

მოდულის დასახელება

მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვა ზოგად პრაქტიკაში*

სწავლების მიზანი:

კურსის მსმენელებისათვის ზოგად პრაქტიკაში მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი ასპექტების გაცნობა.

სწავლების ამოცანები:

1. მოდულის გავლის საფუძველზე მსმენელები გაეცნობიან მოზარდი ასაკისათვის სპეციფიკურ ჯანმრთელობის პრობლემებს;
2. მსმენელები გაეცნობიან ზოგად პრაქტიკაში მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრების პრინციპებს;
3. მსმენელები დიდი ბრიტანეთის ზოგადი პრაქტიკის მაგალითზე გაეცნობიან მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვისათვის სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციულ ასპექტებს;
4. მსმენელები გაეცნობიან მოზარდი ასაკისათვის სპეციფიკურ ჯანმრთელობის პრობლემებსა და მათი მართვის გზებს.

წინამდებარე მასალა ემყარება მოზარდთა ჯანმრთელობის თაობაზე ინგლისის ზოგად პრაქტიკოსთა სამეფო კოლეჯის სახელმძღვანელო (**Royal college of General Practitioners National Adolescents & Students health Unit**).

ქვემოთ წარმოდგენილი ორგანიზაციული საკითხები დიდი ბრიტანეთის ზოგადი პრაქტიკის გამოცდილებას ასახავს, თუმცა მიგვაჩნია, რომ მათი გაცნობა კურსის მსმენელებისათვის საინტერესო უნდა იყოს.

ნაწილი I: მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება-როგორ მოვიპოვოთ ამისათვის აუცილებელი რესურსი?

- ზოგად პრაქტიკაში მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება-როგორ მოვიპოვოთ ამისათვის აუცილებელი სახსრები?
- ზოგად პრაქტიკაში მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრების მიზნით გრანტის მოსაპოვებელი საკონკურსო განაცხადის ნიმუში
- მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის გლობალური ამოცანები
- ზოგად პრაქტიკაში მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის აუდიტი
- რა ინფორმაცია უნდა მივაწოდოთ მოზარდს საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის შესახებ-მოზარდებისათვის პრაქტიკის თაობაზე სამახსოვროს ნიმუში
- ახალგაზრდებთან მუშაობის სხვა თავისებურებები

ნაწილი II: რა უნდა გაკეთდეს პრაქტიკაში

- მოზარდებისათვის უკეთესი სამედიცინო მომსახურების შეთავაზების მიზნით გუნდის რეგულარული შეკრებების ორგანიზება
- განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი საკითხები, რაც ამ შეკრებებზე უნდა განიხილებოდეს
- როლების თამაში
- როგორ დავეხმაროთ მშობლებს, რომლებიც თავიან მოზარდ შვილებთან «ურთიერთობის გართულებას» უჩივიან
- პრაქტიკაში საინტერესო კლინიკური შემთხვევების განხილვა
- კონსულტაცია მოზარდ პაციენტთან
- მოზარდთა კლინიკების ორგანიზება
- გადაუდებელი კონტრაცეფციის პროტოკოლი
- როგორ დავეხმაროთ მოზარდს შეწყვიტოს თამბაქოს მოწევა

ნაწილი III: ძირითადი ინფორმაცია

- ლიტერატურა მოზარდთა ჯანმრთელობის შესახებ
- ლიტერატურა მოზარდებისა და მათი მშობლებისათვის
- მოიძიეთ უახლესი მონაცემები მოზარდთა ჯანმრთელობის თაობაზე
- ვის უნდა მივმართოთ?
- უკუგება

ნაწილი I

მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება და სხვადასხვა, ახალგაზრდებისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ასპექტი-როგორ მოვიპოვოთ ამისათვის აუცილებელი რესურსი?

ზოგად პრაქტიკაში მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება-როგორ მოვიპოვოთ ამისათვის აუცილებელი რესურსი?

დიდ ბრიტანეთში ჯანმრთელობის დამკვიდრებისათვის განკუთვნილი გრანტის საწყისი მოცულობა შემდეგი პრინციპით განისაზღვრება:

- საშუალოდ 1844 პაციენტზე გათვალისწინებულია 2165 ფუნტი სტერლინგი. ამ სფეროში ჩატარებული განსაკუთრებით აქტიური მუშაობისა და ინოვაციებისათვის შესაძლებელია დამატებითი გრანტის მიღება 1500 ფუნტი სტერლინგის ოდენობით.

საკონკურსო განაცხადები:

მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრების სფეროში გრანტის მოპოვების მიზნით გამოცხადებული კონკურსის დროს ჯანმრთელობის დამკვიდრების კომიტეტები უპირატესობას ანიჭებენ განაცხადებს, სადაც გათვალისწინებულია შემდეგი:

- მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის ნაციონალური მიზნები;
- პაციენტების საჭიროებები;
- ლოკალური პრიორიტეტები;
- მეცნიერულად დასაბუთებული მედიცინის უახლესი მონაცემები.

როგორ მოვიპოვოთ ნდობა?

10-დან 18 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ჯანმრთელობის დამკვიდრება, ამ პროცესში, მთელი პრაქტიკის აქტიურ მონაწილეობას მოითხოვს. მოზარდებთან მუშაობისას მათი ნდობის მოპოვებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. პრაქტიკაში შექმნილი მეგობრული ატმოსფერო ხელს უწყობს ახალგაზრდა პაციენტების მოზიდვას და აუცილებელი წინაპირობაა მათთან კარგი ურთიერთობის ჩამოსაყალიბებლად. მოზარდებისათვის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მიზნით პრაქტიკამ უნდა განსაზღვროს:

- როგორ გახადოს მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი პრაქტიკის მიერ მოზარდებისათვის შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურება;
- როგორ უზრუნველყოს ჯანმრთელობის შესახებ შესაფერისი ინფორმაციის მიწოდება მოზარდებისათვის (საჭიროა განისაზღვროს შინაარსი და ინფორმაციის გადაცემის ფორმა), რათა მათ თავიანი, როგორც პაციენტის უფლება

ინფორმირებული გადაწყვეტილებისა და ინფორმირებული თანხმობის თაობაზე სრულად გამოიყენონ;

- როგორი უნდა იყოს კონსულტაცია, სადაც მოზარდს საშუალება ექნება ისაუბროს თავისი ცხოვრების სტილზე და გულახდილად გამოხატოს მისი «ჭეშმარიტი» პრობლემები.
- როგორ შეიძლება დაეხმაროს მოზარდებს ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებასა და სათანადო ჩვევების გამომუშავებაში. რა გზით შეიძლება მათზე ზემოქმედება, რათა თავიდან იქნას აცილებული არასასურველი ქცევის ჩამოყალიბება, რაც უარყოფით ზემოქმედებას მოახდენს მოზარდის ჯანმრთელობაზე უახლოეს პერიოდში ან მომავალში.

საკონკურსო განაცხადის მოდელი

დიდი ბრიტანეთის ზოგადი პრაქტიკის ქსელში სხვადასხვა პრაქტიკაში გრანტის მოთხოვნის განსხვავებული ფორმები არსებობს, თუმცა საკონკურსო განაცხადის ნიმუში ყველასათვის საერთოა. იხ. ქვემოთ.

მოზარდები და მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის ნაციონალური მიზნები (დიდი ბრიტანეთი)

.....

ზოგად პრაქტიკაში მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრებისათვის გრანტის მაძიებლის განაცხადი

ჩვენს პრაქტიკას სურვილი აქვს მოიპოვოს გრანტი მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრებისათვის

პრაქტიკის მისამართიაშ

.....
.....

პრაქტიკაზე მიმაგრებულია მოსახლეობა შეადგენსშყ ყ ყ ყ ყ ყ ყ ყ ყ ყ ყ ყ

პრაქტიკაში დასაქმებულია შემდეგი პერსონალიშ

ყ ყ ყ ყ ყ ყყვიმი სრულ განაკვეთზე	ყ ყ ყ ყ ყ ყყვიმი ნაწილობრივ განაკვეთზე
ყ ყ ყ ყ ყ ყყვიმი სრულ განაკვეთზე	ყ ყ ყ ყ ყ ყყვიმი ნაწილობრივ განაკვეთზე
ყ ყ ყ ყ ყ ყყვიმი ყრუგისტრატორი სრულ განაკვეთზე	ყ ყ ყ ყ ყ ყსხვა შტატი

გრანტის მიღების შემთხვევაში ვეცდებით განვახორციელოთ მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის ნაციონალური მიზნები.

ჩვენი პრაქტიკა მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრების მიზნით განახორციელებს ქვემოთჩამოთვლილ ღონისძიებებს:

- ჩავატარებთ პრაქტიკაში რეგისტრირებული მოზარდებისათვის ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების აუდიტს;
- განვსაზღვრავთ პრაქტიკაში რეგისტრირებული მოზარდი მოსახლეობის პროფილს (შემადგენლობას);
- რეგულარულად ჩავატარებთ პრაქტიკის შტატის შეკრებებს, სადაც ვისაუბრებთ როგორ გავაუმჯობესოთ ჩვენი პრაქტიკის მიერ მოზარდებისათვის სამედიცინო მომსახურება;
- ჩვენი პრაქტიკა განახორციელებს მთელ რიგ ღონისძიებებს მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრების სფეროში (იხ. დანართი 1);
- პრაქტიკა მოამზადებს საინფორმაციო ბროშურებს მოზარდებისათვის (იხ. დანართი 2)
- აღწერილი ღონისძიებების განხორციელების დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ ჩატარდება განმეორებითი აუდიტი, რაც საშუალებას მოგვცემს შევაფასოთ-რა გაუმჯობესდა?
- პრაქტიკაში იმოქმედებს კონფიდენციალობის დაცვის განსაკუთრებული პოლიტიკა მოზარდებისათვის, რასაც გაეცნობა და შეასრულებს ყველა თანამშრომელი;
- ჩვენ ვიმუშავებთ მშობლებთან იმ მიზნით, რომ მათ თავიანთ მოზარდ შვილებს გააცნონ-როდის უნდა მიმართონ სამედიცინო სფეროს, მშობლებთან ერთად ან დამოუკიდებლად, როგორც ეს მათ მოსახერხებლად მიაჩნიათ.
- მოზარდის კონსულტირების პროცესში ჩვენ ვაწარმოებთ ჩანაწერებს მათი ცხოვრების სტილის, მწვევლობის/ალკოჰოლის მიღების/ვარჯიშის/დიეტის და კონტრაცეფციის თაობაზე შესაფერის შემთხვევებში.

ნაციონალური მიზნები (დიდი ბრიტანეთი)

ქვემოთ წარმოდგენილი მიზნები ნაციონალურია და განისაზღვრა 1992 წელს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის მიერ. დაიგეგმა, რომ მათი უმრავლესობა 2000-2005 წლებში უნდა შესრულდეს.

მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის ნაციონალური მიზნები განსაკუთრებით მნიშვნელოვან სფეროებში შემდეგია:

აივ-ინფექცია და სქესობრივი ჯანმრთელობა

- 16 წლამდე ასაკში ორსულობის სიხშირის შემცირება 50%-ით_1989 წლის მონაცემი 9,5 13-15 წლის 1000 გოგონაზე, უნდა შემცირდეს არაუმეტეს 4,8-ისა. თინეიჯერების ორსულობისას მაღალია ნაადრევი მშობიარობის რისკი. გარდა ამისა, ამას, როგორც წესი, თან სდევს არასასურველი სოციო-ეკონომიკური გამოსავლების მთელი სპექტრი.
- ნარკომანებში საინექციოდ საერთო ნემსის გამოყენების სიხშირის შემცირება 20%-დან (1990 წელი) 5%-მდე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

- სუიციდის სიხშირის შემცირება 15%-ით-1990 წელს-11,1 100 000 პოპულაციაზე-დან არაუმეტეს 9,4-მდე;
უკანასკნელ ათწლეულში აღინიშნა მამრობითი სქესის მოზარდებში სუიციდის სიხშირის მყარი მატება.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

- 11-15 წლის ასაკში თამბაქოს მოხმარებელთა შემცირება 33%-დან 8-6%-მდე. მწვევლთა, დაახლოებით, 90% თამბაქოს მოხმარებას 16 წლის ასაკამდე იწყებს, ამ ასაკში თამბაქოს მოწევას ახალგაზრდისათვის «ექსპერიმენტის» მიზანი აქვს, თუმცა შემდეგ უფრო საშიშ ფორმას იღებს და ნიკოტინზე დამოკიდებულებაც ისევე ვითარდება, როგორც ჰეროინსა და სხვა ნარკოტიკულ საშუალებებზე. მნიშვნელოვანია მოზარდებში ამ სახიფათო «ექსპერიმენტების» პროცესის დროული აღკვეთა.
- საკვებ რაციონში მოხმარებული ცხიმების რაოდენობის შემცირება საერთო კალორიაჟის 40%-დან 35%-მდე.
ჯანსაღი კვების ჩვევების გამომუშავება დაბადებიდანვე მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ქოლესტერინი კორონარების კედლებში ადრეული ასაკიდანვე ლაგდება.
- ალკოჰოლის მოხმარების შემცირება-ბიჭებში დასაშვებია კვირაში 28 ერთეული, გოგონებში კვირაში 21 ერთეული.

ფიზიკური აქტივობა

სადღეისოდ კონკრეტული მიზანი ამ მიმართულებით განსაზღვრული არ არის. ცხადია, არსებობს რამდენადმე ზოგადი ამოცანები-ყველა ახალგაზრდას უფრო ხშირი

და უფრო აქტიური ფიზიკური დატვირთვისაკენ უნდა მოვუწოდოთ. იმის თაობაზე, თუ რამდენად ინტენსიური ვარჯიშია რეკომენდებული უამრავი მოსაზრება არსებობს, მაგ. რეკომენდებულია საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური დატვირთვა (ვარჯიში) კვირაში ხუთჯერ 30-30 წთ-ის განმავლობაში. უმჯობესია ფიზიკური დატვირთვის გეგმა ინდივიდუალურად შემუშავდეს.

უბედური შემთხვევები

- 15 წლამდე ასაკში უბედური შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება 33%-ით-100000 პოპულაციაზე 6,7-დან (1989 წლის მონაცემი), არაუმეტეს, 4,5-მდე.
- 15-24 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში უბედური შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება 25%-ით, ანუ 100000 პოპულაციაზე 23,2-დან (1989 წლის მონაცემი) არაუმეტეს 17,4-მდე.

უბედური შემთხვევები და ტრავმატიზმი მოზარდთა სიკვდილობისა და «უკეთეს შემთხვევაში» შემდგომი ავადობისა და ინვალიდობის უმთავრესი მიზეზებია და ამდენად, მის პრევენციას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება.

კიბო

- კანის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება

თინეიჯერებისათვის აუცილებელია მზის პირდაპირი სხივების ზემოქმედებისაგან თავდაცვის წესების ცოდნა, ასევე, მნიშვნელოვანია კანის ავთვისებიან ახალწარმონაქმნებზე ეჭვის შემთხვევაში პაციენტის დროული მიმართვა სპეციალიზებულ კლინიკაში.

ზოგად პრაქტიკაში მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის აუდიტი

მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის საუკეთესო სისტემის შექმნისა და ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია არსებულ ეტაპზე მოქმედი მომსახურების სისტემის შესწავლა. ამის საშუალებას იძლევა მოზარდებისათვის წარმოებული სამედიცინო მომსახურების აუდიტი. ქვემოთ წარმოდგენილია აუდიტის ჩასატარებლად შემუშავებული ფორმის ნიმუში:

რას სთავაზობს თქვენი პრაქტიკა მოზარდებს დღესდღეობით?

1. გაქვთ თუ არა პრაქტიკის სამახსოვროში სპეციალური მითითება მოზარდების შესახებ?	დიახ/არა
2. გაქვთ თუ არა სპეციალური სამახსოვროები თინეიჯერებისათვის?	დიახ/არა
3. გაქვთ თუ არა წარმოდგენილი ინფორმაცია გადაუდებელი კონტრაცეფციის შესახებ?	დიახ/არა

მოსაცდელ ოთახებში?	
4. გაქვთ თუ არა შემუშავებული და ყველასთან შეთანხმებული პოლიტიკა კონფიდენციალობის დაცვის თაობაზე, განსაკუთრებით 16 წლამდე ასაკის მოზარდებში? დადებითი პასუხის შემთხვევაში აღწერეთ იგი	დიახ/არა
5. გაქვთ თუ არა თვალსაჩინო მინიშნება იმის თაობაზე, რომ თქვენი პრაქტიკა განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს მოზარდი პაციენტების კონფიდენციალობის დაცვას. დადებითი პასუხის შემთხვევაში აღწერეთ იგი	დიახ/არა
6. გაქვთ თუ არა თინეიჯერებისათვის განკუთვნილი ჟურნალები/წიგნები პრაქტიკის მოსაცდელში? დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ რა:	დიახ/არა
7. ატარებთ თუ არა სპეციალურ კლინიკას (ნებისმიერი სახის) თინეიჯერებისათვის?	დიახ/არა
8. როდესმე გისაუბრიათ თუ არა მოზარდებთან იმ სამედიცინო მომსახურების თაობაზე, რასაც თქვენ მათ სთავაზობთ?	დიახ/არა
9. იცით თუ არა როგორ იქცევა თქვენი რეგისტრატორი, როდესაც მას 16 წლის პაციენტი სასწრაფო მიღების ორგანიზებას სთხოვს?	დიახ/არა
10. თქვენი პჯდ-ის გუნდის რომელიმე წევრს თუ გაუვლია სპეციფიკური სასწავლო პროგრამა მოზარდთა ჯანმრთელობის საკითხებზე?	დიახ/არა
11. იცით თუ არა როგორ უნდა აღრიცხოთ თამბაქოს/ალკოჰოლის მოხმარება?	დიახ/არა

შენიშვნა: ასეთი მრავალმხრივი აუდიტის ჩატარება ყოველთვის აუცილებელი არ არის. თუმცა, გრანტის მიღებისას ჯანმრთელობის დამკვიდრების კომიტეტი, შესაძლოა, საკმაოდ დეტალური ინფორმაციითაც დაინტერესდეს.

პრაქტიკაში რეგისტრირებული მოზარდი მოსახლეობის პროფილი

1.	მამრობითი სქესის მოზარდების რაოდენობა	
2.	მდედრობითი სქესის მოზარდების რაოდენობა	
3.	10-15 წლამდე ასაკის გოგონების რაოდენობა	
4.	10-15 წლამდე ასაკის ბიჭების რაოდენობა	
5.	16-19 წლამდე ასაკის გოგონების რაოდენობა	
6.	16-19 წლამდე ასაკის ბიჭების რაოდენობა	
7.	უკანასკნელ წელს პრაქტიკას მომართა 10-15 წლამდე გოგონების რა პროცენტმა	
8.	უკანასკნელ წელს პრაქტიკას მომართა 10-15 წლამდე ბიჭების რა პროცენტმა	
9.	უკანასკნელ წელს პრაქტიკას მომართა 16-19 წლამდე გოგონების რა პროცენტმა	
10.	უკანასკნელ წელს პრაქტიკას მომართა 16-19 წლამდე ბიჭების რა პროცენტმა	
11.	უკანასკნელ წელს 10-დან 15 წლამდე გოგონებში ყველაზე გავრცელებული პრობლემა	
12.	უკანასკნელ წელს 10-დან 15 წლამდე ბიჭებში ყველაზე გავრცელებული პრობლემა	
13.	უკანასკნელ წელს 10-დან 15 წლამდე გოგონებში ყველაზე გავრცელებული პრობლემა	
14.	უკანასკნელ წელს 16-დან 19 წლამდე ბიჭებში ყველაზე გავრცელებული პრობლემა	
15.	უკანასკნელ წელს 10-15 წლის ასაკის გოგონებში ორსულობის შემთხვევები	
16.	უკანასკნელ წელს 16-19 წლის ასაკის გოგონებში ორსულობის შემთხვევები	
17.	უკანასკნელ წელს 10-15 წლის ასაკის გოგონებში აბორტის შემთხვევები	
18.	უკანასკნელ წელს 16-19 წლის ასაკის გოგონებში აბორტის შემთხვევები	
19.	უკანასკნელ წელს 19 წლამდე ასაკის გოგონებში გაადუღებელი კონტრაცეფციის გამოყენება	
20.	17 წლის ასაკში იმუნიზირებული მოზარდების რაოდენობა	
21.	გაქვთ თუ არა რაიმე ინფორმაცია 19 წლამდე პაციენტების შესახებ შემდეგი საკითხების თაობაზე:	
	• ეწევა თუ არა თამბაქოს	დიახ/არა
	• რა რაოდენობის ალკოჰოლს მოიხმარს	დიახ/არა
	• კონტრაცეპტივების გამოყენება	დიახ/არა
	• როგორია ფიზიკური აქტივობის დონე	დიახ/არა
	• სახეზეა თუ არა დიეტური/კვებითი დარღვევები	დიახ/არა

მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრებისაკენ მიმართული ღონისძიებების განხორციელება პრაქტიკაში

ზოგადი მიმოხილვა:

1. მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება

რეგისტრატორი

პიროვნება, რომელსაც მოზარდი პაციენტი პრაქტიკაში შემოსვლისთანავე ხვდება რეგისტრატორია-აუცილებელია, რომ რეგისტრატორი სათანადოდ აფასებდეს და ადეკვატურად პასუხობდეს მოზარდი პაციენტის საჭიროებებს.

რეგისტრატორმა კარგად უნდა იცოდეს როგორ მიესალმოს მოზარდ პაციენტებს (ჩვეულებრივ, მის ამგვარ მომზადებაზე პასუხისმგებელი ოჯახის ექიმია). თუკი, ახალგაზრდა ცუდი მიღების ან რაიმე სხვა მიზეზის გამო პრაქტიკაში შემოსვლისთანავე განაწყენდება, ძალიან დაბალია იმის ალბათობა, რომ მან კიდევ მოგმართოთ.

შეისწავლეთ:

როგორ პასუხობს (ესაუბრება) რეგისტრატორი მოზარდებს?

ამის გაკეთება შესაძლებელია დისკუსიის, დაკვირვებისა და თავად მოზარდების გამოკითხვის გზით.

თუ აღმოჩნდება, რომ რეგისტრატორის ქცევა არაადეკვატურია, მიზანშეწონილია მისთვის დამატებითი ტრენინგის უზრუნველყოფა.

ინფორმაცია კონფიდენციალობის თაობაზე

თინეიჯერების უმრავლესობა (სულ მცირე, ერთი მესამედი) შიშობს, რომ ექიმი გასცემს მის საიდუმლოს და მშობლებს უამბობს მისი ვიზიტის მიზეზების თაობაზე. პრაქტიკის სამახსოვროში, მოსაცდელსა და სხვადასხვა თვალსაჩინოებებზე უნდა იყოს მითითებული, რომ პრაქტიკა იძლევა კონფიდენციალობის გარანტიას, თავისი განმარტებით-რას ნიშნავს ეს (განხილული იქნება მოგვიანებით).

ინფორმაცია ჯანდაცვის სამსახურებით სარგებლობის თაობაზე

თინეიჯერების უმრავლესობამ არ იცის როგორ ჩაეწეროს ექიმთან მიღებაზე, როგორ მოხვდეს ოჯახის ექიმთან, თუკი მოგზაურობს ან სადმე სტუმრადაა (რაც იმას ნიშნავს, რომ თავის ოჯახის ექიმთან მოხვედრა მას არ შეუძლია). ამის თაობაზე პრაქტიკას სპეციალური სამახსოვრო უნდა ჰქონდეს.

მნიშვნელოვანია გახსოვდეთ, რომ 17 წლის თინეიჯერებს ჩატარებული უნდა ჰქონდეთ ამ ასაკისათვის გათვალისწინებული ყველა აცრა.

2. როგორ დავეხმაროთ თინეიჯერების მშობლებს?

მიაწოდეთ მშობლებს ინფორმაცია არსებული სამედიცინო სამსახურების შესახებ. მშობლებმა უნდა იცოდნენ, თუ ვის და სად მიმართონ, განსაკუთრებით, ნარკომანიის, საკვების მიღებასთან დაკავშირებული დარღვევების, სქესობრივი ჯანმრთელობისა და ემოციური პრობლემების შემთხვევაში. მშობლების კარგად ინფორმირებულობა, თავის მხრივ, შვილების ინფორმირებულობას შეუწყობს ხელს.

თინეიჯერების უმრავლესობა ჯანმრთელობის პრობლემის შემთხვევაში რჩევისათვის მშობლებს მიმართავს.

საექიმო კონსულტაცია თინეიჯერთან, რომელსაც მშობელი არ დაესწრება

მშობლები შიშით ეკიდებიან იმ მოსაზრებას, რომ მათი თინეიჯერი შვილი ექიმთან მარტო დარჩეს და კონსულტაციას არავინ (დედა ან მამა) დაესწროს. კარგი იქნება, თუკი მშობელი გააცნობიერებს და შეეგუება იმას, რომ მისმა მოზარდმა შვილმა, შეიძლება, ექიმთან კონფიდენციალური კონსულტაცია მოითხოვოს და გაეცნობა პრაქტიკის პოლიტიკას კონფიდენციალობის თაობაზე.

მშობლებისათვის საკითხავი ლიტერატურის ნუსხა

მიზანშეწონილია, მშობლებს მიაწოდოთ საკითხავი ლიტერატურის ნუსხა, რაც მათ დახმარებას გაუწევს შეარჩიონ და გაეცნონ მასალას ნარკომანიის, საკვების მიღებასთან დაკავშირებული დარღვევების, დეპრესიის, განქორწინების, დიეტის, სექსუალური სფეროსა და ჭირისუფლის რეაქციის შესახებ.

მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის გლობალური მიზნები

1. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკის შემცირება

სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა პრევენციის მნიშვნელობა

- მსოფლიოში ყოველწლიურად საშუალოდ 865000 ადამიანი ავადდება სგგდ-ით;
- შიდაით ინფიცირებულ ადამიანთა 80% სქესობრივი გზით დაავადდა;
- უნაყოფობის მიზეზს შემთხვევათა 60-70%-ში გადატანილი სგგდ წარმოადგენს;
- სგგდ წარმოადგენს საშვილოსნოსგარე ორსულობის, თვითნებითი აბორტების, ნაადრევი მშობიარობისა და ახალშობილთა პათოლოგიების განვითარების რისკ-ფაქტორს.

პირველადი პრევენცია

- ეცადეთ მოზარდებისათვის მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი იყოს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პრევენციის თაობაზე გამოშვებული სამახსოვროები. მოათავსეთ ისინი ისეთ ადგილებში, სადაც მოზარდს საშუალება ექნება მათ უხერხულობის გარეშე გაეცნოს (მაგ. ტუალეტებში ან დერეფნებში);
- მოზარდთან ყოველი კონტაქტი გამოიყენეთ იმისათვის, რომ მისცეთ რჩევა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკის შემცირების თაობაზე. ეს, შეიძლება გაკეთდეს ოპორტუნისტულად მოგზაურთა კლინიკის ან ექიმთან/ექთანთან რუტინული კონსულტაციისას.
- გაუწიეთ რეკლამირება პრეზერვატივებს და მოამარაგეთ მოზარდები უფასო კონდომებით (გოგონებიც და ბიჭებიც), ამასთან, მიეცით განმარტება პრეზერვატივის გამოყენების წესის თაობაზე.
- ახალრეგისტრირებულ მოზარდს პირველივე კონსულტაციაზე მიეცით ინფორმაცია კონტრაცეფციის შესახებ. უთხარით მას და მის მშობელს რა სამსახურის შეთავაზება შეგიძლიათ ამ სფეროში.
- მოაწყვეთ მოზარდების კლინიკები, სადაც იქნება კონტრაცეფციის ამა თუ იმ ასპექტის განხილვის საშუალება.

მეორადი პრევენცია

- მოსაცდელ ოთახში გააკარით პლაკატი პოსტ-კოიტალური კონტრაცეფციის თაობაზე;
- შესაფერის ადგილებში განათავსეთ სამახსოვროები გადაუდებელი (პოსტ-კოიტალური) კონტრაცეფციის შესახებ;
- კარგია, თუკი პრაქტიკას შეუძლია შესთავაზოს პაციენტს პოსტ-კოიტალური კონტრაცეფცია (ექიმებისა და ექთნების შესაფერისი ტრენინგი);
- შეადგინეთ პოსტ-კოიტალური კონტრაცეფციის პროტოკოლი, სადაც წარმოდგენილი იქნება შესაფერისი რჩევები მომავალში კონტრაცეფციის მეთოდის შერჩევის თაობაზე (იხ. ქვემოთ);
- ჩაატარეთ სასწავლო სემინარი კონტრაცეფციის თაობაზე, რომელსაც პრაქტიკის მთელი შტატი დაესწრება. ასეთი სწავლება მოზარდთა ჯანმრთელობის საკითხების განხილვის მიზნით მოწყობილ შეხვედრაზეც შეიძლება განხორციელდეს, თუმცა სასურველია ამისათვის სპეციალური სასწავლო კურსის მოწყობა.
- მოამზადეთ რეგისტრატორი ისე, რომ იგი განსაკუთრებული გაგებითა და სიფრთხილით მოეკიდოს მოზარდებთან ურთიერთობას. სცადეთ როლების თამაში, მაგ. როგორ იქცევა რეგისტრატორი, როდესაც მას ახალგაზრდა გოგონა მიმართავს, და გადაუდებელ კონტრაცეფციას სთხოვს.

2. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენცია

პირველადი პრევენცია

- ამ შემთხვევაშიც ისარგებლეთ მოზარდებთან ყოველი კონტაქტით და მიეცით მათ რჩევა ფიზიკური აქტივობის, კვების, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების თაობაზე. ამასთან, გააკეთეთ ეს პოზიტიურ, და არა ნეგატიურ, კომპონენტებზე აქცენტირებით. მაგ. რას ნიშნავს ფიზიკური აქტივობის დადებით მხარეზე აქცენტირება-ვარჯიში დაგეხმარებათ გაიუმჯობესოთ ჯანმრთელობა, ასე თქვენ შეძლებთ უკეთ ისწავლოთ და წარმატებით ჩააბაროთ გამოცდები. ვარჯიში მოგიხსნით სტრესს, თქვენ გახდებით ხალისიანი და ბევრად უფრო ენერგიული, ვიდრე დღეს ხართ.
- მშობლებსა და მოზარდებს მიაწოდეთ ინფორმაცია დიეტისა და კვების რეჟიმის, ვარჯიშისა და თამბაქოს მოწვევის შესახებ. ორივე გზით-სიტყვიერად და სამახსოვროებით.
- ჰკითხეთ პაციენტს ოჯახური ჰიპერლიპიდემიის შესახებ-ზოგიერთ ოჯახში მშობლებს ან მოზარდის ახლო ნათესავს 50 წლის ასაკამდე გულ-სისხლძარღვთა მძიმე დაავადება აღენიშნება.
- მოამარაგეთ მშობლები სამახსოვროებით დიეტის, კვების, ვარჯიშისა და თამბაქოს მწვევლობის შესახებ.

მეორადი პრევენცია:

- შესთავაზეთ დახმარება მოზარდს, რომელიც თამბაქოს ეწევა, მიეცით პრაქტიკული რჩევა, როგორ ებრძოლოს ამ მავნე ჩვევას. დანიშნეთ განმეორებითი კონსულტაცია, რათა თქვენი რჩევა და მხარდაჭერა რეგულარულად განახორციელოთ და ამით უზრუნველყოთ დადებითი გამოსავალი. საჭიროების შემთხვევაში შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნიკოტინის შემცველი საღებავი რეზინა, ნიკოტინის აპლიკაციები და ა.შ. (მაგ. ნიკორეტე).

3. კიბოს პრევენცია

საშვილოსნოს ყელის კიბო

- მიეცით პაციენტს სათანადო განმარტება და საჭიროების შემთხვევაში შესთავაზეთ სკრინინგი;
- მიეწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია კონდომების გამოყენების მნიშვნელობის შესახებ ამ თვალსაზრისით;
- მოამარაგეთ მოზარდები უფასო კონდომებით.

კანის კიბო

- გაავრცელეთ ბროშურები და სამახსოვროები მზის სხივების დამაზიანებელი ზემოქმედების შესახებ;
- მიაწოდეთ პაციენტებს სათანადო ინფორმაცია მზის სხივების პირდაპირი ზემოქმედებისაგან დაცვის გზების თაობაზე (მაგ. დამცველი კრემების გამოყენება,

11-დან 15 საათამდე მზისგან თავდაცვა და ა.შ.). ეს შეგიძლიათ ოპორტუნისტულად განახორციელოთ ან ამას მოგზაურთა კლინიკებში დაუთმოდ სპეციალური დრო.

- გამოიკვლიეთ პიგმენტური ხალები და კანის ნებისმიერი საექვო დაზიანება-ურჩიეთ პაციენტს, როგორ მოიქცეს.

ფილტვის კიბო

- ურჩიეთ პაციენტს-შეწყვიტოს თამბაქოს მოწევა.

4. უბედური შემთხვევების თავიდან აცილება

პირველადი პრევენცია

- მიეცით განსაკუთრებული რჩევა მოტოციკლის მართვის კარგად შესწავლისა და სიფრთხილის დაცვის მნიშვნელობის თაობაზე;
- განუმარტეთ პაციენტს-რამდენად საშიშია ნასვამ მდგომარეობაში ავტომობილის მართვა.

მეორადი პრევენცია

- უბედური შემთხვევების პრევენციაზე ესაუბრეთ ახალგაზრდებს, რომლებმაც ერთხელ უკვე გადაიტანეს მსგავსი, რის გამოც ახლა სწორედ თქვენთან მკურნალობენ;
- მიეცით რჩევა სპორტული ტრავმატიზმის თავიდან აცილების თაობაზე.

5. სუიციდის პრევენცია

პირველადი პრევენცია

- დეპრესიის ადრეულ დიაგნოსტიკას სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს-ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა უნდა გაიუმჯობესონ დეპრესიაზე საექვო და სახიფათო ნიშნების იდენტიფიკაციის ჩვევები;
- განუმარტეთ პაციენტს პრაქტიკის პოლიტიკა კონფიდენციალობის თაობაზე;
- მიაწოდეთ ინფორმაცია არსებული სამსახურების შესახებ.

მეორადი პრევენცია

- გააგზავნეთ პაციენტი ფსიქოლოგიური კონსულტირების მისაღებად;
- იქონიეთ სამახსოვროები შფოთვისა და დეპრესიის Aშესახებ;
- ესაუბრეთ მშობლებს დეპრესიის ადრეული ნიშნების შესახებ და მიეცით ბროშურა *So Sad. So young, So Listen* by Professor Philip Graham, 1996.

შენიშვნა: ბროშურა მოხსენიებულია მხოლოდ იმიტომ, რომ მსმენელებმა გააცნობიერონ პაციენტისა და მისი ახლობლებისათვის კონკრეტული რჩევის მიცემის მნიშვნელობა. როდესაც პაციენტმა იცის სად მოიპოვოს მისთვის საინტერესო

ინფორმაცია, დიდია ალბათობა, რომ იგი წაიკითხავს მითითებულ მასალას. ნაკლებად შედეგიანი იქნება, თუკი ექიმი უბრალოდ იტყვის: «წაიკითხეთ რაიმე დეპრესიის შესახებ». პაციენტმა არ იცის ეს «რაიმე» რას უნდა გულისხმობდეს.

არასრულწლოვანის უფლებები

საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ 16 წელზე მეტი ასაკის არასრულწლოვანს უფლებას აძლევს თანხმობა ან უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ იგი, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის შეხედულებით, სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ამასთან, კანონი ავალებს სამედიცინო პერსონალს, აცნობოს პაციენტის გადაწყვეტილების შესახებ მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს (მუხლი 41,3).

არასრულწლოვანი პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სრული ინფორმაციის მიღების უფლება აქვს მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს, მაგრამ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ თავად არასრულწლოვანი არ არის ზემოხსენებულთათვის ინფორმაციის მიწოდების წინააღმდეგი (მუხლი 40, 2, «ა»). ეს შეზღუდვა ძალაშია იმ შემთხვევაშიც, როცა საქმე ეხება 14-დან 18 წლამდე არასრულწლოვანს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწვევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და, რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით (მუხლი 40, 2, «ბ»). ამასთან ყველა ასაკის პაციენს აქვს უფლება განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა, თუ იგი, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას (მუხლი 41,1.).

ამონაწერი საქართველოს კანონიდან პაციენტის უფლებების შესახებ:

თავი VIII. არასრულწლოვანის უფლებები

მუხლი 39.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა არასრულწლოვანისათვის ხორციელდება სახელმწიფო პროგრამების საშუალებით.

მუხლი 40.

1. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მკურნალი ექიმისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მათ შორის, ამ კანონის მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია;

2. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია არ მიეწოდება, თუ ინფორმაციის მიწოდების წინააღმდეგია:
 - a) არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ქმედუნარიანად ითვლება;
 - b) 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადებების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით.

მუხლი 41.

1. 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, უფლება აქვს განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ მან სამედიცინო მომსახურების გამწევს მიმართა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტს «ბ» ქვეპუნქტით გათვალისწინებულ მიზეზთა გამო.
2. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება უტარდება მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით, გარდა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის «ბ» ქვეპუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით;
3. არასრულწლოვან პაციენტს, რომლის ასაკი აღემატება 16 წელს, უფლება აქვს ინფორმირებული თანხმობა ან უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ იგი სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას. პაციენტის გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 42.

1. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით. გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.
2. 16 წელზე მეტი ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობით. პაციენტის გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 43.

არასრულწლოვან პაციენტს აქვს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და მკურნალობის შესახებ ინფორმაციის მიღების უფლება. მიწოდებული ინფორმაცია უნდა შეესაბამებოდეს მის ასაკსა და გონებრივი განვითარების დონეს.

მოზარდებისათვის პრაქტიკის შესახებ შემუშავებული სამახსოვროების ნიმუშები

გადაუდებელი მდგომარეობები

დარეკეთ პრაქტიკაში მაშინვე, როგორც კი გადაუდებელი სამედიცინო პრობლემის წინაშე აღმოჩნდებით.

თქვენ შეგიძლიათ დაუკავშირდეთ ოჯახის ექიმს დღეში 24 საათისა და კვირაში შვიდი დღის განმავლობაში. ისარგებლეთ ამ ტელეფონით:

.....

არასამუშაო საათებში ტელეფონზე გიპასუხებთ ავტომოპასუხე, რომელიც შეგატყობინებთ რა ნომერზე დარეკოთ დახმარებისათვის. გადაუდებელი დახმარების სამსახური მუშაობს ჰოსპიტალში. ტელ:

თვალის დაზიანების შემთხვევაში მიმართეთ თვალის დაავადებების საავადმყოფოს.

კონფიდენციალობა

თქვენ შეგიძლიათ აბსოლუტურად დარწმუნებული ბრძანდებოდეთ, რომ ნებისმიერი საკითხი რაზედაც პრაქტიკის წევრებს (ექიმი, ექთნები, რეგისტრატორი) ესაუბრებით, კონფიდენციალურია და ისინი ამ ინფორმაციას თქვენი ნებართვის გარეშე არავის ეტყვიან (მშობლებს, ნათესავებს და ა.შ)

პრაქტიკაში ფუნქციონირებენ სხვადასხვა კლინიკები

თქვენ პრობლემის აღმოცენებისას შეგიძლიათ მიმართოთ ნებისმიერ ექიმს, ნებისმიერ დროს. თუმცა, თქვენ ასევე შეგიძლიათ სპეციალური კლინიკებით ისარგებლოთ, როგორცაა;

- კლინიკა მოგზაურებისათვის
- კონტრაცეფციის კლინიკა
- ასთმის კლინიკა
- დიაბეტის კლინიკა
- ჯანმრთელი ქალების კლინიკა
- საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის კლინიკა

უფრო დეტალური ინფორმაცია შეგიძლიათ მიიღოთ პრაქტიკაში

კონტრაცეფცია

პრაქტიკის ყველა ექიმსა და ექთანს შეუძლია მოგცეთ რჩევა და დახმარება გაგიწიოს კონტრაცეფციის მეთოდის შერჩევაში.

აბორტი

ჩვენ მიგვაჩნია, რომ ქალს უნდა ჰქონდეს აბორტის გაკეთების საშუალება, თუკი მას ამის სურვილი აქვს. პრაქტიკის ყველა ექიმი მზადაა დაგეხმაროთ, თუკი თქვენ ამ პრობლემის წინაშე აღმოჩნდებით.

გადაუდებელი კონტრაცეფცია

გჭირდებათ გადაუდებელი კონტრაცეფცია?

- გქონდათ დაუცველი სქესობრივი კავშირი?
- დაგავიწყდათ აბის მიღება?
- გაიხა პრეზერვატივი?

არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად თქვენს ხელთაა მომდევნო 72 საათი.

დაუკავშირდით პრაქტიკას კლინიკას.

კონსულტირება

თუ თქვენ ისეთი პრობლემების წინაშე აღმოჩნდით, როგორცაა: სტრესი, გამოცდების შიში, სქესობრივი პრობლემები, კვებითი დარღვევები (ანორექსია და ბულემია), მართობა და დეპრესია დახმარებისათვის შეგიძლიათ მიმართოთ:

- პრაქტიკას (ყველა ექიმი მზადაა დაგეხმაროთ. ისინი შემოგთავაზებენ შფოთვის და დეპრესიის მართვის მარტივ გზებს)
- დაუკავშირდით კონსულტირების სპეციალურ სამსახურს

ზოგიერთი მნიშვნელოვანი სამედიცინო დეტალი თქვენს შესახებ

სახელი.....

თარიღი.....

არტერიული წნევა.....

სიმაღლე.....

წონა.....

იმუნიზაციის სტატუსი:

წითელა:.....

წითურა.....

წითელა, ყბაყურა და წითურა.....

პოლიომიელიტი.....

«მცირე» სამედიცინო სახელმძღვანელო

თავის ტკივილი

დროდადრო თავის ტკივილს ყველა ადამიანი უჩივის. თუ თქვენ ძალიან ძლიერი ტკივილი გაქვთ ან თუ მას თან ახლავს მაღალი ტემპერატურა, კისრის გაშეშება ან გამონაყარი, ეს შეიძლება **მენინგიტი** იყოს და, ამდენად, სასწრაფოდ მიმართეთ ექიმს.

ხველა, სურდო და გრიპის მსგავსი დაავადებები

ამ დაავადებების უმრავლესობას ვირუსი იწვევს. ასე რომ მათი მკურნალობა ანტიბიოტიკებით არ ხდება. არსებობს გარკვეული მედიკამენტი, რომელთა დახმარებით თქვენ შეგიძლევთ დაეხმარებოდეთ ისეთი შემაწუხებელი სიმპტომები, როგორცაა:

- ყელის ტკივილი
- სახსრებისა და კუნთების ტკივილი
- თავის ტკივილი
- ცხელება

მიიღეთ დიდი რაოდენობით სითხე და ხსნადი ასპირინი ან პარაცეტამოლი. რამოდენიმე დღეში აუცილებლად გამოჯანმრთელდებით. თუ ეს არ მოხდა და თქვენ თავს ისევ ისე ან უარესად გრძნობთ მიმართეთ თქვენს ექიმს. თუკი ყელის ტკივილი უფრო დიდხანს გრძელდება, ვიდრე ეს მოსალოდნელი იყო. საფიქრებელია, რომ ინფექციური მონონუკლეოზი გაქვთ. დიაგნოზის დასადასტურებლად აუცილებელია სისხლის ანალიზის ჩატარება. ჩვეულებრივ, ამ დაავადებისათვის რაიმე განსაკუთრებული მკურნალობა საჭირო არ არის, ეს ისევე ხდება, როგორც სხვა ვირუსული ინფექციების შემთხვევაში.

დიარეა და ღებინება

ეს საკმაოდ შემაწუხებელი სიმპტომებია, მაგრამ, ჩვეულებრივ, დიდხანს არ გრძელდება. დიარეის შემთხვევაში მიიღეთ დიდი რაოდენობით სითხე სულ მცირე 24 საათის განმავლობაში, მოერიდეთ რძეს. სითბო კარგი საშუალებაა მუცლის ტკივილის მოსახსნელად. თუ თქვენ ახლახანს დაბრუნდით ეგზოტიკურ ადგილებში მოგზაურობიდან და დიარეა/ღებინება ამის შემდეგ დაგეწყით მიმართეთ ექიმს, რადგან მნიშვნელოვანია გაირკვეს რა არის თქვენი ავადმყოფობის მიზეზი.

ნაწილი II

რა უნდა გაკეთდეს საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში მოზარდი

პაციენტებისათვის

წარმოდგინეთ თქვენი თავი მოზარდის ადგილას-როგორ მოპყრობას ისურვებდით ჯანმრთელობის პრობლემის გამო საოჯახო მედიცინის პრაქტიკას რომ მიმართოთ?

- მნიშვნელოვანია გახსოვდეთ, რომ ასაკობრივი ჯგუფი, რომელსაც «მოზარდებს» ვუწოდებთ 10-დან 18 წლამდეა;
- წარმოდგინეთ თქვენი თავი გოგონას ადგილას, რომელიც შიშობს რომ ორსულადაა და პრაქტიკას დახმარებისათვის მიმართავს. როგორ აუხსნით რეგისტრატორს, რა მიზეზით გსურთ ექიმის ნახვა?
- ყველასათვის ცნობილია, რომ ბევრი მოზარდი ამა თუ იმ ქცევას უფროსების მიბაძვით ითვისებს (მაგ. თამბაქოს მოწევა, დიეტა და კონტრაცეფტივების გამოყენება). გაიხსენეთ, ჩამოთვლილიდან თქვენ თავად რის გაკეთება დაიწყეთ ამ ასაკში (10-დან 18 წლამდე);
- წარმოდგინეთ, რომ თქვენ გეკითხებიან ეწევით თუ არა თამბაქოს, იყენებთ თუ არა კონტრაცეფციას, ნარკოტიკებს, ხომ არ მართავთ მანქანას ძალიან სწრაფად. რას განიცდით, როდესაც სხვები მიგითითებენ იმის თაობაზე თუ როგორ მოიქცეთ;
- როგორ ფიქრობთ რა დამოკიდებულება აქვთ ახლანდელ ახალგაზრდებს ნარკომანიისა და ალკოჰოლიზმის მიმართ;
- კითხულობთ მოზარდებისათვის განკუთვნილ ჟურნალებს? განსაკუთრებული ყურადღება მიაქცით სექციას, სადაც მოზარდების წერილები და შეკითხვები იბეჭდება. ეს დაგეხმარებათ გაიგოთ მათი აზროვნების თავისებურებები და მთავარი პრობლემები.

საკითხები მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის გარშემო, რომელსაც პრაქტიკის გუნდის შეკრებებზე უნდა შეეხოთ

ქვემოთ ჩამოთვლილი საკითხები განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს და კარგი იქნება, თუკი დისკუსიას ამ თემების გარშემო საკმარის დროს დაუთმობთ:

- როგორ მიგაჩნიათ, უნდა გააკეთოს თუ არა თქვენმა პრაქტიკამ საკონკურსო განაცხადი მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრებისათვის გრანტის მოსაპოვებლად? თუ ფიქრობთ, რომ პრაქტიკამ ამ საქმისათვის აუცილებლად უნდა მიიღოს სახსრები, მაშინ ვინ უნდა აიღოს პასუხისმგებლობა მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრების სამსახურის ორგანიზებასა და წარმართვაზე.
- რას აკეთებს თქვენი პრაქტიკა იმისათვის, რომ დაეხმაროს თინეიჯერს თავიდან აიცილოს არასასურველი ორსულობა ან სქესობრივად გადამდები დაავადებები?
- როგორია პრაქტიკის ფინანსური და პროფესიული სარგებელი ან ზარალი, თუ იგი მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრებას განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს?

- როგორია მოზარდთა ჯანმთელობის დაცვის კლინიკების Pროს და ჩონს ? როგორ აპირებთ ამ კლინიკის მოწყობას თქვენს პრაქტიკაში?
- როგორ ჩაატარებთ პრაქტიკაში მოზარდთა სამედიცინო მომსახურების აუდიტს?
- ვინ არის პასუხისმგებელი პრაქტიკაში მოზარდებისათვის განკუთვნილი ბროშურებისა და სამახსოვროების მოტანაზე?
- რამდენად სწრაფად მოხდება ახალგაზრდა პაციენტი ექიმთან ან ექთანთან, თუკი იგი პრაქტიკაში მოდის და სასწრაფო კონსულტაციას ითხოვს?
- რამდენად სრულდება თვენი პრაქტიკის პოლიტიკა კონფიდენციალობის თაობაზე?

როლების თამაში

პრაქტიკის გუნდის მომზადებისა და მოზარდებთან ურთიერთობის უკეთესი ჩვევების განვითარების ერთ-ერთი საუკეთესო გზა როლების თამაშია. მოიფიქრეთ ისეთი სცენარები, სადაც გუნდს ყველა წევრს მოეთხოვება მონაწილეობის მიღება მ.შ. რეგისტრატორს, ექიმს, ექთანს, ასევე, თავად მოზარდსა და მის მშობელს. ქვემოთ წარმოდგენილია ზოგიერთი სცენარი და ის უმთავრესი ასპექტები, რაც სცენარში აღწერილი პრობლემის გადაჭრისას აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული.

1. მოზარდი რეკავს პრაქტიკაში და სასწრაფო კონსულტაციას მოითხოვს.

გაითვალისწინეთ:

- ნუ აიძულებთ დაფრთხეს და თავი რაღაცის გამო დამნაშავედ იგრძნოს;
- არ ჰკითხოთ-რაშია საქმე;
- გაგებით მოეკიდეთ ამ ამბავს-სასწრაფო ვიზიტს გოგონა შეიძლება გადაუდებელი კონტრაცეფციის მიღების მიზნით ითხოვდეს. ასე რომ, მაქსიმალურად ეცადეთ მოაწყოთ ეს ვიზიტი.

2. მშობელი-კარს მიღმა

როგორ მოვახერხოთ ეს «პირდაპირ»

- «მე ყოველთვის ვთხოვ მშობელს ცოტა ხნით გარეთ დაიცადოს, რადგან მოზარდთან პირისპირ მინდა დალაპარაკება»
- «ჯერ-ჯერობით შეგიძლიათ დაბრძანდეთ, მაგრამ შემდეგ, თუ ნებას მომცემთ, გოგონასთან (ან ბიჭთან) მარტო მინდა დალაპარაკება»

«არაპირდაპირ»

- სთხოვეთ მშობელს წავიდეს რეგისტრატორთან და სამედიცინო ფორმა ან შარდის ანალიზის ჭურჭელი მოიტანოს;
- მოიფიქრეთ რამე სხვა მიზეზი, რომ მშობელს საკონსულტაციო ოთახის დატოვება მოუხდეს. მოზარდთან კონფიდენციალური საუბრისას, თუნდაც

ორ წუთში, შეიძლება ბევრად უფრო მნიშვნელოვანი ინფორმაცია მოიპოვოთ, რაც მშობელთან ერთად წარმოებული საუბრის ოც წუთშიც კი ვერ მოახერხებთ.

3. 16 წლის გოგონა შიშობს რომ ორსულადაა (კონსულტაცია ოჯახის ექიმთან)

გაითვალისწინეთ:

- კონფიდენციალობა
- როგორ დაარწმუნებთ გოგონას, რომ მშობლებს შეატყობინოს ამის შესახებ?
- კონტრაცეფცია მომავალში
- მიმართვა ორსულობის შეწყვეტის ან ანტენატალური მეთვალყურეობის უზრუნველყოფის მიზნით

4. ბიჭი, რომელიც საკმაოდ შეშინებულია სასქესო ასოზე გამოსული კვანძის გამო (ოჯახის ექიმი, რომელიც ბიჭს კონსულტაციას უტარებს ქალია).

