაწერამდე რამდენიმე დღით ადრე.

გაწერის დროის მოახლოებასთან ერთად მშობელმა შეიძლება შვება იგრძნოს, რადგან გრძელდება ოჯახური ცხოვრება, მაგრამ ასევე შეიძლება ნერვიულობდეს ბავშვის სახლში მოვლაზე. ბავშვის მოვლის ფიზიკური ასპექტებისთვის ოჯახის მომზადების გარდა, მნიშვნელოვანია, იცოდნენ, საავადმყოფოს გამოცდილების შემდგომ, ბავშვის პოტენციური ქცევის ცვლილებები. შესაბამისად, ჯერ უნდა გავიგოთ, მათი აზრით, რამდენად შეიცვლება ბავშვის ქცევა ავადმყოფობისა და ჰოსპიტალიზაციის საპასუხოდ სახლში. მათი პასუხი ძალიან გვეხმარება, რადგან ესაა სწავლების ინდივიდუალიზებული გეგმის საფუძველი.

კლინიკური საქეთნო პრაქტიკის მზადება ბავშვისა და მათი ოჯახების მოვლისათვის

ავადმყოფი ბავშვის მოვლის სწავლის დროს მნიშვნელოვანია, გვახსოვდეს საკუთარი გამოცდილებები და ძლიერი მხარეები, გავიმეოროთ თეორიები ბავშვის ზრდასა და განვითარებაზე და მივხვდეთ, რომ ავადმყოფობისა და ჰოსპიტალიზაციის ტრავმის მიუხედავად, ბავშვები აგრძელებენ ზრდას ფიზიკურად, ემოციურად, სოციალურად და სულიერად. ძირითადი მიზანი ბავშვების ძლიერი მხარეების აღმოჩენა, შენახვა და მცდელობაა, რომ ხელი შევუწყოთ მათ ზრდას სტრესის დროს და ინვაზიური პროცედურებისას. ამის წარმატებით ჩასატარებლად უნდა გვესმოდეს ინდივიდუალური ბავშვებისა და მათი ოჯახების ცხოვრება, მათი გამბედაობა და მონდომება, ზუსტად განასხვაონ და დაიკმაყოფილონ ის მოთხოვნილებები, რომელიც ახლად აღმოცენდება ამ სტრესულ სიტუაციაში. საკუთარ ფიქრებში ჩახედვა, წინა გამოცდილებების გახსენება და სხვების პირადი სტილისა და ცხოვრების გზების შესწავლა შესაძლებელს ხდის, რომ ექთნები დახელოვნდნენ.

ბავშვის ჰოსპიტალურ მოვლაზე საკუთარი ფილოსოფიების მისადაგება ქმნის რწმენების ბაზისს, რომელიც საფუძვლად უდევს პრაქტიკას. ამის გაკეთებისას, კარგია, თუ გათვალისწინებული იქნება ურთიერთობები ექთნებს, ბავშვებს, მშობლებსა და სხვა

ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის. საკუთარი ძლიერი მხარეების, ნიჭის აღმოჩენა და პირადი მიზნების ხაზგასმა მნიშვნელოვანი ეტაპებია თავდაჯერებულობისა და კომპეტენტურობის ჩამოსაყალიბებლად, საექთნო პრაქტიკაში.

მოსამზადებელ ფაზაში, მნიშვნელოვანია, გადავხედოთ და გადავამოწმოთ ისეთი წინარე ცოდნა, როგორიცაა: ბავშვის ზრდისა და განვითარების თეორია და მახასიათებლები სიცოცხლის ციკლის თითოეულ ეტაპზე, ახალგაზრდა ზრდასრულობის ჩათვლით; სტრესი, ადაპტაცია და სტრესთან ბრძოლის თეორია; ოჯახის განვითარების თეორია; სწავლისა და სწავლების ცნებები და პრინციპები; და კულტურული განზომილებები საექთნო პრაქტიკაში. მედიკამენტების გამოთვლისა და ბავშვებისთვის ადმინისტრაციის, ბავშვისა და ჩვილის უსაფრთხოების უნიკალური მახასიათებლების, სკრინინგისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მნიშვნელოვანი მხარეების გამეორებაც აუცილებელია. ძალიან გვეხმარება, თუ გავუშინაურდებით პედიატრიული განყოფილების გარემოს, სანამ კლინიკური სამუშაო დაიწყება. პედიატრიული განყოფილების გარემოს დანახვა სხვადასხვა პერსპექტივებიდან არის გარემოს ფიქრებზე, გრძნობებზე და რეაქციებზე გავლენის გაგების ერთ-ერთი გზა.

პედიატრიული საექთნო საქმის პირველი ორიენტაციის შემდგომ, ბავშვებისა და ოჯახების უშუალო მოვლას სჭირდება საკმაო ფიქრი და მომზადება. როლების და პასუხისმგებლობების შესწავლა არის პროცესი, რომელიც მარტივდება კითხვების მუდმივად დასმითა და ვარაუდების წინასწარ გაკეთებით, უშუალო მოვლამდე და მის განმავლობაში.

ამ სფეროში მენტორების მითითებებით, ახალბედები ხდებიან ექსპერტები პედიატრიულ საექთნო საქმეში, დროსთან ერთად. ესაა ამ სფეროს ყველა ნაწილის სწავლისა და საკუთარი თავის სამკურნალო ინსტრუმენტად წარმოდგენის უწყვეტი პროცესი. მომწიფების პროცესის ყველაზე მნიშვნელოვანი ატრიბუტი არის თავდადება მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის შესწავლაში და ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინის კონტექსტში; უწყვეტი სწავლა პედიატრიული საექთნო საქმის ხელოვნებისა და მეცნიერების; და დრო, რათა გავაახლოთ პირადი ძლიერი მხარეები, კრეატიულობა და ამბიციები.

ტენდენციები და გამოწვევები პედიატრიულ საექთნო პრაქტიკაში

ტენდენციები ჯანდაცვაში და ცვლილებები პედიატრიულ საექთნო პრაქტიკაში უამრავ გამოწვევას განაპირობებს ამ სფეროში. საბოლოო მიზანია, ვიცოდეთ ეს ცვლილებები და შემოვიღოთ ახალი ცოდნა და მტკიცებულებაზე დამყარებული პრაქტიკა, რომელიც უწყვეტად გააუმჯობესებს ბავშვების მოვლას, რომლებიც ჰოსპიტალიზებულნი არიან.

მნიშვნელოვანი ტენდენციებია:

- ადგილობრივი საავადმყოფოდან ბავშვთა საავადმყოფოებში გადაყვანილი ბავშვების გაზრდილი რაოდენობა;
- მდგრადი განვითარების მიზნების იმპლემენტაცია, გლობალური და ადგილობრივი ინიციატივების ხაზგასმით, რათა შემცირდეს სიღარიბე და გაიზარდოს თანასწორობა ბავშვთა მოვლაში;

- ყურადღების მიქცევა ბავშვისა და მშობლის ცოდნისთვის ჯანმრთელობის სფეროში, ანუ ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და ქცევების პრაქტიკაში იმპლემენტაციისა და გააზრების უნარი;
- ექთნების, ექიმებისა და სოციალური მუშაკების კოლაბორაციული ზრდა, გუნდების ფორმირებაში, ჰოსპიტალიზაციამდე, მის განმავლობაში და შემდეგ;
- მშობელთა საბჭოები და მრჩეველი ჯგუფები პედიატრიულ განყოფილებებსა და საბავშვო საავადმყოფოებში;
- ცვლილებები ექთნების, მშობლებისა და ბავშვების საგანმანათლებლო სისტემებში სიმულაციით, როლის გათამაშებითა და მენტორობის შეტანით;
- სამკურნალო გარემოს შექმნა საბავშვო განყოფილებებსა და კლინიკებში ბაღებით, ხელოვნებით, პირადი სივრცეებითა და ინდივიდუალიზებული საგანმანათლებლო რესურსებით;
- ექთნებისა და ჯანდაცვის გუნდების უფრო დიდი მონდომება და მცდელობა პრაქტიკაში ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინის მდგრადობისათვის;
- უნივერსალური ჯანმრთელობის ჩანაწერებისა და ელექტრონული ფორმების გამოყენება მკურნალობის შეფასებაში;
- ეთნიკურად განსხვავებული ოჯახების უფრო ხშირი ჩართვა პედიატრიულ საექთნო კვლევებში;
- საავადმყოფოს გარემოში ბავშვების მოვლაში მამების უფრო მეტად ჩართვა;
- ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში გამოკვლევებისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამიზნეების იდენტიფიცირება (მაგ., პირის ღრუ, მხედველობა, კვება, ვარჯიში, საზიანო ნივთიერებები და ჩვევები);
- მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის იმპლემენტაციისთვის, საექთნო კვლევების გამოყენებაზე გაზრდილი ფოკუსი;
- ნანოტექნოლოგიის მეტი გამოყენება ბავშვების უშუალო მოვლასა და მკურნალობაში და ასევე, ჩანაწერების წარმოების გაუმჯობესებული მეთოდი;
- ახლად კურსდამთავრებულების მონაწილეობა პედიატრიული სტაჟირების პროგრამებში ბავშვებისა და ოჯახის მოვლის პრაქტიკისთვის სამზადისში.

ხაზგასასმელია ამჟამად არსებული ექთნების დეფიციტი, როცა ბევრი მკვლევარი ცნობს პოტენციურ პოსტ-ტრავმულ სტრესს და ხანგრძლივ უარყოფით ეფექტებს მშობლებსა და ბავშვებზე, განსაკუთრებით პედიატრიულ ინტენსიურ განყოფილებაში ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ. კომპლექსური ემოციური მხარდაჭერა და სწავლის მოთხოვნილებები ბავშვებსა და ოჯახებში ასეთი კრიზისის დროს, მოითხოვს დიდ ექსპერტიზას, რათა არ ჰქონდეს ადგილი მძიმე დაავადების, ქირურგიული ჩარევისა და სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობების თანმხლებ უარყოფით ეფექტებს და იმისთვის, რომ განიკურნოს როგორც ფიზიკური, ისევე ფსიქოლოგიური ჭრილობები. ნავარაუდებია,

რომ უფრო გაესმევა ხაზი „დაუცველ“ ბავშვთა ხელმისაწვდომ მკურნალობას და ვინც ცუდი პროგნოზის რისკის ქვეშ იქნება, მათზე ეს ყველაზე პირველად იმოქმედებს უარყოფითად. გამოწვევას წარმოადგენს პედიატრიული ექთნების მოწვევა, განათლება და მენტორობა კლინიკური და მოწინავე პრაქტიკისთვის, სწავლებისთვის, ლიდერობისა და კვლევისთვის.

საკვანძო საკითხები

- ექთნების მიერ ბავშვთა მოვლაში მთავარი მიზანია, დავეხმაროთ მათ და მათ ოჯახებს, გაიზარდონ უარყოფითი გამოცდილებებისა და სტრესის განმავლობაში და ისწავლონ სტრესთან ბრძოლის ეფექტური გზები;
- საავადმყოფოებში ბავშვების მოვლის თანამედროვე მიდგომამ და ჰოსპიტალიზაციის ეფექტურობაზე ჩატარებულმა კვლევებმა გავლენა მოახდინა წესებისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებაზე პედიატრიულ განყოფილებებსა და საბავშვო საავადმყოფოებში;
- ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში ბავშვები უფრო დაუცველები არიან სეპარაციის, კონტროლის დაკარგვის, ტკივილის, ინვაზიური პროცესების, სხეულის იმიჯის, მთლიანობის ცვლილებების, დაბნეულობისა და სხვა სიტუაციების მიმართ, რომელსაც მათთვის და მათი მშობლებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს;
- ჩვილების, ბავშვების, მოზარდების და მშობლების პასუხი ჰოსპიტალიზაციაზე, განპირობებულია ბევრი ფაქტორით, როგორიცაა მოვლენების აღქმა მათი გადმოსახედიდან, განვითარების და ცნობიერების დონე, წინა გამოცდილებები და სტრესთან ბრძოლის მეთოდები;
- საავადმყოფოებში ბავშვები ხშირად რეგრესირებენ უფრო ადრინდელი ქცევის მიმართულებით, ცვლილებებისა და დაუცველობის გრძნობების დაძლევის პროცესში;
- როცა ვეხმარებით მშობლებს სწავლებით, პოტენციურად სტრესული გამოცდილებებისთვის მომზადებით, კომუნიკაციით, მოთხოვნილებებისა და შიშების მიმოხილვით, რათა შემცირდეს მათი სტრესი, ისინი უკეთ ეხმარებიან ბავშვებს ჰოსპიტალიზაციით გამოწვეულ სტრესთან ბრძოლაში;
- თამაში არის ბავშვთა სამუშაო და აუცილებელია განვითარების პროცესისთვის როგორც რეკრეაციის, ისე კრეატიულობის კონტექსტში. თამაში ასევე ფიქრებისა და გრძნობების გამოხატვის გზაა ბავშვების მიერ გავლილ მოვლენებსა და გამოცდილებებზე;
- პედიატრიული განყოფილებების ფიზიკურ და ფსიქოსოციალურ გარემოს დიდი გავლენა აქვს ბავშვებისა და მშობლების მოვლისა და კომფორტის ეფექტურობაზე;
- პედიატრიულ საავადმყოფოში კლიენტის, ან მშობლის როლიდან სახლში, ან სხვა დაწესებულებაში გადასვლას სჭირდება მზადება ცვლილებებისთვის, რომელიც შეიძლება მოხდეს ბავშვის რეაქციებში და ქცევებში;

- სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალებთან კოლაბორაცია და კომუნიკაცია აუცილებელია ბავშვისა და მშობლის მოვლისა და კეთილდღეობისთვის ჰოსპიტალიზაციამდე, მის განმავლობაში და შემდეგ;
- როცა ექთანი მშობელთან ქმნის პარტნიორობას ბავშვის მოვლის კონტექსტში, ეს მშობლისთვის უფრო ეფექტურს ხდის გამოცდილებისა და თავდაჯერების მოპოვებას თავიანთი და თავიანთი ბავშვების სტრესთან ბრძოლაში;
- ოჯახზე ორიენტირებული მედიცინა ითვალისწინებს დების/ძმების ნერვიულობის მიზეზებს, რათა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი მათი სტრესი, რომელიც აღმოცენდება მათი დის/ძმის ავადმყოფობის გამო;
- ექთნის როლისა და პასუხისმგებლობების შესწავლა ბავშვებისა და მშობლების სტრესული გამოცდილებების მინიმუმამდე დაყვანაში და მათი სტრესთან ბრძოლის უნარის მაქსიმუმამდე მიყვანაში კომპლექსური პროცესია და სჭირდება ცოდნის გამოყენება ხელოვნებიდან, მეცნიერებებიდან და ჰუმანიტარული საგნებიდან;
- ექთნისა მშობლის, ექთნისა და ბავშვის ურთიერთობები, გავლენას ახდენს ბავშვის მოვლის ხარისხზე;
- ექთნის როლი ბავშვებისა და მათი მშობლების ფსიქოლოგიური კეთილდღეობისა და მათთვის დახმარებაში, გაიზარდონ ავადმყოფობის კრიზისის პერიოდში, კრიტიკულია და კომპლექსური წვლილი შეაქვს ბავშვის ჯანმრთელობასა და გამოჯანმრთელების პროცესში;
- სტუდენტები და ახალბედები პედიატრიული საექთნო საქმის სფეროში სწავლობენ ყველაზე კარგად, როცა კლინიკურ პრაქტიკას წინ უძღვის: ჰოსპიტალიზებული ბავშვების მოვლის ფილოსოფიის გაგება და საკუთარი ფილოსოფიის ცოდნა საექთნო საქმეზე; საკუთარ ძლიერ მხარეებზე დაფიქრება და მათი გახსენება; ბევრი სწავლა და დეტალურად მომზადება თითოეული ბავშვისა და მისი ოჯახის მოვლისთვის; და სწავლის პროცესის განხილვა მასწავლებელთან, ან მენტორთან ერთად;
- ექსპერტი კლინიკოსები, მოწინავე პრაქტიკოსი ექთნები და პირები, რომლებიც ლიდერობენ, ასწავლიან და იკვლევენ, დადებით გავლენას ახდენენ დაავადებული და ჰოსპიტალიზებული ბავშვებისა და მათი ოჯახების მოვლის ხარისხზე;

გასამეორებელი აქტივობები

1. შეადარეთ და განასხვავეთ როგორი ეფექტი აქვს ჰოსპიტალიზაციას ჩვილებზე, თოდლერებზე, სკოლამდელ ბავშვებზე, სკოლის ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებზე.
2. განიხილეთ სხვადასხვა ფაქტორები, რომელიც გავლენას ბავშვის საავადმყოფოს გამოცდილების მიმართ რეაქციაზე ახდენს.
3. აღწერეთ, როგორ შეიძლება გავაძლიეროთ ურთიერთობა ექთნებსა და ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ოჯახებს შორის.

4. აღწერეთ, როგორ შეიძლება გამოვიყენოთ თამაში ჰოსპიტალიზებული ბავშვების სტრესთან გამკლავების გასაუმჯობესებლად.
5. განიხილეთ შესაბამისი საექთნო ჩარევები სხვადასხვა ასაკის ჰოსპიტალიზებული ბავშვებისთვის.
6. აღწერეთ ქცევები, რომელიც მშობლებმა შეიძლება შეამჩნიონ ბავშვში საავადმყოფოდან გაწერის შემდგომ.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Ahmann, E. (1997). Family matters: Books for siblings of children having illness or disability. Pediatric Nursing, 23(5), 500–502.
- Ahmann, E. (2006). Supporting father's involvement in children's health care. Pediatric Nursing, 32(1), 88–90.
- Algren, C. L., & Algren, J. T. (1997). Pediatric sedation: Essentials for the perioperative nurse. Nursing Clinics of North America, 32(1), 17–30.
- Alsop-Shields, L., & Mohay, H. (2001). John Bowlby and James Robertson: Theorists, scientists, and crusaders for improvements in the care of children in hospitals. Journal of Advanced Nursing, 35(1), 50–58.
- Andrade, T. M. (1998). Sibling visitation: Research implications for pediatric and neonatal patients. On-line Journal of Knowledge Synthesis, 5(6).
- Balluffi, A., Kassam-Adams, N., Kazak, A., Tucker, M., Dominquez, M. D., & Helfaer, M. D. (2004). Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. Pediatric Critical Care Medicine, 5(6), 547–553.
- Barclay, L., & Murata, P. (2008). AAP addresses use of complementary and alternative medicine. Retrieved January 24, 2010, from http://www.medscape.com/viewarticle/586271.
- Bassett, K. E., Anderson, J. L., Pribble, C. G., & Guenther, E. (2003). Protocol for procedural sedation for children in the emergency department. Annals of Emergency Medicine, 42(6), 773–782.
- Berlin, B. K. (1995). Music therapy with children during invasive procedures: Our emergency department's experience. Journal of Emergency Nursing, 24(6), 607–608.
- Blake, F. G. (1954a). The child, his parents and the nurse. Philadelphia: Lippincott.
- Blake, F. G. (1954b). Open heart surgery in children: A study of nursing care. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Blake, F. G., Wright, F. H., & Waechter, E. H. (1970). Nursing care of children (8th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Boie, E. T., Moore, G. P., Brummett, C., & Nelson, D. (1999). Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. Annals of Emergency Medicine, 34(1), 70–74.
- Bossert, E. (1994). Factors influencing the coping of hospitalized school-age children. Journal of Pediatric Nursing, 9(5), 299–306.
- Bouve, L. R., Rozmus, C. L., & Giodano, P. (1999). Preparing parents for their child's transfer from the PICU to the pediatric floor. Applied Nursing Research, 12, 114–120.
- Bowlby, J. (1965). Child care and the growth of love (2nd ed.). Baltimore, MD: Penguin Books.

- Bradley, S. (2001). Suffer the little children: The influence of nurses and parents in the evolution of open visiting in children's wards 1940–1970. International History of Nursing Journal, 6(2), 44–51.
- Brody, D. S. (1980). The patient's role in clinical decision making. Annals of Internal Medicine, 93, 718–722.
- Buerhaus, P. I., Staiger, D. O., & Auerbach, D. I. (2008). The future of the nursing workforce in the United States: Data, trends, and implications. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers Inc.
- Burke, S. O., Kauffmann, E., Harrison, M. B., & Wiskin, N. (1999). Assessment of stressors in families with a child who has a chronic condition. MCN American Journal of Maternal Child Nursing, 24(2), 98–106.
- Child Life Council. (2003). Child life position statement. Rockville, MD: Author.
- Clatworthy, S., Simon, K., & Tiedeman, M. E. (1999). Child drawing: Hospital—an instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-age children. Journal of Pediatric Nursing, 14(1), 2–9.
- Coffey, J. (2006). Parenting a child with chronic illness: A metasynthesis. Pediatric Nursing, 32(1), 51–59.
- Cohen, L. L., & Baster, A. L. (2008). Distraction techniques for procedural pain in children. Posted on Medscape CME/CE. Retrieved January 24, 2010, from http://cme.medscape.com/viewprogram/17791.
- Connolly, C. (2005). Growth and development of a specialty: The professionalization of child health care. Pediatric Nursing 31(3), 211–215.
- Curley, M. A. Q. (1988). Effects of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the pediatric intensive care unit. Heart & Lung, 17(6), 682–688.
- Curley, M. A. Q. (1997). Mutuality—An expression of nursing presence. Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families, 12(4), 208–213.
- Curley, M. A. Q., & Meyer, E. A. (2003). Parent experience of highly technical therapy, survivors and nonsurvivors of extracorporeal membrane oxygenation support. Pediatric Critical Care Medicine, 4, 214–219.
- Curley, M. A. (2004). The state of synergy: Excellence in nursing knowledge. Retrieved January 24, 2010, from http://www.nursingknowledge.org/portal/main.aspx?pageid=3507&ContentID=55889.
- Davies, B., Collins, J., Steele, R., Pipke, I., & Cook, K., (2003). The impact on families of a children's hospice program. Journal of Palliative Care (Canada), 19(1), 15–26.
- Davis, C. L. (2008). Does your facility have a pediatric sedation team? If not, why not? Pediatric Nursing, 34(4), 308–309, 318.
- Edwards, P. A., Hertzberg, D. L., Hays, S. R., & Youngblood, N. M. (1999). Pediatric Rehabilitation Nursing. Philadelphia: Saunders.

- Egemen, A., Ikizoglu, T., Darapnar, B., Cosar, H., & Karapnar, D. (2008). Parental presence during invasive procedures and resuscitation: Attitudes of health care professionals in Turkey. Pediatric Emergency Care, 22(4), 230–234.
- Eldridge, T. M. (1997). Preparation for painful procedures, hospitalization and surgery. In Ellerton, M. L., & Merriam, C. (1994). Preparing children and families psychologically for day surgery: An evaluation. Journal of Advanced Nursing, 19, 1057–1062.
- Ellerton, M. L. (1994). Preparing kids and parents for surgery. The Canadian Nurse, 90(10), 25–27.
- Erickson, F. H. (1958). Play interviews for four-year-old hospitalized children. Monograph, 23(3). Lafayette, IN: Society for Research in Child Development.
- Fagin, C. M., & Nasbaum, J. G. (1978). Parental visiting privileges in pediatric units: A survey. Journal of Nursing Administration, 8(3), 24–27.
- Feudtner, C., Haney, J., & Dimmers, M. S. (2003). Spiritual care needs of hospitalized children and their families: A national survey of pastoral care providers' perceptions. Pediatrics, 111(1), 67–72.
- Field, T. (1995). Massage therapy for infants and children. Developmental and Behavioral Pediatrics, 16(2), 105–111.
- Fox, J. A. (2002). Primary health care of infants, children, and adolescents (2nd ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Gaynard, L., Goldberger, J., & Laidley, L. N. (1991). The use of stuffed body-outline dolls with hospitalized children and adolescents. Children Health Care, 20(4), 216–224.
- Giganti, A. W. (1998). Families in pediatric critical care: The best option. Pediatric Nursing, 24(3), 261–265.
- Gillis, A. J. (1989). The effect of play on immobilized children in hospital. International Journal of Nursing Studies, 26(3), 261–269.
- Gradin, M., Eriksson, M., Holmqvist, F., Holstein, A., & Schollin, J. (2002). Pain reduction at venipuncture in newborns: Oral glucose compared with local anesthetic cream. Pediatrics, 12(110), 1053–1057.
- Graves, C., & Hayes, B. E. (1996). Do nurses and parents of children with chronic conditions agree on parental needs? Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families, 11(5), 288–299.
- Hawkins, M. E. (1988). In M. Kaufman (Ed.). Dictionary of American nursing biography. New York: Greenwood Press.
- HRSA (2005). The national survey of children with special health care needs chartbook, 2005–2006. Retrieved January 24, 2010, from http://mchb.hrsa.gov/cshcn05/.
- Hurlock, E. B. (1978). Child development (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Huth, M. M., Broome M. D., & Good, M. (2003). Imagery reduces children's post-operative pain. Pain, 110, 439–448. Institute for Family-Centered Care. (2009). Family-centered care: Questions & answers. Bethesda, MD. Retrieved January 24, 2010, from http://familycenteredcare.org/faq.html.

- Jundt, D., & Whitefield, J. (2000). The art of assessing urgent and emergent problems in the pediatric setting. Program and Abstracts of the 25th Primary Care Nurse Practitioner Symposium, July 13, 2000; Keystone, CO.
- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V., & Lim-Sulit, N. (2006). Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. Pediatric Nursing, (32)1, 35–43.
- Kaminski, M., Pellino, T., & Wish, J. (2002). Play and pets: The physical and emotional impact of child-life and pet therapy on hospitalized children. Children's Health Care, 31(4), 321–335.
- Kauffman, E., Harrison, M. B., Burke, S. O., & Wong, C. (1998). Family matters: Stress point intervention for parents of children hospitalized with chronic conditions. Pediatric Nursing, 24(4), 362–366.
- Kolk, A. M., van Hoof, R., & Fiedeldij Dop, M. J. C. (2000). Preparing children for venipuncture: The effect of an integrated intervention on distress before and during venipuncture. Child: Care, Health Development, 26, 251–260.
- Kouretas, D. (1999). More on music therapy with children during invasive procedures (letter). Journal of Emergency Nursing, 25(3), 157.
- Kuntz, N., Adams, J. A., Zahr, L., Kellen, R., Cameron, K., & Wassen, H. (1996). Therapeutic play and bone marrow transportation. Journal of Pediatric Nursing, 11(6), 359–367.
- Lamontagne, L. (2000). Children coping with surgery: A processoriented perspective. Journal of Pediatric Nursing, 15(5), 307–312.
- Lamontagne, L. L., Hepworth, J. T., Byington, K. C., & Chang, C. Y. (1997). Child and parent emotional responses during hospitalization for orthopedic surgery. MCN: American Journal of Maternal Child Nursing, 22(6), 299–303.
- LaRosa-Nash, P., & Murphy, J. M. (1997). An approach to pediatric perioperative care. Nursing Clinics of North America, 32(1), 183–199.
- Li, H. C. W., & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial study. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 13(2), 63–73.
- Linder, C. M., Suddahy, E. C., & Mowery, B. D. (2004). Parental presence during resuscitation: Help or hindrance. Pediatric Nursing, 30(2), 126–127.
- Lindrea, D. B., & Stainton, M. B. (2000). A case study of infant massage outcomes. MCN: The American Journal of Maternal-Child Nursing, 25(2), 95–99.
- Malloy, R., Ferrell, B., Virani, R., Wilson, K., & Uman, G. (2007). Palliative care education for pediatric nurses. Pediatric Nursing 32(5), 555–561.
- Massachusetts General Hospital. (2002). Caring headlines. Boston: Massachusetts General Hospital.
- McCann, D. (2008). Sleep deprivation is an additional stress for parents staying in hospital. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 13(2), 111–122.

- McClain, C., & Bury, J. (1998). Family matters: The heart of the matter: Care conferences to promote parent–professional collaboration. Pediatric Nursing, 24(2), 151–154.
- Melnyk, B. M. (1994). Coping with unplanned childhood hospitalization: Effect of informational interventions on mothers and children. Nursing Research, 43(1), 50–55.
- Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Crean, H. F., Johnson, J., Fairbanks, E., Small, L., Rubenstein, J., Slota, M., & Corbo-Richert, B. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. Pediatrics, 113(6), 597–607.
- Melnyk, B. M., Crean, H. F., Feinstein, N. F., & Alpert-Gillis, L. (2007). Testing the theoretical framework of the COPE program for mothers of critically ill children: An integrative model of young children's post-hospital adjustment behaviors. Journal of Pediatric Psychology, 32(4), 463–474. Mosby's dictionary of medicine, nursing & health professions (8th ed.). (2009). St. Louis: Mosby.
- Mullen, J. E., & Ascher, L. M. (2007). Implementation of a nursing professional practice model of care in a pediatric hospital. Pediatric Nursing, 33(6), 449–504.
- Neal, A., Frost, M., Kuhn, J., & Green, A. (2007). Family-centered care within an infant-toddler unit. Pediatric Nursing, 33(6), 481–486.
- Noble, R., Micheli, A. J., Hensley, M. A., & McKay, N. (1997). Perioperative considerations for the pediatric patient: A developmental approach. Nursing Clinics of North America, 32(1), 1–16.
- O'Brien, M. D. (2002). The other victims of pediatric trauma: Parents and siblings. Caring Headlines. Boston: Massachusetts General Hospital.
- Orlando, I. J. (1961). The dynamic nurse–patient relationship: Function, process and principles. Philadelphia: J. P. Putnam's Sons.
- Ott, M. J. (1996). Imagine the possibilities! Guided imagery with toddlers and preschoolers. Pediatric Nursing, 22, 34–38.
- Peterson-Smith, A. (2000). A clinical assessment of urgent and emergent pediatric problems: A summary of Jundt, D., & Whitefield, J., The art of assessing urgent and emergent problems in the pediatric setting. Program and Abstracts of the 25th Primary Care Nurse Practitioner Symposium, July 13, 2000; Keystone, CO.
- Petrillo, M. (1968). Preventing hospital trauma in pediatric patients. American Journal of Nursing, 68(7), 1468–1473.
- Petrillo, M., & Sanger, S. (1980). Emotional care of hospitalized children (2nd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Piira, T., Sugiura, T., Champion, G. D., Donnelly, N., & Cole, A. S. J. (2005). The role of parental presence in the context of children's medical procedures: A systematic review. Child-Care, Health, & Development, 31(2), 233–243.
- Platt, H. (1959). The welfare of children in hospital. London: Ministry of Health Central Health Services Council.

- Poikki, T., Pietila, A. M., Vehrilainen-Julkunen, K., Laukkala, H., & Kiviluomaki, K. (2008). Imagery-induced relaxation in children's post-operative pain relief: A randomized pilot study. Journal of Pediatric Nursing, 23(3), 217–224.
- Power, N., & Franck, L. (2008). Parent participation in the care of hospitalized children: A systematic review. Journal of Advanced Nursing, 62(6), 622–641.
- Pruitt, L. M., Johnson, A., Elliot, J. C., & Polley, P. (2008). Parental presence during pediatric invasive procedures. Journal of Pediatric Health Care, (22)2, 120–127.
- Rennick, J. E., Morin, I., Kim, D., Johnston, C. C., Dougherty, G., & Platt, R. (2004). Identifying children at high risk for psychological sequelae after pediatric intensive care unit hospitalization. Pediatric Critical Care Medicine, 5(4), 358–363.
- Robertson, J. (1952). A two-year-old goes to the hospital: A scientific film record. London: Tavistock Publications Ltd. Robertson, J. (1958). Going to hospital with mother. London: Tavistock Publications Ltd.
- Robertson, J. (1958). Young children in hospitals. New York: Basic Books. Rogers, T. L., & Ostrow, C. L. (2004). The use of EMLA cream to decrease venipuncture pain in children. Journal of Pediatric Nursing, 19(1), 33–39.
- Rosenberg, D. I., & Moss, M. M. (2004). Guidelines and levels of care for pediatric intensive care units. Critical Care Medicine, 32(10), 2117–2127.
- Schmidt, C., Bernaix, L., Koski, A., Weese, J., Chiappeta, M., & Sandrik, K. (2007). Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors. MCN, Journal of Maternal Child Nursing. 32, 336–331. Schmidt, C. K. (1990). Pre-operative preparation: Effects on immediate pre-operative behavior, post-operative behavior and recovery in children having day surgery. Maternal-Child Nursing Journal, 19(4), 321–330.
- Scipien, G. M., Barnard, M. U., Chard, M. A., Howe, J., & Phillips, P. J. (1986). Comprehensive pediatric nursing (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Shelton, D. (2003). The nursing shortage: Its impact on the care of children. Newborn and Infant Nursing, 3(1), 27–31.
- Shore, M. F. (Ed.). (1965). Red is the color of hurting. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Mental Health.
- Sittner, B., Hudson, D. B., & Defrain, J., (2007). Using the concept of family strengths to enhance nursing care. MCN The American Journal of Maternal Child Nursing, 32(6), 353–357.
- Small, L. (2002). Early predictors of poor coping outcomes in children following intensive care hospitalization and stressful medical encounters. Pediatric Nursing, 28(4), 393–401.
- Small, L., & Melnyk, B. M. (2006). Anxiety in the mother affects the long-term coping of a child in PICU. Research in nursing & health, 29, 622–635.
- Smith, A., & Hefley, G. C., (2007). Parent bed spaces in the PICU: Effect on parental stress. Pediatric Nursing, 33(3), 215–221.

- Solodiuk, J., & Curley, M. A. (2003). Pain assessment in nonverbal children with severe cognitive impairments: The Individualized Numeric Rating Scale (INRS). Journal of Pediatric Nursing, 18, 295–299.
- Spitz, R. A. (1954). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanalytic Study of the Child, 1, 53. Stewart, J. L. (2003). Children living with chronic illness: An examination of their stressors, coping responses, and health outcomes. Annual Review of Nursing Research, 21, 203–243.
- Stremier, R., Wong, L., & Parshuram, C. (2008). Practices and provisions for parents sleeping overnight with a hospitalized child. Journal Pediatric Psychology, 33(3), 292–297. Sumner, E. (2006). My MRI. Boston: Partners Health Care, Massachusetts General Hospital.
- Thompson, R. M., & Vernon, D. T. (1993). Research on children's behavior after hospitalization: A review and synthesis. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 14(3), 28–35.
- Truog, R. D., Cist, A. F., Brackett, S. E., Burns, J. P., Curley, M. A., Danis, M., DeVita, M. A., Rosenbaum, S. H., Rothenberg, C. M., Sprung, C. L., Webb, S. A., Wlody, G. S., & Hurford, W. E. (2001). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Critical Care Medicine, 29, 2332–2348.
- Vaughn, V. C., McKay, R. J., & Behrman, R. E. (1959). Nelson Textbook of Pediatrics (11th ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders Co.
- Vessey, J. A. (2003). Children's psychological responses to hospitalization. Annual Review Nursing Research, 21, 173–201. Visintainer, M. (1977). The effects of pre-admission psychological preparation on children's stress responses and adjustment following hospitalization for minor surgery. Nursing Research Reports, 12(5), 3–5.
- Vohsing, A. (2004). What it's like to be Luke's mom. Cincinnati Children's Hospital. Retrieved November 9, 2004, from http://www.o4isr.com/oley/lifeline/luke.html.
- Waechter, E. (1958). Death anxiety in children with fatal illness. Unpublished Doctoral Dissertation. Stanford University.
- Walker, P. C., & Wagner, D. S. (2003). Treatment of pain in pediatric patients. Journal of Pharmacy Practice, 16(4), 261–275.
- Ward, S. L. (1998). Caring and healing in the 21st century. Journal of Maternal Child Nursing, 23(4), 210–215.
- Ward-Begnoche, W. (2007). Posttraumatic stress symptoms in the pediatric intensive care unit. Journal for specialists in pediatric nursing. 12(2), 84–92. Published on line March 19, 2007.
- Wolfer, J., & Visintainer, M. A. (1975). Pediatric patients' and parents' stress responses and adjustment. Nursing Research, 24, 244–255.
- Youngblut, J. M., & Brooten, M. (1999). Alternate child care, history of hospitalization and preschool child behavior. Nursing Research, 48(1), 29–34.

- Youngblut, J. M., & Shiao, S. P. (1993). Child and family reactions during and after pediatric ICU hospitalization: A pilot study. Heart & Lung: Journal of Critical Care, 22(1), 46–54.
- Zahr, L. K. (1998). Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon. Pediatric Nursing, 23(5), 449–454.
- Zengerie-Levy, K., (2006). Nursing the child who is alone in the hospital. Pediatric Nursing, 32(3), 226–231.

თავი 11

ქრონიკული დაავადებები

ამ თავში განხილულია:

- ბავშვებში ქრონიკული დაავადების დადგენა;
- ბავშვთა ქრონიკული მდგომარეობის დროს ჯანმრთელობაზე ორიენტირებული მოდელების ძირითადი აქცენტები;
- ქრონიკული დაავადებების მქონა ბავშვების ცხოვრების ასპექტები პაციენტის, აღმზრდელის და ოჯახის სხვა წევრების პოზიციიდან;
- ქრონიკული დაავადებების მქონე ბავშვების საექთნო მართვა.

ქრონიკული დაავადება არის სამედიცინო ტერმინი და თავის მხრივ გულისხმობს ჯანმრთელობის იმ მდგომარეობას, რომელიც გრძელდება სულ მცირე, სამი თვის განმავლობაში. ალბათ, ყველანი ვთანხმდებით, რომ Spina bifida არის ქრონიკული დაავადება, მაგრამ ჩაითვლება თუ არა ალერგიული რინიტი, განმეორებითი ყურის ინფექციები ან ქრონიკული შეკრულობა ქრონიკულად? ქრონიკული დაავადება ბავშვებში განიმარტება, როგორც ფიზიკური, ფსიქოლოგიური ან კოგნიტური მდგომარეობა, რომელიც გრძელდება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში და ზღუდავს ბავშვის სრულყოფილ ფუნქციონირებას ან დამოკიდებულს ხდის მას სპეციალურ მკურნალობაზე. კვლევები ძირითადად მიმართულია უფრო მძიმე ქრონიკული დაავადებებისკენ.

ქრონიკულ დაავადებებთან ერთად ხშირად გვესმის სიტყვები შეზღუდული შესაძლებლობა და ნაკლი (handicap). შეზღუდული შესაძლებლობა, გულისხმობს ფუნქციურ შეზღუდვას, რომლის გამოც ბავშვს არ შეუძლია შეასრულოს მისი ასაკისთვის შესაბამისი აქტივობები. განსხვავებით ნაკლისგან, რომელიც წარმოადგენს სოციუმისგან, გარემოსგან დაწესებულ ბარიერს. მაგალითად, სპინა ბიფიდას დროს, ქვედა კიდურების დამბლის გამო, ბავშვს არ შეუძლია სიარული, რაც გულისხმობს მის შეზღუდულ შესაძლებლობას და არა ნაკლს. თუმცა, ნაკლად ჩაითვლებოდა სიტუაცია, თუ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვს გააძევებენ სათამაშო მოედნიდან, რადგან ტერიტორია არ არის ადაპტირებული შშმ პირებისთვის ან სიტუაცია, როდესაც შშმ ბავშვი არ ღებულობს თამაშში მონაწილეობის იმის გამო, რომ თანატოლები დასცინიან. ახლახან, შეზღუდული შესაძლებლობების კრიტიკული ანალიზის შემდეგ გაირკვა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის ცნება, მსგავსად ნაკლისა, არის სოციუმის მიერ დადგენილი და ხელს უწყობს ამ ადამიანების შევიწროვებასა და სტიგმის ჩამოყალიბებას. მეტიც, ზოგი ამბობს, რომ ექთნების კომუნიკაცია და მიდგომა ხშირად აძლიერებს ნაკლის, ან შეზღუდული შესაძლებლობების ქონის უარყოფით გამოცდილებას. გაიხსენეთ შემთხვევები, როცა თქვენც შესწრებიხართ ამას.

ბავშვებში ქრონიკული დაავადებების ცნებისა და განმარტებების მრავალფეროვნების გამო ცვალებადია მისი გავრცელების სიხშირეც. ზემოაღნიშნულ განმარტებაზე დაყრდნობით, ბავშვებში ქრონიკული დაავადებების საშუალო გავრცელება არის 0.22%-44%. ბავშვების 14% საჭიროებს სპეციალურ ზრუნვას. მსგავსად სხვა ასაკის ჯგუფებისა, მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი ქრონიკული დაავადების სიხშირე შემცირდა, მაინც ბავშვებში ქრონიკული დაავადებების საერთო სიხშირე იზრდება. ტექნოლოგიურმა წინსვლამ მძიმე ავადმყოფობების მქონე ბავშვებს გაუხანგრძლივა სიცოცხლე. ამასთან ერთად, თავად ტექნოლოგიებმა შეიძლება გამოიწვიოს იატროგენული (მკურნალობით გამოწვეული) ქრონიკული მდგომარეობა. დამატებით, სოციუმში ცხოვრების წესის ცვლილებებმა გაზარდა სიმსუქნისა და მასთან ასოცირებული ქრონიკული დაავადებების სიხშირე. ასევე, გარემო ფაქტორებმა შეიძლება იქონიოს ზეგავლენა ქრონიკული დაავადებების გაზრდის სიხშირეზე. საშუალოდ, მილიონობით ბავშვი და მათი ოჯახები ცხოვრობენ ქრონიკული დაავადებებით. მზარდ სიხშირესთან ერთად, სამედიცინო დახმარების მომწოდებლები დარდობენ ქრონიკული დაავადებების სიხშირეების შეუსაბამობაზეც. ექთნები უნდა იყვნენ კარგად მომზადებულები მსგავსი პაციენტების მკურნალობისას. მოცემული თავი აღწერს ბავშვებში სხვადასხვა ქრონიკულ დაავადებებს და დაავადების შესაბამის მკურნალობას.

ბავშვებში ქრონიკული დაავადებების მახასიათებლები

ბავშვებში ქრონიკულ დაავადებაზე სპეციფიური მიდგომა შეიძლება არ იყოს დაავადების გასაგებად დამხმარე გზა. ალტერნატიული გზის სახით, ექიმებმა სცადეს ქრონიკული დაავადებების მახასიათებლების იდენტიფიცირება და გაგება როგორ შესაბამისობაშია ის ბავშვის ქრონიკულ მდგომარეობასთან. მაგალითად, როდესაც ბავშვი დაავადებულია ცერებრული დამბლით, უფრო მეტად მნიშვნელოვანია იმის ცოდნა, თუ რამდენად იმოქმედებს მისი მდგომარეობა მოძრაობის უნარზე, არის თუ არა ეს მდგომარეობა სიცოცხლისთვის შეუთავსებელი და პროგრესირებს თუ არა ის. ქრონიკული დაავადებების მნიშვნელოვანი მახასიათებლებია:

- <u>როგორ გამოვლინდა</u>: იყო ეს მდგომარეობა თანდაყოლილი თუ ბავშვი იყო ჯანმრთელი და შემდეგ გამოვლინდა სიმპტომები? როგორ ხსნიან ბავშვი და ოჯახი ამ მდგომაროების მიზეზს?
- <u>ტრაექტორია ან მდგომარეობის პროგრესირება</u>: მდგომარეობა გაუმჯობესდა, გაუარესდა თუ რჩება უცვლელი? სტაბილურ მდგომარეობაში ახასიათებს თუ არა გამწვავებები ან კრიზები? არის თუ არა მდგომარეობა ტერმინალური?
- <u>გავლენა გარეგნობაზე</u>: რამდენად ხილულია მდგომარეობა? თუ ხილულია, რა ნაწილზე არის გავრცელებული – სახე, კიდურები, ქცევა?
- <u>რამდენად მოქმედებს ყოველდღიურ საქმიანობებზე</u>: შეუძლია თუ არა ბავშვს ასაკისთვის შესაბამისი დავალებების შესრულება? იქნება თუ არა ის დამოკიდებული მთელი ცხოვრების განმავლობაში?

- გავლენა ქცევაზე და სხვასთან კავშირის უნარზე: არის თუ არა ბავშვის ქცევა და შესაძლებლობები მისი ასაკისთვის და სოციუმისთვის შესაფერისი?
- ჭირდება თუ არა ზრუნვა/დახმარება: ჭირდება თუ არა ბავშვს სპეციალური პროცედურები ან ხელსაწყოები? ხშირად საჭიროებს თუ არა ჰოსპიტალიზაციას ან ქირურგიულ ჩარევებს? ხშირად უწევს თუ არა სიარული საავადმყოფოში? რა დრო სჭირდება?
- სიმპტომური დისკომფორტი: აწუხებს თუ არა ტკივილი? გულისრევა? დაღლილობა? სუნთქვის პრობლემები?

როდესაც მკვლევარები ცდილობდნენ მოცემული მახასიათებლების მნიშვნელობის აღმოჩენას, გამოვლინდა ბევრი მოულოდნელი და სადაო საკითხი. მაგალითად, რაც უფრო ნაკლებად ხილულია მდგომარეობა, უფრო მეტად მძიმეა ბავშვის, მშობლისა და ოჯახისთვის ამ ყველაფერთან შეგუება. ხილვადობა გულისხმობს, როგორც ფუნქციურ სტატუსს ასევე ვიზუალურ მდგომარეობასაც. არსებობს ძალიან ბევრი განმარტება, რომელიც ხსნის ზემოთ აღნიშნულ თემას, მაგალითად, ერთ-ერთი ასეთი განმარტებაა მარგინალობის ცნება, დაავადება, რომელიც ნაკლებად არის ხილული, ხშირად კიდევ უფრო გაურკვეველს ხდის იმას არის თუ არა ინდივიდი მსგავსი თუ განსხვავებული სხვებისგან. ამას მივყავართ კონფლიქტამდე „ნორმალურსა“ (ასაკისთვის და სოციუმისთვის შესაბამისი მოლოდინები) და „რთულს“ შორის, რაც მოქმედებს სხვების დამოკიდებულებაზე ბავშვის მიმართ და იმ მოლოდინებზე, რომელიც დაკისრებულია ბავშვზე. მაგალითად, თუ ბავშვს აქვს არა ხილული დაავადება, როგორიცაა დიაბეტი, მის გარშემო ყველა შეიძლება ვერ ხვდებოდეს მისი მდგომარეობის შესახებ, თვლიდეს მას ჯანმრთელად და შესაბამისად ბავშვის ჯანმრთელობის მიმართ ჰქონდეს არარეალური მოლოდინები. ბავშვმა და ოჯახმა შეიძლება განიცადონ სტრესი, რადგან ხშირად მათ ეშინიათ ამ დაავადების შესახებ საუბარი და რა შედეგებს გამოიწვევს ის. მდგომარეობის დასაფარად ნეგატიური პასუხების გამოყენება განიმარტება გაურკვევლობის ცნებით. გაურკვევლობა ჩნდება მაშინ, როდესაც გაუგებარია ბავშვი არის „ნორმალური“ თუ მას აქვს შეზღუდული შესაძლებლობები. გაურკვევლობა თავს იჩენს ბავშვის ქრონიკული დაავადების სხვადასხვა ასპექტებშიც: დიაგნოზი, პროგნოზი, მკურნალობა, არაპროგნოზირებადი სიმპტომები და ა.შ. როდესაც გაურკვეველია მოსალოდნელი შედეგები, ყალიბდება ლიმიტირებული კონტროლის შეგრძნება, რაც ბავშვსა და მშობელში იწვევს ფსიქოლოგიურ აშლილობას, რომელიც შემდგომში გამოვლინდება ფიზიკურ სიმპტომებად. დაეხმარეთ ოჯახებს შეკრან და სწორად გააზიარონ ინფორმაცია, რომ არ მოხდეს მომავალში გაურკვევლობა.

კიდევ ერთი პარადოქსული აღმოჩენის მიხედვით, ბავშვის მდგომარეობის სიმძიმეს აქვს ძალიან მცირე ზეგავლენა ოჯახის ფუნქციონირებაზე ან ბავშვის სიცოცხლის ხარისხზე. ახლახან ჩატარებული კვლევების მიხედვით, განსაკუთრებული პროცედურების ჩატარების საჭიროებას ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვისთვის, არ ჰქონია გავლენა ბავშვისა და ოჯახის მხრიდან ადაპტაციაზე, მაგრამ უფრო ახალი კვლევები ედავება ამას. დროთა განმავლობაში, გაიზარდა ოჯახის მხრიდან ზრუნ-

ვის ხარისხი. ოჯახის წევრები შეიძლება პასუხისმგებლები იყვნენ 24 საათის განმავლობაში ბავშვზე, რომელიც საჭიროებს მუდმივ დაკვირვებას და არიან დამოკიდებულები ისეთ რთულ ტექნიკაზე, როგორიცაა ხელოვნური ვენტილაცია. ზოგიერთი მშობელი აღნიშნავს, რომ მუდმივი ზრუნვა შეიძლება იყოს ძალიან დამღლელი და ახდენდეს მშობლის იზოლირებას. ურთიერთობა ბავშვის ქრონიკულ დაავადებასა და ოჯახის/ბავშვის ფუნქციონირებას შორის, არის ძალიან კომპლექსური და ცვალებადი მოვლენა.

ქრონიკული დაავადებით ცხოვრება

ისტორიულად, ქრონიკული დაავადებები ითვლებოდა პათოლოგიურ მდგომარეობად, რომლის შედეგები ნეგატიურად აისახება ბავშვის ცხოვრების ნებისმიერ ასპექტზე. მოცემული მიდგომა არის დეფიციტური – ორიენტაციის მოდელი, რომლის მიხედვითაც ადამიანებს რომლებსაც აწუხებთ ქრონიკული დაავადება, არ აქვთ სრულად გამოცდილი ცხოვრების ყველა ასპექტი და შესაბამისად, ექიმებიც ამ ადამიანებში ცდილობენ ავადმყოფობისა და პრობლემის პოვნას. მაგალითად, თუ ბავშვი აღნიშნავს, რომ მისი შეზღუდული შესაძლებლობები არ მოქმედებს მის თავდაჯერებულობაზე, ბავშვი მაინც ჩაითვლება შშმ პირად ან მასზე იტყვიან რომ ის უბრალოდ უარყოფს საკუთარ მდგომაროებას. მიუხედავად იმისა, რომ დეფიციტური-ორიენტაციის მოდელი კვლავ პოპულარულია, ჩამოყალიბდა ჯანმრთელობაზე-ორიენტირებული მოდელი, რომელიც ქრონიკულ დაავადებებს განიხილავს, როგორც ცხოვრების მრავალფეროვნების ერთ-ერთ ნაწილს. მოცემული მოდელი კრიტიკულად უდგება ნებისმიერ ნეგატიურ შეფასებას, მსგავსად ზემოთხსენებული მაგალითისა. ნეგატიური შეფასებები განიხილება, როგორც ექიმის მხრიდან წამოსული არასწორი პროექცია, შეზღუდული შესაძლებლობების მიმართ დისკომფორტის გამო. ჯანმრთელობაზე-ორიენტირებული მოდელის დამცველები არ უარყოფენ, რომ ქრონიკული დაავადებით დაავადებული ბავშვები შეიძლება ვერ დამკვიდრდნენ გარემოში, თუმცა უფრო მეტად ამახვილებენ ყურადღებას მათი ცხოვრების პოზიტიურ ასპექტებზე (სურათი 11-1). ორდინალური მოდელი, არის კვლევაზე დაფუძნებული ჯანმრთელობაზე-ორიენტირებული მოდელი, რომელიც წარმოსახავს ბავშვის ქრონიკული დაავადების ცვლილებების ცნობიერებას, რომელიც იცვლება მისი ასაკის ზრდასთან ერთად. ქრონიკული დაავადებებს არ აქვს ცენტრალური ან რელევანტური როლი ბავშვის იდენტობის ან ყოველდღიურ აქტივობებში ჩართვის უნარის ჩამოყალიბებაში. პირიქით, ქრონიკული დაავადებით დაავადებული ბავშვები, საკუთარ თავს განიხილავენ, როგორც „ორდინალური ადამიანები, რომლებსაც უწევთ ექსტრა-ორდინალურ სიტუაციებთან შეგუება“, რაც გამოწვეულია როგორც მათი მდგომარეობით, ასევე საზოგადოების დამოკიდებულებით მათი მდგომარეობის მიმართ. ჩამოყალიბდა სოციალური მოძრაობა, რომელიც ეწინააღმდეგება დეფიციტური-ორიენტაციის მოდელს. კრიტიკული-ორიენტაციის მოდელი იკვლევს იმ გზებს სადაც ფიზიკური და სოციალური გარემო რიყავს და ახდენს ქრონიკული დაავადებებით დაავადებულების სტიგმატიზაციას. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ძალიან დაგვეხმარა, კრიტიკული ორიენტაციის მოდელი ხაზს უსვამს გარემოს, ქრონიკული მდგომარეობებით ცხოვრების გამოწვევების გამორიცხვამდე.



სურათი 11-1. ზოგიერთი ქრონიკული მდგომარეობა აშკარად არ არის ადვილი

გარდა იმისა, რომ უნდა განისაზღვროს როგორ ექცევა ექიმი ქრონიკული დაავადებით დაავადებულ ბავშვს, ასევე უნდა განისაზღვროს როგორი შედეგი აქვს ბავშვზე მის მიერ გამოყენებულ მოდელს. დეფიციტური-ორიენტაციის მოდელში ექიმი წარმოდგენილია, როგორც „ექსპერტი“, რომელსაც აქვს ავტორიტეტი დიაგნოზის დასმასა და მკურნალობაში. ზოგიერთი თვლის, რომ მსგავსი მოდელით მიდგომა ურთიერთობას აკარგვინებს ადამიანურ სახეს და პატერნალიზაციას უწყობს ხელს. განსხვავებით ჯანმრთელობაზე-ორიენტირებული მოდელისგან, სადაც ექიმსა და პაციენტს შორის ჩამოყალიბებულია თანამშრომლობა. ოჯახი ურთიერთობასა და გადაწყვეტილებების მიღებაში არის ყველაზე მნიშვნელოვანი. ფოკუსირება გადადის მკურნალობიდან პრევენციაზე. ექიმის მთავარი ფუნქციაა ხელი შეუწყოს და შესაძლებლობა მისცეს კლიენტს მიაღწიოს სასურველ მიზანს. ჯანმრთელობაზე-ორიენტირებული მოდელი ხელს უწყობს ქრონიკული მდგომარეობების მენეჯმენტის ისეთ მიდგომებს, რომლებიც არიან უფრო გლობალური და საექთნო საქმიანობის ღირებულებებისთვის შესაბამისი. ზემოთხსენებული ურთიერთობა მიღწევადია, როდესაც ექთანი ეფექტურად იყენებს ცოდნასა და პრაქტიკას, გულშემატკივრობს და ზრუნავს პაციენტზე, პატივს სცემს ოჯახს და მათთან ერთად, ერთობლივად იღებს გადაწყვეტილებებს. კრიტიკული ორიენტაციის მოდელები ასევე ფოკუსირებენ ძალაუფლებასა და პარტნიორობებზე, მაგრამ მათი ფოკუსი ლიმიტირებულია მხოლოდ განაწესის ფარგლებში.

ადრეულ ლიტერატურაში, ბავშვებში ქრონიკული დაავადებების შესახებ, იყო მოცემული 6 ძირითადი თემა, 20 კონცეპტუალური კატეგორიით, რომელიც გვხვდება ახ-

ლანდელ ლიტერატურაშიც. ახლანდელი ლიტერატურაში დამატებულია და/ძმის და მამის და ასევე მოზარდობის ასაკში გადასვლის თემები. მოცემული 6 თემა არის ის ძირითადი საკითხები, რომელიც მოცემულ თავში აღწერს ქრონიკულ დაავადებასთან ერთად ცხოვრებას (ცხრილი 11-1).

ცხრილი 11-1. თემები და ცნებები ქრონიკულ დაავადებაში

თემები	**კონცეპტუალური არეები**
– მოთხოვნები და გამოწვევები;	– დაღლილობა; ქოშინი; ტკივილი; დაბნეულობა; სტრესი და ადაპტაცია;
– ემოციური და კოგნიტური პასუხები;	– თავდაცვის მექანიზმები; კონტროლი/დაუფლება; სტრესთან ბრძოლა, ან ადაპტაცია; ატრიბუცია;
– დღიური ამოცანები ქრონიკული დაავადებით ცხოვრებისას;	– ცხოვრების წარმართვა/მანორმალიზირებელი სიმპტომები;
– ქრონიკული დაავადების ქონა ჯანმრთელი საზოგადოების კულტურაში;	– როლის ცვლილებები; შეზღუდული შესაძლებლობები; სტიგმა; ავადმყოფობის სოციალური განმარტებები;
– ინტერაქციის ფორმების ცვლილებები;	– სოციალური მხარდაჭერა; ურთიერთობა სამედიცინო დახმარების მომწოდებლებთან;
– პოტენციური ცხოვრებისეული გამოსავლები.	– სიცოცხლის ხარისხი; მნიშვნელობა დაავადებაში; დაავადების სიტუაციის რედეფინიცია.

გამოყენებულია დლაჰის (1995) ნებართვით. ცოდნის კარტირება ქრონიკულ დაავადებაში. *Journal of Advanced Nursing, 21, 1055.*

ბავშვის პერსპექტივები

„მე თითქმის ვგავარ სხვა ბავშვებს, უბრალოდ ხანდახან მჭირდება ტანვარჯიშზე ინჰალატორის წაღება“. – 7 წლის ბავშვი ცისტური ფიბროზით.

ქრონიკული დაავადებით ცხოვრებაზე დისკუსიამ შეიძლება იმდენად გაამახვილოს ყურადღება ამ მდგომარეობაზე, რომ საბოლოოდ ინდივიდმა დაკარგოს პიროვნულობის შეგრძნება. ქრონიკული დაავადებით დაავადებული ბავშვები არიან პირველ რიგში ბავშვები. მაშინ როდესაც, ქრონიკული მდგომარეობები გავლენას ახდენს ცხოვრების მრავალ ასპექტზე, ისინი არანაირად არ განსაზღვრავს ბავშვს.

მოთხოვნილებები და გამოწვევები

ქრონიკული დაავადებით დაავადებული ბავშვებისთვის სტრესის ხშირი მიზეზია: სიმპტომებთან გამკლავება, მკურნალობა და სხვებისგან საპასუხო რეაქცია. მოცემული ჩამონათვალი ზღუდავს ბავშვს ყოველდღიურ აქტივობებში ჩართვისგან, რის გამოც ბავშვი და გარშემომყოფები აღიქვამენ მას განსხვავებულად. მაშინაც კი, როდესაც ბავშვს უწევს საჯაროდ რაიმე წამლის მიღება, ბავშვები სიტუაციას აღიქვამენ უხერხულად. შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ექიმები არ განიცდიან ბავშვების წუხილს ან აქვთ განსხვავებული პრიორიტეტები. ბავშვის პერსპექტივების მოსმენით, ექიმმა შეიძლება

ბევრი რამ გაიგოს მის შესახებ და შესაბამისად, ქონდეს უფრო ეფექტური მკურნალობის გზა.

სიმპტომური მკურნალობა ხშირად არის მდგომარეობისთვის სპეციფიური. მაგალითად, სპინა ბიფიდას დროს, ბავშვი უჩივის შეუკავებლობას. ასთმის შემთხვევაში, ბავშვი განიცდის, რომ მას არ შეუძლია სპორტულ აქტივობებში მონაწილეობის მიღება. განვითარების საკითხი, ასევე წარმოადგენს ბავშვისთვის წუხილის ფაქტორს. განვითარების ერთ საფეხურზე ბავშვი შეიძლება განიცდიდეს ერთი ჯგუფის სიმპტომებს, მაშინ როდესაც, სხვა ასაკში ჩნდება სხვა სიმპტომები. მაგალითად, პატარა ასაკში ბავშვი უფრო განიცდის ტკივილს, განსხვავებით მოზარდისგან, რომელიც უფრო მეტად განიცდის არასრულფასოვნებას სოციალური ცხოვრებაში.

ქრონიკული დაავადებებით დაავადებულმა ბავშვებმა უნდა ისწავლონ საკუთარი მდგომარეობისა და სიმპტომების მკურნალობის შესახებ. უოტერსმა საკუთარ ნაშრომში "ავადმყოფობის შრომა" განიხილა ყოველდღიური ცხოვრება ქრონიკული დაავადებით. ქრონიკული დაავდებით ცხოვრებას ჭირდება ცოდნა, ყურადღება და თავდადება. განვითარების საკითხი ხშირად მოქმედებს ბავშვის გამკლავების უნარზე. მაგალითად, პატარა ასაკის ბავშვები, კონკრეტული ფიქრის პროცესისა და დაავადების გაგების შეუძლებლობის გამო, ხშირად ეწინააღმდეგებიან მკურნალობის მიღების. სკოლის ასაკის ბავშვმა, შეიძლება ვერ გაიგოს რატომ არის აუცილებელი მკურნალობის გაგრძელება, როდესაც მას აქვს უსიმპტომო ინტერვალი ან როდესაც არ ჩანს მკურნალობის შედეგი. ბავშვმა შეიძლება გამოავლინოს მანიპულაციური ქცევები ან შეამოწმოს საკუთარი შესაძლებლობების ზღურბლი მკურნალობის დროს. მაგალითად, ბავშვმა შეიძლება უარი თქვას ფიზიოთერაპიის აქტივობებზე ან გააკეთოს ისინი არასწორად (მინიმალური შედეგით). ყველაფრის მიუხედავად, სკოლის ასაკის წლებში ბავშვი, მკურნალობის მნიშვნელობის და ხშირად სურვილის გამო იღებს პასუხისმგებლობას საკუთარი მდგომარეობის მენეჯმენტზე.

ქრონიკული დაავადებით დაავადებული მოზარდისთვის, მოცემული ასაკი შეიძლება იყოს რთული პერიოდი. ადრეული მოზარდობის პერიოდში, ის იგებს საკუთარ მდგომარეობას, მაგრამ მაინც არის მშობლის ზედამხედველობის ქვეშ. შუა მოზარდობის დროს ის წინააღმდეგობას უწევს მიმართულებას და მკურნალობას. გვიანი მოზარდობის წლებში, უმეტესობა პასუხისმგებელია, დაბალანსებული და მკურნალობს უფრო მოქნილი მეთოდებით. დროში შეზღუდვის, მკურნალობის მიმართ ნაკლები ინტერესისა და მისი ზეგავლენის გამო მოზარდის ცხოვრებაზე, საჭიროა მკურნალობაში ცვლილების შეტანა. უფრო მეტად მოქნილი მკურნალობით, მოზარდს აქვს შესაძლებლობა ჰქონდეს ბალანსი მკურნალობასა და სოციალური ცხოვრებაში ჩართვას შორის. ხშირად, ექიმები მოქნილ მკურნალობას განიხილავენ როგორც დარღვევას. თანატოლების მხარდამჭერი ჯგუფი და ონლაინ მხარდამჭერი ჯგუფები, ხშირად ეხმარებიან მოზარდებს გახდნენ უფრო მეტად ჩართული მკურნალობაში.

ქრონიკული დაავადების გამოწვევებთან გამკლავებისას, ბავშვები ცდილობენ ჩამოაყალიბონ "ნორმალურობის" შეგრძნება. ამით, ისინი ცდილობენ გააკონტროლონ დაავადება, ხაზი გაუსვან საკუთარ შესაძლებლობებს და შეამცირონ დაავადების ცენტრალურობა მათ ცხოვრებაში, რაც გულისხმობს მკურნალობის მოდიფიცირებას მათი

ინტერესების შესაბამისად, ინფორმაციის გაცემის გაკონტროლებას ან ლიმიტირებას თანატოლებისთვის, ოჯახისთვის ან ექიმისთვის.

ექთნები უნდა იყვნენ ინფორმირებულები ბავშვის განვითარების საკითხის და მისი პერსპექტივების შესახებ, რადგან ისინი არიან ჩართულები მდგომარეობის მენეჯმენტში და ასევე ეხმარებიან ბავშვებს პასუხისმგებლობის შეგრძნების გაზრდაში. ექთნები ამ ყველაფერს ხელს უწყობენ ბავშვის მოსმენით და მისთვის ლაპარაკის შესაძლებლობის მიცემით. დამოუკიდებლად დასკვნების გამოტანის ნაცვლად, ექიმმა პირდაპირ უნდა დასვას ღია, ასაკისთვის შესაფერისი კითხვები და თავად ბავშვისგან მიიღოს ინფორმაცია, ბავშვი პირდაპირ უნდა იყოს ჩართული მკურნალობის გეგმის ჩამოყალიბებაში. ექთანმა ხელი უნდა შეუწყოს, რომ მოქნილი მკურნალობა ბავშვისთვის იყოს ადაპტირებადი. ბავშვებს ასევე უნდა ქონდეთ შესაძლებლობა ისწავლონ და გაითამაშონ ისეთი სიტუაციები სადაც ისინი ყვებიან საკუთარი მდგომარეობის შესახებ და ასევე პასუხობენ სხვების რეაქციებს.

ემოციური და კოგნიტური პასუხები

ადრეული კვლევების უმეტესობა იკვლევდა ემოციურ და კოგნიტიურ პასუხებს ბავშვის პერსპექტივიდან, ქრონიკული დაავადებით ცხოვრებაზე. ქრონიკული დაავადებით დაავადებული და ჯანმრთელი ბავშვების შედარება ხდება სხვადასხვა ფსიქოსოციალური საზომის მიხედვით, როგორიცაა: თვითშეფასება, შფოთვები და დეპრესია. მაშინ, როდესაც, ზოგიერთი ჩვენებით, ქრონიკული დაავადებით დაავადებული ბავშვები არიან შეუგუებლობის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ, კვლევის შედეგებით ირკვევა, რომ უმეტესობა არის კარგად შეგუებული.

ბავშვები იყენებენ მრავალ სტრატეგიას ქრონიკულ დაავადებასთან გასამკლავებლად. როგორც უკვე ვახსენეთ, საკუთარი თავის “ნორმალურად” აღქმა, არის ერთერთი სტრატეგია. დამატებით, სოციუმიდან, ოჯახის წევრებისგან, თანატოლებისგან და ექიმებისგან წამოსული მხარდაჭერა არის მნიშვნელოვანი სტრატეგია. ქრონიკული დაავადების მქონე ზოგიერთი ბავშვი, სტრესთან საბრძოლველად იყენებს არაშეგუებად სტრატეგიებს, როგორიცაა: საკუთარი თავის ან სხვების დადანაშაულება, განმარტოება, ნეგატიური დამოკიდებულება, გაღიზიანებადობა. გადაჭარბებული მცდელობებით “ნორმალიზაციამ”, შეიძლება შედეგად მოგვცეს ბავშვის მხრიდან დაავადების სიმპტომების უარყოფა და მკურნალობის გეგმის დარღვევა.

შეფასების მნიშვნელოვანი ასპექტია იმის გარკვევა, თუ რომელი სტრატეგიებით უმკლავდება ბავშვი თავის მდგომარეობას და რამდენად ეფექტურია მოცემული მეთოდი. იმ შემთხვევაში, თუ მოცემული სტრატეგიები არ არის ადეკვატური, საჭიროა დახმარება ახალი მეთოდების გამოსაყენებლად. მიუხედავად იმისა, რომ ჯერ კიდევ ბოლომდე არ არის შესწავლილი, რამდენად ეფექტურად მოქმედებს ქრონიკულად დაავადებულ ბავშვზე ჩარევები ამ მდგომარეობასთან გამკლავებაში, არსებობს ჩვენებები, რომ მხარდამჭერი ჯგუფები და განათლების პროგრამები შეიძლება იყოს ეფექტური.

ქრონიკული დაავადებით ცხოვრების ყოველდღიური აქტივობები

ბავშვისთვის ყოველდღიური ცხოვრებისთვის ორი მნიშვნელოვანი ფაქტორია: განვითარებისა და სკოლის საკითხები. მოცემული ფაქტორები, ასევე მნიშვნელოვანია ქრონიკულად დაავადებული ბავშვებისთვისაც.

განვითარების საკითხები

მიუხედავად იმისა, რომ ქრონიკულად დაავადებული ბავშვების განვითარებას შეიძლება ხელს უშლიდეს მათი მდგომარება, ეს ბავშვები ასრულებენ იგივე განვითარების აქტივობებს, როგორც სხვები. დამატებით, მათ გამოცდილი აქვთ ყველა ბავშვობის დაავადება და სხვების მსგავსად, ამჟღავნებენ ასაკისთვის შესაბამის ქცევებს. ძალიან ცოტაა ცნობილი იმის შესახებ, თუ როგორი გავლენა აქვს სიმპტომებს ან ქრონიკული დაავადების მკურნალობას მათ განვითარებაზე. განვითარების თეორიებზე დაყრდნობით, შეიძლება ვიფიქროთ, რომ დაავადების მრავალი ასპექტი ახდენს ზეგავლენას ბავშვის შესაძლებლობაზე, დაეუფლოს სხვადასხვა განვითარებით აქტივობას. მაგალითად, დაავადებები, რომელიც ზეგავლენას ახდენს შეგრძნებებზე (მხედველობის ან სმენის დაქვეითება) ან მოძრაობაზე, თოდლერში[10] ამცირებენ სამყაროს შეცნობის შესაძლებლობებს. პიაჟეს თეორიის თანახმად, შეიძლება ვიფიქროთ, რომ დაავადება ასევე გავლენას ახდენს ბავშვის კოგნიტურ განვითარებაზე. ასევე, წამლების მიღების რთული რეჟიმი, აფერხებს ბავშვის დამოუკიდებლობის ჩამოყალიბებას ან ფიზიკური განსხვავება გარეგნობაში ან შესაძლებლობებში, ხელს უშლის ბავშვს გარეგნობის დადებითად აღქმაში. ერიქსონის თეორიის თანახმად, ორივე შეიძლება წარმოადგენდეს პრობლემას მოზარდის ფსიქოსოციალური განვითარებისთვის. ცხადია, მოცემული მოსაზრებები წარმოადგენს ქრონიკული დაავადებების დეფიციტურ მოდელებს. მოცემულ ასპექტებზე ფოკუსირების ნაცვლად, შეიძლება ვიფიქროთ ისეთ კრეატიულ გზებზე, რომელთა საშუალებით დაავადებული ბავშვების განვითარება იქნება მაქსიმალური. მაგალითად, ეტლით მოსარგებლე ბავშვმა შეიძლება ვერ მიაღწიოს წარმატებას ფეხბურთის თამაშით, მაგრამ შეიძლება წარმატებული იყოს ეტლით მოსარგებლეთა კალათბურთში (სურათი 11-2).

სკოლის საკითხები

ქრონიკული დაავდებით დაავადებული ბავშვისთვის ყოველდღიური ცხოვრების ერთ-ერთი კრიტიკული ასპექტია სკოლა, მათ შორის სკოლაში სიარული და სწავლის ეფექტურობა. სკოლაში სიარული და სწავლის ეფექტურობა განიხილება, როგორც ცხოვრების ნორმალიზაციისა და ჯანსაღი ურთიერთობის ჩამოყალიბების მნიშვნელოვანი ასპექტები. მიუხედავად ამისა, სკოლაში სიარულზე ნეგატიურად მოქმედებს დაავადების გამწვავების ეპიზოდები, ზედმეტად მზრუნველი მშობლები, ბავშვის დამოკიდებულება ავადმყოფობის მიმართ, სკოლის დამოკიდებულება და სამედიცინო ვიზიტები (სურათი 11-3). უახლოესი ტექნოლოგიების გამოყენებით, ბავშვებს აქვთ მონაწილეობის მიღების მაქსიმალური შესაძლებლობები (სურათი 11-4). ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვებში, სხვა თანატოლებთან შედარებით, უფრო მეტად ჭარბობს აკადემიური პრობლემები.

[10] იგულისხმება ბავშვი 1-3 წლის ასაკში.



სურათი 11-2.



სურათი 11-3.



სურათი 11-4.

აშშ-ის ფედერალური კანონის ბრძანების მიხედვით, ყველა ბავშვი უნდა იყოს უზრუნველყოფილი განათლების მიღების შესაძლებლობით. კანონი 94-142-ის, „ნაკლის მქონე ყველა ბავშვის განათლების აქტი“-ის მიხედვით (1975), ყველა შშმ პირს აქვს უფლება უფასოდ მიიღოს შესაბამისი განათლება, მიუხედავად შეზღუდულობის სიმძიმისა. მოცემული განათლება უნდა იყოს უზრუნველყოფილი ბავშვისთვის ყველაზე ნაკლებად შემზღუდველ გარემოში, რომელიც შეიძლება იყოს, როგორც ჩვეულებრივი საკლასო ოთახი, ასევე ბავშვის სახლი. მოცემული პირობები, ქრონიკულად დაავადებულ ბავშვებს აძლევს სხვებთან კომუნიკაციის საშუალებას. მოცემული კონცეფცია, ასევე ცნობილია როგორც მეინსტრიმინგი. ორივე ტიპის მოსწავლეზე მორგებული საკლასო ოთახის უპირატესობები კარგად არის დოკუმენტირებული (სურათი 11-5). პატარა ბავშვებში კომუნიკაცია არის შედარებით ლიმიტირებული, მანამ სანამ მასწავლებელი არ დაგეგმავს სოციალური ინტეგრაციისთვის შესაბამის აქტივობებს. მოცემულ კანონი ითხოვს სკოლისგან ბავშვის უფასოდ უზრუნველყოფას სხვა სერვისებით, რომელიც ხელს შეუწყობს მის განვითარებასა და განათლების გამოცდილებიდან სარგებლის მიღებაში. მსგავსი სერვისებია: სპეციალიზებული ტრანსპორტირება, მეტყველების, ოკუპაციური და ფიზიკური თერაპიები, კონსულტაციები და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვადასხვა სერვისები.



სურათი 11-5.

შშმ პირების განათლების შესახებ მიღებული აქტის მიხედვით, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია რისკის მქონე ბავშვის ადრე იდენტიფიცირება. „რისკის ქვეშ“ იგულისხმება არა მარტო რაიმე ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ბავშვი, ასევე განსხვავებულ გარემო პირობებშიც მცხოვრები (როგორიცაა სიღარიბე ან უსახლკარობა), რაც ნეგატიურად აისახება ბავშვის განვითარებაზე. ექთნებისთვის მოცემული კანონის დამატებით საინტერესო ასპექტებია: (1) ფოკუსირება საზოგადოებაზე დაფუძნებულ ადრეულ ჩარევაზე, იმის იმედით, რომ მაქსიმალურად მოხდეს ბავშვის განვითარება და პრობლემების პრევენცია; (2) ოჯახზე-კონცენტრირებული ზრუნვა არის ინტეგრალური კომპონენტი; (3) უთითებს კოორდინირებულ, ინტერდისციპლინარულ მიდგომაზე.

კანონს, „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ამერიკელები“ (1990 წელი), აქვს გავლენა ქრონიკულად დაავადებული ბავშვების განათლების გამოცდილებაზე. კანონი კრძალავს ნებისმიერი სახის დისკრიმინაციას და ითხოვს დაწესებულებებისგან სათა-

ნადო აკომოდაციას შშმ პირებისთვის. ხელმისაწვდომობა და აკომოდაცია შეიძლება იყოს უარყოფილი მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ის წარმოადგენს ზედმეტად დიდ ფინანსურ ტვირთს დაწესებულებისთვის ან ქმნის არა უსაფრთხო გარემოს (მაგალითად, გადამდები დაავადებები). მოცემული კანონის ერთ-ერთი მოთხოვნილებაა, რომ დღის სამედიცინო დახმარების ან სხვა სამედიცინო ცენტრებმა, სკოლამდელმა პროგრამებმა მიიღონ ქრონიკული ავადმყოფობით დაავადებული ბავშვები, მათ შორის, ისინი ვინც არიან აივ (+).

აქტი, მიმართულია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების განათლებაზე (IDEA), რომელსაც 2004 წელს ხელახლა მიეცა ავტორიზაცია. მოცემული კანონის მიზანია გაზარდოს შშმ ბავშვების მოლოდინები, გაზარდოს ოჯახის ჩართულობა ბავშვის განათლებაში, გააუმჯობესოს მასწავლებლების გადამზადება, გაზარდოს სკოლის და ადრეული ჩარევის პროგრამების ფონდები და შეამციროს უთანასწორობა ეთნიკურ ჯგუფებში. 2002 წლის აქტი, სახელწოდებით „არცერთი ბავშვი არ უნდა ჩამორჩეს“, არის კიდევ ერთი კანონი, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ქრონიკულად დაავადებული ბავშვების განათლებაზე. მოცემული კანონი, მოითხოვს საჯარო განათლებაში ცვლილებების შეტანას და გარანტიას, რომ ყველა ბავშვი ისწავლის კითხვას და მათემატიკას. მოცემული კანონი, ზრდის სკოლის სისტემების ვალდებულებებს და მოქნილობას, მოითხოვს მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ პრაქტიკას და აძლევს ოჯახებს უფრო მეტ შესაძლებლობებს. მაშინ როდესაც, მოცემული კანონების მოთხოვნილებები იმსახურებენ დიდ მოწონებას, მათი იმპლემენტაცია განათლების სისტემაში ხშირად ყოფილა დავისა და კრიტიკის მიზეზი.

მაშინ როდესაც, ზემოთ ჩამოთვლილმა კანონებმა მნიშვნელოვანი ცვლილებები შეიტანა ქრონიკულად დაავადებული ბავშვების ცხოვრებაში, ისინი მაინც არ წარმოადგენს პანაცეას (ყველა პრობლემის გადაწყვეტის უნიკალური საშუალება). დამოკიდებულება ვერ იქნება კანონით დადგენილი, მის ცვლილებას ჭირდება დრო. დამატებით, კანონები ყოველთვის ვერ ამარაგებენ შესაბამისი რესურსებით. შესაბამისად, კანონის მოქნილობა შეიძლება იყოს რთული და ხშირად შეუძლებელიც კი. საბოლოოდ, ხშირად ოჯახებს უწევთ ზედმეტი შრომის ჩადება იმისათვის, რომ დაწესებულება დაემორჩილოს რომელიმე ზემოთხსენებულ კანონს. ასევე, არსებობს გარკვეული მტკიცებულება, რომ რასობრივი/ეთნიკური უთანასწორობა იჩენს თავს ზოგიერთი სკოლის სერვისებში. ექიმები, აუცილებლად უნდა იყვნენ გათვიცნობიერებულები ქრონიკულად დაავადებული ბავშვების კანონებში და თუ საჭირო გახდება დაიცვან ბავშვისა და ოჯახის ინტერესები.

ქრონიკული დაავადებით ცხოვრება ჯანმრთელი საზოგადოების კულტურაში

ქრონიკული დაავადებით ცხოვრება ისეთ კულტურაში, სადაც საზოგადოება არის „ჯანმრთელი“, წარმოადგენს პოტენციურ გამოწვევას ბავშვისთვის. ბავშვებმა უნდა გაიაზრონ სხვების რეაქციებიც და თავიანთი შეფასებაც საკუთარი თავისადმი, საზოგადოებრივ ნორმებთან შედარებით.

როგორც უკვე ვახსენეთ, მაშინაც კი, როდესაც ზოგიერთ ბავშვს აქვს ნეგატიური თვითშეფასება და წარმოდგენა საკუთარ თავზე, საბოლოო ჯამში ისინი მაინც კარგად ართმევენ თავს. ერთ-ერთ ყველაზე დიდ გამოწვევას, წარმოადგენს ისეთ ნეგატიურ

დამოკიდებულებასთან გამკლავება, როგორებიცაა: კომენტარები, დაჟინებით ყურება, არასწორად ინფორმირებულობა და სტერეოტიპული მოლოდინები. ბავშვები ხშირად განიცდიან სირთულეებს, ისეთ საზოგადოებაში ყოფნის დროს, რომელიც თვლის, რომ მისი მდგომარეობა არის გადამდები ან ფატალური. ბავშვები შეიძლება გააჯავრონ წამლის მიღების, განსხვავებული გარეგნობის ან განსხვავებულად ქცევის გამო. შიშების და იგნორირების გამო, ამ ბავშვებს ხშირად არ უშვებენ სხვადასხვა აქტივობებში მონაწილეობის მისაღებად. დამატებით, სხვადასხვა საჯარო ადგილისთვის მიუწვდომლობა, კიდევ უფრო ზღუდავს მათ სრულ მონაწილეობას. ზოგიერთი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, როგორიცაა შეძენილი იმუნური დეფიციტის სინდრომი და სიმსუქნე, არის უფრო მეტად სტიგმატიზირებული, რაც კიდევ უფრო მეტად ზრდის ნეგატიური შედეგების პოტენციალს.

თუ როგორ პასუხობენ ბავშვები, ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ სიტუაციას არის ძალიან კომპლექსური პროცესი. ბავშვებმა და მშობლებმა უნდა ისწავლონ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მართვა და განსაზღვრონ რა, როგორ, ვის, როდის და სად უნდა მიაწოდონ ეს ინფორმაცია. მათ უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა ისაუბრონ და გაითამაშონ საპასუხო რეაქციები დაჟინებულ ყურებაზე, წვალებასა და სტერეოტიპულ ქცევებზე. მაშინ როდესაც, მშობლებს აქვთ მნიშვნელოვანი როლი, ბავშვებისთვის მათი მდგომარეობის შესახებ დასმული კითხვების მართვის სწავლებაში. ასევე, ექთანს შეუძლია დახმარება მოსმენით და ბავშვის განათლებისთვის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდებით. ქრონიკულად დაავადებული ბავშვებისგან შემდგარი მხარდამჭერი ჯგუფები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), წარმოადგენს ბავშვებისთვის უსაფრთხო გარემოს, სადაც მათ აქვთ საშუალება ისაუბრონ თავიანთ გრძნობებზე და პრობლემის გადამწყვეტ პასუხებზე. სკოლის ექთნებს შეუძლიათ ასწავლონ სხვა ბავშვებს ჯანმრთელობის მდგომარეობების შესახებ და იმუშაონ სტიგმისა და არასწორად ინფორმირებულობის შემცირებაზე. საბოლოოდ, ექთნებს შეუძლიათ შეასრულონ დამცველის ფუნქცია და იმუშაონ ბარიერების შემცირებაზე.

თანდათან ცვალებადი ურთიერთობის ფორმები

ძალიან ცოტაა ცნობილი ქრონიკულად დაავადებული ბავშვების ექთნებთან და ექიმებთან ურთიერთობის ფორმების შესახებ. რაც ცნობილია, გვაძლევს მნიშვნელოვან წარმოდგენას ექიმების შესახებ და წარმოდგენასაც ქმნის ურთიერთობის ფორმებზე. როგორც უკვე ვახსენეთ, ექიმები ხშირად ამჟღავნებენ ფრუსტრაციას, პაციენტის მხრიდან მკურნალობის გეგმის დარღვევის გამო, განსაკუთრებით, მოზარდების შემთხვევაში. ფრუსტრაციას ასევე ამჟღავნებენ ქრონიკულად დაავადებული ბავშვები, როდესაც სხვები გამოარჩევენ მათ დაავადების გამო და არ შედიან მათ მდგომარეობაში. საჭიროა მოქნილი, თავაზიანი და არა მარტო ბავშვის დაავადებაზე, არამედ მასზე ერთიანად ზრუნვა.

ქრონიკულად დაავადებული ბავშვის ჯანმრთელი განვითარებისთვის, მნიშვნელოვანი ასპექტია თანატოლებთან ურთიერთობა, მსგავსად სხვა ბავშვებისა. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი ქრონიკულად დაავადებული ბავშვი ამყარებს პოზიტიურ ურთიერთობას თანატოლებთან, ზოგიერთისთვის ეს წარმოადგენს სირთულეს და უბიძგებს მას

იზოლაციისკენ. უფროსი ბავშვები აღნიშნავენ, რომ ურთიერთობა მსგავსი დაავადებით დაავადებულ ბავშვთან არის ერთ-ერთი საუკეთესო თავის გართმევის გზა, რომელიც ამცირებს მათ იზოლაციას. ბავშვებისთვის, ასევე სასარგებლო შეიძლება იყოს ონლაინ მხარდამჭერი ჯგუფებში გაწევრიანება. თუმცა, ზოგიერთი ბავშვის ნორმალიზაციის სტრატეგიის მიხედვით, ლიმიტირებული უნდა იყოს ურთიერთობა მსგავსი დაავადების მქონე ბავშვებთან.

დამოუკიდებლობის მოთხოვნასთან ერთად, ქრონიკული დაავადებები ხშირად არის კონცეპტუალიზებული. ამან შეიძლება ზეგავლენა იქონიოს, როგორც ადრეულ, ასევე გვიანდელ მოლოდინებზე, იმედებსა და ოცნებებზე. მზარდი მეთოდია მიდგომისა და რესურსების ჩამოყალიბება, რომელიც ქრონიკული დაავადების მქონე ინდივიდებს საშუალებას მისცემს, საკუთარი წვლილი შეიტანონ საზოგადოებაში, როგორც ზრდასრულმა ადამიანებმა. დიდ ყურადღებას იმსახურებს ის გამოწვევები, რომელსაც ხვდებიან ქრონიკულად დაავადებული ბავშვები მოზარდობის ასაკში გადასვლისას. ბავშვები ამ დროს აღწერენ, როგორც გაზრდილი გაურკვევლობის, ურთიერთობების დაკარგვისა და შეუსაბამო რესურსების დროს. მოზარდობის ასაკში გადასვლა, არა მარტო გულისხმობს მომსახურების/ზრუნვის ცვლილებას, არამედ ინდივიდის გადასვლას უფრო მეტად დამოუკიდებელ გარემოში. ბავშვები ხშირად განიცდიან ისეთ თემებს, როგორიცაა: მათი მდგომარეობის შესაბამისობა მათ სამომავლო კარიერასთან, სახლიდან გადასვლა შორს და ბავშვების ყოლა. საკუთარი თავის მართვის მხარდამჭერი ჯგუფები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და მსგავსი ჩარევები, აუმჯობესებს ბავშვის ჯანმრთელობას და სიცოცხლის ხარისხს. საჭიროა მსგავსი სერვისების გაფართოვება და ისეთი ინფრასტრუქტურის ჩამოყალიბება, რომელიც აკმაყოფილებს ქრონიკულად დაავადებული ბავშვების მოთხოვნილებებს.

სიცოცხლის პოტენციური გამოსავალი

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ქრონიკული დაავადებით დაავადებული ბავშვები, არიან ბავშვები. მიუხედავად იმისა, რომ მათი მდგომარეობა წარმოადგენს მათი იდენტობის ნაწილს, ის მაინც არ არის მნიშვნელოვანი. სინამდვილეში, ბავშვები ცდილობენ დაავადების საზღვრების შენარჩუნებას ისე, რომ ის არ წარმოადგენდეს მათი ცხოვრების ცენტრალურ ნაწილს. საინტერესო და ასევე მოლოდინის საწინააღმდეგოა ის ფაქტი, რომ ეს ეხება ტერმინალური დაავადებებით დაავადებულ ბავშვებსაც. ტერმინალური დაავადებით დაავადებული მოზარდები ხშირად ადასტურებენ მდგომარეობის სიმძიმეს და ცდილობენ უფრო პოზიტიურად შეხედონ მომავალს. სიცოცხლის ხარისხი და ქრონიკულ დაავადებასთან ერთად ცხოვრების მნიშვნელობის პოვნა, დამოკიდებულია ბალანსის შენარჩუნებაზე, რისკის შემცველ ქცევებსა და ცხოვრების ყველა ასპექტში, მდგომარეობისა და მკურნალობის შეჭრის არ დაშვება. მაგალითად, დიაბეტით დაავადებული მოზარდი, მოულოდნელად გადაწყვეტს თანატოლებთან ერთად სწრაფი კვების ობიექტში ჭამას, მიუხედავად იმისა, რომ მან იცის ეს გავლენას იქონიებს სისხლში შაქრის კონტროლზე.

ქრონიკული დაავადების გაგება და განსაზღვრა მიყვება ბავშვის განვითარების გზას. როგორც მოსალოდნელია, ასაკის მატებასთან ერთად, ბავშვები უფრო კარგად

იგებენ დაავადების პროცესის და მკურნალობის კომპლექსურ აღწერილობებს. გამოცდილების გამო, ქრონიკულად დაავადებული ბავშვები, თავისი განვითარების დონესთან შედარებით ბევრად უფრო გაწაფულად აღწერენ მდგომარეობას. სამედიცინო პერსონალმა, აუცილებლად უნდა შეისწავლოს ბავშვის განსაკუთრებული პერსპექტივები.

მშობლების პერსპექტივა

ქრონიკულად დაავადებული ბავშვების მშობლები პირისპირ ეჯახებიან ყველა იმ მოთხოვნებს და გამოწვევებს, ემოციურ და კოგნიტურ პასუხებს და ცვალებად როლს ოჯახსა და საზოგადოებაში, რომელიც დაკავშირებულია ქრონიკულ ავადმყოფობასთან. თითოეულ ზემოჩამოთვლილს, აქვს პოტენციალი შემატოს ტიპიური აღზრდის გამოცდილებებს სხვადასხვა ასპექტები.

მოთხოვნილებები და გამოწვევები

ქრონიკულად დაავადებული ბავშვის აღზრდის თავდაპირველი გამოწვევაა, იმის დადგენა თუ რა აწუხებს ბავშვს. დიაგნოზის დასმის პერიოდი შეიძლება იყოს ძალიან სტრესული. მაშინ როდესაც, ზოგიერთი მშობლისთვის საბოლოო დიაგნოზის ცოდნა შვების მომგვრელია, ბევრისთვის ის შეიძლება დაკავშირებული იყოს გადაულახავ ემოციებთან. ხშირია გაურკვევლობა და ძლიერები ემოციები. ექიმები, რომლებიც ისმენენ და პატივს სცემენ მშობლების მდგომარეობას და აწოდებენ მათ პირდაპირ და სრულ ინფორმაციას მდგომარეობის შესახებ, ეხმარება მშობლებს სიტუაციის მართვაში. ასევე მნიშვნელოვანია, მშობლებში იმედის შეგრძნების ხელშეწყობა.

გარდა იმისა, რომ სიმპტომების გამოვლინებასა და დიაგნოზის დასმას შორის ინტერვალის ხანგრძლივობა ცვალებადია, ქრონიკული მდგომარეობები ასევე განსხვავდება ერთმანეთისგან სიმძიმითა და მოვლის საჭიროებით. ზრუნვა ქრონიკულად დაავადებულ ბავშვზე, რომლის მდგომარეობა არის მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის, განსხვავდება მძიმე ქრონიკული დაავადებით დაავადებული ბავშვის ზრუნვისაგან, რომელსაც ხშირ შემთხვევაში ჭირდება მუდმივი ზედამხედველობა. მიუხედავად იმისა, თუ როგორი სიმძიმისაა ავადმყოფობა, მშობელმა უნდა ისწავლოს როგორ იზრუნოს ბავშვზე. მაგალითად, დიაბეტით დაავადებული ბავშვის დედამ, უნდა იცოდეს როგორ გაზომოს სისხლში გლუკოზა (სურათი 11-6) და როგორ გამოთვალოს და შეიყვანოს შესაბამისი რაოდენობის ინსულინი. მოკლე ნაწლავის სინდრომით დაავადებული ბავშვის მშობელმა უნდა ისწავლოს როგორ გამოკვებოს ბავშვი პარენტერალურად ან ზონდის გამოყენების საშუალებით. თუ ბავშვი დამოკიდებულია სასუნთქ აპარატზე, მშობელმა უნდა იცოდეს მექანიზმის მუშაობაზე და პრობლემის შემთხვევაში უნდა შეძლოს მისი იდენტიფიცირება. გარდა ყველა ზემოთჩამოთვლილი გამოცდილებისა, მშობელმა უნდა ისწავლოს როგორ აღმოაჩინოს ბავშვზე სიმპტომური პრობლემები, როგორებიცაა: ჰიპოგლიკემიის ნიშნები ან სუნთქვის უკმარისობა. ყურადღების დაძაბვა და დარდი ხშირად განხილვადი თემებია სამედიცინო ლიტერატურაში. ერთ-ერთმა მშობელმა ეს აღწერა, როგორც: „მუდამ უარესის მოლოდინში ვარ“. დარდის მიზეზია ისეთი ბავშვის მომავალზე ფიქრი, რომელიც ზრდასრულ ასაკში ვერ იქნება დამოუკიდებელი. საწყის ეტაპზე, მშობლებისთვის ეს ყველაფერი არის ძალიან რთული და ისინი ხშირად განიც-

დიან შიშს. ამ დროს მნიშვნელოვანია მათი მხარდაჭერა და წახალისება. ასევე, მნიშვნელოვანია მშობლის მზარდი ცოდნის და მათი როლის მნიშვნელობის დადასტურება. ხშირად, მშობლები დარდობენ იმის გამო, რომ ექიმები არ ამჟღავნებენ მათ მიმართ შესაბამის პატივისცემას.



სურათი 11-6.

გარდა იმისა, რომ მშობლები თავად სწავლობენ მდგომარეობის მენეჯმენტის გზებს, მათ ასევე უნდა განიხილონ ბავშვთან ერთად, როდის და როგორ შეიცვლება ბავშვზე ზრუნვის პასუხისმგებლობა. ბავშვის ასაკი, განვითარების დონე და ინტერესი არის ის ფაქტორები რომლებიც უნდა იყოს განხილული მოცემულ პროცესში. მაგალითად, დიაბეტით დაავადებულმა თოდლერმა, უნდა გამოავლინოს უფრო მეტი პასუხისმგებლობა თავისი მდგომარეობის დამოუკიდებლად სამართავად. საწყის ეტაპზე, მშობელი უკეთებს ბავშვს ყველა ინსულინის ინექციას. როდესაც, ბავშვი აღწევს სკოლამდელ პერიოდს, მშობელმა სიტყვიერად უნდა აუხსნას ბავშვს ინსულინის ან საკვების საჭიროებაზე. ადრეული სკოლის ასაკის პერიოდში მშობელმა ასევე სიტყვიერად უნდა აუხსნას ინსულინის სპეციფიურ დოზებზე. ნელ-ნელა, ბავშვი თავად დაიწყებს მოცემული ინფორმაციის სიტყვიერად გადმოცემას და შეცდომის შემთხვევაში მშობელს შესაძლებლობა ექნება შესწორებების შეტანის. დაწყებითი სკოლის დასასრულს, ბავშვი დამოუკიდებლად იღებს გადაწყვეტილებებს. მთელი პროცესის განმავლობაში, მშობლები უნდა იცავდნენ ბალანსს ადეკვატურ ზედამხედველობასა და გადამეტებულ ყურადღებას შორის. გადასვლის საბოლოო საფეხურზე, ხშირად ვლინდება კონფლიქტები ბავშვსა და მშობელს შორის. ეს დრო შესაძლებელია იყოს მძიმე, რადგან ბავშვი იძენს უფრო მეტ დამოუკიდებლობას და მშობელი ამ დროს არ ეთანხმება მის მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებს ან გრძნობს, რომ საჭიროა შვილზე ზედამხედველობის გაგრძელება. მოცემული გადასვლის ფაზაში, ექთნები თამაშობენ მასწავლებლისა და მწვრთნელის როლს. ისინი მხარს უჭერენ მშობლებს მოცემული პროცესის გადალახვაში და ეხმარებიან იმის დაფიქსირებაში, რომ მათი შვილი მზადაა პასუხისმგებლობის ასაღებად.

მშობლისთვის დამატებით გამოწვევას წარმოადგენს დროის მენეჯმენტი. ბავშვზე

ზრუნვა, მისი ტარება სხვადასხვა კონსულტაციებზე და პარალელურად მუშაობა ხშირად იწვევს სტრესს ან საერთოდ შეუძლებელი ხდება. მშობლის სამსახურიდან წამოსვლის გადაწყვეტილება, შეიძლება არ იყოს ფინანსურად მისაღები. ქრონიკულად დაავადებული ბავშვისთვის შესაფერისი დღის მოვლის ცენტრი, არის ძალიან ცოტა და დიდ ხარჯებთან დაკავშირებული. დროის გამონახვა ოჯახის სხვა წევრებისთვის, განსაკუთრებით ქრონიკულად დაავადებული შვილის და/ძმისთვის, ასევე წარმოადგენს დროის მენეჯმენტის გამოწვევას. ასევე, დამატებით გამოწვევას წარმოადგენს მშობლების მცდელობა, რომ მინიმუმადე დაიყვანონ სხვა შვილებზე გადმოსული საზიანო ეფექტები. დროის მენეჯმენტი, განსაკუთრებით კრიტიკულია იმ შემთხვევაში, როდესაც ბავშვი დამოკიდებულია ტექნოლოგიაზე და საჭიროებს მუდმივ მონიტორინგს. მსგავს სიტუაციაში საჭიროა სტრუქტურულად გაწერილი რუტინა, რაც ახდენს კიდევ უფრო დიდ ზეგავლენას ოჯახის ყველა წევრზე. ქრონიკულად დაავადებულ ბავშვზე ზრუნვის ერთ-ერთი გამოწვევაა ოჯახის მდგომარეობასთან შეგუება, მოვალეობების გადანაწილება და რეგულარული კონტაქტი ჯანდაცვის სისტემასთან. პასუხისმგებლობების აღების დროს, მშობლები შეიძლება იყვნენ საკუთარ თავზე იმედგაცრუებულები, რადგან მათი ემოციების ინტენსიურობა არ შეესაბამება ბავშვის მდგომარეობას. ძილის ნაკლებობამ შეიძლება შეამციროს სირთულეების დაძლევის უნარი, გაზარდოს ემოციურობა და ოჯახში კონფლიქტების სიხშირე.

ტერმინი, მშობლებზე დაკისრებული ტვირთი, გამოიყენება იმ გამოწვევებისა და მოთხოვნილებების აღსაწერად, რომელიც გვხვდება ქრონიკულად დაავადებულ ბავშვზე ზრუნვისას. ხშირ შემთხვევაში, დედები იღებენ საკუთარ თავზე პირველად პასუხისმგებლობას და არიან მშობლებზე დაკისრებული ტვირთის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ. თუმცა, ეს ვარაუდი არ ნიშნავს იმას, რომ ესე ხდება მუდმივად. ხანგრძლივმა ზრუნვამ, შეიძლება იქონიოს ცუდი შედეგი მშობლის ჯანმრთელობაზე. სამედიცინო პერსონალის ფუნქციაა, ხელი შეუწყოს ოჯახის სხვა წევრების ჩართულობას.

დროებით პასუხისმგებლობის გადაცემა, გულისხმობს მშობლის პასუხისმგებლობის გადაცემას სხვა პირისთვის, გარკვეული დროის განმავლობაში. ეს წარმოადგეს მშობლებზე დაკისრებული ტვირთის შემსუბუქების ერთ-ერთ გზას. ის განსაკუთრებით აუცილებელია იმ მშობლებისთვის, რომელთა ბავშვებიც საჭიროებენ 24 საათიან დაკვირვებას. შემცვლელ პირს შეუძლია იზრუნოს ბავშვზე სახლში. ზოგიერთ ოჯახს შემცვლელი პირი აყვანილი ყავს რეგულარულად; მაგალითად, შემცვლელმა უნდა იზრუნოს ბავშვზე კვირაში 2 დღე. ზოგიერთ ოჯახს ურჩევნია შემცვლელის აყვანა ნაკლები სიხშირით, მაგრამ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში; მაგალითად, შემცვლელი ზრუნავს ბავშვზე მაშინ, როდესაც ყოველწლიურად მთელი ოჯახი მიდის დასასვენებლად. შემცვლელი პირის საჭიროების სიხშირე და ხანგრძლივობა იცვლება ბავშვის ასაკის ზრდასთან ერთად. დროებით პასუხისმგებლობის გადაცემას აქვს მრავალი სარგებელი: შემცირებულია სტრესი და გაზრდილია სტრესთან ბრძოლის უნარი, შემცირებულია ბავშვის სხვადსხვა დაწესებულებებში ყოფნის ხანგრძლივობა და გაზრდილია სოციალიზაციის შესაძლებლობები. მიუხედავად ამისა, მსგავსი ტიპის ზრუნვა არის ნაკლებად მოხმარებადი. კომპეტენტური და ფინანსურად ხელმისაწვდომი შემცვლელი პირის პოვნა წარმოადგენს მთავარ პრობლემას. უნდობლობა და ხშირი კონფლიქტი შემცვ-

ლელ პირთან, უფრო მეტად ზრდის მშობლებისთვის სტრესს, განტვირთვის ნაცვლად. მიუხედავად იმისა, რომ მშობელს ჭირდება განტვირთვა, ხშირ შემთხვევაში მათ უჭირთ უარის თქმა სხვის კონტროლზე. ზოგიერთ ბავშვს შეიძლება ჭირდებოდეს ნაკლები ყურადღება იმისათვის, რომ დაჭირდეს შემცვლელი პირი, მაგრამ რეგულარული ძიძისთვის იყოს ზედმეტად რთული მოსავლელი. ექთანს შეუძლია ძალიან ბევრ საკითხში დახმარება. ექთანს შეუძლია შეაფასოს ოჯახის საჭიროება, გამოყენება და პრობლემები შემცვლელ პირთან და შემდეგ მოახდინოს შესაბამისი რეაგირება. მშობლებს შეიძლება დაჭირდეთ წახალისება, იმისათვის რომ იპოვონ შემცვლელი პირი. დამატებით, ექიმების მსგავსად, ექთნებმაც აქტიურად უნდა გაზარდონ მსგავსი ტიპის დახმარების ხელმისაწვდომობა, რაც გულისხმობს: შესაბამისი ორგანიზაციებისთვის დაფინანსების ხელშეწყობას და შემცვლელი პირების განსწავლას.

ემოციური და კოგნიტური პასუხები

ქრონიკულად დაავადებულ ბავშვზე ადრე ჩატარებული კვლევები, უფრო მეტად იყო ფოკუსირებული ოჯახში არსებული სტრესის აღწერაზე, განსაკუთრებით დედების შემთხვევაში. ბოლო დროს, უკვე აღწერილია მამების გამოცდილებაც. მაშინ როდესაც, ქრონიკულად დაავადებული ბავშვის ოჯახს არ აქვს უფრო მეტი ფსიქოსოციალური პრობლემა ჯანმრთელი ბავშვის ოჯახებთან შედარებით, არსებობს მტკიცებულება, რომ ბევრი განიცდის სტრესს, იზოლაციას საზოგადოებისგან, გადაღლილობას და დარდს ოჯახის წევრების კეთილდღეობაზე. მშობლები, ასევე აღწერენ ბავშვის ქრონიკულ მდგომარეობას და მასზე ზრუნვის პოზიტიურ ზეგავლენას, მათზე და ოჯახის წევრებზე. დაავადების სიმძიმით, ვერ მოხდება მშობლების გამოცდილების წინასწარ განსაზღვრა.

მშობლების უმეტესობა კარგად უმკლავდება იმ სტრესს, რომელიც თან ახლავს ქრონიკულად დაავადებულ ბავშვთან ერთად ცხოვრებას და ხშირად ამბობენ, რომ “ეს მათი ვალდებულებაა”. ისინი იყენებენ სტრესთან გამკლავების მრავალ სტრატეგიას, მათ შორის: (1) ინფორმაციის მოძიება; (2) უნარ-ჩვევების დახელოვნება; (3) ბალანსი პასუხისმგებლობის აღებასა და დანებებას შორის; (4) საზოგადოებრივი მხარდაჭერა; (5) ფოკუსირება პოზიტიურზე და წარმოდგენა, რომ ვიღაცა უფრო მძიმე მდგომარეობაშია; (6) ხანმოკლე დასვენება და რელაქსაცია; (7) რელიგია.

ბავშვის ქრონიკულ ავადმყოფობასთან შეგუება, ხშირად აღწერილია როგორც მწუხარების პროცესი, რომელიც მოიცავს შოკის, უარყოფის, ბრაზის, დანაშაულის შეგრძნებისა და საბოლოოდ მიღების ფაზებს. შეგუების პროცესის გაგების ალტერნატიული გზა არის ქრონიკული (ციკლური) დარდი, კონცეფცია, რომელიც ჩამოყალიბდა განვითარებაში ჩამორჩენილი ბავშვების მშობლების გამოცდილების აღსაწერად და შემდეგ გამოყენებულ იქნა სხვა ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაშიც. მოცემული ტერმინი გულისხმობს, რომ შეგუების პროცესი და დარდი არ ხდება მხოლოდ ერთხელ და არ მიყვება ზემოხსენებულ ფაზებს, საბოლოო ალაგებით. პირიქით, ბავშვის ცხოვრების მანძილზე ისინი ხშირად ხელახლა იჩენს თავს და უფრო მაღალი ინტენსივობით. ამის მაგალითებია: განვითარების ეტაპებში ჩამორჩენა, როგორიცაა: სიარული, კითხვის სწავლა, მართვის მოწმობის აღება და ა.შ. სხვა პრობლემური პერიოდებია:

1. როდესაც უმცროსი და/ძმა აღწევს განვითარების საფეხურებს, ქრონიკულად დაავადებულ უფროს და/ძმაზე ადრე;
2. კულტურაში დამკვიდრებული აღნიშვნები და ასაკზე დამოკიდებული ეტაპები, მაგალითად 18-21 წელზე მიღწევა მეინსტრიმულ ამერიკულ კულტურაში, ან 13 წელს მიღწევა ებრაულ კულტურაში;
3. სიმპტომების გამწვავების პერიოდი.

დარდი და მწუხარება შეიძლება გამოვლინდეს მოულოდნელად და გამოწვეული იყოს მომავალზე ფიქრით. დარდთან ერთად, მშობლები ასევე ხშირად განიცდიან სტრესს ბავშვის განვითარების სხვადსხვა ეტაპზე. მაგალითად, როდესაც ბავშვი პირველად მიდის სკოლაში, მშობელი დარდობს მის უსაფრთხოებაზე. მშობლები აღნიშნავენ, რომ ბავშვის განვითარების საფეხურებზე გადასვლის ზეიმობა, მაშინაც კი, როდესაც ის განსხვავდება სხვა ბავშვების განვითარებისაგან, არის ცხოვრების მთავარი სტრატეგია.

ექთნებმა უნდა შეაფასონ მშობლების სტრესთან გამკლავების სტრატეგიები და საჭიროების შემთხვევაში ურჩიონ სხვა გზები. წინასწარ განსაზღვრული მითითებები, რომელიც დაფუძნებულია გამომწვევ მოვლენებზე და ექთნის მიერ იმ სირთულეების აღიარება, რომლის გადატანაც უწევთ მშობლებს, ხშირად ძალიან სასარგებლოა მშობლისთვის. ამავდროულად, მშობლისთვის მომგებიანია იმედის გრძნობის შენარჩუნება და ბავშვის უნიკალური განვითარების ეტაპების აღნიშვნა.

ქრონიკული დაავადებით ცხოვრების ყოველდღიური საკითხები

იმისთვის, რომ მშობლებმა სრულფასოვნად იზრუნონ ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვზე, ისინი ცვლიან თავიანთ დღის განრიგსა და რუტინულ რეჟიმს. ასეთ დროს, უამრავი ძალისხმევაა საჭირო იმისთვის, რომ მოხდეს, როგორც ბავშვის, ასევე ოჯახის ყოველდღიური ყოფის ნორმალიზაცია. ნორმალიზაცია, ეს არის ის შემეცნებითი და ქმედითი სტრატეგიები, რომელსაც იყენებენ ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის მშობლები იმისთვის, რომ მათ ბავშვს ხედავდნენ და მოიაზრებდნენ, როგორც სხვების მსგავსს. აღმზრდელი შეისწავლის მდგომარეობასა და მის გავლენას ბავშვსა და მშობლებზე. ის ცდილობს, რომ შეინარჩუნოს დაავადებამდელი ყოფა-ცხოვრების მთავარი საკითხები, რათა მათი ყოველდღიურობა ისევ განიხილებოდეს, როგორც ნორმალური და ჩვეულებრივი და სხვებსაც სწორედ ამ პერსპექტივით გააცნოს სიტუაცია. ისინი მუშაობენ, რომ კონტროლის ქვეშ ჰქონდეთ მთლიანი სიტუაცია – საკუთრივ დაავადება და მისი გავლენა ბავშვსა და ოჯახზე. ასეთ დროს ორივენი ცდილობენ, რომ ერთმანეთს მოარგონ მკურნალობის რეჟიმი და ყოველდღიური რუტინა. ხანდახან, შეცდომით, ასეთ სიტუაციას აფასებენ, როგორც „შეუთანხმებელს“. როგორც ნორმალიზაციის ნაწილი, აღმზრდელები უნდა ფოკუსირდნენ მათი ბავშვის პოზიტიურ ასპექტებზე და „თვალი დახუჭონ“ ნეგატიურზე. ძალისხმევა უნდა გაიღონ იმისთვის, რომ გაგრძელდეს ჩვეული ჩართულობა ოჯახურ და გარე აქტივობებში ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვისთვის და მისი და-ძმებისთვის.

ჯანმრთელი საზოგადოების გარემოცვაში ცხოვრება ქრონიკული დაავადებით

მშობლებისთვის იმის გაცნობიერება, რომ მათი შვილის განკურნება ქრონიკული დაავადებისგან შეუძლებელია, მიუხედავად პროფესიონალი ექიმების დიდი ძალისხმევისა, საკმაოდ რთულია. ამასთან ერთად, მშობლებს უწევთ გარშემომყოფი საზოგადოების რეაქციებთან და მოლოდინებთან შეგუება. ხშირად, მძიმედ დაავადებული ბავშვების აღმზრდელები აღნიშნავენ, რომ ექიმები მათ შვილს სათანადო ყურადღებას არ აქცევენ. მათ სურთ, რომ ექიმებს მეტად სენსიტიური და თანაგრძნობით სავსე მიდგომა ჰქონდეთ მათი შვილების მიმართ.

ცვლილებები ურთიერთობებში

დიდ ყურადღებას იპყრობს ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის მშობლების ურთიერთობა. ადრეული კვლევები მეტად ნეგატიურ გავლენას გვიჩვენებს ბავშვის მდგომარეობისა მშობლების ურთიერთობაზე, ვიდრე თანამედროვე. მშობლები ხშირად აღნიშნავენ, რომ მეუღლე სწორედ ის ადამიანია, ვინც მათ ყველაზე დიდ თანადგომას უცხადებს. თუმცა, მიუხედავად ამისა, მათი განსხვავებული მიდგომა სიტუაციის მიმართ, გამოსავლის პოვნის განსხვავებული ხედვა, დატვირთული სამუშაო რეჟიმი და სხვა, მაინც მეტად სტრესულს ხდის წყვილის ურთიერთობას. მომატებულმა სტრესმა კი ნებისმიერი ურთიერთობა შესაძლებელია მიიყვანოს განქორწინებამდე.

დროის პრობლემებს, ფიზიკურ გამოწვევებს, სტიგმატიზებულ და საშიშ პასუხისმგებლობებს შეუძლია ნებისმიერი მშობლის ოჯახისგან და მეგობრებისგან იზოლაციამდე მიყვანა. ნაწილი ამას აღწერს, როგორც „საკუთარ სამყაროში ცხოვრებას“ და გამანადგურებელ იმედს.

მშობლები აღნიშნავენ, რომ ურთიერთობა ჯანდაცვისა და განათლების სფეროს პროფესიონალებთან როგორც სასარგებლო, ასევე საზიანოა. ისინი შეიძლება იყვნენ ან არ იყვნენ თანადგომის წყარო. მშობლების ნეგატიური შეფასებები ძირითადად შემდეგ საკითხებს ეხება: 1) უპატივცემულო მიდგომა მშობლის ცოდნისა და ინტერესების მიმართ; 2) ურთიერთობა, რომელშიც არ იგრძნობა გულისხმიერება, ზრუნვა, იმედი; 3) პროფესიონალიზმის ნაკლებობა. სამედიცინო პერსონალი უნდა იყენებდეს ურთიერთობის მეტად კოლაბორაციულ ტიპს, რომელიც ორმხრივ პატივისცემასა და გულისხმიერებაზეა დამყარებული. მშობლების როლის გათვითცნობიერებას კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს პრობლემის მოგვარებისთვის. მათი გრძნობები და ემოციები რაციონალურად უნდა იქნეს განხილული.

სიცოცხლის პოტენციური გამოსავლები

მიუხედავად იმისა, რომ ცხოვრება ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვთან ერთად რიგი გამოწვევებითაა სავსე, მშობლები ასეთ დროს ყველაზე კარგად აცნობიერებენ მოცემული სიტუაციის მნიშვნელობას. ხშირად ისინი პოულობენ ბევრ დადებითსა და პოზიტიურს მათ შვილზე ზრუნვიდან მიღებულ გამოცდილებაში. მაგალითად, ერთობლივმა მუშაობამ შესაძლებელია კიდევ უფრო გაამყაროს ოჯახური ურთიერთობები. როდესაც მშობლებს აქვთ ურთიერთობა ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვების სხვა აღმზრდელებთან, ისინი აცნობიერებენ, რომ არსებობს სიტუაციები, რომელიც კი-

დევ უფრო მძიმეა, ვიდრე მათი. ასეთი ურთიერთობებისგან მშობლები იღებენ როგორ დამატებით ინფორმაციას, ასევე დამატებით თანადგომას. ბევრი მშობელი ინდივიდუალურ კონტაქტს მეტად ეფექტურად მიიჩნევს, ვიდრე მხარდამჭერი ჯგუფების ფორმალურ შეხვედრებს, მათი ყოველდღიური აღმზრდელობითი პასუხისმგებლობებიდან და დატვირთული რეჟიმიდან გამომდინარე. ინტერნეტით კონტაქტიც შესაძლებელია კარგი გამოსავალი აღმოჩნდეს.

გარდა პოზიტიური მხარეებისა, მშობლები გრძნობენ იმ დაძაბულობასაც, რომელიც ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვზე ზრუნვას მოაქვს. მძიმე ქრონიკული დაავადების მქონე მშობლები ხშირად სვამენ ისეთ შეკითხვას, როგორიცაა: „როდის გავაგრძელებ საკუთარ ცხოვრებას?“. ზოგიერთი ოჯახისთვის ეს ტვირთი (ფინანსური, ემოციური, ფიზიკური, სოციალური) ზედმეტად მძიმეა, რაც უარყოფითად მოქმედებს როგორც ინდივიდუალურ, ასევე ოჯახის ერთობლივ მდგომარეობაზე.

და-ძმების პერსპექტივა

უკანასკნელი წლების განმავლობაში აქტიურად ხდება ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვებისა და მათი და-ძმების ურთიერთობების კვლევა. დასკვნა კი ისაა, რომ დაავადების მქონე ბავშვის მდგომარეობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანმრთელი დის ან ძმის ემოციურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ განვითარებაზე. მკვლევარებმა შეისწავლეს და-ძმების ცოდნა ქრონიკული დაავადებების შესახებ, ასაკი, სქესი, თავდაჯერებულობა, ურთიერთობები მეგობრებთან, აზროვნება, დამოკიდებულებები, ოჯახური სოციოეკონომიკური სტატუსი და ა.შ. უკანასკნელმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ქრონიკული დაავადების მქონე დის ან ძმის ყოლას აქვს როგორც პოზიტიური, ასევე ნეგატიური გავლენა ჯანმრთელ და-ძმაზე. აღმოჩნდა ისიც, რომ მშობლების შეხედულებით, ეს გავლენა უფრო ნეგატიური იყო, ვიდრე ამას თვითონ და-ძმები აღნიშნავდნენ.

მოთხოვნები და გამოწვევები

ჯანმრთელი და-ძმა ცხოვრობს ემოციურ პასუხისმგებლობებთან ერთად და ხშირ შემთხვევაში იღებენ ნაკლებ ყურადღებას მშობლებისგან. კვლევებმა აჩვენა, რომ და-ძმებს უწევთ მეტი პასუხისმგებლობის აღება სახლთან და ოჯახთან დაკავშირებულ საკითხებზე და ასევე მეტი ზრუნვა თავიანთ უმცროს ოჯახის წევრებზე. მშობლები აღნიშნავენ, რომ მათ მეტი მოლოდინი აქვთ ჯანმრთელი შვილებისგან, რადგან ქრონიკული დაავადების მქონე შვილზე ზრუნვის გამო ისინი ვეღარ ასწრებენ ყველა ოჯახურ საქმეს. ისინი ხშირად ელოდებიან და ითხოვენ მათგან, რომ ნაკლები დრო დაუთმონ მეგობრებს და სკოლის აქტივობებს იმისთვის, რომ უზრუნველყონ ოჯახის მოთხოვნილებები.

ემოციური და კოგნიტური პასუხები

მიუხედავად იმისა, რომ ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის და-ძმები განიცდიან ბევრ ნეგატიურ ემოციას, მაგალითად: ამბივალენტობა, უსამართლობა, ბრაზი, შიში, სევდა, მათ ხშირად საკმაოდ დადებითი აღქმა აქვთ საკუთარი თავისა და ამასთან, პოზიტიურად საუბრობენ ქრონიკული დაავადების მქონე და-ძმაზე ან ოჯახზე. ბევრ ბავშვს უჩნდება დამცველობითი ინსტიქტი თავისი და-ძმის მიმართ და ემპათიურად

არის განწყობილი იმ გამოწვევებისადმი, რომლის წინაშეც დგას დაავადების მქონე და ან ძმა. ასეთ დროს მშობლების როლი ძალიან მნიშვნელოვანია. მათ შეუძლიათ ამ დამოკიდებულებისთვის ხელის შეწყობა და კიდევ უფრო მეტად გაღრმავება, ხოლო ექთნებს მშობლების ინფორმირებულობის გაზრდა მათი ჯანმრთელი შვილის მდგომარეობის შესახებ.

მშობლების უმეტესობა გრძნობს, რომ მათი შვილები იღებენ განსხვავებული დოზით ყურადღებას, განსაკუთრებით კი მაშინ, როდესაც ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის მდგომარეობა მწვავდება. ნაწილი მშობლებისა აღნიშნავს, რომ მათი შვილის დამოკიდებულება პოზიტიურისკენ შეიცვალა მას შემდეგ, რაც მას ესაუბრნენ და აუხსნეს, თუ როგორი ზრუნვა და მკურნალობაა საჭირო მათი ქრონიკული დაავადების მქონე დისთვის ან ძმისთვის. და-ძმები გამოთქვამენ მეტი ინფორმაციის მიღების, ჩართულობის და თანადგომის სურვილს მათი მშობლებისგან და სამედიცინო პერსონალისგან.

ქრონიკული დაავადებით ცხოვრების ყოველდღიური საკითხები

და-ძმების დღის განრიგი ხშირად მორგებულია ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის მოთხოვნილებებს. მათ ხშირად უწევთ თერაპიულ სესიებსა და სამედიცინო პერსონალთან შეხვედრაზე დასწრება მშობლებთან და დაავადების მქონე დასთან ან ძმასთან ერთად. ასეთმა ვიზიტებმა და მსგავსმა აქტივობებმა შესაძლებელია შეზღუდონ მათი ჩართულობა სპორტში, სკოლისა და რელიგიურ ღონისძიებებში. ისინი ხშირად წუხან და ჩივიან ამის გამო. მათ ხშირად უწევთ დაეხმარონ დაავადების მქონე დას ან ძმას ჩაცმაში, გადაადგილებაში, გაუწიონ ასისტენტობა ფიზიკური თერაპიის დროს. ისინი წუხან, რომ მათ ბევრად მეტი პასუხისმგებლობები აქვთ, ვიდრე მათ თანატოლებს და უწევთ უფრო ადრე გაზრდა.

ჯანმრთელ საზოგადოებაში ცხოვრება ქრონიკული დაავადებით

და-ძმებს შორის მსგავსების გამო, შესაძლებელია მათი ხასიათებიც ერთმანეთის მსგავსი იყოს. აქედან გამომდინარე, მათი შეხედულებებიც და დამოკიდებულებებიც დაავადების გარშემო არსებული სტიგმების მიმართ, შეიძლება ერთნაირი აღმოჩნდეს. ბავშვები კიდევ უფრო მეტად მაშინ გრძნობენ სოციუმისგან სტიგმატიზებულ დამოკიდებულებას, როდესაც მათ დას ან ძმას თვალშისაცემი შეზღუდული ფიზიკური შესაძლებლობა აქვს. ჯანმრთელ ბავშვებს ხშირად აქვთ შეგრძნება, თითქოს გარშემომყოფი საზოგადოება მათ და მათ მშობლებსა და და-ძმებს აღიქვამს, როგორც „განსხვავებულს“. ბევრი ბავშვი და მოზარდი გრძნობს, რომ მაშინ, როდესაც ისინი თავიანთი ქრონიკული დაავადების მქონე დასთან ან ძმასთან ერთად საზოგადოების თავშეყრის ადგილს სტუმრობენ, ყოველთვის სხვების განსჯის საგანი ხდებიან. ისინი მუდმივად გრძობენ მზერას, რომელიც მათკენაა მიმართული. და-ძმები თავიანთი თანატოლებისგან განსხვავებულ დამოკიდებულებებს გრძნობენ: სიბრალულს, შეცოდებას, დაცინვას, იზოლაციასა და გარიყვას საზოგადოებისგან. აქედან გამომდინარე, როგორც ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვისთვის, ასევე მათი და-ძმებისთვის სასურველია გავარჯიშება და მომზადება იმის შესახებ, თუ როგორი რეაქცია უნდა ჰქონდეთ მათ სოციუმის ასეთი დამოკიდებულების მიმართ. მაგალითად, ცისტური ფიბროზის მქონე ბავშვის დას ან

ძმას, შესაძლებელია სპორტული ჯგუფის სხვა თანატოლებმა ჰკითხონ თუ რატომ უდგას მათ ძმას ცხვირში მილი ან რატომ ახველებს ის ასე ხშირად. ასეთ დროს, და-ძმას უნდა ვასწავლოთ, მარტივად და ლაკონურად აუხსნან თავიანთ თანატოლებს, რომ მილი მათ და-ძმას სუნთქვაში ეხმარება და მისი ხველა გადამდები არ არის.

ცვლილებები ურთიერთობებში

ჯანმრთელი და-ძმები ხშირად აღნიშნავენ, რომ მიუხედავად მათ მიმართ მშობლების ნაკლები ყურადღებისა, რაც ერთმნიშვნელოვნად ნეგატიური მოვლენაა, ისინი პოულობენ უამრავ დადებით მხარეს მათ და-ძმაზე ზრუნვაში და აფიქსირებენ, რომ ამ პროცესის შედეგად ისინი კიდევ უფრო მეტად დაუახლოვდნენ თავიანთი ოჯახის წევრებს. თუმცა, ხანდახან, როგორც ბავშვები, ასევე მშობლები უჩივიან არაეფექტურ კომუნიკაციას ოჯახის წევრებთან. ბავშვებს ხშირად ეშინიათ გამოთქვან თავიანთი შიშები და ემოციები ხმამაღლა. ისინი ფიქრობენ, რომ მშობლებს მათთვის დრო აღარ აქვთ. მშობლები კი აღნიშნავენ, რომ მათი ჯანმრთელი შვილები, დაჩქარებული გაზრდისა და ჩამოყალიბების გამო, უპირატესობას უფროს ხალხთან კონტაქტს უფრო ანიჭებენ, ვიდრე თავიანთ თანატოლებთან.

სიცოცხლის პოტენციური გამოსავლები

იშვიათად ტარდება კვლევა იმის შესახებ, თუ სიცოცხლის რა პოტენციურ შედეგებს განიხილავენ და-ძმები. ისინი ხშირად წუხან ქრონიკული დაავადების მქონე დის ან ძმის მოსალოდნელ სიკვდილზე. მათ აწუხებთ საკუთარი მომავალიც იმ შემთხვევაში, თუ მათმა დამ ან ძმამ მიაღწია ზრდასრულობის ასაკს, მაგრამ დარჩა ისეთი შეზღუდული შესაძლებლობა, რომ ვერ მოახერხებს დამოუკიდებლად სრულფასოვან ფუნქციონირებას. ისინი აცნობიერებენ, რომ წლების შემდეგ, როდესაც მათი მშობლები ვეღარ შეძლებენ ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის საჭიროებების დაკმაყოფილებას, ამ პასუხისმგებლობების სრული მასშტაბით აღება მათ მოუწევთ საკუთარ თავზე. ასეთი მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული როლისთვის მზადება და ალტერნატიული გზების ძებნა დიდ გავლენას ახდენს მათ ყოფა-ცხოვრებაზე.

კულტურული საკითხები

სამედიცინო პერსონალი მუდმივად მუშაობს იმაზე, რომ მიაწოდოს ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვებსა და მათ ოჯახებს ისეთი ჯანდაცვა, რომელიც მორგებულია მათ კულტურასა და ტრადიციებს. ვიწრო მასშტაბიანმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ნამდვილად არსებობს გარკვეული სტერეოტიპები ქრონიკულ დაავადებებთან დაკავშირებით სხვადასხვა ეთნიკურ ჯგუფსა და კულტურის მქონე ხალხში. თუ ერთმანეთისგან გავმიჯნავთ სხვადასხვა კულტურის მქონე ხალხს, ამით თავიდან ავიცილებთ ერთი ჯგუფის შიგნით დამატებითი განსხვავებული სტერეოტიპების შეტანას. ჯანდაცვის თანამედროვე პრინციპები და ქვეყნებში არსებული მრავალეთნიკური მდგომარეობა კიდევ უფრო მეტად საყურადღებოს ხდის სამედიცინო პერსონალის ურთიერთობებს პაციენტებთან. ექიმს, ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვსა და მშობლებს შორის კომუნიკაციას წინააღმდეგობა სწორედ ენის და კულტურულმა ბარიერმა შეიძლება შეუქმნას. რაც უფრო მეტად

მცირე ეთნიკურ ჯგუფს მიეკუთვნება ოჯახი, მეტად სავარაუდოა, რომ მათ გაუჭირდებათ კონტაქტი სამედიცინო პერსონალთან.

ჯანმრთელობაზე ორიენტირებული მოდელის ერთ-ერთი დადებითი მხარე არის კულტურათაშორის ხელმისაწვდომობა. ასეთ მოდელში ექიმი, ბავშვი და მშობლები წარმოადგენენ ერთმანეთის პარტნიორებს, საერთო პრობლემის გადაწყვეტისა და მიზნის მიღწევისთვის. მნიშვნელოვანია თითოეული მხარის ცოდნა და გამოცდილება და ორმხრივ პატივისცემაზე დამყარებული დამოკიდებულება. ეს მოდელი დიდ როლს ანიჭებს კულტურულ საკითხებს და განიხილავს ბავშვს ოჯახის კონტექსტში. პარტნიორული მიდგომითა და კულტურის გათვალისწინებით სამედიცინო პერსონალი და მშობლები ერთობლივად პოულობენ გამოსავალს, რომელიც ყველაზე მეტად ღირებულია ოჯახისთვის. იმ შემთხვევაში, თუ შეთავაზებული გამოსავალი არ ჯდება ოჯახის ღირებულებათა სისტემაში და ეწინააღმდეგება მათ კულტურასა და ტრადიციებს, სასურველია, რომ მოიძებნოს ალტერნატიული გზა.

აუცილებელია აღინიშნოს და გათვალისწინებულ იქნას ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი. ზოგიერთი კულტურისთვის ექიმი საქმის ყველაზე დიდი ექსპერტია, ხოლო პაციენტი – ინფორმაციის პასიური მიმღები. ასეთ სიტუაციაში თუ პაციენტმა ეჭვი მიიტანა ექიმის არაპროფესიონალიზმზე, მას უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა საკუთარი აზრის თამამად დაფიქსირებისა გარკვეულ არგუმენტებზე დაყრდნობით. პაციენტისა და ექიმის როლების სწორი გადანაწილება და მათი კულტურულ შეხედულებებზე მორგება უმნიშვნელოვანესია მომავალი ეფექტური ურთიერთობისთვის.

სამედიცინო პერსონალი იყენებს სიმაღლისა და წონის გრაფიკებს ბავშვის ზრდისა და განვითარების ობიექტური შეფასებისთვის. ასეთი გრაფიკები ძირითადად შედგენილია აშშ-ში მცხოვრები ბავშვების „ნორმალური“ ზრდის პარამეტრების მიხედვით. თუმცა, ბავშვები, რომლებსაც აქვთ განსხვავებული გენეტიკური ფონი, შესაძლებელია უფრო დიდები ან პატარები იყვნენ ამ გრაფიკებში მოყვანილ პარამეტრებთან შედარებით. ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვები, ხშირ შემთხვევაში, უფრო პატარა ტანის არიან, ვიდრე მათი თანატოლები. მაშინ, როდესაც ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვი პარალელურად სხვა ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელია, რომლისთვისაც პატარა ტანია დამახასიათებელი, შესაძლებელია არასწორად ჩაითვალოს, რომ ის სცდება „ნორმის“ ფარგლებს. ასეთ დროს ექიმმა მშობლებს შეიძლება მიაწოდოს ინფორმაცია, რომ მათი შვილი ძალიან დაბალია, როდესაც ის შეიძლება მხოლოდ ოდნავ ჩამორჩებოდეს სიმაღლეში თავისი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელ თანატოლებს. მშობლების სიმაღლის მიხედვით ზრდის გრაფიკის ინტერპრეტაცია დაეხმარება ექიმს პრობლემის მინიმუმამდე შემცირებაში.

იმისთვის, რომ სხვების ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეზე ზრუნვის ეფექტურობა არ შემცირდეს, საჭიროა, რომ სამედიცინო პერსონალმა საკუთარი თავი გადაამოწმოს ეთნოცენტრიზმის მხრივ. ეთნოცენტრიზმი ეს არის ინდივიდისა და ამა თუ იმ კულტურის წარმომადგენლების მიდრეკილება, სჯეროდეთ, რომ მათი ღირებულებები და ტრადიციები საუკეთესოა. ეთნოცენტრიზმი ხელს უშლის ექიმს ისწავლოს სხვა კულტურის წარმომადგენელი ადამიანებისგან. უფრო მეტიც, ასეთი ექიმი შეიძლება არც უშვებდეს აზრს, რომ სხვა კულტურის წარმომადგენლებს აქვთ რაიმე ღირებული, რომლის სწავ-

ლაც შესაძლებელია. სინამდვილეში, მაშინ, როდესაც ექიმები სხვა კულტურის წარმომადგენელ სამედიცინო პერსონალთან ერთად მუშაობენ, ისინი კიდევ უფრო მეტს იგებენ, როგორც ამა თუ იმ დაავადების, ასევე პრობლემების აღმოჩენისა და მათთან გამკლავების შესახებ. მაგალითად, აშშ-ში მოღვაწე სამედიცინო პერსონალი თანდათან გადადის დეფიციტზე ორიენტირებული მიდგომიდან ჯანმრთელობაზე ორიენტირებულ მიდგომაზე. მსგავსი დამოკიდებულება უკვე დიდი ხანია არსებობს სხვა კულტურებში. ბავშვებისგან, მათი მშობლებისა და სხვადასხვა კულტურის წარმომადგენელებისგან სწავლის შესაძლებლობის მიმართ გულღია დამოკიდებულება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ეფექტურ მკურნალობაზე.

საზოგადო საკითხები

ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვები ხშირად განიხილებიან თავიანთი ფასისა და ღირებულების კუთხით საზოგადოებისთვის. ეს შეხედულება არაა მთლიანად საფუძველს მოკლებული. ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის სამედიცინო ხარჯები დაახლოებით 3-ჯერ აღემატება ჯანმრთელი ბავშვის სამედიცინო ხარჯებს. დაავადების მქონე ბავშვების შემთხვევაში არაპროფესიონალი ექიმებისთვის მიმართვიანობა, სახლში აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარება, მედიკამენტების რეცეპტების რაოდენობა 5-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე დაავადების არმქონე ბავშვების შემთხვევაში. ეს არ მოიცავს სპეციალურ მომსახურეობებს სკოლაში, სპეციალური აღჭურვილობის თანხას, მშობლების მიერ სამსახურის დაკარგვასა და ოჯახის ხარჯებს.

მიუხედავად იმისა, რომ ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვებისთვის არსებობს უამრავი სერვისი, ხანდახან ისინი მაინც ვერ იღებენ სრულფასოვან სამედიცინო მომსახურეობას, რადგან ის ნაკლებად ხელმისაწვდომია ან არათანაბრადაა საზოგადოებაში გადანაწილებული. ბავშვებს ქრონიკული დაავადებით ხშირად ვერ უტარდება აცრები და სკრინინგი მათი დაავადების, ხშირი ჰოსპიტალიზაციების ან ფარდობითი მნიშვნელობის ნაკლებობის გამო. სათანადო დროში აღმოჩენილმა სამედიცინო დახმარებამ მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვების მკურნალობის ხარისხზე. გარდა ამისა, არსებობს ზემოხსენებული სერვისების მომავალში კიდევ უფრო მეტად განვითარების პოტენციალიც, რათა გახდეს ის მეტად სრულფასოვანი, კოორდინირებული, სოციუმზე გათვლილი და პრევენციაზე აქცენტირებული. თუმცა, არსებობს ასევე ნეგატიური შედეგების აღმოცენების რისკიც, მაგალითად: გაწყვეტილი ურთიერთობები სერვისის მიმწოდებლებთან, ნაკლები ხელმისაწვდომობა სპეციფიკური მომსახურეობის უზრუნველმყოფელ პირთან, მომსახურეობის მაღალი ფასი. აუცილებელია მონიტორინგი პოტენციური ეფექტების გასაკონტროლებლად.

სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა მთავარი პრობლემაა დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახისა და ბავშვისთვის. ეს პრობლემა კიდევ უფრო მძიმეა თუ ბავშვს აქვს ქრონიკული დაავადება. მიუხედავად იმისა, რომ აშშ-ში ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვების უმრავლესობას აქვს დაზღვევა, დაზღვეულთა ერთ მესამედზე მეტის ოჯახის წევრები აღნიშნავენ, რომ დაზღვევა არ მოდის თანხვედრაში ბავშვის საჭიროებებთან. ეს ხდება იმიტომ, რომ დაზღვევისგან მიღებული სარგებელი არ ემთხვევა ბავშვის მოთხოვნილებებს, ხარჯები არაგონივრულია და ამასთან ერთად, ვერ ხდება

კონკრეტული სპეციალობების პროვაიდერებთან დაკავშირება. სამწუხაროდ, მეტია იმ ბავშვების რაოდენობა ვისაც აქვს შეზღუდული შესაძლებლობა და ცხოვრობს რაიონში ან სოფელში მძიმე გაჭირვებაში, ვიდრე მათი, ვინც ცხოვრობს ქალაქში და ნორმალურ ეკონომიკურ მდგომარეობაში. იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი ცხოვრობს სოფელში და მას აწუხებს მძიმე დაავადება, მდგომარეობა თითქმის გამოუვალია, რადგან ასეთ სიტუაციაში ხელმისაწვდომობა საჭირო სპეციალისტთან მკვეთრად შეზღუდულია. საჭიროა ისეთი უნივერსალური სამედიცინო დახმარების მოდელის შექმნა, რომელიც შესაბამისად უმკურნალებს ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვებს და ჩაატარებს ღონისძიებებს სხვა დაავადებების პრევენციის მიზნით.

ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვზე ზრუნვა საკმაოდ ძვირი ფუფუნებაა. რაც უფრო მძიმეა დაავადება, თანხებიც მეტად იზრდება. უკანასკნელ წლებში, ქრონიკული მძიმე დაავადების მქონე ბავშვს მკურნალობას უფრო ხშირად სახლში უტარებენ, ვიდრე სპეციალურ დაწესებულებებში. მართალია ეს გზა ბევრად იაფია, მაგრამ საზოგადოება უნდა აცნობიერებდეს იმ ოჯახის უმძიმეს მდგომარეობას, რომლისთვისაც ბავშვის სახლში მკურნალობა ერთადერთი და უკანასკნელი გამოსავალია. დღესდღეობით მხოლოდ მცირე რაოდენობითაა იმ დაწესებულებების რაოდენობა შემორჩენილი, სადაც მძიმედ შეზღუდული შესაძლებლობების ბავშვებს მკურნალობენ. გარდა იმისა, რომ კითხვის ნიშნის ქვეშ დგას ამ დაწესებულებების მომსახურეობის ხარისხი, ისინი შესაძლებელია საკმაოდ შორ დისტანციაზე მდებარეობდნენ ოჯახის საცხოვრებელი სახლიდან. ეს, რა თქმა უნდა, დამატებითი წინააღმდეგობაა მშობლებისთვის, რომ აქტიურად იყვნენ ჩართულნი თავიანთი შვილების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საქმეებში. საზოგადოებამ უნდა გადაწყვიტოს, უნდა იყოს თუ არა მძიმე ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვების მკურნალობის ადგილის საკითხი დამოკიდებული ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. როგორც ოჯახისა და ბავშვის ადვოკატები, ასევე ექთნები თამაშობენ მნიშვნელოვან როლს იმ პოლისების ჩამოყალიბებაში, რომელიც უზრუნველყოფს ოჯახებს შესაბამისი რესურსებით.

ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის საექთნო მოვლის წარმართვა

ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვებსა და მათ მშობლებს ხშირი და უწყვეტი კონტაქტი აქვთ სამედიცინო პერსონალთან, განსაკუთრებით, ექთნებთან. სამედიცინო დახმარება ექთანმა ავადმყოფს შესაძლებელია აღმოუჩინოს როგორც სასწრაფო დახმარების დაწესებულებაში, ასევე კლინიკაში, სკოლაში, სახლში და ა.შ. ბავშვის დაავადების ქრონიკულობიდან გამომდინარე, წარმატებული მკურნალობისთვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო პერსონალსა და მშობლებსა და ბავშვს შორის მუდმივ კომუნიკაციას.

მოთხოვნები და გამოწვევები

ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვთან ერთად ცხოვრების გამოცდილებას ექთნები, მშობლები და ბავშვები სხვადასხვანაირად აღიქვამენ. ექთნები მეტად ფოკუსირდებიან დაავადებაზე და მისი მართვის ტექნიკურ მხარეებზე. ისინი აცნობიერებენ მდგომარეობის ნეგატიურ ასპექტებს. ექთნების მიერ მშობლებისთვის მოსალოდნელი

პრობლემების გაცნობა ძალიან მნიშვნელოვანია, თუმცა მათ ისიც უნდა გაითვალისწინონ, რომ ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვთან ერთად ცხოვრების გამოცდილება ყველა ოჯახისთვის ინდივიდუალურია. ექთნის მიერ შეფასება უნდა მოიცავდეს ძლიერი მხარეების აღმოჩენას და პოტენციური ზრდის არეების აღმოჩენას მშობლების თვალთახედვით. მშობლების ძლიერ მხარეებზე დაყრდნობა ეფექტური სტრატეგიაა ინფორმაციის მიწოდებაში და ბავშვის მოვლის კოლაბორაციულ დაგეგმვაში. ექთნებს შეუძლიათ დახმარება გაუწიონ მშობლებს ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის მოვლასთან დაკავშირებული ბარიერების გადალახვაში, სწორი რჩევებით, მათთან მუდმივი კომუნიკაციითა და მკურნალობის შესახებ ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდებით.

ექთნები ხშირად უხსნიან მშობლებსა და მათ შვილებს დაავადების არსსა და მისი განვითარების სხვადასხვა გზას. მანამ, სანამ ექთანი დაიწყებს ინფორმაციის მიწოდებას, მან უნდა გაიგოს თუ რა დონის ცოდნას, უნარებსა და რესურსებს ფლობენ პაციენტები. ოჯახმა, რომელიც წლების განმავლობაში უვლის ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვს, შესაძლებელია გაცილებით მეტი იცოდეს ამ საკითხების შესახებ, ვიდრე ექთანმა. ასეთ დროს, ექთანსაც შეუძლია მიიღოს საჭირო ინფორმაცია ოჯახისგან.

იმ შემთხვევაში, თუ დიაგნოზი ახალი დასმულია, მშობლებს კიდევ უფრო მეტად სჭირდებათ დეტალური ინფორმაცია დაავადების შესახებ, რათა შესაბამისად იზრუნონ ბავშვზე და ჰქონდეთ რეალისტური მოლოდინები მისი მდგომარეობის შესახებ. ასევე, მათ შეიძლება დასჭირდეთ ინფორმაცია იმის შესახებაც, თუ როგორ მოიძიონ სხვადასხვა რესურსები. თუმცა, ინფორმაცია ძალიან საჭირო და მნიშვნელოვანია, ის შეიძლება გადაჭარბებულიც აღმოჩნდეს მშობლებისთვის. ექთნებმა უნდა მოახერხონ მშობლების მზადყოფნის შეფასება და მიაწოდონ მათ შესაბამისი რაოდენობის ინფორმაცია. ამასთან ერთად, ექთნებმა ყურადღება უნდა მიაქციონ მშობლების დამოკიდებულებას სწავლების პროცესის მიმართ და შეაფასონ მათ მიერ მიღებული ინფორმაციის სიზუსტე და ხარისხი შესაბამისი კითხვებით, თხოვონ მათ, მოახდინონ თავიანთი ცოდნის დემონსტრირება.

ემოციური და კოგნიტური პასუხები

ოჯახთან მუშაობის დროს, ექთნები ფრთხილად უნდა იყვნენ, რომ მხედველობიდან არ გამორჩეთ შემდეგი საკითხები:

1) ქრონიკული დაავადების გამო ემოციური და ფსიქოსოციალური პრობლემები აქვს ბავშვს, მშობლებს და მის და-ძმებს;
2) ექთნისა და მშობლების აღქმა, თუ რა წარმოადგენს პრობლემას, თანხვედრაშია;
3) ბავშვის, მშობლებისა და და-ძმების მიერ აღქმული პრობლემები უფრო ცოტა და მსუბუქია, რადგან დაავადების არსებობა თვალით ნაკლებად აღქმადია და მოიცავს ფიზიკური შესაძლებლობების არც ისე მძიმე შეზღუდვას.

თუ ექთანი ყურადღებით მოუსმენს ბავშვსა და მშობლებს, გაიგებს მათ შეხედულებებს, კიდევ უფრო გაუადვილდება ახლო ურთიერთობების ჩამოყალიბება.

პერიოდულად ექთანმა უნდა გადაამოწმოს ოჯახის მდგომარეობა და ფსიქოსო-

ციალური მოთხოვნილებები. ეს შემოწმება უნდა მოიცავდეს გარკვევას თუ როგორი სტრატეგიით ახერხებს ოჯახი მდგომარეობასთან შეგუებას, როგორი ურთიერთობა აქვთ ოჯახის წევრებს ერთმანეთთან და რა პასუხებს სცემენ ისინი ექთნის კითხვებს. ექთნის კითხვები სპეციფიკურად უნდა ეხებოდეს იმ წინააღმდეგობებს, რომელიც მშობლებს შეექმნათ, მდგომარეობასთან ადაპტაციისთვის შერჩეული სტრატეგიის ეფექტურობას, სიტუაციის კონტროლს და არსებულ პრობლემებს. ექთნებმა აქტიურად უნდა მოუსმინონ ოჯახს და საჭიროების შემთხვევაში მიმართონ სხვადასხვა სააგენტოებსა და მხარდამჭერ ჯგუფებს. ოჯახს ასევე უნდა ახსოვდეს, რომ ნეგატიური ემოციები სრულიად ბუნებრივია და სჯობს მათი სწორი გზით გამოხატვა, ვიდრე ჩახშობა. მშობლებმა ასევე ბავშვებიც უნდა წაახალისონ ემოციების გამოხატვისკენ. მხარდამჭერთა ჯგუფები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) სწორედ ყველაზე კარგი ადგილია გრძნობებისა და ემოციების ექსპრესიისთვის და შესაძლებელია ძალიან სასარგებლო აღმოჩნდეს მთელი ოჯახისთვის.

ქრონიკული დაავადებით ცხოვრების ყოველდღიური საკითხები

ყოველდღიური საკითხები მოიცავს მცდელობებს ფიზიკური და ემოციური განვითარებისა და რუტინული აქტივობების ნორმალიზაციისთვის. ექთნებს შეუძლიათ თვალი ადევნონ ბავშვის განვითარებას და მისცენ მას რჩევები, რათა დაეხმარონ მათ ამ პროცესის უკეთესად წარმართვაში. მაგალითად, ექთანს შეუძლია წაახალისოს მშობლები, რომ ჩართონ მათი შვილი რაიმე საინტერესო და კრეატიულ თამაშში, რომელიც მას დაეხმარება შეიცნოს გარემო უკეთესად, რაც, თავის მხრივ, გააუმჯობესებს ბავშვის დამოუკიდებელ ცხოვრებას. მშობლებმა, რომელთაც გარდატეხის ასაკში მყოფი შვილი ჰყავთ, უნდა წაახალისონ იგი, რომ დაამყაროს კონტაქტი ორივე სქესის წარმომადგენელ თანატოლებთან. სქესობრივი საკითხები ისევე ვითარდება ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვში, როგორც ჯანმრთელში. თუმცა, ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვს ხანდახან ისე ზრდიან, როგორც უსქესოს და არ აწვდიან მას იმდენივე ინფორმაციას სქესობრივ ცხოვრებასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ, როგორც ჯანმრთელს. ეს საკითხი აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოს ექთანმა ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვთან მუშაობის დროს. ოჯახსა და ბავშვს სჭირდებათ ინფორმაცია და შესაძლებლობა, რომ განიხილონ გარდატეხის ასაკი, რეპროდუქციული შესაძლებლობები, უსაფრთხო სექსის მეთოდები და ინტიმური კავშირები. ამ საკითხების განხილვისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი პერიოდები შემდეგია: დიაგნოზის დასმის შემდგომი პერიოდი, პრეპუბერტატული ასაკი, შუა პუბერტატული ასაკი, მანამ, სანამ ის არ გადავა ზრდასრული ადამიანის ჯანდაცვის სისტემაში.

ექთნებს შეუძლიათ ასევე იმ მხრივ მოახდინონ ყოველდღიური ცხოვრების ნორმალიზება, რომ დაეხმარონ ოჯახს ბავშვისთვის შესაფერისი სკოლის მოძებნაში. მათ შეუძლიათ მიაწოდონ ინფორმაცია მასწავლებლებსა და სკოლის სხვა პერსონალს მისი მდგომარეობის შესახებ, რათა გაუადვილონ ბავშვს სწავლის პროცესი. სიტუაციის მიხედვით, გასაუბრება შესაძლებელია ბავშვის თანატოლებთან, რათა ისინიც მომზადებულები შეხვდნენ მის სკოლაში შესვლას ან დაბრუნებას. არსებობს უამრავი ბარიერი,

რომელიც ხელს უშლის ბავშვის სისტემატიურ სიარულს სკოლაში, მაგალითად: სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ნაკლები შესაძლებლობა, სკოლის მომსახურე პერსონალის არასაკმარისი სამედიცინო განათლება, არასრულფასოვანი კომუნიკაცია ოჯახს, ჯანდაცვის წარმომადგენლებსა და სკოლის პერსონალს შორის. ჯანმრთელი მოსწავლის მოდელი (The Healthy Learner Model) წარმოადგენს ხიდს სამედიცინო დაწესებულებას, სკოლასა და სახლს შორის, რომელიც უზრუნველყოფს ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის როგორც აკადემიურ განათლებას, ასევე მისი ჯანმრთელობის დაცვას. ეს მოდელი აერთიანებს ლიდერობის ელემენტებს, კვლევაზე დაფუძნებულ პრაქტიკას, შესაძლებლობების განვითარებას, ექთანს და სამედიცინო რესურსს, ჯანმრთელ მოსწავლეს (ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვს ისეთი ფიზიკური შესაძლებლობებით, რაც საკმარისია სკოლაში სიარულისთვის), ოჯახთან და სამედიცინო პერსონალთან პარტნიორობას. აღმოჩნდა, რომ ეს მოდელი საკმაოდ ეფექტურია ასთმის, დიაბეტის, სიცოცხლისთვის საშიში ალერგიებისა და მენტალური ჯანმრთელობის მენეჯმენტში.

ქრონიკულ დაავადებასთან ერთად ცხოვრების საკითხები თავს მეტად იჩენს სახლში, სადაც ბავშვს და მშობლებს შემუშავებული აქვთ ყოველდღიური რუტინა სრულფასოვანი ზრუნვისა და მოვლისთვის. ეს რუტინა ხშირად ბავშვის ჰოსპიტალიზაციის გამო ირღვევა. ექთანი უნდა დაეხმაროს ყველა ოჯახის წევრს, რომ ყოველდღიური რუტინა სამედიცინო დაწესებულებაში ყოფნის დროსაც არ დაკარგონ.

ჯანმრთელ საზოგადოებაში ცხოვრება ქრონიკული დაავადებით

ერთ-ერთი გზა, რომლითაც ექთნებს შეუძლიათ პოზიტიური გავლენა იქონიონ ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვზე არის ის, რომ აქცენტი გააკეთონ მათ შესაძლებლობებზე და წაახალისონ ისეთი აქტივობებისთვის რაც მათი ასაკისთვის და განვითარებისთვის შესაფერისია. ექთანს ასევე შეუძლია ჩაერთოს ისეთი საკითხის გადაწყვეტაში, მაგალითად როგორიცაა: როდის და როგორ უნდა დაიწყოს დედამ მოვლასთან დაკავშირებული პასუხისმგებლობების გადანაწილება შვილზე. ექთნის დაკვირვება ბავშვზე და მშობლის აზრი მის მიერ პასუხისმგებლობების აღების მზადყოფნის შესახებ გადამწყვეტია ასეთ სიტუაციაში.

როდესაც ბავშვს და მის ოჯახს აქვს კომუნიკაცია საზოგადოებასთან ისინი შეიძლება გახდნენ დისკრიმინაციის მსხვერპლი, მოუწიოთ უხერხულ კითხვებზე პასუხის გაცემა და შეუსაბამო რჩევების მიღება. ბავშვს შეიძლება დასცინონ მისმა თანატოლებმა. ექთანი პერიოდულად უნდა უსვამდეს ოჯახის წევრებსა და ბავშვს კითხვებს იმის შესახებ, თუ როგორი ურთიერთობა აქვთ მათ გარშემომყოფ ხალხთან. რა თქმა უნდა, ყველა სიტუაციის თავიდან აცილება შეუძლებელია, მაგრამ ექთანმა, ბავშვმა და მშობლებმა უნდა იცოდნენ თუ როგორი რეაქცია უნდა ჰქონდეთ სხვების ნეგატიური დამოკიდებულების მიმართ. ასეთ სიტუაციებთან ადაპტაციის რამდენიმე მეთოდი არსებობს: მსგავსი პრობლემის მქონე ბავშვების მხარდამჭერი ჯგუფების შეხვედრებში ჩართვა (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და მათთვის საკუთარი მდგომარეობის გაზიარება, ნეგატიური დამოკიდებულების იგნორირება, ბავშვის შესაძლებლობებზე ხაზის გასმა და მათი წახალისება.

ცვლილებები ურთიერთობებში

ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის მოვლის პროცესში მშობლები და ხანდახან და-ძმებიც აახლებენ თავიანთ როლებს. მშობელს, რომელმაც ახლახან გაიგო შვილის ქრონიკული დაავადების დიაგნოზის შესახებ, ექთანმა უნდა გაუწიოს დახმარება ახალი როლის მორგებაში. პერიოდულად საჭიროა ოჯახის წევრების ურთიერთობების გადამოწმებაც, განსაკუთრებით მაშინ, თუ რაიმე მნიშვნელოვანი ცვლილება მოხდა მათ ცხოვრებაში, მაგალითად: ახალი ოჯახის წევრის შეძენა ან სკოლაში შესვლა. ექთანმა უნდა მოუსმინოს მათ და მისცეს რჩევები მათი ახალი ამპლუის შესახებ.

სამედიცინო პერსონალთან კონტაქტი მაშინვე იცვლება, როგორც კი მშობლები გათვიცნობიერდებიან მათი შვილის მდგომარეობაში, მათთან ერთად მუშაობაში და მეტად დარწმუნებულები ხდებიან საკუთარ შესაძლებლობებში: იციან, რომ მათ უკვე კარგად შეუძლიათ საკუთარი შვილის დაცვა და მასზე ზრუნვა. ექთნებს უნდა ახსოვდეთ, რომ ბავშვზე ზრუნვა მაშინ იქნება სრულფასოვანი, როდესაც მშობლები, ექთნები და ბავშვები ერთობლივად და შეთანხმებულად იმუშავებენ. მშობლები კარგ კომუნიკაციას შემდეგნაირად აღწერენ: როდესაც ისინი იღებენ მათთვის საჭირო ყველა ინფორმაციას ექთნებისგან, ხოლო მას შემდეგ, რაც ექთანი შეამჩნევს, რომ მშობლები უკვე კარგად ართმევენ თავიანთ შვილზე ზრუნვას თავს, კითხულობს მათი მოსაზრებებისა და გამოცდილების შესახებ და მათგანაც იღებს ახალ ცოდნას. ექთანი მშობელს უნდა განიხილავდეს, როგორც პარტნიორს, ყურადღებით ისმენდეს მის აზრსა და შემოთავაზებებს, მზად უნდა იყოს როგორც სწავლებისთვის, ასევე სწავლისთვის, უნდა ჰქონდეს ლოიალური დამოკიდებულება კულტურული განსხვავებების მიმართ და გახსნილი უნდა იყოს სიახლეებისთვის. ეს დამოკიდებულებები გადამწყვეტია მშობლებთან და ბავშვთან პარტნიორული ურთიერთობისთვის.

ქრონიკული დაავადების მქონე მოზარდისთვის პედიატრიდან ზრდასრული ადამიანების ექიმთან გადასვლა შესაძლებელია არ იყოს მარტივი პროცესი. ეს მოზარდები იცვლიან არა მხოლოდ ექიმსა და ხანდახან დაზღვევის პროვაიდერს, არამედ ისინი გადადიან ზრდასრული ადამიანის ცხოვრებაში, სადაც ისინი სწავლობენ საკუთარ თავზე მეტი პასუხისმგებლობების აღებას. ახლახან ჩატარებულ გამოკითხვაში, ჯანმრთელობის განსაკუთრებული მოთხოვნილებების მქონე ახალგაზრდების ნახევარზე ნაკლებმა დააკმაყოფილა ცვლილებისთვის საჭირო კრიტერიუმები. აფრიკელ-ამერიკელები, ჰისპანიკური, დაბალი შემოსავლის მქონე და უფრო სერიოზული ჯანმრთელობის მდგომარეობის მქონეები უფრო ნაკლებად აკმაყოფილებდნენ ამ კრიტერიუმებს და შესაბამისად საჭირო ცვლილებებსაც უფრო ნაკლებად გადიოდნენ. ექთნებს შეუძლიათ დაეხმარონ ბავშვებს მათი მზადყოფნის გადამოწმებით და წინასწარი შემზადებით მომავალი ცვლილებებისთვის. ექთანს შეუძლია დაგეგმოს, თუ როგორ მოხდება ეს ცვლილებები და შეასრულოს შუამავლის როლი პედიატრსა და მოზარდების ექიმს შორის. კარგად ნაცნობი თანადგომა ყველაზე კარგი წყაროა ასეთ მნიშვნელოვან დროს.

ცხოვრების პოტენციური გამოსავლები

ექთნებს აქვთ მშობლებთან და ბავშებთან ახლოს მუშაობის პრივილეგია, როდესაც ისინი ერკვევიან მათ მდგომარეობაში, შეისწავლიან ბავშვის დაავადებასა და ცდილობენ შეინარჩუნონ ნორმალიზაცია მათ ოჯახში. ექთნები იქნებიან მათ გვერდით როგორც სიხარულის, ასევე მწუხარებისა და მათი სიცოცხლის გადარჩენისთვის ბრძოლის დროს. ეს, თავის მხრივ, ექთნებსაც აძლევს შესაძლებლობას, რომ დაინახონ საკუთარი თავი ახალი მნიშვნელობითა და პერსპექტივით.

საკვანძო საკითხები

- ქრონიკული დაავადებები, ბავშვებში მოიცავს სხვადასხვა სახის ფიზიკურ, ემოციურ და კოგნიტურ პრობლემებს, რომელიც გრძელდება სულ მცირე 3 თვის განმავლობაში და ხელს უშლის ბავშვს, ასაკისთვის შესაბამისი ფიზიკური, ინტელექტუალური, ფსიქოლოგიური და სოციოკულტურული განვითარების ფუნქციების ჩამოყალიბებაში;
- ბავშვებში ქრონიკული დაავადებების მახასიათებლებია: სიმპტომების გამოვლინება, მდგომარეობის ტრაექტორია, ზეგავლენა გარეგნობაზე, ზეგავლენა ბავშვის ყოველდღიურ ფუნქციონირებაზე, ზეგავლენა ქცევასა და სხვასთან კავშირზე და როგორი სახის ან რა სიხშირით საჭიროებს ის ზრუნვას;
- ქრონიკულ დაავადებას ჭირდება ბავშვის, და/ძმისა და მშობლების მხრიდან ცვლილებებსა და პასუხისმგებლობასთან შეგუება, ახალი უნარ-ჩვევების დასწავლა, მდგომარეობის მიმართ გაურკვევლობის დაძლევა და ცხოვრების ნორმალიზაცია;
- ბავშვის ასაკი და განვითარების დონე, ზეგავლენას ახდენს ქრონიკულად დაავადებულ ბავშვში მდგომარეობის დაძლევის სტრატეგიებზე;
- მშობლების ადაპტაციისთვის დადგენილი მოთხოვნილებებია: მდგომარეობასთან შეგუება, მდგომარეობის მენეჯმენტი, ბავშვის განვითარებისთვის შესაბამისი საჭიროებების მობილიზება, სტრესისა და კრიზისული პერიოდების დაძლევა, ოჯახის სხვა წვერების დახმარება გრძნობების მართვაში, სხვების განსწავლა შვილის მდგომარეობის შესახებ და მხარდამჭერი სისტემის ჩამოყალიბება;
- ქრონიკულად დაავადებული ბავშვის მოთხოვნილებები, ხშირად, მშობლებისთვის წარმოადგენს დამატებით ტვირთს, გადაჭარბებულად დიდ პასუხისმგებლობას. მოცემული, შეიძლება გამწვავდეს ქრონიკული დაღლილობით, მუდმივი სიფხიზლითა და ბავშვზე ზრუნვის აუცილებლობით;
- ჯანმრთელი და-ძმის ფსიქოსოციალური კეთილდღეობა და მათ მიერ ინფორმაციის საჭიროება გათვალისწინებული უნდა იყოს მოვლის პროცესში;
- ექთნები თამაშობენ მნიშვნელოვან როლს მოსმენაში, ერთობლივად პრობლემების იდენტიფიცირებასა და მოგვარებაში, სწავლებაში. შესაბამისად, ისინი ეხმარებიან ბავშვს და მის ოჯახს კონტროლის დამყარების მიღწევაში.

გასამეორებელი აქტივობები:

1. აღწერეთ ქრონიკული მდგომარეობის ხილვადობის პოტენციური ზეგავლენა ბავშვზე, ოჯახსა და გარშემომყოფებზე;

2. აღწერეთ ქრონიკულად დაავადებული ბავშვის დამოკიდებულება სხვა ბავშვზე, და/ძმასა და მშობლებზე;

3. ქრონიკულად დაავადებული ბავშვის მშობლებმა, სულ ცოტა ხნის წინ გაიგეს დიაგნოზის შესახებ და ესაუბრებიან ექთანს ბავშვზე მოვლის საკითხებზე. აღწერეთ ექთნის მიდგომა, რომელიც იყენებს დეფიციტური-ორიენტაციის და ჯანმრთელობაზე ორიენტირებული მოდელებს ქრონიკულად დაავადებულ პაციენტთან;

4. ჩამოთვალეთ მაგალითები, როგორ იმოქმედებდა ბავშვის განვითარების დონე მის დამოკიდებულებაზე ქრონიკული დაავადების მიმართ. როგორ მოქმედებს ბავშვის ქრონიკული მდგომარეობა მის განვითარებაზე?

5. განიხილეთ ის აშშ-ის ფედერალური კანონები, რომლებსაც გავლენა აქვთ ქრონიკულად დაავადებული ბავშვების განათლების უფლებებზე;

6. აღწერეთ ის გამოწვევები, რომელსაც ხვდებიან ქრონიკულად დაავადებული ბავშვის მშობლები;

7. აღწერეთ დაგეგმილი მოვლის გავლენა ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვის მოვლაზე;

8. როგორი იქნებოდა ექთნის პასუხი იმ შემთხვევაში, როდესაც მშობელი ეუბნება ქრონიკულად დაავადებული შვილის და/ძმას არასოდეს გაუბრაზდეს მას?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Admi, H. (1996). Growing up with a chronic health condition: A model of an ordinary lifestyle. Qualitative Health Research, 6(2), 163–183.
- Admi, H., & Shaham, B. (2007). Living with epilepsy: Ordinary people coping with extraordinary situations. Qualitative Health Research, 17(9), 1178–1187.
- Badlan, K. (2006). Young people living with cystic fibrosis: An insight into their subjective experience. Health and Social Care in the Community, 14, 264–270.
- Baines, J. M. (2009). Promoting better care: Transition from child to adult services. Nursing Standard, 23(19), 35–51.
- Batte, S., Watson, A. R., & Amess, K. (2006). The effects of chronic renal failure on siblings. Pediatric Nephrology, 21, 246–250.
- Bellin, M., Kovacs, P. J., & Sawin, K. J. (2008). Risk and protective influences in the lives of siblings of youths with spina bifida. Health & Social Work, 33(3), 199–209.
- Boyles, C., Bailey, P., & Mossey, S. (2008). Representations of disability in nursing and healthcare literature: An integrative review. Journal of Advanced Nursing, 62, 428–437.
- Branstetter, J. E., Domian, E. W., Williams, P. D., Graff, J. C., & Piamjariyakul, U. (2008). Communication themes in families of children with chronic conditions. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 31, 171–184.
- Burton, P., Lethbridge, L., & Phipps, S. (2008). Children with disabilities and chronic conditions and longer-term parental health. Journal of Socio-Economics, 37, 1168–1186.
- Carpentier, M., Mullins, L., Wagner, J., Wolfe-Christensen, C., & Chaney, J. (2008). Examination of the cognitive diathesis-stress conceptualization of the hopelessness theory of depression in children with chronic illness: The moderating influence of illness uncertainty. Children's Healthcare, 36, 181–196.
- Cashin, G., Small, S., & Solberg, S. (2008). The lived experience of fathers who have children with asthma: A phenomenological study. Journal of Pediatric Nursing, 23, 372–385.
- Coffey, J. (2006). Parenting a child with chronic illness: A metasynthesis. Pediatric Nursing, 32, 51–59.
- Davidoff, A., Hill, I., Courtot, B., & Adams, E. (2008). Are there differential effects of managed care on publicly insured children with chronic health conditions? Medical Care Research and Review, 65(3), 356–372.
- Dluhy, N. M. (1995). Mapping knowledge in chronic illness. Journal of Advanced Nursing, 21, 1051–1058.
- Eaton, N. (2008). "I don't know how we coped before": A study of respite care for children in the home and hospice. Journal of Clinical Nursing, 17, 3196–3204.
- Erickson, C. D., Splett, P. L., Mullett, S. S., & Heiman, M. B. (2006). The healthy learner model for student chronic condition management – Part 1. Journal of School Nursing, 22(6), 310–318.

- Guell, C. (2007). Painful childhood: Children living with juvenile arthritis. Qualitative Health Research, 17, 884–892.
- Hallstrom, I., & Elander, G. (2007). Families' needs when a child is long-term ill: A literature review with reference to nursing research. International Journal of Nursing Practice, 13, 193–200.
- Holm, K., Patterson, J., Rueter, M., & Wamboldt, F. (2008). Impact of uncertainty associated with a child's chronic health condition on parents' health. Families, Systems and Health, 26, 282–295.
- Kirk, S. (2008). Transitions in the lives of young people with complex healthcare needs. Child: Care, Health and Development, 34, 567–575.
- Kuhlthau, K., Hill, K., Fluet, C., Meara, E., & Yucel, R. (2008). Correlates of therapy use and expenditures in children in the United States. Developmental Neurorehabilitation, 11(20), 115–123.
- Lotstein, D., Ghandour, R., Cash, A., McGuire, E., Strickland, B., & Newacheck, P. (2009). Planning for health care transitions: Results from the 2005–2006 National Survey of Children with Special Health Care Needs. Pediatrics, 123, e145–e152.
- MacDonald, H. & Callery, P. (2007). Parenting children requiring complex care: A journey through time. Child: Care, Health and Development, 34, 207–213.
- McAnarney, E., Pless, I., Satterwhite, B., & Friedman, S. (1974). Psychological problems of children with chronic juvenile arthritis. Pediatrics, 53(4), 523–527.
- McMullen, A., Yoos, H. L., Anson, E., Kitzman, H., Halterman, J. S., & Arcoleo, K. S. (2007). Asthma care of children in clinical practice: Do parents report receiving appropriate education? Pediatric Nursing, 33(1), 37–44.
- Murphy, N., Christian, B., Caplin, D., & Young, P. (2006). The health of caregivers for children with disabilities. Child: Care, Health and Development, 33, 180–187.
- Newacheck, P. W., & Kim, S. E. (2005). A national profile of health care utilization and expenditures for children with special health care needs. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 159, 10–17.
- Nolan, K., Orlando, M., & Liptak, G. (2007). Care coordination services for children with special health care needs: Are we family– centered yet? Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare, 25(3), 293–306.
- Perrin, J., Bloom, S., & Gortmaker, S. (2007). The increase of childhood chronic conditions in the United States. Journal of the American Medical Association, 297, 2755–2759.
- Protudjer, J., Kozyrskyj, A., Becker, A., & Marchessault, G. (2009). Normalization strategies of children with asthma. Qualitative Health Research, 19, 94–104.
- Rodriguez, N., & Patterson, J. (2007). Impact of severity of a child's chronic condition on the functioning of two-parent families. Journal of Pediatric Psychology, 32(4), 417–426.

- Sawyer, S., Drew, S., Yeo, M., & Britto, M. (2007). Adolescents with a chronic condition: Challenges living, challenges treating. The Lancet, 369, 1481–1489.
- Smith, F., Taylor, K., Newbould, J., & Keady, S. (2008). Medicines for chronic illness at school: Experiences and concerns of young people and their parents. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 33, 537–544.
- Taylor, R., Gibson, F., & Franck, L. (2008). The experience of living with a chronic illness during adolescence: A critical review of the literature. Journal of Clinical Nursing, 17, 3083–3091.
- U.S. Department of Health and Human Resources. (2008). The national survey of children with special health care needs chartbook 2005–2006. Retrieved January 13, 2008, from http://mchb.hrsa.gov/cshcn05/.
- van der Lee, J., Mokkink, L., Grootenhuis, M., Heymans, H., & Offringa, M. (2007). Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: A systematic review. Journal of the American Medical Association, 297(24), 2741–2751.
- Van Staa, A., Jedeloo, S., Latour, J., & Trappenburg, M. (2008). A normal life with an unhealthy body: Self-identity in adolescents growing up with chronic illness. Pediatrics, 121(S2), S103.
- Waite-Jones, J., & Madill, A. (2008a). Amplified ambivalence: Having a sibling with juvenile idiopathic arthritis. Psychology and Health, 23(4), 477–492.
- Waite-Jones, J., & Madill, A. (2008b). Concealed concern: Fathers' experiences of having a child with juvenile idiopathic arthritis. Psychology and Health, 23(4), 585–601.
- Wales, S., & Crisp, J. (2007). The views of nurses on adherence in school-aged children with a chronic illness. Neonatal, Pediatric, and Child Health Nursing, 10(2), 5–10.
- Walker, J., Winkelstein, M., Land, C., Lewis-Boyer, L., Quartey, R., Pham, L., & Butz, A. (2008). Factors that influence quality of life in rural children with asthma and their parents. Journal of Pediatric Health Care, 22, 343–350.
- Waters, A. (2008). An ethnography of a children's renal unit: Experiences of children and young people with long-term renal illness. Journal of Clinical Nursing, 17, 3103–3114.
- Woodgate, R., Ateah, C., & Secco, L. (2008). Living in a world of our own: The experience of parents who have a child with autism. Qualitative Health Research, 18, 1075–1083.
- Wong, M., & Heriot, S. (2008). Parents of children with cystic fibrosis: How they hope, cope, and despair, Child: Care, Health and Development, 34, 344–354.
- Yantzi, N., Rosenberg, M., & McKeever, P. (2006). Getting out of the house: The challenges mothers face when their children have long-term care needs. Health and Social Care in the Community, 15, 45–55.

თავი 12

ტკივილის მართვა

ამ თავში განხილულია:

1. ტკივილის ფიზიოლოგია, ტკივილის კარიბჭის თეორიის ჩათვლით;
2. ტკივილზე გავრცელებული შეხედულებები;
3. ტკივილის წარმოშობასა და მისი შეფასების სტრატეგიაში არსებული აღმოჩენები;
4. ტკივილის შეფასების სხვადასხვა შკალა ბავშვებში და მათი სხვადსხვა ასაკობრივ ჯგუფებში გამოყენება;
5. ბავშვთა ტკივილის მართვის არა ფარმაკოლოგიური ტექნიკა;
6. ოპოიდური და არაოპოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების გამოსაყენებელი დოზები ასაკთან შესაბამისობაში და გვერდითი მოვლენები;
7. ქრონიკული და მწვავე ტკივილის განსხვავება;
8. ოჯახებისთვის იმ აუცილებელი ინფორმაციის მიწოდება, რომელიც საჭიროა ტკივილის მქონე პაციენტის ბინაზე სამართავად.

ტკივილი, ეს არის მნიშვნელოვანი სიმპტომი ბავშვებში, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს ზეწოლით, ზედმეტი გადაჭიმვით, ჭრილობით ან ქსოვილებზე ჟანგბადის არასაკმარისი მიწოდებით. ტკივილი ასევე შეიძლება იყოს ერთადერთი სიმპტომი სპეციფიური დაავადების, ჯანმრთელობის პრობლემის ან მკურნალობის შედეგისა. პროფესიონალების უმრავლესობა თვლის, რომ ბავშვები უფრო ნაკლებად მგრძნობიარენი არიან ტკივილის მიმართ, ვიდრე ზრდასრულები. პედიატრიული ტკივილის მართვა და მასთან დაკავშირებული სტრატეგიები სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია დროული ჰოსპიტალიზაციისა და ეფექტური დახმარებისათვის.

ტკივილის დროული მოხსნა მნიშვნელოვანია როგორც ფიზიოლოგიური, ისე ფსიქიკური თვალსაზრისით. მაგ., ჩვილი, რომელსაც ჩატარებული აქვს წინადაცვეთა ყოველგვარი ანესთეზიის გარეშე, აღმოჩნდა, რომ უფრო ისტრესება იმუნიზაციის პერიოდში (განმავლობაში) ვიდრე ის ჩვილები, რომელთაც გაუკეთდათ ანესთეზია, ან საერთოდ არ ჩატარებიათ წინადაცვეთა. კვლევებზე დაფუძნებულ პრაქტიკულ გზამკვლევში მოცემულია, რომ ლოკალური ტკივილის მოხსნა აუცილებელია წინადაცვეთის პროცესში. შესაბამისად, ჩვილებში და ბავშვებში უნდა იყოს გამოყენებული ეფექტური ანალგეზია, ტკივილის შესამსუბუქებლად ან აღმოსაფხვრელად, იქნება ეს მედიკამენტოზური თუ სხვა ინტერვენცია.

ამ თავში აღწერილია პედიატრიული ტკივილი ბავშვთა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუ-

ფებში, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როცა პაციენტს არ შეუძლია ტკივილის გადმოცემა. მწვავე ტკივილი ძირითადად გრძელდება სამიდან ხუთ დღემდე, რომელსაც გააჩნია სპეციფიური მიზეზი, როგორიცაა მწ. ქირურგიული ტკივილი ან ჭრილობა. მწვავე ტკივილი განხვავდება ქრონიკულისგან ან იმ ტკივილისგან, რომელიც გრძელდება ხანგრძლივი დროით ან ხანგრძლივად მორეციდივეა. ტკივილის ყველა მკურნალობა მოიცავს: პაციენტის შკალების დახმარებით, დროულ, შეფასებას, ტკივილის ინდიკატორების გადახედვასა და მისი ხასიათის აღწერას. (სურათი 12-1)



**სურათი 12-1. ბავშვი განიცდის ტკივილს,
რომელსაც გამოხატავს სერიოზულობითა და მწუხარებით**

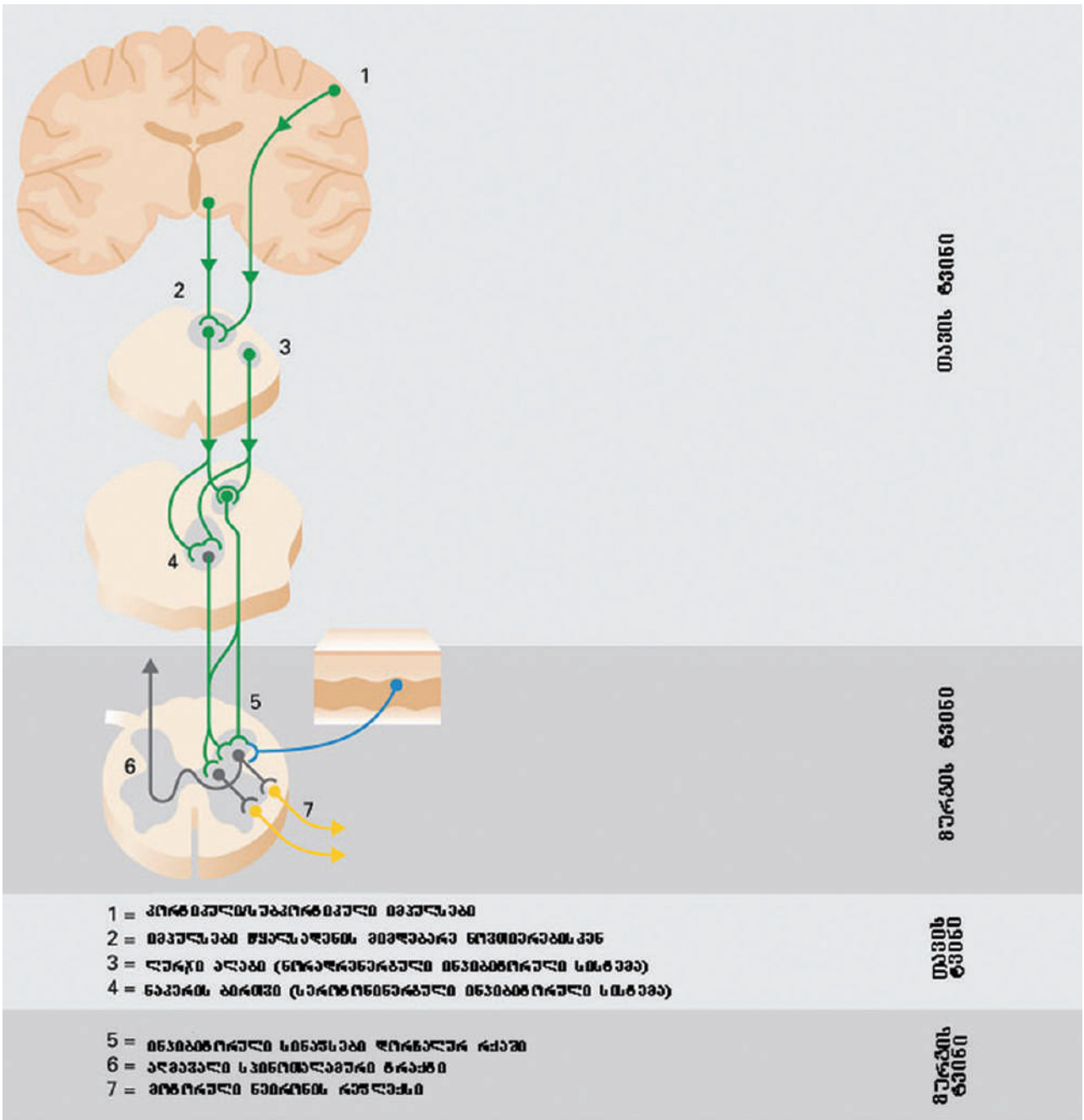
ტკივილის ფიზიოლოგია

ნუციცეპტორები არის ნერვის თავისუფალი დაბოლოება, სადაც განლაგებულია ტკივილის სპეციფიური რეცეპტორები და მოთავსებულია მთელი სხეულის ქსოვილებში. არსებობს 2 სახის ნუციცეპტორები: C-ნერვის ბოჭკოები (ნელი გამტარობის არამიელინიზებული აქსონები, რომელსაც ახასიათებს დიფუზურობა, ყრუ ტკივილი, წვის შეგრძნება და ქრონიკული ტკივილი) და A-დელტა ნერვის ბოჭკოები (მიელინიზებული ნერვები, რომელიც იმპულსებს ატარებს უფრო სწრაფად, არის კარგად ლოკალიზებული ძლიერი ტკივილი). როცა ეს რეცეპტორები სტიმულირდება რაიმე გამღიზიანებლით (მექანიკური, ქიმიური ან თერმული), ტკივილის იმპულსები იწყებს მოქმედებას – ამას ეწოდება ტრანსდუქცია. ტრანსდუქცია იწვევს ტკივილის იმპულსის მოძრაობასა და გადაადგილებას ზურგის ტვინის პერიფერიულ ნერვებს შორის და შემდეგ თავის ტვინისკენ (სურათი 12-2).

ტკივილის იმპულსების ინტენსივობა და ხანგრძლიობა მოდულირებულია ნერვული აქტივობით და ქიმიური ფაქტორებით – ამას ეწოდება მოდულაცია. განსაკუთრებით გახანგრძლივებული C– ბოჭკოების გაღიზიანება იწვევს ქიმიური კასკადის გამოთავი-

სუფლებას, რომელიც ასტიმულირებს N – მეთილ D – ასპარტატ (NMDA) რეცეპტორებს, რაც იწვევს ზურგის ტვინის უფრო მომატებულ მგრძნობელობას ტკივილზე. ქიმიური მედიატორების გამოთავისუფლება, როგორიცაა სუბსტანცია P, ნეიროპეპტიდი ასენსიბილიზებს ნერვულ დაბოლოებებს და ზრდის იმპულსების გატარების სიჩქარეს.

ტკივილის აღქმა მოიცავს იმპულსების გადაცემის კასკადს. ტკივილის ლოკაცია აღიქმება ტვინის ქერქში, სადაც ამოიცნობა, ტკივილის იმპულსი საიდან მოდის. თუმცა უკანასკნელი კვლევებით ნანახია, რომ ფართო, მასიური ტკივილი მოიცავს თალამუსს და ზოგიერთ სომატოსენსორულ სტრუქტურებს. ტკივილის კასკადის მართვაში უმნიშვნელოვანესია ახალი ინფორმაციის მოძიება მკურნალობისა და ფარმაკოლოგიური მენეჯმენტის შესახებ.



სურათი 12-2. ტკივილის ფიზიოლოგია[11]

[11] http://www.pain.org.ge/pain/physiology/spinalway/datrgunva1.jpg

კარიბჭის კონტროლის თეორია

კლასიკური ტკივილის კარიბჭის კონტროლის თეორია აიხსნება ტკივილის იმპულსების გადაადგილებით და მისი ინტერპრეტირებით სხეულში. დორზალური რქის დონეზე ხდება კარიბჭის მექანიზმით ტკივილის იმპულსების გატარება ან დაბლოკვა. გრძელ ბოჭკოებში ხდება ტკივილის შეგრძნების ინჰიბირება, მოკლე ბოჭკოები საშუალებას აძლევს ტკივილის შეგრძნებას გაატაროს და მიაღწიოს თავის ტვინამდე. და მაინც, სტიმულირებადი აფერენტული გრძელი ნერვებია, რომელიც ატარებს ტკივილის ისეთ იმპულსებს როგორიცაა: თითის დაჟეჟილი ჭრილობა ან თერმული დაზიანება (ცივით ან ცხელით), შეიძლება ასევე ყრუ და ბუნდოვანი ტკივილის შეგრძნება.

კარიბჭის შესაძლებლობა, გაიღოს ან დაიხუროს, დამოკიდებულია სტიმულაციაზე, ემოციურ მდგომარეობაზე, შიშსა და მღელვარებაზე, ყურადღების კონცენტრირების სირთულეზე, შეგრძნებასა და მახსოვრობაზე. ეს ფიზიოლოგიური პასუხი მტკიცდება ტკივილის შეფასებითა და მკურნალობით.

პედიატრიული ტკივილის შესწავლა

პედიატრიული ტკივილის ადრეული აღწერა ფოკუსირებულია არაადეკვატურ ანალგეზიაზე იმ ბავშვებში, რომელთაც აქვთ მწვავე ან პოსტოპერაციული ტკივილი. ზრდასრულები ხშირად გადაჭარბებულად აღწერენ ტკივილს, რომელიც ძირითადად სიმულაციურია. ექიმისა და მშობლის როლი ბავშვის ტკივილის მართვაში უმნიშვნელოვანესია.

Anand და Hickey-მა აღწერეს ტკივილის ფენომენი ჩვილებში. კვლევის მიხედვით ტკივილის მართვა უფრო ეფექტურია ჩვილებში პოსტოპერაციულ ავადობასთან და სიკვდილობასთან შედარებით. იმ დროისთვის, ჩვილების საკონტროლო ჯგუფში არ კეთდებოდა ანესთეზია თორაკოტომიისას. ექსპერიმენტულ ჯგუფში, სადაც გაკეთდა ზოგადი ანესთეზია, ასევე მოხდა პოსტოპერაციული ტკივილის მართვა, გამოჩნდა მნიშვნელოვნად გამოხატული გაუმჯობესება პოსტოპერაციულ ავადობასა და სიკვდილობაში.

ტკივილის შეფასებისათვის სხვადასხვა შკალები გამოიყენება ბავშვებში. ასევე უნდა განისაზღვროს ბავშვის უნარი, რამდენად შეუძლია აღწეროს ტკივილის ხარისხი და ინტენსივობა. სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფისა და კოგნიტური განვითარების ბავშვებში ტკივილის შეფასებისათვის გამოიყენება ციფრები, ფერები, სახის გამომეტყველება ან ნახატები.

ორგანიზმის ზრდასთან ერთად პერიოდული გამოკვლევა დამხმარე საშუალებაა სიმსივნური ან იმუნიზაციური ტკივილის მკურნალობისთვის ბავშვებში. მაგ., პედიატრიულ პაციენტს, რომელიც უსმენს მუსიკას მტკივნეული პროცედურის დროს, უფრო შემცირებული აქვს ტკივილის ინტენსივობა და მცირედი ცვლილებაა ვიტალურ პარამეტრებში, ვიდრე იმ პაციენტში, რომელიც არ უსმენს მუსიკას. მსგავსია ეფექტი, როცა გამოყენებულია ისეთი ქცევითი თერაპია როგორიცაა მართული გონება (წარმოდგენილი გამოსახულებები – წარმოსახვები გონებაში), ჰიპნოზი და მომადუნებელი მეთოდები.

სხვა მკვლევარები აღწერენ მედდის მიერ ტკივილის ზუსტ აღქმას. ექთნის განათლების დონე, ტკივილის პერსონალური განცდა და მუშაობის პრაქტიკა დიდ როლს თამაშობს მის გადაწყვეტილებაში გამოიყენოს ან არ გამოიყენოს მედიკამენტი ტკივილის აღმოსაფხვრელად. გახანგრძლივებული ტკივილის ზუსტი შეფასება და გაუმჯობესება

პირდაპირ კავშირშია მედდის განათლების დონესთან ტკივილთან მიმართებით და მის გამოცდილებასთან. ასევე მნიშვნელოვანია პაციენტისა და მშობლის განათლება. არსებობს მცდარი წარმოდგენები პედიატრიული ტკივილის შესახებ. დეტალები იხილეთ ცხრილში 12-1.

ცხრილი 12-1. მცდარი წარმოდგენები პედიატრიულ ტკივილზე

მცდარი წარმოდგენა	სამეცნიერო კვლევის შედეგი
ჩვილები და მცირე ასაკის ბავშვები ვერ აღიქვამენ, ვერ შეიგრძნობენ ან არ ამახსოვრდებათ ტკივილი.	ადამიანის ნაყოფს შეუძლია ტკივილის იმპულსების გადაცემა 30 კვირის გესტაციიდან. ასევე ჩვილები რეაგირებენ განმეორებით მავნე სტიმულებზე.
ჩვილები და მოზარდები უფრო სენსიტიურები არიან ოპოიდური მედიკამენტების მიმართ, ვიდრე ზრდასრულები.	წონის შესაბამისი ოპოიდური მედიკამენტების მიღებისას ბავშვებში, ისევე როგორც ზრდასრულებში, ვითარდება მსგავსი გართულება: რესპირატორული დეპრესია და ჰიპოტენზია.
ტკივილს უნდა გაუძლო, რათა მდგრადი ხასიათი ჩამოგიყალიბდეს.	ტკივილისას ბავშვი წყვეტს ძილს, თამაშს და კვებას. ბავშვი, რომელიც ჰოსპიტალიზაციის, ტრავმის ან ავადობის გამო განიცდის ტკივილს მკურნალობისგან იღებს დადებით შედეგს.
ოპიოიდური დამოკიდებულების რისკი კრძალავს ტკივილის სათანადო მკურნალობას.	ოპიოიდურ ანალგეტიკებზე დამოკიდებულების გაჩენის რისკი ამ ასაკობრივ ჯგუფებში დაბალია.
ბავშვებს, რომლებსაც შეუძლიათ ძილი, თამაში ან გართობა არ განიცდიან ტკივილს.	ტკივილისას ბავშვთა უმრავლესობა ჩაერთვება თამაშში ან დაიძინებს, რითიც ცდილობენ ყურადღება გადაიტანონ ტკივილიდან. აუცილებელია, პაციენტის რეგულარული შეფასება ტკივილზე და მისი შესაბამისი მკურნალობა.

ბავშვის განვითარება და ტკივილი

ბავშვის მიერ ტკივილის ინტერპრეტირება და აღქმის უნარი დამოკიდებულია კოგნიტური განვითარების დონეზე. ტკივილის შეგრძნება გავლენას ახდენს ბავშვის ქცევაზე. (ცხრილი 12-2)

ჩვილები

ჩვილები უფრო ნაკლები ინტენსივობით გრძნობენ ტკივილს, ვიდრე მოზრდილი ბავშვები და ზრდასრულები, რადგან მათი ნერვული სისტემა მოუმწიფებელია. ფეტუსსა და ჩვილს შეუძლია შეიგრძნოს და საპასუხო რეაქცია ჰქონდეს მტკივნეულ სტიმულზე. ნეონატს შეუძლია აღიქვას მწვავე, გახანგრძლივებული და ქრონიკული ტკივილი, რადგან ტკივილის სისტემა აქტივირებული და მოდულირებულია. უწყვეტმა ტკივილმა შეიძლება გამოიწვიოს მუდმივი ცვლილება ტკივილის სისტემაში, ასევე, ეს სიგნალები ზურგის ტვინისა და სუპრასპინალურ დონეზეც არის შეცვლილი. ეს იწვევს ტკივილის ინტენსივობის გაზრდას. დროულ ახალშობილს მტკივნეულ სტიმულზე შეიძლება ჰქონდეს

სხვა ტირილისგან გამორჩეული ტირილი. ეს ტირილი არის უფრო ხმამაღალი კივილი, რომელსაც თან სდევს პერიოდული აპნოე, შემდეგ სუნთქვის გაძნელების რამდენიმე ეპიზოდი და მოვლითი ტირილის მოულოდნელი აფეთქებები. ასეთი ტკივილი ხშირად არის სხვა სტიმულით გამოწვეული, როგორიცაა შიმშილი ან სიცივე, მაგრამ ტკივილის აშკარად გამოხატული ხასიათი უნდა იყოს განგაშის სიგნალი მედდისთვის, რომ ეჭვი მიიტანოს ტკივილის არსებობაზე. სახის გამომეტყველება ტკივილის პირველადი გამოსახულებაა, რომელსაც შეიძლება თან ერთვოდეს ტირილი. ტირილის განმავლობაში წარბი ღრმა ნაოჭს აკეთებს, პირი ღიაა – კვადრატის ფორმის და ენა დაჭიმული და მკვრივი. ტკივილისმიერი სახე რომ შეფასდეს, ამისთვის საჭიროა სოციო-კულტურული დამახასიათებელი სახის გამომეტყველების ცოდნა.

ცხრილი 12-2.

ფაზა	განვითარების ამოცანა	რეაქცია ტკივილზე
ჩვილი	სანდო vs არასანდო სენსომოტორული	ტირილი, შეკრული შუბლი, პირზე ტირილის გრიმასა
3 წლამდე ასაკი	ავტონომია vs სირცხვილი და ყოყმანი; სენსომოტორული	ტირილი, წივილი, პროტესტი
სკოლამდელი ასაკი	ინიციატივა vs დატყვევებული, წინასაოპერაციო აზროვნება	ტირილი, სხეულის ნაწილების ლოკალიზება, მტკივნეული პროცედურების განჭვრეტა
სკოლის ასაკი	განვითარება vs განუვითარებლობა კონკრეტული ოპერაციები	სხეულის აღქმის პრობლემები, შიძლება ამ ასაკში ბავშვმა იფიქროს, რომ ტკივილი სასჯელია
მოზრდილი ასაკი	იდენტობა vs არაიდენტობა	თუ წარმოვიდგენთ, რომ ტკივილს შეიძლება ვუმკურნალოთ, მაშინ შეიძლება ტკივილი შემცირდეს

3 წლამდე ასაკის ბავშვები

სამედიცინო პირის მიერ რაიმე სახის ინტერვენცია თოდლერებში[12] ან ჰოსპიტალიზაცია აღიქმება, როგორც რაიმე სიახლე და გამოცდილების ცვლილებები. ხშირად მტკივნეულ პროცედურასთან ექსპოზიცია ასოცირებულია მშობლის, მომვლელის სეპარაციასთან – დაშორებასთან, რაც აძლიერებს თოდლერის შფოთვას და ამწვავებს ტკივილს. ამრიგად, თოდლერების ასაკთან შესაბამისი პროტესტი უსიამოვნო პროცედურაზე, შეიძლება იყოს დამაბნეველი ტკივილის ნიშანთან ერთად. როცა 3 წლამდე ასაკის ბავშვს სტკივა ადვილია ამის იდენტიფიცირება, მაგრამ ძნელია ტკივილის ხარისხის განსზღვრა.

[12] იგულისხმება 1-3 წლამდე ასაკის ბავშვი.

სკოლამდელი ასაკი

ტკივილზე პასუხი შეიძლება იყოს შემსუბუქებული და ნაკლებად ფიზიკური, ვიდრე ამ ასაკშია მოსალოდნელი. ფიზიკური აქტივობის შემცირება განსაზღვრავს სკოლამდელი ბავშვების ტკივილს, რადგან ამ ასაკის ბავშვებს არ შეუძლიათ ერთ ადგილას გაჩერება ხანგრძლივი დროით. ბავშვს თუ არ შეუძლია უპრობლემოდ ხტუნვა ან ცქმუტვა, შესაძლებელია რომ მას სტკიოდეს. ამ ასაკში ასევე არ შეუძლიათ აღწერონ ტკივილის ზუსტი ლოკალიზაცია და ძირითადად კუჭის ადგილზე ან მუცლის მიდამოზე მიუთითებენ ყველაზე. მოთამაშე ბავშვმა შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს დიაგნოზზე გასვლის მხრივ, რადგან ამ დროს ბავშვს თამაშის დროს ყურადღება გადააქვს ტკივილიდან სხვა რამეზე. ზოგ სკოლამდელს თამაში ეხმარება ტკივილის გადმოცემაში. მაგ., ხატვა ან რაიმე სახის მოქმედება ბავშვს ეხმარება გადმოსცეს თავისი გრძნობები უკეთ, ვიდრე სიტყვებით. (სურათი 12-3).



სურათი 12-3. სამედიცინო თამაში, პროცედურის ჩატარებამდე, რომელიც ბავშვს მტკივნეული მანიპულაციის გადატანას უადვილებს

სკოლის ასაკი

სკოლის ასაკის ბავშვები არიან კონკრეტულად მოაზროვნეები, სწავლობენ მიზეზს და ეფექტს, ხშირად ტკივილს აღიქვამენ „ყველაფერი ან არაფერი“-ს ფენომენით. ხშირად ბავშვები ამბობენ რომ ტკივილი დღეს უფრო ნაკლებია, ვიდრე გუშინ იყო, ამასთან სვამენ კითხვებს ტკივილის შესახებ. უფრო მეტად ტკივილი ერთი და იმავე ინტენსივობისაა, სანამ სრულად არ გაივლის. ამ ასაკის ზოგიერთ ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს წინასწარ განზრახული იდეა, როგორ უმკურნალოს ტკივილს. ბავშვებს ამ პერიოდში ასე თუ ისე აქვთ წარმოდგენა საკუთარი სხეულის შესახებ და ეშინიათ ნებისმიერი ინტერვენციის. შეხვეული ჭრილობა ბავშვს ეხმარება შეუმცირდეს შფოთი და ტკივილის შეგრძნება. ამ დროს ბავშვები საჭიროებენ გარემოს კონტროლს და რამდენადაც შე-

საძლებელია უნდა მივცეთ არჩევნის საშუალება. ბავშვმა შეიძლება უმნიშვნელო რამის გამო პროცედურის მსვლელობისას მოულოდნელად უარი განაცხადოს დახმარების გაგრძელებაზე. წინასწარმა შფოთვამ და ნერვიულობამ შეიძლება გააძლიეროს ტკივილის შეგრძნება. ექთანმა აუცილებლად უნდა მოახდინოს ინფორმირება ჩარევის დროს მოსალოდნელი ტკივილის შესახებ. მკურნალობის მეთოდებზე შეთანხმება უნდა მოხდეს მტკივნეულ პროცედურამდე.

მოზარდები

მოზარდმა შეიძლება დამალოს ტკივილი (ატარებს და აიტანს ტკივილს), იყოყმანოს ტკივილზე საპასუხო რეაქციაზე თუ დარწმუნებულია, რომ ყველაფერი კარგად იქნება. ხშირად უარყოფენ ტკივილს რომ დაამტკიცონ თვისი სიძლიერე ან რაც შეიძლება, მალე დატოვონ ჰოსპიტალი. მოზარდი მონდომებულია, რომ დემონსტრაცია გაუკეთოს თავის ზრდასრულობას (რომ უკვე დიდია) მნიშვნელოვანი ტკივილის მოხსნით, ან ეს ტკივილი სხვა სიტუაციას დაუკავშიროს და იცის რომ ტკივილი მოეხსნება. ზოგიერთი მოზარდი დარწმუნებულია რომ ტკივილისთვის მიღებულმა წამალმა შეიძლება მიჩვევა გამოიწვიოს. დამატებით კულტურული და ოჯახური ღირებულებებისა და შეხედულებების მიხედვით წამლების გამოყენებამ შესაძლოა გავლენა მოახდინოს მოზარდის მიერ ტკივილის აღქმაზე და ტკივილის მართვაზე. როცა ტკივა მოზარდს, მედდა უნდა დაეთანხმოს მას და ხშირად შეაფასოს ტკივილი სხვადასხვა ეტაპზე. მოზარდი მიისწრაფვის დამოუკიდებლობისკენ, მაგრამ მნიშვნელოვანია მშობლებისა და ოჯახის წევრების ჩართულობა დისკუსიაში ეფექტური მკურნალობისთვის. მოზარდმა შეიძლება ტკივილი მოითმინოს და გადაიტანოს ყურადღება ვიდეოს ყურებით, აუდიოაპარატურის მოსმენით, ვიდეო თამაშებით ან ძილით. ნაკლები ჩართულობა დისკუსიაში არ ნიშნავს რომ მოზარდს ნაკლებად სტკივა, რადგან ყურადღება გადატანილი აქვს ტკივილის მართვის სტრატეგიაზე. მოზარდი უნდა იყოს კონსულტირებული და ჩართული განხილვაში, თუ მკურნალობის რომელი ტექნიკა იქნება ეფექტური და რომელი შეუმსუბუქებს ტკივილს.

ტკივილის შეფასება

ბავშვის ტკივილის სრულყოფილი და ზუსტი შეფასება უფრო ეფექტურს ხდის ჩარევას. დისკუსიის ზუსტი თანმიმდევრობით მიყოლა განსაზღვრავს სტრატეგიების და სამკურნალო მექანიზმების გამოყენებას პედიატრიულ პაციენტებთან.

საწყისი ანამნეზი მოიცავს ტკივილის ანამნეზს და სრულყოფილ ინფორმაციას ბავშვის წარსულში მომხდარი სხვა ტკივილის მკურნალობის სტრატეგიებისა და უპირატესობების შესახებ. მედდამ უნდა დაუსვას კითხვები ბავშვს და მის მომვლელს წინა ჩარევებთან და მკურნალობის სტრატეგიებთან დაკავშირებით, რაც დაეხმარა წარსულში ბავშვს ტკივილის დაძლევაში. PQRST ფორმატი ექთანს აწვდის საჭირო ინფორმაციას მშობლისგან, მომვლელისგან და ბავშვისგან, შემდეგ ბავშვი თვითონ აფასებს ტკივილს სპეციალური შკალის მიხედვით. თუ ბავშვს ფიზიკური და გონებრივი განვითარება საშუალებას არ აძლევს აღწეროს თავისი ტკივილი, მაშინ მშობელი ან თანმხლები პირი უნდა გამოიკითხოს, თუ ეს შესაძლებელია.

ცხრილი 12-3. ექთნების კითხვები ტკივილის შესაფასებლად

კითხვები ბავშვს	კითხვები აღმზრდელს
მითხარი რა არის ტკივილი შენთვის. მითხარი დღის განმავლობაში რამდენჯერ გეტკინა. როგორ გაგვაგებინებ როცა რაიმეს იტკენ? თქვენ თვითონ როგორ იქცევით, როდესაც რაიმეს იტკენთ? როგორ უნდა მოიქცეს გარშემომყოფი, როდესაც რაიმეს იტკენთ? როგორ არ უნდა მოიქცეს გარშემომყოფი, როდესაც თქვენ გტკივათ? რა გშველით ყველაზე მეტად ტკივილისას? არის რაიმე, რისი თქმის სურვილიც გაქვთ, როდესაც რაიმეს იტკენთ?	რა სიტყვებს გამოიყენებს ბავშვი, რომ აღწეროს ტკივილი? ტკივილის რა გამოცდილება აქვს თქვენს ბავშვს? როგორ იქცევა თქვენი ბავშვი, როდესაც რაიმეს იტკენს? როგორ გებულობთ, როცა თქვენს ბავშვს სტკივა? როგორ რეაგირებს თქვენი ბავშვი, როდესაც მას სტკივა? რას აკეთებთ, როდესაც ბავშვს სტკივა? რას აკეთებს თქვენი ბავშვი, როდესაც რაიმეს იტკენს? რა შველის ყველაზე მეტად ტკივილისას თქვენს ბავშვს? არის რაიმე განსაკუთრებული, რაც უნდა გავაკეთო, როდესაც თქვენს აღსაზრდელს აქვს ტკივილი?

შეფასების კრიტერიუმები

შეფასება დამოკიდებულია ბავშვის ტკივილის ხარისხზე. შეფასება იყოფა 2 კატეგორიად: ობიექტური გამოკვლევა – გამოიყენება პაციენტის ფიზიკური და ქცევითი პარამეტრების შეფასებისათვის ტკივილის საპასუხოდ, როგორიცაა გულისცემის სიხშირე და სისხლის წნევა, და სუბიექტური გამოკვლევა – როგორ შეუძლია აღწეროს თავისი ტკივილი.

ობიექტური შეფასება

ტკივილის ობიექტური შეფასება საუკეთესოა ჩვილებში, არამოლაპარაკე და განვითარება შეზღუდულ ბავშვებში, რომელთაც არ შეუძლიათ ტკივილის გადმოცემა. უფრო ობიექტურია ქცევისა და ფიზიოლოგიური ცვლილებების შეფასება 10 ბალიანი შკალით, რაც განსაზღვრავს ტკივილის ინტენსიობას. მწვავე ტკივილის შემთხვევაში შეფასება ხშირად ნაკლებად სარწმუნოა, ვიდრე ხანგრძლივი – ქრონიკული ტკივილის დროს. ტკივილის ობიექტური შეფასება ეფექტურია ბავშვებში და მოზარდებში, რადგან მათ შეუძლიათ თავიანთი ტკივილის ზუსტი შეფასება ქულების მიხედვით. ობიექტური შეფასება ასევე გვეხმარება ტკივილის ინტენსივობის გაუმჯობესების დოკუმენტირებისათვის, დროის გარკვეულ მონაკვეთში, განსაკუთრებით პოსტოპერაციული ტკივილის შემთხვევაში. FLACC-ისა და COMFORT-ის შკალები გამოიყენება ტკივილის ობიექტური შეფასებისთვის.

სუბიექტური შეფასება

როცა ბავშვი აღწერს ტკივილს, ის უფრო ინფორმატიულია ყველა სახის ტკივილის დროს. არსებობს რამდენიმე მეთოდი, რითიც ბავშვი თვითონ შეაფასებს ტკივილს. ეს შეფასება დამოკიდებულია ბავშვის განვითარების დონეზე და გადმოცემის უნარზე.

მოლაპარაკე ბავშვებში ტკივილის შკალით შეფასება 0-დან 10-მდე ან 0-დან 5-მდე შეიძლება უფრო მარტივი იყოს. მედდის კითხვები ბავშვს ეხმარება ტკივილის შეფასებაში. (სურათი 12-4)



სურათი 12-4. ოუჩერის მიერ შემოთავაზებული ტკივილის შეფასების საშუალება 3-დან 12 წლამდე ბავშვებში

მწვავე ტკივილის მართვა

ყველა ბავშვს აქვს უფლება შესაფერისი დახმარება გაეწიოს ტკივილის შესამსუბუქებლად. ზოგჯერ რაიმე სახის ჩარევა, რომელსაც შეუძლია ტკივილი გამოიწვიოს, არის გარდაუვალი შედეგი. სხვადასხვა მეთოდების გამოყენებაა შესაძლებელი ინფორმირებული პაციენტისათვის, რომ შეუმცირდეს ან სრულიად მოეხსნას ტკივილი (როგორიცაა ნემსის ჩხვლეტა ან სხვა მტკივნეული პროცედურები). ექთნის როლი დიდია ბავშვის ტკივილის შეფასებაში, მართვასა და მკურნალობაში.

მწვავე ტკივილის მართვის აუცილებელი ამოცანები

ჭრილობასთან, ქირურგიულ პროცედურასთან ან სპეციფიურ დაავადებებთან ასოცირებული ტკივილი აღწერილია როგორც მწვავე ტკივილი. მწვავე ტკივილის ინტენსივობა უკუგანვითარებას განიცდის რამდენიმე დღიდან ერთი კვირის განმავლობაში. ტკივილს აქვს სერიოზული ფიზიკური და ფსიქოლოგიური შედეგები, როგორიცაა სისხლში ჟანგბადის გაზრდილი მოხმარება და გლუკოზის შეცვლილი მეტაბოლიზმი.

ტკივილის მართვის ამოცანები და მოლოდინები ასევე უნდა იყოს განხილული ბავშვთან და მის ოჯახთან, რათა იყვნენ ჩართულნი, აირჩიონ შეფასების სტრატეგიები და ტკივილის მართვის სახეობა. ქირურგიულ ჩარევასთან ან პროცედურასთან ასოცირებული ტკივილის შესახებ აუცილებელია ინფორმირება, როგორც ბავშვის, ასევე მისი ოჯახის. საბოლოოდ, ინფორმირება და განხილვა უნდა მოიცავდეს მკურნალობის არჩევანს. ტკივილის ეფექტური მართვის მთავარი ამოცანაა: შემცირებული ტკივილი, მაქსიმალური ფუნქცია და მინიმალური გვერდითი ეფექტები. (სურათი 12-5)



სურათი 12-5. ექთანი და პაციენტი აფასებენ ტკივილს სპეციალურ შკალაზე, რომელსაც ბავშვი განიცდის

ტკივილის შესუსტება

არჩეული მკურნალობა უპირატესად უნდა იყოს მიმართული ტკივილის შემსუბუქებისა და მდგომარეობის გაუმჯობესებისაკენ. ეს მკურნალობა შესაძლოა არ იყოს პრაქტიკული და არ შეასუსტოს ყველა ტკივილი რომელიც ბავშვმა გაუცნობიერებლად არ აღნიშნა. ბავშვებმა და მათმა ოჯახებმა უნდა გაიგონ ტკივილის ეფექტური მართვის შეზღუდვები.

მაქსიმალური ფუნქცია

ტკივილის ეფექტური მართვა ბავშვს საშუალებას აძლევს ისეირნოს, იკვებოს და მონაწილეობა მიიღოს გამოჯანმრთელების პროცესში. ტკივილის ადეკვატური კონტროლი ხელს უწყობს ჰოსპიტალიზაციის დროის შემცირებას, უფრო სწრაფად დააბრუნებს ნორმალურ ფუნქციონირებას და საავადმყოფოში ყოფნის უფრო პოზიტიურ გამოცდილებას დატოვებს.

მინიმალური გვერდითი ეფექტები

ყველა წამალს აქვს გვერდითი მოვლენები, ზოგი უსიამოვნოა, ზოგი საშიში. ტკივილის საწინააღმდეგოდ დანიშნული მედიკამენტების უმრავლესობას აქვს პოტენციალი, იყოს უსიამოვნო ან საშიში გვერდითი მოვლენების მქონე, მაგრამ ეს წამლები უნდა იყოს დოზირებული და მინიმალური ოდენობის, ეფექტის მისაღწევად. მაგ., პაციენტ კონტროლირებული მოწყობილობა ინტრავენურად აწვდის პაციენტს ოპიოიდს ისე, რომ ბავშვი იღებს მედიკამენტის სარგებელს რამდენიმე გვერდითი მოვლენით. გვერდითი მოვლენების გამოჩენის შემთხვევაში ადეკვატურად მკურნალობენ დამხმარე მედიკამენტების საშუალებით, რათა მოხდეს ტკივილის შემსუბუქების პროცესში უსიამოვნო ეფექტებისგან გათავისუფლება.

ტკივილის მართვა არაფარმაკოლოგიურად

ექთნის, პაციენტისა და ოჯახის მჭიდრო კავშირი, ხელს უწყობს ტკივილის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას და პაციენტი სწავლობს რომ ტკივილი აუცილებლად გაუვლის. ბავშვის კომფორტისთვის, მართვის მეთოდების გაცნობიერება, ანალგეტიკების მიღების გარდა, შესაძლებელია დაეხმაროს აღმზრდელს, ბავშვის ტკივილის მართვაში. ზოგიერთი სპეციფიური ტკივილის მართვის საშუალებები, რომელიც უფრო ეფექტურია, ვიდრე ინტერვენციასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი ტკივილი, ახსნილი უნდა იქნეს ბავშვისთვისაც და მომვლელისთვისაც. ზოგიერთი ტექნიკური ჩარევა, რომელიც აირჩევა რაიმე კონკრეტულ მტკივნეულ სიტუაციაში, უპირატესად ხელმძღვანელობს გზამკვლევის მიხედვით, ან ბავშვი იყენებს წარსულში უკვე გამოცდილ სტრატეგიას. თუმცა ბავშვის არჩევანი შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული და ეფექტისათვის სხვა საშუალების გამოყენება გახდეს საჭირო. და ბოლოს, არაფარმაკოლოგიური მეთოდები უნდა იყოს გამოყენებული ფარმაკოლოგიურ მკურნალობასთან ერთად, როცა შესაძლებელია, რადგან ეს სტრატეგიები ვერ შეცვლის ფარმაკოლოგიურ ზემოქმედებას ტკივილზე, თუმცა გაზრდის მედიკამენტის ეფექტს და ბავშვს მიეცემა ტკივილზე კონტროლის საშუალება.

ბევრ მომვლელსა და ბავშვს აქვს საკუთარი უკვე განვითარებული სტრატეგიები მტკივნეულ პროცედურასთან დაკავშირებით. მედდამ ყოველთვის უნდა გაითვალისწინოს ტკივილის მართვის ინდივიდუალური სტრატეგიები, უნდა დაამყაროს კომუნიკაცია ბავშვის, ოჯახისა და მედპერსონალის ჯგუფის წევრებს შორის.

არაფარმაკოლოგიური ჩარევა მოიცავს ბიოლოგიურ უკუკავშირს, ჰიპნოზს, კანის სტიმულაციას (ხახუნი, მასაჟი) სითბურ ეფექტს (ხელს უწყობს კუნთების მოდუნებას, იმატებს სისხლის ცირკულაცია), ან გაგრილებას (ტკივილის ბოჭკოებში ანელებს ტკივილის გადაცემის შესაძლებლობას, ამცირებს ანთებას და შეშუპებას).

ტკივილის ფარმაკოლოგიური მართვა

ექთანი პასუხისმგებელია, რომ ინფორმაცია მიაწოდოს პაციენტს მოსალოდნელი ქმედებების, პოტენციური გვერდითი ეფექტების შესახებ და ჩართოს იგი დანიშნულების მიღებაში. რადგან ექთანი აძლევს წამალს პაციენტს, მისი ოჯახის წევრებს სურთ კითხვებზე პასუხები წამლის თერაპიული და საზიანო ეფექტების შესახებ. ბავშვთა ყველა ასაკში მედიკამენტი შესაფერისი დოზით უნდა იქნეს გამოყენებული.

ოპიოიდური ანალგეტიკები

ოპიოიდური ანალგეტიკები არის თეთრი ყაყაჩოსგან მიღებული მედიკამენტთა კლასი იმ მიზნით, რომ შეასუსტოს ტკივილი. გამოიყენება მარტო ან სხვა მედიკამენტებთან კომბინაციაში. ოპიოიდები ერთ-ერთი უძლიერესი ტკივილგამაყუჩებელია და ქვაკუთხედია მწვავე ტკივილის მართვისა. მოიცავს მწვავე ტკივილს (მაგ., პოსტოპერაციული) და გახანგრძლივებულ ქრონიკულ ტკივილს (მაგ., სიმსივნური ტკივილი). ოპიოიდების ხანგრძლივი დროით გამოყენებამ მოსალოდნელია გამოიწვიოს დამოკიდებულება.

ოპიოიდური ანალგეზია ეფექტურია როცა მიიღება მცირე დოზით და ხშირად. მედიკამენტის მცირე დოზის მიღების ტექნიკა არის ტკივილის მოხსნის ეფექტამდე მისვლა – რასაც ტიტრაცია ეწოდება. ტიტრაციის დროს დოზის მომატება ან დაკლება შეიძლება გახდეს საჭირო, რომ მივიღოთ ადეკვატური ანალგეზია მინიმალური გვერდითი ეფექტებით. ოპიოიდებს არ გააჩნია ზღვრული დოზა (არ არსებობს მაჩვენებელი სანამ არ მიიღებ ეფექტურობას). ძალიან ძლიერი ტკივილის დროს ოპიოიდებით ანალგეზია შეიძლება ტიტრირებული იყოს ექსტრემალურად მაღალი დოზით, რომ წარმატებით მივაღწიოთ ადეკვატურ ანალგეზიას მინიმალური გვერდითი ეფექტებით.

მორფინი არის ოქროს სტანდარტი ოპიოიდებიდან. ბავშვებში ოპიოიდების დოზის განსაზღვრა ხდება ბავშვის წონის მიხედვით. ნეონატალური დოზა შემცირებულია 1/3-დან 1/4-მდე მათი უმწიფარი ღვიძლის ფუნქციონირებისა და განსხვავებული მეტაბოლიზმის გამო. დიდ ბავშვებს 50კგ-ზე მეტი წონით, ეძლევათ ზრდასრულის დოზა. პაციენტს ინდივიდუალურად უნდა მიეცეს შესაბამისი დოზა, რათა მივიღოთ ადეკვატური ანალგეზია მინიმალური გვერდითი ეფექტებით. ინტრავენური ოპიოიდების უმრავლესობა შესაძლებელია შეიცვალოს პერორალური ოპიოიდებით იგივე დოზით ან მსგავსი ოპიოიდით. ოპიოიდების გვერდითი ეფექტებია: გულისრევა, ღებინება, ყაბზობა და ქავილი. (ცხრილი 12-4)

ოპიოიდებით მკურნალობისას გვერდით ეფექტებს უნდა ვუმკურნალოთ დამხმარე საშუალებებით. თუ ბავშვი მწვავედ განიცდის გვერდით ეფექტებს ოპიოიდური ანალგეზიისგან და არ აქვს ტკივილის ადეკვატური შემსუბუქება უნდა დაემატოს პროტოკოლით გათვალისწინებული სხვა არაოპიოიდური მედიკამენტი, რათა გაიზარდოს ტკივილის წინააღმდეგ ეფექტი. დამხმარე მედიკამენტები, როგორიცაა ანტიჰისტამინი ან ინტრავენური ნალოქსონის ინფუზია, ეფექტურია ქავილის წინააღმდეგ, ანტიემეტური პრეპარატი შეიძლება იქნეს გამოყენებული ღებინებისა და გულისრევის აღმოსაფხვრელად.

სუნთქვის დათრგუნვა და ჰიპოტენზია არის იშვიათი საშიში გვერდითი ეფექტი ოპიოიდური ანალგეზიური მკურნალობისა, ამ დროს იყენებენ ნალოქსონის იმ დოზას, რომელიც საჭიროა სუნთქვის დათრგუნვის მოსახსნელად.

მედიკამენტის ეფექტი უნდა იყოს უწყვეტი, ინტერვალებში ხელახლა უნდა შეფასდეს ბავშვი და მიეცეს ადეკვატური ანალგეზია. მონიტორინგი უნდა ხდებოდეს გვერდითი ეფექტების, ანალგეზიის დონისა და ცნობიერების დონეზე. თუ გამოვლინდა გვერდითი ეფექტები, შესაძლოა მედიკამენტის გატიტვრა, შეწყვეტა ან ანალგეზიის შეცვლა.

ცხრილი 12-4. ოპოიოდური მედიკამენტები ბავშვებისათვის

მედიკამენტი	დოზირება	შენიშვნები
მორფინი	პარენტ. – 0.05-0.1მგ/კგ; 3-4სთ-ში. ორალ. – 0.3-0.5მგ/კგ 4სთ-ში.	ორალური ფორმა– ელექსირი და აბი. (ელექსირი იდეალურია იმ ბავშვებში, რომლებიც აბს ვერ ყლაპავენ). პარენტ.– ორალ. კონვერსია = 1:3.
ფენტალინი	პარენტ. – 0.5-2მკგ/კგ; 1-2სთ-ში. ტრანსმუკოზურად ან ტრანსდერმულად 10-15მკგ/კგ.	ერთადერთი გვერდითი ეფექტი პარენტ. მიღებისას არის გულმკერდის კუნთების რიგიდობა (ანტიდოტია-ნალოქსონი,ნარკანი). ტრანსმუკოზურად (Fentalin Oralet) ერთჯერადი დოზა მიიღება. ტრანსდერმულად არ არის ბავშვებში რეკომენდებული თუ ოპიოდების მაღალი საჭიროება არ არის (მაგ., სიმსივნური ტკივილი).
მეპერიდინი	პარენტ. – 1მგ/კგ; 3-4სთ-ში.	არ არის რეკომენდებული ტკივილის მოსახსნელად ბავშვებში, როგორც მეტაბოლიტი აკუმულირდება (normeperidine) შეუძლია გამოიწვიოს ცნს-ის გაღიზიანება და კრუნჩხვები.
მეტადონი	პარენტ./ორალ – 0.1-0.2მგ/კგ; 8-12სთ-ში.	პარენტ.: ორალ.=1:1 ორალ. ფორმა ელექსირი ან აბის სახით.
ჰიდრომორფინი	პარენტ. – 0.015მგ/კგ; 3-4სთ-ში. ორალ. – 0.02მგ/კგ; 3-4სთ-ში.	ასოცირებულია უფრო ნაკლებ ქავილთან, თავბრუსხვევასთან და ღებინებასთან ვიდრე სხვა ოპიოიდები.
კოდეინი	პარენტ. არ არის რეკომენდებული, ცუდი და მტკივნეული ადგილობრივი აბსორბციის და გვერდითი ეფექტების მაღალი მაჩვენებლის გამო. ორალ.-1მგ/კგ; 3-4სთ-ში.	შესაძლებელია როგორც ელექსირის, ისე აბის აცეტამინოფენთან კომბინაციაში მიღება. ეს ფორმა არის უფრო იაფი, ვიდრე მხოლოდ კოდეინი.
ოქსიკოდონი	პარენტ. – არ შეიძლება ორალ. – 0.1მგ/კგ; 4-6სთ-ში.	შესაძლებელია ელექსირი და აბები აცეტამინოფენთან კომბინაციაში.
ჰიდროკოდონი	პარენტ. – არ შეიძლება ორალ. – 0.1-0.2მგ/კგ; 4-6სთ-ში.	ელექსირი და აბი კომბინაციაში აცეტამინოფენთან ან იბუპროფენთან.

ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული მედიკამენტები (NSAID’s)

ეს სახეობა შესაძლებელია გამოყენებული იქნას მსუბუქი ან საშუალო ტკივილის სამკურნალოდ, ან ოპიოიდებთან კომბინაციაში, ძლიერი ტკივილის მოსახსნელად. ეს მედიკამენტები მოქმედებს როგორც ტკივილის არეში პროსტაგლანდინების ინჰიბიტორები. ამ ჯგუფიდან ყველაზე ხშირად გამოყენებადი მედიკამენტებია – იბუპროფენი,

ნაპროქსენი და კეტოროლაკი. ასპირინი და ანთების საწინააღმდეგო სხვა არასტეროიდი, იშვიათად გამოიყენება ბავშვებში, რადგან ასოცირებულია Rey's-ის სინდრომთან. ამ ჯგუფის უპირატესობად ითვლება ანთების, სიცხისა და ტკივილის საწინააღმდეგო ეფექტები. (ცხრილი 12-5)

ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ ანალგეტიკების სხვა კლასს მიეკუთვნება ციკლოოქსიგენაზა-2 (COX-2) ინჰიბიტორები. ეს ჯგუფი აინჰიბირებს პროსტაგლანდინების ერთ ნაწილს, რის შედეგადაც ვიღებთ ჰემატოლოგიურ, გასტროინტესტინურ და რენულ შედარებით მცირე გვერდით ეფექტებს. Celecoxib, ეს ამ ჯგუფიდან უფრო ხშირად გამოყენებული მედიკამენტია. მკვლევარების მოსაზრებით COX-2 ინჰიბიტორებმა შესაძლოა არ იქონიოს ისეთი ნეგატიური ზემოქმედება ძვლების შეხორცების პროცესზე, როგორც ტრადიციულმა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდებმა. პოსტოპერაციულად, ორთოპედიული ტკივილის სამართავად, შეიძლება ამ კლასის გამოყენება. კარდიოვასკულური გვერდითი ეფექტები გამოიწვევა COX-2 ინჰიბიტორებითაც და ამიტომ საჭიროა ფრთხილი მონიტორინგი ამ ჯგუფის წამლების მიღებისას.

ცხრილი 12-5. ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები ბავშვებში

მედიკამენტი	საწყისი დოზები	შენიშვნები
იბუპროფენი	5-10მგ/კგ; 6-8სთ-ში. მაქს. დოზა – 40მგ/კგ/დღეში.	ასოცირებულია კუჭის გაღიზიანებასთან, მიიღება საკვებთან ან რძესთან ერთად. ორალ.ფორმა – სუსპენზია და აბი. არ მიიღება სხვა NSAID's-თან ერთად.
აცეტილსალიცილის მჟავა (ასპირინი)	10-15მგ/კგ; 4სთ-ში. მაქს.დღიური დოზა – 75მგ/კგ; არაუმეტეს 4გ/დღეში.	ასოცირებულია Rey's სინდრომთან. არ მიიღება ვირუსული ინფექციის მქონე ბავშვში ვირუსის დამთავრებიდან მომდევნო 4 კვირის მანძილზე.
კეტოროლაკი	ორალ. დოზა (ზრდასრულებში) – 10მგ. პარენტ. – 0.5მგ/კგ; 6სთ-ში. მაქს.ერთჯერ. დოზა-30მგ. მაქს.დღიური დოზა– 120მგ/დღეში.	არ მიიღება 5 თანმიმდევრულ დღეზე მეტი დროით, რადგან ზრდის კუჭიდან სისხლდენისა და თირკმლის უკმარისობის შემთხვევებს. არ მიიღება სხვა NSAID's-თან ერთად.
ნაპროქსენი	5-10მგ/კგ; 12სთ-ში. მაქს.დოზა 1.5მგ/დღეში.	შესაძლებელია ხსნარის ან აბის სახით. არ მიიღება სხვა NSAID's-თან ერთად.

სხვა წამლები

აცეტამინოფენი არ არის ანთების საწინააღმდეგო მოქმედების, რადგან არ ახდენს პროსტაგლანდინის სინთეზზე ზეგავლენას. მაგრამ ბავშვების მცირე ჯგუფისთვის ის ეფექტურია მსუბუქი და საშუალო ტკივილის მოსახსნელად და შეიძლება ოპიოიდებთან და NSAID's-ებთან კომბინაციაში გამოყენება, უფრო მწვავე ძლიერი ტკივილის მო-

სახსნელად. სხვა სასარგებლო ანალგეტიკი არის ტრამადოლი, კოდეინის სინთეზური ანალოგი, რომელიც ბოჭავს ოპიოიდურ Mu-რეცეპტორებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში და აინჰიბირებს ნეიროტრანსმიტერების – სეროტონინის და ნორეპინეფრინის უკუშეწოვას. ტრამადოლი ეფექტურია როგორც მარტო, ისე დამხმარე საშუალება სხვა ანალგეტიკებთან ერთად მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის ტკივილის აღმოსაფხვრელად. გვერდითი ეფექტები, ღებინება და გულისრევა, შედარებით მცირეა მორფინთან შედარებით.

პაციენტ-კონტროლირებული ანალგეზია (PCA)

პაციენტის მიერ კონტროლირებული ანალგეზია არის კომპიუტერით მართვადი მოწყობილობა, რომელიც საშუალებას აძლევს პაციენტს თვითონ აწარმოოს მედიკამენტის მიღების დრო, ტკივილის შესაბამისად. მოწყობილობის ღილაკზე თითის დაჭერით 5 ან 6 წლის ბავშვს შეუძლია ინტრავენურად მიიღოს ოპიოიდი ტკივილის მოსახსნელად. პაციენტ-კონტროლირებული ანალგეზია ხელსაყრელია იმ ბავშვებისთვის, რომლებიც საჭიროებენ ფრთხილ მოვლას და ასევე შესაძლებელია მისი სახლშიც გამოყენება. PCA დოზირების რეჟიმი მომართულია ისე, რომ თავიდან ავიცილოთ ზედმეტი დოზით გამოწვეული არასასურველი გვერდითი ეფექტები. ოპიოიდების მცირე დოზებით და ხშირი მიღება უფრო ეფექტურია ტკივილის მოსახსნელად, სედაციის გარეშე. (სურათი 12-6)

ამ მეთოდს აქვს თავისი უპირატესობები მკურნალობის სხვა სახეებთან შედარებით, ახასიათებს უკეთესი ანალგეზია, უსაფრთხო წამლის მიწოდება და, რაც მთავარია, ბავშვს თვითონ შეუძლია მართოს ტკივილი ღილაკზე ერთი ხელის დაჭერით. დოზა განსაზღვრულია პაციენტის წონის მიხედვით და გატიტრულია როგორც ბავშვისთვისაა საჭირო. რამდენიმე წამალი რომელიც PCA ხელსაწყოთი მიიღება არის: მორფინი, ფენტალინი, ჰიდრომორფინი და ტრამადოლი.



სურათი 12-6. პაციენტი, რომელიც იყენებს PCA პამპს

PCA ტუმბოები გვთავაზობს პროგრამირების რამდენიმე ვარიანტს. ტუმბოს დაპროგრამება შესაძლებელია „PCA მხოლოდ“ რეჟიმში, სადაც მედიკამენტების დოზა მიეწოდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც პაციენტი ღილაკზე ხელის დაჭერით ითხოვს დოზას. “PCA პლიუს“ უწყვეტ რეჟიმში ტუმბო აწვდის წინასწარ განსაზღვრულ პროგრამას, ანალგეზიის ფონზე ახდენს ინფუზიას და პაციენტის მოთხოვნის შესაბამისად, დამატებით მედიკამენტების ადმინისტრირებას. ამ უწყვეტი მეთოდით წამლის მიწოდება უფრო ეფექტურია ისეთი დაუდევარი ბავშვებისთვის, რომლებიც ვერ აცნობიერებენ, რომ ანალგეტიკის შესაყვანად ესაჭიროებათ ღილაკზე ხელის დაჭერა. მედიკამენტის მიწოდების სახე უნდა იყოს მორგებული ბავშვის შესაძლებლობებზე. როცა ბავშვი ძალიან ავადაა და არ შეუძლია მოწყობილობის მართვა, მაშინ მშობელი ან ექთანი ეხმარება მას მედიკამენტის აპარატის დახმარებით მიწოდებაში. პაციენტისა და მშობლის ინფორმირება აპარატის შესახებ აუცილებელია, რათა თავიდან ავიცილოთ დოზის გადაჭარბება. პასუხისმგებელი პირი უნდა იყოს დახელოვნებული აპარატის სწორად მართვის შესახებ.

ადგილობრივი ან რეგიონული ანესთეზია

ტკივილის შესუსტება შესაძლებელია ზოგიერთი ლოკალური ან რეგიონული საშუალებით. სხეულის მტკივნეული არის მიხედვით შეიძლება განისაზღვროს ლოკალური ან რეგიონული ანესთეზიის გამოყენება ოპიოიდის ინექციით ან მის გარეშე. პროცედურული ტკივილი (ლუმბალური პუნქცია, ძვლის ტვინის ასპირაცია) შეიძლება შემსუბუქდეს ლოკალური ანესთეზიური კრემით (EMLA შედგება პრილოკაინი და ლიდოკაინისგან) ან LMX-ით (ლიდოკაინი ლიპოსომურ გარემოში) (სურათი 12-7). ორივე გამოიყენება კანზე ოკლუზიური ნახვევის დადებით პროცედურამდე და შეუძლია საწყისი ინექციით გამოწვეული ტკივილის ელიმინაცია. ELA-max-ის (ლიდოკაინი ტოპიკური ლოკალური ანესთეტიკი) უპირატესობა ისაა, რომ ანალგეზიის უფრო სწრაფი დასაწყისი აქვს (30წთ) და არ საჭიროებს ოკლუზიურ ნახვევს.

რეგიონული ანესთეზია გამოიყენება სხეულის გარკვეულ რეგიონზე, ასოცირებულია ქირურგიულ პროცედურასთან, სპეციფიური ნერვების ან ნერვული სეგმენტების ბლოკირებისთვის, ტკივილის პრევენციისთვის ქირურგიულ პროცედურამდე. ზოგიერთი ქირურგიული ჩარევა მხოლოდ რეგიონული ანესთეზიის გამოყენებით სრულდება. ასეთ შემთხვევაში, ის ადგილი შეიძლება გაბუჟდეს რაღაც პერიოდით (2-12სთ) პროცედურის განმავლობაში.



სურათი 12-7. EMLA-ს აპლიკაცია

ეპიდურული და სპინალური ანალგეზია

ოპიოიდები, ლოკალური ანესთეტიკები ან მათი კომბინაცია შესაძლოა მიეწოდოს ეპიდურული ან ინტრასპინალური გზით. მიღების ეს მეთოდი უზრუნველყოფს სრულ ანალგეზიას ქირურგიულ პროცედურისთვის და პოსტოპერაციულად, როცა მედიკამენტი მიღებულია ერთჯერადი ინექციით, რომელიც გრძელდება 2-12 სთ ან კათეტერით რომელიც რჩება 1-დან 5 დღემდე. კათეტერი აუცილებლად უნდა მოშორდეს მე-5 დღეს, რადგან იზრდება ინფექციის რისკი კათეტერის თითოეული დღით დატოვებისას. კათეტერის გამოღების ადგილი უნდა შეფასდეს რეგულარული ინტერვალებით, რომ განისაზღვროს ინფილტრაციის ან ინფექციის ნიშნები და უნდა დაიფაროს ოკლუზიური გამჭირვალე ნახვევით.

სედაცია და ანალგეზია პროცედურებისათვის

მრავალ ჰოსპიტალიზებულ და ავადმყოფ ბავშვს ესაჭიროება ანალგეზია და სედაცია მოძრაობის და შფოთვის კონტროლისათვის, აუცილებელი სამედიცინო პროცედურის განმავლობაში (ძვლის ტვინის ასპირაცია, დამწვრობის ან ჭრილობის შესახვევად, ენდოსკოპიური ან რადიოლოგიური პროცედურების დროს). ამ ტიპის სედაციას ეწოდება შეგნებული სედაცია ან ანალგეზია, რომლის მიზანია მოახდინოს პრევენცია ბავშვის განცდილი ტკივილისა. დაბინდული ცნობიერება წარმატებით მიიღწევა ინტრავენურად სედატივების და ანალგეტიკების მიღებით, რომ დაუზიანებელი დარჩეს რეფლექსები. ბავშვი სპონტანურად აგრძელებს სუნთქვას. სედაციის მიმღები პაციენტი საჭიროებს გულისცემის, სუნთქვის სიხშირისა და სისხლში ჟანგბადის შემცველობის ელექტრონულ მონიტორინგს. სედაციური მედიკამენტები მოიცავს: ქლორის ჰიდრატს, ფენტანილის ციტრატს, მიდაზოლამის ჰიდროქლორიდს, კეტამინის ჰიდროქლორიდსა და პროპოფოლს. მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ მიდაზოლამი შეიძლება განეიტრალდეს ბენზოდიაზეპინის ანტაგონისტი ფლუმაზენილით. მაგრამ კეტამინს და პროპოფოლს არ გააჩნია მსგავსი მოქმედების ანტაგონისტი.

თავის ტკივილი

შაკიკი ან კლასტერული თავის ტკივილი არის ინტენსიური და ხშირად ასოცირებულია თავბრუსხვევასთან ან ფოტოფობიასთან. მიდრეკილება აქვს მოიცავდეს შუბლისა და საფეთქლის ნაწილს ან ლოკალიზებული იყოს რეტროორბიტალურად. შაკიკის ტკივილს წინ უძღვის აურა, რომელიც ტკივილის დაწყებას ამცნობს. ეს თავის ტკივილი გრძელდება რამდენიმე საათიდან ერთ დღემდე და შეიძლება იყოს ძალიან დამასუსტებელი. ხშირია შაკიკის ოჯახური ისტორია. ზოგიერთი წამალი ეფექტურია შაკიკის მკურნალობაში, მათ შრის: ფიორინალი, მიდრინი და სუმატრიპტანი (იმიტრექსი). ბიოფიდბექი და მომადუნებელი თერაპია როგორც პროფილაქტიკური მკურნალობა პროპრანოლოლით (Indera), ფენობარბიტალით და ამიტრიპტილინით (Elavil) იქნება ასევე წარმატებული.

ქრონიკული დაძაბული თავის ტკივილი არის უფრო ხშირად ნაჩვენები მოზრდილებში და სკოლის უფროსი ასაკის ბავშვებში. მოიცავს საფეთქლიდან კეფის წილებს ბილატერალურად, არის დიფუზური, ვრცელდება კისერზეც და ტკივილი გრძელდება ერთი დღის განმავლობაში. სტრესი ამ ტიპის თავის ტკივილისთვის ხელშემწყობი ფაქტორია ბავშვის ცხოვრებაში და უნდა მოხდეს სტრესორის დროული იდენტიფიცირება. ეს ბავშვები ხშირად ეჩვევიან თავის ტკივილს და არ შეუძლიათ მაპროვოცირებელი ტრიგერების ან სიტუაციების იდენტიფიცირება. ამ ტკივილისაგან ბავშვები წარმატებით იკურნებიან სტრესის მართვის კომბინირებული პროგრამით, ქცევითი მენეჯმენტითა და ოჯახური ან ინდივიდუალური თერაპიით.

მუცლის ტკივილი

ჩვილ ბავშვებში მუცლის ტკივილი სხვა ქრონიკული ტკივილიდან უფრო დამახასიათებელია. კლასიფიცირდება როგორც ვისცერალური (ყრუ ან მჩხვლეტავი და ცუდად ლოკალიზებული), სომატური (პერიტონიუმის გაღიზიანების ნიშნები, ლოკალიზებულია იმ არეში სადაც ჩართულია შინაგანი ორგანოები), ან მიმართული (გამოწვეული ლოკალური გაღიზიანებით და ორგანოთა ინერვაციის გასწვრივ). ორგანული მიზეზით გამოწვეული ბავშვის მუცლის ტკივილი აუცილებლად უნდა იქნას გამოკვლეული, რადგან შეიძლება იყოს კოლიკის, საკვებისმიერი ალერგიის, ინვაგინაციის, აპენდიციტის, მეკელის დივერტიკულის, პერიტონიტის, საშარდე გზების ინფექციისან სხვა პათოლოგიების ინდიკატორი.

ჭიპისირგვლივი ტკივილი ხშირად ასოცირებულია მუცლის ფუნქციურ ტკივილთან, უფრო დამახასიათებელია 5-დან 18 წლამდე ასაკის ბავშვებში, არის მწვავე და საკმაოდ მოქმედებს აქტივობაზე. ტკივილი იშვიათად ღამით იწყება და არ აფერხებს ძილს. ზოგჯერ ყაბზობა ასოცირებულია მუცლის ფუნქციურ ტკივილთან. მუცლის ქრონიკული ტკივილის დროს ექთნის დახმარება უნდა მოიცავდეს ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას.

ბავშვის ტკივილის მართვა ბინაზე

ბავშვების უმრავლესობის ტკივილი იმართება სახლში. ტკივილის წყაროს წარმოადგენს ქრონიკული მდგომარეობა, ქირურგიულ ან ინვაზიურ პროცედურებთან დაკავშირებული ტკივილის სინდრომი. მომვლელმა ბავშვს უნდა მისცეს ინსტრუქცია ტკივილის

სამართავად. ოჯახს შეუძლია გაამხნევოს, გამოიყენოს სპეციფიური საშუალებები ან თავიანთი საკუთარი არაფარმაკოლოგიური ჩართულობა, ბავშვის ტკივილის შესამსუბუქებლად. ზოგიერთი ოჯახი იყენებს მცენარეულ და ხალხურ საშუალებებს. მომვლელები უნდა იყვნენ გაფრთხილებულები, როდის მიიღონ მცენარეული საშუალებები, დოზირებაზე ინფორმაცია, უსაფრთხოება და წამლის ინტერაქციები შეიძლება უცნობი იყოს. ოჯახმა სხვადასხვა საშუალების გამოყენება უნდა შეათანხმოს თავის ჯანმრთელობის პროვაიდერთან, რათა ნებისმიერი ინტერვენცია იყოს უსაფრთხო.

საკვანძო საკითხები

- ტკივილის ფიზიოლოგია მოიცავს მის გადაცემას, ტრანსდუქციას, მოდულაციასა და აღქმას;
- კარიბჭის კონტროლის თეორია ტკივილის ყველაზე გავრცელებული თეორიაა;
- ბავშვების ტკივილზე არასწორი წარმოდგენაა, როცა ჩვილები ვერ შეიგრძნობენ ტკივილს, ჩვილები და ბავშვები უფრო მგრძნობიარენი არიან ოპიოიდების მიმართ, ვიდრე ზრდასრულები. ბავშვები და ზრდასრულები გახდებიან დამოკიდებულნი, თუ მოიხმარენ ოპიოიდებს, ხოლო ბავშვები რომლებიც თამაშობენ, იძინებენ და ყურადღება აქვთ სხვა რამეზე გადატანილი არ განიცდიან ტკივილს;
- ბავშვები განიცდიან ტკივილს მათი განვითარების დონის, სოციალური, ფსიქოლოგიური გამოცდილებისა და მათი გარემოს გათვალისწინებით;
- რამდენიმე ობიექტური და სუბიექტური კრიტერიუმით არის შესაძლებელი განისაზღვროს ბავშვის მიერ ტკივილის აღქმა და მკურნალობაზე მისი საპასუხო რეაქცია;
- ტკივილის არაფარმაკოლოგიური მკურნალობა შეიძლება გამოყენებული იყოს როგორც ტკივილის ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ალტერნატივა ან მასთან ერთად კომბინაციაში;
- ზომიერი და ძლიერი ტკივილის მართვაში ოპიოიდები არის არჩევის პრეპარატი ბავშვის სიმაღლეზე, წონასა და ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული დოზებით;
- არაოპიოიდური ტკივილის სამკურნალო საშუალებები, როგორიცაა ტოპიკური პრეპარატები, ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები და აცეტამინოფენი გამოიყენება მსუბუქი და საშუალო ხარისხის ტკივილის მკურნალობაში ან ოპიოიდებთან ერთად უფრო ძლიერი ტკივილის დროს;
- ადგილობრივი ან რეგიონალური ანესთეზია პროცედურამდე, მისი მიმდინარეობის პროცესში ან პროცედურის შემდეგ არის ტკივილის მკურნალობის შესაბამისი მეთოდი ბავშვებში;
- ქრონიკული ტკივილი, მათ შორის, თავის ტკივილი და მუცლის ტკივილი არის უნიკალური და რთულად სამკურნალო პრობლემა მკურნალობის სპეციფიური რეჟიმით და ხანგრძლივი მენეჯმენტით;

- ბავშვის სახლში მოვლის დროს, ოჯახს შეუძლია თვითონ აირჩიოს მკურნალობის მეთოდი ფარმაკოლოგიური ან არაფარმაკოლოგიური საშუალებებით. ამასთან, საშინაო ან ხალხური საშუალებები, მცენარეული მკურნალობის ჩათვლით, საჭიროა გულდასმით გადაიხედოს წამლის შესაძლო ურთირთქმედებების ან საშიში გვერდითი ეფექტების თავიდან ასაცილებლად.

დასამახსოვრებელი

1. აღწერეთ ტკივილის ფიზიოლოგია, სქემა ან დიაგრამა ტკივილის იმპულსის ციკლის ნერვული სისტემის მეშვეობით, რომელიც მოიცავს gate კონტროლის თეორიის კომპონენტებს;
2. აღწერეთ პედიატრიული ტკივილის ყველაზე დამახასიათებელი არასწორი წარმოდგენები. შეადგინეთ სამეცნიერო ინფორმაცია, რომელიც ასწორებს შეცდომებს;
3. როგორ განიცდიან ჩვილები ტკივილს? რა მიგვანიშნებს რომ ჩვილს სტკივა?
4. რა უნიკალური ტკივილის ქცევებია თოდლერებში, სკოლსმდელი და სკოლის ასაკის ბავშვებში?
5. რა განასხვავებს მოზარდის ტკივილის გამოცდილებას ზრდასრულისგან?
6. აღწერეთ ტკივილის სრული შეფასების კომპონენტები;
7. შეარჩიეთ პედიატრიული ტკივილის შეფასების სამი ძირითადი საშუალება; აღწერეთ მათი განხორციელება. რომელი ასაკის ბავშვისთვისაა შესაფერისი?
8. როგორაა დოზირებული ოპიოიდები ბავშვებში?
9. როგორ გამოიყენება პაციენტკონტროლირებადი ანალგეზია ბავშვებში?
10. როგორ ხდება ოპიოიდების გვერდითი ეფექტების მართვა ბავშვებში? (მიუთითეთ გვერდითი მოვლენა და მენეჯმენტი);
11. აღწერეთ რეგიონალური ანალგეზია;
12. რა არის ქრონიკული ტკივილის მახასიათებლები ბავშვებში? როგორ მკურნალობენ ქრონიკულ ტკივილს?
13. სახლში მკურნალობის შემთხვევაში რას მოიცავდა თქვენი გეგმა?
14. როგორ უნდა იყოს ინფორმირებული ოჯახი მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ სახლში მკურნალობის შემთხვევაში?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Agency for Health Care Policy and Research. (1992). Acute pain management in infants, children, and adolescents: Operative and medical procedures. Clinical practice guidelines. (AHCPR Publication No. 92-0020). Rockville, MD; Author.
- American Academy of Pediatrics. (2005). Circumcision Policy Statement. Pediatrics, 103(3), 686–693.
- American Pain Society (2008). Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain (6th ed.), Glenview, IL: Author. Anand, K., Aranda, J., Berde, C., Buckman, S., Capparelli, E., & Carlo, W. et al., (2006). Summary proceedings from the neonatal pain-control group. Pediatrics, 117(3), S9–S22.
- Anand, K., & Hickey, P. (1987). Pain and its effect on the human fetus and neonate. New England Journal of Medicine, 317, 1321–1329.
- Bailey, B., Bergeron, S., Gravel, J., & Dauost, R. (2007). Comparison of four pain scales in children with acute abdominal pain in a pediatric emergency department. Annals of Emergency Medicine, 50(4), 379–383.
- Beebe, L., & Wyatt, T. (2009). Guided imagery and music: Using the Bonny method to evoke emotion and access the unconscious. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 47(1), 29–33.
- Bellieni, C., Sisto, R., Cordelli, D., & Buonocore, G. (2004). Cry features reflect pain intensity in term newborns: An alarm threshold. Pediatric Research, 55(1), 142–146.
- Bijur, P., Latimer, C., & Gallagher, E. (2003). Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. Academic Emergency Medicine, 10(4), 390–392.
- Brown-Trask, B., Van Sell, S., Carter, C., & Kindred, C. (2009). Circumcision care. RN, 72(2), 22–28. Chu, Y., Lin, S., Hsieh, Y., Chan, K., & Tsou, M. (2006). Intraoperative administration of tramadol for postoperative nurse controlled analgesia resulted in earlier awakening and less sedation than morphine in children after cardiac surgery. Anesthesia and Analgesia, 102, 1668–1673.
- Cregin, R., Rappaport, A., Montagnino, G., Sabogal, G., Moreau, H., & Abularrage, J. (2008). Improving pain management for pediatric patients undergoing nonurgent painful procedures. American Journal of Health-System Pharmacy, 65(8), 723–727.
- Davidhizar, R., & Giger, J. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. International Nursing Review, 51, 47–55.
- Dolansky, G., Shah, A., Mosdossy, G., & Rieder, M. J. (2008). What is the evidence for the safety and efficacy of using ketamine in children? Paediatric Child Health, 13(4), 307–308.
- Gimbler-Beglund, I., Ljusegran, G., & Enskar, K. (2008). Factors influencing pain management in children. Paediatric Nursing, 20(10), 21–24.
- Hall, R., & Shbarou, R. (2009). Drugs of choice for sedation and analgesia in the neonatal ICU. Clinics in Perinatology, 36(1), 15–26.

- Hamunen, K., Maunuksela, E., & Olkkola, K. (2008). Interpretation of the large red-and-white visual analog scale by children compared with adults. Journal of Pediatric Nursing, 23(2), 142–144.
- Helms, J., & Barone, C. (2009). Physiology and treatment of pain. Critical Care Nurse, 28(6), 38–49.
- Hershey, A., Winner, P., Kabbouche, M., & Powers, S. (2007). Headaches. Current Opinions in Pediatrics, 19(6), 663–669.
- Hester, N. O., & Barcus, C. S. (1986). Assessment and management of children in pain. Pediatrics: Nursing Update, 1, 2–8.
- Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., Spafford, P., van Korlaar, I., & Goodenough, B. (2001). Faces Pain Scale–Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain, 93, 173–183.
- Howard, R. (2003). Current status of pain management in children. JAMA—Journal of the American Medical Association, 290(18), 2464–2469 (November 12, 2003).
- Johansson, M., & Kokinsky, E. (2009). The COMFORT behavioural scale and the modified FLACC scale in paediatric intensive care. Nursing in Critical Care, 14(3), 122–130.
- Kortesluoma, R., Nikkonen, M., & Serlo, W. (2008). "You just have to make the pain go away"—Children's experiences of pain management. Pain Management Nursing, 9(4), 143–149.
- Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S. B., & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network, 12(6), 59–66.
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: A new theory. Science, 150, 971–979.
- Miaskowski, C., Bair, M., Chou, R., D'Arcy, Y., Hartrick, C., & Huffman, L. (2008). Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. Glenview, IL: American Pain Society.
- Savedra, M., Tesler, M., Holzemer, W., & Ward, J. (1992). Adolescent pediatric pain tool: User manual. San Francisco: University of California.
- Schiavenato, M., Byers, J., Scovanner, P., McMahon, J., Xia, Y., Lu, N., & He, H. (2008). Neonatal pain facial expression: Evaluating the primal face of pain. Pediatrics, 138(2), 460–471.
- Taddio, A., Shah, V., Atenafu, E., & Katz, J. (2009). Influence of repeated painful procedures and sucrose analgesia on the development of hyperalgesia in newborn infants. Pain, 144(1–2), 43–48.
- Twycross, A. (2008). Does the perceived importance of a pain management task affect the quality of children's nurses' post-operative pain management practices? Journal of Clinical Nursing, 17, 3205– 3216.
- Van Dijk, M., Peters, W. B., Van Deventner, P., & Tibboel, D. (2005). The comfort behavior scale. American Journal of Nursing, 105(1), 33-35, 37.

- Vincent, C. (2007). Nurses' perceptions of children's pain: A pilot study of cognitive representations. Journal of Pain and Symptom Management, 33(3), 290–301.
- von Baeyer, C. L., Spagrud, L. J., McCormick, J. C., Choo, E., Neville, K., & Connelly, M. (2009). Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS-11) for children's self-reports of pain intensity. Pain, 143(3), 223–227.
- Wilson, M. E., & Helgadóttir, H. L. (2006). Patterns of pain and analgesic use in 3– to 7-year-old children after tonsillectomy. Pain Management Nursing, 7(4), 159–166.
- Winner, P. (2008). Pain Management Nursing. (3), 316–322.
- Wuhrman, E., Cooney, M. F., Dunwoody, C. J., Eksterowicz, N., Merkel, S., & Oakes, L. L. (2007). Authorized and unauthorized ("PCA by Proxy") dosing of analgesic infusion pumps. Pain Management Nursing, 7(4), 136.
- Zhou, H., Roberts, P., & Horgan, L. (2008). Association between selfreport pain ratings of child and parent, child and nurse, and parent and nurse dyads: Meta-analysis. Journal of Advanced Nursing, 63(4), 334–342.

თავი 13

მედიკამენტების მიღება

კომპეტენცია

ამ თავში განხილულია:

- ფარმაკოკინეტიკისა და ფარმაკოდინამიკის პროცესები;
- ფარმაკოკინეტიკისა და ფარმაკოდინამიკის პროცესებში ასაკობრივი ცვლილებების განსხვავება;
- ჩვილებსა და მცირეწლოვან ბავშვებში მედიკამენტის უსაფრთხო მიწოდების გავლენის ახსნა მათ ფსიქოსოციალურ და კოგნიტურ განვითარებაზე;
- ჩვილებსა და მცირეწლოვან ბავშვებში მედიკამენტის შეყვანის უსაფრთხო გზების განხილვა;
- პედიატრიული მედიკამენტების დოზის სწორი გამოთვლის მეთოდები;
- მედიკამენტების სხვადასხვა გზით შეყვანისას შესაფერისი ტექნიკის შერჩევა, მაგალითად, ორალური, ენტერალური, ინტრავენური, ინტრამუსკულარული, სუბკუტანეური, რექტალური, ოფთალმური, ყურშიდა, ნაზალური, საინჰალაციო და ტოპიკური გზები;
- ზემოთ აღწერილი გზების დადებითი და უარყოფითი მხარეების აღწერა.

ბავშვებისთვის მედიკამენტების უსაფრთხო შეყვანის უზრუნველყოფა პედიატრიული საექთნო პროფესიის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ზრდასრულსა და მოზარდს შორის ანატომიური, ფიზიოლოგიური, ფსიქო-სოციალური და კოგნიტური განსხვავებაა. ბავშვებში ეს განსხვავებები ფარმაკოლოგიურ ჩარევაზე ახდენს გავლენას. ბავშვისთვის მედიკამენტის მიწოდებისას ამ ინდივიდუალური თვისებების ცოდნას არსებითი მნიშვნელობა აქვს. ასაკობრივი თავისებურებების გათვალისწინება მედიკამენტების გამოყენებისას განსაკუთრებით საყურადღებოა, რადგან ბავშვებში ფარმაკოლოგიურ ჩარევაზე შეზღუდული რაოდენობის კვლევებია ჩატარებული. ბოლო წლებამდე პრეპარატების კვლევაში არასრულწლოვანი პირების ჩართვა არ ხდებოდა ეთიკური შეზღუდვების გამო. მათ მიეკუთვნება ინფორმირებული თანხმობისა და კვლევების რისკ-ფაქტორების საკითხი. ამის შედეგად, ჩვილებსა და მოზარდებში წამლის უსაფრთხოებასა და მის ეფექტურობაზე შედარებით მცირე ინფორმაცია გვაქვს. ინფორმაციის სიმწირის გამო, ამ ასაკობრივ ჯგუფში ასაკ-სპეციფიური უკუჩვენებებისა და არაეფექტური მკურნალობის რისკი იზრდება. წინა ათწლეულში საკვებისა და მედიკამენტების ადმინისტრაციამ (FDA) გამოსცა კანონები და რეგულაციები, რომელთა მიხედვითაც გაიზარდა პედიატრიული მედიკამენტების კვლევების შესაძლებლობა. სამწუხაროდ, დიდი დრო

გავა, სანამ ბავშვებში მედიკამენტების უსაფრთხოდ გამოყენების შესახებ საკმარისი ინფორმაცია იქნებოდა.

ფიზიოლოგიური თავისებურებების განხილვა

მცირეწლოვან და ზრდასრულ პაციენტებს შორის ფიზიოლოგიური განსხვავებებისა და თავისებურებების განხილვა

ბავშვისა და ზრდასრულის ფიზიოლოგიური განსხვავების გამო, მედიკამენტების მიმართ ბავშვი უფრო მგრძნობიარეა. ამ ასაკში იმატებს უკურეაქციის ალბათობა. ზრდასრულისა და მოზარდის შედარებისას მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია სხეულის ზომა, აგებულება და ზოგიერთი ორგანოს მოუმწიფებლობა. განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს სხეულში სითხის ბალანსი და გულ-სისხლძარღვთა, კუჭ-ნაწლავის, საშარდე და ნერვული სისტემების განსხვავება. ასაკთან ერთად ფიზიოლოგიური თავისებურებების ცვალებადობა პასუხისმგებელია ფარმაკოდინამიკის პროცესების ცვლილებაზე.

ცხრილი 13-1. მედიკამენტების ადმინისტრირების ტერმინოლოგია

ფარმაკოკინეტიკა: სხეულში მედიკამენტის გადაადგილების პროცესი, რომელიც მოიცავს შეწოვას, მოქმედების უბანში გადაადგილებას, ბიოტრანსფორმაციას და გამოყოფას;

შეწოვა: მედიკამენტის მიღების უბნიდან სისხლის მიმოქცევაში გადასვლის პროცესი;

ბიოშეღწევადობა: მედიკამენტის ის ნაწილი, რომელიც აღწევს სისხლის მიმოქცევას და მოქმედების უბანზე ახდენს გავლენას;

დისტრიბუცია/გადაადგილება: მედიკამენტის გადაადგილება სისხლის მიმომოქცევიდან უჯრედშორის სივრცესა და შემდეგ უჯრედში;

ბიოტრანსფორმაცია (მეტაბოლიზმი): ქიმიური სტრუქტურების საწყისი ფორმის ტრანსფორმაცია/გარდაქმნა;

ნახევარდაშლის პერიოდი: დროის ის მონაკვეთი, რომელიც მედიკამენტის შეყვანილი დოზის სხეულიდან გამოყოფისათვის არის საჭირო;

პირველად გავლის ეფექტი: ცირკულაციაში მოხვედრამდე ღვიძლში მედიკამენტის ბიოტრანსფორმაციის ეფექტი;

გამოყოფა/ექსკრეცია: მედიკამენტის, აქტიური და არააქტიური მეტაბოლიტების ქსოვილებიდან გამოყოფა და შემდეგ სისხლის საშუალებით გამომოფ ორგანოებამდე მიტანა;

ფარმაკოდინამიკა: მედიკამენტებისა და მათი მექანიზმების ბიოქიმიური და ფიზიოლოგიური ეფექტი შეწოვაზე, დისტრიბუციაზე, ბიოტრანსფორმაციასა და გამოყოფაზე;

ინექციის უბანი: ინექციისთვის შერჩეული უბანი, რომელიც განსაზღვრულია კუნთოვანი ქსოვილის ჩამოყალიბებასა და შესაყვანი სითხის რაოდენობის მიხედვით;

ფარმაკოკინეტიკა მოიცავს მედიკამენტის ორგანიზმში გადაადგილებას, შეწოვას, მის გადატანას, ბიოტრანსფორმაციასა და გამოყოფას. ის გავლენას ახდენს მედიკამენტის ორგანიზმში მოხვედრის გზებზე, მოქმედების უბანთან მიღწევაზე, მის კონცენტრაციასა და გამოყოფის მექანიზმზე. შესაბამისად, ნებისმიერი მედიკამენტის ფარმაკოკინეტიკა შესაძლოა შეიცვალოს პაციენტის ინდივიადულური ფიზიოლოგიური თავისებურებების მიხედვით.

შეწოვა (აბსორბცია) წარმოადგენს მედიკამენტის მიღების უბნიდან სისხლის მიმოქცევაში გადასვლის პროცესს. შეწოვის სიჩქარე და ხანგრძლივობა განსაზღვრავს მედიკამენტის ეფექტის სისწრაფესა და ინტენსიურობას. შეწოვის მთავარი მაჩვენებელია ბიოშეღწევადობა (მედიკამენტის ის ნაწილი, რომელიც აღწევს სისხლმიმოქცევას და მოქმედების უბანზე ახდენს გავლენას). შეწოვაზე გავლენას ახდენს ბავშვისა და ზრდასრულის კუჭ-ნაწლავის სისტემის ფიზიოლოგიური განსხვავება, მათ შორის კუნთოვანი მასა და სხეულის ფართობი.

პერორალურად მიღებული მედიკამენტების შეწოვაზე მოქმედებს კუჭის შიგთავისის დაცლის დრო და pH. კუჭის შიგთავსის დაცლის დრო შედარებით ნელია ნეონატალურ პერიოდსა და ჩვილებში (დაახლოებით 6-8 საათი), თუმცა ის პროგრესულად ხანგრძლივდება 8 თვის ასაკამდე და აღწევს ზრდასრულ მაჩვენებელს (2 საათი). კუჭის შიგთავის დაცლის გახანგრძლივება მოქმედებს იმ მედიკამეტზე, რომელიც შეიწოვება ნაწლავებიდან. შესაბამისად, შეწოვა და თერაპიული ეფექტი გვიანდება.

კუჭის ფიზიოლოგიურ თავისებურებებზეა დამოკიდებული კუჭში შეწოვადი პრეპარატების აბსორბციის ცვლილება. კუჭის pH ახალშობილებში უფრო მაღალია (უფრო ტუტეა), შემდეგ თანდათანობით მცირდება (ხდება უფრო მჟავა) და აღწევს ზრდასრულ დონეს 1 წლის ასაკისთვის. მჟავა ბუნების მედიკამენტები უფრო ადვილად იწოვება მჟავა გარემოში, ხოლო ტუტე ბუნების მედიკამენტები უფრო ადვილად შეიწოვება ტუტე გარემოში. ახალშობილებში ტუტე ბუნების მედიკამენტები უფრო ადვილად შეიწოვება კუჭიდან. ხოლო მოზარდებსა და ზრდასრულებში მჟავა ბუნების მედიკამენტები იწოვება უკეთ.

პერორალურად მიღებული პრეპარატების შეწოვაზე მოქმედებს ნაწლავში შიგთავსის დაყოვნების დრო. სწრაფი პერისტალტიკის პირობებში (მაგალითად დიარეის დროს), მედიკამენტი მცირე რაოდენობით შეიწოვება, ხოლო ნელი პერისტალტიკის პირობებში (შეკრულობის დროს) პრეპარატის აბსორბცია იმატებს. კუჭ-ნაწლავში შიგთავსის გადაადგილებაზე პასუხისმგებელია პერისტალტიკური მოძრაობა. ის წარმოადგენს მუდმივ კუმშვად ტალღას, რომელიც ახალშობილებსა და ჩვილებში არარეგულარულია. შესაბამისად, შეწოვილი მედიკამენტის რაოდენობა არაპროგნოზირებადია. ჩვილებში ზოგიერთი სატრანსპორტო ნივთიერების კონცენტრაცია დაბალია. ამ სუბსტანციებს მიეკუთვნება ენზიმები. დღენაკლულ ახალშობილებში ლიპაზას კონცენტრაცია შედარებით მცირეა, ხოლო ალფა-ამილაზა საერთოდ არ ფიქსირდება. ახალშობილებსა და 4 თვემდე ჩვილებში პანკრეასული ენზიმების აქტივობა დაბალია. 6 თვემდე ასაკის ბავშვებში კუჭ-ნაწლავის სისტემის ბუნება ცვალებადია, ამიტომ პერორალურად მიღებული მედიკამენტების აბსორბცია შედარებით არარეგულარული და ნელია.

ინტრამუსკულარულად მედიკამენტების შეწოვაზე სხვადასხვა ფაქტორი მოქმედებს, მაგალითად კუნთის მასა და ადგილობრივი პერფუზია. მოზარდ ბავშვებსა და ზრდასრულებთან შედარებით, ახალშობილებსა და ჩვილებში კუნთოვანი მასა ნაკლებადაა განვითარებული (ახალშობილებში კუნთოვანი ქსოვილი სხეულის მასის 25%-ია, ხოლო მოზარდებსა და მოზრდილებში 40%). რაც უფრო ნაკლებია კუნთოვანი მასის ფართობი, მით ნაკლებია მედიკამენტის ათვისების უნარი. გარდა ამისა, ამ ასაკში დაქვეითებულია კუნთის ტონუსი და ოქსიგენაცია. ახალშობილებში ასევე საყურადღებოა არასტაბილური ვაზომოტორიკა და პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის არაპროგნო-

ზირებადობა. ამ მიზეზებიდან გამომდინარე, ამ ასაკობრივ ჯგუფში მედიკამენტების ინტრამუსკულარული შეყვანა არასაიმედოა. გარდა ინტრამუსკულარული შეყვანისა, პერფუზია მოქმედებს მედიკამენტის სუბკუტანეურად (კანქვეშ) შეყვანაზეც. თუ სისხლის მიმოქცევა შეფერხებულია, შესაბამისად ფერხდება შეწოვაც. თუმცა, ადეკვატური სისხლის მიმოქცევის შემთხვევაში ცხიმში ხსნადი პრეპარატების კანქვეშ შეყვანა ხელს უწყობს სწრაფ შეწოვას. ჩვილებში, ახალშობილებსა და მცირეწლოვან ბავშვებში ტოპიკური მედიკამენტების (მალამოების) შეწოვა სწრაფად ხდება, რაც განპირობებულია სხეულის ფართობით წონასთან შეფარდებით. ზრდასრულებთან შედარებით ჩვილებისა და მცირეწლოვანი ბავშვების კანი უფრო თხელი და გამტარუნარიანია. შეწოვა უმჯობესდება, თუ კანის მთლიანობა დაირღვა, ტოპიკური პრეპარატის კანთან კონტაქტი ხანგრძლივია ან კანს ედება ოკლუზირებადი ნახვევი. ტოპიკური მედიკამენტების გამოყენებისას ამ ფაქტორებს განსაკუთრებული ყურადღება სჭირდება, განსაკუთრებით თუ საქმე გვაქვს პლასტმასით დაფარულ საფენებთან, რომელიც მოიაზრება მაოკლუზირებელ ნახვევად.

გადაადგილება/გადატანა

მედიკამენტის გადაადგილება სისხლის მიმოქცევიდან უჯრედშორის სივრცეში და შემდეგ უჯრედში

მედიკამენტის გადატანა მოიცავს სხეულში მოქმედი ნივთიერების გადაადგილებას ან ტრანსპორტს. ის დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, მაგალითად, სხეულის აგებულება, სითხის გადანაწილება, ცილებთან კავშირი, ქსოვილის სისხლის მიმოქცევა და უჯრედის მემბრანული ბარიერის მდგომარეობა.

ასაკთან ერთად იცვლება სხეულში წყლის ბალანსი და მისი რაოდენობა. ახალშობილებს, ჩვილებსა და სკოლამდელ ბავშვებს სითხის შემცველობა უფრო მაღალი აქვთ ვიდრე ზრდასრულებს (ახალშობილებს 75-85 %, ჩვილებში 85%, ხოლო ზრდასრულებში დაახლოებით 50-60%). ამ სითხის უდიდესი ნაწილი უჯრედგარე სითხეა. იმის გამო, რომ ახალშობილებსა და ჩვილებში სითხის შემცველობა უფრო მაღალია, წყალში ხსნადი პრეპარატები უფრო სწრაფად იწოვება. ამ ასაკობრივ ჯგუფში შესაძლოა წყალში ხსნადი პრეპარატებში შრატის შემცველობა შემცირდეს. ამიტომ უნდა გავითვალისწინოთ, რომ წყალში ხსნადი პრეპარატების დოზირება შესაძლოა მერყეობდეს 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში. სხეულში ცხიმის შემცველობის პროცენტული მაჩვენებელი იცვლება ასაკისა და სქესის მიხედვით. ცხიმოვანი ქსოვილი ახალშობილის წონის 15-16 %-ს შეადგენს. თუმცა, დღენაკლულ ახალშობილებში ცხიმის შემცველობა შესაძლოა 1%-ც კი იყოს. ცხიმის შემცველობა ყველაზე მაღალ დონეს აღწევს 9 თვის ასაკში და შემდეგ მცირდება 1 – 5 წლისას 8-12%-მდე. ცხიმოვანი ქსოვილის დონე ისევ იზრდება მოზარდობის ასაკში (სიჭაბუკეში). ამ ასაკში გასათვალისწინებელია, რომ გოგონებს უფრო მაღალი შემცველობა აქვთ, ვიდრე ვაჟებს. ცხიმის შემცველობა სხეულში მოქმედებს მედიკამენტის გადაადგილებაზე, მის კონცენტრაციაზე სისხლის მიმოქცევის სისტემასა და მოქმედების უბანში. ცხიმში ხსნად მედიკამენტებს ცხიმოვანი ქსოვილისადმი მაღალი აფინობა აქვთ და შესაძლებელია ამ ქსოვილში მისი დეპონირება მოხდეს, რაც შესაბამისად, ცირკულაციაში გადასვლას და მოქმედების უბანზე მოხვედრას

აფერხებს. თერაპიული ეფექტის მისაღწევად უნდა გავითვალისწინოთ სხეულში ცხიმის შემცველობა და შესაბამისი, სწორი მგ/კგ დოზა შევარჩიოთ. პაციენტს, რომელსაც მაღალი შემცველობის ცხიმოვანი ქსოვილი აქვს, შედარებით მაღალი დოზით სჭირდება ცხიმში ხსნადი პრეპარატების შეყვანა, ხოლო დაბალი ცხიმოვანი ქსოვილის შემცველობის შემთხვევაში, მცირე დოზაც საკმარისია.

ახალშობილებსა და ჩვილებში ღვიძლი მოუმწიფებელია, შრატში ცილების შემცველობა დაბალია და ცილების შემაკავშირებელი უბნები მცირე რაოდენობითაა. ჩვილებში ალბუმინს ზოგიერთ მედიკამენტთან შეკავშირების უნარი არ აქვს. მედიკამენტს, რომელსაც ცილებთან შეკავშირების უნარი აქვს, შრატში ხშირად თავისუფალი სახით რჩება. შეუკავშირებელი მედიკამენტები კუმულირდება შრატში, რამაც შესაძლოა ტოქსიური ეფექტი გამოიწვიოს. შეკავშირებულ ფორმასთან შედარებით, ცილასთან შეუკავშირებელი მედიკამენტები გამოიყოფა აქტიური ფორმით (ბიოტრანსფორმაციის გარეშე) და უფრო მალე განიცდის ელიმინაციას ორგანიზმიდან. შესაბამისად, ზოგიერთი მედიკამენტის გამოყოფის სიჩქარე იმატებს და მოითხოვს დოზის გაზრდას ან შეყვანის სიხშირის ზრდას.

თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავები, ბილირუბინი ან სტეროიდები ზოგ პრეპარატთან კონკურენტულ დამოკიდებულებაშია პროტეინ-შემაკავშირებელ უბნებთან მიმართებით. მოზარდებში დამაკავშირებელი უბნების შეზღუდულმა რაოდენობამ შესაძლოა მიგვიყვანოს შრატში შეუკავშირებელი მედიკამენტების დონის გაზრდასთან, რაც მოითხოვს ამ მედიკამენტის უფრო მცირე დოზით შეყვანას ან ენდოგენური ნივთიერებების დოზის გაზრდას. ახალშობილებში მედიკამენტების კონკურენტულმა შეკავშირებამ შესაძლოა გაზარდოს შეუკავშირებული, არაკონუგირებული ბილირუბინის დონე, რაც გამოიწვევს კერნიქტერუსს ან ბილირუბინულ ენცეფალოპათიას.

მედიკამენტების დიდი რაოდენობა უკავშირდება პლაზმურ ცილებს, რომელიც მათ ტრანსპორტირებას უზრუნველყოფს. იმის გამო, რომ ცილები დიდი სტრუქტურული ერთეულებია, ისინი რთულად გადალახავს ენცეფალურ ბარიერს. თუმცა, 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში ჰემატოენცეფალური ბარიერი არასაკმარისადაა განვითარებული. ნივთიერებათა უმეტესობა ადვილად გადალახავს ამ ბარიერს, რაც ზრდის ამ ასაკის პაციენტებში ნერვულ სისტემაზე ტოქსიური ეფექტის რისკს. ასეთი მედიკამენტები მოითხოვს დაბალ დოზებს, რათა თავიდან აიცილოთ არასასურველი გვერდითი მოვლენები

ბიოტრანსფორმაცია (მეტაბოლიზმი) გულისხმობს ქიმიური სტრუქტურების ტრანსფორმაციას ან პირვანდელი ფორმიდან ალტერაციას. ნივთიერებათა ამგვარი გარდაქმნა ხელს უწყობს მათი საშარდე სისტემიდან საბოლოო ელიმინაციას. მედიკამენტების უმრავლესობის ბიოტრანსფორმაცია მიმდინარეობს ღვიძლში.

დღენაკლულებსა და ახალშობილებში ღვიძლი მოუმწიფებელია, რის გამოც მედიკამენტის მეტაბოლიზმი დაბალია. მიუხედავად იმისა, რომ ღვიძლის ფუნქციები დაბადებიდან პირველ თვეებში სწრაფად ვითარდება, ენზიმური აქტივობის სრულფასოვანი ჩამოყალიბება ვერ სრულდება 1-2 წლის ასაკამდე. ამ პერიოდის განმავლობაში მედიკამენტების ნახევარდაშლის პერიოდი გახანგრძლივებულია (მედიკამენტების მიღებული დოზის 50%-ის ორგანიზმიდან ელიმინაციის დრო), რაც ზრდის ტოქსიურობის ეფექ-

ტის რისკს. ასეთ შემთხვევაში, ზოგიერთი პრეპარატის დოზა და მიღების სიხშირე უნდა შეიცვალოს. მცირეწლოვან ასაკში ბავშვებს მაღალი მეტაბოლური აქტივობა აქვთ, რაც იწვევს მედიკამენტების სწრაფ ბიოტრანსფორმაციას და მოითხოვს დოზის გაზრდას ან სიხშირის ცვლილებას. ეს განსაკუთრებით გასათვალისწინებელია 2-6 წლის ასაკიდან 10-12 წლის ასაკამდე.

ახალშობილებსა და მცირეწლოვან ბავშვებში ტემპერატურული რეაქცია ხშირად დრამატულად მერყეობს, რაც გავლენას ახდენს მედიკამენტების მეტაბოლიზმზე. ტემპერატურის ყოველი ცვლილება, მოქმედებს მეტაბოლიზმის დონეზე, რასაც მივყავართ მედიკამენტის ნახევარდაშლის პერიოდისა და თერაპიული ეფექტის ხანგრძლივობის ცვლილებამდე. ეს ფაქტორი უნდა გავითვალისწინოთ ცხელებით მიმდინარე დაავადებების დროს. ნებისმიერი მედიკამენტი, რომელსაც გამოვიყენებთ მაღალი ტემპერატურის დროს, უფრო სწრაფად მეტაბოლიზდება, ვიდრე ნორმალური ტემპერატურის მქონე ბავშვებში. ზოგიერთი მედიკამენტის მეტაბოლიზმი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში მიმდინარეობს, სადაც არსებული მიკროფლორა მის ფიზიო-ქიმიურ თვისებებს ცვლის. რადგან ჩვილებში კუჭ-ნაწლავის მიკროფლორის აქტივობის დონე დაბალია, მედიკამენტების მეტაბოლიზმის მაჩვენებელიც ნაკლებია. მაგალითად, დიგოქსინის-მარედუცირებელი მიკროორგანიზმები ვერ აღწევს ზრდასრულ ფორმებს 2 წლის ასაკამდე, ამიტომ ამ ტიპის მედიკამენტების დოზა ყურადღებით უნდა შეირჩეს.

პერორალურად მიღებული ზოგიერთი მედიკამენტის ბიოტრანსფორმაცია ხდება მანამდე, სანამ ის სისხლის მიმოქცევის სისტემას მიაღწევს. მაგალითად, მედიკამენტი, რომელიც შეიწოვება კუჭიდან და წვრილი ნაწლავიდან, გაივლის კარის ვენის ცირკულაციას. ის განიცდის ბიოტრანსფორმაციას სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში მოხვედრამდე. ეს ფენომენი ცნობილია, როგორც პირველადი გავლის ეფექტი. ის ამცირებს პერორალურად მიღებული მედიკამენტების ბიოშეღწევადობას. თერაპიული ეფექტის მისაღებად სხვა გზებთან შედარებით პერორალურად მიღებული პრეპარატის დოზა უფრო მაღალი უნდა იყოს. ღვიძლში პირველადი გავლის ეფექტის შედეგად მედიკამენტები მაგალითად, ოპიოიდები, როგორიცაა მორფინი და მეფერიდინი, ზოგიერთი ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი, ნორტრიპტილინი და ანტიარითმული საშუალებები – პროპანოლოლი, განიცდის მნიშვნელოვან გარდაქმნას,

გამოყოფა/ექსკრეცია პროცესია, რომლის დროსაც მედიკამენტები, აქტიური და არააქტიური მეტაბოლიტები გამოიდევნება ქსოვილებიდან ცირკულაციაში და შემდეგ გადადის გამომყოფ ორგანოებში. მედიკამენტები და მათი მეტაბოლიტები გამოიყოფა ორგანიზმიდან შარდის, ნაღველის, ოფლის, ნერწყვისა და ამონასუნთქი ჰაერის საშუალებით.

თირკმელები მედიკამენტის გამოყოფის პირველადი გზა. დაბადებისას, თირკმელები მოუმწიფებელია, შემცირებულია რენული სისხლის მიმოქცევა, გლომერული ფილტრაცია და ტუბულარული სეკრეცია. თირკმლის ფუნქცია მკვეთრად იზრდება ახალშობილობისას, განსაკუთრებით, სიცოცხლის პირველ კვირას და პიკს აღწევს 6-დან 12 თვის ასაკში. ახალშობილობის ასაკში თირკმლისმიერი ექსკრეციის შემცირება განაპირობებს მედიკამენტების ნახევარდაშლის პერიოდის ზრდას და ტოქსიური გვერდითი

ეფექტების მატებას. შესაბამისად, ამ ასაკში საჭიროა დოზის შემცირება განსაკუთრებით, ნეონატალურ პერიოდში. 3 წლის ასაკისთვის გლომერული ფილტრაციის დონე უთანაბრდება ზრდასრული ადამიანის მაჩვენებელს და მედიკამენტები უფრო სწრაფად გამოიყოფა. შესაბამისად, მედიკამენტის ნახევარდაშლის პერიოდი შესაძლოა უფრო ხანმოკლე იყოს ჩვილებში, ვიდრე მოზარდებსა და ზრდასრულებში.

ფარმაკოდინამიკა არის ის, თუ რა გავლენას ახდენს მედიკამენტი, მთელ ორგანიზმზე. მოქმედება შეიძლება გამოვლინდეს უჯრედული გარემოს არასპეციფიური ცვლილების სახით, მაგალითად, pH-ის ცვლილება. მედიკამენტი მოქმედებს უჯრედულ დონზე, რაც ხორციელდება მისი და უჯრედული სტრუქტურების ურთიერთქმედებით. პრეპარატების უმეტესობა უჯრედულ დონეზე მემბრანულ რეცეპტორებთან შეკავშირებით ურთიერთქმედებს ან ბლოკავს მათ. მაგალითად, პროპრანოლოლი ბლოკავს ბეტა-ადრენერგულ რეცეპტორებს, შესაბამისად ანელებს გულისცემას, მაშინ, როცა ალბუტეროლი ააქტიურებს ბეტა-ადრენერგულ რეცეპტორებს და, შესაბამისად, იწვევს ბრონქოდილატაციას.

აზროვნების განვითარება

ბავშვებში მედიკამენტების მიწოდებისას, გასათვალისწინებელია ბავშვის ზრდისა და განვითარების ყველა ასპექტი და მათი გავლენა ამ პროცესებზე. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მედიკამენტების გავლენას მოზარდის ფსიქო-სოციალურ და კოგნიტურ განვითარებაზე. მნიშვნელოვანია, ფიზიკური და მოტორული განვითარება (მაგალითად, ტაბლეტების ყლაპვის უნარი, კუნთოვანი მასის ზომა) და გასათვალისწინებელია მედიკამენტის ორგანიზმში შეყვანის გზებიც.

მკურნალობისას ჩვილებს, ექთნებისა და მომვლელების მიმართ. უყალიბდებათ ნდობა, რაც უადვილებთ მათ თანამიმდევრულ ზრუნვას. მცირეწლოვან ბავშვებში უჩვეულო (უცნაურმა) შფოთვამ შესაძლოა ექთნის ზრუნვის მიმართ მიმღებლობა შეამციროს. ამ პერიოდის განმავლობაში ბავშვის აღმზრდელის ჩართვა, მედიკამენტების მიღების პროცესში, შესაძლოა ნაკლებად სტრესული აღმოჩნდეს ჩვილისთვის. აღმზრდელს შეუძლია მისცეს პერორალურად მისაღები მედიკამენტები ან დაიჭიროს ხელში ჩვილი, როდესაც მას სხვა მეთოდით შეუყვანენ პრეპარატს.

რაც შეეხება მოზარდებს, ისინი ქმნიან საკუთარ ავტონომიას და ცდილობენ აკონტროლონ გარემო. თუ ბავშვი ამას ვერ ახერხებს, შესაძლოა დაიწყოს უარყოფითი ქცევა, აგრესიის შეტევის ან ტანტრუმის სახით. ექთნისა და მომვლელის მხრიდან პროცესების თანმიმდვრულობა და რიტუალების ზედმიწევნით დაცვა, ბავშვს გარკვეულწილად კონტროლის შეგრძნებას აძლევს და უბიძგებს მედიკამენტების მიღების დროს თანამშრომლობისაკენ.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვები ხშირად იჩენენ ინტერესს სამედიცინო მოწყობილობების მიმართ და დადებითად რეაგირებენ ახსნასა და დამშვიდებისკენ მოწოდებაზე. იმისათვის, რომ ბავშვს გაუჩნდეს კონტროლის შეგრძნება, მას, შეძლებისდაგვარად უნდა მიეცეს არჩევანის საშუალება. თუმცა, არჩევანის რაოდენობა შეზღუდული უნდა იყოს (მაგალითად, ჯერ რომელი ფერის წამალს დალევ, ვარდისფერს თუ თეთრს? ან წყალს მიაყოლებ თუ წვენით გირჩევნია?). არასოდეს შესთავაზოთ ისეთი არჩევანი, რომელიც ჩიხში მოაქცევს სიტუაციას (მაგალითად, გინდა წამლის დალევა?).

სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისთვისაც მნიშვნელოვანია აღმზრდელის მონაწილეობა მედიკამენტების მიღების პროცესში, მაგალითისთვის, რექტალური სუპოზიტორიის მიღება მათში შიშსა და არასასურველ ემოციას იწვევს. ისევე როგორც მცირეწლოვნებს, სკოლამდელი ასაკის ბავშვებსაც არ უნდა მიუთითოთ, რომ ისინი ცუდები არიან, რადგან სრულად არ თანამშრომლობენ ექთანთან.

სკოლის ასაკის ბავშვები განვითარების ახალ ეტაპზე არიან. ისინი დაინტერესებულები არიან მათ მიერ მისაღები მედიკამენტების შესახებ ინფორმაციით და შეუძლიათ აქტიური მონაწილეები გახდნენ მათზე ზრუნვის პროცესში. როგორც წესი, სკოლის ასაკის ბავშვები, თანამშრომლობენ სამედიცინო პერსონალთან მედიკამენტების მიღების დროს. თუმცა, მათი დამატებითი წახალისება ზრდის კეთილგანწყობას და შეიძლება ეფექტური გახდეს უკუგების მექანიზმი მკურნალობაში თანამონაწილეობის კუთხით. სკოლის ასაკის ბავშვსაც უნდა მისცეთ მეტი არჩევანის საშუალება კიდევ უფრო მეტად გაფართოებული საზღვრებით. (მაგალითად, რას დალევ შენს მედიკამენტთან ერთად?)

მოზრდილებთან მიდგომა ისეთივე შეიძლება იყოს, როგორც ზრდასრულთან. ერთერთი რთული ფსიქო-სოციალური სიტუაცია, რომელიც შესაძლოა ექთანს შეხვდეს, ბავშვის ქცევის გაკონტროლების მიზნით, მომვლელის მხრიდან მისი დაშინებაა სხვადასხვა სამედიცინო მანიპულაციით, როგორც დასჯის მეთოდით (მაგალითად ნემსის გაკეთება ან ჩხვლეტა). ასეთი სიტუაცია ექთანს ურთულეს ამოცანას უსახავს, რომელიც ცდილობს დაარწმუნოს პაციენტი მანიპულაციის უსაფრთხოებასა და უმტკივნეულობაში და, ამავდროულად, შეინარჩუნოს აღმზრდელსა და ბავშვს შორის ნდობა.

ექთანი ვალდებულია ტაქტიანად მიაწოდოს მომვლელ პირს სრული ინფორმაცია საავადმყოფოში ყოფნის გამო ბავშვის მზარდ შიშსა და შფოთვაზე, რაც გავლენას ახდენს მის ქცევაზე; შესთავაზოს და მხარი დაუჭიროს მზრუნველ პირს ბავშვის ქცევის კორექციის ალტერნატიულ გზების ძიებაში. ექთანმა ბავშვის ქცევის კორექციაში ჩარევისას უნდა გაითვალისწინოს პაციენტის ასაკობრივი თავისებურებები, დაავადებისა და მკურნალობის მიმართ პაციენტისა და მისი აღმზრდელის ცნობიერების დონე, ამასთანავე არ გამოხატოს უარყოფითი ემოცია მომვლელის ქცევის მიმართ.

მედიკამენტების ადმინისტრირება

პედიატრიული პაციენტები მედიკამენტების შეყვანისას განსაკუთრებულ, უნიკალურ დამოკიდებულებასა და შეყვანის მეთოდებს მოითხოვენ. როგორც მოზარდ, ასევე ახალშობილ და ჩვილი ასაკის პაციენტებთან აუცილებელია ექთნის უმაღლესი კვალიფიკაცია, მანიპულაციების შესრულების, მედიკამენტების დოზირების, შეყვანის ტექნიკი (ორალური, ინტრავენური, ინტრამუსკულარული, კანქვეშა, რექტალური, ყურსა და ცხვირში, ინჰალაცია და ტოპიკური შეყვანა) ზედმიწევნით, სრულყოფილი ცოდნა.

ძირითადი დებულებები

ბავშვი ზრდასრულთან შედარებით განსხვავებულია მედიკამენტის მიღების, ათვისების და მედიკამენტის შეყვანის კუთხით. ამიტომ, მედიკამენტის შეყვანამდე, აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ პაციენტის ნუტრიციული სტატუსი, მედიკამენტის დოზა, ზომა და სხვა გამოწერილი თუ თვითნებურად მიღებული მედიკამენტები.

მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია პაციენტისა და მისი მომვლელის ინფორმირება მათთვის გასაგებ ენაზე, მედიკამენტის მიღების აუცილებლობასა და მისი ორგანიზმში შეყვანის მეთოდზე. მომვლელს უნდა ავუხსნათ ბავშვის მკურნალობისას მისი როლი შესახებ და როგორ შეუძლია მიიღოს მონაწილეობა ამ პროცესში. ახსნა შესაძლოა მოიცავდეს პაციენტისთვის ისეთ ინდივიდუალურ დამოკიდებულებებს, როგორიცაა გემო და წამლის სხვა მახასიათებლები. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პაციენტმა გადალახოს უსიამოვნო მომენტები დათვლით, სიმღერით, მუსიკით, ფილმების ყურებით. მედიკამენტის შეყვანის დაწყებამდე უნდა განისაზღვროს მომვლელის როლი. პაციენტს უნდა ვუთხრათ სიმართლე ისეთი სიტყვების გამოყენებით, რომელიც მუქარას არ გამოხატავს. პაციენტმა უდნა იცოდეს თუ რას იგრძნობს, რას დაინახავს, რა გემო ექნება ან რას გაიგონებს მედიკამენტის შეყვანის ან მიღების დროს. მაგალითად, „ამ წამალს შესაძლოა ისეთი გემო ჰქონდეს, რომელიც შენ არასოდეს გაგისინჯავს"; ამის თქმა უკეთესია, ვიდრე, „ამ წამალს ცუდი გემო აქვს". სავალდებულოა მედიკამენტის მიღების შემდეგ, პაციენტისთვის ასაკისთვის შესაფერისი, კომფორტული გარემოს შექმნა.

მედიკამენტის უსაფრთხო ადმინისტრირებისთვის მზადება

მედიკამენტის უსაფრთხო შეყვანა

მედიკამენტის შეყვანისას ვიცავთ 5 მთავარ სწორ მოქმედებას: სწორი მედიკამენტი, სწორი დოზირება, სწორი პაციენტი, შეყვანის სწორი გზა და სწორი დრო. თუმცა, ასევე, შემოთავაზებულია, ამ სიას დაემატოს მე-6 პუნქტი: მედიკამენტის მომზადების ან დოკუმენტაციის წარმოების სწორი ტექნიკა.

როდესაც აფთიაქიდან მივიღებთ მედიკამენტს, აუცილებლად უნდა წავიკითხოთ მისი რეცეპტი. პედიატრიული პოპულაციისთვის სწორი დოზის შერჩევა მოითხოვს რამდენიმეჯერ გადამოწმებას. ექთანმა უნდა დააზუსტოს შეესაბამება თუ არა ექიმის მიერ მითითებული დოზა პაციენტის ინდივიდუალურ მოთხოვნილებებს. ეს მაჩვენებელი იცვლება პაციენტის ასაკის, წონისა და ჯანმრთელობის მდგომარების მიხედვით. პედიატრიული პაციენტის სწორი იდენტიფიკაცია იწყება კლინიკაში შესვლისას მასზე საიდენტიფიკაციო სამაჯურის მოთავსებით, რომელზეც დაიტანება ყველა საჭირო ინფორმაცია.

ექთნის მოვალეობაა შეამოწმოს საიდენტიფიკაციო სამაჯური ყოველი სმენის დასაწყისში და მედიკამენტის მიწოდებამდე. მოსალოდნელია, რომ პაციენტმა ვერ შეძლოს საკუთარი მონაცემების სწორი მიწოდება ექთნისთვის. მცირეწლოვან ასაკში შესაძლოა წავაწყდეთ პაციენტებისგან ინფორმაციის განზრახ არასწორად მიწოდებას, რასაც ისინი „გასართობად" აკეთებენ. ცნობილია, რომ მოზარდობის ასაკში წამლის მიღების განრიგის დამოუკიდებლად დაცვა უფრო გართულებულია. პაციენტის ხელზე არსებულ საიდენტიფიკაციო სამაჯურზე უნდა იყოს მოთავსებული შემდეგი ინფორმაცია: სახელი, გვარი, დაბადების თარიღი და სამედიცინო ჩანაწერის ნომერი. ამ საიდენტიფიკაციო მაჩვენებლების ცოდნა უადვილებს სამედიცინო პერსონალს პაციენტის სწორად ამოცნობას.

მედიკამენტის სწორი მეთოდი, დოზა და შესაბამის დროს შეყვანა უსაფრთხოების ბაზისური საზომია. ზემოთ ხსენებული 5 სწორი მოქმედების გარდა ექთნის პასუხისმგებლობაში შედის მედიკამენტის სწორი კონცენტრაციის შერჩევა.

სანამ პაციენტს შევუყვანთ განსაკუთრებულად საყურადღებო მედიკამენტს, მეორე ექთანმა უნდა გადაამოწმოს მისი უსაფრთხოება, რადგან ამ ტიპის მედიკამენტის არასწორად შეყვანის შემთხვევაში, ფატალური შედეგით დასრულების რისკი მაღალია. ასეთი ტიპის საყურადღებო პრეპარატები ხშირად კლინიკის პოლიტიკასა და პროცედურების სახელმძღვანელოშია მოხსენიებული. ამ მედიკამენტების მაგალითებია: ნარკოტიკული პრეპარატები, ინსულინი, დიგოქსინი, ჰეპარინი, პრესორები, სისხლის პროდუქტები ან სრული პარენტერული კვება.

დოზირების განსაზღვრა

მედიკამენტის დოზირების შესწავლა აუცილებელია ბავშვებში თერაპიული ეფექტის, შესაფერისი დოზისა და ჩამოყალიბების თავისებურებების განსასაზღვრად. განახლებულმა პროგრამებმა შესაძლებლობა მისცა მედიამენტების მწარმოებლებს ჩაეტარებინათ კლინიკური კვლევები. ამ პროგრამებს დაემატა საკანონმდებლო აქტები, რომელმაც გაზარდა პედიატრიული მედიკამენტების ეტიკეტირებაზე, დოზირებასა და შესაძლო რისკებზე ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა. ექთნებმა უნდა უზრუნველყონ შესაფერისი დოზის შერჩევა. ამაში მათ დაეხმარებათ პედიატრიული დოზირების სახელმძღვანელო ან ონლაინ წყაროები. ყურადსაღებია, რომ პედიატრიული მედიკამენტები ხშირად იწერება ერთეული/სხეულის მასის კილოგრამზე/დღეში ან ერთეული დოზის მიხედვით. ხანდახან, თუმცა არა ხშირად, დოზირებისთვის იყენებენ სხეულის ფართობის მაჩვენებელს. კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რომ ექთნებმა დოზის სწორი გამოთვლა შეძლონ, რათა თავიდან აიცილონ მედიკამენტის არასასურველი ეფექტი. პედიატრიულ პაციენტებში მედიკამენტის დოზის გამოთვლის მრავალი ტექნიკა არსებობს. პრეპარატის დოზის განსაზღვრისას უნდა გავითვალისწინოთ ყოველი პაციენტის ინდივიდუალური თავისებურებები, როგორიცაა ასაკი, შეყვანის გზა და სასურველი ეფექტი. დოზირების უმეტესობა გათვლილია 24 საათზე (მგ/კგ/24 სთ). თუმცა, ზოგიერთი პრეპარატის შემთხვევაში დოზირება ერთეული შეყვანისთვის ითვლება (მგ/კგ/დოზა). ექთანს ამ ორის განსხვავება უნდა შეეძლოს.

პერორარული მედიკამენტები

მომზადება

პერორალური მედიკამენტები რამდენიმე ფორმით არსებობს: თხევადი, ფხვიერი, ტაბლეტური და კაფსულური. თხევად მედიკამენტებში ასევე შედის სიროფები, ელექსირები და სუსპენზიები, რომელიც შეიძლება შეიცავდეს სითხეში გაუხსნელ შეწონილ ნაწილაკებს. მედიკამენტის მიწოდებამდე სუსპენზიები უნდა შევანჯღრიოთ, რათა მოქმედი ნივთიერება თანაბრად განაწილდეს მთელ სითხეში და დოზა ყოველ ჯერზე სწორად იქნას მიწოდებული. იმის გამო, რომ 5 წლამდე ბავშვებს უჭირთ ტაბლეტისა და კაფსულის გადაყლაპვა, შესაძლოა საჭირო გახდეს ტაბლეტის გატეხვა და გაფხვიერება, ხოლო კაფსულის გახსნა და შიგთავსის გადმოყრა. სანამ ტაბლეტს გავტეხავთ ან კაფსულას გავხსნით, უნდა განვსაზღვროთ იმოქმედებს თუ არა მედიკამენტის მთლიანობის დარღვევა ფარმაკოკინეტიკაზე (მაგალითად ენტერალური პრეპარატები დაფარულია იმისათვის, რომ დროთა განმავლობაში გაიხსნას და ასეთი პრეპარატების

მთლიანობა არ უნდა დავარღვიოთ). გატეხილ ტაბლეტებს ან კაფსულის შიგთავსს უმეტესწილად უსიამოვნო გემო აქვს. შესაბამისად, გემოს ნაკლებად აღსაქმელად შესაძლებელია გავურიოთ სასიამოვნო გემოს მქონე სითხეში ან ისეთ საკვებში, რომელიც ძირითად კერძს არ წარმოადგენს. ასეთია ჟელე, პუდინგი, ნაყინი ან ვაშლის სოუსი. მედიკამენტები არ უნდა შევურიოთ ბავშვთა კვებას ან ძირითად კერძებს, რადგან ბავშვმა შესაძლოა მედიკამენტის გემო დაუკავშიროს საკვებს და მომავალში მისი მიღება შეწყვიტოს. კიდევ ერთი მეთოდი, რომელიც მედიკამენტის გემოს უფრო ნაკლებად აღსაქმელს გახდის არის სითხის ცივად მიწოდება. თუმცა, რომელი მეთოდიც არ უნდა გამოვიყენოთ, აუცილებელია მედიკამენტის მთლიანობის დაცვა.

მედიკამენტის შეყვანა

პერორალური მედიკამენტის შეყვანა შესაძლოა სირთულეს წარმოადგენდეს, რადგან მისმა ვიზუალმა, სუნმა ან გემომ შეიძლება ბავშვი გააღიზიანოს. შესაბამისად, საჭიროა საკითხისადმი ფაქტობრივი მიდგომა, რომელიც დაფუძნებულია განვითარების დონესა და უნარზე. როგორც წესი, ინდივიდუალური მიდგომა წარმატებულ ურთიერთობას გვაძლევს. მაგალითად, სთხოვეთ ბავშვს თავად მიიღოს მედიკამენტი ან შპრიცის გამოყენებით თავად ჩაისხას პირში. თხევადი მედიკამენტები შესაძლებელია მივაწოდოთ სამედიცინო ჭიქით, საზომი კოვზით, პერორალური შპრიცით, პიპეტით ან საწოვრით. პიპეტი ან პერორალური შპრიცი გამოიყენება ჩვილებსა და მცირეწლოვან ბავშვებში.

სითხე უნდა მივაწოდოთ პირის კუთხიდან და ნელ-ნელა ჩავასხათ მცირე რაოდენობით (0.2-0.5 მლ), რითაც მივცემთ ბავშვს საშუალებას მედიკამენტი გადაყლაპოს, სანამ შემდეგ პორციას მივაწვდით. ჩვილებში საწოვარას გამოყენება რეკომენდებულია თხევადი მედიკამენტების გამოყენებისას. თუ მედიკამენტი თავსდება პირდაპირ საწოვარაში, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ ჩვილის პირში ზედმეტი ჰაერი არ მოხვდეს.

ზოგიერთი ექთანი თავს არიდებს საწოვარას გამოყენებას, რადგან შესაძლოა ჩვილმა ის მედიკამენტს მიამსგავსოს და შემდეგ კვებაზე თქვას უარი. ასპირაციის თავიდან ასაცილებლად ბავშვი უნდა მოვათავსოთ მჯდომარე პოზიციაში, თავიდან უნდა ავირიდოთ მისი მწოლიარე პოზიციაში ყოფნა. მოზრდილ ბავშვებს შეუძლიათ მიიღონ სითხეები სამედიცინო ჭიქით ან საზომი კოვზით. სკოლამდელი ასაკის ბავშვებმა შესაძლოა არჩიონ პერორალური შპრიცი, როგორც ნაჩვენებია 13-1ა სურათზე.

ასაკის მატებასთან ერთად ბავშვი სწავლობს ტაბლეტის ან კაფსულის გადაყლაპვას. ამ პროცესის შესწავლაში ბავშვს შესაძლოა დაეხმაროს ექთანი: მედიკამენტი მოათავსოს მცირე რაოდენობის საკვებში მაგალითად, ნაყინში და ასე მიაწოდოს ტაბლეტი/კაფსულა. ბავშვი უნდა გავაფრთხილოთ, რომ საკვებში მედიკამენტია, ეს დაეხმარება მას, შეიძინოს ახალი უნარი. ზოგ პედიატრიულ პაციენტს პერორალური მედიკამენტი მიეწოდება ნაზოგასტრალური ზონდის, გასტროსტომის ან ნაზოიეუნალური მილის საშუალებით. ამ გზით მედიკამენტის შეყვანის წინ უნდა განისაზღვროს ზონდის სწორი პოზიცია. გარდა ამისა, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ მედიკამენტი, რომელიც უშუალოდ კუჭზე მოქმედებს (მაგალითად, თხევადი ანტაციდები) ეფექტს ვერ მოახდენს, თუ მას

ნაზოიეუნალური მილის საშუალებით შევიყვანთ. მედიკამენტის შეყვანამდე მილში/ზონდში შპრიცით შეგვყავს სითხე, ჩარეცხვის მიზნით, მილში ვათავსებთ მედიკამენტს და შემდეგ დიდი რაოდენობით სითხეს, რათა მედიკამენტი არ დარჩეს მილში და სრულად მოხვდეს კუჭ-ნაწლავის სისტემაში.



სურათი 13-1 ა. ჩვილებში ორალური მედიკამენტის შეყვანა შპრიცის გამოყენებით



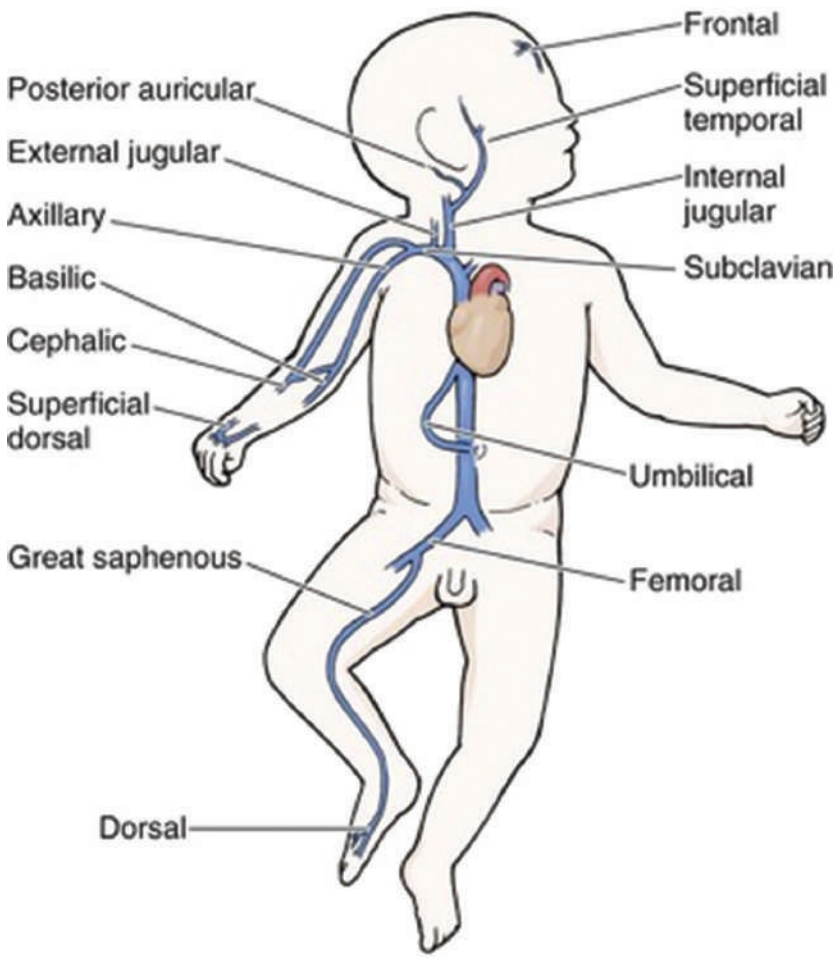
სურათი 13-1 ბ. მცირეწლოვანი და სკოლამდელი ასაკის ბავშვები მედიკამენტს უფრო მონდომებით მიიღებენ, თუ მათ პატარა ჭიქით მივაწვდით



სურათი 13-1 გ. პერორალური მედიკამენტების მიწოდება შესაძლებელია სხვადასხვა ხელსაწყოს საშუალებით: ჭიქა, შპრიცი, პიპეტი, საწოვარა ან სამედიცინო კოვზი

ინტრავენური მედიკამენტები

მედიკამენტის ინტრავენური (ივ) შეყვანა აუმჯობესებს სისხლში პრეპარატის თერაპიულ დონეს და აღმოფხვრის ინტრამუსკულარული და სუბკუტანეური შეყვანისას გამოწვეულ დისკომფორტს. ინტრავენურად მედიკამენტის შეყვანისას უნდა გავითვალისწინოთ, რომ სისხლის მიმოქცევაში შეყვანილი პრეპარატი სწრაფ ეფექტს გვაძლევს. ექთანი უნდა მიჰყვეს ამ პრეპარატთან დაკავშირებულ გზამკვლევებს და უზრუნველყოს მისი შეყვანის სიჩქარის, კონცენტრაციისა და შეთავსებადობის უსაფრთხოება.



სურათი 13-2. ჩვილებში ვენური კათეტერიზაციისთვის შესაბამისი უბნები

მომზადება

მედიკამენტის შეყვანამდე ექთანმა კონსულტაცია უნდა გაიაროს ფარმაკოლოგთან, რათა დააზუსტოს ინფუზიის დრო, ხსნარში მისი მაქსიმალური კონცენტრაცია და სხვა ინფუზიით შესაყვან მედიკამენტებთან თავსებადობა. ინფუზიამდე უნდა შემოწმდეს კათეტერის მიდამო. პაციენტს არ უნდა აღენიშნებოდეს შეშუპება, სიწითლე ან მომატებული მგრძნობელობა. სიფრთხილის ყველა ზომა უნდა იქნას დაცული, რათა მედიკამენტი არ მოხვდეს მიმდებარე ქსოვილებში და ვენის ანთება არ განვითარდეს. ყურადღება უნდა მიექცეს ხსნარში მედიკამენტის სრულად გახსნას. მასში არ უნდა ჩანდეს შეტივტივებული ნაწილაკები. თუ შესაძლებელია, პრეპარატი უნდა მომზადდეს პალატაში შესვლამდე, რათა თავიდან ავირიდოთ ზედმეტი მღელვარება. წინასწარ უნდა მომზადდეს სპეციალური იარლიყი პრეპარატისთვის.

მედიკამენტის შეყვანა

მედიკამენტის შეყვანა ინტრავენურად სხვადასხვა გზითაა შესაძლებელი: პამპის მეშვეობით, ხსნარის შესაყვანი ნაკრებით (მეტრისეტი, ბურეტროლის ან სულოსეტის ნაკრები), შენაცვლებითი საინფუზიო ხაზით, ბოლუსად ან რეტროგრადულად. შესაფერისი მეთოდის შესარჩევად გასათვალისწინებელია: 1) მედიკამენტის სრულად გასახსნელად საჭირო სითხის მოცულობა, 2) სითხისადმი ბავშვის ტოლერანტობა 3) კლინიკის პოლიტიკა პროცედურებთან დაკავშირებით. ხსნარის ის რაოდენობა, რომელსაც გადასხმისათვის ვიყენებთ, უნდა ჩაითვალოს სითხის დღიურ მიღებაში. პამპის დახმარებით ინფუზია საშუალებას გვაძლევს პრეპარატი გადაისხას მცირე მოცულობით დროის გარკვეულ მონაკვეთში. ეს მეთოდი შესაფერისია დიდი მოცულობით სითხის გადასხმის დროს. შპრიცის საინფუზიო ტუმბოების მილაკი ზოგადად დაბალი მოცულობისაა (5 მლ-ზე ნაკლები, ზოგიც მცირეა, ვიდრე 0.5 მლ), ამიტომ ჩარეცხვისთვის მხოლოდ მცირე რაოდენობით სითხეა საჭირო. შპრიცს უმაგრდება მილაკი, შემდეგ ის თავსდება პამპის აპარატზე, რომელსაც მედიკამენტის გადასხმის შესაბამის დოზასა და დროზე ვაყენებთ. შპრიცში მედიკამენტის დამთავრების შემდეგ, მილი უნდა ჩაირეცხოს. შედარებით დიდი მოცულობის მედიკამენტების გადასხმა შესაძლებელია გადასასხმელი ნაკრების საშუალებით (მეტრისეტი, ბურეტროლის ან სულოსეტის ნაკრები). თუ დიდი მოცულობის სითხის ინფუზია მოხდება (20 მლ-მდე), გადასხმის შემდეგ კათეტერს ან გადასხმის მილს პამპზე მეტი რაოდენობის სითხით ვრეცხავთ. ჩასარეცხი სითხე მედიკამენტის შესაბამისი ტემპით უნდა მიდიოდეს. სანამ მედიკამენტი გადასხმის ეტაპზეა, მასზე შესაბამისი იარლიყი უნდა იყოს მოთავსებული, რათა ის არ შეიცვალოს ინფუზიის დასრულებამდე. იარლიყზე მითითებული უნდა იყოს გადასხმის დოზა და დრო, რათა არ მოხდეს პრეპარატის ზედმეტად ნელა ან სწრაფად მიწოდება.

დიდი მოცულობის სითხის გადასხმისას შესაძლოა გამოვიყენოთ შენაცვლებითი საინფუზიო ხაზი. მედიკამენტს აზავებენ 50-100 მლ სითხეებში, როგორც წესი ის 5%-იანი დექსტროზა და წყალია (D5W) ან ნორმალური სალინის ხსნარი. ორი სხვადასხვა სითხით სავსე ბეგი უერთდება ერთმანეთს და შემდეგ საერთო მილის საშუალებით მიდის ვენის კათეტერში. სითხის მიწოდება ხდება გრავიტაციის ძალით, შესაბამისად, გადასხმის სიჩქარე იცვლება, თუ ბავშვი მოძრაობს. ექთანმა ყურადღება უნდა მიაქციოს სითხის დინებასა და მის შესაბამის სიჩქარეს. ბავშვი და მშობელი უნდა გავაფრთხილოთ, რომ მედიკამენტის გადასხმის სიჩქარე და მოცულობა თვითნებურად არ შეცვალონ.

ზოგი მედიკამენტი შესაძლოა მივაწოდოთ ერთჯერადი ინექციის სახით 3-5 წუთიანი ინტერვალებით. მაგალითად, თუ შესაყვანია 5 მლ მედიკამენტი 5 წუთის განმავლობაში, ექთანმა ნელ-ნელა უნდა შეიყვანოს 1 მლ წუთში. მედიკამენტებისა და შეყვანის გზებზე დამატებით ინფორმაციის მოძიება შესაძლებებლია საექთნო ფარმაკოლოგიის წიგნებში. საბოლოო მეთოდია რეტროგრადული (უკუსვლით) ინფუზია. ამ დროს პაციენტის ინტრავენური ხაზი იკეტება, ხოლო მედიკამენტი გადადის იმ უბანში, რომელიც თავისუფალია. სამკურნალწამლო საშუალება მიედინება IV ტომარაში. შემდეგ იხსნება წინასწარ ჩაკეტილი ხაზი და მედიკამენტი მიედინება ინტრავენურად.

ინტრამუსკულარული მედიკამენტები

მედიკამენტების ინტრამუსკულარული შეყვანა დისკომფორტთან და სტრესთანაა ასოცირებული, რის გამოც ის ყველაზე ნაკლებ სასურველი გზაა. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში, სწორედ ეს გზაა საჭირო პრეპარატის შესაყვანად. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ნემსის ზომას, ინექციის უბანს და შეყვანის ტექნიკას.

ნემსის ზომის შერჩევა

ნემსის ზომა და კალიბრი შეირჩევა ბავშვის ასაკის, ზომის, კანქვეშა ქსოვილის განვითარებისა და მედიკამენტის სიბლანტის მიხედვით. ცხრილი 13-2 წარმოადგენს ასაკის შესაფერისი ნემსის კალიბრისა და ზომის შერჩევის გზამკვლევს. თუმცა, ყოველი ბავშვისთვის მედიკამენტის მიწოდების მოთხოვნილება ინდივიდუალურია. სასურველია, შეირჩეს ყველაზე მცირე ზომის ნემსი, რომლითაც მედიკამენტის შეყვანა შესაძლებელი იქნება.

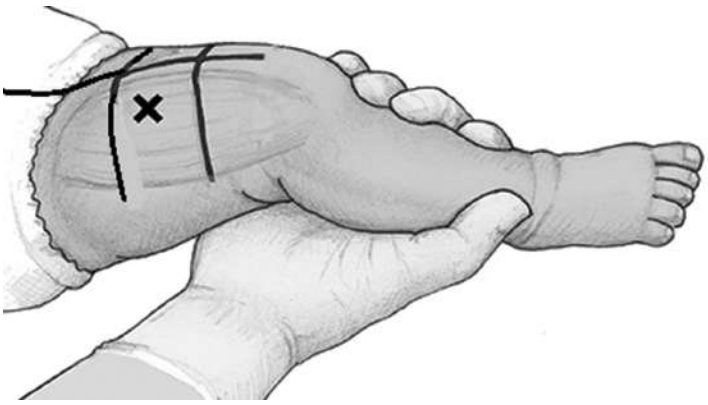
ცხრილი 13 – 2. ასაკის შესაფერისი ნემსის კალიბრისა და ზომის შერჩევის გზამკვლევი		
ასაკობრივი ჯგუფი	ნემსის სიგრძე	ნემსის კალიბრი
ჩვილები	1,58 სმ	25-27
მცირეწლოვანი და სკოლამდელი ასაკის ბავშვები	2,54 სმ	22-23
სკოლისა და მოზარდობის ასაკის	2,54-3,81	22-23

ინექციის უბანი

მედიკამენტის შეყვანის უბანი შეირჩევა კუნთის განვითარებისა და მედიკამენტის რაოდენობის მიხედვით. ახალშობილებსა და ჩვილებში სასურველია ავირჩიოთ ლატერალური განიერი კუნთი (იხილეთ სურათი 13-3, ა). მისაღები ალტერნატივაა ბარძაყის სწორი კუნთიც. ბავშვებში 3 წლიდან, რომელებიც აქტიურად დადიან, ინექციის უბანი შესაძლოა იყოს დუნდულოს ვენტრალური მიდამო. დელტისებრი კუნთში ინექცია კეთდება 4-5 წლიდან. თუმცა, ეს უბანი შესაფერისია წლინახევრის ასაკიდან იმუნიზაციისათვის, რადგან ამ შემთხვევაში ხსნარი მცირე რაოდენობისაა (ინექციის უბნებისათვის იხილეთ სურათი 13-3). მედიკამენტის უსაფრთხო რაოდენობა ასაკის მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში 13-3.



ა.



ბ.



გ.

სურათი 13-3. ინტრამუსკულური ინექციის უბნები

(ა) ლატერალური განიერი კუნთი: მოიძიეთ დიდი ციბრუტი, მოათავსეთ ხელი ბარძაყის ეპიფიზის ლატერალურად. ინექციის უბანი არის კუნთის შუა მესამდში და ლატერალური უბნის წინ;

(ბ) დუნდულოს ვენტრალური მიდამო: დიდ ციბრუტზე ვათავსებთ მარცხენა ხელისგულს ისე, რომ საჩვენებელი თითი მიმართული იყოს თეძოს წინაზედა მიმართულებით, შუა თითი და საჩვენებელი თითი V ფორმას უნდა იმეორებდეს, ეს არის ინექციის უბანი;

(გ) დელტისებრი კუნთი – მოიძიეთ მხრის ლატერალური მიდამო. აკრომიონის მორჩიდან 1 თითის დადების ქვემოთ მდებარეობს დელტისებრი კუნთი, რომელიც არის ინექციის უბანი;

ცხრილი 13-3. ინტრამუსკულარულად შესაყვანი სითხის გზამკვლევის მიხევდით რეკომენდებული რაოდენობა

	ასაკობრივი ჯგუფი				
კუნთი	**ჩვილები**	**მცირეწლოვანი ასაკი**	**სკოლამდელი ასაკი**	**სკოლის ასაკი**	**მოზარდობის ასაკი**
	0-1,5	1,5-3	3-6	6-15	≥15
	0,5-1 მლ	1 მლ *	1,5 მლ	1,5-2 მლ	2-2,5 მლ
	*	1 მლ *	1,5 მლ	1,5-2 მლ	2-2,5 მლ
	**	1 მლ *	1,5 მლ	1,5-2 მლ	2-2,5 მლ
	**	0,5 მლ	0,5 მლ	0,5 მლ	1 მლ

* არაა რეკომენდებული

** თუ სხვა უბანზე არ შეიძლება ინექცია, მხოლოდ იმ შემთხვევაშია ნებადართული

მედიკამენტის შეყვანა

მედიკამენტის კუნთშიდა ინექციამდე შესაბამისი უბანი სპირტითა და ანტისეპტიკური ხსნარით უნდა გაიწმინდოს და გაშრეს. სამკურნალწამლო საშუალება ნემსის საშუალებით შეგვყავს 90 გრადუსიანი კუთხით, ვახდენთ ასპირაციას და შემდეგ დგუშის დაჭერით შეგვყავს მედიკამენტი. დისკომფორტის თავიდან ასაცილებლად პაციენტს ინექციის უბანი მოდუნებული უნდა ჰქონდეს. მაგალითად, წვივის მოხრამ შესაძლოა მოადუნოს განიერი ლატერალური კუნთი და გააადვილოს მედიკამენტის შეყვანა. მცირეწლოვან ბავშვებსა და ჩვილებში ინტრამუსკულარული ინექციის დროს აუცილებელია პაციენტის საიმედოდ დაკავება, რათა თავიდან ავიცილოთ ზედმეტი დაზიანებისა და ინექციის არასწორ ადგილას მოხვედრა. სასურველია, რომ ჩვილებს და სკოლამდელ ბავშვებს ორი ზრდასრული ახლდეს თან, რათა უზრუნველყონ კუნთშიდა ინექციის უსაფრთხოება. დახმარება შესაძლოა საჭირო გახდეს სკოლის ასაკის ბავშვებშიც. საჭიროა ნემსის ქვედა ნაწილის მჭიდროდ დაჭერა, რათა ინექცია უსაფრთხო იყოს. სურათზე 13-4 წარმოდგენილია ბავშვის გაკავების ორი მეთოდი.



სურათი 13-4 ა. ინტრამუსკულური ინექციის დროს ბავშვი უმოძრაოდ ზის დედის კალთაში



სურათი 13-4 ბ. ინტრამუსკულური ინექციის დროს ბავშვი უმოძრაოდ წევს საწოლზე

კანქვეშა მედიკამენტები

სუბკუტანეურად მედიკამენტი შეგვყავს კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში. პრეპარატის შეყვანის ამ გზის გამოყენებისას უნდა გავითვალისწინოთ ცხიმოვანი ქსოვილის გადანაწილების განსხვავება ბავშვსა და მოზარდს შორის. ბარძაყის წინა ზედაპირი, დუნდულოები, მხრის გარეთა და მუცლის წინა ზედაპირი კანქვეშა ინექციისთვის იდეალური მიდამოებია. კანის მონაოჭებით სუბკუტანეური შრის იზოლაციას ვახდენთ, რაც მედიკამენტის კუნთში მოხვედრისგან გვიცავს. ეს მოქმედება განსაკუთრებით საჭიროა ახალშობილებსა და ჩვილებში, რადგან ამ ასაკში კანქვეშა ქსოვილი მცირედაა განვითარებული. საჭიროებისამებრ, პროცედურის დროს პაციენტის მოძრაობა უნდა შეიზღუდოს.

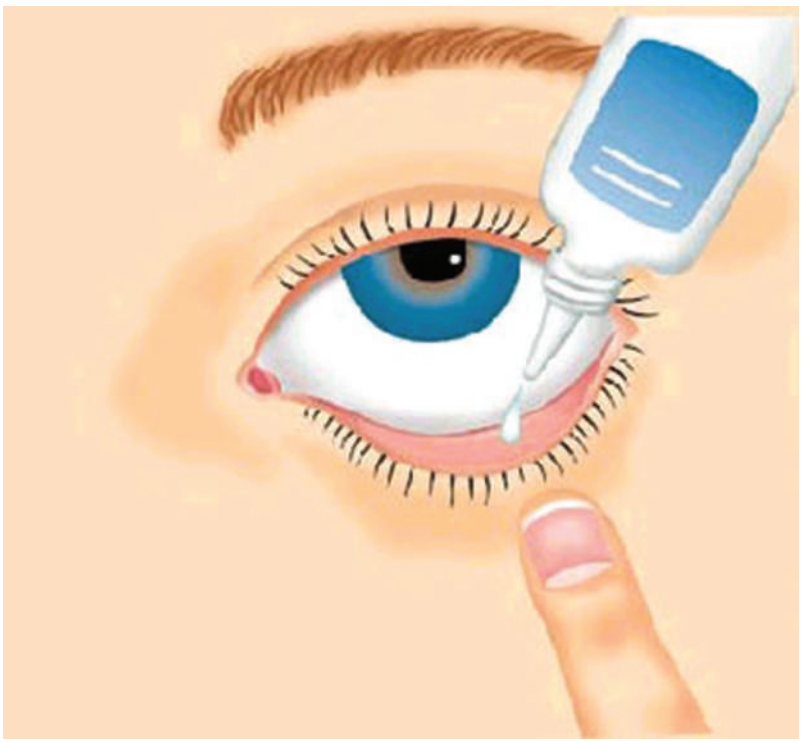
რექტალური მედიკამენტები

მედიკამენტის შეყვანა რექტალურად შესაძლოა არაპროგნოზირებადი და ცვალებადი იყოს. პედიატრიული პაციენტებისთვის ეს გზა ყველაზე ნაკლებად სასიამოვნოა. თუმცა, ამ მეთოდით სარგებლობა ხდება მაშინ, თუ ბავშვს ღებინება აქვს ან პეროპერალურად მიღება არ შეუძლია. ასაკობრივი შიშის გამო ჩვილებისა და მცირეწლოვანი ბავშვებისთვის ეს პროცედურა განსაკუთრებით სტრესულია. სასკოლო ასაკის ბავშვებისთვის კი შესაძლოა დამამცირებელიც კი აღმოჩნდეს, ამიტომ პროცედურის აუცილებლობა უნდა ავუხსნათ ასაკისთვის შესაბამის ენაზე. რექტალური მედიკამენტების ყველაზე ხშირი ფორმაა წყალში ხსნადი ლუბრიკანტით დაფარული სანთელი. ის შეგვყავს სწორ ნაწლავში სპინქტერის გავლით. 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში შეყვანა ხდება ნეკა თითით, ხოლო 3 წლიდან ბავშვებში საჩვენებელი თითი. სანთლის მოთავსების შემდეგ დუნდულოები ერთად უნდა დავიჭიროთ რამდენიმე წუთის განმავლობაში, რათა თავიდან ავირიდოთ დეფეკაციის ან ჭინთვებით მისი გამოდევნა. თუ დეფეკაცია 10-30 წუთის განმავალობაში მოხდა, უნდა დათვალიერდეს შეყვანის უბანი, სანთლის გაწოვის შესამოწმებლად. თუ მედიკამენტი არ შეიწოვა ორგანიზმში, ეს ფაქტი უნდა ვაცნობოთ ექიმს, რადგან შესაძლოა საჭირო გახდეს მისი განმეორებით შეყვანა.

ოფთალმოლოგიური მედიკამენტები

ბავშვებში ოფთალმოლოგიური რიგის მედიკამენტების შეყვანისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამოვიჩინოთ. მცირეწლოვან ბავშვს ეშინია თვალთან ახლოს ნებისმიერი ნივთის მიტანა, ხოლო ჩვილმა შესაძლოა თვალი ისე მჭიდროდ დახუჭოს, რომ ექთანს გაუჭირდეს მისი გაღება. ბავშვს მოძრაობა სათანადოდ უნდა შევუზღუდოთ, დავუჭიროთ თავი და ხელები, რათა მისმა მოძრაობამ მედიკამენტის შეყვანას ხელი არ შეუშალოს. ბავშვს, რომელიც იმ ასაკისაა, რომ პროცედურის არსს ჩაწვდეს, მისთვის გასაგებ ენაზე უნდა ავუხსნათ რა მოხდება. თუ შესაძლებელია, თვალშიდა მედიკამენტი იმ დროს უნდა ჩავაწვეთოთ ბავშვს, როცა ის არ ტირის, რაც სასურველ თერაპიულ ეფექტს მოგვცემს.

ბავშვისთვის თვალშიდა წვეთის ან მალამოს გამოყენებისას პაციენტი ზურგზე უნდა იწვეს. თავის მჭიდროდ ფიქსაცია და სხეულზე დაბლა მდებარეობა დაეხმარება მედიკამენტს, გადანაწილდეს რქოვანაში. ის ხელი, რომლითაც მედიკამენტს ვაწვეთებთ, უნდა დავაფიქსიროთ და წვეთები ან მალამო საჩვენებელი და ცერა თითებით უნდა დავიჭიროთ. ეს მოძრაობა საჭიროა თვალის დაზიანებისა და მედიკამენტის არასწორ ადგილას მოხვედრისგან თავიდან ასაცილებლად. მედიკამენტი უნდა მოხვდეს ქვედა ქუთუთოსა და კონიუნქტივის ჯიბეს შორის, ისე, რომ პიპეტი არ შეეხოს თვალის ზედაპირს. მალამო უნდა მოთავსდეს ასევე კონიუნქტივის ჯიბეში, თვალის შიდა კუთხიდან გარეთა მიმართულებით. მალამოს ლულა ან პიპეტი არ უნდა შეეხოს წამწამებს ან თვალს სტერილურობის შესანარჩუნებლად. თუ ბავშვი მოზრდილია და შეუძლია მითითებების შესრულება, უნდა ვთხოვოთ თვალები ნაზად დახუჭოს, რათა მედიკამენტის კონიუნქტივაში შეწოვა გაადვილდეს (იხ. სურათი 13-5).



სურათი 13-5. თვალშიდა მედიკამენტის შეყვანისას, ქვედა ქუთუთოს ნაზად ჩამოვწევთ, ბავშვს ვთხოვთ აიხედოს ზემოთ და პრეპარატს ვაწვეთებთ ქვედა კონიუნქტივალურ ჯიბეში

ყურშიდა მედიკამენტები

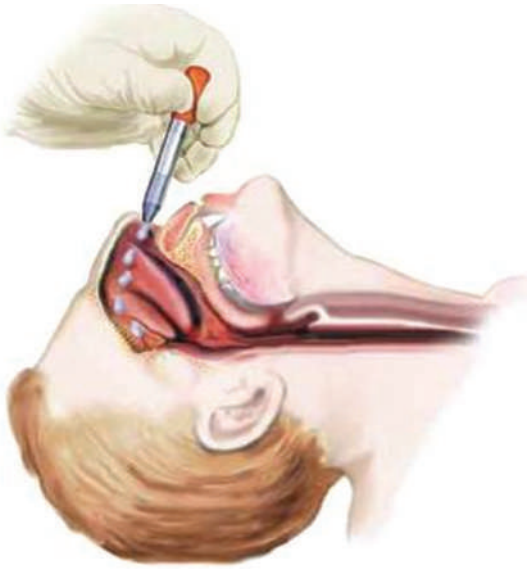
ბავშვებში ასაკობრივი შიში ყურში მედიკამენტის ჩაწვეთებასაც უკავშირდება. შესაძლოა საჭირო გახდეს მცირეწლოვანი ბავშვების მოძრაობის შეზღუდვა მედიკამენტის მიწოდებისას. თუ მოზარდთან გვაქვს საქმე, მას პროცედურის შინაარსი უნდა ავუხსნათ მისთვის გასაგებ ენაზე. ბავშვი უნდა მოვათავსოთ გვერდზე მწოლიარე პოზიციაში, ისე რომ დაზიანებული ყური ექთნის მხარეს იყოს. 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში ყურის ნიჟარის გარეთა ნაწილი უნდა დავწიოთ ქვემოთ და უკან. 3 წლის ასაკიდან ყურის ნიჟარის გარეთა ნაწილი უნდა ავწიოთ ზემოთ და უკან. მედიკამენტის შეყვანიდან რამდენიმე წუთი პაციენტი მწოლიარე პოზიციაში უნდა გავაჩეროთ. თუ ყურში ბამბას მოვათავსებთ, ის თავისუფლად უნდა იყოს, რათა გამონადენის დრენირება შეუზღუდავი იყოს.



სურათი 13-6. ყურშიდა წვეთების გამოყენებისას, ბავშვი უნდა იწვეს ისე, რომ დაზიანებული ყური ექთნის მხარეს იყოს, ყურის ნიჟარის გარეთა ნაწილი უნდა დავწიოთ ქვემოთ და უკან და წვეთები ყურის ნიჟარიდან 1 სმ-ით ზემოთ უნდა მოვათავსოთ და ჩავაწვეთოთ (მედიკამენტი ოთახის ტემპერატურის უნდა იყოს)

ნაზალური პრეპარატები

ჩვილსა და მცირეწლოვან ბავშვს შესაძლოა ნეგატიური რეაქცია ჰქონდეს ცხვირის წვეთების ჩაწვეთებასთან დაკავშირებით. შესაბამისად, ამ პროცედურის დროს სასურველია მისთვის მოძრაობის შეზღუდვა და თავის მჭიდროდ ფიქსაცია. ამ დროს შესაძლებელია თავის მშობლის კალთაზე, საწოლზე ან გასასინჯ მაგიდაზე დადება. ბავშვი ასეთ პოზიციაში 1 წუთი მაინც უნდა გაჩერდეს, რათა ცხვირის წვეთების მოქმედება შესაბამისი იყოს (სურათი 13-7).



სურათი 13-7. ცხვირის წვეთების ჩაწვეთების დროს, ბავშვს თავი უკან ან საწოლის თავის მხარეს უნდა გადავაწევინოთ, ეს მოგვცემს ცხვირის უკანა მიდამოსკენ წვდომის საშუალებას



სურათი 13-8 ა. ბავშვი მედიკამენტს ნიღბის საშუალებით იღებს



სურათი 13-8 ბ. საინჰალაციო მედიკამენტის მიღებისას, ინჰალატორი სწორ პოზიციაში უნდა გვეჭიროს და 3-4 წამის განმავლობაში დაველოდოთ, რათა მედიკამენტი გადავიდეს შუალედურ მილში

საინჰალაციო მედიკამენტები

საინჰალაციო მედიკამენტის ნებულაიზერის საშუალებით შეყვანას რამდენიმე უპირატესობა აქვს: სამკურნალწამლო საშუალება მოქმედების უბანში პირდაპირ ხვდება და, შესაბამისად, მისი მცირე დოზით მიწოდებაა შესაძლებელია. სტანდარტული ინჰალატორი შედგება წნეხიანი ფილტრაციის ყუთის, პლასტმასის დამჭერისა და სახურავისგან. შესაძლოა თან დართული ჰქონდეს სპეციალური მილი, რომელიც შეყვანილი მედიკამენტის დოზას ზრდის თითო შესხურებაზე. საინჰალაციო ნაწილი შესაძლოა იყოს ნიღაბი ან მუნდშტუკი, რომელიც მორგებულია ბავშვის ანატომიურ თავისებურებებზე.

საინჰალაციო ნაწილი მედიკამენტის შემაკავებელ ღრუსაც წარმოადგენს, ბავშვს შეუძლია რამდენჯერმე ჩაისუნთქოს და ისე აითვისოს მიწოდებული დოზა.

მომზადება

მედიკამენტის საინჰალაციოდ მოსამზადებლად ინჰალატორს ვხსნით სახურავს და თუ საჭიროა მუნდშტუკსაც, ვასხამთ მედიკამენტს ახალ ან ბოლო 48 საათის განმავლობაში გამოუყენებელ ფილტრაციის ყუთში. თუ ვიყენებთ მუნდშტუკს, ინჰალატორს მასზე ვათავსებთ და ვანჯღრევთ ინჰალატორს შესხურებამდე.

მედიკამენტის შეყვანა

საინჰალაციო მედიკამენტის შეყვანა იწყება ინჰალატორის მუნდშტუკის პირში, კბილებს შორის, მოთავსებით. პაციენტმა ინჰალატორი ვერტიკალურად უნდა დაიჭიროს და მუნდშუკის გარშემო პირი მჭიდროდ მოკუმოს. შემდეგ უნდა დააჭიროს ფილტრაციის ყუთს და მედიკამენტი შეასხუროს. პაციენტს უნდა მიეცეს მითითება 3-5 წამის განმავლობაში ღრმად ისუნთქოს პირით და შემდეგ შეიკავოს სუნთქვა 10 წამის განმავლობაში. შემდეგ ინჰალატორის მუნდშტუკი გამოიღოს პირიდან და ნელა ამოისუნთქოს. ორალური ინფექციის პრევენციისთვის, ყოველი ინჰალაციის შემდეგ პირის წყლით გამორეცხვაა რეკომენდებული. რაც შეეხება ინჰალატორს, ის უნდა გაირეცხოს საპნიანი წყლით და შემდეგ გაშრეს. ოჯახის წევრებს ინჰალატორის გამოყენების სწორი ინსტრუქციები უნდა მიეცეს. პატარა ბავშვები ხშირად უარს ამბობენ ნიღბის გაკეთებაზე, თუმცა მედიკამენტის ეფექტურობასა და პროცედურის აუცილებლობაში დარწმუნების შემდეგ, ისინი უნდა დავითანხმოთ ინჰალატორის გამოყენებაზე.

ტოპიკური მედიკამენტები

ბავშვებში, ზრდასრულების მსგავსად, ტოპიკურ მედიკამენტებს იყენებენ. თუ კანის მთლიანობა დარღვეულია, სტერილურობა მაქსიმალურად უნდა შევინარჩუნოთ. ყველაზე დიდი გამოწვევა ექთნისთვის ახალშობილებსა და ჩვილებში ტოპიკური მედიკამენტების გამოყენებაა, რადგნა მათ სჩვევიათ გაღიზიანებული, დაინფიცირებული მიდამოს მოქავება. ბავშვის ფრჩხილები მაქსიმალურად სუფთა და მოკლედ მოჭრილი უნდა იყოს, შესაძლოა, საჭირო გახდეს ხელთათმანების გამოყენება.

საკვანძო საკითხები

- მედიკამენტების უმეტესობა პედიატრიულ პოპულაციაში გამოცდილი არაა. შესაბამისად, ზოგი პრეპარატისთვის სტანდარტული დოზა განსაზღვრული არაა და ბავშვებში იზრდება არაეფექტური მკურნალობისა და გვერდითი მოვლენების რისკი;
- ზრდასრულსა და ბავშვს შორის ფიზიოლოგიური განსხვავების გამო, მედიკამენტების მიმართ ბავშვი უფრო მგრძნობიარეა, რაც ზრდის გვერდითი მოვლენების რისკს;
- ფარმაკოკინეტიკისა და ფარმაკოდინამიკის პროცესების ცვლილებაზე პასუხისმგებელია ასაკობრივი ფიზიოლოგიური განსხვავებები. ისინი განსაზღვრავს მედიკამენტის შეყვანის მეთოდს, დოზასა და სიხშირეს;
- პედიატრიულ პოპულაციაში სამკურნალწამლო საშუალებების შეყვანა მოითხოვს ფიზიოლოგიური ცვილებებისა და მათი ფარმაკოკინეტიკასა და ფარმაკოდინამიკის პროცესებზე გავლენის ცოდნას;
- პრეპარატის შეყვანის ტექნიკის არჩევისას უნდა გავითვალისწინოთ ზრდის ისეთი თავისებურებები, როგორიცაა ფიზიკური, ფსიქო-სოციალური და კოგნიტური განვითარება;
- პაციენტს ასაკისთვის შესაფერისი ენით უნდა ავუხსნათ მედიკამენტის შეყვანის დეტალები;
- ორალური მედიკამენტების ფორმა და მეთოდი ასაკისა და განვითარების შესაბამისი უნდა იყოს;
- მედიკამენტის ინტრავენური შეყვანა აუმჯობესებს სისხლში მის თერაპიულ დონეს და განმეორებით ინექციასთან დაკავშირებულ დისკომფორტს გამორიცხავს;
- მედიკამენტის შეყვანა ინექციის სახით არასასურველია ბავშვთა ასაკში, რადგან ის ასოცირებულია სტრესსა და ტკივილთან. ფიზიოლოგიური ფაქტორების გათვალისწინებით ეს გზა ნაკლებად ეფექტურია ჩვილებში;
- თუ ინექცია აუცილებელია, ფრთხილად უნდა შეირჩეს მედიკამენტის შეყვანის უბანი და ნემსის შერჩევისას უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ის უნდა იყოს მაქსიმალურად პატარა და მცირე კალიბრიანი;
- რექტალური, ოფთალმოლოგიური, ყურშიდა და ნაზალური მედიკამეტების გამოყენება ინვაზიური პროცედურაა, რომელიც ჩვილებსა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში შიშსა და მღელვარებას იწვევს.

შემაჯამებელი კითხვები

1. ჩამოთვალეთ 4 ფარმაკოკინეტიკური პროცესი;
2. როგორ მოქმედებს კუჭის შიგთავსის დაცლის დრო ორალური მედიკამენტების შეწოვაზე? რა შესაძლო ეფექტა მოსალოდნელი ჩვილებისა და ბავშვებისთვის პერორალურად მედიკამენტების მიცემის დროს?
3. რა გავლენას ახდენს ცილასთან შეკავშირება მედიკამენტის გადატანაზე? რა შედეგს უნდა ველოდეთ ჩვილებსა და ბავშვებში მედიკამენტის შეყვანის შემდეგ;
4. ჩვილებსა და ბავშვებში რომელი ფიზიოლოგიური ფაქტორები მოქმედებს წამლის ნახევარდაშლის პერიოდზე?
5. ჩვილებში ზრდისა და განვითარების რომელი ფსიქო-სოციალური და კოგნიტური ასპექტები მოქმედებს მედიკამენტის შეყვანაზე? ამ ფაქტორების ცოდნის გათვალისწინებით რომელ მიდგომას გამოიყენებდით?
6. რა უნდა მოიმოქმედოს ექთანმა თუ დანიშნულ დოზა არ ემთხვევა რეკომენდებულ დოზას?
7. 3 წლის ბავშვს გამოწერილი აქვს ცეფაზოლინი 300 მგ ინტრავენურად ყოველ 8 საათში. ბავშვის წონაა 9,8 კგ. ცეფაზოლინის რეკომენდებული დოზაა 50-100 მგ/კგ/24სთ. გამოთვალეთ რეკომენდებული დოზა ამ პაციენტისთვის და შეადარეთ დანიშნულ დოზას. შეესაბამება თუ არა ისინი ერთმანეთს? თუ არა რატომ?
8. დაასახელეთ ჩვილებში პერორალური მედიკამენტების შეყვანის ორი მეთოდი. როგორ გამოიყენებდით ორივე მეთოდს სიფრთხილის ზომების დაცვით?
9. თუ ექთანმა დაიცვა 5 მთავარი სწორი მოქმედება და შეადარა გამოწერილი დოზა რეკომენდებულს, რა დამატებითი ინფორმაციაა საჭირო ინტრავენური მედიკამენტის უსაფრთხოდ შეყვანისათვის.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Adams, M. P., Josephson, D. L., & Holland, L. N. (2005). Pharmacology for nurses: A pathophysiologic approach. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Algren, C. (2005). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In K. Gutierrez & S. F. Queener (Eds.), Pharmacology for nursing practice. St. Louis, MO: Mosby, pp. 33–43.
- American Academy of Pediatrics. (2007). Pediatric Research Equity Act of 2007. (Public Law 110-85). Retrieved April 27, 2009, from http://www.aap.org/advocacy/washing/Therapeutics/docs/bpcapreasidexside.pdf.
- Anand, V., Kataria, M., Kukkar, V., Saharan, V., & Choudhury, P. K. (2007). The latest trends in the taste assessment of pharmaceuticals. Drug Discovery Today, 12(5-6), 257–265.
- Andrew, S., Salamonson, Y., & Halcomb, E. J. (2009). Nursing students' confidence in medication calculations predicts math exam performance. Nurse Education Today, 29, 217–223.
- Andrews, M. M. & Boyle, J. S. (2007). Transcultural concepts in nursing care (5th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Anley, P., & Siu, A. (2005). Principles of pharmacotherapy in pediatrics. In V. P. Arcangelo, & A. M. Peterson, Pharmacotherapeutics for advanced practice (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins, pp. 40–48.
- Aschenbrenner, D. S., & Venable, S. J. (2008). Drug therapy in nursing (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Bauer, L. A. (2008). Applied clinical pharmacokinetics (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Best Pharmaceuticals for Children Act (Public Law 107-109) (2002). Retrieved April 30, 2009, from http://www.fda.gov/opacom/laws/pharmkids/pharmkids.html.
- Blackburn, S. T. (2007). Maternal, fetal, & neonatal physiology: A clinical perspective (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Bowden, V. R., & Greenberg, C. S. (2007). Pediatric nursing procedures (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Burton, M. E., Shaw, L. M., Schentag, J. J., & Evans, W. E. (2005). Applied pharmacokinetics & pharmacodynamics: Principles of therapeutic drug monitoring. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Cahill, M. (2009). Pediatric medication safety: The power of the team. Nurse Administration Quarterly, 33(1), 38–47
- Deveaugh-Geiss, J., March, J., Shapiro, M., Andreason, P. J., Emslie, G., Ford, L. M. et al. (2006). Child and adolescent psychopharmacology in the new millennium: A workshop for academia, industry, and government. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45(3), 261–270.
- Garvie, P. A., Lensing, S., & Rai, S. N. (2007). Efficacy of pillswallowing training intervention to improve antiretroviral medication adherence in pediatric patients with HIV/AIDS. Pediatrics, 119, e893–e899.
- Gracely-Kilgore, K. A. (2005). Pediatric issues. In Youngkin, E. Q., Sawin, K. J., Kissinger, J. F., & Israel, D. S., Pharmacotherapeutics: A primary care clinical guide (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall, pp. 173–188.

- Gutierrez, K. (2003). Pediatric pharmacotherapeutics. In K. Gutierrez & S. F. Queener (Eds.). Pharmacology for nursing practice. St. Louis, MO: Mosby, pp. 33–43.
- Hedaya, M. A. (2007). Basic pharmacokinetics. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Herrman, J. W. (2009). Pediatric pharmacology. In J. L. Kee, & E. R. Hayes, Pharmacology: A nursing process approach (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders, pp. 187–196.
- Hunt, R. (2008). Introduction to community-based nursing (4th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins. Ince, I., Saskia, N., Tibboel, D., Danhof, M., & Knibbe, C. (2009). Tailor-made drug treatment for children: Creation of an infrastructure for data-sharing and population PK-PD modeling. Drug Discovery Today, 14(5-6), 316–320.
- Karch, A. M. (2010). Focus on nursing pharmacology (5th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Kee, J. L., Hayes, E. R., & McCuistion, L. E. (2009). Pharmacology. A nursing process approach (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders.
- Kemper, K. J., Vohra, S., Walls, R., The Task Force on Complementary and Alternative Medicine, & The Provisional Section on Complementary, Holistic, and Integrative Medicine. (2008). The use of complementary and alternative medicine in pediatrics. Pediatrics, 122, 1374–1386.
- Kyle, T., & Kyle, T. (2007). Essentials of pediatric nursing. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins. LaMattina, J. C., & Golan, D. E. (2007). In D. E. Golan, A. H. Tashjian, E. J. Armstrong, & A. W. Armstrong, Principles of pharmacology. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins, pp. 31–48.
- Lehne, R. A. (2010). Pharmacology for nursing care (7th ed.). Philadelphia: Saunders. Luedtke, S. A. (2006). Pediatric and neonatal therapy. In R. A. Helms, E. T. Herfindal, D. J. Quan, & D. R. Gourley, Textbook of therapeutics (8th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins, pp. 325–337. Maples, H. D., James, L. P., & Stowe, C. D. (2005). Special pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations in children. In
- M. E. Burton, L. M. Shaw, J. J. Schentag, & W. E. Evans, Applied pharmacokinetics & pharmacodynamics (4th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins, pp. 213–227.
- Matsui, D. (2007). Current issues in pediatric medication adherence. Pediatric Drugs, 9(5), 283–288. McCance, K. L. & Huether, S. E. (2010). Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Mennella, J. A., & Beauchamp, G. K. (2008). Optimizing oral medications for children. Clinical Therapeutics, 30(11), 2120–2132.
- Morriss, F. H., Abramowitz, P. W., Nelson, S. P., Milavetz, G., Michael, S. L., Gordon, S. N., Pendergast, J. F., & Cook, E. F. (2009). Effectiveness of a barcode medication administration system in reducing preventable adverse drug events in a neonatal intensive care unit: A prospective cohort study. Journal of Pediatrics, 154, 363–368.
- Nahata, M. C., & Taketomo, C. (2008). Pediatrics. In J. T. DiPiro, R. L. Talbert, G. C. Yee, B. G. Matzke, & L. M. Posey, Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach (7th ed.). New York: McGraw-Hill, pp. 47–56.
- Ndosi, M. E., & Newell, R. (2009). Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. Journal of Clinical Nursing, 18(4), 570–580.
- Pepper, G. A. (2005). Pharmacokinetics and pharmacodynamics. In E. Q. Youngkin, K. J. Sawin, J. F. Kissinger, & D. S. Israel, Pharmacotherapeutics: A primary care clinical guide (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall, pp. 7–41.

- Peterson, A. M. (2005). Pharmacokinetic basis of therapeutics and pharmacodynamic principles. In V. P. Arcangelo, & A. M. Peterson, Pharmacotherapeutics for advanced practice: A practical approach (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins, pp. 13–26.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2009). Fundamentals of nursing (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby. Purswani, M. U., Radhakrishnan, J., Irfan, K. R., Walter-Glickman, C., Hagmann, S., & Neugebauer, R. (2009). Infant acceptance of a bitter-tasting liquid medication: A randomized controlled trial comparing the Rx medibottle with an oral syringe. Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 163(2), 186–188.
- Raja Lope, R. J., Boo, N. Y., Rohana, J., & Cheah, F. C. (2009). A quality assurance study on the administration of medication by nurses in a neonatal intensive care unit. Singapore Medicine Journal, 50(1), 68–72. Regulations Requiring Manufacturers to Assess the Safety and Effectiveness of New Drugs and Biological Products in Pediatric Patients: Final Rule Fed Reg. Vol. 63, No. 231, pp. 66631–66672 (December 2, 1998) (FR Doc 98-31902 Filed 11-27-98).
- Ricci, S. S., Kyle, T., & Kyle, T. (2008). Maternity and pediatric nursing. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins. Rodriguez, W., Selen, A., Avant, D., Chaurasia, C., Crescenzi, T., Gieser, G., et al. (2008). Improving pediatric dosing through pediatric initiatives: What we have learned. Pediatrics, 121, 530–539.
- Stein, H. G. (2006). Glass ampules and filter needles: An example of implementing the sixth “R” in medication administration. MEDSURG Nursing, 15(5), 290–294.
- Tozer, T. N., & Rowland, M. (2006). Introduction to pharmacokinetics and pharmacodynamics: The quantitative basis of drug therapy. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Turkoski, B. (2007). Medicating young or very young patients— Part I. Orthopaedic Nursing, 26(2), 134–139.
- Williams, N. T. (2008). Medication administration through enteral feeding tubes. American Journal of Health Systems Pharmacology, 65, 2347–2357.
- Wilson, D. (2009). Health promotion of the newborn and family. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson, (Eds.) Wong’s Essentials of Pediatric Nursing (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Wright, K. (2008). Drug calculations part 1: A critique of the formula used by nurses. Nursing Standard, 22(36), 40–42.
- Wynne, A. L., Woo, T. M., & Olyaei, A. J. (2007). Pharmacotherapeutics for nurse practitioner prescribers (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Bindler, R. C, & Ball, J. W. (2008). Clinical skills manual for pediatric nursing: Caring for children (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Mandleco, B. L. (2005). Pediatric nursing skills & procedures. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning. Rising, D. L. (2008). Pharmacology for nursing practice. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Taketomo, C. K., Hodding, J. H., & Kraus, D. M. (2006). Pediatric dosage handbook (13th ed.). Hudson, OH: Lexi-Comp. The Johns Hopkins Hospital, Robertson, J., & Shilkofski, N. (2005). The Harriet Lane handbook (17th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

თავი 14

დანაკარგი და გლოვა

ამ თავში განხილულია:

- ის ხშირი მოვლენები, რომლის შედეგადაც შეიძლება ბავშვებში განვითარდეს დაკარგვისა და განშორების შიში;
- სხვადასხვა ასაკის ბავშვების მიერ აღქმული სიკვდილი;
- მწუხარებისა და გლოვის პროცესის გამოყენება პრაქტიკაში;
- ის ფაქტორები, რომელიც ახდენს ზეგავლენას ბავშვების რეაქციებზე, დანაკარგის დროს;
- დანაკარგის საპასუხოდ განვითარებული ბავშვების ხშირი რეაქციების პრაქტიკაში გამოყენება;
- რეაქციები, რომელიც ბავშვებს მშობლისა ან და-ძმის გარდაცვალებისას აქვთ;
- ის მიდგომები, რომელიც დაეხმარება საზოგადოებას კატასტროფული ან ტრავმული მდგომარეობების შედეგად გამოწვეულ დანაკარგთან შეგუებაში;
- ექთნის როლი იმ ოჯახების მხარდაჭერაში, რომლებსაც უწევთ ბავშვის სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადების გამკლავება;
- თუ რატომ არის საავადმყოფოში მოვლაზე უკეთესი, უკურნებელი ბავშვის, ჰოსპისში მოთავსება;
- იმ ექთნების საკუთარ თავზე ზრუნვის მნიშვნელობა, რომლებიც უვლიან უკურნებელ ბავშვს;
- ბავშვებში მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ფაქტების გამოყენება, რომელიც დაკავშირებულია დანაკარგთან და გლოვასთან.

როდესაც ადამიანი ფიქრობს დაკარგვაზე, განშორებასა ან გლოვაზე, მას ახსენდება სიკვდილი; თუმცა, ბავშვი, საშუალოდ, დაკარგვასა და გლოვას უთვალავი მდგომარეობების დროს განიცდის, რომელიც დაკავშირებული არაა ადამიანის სიკვდილთან.

მთელს მსოფლიოში ყოველდღიურად მატულობს იმ ბავშვების რაოდენობა, რომლებსაც უწევთ დაკარგვისა და გლოვის პრობლემებთან გამკლავება. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს: განქორწინება, სიკვდილი, მიტოვება, გადასახლება ან პატიმრობა. დღეს-დღეობით ბავშვებს უწევთ სხვადასხვა სახის დანაკარგის გამკლავება უფრო ადრეულ ასაკში.

ეს ადრეული გამოცდილებები მნიშვნელოვანია და ეხმარება ინდივიდს მოგვიანებით, მოზარდობის პერიოდში, დანაკარგის ადვილად შეგუებაში. ლინჩი აღწერს, რომ საწყის ეტაპზე ეს დანაკარგები, ხშირად, უფრო რეალურია ბავშვებისთვის, ვიდრე მშობლის დაკარგვა და ასეთ დროს დახმარებისა და მხარდაჭერის უზრუნველყოფა, მოგვიანებით, ეხმარება მას ცხოვრებაში პრობლემების პრევენციაში.

მდგომარეობები, რომელიც იწვევს დანაკარგს

გადასახლება

დღევანდელი ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე შესაძლებელია, რომ საშუალო შემოსავლების მქონე ოჯახი გადასახლდეს, სულ მცირე, ერთხელ. გადასახლებისას ბავშვებში შეიძლება დაიწყოს მღელვარებისა და დანაკარგის განცდა. გარემოებიდან გამომდინარე გადასახლება შეიძლება იყოს დადებითი ან უარყოფითი გამოცდილება. ზრდასრულებისთვის გადასახლება შეიძლება იყოს დაკავშირებული ახალი სამსახურის დაწყებასთან, ფინანსური მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან და უფრო ხშირად საცხოვრებელი სივრცის ცვლილებასთან, რისი მიზეზიც შეიძლება იყოს მოხუცებულ მშობლებთან სიახლოვის საჭიროება; ან ოჯახში უთანხმოება, როგორიცაა განქორწინება. თუმცა, ახალგაზრდა ბავშვებისთვის გადასახლება შეიძლება დაკავშირებული იყოს მისთვის კომფორტული და ნაცნობი ნივთების, ხალხისა და გარემოს დაკარგვასთან; მღელვარებისა და დაკარგვის გრძნობები შეიძლება გამოწვეული იყოს ბავშვის ახალ სკოლაში გადასვლასთან ან ახალი სასწავლო წლის დაწყებასთან დაკავშირებით.

საკუთრების დაკარგვა

ადრეულ ასაკში ბავშვებს უვითარდებათ ნივთების მიმართ, როგორიცაა სათამაშოები და ტანსაცმელი, მიჯაჭვულობის გრძნობა. მათთვის ეს ნივთები შეიძლება დაკავშირებული იყოს განტვირთვის, უსაფრთხოებისა და კომფორტის გრძნობებთან. თვლემისა ან ტირილის დროს ჩახუტებული საბანი შეიძლება იყოს ბავშვში სიმშვიდისა და ნუგეშისცემის მომტანი. ბავშვის საყვარელი სათამაშო, რომელსაც ის ატარებს ძიძასთან, ბავშვის მოვლის ცენტრში ან ექიმთან წასვლის დროს, მას ეხმარება უსაფრთხოებისა და მფლობელობის გრძნობის შენარჩუნებაში. საყვარელი ნივთის დაკარგვამ ახალგაზრდა ბავშვებში შეიძლება გამოიწვიოს მღელვარების გრძნობა და ეს იყოს ბავშვის მიერ პირველად განცდილი დაკარგვისა და განშორების გამოცდილება.

შინაური ცხოველების დაკარგვა

შინაური ცხოველის დაკარგვის გრძნობის გაგებისთვის მნიშვნელოვანია, რომ გაცნობიერებული იყოს შინაური ცხოველის პატრონობის მნიშვნელობა. შინაური ცხოველის პატრონების უმეტესობა საკუთარ შინაურ ცხოველს ოჯახის წევრად თვლის და მას ადამიანის მახასიათებლებს ანიჭებს. ფილდი, ორსინი, გევიში & ფექმანი ამტკიცებენ, რომ ადამიანები ემოციურად უახლოვდებიან და არიან ერთგულები შინაური ცხოველებისა. ადამიანისა და საკუთარი შინაური ცხოველის კავშირი ძალიან ჰგავს ადამიანების ურთიერთკავშირს. ურთიერთობა შინაურ ცხოველებსა და ბავშვებს შორის არის დადებითი; ისინი სწავლობენ

გაზიარებას, მოვლას, თანაგრძნობის ქონასა და საზოგადოებრივ ურთიერთობას. შინაური ცხოველი შეიძლება იყოს მეგობარი, რომელიც იგებს ბავშვის გრძნობებს, როდესაც ბავშვი თვლის, რომ სხვა მას ვერ უგებს (სურათი 14-1). შინაური ცხოველი აწვდის უანგარო სიყვარულსა და აღიარებას, რაც ხელს უწყობს ბავშვს საკუთარი თავის ღირებულების გრძნობის გაზრდაში, როდესაც ის წარმატებით უზრუნველყოფს შინაური ცხოველის საჭიროებებს. ამგვარად, შინაური ცხოველის დაკარგვას ბავშვისთვის ექნება დიდი მნიშვნელობა. რადგანაც, ბავშვი შინაურ ცხოველს აღიქვამს, როგორც თავის მეგობარს, მისი დაკარგვა (სიკვდილი, გაქცევის გამო დაკარგვა ან მოპარვა) შეიძლება ბავშვის პირველი ნამდვილი გამოცდილება იყოს დაკარგვის, განშორებისა და დამწუხრების განცდის კუთხით. შინაური ცხოველის დაკარგვა შეიძლება იყოს მოსალოდნელი (მოხუცი ან უკურნებელი) ან მოულოდნელი. მიზეზის მიუხედავად ბავშვები ერთნაირი გრძნობით აღიქვამენ დანაკარგს (სურათი 14-2). ასე რომ, შინაური ცხოველის დაკარგვის შემდეგ, ზრდასრულების ბავშვებთან ურთიერთობის მეთოდს, შესაძლებელია, რომ ჰქონდეს დიდი მნიშვნელობა ბავშვებში განშორებისა და მოგვიანებით ცხოვრებაში განცდილი დაკარგვის შეგუების სწავლებაში. ბროდკინის რჩევით უმჯობესია პირდაპირობა შინაური ცხოველის სიკვდილის დროს და მნიშვნელოვანია მისი ცხოვრების პატივისცემა.



სურათი 14-1. შინაური ცხოველები უპირობოდ გამოხატავენ თავიანთ სითბოსა და სიყვარულს ბავშვების მიმართ



სურათი 14-2. ბავშვები ძალიან განიცდიან, როდესაც მათი შინაური ცხოველი ავად არის ან კვდება

მშობლების დაშორება ან განქორწინება

განქორწინება – ოჯახის ცხოვრებაში ძალიან სტრესული მდგომარეობაა. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვების უმრავლესობა კარგად ეგუება მშობლების განქორწინებას, ზოგიერთში ვითარდება შეგუების პრობლემები, რომლის დროსაც საჭიროა თერაპიული ჩარევა. ამის მიზეზია ის, რომ მშობლების განქორწინება არღვევს კავშირს არა მხოლოდ წყვილებს შორის, ასევე მშობლებსა და ბავშვებს და თავად ბავშვებს შორისაც. თუმცა განქორწინებული მშობლების ბავშვების უმეტესობაში არ ვითარდება ხანგრძლივად უარყოფითი შედეგები.

დანაკარგისას, ბავშვებში განვითარებული რეაქციის ორი მთავარი ფაქტორია ბავშვის წლოვანება და მისი კოგნიტური განვითარება. ბავშვების განქორწინებასთან შეგუება დამოკიდებულია ბევრ ურთიერთდაკავშირებულ ფაქტორებზე, როგორიცაა: ბავშვის წლოვანება განქორწინებისას, მშობლების ჯანმრთელობა/ფსიქოსოციალური მდგომარეობა, განქორწინების მიზეზები, ბავშვის უზრუნველყოფისა და მეურვეობის პრობლემები. განვითარების სხვადასხვა საფეხურზე მყოფი ბავშვები მშობლების დაშორებისას სხვადასხვანაირად გამოხატავენ თავიანთ ქცევებს. მაგალითად, სკოლამდელი ასაკის ბავშვები, რომლებიც გრძნობენ სახლში არსებულ უთანხმოებას, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი შეიძლება კარგად ვერ იგებდნენ არსებულ მდგომარეობას, არიან დაბნეულები და გაკვირვებულები. ამ ასაკის ბავშვები განქორწინებას აღიქვამენ, როგორც ერთი მშობლის გადასახლებას ან წასვლას. ბავშვი ხშირად თვლის, რომ მან რაღაც არასწორად გააკეთა. თავის მხრივ, ეს იწვევს ბავშვში შიშს, რომ მეურვე მშობელმა შეიძლება მასზე უარი თქვას. ბავშვებს, რომლებსაც აქვთ მიტოვების შიში, უვითარდებათ მეურვე მშობელზე ჩაბღაუჭებისა და ჩამოკიდების სურვილი. ამ ბავშვებმა შეიძლება დროებით დაკარგონ ახლახან ჩამოყალიბებული დამოუკიდებლობა და კვლავ დაიწყონ ენურეზი, ცერა თითის წოვა ან ბოთლიდან კვება. სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში შეიძლება განვითარდეს კოშმარები ან ძილის დარღვევები და მათი თამაში შეიძლება გახდეს აგრესიული, რადგანაც ისინი ამ გზით შეეცდებიან თავიანთი დაბნეულობის გრძნობების გამოხატვას. ლანსფორდი და სხვები ვარაუდობენ, რომ ბაღის ასაკიდან დაწყებული და მეხუთე კლასით დამთავრებული ბავშვები, მშობლების განქორწინებისას უფრო უარყოფითად გამოხატავენ შინაგან (მოწყენილობა, განმარტოება) და გარეგან (აგრესია, იმპულსური ქცევა) პრობლემებს, ვიდრე მეექვსე და მეათე კლასს შორის მყოფი ბავშვები, რომლის დროსაც ეს გამოხატული იქნება ცუდი ნიშნებით.

სკოლის ასაკის ბავშვებს შეიძლება სჯეროდეთ, რომ მათი მშობლების ემოციური აშლილობა დაკავშირებულია საკუთარ საქციელთან და განქორწინება შეიძლება აღიქვან უარყოფად, რომელიც იწვევს დამნაშავის გრძნობებს. შეიძლება არსებობდეს ჩანაცვლების შიში, დაბალ თავდაჯერებულობასთან ერთად. ამ ასაკის მქონე ბავშვები შეიძლება ოცნებობდნენ მშობლებისა და ოჯახის კვლავ გაერთიანებაზე და შეიძლება მოიტყუონ ამ ოცნების ახდენის მცდელობისთვის. 9-12 წლის ასაკის ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ ერთგულებასთან დაკავშირებული უთანხმოებები და გამოხატონ სიბრაზე ერთი ან ორივე მშობლის მიმართ. ამ ასაკში ხშირია, როდესაც ბავშვი ემსგავსება მშობელს, რაც არის მომვლელის (მშობლის) როლის შეთავსება. ამ ბავშვებმა საკუთარი აშლილობა შეიძლება გამოხატონ სიბრაზის, სომატური ჩივილებისა და საზოგადოები-

დან განმარტოების სახით. მომვლელის როლის შეთავსება ხშირია მოზარდებშიც, განსაკუთრებით, როდესაც სახლის ყოველდღიური აქტივობების შესრულება არ ხდება და მოზარდმა უნდა შეითავსოს არმყოფი მშობლის როლი საჭმლის გაკეთებისა ან რეცხვის სახით. მოზარდმა შეიძლება დაიჭიროს დისტანცია ერთ ან ორივე მშობელთან, ან იყოს გულწრფელად კრიტიკული, ან გამოხატოს ორივე ქცევა ერთდროულად. შეიძლება გამოხატონ საზოგადოებისთვის მიუღებელი ქმედებები, როგორიცაა სამართალდარღვევა, ფიზიკური ძალადობა, სიგარეტის მოწევა, ალკოჰოლზე დამოკიდებულება ან სკოლის გაცდენა. ზოგიერთი მოზარდისთვის სკოლა შეიძლება გახდეს თავშესაფარი სახლის არეულობისგან და მათ შეიძლება დახარჯონ მთელი თავისი ენერგია სკოლის აქტივობებში, რათა თავი აარიდონ სახლში არსებულ მდგომარეობას. ოჯახური დანაკარგის ანაზღაურების ფორმა შეიძლება იყოს საპირისპირო სქესისადმი ემოციური მიჯაჭვულობა, განსხვავებით ზოგიერთი მოზარდისგან, რომელმაც შეიძლება შეწყვიტოს ახლად დაწყებული ურთიერთობები.