გაითვალისწინეთ:

- ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნი?
- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება?
- ჰომოსექსუალი?

5. მსუბუქი აკნე, რის გამოც პაციენტი ძალიან შეწუხებულია

გაითვალისწინეთ:

- პაციენტის პრობლემას მოეკიდეთ მთელი სერიოზულობით;
- პაციენტი თვლის, რომ ამის გამო არავის მოეწონება;
- ეს რა მთელი ცხოვრება გაგრძელდება?

6. 15 წლის მოზარდი გთხოვთ მისცეთ რჩევა კონტრაცეფციის თაობაზე

გაითვალისწინეთ:

- კონფიდენციალობა
- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება
- საკანონმდებლო ასპექტები
- კონტრაცეფციის ტიპი

7. დედას მოჰყავს 16 წლის მოზარდი, რომელიც მუდმივად დაღლილობას უჩივის

გაითვალისწინეთ:

- ძილის ხანგრძლივობა
- მედიკამენტური ანამნეზი
- დეპრესია

8. საუბარი თამბაქოს/ალკოჰოლის/ნარკომანიის შესახებ

გაითვალისწინეთ:

- დაეხმარეთ შეწყვიტოს
- როგორია მოკლევადიანი რისკი
- ნუ იტყვით, მხოლოდდამხოლოდ-»არ გააკეთოთ ეს» !

როგორ დავეხმაროთ თინეიჯერების მშობლებს

- მოზარდები ასაკის მატებასთან ერთად სულ უფრო დამოუკიდებლები ხდება. მათ უჩნდებათ ინფორმაციის მიღების საკუთარი წყაროები არის ეს ჟურნალი, ტელევიზია, თუ მეგობრები, თუმცა თინეიჯერების დიდი ნაწილი კვლავ მშობლებისაგან მოელის მხარდაჭერას, რჩევასა და გადაწყვეტილებას, როდესაც საქმე მათ ჯანმრთელობას ეხება, განსაკუთრებით, კრიზისულ პერიოდში;
- მშობლები, ასეთ დროს, გარკვეულწილად პირველადი სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის როლში არიან და, ამდენად, მათ აუცილებლად უნდა ჰქონდეთ ამისათვის სათანადო ცოდნა და უნარ-ჩვევები;
- ამ სახელმძღვანელოში წარმოდგენილი მასალა მშობლებისთვისაც საინტერესო და სასარგებლო უნდა იყოს, ასე რომ შეგიძლიათ შესთავაზოთ მათ ზოგიერთი გვერდის ასლი;
- მოზარდები ხშირად, რაღაც მიზეზის გამო გაურბიან მშობლებთან საუბარს, თუმცა, მათ აქვთ ამის სურვილი. ასეთ დროს პრაქტიკის გუნდმა მოზარდ პაციენტს სერიოზული დახმარება შეიძლება გაუწიოს და გაუიოლოს მას მშობელთან ურთიერთობის პროცესი;
- მშობლები უნდა აცნობიერებდნენ და შეეგუონ იმ ფაქტს, რომ მოზარდს საკუთარი ღირებულებები, მრწამსი და მორალი აქვს და იგი ცხოვრებას ექსპერიმენტირებით სწავლობს. ეს, რა თქმა უნდა, არ გულისხმობს იმას, რომ მშობელმა შვილს საკუთარი მრწამსი არ უნდა გააცნოს და თანაც აუხსნას, რა გამოცდილებას ემყარება მისი მორალური პრინციპები. ეს, ბუნებრივია, ასეც უნდა იყოს, მაგრამ მშობელი არ უნდა მოელოდეს, რომ მისი თინეიჯერი შვილი ამ განმარტებას ბრმად მიიღებს და მის მიერ ნაჩვენებ გზას თვალდახუჭული გაჰყვება;
- შეგიძლიათ მშობლები დაამშვიდოთ, რომ ყველაზე რთული პრობლემების მიუხედავად, (როგორც ეს მათ წარმოუდგენიათ) მათი შვილი ღირსეულ პიროვნებად ჩამოყალიბდება (ისე, როგორც თავად მათ შემთხვევაში მოხდა)-მშობლის უმთავრესი ფუნქციაა იზრუნოს შვილზე და ნდობით მოეკიდოს მას, როდესაც იგი საკუთარი გზის მოძიებას ცდილობს;

- 15-16 წლის მოზარდების 60% ოჯახის ექიმთან ვიზიტზე მშობლებთან ერთად მოდის. თუ ახალგაზრდას ისეთი პრობლემა აქვს, რომლის გაზიარებაც მას ოჯახთან არ სურს, იგი დაბნეულია, რადგან მიუჩვეველია ექიმთან მარტო მისვლას და არ იცის როგორ მოახერხოს ეს. ურჩიეთ მშობლებს, შვილებს ექიმებთან ურთიერთობის გზები კარგად განუმარტონ და მათ დამოუკიდებელი მოქმედების საშუალება მისცენ.
- საჭიროა მშობლების ინფორმირება იმის თაობაზე, რომ პრაქტიკის ექიმი მას საკონსულტაციო ოთახის დატოვებას იმიტომ სთხოვს, რომ მოზარდს ექიმთან (სამედიცინო პერსონალთან) ურთიერთობის ჩვევები გამოუმუშავდეს, საკუთარი პრობლემის ფორმულირება თავად შესძლოს და მომავლისთვის ექიმთან ვიზიტი დედის ან მამის გარეშე მისთვის რაიმე უხერხულობასთან დაკავშირებული არ იყოს. მშობლებს უნდა გააცნოთ პრაქტიკის პოლიტიკა კონფიდენციალობის თაობაზე (ან კანონი არასრულწლოვანი პაციენტის უფლებების შესახებ).

კლინიკური შემთხვევები მოზარდთა ჯანმრთელობის თაობაზე

ქვემოთ ჩამოთვლილი მოზარდთა ასაკში განსაკუთრებით ხშირი სამედიცინო პრობლემები. ამ პრობლემების თაობაზე კლინიკური შემთხვევების განხილვა პრაქტიკის შეკრებებზე ძალიან საინტერესოა. ასე, გუნდის ყველა წევრი მონაწილეობას იღებს პრობლემის მართვის ალტერნატიული გზების განსაზღვრასა და საუკეთესო ვარიანტის შერჩევაში.

მოზარდთა ყველაზე გავრცელებული პრობლემებია:

- სპორტული ტრავმა
- უბედური შემთხვევა
- ტკივილი მენსტრუაციის დროს
- რჩევა კონტრაცეფციის თაობაზე
- აკნე
- გრიპი
- დეპრესია
- კვებითი დარღვევები
- სქესობრივი და ფიზიკური ძალადობა
- ნარკომანია, ტოქსომანია, თამბაქოს მოწევა
- ასთმა, დიაბეტი, უუნარობა
- ეთნიკური და კულტურული თავისებურებებით განპირობებული პრობლემები

საექიმო კონსულტაცია მოზარდ პაციენტთან

მოზარდებთან კომუნიკაციისათვის ექიმს ისეთივე ჩვევები სჭირდება, როგორც სხვა ნებისმიერ პაციენტთან ურთიერთობისას: კონსულტაციისათვის კომფორტული გარემოს შექმნა, აქტიური მოსმენა, პრობლემის გამოვლენა და შეკითხვების საშუალებით და შეკითხვებს შორის პასუხის გასაცემად საკმარისი დროის ინტერვალების დაცვა.

უხერხულობა

მოზარდები არ არიან მიჩვეული მარტო მიმართონ ექიმს. პრობლემა, რომლის გაზიარებაც მათ ოჯახთან არ სურთ, ხშირად ხდება ექიმთან პირველი, დამოუკიდებელი (ანუ კონფიდენციალური) კონსულტაციის მიზეზი. გასაკვირი არ არის, რომ მოზარდი, ასეთ დროს, უხერხულობას გრძნობდეს და საკუთარი პრობლემის გამოთქმა უჭირდეს. პრაქტიკის სამედიცინო პერსონალს დიდი გულისხმიერების გამოჩენა მართებს, რაც დაეხმარება მას მომავალშიც დაიმსახუროს მოზარდის ნდობა. ასე მასთან ურთიერთობა გაცილებით იოლი გახდება.

ქრონიკულად დაავადებული მოზარდებისათვის სამედიცინო სფეროსთან კონტაქტი იმდენად ჩვეულია, რომ უხერხულობასთან ნაკლებად არის დაკავშირებული. თუმცა, ეს პაციენტები გაურბიან სქესობრივ სფეროზე, სქესობრივ მომწიფებასთან დაკავშირებით ორგანიზმში მიმდინარე ცვლილებებზე საუბარს. ექიმი უნდა ცდილობდეს ეს თემები «ღია» და «ჩვეულებრივი სასაუბრო» გახადოს.

მშობლები

შესაძლებელია თუ არა იმუშაოთ მშობლებთან, რომლებიც 15-16 წლის მოზარდების 60%-ს კონსულტაციაზე მოჰყვება, რათა მათ შემდეგში თავის მხრივ წახალისონ შვილები და ექიმთან დამოუკიდებლად მოსვლა ურჩიონ?

უამრავი მასალა არსებობს იმის დასადასტურებლად, რომ მოზარდები მშობლების თანდასწრებით თავიანთი ჭეშმარიტი პრობლემების შესახებ არაფერს ამბობენ. როგორ უნდა მოახერხოს სამედიცინო პერსონალმა მოზარდ პაციენტთან კონსულტაციის დროს მარტო დარჩენა, ისე, რომ მშობელს ამის გამო რაიმე ეჭვი არ გაუჩნდეს?

დრო

სხვადასხვა კვლევით გამოვლინდა, რომ მოზარდების კონსულტაცია, მოზარდილებისაგან განსხვავებით ორი წუთით ხანმოკლეა. ბუნებრივია, იბადება შეკითხვა-რა არის ამის მიზეზი? ის, რომ მოზარდები ოჯახის ექიმს/პრაქტიკის ექთანს შედარებით მარტივი კლინიკური პრობლემებით მიმართავენ. თუ ის, რომ მოზარდი პაციენტი, რომელიც კონსულტაციის გამო უხერხულობას განიცდის ცდილობს, რაც შეიძლება სწრაფად დაამთავროს ექიმთან საუბარი.

მოზარდებში საკმაოდ გავრცელებული ზოგიერთი პრობლემის დიაგნოსტიკას (მაგ. დეპრესია, ტოქსომანია, საკვების მიღებასთან დაკავშირებული დარღვევები) შედარებით ხანგრძლივი კონსულტაციები სჭირდება და სამედიცინო პერსონალმა ამას სათანადო ყურადღება უნდა დაუთმოს.

«ჭეშმარიტი» პრობლემები

ახალგაზრდების წარმოდგენაში ექიმს მხოლოდ ფიზიკური პრობლემების მოგვარება შეუძლია. ამის გამო ისინი ყელის ტკივილს, თავის ტკივილს და სურდოს ექიმთან «საშვის» სახით იყენებენ. მოზარდი, რომელიც ექიმს ამ პრობლემების გამო მიმართვას, შესაძლოა უფრო სერიოზულ პრობლემას მალავდეს, თუკი ექიმი მისი «ჭეშმარიტი» პრობლემის იდენტიფიცირებას ვერ მოახერხებს (მაგ. დეპრესიის) გამოვა, რომ მოზარდმა «ექიმს ტყუილ-უბრალოდ მიმართა». როგორ შეიძლება ამის თავიდან აცილება.

ენა

სამედიცინო პროფესიონალებისათვის ძნელია მეტყველება სამედიცინო ჟარგონების გამოყენების გარეშე. მათმა უმრავლესობამ არ იცის «მოზარდების ენა». კარგი იქნება, თუკი, გუნდის წევრები შეარჩევენ გარკვეულ სიტყვებს, რომლებიც შეკრულობის, სქესობრივი კავშირის, სასქესო ასოს, საშოს, ნარკოტიკებისა და მასტურბაციის ანალოგი იქნება.

ჯანმრთელობის დამკვიდრება

მოზარდებში ძალიან მნიშვნელოვანია ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრება და ისეთ საკითხებზე ყურადღების გამახვილება, როგორცაა თამბაქოს მოწევა, ვარჯიში, დიეტა და უსაფრთხო სექსი. პროფესიონალების უმეტესობა ცდილობს ამ საკითხებს კონსულტაციის დაწყებისთანავე შეეხოს. ეს არ არის საუკეთესო არჩევანი, ვინაიდან მოზარდი, რომელიც კონსულტაციაზე მისი პრობლემის განხილვას მოელის დიდი გულისყურით არ მოისმენს ამ რჩევებს, ვიდრე მისთვის უფრო მნიშვნელოვანი საკითხის თაობაზე ამომწურავ ინფორმაციას არ მიიღებს.

მოზარდთა კლინიკების შექმნა

შესავალი

ზოგიერთი პრაქტიკა ქმნის კლინიკებს სპეციალურად მოზარდებისათვის. ის, თუ რამდენად წარმატებით განახორციელებენ ეს კლინიკები თავიანთ ფუნქციებს დამოკიდებულია ლოკალური ფაქტორებზე.

მოზარდთა კლინიკების მიზანია მუშაობა მათი ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით, კერძოდ:

- მოზარდ პაციენტებსა და ოჯახის ექიმებს შორის ნდობაზე დამყარებული ურთიერთკავშირის ჩამოყალიბება;
- პაციენტის წახალისება იზრუნოს საკუთარ ჯანმრთელობაზე;
- პრობლემის იდენტიფიკაცია და საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობის უზრუნველყოფა;
- პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე სისტემატური მეთვალყურეობა;
- პაციენტის სამედიცინო რუკის გადახედვა და სისტემატური განახლება;
- პაციენტის წახალისება ჯანდაცვის სამსახურების ადეკვატური გამოყენების თაობაზე.

ჯანმრთელობის დამკვიდრების კლინიკებში ზოგადი პრაქტიკის ექიმს/ექთანს მოზარდებთან ურთიერთობისათვის მეტი დრო აქვს, ვიდრე ჩვეულებრივ მიღებაზე. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთი პრაქტიკა უპირატესობას ანიჭებს მოზარდებთან მუშაობას ყოველდღიურ კონსულტაციებზე ან ურჩევნია მოზარდების ჯანმრთელობის დამკვიდრების მიზნით მათზე მეთვალყურეობა ჯანმრთელ პირთა კლინიკებში განახორციელოს.

დრო

იდეალურ შემთხვევაში, მოზარდთა კლინიკა სამუშაო საათებში ან სკოლის დამთავრების შემდეგ მოეწეოს. თუ კლინიკის მიმდინარეობისას, დაახლოებით, 10 მოზარდი პაციენტის მიღებაა დაგეგმილი იგი 2 საათს მაინც გაგრძელდება. ეცადეთ კლინიკები ისე დაგეგმონ, რომ ამან ხელი არ შეუშალოს პრაქტიკის ყოველდღიურ ფუნქციონირებას.

მოზარდი პაციენტების მოზიდვა

მოზარდთა კლინიკებზე პაციენტებს მოზიდვის მიზნით, პრაქტიკაში არსებული ასაკისა და სქესის რეესტრის მიხედვით, არჩევენ სამიზნე ჯგუფს მაგ. 16 და 17 წლის (ან 12-13 წლის) პაციენტები, რომლებსაც ბინაზე უგზავნიან მოწვევის ბარათს, სადაც მითითებულია, რომ მომართონ პრაქტიკას 15-20 წუთიან მიღებაზე, რათა მიიღონ მათთვის საინტერესო ინფორმაცია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების თაობაზე.

ჩანაწერების წარმოება

სხვადასხვა პრაქტიკას ჩანაწერების წარმოების განსხვავებული მეთოდი შეიძლება ჰქონდეს. ზოგიერთი უპირატესობას ანიჭებს კლინიკის დროს ჩატარებული შეფასების მონაცემების ჩაწერას პაციენტის რუკაში, ზოგიერთი კი ამისათვის სპეციალურად შემუშავებული ფორმებით სარგებლობს.

პაციენტები, რომლებიც «კლინიკებს» არ მომართავენ

თუკი 16 წლის პაციენტს მოწვევა აკადემიური წლის ბოლოს გაუგზავნეთ და მან არ მოგმართათ, მაშინ იგი მეორე მოწვევას უკვე 17 წლის ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებს

შორის მიიღებს. რეგისტრატორმა ფერადი ფურცლებით უნდა აღნიშნოს იმ პაციენტების სამედიცინო რუკები, ვინც «კლინიკებს» არ მომართავს. როდესაც ასეთ პაციენტი ექიმთან, რაიმე მიზეზის გამო ჩვეულებრივ კონსულტაციაზე მოდის, ექიმს იოლად შეუძლია ამოიცნოს, რომ მოზარდს კლინიკისათვის არ მიუმართვას და ამდენად, კონსულტაციამაც განსაკუთრებული სახე უნდა მიიღოს. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი უნდა ეცადოს, ნაწილობრივ მაინც, გადაჭრას მოზარდთა «კლინიკის» ამოცანები და ამასთან, დაარწმუნოს პაციენტი, რომ მომავალში ნუ იტყვის უარს მოზარდთა «კლინიკაში» მოსვლაზე.

კლინიკის პროტოკოლი

მოზარდთა კლინიკის პროტოკოლით განისაზღვრება ღონისძიებები, რაც კლინიკის მიმდინარეობისას სკრინინგის, პაციენტის განათლების ან მკურნალობის მიზნით შეიძლება ჩატარდეს.

1. სკრინინგი

- ზოგიერთი შეფასება ახალრეგისტრირებული პაციენტისათვის რეკომენდებული შეფასების ანალოგიურია, მაგ. წონა, სიმაღლე, არტერიული წნევა;
- ოჯახური ანამნეზი
- სამედიცინო ანამნეზი
- იმუნიზაციის სტატუსი
- პაციენტის მიერ წამოჭრილი ნებისმიერი პრობლემა

2. განათლება და სამედიცინო ჩარევა

გარდა იმ პრობლემებისა, რასაც პაციენტი თავად წამოჭრის ესაუბრეთ მას:

- თამბაქოს მოწევის
- ალკოჰოლის მოხმარების
- ნარკონამიისა და ტოქსომანიის
- კონტრაცეფციის
- სქესობრივი ცხოვრების
- ქცევითი/ემოციური პრობლემების
- შრომითი/საგანმანათლებლო პროგრესის
- მომდევნო გეგმების (მაგ. კარიერა, განათლება)
- ოჯახური დინამიკის
- ქრონიკული სამედიცინო მდგომარეობების შესახებ

3. აუდიტი

კლინიკის აუდიტი შეიძლება ყოველი კოჰორტის შეფასების დასრულების შემდეგ ჩატარდეს. ამის საფუძველზე ხდება ნაკლის გამოვლენა და გაუმჯობესებისათვის აუცილებელი ღონისძიებების დაგეგმვა და განხორციელება, რაც კლინიკის ახლებურად ორგანიზებას გულისხმობს.

შეფასება შეიძლება ემყარებოდეს შემდეგ მონაცემებს:

- პაციენტების რაოდენობა რომელიც მომართავს/არ მომართავს კლინიკას;
- მოხდა N პრობლემის იდენტიფიცირება;
- მკურნალობა ჩატარდა N პრობლემის შემთხვევაში და მოხდა N პრობლემის განკურნება;
- როგორ აფასებს კლინიკას თავად მოზარდი პაციენტი
- როგორ აფასებენ კლინიკას გუნდის წევრები

ეს კლინიკის მიმდინარეობისას სამედიცინო პრობლემების წარმატებული მართვის შეფასების მარტივი გზაა. იდეალურ შემთხვევაში, საჭიროა შეფასდეს რამდენად მოხერხდა კლინიკის საფუძველზე ქცევის შეცვლა, თანაც არა მარტო პაციენტებისა, არამედ იმ ექიმისაც, რომელიც ამ კლინიკას წარმართავს (!).

ყველაზე სასურველი ცვლილება, რაც მოზარდთა კლინიკის საფუძველზე შეიძლება განხორციელდეს ექიმ-პაციენტს შორის უფრო ეფექტური ურთიერთობის ჩამოყალიბება და მოზარდი პაციენტების მიერ პირველადი სამედიცინო მომსახურების შესაფერისი გამოყენებაა.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის პროტოკოლი

- **სამედიცინო ანამნეზი-რა სახის?**

მნიშვნელოვანია პაციენტს ჰკითხოთ მენსტრუალური ციკლის დეტალების, წარსულში სამედიცინო ანამნეზის, მიმდინარე პერიოდში ავადმყოფობის ან მედიკამენტების მიღების შესახებ.

- **ანამნეზი კოიტალური და კონტრაცეპციული დეტალების შესახებ**

რამდენად მაღალია დაორსულების რისკი, მსგავსი ეპიზოდები წარსულში, გამოტოვებული კონტრაცეპციული აბი.

- **საჭიროა თუ არა პაციენტის გასინჯვა?**

გაინტერესებთ მონაცემები არტერიული წნევისა და წონის შესახებ?

- **რა კრიტერიუმებს გამოიყენებთ იმისათვის რომ განსაზღვროთ-რას სახის სამედიცინო ჩარევა უნდა განახორციელოთ?**

გაითვალისწინეთ, რამდენად მაღალია დაორსულების რისკი (მენსტრუალური ციკლის რა ფაზაში შედგა კოეტუსი), გამოტოვებული აბების რაოდენობა, სამედიცინო უკუჩვენებები გადაუდებელი კონტრაცეფციისათვის, თუკი საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტული

მოწყობილობის გამოყენება პაციენტისათვის უკუნაჩვენები არ არის, შეგიძლიათ შესთავაზოთ პაციენტს იგი? როგორ გაკეთებთ ამის ორგანიზებას?

- **რა ინფორმაცია უნდა მიაწოდოთ მოზარდს პაციენტს რუტინულად, როდესაც იგი გადაუდებელი კონტრაცეფციის მიზნით მოგმართავთ?**

გადაუდებელი კონტრაცეფციის გვერდითი ეფექტები, წარუმატებლობის რისკი, როგორ ზეგავლენას ახდენს ეს მენსტრუალურ ციკლზე.

- **რას დანიშნავთ გადაუდებელი კონტრაცეფციის მიზნით?**

თუკი ოვრანს დანიშნავთ რა სახის წერილობითი ინსტრუქცია უნდა მისცეთ პაციენტს? აძლევთ თუ არა პაციენტებს რუტინულად ღებინების საწინააღმდეგო აბებს?

- **რა რჩევას მისცემთ მოზარდს პაციენტს მომავალში კონტრაცეფციის გამოყენების თაობაზე?**

როდის მისცემთ მას რჩევას ამის თაობაზე-გადაუდებელი კონტრაცეფციის უზრუნველყოფის მიზნით შემდგარ კონსულტაციაზე, თუ მოგვიანებით? რა სახით მისცემთ მას ამ რჩევას-სიტყვიერად თუ სამახსოვროს საშუალებით? თუ პაციენტმა უნდა დაიწყოს კონტრაცეპტული აბების მიღება, რას ეტყვი-როდის გააკეთოს ეს?

- **სჭირდება თუ არა პაციენტს მიმდინარე მეთვალყურეობა?**

გადაწყვეტეთ-საჭიროა თუ არა რუტინული მიმდინარე მეთვალყურეობა, თუ პაციენტმა მხოლოდ პრობლემის შემთხვევაში უნდა მოგმართოთ. რა მითითებებს მისცემთ პაციენტს, თუკი იგი ღებინებას უჩივის ან მენსტრუალური ციკლი გაუხანგრძლივდა.

დამატებითი ინფორმაცია:

პოსტ-კოიტალური ანუ გადაუდებელი კონტრაცეფცია:

არსებობს სამი მეთოდი:

1. კომბინირებული ჰორმონული პრეპარატები;
2. სპირალის ჩადგმა;
3. მხოლოდ ლევონორგესტრელის მეთოდი;

პოსტ-კოიტალური კონტრაცეფციის მეთოდის შერჩევა:

	კომბინირებული ჰორმონები	ლევონორგესტრელი	სპილენძის სპირალი
	PC 4 an Ovran თავიდან ორ აბი, ორი აბი 12 სთ-ის შემდეგ.	levonergestrel 0,75 mg თავიდან 0,75 მგ 12 სთ-ის შემდეგ.	Nova T,
დრო გასული სქესობრივი აქტის შემდეგ	არაუმეტეს 72 საათისა	არაუმეტეს 48 საათისა	არაუმეტეს 5 დღისა გამოთვლილი ოვულაციის დღიდან
ეფექტურობა	98%	97,6%	თითქმის 100%
გვერდითი ეფექტები	გულისრევა და ლებინება		ტკივილი, სისხლდენა, ინფექციის რისკი
უკუჩვენება	ორსულობა, მიმდინარე ფოკალური მიგრენი, აქტიური პორფირია, ნამგლისებურუჯრედოვანი კრიზი ან სერიოზული თრომბოზი ანამნეზში.	ორსულობა	ორსულობა და სხვა ზოგადი უკუჩვენებები სპირალისათვის.

დაეხმარეთ მოზარდს შეწყვიტოს თამბაქოს მოწევა

რა მოხდება, როდესაც თქვენ სიგარეტის მოწევას დაანებებთ თავს?