ბავშვის ცოდნა სიკვდილის შესახებ

ჯანდაცვის მიდგომების სწრაფ ცვლილებებთან ერთად გაფართოვდა ექთნის როლი სკოლებში, გადაუდებელი დახმარების ცენტრებში, სამედიცინო მომსახურეობის ორგანიზაციებში, თავშესაფრებსა და სხვა საზოგადოებრივ ორგანიზაციებში. ამავდროულად, ჩვენს საზოგადოებაში გაიზარდა შემთხვევითი სიკვდილობის, ძალადობრივი დანაშაულების, ტერორისტული ქმედებებისა და სტიქიური მოვლენების რაოდენობა. დამატებით, ჩვენ მოგვწონს თანამედროვე ტექნოლოგიები, რომლის საშუალებით ყოველი ახალი ამბავი პირდაპირ მოგვეწოდება ინტერნეტისა და ტელევიზორის მეშვეობით. ისეთ ინფორმაციას, როგორიცაა სიკვდილი და ძალადობა, რომელსაც ადრე უმალავდნენ ბავშვებს, დღესდღეობით ფართოდ განიხილავენ სათამაშო მოედნებზე, სკოლისა და სახლის ეზოებში.

ახლანდელ დროში იმ ექთნებს, რომლებიც უვლიან ბავშვებს, უწევთ ისეთ სირთულეებთან გამკლავება, რომელიც დაკავშირებულია გარდაცვლილის ოჯახისა და ბავშვების მზრუნველობასთან. იმისთვის, რომ ბავშვები იყვნენ უზრუნველყოფილი შესაფერისი მოვლით, მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა გაიგოს, თუ როგორ აღიქვამს ბავშვი სიკვდილს, განვითარების სხვადასხვა საფეხურის დროს.

სიკვდილის ცნება

დროთა განმავლობაში ბავშვი აცნობიერებს სიკვდილის ცნებას. სიკვდილის ცნების განვითარება ხდება ბავშვებისა და მშობლების ურთიერთობისას ან როდესაც ბავშვი არის სიკვდილის მომსწრე, მაგალითად, შინაური ცხოველის სიკვდილი. აღწერილია სიკვდილის ცნების ოთხი დამახასიათებელი ნაწილი: უნივერსალობა, შეუქცევადობა, უფუნქციობა და მიზეზ-შედეგობრიობა. **უნივერსალობა** გულისხმობს იმას, რომ ყველაფერი მოკვდება, სიკვდილი ყველას მოიცავს და ის ეწვევა ყველა ცოცხალ არსებას; სიკვდილი გარდაუვალია. **შეუქცევადობა** ნიშნავს იმას, რომ როდესაც ფიზიკური სხეული მოკვდება, ის ცხოვრებას უკან ვეღარ დაუბრუნდება – სიკვდილი მუდმივია. **უფუნქციობა** გულისხმობს იმას, რომ როდესაც ადამიანი ან ცოცხალი არსება მოკვდება,

ყველა ფუნქცია, რაც მას უნარჩუნებდა სიცოცხლეს, გაჩერდება. **მიზეზ-შედეგობრიობა** აღწერს იმ აზრს, რომ სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს შინაგანი ან გარეგანი. ეს მიზეზები შეიძლება იყოს: ბუნებრივი, არაბუნებრივი, კარგი ან ცუდი. გამოთქმა, რომ ,,ბავშვები არ არიან პატარა ზრდასრულები'", უნდა იქნეს გათვალისწინებული, როდესაც განიხილება დარდი და დანაკარგი. ბავშვების მიერ განცდილი აშლილობა და ტკივილი ხშირად გამოიხატება განვითარების შესაბამისად. მოზარდებზე უფრო ხშირად ბავშვები ამბობენ, რომ სიკვდილის თავიდან არიდება შესაძლებელია და რომ ის ხდება მომავალში. მათი აზრით, ის დროებითია და შექცევადი. ამ სახის ფიქრი გამყარებულია მულტფილმებითა და განსაკუთრებით ვიდეო თამაშებით, სადაც გმირები კვდებიან დროებით. ,,ტექნოლოგიური'" ახალი თაობის ბავშვების ცნებაა: ,,შეწყვეტა, შესვენება, ახლიდან დაწყება'". გარდა ამისა, მოზარდების მიერ გამოყენებულმა სიტყვებმა, რომელთა საშუალებითაც ბავშვებს უხსნიან სიკვდილის ცნებას, შესაძლოა, ამ სახის ფიქრი გაამყაროს. მაგალითად, ხშირი გამოთქმები, როგორიცაა: ისვენებს, სძინავს და საბოლოო მოგზაურობაში წავიდა, მიუთითებს მდგომარეობის შექცევადობას. ჰაიმბაუხის, არნოლდისა და მეის აზრით, ორი მთავარი ფაქტორი, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია წინასწარ განისაზღვროს ბავშვში დანაკარგის განცდის შემდეგ ნორმალური ცხოვრების წარმატებით დაბრუნება, არის: ზრდასრულის ხელმისაწვდომობა და უსაფრთხო ფიზიკური და ემოციური გარემო.

სიკვდილის გაცნობიერება – განვითარებადი პროცესი

ლიტერატურის საშუალებით, რომელშიც აღწერილია ბავშვების მიერ სიკვდილის გაცნობიერება, გამოვლინდა, რომ საშუალოდ ოთხ წლამდე ასაკის ბავშვები ცოტათი ან საერთოდ ვერ იგებენ სიკვდილის ცნებას. თუმცა, საკმაოდ ადრე, ჩვილობის პერიოდში, ბავშვები აღიქვამენ მიზეზსა და შედეგს, სწავლობენ, რომ ტირილის დროს მათი მომვლელი უზრუნველყოფს ნუგეშისცემას, რაიმე სახით. ამ ასაკის ბავშვები პირველად გამოცდიან განშორებას და მის საპასუხოდ აქვთ რეაქცია, მიუხედავად იმისა, რომ ეს დროებითია. ჩვილობისა და ბავშვობის პერიოდს შორის ბავშვებში ვითარდება განშორების შიში მაგრამ ისინი სწავლობენ მის გადალახვას. ბავშვები ასევე ხვდებიან ობიექტების მუდმივობას და არ ტირიან, როდესაც მომვლელი გავა ოთახიდან ან სკოლაში ყოფნის დროს. არსებობს თეორია, რომ ეს ადრეული გამოცდილებები და მოგვიანებით ცხოვრებაში მიღებული დანაკარგები შეიძლება იყოს წინასწარ განმსაზღვრელი ფაქტორები, თუ როგორ შეძლებს ადამიანი განშორებასთან შეგუებას. მაგალითად, სკოლამდელი ასაკის ბავშვი მოვლის ცენტრში ტირის, როდესაც მას მიატოვებს მომვლელი. ბავშვს არ სურს, რომ მშობელი წავიდეს და ის დღის განმავლობაში ტირის და ზოგჯერ ებღაუჭება მასწავლებელს. ეს შეიძლება გაგრძელდეს სანამ ბავშვი არ ისწავლის დღის განრიგს და არ ეცოდინება, რომ კონკრეტულ დროს მას მოაკითხავს მომვლელი.

პიაჯეტის თეორია კოგნიტურ განვითარებასთან დაკავშირებით თეორიულად აღწერს ბავშვის მიერ სიკვდილის აღქმისა და გაგების პროცესს (ცხრილი 14-1).

ცხრილი 14-1. სიკვდილის ცნების გაგების თეორიული საფუძვლები			
ასაკი	**პიაჟეტი**	**ქცევის გამოვლინება**	**სიკვდილის აღქმა**
0-2 წელი	სენსორიმოტორული	ეგოცენტრული	არავითარი
2-4 წელი	მოქმედებამდელი	ეგოცენტრული	შექცევადი, დროებითი
5-6 წელი	მოქმედებამდელი	ეგოცენტრული	შესაძლებელია არიდება
7-11 წელი	რეალური მოქმედებები	დავალების დასრულება	მიზეზ-შედეგობრივი
12-17 წელი	ოფიციალური მოქმედებები	როლის უწესრიგობა და სიახლოვე	არჩევითი უნივერსალობა (არ გულისხმობს საკუთარ თავს)

ჩვილები და ბავშვები არიან კოგნიტური განვითარების პირველ საფეხურზე (სენსორიმოტორული) და ვერ აცნობიერებენ სიკვდილს. კოგნიტური განვითარების მეორე საფეხური, რომელიც პიაჯეტის თანახმად მიმდინარეობს 2-7 წლის ასაკში, არის მოქმედებამდელი სტადია და მასში იგულისხმება ეგოცენტრულობა და რეალური ფიქრი. ამ დროს ბავშვები იწყებენ მათ გარშემო არსებული სამყაროს დათვალიერებასა და შეკითხვის დასმას, შთაბეჭდილებების გაზიარებასა და სხვებთან ურთიერთობას. 3-4 წლის ასაკის ბავშვები იწყებენ დროისა და მოვლენების თანმიმდევრობაზე შეკითხვების დასმას და მცირედით აცნობიერებენ სიკვდილს, რომელსაც ხშირად თვლიან შექცევად პროცესად. სიკვდილის შეზღუდული გაცნობიერების მაგალითია სკოლამდელი ასაკის ბავშვი, როდესაც ეუბნებიან მისი საყვარელი ადამიანის გარდაცვალების შესახებ, თავიდან იგი გრძნობს სინანულს, ტირის და ხანმოკლე დროის შემდეგ კითხულობს, თუ როდის დაბრუნდება გარდაცვლილი. 5 წლის ასაკისთვის, ბავშვების მიერ სიკვდილის განსაზღვრების დროს ყურადღება უფრო მეტად გამახვილებულია ფუნქციაზე. მაგალითად, ადამიანები კვდებიან, როდესაც მათ აღარ შეუძლიათ სუნთქვა, ჭამა, ლაპარაკი და სიარული. ფუნქციონირების ან ფუნქციის შეწყვეტის ეს მაგალითები ბადებს შეკითხვას: განიხილავენ თუ არა პატარა ბავშვები უფუნქციობას სიკვდილის მიზეზად ან შედეგად?

რეალური მოქმედებები – პიაჯეტის კოგნიტური განვითარების მესამე საფეხური, მიმდინარეობს 7-11 წლის ასაკში. ამ დროს ბავშვებში იწყება ისეთი უნარების განვითარება, რომელიც საჭიროა ინფორმაციის ორგანიზების, დალაგებისა და პრობლემების გადაჭრისთვის. ეგოცენტრულობა ამ ასაკის ბავშვებს აღარ წარმართავს და უვითარდებათ მდგომარეობის სხვადასხვა გზით გამკლავების უნარი და ითვალისწინებენ სხვა ადამიანის მოსაზრებას. ამ დროს ვითარდება რეალური ფიქრი და ინდუქციური მსჯელობა. ოფიციალური მოქმედებები, პიაჯეტის კოგნიტური განვითარების ბოლო საფეხური, მოიცავს 12-17 წლის ასაკს; ამ დროს ინდივიდები სწავლობენ მშობლებისგან ემოციურ განშორებას; მიისწრაფვიან ოსტატობისკენ, კონტროლისკენ და ქმედუნარიანობისკენ; მოგვიანებით მათში ყალიბდება დაახლოება და ვალდებულება. მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდს აქვს უნარი სიკვდილის გაცნობიერებისა და აღქმისა, როგორც მუდმივი და უნივერსალური პროცესისა, ხშირად ამ ცნებაში არ გულისხმობენ საკუთარ

თავს. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, არსებობს ცნება: ,,ეს მე არ შემემთხვევა'". მოზარდები არიან მიდრეკილები მაღალი რისკის მქონე აქტივობებში მონაწილეობის მიღებისკენ, როგორიცაა: მანქანის მაღალი სიჩქარით ტარება, როლიკებით სეირნობა და სხვა აქტივობები, რომლის დროსაც მათში იზრდება დაზიანებისა და სიკვდილის რისკი.

მწუხარება და დაობლება

მწუხარება, ინდივიდის პასუხი დანაკარგისას, განიხილება როგორც ბუნებრივი, ნორმალური რეაქცია და განვითარების მიმდინარეობის მუდმივი პროცესი. ეს არის გრძნობების, კოგნიციებისა და ქცევების კომბინიცია, რომელიც აქვს ინდივიდს დანაკარგის საპასუხოდ. **დაობლება** განიხილება, როგორც დანაკარგის შეგუება, ხოლო **გლოვა** არის პროცესი, რომელსაც ადამიანი გადის შეგუებამდე. ამ ტერმინების ასახსნელად, მწუხარება შეიძლება აღწერილი იქნას, როგორც ადამიანის რეაქცია დანაკარგის საპასუხოდ, ხოლო დაობლება – დანაკარგის შემდეგ განვითარებული ქცევები. თითოეული ადამიანის, დანაკარგისა და გლოვის შესახებ, რეაქციაზე ზეგავლენა აქვს – კოგნიტური განვითარების დონეს, ინდივიდის ასაკს, რელიგიურ/ეთნიკურ/კულტურულ ფაქტორებსა და ადამიანისა და ოჯახის გამოცდილებებს.

მწუხარება და გლოვა

კუბლერ-როსმა აღწერა მწუხარების პროცესის ხუთი დამახასიათებელი საფეხური, რომელიც მოცემულია ცხრილში 14-2.

ცხრილი 14-2. დამწუხრების პროცესის გაცნობიერება, კუბლერ-როსის მიხედვით

საფეხური განშორების ან განქორწინების სიკვდილი საპასუხო რეაქციები
1. უარყოფა ,,მე შენი არ მჯერა.'' ,,ეს ასე არ არის''.
2. სიბრაზე ,,მეზიზღები.'' ,,მე აღარ მომწონს ღმერთი.''
3. მორიგება ,,თუ კარგად მოვიქცევი დაბრუნდება მამიკო?'' ,,კარგი ბიჭი ვიქნები, არ წაიყვანოთ დედაჩემი.''
4. დეპრესია ,,არ მიმატოვო.'' ,,არ წახვიდე.''
5. აღიარება ,,გთხოვ, დამირეკე ყოველდღე.'' ,,მამაჩემი ცხოვრობს ზეცაში.''

მწუხარება, ინდივიდის რეაქცია დანაკარგისას, განიხილება როგორც დროის ინტერვალი, რომლის განმავლობაში ადამიანმა შესაძლოა განიცადოს პროგრესი განსხვავებული მაჩვენებლით. ზოგჯერ იცვლის სხვადასხვა სტადიას.

უარყოფა არის გაოცებისა და დაუჯერებლობის მდგომარეობა. მწუხარების ყველა საფეხურის მსგავსად, ესეც არის ნორმალური რეაქცია განვითარებული გაოცების საპასუხოდ, მაგრამ ბევრზე შეიძლება ჰქონდეს მავნე ზემოქმედება. ზოგჯერ ადამიანებს არ სჯერათ და არ სურთ სხვების მხარდაჭერა, რომელიც მიმართულია მის დასამშვიდებლად. მწუხარების დროს ადამიანში განცდილი **სიბრაზის** (მრისხანება, შური, აღშფოთება) გრძნობა, განვითარებული დანაკარგისას, შეიძლება იყოს მიმართული ღმერთისკენ – მისი საყვარელი ადამიანის წაყვანისთვის, ან მეურვე მშობლისკენ ან

ორივე მშობლისკენ, რაც დამახასიათებელია განქორწინების დროს. გარდაუვალი დანაკარგის დროს გვხვდება მორიგება. დანაკარგი შეიძლება არ იყოს დაკავშირებული მხოლოდ სიკვდილთან და მოიცავდეს: ჯანმრთელობის, დანამატებისა ან ცხოვრების მეთოდის დაკარგვას. **მორიგება** არის შემთხვევის განვითარების გადადების მცდელობა, მაგალითად, მწუხარების დროს ადამიანი მოლაპარაკებებს აწარმოებს ოჯახსა და ექიმებთან, რათა მისცენ კიდევ ერთი შანსი მოვალეობის დასასრულებლად, ან შეიძლება ისურვოს ღმერთთან საქმიანი გარიგება. განქორწინების დროს ბავშვებმა შეიძლება ისურვონ მორიგება მშობლებთან. მაგალითად, ბავშვმა შეიძლება დაიწყოს საშინაო საქმეების დასრულება იმ იმედით, რომ კარგი საქციელით შეძლებს ოჯახის მთლიანობის შენარჩუნებას. **დეპრესია** ვითარდება მაშინ, როდესაც ადამიანი ქვეცნობიერად ხვდება მდგომარეობის რეალობას. ინდივიდი ხდება დაბნეული, გაღიზიანებული და ზოგჯერ სევდიანი. ამ დროს ყველაზე მეტად საჭიროა დამწუხრებული ადამიანის მხარდაჭერა, რათა გააცნობიეროს მიმდინარე მდგომარეობა. **აღიარების** დროს დამწუხრებული ადამიანი სრულად აცნობიერებს იმას თუ რა მოხდა ან რა არის შესაძლებელი რომ მოხდეს. თუ დამწუხრებული ადამიანი არის უკურნებელი, ის შეიძლება მზად იყოს მონაწილეობა მიიღოს იმ აქტივობებში, რასაც ურჩევს ექიმი, ან შეიძლება აირჩიოს პალიატიური მოვლა მისთვის ნდობით აღჭურვილი ექიმის რჩევით ან სიცოცხლის გახანგრძლივების სურვილით. თუ ბავშვს უწევს მშობელთან განშორება განქორწინების გამო, ის შეიძლება ღელავდეს პრობლემის გადაჭრის გზებზე, თუმცა შეინარჩუნოს კავშირი ბიოლოგიურ მშობელთან. ვოლტერმა და მაკქოიდმა აღწერეს ვორდენის შეხედულება გლოვასთან დაკავშირებით, როგორც პროცესი, რომელიც უნდა გაიაროს ადამიანმა, რათა შეძლოს დანაკარგთან შეგუება. ეს პროცესი მოიცავს ოთხ საფეხურს, რომელიც განხილულია მომდევნო ქვეთავში.

პირობა 1 – დანაკარგის რეალობის აღიარება

სანამ ბავშვები შეძლებენ დანაკარგთან გამკლავებას, მათ უნდა სჯეროდეთ, რომ გარდაცვლილი მკვდარია და ის არ გაცოცხლდება. ამ პირობის შესასრულებლად ვორდენის აზრით, ბავშვებს უნდა აუხსნან სიკვდილი მათი ასაკისთვის შესაფერისი ენით. ბავშვის ასაკზეა დამოკიდებული ინფორმაციის გამეორება საჭირო იქნება თუ არა.

პირობა 2 – ტკივილისა ან სხვა ემოციური ასპექტების გამოცდა დანაკარგის საპასუხოდ

ეს პირობა ითვალისწინებს ბავშვების ქცევებისა და გრძნობების ამოცნობასა და გაცნობიერებას. ბავშვების აღქმის უნარზე, დანაკარგის საპასუხოდ, ტკივილის განცდისას ზეგავლენა აქვს ზრდასრულების ტკივილის განცდას, რომელსაც აკვირდებიან ისინი.

პირობა 3 – იმ გარემოსთან შეგუება, რომელშიც აღარ არის გარდაცვლილი

შეგუება დამოკიდებულია იმასთან, თუ რა როლი ეკავა და ურთიერთობა ჰქონდა გარდაცვლილს ბავშვის ცხოვრებაში, ისევე როგორც ოჯახში. ვორდენის გადმოცემით შეგუება გრძელდება დროთა განმავლობაში და შესაძლებელია ცხოვრების ნებისმიერ

პერიოდში კვლავ დაიწყოს ბავშვობის დანაკარგზე გლოვა. მაგალითად, ბავშვობისას მშობლის დანაკარგი შეიძლება ინდივიდმა კვლავ გაიხსენოს, როდესაც ის შეასრულებს პირობას. დანაკარგი შეიძლება კვლავ განიცადოს ინდივიდმა კოლეჯის დამთავრებისას, ქორწილისა ან ბავშვის დაბადებისას, რადგან მას შეიძლება სურდეს მშობლის (გარდაცვლილის) იქ ყოფნა სიხარულის გასაზიარებლად.

პირობა 4 – ინდივიდის ცხოვრებაში გარდაცვლილზე არსებული მოგონებების შეცვლა და გზების მოძებნა მისი ხსოვნის უკვდავსაყოფად

ავტორის აზრით, ეს მოიცავს ადამიანის ემოციურ ცხოვრებაში გარდაცვლილისთვის ახალი და შესაფერისი გზის მოძებნას. მაგალითად, შესაძლებელია გარდაცვლილზე არსებული მოგონებებისთვის განკუთვნილი ადგილის შეცვლა გულსა ან გონებაში, ასევე შეიძლება დაირგოს ხე გარდაცვლილის მოსაგონებლად. იმისთვის, რომ შესაძლებელი იყოს ადამიანის დახმარება დანაკარგთან შეგუებაში, უნდა შესრულდეს ოთხი პირობა (ცხრილი 14-3).

ცხრილი 14-3. ვორდენის გლოვასთან დაკავშირებული ოთხი პირობის გაცნობიერება და დამხმარე მიდგომები

გლოვასთან დაკავშირებით ვორდენის ოთხი მიდგომა	**მიდგომები ამ პირობის შესასრულებლად**
1. დანაკარგის რეალობის აღიარება	ბავშვისთვის სიკვდილის შესახებ თქმა ასაკისთვის შესაფერისი ენით. ბავშვის ასაკზეა დამოკიდებული გამეორება საჭირო იქნება თუ არა. შესაფერისი წიგნების გამოყენება, რომელიც დაეხმარება ბავშვს დანაკარგის გაცნობიერებაში.
2. დანაკარგის საპასუხოდ ტკივილისა ან ემოციური ასპექტების გამოცდა	ბავშვს უფლება უნდა ჰქონდეს გრძნობების გამოხატვის – დაშვებული უნდა იყოს გამოხატვის სხვადასხვა საშუალებები. გაცნობიერებული უნდა იყოს ბავშვის დანაკარგთან დაკავშირებული გრძნობები ან ქცევები.
3. იმ გარემოსთან შეგუება, რომელშიც აღარ არის გარდაცვლილი	ბავშვს უნდა დავეხმაროთ იმ ურთიერთობის განსაზღვრაში, რაც ჰქონდა გარდაცვლილს მის ცხოვრებაში.
4. ინდივიდის ცხოვრებაში გარდაცვლილზე არსებული მოგონებების შეცვლა და გზების მოძებნა ადამიანის ხსოვნის უკვდავსაყოფად	ბავშვს უნდა დავეხმაროთ, რომ თავის გულში შეინახოს მოგონებები გარდაცვლილზე.

წყარო: ვორდენ, ჯ. ვ.-ს (1996) ნებართვით. ბავშვები და მწუხარება: როდესაც მშობელი გარდაიცვლება. ნიუ იორკი– გილფორდის გამომცემლობა.

დანაკარგის საპასუხოდ განვითარებული ბავშვთა რეაქციის გაცნობიერება

მწუხარებასთან დაკავშირებით ბავშვთა რეაქციაზე ზეგავლენა ბევრ ფაქტორს აქვს, რომელიც ჩამოთვლილია დანართში 14-1.

დანართი 14.1

ფაქტორები, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ბავშვის რეაქციაზე დანაკარგთან დაკავშირებით (განშორება ან სიკვდილი)
• განვითარების დონე; • დანაკარგის კონცეფცია (სიკვდილი); • რა ურთიერთობა ჰქონდა დაშორებულთან თუ გარდაცვლილთან; • გარემოებები, რომელიც თან ახლდა დანაკარგს; • აღმზრდელის კომუნიკაციის უნარი და ემოციური მხარდაჭერა; • ემოციური რეაქცია დაშორებაზე; • მხარდაჭერა სხვებისგან; • დანაკარგის წინამორბედი გამოცდილება; • ერთი მნიშვნელოვანი ზრდასრული ადამიანის ხელმისაწვდომობა; • ფიზიკურად და ემოციურად დაცული გარემო; • რელიგიური და კულტურული რწმენა.
წყარო: • Heath, M. A., Leavy, D., Hansen K., Ryan, K., Lawrence, L., & Sonntag, A. G. (2008). Coping with grief: Guideline and resources for assisting children. Intervention in School and Clinic, 43(5), 259–269; • Himebauch, A., Arnold, R., & May, C. (2008). Grief in children and developmental concepts of death # 138. Journal of Palliative Medicine, 11(2), 243–244. • Hunter, S. B., Smith, D. (2008). Predictors of children's understandings of death: Age, cognitive ability, death experience and maternal communicative competence. Omega, 57(2), 143–162.

ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ ხანგრძლივი პერიოდი, რომელიც მოცულია მწუხარებით და ამას მოჰყვეს პერიოდი, რომლის დროს ჩანს, რომ თითქოს მათზე არ იმოქმედა დანაკარგმა. მაგალითად, ახლო ნათესავის გარდაცვალებიდან რამდენიმე კვირის შემდეგ ბავშვი, რომელსაც ჰქონდა დეპრესია და იყო მოწყენილი, ისე ჩანდეს, თითქოს მას დაავიწყდა დანაკარგი და გააგრძელოს აქტივობები გარდაცვლილის ხსენების გარეშე. ექთნებმა მწუხარების დროს ბავშვის აღმზრდელს უნდა აუხსნას, რომ ეს ქცევა არის ნორმალური, რადგან ბავშვებისა და ზრდასრულების მწუხარების პროცესი განსხვავდება ერთმანეთისგან და ბავშვში წარმოქმნილ ქცევაზე ზეგავლენა აქვს საზოგადოებას. მთავარი ფაქტორი, რომელსაც აქვს ზეგავლენა ბავშვების მწუხარებაზე, არის მათი და გარდაცვლილის ურთიერთობა. მაგალითად, ბავშვს თუ ჰქონდა თავის უფროს და-ძმასთან მცირე კონტაქტი ან კავშირი, მისი გარდაცვალების საპასუხოდ შეიძლება ჰქონდეს მცირე რეაქცია, თუმცა თავისი ძიძის დაკარგვის გამო შეიძლება ჰქონდეს მკვეთრი რეაქცია, რადგან მათ ახლო ურთიერთობა ჰქონდათ.

ბავშვების რეაქციის გამოვლენა დანაკარგის საპასუხოდ, რომელიც შეიძლება იყოს განშორებით ან სიკვდილით გამოწვეული, დამოკიდებულია პიროვნულ თავისებურებებზე, ოჯახის სტრუქტურაზე, კულტურულ და რელიგიურ კავშირზე, ასაკსა და კოგნიტურ განვითარებაზე. რეაქციები შეიძლება გამოიხატოს როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქოლოგიური გზით (ცხრილი 14-4).

ცხრილი 14-4. დანაკარგის საპასუხოდ განვითარებული ბავშვთა ხშირი რეაქციები

ასაკის ჯგუფი	**ფიზიკური რეაქციები**	**ფსიქოლოგიური რეაქციები**
სკოლამდელი ასაკი	შემცირებული მოქმედება; შემცირებული მადა; უკუგანვითარება, როგორიც არის ენურეზი.	გაღიზიანებადობა; შიში; მღელვარება.
სკოლის ასაკი	ფიზიკური ჩივილები, მაგალითად: შეუძლოდ ყოფნა, მუცლის ტკივილი, თავის ტკივილი, სხეულის ტკივილი, გულისრევა, სახსრებისა და კუნთების ტკივილი.	დეპრესია; უარყოფის შიში; მშობლების შერიგებაზე ოცნება.
მოზარდი	შემცირებული მადა; შემცირებული ან გაზრდილი მოქმედება; მომატებული სიგარეტის მოწევა; ალკოჰოლის მიღება; წამლებზე დამოკიდებულება,	ღალატის გრძნობები; გაბრაზება; მშობლებისგან ან ოჯახისგან საკუთარი თავის გარიყვა; გაზრდილი ან შემცირებული სკოლის აქტივობები; აბსტინენცია.

მიუხედავად იმისა, რომ პატარა ბავშვები კარგად ვერ აცნობიერებენ სიკვდილსა და განშორებას, ისინი მოქმედებენ გრძნობების მიხედვით. სკოლამდელი ასაკის ბავშვების ხშირი გამოვლინება არის ძილის დარღვევები, რომელიც მოიცავს: კოშმარებს, ენურეზს ან ჩაძინების შიშს. მათ ასევე შეიძლება გამოხატონ ჩაბღაუჭების ქცევა, როგორიც არის მომვლელებზე ხელის ჩაჭიდება, ტირილი ან პირიქით სურდეს მარტო დარჩენა ან საყვარელი ადამიანებისგან განშორება. ამ ასაკის ჯგუფისთვის დამახასიათებელი სხვა ქცევებია: რისხვის ან გაღიზიანების გამოვლინება და უკუგანვითარება. სკოლის ასაკის ბავშვებმა შეიძლება განიცადონ დამნაშავის გრძნობა, იქიდან გამომდინარე, თუ რას ფიქრობდნენ ან რა უთხრეს გარდაცვლილს. მათ შეიძლება შეითავსონ მომვლელის როლი, რომლის დროსაც ითავსებენ პასუხისმგებლობებს, როგორიც არის: და-ძმებზე ზრუნვა, სახლის საშინაო საქმეების მოგვარება ან მათი მომვლელის მოვლა. სხვა ქცევები შეიძლება მოიცავდეს ფსიქოსომატურ სიმპტომებს, როგორიც არის: თავისა და მუცლის ტკივილები და ზოგადად შეუძლოდ ყოფნა. მოზარდობის პერიოდი ძირითადად გულისხმობს არეულობას, საკუთარი მიმართულე-

ბის მოძებნას, საკუთარი დამოუკიდებლობის გამომუშავებას, მეგობრების არჩევასა და თავდაჯერებულობის განვითარებას. მოზარდებმა მწუხარების ან გლოვის დროს შეიძლება გამოხატონ აგრესია და დეპრესია, არ გაუზიარონ თავიანთი გრძნობები ნათესავებს ან შინაგანად დამალონ. მშობლებმა და ახლო პირებმა ეს ქცევა შეიძლება აღიქვან როგორც უპასუხისმგებლობა, თუმცა ეს არის მოზარდების მიერ საკუთარი ინდივიდუალურობის გამოხატვის მეთოდი. მოზარდებმა შეიძლება აქტივობებში გამოხატონ სიბრაზის გრძნობები, როგორიც არის ალკოჰოლისა და წამლების მოხმარება, სკოლისთვის თავის დანებება ან გაცდენა, თანატოლებისგან განმარტოება და ახლად ჩამოყალიბებული ურთიერთობების გაწყვეტა.

სიკვდილის საპასუხოდ განვითარებული ბავშვის რეაქცია

აღმზრდელის სიკვდილი

მშობლის სიკვდილი დაკავშირებულია ბავშვის ცხოვრებაში ძალიან მძიმე ტრავმულ და კრიტიკულ მდგომარეობასთან. ამერიკაში 16 წლამდე ასაკის ბავშვების თითქმის 5%-ს უწევს სიკვდილთან გამკლავება, ანუ, აშშ-ში დაახლოებით 1.5 მილიონი ბავშვი ცხოვრობს ერთ მშობელთან, მეორე მშობლის გარდაცვალების გამო. მშობლის გარდაცვალება და ამის შემდეგ სახლში ან ოჯახში განვითარებული ცვლილებები მოქმედებს ბავშვზე. მართლაც, რომ მსუბუქმა შემთხვევამ შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის ცხოვრების ოჯახური მდგრადობის დარღვევა და ფსიქოლოგიურ სტრესთან გამკლავების აუცილებლობის გაზრდა, მითუმეტეს ისეთი სტრესისას, როგორიცაა მშობლის გარდაცვალება. დანაკარგის საპასუხოდ განვითარებულ ბავშვთა რეაქციაზე ზეგავლენას ახდენს ის, თუ როგორი ზემოქმედება ექნება ამ შემთხვევას მეორე მშობელზე და ოჯახის სხვა ზრდასრულ წევრებზე. თუ მეორე მშობელი გამოხატავს გრძნობებს, დამალვის გარეშე გლოვობს და შეუძლია ბავშვს დაუთმოს დრო დანაკარგის შესახებ დადებითი და სიყვარულით სავსე ლაპარაკისათვის, მაშინ ბავშვებმა შეიძლება ღიად გამოხატონ თავიანთი გრძნობები ასაკის შესაბამისად. როდესაც მწუხარების დროს ბავშვი მიმართავს მეორე მშობელს და საპასუხოდ იღებს საყვედურს ან არის უარყოფილი, მაშინ ბავშვი შეიძლება დაიბნეს და ვერ მიხვდეს, თუ რა გრძნობები და რეაქცია უნდა გამოხატოს დანაკარგის საპასუხოდ.

დედის გარდაცვალების შემდეგ ოჯახში შეიძლება შეიცვალოს როლი, შეიცვალოს რუტინა, განრიგი და პასუხისმგებლობები. მაგალითად, უფროსი და-ძმა შეიძლება პასუხისმგებელი გახდეს უმცროსი და-ძმების მოვლაზე. ოჯახს შეიძლება დასჭირდეს დამატებითი მომვლელები, როგორიცაა: ძიძა, ბებია-ბაბუა ან დეიდა, რომელსაც ამჟამად მოუწევს იმ აქტივობებისა და სამუშაოს შესრულება, რომელსაც მანამდე დედა ასრულებდა. დედის გარდაცვალების შემდეგ, რომელიც უმეტესობა ოჯახში მთავარი მომვლელის ფუნქციას ასრულებს, გლოვის დროს ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ მღელვარება, რადგან მათი კომფორტისა და უსაფრთხოების უზრუნველმყოფი ადამიანი გარდაიცვალა. მამის დანაკარგის შემდეგ, რომელიც ორი მშობლის შემცველ ოჯახში უმეტესად ასრულებს ფინანსურად უზრუნველმყოფის მთავარ როლს, შეიძლება წარმოიქმნას ფინანსური პრობლემები. ერთი მშობლის შემცველ ოჯახში, მშობლის გარდაცვალების შემდეგ ბავშვს უწევს სირთულეებთან გამკლავება, რადგან მთლიანად იცვლება ოჯახური

გარემო. ბავშვები შეიძლება გადასახლდნენ ნათესავებთან ან მეურვე მშობლებთან. ამ შემთხვევაში ბავშვები კარგავენ თავიანთ მშობელს, თავშესაფარსა და სახლს.

მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვების გლოვა განსხვავდება ზრდასრულებისგან, მათ ასეთივე ნაირად სჭირდებათ მხარდაჭერა, წახალისება, მსმენელი, კალთა ან მხარი და მკლავები ჩასახუტებლად. როდესაც ექთანი მუშაობს იმ ოჯახებთან, რომელმაც განიცადა ან მოუწევს დანაკარგის გამოცდა, მან უნდა იცოდეს ბავშვების საჭიროებები, რომელსაც ზოგჯერ დაუყოვნებლივ უცვლიან გარემოს იმ ადგილით, რომელიც ხშირად არ არის მათი სახლი.

ჰეტი და სხვები აღნიშნავენ, რომ გლოვის პროცესში მთავარ ჩარევებს მიეკუთვნება: მოსმენა და ზუსტი და ბავშვის ასაკისა და განვითარების დონის შესაფერისი ინფორმაციის მიწოდება. ასე რომ, როდესაც ცოცხალი მშობლის მხარდაჭერა ხდება, ბავშვებისთვისაც უნდა იყოს გათვალისწინებული ღონისძიებები. ბავშვების გონებაში წარუშლელი რჩება ის გზა, რომლითაც მათ მიეწოდათ ინფორმაცია მშობლის გარდაცვალების შესახებ (დანართი 14-2). ბავშვში განვითარებულ რეაქციაზე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მშობლის როლი და სხვა ემოციური მხარდაჭერა, როგორც გარდაცვალების დროს, ისე შემდგომ პერიოდში.

დედმამიშვილის სიკვდილი

და-ძმის გარდაცვალების მიზეზი ძირითადად არის დაავადება (მწვავე ან ქრონიკული) ან უეცარი ან ტრავმით გამოწვეული სიკვდილი. მიუხედავად მიზეზისა, ბავშვის გარდაცვალებას შეიძლება ჰქონდეს მკვეთრი და ხანგრძლივი ზემოქმედება ცოცხალ დედმამიშვილებზე, რომელთა როლი შეიძლება შეიცვალოს. ამის მიზეზია ის რომ, და-ძმებს შორის ურთიერთობა არის ყველაზე მუდმივი და ხშირად ყველაზე ხანგრძლივი ცხოვრებაში, გარდა ამისა, ის არის ემოციებისა და გამოცდილებების წყარო: სიყვარული, ზრუნვა, გაზიარება, დაცვა, ნუგეშის მიცემა, შური და ბრალდება. და-ძმები ასევე არიან ერთმანეთის თანატოლები, მეგობრები, მეტოქეები, დამრიგებლები, დამცველები და მასწავლებლები. მშობლებისთვის შვილები არიან მათი იმედი, ოცნება და ოჯახის მომავალი; ბავშვის გარდაცვალების შემდეგ არა მხოლოდ ფაქტი იწვევს დანაკარგს, არამედ იკარგება მასთან დაკავშირებული იმედებიც, რომელსაც ხშირად გრძნობს მისი ცოცხალი და-ძმა. თუმცა, ხშირად ბავშვის გარდაცვალების შემდეგ ცოცხალად დარჩენილ და-ძმებს არ აქცევენ სათანადო ყურადღებას, რადგან ძირითადი მხარდაჭერა მიმართულია გარდაცვლილის მშობლებისკენ. მაგალითად, მშობლის, ბებია-ბაბუას ან ბავშვის გარდაცვალების შემდეგ, თავდაპირველად მხარდაჭერა მიმართულია ზრდასრულისკენ – ცოცხალი მეუღლისკენ, სრულწლოვანი ბავშვისკენ ან მშობლისკენ. ბავშვებს ზოგჯერ აგზავნიან მეზობლებთან ან ნათესავებთან იმ დროს, როდესაც მხარდაჭერა მიმართულია მგლოვიარე ზრდასრულისკენ. მიუხედავად გარდაცვალების მიზეზისა ან ვინაობისა, და-ძმებს გლოვის საშუალება უნდა მიეცეს და საჭიროა მათი მხარდაჭერა. ცოცხალ და-ძმებში შეიძლება არა მხოლოდ ძმის ან დის დაკარგვის საპასუხოდ განვითარებული დარდი გამოვლინდეს, არამედ ასევე გამოვლინდეს დანაშაულის გრძნობა იმის შესახებ, თუ რა იფიქრეს ან თქვეს გარდაცვლილზე. ცოცხალმა დედმამიშვილებმა შეიძლება ასევე განიცადონ დანაშაულის გრძნობა მათი ცოცხლად არსებობის გამო, სი-

ნანულისა და დანაშაულის გრძნობა წარსულში ცუდი საქციელის გამო, გარდაცვლილ და-ძმასთან მიმდინარე კავშირის გამო და ჰქონდეთ შეკითხვები საკუთარ აზრთან და რწმენასთან დაკავშირებით. დანაშაულისა და/ან გაურკვევლობის გრძნობამ შეიძლება გავლენა მოახდინოს ცოცხალ და-ძმებში დანაკარგთან შეგუებაზე. გარდაცვალებამდე რაც უფრო ახლო ურთიერთობა არსებობდა დედმამიშვილებს შორის, მით უფრო მეტი ქცევითი პრობლემები გამოვლინდება ცოცხლად დარჩენილ და-ძმასთან. გარდა ამისა გარდაცვალებამდე და-ძმებს შორის არსებული ახლო ემოციური კავშირი დამოკიდებულია ცოცხალი და-ძმის გლოვის პროცესის შედეგზე, რომელიც ბავშვს შეიძლება გაახსენდეს მისი ცხოვრების პერიოდის სხვადასხვა დროს.

ზოგჯერ ბავშვის გარდაცვალების შემდეგ, ცოცხალი და-ძმა კარგავს არა მხოლოდ ძმას ან დას, არამედ მშობელსაც, რადგან ხშირად მშობლები შეიძლება განსხვავებულად გაუმკლავდნენ დანაკარგს, რომელიც აქვეითებს მათ მიერ მშობლის ფუნქციის შესრულებას და ბავშვების დახმარებას. სიკვდილის ვითარებიდან გამომდინარე, და-ძმებში შეიძლება გამოვლინდეს დამნაშავის, განრისხების ან სინანულის გრძნობა. ცოცხალი დედმამიშვილის გამოხატული და განცდილი ზოგიერთი ემოცია შეიძლება მთლიანად გაურკვეველი იყოს. დედმამიშვილის გარდაცვალების შემდეგ, ცოცხალ და-ძმებში შეიძლება გამოიხატოს გაზრდილი დაუცველობის გრძნობა, განრისხება მიმართული მშობლებისკენ, რადგან ვერ შეძლეს გარდაცვლილის დაცვა ან მეორე მხრივ, დამცველობითი გრძნობა მიმართული მშობლებისკენ. ცოცხალ და-ძმებში გამოხატული ქცევები შეიძლება იყოს დაკავშირებული ემოციურად მშობლების მიუწვდომლობასთან. ცოცხალმა დედმამიშვილმა ძმის ან დის დანაკარგის შემდეგ შეიძლება დაკარგოს კავშირი სამყაროსთან და ოჯახში შეიძლება წარმოიქმნას შეზღუდული კავშირი რომელიმე წევრის გარდაცვალების შემდეგ. ამგვარად, მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა გაარკვიოს ეს, რადგან მგლოვიარე მშობლები შეიძლება ემოციური თვალსაზრისით არ იყვნენ ხელმისაწვდომები ცოცხალი ბავშვებისთვის და რადგან მხარდაჭერა ძირითადად მიმართულია მშობლებისკენ, და-ძმები არიან ყველაზე მეტად უარყოფილი ოჯახის წევრებიდან ბავშვის გარდაცვალების შემდეგ. დანართში 14-2 აღწერილია ზოგიერთი დასამახსოვრებელი ფაქტი, რომელიც საჭიროა და-ძმის გარდაცვალების შემდეგ ბავშვში შეგუებაში დასახმარებლად.

დანართი 14-2.

ფაქტები, რომელიც უნდა გახსოვდეთ, როდესაც ეხმარებით დედმამიშვილის გარდაცვალებით დამწუხრებულ ბავშვს (ებს)
• გახსოვდეთ, რომ ბავშვებმა უნდა იგლოვონ; • იყავით მზად უპასუხოთ შეკითხვებს; • ელოდეთ ქცევის ცვლილებებს; • მიეცით ბავშვებს საშუალება გამოხატონ თავიანთი გრძნობები; • გახსოვდეთ, რომ მშობლები შეიძლება ემოციურად მიუწვდომლები იყვნენ ცოცხალი შვილებისთვის; • გააფრთხილეთ სკოლის ადმინისტრაცია ბავშვის დანაკარგის თაობაზე; • უზრუნველვყავით თანატოლთა მხარდაჭერის ჯგუფები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

კატასტროფები ან ტრავმული მოვლენები

გაიზარდა ბავშვების მიერ ჩადენილი ძალადობრივი დანაშაულებები ისეთ გარემოში, როგორიც არის სკოლები, სათამაშო მოედნები და სახლები, რომლის შედეგადაც ამ თაობის ბავშვებში იმატა ახალი დონის მოულოდნელმა რისკებმა. ბავშვებზე შეიძლება იმოქმედოს კატასტროფის ეფექტებმა, მიუხედავად იმისა პირდაპირ იმოქმედებს მასზე თუ იქნება თვითმხილველი. ბავშვებსა და ზრდასრულებზე ხანგრძლივი ეფექტი მოახდინა 1999 წელს კოლუმბიაში, სკოლაში მომხდარმა სროლამ, 2001 წელს აშშ-ში – ტერორისტულმა შეტევებმა, 2004 წელს – ცუნამის სტიქიურმა უბედურებამ და 2005 წელს – ქარიშხლებმა. კატასტროფისა ან ტრავმულმა მოვლენებმა შესაძლოა წარმოქმნას ხანგრძლივი შედეგები, შეაფერხოს ბავშვის ჩართულობის უნარიანობა სარგებლის მომტან ქცევებში და საზოგადოებრივი ურთიერთობების, აკადემიური მოსწრებისა და პროფესიული განხრით დამაკმაყოფილებელ მოღვაწეობაში. იხილეთ დანართი 14-3, ბავშვებში ტრავმული დანაკარგის შემდეგ განვითარებული ხანგრძლივი შედეგები.

დანართი 14-3

ტრავმული დაკარგვის ხანგრძლივი შედეგები
• კოგნიტური დისფუნქცია (ემოციური რეგრესია); • ჯანმრთელობის დარღვევები (დეპრესია); • პიროვნების ცვლილება (შეიძლება მოგვეჩვენოს რთულად); • მორალური განვითარების დარღვევა; • ემოციის დამალვის მცდელობა.

დამატებით, კლასელების, მეგობრების, თანატოლების, მასწავლებლებისა ან სხვა ზრდასრულების გარდაცვალების გამო გლოვის გარდა ბავშვებს უწევთ ტრავმის გამოცდილებასთან გამკლავება. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, არამხოლოდ ვიღაცის გარდაცვალება არის ტრავმული, არამედ ის გარემოება, რომლის დროსაც ადამიანი ან ადამიანები გარდაიცვალნენ ან მიიღეს დაზიანება. ბავშვები ტრავმული დანაკარგის განცდის შემდეგ ხშირად გამოხატავენ მსგავს რეაქციებს, მაგრამ დამატებით შეიძლება გამოხატონ მრისხანება, ძილის დარღვევები, შემთხვევასთან დაკავშირებული ხშირი ფიქრები, საშიშროების საპასუხოდ მომატებული სიფხიზლე და სკოლაში ან ნებისმიერ სხვა გარემოში, რომელიც ჰგავს ტრავმულ შემთხვევას, ყოფნის შიში.

როდესაც უპირატესობა ენიჭება იმ ბავშვების მხარდაჭერას, რომლებმაც განიცადეს ძალადობრივი ან ტრავმული შემთხვევა, მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ ასეთი შემთხვევები ვითარდება ადამიანის სურვილის წინააღმდეგ და ახდენს ზემოქმედებას არამხოლოდ ცალკეულ ინდივიდზე, არამედ საზოგადოებაზეც. მაგალითად, სკოლაში მომხდარ დახვრეტას ზეგავლენა აქვს საზოგადოების ყველა წევრზე, მსოფლიოს მასშტაბით. მხარდაჭერის უზრუნველყოფა უნდა მოხდეს მთლიანი საზოგადოებისთვის. დანართში 14-4 ჩამოთვლილია რამდენიმე მოსაზრება, რომელიც დაეხმარება საზოგადოებას ტრავმული შემთხვევების გამკლავებაში.

დანართი 14-4

მოსაზრებები, რომელიც დაეხმარება საზოგადოებას ტრავმული შემთხვევების მართვაში
• მოიწვიეთ კონსულტანტები, როგორც საზოგადოების შიგნიდან, ისე გარედან (წითელი ჯვარი ან სხვა ორგანიზაცია); • აწარმოეთ დისკუსია საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებზე (ეს ხელს უწყობს საზოგადოების საჭიროებების დადგენას); • აჩვენეთ საზოგადოებას, თუ როგორ წუხან ბავშვები; • მიეცით ბავშვებს მწუხარების საშუალება; • მოახდინეთ ბავშვის მწუხარების ფასილიტაცია – მიეცით მათ საშუალება, ნახონ და მოუსმინონ უფროსების განცდებს და ნახონ როგორ უმკლავდებიან ისინი დანაკარგს, რაც დაეხმარება მათ თავიანთი გრძნობების გამოხატვაში; • მოუსმინეთ ბავშვებს და შესთავაზეთ ისეთი აქტიურობები, როგორიცაა თამაში, ხატვა, წერა, ცეკვა და მუსიკის მოსმენა. მოსმენა ეხმარება მოზრდილებს, გაიგონ, თუ რას გრძნობენ ბავშვები მომხდარზე. გამოხატვის სხვა საშუალებების გამოყენება შესაძლებლობას მისცემს ბავშვებს გამოხატონ თავიანთი გრძნობები როგორც ვერბალურად ისე არავერბალურად; • ჩართეთ სკოლის ექთნები ინტერვენციების განხორციელებაში, რათა დაეხმარონ ბავშვებს მწუხარებისას.

სიცოცხლისთვის სახიფათო ან უკურნებელი დაავადების მქონე ბავშვის ოჯახის დაავადების საპასუხოდ განვითარებული რეაქციები

ბავშვებმა უნდა მართონ ძლიერი და ჯანსაღი ცხოვრება და თავიანთ მშობლებსა და სხვა მომვლელებზე უფრო ხანგრძლივად უნდა იცხოვრონ. თუმცა ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ სხვადასხვა სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადებები, დაწყებული მემკვიდრულიდან, დამთავრებული შეძენილით – გულის მანკები/დაავადება, მუკოვისციდოზი, სიმსივნე და შიდსი. ოჯახის შეგრძნება, დიაგნოზის დასმიდან საბოლოო შედეგამდე, შეიძლება აღწერილ იქნას, როგორც აუტანელი ტკივილი, პერიოდი, როდესაც ცხოვრება დაუყოვნებლივ ხდება ქაოსური და არაპროგნოზირებადი.

ბევრი სირთულის გადალახვა უწევს როგორც ოჯახს, ისე ექიმებს, სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადებებთან გასამკლავებლად.

იხილეთ ცხრილი 14-5, საჭირო ინფორმაციის მისაღებად, თუ რა ფაზებს გადის და როგორი ქცევები ახასიათებს ბავშვს, რომელსაც აქვს სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადება, ასევე შესაბამისი საექთნო მოვლის მეთოდების გასაცნობად.

ცხრილი 14.5 იმ ოჯახების საექთნო მოვლა, რომელთა ბავშვებიც დაავადებული არიან სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებებით

ფაზა	დეფინიცია	ქცევა ან თავდაცვა	საექთნო მოვლა
პრედიაგნოსტიკური	დრო ეჭვიდან სამედიცინო დიაგნოზის დასმამდე	დამნაშავე; რა გავაკეთე არასწორად? გაურკვევლობის გამო მომატებული შიშები.	მიეცით ოჯახის წევრებს გრძნობების გამოხატვის საშუალება; მიაწოდეთ ინფორმაცია ოჯახს დროულად.

დიაგნოსტიკური ან მწვავე ფაზა	პერიოდი, როდესაც ტარდება კვლევები დიაგნოზის დასმის მიზნით	შიში; გაურკვევლობისა და უმწეობის გრძნობა; ოჯახის ცხოვრება ჩიხშია; დიაგნოზთან მიმართებით აქვთ უამრავი ინფორმაცია; შეიძლება ეძებონ მეორე ან მესამე აზრი.	განაგრძეთ ოჯახისთვის საშუალების მიცემა, გამოხატონ თავისი გრძნობები და დასვან კითხვები; შეაფასეთ ფიზიოლოგიური და სულიერი დახმარების აუცილებლობა; ოჯახის წევრებს შორის კომუნიკაციის შენარჩუნება; დროულად მიაწოდეთ ინფორმაცია ოჯახს.
ქრონიკული ფაზა	მკურნალობა მიმდინარეობს	ოჯახის შიშის ფაზა შეიძლება კლებულობს ნელ-ნელა; მშობლები და სხვები შეიძლება ფიზიკურად გამოფიტულებიც კი იყვნენ; შეიძლება ეჭვის ქვეშ აყენებენ მკურნალობის მეთოდებს და ეძებენ მკურნალობის ალტერნატიულ ფორმებს.	გააგრძელეთ ოჯახის წევრების გრძნობების მხარდაჭერა; შეაფასეთ მშობლები დასვენების საჭიროებაზე; მიაწოდეთ ინფორმაცია თერაპიის შესახებ; სხვა სამედიცინო პერსონალს სთხოვეთ, რომ ოჯახს დროულად მიაწოდოს ინფორმაცია პაციენტის შესახებ; განსაზღვრეთ დის ან ძმის საჭიროება მხარდაჭერის მხრივ, რადგან მშობლები შეიძლება ფიზიკურად გამოფიტულები იყვნენ.
ტერმინალური ფაზა	აღდგენა შეუძლებელია	ოჯახი უნდა მოემზადოს ბავშვის სიკვდილისთვის; მშობლებს შეუძლია გაუჭირდეთ მკურნალობის უფრო პალიატიური ვარიანტის მოდელის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება.	დახმარება გაუწიეთ ოჯახს; დაეხმარეთ ოჯახს, მიაწოდონ თავიანთი სურვილები ინტერდისციპლინარულ გუნდს; მინიმუმამდე დაიყვანეთ იმ ადამიანების რიცხვი, რომელიც ოჯახს აწვდის ინფორმაციას;

			სათანადო დახმარების გაწევა, ჰოსპისის მოვლის, საავადმყოფოების, სახლის მოვლის, DNR და სხვა თერაპიების შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად.
აღდგენითი ფაზა	შეიძლება ითვალისწინებდეს ცხოვრებას დაავადების გრძელვადიანი შედეგებით.	ოჯახმა ახლა უნდა ისწავლოს ცხოვრება მოსალოდნელი სიკვდილის ეფექტებით; შეიძლება საჭირო გახდეს, რომ ოჯახმა შეცვალოს ცხოვრების სტილი.	უზრუნველყოს შესაძლებლობა შიშების, გრძნობების და პრობლემების განსახილველად; უზრუნველყოს ოჯახის მომზადება ბავშვის მოვლისათვის; მიაწოდეთ ინფორმაცია ოჯახის და ბავშვის დამხმარე მომსახურებასთან დაკავშირებით.

ახალშობილის გარდაცვალება

დანაკარგის მიზეზის მიუხედავად მშობლებისთვის, ოჯახებისთვის, ექთნებისთვის და სხვებისთვის ახალშობილის დაკარგვა არის სტრესთან და ტრავმასთან დაკავშირებული მოვლენა. როდესაც გარდაცვლილ ახალშობილს ამზადებენ მშობლების სანახავად, მნიშვნელოვანია, რომ ის იყოს დაბანილი და შესაბამისად ჩაცმული. ეს ეხმარება მშობლებს, რომ მათი გარდაცვლილი ახალშობილი აღიქვან საკუთარ ბავშვად. ჩვილის იმ ტანსაცმელში გამოწყობა და ახალშობილის იმ საბანში გახვევა, რომელიც შერჩეულია მშობლების მიერ, ეხმარება ოჯახს გარდაცვალებასთან და დანაკარგთან შეგუებაში. ის გარემო, სადაც მშობლები ნახულობენ გარდაცვლილ ახალშობილს უნდა იყოს სუფთა, წყნარი და შესაფერისი, რათა მშობლებმა შეძლონ გლოვა. იმ მეთოდს, რომლითაც ექთნები ამზადებენ გარდაცვლილ ახალშობილს სანახავად, შესაძლოა ჰქონდეს ზეგავლენა, თუ როგორ დაამახსოვრდებათ მშობლებსა და ნათესავებს ეს შემთხვევა. აქედან გამომდინარე, გარდაცვლილი ახალშობილი უნდა დააწვინონ სრულად ჩაცმული და გახვეული საბანში. საჭიროა სკამების უზრუნველყოფა. მშობლებს უფლება უნდა ჰქონდეთ ბავშვის ხელში აყვანის და იმ დრომდე დარჩენის, რამდენ ხანსაც თვითონ ისურვებენ. ექთანმა ცოცხალი ახალშობილის წარდგენის მსგავსად უნდა მიაწოდოს ბავშვი მშობლებს.

რა რაოდენობის ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს ბავშვს?

დუნლოპი ამტკიცებს, რომ მომაკვდავ ბავშვს არ უნდა უთხრან სიმართლე მისი მდგომარეობის შესახებ. შედეგად, იმ ინფორმაციის რაოდენობის წინასწარ დადგენა, რაც მიეწოდება უკურნებელსა და მომაკვდავ ბავშვს, შეუძლებელია. ზოგიერთ მშობელსა და მომვლელს მათი დაცვის სურვილის გამო შესაძლოა არ უნდოდეთ, რომ ბავშვმა იცოდეს დიაგნოზთან დაკავშირებული ბევრი დეტალი. მნიშვნელოვანია, რომ ინტერდისციპლინარულმა გუნდმა და მომვლელებმა განიხილონ თუ რა სახის და რა რაოდენობის ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს ბავშვს. გარდა ამისა, უნდა განიხილონ და-ძმებისთვის მიწოდებული ინფორმაცია. ხშირად უშედეგოა ბავშვების დაავადებისგან და სიკვდილისგან დაცვის მცდელობები და ბავშვობის ასაკის შუა პერიოდში მათ შეიძლება უკვე ჰქონდეთ ინფორმაცია მიღებული დაავადებების შესახებ და ჰქონდეთ განცდილი რაიმე სახის დანაკარგი. ძირითადად, ზრდასრულების ბავშვებთან დამოკიდებულების მიხედვით, ბავშვები გრძნობენ, რომ რაღაც მოხდა. რადგანაც პრობლემების განხილვა ხშირად მიმდინარეობს ბავშვის დასწრების გარეშე, ამ საქციელით ის ხვდება რომ რაღაც მოხდა. შედეგად, მცდელობები, რომელიც მიმართულია ბავშვისთვის დამახასიათებელი დაავადების დამალვისკენ, უშედეგოა, რადგან შესაძლოა არავერბალური ქმედებებით ბავშვი მიხვდეს რომ რაღაც ხდება და გამოიწვიოს მღელვარება.

რა სახის ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს ბავშვს?

სკოლამდელი ასაკის ბავშვებმა უნდა იცოდნენ, რომ მათ აქვთ დაავადება. ინფორმაცია უნდა იყოს მოკლე, გასაგები და მარტივი ენით მიწოდებული. მაგალითად, ბავშვს (5-9 წლის ასაკი), რომელიც არის ლეიკემიით დაავადებული, უნდა აუხსნან, რომ მის სხეულში არსებული სისხლის უჯრედები არ არის ინფექციის გასამკლავებლად საკმარისად ძლიერები და მედიკამენტები და მკურნალობა დაეხმარება ამ უჯრედებს გაძლიერებაში. წლოვანებით უფროს ბავშვს (10-12 წლის ასაკი), შეიძლება სურდეს, ჰქონდეს უფრო მეტი ინფორმაცია დაავადებაზე და მის მიზეზებზე. დღესდღეობით ბავშვებმა შეიძლება ინფორმაცია მიიღონ მრავალი წყაროდან, მაგალითად, წიგნებიდან, ტელევიზიიდან და ინტერნეტიდან; თუმცა ყველა ხელმისაწვდომი ინფორმაცია არ არის ზუსტი; შედეგად, მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახმა და ექიმების გუნდმა უზრუნველყონ შესაბამისი და ზუსტი ინფორმაციის მიწოდება.

ვინ უნდა მიაწოდოს ბავშვს ინფორმაცია?

როდესაც იგეგმება იმის განხილვა, თუ ვინ იქნება პასუხისმგებელი ბავშვისთვის ინფორმაციის მიწოდებაზე, მომვლელებმა და ინტერდისციპლინარულმა გუნდმა უნდა განიხილოს ეს საკითხი. არ არსებობს კანონი იმის შესახებ, თუ ვინ უნდა უთხრას ბავშვს, რომ მას აქვს დაავადება, თუმცა საუკეთესოა, რომ ეს პასუხისმგებლობა თავის თავზე აიღონ პირველადი დახმარების მცირერიცხოვანმა გუნდმა. მცირერიცხოვანი გუნდი შეიძლება მოიცავდეს: მშობლებს ან მომვლელებს, ექთანსა და ექიმს ან პირველად მედიკოსს. ჩართული უნდა იყოს უფროსი და-ძმა ან სხვა ოჯახის წევრი, რომელთანაც ბავშვს აქვს კარგი ურთიერთობა. ბავშვს უსაფრთხოების, სიყვარულის, სანდოობისა და საკუთრების გრძნობის შენარჩუნებაში ეხმარება ის მზრუნველი და მოსიყვარულე ადამიანები, რომ-

ლებსაც ბავშვი ენდობა და ასევე ინტერდისციპლინარული გუნდის ის წევრები, რომელთანაც ბავშვს აქვს ან ექნება ურთიერთობა. დაავადებულ ბავშვში უსაფრთხოებისა და სანდო ურთიერთობის შენარჩუნებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ექთნები.

გადაწყვეტილებები ჰოსპისის შესახებ

როგორც მომვლელებს აქვთ მკურნალობის საშუალებების არჩევის შესაძლებლობა დაავადებული ბავშვისთვის, მათ ასევე უნდა ჰქონდეთ არჩევანის უფლება და შესაძლებლობა, რომ დაგეგმონ, თუ სად და როგორ გაატარებს ბავშვი მისი ცხოვრების ბოლო პერიოდს. ბავშვთა ჰოსპისში მოვლა, რომელმაც ჩაანაცვლა მომაკვდავი ბავშვისა და ოჯახის საავადმყოფოში მზრუნველობა, მოიცავს ჰოლისტურ მიდგომას, რომელშიც იგულისხმება ფსიქოსოციალური, სულიერი და ფიზიკური მხარდაჭერა როგორც ბავშვის, ისე ოჯახის. ამ შემთხვევაში მთავარ გადაწყვეტილებებს იღებს მშობელი და ბავშვი, ხოლო ინტერდისციპლინარული გუნდი ასრულებს მხარდაჭერის ფუნქციას. ჰოსპისით უზრუნველყოფა შესაძლებელია მოხდეს სახლში, საავადმყოფოში ან სპეციალურ დაწესებულებაში. ბავშვის გარდაცვალების შემდეგ დიდხანს გრძელდება ოჯახის პროფესიული მხარდაჭერით უზრუნველყოფა. ჰოსპისში ბავშვის მხარდაჭერის უზრუნველყოფის გუნდი მოიცავს: ოჯახს, მისთვის მნიშვნელოვან ადამიანებსა და ჰოსპისის ინტერდისციპლინარულ გუნდს. ჰოსპისი უზრუნველყოფს როგორც ბავშვის, ისე ოჯახის ფიზიკურ მხარდაჭერას, მდგომარეობის დროებითი შემსუბუქებას და გლოვის დროს მზრუნველობას. ფიზიკური მოვლისას მთავარი ყურადღება ექცევა ბავშვისთვის კომფორტულ და უმტკივნეულო გარემოს შენარჩუნებას და ტკივილის მართვის პროგრამებით უზრუნველყოფის შესაძლებლობას. მშობლებსა და სხვა მომვლელებს აქვთ საშუალება, რომ უზრუნველყონ ბავშვი ფიზიკური მხარდაჭერით და ბავშვი ნებადართულია, რომ ჰქონდეს ბავშვად ყოფნის უფლება და ღირსება და მასზე იზრუნოს მშობელმა ან ოჯახის სხვა წევრებმა.

ჰოსპისის მომსახურება ასევე მოიცავს გადავადების უზრუნველყოფას, რომელიც საშუალებას აძლევს ოჯახის წევრებს, რომ შეისვენონ და დრო დაუთმონ საკუთარ თავს მანამ, სანამ კვლავ გააგრძელებენ ბავშვზე ზრუნვას. ჰოსპისის თანამშრომლებს შეუძლიათ, ამოიცნონ მოსალოდნელი გლოვის ნიშნები ბავშვში ან ოჯახში და დაუჭირონ მათ მხარი ამ მდგომარეობის დროს, რომელიც არაა პათოლოგიური.

ორგანოსა და ქსოვილის დონაცია

ბევრი ექიმისთვის ქსოვილის დონაციის განხილვა არის ძალიან ემოციური და არაკომფორტული თემა, რადგან ერთი ადამიანის სიცოცხლის/ცხოვრების შესაძლო იმედი დაკავშირებულია სხვა ადამიანის სიკვდილთან. ამ დროს ექიმები თავს უხერხულად გრძნობენ, რადგან მათი ქმედებები მგლოვიარე ოჯახისთვის შეიძლება იყოს შეუბრალებელი და არასასურველი. ამგვარად, განხილვის დრო უნდა იყოს დაგეგმილი და კარგად შეთანხმებული. უმეტესობა დიდ საავადმყოფოებსა და ინტენსიური მოვლის დაწესებულებებში შექმნილია პროგრამები მომზადებული კადრებით, რომლებიც პასუხისმგებლები არიან ქსოვილისა და ორგანოს დონაციის განხილვაზე ოჯახებთან (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

მომაკვდავ ბავშვზე მზრუნველმა ექთნებმა იციან მათი პაციენტების მოვლის მთლიანი გეგმა, შესაბამის დროს ოჯახის პრობლემასთან დაკავშირებული წუხილის შეფასება და ისეთი გარემოებით უზრუნველყოფა, სადაც ოჯახის წევრები თავისუფლად შეძლებენ მათი წუხილის განხილვას გადანერგვაზე პასუხისმგებელ გუნდთან. იმისთვის რომ, შენარჩუნდეს მომაკვდავი ბავშვისა და მისი ოჯახის უფლებები და ღირსება, ითვალისწინებენ კონკრეტულ საფეხურებს ქსოვილისა და ორგანოების მისაღებად, რომელიც შეიძლება განსხვავდებოდეს ცალკეულ სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში.

აუტოფსია

გვამის გაკვეთა კანონის მიხედვით აუცილებელია, როდესაც სიკვდილი გამოწვეულია არაბუნებრივი მიზეზებით, როგორიცაა: მკვლელობა ან თვითმკვლელობა, თუ ის მოხდა საავადმყოფოში მიყვანისას 24 საათში ან სახლში ან ნებისმიერ დაწესებულებაში, სადაც სამედიცინო კადრის მიერ ვერ მოხდა ადამიანის მოვლით უზრუნველყოფა. ექთნებმა ოჯახის ყურადღება უნდა გაამახვილონ იმ ფაქტზე, რომ გვამის გაკვეთის გადაწყვეტილება არ არის დაფუძნებული საავადმყოფოზე, არამედ ის არის სახელმწიფოს კანონის მოთხოვნით მიღებული. თუ ბავშვს ჩაუტარდა აუტოფსია, მნიშვნელოვანია, რომ პროცედურის შემდეგ ოჯახმა მოინახულოს ბავშვი და ეს ინფორმაცია მათ უნდა მიეწოდოს აუტოფსიის ჩატარებამდე.

იმ ექთნების მზრუნველობა, რომლებიც უვლიან უკურნებელ ბავშვებს

აშშ-ს საზოგადოება მარტივად არ განიხილავს სიკვდილის თემას, რადგანაც ის გულისხმობს სიცოცხლის დასასრულსა და უცნობის შიშს. პარადოქსული კავშირი არსებობს სიკვდილსა და ბავშვებს შორის, რადგან ბავშვები წარმოადგენს სიცოცხლესა და მომავალს. უკურნებელი ბავშვების ან იმ ბავშვების შემთხვევაში, რომელთა გარდაცვალება მოსალოდნელია, ყველა ინდივიდზე, რომელიც ჩართულია ბავშვის მოვლაში, აქვს ემოციური ეფექტი. ექთნები, ხშირად ბავშვის მთავარი მომვლელები განიცდიან საკუთარ თავთან ემოციურ ბრძოლას, რადგანაც ისინი ცდილობენ, რომ საუკეთესოდ იზრუნონ ბავშვსა და ოჯახზე და გვერდზე გადადონ საკუთარი გრძნობები. ის ექთნები, რომლებიც სხვებს აწვდიან ფიზიკურ და ემოციურ მხარდაჭერას, ხშირად საკუთარ თავზე არ ზრუნავენ და რისკის ქვეშ აყენებენ თავს როგორც ფიზიკურად, ისე ემოციურად.

უკურნებელი ბავშვის მოვლა ხშირად მიმდინარეობს სპეციალურ ადგილებში, განყოფილებებში ან დაწესებულებებში, სადაც პაციენტების უმეტესობას აქვთ გარდაცვალების მაღალი რისკი. ამგვარად, გარემოში ატმოსფერო შეიძლება იყოს სტრესული და მომსახურე პერსონალსა და ოჯახებში შესამჩნევი იყოს სხვადასხვა დონის მღელვარება. როგორც დაავადების მქონე ბავშვსა და ოჯახს აქვთ განსაკუთრებული მოთხოვნები, ისევე აქვთ ექთნებსაც; სამწუხაროდ, ხშირად ექთნების მოთხოვნების დაკმაყოფილება ვერ ხდება. ერთ-ერთი ამის მიზეზია ის, რომ ექთნები შეიძლება ვერ ხვდებოდნენ დანაკარგის შემდეგ საკუთარ გლოვაზე. როდესაც არ ხდება ექთნების გლოვის მოთხოვნის ხელშეწყობა, მათ შეიძლება გამოხატონ სიბრაზე, იმედგაცრუება და დეპრესია, რომელიც გამოვლინდება საკუთარი თავის ავად ყოფნის მოჩვენებით, კავშირის გაწყვეტით სამსახურსა და სახლში, დაუფასებლობისა და ზოგჯერ დანაშაულის გრძნობით.

ბავშვის გარდაცვალების შემთხვევაში უფრო რთულია სიკვდილის აღიარებისა და დადასტურების გაცნობიერება. ზოგჯერ ის ექთნები, რომლებსაც უწევთ ამ გრძნობების გამოცდა, ეჭვის ქვეშ აყენებენ ტექნოლოგიას, პროფესიასა და თავიანთ რწმენას. ამ დროს ექთნები ვერ აკმაყოფილებენ მომაკვდავი ბავშვის ან ოჯახის მოთხოვნებს, უნდა გაუმკლავდნენ სიკვდილთან დაკავშირებულ საკუთარ გრძნობებს და საკუთარ თავს უნდა მისცენ გლოვის უფლება, რათა შეძლონ სხვების დახმარება. ამ ყველაფრის გასაკეთებლად აუცილებელია, რომ ექთანმა ითხოვოს დახმარება.

ექთნების ფიზიკური, ემოციური და ფსიქოლოგიური ერთიანობის შესანარჩუნებლად დაწესებულებებში უნდა არსებობდეს მზრუნველობისა და ჯანმრთელობის ხელშემწყობი გარემო, სადაც ყურადღება უნდა იყოს გამახვილებული ჯანმრთელობასა და მის შენარჩუნებაზე. ამ სახის მომსახურების მაგალითია თანამშრომლების ან პერსონალის დახმარების პროგრამები. ექთნებსა და სხვა სამედიცინო კადრს შეიძლება ჰქონდეთ მენტალური ჯანმრთელობის ან თავისუფალი დღეების აღების შესაძლებლობა, როდესაც ისინი დახმარებისთვის მიმართავენ პირებს, როგორიცაა ფსიქოლოგები და ფსიქიატრები, რათა მათ შეძლონ წუხილისა და გრძნობების გამკლავებაში ექთნების დახმარება. ზოგიერთ დაწესებულებაში დაარსებულია მხარდაჭერის ჯგუფები, თუმცა არსებობს ისეთი დაწესებულებები, სადაც მხარდაჭერის მომსახურებებით უზრუნველყოფა იწყება მაშინ, როდესაც პერსონალის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა არის რისკის ქვეშ. ჩარევები უნდა იყოს მიმდინარე, სადაც ექთნებს აქვთ ცალკეულად, დახურულად ან ჯგუფებში შეხვედრის საშუალება, რათა მოხდეს მათი მოთხოვნებისა და წუხილების გარჩევა.

ექთნებმა, რომლებიც ზრუნავენ უკურნებელ ბავშვებსა და მის ოჯახებზე, ყურადღება უნდა გაამახვილონ საკუთარი ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე. უნდა გაითვალისწინონ შემდეგი შეკითხვები, შეეცადონ პასუხის გაცემას და საჭიროების შემთხვევაში მიმართონ დახმარებას:

1. რას ვფიქრობ სიკვდილის შესახებ?
2. თავს კომფორტულად ვგრძნობ თუ არა მომაკვდავი ბავშვის მოთხოვნების შესრულებისას?
3. ასევე შემიძლია თუ არა ოჯახის მოთხოვნების გამკლავება?
4. ჩემთვის დაუძლეველი არის თუ არა ამ ბავშვსა და ოჯახზე მზრუნველობა?
5. ვის შეუძლია ჩემი დახმარება, მაპოვნინოს ის გზები, რომლის საშუალებითაც გავუმკლავდები ჩემს მოთხოვნებსა და წუხილს?
6. როგორ უნდა შევინარჩუნო ჩემი ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა?

ექთნებს უნდა ჰქონდეთ იმის საშუალება, რომ ამ შეკითხვების პასუხები გაუზიარონ სხვა სამედიცინო პროფესიონალებს და მიზანი უნდა იყოს ის, რომ ეს გრძნობები და წუხილი იყოს მხოლოდ ადამიანური გამოცდილებები და ინტერესები.

ექთანი და უკურნებელი ბავშვი

ექთანი, რომელიც ზრუნავს უკურნებელ ბავშვზე, ჩართულია მისი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მოთხოვნების დაკმაყოფილებაში. ზოგჯერ ბავშვი შეიძლება იყოს სხარტი და ჰქონდეს საპასუხო რეაქცია, ხოლო ზოგჯერ ის შეიძლება თავს გრძნობ-

დეს სუსტად და არაკომფორტულად. მზრუნველობის გეგმა უნდა იყოს არამხოლოდ ინდივიდუალური და რეალისტური, არამედ დაფუძნებული ბავშვის დაუყოვნებლივ მოთხოვნებზე. მომაკვდავი ბავშვის გარდაცვალებისას ექთანი უნდა გაუმკლავდეს ბავშვისა და ოჯახის დამატებით მოთხოვნებს.

მომაკვდავი ბავშვის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნებზე რეაგირება

ამ დროს მთავარი მიზანია ბავშვისთვის კომფორტული და უმტკივნეული გარემოს შექმნა. სუფთა გარემოს შენარჩუნება, თმისა და პირის ღრუს მოვლა და სხვა ყოველდღიური ჰიგიენის ასპექტები შეიძლება დაეხმაროს ადამიანური გამოცდილების ღირსებისა და ოჯახის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის მთლიანობის შენარჩუნებაში. მნიშვნელოვანია, ტკივილის შესამცირებელი თერაპიების გამოყენება, კომფორტით უზრუნველყოფა, ნორმის ფარგლებში ჰიდრატაციის, კვების, სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის შენარჩუნება. ექთნებმა იმავე ენთუზიაზმით უნდა განაგრძონ პაციენტებზე მზრუნველობა მაშინაც კი, როდესაც ისინი ეჭვის ქვეშ აყენებენ ამ ჩარევების მიზანს.

მომაკვდავი ბავშვის ფსიქოლოგიურ მოთხოვნებზე რეაგირება

ექთნებისთვის ფსიქოლოგიური მოთხოვნების დაკმაყოფილება უფრო რთულია და მეტ ძალისხმევასთან არის დაკავშირებული განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ექთანი შეიძლება არ იყოს ფსიქოლოგიურად კომფორტული სიკვდილთან დაკავშირებულ საკუთარ გრძნობებთან. ბევრი ადამიანისთვის ზრდასრულის გარდაცვალება უფრო მისაღებია, რადგან მიჩნეულია, რომ მან იცხოვრა სრულად. თუმცა, ბავშვის გარდაცვალების აღიარებისა და დადასტურების გაცნობიერება უფრო რთულია.

როდესაც მომაკვდავ ბავშვებზე ზრუნავენ ექთნებმა უნდა:

- გაიაზრონ სიკვდილთან დაკავშირებული საკუთარი ფიქრები და გრძნობები;
- გააცნობიერონ გლოვის პროცესი;
- ბავშვებს ელაპარაკონ მათი ასაკის შესაფერისი ენით;
- დაეხმარონ ბავშვებს, სიტყვებით გამოამჟღავნონ სიკვდილთან დაკავშირებული თავიანთი გრძნობები;
- უნდა იმოქმედონ ზრუნვის გეგმის მიხედვით;
- უნდა იყვნენ სამართლიანები განხილვისას.
- გარდაცვალების დროს ექთნებმა ასევე მხარი უნდა დაუჭირონ და პატივისცემით განიხილონ ოჯახის კულტურული და რელიგიური რწმენები და რიტუალები.

დასაფლავებისას ექთნების დასწრება

განიხილება დასაფლავებისას იმ ექთნების დასწრების საკითხი, რომლებიც ზრუნავდნენ ბავშვზე. მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს მკაცრი კანონი, ექთნებს შეიძლება გაუჭირდეთ საკუთარი დანაკარგის აღიარება და შეგუება. ზოგჯერ, დასაფლავებაზე ექთნების დასწრების გადაწყვეტილებას იღებს ოჯახი, რომლის შსახებაც ინფორმაცია მიეწოდება განყოფილებას. ექთნებმა ინდივიდუალურად უნდა განსაზღვრონ მათთვის საუკეთესო გადაწყვეტილება.

საკვანძო საკითხები

- ბავშვებმა შეიძლება განიცადონ დანაკარგისა და განშორების გრძნობები (განქორწინება, ახალ სამეზობლოში გადასვლა, სკოლების გამოცვლა) მანამ, სანამ ისინი განიცდიან საყვარელი ადამიანის გარდაცვალებას;
- სიკვდილის ცნების ოთხი მთავარი შემადგენელი ნაწილია: უნივერსალობა, შეუქცევადობა, უფუნქციობა და მიზეზ-შედეგობრიობა;
- სიკვდილის გაცნობიერება არის თანდათანობითი პროცესი, რომელიც დამოკიდებულია: ადამიანის ასაკზე, კოგნიტურ განვითარებაზე, კულტურაზე, რელიგიურ რწმენასა და ფსიქოლოგიურ განვითარებაზე;
- ბავშვთა გლოვა განსხვავდება ზრდასრულებისგან; მათ აქვთ როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქოლოგიური რეაქციები;
- საყვარელი ადამიანის გარდაცვალების შემდეგ ბავშვთა რეაქციაზე ხშირად ზეგავლენას ახდენს ის, თუ როგორი ურთიერთობა ჰქონდა მას გარდაცვლილთან და თუ როგორ რეაგირებენ დანაკარგის საპასუხოდ მის გარშემო მყოფი ადამიანები;
- და-ძმის გარდაცვალების შემდეგ ბავშვებს შეიძლება ახასიათებდეთ: გაზრდილი დაუცველობის გრძნობა, სიბრაზე, დამნაშავეობის გრძნობა ცოცხლად ყოფნის გამო და მშობლების მიერ გადაჭარბებული მფარველობა;
- ჰოსპისის მოვლა გულისხმობს ჰოლისტურ მიდგომას, რომელიც მოიცავს: ფსიქოსოციალურ, სულიერ, სოციალურსა და ფიზიკურ მხარდაჭერას უკურნებელი ბავშვისა და ოჯახის მიმართ;
- ექთნები უნდა შეეგუონ სიკვდილთან დაკავშირებულ საკუთარ გრძნობებს და საკუთარ თავს უნდა მისცენ გლოვის საშუალება, რათა შეძლონ სხვების დახმარება.

გასამეორებელი საკითხები

1. რა სახის ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს ექთანმა მშობლებს, რომელიც დაეხმარება მათ ბაბუის გარდაცვალების ასახსნელად 6 წლის შვილისთვის?
2. როგორ შეუძლია სკოლის ექთანი დაეხმაროს ბავშვებს კლასელის გარდაცვალების შეგუებაში?
3. რა მსგავსებაა ბავშვთა მშობლების დაშორების ან განქორწინებისა და სიკვდილის შედეგად განვითარებულ რეაქციებს შორის?
4. რომელი ფაქტორები ახდენს ზეგავლენას ბავშვთა სიკვდილის შედეგად განვითარებულ რეაქციაზე?
5. როგორ შეუძლია ექთანს დაეხმაროს უკურნებელ ბავშვსა და ოჯახს მოსალოდნელი სიკვდილის მზადებაში?
6. როგორ შეუძლიათ ექთნებს დაეხმარონ საზოგადოებას ტრავმული მდგომარეობის შეგუებაში?
7. რა დადებითი მხარე აქვს ჰოსპისში მოვლას უკურნებელი ბავშვისა და ოჯახისთვის?
8. რატომ არის საკუთარ თავზე ზრუნვა მნიშვნელოვანი იმ ექთნებისთვის, რომლებიც უვლიან უკურნებელ ბავშვს?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Amato, P., & Afifi, T. (2006). Feeling caught between parents: Adult children's relations with parents and subjective well-being. Journal of Marriage and Family, 68(1), 222–235.
- Brodkin, A. (2007). Saying goodbye to a pet. Scholastic Parent & Child, (Oct.), 41–42.
- Brown, E. J., Amaya-Jackson, L., Cohen, J., Handel, S., Thiel De Bocanegra, H., Goodman, R. F., & Mannarino, A. (2008). Childhood traumatic grief: A multisite empirical examination of the construct and its correlates. Death Studies, 32, 899–923.
- Dunlop, S. (2008). The dying child: Should we tell the truth? Paediatric Nursing, 20(6), 28–31.
- Feigelman, W., Jordan, J., & Gorman. B. (2009). How they died, time since loss, and bereavement outcomes. Omega, 58(4), 252–273.
- Field, N. P., Orsini, L., Gavish, R., & Packman., W. (2009). Role of attachment in response to pet loss. Death Studies, 33, 334–355.
- Fishman, J., O'Dwyer, P., Lu, H., Henderson, H. H., Asch, D., & Casarret, D. (2008). Race, treatment preferences, and hospice enrollment: Eligibility criteria may exclude patients with the greatest needs for care. Cancer. February 1, 689–697.
- Haine, R. A., Ayers, T., Sandler, I., & Wolchik, S. (2008). Evidencebased practices for parentally bereaved children and their families. Professional Psychology: Research and Practice, 39(2), 113–121.
- Heath, M. A., Leavy, D., Hansen K., Ryan, K., Lawrence, L., & Sonntag, A. G. (2008). Coping with grief: Guideline and resources for assisting children. Intervention in School and Clinic, 43(5), 259–269.
- Hendricks-Ferguson, V. (2007). Parental perspectives on initial endof– life care communication. International Journal of Palliative Nursing, 13(11), 522–531.
- Himebauch, A., Arnold, R., & May, C. (2008). Grief in children and developmental concepts of death # 138. Journal of Palliative Medicine, 11(2), 243–244.
- Hunter, S. B., & Smith, D. (2008). Predictors of children's understandings of death: Age, cognitive ability, death experience and maternal communicative competence. Omega, 57(2), 143–162.
- Kubler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York: MacMillan.
- Lansford, J. E., Manole, P. S., Castellino, D. R., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2006). Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parents' divorce. Journal of Family Psychology, 20, 292–301.
- Lansford, J. E. (2009). Parental divorce and children's adjustment. Perspectives on Psychological Science, 4(2), 140–152.

- Lynch, E. (2008). Murky waters: The death of someone close can affect children in many ways and it may be difficult to support them. The Candle Project could help. Nursing Standard, 22(36), 18. McNess, A. (2007). The social consequences of “how the sibling died” for bereaved young adults. Youth Studies Australia, 26(4), 12–20.
- National Child Traumatic Stress Network Traumatic Grief Committee (2009). Sibling loss fact sheet: Sibling death and childhood traumatic grief: Information for families. Los Angeles, CA and Durham NC: National Center for Child Traumatic Stress
- Owens, D. A. (2008). Recognizing the needs of bereaved children in palliative care. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 10(1), 14–17.
- Piaget, J. (1969). The theory of stages in cognitive development. New York: McGraw-Hill.
- Poortman, A., & Voorpostel, M. (2008). Parental divorce and sibling relationships: A research note. Journal of Family Issues, 30(74), 74–91.
- Solbolewski, J. M., Amato, P. R. (2007). Parents’ discord and divorce, parent-child relationships and subjective well-being in early adulthood: Is feeling close to two parents always better than feeling close to one? Social Forces, 85(3), 1105–1124.
- Walter, C. A., & McCoyd, J. L. M. (2009). Grief and loss across the lifespan: A biopsychosocial perspective. New York: Springer Publishing Co.
- Worden, J. W. (1996). Children and grief: When a parent dies. New York, NY: Guilford Press.

თავი 15

სითხისა და ელექტროლიტების ცვლა

ამ თავში განხილულია:

1. ჩვილების, ბავშვებისა და მოზრდილების სითხეების მოთხოვნილების იდენტიფიცირება, ინფუზურ თერაპიასა და ელექტროლიტების დისბალანსს შორის;
2. სხვადასხვა ასაკის ბავშვებში სითხის დღიური მოთხოვნილების გამოთვლა;
3. მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის დარღვევის პრინციპები;
4. მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის დარღვევის 4 ძირითადი მიზეზი, კლინიკურ გამოვლინებასთან მიმართებით;
5. მსუბუქ, საშუალო და მძიმე დეჰიდრატაციას შორის განსხვავება;
6. დეჰიდრატაციის ხარისხიდან გამომდინარე გასტროენტერიტის მკურნალობა ბავშვებში;
7. ბავშვებისთვის დამახასიათებელი დამწვრობის ტიპები და მათი პრევენცია;
8. რთული დამწვრობის მქონე ბავშვის მკურნალობა და საექთნო მართვა.

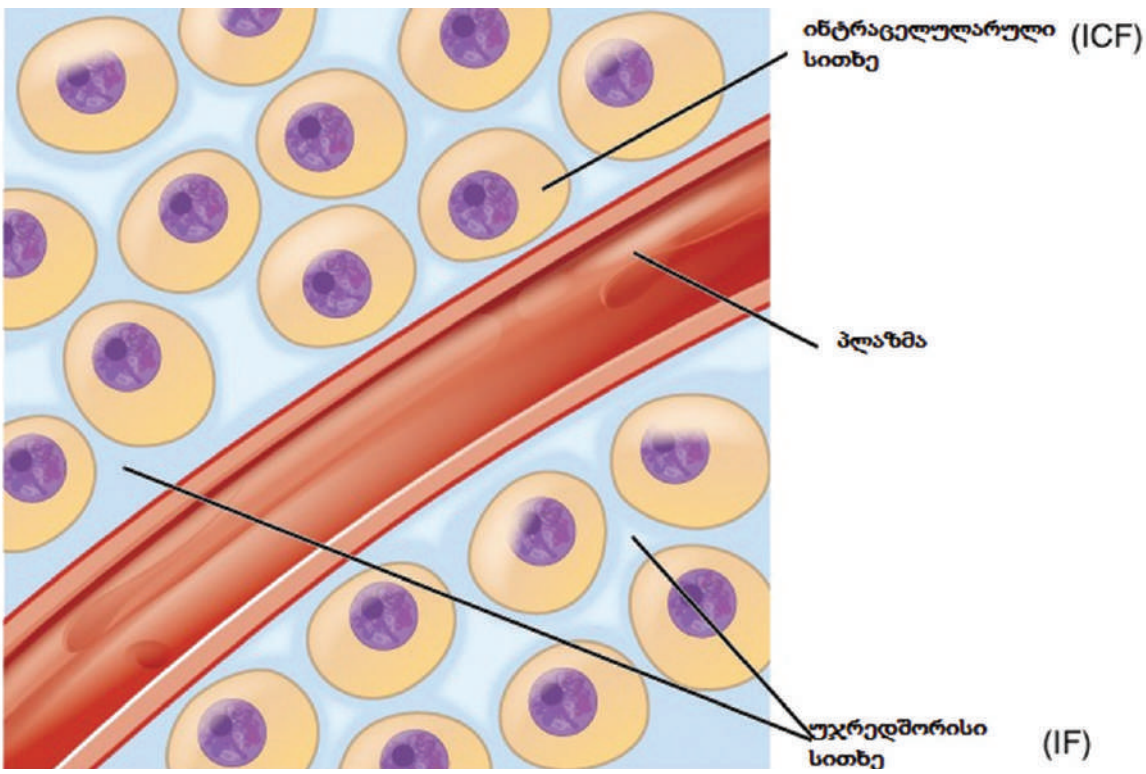
სითხის, ელექტროლიტებისა და მჟავა-ტუტოვანი ბუფერების (ნივთიერებები, რომელიც წყალბადის იონის გამოთავისუფლების ან მიერთების გზით ინარჩუნებს სისხლის ნორმალურ pH – ს) ცვლის ცოდნა აუცილებელია ბავშვთა დაავადებების მკურნალობის დროს. მათ მეტაბოლიზმში განვითარებული ცვლილებები შეიძლება ძალიან სწრაფად მიმდინარეობდეს და სიცოცხლისთვის საშიში იყოს. ბევრი დაავადება, რომელიც ბავშვის ორგანიზმის ათვისებისა და ელიმინაციის პროცესებს ცვლის, სითხეებისა და ელექტროლიტების დისბალანსის პოტენციური გამომწვევებია. ბავშვის გადარჩენა დამოკიდებულია ექიმის უნარზე – შეაფასოს რისკები ზუსტად, მოახდინოს დისბალანსის დიაგნოსტირება, დაგეგმოს პრევენციის სტრატეგიები და საწყისი მკურნალობის მეთოდები.

ანატომია და ფიზიოლოგია

სიცოცხლისთვის აუცილებელი ქიმიური და ფიზიოლოგიური პროცესების ერთობლიობა დამოკიდებულია ორგანიზმში წყლის შემცველობაზე და უნარზე შეინარჩუნოს ჰომეოსტაზი. ორგანიზმის სითხის ყველაზე დიდ ნაწილს წყალი წარმოადგენს. არსებობს ოთხი ძირითადი ფიზიოლოგიური ფაქტორი, რომელიც მოზრდილისა და ბავშვის ორგანიზმში განასხვავებს სითხისა და ელექტროლიტების (დამუხტული ნაწილაკები, რომლებიც ორგანიზმის სითხეებში არსებობს) ცვლას. ეს ფაქტორებია: 1) წყლის პროცენტული შემცველობა და განაწილება ორგანიზმში, 2) სხეულის ზედაპირის ფართობი, 3) მეტაბოლიზმის სიჩქარე და 4) თირკმლის ფუნქციური სტატუსი.

სხეულის წყლის მოცულობას ვარაუდობენ ასაკზე, სხეულის ზომაზე, ჰიდრატაციის სტატუსზე, აქტივობაზე და სხვა ფაქტორებზე დაყრდნობით. ახალშობილებს სხეულის წყლის უფრო მაღალი პროცენტული შემცველობა აქვთ, ვიდრე მოზრდილებს. სწორედ ამიტომ საჭიროებენ პროპორციულად უფრო მეტი სითხის მიღებას, ვიდრე მოზრდილები და არიან ადვილად მოწყვლადები დეჰიდრატაციისადმი, ავადმყოფობის დროს. დაბადებისას სხეულში წყლის შემცველობა უტოლდება 80მლ/კგ-ს. დაახლოებით 6 თვის ასაკისათვის ეს რიცხვი მცირდება მოზრდილის დონემდე და უტოლდება 60-65მლ/კგ-ს, რომელიც რჩება კონსტანტად. სხეულის სითხის პროცენტული შემცველობაც იცვლება ასაკთან ერთად. მოზრდილებში წყალი შეადგენს სხეულის წონის 50-60%-ს მაშინ, როდესაც ახალშობილებში ის სხეულის 70-75%-ია. სიცოცხლის პირველ წელს წყლის პროცენტული შემცველობა მცირდება, მეტი ცვლილებები ვითარდება პუბერტულ ასაკში, როდესაც ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარება ხდება, რომელიც შედარებით ნაკლები წყლის შემცველობით ხასიათდება. ეს განსხვავებები და დამატებით, ახალშობილის ორგანიზმის უუნარობა, დამოუკიდებლად აღიდგინოს შესაბამისი ჰიდრატაციული საჭიროებები, ხსნის იმას, თუ რატომ არიან ახალშობილები მეტად მგრძნობიარეები დეჰიდრატაციისადმი, ვიდრე მოზრდილები.

სხეულის შემადგენელი წყლის მთელი რაოდენობა ნაწილდება ორ ძირითად სივრცეში: **უჯრედშიდა** და **უჯრედგარეთა** სივრცეებში. ინტრაცელულური სითხე, ეს ის სითხეა, რომელიც მდებარეობს უჯრედის შიგნით და მდიდარია კალიუმით, ფოსფორით, სულფატებითა და პროტეინებით. ექსტრაცელულური სითხე კი თავის მხრივ მოიცავს **ინტერსტიციულ** (სითხე, რომელიც მდებარეობს უჯრედსა და სისხლძარღვს/ ლიმფურ სადინარს შორის), **ინტრავასკულურ** და **ლიმფურ სითხეს**. ექსტრაცელულური სითხე მარილებითაა გაჯერებული, რადგანაც დიდი რაოდენობით შეიცავს ნატრიუმს, ბიკარბონატებსა და ქლორიდებს. (სურათი 15-1)



სურათი 15-1. სხეულის შემადგენელი სითხის გადანაწილება

წყლის განაწილება ინტრა და ექსტრაცელულურ სითხეებს შორის იცვლება ასაკობრივად. ახალშობილებს აქვთ წყლის მაღლი პროპორციული განაწილება ექსტრაცელულურ სივრცეში, აქედან გამომდინარე, სითხის მოცულობის დეფიციტი უფრო სწრაფად ვითარდება მათში, ასევე ეს განმარტავს იმ ფაქტსაც, თუ რატომ ვითარდება კარდიოვასკულური კომპრომისი უფრო სწრაფად დეჰიდრირებულ ახალშობილებში, დეჰიდრირებულ მოზრდილებთან და უფროსი ასაკის ბავშვებთან შედარებით.დაახლოებით 3-6 თვის ასაკში ინტრა და ექსტრავასკულური სითხეების გადანაწილება მოზრდილებში გადანაწილების მსგავსი ხდება. ავადმყოფობის დროს(ღებინება, დიარეა, ჰემორაგია) სითხე პირველ რიგში იკარგება ექსტრაცელულური სივრციდან. მეორე ფაქტორი, რომელიც განაპირობებს ერთის მხრივ ახალშობილებს და მეორეს მხრივ უფროსი ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებს შორის წყლისა და ელექტროლიტების ცვლის თავისებურებებს, სხეულის დიდი ფართობია, რომლის გამოც წყლის უმნიშვნელო დანაკარგი კანისა და ფილტვების გზით უფრო მაღალია ბავშვებში. ნებისმიერი მდგომარეობა რომლის შედეგიცაა წყლისა და ელექტროლიტების გაზრდილი დანაკარგი, მნიშვნელოვნად ცვლის სხეულის სითხის ბალანსს მოზრდილებთან შედარებით. დამატებით, ახალშობილები წყალს კარგავენ უფრო სწრაფად, ზრდასრულებთან შედარებით, რადგან მათ მაღალი ბაზალური მეტაბოლური სიჩქარე აქვთ. სწორედ მათი მაღალი ბაზალური მეტაბოლური სიჩქარის გამო დღიურად მისაღები სითხის ნორმამ, კილოგრამ-წონაზე გადაანგარიშებით უნდა გადააჭარბოს მოზრდილის დღიურ ნორმას კილოგრამ/წონაზე.

ახალშობილებს არ შეუძლიათ არეგულირონ ჰომეოსტაზი ისე სწრაფად, როგორც ეს ზრდასრულებს შეუძლიათ, იმის გამო რომ მათი თირკმელები და ბუფერული სისტემები უმწიფარია. მათ სჭირდებათ მეტი წყალი, მიღებული სითხის გამოსაყოფად. ზრდასრულებისგან განსხვავებით, მათი სისხლის წნევა დაბალია თირკმელში და შესაბამისად, დაბალია გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარე. ახალშობილის თირკმელს შარდის შემჟავებისა და კონცენტრირების ნაკლები უნარი აქვს, შესაბამისად, მათი თირკმელი უუნაროა, აგრესიულად უპასუხოს ჰიპოვოლემიას, დეჰიდრატაციას ან დაბალ კარდიულ განდევნას.

სითხის გადანაწილება და მოძრაობა ინტრა და ექსტრაცელულურ სივრცეებში დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე, ესენია: სითხის რაოდენობა და შემადგენლობა, მემბრანის ტიპი, რომელიც სითხემ უნდა გაიაროს და კაპილარული გამტარიანობის ცვლილებები. **ხსნარი,** ეს არის ისეთი სუბსტანცია, რომელიც შეიცავს წყალში ხსნად ნივთიერებას (მაგალითია-ჩაის კოვზი მარილი, რომელიც გახსნილია ჭიქა წყალში). ადამიანის ორგანიზმში არსებული ხსნარები მდიდარია ელექტროლიტებით, როგორიცა კალიუმი, ნატრიუმი, კალციუმი; არაელექტროლიტებით, როგორიცაა გლუკოზა, შარდოვანა, კრეატინინი, ასევე შეიცავს დიდი ზომის მოლეკულებს, როგორიცაა მაგალითად, პლაზმის პროტეინები.

სითხეები და ხსნარები მოძრაობს დიფუზიის, ოსმოსის, ფილტრაციისა და აქტიური ტრანსპორტის გზით. ამ პროცესების საშუალებით სითხე გადაადგილდება ინტრა და ექსტრაცელულურ სივრცეებს შორის. ხსნადი ნივთიერების კონცენტრაცია სითხეში ქმნის წნევას, რომელსაც **ოსმოსური წნევა** ეწოდება(ძალა, რომლითაც წყალი გამოიდევნება კაპილარებიდან).ოსმოსურ წნევას განსაზღვრავს კაპილარული მემბრანის გამტა-

რობა, ტიპი, მოცირკულირე მოლეკულების ზომა და კონცენტრაცია. **ონკოზურ წნევას** ქმნის ვასკულარულ სისტემაში არსებული პლაზმის პროტეინები და ეს წნევა სითხის კაპილარებში შესვლას განაპირობებს. პლაზმის პროტეინების რაოდენობის შემცირება განაპირობებს სითხის გადასვლას ინტერსტიციულ სივრცეში. ნორმაში კაპილარული მემბრანა არ არის განვლადი პლაზმის პროტეინებისათვის. ზოგიერთი ავადმყოფობის დროს, როგორიცაა სეფსისი და დამწვრობა მაგალითად, იზრდება კაპილარული მემბრანის გამტარობა და პლაზმის პროტეინები გადაადგილდება ინტერსტიციულ სითხეში, წყალთან ერთად, რის გამოც ვითარდება შეშუპება. კიდევ ერთი სახეობის წნევა, რომელიც ასევე მონაწილეობს სითხეების გადაადგილებაში არის **ჰიდროსტატიკური წნევა**. ჰიდროსტატიკური წნევა, ეს არის სისხლის წნევა კაპილარების კედლების მიმართ, რომელიც გულის კუმშვადობით წარმოქმნება. კაპილარებში არსებული ჰიდროსტატიკური წნევა უბიძგებს სითხეს, გადაადგილდეს ინტერსტიციულ სივრცეში კაპილარული მემბრანის გავლით და დაბალანსდეს ოსმოსური წნევით. იგი იზომება სისხლის წნევით და მნიშვნელოვანია სითხის ბალანსის შესანარჩუნებლად ვასკულარულ სისტემაში.

სხვადასხვა ავადმყოფობების დროს (დამწვრობა, შოკი, დეჰიდრატაცია) მნიშვნელოვანია, ორგანიზმში შენარჩუნდეს ოსმოსური წნევის ნორმალური დონე. ეს ძირითადად ინტრავენური ხსნარების შესაბამისი სიჩქარით გადასხმით ხდება, იმისათვის, რომ მოხდეს დაკარგული სითხის მოცულობის აღდგენა. თუ ბავშვს არ შეუძლია ორალურად მიიღოს სითხის დღიური ნორმა, საჭიროა გადასასხმელი სითხით გადაიფაროს დღიური რაოდენობაც. ხსნარების გადასხმამდე აუცილებლად უნდა გადაწყდეს რა ტიპის ხსნარი უნდა გადაისხას მოთხოვნილების მიხედვით და განისაზღვროს სიჩქარე.

ცხრილი 15-1. სითხეებისა და ხსნარების გადაადგილება

გადაადგილების სახეობა	დეფინიცია
ოსმოსი	სითხის გადაადგილება ნახევრადგამტარ მემბრანაში, დაბალი კონცენტრაციის ხსნარიდან მაღალი კონცენტრაციისაკენ.
დიფუზია	სითხეში ან აირში ნაწილაკების გადაადგილება მაღალი კონცენტრაციის არიდან დაბალი კონცენტრაციის არეში, სანამ წონასწორობა არ მიიღწევა. დიფუზიის სიჩქარე დამოკიდებულია კონცენტრაციის გრადიენტზე, მიმდინარეობს უფრო სწრაფად როდესაც ეს გრადიენტი მაღალია.
ფილტრაცია	სითხისა და ხსნარის გადაადგილება მაღალი ჰიდროსტატიკური წნევის არედან დაბალი ჰიდროსტატიკური წნევის არეში.
აქტიური ტრანსპორტი	ნაწილაკების გადაადგილება კონცენტრაციული გრადიენტის წინააღმდეგ, პროცესი საჭიროებს ენერგიას, მაგალითია ნატრიუმ-კალიუმის ტუმბო.

ცხრილი 15-2. ინტრავენური სითხეების კლასიფიკაცია

ჰიპერტონული ხსნარი	იზოტონური ხსნარი	ჰიპოტონური ხსნარი
10%-იანი გლუკოზის წყალხსნარი	რინგერ ლაქტატი	წყალი

5%-იანი დექსტროზა, 0.45 ფიზიოლოგიურ ხსნარში	ფიზიოლოგიური ხსნარი	
5%-იანი დექსტროზა რინგერ ლაქტატში	5%-იანი დექსტროზა, 0.2%-იან ფიზიოლოგიურში	
	5%-იანი დექსტროზა წყალში	

ელექტროლიტების დისბალანსი

შრატის ელექტროლიტების შემცველობა ინტრა და ექსტრაცელულურ სითხეებს შორის, მსუბუქად განსხვავდება ბავშვებსა და ზრდასრულებში. მიუხედავად იმისა, რომ შრატში არსებობს ბევრი ელექტროლიტი, რომელიც მონაწილებს ვიტალური ფუნქციების შენარჩუნებაში, ნატრიუმი და კალიუმი ყველაზე მნიშვნელოვანი ელექტროლიტებია, რომელიც ზეგავლენას სითხის ბალანსზე ახდენს. შრატში ელექტროლიტების ნორმალური დონე მოცემულია 15-3 ცხრილში. ელექტროლიტები ზეგავლენას ახდენს შესვლასა და შეკავებაზე ინტრაცელულურ სივრცეში და შესაბამისად, მათ, დრამატული, ძალიან მნიშვნელოვანი, ეფექტი აქვს ვიტალური ორგანოების ფუნქციონირებაში.

ცხრილი 15-3. ნატრიუმის, კალიუმისა და ქლორის ნორმალური კონცენტრაცია შრატში

ნატრიუმი	136–146 mEq/L (მხოლოდ ახალშობილები); 139–146 mEq/L (ჩვილი); 135–148 mEq/L (ბავშვი); 135–146 mEq/L (ზრდასრული).
კალიუმი	Potassium 3.0–6.0 mEq/L (მხოლოდ ახალშობილები); 3.5–5.0 mEq/L (ჩვილობიდან-ზრდასრულობამდე).
ქლორი	Chloride 97–110 mEq/L (ჩვილი); 98–111 mEq/L (ბავშვი); 95–106 mEq/L (ზრდასრული).

ნატრიუმის დისბალანსი

ნატრიუმი ძალიან მნიშვნელოვანი ექსტრაცელულური ელექტროლიტია, რომელიც პასუხისმგებელია ოსმოლარობის (გახსნილი ნივთიერების კონცენტრაცია ხსნარში, გაზომილი მოლ/ლიტრში) შექმნასა და ექსტრაცელულური სითხის ბალანსის შენარჩუნებაზე. ჰიპონატრემია, შრატში ნატრიუმის კონცენტრაციის შემცირებაა< 135mEq/L. როდესაც შრატში ნატრიუმის კონცენტრაცია მცირდება, წყალი გადანაცვლდება ექსტრაცელულური სივრციდან ინტრაცელულურისკენ, იმისათვის, რომ გააწონასწოროს ოსმოლარობა ამ ორ სივრცეს შორის, რაც იწვევს გენერალიზებულ შეშუპებას, მათ შორის, თავის ტვინის შეშუპებას, ჩაჭედვასა და სიკვდილს. ჰიპონატრემიის გამომწვევი ძირითადი მიზეზებია: დიარეა, ღებინება, მალნუტრიცია, ჭარბი ოფლიანობა, დამწვრობა, დიაბეტური კეტოაციდოზი, თირკმლის დაავადებები და ცისტური ფიბროზი. ბავშვები

ცისტური ფიბროზით, კარგავენ ჭარბი რაოდენობით ქლორიდებს, როდესაც ისინი ოფლიანობენ, რაც მათში იწვევს ჰიპონატრემიულ დეჰიდრატაციას და მეტაბოლურ ალკალოზს. ჰიპონატრემიის სიმპტომებია: გაღიზიანება, დეზორიენტაცია, ლეთარგია, გულყრა, თავის ტკივილი, კუნთების სპაზმი, ოლიგურია, ცერებრული შეშუპება. ჰიპონატრემიული მდგომარეობის მკურნალობა გულისხმობს გამომწვევი, ძირითადი დაავადების მკურნალობას, ჰიპერტონული ხსნარების ი.ვ გადასხმას, ნევროლოგიური სტატუსის დროულ, სწრაფ შეფასებას და შრატის ნატრიუმის დონის მონიტორინგს.

ჰიპერნატრემია არის სისხლის შრატის ნატრიუმის გაზრდილი დონე >145mEq/L. ჰიპერნატრემიის დროს სითხე გადინაცვლებს ინტრაცელულური სივრციდან ექსტრაცელულურისკენ, რაც უჯრედების შეჭმუხვნას იწვევს. იგი შეიძლება გამოწვეული იყოს ნატრიუმის ჭარბი მიღებით და წყლის გაძლიერებული კარგვით. მდგომარეობები, რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს ჰიპერნატრემია არის: შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტი, დიარეა და დეჰიდრატაცია. ჰიპერნატრემიის სიმპტომები ჩვილებსა და ბავშვებში შემდეგია: გადაჭარბებული წყურვილი, აჟიტაცია, მაღალი ხმით ტირილი, წამოწილთებული კანი, ლეთარგია, კუნთოვანი სისუსტე და ტოკვა, კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვა, გულყრა და კომა. ნორმალურ მდგომარეობაში შრატში ნატრიუმის დონის მომატება ასტიმულირებს ანტიდიურეზული ჰორმონის გამოთავისუფლებას და იწვევს წყურვილს. კრიტიკულ მდგომარეობაში კი ავადმყოფი ბავშვის ორგანიზმს არ აქვს უნარი ამ კომპენსატორული მექანიზმის ჩართვისა.

ჰიპერნატრემიის მკურნალობა გულისხმობს: ძირითადი გამომწვევის მკურნალობას, მიღებისა და გამოყოფის მკაცრ კონტროლს, პაციენტის ნევროლოგიური სტატუსის დროულ შეფასებას, სითხის დეფიციტის ნელ, თანდათანობით გამოსწორებას და შრატში ნატრიუმის დონის კონტროლს.

კალიუმის დისბალანსი

კალიუმი არის ძალიან მნიშვნელოვანი ინტრაცელულური სითხის ელექტროლიტი, რომელშიც მისი კონცენტრაცია 160 mEq/L-ია. ზოგჯერ კალიუმს ადვილად ზომავენ ექსტრაცელულურ სითხეში, შრატში, სადაც მისი კონცენტრაცია 3.5–5.0 mEq/L – ია. მას აქვს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი როლი ორგანიზმისათვის, მათ შორის, მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობისა და ოსმოლარობის შენარჩუნება, ნერვული იმპულსების გადაცემა, ელექტრული გამტარობის უნარი, ჩონჩხისა და გულის კუნთის შეკუმშვა. ნებისმიერი სახის კალიუმის დისბალანსი, გავლენას ახდენს გულის კუნთის შეკუმშვაზე. მაგალითად, მის მომატებულ დონეს შეუძლია გამოიწვიოს გულის კუნთის აგზნება, გაღიზიანება, რის გამოც განვითარდეს პარკუჭოვანი ფიბრილაცია(უწესრიგოდ, სხვადასხვა დროს წარმოშობილი იმპულსები, მიოკარდიუმის დაბალი კუმშვადობის ფონზე). კალიუმის დისბალანსით მიოკარდიუმში გამოწვეული ცვლილებების ნახვა შესაძლებელია ეკგ-ზე. დამატებით, კალიუმი აუცილებელია უჯრედებში გლუკოზის შეღწევისათვის. ჰიპოკალემია არის შრატში კალიუმის დონის შემცირება (<3.5 მლექ/დლ), რომელიც ან კალიუმის ჭეშმარიტი დეფიციტის შედეგია, ან ინტრავასკულური სივრციდან ინტრაცელულურ სითხეში მისი გადანაცლებისა. კალიუმის ჭეშმარიტი დეფიციტი შეიძლება გამოიწვიოს გასტროინტერსტინური სითხის დაკარგვამ, ჭარბმა რენალურმა სეკრე-

ციამ, ჭარბმა ოფლიანობამ, ან სითხის არაადეკვატურმა მიღებამ. კალიუმის ინტრავასკულური სივრციდან ინტრაცელულურ სითხეში გადანაცვლება ალკალოზის, ჭარბი სეკრეციის ან ინსულინის შეყვანის შედეგია. ჰიპოკალემიის სიმპტომებია: ლეთარგია, გაღიზიანება, გულისრევა, ღებინება, მუცლის დაჭიმულობა, არითმია, სისხლის დაბალი არტერიული წნევა, ეკგ-ზე ცვლილებები (გაბრტყელებული T კბილი, ST ტალღის დეპრესია, ნაადრევი პარკუჭოვანი შეკუმშვები). ჰიპოკალემიის მკურნალობა გულისხმობს, ძირითადი გამომწვევის მკურნალობას, დაკარგული კალიუმის დონის შევსებას, შრატის pH-ისა და კალიუმის დონის კონტროლს, ეკგ მონიტორინგს და ნერვკუნთოვანი ცვლილებების შეფასებას.

ჰიპერკალემია არის სისხლის შრატის კალიუმის მომატება >5mEq/L, რომელიც შეიძლება შემდეგი მდგომარეობების შედეგი იყოს: დამწვრობა, ქსოვილოვანი ნეკროზი, ჰემოლიზი, თირკმლის უკმარისობა, მწვავე დეჰიდრატაცია ან კალიუმის ი.ვ სწრაფი გადასხმა. მეტაბოლური აციდოზი გადაანაცვლებს კალიუმს ინტრაცელულური სითხიდან ექსტრაცელულურისაკენ, თუმცა ამით მისი საერთო შემცველობა სხეულში რა თქმა უნდა არ იცვლება, უბრალოდ იქმნება ჰიპერკალემიური მდგომარეობა შრატში. ჰიპერკალემია კლინიკურად მანიფესტირდება შემდეგნაირად: მუცლის მჩხვლეტავი ხასიათის ტკივილი, გულისრევა, დიარეა, ღებინება, კუნთოვანი სისუსტე, ჰიპერრეფლექსია, აპნოე, არითმია, ამ დროს განვითარებულმა ეკგ ცვლილებებმა(მაღალი, წვეტიანი T კბილი და ფართო QRS) დროული ჩარევის გარეშე შეიძლება გულის გაჩერებაც კი გამოიწვიოს. ჰიპერკალემიის მკურნალობა გულისხმობს ძირითადი გამომწვევის მკურნალობას, კალიუმის შემცველი სითხეებისა და მედიკამენტების შეზღუდვას, ეკგ-ის ცვლილებების მონიტორინგს, ინსულინისა და გლუკოზის ფრთხილ შეყვანას(შეიტანოს კალიუმი უჯრედის შიგნით), კალციუმის ან Kayexalate –ის ი.ვ შეყვანას, კალიუმის დონისა და pH -ის მონიტორინგს შრატში.

ჰორმონები

ორგანიზმის სითხის ბალანსზე გავლენას ახდენს სხვადასხვა ჰორმონიც, კერძოდ, ორი ძირითადი ჰორმონი, რომელიც ცვლის სითხის ბალანსს, ესაა ანტიდიურეზული ჰორმონი (ადჰ) და ალდოსტერონი. ადჰ გამომუშავდება ჰიპოფიზის უკანა წილში პლაზმის ოსმოლარობის ზრდასთან ერთად და იწვევს თირკმლის მილაკებში წყლის რეაბსორბციას, მისი სინთეზი ასევე ხდება ჰიპოვოლემიის დროს, ეს იწვევს სისხლძარღვთა მოცულობის დაუყოვნებლივ ზრდას და შარდის გამოყოფის დაქვეითებას. ამასთან, მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ ახალშობილები, უმწიფარი თირკმლის გამო, ზღუდავენ შარდის კონცენტრაციის უნარს.

ალდოსტერონი არის მინერალოკორტიკოიდი, რომელიც თირკმელზედას ქერქში პროდუცირდება. იგი ახდენს თირკმლის დისტალურ მილაკში ნარტიუმის რეაბსორბციას და კალიუმის ექსკრეციას, ალდოსტერონი გამომუშავდება, როდესაც ორგანიზმს სჭირდება სითხის შეკავება, რადგან ნატრიუმის შეკავება იწვევს წყლის გაზრდილ რეაბსორბციას. 15-4 ცხრილში განხილულია წყლის, ნატრიუმისა და კალიუმის ბალანსის ძირითადი დარღვევები.

ცხრილი 15-4. სითხისა და ელექტროლიტების ბალანსის დარღვევები

ტიპი/გამომწვევი	ნიშნები და სიმპტომები	საექთნო მართვის მიდგომები
წყლის დანაკარგი		
წყლის მიღების ან შეწოვის დარღვევა	წყურვილი	შესავსები სითხის რაოდენობის დაანგარიშება, რომელიც ეფუძნება დანაკარგის ოდენობას და საჭირო მოცულობის შენარჩუნებას.
ანტიდიურეზული ჰორმონის არასაკმარისი სეკრეცია	მშრალი კანი და ლორწოვანი გარსები	
დიაბეტი (გლიკოზურია)	კანის დაქვეითებული ტურგორი	მიღება/გამოყოფის დაანგარიშება, შეფასება.
სითხის დანაკარგი გასტროინტესტინური ტრაქტიდან (დიარეა, ღებინება, კუჭის ასპირატის აღება, გასტროინტესტინური ფისტულა)	პულსური წნევისა და შარდის გამოყოფის დაქვეითება, კაპილარული ავსების დაქვეითება, სისუსტე, დაღლა, ტაქიკარდია	ელექტროლიტური დისბალანსის და ვიტალური ნიშნების შეფასება, შარდის გამოყოფის კონტროლი.
ჭარბი ოფლიანობა	შარდის ხვედრითი წონა >1.020	
გახანგრძლივებული ცხელება	მაღალი ჰემატოკრიტი, შრატის ოსმოლარობა და BUN (blood urea nitrogen)	
კანის მთლიანობის დარღვევა (დამწვრობა)		
ჰემორაგია		
დიურეტიკებს ჭარბი გამოყენება		
სითხის მიღების არაადეკვატური კონტროლი		
წყლის სიჭარბე		
მიღება > გამოყოფა	შეშუპება	ანამნეზის სრულად განხილვა მიზეზის დასადგენად
წყლის ჭარბად მიღება	ფილტვის შეშუპება, ხიხინი	შარდის გამოყოფის კონტროლი
ჰიპოტონური ხსნარებით გადატვირთვა	წონის მატება	სითხის მიღების შეზღუდვა
წყლის ოყნის გამოყენება გეგმიურად	ვენური წნევის მატება	შარდმდენების შეყვანა და ეფექტის კონტროლი

გამოყოფის გაზრდა ნორმალური მიღების ფონზე	შარდის ხვედრითი წონის შემცირება	ვიტალური ნიშნების კონტროლი
თირკმლის უკმარისობა	დაბალი ჰემატოკრიტი და შრატის ელექტროლიტები	ელექტროლიტური დისბალანსის შეფასება
შეგუბებითი გულის უკამრისობა		
ჭარბი წყლის შემცველი ფორმულის მომზადება		
ჰიპოკალემია		
ცუდი კვება	კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვა, სისუსტე	გამომწვევის გაგება და მკურნალობის მიდგომების განსაზღვრა
მალაბსორბცია	გაღიზიანება, გადაღლილობა	ვიტალური ნიშნების მონიტორინგი და ეეგ
დიურეზი	არითმია	კალიუმის შეყვანა
სითხის კარგვა კუჭ-ნაწლავიდან	ჰიპოტენზია	ი.ვ ნელა შევსება, ადეკვატურ შარდწარმოქმნაში დარწმუნების შემდეგ
შაქრიანი დიაბეტი	ილეუსი	
ნეფრიტი	შრატის კალიუმი < 3.5 მ.ექვ/ლ	ორალურად: კალიუმის მარალი შემცველობის სითხეების ან საკვების მიღება
კორტიკოსტეროიდების მიღება ან შეყვანა		თუ ვაძლევთ ორალურ KCL-წვენთან ერთად
თიაზიდური შარდმდენების ჭარბად გამოყენება	პათოლოგიური ეკგ ცვლილებები	მჟავა-ტუტოვანი დისბალანსის შეფასება
ალკალოზი	გაბრტყელებული T ტალღა, შემცირებული ST	
ჰიპერკალემია		
თირკმლის დაავადება და უკმარისობა	კუნთების სისუსტე და კრუნჩხვითი შეკუმშვა	გამომწვევის და მკურნალობის მეთოდების განსაზღვრა
ადისონის დაავადება	მომატებული რეფლექსები	ვიტალური ნიშნების და ეკგ-ის მონიტორინგი
დეჰიდრატაცია	ოლიგურია	შრატის კალიუმის დონის მონიტორინგი
დამწვრობები(უჯრედების დესტრუქცია)	პარკუჭოვანი ფიბრილაცია ან გულის გაჩერება	კალციგლუკონატის შეყვანა

ჰემოლიზი	შრატის კალიუმი >5.5 მ.ექვ/ლ.	
კალიუმის შემცველი საკვების მიღება	ეკგ-ზე პათოლოგიური მონაცემები	ინტრავენურად ინსულინის, ნატრიუმის ბიკარბონატის ან გლუკოზის შეყვანა(შეიტანოს K უჯრედებში)
კალიუმის ინტრავენურად შეუსაბამო შეყვანა	გაბრტყელებული P, მაღალი, წვეტიანი T ფართო QRS, გაზრდილი PR ინტერვალი	მჟავა-ტუტოვანი დისბალანსის შეფასება
მეტაბოლური აციდოზი		
ჰიპონატრემია		
Na მცირე რაოდენობით მიღება	ცერებრული შეშუპება	გამომწვევის გაგება და მკურნალობის მეთოდების განსაზღვრა
ანტიდიურეზული ჰორმონის უკმარისობის სინდრომი	კუნთების სისუსტე	შრატის ელექტროლიტების კონტროლი
სითხის კარგვა კუჭ-ნაწლავიდან	მუცლის მჭრელი, მწველი ტკივილი	ვიტალური ნიშნების მონიტორინგი
დიურეტიკები	წონის კარგვა	ი.ვ სითხის გადასხმა
თირკმლის დაავადებები	ლეთარგია	
ჭარბი ოფლიანობა	ოლიგურია	
ღვიძლის უკმარისობა	დეჰიდრატაცია	
ნატრიუმით ღარიბი საკვების მიღება	შრატის Na < 130 მ.ექვ/ლ.	
ცისტური ფიბროზი	გულყრა	
ჰიპერნატრემია		
Na ჭარბად მიღება ან შეკავება	გამომშრალი, წებოვანი ლორწოვანი გარსები	გამომწვევის გაგება და მკურნალობის მეთოდების განსაზღვრა
შაქრიანი დიაბეტი	წყურვილი, ჰიპერემიული კანი	მიღება/გამოყოფის კონტროლი ნევროლოგიური სტატუსის შეფასება
მინერალოკორტიკოიდების გამოყენება	დაქვეითებული კანის ტურგორი	ლაბორატორიული მონაცემების კონტროლი
ჰიპერგლიკემია	დეზორიენტაცია, გაღიზიანება	შესაბამისი მოცულობის სითხის გადასხმა
გაზრდილი წყლის უხილავი დანაკარგი	კონვულსიები	ვიტალური ნიშნების კონტროლი

ცხელება	შრატის ნატრიუმი >150 მ.ექვ/ლ.	
	პლაზმის მოცულობის გაზრდა	
	ალკალოზი	

მჟავა-ტუტოვანი ბალანსი და დისბალანსი

ჰომეოსტაზზე გავლენას ახდენს მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა. ორგანიზმში თავისუფალი მჟავებისა და ტუტეების ბალანსი რეგულირდება რესპირატორული და შარდგამომყოფი სისტემების მიერ და მათი მკაცრად განსაზღვრული საზღვრები მთელი სიცოცხლის განმავლობაში უნდა შენარჩუნდეს. მჟავიანობაზე გავლენას ახდენს სისხლში წყალბადიონების დონე და pH, რომლის განსაზღვრაც ხდება არტერიული სისხლის გაზების შეფასებით (ABG). ნორმაში pH 7.35-7.45-მდე მერყეობს. თუ სისხლის pH < 7.35 – აციდოზი, pH > 7.45 -ალკალოზი.

რესპირაციული სისტემა მჟავა-ტუტოვან მეტაბოლიზმს აკონტროლებს ნახშირბადის დიოქსიდის CO_2 შეკავებით ან გამოყოფით, მისი სისხლში გახსნილი რაოდენობა p CO_2 იზომება არტერიულ სისხლში და მერყეობს 35-45 mm Hg.

H2CO3 – ნახშირმჟავა, არის სუსტი, არასტაბილური მჟავა, რომელიც წარმოიქმნება ნახშირბადის დიოქსიდის წყალთან შეერთებით. მისი დისოციაციის შედეგად მიიღება ბიკარბონატი და წყალბადიონი HCO3 + H, თავისუფალი წყალბადიონი უნდა შეუერთდეს ჟანგბადს რომ წარმოქნას წყალი.

ორგანიზმისათვის აუცილებელი ბალანსის შესანარჩუნებლად ბიკარბონატი და წყალი გამოთავისუფლდება ან შეკავდება თირკმელში. ბიკარბონატების დონე არტერიულ სისხლში იზომება და მერყეობს 22-26mEq/L. მათი დონის განსაზღვრით ფასდება თირკმლის უნარიც, რამდენად შეუძლია, საჭიროების შემთხვევაში, წყალბადიონების და ბიკარბონატების გამოყოფა. ორგანიზმში ბიკარბონატების და ნახშირმჟავას პროპორცია მერყეობს 20:1. წონასწორობა ნახშირმჟავასა და გახსნილ ნახშირბადის დიოქსიდს შორის უნდა განისაზღვროს სისხლში.

ფილტვები მეტაბოლური დარღვევებით (დიარეა, ღებინება, დიაბეტი) გამოწვეულ ცვლილებებს სისხლში ნახშირბადის დიოქსიდის კონტროლით აკომპენსირებს. ჰიპერვენტილაცია ან ღრმა, სწრაფი სუნთქვა (კუსმაულის სუნთქვა)იწვევს ნახშირბადის დიოქსიდის სწრაფ ვარდნას. თირკმელმა უნდა დააკომპენსიროს რესპირატორული პრობლემებით ან მეტაბოლური მჟავების (მაგ., რძემჟავა, ქლორწყალბადმჟავა, პირუვატი და გოგირდმჟავა) შენებით წარმოქმნილი pH ცვლილებები, სისხლში ბიკარბონატებისა და წყალბადიონების დონის კონტროლით.

ზოგჯერ თირკმლის კომპენსატორული უნარი მეტად შენელებულია ვიდრე რესპირატორული კომპენსატორული ფუნქცია და ხშირად საჭიროა დღეებიც კი, რომ აღდგეს ბალანსი.

კომპენსაცია, ეს არის ორგანიზმში მიმდინარე პროცესი, აღადგინოს სისხლის pH ნორმამდე, ნახშირბადის დიოქსიდის პარციალური წნევის (pCO2) ან ბიკარბონატების იონების კონცენტრაციის ცვლილებების მეშვეობით.

მჟავა-წონასწორობის დარღვევები ძალიან ხშირია ბავშვებში და დაყოფილია 4 კატეგორიად: რესპირატორული ალკალოზი, რესპირატორული აციდოზი, მეტაბოლური ალკალოზი, მეტაბოლური აციდოზი. ორგანიზმმა უნდა დააკომპენსიროს ეს დარღვევები თირკმლის ან რესპირატორული სისტემის ბუფერული მექანიზმების საშუალებით. საპასუხო რეაქციები კონტროლდება ABG ანალიზით.

რესპირატორული აციდოზი

რესპირატორული აციდოზის გამოწვევა შეუძლია ნებისმიერ მდგომარეობას, რომელიც ასუსტებს ბავშვის რესპირატორულ ძალისხმევას. შენელებული ან ზერელე სუნთქვა წარმოქმნის ნახშირბადის დიოქსიდს, რომელიც წყალთან შეერთების შემდეგ წარმოქმნის ნახშირმჟავას და იწვევს აციდოზს. აციდოზი იწვევს ცნს-ის დეპრესიას, აქედან გამომდინარე, ბავშვი ხდება ლეთარგიული, შეწუხებული, დეზორიენტირებული, შეიძლება უჩიოდეს თავის ტკივილს. ჩარევის გარეშე შეიძლება განვითარდეს კომატოზური მდგომარეობა. იმისათვის, რომ გაუმჯობესდეს ვენტილაცია, საჭიროა აციდოზის ძირითადი გამომწვევის იდენტიფიცირება. ჩარევის გარეშე ორგანიზმი თირკმლის საშუალებით აკავებს ბიკარბონატებს რომ მოახდინოს გაზრდილი მჟავიანობის ნეიტრალიზაცია. ზოგჯერ თირკმლის კომპენსატორული უნარი შენელებულია და არ შესწევს ძალა დააკორექტიროს ძირითადი რესპირატორული პრობლემები.

რესპირატორული ალკალოზი

რესპირატორული ალკალოზი ვითარდება როდესაც ნახშირბადის დიოქსიდის დონე ძალიან დაბალია. ეს ძირითადად გამოწვეულია ისეთი მდგომარეობებით, რომელიც იწვევს ჰიპერვენტილაციას (შფოთვა, ტკივილი, მენინგიტი, გრამ-უარყოფითი სეპტიცემია, სალიცილატებით ინტოქსიკაციაზე ადრეული პასუხი, მექანიკური ჰიპერვენტილაცია). ბავშვი ხშირად გრძნობს დაბუჟებას ან ჩხვლეტის შეგრძნებას ხელისა და ფეხის თითებში, გაფანტულობას, არეულობას და შეიძლება გონებაც დაკარგოს. რესპირატორული ალკალოზის თირკმლისმიერი კომპენსაცია იშვითად ჩანს კლინიკურად, რადგან ძირითადი გამომწვევი მანამდე კორექტირდება, სანამ თირკმელი უპასუხებდეს. თუმცა, როგორც აღმოჩნდა, თირკმელი ამ დროს იკავებს თავისუფალ წყალბადიონს და გამოყოფს ბიკარბონატს, ბავშვის შარდის pH უნდა გაიზარდოს, რისთვისაც საჭიროა ბიკარბონატების გამოყოფა.

მეტაბოლური აციდოზი

მეტაბოლური აციდოზის მიზეზი, ძირითადად, არის ბიკარბონატების დაკარგვა განავლით ან გაზრდილი კეტოსხეულების (აცეტოაცეტატის მჟავა, აცეტონი, ბეტა-ჰიდროქსიბუტირის მჟავა) დონე სისხლში. ეს მდგომარეობები ყველაზე ხშირად წარმოადგენს დიარეის და დიაბეტური კეტოაციდოზის მიზეზს. ბავშვი არის ლეთარგიული, დაბნეული, გამოხატულია ტაქიკარდია. ორგანიზმი კომპენსირებას ახდენს სუნთქვის სიხშირისა და სიღრმის გაზრდით, ნახშირბადის დიოქსიდის შესამცირებლად, ეს ამცირებს Pco2-ისა და ნახშირმჟავას წარმოქმნას.

მეტაბოლური ალკალოზი

მეტაბოლური ალკალოზი ვითარდება ბიკარბონატების შეკავების და წყალბადიონების დაკარგვის დროს, იგი ხშირად თან ახლავს გახანგრძლივებულ დიარეას და ღებინებას კუჭის მჟავას დიდი რაოდენობით კარგვით. იგი ასევე შეიძლება გამოწვეული იყოს დიდი რაოდენობით ანტაციდების მიღებით, მასიური ჰემოტრანსფუზიით, ნაზოგასტრალური სითხის კარგვით ასპირატის აღების გამო კუჭიდან, ჰიპოკალემიის დროს. მეტაბოლური ალკალოზის მქონე ბავშვი არის სუსტად, აქვს თავბრუსხვევა, შეძლება უჩიოდეს კუნთების ტკივილს. რესპირატორულმა სისტემამ უნდა გაზარდოს Pco2 სუნთქვის სიხშირისა და სიღრმის შემცირებით (ჰიპოვენტილაცია).

ცხრილი 15-5. მჟავა-ტუტოვანი დარღვევების შედარებითი ანალიზი

მდგომარეობები/ძირითადი გამომწვევი	კლინიკური მანიფესტაცია	მართვის მეთოდები
რესპირატორული აციდოზი		
ალვეოლური ჰიპოვენტილაცია: Pco2 მაღალი	დისპნოე	სისხლის გაზების მონიტორინგი
ქრონიკული რესპ. დაავადებები	დამხმარე კუნთების ჩართულობა	ვენტილაციის გაუმჯობესება
ცნს-ის დეპრესია	ციანოზი	ჟანგბადის მიწოდება, შესაძლო ინტუბაციის განხილვა
არაადეკვატური მექანიკური ვენტილაცია	ცნს-ის დეპრესია	ნატრიუმის ბიკარბონატის შეყვანა
პნევმოთორაქსი	ინტრაკრანიალური წნევის მომატება	ვიტალური ნიშნების კონტროლი
ნერვკუნთოვანი დარღვევები	ტაქიკარდია	
რესპირატორული ალკალოზი		
ალვეოლური ჰიპერვენტილაცია: Pco2 დაბალი დონე	ტაქიპნოე	სისხლის გაზების კონტროლი
შფოთვა	ხელისა და ფეხის თითების დაბუჟება და ჩხვლეტის შეგრძნება	დაბალი ვენტილაციით მიხმარება, ხელშეწყობა
სეფსისი	ფოტოფობია, თავბრუსხვევა	ჰაერგამტარი ჟანგბადის ნიღბის გამოყენება
გულის უკმარისობა	სინკოპე	სედატივების შეყვანა, თუ საჭიროა ვიტალურების მონიტორინგი
ღვიძლის უკმარისობა	ოფლიანობა	

ცხელება ან ჰიპერმეტაბოლური მდგომარეობა		
გადაჭარბებული მექანიკური ვენტილაცია		
მეტაბოლური აციდოზი		
სხეულის მჟავიანობა მაღალი ან HCO3 დაბალი	დაბნეულობა, გაფანტულობა	ძირითადი პრობლემის გამოსწორება
დიაბეტური კეტოაციდოზი	ლეთარგია	ნატრიუმის ბიკარბონატის შეყვანა
ალკოჰოლური კეტოაციდოზი	ღრმა, სწრაფი სუნთქვა	ჟანგბადის მიწოდება
მჟავების დიდი რაოდენობით მიღება (სალიცილატები)	აცეტონის სუნი სუნთქვის დროს	დიაბეტური კეტოაციდოზის გამოსწორება ინსულინით ან გლუკოზით
დიარეა	ტაქიკარდია	ვიტალური ნიშნების მონიტორინგი
თირკმლის უკმარისობა	ცივი, ნამიანი კანი(მსუბუქი აციდოზი)	
შიმშილი	თბილი(მშრალი კანი)	
შოკი		
მეტაბოლური ალკალოზი		
სხეულის დაბალი მჟავიანობა ბიკარბონატ იონების მაღალი დონე HCO3	ნელი, ზედაპირული სუნთქვა	ძირითადი პრობლემების კორექტირება
ღებინება	ტრემორი, კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვა	NaCl და KCl შეყვანა
გახანგრძლივებული ნაზოგასტრული Suctioning	დეზორიენტაცია	დაკარგული სითხის შევსება
ანტაციდების გადაჭარბებული გამოყენება	გულყრები	მიღება/გამოყოფის კონტროლი
დიურეტიკები		ელექტროლიტების კონტროლი
ჰიპოკალემია		

დეჰიდრატაცია და ჰიპოვოლემია

ტერმინებს ჰიპოვოლემია და დეჰიდრატაცია ხშირად მოიხსენიებენ როგორც სინონიმებს, თუმცა ასე არ არის. ჰიპოვოლემია ეს არის მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შემცირება, ხოლო დეჰიდრატაცია – სხეულში წყლის შემცველობის დეფიციტი. მწვავე

დეჰიდრატაციას შეუძლია გამოიწვიოს ჰიპოვოლემია, ჰიპოვოლემიური შოკი, ორგანოების უკმარისობა და სიკვდილიც კი. როგორც ზემოთ იყო ნახსენები ბავშვები, კერძოდ კი ჩვილები არიან ადვილად მოწყვლადები დეჰიდრატაციისადმი, ვიდრე ზრდასრულები. აქედან გამომდინარე, დეჰიდრატაციისა და ჰიპოვოლემიის ადრეული ამოცნობა და მკურნალობა ძალიან მნიშვნელოვანია.

დეჰიდრატაციისა და ჰიპოვოლემიის კლინიკური მანიფესტაცია ხშირად ურთიერთგადაფარულია. დეჰიდრატაციის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშანია წონის კლება. დეჰიდრატაცია კლინიკურად კლასიფიცირდება როგორც მსუბუქი (<3% წონის დანაკარგი), საშუალო სიმძიმის (3-9% წონის დანაკარგი) და მძიმე(>9% წონის დანაკარგი), თუმცა ზოგჯერ ძალიან რთულია ამ კატეგორიების განსაზღვრა, იქედან გამომდინარე, რომ მშობელმა არ იცის რამდენია ბავშვის წონა მის ავადობამდე. დამატებით, შარდის ხვედრითი წონის განსაზღვრა, თირკმლის ფიზიოლოგიური მდგომარეობის გასაგებად დიდი ხანია გამოიყენება დეჰიდრატაციის ინდიკატორად ბავშვებში, თუმცა არსებობს მტკიცებულება, რომ ის არ გამოიყენება გასტროენტერიტით დაავადებულ ბავშვებში დეჰიდრატაციის შესაფასებლად, რომელიც დეჰიდრატაციის ერთ-ერთი ძირითადი გამომწვევია. აქედან გამომდინარე, საჭიროა სხვა სიმპტომების გათვალისწინებაც. არსებობს სამი ნიშანი, რომელიც მიუთითებს დეჰიდრატაციაზე, ეს არის კანის დაქვეითებული ტურგორი, შენელებული კაპილარული ავსება და პათოლოგიური რესპირატორული მახასიათებლები. დეჰიდრატაციის სხვა ნიშნებია: უახლოეს ანამნეზში არსებული დიარეა/ღებინება, მშობლების მიერ მოწოდებული მონაცემები გამოყოფილი შარდისა და მიღებული სითხის შემცირებულ მოცულობებზე, ცრემლის შემცირება ან არ არსებობა, მშრალი ლორწოვანი გარსები, ტაქიკარდია, ჩავარდნილი ყიფლიბანდი (ჩვილებში), ცივი კიდურები და ზოგადი ავადმყოფური სტატუსი. ბავშვები სხვადასხვაგვარად გამოხატავენ დეჰიდრატაციულ მდგომარეობას. როდესაც ვაფასებთ ბავშვის გაუწყლოების სტატუსს, საჭიროა, ერთდროულად რამდენიმე მახასიათებელზე დაყრდნობა. ცხრილში 15-6 აღწერილია დეჰიდრატაციის ხარისხები და კლინიკური მანიფესტაცია.

ცხრილი 15-6. დეჰიდრატაციის ხარისხები კლინიკური მანიფესტაციის მიხედვით, რომელიც კარგი შედეგის მომცემი იქნებოდა, WHO მიხედვით

სიმპტომები დეჰიდრატაციის ხარისხი			
	მინიმალური ან არ არსებობა (სხეულის წონის <3% დანაკარგი)	**მსუბუქიდან საშუალომდე (სხეულის წონის 3% -9% დანაკარგი)**	**მწვავე (სხეულის წონის >9% დანაკარგი)**
მენტალური სტატუსი	კარგი, ფხიზელი	დაქანცული, დაღლილი ან აგზნებული	აპათიური, ლეთარგიული, უგონო
წყურვილი	სვამს ნორმალურად, მცირედი უარი სითხეებზე	მწყურვალია, დახარბებულია წყალს	ცოტას სვამს, არ შეუძლია დალევა
გულისცემა	ნორმალური	ნორმალურიდან ტაქიკარდიამდე	ტაქიკარდია, ბრადიკარდია (მწვავე შემთხვევაში)

პულსის ხარისხი	ნორმალური	ნორმალური ან შემცირებული	სუსტი, ძაფისებრი, არ ისინჯება
სუნთქვა	ნორმალური	ნორმალური ან გახშირებული	ღრმა
თვალები	ნორმალური	მსუბუქად ჩაცვენილი	ღრმად ჩაცვენილი
ცრემლი	აქვს	შემცირებულია	არ აქვს
ენა და პირი	სველი	მშრალი	გამომშრალი, ძალიან მშრალი
კანის ნაკეცი	სწრაფად სწორდება	<2 წამზე სწორდება	>2 წამზე სწორდება
კაპილარული ავსება	ნორმალური	გახანგრძლივებული	გახანგრძლივებული, მინიმალური
კიდურები	თბილი	ცივი	ცივი, აჭრელებული, ციანოზური
შარდის გამოყოფა	ნორმალური ან შემცირებული	შემცირებული	მინიმალური

წყარო: From Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Information for healthcare providers: Guidelines for the management of acute diarrhea. Retrieved March 1, 2009, from http://www.bt.cdc/gov/disasters/hurricanes/pdf/dguidelines.pdf.

ორგანოთა ღარიბი პერფუზია და კომპენსატორული ძალისხმევის გაზრდა მეტყველებს ჰიპოვოლემიაზე. ჰიპოვოლემიის ადრეულ სტადიაზე გამოხატული გულისცემის სიხშირის გაზრდა, გამოხატული ვაზოკონსტრიქცია, რომელსაც ამტკიცებს კანის სიჭრელე და სიფერმკრთალე, მიუთითებს რომ კომპენსატორული მექანიზმები ჩართულია, გულის განდევნის ფუნქციის გასაუმჯობესებლად და ორგანოთა პერფუზიის დასასრულებლად. ჰიპოვოლემიის გაღრმავებასთან ერთად ბავშვის მდგომარეობაც უარესდება და უკვე სხვა კომპენსატორული მექანიზმები ერთვება, როგორიცაა ტაქიპნოე და მეტაბოლური აციდოზი. მნიშვნელოვანი ჰიპოვოლემიის ჩარევის გარეშე გასწორება შეიძლება გახდეს, ვიტალური ორგანოების დაზიანების მიზეზი, მათი შემცირებული პერფუზიის გამო. ჰიპოვოლემიურ მდგომარეობაში მყოფ ბავშვს აქვს შემდეგი კლინიკური ნიშნები: დაქვეითებული კაპილარული ავსება, შარდის გამოყოფის შემცირება, შეცვლილი ცნობიერება, გაზრდილი სუნთქვის სიხშირე, მეტაბოლური აციდოზი და ჰიპოტენზია. ჰიპოვოლემიის ადრეული ნიშნების ამოცნობა და შესაბამისი ჩარევა აუცილებელია, რადგან არტერიული წნევის ვარდნა, ჩვილებსა და ბავშვებში არის მოგვიანებითი, მაგრამ საშიში ნიშანი, რადგანაც იგი არ ვითარდება მანამ, სანამ მოცირკულირე სისხლის მოცულობა არ შემცირდება დაახლოებით 30% -ით.

დეჰიდრატაციის ტიპები

არსებობს დეჰიდრატაციის სამი ტიპი: იზოტონური, ჰიპოტონური და ჰიპერტონული. ყველაზე გავრცელებული სახეობაა იზოტონური, რომელიც შემთხვევათა დაახლოებით 80%-ში გვხდება. ჰიპო და ჰიპერტონული დეჰიდრატაცია შემთხვევათა დაახლოებით 5-10%-ში ვითარდება. ბავშვებში დეჰიდრატაციის ტიპი დამოკიდებულია დაკარგული წყლისა და მარილების თანაფარდობაზე. რაღაც დროის განმავლობაში ბავშვის ჰომეოსტაზურ მექანიზმებს აქვს უნარი, შეინარჩუნოს ნატრიუმის ნორმალური კონცენტრაცია, როგორც ეს ხდება, მაგალითად, ხანმოკლე დიარეის დროს **იზოტონური დეჰიდრატაციის** შედეგად. ასეთ მდგომარეობაში ნატრიუმის დონე შეიძლება შენარჩუნდეს ნორმაში, რადგან წყალი და ნატრიუმი იკარგება თანაბარი პროპორციით. სითხე თანაბრად იკარგება ინტრავასკულური და ექსტრავასკულური სივრცეებიდან.

ჰიპოტონური დეჰიდრატაცია ვითარდება მაშინ, როდესაც ნატრიუმის დანაკარგი უფრო მეტია ვიდრე წყლის, შრატის ნატრიუმის დონე როცა < 130 mEq/L. იგი ვითარდება როდესაც წყლისა და მარილების მნიშვნელოვანი კარგვაა განავლის გზით და მხოლოდ წყლის შევსება ხდება. ეს შეიძლება განვითარდეს შემდეგი მდგომარეობებისას: არაადეკვატური ი.ვ თერაპია, გასტროენტერიტი, ნეფროზი, თირკმელზედას უკმარისობა. ჰიპოტონური დეჰიდრატაციის დროს ინტრაცელულური სითხე ხდება მეტად კონცენტრული და ორგანიზმი პასუხობს სითხის გადატანით ექსტრაცელულური სივრციდან ინტრაცელულურ სივრცეში, ეს პასუხი ეხმარება ორგანიზმს ოსმოსური წონასწორობის აღდგენაში და აჭარბებს დანაკარგის ოდენობას.

ჰიპერტონული დეჰიდრატაცია ვითარდება მაშინ, როდესაც წყლის დანაკარგი აჭარბებს ნატრიუმის დანაკარგს. ის ვითარდება როდესაც ახალშობილს ან ბავშვს აქვს დიარეა /ღებინება და იღებს წყლის არასაკმარის რაოდენობას, ან აქვს შაქრიანი დიაბეტი, ან დიარეის გამო მკურნალობს ელექტროლიტებით კონცენტრირებული სითხეებით. ჰიპერტონული დეჰიდრატაციის დროს შრატის ნატრიუმის დონე >150mEq/L და შრატის ოსმოლარობა მომატებულია. შრატში ნატრიუმის მაღალი კონცენტრაციის პირობებში, ექსტრავასკულური სითხე გადადის ინტრავასკულურში, რომ მოახდინოს ინტრავასკულური დანაკარგის შემცირება სხეულის სითხის საერთო მოცულობასთან შედარებით. ეს იწვევს შოკს, ნაკლებად გამოხატულს, თუმცა გაუწყლოების ყველაზე საშიშ ტიპს, რადგანაც ამ დროს სითხის შევსების სტრატეგია უფრო რთული განსასაზღვრი და შესასრულებელია.

დეჰიდრატაციის ეტიოლოგია და გავრცელება

მიუხედავად იმისა, რომ დეჰიდრატაციის ზუსტი ეტიოლოგია უცნობია, იგი შეიძლება გამოწვეული იყოს ბევრი დაავადებით, ან ხანგრძლივი NPO (პერორალურად საკვების მიღების აკრძალვა) სტატუსით, რომელსაც სხვადასხვა სამედიცინო პროცედურისთვის მზადების პროცესში იყენებენ. <5 წლის ჩვილები და ბავშვები არიან დეჰიდრატაციის მაღალი რისკის ქვეშ. ავადობა და სიკვდილობა დაკავშირებულია დეჰიდრატაციის სიმწვავესთან და საწყისი თერაპიის დაწყების სისწრაფესთან. მიუხედავად ამისა, დიარეა ასოცირებული დეჰიდრატაცია, მსოფლიო მასშტაბით, რჩება ბავშვთა სიკვდილობის არსებით მიზეზად.

ჰიპოვოლემიის პათოფიზიოლოგია

ორგანიზმი აკომპენსირებს ექსტრაცელულური სითხის დანაკარგს ძალიან სპეციფიური გზებით. სისხლძარღვთა სისტემაში მოცირკულირე სითხის შემცირება, ამცირებს კარდიულ განდევნას და იწვევს ჰიპოტენზიას. წნევის ცვლილებაზე სწრაფად რეაგირებს თირკმელი, გული და ტვინი, რომ გაზარდოს მიოკარდიუმის განდევნა და მოახდინოს წყლისა და ნატრიუმის შეკავება. რამდენადმე შემცირებული სისხლის წნევა იწვევს აორტის რკალში არსებული სენსორული ნეირონების აგზნებას, რომ მოახდინოს სიმპატიკური ნერვული სისტემის სტიმულაცია, გამოიწვიოს fight-or-flight პასუხი ან გამოყოს ეპინეფრინი. ეპინეფრინი აუმჯობესებს გულის განდევნის ხარისხს, ზრდის გულისცემის სიხშირეს, გულის კუმშვადობის უნარს და ვენურ კონსტრიქციას. ეს კომპენსატორული მექანიზმი ეხმარება ორგანიზმს, რომ მოცირკულირე სისხლის სიჩქარე გაიზარდოს, მაგრამ მოცულობა რჩება იგივე. კომპენსატორული მექანიზმი თირკმელში ააქტიურებს რენინ-ანგიოტენზინის სისტემას, რომელიც თავის მხრივ ნატრიუმის რეტენციის გზით ახდენს მოცირკულირე სისხლის მოცულობის მომატებას. დამატებით, წნევის ცვლილებაზე რეაგირებს თავის ტვინი და პასუხობს ანტიდიურეზული ჰორმონის სტიმულაციით, რომელიც იწვევს წყურვილს და წყლის რეტენციას ახდენს თირკმლის საშუალებით. ეს არის ორგანიზმის პირველი რიგის დაცვითი მექანიზმები, თუმცა ისინი დროებითია. დაუყოვნებელი ამოცნობის და მკურნალობის გარეშე ვითარდება გულის კუნთის იშემია და არითმია.

დეჰიდრატაციისა და ჰიპოვოლემიის ძირითადი გამომწვევები

დეჰიდრატაციის და/ან ჰიპოვოლემიის გამომწვევის განსაზღვრა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია მკურნალობისათვის. გასტროენტერიტი არის დეჰიდრატაციის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი და, ამ შემთხვევაში, დეჰიდრატაცია ძირითადად გამოწვეულია სითხის დაკარგვით. თუ ბავშვს ღებინება და დიარეა აქვს, დეჰიდრატაციის სიმძიმე შეიძლება სწრაფად გახდეს ინტენსიური. სხვა დაავადებებმაც შეიძლება გამოიწვიოს დეჰიდრატაცია თუ ბავშვი ავადობისას უარს ამბობს ჭამასა და დალევაზე. მაგალითად, ტკივილი პირის ღრუში ან ყელის დაავადებების დროს, მაგ., სტომატიტს, ტონზილიტს, ან ფარინგიტს, შეუძლია ხელი შეუშალოს ბავშვს კვებასა და დალევაში. ანალოგიურად, ნებისმიერი ფებრილური დაავადების დროს იზრდება წყლის უხილავი დანაკარგი და შეიძლება გამოწვეულ იქნას გაღიზიანება, მადის დაქვეითება. დეჰიდრატაციის ზოგიერთი მიზეზი მოითხოვს საკმაოდ რთულ, კომპლექსურ მკურნალობას.

მაგალითად, თუ დეჰიდრატაცია დიაბეტური კეტოაციდოზის შედეგია, ადეკვატურ რეჰიდრატაციას შეუძლია ცუდი ნევროლოგიური შედეგების თავიდან აცილება. თუმცა ასეთ შემთხვევებში, თუ რეჰიდრატაცია ძალიან აგრესიულია, შეიძლება გამოიწვიოს ცერებრალური შეშუპება. სითხის დაკარგვა დამწვრობის დროს მოითხოვს სითხის დიდი რაოდენობით შევსებას.

თუ დეჰიდრატაცის მიზეზია ცისტოზური ფიბროზი, ბავშვი იმყოფება ძლიერი ჰიპოტონური დეჰიდრატაციის რისკის ქვეშ, ნატრიუმის ჭარბი კარგვის გამო.

თუ ბავშვს აქვს შაქრიანი დიაბეტი, არსებობს ჰიპერტონიული დეჰიდრატაციის რისკი, უკიდურესად განზავებული შარდის ჭარბი გამოყოფის გამო. ამრიგად, დეჰიდრატაციის ძირითადი მიზეზის დადგენამ შეიძლება მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიოს მკურნალობაზე.

გაუწყლოებული ბავშვის მკურნალობა

დეჰიდრატაციის მკურნალობა დამოკიდებულია დეჰიდრატაციის სიმძიმეზე. ცხრილში 15-7 აღწერილია CDC– ის მიერ რეკომენდებული მკურნალობა დეჰიდრატაციის ხარისხზე დაყრდნობით. ყურადღება გამახვილებულია სითხისა და ელექტროლიტების დისბალანსზე და ძირითადი გამომწვევის მკურნალობაზე. თუ დეჰიდრატაციის მიზეზია გულისრევა და ღებინება, Ondansetron– ის პერორალურმა მიღებამ შეიძლება შეამციროს ღებინება და გააუმჯობესოს გამოჯანმრთელების შანსი პერორალურ რეჰიდრატაციასტან ერთად. გაუწყლოებული ჩვილის შემთხვევაში, რომელიც იმყოფება ძუძუთი კვებაზე, ძუძუთი კვება უნდა მოხდეს უფრო ხშირად და მცირე ხნით, ვიდრე რუტინულ შემთხვევაში. სხვა გაუწყლოებული ჩვილებისა და ბავშვების რეჰიდრატაცია უნდა დაიწყოს ნაწლავის დასვენების გარეშე, უნდა მოხდეს ხსნარის ხშირი მიღება (ყოველ 5-10 წუთში) მცირე(თუნდაც როგორც მინიმუმ 5–10 მლ) რაოდენობით. მოცულობა შეიძლება გაიზარდოს და გახდეს ნაკლებად ხშირი როგორც კი ღებინება გაიშვიათდება. პერორალური რეჰიდრატაცია დროში განგრძობითი პროცესია და მოითხოვს მოთმინებას.

გაეროს ბავშვთა ფონდისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (UNICEF & WHO) მიერ, მსუბუქი და ზომიერი გაუწყლოების დროს, პირველი რიგის თერაპიად მოწოდებულია **ორალური რეჰიდრატაციის ხსნარი (ORS).** კომერციულად ხელმისაწვდომია ისეთი ხსნარები, როგორიცაა Pedialyte, Lytren, Infalyte და Resol. ზოგიერთი ბავშვი უკეთ იღებს ORS-ს თუ ის გაყინულია. ბავშვებისთვის, რომლებიც უარს აცხადებენ ORS–ის დალევაზე, შესაძლებელია მათი მიწოდება ხილის წვენებში ან გამაგრილებელ სასმელებში განზავებული სახით(ერთი წილი: ოთხი წილი წყალი), ასეთი განზავება ამცირებს მათ ოსმოლარობას, რის შედეგადაც მიიღება ხსნარი, რომელიც მსგავსია გაეროს ბავშვთა ფონდის და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ORS ოსმოლარობისა.

როდესაც ზომიერი და მძიმე დეჰიდრატაციის მქონე ბავშვები, უარს ამბობენ სითხის დალევაზე, საჭიროა რეჰიდრატაციის სხვა მეთოდები. ასეთ შემთხვევებში, იყენებენ რეჰიდრატაციას ნაზოგასტრალური მილით. ამასთან, როდესაც გაუწყლოება მძიმეა ან პირღებინება არაკონტროლირებადია, უნდა დაიწყოს ინტრავენური (IV) თერაპია. იმ შემთხვევაში, თუ ის ვერ ხერხდება, სითხეების ინტრაოსალური (IO) შეყვანაა ალტერნატიული ვარიანტი. რაც გულისხმობს ნემსის ძვლის ტვინის არხში შეყვანას, ისეთი საინექციო იარაღებით, როგორიცაა ბურღი და თოფი. IO კათეტერის ჩაყენების შემდეგ სითხეები და მედიკამენტები შეიძლება მიეცეს ისე როგორც IV – ად, გარდა მაღლი სიმძიმის სითხეებისა, რომელთა წნევით შეყვანაცაა საჭირო. IV ან IO სითხის ჩანაცვლების სიჩქარე დამოკიდებულია ბავშვის დეჰიდრატაციის ხარისხზე და გულის, ფილტვის ან თირკმლის თანმხლებ პრობლემებზე. შესავსები სითხის მოცულობა განისაზღვრება ბავშვის წონის და კლინიკური სიმპტომების მიხედვით. ჩვეულებრივ, რეკომენდებულია 20 მგ / კგ ბოლუსად.

გამოყენებული IV ხსნარის ტიპი განსხვავდება გაუწყლოების ტიპის მიხედვით. ჩვეულებრივ, იზოტონურ დეჰიდრატაციას (ყველაზე გავრცელებული ტიპია ბავშვებში) მკურნალობენ **იზოტონური ხსნარებით** (ხსნარები, რომლის კონცენტრაციაც სხეულის შემადგენელი სითხის მსგავსია). ჰიპოტონური დეჰიდრატაცის დროს გამოიყენება **ჰი-**

პერტონიული ხსნარები (სითხეები, რომელიც უფრო კონცენტრირებულია, ვიდრე სხეულის ნორმალური სითხე) და ჰიპერტონიული დეჰიდრატაციის დროს გამოიყენება **ჰიპოტონური ხსნარები**(სითხეები, რომლებიც ნაკლებკონცენტრირებულია, ვიდრე ნორმალური სხეულის სითხე).

ინტრავენური რეჰიდრატაციის გავრცელებული საშუალებებია რინგერის ლაქტატი(RL) და ფიზიოლოგიური ხსნარი (NS).

ცხრილი 15-7. CDC-ის რეჰიდრატაციასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები, დეჰიდრატაციის ხარისხზე დაყრდნობით

	დეჰიდრატაციის მინიმალური დონე	**დანაკარგის შევსება**	**კვება**
მინიმალური ან არ არსებობა (სხეულის წონის <3% დანაკარგი)	არ გამოიყენება	სხეულის წონა <10კგ: 60-120 მლ ORS ყოველი ღებინების და დიარეის შემდეგ. >10 კგ სხეულის წონა: 120-240მლ ORS ყოველი ღებინების და დიარეის შემდეგ.	საწყისი რეჰიდრატაციის შემდეგ გრძელდება ასაკის შესაბამისი ადეკვატური კალორიულობის მქონე კვება, თუ ძუძუთი კვებაზეა, გრძელდება ჩვეულებრივ.
მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაცია (სხეულის წონის 3% -9% დანაკარგი)	ORS, 50–100 მლ/კგ-ზე 3-4 საათში.	მსგავსია	მსგავსია
მძიმე დეჰიდრატაცია (სხეულის წონის >9% დანაკარგი)	რინგერი ან ფიზიოლოგიური ხსნარი ი.ვ ბოლუსად 20მლ/კგ-ზე, სანამ მენტალური სტატუსი და ცირკულაცია არ გაუმჯობესდება. შემდეგ 100მლ/კგ-ზე ORS 4 საათის განმავლობაში ან 5% დექსტროზა. მძიმე დეჰიდრატაციული დიარეის დროს ფიზიოლოგიური ხსნარი ნაკლებეფექტურია, რადგანაც არ შეიცავს კალიუმს და ბიკარბონატიონებს. თუ რინგერ ლაქტატი არ არის ხელმისაწვდომი გამოიყენება ფიზიოლოგიური ხსნარი 0RS-თან ერთად, თუ კი პაციენტს შეუძლია დალევა.	მსგავსია: თუ დალევა არ შეუძლია შეყვანა უნდა მოხდეს ნაზოგასტრული მილით ან 5% დექსტროზა ¼ ფიზიოლოგიურ ხსნართან და 20 მლ.ექვ./ლ. KCI -თან ერთად ი.ვ.	მსგავსია

	გლუკოზის წყალხსნარი ამ შემთხვევაში არაეფექტურია და არ გამოიყენება.		

საექთნო მოვლა

შეფასება

ჰიდრატაციის სტატუსის შეფასებისას მედდამ უნდა შეაფასოს ბავშვის კანის ფერი, სითბო და ტურგორი. ფერი მიუთითებს პერფუზიის მდგომარეობაზე და იცვლება ვარდისფერიდან – ფერმკრთალ, ცისფერ ან ნაცრისფრამდე, როგორც კი პერფუზია მცირდება. პერფუზია ასევე აისახება კანის ტემპერატურაზე, კანი ცივდება და ბავშვი შეიძლება უჩიოდეს ხელისა და ფეხის თითების გაყინვას, პერფუზიის დაქვეითების გამო. როგორც კი პერფუზია მცირდება კაპილარული ავსების დრო ხანგრძლივდება (3-4 წამი ან მეტი). ექსტრაცელულურ სითხის კარგვა იწვევს კანის გამოშრობას და ტურგორის დაქვეითებას. კანზე ჩქმეტის დროს წარმოქმნილი ნაოჭი ნელა უბრუნდება საწყის მდგომარეობას, რაც ასევე მიუთითებს ორგანიზმში სითხის შემცირებაზე. დამატებით, ადექვატური სისტემური პერფუზიის საზომს წარმოადგენს გულისცემის, არტერიული წნევის და პერიფერიული პულსის შეფასება.

ექთნებმა უნდა შეაფასონ ლორწოვანი გარსების სიმშრალე, ლორწოს წებოვნება და ცრემლის არსებობა/არარსებობა. ცრემლები უნდა იყოს, თუ ბავშვი ტირის. 18 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში მნიშვნელოვანია წინა ყიფლიბანდის შემოწმება. ყიფლიბანდი უნდა იყოს თავის ქალას კონტურის თანაბარი, როდესაც ბავშვი გაუწყლოებულია, ყიფლიბანდი ჩაწეული ან ჩავარდნილია. წონა არის ბავშვის სითხის სტატუსის კრიტიკული ინდიკატორი და შედარება უნდა მოხდეს დაავადებამდე არსებულ წონასთან, თუ ეს შესაძლებელია წინა დღის წონასთან.

ასევე უნდა შეფასდეს მიღება და გამოყოფა. გამოყოფის შეფასება მოიცავს: შარდის, განავალის, პირნაღები მასის ჭრილობიდან დრენირებული სითხის და სითხის უმნიშვნელო დანაკარგის გაზომვას. უნდა შეფასდეს გამოყოფილი შარდის რაოდენობა, ფერი და სუნი. საყურადღებოა, განავალში სისხლის ან ლორწოს არსებობაც. უხვი წყლის შემცველი განავალი ასევე უნდა შეფასდეს და დოკუმენტირდეს როგორც გამოყოფილი, დაკარგული სითხე. თუ ბავშვს აქვს დრენაჟიანი ჭრილობები, გამონაყოფი უნდა აიწონოს სითხის დანაკარგის შესაფასებლად. და ბოლოს, ჭარბი ოფლიანობით დაკარგული სითხე შეიძლება შეფასდეს ტანსაცმლის ან თეთრეულის მასით. სხივური გამათბობლების გამოყენებამ ასევე შეიძლება გაზარდოს უხილავი სითხის დანაკარგი ჩვილებში, ამიტომ მათი მონიტორინგი მუდმივად უნდა მოხდეს. გაუწყლოებულ ბავშვებში რამდენიმე ქცევითი ცვლილება შეიძლება შეგვხვდეს. ეს მოიცავს აქტივობისა და ინტერესის დაქვეითებას გარემოს მიმართ, მოუსვენრობას, გაღიზიანებას, ლეთარგიულობას და სუსტ ტირილს. და ბოლოს, აუცილებელია, შრატში ელექტროლიტების დონის შეფასება.

შედეგის, გამოსავლის იდენტიფიკაცია

1. ბავშვი მიიღებს საკმარის სითხეებს დანაკარგის შევსების მიზნით;
2. ბავშვი გამოავლენს ადეკვატური ჰიდრატაციის ნიშნებს;
3. ბავშვი არ დაეცემა, ან არ მიიღებს სხვა დაზიანებას, სანამ ჰიპოტენზიური და ლეთარგიულია;
4. მომვლელები (მედპერსონალი) მოახდენენ დეჰიდრატაციის გამომწვევი მიზეზების იდენტიფიცირებას.

დაგეგმვა და განხორციელება

საექთნო ჩარევა მოიცავს სითხეების IV ან IO შეყვანას, წონის, სასიცოცხლო ნიშნების ყოველდღიურ შეფასებას და მიღება/გამოყოფის ზუსტ მონიტორინგს. ექთნებს შეუძლიათ დავარდნით გამოწვეული დაზიანების თავიდან აცილება, მაგალითად, საწოლის გვერდითი კიდეების აწევით, ასევე აფასებენ ცნობიერებას და ახდენენ შრატში ნატრიუმის დონის მონიტორინგს. შრატში ნატრიუმის მომატება იწვევს თავის ტვინის უჯრედების გაუწყლოებას და თუ არ მოხდა დროული კორექცია ვითარდება გონების კარგვა. ინფორმირებულ, გამოცდილ მედდას შეუძლია ამოიცნოს დეჰიდრატაციის ნიშნები და სიმპტომები, როგორც კი ის გამოიხატება და სწრაფად დაიწყოს შესაბამისი მოქმედება.

შეფასება

შეფასება გულისხმობს დეჰიდრატაციის განმსაზღვრელი მახასიათებლების შემცირების ან გაქრობის მონიტორინგს ან ელექტროლიტების დისბალანსის შემოწმებას, რომელიც მაჩვენებლების განმეორებითი გადახედვით მიიღწევა. საექთნო მოვლის ეფექტურობის შესაფასებლად გამოიყენება კითხვარი: შეუძლია თუ არა ბავშვს ადეკვატური რაოდენობით მიიღოს სითხეები და საკვები? ბავშვი იმატებს წონაში? არის თუ არა ელექტროლიტები ნორმაში? არის თუ არა ბავშვი ფხიზელი და ინტერაქტიული, იცის თუ არა ოჯახმა როგორ უნდა მართოს ბავშვის მდგომარეობა სახლში ?

ოჯახის განათლება

ექთნებმა უნდა მისცენ რეჰიდრატაციის რეკომენდაცია ოჯახის წევრებს და განიხილონ სითხის შეყვანის გზები, მათი სწორად ინფორმირების შემთხვევაში შესაძლებელია რეჰიდრატაცია ბინაზეც; საჭიროა, მათ იცოდნენ დეჰიდრატაციის ნიშნები, აკონტროლონ ლეთარგია და ბავშვის ქცევის ყოველგვარი ცვლილება. ასევე უნდა აკონტროლონ შარდის გამოყოფის ცვლილებები: რამდენად ხშირად მოშარდა ბავშვმა? რამდენი იყო თითოეული ულუფა? შარდი მუქი ან კონცენტრირებულია? ექთნები უნდა დაეხმარონ მეურვეებს, რომ ზუსტად გაიაზრონ, როდის უნდა მიმართონ სამედიცინო დახმარებას (მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა რეჰიდრატაციიდან 4 საათის შემდეგ, სითხეების შეკავების შეუძლებლობა, შარდის გამომუშავების შემცირება და მენტალური სტატუსის შეცვლა).

მწვავე გასტროენტერიტი

მწვავე გასტროენტერიტი ეს არის დაავადება, რომელიც იწვევს კუჭისა და ნაწლავების ლორწოვანი გარსების ანთებას. სიმპტომები გარკვეულწილად განსხვავდება გამომწვევი აგენტის მიხედვით და მოიცავს შემდეგს: გულისრევა, ღებინება, დიარეა, ცხელება, მუცლის ტკივილი, თავის ტკივილი და ელექტროლიტური დისბალანსი.

გასტროენტერიტის შემთხვევების უმეტესობა თვითგანკურნებადია; თუმცა, გახანგრძლივებულმა დაავადებამ შეიძლება გამოიწვიოს დეჰიდრატაცია, რაც ავადობისა და სიკვდილიანობის გავრცელებული მიზეზია. ბავშვები, რომლებსაც უწევთ ყოფნა საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში, სკოლაში და სხვადასხვა საჯარო დაწესებულებაში, განსაკუთრებით მგრძნობიარენი არიან გასტროენტერიტის მიმართ.

გასტროენტერიტის გამოწვევა შეუძლია მრავალ ვირუსს, ბაქტერიას და პარაზიტს. ცხრილში 15-8 ჩამოთვლილია მწვავე გასტროენტერიტის პათოგენები. ერთ-ერთი მათგანია, როტავირუსი, იგი ბავშვთა დიარეის ყველაზე გავრცელებული მიზეზია მთელ მსოფლიოში, როტავირუსით გამოწვეული გასტროენტერიტი მიმდინარეობს უფრო მძიმედ, ვიდრე სხვა პათოგენებით გამოწვეული. როტავირუსით გამოწვეული გასტროენტერიტი ყველაზე ხშირად გვხვდება 6-დან 24 თვემდე ასაკის ბავშვები. შეერთებულ შტატებში 5 წლის ასაკის ბავშვების 70% როტავირუსით ავადდება ერთხელ მაინც. ბევრი ბავშვი როტავირუსული ინფექციით ავად რამდენჯერმე ხდება, სანამ გამოუმუშავდება იმუნიტეტი მის მიმართ. ამის ერთ-ერთი მიზეზი ის არის, რომ არსებობს როტავირუსის რამდენიმე ჯგუფი და სეროტიპი, რომელსაც შეუძლია ადამიანის ინფიცირება. კიდევ ერთი მიზეზი, რის გამოც ჩვილები და ბავშვები განსაკუთრებით ადვილად მოწყვლადები არიან დაავადებისადმი, არის ფეკალურ-ორალური გადაცემის გზა. როტავირუსს შეუძლია ტანსაცმელზე სათამაშოებსა და სხვა ზედაპირებზე იცხოვროს რამდენიმე დღის განმავლობაში. ჩვეულებრივი სადეზინფექციო საშუალებები და ხელის საპნები არ არის საკმარისად ძლიერი, რომ გაანადგუროს ის. ყველაზე ეფექტურია სადეზინფექციო საშუალებები, რომელიც შეიცავს ქლორს და ხელის საპნები რომელიც შეიცავს ქლორის დიოქსიდს. ამ ფაქტებს უკავშირდება „3.5 მილიონი დიარეის ეპიზოდი, 500 000 ვიზიტი ექიმთან, 50 000 ჰოსპიტალიზაცია და ყოველწლიურად 20 გარდაცვლილი 5 წელზე მცირე ასაკის ბავშვი შეერთებულ შტატებში “.

მიუხედავად იმისა, რომ როტავირუსით გამოწვეული გასტროენტერიტი განსაკუთრებით რთულია, სხვა პათოგენებით გამოწვეულიც არანაკლებ მძიმედ მიმდინარეობს. Norwalk ვირუსები პირველ რიგში უფროსი ასაკის ბავშვებში პათოგენობს და მსოფლიოში გასტროენტერიტის ეპიდემიის ძირითადი მიზეზია, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში. რამდენიმე პათოგენი (Shigella, Salmonella,და Campylobacter) იწვევს ბაქტერიული ინფექციას. Shigella ვრცელდება ადამიანიდან ადამიანზე ახლო კონტაქტით, ფეკალური გზით ან დაბინძურებული საკვებით. სახლის ბუზებს შეუძლიათ მისი გავრცელება ბაქტერიებით ინფიცირებული განავლის გადატანის გზით . Salmonella გადადის ინფიცირებულ ცხოველებთან კონტაქტით, მაგალითად, ისეთ ცხოველებთან როგორიცაა კუ, იგუანა ან სხვა ქვეწარმავალი. ასევე დაბინძურებული საკვები პროდუქტებიდან, კერძოდ შინაური ფრინველის კვერცხის, რძის საკვებად გამოყენების შემთხვევაში. Giardia და Cryptosporidium ყველაზე გავრცელებული ნაწლავური პარაზიტებია, რო-

მელიც დაავადებას იწვევს. Giardia გადადის ცისტების მოხვედრის გზით ორგანიზმში ინფიცირებულ ინდივიდთან კონტაქტით ან განავლით დაბინძურებული საკვებისა და წყლის მიღებით. მას გააჩნია ენდემური კერები და შემთხვევების ძალიან დიდი რაოდენობა ფიქსირდება საბავშვო ბაღებში.

პათოფიზიოლოგია

ვირუსული ინფექციის პათოფიზიოლოგია ნაკლებადაა შესწავლილი, თუმცა ვარაუდობენ, რომ ვირუსი ზიანს აყენებს ნაწლავის ამომფენ ეპითელურ უჯრედებს, ხაოებს და არღვევს ელექტროლიტების შეწოვას. ვირუსული გასტროენტერიტი თვითგანკურნებადია, გამოჯანმრთელება ხდება ამ უჯრედების რეგენერაციის შემდეგ. არსებობს ბაქტერიული გასტროენტერიტის განვითარების სამი გზა:

ცხრილი 15-8. მწვავე გასტროენტერიტის გამომწვევი აგენტები

ვირუსი	ბაქტერია	პარაზიტი
Rotavirus	Shigella	Giardia lambia
Norwalk	Salmonella	Cryptosporidium
Adenovirus	Campylobacter	Entamoeba Histolytica
	Clostridium difficile	
	Escherichia coli	
	Yersinia	

დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ემყარება ანამნეზს, ფიზიკალურ გასინჯვას, ლაბორატორიულ მონაცემებს, ბავშვის ჰიდრატაციული სტატუსის შეფასებას და გამომწვევი აგენტის იდენტიფიცირებას.

ანამნეზში უნდა იყოს შემდეგი მონაცემები:

- ინფექციური აგენტების ბოლოდროინდელი ზემოქმედება;
- მოგზაურობის ისტორია, განსაკუთრებით შეერთებული შტატების გარეთ;
- დაბინძურებულ საკვებთან და წყალთან შეხება;
- კუებთან, იგუანებთან, სხვა ქვეწარმავლებთან, ბუზებთან და თაგვებთან კონტაქტი.

ბავშვის ჰიდრატაციის სტატუსის შეფასებისას, ყურადღება უნდა გამახვილდეს შემდეგ საკითხებზე: სითხის მიღების ჯერადობა, ტიპი, ოდენობა და ირგებს თუ არა ბავშვი მიღებულ სითხეს. განავლის მახასიათებელი, სიხშირე და მოცულობა, შარდვის სიხშირე, რაოდენობა და ფერი. სითხის დანაკარგის დასადგენად სასარგებლოა ამჟამინდელი წონის შედარება ავადმყოფობამდელ წონასთან. თუ სისტემური გამოვლინებები არ არის გამოხატული (ცხელება, ლეთარგია, შეუძლოდ ყოფნა) და არც დეჰიდრატაციაა სახეზე, ლაბორატორიული დიაგნოსტიკური ტესტები არ არის ნაჩვენები. განავლის კულტურა ნაჩვენებია მხოლოდ სისხლიანი დიარეის, იმუნოდეფიციტის ან მძიმე დეჰიდრატაცის მქონე ბავშვებში. განავლის ნიმუშში ლეიკოციტების არსებობის შემთხვევაში, უნდა დაიგეგმოს შემდგომი გამოკვლევები

რათა გამორიცხოს ინვაზიური ბაქტერიული დაავადება, რომლის ყველაზე ხშირი გამომწვევია E coli, Shigella და Campylobacter. როტავირუსის დიაგნოსტირება შესაძლებელია განავლის ნიმუშის გამოყენებით, ელექტრონული მიკროსკოპიის საშუალებით. იმ შემთხვევებში, როდესაც პარაზიტულ ინფექციაზეა ეჭვი, განავლის შემოწმება ხდება პარაზიტებზე. როდესაც სახეზეა გაუწყლოება, შეიძლება ჩატარდეს დამატებითი ტესტები ჰიდრატაციის სტატუსის შესაფასებლად, მაგალითად, სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, სისხლში შარდოვანას აზოტის (BUN) დონის და ელექტროლიტების განსაზღვრა. შარდში კეტონების არსებობა მიუთითებს ცხიმის მეტაბოლიზმის გაზრდაზე კალორიული დეფიციტის გამო. მეტაბოლური აციდოზი ხშირია მძიმე დეჰიდრატაციისა და დიარეის დროს.

მწვავე გასტროენტერიტის მქონე ბავშვის მართვა

მწვავე გასტროენტერიტის მკურნალობაში წამყვანია სითხის შევსება და ელექტროლიტური ბალანსის დარღვევების კორეგირება, ეს დამოკიდებულია გაუწყლოების ხარისხზე. როდესაც ბავშვებს აქვთ გასტროენტერიტი, დეჰიდრატაციასთან დაკავშირებული საკითხების გარდა, საჭიროა შემდგომი ნაბიჯებიც, თუნდაც ასწავლონ მომვლელებს, თუ როგორ უნდა მოხდეს გასტროენტერიტის გავრცელების მინიმუმამდე შემცირება, აუცილებელია აქცენტი ხელის კარგად დაბანაზე (განსაკუთრებით საფენების შეცვლის შემდეგ, საჭმლის მომზადების ან ჭამის წინ), ბავშვთა გარემოსა და საკვების მომზადების ადგილების კარგად გაწმენდაზე სათანადო საწმენდი საშუალებებით და დაავადებული ბავშვების რაც შეიძლება მეტად იზოლირებაზე სხვა ბავშვებისა და ოჯახის წევრებისგან. ამ ქმედებების მოდელირება უნდა მოხდეს ექთნების მიერ, რომლებიც გასტროენტერიტით ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებს უვლიან. გასტროენტერიტზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში აუცილებელია ექიმთან ვიზიტი თუ კი ბავშვი 6 თვეზე ნაკლები ასაკისაა, წონა ნაკლებია 500 გრამზე ან წონის სავარაუდო კლება 5%-ზე მეტია. სხვა სიმპტომები, რომელიც ექიმთან ვიზიტს მოითხოვს არის: პერსისტენტული დიარეა ან პირღებინება, ORS–ის მიღების შეუძლებლობა, მენტალური სტატუსის ცვლილება ან სიცხე 38°C-ზე ზემოთ 3 თვეზე ნაკლები ასაკის ჩვილებისთვის, ან 39°C ან უფრო მაღალი 3-36 თვის ბავშვებისათვის. აღმზრდელებს უნდა დაევალოს, რომ ხშირად შეცვალონ საფენები კანის გაღიზიანების თავიდან ასაცილებლად. საჭიროა პერინეალური მიდამოს თბილი წყლით და საპნით დაბანა ყოველი დეფეკაციის შემდეგ და დამცავი მალამოს გამოყენება. მიეცეთ რჩევები მომვლელებს, თუ როგორ უნდა აკონტროლონ მიღება და გამოყოფა, აღრიცხონ გამოყოფის სიხშირე, თანმიმდევრობა, განავლის ფერი; პირღებინების სიხშირე და მახასიათებლები; სველი საფენების რაოდენობა დღეში; სველი საფენების წონა; შარდის რაოდენობა დღეში. ბაქტერიული ან ვირუსული გასტროენტერიტის შემთხვევების უმეტესობა თვითგანკურნებადია და არ საჭიროებს სამედიცინო თერაპიას. ანტიბიოტიკებით მკურნალობის დაწყება დამოკიდებულია გამომწვევ პათოგენზე და ბავშვის იმუნურ მდგომარეობაზე. პრობიოტიკებმა, როგორიცაა მაგალითად Lactobacillus GG შესაძლოა შეამციროს დიარეის ხანგრძლივობა. დიარეის დროს არ გამოიყენება ანტიპერისტალტიკური პრეპარატები, პირღებინება და დიარეა არის სხეულის დამცველობითი უნარი, გამოდევნოს პათოგენი ორგანიზმიდან, ამ მედიკამენტებს კი შეუძლიათ შეამცირონ ამ პროცესების სიჩქარე.

შეშუპება

შეშუპება არის ინტერსტიციული სითხის ჭარბი დაგროვება, რომელსაც, ჩვეულებრივ, იწვევს სითხის ცვლის დარღვევა კაპილარებსა და ინტერსტიციული სივრცეს შორის.

გავრცელება და ეტიოლოგია

შეშუპება ასოცირდება ბევრ ისეთ დაავადებასთან, როგორიცაა გულის უკმარისობა, თირკმელის უკმარისობა ფილტვის მწვავე შეშუპება, რომლებიც იწვევს სისხლის ჰიდროსტატიკური წნევის გაზრდას და წარმოქმნის შეშუპებას. სისხლში ალბუმინის დონის (ხშირად გვხვდება ღვიძლის დაავადების, ნეფროზული სინდრომის ან არასწორი კვების დროს) შემცირების გამო სითხე გადადის ინტერსტიციულ სივრცეებში, სისხლის ოსმოსური წნევის შემცირების გამო. დამწვრობის, ალერგიული რეაქციებისა და ანთების დროს იცვლება კაპილარული მემბრანის მთლიანობა, რის შედეგადაც ხდება სითხისა და სისხლის ცილების გადატანა ინტერსტიციულ სივრცეში. ჰიპოთირეოზი და სიმსივნეები, რომელიც ახდენს ლიმფური სისტემის ობსტრუქციას, იწვევს ინტერსტიციული ოსმოსური წნევის მომატებას, რომელიც გადაანაცვლებს სითხეს ინტერსტიციულ სივრცეში, რის შედეგადაც ფორმირდება შეშუპება.

პათოფიზიოლოგია

შეშუპება ვითარდება ნორმალური კაპილარული დინამიკის ცვლილების შედეგად. ნორმალური კაპილარული დინამიკა შენარჩუნებულია ჰიდროსტატიკური და ოსმოსური წნევის დაბალანსებით კაპილარებსა და მიმდებარე ინტერსტიციულ სივრცეებში. ჰიდროსტატიკური წნევა ახდენს სითხის სივრცეებიდან გამოტანას, ხოლო ოსმოსური წნევა სითხის შეტანას. შეშუპება შეიძლება გამოწვეული იყოს ოთხი მექანიზმით: სისხლის ჰიდროსტატიკური წნევის გაზრდით, სისხლის ოსმოსური წნევის შემცირებით, ინტერსტიციული სივრცის ოსმოსური წნევის გაზრდითა და ლიმფური დრენაჟის დაქვეითებით.

სისხლის გაზრდილი ჰიდროსტატიკური წნევა

სისხლის ჰიდროსტატიკური წნევა არის სისხლის წნევა, რომელიც მიმართულია კაპილარული კედლების საწინააღმდეგოდ და უბიძგებს სითხეს კაპილარების გარეთ ინტერსტიციულ სივრცეებში. როდესაც ეს წნევა იზრდება(კაპილარული ნაკადის გაზრდის დროს) ჭარბი სითხე გადანაცვლდება ინტერსტიციული სივრცეში. შედეგად, ვითარდება შეშუპება. ვენურმა შეგუბებამ შეიძლება აგრეთვე გაზარდოს სისხლის ჰიდროსტატიკური წნევა, უკუმომართული წნევით, რომელსაც ვხვდებით გულის უკმარისობის დროს.

სისხლის შემცირებული ოსმოსური წნევა

მძიმე და გავრცელებული შეშუპება, შეიძლება განვითარდეს შრატის ალბუმინის შეცირების დროს, ალბუმინი, როგორც წესი, ხელს უწყობს სითხის გადანაცვლებას კაპილარულ სივრცეში, ალბუმინის დონის შემცირების დროს სითხე გაიჟონება ინტერსტიციული არეში. შრატის ალბუმინის შემცირება შეიძლება გამოწვეული იყოს ან ალბუმინის ჭარბად კარგვით, ან მისი შემცირებული სინთეზით. ყველაზე გავრცელებული მდგომარეობა, რომელიც ასოცირდება გაძლიერებულ კარგვასთან არის ნეფროზული

სინდრომი, ხოლო სინთეზის შემცირება თან ახლავს მწვავე ცილა-კალორიულ მალნუტრიციას.

ინტერსტიციული სითხის გაზრდილი ოსმოსური წნევა

ჩვეულებრივ, ინტერსტიციული სითხის ოსმოსური წნევა შედარებით მცირეა სისხლის ოსმოსურ წნევასთან შედარებით, მასში ცილის ნაკლები რაოდენობის გამო. ამრიგად, თუ ცილა გაჟონავს ამ სითხეში, გაიზარდება ინტერსტიციული სითხის ოსმოსური წნევა და შედეგად განვითარდება შეშუპება. ამის მთავარი მიზეზია ისეთი პროცესები, რომელიც ზრდის კაპილარულ გამტარიანობას, მაგალითად დამწვრობა, ადგილობრივი ანთებითი პროცესი და ჰიპერმგრძნობელობის რეაქციები (ფუტკრის ნაკბენი).

გაუარესებული ლიმფური დრენაჟი

ლიმფური სადინრები, ჩვეულებრივ, მცირე რაოდენობით ადრენირებს სითხეს და ცილას ინტერსტიციული სივრცეებიდან და აბრუნებს მათ კაპილარებში. თუმცა, თუ ლიმფური დრენაჟის ობსტრუქცია მოხდება, სიმსივნის ან ოპერაციის შედეგად, სითხე და ცილები გროვდება ინტერსტიციულ სივრცეში, რაც იწვევს შეშუპებას.

კლინიკური მანიფესტაცია

შეშუპება შეიძლება იყოს ლოკალიური ან უმეტეს შემთხვევაში გენერალიზებული. ბავშვებში შეშუპება თავდაპირველად ვლინდება პერიორბიტალურად ან ქვემო კიდურებზე. თუ ბავშვი დგას, დადის, შეშუპება ვითარდება ტერფებზე, ხოლო თუ იგი წევს, შეშუპება ექნება საკრალურ მიდამოში. შეშუპებულ მიდამოში ჩანაჭდევი ყოველთვის ჭარბი ექსტრაცელულური სითხის აშკარა ნიშანია. იგი ფასდება თითის ძლიერი ზეწოლით შეშუპებულ ქსოვილზე და შემდგომ ჩანაჭდევზე დაკვირვებით. შეშუპების ხარისხი შეფასებულია ხუთ ქულიანი შკალით:

1. þ0 ¼ არ არის მუდმივი ჩანაჭდევი;
2. þ1 ¼ 1/4 ″ (<6.35 მმ) ჩანაჭდევი (მსუბუქი);
3. þ2 ¼ 1/4 1/2 ″ (6.35 12.7 მმ)ჩანაჭდევი (საშუალო);
4. þ3 ¼ 1/2 1 ″ (12.7 25.4 მმ) ჩანაჭდევი (მძიმე);
5. þ4 ¼ აღემატება“ (> 25.4 მმ) ჩანაჭდევი (ძალიან მძიმე).

ედემატოზური უბნები შეიძლება პრიალებდეს, ასევე შეიძლება გამოიკვეთოს დამატებითი ნიშნები, რომელიც მოიცავს წონის უეცარ მატებას, არტერიული წნევის გაზრდას, სუსტ პულსს, კისრის ვენების დაჭიმვას და დისპნოეს.

დიაგნოზი

შეშუპების დიაგნოზი განისაზღვრება კლინიკური გამოვლინებების საფუძველზე, რომელიც ეფუძნება ანამნეზს და ფიზიკალურ გამოკვლევებს. მნიშვნელოვანია, განსაზღვროს ძირითადი მიზეზი, რათა სათანადო მკურნალობა იყოს დაწყებული.

მკურნალობა

შეშუპების მკურნალობა ეფუძნება ძირითადი გამომწვევი პრობლემის კორექციას, შესაძლოა, გამოყენებული იქნას დიურეტიკები, წყლისა და მარილის მიღების შეზღუდვა. დიურეტიკები ინიშნება თირკმლის გზით სითხის გამოყოფის ხელშესაწყობად. რადგანაც, დიურეტიკების უმეტესობა იწვევს კალიუმის დაკარგვას, საჭიროა შრატში მისი დონის კონტროლი და საჭიროების შემთხვევაში დანამატის სახით კალიუმის მიწოდება. შეშუპება, რომელიც გამოწვეულია ადგილობრივი ანთებითი პასუხით, როგორიცაა ტრავმა ან ალერგიული რეაქცია, საჭიროებს ცივი საფენების დადებას, რათა შემცირდეს სისხლის ჰიდროსტატიკური წნევა კაპილარული ნაკადის შემცირების გზით.

საექთნო მართვა

საექთნო მართვა იწყება ანამნეზის შეგროვებით და ფიზიკალური შეფასებით, უნდა გაითვალისწინოთ შეშუპების ადგილმდებარეობა და მოცულობა. აღმზრდელმა/მომვლელმა შეიძლება აღნიშნოს, რომ ბავშვს უჭერს ფეხსაცმელი დღის ბოლოს; გამოხატული აქვს პერიორბიტალური შეშუპება; ან თვითონ ბავშვი შეიძლება უჩიოდეს თითების ძეხვისებურად გადიდებას, ან შეიძლება გამოთქვას შეშფოთება სიმსუქნესთან დაკავშირებით. უნდა ჰკითხოთ შეშუპება იწვევს თუ არა რაიმე სახის ტკივილს ან მოძრაობის შეზღუდვას. მედდამ უნდა აღრიცხოს მიღება /გამოყოფის ზუსტი მონაცემები, აკონტროლოს ყოველდღიურად სხეულის წონა, რომელიც იზომება ერთსა და იმავე დროს ყოველდღე და დაიტანება ერთსა და იმავე შკალაზე. დიურეზული საშუალებების გამოყენების შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ელექტროლიტების მონიტორინგი კალიუმის დონის შესაფასებლად. თუ ედემატოზური კიდურებისა და მუცლის ზომების შეფასება წარმოებს, აუცილებელია გაიზომოს ერთსა და იმავე ადგილას, განმეორებით უნდა შემოწმდეს ნებისმიერი მონაცემი, რომელიც მკვეთრად გაზრდილი ან შემცირებულია. ასევე უნდა მოხდეს შეშუპებული კიდურის შეფასება სისხლმომარაგების ადეკვატურობაზე, პერიფერიული პულსის შეფასების გზით. კიდურების მაღლა აწევა, ბალიშზე შემოწყობა, ხელს უწყობს ექსტრაცელულური სითხის რეაბსორბციას. ძალიან მნიშვნელოვანია, ვიტალური პარამეტრების კონტროლი, განსაკუთრებით სისხლის წნევისა და სუნთქვის სიხშირის. სისხლის წნევის გაზრდა გავლენას ახდენს ექსტრაცელულური სითხის დანაკარგის ზრდაზე, გაზრდილი სუნთქვის სიხშირე, თანდართული ხიხინით, ხშირად ასახავს ფილტვის შეშუპებას, ასეთ დროს რეკომენდებულია საწოლის თავის წამოწევა.

ოჯახის განათლება

კანის მთლიანობის შენარჩუნება უპირველესია პრევენციის მხრივ. მომვლელებს უნდა განემარტოთ ბავშვის კანის მოვლის აუცილებლობა, ედემატოზური ქსოვილი ძალიან მყიფეა და ადვილად ზიანდება, ამიტომ აუცილებელია, სიმშრალის შენარჩუნება. საჭიროა საფენების გამოყენება რომ შეშუპებული უბანი დარჩეს მშრალი და სუფთა. ახალშობილი ან ბავშვი საწოლში უნდა გადაბრუნდეს ყოველ 2 საათში, ნაწოლების პრევენციისთვის. თუ კი მკურნალობაში ჩართული შარდმდენის გამო კალიუმი იკარგება, საჭიროა კალიუმით მდიდარი სითხეებისა და საკვების მიღება, როგორიცაა ბანანი,

გარგარი, პომიდვრის და ფორთოხლის წვენი, ქიშმიში, კარტოფილი, ატამი და ლეღვი. უფროსი ასაკის ბავშვების შემთხვევაში უნდა შემოწმდეს შეშუპების დროებითობა.

დამწვრობა

როგორც მტკიცებულებებზე დაფუძნებულმა კვლევებმა აჩვენა, დამწვრობის მქონე ბავშვების გადარჩენისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებები: სითხეებით შევსება, ჭრილობის მოვლა, რესპირატორული, მეტაბოლური და ნუტრიციული ფაქტორების უზრუნველყოფა. 1940 წელს აშშ-ში გარდაიცვალა იმ ბავშვების ნახევარი, რომელთაც ჰქონდათ სხეულის >30% -ზე დამწვრობა, მაგრამ 2000 წლის ერთ-ერთმა კვლევამ აჩვენა რომ არ გარდაცვლილა არცერთი ბავშვი ვისაც ჰქონდა >59%-ზე სხეულის დამწვრობა, აქედან გამომდინარე, შეიძლება ვთქვათ, რომ წინსვლა ნამდვილად შეინიშნება, თუმცა დამწვრობები კვლავ რჩება იმ უბედურ შემთხვევათა ჩამონათვალში, რომელთა თავიდან აცილებაც შესაძლებელია. დამწვრობის სათანადოდ მოვლის აუცილებელი პირობაა, ადრეული სტაბილიზაცია, რომლის მიზანია დამწვრობის გაციება გრილი წყლით, რათა თავიდან ავიცილოთ შემდგომი წვა და დაბინძურება. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ცენტრში შესვლისას უკვე პრიორიტეტი ხდება სუნთქვის, ცირკულაციის შეფასება და ტკივილის მართვა. დამწვრობის იდეალური მოვლისთვის საჭიროა მედპერსონალის ჯგუფი, რომელიც ერთად მუშაობს, ყურადღებით აფასებს და ანაწილებს დროს, რაც გადარჩენისთვის აუცილებელ მკურნალობას სჭირდება. გუნდმა უნდა აწარმოოს კომუნიკაცია ოჯახთან, რომ მათ შეეძლოთ ინფორმაციის მიღება მიმდინარე მკურნალობისა და სამომავლო მეთვალყურეობის შესახებ.

გავრცელება და ეტიოლოგია

ბავშვები დამწვრობის მაღალი რისკის ქვეშ არიან. 2004 წელს აშშ-ში სავარაუდოდ ხანძართან დაკავშირებული დამწვრობის შედეგად დაიღუპა 310,000 ადამიანი, 96 000 მათგანი 20 წლამდე ასაკისა იყო. ფაქტობრივად, ხანძართან ასოცირებული დამწვრობა 1-დან 9 წლამდე ბავშვების სიკვდილის მე-11 მთავარი მიზეზია. ახალშობილებს ამ მიზეზით აქვთ გლობალურად მაღალი სიკვდილის მაჩვენებელი ნებისმიერი ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით.

გლობალურად, ხანძართან ასოცირებული დამწვრობის სიხშირე ბავშვებში 3.9 : 100 000 შეადგენს, დაბალგანვითარებულ და საშუალოდ განვითარებულ ქვეყნებში ხანძარასოცირებული გარდაცვალების მაჩვენებელი 11-ჯერ მეტია, ვიდრე მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში და გამოიყურება შემდეგნაირად – 4.3 გარდაცვლილი ყოველ 100,000– ში და 0.4 გარდაცვლილი ყოველ 100 000 000 -ში. ძნელია განისაზღვროს დამწვრობასთან ასოცირებული ავადობების რიცხვი, რადგან არაფატალური დაზიანებების შესახებ გლობალური მონაცემები არ არის ხელმისაწვდომი. როგორც ჩანს, ელექტრო და ქიმიური დამწვრობა ბავშვებში შედარებით იშვიათია, მაგრამ კონტაქტურ დამწვრობებს და წყლით დაფუფქვას მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს შეზღუდული შესაძლებლობების განვითარებაში. აშშ-ში, 4 წელზე უფროსი ასაკის ბავშვებში დამწვრობების უმრავლესობა, რომელთაც დასჭირდათ ჰოსპიტალიზაცია იყო წყლით დაფუფქვა (65%) და კონტაქტური დამწვრობა (20%). ბავშვებში დაფუფქვის მიზეზებს შორის წამყ-

ვანი აღმოჩნდა ონკანის ცხელი წყალი და ცხელი წვნიანი. დამწვრობის გამოსავალი დროში გახანგრძლივებულია და შეიძლება იყოს შემდეგი: ჰიპერტროფული ნაწიბურების განვითარება, კონტრაქტურა, კელოიდის ფორმირება და კიდურის ამპუტაციის საჭიროება. ფიზიკური ნაკლი რომელიც რჩება დამწვრობისგან, თავმოყვარეობას ულახავს ბავშვებს.

დამწვრობის ოთხი ძირითადი ტიპი არსებობს: თერმული (ყველაზე გავრცელებულია ბავშვებში), ელექტრო, ქიმიური და სხივური. თერმული დამწვრობა ხდება ცეცხლის ალთან შეხებით, შესუნთქვით, ცხელ წყალთან ან ცხელ საგნებთან კონტაქტით. ცეცხლის ალით დაზიანებები გამოწვეულია აალებადი მასალების ანთებით და ხანძართან კონტაქტით. ცეცხლით დაზიანებები გამოწვეულია აფეთქებებით, განსაკუთრებით აალებადი საწვავით, როგორიცაა ბენზინი, ნავთი და ნახშირი. შესუნთქვით გამოწვეული დამწვრობა ვითარდება, როდესაც ბავშვები შეისუნთქავენ ზედმეტად ცხელ აირებს, ორთქლს ან ცხელ სითხეს, რომელიც წვავს მათ სასუნთქ გზებს და ფილტვებს. კვამლის ინჰალაცია, სახლში გაჩენილი ხანძრის დროს, დამწვრობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირი მიზეზია. დაფუფქვა ხდება როცა ბავშვს გადაესხმება ცხელი სითხე ან ონკანის ცხელი წყალი დამწვრობის დროს.

კონტაქტური დამწვრობა ვითარდება ცხელ ობიექტებთან შეხების შედეგად როგორიცაა ღუმელი, ცხელი უთო და რადიატორები. როდესაც ბავშვები ხდებიან უფრო მოძრავები და ცნობისმოყვარეები, იზრდება ელექტროენერგიით მიღებული საყოფაცხოვრებო დამწვრობის საფრთხე, სხვადასხვა ნივთის დენის წყაროში შეერთებამ ან სადენების დაღეჭვამ შეიძლება გამოიწვიოს ელექტრული დამწვრობა. ასეთი სახის დამწვრობების დროს ხშირად გარეგანი დაზიანება არ ჩანს, მაგრამ შინაგანი დაზიანება შეიძლება დიდი მასშტაბის იყოს. მაგალითად, სადენების დაღეჭვამ შეიძლება ზიანი მიაყენოს კბილების, ზედა და ქვედა ყბის ზრდას. ქიმიური დამწვრობა ვითარდება როდესაც ბავშვები ჭამენ ან შეხებაში არიან ისეთ კასტიურ აგენტებთან, როგორიცაა საყოფაცხოვრებო საწმენდი საშუალებები. სხივური დამწვრობა ვითარდება ულტრაიისფერი სხივების გადაჭარბებული ზემოქმედების შედეგად.

რთულია იმის გარკვევა დამწვრობის რამდენი შემთხვევაა ბავშვზე ძალადობის შედეგი. მიუხედავად იმისა რომ, ბავშვზე ძალადობით გამოწვეული დამწვრობების შემთხვევები 4%-39%-მდე მერყეობს, მხოლოდ მათი ნახევარია დოკუმენტირებული. მედპერსონალმა საეჭვო დამწვრობის დროს, ყურადღება უნდა გაამახვილოს შემდეგ საკითხებზე:

1) ბავშვი ძალიან პატარაა და ღარიბი ვერბალური უნარები აქვს;
2) ფიზიკალური გასინჯვის მონაცემები შეუსაბამობაშია ანამნეზთან და ბავშვის მოტორულ უნარებთან;
3) ანამნეზში გაურკვეველი წარმოშობის ტრავმა, დაზიანებაა;
4) ბავშვის მეურვე აყოვნებს მკურნალობის დაწყებას ან ვერ ხსნის რა ვითარებაში მიიღო ბავშვმა დამწვრობა.

არსებობს უტყუარი მახასიათებლები, რომელიც ახასიათებს ძალადობით გამოწვეულ დამწვრობას: მაგალითად, იმერსიული, ე.წ სითხეში ჩაშვებული დამწვრობის კვა-

ლი, წინდის და ხელთათმანის მსგავსი დამწვრობა, დემერკაციული ხაზი დუნდულის, პერინეუმის, მაჯისა და კოჭის არეში, დამწვრობები სიგარეტით და უთოთი. დამწვრობები, რომელიც სიმეტრიულია კიდურებზე. დამწვრობის შესახებ ინფორმაცია აუცილებლად ზედმიწევნით უნდა იქნეს დოკუმენტირებული. როდესაც საეჭვოა ძალადობით გამოწვეული დამწვრობა, აუცილებლად უნდა ეცნობოს პოლიციას და ბავშვთა დაცვის სამსახურებს. სურათი 15-2 ასახავს იმერსიულ დამწვრობას.



სურათი 15-2. იმერსიული დამწვრობა

პათოფიზიოლოგია

დამწვრობის ეფექტი შეიძლება მერყეობდეს ადგილობრივი ზედაპირული დაზიანებიდან მილტისისტემურ დაზიანებამდე, თუ კი დიდი მასშტაბის დამწვრობაზეა საუბარი. როდესაც დამწვარია ბავშვის სხეულის 15%-20%, ადგილობრივი ანთებითი რეაქცია ვითარდება მხოლოდ დამწვრობის ადგილზე და ორგანოები და ორგანოთა სისტემები რჩება დაუზიანებელი, იმ შემთხვევაში, თუ არ მოხდება სითხით დროული შევსება, წნევა შეიძლება დაეცეს კრიტიკულ დონემდე და განვითარდეს შოკი ან სიკვდილი. თუ კი სითხეების ადეკვატური რაოდენობა იქნება შეყვანილი, შესაბამისი წესებით და ბავშვი გადარჩება პირველ 48საათში, სიკვდილის რისკი მაინც მაღალი რჩება, რადგან დაზიანებული კანის ბარიერი ადვილად მოწყვლადს ხდის მას ინფექციებისადმი. 15-9 ცხრილში ჩამოთვლილია დამწვრობის დროს სხვადასხვა ორგანოთა სისტემის მხრივ განვითარებული ცვლილებები.

ცხრილი 15-9. ორგანოთა სისტემების მანიფესტაცია მძიმე დამწვრობის დროს

პასუხი	მკურნალობა
კარდიოვასკულური სისტემა 24-48სთ დამწვრობის შემდეგ: შემცირებული კარდიული განდევნა კაპილარული გამტარობის მატებისა და ვაზოდილატაციის გამო; მეტაბოლური აციდოზი, მაღალი ჰემატოკრიტი.	სითხეების ადეკვატური შევსება; ვიტალური ნიშნების მონიტორინგი; განსაკუთრებით სისხლის წნევის, სისხლის გაზების შეფასება.

48-72 სთ დამწვრობის შემდეგ: კაპილარული გამავლობის აღდგენა, ინტერსტიციული სითხის გადანაცვლება სისხლ-ძარღვშიდა სივრცეში; მცირდება ჰემატოკრიტი, მცირდება თრომბოციტების რიცხვი.	ვიტალური ნიშნების და შარდის გამოყოფის მონიტორინგი; ი.ვ სითხეების შემცირება; PTT (პარციალური თრომბოპლასტინის დრო) კონტროლი
შარდგამომყოფი სისტემა თირკმელში სისხლის ნაკადის შემცირება იწვევს შარდის გამოყოფის შემცირებას; თირკმლის მწვავე უკმარისობის განვითარების ალბათობა; სისხლის შარდოვანას დონე მაღალი; კრეატინინის დონე მაღალი; სითხის რემობილიზაცია.	მიღება/გამოყოფის კონტროლი; ი.ვ სითხეების იმ სიჩქარით შეყვანა, რომ შენარჩუნდეს შარდის გამოყოფა 1–2 მლ/კგ/სთ; სითხის რემობილიზაციის ჩვენება; სისხლის წნევის კონტროლი.
რესპირატორული სისტემა შესუნთქული ცხელი აირის გამო ზემო სასუნთქი გზების შეშუპება და ობსტრუქცია; შესუნთქული კვამლის გამო ქვემო სასუნთქი გზების ობსტრუქცია და პნევმონია;	სუნთქვის სიხშირის და სიღრმის შეფასება; ხიხინის და ვიზინგის შეფასება; სისხლის გაზების კონტროლი; სუნთქვის თანაბრობის შეფასება.
ნახშირბადის მონოქსიდის შესუნთქვით გამოწვეული მოწამლვა და ჰიპოქსია, რის გამოც ვითარდება ლორწოვანი გარსების შეშუპება და დამწვრობა; ატელექტაზი და რესპირტორული უკმარისობა; ფილტვის შეშუპება სითხეების დიდი რაოდენობით გადასხმის გამო; გულმკერდის ექსკურსის შეზღუდვა შეშუპების ან დამწვრობის შემდგომი ქერქის წარმოქმნის გამო, თუ წრიული დამწვრობა იყო;	შესაბამისი სპეციალისტის ჩართვა და პაციენტის მომზადება escharotomy-სათვის (დამწვრობით ქერქზე ჭრილების გაკეთება ქსოვილების დაჭიმვის შემცირების მიზნით)
გასტროინტესტინური სისტემა შემცირებული სისხლის ნაკადი ღვიძლში და გასტოინტენსტინურ ტრაქტში; კუჭის მჟავას დაქვეითებული პროდუქცია 24-48 სთ-ში, რომელსაც თან ახლავს მჟავის წარმოქმნის შემდგომი მატება წარმოდგენს წყლულის განვითარების რისკს; გასტროინტესტინური ტრაქტის დაქვეითებული პერისტალტიკა;	ნაწლავთა ხმიანობის მონიტორინგი; ღვიძლის ენზიმების კონტროლი; ნაზოგასტრული ზონდის ჩადგმა კუჭის დეკომპრესიისათვის; ნაზოგასტრული ზონდიდან მიღებული ლავაჟის შემოწმება სისხლის არსებობაზე;

ცენტრალური ნერვული სისტემა დამწვრობა ასოცირებული ენცეფალოპათია განპირობებული ჰიპოქსემიით, ჰიპოვოლემიითა და სეპტიცემიით; კლინიკური მანიფესტაცია: ჰალუცინაციები, ხასიათის ცვლილება, დელირიუმი, კრუნჩხვა, კომა.	სითხისა და სისხლის გაზების მონიტორინგი; ინფექციის ნიშნების შეფასება; ნევროლოგიური სტატუსის ზუსტი აღწერა და შეფასება; უსაფრთხოების ზომების მიღება შესაძლო გულყრაზე;
მეტაბოლიზმი მეტაბოლური სიჩქარის გაზრდა აზოტის გაძლიერებული კარგვის და დამწვრობით გამოწვეული სტრესის გამო; სითბოს გაძლიერებული კარგვა დაზიანებული კანის გზით; ცილის სწრაფი დაშლა და კუნთების განლევა; სისხლში გლუკოზის მომატებული დონე, ინსულინრეზისტენტობის და გლიკოგენის მარაგის დაშლის გამო; შენელებული ზრდა და სქესობრივი სიმწიფე, დამწვარი ქსოვილის აღდგენაზე დახარჯული ენერგეტიკული მარაგის გამო.	კალორიების მიღების კონტროლი; თუ კი საჭიროა პარენტერული კვების დაწყება, ცილის მაღალი შემცველობის მქონე საკვების მიწოდება; მულტივიტამინების მიცემა, განსაკუთრებით A და C.

კლინიკური მანიფესტაცია

დამწვრობის კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ღრმაა დამწვრობა და სხეულის ტოტალური ზედაპირის რამდენად დიდი ნაწილია დამწვარი. ადრე დამწვრობას ყოფდნენ 4 ხარისხად, ზოგჯერ კი ქსოვილის სისქის დესტრუქციის მიხედვით ყოფენ როგორც ზედაპირულ, ნაწილობრივი სისქის(partial-thickness) და სრული სისქის(full-thickness)დამწვრობად. ორივე კლასიფიკაცია დღემდე გამოიყენება კლინიკურ პრაქტიკაში.

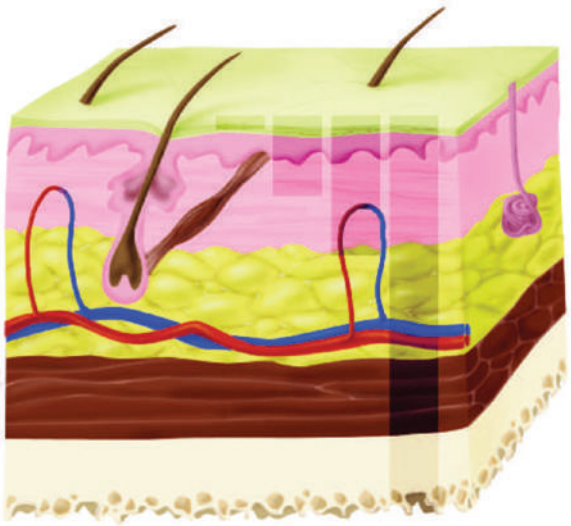
1: Superficial-Thickness Burn (პირველი ხარისხი);

2: Partial-Thickness Burn (მეორე ხარისხი);

3: Full-Thickness Burn (მესამე ხარისხი);

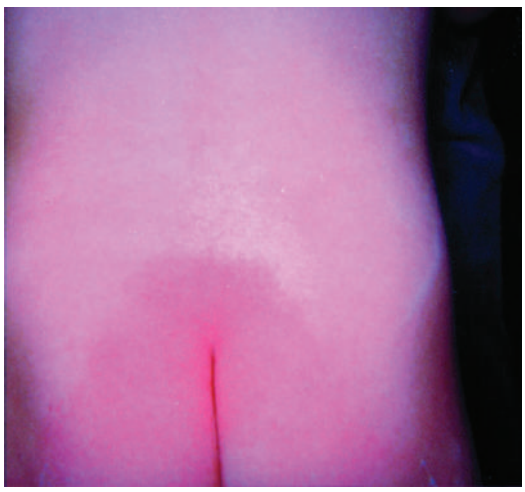
4: Full-Thickness Burn (მეოთხე ხარისხი).

15-3 სურათზე გამოხატულია სხვადასხვა ხარისხის დამწვრობის დროს ქსოვილების ჩართულობა.



სურათი 15-3. სხვადასხვა ხარისხის დამწვრობის დროს ქსოვილების ჩართულობა

ზედაპირული დამწვრობა– (პირველი ხარისხი) ჩართულია მხოლოდ ეპიდერმისი, ამის მაგალითია მზისგან მიღებული მცირე დამწვრობა, ბუშტუკის წარმოქმნის გარეშე. სურათი 15-4 ასახავს პირველი ხარისხის დამწვრობას. ჩვეულებრივ, მტკივნეულია 48-72 სთ-ის განმავლობაში და 5-10 დღეში ქრება ნაწიბურის გარეშე.



სურათი 15-4. პირველი ხარისხის დამწვრობა

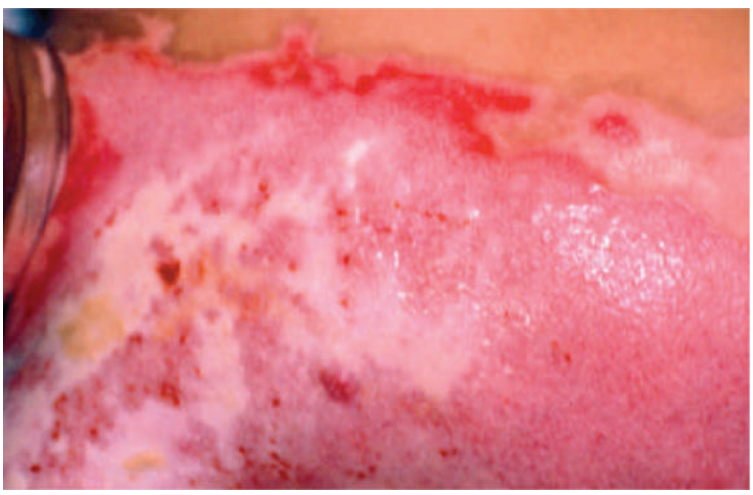
მეორე ხარისხის დამწვრობა (Partial-thickness burns) – თავის მხრივ იყოფა ორ ქვე კატეგორიად, ზედაპირულ და ღრმა დამწვრობებად. ზედაპირული მეორე ხარისხის დამწვრობა მოიცავს მთელს ეპიდერმისს, ხოლო ღრმა მეორე ხარისხი მოიცავს ეპიდერმისსა და დერმას მთლიანად. **მეორე ხარისხის ზედაპირული** დამწვრობა-ბუშტუკოვანია, ერითემატოზული, სველი და მტკივნეული. ჩვეულებრივ, გამოჯანმრთელება დგება სპონტანურად 1-3 კვირაში. სურათი 15-5 ასახავს მეორე ხარისხის ზედაპირული დამწვრობის მაგალითს. **მეორე ხარისხის ღრმა** დამწვრობა თეთრად გამოიყურება და ნაკლებად ერითემატოზულია, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ დამწვრობა ღრმად, დერმის შრეებშია გავრცელებული. მგრძნობელობა, ჩვეულებრივ, შემცირებულია და კაპილარული ავსება გახანგრძლივებული. დანაწიბურების ხარისხს, ჩვეულებრივ, განსაზღ-

ვრავს ის, თუ რა დრო დასჭირდა ჭრილობას შესახორცებლად და ჩვეულებრივ მერყეობს 3-4 კვირამდე. ხშირად საჭიროა კანის გადანერგვაც გამოჯანმრთელებისათვის.



სურათი 15-5. მეორე ხარისხის დამწვრობა ბუშტუკით

მესამე ხარისხის დამწვრობის დროს ჩართულია ეპიდერმისი, დერმა და კანქვეშა ქსოვილი. შეიძლება იყოს თეთრი, შავი ან ყავისფერი. დამწვრობის ეს ხარისხი არ იკურნება სპონტანურად, თუ კი ის არ არის მცირე ზომის, ხოლო შეხორცების შემდეგ იწვევს კანის შეჭმუხვნას. ქერქი, რომელიც ამ დროს წარმოიქმნება არის ტყავისებური და აქვს დაქვეითებული მგრძნობელობა. აუცილებლად საჭიროებს კანის გადანერგვას. სურათი 15-6 ასახავს მესამე ხარისხის კანის დამწვრობას.



სურათი 15-6. მესამე ხარისხის დამწვრობა

მეოთხე ხარისხის დამწვრობა ლეტალურია, გამომდინარე იქედან, რომ მოიცავს კუნთებს, მყესებსა და ძვლებს.

დამწვრობის არსებობის დროს აუცილებელია პროცენტებში შეფასდეს სხეულის ზედაპირის რამდენია დამწვარი. ბავშვებში ყველაზე ზუსტი მეთოდი, დამწვარი ზედაპირის ფართობის განსაზღვრისათვის არის Lund and Browder–like სპეციალური სქემის გამოყენება, რომელიც ითვალისწინებს იმ პროპორციულ ცვლილებებსაც, რომელიც ვითარდება ზრდის პერიოდში. თუ კი სქემა არ არის ხელმისაწვდომი, მაშინ ბავშვის ხელისგული ითვლება დამწვრობის 1%-ად, დამწვრობის ფართობის გამოთვლის დროს.

დამწვარი ზედაპირის ფართობის შეფასება მნიშვნელოვანია შესავსები სითხის დანაკარგის განსაზღვრისათვის.

დიაგნოსტიკა

დამწვრობის დიაგნოსტირება ხდება კლინიკური მანიფესტაციის, ანამნეზისა და ფიზიკალური მონაცემების საფუძველზე.

მძიმე დამწვრობის მქონე ბავშვის მართვა

მძიმე დამწვრობის მქონე ბავშვის მართვის დროს აქცენტები კეთდება რესპირატორულ მხარდაჭერაზე, სითხით შევსებაზე, ტკივილის მართვაზე, ჭრილობის მოვლაზე, შეზღუდული გადაადგილების ხელშეწყობაზე, ნუტრიციულ და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერაზე. თუმცა, პაციენტების უმეტესობაში, მართვის ფოკუსი მიმართულია ცირკულაციაზე, სუნთქვასა და ტკივილის მართვაზე.

რესპირატორული ხელშეწყობა, მართვა

საწყისი თერაპია გულისხმობს სასუნთქი გზების გამავლობის შეფასებას, ხოლო თუ საჭიროა, გამავლობის აღდგენას. პულმონალური გართულება, რომელსაც სიკვდილის გამოწვევა შეუძლია, ფილტვის დამწვრობაა. გასათვალისწინებელია რესპირატორული სისტემის ჩართულობა თუ დამწვრობა მიღებულია დახურულ სივრცეში და ბავშვი ნაპოვნია უგონო მდგომარეობაში. დამწვრობის მქონე ნებისმიერ ბავშვს უნდა მიეწოდოს ჟანგბადი, რადგან სისხლში სატურაციის დონე 90%-ზე მაღლა შენარჩუნდეს. ABG ადასტურებს ინფორმაციას შესუნთქულ კვამლზე და სისხლის ადეკვატურ ოქსინეგაციაზე გვაწვდის მონაცემებს. ბევრი მნიშვნელოვანი დამწვრობის მქონე ბავშვი საჭიროებს დაუყოვნებლივ ინტუბაციასა და ვენტილაციას. (სურათი 15-7)



სურათი 15-7 გოგონა, რომელიც სახლში გაჩენილი ხანძრის დროს იპოვეს

ბავშვებს რომლებსაც აქვთ ნაკლები ინტენსივობის დამწვრობა და თავისუფლად გამავალი სასუნთქი გზები, შეიძლება დამწვრობის მიღებიდან რამდენიმე საათში განუვითარდეთ სტრიდორი, სასუნთქი გზების შეშუპების გამო და მათ დასჭირდეთ ინტუბაცია და ვენტილაცია. დამატებით კი საჭირო ხდება ნარკოტიკის გამოყენება, ტკივილის სამართავად, რათა შემცირდეს სუნთქვითი ძალისხმევა და შემდგომი რესპირატორული კომპრომისი. დამატებით, ნაზოგასტრული მილის ჩადგმა და კუჭის დაცლა ამცირებს შესაძლო ღებინებით გამოწვეული ასპირაციის რისკს, რაც თავის მხრივ სხვა პრობლემების მიზეზი შეიძლება გახდეს სამომავლოდ.

სითხით შევსება

მძიმე დამწვრობების დროს, ბავშვის გადარჩენის აუცილებელ ღონისძიებას წარმოადგენს ადრეულ საფეხურებზევე დაწყებული სითხით უზრუნველყოფა I.V /OP (ინტრავენური/პერორალური) გზით. როგორც კი შესაძლებელი გახდება უნდა ჩაიდგას ი.ვ კათეტერი დამწვარი უბნისგან მოშორებით, რთულია დამწვრობის უბანში კათეტერის შენარჩუნება, რადგან დამწვრობის ადგილზე განვითარებული შეშუპება გადააადგილებს კათეტერს და გამოიწვევს სისხლჩაქცევას.

დამწვრობების დროს იცვლება კაპილარული გამტარობა და იკარგება დიდი რაოდენობით სითხე, ამიტომაც საჭიროა ჩანაცვლება, იგი საწყისი ეტაპის თერაპიაა და წარმოადგენს შოკის პრევენციას. ი.ვ ინფუზიური თერაპიის შესაბამისი მოცულობითა და სიჩქარით ჩატარების მიზანს გაზრდილი კაპილარული გამტარობის კომპენსაცია და ინტრავასკულური სითხის დანაკარგის შევსება წარმოადგენს. დიდი კალიბრის ცენტრალური ვენის კათეტერიზაციას მიმართავენ როდესაც სითხის ჭარბი მოცულობაა გადასასხმელი. გზამკვლევებით მოწოდებულია სხვადასხვა ფორმულა, რომელიც გამოიყენება გადასასხმელი სითხის მოცულობისა და სიჩქარის გამოსათვლელად. ძირითადად ისინი ეფუძნება სხეულის წონასა და დამწვარი ზედაპირის პროცენტობას, ერთ-ერთი ასეთია Parkland – ის ფორმულა, ცხრილში 15-10 განმარტებულია საწყისი თერაპიისთვის საჭირო სითხის მოცულობის გამოსათვლელი ფორმულა.

ცხრილი 15-10. Parkland – ის ფორმულა

4 მლ რინგერ ლაქტატის ხსნარი * სხეულის წონა * სხეულის დამწვარი ზედაპირის %
• მთელი მოცულობის ნახევარი უნდა გადაესხას დამწვრობიდან პირველ 8 საათში;
• ერთი მეოთხედი დამწვრობიდან მეორე 8 საათში;
• მესამე ნახევარი დარჩენილ 8 საათში.
გასათვალისწინებელია, რომ დროის გაანგარიშება ხდება დამწვრობიდან გასული დროის მიხედვით და არა ჰოსპიტალში დაყოვნების.

ეს ფორმულა მხოლოდ რეანიმაციის სახელმძღვანელოა და სითხის შეყვანის ფაქტობრივი მაჩვენებლები ემყარება ბავშვის მდგომარეობასა და ორგანიზმის პასუხს. გარკვეული პაციენტების პოპულაციას, მაგალითად, შესუნთქვით მიღებული დამწვრობის შემთხვევაში, უფრო მეტი სითხე სჭირდება, ვიდრე ვარაუდობენ ამ ფორმულის მიხედვით, 5,7მლ * სხეულის კგ-ზე * სხეულის დამწვარი ზედაპირის პროცენტზე გაანგა-

რიშებით. გადასხმული სითხის მოცულობის ადეკვატურობა აისახება შემდეგში: შარდის გამოყოფა 1 მლ / კგ / სთ-ში ბავშვისთვის, რომელიც იწონის 30 კგ-ზე მეტს ან 1-1,5 მლ / კგ / სთ-ში ბავშვისთვის, რომელიც იწონის 30 კგ-ზე ნაკლებს; სტაბილური სასიცოცხლო ნიშნები; და სიფხიზლე და ნორმალური მენტალური მდგომარეობა. შარდის გამოყოფის შეფასების გასაადვილებლად შარდის ბუშტის კათეტერის ჩასმაა საჭირო. თუ შარდის გამოყოფა არაადეკვატურია, ზემოაღწერილი სქემის მიხედვით და ბავშვი ადეკვატურად ვერ პასუხობს მიღებულ სითხეს, საჭიროა მდგომარეობის სწრაფი კორექცია, თირკმლის მილაკოვანი ობსტრუქციის განვითარება რომ არ მოხდეს.

პირველადი ჩარევის შემდეგ, კაპილარული გამტარიანობა აღდგება. ამ დროს, ბავშვის შარდის გამოყოფა მკვეთრად გაიზრდება, რადგან ინტერსტიციული სითხე ბრუნდება სისხლის მიმოქცევაში. ინტრავენური სითხეების გადასხმა უნდა შემცირდეს და შენარჩუნდეს ისეთი დონე, რომ არ მოხდეს სითხით გადატვირთვა და ფილტვების შეშუპება. გადასასხმელი სითხის რაოდენობა და სახეობა ეფუძნება სისხლის ანალიზით განსაზღვრულ ელექტროლიტების დონეს.

ტკივილის მართვა

ტკივილი, რომელიც თან ახლავს დამწვრობას მწვავეცაა და ქრონიკულიც. ქსოვილების თერმული დესტრუქცია ერთერთი ყველაზე მწვავე და ხანგრძლივი ტკივილის მიზეზია. ტკივილი ამ დროს დაკავშირებულია ისეთ პროცედურებთან როგორიცაა ტანსაცმლის გახდა და შფოთვა; შიშს თავისი წვლილი შეაქვს ტკივილის შეგრძნებაში, ტკივილის მართვა დამწვარი ბავშვებისთვის, მოვლის აუცილებელი ელემენტია. რადგან ეს ხელს უწყობს მათ კომფორტს, ამსუბუქებს სუნთქვას და აქვს დამამშვიდებელი ეფექტი. ბავშვებისთვის, რომელთაც აქვთ მძიმე დამწვრობა, გამოიყენება ინტრავენური ნარკოტიკული საშუალებები, როგორიცაა მორფინი, ინტრამუსკულური ინექციები თავიდან უნდა იქნას აცილებული, რადგან სისხლის ნაკადი ქსოვილებში შემცირებულია და განმეორებითმა ინექციებმა შეიძლება გაზარდოს კუნთების დაზიანება.

მცირე დამწვრობის მქონე ბავშვებისთვის გამოიყენება ორალური ტკივილგამაყუჩებლები, როგორიცაა აცეტამინოფენი კოდეინთან ერთად, ბავშვი ყოველთვის უნდა შეფასდეს ტკივილზე, მისი ასაკისთვის შესაბამისი ინსტრუმენტების გამოყენებით და უნდა დაინიშნოს ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები ყველა მტკივნეული პროცედურის წინ. ბავშვები ასევე კარგად რეაგირებენ ისეთ ინტერვენციებზე, როგორიცაა, რელაქსაციური თერაპია და ჰიპნოზი.

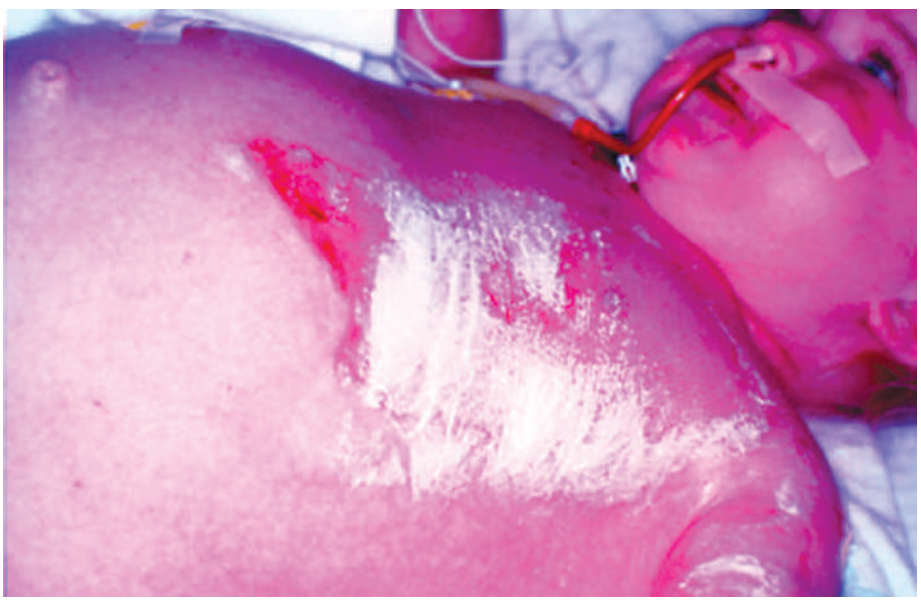
ჭრილობის მოვლა

დამწვრობის მოვლის ზოგადი პრინციპი ჭრილობის დახურვაა, რაც შეიძლება სწრაფად, თვითნებურად ან ოპერაციულად, ან კანის გადანერგვის გზით.

დამწვრობის მკურნალობა განვითარდა იქამდე, რომ მცირე, ღრმა, მეორე ხარისხის დამწვრობის მართვა შესაძლებელია, ისე რომ შედეგი დამაკმაყოფილებელი იყოს კოსმეტიკურად. მკურნალობა, როცა ჭრილობა ღიაა გულისხმობს მის დაფარავს სინთეზური ან ბიოლოგიური საფენებით. თუმცა, დიდი, ღრმა მეორე ან მესამე ხარისხის

დამწვრობის მკურნალობა ძალიან რთულია. ასეთი ჭრილობების გაკვეთა და ქსოვილის გადანერგვა უკავშირდება სისხლის დიდ დანაკარგს და ასეთი პაციენტის მართვა საჭიროებს ექიმებისა და ექთნების გამოცდილ გუნდს.

ჭრილობის საწყისი მკურნალობა იწყება ბავშვის მდგომარეობის დასტაბილურების შემდეგ, აუცილებლად გამოყენებული უნდა იქნას ასეპტიკური ტექნიკა, დამწვარი უბნის გაწმენდისას და სამკურნალო პროცედურის დაწყებამდე. ჭრილობის კარგად გასუფთავება და დამუშავებაა საჭირო. დამუშავების დროს მკვდარი ქსოვილის ამოღება ხდება დამწვრობის ადგილიდან, რაც ასოცირდება ძლიერი ტკივილთან. ამ პროცედურის ჩატარებამდე ჭრილობის გაჟღენთვა ხდება დაახლოებით 10 წუთის განმავლობაში, რათა მოხდეს ქსოვილის დარბილება, შემდეგ ჭრილობის შიდა და გარე კიდეები ირეცხება წრიული მოძრაობით, ნებისმიერი მკვდარი ქსოვილის ამოღება ხდება ნაზად, პინცეტით. როდესაც ჭრილობა და მის გარშემო უბანი გაწმენდილია, გამოიყენება ანტიმიკრობული კრემი, მაგალითად, ვერცხლის სულფადიაზინი (Silvadene), ბაქტერიების პროლიფერაციის შემცირებისა და ინფექციის პრევენციის მიზნით. ამის შემდეგ შესაძლებელია ჩაცმის ზოგიერთი მეთოდის გამოყენება. სურათი 15-8 გვიჩვენებს, რომ ბავშვს უსვია Silvadene დამწვრობის უბანზე.



სურათი 15-8. პაციენტი სილვადენის აპლიკაციით

ჰიდროთერაპია გამოიყენება მკვდარი ქსოვილის დასარბილებლად, რომ შეამსუბუქოს ქირურგიული დამუშავების პროცესი და ჭრილობის სისხლის მიმოქცევა გააუმჯობესოს. პროცესი ძალიან მტკივნეულია ყველა პაციენტისათვის.

პაციენტს ეძლევა ტკივილგამაყუჩებელი ჰიდროთერაპიისა და ჩაცმის პროცედურებამდე, სასურველია აღმზრდელი ბავშვს დაეხმაროს ყურადღების გადატანაში და შეუქმნას კომფორტი. სურათი 15-9 აღწერს ჰიდროთერაპიის პროცედურას.



სურათი 15-9. ჰიდროთერაპიის პროცედურა

მას შემდეგ, რაც ჭრილობა გასუფთავდება და დაიწყება შეხორცება, დროებითი კანის სხვადასხვა ტრანსპლანტატები შეიძლება იქნას გამოყენებული შეხორცების პროცესის გასაადვილებლად, ესენია ჰომოგრაფტები (cadaver skin), ჰეტეროგრაფტები (ღორის კანი) და სინთეზური კანის საფარი.

ჰომოგრაფტები შეიძლება დარჩეს ადგილზე, სანამ დონორი უბნის ქსოვილები გახდება ხელმისაწვდომი.

როგორც წესი, ჰომოგრაფტებს აჩერებენ 14 დღე. ღორის კანს ყოველდღიურად ან ყოველ მომდევნო დღეს ცვლიან. მას ხშირად იყენებენ ბავშვებში ხელების და სახის დაფუფქული დამწვრობის დროს, რადგან ის ბავშვს აძლევს თავისუფალი მოძრაობის საშუალებას და ამცირებს კონტრაქტურების ფორმირების რისკს. კანის დროებითი ტრანსპლანტანტები აჩქარებს ჭრილობის შეხორცებას იმ გარემოს შექმნით, რომელიც ხელს უწყობს ეპითელიუმის ზრდას გრანულაციური ქსოვილის სახით. ადეკვატური გრანულაციური ქსოვილი მანამდე უნდა ჩამოყალიბდეს, სანამ მუდმივი ტრანსპლანტანტი გადაინერგება.



სურათი 15-10. წითელი გარნულაცია

ფართო, ღრმა დამწვრობა სრულად განკურნებისათვის საჭიროებს კანის პერმანენტულ გადანერგვას. პროცესისთვის გამოიყენება აუტოტრანსპლანტანტი. აუტოტრანსპლანტაციისათვის საჭირო კანი აღებულია ბავშვის საკუთარი ჯანმრთელი უბნიდან, მას შემდეგ, რაც ტრანსპლანტანტი მოთავსდება ჭრილობაზე, მიდამო უნდა იყოს იმობილიზებული, რაც ხშირად რთულია ბავშვებში და საჭიროებს არტაშანს ან (casts). არტაშანი გამოიყენება ნაკლებად ხშირად ვიდრე წარსულში, სწორად დადებული არტაშანი კონტრაქტურების რისკს ამცირებს. კანის ტრანსპლანტანტის შეხორცების შემდეგ უნდა დაედოს დამწოლი ნახვევი კონტრაქურების ჩამოყალიბების და უხეში ნაწიბურების თავიდან აცილების მიზნით. ასეთი დამწოლი ნახვევის ეფექტურობის გაზრდის მიზნით იგი ბავშვმა უნდა ატაროს 1 წლის განმავლობაში 24 სთ. ნახვევი შეიძლება იყოს ელასტიკური და უზრუნველყოს ჭრილობის ჰერმენტიზაცია. ასეთი ჰერმენტული ნახვევი შეიძლება ატაროს რამდენიმე თვე, ამიტომ საჭიროა მისი ჩანაცვლება ახლით, ბავშვის ზრდასთან ერთად.

მოძრაობის გაუარესების პრევენცია

ბავშვებს მოძრაობის გაუარესებისა და კონტრაქტურების ჩამოყალიბების მაღალი რისკი აქვთ, რაც გამოწვეულია ხანგრძლივი წოლით საწოლში, დამწვრობის გამო განვითარებული კუნთების ატროფიით, დაჭიმვითა და გამაგრებით. ამიტომ, აუცილებელია, პოზების შერჩევა, ვარჯიში და გარკვეული სტრატეგიების შემუშავება, სახსრის მოძრაობა და კუნთების სიძლიერე რომ შენარჩუნდეს. თუ კი სახსრის ვარჯიში შეუძლებელია, აუცილებელია, მაქსიმალურად გაშლილ მდგომარეობაში შენარჩუნდეს ის, თუ საჭიროა არტაშანის გამოყენებით. განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს ხელები და კისერი, რადგანაც პრონაციის მდგომარეობაში აქვს მიდრეკილება კონტრაქტურებისადმი. ადრეულ ეტაპზე დაწყებულ ვარჯიშს აქვს კარგი ეფექტი და გამოსავალი უმჯობესდება ანალგეტიკების დაწყებასთან ერთად. ვარჯიში უნდა ჩატარდეს დღეში სამჯერ. ჩვილებში და თოდლერებში სავარჯიშოდ შეიძლება გამოყენებული იქნას ასაკის შესაბამისი სათამაშოები, ზოგჯერ საჭიროა კუნთების შედარებით პასიური დატვირთვა. აღმზრდელმა ხელი უნდა შეუწყოს უფროსი ასაკის ბავშვებში აქტიური ვარჯიშის წახალისებას.

ნუტრიციული მხარდაჭერა

სასიცოცხლოდ მნიშნელოვანია დამწვარი ბავშვისთვის ნუტრიციული საჭიროებების აღდგენა. დამწვრობის შემდეგ ცილების კატაბოლიზმი შეიძლება გაძლიერდეს და მეტაბოლური სიჩქარე გაიზარდოს ორჯერ მეტად, აუცილებელია, რომ ბავშვის კალორიული დიეტა გამოითვალოს სხეულის დამწვარი ზედაპირის პროცენტობის ადეკვატურად, მაგალითად, თუ დამწვარი აქვს სხეულის 50%, მოითხოვს 50%-ით მეტ კალორიას, ვიდრე ნორმაში. ბავშვს უნდა შესთავაზონ მრავალფეროვანი საკვები რათა აარჩიოს სასურველი, თუ ის თავს კარგად გრძნობს. ხშირად ისინი უფრო მეტს ჭამენ თუ არიან სხვა ბავშვებთან და ოჯახის წევრებთან ერთად. ზოგჯერ, თუ ბავშვს აქვს ძლიერი დამწვრობა არ შეუძლია თავისი ნუტრიციული საჭიროების მიღება პერორალურად, ამიტომ საჭიროა ენტერალურ კვებაზე გადასვლა. განავლის ცვლილებები (განავლის გაზრდილი გამოყოფა, დიარეა) შეიძლება მიუთითებდეს, რომ ბავშვი ვერ ირგებს საკვებს.

ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა

ბავშვისა და აღმზრდელების შფოთვა შეიძლება გადამეტებული იყოს. ბავშვის დასახმარებლად გამოიყენება თამაშით თერაპია. ეს ხელს უწყობს ბავშვის გადაადგილებას და სხვა ბავშვებთან ერთად თამაშებში აქტიურ მონაწილეობას.

დამწვრობის განყოფილებებში მედდამ უნდა მოიპოვოს ბავშვისა და ოჯახის წევრების ნდობა, უნდა შექმნას ჯანსაღი გარემო სტრესული სიტუაციაში. როდესაც ბავშვი გამოჯანმრთელდება, ექთნები უნდა დაეხმარონ პაციენტს, აღმზრდელებსა და ოჯახის წევრებს განცდილი სტრესის დაძლევაში, რომელიც გადაიტანეს დამწვრობით მიღებული ტრავმის გამო. გამოჯანმრთელების პერიოდში ბავშვს შეიძლება დასჭირდეს სხვადასხვა დამხმარე კონსულტაციები თვითშეფასების გასაზრდელად. თუ კი ბავშვი ვერ გადარჩება, ექთნებმა უნდა გამოხატონ თანაგრძნობა ოჯახის წევრების მიმართ. მრავალმა კვლევამ დაადგინა, რომ გამოჯანმრთელების პროცესში დიდი მნიშვნელობა აქვს სკოლას, მასწავლებლებისა და სოციალური მუშაკების მხარდაჭერას. ადრეულ დაბრუნებას სკოლაში ან / და ყოველდღიურ საქმიანობაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დამწვარი ბავშვების სრული გამოჯანმრთელებისათვის.

ოჯახის განათლება

სახლში მოვლის საჭიროებები აუცილებლად უნდა მოგვარდეს ბავშვის სახლში გაწერამდე, ოჯახის წევრებს გაწერისას უნდა მიეცეთ რეკომენდაციები კვებასთან, ჩაცმასთან, კანის მოვლასთან, სახვევის შეცვლასთან და ვარჯიშთან დაკავშირებით.

არსებობს სპეციალური სახელმძღვანელოები, რომელიც ეხმარება ოჯახის წევრებს. ამ წიგნების შერჩევისას გათვალისწინებული უნდა იქნას ეთნიკური კუთვნილება, ენობრივი ბარიერი და ა.შ. ეს ყველაფერი აუცილებელია რომ სწორად გაგრძელდეს სახლში მოვლა. უნდა გვახსოვდეს, რომ ყოველდღიური რუტინა მტკივნეულია ბავშვისთვის, აღმზრდელი კი რომელიც განიცდის ბავშვის მდგომარეობას შეიძლება ვერ ახორციელებდეს მტკივნეულ პროცედურებს, და სჭირდებოდეს დახმარება. ჭრილობა არ შეხორცდება თუ სწორად არ იქნება წარმართული მოვლა. სახლში მოვლა ასევე გულისხმობს ბავშვის დამოუკიდებლობის ხელშეწყობას, რამდენადაც ეს შესაძლებელია და მის დროულ დაბრუნებას საზოგადოებაში.

საკვანძო საკითხები

- ახალშობილების სხეულის წყლის 40% ლოკალიზებულია ექსტრაცელულურ
- სივრცეში. ექსტრაცელულური სივრცე არის პირველი, საიდანაც იკარგება სითხე ავადობის დროს, სწორედ ეს განაპირობებს იმ ფაქტს რომ ახალშობილებს აქვთ დეჰიდრატაციის მაღალი რისკი. სხეულის სითხეები მოძრაობს გადასკვეთი მემბრანის ტიპის, კაპილარული განვლადობის ცვლილების, სითხის სახეობის და რაოდენობის მიხედვით;
- რესპირატორული სისტემა მეტაბოლური დარღვევებით გამოწვეულ სისხლის pH-ის ცვლილებას აკომპენსირებს ნახშირბადის დიოქსიდის შეკავებით ან გამოთავისუფლებით;

- თირკმელი აკომპენსირებს რესპირატორული პრობლემებით ან მეტაბოლური მჟავების შენებით გამოწვეულ სისხლის pH-ის ცვლილებას, წყალბადის იონის და ბიკარბონატის დონის კონტროლით სისხლში;
- თირკმლის კომპენსატორული მექანიზმები უფრო ნელია ვიდრე რესპირატორული;
- შარდის გამოყოფა უნდა შენარჩუნდეს 1-2 მლ/კგ სთ-ში;
- საექთნო მოვლა მწვავე გასტროენტერიტის მქონე ბავშვებში მოიცავს სითხისა და ელექტროლიტების დონის შეფასებას, ორალური სარეჰიდრატაციო ხსნარების ან ი.ვ ხსნარების შეყვანას, სათანადო კვების რეჟიმის დაცვასა და პერინეალური მიდამოს კანის მოვლას;
- დამწვრობა ცვლის კაპილარული მემბრანის მთლიანობას, შედეგად ხდება სითხისა და სისხლის ცილების მარტივად გადაადგილება ინტერსტიციულ სივრცეში;
- მძიმე დამწვრობის შემდეგ სითხე ინტრავასკულური სივრციდან დაუყოვნებლივ გადანაცვლდება ინტერსტიციულში, კაპილარული განვლადობის მომატების გამო და შეუძლია გამოიწვიოს ჰიპოვოლემიური შოკი თუკი სწრაფი ჩარევა, კორექცია არ მოხდება;
- ტკივილის მართვა უნდა იყოს ინტეგრირებული ტკივილის ხარისხის შეფასებასთან, რომელიც ხორციელდება ასაკის შესაბამისი შკალის გამოყენებით. ბავშვებმა არ უნდა განიცადონ მწვავე ტკივილი ძლიერი დამწვრობის შემდეგ. მედიკამენტებით მკურნალობა დამოკიდებულია ბავშვის საჭიროებებზე და არა მედ. პერსონალის კომფორტის დონეზე;
- ოჯახის ჩართულობა არის ძალიან მნიშვნელოვანი, დამწვრობის შემდეგ, ბავშვის, საკუთარი სხეულის მიმართ, თვითშეფასების ამაღლებაში.

აქტივობის შემოწმება, გადახედვა

1. განსხვავება დიფუზიის, ფილტრაციის და ოსმოსის ცნებებს შორის;
2. როგორია შრატში ნატრიუმის, კალიუმის და ქლორის ნორმალური კონცენტრაცია?
3. აღწერეთ რა ხდება ორგანიზმში ნატრიუმის ან კალიუმის მომატებული და შემცირებული დონის დროს?
4. აღწერეთ ორგანიზმზე ანტიდიურეზული ჰორმონისა და ალდოსტერონის ეფექტი. რა მდგომარეობების დროს გამოათავისუფლებს ორგანიზმი ამ ჰორმონებს?
5. აღწერეთ როგორ აკომპენსირებს ორგანიზმი მეტაბოლურ აციდოზს;
6. რა ნიშნები და სიმპტომები იქნება გამოხატული თუ კი ბავშვს აქვს რესპირატორული აციდოზი? რა მდგომარეობებს შეუძლია რესპირატორული აციდოზის გამოწვევა?

7. რომელ კლინიკურ სიტუაციებს შეუძლია მეტაბოლური ალკალოზის განვითარება?
8. როგორ აკომპენსირებს ორგანიზმი მჟავა-ტუტოვან ბალანსს?
9. განმარტეთ მკურნალობა და საექთნო მოვლა დეჰიდრატაციის მქონე ბავშვის შემთხვევაში;
10. რას გულისხმობს თქვენს მიერ მომვლელის განათლების დონის ამაღლება, იმ ბავშვის მოვლის შესახებ, რომელსაც ჰქონდა დეჰიდრატაცია?
11. განიხილეთ ბავშვის მკურნალობა, რომელსაც ჰქონდა მწვავე გასტროენტერიტი, დიარეა, ღებინება და მსუბუქი დეჰიდრატაცია;
12. რა არის საექთნო მოვლის მთავარი პრინციპი კანის მთლიანობის შესანარჩუნებლად, შეშუპების მქონე ბავშვში?
13. აღწერეთ მკურნალობის და საექთნო მოვლის მეთოდები ბავშვის დამწვრობიდან პირველ 24 სთ-ში;
14. განმარტეთ როგორ განსაზღვრავთ ადეკვატურია თუ არა ბავშვისთვის ი.ვ გადასხმული სითხის რაოდენობა?
15. რა არის ტკივილგამაყუჩებლის შეყვანის ოპტიმალური გზა დამწვრობის დროს? განმარტეთ პასუხი;
16. რა საექთნო ჩვევებს გულისხმობს დამწვარი ბავშვისათვის ტანსაცმლის გამოცვლა? რა რჩევებს მისცემდით აღმზრდელებს? როგორ შეუწყობდით ხელს მათ ჩართულობას?
17. განასხვავეთ კანის ტრანსპლანტანტის ტიპები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Albano, F., Bruzzesse, E., Bella, A., Cascio, A., Titone, L., Arista, S., et al. (2007). Rotavirus and not age determines gastroenteritis severity in children: A hospital-based study. European Journal of Pediatrics, 166, 241–247.
- Ballestero, Y., Hernandez, M. I., Rojo, P., Manzanares, J., Nebreda, V., Carbajosa, H., Infante, E., & Baro, M. (2006). Hyponatremic dehydration as a presentation of cystic fibrosis. Pediatric Emergency Care, 22(11), 725–727.
- Besner, G. E., & Otabor, I. A. (2009). Burns: Surgical perspective. Retrieved April 30, 2009, from
- http://emedicine.medscape.com/article/934173-overview.
- Bonheur, J. L., Arya, M., Frye, R. E., & Tamer, M. A. (2009). Gastroenteritis, bacterial: Treatment & medication. Retrieved April 29, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/176400-treatment.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Information for healthcare providers: Guidelines of the management of acute diarrhea. Retrieved March 1, 2009, from http://www.bt.cdc.gov/disasters/hurricanes/pdf/dguidelines.pdf.
- Chatterjee, A., O'Keefe, C., & Varman, M. (2009). Salmonella infection. Emedicine. Retrieved April 28, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/968672-overview.
- Crellin, D. (2008). Fluid management for children presenting to the emergency department: Guidelines for clinical practice. Australasian Emergency Nursing Journal, 11, 5–12.
- D'Anci, K. E., Constant, F., & Rosenberg, I. H. (2006). Hydration and cognitive function in children. Nutrition Reviews, 64(10), 457–464.
- de Caen, A. (2007). Venous access in the critically ill child when the peripHeral intravenous fails! Pediatric Emergency Care, 23(6), 422–427.
- Diehl-Oplinger, L., & Kaminski, M. F. (2004). Choosing the right fluid to counter hypovolemic shock. Nursing 2004, 34(3), 52–54.
- Freedman, S. B., Adler, M., Seshadri, R., & Powell, E. C. (2006). Oral ondansetron for gastroenteritis in a pediatric emergency department. New England Journal of Medicine, 354, 1698–1705.
- Gharahbaghian, L., Lotfipour, S., McCoy, C. E., Hoonpongsimanont, W., & Langdorf, M. (2008). Central diabetes insipidus misdiagnosed as acute gastroenteritis in a pediatric patient. Canadian Journal of Emergency Medical Care, 10(5), 488–492.
- Gore, D. C., Hawkins, H. K., Chinkes, D. L., Chung, D. H., Sanford, A. P., Herndon, D. N., et al. (2007). Assessment of adverse events in the demise of pediatric burn patients. Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care, 63(4), 814–818.
- Hansen, S. L. (2008). From cholera to "fluid creep": A historical review of fluid resuscitation of the burn trauma patient. Journal of Burn Care & Research, 23(4), 258–265.
- Hoffman, H. G., Patterson, D. R., Seibel, E., Soltani, M., Jewett-Leahy, L., & Sharar, S.

R. (2008). Virtual reality pain control during burn wound debridement in the hydrotank. Clinical Journal of Pain, 24(4), 299–304.

- Hökelek, M., & Nissen, M. D. (2008). Giardiasis. Retrieved April 28, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/998168-overview.
- Holliday, M. A., Ray, P. E., & Friedman, A. L. (2007). Fluid therapy for children: Facts, fashion, and questions. Archives of Disease in Childhood, 92, 546–550.
- Horton, M. A., & Beamer, C. (2008). Powered intraosseous insertion provides safe and effective vascular access for pediatric emergency patients. Pediatric Emergency Care, 24(6), 347–350.
- Huang, L. H., Anchala, K. R., Ellsbury, D. L., & George, C. S. (2008). Dehydration. Emedicine Retrieved April 27, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/906999-print.
- Koslap-Petraco, M. B. (2006). Homecare issues in rotavirus gastroenteritis. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 18, 422–428.
- Lowell, G., Quinlan, K., & Gottlieb, L. J. (2008). Preventing unintentional scald burns: Moving beyond tap water. Pediatrics, 122(4), 799–804.
- Lucile Packard Children's Hospital at Stanford. (2008). Fire Safety and Burns—Injury Statistics and Incidence Rates. Retrieved December 20, 2008, from http://www.lpch.org/DiseaseHealthInfo/HealthLibrary/safety/firestat.html.
- Lynch, F. (2009). Arterial blood gas analysis: Implications for nursing practice. Pediatric Nursing, 21(1), 41–44.
- Mast, T. C., DeMuro-Mercon, C., Kelly, C. M., Floyd, L. E., & Walter, E. B. (2009). The impact of rotavirus gastroenteritis on the family. BMC Pediatrics, 9(11), 1–9.
- Ojo, P., Palmer, J., Garvey, R., Atweh, N., & Fidler, P. (2007). Pattern of burns in child abuse. American Surgeon, 73(3), 253–255.
- Oliver, R. I., Spain, D., & Stadelmann, W. (2006). Burns, resuscitation and early management. Retrieved April 30, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/1277360-overview.
- Palmieri, T. L., Alderson, T. S., Ison, D., O'Mara, M. S., Sharma, R., Bubba, A., Coombs, E., & Greenhalgh D. G. (2008). Pediatric soup scald burn injury: Etiology and prevention. Journal of Burn Care & Research, 29(1), 114–118.
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. K. M. F., Rivara, F., & Bartolomeos, K. (2008). World report on child injury prevention. Retrieved January 3, 2009, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf.
- Petersen-Smith, A. M., & McKenzie, S. B. (2009). Gastrointestinal disorders. In C. E. Burns, A. M. Dunn, M. A. Brady, N. B. Starr & C. G. Blosser (Eds.), Pediatric primary care (4th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Prescilla, R. P. (2009a). Gastroenteritis. Retrieved April 28, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/964131-overview.

- Prescilla, R. P. (2009b). Gastroenteritis: Differential diagnoses & workup. Retrieved April 28, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/964131-diagnosis.
- Rimmer, R. B., Weigand, S., Foster, K. N., Wadsworth, M. M., Jocober, K., Matthews, M. R., Drachman, D., & Caruso, D. M. (2008). Scald burns in young children—A review of Arizona Burn Center pediatric patients and a proposal for prevention in the Hispanic community. Journal of Burn Care & Research, 29(4), 595–605.
- Roberts, K. E. (2005). Pediatric fluid and electrolyte balance: Critical care case studies. Critical Care Nursing Clinics of North America, 17, 361–373.
- Ruszczak, Z., Schwartz, R. A., Joss-Wichman, E., & Wichman, R. (2009). Surgical dressing. Retrieved May 1, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/1127868-overview.
- Sabol, V. K., & Carlson, K. K. (2007). Diarrhea: Applying research to bedside practice. AACN Advanced Critical Care, 18(1), 32–44.
- Schulman, C. I., & King, D. R. (2008). Pediatric fluid resuscitation after thermal injury. Journal of Craniofacial Surgery, 19(4), 910–912.
- Schweer, L. (2008). Pediatric trauma resuscitation: Initial fluid management. Journal of Infusion Nursing, 32(2), 104–111.
- Sheridan, R. L. (2008). Burns, rehabilitation and reconstruction. Retrieved May 1, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/1277235-overview.
- Sidor, M., Benson, B. E., Schwartz, R. A., Desposito, F., & Lucchesi, M. (2006). Burns, thermal. Retrieved April 30, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/926015-overview.
- Silva, A. M., Heymsfield, S. B., Gallagher, D., Albu, J., Pi-Sunyer, X. F., Pierson, R. N., Wang, J., Heshka, S., Sardinha, L. B., & Wang, Z. (2008). Evaluation of between-methods agreement of extracellular water measurements in adults and children. American Journal of Clinical Nutrition, 88, 315–323.
- Steiner, M. J., Nager, A. L., & Wang, V. J. (2007). Urine specific gravity and other urinary indices. Inaccurate tests for dehydration. Pediatric Emergency Care, 23(5), 298–303.
- Sureshbabu, J., Venugopalan, P., Abuhammour, W., & Burny, I. (2008). Shigella infection. Retrieved April 28, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/968773-overview.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO). (2004). Clinical management of diarrhea. WHO/UNICEF Joint Statement. Retrieved January 1, 2009, from http://www.afro.who.int/cah/documents/intervention/acute_diarrhoea_joint_statement.pdf.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO). (2006). Oral Rehydration Salts. Production of the new ORS. Retrieved January 1, 2009, from http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_FCH_CAH_06.1.pdf.

- Wells, J. C. K., Fewtrell, M. S., Davies, D. S. W., Williams, J. E., & Cole, T. J. (2005). Prediction of total body water in infants and children. Archives of Disease in Childhood, 90(9), 965–971.
- World Health Organization. (2006). Improved formula for oral rehydration salts to save children's lives. Retrieved January 1, 2009, from http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr14/en/index.html.
- Zengerle-Levy, K. (2006). The inextricable link in caring for families of critically burned children. Qualitative Health Research, 16(1), 5–26.

თავი 16

შარდ-სასქესო ორგანოების ცვლილებები

ამ თავში განხილულია:

1. ბავშვთა საშარდე გზების ანატომია და ფიზიოლოგია;
2. ბავშვებში საშარდე გზების ინფექციების ეტიოლოგია, კლინიკური გამოვლინება, მკურნალობა და საექთნო მართვა;
3. ენურეზის გამომწვევების ახსნა და განსხვავება შეუკავებლობისგან;
4. შარდ-სასქესო გზების ხშირი ცვლილებების ეტიოლოგია, მკურნალობა, საექთნო დახმარება და მართვა;
5. ხშირი საშარდე გზებისა და გარე სასქესო ორგანოების თანდაყოლილი მალფორმაციების ეტიოლოგია, კლინიკური გამოვლინება, მკურნალობა და საექთნო მართვა;
6. შარდ-სასქესო ცვლილებებისას ოჯახებისა და ბავშვების ინფორმირების მნიშვნელობა.

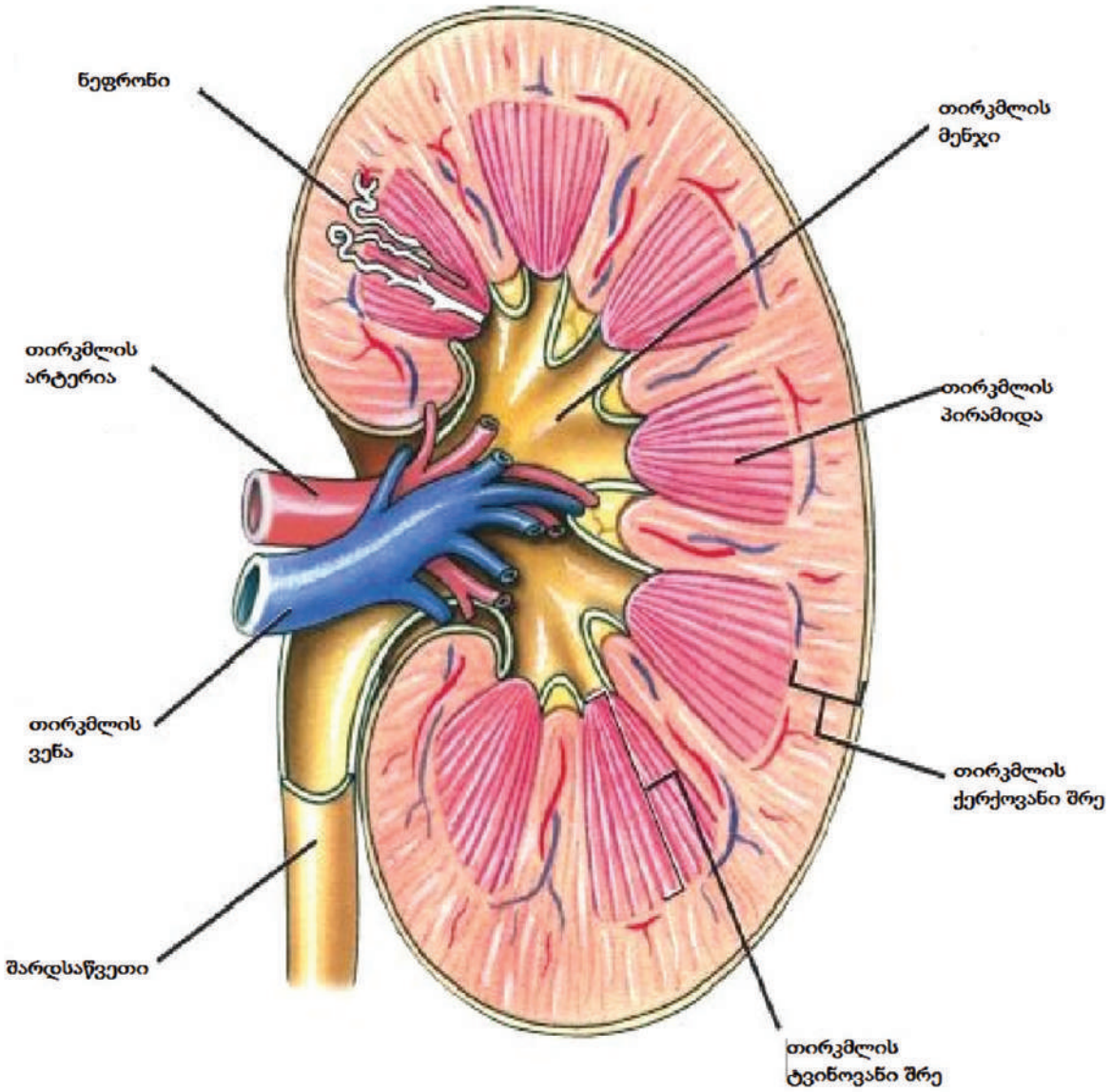
შარდ-სასქესო სისტემა პასუხისმგებელია ორგანიზმის ჰომეოსტაზსა (წყალი და ელექტროლიტები) და ნარჩენი პროდუქტების ექსკრეციაზე. ჰომეოსტაზი სხეულისთვის მნიშვნელოვანია იმისთვის, რომ შექმნას ოპტიმალური გარემო ორგანიზმში მიმდინარე პროცესებისთვის. მამრობით პაციენტებში საშარდე სისტემას რეპროდუქციული ფუნქციაც აქვს და, აქედან გამომდინარე, ბავშვის განვითარებისას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ტუალეტის უნარ-ჩვევების შესწავლის ფაზას. სწორედ, ამ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ფუნქციების გამო, ნებისმიერმა ცვლილებამ თირკმელსა და სხვა საშარდე სისტემის ორგანოებში, შეიძლება საფრთხე შეუქმნას ბავშვის ჯანმრთელობას. ეს ცვლილებები მოიცავს, ინფექციებს, სტრუქტურულ ანომალიებსა და სხვა დაავადებებს.

შარდ-სასქესო სისტემასთან დაკავშირებული პრობლემები შეიძლება მერყეობდეს მარტივიდან, როგორიცაა საშარდე ტრაქტის ინფექციები და ენურეზი, უფრო კომპლექსურისკენ, მაგალითად, თირკმლის უკმარისობა და შარდის ბუშტის ექსტროფია. ამ თავში იქნება განხილული იქნება საშარდე ტრაქტის ინფექციები, ენურეზი, სტრუქტურული დეფექტები (ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსი, ჰიპოსპადია, კრიპტორქიზმი, საზარდულის თიაქარი, ჰიდროცელე), გლომერულური დაავადებები (მწავავე გლომელურონეფრიტი, ნეფროზული სინდრომი, ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი) და თირკმლის უკმარისობა.

ანატომია და ფიზიოლოგია

შარდ-სასქესო სისტემა შედგება თირკმელებისგან, შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტისა და შარდსადენისგან (სურათი 16-1). თირკმელები მდებარეობს მუცლის ღრუს წინა კედელზე, ნაწლავების უკან. ახალშობილთა თირკმელის მედულა და ნეფრონები ფუნქციონირებას იწყებს დაბადებისას; თუმცაღა, პერიფერიული ტუბულები პატარა და მოუმწიფებელია. ისინი ნელ-ნელა ყალიბდება, მოზარდობისას თირკმელები უკვე ზრდასრული ზომისა და წონისაა. მცირეწლოვან ბავშვებში მდებარეობს მუცლის ღრუს წინა კედელთან ახლოს, ზრდასთან ერთად ჩამოდის მენჯის ღრუში. ამ მიზეზის გამო ახალშობილებსა და მცირეწლოვან ბავშვებში უფრო მარტივია სავსე შარდის ბუშტის პალპაცია.

ანატომიურად, თირკმელი წყვილი სიმეტრიული ორგანოა, რომელიც მდებარეობს მუცლის ღრუს პოსტერიორ კედელზე წელის ხერხემლის მალების მიმდებარედ. მარჯვენა თირკმელი დაბლა მდებარეობს მარცხენასთან შედარებით. თირკმლები ნაწილობრივ დაცულია ნეკნებისა და ასევე მყარი გარეთა კაპსულით, რომელიც ჩაშენებულია ცხიმოვან ქსოვილში და გამყარებულია თირკმლის ფასციით. თირკმელი წარმოქმნის შარდს, რომელიც შემდგომ შარდსაწვეტების დახმარებით გადადის შარდისბუშტში, სადაც ინახება სანამ შარდსადენის საშუალებით არ გამოიყოფა გარეთ. თირკმლის წონა უფრო ნაკლებია ბავშვებში ვიდრე მოზრდილებში. თუმცაღა, ახალშობილებსა და მცირეწლოვან ბავშვებში თირკმელი მთლიანი წონის დიდ ნაწილს მოიცავს. თირკმლები ბავშვებში ნაკლებად დაცულია მოზრდილთან შედარებით, რადგან ნეკნები ჯერ კიდევ არაა გაძვალებული, ნაკლები ცხიმოვანი ქსოვილი აქვთ და თირკმელიც პროპორციულად უფრო დიდია მუცლის ღრუს ზომასთან შედარებით. ამიტომ, ისინი უფრო მარტივად ზიანდებიან მუცელზე ძლიერი ზეწოლის შედეგად.



სურათი 16-1. თირკმლის ანატომია

იმისთვის, რომ ჰომეოსტაზი აკონტროლოს, თირკმელს აქვს როგორც ექსკრეტორული ასევე ინკრეტორული ფუნქციები. ექსკრეტორული ფუნქცია მოიცავს თირკმლების უნარს, გაასუფთაოს სხეული ისეთი ნარჩენებისგან როგორიცაა, შარდოვანა, კრეატინინი, შარდმჟავა, ფოსფატები, სულფატები, ნიტრატები და ფენოლები, ასევე ზედმეტი სითხისგან და ელექტროლიტებისგან. სწორედ ეს სრულყოფილი რეგულაციაა, რომელიც ინარჩუნებს უჯრედგარე და უჯრეთშიგნით სითხის მოცულობასა და ოსმოლარობას. თირკმელები ასევე მონაწილეობას იღებს ზოგიერთი წამლისა და ჰორმონების ექსკრეციაში. არაექსკრეტორული ფუნქციები მოიცავს, რენინის, ერითროპოეტინის, ნახშირწყლების მეტაბოლიზმისა და ვიტამინ D-ს რეგულაციას. ნაყოფის თირკმელი ჩამოყალიბებას იწყებს მანამ, სანამ ბევრი ქალი მიხვდება რომ ორსულადაა. გესტაციის მეჩვიდმეტე კვირისთვის, ნეფროგენეზი, ანუ თირკმელების ჩამოყალიბება და ზრდა, იწყება და გრძელდება ოცდამეთორმეტე-ოცდამეთექვსმეტე კვირამდე. შარდის გამოყოფა იწყება მესამე თვეს, შემგროვები მილაკები და თირკმლის პირამიდები მეხუთე თვისთვის ყალიბდება.

თირკმელი დაბადებისას ასრულებს პლაცენტის როლს და ამ ცვლილების პასუხზე ზეგავლენას ახდენს დაბადებისას ბავშვის გესტაციის ასაკი. თირკმლის სისხლის მიმოქცევა მკვეთრად იზრდება დაბადებისას, შარდის წარმოქმნა კარგადაა ჩამოყალიბებული. ახალდაბადებულების 99% პირველ 48 საათში შარდავს. სერუმში კრეატინინის დონე, რომელიც დაბადებისას დედის ორგანიზმის ზეწოლითაა განპირობებული, დაბადებიდან პირველ კვირაში მცირდება 50%-ით. გლომერულის მიერ გაფილტრული სითხის რაოდენობა (გლომერულის ფილტრაციის სიხშირე) (GFR) დაბადებისას უფრო მცირეა ვიდრე მოზრდილებში. GFR მოზრდილის დონეს აღწევს 2 წლისთვის. ახალშობილში შარდის კონცენტრაციის უნარი კარგად არ არის ჩამოყალიბებული, ეს უნარი კიდევ უფრო შეზღუდულია დღენაკლულ ჩვილებში (სპეციფიური სიმძიმე: 1.001-დან 1.015-მდე). ახალშობილთა გამომყოფი ერთეულები ჩამოუყალიბებელია და იწვევს ამინო მჟავებისა და ნახშირწყლების რეაბსორბციის შეფერხებას, რის შედეგადაც ახალშობილი მსუბუქ აციდოზშია (პლაზმის pH 7.11-დან 7.36-მდე).

საშარდე ტრაქტის ინფექცია

საშარდე ტრაქტის ინფექცია (UTI) ერთი ან მეტი სტრუქტურის ინფექციაა. შეიძლება კლასიფიცირდეს როგორც ქვედა საშარდე გზის (ცისტიტი, ურეთრიტი) ან ზედა საშარდე გზის (პიელონეფრიტი). ყველაზე ხშირი ადგილი ინფექციისთვის არის შარდის ბუშტი (ცისტიტი), შარდსაწვეთის ინფექციას ჰქვია ურეთრიტი და თირკმლის პიელონეფრიტი. პიელონეფრიტი არის უფრო მძიმედ მიმდინარე და ხასიათდება სიმპტომების გამწვავებით. სწორი მკურნალობისთვის მნიშვნელოვანია ინფექციის ადგილის დადგენა.

სიხშირე და ეტიოლოგია

შარდ-სასქესო სისტემის ყველაზე ხშირი დაავადება საშარდე გზების ინფექციები. საშარდე ტრაქტის ინფექციის სიხშირე ახალშობილებში დაახლოებით 40 შემთხვევაა 1,000-ზე, სამ თვემდე ვლინდება თანაბრად მდედრობითსა და მამრობით სქესში. სამი თვის შემდგომ საშარდე ტრაქტის ინფექციების რისკი ოთხჯერ უფრო დიდია მდერდრობით სქესში. ეს ცვლილება გამოწვეულია ბაქტერიული საშარდე ტრაქტის ინფექციების გაზრდით. ვაჟები, რომელთაც არ აქვთ გაკეთებული წინდაცვეთა, უფრო ხშირად აქვთ საშარდე ტრაქტის ინფექციები, ვიდრე მათ ვისაც აქვთ წინდაცვეთა გაკეთებული. საშარდე გზების ინფექციების მაღალი მაჩვენებელი გვხვდება სამ თვემდე ბიჭებში, რომელთაც არ აქვთ ჩატარებული წინდაცვეთა და გოგონებში ერთ წლამდე.

საშარდე ტრაქტის ყველაზე ხშირი გამომწვევი ბაქტერიაა Escherichia coli, სავარაუდოდ კუჭნაწლავის ტრაქტსა და პერიანალურ კანზე არსებობის გამო. ნაკლებად ხშირად გავრცელებული კოლონიზაციებია Klebsiella pneumonia, Enterobacter, Proteus-ის სახეობები და Pseudomonas. ბოლო ოთხი გამომწვევი ჩვეულებრივ ასოცირდება საშარდე გზების უფრო გართულებულ ინფექციასთან და ხშირად გვხვდება ბავშვებში ქრონიკული დაავადებებით, რომელიც ზეგავლენას ახდენენ საშარდე გზებზე, როგორიცაა ნეუროგენული შარდის ბუშტი სპინა ბიფიდიან პაციენტებში. ვირუსები და სოკოები, კერძოდ Candida-ს სახეობები, ასევე იწვევს საშარდე გზების ინფექციებს.

პათოფიზიოლოგია

ჩვილში ბაქტერია ხშირად სისხლიდან ხვდება საშარდე ტრაქტში და იწვევს ინფექციას. ჩვილობის შემდგომ ინფექცია ვლინდება მას მერე, რაც ბაქტერია მოხვდება საშარდე ტრაქტში აღმავალი გზით, შარდსადენით. განსაკუთრებით მდედრობითი სქესია მაღალი რისკის ქვეშ, რადგან საშარდე ტრაქტი ქვემოთ მდებარეობს და შარდსადენი მილი მოკლეა. მამაკაცებში საშარდე ტრაქტის ინფექციები ნაკლებად საეჭვოა, რადგან მათ უფრო გრძელი საშარდე მილი აქვთ და აქვე გამოედინება პროსტატის სეკრეტი რომელსაც ანტიბაქტერიული ფუნქციაც აქვს. როდესაც საშარდე ტრაქტის ინფექციის დიაგნოზი დაისმევა მამრობით სქესში, აუცილებელია სტრუქტურული დეფექტების შემოწმება. საშარდე გზის ინფექციის პათოგენეზში, ასევე დიდი როლი აქვს სტრუქტურულ ანომალიებს, როგორიცაა ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსი და ნეიროგენული შარდის ბუშტი, რომელიც ხშირია ზურგის ტვინის თიაქარის დროს ბავშვებში, სხვა ფაქტორები რომელიც ბავშვებს ხდის მიდრეკილს ინფექციისადმი არის შარდის სტაზის, საშარდე ტრაქტის თანდაყოლილი ანომალიები, საშარდე ტრაქტის ობსტრუქცია და საშარდე კათეტერები. შარდის სტაზი ზრდის საშარდე ტრაქტის ინფექციების რისკს. ჩვეულებრივ, შარდის ბუშტის დაცლისას ხშირად ყველა ორგანიზმი ირეცხება. სტაზი შეიძლება იყოს გამოწვეული რეფლუქსის, შარდვის მექანიზმის დარღვევისა და იშვიათი შარდვისას.

კლინიკური გამოვლინება

საშარდე სისტემის ინფექციის მიმდინარე ნიშნები და სიმპტომები ხშირად ბუნდოვანია, განსაკუთრებით მცირეწლოვან ბავშვებში. სიმპტომები მოზრდილ ბავშვებში მოიცავს ცუდი სუნის მქონე შარდს, დიზურიას (გაძნელებული ან მტკივნეული შარდვა), გახშირებულ შარდვას, ცხელებას, პირღებინებას, დიარეას, გაღიზიანებას, ცუდად კვებას ან მადის დაკარგვას. ცხრილში 16-1 ჩამოთვლილია საშარდე გზის ინფექციების კლინიკური გამოვლინებები სხვადასხვა ასაკის ბავშვებში. ცისტიტი პიელონეფრიტისგან განსხვავდება, ცხელებით რომელიც აღემატება 38.3 °C-ს, შემცივნებითა და წელის ტკივილით. ბავშვები პიელონეფრიტით უფრო ცუდად გრძნობენ თავს.

ცხრილი 16-1. საშარდე ტრაქტის ინფექციების კლინიკური გამოვლინებები

ჩვილები	სკოლამდელი ასაკის ბავშვი	სასკოლო ასაკის მოზრდილი
ცუდი სუნის მქონე შარდი; უგუნებობა; გაღიზიანებადობა ან კოლიკა; ცხელება;	ცუდი სუნის მქონე შარდი; უგუნებობა; ჰემატურია; ცხელება;	ცუდი სუნის მქონე შარდი; უგუნებობა; ჰემატურია; ცხელება და შემცივნება; პირღებინება და დიარეა; დიზურია; გახშირებული შარდვა;

პირღებინება და დიარეა; ახალშობილებში სიყვითლე; ცუდად კვება; წონის ცუდი მატება.	პირღებინება და დიარეა; დიზურია; გახშირებული შარდვა; მუცლის ტკივილი; ფერდის ტკივილი; კოსტოვერტებრალური კუთხის გაზრდილი მგრძნობელობა.	მუცლის ტკივილი; ფერდის ტკივილი; ცოსტოვერტებრალური კუთხის გაზრდილი მგრძნობელობა; შარდვისთვის თავის არიდება.

დიაგნოზი

შარდის საერთო ანალიზი (შსა.) და შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევაა საჭიროა საშარდე გზების ინფექციის დიაგნოსტიკისთვის. საშუალებები, რომლითაც მიიღება შარდის ნიმუში, დიდ გავლენას ახდენს შედეგების ინტერპრეტაციაზე. შარდის ნიმუშების მოპოვება შეგროვებადი ტომრების მეშვეობით ტუალეტის ჩვევების არ მქონე ბავშვებში ფართოდ გამოიყენება საშარდე გზების ინფექციების პირველადი შეფასებისთვის. ამერიკის პედიატრიის აკადემიამ, საშარდე გზების ინფექციების ფებრილურ ჩვილებში და მცირეწლოვანი ბავშვებში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის პარამეტრებში, რეკომენდაცია გასცა, რომ შეგროვებადი ტომრების შესაძლო დაბინძურებისა და განმეორებითი შარდის ანალიზის ჩატარების საჭიროების გამო, უმჯობესია გამოიყენონ ულტრასონოგრაფია და ქვედა საშარდე ტრაქტის კვლევა თუ ეჭვი გვაქვს საშარდე გზების ინფექციაზე. თუმცაღა, ბევრი პრაქტიკოსი ექიმი მაინც ირჩევს შარდის შეგროვების მეთოდს, რადგან ყველაზე ნაკლებად ტრავმულია. მიუხედავად იმისა, რომ ეს პარამეტრი რამდენიმე წლისაა, მაინც გამოიყენება. შაჰმა, მანდლიკმა, კუმარმა, ანდაიამ და პატამასუკონმა ჩაატარეს კვლევა, რომ ამერიკის პედიატრთა აკადემიის ამ პარამეტრის შესაბამისობა განესაზღვრათ. მათ გამოიკვლიეს, რომ შარდის შეგროვებასთან 70% იყო შესაბამისობა, ხოლო 97% – შარდის საერთო ანალიზთან, მაგრამ შემდგომი შედეგით მხოლოდ 61% შეესაბამებოდა. ნებისმიერ შემთხვევაში, განმერებითი ინფექციის არსებობისას, აუცილებელია, რომ ჩავატაროთ ან სტერილური კათეტერიზაცია ან შარდის სუპრაპუბური ასპირაცია ინფექციის სტატუსის შესაფასებლად. უფრო მეტი კვლევების ჩატარებაა საჭირო, იმისთვის რომ განისაზღვროს დიაგნოსტიკისა და სკირინინგის არაინვაზიური მეთოდი.

ბაქტერიების რაოდენობაზე გავლენის თავიდან ასაცილებლად და ზუსტი დიაგნოზის დასადგენად, სათანადო შარდის ნიმუშის მიღება, ჩვეულებრივ, 5-10 სმ³ (შეიძლება განსხვავდებოდეს დაწესებულებებში), უნდა მოხდეს ანიტიმიკრობული თერაპიის დაწყებამდე. ბაქტერიებისა (ბაქტერურია) და სისხლის თეთრი უჯრედების (პიურია) არსებობა შარდში ადასტურებს საშარდე გზების ინფექციის დიაგნოზს. ლაბორატორიულად დადებითი კულტურის პასუხი მიგვითითებს საშარდე გზების პათოგენის არსებობას 100,000-ზე მეტი კოლონიის ფორმირების ერთეული/მლ-ში. თუ პიელონეფრიტზე გვაქვს ეჭვი, შეიძლება საჭირო გახდეს შრატის ნიმუშის აღება. პიელონეფრიტიან ბავშ-

ვებს მომატებული აქვთ სისხლის თეთრი უჯრედები, ერითროციტების დალექვის სიჩქარე და c-რეაქტიული ცილა.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელმა შეიძლება რეკომენდაცია გაუწიოს თირკმლის დიმერკაპტოსუქცინიქ მჟავით ან გლუკოჰეპტონით სკანირებას, ანატომიური დეფექტების დადგენის მიზნით, რომელიც შეიძლება იყოს საშარდე ტრაქტის ინფექციების გამომწვევი. ეს კვლევა განსაზღვრავს როგორც პიელონეფრიტს ასევე თირკმელში ნაწიბურების არსებობას, მაგრამ არ განასხვავებს ამ ორს. თუმცაღა, სასარგებლოა იმ ბავშვების იდენტიფიცირებაში, რომლებიც საჭიროებენ გრძელვადიან განმეორებით კვლევასა და უფრო სენსიტიურია, ვიდრე ტრადიციული ინტრავენური პიელოგრაფი, რომელიც ჯერ კიდევ გამოიყენება საშარდე გზების ობსტრუქციების გამოსარიცხად. სხვა ტესტები, რომელიც შეიძლება გახდეს საჭირო მოიცავს, თირკმლის ექოსკოპიასა და ცისტოურეთროგრაფიას შარდის გამოყოფის დროს, თირკმლის ექოსკოპიას შეუძლია გარკვეული ანომალიების იდენტიფიკაცია, როგორიცაა ჰიდრონეფროზის, თირკმელში პათოლოგიური შეშუპება, რაც შეეხება ცისტოურეთროგრაფის შარდის გამოყოფის დროს, შეუძლია განსაზღვროს შარდსაწვეთისა და შარდის ბუშტის ანომალიები, კერძოდ ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსი. ამერიკის პედიატრიის აკადემიის პრაქტიკის პარამეტრის მიხედვით საშარდე ტრაქტის ინფექციის დიაგნოზისთვისა და მენეჯმენტისთვის შემოთავაზებულია ანტიბიოტიკოთერაპიას, სანამ არ ჩატარდება სათანადო სკრინინგი.

მკურნალობა

საშარდე გზების ინფექციის მკურნალობა მოიცავს: (1) ინფექციის ერადიკაციას, (2) რეინფექციის პრევენციას ხელშემწყობი ფაქტორების დადგენით, (3) ინფექციის გამომწვევი მიზეზების შესწორებასა და (4) თირკმლის ფუნქციის შენარჩუნებას. მკურნალობა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე, მათ შორის, ბავშვის ასაკზე, სხვა არსებულ დაავადებებსა და პაციენტის უნარზე შეინარჩუნოს ადეკვატური ჰიდრატაცია. პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია გამოიყენება საშარდე გზების ინფექციის მკურნალობისთვის. ანტიბიოტიკები როგორიცაა, ტრიმეტოპრიმი სულფამეთაქსაზოლთან ერთად კომბინაციაში (ბაქტრიმი, სეპტრა), ამოქსიცილინი (ამოქსილი), ცეფალოსპორინი, ან ნიტროფურანთიონი (ფურადანტინი) მიიღება 7-10 დღის განმავლობაში. განმეორებითი შარდის ბაქტეროლოგიური კვლევა ტარდება მკურნალობის დაწყებიდან 48-72 საათში. ჩვილებისთვის ან 2 თვიდან 2 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის, რომლებიც შეფასებულნი არიან როგორც ტოქსიკური, დეჰიდრირებული, ან არ შეუძლიათ სითხის მიღება პერორალურად, საწყისი ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა იქნას მიღებული ინტრავენურად და ჰოსპიტალიზაცია უნდა იქნას განხილული. არანამკურნალები საშარდე გზების ინფექციამ შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა გართულებები, მათ შორის, თირკმლის ნაწიბურების წარმოქმნა. იმ პაციენტებს რომელთაც ნაწიბურები უვითარდებათ, შეიძლება განუვითარდეთ თირკმლის კენჭები, ჰიპერტენზია, თირკმლის უკმარისობის ბოლო სტადია და ორსულობის შესაძლო გართულება. ამიტომ აუცილებელია საშარდე გზების ინფექციების შეფასება და სწორი მკურნალობა. სათანადო მენეჯმენტით, ამ მძიმე გართულებების თავიდან აცილება შესაძლებელია.

ცხრილი 16-2. მედიკამენტები ენურეზის სამკურნალოდ

მედიკამენტების დასახელება	მოქმედების მექანიზმი	გვერდითი მოვლენები
ოქსიბუტინის ქლორიდი (დიტროპანი)	ანტიქოლინერგული საშუალება, გამოიყენება მცირე შარდის ბუშიტის ტევადობის მქონე ბავშვებში. დიპტროპანი გავლენას ახდენს შარდის ბუშტის კუნთზე, ამცირებს შარდის ბუშტის შეკუმშვას, ამცირებს შარდვასა და ზრდის შარდსაწვეთის სფინქტერის ნებაყოფლობით კონტროლს.	სახის გაწითლება; პირის სიმშრალე; კონსტიპაცია; სიცხის აუტანლობა; ძილიანობა; უძილობა; მხედველობის დაბინდვა.
იმიპრამინ ჰიდროქლორიდი (ტოფრანილი)	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი. ამცირებს ძილის სიღრმეს ღამის განმავლობაში.	პირის სიმშრალე; ნერვიულობა; უძილობა; პიროვნების ცვლილება.
დესმოპრესინ აცეტატი (DDAVP)	ვაზოპრესინის სინთეზური ანალოგია, რომელიც ზრდის წყლის შეკავებას და შარდის კონცენტრაციას ტუბულებში. შარდის კონცენტრირებითა და შარდის რაოდენობის შემცირებით. ბავშვის შარდისბუშტი ვერ აღწევს მოცულობის მაქსიმუმს რაც იწვევს ორგანიზმის გამოშრობას.	თავისტკივილი; გულისრევა; ცხვირის შეშუპება; ცხვირიდან სისხლდენა; ჰიპონატრემია.

ენურეზი

ენურეზი განიმარტება, როგორც უნებლიე შარდვა გარკვეულ ასაკამდე, რომლის შემდგომ ნებითი კონტროლი ყალიბდება ტუალეტის უნარის შესწავლის შემდგომ. ენურეზი განსხვავდება შეუკავებლობისგან იმით, რომ შეუკავებლობა შედეგია სტრუქტურული ანომალიის, ჩვეულებრივ, ანატომიური მალფორმაციის. ენურეზი შეიძლება იყოს პირველადი ან მეორეული, დღის ან ღამის, ან ორივე. ბავშვს, რომელსაც არ მიუღწევია სიმშრალისთვის სამი თვის განმავლობაში მოიხსენიება როგორც პირველადი ენურეზი. მეორეული ენურეზი ვლინდება მაშინ, როდესაც ბავშვი სამი-ექვსი თვის განმავლობაში მშრალია და შემდგომ ანახლებს დასველებას. დღის ენურეზი არის სისველე, რომელიც ვლინდება მხოლოდ დღის განმავლობაში. ნოქტურნალური ენურეზი არის სისველე, რომელიც ვლინდება მხოლოდ ღამით. ენურეზიანი ბავშვები თავს არიდებენ თანატოლებთან ურთიერთობას. სოციალური აქტივობები, როგორიცაა ძილის წვეულებები, კარვებით ლაშქრობა დიდ სტრეს იწვევეს ასეთ ბავშვებში. დღის განმავლობაში ენურეზის მქონე ბავშვებში კიდევ უფრო მეტი პრობლემაა. სკოლის პერიოდში შარდის შეუკავებლობა დიდი გამოწვევაა მათთვის და სველი ტანსაცმლის დამალვა კიდევ უფრო დიდი დაბრკოლებაა. ამ ბავშვებს ასევე აქვთ სუნის კონტროლის პრობლემა.

სიხშირე

იმის გამო, რომ ასაკი როდესაც შარდის შეკავება ვითარდება ნორმალურ ფართო სპექტრს მოიცავს, ძნელია სიხშირის დადგენა. თუმცაღა, დაახლოებით 15%-დან 20%-მდე 5 წლამდე ბავშვებში და 5% 10 წლამდე ბავშვებში ფიქსირდება ენურეზი. ბავშვების უმრავლესობას აქვს ღამის პირველადი ენურეზი. ღამის პირველადი ენურეზი უფრო ხშირია ბიჭებში, ხოლო დღის პირველადი ენურეზი უფრო ხშირია გოგონებში. ენურეზთან შედარებით შეუკავებლობა არის გამოწვეული საშარდე გზებში სტრუქტურული მალფორმაციით და ბავშვებში უნებლიე შარდვის მინიმალური მიზეზია, ის გვხვდება დაახლოებით 1-3%-ში.

ეტიოლოგია და პათოფიზიოლოგია

ენურეზი არის სიმპტომი და არა დაავადება. მრავალი ჰიპოთეზა არსებობს მისი გამომწვევი მიზეზების შესახებ. ეტიოლოგიური ფაქტორები კლასიფიცირდება როგორც ორგანული (ფიზიკური საფუძვლების მქონე) და არაორგანული ან ფუნქციური (ეგზოგენური ან ფიზიკური დაავადების გარეშე). ორგანული ფაქტორები უნდა გამოირიცხოს სანამ არაოგრანულ ფაქტორებზე ვიფიქრებთ. ორგანული გამომწვევებია:

- ნევროლოგიური განვითარების შეფერხება, სადაც ბავშვს არ შეუძლია შარდის ბუშტის შეკუმშვის ინჰიბიცია;
- საშარდე გზების ინფექციები. ბავშვი, რომელსაც აქვს საშარდე გზების ინფექცია, შეიძლება უნებლიედ შარდავდეს, მაგრამ ეს გამოწვეულია ინფექციისადმი ფიზიოლოგიური პასუხის შედეგად, რომელიც აიძულებს შარდის ბუშტს იყოს მგრძნობიარე ნებისმიერი სტიმულის მიმართ;
- საშარდე გზების სტრუქტურული დაავადებები, როგორიცაა, ობსტრუქციული დაზიანება და მცირე შარდის ბუშტის მოცულობა; ბავშვმა შეიძლება ვერ შეძლოს დიდი რაოდენობით გამოყოფილი შარდის შეკავება, რის შედეგადაც იგრძნობს შარდვის გაძლიერებულ სურვილსა და საბოლოოდ უნებლიე შარდვას;
- დაავადებები, რომელიც ზეგავლენას ახდენს თირკმლის შარდის კონცენტრაციის უნარზე, როგორიცაა თირკმლის ქრონიკული დაავადება;
- დაავადებები, რომელიც ასოცირდება შარდის ჭარბ გამოყოფაზე (პოლიურია), როგორიცაა დიაბეტის მელიტუსი და დიაბეტის ინსიპიდუსი;
- ქრონიკული ყაბზობა.
- არაორგანული ან ფუნქციური გამომწვევებია:
- ძილის განრიგის პრობლემები, ანუ, ღამის განმავლობაში ბავშვს სძინავს მშვიდად, არ იღვიძებს ღამე მოსაშარდად;
- ძილის დარღვევები, როგორიცაა გადიდებული ნუშისებრი ჯირკვლები, ძილის აპნოე და სხვა ზედა სასუნთქი სისტემის პრობლემები;

- ფიზიოლოგიური სტრესი და ოჯახური პრობლემები, როგორიცაა განქორწინება, სიკვდილი ან ახალი და-ძმის შეძენა;
- საშარდე გზების ინფექციის ან დღის ენურეზის ოჯახური ისტორია;
- ტუალეტის წესების არასათანადო შესწავლა, ანუ ქრონოლოგიური ან ამ ჩვევების განვითარების ასაკში ზედმეტად მკაცრ ან მომთხოვნ აღმზრდელებთან ურთიერთობა.

კლინიკური გამოვლინება

ბავშვების უმეტესობა შარდისა და კუჭის მოქმედების კონტროლს აღწევს 2 ½ და 3 ½ ასაკში. ტიპური თანმიმდევრობა შარდვისა და კუჭის მოქმედების ჩამოყალიბებისთვის არის: (1) ღამის განმავლობაში კუჭის მოქმედების კონტროლი, (2)დღის განმავლობაში კუჭის მოქმედების კონტროლი, (3) შარდვის კონტროლი დღის განმავლობაში, და (4) შარდვის კონტროლი ღამით. ძნელი ასახსნელია, ზოგიერთი ბავშვი რატომ ვერ აღწევს შარდვის კონტროლს ღამით, როდესაც სხვა ბავშვებს უყალიბდებათ ეს კონტროლი. ნებისმიერი ბავშვი ხუთ წელს ზევით, რომელიც ვერ იკავებს შარდს ღამით უნდა იქნას გამოკვლეული ენურეზზე

დიაგნოზი

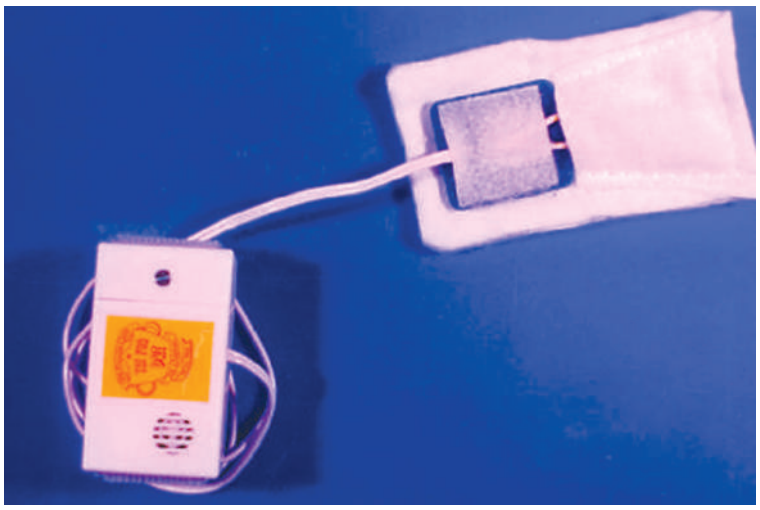
ფიზიკური გასინჯვა და ოჯახური ისტორიის გამოკითხვა მთავარი განმასხვავებელი ნიშნებია ენურეზისა და შარდის შეუკავებლობის დიაგნოზისთვის. საფუძვლიანი ფიზიკური გასინჯვა უნდა ჩატარდეს თავიდანვე, იმისთვის რომ განვასხვავოთ ერთმანეთისგან ორგანული და არაორგანული (ფუნქციური) ენურეზი. გასინჯვა უნდა მოიცავდეს მუცლის ღრუსა და სასქესო ორგანოების შეფასებას შესაძლო ანომალიებზე. საჭიროა ნევროლოგიური გასინჯვა პერიფერიული რეფლექსების, პრეანალური მგრძნობელობის, ანალური სპინქტერის ტონუსისა და ქვედა წელის ინსპექციის შესაძლო სპინალური დეფექტების გამოსარიცხავად.

ისტორიის, შარდვის დღიურისა (შარდის სიხშირისა და რაოდენობის აღრიცხვა) და ფიზიკური გასინჯვის შედეგად განისაზღვრება თუ რა დიაგნოსტიკური ტესტის ჩატარებაა საჭირო შემდგომი შეფასებისთვის. რამდენიმე ყველაზე ხშირად მოთხოვნადი ტესტი არის შარდის საერთო ანალიზი, შარდის ბაქტერიული კვლევა, თირკმლის ულტრასონოგრაფია და ცისტოურეთროგრაფია შარდვის გამოყოფის დროს საშარდე ტრაქტის ინფექციის ისტორიის მქონე ბავშვებისთვის. შარდვის ნაკადის ხარისხის შეფასება საჭიროა შარდის გამოყოფის შესაფასებლად. სტრუქტურული პრობლემა შეიძლება განისაზღვროს შარდის გამოყოფის რაოდენობის შეფასებითა და შარდის გამოყოფის დროით, ასევე მისი ნაკადის სიმძლავრით.

მკურნალობა

ჩამოთვილი მკურნალობის მეთოდები შესაძლოა გამოყენებულ იქნას ცალ-ცალკე ან კომბინაციაში ენურეზის მქონე ბავშვებში ესენია: წამლები, საწოლის დასველების სიგნალიზაციები, მოტივაციური თერაპიები, კვების რაციონის ელიმინაცია და კუჭის მოქმედების პროგრამები ბავშვებისთვის რომელთაც აწუხებთ შეკრულობა. თუ ბავშვს აწუხებს შეუკავებლობა, სტრუქტურული ანომალია უნდა განისაზღვროს და შესაბამისი მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს. წარმატებული მკურნალობა საჭიროებს როგორც ბავშვის, ისე აღმზრდელის აქტიურ ჩართულობას ენურეზის პროგრამაში. ყველაზე ხშირად გამოყენებადი მედიკამენტებია ოქსიბუტინინ ქლორიდი (დიტროპანი), დესმოპრესინი (DDAVP), და იმიპრამინის ჰიდროქლორიდი (ტოფრანილი). ეფექტური შედეგისთვის მედიკამენტები გამოიყენება სხვა მკურნალობის მეთოდებთან ერთად. მედიკამენტები გამოყენებული უნდა იყოს როგორც მკურნალობის ერთე-ერთი ნაწილი, სიმპტომების შესამსუბუქებლად და არა როგორც მკურნალობის ერთადერთი საშუალება. ბავშვები გრძელვადიანი წარმატებული შედეგებით მკურნალობდნენ კომბინაციური თერაპიით მედიკამენტებთან ერთად. კვლევები ზომავს, თუ როგორ მოქმედებს ქცევითი და ფარმაკოლოგიური თერაპიის კომბინაცია ენურეზის შემცირებაზე. მკურნალობა შეიძლება ჩატარებულ იქნას ექიმის ან მშობლის მიერ. დიაზ სალდანომ აღმოაჩინა რომ ღამის ენურეზის რემისია უფრო წარმატებული და ხშირი იყო ექიმის მიერ ჩატარებული ჩარევის შედეგად, ვიდრე მშობლის მიერ კუჭის მოქმედების, შარდვის, მაღვიძარისა და მედიკამენტების პროტოკოლის გამოყენებით მკურნალობის შემთხვევაში. ქცევითი თერაპია მიმართულია ბავშვის თვითშეფასების ჩამოყალიბებისკენ. კვლევა მიზნად ისახავდა ფიზიკური ფაქტორების, როგორიცაა მცირე შარდის ბუშტისა და მიქტურაციასთან დაკავშირებული ანომალური უროდინამიკის, შემოწმებას მკურნალობასთან ერთად. აღმოჩნდა, რომ ქცევითი თერაპია, ფარმოკოლოგიურ მკუნალობასთან შედარებით, იძლეოდა უფრო ხანგრძლივ რემისიას და ჰქონდა ნაკლები ჩავარდნები. ეს ყველაფერი ნორმალური საშარდე გზებისა და უროდინამიკის ფონზე.

საწოლის დასველების მაღვიძარა ფართოდ გამოიყენება ენურეზის მკურნალობაში. ზოგიერთი ნიმუში უნდა მოთავსდეს ბავშვის ლოგინის ზეწრის ქვეშ (სურათი 16-2). ყველაზე ხშირი ტიპის მაღვიძარა შედგება ტენიანობის სენსორისგან, რომელიც მიმაგრებულია ბავშვის საცვალზე ან საღამურზე (სურათი 16-3ა და 16-3ბ). მაღვიძარა ირთვება შარდის პირველ რამდენიმე წვეთზე. მაღვიძარის ხმა იწვევს ბავშვის შეფხიზლებას და შესაბამისად შარდვა წყდება. ბავშვი დავალებულია, რომ გამორთოს მაღვიძარა და წავიდეს ტუალეტში, რომ დაასრულოს მოშარდვა. მაღვიძარა ასწავლის ბავშვს რომ იგრძნოს შარდის ბუშტის შევსება და გაიღვიძოს სანამ დაიწყება უნებლიე შარდვა. ჩატარდა გრძელვადიანი შემდგომი მონიტორინგი 5-დან 16 წლამდე ბავშვებში. 62 პაციენტს აკვირდებოდნენ დაახლოებით 19.2 თვის განმავლობაში და კვლევამ დაადგინა, რომ ენურეზის მაღვიძარებს მართლაც აქვს დადებითი გრძელვადიანი ეფექტი.



სურათი 16-2. საწოლის დასველების მაღვიძარა



სურათი 16-3 ა. საწოლის დასველების მაღვიძარას საცვალზე სწორი მიმაგრება (ვაჟებისთვის)



სურათი 16-3 ბ. საწოლის დასველების მაღვიძარას საცვალზე სწორი მიმაგრება (გოგონებისთვის)

სამოტივაციო თერაპია შეიძლება მოიცავდეს ვარსკვლავის დიაგრამებს, ბავშვის მკურნალობის განმავლობაში პროგრესის ჩასანიშნად. ბავშვის დაჯილდოვება მშრალი ღამის შემდგომ, ასევე ეფექტურია და შესაძლოა დროთა განმავლობაში ქცევა შეიცვალოს, რადგან ბავშვი ამაყობს თავისი მიღწევებით. ბავშვი უნდა იყოს ჩართული დაჯილდოვების პროგრამის შექმნაში. თუ ბავშვს დავასაჩუქრებთ განსაკუთრებულად (სტიკერები, შესაგროვებელი ბარათბი, ა.შ.) ან მივცემთ პრივილეგიას, რომელსაც ისინი აფასებენ, ეს გაზრდის დაჯილდოვების თერაპიის დადებითი ეფექტის შანსს. ეს თერაპია, კიდევ უფრო ეფექტურია თუ ჯილდო გაიცემა დაუყონებლივ სასურველი ქცევის მიღწევისას. თუმცაღა დაჯილდოვების პროგრამა ფრთხილად უნდა გამოვიყენოთ: თუ ბავშვი მუდმივად ვერ იღებს ჯილდოს, ამან შეიძლება შეამციროს ბავშვის თვითშეფასება და მოტივაცია რომ გააგრძელოს პროგრამა. უფრო მეტი მტკიცებულებაა საჭირო რომ დავეყრდნოთ მაღვიძარის ან სამოტივაციო ან კოგნიტიურ თერაპიებს. დღემდე კვლევების უმეტესობა გაუმართავი იყო ან მცირე ზომის ნიმუშები ჰქონდათ, რის გამოც საბოლოო დასკვნების გამოტანა ვერ მოხერხდა. ასევე საჭიროა უფრო მეტი და უკეთესი ხარისხის კვლევების ჩატარება სადაც ერთმანეთს შეედარდება მაღვიძარის გამოყენება სხვა თერაპიები. ასევე უნდა შემოწმდეს რეციდივების ხარისხი სანამ ერთ თერაპიას ვამჯობინებთ მეორეს.

ზოგიერთი საკვები შარდის ბუშტის გამაღიზიანებელია და ბავშვებში ენურეზის პრობლემას ზრდის. ამ საკვებისა და სასმელის ელიმინაციამ შეიძლება შეამციროს დასველების ეპიზოდები ბავშვებში. საკვები რომლის ელიმინაციაც უნდა მოხდეს არის გაზიანი სასმელები, რძის პროდუქტები, ხელოვნურად შეფერილი სასმელები, ციტრუსები, დიდი ოდენობით შაქრის შემცველი პროდუქტები და სასმელები კოფეინით. 5-დან 10%-მდე ენურეზიანი ბავშვები სარგებლობენ კვების რაციონის ელიმინაციით.

ენურეზის მქონე ბევრ ბავშვს ასევე აწუხებს შეკრულობა. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე ფაქტორის კომბინაცია, როგორიცაა არასაკმარისი რაოდენობით სითხის მიღება, დაბალ ბოჭკოვანი დიეტა, კუჭის მოქმედების მტკივნეული ისტორია და განავლის შეკავება, ცვლილებები ყოველდღიურ კუჭის მოქმედებაში, ფიზიკური აქტივობის ნაკლებობა და განრიგის არ არსებობა კუჭის ყოველდღიური მოქმედებისთვის. განავალი შეიძლება იშვიათი იყოს, მაგარი ან ფართო და შეიძლება იყოს მტკივნეული გამოსვლისას. ასეთ ბავშვებს უჭირთ ნაწლავების სრულად დაცლა და ასე მეორდება შეკრულობის ციკლი. ენურეზის მკურნალობა შეიძლება არ იყოს წარმატებული თუ შეკრულობის მენეჯმენტი არ მოხდა იმავდროულად. შეკრულობის შესაფასებლად საჭიროა რექტალური გასინჯვა, რენტგენი, ან მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი კვლევა.

საექთნო მართვა

შეფასება

ენურეზიანი ბავშვის შეფასებისას, ისტორია უზრუნველყოფს მნიშვნელოვან ინფორმაციას ზრუნვის გეგმის ფორმულირებისთვის.

საექთნო დიაგნოზი

1. *შარდის ელიმინაციის დაქვეითება,* შარდის ბუშტის კონტროლის შემცირებასთან დაკავშირებული;
2. *კანის დაქვეითებული მთლიანობა,* ლოგინის დასველებასთან და ლოგინის დასველების მაღვიძარის გამოყენებასთან დაკავშირებული;
3. *დაბალი თვითშეფასება,* შარდის შეუკავებლობასთან დაკავშირებული;
4. *დაქვეითებული სოციალური ურთიერთობები,* დაკავშირებული შარდის შეუკავებლობასთან.

შედეგის იდენტიფიკაცია

1. ბავშვი მიაღწევს შარდის კონტროლს;
2. ბავშვს არ ექნება პერიანალურ არეში კანის გაღიზიანება;
3. ექნება ძილის მინიმალური დარღვევა;
4. ბავშვი გამოხატავს დადებით თვითშეფასებას;
5. ბავშვი აქტიურად მიიღებს მონაწილეობას ასაკთან შესაფერის სოციალურ ურთიერთობებში.

დაგეგმვა და გახორციელება

საექთნო ზრუნვა ენურეზიან ბავშვზე ძირითადად მოიცავს ოჯახის ინფორმირებასა და დახმარებას მკურნალობის ხანგრძლივ ფაზაში. ექთანს შეუძლია უზრუნველყოს ბავშვი და ოჯახი ენურეზის გამომწვევების და მკურნალობის ინფორმაციით. ოჯახი უნდა იყოს ჩართული მკურნალობის დაგეგმვისას. მკურნალობის შესაბამისად ბავშვსა და ოჯახს სჭირდებათ ინსტრუქცია, თუ როგორ უნდა გამოიყენონ საწოლის დასველების მაღვიძარა, მედიკამენტები, ქცევითი თერაპია და კვებითი რაციონის ელიმინაცია. იმისთვის რომ გაიზარდოს ბავშვის თავდაჯერებულობა და თვითშეფასება მშობლებს უნდა მოუწოდონ რომ აღნიშნონ ბავშვის სიძლიერე და კონტროლის მცდელობა. მედდა უნდა დაეხმაროს ბავშვსა და ოჯახს იმედგაცრუების გრძნობების სიტყვიერად გამოხატვაში.

შეფასება

შეფასება დაფუძნებულია ოჯახის მოხსენებაზე ბავშვის პროგრესის შესახებ, პროგრამის განმავლობაში. ოჯახებს დავალებული აქვთ პროგრამის დაწყებიდან ერთ კვირაში ექთანს მოახსენონ პროგრესის შესახებ ან უფრო ადრე რაიმე პრობლემის შემთხვევაში. შეიძლება საჭირო გახდეს თვიური შეხვედრის დანიშვნა, სანამ ბავშვი არ მიაღწევს 14 მშრალ ღამეს.

ოჯახის ინფორმირება

ექთნებს შეუძლიათ ბავშვებისთვისა და აღმზრდელებისთვის ინფორმაციის მიწოდება შარდის გამო კანის დაზიანების პრევენციის ან მკურნალობისა და ჰიგიენის შესახებ. მათ საწოლის მაღვიძარის გამოყენების შესწავლა დასჭირდებათ. მშობლებს უნდა ავუხსნათ, რომ მათი ბავშვის ძილი დაირღვევა პროგრამის განმავლობაში და უკეთესი იქნება თუ ბავშვი ადრე დაიძინებს. გარდა ამისა, ექთნებს შეუძლიათ ინფორმაცია მიაწოდონ ბავშვებსა და მათ მშობლებს გამოწერილი მედიკამენტების, როგორც ენურეზის მკურნალობის პროგრამის ნაწილის, მიღების ცხრილისა და გვერდითი მოვლენების შესახებ. ოჯახის წევრებსა და ბავშვებს მკურნალობის განმავლობაში მხარდაჭერა და გამხნევება სჭირდებათ. ექთნებმა ბავშვები უნდა უზრუნველყონ დადებითი რეაქციით, შედგენილი პროგრამის შესრულების მიზნით. მედდამ უნდა განიხილოს ენურეზთან ასოცირებული სირცხვილისა და დანაშაულის გრძნობები, ასევე ხელი უნდა შეუწყოს სკოლაში დამატებითი ტანსაცმლის ტარებას.

სტრუქტურული დეფექტები

სტრუქტურული დეფექტები მოიცავს: ვეზიკოურეთრალურ რეფლუქს, ჰიპოსპადიას, კრიპტორხიდიზმს, საზარდულის თიაქარსა და ჰიდროცელეს.

ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსი

ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსი (VUR) განიმარტება, როგორც შარდის დაბრუნება შარდის ბუშტიდან შარდსაწვეთში და თირკმელში. ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსი ვითარდება მაშინ, როდესაც ურეთროვეზიკულარულ/ვეზიკოურეთრალური შენაერთი ვერ ინარჩუნებს შარდს ნაკადის ერთი მიმართულებით, შარდსაწვეთიდან შარდის ბუშტისკენ. ჩვეულებრივ, შარდი გამოიყოფა თირკმლიდან და ჩაედინება შარდსაწვეთში, შემდგომ შარდის ბუშტში, სადაც ინახება. ნორმალური შარდის ბუშტის შემთხვევაში, შარდასწავეთსა და შარდის ბუშტს შორის მდებარე შენაერთის სარქველი ერთი მიმართულებით მოძრაობს, რომლის მექანიზმია შარდის შარდსაწვეთიდან შარდის ბუშტში ჩადინება და ამასთან ერთად ხელს უშლის შარდის რეგურგიტაციას შარდსაწვეთებში ან თიკმელებში.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსი შარდ-სასქესო გზების ყველაზე ხშირი ანატომიური დაავადებაა. ზუსტი სიხშირე არაა ცნობილი, რადგან ბავშვებში რუტინული სკრინინგი საშარდე გზების ინფექციის გარეშე არ არის გამოყენებული. თუმცაღა, ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსი დაახლოებით1%-ზე ნაკლებ ჯანმრთელ ბავშვს ემართება, აქედან ყველაზე ხშირი შემთხვევაა ჟღალ-თმიან ბავშვებში, კავკასიელებში, ახალდაბადებულ ბიჭებში და გოგონებში ერთი წლის ზევით. სიხშირე უფრო მაღალია (40%-დან 50%-მდე) ბავშვებში რომელთაც საშარდე გზების ინფექციის დიაგნოზი აქვთ. ხშირად დიაგნოზირდება 2-3 წლის ასაკში. თუმცაღა, ზოგ შემთხვევაში შეიძლება მოზრდილ ბავშვებშიც ან ჩვილებშიც დიაგნოზირდეს, იმის მიხედვით თუ ახლავს თან რაიმე პათოლოგია. მაგალითად, აუცილებელია სპინა ბიფიდიანი ბავშვების რეფლუქსზე სკრინინგი.

აუცილებელია აღინიშნოს, რომ რეფლუქსს გენეტიკური კომპონენტიც აქვს, რომლის ზუსტი მექანიზმიც უცნობია. ოჯახური რეფლუქსი ხშირია და გენეტიკის როლის გამოკვლევა მიმდინარეობს. რეფლუქსის მქონე ბავშვების და-ძმების დაახლოებით ერთ მესამედს ემართება ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსი. ახალმა კვლევებმა ასევე გამოავლინა, რომ ამ დეფექტის გადაცემა მშობლიდან შვილზეც ხშირად ფიქსირდება.

პათოფიზიოლოგია

ანატომიურად შარდსაწვეთი ეშვება თირკმლიდან შარდის ბუშტის ზემოთ, ტრიგონამდე (პატარა სამკუთხედის ფორმისაა შარდის ბუშტის ფუძესთან, სადაც შარდსაწვეთი უერთდება). შემდგომ გადის ირიბად შარდის ბუშტის კედელში იმ მანძილით, რომ აყალიბებს სპინქტერს, მიუხედავად იმისა, რომ ანატომიური სპინქტერი არ არის. აქ უკვე, შარდსაწვეთი ფუნქციონირებს როგორც სარქველი, რომელიც ხელს უშლის რეფლუქსს. როდესაც ეს სიგრძე არ არის საკმარისი, შარდი საპირისპიროდ მიედინება, რაც ქმნის ვესიკოურეთრალურ რეფლუქს. ზრდასთან ერთად შარდსადენი და შარდის ბუშტი იზრდება, რაც ხელს უწყობს რეფლუქსის რეზოლუციას.

კლინიკური გამოვლინება

ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსის კლინიკური გამოვლინება ჩვეულებრივ პირდაპირ არ ჩანს. თუმცაღა, მუდმივი და განმეორებადი საშარდე ტრაქტის ინფექციები არის ყველაზე ხშირი რეფლუქსის მაჩვენებელი. ამიტომ ბავშვები ხშირი საშარდე გზების ინფექციებით უნდა შემოწმდნენ. რეფლუქსის სხვა ნაკლებად ხშირი გამოვლინებებია ენურეზი, ფერდისა და მუცლის ტკივილი. თუმცაღა, პატარა ბავშვებში რომელთაც აღწერა და სიმპტომების ლოკალიზაცია უჭირთ, ძნელია დაავადების ამოცნობა და ხშირად სხვა დიაგნოზშიც ერევათ ხოლმე.

დიაგნოზი

ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსის დიაგნოზი ისმევა ცისტოგრაფზე შარდის უკანდინებით ან ცისტოურეთროგრაფზე შარდის გამოყოფის დროს (VCUG) (შარდის ბუშტის, შარდსაწვეთისა და შარდსადენის რადიოგრაფია შარდვის დროს). რეფლუქსი ფასდება სიმწვავის მიხედვით I-დან V-მდე. კონტრასტის მასალის დაბრუნების ხარისხი შარდის ბუშტიდან შარდსაწვეთსა და თირკმელში I-დან V-მდე ფასდება, სადაც ერთი არის ნაკლებად მწვავე და ხუთი ყველაზე მწვავე.

მკურნალობა

ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსის მედიკამენტებით მკურნალობა განისაზღვრება იმის მიხედვით თუ რა სიმწვავისაა რეფლუქსი და იმ ფაქტით, რომ ზრდასთან ერთად რეფლუქსი უმჯობესდება. რაც უფრო ნაკლებად მწვავეა რეფლუქსი (I– II ხარისხი), რეზოლუციის ალბათობა უფრო მეტია. მენეჯმენტის მიზანია საშარდე გზების ინფექციების, თირკმლის დაზიანების, რეფლუქსის შემდგომი გართულებებისა და თირკმლის ნაწიბურების პრევენცია. ამჟამად, მკურნალობის ვარიანტები მოიცავს ანტიბიოტიკების ხანგრძლივ თერაპიას საშარდე გზების პრევენციისთვის და ანტიქოლინერგული პრე-

პარატების გამოყენებას აუცილებლობის შემთხვევაში. ანტიქოლინერგული მედიკამენტები, როგორიცაა ოქსიბუტინის ქლორიდი (დიტროპანი) გამოიყენება შარდის წნევის შესამცირებლად.

მკურნალობის სხვა მეთოდებია ბავშვის დაკვირვება, აღენიშნება თუ არა სიმპტომების გაუარესება, როგორიცაა საშარდე ტრაქტის ინფექციების სიხშირისა და სიმწვავის ზრდა. გაუარესება ბავშვში ნიშნავს მკურნალობის დაწყებას, პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკების შეცვლასა და ანტიქოლინერგული მედიკამენტების გაზრდას. საბოლოოდ, ოპერაციის, რომ შეასწორონ რეფლუქსი, ჩვენებაა ფარმაკოლოგიური მკურნალობის უშედეგობა. მკურნალობის წარუმატებლობის მაჩვენებელია საშარდე გზების ინფექციების გართულება, კერძოდ, პიელონეფრიტები, მიუხედავად მკაცრი სამედიცინო მენეჯმენტისა და ფარმაკოთერაპიისა, ან თირკმლის გაზრდილი დაზიანება, რომელიც თირკმელს უქმნის საფრთხეს. ზოგადად, სამედიცინო და ქირურგიული შედეგები ერთმანეთისგან დიდად არ განსხვავდება, თუ სამედიცინო თერაპიაზე არ გვაქვს პასუხი.

ქირურგიული ჩარევა შეძლება მოხდეს ენდოსკოპიურად ან ტრადიციული ქირურგიული ტექნიკით, რომელიც მოიცავს მუცლის განაკვეთს. როდესაც თირკმლის ფუნქცია ირღვევა და შარდსაწვეთები მასიურადაა დილატირებული, შარდის გამოტანა შეიძლება იყოს რეკომენდირებული იმისთვის, რომ გავაუმჯობესოთ თირკმლის ფუნქცია და დილატირებულ შარდსაწვეთებს მივცეთ საშუალება აღიდგინოს ტონუსი. ეს ჩვეულებრივ არის დროებითი პროცედურა, რომ მოვიგოთ დრო შემდგომი რეკონსტრუქციისთვის ან შარდსაწვეთის შარდის ბუშტში განახლებისთვის. ოპერაცია მოიცავს, შარდსაწვეთის რეიმპლანტაციას ტრიგონზე ისეთ პოზიციაში, რომელიც საკმარის სუბმუქოზალურ სიგრძეს აძლევს, რომ აღარ განმეორდეს რეფლუქსი. რამდენიმე განსხვავებული ქირურგიული მეთოდი გამოიყენება. თუმცაღა, ძირითადი განხილვის საგანია ხანგრძლივი შედეგი და გართულებების პრევენცია.

საექთნო მართვა

რადგან ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსის მქონე ბავშვისთვის არაქირურგიული მკურნალობის მიზანია საშარდე გზების ინფექციების პრევენცია და მენეჯმენტი, მნიშვნელოვანი ასპექტი ექთნის მომსახურებაში არის ზრუნვა მშობლებისა და ბავშვების ინფორმირებაზე. ბავშვებმა და აღმზრდელებმა უნდა იცოდნენ, რომ მკურნალობა შეიძლება გაგრძელდეს წლების განმავლობაში და მედიკამენტური რეჟიმის დაცვა მნიშვნელოვანია. ასევე, მათ უნდა შეინარჩუნონ ახლო კონტაქტი ექიმთან და დაუკავშირდნენ როდესაც სასურველი შედეგი ვერ მიიღება (მაგ., რეკურენტული საშარდე გზების ინფექციები), რაც განაპირობებს უფრო აგრესიულ მენეჯმენტს.

თუ ოპერაციაა საჭირო, ექთანმა უნდა უზრუნველყოს ბავშვები და აღმზრდელები ქირურგიული პროცედურის, პრეოპერაციული და პოსტოპერაციული ზრუნვის შესახებ ინფორმაციით. დაუყოვნებლივი პოსტოპერაციული ზრუნვა ბავშვზე ერთი ან ორივე შარდსაწვეთის რეიმპლანტაციის შემდგომ, შეიძლება რთული იყოს. ბავშვში მწვავე ტკივილის მართვის დროს მნიშვნელოვანია მიღებისა და გამოყოფის მკაცრი მონიტორინგი. მედდამ უნდა შეაფასოს ყველა მილისა და სადრენაჟე ჩანთების მთლიანობა; მილების დაზიანება ზრდის ინფექციების რისკს სადრენაჟე სისტემაში ბაქტერიების შემოღებით.

ჰიპოსპადია

ჰიპოსპადია არის ხშირი თანდაყოლილი მალფორმაცია, რომლის დროსაც შარდსადენი სანათური არის პენისის ვენტრალურ ზედაპირზე (უკანა მხარეს) (სურათი 16-4). შარდსაწვეთის ხვრელის მდებარეობა განსხვავდება, შეიძლება პენისის ვენტრალური ზედაპირის ნებისმიერ წერტილში მდებარეობდეს, სათესლე ჯირკვალზე, ან პერინიუმზე.



სურათი 16-4. ჰიპოსპადია არის ხშირი თანდაყოლილი მალფორმაცია, რომლის დროსაც შარდსადენი სანათური არის პენისის ვენტრალურ ზედაპირზე (უკანა მხარეს).

სიხშირე და ეტიოლოგია

ჰიპოსპადია ამერიკის შეერთებულ შტატებში გვხვდება 250 მამრი ახალშობილიდან ერთში. დაბალი წონისა და დღენაკლულობის სიხშირის გაზრდის გამო ჰიპოსპადიის სიხშირეც იზრდება. უფრო ხშირად გვხვდება კავკასიელებში, შედარებით იშვიათია ესპანელებში და საშუალოდ ხშირია აფრო-ამერიკელებში. ზუსტი ეტიოლოგია უცნობია და შეიძლება მცდარიც. ზოგიერთ ჰიპოსპადიან ბიჭებს აქვთ დეფექტი ტესტოსტერონის მეტაბოლიზმში ან ტესტოსტერონის რეცეპტორებში, რაც მიგვანიშნებს იმაზე, რომ ჰიპოსპადია შეიძლება იყოს შედეგი ანომალიური ენდოკრინული ფაქტორებისა, რომელიც ზეგავლენას ახდენს მამაკაცის სასქესო ორგანოების განვითარებაზე. არსებობს გენეტიკური მიდრეკილებაც, როგორც ამას მოწმობს ჰიპოსპადიის მქონე ოჯახის ისტორია. კვლევები მიმდინარეობს იმისთვის, რომ შეამოწმონ შესაძლო გენეტიკური კავშირი. შემჩნეულ იქნა, რომ ჰიპოსპადიის განვითარების ალბათობა რვაჯერ მაღალია

მონოზიგოტურ ტყუპებში ვიდრე მარტო ერთ ჩვილში. გარდა ამისა, ჰიპოსპადიანი მამების ჩვილების 8%-ს აქვს დაავადება, ხოლო ჰიპოსპადიანი ბავშვების ძმების 14%-ს. ჰიპოსპადია ასევე არის რამდენიმე გენეტიკური კომპონენტის მქონე სინდრომის ნაწილი. ასევე, შესაძლო კავშირია ორსულობის დროს ესტროგენის შეყვანასა და ჰიპოსპადიის ჩამოყალიბებას შორის. ლორატიდინს (კლარიტინი) ასევე მსგავსი ეფექტი აქვს; თუმცაღა, შვარცმა და მისმა კოლეგებმა უხელმძღვანელეს რისკების სისტემურ მიმოხილვასა და მეტა-ანალიზს, მაგრამ მნიშვნელოვანი კავშირი ვერ იპოვეს.

პათოფიზიოლოგია

ჰიპოსპადია არის თანდაყოლილი დეფექტი, გამოწვეული შეცვლილი ემბრიოგენეზით ან მესამედან მეხუთე თვემდე ნაყოფის განვითარების შეფერხებით. საშვილოსნოში, შარდსადენის ჩამოყალიბება ხდება უროგენიტალური სინუსიდან. გესტაციის მეთორმეტე კვირისთვის მეორეული ურეთრალური ღარის ენდოდერმალური კიდეები ერთიანდება რომ წარმოქმნან მილი. შარდსადენი ერთიანდება პროქსიმალურიდან დისტალური მიმართულებით. ამ გაერთიანების დარღვევა შედეგად გვაძლევს საშარდე სანათურის მდებარეობას არა პენისის მწვერვალზე არამედ სხვა ადგილას და ჩუჩას არასწორად განვითარებას. ჩუჩა ჰიპოსპადიან ბავშვბში გვხვდება როგორც საფარი.

კლინიკური გამოვლინება

ჩუჩა, ან კანი რომელიც საფარს ქმნის პენისის თავზე, ვენტრალურადაა, ანომალურად პატარა და შეიძლება ზედმეტი იყოს დორსალურად. ბევრი ჰიპოსპადიანი ჩვილის აღმზრდელი ამტკიცებს, რომ მათ ახალშობილ ვაჟს უკვე ჩაუტარდა წინადაცვეთა. ასოცირებული მდგომარეობები, შესაძლოა მოიცავდეს ქორდის (პენისის დაქვეითებული მრუდი და არასრული ჩუჩა), სათესლე ჯირკვლის სათესლე პარკში ჩამოსვლის გაჩერებასა და საზარდულის თიაქარს. ზოგიერთ შემთხვევაში შარდის ნაკადი შესაძლოა იყოს მეორეულად გადახრილი ქვევით, სანათურის ვენტრალურად მდებარეობის გამო.

დიაგნოზი

დიაგნოზი დამოკიდებულია ფიზიკურ გასინჯვაზე. ყველა ახალშობილი მამრის გარეთა სასქესო ორგანოს საფუძვლიანი ინსპექცია უნდა მოხდეს დაბადებისას.

მკურნალობა

ჰიპოსპადიის მკურნალობა მოიცავს ქორდის ქირურგიულ კორექციასა და საშარდე სანათურის გადაადგილებას პენისის მწვერვალზე. წარმატებული ოპერაცია ბავშვს მისცემს დამდგარ პოზიციაში მოშარდვის საშუალებას და რომ ჰქონდეს კოსმეტიკურად ნორმალური და სქესობრივად ადეკვატური პენისი. ისტორიულად, ჰიპოსპადიის შესასწორებლად ჩატარებული ოპერაცია რამდენიმე საფეხურად მიმდინარეობდა, ხანგრძლივ ჰოსპიტალიზაციას მოითხოვდა და არაკომფორტული პოსტოპერაციული მკურნალობა ჰქონდა. ახლა, განვითარებული ქირურგიული ტექნიკის წყალობით ოპერაცია ტარდება ერთი პროცედურით. მწვავე შემთხვევებში შესაძლოა ორ საფეხურიანი შესწორება გამოვიყენოთ.

ოპერაცია, ჩვეულებრივ, ტარდება სანამ ბავშვი 18 თვის გახდება, ტუალეტის უნარ-ჩვევების შესწავლამდე, გარეგნობის ან გენდერული იდენტობის ჩამოყალიბებამდე, ფსიქოლოგიური ტრავმის შემცირების მიზნით. რამდენიმე ქირურგიული ტექნიკაა ხელმისაწვდომი, რომელიც ერთმანეთისგან განსხვავდება ანომალიის სიმწვავისა და ქირურგიული ჩარევის უპირატესობით. ყველა ტექნიკა მოიცავს, შარდსადენის დაგრძელების რეკონსტრუქციას, მის პენისის მწვერვალზე ამოტანასა და ქორდის გასწორებას. ჩუჩა ხშირად გამოიყენება როგორც გადასანერგი მასალა, რომელსაც მილაკად გადააკეთებენ და ამზადებენ შარდსადენს, აქედან გამომდინარე, არანაირი წინდაცვეთა არ უნდა ჩატარდეს ასეთ ჩვილებში. გარკვეულ შემთხვევებში, პენისის ზომის მომატება ხდება პრეოპერაციულად ტესტოსტერონის კრემით ან ინექციით, რომ ქსოვილი გაიზარდოს და ოპერაცია გააადვილოს.

რამდენიმე ტიპის საფენების გამოყენებაა შესაძლებელი პოსტოპერაციულად. ზოგი შეიძლება იყოს ისეთივე ინტენსიური, როგორიცაა ელასტიური ბინტის საფენები. ყველაზე ხშირად გამოყენებადია პენისის გახვევის ტიპის საფენი, თუმცაღა, ზოგიერთ შემთხვევაში საფენი საერთოდ არ სჭირდება. პოსტოპერაციულად შარდსადენის სტენტი ან ფოლი კათეტერი გამოიყენება იმისთვის, რომ შარდვას შეუწყოს ხელი და თავიდან ავირიდოთ შეშუპების მეორეულად, შარდის ნაკადის ობსტრუქცია.

საექთნო მართვა

შეფასება

პრეოპერაციულად ექთანმა უნდა შეაფასოს ბავშვი სხვა შარდ-სასქესო დეფექტებზე, როგორიცაა ჩამოუსვლელი სათესლე ჯირკვალი, საზარდულის თიაქარი ან ჰიდროცელე. უნდა შემოწმდეს ინფორმირებულნი არიან თუ არა აღმზრდელები ჰიპოსპადიის, ოპერაციის პროცედურის და სასქესო ასოს მოსალოდნელ ცვლილებებზე პოსტოპერაციულად. ექთანს სჭირდება რომ შეაფასოს მათი პასუხი გენიტალიის დეფექტის მქონე ჩვილის შესახებ. პოსტოპერაციულად მნიშვნელოვანია ადეკვატური შარდის გამოყოფის შეფასება. მედდა აკვირდება განაკვეთისა და საშარდე გზების ინფექციების ნიშნებს (პენისის ჭრილობიდან ჩირქოვანი გამონადენი და გადაჭარბებული სიწითლე, ტემპერატურის ზრდა, ამღვრეული შარდი, ცუდ სუნთან ერთად). ჩვილი ან ბავშვი უნდა შეფასდეს ჭრილობის ადგილის ტკივილზე და შარდის ბუშტის სპაზმის ნიშნებზე და სიმპტომებზე.

საექთნო დიაგნოზი

საექთნო დიაგნოზი ბავშვისა, რომელიც ჰიპოსპადიის ოპერაციას იტარებს მსგავსია ბევრი სხვა უროლოგიური ანომალიებისა და მოიცავს:

1. *მწვავე ტკივილს, რომელიც დაკავშირებულია ქირურგიულ განაკვეთთან;*
2. *განათლების დეფიციტს (მშობლების),* დიაგნოზის, ოპერაციის, პოსტოპერაციული ზრუნვისა და ჰიპოსპადიის პროგნოზების შესახებ;
3. *ინფექციის გაზრდილ რისკს,* რომელიც დაკავშირებულია ინდუცირებულ კათეტერთან ან სტენტებტან და ქირურგიულ განაკვეთთან.

შედეგების იდენტიფიკაცია

1. პოსტოპერაციულად ბავშვს ექნება მინიმალური ან საერთოდ არ ექნება ტკივილი;
2. აღმზრდელები სიტყვიერად შეაფასებენ დაავადებას, ქირურგიულ პროცედურასა და პროგნოზს და მონაწილეობას მიიღებენ პოსტოპერაციულ მკურნალობაში;
3. ბავშვი თავისუფალი იქნება საშარდე ინფექციებისგან.

დაგეგმვა და განხორციელება

ჰიპოსპადიის აღდგენისას პოსტოპერაციული ტკივილი არის მინიმალური. ბავშვების უმეტესობისთვის დორსალური და კაუდალური ნერვების ბლოკადა ტკივილის ადეკვატურ შემცირებას გვაძლევს; თუმცაღა, არის შემთხვევები, როდესაც აცეტამინოფენი (თილენოლი) შეიძლება სასარგებლო იყოს რამდენიმე დღით ჭრილობის დისკომფორტის შესამსუბუქებლად. ანტიქოლინერგული მედიკამენტები, როგორიცაა ოქსიბუტინის ქლორიდი (დიტროპანი) შესაძლოა დაინიშნოს, თუ შარდის ბუშტის სპაზმის შემსუბუქებაა საჭირო შარდსადენის სტენტის დროს. მშობლებმა უნდა იცოდნენ, რომ ანტიქოლინერგულმა მედიკამენტებმა შეიძლება გამოიწვიოს სახის აწითლება და პირის სიმშრალე. ბავშვს უნდა მოვუწოდოთ, რომ მიიღოს ადეკვატური რაოდენობით სითხეები, სათანადო შარდის გამოყოფისა და სტენტის მთლიანობის შესანარჩუნებლად.

გამოწერის ინსტრუქციები უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას ანტიბიოტიკების შესახებ, იმისთვის რომ თავიდან ავირიდოთ ინფექციები, საფენისა და სტენტის ან ფოლი კათეტერის მოხსნის დროის შესახებ და მითითებებს ბავშვებისა და მშობლებისთვის პოსტოპერაციულად პენისის მოსალოდნელი გარეგნობის ცვლილების შესახებ. მათ უნდა იცოდნენ, რომ ტრავმის გამო პენისი იქნება დალურჯებული, დანაოჭებული და შესიებული, ეს ყველაფერი ალაგდება რამდენიმე დღიდან კვირებამდე პერიოდში.

ეს ინსტრუქციები შეიძლება განსხვავდებოდეს ქირურგებს შორის. ზოგმა ქირურგმა შეიძლება საფენი შეინარჩუნოს ოთხიდან ხუთ დღემდე, ხოლო სხვებმა, იმის მიხედვით თუ რამდენად მწვავეა ჰიპოსპადია და ქირურგიული მეთოდი, შეიძლება ელასტიური ბინტის საფენები უფრო ხანგრძლივად დატოვოს. თუ მცირე ზომის პენისის საფენია გამოყენებული, აღმზრდელს უნდა ჰქონდეს ინსტრუქცია, რომ საფენის მოსაშორებლად ექიმთან ვიზიტამდე, ბავშვი 20 წუთის განმავლობაში, წელამდე თბილ წყალში მოათავსოს. ეს საფენს მისცემს საშუალებას მოდუნდეს და ხშირად სახლშივე მოსცილდეს.

ჰიპოსპადიით გამოწვეული გართულებების აღდგენა შესაძლებელია. აღწერილია ურეთრალური ფისტულა ან შარდსადენის ჩაყოლებაზე სანათურის არსებობა, საიდანაც შარდი გამოედინება კანის ზედაპირზე; სტრიქტურები ანასტომოზის ადგილას და საშარდე სანათურის რეტრუზია მისი საწყისი ადგილიდან. თუ ფისტულა არ აღდგება, ექვსი თვის შემდგომ განმეორებითი ოპერაციის ჩატარებაა საჭირო. თუმცაღა, ახალი ქირურგიული მეთოდები მეორე ოპერაციის ალბათობას ამცირებს.

შეფასება

ბავშვი უნდა იყოს კომფორტულად და მონაწილეობას უნდა იღებდეს ასაკთან შესაფერის აქტივობებში. აღმზრდელებს უნდა შეეძლოთ ახსნან ოპერაციის მეთოდი, პოსტოპერაციული კურსი და მოვლა და მონაწილეობას უნდა იღებდნენ ბავშვის მოვლაში. ბავშვს არ უნდა აღენიშნებოდეს საშარდე გზების ან ჭრილობის ადგილას ინფექციის ნიშნები.

კრიპტორქიზმი

კრიპტორქიზმი ან ჩამოუსვლელი სათესლე ჯირკვალი (UTI) განიმარტება როგორც ერთი ან ორივე სათესლე ჯირკვლის ჩამოუსვლელობა, საზარდულის არხის გავლით სათესლე პარკში (სურათი 16-5). შემდგომი კლასიფიკაცია დაფუძნებულია სათესლე ჯირკვლის რეტრაქციაზე ან ექტოპიურობაზე. რეტრაქციის უნარის მქონე ჯირკვალი გულისხმობს სათესლე ჯირკვალს, რომელიც ნორმალურად ჩამოვიდა, მაგრამ ფიზიკური სტიმულაციისას და გასინჯვისას უკან ბრუნდება, ხშირად შეცდომით დიაგნოზირდება, როგორც UDT. ექტოპიური ტესტისია, როდესაც სათესლე ჯირკვალი ნორმალური გზის მაგივრად სხვაგან ეშვება. შესაძლოა იყოს საზარდულში, პრეინიუმში ან მუცლის ღრუში.



სურათი 16-5. კრიპტორქიზმი

სიხშირე და ეტიოლოგია

UDT არის ხშირი უროლოგიური პრობლემა. UDT-ის სიხშირე იზრდება დღენაკლულობის ხარისხის ზრდასთან ერთად. დროულად დაბადებულ ჩვილებში სიხშირე დაახლოებით 3%, ხოლო დღენაკლულ მამრებში 30%-ია. კრიპტორქიზმის სიხშირე მცირდება ასაკთან ერთად, სამი თვისთვის სიხშირე 1%-ია, ხოლო ცხრა თვისთვის 0.8%. ხშირ შემთხვევაში სათესლე ჯირკვალი თავისთავად ეშვება, თუმცაღა, ერთი წლის შემდეგ, სპონტანური დაშვება აღარ ხდება.

პათოფიზიოლოგია

გონადების სქესობრივი განსხვავება იწყება გესტაციის 3-დან 5-თვემდე. ორსულობის მეშვიდე კვირის განმავლობაში გონადები იწყებენ სქესობრივ დიფერენციაციას სათესლე ჯირკვლად და საკვერცხედ. ბოჭკოები წარმოქმნიან ქსელს და გარდაიქმნე-

ბიან სემინიფეროუს მილაკებად, სადაც სათესლე ჯირკვლის ზრდასთან ერთად სპერმატოზოა წარმოიქმნება. მესამე ტრიმესტრის განმავლობაში, სათესლე ჯირკვალი იწყებს ჩამოსვლას სათესლე პარკში საზარდულის არხის გავლით. არსებობს ბევრი თეორია, რომელიც ხსნის თუ რატომ ვითარდება კრიპტორხიზმი, მათ შორისაა მუცლის ღრუს წნევის მომატება და ჰორმონების ზეგავლენა. ჩამოუსვლელ სათესლე ჯირკვალში, სპერმის წარმოქმნა შემცირებულია და შეიძლება უნაყოფობა გამოიწვიოს. UDT-იან ბავშვებს ასევე მოზრდილობაში აქვთ გაზრდილი, ავთვისებიანი სათესლე ჯირკვლის სიმსივნის რისკი, თუ არ მოხდა მისი დროული შესწორება. მიმდინარეობს კვლევები ამ მიდრეკილების დასადგენად.

კლინიკური გამოვლინება

UDT, რომელიც არის უნილატერალური ან ბილატერალური, 85% შემთხვევაში ცალმხრივია და როგორც წესი მარჯვენა მხარესაა. სათესლე პარკის ერთი მხარე (უნილატერალური) და მთლიანი სათესლე პარკი (ბილატერალური) არის რბილი, მცირე ზომის და არამყარი.

დიაგნოზი

კრიპტორხიზმის პირველადი დიაგნოზი მოიცავს სათესლე პარკის გასინჯვას, სადაც ხდება სათესლე პარკის პალპაცია სათესლე ჯირკვლის, მცირე ზომის კვანძის მოძებნის მიზნით. მნიშვნელოვანია ფიზიკური გასინჯვის ჩატარება სათესლე ჯირკვლის სტიმულაციის გარეშე, ამისთვის საჭიროა ექიმს ჰქონდეს თბილი ხელები და ბავშვი იყოს მოდუნებული. თუ ვერ ხდება სათესლე ჯირკვლის პალპაცია, შეიძლება გამოვიყენოთ ულტრასონოგრაფია, რომ მისი ადგილმდებარეობა ვნახოთ.

მკურნალობა

კრიპტოხიდიზმის მენეჯმენტი შეიძლება მოიცავდეს დაკვირვებას სპონტანური დაშვების მოლოდინში, ცხოვრების პირველი წლის განმავლობაში. ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინი (HGC) შეიძლება გამოყენებული იქნას ტესტოსტერონის წარმოქმნის სტიმულაციისთვის, რაც დაეხმარება სათესლე ჯირკვლის დაშვებას სათესლე პარკში. აღწერილია, რომ ამ მეთოდს შეზღუდული დადებითი შედეგი აქვს. თუმცაღა, HCG ზრდის სათესლე ჯირკვლის სისხლმომარაგებას და ზომას, ამით ეხმარება სათესლე ჯირკვალს მდებარეობის დაფიქსირებაში ოპერაციამდე ან ოპერაციის შემდგომ. ჰორმონალური მკურნალობა შეიძლება არ იყოს ეფექტური ან პირიქით, ხელი შეუწყოს ჯირკვლის შემდგომ აწევას. ეს მიგვანიშნებს იმაზე, რომ ოპერაცია შეიძლება იყოს უკეთესი არჩევანი. თუ სათესლე ჯირკვალი სპონტანურად ან HCG-ის ადმინისტრაციის შემდგომ ვერ ჩამოვა სათესლე პარკში, მაშინ ქირურგიული ჩარევა ან ორხიოპექსია უნდა შესრულდეს. ოპერაციისთვის ოპტიმალური დროა, როდესაც ბავშვი არის 1-დან 2 წლამდე. ოპერაციული აღდგენის მიზანია, რომ სათესლე ჯირკვალი ჩამოვიყვანოთ სათესლე პარკში და სკროტალური ფიქსაციით გავამყაროთ, ისე რომ სათესლე ჯირკვალი არ დავაზიანოთ.

საექთნო დიაგნოზი
შეფასება

დაბადებისას, ექიმთან პირველი ვიზიტის დროს ექთანმა უნდა შეაფასოს ორივე სათესლე ჯირკვლის არსებობა, ნაზი ზეწოლით ორივე საზარდულის არხზე, უნდა შეიგრძნოს მცირე ზომის კვანძი ორივე მხარეს. ექთანმა ასევე უნდა შეაფასოს აღმზრდელის ცოდნა UDT-ისა და დროული ოპერაციის მნიშვნელობის შესახებ.

საექთნო დიაგნოზი

1. *ცოდნის დეფიციტი (აღმზრდელი)* კრიპტორხიზმთან და მის მკურნალობასთან დაკავშირებით;
2. *შფოთვა (აღმზრდელი),* შესაძლო შემცირებული ნაყოფიერებასა და გაზრდილი ავთვისებიანობის რისკთან დაკავშირებით.

შედეგების იდენტიფიკაცია

1. აღმზრდელს უნდა ესმოდეს დაავადებისა და მისი მკურნალობს არსი;
2. აღმზრდელის შფოთვა შემცირდება, იმის ახსნით, რომ ბავშვს, საჭიროების შემთხვევაში, ექნება ნაყოფიერების ტესტის შესაბამისი პასუხი და მოზრდილობისას უნდა დაიწყოს ტესტიკულარული თვითგასინჯვა.

დაგეგმვა და განხორციელება

აღმზრდელის ინფორმირება უნდა მოიცავდეს ქირურგისგან მოპოვებული ინფორმაციის დაზუსტებასა და გაძლიერებას, მათ შორის, HCG-ის გამოყენების წესის შესახებ, თუ დანიშნულია. აღმზრდელებს სჭირდებათ მარტივი ახსნა თუ როგორ უნდა მოამზადონ ბავშვი (თუ ასაკი შესაფერისია) ოპერაციისთვის და რას უნდა მოელოდნენ პოსტოპერაციულად. UDT-იანი ბავშვის აღმზრდელებისთვის ნაყოფიერების საკითხი დიდი შფოთვის მიზეზია. ამ სათესლე ჯირკვლების ბიოფსია ჰისტოლოგიურად ანომალურია და გვიჩვენებს ჩანასახოვანი უჯრედების შემცირებულ რაოდენობას. ორი წლის ასაკისთვის, ჩამოუსვლელ სათესლე ჯირკვალში, ასაკთან ერთად პროპორციაში მცირდება სპერმის რაოდენობაც. მიუხედავად იმისა, რომ კონტრალატერალური სათესლე ჯირკვალი ნორმალურად არის განთავსებული, შესაძლოა ჰისტოლოგიური ცვლილებები აქაც შეინიშნებოდეს. წარმატებული ორქიოპექსიის შემდგომაც კი შეიძლება გაგრძელდეს სპერმატოგენეზის შემცირება.

ოჯახის განათლება

ექთნები ბავშვებსა და აღმზრდელებს ეხმარებიან ოპერაციისთვის ინფორმაციის მიღებასა და მომზადებაში. თუ HCG თერაპია გამოიყენება, აღმზრდელმა უნდა იცოდეს როგორც სასურველი ასევე მეორეული ეფექტების შესახებ. მაგალითად, აღმზრდელებმა შეიძლება გამოხატონ შფოთვა მკურნალობის განმავლობაში, როდესაც შეამჩნევენ პენისის ზრდას ზომაში, სათესლე პარკის პიგმენტაციას და ასევე ბოქვენის თმის ზრდას. აღმზრდელები უნდა დავარწმუნოთ, რომ თერაპიის შეწყვეტის შემდგომ ეს გვერდითი

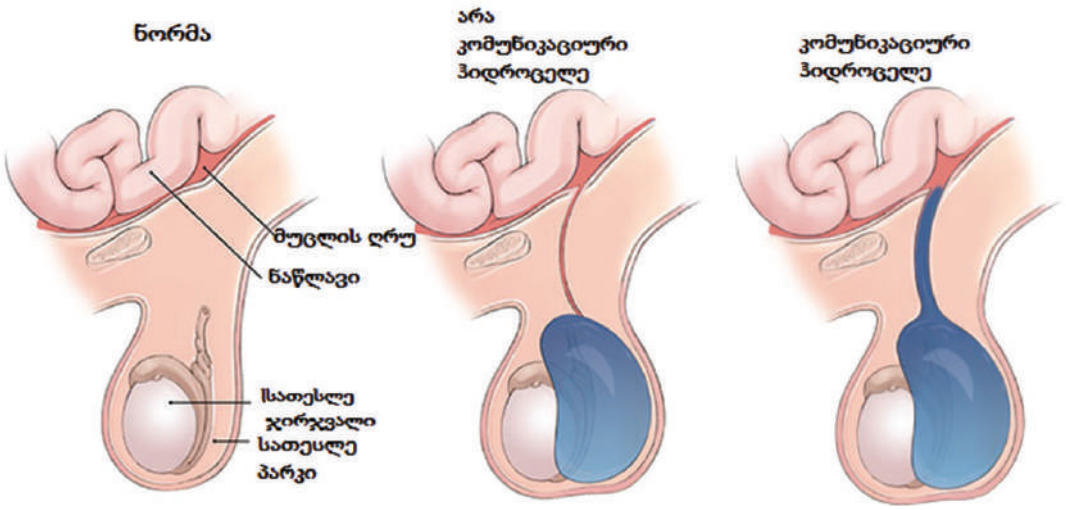
ეფექტები გაქრება. ასევე უნდა მივცეთ ინსტრუქცია, პოსტოპერაციული დისკომფორტის შემთხვევაში როგორ უნდა მოიქცენ. თავისუფალი ტანსაცმელია რეკომენდირებული, რადგან ოპერაციის შემდგომ ჭრილობაზე ზეწოლა არ მოხდეს. ტკივლგამაყუჩებლები, როგორიცაა ამინოფენი (ტილენოლი) და აცეტამინოფენი კოდეინთან ერთად რუტინულად მიიღება. ბავშვს შეიძლება გაუჭირდეს სიარული გაზრდილი მგრძნობელობის გამო, მაგრამ რამდენიმე დღიდან – კვირამდე, მგრძნობელობა შემცირდება. ნაკერები და საფენები არის მინიმალური. როგორც წესი, გამოიყენება გაწოვადი ნაკერები რომ დაიხუროს საზარდულისა და სათესლე პარკის განაკვეთი. შედეგად, ბავშვს არ დასჭირდება ნაკერების ამოღება, რომელიც ბავშვში იწვევს კიდევ უფრო მეტ შიშსა და ტრავმას. ტეგადერმი, ან სხვა გამჭირვალე პოლიეთილენის ტიპის საფენები საჭიროა, რომ დავფაროთ განაკვეთი და ოპერაციიდან ერთ კვირაში სახლშივე შეიძლება მისი მოცილება. ექთნებმა უნდა ასწავლონ აღმზრდელებს, რომ დააკვირდნენ ინფექციისთვის დამახასიათებელ ნიშნებს, როგორიცაა გაზრდილი ტკივილი, სიწითლე, შესიება და განაკვეთიდან გამონადენი, სიცხესთან ერთად. პამპერსის ხშირი ცვლა და ჰიგიენის სათანადო დაცვა შეამცირებს ინფექციების რისკს. და ბოლოს, მშობლებს უნდა ავუხსნათ, რომ ბავშვი უნდა მოარიდონ დიდ ფიზიკურ აქტივობებს, სპორტსა და საცხენოსნო სათამაშოებზე დაჯდომას, სანამ განაკვეთი არ შეხორცდება. მას შემდგომ, რაც ბავშვი მიაღწევს სქესობრივი მომწიფების ასაკს, ყოველთვიურად უნდა ჩაუტარდეს სათესლე ჯირკვლების შემოწმება, რათა რეგულარულად მოხდეს დაკვირვება და შეფასება, ადრეული სიმსივნის აღმოჩენის მიზნით. მედდა მნიშვნელოვანია, იმისთვის, რომ დაეხმაროს მშობლებს შექმნან კარგი გარემო იმისთვის, რომ ბავშვს ჰქონდეს შესაძლებლობა ზრდასთან ერთად დასვას შეკითხვები სქესობრივი ცხოვრებისა და ნაყოფიერების შესახებ.

საზარდულის თიაქარი და ჰიდროცელე

საზარდულის თიაქარი და ჰიდროცელე ერთმანეთის მსგავსი დაავადებებია, როგორც კლინიკურად ასევე მკურნალობის მხრივ. საზარდულის თიაქარი არის სათესლე პარკის ან საზარდულის შესიება, ან ორივე, რომელიც მოიცავს მუცლის ღრუს შიგთავსს. ჰიდროცელე არის პერიტონეალური სითხის დაგროვება სათესლე პარკში.

სიხშირე

საზარდულის თიაქარი დაახლოებით 1,000 დაბადებული ბავშვის 10-დან-20-მდე ერთეულს უვლინდება (3.5%-დან 5%-მდე ჩვილებში) და უფრო ხშირია ბიჭებში ვიდრე გოგონებში (თანაფარდობით 4:1) (სურათი 16-6). სიხშირე დრამატულად იზრდება სხვა რისკ-ფაქტორების არსებობასთან ერთად, როგორიცაა დღენაკლულობა და ნორმაზე ნაკლები წონა დაბადებისას. ჩვილობის საზარდულის თიაქარის უმეტესობა პირველ თვესვე დიაგნოზირდება. ჰიდროცელე ვლინდება დროულად დაბადებული ბიჭების დაახლოებით 6%-ში (სურათი 16-6). ბავშვები, რომლებსაც ასევე აქვთ ვენტრიკულო-პერიტონეალური შუნტები და რომლებიც იკეთებენ დიალიზს (მკურნალობა, რომელიც მოქმედებს როგორც ფილტრაციის სისტემა, ორგანიზმს ასუფთავებს ზედმეტი წყლისა და ნარჩენებისგან) ასევე თიაქარისა და ჰიდროცელეს განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ არიან, მეორეულად, მუდმივად გაზრდილი ინტრააბდომინალური წნევის გამო.



სურათი 16-6.

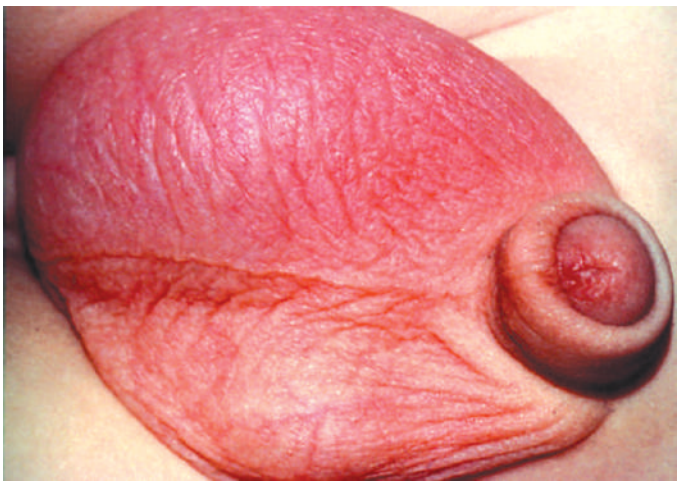
ეტიოლოგია და პათოფიზიოლოგია

საზარდულის თიაქარი გამოწვეულია მუცლის ღრუს შიგთავსის მოძრაობით, რომელიც ტოვებს პერიტონიალურ ღრუს და გადმოდის პროცესუს ვაგინალისში (პერიტონიუმის ნაკეცი რომელიც წინ უსწრებს სათესლე ჯირკვალს როდესაც ის ჩადის საზარდულის გავლით სათესლე პარკში). დაბადებისას პროცესუს ვაგინალისის არასრული ან ანომალური ობსტრუქცია აძლევს პერიტონიალურ სითხეს ან მუცლის ღრუს შიგთავს საშუალებას, რომ სათესლე პარკში ჩავიდეს, რაც შედეგად გვაძლევს ჰიდროცელეს ან საზარდულის თიაქარს. პროცესუს ვაგინალისი მიუყვება იმავე გზას, როგორც სათესლე ჯირკვალი სათესლე პარკისკენ. ჩვეულებრივ, პროცესუს ვაგინალისის გაერთიანება ხდება სპონტანურად მას შემდგომ, რაც სათესლე ჯირკვალი სათესლე პარკში მოთავსდება.

კლინიკური გამოვლინება

საზარდულის თიაქარი გვხვდება, როგორც გაზრდილი ან გასიებული სათესლე პარკი ან საზარდული, რომელის ზომაც იზრდება ინტრააბდომინალური წნევის ზრდის შედეგად, მაგალითად, ტირილისას ან ზედმეტად გადატვირთვისას. ტკივილი არ ასოცირდება თიაქართან, თუ არ მოხდება მისი ობსტრუქცია. თიაქარის შევიწროვება შეიძლება მოხდეს, როდესაც ნაწლავები მოყოლილია დეფექტში და მისი გადახლართვა, ხდება. შევიწროვებისას სისხლის მომარაგება თიაქარის ადგილას არ ხდება. მიმდინარეობს ნაწლავის იშემიური და ობსტრუქციული პროცესები, რომელსაც ნეკროზამდე და შესაძლო პერფორაციამდე მივყავართ. კლინიკური გამოვლინება მოიცავს სათესლე პარკის ფერის ცვლილებებს (სიწითლე), ტკივილს, ინტენსიურ გაღიზიანებას, ღებინებას, მუცლის შებერილობას და ტაქიკარდიას.

ჰიდროცელეს დროს, სათესლე პარკი შესიებული და მტკივნეულია, მაგრამ ზომას და ფერს არ იცვლის როდესაც ბავშვი ტირის ან ახველებს (სურათი 16-7). მისი შემცირება არ ხდება.



სურათი 16-7. ჰიდროცელე

დიაგნოზი

თიაქარისა და ჰიდროცელეს დიაგნოზი დამოკიდებულია სათესლე პარკისა და საზარდულის ფიზიკურ გასინჯვაზე. განსხვავება ამ ორს შორის შეინიშნება ფიზიკური გასინჯვისას. თიაქარის პალპაციისას სათესლე პარკი არის რბილი და ნაზი, ზეწოლისას შეიძლება ზომაში შემცირდეს. ამის საპირისპიროდ, ჰიდროცელე იქნება სითხით სავსე, უფრო დაჭიმული და ზეწოლისას არ შემცირდება.

მკურნალობა

საზარდულის თიაქარის არჩევის მკურნალობაა ოპერაცია (ჰერნიორაპი), რომელიც, ჩვეულებრივ, ხორციელდება ამბულატორიულ პირობებში. პროცედურისას განაკვეთი სრულდება საზარდულის ნაოჭზე, პროცესუს ვაგინალისის იდენტიფიკაცია და ლიგაცია ხდება. ოპერაციის შემდგომ განაკვეთი იფარება დამცავი მასალით. ჰიდროცელე, ჩვეულებრივ, პირველი წლისთვის ალაგდება. თუმცაღა, თუ არ მოხდება მისი სპონტანურად შესწორება ამ დროისთვის, ეს ნიშანია იმისა, რომ თიაქარი არსებობს და უნდა მოხდეს მისი ოპერაციულად შესწორება. პროცედურას ქვია ჰიდროცელექტომია და არის იგივე, როგორიც თიაქარის დროს.

საექთნო მენეჯმენტი და ოჯახის განათლება

საექთნო ზრუნვა საზარდულის თიაქარისა და ჰიდროცელეს დროს, მოიცავს მშობლების ინფორმირებას ქირურგიული პროცედურის, პრეოპერაციული და პოსტოპერაციული მოვლის, განაკვეთის ინფექციის, შევიწროების (პრეოპერაციულად) ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ. პრეოპერაციულად ექთანი უნდა იყოს ყურადღებით ნაწლავის ნაწილის შევიწროვების ნიშნებთან. ქირურგიის შემდგომ უნდა მოხდეს განაკვეთზე დაკვირვება თიაქარიდან სისხლდენის, გამონადენისა ან რეციდივის აღმოსაჩენად. ექთანმა მშობლებს უნდა მისცეს ინსტრუქცია ბავშვის მოვლის შესახებ, რომ ჩვილს სჭირდება პამპერსის ხშირი გამოცვლა ინფექციის პრევენციისთვის, და რომ არ არის შეზღუდვა აქტივობასა და საკვებზე. აღმზრდელები უნდა დააკვირდნენ ჭრილობის ინფექციის ნიშნებს, რომელიც მოიცავს სიწითლეს, გაზრდილ ტემპერატურასა და გამონადენს განაკვეთიდან.

მწვავე გლომერულონეფრიტი

მწვავე გლომერულონეფრიტი (AGN) არის მწვავე ან მოულოდნელი ანთებითი პროცესი თირკმლის გლომერულებში. ეს ანთება შეიძლება იყოს თირკმლის მწვავე უკმარისობის შედეგი. ანთებითი პროცესი შედეგად გვაძლევს თირკმელში გლომერულის დაზიანებას. თირკმლის უკმარისობა, რომელიც გამოწვეულია გლომერულონეფრიტით ხშირად მოიხსენიება, როგორც ინტრარენალური თირკმლის მწვავე უკმარისობა. მისი შემდგომი კლასიფიკაცია ხდება იმის მიხედვით თუ გლომელურის რომელი ადგილია დაზიანებული, მაგალითად, გლომერულარულის კაპილარები ან მემბრანა.

სიხშირე და ეტიოლოგია

AGN-ის სიხშირე დაახლოებით 470,000 შემთხვევაა წელიწადში, რომლის უმეტესობაც ვლინდება განვითარებად ქვეყნებში. AGN პიკს აღწევს 7 წლის ასაკში, 3 წლამდე ბავშვებში იშვიათია და უფრო ხშირად გვხვდება ბიჭებში, თანაფარდობით 2:1. ეტიოლოგია ჩვეულებრივ არის ინფექცია, რომელიც ორგანიზმში კლინიკურ გამოვლინებამდე ორი-სამი კვირით ადრე იყო. შესაძლოა, თირკმლის დაზიანების კლინიკურ გამოვლინებამდე სხვა ნიშნები და სიმპტომებიც არსებობდა, რომელიც უფრო სისტემური იყო.

გამომწვევი ინფექციური აგენტები ძირითადად ბაქტერიები ან ვირუსებია. ყველაზე ხშირი ორგანიზმია A ჯგუფის ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკუსი (GAS). ინფექციის პირველადი ადგილია ყელი ან კანი, ან ჰენოხ-შონლეინის ნეფრიტის (HSN) შემთხვევაში ზედა რესპირატორული ტრაქტის ინფექციები, რომელიც ბევრ ბავშვში უსწრებს ნეფრიტის გამოვლინებას. ამ შემთხვევებში იმუნოლოგიური პასუხის პრობლემაა, რომელიც იწვევს ნეფრიტთან ასოცირებული პლაზმინის რეცეპტორის (NAPlr) წარმოქმნას, გლომერულაში არსებული GAS ანტიგენისთვის. სტრეპტოკოკული ინფექციის შემდგომ განვითარებულ გლომერულონეფრიტს მოიხსენიებენ, როგორც მწვავე პოსტ სტრეპტოკოკულ გლომელურონეფრიტს (APSGN). ამ მდგომარეობის სხვა გამომწვევი მიზეზები ან სისტემურია ან ქრონიკული დაავადებებია, რომელიც საბოლოოდ იწვევს გლომერულეების დაზიანებას და დაავადების პროგრესირებას, მაგალითად, ნამგლისებური ანემია.

პათოფიზიოლოგია

ბაქტერიული ან ვირუსული აგენტი შემოიჭრება ბავშვის ორგანიზმში. იმუნური სისტემა პასუხობს ინფექციას ანტისხეულების წარმოქმნით და ებრძვის უცხო ანტიგენებს. ეს ანტისხეულისა და ანტიგენის კომპლექსის რეაქცია თირკმლის გლომერულაში აყალიბებს კომპლექსებს GAS ანტიგენის საწინააღმდეგოდ და ანთებითი პროცესი იწყება. საბოლოო შედეგი არის გლომერული დაზიანება ან დანაწიბურება. იმუნური პასუხის გამო გლომერულის გამტარებლობა ირღვევა, რის შედეგადაც ცილები, მათ შორის, სისხლის უჯრედები გამოჟონავენ შარდში. ნატრიუმი რჩება შრატში წყალთან ერთად, შემცირებული პლაზმის ფილტრაციის გამო. წყლისა და ნატრიუმის დაგროვება იწვევს ქსოვილების შეშუპებას, ჰიპოვოლემიასა და ჰიპერტენზიას. გლომერულის ფილტრაციის ხარისხი (GFR) მცირდება თირკმლის გასავალთან ერთად.

კლინიკური გამოვლინება

AGN-ის კლინიკური გამოვლინებაა ჰემატურია (შარდში სისხლის არსებობა), ორთოსტატიკური ან პერიორბიტალური შეშუპება, შემცირებული შარდის გამოყოფა, პროტეინურია, ჰიპერტენზია, ლეთარგია, შემცირებული GFR-ი, გაზრდილი ნატრიუმისა და კალიუმის დონე სისხლის შრატში. პაციენტების უმრავლესობას აქვთ ჰიპერტენზია, რომელიც დიდი ალბათობით გამოწვეულია სითხის რეტენციითა და სისხლძარღვების შეშუპებით. ეს ყველა სიმპტომი დაკავშირებულია ანთებით პროცესებთან, გლომერულის განვლადობასთან და თირკმლის პროგრესულ დაზიანებასთან. BUN-ისა და კრეატინინის დონე შეიძლება იყოს მომატებული და ასევე ციებ-ცხელების სუსტი გამოვლინებაა გამოხატული. ეს სიმპტომებიც დაკავშირებულია ანთებით პროცესებთან, თირკმლის პროგრესულ დაზიანებასა და ცილების კარგვასთან. შარდი შეიძლება იყოს სისხლიანი ან უბრალოდ სისხლით შეფერილი, ამღვრეული ან ჩაის ფერის, რადგან სისხლის წითელი უჯრედები სისხლიდან შარდში აღწევენ ფილტრაციით. როგორც წესი, მოცულობაში ძალიან მცირდება, მაგრამ დამოკიდებულია ანთებით პროცესის ხარისხზე. მიუხედავად იმისა რომ ჰემატურია გვაქვს, ხშირად დიაგნოზის დასმა და მკურნალობის დაწყება გვიან ხდება ხოლმე. თუ პაციენტს აღენიშნება პროტეინურია ჰემატურიასთან ერთად, გაზრდილი ალბათობაა იმისა, რომ ამ პაციენტს აქვს სერიოზული თირკმლის დაავადება და დიაგნოზის დასმა კრიტიკულად აუცილებელია.