20 წუთში	<ul style="list-style-type: none">• თქვენი არტერიული წნევა დაქვეითდება• პულსის სიხშირე შემცირდება ნორმალურ მაჩვენებლებამდე• კიდურების ტემპერატურა ნორმალურს დაუბრუნდება (მოიმატებს თუკი დაქვეითებული იყო)
რვა საათის შემდეგ	<ul style="list-style-type: none">• სისხლში ნახშირჟანგის დონე უბრუნდება ნორმას (ქვეითდება)• სისხლში ჟანგბადის დონე უბრუნდება ნორმას (იზრდება)
24 საათში	<ul style="list-style-type: none">• მცირდება გულის შეტევის აღმოცენების შანსი
48 საათში	<ul style="list-style-type: none">• იწყება ნერვული დაბოლოებების აღდგენა• გაგიუმჯობესდებათ ყნოსვისა და და გემოვნების ფუნქციები
72 საათში	<ul style="list-style-type: none">• ბრონქები იწყებენ რელაქსაციას (მოდუნებას)• გაგიადვილდებათ სუნთქვა• იზრდება ფილტვის მოცულობა
ორი კვირიდან სამი თვის ვადაში	<ul style="list-style-type: none">• გაუმჯობესდება თქვენი ორგანიზმის სისხლის მიმოქცევა• თქვენის ფილტვის ფუნქციონირება 30%-ით გაუმჯობესდება
1-დან ცხრა თვემდე	<ul style="list-style-type: none">• ხველა, დაღლილობა, ქოშინი-ყველა ეს სიმპტომი თანდათან გაივლის• თქვენი ფილტვის აგრძელებს ნორმალურ განვითარებასა და ფუნქციონირებას• გახდებით უფრო ენერგიული
ხუთი წლის შემდეგ	<ul style="list-style-type: none">• ფილტვის კიბოთი სიკვდილის რისკი მცირდება 137-დან 72-მდე 100000 კაცზე. ეს მაჩვენებელი 10 წლის შემდეგ 12-მდე ქვეითდება (ეს თითქმის ისეთივეა, როგორც არამწეველებში)
10 წლის შემდეგ	<ul style="list-style-type: none">• ჩანაცვლდება ყველა პრე-კანცერული უჯრედი• მცირდება სხვა სახის კიბოს-პირის ღრუს, ყელის, შარდის ბუშტის, თირკმლის, საშვილოსნოს ყელის-განვითარების რისკი

ქვემოთ ჩამოთვლილი რამოდენიმე რჩევა დაგეხმარებათ თავი დაანებოთ თამბაქოს მოწევას

- უპირველეს ყოვლისა, თქვენ ამის სურვილი უნდა გქონდეთ;
- შეარჩიეთ დღე და მოამზადეთ ამ დღისათვის;
- მოიფიქრეთ, ხომ არ მოგელით “სახიფათო სიტუაციები» უახლოეს მომავალში, როდესაც გაგიჭირდებათ უარი თქვით თამბაქოს მოწევაზე. ასეთი «სახიფათო სიტუაციებია»-წვეულება, გვიან ღამით მუშაობა და ა.შ. როგორ აპირებთ გაუმკლავდეთ ამ ამბებს;
- «შეეკარით» მეგობარს, რომელსაც სურს თავი დაანებოს მოწევას;
- ერიდეთ მწველ მეგობრებს, რომლებიც, იმიტომ რომ თავი კომფორტულად იგრძნონ, თქვენც გთავაზობენ თამბაქოს მოწევას;
- ნუ შეგაშენებთ წონაში მატების პრობლემა-მალე ისევ დაიკლებთ და თქვენს პირვანდელ წონას დაიბრუნებთ;
- რაც მეტად მიუახლოვდებით დათქმულ დღეს, მით უფრო მეტად შეამცირეთ სიგარეტების რაოდენობა;
- დათქმულ დღეს საერთოდ უარი თქვით სიგარეტზე;
- შეგიძლიათ იამაყოთ იმ ფაქტით, რომ მოწევაზე უარის თქმით თქვენ რამდენადმე შეამცირეთ თამბაქოს მწარმოებელი კომპანიების მოგება, რომლებიც შეიძლება, თავის მხრივ იმ ორგანიზაციების განვითარებას უწყობენ ხელს, რომელთა წარმატება თქვენ, სრულებითაც არ გახარებთ;
- სიგარეტზე დაზოგილი თანხით შეიძინეთ ის, რაც ძალიან გინდათ;
- სიგარეტის მოწევისას აიძულეთ თქვენი თავი «გაიღოს სამაგიერო მსხვერპლი»;
- თქვენ დაგეხმარებათ ნიკოტინის შემცველი სადეჰი რეზინა ან აპლიკაციები. ისინი უფრო იაფია, ვიდრე სიგარეტი;
- მიმართეთ ექიმს ან ექთანს, ნებისმიერი პრობლემის შემთხვევაში, რომელსაც თამბაქოს მოწევის შეწყვეტისას წააწყდებით.

ნაწილი III

მოზარდთა ჯანმრთელობა

ზოგადი მიმოხილვა

Aidan Macfarlane

შესავალი

ქვემოთ წარმოდგენილია ზოგადი მიმოხილვა 10-18 წლის მოზარდების ჯანმრთელობის შესახებ. მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვა სხვადასხვა პირის მიერ ხორციელდება, მათ შორის არიან თავად მოზარდები, მათი მშობლები, პირველადი ჯანდაცვის გუნდი, სკოლები, სოციალური დაცვის სამსახურები, მოხალისე ორგანიზაციები, სათემო და ჰოსპიტალური პედიატრიული და მოზარდთა სამსახურები.

სიკვდილობა

1992 წელს ინგლისსა და უელსში 10-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში სიკვდილის 1922 შემთხვევიდან სიკვდილის მიზეზი 53%-ში (1021) ტრავმა ან მოწამვლა იყო, ხოლო 14%-ში ნეოპლაზმა, რაც სიკვდილის მეორე ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენდა. სიკვდილის მესამე ხშირი მიზეზი ნერვული სისტემის დაავადებები, ხოლო მეოთხე რესპირატორული პრობლემები იყო.

ავადობა და სამედიცინო სამსახურების გამოყენება

შინამეურნეობების სოციოლოგიური კვლევის შედეგების მიხედვით (1993) 5-15 წლის ბიჭების 21% და გოგონების 16% თვლის, რომ ხანგრძლივი ავადმყოფობა აქვს. ამავე ასაკობრივ ჯგუფში გოგონების 10-სა და ბიჭების 9%-ს მიაჩნია, რომ შეზღუდული აქვს მოქმედების საშუალება.

შინამეურნეობების სოციოლოგიური კვლევის შედეგების (დიდი ბრიტანეთ) შემდგომი ანალიზით გამოვლინდა, რომ მოზარდები ოჯახის ექიმებს წელიწადში საშუალოდ ორ ან სამჯერ მომართავენ.

1993 წლის მომაცნებით საავადმყოფოს განყოფილებას ამბულატორიული პაციენტებისათვის ან გადაუდებელი დახმარებისათვის მიმართავდა 5-15 წლის ბიჭების 12% და გოგონების 10%.

საავადმყოფოში მიმართვის შესახებ დეტალური ინფორმაცია შემდეგია: 10 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ჰოსპიტალში მიმართვათა 22% ზოგად პედიატრთან მიმართვაზე მოდიოდა, 24% ზოგად ქირურგიაზე, 23% ყელ-ყურ-ცხვირის ქირურგიაზე, 20% ტრავმასა და ორთოპედიაზე. 14 წლის ასაკისათვის საავადმყოფოს პედიატრს მიმართავდა მხოლოდ ბავშვების 6%. 16 წლის ასაკისათვის გოგონების ჰოსპიტალში მიმართვათა 24% გინეკოლოგთან მიმართვაზე მოდიოდა, 1%-ზე ნაკლები ზოგად პედიატრზე, ხოლო ბიჭების მიმართვათა 40%-ს ორთოპედ-ტრავმატოლოგთან მიმართვა შეადგენდა.

ბიჭებს შორის ჰოსპიტალში მიმართვის ყველაზე ხშირი მიზეზი ქალა-ტვინის ტრავმა, ხოლო გოგონების მიმართვის უხშირესი მიზეზი 15-16 წლის ასაკში ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა იყო. შედარებით მოზრდილ თინეიჯერებში საკმაოდ მაღალი იყო თავის მოწამვლის შემთხვევები.

მოზარდების ჰოსპიტალში მიმართვათა ძირითადი მიზეზი ქირურგიული და არა თერაპიული სამედიცინო დახმარების აუცილებლობა იყო. პრობლემებიც, უმთავრესად, ქცევითი ფაქტორების და არა პათოლოგიური პროცესის პროგრესირების ფონზე იყო აღმოცენებული.

უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა პრევენციული სტრატეგია, რის შედეგადაც 15 წლის ასაკის მოზარდთა რიცხვი, რომელთაც კარიესი აბსოლიტურად არ აღენიშნებოდა 8%-დან 40%-მდე გაიზარდა (ინგლისი და უელსი 1993). თუმცა, ამჟამად, ხილის წვენში შაქრების შემცველობის მატების გამო მოსალოდნელია კარიესის შემთხვევათა ზრდა შედარებით მცირე ასაკის ბავშვებში.

ფსიქიკური პრობლემები (განიმარტება, როგორც ქცევითი პათოლოგია ან სოციალური ურთიერთობის გართულება, რომელიც იმდენად მნიშვნელოვანი და მძიმეა, რომ ხელს უშლის მოზარდის ნორმალურ განვითარებას ან იწვევს უუნარობას) დიდ ბრიტანეთში აღინიშნება 16 წლამდე ასაკის მოზარდების 2,4%-ში. ეს მაჩვენებელი ამ ასაკობრივ ჯგუფში უფრო მაღალია, ვიდრე შედარებით მცირე ასაკის ბავშვებში.

ქცევა, რომელიც ზეგავლენას ახდენს მოზარდის ჯანმრთელობაზე

თამბაქოს მოწევა

მოზარდებში მწვევლობის თაობაზე არსებული მონაცემები შემდეგია: 16 წლის ასაკის მოზარდების მესამედს სიგარეტი არასოდეს მოუწევია, მესამედს, უბრალოდ, უსინჯია მოწევის დაწყება, მაგრამ მალევე დაუნებებია თავი, მესამედი მწვევლია-ამათგან, ზოგიერთი თამბაქოს რეგულარულად ეწევა, ზოგი კი ხანდახან.

ალკოჰოლის მოხმარება

ალკოჰოლის მოხმარებას მოზარდები სულ უფრო ახალგაზრდა ასაკში იწყებენ, დაახლოებით, 10-11 წლიდან. არსებობს თვალსაჩინო ურთიერთკავშირი ადრეულ ასაკში ალკოჰოლის მოხმარების დაწყებასა და მოგვიანებით მძიმე ალკოჰოლიზმის ჩამოყალიბებას შორის. კვლევებით გამოვლინდა, რომ ალკოჰოლური სასმელის მიღების შემდეგ თინეიჯერები უფრო მეტად მიდიან შემთხვევით სქესობრივ კონტაქტებზე, ნაკლებად იყენებენ ამ დროს კონდომს.

დადგენილია მჭიდრო ურთიერთკავშირის არსებობა მოზარდებში ალკოჰოლის მოხმარებას, სტრესსა და პრობლემების გადალახვის უნარს შორის. გახანგრძლივებული კვლევებით გამოვლინდა, რომ ალკოჰოლს მოხმარების ხასიათი მოზარდობის პერიოდში არანაირად არ განსაზღვრავს მისი მოხმარების ხასიათს მოზრდილ ასაკში, მაგრამ მოზარდებში ალკოჰოლის მოხმარების გარკვეული რეჟიმი: ხშირი სიმთვრალე, ალკოჰოლის მოხმარების ნაადრევი დაწყება და სმა, ძირითადად, საზოგადოებრივი

თავშეყრის ადგილებში, ზრდასრულ ასაკში სერიოზული ალკოჰოლურ პრობლემების განვითარებას მოასწავებს.

სექსი

პირველი სექსუალური გამოცდილების ასაკი უკანასკნელი ოთხი დეკადის განმავლობაში გოგონებისათვის 16-დან 14 წლამდე, ხოლო ბიჭებისათვის 15-დან 13 წლამდე შემცირდა (სექსუალური გამოცდილება გულისხმობს სქესობრივი ურთიერთობის ნებისმიერ გამოვლინებას (კოცნა, მოფერება და ა.შ.) და არა, აუცილებლად, სქესობრივ აქტს. ამავე პერიოდში პირველი სქესობრივი კონტაქტის ასაკი ბიჭებში 19-დან 17-მდე, ხოლო გოგონებში 20-დან 17-მდე შემცირდა. 16-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფის პირთა შორის ქალების 2,7% და მამაკაცების 9,3% აღნიშნავენ, რომ პირველი სქესობრივი კონტაქტი 15 წლამდე ჰქონდა. ქალების 33,8% და მამაკაცების 55,8% მიუთითებს, რომ 15 წლის ასაკამდე ჰქონდათ გარკვეული სექსუალური ურთიერთობის გამოცდილება. ამავე ჯგუფის გამოკითხული ქალების 18,7%, ხოლო მამაკაცების 27,6% აღნიშნავენ, რომ ქსესობრივი კონტაქტი ჰქონდა 16 წლის ასაკში. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ უკანასკნელ ათწლეულში შემცირდა პირველი სქესობრივი კონტაქტისას კონტრაცეფციის გამოყენება. ახალგაზრდა ქალებისა და მამაკაცების ნახევარი, ვისაც სქესობრივი კონტაქტი 16 წლის ასაკამდე ჰქონდა მიუთითებს, რომ ამ დროს არც მას და არც მის პარტნიორს არ გამოუყენებია არავითარი კონტრაცეფციული საშუალება.

ნარკომანია და ტოქსომანია

ინგლისის ჩრდილო-დასავლეთში მდებარე რვა სკოლაში 14-15 წლის მოზარდების ჯგუფს დაურიგეს კითხვარები, რომლებსაც ისინი თავად შეავსებდნენ და, თანაც, უზრუნველყოფილი იქნებოდა სრული კონფიდენციალობის გარანტია. რესპონდენტებს უსვამდნენ ორ შეკითხვას, რომელიც არალეგალური მედიკამენტების, კერძოდ სხვადასხვა გამხსნელისა და «მაგიური» სოკოების მოხმარებას შეეხებოდა. შეკითხვები ასეთი სახის იყო: (1) მოხვედრილან თუ არა ისინი როდესმე ისეთ სიტუაციაში, სადაც მათი თანატოლები ან სხვები ერთმანეთს ამ ნივთიერებებს სთავაზობდნენ, და (2) როდესმე თუ უცდიათ ამგვარი ნივთიერებების გამოყენება. რესპონდენტების 55%-მა აღნიშნა, რომ მისთვის შეუთავაზებიათ, სულ მცირე, ერთი სახის არალეგალური პრეპარატი. ბავშვების 52% აღწერს, რომ მათ შესთავაზეს ჰაშიში, 36% მიუთითებს MSD-ს, 26% ამფეტამინს, 22% გამხსნელს, 21% «მაგიურ» სოკოებს, 21% ნიტრიტებს და 18% MDMA-ს (ექსტაზი). ბავშვების შვიდი პროცენტი აღწერს, რომ აღმოჩნდა სიტუაციაში, სადაც კოკაინს სთავაზობდნენ, 4%-ს კი ჰქონდა შანსი ეცადა ჰეროინი. მოზარდების უმრავლესობა, ვისაც არალეგალური ნივთიერებების გამოყენებას სთავაზობდნენ უარს ამბობდა ამაზე, თუმცა 10-დან 6 ერთხელ მაინც «სინჯავდა» მათ. 14-15 წლის გოგონების 36%-ს გასინჯული ჰქონდა, სულ მცირე, ერთი მედიკამენტი მაინც.

მომდევნო პერიოდში ჩატარებული კვლევებითაც მსგავსი შედეგები გამოვლინდა.

მოზარდთა ჯანმრთელობა: დროა განისაზღვროს ახალი მიმართულებები

Lionel D Jacobson, Clare E Wilkinson

რეზიუმე

თინეიჯერები მოსახლეობის დიდი ნაწილია, რომელსაც ავადობის მაღალი პოტენცილი აქვს, ეს, უპირატესად, განპირობებულია თამბაქოს მოწვეითა და არასასურველი ორსულობის მაღალი მაჩვენებლით. სახელმწიფოს მთავრობა ცდილობს შეამციროს ავადობა ამ ასაკობრივ ჯგუფში, თუმცა, სამწუხაროდ, თანმიმდევრული სტრატეგია გაუმჯობესების მისაღწევად არ არსებობს. გაერთიანებულ სამეფოში ამ სფეროში მცირე კვლევები ტარდება, თუმცა საინტერესოა სხვა ქვეყნების გამოცდილების გაზიარება.

ჩატარებული კვლევები, რომელთა საშუალებითაც ხერხდება განისაზღვროს მოზარდთა ჯანმრთელობის სფეროში განხორციელებული ამა თუ იმ ჩარევის ეფექტიანობა. ამ კვლევებით თვალსაჩინოდ დემონსტრირდება, რომ თინეიჯერები, რომლებსაც საკუთარ თავზე ცუდი წარმოდგენა აქვთ ან მომავლისაგან კარგს არაფერს მოელიან, თავიანი ქცევისა და ცხოვრების არასწორი წესის გამო ხშირად საფრთხის წინაშე დგებიან. ისინი, ჩვეულებრივ, ნაკლებად ინტერესდებიან საკუთარი ჯანმრთელობით და არც რჩევა ეკითხებიან ვინმეს ამის თაობაზე. მოზარდი პაციენტების ამ ჯგუფზე ძნელია ზემოქმედება და ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვის სტრატეგია მათთან მიმართებაში წარმატებით განხორციელდეს. თინეიჯერებს ჯანმრთელობის თაობაზე საკუთარი შეხედულება და მრწამსი აქვთ, რაც ხშირად საკმაოდ განსხვავდება ამ საკითხისადმი სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულებისაგან. ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, უდავოა, რომ მოზარდთა ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილების საუკეთესო გზა პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომის განხორციელებაა.

საკვანძო სიტყვები:

- მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები
- ჯანმრთელობის მდგომარეობა
- ზეგავლენა ქცევაზე
- ჯანმრთელობის დამკვიდრება
- ჯანდაცვის პროფესიონალების როლი
- ექიმ-პაციენტის ურთიერთკავშირი

შესავალი

ტრადიციულად, თინეიჯერებად 13-დან 19 წლამდე ასაკის ახალგაზრდებს მიიჩნევენ, თუმცა სხვადასხვა ავტორი «თინეიჯერის ასაკს» განსხვავებულ ფარგლებში ათავსებს. თინეიჯერების ჯანმრთელობა სახელმწიფო განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს, აყალიბებს რა სტრატეგიული მიზნებს დოკუმენტში ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკა (*Health of the Nation: A Strategy for Health in England (Cm 1986)*).

London: HMSO.1992). ეს მიზნები ითვალისწინებს შემდეგს: 11-15 წლამდე ასაკის მოზარდებში მწველობის მაჩვენებლის შემცირება 33%-ით 1994 წლისათვის, 16 წლამდე ასაკის მოზარდებში ორსულობის შემცირება 50%-ით 2000 წლისათვის, ასევე, ამ და სხვა ასაკობრივ ჯგუფებში სუიციდის, უბედური შემთხვევებისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შემცირება. წინამდებარე სტატიაში შეჯამებულია მოზარდთა ჯანმრთელობის შესახებ დღესდღეობით არსებული მონაცემები და წარმოდგენა. ტრადიციულად აზრთა სხვადასხვაობა არსებობს იმის თაობაზე, თუ რომელი სამედიცინო სპეციალობის პირდაპირი მოვალეობაა მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვა. უმრავლესობა თვლის, რომ არ არსებობს კონკრეტული სპეციალისტი, რომელიც ამ პასუხისმგებლობას მთლიანად გაართმევდა თავს. საუკეთესო გარემო, სადაც მოზარდთა ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილებაა შესაძლებელი ზოგადი პრაქტიკაა.

მევილის 1989 წელს გამოქვეყნებულ სტატიაში ამტკიცებდა, რომ მოზარდის ფიზიკური პრობლემის უკან, რის გამოც იგი ექიმს მიმართავს, უამრავი ფარული პრობლემა და ინტერესი იმალება. არსებობს სხვა კვლევებიც, რომელთა მონაცემებიც მიუთითებენ, რომ ქცევითი პრობლემები (უხასიათობა, სირთულეები სკოლაში, კომუნიკაციის გაძნელება და ა.შ) შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს მოზარდების 10-15%-ში. მევილმა თვალსაჩინოდ წარმოადგინა ფაქტორები, რომლებიც, მისი აზრით, აფერხებენ მოზარდებზე ოპტიმალური ზრუნვის პროცესს, მაგ. მოზარდებს უჭირთ კომუნიკაცია ბიუროკრატიულ შტატთან ან ხშირად რთულია მოზარდების სპეციფიკური პრობლემების, ენისა (სლენგის) და კულტურის გაგება.

ბეულისა და მისი კოლეგების მიერ ჩატარებული კვლევით გამოვლინდა, რომ მოზარდები უფრო ხშირად გრძნობენ თავს ავად, ვიდრე ისინი ამის გამო ექიმს მიმართავენ. მაგ. ბევრი მოზარდი წუხს საკუთარი წონისა და კანის მდგომარეობის გამო, მაგრამ ისინი ამის გამო ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს არ მიმართავენ. ლონდონში ჩატარებული ერთ-ერთი გამოკითხვით გამოვლინდა, რომ საკითხი, რომელზედაც მოზარდებს უფროსებთან სურთ საუბარი სქესობრივი ცხოვრების სფეროა. ისინი ამბობენ, რომ არ არის აუცილებელი ეს ადამიანი ზოგადი პრაქტიკის ექიმი იყოს. იგივე კვლევებით აღმოჩნდა, რომ მოზარდების დიდი ნაწილი არაჯანსაღი ცხოვრების წესით ცხოვრობს, 20% ეწევა თამბაქოს, 54% მოიხმარს ალკოჰოლს, 6% იყენებს არალეგალურ მედიკამენტებს.

მალუსი მოზარდთა ჯანმრთელობაში სპეციალისტების მონაწილეობის უპირატესობას ამტკიცებს. თავის მოსაზრებას იგი აშშ ჩატარებული კვლევების შედეგებით ადასტურებს. ამ კვლევებმა გამოავლინა სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების საფუძველზე მოზარდთა ჯანმრთელობაში გარკვეული გაუმჯობესება. მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალიზებულ სამსახურზე ორიენტაციის იდეას ძლიერი წინააღმდეგობა შეხვდა. ოპოზიციური მოსაზრებების გამო ასეთი სახის სამსახური, განაპირობებს მოზარდის იზოლირებას მისთვის ტიპური სოციალური გარემოდან და ართულებს მოზარდი პაციენტის სხვა სპეციალისტებთან ურთიერთობის პროცესს. უფრო მეტიც, მოზარდები ხშირად საკმაოდ კრიტიკულად მოიხსენიებდნენ საავადმყოფოს ექიმებს. ყოველივე ზემოაღნიშნულის მიუხედავად, მალუსი მაინც ამტკიცებს მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვაზე სპეციალისტის პასუხისმგებლობის აუცილებლობას—»მოზარდის ჯანმრთელობის დაცვა უნდა დაეკისროს სპეციალისტს, რომელიც ისე შეასრულებს ამ ფუნქციას, როგორც ამას მოხუცების ჯანმრთელობის დასაცავად გერიატრი ან ბავშვებისათვის პედიატრი აკეთებს».

ზოგადი პრაქტიკის ექიმს იდეალური პირობები აქვს მოზარდის ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის უზრუნველსაყოფად. მოზარდი პაციენტი ზოგად პრაქტიკას რუტინულად მიმართავს და ოჯახის ექიმსა და პირველადი ჯანდაცვის გუნდს შეუძლია მოზარდთან კონტაქტის ყოველი შესაძლებლობა მისი ჯანმრთელობის დამკვიდრებისათვის გამოიყენოს.

მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრების უზრუნველსაყოფად აუცილებელია ვიცოდეთ რა არის ამ ასაკისათვის სპეციფიკური ჯანმრთელობის პრობლემები.

თამბაქოს მოწევა

თამბაქოს მოწევას მწვევლების უმრავლესობა მოზარდობის ასაკში იწყებს, თუმცა ზოგიერთი 10 წლისათვის უკვე ეწევა. კვლევებით გამოვლინდა, რომ მწვევლი მოზარდებისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები:

- მწვევლები არიან ამ მოზარდების ოჯახის წევრები და მეგობრები;
- ისინი, არამწვევლებთან შედარებით თვლიან, რომ ნაკლები შანსი აქვთ აკონტროლონ თავიანთი ცხოვრება;
- მწვევლი მოზარდები ნაკლებად თავდაჯერებულნი არიან, ცუდი წარმოდგენა აქვთ საკუთარ თავზე, ხშირად ნერვიულობენ;
- მწვევლი მოზარდები თავისუფალ დროს ფიზიკურ მუშაობაში ან, პირიქით, უსაქმურობაში ატარებენ.

კვლევებმა უჩვენა, რომ აუცილებელი არ არის სასკოლო პროგრამაში მოწევის საწინააღმდეგო რჩევების გათვალისწინება. Macfarlane-ისა და მისი კოლეგების მიერ დადასტურებული იქნა, რომ სასკოლო პროგრამის გავლამდე მოზარდების 98%-მა უკვე იცის თამბაქოს მოწევასთან დაკავშირებული საფრთხისა და მისი მავნეობის შესახებ. უკანასკნელ ხანებში ჩატარდა კვლევა, რომელიც მიზნად ისახავდა, 11-13 წლის მოზარდებში მოწევის საწინააღმდეგო სასკოლო პროგრამის ეფექტიანობის შესწავლას, კერძოდ ხერხდებოდა თუ არა მწვევლობის ახალი შემთხვევების შემცირება ამ ჯგუფის ბავშვებში საგანმანათლებლო მუშაობის საფუძველზე. ორწლიანი კვლევის ბოლოს აღმოჩნდა, რომ სამიზნე ჯგუფში მაღალი იყო თამბაქოს მავნეობის თაობაზე ცოდნის დონე, მაგრამ იგივე დარჩა მწვევლობის მაჩვენებელი: 13 წლის ასაკის მოზარდების 12% თამბაქოს ეწევა რეგულარულად. ამ კვლევის შედეგებისაგან განსხვავებით, სხვა კვლევამ დაადასტურა, რომ მოზარდები მზად არიან თამბაქოს მოწევის საწინააღმდეგო რჩევა პირველადი ჯანდაცვის გუნდისაგან მიიღონ, უფრო მეტიც, ისინი მზად არიან ისარგებლონ მათი დახმარებით, თუკი თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა სურთ. თუმცა, ჯერ-ჯერობით, არავის შეუსწავლია ამ სფეროში პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მუშაობის გრძელვადიანი შედეგები.