დიაგნოზი

დიაგნოზი დამოკიდებულია ზევით ჩამოთვლილ კლინიკურ გამოვლინებებზე, მათ შორის, შარდის ანალიზზე, რომელიც ჰემატურიას, პროტეინურიასა და გაზრდილ ხვედრით წონას გვიჩვენებს. სხვა დიაგნოსტიკური ტესტები მოიცავს დიფერენცირებულ WBC-ის. ეს რაოდენობა შეიძლება იყოს ან არ იყოს ნორმალური, დამოკიდებულია ინფექციის სიმწვავესა და ხანგრძლივობაზე. იმუნოლოგიური ტესტები როგორიცაა (1) სისხლის შრატში კომპლიმენტი (c3) განსაზღვრავს იმუნური სისტემის კომპლიმენტის კასკადს (ჩვეულებრივ დაბალი); (2) ანტისტრეპტოლიზინი O-ს ტიტრაცია რომლის მომატებაც ნიშნავს სტრეპტოკოკალურ ინფექციას; (3) ინფექციის პირველადი ადგილის, როგორიცაა ყელი, ბაქტეროლოგიური კვლევა. თუ კულტივირება არაა შესაძლებელი ან არის ნეგატიური, მაშინ დიაგნოზი თირკმლის სიმპტომებით ისმევა, განსაკუთრებით თუ ეს სიმპტომებია ჰემტურია და გადატანილი სტრეპტოკოკალური ინფექცია. კომპლიმენტის სისტემა შედგება 20 შრატის ცილისგან, რომელიც ეხმარება სპეციფიურ იმუნურ სისტემას ინფექციასთან ბრძოლაში. რადგან სისტემაში დიდი რაოდენობით ცილებია, სისტემა კასკადისებურად მუშაობს და აძლიერებს იმუნურ პასუხს. ინფექციის, განსაკუთრებით კი ბაქტერიული ინფექციის დროს კომპლიმენტი მცირდება შრატში, რადგან ანთებითი პროცესის ადგილას ხდება მათი მომრავლება. სპეციფიური თირკმლის ლაბორატორიული მაჩვენებლების, BUN-ისა და კრეატინინის გარდა, შეიძლება რენალური ბიოფსია დაგვჭირდეს თუ დიაგნოზის დადგენა ვერ ხდება სხვა დიაგნოსტიკური ტესტებით.

მკურნალობა

მკურნალობა დამოკიდებულია თირკმლის დაზიანების ხარისხსა და პაციენტის სიმპტომებზე. მკურნალობის მიზნებია: იდენტიფიკაცია და ანთებითი პროცესის წყაროს მკურნალობა, სითხისა და ელექტროლიტების ბალანსის, წნევის ნორმის ფარგლებში შენარჩუნება და გართულებების პრევენცია. გლომელურონეფრიტის პირველადი წყარო როგორც წესი არ არის თირკმელი, ამიტომ საფუძვლიანი ფიზიკური გამოკვლევაა საჭირო. უნდა იქნას მიღებული ისტორია ბოლო კვირების განმავლობაში სიმპტომების შესახებ. აქცენტი უნდა გავაკეთოთ: სხვა ავადმყოფ ბავშებთან ან მოზარდებთან ექსპოზიციაზე, უმნიშვნელო ინფექციების მკურნალობაზე (მათ შორის ურეცეპტო მედიკამენტების მიღება სიცხისთვის ან ტკივილისთვის), რესპირატორულ სისტემაზე (განსაკუთრებით ზედა რესპირატორულ ტრაქტზე), ყელის სიწითლეზე ან ანთებით პროცესზე, ხველასა (პროდუქტიული თუ არაპროდუქტიული) და რესპირატორულ გართულებებზე რომლებიც ხელს უშლიან ბავშვის ნორმალურ ძილს.

ნორმალური წნევითა და შარდის გამოყოფით ბავშვებს შეიძლება ვუმკურნალოთ სახლში. თუმცაღა, მათ რომელთაც ზოგადი შეშუპება, საყურადღებო ოლიგურია, ჰიპერტენზია და მძიმე ჰემატურია აღენიშნებათ, სჭირდებათ ჰოსპიტალიზაცია, რადგან ალბათობა იმისა რომ თირკმლის მწვავე უკმარისობა განვითარდება დიდია. თუ ედემა არის გენერალიზებული შეშუპებისას, შეიძლება საჭირო გახდეს დიურეტიკის მიღება. მაღალი წნევის დროს უნდა მივცეთ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები. ანტიბიოტიკს ვაძლევთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ აქტიური ბაქტერიული ინფექციაა. კვებითი შეზღუდვები დამოკიდებულია დაავადების სიმწვავეზე, განსაკუთრებით, თუ შეშუპება და ჰიპერტენზია გრძელდება. APSGN-იან ბავშვებს კარგი პროგნოზი აქვთ, მათი უმეტესობა სრულიად იკურნება.

ნეფროზული სინდრომი

ნეფროზული სინდრომი (NS) არის კლინიკური ერთეული, რომელიც ხასიათდება მასიური პროტეინურიითა და ჰიპოალბუმინემიით (ალბუმინის დაბალი დონე სისხლში), რომელიც შედეგად გვაძლევს შეშუპებას და ჰიპერლიპიდემიას. NS-ი შეიძლება განვითარდეს თირკმლის ან სისტემური დაავადებების განმავლობაში და ის კლასიფიცირდება, როგორც პირველადი და მეორეული. პირველადი ან იდიოპათიური NS-ი ვითარდება თირკმლის გლომერულარული დაავადების შედეგად. მეორეული NS-ი არის თირკმლის ფუნქციის შემცირება სისტემური დაავადების, წამლების ან ტოქსინების შედეგად, როგორიცაა ღვიძლის დისფუნქცია, ჰეპატიტი, სისტემური წითელი მგლურა, ტყვიით მოწამვლა, ბავშვთა სიმსივნეები ან მისი თერაპია, ან სხვა დაავადებები რომელიც უშუალოდ თირკმელზე ახდენს ზეწოლას. ბავშვებში NS-ის ყველაზე ხშირად პირველადი ტიპი გვხვდება.

სიხშირე და ეტიოლოგია

NS-ის სიხშირე ამერიკის შეერთებულ შტატებში წელიწადში ყოველ100,000 ბავშვში 2-7 შემთხვევაა, მაგრამ ეს სტატისტიკა განსხვავდება რეგიონების მიხედვით. აფრო-ემერიკელებში, ადგილობრივ ამერიკელებსა და ესპანელ ბავშვებში NS-ი მაღალი

სიხშირით ფიქსირდება. NS-ი შედარებით ხშირად გვხვდება ბიჭებში, თანაფარდობით 2:1-დან 3:2-მდე. ჩვეულებრივ, ნეფროზული სინდრომი გვხვდება 2-დან 6 წლამდე ბავშვებში. პირველადი NS-ის ეტიოლოგიად იმუნური პასუხი ითვლება. იმუნური პასუხი ვითარდება გლომერულის დაავადების ან სისტემური ინფექციის წინააღმდეგ, რომელიც გლომერულის სტრუქტურას არღვევს. ასევე მეორეულად HIV ინფექციის შედეგადაც შეიძლება განვითარდეს.

პათოფიზიოლოგია

ნეფროზული სინდრომი არის იმუნური პასუხისა და აღნიშნული ანთებითი პროცესის შედეგი. გლომერულის განვლადობა იზრდება, რის გამოც პლაზმის ცილები დიდი რაოდენობით გადადის შარდში და პროტეინურიას გვაძლევს შედეგად. მასიური პროტეინურია არის მთავარი დამახასიათებელი ნიშანი, რომლის შედეგია ჰიპოალბუმინემია. როდესაც ცილა იკარგება, სითხეები გადაიხრება ინტრავასკულარულიდან ინტერსტიციალურ სივრცეში. ამის შედეგი არის შეშუპება, ასციტი ან სითხის აკუმულაცია მუცლის ღრუში და ჰიპოვოლემია. ვასკულარული სივრცის მოცულობის შემცირებისას, თირკმლის სისხლის მიმოქცევა მცირდება და შესაბამისად შარდის გამოყოფაც იკლებს. სისტემური წნევისა და მოცულობის შესანარჩუნებლად რენინის გამოყოფის სტიმულაცია ხდება, შედეგად ალდოსტერონის დონე იმატებს, რაც იწვევს ნატრიუმის ტუბულებში რეაბზორბციას. ნატრიუმს წყალი მოყვება რაც კიდევ უფრო მეტ შეშუპებას და შეგუბებას იწვევს. შრატში ქოლესტეროლისა და ტრიგლიცერიდების დონე იმატებს, ჰიპოვოლემიისა და ცილების შემცირების ფონზე, ღვიძლიდან გაზრდილი ლიპოპროტეინის წარმოქმნის შედეგად. ეს სტიმულაცია არის მცდელობა რომ ორგანიზმმა ცილების დანაკარგი აღიდგინოს. იმუნოგლობულინების დონის დაკვირვებისას, IgG-ის დონე შემცირებულია. სისხლის მოცულობის შემცირებასთან ერთად, ჰემოკონცენტრაცია იწვევს სისხლის წითელი სხეულებისა და თრომბოციტების მომატებას. საერთო შედეგი არის სისხლის მიმოქცევის შემცირება და საბოლოოდ სისხლის წითელი უჯრედებისა და თრომბოციტების აგლუტინაცია ან შედედება. ცილების კარგვასთან ერთად, ბავშვი კოაგულაციის დარღვევების რისკის ქვეშაა.

კლინიკური გამოვლინება

ამ ბავშვებს აქვთ თირკმლის უკმარისობის მსგავსი სიმპტომები. შეშუპება ჩვეულებრივ არის პირველი კლინიკური მახასიათებელი. თავიდან, მსუბუქად მიმდინარეობს, იწყება პერიორბიტალური შეშუპებით დილის საათებში და თანდათან უფრო გენერალიზირებული ხდება. ანორექსია, მუცლის ტკივილი ან გაზრდილი მგრძნობელობა გამოწვეულია თირკმლის ანთებითი პროცესებით, მუცლის შეშუპება, დაღლილობა, ბოლოს გადატანილი რესპირატორული ინფექციის ისტორია, გაზრდილი წონა ან წონის არასწორი მატება და სასიცოცხლო ნიშნები (თავდაპირველად მოიცავს არტერიულ წნევას) ნორმის ფარგლებში, ასევე შეიძლება იყოს გამოხატული. ჰიპერლიპიდემია ასევე გვხვდება და დიდი ალბათობით არის ღვიძლში გაზრდილი ლიპიდების მეტაბოლიზმის შედეგი, ჰიპონატრემიის საპასუხოდ.

დიაგნოზი

დიაგნოზი დამოკიდებულია პროტეინურიაზე. შრატში ალბუმინის დონე შემცირებულია (ჰიპოალბუმინემია). ლაბორატორიული შეფასება მოიცავს ურინალიზის ცილებისთვის, სისხლის წითელი უჯრედების კასტებს, შრატის ალბუმინს (2.5 გრ/დლ-ჰიპოალბუმინემია), შრატში ქოლესტეროლის, ტრიგლიცერიდების, ჰემოგლობინის, ჰემატოკრიტის, თრომბოციტების რაოდენობას, ელექტროლიტების, BUN-ისა და კრეატინინის დონის შემოწმებას. სხვა გლომერულური დაავადებების გამოსარიცხად უნდა განისაზღვროს კომპლიმენტისა და ანტისტრეპტოლიზინ O-ს (ASO) დონე. პროტეინურიისა და სისხლის წითელი უჯრედების არსებობა შრატში მიგვანიშნებს თირკმელში ანთებით პროცესებზე. ქოლესტეროლის, ტრიგლიცერიდების (ჰემოგლობინის შემცირების ფონზე), ჰემატოკრიტისა და თრომბოციტების რაოდენობის გაზრდა აღნიშნავს შრატში ჰიპოპროტეინემიით გამოწვეულ პრობლემებს. შრატის ელექტროლიტები შეიცვლება რენინისა და ალდოსტერონის დონის ცვლილებითა და ნატრიუმის რეაბზორბციის შედეგად. BUN-ი და კრეატინინი იმატებს თირკმლის უკმარისობის დროს.

მკურნალობა

მკურნალობისას ყურადღება ექცევა პროტეინურიის შემცირებას, შეშუპების კონტროლსა და ინფექციის პრევენციას. მკურნალობის საყრდენია კორტიკოსტეროიდების თერაპია პრედნიზონთან და პრედნიზოლონთან (პრელონი) ერთად, იმისთვის რომ რემისიას მივაღწიოთ. კორტიკოსტეროიდები ამცირებს ანთებით პროცესსა და ცილების კარგვას, შედეგად ონკოზური წნევის აღდგენასა და დიურეზის განვითარებას ვიღებთ. ორალური პრედნიზოლონი ბავშებში დოზის კონტროლის საშუალებას იძლევა. ჩვეულებრივ პროტოკოლის მიხედვით ვიწყებთ მაღალი დოზით (2 მგ/კგ/დღე; მაქსიმალური დოზა 80 მგ/დღე). მკურნალობა გრძელდება იქამდე, სანამ ბავშვი არ გათავისუფლდება პროტეინურიისგან ანუ დაახლოებით 3 თვის განმავლობაში. მედიკამენტის შემცირება ხდება თანდათან რამდენიმე კვირის განმავლობაში და შემდგომ, თუ ბავშვს აღარ აღენიშნება სიმპტომები, წამლის მიღებას ვწყვეტთ. თუმცაღა, რეციდივის სიხშირე მაღალია, 60%-დან 70%-მდე, და ხშირად იქმნება ზედა სასუნთქი გზების ინფექციების გამო. რეციდივის მკურნალობა ხდება ხანმოკლე ყოველდღიური მაღალი დოზის სტეროიდებით, სანამ ბავშვი სამი დღის განმავლობაში პროტეინურიის გარეშე არ იქნება. დიურეტიკები, ყოველთვის ეფექტური არაა, ხანდახან მათი გამოყენება შეშუპებას ამწვავებს და რესპირატორულ ტრაქტს რისკის ქვეშ აყენებს. როდესაც სტეროიდული თერაპია ვერ მუშაობს ან გვერდითი მოვლენები საშიშია, მაშინ სხვა იმუნოსუპრესიული მედიკამენტები უნდა გამოვიყენოთ. ეს მოიცავს ციკლოფოსფამიდს (ციტოქსანი), ქლორამბუცილს (ლეუკერანი) ან ციკლოსპორინს (სანდიმუნი). ხანგრძლივი სტეროიდების გამოყენების ფონზე თუ ინფექცია განვითარდა ანტიბიოტიკები ინიშნება. მკურნალობის სხვა გართულებებია თრომბოზი და თირკმლის უკმარისობა.

დიურეტიკები, როგორიცაა ფუროსემიდი (ლასიქსი), არ გამოიყენება მსუბუქი ხარისხის შეშუპებისთვის, თუმცაღა, შეიძლება გამოვიყენოთ თუ ბავშვს აქვს მწვავე შეშუპება. დიურეტიკებს შეუძლია, ჰიპოვოლემიის, ჰიპონატერმისა და ჰიპოკალემიის გამოწვევა, ამიტომ ელქტროლიტების კონტროლია საჭირო. პოტასიუმის შემანარჩუ-

ნებელი შარდმდენები, სპირონოლაქტონი (ალდაქტონი), შეიძლება დაგვეხმაროს ჰიპოკალემიის შენარჩუნებაში. ალბუმინი შეიძლება მივცეთ იმ შემთხვევაში თუ შეშუპება მკაფიოდაა გამოხატული და იწვევს ბავშვის მოძრაობის შეზღუდვას, შარდის გამოყოფის შემცირებასა და ცუდ კვებას. ალბუმინი ნორმალური პლაზმური ონკოზური წნევის აღდგენას ეხმარება და ხელს უწყობს ინტერსტიციალური სითხის ინტრავასკულარულ კომპარტმენტში დაბრუნებას. ალბუმინს მოყვება ფუროსემიდი, იმისთვის რომ შევამციროთ შესაძლო სითხის მოცულობის გაზრდა და გავაძლიეროთ დიურეზი. იმისთვის რომ ვაკონტროლოთ ედემა და შევამციროთ ჰიპერტენზიის რისკი, განსაკუთრებით როდესაც გულუკოკორტიკოეიდების მიღება ხდება ყოველდღიურად, მარილის მიღების შეზღუდვაა საჭირო.

საექთნო მართვა

მედდის მენეჯმენტი ყურადღებას ამახვილებს სითხისა და ელქტროლიტების ბალანსის შენარჩუნებაზე, მედიკამენტების მიღებაზე, ინფექციებისა და კანის დაზიანების პრევენციაზე, ასევე პაციენტის ან ოჯახის ინფორმირებაზე. ყოველ ოთხ საათში ერთხელ ბავშვის სასიცოცხლო ნიშნების შემოწმებაა საჭირო ან ყოველი ცვლის შეცვლისას მაინც. დაბალი წნევა და ტაქიკარდია ჰიპოვოლემიის ნიშნებია და დაუყოვნებლივი შეტყობინებაა საჭირო. ყოველ ცვლაზე მიღებული და გამოყოფილი სითხის მონიტორინგია საჭირო. ექთანმა სითხის და ნატრიუმის რესტრიქცია, თუ დანიშნულია, დიდი ყურადღებით უნდა აკონტროლოს. გამოყოფილი შარდის რაოდენობა 1-დან 2 მლ/კგ/სთ-მდე დაუყონებლივ უნდა შევატყობინოთ ექიმს. შრატისა და შარდის ელქტროლიტების ტესტები, იმის მიხედვით დანიშნული აქვს თუ არა, შესაბამისად უნდა შეფასდეს. ექთანმა უნდა შეაფასოს დეჰიდრატაციისა და ედემის ნიშნები. ეს მოიცავს კანის, ლორწოვანი გარსის სიმშრალეს, კანის დაქვეითებულ ტურგორს (ქსოვილის დაჭიმულობა და ელასტიურობა, რომელიც იცვლება მისი ფიზიოლოგიური მდგომარეობიდან გამომდინარე), კაპილარების გავსების შენელება, ჩაღრმავებადი შეშუპება, პერიორბიტალური სიშავე ან დამოკიდებული შეშუპება. ყოველდღიურად ერთი და იმავე დროს, იმავე სასწორითა და იგივე ტანსაცმელით უნდა ავწონოთ. სუნთქვის ხმიანობების, ხრიალის ან ხრიწინის, შეფასებაა აუცილებელი რესპირატორული შეშუპების დასადგენად. მედიკამენტები (შარდმდენები, სტეროიდები ან იმუნოსუპრესიული აგენტები) უნდა მივცეთ დანიშნულების თანხმად. ინფექციის ნიშნები, როგორიცაა მომატებული ტემპერატურა, დიფერენცირებული CBC-ის ცვლილება, ხველება, ყელის ტკივილი ან სხვა სისტემური ჩივილები უნდა შეფასდეს. ბავშვები მნახველებისგან, პერსონალისგან ან სხვა კლიენტებისგან რომელთაც შეიძლება ინფექცია ჰქონდეთ, უნდა იყოს დაცული. ბავშვის მოვლისას მედდამ ხელები კარგად უნდა დაიბანოს და მისცეს ანტიბიოტიკები დანიშნულებისამებრ ინფექციის პრევენციის ან მკურნალობისთვის. ბავშვის კანი დაზიანებისგან უნდა დავიცვათ, განსაკუთრებით როდესაც შეშუპებაა გამოხატული. ყოველ ორ საათში ბავშვს მდგომარეობა უნდა შევუცვალოთ. შეშუპებული კიდური ექთანმა ბალიშზე ან სხვა დამხმარე ზედაპირზე უნდა მოათავსოს, რათა ცირკულაცია შევინარჩუნოთ. კანი უნდა შეფასდეს სიწითლის ან სიფერმკრთალის მიხედვით. ბიჭებს, რომელთაც სათესლე პარკის სიმკრთალე ახლავს თან, დამატებითი შუასადები და საყრდენი სჭირდება.

ოჯახის ინფორმირება

ექთანმა მშობლებს უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია ნეფროზული სინდრომისა და მისი მოსალოდნელი განვითარების შესახებ. აღმზრდელებს უნდა ჰქონდეთ კითხვების დასმისა და ემოციის გამოხატვის საშუალება. მედდებმა უნდა ასწავლონ მშობლებს როგორ უნდა გაზომონ შარდში პროტეინების რაოდენობა საზომი ღერძის საშუალებით და რა მნიშვნელობა აქვს ყოველდღიურ გაზომვას, აღრიცხვას. მათ უნდა ქონდეთ ინფორმაცია თუ როგორ აწონონ ბავშვი ყოველდღიურად. ექთანს ესაჭიროება რომ აუხსნას რელაპსის იდენტიფიკაციის მნიშვნელობა, რომლის პირველი ნიშნებია წონაში მომატება და შარდში ცილების მომატება. მშობლებმა უნდა იცოდნენ სტეროიდებისა და მათი იმუნოსუპრესიული მოქმედების შესახებ, რათა მათ დაიცვან ბავშვი ინფექციისგან. მათ ასევე უნდა იცოდნენ რომ სტეროიდები ზრდის მადას და შესაძლოა გაწერამდე დიეტოლოგის კონსულტაცია გახდეს საჭირო. აღმზრდელმა უნდა იცოდეს, რომ თუ ბავშვს ჩუტყვავილა შეხვდება და დაავადება არ გადაუტანია ან ვაქცინაცია არ აქვს გაკეთებული ჯანდაცვის პროვაიდერს უნდა მიაკითხოს. ცოცხალი ვირუსული ვაქცინა არ უნდა მივცეთ ბავშვს, რომელიც მაღლი დოზით სტეროიდებს ან სხვა იმუნოსუპრესიულ მედიკამენტებს იღებს, და აღმზრდელი უნდა გავაფრთხილოთ ამის შესახებ.

ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომი

ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომი (HUS), თირკმლის მწვავე დაავადება, (ARF) ბავშვებში თირკმლის მწვავე უკმარისობის ყველაზე ხშირი მიზეზია.

სიხშირე და ეტიოლოგია

მიუხედავად იმისა, რომ შედარებით იშვიათად გვხვდება, HUS-მა მიიქცია ყურადღება მას შემდგომ, რაც ბავშებმა დაბინძურებული საქონლის ხორცის ჭამის შემდგომ შეიძინეს ეს დაავადება *Escherichia coli-ის (*E.coli) ინფექციის გამო. უფრო გავრცელებულია განვითარებად ქვეყნებში, სადაც სანიტაციისა და ხორცის სწორი დამუშავების პრობლემაა. უფრო ხშირია 2-დან 3 წლამდე ბავშვებში. 5 წელს ქვემოთ ბავშვებში სიხშირე ყველაზე მაღალია (6.1 ყოველ 100,000-ზე), საერთო სიხშირე (ყველა ასაკში) არის 0.5-დან 2.1-მდე ყოველ 100,000-ზე. სიხშირე პიკს აღწევს ზაფხულსა და შემოდგომაზე. ორივე სქესში თანაბრად გვხვდება. HUS-ის ზუსტი ეტიოლოგია უცნობია, მაგრამ ფიქრობენ რომ ასოცირდება ბაქტერიის ტოხინებთან, ვირუსებთან, წამლებთან, განსაკუთრებით ქემოთერაპიულ აგენტებთან და ქიმიკატებთან. გამომწვევ ორგანიზმებში შედის E. coli, შიგელა, რიკეცია, კოქსაკევირუი, ECHO ვირუსი, ადენოვირუსი, პნეუმოკოკი და სალმონელა. ზოგიერთ შემთხვევაში გენეტიკური მიდრეკილება ფიქსირდება.

პათოფიზიოლოგია

HUS-ის პათოფიზიოლოგია არის კომპლექსური. ყველაზე ხშირი თანმიმდევრობა HUS-ის განვითარების არის გასტროინტესტინალური ტრაქტის ბაქტერიით ინვაზია, რომელიც იწვევს ღებინებასა და დიარეას. ბაქტერია ეჭიდება ნაწლავის ლორწოს, სადაც მალევე მრავლდება. ნაწლავის პერისტალტიკა ნელდება. ბაქტერია გამოყოფს ენდო-

ტოქსინს. ანთებითი პროცესი იწყება, რომლის კაპილარული კედლის დაზიანებასა და გარშემო მყოფი სისხლძარღვების ოკლუზიას იწვევს მიკროთრომბებით. ხდება სისხლის წითელი უჯრედების ჰემოლიზი. ეს რეაქცია თირკმლის სისხლძარღვებშიც, კერძოდ გლომერულარულ არტერიოლებშიც მიმდინარეობს. დაზიანებული ქსოვილის ენდოთელიუმი სივდება და თრომბოციტების დაზიანების ადგილას გადაადგილდება. ეს მოქმედება იწვევს შედედებას ან აგრეგატი იწვევს სისხლის მიმოქცევის შენელებას თირკმლის სისტემაში. რენინის სტიმულაცია იწვევს სისტემურ ჰიპერტენზიას. თრომბოციტების რაოდენობა მცირდება თრომბოციტების დაზიანებასთან ერთად, იგივე მექანიზმით როგორც სისხლის წითელი უჯრედები და შედეგად გვაძლევს თრომბოციტოპენიას (100,000/მლ-ზე ნაკლები), ეს გრძელდება ერთიდან ორ კვირამდე. გლომერულარული სისხლძარღვების დაზიანება გვაძლევს გლომერულარული ფილტრაციის ხარისხის შემცირებას, საბოლოოდ, შარდის გამოყოფა შემცირებულია და ვითარდება თირკმლის მწვავე უკმარისობა, ჰიპერტენზიასთან ერთად. ორგანიზმის ნებისმიერ ორგანოში შეიძლება განვითარდეს სისხლის შედედება და ანთებითი პროცესები, თუმცაღა, უფრო ხშირია გასტროინტესტინალურ ტრაქტში, რესპირატორულსა და სასქესო-საშარდე სისტემებში.

კლინიკური გამოვლინება

HUS-ის კლინიკური გამოვლინება არის სიმპტომების ტრიადა, რომელიც მოიცავს თირკმლის მწვავე უკმარისობას, თრომბოციტოპენიასა და ანემიას. კუჭ-ნაწლავის სიმპტომები პროდრომალურია, დიარეასა და ღებინებასთან ერთად ან ზედა სასუნთქი გზების ინფექციასთან. ისტორია შეიძლება მოიცავდეს სისხლიან დიარეას, შემცირებულ შარდის გამოყოფასა და მუცლის მსუბუქ ტკივილს. მას შემდგომ რაც ჰემოლიზური პროცესები დაიწყება, შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე დღიდან ორ კვირამდე. ბავშვი თანდათანობით უფრო გაღიზიანებული, ლეთარგიული და ანორექსიული ხდება. მალევე, ბავშვს ანემია უვითარდება და კანის სიფერმკრთალე იზრდება, ჰემატოკრიტი იკლებს და შარდის გამოყოფა მცირდება. თრომბოციტების შემცირებასთან ერთად, სისხლდენების, სილურჯეებისა და პურპურის რისკი იზრდება. თირკმლის სისხლის მომარაგების შემცირებასა და შედედების ფორმირებასთან ერთად, რენინი სეკრეტირდება და სითხის რეტენცია ხდება რაც ჰიპერტენზიას იწვევს. ფიზიკური გასინჯვისას, ჰეპატოსპლენომეგალიაა (ღვიძლისა და ელენთის ზომაში მომატება) გამოხატული. შეშუპება, ჰიპერტენზია, მუცლის მგრძნობელობა და ტკივილი ხშირი გამოვლინებებია. ასევე შეიძლება აღწერონ ცნობიერების ცვლილება ან კრუნჩხვითი აქტივობა, განსაკუთრებით თუ კალციუმის, ფოსფორისა და სხვა ელექტროლიტების ნორმალური დონეებია შეცვლილი. ტოქსინები, რომლებიც ჩვეულებრივ თირკმლიდან იწმინდებიან, გროვდება თირკმელში, ნატრიუმისა და კალიუმის შეწოვა-გამოყოფა დარღვეულია. შედეგი არის გვერდითი მოვლენები ნერვულ სისტემაზე კრუნჩხვები და ცნობიერების დარღვევა.

დიაგნოზი

ზომიერი პროტეინურია შეიძლება იყოს გამოხატული. შრატში კრეატინინი და BUN-ის დონე მომატებულია. CBC მიგვანიშნებს ანემიასა და თრომბოციტოპენიაზე. სხვა კოაგუ-

ლაციური ტესტებიც შეგვიძლია ჩავატაროთ. განავლის ბაქტერიოლოგიური კვლევაც შეგვძლია ჩავატაროთ რათა E.coli-სა და შიგელას არსებობა განისაზღვროს.

მკურნალობა

თავდაპირველად მკურნალობა არის სიმპტომური. თუ შრატში ელექტროლიტების დონე ნორმის ფარგლების გარეთაა და რენალური უკმარისობა მწვავეა, ჰემო ან პერიტონეალური დიალიზი ან სითხის რესტრიქცია შეიძლება გახდეს საჭირო, იმისთვის რომ შრატში ნატრიუმის დონე, რომელიც აქამდე შემცირებული იყო, სითხის მოცულებისა და განზავების გადაჭარბების გამო, გაიზარდოს. დიალიზი როგორც წესი გამოიყენება ისეთი ბავშებისთვის რომელთაც ანურია (შარდის გამოუყოფლობა) აქვთ 24 საათის განმავლობაში ან აქვთ ოლიგურია და ექსტრემალური ჰიპერტენზია, ჰიპერკალემია ან კრუნჩხვები აქვთ გამოხატული. თუ შრატში კალიუმის დონის მომატება გამოწვეულია ამ იონის თირკმლის ექსკრეციის დარღვევით, მაშინ ქეიქსელატის ოყნა ან ნაზოგასტრალური ხსნარი უნდა მივცეთ. შრატის გლუკოზის დონე შიძლება იყოს ასევე შემცირებული, რადგან გაზრდილია მეტაბოლური მოთხოვნილებები; შესაბამისად, დექსტროზა ან პარენტერალური კვებაა საჭირო. თუ პანკრეასიც დაზიანდა შენადედის ფორმაციით, ინსულინის წარმოქმნაც დაირღვევა. ზოგიერთ ბავშვს შეიძლება განუვითარდეს ჰიპერგლიკემია, შესაბამისად, ინსულინოთერაპიაც დასჭირდება.

კალციუმისა და ფოსფორის დონეების ცვლილება გამოიხატება კალციუმის შემცირებითა და ფოსფორის მომატებით. კალციუმი გამოიყოფა თირკმლიდან და შეიწოვება ტუბულებიდან. ასევე დამოკიდებულია ნაწლავების ფუნქციასა და ეპითელიალური ქსოვილის გავლით ტრანსპორტირებაზე. HUS-ში ეს სისტემები ვერ ფუნქციონირებს, და შედეგად გვაძლევს შემცირებულ კალციუმს, ფოსფორის მომატებასთან ერთად, რომლის ფილტრაციაც ჩვეულებრივ თირკმელში ხდება. შეიძლება დაგვჭირდეს კალციუმის გლუკონატის ან კალციუმის ქლორიდის გამოყენება. ჰიპერტენზიის მკურნალობა ხდება ჰიდრალაზინითა (აპრესოლინი) და კაპტოპრილით (კაპოტენი). ბავშვს შესაძლოა მეტაბოლური აციდოზიც განუვითარდეს, თირკმლის უუნარობით, რომ ორგანიზმში მჟავები ნორმალურად განაზავოს, ამის გამო ბიკარბონატის თერაპია უნდა გამოვიყენოთ. თუ თან ახლავს ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმპტომები როგორიცაა შეცვლილი ცნობიერება ან კრუნჩხვები, ცენტრალური ვენური წნევის საკონტროლებლად ცენტრალური ვენური ხაზის ჩადგმაა საჭირო. თუ სისხლდენა მწვავეა ან სისხლის რაოდენობა შემცირებულია, მაშინ სისხლის ტრანსფუზიაა საჭირო, ახალი შეფუთული წითელი სისხლის უჯრედებით. ნებისმიერი სითხის მიღებისას, შეფუთული უჯრედების ფორმითაც კი, სითხის გადაჭარბებაზე უნდა მივიტანოთ ეჭვი და მოვახდინოთ მისი პრევენცია, თუ ეს შესაძლებელია. ზოგი დაწესებულება ასეთ ბავშვებს უტარებს პლაზმის პროდუქტებს, რათა თვიდან ააცილოს მოცულობის გაზრდა შეფუთული წითელი სხეულების უჯრედების ტრანსფუზიით. ორალური კვება შეიძლება განვაახლოთ, მას შემდგომ, რაც ღებინება და დიარეა გაკონტროლდება. 85%-ზე მეტი HUS-იანი ბავშები განიკურნებიან, თირკმლის ნორმალური ფუნქციის შენარჩუნებით. თუმცაღა, არსებობს პოტენციალი თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის განვითარებისა.

საექთნო მართვა

საქეთნო მენეჯმენტი ყურადღებას ამახვილებს თირკმლის ფუნქციის შენარჩუნებაზე, სითხისა და ელექტროლიტების ბალანსზე და ოჯახის მხარდაჭერაზე. ექთნებმა უნდა შეაფასონ ბავშვში დეჰიდრატაციის ნიშნები: გაზრდილი ტემპერატურა, პულსი, რესპირაცია, სისხლის წნევის შემცირება, შემცირებული პერიფერიული პერფუზია, კანის, ლორწოვანი გარსის სიმშრალე, შემცირებული შარდის გამოყოფა გაზრდილ შარდის ხვედრით წონასთან ერთდ და დაქვეითებული კანის ტურგორი. მიღებული და გამოყოფილი სითხეების აღწერა უნდა მოხდეს ყოველ ოთხ საათში ერთხელ. თუ ბავშვი არის ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, მაშინ ყოველ ერთ-ორ საათში უნდა შემოწმდეს. ექთნებმა უნდა შეამოწმონ ყოველდღიური წონა და გამოწერილი მიღებული სითხის რაოდენობა. აუცილებელია შრატში ელექტროლიტების, BUN-ის, კრეატინინის, Hct-ის, Hgb-ის, WBC-ისა და არტერიული სისხლის აირების კონცენტრაციის მონიტორინგი. თუ ბავშვს აღენიშნება ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმპტომები, ცენტრალური ვენური კათეტერი უნდა მოვათავსოთ, რომ ვაკონტროლოთ წნევა. თუ იქნება 15 ან მეტი, დიალიზი შეიძება დაგვჭირდეს. ბავშვს უნდა გაუკეთდეს კარდიორესპირატორული მონიტორი. ეკგ-ზე ცვლილებებს ყურადღება უნდა მიექცეს, როგორიცაა მახვილი T ტალღები (პოტასიუმი მომატებასთან დაკავშირებული) და გაფართოებული QRS კომპლექსი, ან გულის ბლოკადის ნიშნები.

ბავშვი ასევე ფასდება სითხის მოცულობის გადაჭარბების ნიშნებისთვის: ტაქიკარდია, ტაქიპნეა, ჰიპერტენზია, გამოხატული ედემა და გაზრდილი პულმონარული სეკრეციები. ფილტვის აუსკულტაციისას, ხრიწინი ან ხიხინი შეიძლება მოვისმინოთ. ვენტილაციის შესანარჩუნებლად ჟანგბადის მიწოდება შეიძლება გახდეს საჭირო. გულ-მკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლება უნდა ჩატარდეს, რათა განისაზღვროს პულმონარული ედემა ან კარდიომეგალია.

ბავშვის დაკვირვება უნდა მოხდეს ასევე სისხლდენის ან დაზიანების ნიშნებისთვის, რომლებიც დაკავშირებულია თრომბოციტოპენიასთნ და უნდა აღიწეროს პეტექიები, სისხლდენა, გადაჭარბებული დალურჯება ან გამონაყარის არსებობა. ნებისმიერ ინვაზიურ პროცედურას უნდა ავარიდოთ თავი თუ შესაძლებელია, როგორიცაა ინექცია და ტემპერატურის რექტალურად გაზომვა. ექთნები უნდა დააკვირდნენ სასიცოცხლო ნიშნების ცვლილებებსა და შეაფასონ ნევროლოგიური სტატუსი, მათ შორის, გაზრდილი მოუსვენრობა, გაღიზიანებადობა ან დაღლილობა; შემცირებული მგრძნობელობა შეხებაზე ან ტკივილზე.

ექთნებმა უნდა შეაფასონ ბავშვი შესაძლო შიდაქალის წნევის მომატების ნიშნებზე. ეს მოიცავს ცნობადობის დონის ცვლილებას, სათანადოდ რეაგირების დაქვეითებას სიტყვიერ ნიშნებზე, შეხებაზე ან ტკივილზე, ფონტანელების გომობურცვას და კიდურების მოძრაობის ცვლილებას ან კუნთის შემცირებულ ტონუსს ერთ ან ოთხივე კიდურში. კუნთოვანი ცვლილებები ან კრუნჩხვითი აქტივობები ასევე შეიძლება იყოს გამოხატული. საწოლის თავი 30 გრადუსით უნდა იყოს აწეული და ოთახი უნდა იყოს მყუდრო, ზედმეტი სინათლის გარეშე. თუ ნევროლოგიური სტატუსი დარღვეულია და ცენტრალური ვენური წნევა მომატებულია, ჰიპოტონურ IV ხსნარებს, ასევე ოსმოსურ შარდმდენებსაც უნდა მოვერიდოთ, რადგან ჰიპოვოლემიას ამძიმებს, სითხის ცვლის გამო.

ექთნებმა ასევე უნდა შეაფასონ გასტროინტესტინალური გაღიზიანება, აღწერონ ღებინება, განავალი და მათი დამახასიათებელი ნიშნები, კუჭნაწლავის ხმიანობის აუსკულტაცია. თუ არაა ეს ნიშნები გამოხატული, მაშინ შესაძლოა ნაზოგასტრალური მილის ჩადგმა დაგვჭირდეს, გასტრალური დეკომპრესიისთვის. ანტაციდები გამოიყენება თუ გასტრალური pH არის 5-ზე ნაკლები. როდესაც ორგანიზმი საკვებს აიტანს, მცირე სიხშირით კვების დაწყებაა შესაძლებელი და თანდათანობით გაზრდა.

ოჯახის ინფორმირება

აღმზრდელებმა შეიძლება თავი დამნაშავედ იგრძნონ, რადგან ფიქრობენ რომ რაღაც გამორჩათ ან არ იცოდნენ რომ მათი ბავშვი ასე ავად იყო. მათ სჭირდებათ დარწმუნება რომ ეს სიმპტომები ძალიან მსუბუქია. უნდა მივაწოდოთ პათოფიზიოლოგიაზე იმდენი ინფორმაცია, რამდენიც ვიცით და დავეხმაროთ HUS-ის ნორმალური მიმდინარეობის აღქმაში. ისინი უნდა გავამხნეოთ, რომ ჩაერთონ მათი ბავშვის მოვლაში.

თირკმლის უკმარისობა

თირკმლის უკმარისობა მიგვითითებს მდგომარეობაზე, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს თირკმელებზე, შედეგად, ამ სისტემის შემცირებულ ფუნქციას გვაძლევს. ეს დაავადება ორი ძირითადი ფორმითაა წარმოდგენილი: მწვავე და ქრონიკული.

თირკმლის მწავავე უკმარისობა

თირკმლის მწვავე დაზიანება (AKI), აქამდე ცნობილი, როგორც თირკმლის მწვავე უკმარისობა (ARF), არის რენალური ფუნქციის მოულოდნელი დაქვეითება. AKI-იანი ბავშვების უმეტესობა თირკმლის ფუნქციას აღიდგენს. AKI კლასიფიცირდება იმის მიხედვით თუ სისტემის რომელი ნაწილია დაზიანებული. სამი ძირითადი AKI-ის ფორმაა აღწერილი: პრერენალური, ინტრარენალური და პოსტრენალური.

სიხშირე

AKI იშვიათად გვხვდება ბავშებში, მაგრამ განვითარების შემთხვევაში სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობაა. ზუსტი სიხშირე უცნობია, მაგრამ AKI-ით ჰოსპიტალიზირებულ ბავშვთა რიცხვი იზრდება. ასოცირდება რიგ დაავადებებთან როგორიცაა იშემია, წამლების ზემოქმედება, ინფექციები ან HUS-ი. მიუხედავად იმისა, რომ შექცევადი შეიძლება იყოს, ზოგიერთი ტიპი თირკმლის ქრონიკულ უკმარისობამდე პროგრესირებს.

ეტიოლოგია და პათოფიზიოლოგია

AKI ხასიათდება თირკმლის შექცევადი დაზიანებით, რომლის შედეგად იზრდება კრეატინინისა და შარდოვანას დონე, ორივე ცილის დაშლის პროდუქტებია, რაც სითხისა და ელექტროლიტების ბალანსის პრობლემაა. თირკმლის დაზიანება, უკმარისობის მიხედვით სამ ტიპად იყოფა: პრერენალური უკმარისობა, ინტრარენალური უკმარისობა (დაავადება თირკმლის შიგნით), ან პოსტრენალური უკმარისობა (ობსტრუქციული უროპათია).

პრერენალური უკმარისობა ხასიათდება მოულოდნელი თირკმლის სისხლის მიმოქცევის ან თირკმლის პერფუზიის დაქვეითებით. თირკმლის უკმარისობის ეს ტიპი შეიძლება შედეგი იყოს დეჰიდრატაციის, ჰიპოვოლემიის ან შოკის, სეფსისის, დამწვრობის, გულის უკმარისობის, თირკმლის არტერიის ობსტრუქციის ან პერინატალური ასფიქსიის. ინტრარენალური უკმარისობა ასოცირდება თირკმლის ქსოვილის დაზიანებასთან. გამომწვევებია ანტიბიოტიკოთერაპია (ამინოგლიკოზიდები ან სხვა ნეფროტოქსიკური მედიკამენტები), კონტრასტული საღებავები, გლომელურონეფრიტი, პიელონეფრიტი, ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომი ან სხვა ინფექციები, რომელიც აზიანებს თირკმლის ქსოვილს. თირკმლის პოსტრენალური უკმარისობა თირკმელსა და საშარდე სანათურს შორის შარდის ობსტრუქციის შედეგია. ჩვეულებრივ გადინების ობსტრუქციაა, რომელიც შარდის დაგროვებას იწვევს თირკმელში, ენდოთელიალურ ამომფენზე ზეწოლას ახდენს და საბოლოოდ თირკმლის ფუნქციას აქვეითებს. პოსტრენალური უკმარისობის, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს მუცლად ყოფნის ან პოსნატალური პერიოდის განმავლობაში, მიზეზებია:

- პოსტერიორ შარდსადენის სარქვლის არსებობა;
- ურეთროვეზიკულარული ობსტრუქცია – ობსტრუქცია შარდსაწვეთისა და შარდის ბუშტს შორის კავშირთან;
- ურეთრო-მენჯის ობსტრუქცია-ობსტრუქცია შარდსაწვეთსა და თირკმლის მენჯს შორის;
- ნევროგენული შარდის ბუშტი, პირველადი ჩარევის გარეშე;
- თიკმლის სიმსივნე-ნეფრობლასტომა ან მყარი მასა, რომელიც არის ყველაზე ხშირი რენალური სიმსივნე ბავშვებში;
- თირკმლის კალკულები.

კლინიკური გამოვლინება

ყველაზე ხშირი კლინიკური გამოვლინებაა ოლიგურია, სითხისა და ელქტროლიტების დისბალანსი, მეტაბოლური აციდოზი და დეჰიდრატაციის ან ედემის ნიშნები, რომელიც თირკმლის უუნარობაა, რომ შეინარჩუნოს ბალანსი. სიფერმკრთალე, ლეთარგია, ანორექსია, ღებინება და ზოგიერთ შემთხვევაში კრუნჩხვები შეიძლება გამოვლინდეს. ბავშვის სასიცოცხლო ნიშნები შეიძლება იყოს ან არ იყოს ნორმის ფარგლებში, დამოკიდებულია გამომწვევსა და თირკმლის დისფუნქციის ხანგრძლივობაზე. ბავშვს შეიძლება ქონდეს, დამოკიდებული, ჩაღრმავებადი ან პერიორბიტალური ედემა. შეშუპებასთან ერთად ჰიპერტენზიაც შეიძლება იყოს გამოხატული. ჰიპერტენზია გამოწვეულია მოცულობის გადაჭარბებისა და შეშუპების გამო. თირკმლის სისხლის მიმოქცევის შემცირებასთან ერთდ, რენინის გამოყოფა იზრდება რასაც ვაზოკნსტრიქციამდე მივყვართ. გული მუშაობს უფრო ძლიერად, რომ გადატყორცნოს სისხლი, შედეგად არტერიული წნევა იზრდება. ფილტვის მიერი შეშუპება ვლინდება ზოგიერთ ბავშვში, გაზრდილ რესპირატორულ დისტრესთან ერთად.

დიაგნოზი

დიაგნოზი დამოკიდებულია პაციენტის ისტორიაზე, ლაბორატორიულ მაჩვენებლებსა და ფიზიკურ გამოკვლევაზე. ანურია ან გამოყოფილი შარდი 1მლ/კგ/სთ-ში, არის პოტენციური მაჩვენებელი დაავადებისა, თუმცაღა, ზოგიერთ ბავშვს შესაძლოა ნორმალური შარდის გამოყოფის მოცულობა ქონდეს. რენალური სისხლის შრატის პანელი გვიჩვენებს გაზრდილ BUN-სა და კრეატინინს, ელექტროლიტებს, განსაკუთრებით ნატრიუმსა და პოტასიუმს, რომლის მომატებაც სიცოცხლისთვის საშიშია. თირკმლის სისხლის მიმოქცევის შემცირებისას, გლომერულარული ფილტრაციის სიხშირეც მცირდება და ნატრიუმის რაოდენობა, რომელსაც თირკმელი ფილტრავს მცირდება. მიუხედავად იმისა, რომ უფრო მეტი კვლევაა საჭირო, რამდენიმე გენეტიკური ბიომარკერი აჩვენებს, რომ შესაძლოა AKI-ის ნაადრევი დიაგნოზირება.

მკურნალობა

თირკმლის მწვავე უკმარისობის მქონე ბავშვების მკურნალობის მთავარი მიზანია რენალური პერფუზიის გაზრდა, სითხის, ელექტროლიტების, ფუძე-მჟავის ბალანსის განახლება და შენარჩუნება რათა შევამციროთ გართულებების რისკი, და ხელი შევუწყოთ კვებას. ეს მკურნალობა შეიძლება მოიცავდეს ან არ მოიცავდეს თირკმლის ჩანაცვლებით თერაპიას (RRT). მკურნალობა RRT-ის გარეშე, არის შემდგომი: თუ ნატრიუმის დონე ძალიან მაღალია და შეშუპებაა გამოხატული, სითხისა და ნატრიუმის რესტრიქციიაა საჭირო. თუ კალიუმის დონე ძალიან მაღალია, მაშინ პოლისტირენ ნატრიუმის სულფონატი (კეიქსელატი) ორალურად ან პერ-რექტალურად უნდა მივცეთ. ეს პოლიმერი უკავშირდება კალიუმს ნაწლავში და მოაცილებს ორგანიზმიდან. თუ მეტაბოლური აციდოზია გამოხატული, ნატრიუმის ბიკარბონატით ვმკურნალობთ, რათა ჩავანაცვლოთ დაკარგული რენალური ბუფერი. ხანდახან შარდმდენები გამოიყენება შარდის გამოყოფის გასაზრდელად და თირკმლის დაზიანების შესამცირებლად.

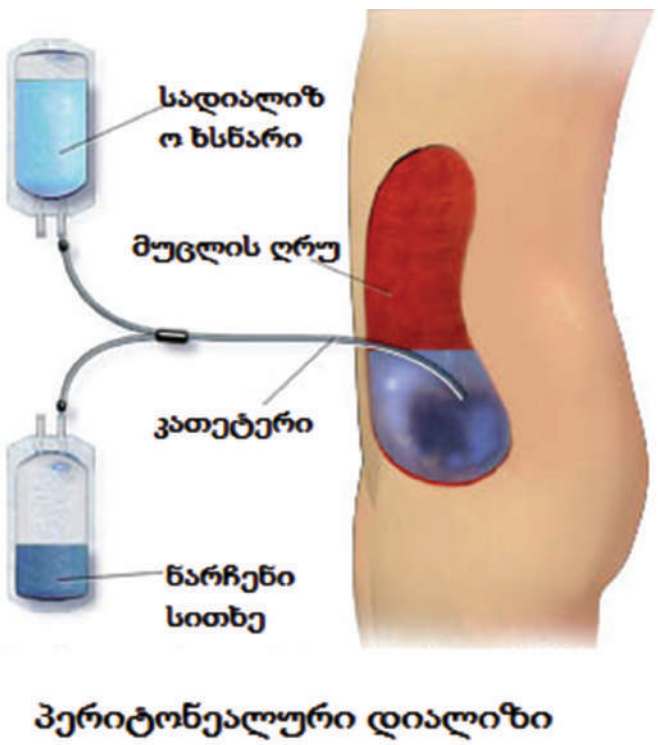
თუ ეს მეთოდი ვერ გააკონტროლებს სითხისა და ელექტროლიტების ბალანს ან პულმონარული შეშუპება ან გულის უკმარისობაა გამოხატული, მაშინ RRT-ით მკურნალობა უნდა განიხილოს. RRT-ით მკურნალობის სხვა ჩვენებებია: მწვავე სისტემური ჰიპერტენზია, BUN-ი 0,12 მგ/დლ, ჰიპერკალემია, გაზრდილი მეტაბოლური აციდოზი ან მენტალური სტატუსის ცვლილება. RRT-ის სამი ძირითადი რეჟიმი არსებობს: ჰემოდიალიზი, პერიტონეალური დიალიზი და უწყვეტი ჰემოფილტრაცია.

თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია

ჰემოდიალიზი არის RRT-ი რომელიც იყენებს ჰემოფილტრაციის სიტემას, ორგანიზმის გარეთ. არტეროვენოზური (AV) ფისტულა, შუნტი ან ექსტერნალური მოწყობილობაა საჭირო, რომ მოთავსდეს დიდ სისხლძარღვში. ეს ცენტრალური ხაზი უზრუნველყოფს წვდომას სისხლის მიმოქცევის სისტემასთან, რომ გადატუმბოს სისხლი ორგანიზმიდან ექსტრაკორპორული წრიდან ფილტრაციის სისტემაში. ეს ემსახურება ორგანიზმიდან ნარჩენი პროდუქტების, რომლებიც თირკმელით ვეღარ იფილტრება, მოშორებას. ეს მოწყობილობები საჭიროებენ ქირურგიულ დაყენებასა და მოვლისას ექთანმა უნდა გამოიყენოს ასეპტიური მეთოდები. ჰემოდიალიზი შეიძლება შესრულდეს წყვეტილი

დროის ინტერვალით, ან სავადმყოფოში, დიალიზის ცენტრში ან სახლის პირობებში. ჩვეულებრივ, პროცედურა 3-დან 4 საათამდე დროს საჭიროებს და კვირაში სამჯერ ან ოთხჯერ მეორდება. ჰემოდიალიზი ყველაზე ეფექტურია, სხვა ფორმის დიალიზებისგან განსხვავებით, აზოტოვანი ნარჩენების მოცილებაში.

პერიტონეალურ დიალიზს სჭირდება კათეტერის მოთავსება პერიტონეალურ ღრუში, იმისთვის რომ ზედმეტი სითხის, ხსნარებისა და აზოტოვანი ნარჩენების მოცილება მოხდეს (სურათი 16-8). ამ პროცედურას შეიძლება დასჭირდეს ან არ დასჭირდეს ქირურგიული დაყენება. როგორც წესი, არ საჭიროებს ჰეპარინიზირებულ ხაზს. მკურნალობა ან ფილტრაციის პროცესი პერიტონეალურ ღრუში, მოიცავს სითხის ნელ ნაკადს კათეტერიდან პერიტონეალურ ღრუში, სანამ სასურველი სითხის დონე არ მიიღწევა, ამ დროს ხდება მომჭერის მოთავსება, რაც საშუალებას აძლევს სითხეს დაყოვნდეს პერიტონეუმში, რაღაც პერიოდის განმავლობაში, რომ მოაცილოს ნარჩენი პროდუქტები. მომჭერის გათავისუფლებისას, სითხე იცლება დიალიზის სისტემაში. ეს ციკლი მეორდება ავტომატურად ან მანუალურად დღეში ხუთჯერ. პროცედურა ჩვეულებრივ მეორდება დღეში რამდენჯერმე და სრულდება სახლის პირობებში. უწყვეტი პერიტონეალური დიალიზი უპირატესობაა ბავშვებში, რადგან ნაკლებად საჭიროა ხისტი წყლის შეზღუდვა, უფრო მეტი საჭმლის არჩევანია და ნორმალური აქტივობის შენარჩუნების უნარი უკეთესია. პერიტონეალური დიალიზი პრობლემურია ჩვილებისთვის რომელთაც დიალიზი სჭირდებათ, რადგან ტოქსიკური ნარჩენების, ხსნარებისა და სითხის გასუფთავება შედარებით ნელია. მათი მუცელი პატარაა და თუ მკურნალობა წარუმატებელია, ჰიპოვოლემია შეიძლება გაუარესდეს, რომელიც ჩვილის ორგანიზმისთვის ძნელად ასატანია.



სურათი 16-8. პერიტონეალური დიალიზი სქემატურად

ჰემოფილტრაცია არის დიალიზის უწყვეტი ფორმა. თირკმლის უწყვეტი ჩანაცვლებადი თერაპია (CRRT), ჰემოფილტრაციის ფორმაა, რომელიც შეიქმნა ტრადიციული დიალიზის უარყოფითი მხარეების გამო, მისი მოხმარება გაიზარდა ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში. CRRT-ი გამოიყენება პაციენტებში რომელთაც უჭირთ დიდი რაოდენობის სითხისა და ელექტროლიტების გადახრის ატანა, ჰემოფილტრაცია უფრო ნელი და ნაზია ჰემოდიალიზთან შედარებით. CCRT-ის რამდენიმე ფორმა არსებობს, მათ შორის არტეროვენოზური ჰემოფილტრაცია (CAVH) და უწყვეტი ვენოვენური ჰემოფილტრაცია (CVVH). CRRT-ის ყველა ტიპი მოიცავს არტერიის ან ვენის კათეტერიზაციას, იმისთვის რომ სისხლძარღვები იყოს ხელმისაწვდომი, ორგანიზმიდან სისხლის ამოღებისთვის, ფილტრაციისა და შემდგომ კვლავ უკან დასაბრუნებლად. სხეულის გარეთ, სისხლი ფაქიზად და განუწყვეტლივ იფილტრება ზედმეტი სითხის, ელექტროლიტებისა და აზოტოვანი ნარჩენებისგან, გამოიყენება ნახევრად განვლადი მემბრანა. თუ არტეროვენოზური შუნტი (CAVH) გამოიყენება, პაციენტის არტერიული წნევა საკმარისია სისხლის ჰემოფილტრაციის სისტემაში ცირკულაციისთვის. თუ ორი ვენა (CVVH) გამოიყენება, ტუმბოა საჭირო იმისთვის რომ სისხლმა იმოძრაოს სისტემაში. ჰემოდიალიზისთვის სპეციალურად დახელოვნებული ექთნები არაა საჭირო იმისთვის რომ მოუარონ ბავშვს რომელსაც უტარდება CRRT-ი, თუმცაღა, პროცედურა ტარდება ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. კრიტიკული თერაპიის ექთნები ყურადღებით აკვირდებიან სითხისა და ელექტროლიტების ბალანსს, აკვირდებიან პრობლემებს, როგორიცაა ჰემორაგია, შედედება, აირის ემბოლია და ჰიპონატრემია. ნათელია, რომ უწყვეტი ფაქიზი სისხლის ფილტრაცია უფრო კარგად ასატანია პაციენტებისთვის, რადგან ისინი განიცდიან ჰემოდინამიკური არასტაბილურობის ნაკლებ ეპიზოდს, ვიდრე ჰემოდიალიზის დროს. თუმცაღა, უახლოესმა პუბლიკაციამ აჩვენა, რომ თირკმლის ქსოვილის დაზიანება ან გადარჩენა, არ განსხვავდება ჰემოდიალიზისა და CRRT-ის დროს. უფრო მეტი კვლევაა საჭირო ამ თემის გარშემო, ხანგრძლივი შედეგების დასადგენად. სითხის ან ელექტროლიტების სწრაფი შემცირებაა საჭირო, ამ შემთხვევაში ჰემოდიალიზი ან პერიტონეალური დიალიზი გამოიყენება. ნებისმიერი დიალიზის ფორმის გამოყენებისას რისკები იზრდება. დიალიზზე მყოფი ბავშვების ავადობა და სიკვდილიანობა ხშირად დაკავშირებულია სისხლდენასთან, ინფექციებთან ან სისხლძარღვის ბლოკადასთან.

საექთნო მართვა

ეს ქვეთავი, იქნება ორ ნაწილად გაყოფილი. პირველი ნაწილი იქნება ბავშვისთვისა და ოჯახისთვის რომელთაც არ სჭირდებათ დიალიზი, მაგრამ მწვავე რენალური თირკმლის უკმარისობა აქვთ. მეორე ნაწილი, კი იქნება ბავშვისთვისა და ოჯახისთვის, რომელთაც აქვთ მწვავე თირკმლის უკმარისობა და საჭიროებენ დიალიზს. საექთნო თერაპია ორივე ჯგუფის ბავშვებისთვის მიზნად ისახავს ელექტროლიტების ბალანსისა და სითხის, განახლებასა და შენარჩუნებას. ასევე ყურადღება უნდა მიექცეს ცირკულაციის მთლიანობის შენარჩუნებას, რათა ბავშვი შუნტის ადგილიდან სისხლდენისგან დავიცვათ, ასევე დაზიანების ან ინფექციის პრევენციაა საჭირო. ორივე ჯგუფის ბავშვებისთვის საფუძვლიანი დაავადების ისტორია უნდა იქნას მიღებული, მწვავე თირკმლის უკმარისობის გამომწვევის დასადგენად. კითხვები უნდა კონცენტრირდეს იმ მდგომა-

რეობებზე, რომლებიც პოტენციურად ითვლება პრერენალური, ინტრარენალური და პოსტრენაულირი მწვავე თირკმლის უკმარისობის გამომწვევად. ესენია: ჰქონია თუ არა დეჰიდრატაციის პერიოდები, საშარდე სისტემის ინფექციები, ჟანგბადის დონის დაბალი ეპიზოდები, როგორც დღენაკლულ ჩვილს, ანტიბიოტიკოთერაპია ჩაუტარებია თუ არა, ან თირკმლის კენჭები აქვს თუ არა. ფიზიკური გასინჯვა, დასაწყისში და შემდგომ, მოიცავს სასიცოცხლო ნიშნების, წონის, მიღებული და გამოყოფილი, შარდის ფარდობითი წონის ლაბოლატორულ მაჩვენებლებს, განსაკუთრებით BUN-სა და კრეატინინს. დარჩენილი საექთნო მართვა იგივეა როგორც ნეფროზული სინდრომის დროს.

ოჯახის ინფორმირება

შიში და შფოთვა ძალიან გამოხატულია AKI-ის მქონე ბავშვების, მშობლებში. მათ სჭირდებათ პირდაპირი და საფუძვლიანი ახსნა თუ რა არის ცნობილი გამომწვევსა და დაავადების მოსალოდნელ განვითარებას შორის. მათ სჭირდებათ დრო, რომ გამოხატონ მათი ემოცია. მათ შეიძლება სარგებელი ნახონ სასულიერო პირებთან ან მხარდამჭერ ჯგუფთან საუბარში (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), განსაკუთრებით, თუ მკურნალობა ხანგრძლივდება. მშობლები უნდა წავახალისოთ, რომ მონაწილეობა მიიღონ ბავშვის მოვლაში.

ბავშვებისთვისა და მშობლებისთვის რომლებიც დიალიზზე არიან, აუცილებელია მკურნალობასთან, სახლში მოვლასთან და მოსალოდნელი ფაქტების შესახებ ინფორმაციის მიღება. ოჯახის ინფორმირება უნდა მოიცავდეს შემდგომს:

- როგორ უნდა მიიღოს მედიკამენტები (დოზირება, დრო, ადმინსტრაციის მეთოდები, რა უნდა გააკეთოს იმ შემთხვევაში თუ დოზას გამოტოვებს);
- ინფექციის ნიშნების ან გართულებული თირკმლის პრობლემის ნიშნების ამოცნობა და როგორ უნდა მოვიქცეთ ამ შემთხვევაში (როგორიცაა ჯანდაცვიც პროვაიდერთან დარეკვა). ნიშნები, რომლებიც უნდა შეამჩნიონ არის, წონაში მატება ედემის გამო, თავის ტკივილი, რომელიც ჰიპერტენზიის მაჩვენებელია, ცნობიერების დონის დარღვევა გამოწვეული ნარჩენი პროდუქტების დაგროვებით, ფერდის ტკივილი, სიცხე, ყელის ტკივილი ან გაციების მსგავსი სიმპტომები, რომელიც ინფექციის მაჩვენებელია და შემცირებული შარდის გამოყოფა, რომელიც რენალური ფუნქციის დაქვეითებაზე მიგვანიშნებს;
- როგორ შევინარჩუნოთ ზედმიწევნითი სისუფთავე კათეტერის ან გრაფტის ადგილას, როგორ დავიცვათ ბავშვი ინფექციისგან, მათ შორის ბავშვს უნდა ვასწავლოთ ხელის სწორი დაბანა, რომ თავი უნდა დაიჭირონ შორს ბავშვებისგან, რომელთაც რაიმე ბაქტერიული ან ვირუსული ინფექცია აქვთ ან სხვა ინფექცია;
- როგორ შევინარჩუნოთ რუტინული გეგმა და დიალიზის ციკლი, ან კლინიკაში ან სახლში;
- რატომაა აუცილებელი საკონტაქტო ტელეფონისა და წყლის მიწოდების ხელმისაწვდომობა, როდესაც დიალიზი სრულდება სახლის პირობებში. ელქტრო კომპანიას, ისევე როგორც პოლიციას და სახანძრო დეპარტამენტს უნდა დაუყონებლივ ვაცნობოთ, რომ დენის მიწოდება სასწრაფოდ განახლდეს, შეფერხების შემთხვევაში. სათადარიგო გენერატორი უნდა იყოს ხელმისაწვდომი სახლში;

- რატომაა ბავშვისთვის დაბალი ცილების მქონე კვებითი რაციონის შენარჩუნება საჭირო სახლში;
- როგორ ჩავრთოთ აქტივობებში ყოველდღიურად, იმის მიხედვით, თუ ბავშვი როგორ აიტანს;
- როგორ დაველაპარაკოთ მეგობრებსა და მასწავლებლებს ბავშვის თირკმლის დაავადების შესახებ.

თუ ბავშვი არის სასკოლო ასაკის, აღმზრდელს წახალისება სჭირდება. რომ ხელი შეუწყოს ბავშვს გადმოსცეს შიში, შეშფოთება თანატოლებთან დაკავშირებით და თვითშეფასების ან სხეულის აღქმის პრობლემები. თუ ექთანი ბავშვს ან მშობლებს შეამჩნევს დეპრესიის ან მწვავე შფოთვის ნიშნებს, ფსიქიატრიული კონსულტაცია შეიძლება გახდეს საჭირო. ამ ბავშვსა და მის ოჯახს დასჭირდება დიდი ემოციური მხარდაჭერა და რეკომენდაცია თირკმლის ეროვნული ფონდის მიერი შექმნილი რესურსი ჯგუფებიდან (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა და თირკმლის ბოლო სტადიის დაავადება

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა (CRF) არის პროგრესული დაავადება. ზოგიერთ შემთხვევაში რენალურ სისტემაზე დაზიანება არის შექცევადი. ეს მდგომარეობა მიჩნეულია ქრონიკულად იმ შემთხვევაში თუ თირკმლის ფუნქციის დაახლოებით 50%-ია შენარჩუნებული ან თუ გლომერულარული ფილტრაციის სიხშირე 60 მლ/წთ-ზე ნაკლებია (ნორმაში 125მლ/წთ) და გრძელდება სამ თვეზე დიდხანს. თუ ეს მდგომარეობა მიჩნეულია როგორც შეუქცევადი დაზიანება, მაშინ კლასიფიცირდება, როგორც თირკმლის ბოლო სტადიის დაავადება (ESRD). ყველა თირკმლის უკმარისობა თავდაპირველად პროგრესირებს ურემიამდე. ურემია არის მდგომარეობა, როდესაც ტოქსიკური აზოტოვანი ნარჩენი პროდუქტები, შარდოვანა და კრეატინინი გროვდება სისტემაში. თუ ურემია შეუქცევადია, მაშინ თირკმლის უკმარისობა ESRD-მდე პროგრესირებს.

სიხშირე და ეტიოლოგია

CRF-ის სიხშირე, პედიატრიულ პოპულაციაში, დაახლოებით 1.5-დან 3.0-მდე მილიონში მერყეობს. თუმცაღა, ზუსტი სიხშირის განსაზღვრა რთულია, რადგან ბევრია ქვემდებარე დაავადებები, რომელთა საბოლოო შედეგი თირკმლის ქრონიკული უკმარისობაა. CRF-ისა და ESRD-ის ეთოლოგია განსხვავდება, თუმცაღა შიძლება გამოწვეული იყოს დღენაკლულობით, ნეფროტოქსიური წამლების გამოყენებით როგორიცაა ამინოგლიცოზიდები, გენეტიკური სინდრომები, მაგალითად, საშარდე ან თირკმლის მიერი ობსტრუქცია, ჰემოლიზურ-რემიული სინდრომი, გლომერულონეფრიტები, პიელონეფრიტები და სხვა სისტემის ინფექციები. ზოგიერთ ბავშვს CRF-ი და ESRD-ი, უვითარდება იმუნოლოგიური დისფუნქციის გამო, რომელმაც გამოიწვია თირკმლის ქსოვილის დაზიანება. ზოგს კი, შეიძლება ქონდეს ქრონიკული დაავადებები, როგორიცაა ლუპუსი ან დიაბეტი რომლის შედეგია თირკმლის უკმარისობა.

პათოფიზიოლოგია

პათოფიზიოლოგია დამოკიდებულია დაავადების, რომელმაც გამოიწვია თირკმლის ფუნქციის დაქვეითება, დაავადების ეტიოლოგიით. ნებისმიერ შემთხვევაში, საბოლოოდ თირკმლის სისტემა ზარალდება, ისევე როგორც თირკმლის სიახლის მიმოქცევა, რაც შედეგად ქსოვილებში ჟანგბადის ნაკლებობას გვაძლევს და საბოლოოდ ნეფრონის ნაწილის განადგურებას. ნეფრონი არის მომუშავე ერთეული და მისი ფუნქციაა შარდის წარმოქმნა, ნივთიერებების გაფილტვრა თირკმლიდან, რეაბსორბცია და ექსკრეცია სხეულში. ნეფრონი შედგება გლომერულებისგან და თირკმლის ტუბულებისგან. ნეფორნი თუ განადგურდება, აღარ აღდგება. ნეფრონის ნაწილის დაზიანებისას, თირკმლის ფუნქციაც მცირდება. დარჩენილი ნეფრონის ნაწილი ცდილობს ჰიპერტროფიის ფონზე , თირკმლის ფუნქციის შენარჩუნებას. გლომერულარული წნევა იმატებს, ასევე იმატებს არტერიული წნევა გლომერულის კაპილარებში და რენალურ არტერიებში. საბოლოოდ გლომერულა სკლეროზირდება და კვდება. თუ ეს ციკლი არ შეწყდება და არტერიული წნევა არ შემცირდება, შედეგად ESRD-ი განვითარდება.

კლინიკური გამოვლინება

როგორც თირკმლის მწვავე უკმარისობისას, CRF-სა და ESRD-ის ძირითადი კლინიკური გამოვლინებებია სითხისა და ელექტროლიტების დისბალანსი, დეჰიდრატაცია ან ედემა, მეტაბოლური აციდოზი და სისტემური ჰიპერტენზია. ბავშვს ასევე შეიძლება გამოხატული ჰქონდეს ანემია, სიმკრთალე, დაღლილობა, ანორექსია, ღებინება, შენელებული ზრდა, ორგანული უკმარისობა და თირკმლის ქრონიკულ უკმარისობასთან ასოცირებული ძვლის დაავადება. ეს ტერმინი გამოიყენება ძვლისა და მინერალების მეტაბოლიზმის, ასევე ეხტრა-სკელტალური კალციფიკაციების აღსაწერად, ბავშებში, რომელთაც აქვთ თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა. CRF-ის მქონე პაციენტებს ხშირად ლიპიდური მეტაბოლიზმიც დარღვეული აქვთ, რომელიც შედეგად დისლიპიდემიას გავძლევს და ზრდის კარდიოვასკულარული დაავადებების რისკს.

დიაგნოზი

დიაგნოზი დამოკიდებულია თირკმლის ხანგრძლივი პრობლემებისა ან ზრდის შეფერხების ისტორიაზე ლაბოლატორიულ მაჩვენებლებთან ერთად. ბავშვში შეიძლება გამოხატული იყოს ერთ-ერთი: დეჰიდრატაცია, შეშუპება, ჰიპერტენზია, ელექტროლიტური დისბალანსი, კალციუმის, ფოსფორის შეცვლილი ფარდობა, მომატებული შრატის BUN-ი, კრეატინინი, შემცირებული კრეატინინის კლირენსი, დაბალი ჰემატოკრიტი და ჰემოგლობინი, გრძელი ძვლების რენტგენოლოგიურ კვლევაზე გამოხატულია მინერალური ძვლის დაავადება. სიფერმკრთალე, ანორექსია და ღებინება შეიძლება იყოს ან არ იყოს გამოხატული.

მკურნალობა

CRF-ისა და ESRD-ის მქონე ბავშვის მკურნალობის მიზანია სითხისა და ელექტროლიტების ბალანსის აღდგენა-შენარჩუნება. თუ შეშუპება გამოხატულია, მაშინ სითხის, ნატრიუმის, კალიუმის მოხმარების შეზღუდვაა საჭირო. შარდმდენები გამოიყენება, თუ

შეშუპება არის მწვავე. ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები თუ ჰიპერტენზიაა გამოხატული. რადგან თირკმელს ნარჩენი პროდუქტებისგან ორგანიზმის გაწმენდა უჭირს, ამიტომ ცილების მიღება შეიძლება შევზღუდოთ, თუმცაღა კვლევების ბოლო მიმოხილვამ აჩვენა, რომ მიუხედავად CRF-იან ბავშებში შეზღუდული ცილების მიღებისა, ის არ ახდენს ზეგავლენას დაავადების პროგრესირებაზე ESRD-მდე. ფოსფორის შეზღუდვა ხდება იმ მიზნით, რომ კალციუმის დონე გაიზარდოს. თუ კალციუმის დონე შენარჩუნდება, ამ შემთხვევაში ძვლის დაავადების განვითარების რისკი დაბალია. დამატებით ვიტამინი D შეიძლება მივცეთ, შედეგად ვიტამინი კალციუმის დონეს გაზრდის, რაც ძვლის დაავადების პრევენციისთვისაა საჭირო. კალციუმზე დაფუძნებული ფოსფორის ბაინდერები (ტუმსი, ფოსლო) შეიძლება მივცეთ რომ დაუკავშირდეს ფოსფორს და გაასწოროს გასტროინტესტინალურ შეწოვა.

თერაპიის სხვა მეთოდები მოიცავს, ერითროპოეტინს, ანემიის გამოსასწორებლად და ზრდის ჰორმონს, სწორი ზრდისთვის. იმუნოსუპრესიული თერაპია ასევე გამოიყენება, განსაკუთრებით თუ ბავშვს დასჭირდება თირკმლის გადანერგვა. მართალია იმუნოსუპრესიული თერაპია უკვე აღარ არის ექსპერიმენტის საგანი, მაგრამ მედიკამენტების კომბინაციაში გამოყენება (ერთზე მეტი იმუნოსუპრესიული წამლის მიღება ერთდროულად) ჯერ კიდევ კვლევის მასალაა. ბავშვებში, რომელთაც ESRD-ი აქვთ, დიალიზი ან თირკმლის ტრანსპლანტაცია არის მკურნალობის ერთადერთ გზა.

თირკმლის ტრანსპლანტაცია ჩვეულებრივ მოიტოვება ESRD-იანი ბავშებისთვის, რომლებშიც მედიკამენტებით და კვების მართვამ სითხის, ელექტროლიტების დისბალანსი და წნევის რეგულაცია არ მოგვცა შედეგად. ტრანსპლანტაციამდე პაციენტები შეიძლება იყვნენ ან არ იყვნენ დიალიზზე. ტრანსპლანტაციის შესრულება შეიძლება ნებისმიერი ასაკის ბავშვისთვის, მათ შორის, ჩვილებშიც. ქირურგიული გუნდი და ოჯახი განსაზღვრავენ ტრანსპლანტაციის კანდიდატს. ზოგიერთ დაწესებულებაში, ეთიკის კომიტეტიც, ასევე განიხილავს სისოცხლის ხარისხთან დაკავშირებულ პრობლემებს და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში იღებს მონაწილეობას. კითხვა რომელსაც ისინი ჩვეულებრივ სვამენ არის: „როგორი იქნება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ამ ბავშვის სიცოცხლის ხარისხი ტრანსპლანტაციის შემდგომ?“ სამწუხაროდ ამ ტიპის ქირურგიას არ აქვს გარანტი, თუმცაღა, თირკმლის ტრანსპლანტაციას, სხვა ტრანსპლანტაციებთან შედარებით კარგი პროგნოზი აქვს ჩვილებსა და ბავშებში. ასევე, ბავშებს რომელთაც უკვე ჩაუტარდათ თირკმლის ტრანსპლანტაცია უკეთესი, გრძელვადიანი შედეგი აქვთ, ვიდრე მათ, ვინც ჯერ კიდევ ტრანსპლანტაციის სიაშია.

ტრანსპლანტაციისთვის თირკმლის მოპოვება ხდება ან ცოცხალი დონორისგან-ჩვეულებრივ ახლო ნათესავები– ან გვამიდან. ქსოვილის მასალის აღებაა მნიშვნელოვანი რათა შევადაროთ ერთმანეთს, ეს მოითხოვს დეტალურ ტესტებს, ისეთივეს როგორც სისხლის ტრანსფუზიისას გამოიყენება. ახლო ნათესავები დიდი ალბათობით კარგი ქსოვილის დონორები არიან, მაგრამ ამ შემთხვევაშიც კი რისკია გრაფტის (გადანერგილი თირკმლის) ან ორგანოს უარყოფის. ციკლოსპორინი, აზათიოპრინი (იმურანი) და პრედნიზონი ან სხვა იმუნოსუპრესიული წამლები გამოიყენება ბუნებრივი იმუნური სისტემის დასაქვეითებლად. ორგანოს უარყოფა ყოველთვის პრობლემაა ტრანსპლანტაციისას. თუმცაღა, უარყოფის საშიშროების შემცირება შეიძლება დონორ/რეციპიენ-

ტის ქსოვილების ადამიანის ლეუკოციტური ანტიგენის (HLA) შედარებით. თირკმლის ტრანსპლანტაციის უმეტესობა არ იკარგება ქსოვილის უარყოფით, მაგრამ ქსოვილი კვდება ვასკულარული თრომბით ან თირკმლის სისხლძარღვებში შენადედის წარმოქმნით. ტრანსპლანტაცია ESRD-ის მკურნალობის ერთი ასპექტია. პოსტ-ტრანსპლანტაციურად, იმუნოსუპრესიული მედიკამენტები მთელი ცხოვრების განმავლობაშია საჭირო. ცილების შეზღუდვა ისევ შეიძლება გაგრძელდეს. ჰიპერტენზიის მედიკამენტები და შარდმდენები შეიძლება ოპერაციის შემდგომ გამოვიყენოთ. ამ პაციენტებს სჭირდებათ ხშირი მონიტორინგი შრატისა და შარდის ქიმიური შემცველობის, იმუნოლოგიური გამოკვლევა უარყოფის ნიშნების ან აგრესიული ინფექციის გამოსარიცხად, ასევე ზრდისა და განვითრების მუდმივი დაკვირვებაც მნიშვნელოვანია. რადგან ამ ბავშებს უწევთ იმუნოსუპრესიულ მედიკამეტებთნ ერთად სტეროიდების მიღება, სტეროიდების გვერდით მოვლენების კონტროლი ასევე მნიშვნელოვანია.

სტეროიდების ან ციკლოსპორინების თერაპიის ხანგრძლივ გამოყენებას რამდენიმე მძიმე გვერდითი ეფექტი აქვს. ეს ორივე მედიკამენტი ზრდის ინფექციისადმი მგრძნობელობას, როგორც ზემოთ იქნა ნახსენები. ორივე ზეგავლენას ახდენს გლუკოკორტიკოსტეროიდებზე, რომლებიც თავის მხრივ გლუკოზის და ინსულინის დონეებს ცვლის შრატში. სხვა სერიოზული გვერდითი მოვლენები დაკავშირებულია კორტიკოსტეროიდების თერაპიასთნ მათ შორის სიმსუქნე, ზრდის შეფერხება და ჰიპერტენზია. კუშინგის სინდრომი ან მთვარისებრი მრგვალი სახე და ცხიმის დაგროვება სკაპულარულ რეგიონში გამოწვეულია გლუკოკორტიკოიდების ზეგავლენით, რომელიც ძირითადად ასოცირდება სტეროიდების ხანგრძლივ თერაპიასთან, მაგრამ ასევე შეიძლება ციკლოსპორინებმაც გამოიწვიოს. სტეროიდის სხვა ეფექტები გამოიხატება ძვლის მინერალიზაციისა და სიძლიერის დარღვევით, რომელიც ბავშვის გაზრდასა და აქტიურობას უშლის ხელს. ენდოგენური ზრდის ჰორმონის ეფექტების გაუარესება ხდება ზოგი თერაპიის დროს. ზრდის ჰორმონი გამოიყენება CRF-იან ბავშებში და ზრდის შეფერხება იცვლება მისი განახლებით. ყველა ამ საკითხს, შემდგომი გამოკვლევა სჭირდება.

საექთნო მართვა

ეს სექცია ორ ნაწილადაა გაყოფილი. პირველია, CRF-იანი ან ESRD-იანი ბავშვისა და ოჯახის მენეჯმენტი. მეორე ნაწილი კი, ეხება იმ ბავშვისა და ოჯახის მენეჯმენტს, რომლებიც თირკმლის ტრანსპლანტაციას იტარებენ. საექთნო თერაპიის მიზანია სითხისა და ელექტროლიტების ბალანსის განახლება და შენარჩუნება, ასევე კვებისა და ზრდის აღდგენა-შენარჩუნება. ბავშვში და მშობლებში შფოთვის შემცირება. საექთნო მართვას უმეტესობა ამ შემთხვევაშიც, მსგავსია მწვავე თირკმლის უკმარისობის მენეჯმენტისა. საექთნო თერაპიის სხვა საკითხები განხილულია ქვევით.

ექთნებმა უნდა მისცენ მედიკამენტები (შარდმდენები, სტეროიდები, ან იმუნოსუპრესიული აგენტები) დანიშნულების მიხედვით და უნდა შეაფასონ ინფექციის ნიშნები: მომატებული ტემპერატურა, ცვლილებები სისხლის საერთო ანალიზში, ხველება, ყელის ტკივილი ან სხვა სისტემური ჩივილები. ბავშვები უნდა დავიცვათ მნახველებისა და პერსონალისგან რომელთაც შესაძლოა ქონდეთ ინფექცია. ანტიბიოტიკები უნდა მივცეთ დანიშნულების მიხედვით. მედდებმა ყოველთვის უნდა გაითვალისწინონ, დანიშნული

წამლები იფილტრება თუ არა თირკმლის მიერ, რადგან ზოგი მედიკამენტი ნეფროტოქსიკურია და ამიტომ მონიტორინგია საჭირო.

თუ ანემია არის მწვავე, აუცილებელია სისხლის ტრანსფუზია შეფუთული სისხლის წითელ უჯრედებთან ერთად, მაგრამ ეს სითხის მოცულობის გადაჭარბების საშიშროებას წარმოადგენს. უახლოესი თერაპიები, რომელიც ნაკლებად სარისკოა ვიდრე სისხლის ტრანსფუზია, მოიცავს ერითროპოეტინის გამოყენებას, რომელიც ეფექტს გვაძლევს რეტიკულოციტების წარმოქმნის სტიმულაციით. ეს თერაპია გამოიყენება პრედიალიზურ ფაზაში და ასოცირდება რენალური ფუნქციის შემცირებასთან. ერითროპოეტინი ჰემოგლობინს ასტიმულირებს და გამოიყენება რკინის თერაპიასთან ერთად, ანემიის გამოსასწორებლად. ასეთ ბავშვებს შეიძლება ასევე დასჭირდეთ დიალიზი და უნდა შეფასდნენ ნიშნებისთვის რომლებიც მკურნალობის ამ მეთოდის მაჩვენებელია.

პოსტტრანსპლანტაციის შეფასება და ზრუნვა რჩება იგივე როგორც CRF-ისა და ERSD-ის დროს. ეს ბავშვები ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსის განვითარების რისკის ქვეშ არიან, რომელმაც შესაძლოა გადანერგილ თირკმელში პიელონეფრიტი გამოიწვიოს. აუცილებელია თირკმლის ინფექციის ნიშნების როგორიცაა სიცხე, ფერდის ტკივილი, წვა შარდვისას, ამღვრეული ან მოვარდისფრო შარდი და ზოგჯერ მუცლის სპაზმების მონიტორინგი, ეს ნიშნები მშობლებსაც უნდა ვასწავლოთ.

ოჯახის ინფორმირება

რადგან CRF-იცა და ESRD-იც ქრონიკული, უწყვეტი პრობლემაა, ოჯახს სჭირდება ბევრი ინფორმაციის მიღება, განსაკუთრებით შემდგომი ზედმიწევნითი მოვლის შესახებ. მათ უნდა იცოდნენ ეტიოლოგია და მკურნალობის მიმდინარეობა. დასჭირდებათ, ინფორმაციის შესწავლა საკვების შეზღუდვების, მედიკამენტების გამოყენების, გვერდითი მოვლენების, რენალური ფუნქციის უფრო გაუარესების ნიშნებისა და შესაძლო დიალიზის სახლში შესრულების შესახებ. სტეროიდებისა და იმუნოსუპრსანტების გვერდითი მოვლენები მოიცავს დაქვეითებულ იმუნურ სისტემას, რის გამოც ბავშვი უფრო მგრძნობიარეა ინფექციების მიმართ, შეფერხებულია ზრდა და ძვლის დემინერალიზაცია მიმდინარეობს, შესაბამისად მოტეხილობების ალბათობა იზრდება. თუ, სტეროიდების მიღება ხდება ხანგრძლივად, შეიძლება განუვითარდეს მთვარისებრი სახე, ცხიმის დეპოზიცია მხრების ადგილას ან ზოგადად წონაში მომატება. თუ ბავშვი შარდმდენებს იღებს, შეიძლება დაკარგოს კალიუმი და თავი სუსტად იგრძნოს ან გული წაუვიდეს ან გულის ფრიალი აწუხებდეს. აღმზრდელებმა უნდა იცოდნენ მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების შესახებ, მაგრამ ისიც უნდა იცოდნენ რომ შესაძლოა ეს მოვლენები საერთოდ არ გამოვლინდეს.

აღმზრდელებისთვის სასარგებლოა ფინანსურ მრჩეველთან კონსულტაცია, რადგან ეს მკურნალობა საკმაოდ ძვირადღირებულია და ყოველთვის არ იფარება. ისინი უნდა ხვდებოდნენ თუ რა გავლენა შეიძლება ქონდეს ქრონიკულ დაავადებას მათზე და ბავშვზე. უნდა წავახალისოთ რომ ფსიქოლოგიური კონსულტაცია გაიარონ ან მხარდამჭერ ჯგუფებში გაწევრიანდნენ (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). ოჯახისთვის, რომლის ბავშვმაც ტრანსპლანტაცია ჩაიტარა, დამატებითი ინფორმაციის შესწავლაა საჭირო. მშობლებმა უნდა ისწავლონ თირკმლის ინფექციის ან უარყოფის ნიშნები. ისინი ასევე უნდა

ხვდებოდნენ ხანგრძლივი შემდგომი დაკვირვებისა და მოვლის მნიშვნელობას. აუცილებელი იქნება რომ სახლში მოვლისა და მედდის განმეორებითი თერაპიის სისტემატიზირება მოხდეს. სიცოცხლის ხარისხის ცვლილებების პრობლემაც უნდა განიხილოს.

ოჯახებმა ასევე უნდა იცოდეს, რომ ბავშვთა იმუნიზაცია აუცილებელია და რომ თირკმელზე არანაირი ზეგავლენა არ აქვს. დასაბუთებულია, რომ ეს ბავშვები შეიძლება იმუნოსუპრესირებულები იყვნენ, მაგრამ იმუნურ სისტემას მაინც ქონდეს იმუნიზაციის ვაქცინაზე პასუხი. ამიტომ უმჯობესია, ბავშვის იმუნური სისტემა გამოვიწვიოთ ლაბორატორიით კონტორლირებადი „დაავადების“ დოზით, ვიდრე თავად შეიძინონ ბავშვთა დაავადება. იმუნიზაციის შესახებ არასწორი ინფორმირება თუ ვინ უნდა ან არ უნდა მიიღოს იმუნიზაცია, აღშფოთების საგანია და ექთნებს აქვთ შანსი ცნობადობა აამაღლონ საზოგადოებაში.

შარდის ბუშტის ექსტროფია-ეპისპადიის კომპლექსი

შარდის ბუშტის ექსტროფია-ეპისპადიის კომპლექსი არის იშვიათი, სერიოზული თანდაყოლილი ანომალია, რომელიც აზიანებს როგორც საშარდე ასევე ჩონჩხ-კუნთოვან სისტემებს. ადრეულ, ფეტალურ ასაკში მუცლის ღრუს კედლისა და გამყოლი სტრუქტურების გაერთიანება ვერ ხდება, რაც წარმოქმნის დაუცველ შარდის ბუშტს, შრდსადენს, ბოქვენის ძველების სეპარაციას, ასოცირებულს სასქესო და ანაულურ ანომალიებთან. ეს კომპლექსი უფრო ხშირია ბიჭებში ვიდრე გოგონებში. ეპისპადია მიჩნეულია შარდის ბუშტის ექსტროფიის მსუბუქ ფორმად და უფრო მწვავე შემთხვევებში ორივე ერთადაა გამოხატული. მამრებში, ეპისპადია ხასიათდება შარდსადენის სანათურის პენისის დორსალურ მხარეს ჩამოყალიბებით, განსხვავებით ჰიპოსპადიისაგან, სადაც სანათური ვენტრალურ მხარესაა (სურათი 16-9). მდედრებში ეპისპადია გამოხატულია ლაბიის სეპარაციითა და კლიტორის ბიფიდით (ორ ნაწილად გაყოფა). სრული შეუკავებლობა ვითარდება იმ შემთხვევაში თუ შარდის ბუშტის სპინქტერი არის დაზიანებული. ექსტროფიისას ქვედა საშრდე ტრაქტი არის გაშიშვლებული, ამოტრიალებული შარდის ბუშტი არის წითელი, გახსნილ მუცლის ღრუში. ასევე სიმფიზის პუბისის გაფართოებაა გამოხატული.



სურათი 16-9. შარდის ბუშტის ექსტროფია-ეპისპადიით

მამრ ჩვილებს აქვთ მოკლე პენისი, დორსალური ქორდათი ან ზედა მოხრილობა და ვენტრალური ჩუჩა. მდედრებს აქვთ გამოხატული კლიტორისის გაორმაგება და შეურწყმელი ლაბია. დაბადებისას შარდის ბუშტის ლორწო არის თხელი, შეწითლებული და ფაქიზი. ლორწოვანი გარსის დასაცავად და ჰიდრატაციის შესანარჩუნებლად სხვდასხვა ტექნიკა გამოიყენება.

შარდის ბუშტის ქირურგიული მენეჯმენტი ჩვეულებრივ სრულდება დაბადებიდან 48 საათში, ან შეიძლება გადაიდოს მეორეულად ბავშვის სტაბილიზაციის ან შემდგომი ტესტირების შესრულებამდე. მენეჯმენტის მიზნები მოიცავს პირველადი შარდის ბუშტის, მუცლის ღრუს კედლისა და ნორმალური მენჯის ღრუს სტრუქტურის უზრუნველყოფას, შარდის ბუშტის გამყარებისთვის. სხვა მიზნებია, ფუნქციური შარდის ბუშტის შენარჩუნება და კოსმეტიკური რეკონსტრუქცია, თირკმლისა და შარდის ბუშტის ფუნქციის აღდგენისთვის. თავდაპირველად, შარდის ბუშტის, მუცლის ღრუსა და სიმფიზის ქირურგიული დახურვა ხდება.

ხანგრძლივი თერაპია ყურადღებას აქცევს შარდის შეკავების პრობლემასა და სოციუმში ფუნქციონირებას. დაავადების უმწვავეს ფორმებში, შარდის შეკავება შეიძლება მიღწეულ იქნას მხოლოდ შარდის ბუშტის გადიდებით, რომ გაიზარდოს მისი შენახვის უნარი და ზოგიერთ შემთხვევაში შარდის გადაცემის პროცედურა გამოიყენება. მას შემდგომ, რაც ბავშვი მოზრდილობის ასაკს მიაღწევს აუცილებელია სქესობრივ პრობლემებზე საუბარი, მათ შორის ბავშვების ინფორმირება რეპროდუქციის შესახებ. კვლევები ადასტურებს, რომ პაციენტების უმეტესობა, რომელთაც აქვთ ექსტროფია არ უვითარდებათ ხანგრძლივი სოციალური დეზადაპტაცია და აქვთ მაღალი სქესობრივი ფუნქცია. რეპროდუქციული შესაძლებლობები გაიზარდა უმწვავესი ექსტორფიის მქონე პაციენტებისთვისაც. უროლოგიური დაავადებებიდან ექსტროფიის მენეჯმენტი ყველაზე კომპლექსურია.

საკვანძო საკითხები

- ბავშვთა შარდ-სასქესო სისტემა არის მოუმწიფებელი მოზრდილთან შედარებით. შესაბამისად, მედიკამენტები და მკურნალობა უნდა ჩატარდეს რენალური მომწიფების გათვალისწინების მიხედვით;
- ემბრიოლოგიურად, სასქესო და საშარდე სისტემები ურთიერთდაკავშირებულია; შესაბამისად, ნებისმიერ ზიანს ნაყოფის განვითარებისას შესაძლოა ქონდეს დამანგრეველი შედეგები ბავშვისთვისა და ოჯახისთვის;
- ბავშებში შარდ-სასქესო სისტემის დარღვევების ხშირი გამოვლინებებია, ბუნდოვანი სიმპტომები, როგორიცაა მუცლის ღრუს ტკივილი, გულისრევის შეგრძნება, პირღებინება და დიარეა;
- მედდის მენეჯმენტი შარდ-სასქესო დარღვევების მქონე ბავშვისთვის მოიცავს ისტორიის მოპოვებას კვების რეჟიმის და კვების ან მისი განრიგის, ელიმინაციის განრიგის (განავლისა და შრდის), ზრდისა და კუჭნაწლავის სიმპტომების შესახებ და ფიზიკურ გასინჯვას;
- განუკურნებელი UTI შეიძლება გადაიზარდოს პროგრესულ ინფექციაში, რომე-

ლიც ასევე მოიცავს თირკმელს, შემდგომ თირკმელში ნაწიბურების წარმოქმნასა და თირკმლის შემცირებულ ფუნქციას;

- ენურეზი არის უნებლიე შარდვა ხუთი წლის ზემოთ ბავშვებში, სტრუქტურული დეფექტის გარეშე. შეუკავებლობა არის სტრუქტურული დეფექტით ან ანომალიით გამოწვეული სისველე;
- ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსი არის შარდის დაბრუნება შარდის ბუშტიდან ზედა საშარდე ტრაქტში. კლინიკურად ეს ბავშები შეიძლება დიაგნოზირდენენ UTI-ის შემდგომ რადიოლოგიური დათვალიერებისას;
- ჰიპოსპადია არის თანდაყოლილი მალფორმაცია და შარდსადენის ვენტრალური მდებარეობა პენისის ზედაპირზე, რომელსაც ოპერაციული აღდგენა სჭირდება;
- კრიპტორხიდიზმი არის სინონიმი ჩამოუსვლელი სათესლე ჯირკვლისა. შეიძლება იყოს უნილატერალური ან ბილატერალური და ხშირად ორ წლამდე იკურნება, რათა ნორმალური სპერმატოგენეზი შენარჩუნდეს. UDT-ის მქონე ბავშვები უნდა შემოწმდნენ განმეორებით პუბერტატულ პერიოდში და სრულწლოვანების ასაკში, მეორეულად ნაყოფიერების დაქვეითებისა და სიმსივნის გაზრდილი პოტენციალის გამო;
- თიაქარი გამოხატულია როგორც გამობერილობა ან შესიება სათესლე პარკში ან საზარდულთან და შეიძლება იცვლებოდეს მუცლის ღრუში წნევის ზრდასთან ერთად, როგორიცაა ტირილი;
- მწვავე გლომერულონეფრიტი არის ანთებითი პროცესი გლომერულის შიგნით, რომელიც გამოწვეულია ვირუსული ან ბაქტერიული ორგანიზმით;
- ნეფროზული სინდრომი გამოვლინდება როგორც მასიური პროტეინურია და ჰიპოალბუმინემია, რომელიც შედეგად შეშუპებასა და ჰიპერლიპიდემიას გვაძლევს;
- ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომი, თუმცაღა იშვიათად გვხვდება ბავშებში, გამოწვეულია E.coli ინფექციის მეორეულად;
- მწვავე თირკმლის უკმარისობის სამი ტიპი არსებობს: პრერენალური, ინტრარენალური და პოსტრენალური;
- ქრონიკული თირკმლის უკმარისობა არის რეგრესიული დაავადება, რომელიც საბოლოდ ESRD-მდე ვითარდება;
- მედდის მენეჯმენტი ბავშებისთვის, რომელთაც უროლოგიური პროცედურები ჩაიტარეს, ზოგადად მოიცავს ოჯახის გაძლიერებულ განათლებასა და პრეოპერაციული, ისვე როგორც პოსტოპერაციული პრობლემების მართვას, სათანადო სითხის მენეჯმენტით, სხვადასხვა სადრენაჟო მილაკებითა და განაკვეთის დაკვირვებასა და მოვლა-შეფასებას;
- საჭიროა ოჯახისა და ბავშვის ინფორმირება დიალიზის შესახებ, რომელიც კვებისა და ინფექციის კონტროლს და დიალიზის შესრულებას განაპირობებს. ექთანმა

ასევე ყურადღება უნდა გაამახვილოს თირკმლის გაუარესებული ფუნქციის ნიშნებსა და სიმპტომებზე და შემდგომი განმეორებითი შემოწმების მნიშვნელობაზე;

- საექთნო თერაპია ბავშვისთვის, რომელსაც თირკმლის ტრანსპლანტაცია გაუკეთდა, მიმართულია მშობლების ინფორმირებაზე კვებითი საჭიროებების, ინფექციის კონტროლისა და უარყოფის შემთხვევაში, ნიშნების-სიმპტომების ამოცნობის შესახებ.

გასამეორებელი აქტივობები:

1. საშარდე გზების ინფექციების ნიშნებისა და სიმპტომების იდენტიფიკაცია, ასევე სტანდარტული განსხვავება ცისტიტს ან შარდის ბუშტის ინფექციასა და პიელონეფრიტს შორის;
2. პირველად გამოვლენილი საშარდე გზების ინფექციის მქონე ბავშვისთვის საჭირო უროლოგიური გამოკვლევების აღწერა და შემდგომი გასინჯვის მნიშვნელობა;
3. ენურზსა და შეუკავებლობას შორის განსხვავების აღწერა. რა კითხვები უნდა დავსვათ სისველის პრობლემის მქონე ბავშვთან?
4. ვეზიკოურეთრალური რეფლუქსის მქონე ბავშვში სამედიცინო მენეჯმენტის აღწერა;
5. ახალშობილში ჰიპოპადიის კლინიკური გამოვლინებისა და საექთნო ინტერვენციის, რომელიც უნდა ჩატარდეს, აღწერა;
6. სწავლების გეგმის ჩამოყალიბება იმის შესახებ თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში განმეორებითი შემოწმება UDT-ის მქონე ბავისთვის;
7. სასწავლო გეგმის ჩმოყალიბება აღმზრდელებისთვის თიაქარის ან ჰიდროცელეს მქონე ბავშის ნიშნების, სიმპტომების, გაზრდილი პრობლემებისა და გაზრდილი გაჭედვის რისკის შესახებ;
8. ჰემოლიზურ ურემიული სინდრომის პათოფიზიოლოგიის აღწერა;
9. რა უნდა ურჩიოს ექთანმა მშობლებს სითხისა და საკვების შეზღუდვების შესახებ, ბავშვებში ქრონიკული ან მწვავე თირკმლის უკმარისობით;
10. დიალიზის კლინიკური მაჩვენებლები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Abeyagunawardena, A. S., & Trompeter, R. S. (2008). Increasing the dose of prednisolone during viral infections reduces the risk of relapse in nephrotic syndrome: a randomized controlled trial.
- Archives of Disease in Childhood, 93(3), 226–228.
- Agraharkar, M., Gala, G., & Gangakhedkar, A. K. (2007). Nephroticsyndrome. Emedicine. Retrieved March 17, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/244631-overview.
- Ahn, S. & Ingulli, E. (2008). Acute poststreptococcal glomerulonephritis: An update. Current Opinion in Pediatrics, 20(2), 157–162.
- American Pediatric Surgical Association (APSA). (2009). Inguinal hernia and hydrocele. Retrieved March 1, 2009, from http://www.eapsa.org/parents/resources/inguinal.cfm.
- Andreoli, S. P. (2008). Management of acute kidney injury in children: a guide for pediatricians. Pediatric Drugs, 10(6), 379–390.
- Andreoli, S. P. (2009). Acute kidney injury in children. Pediatric Nephrology, 24(2), 253–263. Arnoff, S. C., & McCoy, A. C. S. (2007). Pyleonephritis: Treatment & medication. Emedicine. Retrieved January 27, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/968028-treatment.
- Austin, P. F., & Coplen, D. E. (2007). Enuresis and dysfunctional elimination. Missouri Medical, 104(5), 421–424.
- Aydil, U., Iseri, E., Kizil, Y., Bodur, S., Ceylan, A., & Uslu, S. (2008). Obstructive upper airway problems and primary enuresis nocturna relationship in pediatric patients: Reciprocal study. Journal Otolaryngology Head Neck & Surgery, 37(2), 235–239.
- Baker, C. L. (2006). Racial and ethnic differences in the rates of urinary tract infections in febrile infants in the emergency department. Pediatric Emergency Care, 22(7), 485–487.
- Baum, M. (2008). Pediatric glomerular diseases. Current Opinion in Pediatrics, 20(2), 137–139. Bloomfield, P., Hodson, E., & Craig, J. (2005/2007). Antibiotics for acute pyelonephritis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD003772. Accessed and updated 2007.
- Bunchman, T. E. (2008). Treatment of acute kidney injury in children: From conservative management to replacement therapy. Nature Clinical Practice Nephrology, 4, 510–514.
- Camp-Sorrell (2008). Hemolytic uremic syndrome. Oncology Nursing Forum, 35(4), 593–595. Carapetis, J. R., Steer, A. C., Mulholland, E. K., & Weber, M. (2005). The global burden of group A streptococcal diseases. Lancet Infectious Diseases, 5, 685–694.
- Cendron, M. (2008). Vesicoureteral reflux. Emedicine. RetrievedMarch 1, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/439403-overview.

- Centre for Reviews & Dissemination (2009). Acute renal failure in the intensive care unit: A systematic review of the impact of dialytic modality on mortality and renal recovery. Database of Abstract of Reviews of Effects, 1, 00125498.
- Chaturvedi, S. (2007). Protein restriction for children with chronic renal failure. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, CD006863.
- Diaz Saldano, D., Chaviano, A. H., Maizels, M., Yerkes, E. B., Cheng, E. Y., Losavio, J., Porten, S. P., Sullivan, C., Zebold, K. F., Hagerty, J., & Kaplan, W. E. (2007). Office management of pediatric primary nocturnal enuresis: A comparison of physician advised and parent chosen alternative treatment outcomes. Journal of Urology, 178(4 Pt 2), 1758–1762.
- Drawz, P., & Mahboob, R. (2009). In the clinic: Chronic kidney disease. Annals of Internal Medicine, 150(3), 228–244. Food and Drug Administration (FDA). (2007). Information for Healthcare Professionals Desmopressin Acetate (marketed as DDAVP Nasal Spray, DDAVP Rhinal Tube, DDAVP, DDVP, Minirin, and Stimate Nasal Spray). U.S. Food and Drug Administration:
- Center for Drug Evaluation and Research. Retrieved February 22, 2009, from http://www.fda.gov/CDER/DRUG/InfoSheets/HCP/desmopressinHCP.htm.
- Gatti, J. M., & Kirsch, A. J. (2007). Hypospadias. Emedicine. Retrieved March 1, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/1015227-overview.
- Gillen, D. L., Stehman-Breen, C. O., Smith, J. M., McDonald, R. A. Warady, B. A., Brandt, J. R., & Wong, C. S. (2009). Survival advantage of pediatric recipients of a first kidney transplant among children awaiting kidney transplantation. American Journal of Transplantation, 8(12), 2600–2606.
- Glazener, C. M., & Evans, J. H. (2002/2006). Desmopressin for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, Reassessed and supported 2006.
- Glazener, C. M., Evans, J. H., & Cheuk, D. K. (2005). Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, CD005230.
- Glazener, C. M., Evans, J. H., & Petro, R. E. (2005). Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, CD002911.
- Health Canada. (2008). DDAVP Spray (Desmopressin Acetate Nasal Spray) and DDAVP Rhinyle (Desmopressin Acteate Nasal Solution) have been associated with an increased risk of hyponatremia—for the public. Retrieved February 22, 2009, from http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/public/_2008/desmopressin_pc-cp-eng.php.
- Hodson, E. M., Willis, N. S., & Craig, J. C. (2009a). Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD00956.
- Hodson, E. M. Willis, N. S., & Craig, J. C. (2009b). Non-corticosteroid treatment for nephrotic syndrome in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD01650.

- Ikuta, L. M. (2007). Newborn or infant transplant patient. In C. Kenner & J. W. Lott (Eds.). Comprehensive neonatal care: An interdisciplinary approach (4th ed.). St. Louis: Saunders/Elsevier, pp. 393–403.
- John, C. M., Saroha, V., & Jones, C. (2008). Using nonsteroidal antiinflammatory drugs in volume-depleted children can precipitate acute renal failure. Pediatrics, 121, S142.
- Kastarinen, H., Horkko, S., Kauma, H., Karjalainen, A., Savolainen, M., & Kesaniemi, Y. (2009). Low-density lipoprotein clearance in patients with chronic renal failure. Nephrology Dialysis Transplantation, (Feb. 5), 1–5.
- Koshy, S. M., & Geary, D. F. (2008). Anemia in children with chronic kidney disease. Pediatric Nephrology, 23, 209–219.
- Lane, J. C. (2008). Nephrotic syndrome. Emedicine. Retrieved March 17, 2009, from-http://emedicine.medscape.com/article/982920-overview.
- Lane, W., & Robson, M. (2009). Evaluation and management of enuresis. New England Journal of Medicine, 360(14), 1429–1436.
- Mistry, R. D., & Gorelick, M. H. (2007). Urinary tract infection in infants. In J. M. Baren, S. G., Rothock, J. Brennan, & L. Brown. Pediatric Emergency Medicine. Philadelphia: Saunders, pp. 299–305.
- Nissel, R., Lindberg, A., Mehls, O., & Haffner, D. (2008). Factors predicting the near-final height in growth hormone-treated children and adolescents with chronic kidney disease. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 93(4), 1359–1365.
- Pais, P. J., Kump, T., & Greenbaum, L. A. (2008). Delay in diagnosis in poststreptococcal glomerulonephritis. Journal of Pediatrics, 153(4), 560–564.
- Parmar, M. S. (2008). Hemolytic-uremic syndrome. Emedicine. Retrieved March 18, 2009, from http://emedicine.medscape.com/article/201181-overview.
- Patzer, L. (2008). Nephrotoxicity as a cause of acute kidney injury in children. Pediatric Nephrology, 23, 2159–2173.
- Quigley, R. (2008). Evaluation of hematuria and proteinuria: How should a pediatrician proceed? Current Opinion in Pediatrics, 20(20), 140–144.
- Retik, A. B. (2009). Exstrophy of the bladder. Retrieved March 1, 2009, from http://www.duj.com/exstrophy.html.
- Roberts, K. B. (2000). The American Academy of Pediatrics practice parameter on urinary tract infections in febrile infants and young children. American Family Physician, 62(8), 1777–1778, 1780.
- Rodriguez-Iturbe, B., & Batsford, S. (2007). Pathogenesis of poststreptococcal glomerulonephritis a century after Clemens von Pirquet. Kidney International, 71, 1094–1104.
- Sanchez, C. P. (2008). Mineral metabolism and bone abnormalities in children with chronic renal failure. Review of Endocrine Metabolic Disorders, 9, 131–137.
- Schwarz, E. B., Moretti, M. E., Nayak, S., & Koren, G. (2008). Risk of hypospadias in

offspring of women using Loratadine during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Drug Safety, 31(9), 775–788.

- Sehgal, R., Paul, P., & Mohanty, N. K. (2007). Urodynamic evaluation in primary enuresis: An investigative and treatment outcome correlation. Journal of Tropical Pediatrics, 53(4), 259–263.
- Shah, L., Mandlik, N., Kumar, P., Andaya, S., & Patamasucon, P. (2008). Adherence to AAP practice guidelines for urinary tract infections at our teaching institution. Clinical Pediatrics (Philadelphia), 47(9), 861–864.
- Shaikh, N., Morone, N. E., Bost, J. E., & Farrell, M. H. (2008). Prevalence of urinary track infection in childhood: A meta-analysis. Pediatric Infectious Disease Journal, 27(4), 302–308.
- Snodgrass, W. (2009a). Hypospadias-surgery, symptoms, & treatment. Retrieved March 1, 2009, from http://www.childrens.com/Specialties/template.cfm?groupid=4&pageid=179.
- Snodgrass, W. (2009b). Undescended testes (cryptochidism). Retrieved March 1, 2009, from http://www.childrens.com/healthlibrary/healthlibcontent.cfm?pageid=p03081.
- Staples, A. O., Wong, C. S., Smith, J. M., Gipson, D. S., Filler, G., Warday, B. A., Martz, K., & Greenbaum, L. A. (2008). Anemia and risk of hospitalization in pediatric chronic kidney disease. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, Dec., 3. Retrieved 10, 2009, from http://www.anemia.org/professionals/reviews/content.php?contentid=000345&sectionid=00014.
- Swierzewski, S. J. (Ed.). (2007). Pediatric urology: Undescended testicle, causes, diagnosis, treatment. Urologychannel. Retrieved March 4, 2009, from http://www.urologychannel.com/pediatric/udt.shtml.
- Tang, J. H., Wen, Y., Wu, F., Zhao, X. Y., Zhang, M. X., Mi, J., & Cianflone, K. (2007). Increased plasma acylation-stimulating protein in pediatric proteinuric renal disease. Pediatric Nephrology, 23(6), 959–996.
- Tuncel, A., Mavituna, I., Nacacioglu, V., Tekdogan, U., Uzun, B., & Atan, A. (2008). Long-term follow-up of enuretic alarm treatment in enuresis nocturna. Scandinavian Journal of Urology & Nephrology, 42(5), 449–454.
- Vaziri, N. D. (2006). Dyslipidemia of chronic renal failure: The nature, mechanisms, and potential consequences. American Journal of Physiology—Renal Physiology, 290, F262–F272.

თავი 17

კუჭ-ნაწლავის ცვლილებები

ამ თავში განხილულია:

- ახალშობილისა და ბავშვის კუჭ-ნაწლავის (GI) სისტემის ანატომია და ფიზიოლოგია და მისი განსხვავება ზრდასრულთა GI სისტემისგან;
- ხშირი GI ცვლილებების ეტიოლოგია, პათოფიზიოლოგია, კლინიკური გამოვლინებები, დიაგნოზი და მკურნალობა;
- როგორ არის დაკავშირებული ხშირი GI ცვლილებების პათოფიზიოლოგია კლინიკურ გამოვლინებებთან;
- საექთნო მოქმედება და ჩარევები, რომელიც განკუთვნილია იმ ბავშვებისთვის, რომლებსაც კონკრეტული დაავადების სამკურნალოდ ესაჭიროებათ მუცლის ღრუს ქირურგიული ჩარევა;
- იმ ოჯახების აღმოჩენა, რომელსაც ესაჭიროება განათლების მიღება და აღწერა შესაბამისი თემებისა.

კუჭ-ნაწლავის სისტემის ცვლილებები შეიძლება მოიცავდეს: პირის ღრუს, საყლაპავის, კუჭის, წვრილი და მსხვილი ნაწლავის ან დამატებითი ორგანოების (ღვიძლი, ნაღვლის ბუშტი და პანკრეასი) ცვლილებებს. სისტემის მთავარი ფუნქციებია: საკვების მიღება, მონელება, ნორმალური ზრდისთვის აუცილებელი ნივთიერებების შეწოვა, სითხისა და ელექტროლიტური ბალანსის შენარჩუნება და ნარჩენი პროდუქტების გამოყოფა. ეს ფუნქციები მნიშვნელოვანია ჩვილთა და ბავშვთა ნორმალური ზრდისა და განვითარებისთვის. ამ ასაკის ჯგუფისთვის ხშირია კუჭ-ნაწლავის სისტემის ჩივილები. ფუნქციის ცვლილებების მიზეზი შეიძლება იყოს მემკვიდრული ანატომიური ანომალიები ან დაბადების შემდეგ შეძენილი ცვლილებები, რომელიც შეიძლება იყოს გამოწვეული დაავადების, ინფექციის ან ტრავმის შედეგად. კუჭ-ნაწლავის პრობლემების სიმწვავე მერყეობს მსუბუქი დაავადებიდან დაწყებული, რომელიც იწვევს დისკომფორტს, დამთავრებული მწვავე, სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადებებით, როგორიც არის ნაწლავის ობსტრუქცია.

ამ თავში განიხილება ბავშვთა ასაკში GI სისტემის ანატომია და ფიზიოლოგია, რით განსხვავდება ზრდასრულთა სისტემასთან და ყველაზე ხშირი GI ცვლილებები და დაავადებები. ეს მოიცავს: ზედა და ქვედა კუჭ-ნაწლავისა და შეკუმშვის უნარის ცვლილებებს, ანთებითსა და მალაბსორბციულ დაავადებებს, მოწამვლასა და ღვიძლის დაავადებებს.

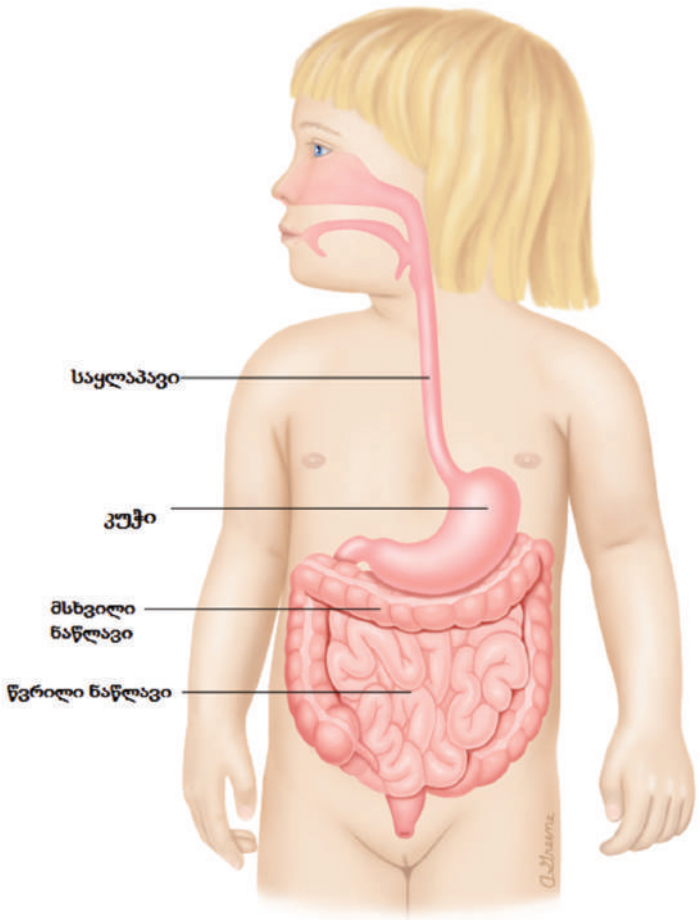
ანატომია და ფიზიოლოგია

ზრდასრულებისგან განსხვავებით ახალშობილთა კუჭ-ნაწლავის სისტემა უფრო ნაკლებად ფუნქციონირებს, რადგან დაბადებისას ის არ არის ბოლომდე განვითარებული. დაბადებისას უნებლიე რეფლექსებია: წოვისა და ყლაპვის, თუმცა თანდათან ისინი ექვემდებარება ნებით კონტროლს, რადგან 6 კვირის ასაკისთვის ყალიბდება ნერვები და კუნთები. ახალშობილთა კუჭის მოცულობა შეადგენს მხოლოდ 60 მლ, მაგრამ ის სწრაფად ფართოვდება და 1 თვის ასაკისთვის ხდება 200 მლ. **პერისტალტიკა**, რომელიც არის GI სისტემის გლუვი კუნთების შეთანხმებული, რითმული და პერიოდული შეკუმშვა, უფრო გამოხატულია ჩვილებში, ვიდრე უფროს ბავშვებში. კუჭის დაცლა ახალშობილებში მიმდინარეობს 2-3 საათის განმავლობაში, ხოლო 2 თვის ასაკისთვის იზრდება და საჭიროა 3-6 საათი. ფაქტორები, როგორიცაა კუჭის მცირე მოცულობა, აჩქარებული პერისტალტიკა და კუჭის დაცლა, განაპირობებს ახალშობილების მცირე ულუფებით და ხშირად გამოკვების საჭიროებას. ჩვილში მეტაბოლიზმი უფრო სწრაფად მიმდინარეობს, ვიდრე ზრდასრულში და ამიტომაც მას ესაჭიროება ყოველ ერთ კილოგრამზე დაახლოებით 100 კალორიის მიღება, ხოლო ზრდასრულებს – 30-40. ჩვილისთვის ხშირად დამახასიათებელია რეგურგიტაცია, რადგან საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ტონუსი შემცირებულია.

წვრილი ნაწლავის სიგრძე ჩვილში პროპორციულად დიდია ზრდასრულთან შედარებით: ჩვილში მისი სხეულის სიგრძეზე 6-ჯერ მეტია, ხოლო ზრდასრულებში – 4-ჯერ. თუმცა, ჩვილის ნაწლავში არსებობს ზრდასრულისთვის დამახასიათებელი ფუნქციური გამომყოფი ჯირკვლების პროპორციული რაოდენობა ადგილის ყოველ მონაკვეთზე; აქედან გამომდინარე, ჩვილი პროპორციულად გამოყოფს უფრო მეტი რაოდენობის სითხეებსა და ელექტროლიტებს, ვიდრე მოზარდი. ანალოგიურად, ჩვილის წვრილი ნაწლავის ზედაპირის ფართობი უფრო დიდია და მეტი რაოდენობით შეუძლია შეწოვა სხეულის ზომასთან შედარებით, ვიდრე მოზარდის. ამგვარად, დიარეის განვითარებისას ნაწლავის სეკრეციებიდან უფრო მეტი რაოდენობის ელექტროლიტები იკარგება. განსხვავებით, ჩვილის მსხვილი ნაწლავისგან, რომელიც პროპორციულად უფრო მოკლეა, ვიდრე ზრდასრულების, ეპითელური საფარველი უფრო ნაკლებად ხელმისაწვდომია ფეკალიებიდან წყლის შეწოვისთვის. ეს ორი დამახასიათებელი თვისება, მეტი სეკრეციები და ნაკლები შეწოვა, განაპირობებს ჩვილის მიერ კუჭის მოქმედების ხშირ საჭიროებასა და რბილი განავალის გამოყოფას. დიარეის დროს ჩვილებსა და ახალგაზრდა ბავშვებში სწრაფად ვითარდება დეჰიდრატაცია. დაბადებისას ასევე ჩამოყალიბებული არ არის ღვიძლის ფუნქციები; შედეგად, ვერ მიმდინარეობს ტოქსიკური ნივთიერებების ეფექტური გარდაქმნა არატოქსიკურ ნივთიერებებად და წამლების გადამუშავება არის არაეფექტური. მაშასადამე, დაბადების შემდეგ პირველი რამდენიმე თვის განმავლობაში საჭიროა წამლების თერაპიული დოზის რეგულირება, რათა მოხდეს მათი ტოქსიკურ დონემდე მიღწევის პრევენცია. ერთი წლის ასაკის ჩვილში ჩამოყალიბებული არ არის: გლუკონეოგენეზის, დეამინაციის, პლაზმური ცილებისა და კეტონების წარმოქმნისა და ვიტამინების დეპონირების პროცესი.

ძირითადად, ჩვილებს არ აქვთ მონელებაში მონაწილე რამდენიმე ფერმენტი 4-6 თვის ასაკამდე. არასაკმარისი რაოდენობით აქვთ პანკრეასის ფერმენტი, *ამილაზა*,

რომელიც პასუხისმგებელია ნახშირწყლების საწყის მონელებაზე და შედეგად იწვევს სახამებლის აუტანლობას. 4-6 თვის ასაკამდე ბურღულეულის მიღებამ ჩვილში შეიძლება გამოიწვიოს მეტეორიზმი და დიარეა. ფერმენტი *ლაქტაზა*, რომელის შლის ან ახდენს ლაქტოზას ჰიდროლიზს, არის ჩვილის საკვები ფორმულისა და სარძევე ჯირკვლიდან გამოყოფილი რძის მთავარი შემადგენელი ნახშირწყალი. ლაქტაზის დონე დაბალია დღენაკლულ ჩვილში, შემდეგ, იზრდება ჩვილობის პერიოდში და ბავშვობის შემდეგ მცირდება. თავდაპირველად, დამახასიათებელი შემცირებული რაოდენობა იწვევს ლაქტოზის არასრულ შეწოვას, რომლის შედეგად ვითარდება მეტეორიზმი, მუცლის შებერილობა და დიარეა. დარღვეულია ცხიმოვანი ნივთიერებების მონელება და შეწოვა ფერმენტ *ლიპაზას* შემცირებული დონის გამო. სარძევე ჯირკვალში არსებული ცხიმის შეწოვა ლიპაზას საშუალებით უფრო სწრაფად მიმდინარეობს, ვიდრე საკვებ ფორმულაში არსებული. ახალშობილსა და ჩვილში ცილის მონელება და შეწოვა დამაკმაყოფილებლად მიმდინარეობს. ჩვილის ნაწლავში უფრო კარგად აღწევს ცილები, ვიდრე უფროს ბავშვში ან სრულწლოვანში, რის შედეგადაც სისხლის ნაკადში გადადის ძროხის რძის ცილა და სხვა შესაძლო ალერგენები. ამის გამო, იმ ჩვილებში, რომლებიც იკვებებიან არა სარძევე ჯირკვლის, არამედ ხელოვნური რძით, უფრო იზრდება რისკი საკვებში არსებული ცილების მიმართ განვითარებული ალერგიისა. იმ ჩვილებს, რომლებიც იკვებებიან ძუძუთი, მიეწოდებათ მასში არსებული დამცველობითი იმუნოგლობინური ცილები განსხვავებით იმ ჩვილებისაგან, რომლებიც იკვებებიან ხელოვნური რძით. სურათი 17-1 ასახავს ბავშვის კუჭ-ნაწლავის სისტემას.



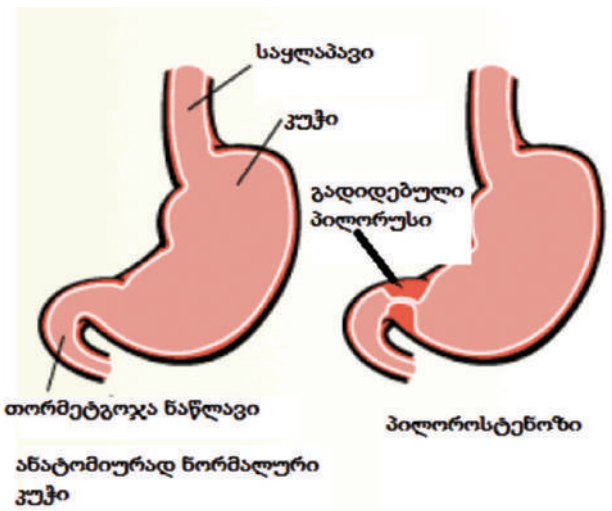
სურათი 17-1. ბავშვის გასტროინტერსტინალური ტრაქტი

ზედა კუჭ-ნაწლავის სისტემის ცვლილებები

ბავშვებში ზედა კუჭ-ნაწლავის სისტემის ცვლილებები მოიცავს: ჰიპერტროფული პილორუსის სტენოზს, კურდღლის ტუჩსა და მგლის სასას, საყლაპავის ატრეზიასა და ტრაქეისა და საყლაპავის ფისტულას.

ჰიპერტროფული პილორუსის სტენოზი

ახალშობილობის პერიოდში ყველაზე ხშირი მუცლის შიდა დაავადება, რომელსაც ქირურგიული ჩარევა ესაჭიროება, ჰიპერტროფული პილორუსის სტენოზია (HPS). სურათი 17-2A ასახავს ნორმალურ ღია პილორუსს; სურათში 17-2B გამოსახულია შევიწროებული პილორუსი.



სურათი 17-2.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ყოველ 1,000 ცოცხლად შობილიდან HPS დაახლოებით 2-3 – 5 ჩვილში ვითარდება და 4-6-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება მამრობით სქესში, ვიდრე – მდედრობითში. ის, ყველაზე ხშირად მამრობითი სქესის კავკასიელებისთვისაა დამახასიათებელი. უფრო ხშირად გვხვდება ჩრდილოეთ ევროპელი წარმოშობის კავკასიელებში, უფრო ნაკლებად – აფრო ამერიკელებში და იშვიათად აზიელებში. ზუსტი გამომწვევი მიზეზი უცნობია; თუმცა არსებობს რამდენიმე თეორია, რომელიც ხსნის მის ეტიოლოგიას. რამდენიმე დაუზუსტებელი მიზეზია: გარემო ფაქტორები, ალერგიები და პილორუსის სპაზმი. გენეტიკური წინასწარგანწყობაც შესაძლოა ზრდიდეს HPS-ის განვითარების რისკს. ახალი თეორიის მიხედვით, თორმეტგოჯა ნაწლავში მუდმივად მომატებული მჟავიანობის მიზეზია: მემკვიდრულად პარიეტალური უჯრედების დიდი მასა და გასტრინის კონტროლის არარსებობა. ეს ორი ფაქტორი იწვევს პილორუსის სტენოზს, რადგანაც მომატებული მჟავიანობის საპასუხოდ მიმდინარეობს შეკუმშვა, რომლის შედეგადაც ხდება ჰიპერტროფია. **მაკროლიდური ანტიბიოტიკების** ორალურად მიღება ჩვილში ჰიპერტროფული პილორუსის სტენოზის განვითარებასთანაა დაკავშირებული. ქალებში მაკროლიდური ანტიბიოტიკების მიღება გვიანი ორსულობის ან ძუძუთი კვების პერიოდში ასევე HPS-ის განვითარებასთანაა დაკავშირებული.

პათოფიზიოლოგია

პილორუსი არის ის ანატომიური ნაწილი, რომლის საშუალებითაც საკვები გადადის კუჭიდან ნაწლავებში. მას გარშემო შემოსაზღვრავს კუნთოვანი რგოლი, რომელსაც ეწოდება პიროსუსის სფინქტერი. HPS-ის დროს ჰიპერტროფიას განიცდის პილორუსის სფინქტერი და საკუთარ ნორმალურ სიგანესთან შედარებით გაფართოებულია 4-6-ჯერ უფრო მეტად, რომელიც იწვევს გასავალის დავიწროებასა და პილორუსის ხვრელის ობსტრუქციას, რომლის შედეგადაც ვერ ხდება კუჭში არსებული ნივთიერებების გადასვლა თორმეტგოჯა ნაწლავში.

კლინიკური გამოვლინებები

სიმპტომები ძირითადად ვითარდება დაბადებიდან მესამე ან მეოთხე კვირას. თავდაპირველი სიმპტომი, რომელიც გამოვლინდება დაბადებისას პირველი 2-4 კვირის განმავლობაში, არის არანაღვლის შემცველი ღებინება. ობსტრუქციის პროგრესული ბუნების გამო იზრდება ღებინების სიხშირე და საბოლოოდ გარდაიქმნება ,,შადრევანის'' ტიპის ღებინებად, ხოლო მასა გადაისროლება რამდენიმე ტერფის სიგრძის მანძილზე. გულისრევის შედეგად ამოღებული მასა არ შეიცავს ნაღველს, რადგან ობსტრუქცია არის სანაღვლე სადინარის ზემოთ. ღებინების მიუხედავად ჩვილი რჩება მშიერი და ძირითადად მას სჭირდება ხელახლა კვება. რადგანაც საკვები არ გადადის პილორუსში, ნაწლავური მოქმედებები არის მცირე. გახანგრძლივებული ღებინება იწვევს: სითხის დაკარგვას, რაც იწვევს დეჰიდრატაციას და წყალბადისა და ქლორის იონების დანაკარგს, რომლის შედეგად ვითარდება ჰიპოქლორემიული მეტაბოლური ალკალოზი. ძირითადად, შენარჩუნებულია შრატში კალიუმის ნორმალური დონეები, თუმცა მთლიან სხეულში შეიძლება იყოს მისი ნაკლებობა. ჩვილისთვის დამახასიათებელია წონის ცუდი მატება ან პირიქით წონის დაკლება და დეჰიდრატაციისა და ელექტროლიტური ბალანსის გაუარესების შედეგად ჩვილში იზრდება გაღიზიანებადობა და ლეთარგიულობა.

დიაგნოზი

დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია ისტორიითა და ფიზიკური გამოკვლევით, რომლის საშუალებით დგინდება ჰიპერტროფული პილორუსის არსებობა, რომლის პალპაცია ზოგჯერ შესაძლებელია ეპიგასტრიუმის ადგილას, ჭიპის ზემოთ და მარჯვნივ (ზოგჯერ შუაში), როგორც ზეთისხილის ფორმის მასა. ხშირად შეუძლებელია გადიდებული კუნთის პალპაცია, რის გამოც ვიზუალიზაციისთვის საჭიროა დაუყოვნებლივ ტესტების ჩატარება. დიაგნოზი შეიძლება დადასტურდეს ზედა კუჭ-ნაწლავის ბარიუმის ფაფის (UGI) ან მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი კვლევის საშუალებით. დადებითი UGI-ის შემთხვევაში გამოჩნდება კუჭის შეფერხებული დაცლა და შევიწროებული და დაგრძელებული პილორუსის არხი. დიაგნოზის დასასმელად ოქროს სტანდარტი ხდება ულტრაბგერითი გამოკვლევა, რადგან ის არის ზუსტი (პირდაპირ შესაძლებელია დანახვა ჰიპერტროფირებული კუნთისა და პილორუსის არხის) და ტარდება ჩვილზე დასხივების გარეშე.

მკურნალობა

ხშირად, პირველი სამკურნალო არჩევანი ქირურგიული პროცედურაა, **პილორომიოტომია**, რომლის დროსაც წრიული კუნთოვანი ბოჭკოების გახსნა ხდება და წარმოიქმნება გასასვლელი კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავს შორის. პილორომიოტომიის გაკეთება შესაძლებელია როგორც ღია ქირურგიული მიდგომით, ისე ლაპაროსკოპიის საშუალებით. მიუხედავად იმისა, რომ ორივე მეთოდი ეფექტურია HPS-ის სამკურნალოდ, ლაპაროსკოპიული მიდგომის შედეგად ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ვითარდება ნაკლები ტკივილი და ღებინება. ოპერაციამდე შესაძლებელია ჩაიდგას ნაზოგასტრალური (NG) მილი და გამოირეცხოს კუჭი. ოპერაციამდე 24-48 საათით ადრე უნდა გამოსწორდეს სითხის, მჟავა-ტუტოვანი და ელექტროლიტური დანაკარგი. ინტრავენურ სითხეებსა და ელექტროლიტებს აწოდებენ მანამ სანამ ჩვილს არ გამოუსწორდება ჰიდრატაციის მდგომარეობა და შრატში ბიკარბონატის კონცენტრაცია არ იქნება 30 მლექ/დლ-ზე ნაკლები, რაც მიუთითებს ალკალოზის გამოსწორებას.

ზოგჯერ, მედიკამენტოზური მკურნალობა საკმარისია და ქირურგიული ჩარევა არ არის საჭირო. შესაძლებელია, ბავშვს კვებამდე მიეწოდოს სპაზმის საწინააღმდეგო საშუალებები (ატროპინი/ფენობარბიტალი) კუჭისა და პილორუსის სფინქტერის კუნთის მოსადუნებლად. მედიკამენტოზური მკურნალობისას ბავშვებისთვის რეკომენდირებულია საკვების შესქელებული სახით მიღება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში თუ არ არის ჩვენება NG მილის დატოვებისა, როგორიცაა თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანება ან პერფორაცია, მისი ამოღება უნდა მოხდეს. საჭიროა სისხლში გლუკოზის, ელექტროლიტებისა და სისხლის საერთო ანალიზის (CBC) კონტროლი. უნდა გაგრძელდეს სითხეების ინტრავენურად გადასხმა, მანამ, სანამ ჩვილს არ შეეძლება საკვების ნორმალურად მიღება. ანესთეზიის შემდეგ კუჭის მოქმედება შეფერხებულია 24 საათამდე. ამის გამო, კვება უნდა დაიწყოს თანდათანობით და ფრთხილად გაიზარდოს სიხშირე. ოპერაციიდან 4-6 საათის შემდეგ შესაძლებელია საკვების მცირე და ხშირი ულუფებით მიღება. წარმატების სიხშირის გამო HPS-ის სამკურნალო მეთოდად მიჩნეულია ქირურგიული ჩარევა.

საექთნო მართვა

შეფასება

საექთნო ისტორიაში აღწერილია კავშირი კვებასა და ღებინებას შორის, გულისრევის სიხშირე და ამოღებული მასის ფერი და რაოდენობა. ჩვილის ჰიდრატაციის მდგომარეობის შესაფასებლად მნიშვნელოვანია სითხის მიღებისა და გამოყოფის მკაცრი კონტროლი. გამოხატული დეჰიდრატაციის ნიშნებია: კანის ტურგორის არაელასტიურობა, ცრემლების გამოყოფის გარეშე ტირილი, მშრალი ლორწოვანი მემბრანები, ჩაზნექილი წინა ყიფლიბანდი, შარდის გამოყოფა <1 მლ/კგ/სთ, აჩქარებული პულსი, დაბალი წნევა და წონის დაკლება. ჩვილს აკვირდებიან ტკივილის ან დისკომფორტის აღმოსაჩენად.

საექთნო დიაგნოზი

HPS-ით დაავადებული ჩვილის საექთნო დიაგნოზი მოიცავს:

1. *სითხის მოცულობის ნაკლებობას*, რაც დაკავშირებულია ხშირ ღებინებასთან;
2. *კვების დარღვეულ ბალანსს:* მიღებული საკვების რაოდენობა სხეულის მოთხოვნილებაზე ნაკლებია, რაც გამოწვეულია ღებინებით და კვების მიღების თანდათანობითი შემცირებით;
3. *მწვავე ტკივილს*, რომელიც დაკავშირებულია ოპერაციულ ტრავმასთან;
4. *ინფექციის რისკს*, რომელიც დაკავშირებულია ქირურგიულ განაკვეთთან;
5. *ცოდნის ნაკლებობას (მომვლელების)*, რომელშიც იგულისხმება ჩვილის გაწერის შემდეგ მოვლა.

შედეგის აღმოჩენა

1. ჩვილში გამოიხატება გაუმჯობესებული სითხისა და ელექტროლიტური ბალანსი;
2. ჩვილს შეეძლება საკვების მიღება და გამოვლინდება მოთხოვნების შესაბამისი კვება გაწერამდე წონის შენარჩუნებით ან მატებით.
3. ჩვილი განიცდის მცირე ტკივილს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში;
4. ჩვილის ქირურგიულ განაკვეთში არ განვითარდება ინფექცია, რომელიც გამოიხატება შემცირებული შეშუპებით სიწითლის ან ჩირქიანი გამონადენის გარეშე;
5. მომვლელები სიტყვებით ახსნიან განაკვეთის მოვლას, კვების მეთოდებსა და გართულებების ნიშნებსა და სიმპტომებს (განმეორებადი ღებინება, ჭრილობის ინფექცია, წარუმატებელი წონის მატება).

დაგეგმვა და განხორციელება

საექთნო მოვლა ოპერაციამდე მოიცავს ჰიდრატაციის მდგომარეობისა და დარღვეული ელექტროლიტური ბალანსის გამოსწორებას. უჯრედგარე სითხის მოცულობის ნაკლებობის ყველაზე კარგი მაჩვენებელი საშუალებაა წონის კონტროლი დღის ერთსა და იმავე დროს ერთი და იმავე მეთოდის გამოყენებით. რადგანაც ქირურგიულ ჩარევამდე ღებინება გაგრძელდება, ჩვილის კვება არ ხდება ორალურად; ამგვარად, მნიშვნელოვანია თავისუფლად გამავალი ინტრავენური გადასხმის შენარჩუნება. სითხის ჩანაცვლების დროს აუცილებელი საექთნო მოქმედებებია: გადასხმის, სითხის მიღებისა და გამოყოფის კონტროლი. ოჯახის წევრებს უნდა შევახსენოთ, რომ გამოყოფილი შარდის რაოდენობის დასადგენად უნდა შეინახონ ბავშვის საფენები. თუ გამოიყენება NG მილი, რათა ოპერაციამდე მოხდეს კუჭის მოდუნება, ექთნის პასუხისმგებლობაა, რომ შეინარჩუნოს მისი გამავლობა და ჩაინიშნოს გამონადენის რაოდენობა, ფერი და ტიპი. ლაბორატორიულ მონაცემებს აფასებენ ელექტროლიტური დარღვევების აღმოსაჩენად. ექთანი მუდმივად აკონტროლებს ჩვილის ჰიდრატაციის მდგომარეობას.

ოპერაციის შემდგომ მოვლა მოიცავს სითხისა და ელექტროლიტური ბალანსის შენარჩუნებას შემდეგი მეთოდების საშუალებით: (1) ინტრავენური გადასხმის კონტროლი მანამ, სანამ არ შეძლებს ორალურად სითხეების მიღებას; (2) ჩვილზე დაკვირვება ორალურად კვების შემდეგ და (3) დეჰიდრატაციის ნიშნების შეფასება. ტკივილის შესამცირებლად მიეწოდებათ შესაფერისი ტკივილგამაყუჩებლები. განაკვეთის ადგილს აკვირდებიან ინფექციის ნიშნების აღმოსაჩენად, როგორიცაა: სიწითლე, ანთება, ჩირქიანი გამონადენი ან ტემპერატურა 38.3 □C ან უფრო მაღალი. ქირურგების უმეტესობა ოპერაციის შემდეგ დაუყოვნებლივ იღებს NG მილს და თუ კუჭის აუსკულტაცია ნორმალურია, 4-6 საათში შესაძლებელია კვების დაწყება. თავდაპირველი საკვები შეიცავს მცირე რაოდენობის ელექტროლიტურ ხსნარს, როგორიცაა პედიალიტი და შემდეგ მოცულობას თანდათან ზრდიან. თუ შეუძლია უფრო დიდი მოცულობების მიღება ღებინების გარეშე, მაშინ აწვდიან ხელოვნურ ფორმულას ან დედის რძეს. ქირურგიის შემდეგ პირველ 24-36 საათში ჩვილების უმეტესობა იწყებს ღებინებას; ამგვარად, ინტრავენურ სითხეებს აწვდიან მანამ სანამ ისინი არ შეძლებენ მთლიანად საკვების მიღებას.

შეფასება

საექთნო მოვლის შეფასება დაფუძნებულია იმაზე, თუ რამდენად ეფექტურად დაკმაყოფილდა აღმოჩენილი შედეგები. კვების გაგრძელებისას ჩვილს უნდა შეეძლოს მიღება ღებინების გარეშე და წონა უნდა მოიმატოს და გაუტოლდეს დაავადებამდე არსებულს. ქირურგიული განაკვეთი უნდა შეხორცდეს ინფექციის ნიშნების გარეშე. მომვლელებმა უნდა გამოავლინონ განაკვეთის სწორად მოვლის ცოდნა, ახსნან სახლში ყოფნისას კვების გეგმები და ჩვილის მზრუნველობის მეთოდები, ჩამოთვალონ გართულებების ნიშნები და სიმპტომები და იცოდნენ თუ როდის უნდა დაურეკონ ექიმს.

ოჯახის სწავლება

ხშირად მომვლელები თავს გრძნობენ უმოქმედოდ და უუნაროდ, რადგან მათი შვილი რჩება მშიერი და არ შეუძლიათ ამ შიმშილის დაკმაყოფილება. მათ შეიძლება სჯეროდეთ, რომ თვითონ მოიმოქმედეს რაიმე არასწორად. ექთნებს შეუძლიათ მათი მხარდაჭერა და ახსნა, რომ ეს არ არის მათი ბრალი და ეს მდგომარეობა გამოწვეულია სტრუქტურული დაზიანებით. ისინი უნდა წავახალისოთ, რათა ჩართული იყვნენ ბავშვის მოვლაში როგორც ოპერაციამდე, ისე მის შემდეგაც. ოპერაციამდე ჩვილი გაღიზიანებულია, მშიერია და ხშირად ტირის. მომვლელებმა უნდა ჩაიხუტონ, ნელა ამოძრაონ და გულში ჩაიკრან საკუთარი ბავშვი. სატყუარამ შეიძლება დააკმაყოფილოს ჩვილის წოვის მოთხოვნები.

ექთნებმა უნდა აუხსნან მომვლელებს ჭრილობის მოვლისა და ინფექციის ნიშნების შესახებ (თუ საჭიროა). ასევე როგორ უნდა მოხდეს დაკვირვება მიღებისას ჩვილის პასუხზე და რომ ღებინება შეიძლება კვლავ განმეორდეს; თუმცა, თუ ის გაგრძელდა 48 საათის შემდეგ, აუცილებელია ექიმისთვის ამის შეტყობინება.

ტუჩის ნაპრალი (CL) და სასის ნაპრალი (CP)

ნაპრალი არის ღარი ან წაგრძელებული გახსნილი სივრცე. ტუჩისა და სასის ნაპრალი, ან ორივე ახალშობილთა ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მემკვიდრული ანომალიაა. ბავშვთა უმეტესობას აქვს ორივე, როგორც კურდღლის ტუჩი, ისე მგლის სასა; ზოგიერთს აქვს მხოლოდ კურდღლის ტუჩი ან მგლის სასა. ნებისმიერი ტიპის ნაპრალი აფერხებს ტუჩების, ცხვირის, კუნთებისა და სასის ანატომიური სტრუქტურების განვითარებას. ამ სტრუქტურების დეფექტის ან ანომალიის ხარისხი დამოკიდებულია ნაპრალის(ნაპრალების) ტიპზე, ადგილმდებარეობასა და სიმწვავეზე.

სიხშირე და ეტიოლოგია

კურდღლის ტუჩი ან მგლის სასა (CL/CP) ვითარდება ყოველი 700 ახალშობილიდან 1-ში. ყველაზე მაღალი სიხშირით ის გვხვდება აზიელებში, შემდეგ კავკასიელებში და ყველაზე მცირე რაოდენობა ფიქსირდება აფრო ამერიკელებში. კურდღლის ტუჩი მგლის სასასთან ერთად ან ცალკე უფრო ხშირად ვითარდება მამრობითი სქესის ადამიანებში, ხოლო მხოლოდ მგლის სასა – მდედრობით სქესში.

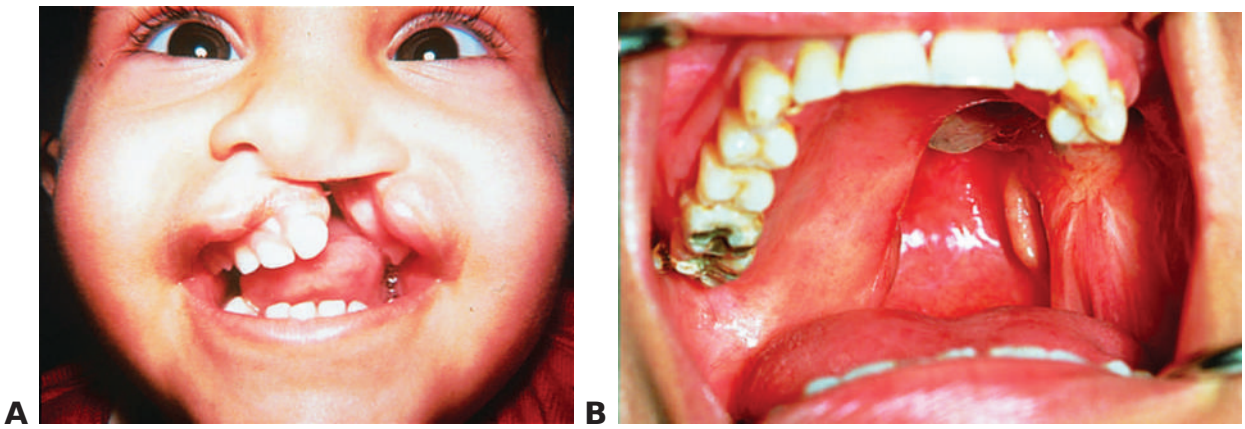
შესაძლო ეტიოლოგიებს მიეკუთვნება გენეტიკური და გარემო ფაქტორები. თუ არსებობს ნაპრალის ოჯახური ისტორია, დანარჩენ ბავშვებშიც გაზრდილია ანომალიის განვითარების რისკი. იმ გარემო ფაქტორებს, რომელიც მიჩნეულია CL/CP-ის შესაძლო ეტიოლოგიად, მიეკუთვნება: მშობლის ასაკი, დედის მიერ ზედმეტი ალკოჰოლის მიღება, დედის მიერ ფენიტოინის (დილანტინი) ან დიაზეპამის (ვალიუმი) მიღება და კვების ფაქტორები, როგორიცაა ფოლიუმის მჟავის და ვიტამინის ნაკლებობა. ორსულობის დროს მწეველი დედების შემთხვევაში ორჯერ უფრო მეტად იზრდება კურდღლის ტუჩის მქონე ჩვილის დაბადება, ვიდრე არამწეველ დედებში.

პათოფიზიოლოგია

მაგარი სასა არის პირის ღრუს ზედა კედლის ძვლოვანი წინა ნაწილი. რბილი სასა მდებარეობს მაგარი სასის უკან და შედგება კუნთოვანი და ბოჭკოვანი ქსოვილისგან. რბილი სასიდან ჩამოშვებულ ლორწოვან ნაწილს ეწოდება ნაქი. კურდღლის ტუჩი გამოწვეულია ნაზალური და ზედა ყბის წანაზარდების შერწყმის დეფექტით 5-8 გესტაციური კვირის დროს. ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად ვითარდება ტუჩი და სასა; ამგვარად, შესაძლებელია მხოლოდ კურდღლის ტუჩის ან მგლის სასის ჩამოყალიბება ან ორივესი ერთად. მგლის სასა გამოწვეულია სასის ფირფიტების შერწყმის დეფექტით 7-12 გესტაციური კვირის დროს.

კლინიკური გამოვლინებები

კურდღლის ტუჩი არსებობს როგორც ცალმხრივი (მხოლოდ ერთ მხარეს), ისე ორმხრივი (ორივე მხარეს) და შეიძლება გამოვლინდეს ტუჩის წითელ ნაწილში, დაწყებული პატარა ღარით, დამთავრებული სრული ნაპრალით, რომელიც გრძელდება ნესტომდე. მგლის სასა შესაძლებელია განვითარდეს მაგარ ანუ ძვლოვან სასაზე ან რბილ სასაზე, კურდღლის ტუჩთან ერთად ან მის გარეშე (სურ. 17-3A და 17-3B).



სურათი 17-3. A კურდღლის ტუჩი, 17-3 B. მგლის სასა

დიაგნოზი

კურდღლის ტუჩისა და უმეტეს შემთხვევებში მგლის სასის შემჩნევა დაბადებისას შესაძლებელია. გარეგნული დათვალიერებითა და მოსინჯვით შესაძლებელია თუნდაც მცირე ზომის ნაპრალის აღმოჩენა. თუ ვერ მოხდა დაბადებისას მგლის სასის დიაგნოზის დასმა, ცხვირიდან გადმოსული ძუძუს ან ხელოვნური რძე პირველი ნიშანია. ამ ორივე ანომალიის დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია ულტრაბგერითი კვლევით ორსულობის დროს და არსებობის შემთხვევაში ხდება ოჯახის გადამისამართება მრავალპროფილურ გუნდთან მგლის სასის, თავის ქალის, სახის ან პირის ღრუსა და სახის სპეციალურ ცენტრში.

მკურნალობა

კურდღლის ტუჩისა და მგლის სასის მქონე ბავშვის მკურნალობა რთულია და მოიცავს ბევრ სპეციალისტს, მათ შორის, პლასტიკურ ქირურგს, ნეიროქირურგს, ორთოდონტს, ოტოლარინგოლოგს, პედიატრს, ექთანს, ლაპარაკის პათოლოგსა და აუდიოლოგს. აღდგენითი პროცედურები იწყება ჩვილობის პერიოდში და შეიძლება გაგრძელდეს ზრდასრულობის ასაკამდე. არსებობს რამდენიმე ქირურგიული ჩარევა, რომელიც განსხვავდება დროისა და მეთოდის მიხედვით. ტუჩის დახურვის პროცედურა ძირითადად ტარდება დაახლოებით 3 თვის ასაკის ჩვილში ან როდესაც მისი წონა შეადგენს 5.5 კილოგრამს. ოპერაციის მიზანია ტუჩის დახურვა, რაც შეიძლება მცირე ნაწიბურის წარმოქმნით, რომლის საშუალებითაც იზრდება შესაძლებლობა სახის ნორმალური განვითარებისა. მაგარი ან რბილი სასის ნაპრალების დახურვა ხდება ქირურგიული ჩარევით დაახლოებით 1 წლის ასაკში, რათა ხელი შეუწყოს კვებას და ლაპარაკისა და ენის განვითარებას. დამატებით, მნიშვნელოვანი ფაქტორებია, კვებისათვის კარგი მდგომარეობა და ზოგადი ჯანმრთელობა, რომელიც ზეგავლენას ოპერაციის ჩატარების განრიგზე ახდენს. კურდღლის ტუჩისა და მგლის სასის ხანგრძლივად არსებობისას შესაძლებელია განვითარდეს ლაპარაკის სირთულეები, თანკბილვის პრობლემები (დარღვეული კბილის ამოსვლა), შუა ყურის ხშირი ანთებით გამოწვეული სმენის პრობლემები, რომლის მიზეზია ევსტაქის მილის ანომალიები, ასევე, შესაძლოა, დარღვეული იყოს საკუთარ სხეულზე წარმოდგენა და თავმოყვარეობა.

საექთნო მართვა

შეფასება

ძირითადად, კურდღლის ტუჩისა და მგლის სასის შემჩნევა შესაძლებელია დაბადებისას. ახალშობილის შეფასებებისას ექთანი იკვლევს სასას გარეგნული დათვალიერებითა და სინჯავს ხელთათმანიანი თითით. ხდება ანომალიების ადგილმდებარეობისა და გავრცელების აღწერილობის ჩანიშვნა. ასევე აკვირდებიან ახალშობილის წოვის, ყლაპვისა და კვების უნარს. ექთნებმა ასევე უნდა შეაფასონ მშობლის რეაქციები, რადგან ნაპრალის მქონე ბავშვის დაბადება შეიძლება შიშისმომგვრელი იყოს.

საექთნო დიაგნოზი

ოპერაციამდე კურდღლის ტუჩის ან მგლის სასის მქონე ჩვილის საექთნო დიაგნოზი მოიცავს:

1. *დარღვეულ კვების ბალანსს*: *სხეულის მოთხოვნილებებზე ნაკლებია*, რომელიც დაკავშირებულია კვების სირთულეებთან;
2. *შეცვლილ აღზრდას*, რომელიც გამოწვეულია შეფერხებული კავშირის დამყარებით.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში კურდღლის ტუჩის ან მგლის სასის მქონე ჩვილის საექთნო დიაგნოზი მოიცავს:

- *ოპერაციის ადგილას დაზიანებისა და ინფექციის რისკს*, რომელიც დაკავშირებულია ქირურგიულ პროცედურასთან;
- *მწვავე ტკივილს*, რომელიც გამოწვეულია ნაპრალების ქირურგიული ჩარევის გზით გამოსწორებასთან;
- *ცოდნის ნაკლებობას (მომვლელების)*, რომელიც ეხება მდგომარეობას, მკურნალობასა და ხანგრძლივ მოვლას.

შედეგის აღმოჩენა

- ჩვილი მიიღებს საკმარისი რაოდენობის საკვებ ნივთიერებებს;
- მომვლელები გამოავლენენ საკვების მიწოდების მეთოდებს, რომლის საშუალებითაც ჩვილს მიეწოდება საკმარისი რაოდენობის საკვები ნივთიერებები.;
- მშობლები დაიწყებენ შეგუებას და კავშირის დამყარებას საკუთარ ჩვილთან;
- ჩვილი შეინარჩუნებს მისთვის ყველაზე ხელსაყრელ კომფორტს;
- ჩვილის ქირურგიული განაკვეთი შეხორცდება ნაკერების გახსნისა ან ინფექციის გარეშე;
- მომვლელები სიტყვით ახსნიან მკურნალობის გეგმას, კვებისა და ზედამხედველობის მეთოდებს, ქირურგიული ადგილის მოვლას და მომავალში შესაძლო ოპერაციებისა და ლაპარაკის თერაპიის საჭიროებას;
- ჩვილში გამოვლინდება ნორმალური ზრდა და განვითარება.

დაგეგმვა და განხორციელება

ოპერაციამდე, ექთნების მიერ, მოვლის დროს, ყურადღება გამახვილებულია მომვლელებისთვის მხარდაჭერის უზრუნველყოფაზე, ასპირაციისა და ინფექციის პრევენციასა და საკმარისი რაოდენობის საკვები ნივთიერებების მიღების დადასტურებაზე. ბავშვის დაბადება ძირითადად დაკავშირებულია სიხარულთან და აღნიშვნასთან; თუმცა, თავის ქალასა და სახის ანომალიის მქონე ბავშვის დაბადებას შესაძლოა ოჯახისთვის შიშისმომგვრელი ეფექტი ჰქონდეს. თავდაპირველი რეაქციებია: გაოცება, დამწუხრება, განმარტოებისა და წარუმატებლობის გრძნობები და არასრულფასოვნება. გაოცებას ძირითადად მოსდევს სიბრაზე, დანაშაულის გრძნობა, უსარგებლობა და დეპრესია. მშობლები შეიძლება ღელავდნენ შვილის გარეგნობაზე და განიცადონ უარყოფითი გრძნობები ჩვილის მიმართ, რომელმაც შეიძლება დაარღვიოს ან შეაფერხოს მიჯაჭვულობა. ამ ოჯახებთან მომუშავე ექთნებმა უნდა იცოდნენ, რომ ეს არის ნორმალური რეაქციები და მათ შეუძლიათ დაეხმარონ კავშირის დამყარებაში, ბავშვის მიღების გამოვლენით, მომვლელების წახალისებით, რომ საკუთარი ჩვილი დაიჭიროს და მისი შეხებით. შიში შეიძლება შემცირდეს ქირურგიული ჩარევის გამოსწორებამდე და მის შემდეგ წარმატებით დასრულებული სურათების ჩვენებით. ასევე, მნიშვნელოვანია, იმ ოჯახებთან საუბრის შესაძლებლობის უზრუნველყოფა, რომელთა ბავშვს აქვს ნაპრალი.

მას შემდეგ, რაც უმკლავდებიან საწყის გაოცებას, მომვლელებს ძირითადად ბევრი შეკითხვა აქვთ ბავშვის მდგომარეობასთან დაკავშირებით.

ოთხი ყველაზე ხშირად დასმული შეკითხვაა:

1. რატომ მოხდა ეს?
2. მემკვიდრულია?
3. რისი გაკეთება შეიძლება? შესაძლებელია თუ არა რაიმეს დაუყოვნებლივ გაკეთება?
4. როგორი იქნება ბავშვის მომავალი? იქნება თუ არა ჩემი შვილი ნორმალური?

ბევრი მომვლელისათვის კვების პრობლემები, როგორიცაა ცუდი ან არასაკმარისი წოვა, ხანგრძლივი კვება, ცხვირიდან ხშირი რეგურგიტაცია და წონის არასაკმარისი მატება, შეიძლება იყოს გამაღიზიანებელი და დამღლელი. მომვლელის შფოთვა შეიძლება შემცირდეს ექთნების მიერ ადრეული სწავლებით, რომელიც შეეხება სასის ანატომიას, მის ფუნქციას და კვების წარმატებულ მეთოდებს. ჩვილის წოვისას რბილი სასა ზემოთ იწევა, ცხვირ-ხახა გამოეყოფა პირ-ხახას, რომლის შედეგად წარმოიქმნება უარყოფითი წნევა. ამ მექანიკური ვაკუუმის საშუალებით სითხე გადადის პირის ღრუში და შემდეგ ყელის უკანა ნაწილში, სადაც ხდება მისი გადაყლაპვა.

დედისთვის CL/CP-ის (სასისა და ტუჩის ნაპრალი) მქონე ჩვილის კვების ერთ-ერთი საშუალებაა ძუძუთი კვება. მხოლოდ CL-ის მქონე ჩვილს არ გაუჭირდება სხვა ბავშვების მსგავსად წარმატებით ძუძუთი კვება. სარძევე ჯირკვალი, თავის მხრივ, ავსებს ტუჩში არსებულ გახსნილ სივრცეს, რადგან შესაძლებელია მისი ფორმის მისადაგება პირის ღრუსთან. პოტენციურად შესაძლებელია როგორც CL-ის, ისე CP-ის მქონე ჩვილის ძუძუთი კვება; თუმცა, თუ ეს მეთოდი არ იქნება ეფექტური, მაშინ შეიძლება გამოიყენონ

სარძევე ჯირკვლის ტუმბო, რომლის საშუალებითაც გამოიყოფა რძე და მოხდეს ბოთლით კვება სპეციალური დვრილების გამოყენებით.

თუ კვების მეთოდად აირჩევენ ბოთლით კვებას, მნიშვნელოვანია, რომ თავიდან მომვლელებმა ჩვეულებრივი დვრილითა და ბოთლით სცადონ კვება, რადგან მცირე ნაპრალის მქონე ზოგიერთი ჩვილისთვის ეს შეიძლება იყოს დამაკმაყოფილებელი და არ დასჭირდეს განსაკუთრებული მორგებები. ერთ-ერთი იაფი და ხელსაყრელი მეთოდი, რომელიც იყენებს ადვილად ხელმისაწვდომ სტანდარტულ დვრილებსა და ბოთლებს, არის გადიდების, სტიმულაციის, გადაყლაპვისა და მოსვენების (EESR) მეთოდი. ჯვრისებული განაკვეთის გაკეთებით, დვრილის გადიდებული ხვრელის საშუალებით, ჩვილს ხელოვნური რძე მიეწოდება პირის ღრუს უკანა ნაწილას, რომლის შემდეგაც ის ყლაპავს და ეს მეთოდი გვერდს უვლის წოვის პრობლემას. შემდეგი საფეხურია სტიმულაცია, რაც გულისხმობს წოვის რეფლექსის სტიმულაციას ქვედა ტუჩის დვრილზე ხახუნის საშუალებით. დვრილს ათავსებენ პირის ღრუში და შემდეგ ბოთლს აბრუნებენ. ჩვილი ჩვეულებრივად ყლაპავს სითხეს. ბოლო საფეხურია მოსვენება. მანამ სანამ ჩვილს გადასცდება ან დაეწყება პირღებინება, მათი სახის გამომეტყველების მიხედვით ხვდებიან მცირე შესვენების საჭიროებას, რათა მოხდეს პირის ღრუში არსებული ხელოვნური რძის სრულად გადაყლაპვა. ეს მინიშნებაა წარბების აწევა და შუბლის შეჭმუხვნა. პირის ღრუდან ნელა და ნაზად უნდა ამოუღონ დვრილი. საჭიროა ხშირი გულზიდვა. ამ საფეხურების გამეორება ხდება მანამ, სანამ ჩვილი არ მიიღებს ნორმალური რაოდენობის საკვებს, რომელიც არის 85-115 გრ, ჩვეულებრივი დროის, ანუ 15-30 წუთის განმავლობაში. სურათი 17-4 ასახავს დვრილს ჯვარედინი განაკვეთით.



სურათი 17-4. დვრილი ჯვარედინი განაკვეთით. ხელის მოჭერით ადვილად შეიძლება შევაფასოთ განაკვეთის დიამეტრი

თუ სტანდარტული დვრილები არ არის ეფექტური კვებისთვის, არსებობს კომერციულად ხელსაყრელი სხვადასხვა სახის დვრილი, მაგალითად, რბილი, ,,ნაადრევი'' ან წაგრძელებული. თუ ნებისმიერი ამ სახის დვრილების საშუალებით ჩვილი ვერ შეძლებს საკმარისი რაოდენობის რძის მიღებას, მაშინ შეიძლება ეფექტური იყოს რეზინის თავის

მქონე შპრიცით კვება, რომელიც პირდაპირ თავსდება დიდი სანათურის მქონე მილში.

კურდღლის ტუჩის ქირურგიულად გამოსწორების შემდგომ პერიოდში მთავარი ყურადღება ექცევა ოპერაციის ადგილის დაცვას. მცირე ზომის მეტალის ფირფიტა, რომელსაც ეწოდება ლოგანის ბაფთა ან პეპლისებური ლენტი, შეიძლება განთავსდეს ზედა ტუჩზე და დამაგრდეს ჩვილის ლოყებზე, რათა ნაკერის ხაზზე მოხდეს დაჭიმულობის პრევენცია (სურათი 17-5). ჩვილი უნდა დააწვინონ მხოლოდ ზურგზე ან ქირურგიული განაკვეთის საპირისპირო მხარეს. მკლავისა და იდაყვის შებოჭვა ხდება ოპერაციის ადგილის შეხებისა და მოქაჩვის პრევენციისთვის. დროთა განმავლობაში ეს შეზღუდვები უნდა მოეხსნას, რათა შესაძლებელი იყოს მკლავების ვარჯიში (სურათი 17-6). ტირილისა და ნაკერის ხაზზე ზეწოლის შესამცირებლად საჭიროა შესაფერისი ტკივილგამაყუჩებლების მიწოდება. ოპერაციის შემდგომ და ზოგადად მკურნალობის პერიოდში ექთანმა მშობლებს უნდა შესთავაზოს შრომითი თერაპია, რათა დაეხმარონ კვების მეთოდებში.



სურათი 17-5. ჩვილი ლოგანის ბაფით, რომელიც იცავს ჭრილობას ტუჩის ცალმხრივი დეფექტისგან, ოპერაციის შემდეგ



სურათი 17-6. ჩვილის მკლავები შეზღუდულია ოპერაციული ადგილის დაზიანების თავიდან ასაცილებლად

შეფასება

საექთნო მოვლის შეფასება დაფუძნებულია იმაზე თუ რამდენად ეფექტურად დაკმაყოფილდა აღმოჩენილი პრობლემები. ჩვილს მიეწოდება საკმარისი რაოდენობის საკვები ნივთიერებები და იმატებს წონაში ზრდის ნორმალურ მრუდთან ერთად. მომვლელებში იზრდება თავდაჯერებულობის გრძნობები კვების მეთოდებთან და წესთან დაკავშირებით. ისინი იწყებენ ჩვილთან კავშირის დამყარებას შესაფერისად მოფერების, შეხებისა და მზრუნველობის გამოხატვის საშუალებით. მოსვენების დროს ჩვილი კმაყოფილია და მისი საქციელები მიუთითებს კომფორტით უზრუნველყოფაზე. მომვლელები სიტყვებით ხსნიან CL/CP-ის პათოლოგიას, მკურნალობის გეგმას, სახლში და ხანგრძლივ მოვლის მეთოდებს.

ოჯახის სწავლება

ოჯახის სწავლება მოიცავს ინფორმაციას კვების მეთოდებისა და ოპერაციის ადგილის მოვლის შესახებ. ექთნებმა უნდა აუხსნან მომვლელებს, რომ კვების შემდეგ გაწმინდონ ნაკერის ხაზი, როგორც აუცილებელია განზავებული წყალბადის ზეჟანგში დასველებული ბამბის საშუალებით. შეიძლება ყოველი კვების შემდეგ საჭირო იყოს მცირე რაოდენობის წყლით ჩამორეცხვა არსებული ნებისმიერი რძის ნარჩენისა, რომელმაც შეიძლება ხელი შეუწყოს ბაქტერიების გაზრდას. იდაყვები სათითაოდ უნდა გათავისუფლდეს შეზღუდვებისგან, დღეში რამდენჯერმე, დაახლოებით ათი წუთის განმავლობაში. თუ ჩვილს ჩაუტარდა კურდღლის ტუჩის გამოსასწორებელი ქირურგიული ჩარევა, მაშინ ის უნდა დაწვეს მხოლოდ გვერდზე ან ზურგზე. ექთნებმა უნდა განიხილონ დამატებითი ოპერაციის ჩატარების საჭიროება ტუჩზე, ცხვირსა ან სასაზე ბავშვის გაზრდისა და მომწიფების დროს.

საყლაპავის ატრეზია და ტრაქეა-საყლაპავის ფისტულა

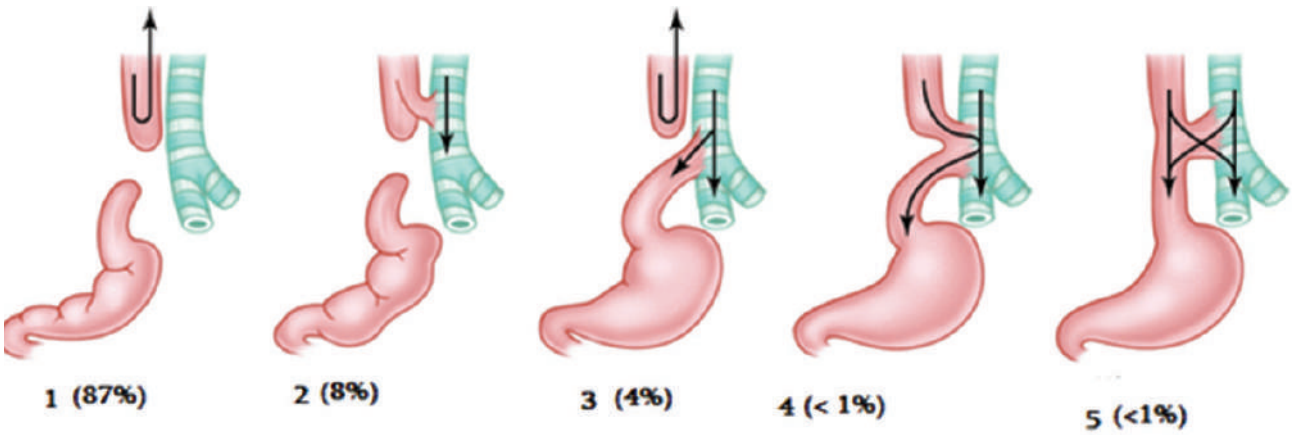
საყლაპავის ატრეზია (EA) და ტრაქეა-საყლაპავის ფისტულა (TEF) არის საყლაპავის მემკვიდრული ანომალიები. ისინი შეიძლება განვითარდეს ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად, თუმცა ძირითადად არსებობს ერთდროულად. EA-ის დროს არასრულად არის განვითარებული საყლაპავი და ის მთავრდება მანამ სანამ მიაღწევს კუჭს. ის ძირითადად დაკავშირებულია ფისტულასთან, რომელიც წარმოიქმნება ტრაქეასა და საყლაპავს შორის (TEF). აღწერილია EA-ის ხუთი ანატომიური ცვლილება TEF-თან ერთად ან მის გარეშე და ასახულია სურათზე 17-7.

არსებული ხუთი ვარიანტია:

1. საყლაპავის ატრეზია დისტალურად არსებულ ტრაქეა-საყლაპავის ფისტულასთან ერთად (საყლაპავის ზედა ნაწილი მთავრდება ყრუდ, ქვედა ნაწილი დაკავშირებულია ტრაქეასთან ფისტულას საშუალებით) (87%);
2. მხოლოდ საყლაპავის ატრეზია (საყლაპავის ზედა და ქვედა ნაწილები ბოლოვდება ყრუდ ტრაქეასთან კავშირის გარეშე) (8%);
3. ტრაქეა-საყლაპავის ფისტულა საყლაპავის ატრეზიას გარეშე (დაუზიანებელი საყლაპავი და საყლაპავსა და ტრაქეას შორის არსებული ფისტულა; ,,H-ტიპის'') (4%);
4. საყლაპავის ატრეზია პროქსიმალურად ტრაქეა-საყლაპავის ფისტულათი (საყ-

ლაპავის თითოეული დაბოლოება მთავრდება ყრუდ და ფისტულა წარმოიქმნება ტრაქეადან საყლაპავის ზედა ნაწილამდე) (<1%);

5. საყლაპავის ატრეზია პროქსიმალურად და დისტალურად ტრაქეა-საყლაპავის ფისტულათი (საყლაპავის როგორც ზედა, ისე ქვედა ნაწილი დაკავშირებულია ტრაქეასთან) (<1%).



სურათი 17-7. საყლაპავის ატრეზიისა და ტრაქეა-საყლაპავის ფისტულის ტიპები

სიხშირე და ეტიოლოგია

საყლაპავის ატრეზია TEF-თან ერთად ვითარდება ყოველი 3,000 ცოცხალშობილიდან ერთში და თანაბარი სიხშირით ორივე სქესში. ანომალიის მქონე ჩვილების დაბადების წონა მნიშვნელოვნად ნაკლებია საშუალო წონაზე. საყლაპავის ატრეზია დაკავშირებულია ნაადრევ მშობიარობასთან. მასთან დაკავშირებული მემკვიდრული ანომალიები ვითარდება EA-ის და TEF-ის მქონე ჩვილთა დაახლოებით 50%-ში. ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რაც ახდენს ზეგავლენას სიკვდილიანობაზე, არის ამ ანომალიების არსებობა და სიმძიმე. ყველა შემთხვევის დაახლოებით 30%-ში ვითარდება გულის მანკები, როგორიცაა პარკუჭთა შორის ძგიდის დეფექტი, ღია არტერიული სადინარი და ფალოს ტეტრადა. ამ ჩვილთა 25%-ში შეიძლება განვითარდეს კუჭ-ნაწლავის ანომალიები, როგორიცაა დახურული ანალური ხვრელი და მალროტაცია. ასევე ხშირია ჩონჩხ-კუნთოვანი ანომალიები, რომელიც მოიცავს ხერხემლის არასწორ განვითარებას. შემოკლებით VACTERL გამოიყენება ტრაქეა-საყლაპავის დეფექტების მქონე ჩვილებში მრავალი ანომალური მდგომარეობის აღსაწერად:

V – ხერხემლის დეფექტი;

A – ანალური ხვრელისა და სწორი ნაწლავის არასწორი განვითარება;

C – გულის მანკები;

T – ტრაქეა-საყლაპავის ფისტულა;

E – საყლაპავის ატრეზია;

R – თირკმლის ანომალიები;

L – კიდურის დეფექტები.

პათოფიზიოლოგია

ემბრიონული განვითარების მეოთხე და მეხუთე კვირას საყლაპავი და ტრაქეა წარმოიქმნება საერთო პირველადი წინა ნაწლავიდან (ემბრიონული საჭმლის მომნელებელი მილი, რომლისგანაც ვითარდება: ხახა, საყლაპავი, კუჭი და თორმეტგოჯა ნაწლავი). 6-8 კვირის დროს ეს წინა ნაწლავი გრძელდება და საყლაპავს გამოყოფს ტრაქეასგან. EA და TEF გამოწვეულია არასრულყოფილი გამოყოფით. EA, როგორც ცალკეული ანომალია იშვიათად ვითარდება. ატრეზიას მიზეზია საყლაპავის რეკანალიზაციის დარღვევა.

კლინიკური გამოვლინებები

ძირითადად EA/TEF-ის მქონე ახალშობილისთვის დამახასიათებელია დიდი რაოდენობის, თხელი, ქაფიანი ლორწოვანი ბუშტების არსებობა პირის ღრუსა და ზოგჯერ ცხვირში. ეს გამონადენი შეიძლება შემცირდეს აგრესიული ასპირაციით, მაგრამ საბოლოოდ კვლავ გროვდება. ჩვილში შეიძლება განვითარდეს ხმაურიანი სუნთქვები და ხველების, ასფიქსიისა და ციანოზის ეპიზოდები. ეს ეპიზოდები შეიძლება გამწვავდეს კვების დროს. საყლაპავსა და ტრაქეას შორის ფისტულას არსებობისას ვითარდება მუცლის შებერილობა, რადგან კუჭში გროვდება აირი.

დიაგნოზი

დედის პოლიჰიდრამნიოზის ისტორია, ზედმეტი რაოდენობის სანაყოფე წყალი, შეიძლება მიუთითებდეს ზედა კუჭ-ნაწლავის ობსტრუქციის არსებობის შესაძლებლობაზე, რაც აფერხებს ნაყოფის მიერ სითხის გადაყლაპვასა და ათვისებას. პოლიჰიდრამნიოზის მქონე დედის მშობიარობამდე გაკეთებულ ულტრაბგერით კვლევაზე ნაყოფის კუჭში ბუშტის აღმოჩენის არარსებობის დროს უფრო იზრდება ალბათობა EA-ს დიაგნოზის დასმისა. თუ არსებობს ამ დიაგნოზის ეჭვი, დაბადების შემდეგ ცხვირიდან კუჭში უნდა შეიყვანონ რენტგენოკონტრასტული ნაზოგასტრალური ან საკვები მილი. ატრეზიის მქონე ჩვილებში მილი ძირითადად ჩერდება 10-12 სმ-ზე. ნორმალურ მანძილად ითვლება 17 სმ. საყლაპავის ანომალიის ტიპი დგინდება დამატებითი რადიოლოგიური კვლევებით. არსებობის შემთხვევაში რადიოგრაფიულ კვლევაზე ჩანს ზედა საყლაპავის ნაწილში დახვეული მილი. TEF-ის არსებობის დროს თუ ფისტულა აკავშირებს ტრაქეასა და დისტალურ საყლაპავს, მაშინ შეიძლება გამოჩნდეს კუჭში აირი. კუჭში აირის არარსებობა მიუთითებს EA-ის არსებობას TEF-ის გარეშე.

მკურნალობა

ეს მდგომარეობა სასიკვდილო იყო 1939 წლამდე. ამ წელს ჩატარდა პირველი წარმატებული მკურნალობა. თუმცა, ბოლო 50 წლის განმავლობაში ახალშობილთა ოპერაციის ტექნიკის, ოპერაციამდე მხარდაჭერის, ანესთეზიისა და ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის მეთოდების დახვეწის ფონზე გაუმჯობესდა შედეგიც. მკურნალობის მიზანია ასპირაციული პნევმონიის პრევენცია მანამ სანამ ქირურგიული ჩარევით არ აღმოიფხვრება ანომალია. ჯანმრთელ ჩვილებში, რომლებსაც არ აქვთ ფილტვისმიერი გართულებები ან სხვა მნიშვნელოვანი ანომალიები, უმეტესად შესაძლებელია ოპერა-

ციის ჩატარება დაბადებისას, პირველივე დღეებში. ქირურგიული ჩარევის მეთოდის ტიპი დამოკიდებულია საყლაპავის ანომალიაზე. TEF-ის მქონე ყველა ჩვილში მიღებულია ერთსაფეხურიანი ოპერაციის ჩატარება, რომლის შედეგად საყლაპავის ორივე დაბოლოება და ფისტულა იხურება.

ზოგჯერ ჩვილის მდგომარეობა (დღენაკლი, დაბადებისას მცირე წონა, პნევმონია, სხვა მნიშვნელოვანი ანომალიები) მოითხოვს ოპერაციის ჩატარებას ეტაპებად. პირველი საფეხურია ფისტულას დახურვა და გასტროსტომის მილის ჩადგმა კვებისთვის. მეორე საფეხური მოიცავს **ანასტომოსის** გაკეთებას (ქირურგიული გზით ორი მილაკოვანი სტრუქტურის დაკავშირებას), საყლაპავის ორივე დაბოლოების მიერთებას. ამ პროცედურიდან 8-10 დღის შემდეგ იწყება საკვების ორალურად მიწოდება და ჩვილი ძირითადად იტანს მას.

საექთნო მართვა

ოპერაციამდე მნიშვნელოვანია ზედა საყლაპავის ჯიბიდან სეკრეტის ასპირაციისა და კუჭში არსებული ნივთიერებების ფისტულას საშუალებით ტრაქეაში რეგურგიტაციის პრევენცია. საექთნო მოვლა თავდაპირველად გულისხმობს ჰიდრატაციის მდგომარეობის შენარჩუნებას არა ორალურად მიწოდების გზით, არამედ ინტრავენურად სითხეების მიღებით. ჩვილს აწვენენ ზურგზე ამაღლებული თავით, რათა შემცირდეს წნევა გულმკერდის ღრუში და გაიზარდოს სეკრეციების გადასვლა ზედა საყლაპავის ჯიბის ფსკერისკენ. ეს მდგომარეობა ამცირებს კუჭის სეკრეციების რეგურგიტაციას ტრაქეასა და ბრონქებში. მნიშვნელოვანია ოპერაციამდე დანიშნული საყლაპავის სეგმენტიდან ხანგამოშვებითი ან მიმდინარე ასპირაციის გაკეთება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ექთნის მიზანია სასუნთქი გზების თავისუფალი გამავლობის შენარჩუნება და ანასტომოზის ადგილას ტრავმის მიყენების პრევენცია. ასპირაცია უნდა გაკეთდეს ფრთხილად, რათა თავიდან ავირიდოთ ქსოვილების დაზიანება სასუნთქი გზის თავისუფალი გამავლობის შესანარჩუნებლად. ექთანი ჩვილს აკვირდება სასუნთქი გზების ობსტრუქციის ადრეული ნიშნების აღმოსაჩენად, როგორიცაა ჩვილის შეწუხებული გამომეტყველება, ტაქიპნოე (სუნთქვის გაზრდილი სიხშირე) და პათოლოგიური სუნთქვითი ხმები. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში დაუყოვნებლივ ამაღლებენ გასტროსტომიის მილს, რათა კუჭის სეკრეციები გადავიდეს წვრილ ნაწლავში და გათავისუფლდეს აირისგან. ჩვილს აწოდებენ საწოვარას, რათა დაკმაყოფილდეს მისი წოვის მოთხოვნები და მოამზადონ იგი საკვების ორალურად მიღებისთვის. ჩვილს არ მიეწოდება სითხეები (NPO) მანამ სანამ კუჭ-ნაწლავის ხმები არ იქნება გასაგონი და აღარ იქნება ოპერაციის ადგილის დაზიანების საშიშროება. საკვები ნივთიერებები მიეწოდება ინტრავენური სითხეების საშუალებით. როდესაც ჩვილი იწყებს გასტროსტომის საშუალებით კვებას, მას მიეწოდება გლუკოზის შემცველი წყალი და თუ მას აიტანს შემდეგ აწვდიან ხელოვნურ ან ძუძუს რძეს.

ოჯახის სწავლება

იმ ჩვილებს, რომლებსაც ჩაუტარდათ ერთსაფეხურიანი ქირურგიული ჩარევა, აკვირდებიან საყლაპავის შევიწროების ნიშნების აღმოსაჩენად. ექთანი უხსნის და აწვდის ამ ნიშნების დაწერილ სიას და უხსნის მომვლელებს, რომ ნებისმიერი ჩივილის განვითარებისას მიმართონ ექიმს. ამ ნიშნებს მიეკუთვნება: დისფაგია, ყლაპვის დარღვევა და გართულება,

ნერწყვის მომატებული გამოყოფა, ხშირი ხველა და ასფიქსია, რაც შესაძლოა დაკავშირებული ყლაპვასთან იყოს. იმ ჩვილების ოჯახებმა, რომლებსაც ესაჭიროებათ მრავალსაფეხურიანი ქირურგიული ჩარევა, უნდა ისწავლონ საკვების გასტროსტომით მისაწოდებელი აუცილებელი პროცედურები, მზრუნველობა და ორალურად კვების მეთოდები.

ქვედა კუჭ-ნაწლავის სისტემის ცვლილებები

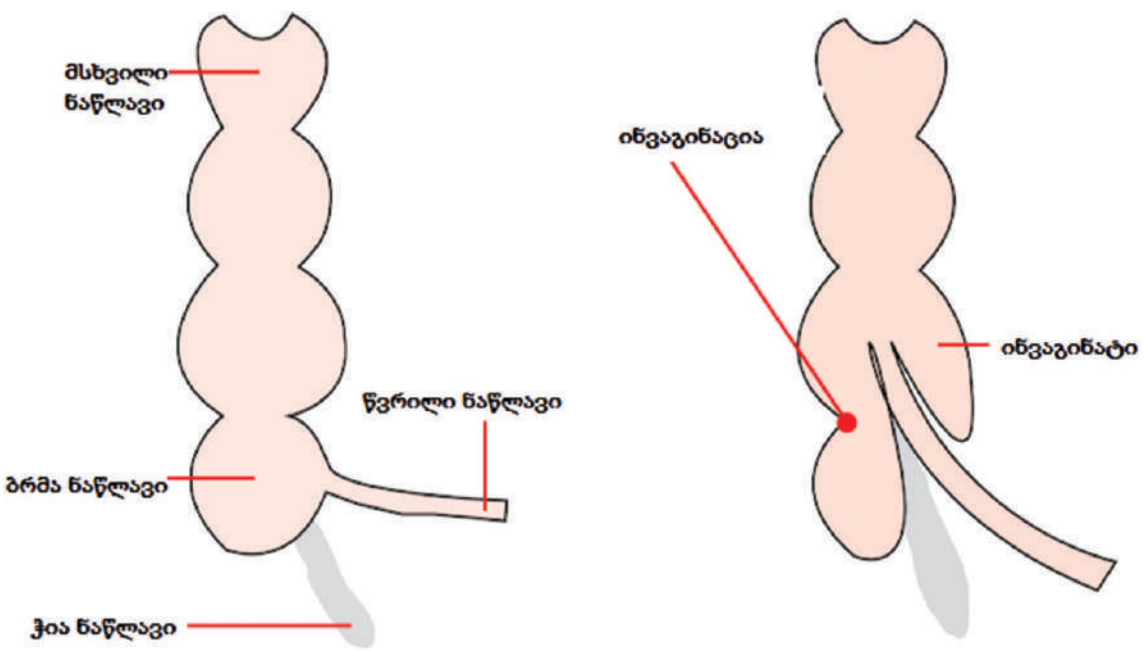
ჩვილებში და ბავშვებში ქვედა კუჭ-ნაწლავის სისტემის ცვლილებებს მიეკუთვნება ობსტრუქციული დაზიანებები (რომლის დროსაც საკვები ნივთიერებები და სეკრეციები ვერ გადადის GI სისტემაში) და გამოყოფის დაავადებები. განხილული ცვლილებებია: ინვაგინაცია, ჰირშპრუნგის დაავადება და ანალური ხვრელისა და სწორი ნაწლავის ანომალიები.

ინვაგინაცია

ინვაგინაცია არის ხშირი პედიატრული მდგომარეობა, რომლის დროსაც ნაწლავის ერთი ნაწილი გადაეხლართება ახლომდებარე ნაწლავის სეგმენტის სანათურს.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ინვაგინაცია არის ნაწლავთა ობსტრუქციის ყველაზე ხშირი მიზეზი ჩვილებსა და ახალგაზრდა ბავშვებში. ის ვითარდება ყოველი 1,000 ცოცხალშობილიდან 1 დან-4-მდე ჩვილში და ყველაზე ხშირად გვხვდება 3-9 თვის ასაკში, ორჯერ უფრო მეტად ბიჭებში, ვიდრე – გოგონებში. უმეტეს შემთხვევებში გამომწვევი მიზეზის აღმოჩენა შეუძლებელია. ბავშვებში ინვაგინაციის შემთხვევების დაახლოებით 75% იდიოპათიურია, რადგან გამოხატულად არ არსებობს დაავადების გამომწვევი მიზეზი ან პათოლოგიური საწყისი წერტილი. იდიოპათიური ინვაგინაცია ყველაზე ხშირად ვითარდება 3 თვიდან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში. იშვიათად, შემთხვევების შესაძლო გამომწვევი მიზეზი შეიძლება აღმოჩნდეს კონკრეტული დაზიანება, როგორიცაა პოლიპი ან უცხო სხეული, ან ვირუსული ინფექცია.



სურათი 17-8. ინვაგინაცია

პათოფიზიოლოგია

ინვაგინაცია ყველაზე ხშირად ვითარდება თეძოს ნაწლავისა და ბრმა ნაწლავის დაკავშირების ადგილას (ილეოცეკალური ინვაგინაცია). ასევე აღწერილია თეძოს ნაწლავისა და კოლინჯის, მლივი ნაწლავის, მლივი ნაწლავისა და თეძოს ნაწლავის ან მსხვილი ნაწლავისა და კოლინჯის ინვაგინაცია. როდესაც ნაწლავის ერთი ნაწილი შემოეხვევა ან განიცდის ინვაგინაციას მეორე სეგმენტში, ნაწლავის კედლები ერთმანეთს უახლოვდება და ფერხდება სისხლისა და ლიმფის დინება. დაზიანებულ ნაწლავში ვითარდება ანთება, შეშუპება და სისხლდენა, რაც იწვევს განავალში სისხლისა და ლორწოს არსებობას. საბოლოოდ წარმოიქმნება ნაწლავის სრული ობსტრუქცია, რომელიც იწვევს მუცლის შებერილობასა და ღებინებას. მკურნალობის არარსებობის შემთხვევაში, რთულდება და ვითარდება ნეკროზი და პერფორაცია.

კლინიკური გამოვლინებები

ხუთი ძირითადი ნიშანი და სიმპტომი, რომელიც აღწერილია ინვაგინაციის მქონე ჩვილში, არის: ჭვალი, ხანგამოშვებითი მუცლის ტკივილი, მუცელთან ფეხების მიტანისას ტირილი, ღებინება და წითელი ჟელესებური განავალი. თუმცა, ეს ტიპური გამოვლინებები არსებობს ამ დაავადების მქონე ჩვილთა ნახევარზე უფრო ნაკლებში. უმეტესად, მანამდე ჯანმრთელ და ნორმალურად განვითარებულ ჩვილს უეცრად ეწყება ძლიერი და ხანგამოშვებითი მუცლის ტკივილი. ახალშობილებში გამოხატული ნიშანია არანაღვლის შემცველი ღებინება, რომელიც ძირითადად გამოვლინდება დაავადების ადრეულ საფეხურზე. უფრო მოგვიანებით იწყება ნაღველის შემცველი ღებინება. განავალში არსებობს სისხლი და ლორწო, რაც იწვევს მოწითალო, ჟელესებურ მასას. მუცელი არის რბილი და მარჯვენა ზედა მეოთხედში შეიძლება იგრძნობოდეს პალპაციისას სოსისის მსგავსი ფორმის მასა. ინვაგინაციის წინსვლასთან ერთად ჩვილი ხდება მოდუნებული და ლეთარგიული. საბოლოოდ შეიძლება განვითარდეს შოკის მსგავსი მდგომარეობა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია: სუსტი და ძაფისებური პულსი, ზედაპირული სუნთქვა და სხეულის მკვეთრად მომატებული ტემპერატურა.

დიაგნოზი

მუცლის ღრუს რენტგენის გამოკვლევა არასპეციფიკურია დიაგნოზის დასმისთვის; თუმცა, არსებობის შემთხვევაში შეიძლება გამოჩნდეს პერიტონეუმის შიგნით აირი, რაც მიუთითებს ნაწლავის პერფორაციას. ინვაგინაციის დიაგნოზის დასასმელი ზუსტი გამოკვლევაა ბარიუმის ან ორმაგი კონტრასტის ოყნა. კონტრასტის ოყნა არის უსაფრთხო პროცედურა, რომელსაც ახასიათებს ნაწლავის უმნიშვნელო პერფორაციის რისკი. მიუხედავად ამისა, ეს არის ინვაზიური და აქვს დასხივების შესაძლო რისკი. გარდა ამისა, ამ კვლევის ჩატარება შეიძლება არ იყოს საჭირო თუ შესაძლებელია უფრო ნაკლებად ინვაზიური მეთოდის გამოყენება, რათა ზუსტად გამოირიცხოს ინვაგინაცია. ბოლო წლებში, როგორც სანდო და ამ დაავადების არაინვაზიური სკრინინგის საშუალება, გამოიყენება მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

მკურნალობა

ინვაგინაციის სამკურნალო მეთოდად მიჩნეულია ქირურგიული ჩარევის გარეშე ბარიუმის ჰიდროსტატიკით გამოსწორება, წყალში ხსნადი კონტრასტული ნივთიერების ან აიროვანი ოყნის საშუალებით. უფრო უსაფრთხო მეთოდად მიიჩნევა წყალში ხსნადი კონტრასტი და აირის **ჩაბერვა** (აირის შეყვანა ღრუში), ვიდრე ბარიუმი, რადგან ამ დროს უფრო შემცირებულია ნაწლავის პერფორაციის რისკი. აირის ჩაბერვის მეთოდით, შემთხვევების 90%-ში აღწერილია წარმატებით შემცირება, ხოლო ბარიუმის ან წყალში ხსნადი კონტრასტული ნივთიერების გამოყენებით წარმატება – 65-85%-ია. თუ დადასტურებულია ნაწლავის პერფორაციის, პერიტონიტის ან შოკის არსებობა, ან თუ წარუმატებლად შესრულდა ჰიდროსტატიკით მკურნალობა, მაშინ დაუყოვნებლივ იგეგმება ქირურგიული ჩარევა, რათა ხელით გამოსწორდეს ინვაგინაცია.

საექთნო მართვა

რადგანაც ეს დაავადება სწრაფად ვითარდება, მომვლელების უმეტესობას ესაჭიროება დარწმუნება მკურნალობის ეფექტურობისა და კარგი პროგნოზის შესახებ. ჰიდროსტატიკით მკურნალობის მომზადება გულისხმობს: ჩვილის NPO-ს (არაფერი პერორალურად) მდგომარეობას, ნაზოგასტრალური მილის ჩადგმას, რომელსაც ახასიათებს დაბალი ასპირაცია და ინტრავენური სითხეების მიწოდება. ექთანი აკონტროლებს ჩვილის სასიცოცხლო ნიშნებსა და მენტალურ სტატუსს, რათა აღმოაჩინოს ცვლილებები, რომელიც შეიძლება მიუთითებდეს პერფორაციას, პერიტონიტს ან შოკს; აფასებს გაუარესებულ მუცლის ტკივილს და იკვლევს და ინიშნავს ყველა განავალს. ნორმალური კუჭის მოქმედება შეიძლება მიუთითებდეს ობსტრუქციის უეცარ გაქრობას. გამოსწორების შემდეგ რამდენიმე საათით ბავშვი უნდა დარჩეს საავადმყოფოში, რათა დააკვირდნენ კუჭის მოქმედებას, საჭიროებისამებრ ბარიუმის ან წყალში ხსნადი კონტრასტის შედეგებს და ინვაგინაციის რეციდივს. ჰიდროსტატიკით მკურნალობის შემდეგ ბავშვების დაახლოებით 10%-ში ვითარდება რეციდივი. თუ ჰიდროსტატიკით გამოსწორება წარუმატებელი აღმოჩნდა, ეს არის ჩვენება ქირურგიული ჩარევით მკურნალობისა. ქირურგიული ჩარევის შემდგომ პერიოდში ბავშვის მოვლა იგივეა, რაც აპენდექტომიის შემდეგ ექთნების მიერ ბავშვის მზრუნველობის გეგმაშია აღწერილი.

ოჯახის სწავლება

ბავშვის საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, ექთანმა მომვლელებს უნდა აუხსნას, რომ დააკვირდნენ ნაწლავის ობსტრუქციის ნიშნებსა და რეციდივის განვითარებას. ეს ნიშნებია: მომატებული მუცლის ტკივილი, მუცლის შებერილობა, სისხლიანი განავალი, ნაღველის შემცველი ღებინება, შემცირებული ან გამქრალი კუჭის მოქმედება, რომელიც უნდა შეატყობინონ მათ ექიმს.

ჰირშპრუნგის დაავადება

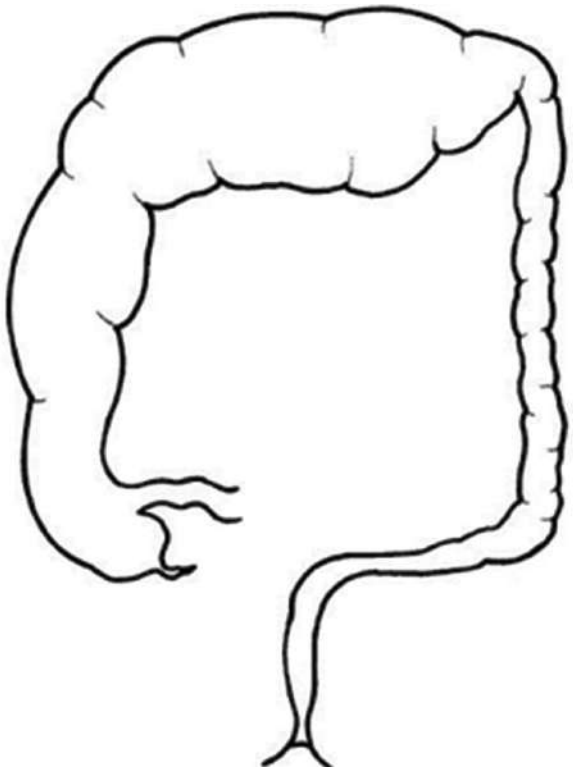
ჰირშპრუნგის დაავადებისთვის (HD), რომელსაც ასევე ეწოდება თანდაყოლილი აგანგლიოზური მეგაკოლონი, დამახასიათებელია ნაწლავის დარღვეული მოძრაობა, რაც გამოწვეულია მსხვილ ნაწლავში პარასიმპათიკური განგლიონური უჯრედების არარსებობით. ამის შედეგად შეუძლებელი ხდება პერისტალტიკა და ფეკალიები გროვდება დეფექტის პროქსიმალურად, რაც იწვევს ნაწლავის ობსტრუქციას. ეს ახალშობილებში დისტალური ნაწლავის ობსტრუქციის ყველაზე ხშირი გამომწვევი მიზეზია; თუმცა, დიაგნოზის დასმა შეიძლება არ მოხდეს ჩვილობის პერიოდამდე ან ბავშვობამდე.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ის ვითარდება ყოველი 5,000 ცოცხალშობილიდან 1-ში. ბიჭებში გვხვდება 3-4-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე გოგონებში; რასობრივად ის გავრცელებულია თანაბრად. HD არ არის თანდაყოლილი მდგომარეობა, თუმცა საგრძნობლად ძლიერია მემკვიდრული წინასწარ განწყობა. ოჯახური ისტორია გვხვდება შემთხვევების 10%-ში და სიხშირე და-ძმებს შორის არის დაახლოებით 3.5%. მასთან დაკავშირებული სხვა თანდაყოლილი ანომალიებია: დახურული ანალური ხვრელი, საშარდე გზების ანომალიები, გულის მანკები, გულყრები და დაუნის სინდრომი. HD-ის მქონე პაციენტებში აღწერილია გენეტიკური მუტაციები, განსაკუთრებით RET (სპეციფიური გენი რომელიც ახლავს ჰირშპრუნგის დაავადებას) პროტო-ონკოგენისა.

პათოფიზიოლოგია

დაავადება გამოწვეულია მსხვილ ნაწლავში პარასიმპათიკური განგლიონური უჯრედების არარსებობით. აგანგლიური ნაწილი ყველაზე ხშირად მოთავსებულია სწორი ნაწლავისა და სიგმოიდური კოლინჯის დაკავშირების ადგილას. დეფეკაცია კონტროლირდება პარასიმპათიკური ნერვული სისტემით (განგლიური უჯრედები), რაზეც კოორდინირებულად პასუხობს ქვედა მსხვილი ნაწლავი, შიგნითა და გარეთა ანალური სფინქტერი და ანალური ხვრელი. დაზიანებული ნაწლავის (განგლიონური უჯრედების არარსებობა) გამო კოორდინირებულად ვერ გადადის პერისტალტიკის ტალღები და შეუძლებელია ფეკალური ნივთიერებების გადასვლა მისი სიგრძის გაყოლებაზე, რაც იწვევს ფეკალური მასის დაგროვებასა და გაფართოებას დეფექტის პროქსიმალურად. ნაწლავის ნორმალური სეგმენტი ფართოვდება და განიცდის ჰიპერტროფიას; აქედან გამომდინარე მას ეწოდება მეგაკოლონი. სურათი 17-9 ასახავს HD-ის დროს ნაწლავს. ნაწლავის კედლის გაფართოებამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაწლავის გაგანიერება და იშემია, რომელმაც შეიძლება განავითაროს ენტეროკოლიტი.



სურათი 17-9. ჰირშპრუნგის დაავადება

კლინიკური გამოვლინებები

ახალშობილში მთავარი გამოვლინებებია: დაბადებისას პირველი 24-48 საათის განმავლობაში მეკონიუმის არარსებობა (ახალშობილის პირველადი განავალი), მუცლის შებერილობა, ნაღველის შემცველი ღებინება, საკვების მიღების უარყოფა და ნაწლავის ობსტრუქცია. უფროს ჩვილებსა და ბავშვებში საწყისი სიმპტომი არის ქრონიკული ყაბზობა. ასევე შეიძლება თან ახლდეს: მუცლის შებერილობა; დიდი რაოდენობით განავალის გამოყოფა; წონაში არასაკმარისი მატება; ლენტისებური ან მარცვლის ფორმის, ცუდი სუნის განავალი; ღებინება და ადვილად მოსინჯვადი ფეკალური მასა.

მისი ყველაზე ხშირი გართულებაა **ენტეროკოლიტი**, წვრილი და მსხვილი ნაწლავის ანთება. სხვა მხრივ ჯანმრთელ ჩვილს, რომელსაც აქვს ყაბზობის ისტორია, უვითარდება უეცარი და ცუდი სუნის დიარეა, მუცლის შებერილობა და სიცხე. დაავადებამ შეიძლება სწრაფად განიცადოს წინსვლა და გამოიწვიოს ნაწლავის პერფორაცია და სეფსისი ქირურგიულ ჩარევამდე, მის დროს ან შემდეგ. HD-ის ყველაზე მნიშვნელოვანი გართულება და სიკვდილის მთავარი გამომწვევი მიზეზია ენტეროკოლიტი და სეფსისი, რომელიც ვითარდება შემთხვევების დაახლოებით 30%-ში.

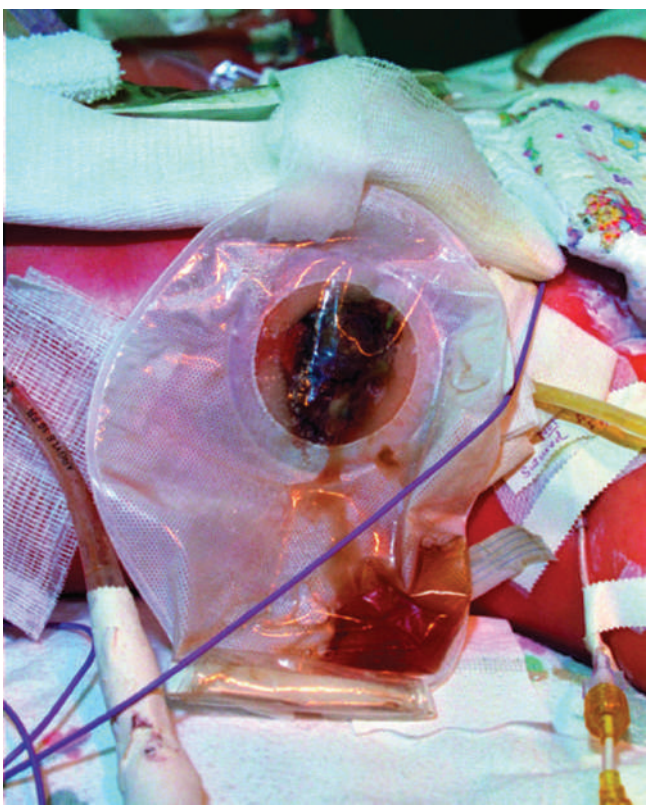
დიაგნოზი

დაბადების შემდეგ, პირველ თვეში, ჩვილების 15%-ში ხდება ჰირშპრუნგის დაავადების დიაგნოზის დასმა, სამი თვის ასაკისთვის – 60%-ში, ხოლო 1 წლის ასაკისთვის – 80%-ში. მას შეიძლება ახასიათებდეს ფართო გამოვლინება, დაწყებული ნაწლავის სრული ობსტრუქციითა და ენტეროკოლიტით, დამთავრებული მსუბუქი ყაბზობით. იმ ახალშობილში, რომელსაც ახასიათებს მეკონიუმის გაუვალობა და მუცლის შებერი-

ლობა, ეჭვობენ HD-ის დიაგნოზს. უფროს ჩვილებსა და ბავშვებში ქრონიკული ყაბზობის ისტორიის არსებობა შეიძლება მიუთითებდეს HD-ზე. რექტალური გამოკვლევისას გამოვლინდება სწორ ნაწლავში განავალის არარსებობა და ვიწრო შიგნითა ანალური სფინქტერი. ბარიუმის ენემას საშუალებით ჩანს გარდამავალი ზონა მსხვილი ნაწლავის დავიწროებულ აგანგლიურ ნაწილსა და გაფართოებულ, ჰიპერტროფულ სეგმენტს შორის. ეს ნიშანი შეიძლება არ გამოჩნდეს დაბადებისას პირველ რამდენიმე კვირას, რადგან გარკვეული დროა საჭირო, რათა ნორმალური განგლიონური ნაწლავი გაფართოვდეს განავალით; ამგვარად, ახალშობილებში ბარიუმის ენემას საშუალებით შეიძლება ვერ მოხდეს დიაგნოზის დასმა. ზუსტი დიაგნოზისთვის გამოიყენება სწორი ნაწლავის ბიოფსია. ამ ქსოვილში განგლიონური უჯრედების არარსებობა ადასტურებს დიაგნოზს.

მკურნალობა

მსხვილი ნაწლავის პათოლოგიური სეგმენტი ქირურგიულად უნდა ამოიკვეთოს. ქირურგიული ჩარევა ძირითადად შედგება ორსაფეხურიანი პროცედურისგან. პირველი საფეხური გულისხმობს ნორმალურ ნაწლავში დროებით კოლოსტომიას, რომლის მიზანია ჩვილისთვის დეფეკაციაში ხელის შეწყობა, რათა მოისვენოს ნაწლავმა და ჩვილმა მოიმატოს წონაში (სურათი 17-10). მეორე საფეხური მოიცავს ამოკვეთის პროცედურას, რომლის დროსაც კვეთენ ან იღებენ დაზიანებულ, აგანგლიურ ნაწილს და ნორმალური ნაწლავის ანასტომოსს აკეთებენ სწორ ნაწლავთან. ამ დროს ასევე იხურება დროებითი კოლოსტომია. ეს საბოლოო ქირურგიული ჩარევა კეთდება 6 თვის ასაკის ჩვილში ან როდესაც მისი წონა გახდება დაახლოვებით 4500 გრ.



სურათი 17-10. კოლონოსტომა, ჰირშპრუნგის დაავადების -მკურნალობის პირველი ეტაპი

ბოლო წლებში მკურნალობა შეიცვალა ორსაფეხურიანი ქირურგიული ჩარევიდან ერთსაფეხურიან პროცედურამდე დროებითი კოლოსტომის გაკეთების საჭიროების გარეშე და მთავრდება დიდი წარმატებით. ასევე შეიცვალა პროცედურის ჩატარების ზუსტი დრო, დაახლოებით 12 თვის ასაკიდან ადრეულ ახალშობილობის პერიოდამდე. ერთსაფეხურიანი ჩარევის დადებითი მხარეებია: მრავალი ოპერაციის თავიდან აცილება, საავადმყოფოში მოთავსებისა და მკურნალობის ხარჯების შემცირებული რაოდენობა, კოლოსტომის შემდეგ გამქრალი მოვლის პრობლემები და მკურნალობის ადრეულ ასაკში დასრულება.

თანამედროვე მკურნალობის კიდევ ერთი მეთოდია ამოკვეთა ლაპაროსკოპის საშუალებით. ამ დროს ქირურგები ლაპაროსკოპის საშუალებით ბავშვის ანალური ხვრელიდან აღწევენ სხეულში და ღია სივრციდან იღებენ ნაწლავის დაზიანებულ ნაწილს და ამგვარად თავიდან იცილებენ მუცლის ღრუში დიდი ოპერაციის ჩატარებას. რადგანაც ლაპაროსკოპიული ჩარევა მოითხოვს მხოლოდ მცირე ზომის განაკვეთებს, შემცირებულია საავადმყოფოში დარჩენის ხანგრძლივობა, წარმოიქმნება მცირე ზომის შრამი და შემცირებულია გართულებები.

საექთნო მართვა

ოპერაციამდე მნიშვნელოვანია ჩვილში სითხისა და ელექტროლიტური მდგომარეობის შეფასება, რადგან ოპერაციისთვის მზადება მოიცავს ნაწლავების ფართო გამორეცხვას განმეორებითი ჰიპერტონული ენემას საშუალებით. ჩვილი არის NPO-ის (არაფერი პერორალურად) მდგომარეობაში და შეჰყავთ NG (ნაზოგასტრალური) მილი. ინტრავენურად აწვდიან სითხეებსა და ელექტროლიტებს, რათა პრევენცია მოხდეს დეჰიდრატაციისა და გამოსწორდეს ელექტროლიტების ნაკლებობა (თუ არსებობს). შეიძლება დაინიშნოს ანტიბიოტიკების ორალური მიღება ანტიბიოტიკურ ენემასთან ერთად, რათა შემცირდეს ნაწლავური ფლორა.

ოპერაციის შემდგომ საექთნო მოვლა მოიცავს მუცლის ღრუს ქირურგიის შემდგომ რეგულარულ ჩარევებს, როგორიცაა NG მილის თავისუფალი გამავლობის შენარჩუნება, მუცლის შებერილობის კონტროლი, განაკვეთის ადგილის მოვლა და ნაწლავური ხმების ნორმაში დაბრუნების შემოწმება. ექთანი აფასებს და ინიშნავს კოლოსტომისა და NG-ის გამონაჟონის რაოდენობა გასტრო ენტეროლოგი (ET) შესაფერისად ათავსებს სტომას და უხსნის ოჯახს კოლოსტომის მოვლის მეთოდების შესახებ.

ოჯახის სწავლება

ექთანი უხსნის მომვლელებს ოპერაციისა და დროებითი კოლოსტომის აუცილებლობას და თუ როგორ უნდა მოუარონ მას. მითითებები მოიცავს: კანის მოვლას, აპარატის გამოყენებასა და ინფორმაციას საზოგადოებრივი წყაროების შესახებ აღჭურვილობის მოპოვებისთვის. მნიშვნელოვანია ET-სთან მიმართვა, რათა დაეხმაროს, თუ წარმოიქმნება გამოყენებასთან ან სტომასთან დაკავშირებული პრობლემები. ექთანი უხსნის ოჯახს გართულებების ნიშნებსა და სიმპტომებს, როგორიცაა: ენტეროკოლიტი და ანასტომოზის ადგილიდან გამონაჟონი ან შევიწროებები. გამონაჟონის ნიშნებია: მუცლის შებერილობა და გაღიზიანებადობა, ხოლო შევიწროებების: ყაბზობა, ღებინება

ან დიარეა. ეს გართულებები უნდა შეატყობინონ ექიმს. უმეტესად ოჯახებს ესაჭიროებათ წახალისება, ურთიერთგაგება და მხარდაჭერა, განსაკუთრებით კოლოსტომასთან დაკავშირებით. მათ უნდა აუხსნან, რომ შესაფერისი მართვის შემდეგ მათი შვილი ხანმოკლე პერიოდის შემდეგ შეძლებს დაუბრუნდეს ნორმალურ ცხოვრებას.

ანალური ხვრელისა და სწორი ნაწლავის ანომალიები

ანორექტალური ანომალიები ვითარდება მუცლადყოფნის პერიოდის 4-16 კვირის დროს სწორი ნაწლავის ჩამოსვლის შეფერხებით, რაც იწვევს ანალური ხვრელის დახურვას. ეს ანომალიები მოიცავს: ანორექტალური სეგმენტის განუვითარებლობას (დახურული ანალური ხვრელი), სწორი ნაწლავის ატრეზიასა და ანალური ხვრელის განუვითარებლობას.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ანორექტალური ანომალიები გვხვდება ყოველი 1,000 ცოცხალშობილიდან 0.2-ში და უფრო ხშირად ვითარდება ბიჭებში. მისი გამომწვევი მიზეზი უცნობია; თუმცა, იგი დაკავშირებულია რამდენიმე სხვა ორგანოს თანდაყოლილ ანომალიებთან, როგორიც არის: საშარდე გზები, საყლაპავი და ნაწლავები. ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება ჩართული იყოს გარემო ფაქტორები ან წამლების მიღება ორსულობისას, თუმცა ეს ჯერ კიდევ დაუზუსტებელია.

პათოფიზიოლოგია

ანალური ხვრელი და სწორი ნაწლავი ემბრიონულად წარმოიქმნება კლოაკასგან, რომელიც არის წინამორბედი ანორექტალური და შარდ-სასქესო სისტემის სტრუქტურებისა. სწორი ნაწლავი და საშარდე სისტემის სტრუქტურები ერთმანეთს სრულად გამოეყოფა მუცლად ყოფნის პერიოდის მეშვიდე კვირას. ნებისმიერი დარღვევა ამ სისტემების განვითარებისას იწვევს ანორექტალურ და შარდ-სასქესო ანომალიების წარმოქმნას. ანომალია არსებობს როგორც ზედა, ისე ქვედა ნაწილში და ეს დამოკიდებულია მუცლად ყოფნის იმ კვირაზე, როდესაც ირღვევა ემბრიონული განვითარება და ჩამოსული სწორი ნაწლავის ჯიბის დონეზე. ქვედა ანომალიები ვითარდება მე-10 – მე-12 კვირას; ხოლო ზედა ანომალიები – მეოთხე კვირას. ქვედა ანომალიების დროს სწორი ნაწლავის ჯიბე ჩამოსულია სწორი ნაწლავის სფინქტერული კუნთის ქვემოთ. სწორი ნაწლავის ნორმალური ფუნქციონირებისთვის, უნდა იყოს კიდეც ჩამოსული ამ დონემდე. ზედა ანომალიების დროს სწორი ნაწლავი ბოლოვდება სფინქტერული კუნთოვანი სტრუქტურების ზემოთ, რომლის შედეგად უფრო გართულებულია შეკავების დამყარება.

კლინიკური გამოვლინებები

ანორექტალური ანომალიები ძირითადად შეიმჩნევა დაბადებისას. ქვედა ანომალიები შეიძლება გამოვლინდეს დაწყებული გარეგნულად ნორმალური ანალური ხვრელიდან, დამთავრებული ანალური ხვრელის თხელ, გამჭვირვალე მემბრანამდე და ღრმა ანალურ ხვრელამდე. ანალური ხვრელის ქინძისთავით ჩხვლეტისას ძლი-

ერად შეიკუმშება კუნთები. ზედა დეფექტები გამოვლინდება: ბრტყელი პერინეუმით, ანალური ხვრელის არარსებობითა და ქინძისთავით ჩხვლეტისას კუნთების გამქრალი შეკუმშვით. შარდში მეკონიუმის მიზეზია ფისტულას არსებობა ნაწლავსა და საშარდე სისტემას შორის. ფისტულა გოგონებში ასევე შეიძლება განვითარდეს ნაწლავსა და საშოს შორის.

დიაგნოზი

დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია ანალური სტრუქტურების ფიზიკური გასინჯვითა და მუცლის ღრუს რადიოლოგიური გამოკვლევით. ამ ტესტებით დგინდება ანომალიის ადგილმდებარეობა და ნებისმიერი სახის ფისტულას არსებობა და მდებარეობა. მუცლის ღრუს რენტგენის გადაღებისას ახალშობილი არის გადაბრუნებულ პოზიციაში რამდენიმე წუთით, რათა ჰაერით გაივსოს დაუსრულებელი მსხვილი ნაწლავის ჯიბე და შესაძლებელი იყოს ანომალიის დონის დადგენა. რენტგენისას აირის შემჩნევა შარდის ბუშტში ან შარდსაწვეთში მიუთითებს ფისტულას არსებობას ამ სტრუქტურებსა და ნაწლავს შორის.

მკურნალობა

მკურნალობა დამოკიდებულია ანომალიის მოცულობაზე. დავიწროებული ანალური ხვრელის მართვა შესაძლებელია განმეორებითი ანალური ხვრელის მანუალურად გაფართოების საშუალებით. ყველა სხვა დანარჩენი ანომალია მოითხოვს ქირურგიულ ჩარევას. ქვედა ანომალიებს ასწორებენ ანალურ ხვრელში გახსნილი სივრცის შექმნის საშუალებით და შემდეგ ანალური ხვრელის გაფართოებით, რათა მოხდეს შევიწროების პრევენცია. ზედა ანომალიების მკურნალობა მიმდინარეობს ორსაფეხურიანი ჩარევით. პირველი საფეხური მოიცავს დროებითი კოლოსტომის შექმნას, ხოლო მეორე – კოლოსტომის დახურვასა და ამოკვეთის პროცედურას, რომლის დროსაც სწორი ნაწლავის დაუსრულებელ ჯიბეს ანასტომოზით აკავშირებენ ანალურ ხვრელთან.

საექთნო მართვა

ახალშობილის გამოკვლევისას, ექთანი აფასებს ანალური ხვრელის თავისუფალ გამავლობას რექტალური თერმომეტრის ჩადგმის საშუალებით. ანომალია ადვილად შესამჩნევია, როდესაც არ არსებობს ნორმალურად გახსნილი ანალური ხვრელი. საექთნო დაკვირვებებს, რომელიც უნდა ჩაიწეროს და მოახსენონ, მიეკუთვნება: სიცოცხლის პირველ 24 საათში ახალშობილის მეკონიუმის არარსებობა, შეუძლებელი რექტალური თერმომეტრის ჩადგმა და ანალური ღრმულის არსებობა. საექთნო მოვლის მეთოდი დამოკიდებულია გამოსწორებულ დაზიანების ტიპზე. ქვედა ანომალიების სამკურნალოდ ჩატარებული ანოპლასტიკის შემდეგ მთავარი ყურადღება გამახვილებულია პერინეალური და ანალური ხვრელის ინფექციის პრევენციაზე. ქირურგიული განაკვეთის ადგილმდებარეობის გამო გაზრდილია საშარდე და განავალიდან ინფექციის რისკი; ამგვარად, ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია კანის მოვლა. ზედა ანომალიების ოპერაციის შემდგომი მოვლა დასაწყისში მოიცავს: კოლოსტომისა და პერინეუმის ჭრილობის მოვლას, IV სითხის მართვასა და NG მილის შენარჩუნებას. ორალურად საკვების მიწოდე-

ბას იწყებენ მას შემდეგ, რაც სტომიდან მოხდება დეფეკაცია. ამოკვეთის პროცედურის შემდეგ ორალურად საკვების მიწოდებას იწყებენ მაშინ, როდესაც აღდგება პერისტალტიკა, ანალური ხვრელიდან მოხდება დეფეკაცია და საწყისი შეხორცებითი პროცესის მიმდინარეობა.

ოჯახის სწავლება

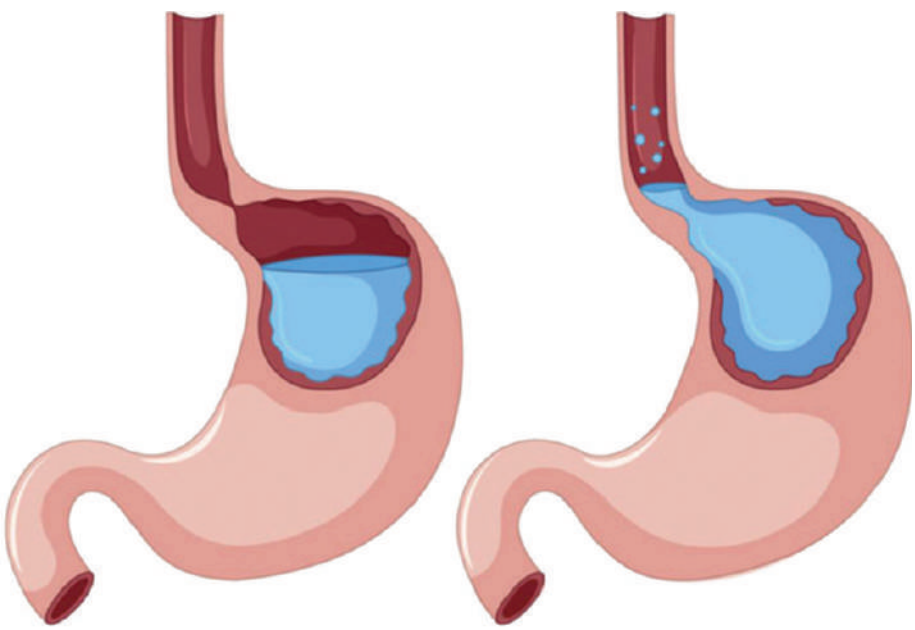
მომვლელებს შესაფერისად უხსნიან კოლოსტომისა და პერინეალური ჭრილობის მოვლისა და ანალური ხვრელის გაფართოებების შესახებ. ოჯახის სწავლებისას ყურადღება ექცევა ყაბზობის პრევენციას. ბავშვს ნორმალურ კუჭ-ნაწლავის მოქმედებაში ეხმარება: საკმარისი რაოდენობით სითხისა და საკვებში არსებული უჯრედისის მიღება და განავალის დამარბილებელი ან მასის გადიდებისთვის წამლების მიწოდება. მნიშვნელოვანია, რომ მომვლელებს ურჩიონ, ბავშვებს მოგვიანებით ასწავლონ ტუალეტის უნარ-ჩვევები, რადგან მათთვის ამის შესრულება სირთულეებთან შეიძლება იყოს დაკავშირებული. მნიშვნელოვანია, რომ ისინი იყვნენ მომთმენები და ჰქონდეთ ურთიერთგაგება ბავშვთან. მთავარი საექთნო ჩარევა ამ დაძაბულ დროს ოჯახისა და ბავშვის წახალისებაა.

მოძრაობის ცვლილებები

ამ ქვეთავში განხილულია გასტროეზოფაგეალური რეფლუქსი და ყაბზობა.

გასტროეზოფაგეალური რეფლუქსი

გასტროეზოფაგეალური რეფლუქსი (GER) არის საყლაპავის ყველაზე ხშირი დაავადება ჩვილებში და ამ მდგომარეობით ყველაზე ხშირად მიმართავენ ბავშვთა გასტროენტეროლოგს. GER-ის დროს კუჭის ნივთიერებები გადადის საყლაპავის ქვედა სფინქტერის (LES) საშუალებით. LES არის გამოკვეთილი ადგილი, რომელიც წარმოიქმნება საყლაპავისა და კუჭის კუნთოვანი ბოჭკოების ერთობლიობით (სურათი 17-11).



სურათი 17-11. გასტროეზოფაგური რეფლუქსი

ბევრ ჯანმრთელ ჩვილში ხშირად ვითარდება ფიზიოლოგიური GER. 2 თვემდე ასაკის ჩვილების დაახლოებით 50%-ს ახასიათებს GER. ჩვილის მომწიფებასთან ერთად გაუმჯობესება ძირითადად შესამჩნევია 6-12 თვის ასაკში. საყლაპავი გრძელდება და LES ჩამოდის დიაფრაგმის ქვემოთ, რაც ამცირებს რეფლუქსის შემთხვევითობას. პათოლოგიური GER-ის გამოვლინებებია: სუნთქვის დაავადებები, საყლაპავის ანთება ან მისი გართულებები (შევიწროებები) და დაბალ კალორიული საკვები (შეფერხებული წონის მატება).

შემთხვევითობა და ეტიოლოგია

GER სხვა მხრივ ჯანმრთელი ბავშვების დაახლოებით 5%-ში ვითარდება (პულსიფერ-ანდერსონი). ბიჭებში სამჯერ უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე გოგონებში. GER უფრო ხშირად ახასიათებს ნაადრევად დაბადებულ ჩვილებსა და ნევროლოგიური დარღვევების მქონე ბავშვებს. ზუსტი გამომწვევი მიზეზი უცნობია, თუმცა ვარაუდობენ, რომ ის შეიძლება გამოწვეული იყოს ქვედა საყლაპავის ნერვკუნთოვანი ფუნქციის შეყოვნებული მომწიფების ან დარღვეული ადგილობრივი ჰორმონების კონტროლის მექანიზმების შედეგად. იმ ჩვილებში, რომლებიც ცხოვრობენ თამბაქოს კვამლის შემცველ გარემოში, უფრო იზრდება GER-ის სიხშირე. აღწერილია რამდენიმე მდგომარეობა, რომელიც ზრდის ბავშვებში GER-ის განვითარების რისკს: დარღვეული ნევროლოგიური ფუნქცია, საყლაპავის თიაქარი, გამოსწორებული საყლაპავის ატრეზია და სიმსუქნე, რომელიც ორგანიზმის ნორმალურ ფუნქციონირებას აფერხებს.

პათოფიზიოლოგია

LES მოქმედებს როგორც ფიზიოლოგიური ბარიერი, რათა არ მოხდეს კუჭის ნივთიერებების გადასვლა საყლაპავში. მისი ინერვაცია მიმდინარეობს ცთომილი ნერვის საშუალებით და ამ ნერვით გადაცემისას არსებულმა დეფექტმა შეიძლება გამოიწვიოს LES-ის შეუსაბამო მოდუნება. ამის შედეგად კუჭის ნივთიერებების რეფლუქსი ხდება საყლაპავში. ჩვილებს ასევე ახასიათებთ შეფერხებული კუჭის დაცლა, რომელიც გამოწვეულია თორმეტგოჯა ნაწლავის შემცირებული მოძრაობით ან უკუპერისტალტიკით.

კლინიკური გამოვლინებები

ყველაზე ხშირი დამახასიათებელი სიმპტომებია ღებინება და რეგურგიტაცია. ამოღებული მასა ძირითადად არ შეიცავს ნაღველს და შედგება მოუნელებელი საკვებისა და ლორწოსგან. ჩვილი გადამეტებულად ტირის და არის გაღიზიანებული ეზოფაგიტის გამო, რაც გამოწვეულია კუჭის მჟავის შემცველი ნივთიერებების განმეორებითი რეფლუქსით საყლაპავში. ასპირაციას თან ახლავს ხველა. ეზოფაგიტის მქონე ჩვილებმა შეიძლება უარი თქვან კვებაზე მას შემდეგ, რაც ისინი ისწავლიან, რომ კვება დაკავშირებულია ტკივილთან. ეზოფაგიტმა შეიძლება გამოიწვიოს სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის სისტემაში, რომლის შედეგად ვითარდება ანემია და განავალში ჩნდება სისხლი. მომვლელები არასაკმარისად აწვდიან იმ ჩვილებს საკვებ ნივთიერებებს, რომლებსაც განმეორებით ახასიათებთ ღებინება და ამ დროს საკვები ნივთიერებების დაკარგვა, რაც იწვევს ღარიბ კვებასა და ზრდის ჩამორჩენას. GER-ის გართულებებს მიეკუთვნება: აპნოე, ასფიქსია, ხშირი ასპირაციული პნევმონია და სხვა სასუნთქი გზების ინფექციები.

დიაგნოზი

GER-ის დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია: ისტორიის გამოკითხვით, ფიზიკური გასინჯვის ჩატარებით, ჩვილის კვების ჩვევებზე დაკვირვებითა და რამდენიმე დიაგნოსტიკური კვლევის საშუალებით. საწყისი მიზანია სიმპტომების გამომწვევი სხვა შესაძლო მიზეზების გამორიცხვა, როგორიცაა: კუჭ-ნაწლავის სისტემის ობსტრუქციები, ნევროლოგიური ან მეტაბოლური დაავადებები. არსებობს რამდენიმე დიაგნოსტიკური კვლევა, რომლის საშუალებით შესაძლებელია GER-ის დიაგნოზის დადასტურება. თავდაპირველად აკეთებენ ზედა GI სისტემის ბარიუმით გამოკვლევას, რათა მხედველობიდან გამოირიცხოს ანატომიური დარღვევები (საყლაპავის შევიწროება, პილორუსის სტენოზი და ნაწლავის არასრული შემობრუნება). ზედა GI ენდოსკოპის საშუალებით პირდაპირ ჩანს საყლაპავის ლორწოვანი გარსი და შეიძლება აღმოჩნდეს ანთება და წყლული, რაც მიუთითებს ეზოფაგიტს. სხვა მეთოდია საყლაპავის pH-ის კვლევა. ნესტოდან მცირე კათეტერის საშუალებით აღწევენ საყლაპავის დისტალურ მესამედ ნაწილში და აჩერებენ 18-24 საათით. ჩვილს აწვდიან იმ საკვებ ნივთიერებებს, რომელთა pH ცნობილია, მაგალითად, გაუფილტრავი ვაშლის წვენი. ამ კვლევით იზომება დისტალურ საყლაპავში pH, რომლის საშუალებით დგინდება რეფლუქსის ეპიზოდების რაოდენობა და საყლაპავიდან მჟავის ამოსვლის დრო. მიუხედავად იმისა, რომ ეს არის სწრაფი რეაგირების კვლევა, მისი ჩატარება არ არის საჭირო რუტინულად დიაგნოზის დასმისთვის. რადგანაც ეს კვლევა დაკავშირებულია ხარჯებთან და საავადმყოფოში განთავსების საჭიროებასთან, ეს მეთოდი გამოიყენება იმ ჩვილებში, რომლებშიც ეს დაავადება მიმდინარეობს გართულებულად ან როდესაც ეჭვობენ დიაგნოზს.

მკურნალობა

სამედიცინო მართვა მოიცავს: კვების ცვლილებებს, თამბაქოს კვამლის თავიდან არიდებასა და წამლებს. არაფარმაკოლოგიურ მკურნალობას მიმართავენ GER-ის მქონე ჩვილებში. ურჩევენ მცირე, ხშირი ულუფებით საკვების მიწოდებას, რადგან არსებობს შესაძლო კავშირი კუჭის მოცულობასა და რეფლუქსს შორის. ამ სახის კვების მეთოდი ამცირებს რეფლუქსის ეპიზოდების ხანგრძლივობას. თუმცა, ხშირი კვება იწვევს უფრო ხშირად კუჭის მჟავეების სტიმულაციას. ამგვარად, უნდა შეადარონ სარგებელი ზიანის მომტანთან. ბევრი ჩვილისთვის ეს ტრადიციული მიდგომა დადებით შედეგთან არის დაკავშირებული. კიდევ, კვების ცვლილება, გულისხმობს საკვების შესქელებას მარცვლეულის დამატებით. ამ მიდგომას მიმართავენ იმ ჩვილში, რომელსაც ახასიათებს რეგურგიტაცია, განსაკუთრებით თუ ცუდად იმატებს წონაში. ეს მოიცავს: გაზრდილ კალორიას; ტირილის შემცირებასა და ღებინების ეპიზოდების შემცირებულ რაოდენობას.

მიმდინარეობს დავა GER-ის სამედიცინო მკურნალობაში თერაპიის დამატების შესახებ. იცვლებოდა რჩევები პოზიციასთან დაკავშირებით: ადრეული 1980-იან წლებამდე უპირატესობას ანიჭებდნენ დგომით ან ჯდომით მდებარეობას, შუა 1980-იან წლებში – მუცელზე წოლის პოზიციას 30□-იანი დახრის კუთხით ან მუცელზე წოლის პოზიციას აწეული თავით, ადრეულ 1990-იან წლებში – სიბრტყის გასწვრივ მუცელზე წოლას. დავის ერთი ნაწილი მოიცავს ისეთ პოზიციას, რომლის საშუალებით შესაძლებელია ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომის (SIDS) პრევენცია. ამერიკული პედიატრთა აკადემიის

რჩევით ჩვილები ძილის დროს უნდა იწვნენ უკანა ზედაპირით (თავიანთ ზურგზე). მუცელზე წოლისას განვითარებული SIDS-ით გამოწვეული უმეტესობა სიკვდილის მიზეზია ასფიქსია, რაც წარმოიქმნება საწოლზე დაგებული ნივთებით, როგორიც არის საბნები. თუ ჩვილის საწოლიდან გადავდებთ ამ ნივთებს, მაშინ ცხადი იქნება, რომ GER-ის დროს უმჯობესია მუცელზე წოლა, რაც რეკომენდირებულია ამერიკული პედიატრთა აკადემიის მიერ. დღესდღეობით საჭმლის მონელებასთან დაკავშირებული დაავადებების საერთაშორისო საინფორმაციო ცენტრის რჩევის მიხედვით GER-ის მქონე ჩვილებს უმეტესად უნდა ეძინოთ თავიანთ ზურგზე, რაც სარგებლის მომტანია ნებისმიერი ჩვილისთვის. იშვიათად შეიძლება მხედველობაში გაითვალისწინონ ძილის სხვა პოზიციებიც.

GER-თან დაკავშირებული მუდმივი პრობლემებისა და გართულებების დროს აუცილებელია ფარმაკოლოგიური ჩარევა. ფარმაკოლოგიური თერაპიის თავდაპირველი მკურნალობა გულისხმობს მჟავის შემამცირებელი წამლების გამოყენებას, რომელიც მოიცავს: ჰისტამინის-2 რეცეპტორის ანტაგონისტებს (H-2 ბლოკატორები), პროტონების ტუმბოს ინჰიბიტორებსა (PPIs) და ანტაციდებს. H-2 ბლოკატორები კონკურენტულად უკავშირდება კუჭის ჯირკვლებში არსებულ პარიეტალურ უჯრედებზე განლაგებულ H-2 რეცეპტორებს; ამგვარად, აინჰიბირებს ჰისტამინის საშუალებით გამოყოფილ მჟავის სეკრეციას, თუმცა არ აქვს ეფექტი გასტრინის საშუალებით გამოყოფილ მჟავის სეკრეციაზე. რანიტიდინი (ზანტაკი), რომელიც არის H-2 რეცეპტორის ანტაგონისტი, გამოიყენება ჩვილებსა და ბავშვებში. სხვა H-2 რეცეპტორის ბლოკატორები, როგორიცაა: ციმეტიდინი (ტაგამეტი), ფამოტიდინი (პეპციდი) და ნიზატიდინი (აქსიდი), ასევე გამოიყენება ამ მდგომარეობის სამკურნალოდ. PPIs ამცირებს კუჭის წვენის მჟავის სეკრეციას და არის ანტაგონისტები პროტონის ტუმბოსი, რომელიც ასტიმულირებს კუჭის წვენის მჟავის წარმოქმნას. პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორი გამოიყენება იმ ჩვილებში, რომლებსაც აქვთ ხშირი ღებინება, ზრდის შეფერხება ან გაღიზიანებადობა და თუ H-2 რეცეპტორის ანტაგონისტებით მკურნალობისას არ გაუმჯობესდა მათი მდგომარეობა. ბავშვებში გამოიყენება ორი PPIs: ლანსოპრაზოლი (პრევაციდი) და ომეპრაზოლი (პრილოსეკი). ანტაციდების გამოყენება GER-ით დაავადებულ ბავშვებში ძირითადად არ არის რეკომენდირებული. ჩვილებმა ანტაციდებიდან შეიძლება მიითვისონ დიდი რაოდენობის ალუმინი, რაც იწვევს ოსტეოპენიასა და ნეიროტოქსიურობას. პროკინეტური წამალი, მეტოკლოპრამიდი (რეგლანი), გამოიყენება კუჭის დაცლისა და საყლაპავის მოტორული ტონუსის გაუმჯობესებისთვის, მაგრამ დღეისათვის არ არსებობს კვლევა, რომელიც მხარს უჭერს მის გამოყენებას GER-ის სიმპტომების მართვისთვის ჩვილებსა და ბავშვებში.

ქირურგიული მკურნალობის საჭიროება შემცირდა ფარმაკოთერაპიის გაუმჯობესებასთან ერთად. ქირურგიული ჩარევის ჩვენებებია: განმეორებითი პნევმონიის ეპიზოდები, წონაში წარუმატებელი მომატება, ხშირი ეზოფაგიტი შევიწროებით, მწვავე აპნოე და 4-6 კვირის განმავლობაში მიღებული უშედეგო სამედიცინო მკურნალობა. ქირურგიული ჩარევებიდან პირველყოვლისა ირჩევენ ნისენის ფუნდოპლიკაციას, რომლის დროსაც კუჭის ფსკერი შემოხვეულია საყლაპავის ქვედა ნაწილს. შეიძლება დროებით გასტროსტომის მილის ჩადგმა, რათა შესაძლებელი იყოს კუჭში დრენაჟის მოთავსება და თავდაპირველად კვება. ქირურგიული ჩარევა გამოირჩევა წარმატების მაღალი სიხ-

შირით, თუმცა ხშირია რეციდივები. იშვიათად, საავადმყოფოებში, უფრო ხელსაყრელია ნაკლებად ინვაზიური ფუნდოპლიკაციის ჩატარება ლაპაროსკოპის საშუალებით.

საექთნო მართვა

შეფასება

უნდა შეფასდეს დეტალურად ჩვილის კვების ხასიათი, რომელიც მოიცავს: რაოდენობას, ტიპსა და კვების სიხშირეს და მას შემდეგ განვითარებული ღებინების დროს. ექთანი იკვლევს კვების დროს ჩვილის პოზიციასა და ღებინების სიხშირეს. მნიშვნელოვანია სიმაღლის, წონისა და თავის გარშემოწერილობის მონაცემების მოპოვება და მათი აგება ზრდის გრაფიკზე, რათა შეფასდეს ახლანდელი და მომავალში შესაძლო განვითარებული ზრდის პრობლემები. GER-ით დაავადებულ ჩვილებში გაზრდილია ასპირაციის რისკი; ამგვარად, მნიშვნელოვანია საწყისი სასუნთქი სტატუსის შეფასება, როგორიცაა: ფილტვის ხმები, სუნთქვის სიხშირე და მცდელობა.

საექთნო დიაგნოზი

1. *ასპირაციის რისკი*, რომელიც დაკავშირებულია ღებინებასთან და კუჭის ნივთიერებების რეფლუქსთან საყლაპავში.
2. *დარღვეული კვების ბალანსი:* სხეულის მოთხოვნილებებზე ნაკლებია, რაც გამოწვეულია საკვების რაოდენობის შემცირებული მიღებითა და ღებინებით.
3. *ცოდნის ნაკლებობა (მომვლელების)*, რაც დაკავშირებულია ჩვილის მდგომარეობასთან და მოვლასთან, რომელიც ეხება კვებას, პოზიციასა და სახლის მართვას.

შედეგის აღმოჩენა

1. ჩვილი ინარჩუნებს ნორმალურ სუნთქვასთან დაკავშირებულ სტატუსს (სუნთქვის სიხშირე შესაბამისი მის ასაკთან, ნორმალურ ფარგლებში ჟანგბადის გაჯერება, ორმხრივი სუფთა სუნთქვის ხმები).
2. ჩვილი შეინარჩუნებს ნორმალური ზრდის ხასიათს და მიიღებს საკმარისი რაოდენობის კალორიებს.
3. მომვლელები სიტყვით ახსნიან ან გამოავლენენ GER-ის, კვების, ჩვილისთვის პოზიციის შეცვლისა და სახლში მოვლის ცოდნას.

დაგეგმვა და განხორციელება

საექთნო მართვა ყურადღებას ამახვილებს მომვლელებისთვის განათლების მიწოდებაზე, რომელიც მოიცავს: კვებაში ცვლილებებს, პოზიციას, წამლის მიღებას, ჩვილის განვითარების შესაბამის მოთხოვნებსა და ოპერაციის ჩატარების დროს მოვლის მეთოდებს. დიეტურ ცვლილებებში იგულისხმება: მცირე, ხშირი ულუფებით და შესქელებული სახით საკვების მიწოდება და იმ საკვების თავიდან არიდება, რომელიც აღიზიანებს GI სისტემას. მცირე და ხშირი ულუფებით საკვების მიწოდება შეიძლება მომვლელებისთვის დაკავშირებული იყოს დამატებით მღელვარებასთან; ამგვარად, მათ უნდა იცოდ-

ნენ, რომ ჩვილის გაზრდასთან ერთად, შესაძლებელი იქნება უფრო დიდი მოცულობისა და ნაკლებად ხშირად საკვების მიწოდება. ჭამის დროს აუცილებელია ჩვილის ხშირი გულზიდვა. ბავშვის საკვების შესქელება ბრინჯის მარცვლეულით ზრდის კონსისტენციასა და შეკავების შესაძლებლობას და დამატებითი კალორიების მიწოდება საჭიროა იმ ჩვილებისთვის, რომლებსაც ხშირად ახასიათებთ ღებინება. ექიმის რჩევის გათვალისწინება, ყოველი კვების შემდეგ და ძილის დროს ჩვილის მუცელზე წოლისას აწეული თავის შენარჩუნება, შეიძლება რთული იყოს მომვლელებისთვის. ამ პოზიციის მიღწევა შესაძლებელია სოლის, ღვედის, სამაგრისა და პირსახოცების გამოყენების საშუალებით, რომელთა უმეტესობა კომერციულად ხელმისაწვდომია.

საექთნო ჩარევები, რომელიც დაკავშირებულია GER-ის ფარმაკოთერაპიის მკურნალობასთან მოიცავს: მომვლელებისთვის ინფორმაციის მიწოდებას დოზების, მიღების განრიგისა და შესაძლო გვერდითი მოვლენების შესახებ. ვერბალურად გადმოცემული ინფორმაცია უნდა დაიწეროს, რათა მომვლელებისთვის იყოს გასაგები. ექთანს შეუძლია მომვლელების მხარდაჭერა მათი შიშებისა და წუხილების აღმოჩენისა და გადმოცემის ხელშეწყობის მხრივ. ისინი ხშირად გრძნობენ თავს დამნაშავედ და საკუთარ თავს მიიჩნევენ არასაკმარისად ჩვილის ხშირი ღებინებისა და წონის დაკლების გამო. მათ შეიძლება ჰქონდეთ ეჭვისა და შეშფოთების გრძნობები, რაც დაკავშირებულია ბავშვის შესაბამისი მოვლის უნართან. ექთნები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ GER-ის მქონე ბავშვების მომვლელების მხარდაჭერის უზრუნველყოფაში, გამოცდილებების გაზიარებასა და გამბედაობის შეძენაში.

შეფასება

საექთნო ჩარევის ეფექტურობა დასტურდება, როდესაც ჩვილს არ ექნება სუნთქვის გართულება ან ასპირაცია. ასევე ფასდება შემცირებული ღებინების სიხშირე და ზრდისა და განვითარების გაუმჯობესება. ყველაზე მნიშვნელოვანია, რომ მომვლელებს არ აწუხებდეთ დიაგნოზი და მკურნალობის გეგმა და მათ ჰქონდეთ საკმარისი გამბედაობა, რათა შეძლონ ჩვილზე სახლში ზრუნვა.

ოჯახის სწავლება

ოჯახის სწავლება გულისხმობს GER-ის ფიზიოლოგიის ახსნას, რათა მომვლელებმა გააცნობიერონ, რომ მათი კვების მეთოდი არ არის ხშირი ღებინების მიზეზი. შესქელებული საკვების მიღების მიჩვევის მიზნით ექთანმა უნდა გამოავლინოს მეთოდი, თუ როგორ არის შესაძლებელი დვრილის ნახვრეტის გადიდება. მომვლელებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია ცხარე და მჟავე საკვებისა და სასმელების შესახებ, რათა თავი აარიდონ ამ ნივთიერებებით ჩვილის გამოკვებას, რადგან ისინი ზრდის კუჭის წვენის მჟავის გამოყოფას. მათ მიეკუთვნება: ციტრუსები, ხილის წვენი და პომიდვრის შემცველი პროდუქტები, როგორიცაა პომიდვრის წვენი. ასევე თავიდან უნდა აიცილონ უფროსი ჩვილებისა და ბავშვებისთვის საყლაპავის გამაღიზიანებელი პროდუქტების მიწოდება, როგორიცაა: შოკოლადი და კოფეინი (ჩაი, ყავა და კოკა-კოლა). ჩვილის შეზღუდული მოძრაობის გამო, მნიშვნელოვანია საკმარისი სტიმულაციის მიწოდება, რაც შესაძლებელია: ნათელი და ჭრელი ნივთებით, სამაჯურებით, მობილური ტელე-

ფონებითა და სარკეებით. ჩვილის ტაქტილური სტიმულაცია შესაძლებელია შეხებითა და მოფერებით. ოჯახის სწავლებისას ასევე უნდა აუხსნან, რომ საკუთარი ჩვილის გამოკვების შემდეგ თავი აარიდონ ენერგიულ თამაშს რეფლუქსის პრევენციის მიზნით.

ყაბზობა

ყაბზობა არის გაძნელებული კუჭის მოქმედება ან იშვიათი კუჭის მოქმედებისას მყარი განავალის არსებობა, რაც დაკავშირებულია: გაჭინთვასთან, მუცლის ტკივილთან ან შეკავებით ქცევებთან 2 კვირაზე უფრო დიდხანს. ბავშვები ფართოდ განსხვავდებიან ერთმანეთისგან კუჭის მოქმედების სიხშირით; ამგვარად, მხოლოდ სიხშირე არ არის კარგი სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმი. ყაბზობა ხშირად გვხვდება ბავშვებში და ძირითადად არ ახასიათებს ქრონიკული გართულებები; თუმცა, შეიძლება შემცირდეს ბავშვის ცხოვრების ხარისხი, განვითარდეს ემოციური პრობლემები და წარმოიქმნას ოჯახში დაძაბულობა. ზოგჯერ ყაბზობა უფრო მნიშვნელოვანი ჯანმრთელობის პრობლემის ნიშანია.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ყაბზობა ხშირია ბავშვებში, რომლებიც პედიატრთან მისვლის მიზეზების 3-5%-ს შეადგენს, ხოლო ბავშვთა გასტროენტეროლოგთან – 25%-ს. ყაბზობა არის მეორე ყველაზე ხშირი მიზეზი ბავშვთა გასტროენტეროლოგთან ვიზიტისა შეადგენს 25%-ს. ის უფრო ხშირად ვითარდება ბიჭებში ადრეული ბავშვობის ასაკში; თუმცა, მოზარდობისას უფრო ხშირია გოგონებში. ყაბზობის მიზეზი შეიძლება იყოს ორგანული ან არაორგანული, ანუ ფუნქციური. ორგანულ მიზეზებს მიეკუთვნება:

1. კვება (მაგ., მცირე უჯრედისი, არასაკმარისი საკვების მიღება, დიდი რაოდენობით რძის პროდუქტების მიღება);
2. კუჭ-ნაწლავის სისტემის სტრუქტურული დაავადებები (მაგ., ჰირშპრუნგის დაავადება, ნაწლავის შევიწროებები);
3. მეტაბოლური და ენდოკრინული დაავადებები (მაგ., ჰიპოთირეოზი, შაქრიანი დიაბეტი, ტყვიით მოწამლა);
4. ნევროლოგიური დაავადებები (მაგ., ცერებრალური დამბლა, მიელომენინგოცელე);
5. წამლები (მაგ., ნარკოტიკები, ანტიდეპრესანტები, ანტიქოლინერგული საშუალებები, ანტაციდები).

ბავშვების უმეტესობაში ყაბზობა გამოწვეულია არაორგანული, ანუ ფუნქციური, მიზეზით.

ჩვილობის პერიოდში ყაბზობა იშვიათია და ძირითადად გამოწვეულია დიდი რაოდენობით რძის მიღებით ან ხელოვნური რძიდან ძროხის რძეზე გადასვლით. თოდლერებში[13] ყაბზობა ხშირად გამოწვეულია ტუალეტის უნარ-ჩვევების პრაქტიკებით. ბავშვის იძულებითმა სწავლამ შეიძლება გამოიწვიოს განავალის შეკავება. თოდლერებში მკვეთრად გამოხატული ავტონომიური პრობლემების ხშირი გამოვლინებაა

[13] იგულისხმება 1-3 წლის ასაკის ბავშვი.

კუჭ-ნაწლავთან და კვებასთან დაკავშირებული საკითხები. დამატებით, ადრე განვითარებული მტკივნეული კუჭის მოქმედების შედეგად, რომელიც გამოწვეული იყო მყარი განავალით ან ანალური ხვრელის ნაპრალების არსებობით, შეიძლება წარმოქმნას კუჭის მოქმედების შესრულების შიში. თოდლერის კოგნიტური განვითარებისთვის დამახასიათებელია ზღაპრული ფიქრი, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ტუალეტის შიში და გართულებული კუჭის მოქმედება. მაგალითად, 2 წლის ბიჭმა, რომელსაც განუვითარდა კუჭის მოქმედების შესრულების შიში, აღიარა, რომ ის ნერვიულობდა მისი ,,განავალის დახრჩობაზე“. სხვა ბავშვს აინტერესებდა ,,ჰქონდა თუ არა განავალს ტვინი“. ტუალეტის შიშის მიზეზი შეიძლება იყოს ტელევიზორი. მაგალითად, ტუალეტის საწმენდი საშუალებების რეკლამებში ნაჩვენებია თუ როგორ ამოძვრებიან ტუალეტიდან ,,მიკრობები და ურჩხულები“. ახალგაზრდა ბავშვის წარმოსახვაში ეს შეიძლება იყოს დაკავშირებული სინამდვილესთან.

უფროს თოდლერს, სკოლამდელ ან სკოლის ასაკის ბავშვს შეიძლება შეექმნას პრობლემები სკოლამდელი სასწავლებლის, ბაღის ან პირველი კლასის დაწყებისას. ამ დაწესებულებებში შეიძლება არ იყოს ცალკეული ტუალეტები და რბილი ტუალეტის ქაღალდი. შედეგად, სკოლის პერიოდში დეფეკაციის სურვილი გამქრალია. მუდმივი დეფეკაციის შეკავების შედეგად შეიძლება განვითარდეს ყაბზობა.

პათოფიზიოლოგია

ნორმაში დეფეკაციის სურვილი წარმოიქმნება, როდესაც განავალი გადადის სწორ ნაწლავში, რაც იწვევს რექტუმის გაფართოებასა და შიგნითა ანალური სფინქტერის მოდუნებას. გაფართოებული სწორი ნაწლავის გაცნობიერების შედეგად იკუმშება გარეთა ანალური სფინქტერის ნებითი კუნთები. გარეთა სფინქტერის ნებითი მოდუნება და მომატებული მუცლის შიდა წნევა იწვევს დეფეკაციას. ყაბზობა შეიძლება იყოს უწყვეტი. განავალის შეკავებისას, იმავდროულად მიმდინარე სწორი ნაწლავის კედლის დაჭიმვისა და შემცირებული მგრძნობელობითი საპასუხო რეაქციის შედეგად ვითარდება უფრო ნაკლებად ხშირი კუჭის მოქმედებები, რაც იწვევს განმეორებით შეკავებასა და დიდი ზომის განავალს. წყლის უკუშეწოვასთან ერთად განავალი ხდება უფრო მყარი და კუჭის მოქმედებები შეიძლება იყოს მტკივნეული. ამ ციკლის წინსვლისას გარეთა და შიგნითა სფინქტერები ზიანდება. სწორი ნაწლავის გაფართოების საპასუხოდ განვითარებული მგრძნობელობა და რექტუმის დაცლის კონტროლი სუსტდება, რის შედეგადაც ბავშვს მალე ეკარგება კუჭის მოქმედების შესრულების სურვილი.

კლინიკური გამოვლინებები

ყაბზობისას ბავშვისთვის დამახასიათებელია ან რეგულარული კუჭის მოქმედებები, რომლის დროს გამოეყოფა მყარი და მცირე ზომის განავალი ან რამდენიმე დღიდან რამდენიმე კვირიანი ინტერვალის მქონე კუჭის მოქმედება, რომლის დროს გამოეყოფა დიდი ზომის ფელაკური მასები. ტუალეტში დამოუკიდებლად სიარულის უნარ-ჩვევების მქონე ბავშვს შესაძლებელია ჰქონდეს დასვრილი საცვალი. ტუალეტში ყოფნისას ბავშვი ხშირად ტირის. ბავშვი შეიძლება გახდეს გაღიზიანებული და გამოეხატოს დაქვეითებული მადა. ფიზიკური გამოკვლევისას ხშირად ისინჯება ფეკალური მასა.

დიაგნოზი

დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია ისტორიის გამოკითხვითა და ფიზიკური გასინჯვით. გამომწვევი მიზეზის დადგენის მცდელობისას მნიშვნელოვანია, რომ გამოირიცხოს ნებისმიერი ორგანული მიზეზი. დეტალურად ეკითხებიან კვების ისტორიას. იკვლევენ განავალის აღწერილობას, რომელიც მოიცავს: სიხშირეს, კონსისტენციასა და განავალის ზომას და ტუალეტის უნარ-ჩვევების შესწავლის ისტორიას. კონკრეტულმა წამლებმა შეიძლება გამოიწვიოს ყაბზობა; ამგვარად, მნიშვნელოვანია დადგენა, ბავშვი იღებს თუ არა რომელიმე ამ სახის წამალს. მუცლის ღრუს რენტგენზე ჩანს განავალით და აირით გადიდებული მსხვილი ნაწლავი.

მკურნალობა

ყაბზობის მკურნალობისას მიმართავენ კომბინაციურ თერაპიებს, რომელიც მოიცავს: ნაწლავის გასუფთავებას, რეგულარული დეფეკაციის უნარის ჩამოყალიბებასა და კვების ცვლილებას. ნაწლავის მყარი ან მკვრივი განავლისგან გაწმენდა შესაძლებელია: ენემებით, ორალური წამლებითა და სანთლებით. არსებობს ბევრი სახის ორალური წამალი, რომელიც გამოიყენება სამკურნალოდ. არჩევანი დამოკიდებულია: ბავშვის ასაკზე, წამლის მიღების შესაძლებლობასა და მისი მიცემის სიადვილეზე და მედიკამენტის მოქმედების შედეგზე. შესაძლებელია განავლის დამარბილებელი საშუალებების გამოყენება, როგორიცაა: დოკუზატი ან ლაქტულოზა. ბავშვების შემთხვევაში ადვილია პოლიეთილენ გლიკოლის (PEG) 3350-ის ელექტროლიტების გარეშე (მილარაქსი) მიწოდება, რადგან მისი მიღება შეიძლება ბავშვის საყვარელ სასმელთან ერთად. ზოგჯერ, გამაგრებული განავალის შემთხვევაში, შეიძლება საჭირო გახდეს მათი მანუალურად მოცილება.

კვების ცვლილება გულისხმობს უჯრედისისა და სითხეების გაზრდილ მიღებას. მომვლელს უნდა აუხსნან ნორმალური დეფეკაციისა და კუჭის მოქმედების შესრულების მეთოდები, რაც ბავშვს დაეხმარება რეგულარული კუჭის მოქმედების ჩამოყალიბებაში.

საექთნო მართვა და ოჯახის სწავლება

საექთნო ჩარევა ყურადღებას ამახვილებს განათლების მიწოდებაზე. დიეტური ცვლილებები გულისხმობს საკვებში არსებული უჯრედისისა და სითხეების გაზრდილ მიღებას. ექთანმა უნდა ასწავლოს მომვლელებს დიდი რაოდენობის უჯრედისის შემცველი საკვებისა და კვების დაგეგმვის შესახებ. დიდი რაოდენობის უჯრედისის შემცველი საკვებია: მარცვლეულისაგან დამზადებული პური და ბურღულეული; ქატო; დიდი რაოდენობის უჯრედისის შემცველი წახემსების ბატონები; უმი ბოსტნეული; ხილი, განსაკუთრებით ქიშმიში, შავი ქლიავი, ალუბალი და გარგარი; ლობიო; სიმინდის მარცვალი; თხილი და თესლები. დამატებით, მომვლელებს უნდა აუხსნან ენემას გაკეთების შესაფერისი მეთოდი.

რეგულარული დეფეკაციის ჩამოყალიბება შესაძლებელია, თუ ყოველი ჭამის შემდეგ ბავშვი იქნება ტუალეტში გარკვეული დროით, მაგალითად 5-10 წუთის განმავლობაში. მომვლელებს შეუძლიათ გამოიყენონ დადებითად შეფასების მეთოდები, რო-

გორიც არის ვარსკვლავების ცხრილი ან პატარა საჩუქრები, წარმატებით შესრულების დაჯილდოებისთვის, ტუალეტის უნარ-ჩვევების განრიგის დაცვისა და წამლების მიღებისთვის.

ოჯახმა უნდა გააცნობიეროს ყაბზობის მიზეზი, რათა დაემორჩილოს მკურნალობის გეგმას. მშობლები საცვლის ფეკალური მასებით დასვრის მიზეზად ხშირად ასახელებენ ბავშვის ქცევის მახასიათებლებს, რომელიც მოიცავს: სიზარმაცეს, დაუდევრობასა და ემოციურ პრობლემებს. ექთანმა ოჯახს უნდა აუხსნას, რომ ხშირად ეს არ არის ყაბზობის მიზეზი. მნიშვნელოვანია ბავშვის ემოციური მხარდაჭერა. ბავშვებში ხშირია საცვლის ფეკალური მასით დასვრის უარყოფა, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს სირცხვილის გრძნობა და დასჯის შიში.

ანთებითი დაავადებები

GI სისტემის ქრონიკული ანთებით გამოწვეული დაავადებები შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში, დაწყებული ახალშობილებიდან, დამთავრებული მოზარდებით. ამ დაავადებებიდან ზოგიერთი მიმდინარეობს ხანმოკლედ და ადვილად შესაძლებელია მკურნალობა, მაგალითად, აპენდიციტის; დანარჩენი დაავადებები ქრონიკულია და მოქმედებს ზრდასა და განვითარებაზე. ამ ქვეთავში განხილული იქნება: აპენდიციტი, ნაწლავის ანთებითი დაავადება (წყლულოვანი კოლიტი და კრონის დაავადება), პეპტიკური წყლული და ნეკროზული ენტეროკოლიტი.

აპენდიციტი

აპენდიციტი არის ჭიისებრი აპენდიქსის ანუ ბრმა ნაწლავის დაბოლოებაზე მდებარე მცირე ზომის ტომარას ანთება, რომელიც ბავშვებში ყველაზე ხშირი მდგომარეობაა, რაც საჭიროებს მუცლის ღრუს ქირურგიულ ჩარევას. მიუხედავად იმისა, რომ აპენდიციტი პირველად აღწერეს 100 წლის წინ, ბავშვებში არსებული გაურკვეველი ნიშნებისა და სიმპტომების გამო ექიმებს უჭირდათ დიაგნოზის დროული და ზუსტი დასმა. აპენდიციტის დიაგნოზის შეუძლებელი დასმა არის მესამე ყველაზე ხშირი მიზეზი სასამართლოში ჩივილისა და ყველაზე ძვირი სარჩელი გადაუდებელი განყოფილების ექიმებისთვის.

სიხშირე და ეტიოლოგია

აპენდიციტი არის ყველაზე ხშირი მდგომარეობა, რომელიც მოითხოვს მუცლის ღრუს ქირურგიულ ჩარევას ბავშვებში. ის გვხვდება ყოველი 14 წლამდე ასაკის 1,000 ბავშვებიდან 4-ში და ის იშვიათად ვითარდება 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში. შემთხვევები უფრო ხშირია ზაფხულში და მამრობით სქესში, ვიდრე მდედრობითში, და კავკასიელებში, ვიდრე არაკავკასიელი წარმოშობის ადამიანებში. მიუხედავად იმისა, რომ ზუსტი გამომწვევი მიზეზი უცნობია, აპენდიქსის ანთება ძირითადად გამოწვეულია აპენდიქსა და ბრმა ნაწლავს შორის ობსტრუქციის არსებობის, სისტემური ან ნაწლავური ინფექციის შედეგად. აპენდიციტი იშვიათია იმ განუვითარებელ ქვეყნებში, სადაც საკვები შეიცავს დიდი რაოდენობის უჯრედისს; თუმცა, არ დასტურდება გამომწვევი კავშირი საკვებში არსებულ უჯრედისსა და აპენდიციტის პრევენციას შორის.

პათოფიზიოლოგია

აპენდიქსს აქვს ჭიისებური (ჭიის მსგავსი) ფორმა, რომლის დიამეტრის ზომა მსგავსია გრაფიტის ფანქრისა. ის წარმოიქმნება მსხვილ ნაწლავში ბრმა ნაწლავის სეგმენტის კედლიდან, თეძოსა და ბრმა ნაწლავის სარქვლის ქვემოთ. თუმცა, მისი ადგილმდებარეობა შეიძლება განსხვავდებოდეს ადამიანებს შორის. საკვების ბრმა ნაწლავში გადასვლისას აპენდიქსი ივსება და იცლება. შემთხვევების 70%-ში აპენდიქსსა და ბრმა ნაწლავს შორის არსებული სანათურის ობსტრუქციის მიზეზია: **კოპროლიტი**, ანუ გაქვავებული და ქვის მსგავსი ფეკალური მასა, კენჭები, სიმსივნეები, პარაზიტები და უცხო სხეულები. დანარჩენ 30%-ში ობსტრუქციის გარეშე მიმდინარე ანთება შეიძლება გამოწვეული იყოს: ბაქტერიით, ვირუსით, ტრავმით ან ოპერაციის შემდგომ ფეკალური მასის შეჩერებული გადასვლით.

კლინიკური გამოვლინებები

აპენდიციტის ტიპური შემთხვევების პირველი სიმპტომია მუცლის ტკივილი. თავდაპირველად ტკივილი შეიძლება არამკაფიოდ იყოს გამოხატული და არ ვრცელდებოდეს ჭიპის გარშემო; თანდათან ის გადადის სხეულის მარჯვენა ქვედა მეოთხედ ნაწილში (RLQ). საწყისი ტკივილის სიმპტომის შემდეგ შეიძლება გამოვლინდეს ანორექსია და გულისრევა ღებინებასთან ერთად ან მის გარეშე. ისტორიის გამოკითხვისას ყველაზე მნიშვნელოვანი ინფორმაცია ეხება სიმპტომების თანმიმდევრობას. ტკივილი თითქმის ყოველთვის წინ უსწრებს ანორექსიის, გულისრევის ან ღებინების განვითარებას. მუცლის ტკივილამდე განვითარებული გულისრევა ან ღებინება ხშირად მიუთითებს გასტროენტერიტს. დამატებით არსებული კლინიკური გამოვლინებები შეიძლება იყოს ყაბზობა ან დიარეა. ბავშვის ტემპერატურა ძირითადად არის ნორმალური ან ცოტათი მომატებული. 38.3° ან უფრო მაღალი ტემპერატურა მიუთითებს პერიტონიტის არსებობას.

დიაგნოზი

აპენდიციტის დიაგნოზის დასმა უმეტესად შესაძლებელია ისტორიისა და ფიზიკური კვლევის საფუძველზე. დიაგნოზის დასმა გართულებულია ბავშვებში, რადგან მათი კლინიკური გამოვლინებები შეიძლება იყოს ატიპური. იმ ბავშვებში, რომლებშიც ვერ მოხდა დიაგნოზის დასმა, იზრდება: პერფორაციის, აბსცესის, ჭრილობის ინფექციისა და სიკვდილის რისკი. გასინჯვისას ხშირი, მნიშვნელოვანი და სანდო სიმპტომია შეხებისას მუცლის ტკივილი. მგრძნობიარე ადგილის ზემოთ შეიძლება იგრძნობოდეს კუნთების დაჭიმულობა (კუნთის რიგიდულობა). მთლიანი მუცლის რიგიდულობა დაჭიმული პოზიციითა და **დამცავი ფიქსაციით** (უნებლიე მუცლის კუნთების შეკუმშვა, რომელიც გამოწვეულია გარდაუვალი ტკივილის შიშით), მიუთითებს აპენდიქსის პერფორაციასა და პერიტონიტს. **განმეორებითი მგრძნობელობისას** არის ძლიერი ტკივილის შეგრძნება ღრმა ზეწოლისგან განთავისუფლების შემდეგ, რაც მიუთითებს პერიტონიტს. თუმცა, ბევრი ექიმი განმეორებით მგრძნობელობის წარმოქმნას თვლის არასანდო და უსარგებლო ტკივილის ტექნიკად. ძლიერი ტკივილის განვითარებამ შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს ბავშვის სანდოობაზე. უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ სტეტოსკოპით პალპაციას ბავშვებისთვის, რათა აღმოაჩინონ მგრძნობიარე ადგილები. აუსკულტაციის შედეგად გამოვლინდება შემცირებული ნაწლავური ხმები.

ლაბორატორიული შედეგებით შეუძლებელია დიაგნოზის დასმა, თუმცა ხშირად საშუალოდ მომატებულია ლეიკოციტების (WBC) რაოდენობა, იშვიათად მეტია 15,000-20,000/მმ^3-ზე ,,მარცხნივ გადახრით'' (გაზრდილია მოუმწიფებელი WBCs-ის რაოდენობა). თუმცა, ზოგიერთი აპენდიციტის მქონე ბავშვის ლეიკოციტების რაოდენობა ნორმაშია. მუცლის ღრუს კომპიუტერულმა ტომოგრაფიამ (CT) შეიძლება გამოავლინოს კოპროლიტის ან ობსტრუქციის სხვა მიზეზის არსებობა. მუცლის მწვავე ტკივილის სხვა მიზეზებს, რომელიც უნდა გამოირიცხოს, მიეკუთვნება: ძლიერი ყაბზობა, საშარდე გზების ინფექცია, მწვავე გასტროენტერიტი, მენჯის ორგანოების ანთება და ოვულაციასთან დაკავშირებული დისკომფორტი. მუცლის ღრუს ულტრაბგერით გამოკვლევას აკეთებენ აპენდიციტის დიაგნოზის დასმის სიზუსტისთვის. ბავშვებში CT კვლევას აქვს უფრო მაღალი მგრძნობელობა, ვიდრე ულტრაბგერას. თუმცა, ის შეიძლება იყოს უფრო შესაფერისი მუცლის ტკივილის სხვა მიზეზების აღმოსაჩენად, ვიდრე აპენდიციტის დიაგნოზის დასასმელად. ბავშვებში აპენდიციტის დიაგნოზის დასმის დაყოვნება 30-60%-ში იწვევს პერფორაციას, რომლის გართულებებია: აბსცესი, ფლეგმონა, ნაწლავსა და კანს შორის ფისტულას განვითარება, პერიტონიტი და ნაწილობრივ ნაწლავის ობსტრუქცია. უმცროს ბავშვებს აქვთ თხელი აპენდიქსის კედელი, რის გამოც ანთებითი პროცესიდან პერფორაციის განვითარება უფრო სწრაფად მიმდინარეობს, ვიდრე ზრდასრულებში. გარდა ამისა, ბავშვებს აქვთ ცუდად განვითარებული ბადექონი და ძირითადად ადგილობრივი პერფორაცია ვრცელდება და ვითარდება პერიტონიტი. მუცლისა და მენჯის ორგანოების ერთმანეთთან ახლო მდებარეობა ხელს უწყობს პერიტონიტის გავრცელებას სხვა სტრუქტურებში. პერფორაციასთან დაკავშირებულმა ანთებითმა პროცესმა შეიძლება გამოიწვიოს ნაწლავის ობსტრუქცია ან თეძოს ნაწლავის გაუვალობა.

მკურნალობა

აპენდიციტის დიაგნოზის დასმისთანავე აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა, რომელიც არის ადვილი პროცედურა, ღია აპენდექტომია, რომლის დროს მარჯვენა ქვედა მეოთხედში აკეთებენ დაახლოებით 90-129 სმ სიგრძის განაკვეთს. უფრო დიდი განაკვეთის გაკეთების საჭიროებაა, თუ ეჭვობენ ან განვითარდა პერფორაცია ან აპენდიქსი მდებარეობს ატიპურად. დღევანდელი პრაქტიკის მიხედვით უმჯობესია გაურთულებელი აპენდექტომიის ჩატარება ლაპარასკოპიის საშუალებით, რომელსაც ახასიათებს ნაკლები გართულებები, როგორიც არის ნოზოკომიალური ინფექციები და ხანმოკლე გამოჯანმრთელების დრო. ოპერაციამდე ბავშვის მზადება მოიცავს: NPO მდგომარეობის შენარჩუნებას, ინტრავენური სითხეების მიწოდებას, რათა აღდგეს სითხის მოცულობა და გამოსწორდეს დარღვეული ელექტროლიტური და მჟავე-ტუტოვანი ბალანსი, და ტკივილგამაყუჩებლების მიღებას. გაურთულებელი აპენდექტომიის შემდეგ ბავშვს 24 საათის განმავლობაში მიეწოდება ანტიბიოტიკები, იმყოფება NPO მდგომარეობაში მანამ სანამ არ აღდგება ნაწლავთა პერისტალტიკა და საავადმყოფოში რჩება 2-3 დღით. პერფორაციის განვითარების დროს სითხის გამოჟონვა შესაძლებელია განაკვეთის ადგილიდან ან შეიძლება გახსნილ მდგომარეობაში განაკვეთის დატოვება და მისი მეორეული განზრახვით შეხორცების ხელშეწყობა, რათა მოხდეს ინფექციის პრევენცია. სურათში 17-12 გამოსახულია აპენდიქსის პერფორაციის შემდეგ აპენდექტომიისას გა-

კეთებული განაკვეთის შეხორცება მეორეული განზრახვით. დამატებით სამკურნალო საშუალებებს მიეკუთვნება: 7-10 დღის განმავლობაში IV ანტიბიოტიკების მიწოდება, NPO მდგომარეობის შენარჩუნება, NG (ნაზოგასტრალური) მილით ასპირაცია, IV სითხეებისა და ტკივილგამაყუჩებლების მიღება. ბავშვი იმყოფება NPO მდგომარეობაში მანამ სანამ ნორმას არ დაუბრუნდება ნაწლავთა ფუნქცია და მისი გამოწერა შესაძლებელია, როდესაც ჭრილობიდან გამონაჟონი იქნება მინიმალური რაოდენობის და ორალურად საკვებსა და სითხეებს მიიღებს დამაკმაყოფილებლად. ლაპარასკოპიული პროცედურის ჩატარებისას ბავშვს შეიძლება მოუწიოს საავადმყოფოში ერთი ღამის გატარება ან შესაძლებელია მისი გამოწერა ოპერაციის დღეს.



სურათი 17-12. აპენდიქსის პერფორაციის შემდეგ აპენდექტომიისას გაკეთებული განაკვეთის შეხორცება

ნაწლავის ანთებითი დაავადება

ნაწლავის ანთებითი დაავადება (IBD) მოიცავს ქრონიკული დაავადებების ჯგუფს, რომელიც იწვევს წვრილსა და მსხვილ ნაწლავში ანთებას ან წყლულს და მას მიეკუთვნება: წყლულოვანი კოლიტი (UC) და კრონის დაავადება (CD). წყლულოვანი კოლიტის დროს მიმდინარეობს მსხვილი და სწორი ნაწლავის ლორწოვანი და ლორწოს ქვეშ არსებული კედლების ანთებითი პროცესი, ხოლო CD-ის დროს ანთებამ შეიძლება მოიცვას მთლიანი კუჭ-ნაწლავის სისტემა და ნაწლავის კედლის ყველა შრე (ტრანსმურალური).

სიხშირე და ეტიოლოგია

წარსულში IBD იშვიათად ვითარდებოდა ბავშვებსა და მოზარდებში, თუმცა დღეისათვის ამ ასაკის ჯგუფში იზრდება მისი სიხშირე. UC-ის მქონე ადამიანების 20% და CD-ით დაავადებული პაციენტების 25-30% მიეკუთვნება 20 წლამდე ასაკის ჯგუფის კატეგორიას. ყველაზე ხშირად მისი განვითარება იწყება გვიანი მოზარდობის პერიოდში.

IBD-ის დიაგნოზის ხშირ დასმასთან ერთად, ის გახდა ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ქრონიკული დაავადება ბავშვებსა და მოზარდებში.

IBD-ის სიხშირე თანაბარია მამაკაცებსა და ქალებში. ის უფრო ხშირად ვითარდება კავკასიელებში და დასავლური განვითარებული ქვეყნების მაცხოვრებლებში, ხოლო იშვიათად – აფრო ამერიკელებსა და აზიელებში. UC გვხვდება ყოველი 1,000 ადამიანიდან 0.05-ში; ხოლო CD – ყოველი 1,000-დან 0.04-ში. IBD-ის გამომწვევი მიზეზი უცნობია; თუმცა, არსებობს ფაქტორები, რომლებიც შეიძლება მონაწილეობდნენ მის განვითარებაში, როგორიც არის: ინფექციური აგენტები, აუტოიმუნური, გენეტიკური და გარემო ფაქტორები. დღესდღეობით ვარაუდობენ, რომ გამომწვევი ფაქტორი, შესაძლოა ვირუსი ან ატიპური ბაქტერია, მოქმედებს სხეულის იმუნურ სისტემაზე, რის შედეგად ნაწლავის კედელში წარმოიქმნება ანთებითი პროცესი. IBD-ით დაავადებული ადამიანების 15-20%-ს ჰყავს ახლო ნათესავი, რომელსაც აქვს რომელიმე ამ ორი დაავადებიდან, რაც მიუთითებს გენეტიკური ფაქტორის ჩართულობაზე. გამოკვლევის შედეგად დადგინდა, რომ იმ ადამიანებს, რომლებსაც ახასიათებთ გენეტიკური წინასწარგანწყობა, დაზიანებული აქვთ GI სისტემაში ბაქტერიისა ან ვირუსის მიმართ განვითარებული ანთებითი რეაქციის იმუნოლოგიური რეგულაცია.

პათოფიზიოლოგია

ნაწლავს აქვს რეაქცია იმ გარემო ფაქტორის მიმართ, რომელსაც იმუნური სისტემა აღიქვამს უცხოდ და იწვევს დაზიანებას, რომლის შედეგად ვითარდება სისხლძარღვების შევიწროება. ამას შემდეგ მოჰყვება ადგილობრივად უჯრედული მედიატორების გამოთავისუფლება, როგორიც არის ჰისტამინი, რაც იწვევს გამოხატულად სისხლძარღვების გაფართოებას. კაპილარები იჟღინთება სისხლით და იწყება შეკუმშვა და კედლებში ნახეთქების წარმოქმნა. გაფართოებული ნაწლავი ადვილად ზიანდება და აქვს მიდრეკილება წყლულების განვითარებისკენ, რაც იწვევს ლორწოვანი ბარიერის მთლიანობის დარღვევას. ამ დაზიანებულ ქსოვილზე მოქმედებს საჭმლის მომნელებელი ფერმენტები და ნაწლავში არსებული ბაქტერიები, რაც იწვევს დამატებით გაღიზიანებას, ანთებას, წყლულებსა და სისხლდენას. წყლულებიდან შეიძლება განვითარდეს ნაპრალები, რაც უფრო ღრმად შეაღწევს ნაწლავის კედელში. ფისტულები შეიძლება წარმოიქმნას შარდის ბუშტში ან საშოში (უფრო ხშირად CD-ის დროს). პლაზმური ცილების შემცველი ანთებითი გამონაჟონის საპასუხოდ ნაწლავში აღწევს დიდი რაოდენობით სითხე, რაც იწვევს დიარეას, რომელიც შეიძლება იყოს სისხლიანი. შეხორცებითი დაზიანებებისგან ვითარდება ნაწიბურის ქსოვილი და შემდგომში ნაწლავში ნაწიბურის განვითარებას შეიძლება მოჰყვეს შევიწროებების წარმოქმნა და ნაწლავის ობსტრუქცია.

კლინიკური გამოვლინებები

UC-ის ყველაზე ხშირი დამახასიათებელი სიმპტომებია: რექტალური სისხლდენა, დიარეა და მუცლის ტკივილი. ბავშვებსა და მოზარდებში მას ახასიათებს მრავლობითი გამოვლინებები. მსუბუქი დაავადება გავრცელებულია შემთხვევების 50-60%-ში. დიარეა იწყება თანდათანობით და არ ახასიათებს კუჭ-ნაწლავის სისტემისთვის დამახასიათებელი ან სისტემური ნიშნები, როგორიცაა: სიცხე, წონის დაკლება და ჰიპოალბუმი-

ნემია. 30%-ში ვითარდება საშუალო სიმწვავის დაავადება, რომელიც გამოვლინდება: სისხლიანი დიარეით, მუცლის მოვლითი ტკივილებითა და მგრძნობიარობით და გადაუდებელი დეფეკაციის სურვილით. ამ ადამიანებს უვითარდებათ მასთან დაკავშირებული სისტემური ნიშნები, როგორიცაა: ანორექსია, წონის კლება, დაბალი სიცხე და მსუბუქი ანემია. მძიმე შემთხვევები ვითარდება პაციენტების 10%-ში, რომლის კლინიკური გამოვლინებებია: ყოველდღიურად ექვსზე მეტი სისხლიანი კუჭის მოქმედება, მუცლის მგრძნობელობა, სიცხე, ანემია, ლეიკოციტოზი და ჰიპოალბუმინემია. ზოგჯერ UC-ის მქონე ბავშვებში შეიძლება უფრო გამოხატული იყოს კუჭ-ნაწლავის სისტემისთვის არადამახასიათებელი გამოვლინებები, მაგალითად, ზრდის შეფერხება, ართრიტი და კანის დაზიანებები.

UC-საგნ განსხვავებით CD შეიძლება განვითარდეს კუჭ-ნაწლავის სისტემის ნებისმიერ სეგმენტში. მისი კლინიკური გამოვლინებები ძირითადად დამოკიდებულია დაავადების ადგილმდებარეობასა და მოცულობაზე. ბავშვთა უმეტესობაში (50-70%) დაავადება მოიცავს სწორი ნაწლავის ბოლო სეგმენტს, რომელშიც გამოხატულია მალაბსორბცია და მასთან დაკავშირებული სიმპტომები: დიარეა, მუცლის ტკივილი, ანორექსია, წონის დაკლება და ზრდის შეფერხება. თუ CD განვითარდება მსხვილ ნაწლავში მისი გარჩევა შეუძლებელი იქნება UC-სგან, რომლის სიმპტომებია: სისხლიანი დიარეა, მოვლითი მუცლის ტკივილი და გადაუდებელი დეფეკაციის სურვილი. ანალური ხვრელის გარშემო წარმოქმნილი სიმპტომებია: მტკივნეული დეფეკაცია, სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა, რომელსაც აქვს ღია წითელი შეფერილობა, კანის მეჭეჭები, ჰემოროიდული კვანძები, ფისტულები და აბსცესები.

ზრდის შეფერხება უფრო ხშირად ვითარდება CD-ის მქონე ბავშვებში, ვიდრე UC-ის დროს. ამ ორი დაავადების დროს ბავშვები იღებენ მათი ასაკისთვის შესაფერის უფრო ნაკლები რაოდენობის საკვებს, რათა შეამცირონ კვებასთან დაკავშირებული სიმპტომები, რაც იწვევს ზრდის შეფერხებას, რომელიც გამოვლინდება პათოლოგიურად ნელი ზრდის სიჩქარით. ზრდის სიჩქარის ხანგრძლივი შემცირების მთავარი გართულებაა მუდმივი დაბალი სიმაღლე, რომელიც ხშირად დამახასიათებელია იმ ზრდასრულთათვის, რომლებსაც ჰქონდათ ბავშვობაში CD (ცებალოსი). დამატებით, ხშირად აღინიშნება შეფერხებული სქესობრივი განვითარება. ზრდის ჩამორჩენა და შეფერხებული სქესობრივი მომწიფება ხშირად წარმოადგენს პრობლემას მოზარდებისთვის, რადგან ეს მოქმედებს მათ თავმოყვარეობაზე, სოციალურ კავშირებსა და სკოლისთვის საჭირო შრომისუნარიანობაზე. ყველაზე ხშირად დაბალი თვითშეფასება ახასიათებთ მძიმე დაავადებისა და ერთი მშობლის ოჯახის ბავშვებს. სისტემური ან კუჭ-ნაწლავის სისტემისთვის არადამახასიათებელი სიმპტომები უფრო ხშირად გამოვლინდება CD-ით დაავადებულ ბავშვებში, ვიდრე UC-ის დროს. მაგალითად, CD-ის მქონე ბავშვებისთვის უფრო მეტად დამახასიათებელია: მაღალი სიცხეები, სახსრის ტკივილი, ღებინება და ზოგადად თავს ცუდად გრძნობენ, ვიდრე ზრდასრულები. იხილეთ ცხრილი 17-1 UC-სა და CD-ის ერთმანეთთან შესადარებლად.

ცხრილი 17-1. წყლულოვანი კოლიტისა და კრონის დაავადების ერთმანეთთან შედარება

პათოლოგია	წყლულოვანი კოლიტი	კრონის დაავადება
ადგილმდებარეობა	მსხვილი და სწორი ნაწლავი	შეიძლება მოიცვას მთლიანი GI სისტემა დაწყებული პირის ღრუდან ანალური ხვრელის ჩათვლით
ნაწლავის კედლის ჩართულობა	ზედაპირული(ლორწოვანი და მის ქვეშ არსებული შრეები)	ნაწლავის კედლის ყველა შრე (ტრანსმურული)
დაზიანების გავრცელება	სიმეტრიული, განგრძობითი	ასიმეტრიული, დანაწევრებული (დაუზიანებელი სეგმენტი)
კლინიკური მანიფესტაცია	**წყლულოვანი ენტეროკოლიტი**	**კრონის დაავადება**
კუჭის მოქმედების ცვლილებები	მწვავე დიარეა	მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის დიარეა
მუცლის ტკივილი	მსუბუქი, მუცლის ქვედა ნაწი-ლის	ხშირი, მწვავე
სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა	დამახასიათებელია	არ არის დამახასიათებელი
წონაში კლება	საშუალო	ხშირად მკვეთრი
პერიანალური განვითარება	იშვიათად	დამახასიათებელია
ფისტულა	იშვიათად	დამახასიათებელია

დიაგნოზი

UC-სა და CD-სთვის დამახასიათებელი სიმპტომები და კლინიკური მიმდინარეობა იმდენად მსგავსია, რომ ხშირად შეუძლებელია დიფერენციალური დიაგნოზის გაკეთება, ზოგჯერ რამდენიმე წლის განმავლობაში. დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია ისტორიის გამოკითხვის, ფიზიკური გასინჯვისა და ენდოსკოპიური ან რადიოლოგიური გამოკვლევის საშუალებით, რათა შეფასდეს დაზიანებები და მათი ადგილმდებარეობა. ენდოსკოპია მოიცავს ან სიგმოიდოსკოპიას ან კოლონოსკოპიას, რომელთა დახმარებით აკეთებენ ლორწოვანი გარსის ბიოფსიებს და შემდეგ იკვლევენ. რადიოლოგიური კვლევები მოიცავს: ბარიუმის ოყნასა და ზედა კუჭ-ნაწლავის სისტემის კონტრასტით კვლევას. ლაბორატორიული მონაცემებით შეიძლება გამოვლინდეს: ანემია, ჰიპოპროტეინემია, დარღვეული სითხისა და ელექტროლიტური ბალანსი და მომატებული ერითროციტების დალექვის სიჩქარე.

მკურნალობა

ანთებითი ნაწლავური დაავადების მკურნალობა მოიცავს: ფარმაკოლოგიურ და ქირურგიულ ჩარევასა და კვების ცვლილებებს. მიზნებია: დაავადების კონტროლი, რემისიის ხელშეწყობა და რეციდივების პრევენცია, საკმარისი რაოდენობის საკვები ნივთიერებების მიწოდება ზრდისა და განვითარებისთვის და ბავშვის დახმარება, რათა იცხოვრონ შეძლებისდაგვარად ნორმალურად (მაგ., სკოლაში დასწრება, სპორტულ აქტივობებში მონაწილეობის მიღება). ფარმაკოთერაპია მიმართულია ან ანთების შემცირებაზე ან პირდაპირ იმუნური სისტემის დაქვეითებაზე. წამლების ჯგუფს მიეკუთვნება: კორტიკოსტეროიდები, ამინოსალიცილატები, ანტიბიოტიკები და იმუნური სისტემის დამაქვეითებელი საშუალებები. კორტიკოსტეროიდები გამოიყენება საშუალო-მძიმე IBD-ის ფორმის მწვავე ეპიზოდების სამკურნალოდ. ამინოსალიცილატ აზულფიდინი (სულფასალაზინი) პირდაპირ მოქმედებს ნაწლავის ლორწოვან გარსზე, რათა შემცირდეს ანთებითი პროცესი. მეტრონიდაზოლი (ფლაგილი), ანტი-ინფექციური აგენტი, გამოიყენება CD-ის ანალური ხვრელის გარშემო არსებული გართულებების სამკურნალოდ. იმუნური სისტემის დამაქვეითებელი საშუალებები, როგორიცაა ციკლოსპორინი, გამოიყენება იმ ბავშვებში, რომლებშიც CD-ის მკურნალობა შეუძლებელია კორტიკოსტეროიდებით.

კვების მხრივ უზრუნველყოფის მიზანია დაკარგული საკვები ნივთიერებების აღდგენა, რათა მიეწოდოს საკმარისი რაოდენობის კალორიები ზრდისა და ნორმალური მეტაბოლური ფუნქციებისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ არ დადასტურებულა კონკრეტული ეფექტური კვება IBD-ის სამკურნალოდ, ზოგიერთ ადამიანში სიმპტომები მწვავდება რძის, დიდი რაოდენობის სუნელების შემცველი საკვებისა და უჯრედისის მიღების დროს. IBD-ის აქტიური ფაზის დროს ლაქტოზას შემცველი რძისა და რძის პროდუქტების მიღებისას ვითარდება: შებერილობა, ტკივილი და დიარეა. ეს წარმოადგენს პრობლემას, რადგან ბავშვთა უმეტესობის კვებაში რძის პროდუქტები შეადგენს კალორიებისა და კალციუმის ყველაზე დიდი რაოდენობის წყაროს. ლაქტოზის აუტანლობის დროს, ბავშვებში ზედმეტი კალორიის წყაროა რძე, რომელიც შეიცავს ჰიდროლიზირებულ ლაქტაზას. ზრდის ჩამორჩენის დროს ბავშვებს შეიძლება შევთავაზოთ დიდი კალორიის შემცველი თხევადი საკვები დანამატების მიღება, ხშირად არის ვიტამინებისა და მინერალების ნაკლებობა და საჭიროა მათი ჩანაცვლება. რადგანაც ცხიმების მონელება და ათვისება ხდება სწორ ნაწლავში, CD-ის მქონე ბავშვებს აქვთ ცხიმში ხსნადი ვიტამინების ნაკლებობა, როგორიცაა A, D, E და K. ელემენტების შემცველი ხელოვნური საკვები, რომელიც თითქმის მთლიანად შეიწოვება წვრილ ნაწლავში და მოუნელებელი რჩება მცირე რაოდენობა, გამოიყენება რემისიის ხელშეწყობისა და კვების სტატუსის გაუმჯობესებისთვის. ეს საკვები შეიძლება მიეწოდოს ან ორალური სახით ან ნაზოგასტრალური მილის საშუალებით ღამის დროს. ძლიერი CD-ის ფორმის მქონე ბავშვებში სრული პარენტერალური კვების (TPN) საშუალებით უმჯობესდება ზრდის ჩამორჩენა. უმეტესობა IBD-ით დაავადებული ადამიანებისთვის მცირე უჯრედისის შემცველი საკვების მიღება თერაპიული ეფექტის მქონეა.

მკურნალობის სხვა მიდგომაა ქირურგიული ჩარევა. ოპერაციის ჩვენება ბავშვებში შეიძლება იყოს UC-ის მწვავე გართულებების არსებობა, რომლებსაც მიეკუთვნება: ნაწლავის პერფორაცია, ჰემორაგია და უშედეგო სტანდარტული მკურნალობა. მუდმი-

ვი განკურნება შესაძლებელია ქირურგიულად მთლიანი მსხვილი და წვრილი ნაწლავის ამოკვეთით (პროქტოკოლექტომია). ამავდროულად ქმნიან მუდმივ ილეოსტომას. CD-ის დროს ქირურგიული ჩარევის ჩვენებებია: უშედეგო ფარმაკოლოგიური მკურნალობა, ნაწლავის შევიწროებები, ობსტრუქცია ან პერფორაცია და გაუჩერებელი სისხლდენა ან დიარეა. ნაწლავის დაზიანებულ ნაწილს ამოკვეთენ ან ამოჭრიან და დაუზიანებელი ნაწლავის ორ დაბოლოებას ერთმანეთთან ამაგრებენ ან აკეთებენ ანასტომოზს. CD-ის განკურნება შეუძლებელია ქირურგიული ჩარევით, რადგან დაზიანებები განიცდის რეციდივს ნაწლავის სხვა ადგილებში.

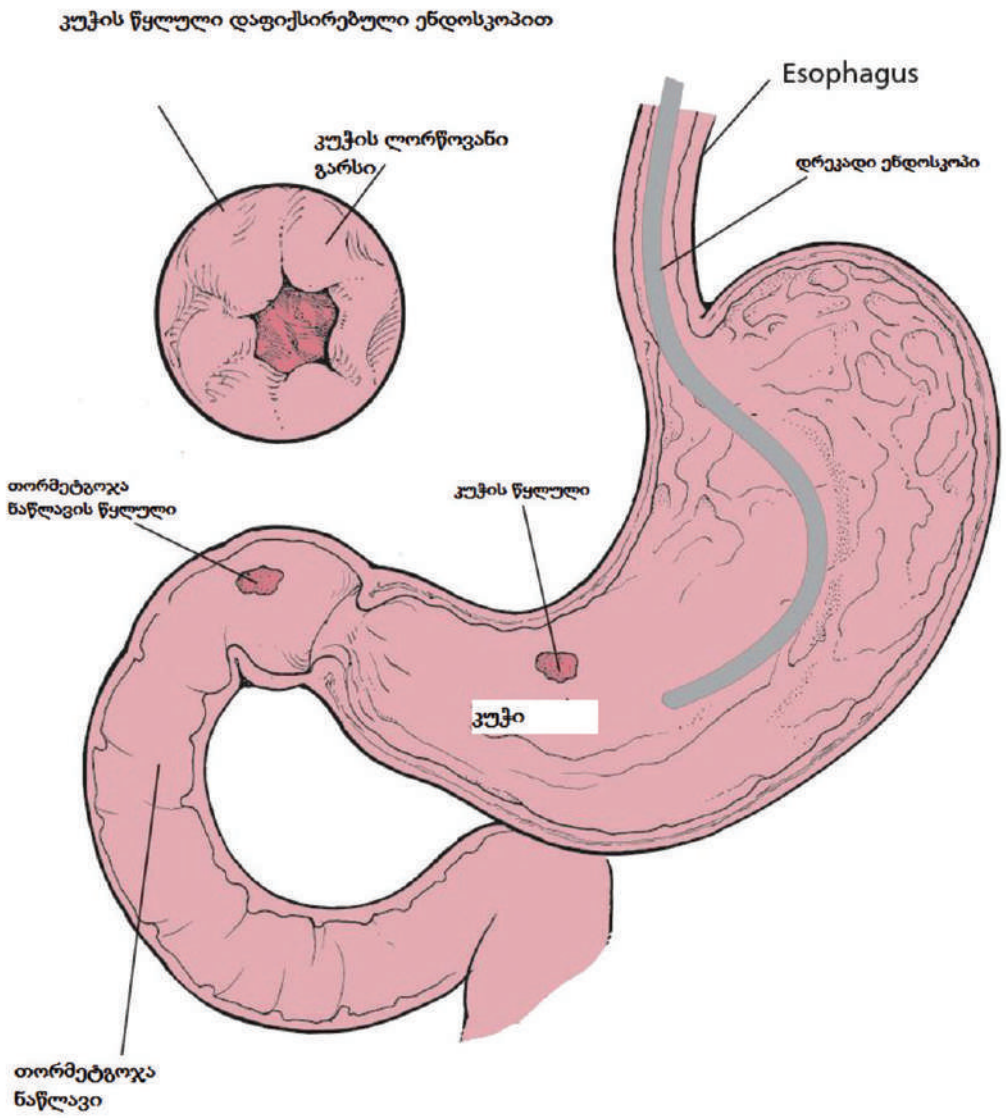
საექთნო მართვა

საექთნო მოვლა მოიცავს: წამლებისა და კვების მართვას, ემოციურ მხარდაჭერასა და საზოგადოებაში განხილვებს. შესაძლოა წარმოიქმნას უთანხმოება ბავშვსა და მომვლელებს შორის წამლების დანიშნულებაზე. IBD-ის რემისიის ფაზის დროს ბავშვი შეიძლება ვერ ხვდებოდეს წამლების მიღების აუცილებლობას. ბავშვებისთვის ხშირად რთულია იმის გაცნობიერება, რომ დაავადება მას ისევ აქვს, თუმცა სიმპტომები არ არის გამოვლენილი. ექთანმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს წამლების მიღების გაგრძელების საჭიროებაზე, მიუხედავად სიმპტომების არარსებობისა. ექთანმა შეიძლება მიაწოდოს ინფორმაცია IBD-ის სამკურნალოდ გამოყენებული წამლებისა და მათი გვერდითი ეფექტების შესახებ და ყურადღება უნდა გაამახვილოს, რომ მიუხედავად სიმპტომების რემისიისა, საჭიროა მათი მიღების გაგრძელება. კორტიკოსტეროიდების გვერდითი მოვლენებია: მადისა და წონის მატება, გაზრდილი მიდრეკილება ინფექციების მიმართ, გაზრდილი ოსტეოპოროზისა და მენჯის ასეპტიური ნეკროზის რისკი, აკნე, დამრგვალებული სახე და პიროვნული ცვლილებები. აზულფიდინის (სულფასალაზინი) გვერდითი მოვლენებია: გაღიზიანებული კუჭ-ნაწლავის სისტემა, გულისრევა, ღებინება, ალერგიული რეაქციები, **კრისტალურია** (შარდში კრისტალების არსებობა) და ძვლის ტვინის დაქვეითებული ფუნქცია. წამლის სრული დოზა უნდა მიეწოდოს თანაბრად განაწილებული დოზებით და კვების შემდეგ, რათა შემცირდეს კუჭ-ნაწლავის სისტემის გაღიზიანება. ბავშვი უნდა წავახალისოთ, რომ თითოეული დოზის მიღებისას დალიოს ერთი სავსე ჭიქა წყალი, რათა კრისტალურიის განვითარების პრევენცია მოხდეს.

IBD-ის დროს მნიშვნელოვანია ემოციური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა. ქრონიკული დაავადებისთვის დამახასიათებელი ეფექტების გარდა, IBD-ით დაავადებულ ბავშვებსა და მოზარდებში ხშირი გამოვლინებაა: დეპრესია, შფოთვა და დაბალი თვითშეფასება. ძალიან მნიშვნელოვანია ფსიქოლოგიური პრობლემების ადრეული აღმოჩენა, რადგან შესაფერისი მართვისა და ფსიქოლოგიური თერაპიის საშუალებით ხდება პრევენცია დამატებითი ფსიქოპათოლოგიური პრობლემების განვითარებისა. ხშირად კონსულტაცია სჭირდება როგორც ბავშვს, ისე ოჯახსაც. მხარდაჭერისთვის შექმნილი ჯგუფები ასევე ეხმარება ბავშვსა და მომვლელებს დიაგნოზთან და დაავადებასთან შეგუებაში. ექთანმა უნდა შეაფასოს დაავადების ეფექტები, რომელიც გამოვლინდება დარღვეული საზოგადოებრივი აქტივობებითა და სკოლის გაცდენებით. შეიძლება საჭირო გახდეს სკოლის აქტივობების შეცვლა (მაგ., სპორტული დარბაზისა და სააბაზანოს პრიორიტეტები).

პეპტიური წყლული

პეპტიური წყლული ვითარდება მაშინ, როდესაც კუჭ-ნაწლავის სისტემის ლორწოვან კედელში წარმოიქმნება ეროზია. ყველაზე ხშირად ის ვითარდება კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში. ის შეიძლება მიზეზის მხრივ იყოს პირველადი ან მეორეული, ხოლო ადგილმდებარეობის მხრივ – კუჭში ან თორმეტგოჯა ნაწლავში. პირველადი წყლულები წარმოიქმნება სხვა გამომწვევი დაავადების არარსებობის შემთხვევაში და იმ ადამიანებში, რომლებსაც აქვთ დაავადების ოჯახური ისტორია. მეორეული ანუ სტრესთან დაკავშირებული წყლულების მიზეზია მწვავე ფიზიოლოგიური სტრესი სისტემური დაავადების ან დაზიანების მიერ გამოწვეული, რომელსაც მიეკუთვნება: შოკი, სეფსისი, დამწვრობები ან ქირურგიული პროცედურა. კონკრეტულ წამლებსაც ასევე შეუძლიათ მეორეული წყლულების გამოწვევა. კუჭში არსებული წყლულები ძირითადად წარმოიქმნება კუჭის მცირე სიმრუდეზე, ფსკერისა და პილორუსის დაკავშირების ადგილას. თორმეტგოჯა ნაწლავში განვითარებული წყლულები წარმოიქმნება პილორუსში ან თორმეტგოჯა ნაწლავში. სურათში 17-13 ასახულია პეპტიკური წყლულების განვითარების ყველაზე ხშირი ადგილები.



სურათი 17-13. კუჭის წყლულოვანი დაავადებისათვის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციები

სიხშირე და ეტიოლოგია

პეპტიკური წყლულის ზუსტი სიხშირე უცნობია; თუმცა, ენდოსკოპის ხშირ გამოყენებასთან ერთად, გაიზარდა შემთხვევების აღმოჩენისა და დიაგნოზის დასმის რაოდენობა. პირველადი წყლულები ყველაზე ხშირად ვითარდება უფროს ბავშვებსა და მოზარდებში. 6 წლამდე წყლულების უმეტესობა არის მეორეული. კუჭის წყლულები იშვიათია ბავშვებში, ხოლო თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულები გვხვდება ყველაზე ხშირად. პეპტიკური წყლულები უფრო ხშირია ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში.

ზუსტი გამომწვევი მიზეზი უცნობია; თუმცა, აღმოაჩინეს რამდენიმე ფაქტორის ჩართულობა. არსებობს კავშირი ჩხირისებრი ბაქტერიის, *ჰელიკობაქტერ პილორისსა* (H. pylori), და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულებს შორის. ეს ორგანიზმი ვრცელდება ფეკალ-ორალური გზით და უფრო ხშირია დაბალი სოციოეკონომიკური სტატუსის მქონე ადგილებსა და განვითარებად ქვეყნებში. კონკრეტული წამლები იწვევს პეპტიკურ წყლულს; მაგალითად: არასტეროიდული ანტი ანთებითი წამლები, როგორიც არის ასპირი და იბუპროფენი (ადვილი), კორტიკოსტეროიდები, თამბაქო და ალკოჰოლი. ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში მნიშვნელოვან ეტიოლოგიურ ფაქტორებს მიეკუთვნებოდა კვება და ფსიქოლოგიური ფაქტორები; თუმცა, არ არსებობს ზუსტი მტკიცებულება იმისა, რომ ისინი იწვევს პეპტიკურ წყლულს.

პათოფიზიოლოგია

კუჭში არსებული პარიეტალური უჯრედები გამოყოფენ მარილმჟავას (HCl) მონელების პროცესში; სხვა უჯრედები გამოყოფენ პეპსინოგენს, რომელიც გარდაიქმნება პეპსინად, როდესაც გააქტიურდება HCl-ის მიერ, რაც ამატებს კუჭში მჟავიანობას. კუჭის ეპითელური უჯრედებიდან გამოიყოფა ლორწოვანი-ბიკარბონატული ბარიერი, რაც იცავს მჟავიანობისა და პეპსინისგან. წყლულები ვითარდება, როდესაც ნივთიერება ასტიმულირებს დიდი რაოდენობით HCl-ის წარმოქმნას, აზიანებს ლორწოვან ბარიერს ან ამცირებს ლორწოს წარმოქმნას.

კლინიკური გამოვლინებები

ბავშვებში პეპტიკური წყლულის ნიშნები და სიმპტომები განსხვავდება ასაკის მიხედვით. ასაკის შესაბამისი კლინიკური გამოვლინებები აღწერილია ცხრილში 17-2.

ცხრილი 17-2. პეპტიკური წყლულის ასაკის შესაბამისი კლინიკური გამოვლინებები

ასაკი	კლინიკური გამოვლინებები
0-3 წელი	**პირველადი წყლულები:** ანორექსია, ღებინება, მელენა, ჰემატემეზი, კვების შემდეგ ტირილი. **მეორეული წყლულები:** ჰემორაგია და პერფორაცია.
3-6 წელი	**პირველადი წყლულები:** კვებასთან დაკავშირებული ღებინება, ჭიპის ირგვლივ ან ზოგადი ტკივილი. **მეორეული წყლულები:** მელენა, ჰემატემეზი, პერფორაცია
6-18 წელი	მელენა, ჰემატემეზი, ფარული სისხლდენა, ანემია.

დიაგნოზი

თუ ბავშვში ეჭვობენ პეპტიკურ წყლულს, ხშირად გამოკვლევის პირველი მეთოდია ზედა GI სისტემის ბარიუმი, რომლის დროს აღმოაჩენენ წყლულის კრატერს; თუმცა, ექიმს არ შეუძლია ლორწოვანის ბიოფსიის გაკეთება, რათა დადგინდეს *H. pylori*-ის არსებობა. უფრო ზუსტი მეთოდია ზედა GI სისტემის ენდოსკოპიური კვლევა, რომლის საშუალებით პირდაპირ ჩანს წყლულის კრატერი და შესაძლებელია ბიოფსია ორგანიზმის აღმოსაჩენად. ასევე ხელსაყრელია სისხლის ანალიზი, რომლის საშუალებით დგინდება *H. pylori*-ის მიმართ განვითარებული ანტისხეულების არსებობა. ფარული სისხლდენისთვის იკვლევენ განავალს, რათა დაისვას GI სისხლდენის დიაგნოზი. *H. pylori*-ის სკრინინგისთვის იყენებენ ამოსუნთქული ჰაერის ნახშირბადში შარდოვანას არსებობის დადგენის ტესტს, რომლის დროს ზომავენ კუჭის ლორწოვანზე ბაქტერიების კოლონიზაციას. სხვა მეთოდები, როგორიცაა განავალში პოლიკლონური ან მონოკლონური ანტიგენის ტესტები, გამოიყენება *H. pylori*-ის თავდაპირველი დიაგნოზისთვის და მკურნალობის შემდეგ მისი არარსებობის დასადასტურებლად.

მკურნალობა

მკურნალობის მიზნებია: ტკივილის შემსუბუქება, გამოჯანმრთელების დაჩქარება და გართულებების პრევენცია. ფარმაკოთერაპია არის მთავარი მეთოდი წყლულების მართვისთვის. ფარმაკოთერაპიის მექანიზმებია:

- კუჭის წვენის მჟავის განეიტრალება ან ტიტრაცია (ანტაციდები);
- კუჭის წვენის მჟავის შემცირებული გამოყოფა (ჰისტამინის რეცეპტორის ანტაგონისტები);
- კუჭის წვენის მჟავის გამოყოფის დაქვეითება ან ინჰიბირება (პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები);
- ლორწოვანი ბარიერის დაცვა (ლორწოვანი ბარიერის გამაძლიერებლები) პეპსინისა და HCL-ის მოქმედების შემცირებით;
- *ჰელიკობაქტერული* ინფექციების მკურნალობა (ანტიბიოტიკები და ბისმუტის პრეპარატები);

ანტაციდები ამცირებს დისკომფორტსა და ტკივილს, მაგრამ არ აქვს ეფექტი წყლულის შეხორცებაზე ან რეციდივის პრევენციაზე. ხშირად ანტაციდებს აწოდებენ თითოეული კვების შემდეგ 1-3 საათში და დაძინებისას. ანტაციდები იშვიათად გამოიყენება ახალგაზრდა ბავშვებში. ყველაზე ხშირი პეპტიკური წყლულის სამკურნალო ჰისტამინის (H) რეცეპტორის ანტაგონისტებია: რანიტიდინი (ზანტაკი), ციმეტიდინი (ტაგამეტი) და ფამოტიდინი (პეპციდი), რომლებსაც აქვს რამდენიმე გვერდითი მოვლენა, როგორიც არის: ძირითადად დიარეა ან ყაბზობა, თავის ტკივილი და გამონაყარი. ზოგიერთ შემთხვევაში ბავშვებში გამოიყენება პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები, რომელიც ეფექტურად ამცირებს ან აინჰიბირებს კუჭის წვენის მჟავის გამოყოფას. ომეპრაზოლს (პრილოსეკი), რომელიც არის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირად დანიშნული პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორი, აქვს უმნიშვნელო გვერდითი მოვლენები, რომელიც მსგავსია

H-რეცეპტორების ანტაგონისტებისა. ლორწოვანი ბარიერის გამაძლიერებლები, როგორიც არის სუკრალფატი (კარაფატი), ფარავს კუჭს, უკავშირდება წყლულის ზედაპირს და აძლიერებს კუჭის დამცველობით ლორწოვან გარსს, რათა მოხდეს დამატებითი HCl-ის პრევენცია და პეპსინის მონელების მოქმედება. მისი მიღება ხდება ცარიელ კუჭზე კვებამდე 1 საათით ადრე ან 2 საათის შემდეგ და დაძინებისას და მისი ხშირი გვერდითი მოვლენაა ყაბზობა. იმ პეპტიკური წყლულის განკურნება, რომელიც დაკავშირებულია *H. pylori*-თან, მოითხოვს ორგანიზმის განადგურებას. ხელსაყრელი თერაპიული რეჟიმი ჯერ კიდევ არ არის დადგენილი; თუმცა, ბავშვებს ყველაზე ხშირად უნიშნავენ ანტიბიოტიკებს, როგორიც არის მეტრონიდაზოლი (ფლაგილი) და ამპიცილინი, ბისმუტ სალიცილატთან (პეპტო-ბისმოლი) ერთად. დიეტურ თერაპიას არ მიმართავენ წყლულების სამკურნალოდ, რადგან კვების შეზღუდვა ხელს არ უწყობს ან აჩქარებს გამოჯანმრთელებას. ქირურგიულ ჩარევას იშვიათად იყენებენ ბავშვებში, მაგრამ მისი ჩვენებებია: პერფორაცია, ჰემორაგია ან პილორუსის ობსტრუქცია.

საექთნო მართვა და ოჯახის სწავლება

რადგანაც პეპტიკური წყლულის მკურნალობა ძირითადად მიმდინარეობს სახლში მომვლელების მიერ, მნიშვნელოვანი საექთნო ჩარევაა მათთვის განათლების მიწოდება. მნიშვნელოვანია, მკურნალობის რეჟიმის დაცვა წყლულის მოსარჩენად და რეციდივების პრევენციისთვის; ამგვარად, ბავშვმა და მომვლელებმა უნდა გააცნობიერონ თითოეული წამლის მიღების საჭიროება, მიწოდების განრიგი და გვერდითი მოვლენები. ექთანი უხსნის, რომ სპეციალური დიეტა არ არის საჭირო, მაგრამ ბავშვმა თავიდან უნდა აირიდოს იმ ნივთიერებების მიღება, რომელიც ზრდის მჟავის გამოყოფას, როგორიცაა კოფეინის შემცველი სასმელები (ყავა, ჩაი, კოკა-კოლა). ნებისმიერ საკვებს ან სასმელს, რომელიც იწვევს დისკომფორტსა და ტკივილს, უნდა მოერიდოს. უფროს ბავშვებსა და მოზარდებს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, თუ როგორ აღიზიანებს კუჭსა და იწვევს წყლულს ალკოჰოლი და სიგარეტის მოწევა. მნიშვნელოვანია, რომ მომვლელებმა იცოდნენ წყლულის გართულებების ნიშნები და სიმპტომები, რომელთა აღმოჩენისას დაუყოვნებლივ უნდა შეატყობინონ საკუთარ ექიმს. **მელენა** (შავი ან კუპრისებრი განავალი, რაც მიგვანიშნებს სისხლის არსებობას) ან **ჰემატემეზი** (სისხლიანი ღებინება) მიუთითებს სისხლჩაქცევას; ხოლო ძლიერი მუცლის ტკივილი და რიგიდული მუცელი – შესაძლოა პერფორაციას.

ექთნის როლი მნიშვნელოვანია მეორეული ანუ სტრესით გამოწვეული წყლულების პრევენციაში, რომლის მიზეზია ფიზიოლოგიური სტრესი ან კონკრეტული წამლები, და ამის განხორციელება შესაძლებელია იმ ჩვილებისა და ბავშვების ამოცნობით, რომლებსაც შესაძლოა ჰქონდეთ წყლულების განვითარების რისკი. მწვავედ დაავადებულ ადამიანებში კუჭის pH-ის 3.5-ზე მეტის შენარჩუნების საშუალებით ხდება წყლულების წარმოქმნის პრევენცია. ამგვარად, კუჭის pH-ის მონაცემები უნდა შემოწმდეს ხშირად და ძალიან დაბალი შედეგისას აუცილებელია მკურნალობა. გარდა ამისა, იმ ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ სტრესული წყლულების წარმოქმნის მაღალი რისკი, შეიძლება პროფილაქტიკის მიზნით მიეწოდოთ ჰისტამინი 2-ის ინჰიბიტორები.

ნეკროზული ენტეროკოლიტი

ნეკროზული ენტეროკოლიტი (NEC) არის დღენაკლული ახალშობილების სიცოცხლისთვის სახიფათო მდგომარეობა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია წვრილი და მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ნეკროზი და ყველაზე ხშირად ვითარდება დისტალურ თეძოს ნაწლავსა და პროქსიმალურ მსხვილ ნაწლავში. ამ ასაკის ჯგუფში ის არის ყველაზე ხშირი გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევის საჭიროების მდგომარეობა. ნეკროზი შეიძლება წარმოიქმნას ზედაპირზე და მისი დანახვა მხოლოდ შესაძლებელი იყოს მიკროსკოპის ქვეშ, ან შეიძლება განვითარდეს ნაწლავის კედელში. მსუბუქი დაავადების სრული განკურნება შესაძლებელია, თუმცა იმ ჩვილებში, რომლებშიც ის ფართოდ არის გავრცელებული, იწვევს სიკვდილს.

სიხშირე და ეტიოლოგია

NEC ხშირია ნაადრევ, დაბალი წონის ახალშობილებში და იშვიათია დროულ ჩვილებში. NEC ვითარდება ძალიან დაბალი დაბადების წონის მქონე ჩვილების თითქმის 7%-ში. ის თანაბრად განაწილებულია ყველა რასასა და სქესს შორის. სიხშირე ბოლო წლებში გაიზარდა, რადგან გაუმჯობესდა სიცოცხლის ხანგრძლივობა მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებში. ზუსტი NEC-ის გამომწვევი მიზეზი უცნობია; თუმცა, მის განვითარებაში ჩართულია რამდენიმე ფაქტორი, რომელსაც მიეკუთვნება: ნაწლავის იშემია, ნაწლავში ბაქტერიების გამრავლება და ჰიპერტონული ხსნარების არსებობა ნაწლავის სანათურში, ძირითადად ხელოვნური საკვები. ნაწლავის იშემიის შესაძლო მიზეზებია: პერინატალური ასფიქსია, რესპირატორული დისტრეს სინდრომი, გადასხმები და უმბილიკალური არტერიის კათეტერები. დავა მიმდინარეობს კვების სხვადასხვა მეთოდების შესახებ, როგორც შესაძლო გამომწვევი მიზეზის, რომელიც მოიცავს: დაბადებისას პირველ 48 საათში ახალშობილის კვებას, ძუძუს რძის ნაცვლად ხელოვნური რძის გამოყენებასა და ჰიპერტონული ხსნარების ენტერალურად მიწოდებას, მაგალითად, ხელოვნური საკვების.

პათოფიზიოლოგია

NEC ვითარდება დღენაკლულ ახალშობილებში, რომელთა ნაწლავი დაზიანებულია და შედეგად ვითარდება სისხლძარღვოვანი ბლოკადა, რაც იწვევს შემცირებულ სისხლის დინებას ნაწლავში და მისი ლორწოვანი გარსის იშემიას. დარღვეული ნაწლავის ლორწოვანი ბარიერისას იზრდება ინფექციის მიდრეკილება. შემდეგ ნორმალური ფლორის ნაწლავური ბაქტერია ახდენს **ჰიდროლიზს** (ნივთიერების დაშლა მის შემადგენელ ნაწილებად წყლის დამატებისას) ნაწლავში არსებული ხელოვნური საკვებისა, რომლის შედეგად ვითარდება მეტეორიზმი ანუ ნაწლავში გროვდება აირები, რასაც ეწოდება **პნევმატოზური ნაწლავი**. ვითარდება ნაწლავის შეშუპება და იზრდება მისი დიამეტრი. ნაწლავის კედელში ბაქტერიების პროგრესული ინფილტრაცია იწვევს ქსოვილის უფრო მკვეთრ ანთებას, განადგურებასა და ნეკროზს. შესაძლებელია განვითარდეს სეფსისი და ნაწლავის პერფორაცია.

კლინიკური გამოვლინებები

კლასიკური დამახასიათებელი სიმპტომების ჯგუფი NEC-ით დაავადებული ახალშობილისა არის: მუცლის ტკივილი შეხებისას, სისხლიანი განავალი, შემცირებული ნაწლავური ხმები, მომატებული **ნარჩენი საკვები კუჭში** (მილის საშუალებით საკვების მიწოდებისას, საკვები ნივთიერებები რჩება კუჭში) და კვების შემდეგ ნაღველის შემცველი ღებინება. მდგომარეობის დამძიმების კლინიკური გამოვლინებებია: აპნოე და ბრადიკარდია, ლეთარგია, არარეგულარული ტემპერატურა, შარდის შემცირებული გამოყოფა, გაუარესებული მუცლის შებერილობა და შოკის ნიშნები (ცივი და აჭრელებული კანი, სიფერმკრთალე, პერიფერიული პულსების შემცირებული ინტენსივობა). მდგომარეობის გაუარესების გვიანი გამოვლინებაა ჰიპოტენზია. NEC-ის გართულებების დაგვიანებული მკურნალობისას შესაძლოა განვითარდეს: აციდოზი, სეფსისი და სიკვდილი.

დიაგნოზი

დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია კლინიკური გამოვლინებებითა და მუცლის რენტგენოგრამის საშუალებით. რადიოგრაფიულად NEC-ის დროს გამოვლინდება: გაფართოებული ნაწლავის მარყუჟები და პნევმატოზური ნაწლავი. **პნევმოპერიტონეუმი**, ანუ პერიტონეუმის სივრცეში თავისუფალი აირის არსებობა, ან პორტულ ცირკულაციაში აირი, მიუთითებს მწვავე დაავადებას და ნაწლავის პერფორაციას.

მკურნალობა

თუ NEC-ის დიაგნოზი დაისვა ადრეულ სტადიაზე და პერფორაციის საპრევენციოდ დაუყოვნებლივ დაიწყო მკურნალობა, მაშინ ჩვილი შეიძლება გამოჯანმრთელდეს ქირურგიული ჩარევის საჭიროების გარეშე. საწყისი მკურნალობა მოიცავს:

- საკვების ორალურად მიწოდების შეწყვეტას;
- კუჭის მუდმივ დრენაჟსა და მოდუნებას NG მილის საშუალებით;
- ჟანგბადის გაჯერებულობის შენარჩუნებას (თუ საჭიროა ხელოვნური სუნთქვის აპარატის გამოყენება);
- პარენტერალურად კვებისთვის IV სითხეების მიწოდებას, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების მიღებასა და მჟავე-ტუტოვანი და ელექტროლიტური ბალანსის აღდგენას;
- პრობიოტიკებისა და პრებიოტიკების მიწოდებას.

პრობიოტიკები არის ცოცხალი მიკროორგანიზმები, რომელიც არის მსგავსი ადამიანის კუჭ-ნაწლავში არსებული სარგებლის მომტანი მიკროორგანიზმებისა. მათ ასევე ეწოდებათ ,,მეგობრული ბაქტერია'' ან ,,კარგი ბაქტერია". პრებიოტიკები არის მოუნელებელი საკვები ნივთიერებები, რომელიც გადადის მომნელებელ სისტემაში და ხელს უწყობს კარგი ბაქტერიების გამრავლებას, განვითარებასა და მათ იცავს დაზიანებისგან. მნიშვნელოვანია ლაბორატორიული მონაცემების ხშირი შემოწმება, რათა დრო-

ულად აღმოაჩინონ ჩვილის მდგომარეობის გაუარესება. ხშირად დანიშნული ტესტებია: სისხლში აირები, ლეიკოციტების რაოდენობა, ჰემატოკრიტი, თრომბოციტების რაოდენობა, ელექტროლიტები და მუცლის რენტგენი.

მიუხედავად შესაბამისი სამედიცინო მკურნალობისა, შემთხვევების 20-60%-ში აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა, რომლის ჩვენებებია: თუ ჩვილში გამოხატული იქნება პერფორაციის ნიშნები, ადგილობრივი პერიტონიტი, ხანგრძლივი მეტაბოლური აციდოზი ან მიუხედავად რეგულარული სამედიცინო მკურნალობისა, გაუარესებული მდგომარეობა.

მნიშვნელოვანია ნეკროზული ნაწლავის ამოკვეთა და მასშტაბური ოპერაციისას ნაწლავს უცვლიან მიმართულებას დროებითი ილეოსტომას, მლივ ნაწლავში სტომას ჩაყენების ან კოლოსტომას საშუალებით. ოპერაციის შემდგომი გართულებებია: ნაწლავის ობსტრუქცია, რომლის მიზეზია ნაწლავის იშემიური ნაწილების შევიწროებები და მოკლე ნაწლავის სინდრომი, რომელსაც ახასიათებს: მალაბსორბცია, არასაკმარისი საკვების მიღება და ზრდის ჩამორჩენა.

საექთნო მართვა

ექთნის უმთავრესი პასუხისმგებლობაა NEC-ის ცოდნა და მუდმივად შეფასება მისი ადრეული ნიშნებისა. ხშირად ზომავენ წელის გარშემოწერილობას შებერილობის აღმოსაჩენად. კვებამდე ზომავენ კუჭში არსებულ საკვებ ნარჩენებს, რათა დადგინდეს მოცულობა იზრდება თუ არა, რაც მიუთითებს მალაბსორბციას. ასევე აფასებენ ნაწლავური ხმების არსებობას, რათა აღმოაჩინონ შემცირებული ნაწლავური აქტივობა და ყველა განავალს აკვირდებიან სისხლის აღმოსაჩენად. NEC-ის დიაგნოზის დასმისას, საექთნო ჩარევებს მიეკუთვნება: მიღებული პროდუქტების მიღებისა და გამოყოფის გაზომვა, სასიცოცხლო ნიშნების ხშირი შემოწმება, IV თერაპიის შენარჩუნება და მუდმივი შეფასება, რათა აღმოაჩინონ ჩვილის მდგომარეობაში ცვლილებები. სასიცოცხლო ნიშნებს აკვირდებიან ცვლილების დასადგენად, რომლის დროს შეიძლება აღმოაჩინონ: გარდაუვალი სეფსისი ან პერფორაციით გამოწვეული შოკი, პერიტონიტი და ელექტროლიტების დარღვეული ბალანსი. როდესაც კვლავ აწვდიან ორალურად საკვებს, ექთანი უნდა დააკვირდეს, თუ როგორი რეაქცია და ამტანობა ექნება ჩვილს, რადგან NEC-მა შეიძლება განიცადოს რეციდივი. დადასტურდა, რომ ძუძუთი კვებისას შესაძლებელია NEC-ის პრევენცია. დაბადებისას დაბალი წონადობის მქონე ჩვილის მშობლებს ექთანმა უნდა აუხსნას ძუძუთი კვების დაწყების აუცილებლობა რაც შეიძლება სწრაფად.

მალაბსორბციული ცვლილებები

მალაბსორბცია ვითარდება მონელების პროცესის დარღვევის დროს, რაც იწვევს საკვები ნივთიერებების არასაკმარის მონელებას. ჩვილებსა და ბავშვებში აბსორბციასთან დაკავშირებული ხშირი პრობლემები განიხილება, როგორც: ცელიაკია და ლაქტოზას აუტანლობა.

ცელიაკია

ცელიაკია, რომელსაც ასევე ეწოდება გლუტენზე მგრძნობიარე ენტეროპათია, გამოწვეულია ცილა გლუტენის მუდმივი აუტანლობით, რომელიც შედის ხორბლის, ჭვავისა და შვრიას შემადგენლობაში. ის ცისტური ფიბროზის შემდეგ არის მეორე ყველაზე ხშირი მალაბსორბციის გამომწვევი მიზეზი ბავშვებში.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ცელიაკია არის გენეტიკური დაავადება, რომელიც ვითარდება ყველა რასის ადამიანში, მაგრამ უფრო ხშირად კავკასიელებში. სიხშირე განსხვავებულია რეგიონებს შორის და უფრო ფართოდ გავრცელებულია ევროპაში, ვიდრე აშშ-ში. აშშ-ში ყოველი 3000 თეთრკანიანი ადამიანიდან ვითარდება 1-ში. დაავადების არსებობა ემთხვევა იმ საკვები პროდუქტების შემოტანას, რომელიც შეიცავს გლუტენს. უფრო ხშირია იმ ბავშვებში, რომლებსაც აქვთ: ტიპი I დიაბეტი, ფარისებრის დაავადება, დაუნის სინდრომი და ცელიაკიის ოჯახური ისტორია.

პათოფიზიოლოგია

ცელიაკიას განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს გენეტიკური წინასწარგანწყობა. ცელიაკიათი დაავადებული ადამიანების თითქმის 100%-ში აღმოჩენილია რამდენიმე გენი, რომელიც მდებარეობს მეექვსე ქრომოსომის HLA უბანზე. ზუსტი მექანიზმი, რომლის მიხედვითაც გლუტენი აზიანებს წვრილი ნაწლავის ლორწოვან გარსს დაუდგენელია. ერთ-ერთი თეორიის მიხედვით, გლუტენის ტოქსიკურობის მიზეზია იმუნოლოგიურ პასუხში ცვლილება. გლუტენი შედგება ორი ცილოვანი კომპონენტისგან: გლუტენინისა და გლიადინისგან. აღმოჩნდა, რომ დაზიანების გამომწვევი ცილაა გლიადინი, რომელიც ასრულებს ანტიგენის როლს და იწვევს იმუნურ პასუხს, რომლის შედეგად ვითარდება წვრილი ნაწლავის ანთება და თითების მსგავსი გამონაზარდების, ანუ ხაოების, დაზიანება. ხაოები ბრტყელდება და განიცდის ატროფიას, რაც ამცირებს შეწოვისთვის განკუთვნილ ზედაპირის ფართობს. თავდაპირველად, ირღვევა ცხიმის შეწოვა, შემდეგ ცილების, ნახშირწყლებისა და ცხიმში ხსნადი ვიტამინების (A, D, E, K).

კლინიკური გამოვლინებები

ცელიაკიას ადრეული კლინიკური ნიშნები სუსტად გამოვლინდება და მოიცავს: ანორექსიას, გაღიზიანებადობას, აპათიასა და წონის კლებას. დაავადების წინსვლასთან ერთად ვითარდება მუცლის შებერილობა და ქრონიკული დიარეა, ხოლო განავალში ჩნდება დიდი რაოდენობით მოუნელებელი ცხიმოვანი ნივთიერებები (**სტეატორეა**). განავალი არის დიდი ზომის, მონაცრისფრო, ცუდი სუნის მქონე, ცხიმოვანი და ხშირად ტივტივებს დიდი რაოდენობით ცხიმოვანი ნივთიერებების არსებობის გამო. წინსვლისთვის დამახასიათებელი ნიშნებია: გამოწეული მუცელი, შემცირებული კანქვეშა ცხიმი და კუნთის განლევა ჰიპოპროტეინემიის გამო. ბავშვი შეიძლება იყოს ფერმკრთალი ანემიის გამო და ჩალურჯებები შეიძლება გაჩნდეს არასაკმარისი რაოდენობით ვიტამინ K-ს შეწოვიდან გამომდინარე. გვიან გამოვლინდება: ზრდის მკვეთრი ჩამორჩენა, ოსტეოპოროზი და მოზარდობის დროს დაყოვნებული მენსტრუაციის ან მომწიფების დაწყება.

დიაგნოზი

ხშირად ნიშნავენ სეროლოგიურ ტესტებს, რათა აღმოაჩინონ იმუნოგლობულინ A-ს საწინააღმდეგო ადამიანის ქსოვილის ტრანსგლუტამინაზა (tTG). მსგავსი დიაგნოსტიკური სიზუსტით გამოირჩევა იმუნოფლურესცენციული IgA-ს ენდომიზიალური ანტისხეულის (EMA) ტესტი, რომელიც უფრო მეტად სპეციფიკურია. ლაბორატორიული ტესტებით შეიძლება შეფასდეს მალაბროსბცია და კვების ნაკლებობა. უფრო მეტი ტესტების გამოყენება ზრდის დიაგნოზის სიზუსტეს. თუ სეროლოგიური ტესტი არის tTG დადებითი, ზუსტი დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია წვრილი ნაწლავის ბიოფსიით, სადაც გამოჩნდება ხაოების ატროფია და ნაწლავის ლორწოვან გარსზე ღრმულები. ეს დამახასიათებელი დაზიანებები ქრება კვებაში გლუტენის შეზღუდვის შემდეგ, რაც დამატებით ადასტურებს დიაგნოზს.

მკურნალობა

სამედიცინო მართვა გულისხმობს მთელი ცხოვრების განმავლობაში არაგლუტენის შემცველ დიეტას. მკურნალობის მთავარი მიზანია კვების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება და ამ პროცესში ჩართულია: ექიმი, ექთანი, დიეტოლოგი, მომვლელები, ოჯახის სხვა წევრები და ბავშვი. ხორბლის, ქერის, ჭვავისა და შვრიის ამოღება ხდება კვებიდან და ანაცვლებენ ბრინჯით, მარცვლითა და ფეტვით. შეიძლება გამოიყენონ კონკრეტული საკვები დანამატები, რათა გამოსწორდეს დეფიციტური მდგომარეობები, რომელსაც ყველაზე ხშირად მიეკუთვნება: რკინა, ფოლიუმის მჟავა, კალციუმი და ცხიმში ხსნადი ვიტამინები. გლუტენის აუტანლობა არის მუდმივი და თუ დაირღვა არაგლუტენის შემცველი დიეტა, შეიძლება გაამწვავოს სიმპტომები.

საექთნო მართვა და ოჯახის სწავლება

საექთნო მოვლის ხანგრძლივი მიზანია კვების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება და ზედამხედველობა. ექთანი უხსნის მომვლელებს დაავადების პროცესს, ნიშნებსა და სიმპტომებს და არაგლუტენის შემცველი დიეტის მნიშვნელობას. დიეტოლოგი უნდა იყოს ჩართული კვების დაგეგმვაში, ინფორმაციისა და არაგლუტენის შემცველი საკვები პროდუქტებისა და რეცეპტების მიწოდებაში. ოჯახებს ასწავლიან, რომ წაიკითხონ შემცველობა კომერციულად მომზადებული ყველა საკვები პროდუქტებისა, რათა აღმოაჩინონ გლუტენის ან გლუტენის შემცველი დანამატების არსებობა, როგორიც არის მცენარეული ჰიდროლიზებული ცილა. საკვების შესაწვავად გამოყენებული ცხიმები შეიძლება შეიცავდეს გლუტენს და ამიტომაც ოჯახი ფრთხილად უნდა იყოს სწრაფი კვების პროდუქტების მიღებისას.

ხშირად ბავშვებისთვის და მათი ოჯახებისთვის არაგლუტენის შემცველი დიეტის დაცვა დარდთან არის დაკავშირებული და შეიძლება გაუჭირდეთ იმის აღქმა, რომ კვებასთან ასოცირებულმა ასეთმა მთავარმა მოთხოვნამ შეიძლება ზიანი მოუტანოს ბავშვს. მომვლელები წინასწარ უნდა იყვნენ გაფრთხილებულები, რომ ბევრ მოზარდს განსაკუთრებით უჭირს დიეტურ შეზღუდვებთან შეგუება და შეიძლება გასინჯოს გლუტენის შემცველი საკვები პროდუქტები. ისინი შეიძლება იყვნენ მოტივირებულები, რომ დაიცვან დიეტა, როდესაც შეამჩნევენ კუჭ-ნაწლავთან დაკავშირებული სიმპტომების მკვეთრ გაუმჯობესებას, როგორიცაა: შებერილობა, მუცლის ტკივილი და დიარეა.

ლაქტოზას აუტანლობა

ლაქტოზას აუტანლობის დროს ვერ ხდება ლაქტოზას, ნახშირწყალი (დისაქარიდი), რომელიც შედის ადამიანისა და ძროხის რძის შემადგენლობაში, სტანდარტული ჩვილის ხელოვნური საკვებისა და რძის პროდუქტების, როგორიცაა ყველი და ნაყინი, მონელება. ლაქტოზას ასევე ამატებენ ბევრ მზა საკვებში, პურსა და სხვა გამომცხვარ პროდუქტებში, საუზმისთვის განკუთვნილ ფანტელებში და იყენებენ ნამცხვრების, ბლინებისა და ორცხობილების გამოცხობაში. ამ დაავადების მიზეზია შემცირებული რაოდენობა ან ნაკლებობა ლაქტაზასი, რომელიც არის წვრილი ნაწლავის ფერმენტი და მონაწილეობს ლაქტოზას მონელებასა და შეწოვაში. ლაქტოზას აუტანლობა შეიძლება იყოს მემკვიდრული ან შეძენილი. მემკვიდრული ტიპის დროს, რომელიც არის ძალიან იშვიათი, ახალშობილი იბადება ლაქტაზას სრული ნაკლებობით. შეძენილი ლაქტოზას აუტანლობა არის უფრო ხშირი, რომლის დროს თანდათანობით მცირდება ლაქტაზა და გამოვლინდება ადრეული ბავშვობის ასაკიდან გვიანი მოზარდობის პერიოდამდე.

სიხშირე და ეტიოლოგია

სიხშირე ფართოდ განსხვავდება ეთნიკური წარმომავლობისა და რასის მიხედვით. ლაქტოზას დაბალი დონე ყველაზე იშვიათია ჩრდილოეთ და დასავლეთ ევროპელ პოპულაციებში, ხოლო ყველაზე ხშირია – შორეულ აღმოსავლეთში. ამერიკაში ყველაზე ნაკლები სიხშირით გვხვდება კავკასიელებში, ხოლო ყველაზე მეტად – ვიეტნამელ-ამერიკელებში, მკვიდრ ამერიკელებსა და აფრო ამერიკელებში. ლაქტოზას აუტანლობა ყველაზე ხშირად გამოწვეულია სხვა დაავადებებით. დიარეას, განსაკუთრებით თუ ის გამოწვეულია როტავირუსით, წვრილი ნაწლავის სხვა ინფექციური დაავადებებისა და შიდსის (AIDS) დროს შეიძლება შემცირდეს ლაქტაზას მოქმედება. სხვა მიზეზი შეიძლება იყოს წვრილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დაზიანება, რომელიც დაკავშირებულია კვებასთან, მაგალითად, გლუტენზე მგრძნობელობა (ცელიაკია), და სოიოს ცილისა და ძროხის რძის მიმართ მგრძნობელობა. ლაქტოზას აუტანლობა შეიძლება განვითარდეს კუჭ-ნაწლავის ინფექციური დაავადებების შემდეგ, განსაკუთრებით ჩვილობის პერიოდში, რომლის მიზეზია კუჭის ხაოების უმნიშვნელო დაზიანების დროს რძის მონელების შესაძლებლობის დაკარგვა. თუმცა, კუჭი ნორმალურ მდგომარეობას უბრუნდება 6-12 კვირაში, რომლის შემდეგ შესაძლებელია რძის მონელება.

პათოფიზიოლოგია

ლაქტაზას შემცირებული დონე ან ნაკლებობა იწვევს წვრილ ნაწლავში ლაქტოზას მოუნელებლობას. შედეგად, მოუნელებელი ლაქტოზა გადადის მსხვილ ნაწლავში, სადაც GI სისტემაში არსებული ბაქტერიები შლის მას და გამოთავისუფლდება: წყალბადი, მეთანი და ნახშირორჟანგი, რომლის დროს ვითარდება: მკვეთრად გამოხატული მეტეორიზმი, მუცლის შებერილობა და ტკივილი. ასევე მოუნელებელი ლაქტოზას არსებობისას მსხვილ ნაწლავში გროვდება დიდი რაოდენობით ნივთიერებები, რაც ზრდის ოსმოსურ წნევას. შედეგად, მსხვილ ნაწლავში გადადის წყალი და ვითარდება წყლიანი დიარეა.

კლინიკური გამოვლინებები

სიმპტომები ვითარდება ლაქტოზას მიღებისას და მოიცავს: გამოხატულ წყლიან დიარეას; მუცლის შებერილობას, ტკივილსა და მეტეორიზმს. სიმპტომები ჩნდება სწრაფად, მას შემდეგ, რაც ბავშვი დალევს რძეს ან შეჭამს ლაქტოზას შემცველ საკვებ პროდუქტებს. ზოგიერთი ბავშვი იღებს მცირე რაოდენობის ლაქტოზას სიმპტომების განვითარების გარეშე; თუმცა, დიდი რაოდენობის მიღებისას ვითარდება მწვავე სიმპტომები.

დიაგნოზი

დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია წყალბადის სუნთქვის ტესტის საშუალებით, რომელიც ზომავს მოუნელებელი ან არააბსორბირებული ნახშირწყლების, მაგალითად, ლაქტოზას, ფერმენტაციის შემდეგ დარჩენილ წყალბადის რაოდენობას. ან სხვა მეთოდია ადამიანის საკვებიდან ლაქტოზას შემცველი პროდუქტების ამოღება და სიმპტომების გაქრობაზე დაკვირვება.

მკურნალობა და საექთნო მართვა

მკურნალობა გულისხმობს ბავშვის კვების რაციონიდან ლაქტოზას მიღების შემცირებას ან ამოღებას. შემთხვევების უმეტესობაში არ არის საჭირო მთლიანად ამოღება. ჩვილებში ეფექტურია სოიოთი დამზადებული ხელოვნური საკვების მიღება (ისომილი, ნუტრამიგენი, პროსობი). უფროსმა ჩვილებმა და ბავშვებმა, როდესაც მათ აწვდიან ლაქტოზას შემცველ სითხეებს ან საკვებს, შეიძლება მიიღონ ან საკვებ პროდუქტებზე დააყარონ კომერციულად ხელსაყრელი ლაქტოზას პრეპარატი (ლაქტ-ეიდი, დეირი-იზი), რათა გაუმჯობესდეს ამტანობა. დამატებით ხელმისაწვდომია რძის პროდუქტები, რომელიც შეიცავს კომერციულად დამზადებულ მიკრობების მიერ გამოყოფილ ლაქტაზას.

მოწამვლა

ნებისმიერი ნივთიერება, რომელიც აზიანებს სხეულს და აფერხებს მის ნორმალურ ფუნქციონირებას, არის ტოქსიკური. მოწამვლა შესაძლებელია მოხდეს: საკვების მიღებისას, სუნთქვისას, კანზე კონტაქტისას, თვალზე შეხებისას ან ნებისმიერი სხვა გზით, რომელიც გამოიწვევს გვერდით მოვლენებს. მოწამვლის შემთხვევების უმეტესობა ვითარდება საკვების მიღებისას.

სიხშირე და ეტიოლოგია (პათოფიზიოლოგია)

5 წლამდე ასაკის ბავშვებში ვითარდება ყველაზე ხშირად არასასიკვდილო მოწამვლა სახლის პირობებში, ვიდრე სხვა ასაკის ჯგუფის ბავშვებში. მოწამვლა იყო მეორე ყველაზე ხშირი მიზეზი სახლში დაზიანების შედეგად გამოწვეული სიკვდილისა, რომელიც შეადგენდა ყველა მიზეზების ერთ მეოთხედს. ამერიკული მოწამვლის კონტროლის ცენტრების კავშირის მონაცემების მიხედვით 2002 წელს ამერიკაში დაახლოებით დაფიქსირდა 12 მილიონი მოწამვლის ეპიზოდი ბავშვებში. 2004 წელს ამერიკის საავადმყოფოს გადაუდებელ განყოფილებაში უმკურნალეს 86,194 ბავშვს მოწამვლის შემთხვევებისგან. რადგანაც ბავშვების მიერ ტოქსიკური ნივთიერების მიღების მართვის დროს არ ატყობინებენ მოწამვლის კონტროლის ცენტრებს ან გადაუდებელ დაწესებულებებს, შემთხვე-

ვების ჯამური რაოდენობა გაცილებით მეტია, ვიდრე აქვეყნებს ეს ცენტრები. მოწამვლა არის მთავარი დაზიანების მიზეზი და სიკვდილის გამომწვევი მეოთხე მიზეზი თოდლერებსა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში. ჩვილები, რომელთა მიდრეკილებაა ნივთების შესწავლა პირის ღრუში ჩადების საშუალებით, საკუთარ თავს მაღალი რისკის ქვეშ აყენებენ ტოქსიკური ნივთიერებების შემთხვევით გადაყლაპვით. თოდლერებსა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში მოწამვლის უფრო ხშირი მიზეზია ცნობისმოყვარეობა. უფროსმა ბავშვებმა შეიძლება გამოცადონ წამლები და სახლის საშინაო საქმეებში გამოყენებადი პროდუქტები, რათა განუვითარდეთ ეიფორული და/ან ჰალუცინოგენური ეფექტები. რადგანაც 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში გადაყლაპვა არის უმეტესად შემთხვევითი, ისინი იშვიათად იღებენ სასიკვდილო რაოდენობის ტოქსიკურ ნივთიერებას. განსხვავებით მოზარდებისაგან, რომლებსაც უფრო ნაკლებად აქვთ შეხება ტოქსიკურ ნივთიერებებთან, თუმცა კონტაქტი უფრო მეტად არის გამიზნული და იწვევს უფრო მეტ სიკვდილს, ვიდრე ახალგაზრდა ბავშვებში. ბოლო 50 წლის განმავლობაში საგრძნობლად შემცირდა ბავშვთა მოწამვლის შემთხვევები, რადგან მთავრობა არეგულირებს პროდუქტებსა და მათ უსაფრთხოებას, იყენებენ ბავშვებისთვის უსაფრთხო ჩასადებებს და უსაფრთხოდ ინახავენ ტოქსიკურ ნივთიერებებს სახლსა და სხვა გარემოში.

მიუხედავად იმისა, რომ მოწამვლის შემთხვევების უმეტესობა ვითარდება სახლში, ის შეიძლება მოხდეს ნებისმიერ ადგილას, სადაც ინახება წამლები და ტოქსიკური ნივთიერებები. ის ნივთიერებები, რომლებსაც 6 წლამდე ასაკის ბავშვები ხშირად იღებენ, ჩამოთვლილია ცხრილში 17-3. მოზარდები უფრო მეტად იღებენ ფსიქოფარმაკოლოგიურ წამლებს, როგორიცაა ტრანკვილიზატორები, დამამშვიდებლები და ანტიდეპრესანტები.

ცხრილი 17-3. 6 წლამდე ასაკის ბავშვების მიერ ყველაზე ხშირად მიღებული ნივთიერებები

ტიპი	მაგალითები
კოსმეტიკა და პირადი მოვლის საშუალებები	• სუნამო • ოდეკოლონი • გაპარსვის შემდეგ გამოსაყენებელი ლოსიონი
საწმენდი საშუალებები	• ,,საოჯახო“ მათეთრებელი • წიწვოვანი ზეთის სადეზინფექციო საშუალებები
მცენარეები	• აზალია • ბაია • ინგლისური სურო • ბალბა • ფითრი ფილოდენდრონი
უცხო სხეულები, სათამაშოები და სხვა	• თერმომეტრები • ქაფის გამოყოფი სითხე
ნახშირწყალბადები	• ბენზინი • ნავთი • ცეცხლის ასანთები საშუალებები • სკიპიდარი • საღებავის გამათხელებელი საშუალებები

კლინიკური გამოვლინებები

კლინიკური გამოვლინებები დამოკიდებულია კონკრეტულ მიღებულ ტოქსიკურ ნივთიერებაზე. ცხრილში 17-4 ჩამოთვლილია იმ ტოქსინების ნიშნები და სიმპტომები, რომელსაც ხშირად იღებენ და ახასიათებს მაღალი სიკვდილიანობა.

ცხრილი 17-4. ხშირად მიღებული ტოქსიკური ნივთიერებების კლინიკური გამოვლინებები

ნივთიერება	კლინიკური გამოვლინებები
აცეტამინოფენი (ტილენოლი)	ღებინება, გულისრევა, სისუსტე, მარჯვენა ზედა მეოთხედში მუცლის ტკივილი, სიყვითლე, დაბნეულობა, ძილიანობა; მოგვიანებით შეიძლება განვითარდეს კომა.
სალიცილატები	ღებინება, გულისრევა, ჰიპერვენტილაცია, ტინიტუსი, სიცხე, დიზორიენტაცია, ლეთარგია, კომა, გულყრები, ოფლიანობა, მუცლის ტკივილი.
ციკლური ანტიდეპრესანტები	ცნს-ის აგზნებადობა, დაბნეულობა, დაბინდული მხედველობა, მშრალი პირი, სიცხე, მიდრიაზი, გულყრები, კომა, არითმიები, ჰიპოტენზია, ტაქიკარდია, სასუნთქი სისტემის შემცირებული ფუნქცია; ფიზიკური მდგომარეობა შეიძლება სწრაფად შეიცვალოს.
ბენზოდიაზეპინები	ძილიანობა, ლეთარგია, დიზართრია, ატაქსია, ჰიპოტენზია, ჰიპოთერმია, კომა, სასუნთქი სისტემის შემცირებული ფუნქცია დოზის გადაჭარბების დროს.
კოკაინი	შფოთვა, ეიფორია, ღებინება, თავის ტკივილი, გულმკერდის ტკივილი, სიცხე, ჰიპერტენზია, ტაქიპნოე, ტაქიკარდია, გულისრევა, მღელვარება, მიდრიაზი, ოფლიანობა, კრუნჩხვითი შეკუმშვები, დაბნეულობა, ჰალუცინაციები, მუცლის მოვლითი ტკივილები, გულყრები, ჰიპოტენზია, დისრითმიები, კარდიოპულმონარული შოკი.
ნარკოტიკები	ძილიანობა, გულისრევა, ღებინება, მიოზი, სასუნთქი სისტემის შემცირებული ფუნქცია, ციანოზი, კომა, გულყრები, ბრადიპნოე, არაკარდიოლოგიური ფილტვების შეშუპება.
ნახშირწყალბადები	ხველა, გულისრევა და ასფიქსია; შეცვლილი ცნობადობა; ტაქიპნოე, სუნთქვითი ხიხინი, რეტრაქციები და ციანოზი ფილტვისმიერი ასპირაციის გამო; ღებინება, გულისრევა.
კოროზიული ნივთიერებები (ტუალეტისა და გაზქურის საწმენდი საშუალებები; ობის მოსაშორებელი საშუალებები; ამონია)	მწვავე ქიმიური დამწვრობები და პირში, ყელსა და კუჭში წვის შეგრძნება; ტუჩების, ხახისა და ენის შეშუპება; ძლიერი ღებინება; ყლაპვის გაძნელება; თეთრი, შეშუპებული ლორწოვანი მემბრანები.

დიაგნოზი

მნიშვნელოვანია ტიპისა და ზემოქმედების რაოდენობის დადგენა. ტოქსინის ტიპის დადგენა შესაძლებელია მოხდეს ფიზიკური შედეგების, დეტალური ისტორიის გამოკითხვითა და წამლების შესანახი ჩასადებების გამოკვლევის საშუალებით. ანამნეზის აღების დროს მნიშვნელოვანია შემდეგი ინფორმაციის შეგროვება: ვინ – ბავშვის ასაკი და წონა; რა – წამლის ან მიღებული ნივთიერების სახელი და დოზა; როდის – მიღების დრო; როგორ – მოწამვლის გზა (გადაყლაპვა, ინჰალაცია, შეწოვა ან ინექცია); და რატომ – გამიზნული იყო თუ შემთხვევითი. უნდა განისაზღვროს მოწამვლის შემდეგ განვითარებული ნიშნები და სიმპტომები, მიღებული გადაუდებელი დახმარება და ღებინება განვითარდა თუ დაიწყო უეცრად. ასევე უნდა გამოკითხონ დეტალურად წარსული ისტორია, რომელიც მოიცავს: ადრე არსებულ მოწამვლის შემთხვევებს, სამედიცინო მდგომარეობებს და ამჟამად მიღებულ წამლებს, რომელიც შეიძლება მოქმედებდეს ბავშვის ან მოზარდის რეაქციაზე ტოქსიკური ნივთიერების საპასუხოდ განვითარებულ და მის მეტაბოლიზმზე ან გამოყოფაზე. იმ ნიმუშების ანალიზის, მაგალითად ღებინების მასის, მიხედვით შეიძლება დადგინდეს ტოქსიკური ნივთიერების ტიპი. ლაბორატორიული ტესტები შეიძლება გაკეთდეს იმ შემთხვევაში თუ: ტოქსიკური ნივთიერება უცნობია, ტოქსიკურ ნივთიერებას შეუძლია საშუალო-მძიმე ფორმის ტოქსიკურობის გამოწვევა და მიღება მოხდა გამიზნულად.

მკურნალობა

მკურნალობის მიდგომები განსხვავდება ტოქსიკური ნივთიერების ტიპის, მიღებული რაოდენობის, მიღებიდან გასული დროის ხანგრძლივობისა და ბავშვის მიდრეკილების მიხედვით. მიღებული ტოქსიკური ნივთიერების მართვის დროს თავდაპირველად მნიშვნელოვანია ბავშვის მდგომარეობის სტაბილიზაცია და უნდა გაითვალისწინონ ABC მიდგომა (სასუნთქი გზები, სუნთქვა და ცირკულაცია). უნდა შეუნარჩუნონ სხეულის სასიცოცხლო ფუნქციები ტოქსიკური ნივთიერების ტიპის თავდაპირველად დადგენის გარეშე. შეიძლება მიეწოდოს ჟანგბადი. სასუნთქი სისტემის ფუნქციის შენარჩუნების დროს შეიძლება საჭირო გახდეს ენდოტრაქეალური ინტუბაციის ან ხელოვნური სუნთქვის აპარატის გამოყენება.

მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ, ყურადღება ექცევა კუჭის **გაწმენდას** (მცირდება მიღებული ტოქსიკური ნივთიერების შეწოვა GI სისტემიდან), რაც გულისხმობს: კუჭის ამორეცხვას, შეწოვაში ხელშემწყობი ნივთიერების (აქტივირებული ნახშირი) ან დიარეას გამომწვევი აგენტების გამოყენებას. კუჭის ამორეცხვა ღებინების გამომწვევი და ლავაჟის საშუალებით არ უნდა გამოიყენონ რუტინულად ყველა ორალური მოწამვლის შემთხვევების დროს, რადგან გვიანი ფაზის პერიოდში ეს მეთოდი არ არის ეფექტური, შეიძლება შეაფერხოს უფრო ინვაზიური ჩარევები და გამოიწვიოს გართულებები, როგორიცაა ასპირაცია. თუმცა მისი გამოყენება ეფექტურია პოტენციურად ძლიერი მოწამვლების შემთხვევების მკურნალობის ადრეული ფაზის დროს და ყველაზე მეტად ეფექტურია მიღებიდან ერთ საათში. კუჭის ამორეცხვა შესაძლებელია ლავაჟის გამოყენებით. ამერიკის პედიატრთა აკადემიის რჩევის მიხედვით აღარ უნდა გამოიყენონ რუტინულად იპეკაკის სიროფი ღებინების გამოწვევის მიზნით სახლში მოწამვლის სამ-

კურნალოდ და ექიმებმა უნდა ურჩიონ მომვლელებს, რომ სახლში არსებული იპეკაკი მოიშორონ.

კუჭის ლავაჟი

შემთხვევების უმეტესობაში იპეკაკზე მეტ უპირატესობას ანიჭებენ კუჭის ამორეცხვას განსაკუთრებით გადაუდებელ განყოფილებებში, სადაც იპეკაკით გამოწვეულმა გახანგრძლივებულმა ღებინებამ შეიძლება შეაფერხოს უფრო ეფექტური ჩარევები. ლავაჟი გამოიყენება კუჭის ამორეცხვისთვის მიღებიდან პირველ 1-2 საათში. მისი გამოყენების ჩვენებაა: თუ მიღებული ნივთიერება არის ძალიან ტოქსიკური (დიდი რაოდენობით მიღება ან ნივთიერებები, რომელსაც ახასიათებს მაღალი ავადობა და სიკვდილიანობა); როდესაც კარგად ვერ ხდება ტოქსინის ათვისება გააქტივებული ნახშირით (მაგ., ლითიუმი, რკინა, ტყვია, მეთანოლი); ან იმ ბავშვებში, რომელთა სასუნთქი გზები არის დაზიანების რისკის ქვეშ (მაგ., შეცვლილი კოგნიტური მდგომარეობა). კუჭის ამორეცხვა არ შეიძლება კოროზიული ნივთიერებების მიღების დროს ან იმ ბავშვებში, რომლებსაც დაქვეითებული აქვთ პირღებინების რეფლექსი და არ არიან ინტუბირებულები. ლავაჟის გართულებებია ასპირაცია და საყლაპავის ან ბრონქის პერფორაცია. პროცედურა მოიცავს: ნაზალურ ან ოროგასტრალური მილის ჩაყენებას და მისი საშუალებით მცირე რაოდენობით ფიზიოლოგიური ხსნარის მიწოდებას, მანამ სანამ არ გაიწმინდება ამოღებული სითხე.

გააქტივებული ნახშირი

გააქტივებული ნახშირი ეფექტურია ორალურად მოწამვლის უმეტესი შემთხვევების დროს, როდესაც მიეწოდება ცალკე ან იპეკაკის ან კუჭის ამორეცხვის შემდეგ. გააქტივებული ნახშირი ამცირებს ტოქსიკური ნივთიერების ათვისების ხელმისაწვდომობას კუჭის ლორწოვანის მიერ 75%-მდე. ის შეიძლება მიეწოდოს ტოქსიური ნივთიერების მიღებიდან 2 საათამდე ვადაში, მკურნალობის დაწყებამდე. მთავარი გვერდითი მოვლენა, რომელიც ახლავს გააქტივებულ ნახშირის მიღებას, არის ღებინება, რომელიც ვითარდება ბავშვების დაახლოებით 15%-ში, და გაზრდილია ასპირაციისა და პნევმოთორაქსის რისკი. არსებობს ნახშირის მომატებული აქტივობის შემცველი საშუალებები, რომელიც გამოიყენება კუჭის ამორეცხვისთვის, არის უფრო სასიამოვნო მისაღები და მსგავსად ეფექტური.

საფაღარათე პრეპარატები

საფაღარათე პრეპარატების მიღება ზრდის GI მოძრაობას და აჩქარებს ტოქსინის გამოყოფას. ყველაზე ხშირად გამოყენებადი ორი პრეპარატია: მაგნეზიუმ ციტრატი და სორბიტოლი.

ანტიდოტები

ხელმისაწვდომია ანტიდოტები რამდენიმე ხშირი და საშიში ტოქსინების საწინააღმდეგოდ. ძირითადად ისინი მიეწოდება ბავშვს სტაბილიზაციის შემდეგ, ხშირად მიღებიდან პირველი რამდენიმე საათის განმავლობაში. რამდენიმე ხშირი ტოქსინის

ანტიდოტების მაგალითია: (1) ნ-აცეტილცისტეინი (მიკომისტი) აცეტამინოფენის საწინააღმდეგოდ; (2) ბიკარბონატი ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების საწინააღმდეგოდ; (3) დეფეროქსამინი (დესფერალი) რკინის საწინააღმდეგოდ; (4) ეთილენდიამინ ტეტრაძმარმჟავის მჟავა (EDTA) ტყვიის საწინააღმდეგოდ; (5) ეთანოლი მეთანოლისა და ეთილენ გლიკოლის საწინააღმდეგოდ; (6) ფლუმაზენილი (რომაზიკონი) ბენზოდიაზეპინების საწინააღმდეგოდ; (7) ნალოქსონი (ნარკანი) ნარკოტიკების საწინააღმდეგოდ, მაგალითად, ოპიატები.

საექთნო მართვა

ბავშვთა მოწამვლის პრობლემების გადაწყვეტა შესაძლებელია პრევენციით, რომელთა მეთოდებს განიხილავს ექთანი. ბავშვის დაცვის ხელშეწყობისთვის გარემო უნდა შეიცვალოს მისი ჩვილობის პერიოდის განმავლობაში, მანამ სანამ ის დაიწყებს ხოხვას. ექთანმა უნდა ასწავლოს მომვლელებს, რომ დარეკონ მოწამვლის ცენტრში თუ მათი შვილი მიიღებს რაიმე მედიკამენტს.

ტყვიით მოწამვლა

ტყვიით მოწამვლა განისაზღვრება, როდესაც სისხლში ტყვიის დონე (BLL) არის 10 mcg/dL და უფრო მაღალი. მიუხედავად იმისა, რომ <5 ასაკის ბავშვებში საშუალო BLL შემცირდა 89%-ით დაწყებული 1976-1980-დან დამთავრებული 2003-2004-მდე, ბავშვებში მაინც არსებობს ტყვიის ზემოქმედება და ის ჯერ კიდევ არის გარემოს ჯანმრთელობის დიდი პრობლემა, რომელსაც შეუძლია ჯანმრთელობის დაზიანება და სწავლის უნარის დაქვეითება. აშშ-ში დაახლოებით 250,000 ბავშვი არის რისკის ქვეშ ტყვიის ზიანის მომტანი ზემოქმედებისა. დღესდღეობით მაღალი BLLs-ის არსებობის რისკი აქვთ იმ ბავშვებს, რომლებიც ცხოვრობენ მიმდინარე რეკონსტრუქციის პერიოდში სახლში და თუ ის აშენებულია 1978 წლამდე, როდესაც საყოფაცხოვრებო გამოყენებიდან აიკრძალა ტყვიის შემცველი საღებავის გამოყენება, განსაკუთრებით თუ სახლი აშენებულია 1950 წლამდე, როდესაც საღებავში ტყვიის შემცველობა იყო უფრო მაღალი. 1-5 წლამდე ასაკის ბავშვებში იზრდებოდა მაღალი BLLs-ის არსებობის რისკი, თუ ისინი: იყვნენ წარმოშობით ლათინო და აფრო ამერიკელები, იყვნენ ღარიბები ან ცხოვრობდნენ ძველ ნაგებობაში.

ამ სტატისტიკური მონაცემების გამო, CDC-ის მიერ რეკომენდირებულია შტატზე დაფუძნებით BLL-ის სკრინინგი. შტატის ჯანმრთელობის განყოფილებები აფასებს რისკ-ფაქტორებსა და ადგილობრივად BLLs-ზე მონაცემებს. CDC ასევე მიიჩნევს იმ ბავშვების ტყვიაზე სკრინინგის ჩატარების აუცილებლობას, რომლებიც ჩართულები არიან აშშ-ს უფასო და შეღავათიან სამედიცინო დახმარების პროგრამის (Medicaid) მიღებაში, თუ ,,ამ პოპულაციაში არ არსებობს სანდო, ტიპური ტყვიის მონაცემები სისხლში, რომელთა საშუალებით მტკიცდება ტყვიის ზემოქმედების არარსებობა''. კონკრეტულად, ექიმებისთვის რეკომენდირებული იყო 1-2 წლამდე ყველა იმ ბავშვის BLLs-ის სკრინინგი, რომლებიც ჩართულნი იყვნენ Medicaid პროგრამაში, ხოლო მომატებული BLLs-ის აღმოჩენისას ამ ბავშვების გადამისამართება გარემოსა და ჯანდაცვის სააგენტოებში და იმ სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა, რაც შეესაბამებოდა სისხლში მაღალ დონეებს. ჯანმრთელი ხალხი 2020-ის მთავარი მიზანია ბავშვებში მომატებული

ტყვიის დონის შემცირება. 2007 წელს ფართოდ განიხილა მედიამ აშშ-ს მომხმარებელთა ნივთების უსაფრთხოების კომისიის მიერ შემოტანილი, ტყვიის შემცველი ბავშვთა სათამაშოები, რამაც გაზარდა ტყვიის საშიშროების შესახებ ინფორმირება.

ღვიძლის ცვლილებები

ღვიძლი ასრულებს სხვადასხვა სასიცოცხლო ფუნქციას; ამგვარად, ღვიძლში არსებულმა ცვლილებებმა შესაძლებელია გამოიწვიოს სიცოცხლისთვის სახიფათო მწვავე დაავადებები. ყველაზე ხშირი ამ დაავადებებიდან არის ვირუსული ჰეპატიტი, რაც განხილულია ამ ქვეთავში.

ჰეპატიტი

ჰეპატიტი არის ღვიძლის მწვავე ან ქრონიკული ანთება, რომელიც გამოწვეულია რამდენიმე ვირუსული ან ბაქტერიული ინფექციით, სოკოვანი ან პარაზიტული ინფექციებით ან ქიმიური ნივთიერებებისა და წამლის ტოქსიკურობით. აღმოჩენილია ჰეპატიტის გამომწვევი ხუთი ვირუსი: A ჰეპატიტის ვირუსი, B ჰეპატიტის ვირუსი, C ჰეპატიტის ვირუსი, D ჰეპატიტის ვირუსი და E ჰეპატიტის ვირუსი. ამ ქვეთავში განხილული იქნება A, B და C ჰეპატიტის ვირუსები. D და E ჰეპატიტის ვირუსები ძალიან იშვიათია ბავშვებში.

A ჰეპატიტის ვირუსი იწვევს მხოლოდ მწვავე ჰეპატიტს, ხოლო B და C ვირუსები – ქრონიკულ ინფექციებს. ჰეპატიტის ვირუსების კლასიფიკაცია დამოკიდებულია მათი გავრცელების გზის საშუალებაზე და არსებობს ენტერული ან პარენტერული. A ჰეპატიტის ენტერული ფორმა ვრცელდება ფეკალ-ორალური გზით. B და C ჰეპატიტის პარენტერული ფორმები გადადის ვენური სისხლის გადასხმით ან ინტიმური სქესობრივი კავშირით. დღესდღეობით ხელმისაწვდომია A და B ჰეპატიტების საპრევენციო ვაქცინები.

სიხშირე და ეტიოლოგია

A ჰეპატიტი

ბავშვებში ჰეპატიტის შემთხვევების უმეტესობის მიზეზია A ჰეპატიტის ვირუსი (HAV), რომელიც ყველაზე ხშირად ვითარდება 5-14 წლის ასაკის ბავშვებში. ის გამოწვეულია ორალურად A ჰეპატიტის ვირუსის მიღებით, რომელიც არსებობს დაინფიცირებული ადამიანების განავალში. რადგანაც ვირუსი გადადის ფეკალ-ორალური გზით, ის ადვილად ვრცელდება სანიტარულად დაუცველ ადგილებში ან სადაც არ შეიმჩნევა კარგი ინდივიდუალური ჰიგიენის დაცვა. ამ დაავადების განვითარების რისკი მაღალია ბავშვთა მოვლის დაწესებულებებში, თანამშრომლებსა და ბავშვებში. ამ შემთხვევაში გავრცელებისა და ეპიდემიის რისკი დამოკიდებულია იმ ჩვილებისა და ბავშვების რაოდენობაზე, რომლებიც იყენებენ საბავშვო საფენებს. ინფექციის წყაროა არის დაინფიცირებულ ადამიანთან კონტაქტი ან პირდაპირი შეხება დაინფიცირებულ ფეკალურ მასასთან, რომელიც ვრცელდება საკვებში ან წყალში. ეპიდემიები გამოწვეულია: კანალიზაციით დაბინძურებული წყლებით, საკვებთან შეხებაში მყოფი დაინფიცირებული ადამიანებითა (რომლებიც არ იბანენ საკუთარ ხელებს დეფეკაციის შემდეგ) და მოლუსკებით, რომელსაც იჭერენ კანალიზაციით დაბინძურებულ წყლებში. ბავშვებში HAV მიმდინარეობს მსუბუქად, კუჭის ვირუსის მსგავსად, ან სიმპტომების გარეშე.