ზემოაღნიშნული მონაცემები შეესაბამება ახალ ზელანდიაში ჩატარებული კვლევის შედეგებს. ამ კვლევის თანახმად, მოზარდები აღნიშნავენ, რომ «დაუჯერებენ ექიმებს, თუკი ისინი შეძლებენ მათ დაუდასტურონ პრობლემის მნიშვნელობა». ამისაგან განსხვავებით, მასწავლებლის რჩევას ისინი აღიქვამენ, როგორც «უბრალოდ გაკვეთილს და რაღაცას, რაც უნდა რვეულში უნდა ჩაიწერონ».

უახლესი კვლევების მონაცემებით, თამბაქოს მოწევის შეწყვეტისათვის უფრო ეფექტურია პაციენტს ამ ღონისძიების მოკლევადიანი სოციალური სარგებელი დაანახოთ და არა, მწვევლობასთან დაკავშირებით, ჯანმრთელობის გრძელვადიანი

რისკი აუხსნათ. ამასთან, უფრო ეფექტურია მოზარდებთან თამბაქოს საწინააღმდეგო საუბრების მოწყობა ინდივიდუალურად, თუკი პრაქტიკის დატვირთვა და დრო ამის საშუალებას იძლევა.

სექსუალობა, კონტრაცეფცია და ორსულობა

აშშ-ში ჩატარებული კვლევებით გამოვლინდა, რომ უკანასკნელ დეკადაში აღინიშნა მოზარდთა სექსუალური გამოცდილების ზრდის ტენდენცია. ამის შედეგად დრამატულად გაიზარდა თინეიჯერების ორსულობის მაჩვენებელი. იგივე სიტუაციაა გაერთიანებულ სამეფოშიც. უფრო ადრეული კვლევების მონაცემებით მოხდა იმის დემონსტრირება, რომ სქესობრივად აქტიური თინეიჯერების დიდი ნაწილი არ იყენებს კონტრაცეფციას სქესობრივი აქტივობის დაწყებიდან პირველი წლის განმავლობაში. შეკითხვაზე, თუ რამ განაპირობა არასასურველი ორსულობის აღმოცენება, მოზარდების 50% პასუხობდა, რომ «ვფიქრობდი, რომ არ დავორსულდებოდი», 25% თვლიდა, რომ სქესობრივი კონტაქტი თვის იმ პერიოდში ჰქონდა, როდესაც დაორსულების შანსი მინიმალური იყო, 20%-ში ორსულობა დაუგეგმავი სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ დადგა, 5% თვლიდა, რომ «ძალიან ახალგაზრდაა იმისათვის რომ დაფეხმძიმდეს» და მხოლოდ 3%-მა არაფერი იცოდა კონტრაცეფციის შესახებ.

1975 წელს შაჰისა და მისი კოლეგების მიერ ჩატარებული კვლევით გამოვლინდა, რომ ორსული თინეიჯერების 23%-ს ჰქონდა ამის სურვილი, ხოლო 19% იყენებდა კონტრაცეფციას, რომელიც, როგორც გაირკვა, არაეფექტური აღმოჩნდა. ასე მაჩვენებლები უახლესი კვლევებითაც დასტურდება.

თინეიჯერების სქესობრივ ცხოვრებას სპონტანური ხასიათი აქვს. ჩვეულებრივ, ეს სხვადასხვა პარტნიორთან არარეგულარული სქესობრივი კონტაქტებით განისაზღვრება. ადამიანის იმუნოდეფიციტს ვირუსით დაინფიცირების მაღალი რისკის გამო თინეიჯერებს ურჩევენ ისარგებლონ კონტრაცეფციის ბარიერული მეთოდებით, კერძოდ კონდომით. ფინეთში ჩატარებული კვლევებით გამოვლინდა, რომ კონდომის რეკლამირებამ განაპირობა ჰორმონული კონტრაცეფციის პოპულარობის შემცირება, ამის ფონზე მაღალია არასასურველი ორსულობის შემთხვევათა ზრდის რისკი, ვინაიდან იზრდება ნაკლებად ეფექტური კონტრაცეფციის (როგორც კონდომია) მოხმარების მაჩვენებელი, მეტად ეფექტურთან (ჰორმონული კონტრაცეფცია) შედარებით.

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით ბიჭების 90% აცნობიერებს კონდომის გამოყენების მნიშვნელობას, მაგრამ მხოლოდ 15% იყენებს მას ყოველთვის, 50% კი იშვიათად ან არასოდეს სარგებლობს დაცვის ამ საშუალებით.

უკანასკნელ პერიოდში შოტლანდიაში ჩატარდა კვლევა, რომელიც თინეიჯერთა ორსულობაზე სოციო-ეკონომიკური ფაქტორების ზეგავლენის შესწავლას ისახავდა მიზნად. აღმოჩნდა, რომ თინეიჯერების ორსულობის მაჩვენებელი მაღალია დაბალ სოციალურ ფენაში, და თანაც, ამ ჯგუფში აბორტით ორსულობის შეწყვეტა უფრო იშვიათად ხდებოდა.

მოზარდებისათვის დამახასიათებელი რამოდენიმე ნიშანი ართულებს ამ ჯგუფში კონტრაცეპტივების გამოყენებას:

- მოზარდების აზროვნება იშვიათად აყალიბებს მომავლის რეალურ ხედვას;
- მოზარდისათვის, რომელიც საკუთარ თავს «უმაქნისად» და «არამნიშვნელოვნად» მიიჩნევს ორსულობა სასურველი (მისაღები) გამოსავალია;

- ზოგჯერ მკვეთრად დომინირებს «იმუნიტეტის მითი» (მაგ. «ეს მე არ შეიძლება დამემართოს»);
- ორსულობა დამოუკიდებლობის დემონსტრირების საშუალებაა, მაგრამ ამავე დროს იგი მშობლებზე ხანგრძლივი დამოკიდებულების კარგი წინაპირობაა.

ასე რომ, ორსულობა თინეიჯერების სექსობრივი ცხოვრების პოტენციური გამოსავალია. სამედიცინო თვალსაზრისით, თინეიჯერის ორსულობა დედისა და ნაყოფისათვის მაღალ რისკთანაა დაკავშირებული (მცირე წონის ნაყოფი, ანემიის მაღალი რისკი, ჰიპერტენზია, მაღალი პერინატალური რისკი). თინეიჯერები ორსულობის გამო ვეღარ ამთავრებენ სკოლას, უჭირთ სწავლის გაგრძელება, ამას მოჰყვება ფინანსური სირთულეები, განწყება და სოციალური იზოლაცია. თინეიჯერ დედებში მაღალია მწველობის მაჩვენებელი. თინეიჯერი დედების შვილები, რომლებიც სოციალური სირთულეების გარემოში იზრდებიან, ხშირად თავად დგებიან იგივე პრობლემის წინაშე ანუ ბავშვების ამ ჯგუფში მაღალია თინეიჯერობის ასაკში ორსულობის რისკი.

ჯანმრთელობის დამკვიდრება

გამოქვეყნდა პატარა კვლევა პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მიერ მოზარდების ჯანმრთელობის დამკვიდრების თაობაზე. არსებობს ზოგად პრაქტიკაში ჩატარებული კვლევების გამოუქვეყნებელი მონაცემები, რომელთა თანახმად მოზარდი პაციენტების სამედიცინო რუკებში ცუდად ხდება ინფორმაციის დაფიქსირება (ჩანაწერების წარმოება). ჯანმრთელობის დამკვიდრების მიზნით გარკვეული ღონისძიებები, ცხადია, შესაძლებელია პრაქტიკამ ისე განახორციელოს, რომ ამის შესახებ არსად აწარმოოს ჩანაწერი, მაგრამ იმავე პრაქტიკის შესწავლამ გამოავლინა, რომ მაგ. მოზარდი ქალებისათვის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით გაწეული კონსულტაციების თაობაზე პაციენტების სამედიცინო რუკებში ძალიან დეტალური ჩანაწერები არსებობდა. ეს გარკვეულწილად ადასტურებს იმას, რომ პრაქტიკა მოზარდებში ჯანმრთელობის დამკვიდრებას სათანადო ყურადღებას არ უთმობდა.

საკმაოდ საინტერესო აღმოჩნდა ახალზელანდიაში ჩატარებული კვლევის შედეგები, რომელთა თანახმად თინეიჯერები მიიჩნევდნენ, რომ ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობა, გარკვეულ ფარგლებში, პიროვნებას თავად უნდა ეკისრა. მოზარდების ერთი ნაწილი, ზოგადად ფატალისტური შეხედულებების გამო, ნაკლებად მიიჩნევდა, რომ შეეძლო საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის კონტროლი. მაკფარლენმა და მისმა კოლეგებმა ოქსფორდის სკოლებში თინეიჯერების გამოკითხვის საფუძველზე მსგავსი მონაცემები დააფიქსირეს.

ზემოაღნიშნული მონაცემები გარკვეულწილად აძლიერებს კვლევის დამაჯერებლობას, რომელმაც გამოავლინა, რომ ნაკლებად განათლებულ მოზარდებში მაღალია თამბაქოს მოწევის, სქესობრივი ცხოვრების ადრეულ ასაკში დაწყებისა და ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარების რისკი. ცხადი იყო, რომ მოზარდები, რომლებიც მომავლისაგან ბევრს არაფერს მოელოდნენ, მეტად ფატალისტურად იყვნენ განწყობილნი და ნაკლებად ცდილობდნენ ვინმეს რჩევის მიღებას, თუნდაც მათი რისკის დონე ძალიან მაღალი ყოფილიყო.

ახალზელანდიელმა მოზარდებმა აღნიშნეს, რომ მზად არიან მოისმინონ რჩევა ჯანმრთელობის დაცვის თაობაზე, თუმცა ამასთან ერთად ისინი ამბობდნენ, რომ

«ჯანმრთელობის დამკვიდრება ძალიან «დიდი დოზით» ძნელი მისაღებია». მსგავსი პასუხი მიიღეს სქესობრივი ცხოვრების თაობაზე 16-19 წლის მოზარდებისგანაც. ამ მოზარდებს შორის ის, რომელიც ყველაზე აქტიურ ცხოვრებას ეწეოდა აღნიშნავდა, რომ «უკვე აღარაფრის გაგონება აღარ შემიძლია ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის შესახებ.» ასე რომ, მოზარდებში ჯანმრთელობის დამკვიდრებისას «გადაჭარბებული მცდელობის» უარყოფითი ზეგავლენის დიდი რისკი არსებობს. რამდენად ინტენსიური უნდა იყოს ჯანმრთელობის დამკვიდრებისაკენ მიმართული მუშაობა ამ ასაკში შესწავლას საჭიროებს.

ავტონომია

დიდი ბრიტანეთის კანონმდებლობით ბავშვს 16 წლის ასაკიდან უფლება აქვს პასუხი აგოს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. თუმცა გილლიცკ-ის ვერდიქტმა 16 წლამდე მოზარდებში კონტრაცეფციის გამოყენების თაობაზე, რამდენადმე შეცვალა ამ ასაკის მოზარდების მდგომარეობა. ამ დოკუმენტის თანახმად 16 წლამდე ასაკის გოგონებს შეუძლიათ კონტრაცეფციის თაობაზე რჩევა, ამ საქმეში მშობლების ჩარევის გარეშე მიიღონ, ცხადია, თუკი ჩაითვლება, რომ მათ აქვთ დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღებისა და ამ გადაწყვეტილების მოსალოდნელი შედეგების გაცნობიერების უნარი.

მეცნიერული მტკიცებებით დასტურდება, რომ მოზარდები დამოუკიდებლად გადაწყვეტილებას ჯანდაცვის სამსახურებისადმი მიმართვის თაობაზე 14-15 წლის ასაკიდან იღებენ. ექსპტერში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ 15 წლის ასაკისათვის თავიანთ ოჯახის ექიმს დამოუკიდებლად მიმართავდა ბიჭების 50%-ზე მეტი, ხოლო გოგონების 50%-ზე ნაკლები. მოზარდებს ურჩევნიათ კონსულტაციაზე მეგობრის, და არა მშობლების თანხლებით მოვიდნენ.

მოზარდთა ჯანმრთელობის კლინიკები

მოზარდებისათვის სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების ერთ-ერთი გზა მათთვის სპეციფიკური კლინიკების ორგანიზებაა. ასეთი რამ პირველად დონოვანისა და მაკკარტის მიერ იქნა შემოთავაზებული. მოზარდებისათვის სპეციფიკური კლინიკის ჩამოყალიბების შედეგად მათ მოახერხეს 16-17 წლის მოზარდთა მომართვიანობის მაჩვენებელი 50%-ზე მეტად გაეზარდათ. ამის საფუძველზე ბევრი უცნობი პრობლემა გამოვლინდა. ეს კარგი მაგალითი იყო სხვა პრაქტიკებისთვისაც, რომლებმაც მალევე დაიწყეს მოზარდთა კლინიკების ორგანიზება. მიუხედავად იმისა, რომ უდავოა მოზარდთა კლინიკების დადებითი როლი, მაინც საჭიროა ამ საკითხზე მომავალში კვლევების ორგანიზება, რომლებიც საშუალებას მოგვცემს შეფასდეს კლინიკის ყველა მახასიათებელი-მის ორგანიზებასთან დაკავშირებული ხარჯებისა და ადმინისტრაციული საკითხების გათვალისწინებით.

რუტინული სამედიცინო მომსახურება თინეიჯერებისათვის

გაერთიანებულ სამეფოში რთულია თინეიჯერების ასაკის პაციენტებში ავადობის თაობაზე სტატისტიკური მონაცემების მოპოვება, ვინაიდან ნაციონალური მონაცემები ავადობის შესახებ წარმოდგენილია 5-14 და 15-24 წლების საზღვრებში. აშშ-ის

მონაცემებით მოზარდების კონსულტირების უზშირესი მიზეზები ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები, კანისმხრივი პრობლემები, ალერგია, კონტრაცეფცია და ტრავმებია.

კარდიფის ერთ-ერთ პრაქტიკაში ჩატარებული კვლევით გამოვლინდა საინტერესო ურთიერთკავშირი კონსულტაციების სიხშირეს, მოზარდების ასაკსა და სქესს შორის. შედარებით ადრეული ასაკის თინეიჯერები პრაქტიკას იშვიათად მიმართავდნენ, მაგრამ არ აღინიშნებოდა რაიმე განსხვავება სხვადასხვა სქესის პაციენტების მიმართვიანობის მაჩვენებელს შორის. 15 წლის შემდეგ კი ბიჭები პრაქტიკას, გოგონებთან შედარებით, ბევრად იშვიათად მომართავდნენ.

მცირე შრომა გამოქვეყნდა თინეიჯერების კონსულტაციების თაობაზე. კარდიფის ზოგად პრაქტიკაში კონსულტაციისათვის გამოყოფილი დროის შესწავლამ უჩვენა, რომ პრაქტიკის ექვსივე ექიმი მოზარდების კონსულტირებას, სხვა პაციენტებთან შედარებით ნაკლებ დროს უთმობდა. ეს განსხვავება საშუალოდ ორ წუთს შეადგენდა. მსგავსი მონაცემები იქნა მიღებული ედინბურგში ჩატარებული, შედარებით დიდი კვლევის შედეგად. რომელიც 85 ექიმის 21707 კონსულტაციას მოიცავდა (Heaney D, University of Edinburgh Department of General Practice, personal communication). ამის მიზეზად შემდეგ მომენტებს ასახელებენ:

- თინეიჯერის მიერ წარმოდგენილი პრობლემა იმდენად მარტივია, რომ მისი გადაჭრა მცირე დროს მოითხოვს;
- ადმინისტრაციული მომენტები: გადატვირთული მიღების საათები და ა.შ.
- მოზარდი პაციენტი თავად ანიჭებს უპირატესობას ექიმთან ხანმოკლე ვიზიტს.
- ზოგადი პრაქტიკის ექიმი თვლის, რომ არ არის საჭირო მოზარდ პაციენტთან კონსულტაციის გახანგრძლივება, ჯანმრთელობის დამკვიდრების ან ფარული პრობლემების გამოაშკარავების მიზნით.

თინეიჯერების გამოკითხვით ვლინდება, რომ ისინი ხშირად ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ვიზიტის დროს თავს არაკომფორტულად გრძნობენ. ამ დისკომფორტის უმთავრესი მიზეზი კი ისაა, რომ მათ არ ეძლევათ იმ პრობლემებზე საუბრის საშუალება, რაც ყველაზე მეტად აწუხებთ. კარგი იქნება, თუკი მოზარდი პაციენტები და სამედიცინო პერსონალი ერთობლივი მუშაობის საფუძველზე მივლენ გადაწყვეტილებამდე-თუ როგორი კონსულტაციაა სასურველი მათთვის და რა არის საჭირო ამის მისაღწევად.

დასკვნები

თინეიჯერების ჯანმრთელობის დაცვა ეს ის სფეროა, სადაც ყველაზე თვალსაჩინოა ზრუნვაზე საპირისპირო რეაქციის კანონის (*inverse care law*) მოქმედება. თინეიჯერები, ვისაც ყველაზე მაღალი აქვს ორსულობის, თამბაქოს მოწევის, ალკოჰოლისა და არალეგალური მედიკამენტების მოხმარების რისკი, ყველაზე ნაკლებად ცდილობენ ეძიონ სამედიცინო დახმარება ან რჩევა ამ საკითხების თაობაზე. მიუხედავად ამისა, მთავრობა მიზნად ისახავს შეამციროს ავადობა მთლიანად მოზარდ მოსახლეობაში და ნაკლები ყურადღება ეთმობა რისკის თაობაზე ამ ჯგუფის აზრის შესწავლას.

ზოგადად, თინეიჯერები ჯანმრთელი პოპულაციაა და, ამდენად, ის პრაქტიკას იშვიათად, უმნიშვნელო პრობლემების გამო, მიმართავს. მოზარდი პაციენტები ხშირად

ძალიან შეწუხებულები არიან თავიანთი გარეგნობის (კანის მდგომარეობის ან წონის გამო), ზოგადი პრაქტიკის ექიმი მზად უნდა იყოს განსაკუთრებული ყურადღებით მოუსმინოს მოზარდს, რომელიც სახეზე გამოსული ორიოდ «მუწუკის» გამო ძალიან შეწუხებულია, მხოლოდ ასე შეიძლება მოზარდის ნდობის მოპოვება და იზრდება ალბათობა იმისა, რომ პაციენტს თავადაც გაუჩნდება ექიმის მოსმენის სურვილი, როდესაც იგი თამბაქოსა და ალკოჰოლის მავნეობაზე ან კონტრაცეფციის გამოყენების აუცილებლობაზე დაიწყებს საუბარს.

დღეს, იმ ქვეყნებში, სადაც ზოგადი პრაქტიკის სისტემა კარგადაა განვითარებული, ცხარე დისკუსიები მიმდინარეობს იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა გახდეს პრაქტიკა «მოზარდებისადმი მაქსიმალურად მეგობრულად განწყობილი». ეს იმას ნიშნავს, რომ უდიდესი ყურადღება უნდა დაეთმოს მოზარდთა საჭიროებების გამოვლენასა და შესწავლას, მათი კლინიკური პრობლემების მართვისას პაციენტზე ორიენტირებული მეთოდის სრულყოფილ გამოყენებასა და პრაქტიკის სამედიცინო მომსახურების სათანადო ორგანიზებას.

ახალი მიმართულებები

ავტორების მოსაზრებით მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში საჭიროა შემდეგი საკითხების შესწავლა:

- როგორ უნდა მოხდეს მოზარდებისათვის ინფორმაციის ფორმულირება თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის, ნარკომანიისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ;
- ინოვაციური და პაციენტზე ორიენტირებული მეთოდები, რომლებიც მოზარდებში ორსულობის შემთხვევების მატების სიხშირეს შეამცირებს;
- რა გზებით არის შესაძლებელი ექიმსა და თინეიჯერ პაციენტს შორის კომუნიკაციის გაუმჯობესება;
- პირველად ჯანდაცვაში მოზარდთა სამედიცინო მომსახურების ალტერნატიული მეთოდების შეფასება.

მოზარდებისათვის სპეციფიკური კლინიკური პრობლემები

პაციენტი 16 წლის
სქესი: მამრობითი
პრობლემა: აკნე

16 წლის ბიჭი ოჯახის ექიმს სახეზე «მუწუკების» გამო მიმართავს. იგი აღწერს «რომ გასული ოთხი წლის მანძილზე მუდმივად უამრავი «მუწუკი» აქვს, რომელიც არც უარესდება და არც უმჯობესდება». ბიჭი ამ პრობლემის გამო ექიმთან არასოდეს მისულა და მისთვის რამდენადმე გასაკვირი იყო, რატომ გადაწყვიტა პაციენტმა ექიმთან მისვლა სწორედ ახლა.

გასინჯვისას პაციენტი შეკითხვებზე პასუხს მოგვიანებით და საკმაოდ ნელა იძლეოდა, გაურბოდა თვალით-თვალში კონტაქტს. კანის ინსპექციით გამოვლინდა II ხარისხის აკნე, გამონაყარი-წარმოდგენილი თეთრ და მუქთავიანი ელემენტებითა და რამოდენიმე პაპულა.

1. ზემოაღწერილ კლინიკურ შემთხვევაზე დაყრდნობით შეარჩიეთ ერთი სწორი პასუხი ქვემოთ ჩამოთვლილი შეკითხვებიდან:

- ა) აკნე ერთადერთი პრობლემაა, რაც ამ ახალგაზრდა პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს.
- ბ) იოლი შესაძლებელია, რომ აკნე ამ პაციენტისათვის «ექიმთან საშვი» იყოს;
- გ) აკნე სამედიცინო პრობლემაა, რომლის არსებობა ეჭვს არ იწვევს. დანიშნეთ საჭირო მკურნალობა და ამით პაციენტთან ურთიერთობა დასრულებულად ჩათვალით;
- დ) მსგავს პაციენტებში უფრო ხშირია უმნიშვნელო, მცირე სამედიცინო პრობლემები და ნაკლებად სავარაუდოა, რომ საქმე სერიოზულ პრობლემასთან გვქონდეს;
- ე) ძალიან ძნელია ამ პაციენტის მსგავს მოზარდებთან კონტაქტის დამყარება.

2. ზემოაღწერილ შემთხვევაში უმჯობესია მოიქცეთ ისე, როგორც ეს ქვემოთ არის წარმოდგენილი (შეარჩიეთ ერთი სწორი პასუხი):

- ა) სცადეთ გაარკვიოთ ზოგადი ფონი, რომელიც პრობლემას თან სდევს;
- ბ) დაუკავშირდით პაციენტის დედას და ჰკითხეთ, რას ფიქრობს-ბავშვს რაიმე უსიამოვნება ხომ არ შეემთხვა;
- გ) დაუკავშირდით სოციალურ თანამშრომელს და სთხოვეთ ნახოს პაციენტი;
- დ) გააგზავნეთ პაციენტი დერმატოლოგთან;
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი

3. იმისათვის რომ გაგიოლდეთ პაციენტთან საუბარი რას ეტყვიით მას:

- ა) «ჩვენ გიმკურნალებთ ამ პრობლემის გამო (აკნე), კიდევ ხომ არაფერი გაწუხებთ?»
- ბ) «ნუ ინერვიულებთ, აკნე სავსებით იოლად შეიძლება განიკურნოს»
- გ) «მე რატომღაც მგონია, რომ კიდევ რაღაცის თქმა გინდოდათ Y-მე მზად ვარ მოგისმინოთ»
- დ) «ნუ ხართ ასეთი შეწუხებული, ამის მკურნალობა ხომ არაფერია»
- ე) «ჩემი ექთანს აკნეს სამკურნალო მედიკამენტებს მოგცემთ-მოდით მომდევნო თვეს»

პასუხები ზემოთწარმოდგენილ შეკითხვებზე შემდეგია:

1. (ბ) იოლი შესაძლებელია, რომ ამ ახალგაზრდისათვის აკნე «ექიმთან საშვი» იყოს. ცხადია, გასაკვირი არ იქნებოდა, ამ პაციენტს თქვენთვის, რომ მხოლოდ აკნეს გამო მოემართა, მით უმეტეს ამ ასაკში, როდესაც უამრავი სხვა პაციენტი იგივე პრობლემის გამო მოგმართავთ, მაგრამ ნაკლებად სავარაუდოა, რომ აკნე მომართვის ერთადერთი მიზეზი იყოს პაციენტისათვის, რომელიც ამ პრობლემას უკვე ოთხი წელია აღნიშნავს, ექიმთან კი, რატომღაც, მხოლოდ ახლა მოვიდა და თანაც, თავადვე ამბობს, რომ «რაიმე გაუარესება ან გაუმჯობესება ამ ხნის მანძილზე არ ჰქონია.»
2. (ა)

3. (გ) ამ ვიზიტზე ექიმმა უნდა სცადოს გამოავლინოს პაციენტის ფარული ინტერესი. შესაფერისი შეკითხვა, რომელიც ურთიერთობის «გახსნას» შეუწყობდა ხელს შემდეგია: «მე რატომღაც მგონია, რომ კიდევ რაღაცის თქმა გინდოდათ Y-მე მზად ვარ მოგისმინოთ». ალტერნატიული შეკითხვა ასეთი შეიძლება იყოს-«ხომ არ გაქვთ რაიმე სხვა პრობლემა, რაზედაც ვისაუბრებდით?» უფრო პირდაპირი შეკითხვები, შესაძლოა, შეეხებოდეს სკოლას (მაგ. პრობლემები სკოლაში), მშობლებთან ურთიერთობას, მეგობრებთან დამოკიდებულებას (მაგ. მეგობარ გოგონასთან) და სქესობრივ სფეროს (სქესობრივი აქტივობა და ა.შ.)