B ჰეპატიტი

B ჰეპატიტი (HBV), რომელსაც ადრე ეწოდებოდა შრატის ჰეპატიტი, ვრცელდება პარენტერალურად დაინფიცირებულ სისხლთან ან სხეულის სითხეებთან პირდაპირი კონტაქტით. ის შეიძლება მიმდინარეობდეს მწვავე ან ქრონიკული ინფექციის სახით და არის პოტენციურად ლეტალური. ბავშვებში უმეტესობა HBV-ის შემთხვევებისა არის პერინატალურად შეძენილი დაინფიცირებული დედისგან ორსულობის ან მშობიარობის დროს. დაავადება შეიძლება გავრცელდეს: დაბინძურებული ნემსებით, განსაკუთრებით IV ნარკოტიკების მომხმარებლებში, სქესობრივი აქტივობითა და სისხლის გადასხმით. B ჰეპატიტის კლინიკური მიმდინარეობა შეიძლება იყოს მრავალფეროვანი. ის შეიძლება დაიწყოს თანდათან მსუბუქი სიმპტომებით ან მის გარეშე, რომელიც ხშირია ბავშვებში, ან შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე გართულებები, როგორიცაა მოულოდნელი ან ქრონიკული ჰეპატიტი.

C ჰეპატიტი

აშშ-ში 12 წლამდე ასაკის ბავშვებში HCV ინფექცია გავრცელებულია 0.2%-ში, ხოლო 12-19 წლამდე – 0.4%-ში. ბავშვებში C ჰეპატიტი (HCV) ყველაზე ხშირად ვითარდება სისხლისა და სისხლის პროდუქტების გადასხმის შემდეგ; ამგვარად, სიხშირე ყველაზე მაღალია ჰემოფილიით დაავადებულ ადამიანებში. HBV-ის მსგავსად, HCV შეიძლება გავრცელდეს პერინატალურად. HCV-დადებით დედებში ინფექცია საშუალოდ ჩვილების 5-6%-ში ვითარდება. რადგანაც HCV შეიძლება გავრცელდეს სისხლის გადასხმით ან პერინატალურად, პედიატრთა ამერიკული აკადემიის რჩევით აუცილებელია შემდეგი ჯგუფების სკრინინგი: (1) ჩვილების, რომელთა დედები არიან HCV-ით დაინფიცირებულები; (2) ნარკოტიკების მომხმარებლების (ინექციით); (3) 1990 წლამდე ერთი ან უფრო მეტი სისხლის ან სისხლის პროდუქტების ერთეულების გადასხმის რეციპიენტების; (4) ჰემოდიალიზზე მყოფი ადამიანების; (5) იმ ინდივიდების, რომლებსაც გადაესხათ შედედების ფაქტორი 1987 წლამდე, როდესაც დაიწყო ეფექტური ინაქტივაციის პროცედურები. HCV ასევე შეიძლება გავრცელდეს სქესობრივად; თუმცა, დაინფიცირება ისე ადვილად არ მიმდინარეობს სქესობრივი კონტაქტით, როგორც HBV-ის შემთხვევაში. სქესობრივად აქტიურ ადამიანებში ინფექციის რისკი დამოკიდებულია სქესობრივი პარტნიორების რაოდენობაზე.

პათოფიზიოლოგია

ჰეპატიტის ვირუსთან ზემოქმედების შემდეგ ღვიძლში ვითარდება ანთებითი პროცესი, რაც აზიანებს უჯრედებს. ღვიძლის შეშუპების შემდეგ, ღვიძლსა და ნაწლავს შორის არსებული სანაღვლე არხების ობსტრუქცია იწყება, რაც იწვევს ნაღვლის დინების შეჩერებასა და დამატებით უჯრედების განადგურებას. შემთხვევების უმეტესობის დროს დაავადება ქრება მკურნალობის გარეშე და ღვიძლის უჯრედები სრულად აღდგება 2-3 თვეში. თუმცა, B და C ჰეპატიტი შეიძლება დაკავშირებული იყოს ღვიძლის უჯრედების მუდმივ გადაგვარებასა და ქრონიკულ ჰეპატიტთან, რომლისთვისაც დამახასიათებელია: პროგრესული ღვიძლის უკმარისობა, ციროზი ან ღვიძლის სიმსივნე. შეიძლება განვითარდეს ფულმინანტური ჰეპატიტი, რომელიც იშვიათია, მაგრამ ხშირად სასიკვ-

დილო გართულება ხდება HBV-სა და HCV-ის. გამოწვეულია ღვიძლის უჯრედების აღდგენის დარღვევით, რომლის შედეგად წარმოიქმნება ღვიძლის მასიური ნეკროზი. სიკვდილი შეიძლება განვითარდეს 1-2 კვირაში.

კლინიკური გამოვლინებები

ვირუსული ჰეპატიტების კლინიკური გამოვლინებები არის მსგავსი. ზოგადად, ბავშვებს ახასიათებთ მსუბუქი, არასპეციფიკური სიმპტომები სიყვითლის გარეშე ან არიან ასიმპტომურები. თავდაპირველად ბავშვს ეწყება გულისრევა და ღებინება, ანორექსია, დაბალი სიცხე, დაღლილობა, თავის ტკივილი და მუცლის ტკივილი ეპიგასტრიუმის ადგილას ან მარჯვენა ზედა მეოთხედში. ეს გაციების მსგავსი სიმპტომები გრძელდება დაახლოებით 1 კვირა და შეიძლება მიმდინარეობს იმდენად მსუბუქად, რომ ჩვილებსა და უმცროს ბავშვებში ვერ მოხდეს მათი შემჩნევა. ამ პერიოდის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს სიყვითლე, რომელიც იწყება შარდის გამუქებით და განავალის მონაცრისფრო შეფერილობით, რასაც შემდეგ მოჰყვება კანისა და სკლერას სიყვითლე. თუმცა, მწვავე ჰეპატიტის მქონე ბავშვების უმეტესობას არასდროს ახასიათებთ სიყვითლე. ღვიძლი ძირითადად არის გადიდებული და შეხებისას მგრძნობიარე. HBV-სა და HVC-ის დროს ბავშვებს ასევე შეიძლება განუვითარდეთ დერმატოლოგიური სიმპტომები, როგორიცაა გამონაყარი და პრურიტუსი ანუ ძლიერი ქავილი. იხილეთ ცხრილი 17-5 A, B და C ჰეპატიტების ერთმანეთთან შედარებისთვის.

ცხრილი 17-5. A,B და C ჰეპატიტების ერთმანეთთან შედარება

ტიპი	ინკუბაციის პერიოდი	გავრცელების გზა	პრევენცია	შესაძლო გართულებები
A	15-30 დღე	• ფეკალ-ორალური • დაბინძურებული წყალი ან საკვები • ცუდი ჰიგიენა	• იმუნიზაცია • საკვების სწორად მომზადების სწავლება • ხელების დაბანა სუფთა წყლითა და საპნით • უწყლო ხელის საწმენდის გამოყენება	
B	45-180 დღე	• პერინატალური • საფრთხის შემცველი სქესობრივი კავშირი • ცუდი ჰიგიენა • სისხლის გადასხმა • სხეულის სეკრეციები • დაბინძურებული ნემსები	• ორსული ქალების შემოწმება • უსაფრთხო სქესობრივი კავშირის პრაქტიკის ახსნა და სხეულის სითხეების თავიდან აცილება • ხელების დაბანა სუფთა წყლითა და საპნით • უწყლო ხელის საწმენდის გამოყენება • სისხლისა და სხეულის სითხეების ზემოქმედების თავიდან აცილება • მესის გაცვლის პროგრამა, მატარებლის აღმოჩენა	• შესაძლო ქრონიკულობა • ციროზი • ღვიძლის სიმსივნე

C	2კვირა-6 თვე	• სისხლის გადასხმა • IV ნარკოტიკების გამოყენება	• სისხლისა და სხეულის სითხეების ზემოქმედებისგან თავის დაცვაზე ინფორმირება • ნემსს გაცვლის პროგრამა, მატარებლის აღმოჩენა	• შესაძლო ქრონიკულობა • ციროზი • ღვიძლის სიმსივნე

დიაგნოზი

ჰეპატიტის დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია: ისტორიით, განსაკუთრებით ჰეპატიტის ვირუსის ზემოქმედებით; ფიზიკური გასინჯვით; A, B და C ჰეპატიტის მარკერების სეროლოგიური გამოკვლევითა და ღვიძლის ფუნქციური ტესტებით. დიაგნოზი დასტურდება ანტიგენების ან ანტისხეულების წარმოქმნით კონკრეტული ჰეპატიტის ვირუსების საპასუხოდ. ჰეპატიტის დროს გაზრდილია ღვიძლის ფერმენტები, განსაკუთრებით ალანინ ამინოტრანსფერაზა (ALT) და ასპარტატ ამინოტრანსფერაზა (AST), და შრატის საერთო ბილირუბინი, რომელიც მიუთითებს ღვიძლის დაზიანებას.

მკურნალობა

არ არსებობს კონკრეტული სამკურნალო მეთოდი ჰეპატიტის დროს, ის ძირითადად დაფუძნებულია სიმპტომებზე. ბავშვების შემთხვევაში მნიშვნელოვანია ის ღონისძიებები, რომლებიც ხელს უწყობს: ღვიძლის მოდუნებასა და უჯრედების აღდგენას და გართულებების პრევენციას. მკურნალობისას მნიშვნელოვანი ყურადღება ექცევა ღვიძლის მოდუნებას, რათა შემცირდეს ღვიძლის მეტაბოლური მოთხოვნები და გაიზარდოს მისი სისხლმომარაგება. მკურნალობის მიზანია კომფორტის შენარჩუნება და საკმარისი რაოდენობით საკვები ნივთიერებებით უზრუნველყოფა.

ჰეპატიტის დიაგნოზის დასმის შემდეგ ყურადღება უნდა იყოს მიმართული მის პრევენციაზე. არსებობს ვაქცინები HAV და HBV-ს საპრევენციოდ. თუ ბავშვს ჰქონდა კონტაქტი HAV-თი დაინფიცირებულ ადამიანთან, კავშირიდან 2 კვირაში უნდა მიეწოდოს სტანდარტული იმუნოგლობულინი (IG). ამ პერიოდის განმავლობაში მიღებული იმუნოგლობულინი არის 80-90%-ით ეფექტური დაავადების საპრევენციოდ. A ჰეპატიტის ვაქცინა შეიძლება მიეწოდოს 1-18 წლის ასაკის ბავშვებს. ვაქცინას რუტინულად ყველა 1 წლის ბავშვს აწვდიან. იყენებენ ორ დოზას ერთმანეთისგან სულ მცირე 6 თვის დაშორების ინტერვალით.

B ჰეპატიტის ვაქცინა რეკომენდებულია ყველა ახალშობილისთვის, როგორც რუტინული ბავშვთა იმუნიზაციის განრიგის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილი. ყველა ბავშვის იმუნიზაცია უნდა მოხდეს დაუყოვნებლივ ან 11-12 წლის ასაკამდე, თუ მას ჯერ კიდევ არ აქვს მიღებული ვაქცინა. დამატებით, B ჰეპატიტის იმუნოგლობულინი (HBIG) რეკომენდირებულია იმ ადამიანებისთვის, რომლებსაც აქვთ HBV-ის ზემოქმედება. თუ მას მიეწოდება კონტაქტიდან 2 კვირაში, HBIG ეფექტურია ინფექციის საპრევენციოდ.

საექთნო მართვა და ოჯახის სწავლება

საექთნო მოვლა მიმართულია მხარდაჭერისკენ და ოჯახისთვის საპრევენციო ღონისძიებების ინფორმაციის მიწოდებისკენ. მსუბუქი ან გაურთულებელი ჰეპატიტით დაავადებულ ბავშვების უმეტესობას მკურნალობენ სახლში. რადგანაც დაღლილობა და აპათია შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე კვირა, დაავადების ადრეული ფაზის დროს ბავშვები ძირითადად ზღუდავენ საკუთარ აქტივობას. ხშირია ანორექსია; ამგვარად, ბავშვს შეუძლია კარგად მიიღოს მცირე, ხშირი ულუფებით საკვები და წახემსებისთვის განკუთვნილი საკვები პროდუქტები. ექთანმა უნდა აუხსნას მომვლელებს, რომ სანამ ისინი მიაწოდებენ ურეცეპტოდ გაცემულ წამლებს, უნდა შეატყობინონ თავის ექიმს, რადგან ბევრი წამლის ნორმალური დოზა შეიძლება იყოს ტოქსიკური. დამატებით, ექთანმა უნდა აუხსნას ოჯახს ჰეპატიტის გავრცელების გზა და იმუნოპროფილაქტიკის ხელმისაწვდომობა კონტაქტის შემდეგ და HAV და HBV-ის საწინააღმდეგო ვაქცინების შესახებ.

კუჭ-ნაწლავის სისტემასთან დაკავშირებული დამატებითი დაავადებები

მომდევნო დაავადებები იშვიათია ბავშვებში; ამგვარად, ისინი განხილულია მოკლედ.

მუცლის კედლის დეფექტები: გასტროშიზისი და ომფალოცელე

ომფალოცელე და გასტროშიზისი მუცლის კედლის თანდაყოლილი დეფექტებია, რომელიც იწვევს პერიტონეუმში არსებული ორგანოების ჰერნიაციას მუცლის კედელში და ის შეიძლება იყოს დაფარული მემბრანული გარსით (ომფალოცელე) ან მის გარეშე (გასტროშიზისი). ბოლო 30 წლის განმავლობაში მთელ მსოფლიოში 2-4-ჯერ უფრო მეტად გაიზარდა ომფალოცელესა და გასტროშიზისის სიხშირე, რაც შეადგენს ყოველი 10,000 ცოცხალდაბადებულიდან 0.4-3-ს. გასტროშიზისის დროს მუცლის კედლის დეფექტიდან გამოდის მუცლის ღრუში არსებული ორგანოები, ძირითადად წვრილი და მსხვილი ნაწლავი, ჭიპლარის დაზიანების გარეშე. დეფექტი უმეტესად ვითარდება ჭიპის მარჯვნივ და არ ფარავს დამცველობითი გარსი ნაწლავებს. გამომწვევი მიზეზი უცნობია, თუმცა ერთი თეორიის მიხედვით გასტროშიზისის მიზეზია ემბრიონული დისკის არასრული ლატერალური დახურვა, რაც ხელს უწყობს ნაწლავის თიაქარის განვითარებას.

ომფალოცელე მდებარეობს ცენტრალურად, რომელიც მოიცავს ჭიპლარსა და მუცლის ღრუს შინაგან ორგანოებს და დაფარულია დამცველობითი გარსით. ომფალოცელე გამოწვეულია მუცლადყოფნის პერიოდის დაახლოებით მეშვიდე კვირას მუცლის ღრუში ნაწლავების შესვლის დარღვევით. დეფექტის ზომა განსხვავდება, რომელიც მერყეობს 1 სმ დიამეტრის ზომიდან დიდ მასამდე, რომელიც მოიცავს მუცლის ღრუს ყველა ორგანოს.

კლინიკური გამოვლინებები

გასტროშიზისის დროს ნაწლავი გადადის ამნიონურ ღრუში და ამნიონურ სითხესთან კონტაქტის შემდეგ იწვევს ნაწლავების შესქელებას, შეშუპებასა და შეფერილობის შეცვლას, რომელიც გარდაიქმნება მოწითალოდ. ომფალოცელეს დროს ახალშობილის ნაწლავი გარეგნულად არის ნორმალური; თუმცა, მუცლის ღრუ არის მცირე ზომის და განუვითარებელი.

მკურნალობა

ნებისმიერი ამ ორი დაავადების დროს ახალშობილის საწყისი მკურნალობის მიზანია: ჰიპოთერმიის პრევენცია, სტერილურად სუფთა გარემოსი და ქსოვილის სისხლის მომარაგებით შენარჩუნება. ამ დეფექტების დროს მიღებულია ორი ქირურგიული პროცედურის ჩატარება: საწყისი და ეტაპობრივი აღდგენა. თავდაპირველად იმ შემთხვევაში იყენებენ საწყის აღდგენას, თუ ღია მუცლის ღრუს ორგანოები მოთავსდება მუცლის ღრუში, წინააღმდეგ შემთხვევაში მიმართავენ ეტაპობრივ აღდგენით პროცედურას. იყენებენ სინთეტიკურ მასალას, რათა დაიფაროს მუცლის ღრუს ორგანოები. შემდეგ მომდევნო 7-10 დღის განმავლობაში თანდათან ათავსებენ ნაწლავს მუცლის ღრუში. მუცლის ღრუს კედელს ხურავენ მეორე ქირურგიული ჩარევის დროს.

სანაღვლე სადინრების ატრეზია

სანაღვლე სადინრების ატრეზიისთვის დამახასიათებელია თანდაყოლილი განუვითარებლობა ან სანაღვლე სადინრების ობსტრუქცია ღვიძლის გარეთ (ექსტრაჰეპატური), რომლის შედეგად შეფერხებულია ნაღველის დინება ღვიძლიდან ნაწლავებისკენ. ცნობილი არ არის ამ დაავადების სამკურნალო საშუალება. გოგონები არიან ამ დაავადების განვითარების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ, ვიდრე ბიჭები. ის არის ყველაზე ხშირი ღვიძლის გადანერგვის ჩვენება ბავშვებში. გამომწვევი მიზეზი უცნობია; თუმცა, ბოლო პერიოდში ყურადღება მიიქცია ინფექციურმა, გენეტიკურმა და იმუნოლოგიურმა ფაქტორებმა, როგორც შესაძლო გამომწვევმა მიზეზმა.

კლინიკური გამოვლინებები

სანაღვლე სადინრების ატრეზიის მქონე ახალშობილი დაბადებისას არის ასიმპტომური; თუმცა, 2 კვირიდან 2 თვის ასაკამდე ჩნდება სიყვითლე. ჩვილის შარდი არის ჩაისფერი, რადგან გამოიყოფა ბილირუბინი და სანაღვლე მჟავების მარილები. განავალი არის ღია შეფერილობის სანაღვლე პიგმენტის ნაკლებობის გამო. ღვიძლი შეიძლება იყოს გადიდებული არსებული პათოლოგიური პროცესების გამო, როგორიც არის ღვიძლის ფიბროზი. საბოლოოდ ვითარდება ზრდისა და წონის მატებას ჩამორჩენა და არასაკმარისი რაოდენობით საკვების მიღება.

მკურნალობა

მკურნალობა მოიცავს ქირურგიულ ჩარევას, რათა გამოსწორდეს ობსტრუქცია და ნაღველი ღვიძლიდან პირდაპირ გადავიდეს ნაწლავებში. შესაძლებელია გაკეთდეს ღვიძლის პორტოენტეროსტომა, როგორიც არის კასაის პროცედურა, რაც სანაღვლე სადინარში არსებული პათოლოგიური პროცესების შენელებას უზრუნველყოფს. ეს ქირურგიული ჩარევა არ განკურნავს და ყველა ოპერაცია არ სრულდება წარმატებით, სანაღვლე სადინარის დაზიანების შეფერხებით. გაგრძელდება ღვიძლის დაავადების გართულებების წარმოქმნა და საბოლოოდ განვითარდება ტერმინალური ღვიძლის დაავადების სტადია, რომელიც არის ღვიძლის გადანერგვის ჩვენება. მშობლებმა, და-ძმებმა ან ახლო ნათესავებმა შეიძლება გადაუნერგონ საკუთარი ღვიძლის ნაწილი ბავშვს.

ციროზი

ციროზი არის ღვიძლის პათოლოგიური მდგომარეობა, რომელიც გამოწვეულია ღვიძლის მეორეული დაავადებით ან ანთებით. იმ მთავარ დაავადებებს, რომელიც იწვევს ჩვილებსა და ბავშვებში მწვავე ღვიძლის დაავადებასა და ციროზს, მიეკუთვნება: ვირუსული ჰეპატიტი, მეტაბოლიზმის თანდაყოლილი დარღვევები (გალაქტოზემია), სანაღვლე სადინრების თანდაყოლილი ანომალიები (სანაღვლე სადინარის ატრეზია) და ქრონიკული დაავადებები, როგორიცაა ცისტური ფიბროზი. ციროზი იშვიათია პედიატრულ პოპულაციაში. ფიბროზული ნაწიბუროვანი ქსოვილი წარმოიქმნება ღვიძლში ქრონიკული ანთებითი პროცესის ან დაავადების გამო და ორგანო გარეგნულად ჩანს, როგორც არარეგულარული, კვანძოვანი სტრუქტურა.

კლინიკური გამოვლინებები

კლინიკური გამოვლინებები განსხვავდება და დამოკიდებულია ციროზის გამომწვევ მიზეზზე. როდესაც მისი ეტიოლოგია არის ვირუსული ჰეპატიტი, მეტაბოლიზმის თანდაყოლილი დარღვევები ან ქრონიკული დაავადება, თავდაპირველად ბავშვში გამოვლინდება GI სისტემის ფუნქციის დარღვევის გაურკვეველი სიმპტომები, როგორიცაა: ლეთარგია, ანორექსია და ღებინება. ხშირად თან ახლავს სტეატორეა, რომელიც გამოწვეულია ცხიმის დარღვეული მეტაბოლიზმით. თუ მისი მიზეზია სანაღვლე გზების ანომალიები, მაშინ ვითარდება ასციტი (სითხის დაგროვება პერიტონეუმის ღრუში) და პორტული ჰიპერტენზია, რომლის ყველაზე მნიშვნელოვანი ნიშანია სპლენომეგალია, რომელიც იწვევს: ანემიას, ლეიკოპენიას, თრომბოციტოპენიასა და ხშირად საყლაპავის სისხლდენებს. ბავშვისთვის შეიძლება დამახასიათებელი იყოს: ჩალურჯებების მარტივი განვითარება ან ეპისტაქსი (სისხლდენა ცხვირიდან) ან GI სისტემის ჰემორაგია. სანაღვლე გზების არასწორ განვითარებას დამატებით შეიძლება თან ახლდეს: სიყვითლე, მუქი ფერის შარდი და ქავილი.

მკურნალობა

სამედიცინო მკურნალობისას ყურადღება გამახვილებულია ციროზის გართულებების პრევენციასა და მკურნალობაზე. მალაბსორბციასთან დაკავშირებული პრობლემების დროს დიეტა მოიცავს: დაბალი ცხიმისა და ცილის შემცველ საკვებ პროდუქტებსა და დამატებით ვიტამინებს, განსაკუთრებით ცხიმში ხსნადს. ასციტის მკურნალობა შესაძლებელია: სითხის შეზღუდვით, დაბალი კალიუმის შემცველი საკვები პროდუქტების მიღებითა და შარდმდენი საშუალებებით. ღვიძლის ენცეფალოპათიის დროს: ამცირებენ ცილის მიღებას და აწვდიან ლაქტულოზასა (რათა გამოსწორდეს მაღალი ამიაკის დონეები) და ანტიბიოტიკს, მაგალითად, ნეომიცინს. სისხლდენასთან დაკავშირებული გართულებების დროს აუცილებელია სისხლისა და სისხლის პროდუქტების მიწოდება. განსაზღვრული მკურნალობის საშუალება ციროზისა და ტერმინალური ღვიძლის დაავადების სტადიის დროს არის ღვიძლის გადანერგვა.

ჭიპის თიაქარი

ჭიპის თიაქარი გამოწვეულია უმბილიკალური რგოლის არასრული დახურვით, რომლის შედეგად ნაწლავები გამოდის ამ დეფექტიდან, განსაკუთრებით ტირილის ან გაჭინთვის დროს. ეს ყველაზე ხშირია აფრო ამერიკელ, დაბადებისას დაბალი წონადობის გოგონებში.

კლინიკური გამოვლინებები

დეფექტის დიამეტრის ზომა მერყეობს 1 სმ-დან 5 სმ-მდე; თუმცა, დიდი ზომის თიაქარი იშვიათია. ის გამოვლინდება, როგორც შეშუპება დაფარული კანით და არის გლუვი.

მკურნალობა

განიერი შესახვევების, ლენტების ან სხვა საგნების გამოყენება პროტრუზიის შესამცირებლად ხელს არ უწყობს დეფექტის დახურვას. ჭიპის თიაქრების უმეტესობა უეცრად ქრება 1-3 წლის ასაკში. ქირურგიული ჩარევის ჩვენებებია თუ: თიაქარის არსებობა ვრცელდება 3 წლის შემდეგ; ის შეიკუმშება; ან გაიზრდება ზომაში.

დიაფრაგმის თანდაყოლილი თიაქარი

დიაფრაგმის თანდაყოლილი თიაქარის (CDH) დროს მუცლის ღრუს ორგანოები გადადის ამ დეფექტის საშუალებით გულმკერდის ღრუში და ძირითადად ვითარდება მარცხენა მხარეს. შესაძლებელია განვითარდეს ნებისმიერი ხარისხის მუცლის ღრუს ორგანოების პროტრუზია გულმკერდის ღრუში დიაფრაგმის დეფექტის საშუალებით. თიაქარის მოცულობა განსაზღვრავს სიმპტომების სიმწვავესა და გამოვლენის დროს. იგი გვხვდება ყოველი 2,500-3,000 ცოცხალშობილიდან 1-ში. განვითარებადი გულმკერდისა და მუცლის ღრუ ერთმანეთს შორდება მუცლადყოფნის პერიოდის მერვე კვირას, რომელიც მიიღწევა პლეუროპერიტონეალური (სივრცე გულმკერდსა და მუცლის ღრუს შორის) არხის დახურვით. CDH-ის მიზეზია ამ არხის ღია მდგომარეობა.

კლინიკური გამოვლინებები

ახალშობილებისთვის დაბადებისას დამახასიათებელი იქნება: სუნთქვის უკმარისობა, ციანოზი, ტაქიპნოე და რეტრაქციები, რადგან დეფექტის მხარეს არსებული ფილტვი არის ძირითადად **ჰიპოპლასტური** ანუ განუვითარებელი. დაზიანებულ მხარეს შემცირებულია ან გამქრალია სუნთქვითი ხმები და გულმკერდს აქვს კასრის ფორმა. გულისმიერი ხმები გადაადგილებულია მარჯვნისაკენ. ნაწლავური ხმები შეიძლება ისმოდეს გულმკერდის ადგილას. მუცელს აქვს ეტლისებური ფორმა.

მკურნალობა

მიუხედავად დღევანდელი თანამედროვე სამკურნალო საშუალებებისა, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მაღალია (60%-მდე). ზოგიერთი შემთხვევის დიაგნოზის დასმა შეიძლება მოხდეს პრენატალურად ულტრაბგერის საშუალებით, რომლის დროსაც აკეთებენ ნაყოფში ქირურგიულ ჩარევას. თუ ამ პერიოდში ვერ მოხდა დიაგნოზის დასმა და აღდგენა, ოპერაციამდე ხდება ახალშობილის სტაბილიზაცია. სუნთქვაში დამხ-

მარე საშუალებებს იყენებენ სასუნთქი სისტემის შემცირებული ფუნქციის სამართავად. მეტაბოლური აციდოზის გამოსწორება შესაძლებელია ბიკარბონატის მიწოდებით. თუ შეუძლებელია სტაბილიზაცია, უმეტესობა შემთხვევები მოითხოვს ექსტრაკორპორული მემბრანით ჟანგბადის მიწოდებას. ოპერაცია გულისხმობს მუცლის ღრუს ორგანოების დაბრუნებას მუცლის ღრუში და დეფექტის დახურვას.

მალროტაცია და ვოლვულუსი

მალროტაცია არის ნაყოფის განვითარების დროს შუა ნაწლავის არასრული ნორმალური მობრუნება, როდესაც ის უმბილიკალური ჯიბედან ბრუნდება მუცლის ღრუში. ადრეული მუცლადყოფნის პერიოდის დროს შუა ნაწლავი იზრდება საგრძნობლად და გადადის ჭიპლარის ჯიბესკენ და საბოლოოდ ის მდებარეობს მთლიანად მუცლის ღრუს გარეთ. დასასრულს ეს ღრუ ფართოვდება და შუა ნაწლავი უბრუნდება მუცლის შიდა მდებარეობას. მალროტაციის დროს ნაწლავი არ შემოტრიალდება ნორმაში მუცლის ღრუში დაბრუნების დროს. ნაწლავების გადახლართვა, რომელიც არის მალროტაციის გართულება, ვითარდება მაშინ, როდესაც მალროტაციის დროს ნაწლავი გადაეხლართება საკუთარ თავს, რაც იწვევს არტერიულ ობსტრუქციას, იშემიასა და ნეკროზს.

კლინიკური გამოვლინებები

ამ ანომალიის მქონე ჩვილების უმეტესობისთვის დამახასიათებელია: ნაწლავის ობსტრუქციის სიმპტომები, მუცლის შებერილობა და ნაღველის შემცველი ღებინება 1 წლის ასაკში. 6 თვემდე ასაკის ჩვილებში ადრეული სიმპტომი შეიძლება იყოს დიარეა. ვოლვულუსის დროს სისხლიან განავალს შეიძლება შემდეგ მოჰყვეს პერფორაცია და პერიტონიტი. უფროსი ბავშვებისთვის შეიძლება დამახასიათებელი იყოს: ხანგამოშვებითი მოვლითი მუცლის ტკივილი, ტკივილი, ღებინება და დიარეა ან ყაბზობა.

მკურნალობა

მალროტაციის მკურნალობა შესაძლებელია ქირურგიული ჩარევით. ნაწლავის შემოტრიალება და დაბრუნება ხდება მუცლის ღრუში, ხოლო ბრმა ნაწლავის ადგილმდებარეობა იქნება მარცხენა ქვედა მეოთხედში. ვოლვულუსისა და ნაწლავის ნეკროზის არსებობის დროს, ხდება დაზიანებული ადგილის ამოკვეთა.

მეკელის დივერტიკული

მეკელის დივერტიკული, რომელიც ყველაზე ხშირი თანდაყოლილი GI სისტემის მალფორმაციაა, არის დაუსრულებელი ჩანთა ან ჯიბე, რომელიც წარმოიქმნება თეძოს ნაწლავის კედლიდან. ის გამოწვეულია სადინარის არსებობით, რომელიც აკავშირებს ემბრიონულ ყვითრის პარკს პირველად ნაწლავთან. ის ვითარდება პოპულაციის 2-3%-ში და ძირითადად ასიმპტომურია.

კლინიკური გამოვლინებები

სიმპტომური შემთხვევების უმეტესობა ჩნდება დაბადებიდან პირველი ორი წლის განმავლობაში. ყველაზე ხშირი კლინიკური გამოვლინებაა უმტკივნეულო რექტალური

სისხლდენა, რომლის მიზეზია თეძოს ნაწლავის ჯიბეს ზედა ნაწილში ექტოპიური კუჭის ლორწოვანი გარსის არსებობა თეძოს ნაწლავის ლორწოვანი გარსის მაგივრად. კუჭის ლორწოვანი გარსი გამოყოფს მჟავასა და პეფსინს, რაც იწვევს გაღიზიანებას, წყლულის განვითარებასა და საბოლოოდ ქვედა GI სისტემის სისხლდენას. რექტალური სისხლდენა დიდი მოცულობისაა და მუქი ან ღია წითელი შეფერილობის.

მკურნალობა

მკურნალობა შესაძლებელია ქირურგიულად დივერტიკულის ან ჯიბეს ამოკვეთით, რათა ჰემორაგიის არსებობის გამო არ განვითარდეს ჰიპოვოლემიური შოკი. შემთხვევების უმეტესობა არ საჭიროებს ნაწლავის გაკვეთას და ბავშვი სწრაფად გამოჯანმრთელდება.

მოკლე ნაწლავის სინდრომი

მოკლე ნაწლავის სინდრომისთვის (SBS) დამახასიათებელია წვრილი ნაწლავის არასაკმარისი ზედაპირის ფართობი, რომელიც ძირითადად ვითარდება ნაწლავის ქირურგიული ამოკვეთის შემდეგ ნეკროზული ენტეროკოლიტის, ვოლვულუსის ან კრონის დაავადების დროს. წვრილი ნაწლავი შეიძლება თანდაყოლილად იყოს მოკლე გასტროშიზისის, ომფალოცელესა და ნაწლავის ატრეზიის დროს. SBS შეიძლება არ იყოს მუდმივი დაავადება, რადგან ნაწლავს აქვს გაზრდისა და შეგუების უნარი. ეს ადაპტაციის პროცესი მიმდინარეობს თანდათან, რომელიც მოითხოვს რამდენიმე თვეს ან წელს.

კლინიკური გამოვლინებები

ყველაზე ხშირი კლინიკური გამოვლინებებია: მალაბსორბცია, მალნუტრიცია და დიარეა. ასევე შეიძლება განვითარდეს ნახშირწყლების მალაბსორბცია და სტეატორეა. სითხისა და ელექტროლიტურმა დანაკარგმა შეიძლება გამოიწვიოს: დეჰიდრატაცია, ჰიპონატრემია, ჰიპოკალემია და აციდოზი. იკარგება ვიტამინები და მინერალები და ვითარდება მათი ნაკლებობა. დუნდულებსა და პერინეუმზე გაღიზიანებისა და კანის აშრევების მიზეზია ხშირი თხელი, წყლიანი განავალი. წვრილი ნაწლავის დარჩენილ ადგილას ხშირია ბაქტერიების გამრავლება, რასაც ხელს უწყობს ილეოცეკალური სარქველის არარსებობა ან ნაწლავის დარღვეული მოძრაობა და სტაზი, რომელიც უფრო აუარესებს დიარეასა და მეტეორიზმს.

მკურნალობა

SBS-ის სამედიცინო მკურნალობისას ყურადღება გამახვილებულია ხელსაყრელ ნუტრიციის შენარჩუნებასა და გართულებების პრევენციაზე. კვების თერაპია თავიდან მოიცავს: სრულ პარენტერალურ კვებას (TPN) ცენტრალური კათეტერის საშუალებითა და ენტერულად NG ან გასტროსტომული მილით საკვების მიწოდებას. ენტერული კვების მთავარი მიზანია წვრილი ნაწლავის ადაპტური ზრდის სტიმულაცია. ორალურად საკვებს აწვდიან ჩვილს, როდესაც მას შეუძლია მიღება, რათა ისწავლოს წოვა და ყლაპვა. დამატებით, ორალურად მიწოდებული საკვების ინტერესის შესანარჩუნებლად

და წოვის სტიმულაციისთვის იყენებენ სატყუარა-საწოვარას. როდესაც ზრდიან ენტერულად და ორალურად საკვების მიწოდებას, პროპორციულად თანდათანობით ამცირებენ TPN-ის მეთოდის გამოყენებას. ხანგრძლივი TPN-ის გამოყენების რამდენიმე გართულებაა: ცენტრალური კათეტერის ინფექცია, დახშობა და თრომბოზი; ღვიძლის დაავადება და **ქოლესტაზი** (ნაღველის შეფერხებული დინება). ამგვარად, TPN-ის დაწყებისას და მკურნალობის პერიოდში მისი რეგულარულად გამოყენების დროს იკვლევენ კონკრეტულ ლაბორატორიულ მონაცემებს, როგორიცაა: ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციური ტესტები, ღვიძლის ფერმენტები, კალციუმი, მაგნიუმი და ფოსფორი.

საკვანძო საკითხები

- ჩვილისა და ბავშვის კუჭ-ნაწლავის სისტემა ჩამოუყალიბებელია მოზარდთან შედარებით; ამგვარად, საკვები უნდა მიეწოდოს მცირე ულუფებით, უფრო ხშირად და შეიცავდეს კალორიების მეტ რაოდენობას ყოველ კილოგრამ წონაზე;
- პილორუსის სტენოზისთვის დამახასიათებელია: ,,შადრევანით“ ღებინება მადის დაქვეითების გარეშე, წონაში ცუდი მატება, დეჰიდრატაცია და ზეთის ხილის ფორმის საგრძნობი მასა ეპიგასტრიუმის ადგილას;
- ტუჩისა და სასის ნაპრალი არის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი თანდაყოლილი ანომალიები. ამ დეფექტის მქონე ჩვილის მომვლელების თავდაპირველი რეაქციებია: გაოცება, დამწუხრება, განმარტოებისა და წარუმატებლობის გრძნობები და არასრულფასოვნება;
- კურდღლის ტუჩისა ან მგლის სასის მქონე ჩვილის საექთნო მართვა გულისხმობს: კვების მეთოდების მისადაგებას, ოპერაციამდე და მის შემდეგ მოვლის უზრუნველყოფას, მომვლელებისთვის ინფორმაციის მიწოდებასა და ემოციური მხარდაჭერის უზრუნველყოფას;
- საყლაპავის ატრეზიით დაავადებული ჩვილისთვის ტიპური გამოვლინებაა დიდი რაოდენობის, წვრილი, ცუდი სუნის მქონე ლორწოვანი ბუშტების არსებობა პირის ღრუში და ზოგჯერ ცხვირში;
- ინვაგინაცია არის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი გამომწვევი მიზეზი ნაწლავთა ობსტრუქციისა ჩვილებში და ახასიათებს: ძლიერი მუცლის ტკივილი, ღებინება და სისხლიანი ან ლორწოვანი განავალი;
- ჰირშპრუნგის დაავადების, რომელიც არის ახალშობილში დისტალური ნაწლავის ობსტრუქციის ყველაზე ხშირი მიზეზი, მკურნალობა შესაძლებელია ნაწლავის აგანგლიონური ნაწილის ქირურგიული ამოკვეთით;
- ანორექტალური მალფორმაციები ძირითადად შესამჩნევია დაბადებისას და ქირურგიულად გამოსწორების შემდეგ ჩვილებს შეიძლება გაუჭირდეთ ტუალეტის უნარ-ჩვევების სწავლა;
- გასტროეზოფაგეალური რეფლუქსის საექთნო მოვლა მიმართულია მომვლელების სწავლებაზე, რათა მოხდეს პრევენცია ან შემცირდეს რეფლუქსი კვებისა და პოზის საშუალებით;

- ქრონიკული ყაბზობის მქონე ბავშვის საექთნო მართვა გულისხმობს: ნაწლავების ამორეცხვას, დიეტურ თერაპიასა და კუჭის მოქმედების რეგულარულად დამყარებას;
- აპენდიციტის ნიშნები და სიმპტომებია: მუცლის ტკივილი, რომელიც იწყება ჭიპის გარშემო არსებულ ადგილას და შემდეგ გადაადგილდება მარჯვენა ქვედა მეოთხედში, დაბალი სიცხე, ღებინება და ზოგჯერ გულისრევა;
- მნიშვნელოვანია აპენდიციტის დროული და ზუსტი დიაგნოზის დასმა, რათა არ განვითარდეს პერფორაცია და პერიტონიტი, რომელიც ხშირია ბავშვებში;
- ანთებით ნაწლავურ დაავადებას მიეკუთვნება: კოლიტი და კრონის დაავადება, რომლისთვისაც დამახასიათებელია: მუდმივი დიარეა, მუცლის ტკივილი და ზრდის ჩამორჩენა. მკურნალობისას ყურადღება გამახვილებულია სიმპტომების შემცირებაზე წამლების, კვებითი თერაპიისა და ხშირად ქირურგიული ჩარევის საშუალებით;
- პეპტიური წყლულის მქონე ბავშვის საექთნო მართვა მოიცავს: მომვლელებისთვის ინფორმაციის მიწოდებას წამლებით თერაპიისა და დიეტური ცვლილებების შესახებ;
- ექთნის როლი მნიშვნელოვანია NEC-ის ადრეულ სტადიაზე აღმოჩენაში, გართულებების ნიშნების შეფასებასა და ოჯახისთვის ემოციური მხარდაჭერის უზრუნველყოფაში;
- ცელიაკიის მქონე ბავშვის საექთნო მართვისას ყურადღება გამახვილებულია: ინფორმაციის მიწოდებაზე იმ საკვების შესახებ, რომელიც არ შეიცავს გლუტენს და საზოგადოებრივ წყაროებზე გადამისამართებაზე ემოციური და კვებითი მხარდაჭერისთვის;
- ლაქტოზას აუტანლობის მქონე ბავშვის მკურნალობა და საექთნო მართვა გულისხმობს ბავშვისა და მომვლელებისთვის კვების მოთხოვნებზე ინფორმაციის მიწოდებას;
- ჰეპატიტით დაავადებული ბავშვის საექთნო მართვა მიმართულია კვების მოთხოვნების სწავლებაზე, ინფექციის კონტროლსა და მწვავედ დარღვეული ღვიძლის ფუნქციის ნიშნებსა და სიმპტომებზე.

გასამეორებელი საკითხები

1. განსხვავება ჰიპერტროფულ პილორუსის სტენოზსა და გასტროეზოფაგეალურ რეფლუქსს შორის.
2. მომვლელებისთვის სწავლების გეგმის ხაზგასმა ორმხრივი CL/CP-ით დაბადებულ ჩვილის კვებასთან დაკავშირებით.
3. საყლაპავის ატრეზიითა და ტრაქეოეზოფაგეალური ფისტულით დაავადებული ჩვილის კლინიკური გამოვლინებების ჩამოთვლა.

4. ინვაგინაციის არაქირურგიული მკურნალობის საშუალებების განხილვა.
5. ჰირშპრუნგის დაავადების პათოფიზიოლოგიის ახსნა.
6. ექთნის როლი ახალდაბადებულ ჩვილში ანორექტალური მალფორმაციის აღმოჩენაში.
7. პედიატრთა ამერიკული აკადემიის რჩევის ახსნა გასტროეზოფაგეალური რეფლუქსის მქონე ჩვილის ძილის პოზიციებთან დაკავშირებით.
8. განხილვა, თუ რატომ ვითარდება ხშირად აპენდიციტისგან პერფორაცია ბავშვებში.
9. აპენდიციტის კლინიკური გამოვლინებების ჩამოთვლა.
10. წყლულოვანი კოლიტისა და კრონის შედარება ერთმანეთთან შემდეგი მახასიათებლების მიხედვით: (1) ნაწლავში პათოლოგიური ცვლილებებისა და (ბ) კლინიკური გამოვლინებებით.
11. ცელიაკიის მქონე ბავშვისა და მისი ოჯახისთვის სწავლებასთან დაკავშირებული გეგმის შედგენა.
12. ახალი მიდგომების აღმოჩენა, რომელიც გაზრდის ცელიაკიით დაავადებულ ბავშვში რჩევების შესრულებას, კვების შეზღუდვასთან დაკავშირებით.
13. A, B და C ჰეპატიტის გავრცელების გზებისა და კლინიკური გამოვლინებების შედარება.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. (2009). In Pickering, L. (Ed.). Red book: Report of the committee on infectious diseases (28th ed.). Elk Grove Village, IL: American
- Academy of Pediatrics. American Academy of Pediatrics, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. (2003). Poison treatment in the home. Pediatrics, 112(5), 1182–1185.
- American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. (2000). Changing concepts of sudden infant death syndrome: Implications for infant sleeping environment and sleep position. Pediatrics, 105(3), 650–656.
- Arguin, A., & Swartz, M. (2004). Gastroesophageal reflux in infants: A primary care perspective. Pediatric Nursing, 30(1), 45–51.
- Bassett, M. D., & Murray, K. F. (2008). Biliary atresia: Recent progress. Journal of Clinical Gastroenterol, 42(6), 720–729.
- Bronstein A. C., Spyker, D. A., Cantilena, L. R., Jr., Green, J. L., Rumack, B. H., Heard, S. E. (2008). 2007 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 25th Annual Report. Clinical toxicology (Philadelphia), 46(10), 927–1057.
- Ceballos, C. (2008). Growth and early onset inflammatory bowel disease. Gastroenterology Nursing, 31(2), 101–106.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2005). Preventing lead poisoning in young children: A statement by the Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved March 15, 2009, from http://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/prevleadpoisoning.pdf.
- Coughlin, E. (2003). Primary care approaches: Assessment and management of pediatric constipation in primary care. Pediatric Nursing, 29(4), 296–301.
- Criddle, L. M. (2007). An overview of pediatric poisonings. AACN Advanced Critical Care 18(2), 109–118.
- Dasgupta, R., & Langer, J. C. (2004). Hirschsprung disease. Current Problems in Surgery, 41(12), 949–988. de la Torre, M. A., & Thurman, M. A. (2008). Cigarette smoking and orofacial cleft development: Dental hygiene's role in education and prevention. Access, 22(1), 30–33.
- Doria, A. S., Moineddin, R., Kellenberger, C. J., Epelman, M., Beyene, B., Schuh, S., Babyn, P. S., & Dick, P. D. (2006). US or CT for diagnosis of appendicitis in children and adults? A meta-analysis. Radiology, 241, 83–94.
- Dunn, A., & Burns, C. (2004). Environmental health issues. In C. Burns, A. Dunn, M. Brady, N. Starr, & C. Blosser (Eds.), Pediatric primary care: A handbook for nurse practitioners (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders, pp. 1283–1309.
- Farrington, M., Lang, S., Cullen, L., & Stewart, S. (2009). Nasogastric tube placement verification in pediatric and neonatal patients. Pediatric Nursing, 35(1), 17–25.

- Franklin, R., & Rodgers, G. B. (2008). Unintentional child poisonings treated in United States hospital emergency departments: National estimates of incident cases, population-based poisoning rates, and product involvement. Pediatrics, 122(6), 1244–1251.
- Gelfond, D., & Fasano, A. (2006). Celiac disease in the pediatric population. Pediatric Annals 35(4), 275–279.
- Gisbert, J. P., de la Morena, F., & Abraira, V. (2006). Accuracy of monoclonal stool antigen test for the diagnosis of H. Pylori infection: A systematic review and meta-analysis. American Journal of Gastroenterology 101(8), 1921–1930.
- Golding-Kushner, K. J. (2001). Therapy techniques for cleft palate, speech, and related disorders. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Haider, N., & Fisher, R. (2007). Mortality and morbidity associated with late diagnosis of anorectal malformations in children. Surgeon, 5(6), 327–330.
- Hall, N. J., Pacilli, M., Eaton, S., Reblock, K., Gaines, B. A., Paster, A., Langer, J. C., Koivusalo, A. I., Pakarien, M. P., Stroedter, L., Beyerlein, S., Haddas, M., Clarke, S., Ford, H., & Pierro, A. (2009). Recovery after open versus laparoscopic pyloromyotomy for pyloric stenosis: A double-blind multicentre randomised controlled trial. The Lancet, 373(9661), 390–398.
- Hitchcock, J., Schubert, P., & Thomas, S. (Eds.). (2003). Community health nursing: Caring in action (2nd ed.). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning. Home Safety Council. (2004). Retrieved April 10, 2009, from http://www.homesafetycouncil.org/resource_center/resourcecenter.aspx.
- Huppertz, H. I., Soriano-Gaabarro, M., Grimprel, E., Franco, E., Mezner, Z., Desselberger, U., Smit, Y., Wolleswinkel-van den Bosch, J., De Vos, B., & Giaquinto, C. (2006). Intussusception among young children in Europe. Pediatric Infectious Disease Journal, 25(1), 22–29.
- Kairam, N., Kaiafis, C., & Shih, R. (2009). Diagnosis of pediatric intussusception by an emergency physician-performed bedside ultrasound: A case report. Pediatric Emergency Care, 25(3), 177–180.
- Katz, J. (2001). Keys to nursing success. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Kawahara, H., Takama, Y., Yoshida, H., Nakia, H., Okuyama, H., Kubota, A., Yoshimura, N., Ida, S., & Okada, A. (2005). Medical treatment of infantile hypertrophic pyloric stenosis: Should we always slice the “olive”? Journal of Pediatric Surgery, 40(12), 1848–1845.
- Kitagawa, S, & Miqdady, M. (2008). Intussusception in children. Retrieved March 14, 2009, from http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~WevvYJlLs9of0e&selectedTitle=1~63&source=search_result.
- Kupperman, N., O’Dea, T., Pinckney, L., & Hoecker, C. (2000). Predictors of intussusception in young children. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 154, 250–255.
- Kwok, M. Y., Kim, M. K., Gorelick, M. H. (2004). Evidence-based approach to the diagnosis of appendicitis in children. Pediatric Emergency Care 20(10), 690–698.

- Leoening-Baucke, v., & Pashankar, D. S. (2006). A randomized, prospective, comparison study of polyethylene glycol 3350 without electrolytes and milk of magnesia for children with constipation and fecal incontinence. Pediatrics, 118(2), 528-535.
- Lin, P. W., Nasr, T. R., & Stoll, B. J. (2008). Necrotizing enterocolitis: Recent scientific advances in pathophysiology and prevention. Seminars in Perinatology, 32(2), 70–82.
- Lindfred, H., Saalman, R., Nilsson, S., & Reichenberg, K. (2008). Inflammatory bowel disease and self-esteem in adolescence. Acta Paediatrica. 97(2), 201–205.
- Lund, C. H., Bauer, K., & Berrios, M. (2007). Gastroschisis: Incidence, complications, and clinical management in the neonatal intensive care unit. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 21(1), 63–68.
- McAlhany, A., & Popovich, D. (2007). Hirschsprung disease. Newborn and Infant Reviews, 7(3), 151–154.
- Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). (2009). Recommended immunization schedules for persons aged 0 through 18 years—United States, 2009. MMRW, 57(52), q1–q4.
- Murdock, A. M., & Johnston, S. D. (2005). Diagnostic criteria for celiac disease: Time for change? European Journal of Gatroenterology & Hepatology, 17(1), 41–43.
- National Digestive Disease Information Clearinghouse. (2006). Gastroesophageal reflux in infants. Retrieved March 20, 2009, from http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/gerdinfant/.
- National Institute of Health, National Center for Complementary Medicine. (2008). An introduction to probiotics. Retrieved April 19, 2009, from http://nccam.nih.gov/health/probiotics/.
- Nisell, M. (2003). International pediatric nursing: How a family is affected when a child is born with anorectal malformation: Interviews with three patients and their parents. Pediatric Nursing, 18(6), 423–432.
- Peter, S. D. S., Holcomb III, G. W., Calkins, C. M., Murphy, J. P., Andrews, V., Sharp, R. J., Snyder, C. L., & Ostlie, D. J. (2006).
- Open versus laparoscopic pyloromyotomy for pyloric stenosis: A prospective, randomized trial. Annals of Surgery, 244(3), 363–370.
- Pisarra, V. (2001). Recognizing the various presentations of appendicitis. Dimensions of Critical Care Nursing, 20(3), 24–27.
- Powers, K. (2000). Diagnosis and management of common toxic ingestions and inhalations. Pediatric Annuals, 296, 330–342.
- Pulsifer-Anderson, E. (2009). Helping families understand and manage pediatric gastroesophageal reflux. Zero to Three, 29(3), 50–59.
- Quinn, D., & Shannon, L. (1996). Congenital anomalies of the gastrointestinal tract—Part III: The colon and rectum. Neonatal Network, 15(2), 63–67.
- Rogers, I. M. (2006). The true cause of pyloric stenosis is hyperacidity. Acta Paediatrica, 95(2), 132–136.

- Rufo, P. A., & Bousvaros, A. (2007). Challenges and progress in pediatric inflammatory bowel disease. Current Opinion in Gastroenterology, 23(4), 406–412.
- Runyan, C. W., & Casteel, C. (Eds). (2004). The state of home safety in America: Facts about unintentional injury in the home (2nd ed.). Home Safety Council. Washington, DC. Retrieved March 22, 2009, from http://www.homesafetycouncil.org/state_of_home_safety/sohs_2004_p001.pdf.
- Sgouros, S. N., & Bergele, C. (2006). Clinical outcome of patients with Helicobacter pylori infection: The bug, the host, or the environment? Postgraduate Medicine Journal 82(967), 338–342.
- Shaw-Smith, C. (2006). Oesophageal atresia, tracheoesophageal fistula, and the VACTERL association: Review of genetics and epidemiology. Journal of Medical Genetics 43(7), 545–554.
- Shoji, H., Suganuma, H., Daigo, M., Shinohara, K., Umezaki, H., Shiga, S., Shimizu, T., & Yamashiro, Y. (2008). Hypertrophic pyloric stenosis in mono-ovular extremely preterm twins after use of erythromycin. Pediatrics International, 50(5), 701–702.
- Silbermintz, A., & Markowitz, J. (2006). Inflammatory bowel diseases Pediatric Annals 355(4), 268–274.
- Sondheimer, J. (2008). Non-pharmacologic therapy may be effective for infants with gastroesophageal reflux. Journal of Pediatric, 153(3), 441–442.
- Sorensen, H. T., Skriver, M. V., Pedersen, L., Larsen, H., Ebbesen, F., & Schonheyder, H. C. (2003). Risk of infantile hypertrophic pyloric stenosis after maternal postnatal use of macrolides. Scandinavian Journal of Infectious Diseases 35(2), 104–106.
- Spoon, R., & Trotter, C. (2003). Neonatal radiology VATER association. Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing, 22(3), 71–75.
- Steele, R. (2002). Hepatitis A vaccine: Time for universal immunization. Clinical Pediatrics, 41(1), 1–3. Suwandhi, E., Ton, M. N., & Schwarz. S. M. (2006). Gastroesophageal reflux in infancy and childhood. Pediatric Annals, 35(4), 259–266.
- Swenson, O. (2002). Hirschsprung's disease: A review. Pediatrics, 109(5), 914–918.
- Telega, G., Bennet, T. R., & Werlin, S. (2008). Emerging New Clinical Patterns in the Presentation of Celiac Disease. Archive of Pediatric Adolescence Medicine, 162(2), 164–168.
- Thompson, A. M., & Bizzarro, M. J. (2008). Necrotizing enterocolitis in newborns: Pathogenesis, prevention and management. Drugs, 68(9), 1227–1238.
- To, T., Wajja, A., Wales, P. W., & Langer, J. C. (2005). Population demographic indicators associated with incidence of pyloric stenosis. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 159(6), 159–520.
- Tully, M. A. (2008). Pediatric celiac disease. Gastroenterology Nursing, 31(2), 132–140.
- U.S. Environmental Protection Agency. (2008). America's children and the environment. Measure B1: Lead in the blood of children. Retrieved March 15, 2009, from http://www.epa.gov/envirohealth/children/body_burdens/b1-graph.htm.

- van den Berg, M. M., Benninga, M. A., & Di Lorenzo, C. (2006). Epidemiology of childhood constipation: A systematic review. American Journal of Gastroenterology, 101, 2401.
- Waag, K. L., Loff, S., Zahn, K., Ali, M., Hien, S., Kratz, M., Neff, W., Schaffelder, R., & Schaible, T. (2008). Congenital diaphragmatic hernia: A modern day approach. Seminars in Pediatric Surgery, 17(4), 244–254.
- Zeller, J. L., Burke, A. E., & Glass, R. M. (2007). Acute appendicitis in children. Journal of The American Medical Association, 298(4), 482.

თავი 18

რესპირატორული ცვლილებები

ამ თავში განხილულია:

- რესპირატორული სისტემის ანატომიის, ფიზიოლოგიისა და ფუნქციის ახსნა ბავშვებში;
- სასუნთქი სისტემის გართულებების მაჩვენებლები;
- ბავშვებში, რესპირატორული ცვლილებების შემთხვევაში პრევენციული ზომები;
- ხშირი, მწვავე რესპირატორული ცვლილებების, როგორიცაა ნაზოფარინგიტი, ფარინგიტი, ტონზილიტი, ოტიტის მედია, კრუპი, ბრონქიოლიტი, პნევმონია და სინუსიტი, პათოფიზიოლოგიის, კლინიკური გამოვლინების, მკურნალობისა და საექთნო მართვის აღწერა;
- ხშირი, ქრონიკული რესპირატორული ცვლილებების, ალერგიული რინიტისა და ასთმის პათოფიზიოლოგიის, კლინიკური გამოვლინებების, მკურნალობისა და საექთნო მართვის აღწერა;
- ნაკლებად ხშირი რესპირატორული ცვლილებების, კისტური ფიბროზის, რესპირატორული დისტრესის სინდრომისა და ტუბერკულოზის, პათოფიზიოლოგიის, კლინიკური გამოვლინების, მკურნალობისა და საექთნო მართვის აღწერა;
- უცხო სხეულის ასპირაციის და კვამლის ინჰალაციით მიღებული ზიანის გამოვლინებისა და მკურნალობის აღწერა;
- ბავშვებში რესპირატორული ცვლილებების პრევენციის ყველაზე ეფექტური გზების აღწერა.

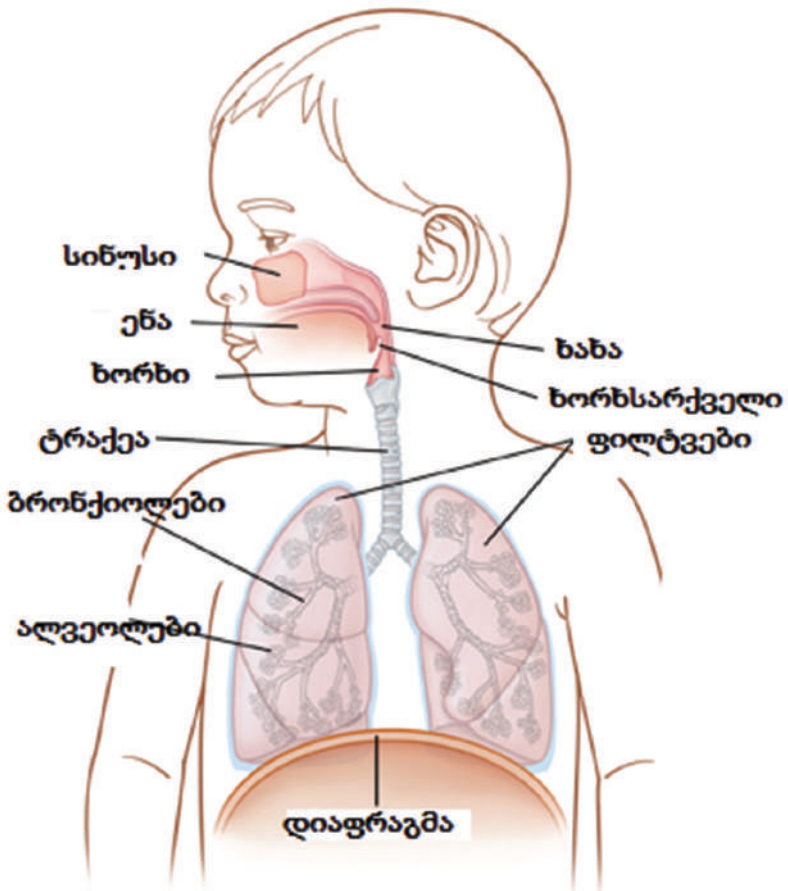
რესპირატორული სისტემის პირველადი ფუნქციაა ორგანიზმში გაზთა ცვლისთვის ხელის შეწყობა. გაზთა ცვლისთვის რამდენიმე ელემენტია საჭირო. ნეიროქიმიური კონტროლი, მაგალითად, სუნთქვის სიხშირის, სიღრმისა და რიტმის რეგულაცია. ეს აკონტროლებს სასუნთქი კუნთებისკენ მიმართულ სიგნალებს, რომ შეიკუმშოს ან გაფართოვდეს გულმკერდის ღრუში. ეს გაფართოება ქმნის უარყოფით წნევას სასუნთქ გზებში, რაც იწვევს ჰაერის ფილტვებში გადასვლას. ჟანგბადის გადასვლა ფილტვებში ინჰალაციისას ხდება, ხოლო ნახშირბადის დიოქსიდის ნარჩენების ორგანიზმიდან მოშორება – ამოსუნთქვისას. გაზთა ცვლის ამ პროცესის სხვა კრიტიკული კომპონენტია ჯანსაღი საჰაერო გზები, ხოლო სხვა მნიშვნელოვანი ელემენტებია ალვეოლარულ-კაპილარული დიფუზია, ცირკულაცია და აირების ტრანსპორტი.

რესპირატორული სისტემის დისფუნქცია ჯანმრთელობის ხშირი პრობლემაა სიცოც-

ხლის განმავლობაში. ჩვილები და მცირეწლოვანი ბავშვები განსაკუთრებით დაუცველები არიან რესპირატორულ სისტემასთან დაკავშირებული დაავადებების მიმართ, ასაკთან დაკავშირებული განსხვავებების გამო. ამ თავის მიზანია, ფიზიკური განმასხვავებელი ნიშნების აღწერა, სხვადასხვა რესპირატორული ცვლილებების შემოწმება ბავშვებსა და ჩვილებში და პედიატრიულ პოპულაციაში მედდის როლის განსაზღვრა.

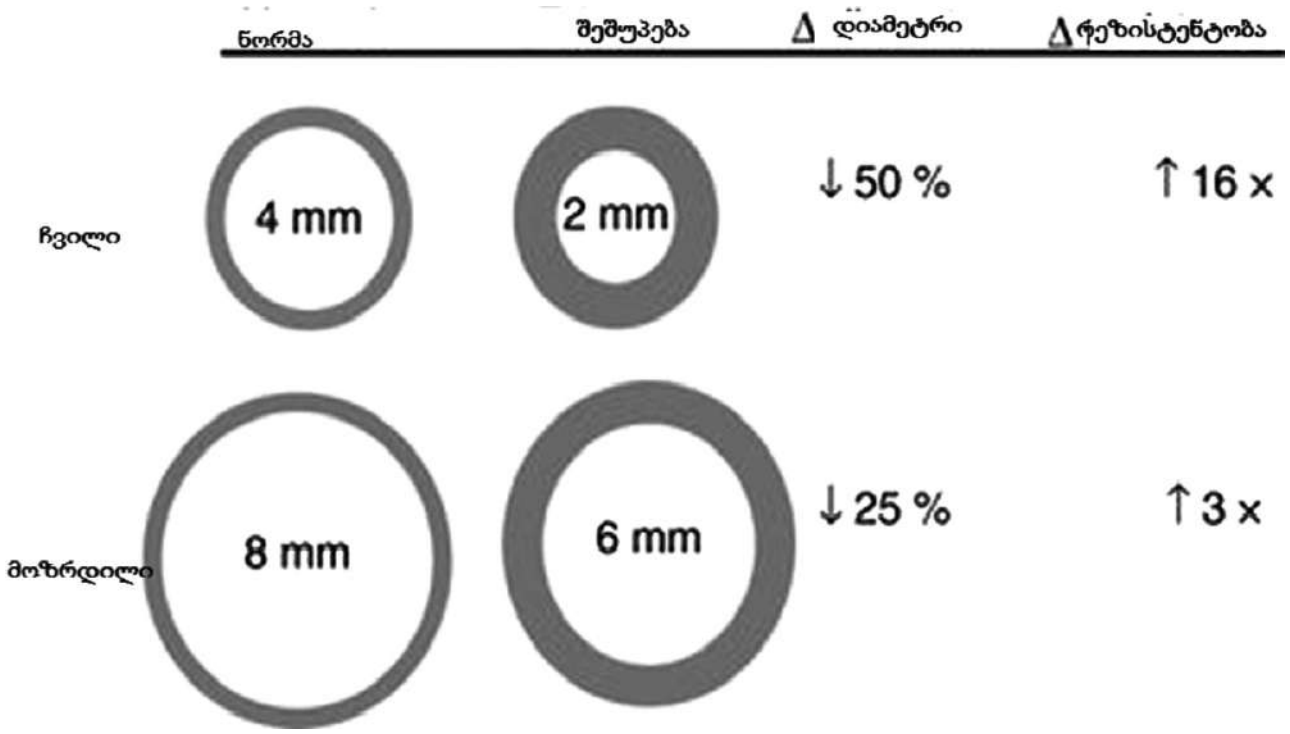
ანატომია და ფიზიოლოგია

განვითარების რამდენიმე ვარიაცია, პედიატრიულ პოპულაციაში, ზრდის შეძენილი რესპირატორული სისტემის დისფუნქციის რისკს. მცირე ზომის სასუნთქი გზები, მცირე რაოდენობის ალვეოლები და გულმკერდის გაზრდილი მოცულობა სასუნთქი გზების ცვლილებების გამომწვევი წამყვანი ფაქტორებია. სურათი 18-1 გამოხატავს პედიატრიულ რესპირატორულ ტრაქტს.



სურათი 18-1. რესპირატორული ტრაქტი

ჩვილის ტრაქეა და ქვედა სასუნთქი გზები მოზრდილთან შედარებით მცირე ზომისაა. ჩვილის ან ახალგაზრდა ბავშვების სასუნთქი გზების ოდნავი შემცირებაც კი მნიშვნელოვნად ზრდის სასუნთქი გზების რეზისტენტობასა და სუნთქვას. სურათი 18-2 გამოხატავს განსხვავებას ჩვილისა და მოზრდილის სასუნთქ გზებში შეშუპებისა და ანთებითი პროცესებისას. ამ სტრუქტურული განსხვავების ეფექტი მცირდება ადრეული ბავშვობის შემდგომ, რადგან სასუნთქი გზების სანათური იზრდება ზომაში.



სურათი 18-2. ჰაერგამტარი გზების შედარება ბავშვებსა და ზრდასრულებში

ჩვილისა და მცირეწლოვანი ბავშვების ცხვირი, ნაზოფარინქსი და ფარინქსი მცირე ზომისაა და უფრო დაუცველია ობსტრუქციის მიმართ. შესაბამისად, ჩვილები ძირითადად ცხვირით სუნთქავენ. როდესაც ცხვირის ღრუ იბლოკება, ზედა რესპირატორულ ინფექციებთან ასოცირებული შეშუპებისა და დაგროვებული ლორწოს გამო, ხდება სუნთქვის გართულება.

დაბადებისას, გულმკერდის კედელი რბილი და დრეკადია, რადგან ჩვილის სასუნთქი კუნთები ჯერ კიდევ ბოლომდე არაა განვითარებული. ამ ფაქტორების შედეგია გულმკერდის ცუდი გაფართოება და ამოსუნთქვის ბოლოს ფილტვის შემცირებული მოცულობა, რაც ხელს უწყობს რესპირატორული დისტრესის გამოხატვას სასუნთქი გზების ცვლილებების მქონე ბავშვებში. ჩვილის დრეკადი გულმკერდის კედელი რესპირატორული დისტრესისას, გაფართოების მაგივრად, მოძრაობს შიგნით. რეტრაქციები შეიძლება გამოვლინდეს ნეკნების რბილი ქსოვილისა და სტერნუმის გარშემო, ჩასუნთქვისას, რომელიც ასოცირდება გაზრდილ რესპირაციასთან და სასუნთქი გზების ობსტრუქციასთან.

განვითარების სხვა ფაქტორებმაც შეიძლება გაზარდოს შემძენელი რესპირატორული ცვლილებების რისკი პედიატრიულ პოპულაციაში. ჩვილებსა და მცირეწლოვან ბავშვებს აქვთ მოუმწიფებელი იმუნური სისტემა, რაც მათი მიკროორგანიზმების ინვაზიის რისკს ზრდის. ასევე, მათ ყოფნა უწევთ სხვა ჩვილებთან და ბავშვებთან, რომელთაც რესპირატორული ინფექციები აქვთ. გარდა ამისა, ჩვილებში ხელის ხშირად პირში მოხვედრის აქტი, კიდევ უფრო ზრდის მათ მიდრეკილებას ინფექციებისადმი.

სურფაქტანტი ნაყოფის ორგანიზმში წარმოიქმნება და გესტაციის მე-20 კვირისთვის მაღალ დონეს აღწევს, მაგრამ ფილტვის ზედაპირზე მოგვიანებით გამოიყოფა. სულფაქტანტი შეიძლება გავზომოთ 28-ე – 32-ე გესტაციური კვირისთვის ამნიონურ სითხე-

ში. დღენაკლულ ჩვილებს არასაკმარისი სურფაქტანტი აქვთ, ეფექტური ფილტვის ფუნქციონირებისთვის. ადეკვატური სურფაქტანტის გარეშე ამ ჩვილებს გაზრდილი რისკი აქვთ რესპირატორული დისტრესის სინდრომისა და ბრონქოპულმონალური დისპლაზიისა. ეგზოგენური სურფაქტანტის თერაპია დაბადებისას ეფექტურად ამცირებს ამ რესპირატორული ცვლილებების რისკს. მეტაბოლური მოთხოვნილებები და შესაბამისად ჟანგბადის მოხმარება, უფრო გაზრდილია ჩვილებსა და მცირეწლოვან ბავშვებში, ვიდრე მოზარდებში. შესაბამისად, ჩვილებსა და ბავშვებს აქვთ ჟანგბადის შეზღუდული მარაგი. ამ მიზეზის გამო, ჩვილებში სწრაფად ვითარდება ჰიპოქსია და რესპირატორული დისტრესი, როდესაც ჟანგბადის მოთხოვნილება აჭარბებს მომარაგებას.

ბავშვი რესპირატორული სირთულეებით

რესპირატორული ცვლილებების მქონე ბავშვებში გამოხატულია სიმპტომები და ნიშნები, რომელიც ხშირია სხვადასხვა რესპირატორული დაავადებების პროცესის დროს. თუმცაღა გარკვეულ მდგომარეობებს სპეციფიური მაჩვენებლები აქვს, რომელიც ექთანმა ყოველთვის ერთ-ერთ შემადგენელ კომპონენტად უნდა განიხილოს შეფასებისას

ესენია: **ფერი, რესპირატორული ძალისხმევა**, **სასიცოცხლო ნიშნები და ფილტვების ხმოვანების აუსკულტაცია**.

ფერი – რესპირატორული პრობლემების მქონე ბავშვები შეიძლება იყვნენ ფერმკრთალი ან ციანოზური, შემცირებული ჟანგბადის გამო. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ ციანოზს პირის ღრუს გარშემო, სიფერმკრთალეს ან სილურჯეს ტუჩებისა და პირის გარშემო.

რესპირატორული ძალისხმევა – დააკვირდით ბავშვის სუნთქვას. ბავშვს სუნთქვა ხომ არ უჭირს ან ზედმეტი ძალისხმევით ხომ არ სუნთქავს? ყურადღება უნდა მივაქციოთ რეტრაქციას ან დამხმარე კუნთების ჩართულობას სუნთქვის დროს, ან ნაზალური ანთების ნიშნებს.

სასიცოცხლო ნიშნები – დააკვირდით სუნთქვის სიხშირეს. რესპირატორული პრობლემების მქონე ბავშვს ხშირად გამოხატული აქვს ტაქიპნეა. არის გულისცემის სიხშირე მომატებული? ტაქიკარდია გამოვლინდება შემცირებული ოქსიგენაციის, გაზრდილი მეტაბოლური მოთხოვნილების, ინფექციის ან სიცხის ფონზე. ჰიპერთერმია შესაძლო ინფექციის ნიშანია.

ფილტვების ხმოვანების აუსკულტაცია – არსებობს თუ არა ჰაერის კარგი ნაკადი ფილტვებსა და მის გარეთ? ისმის თუ არა უცნაური ხმები ფილტვში? სტვენა? ხრიწინი? ხიხინი? ეს ხმები ისმის ინსპირაციისას და/ან ექსპირაციისას? ანომალური ხმები მხოლოდ ფილტვის ერთ ადგილას ისმის თუ მთელ ფილტვშია გაფანტული?

რესპირატორული ძალისხმევის შეფასება შესაძლებელია რეტრაქციის დაკვირვებითა და სტვენის მოსმენით. ხველების სიხშირისა და ხარისხის დაკვირვება ასევე მნიშვნელოვანია. ხველება შეიძლება იყოს მკვეთრი, გაურკვეველი, მშრალი ან მყეფარე. თუ ხველება პროდუქტიულია და ბავშვი საკმარისად დიდია იმისთვის, რომ ნახველი ამოახველოს, მისი ფერისა და შემცველობის აღწერაა მნიშვნელოვანი. ასევე, უნდა

აღინიშნოს თუ არის ნაზალური გამონადენი ან ლორწოთი არის თუ არა დაბლოკილი ცხვირის ღრუ. ხმა არის თუ არა შეცვლილი, არის თუ არა გამოხატული ყელის ტკივილი? მთლიანი პირის ღრუს დაკვირვებაა საჭირო სიწითლის, დაზიანებებისა და ტონზილების მდგომარეობის შესამოწმებლად.

რესპირატორული ინფექციის მქონე ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ სიცხე, შესაბამისად, უნდა შემოწმდეს მათი ტემპერატურა. ზოგიერთი ბავშვი შიძლება არ იკვებებოდეს კარგად, როდესაც რესპირატორული პრობლემა აქვს, ამიტომ უნდა შეფასდეს მათი კვების განრიგი. ასევე, ზოგიერთ ბავშვს გამოხატული აქვს ღებინება და დიარეა როდესაც რესპირატორული პრობლემა აქვს.

რადგან, როდესაც ბავშვს აქვს რესპირატორული პრობლემა, მშობლები და პირველადი აღმზრდელები ჩართულები არიან პროცესში, მათ სრული ინფორმაცია აქვთ ბავშვის დაავადების ისტორიის შესახებ. აუცილებელია, ვიკითხოთ, ბავშვის იმუნიზაციის სტატუსის შესახებ, რომელიც შეიძლება დაგვეხმაროს კონკრეტული პრობლემის დადგენაში. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს DTaP (დიფტერია-ტეტანუსი-პერტრუზის) იმუნიზაციის ნაკლებობას ბავშებში, განსაკუთრებით თუ მას აქვს მწვავე ხველა (რომელიც შეიძლება იყოს პერტრუსი ან ყივანახველა) ან ინფლუენზას ვაქცინის არ ქონის ისტორიას ასთმის ან კისტური ფიბროზის მქონე ბავშვში.

გარდა ისტორიის უზრუნველყოფისა, აღმზრდელებს ასევე აქვთ სხვა პრობლემებიც. ძირითადად, აღმზრდელები საკმაოდ აღშფოთებულები არიან როდესაც მათ ბავშვს რესპირატორული პრობლემები აქვს გამოხატული. ექთნები ოჯახის წევრებს ბავშვის დაავადების გამკლავებაში უნდა დაეხმარონ. 18-1 ცხრილი აჯამებს ხშირ სიმპტომებს რესპირატორული დაავადების მქონე ბავშვში.

ხშირი მწვავე რესპირატორული ცვლილებები

პედიატრიული რესპირატორული ცვლილებები შეიძლება დავაჯგუფოთ როგორც მწვავე ან ქრონიკული. ხშირი მწვავე ცვლილებები მოიცავს ნაზოფარინგიტს, ფარინგიტს, ტონზილიტს, ოტიტის მედიას, კრუპს, ბროქნიოლიტსა და პნევმონიას. ხშირი ქრონიკული რესპირატორული ცვლილებებია ალერგიული რინიტი და ასთმა, რომელიც შემდგომ სექციაშია განხილული.

ნაზოფარინგიტი (სურდო)

ნაზოფარინგიტი, ასევე ცნობილი როგორც რინოსინუსიტი, არის ხშირად გამოვლინებადი რესპირატორული ცვლილებები, რომელიც გამოწვეულია ინფექციური ორგანიზმით. ეს რესპირატორული მდგომარეობა ყველაზე ხშირად გვხვდება ბავშვთა მოვლის დაწესებულებებსა და სკოლებში, სადაც ბავშვები ერთმანეთთან ახლო კონტაქტში არიან (ალერგიისა და ინფექციური დაავადებების ნაციონალური ინსტიტუტი [NIAID]). სურდოს გამო ყოველკვირას გაცდენილი დღეების რაოდენობა დაახლოებით 70 მილიონია ამერიკის შეერთებულ შტატებში და დამატებით 140 მილიონი გაცდენილი სამუშაო დღეების რაოდენობა მშობლების მიერ, რომელთაც უწევთ სახლში დარჩენა რათა მოუარონ ავადმყოფ ბავშვს.

ცხრილი 18-1. ხშირი გამოვლინება რესპირატორული პრობლემების მქონე ბავშებში

- ფერმკრთალი კანი;
- სუნთქვის გაზრდილი სიხშირე;
- დისპნეა;
- სტრიდორი, სტვენა ან ხიხინი აუსკულტაციისას;
- ცხელება;
- ფარინგიტი;
- ანორექსია;
- ღებინება ან დიარეა;
- შფოთვა ან მოუსვენრობა;
- დაღლილობა ან ლეთარგია.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ამბულატორიული პედიატრიის თერაპიის განყოფილებაში ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი დაავადებაა ნაზოფარინგიტი, თითქმის ყოველთვის გამოწვეულია მიკროორგანიზმის მიერ. ეტიოლოგიურად, გამომწვევი, ჩვეულებრივ, ვირუსია, მათ შორის, ყველაზე ხშირი გამომწვევია რინოვირუსი. საშუალოდ, ბავშვებში, დაახლოებით, ექვსიდან ათამდე გაციება ფიქსირდება, ყოველ წელს. გაციება, ჩვეულებრივ, შემოდგომა-ზამთრის თვეებში ვლინდება, რადგან ვირუსებს რომელიც სურდოს იწვევს, არა ტენიან ჰაერში გადარჩენის უკეთესი შესაძლებლობა აქვს. ბავშვებს ზედა სასუნთქი გზების დაავადება უფრო ხშირად ააქვთ გამოხატული ვიდრე სხვა ინფექცია. ზრდასთან ერთად, ბავშვებში სურდოს რაოდენობა ყოველწლიურად მცირდება. მოზარდებში წელიწადში ორიდან ოთხ გაციებამდე ფიქსირდება.

პათოფიზიოლოგია

ნაზოფარინქსი მდებარეობს ცხვირის ღრუს უკან და ესაზღვრება რბილ სასას და თავის ქალას. ინფექცია იწვევს ანთებას მიმდებარე ქსოვილში. ანთებითი პროცესი ასოცირდება ქსოვილის შეშუპებასა და ექსუდატის წარმოქმნასთან (სითხის, უჯრედების ან სხვა ნივთიერებების გამოყოფას ორგანიზმში). ნაზალური შეშუპება გამოწვეულია ედემისა და სექრეციების წარმოქმნით რომელიც სასუნთქ გზებს ბლოკავს.

კლინიკური გამოვლინება

ვირუსული ნაზოფარინგიტის გამოვლინება მოიცავს ნაზალურ შეშუპებას, რინიტის, ცემინებას, ნაზალურ გამონადენს, ხველებას, ყელის ტკივილს, სიცხეს, გაღიზიანებას, სისუსტეს, თავის ტკივილსა და კუნთების ტკივილს. ჩვილები კარგად ვერ იკვებებიან და ბავშებს აქვთ შემცირებული მადა. ბავშები ასევე ღებინებისა და დიარეის გაზრდილი რისკის ქვეშ არიან.

დიაგნოზი

ნაზოფარინგიტის დიაგნოზი დაფუძნებულია პაციენტის ისტორიასა და ფიზიკურ გასინჯვაზე. ასოცირებული გამოვლინებების არსებობას დიაგნოზამდე მივყავართ. ხშირად, ბავშვებში გაციების სიმპტომები 4-72 საათში ლაგდება მედიკამენტის გამოყენების გარეშე.

მკურნალობა

ვირუსული ნაზოფარინგიტისთვის სპეციფიური მკურნალობა არ არსებობს. მხარდამჭერი მკურნალობის მეთოდი საკმარისია. არაასპირინული გამაყუჩებლები და ანტიპირეტული მედიკამენტები შეიძლება მივცეთ სიცხის შესამცირებლად და დისკომფორტის შესამსუბუქებლად. მარილის შემცველი ნაზალური წვეთები შეიძლება ჩავაწვეთოთ ყოველ სამ-ოთხ საათში ერთხელ, ჩვილებში კვებამდე, იმისთვის რომ ნაზალური შეშუპება შევამციროთ. შედარებით მოზრდილ ბავშებში მარილიანმა სავლებებმა შეიძლება დისკომფორტი შეამსუბუქოს. ანტიჰისტამინები აშრობს ლორწოვან გარსს, ამის გამო ისინი არ გამოიყენება ნაზოფარინგიტის მენეჯმენტში. რადგან გაციება გამოწვეულია ვირუსებით, ანტიბიოტიკებს არანაირი ეფექტი არ აქვს და ვირუსული ნაზოპარინგიტის მკურნალობის ჩვენება არ არის.

ურეცეპტო ამოსახველებელი და გაციების მედიკამენტები მცირეწლოვან ბავშებში არ არის რეკომენდებული AAP-ის მიერ. დაავადების კონტროლის ცენტრი 2004 და 2005 წლებში აღწერს 1,500 შემთხვევას ორ წლამდე ბავშვებისას, რომლებიც გადაუდებელ განყოფილებაში აღრიცხეს OTC ხველებისა და გაციების წამლების გვერდითი მოვლენების გამო. ამ მედიკამენტებთან ასოცირებული რამდენიმე მოულოდნელი ჩვილის სიკვდილიც კი აღიწერა.

საქეთნო მართვა

შეფასება

ნაზოფარინგიტიან ბავშვებში საექთნო შეფასება ბავშვის ნიშნებისა და სიმპტომების ხარისხისა და ხანგრძლივობის შესახებ ინფორმაციის მოგროვებას მოიცავს. ექთანს სჭირდება ინფორმაცია იმის შესახებ, პაციენტი როგორ სვამს და იკვებება, აქვს თუ არა ბავშვს სიცხე ან ხველება; ასევე მნიშვნელოვანია, აღინიშნოს ნაზალური გამონადენის ფერი, რაოდენობა და რა ხარისხის დისკომფორტს იწვევს ეს სიმპტომები ბავშვში. ფიზიკური გამოკვლევა მოიცავს ნაზალური გამონადენის მახასიათებლების შეფასებას, ჰიდრატაციის სტატუსისა და ნებისმიერი რესპირატორული დისტრესის გამოვლენას.

საექთნო დიაგნოზი

1. ნაზოფარინქსის ანთებით პროცესთან ასოცირებული ცუდი სასუნთქის გზების კლირენსი;
2. სითხის შემცირებულ მიღებასთან დაკავშირებული შემცირებული სითხის მოცულობა, ასოცირებული ნაზალურ შეშუპებასთან, პირით სუნთქვასა და ყელის ტკივილთან;

3. ანთებით პროცესებთან და ყელის ტკივილთან დაკავშირებული მწვავე ტკივილი.

შედეგების იდენტიფიკაცია

1. ბავშვს არ უნდა აღენიშნებოდეს რესპირატორული დისტრესის ნიშნები და თავისუფალი სასუნთქი გზები უნდა ქონდეს;
2. ბავშვი მიიღებს ადეკვატური რაოდენობის სითხეებს ბალანსის შესანარჩუნებლად, როგორც ეს დადასტურებულია ტენიანი ლორწოვანი გარსებით და შარდის გამოშვებით მინიმუმ 1 მლ/კგ/სთ-ში;
3. ტკივილის შეფასებისას ბავშვი მიაღწევს ნორმალურ დონეს.

დაგეგმვა და განხორციელება

ვირუსული ნაზოფარინგიტის მქონე ბავშები, ჩვეულებრივ, სახლში მკურნალობენ. ექთნის როლი ამ ბავშვების ჯამრთელობაზე ზრუნვისას, მოიცავს ინფორმაციისა და მხარდაჭერის უზრუნველყოფას მათი მშობლებისთვის. მკურნალობასთან ერთად, უკეთესი იქნება ბავშვის თავის მაღლა მოთავსება. ეს მდგომარეობა სუნთქვას ამარტივებს. ცხვირის მარილის შემცველი წვეთები უნდა ჩავაწვეთოთ კვების წინ. ბოლქვის შპრიცით შეიძლება ჩვილის ცხვირის ღრუს გამოსუფთავება. აღმზრდელებმა უნდა გააკონტროლონ სითხის ადეკვატური რაოდენობის მიღება. ჰიდრატაციის კონტროლისთვის ხელშემწყობი სტრატეგიაა, საყვარელი სასმელების შეთავაზება. ჩვილების კვება განსაკუთრებით რთულია ცხვირის ღრუს შეშუპების გამო, რომელიც განაპირობებს პირით სუნთქვას, რაც თავის მხრივ წოვასა და ყლაპვას ართულებს. მშვიდი მიდგომა და ხშირი შესვენებები კვებისას მაქსიმალურ შედეგს გვაძლევს ჩვილებში.

სურდოს გავრცელების პრევენცია ასევე მკურნალობის მნიშვნელოვანი ეტაპია. ხელსახოცები გამოიყენება დაცემინებისას ან ნაზალური გამონადენის მოსაშორებლად. ჭუჭყიანი ქსოვილის მოშორება უნდა მოხდეს დაუყოვნებლივ, რათა შევამციროთ მიკროორგანიზმების გავრცელება სახლში. რეგულარული ხელის დაბანაც ამცირებს მიკროორგანიზმების გავრცელებას და შესაძლო პრევენციის ფორმაა.

შეფასება

ნაზოფარინგიტის მქონე ბავშვების მკურნალობა, ჩვეულებრივ, სახლში ხდება. მშობლებს უნდა ჰქონდეთ საკმარისი ცოდნა ავადმყოფი ბავშვის მოვლის შესახებ, იმისთვის რომ სასურველი შედეგი მივიღოთ.

ოჯახის ინფორმირება

როგორც უკვე განვიხილეთ, აღმზრდელები და ზოგჯერ საბავშვო ბაღი უზრუნველყოფს პირველად მოვლას ნაზოფარინგიტის მქონე ბავშებში. კომფორტის უზრუნველყოფა, ადეკვატური ჰიდრატაცია, ჯანდაცვის პროვაიდერის შეცვლა გართულებების შემთხვევაში და ინფექციის გავრცელების პრევენცია, ოჯახის სწავლების მთავარი თემაა.

ტონზილიტი და ფარინგიტი

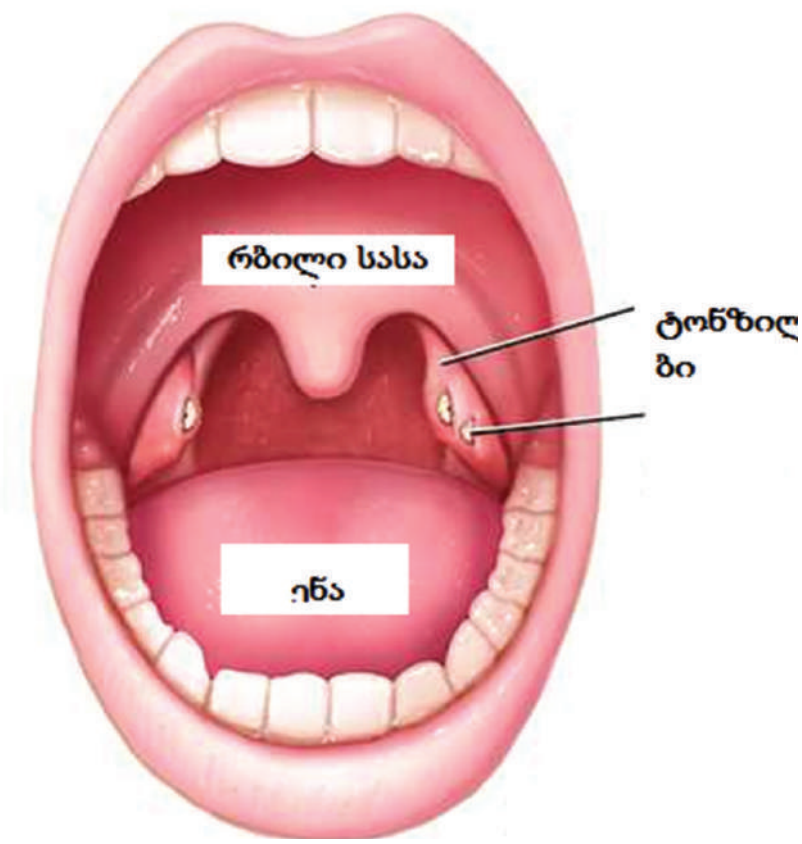
ტონზილიტი და ფარინგიტი ბავშვობის ასაკში ხშირია და ვირუსულ ინფექციას მიეკუთვნება. თუმცაღა, ბაქტერიულ ინფექციებსაც შეუძლია ტონზილიტებისა და ფარინგიტის გამოწვევა, არანამკურნალები დაავადების შემთხვევაში, შედეგად, შეიძლება ჯამრთელობის სერიოზული პრობლემები განვითარდეს.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ბაქტერია, პირველადად A ჯგუფის ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი (GABHS), არის ყველაზე ხშირი გამომწვევი მიზეზი ბაქტერიული ფარინგიტისა და ტონზილიტის. სტრეპტოკოკალური ინფექციის უფრო სერიოზული გართულებები მოიცავს მწვავე გლომერულონეფრიტის, მენინგიტისა და რევმატულ ცხელებას.

პათოფიზიოლოგია

ტონზილები ლიმფოიდური ქსოვილია, რომელიც მდებარეობს ოროფარინქსში, რომელიც ორგანიზმს იცავს მიკრო ორგანიზმებისგან. სურათი 18-3 გამოხატავს ტონზილების მდებარეობას ფარინქსის ღრუში. ტონიზილიტი გულისხმობს ანთებით პროცესს და ხშირად პალატინის ტონზილების ინფექციას. ადენოიდიტი ეხება პარნიგიალური ტონზილების ან ადენოიდების ანთებით პროცეს ან ინფექციას. ბავშვები ტონზილიტის მიმართ მიდრეკილები არიან, რადგან მათ დიდი რაოდენობის ლიპფოიდური ქსოვილი აქვთ ფარინგიალურ ღრუში, უფრო ხშირად აქვთ ზედა რესპირატორული ტრაქტის ინფექციები და ხშირად უწევთ ავადმყოფ ბავშებთან ახლო კონტაქტი.



სურათი 18-3. პირის ღრუ

კლინიკური გამოვლინება

ტონზილიტისა და ფარინგიტის გამოვლინებები მოიცავს ყელის ტკივილის, ყლაპვის გაძნელებასა და სიცხეს. ნაზალური შეშუპება თან ახლავს ზედა სასუნთქი გზების ინფექციებს, რომელიც შედეგად პირით სუნთქვას გვაძლევს და, შესაბამისად, ლორწოვანი მემბრანები შრება. სიმშრალე თანდათან მწვავდება ტონზილიტთან და ფარინგიტთან ასოცირებულ ტკივილთან ერთად. GABHS ფარინგიტისა და ტონზილიტის მქონე ბავშებს ასევე შესაძლოა გამოხატული ქონდეთ თავის ტკივილი, მუცლის ტკივილი, გულისრევის შეგრძნება, ღებინება და დიარეა. ანთებული ტონზილები და ოროფარინქსი, ჩვეულებრივ, ექსუდატით დაფარული, შემოწმებისას გამოვლინდება. ცერვიკალური ადენოპათიაც (ჯირკვლების გადიდება კისრის ადგილას) ასევე გამოხატულია.

დიაგნოზი

ტონზილიტისა და ფარინგიტის დიაგნოზი დამოკიდებულია ბავშვის სიმპტომებსა და ყელის ვიზუალურ ინსპექციაზე. ყელის ბაქტერიული კვლევა და სწრაფი სტრეპ-სკრინინგი გამოიყენება გამომწვევი აგენტის დასადგენად. სწრაფი სტრეპ-სკრინინგის ტესტის 1980-იანი წლებიდან გამოიყენება, შედეგის მიღება 5-10 წუთშია შესაძლებელი. ყელის ბაქტეოროლოგიურ კვლევას დაახლოებით 24-48 საათი სჭირდება.

მკურნალობა

თუ ინფექციის გამომწვევი არის ვირუსი, ბავშვს მხოლოდ მხარდაჭერით მოვლა სჭირდება. თბილი მარილიანი სავლებები შეიძლება გამოვიყენოთ ანთებითი ლორწოვანი მემბრანის დასამშვიდებლად. არაასპირინული ტკივილგამაყუჩებლები და ანტიპირეთული მედიკამენტები გამოიყენება ტკივილისა და სიცხის შესამსუბუქებლად. თუ გამომწვევი ბაქტერიულია, ბავშვის ისეთი ანტიბიოტიკებით მკურნალობაა საჭირო, როგორიცაა პენიცილინი ან ამოქსიცილინი. თუ პენიცილინის მიმართ ალერგია აქვს ბავშვს, წამლის არჩევანია ერითრომიცინი. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ სრულად შეფასდეს ყელის ტკივილის გამომწვევი მიზეზი, ნამდვილად ბაქტერიაა თუ არა. მშობლებმა იციან, რომ ანტიბიოტიკის მიღება მათი ბავშვისთვის გარანტირებულია, მაგრამ მათი პირველი მოთხოვნა ყელის ტკივილის შემსუბუქებაა.

ტონზილექტომია, ადენოიდექტომიასთან ან მის გარეშე, ჩვენებაა რეკურენტული სტრეპტოკოკალური ტონზილიტის ან ჰიპერტროფიული ტონზილების, რომელიც სუნთქვას ან კვებას უშლის ხელს. ტონზილექტომია სამ წელს ზევით ბავშვებში სრულდება, რადგან ძლიერი სისხლდენა უფრო ხშირია მცირეწლოვან ბავშებში. გარდა ამისა, შესაძლებელია ტონზილების ან სხვა ლიმპოიდური ქსოვილების გაზრდა და ჰიპერტროფია როდესაც ოპერაციის ჩატარება ძალიან პატარა ასაკში ხდება. ადენოიდების ქირურგიული მოშორება ან ადენოიდექტომია, ჩვენებაა ბავშებში გადიდებული ადენოიდები, რომელიც სუნთქვაში ხელს უშლით. თუ პაციენტი ქრონიკული A ჯგუფის სტრეპტოკოკის მატარებელია, ტონზილექტომიის ჩატარებაა საჭირო.

საექთნო მართვა

შეფასება

იმ ბავშვის საექთნო შეფასება, რომელსაც დანიშნული აქვს ტონზილექტომია და ადენოიდექტმია, მოიცავს ინფორმაციის შეგროვებას ბავშვის დაავადების მიმდინარეობის შესახებ და სრულ ფიზიკურ გასინჯვას. ტონზილიტისა და ფარინგიტის კლინიკური მაჩვენებლები მოიცავს ყელის ტკივილს, გაძნელებულ ყლაპვასა და ცხელებას.

საექთნო დიაგნოზი

1. ყელის ტკივილისას, ყლაპვის გაძნელების გამო სითხის შემცირებულ მიღებასთან ასოცირებული სითხის მოცულობის დეფიციტის რისკი;
2. ტონზილების ქირურგიულად ამოკვეთასთან ასოცირებული მწვავე ტკივილი;
3. ქირურგიულ განაკვეთთან დაკავშირებული სისხლდენის გაზრდილი რისკი.

შედეგების იდენტიფიკაცია

1. ბავშვს ექნება ნოტიო ლორწოვანი მემბრანები და ელასტიური კანის ტურგორი;
2. ბავშვი მიაღწევს კომფორტს და ყლაპვას გართულების გარეშე;
3. ბავშვს არ აღენიშნება სისხლდენა.

დაგეგმვა და განხორციელება

როგორც სხვა ოპერაციული პროცედურების დროს, დაავადების სრულყოფილი ისტორია, ფიზიკური და საწყისი შეფასება ტონზილექტომიის ან ადენოიდექომიის შესრულებამდე უნდა მოხდეს. პრეოპერაციული ლაბორატორიული ტესტები უნდა მოიცავდეს შედედებისა და სისხლდენის დროის განსაზღვრას, რადგან ოპერაციული ადგილი მნიშვნელოვნად ვასკულარულია და პოსტოპერაციული სისხლდენისკენაა მიდრეკილი. პრეოპერაციული მოვლა ასევე უნდა მოიცავდეს პაციენტისა და ოჯახის წევრების ინფორმირებას.

ტონზილექტომიის შემდგომი საექთნო მოვლა ორიენტირებულია პაციენტის მხარდაჭერასა და მისი უსაფრთხოების უზრუნველყოფაზე. პოსტოპერაციულად ბავშვი გვერდზე უნდა მოვათავსოთ, რათა ხელი შევუწყოთ სეკრეციების დრენაჟს. სრული გამოფხიზლების შემდგომ, ბავშვში შეიძლება წამოჯდეს თუ ამის სურვილი აქვს. მედდამ ბავშვს მუდმივად უნდა შეახსენოს რომ ხშირად არ დაახველოს და არ მოიხოცოს ცხვირი, რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს ოპერაციული თრომბის წარმოქმნა და სისხლდენა. ოჯახს უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია ახალი და ძველი სისხლის განსხვავების შესახებ. ძველი სისხლი, არის მუქი ყავისფერი, ხშირად გვხვდება პირის ღრუში, ცხვირში და პირღებინებისას. ნათელი წითელი ან ახალი სისხლი მიმდინარე სისხლდენის ნიშანია და საჭიროებს შემდგომ დაკვირვებას. მიუხედავად იმისა, რომ პოსტოპერაციული ჰემორაგია იშვიათია, აუცილებელია ჯანდაცვის პროვაიდერთან დაკავშრება.

თავდაპირველად, გრილი არაკარბონირებული, არააციდური სითხის მიღებაა შესაძლებელი. სითხეები საჭიროა ჰიდრატაციის შესანარჩუნებლად და დასამშვიდებ-

ლად. წითელი და ყავისფერი სითხეების მიღება თავიდან უნდა ავირიდოთ, რადგან ხელს უშლის სისხლდენის შეფასებას. რბილი საკვების მიღებაა საჭირო ყელის განკურნებამდე. ოპერაციული ადგილის შეხორცებას დაახლოებით სამი კვირა სჭირდება. გრილი, ტენიანი ჰაერი ეხმარება ლორწოვან მემბრანას დალბობაში, რომელიც შრება პირით სუნთქვის დროს. ოპიოიდების მიღება ხდება საშუალოდან მწვავე ტკივილის შესამსუბუქებლად, რომელიც, ჩვეულებრივ, დაკავშირებულია ოპერაციასთან. ტკივილის სიძლიერე 4-7 დღის განმავლობაში იკლებს. მას შემდგომ რაც ტკივილი შემსუბუქდება აცეტამინოფენი საკმარისია.

ჯანდაცვის პროვაიდერებს სჭირდებათ დაიმახსოვრონ, რომ ბავშები, რომლებიც მედიკამენტებს იღებენ, ნაკლებად ექნებათ დალევის ან კვების სურვილი. ყინულის საყელო ტკივილს ამსუბუქებს. სრული ცნობიერებისას, ბავშვს შეიძლება შევთავაზოთ ნაყინი ან წყალი. ციტრუსის წვენის მიღება თავიდან უნდა ავირიდოთ, რადგან ოპერაციის ადგილას იწვევს დისკომფორტს.

შეფასება

შედეგების მიღწევა დამოკიდებულია ექთნისა და აღმზრდელების შესაბამის მოვლაზე. ტენიანი ლორწოვანი მემბრანები და ელასტიური კანის ტურგორი ბავშვის ადეკვატური ჰიდრატაციის მაჩვენებელია. ტკივილის კონტროლი მიიღწევა მაშინ, როდესაც ყლაპვა გართულებების გარეშე ვლინდება და ბავშვი თავს კომფორტულად გრძნობს. ტონზილექტომიის შემდგომი ჰომეორაგიის რისკი დაბალია, შესაბამისად, ამ ბავშებში პოსტოპერაციული სისხლდენა არ არის კრიტიკული შედეგი. ამ შედეგის შეფასება ოპერაციული ადგილის ვიზუალური ინსპექციასა და ხშირი ყლაპვის არარსებობაზე დაფუძნებით ხდება.

ოჯახის ინფორმირება

ოჯახის ინფორმირება გულისხმობს ბავშვისთვის ადეკვატური სითხის მიღებას და დასვენებას. ასევე სამედიცინო დახმარების მოთხოვნას, თუ დისკომფორტის გამო ტკივილგამაყუჩებლებისა და სიცხისთვის ანტიპირეტული მედიკამენტების მიღების შემდეგ, სიმპტომები ან ბაქტერიული ინფექციების ნიშნები გახანგრძლივდა. პრეოპერაციული ინფორმირება მოიცავს ქირურგიასთან და პოსტოპერაციული მოვლის შესახებ ინფორმაციის მიღებას. გაწერის ინსტრუქციები მოიცავს აღმზრდელების ინფორმირებას მათი ბავშვისთვის სათანადო სითხისა და კვებითი რეჟიმის, ტკივილის მენეჯმენტის უზრუნველყოფის საჭიროების, აქტივობების შეზღუდვისა და შესაძლო პოსტოპერაციული პერიოდის გართულებების შესახებ ინფორმაციას. მემბრანა რომელიც წარმოიქმნება ოპერაციის ადგილას, პირველი რამდენიმე საათის განმავლობაში, ოპერაციის შემდგომ, 4-10 დღის განმავლობაში შორდება ზედაპირს. ამ დროის განმავლობაში, ქირურგიული ადგილიდან შეიძლება სისხლდენა დაიწყოს. მშობლებმა და ბავშვმა უნდა იცოდნენ ამ კრიტიკული პერიოდის შესახებ და მზად იყვნენ სამედიცინო დახმარების მისაღებად.

სტრეპტოკოკური ფარინგიტის მქონე პაციენტის, რომელსაც არ ჩაუტარდა ტონზილექტომია, მკურნალობა მოიცავს ანტიბიოტიკების მიცემას. რეკომენდებულია რომ

მივცეთ პენიცილინი, ჩვეულებრივ, ათი დღის განმავლობაში. თუ პაციენტს პენიცილინის მიმართ ალერგია აქვს, ერითრომიცინი მეორე არჩევის მედიკამენტია. მოვლა, ასევე მოიცავს აცეტამინოფენს ტკივილისთვის და სიცხისთვის დასვენებასთან ერთად.

ოტიტის მედია (შუა ყურის ანთება)

სიხშირე და ეტიოლოგია

ოტიტის მედია მილიონობით სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებაში გვხვდება ყოველწლიურად. მწვავე ოტიტის მედია (AOM) არის ყველაზე ხშირი ბაქტერიული დაავადება ბავშებში, რომლისთვისაც ანტიბიოტიკის გამოწერა ხდება. ნაჩვენებია, რომ დაახლოებით 30 მილიონზე მეტი შემთხვევაა აღწერილი ამ ქვეყანაში ყოველწლიურად. დადგენილია, რომ ოტიტის მედია პედიატრიული ოფისის ვიზიტების 20-40%-ს შეადგენს ხუთი წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის. ოთხ წლამდე ბავშვების 90%-ს შუა ყურის მწვავე ანთების ერთი ეპიზოდი მაინც აქვთ გადატანილი.

ოტიტის მედია (AOM) არის ინფექციური პროცესი. ხშირი გამომწვევებია: *Streptococcus Pneumonia, Hemophilus Influenza,* ან *Moraxella Catarrhalis,* თუმცა შუა ყურის მწვავე ანთება შეიძლება ასევე გამოწვეული იყოს ვირუსული და სხვა ბაქტეროლოგიური პათოგენის გამო. ამ დაავადების მქონე ბავშვების უმეტესობას ასევე აქვთ ზედა სასუნთქი გზების ინფექციების ნიშნები და სიმპტომები, მათ შორის ალერგიული რინიტი, სინუსიტი, სასის ნაპრალი, ადენოიდალური ჰიპერტროფია და იმუნური დეფიციტი. შუა ყურის მწვავე ანთების გარემო ფაქტორები მოიცავს პასიურ მწეველს, საბავშვო ბაღში სიარულსა და კვების არასწორ მეთოდს (ბოთლთან ერთად ძილი). იმუნიზაცია და ძუძუთი კვება პრევენციის ერთ-ერთი ფორმებია.

პათოფიზიოლოგია

სამ წელს ქვევით ბავშები განსაკუთრებით მიდრეკილები არიან შუა ყურის მწვავე ანთების მიმართ, რადგან მათი ევსტახის მილი მოკლე და უფრო სწორია, მოზრდილთან შედარებით. მათი ევსტახის მილი მდებარეობს ჰორიზონტალურად. ეს ანატომიური განსხვავება მიკროორგანიზმებსა და ნაზოფარინგიალურ სეკრეციებს შუა ყურში ადვილად შეღწევის საშუალებას აძლევს. ეს ინვაზია ქმნის ანთებითი პროცესისა და ინფექციის გამრავლებისთვის კარგ გარემოს. ანთებითი პროცესი შუა ყურში იწვევს ექსუდატის დაგროვებას. ეს ინერტული სითხე, აზიანებს შუა ყურის ხმის გადაცემის უნარს და ქმნის პათოგენის კოლონიზაციისთვის ხელშემწყობ გარემოს. სითხეს ასევე შეუძლია დაბლოკოს კავშირი შუა ყურსა და ცხვირის ღრუს შორის, აფერხებს ევსტახის მილის, როგორც წნევის გამათანაბრებლის ფუნქციას. გადიდებულმა ლიმფურმა ქსოვილმა შეიძლება მთლიანად დაფაროს ნაკადის დრენაჟი შუა ყურიდან. შუა ყურში სითხის მოცულობასთან ერთად იზრდება წნევა. თუ დროულად არ მოხდა მკურნალობა, შედეგად შეიძლება ტიმპანური მემბრანის გახევა მივიღოთ.

კლინიკური გამოვლინება

შუა ყურის მწვავე ანთების პირველადი სიმპტომებია: ტკივილი, ცხელება, გაღიზიანება და ზედა სასუნთქი ტრაქტის ინფექციის სიმპტომები. ბავშები, რომლებიც ლაპარაკობენ, სიტყვიერად გამოხატავენ ტკივილის სიმწვავეს. შედარებით პატარა ასკის ბავშვები ტკივილს ყურების ქაჩვით გამოხატავენ, მაგრამ ეს შუა ყურის მწვავე ანთების არასანდო გამოვლინებაა. ზემოთ ჩამოთვლილი ყველა სიმპტომები გარდა ყურის ტკივილისა, არასპეციფიკურია და შეიძლება სხვა რესპირატორული ინფექციების ნიშნებიც იყოს. ოტიტის მედია ქმნის გამტარებელი სმენის დაქვეითებას, ბავშვი უყურადღებო ხდება ხმების მიმართ.

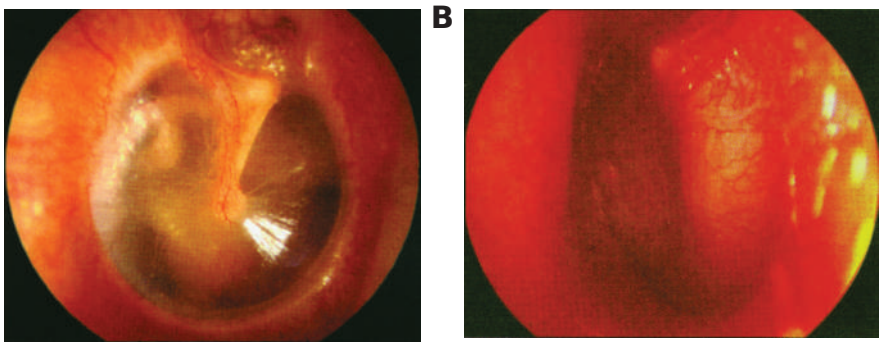
დიაგნოზი

შუა ყურის მწვავე ანთების დიაგნოზი დამოკიდებულია სამ კრიტერიუმზე: დაავადების სწრაფ გამოვლინებაზე, სითხის არსებობაზე (ეფუზია) და შუა ყურის ანთებით ნიშნებზე/სიმპტომებზე. აქედან რომელიმეს არ არსებობა, დიაგნოზის დასმას ართულებს. ამასთან ერთად, ჩვილებში, გოგირდით სავსე ყურის მქონე ან ჭირვეულ ბავშებში ძნელია ტიმპანური მემბრანის ვიზუალიზაცია, რომელიც დიაგნოზის დასმას კიდევ უფრო ართულებს. ნორმაში, ტიმპანური მემბრანა (TM) არის მონაცრისფრო, ნათლად გამოხატული ძვლოვანი საზღვრებითა და შუქის ანარეკლით. სურათი 18-4. გამოხატავს შუა ყურის საზღვრებს.



სურათი 18-4. ტიმპანური მემბრანა

შუა ყურის ანთების მქონე ბავშვში ოტოსკოპიური კვლევა გვიჩვენებს წითელ და გამობურცულ TM-ს. ჩაქუჩის მოკლე სახელური და პროცესი გამოკვეთილია, ხოლო შუქის ანარეკლი არ ჩანს ან სუსტადაა გამოხატული. ჩირქოვანი ან სეროზული სითხე ჩანს TM-ის უკან. 18-5. სურათზე შედარებულია ნორმალური და შუა ყურის ანთების დროს ტიმპანური მემბრანა.



სურათი 18-5. (A) ნორმალური ტიმპანური მემბრანისა და (B) ყურის მწვავე ანთების შედარება

პნევმატური ოტოსკოპი აფასებს TM-ის მობილობას, რომელიც შუა ყურის მწვავე ანთების დროს შემცირებულია, ხოლო ქრონიკული ოტიტის მედიის დროს საერთოდ არანაირი მობილობა არაა გამოხატული. იმ შემთხვევებში, როდესაც ტიმპანური მემბრანა იხევა, ყურის სითხის ბაქტეროლოგიური კვლევა ანტიბიოტიკო სენსიტიურობის შესაფასებლად მნიშვნელოვანია, რათა სწორედ მოხდეს ანტიბიოტიკის არჩევა.

მკურნალობა

გაურთულებელი შუა ყურის მწვავე ანთების დაბალი რისკის პაციენტებში მკურნალობის პირველი არჩევანია დაკვირვება, სიმპტომები შეიძლება სპონტანურად ალაგდეს ანტიბიოტიკების გარეშე. დაბალი რისკის პოპოლუაცია მოიცავს ბავშვებს ექვსი თვიდან ორ წლამდე, მწვავე დაავადების სიმპტომების გარეშე და ბავშებს ორ წელს ზევით მწვავე დაავადების ან გარკვეული დიაგნოზის გარეშე. ამ სიტუაციაში, მნიშვნელოვანია, რომ მშობლები ანალგეტიკებით, სიმპტომურ მოვალასთან ერთად, დააკვირდნენ ბავშვს 48 საათიდან 72 საათამდე. ბავშვების უმრავლესობას მხარდამჭერი მკურნალობის ფონზე სიმპტომები და ინფექცია ულაგდებათ. ტოპიკალური ანალგეზიური ყურის წვეთები გამოიყენება, თუმცაღა არ არსებობს მყარი მტკიცებულება ამ თერაპიის გამოყენებისა. ყურის მწვავე ანთების მკურნალობაში არანაირი როლი არ აქვს ანტიჰისტამინურ ან შეშუპების საშუალებებს. მაღალი რისკის ბავშებში, ამოქსილცილინი მაღალი დოზაა პირველი ხაზის მკურნალობის არჩევანი. იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვს აქვს მწვავე სიმპტომები (მაღალი სიცხე ან მწვავე ტკივილი) ან თუ ანტიბიოტიკის მიმართ რეზისტენტობაა გამოხატული, მაღალი დოზა ამოქსიცილინ-კლავულინატი ინიშნება. სხვა არჩევის ანტიბიოტიკებია მეორე და მესამე თაობის ცეფალოსპორინები, აზითრომიცინი, ერითრომიცი ან სულფამეთაქსაზოლ-ტრიმეტოპრიმი, რომელიც ასევე შეიძლება გამოვიყენოთ პენიცილინის ალერგიის მქონე პაციენტებში ან თუ პირველი ხაზის ანტიბიოტიკმა კლინიკური გაუმჯობესება არ მოგვცა.

AOM-ის უმეტესობა 2-3 დღეში ლაგდება. თუმცაღა, შუა ყურის მწვავე ანთებითმა პროცესმა შეიძლება გამოიწვიოს შუა ყურის ეფუზიური ანთება (OME). ორ წლამდე ბავშები რომელთაც აქვთ შუა ყურის ანთება, მაღალი რისკის ქვეშ არიან, რომ განუვითარდეთ OME. ეფუზიის განკურნებას რამდენიმე კვირიდან თვემდე დრო სჭირდება. რეზოლუციის ამ ეტაპზე ანტიბიოტიკების გამოყენება არაა ჩვენება.

შუა ყურის ანთების პირველადი გართულებებია გამტარებლობითი სმენის დაკარგ-

ვა და მეტყველებასთან დაკავშირებული პრობლემები. ნაკლებად ხშირი გართულებებია აბსცესის წარმოქმნა შუა ყურის მიმდებარე ქსოვილებში, მენინგიტი და სეპტიცემია. AOM-ს (შუა ყურის მწვავე ანთება) მქონე ბავშვების განმეორებითი ვიზიტი მკურნალობის შემდგომ 2-4 კვირაში ხდება, რათა შეფასდეს მკურნალობის ეფექტურობა და საჭიროების შემთხვევაში განისაზღვროს მკურნალობის სხვა ტაქტიკა თუ გართულებებია გამოხატული განმეორებით ვიზიტი ექიმთან უფრო ადრე უნდა დაინიშნოს.

რეკურენტული ოტიტის მედიას დიაგნოზი ისმევა იმ შემთხვევაში, თუ ექვსი თვის განმავლობაში AOM-ის სამი-ოთხი ეპიზოდი დაფიქსირდა. ქრონიკული OME-ს მკურნალობა მოიცავს ანტიბიოტიკოთერაპიას სტეროიდებთან ერთად ან მის გარეშე.

ბავშვები OME ან რეკურენტული AOM-ით მიმართავენ ოტორინოლარინგოლოგს შეფასებისთვის, რათა გაირკვეს საჭიროა თუ არა მირინოტომის მილის მოთავსება. ტიმპანოსტომი (ტიმპანური მემბრანის ქირურგიული განაკვეთი სითხის დრენაჟისთვის) და მირინგოტომის მილის მოთავსებაა საჭირო იმ შემთხვევაში, თუ OME-ის ეპიზოდი გრძელდება 3-4 თვეზე დიდხანს ან განმეორებითი AOM-სთვის. ტიმპანოსტომის მილები ეხმარება სითხის დრენაჟს და შუაყურის ვენტილაციას, შედეგად ვიღებთ ეფუზიის რეზოლუციას. პირველადი მიზეზი ქრონიკული OME-ს მკურნალობისა ბავშებში, არის სმენის დაქვეითების რისკის შემცირება და მეტყველებასთან ასოცირებული პრობლემების მინიმიზაცია. მწვავე რეკურენტული ან ქრონიკული OM-ის მქონე ბავშვები ასევე უნდა შეფასდნენ აუდიოლოგის მიერ, სმენის დაქვეითების ნიშნების შესამოწმებლად.

რადგან მირინგოტომიის მილების ქმნის სანათურს გარეთა კანალსა და შუა ყურს შორის, უნდა მოვუაროთ და ვაკონტოროლოთ ზედმეტი სითხე, რომელიც ყურში შევა. რეკომენდებულია ყურის საცობების ხმარება ცურვისას ან ბანაობისას.

საექთნო მართვა

შეფასება

OM-ის საექთნო შეფასება იწყება მშობლებისგან სრული ინფორმაციის შეგროვებით, ბავშვების ნიშნებისა და სიმპტომების, მათი სიხშირისა და ხანგრძლივობის შესახებ. ასევე მნიშვნელოვანია ტკივილის, სიცხის, სხვა რესპირატორული სიმპტომების შეფასება და გადატანილი შუა ყურის ინფექციის, სხვა დაავადებებისა და რეკომენდებული იმუნიზაციის ჩატარების შესახებ ინფორმაციის ცოდნა. ასევე მნიშვნელოვანია ისეთი რისკ-ფაქტორების იდენტიფიცირება, როგორიცაა საბავშვო ბაღში სიარული, სიგარეტის კვამლი და ბოთლთან ერთად ძილი. ოტოსკოპიური გამოკვლევა უზრუნველყოფს საბოლოო შეფასების მონაცემებს, რაც ყურის ანთების დიაგნოსტირებაში გვეხმარება.

საექთნო დიაგნოზი

OM-ის მქონე ბავშვის საექთნო დიაგნოზი მოიცავს:

1. შუა ყურის ანთებით პროცესთან და გაზრდილ წნევასთან ასოცირებულ მწვავე ტკივილს;
2. გამომწვევ ინფექციურ ორგანიზმთან დაკავშირებულ ინფიცირებას (AOM);

3. სიმენის დაქვეითებასთან დაკავშირებულ შესაძლო განვითარებისა და ზრდის შეფერხებას;
4. შემცირებულ სითხის მიღებასთან და სიცხესთან დაკავშირებულ სითხის შესაძლო მოცულობის დეფიციტს.

შედეგების იდენტიფიკაცია

1. ბავშვი თავისუფალი იქნება ტკივილისგან;
2. სიცხისგან;
3. შეინარჩუნებს სმენას და ნორმალურ მეტყველებით განვითარებას;
4. ბავშვს ნოტიო ლორწოვანი მემბრანები და ელასტიური ტურგორი დაუბრუნდება.

დაგეგმვა და განხორციელება

OM-ის მქონე ბავშვის საექთნო მოვლა ყურადღებას ამახვილებს ოჯახის ინფორმირებაზე. საბოლოო მიზანია, რომ ბავშვმა დააკმაყოფილოს იდენტიფიცირებული შედეგები. OM-თან ასოცირებული ტკივილის შემსუბუქება მშობლებისთვის პირველი ინტერესის საგანია. აცეტამინოფენი ან იბუპროფენი ხშირად გამოიყენება ბავშვებში ტკივილის შესამცირებლად. ასევე შეიძლება ტოპიკალური ანალგეზიური წვეთები ტკივილის შემსუბუქებას დაეხმაროს. ბავშვის დაწვენა არაინფიცირებული ყურის მხარეს ასევე ამცირებს ტკივილს. OM-ის გამო ტკივილი ხშირად იწვევს მადის დაქვეითებას. ტკივილის შესამსუბუქებელი მეთოდები ხელს უწყობს ბავშვის სმისა და კვების სურვილის დაბრუნებას, რაც შედეგად ადეკვატურ ჰიდრატაციასა და კომფორტს გვაძლევს. საყვარელი სასმელის შეთავაზება ბავშებში ასევე ხელს უწყობს ადეკვატური რაოდენობით სითხის მიღებას. AOM-ის მენეჯმენტში ანტიბიოტიკების სწორ ადმინისტრირებას, რეცეპტის მიხედვით, კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს. ეს მოიცავს ანტიბიოტიკის სრული კურსის დასრულებას, იმ შემთხვევაშიც კი თუ სიმპტომები ალაგდება. ბავშვის ჯანდაცვის პროვაიდერს უნდა დავუკავშირდეთ იმ შემთხვევაში თუ OM-ის სიმპტომები ანტიბიოტიკის თერაპიის დაწყებიდან 24-48 საათში არ ალაგდა ან თუ გართულებები არსებობს. ანტიპირეტული მედიკამენტები ბავშვებში სიცხის შესამცირებლად გამოიყენება. დაქვეითებული სმენის ნიშების შესაფასებლად ქრონიკული და რეკურენტული OM-ის მქონე ბავშვების დაკვირვებაა საჭირო. ამ ბავშებს ასევე რეგულარული განმეორებითი შემოწმება სჭირდებათ, რომ შეფასდეს OM-ის რეზოლუცია.

ოჯახის განათლება

ოჯახის ინფორმირებისთვის ფუნდამენტალურია მათი ცოდნის შეფასება OM-ის პრევენციისა და მენეჯმენტის შესახებ. ისინი უნდა ხვდებოდნენ OM-ის განვითარების რისკფაქტორების კონტროლის სარგებლობას. მაგალითად, მეორადი მოწევის შედეგად მოზარდ ბავშვებს OM–ის განვითარების დიდი რისკი აქვთ. სიგარეტის კვამლი აღიზიანებს ევსტახის მილს. ამ გაღიზიანებამ შეიძლება გამოიწვიოს ანთებითი პროცესი, რომელიც შედეგად OM-ს იწვევს. სწორი კვება ასევე ახდენს ზეგავლენას OM-ის განვითარებაზე.

ბოთლით კვებისას, ჰორიზონტალური მდგომარეობა, ხელს უწყობს საკვებს ჩაიღვაროს ევსტაქის მილში და გამოიწვიოს გაღიზიანება ან მილის დაბლოკვა. ნებისმიერი შემთხვევა OM-ის გამომწვევი შეიძლება იყოს. ძუძუთი კვება იცავს და ხელს უწყობს კვებას ვერტიკალურ მდგომარეობაში.

კრუპი

კრუპი ფართო ტერმინია, რომელიც, ჩვეულებრივ, კრუპის მსგავს დაავადებებს აღწერს ჩვილებსა და ბავშებში. ეს დაავადებები ხასიათდება „ყეფის“ მაგვარი ხველით, ინსპირაციული სტრიდორითა და ხმის ჩახლეჩით (ლარინქსის გარშემო შეშუპებით). ასევე, გარკვეული ხარისხის რესპირატორული დისტრესით. კრუპი კლასიფიცირდება როგორც სპაზმური, მწვავე ლარინგოტრაქეიტი, ლარინგოტრაქეობრონქიტი, ლარინგოტრაქეობრონქოპნეუმოიტი (მათ შრის ბაქტერიულ ტრაქეიტს), და იშვიათად ლარინგეალური დიფტერია. კრუპის უმრავლესობა ბავშვებში წარმოადგენს სპაზმურ კრუპსა და ლარინგოტრაქეიტის, ასევე ტერმინი კრუპი გამოიყენება ამ დაავადებების სინონიმად.

სიხშირე და ეტიოლოგია

კრუპი, ჩვეულებრივ, გვხვდება 7 წლამდე ბავშებში, უფრო ხშირად კი 36 თვიდან 6 წლამდე ასაკში. უმეტესად გვხვდება ბიჭებში. პირველადი გამომწვევია პარაინფლუენზას ვირუსი, თუმცაღა სხვა ვირუსული პათოგენებიც იწვევს კრუპს, მათ შრის, ინფლუენზა A და B, რესპირატორულ სინციტიალური ვირუსი, ადენოვირუსი და რინოვირუსი. კრუპის დიაგნოზირება ყველაზე ხშირად შემოდგომაზე ხდება. კრუპის მქონე ბავშვების უმეტესობის მენეჯმენტი სახლში ხდება.

პათოფიზიოლოგია

კრუპის პირველადი სიმპტომები ტრაქეის, ვოკალური იოგების ქვემოთ ან იოგქვეშა რეგიონის შეშუპების შედეგია, ანთებასთან ერთად ან მის გარეშე, სეკრეციებთან და კუნთის სპაზმთან ერთად. ანთებით პროცესებთან კომბინირებულ ფაქტორებთან ერთად, ბავშვის სასუნთქი გზების ვიწრო სანათურის გამო, სასუნთქი გზების ობსტრუქციის სხვადასხვა ხარისხია გამოხატული. ასევე, ინსპირაციისას ყიას აქვს კოლაფსის ტენდეცია, შეშუპებისა და კუნთის სპაზმის საპასუხოდ. ეს იწვევს სასუნთქი გზების შემდგომ ობსტრუქციას. ობსტრუქცია ქმნის ტურბულენტობას ინსპირაციისას, რაც იწვევს კრუპისთვის დამახასიათებელ ინსპირაციულ სტრიდორს. რესპირატორული დისტრესის სხვა ნიშნები გამოვლინდება, როდესაც ბავშვი შეისუნთქავს საკმარისი რაოდენობით ჟანგბადს.

კლინიკური გამოვლინება

კრუპის გამოვლინება მოიცავს ხმის ჩახლეჩას ან „ყეფით“ ხველას, ხშირად მოულოდნელად და როგორც წესი ღამით ვლინდება. ბავშვს შეიძლება გამოხატული ჰქონდეს ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა ნაზალური გამონადენი, ყელის ტკივილი და სიცხე. ინსპირაციული სტრიდორი არის

კლასიკური ნიშანი, რომელიც ასოცირდება კრუპთან. სასუნთქი გზების ობსტრუქციის სიმწვავის მიხედვით, სტრიდორი შეიძლება ისმინებოდეს ინსპირაციისას და ექპირაციისას სტეტოკოპის გარეშე. ასევე შიძლება კისრის რბილი ქსოვილების, ნეკთშორისი კუნთებისა და სტერნუმის რეტრაქცია იყოს გამოხატული. მდგომარეობის კლასიფიკაცია შეიძლება მოხდეს როგორც მსუბუქი, საშუალო, მწავავე ან სიცოცხლისთვის საშიშ კრუპად, სიმპტომების სიმწვავის ხარისხის მიხედვით. მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვების უმეტესობას, მწვავე დაავადება არ აქვთ გამოხატული, თუ დროული მკურნალობა არ მოხდება შეშუპება და გაძლიერებული სუნთქვა გამოიწვევს ენერგიის მარაგის ამოწურვასა და რესპირატორული კუნთების დაღლას. იშვიათ შემთხვევებში, ჩვენებაა ენდოტრაქეალური ინტუბაცია და მექანიკური ვენტილაცია.

დიაგნოზი

კრუპი არის კლინიკური დიაგნოზი, დაფუძნებული ბავშვის დაავადების ისტორიასა და ფიზიკურ მაჩვენებლებზე. დამატებითი შეფასებისთვის, საჭიროა სისხლის საერთო ანალიზი, სასუნთქი გზებისა და გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა, რომელიც დაგვეხმარება სპაზმური კრუპის, მწვავე ლარინგოტრაქეიტისა და სხვა სერიოზული დაავადებების განსხვავებაში.

მკურნალობა

კრუპის მკურნალობის ძირითადი საფუძველია სისტემური სტეროიდები, რათა შევამციროთ სასუნთქი გზების შეშუპება და ანთებითი პროცესი. მიმდინარე რეკომენდაციაა დექსამეტაზონის ერთი დოზა (0.6 მგ კილოგრამზე) პერორალურად ან ინტრამუსკულარულად. ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორის დამატება ხდება შედარებით მწვავე შემთხვევაში, სასუნთქი გზების ანთებითი პროცესების შესამცირებლად.

საექთნო მოვლა გულისხმობს:

1. ჰიპოქსიური ბავშვების (O2 სატურაცია 93%-ზე ნაკლები) ჟანგბადით მომარაგებას;
2. ჰიდრატაციის შენარჩუნებას სითხეების მცირე რაოდენობით, მაგრამ ხშირად მიწოდებით;
3. სიცხის კონტროლს ანტიპირეტული მედიკამენტებით;
4. ბავშვს ვაძლევთ საშუალებას სასურველი პოზაში დაწვეს, რათა მასში შფოთვა შევამციროთ (მაგ., მშობლის კალთაში ჯდომა).

ტენიანი ჰაერი, რომელიც მკურნალობის ერთ-ერთ სასარგებლო მეთოდად ითვლებოდა უარყოფილი იქნა, რადგანაც კვლევებმა აჩვენა, რომ არ არსებობს რაიმე დამატებითი სარგებელი მკურნალობისას, თუმცა მშობლების მოხსენებები მოწმობს, რომ ღამის გრილ ჰაერს ან გრილ შხაპს სარგებელი აქვს ბავშვის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში.

ბრონქიოლიტი და რესპირატორული სინციტიალური ვირუსი (RSV)

ბრონქიოლიტი არის მწვავე, ტიპური ვირუსი, ბროქიოლების ინფექცია, რომელიც ყველაზე ხშირად მცირეწლოვან ბავშვებში გვხვდება. ინფექცია იწვევს ბრონქიოლების ანთებით პროცესს. სტვენა არის ბრონქიოლიტის კლასიკური გამოვლინება და გამოწვეულია სასუნთქი გზების ობსტრუქციით შეშუპებისა და ზედმეტი სეკრეციების გამო. რესპირატორული სინციტიალური ვირუსი (RSV) არის ყველაზე ხშირი ბრონქიოლიტისა და პნეუმონიტის გამომწვევი მიზეზი ერთ წლამდე ბავშვებში. სხვა ვირუსები, რომელსაც, ჩვეულებრივ, ბროქნიოლიტის გამოწვევა შეუძლია არის: ინფლუენზა, პარაინფლუენზა, რინოვირუსი და ადენოვირუსი.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ბრონქიოლიტი არის ქვედა რესპირატორული ტრაქტის მწვავე ინფექცია. გვხვდება, როგორც წესი, ორ წლამდე ბავშვებში. შემთხვევების უმეტესობა ფიქსირდება 6 თვის ასაკში. ბრონქიოლიტის ყველაზე ხშირი გამომწვევია RSV. RSV იწვევს ბრონქიოლიტების დაახლოებით 75%-ს, განსაკუთრებით ზამთრის თვეებში, ნოემბრიდან მარტამდე. რამდენიმე მთავარი ფაქტორი არსებობს, რომელიც ზრდის RSV-ით ინფიცირებით რისკს.

ესენია:

- RSV სეზონამდე ექვსი თვით ადრე დაბადება;
- მრავალჯერადი მშობიარობიდან ერთ-ერთი;
- ძუძუთი არ კვება;
- და-ძმის ყოლა, რომლებიც სკოლაში დადიან;
- საბავშვო ბაღში სიარული;
- სიგარეტის კვამლის ზეგავლენა და დედის დაბალი განათლების დონე (12 კლასი ან ნაკლები).

პათოფიზიოლოგია

ინფექციური პროცესით შექმნილი ანთება, იწვევს სასუნთქი გზების შეშუპებასა და ლორწოს ან უჯრედოვანი ნარჩენების აკუმულაციას. შეშუპების გამომწვევია ქვედა რესპირატორული ტრაქტის ეპითალიური უჯრედების ინფექცია. ეს ეფექტები, იწვევს ბრონქიოლების შევიწროვებას ან ოკლუზიას; ოკლუზია – ჰაერის შეკავებას, რომელიც შედეგად ზოგში, ალვეოლების ჰიერინფლაციასა, ხოლო სხვებში ატელექტაზს (ფილტვის ქსოვილის კოლაპსი) იწვევს.

კლინიკური გამოვლინება

თავდაპირველად, ბრონქიოლიტის მქონე ბავშვებს გამოხატული აქვთ ზედა რესპირატორული დაავადებების (URI) სიმპტომები, როგორიცაა რინორეა, ცხვირის ცემინება, შემცირებული მადა, დაბალი სიცხე და ხველა. რამდენიმე დღის შემდგომ სიმპტომები უარესდება. დამახასიათებელია სტვენა, – ტაქიპნეა უფრო გამოხატულია. სხვა გამოვლინებები მოიცავს ცუდ კვებას, ნესტოების გაფართოებას, რეტრაქციას, სტვენას,

ხიხინს, გახანგრძლივებულ ექსპირატორულ ფაზას და პერიოფდულ ციანოზს. გართულებები ხშირად ვლინდება ძირითადი დაავადების მქონე ბავშვში, ასევე მოიცავს დღენაკლულ ბავშვებს, ქრონიკული გულის დაავადებასა და ქრონიკული ფილტვის დაავადებას.

დიაგნოზი

ფიზიკური გამოკვლევა და სამედიცინო ისტორია ბრონქიოლიტისთვის ძირითადი დიაგნოსტიკური საშუალებებია. სისხლის თეთრი უჯრედების რაოდენობა, ჩვეულებრივ, ნორმალურია. ბრონქიოლიტის მქონე ბავშვების რენტგენოლოგიურ სურათზე გამოხატულია კეროვანი ატელექტაზი და ჰიპერინფლაცია. ნაზოფარინგიალური სეკრეცია საჭიროა ბაქტეროლოგიური კვლევისთვის ან ანტიგენის კვლევისთვის, რომ გამომწვევი განისაზღვროს. კვლევების უმეტესობამ აჩვენა, რომ სწრაფი ანტიგენის დეტექციის ტესტებს აქვს საერთო 80-95% სენსიტიურობა.

მკურნალობა

ბრონქიოლიტის მკურნალობა დამოკიდებულია სიმპტომების სიმწვავეზე. ბრონქიოლიტის მქონე ბავშვების უმრავლესობა სახლში იტარებენ მკურნალობას, თუმცა, პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილის მკურნალობა საავადმყოფოში ხდება. პაციენტის მიღების შესახებ გადაწყვეტილება, ჩვეულებრივ, სასწრაფო დახმარების განყოფილებაში ხდება. სახლის მენეჯმენტი მოიცავს დასვენებას, სათანადო სითხის მიღებას და ბავშვის ცხელებისა და დისკომფორტის მართვას. ბავშვები, რომლებიც გამოხატავენ რესპირატორული დისტრესის ნიშნებს, ან რომლებიც დეჰიდრატაციას განიცდიან, ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებენ. ჰოსპიტალში მონიტორინგი მოიცავს ჟანგბადის სატურაციის გაზომვას, ჰიდრატაციის სტატუსის შეფასებასა და სუნთქვის მოძრაობების დაკვირვებას. ზოგადად, სავადმყოფოში ჩატარებული მკურნალობა მოიცავს ნოტიო ჟანგბადის, ინტრავენური სითხეების მიღებას. ინტუბაცია და მექანიკური ვენტილაცია აღინიშნება რესპირატორული დისტრესის მქონე ბავშებში.

რიბავირინი (ვირაზოლი), RSV ბრონქიოლიტის ერთადერთი სპეციფიკური აეროზოლური ანტივირუსული მედიკამენტია, რომელიც გამოიყენება მძიმედ დაავადებულ ჩვილებსა და ბავშვებში, რომელთაც აქვთ ქრონიკული დაავადებები. ამ პოპულაციაში ეს პრეპარატი შეზღუდულია რამდენიმე მიზეზის გამო. წამალი ძალიან ძვირია. ის ასევე საკმაოდ ტოქსიკურია ჯანდაცვის პერსონალისთვის, რომელიც ეხება ამ წამალს. მისი ეფექტურობის შესახებ კვლევებმა გამოიწვია დავა ამ პრეპარატის გამოყენების შესახებ. ამ მედიკამენტის გამოყენების გადაწყვეტილება მიღებული უნდა იქნას მომვლელის მიერ, შემთხვევებზე დაფუძნებული არგუმენტებით.

RSV-ის პროფილაქტიკისთვის ამჟამად ერთი პრეპარატია ხელმისაწვდომი, სახელწოდებით პალივიზუმაბი (სინაზისი). სინაზისი არის მონოკლონური ანტისხეული, რომელიც RSV-ს სამკურნალოდ გამოიყენება, RSV ბროქილიტის გართულებების მქონე მაღალი რისკის ბავშებში. ამ ბავშებს მიეკუთვნება დღენაკლული ბავშვები (განსაკუთრებით 32 კვირის ორსულობის პერიოდში) და ფილტვების ქრონიკული დაავადების ისტორიის მქონე პირები (გასაკუთრებით ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის მქონე). სინაზისი ინიშნე-

ბა ყოველთვიურად, როგორც ინტრამუსკულარული ინექცია. პირველი დოზის მიღება ხდება RSV-ის სეზონის დაწყებამდე, შემდეგი დოზებით და მიიღება ყოველთვიურად, მთელი სეზონის განმავლობაში.

საექთნო მართვა

შეფასება

სასუნთქი სისტემის მიმდინარე და სრულყოფილი შეფასება, მათ შორის ჟანგბადის სატურაციის მონიტორინგისა, კრიტიკულია ბრონქიოლიტის მქონე ბავშვებისთვის. ამ ბავშვების საფუძვლიანი დაკვირვება გაზრდილი რესპირატორული დისტრესის ნაადრევი დიაგნოზირებისა და მკურნალობის საშუალებას გვაძლევს. ადრეული ჩარევა მნიშვნელოვანია ბავშვის რესპირატორული უკმარისობის განვითარების რისკის შემცირებისთვის.

საექთნო დიაგნოზი

1. საჰაერო გზების არაეფექტური კლირენსი, დაკავშირებულია ჟანგბადის შეკავებასთან და ლორწოს წარმოქმნის გაზრდასთან;
2. სითხის ნაკლებობა, რომელიც დაკავშირებულია სითხის არასწორ მიღებასთან და სიცხესთან;
3. არასაკმარისი ცოდნა (მშობლები), რომელიც დაავადების შესახებ და მისი მართვის შესახებ ინფორმაციის არქონასთანაა დაკავშირებული.

შედეგების იდენტიფიკაცია

1. ბავშვის ფილტვებს მკაფიო ხმა ექნება;
2. ბავშვს ექნება ტენიანი ლორწოვანი გარსები და შარდის გამოყოფა მინიმუმ 1მლ/კგ/სთ;
3. აღმზრდელები სიტყვიერად აფასებენ დაავადებისა და მის მართვას.

დაგეგმვა და განხორციელება

სახლში ნამკურნალები ბავშვის საექთნო მოვლა ორიენტირებულია ოჯახის ინფორმირებაზე. მწვავე თერაპიის პირობებში საექთნო მომსახურება ორიენტირებულია სათანადო ვენტილაციისა და სითხის დაბალანსების ხელშეწყობაზე. სასუნთქი გზების ეფექტურად გაწმენდას ხელს უწყობს ნაზოფარინგიალური შეწოვა ანდა შეწოვა კათეტერით ან ბოლქვის შპრიცით. ჟანგბადის ქუდი შეიძლება გამოყენებულ იქნას ახალშობილებში. ადეკვატური ვენტილაციის სხვა სტრატეგიები მოიცავს: საწოლის თავის ამაღლებას, მოვლის კონსოლიდაციას და ბავშვის მოვლაში მშობლების ჩართულობის წახალისებას. საწოლის თავის ამაღლება საშუალებას აძლევს ბავშვს დაისვენოს, ხოლო მშობლის ახლოს ყოფნა ამცირებს სტრესს და ბავშვის გაძლიერებულ სუნთქვას.

ინტრავენური სითხეები ინიშნება მანამ, სანამ ბავშვი თავისი პირით დალევს ადეკვატური რაოდენებით სითხეს. ავადმყოფობისას, ბავშვის ენერგიის დიდი ნაწილი რესპირატორულ ძალისხმევაში მიდის. სანამ სუნთქვა გაუადვილდება, IV სითხეების ატენი-

ანებს ბავშვს. ანტიპირეტიკები შეგვიძლია გამოვიყენოთ სიცხის შესამცირებლად. საექთნო მართვა ასევე მოიცავს დარწმუნებას, რომ გამოწერილი ნებულაიზერი ფილტვის მედიკამენტები და გულმკერდის ფიზიოთერაპია განხორციელდა. RSV ბრონქიოლიტით დაავადებული ბავშვების მოვლის კიდევ ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტია ხელის რეგულარული დაბანა, ჯანდაცვის დაწესებულებებში ბაქტერიის გავრცელების პრევენციის ყველაზე ეფექტური გზა.

შეფასება

შედეგების შეფასება წარმოადგენს მნიშვნელოვან ნაბიჯს იმის განსაზღვრაში, თუ რამდენად ეფექტურია მოვლის გეგმა ბავშვისა და ოჯახის საჭიროების დასაკმაყოფილებლად. ბავშვის სუნთქვითი მოძრაობების ინსპექცია გასინჯვის დიდ ნაწილს წარმოადგენს, ასევე ტაქიპნეის, ნაზალური შეშუპების, რეტრაქციისა და ღმუილის შეფასება. ფილტვების სუფთა ხმიანობა არის პირველადი კრიტერიუმი არაეფექტური სასუნთქი გზების კლიარენსის რეზოლუციის შეფასებისთვის. ტენიანი ლორწოვანი გარსები და შარდის ადეკვატური გამოყოფა, განსაზღვრავს სითხის ნორმალურ მიღებას. რესპირატორული დისტრესისა და ცხელების მქონე ბავშები მაღალი რისკის ქვეშ არიან რომ დაკარგონ სითხე. საბოლოოდ, მშობლების ინფორმირება ბროქიოლიტისა და მისი მენეჯმენტის აუცილებლობის შესახებ ყველაზე მნიშვნელოვანი ეტაპია.

ოჯახის განათლება

მედდამ მშობლებს უნდა მიაწოდოს საჭირო ინფორმაცია ბავშვის დაავადებისა და მისი მკურნალობის გეგმის შესახებ. სპეციფიკური ინფორმაცია დამოკიდებულია სიმპტომების სიმწვავესა და იმაზე, ბავშვი სახლში მკურნალობს თუ საავადმყოფოში. მშობლებმა, რომლებიც ბავშვს სახლში უვლიან, უნდა იცოდნენ რომ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელი უნდა გააფრთხილონ რესპირატორული დისტრესის ნიშნები თუ აღინიშნება ან ბავშვი თუ დეჰიდრატირებულია. ნორმალური სხეულის ფუნქციონირების გარდა, სითხეები ეხმარება სქელი სასუნთქი გზების სეკრეციების გათხელებაში. მშობლებმა ასევე უნდა იცოდნენ ბოლქვის დგუშის გამოყენებისა და ჰიგიენის წესი, რათა ინფექციის გავრცელების პრევენცია მოხდეს, RSV ძალზედ გადამდებია.

პნევმონია

პნევმონია არის ფილტვის პარენქიმის (ორგანოს ფუნქციური ქსოვილი, დამხმარე და შემაერთებელი ქსოვილისგან განსხვავებით) მწვავე ანთება, რომელიც ასოცირდება ალვეოლარულ კონსოლიდაციასთან. პნევმონია შეიძლება გამოხატული იყოს როგორც პირველადი დაავადება ან როგორც სხვა დისფუნქციის გართულება.

სიხშირე და ეტიოლოგია

პნევმონია ემართება ყველა ასაკის ბავშვს და ბავშვთა მნიშვნელოვანი დაავადების მიზეზად ყოფნას აგრძელებს. განვითარებად ქვეყნებში ავადობისა და სიკვდილიანობის განსაკუთრებული სიხშირით გამოირჩევა. ბავშვებში პნევმონიის უმეტესობა საზოგადოებაში შეძენილია (CAP), ამ სექციაშიც სწორედ მას განვიხილავთ. CAP განისაზღ-

ვრება როგორც პნევმონია, რომელიც გვხვდება ჯანმრთელ ბავშვში, რომელსაც რაიმე მნიშვნელოვანი დაავადება არ აქვს. პნევმონიის ნაკლებად ხშირი ეტიოლოგიაა ასპირაციული დაავადებები, ნეიროკუნთოვანი დაავადებები, სავადმყოფოში შეძენილი პათოგენით გამოწვეული პნევმონია ან იმუნური დეფიციტები.

S. pneumonia არის ყველაზე ხშირი გამომწვევი პათოგენი CAP-ში ამ ასაკის ჯგუფში, მაგრამ ბაქტერიულ და ვირუსულ პათოგენებსაც შეუძლია გამოიწვიოს პნევმონია. სპეციფიური ასაკის ჯგუფში განსხვავებული გამომწვევებია უფრო ხშირი და ვლინდება სეზონური სიხშირით, ხოლო შემოდგომის, ზამთრისა და გაზაფხულის სეზონზე RSV ყველაზე ხშირი გამომწვევია. შედარებით მოზრდილ ბავშვებში CAP-ის გამომწვევი ყველაზე ხშირად ბაქტერიაა, განსაკუთრებით კი S. pneumonia, Chlamydia pneumonia და Mycoplasma pneumonia.

პათოფიზიოლოგია

სხეულს მრავალი თავდაცვის მექანიზმი აქვს, რათა ორგანიზმი დაიცვას პნევმონიისგან. ეს მოიცავს ხველების რეფლექსს, ლორწოვანის ნორმალურ მოქმედებას, ალვეოლარული მაკროფიგების მიერ ფაგოციტოზს, ისევე როგორც ანთებით და იმუნურ პასუხს. პნევმონიის გამომწვევი პათოგენი ახერხებს ინფექციისადმი მიდრეკილ ინდივიდში შეჭრასა და ტოქსინების გამოთავისუფლებას, რომელიც ასტიმულირებს მეორეულ და მესამეულ თავდაცვის მექანიზმებს. ტოქსინები და სხეულის დამცავი სისტემის პროდუქტები აზიანებს ფილტვის ლორწოვან გარსს და იწვევს სასუნთქ გზებში ნარჩენებისა და ექსუდატის დაგროვებას. ეს შედეგები იწვევს ვენტილაცია-პერფუზიის შეფარდების (ალვეოლარული ვენტილაციის თანაფარდობა კაპილარულ პერფუზიასთნ) ცვლილებას. პნევმონია ხშირად კლასიფიცირდება როგორც ლობალური, ინტერსიტიციული ან ბრონქული. ლობალური პნევმონია მოიცავს ფილტვის ერთ დიდ ნაწილს ან ფილტვის ერთ წილზე მეტს. ინტერსტიციული პნევმონია მოიცავს ალვეოლურ კეფლებს, პერიბრონქიალურსა და ინტრაალვეოლარულ ქსოვილებს. ბრონქული პნევმონია უფრო დიფუზურია და მოიცავს ბრონქებსა და ფილტვის წილებს.

კლინიკური გამოვლინება

პნევმონიის ხშირ გამოვლინებებში შედის სიცხე, ჰიპოქსია და სხვადასხვა ხარისხის რესპირატორული დისტრესი: ტაქიპნოე, ხველება, ხიხინი, სუნთქვის დაქვეითება და გაძლიერებული სუნთქვითი მოძრაობები. ბავშებში სიმპტომების სწრაფი დაწყებისას: ცხელება >38.5^{0}C, ტაქიპნოე და რეტრაქციები, ბაქტერიული ეტიოლოგიის პნევმონია უფრო სავარაუდოა.

დიაგნოზი

პნევმონიის დიაგნოზი დამყარებულია დაავადების ისტორიაზე, ფიზიკალურ გასინჯვასა და უმეტეს შემთხვევაში, გულმკერდის რენტრგენოგრაფიზე (CXR). CXR სასარგებლოა დაავადების ადგილმდებარეობისა და მასშტაბის დასადგენად და გვეხმარება გართულებების განსაზღვრაში, დაავადების განმეორება ფილტვის ერთი და იმავე წილში. ნახველის ბაქტეროლოგიური კვლევა იშვიათად გამოიყენება პნევმონიის დიაგ-

ნოზირებისთვის. RSV და ინფლუინფლუენზას ვირუსული კულტურა შეიძლება დაგვეხმაროს ვირუსული ან ბაქტერიული ეტიოლოგიის ერთმანეთისგან განსხვავებაში. ამასთან, ვირუსული დაავადების დიაგნოზი არ გამორიცხავს ბაქტერიული პათოგენის თანაარსებობასაც. დაავადების ისტორია ყოველთვის უნდა მოიცავდეს ძირითადი დაავადების დაკვირვებით მიმოხილვას (ფილტვის, გულის, ნეიროკუნთოვანი ან იმუნური დეფიციტი), ასევე შესაძლო უცხო სხეული ასპირაციის ან გადაცდენის ეპიზოდების აღწერას, რისკ-ფაქტორების (სიგარეტი კვამლი, საბავშვო ბაღში სიარული, ავადმყოფ ინდივიდთან კონტაქტი), იმუნიზაციის სტატუსისა და სხვა სიმპტომების (დაქვეითებული კვება, ლეთარგია, გასტროინტესტინალური სიმპტომები) შეფასებას.

ფიზიკური გასინჯვა უნდა მოიცავდეს სასიცოცხლო ნიშნების, ჟანგბადის სატურაციის, ფილტვის აუსკულტაციის, რესპირატორული ნიშნების (ტაქიპნოე, ხიხინი, რეტრაქცია და ცხვირის შეშუპება), ჰიდრატაციისა და ზოგადი ჯამრთელობის შეფასებას.

მკურნალობა

CAP-ის მკურნალობა გამომდინარეობს ბავშვის ასაკისა და კლინიკური სიმპტომებიდან. ანტიბიოტიკოთერპაია დაუყოვნებლივ უნდა დაიწყოს ყველა ბავშვთან, რომელსაც ბაქტერიული პნევმონიის შესაძლო დიაგნოზი აქვს. CAP-ის მქონე ბავშვების უმრავლესობას მკურნალობა სახლში შეუძლია. ამასთან, სამ კვირამდე ასაკის ნებისმიერი ჩვილის ან სამ წლამდე ბავშვების შემთხვევაში უნდა მოხდეს ჰოსპიტალიზაცია, მკურნალობის დაწყებისთვის. გარდა ამისა, ჰოსპიტალიზაცია შეიძლება საჭირო გახდეს შედარებით მოზრდილ ბავშვებშიც, ჰიპოქსიის გაძლიერების ან სუნთქვის გაძნელების შემთხვევაში.

საექთნო მართვა

შეფასება – სხვა რესპირატორული ცვლილებების მსგავსად, საფუძვლიანი რესპირატორული შეფასება კრიტიკულად მნიშვნელოვანი საფეხურია ექთნისთვის. რაც პნევმონიის გამოვლინების და რესპირატორულ დისტრესზე გაზრდილ მონიტორინგს მოიცავს. ცხელების, ტკივილისა და ჰიდრატაციის შეფასება ასევე მნიშვნელოვანია პნევმონიის მქონე ბავშვის მოვლისას.

საექთნო დიაგნოზი

1. აირების ანომალური ცვლა, რომელიც დაკავშირებულია ინფექციით გამოწვეულ ვენტილაცია/პერფუზიის ცვლილებასთან;
2. სასუნთქი გზების არაეფექტური კლირენსი, რომელიც დაკავშირებულია შეშუპების და ექსუდატის დაგროვებასთან;
3. არაეფექტური სუნთქვის პატერნი, რომელიც დაკავშირებულია ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციით გამოწვეულ ანთებით პროცესებთან.

შედეგების იდენტიფიკაცია

1. პაციენტის ჟანგბადით მომარაგება იქნება დამაკმაყოფილებელი, გულისა და რესპირატორული ასაკის შესაბამისი მაჩვენებლებით;
2. პაციენტს ექნება ფილტვის სუფთა ველები, კარგი ვენტილაციით მთელ ფილტვში;
3. პაციენტს ნორმალური სუნთქვის პატერნი აქვს, რაც დასტურდება ტაქიპნოეს, ხველების, რეტრაქციისა და ცხვირის ანთების არ არსებობით.

დაგეგმვა და განხორციელება – პნევმონიის მქონე ბავშვების საექთნო ზრუნვა დამოკიდებულია სიმპტომების სიმწვავესა და ეტიოლოგიურ გამომწვევზე. მხარდამჭერი მოვლა ყურადღებას ამახვილებს ჟანგბადით ადეკვატურ მომარაგებაზე, სასუნთქი გზების კლირენსზე , IV და ორალური სითხეებით ჰიდრატაციის შენარჩუნებასა და ანტიპირეტული საშუალებებით ცხელების შემცირებაზე. თუ პნევმონია ბაქტერიითაა გამოწვეული, აუცილებელია ანტიბიოტიკების რეცეპტის მიხედვით მიღება. გარდა ამისა, ტკივილის შეფასება მნიშვნელოვანი საექთნო მოვალეობაა, ბავშვის პლევრული ტკივილის შესამსუბუქებლად, ხველებისას ან ღრმა სუნთქვისას. ტკივილის შემსუბუქებისას, პნევმონიის მქონე ბავშები ღრმად სუნთქავენ და ხველებას რეზისტენტობას უწევენ. ამ ბავშებისთვის, ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები არამარტო კომფორტს უზრუნველყოფს, არამედ ხელს უწყობს ღრმა სუნთქვასა და სასუნთქი გზების გაწმენდას.

შეფასება – პნევმონიის ალაგებასთან ერთად, ბავშვის სასუნთქი გზების შეფასება, ხელს უწყობს დაავადების სიმპტომების (ცხელება, ხველა) შემცირებას. CXR-ის მაჩვენებლები შეიძლება არ ნორმალიზდეს თვეების განმავლობაში; გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა გაურთულებელი CAP-ის შემდგომი რუტინული ვიზიტების ჩვენება არ არის.

ოჯახის ინფორმირება

პნევმონიის მქონე ბავშვების უმეტესობის მკურნალობა სახლში ხდება და მნიშვნელოვანია, რომ ექთანმა უზრუნველყოს ბავშვის მოვლის შესახებ სათანადო ინსტრუქციებისა და ინფორმაციის მშობლებისთვის მიწოდება. აღმზრდელებს უნდა ჰქონდეთ კარგი ჰიდრატაციისა და დასვენების საჭიროების შესახებ ინფომრაცია. მედდებმა უნდა უზრუნველყონ იმ ნიშნების ან სიმპტომების სწავლება, რომელიც შეიძლება ხელმეორედ შეფასდეს. ბავშებისთვის, რომელთაც შემცირებული მადა და წყურვილი აქვთ, ადეკვატური რაოდენობით სითხის შეთავაზება, ხელს უწყობს ჰიდრატაციის კონტროლს. თუ ბავშვს დანიშნული აქვს ანტიბიოტიკი, მედდამ მშობლებს უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია ბავშვისთვის ანტიბიოტიკების დანიშვნის, მიღებისა და კურსის რეცეპტის მიხედვით დასრულების მნიშვნელობის შესახებ, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ სიმპტომები ალაგდა. სიმპტომების გაუარესების შემთხვევაში, მშობლებმა უნდა იცოდნენ ვის და როდის უნდა დაურეკონ დამატებითი შეფასებისა და სამედიცინო ჩარევისთვის. და ბოლოს, მნიშვნელოვანია იმის ხაზგასმა, რომ ბავშვის ენერგიის დონე შემცირებულია, სანამ იგი საბოლოოდ არ გამოჯანმრთელდება.

სინუსიტი

მწვავე სინუსიტი ბაქტერიით გამოწვეული სინუსების ანთებითი პროცესია. ჩვეულებრივ, იგი გამოწვეულია ზედა რესპირატორული ინფექციების გამო, რომელიც იწვევს ანთებით პროცესებს ნაზალურ გასავალში. ანთება იწვევს ბაქტერიის „დატყვევებას“. სამედიცნო მომსახურების მიმწოდებლისა და პაციენტისთვის, ჩვეულებრივი სურდოსა და სინუსიტის გარჩევა სირთულეს წარმოადგენს, ასე რომ ანამნეზის კარგი შეგროვება მნიშვნელოვანია სინუსიტის დიაგნოზირებისთვის. იშვიათ შემთხვევებში თუ სინუსიტის მკურნალობა არ მოხდა, შეიძლება ინფექციამ გადაინაცვლოს ტვინში ან სხვა სერიოზული გართულებები გამოიწვიოს.

სიხშირე და ეტიოლოგია

სინუსიტთან ასოცირებული ყველაზე ხშირი ბაქტერიული გამომწვევია, S. pneumoniae და H. influenza. სხვა შესაძლო გამომწვევები მოიცავს სიგარეტის კვამლთან კონტაქტს, უცხო სხეულის ასპირაციას და ნაზალურ პოლიპებს. ასთმას ასევე ძლიერი ასოციაცია აქვს სინუსიტთან. ადამინებს რომელთაც აქვთ გარემოსადმი ალერგია და ცხელება ნაზალური სიმპტომების გაზრდილი რისკის ჯგუფში არიან.

პათოფიზიოლოგია

სინუსიტს, როგორც წესი, წინ უძღვის რინოვირუსი ან ჩვეულებრივი გაციების ეპიზოდი, ცხვირიდან გამონადენითა და ხველით. სინუსიტი ვლინდება როდესაც ზედა რესპირატორული ტრაქტის ინფექციის გამო წარმოქმნილი სქელი ლორწოვანი გარსი ნაზალურ გასავალში არსებულ სილიარულ მოქმედებას უშლის ხელს. სილიას აღარ აქვს უნარი ეფეტურად გაწმინდოს სინუსები და ხდება გასავლის ობსტრუქცია. ლორწოსა და უცხო ნაწილაკების დაგროვება იწვევს სინუსიტის განვითარების რისკს. გარდა ამისა, გაციებისას ადამიანები ცხვირს ხშირად იხოცავენ, რაც იწვევს ნორმალური ბაქტერიული ფლორის სინუსურ ღრუში გადასვლას. სურათზე 18-6 წარმოდგენილია სინუსების მდებარეობა.



სურათი 18-6. სინუსების დიაგრამა

კლინიკური გამოვლინება

სინუსიტის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი სიმპტომია სახის ტკივილი. შეიძლება გამოვლინდეს შუბლის, ყბის, თვალის ან ყურის მიდამოში. სინუსიტის კლასიკური გამოვლინებაა თავის ტკივილი, სახის ტკივილი და გაზრდილი მგრძნობელობა, რომელიც მოზრდილ ბავშებში უფრო ადვილი ამოსაცნობია. მცირეწლოვან ბაშვებს უფრო ხშირად აქვთ პოსტნაზალური გამონადენი, ცუდი სუნის მქონე სუნთქვა და პერიორბიტალური შესიება. სინუსიტის ხშირი გამოვლინებებია ტინორეა, რომელიც შიძლება სუფთა ან ჩირქიანი იყოს, ხველება, ცხელება, დაღლილობა, თავის ტკივილი და ყელის მსუბუქი ტკივილი.

დიაგნოზი

სინუსიტის დიაგნოზი, ზოგადად, დამოკიდებულია ბავშვის სამედიცინო ისტორიასა და ფიზიკურ გასინჯვაზე. ბაქტერიული ეტიოლოგიის მწვავე სინუსიტის კლინიკური დიაგნოზი დამყარებულია 10-14 დღის განმავლობაში ნაზალური გამონადენის, 39^{0}C და უფრო მაღლი ტემპერატურის ჩირქოვან ნაზალურ გამონადენთან ერთად სამი დღის განმავლობაში არსებობაზე. რადგან, ჩვეულებრივ, გაციებას შეუძლია სინუსიტის გამოწვევა, შესაბამისად, შეიძლება რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარება დაგვჭირდეს.

მკურნალობა

სინუსიტის დიაგნოზირების შემდგომ ტიპიური მკურნალობა მოიცავს ანტიბიოტიკო მკურნალობას და ტკივილის შემსუბუქებას, პალიატიურ მკურნალობასთან ერთად. ანტიბიოტიკო თერაპია იწყება ვიწრო სპექტრის მედიკამენტებით, როგორიცაა ამოქსიცილინი, გამოწერილია 10-14 დღის განმალობაში. მონაცემების მეორეულ ანალიზში, აღმოჩნდა რომ შეუძლებელია წინასწარ განისაზღვროს, თუ რომელ პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ სინუსიტის სიმპტომები, ექნებათ დადებითი შედეგები ანტიბიოტიკო თერაპიის შემდგომ. მარილიანი წვეთები და სპრეები გვეხმარება სინუსიტის სიმპტომების შემსუბუქებაში. ისინი ხელს უწყობს ცხვირის სეკრეციის გათხელებას, რომელიც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს მოძრაობას და სინუსების გასუფთავებას.

საექთნო მართვა და ოჯახის განათლება

მედდა სინუსიტის დროს ყურადღებას აქცევს ოჯახის განათლებას. ეს სწავლება მოიცავს ოჯახის ინფორმირებას სინუსიტისა და მათი ბავშვის მკურნალობის რეჟიმის შესახებ. ასევე მოიცავს გამოწერილი მედიკამენტის სწორ ადმინისტრირებას. ოჯახს უნდა შევახსენოთ, რომ ანტიბიოტიკები სასარგებლოა მხოლოდ ბაქტერიული ინფექციებისას, და რომ პაციენტთა უმრავლესობისთვის ანტიბიოტიკები არ არის საჭირო. მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად დაავადებისთვის თავის არიდება ძნელია, მშობლები და ბავშები უნდა გავაფრთხილოთ, რომ ცხვირის მოხოცვამ შეიძლება ლორწოს სინუსურ ღრუში გადასვლას შეუწყოს ხელი და ინფექციის გაუარესება გამოიწვიოს. მარილიანი ნაზალური სპრეები, ცხვირს სისველის შენარჩუნებაში ეხმარება. ისეთ გამღიზიანებლებთან კონტაქტი, როგორიცაა სიგარეტის კვამლი, უნდა ავირიდოთ თავიდან.

ხშირი, ქრონიკული რესპირატორული ცვლილებები

ზოგიერთი რესპირატორული ცვლილება ქრონიკულია. შესაბამისად, საავადმყოფოში ყოფნისას, ბავშები საჭიროებენ ექთნების კრიტიკულ მოვლას, მშობლებისა და სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალების ხანგრძლივ და კოორდინირებულ ჩართულობას. ეს რესპირატორული ცვლილებები მნიშვნელოვანია ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით, რადგან დაავადებული ბავშვების რაოდენობის სიდიდის გამო მკურნალობასთან დაკავშირებული უზარმაზარი ხარჯებთან გვაქვს საქმე. ყველაზე ხშირი ქრონიკული ცვლილება ალერგიული რინიტი და ასთმაა.

ალერგიული რინიტი

ალერგიული რინიტი (AR), ჩვეულებრივ, თივისმიერ ცხელებას უწოდებენ, ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა პედიატრიულ პოპულაციაში და მისი გავრცელება კიდევ უფრო იზრდება. AR-ი ხშირად უკავშირდება სხვა საერთო ქრონიკულ დაავადებებს, მათ შორის ასთმას, სინუსიტსა და მორეციდივე ოტიტის მედიას. ხშირად იგი კიდევ ორ ქვეჯგუფად იშლება: სეზონური ალრეგიული რინიტი (SAR) და ყოველწლიური ალერგიული რინიტი (PAR). SAR-ი დაკავშირებულია გარე ალერგიასთან, როგორიცაა ხის მტვერი, ბალახი და სარეველას მტვერი. PAR-ი ყველაზე ხშირად უკავშირდება შიდა ალერგენებისადმი ისეთ მგრძნობელობას, როგორიცაა მტვრის ტკიპები და ობი. ბავშვებს შიძლება განუვითარდეთ მგრძნობელობა როგორც გარე ასევე შიდა ალერგენების მიმართ; მკურნალობის მიდგომა SAR-სა და PAR-ის დროს ერთი და იგივეა.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ალერგიული რინიტი გავლენას ახდენს ბავშვების 20-40%-ზე. ავადმყოფობის თვალსაზრისით იგი მნიშვნელოვანია, რადგან ზეგავლენას ახდენს ცხოვრების ხარისხზე, სწავლასა და გაცდენებზე. AR-ის გამწვავებამ შეიძლება გამოიწვიოს ისეთი სხვა დაავადებები როგორიცაა ასთმა, სინუსიტი ან ოტიტის მედია.

პათოფიზიოლოგია

ალერგიული რინიტი გამოწვეულია შიდა და გარე ალერგენებზე პირველი ტიპის ალერგიული რეაქციით. გამომწვევი აგენტების მაგალითებია მცენარეების მტვერი, შინაური ცხოველების ქერტლი, მტვრის ტკიპა და ობის სპორები. ალერგენთან კონტაქტი ასტიმულირებს IgE-ს გამოთავისუფლებას. IgE უკავშირდება ლაბროციტებს, რომელიც შემდგომ ალერგენის ანტიგენის რეცეპტორი ხდება. ეს პროცესი შედეგად იწვევს ლაბროციტების დეგრანულაციას. ამ დროს ლაბროციტების სხვადასხვა ნივთიერებები გამოიყოფა. პირველადი მედიატორი, რომელიც გამოთავისუფლდება ჰისტამინია. ჰისტამინის აქვს სხვადასხვა ეფექტები, მათ შორის, ზრდის სისხლძარღვთა განვლადობას, რომელიც იწვევს შეშუპებას, ზრდის ლორწოს გამოყოფასა და ავიწროებს სასუნთქ გზებს. შემდგომი ან განმეორებითი კონტაქტისას ალერგენის მიმართ მგრძობიარე მემბრანებმა შეიძლება ქრონიკული ნაზალური შეშუპება გამოიწვიოს.

კლინიკური გამოვლინება

ალერგიული რინიტის გამოვლინებებში შედის ცხვირის ქრონიკული შეშუპება, ცხვირის ცემინება, რინიტი, რინორეა, პირით სუნთქვა, ხვრინვა, თვალების, ცხვირისა და ყურის ქავილი. ალერგიული რინიტის მქონე ბავშვებში ხშირად ვლინდება ცხვირის მოფხანა ხელის გულით ანუ „ალერგიული სალამი“, რომელიც იწვევს ტრანსვერს ხაზის წარმოქმნას ცხვირზე. ბავშებს შიძლება ჰქონდეთ ალერგიული ჩრდილები, რომელიც თვალის ქვეშ მდებარეობს. ამავე დროს ცხვირით სუნთქვაც გამოხატულია. ამის გარდა, ბავშვს შესაძლოა შესიებული თვალები ან გაფართოებული ნაზალური ტურბინები ჰქონდეს.

დიაგნოზი

ალერგიული რინიტის დიაგნოზი დამოკიდებულია კლინიკურად გამოვლენილ სიმპტომებზე, დაავადების ისტორიასა და ფიზიკური გამოკვლევისას აღმოჩენილ ნიშნებზე. გარდა ამისა, ბავშვს შეიძლება ატოპიის სხვა ისეთი ნიშნები/სიმპტომები ჰქონდეს გამოხატული, როგორიცაა ასთმა, ალერგია საკვებზე ან ატოპიური დერმატიტი. შრატში მომატებული IgE და ეოზინოფილების დონე ალერგიული რინიტის არასპეციფიკური მაჩვენებელია. კანის ტესტი შეიძლება დაგვეხმაროს ისეთი სპეციფიკური ალერგენის იდენტიფიცირებაში, რომელიც ალერგიული პასუხის გამომწვევია ბავშებში.

მკურნალობა

ალერგიული რინიტის მკურნალობა იწყება ალერგენის თავიდან არიდებით. კონტაქტის შემცირება გარე ალერგენებთან შესაძლებელია მტვრის ტკიპების შემცირებით სახლში, ლეიბების, თეთრეულისა და იატაკების ხშირი წმენდით, ალერგენის ბარიერის მქონე ბალიშის პირებისა და ზეწრის გამოყენებით, დეჰიდრატორის, ჰაერის კონდიციონერის გამოყენებით ობის სპორების რაოდენობის კონტროლითა და ყვავილობის სეზონისას ფანჯრების დახურვით. ფარმაკოთერაპია AR-ის მენეჯმენტის სხვა ძირითადი საყრდენია.

პირველი რიგის ფარმაკოლოგიური არჩევანი AR-ის მკურნალობისას არის ინტრანაზალური სტეროიდები. ინტრანაზალური სტეროიდების ახალ თაობას მინიმალური ზეგავლენა აქვს ზრდაზე და კარგად მოქმედებს პედიატრიულ პოპულაციაზე. მედიკამენტური AR-ის მკურნალობის მეორე რიგის არჩევანია პერორალური ანტიჰისტამინური საშუალებები, სასურველია მეორე თაობის ანტიჰისტამინები (მაგ., ცეფტინიზინი, ლორატიდინინი), რომელთაც არ აქვს პირველი თაობის წამლების უარყოფითი მოქმედება. AR-ის მკურნალობის კიდევ ერთი ალტერნატივაა მონეტელუკასტი, პერორალური მედიკამენტი, რომელიც განსაკუთრებით სასარგებლოა ასთმის თანა-ავადობისას, რადგან ის ასევე გამოიყენება ასთმისა და ვარჯიშისას გამოწვეული სასუნთქი გზების ანთებითი პროცესების საწინააღმდეგოდ. და ბოლოს, ცხვირის მარილიანი წვეთები და პრობიოტიკები, ორივე ნაჩვენებია, რომ სასარგებლოა AR-ის მკურნალობისას. არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულება, რომ იმუნოთერაპია ნებისმიერი ფორმით დადებით გავლენას ახდენს ბავშებში და მოზრდილებში რინოკონუქტივიტის სიმპტომებზე.

საქთნო მართვა

შეფასება

ალერგიული რინიტის მქონე ბავშვებს ზოგადად ანამნეზში ხშირი და ქრონიკული ნაზალური გამონადენი აქვთ, სრუტუნთან, ცხვირის ცემინებასა და შეშუპებასთან ერთად. ნაზალური შეშუპება ბავშვში პირით სუნთქვას იწვევს. ბავშვის წარსული სამედიცინო ისტორიით შეიძლება გამოიხატოს სხვა ალერგიული მდგომარეობებიც, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ასთმის ან ეგზემის თანაარსებობა, რომელიც AR-თან ერთად მოიხსენება როგორც „ალერგიული ტრიადა“, რომელიც ერთ პაციენტშია გამოხატული. AR-ის მქონე ბავშვებში ოტიტის მედიისა და სინუსიტის გაზრდილი რისკია, შესაბამისად, საჭიროა ამ მდგომარეობების გამოვლინების შეფასებაც. ოჯახის დაავადების ისტორიის შეფასება ხშირად გამოავლენს ოჯახის წევრს ალერგიული მდგომარეობით, რადგან ალერგიულ რინიტს გენეტიკური მიდრეკილება ახასიათებს. და ბოლოს, მნიშვნელოვანია, რომ განხორციელდეს ბავშვის გარემოს შეფასება (როგორც სახლში, სკოლაში, ასევე მოვლის სხვა პირობებში), განსაკუთრებული ყურადღებით ისეთი ალერგენების მიმართ, როგორიცაა შინაური ცხოველები, სახლში მცენარეების ქონა, ნესტი, მტვრის ტკიპა, და ისეთი გამღიზიანებლები როგორიცაა ცარცის მტვერი, ხის ნამწვავი ღუმელიდან და სიგარეტის კვამლი.

საექთნო დიაგნოზი

1. უსუფთაო პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი, რომელიც დაკავშირებულია პირით სუნთქვასთან;
2. არასაკმარისი ინფორმაციის ქონა (მშობლები), რომელიც დაკავშირებულია გარე ალერგიების მქონე ბავშვთან.

შედეგების იდენტიფიკაცია

1. ბავშვის ტუჩები და პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი იქნება სველი და შენარჩუნებული;
2. ბავშვის მშობლები სიტყვიერად აღნიშნავენ რომ შეეცდებიან ალერგენების შემცირებას ბავშვის გარემოში.

დაგეგმვა და განხორციელება

ალერგიული რინიტის მქონე ბავშვების მკურნალობა ხდება სახლში. მშობლებს უნდა ვასწავლოთ სახლში ალერგენისა და სეზონური ალერგენების შემცირების გზები. 18-3 ცხრილში ჩამოთვლილია ალერგენის შემცირების სტრატეგიები სახლში და გარეთ. უნდა მოხდეს გამოწერილი მედიკამენტების განხილვა და ნაზალური სტეროიდების ადმინისტრაციის დემონსტრირება. ადეკვატური ჰიდრატაცია აუცილებელია პირით სუნთქვისას დაკარგული სითხის ასანაზღაურებლად. ტუჩსაცხი ბავშვის ტუჩებს დაზიანებისგან დაიცავს.

შეფასება

AR-ის მქონე ბავშვის საბოლოო მიზანია რომ პარმაკოთერაპიისა და ალერგენის თავიდან არიდების კომბინაციით სიმპტომები შევამსუბუქოთ. შეფასება მოიცავს სიმპტომების გამწვავებაზე ან ცვლილებაზე დაკვირვებას, მედიკამენტების მოხმარებისა და ალერგენების თვიდან არიდებას, ახალ ალერგენებთან კონტაქტისა და სხვა არსებული დაავადებების შეფასებას.

ოჯახის სწავლება

ალერგიული რინიტი არის ქრონიკული ცვლილება, რომელიც საჭიროებს აღმზრდელის დიდ ყურადღებას ბავშვის მიმართ. გარემო ალერგენების შემცირება არის კრიტიკული ფაქტორი დაავადებული ბავშვის სიმპტომების შესამსუბუქებლად. ოჯახებს უნდა შეეძლოთ ბავშვის ალერგიის შესაძლო წყაროების იდენტიფიკაცია და უნდა იცოდნენ თუ როგორ ხდება მათი ზეგავლენის შემცირება.

ასთმა

ასთმა არის კომპლექსური რესპირატორული დაავადება, რომელიც ხასიათდება ქრონიკული ანთებითი პროცესით, ბრონქოკონსტრიქციითა და ბრონქიალური ჰიპერმგრძნობელობით. დაავადებების პირველადი გამოვლინებებია ხველა, სტვენა და დიპნოე, რომელიც გამოწვეულია სასუნთქი გზების შეშუპების, ლორწოსა და ბრონქოკონსტრიქციის გამო ობსტრუქციით. დაავადების მიმართ მგრძნობიარე პირებს შორის, ასთმის სიმწვავე მერყეობს, მაგრამ საერთო თემაა სასუნთქი გზების ანთებასა და კლინიკურ სიმპტომებს შორის.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ასთმა ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პედიატრიული ქრონიკული დაავადებაა. 2007 წლისთვის აშშ-ში 8 მილიონ ბავშვს (5-17 წლამდე) ჰქონდათ უმაღლესი პრევალენტობის მაჩვენებელი ასთმის დიაგნოზის. ამერიკაში, მთლიანობაში, დაახლოებით 22 მილიიონი ადამიანია დიაგნოზირებული ასთმით. ზოგიერთი შეფასებით ნაჩვენებია, რომ მსოფლიოში 300 მილიონამდე ადამიანია ასთმით დაავადებული. ასთმა დიდი ტვირთია პაციენტებისთვის და მათ ოჯახებისთვის, რომელიც იწვევს სამუშაო და სასკოლო დღეების დაკარგვას, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებაში (ED) ვიზიტებს და ჰოსპიტალიზაციას, რომ აღარაფერი ვთქვათ უზარმაზარ თანხებზე, რომელიც ქრონიკულ დაავადებებზე იხარჯება.

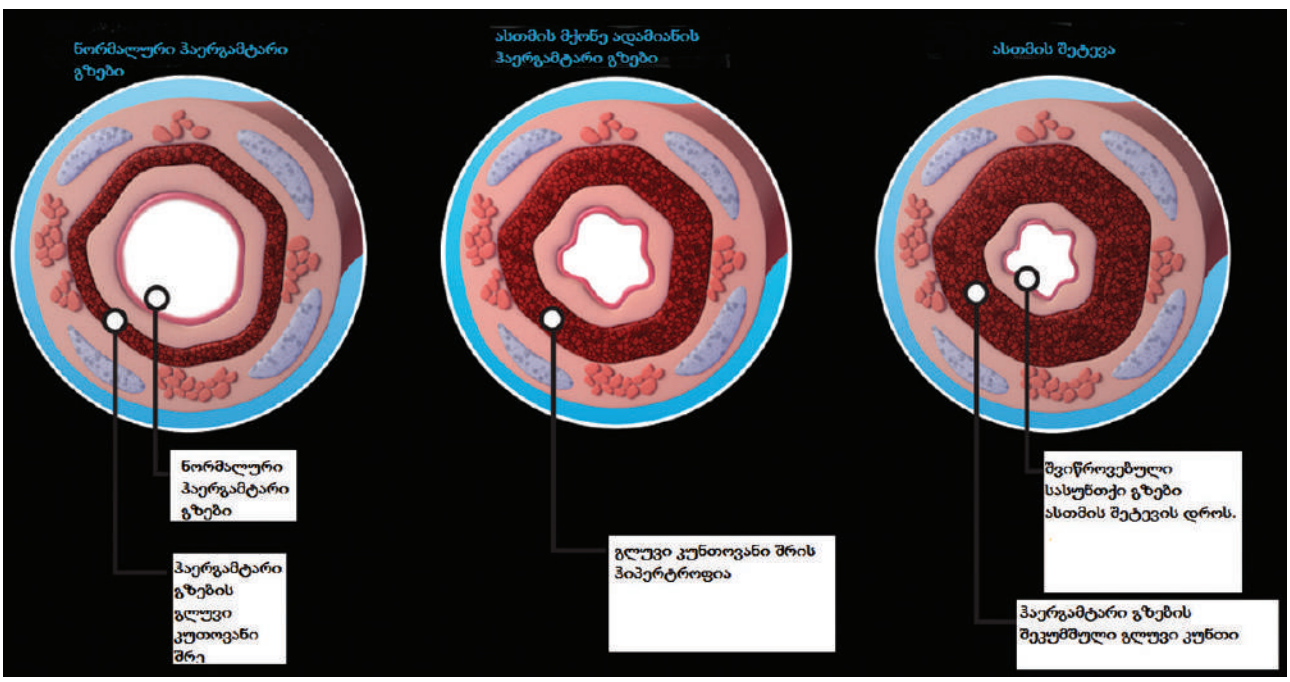
რამდენიმე წლის განმავლობაში, 1980-დან 1996-წლამდე, ასთმის სიხშირე ამერიკაში გაიზარდა. 1999 წლიდან, თუმცა, როგორც ჩანს ეს ყველაფერი გაუმჯობესდა. ასთმის გამო ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის რიცხვი იზრდება. 2007 წელს, ასთმა უფრო ხშირად იყო გამოხატული ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში, რაც აშშ-ში 13.4 მილიონი ქალია და 9.5 მილიონი მამაკაცი. თუმცაღა,

პედიატრიულ პოპულაციაში (18 წლამდე) ასთმის პრევალენტობა 15%-ით უფრო მეტია ბიჭებში ვიდრე გოგონებში. პუბერტატულ ასაკში უფრო ხშირად გვხვდება ბიჭებ-

ში ვიდრე გოგონებში. თუმცაღა, პოსტპუბერტატულ ასაკში, უფრო მეტად გოგონებში გვხვდება ვიდრე ბიჭებში. ასთმა არის დაავადება, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ყველა რასისა და ეთნოსის ადამიანზე. 2007 წელს, ასთმის პრევალენტობის მაჩვენებელი ესპანელ მოსახლეობაში უფრო მცირე იყო, ვიდრე არა ესპანელ ფერადკანიან და არა ესპანელ თეთრკანიან პოპულაციაში.

პათოფიზიოლოგია

ასთმასთან ასოცირებული ანთებითი პასუხები გამოწვეულია ისეთი აგენტებით, როგორიცაა ანტიგენები, გამღიზიანებლები (მაგ., დაბინძურება, სიგარეტის კვამლი, ცივი ჰაერი), ინფექციები, მედიკამენტები (მაგ., ასპირინი, არასტეროიდალური ანთების საწინააღმდეგო წამლები), გასტროეზოფაგიალური რეფლუქსი, საკვები და საკონსერვაციო საშუალებები, ფიზიკური და ემოციური სტრესი, ვარჯიში. ეს გამომწვევები ასტიმულირებს მოცირკულირე IgE-ს, ლაბროციდულ უჯრედებსა და მაკროფაგებს. ეს პროდუქტები იწვევს ისეთი ნივთიერებების გამოთავისუფლებას, როგორიცაა ჰისტამინი, ბაზოფილები, ეოზინოფილები, ნეიტროფილები, პლატელიტები, T ლიმფოციტები და პროსტაგლანდინები. ამ ინფლამტორული კასკადის შედეგია ბრონქოკონსტრიქცია, ლორწოვანი შეშუპება და გაზრდილი ლორწოს წარმოქმნა. სურათი 18-7 გამოხატავს სასუნთქი გზების ცვილილებების ზეგავლენას. ეს შედეგები გამოწვეულია სასუნთქი გზების ობსტრუქციითა და ჰაერის შეკავებით, რომელიც ვენტილაცია-პერფუზიას ცვლილებებს იწვევს, ასევე სუნთქვის გაძლიერებას, რესპირატორულ უკმარისობასა და სიკვდილსაც კი.