დამატებითი ინფორმაცია აკნეს მართვის თაობაზე

აკნე მოზარდებში ექიმთან მომართვის ყველაზე ხშირი მიზეზია. იგი ცხიმოვანი ჯირკვლის მომატებული რეაქტიულობისა და სადინარის ბლოკირების ფონზე ვითარდება. ცხიმოვანი ჯირკვალის ანდროგენების კონტროლის ქვეშ იმყოფება. ცხიმოვანი ჯირკვლები ცხიმს-ლიპიდების ნარევეს გამოყოფენ, რომლებიც ჯირკვლის მიკროორგანიზმების ზემოქმედების შედეგად გადაიქცევიან კომედოგენურ და თავისუფალ ცხიმოვან მჟავებად, რომლებიც იწვევენ კანის დაზიანებას.

მოზარდთა ასაკის სისტემური თერაპიით რეგულირდება. სახე უფრო იოლად ემორჩილება მკურნალობას, ვიდრე ტანი. ტოპიკური მკურნალობა *ანტიბაქტერიული* და *კერატოლიზური*.

Benzoyl peroxide-ეფექტური ანტიბაქტერიული და კომედოლოგიური პრეპარატია.

ზოგჯერ, შეიძლება მისი კომბინაცია გოგირდთან ან სხვა ანტიბაქტერიულ პრეპარატებთან. 5% და 10% (კანის გაღიზიანების გამო იხმარება ღამით).

1. **Retinoic acid**- კერატოლიტური, იწვევს კანის გაღიზიანებას, ამიტომ პაციენტებს არ მოსწონთ.
2. **Sulphur, salicylic acid** და **resorcinol**-კერატოლიტური საშუალება.
3. ტოპიკური ანტიბიოტიკები-Benzoyl peroxide, 1%-იანი clindamycin უფრო ძლიერია, ვიდრე ტოპიკური ერითრომიცინი და ტეტრაციკლინი.
4. ულტრაიისფერი დასხივება-ულტრაიისფერი B.

ჩვენებები სისტემური თერაპიისათვის აკნეს დროს

- ექსტენსიური ელემენტები;
- მტკივნეული ღრმა პაპულები ან ნოდულები;
- აქტიური აკნე, რომელიც იწვევს ანთების შემდგომ ჰიპერპიგმენტაციას და /ან აქერცვლას.
- გუნება-განწყობის მკვეთრი დაქვეითება.

N ნაჩვენებია ორალური *ოქსიტეტრაციკლინი* 250მგX2ჯერ დღეში ჭამამდე ½ 1/2სთ-ით ადრე ან *მინოციკლინი* 50მგX2ჯერ დღეში. *ერითრომიცინი* ან *ტრიმეტოპრიმი*. წამალი უნდა მიიღოს მინიმუმ 6 თვის განმავლობაში, ხშირად უფრო ხანგრძლივად.

ნაჩვენებია ჰორმონოთერაპია:

1. ესტროგენების მაღალი დოზები-50ნგ ეთინილოესტრადიოლი
2. ანტი ანდროგენის და ესტროგენების კომბინაცია-Dianette
3. მკურნალობა სისტემური Retinoid-ით-Roaccutane

სხვა specifikuri mkurnaloba-elementis SigniT triamsinoloni.

4. რომელია მოზარდთა სიკვდილობის ყველაზე ხშირი მიზეზი ჩრდილოეთ ამერიკაში?

- a) ჰომიციდი (კრიმინალური მკვლელობა)
- b) სუიციდი
- გ) უბედური შემთხვევა მოტოციკლით მგზავრობისას
- დ) თანდაყოლილი მანკები
- ე) შიდსი

პასუხი:

(გ) ძალადობისა და უბედური შემთხვევების მატების ფონზე მოზარდების სიკვდილის მიზეზებს შორის კომუნიკაბელური დაავადებები პირველიდან მომდევნო პოზიციაზე გადანაცვლდა. 1985 წლის სტატისტიკის თანახმად აშშ-ში მოზარდთა სიკვდილობის 77% განპირობებული იყო უბედური შემთხვევებით, ჰომიციდით და სუიციდით. სავსებით შესაძლებელია ამ მიზეზით გამოწვეული სიკვდილობის შემთხვევათა დიდი ნაწილის თავიდან აცილება.

5. რომელი ფსიქიკური დარღვევაა ყველაზე მეტად გავრცელებული მოზარდებში:

- a) დიდი დეპრესია –უნიპოლარული
- b) ბიპოლარული აფექტური აშლილობა
- გ) შიზოფრენია
- დ) ადაპტაციური სირთულეები
- ე) პერსონოლოგიური ანტისოციალური დარღვევები

პასუხი:

(დ) ახალგაზრდების უმრავლესობას აღენიშნება ემოციური სიმპტომები. სამწუხაროდ, ექიმების უმრავლესობა ამას სათანადო ყურადღებას არ უთმობს. ასეთი მოზარდების დიდ ნაწილს ადაპტაციური სირთულეები აღენიშნებათ და განსაკუთრებულ დახმარებას საჭიროებენ, რაც რამდენადმე სცილდება უბრალოდ მზრუნველობისა და დამშვიდება-დარწმუნების ფარგლებს. მეორე მხრივ, აუცილებელია გამოირიცხოს ისეთი სერიოზული ფსიქიატრიული დარღვევები, როგორცაა დიდი დეპრესია, სუიციდალური აზრები ან სხვა, ამის მსგავსი მდგომარეობები.

5. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია ძირითადი ინგრედიენტი, რაც განსაზღვრავს მოზარდის ნორმალურ (ჯანსაღ) განვითარებას?

- a) დამოუკიდებლობა ადრეულ ასაკში
- b) ხანგრძლივად მხარდამჭერი გარემო
- გ) ავტონომია მოლაპარაკების საფუძველზე
- დ) იმ არასასურველი მოვლენების პრევენცია, რაც მშობლების მოლოდინის გაუმართლებლობას შეიძლება მოჰყვეს
- ე) «დამოუკიდებელი დამოკიდებულება» რაიმეს შესრულების პროცესში

6. პასუხი:

(ბ) ექსპერტები ეთანხმებიან იმ მოსაზრებას, რომ ძირითადი ინგრედიენტი, რომელიც მოზარდის ნორმალურ (ჯანსაღ) განვითარებას განსაზღვრავს ხანგრძლივად მხარდამჭერი გარემოს არსებობაა. ამ სიტუაციაში ავტონომიის მოპოვება ნაბიჯ-ნაბიჯ ხდება. ჯანსაღ განვითარებას ხელს უწყობს მოზარდების დადებითი დამოკიდებულება და ორმხრივი ურთიერთშეთანხმება მათ თანატოლებსა და მოზრდილებთან. უდიდესი მნიშვნელობა აქვთ სკოლებსა და სპეციალურად მოზარდებისათვის შექმნილ სამსახურებს.

7. მოზარდების ქცევა მუდმივ ძიებას ემყარება. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან ამ ქცევის შესახებ რომელია სწორი?

- ა) ასეთი ქცევა აუცილებელი არ არის და საჭიროა მისი აღკვეთა;
- ბ) ძიებას თან ახლავს გარკვეული რისკი;
- გ) მოზარდების ძიებითი ქცევა, ჩვეულებრივ, შეეფერება განვითარების პროცესის ნორმალურ მიმდინარეობას;
- დ) ბ და გ
- ე) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი

6. პასუხი:

(დ) მოზარდებისათვის ტიპურია ძიებითი ქცევა. ამ ქცევათა უმრავლესობა ნორმალური განვითარების ადეკვატურია და სოციალური ადაპტაციის გაიოლებისკენაა მიმართული. ამასთან, მოზარდებს ხშირად უხდებათ ექსპერიმენტირება, რითაც ისინი ახალი ქცევის მართებულობასა და ახალ ურთიერთობებს ამკვიდრებენ. ეს, რამდენადმე, რისკთანაც არის დაკავშირებული. არ არსებობს მარტივი განმარტება იმის თაობაზე, თუ ძიებითი ქცევიდან რომელია ნორმა და რომელი პათოლოგია. უმჯობესი იქნება, თუკი ამა თუ იმ ქცევაზე იმ ფაქტორების გათვალისწინებით იმსჯელებთ, რომელთა ზეგავლენითაც მოზარდის განვითარება ხდება. კერძოდ, ოჯახური გარემო, სკოლა, თანატოლები და მეგობრები და ა.შ.

8. თინეიჯერობის ადრეული პერიოდში მოზარდები ყველაზე მეტად წუხან:

- ა) მათ სხეულში მიმდინარე ცვლილებების გამო
- ბ) დამოუკიდებლობის მოპოვების გამო
- გ) «როდის გახდებიან დიდები»
- დ) თანატოლებთან უთანხმოების გამო
- ე) მშობლებთან დისტანციის ზრდის გამო

7. პასუხი:

ადრეულ თინეიჯერობას, როგორც, წესი, თან სდევს გადაჭარბებული ზრუნვა საკუთარ გარეგნობასა და სხეულში მიმდინარე ცვლილებებზე. ამ პერიოდში განსაკუთრებით იმატებს მოზარდთა ფიზიკური აქტივობის დონე და თვალსაჩინოა გუნება-განწყობის ცვალებადობა.

8. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია დაკავშირებული ადრეული მოზარდობის ხანაში სქესობრივი კონტაქტის დაწყების მაღალ რისკთან.

- ა) განქორწინებული მშობლები
- ბ) ცუდი სასკოლო მიღწევები ან მომავალი საგანმანათლებლო გეგმების არქონა
- გ) მშობლების მხრივ ნეგატიური დამოკიდებულება
- დ) არც ერთ ჩამოთვლილი
- ე) ყველა ზემოაღნიშნული

9. პასუხი:

(ე) ადრეულ ასაკში სქესობრივი ცხოვრების დაწყება ასოცირებულია ისეთ ფაქტორებთან, როგორცაა მშობლების განქორწინება, წარუმატებლობა სკოლაში, მომავალში საგანმანათლებლო გეგმების არქონა, მშობლების ნეგატიური დამოკიდებულება (ეს გულისხმობს მშობლების მიერ განმარტება, რომ სექსი არანორმალური და არასწორი საქციელია), ალკოჰოლისა და არალეგალური მედიკამენტების მოხმარება.

9. მოზარდების მიერ ალკოჰოლისა და არალეგალური მედიკამენტების ბოროტად მოხმარების თაობაზე ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან რომელია სწორი?

- ა) სიგარეტის მოწევა ერთგვარი «კარიბჭეა»
- ბ) ბავშვები და მოზარდები სულ უფრო ადრეული ასაკიდან სინჯავენ ალკოჰოლსა და არალეგალურ მედიკამენტებს
- გ) დიმენჰიდრინატი მოზარდებისათვის უმთავრესი ნარკოტიკი ხდება
- დ) არც ერთი ჩამოთვლილი
- ე) ყველა ზემოაღნიშნული

10. პასუხი

(ე) უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღინიშნოს, რომ ნიკოტინი ნამდვილად «კარიბჭეა», რომელსაც მოზარდი სხვა მეტად სახიფათო ნოვოტიერებების გამოყენების დაწყებისაკენ მიჰყავს, როგორცაა ალკოჰოლი, მარიჰუანა და კოკაინი.

მეორეც, ასაკი, როდესაც მოზარდები ალკოჰოლისა და სხვა არალეგალური მედიკამენტების გასინჯვას იწყებენ გაახალგაზრდავდა;

მესამეც, ლებინების საწინააღმდეგო პერპარატი-დიმენჰიდრინატი (დრამამინი, გრავოლი) სულ უფრო ფართოდ მოიხმარება მოზარდების მიერ არადანიშნულებისამებრ, რის გამო აფთიაქების დიდი ნაწილი ამჟობინებს დახლს ქვემოთ დამალოს ეს პრეპარატი.

10. მოზარდების მიერ არალეგალური მედიკამენტების ბოროტად მოხმარების რისკი დაკავშირებულია შემდეგ ფაქტორებთან:

- ა) რისკთან დაკავშირებული სქესობრივი ქცევა
- ბ) სასკოლო წარმატებები
- გ) ფიზიკური აქტივობა
- დ) მხოლოდ ა და ბ
- ე) ყველა ზემოაღნიშნული

11. პასუხი:

(ე) ალკოჰოლისა და სხვა არალეგალური მედიკამენტების მოხმარება სერიოზული რისკია მოზარდის ჯანმრთელობისათვის. ამასთან დაკავშირებული სხვა რისკ-ფაქტორები ინდივიდუალურია და სხვადასხვა შემთხვევაში, შესაძლოა, განსხვავებული იყოს. ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის მოხმარება, რისკთან დაკავშირებული სქესობრივი ქცევა, წარუმატებლობა სკოლაში, თანატოლებისაგან ზეწოლა, დიეტა, ფიზიკური აქტივობა, სოციოეკონომიკური მდგომარეობა და მშობლებთან ურთიერთობა, ეს ყველაფერი ის ფაქტორებია, რომლებიც ზრდიან რისკთან დაკავშირებული ქცევის ალბათობას.

11. მოზარდი პაციენტების ოჯახის ექიმებთან ვიზიტების თაობაზე ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი?

- ა) «მწვავე ეპიზოდური ვიზიტები» მოზარდების ოჯახის ექიმებთან ვიზიტების ერთადერთი ფორმაა;
- ბ) მოზარდების მიერ ექიმთან «მწვავე ეპიზოდური ვიზიტების» უმრავლესობას საფუძვლად უდევს ან რაიმე ქცევა ან გარკვეული სოციალური სიტუაცია ან «მითი», რომელიც ექიმმა ამ ვიზიტზე უნდა გამოიკვლიოს;
- გ) მოზარდების 10%-ს ქრონიკული პრობლემის გამო უხდება რეგულარულად მიმართოს ოჯახის ექიმის ოფისს;
- დ) მხოლოდ ა და ბ
- ე) ყველა ზემოაღნიშნული

12. პასუხი:

(ე)

«მწვავე ეპიზოდური ვიზიტები» მოზარდების ოჯახის ექიმებთან ურთიერთობის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. ასეთი ვიზიტების უხშირესი მიზეზებია: მწვავე რესპირატორული ინფექციები, კანის დაავადებები, შარდ-სასქესო ტრაქტის პათოლოგიები, ძვალ-კუნთოვანი ტრავმა და ემოციური დარღვევები.

ეპიზოდური ვიზიტები ხშირად მოზარდის პრაქტიკასთან ურთიერთობის ერთადერთი ფორმაა, მაგრამ გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ ამ ვიზიტზე წარმოდგენილი მარტივი სამედიცინო პრობლემის უკან, შესაძლოა სერიოზული პრობლემა, იქნება ეს ქცევითი, სოციალური, თუ «მითი» იმალეობდეს. ეს პრობლემა, რომელიც კონკრეტულ შემთხვევაში ნაკლებ ზეგავლენას ახდენს წარმოდგენილ სამედიცინო პრობლემაზე, შეიძლება სერიოზული ზიანის მომტანი იყოს მომავალში, ზოგადად მოზარდის ჯანმრთელობაზე მოქმედების თვალსაზრისით.

მოზარდების 10%-ს ქრონიკული დაავადება აღენიშნება (შაქრიანი დიაბეტი, ასთმა და რესპირატორული ალერგიები, ეპილეფსია, ნაწლავის ანთებითი დაავადებები, იუვენილური რევმატოიდული ართრიტი, სხვადასხვა სახის კიბო (ლეიკემია), გულის თანდაყოლილი მანკები, მუკოვისციდოზი და ჰემოფილია).

12. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან თინეიჯერებში ორსულობის შესახებ რომელია სწორი?

- ა) თინეიჯერების ორსულობა ასოცირებულია ცუდ პრენატალურ მეთვალყურეობასთან;
- ბ) თინეიჯერების ორსულობა ასოცირებულია ცუდ კვებასთან
- გ) თინეიჯერების ორსულობა ასოცირებულია აკრძალული მედიკამენტების გამოყენებასთან;
- დ) ყველა ზემოაღნიშნული სწორია
- ე) არც ერთი არ არის სწორი

13. პასუხი:

(დ) თინეიჯერების ორსულობა ასოცირებულია შემდეგ ფაქტორებთან:

- 1) ორსული თინეიჯერის დაუდევარი დამოკიდებულების გამო ცუდი ანტენატალური მეთვალყურეობა;
- 2) ცუდი კვება, რაც იწვევს ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა განვითარების შეფერხებას;
- 3) თამბაქოს მოწევა (ორსული თინეიჯერების მესამედი მწვეველია)
- 4) აკრძალული მედიკამენტების მოხმარება
- 5) სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები
- 6) გამოუცდელი მშობელი

ყველაფერი ეს უარყოფითად აისახება ახალშობილზე. თინეიჯერების ორსულობის მაჩვენებელი გაერთიანებულ სამეფოში დასავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით მაღალია (1993) და 1000 მოზარდზე 69,0-ს შეადგენს. თინეიჯერების ორსულობის 70% აბორტით მთავრდება.

15 წლისა და ნაკლები ასაკის ორსულებში მატულობს დედათა და პერინატალური ავადობისა და სიკვდილიანობის რისკი, ვინაიდან ორსულთა საკუთარი ფიზიკური ზრდა-განვითარების პროცესი ბოლომდე ჯერ კიდევ არ არის დასრულებული და ხშირია ანემიის, დაბრკოლებული მშობიარობისა თუ პრეეკლამპსია/ეკლამპსიის შემთხვევები. დამატებითი რისკი წარმოიქმნება იმ შემთხვევაში, თუ ორსულობა დაუგეგმავი და არასასურველია და ოჯახი და საზოგადოება ამას მწვავედ აღიქვამს. ასეთ მოზარდებს ჯანდაცვის მომსახურების მომწოდებელთა მხრიდან ფაქიზი და გულისხმიერი მოპყრობა ესაჭიროებათ.

მდგომარეობის შეფასება

- პირველი ვიზიტის დროს დგინდება ასაკი და სოციალური მდგომარეობა
- ხდება შესაძლო გართულებების გამოვლენა, როგორცაა ანემია, პრეეკლამპსია, დაბრკოლებული მშობიარობა ან ნაყოფის თავისა და მენჯის ზომების დისპროპორცია.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

- საზოგადოების ინფორმირება მოზარდების მომატებული კვებითი საჭიროების, ინდივიდუალური სამშობიარო გეგმის შედგენის მნიშვნელობისა და სოციალური მხარდაჭერის სამსახურების შესახებ.
- მიზანშეწონილია დამატებითი კონსულირება კვების საკითხებთან დაკავშირებით, მისაღებია რა მხედველობაში, რომ ახალგაზრდა ორსულები Aთავად არიან მოზარდები. საჭიროა აგრეთვე რკინისა და ფოლიუმმჟავის პრეპარატების მეტი დოზით გამოყენება.

13. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელი ითვლება მოზარდებისათვის მთავარ მიზნად:

- ა) საკუთარ კომპეტენტურობასა და ძალებში დარწმუნება
- ბ) ადაპტაციური სირთულეების დაძლევის საკუთარი სტრატეგიის შემუშავება
- გ) დამოუკიდებელი «ეგო»-ს შექმნის უნარი
- დ) შეძლოს მნიშვნელოვანი პრობლემების გარეშე გაიაროს ციკლი-დამოკიდებულებიდან, ნაწილობრივი დამოკიდებულებასა და დამოუკიდებლობამდე
- ე) შეიძინოს დამოუკიდებელი აზროვნების უნარი

14.პასუხი

(ა) განვითარების პროცესში მოზარდს სერიოზული ამოცანების გადაჭრა უხდება, რომელთა შორის უმთავრესი საკუთარი კომპეტენტურობისა და შესაძლებლობების აღქმის ფორმირებაა. მოზარდებს, ვისაც უჭირთ ამის გაკეთება, სერიოზული პრობლემები ექმნებათ თანატოლებთან და სხვა ადამიანებთან ურთიერთობისას, არამართო მოზარდობის ხანაში, არამედ მომავალშიც. მოზარდი, რომელსაც ინდივიდუალობის განცდა არ უყალიბდება, ძნელად აღწევს წარმატებებს ზრდასრულ ასაკშიც.

საკითხი დისკუსიისათვის:

რა პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებაა მიზანშეწონილი მოზარდებში ოპორტუნისტულად ან სპეციალურად ამ მიზნით მოწყობილ კონსულტაციებზე?

მოზარდებს აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეთ სამედიცინო შემოწმება, თუნდაც ერთხელ, რაც მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების საშუალებას მოგცემთ. ეპიზოდურ ვიზიტებზე ზოგადი პრაქტიკის ექიმს ეძლევა საშუალება მოზარდთან კონტაქტის შანსი პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებისათვის გამოიყენოს. ორი ინგლისურენოვანი აბრევიატურა კარგად ასახავს მოზარდებისათვის მნიშვნელოვან საკითხებს, საითკენაც პრევენციული ღონისძიებები უნდა იყოს მიმართული:

1. SAFE TIMES

2. HEADS

SAFE TIME

S =sexuality issues	სექსუალობის სფერო
A =affect (depression) and abuse (drugs)	აფექტი (დეპრესია) და ნაკრომანია
F =family (function and medical history)	ოჯახი (ფუნქციონირება და სამედიცინო ანამნეზი)
E =exam (sensitive and appropriate)	გასინჯვა (მგრძობიერე და შესაფერისი)
T =timing of development (body image)	განვითარების დროულობა
I =immunizations	იმუნიზაცია
M =minerals (nutritional issues)	მინერალები (კვება)
E =education, employment (school and work issues)	განათლება და სამსახური
S =safety (vehicle)	უსაფრთხოება (სატრანსპორტო საშუალებები)

HEADS

H =home	სახლი
E =education	განათლება
A =activities, affect, anxieties, ambitions	საქმიანობა, აფექტი, შფოთვა, მიზნები
D =drugs	არალეგალური მედიკამენტები
S =sex, stress, suicide, self-esteem	სექსი, სტრესი, სუიციდი, წარმოდგენა საკუთარ თავზე

მოზარდის განვითარების ფაზები:

1. **ადრეული პერიოდი**-მოზარდი მთლიანად დაკავებულია საკუთარ სხეულში მიმდინარე ძვრებით. კრიტიკულადაა განწყობილი საკუთარი გარეგნობის მიმართ, ფიქრობს მხოლოდ საკუთარ თავზე. ამ პერიოდში ძალიან მაღალია ფიზიკური აქტივობის დონე და აღინიშნება გუნება-განწყობის მკვეთრი მერყეობა.
2. **შუალედური პერიოდი**-უმთავრესი საზრუნავი დამოუკიდებლობის მოპოვებაა. თანატოლების წრე განასზღვრავს სოციალური ცხოვრების სტილს. დომინირებს რისკთან დაკავშირებული ქცევა. სქესობრივი საკითხების მიმართ ინტერესი კულმინაციას აღწევს.
3. **გვიანი პერიოდი**-მოზარდი მოზრდილობის ხანას უახლოვდება. ამ პერიოდში თითქმის ჩამოყალიბებულია მომავლის გეგმები, განსაზღვრულია ორიენტაცია, კარგად ხერხდება შინაგანი კონტროლი. მიუხედავად ამისა, ამ პერიოდში მოზარდების უმეტესობას კიდევ ბევრი გაურკვეველი საკითხი რჩება სქესობრივი სფეროს, მომავალი ურთიერთობებისა და კარიერის თვალსაზრისით. ამ პერიოდში მოზარდებს კვლავ უნდა ჰქონდეთ საკუთარი თავის მოზარდათ აღქმის შესაძლებლობა, ეს მათი მომავალი განვითარებისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

მოზარდებში განსაკუთრებით ხშირი ფსიქიკური სიმპტომები

- მოზარდი პაციენტის შეფასება

რადაც მომენტში მოზარდებთან ისეთივე ურთიერთობაა საჭირო, როგორც ბავშვებთან, ხოლო ზოგჯერ ისეთი, როგორც მოზრდილებთან. ეს განისაზღვრება ახალგაზრდა პიროვნების «სიმწიფითა» და კონკრეტული პრობლემით, რომელსაც ექიმი უნდა შეეხოს. იდეალურ, შემთხვევაში, ვიდრე ექიმი პრობლემის ჭეშმარიტ ბუნებას ამოიცნობს, უმჯობესია მოზარდი პაციენტი მარტო იქნას კონსულტირებული, ხოლო შემდეგ მშობლებთან ან ოჯახთან ერთად. ზოგიერთი მოზარდი საკუთარ თავს უკვე ჩამოყალიბებულ, დამოუკიდებელ პიროვნებად აღიქვამს. მისთვის არავითარ სირთულეს არ წარმოადგენს ექიმთან ვიზიტის დანიშვნა და პრაქტიკაში მარტო მისვლა. ასეთ შემთხვევაში, ექიმმა მოზარდი პაციენტის ავტონომიას პატივი უნდა სცეს და ფრთხილად მიიღოს მისგან თანხმობა მომდევნო კონსულტაციაზე მშობლის მოწვევის თაობაზე (თუკი, რაღა თქმა უნდა, ეს აუცილებელია). ზოგიერთ მოზარდს ძალიან უჭირს უფროსებთან (განსაკუთრებით ექიმთან) საუბარი და, ამდენად, გაურბის მათთან პირისპირ კონტაქტს. ასეთ დროს, უმჯობესია, კონსულტაცია მშობლის თანდასწრებით ჩატარდეს.

ზოგჯერ, ექიმი გრძობს, რომ მოზარდს რადაც, ძალიან პირადულის, თქმა სურს, მაგრამ ლაპარაკის დაწყება უჭირს. საუბარი ხანგრძლივ დუმილში გადადის, რაც ორივე მხარისთვის, როგორც ექიმის, ასევე პაციენტისათვის ზიანის მომტანია. თუკი ექიმი, როგორმე არ ეცდება ამ დუმილის შეწყვეტას, კონსულტაციის გამოსავალი არასახარბიელო იქნება და მოზარდი პრაქტიკას იმ გრძნობით დატოვებს, რომ «აქ

მისი სათქმელის თქმა შეუძლებელია» და, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ მომავალში ექიმთან ვიზიტის სურვილი კიდევ გაუჩნდეს.

მოზარდთან კონსულტაციისათვის ექიმს განსაკუთრებული მოთმინება, გულისხმიერება და ჩვევები სჭირდება, რათა პაციენტს «გახსნისა» და გულახდილი საუბრის საშუალება მისცეს.

ფსიქოსექსუალური პრობლემები

a. სქესობრივი ძალადობა

სქესობრივი ძალადობა, სამწუხაროდ, მოზარდებში ხშირად გამოუვლენელი რჩება. სქესობრივი ძალადობის შემთხვევა, ზოგჯერ, პირდაპირ ვლინდება, ზოგჯერ კი პაციენტი სხვადასხვა სიმპტომებს წარმოადგენს, რომელთა უკან ეს არასასურველი მოვლენა იმალება (იგივე შეიძლება ითქვას ფიზიკურ, ძალადობაზე, დაუდევარ დამოკიდებულებასა და ემოციურ ძალადობაზეც, მაგრამ სქესობრივი ძალადობის გამოაშკარავება მაინც ყველაზე რთულია). ყველა ექიმი უნდა იცნობდეს ადგილობრივ კანონმდებლობას იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა მოიქცეს ძალადობის ფაქტის გამოაშკარავების შემთხვევაში. ხშირად, ოჯახის ექიმი პირველი ადამიანია, რომელიც ამის შესახებ იღებს ინფორმაციას, ამდენად, იგი ყოველთვის მზად უნდა იყოს დაიცვას მოზარდის ინტერესები და დაუკავშირდეს სათანადო ორგანოებს ამის უზრუნველსაყოფად.

უპირველეს ყოვლისა, ექიმმა მოზარდს უნდა აუხსნას, რომ ძალადობის თაობაზე მას კონფიდენციალობის დაცვა არ შეუძლია და ვალდებულია ეს ინფორმაცია სხვა სამედიცინო პროფესიონალებს ან ბავშვთა დაცვის სოციალურ და სამართალდამცავ ორგანოებს გაუზიაროს. ძალადობის ფაქტის გამოვლენის დასაფიქსირებლად ერთ-ერთი საუკეთესო გზაა გამოცდილი სპეციალისტის მიერ მოზარდთან ჩატარებული საუბრის ვიდეოჩანაწერი. თუ ძალადობის ფაქტის აღმოჩენა ოჯახის ექიმის მიერ მოხდა, აუცილებელია საუბრის დეტალური (სიტყვა-სიტყვით) ჩანაწერის შესრულება-თუ შესაძლებელია, სასურველია ზუსტად ჩაიწეროს შეკითხვა, რომელიც ექიმმა მოზარდს დაუსვა და პასუხი, რომელიც მიიღო.

სქესობრივი ძალადობის არაპირდაპირ გამოვლინებას შესაძლოა წარმოადგენდეს სხვადასხვაგვარი სიმპტომი, ან სექსუალიზებული ქცევა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება, ან ორსულობა.

ძალადობის შემთხვევების მართვა, უპირველეს ყოვლისა, მოზარდის უსაფრთხოების უზრუნველყოფას გულისხმობს, შემდეგ უნდა მოხდეს ძალადობით გამოწვეულ და მის თანხლებ სიმპტომებზე ყურადღებს გამახვილება.

ზოგჯერ აუცილებელი ხდება ამ პროცესში ბავშვთა ფსიქიატრის მონაწილეობა. ეს მაშინ ხდება, თუ ბავშვი ან მოზარდი ცდილობს დამალოს მომხდარი ან ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დროისათვის ძალადობის ნიშნები თვალსაჩინო არ არის ან ექიმი აღმოაჩენს საეჭვო ნიშნებს და თვლის, რომ აუცილებელია შემდგომი შეფასება. ბავშვთა ფსიქიატრის მონაწილეობა

აუცილებელი ხდება მაშინაც, როდესაც სასამართლო პროცესის დამთავრების შემდეგ ბავშვი კვლავ დათრგუნულია, სტრესის ზემოქმედების ქვეშაა და სიმპტომებს წარმოადგენს. შესაძლოა საჭირო გახდეს ინდივიდუალური, ოჯახური ან ჯგუფური ფსიქოთერაპია.

ბ. სქესობრივი იდენტიფიკაციის დარღვევები

ასეთ დარღვევის შემთხვევაში მოზარდი მუდმივად ცდილობს საპირისპირო სქესის მსგავსად მოიქცეს მაგ. კონტრასტული ჩაცმულობა. ეს ბიჭებში უფრო ხშირია, ვიდრე გოგონებში. ასეთი კონტრასტული ჩაცმულობის, ჰომოსექსუალიზმისა ან თანატოლების უარყოფის გამო უამრავი პრობლემა შეიძლება აღმოცენდეს. ასეთ შემთხვევებში რეკომენდებულია მიმართვა ბავშვთა ფსიქიატრთან, მკურნალობა მოიცავს ქცევითი მოდიფიკაციის პროგრამებს, ინდივიდუალურ ან ოჯახურ ფსიქოთერაპიას. სქესობრივი იდენტიფიკაციის დარღვევები, ჯერ-ჯერობით ცუდადაა შესწავლილი, ვერ ხერხდება რაიმე კონკრეტული ეტიოლოგიური ფაქტორის იდენტიფიცირება (ენდოკრინული, ქრომოსომული ან ფსიქოლოგიური).

საკვების მიღებასთან დაკავშირებული დარღვევები

a. ნევროზული ანორექსია

ნევროზული ანორექსია, უმთავრესად, შედარებით მოზარდილ თინეიჯერებსა და ახალგაზრდებში გვხვდება, მაგრამ ეს შესაძლებელია აღინიშნოს ადრეული ასაკის თინეიჯერებში და, ზოგჯერ, პუბერტატული პერიოდის დადგომამდეც. ნევროზული ანორექსია მეტად გავრცელებულია გოგონებში, დაავადებულობის მაჩვენებელი 14-დან 17 წლამდე ასაკში 1000-ზე 3-ს შეადგენს (Whitaker et al. 1990).

ამ დარღვევის ძირითადი სიმპტომი თვით-ინდუცირებული შიმშილი და წონაში კლებაა, რასაც თან ახლავს კიდევ უფრო მეტად გახდომის სურვილი და სიმსუქნის შიში. ეს დარღვევა ასოცირებულია მოზარდის მიერ საკუთარი სხეულის არაადეკვატურ აღქმასთან. იგი თვლის, რომ ჭარბი წონა აქვს, სინამდვილეში კი პირიქითაა. წონის ძლიერ კლებას თან ახლავს ამენორეა. შიმშილობის მიუხედავად ინტენსიური ზრდის გამო გოგონამ შეიძლება წონაში არც დაიკლოს, მაგრამ წონის მატება მოსალოდნელი ნორმების შესაბამისად არ ხდება.

ასეთ დროს აუცილებელია გოგონას გამოკითხვა 24 საათის განმავლობაში მიღებული საკვების რაოდენობისა და ტიპის თაობაზე. მნიშვნელოვანია, რომ თავად გოგონამ და მისმა მშობლებმაც გააცნობიეროს, რომ თქვენთვის მთავარი არაა იცოდეთ, თუ რა საკვები დევს მის თევზზე სადილზე ან საუზმეზე. მთავარია იმის გარკვევა მიერთმევს თუ არა ბავშვი ამ საკვების საერთოდ რაიმე ნაწილს. ზოგჯერ, დედა ამჩნევს, რომ გოგონა თითქმის არაფერს ჭამს შეთავაზებული პორციიდან. თუმცა, მოზარდი ხშირად მალავს ამ ამბავს ოჯახის სხვა წევრებისაგან. ანორექსიის შემთხვევაში მოზარდები განსაკუთრებულ აუტანლობას ცხიმებისა და კარბოჰიდრატების მიმართ ამჟღავნებენ. ზოგჯერ, თითქოს პაციენტი საკვებს საკმარისი რაოდენობით ღებულობს, მაგრამ ჭამის შემდეგ მაშინვე იგი ხელოვნურად იწვევს ღებინებას. ექიმი უნდა ეცადოს გაარკვიოს ეს ამბავი, იკითხოს ამის შესახებ პირდაპირ ან დედას ასეთი შეკითხვა დაუსვას: «გოგონა ჭამის შემდეგ მაშინვე აბაზანაში ხომ არ მიდის?». ნევროზული

ანორექსიით შეპყრობილ მოზარდებში ხშირია ჰიპერრეაქტიულობა და საფადართო პრეპარატების ბოროტად გამოყენება, მათთვის ესეც წონის დაკლების საშაულებაა.

ფიზიკალური გასინჯვით ნახავთ გამოფიტულ ბავშვს, რომელიც შემფოთებულია და ძალიან სერიოზულად გამოიყურება. კანს ქვემოთ მოსჩანს ძვლოვანი წანაზარდები. კანი ხშირად მშრალია. კიდურები ციანოზური და ცივი. პულსი შენელებულია, არტერიული წნევა და ტემპერატურა ნორმაზე დაბალი.

ნევროზული ანორექსიის მართვა

მიზანი: ნორმალური წონისა და კვებითი სტატუსის აღდგენა, რის საფუძველზეც მოხერხდება, უპირველეს ყოვლისა, ნორმალური მენსტრუალური ციკლის აღდგენა.

ყველა მშობელი ვერ აცნობიერებს ნევროზული ანორექსიის სიმძიმე და ჯანმრთელობაზე მძიმე ზეგავლენას. ასეთ სიტუაციაში, უმთავრესია, ოჯახის მონაწილეობის უზრუნველყოფა, რათა მათ გოგონა წონის მომატების აუცილებლობაში დაარწმუნონ. მშობლებმა უნდა გაიგონ, რომ ნევროზული ანორექსია პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობაა. ამ დარღვევასთან ასოცირებული სიკვდილობის მაჩვენებელი 10%-ს აღწევს. პროგნოზი განსაკუთრებით ცუდია დაავადების ადრეული დასაწყისისა და თანხლები ფსიქიატრიული დარღვევების ან ოჯახური დისფუნქციის შემთხვევაში.

ოჯახის ექიმს წარმატებით შეუძლია განახორციელოს ნევროზული ანორექსიის მსუბუქი შემთხვევების მართვა. აუცილებელია მშობლებთან და თავად პაციენტთან მჭიდრო თანამშრომლობა- წონა, რომლის მიღწევაც უნდა მოხერხდეს, ერთობლივი შეთანხმებით უნდა განისაზღვროს. ექიმმა პაციენტთან და მის მშობლებთან ერთად დეტალურად უნდა განიხილოს დიეტური რეჟიმი და შეიმუშაოს ზუსტი გეგმა იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა მოხდეს კვებითი დეფიციტის კორექცია. მნიშვნელოვანია პაციენტს მიეცეს არჩევანის საშუალება, მაგ. ნება დართეთ მას მიირთვას კარტოფილი ისეთი სახით, როგორც მეტად მოსწონს და ა.შ.

მეთვალყურეობის პროცესში გოგონა ყოველკვირეულად უნდა აიწონოს. ექიმმა უნდა იცოდეს, რომ ანორექსიის შეპყრობილი ბავშვები, ხშირად, ტანსაცმლის ქვეშ მძიმე საგნებს მალავენ, რათა მათი წონა შეცდომით მომატებულად დაფიქსირდეს. მიაქციეთ ყურადღება, რომ ბავშვმა აწონამდე ზედმეტი ტანისამოსი გაიხადოს. როდესაც წონა აღდგება, შესაძლოა საჭირო გახდეს დამატებითი მკურნალობა ანორექსიის გამომწვევი ძირითადი მიზეზის იდენტიფიკაციისა და აღმოფხვრისათვის.

მძიმე შემთხვევებში რეკომენდებულია მოზარდის მიმართვა პედიატრთან ან ბავშვთა ფსიქიატრთან.

b. ნევროზული ბულემია

საკვების მიღებასთან დაკავშირებული დარღვევის ეს ფორმა უპირატესად გვიანი მოზარდობისა და ზრდასრული პერიოდის ადრეულ ფაზაშია გავრცელებული. ეს შესაძლოა განვითარდეს ნევროზული ბულემიით დაავადებულ პაციენტებში. დამახასიათებელი სიმპტომებიდან აღსანიშნავია გადაჭარბებული კვება (პაციენტი მიირთმევს ძირითადად მაღალკალორიულ საკვებს), საკვების მიღების შემდეგ პაციენტი იწვევს ლებინებას და ზოგჯერ შიმშილობს კიდევ. ასევე ადგილი აქვს

საფაღარათო საშუალებების ბოროტად გამოყენებას. იმისდა მიხედვით, თუ როგორ ახდენენ პაციენტები საკვების მიღებისა და შემდეგ ინდუცირებული ღებინება-ფაღარათის ბალანსირებას, ისინი შეიძლება იყვნენ ჭარბი, ნორმალური ან ნორმაზე ნაკლები წონის. ადგილი აქვს მენსტრუალური ციკლის რეგულარულობის მოშლას ან ამენორეას.

გოგონებში ნევროზული ბულემიით დაავადებიაანობა, ბიჭებთან შედარებით, მნიშვნელოვნად მაღალია (20:1) და 14-დან 17 წლამდე ასაკში 2,5%-ს შეადგენს.

ჯერ ჭარბი ჭამა და შემდეგ ღებინება, უმთავრესად, დაფარულად ხდება, რაც პაციენტში დანაშაულის გრძნობას ბადებს. ნევროზულ ბულემიას ხშირად თან სდევს დეპრესია. ასეთ დროს განსაკუთრებით მაღალია სუიციდისა და თვით-დაზიანების რისკი.

ნევროზული ბულემიის მართვა ფარმაკოლოგიური (ფლუოქსეტინი) და ინდივიდუალური (შემეცნებით-ქცევითი) ფსიქოთერაპიის კომბინირებას გულისხმობს.

დეპრესია

6-11 წლის ასაკობრივ ჯგუფში დეპრესიით დაავადებიაანობა 0,4-დან 2,5%-მდე მერყეობს და 0,4-დან 6,4%-ია 12-დან 19 წლამდე ასაკში (Fleming and Offord, 1990). ზოგადად, მოზარდის ასაკის მატებასთან ერთად დეპრესიით დაავადებიაანობის მაჩვენებელი იზრდება.

მოზარდებში დეპრესია ისეთივე სიმპტომებით ხასიათდება, როგორც მოზრდილებში, თუმცა დომინირებს გუნება-განწყობის დაქვეითება (რაც, სულ მცირე, ორი კვირა გრძელდება), დაღლილობა, ცხოვრების ხალისისა და ინტერესის დაკარგვა. ამას შესაძლოა თან ახლდეს ისეთი სიმპტომები, როგორცაა ძილის დარღვევა, მადის დაკარგვა, კონცენტრაციის უნარის გაუარესება ამის გამო წარუმატებლობა სკოლაში, დანაშაულის შეგრძნება, საკუთარ თავში რწმენის დაკარგვა, გაღიზიანებადობა, სომატური ჩივილები, სოციალური განყენება, სუიციდალური აზრები ან ფიქრი სიკვდილზე. დეპრესია ბავშვობის ასაკში ხშირად, ტიპური ჭირისუფლობის გამოვლინებაა ან ეს შეიძლება ქრონიკული დაავადების, სხვა ფსიქიკური პრობლემის ფონზე აღმოცენდეს. დეპრესია ხშირია ბავშვებში, რომელთა მშობლებსაც აფექტური აშლილობა აღენიშნებათ.

მოზარდთა დეპრესიის მკურნალობაში უმთავრესი მომენტი მისი გამოწვევ მიზეზზე ზემოქმედებაა. ანტიდეპრესიული პრეპარატების გამოყენება მხოლოდ მძიმე ენდოგენური დეპრესიის დროსაა რეკომენდებული. ეს სპეციალისტის მეთვალყურეობით ხორციელდება.

მოზარდებში განსაკუთრებით ხშირია შეგნებული თვით-დაზიანება. სასკოლო გამოკითხვებით გამოვლინდა, რომ დიდი ბრიტანეთის სკოლებში მოზარდების მეოთხედი ფიქრობდა სიუციდზე, მათ ნახევარს ჰქონდა ამისათვის მოფიქრებული რაღაც გეგმა, 8%-ს უკვე განეხორციელებინა სუიციდის მცდელობა, 2% მოითხოვდა სამედიცინო დახმარებას ამის გამო. გოგონები ხშირად თავის მოწამვლას მიმართავენ, რათა სამედიცინო პერსონალის ყურადღება დაიმსახურონ.

ექიმმა ანამნეზში შეგნებულად თვით-დაზიანების ეპიზოდის შემთხვევაში დეტალურად უნდა გამოიკითხოს მოზარდის სოციალური და ოჯახური გარემოს შესახებ. ამ პაციენტებს უმრავლესობას აღენიშნება კომუნიკაციური სირთულეები, განსაკუთრებით დამაბული ოჯახური ატმოსფერო. ისინი თვით-დაზიანების ეპიზოდის

შემდეგ მაინც აღნიშნავენ, რომ აქვთ სიკვდილის სურვილის გამომხატველი მფრინავი იდეები. თუმცა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ კმაყოფილია იმით, რომ ცოცხალი გადარჩა და არ აქვს სიკვდილის სურვილი. მუდმივად უმაქნისობის შეგრძნება და სიკვდილის სურვილი საგანგაშო ნიშნებია და დეპრესიაზე ან სხვა ფსიქიკურ დარღვევაზე მიუთითებს, რაც აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული.

ახალგაზრდების უმრავლესობა, რომელსაც თვით-დაზიანების მცდელობა ჰქონია მიზანდასახულ სუიციდზე იშვიათად მიდის, თუმცა განხორციელებული სუიციდის შემთხვევაში ახალგაზრდების მესამედს ანამნეზში აღენიშნება არაფაქტური თვით-დაზიანების ეპიზოდი. ასე რომ, სუიციდის რისკი განსაკუთრებით მაღალია მოზარდ პაციენტებში, რომელთაც ანამნეზში თვით-დაზიანების ეპიზოდი აღენიშნებათ. სუიციდი ათ წლამდე იშვიათია, ახალი შემთხვევების სიხშირე მოზარდობის პერიოდში მნიშვნელოვნად იმატებს და ეს ტენდენცია მოზარდობის ხანამდე გრძელდება. 5-14 წლის ასაკში სუიციდი საერთო სიკვდილობის 0,5%-ს შეადგენს. 15-19 წლის ასაკში სუიციდის მაჩვენებელი 7,6-ია 100000-ზე და საერთო სიკვდილობის 14%-ს შეადგენს. ისევე როგორც მოზარდილებში, მოზარდებშიც სუიციდი უფრო ხშირია ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში. პრობლემის სიმძიმისა და სერიოზულობის გამო დეპრესიის, ანამნეზში თვით-დაზიანების ეპიზოდის ან ფსიქიკური დაავადების რაიმე ნიშნის მანიფესტირების შემთხვევაში აუცილებელია ბავშთა ფსიქიატრის კონსულტაციის უზრუნველყოფა.

მოზარდობის ცნების განსაზღვრა

ადამიანის ცხოვრების რომელ პერიოდს ვუწოდებთ მოზარდობის ასაკს, რატომ გამოვყოფთ მას ცალკე პერიოდად, რა არის ამ ასაკისათვის დამახასიათებელი? ამ შეკითხვებს პასუხობს ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის ექსპერტების მიერ 1974 წელს შემუშავებული განსაზღვრება. ამ განსაზღვრების შესაბამისად, მოზარდობა ადამიანის სიცოცხლის ისეთი პერიოდია, რომლის დროს სრულდება სამი ძალიან მნიშვნელოვანი პროცესი:

- I- ამ ასაკში იწყება და მთავრდება სქესობრივი მომწიფება;
- II- ფსიქოლოგიურად ბავშვური ქცევა იცვლება ზრდადასრულებული ადამიანისათვის დამახასიათებელი ქცევით;
- III- მოზარდის მოზრდილებზე სოციალურად და ეკონომიურად დამოუკიდებლობის პერიოდი იცვლება შედარებითი დამოუკიდებლობით.

აღნიშნული პრინციპების გათვალისწინებით, 1977 წ. ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის ექსპერტების კომიტეტმა შეიმუშავა რეკომენდაცია- ჩაითვალოს მოზარდობის ასაკად ადამიანის სიცოცხლის პერიოდი 10-დან 20 წლამდე. ამ პერიოდის ამგვარი გამოყოფა ერთი შეხედვით არაბუნებრივია, ძალიან დიდია განსხვავება 11 წლის ბავშვსა და 19 წლის ვაჟკაცს შორის_ და მაინც, მოზარდობის ასეთი განსაზღვრა მართებულია, ამ პერიოდის განმავლობაში ბავშვი იქცევა მოზრდილ ადამიანად. ბევრ ძველ საზოგადოებაში ბავშვობიდან მოზარდობაში გადასვლას სხვადასხვა რიტუალებით აღნიშნავდნენ. ამ რიტუალების მეშვეობით მოზარდი არა მარტო ლებულობდა გარკვეულ სოციოლოგიურ სტატუსს, არამედ, თითქოს ხელმეორედ იბადებოდა ლებულობდა ახალ სახელს. ხშირად სოციალური მომწიფება არ შეესაბამებოდა კალენდარულად სქესობრივ მომწიფებას.

მოზარდობაში გამოყოფენ 2 ქვეპერიოდს:

- I- პუბერტატობის ანუ სქესობრივი მომწიფების პერიოდი. ეს არის წლები 10-დან 16 წლამდე. იგი იწყება მეორადი სქესობრივი ნიშნების გამოჩენებითა და განვითარებით და მთავრდება რეპროდუქციული ფუნქციის შესრულების უნარის ჩამოყალიბებით.
- II- სოციალური მომწიფების პერიოდი. ამ პერიოდში ადამიანი ირჩევს პროფესიას და ეუფლება მას.

როდესაც ზემოდასახელებულ კლასიფიკაციას ვსწავლობთ, აუცილებელია იმის აღნიშვნა, რომ 30 წლის წინ საბჭოთა კავშირში მიღებული იყო ადამიანს ასაკობრივი პერიოდიზაცია, რომელშიც პუბერტატულ ასაკად მიჩნეული იყო 13-16 წლის ბიჭებისათვის და 12-15 წწ გოგონებისათვის. მოზარდობის მეორე პერიოდს, 19-20 წლამდე, მიიჩნევდნენ სოციალური მომწიფების, სოციალური რეალიზაციის პერიოდად.

როდესაც სოციალური მომწიფების ასაკზე მსჯელობენ, ბევრი მის ძირითად მახასიათებელ კრიტერიუმად მიიჩნევს შრომითი საქმიანობის დასაწყისს. ასეთი ახალგაზრდები ძირითადად სოფლისა და ქალაქის მუშა ახალგაზრდობაა, სტუდენტები კი ამ თვალსაზრისით მათ ჩამორჩებიან, ისინი უფრო დიდხანს ინარჩუნებენ სტუდენტებზე დამოკიდებულების სტატუსს.

სოციალური მომწიფება არაერთი ფაქტორით განისაზღვრება:

- შრომითი საქმიანობის დაწყება;
- ეკონომიური დამოუკიდებლობა;
- პოლიტიკური და მოქალაქეობრივი სრულწლოვანება;
- სამხედრო სამსახური;
- ქორწინება;
- პირველი ბავშვის დაბადება.

სოციალური მომწიფების სფეროში, ისევე როგორც პუბერტატობის წლებში, ახალგაზრდების სხვადასხვა ჯგუფებს შორის ძალიან დიდი მრავალფეროვნებაა; ახალგაზრდა, რომელიც მომწიფებულია შრომითი საქმიანობისათვის, შეიძლება რჩებოდეს მოზარდ გოგონებთან ურთიერთობაში, კულტურული მოთხოვნილებების სფეროში და პირიქით.

მოზარდობის პერიოდი განსაკუთრებული პერიოდია ადამიანის ცხოვრებაში ერთი განსაკუთრებული მიზეზის გამოც-ამ ასაკში ხშირად საფუძველი ეყრება ბევრ პათოლოგიურ პროცესს, რომელიც შემდგომში მოზარდილ ცხოვრებაში შეიძლება ცალკეულ დაავადებად ჩამოყალიბდეს.

არტერიული ჰიპერტენზია, წყლულოვანი დაავადება, რევმატიზმი, ბრონქებისა და ფილტვების ზოგიერთი დაავადება, აი ისეთი დაავადებების ძალზე არასრული ჩამონათვალი. ეს დაავადებები ზღუდავენ პიროვნების შესაძლებლობებს, რომ მის ვარგისიანობას ზოგიერთი პროფესიისათვის, გავლენას ახდენენ ქვეყნის თავდაცვისუნარიანობაზე. პუბერტატობის პერიოდში ორგანიზმი მგრძობიერება გარემოს არაკეთილსაიმედო ფაქტორების მიმართ, ორგანიზმის ადაპტაციური შესაძლებლობები არასრულფასოვანია. სწორედ ამიტომ შეიძლება, როგორც ზემოთ ითქვა, მიეცეს ამ ასაკში ბიძგი სამომავლო პათოლოგიური პროცესების განვითარებას. ასეთი რამ უფრო იმ მოზარდებშია ადვილი შესაძლებელი, რომლებსაც ამა თუ იმ დაავადების მიმართ მემკვიდრული მიდრეკილება გააჩნიათ. მოზარდილობის ასაკში ფორმირდება ამა თუ იმ ორგანოთა სისტემის არჩევითობა სხვადასხვა დაავადებების შედარებით ადვილად აღმოცენებისა და განვითარებისათვის, კლინიკური პროცესის თავისებურებებისათვის, მისი გამოსავლისათვის.

გარდამავალი ასაკი ყოველთვის კრიტიკულია; რამდენად მკვეთრი და ყოვლისმომცველია ცვლილებები პიროვნებაში? სხვადასხვა ფსიქიკური თვისებები სხვადასხვანაირად იცვლება-ერთნი სწრაფად, მეორენი კი ძნელად, ან რჩებიან შედარებით უცვლელეები მთელი ცხოვრების მანძილზე. ზოგიერთი მოზარდისათვის მისი ცხოვრების ეს ხანა მიმდინარეობს დუნედ და მდორედ, მეორისათვის კი არეულად, მტკივნეულად. ეს დამოკიდებულია, როგორც გარემოზე და აღზრდაზე, ისე ორგანიზმის მემკვიდრულ თვისებებზე. გასათვალისწინებელია, რომ მოზარდთა ასაკში ფიზიოლოგიური ნორმები ძალიან ვარიანტულია და ისინი ხშირად შეიძლება ავადმყოფურ გამოვლინებად ჩავთვალოთ. არ არის ადვილი პრემორბიდული სიმპტომების ავადმყოფობაში გადასვლის დადასტურება. ექიმის ერთ-ერთი ამოცანა ასეთი ტრანსფორმაციის პროფილაქტიკაა.