სურათი 18-7. ასთმის პათოფიზიოლოგია[14]

[14] http://bit.ly/2v8UGnC

კლინიკური გამოვლინებები

ასთმის დიაგნოზი, ჩვეულებრივ, რეკურენტული სიმპტომების შემჩნევის შემდგომ ხდება. ყველაზე ხშირი სიმპტომები, რომელიც ასთმასთანაა ასოცირებული სტვენითი ხასიათის სუნთქვა, რეკურენტული ხველა, ხშირი ეპიზოდური სუნთქვის გართულება ან გულმკერდის სიმჭიდროვის შეგრძნებაა. ამ სიმპტომების ნებისმიერი კომბინაცია შეიძლება იყოს წარმოდგენილი. ასთმის დიაგნოზის დასასმელად, არ არის აუცილებელი, რომ ყველა სიმპტომი ერთად იყოს გამოხატული. ასთმის ყველაზე ხშირი გამომწვევია გარე ალერგენები, რესპირატორული ინფექცია, ვარჯიში და ამინდის ცვლილებები.

მოზრდილ ბავშვებში კლასიკური ასთმის შეტევის პოზაა: წამომჯდარი, აწეული მხრებითა და მკლავებით მუხლებზე თავის გასამყარებლად. სურათი 18-8. მწვავე დისტრესის მქონე ბავშვებს გამოხატული დიაფორეზი, ციანოზი და სიფერმკრთალე აქვთ. ფილტვის ნებისმიერი ქრონიკული დაავადებისას, ზრდა და განვითარება შეიძლება შეფერხდეს. ეს ეხება პერსისტენტული, მწვავე ასთმის მქონე პაციენტებსაც.



სურათი 18-8. ეს პოზა არის ასთმის კლასიკური ნიშანი მოზარდ ბავშვებში

დიაგნოზი

ასთმის დიაგნოზირება ხდება პაციენტის ისტორიის, ფიზიკური გასინჯვისა და ფილტვის ფუნქციური ტესტის საფუძველზე. ასთმის მქონე ბავშვის სამედიცინო ისტორია უნდა მოიცავდეს ფართო სპექტრის კითხვებს. უნდა მოხდეს სიმპტომების გამოკვლევა, მათ შორის, როდის გამოვლინდა ისინი, როგორია მათი ხანგრძლივობა, სიხშირე და სხვა. ასევე მნიშვნელოვანია სიმპტომების ქრონოლოგიური აღქმა და ისეთი დაავადების გამომწვევი მიზეზების განხილვა, როგორიცაა ცივი ამინდი, ვარჯიში და ა.შ.

პაციენტისა და ოჯახის მიერ დაავადების სწორ აღქმას დიდი ნაწილი უჭირავს დაავადების ისტორიაში. ფიზიკალურმა გასინჯვამ შეიძლება გამოამჟღავნოს ან არ გამოამჟღავნოს სიმპტომები, რომელიც ხშირ კლინიკურ გამოვლინებებშია ჩამოთვლილი. ასთმის დიაგნოზის გამორიცხვა არ შეგვიძლია მხოლოდ ფიზიკურ გასინჯვაზე დაყრდნობით, რადგან დაავადება და სიმპტომების გამოვლინება სხვადასხვა პაციენტში განსხვავებულია. დაავადების ისტორიასთან ერთად უნდა მოხდეს ბავშვის ზედა და ქვედა სასუნთქი გზების ზედმიწევნითი გასინჯვა (მათ შორის ყურის, ცხვირისა და ყელის) და კანის ინსპექცია, რომელიც ძალიან მნიშვნელოვანია. სპირომეტრია არის ერთ-ერთ ძირთადი კვლევა ასთმის დიაგნოზირებისთვის. რადგან დაავადების ისტორია და ფიზიკური გასინჯვა განსხვავებულია, სპირომეტრია იძლევა ობსტრუქციის ობიექტურად შეფასების საშუალებას. სპირომეტრია რეკომენდირებულია ხუთი წლისა და ხუთ წელს ზევით ბავშებში, რადგან შედარებით მცირეწლოვან ბავშვებში არასანდოა. პიკის ნაკადის მრიცხველები, პაციენტის მიერ სახლში, როგორც მონიტორინგის ხელსაწყო, გამოიყენება.

უახლოესი ასთმის დიაგნოსტიკისა და მენეჯმენტის გზამკვლევის თანახმად, (ასთმის ეროვნული საგანმანათლებლო და პრევენციული პროგრამა), შეფასებისა და სიმწვავის დონის განსაზღვრა, ეფუძნება სხვადასხვა კომპონენტებს (იხილეთ ცხრილი 18-1, 18-2, და 18-3 ასთმის ეროვნული საგანმანათლებლო და პრევენციული პროგრამა, ექსპერტის პანელის მოხსენება). ბავშვის შრომისუნარიანობის დაქვეითება და ბავშვის რისკი უნდა იქნეს გათვალისწინებული ასთმის სიმძიმის კლასიფიცირებისას. დაზიანების შესაფასებლად, ბავშვს ან აღმზრდელს ვთხოვთ, გაიხსენონ 2-4 კვირის განმავლობაში, ბავშვის სიმპტომები (იხილეთ ცხრილი 18-4, 18-5 და ცხრილი 18-6). ხანგრძლივი მენეჯმენტი დამყარებულია სიმწვავის დონესა და მკურნალობის შედეგებზე (იხილეთ ცხრილი 18-7, 18-8 და 18-9).

მკურნალობა

თერაპიის მთავარი მიზანია ასთმური პაციენტის კონტროლის ქვეშ ყოფნა. პაციენტს უნდა ჰქონდეს საშუალება იცხოვროს ჩვეულებრივი ცხოვრებით და როგროც მოვლის ორგანიზატორებმა, უნდა ვიმუშაოთ ოჯახის წევრებთან, რათა თავიდან ავიცილოთ ქრონიკული სიმპტომების განვითარება. სხვა მნიშვნელოვანი მიზნებია, პაციენტის დავალდებულება, რომ იშვიათად გამოიყენოს “გადამრჩენი“ მედიკამენტები, შეინარჩუნოს ნორმალური პულმონალური ფუნქცია და აქტივობის ნორმალური დონე. გამოწვევებისათვის თავის არიდება, რეგულარული პიკის ნაკადის მონიტორინგი, მედიკამენტების, მათ შორის, ინჰალაციური თერაპიის, ოჯახის განათლების, მიმდინარე შემდგომი მკურ-

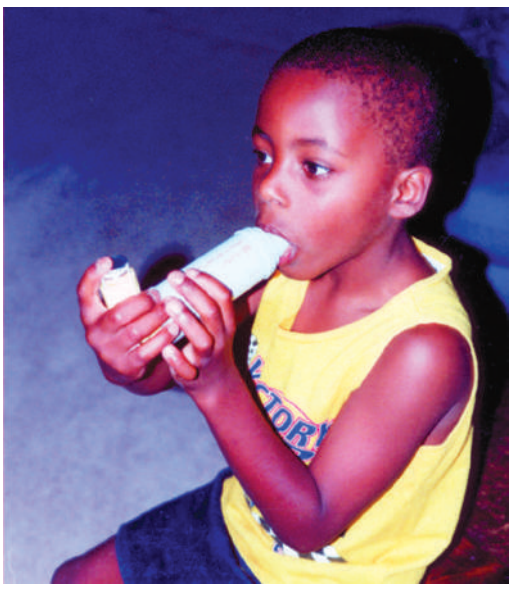
ნალობისა და სწრაფი სამედიცინო დახმარების მიღება არის ძირითადი კომპონენტები წარმატებული ასთმის მენეჯმენტისთვის. გამომწვევებისთვის თავის არიდება ასთმის სიმპტომების პრევენციის პირველადი საშუალებაა. ცხრილში 18-3 მოცემულია ალერგენის კონტაქტის შემცირების საფეხურების ჩამონათვალი. სხვა პრევენციული ქმედებებია, გახურება ვარჯიშის წინ და გარეთ ვარჯიშისგან თავის შეკავება, განსაკუთრებით როდესაც ცივა ან მშრალი ჰაერია. ასთმის მქონე ბავშვებს სჭირდებათ სწორი, ხარისხიანი ძილი და ადექვატური კვება. მათთვის მნიშვნელოვანია სხვა ინფიცირებულ ადამიანებთან კონტაქტის შეზღუდვა, განსაკუთრებით რესპირატორული ტრაქტის ინფექციის მქონე ინდივიდებთან, თუმცღა ეს ხშირად შეუძლებელია სკოლის პირობებში, როდესაც და-ძმა სკოლის ასაკისაა. პიკური ექსპირატორული ნაკადის (PEF) რეგულარული მონიტორინგი, უზრუნველყოფს ინფორმაციას, თუ რამდენად კარგად კონტროლდება ასთმა. დაბალი ნაკადის მაჩვენებლები, კლინიკური სიმპტომებთან ერთად, ბავშვში ასთმის სიმპტომების გაუარესების ჩვენებაა.

ასთმის ფარმაკოლოგიური მენეჯმენტი დამოკიდებულია ბავშვის სიმპტომების სიმძიმესა და სიხშირეზე. ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები, როგორიცაა ინჰალაციური ბეტა-2-ის აგონისტები, ტიპური მკურნალობის მაგალითია მსუბუქი, პერიოდული ასთმის მქონე ბავშებში. ინჰალაციური კორტიკოსტეროიდები ყველაზე ხშირად ეფექტს პერსისტენტული ასთმის ხანგრძლივ კონტროლში გვაძლევს. ინჰალაციური ანტიასთმური საშუალებები (მაგ., ცრომოლინი, ნედოცრომილი) გამოიყენება როგორც ალტერნატიული საშუალება, მაგრამ არა როგორც პირველი რიგის მკურნალობის არჩევანი მსუბუქი პერსისტენტული ასთმის მქონე პაციენტებში. ხანგრძლივი მოქმედების ბეტა-2 აგნოსები (მაგ., სალმეტეროლი და ფორმეტეროლი) შეიძლება გამოვიყენოთ ინჰალაციურ კორტიკოსტეროიდებთან ერთდ, ბავშვებში რომელთაც საშუალო ან მწვავე ხარისხის პერსისტენტული ასთმა აქვთ, მაგრამ არ გამოიყენება როგორც მონოთერაპია. ეს მედიკამენტები მოსახერხებელია, რადგან ერთ დოზას ხანგრძლივობა დაახლოებით 12 საათი აქვს. ხანმოკლე მოქმედების ინჰალაციური ბეტა-2 აგონისტები გამოიყენება მწვავე სიმპტომების მენეჯმენტში, პერსისტენტული მსუბუქი ასთმის მქონე ბავშებში. ცხრილში 18-10 მოცემულია მედიკამენტები, თავისი დოზირებით, რომელიც ხშირად გამოიყენება ასთმის მქონე ბავშვების სამკურნალოდ. ცხრილი 18-11 ადარებს ერთმანეთს დაბალ, საშუალო და მაღალ ინჰალაციურ კორტიკოსტეროიდების დოზებს.

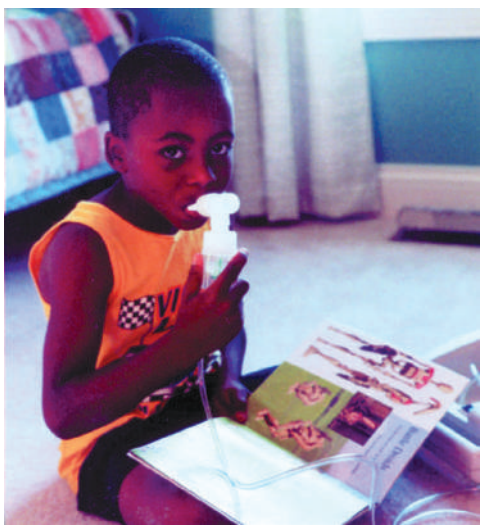
ინჰალაციური მედიკამენტები მიიღება მეტრული დოზის ინჰალატორით (MDI). MDI-ის გამოყენების ინსტრუქციისთვის, წაიკითხეთ საექთნო მრჩეველი: სათანადო MDI-ის ტექნიკა სფეისერით. ბავშვები სწავლობენ სფეისერის გამოყენებას MDI-ით. სფეისერი აადვილებს ინჰალაციური მედიკამენტების მიღებას და ხელ უწყობს მათ განაწილებას. სფეისერები ამცირებს დიდ წვეთებს, რაც ხელს უშლის მათ გაჩერებას პირის ღრუში, რადგან კორტიკოსტეროიდების MDI-ების შემთხვევაში, კორტიკოსტეროიდების დიდი წვეთების პირის ღრუში დიდი რაოდენობით და ხშირად მოხვედრამ შეიძლება გამოიწვიოს პირის ღრუს კანდიდური ინფექცია. ბავშებს უნდა ვასწავლოთ, რომ გამოირეცხონ პირი MDI-ის ყოველი გამოყენების შემდგომ. სურათი 18-9-ზე ნაჩვენებია ბავშვი, რომელიც იყენებს სფეისერს თავსაცავით. თავსაცავი საჭიროა იმისთვის, რომ ბავშვებმა მოახერხონ სუნთქვის შეკავება 5-10 წამის განმავლობაში, მედიკამენტის

პირის ღრუში გამოყოფის დროს. როდესაც გამოიყენება ნიღაბი, ფილტრაციის ყუთი აქტივირდება და ნიღაბს ვაფიქსირებთ სანამ ბავშვი 5-6-ჯერ არ ჩაისუნთქავს. ორალური ან ინტრავენური კორტიკოსტეროიდებით და ერთი ან ერთ საათზე მეტი ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2 ანგონისტის ნებულაიზერით მკუნალობა გამოიყენება მწვავე დისტრესის მქონე ბავშვებში.

ინჰალაციური იპრატროპიუმის ბრომიდი, ანტიქოლინერგული წამალი, რომელიც პოტენციურად მოქმედებს როგორც ბეტა-2-ის აგონისტი, შეიძლება გადაუდებელი მენეჯმენტისას გამოვიყენოთ. ბავშები, რომლებიც ნებულაიზერის უწყვეტ მკურნალობას იღებენ სჭირდებათ დაკვირვება, არა მარტო რესპირატორული დისტრესის გამო, არამედ მედიკამენტის გვერდითი მოვლენების რისკის ქვეშ ყოფნის გამო. სურათზე 18-10 გამოხატულია ბავშვი, რომელიც სახლში იღებს ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2 აგონისტს ნებულაიზერით.



სურათი 18-9. ბავშვი რომელიც სპეისერს იყენებს თავსაცავით



სურათი 18-10. ბავშვი, რომელიც სახლში იღებს ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2 აგონისტს ნებულაიზერით

ცხრილი 18-1. ასთმის კონტროლის შეფასება და მკურნალობის მისადაგება 0-4 წლის ასაკის ბავშვებისთვის

კონტროლის ნაწილები		ასთმის კონტროლის კლასიფიკაცია (0-4 წლის ასაკი)		
		კარგად კონტროლირე-ბადი	**ცუდად კონტროლირე-ბადი**	**ძალიან ცუდად კონტროლირე-ბადი**
დარღვევა	სიმპტომები	≤ 2 დღე/კვირა	> 2 დღე/კვირა	მთელი დღის განმავლობაში
	ღამით გაღვიძებები	≤ 1-ჯერ/თვე	> 1-ჯერ/თვე	> 1-ჯერ/კვირა
	შეზღუდული ყოველდღიური აქტი-ვობები	არცერთხელ	შეზღუდული გარკ-ვეული რაოდენო-ბით	ძალიან შეზღუდული
	ხანმოკლე მოქმედე-ბის ბეტა-2 აგონისტის გამოყენება სიმპტომების კონტრო-ლისთვის (არა ვარჯიშით გამოწვეული ბრონქოკონსტრიქციის პრევენციისთვის)	≤ 2 დღე/კვირა	> 2 დღე/კვირა	დღეში რამდენჯერმე

ცხრილი 18-1. ასთმის კონტროლის შეფასება და მკურნალობის მისადაგება 0-4 წლის ასაკის ბავშვებისთვის

კონტროლის ნაწილები (გაგრძ.)		**ასთმის კონტროლის კლასიფიკაცია (0-4 წლის ასაკი)**		
		კარგად კონტროლირებადი	**ცუდად კონტროლირებადი**	**ძალიან ცუდად კონტროლირებადი**
რისკი	გამწვავებები მოითხოვს ისტემურ ორალურ კორტიკოსტერო-იდებს	0-1/წელი	2-3/წელი	> 3/წელი
		მხედველობაში მისაღებია სიმწვავე და ინტერვალი ბოლო გამწვავებიდან		
	მკურნალობასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები	მკურნალობის გვერდითი ეფექტები შეიძლება განსხვავდებოდეს ინტენსივობის მხრივ, რომელიც შეიძლება საერთოდ არ გამოვლინდეს ან იყოს ძალიან შემაწუხებელი და სანერვიულო. ინტენსივობის დონე არ შეესაბამება კონტროლის კონკრეტულ დონეებს, მაგრამ უნდა იქნეს გათვალისწინებული რისკის მთლიანი შეფასებისას		

რეკომენდირებული მოქმედება მკურნალობისთვის	ახლანდელი საფეხურის შენარჩუნება. რეგულარული შემოწმება ყოველ 1-6 თვეში. შეიძლება საფეხურით უკან წასვლა თუ თავს კარგად გრძნობს სულ მცირე 3 თვის განმავლობაში.	საფეხურით (1 საფეხური) წინ წასვლა. გადამოწმება 2-6 კვირაში თუ არ გაუმჯობესდა შესამჩნევად 4-6 კვირაში, მხედველობაში მისაღებია სხვა დიაგნოზები ან თერაპიის მისადაგება.	შესაძლებელია ხანმოკლე პერიოდით ორალური სისტემური კორტიკოსტერო-იდების მიცემა 1-2 საფეხურით წინ წასვლა და გადამოწმება 2 კვირაში.

ცხრილი 18-1. ასთმის კონტროლის შეფასება და მკურნალობის მისადაგება 0-4 წლის ასაკის ბავშვებისთვის

კონტროლის ნაწილები (გაგრძ.)	**ასთმის კონტროლის კლასიფიკაცია (0-4 წლის ასაკი)**		
	კარგად კონტროლირებადი	**ცუდად კონტროლირებადი**	**ძალიან ცუდად კონტროლირებადი**
რეკომენდებული მოქმედება მკურნალობისთვის		გვერდითი მოვლენების დროს მხედველობაში მისაღებია მკურნალობის სხვა მეთოდები.	მდგომარეობა თუ შესამჩნევად არ გაუმჯობესდა 4-6 კვირაში, მხედველობაში მისაღებია სხვა დიაგნოზები ან თერაპიის მისადაგება. გვერდითი მოვლენების დროს მხედველობაში მისაღებია მკურნალობის სხვა მეთოდები.

გასაღები: EIB, ვარჯიშით გამოწვეული ბრონქოსპაზმი; FEV1, ფორსირებული ექსპირატორული მოცულობა ერთ წამში; FVC, ფორცირებული სასიცოცხლო მოცულობა.

- **შენიშვნები:** საფეხურეობრივი შეფასების მიდგომა და არა ჩანაცვლება, საჭიროა კლინიცისტისთვის გადაწყვეტილების მიღებაში დასახმარებლად.
- კონტორლის დონე დამოკიდებულია ფუნქციის დარღვევების სიმწვავესა და რისკის კატოგორიაზე. წინა 2-4 კვირის განმავლობაში პაციენტის/აღმზრდელის შეფასებითა და სპირომეტრის/ან პიკის დინების ნაკადის გაზომვით ფასდება შეფასების ადკვატურობა. სიმპტომების შეფასება ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში, უნდა ემთხვეოდეს გლობალურ შეფასებას, როგორიცაა ბოლო ვიზიტისას პაციენტისგან ინფორმაციის მიღება ასთმის გაუარესების ან გაუმჯობესების შესახებ.

- ამჟამად, არსებობს არადეკვატური მონაცემები, რომელიც ასახავს გამწვავების სიხშირეს, ასთმის კონტროლის სხვადასხვა დონესთან. ზოგადად, უფრო ხშირი და ინტენსიური გამწვავებები (მაგ., საჭიროა გადაუდებელი დახმარება, დაუგეგმავი მოვლა ან ICU-ში მოთავსება) მიუთითებს დაავადების უფრო ცუდ კონტროლზე.
- „საფეხურით წინ“ თერაპიამდე
  - მომიხილეთ მედიკამენტები, ინჰალაციური მეთოდები და გარემოს კონტროლი
  - თუ ალტერნატიული მკურნალობა ავირჩიეთ, შეაჩერეთ ახლანდელი მკურნალობა და გამოიყენეთ ამ საფეხურისთვის საჭირო მედიკამენტები.

ცხრილი 18-2. ასთმის კონტროლის შეფასება და მკურნალობის მისადაგება 5-11 წლის ასაკის ბავშვებისთვის

კონტროლის ნაწილები		ასთმის კონტროლის კლასიფიკაცია (5-11 წლის ასაკი)		
		კარგად კონტროლირებადი	ცუდად კონტროლირებადი	ძალიან ცუდად კონტრო-ლირებადი
დარღვევა	სიმპტომები	≤ 2 დღე/კვირა, მაგრამ ყოველ დღე არაუმეტეს ერთი ეპიზოდი	> 2 დღე/კვირა ან დღეში რამდენჯერმე ≤ 2 დღე/კვირა	მთელი დღის განმავლობაში
	ღამით გაღვიძებები	≤ 1-ჯერ/თვე	≥ 2-ჯერ/თვე	≥ 2-ჯერ/კვირა
	შეზღუდული ყოველდღიური აქტივობები	არცერთხელ	რაღაც რაოდენობის შეზღუდვა	ძალიან შეზღუდული
	ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2 აგონისტის გამოყენება სიმპტომების კონტროლისთვის (არა ვარჯიშით გამოწვეული ბრონქო-კონსტრიქციის პრევენციისთვის)	≤ 2 დღე/კვირა	> 2 დღე/კვირა	დღეში რამდენჯერმე
	ფილტვის ფუნქცია • FEV_1 ან მაქსიმალური სიჩქარე • FEV_1/FVC	> 80% წინასწარ პროგნოზირებადი/ პირადი საუკეთესო მაჩვენებელი > 80%	60-80% წინასწარ პროგნოზირებადი /პირადი საუკეთესო მაჩვენებელი 75-80%	< 60% წინასწარ პროგნოზი რებადი/ პირადი საუკეთესო არჩევანი < 75%

ცხრილი 18-2. ასთმის კონტროლის შეფასება და მკურნალობის მისადაგება 5-11 წლის ასაკის ბავშვებისთვის

კონტროლის ნაწილები (გაგრძ.)		**ასთმის კონტროლის კლასიფიკაცია (5-11 წლის ასაკი)**		
		კარგად კონტროლირებადი	**ცუდად კონტროლირებადი**	**ძალიან ცუდად კონტროლი რებადი**
რისკი	გამწვავები მოითხოვს სისტემურ ორალურ კორტიკოსტეროიდებს	0-1/წელი	≥ 2/წელი (იხილეთ შენიშვნა)	
		მხედველობაში გასათვალისწინებელია სიმწვავე და ინტერვალი ბოლო გამწვავებიდან		
	შემცირებული ფილტვის ზრდა	შეფასება მოითხოვს ხანგრძლივ დაკვირვებას		
	მკურნალობასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები	მკურნალობის გვერდითი ეფექტები შეიძლება განსხვავდებოდეს ინტენსივობის მხრივ, რომელიც შეიძლება საერთოდ არ გამოვლინდეს ან იყოს ძალიან შემაწუხებელი და სანერვიულო. ინტენსივობის დონე არ შეესაბამება კონტროლის კონკრეტულ დონეებს, მაგრამ უნდა გაითვალისწინონ რისკის მთლიანი შეფასებისას		
რეკომენდებული მოქმედება მკურნალობისთვის		ახლანდელი საფეხურის შენარჩუნება. რეგულარული შემოწმება ყოველ 1-6 თვეში. შეიძლება საფეხურით უკან წასვლა თუ თავს კარგად გრძნობს სულ მცირე 3 თვის განმავლობაში.	სულ მცირე ერთი საფეხურით წინ წასვლა და გადამოწმება 2-6 კვირაში გვერდითი ეფექტების დროს: მხედველობაში მისაღებიაა მკურნალობის სხვა მეთოდები.	შესაძლებელია ხანმოკლე პერიოდით ორალური სისტემური კორტიკოსტეროიდების მიცემა 1-2 საფეხურით წინ წასვლა და გადამოწმება 2 კვირაში

ცხრილი 18-2. ასთმის კონტროლის შეფასება და მკურნალობის მისადაგება 5-11 წლის ასაკის ბავშვებისთვის

კონტროლის ნაწილები (გაგრძ.)	**ასთმის კონტროლის კლასიფიკაცია (5-11 წლის ასაკი)**		
	კარგად კონტროლირებადი	**ცუდად კონტროლირებადი**	**ძალიან ცუდად კონტროლირებადი**
რეკომენდებული მოქმედება მკურნალობისთვის			გვერდითი მოვლენების დროს მხედველობაში გასათვალისწინებელია მკურნალობის სხვა მეთოდები.

გასაღები: EIB, ვარჯიშით გამოწვეული ბრონქოსპაზმი; FEV1, ფორსირებული ექსპირატორული მოცულობა ერთ წამში; FVC, ფორსირებული სასიცოცხლო მოცულობა.

შენიშვნები:

- საფეხურეობრივი შეფასების მიდგომა, არა ჩანაცვლება, საჭირო კლინიცისტისთვის გადაწყვეტილების დახმარებისთვის.
- კონტროლის დონე დამოკიდებულია ფუნქციის დარღვევების სიმწვავესა და რისკის კატოგორიაზე. წინა 2-4 კვირის განმავლობაში პაციენტის/აღმზრდელის შეფასებითა და სპირომეტრის/ან პიკის დინების ნაკადის გაზმოვით ფასდება შეფასების ადკვატურობა. სიმპტომების შეფასება ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში, უნდა ემთხვეოდეს გლობალურ შეფასებას, როგორიცაა პაციენტისგან ინფორმაციის მიღება ბოლო ვიზიტიდან ასთმის გაუარესების ან გაუმჯობესების შესახებ.
- ამჟამად, არსებობს არადეკვატური მონაცემები, რომელიც ასახავს გამწვავების სიხშირეს, ასთმის კონტროლის სხვადასხვა დონესთან. ზოგადად, უფრო ხშირი და ინტენსიური გამწვავებები (მაგ., საჭიროა გადაუდებელი დახმარება, დაუგეგმავი მოვლა ან ICU-ში მოთავსება) მიუთითებს დაავადების უფრო ცუდ კონტროლზე.
- „საფეხურით წინ“ თერაპიამდე
  - მომიხილეთ მედიკამენტები, ინჰალაციური მეთოდები და გარემოს კონტროლი;
  - თუ ალტერნატიული მკურნალობა ავირჩიეთ, შეაჩერეთ ახლანდელი მკურნალობა და გამოიყენეთ ამ საფეხურისთვის საჭირო მედიკამენტები.

ცხრილი 18-3. ასთმის კონტროლის შეფასება და მკურნალობის მისადაგება ≥ 12 წლის ასაკის ბავშვებისთვისა და ზრდასრულთათვის

კონტროლის ნაწილები		ასთმის კონტროლის კლასიფიკაცია (≥ 12 წლის ასაკი)		
		კარგად კონტროლირებადი	ცუდად კონტროლირებადი	ძალიან ცუდად კონტროლირებადი
დარღვევა	სიმპტომები	≤ 2 დღე/კვირა	> 2 დღე/კვირა	მთელი დღის განმავლობაში
	ღამით გაღვიძებები	≤ 2-ჯერ/თვე	1-3-ჯერ/კვირა	≥ 4-ჯერ/კვირა
	შეზღუდული ყოველდღიური აქტივობები	არცერთხელ	გარკვეული რაოდენობის შეზღუდვა	ძალიან შეზღუდული
	ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2 აგონისტის გამოყენება სიმპტომების კონტროლისთვის (არა ვარჯიშით გამოწვეული ბრონქოკონსტრიქციის პრევენციისთვის)	≤ 2 დღე/კვირა	> 2 დღე/კვირა	დღეში რამდენჯერმე
	სანდო კითხვარები ATAQ ACQ ACT	 0 ≤ 0.75* ≥ 20	 1-2 ≥ 1.5 16-19	 3-4 არ არის მონაცემი ≤ 15

ცხრილი 18-3. ასთმის კონტროლის შეფასება და მკურნალობის მისადაგება ≥ 12 წლის ასაკის ბავშვებისთვისა და ზრდასრულთათვის

კონტროლის ნაწილები (გაგრძ.)		**ასთმის კონტროლის კლასიფიკაცია (≥ 12 წლის ასაკი)**		
		კარგად კონტროლირებადი	**ცუდად კონტროლირებადი**	**ძალიან ცუდად კონტროლირებადი**
რისკი	გამწვავები მოითხოვს სისტემურ ორალურ კორტიკოს-ტეროიდებს	0-1/წელი	≥ 2/წელი (იხილეთ შენიშვნა)	
		მხედველობაში გასათვალისწინებელია სიმწვავე და ინტერვალი ბოლო გამწვავებიდან		
	პროგრესული ფილტვის ფუნქციის დაკარგვა	შეფასება მოითხოვს ხანგრძლივ დაკვირვებას		
	მკურნალობასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები	მკურნალობის გვერდითი ეფექტები შეიძლება განსხვავდებოდეს ინტენსივობის მხრივ, რომელიც შეიძლება საერთოდ არ გამოვლინდეს ან იყოს ძალიან შემაწუხებელი და სანერვიულო. ინტენსივობის დონე არ შეესაბამება კონტროლის კონკრეტულ დონეებს, მაგრამ უნდა გაითვალისწინონ რისკის მთლიანი შეფასებისას		
რეკომენდებული მოქმედება მკურნალობისთვის		ახლანდელი საფეხურის შენარჩუნება. რეგულარუ ლი შემოწმება ყოველ 1-6 თვეში, რათა შენარჩუნდეს კონტროლი. შეიძლება საფეხურით უკან წასვლა თუ თავს კარგად გრძნობს სულ მცირე 3 თვის განმავლობაში.	ერთი საფეხურით წინ წასვლა. გადამოწმება 2-6 კვირაში. გვერდითი ეფექტების დროს, მხედველობაში მისაღებია მკურნალობის სხვა მეთოდები.	შესაძლებელია ხანმოკლე პერიოდით ორალური სისტემური კორტიკოს-ტეროიდების მიცემა; 1-2 საფეხურით წინ წასვლა და გადამოწმება 2 კვირაში

ცხრილი 18-3. ასთმის კონტროლის შეფასება და მკურნალობის მისადაგება ≥ 12 წლის ასაკის ბავშვებისთვისა და ზრდასრულთათვის

კონტროლის ნაწილები (გაგრძ.)	**ასთმის კონტროლის კლასიფიკაცია (≥ 12 წლის ასაკი)**		
	კარგად კონტროლირებადი	**ცუდად კონტროლირებადი**	**ძალიან ცუდად კონტროლირებადი**
რეკომენდებული მოქმედება მკურნალობისთვის			გადამოწმება 2 კვირაში. გვერდითი მოვლენების დროს, მხედველობაში მისაღებია მკურნალობის სხვა მეთოდები.

გასაღები: EIB, ვარჯიშით გამოწვეული ბრონქოცპაზმი; FEV1, ფორსირებული ექსპირატორული მოცულობა ერთ წამში; FVC, ფორცირებული სასიცოცხლო მოცულობა; ACჯერ მაჩვენებელი 0.76-1.4 არის საშუალო, რაც მიგვანიშნებს კარგად კონტორლირებად ასთმაზე, ICU, ინტენსიური თერაპიის განყოფილება.

შენიშვნები:

- საფეხურეობრივი შეფასების მიდგომა, არა ჩანაცვლება, საჭირო კლინიცისტისთვის გადაწყვეტილების დახმარებისთვის.
- კონტორლის დონე დამოკიდებულია ფუნქციის დარღვევების სიმწვავესა და რისკის კატეგორიაზე. წინა 2-4 კვირის განმავლობაში პაციენტის/აღმზრდელის შეფასებითა და სპირომეტრის/ან პიკის დინების ნაკადის გაზმოვით ფასდება შეფასების ადკვატურობა. სიმპტომების შეფასება ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში, უნდა ემთხვეოდეს გლობალურ შეფასებას, როგორიცაა პაციენტისგან ინფორმაციის მიღება ბოლო ვიზიტიდან ასთმის გაუარესების ან გაუმჯობესების შესახებ.
- ATAჯერ=ასთმის თერაპიის შესაფასებელი მკითხვარი;
- ACჯერ=ასთმის კონტროლის მკითხვარი;
- ACT=ასთმის კონტროლის ტესტი.
- ამჟამად, არსებობს არაადეკვატური მონაცემები, რომელიც ასახავს გამწვავების სიხშირეს, ასთმის კონტროლის სხვადასხვა დონესთან. ზოგადად, უფრო ხშირი და ინტენსიური გამწვავებები (მაგ., საჭიროა გადაუდებელი დახმარება, დაუგეგმავი მოვლა ან ICU-ში მოთავსება) მიუთითებს დაავადების უფრო ცუდ კონტროლზე.
- „საფეხურით წინ“ თერაპიამდე
  - მიმოიხილეთ მედიკამენტები, ინჰალაციური მეთოდები და გარემოს კონტროლი;
  - თუ ალტერნატიული მკურნალობა ავირჩიეთ, შეაჩერეთ ახლანდელი მკურნალობა და გამოიყენეთ ამ საფეხურისთვის საჭირო მედიკამენტები.

ცხრილი 18-4. ასთმის სიმწვავის კლასიფიკაცია და მკურნალობის დაწყება 0-4 წლის ასაკის ბავშვებში

სიმწვავის ნაწილები		ასთმის სიმწვავის კლასიფიკაცია (0-4 წლის ასაკი)			
		ხანგამოშვებითი	მსუბუქი	საშუალო	მწვავე
დარღვევა	სიმპტომები	≤ 2 დღე/ კვირა	> 2 დღე/ კვირა, მაგრამ არა ყოველ-დღიურად	ყოველ-დღიურად	მთელი დღის განმავ-ლობაში
	ღამით გაღვიძებები	0	1-2-ჯერ/თვე	3-4-ჯერ/ თვე	> 1-ჯერ/ კვირა
	ხანმოკლე მოქმედების ბეტა -2 აგონისტის გამო-ყენება სიმპტომების კონტროლისთვის (არა ვარჯიშით გამოწვეული ბრონ-ქოკონსტრიქციის პრევენციისთვის)	≤ 2 დღე/ კვირა	> 2 დღე/კვი-რა, მაგრამ არა ყოველ-დღიურად	ყოველ-დღიურად	დღეში რამდენჯერმე
	ყოველდღიური ნორმალური აქტივობების შეზღუდვა	არცერთხელ	მსუბუქი შეზღუდვა	რაღაც რაოდენობის შეზღუდვა	ძალიან შეზღუდული

ცხრილი 18-4 ასთმის სიმწვავის კლასიფიკაცია და მკურნალობის დაწყება 0-4 წლის ასაკის ბავშვებში

სიმწვავის ნაწილები (გაგრძ.)		**ასთმის სიმწვავის კლასიფიკაცია (0-4 წლის ასაკი)**			
		ხანგამოშვებითი	**მსუბუქი**	**საშუალო**	**მწვავე**
რისკი	გამწვავება მოითხოვს სისტემურ ორალურ კორტიკოს-ტეროიდებს ←	0-1/წელი	≥ 2 გამწვავება 6 თვის განმავლობაში, ან ≥ 4 სტვენითი სუნთქვის ეპიზოდი/ 1 წელი, რომელიც გრძელდება >1 დღე და აქვს ასთმის განვითარების მუდმივი რისკ-ფაქტორები, მოითხოვს ორალურ სისტემურ კორტიკოსტეროიდებს		
		მხედველობაში მისაღებია სიმწვავე და ინტერვალი ბოლო გამწვავებიდან. სიხშირე და სიმწვავე შეიძლება მერყეობდეს დროთა განმავლობაში. → ნებისმიერი ხარისხის გამწვავება შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერი სიმწვავის კატეგორიის პაციენტებში.			

რეკომენდებული საფეხური მკურნალობის დასაწყებად	1 საფეხური	2 საფეხური	3 საფეხური და მხედველობაში მისაღებია ხანმოკლე ორალური სისტემური კორტიკოსტეროიდები
	2-6 კვირაში, სიმწვავის გათვალისწინებით, შეფასდეს მიღწეული ასთმის კონტროლი. თუ 4-6 კვირაში არ გაუმჯობესდება შესამჩნევად, მხედველობაში მისაღებია მკურნალობის მისადაგება მდგომარეობასთან ან სხვა დიაგნოზები.		

გასაღები: EIB, ვარჯიშით გამოწვეული ბრონქოცპაზმი; FEV1, ფორსირებული ექსპირატორული მოცულობა ერთ წამში; FVC, ფორსირებული სასიცოცხლო მოცულობა

შენიშვნები:

- საფეხურეობრივი შეფასების მიდგომა, არა ჩანაცვლება, საჭირო კლინიცისტისთვის გადაწყვეტილების დახმარებისთვის.
- კონტორლის დონე დამოკიდებულია ფუნქციის დარღვევების სიმწვავესა და რისკის კატეგორიაზე. წინა 2-4 კვირის განმავლობაში პაციენტის/აღმზრდელის შეფასებითა და სპირომეტრის/ან პიკის დინების ნაკადის გაზმოვით ფასდება შეფასების ადკვატურობა. სიმპტომების შეფასება ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში, უნდა ემთხვეოდეს გლობალურ შეფასებას, როგორიცაა პაციენტისგან ინფორმაციის მიღება ბოლო ვიზიტიდან ასთმის გაუარესების ან გაუმჯობესების შესახებ.
- ამჟამად, არსებობს არადეკვატური მონაცემები, რომლებიც ასახავს გამწვავების სიხშირეს, ასთმის კონტროლის სხვადასხვა დონესთან. ზოგადად, უფრო ხშირი და ინტენსიური გამწვავებები (მაგ., საჭიროა გადაუდებელი დახმარება, დაუგეგმავი მოვლა ან ICU-ში მოთავსება) მიუთითებს დაავადების უფრო ცუდ კონტროლზე.
- „საფეხურით წინ“ თერაპიამდე
  - მომიხილეთ მედიკამნტები, ინჰალაციური მეთოდები და გარემოს კონტროლი;
  - თუ ალტერნატიული მკურნალობა ავირჩიეთ, შეაჩერეთ ახლანდელი მკურნალობა და გამოიყენეთ ამ საფეხურისთვის საჭირო მედიკამენტები.

ცხრილი 18-5. ასთმის სიმწვავის კლასიფიკაცია და მკურნალობის დაწყება 5-11 წლის ასაკის ბავშვებში

სიმწვავის ნაწილები		**ასთმის სიმწვავის კლასიფიკაცია (5-11 წლის ასაკი)**			
			მუდმივი		
		ხანგამოშვებითი	**მსუბუქი**	**საშუალო**	**მწვავე**
დარღვევა	სიმპტომები	≤ 2 დღე/კვირა	> 2 დღე/კვირა, მაგრამ არა ყოველდღიურად	ყოველდღიურად	მთელი დღის განმავლობაში
	ღამით გაღვიძებები	≤ 2-ჯერ/თვე	3-4-ჯერ/თვე	> 1-ჯერ/კვირა, მაგრამ არა ყოველ ღამით	ხშირად 7-ჯერ/კვირა

დარღვევა	ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2 აგონისტის გამოყენება სიმპტომების კონტრო-ლისთვის (არა ვარჯიშით გამოწვეული ბრონქოკონს-ტრიქციის პრევენციისთვის)	≤ 2 დღე/ კვირა	> 2 დღე/კვი-რა, მაგრამ არა ყოველ დღიურად	ყოველ-დღიურად	დღეში რამდენჯერმე
	ყოველდღიური ნორმალური აქტივობების შეზღუდვა	არცერთხელ	მსუბუქი შეზღუდვა	რაღაც რაოდენობის შეზღუდვა	ძალიან შეზღუდული
	ფილტვის ფუნქცია	გამწვავებებს შორის ნორ-მალური FEV_1. FEV_1 > 80% პროგნოზი-რებადზე.	FEV_1 = > 80% პროგნოზი-რებადზე. FEV_1/FVC > 80%.	FEV_1 = 60-80% პროგნოზი-რებადი. FEV_1 /FVC = 75-80%.	FEV_1 = < 60% პროგნოზი-რებადზე. FEV_1/ FVC < 75%.

ცხრილი 18-5. ასთმის სიმწვავის კლასიფიკაცია და მკურნალობის დაწყება 5-11 წლის ასაკის ბავშვებში

სიმწვავის ნაწილები (გაგრძ.)		**ასთმის სიმწვავის კლასიფიკაცია (5-11 წლის ასაკი)**			
		ხანგამოშვებითი	**მსუბუქი**	**საშუალო**	**მწვავე**
დარღ-ვევა	ფილტვის ფუნქცია	/FVC > 85%			
რისკი	გამწვავები მოითხოვს სისტემურ ორალურ კორტიკოს-ტეროიდებს	0-1/წელი (იხილეთ შენიშვნა)	≥ 2/წელი (იხილეთ შენიშვნა) →		
		მხედველობაში მისაღებია სიმწვავე და ← ინტერვალი ბოლო გამწვავებიდან. → სიხშირე და სიმწვავე შეიძლება მერყეობდეს დროთა განმავლობაში ნებისმიერი სიმწვავის კატეგორიის პაციენტებში.			
		შედარებითი ყოველწლიური გამწვავებების რისკი შეიძლება დაკავშირებული იყოს FEV_1-თან.			

<table>
<tr><td rowspan="3">რეკომენდებული საფეხური მკურნალობის დასაწყებად</td><td rowspan="2">1-ლი საფეხური</td><td rowspan="2">მე-2 საფეხური</td><td>მე-3 საფეხური, შესაძლებელია საშუალო დოზის ინჰალაციური კორტიკოსტეროიდები</td><td>მე-3 საფეხური, შესაძლებელია საშუალო დოზის ინჰალაციური კორტიკოსტეროიდები, ან 4 საფეხური</td></tr>
<tr><td colspan="2">და მხედველობაში გასათვალის წინებელია ხანმოკლე პერიოდით ორალური სისტემური კორტიკოსტეროიდები</td></tr>
<tr><td colspan="3">2-6 კვირის შემდეგ მიღწეული ასთმის კონტროლის დონის შეფასება და შესაბამისად მკურნალობის მისადაგება.</td></tr>
</table>

გასაღები: EIB, ვარჯიშით გამოწვეული ბრონქოცპაზმი; FEV1, ფორსირებული ექსპირატორული მოცულობა ერთ წამში; FVC, ფორცირებული სასიცოცხლო მოცულობა

შენიშვნები:

- საფეხურეობრივი შეფასების მიდგომა, არა ჩანაცვლება, საჭირო კლინიცისტისთვის გადაწყვეტილების დახმარებისთვის.
- კონტორლის დონე დამოკიდებულია ფუნქციის დარღვევების სიმწვავესა და რისკის კატოგორიაზე. წინა 2-4 კვირის განმავლობაში პაციენტის/აღმზრდელის შეფასებითა და სპირომეტრის/ან პიკის დინების ნაკადის გაზომვით ფასდება შეფასების ადკვატურობა. სიმპტომების შეფასება ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში, უნდა ემთხვეოდეს გლობალურ შეფასებას, როგორიცაა პაციენტისგან ინფორმაციის მიღება ბოლო ვიზიტიდან ასთმის გაუარესების ან გაუმჯობესების შესახებ.
- ამჟამად, არსებობს არადეკვატური მონაცემები, რომლებიც ასახავს გამწვავების სიხშირეს, ასთმის კონტროლის სხვადასხვა დონესთან. ზოგადად, უფრო ხშირი და ინტენსიური გამწვავებები (მაგ., საჭიროა გადაუდებელი დახმარება, დაუგეგმავი მოვლა ან ICU-ში მოთავსება) მიუთითებს დაავადების უფრო ცუდ კონტროლზე.
- „საფეხურით წინ“ თერაპიამდე
  - მომიხილეთ მედიკამნტები, ინჰალაციური მეთოდები და გარემოს კონტროლი;
  - თუ ალტერნატიული მკურნალობა ავირჩიეთ, შეაჩერეთ ახლანდელი მკურნალობა და გამოიყენეთ ამ საფეხურისთვის საჭირო მედიკამენტები.

ცხრილი 18-6. ასთმის სიმწვავის კლასიფიკაცია და მკურნალობის დაწყება ≥ 12 წლის ასაკის ახალგაზრდებსა და ზრდასრულებში

<table>
<tr><td rowspan="3">სიმწვავის ნაწილები
(გაგრძ.)</td><td colspan="5">ასთმის სიმწვავის კლასიფიკაცია
(≥ 12 წლის ასაკი)</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="3">მუდმივი</td></tr>
<tr><td colspan="2">ხანგამოშვებითი</td><td>მსუბუქი</td><td>საშუალო</td><td>მწვავე</td></tr>
<tr><td>დარღვეული FEV$_1$/FVC
(გაგრძ.)</td><td>ფილტვის ფუნქცია</td><td>ნორმალური FV$_1$ ამოსუნთქვებს შორის.
FEV$_1$ >80% მოსალოდნელი.
FEV$_1$/FVC ნორმა.</td><td>FEV >80% მოსალოდნელი.
FEV$_1$/FVC ნორმა</td><td>FEV >60%, მაგრამ მოსალოდნელია <80%.
FEV$_1$/FVC შემცირებული 5%.</td><td>FEV$_1$ > 60% მოსალოდნელი.
FEV$_1$/FVC შემცირებული 5%.</td></tr>
<tr><td>რისკი</td><td rowspan="2">გამწვავები მოითხოვს სისტემურ ორალურ კორტიკოსტეროიდებს</td><td>0-1/წელი (იხილეთ შენიშვნა)</td><td colspan="3">≥ 2/წელი (იხილეთ შენიშვნა) →</td></tr>
<tr><td colspan="4">მხედველობაში გასათვალისწინებელია სიმწვავე და ← ინტერვალი ბოლო გამწვავებიდან. →
სიხშირე და სიმწვავე შეიძლება მერყეობდეს დროთა განმავლობაში ნებისმიერი სიმწვავის კატეგორიის პაციენტებში. შედარებითი ყოველწლიური გამწვავებების რისკი შეიძლება დაკავშირებული იყოს FEV$_1$-თან.</td></tr>
<tr><td>რეკომენდებული საფეხური მკურნალობის დასაწყებად</td><td colspan="2" rowspan="2">1-ლი საფეხური</td><td rowspan="2">მე-2 საფეხური</td><td>მე-3 საფეხური</td><td>მე-4 ან მე-5 საფეხური</td></tr>
<tr><td colspan="2">მხედველობაში გასათვალის წინებელია ხანმოკლე პერიოდით ორალური სისტემური კორტიკოსტეროიდები</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">2-6 კვირის შემდეგ მიღწეული ასთმის კონტროლის დონის შეფასება და შესაბამისი მკურნალობის მისადაგება.</td></tr>
</table>

ცხრილი 18-7. თერაპიის ეტაპობრივი მიდგომა ასთმის მართვისას 0-4 წლის ბავშვებში



პერიოდული ასთმა				პერსისტენტული ასთმა: დღიური მედიკამენტების მიღება ასთმის სპეციალისტთან კონსულტაცია საფეხური 3 ან უფრო მაღალი საფეხურის თერაპიაა საჭირო.	
საფეხური 1 უმჯობესია: SABA PRN.	**საფეხური 2** უმჯობესია: დაბალი დოზით ICS. ალტერნეტივაა: კრომოლინი ან მონტელუკასტი.	**საფეხური 3** უმჯობესია: საშუალო დოზით ICS.	**საფეხური 4** უმჯობესია დაბალი დოზით ICS+ან LABA ან მონტელუკასტი.	**საფეხური 5** უმჯობესია: მაღალი დოზით ICS+ან LABA ან მონტელუკასტი.	**საფეხური 6** **უმჯობესია: მაღალი დოზით ICS+ ან LABA ან მონტელუკასტი სისტემური ორალური კორტიკოსტეროიდები**

საფეხურით დაბლა ჩამოსვლა (ასთმა არის კარგად კონტროლირებადი 3 თვის განმავლობაში)

კონტროლის შეფასება

საფეხურით მაღლა ასვლა თუ საჭირო გახდა (პირველი, ინჰალაციასთან შეგუების შემოწმება და კომორბიდულობის შეფასება)



პაციენტის განათლება და გარემოს კონტორლი თითოეულ საფახურზე

სწრაფი შემსუბუქების მედიკამენტები ყველა პაციენტში

- SABA სიმპტომების მიხედვით. ინტენსიური მკურნალობა დამოკიდებულია სიმპტომების სიმწვავეზე;
- ვირუსულ ინფექციებთან ერთად: SABA 4-6 საათის განმავლობაში (ექმის კონტროლის ქვეშ უფრო დიდხანს). ორალური სისტემური კორტიკოსტეროიდების ხანმოკლე კურსი გამწვავებისთვის ან პაციენტს თუ აქვს გამწვავების ისტორია;
- ყურადღება უნდა მივაქციოთ: ხშირი SABA-ს გამოყენებას რომელიც შეიძლება იყოს ჩვენება მკურნალობის საფეხურის მომატებისა. იხილეთ ტექსტი „საწყისი დღიური“ ხანგრძლივი კონტორლის თერაპიის შესახებ.

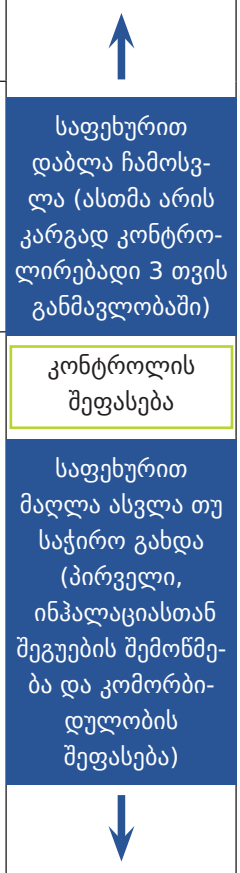
გასაღები: **ანბანის რიგი გამოიყენება, როდესაც ერთზე მეტი მკურნალობის ვარიანტი ჩამოთვლილია ან სასურველი, ალტერნატიული თერაპიის ფარგლებში**. ICS, ინჰალაციური კორტიკოსტეროიდები; LABA, ინჰალაციური ხანგრძლივი მოქმედების ბეტა-2 აგონისტი; SABA, ინჰალაციური ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2 აგონისტი.

შენიშვნები:

- საფეხურეობრივი შეფასების მიდგომა, არ ნიშნავს ჩანაცვლებას, საჭიროა კლინიცისტისთვის გადაწყვეტილების მიღებაში დახმარებისთვის;
- თუ გამოყენებულია ალტერნატიული მკურნალობა და პასუხი არაადეკვატურია, მკურნალობას ვწყვეტთ და გამოიყენება სასურველი მკურნალობა, მანამ სანამ „საფეხურით წინ“ არ გადავალთ მკურნალობაში;
- თუ აშკარაა, რომ გაუმჯობესება არ აღენიშნება 4-6 კვირის განმავლობაში და პაციენტის/ოჯახის მედიკამენტების მეთოდი დამაკმაყოფილებელია, გასათვალისწინებელია თერაპიის რეგულირება ან ალტერნატიული დიაგნოზი;

- 0-4 წლის ბავშვებზე კვლევების ჩატარება შეზღუდულია. კვლევებზე დაფუძნებით მეორე საფეხურის თერაპია უმჯობესია. ყველა სხვა რეკომენდაციები დამოკიდებულია მოზრდილ ბავშვებზე ჩატარებულ კველევებზე დაფუძნებულ მოსაზრებებსადა ექსტრაპოლაციაზე.

ცხრილი 18-8. თერაპიის ეტაპობრივი მიდგომა ასთმის მართვისას 5-11 წლის ბავშვებში



პერიოდული ასთმა				**პერსისტენტული ასთმა: დღიური მედიკამნეტების მიღება** ასთმის სპეციალისტთან კონსულტაცია საფეხური 3 ან უფრო მაღალი საფეხურის თერაპიაა საჭირო.	
საფეხური 1 უმჯობესია: SABA PRN	**საფეხური 2** უმჯობესია: დაბალი დოზით ICS ალტერნეტივაა: კრომოლინი ან თეოფილინი ან ნედოკრომილი, LTRA	**საფეხური 3** უმჯობესია: საშუალო დოზით ICS ან დაბალი დოზით ICS + LABA ან თეოფილინი	**საფეხური 4** უმჯობესია საშუალო დოზით ICS+ან LABA ალტერნატივაა: საშუალო დოზის ICS ან LTRA ან თეოფილინთან ერთად	**საფეხური 5** უმჯობესია: მაღალი დოზით ICS+ან LABA ალტერნატივაა: ICS მაღლი დოზე+ LTRA ან თეოფილინი	**საფეხური 6 უმჯობესია: მაღალი დოზით ICS+ ან LABA + სისტემური ორალური კორტიკოსტეროიდები** ალტერნატივაა: მაღალი დოზით ICS+LTRA ან თეოფილინი + ორალური კორტიკოსტეროიდები

პაციენტის განათლება და გარემოს კონტორლი თითოეულ საფახურზე

სწრაფი შემსუბუქების მედიკამენტები ყველა პაციენტში

- SABA სიმპტომების მიხედვით. ინტენსიური მკურნალობა დამოკიდებულია სიმპტომების სიმწვავეზე;
- ვირუსულ ინფექციებთან ერთად: SABA 4-6 საათის განმავლობაში (ექმის კონტროლის ქვეშ უფრო დიდხანს). ორალური სისტემური კორტიკოსტეროიდების ხანმოკლე კურსი გამწვავებისთვის ან პაციენტს თუ აქვს გამწვავების ისტორია;
- ყურადღება უნდა მივაქციოთ SABA-ს ხშირ გამოყენებას, რომელიც შეიძლება იყოს ჩვენება მკურნალობის საფეხურის მომატებისა. იხილეთ ტექსტი „საწყისი დღიური“ ხანგრძლივი კონტორლის თერაპიის შესახებ.

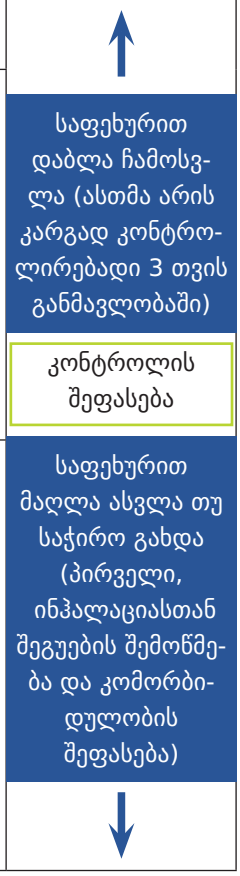
გასაღები: **ანბანის რიგი გამოიყენება, როდესაც ერთზე მეტი მკურნალობის ვარიანტია ჩამოთვლილი ან სასურველი, ალტერნატიული თერაპიის ფარგლებში**. ICS, ინჰალაციური კორტიკოსტეროიდები; LABA, ინჰალაციური ხანგრძლივი მოქმედების ბეტა-2 აგონისტი; SABA, ინჰალაციური ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2 აგონისტი.

შენიშვნები:

- საფეხურეობრივი შეფასების მიდგომა, არ ნიშნავს ჩანაცვლებას, საჭიროა კლინიცისტისთვის გადაწყვეტილების მიღებაში დახმარებისთვის.

- თუ გამოყენებულია ალტერნატიული მკურნალობა და პასუხი არაადეკვატურია, მკურნალობას ვწყვეტთ და გამოიყენება სასურველი მკურნალობა, მანამ, სანამ „საფეხურით წინ“ არ გადავალთ მკურნალობაში.
- თუ აშკარაა, რომ გაუმჯობესება არ აღენიშნება 4-6 კვირის განმავლობაში და პაციენტის/ოჯახის მედიკამენტების მეთოდი დამაკმაყოფილებელია, გასათვალისწინებელია თერაპიის რეგულირება ან ალტერნატიული დიაგნოზი.
- 0-4 წლის ბავშვებზე კვლევების ჩატარება შეზღუდულია. კვლევებზე დაფუძნებით მეორე საფეხურის თერაპია უმჯობესია. ყველა სხვა რეკომენდაციები დამოკიდებულია მოზრდილ ბავშვებზე ჩატარებულ კველევებზე დაფუძნებულ მოსაზრებებსა და ექსტრაპოლაციაზე.

ცხრილი 18-9. თერაპიის ეტაპობრივი მიდგომა ასთმის მართვისას ≥12 წლის ბავშვებში



პერიოდული ასთმა				**პერსისტენტული ასთმა: დღიური მედიკამენტების მიღება** ასთმის სპეციალისტთან კონსულტაცია საფეხური 3 ან უფრო მაღალი საფეხურის თერაპიაა საჭირო.	
საფეხური 1 უმჯობესია: SABA PRN	**საფეხური 2** უმჯობესია: დაბალი დოზით ICS ალტერნეტივაა: კრომოლინი, LTRA, ნედოკრომოლი ან თეოფილინი	**საფეხური 3** უმჯობესია: საშუალო დოზით ICS+LABA ან საშუალო დოზით ICS ალტერნატივაა: დაბალი დოზა ICS+ LTRA ან თეოფილინი ან ზილეუტონი	**საფეხური 4** უმჯობესია საშუალო დოზით ICS+ან LABA ალტერნატივაა: საშუალო-დოზა ICS + ან LTRA თეოფილინი ან ზილეუტონი	**საფეხური 5** უმჯობესია: მაღალი დოზით ICS+ან LABA და ომალიზუმაბის გამოყენება ალერგიის მქონე პაციენტებში	**საფეხური 6 უმჯობესია: მაღალი დოზით ICS+ LABA + სისტემური ორალური კორტიკოსტეროიდები** და ომალიზუმაბის გამოყენება ალერგიის მქონე პაციენტებში

პაციენტის განათლება და გარემოს კონტორლი თითოეულ საფახურზე

სწრაფი შემსუბუქების მედიკამენტები ყველა პაციენტში

- SABA სიმპტომების მიხედვით. ინტენსიური მკურნალობა დამოკიდებულია სიმპტომების სიმწვავეზე.
- ვირუსულ ინფექციებთან ერთად: SABA 4-6 საათის განმავლობაში (ექმის კონტროლის ქვეშ უფრო დიდხანს). ორალური სისტემური კორტიკოსტეროიდების ხანმოკლე კურსი გამწვავებისთვის ან პაციენტს თუ აქვს გამწვავების ისტორია.
- ყურადღება უნდა მივაქციოთ: SABA-ს ხშირ გამოყენებას, რომელიც შეიძლება იყოს ჩვენება მკურნალობის საფეხურის მომატებისა. იხილეთ ტექსტი „საწყისი დღიური“ ხანგრძლივი კონტორლის თერაპიის შესახებ.

გასაღები: **ანბანის რიგი გამოიყენება, როდესაც ერთზე მეტი მკურნალობის ვარიანტი ჩამოთვლილია ან სასურველი, ალტერნატიული თერაპიის ფარგლებში**. ICS, ინჰალაციური კორტიკოსტეროიდები; LABA, ინჰალაციური ხანგრძლივი მოქმედების ბეტა-2 აგონისტი; SABA, ინჰალაციური ხანმოკლე-მოქმედების ბეტა-2 აგონისტი; LTRA, ლეუკოტრიენის რეცეპტრის ანტაგონისტი.

შენიშვნები:

- ზილეუტონი არის ნაკლებად სასურველი მედიკამენტი, შემცირებული კვლევების გამო, როგორც დამხმარე თერაპია, საჭიროებს ღვიძლის ფუნქციის მონიტორინგს. თეოფილის სჭირდება შრატში კონცენტრაციის დონის მონიტორინგი.
- საფეხურეობრივი შეფასების მიდგომა, და არა ჩანაცვლება, საჭიროა კლინიცისტისთვის გადაწყვეტილების მიღებაში დახმარებისთვის.
- თუ გამოყენებულია ალტერნატიული მკურნალობა და პასუხი არაადეკვატურია, მკურნალობას ვწყვეტთ და გამოიყენება სასურველი მკურნალობა, მანამ სანამ „საფეხურით წინ“ არ გადავალთ მკურნალობაში.
- მედიკამენტების პირველი და მეორე საფეხური დამოკიდებულია მტკიცებულება A-ზე. მესამე საფეხური ICS + ადიუვანტურ თერაპიაზე და ICS დამოკიდებულია მტკიცებულება B-ზე, შედარებითი კველევებიდან, თითოეული მკურნალობის ეფექტურობისა და ექსტაპოლაციისთვის, ბავშებსა და მოზარდებს შორის შედარებითი კვლევები შეზღუდულია ამ ასაკის ჯგუფებში; საფეხური 4-6 დამოკიდებულია ექსპერტის მოსაზრებაზე და მოზარდებსა და მოზრდილებში ჩატარებული კვლევების ექსტრაპოლაციაზე.
- საფეხურები 2-4, იმუნოთერაპია დაფუძნებულია მტკიცებულება B-ზე, სახლის ტკიპების, შინაური ცხოველების ქერტლისა და მცენარის მტვრის შესახებ; მტკიცებულებას აკლია ინფორმაცია ობის სპორებისა და ტარაკნების შესახებ.

ცხრილი 18-10. ასთმის წამლების ჩვეულებრივი დოზები

წამალი	დოზის ფორმა	ზრდასრულის დოზა	ბავშვის დოზა*	კომენტარი
საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები (იხილეთ ცხრილი 18-11, საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების გამოთვლილი შედარებითი ყოველდღიური დოზები.)				
სისტემური კორტიკოსტეროიდები				
(ეხება სამივე კორტიკოსტეროიდს)				
მეთილპრედნიზოლონი	2, 4, 8, 16, 32 მგ ტაბლეტები	7.5-60 მგ ყოველ დღე ერთი დოზით დილით. ან საჭიროებისამებრ, ყოველ მეორე დღეს კონტროლისთვის	0.25-2 მგ/კგ ყოველ დღე ერთი დოზით დილით. ან საჭიროებისამებრ, ყოველ მეორე დღეს კონტროლისთვის	მძიმე პერსისტენტული ასთმის ხანგრძლივი მკურნალობისთვის მიეცით ერთი დოზა დილით. ან ყოველ მეორე დღეს (ალტერნაციულმა თერაპიამ შესაძლოა თირკმელზედა ჯირკვლების ნაკლები სუპრესია გამოიწვიოს). თუ საჭიროა ყოველდღიური დოზირება, მაშინ ერთი კვლევის თანახმად

				დღის 3 საათზე მიღება იძლევა უკეთეს ეფექტს და არ იწვევს თირკმელზედა ჯირკვლის მეტად სუპრესიას
პრედნიზო-ლონი	5 მგ ტაბლეტები, 5 მგ/5 მლ, 15 მგ/5 მლ	მოკლე კურსიანი „აფეთქება“: კონტროლის მისაღწევად დღეში 40-60 მგ ერთი დოზით ან 2 გაყოფილი დოზით 3-10 დღის განმავლობაში	მოკლე კურსიანი „აფეთქება“: 1-2 მგ/კგ/დღეში მაქსიმუმ 60 მგ/ დღეში 3-10 დღის განმავლობაში	მოკლე კურსები ანუ „აფეთქებები“ ეფექტურად ამყარებს კონტროლს თერაპიის დაწყებისას ან ეტაპობრივი დაქვეითების პერიოდის დროს. აფეთქება იქამდე უნდა გაგრძელდეს, სანამ პაციენტი პერსონალურ საკუეთესო შედეგის 80% PEF-ს არ მიაღწევს. ეს ჩვეულებრივ, 3-10 დღეს საჭიროებს, მაგრამ შესაძლოა იყოს მეტიც. არ არსებობს იმის დამადასტურებელი მტკიცებულება, რომ გაუმჯობესების შემდეგ დოზის შემცირება რეციდივის პრევენციას ახდენს.
პრედნიზონი	1, 2.5, 5, 10, 20, 50 მგ ტაბლეტები; 5 მგ/მლ, 5 მგ/5 მლ			
ხანგრძლივად მოქმედი საინჰალაცია ბეტა-2 აგონისტები				**არ უნდა გამოიყენებოდეს სიმპტომების ან გაუარესების სამკურნალოდ. გამოიყენეთ კორტიკოს-ტეროიდებთან ერთად.**
სალმეტე-როლი	MDI 21 მკგ/ შესუნთქვა	2 შესუნთქვა ყოველ 12 სთ-ში	1-2 შესუნთქვა ყოველ 12 საათში	შეიძლება გამოიყენოთ ერთი დოზა სიმპტომებისთვის ღამ-ღამობით.
ფორმოტე-როლი	DPI 50 მკგ/ ერთჯერადი კაფსულა	1 შეშხურება ყოველ 12 საათში 1 კაფსულა ყოველ 12 საათში	1 შეშხურება ყოველ 12 საათში 1 კაფსულა ყოველ 12 საათში	<5 წლის ბავშვებში ეფექტურობა და უსაფრთხოება შესწავლილი არ არის. თითოეული კაფსულა ერთხელ გამოიყენება;

				დამატებითი დოზა არ უნდა იყოს მიღებული სულ ცოტა 12 საათის განმავლობაში. კაფსულები მხოლოდ აეროლიზორ ინჰალატორთან არ უნდა გამოიყენებოდეს და არ უნდა მიიღებოდეს ორალურად.
კომბინირებული წამალი				
ფლუტიკა-ზონი/ სალმეტე-როლი	DPI 100 მკგ, 250 მკგ, ან 500 მკგ/50 მკგ	1 ინჰალაცია 2 ჯერ დღეში; დოზა დამოკიდებულია ასთმის სიმძიმეზე	1 ინჰალაცია 2-ჯერ დღეში; დოზა დამოკიდებულია ასთმის სიმძიმეზე	დაბალი ან საშუალო დოზის საინჰალაციო კორტიკოს-ტეროიდებით <12 წლის ბავშვებში გამოყენება FDA-ს მიერ დამტკიცებული არ არის. ვერ მართულ პაციენტში 100/50. დაბალი ან საშუალო დოზის საინჰალაციო კორტიკოს-ტეროიდებით ვერ მართულ პაციენტში 250/50.
კრომოლინი და ნედოკრომილი				
კრომოლინი	MDI 1 მგ/ შესუნთქვა	2-4 შესუნთქვა 3-4 ჯერ დღეში 1 ამპულა 3-ჯერ ან 4-ჯერ დღეში	1-2 შესუნთქვა 3-4 ჯერ დღეში 1 ამპულა 3-4 ჯერ დღეში	ერთი დოზა ვარჯიშამდე ან ალერგენთან სენსიტიზაცია, უზრუნველყოფს ეფექტურ პროფილაქტიკას 1-2 საათის განმავლობაში.
ნედოკრო-მილი	MDI 1.75 მგ/ შესუნთქვა	2-4 შესუნთქვა 3-4 ჯერ დღეში	1-2 შესუნთქვა 3-4 ჯერ დღეში	იხილეთ კრომოლინი ზემოთ.
ლეიკოტრეინის მოდიფიქატორები				
მონტელუ-კასტი	4 მგ ან 5 მგ საღეჭი ტაბლეტი 10 მგ ტაბლეტი	10 მგ 4 საათში ერთხელ	4 მგ 4 საათში ერთხელ (2-5 წლის ასაკი) 5 მგ 4 საათში ერთხელ	მონტელუკასტი იძლევა დოზა– ეფექტის ბრტყელ მრუდს.

			(6-14 წლის ასაკი) 10 მგ 4 საათში ერთხელ (>14 წლის ასაკი)	>10 მგ დოზები ზრდასრულებში უფრო მეტ ეფექტს არ იძლევა.
ზაფრილუ-კასტი	10 ან 20 მგ ტაბლეტი	40 მგ ყოველდღიურად (20 მგ ტაბლეტი 2 ჯერ დღეში)	20 მგ ყოველდღიურად (7-11 წლის ასაკი) (10 მგ ტაბლეტი 2 ჯერ დღეში)	საჭმელთან ერთად მიღება ამცირებს ბიოხელმი-საწვდომობას; მიიღეთ კვებამდე 1 საათით ადრე ან 2 საათით გვიან.
ზილეუტონი	300 ან 600 მგ ტაბლეტი	2,400 მგ ყოველდღიურად (მიეცით ტაბლეტები 4 ჯერ დღეში)		აკონტროლეთ ღვიძლის ფერმენტები (ALT)
მეთილქსანთინები				
თეოფილინი	სითხეები, პროლონ-გირებული მოქმედების ტაბლეტები და კაფსულები	საწყისი დოზა 10 მგ/კგ/დღეში მაქსიმუმ 300 მგ-მდე; ჩვეულებრივ, მაქსიმუმ 800 მდ/დღეში	საწყისი დოზა 10 მგ/კგ/დღეში; ჩვეულებრივ, მაქსიმუმ: <1 წლის ასაკი: 0.2 (ასაკი კვირებში) + 5 = მგ/კგ/დღეში >1 წლის ასაკი: 16 მგ/კგ/დღეში	შრატში 5-15 მკგ/მლ მდგრადი კონცენტრაციის მისაღწევად, შეასწორეთ დოზა (სულ ცოტა 48 სთ ერთ დოზაზე). პაციენტებში თეოფილინის მეტაბოლური კლერენსის ვარიაბელურობის გამო, მნიშვნელოვანია, შრატში მისი დონის რუტინული მონიტორინგი.
მოკლევადიანი საინჰალაციო ბეტა-2 აგონისტები				
	MDI (დოზი-რებული ინჰალა-ტორი)			
ალბუტეროლი	90 მკგ/შესუნთქვა, 200 შესუნთქვა	2 შესუნთქვა ვარჯიშამდე 5 წუთით ადრე 2 შესუნთქვა 3 ან 4 ჯერ დღეში საჭიროებისას	1-2 შესუნთქვა ვარჯიშამდე 5 წუთით ადრე 2 შესუნთქვა 3 ან 4 ჯერ დღეში საჭიროებისას	მოხმარების სიხშირის გაზრდა ან მოსალოდნელი ეფექტების არარსებობა ასთმის კონტროლის დაქვეითებაზე მიუთითებს.

ალბუტეროლი	90მკგ/ შესუნთქვა, 200 შესუნთქვა			ზოგადად, ხანგრძლივი მკურნალობისთვის რეკომენდირებული არ არის. ყოველდღიურად რეგულარული გამოყენება დამატებითი ხანგრძლივად საკონტროლებელი თერაპიის საჭიროებაზე მიუთითებს. სიძლიერეში განსხვავებები არსებობს, მაგრამ პრინციპში, შესხურების თვალსაზრისით, ყველა პროდუქტი მსგავსია. მსუბუქი გაუარესების შემთხვევაში შესაძლებელია დოზის გაორმაგება. გულის ჭარბი სტიმულაციის გამო, არასელექციური საშუალებების (ანუ ეპინეფრინის, ისოპროტერენოლის, მეტაპროტერენოლის) გამოყენება რეკომენდირებული არ არის, განსაკუთრებით მაღალ დოზებში.
პირბუტეროლი	200 მკგ/ შესუნთქვა, 400 შესუნთქვა			
	DPI			
ალბუტე-როლის (rotahaler)	200 მკგ/ კაფსულა	1-2 კაფსულა 4-6 საათში საჭიროებისამებრ და ვარჯიშამდე	1 კაფსულა ჯერ 4-6 საათში საჭიროე-ბისამებრ და ვარჯიშამდე	
	საფრქვე-ველი ხსნარი			
ალბუტეროლი	5 მგ/მკ (0.5%) 2.5 მგ/3 მლ 1.25 მგ/3 მლ 0.63 მგ/3 მლ	1.25-5 მგ 3 მლ მარილხსნარში 4-8 საათში	0.05 მგ/კგ (მინიმუმ 1.25 მგ, მაქსიმუმ 2.5 მგ) 3 მლ მარილხსნარში 4-6 საათში	შესაძლოა შერეული იყოს კრომოლინის ან იპრატროპიუმის საფრქვეველ ხსნარებთან. მძიმე გაუარესების შემთხვევაში შესაძლებელია დოზის გაორმაგება.

	საფრქვ-ეველი ხსნარი			
ბიტოლტე-როლი	2 მგ/მლ (0.2%)	0.5-3.5 მგ (0.25-1 მლ) 2-3 მლ მარილხსნარში, 4-8 საათში	დადგენილი არ არის	სხვა საფრქვეველ ხსნარებს არ ერევა.
	საფრქვევე-ლი ხსნარი			
ლევალბუტე-როლი (R-ალბუტე-როლი)	0.31 მგ/3 მლ 0.63 მგ/3 მლ 1.25 მგ/3 მლ	0.63 მგ-2.5 მგ, 4-8 საათში	0.025 მგ/კგ (მინიმუმ 0.63 მგ. მაქსიმუმ 1.25 მგ) 4-8 საათში	0.63 მგ ლევალბუტეროლი ეფექტურობითა და გვერდითი ეფექტებით 1.25 მგ რეცემული ალბუტეროლის ექვივალენტია. პროდუქტი სტერილურად შევსებული ერთეული დოზა ფლაკონია და არ შეიცავს დანამატებს.
ანტიქოლინერგულები				
	MDI			
იპრატროპიუმი	18 მკგ/ შესუნთქვა, 200 შესუნთქვა	2-3 შესუნთქვა საათში	1-2 შესუნთქვა, 6 საათში	ასთმის ხანგრძლივად საკონტროლებელ თერაპიაში ანტიქოლინერგულების მიერ ბეტა-2 აგონისტებთან დამატებითი სარგებლის მოტანის დამამტკიცებელი საბუთი არ არსებობს.
	საფრქვევი ხსნარი	0.25 მგ 6 საათში	0.25-0.5 მგ, 6 საათში	
	0.25 მგ/მლ (0.025%)			
	MDI			
იპრატროპიუმი ალბუტერო-ლით	18 მკგ/ შესუნთქვა იპრატროპიუმ ბრომიდი და 90 მკგ/ შესუნთქვა ალბუტე-როლი. 200 შესუნთქვა/ კანისტრა	2-3 შესუნთქვა, 6 საათში	1-2 შესუნთქვა, 8 საათში	

	საფრქვევი ხსნარი			
	0.5 მგ/3 მლ იპრატროპიუმ ბრომიდი და 2.5 მგ/3 მლ ალბუტე-როლი	3 მლ, 4-6 საათში	1.5-3 მლ, 8 საათში	ხსნარის შეფერილობის შეცვლის პრევენციისთვის შეიცავს EDTA-ს. ეს დანამატი ბრონქოსპაზმს არ იწვევს.
სისტემური კორტიკოსტეროიდები				
(*ეხება სამივე კორტიკოსტეროიდს*)				
მეთილპრედ-ნიზოლონი	2, 4, 6, 8, 16, 32 მგ ტაბლეტები	მოკლე კურსიანი „აფეთქება“: 40-60 მგ/ დღეში ერთი ან 2 გაყოფილი დოზით 3-10 დღის განმავლობაში	მოკლე კურსიანი „აფეთქება“: 1-2 მგ/კგ/ დღეში, მაქსიმუმ 60 მგ/დღეში, 3-10 დღის განმავლობაში	მოკლე კურსები ანუ „აფეთქებები“ ეფექტურად ამყარებს კონტროლს თერაპიის დაწყებისას ან ეტაპობრივი დაქვეითების პერიოდის დროს. აფეთქება იქამდე უნდა გაგრძელდეს, სანამ პაციენტი პერსონალურ საუკეთესო შედეგის 80% PEF-ს არ მიაღწევს. ეს, ჩვეულებრივ, 3-10 დღეს საჭიროებს, მაგრამ შესაძლოა იყოს მეტიც. არ არსებობს იმის დამადასტურებელი მტკიცებულება, რომ გაუმჯობესების შემდეგ დოზის შემცირება რეციდივის პრევენციას ახდენს.
პრედნიზო-ლონი	5 მგ ტაბლეტები, 5 მგ/5 მლ, 15 მგ/5 მლ			
პრედნიზონი	1, 2.5, 5, 10, 20, 50 მგ ტაბლეტები, 5 მგ/5 მლ, 5 მგ/5 მლ			
	დეპონირე-ბული ინექცია			
მეთილპრედ-ნიზოლონის აცეტატი	40 მგ/მლ 80 მგ/მლ	240 მლ ერთხელ შიდაკუნთოვნად	7.5 მგ/ კგ ერთხელ შიდაკუნთოვნად	შესაძლოა ორალური სტეროიდების მოკლე აფეთქების მაგივრად გამოყენება ღებინების ან დამორჩილების პრობლემის შემთხვევაში.

*≤12 წლის ასაკის ბავშვები

წყარო: National Asthma Education and Prevention Program. (2003). Expert panel report: Guidelines for the diagnosis and management of asthma: Update on selected topics 2002. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication No. 02-5074, pp. 117–118, 120–121. Retrieved September 8, 2005, from http://www.nhlbi.nih.gov.

ცრილი 18-11. საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების სავარაუდო ყოველდღიური დოზები ბავშვებისთვის

	დაბალი ყოველდღიური დოზა		**საშუალო ყოველდღიური დოზა**		**მაღალი ყოველდღიური დოზა**	
წამალი	**ბავშვი 0-4**	**ბავშვი 5-11**	**ბავშვი 0-4**	**ბავშვი 5-11**	**ბავშვი 0-4**	**ბავშვი 5-11**
HFA ბეკლომეთაზონი 40 ან 80 მკგ/შესუნთქვა	NA	80-160 მკგ	NA	>160-320 მკგ	NA	>320 მკგ
DPI ბუდესონიდი 90, 180 ან 200 მკგ/ინჰალაცია	NA	180-400 მკგ	NA	>400-800 მკგ	NA	>800 მკგ
საინჰალაციო ბუდესონიდი 250 მკგ/შესუნთქვა	0.25-0.5 მგ	0.5 მგ	>0.5-1.0 მგ	1.0 მგ	>1.0 მგ	2.0 მგ
ფლუნისოლიდი 250 მკგ/შესუნთქვა	NA	500-750 მკგ	NA	1,000-,250 მკგ	NA	>1,250 მკგ
HFA ფლუნისოლიდი 80 მკგ/შესუნთქვა	NA	160 მკგ	NA	320 მკგ	NA	≥640 მკგ
ფლუტიკაზონი HFA/MDI: 44, 110 ან 220 მკგ/შესუნთქვა **DPI:** 50, 100 ან 250 მკგ/ინჰალაცია	176 მკგ NA	88-176 მკგ; 100-200 მკგ	>176-352 მკგ NA	>176-352 მკგ; >200-400 მკგ	>352 მკგ NA	>352 მკგ; >400 მკგ
DPI მომეტაზონი 200 მკგ/ინჰალაცია	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ტრიამცინოლონ აცეტონიდი 75 მკგ/შესუნთქვა	NA	300-600 მკგ	NA	>600-900 მკგ	NA	>900 მკგ

გასაღები: HFA, ჰიდროფლუროალკანი; NA, არაა დამტკიცებული და არ არის საკმარისი მონაცემები ამ ასაკის ჯგუფის შესახებ.

ჩვენებები:

- **ყველაზე მნიშვნელოვანი შესაფერისი დოზირების განმსაზღვრელი არის პაციენტის თერაპიაზე პასუხის კლინიკური გაანალიზება.** კლინიცისტმა პაციენტის პასუხი, რამდენიმე კლინიკურ პარამეტრზე უნდა აკონტროლოს, და საჭიროების შემთხვევაში დოზა უნდა შეიცვალოს. თერაპიის ეტაპობრივი მიდგომა ხაზს უსვამს იმას, რომ მას შემდეგ, რაც მიიღწევა ასთმის კონტროლი, მედიკამენტების დოზის ტიტრაციის მონიტორინგია მნიშვნელოვანი; უნდა შენარჩუნდეს მინიმალური დოზის კონცენტრაცია, რაც ამცირებს უარყოფითად მოქმედების პოტენციალს.
- ზოგიერთი დოზა შეიძლება პაკეტის ეტიკეტირების ფარგლებს გარეთ იყოს, განსაკუთრებით მაღალი დოზის დიაპაზონის მქონე მედიკამენტები. ბუდესონიდის ნებულაიზერი სუსპენზია, არის ICS, რომელსაც აქვს FDA-ს მიერ დამტკიცებული ეტიკეტირება, ბავშებში <4 წელის ასაკში.
- მედტრიზირებული ინჰალატორის დოზა (MDI), გამოხატულია როგორც აქტივატორი დოზა (წამლის ოდენობა, რომელიც ტოვებს აქტვიატორს და მიეწოდება პაციენტს), რომელიც საჭიროა ეტიკეტირებისთვის აშშ-ში. ეს განსხვავდება, სარქვლის დოზისგან (წამლის ოდენობა, რომელიც ტოვებს სარქველს, რაც არ არის სრულად ხელმისაწვდომი პაციენტისთვის), რომელიც გამოიყენება ბევრ ევროპულ ქვეყანაში და მოცემულია ზოგიერთ სამეცნიერო ლიტერატურაში. მშრალი ფხვნილის ინჰალატორის (DPI) დოზები გამოიხატება, როგორც პრეპარატის ოდენობა ინჰალატორში, გააქტიურების შემდეგ.
- <4 წელზე უფროსი ასაკის ბავშვები: ICS-ების უსაფრთხოება და ეფექტურობა ბავშებში <1 წელის დადგენილი არ არის. <4 წლის ბავშვები ზოგადად საჭიროებენ ICS მიღებას (ბუდესონიდი და ფლუტიცაზონი HFA), სახის ნიღბის საშუალებით, რომელიც უნდა მოთავსდეს ცხვირსა და პირის ღრუზე, რათა თავიდან ავიცილოთ თვალების ნეიროლიზაცია. დაიბანეთ სახე თითოეული მკურნალობის შემდეგ, კორტიკოსტეროიდული ადგილობრივი გვერდითი მოვლენების თავიდან ასაცილებლად. ბუდესონიდისთვის დოზა შეიძლება დაინიშნოს დღეში 1-3 ჯერ. ბუდესონიდის სუსპენზია თავსებადია ალბუტეროლის, იპრატროპიუმის და ლევაბუტოლის, ხსნარებთან ერთად იმავე ნებულაიზერში. გამოიყენთ მხოლოდ ჭავლური ნებულაიზერი, რადგან ულტრაბგერით ნებულაიზერს არაეფქტური სუსპენზორი აქვს.
- ფლუტიკაზონისთვის HFA, დოზა უნდა გაიყოს დღეში 2-ზე;
- შედარებითი დოზა ემყარება გამოქვეყნებული კლინიკური კვლევის შედარების შედეგებს. ზოგიერთი საკვანძო შედარების შედეგები შემდგომნაირადაა შეჯამებული:
  - მაღალი დოზა არის, დოზა რომელიც სავარაუდოდ, იმ ზღურბლს წარმოადგენს, რომლის მიღმაც წამოიქმნება მნიშვნელოვანი ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ-თირკმელზედა ჯირკვლის (HPA) ღერძის სუპრესია. ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გამოყენების შემთხვევაში სხვა კლინიკურად მნიშვნელოვანი სისტემების დაზიანების რისკიც იზრდება.
  - მცირე და საშუალო დოზები ასახავს დოზის დიაპაზონის შესახებ ჩატარებული კველევების მაჩვენებლებს, რომელშიც დადგენილია დამატებითი ეფექტურობა დაბალი და საშუალო დოზის დიაპაზონში, სისტემური დაზიანების გარეშე, რომელიც განისაზღვრება ღამის კორტიზოლის ექსკრეციის შეფასებით. ჩატარებულმა კვლევებმა, საშუალო დოზის დიაპაზონის ეფექტურობის შესახებ, აჩვენა დოზის საპასუხო მრუდის სიბრტყელე; ანუ, მაღალი-დოზის დიაპაზონის გაზრდა მნიშვნელოვნად არ ზრდის ეფექტურობას, მაგრამ ზრდის სისტემურ ეფექტს.

- დოზა ბუდესონიდისა და ფლუტაკონაზოლისთვის, MDI ან PDI ემყარება ახლახან არსებულ მონაცემებს. ეს მონაცემები ცხადყოფს, რომ ფლუტაკაზონს ესაჭიროება ბუდესონიდის PDI მიკროგრამის დოზის ერთ ნახევარი შედარებითი ეფექტურობის მისაღწევად.
- ბავშვებში ბუდესონიდის/ფორმოტეროლის დოზა დამოკიდებულია პროდუქტის ინფორმაციასა და ახალ ლიტერატურაზე.
- ფლუტიკაზონის HFA დოზა ბავშვებში <5 წლის ასაკიდან, დამოკიდებულია კლინიკურ კვლევებზე, რომელიც გამოხატავს ეფექტურობას 176 მკგ/დღეში.

საექთნო მართვა

შეფასება – საექთნო მართვის კრიტიკული კომპონენტია ასთმის ხშირი ადრეული სიმპტომების ამოცნობა, რომელიც გამწავავებასთანაა ასოცირებული. განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა, მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი ან სიცოცხლისთვის საშიში შეტევის მქონე ბავშვის იდენტიფიკაცია. იმისთვის, რომ შევაფასოთ, რამდენად კარგად აკონტროლებს პაციენტი ასთმას, რამდენიმე მნიშვნელოვანი კითხვის დასმაა საჭირო:

- გაწუხებთ თუ არა ასთმის ეპიზოდი ძილის დროს?
- რამდენად ხშირად იყენებთ „გადამრჩენ მედიკამენტებს“?
- დაგჭირვებიათ თუ არა გადაუდებელ დეპარტამენტში მისვლა ასთმის გართულებული სიმპტომების გამო?
- შეგიძლიათ მიიღოთ მონაწილეობა იმ ფიზიკურ აქტივობებში, რომელიც გსიამოვნებთ?

მწვავე ასთმის შეტევის რისკთან ასოცირებული მახასიათებლების განმეორება ხდება სასწრაფო დახმარების დეპარტამენტში ან სავადმყოფოში მისვლისას, საღამოობით აღინიშნება ფილტვის ფუნქციის გართულება და გადატანილი სიცოცხლისთვის საშიში ასთმის შეტევები.

საფუძვლიანი ჩასუნთქვის შეფასება არის ნაჩვენები ასთმის სიმპტომების მქონე ბავშებში. დატვირთვის ატანის, კარდივასკულარული ფუნქციისა და სითხის ბალანსის შეფასება ასევე მნიშვნელოვანია. გარდა ამისა, მედდამ უნდა შეაფასოს ბავშვისა და ოჯახის ინფორმირების დონე ასთმისა და მისი მკურნალობის შესახებ. ოჯახს და ბავშვს ასთმის წარმატებული მენეჯმენტისთვის სჭირდებათ ისეთი უნარების გამომუშავება როგორიცაა, მიმდინარე მენეჯმენტის შესრულება, ადრეული სიმპტომების ამოცნობა და ასთმის შეტევის დროს გადაუდებელი ჩარევის დაწყება. არასაკმარისი ცოდნის აღმოსაფხვრელად ინფორმაციის განმარტება და სწავლება კრიტიკულია ბავშვის უსაფრთხოებისთვის.

საექთნო დიაგნოზი

1. სასუნთქი გზების ობსტრუქციასთან დაკავშირებული შეშუპების რისკი;
2. ალერგიულ და ანთებით პროცესებთან დაკავშირებული არაეფექტური სასუნთქი გზების კლირენსი;
3. ბავშვის ქრონიკულ დაავადებასთან დაკავშირებული ოჯახური პრობლემების შეწყვეტა.

შედეგების იდენტიფიკაცია

1. ბავშვი თავისუფლდება სიცოცხლისთვის საშიში ასთმის შეტევებისგან;
2. ბავშვს ექნება ფილტვების მკაფიო ხმიანობა, ნორმალური რესპირაცია და გათავისუფლდება ხველისგან;
3. ოჯახი ადაპტირდება ბავშვის ქრონიკულ დაავადებასა და მოთხოვნილებებთან.

დაგეგმვა და განხორციელება

მიუხედავად იმისა, რომ ექთნებს უწევთ მწვავე და გადაუდებელ ასთმასთან დაკავშირებული დახმარების გაწევა, ასთმის მქონე ბავშვების უმრავლესობის მართვა ხდება სახლში. ექთნების მოვლის პირველადი მიმართულებაა ასთმის თვითმართვასთან დაკავშირებული ოჯახური განათლება. შეიძლება ოჯახს დახმარება დასჭირდეს შესაძლო გამომწვევი ფაქტორების დადგენაში და ალერგენის შემცირების შესაძლო გზების იდენტიფიკაციაში. მათ ასევე უნდა უზრუნველყონ ბავშვის მოვლა და გართულებების შემთხვევაში ჯანდაცვის სისტემასთან სწრაფი კონტაქტი. ექთანმა უნდა ითანამშრომლოს სოციალურ სერვისებთან და სხვა სააგენტოებთან, როდესაც ოჯახს სჭირდება დამხმარე წყაროები, ბავშვის ჯამრთელობის მოთხოვნების შესასრულებლად. გარდა ამისა, სკოლის მედდა ინფორმაციის ბრწყინვალე წყაროა ასთმიანი ბავშვებისთვის, მათი მშობლებისთვის და სკოლის ასაკი ბავშვებისთვის. სკოლის მედდას უნდა ჰქონდეს ინფორმაცია ბავშვის ასთმის დიაგნოზის შესახებ.

ენისა და კულტურის ბარიერის პრობლემები, რომელიც ხელს უშლის ბავშვს სათანადო და დროული სამედიცინო დახმარების მიღებაში, უნდა იქნეს გამოსწორებული თარჯიმნების საშუალებით, იმისთვის, რომ ოჯახს სწორად მივაწოდოთ ინფორმაცია, მათი ბავშვის ჯანმრთელობის მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად. თუ შესაძლებელია, წასაკითხი მასალა დაავადებისა და მენეჯმენტის შესახებ, მათ მშობლიურ ენაზე უნდა იყოს ხელმისაწვდომი. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია რომ მწვავე ასთმის შეტევის დროს გადაუდებელ დეპარტამენტში პაციენტმა მშობლიურ ენაზე მიიღოს სერვისი.

შეფასება – საექთნო დახმარების გეგმის ეფექტურობა პაციენტში შედეგების მიღწევას ემყარება. თუ ინფორმაცია რომელსაც ოჯახი იღებს ეფექტურია, ბავშვის ასთმა წარმატებით უნდა იმართოს. რა თქმა უნდა, ბავშვი თავისუფალი უნდა იყოს სიცოცხლისთვის საშიში შეტევებისგან. ეფექტური მენეჯმენტი ასევე ნიშნავს, რომ ბავშვი ასთმის კლასიკური გამოვლინებისგან, როგორიცაა სტვენა, ქოშინი და ხველა, თავისუფალი იქნება. სერვისების მოთხოვნა არის საშუალება, რომლითაც მედდა დაეხმარება ოჯახს ადაპტაციაში, რომ ბავშვისთვის საჭირო მოთხოვნები უზრუნველყოს.

ოჯახის განათლება

ოჯახის განათლება უდრის ყურადღების გამახვილებას გამწვავებების პრევენციზე, გამომწვევებისთვის თავის არიდებას, თუ შესაძლებელია, გამწვავების ადრეულ ამოცნობას, მკურნალობას, მედიკამენტების სათანადო ადმინისტრაციას და PEF მონიტორინგის მოწყობილობის რეგულარულ და მეტრული-დოზის ინჰალატორის გამოყენებას. მშობლებს სჭირდებათ როგორც ასთმის, ისე ბავშვის დაავადების გამომწვევების იდენ-

ტიფიკაციისა და ასთმის შეტევების პრევენციისთვის საჭირო ჰოსპიტალიზაციის მნიშვნელობის აღქმა, ოპტიმალური ჯანმრთელობისთვის.

ბავშვი და ოჯახი მუდმივად უნდა იყენებდნენ MDI-ს. როგორც უკვე განვიხილეთ, MDI საშუალებას აძლევს ბრონქოდილატატორებსა და სტეროიდებს ინჰალაციური გზით. ადმინისტრაციის ეს გზა, უფრო სწრაფად ანაწილებს წამალს და ნაკლები გვერდითი მოვლენა აქვს. ზოგჯერ ასთმის მქონე ბავშები იგზავნებიან სახლში ნებულაიზერით მკურნალობისას, რომელიც აეროზოლით მკურნალობის სხვა ფორმაა.

ნებულაიზერის გამოყენება შეგვიძლია მცირეწლოვან და განვითარების შეფერხების მქონე ბავშებში, რომელთაც არ შეუძლიათ ღრმად ჩასუნთქვა. როდესაც ოჯახი სარგებლობს ნებულაიზერით, აუცილებელია, ინფორმაციის მიღება ნებულაიზერის შესახებ.

ოჯახის ინფორმირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი თემაა ვარჯიში. ასთმის მქონე ბავშვების უმეტესობას შეუძლიათ მონაწილეობა მიიღონ ვარჯიშსა და სპორტულ აქტივობებში, ასთმის კონტროლის ფონზე. სპეციფიურ სპორტულ აქტივობებში ჩართულობა დამოკიდებულია პაციენტის ამ აქტივობის მიმართ რეაქციაზე. ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2 აგონისტის მიღება, პროფილაქტიკის მიზნით მიიღება ვარჯიშს წინ 20-30 წუთით ადრე ამცირებს სიმპტომების გამწვავების რისკს. ასთმის გამომწვევები ბავშვისთვის სპეციფიურია. ამ სპეციფიური გამომწვევების ამოცნობა მნიშვნელოვანი ნაბიჯია ექსპოზიციის შემცირებისთვის. ბავშვი შეძლებისდაგვარად უნდა მოერიდოს თავის გამღიზიანებლებს. ასთმის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება მუდმივად უნდა მიმდინარეობდეს. რეგულარულად უნდა მოხდეს გამაფრთხილებელი ნიშნების მიმოხილვა. ოჯახს უნდა ვურჩიოთ, რომ ისეთი სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში, როგორიცაა სტვენითი ხასიათის სუნთქვა, ხშირი ხველა, სუნთქვის უკმარისობა, გულმკერდის სიმჭიდროვის შეგრძნება და მწვერვალის რესპირატორული ნაკადის სიხშირის შემცირება, აცნობოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს.

ნაკლებად ხშირი რესპირატორული ცვლილებები

ნაკლებად ხშირი პედიატრიული რესპირატორული ცვლილებები მოიცავს კისტურ ფიბროზს, რესპირატორულ დისტრესის სინდრომსა და ტუბერკულოზს. ექთნებს უნდა ჰქონდეთ საფუძვლიანი ცოდნა ამ ცვლილებების შესახებ, რათა ეფექტურად მოუარონ დაავადებულ ბავშვებსა და მათ ოჯახებს.

ცისტური ფიბროზი

ცისტოზური ფიბროზი (ცისტური ფიბროზი) არის აუტოსომური, რეცესიული, გენეტიკური დაავადება, რომელიც, უპირატესად, სასუნთქ და კუჭ-ნაწლავის სიტემებს აზიანებს; კავკასიელ პოპულაციაში, სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემამცირებელი გენეტიკური დაავადებაა, მაგრამ შეიძლება სხვა რასის მოსახლეობაშიც შეგვხვდეს. ცისტური ფიბროზი გამოწვეულია მეშვიდე ქრომოსომის ანომალიით, ეს არის კრიტიკული ცილა, რომელსაც სხეულის ბევრი სისტემა მოიხმარს. მიუხედავად იმისა, რომ გენეტიკური მუტაცია DF508 გენში ცისტური ფიბროზის მქონე პაციენტების უმრავლესობას აქვს გამოხატული, მსოფლიოს მასშტაბით ათასამდე სხვადასხვა გენის მუტაციაა აღმოჩენილი. გარდა ამისა, პაციენტებში დაავადების გამოვლინება საკმაოდ გასხვავდება, რაც სწო-

რედ გენეტიკური მუტაციების მრავალფეროვნებითაა გამოწვეული. მიუხედავად იმისა, რომ ცისტური ფიბროზი ქრონიკული პროგრესული დაავადებაა, რომელიც საჭიროებს ყოველდღიურ მკურნალობასა და მოვლას, დაზარალებული პაციენტების უმრავლესობა მოზრდილობის ასაკამდე კარგად ცხოვრობს.

სიხშირე და ეტიოლოგია

ცისტური ფიბროზით დაავადებულია ამერიკის შეერთებული შტატების 30,000-ზე მეტი ინდივიდი. აშშ-ის ახალშობილთა სკრინინგის პროგრამაზე დაფუძნებული მონაცემებით, დიაგნოზირებული ცისტური ფიბროზის 90%-ზე ნაკლები არის არა ესპანელი თეთრკანიანი, დაბადების პრევალენტობის მაჩვენებლით 1 2,500-3,500 დაბადებულში. ცისტური ფიბროზი ვლინდება ესპანელებს შორის 4,000-10,000-დან 1 დაბადებულში, და არა ესპანელ ფერადკანიანებში 15,000-20,000-დან 1 დაბადებულში. გადარჩენის საშუალო ასაკი ცისტური ფიბროზის მქონე პირთათვის იყო 37.4 წელი, 2007 წლის მონაცემებით ასაკი მერყეობს 0-70 წლამდე.

აშშ-ის ცისტური ფიბროზის მქონე ინდივიდთა დაახლოებით 45% ცხოვრობს 18 წელს ზევით.

დიაგნოზი

პაციენტთა ნახევრის დიაგნოზის დადგენა ხდება პირველი 6 თვის განმავლობაში. 2 წლის ასაკისთვის დაახლოებით 75%-ში ისმევა ცისტური ფიბროზის დიაგნოზი (ცისტური ფიბროზი საფუძველი). თუმცაღა, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის ახალი რეკომენდაციებით, ახალდაბადებული ბავშვების ცისტური ფიბროზისთვის სკრინინგი სავალდებულოა. ეს პროცესი განსხვავდება სხვადასხვა შტატში, მაგრამ მალე ყველა ახალშობილის პროგრამის ნაწილი იქნება აშშ-ში. გარდა ამისა, ამერიკის გენეტიკის კოლეჯისა და ამერიკის მეანობისა და გინეკოლოგიის კოლეჯის რეკომენდაციით, წყვილმა, რომელიც ელოდება ბავშვს, ან უნდა რომ შვილი ჰყავდეს, უნდა ჩაიტაროს სკრინინგი ცისტურ ფიბროზზე. მნიშვნელოვანია აღვნიშნოთ, რომ ცისტური ფიბროზის სკრინინგი არ ნიშნავს ამ დაავადების დიაგნოსტიკას; საბოლოო დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა შემდგომი შეფასება. თუ ახალშობილს არ ჩაუტარდა სკრინინგი, მაშინ დიაგნოზის დასმა ხდება დაავადების ისტორიით, ფიზიკური გასინჯვით, ლაბორატორიული მაჩვენებლებით, გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევითა და DNA ანალიზით, ოფლის ტესტთან ერთად, რომელიც დიაგნოზირების ოქროს სტანდარტად ითვლება.

პათოფიზიოლოგია

ცისტური ფიბროზი დეფექტური ცილის შედეგია, რომელიც იწვევს ენდოკრინული ჯირკვლების დისფუნქციას, რასაც მოჰყვება ნატრიუმისა და ქლორის დონეების ანომალიური ცვლილება, ლორწოს გაზრდილი წებვადობა და ბაქტერიის კოლონიზაცია სასუნთქ სისტემაში. ორგანიზმის ქსოვილების ეპითელიუმში გამოხატულია დარღვეული ქლორიდის გამტარობა და ნატრიუმის გაძლიერებული შეწოვა. იონების ეს ცვლილება იწვევს სასუნთქი გზების სეკრეციების დეჰიდრატაციას, შედეგად, ნახველის გამოყო-

ფასა და სასუნთქი გზების ობსტრუქციას ფილტვებში. სასუნთქი გზების ობსტრუქციის გარდა, გასქელებული პულმონალური გამონადენი, პათოგენის ინვაზიის რისკს და ბაქტერიის კოლონიზაციას ზრდის.

ეს სქელი ლორწო, არის ცისტური ფიბროზი TR-ის დისფუნქციის შედეგი, რომელიც იწვევს ობსტრუქციას ორგანიზმის სხვა სისტემების სტრუქტურებშიც. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გამოვლინებები მოიცავს პანკრეასის, ნაწლავისა და ღვიძლის ფუნქციის დაქვეითებას. საოფლე ჯირკვლები და რეპროდუქციული ჯირკვლებიც ზიანდება; ცისტური ფიბროზის მქონე თითქმის ყველა ბიჭი სტერილურია, ვაზ დეფერენსის არ არსებობის ან დაქვეითებული ფუნქციის გამო, ხოლო გოგონებს შემცირებული ნოყოფიერება აქვთ. საოფლე ჯირკვლების დაქვეითება, ხელს უწყობს მაღალი ქლორიდის გამოყოფის კიდევ უფრო გაზრდას; ცისტური ფიბროზის მქონე პაციენტები დეჰიდრატაციის მაღალი რისკის ქვეშ არიან.

კლინიკური გამოვლინება

ცისტური ფიბროზის დროს ფილტვის დაავადება ავადობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირი მიზეზია. ანთებითი პროცესი მცირეწლოვან ასიმპტომურ ბავშვებშიც კი არსებობს. ეს ანთება იწვევს ლორწოს გამოყოფას, ხოლო ინფლამოტორული უჯრედების ნარჩენები ქმნის იდეალურ გარემოს ბაქტერიის ზრდისთვის. ყველაზე ხშირი ორგანიზმები, რომელიც ცისტური ფიბროზის მქონე პაციენტის საჰაერო გზების ინვაზიას ახდენს არის Hemophilus influenza, Staphylococcus Aureus, Methicillin-რეზიზსტენტული Staphylococcus Aureus (MRSA), და Pseudomonas Aeruginosa. ბაქტერიული ინფექციები იწვევს ტოქსინების და სხვა პროდუქტების გამოყოფას, რომლებიც ანთებით პროცესს ამწვავებს და სასუნთქ გზებში ანთებითი პროცესის ციკლი ყალიბდება, ინფექცია და სასუნთქი გზების კლირენსი ქვეითდება. ქრონიკული ინფექციები და სასუნთქი გზების ობსტრუქცია იწვევს ბრონქიალური ეპითელიუმის განადგურებას და ბრონქიექტაზს (ფილტვის მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება შეუქცევადი დილატაციითა და ბრონქიალური კედლის დესტრუქციით). ატელექტაზი, ჰემოპტიზი ან პნევმოთორაქსი შეიძლება ამ პროცესის გართულება იყოს. ფილტვის დაავადების ყველაზე მწვავე სტადიაზე პულმონალური სისხლძარღვოვანი ცვლილებები, შედეგად პულმონალურ ჰიპერტენზიასა და კორ-პულმონალეს გვაძლევს. დოლისებრი თითები ვითარდება ქრონიკული ფილტვის დაავადების შედეგად. პულმონალური გამწვავება (რესპირატორული სტატუსის მწვავე დაქვეითება), რესპირატორული ინფექციის შედეგია, ცისტური ფიბროზის მქონე პაციენტებში ვლინდება შემთხვევით და არის ძირითადი მახასიათებელი ნიშანი ამ დაავადებისა. პულმონარული გამწვავების მახასიათებლებია გაზრდილი ხველა, ახალი ან გაზრდილი ნახველის წარმოქმნა, წონაში კლება, სისუსტე, ცხელება და ფილტვის ფუნქციის შემცირება (პულმონალური ფუნქციური ტეტების შეფასებით).

კლინიკური გამოვლინება კუჭ-ნაწლავის სისტემაში განსხვავებულია და მერყეობს მსუბუქი შეკრულობის, ღვიძლის ნორმალური ფუნქციის, პერიოდული პანკრეატიტის, მწვავე პანკრეასის ფუნქციის შემცირების, მალაბზორბციის, ცისტურ ფიბროზთან დაკავშირებული დიაბეტისა და ღვიძლის დაავადების ბოლოს სტადიას შორის. ცისტური ფიბროზი მქონე ბავშვების უმეტესობას პანკრეასის უკმარისობა აქვთ გამოხატული, პანკ-

რეასის სადინარის ობსტრუქციისა და შემდგომი პანკრეასის აუტო მონელებით. პანკრეასის უკმარისობის არ მკურნალობის შემთხვევაში, საკვებიდან ცხიმისა და ცილების მალაბზორბცია ვითარდება, მალნუტრიციული სტეატორეით, ცხიმში ხსნადი ვიტამინების დეფიციტით (A, D, E, და K), და განვითარების შეფერხებით, მიუხედავად ადექვატური საკვების მიღებისა. განავლის ნელი გადასვლა ნაწლავებში, ანომალური ნაწლავური სანათურის გამო, შიძლება იყოს ქრონიკული შეკრულობისა და ნაწლავური ობსტრუქციის (კერძოდ, იმ ბავშვებში, რომლებიც იღებენ პანკრეასის ადეკვატურ ენზიმებს სტატორეის გასასწორებლად) გამომწვევი. დაბადებისას, პაციენტების 20%-ში მეკონიუმ ილეუსი ცისტური ფიბროზიის პირველადი სიმპტომია. გლუკოზის შეუთავსებლობა და ინსულინის დეფიციტი, მოზარდებსა და მცირეწლოვან ბავშვებში, იწვევს ცისტურ ფიბროზთან დაკავშირებულ დიაბეტის განვითარებას, რაც, თავის მხრივ, ამცირებს კვების და პულმონალურ სტატუსს. ცისტური ფიბროზიის მქონე პაციენტების 10%-ს ღვიძლის დაავადება უვითარდება.

მკურნალობა

მთელი ცხოვრების განმავლობაში, სასუნთქი გზების ყოველდღიური გაწმენდა, ინფექციის პრევენცია, გამწვავებების შემცირება და პულმონალური გამწვავებების ადრეული აგრესიული მკურნალობა, ფილტვის ფუნქციისა და დაავადების პროგრესის შენელების ძირითადი თერაპიაა. გარდა ამისა, ცხოვრების განმავლობაში, ნორმალური ზრდისა და კვების ხელშეწყობა ასოცირდება პულმონალური შედეგების გაუმჯობესებაზე, ყველა ასაკში.

ცისტური ფიბროზისთვის დამახასიათებელია, პერიოდული პულმონალური გამწვავებები, ფილტვებში ბაქტერიების გამრავლების შედეგად. სპეციფიური თერაპიები მიზნად ისახავს, პულმონალური გართულებების შემცირებასა და ფილტვის ფუნქციის შენარჩუნებას, ეს მოიცავს დეოქსირიბონუკლეასას ინაჰალაციას (DNase), ჰიპერტონული სალინის ინჰალაციას და მაღლი დოზით იბუპროფენს. დამატებით, სასუნთქი გზების ყოველდღიური გაწმენდა რეკომენდირებულია ლორწოვანის სასუნთქი გზებიდან მოსაშორებლად. ეს სხვადასხვა მეთოდებით შესაძლოა შესრულდეს: გულმკერდის ფიზიოთერაპია, მექანიკური ოსილაცია გულმკერდის ჟილეტით, ხელის ოსილაციის მოწყობილობა ან აუტოგენური დრენაჟი. მექანიკური გულმკერდის ჟილეტი გამოიყენება მცირეწლოვან ბავშებში. ეს ჟილეტი უზრუნველყოფს მაღლი სიხშირის ოსილაციას, რომელიც სასუნთქ გზებში წარმოქმნილ სქელ ლორწოს ათხელებს და ხელს უწყობს მის მოშორებას.

პულმონალური გამწვავების აგრესიული მკურნალობა, ასოცირდება შედეგების გაუმჯობესებასთან და ფილტვის დაავადების ნელ პროგრესირებასთნ. ანტიბიოტიკები, როგორც ორალური ასევე ინჰალაციური, გაზრდილი სასუნთქი გზების გაწმენდის თერაპიასთან ერთად, გამოიყენება მსუბუქი გართულებების მართვისთვის სახლში. ამ თერაპიებმა თუ გაუმჯობესებული შედეგი არ მოგვცა, ან გამწვავების ეპიზოდებმა იმატა, მაშინ ჰოსპიტალიზაციაა საჭირო, ინტრავენური ანტიბიოტიკებით, გაძლიერებული კლირენსითა და სხვა საჭირო თერაპიებით (ჟანგბადით და კვებით მომარაგება). ანტიბოტიკების არჩევანი დამოკიდებულია სასუნთქი გზების ბაქტერიულ კვლევაზე

(ოროფარინგიალური, გამოდევნილი ნახველის ან ბრონქოსკოპიული გამონარეცხის). ნაკლებად ხშირი გართულებები, რომელიც დამატებით მკურნალობას საჭიროებს პნევმოთორაქსსა და ჰემოპტიზს მოიცავს. ორივე გართულება ასოცირებულია უფრო შორს წასულ ფილტვის დაავადებასთან, რომელიც საჭიროებს უფრო კომპლექსურ ჩარევას. ფილტვის ტრანსპლანტაცია არის საბოლოო სტადიის მკურნალობის არჩევანი, რომელიც გვთავაზობს დადებით შედეგებს, ჩვილებსა და მცირეწლოვან ბავშებში, რომელთა სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება რესპირატორული უკმარისობის გამო.

პანკრეასული უკმარისობისა და კვებითი დეფიციტის მკურნალობა ცისტურ ფიბროზში, შედარებით რთულია. ყველა ცისტური ფიბროზიის მქონე ბავშვების მკურნალობის მიზანია ნორმალური ზრდისა და BMI-ის შენარჩუნება 50%-ის ზემოთ, ოპტიმალური ჯანმრთელობისთვის. პანკრეასის უკმარისობის მქონე პაციენტებში, პანკრეასის ფერმენტით მომარაგება საჭიროა თითქმის ყველა საკვების მიღებისას, რათა სრულად მოხდეს მათი კვებითი ერთეულების დაშლა. კარგი პანკრეასის ფერმენტით მომარაგების შემთხვევაშიც კი, საჭმლის აბზორბცია სრულად ნორმალიზებული არ არის და პაციენტი საჭიროებს კალორიების სწორედ მიღებას. კვებით რაციონი უნდა მოიცავდეს მაღლი ცხიმის, ცილებისა და ნახშირწყლების შემცველ საკვებს, რათა კვებით მიზანს მივაღწიოთ. ცისტური ფიბროზიანი ბავშვების კალორიული მოთხოვნილება უნდა იყოს 4-ჯერ მეტი, ვიდრე ნორმალური ბავშვის კალორიული რაციონი. შესაბამისად, ხშირად საჭირო ხდება ენტერალური კვება ან ორალური მომარაგება ნუტრიენტებით. ჩვილებსაც და ბავშვებსაც უნდა მივცეთ ცხიმში ხსნადი ვიტამინების მარაგი, ასევე მათ კვებით რაციონს უნდა დავუმატოთ მარილი, განსაკუთრებით თბილი ამინდების დროს. ამას შეგვიძლია, მივაღწიოთ, სუფრის მარილის დამატებით ჩვილის ფორმულაში და თავისუფალი მარილის მიღებით მოზრდილი ბავშვების კვების რაციონში.

მეკონიუმ ილეუსის მქონე ჩვილებს, შესაძლოა, ვუმკურნალოთ ლაქსატივებით ან ოყნით, მაგრამ ქირურგიული ჩარევა მაინც საჭირო ხდება. ლაქსატივები, ჩვეულებრივ, გამოიყენება ნაწლავური ობსტრუქციის მართვისთვის, შედარების მოზრდილ ჩვილებსა და ბავშებში, იგი შესაძლოა ქრონიკულადაც გამოვიყენოთ, კონსტიპაციისა და განმეორებითი ობსტრუქციის თავიდან ასაცილებლად. ღვიძლის ტრანსპლანტაცია არის მკურნალობის არჩევანი, იმ პაციენტებისთვის რომელთაც, ღვიძლის დაავადების ბოლო სტადია აქვთ.

საექთნო მართვა

კისტოზურ ფიბროზს, სხვა ქრონიკული დაავადებების მსგავსად, აქვს უზარმაზარი ფიზიკური, ფინანსური, სოციალური და ემოციური შედეგები ბავშვისა და ოჯახისთვის. ხანგრძლივი მკურნალობის რეჟიმები, აგრესიული თერაპიები, რომელიც გართულების დროსაა საჭირო, ოჯახის სტრესის წყაროა. ცისტური ფიბროზის საექთნო მოვლის ინტეგრალური კომპონენტია ოჯახისთვის სტრატეგიის ჩამოყალიბება, რათა წარმატებით შეეგუონ დაავადების მოთხვონებს. მოვლაში ასევე შედის ჯანდაცვის მიმწოდებელთან კოლაბორაცია, მულტიდისციპლინური გუნდის კოორდინაცია, რომლებიც ახორციელებენ სოციალურ და საზოგადოებრივ მომსახურებას და უზრნველყოფენ ოჯახის განათლებას.

ჰოსპიტალიზაციისას, ცისტური ფიბროზის მქონე ბავშვის საექთნო მოვლა მოიცავს რესპირატორულ, კარდიოვასკულარულ, კვებით და განვითარების შეფასებას. სხვა საექთნო ჩარევები მოიცავს, ბავშვის IV ან ხანგრძლივი ვენური მოწყობილობის მართვას, IV ანტიბიოტიკებისა და სხვა მედიკამენტების ადმინისტრაციას, კვებითი მომარაგებით უზრუნველყოფას და ბავშვის დაავადებისა და მისი მკურნალობის რეჟიმის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას ოჯახის წევრებისთვის. საქეთნო ჩარევის ასევე მნიშვნელოვანი ასპექტია, რესპირატორული გართულებებისას ადეკვატური კვებით უზრუნველყოფა. პაციენტებმა პანკრეასის ფერმენტები უნდა მიიღონ კვებისა და წახემსების წინ. ცისტური ფიბროზის მქონე ბავშვების უმეტესობას უჭრის ფერმენტის კაფსულის ყლაპვა, ამიტომ შეგვიძლია კაპსულა გავხსნათ ვაშლის წვენში და ისე მივცეთ ბავშვს, თუ ეს საჭირო გახდა. ბავშვის კვებით რაციონში, ჩართულია მისთვის საყვარელი საკვები და კვებებს შრის დამატებითი საკვების მიღება ნებადართულია. ნუტრიციონისტთან კოლაბორაცია არის რეკომენდირებული ბავშვის ზრდის შეფერხებისას. საექთნო მართვა შეიძლება მოიცავდეს საკვები მილის ადმინისტრაციას, იმ ბავშებში, რომლებიც საჭიროებენ ენტერალურ კვებას, ნუტრიციული სტატუსის შესანარჩუნებლად. ცისტური ფიბროზიის დიაგნოზირებასთან დაკავშირებული სტრესისა და შფოთვის შესამცირებლად, ოჯახის წევრებს უნდა დავეხმაროთ სტრატეგიის ჩამოყალიბებაში, რომ გაუმკლავდნენ ამ მდგომარეობას. ოჯახებს ასევე სჭირდებათ ბავშვის მკურნალობის გეგმისა და მასთან დაკავშირებული მოვლის ცოდნა. წინასწარი მითითებები უნდა მოიცავდეს მშობელთა და ბავშვთა განვითარებისთვის საჭირო ზოგად ინფორმაციას და ქრონიკულ დაავადებებთან, დანაშაულის გრძნობასთან, და-ძმის რეაქციასთან და წინასწარ მწუხარებასთან დაკავშირებულ პრობლემების გადაჭრას.

ოჯახის ინფორმირება

ცისტური ფიბროზიის მქონე ბავშვების ოჯახის ინფორმირების მოთხოვნილება იზრდება ბავშვის ზრდა-განვითარებასა და ჯანმრთელობის ცვლილებასთან ერთად. სწავლება სწორედ ამ მოთხოვნებზეა დამოკიდებული. რა თქმა უნდა, მშობლებს უნდა ესმოდეთ დაავადების არსი, მისი მენეჯმენტი და გართულებების პრევენციის გზები. ცისტური ფიბროზიის მოვლის ძირი არის კარგი კვების შენარჩუნება, პრევენციული თერაპია და დაავადების პროგრესისა და გართულებების შემცირება. ინფექციების პრევენცია, ამ ჩარევებიდან ერთ-ერთია. ხელის ჰიგიენა ინფექციის გავრცელების პრევენციის ერთერთი გზაა. ცისტური ფიბროზიის მქონე თანატოლები ან მოზრდილები მხარდაჭერის ბრწყინვალე წყაროა, მაგრამ ეს ურთიერთობები უნდა შევზღუდოთ არაპირდაპირ კონტაქტამდე, რომ კომუნიკაცია ხდებოდეს ინტერნეტით ან ტელეფონით. ოჯახის წევრებს ასევე სჭირდებათ განათლება შემდგომი რუტინული მოვლისა და მონიტორინგის შესახებ, რათა შეფასდეს დაავადების პროგრესირება და შესაძლო გართულებების ნიშნები (სურათი 18-11). დაავადების ცვლილებების ნიშნებისა და სიმპტომების ამოცნობა ასევე მნიშვნელოვანია ადრეული და აგრესიული ჩარევისთვის. შემდგომი ვიზიტები არამარტო სამედიცინო მნიშვნელობისაა ბავშვისთვის, არამედ, უზრუნველყოფს ბრწყინვალე შესაძლებლობას ადრე ნასწავლი ინფორმაციის მიმოხილვისთვის, რათა დავრწმუნდეთ იმაში, რომ მშობლებს ნამდვილად ესმით დაავადებისა და მისი მკურნალობის არსი.



სურათი 18-11. საგანმანათლებლო პროცესი ცისტური ფიბროზის შესახებ

რესპირატორული დისტრესის სინდრომი

დღენაკლულ ბავშვებს, რომლებიც დაიბადნენ გესტაციის 36 კვირაზე ადრე, შეიძლება განუვითარდეთ რესპირატორული დისტრეს სინდრომი (RDS). დაავადება ჩვილებში ფილტვის მოუმწიფებლობისა და არასაკმარისი სურფაქტანტის გამო ვლინდება, რომელიც ალვეოლის გახსნას უწყობს ხელს. ამ ასაკში, ფილტვი სტრუქტურულადაც ჩამოუყალიბებელია. საკმარისი ჟანგბადის ვერ მიღების გამო, დღენაკლულ ბავშვებს უვითარდებათ დისპნოე, ჰიპოქსია, ჰიპერკაპნია და ციანოზი, შესაბამისად, საჭიროებენ ჟანგბადის დაუყონებლივ მიწოდებას და შესაძლო ხელოვნურ ვენტილაციას.

სიხშირე და ეტიოლოგია

RDS არის ყველაზე ხშირი მდგომარეობა, რომელიც ვლინდება და იმართება ნეონატალურ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. რაც უფრო დღენაკლულია ახალშობილი, უფრო სავარაუდოა რომ RDS განვითარდება. მაგალითად, გესტაციის 28-ე კვირაზე დაბადებული ჩვილების 60-80%-ს გამოხატული აქვთ RDS, ხოლო გესტაციის 32-36-ე კვირაზე დაბადებული ჩვილების მხოლოდ 15-30%-ს. გესტაციის 37-ე კვირაზე დაბადებული ჩვილების დაახლოებით 5%-ს აქვს შანსი რომ RDS განუვითარდეს. RDS ასევე ხშირია მამრ ჩვილებსა და დიაბეტიანი დედის შვილებში.

პათოფიზიოლოგია

RDS-ის მქონე ჩვილებს შეზღუდული ფილტვის მოცულობა აქვთ. შესაბამისად, მათ მუდმივად სჭირდებათ მექანიკური ვენტილაცია და ჟანგბადით მომარაგება. შედეგია, ფილტვის სტრუქტურის დაზიანება, რომელიც იწვევს ინტერსტიციალურ შეშუპებასა და ეპითელიალურ დესტრუქციას. ანთებითი პასუხი და უჯრედოვანი ნარჩენების დაგროვება, ქსოვილის დანეკროზების გამო, იწვევს სასუნთქი გზების ობსტრუქციას. ჰიპერინფლაცია, ატელექტაზი და ქსოვილების ფიბროზი ამ პროცესების შედეგია. ასევე, შესაძლებელია პულმონალური სისხლძარღვების დაზიანებაც. დაავადების საბოლოო გართულება არის ვენტილაცია-პერფუზიის ფარდობის დისბალანსი, რომელიც იწვევს ჰიპერკაპნეასა და ჰიპოქსემიას.

კლინიკური გამოვლინება

RDS-ის მქონე ჩვილებს სხვადასხვა ხარისხის რესპირატორული დისტრესი აქვთ, იმის მიხედვით თუ რამდენად მწვავეა მათი დაავადება. ნიშნები და სიმპტომები შეიძლება გამოვლინდეს დაბადებიდან რამდენიმე წუთში და თანდათანობით უარესობისკენ განვითარდეს. დამახასიათებელი გამოვლინებები მოიცავს ნიშნებსა და სიმპტომებს, რომელიც ასოცირდება პულმონალურ შეშუპებასთან და კარდიალურ-პულმონარულთან. ფილტვების აუსკულტაციისას ვლინდება: სტვენითი ხასიათის ხმიანობა. სხვა გამოვლინებებია, გაძლიერებული სუნთქვა რეტრაქციასთან ერთად, ზედაპირული რესპირაცია და ტაქიპნოე, სუნთქვის სიხშირე 60 წუთში. სითხის შეკავება ასევე შეიძლება გამოვლინდეს, ჩვილის გულის უკმარისობის გამო. მიუხედავად იმისა, რომ ჟანგბადის ადმინისტრაცია საჭიროა თავიდანვე, ჩვილში ვენტილაციის შესანარჩუნებლად, ზედმეტი ჟანგბადის მიწოდებამ შეიძლება გამოიწვიოს გართულებები, რომელზეც ყოველთვის უნდა ვფიქრობდეთ. RDS-ის ჟანგბადის ხანგრძლივი თერაპიის ტოქსიკურობა, ბრნქოპულმონალურ დიპლაზიას იწვევს.

ბრონქოპულმონალური დისპლაზია (BPD) არის ფილტვის ქრონიკული დაავადება, რომელიც, პირველ რიგში, დაბადებისას უკიდურესად დაბალი წონის მქონე RDS-იან, დღენაკლულ ჩვილებზე ახდენს ზეგავლენას. RDS ვლინდება დღენაკლულ ჩვილებში სისტემური მოუმწიფებლობისა და სურფაქტანტის ნაკლებობის გამო. სამედიცინო ჩარევის გარეშე, დღენაკლული ჩვილები საჭიროებენ მკურნალობას, იმისათვის რომ დავრწმუნდეთ მათ ადეკვატურ ვენტილაციაში. მექანიკური ვენტილაცია, პირველადი მკურნალობა, იწვევს ჩვილის ფილტვების დაზიანებას. მექანიკური ვენტილაციისა და ფაქიზი პულმონალური სისტემის კომბინაცია, ხელს უწყობს დღენაკლულ ჩვილს BPD-ის განვითარებაში.

დიაგნოზი

RDS-ის დიაგნოზი დამოკიდებულია ჩვილის დაავადების ისტორიაზე, ფიზიკურ გამოკვლევაზე, ლაბორატორიულ მაჩვენებლებსა და გულმკერდის რენტგენოლოგიურ სურათზე. დიაგნოზზე ეჭვი მიგვაქვს იმ შემთხვევაში, თუ ჩვილი არის დღენაკლული და ზემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური სიმპტომები აღენიშნება. ჩვილის რადიოგრაფული სურათი განსხვავდება, მაგრამ ტიპური სურათი ატელექტაზისა და ფიბროზის ალვეოლარულ ჰიპერინფლაციას გვიჩვენებს. ლაბორატორიული შედეგები გამოხატავს ჰიპოქსემიას, ჰიპერკაპნეასა და მეტაბოლური აციდოზი ნიშნებს. RDS-ის დიაგნოზი ისმევა მხოლოდ მას შემდგომ, რაც სხვა დაავადებები როგორიცაა პნევმონია, სეფსისი და პატენტ დუქტუს არეტერიოზუსის არსებობა გამოირიცხება.

მკურნალობა

RDS-ის მკურნალების მთავარი მიზანია პრევენცია, თუ ეს შესაძლებელია. პრენატალური სტეროიდები ხელს უწყობს ფეტალური ფილტვის მომწიფებას. ასევე ნაჩვენებია, რომ სტეროიდების მიცემა დედისთვის, მშობიარობამდე, თუ ბავშვი 24-დან 34 კვირამდე იბადება, ამცირებს RDS-თან ასოცირებულ სიკვდილიანობისა და ავადობის რისკს. ეგზოგენური სურფაქტანტის მიღება ამცირებს ალვეოლარული ზედაპირის დაჭიმულო-

ბას, რაც საშუალებას აძლევს ალვეოლას რომ მარტივად გაიხსნას ჩასუნთქვისას და ამოსუნთქვისას და კოლფსს შეუშალოს ხელი. შედეგი უფრო ეფექტური ვენტილაციაა. ფარმაკოლოგიური აგენტები, რომელიც RDS-ის მკურნალობისთვის გამოიყენება, მოიცავს შარდმდენებს, სტეროიდებსა და ბრონქოდილატატორებს. შარდმდენები გამოიყენება ჩვილის პულმონალური და სისტემური შეშუპების შესამცირებლად. სტეროიდები გამოიყენება, ანთებით პროცესებთან ასოცირებული დაავადებების სამკურნალოდ. მექანიკური ვენტილაცია შეიძლება გახდეს საჭირო კვირებიდან თვეების განმავლობაში, განსაკუთრებით თუ ჩვილს აქვს მწავე RDS და გართულებები, როგორიცაა პერსისტენტული აპნოე, ჰიპოქსემია და ჰიპერკაპნეა. მექანიკური ვენტილაცია, ჩვეულებრივ, გამოიყენება მას შემდგომ, როდესაც ჟანგბადის მიწოდების სხვა მეთოდები არ მუშაობს. ტრაქეოსტომია ჩვენებაა იმ ჩვილებისთვის, რომლებიც ხანგრძლივ ვენტილაციას საჭიროებენ. ბევრი RDS-ის მქონე ჩვილის გაწერა ხდება სახლში, მიუხედავად იმისა, რომ მათ სჭირდებათ ჟანგბადის თერაპია.

ჩვილებისთვის, რომლებიც უკიდურესად ცუდად არიან და არ შეუძლიათ მექანიკური ვენტილაცია, შეიძლება გამოგვადგეს ECMO-ს სახელწოდებით ცნობილი ინტერვენცია. ECMO განიმარტება როგორც, ექსტრაკორპორალური გარსების ოქსიგენაცია და პაციენტის ოქსიგენაციის გზაა, მისი ორგანიზმის გარეთ. გამოიყენება, მხოლოდ ძალიან ავადმყოფი ბავშებისთვის, რომელთაც აქვთ იმდენად მძიმე გულის ან ფილტვის პრობლემები, რომ თავისი თავის ოქსიგენაცია არ შეუძლიათ. რამდენიმე ხშირი დაავადება, რომელიც საჭიროებს ECMO ინტერვენციას არის დიაფრაგმის თანდაყოლილი თიაქარი, პნევმონია და მწვავე პულმონალური ჰიპერტენზია. ECMO-ის გამოყენებას შეიძლება გართულებები მოჰყვეს, რომელიც მოიცავს სისხლდენას, სისხლის შედედებას დარღვევებსა და ინფექციებს. ბავშვებს რომლებიც ECMO-ით მკურნალობენ, ამ მეთოდის გამოყენების გარეშე სიკვდილის გაზრდილი რისკი აქვთ.

საექთნო მართვა და ოჯახის ინფორმირება

RDS-ის მქონე ჩვილების საექთნო მართვა მოიცავს ფიზიკური მოთხოვნილებების უზრუნველყოფასა და ოჯახის მხარდაჭერას, ინფორმირებას. საექთნო მართვას, რესპირატორული ცვლილებების მნიშვნელოვანი ასპექტია ოჯახზე ორიენტირებული, მხარდამჭერი ზრუნვა. ფიზიკური მოვლა გულისხმობს, მიმდინარე ფიზიკურ შეფასებასა და რესპირატორულ, კვებით და განვითარებისთვის საჭირო დახმარების უზრუნველყოფას. რესპირატორული ხელშეწყობა, ჩვეულებრივ, გულისხმობს ჩვილის სუნთქვის ხელოვნურ მართვას, იმის შემოწმებით, რომ ვენტილატორი შესაბამისად ფუნქციონირებს და რომ ბავშვის ოქსიგენაციისა და ლაბორატორიული მაჩვენებლების მონიტორინგი და ენდოტრაქეალური ასპირაცია გამართულია საჭიროების მიხედვით. დღენაკლულ ჩვილებში, კერძოდ, რესპირაციული დისტრესის მქონე ჩვილებში, ხშირი ჩარევა მათი მდგომარეობის გაუარესებას იწვევს. არაინვაზიური მონიტორინგი გვეხმარება კოორდინირებულ მოვლაში, რომელიც ხელს უწყობს ჩვილს დასვენებაში, ენერგიის შენახვასა და სუნთქვის უკმარისობის შემცირებაში. ექთნისთვის მნიშვნელოვანად რთულია RDS-ის მქონე ჩვილებში კვების შენარჩუნება და კონტროლი. ჩვილები ადვილად იღლებიან და მათი სუნთქვის გაძლიერება ხელ უშლის კვებისას წოვას, ყლაპვასა და სუნ-

თქვას. გარდა ამისა, RDS-ის მქონე ჩვილებს აქვთ გაზრდილი მოთხოვნილება კვებაზე, რადგან მომატებული მეტაბოლური მაჩვენებელი აქვთ, რაც ასოცირებულია დღენაკლულობასთან. ეს პაციენტები ასევე გასტროეზოფაგალური რეფლუქსის განვითარების რისკის ქვეშ არიან, რომელიც კიდევ უფრო ხელს უშლის მათ საკვების მიღებას. ნაზოგასტრალური კვება არის ჩვენება, RDS-ის მქონე ჩვილებში მანამ, სანამ ჩვილი არ იქნება სტაბილურ მდგომარეობაში და შეძლებს ძუძუთი კვების მიღებას. ძუძუს რძეს ენიჭება უპირატესობა, რადგან უფრო ადვილად მოსანელებელია და აქვს იმუნოლოგიური სარგებლები. გარდა ამისა, მცირე ულუფებით, უფრო ხშირი კვება უკეთესად შეგუებადია, ვიდრე რძის დიდი მოცულობით მიღება. RDS-ის ისტორიის მქონე ჩვილებს რესპირატორული ინფექციების განვითარების გაზრდილი რისკი აქვთ და ჩვეულებრივ მოზრდილი ბავშვობის ასაკშიც რესპირატორული პრობლემებით ხასიათდებიან. ოჯახის წევრებს უნდა ვასწავლოთ რესპირატორული ინფექციის ადრეული ნიშნებისა და სიმპტომების ამოცნობა, რომ მათი განვითარების შემთხვევაში სამედიცინო დახმარება მოითხოვონ. ასევე მათ უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია იმუნიზაციის, როგორც პირველადი პრევენციის მეთოდის, მნიშვნელობის შესახებ. რუტინულ იმუნიზაციასთან ერთად, RDS-ის მქონე ჩვილებმა უნდა მიიღონ რესპირატორული სინციტიალური ვირუსის იმუნოგლობულინები, RSV-ის ინფექციის განვითარების რისკის შესამცირებლად. ჰოსპიტალიზაციის, არასათანადო გარემოს სტიმულაციის, არაადეკვატური კვებისა და რესპირატორული უკმარისობის ზეგავლენით, ამ ბავშებში განვითარება შეფერხებულია. ჩვილის მოვლა ასევე უნდა მოიცავდეს ბავშვის განვითარებას, რომ მათი დადებითი შედეგები კიდევ უფრო გახანგრძლივდეს. ეს მოიცავს ნეონატალურ განყოფილებასთან ასოცირებულ უარყოფითი სტიმულების შემცირებას და მათი განვითარებისთვის სათანადო სტიმულებით უზრუნველყოფას. აღმზრდელები უნდა წავახალისოთ, რომ ქონდეთ ახლო კონტაქტი ჩვილებთან. ასევე ისინი უნდა ჩავრთოთ ჩვილის მოვლის პროცესში.

RDS-ის მქონე ჩვილები, მდგომარეობის დასტაბილურებისას, წონის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებისას და მას შემდგომ, რაც მშობლები გამოამჟღავნებენ, რომ აქვთ უნარი მოუარონ საკუთარ ჩვილს, ოჯახის წევრებთან ერთად სახლში ეწერებიან. ჩვილების სახლში მართვა, რა თქმა უნდა, უმჯობესია, რადგან აღმზრდელსა და ჩვილს შორის მყარდება კომუნიკაცია, ეს უკეთესია ჯანმრთელობის განვითარებისთვისაც, რასაც ხარჯების შემცირების სარგებელიც ახლავს თან. გარდა ზოგადი მოსალოდნელი მითითებებისა, ოჯახის განათლება RDS-ის მქონე ჩვილის შესახებ, მოიცავს მედიკამენტებთან, ჟანგბადის თერაპიასთან, კარდიოპულმონალურ მონიტორინგთან, რეანიმაციასა და შემდგომ მოვლასთან დაკავშირებულ ინფორმაციის მიწოდებას.

ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზი (TB) არის ინფექცია, გამოწვეული კოლბის ფორმის ბაქტერიუმით, Mycobacterium tuberculosis (NIAID). TB-ის სიხშირე იზრდება მსოფლიოს მასშტაბით, როგორც მდიდარ ასევე ღარიბ ქვეყნებში. დაავადებას შეუძლია გამოიწვიოს ძალიან მწვავე სიმპტომები თუ არ ვუმკურნალებთ. შეიძლება გამოვლინდეს როგორც პულმონალური, ისე სხვა ორგანიზმის სისტემებით.

სიხშირე და ეტიოლოგია

მსოფლიოს მოსახლეობის თითქმის ერთი მესამედი ტუბერკულოზითაა დაავადებული (თითქმის 2 მილიონი ადამიანი). 2005 წელს, დაახლოებით 9 მილიონი ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა. TB-ის შემთხვევები უფრო მაღალი პრევალენტობით გამოირჩევა ურბანულ და დაბალ სოციოეკონომიურ ადგილებში და უფრო ხშირად არათეთრკანიან რასაში და ეთნიკურ ჯგუფშია გამოხატული. ლატენტური TB-ის ინფექციის ყველაზე მაღალი სიხშირე ფიქსირდება იმიგრანტებში, უსახლკარო ადამიანებსა და სხვადასხვა ქვეყანებში, სადაც TB ხშირია, მოგზაურ ხალხში.

პათოფიზიოლოგია

TB-ის გავრცელება ხდება რესპირატორული ტრაქტიდან გამოყოფილი წვეთებით იმ ადამიანის მიერ, რომელსაც აქტიური პულმონალური ინფექცია აქვს. ბაცილა შედის სასუნთქ სისტემაში, ჰაერში გადატყორცნილი წვეთების საშუალებით. მას შემდგომ, რაც მოხვდება ფილტვში, იწყებს გამრავლებასა და გავრცელებას ორგანიზმში, ლიმფური და მოცირკულირე სისტემებით. პათოგენის მიმართ ანთებითი პასუხი იწვევს გრანულომის ფორმაციას ფილტვში. ეს გრანულომები შეიცავს ინფექციას. საბოლოოდ მათი ჩანაცვლება ნაწიბურის ქსოვილით ხდება, რათა ორგანიზმმა განკურნოს თავისი თავი. ინფექციის ჯიბეები, პირველად ან მეტასტაზურ ადგილში, შეიძლება გადაურჩეს იმუნურ პასუხს და მიძინებული იყოს სანამ რეაქტივაციისთვის შესაფერის დროს არ მონახავს. დაავადება იწვევს ფილტვის პარენქიმისა და სისხლძარღვების განადგურებას, რომელიც იწვევს ვენტილაციის დაქვეითებას და ამცირებს სისხლის მიმოქცევას ფილტვში.

ლატენტურ TB-ისა და აქტიურ TB-ის შორის არსებობს განსხვავება. ლატენტური TB-ის დროს, ბაქტერია შიძლება შევიდეს ადამიანის ფილტვში, მაგრამ არ გამოიწვიოს მათი დაავადება. მიძინებული ინფექცია არ იწვევს სიმპტომების გამოვლენასა და სხვა ადმიანის ინფიცირებას. თუმცა, ამავდროულად, ლატენტური TB შიძლება გადაიზარდოს აქტიური TB-ში. იმისთვის, რომ ადამიანი TB-ით დაინფიცირდეს, საჭიროა ბაქტერია შევიდეს ადამიანის ორგანიზმში და გამოიწვიოს ინფიცირება, რის შემდგომაც იმუნური პასუხი ვერ შეძლებს მისი გავრცელებისა და გამრავლების შეჩერებას.

კლინიკური გამოვლინება

ბავშვებსა და მოზარდებში ინფექციის საწყის ფაზაში ისინი არიან ასიმპტომატურები და არ შეუძლიათ სხვა ადამიანის ინფიცირება TB-ის ინფექცია პროგრესირებს TB-ის დაავადებამდე, თუ ორგანიზმის დამცავი კასკადი ვერ შეებრძოლება ინფექციას. როდესაც TB დაავადება გამოვლინდება, სიმპტომები, ჩვეულებრივ, პირველი ინფიცირებიდან 1-6 თვის განმავლობაში ვლინდება. ინდივიდები, რომლებიც არ იღებენ პრევენციულ ფარმაკოლოგიურ თერაპიას, დაავადების განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ არიან.

ბავშვებში TB-ის პროგრესირებასთან ერთად, ყველაზე შესამჩნევი სიმპტომებია ხველა, წონაში კლება ან წონის ძნელად მომატება, ზრდის შეფერხება და ღამით ოფლიანობა. სიმპტომები ასოცირებულია მეტასტაზურ ინფექციასთან. დაავადების გართულებებია TB-ის მინინგიტი, ლიმფადენოპათია და კანისა და სახსრების ანთებითი პროცესები.

დიაგნოზი

TB-ის დიაგნოზი დამოკიდებულია შემდეგი მაჩვენებლების კომბინაციაზე: ფიზიკური გასინჯვა, რენტგენოლოგიური სურათი, დადებითი მანტუს კანის სინჯი ან Mycobacterium tuberculosis აღმოჩენა ორგანიზმიდან გამოყოფილი ბიოლოგიური სითხეებიდან.

TB-ის დიაგნოზირებაში გვეხმარება Mycobacterium tuberculosis-ის იზოლაცია გასტრალური ასპირაციიდან, ნახველიდან, პლევრალური სითხიდან, CSF-დან, შარდისა და სხვა ორგანიზმის სხეულის სითხეებიდან. TB-ის კანის ტესტი არის დიაგნოზირების ყველაზე ეფექტური მეთოდი, ლატენტური TB-ის მქონე პაციენტებში. კანის ტესტის ბავშვებში შესრულებამდე, ოჯახთან ერთად უნდა განვიხილოთ რისკები. ბავშვებს მხოლოდ მაშინ უნდა ჩაუტარდეთ მანტუს ტესტი, თუ აქვთ გამოხატული რისკ-ფაქტორები. არ არის რეკომენდებული კანის ტესტის სკრინინგის მეთოდი სკოლებში, ბანაკებსა და ბაღებში, დაბალი რისკის მქონე ბავშვებში. კვლევის ამ მეთოდს გაზრდილი უარყოფით-დადებითი პასუხი აქვს. კანის ტესტი არასანდოა სამ თვემდე ბავშვებში. თუ შესაძლებელია, რისკების შეფასება უნდა მოხდეს ყოველწლიურად ორ წელ ზევით ბავშებში.

მკურნალობა

TB-ის მკურნალობა დამოკიდებულია იმაზე, პაციენტს ლატენტური TB-ის ინფექციის (LTBI) დიაგნოზი აქვს თუ აქტიური TB-ის დაავადებისა. ანტიტუბერკუზოლური მედიკამენტების მიზანია Mycobacterium Tubeculosis განადგურება, რომ LTBI-ის პროგრესირება TB დაავადებაში შევაჩეროთ და მოვახდინოთ გართულებების პრევენცია. TB-ის მკურნალობის ძირითადი მედიკამენტებია ეთამბუტოლი, იზონიაზიდი, პირაზინამიდი და რიფამპინი. ეს წამლები უნდა გამოვიყენოთ კომბინაციაში იმისთვის, რომ წამალრეზისტენტული TB-ის ახალი შტამები დაიფაროს.

ჩვილების, ბავშებისა და მოზარდებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ LTBI (დადებითია კანის ტესტი, მაგრამ TB-ის ნიშნებისა და სიმპტომების გარეშე და თუ აქამდე არასდროს მიუღია TB-ის მედიკამენტები), თერაპია მოიცავს ცხრა თვის განმავლობაში ყოველდღიური იზონიაზიდის მიღებას. ჩვილებისთვის, ბავშებისთვისა და მოზარდებისთვის, რომელთაც წამალ-მგრძნობიარე პულმონალური TB-ის აქვთ დაკვირვებითი თერაპია რეკომენდირებული. აქტიური TB-თვის, რამდენიმე მედიკამენტის 6 თვის რეჟიმი არის რეკომენდებული. მათ პირველი ორი თვის განმავლობაში იზონიაზიდი, პირაზინამიდი და რიფამპინი უნდა მიიღონ.

საექთნო მართვა და ოჯახის ინფორმირება

ტუბერკულოზის შესახებ მედდის მენეჯმენტი ორიენტირებულია ოჯახისა და საზოგადოების განათლებაზე. ეს განათლება უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას, რომელიც დაკავშირებულია დაავადების პრევენციასა და მკურნალობასთან. პრევენციის ღონისძიებები მოიცავს საზოგადოების ინფორმირებას ინფექციის კონტროლის ზომების შესახებ და რუტინული კანის მანტუს ტესტირების ჩატარებას. ჯანდაცვის ინფორმირება, ასევე უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას პროფილაქტიკის ან მკურნალობის რეჟიმებისთვის გამოყენებული წამლის თერაპიის შესახებ. ზოგადად, ბავშვების ინფიცირება ხდება აქტიური პულმონალური დაავადების მქონე მოზრდილთან კონტაქტით. აქედან, გამომდინარე,

ყველაზე ეფექტური გზა ბავშვების რისკის შემცირებისთვის, არის დაავადებულ მოზრდილთა იდენტიფიცირება და მკურნალობა.

ემიგრანტ და უმცირესობაში მყოფ ოჯახებს შეუძლიათ ისარგებლონ ტუბერკულოზის შესახებ დამატებითი ინფორმაციითა და დახმარებით. მათი მოვლა კულტურის შესაბამისი უნდა იყოს.

დამატებითი რესპირატორული ცვლილებები

დამატებითი რესპირატორული ცვლილებები, მოიცავს უცხო სხეულის ასპირაციასა და კვამლის ინჰალაციით დაზიანებას. თუმცა, მათი ეპიდემიოლოგიური ზემოქმედება შეზღუდულია, ამ მდგომარეობების განხილვა მნიშვნელოვანია, მათი ცხოვრებისთვის საშიშროების გამო.

უცხო სხეულის ასპირაცია

ჩვილებში და მცირეწლოვან ბავშვებში უცხო სხეულის ასპირაცია ხშირი და სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობაა. ეს ყველაზე ხშირად გვხვდება 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში. ხველის რეფლექსი ზოგადად იცავს სასუნთქ გზებს უცხო სხეულის ობსტრუქციისგან. როდესაც საგნები გადაადგილდება სასუნთქ გზებში, იწვევს სრულ ან ნაწილობრივ ობსტრუქციას. სასუნთქი გზების ნაწილობრივი ობსტრუქცია, იწვევს ატელექტაზს და ჰაერის შეკავებას ობსტრუქციის ზევით, რაც იწვევს შემდგომ რესპირატორულ დისტრესს. უცხო სხეულთა უმრავლესობა ასპირაციისას, იჭედება მარჯვენა მთავარ ბრონქში, თუმცაღა, შედარებით იშვიათად, შეიძლება გაიჭედოს მარცხენა მხარეს ან შეიძლება დაზიანდეს ტრაქეაც. სრული სასუნთქი გზების ობსტრუქცია შედეგად გვაძლევს ჰიპოქსიასა და სიკვდილს.

კლინიკური გამოვლინებები

უცხო სხეულის ასპირაციის მქონე ბავშვებს, დიაგნოზის დასმამდე აღენიშნებათ სიმპტომები საათებიდან თვეებამდე. სიმპტომები განსხვავდება და შეიძლება მოიცავდეს ხველას, სტვენის ხასიათის ხმიანობას, ცხელებას, WBC მომატებას ან გულმკერდის ანომალიურ რენტგენოლოგიურ სურათს. ეს სიმპტომები შეიძლება მარტივად აგვერიოს ზედა რესპირატორული ტრაქტის ინფექციაში, ასთმაში ან პნევმონიაშიც კი. ყველაზე სანდო ნიშანი უცხო სხეული ასპირაციისა არის დახრჩობის ეპიზოდი, ჰიპერინფლაცია ფილტვის დაზიანებულ მხარეს და უნილატერალური სტვენა ან ხიხინი. სრული ობსტრუქციის მქონე ბავშები ვერ ახველებენ, ლაპარაკობენ ან გამოსცემენ ხმებს. ციანოზი, ცნობიერების დაკარგვა და სიკვდილი საბოლოო შედეგია.

მკურნალობა

სავარაუდო უცხო სხეულით ასპირაციის მკურნალობა გადაუდებელია. თუ ბავშვს აქვს ნათელი ცნობიერება, ვარდისფერია და ახველებს, დაკვირვება და შემდგომი შეფასებაა ჩვენება. თუ ბავშვს არ შეუძლია დახველება და ვერ გამოსცემს ხმებს, ცნობიერება აქვს დაკარგული ან ციანოზურია, უნდა განხორციელდეს ჰეიმლიხის მანევრი. იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ბავშვი, რომელსაც, შესაძლო უცხო სხეულის ასპირაცია აქვს,

მაგრამ სტაბილურია, უცხო სხეული შეიძლება გადაადგილდეს, გამოიწვიოს სასუნთქი გზების შემდგომი დაბლოკვა. ამ სიტუაციაში ბავშვი უნდა დარჩეს სამედიცინო დაკვირვების ქვეშ. უნდა ჩატარდეს მიმდინარე შეფასება და ქირურგიული ოპერაცია ბრონქოსკოპიით.

განათლება მნიშვნელოვანი კომპონენტია უცხო სხეულის ასპირაციის პრევენციაში. ჩვილები და მცირე წლოვანი ბავშები სწვალობენ გარემოს, პირის საშუალებით. მათ ასევე ცოტა კბილი აქვთ, რაც გავლენას ახდენს მათ უნარზე, რომ უსაფრთხოდ მართონ საკვები, როგორიცაა უმი ხილი და ბოსტნეული. მათი შეზღუდული მოტორული და კოგნიტური უნარები ასევე დიდ როლს თამაშობს უცხო სხეულის ასპირაციაში. მშობლებს სჭირდებათ ამ ფაქტორების აღქმა და გარემოს შეცვლა მათი ბავშვის დასაცავად. გარდა ამისა, ყველა აღმზრდელი უნდა წავახალისოთ პირველადი დახმარების შესწავლით, მათ შორის ობსტრუქციული სასუნთქი გზების მენეჯმენტის შესახებ.

კვამლის შესუნთქვით გამოწვეული დაზიანება

კვამლით გამოწვეული დაზიანება შეიძლება დავყოთ სამ მთავარ კატეგორიად: თერმული დაზიანება, ქიმიური დაზიანება, რომელიც მოიცავს მთელ სასუნთქ სისტემას და სისტემური ტოქსიკურობა. პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ თერმული, ქიმიური ან სისტემური ტოქსიკურობა, იზრდება ავადობისა და სიკვდილიანობის სიხშირე. კვამლის შესუნთქვის ერთმა ეპიზოდმაც კი შეიძლება გამოიწვიოს სასუნთქ სისტემასთან დაკავშირებული ქრონიკული პრობლემები. ხშირად ინჰალაციურ დაზიანებას თან ახლავს კანის დამწვრობები, რაც ამ პაციენტთა პოპულაციაში ცუდი პროგნოზის არსებობას განაპირობებს.

კლინიკური გამოვლინებები

კვამლის შესუნთქვისას დაუყოვნებლივ გამოვლენილი კლინიკური ნიშნები დაკავშირებულია თერმული ან ქიმიური დაზიანების საპასუხოდ განვითარებულ ანთებით რეაქციაზე. დაზიანების სიმწვავის შესაბამისად გამოვლინდება სუნთქვის გაძნელების სხვადასხვა ხარისხი. კვამლის შესუნთქვის ხშირი კლინიკური გამოვლინებებია: ფილტვის ედემა, სასუნთქი გზების ობსტრუქცია, სასუნთქი გზების შემცირებული დრეკადობა და სისტემური ტოქსიკურობით გამოწვეული მრავალსისტემური ეფექტები.

მკურნალობა

კვამლის ჩასუნთქვის მკურნალობა დამოკიდებულია დაზიანების ხარისხზე. ხშირად ნაჩვენებია მუდმივი შეფასება და შემოწმება, ჟანგბადის თერაპია და მხარდაჭერითი უზრუნველყოფა. ხშირად, აუცილებელია, აგრესიული ლორწოვანისა და სეკრეციების გასუფთავება ანტიბიოტიკების მიწოდებასთან ერთად, რათა მოხდეს ინფექციის პრევენცია და საჭიროების შემთხვევაში მართვითი ვენტილაცია.

სასუნთქი ცვლილებების პრევენცია

შესაძლებელია, რომ დავნერგოთ ჯანმრთელობის ხელშემწყობი სხვადასხვა მეთოდი, რათა შემცირდეს პედიატრიულ პოპულაციაში სასუნთქი ცვლილებების განვითა-

რების რისკი. ეს მიდგომები მოიცავს გარემოში არსებულ მავნე ნივთიერებების კონტროლს, როგორიცაა პასიური მწეველობა, ჰაერის დამაბინძურებელი საშუალებები და ალერგენები; ინფექციის რისკი შემცირდება იმუნიზაციებითა და ინფექციის კონტროლის მეთოდებით; გენეტიკოსთან კონსულტაციით; პრენატალური მოვლითა და წინასწარი მითითებების შესრულებით. ექთნებმა, ბავშვისა და ოჯახის მოთხოვნით, უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია ოჯახს ჯანმრთელობის ხელშემწყობი მეთოდების შესახებ. მომვლელებს უკეთესად შეუძლიათ თავიანთი ბავშვებისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა, როდესაც მათ აქვთ ასეთი პირობების უზრუნველყოფის ცოდნა.

გარემოს ზეგავლენასთან დაკავშირებული სასუნთქი სისტემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა პასიური მოწევა, რომელიც ზრდის ჩვილებსა და ბავშვებში სასუნთქი სისტემის ინფექციების რისკს. პასიურ მოწევასთან განსაკუთრებით დაკავშირებულია პნევმონიის, შუა ყურის ანთების, ბრონქიტის, ასთმის, ალერგიების, ფარინგიტისა და გაციების შემთხვევების გაზრდილი სიხშირე. ასთმით დაავადებულ ბავშვებში, თუ ისინი ცხოვრობენ მწეველებთან ერთად სახლში, ორჯერ გაზრდილია რისკი სასუნთქ სისტემასთან დაკავშირებული გადაუდებელი პრობლემის გამო გადაუდებელ განყოფილებაში მოთავსებისა. პაციენტის ანამნეზის აღებისას მნიშვნელოვანია, რომ გამოვკითხოთ არსებობს თუ არა მწეველი, რომელსაც აქვს ბავშვთან რეგულარული კონტაქტი მიუხედავად იმისა, ეს პიროვნება ბავშვის თანდასწრებით თამბაქოს მოიხმარს თუ არა. გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს ტანსაცმელზე ან ავტომანქანებში თამბაქოს სუნის არსებობა.

ზოგიერთ შემთხვევაში, ,,სუფთა ჰაერზე'" ბავშვის გასეირნებამ შეიძლება წარმოქმნას სუნთქვასთან დაკავშირებული პრობლემა. ავტომანქანებისა და ქარხნების გამონაბოლქვმა შეიძლება გამოიწვიოს ან გაამწვავოს კონკრეტული რესპირატორული მდგომარეობები. ჰაერში არსებულმა ალერგენებმა, როგორიც არის მტვერი და ობი, ასევე შეიძლება განავითაროს ცვლილებები. მაღალი რისკის მქონე ბავშვები, მაგალითად, ფილტვის ქრონიკული დაავადებების დროს, უნდა მოერიდონ იმ გარემოში ყოფნას, სადაც დაბინძურებისა და ალერგენის მაჩვენებელი მაღალია. ზოგიერთი ასთმის მქონე ბავშვისთვის ცივი ამინდი შეიძლება იყოს მდგომარეობის გაუარესების გამომწვევი მიზეზი, ხოლო გაზაფხული ან შემოდგომა – ასთმის ან ალერგიული რინიტისა.

ბავშვებში სწორად მიწოდებული იმუნიზაციის გადამოწმება ხელს უწყობს სასუნთქი ცვლილებების განვითარების რისკის შემცირებას. შესაბამისი იმუნიზაციებით შესაძლებელია ისეთი რამდენიმე პედიატრული რესპირატორული მდგომარეობების პრევენცია ან შემცირება, როგორიცაა პნევმონია, ყივანახველა და დიფტერია. ეს იმუნიზაციები განხილულია მე-15 თავში. მაღალი რისკის ჯგუფებში, დამატებითი იმუნიზაციები გამოიყენება, რათა მოხდეს ისეთი სასუნთქი ცვლილებების პრევენცია რომელიც მოიცავს იმუნური, გულის ან ფილტვის დაავადების მქონე ადამიანებს. პათოგენების გავრცელების პირველადი ხელშემშლელი მეთოდია რეგულარული ხელების დაბანა, რომლის განხორციელება ადვილი და ძალიან ეფექტურია. ინფექციის კონტროლის სხვა მეთოდებია ბავშვებისთვის დაცემინებისას პირისა და ცხვირის დაფარვის სწავლება და ჭურჭლის, სასმელებისა და პირსახოცების გაზიარებისგან თავის არიდება.

მნიშვნელოვანია, გენეტიკოსთან კონსულტაცია, თუ ბავშვი დაიბადება თანდაყო-

ლილი მემკვიდრული რესპირატორული დაავადებით ან თუ მისი მშობლები ცნობილია, რომ არიან მატარებლები. მაგალითად, წყვილმა, რომელსაც ჰყავს ცისტური ფიბროზით დაავადებული ბავშვი, უნდა გააცნობიეროს, რომ ყოველი ორსულობისას მომდევნო შვილში ამ დაავადების განვითარების ალბათობაა 25%-ია. ეს ინფორმაცია მნიშვნელოვანია მშობლებისთვის, რადგან ისინი იღებენ მომავალში ბავშვების ყოლის გადაწყვეტილებას. პრენატალური მოვლა არის ჯანმრთელობის აუცილებელი ხელშემწყობი მიდგომა, რომელიც აუმჯობესებს ბავშვებში ჯანმრთელობასა და ამცირებს ნაადრევად დაბადების სიხშირეს. ნაადრევი დაბადების შემთხვევების შემცირება მნიშვნელოვანია, რადგან ის არის დაკავშირებული ჯანმრთელობის რამდენიმე ცვლილებებთან, როგორიცაა რესპირატორული დისტრეს სინდრომი, ბრონქოპულმონარული დისპლაზია, აპნოე და რესპირატორული ინფექციები.

სახლის პირობებში ჩვილებისა და ბავშვების მოვლის უსაფრთხოების შესახებ წინასწარი მითითება რესპირატორული ცვლილებების პრევენციის კიდევ ერთი მეთოდია. AAP-მა 2005 წელს გამოაქვეყნა განცხადება, რომლის მიხედვით რეკომენდებული იყო ბავშვის დაძინება ზურგზე მწოლიარე პოზით, რომელსაც ეწოდება ,,ზურგზე ძილი'', რათა მოხდეს პრევენცია ჩვილის უეცარი სიკვდილის სინდრომისა(SIDS). შუა ყურის ანთების სიხშირის შემცირება შესაძლებელია ძუძუთი კვებით, ბოთლის ერთ მდგომარეობაში არ გაჩერებითა და ჩვილის მწეველებისგან მორიდებით. ძუძუთი კვებისას ბავშვს მიეწოდება იმუნური კომპლექსები, რაც იცავს ჩვილებს სასუნთქი გზების ინფექციების განვითარებისგან. დამატებით, მომვლელებს შეუძლიათ ბავშვები დაიცვან ასთმის გამწვავებისა და ალერგიული რინიტისგან, სახლში ალერგენების რაოდენობის კონტროლის საშუალებით. სახლში ხანძრის გაჩენისას ევაკუაციის გეგმის ჩამოყალიბება და დარწმუნება, რომ ბავშვებმა გააცნობიერეს იგი, ამცირებს ბავშვში დამწვრობებითა და კვამლის შესუნთქვით გამოწვეულ დაზიანებებს. წყლის უსაფრთხოების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება ხელს უწყობს ჩაძირვის ან თითქმის ჩაძირვის შემთხვევების პრევენციას. და ბოლოს, მცირე ზომის სათამაშოებისა და სხვა ნივთების ჩვილებისთვისა და უმცროსი ბავშვებისთვის ხელმიუწვდომელ ადგილას დადება ამცირებს ასფიქსიისა და უცხო სხეულების ასპირაციის რისკს.

საკვანძო საკითხები

- სასუნთქი სისტემის მთავარი ფუნქციაა აირთა ცვლის ხელშეწყობა;
- რამდენიმე ანატომიური და ფიზიოლოგიური განსხვავებული თავისებურება ზრდის ჩვილებსა და ახალგაზრდა ბავშვებში სასუნთქი სისტემის დისფუნქციის განვითარების რისკს, რომელსაც მიეკუთვნება: მცირე ზომის სასუნთქი გზები, ცოტა რაოდენობის ალვეოლი, გაზრდილი გულმკერდის დრეკადობა, განუვითარებელი იმუნური სისტემები და ჟანგბადის მიმართ გაზრდილი მოთხოვნები;
- ვირუსულ რესპირატორულ ინფექციებს მკურნალობენ სიმპტომურად. ამ ინფექციების დროს არ არის ანტიბიოტიკების მიწოდების ჩვენება, თუ არ განვითარდება მეორეული ბაქტერიული ინფექცია;
- ტონზილექტომიის შემდეგ განვითარებული სერიოზული გართულებაა ჰემორა-

გია. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ხშირი ყლაპვა არის სისხლდენის პირველი გამოვლინება;

- ბავშვთა ყველაზე ხშირი ინფექციური დაავადებაა შუა ყურის ანთება, რომელიც ხშირად არის ზედა სასუნთქი სისტემის ინფექციის გართულება;
- კრუპისთვის დამახასიათებელია: ჩახლეჩილი ხმა, ,,ყეფის მსგავსი'' ან კრუპის ხველა, ჩასუნთქვისას სტრიდორი და განსხვავებული სიმწვავის სუნთქვის გაძნელება;
- მწვავე ეპიგლოტიტი არის სიცოცხლისთვის სახიფათო ბაქტერიული ინფექცია, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს სასუნთქი გზების სრული ობსტრუქცია. ამ მდგომარეობისთვის დამახასიათებელი კლასიკური კლინიკური გამოვლინებებია: სუნთქვისა და ყლაპვის გაძნელება, ნერწყვდენა, აგზნებადობა და სისუსტე;
- ბრონქიოლიტი არის ბრონქების მწვავე ინფექცია. ყველაზე ხშირად გამოწვეულია რესპირატორული სინციტიალური ვირუსით. მისი სიმპტომებია: სუნთქვის გაძნელება, სტვენითი სუნთქვები, გახანგრძლივებული ამოსუნთქვის ფაზა და ხანგამოშვებითი ციანოზი;
- პნევმონიის მიზეზია სეკრეციების, უჯრედების დაშლის პროდუქტებისა და სხვა ექსუდატის დაგროვება, რომელიც გამოწვეულია სასუნთქი სისტემის ინფექციითა და ანთებით;
- ბავშვთა ყველაზე ხშირი ქრონიკული დაავადებაა ასთმა. საექთნო მართვა ყურადღებას ამახვილებს ოჯახისა და ბავშვისთვის ინფორმაციის მიწოდებაზე, რომელიც დაკავშირებული იქნება: საპრევენციო წამლებზე, სიმპტომებზე, გამომწვევ მიზეზებზე, მკურნალობასა და გადასამოწმებლად მოსვლის აუცილებლობაზე;
- ცისტური ფიბროზი არის აუტოსომურ რეცესიული დაავადება, რომელიც თავდაპირველად აზიანებს ფილტვებსა და მომნელებელ სისტემას. ამ დაავადებას მკურნალობენ აგრესიული თერაპიით, რათა პრევენცია მოხდეს ფილტვის ფუნქციის შემცირების და შენარჩუნდეს ნორმალური კვების მიღება. ამ დაავადების მქონე ადამიანების უმეტესობა ცოცხლობს ზრდასრულ ასაკამდე;
- რესპირატორული დისტრეს სინდრომი (RDS) არის ნაადრევი ჩვილების სასუნთქი სისტემის დისფუნქცია. მისი გამომწვევი მიზეზია ნაადრევი ჩვილების განუვითარებელი ფილტვები და არასაკმარისი სურფაქტანტის არსებობა, რომელიც აუცილებელია ალვეოლების გახსნილი მდგომარეობის შესანარჩუნებლად;
- ტუბერკულოზი პასუხისმგებელია ავადობასა და სიკვდილიანობაზე მთელ მსოფლიოში. მოვლის მთავარი მიზანია პრევენცია;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მეთოდებს, რომელთა საშუალებით შესაძლებელია პედიატრულ პოპულაციაში სასუნთქი ცვლილებების განვითარების რისკის შემცირება, მიეკუთვნება: გარემოში არსებული მავნე ნივთიერებების კონტროლი, რუტინული იმუნიზაციები, პრენატალური მოვლა, გენეტიკოსთან კონსულტაცია, ინფექციის კონტროლის პრაქტიკები და წინასწარი მითითება სახლის პირობებში მოვლისა და უსაფრთხოების შესახებ.

გასამეორებელი საკითხები

- აღწერეთ ანატომიური განსხვავება ბავშვისა და ზრდასრულის სასუნთქ სისტემას შორის, რის გამოც ბავშვში იზრდება სასუნთქი სისტემის ინფექციების განვითარების რისკი.
- ოჯახის სწავლების გეგმის განვითარება ბავშვის ტონზილექტომიამდე და მის შემდეგ მოვლასთან დაკავშირებული.
- კრუპის მქონე ბავშვის მოვლის გეგმის განვითარება.
- აღწერეთ რინოფარინგიტის კლინიკური გამოვლინებები.
- განასხვავეთ OME და AOM ერთმანეთისგან.
- ოჯახის სწავლების გეგმის განვითარება AOM-ით დაავადებული ბავშვის შემთხვევაში.
- განიხილეთ ბავშვში პნევმონიის კლინიკური გამოვლინებები.
- ასთმის სხვადასხვა კატეგორიის მკურნალობის მეთოდების ახსნა.
- აღწერეთ ცისტური ფიბროზით დაავადებული ბავშვების უახლესი მკურნალობის მიდგომები.
- აღმოაჩინეთ ის ხუთი გზა, რომლის საშუალებით შესაძლებელია ბავშვში სასუნთქი სისტემის ცვლილებების განვითარების რისკი.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Aberle, N., Bublic, J., Feric, M., Bukvic, B., Simic, A., Trtica, B. et al. (2007). Increasing rate of childhood tuberculosis in a region of east Croatia. Pediatrics International, 49, 183–189.
- Altkorn, R., Chen, X., Milkovich, S., Stool, D., Rider, G., Bailey, C. M., Haas, A. et al. (2008). Fatal and non-fatal food injuries among children (aged 0–14 years). International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 72(7), 1041–1046.
- American Academy of Pediatrics Red Book Online. (2006). Antimicrobial agents and related therapy; principles of appropriate use for upper respiratory tract infections. Retrieved March 24, 2009, from http://aapredbook.aappublications.org.
- American Lung Association. (2009). Trends in asthma morbidity and mortality. American Lung Association Epidemiology and Statistics Unit, Research and Program Services Division. Available at http://www.lungusa.org/.
- Barson, W. (2009). Epidemiology, pathogenesis, and etiology of pneumonia in children. www.UpToDate version 17.1. Bjornson, C. L., & Johnson, D. W. (2008). Croup. Lancet, 371(9609), 329–339.
- Bolt, P., Barnett, P., Babl, F. E., & Sharwood, L. N. (2008). Topical lignocaine for pain relief in acute otitis media: Results of a double blind placebo controlled randomized trial. Archives of Disease in Childhood, 93, 40–44.
- Brashers, V. (2004). Alterations of pulmonary function. In S. Huether & K. McCance (Eds.). Understanding pathophysiology (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Brook, I., & Gober, A. E. (2008). Concurrent influenza A and group A beta-hemolytic streptococcal pharyngotonsillitis. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology, 117(4), 310–312.
- Burkhart, P. V., Svavarsdottir, E. K., Rayens, M. K., Oakley, M. G., & Orlygsdottir, B. (2009). Adolescents with asthma: Predictors of quality of life. Journal of Advanced Nursing, 65(4), 860–866.
- Carr, W. W. (2008). Pediatric allergic rhinitis: A current focus and future state of the art. Allergy and Asthma Proceedings, 29(1), 14–23.
- Carter, N. (2006). Delivery of 100%, 40% and below by humidity did not differ for change in croup scores in children with moderate croup. Evidence Based Nursing, 9(4), 105.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Infant deaths associated with cough and cold medications—two states, 2005. Morbidity and Mortality Weekly Report, 56(1), 1–4.
- Chao, J. H., Kunkow, S., Reyes, L.B., Licten, S., & Crain, E. F. (2008). Comparison of two approaches to observation therapy for acute otitis media in the emergency department. Pediatrics, 121(5), e1352–e1356.
- Checchia, P. (2008). Identification and management of severe respiratory syncytial virus. American Journal of Health-System Pharmacists, 65(8), S7–S12.

- Cherry, J. D. (2008). Clinical Practice: Croup. New England Journal of Medicine, 358(4), 384–391.
- Chetty, K., & Thomson, A. H. (2007). Management of communityacquired pneumonia in children. Paediatric Drugs, 9(6), 410–411.
- Cystic Fibrosis Foundation. (2009). Treatment of Pulmonary Exacerbation of Cystic Fibrosis, Clinical Practice Guidelines. Retrieved March 24, 2009, from http://www.cff.org.
- De Sutter, A., Lemiengre, M., Van Maele, G., van Driel, M., De Meyere, M., Christians, T., et al. (2006). Predicting prognosis of effect of antibiotic treatment in rhinosinusitis. Annals of Family Medicine, 4(6), 486–493.
- Dudell, G. G., & Stoll, B. J. (2004). Respiratory tract disorders— respiratory distress syndrome (hyaline membrane disease). Nelson textbook of pediatrics (18th ed.). Philadelphia: Saunders, pp. 731–742.
- Fanta, C. (2009). Asthma. New England Journal of Medicine, 360(10), 1002–1014.
- Fidkowski, C. W., Fuzaylov, G., Sheridan, R. L., & Cote, C. J. (2008). Inhalation burn injury in children. Paediatric Anaesthesia, December 2008: 1–8.
- Fifoot, A. A., & Ting, J. (2007). Comparison between single dose oral prednisolone and oral dexamethaosone in the treatment of croup: A randomized double-blind clinical trial. Emergency Medicine Australia, 19, 15–18.
- Flume, P., O'Sullivan, B., Robinson, K., Goss, C., Mogayzel, P., Willey– Courand, D. B., et al. (2007). Cystic fibrosis pulmonary guidelines: Chronic medications for maintenance of lung health. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 176, 957–969.
- Flume, P. A., Robinson, K. A., O'Sullivan, B. P., Finder, J. D., Vender, R. L., Willey-Courand, D. B., et al. (2009). Clinical practice guidelines for Pulmonary Therapies Committee. Cystic fibrosis pulmonary guidelines: Airway clearance therapies. Respiratory Care, 54(4), 522–537.
- Foxlee, R., Johansson, A., Wejalk, J., Dawkins, J., Dooley, L., & Del Mar, C. (2006). Topical analgesia for acute otitis media. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3: CD005657.
- Gregori, D., Salerni, L., Scarinzi, C., Morra, B., Berchialla, P., Corradetti, R. et al. (2008). Foreign bodies in the upper airways causing complications and requiring hospitalization in children 0–14 years; results from ESFBI study. European Archives of Otolaryngology, 265(8), 971–978.
- Griffen, G. H., Flynn, C., Bailey, R. E., & Schultz, J. K. (2006). Antihistamines and/or decongestants for otitis media with effusion in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4: CD003423.
- Grosse, S. D., Boyle, C. A., Botkin, J. R., Comeau, A. M., Kharrazi, M., Rosenfeld, M., & Wilfond, B. S. (2004) Newborn screening for CF: Evaluation of benefits and risk and recommendations for state newborn screening programs. Morbidity and Mortality Weekly Review, 53, 1–36.

- Hale, K. A., & Issacs, D. (2006). Antibiotics in childhood pneumonia. Paediatric Respiratory Reviews, 7(2), 145–151.
- Harrison, C. J. (2004). Pediatric practice: The new guideline for managing otitis media. Patient Care for the Nurse Practitioner. Retrieved February 7, 2006, from http://www.patientcarenp.com/pcnp/article/articleDetail.jsp/id5119431.
- Heyer, C. M., Bollmeier, M. E., Rossler, L., Nuesslein, T. G., Stephan, V., Bauer, T. T., et al. (2006). Evaluation of clinical radiologic and laboratory prebronchoscopy findings in children with suspected foreign body aspiration. Journal of Pediatric Surgery, 41(11), 1882–1888.
- Huabin, L. I., Quan, S., Zuo, K., Hongyan, J., Cheng, L., Shi, J., et al. (2009). Nasal saline irrigation facilitates control of allergic rhinitis by topical steroid in children. Journal of Otorhinolaryngology, 71(1).
- Jeenakeri, R., & Drayton, M. (2009). Management of respiratory distress syndrome. Peadiatrics and Child Health, 19(4), 158–164.
- Johnson, C., Butler, S., Konstan, M., Morgan, W., & Wohl, M. E. (2003). Factors influencing outcomes in cystic fibrosis. Chest, 123, 20–27.
- Kaari, J. (2006). The role of intranasal steroids in the management of pediatric allergic rhinitis. Clinical Pediatrics, 45(8), 697–704.
- Koopman, L., Hoes, A. W., Glasziou, P. P., Appelman, C. L., Burke, P., McCormick, D. P., et al. (2008). Antibiotic therapy to prevent the development of asymptomatic middle ear effusion in children with acute otitis media: A meta-analysis of individual patient data. Archives of Otolaryngology, 134(2), 128–132.
- Kurugol, Z., Bayram, N., & Atik, T. (2007). Effect on zinc sulfate on common cold in children: Randomized, double blind study. Pediatrics International, 49, 842–847.
- Lieberthal, A. S., Ganiats, T. G., Cox, E. O., Culpepper, L., Mahoney, M., Miller, D., et al. (2004). American Academy of Pediatrics and American Academy of Family Physicians: Clinical Practice Guideline for the diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics, 113(5), 1451–1465.
- McWilliams, D. B., Jacobson, R. M., Van Houten, H. K., Naessens, J. M., Ytterberg, K. L., & Berman, S. (2008). A program of anticipatory guidance for the prevention of emergency department visits for ear pain. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 162(2), 151–156.
- Meltzer, E. O. (2006). Allergic rhinitis: Managing the pediatric spectrum. Allergy and Asthma Proceedings, 27(1), 2–8. Milgrom, H., & Leung, D. Y. M. (2004). Allergic rhinitis. In R. E. Behrman, R. M. Kliegman, & H. B. Jenson, Nelson Textbook of Pediatrics (17th ed.). Philadelphia: Saunders, pp. 759–760.
- Moore, M., & Little, P. (2007). Humidified air for treating croup: A systematic review and meta analysis. Family Practice, 24(4), 295–301.
- National Asthma Education and Prevention Program. (2003). Expert panel report: Guidelines for the diagnosis and management of asthma: Update on selected topics 2002. Bethesda, MD:

- National Heart, Lung, and Blood Institute; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication No. 02-5074, pp. 117–118, 120–121. Retrieved September 8, 2005, from http://www.nhlbi.nih.gov.
- National Asthma Education and Prevention Program. (2007). Expert panel report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. US Department of Health and Human Services;
- National Institutes of Health; National Heart Lung and Blood Institute. NIH Publication Number 08-5846. Retrieved June 24, 2010, from http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthsumm.pdf.
- National Heart, Lung, and Blood Institute, a part of the National Institutes of Health and the U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved December 9, 2010, from http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma.
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (2007). Available at http://www3.niaid.nih.gov.
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (2008). Available at http://www3.niaid.nih.gov.
- Nayak A., & Langdon, R. B. (2007). Monteleukast in the treatment of allergic rhinitis: An evidenced based review. Drugs, 67(6), 887–901.
- Ostapchuk, M., Roberts, D. M., & Haddy, R. (2004). Community acquired pneumonia in infants and children. American Academy of Family Physicians, 70, 899–908.
- Patel, S., & DeSantis, E. R. (2008). Treatment of congenital tuberculosis. American Journal of Health-System Pharmacists, 65, 2027–2031.
- Pickerd, N., & Kotecha, S. (2008). Pathophysiology of respiratory distress syndrome. Paediatrics and Child Health, 19(4), 153–157.
- Righini, C. A., More, N., Karkas, A., Reyt, E., Ferretti, K., Pin, I. et al. (2007). What is the diagnostic value of flexible rigid bronchoscopy in the initial investigation of children with suspected foreign body aspiration? International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 71(9), 1383–1390.
- Robinson, R. (2008). Impact of respiratory syncytial virus in the United States. American Journal of Health-System Pharmacists, 65(8), S3–S6.
- Roder, E., Berger, M. Y., deGroot, H., & Van Wijk, R. G. (2008). Immunotherapy in children and adolescents with allergic rhinoconjunctivitis: A systematic review. Pediatric Allergy and Immunology, 19(3), 197–207.
- Rosenfeld, R. M., Culpepper, L., Doyle, K. J., Grundfast, K. M., Hoberman, A., & Kenna, M. A. et al. (2004). American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline for otitis media with effusion. Pediatrics, 113(5), 1412–1429.
- Rote, N., Huether, S., & McCance, K. (2004). Hypersensitivities, infection, and immunodeficiencies. In S. Huether & K. McCance (Eds.), Understanding Pathophysiology (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

- Scadding, G. (2008). Optimal management of nasal congestion caused by allergic rhinitis in children: Safety and efficacy of medical treatments. Paediatric Drugs, 10(3), 151–162.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2006). Bronchiolitis in Children: A National Clinical Guideline. Retrieved on June 26, 2010, from http://www.sign.ac.uk/pdf/sign91pdf.
- Smyth, R. L., & Openshaw, P. J. M. (2006). Bronchiolitis. Lancet, 368, 312–322.
- Spiro, D. M., & Arnold, D. H. (2008). The concept and practice of a wait and see approach to acute otitis media. Current Opinion in Pediatrics, 20(1), 72–78.
- Stallings, V., Stark, L., Robinson, K., Feranchak, A., & Quinton, H. (2008). Clinical practice guidelines on growth and nutrition subcommittee; ad hoc working group. Evidence-based practice recommendations for nutrition-related management of children and adults with cystic fibrosis and pancreatic insufficiency: Results of a systematic review. Journal of the American Dietician Association, 108, 832–839.
- Sung, V., Massie, J., Hochmann, M. A., Carlin, J. B., Jamsen, K., & Robertson, C. F. (2008). Estimating inspired oxygen concentration delivered by nasal prongs in children with bronchiolitis. Journal of Paediatrics and Child Health, 44, 14–18.
- Traynor, K. (2007). FDA investigating nonprescription cough and cold products. American Journal of Health-System Pharmacists, 64, 802–803.
- Turkoski, B. B. (2007). Medicating young or very young patients— part II. Orthopaedic Nursing, 26(3), 194–201.
- van Driel, M., De Sutter, A., Deveugele, M., Peersman, W., Butler, C. C., Meyere, M. D. et al. (2006). Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief? Annals of Family Medicine, 4(6), 494–498.
- Vilagoftis, H., Kouranos, V. D., Betsi, G. I., & Falagas, M. E. (2008). Probiotics for the treatment of allergic rhinitis and asthma: A systematic review of randomized controlled trials. Annals of Allergy, Asthma, and Immunology, 101(6), 570–579.
- West, J. B. (2004). Respiratory physiology: The essentials (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Woodson, L. C. (2009). Diagnosis and grading of inhalation injury. Journal of Burn Care & Research, 30(1), 143–145.
- Wright, C. M., Williams, G., & Ludeman, L. (2007). Comparison of two rapid tests for detecting Group A Streptococcal Pharyngitis in the pediatric population at Wright-Patterson Air Force Base. Military Medicine, 172, 644–646.
- Yadav, S. P., Singh, J., Aggarwal, N., & Goeal, A. (2007). Airway foreign bodies in children: experience of 132 cases. Singapore Medical Journal, 48(9), 850–853.

პედიატრიული პაციენტის საექთნო მართვა

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

ტომი I

თბილისი
2020