მოზარდი ბავშვისათვის დამახასიათებელი გაზრდილი ინტერესი საკუთარი თავის მიმართ. ისინი მუდამ ადარებენ თავის თავს, თავის საქციელს თავიანთი თანატოლების, მოზარდილების ქცევასთან. ისინი ცდილობენ გამოიმუშაონ საკუთარ თავში ისეთი თვისებები, რომლებიც დაეხმარებიან მათ წარმატების მიღწევასა და სხვებთან ურთიერთობის გაადვილებაში. მოზარდს ადამიანთა საზოგადოებაში ეძლევა

შესაძლებლობა გაიცნოს საკუთარი თავი, დაიმკვიდროს თავი საზოგადოებაში და სრულყოფას მიაღწიოს. სამყარო მოზარდისათვის მოზარდული ადამიანის მეშვეობით აღიქმება. მოზარდი მათგან გაგებასა და ნდობას მოელის. თუ ამ მისწრაფებებზე მოზარდი ტყუვდება, ცდება, მას საპასუხოდ გამოუმუშავდება პროტესტის სხვადასხვა ფორმები-უხეშოა, ნეგატივიზმი, სიჯიუტე, თავის თავში ჩაკეტვა, აგრესიულობა. ეს თვისებები და ნიშნები არ არის მოზარდებისათვის აუცილებლად დამახასიათებელი, ისინი უხშირესად მოზარდის მიმართ არასწორი მიდგომის, არასწორი აღზრდის შედეგებია. მოზარდი ისწრაფვის, რომ იგი სრულფასოვან პიროვნებად ჩათვალოს, გაითვალისწინონ მისი მისწრაფებები. სამწუხაროდ, სასკოლო და საოჯახო პრაქტიკაში ხშირია ასეთი მიდგომა-მოზარდი ბავშვია, იგი უნდა ემორჩილებოდეს უფროსთა მოთხოვნებს. მოზარდს პირდაპირ ეუბნებიან: «ნუ გვიბრუნებ ენას, გააკეთე, რასაც გეუბნებიან, როცა გაიზრდები, მაშინ შეგიძლია იდავო.»

მცდარია შეხედულება, თითქოს მოზარდს არ შეუძლია დამოუკიდებლად ინიციატივის გამოვლენა. ზოგიერთ ოჯახში მოზარდთა დამოუკიდებლობა მეტად პირობითი მცნებაა. მშობლები, თუმცა კი ცდილობენ ჩააბან მოზარდი შრომით საქმიანობაში, სრულიად არ ითვალისწინებენ მის სურვილებს, მის მოთხოვნილებებს. მშობლები, რომლებიც არ იცნობენ ბავშვთა ფსიქოლოგიას, ჰგონით, რომ მოზარდად გადაქცეული ბავშვის ფსიქოლოგიაში არაფერი შეცვლილა. მისი წარმატება-წარუმატებლობა სწავლაში კვლავ ის ძირითადი კრიტერიუმებია, რომლებითაც უფროსები აფასებენ მას. სწავლა, როგორი მნიშვნელოვანიც არ უნდა იყოს ის, ვერ აკმაყოფილებს მთლიანად ბავშვის ინტერესებს, მის მზარდ მოთხოვნილებებს, საზოგადოებრივად მნიშვნელოვანი მოქმედების სურვილს. სწავლასთან ერთად მოზარდისათვის ძალზე მნიშვნელოვანია სპორტი, ტექნიკური და მხატვრული შემოქმედება და ბევრი სხვა რამ.

მოზარდობის პერიოდში ხდება პიროვნების ჩამოყალიბება, მასში გენეტიკურად ჩადებული პროგრამის რეალიზაცია, გარკვეული კონსტიტუციური ტიპის ჩამოყალიბება. ამ ასაკში მომწიფებას განიცდის ორგანიზმის მორფოლოგიური და ფუნქციური სისტემები, ყალიბდება რეპროდუქციული სისტემა, ფორმირდება სექსუალური ქცევის ტიპი. აღნიშნულთან დაკავშირებით თანდათანობით წინა პლანზე გამოდის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემები. მოზარდობა დამახასიათებელი და განსაკუთრებულია იმით, რომ ორგანიზმში მანამდე შედარებით დინჯად მიმდინარე ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური პროცესები აქტიურდება, ენერგიულად გარდაიქმნება ენდოკრინული სისტემა, ორგანიზმის ყველა ფუნქცია ინტენსიურ, გაცხოველებულ მუშაობას იწყებს. აღწერილი მდგომარეობა განიხილება, როგორც ბუნებრივი ფუნქციური დატვირთვა. მოზარდობის დროს ორგანიზმში მიმდინარე პროცესები სიმბაფრით სჭარბობს ბავშვობაში მიმდინარე პროცესებს. ისინი ამ თვალსაზრისით II ადგილზეა ახალშობილობის ასაკის შემდეგ (1-10 დღე). ორგანოები და ორგანოთა სისტემები ჰეტეროქრონულად ვითარდება. ხშირია ცალკეული ინდივიდუუმების საერთო ნორმალური სტანდარტებიდან (მორფოლოგიური, ფუნქციური, ფსიქიკური) მნიშვნელოვანი გადახრები. ეს ფაქტი აუცილებელ პირობად აყენებს ფიზიოლოგიური ნორმების შემუშავების აუცილებლობას. მოზარდთა ასაკში ძალიან გავრცელებულია სასაზღვრო სომატური და ფსიქიკური მდგომარეობები. ყალიბდება ფსიქოლოგიურად სპეციფიკური თავისებურებები, ქცევის სტერეოტიპები, რაც დაღს ასვამს პიროვნებას და ხშირად

გაყვება მას დამახასიათებელ თავისებურებას შემდგომ ცხოვრებაში. მოზარდთა დიდ უმრავლესობას უყალიბდება ქცევის ტიპი, რომელიც ანცვიფრებს ახლობლებს, პედაგოგებს, ექიმებს. მოზარდებს უჩნდებათ ემანსიპაციის რეაქციები-განკერძოებისადმი ცალკეულ ჯგუფებად შეკვრის მიდრეკილება, ჰიპერსექსუალობა. აღნიშნული ქცევის თავისებურებები არაიშვიათად ამ ასაკის პიროვნებების საქციელს ასოციალურობის ნიშან-თვისებებს ანიჭებს.

ამგვარად, მოზარდობის ასაკი არის ადამიანის სიცოცხლის რეალური პერიოდი 10-დან 20 წლამდე. ამ ასაკში ადამიანი უკვე აღარ არის ბავშვი, ემგრამ ჯერ კიდევ არ არის მოზრდილი. სპეციალისტების მტკიცებით, მოზარდებს ერგებათ ყველაფერი ცუდი ბავშვობისაგან და მოზრდილობისაგან-მათ ჯერ კიდევ არ იცავს კანონები, მისადაგებული მოზრდილთათვის, მაგრამ ისინი უკვე აღარ იღებენ იმ სითბოსა და მზრუნველობას მშობლებისაგან, რასაც ბავშვები.

მოზარდის ზრდისა და განვითარების ზოგადი კანონზომიერებები

მოზარდობის ასაკში ორგანიზმი სწრაფად იზრდება. ზრდა ცოცხალი მატერიის ზოგადი ბიოლოგიური თვისებაა. ზრდა გამოიხატება ორგანიზმის მასისა და ზედაპირის მატებაში. ზრდის რაოდენობრივი პროცესის პარალელურად მიმდინარეობს განვითარებაც. განვითარება თვისობრივ ცვლილებებს გულისხმობს, გულისხმობს ქსოვილებისა და ორგანოების დიფერენციაციას. ამავ დროს მიმდინარეობს ორგანიზმის ფუნქციური სისტემების სრულყოფა, მათი მომზადება იმისათვის, რომ ოპტიმალურად შეასრულოს ის ფუნქციები, რომლისთვისაც არიან მოწოდებულნი.

ამ ასაკის მორფოლოგიური თავისებურებაა სიმაღლეში მკვეთრი ზრდა-ე.წ. ზრდის პუბერტატული ნახტომი (პუბერტი). გოგონებში ეს ხდება 11-12 წლის ასაკში, ბიჭებში 1 წლით გვიან. გოგონებში ამას თან სდევს, როგორც წესი, პირველი მენსტრუაცია (ზოგჯერ ეს პერიოდი რამდენადმე წინ უსწრებს მენსტრუაციას). პუბერტატულ პერიოდში ძირითადად ყალიბდება ორგანიზმის დიმორფიზმის ტიპოლოგიური პროპორციები, სრულდება სქესობრივი დიმორფიზმის ტიპოლოგიური ნიშნების ჩამოყალიბება.

პუბერტატული პერიოდის დასაწყისში ინტენსიურად იზრდება ქვემო კიდურები. ტანმომდევრობა ასეთია ტერფი, წვივი, ბარძაყი. გოგონებში ინტენსიურად იზრდება მენჯი-მატულობს მანძილი თემოს ძვლებს ქედებს შორის. მოგვიანებით ინტენსიურ ზრდაში ჩაერთვება ზემო კიდურებიც. ასეთი თანმიმდევრობით მაჯები, წინამხრები, მხრები. მართალია, ზემო კიდურის ზრდა მაჯიდან იწყება, მაგრამ ყველაზე ინტენსიურად იზრდება მხარი. ქვემო კიდურებს ზრდა გოგონებში უფრო ადრე ნელდება, ამიტომაც ტანის შეფარდება ქვემო კიდურებთან გოგონებში მეტია, ვიდრე ბიჭებში.

10 წლის ბავშვის თავის ქალა სიდიდით მოზრდილის 25%-ის, ამიტომ პუბერტატობის პერიოდში იგი ნაკლები ინტენსივობით იზრდება, მაგრამ შესამჩნევად იცვლება პროპორციები სხავადსხვა ნაიწლებს შორის. ზრდის პუბერტატულ ნახტომიდან 1 თვის შემდეგ აქტიურად იწყებს ზრდას (განსაკუთრებით ბიჭებში) ქვედა ყბა, შემდეგ ზედა ყბა და ცხვირი. იზრდება თვალბუდეების საგიტალური და ჰორიზონტალური ზედაპირები, რამაც შეიძლება ბიძგი მისცეს მიაპიის განვითარებას.

პუბერტატულ პერიოდში მკვეთრად ვლინდება ინდივიდუალური განსხვავებები ფიზიკურ და სქესობრივ განვითარებაში, მოზარდები, რომელიც ჩამორჩებიან ფიზიკურ

ზრდაში და განვითარებაში, ჩამორჩებიან ასევე შრომისუნარიანობით და Aშედარებით ცუდად სწავლობენ.

ზრდა და განვითარება პუბერტატულ პერიოდში ჰეტეროქრონიის პრინციპების საფუძველზე ხდება- ე.ი. არათანაბრად, დისპროპორციულად. უფრო სწრაფად ვითარდება ძვლები, კუნთები, პერიფერიული ნერვები, ნაკლები ინტენსივობით თავის ქალას ძვლები, ტავი ტვინი. გეტეროქრონიის გამო ორგანიზმის შესაძლებლობები სხვადასხვანაირი დატვირთვების მიმართ არათანაბარია: ასე მაგალიტად, ორგანიზმი მგრძობიარეა ჯანგბადის ნაკლებობისადმი, ნაკლებად ამტანია სწრაფ სირბილში, მასში უფრო ხანგრძლივად ხდება ძალების აღდგენა მაქსიმალური სისწრაფით ცურვის შემდეგ.

გასული საუკუნის 50-70-იან წლებში შეინიშნებოდა აქსელერაციის პროცესი- მოზარდებში ანთროპომეტრიული მონაცემების (წონა, სიმაღლე, გულმკერდის გარშემოწერილობა და სხვა) მკვეთრი მატება, სწრაფი სქესობრივი მომწიფება. მოგვიანებით აქსელერაციის პროცესები სუსტდება, თუმცა რიგი პრობლემებისა, რაც მან გამოიწვია, რჩება. პუბერტატობის პერიოდში ორგანოებისა და ორგანოთა სისტემების ზრდა-განვითარების ინტენსიფიკაციის უარყოფითი მომენტი ის არის, რომ ამ დროს შესაძლებელია ორგანიზმის ამა თუ იმ სისტემის «სისუსტის» ჩამოყალიბება; ასე მაგალიტად, საფუძველი ეყრება მხედველობის პრობლემებს, არტერიულ ჰიპერტენზიას, საყრდენი აპარატის პათოლოგიას.

მოზარდებში მნიშვნელოვანია ბიოლოგიური ასაკის დადგენა. იმიტომ, რომ ორგანიზმის სომატო-და ფიზიომეტრიული მონაცემები შეესაბამება მის ინდივიდუალურ მახასიათებლებს და არა კალენდარულ ასაკს.

ორგანიზმის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური განვითარება არსებულ გარემოში მასში ჩადებული თვისებებისა და უნარის რეალიზაციის შედეგია. გარემოს რა ფაქტორების ახდენენ ზეგავლენას ორგანიზმის ზრდა-განვითარებაზე-უწყობენ ხელს ან აფერხებენ მას? ესენია: აღზრდა (ფსიქოლოგიური გარემო), კვება, ფიზიკური აქტივობა, კულტურული გარემო, მეცადინეობა, ურბანიზაცია, ეკოლოგია, სომატური დაავადებები.

შინაგან ფაქტორთაგან გადამწყვეტია გენოტიპი, ე.ი. იმ გენების ერთობა, რომლებიც ჩადებულია ორგანიზმში და განაპირობებს ამ ინდივიდუალის კონსტიტუციას.

ორგანიზმის ფიზიკური განვითარება მისი საერთო განვითარებისა და ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მახასიათებელია. ამიტომ აუცილებელია ორგანიზმის ფიზიკური მონაცემების ყოველწლიური შესწავლა.

ფიზიკური განვითარების დახასიათება სამ შემადგენელს მოიცავს:

- ფიზიკური განვითარების დონე
- სომატოტიპი (სხეულის სამი ძირითადი ზომის თანაფარდობა)
- გულის ტოტალური ზომების მატების ინტენსივობა

ფიზიკური განვითარების ერთ-ერთი ძირითადი მაჩვენებელი სხეულის სიგრძეა. მისი მატება და საბოლოო სიდიდე გენეტიკურადაა დეტერმინირებული. გენეტიკური პროგრამის რეალიზაციის ყველაზე მგრძობიარე პერიოდი 4-დან 12 წლამდეა.

ფიზიკური განვითარების დონისა და დინამიკის მნიშვნელოვანია მაჩვენებელია, აგრეთვე, სხეულის აბსოლუტური და შეფარდებითი (1კგ წონის) ფართი. ფიზიკური განვითარების კარგი განვითარების კარგი დინამიკის მაჩვენებელია სხეულის აბსოლუტური ზედაპირის ფართის მატება და შეფარდებითის კლება.

11 წლის ასაკიდან გოგონებში, ხოლო 12 წლის ასაკიდან ბიჭებში სხეულის მასის მატების ტემპი უსწრებს სიგრძის მატების ტემპს. ძვლების, კუნთების, ღვიძლის, ელენთისა და თირკმლების ზრდის ტემპები ძირითადად იმეორებს მთელი სხეულის ზრდის ტემპებს, რაც შეეხება თავის ტვინს, ლიმფურ ჯირკვლებს, რეპროდუქციულ ორგანოებს, კანქვეშა ქსოვილს, რეპროდუქციულ ორგანოებს, მათი ზრდის ტემპები სხვაა. თუ უფროსი ასაკის ბავშვი არ მატულობს სიმაღლესა და წონაში, საჭიროა სრულყოფილი სამედიცინო გამოკვლევა.

ზრდაში შეინიშნება სქესობრივი განსხვავებები. გოგონებში ინტენსიური ზრდა 10 1/2 წლის ასაკში იწყება და მთავრდება 19 წლისათვის, ბიჭებში იწყება ინტენსიური ზრდა 14 1/2 წლის ასაკში და მთავრდება 20 წლისათვის. სიმაღლეში ინტენსიური ზრდისაგან განსხვავებით, სხეულის მასის ინტენსიური ზრდა დაახლოებით 3 წლით გვიან ანუ ბიჭებში 12-14 1/2 წლისა და გოგონებში 10 1/2 1/2-12 1/2 წ.წ. იწყება.

პუბერტატული პერიოდის დაწყებამდე ზრდის ტემპებს განაპირობებენ ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები, ინსულინი და სომატოტროპინი. მამასადაც, ზრდის პროცესის დარღვევა ნებისმიერი მათგანის ნაკლებობამ (ან სიჭარბემ) შეიძლება გამოიწვიოს.

მოზარდებში ქრონიკული დაავადებები ყოველთვის სწორად და დროზე არ დიაგნოსტირდება; ასე მაგალითად, კუჭ-ნაწლავის დაავადებები (წყლული, გასტრიტები) არაიშვიათად იწვევენ ზრდაში ჩამორჩენას იმის გამო, რომ ცილა არ გადამუშავდება სწორად, რის შედეგად ითრგუნება ანაბოლური პროცესები. იგივე შეიძლება ითქვას ქრონიკულ ჰეპატიტებზე და ციროზებზე (ცხიმებსა და ცხიმში ხსნადი ვიტამინების შეწოვა).

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები-მიოკარდიუმის დისტროფია, ერვმატიზმი, მანკები და სხვ. აგრეთვე იწვევენ ზრდა-განვითარებაში ჩამორჩენას ქსოვილთა ქრონიკული ჰიპოქსიის გამო.

სასუნთქი სისტემა არასპეციფიკური დაავადებები-განვითარების დეფექტები, მუკოვისცილოზი, ბრონქიტები, ბრონქოექტაზები, სინუსიტები იწვევენ ჟანგბადის შეთვისების დარღვევას, ცხვირით სუნთქვის პროცესის დარღვევას და აგრეთვე შეიძლება მიზეზი გახდნენ ზრდა-განვითარებაში ჩამორჩენისა.

და ბოლოს, ისეთი ენდოკრინული დაავადებები, როგორებიცაა დეკომპენსირებული შაქრიანი დიაბეტის ფორმები (მორიაკის სინდრომი), ჰიპოთირეოზი, ჰიპოგონადიზმი, იცენკო-კუშინგის სინდრომი, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის მავირილიზებული ჰიპერპლაზია ხშირად არის ფიზიკური და ფსიქიკური ჩამორჩენილობის მიზეზები.

აღსანიშნავია ისიც, რომ იმ გოგონების ფიზიკური და სქესობრივი განვითარება, რომლებიც ინტენსიურად ვარჯიშობენ ფიზიკურად, დაახლოებით ორი წლით ჩამორჩება მათი თანატოლებისას.

სქესობრივი განვითარება

პუბერტატული პერიოდის დაწყება დაკავშირებულია სასქესო ჯირკვლებზე გონადოტროპინის ზემოქმედებასთან-სათესლე ჯირკვლებზე და საკვერცხეებზე. გონადოტროპული ჰორმონები (მალუთეინიზიერებელი და ფოლიკულმასტიმულირებელი) გამომუშავდება ჰიპოფიზში, საპასუხოდ, მასზე გონადოტროპინ-რილიზინგ-ჰორმონის მოქმედებისა. ეს უკანასკნელი არ

გამომუშავდება ჰიპოთალამუსში. გოადოტროპული ჰორმონების მოქმედებით ბიჭების სათესლე ჯირკვლებში გამომუშავდება ტესტოსტერონი. საჭიროა ვიცოდეთ, რომ პუბერტატული პერიოდის დაწყებამდე იგი უმნიშვნელო რაოდენობით გამომუშავდება, როგორც ბიჭებში, ისე გოგონებში. 13-15 წლის ასაკში მისი გამომუშავება მნიშვნელოვნად მატულობს და ეს იწვევს კერძოდ, გოგონებში, ბოქვენის გათმინებას. ბიჭებში კი სწორად ერგოსტერონი და დიჰიდროერგოსტერონი არიან ის ძირითადი სასქესო ჰორმონები, რომლებიც განაპირობებენ ბიჭებში რეპროდუქციული სისტემის განვითარებას (მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარება და რეპროდუქციის ფუნქცია).

გოგონებში ძირითადი სასქესო ჰორმონია 17-ესტრადიოლი. იგი განაპირობებს ქალთა სასქესო სისტემის სრულყოფილ განვითარებას.

სასქესო ნიშნების განვითარებაში მონაწილეობს აგრეთვე ფარისებრი ჯირკვლის ქერქი, რომლის ჰორმონები ანდროგენები მონაწილეობენ მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებაში.

სასქესო სიმწიფის განსაზღვრა ხდება მეორადი სასქესო ნიშნებითა და სასქესო ორგანოებით. სქესობრივი ფორმულა საკმაოდ მარტივია და მყარია მთელი პუბერტატული პერიოდის მანძილზე. იგი შეესაბამება ბიჭების კალენდარულ ასაკს 12-16 წწ და გოგონების 10-15 წწ. ამ ფორმულის გამოყენება პედიატრების მიერ ძალზე აადვილებს მუშაობას და მოზარდების ზრდა-განვითარების ხარისხის შეფასებას. იგი ემყარება მეორადი სასქესო ნიშნების შეფასებას:

ბოქვენის, ილიებისა და სახის გათმინება
 ფარისებრი ჯირკვლის განვითარება, ხორხის შენების ცვლილებები
 ხმის მუტაცია
 სარძევე ჯირკვლების ზრდა
 მენსტრუაციის გამოჩენა და ოვარიულ-მენსტრუალური ციკლის ჩამოყალიბება

გოგონებისა და ბიჭების სქესობრივი განვითარების სტადიები (ტანერი, 1979)

სტადიები	გოგონები	ბიჭები
I	სარძევე ჯირკვლები განუვითარებელია, დვრილები წამოწეული	პენისი, კვერცხები, საკვერცხე პარკი-ბავშვური
	სქესობრივი თმინობა განუვითარებელია	
II	სარძევე ჯირკვლები იწყებს შევსებას, ვითარდება არეოლები	კვერცხები და პარკი იწყებენ განვითარებას, მისი კანი წითლდება
	იშვიათი, გრძელი, სუსტად პიგმენტირებული თმის ღერები	
III	სარძევე ჯირკვლები და არეოლები აგრძელებენ ზრდას	კვერცხები, მათი კანი და პენისი აგრძელებენ ზრდას
	თმები მუქდება, უხეშდება, იწყებს ზრდას ბოქვენის ზემოთაც	

IV	არეოლა და დვრილები წამოწეულია სარძევე ჯირკვლის კონტურის ზემოთ. თმიანობა ქალური ტიპით, მაგრამ არა მთელს ბოქვენზე	კვერცხების, კანის ზრდის გაგრძელება, პენისი იზრდება დიამეტრში, თმიანობა მამაკაცური ტიპით, მაგრამ არა მთელს ბოქვენზე
V	სარძევე ჯირკვლები-როგორც ქალებს, არეოლა არ არის წამოწეული სარძევე ჯირკვლის კონტურზე	გარეგანი გენიტალიები-როგორც მოზრდილს
თმები ფარავენ მთელს ბოქვენს		

ბიჭების მეორადი სასქესო ნიშნები შეფასება

თმების არარსებობა ბოქვენზე და ილიების ქვეშ
ერთეული თმები
ერთეული თმები პატარა უბანზე
თმები სწორია, იკავებენ მთელს ილიის ფოსოს და არათანაბრად არიან განვითარებული მთელს ბოქვენზე
ხშირი ხვეული თმები, იზრდებიან ჭიპისკენაც და ბარძაყების შიგნითა ზედაპირზე
ხშირი ხვეული თმები მთელს ილიის ფოსოში და ბოქვენზე სამკუთხედის სახით
სახეზე უთმობა
ღინღლი ზედა ტუჩზე
ერთეული თმები ნიკაპზე
ფარისებრი ხრტილის ზრდა არ დაწყებია
ფარისებრი ჯირკვალი არ ჩანს, მაგრამ ისინჯება კისრის პალპაციისას
ფარისებრი ხრტილი ჩანს თვალით
ბავშვური ხმა
ხმის მუტაცია
მამაკაცური ხმა

მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების თანმიმდევრობა სხვადასხვა ლიტერატურული წყაროს მიხედვით ასეთია:

- კვერცხების გადიდების დაწყება 11-12 წწ
- ბოქვენის გათმიანების დაწყება-12-13 წწ
- ასოს მნიშვნელოვანი ზრდის დაწყება-12-13 წწ
- ხმის მუტაცია-13-14 წწ
- ილიისქვეშა გათმიანება-14 წწ
- პოლუციები-14-15 წწ
- სახის გათმიანების დაწყება 14-16 წწ

მეორადი სასქესო ნიშნების შეფასება გოგონებში

თმების არარსებობა ბოქვენზე და ილიების ქვეშ
ერთეული თმები
იშვიათი პირდაპირი თმები ბოქვენის შუაში და ილიებში
ხშირი ხვეული თმები ბოქვენის სამკუთხედზე და ილიებში
თმიანობა მოზრდილთა ტიპით
მენსტრუაციის არარსებობა
ჩამოუყალიბებელი მენსტრუაციის ტიპი
რეგულარული მენსტრუაციები

სარძევე ჯირკვლები არ გამოიკვეთება მკერდიდან
არეოლა დვრილთან ერთად ქმნის ერთიან კონუსს, რომელიც გამოდის მკერდის ზედაპირიდან
არეოლა დიდი ზომის, დვრილი არ არის დიდი, ჯირკვლი გადიდებულია შემოფარგლულად (კოკრის სტადია)
სარძევე ჯირკვლის სრული განვითარება, მაგრამ დვრილი არ დიფერენცირდება არეოლისაგან
მოზრდილი ქალის მკერდი, დვრილი მალდება არეოლაზე

გოგონებში პუბერტატული მომწიფების თანმიმდევრობა:

არეოლის ჰიპერემია და პიგმენტაცია, მენჯის ძვლების ზრდა-9-10წწ;
 სარძევე ჯირკვლების ზრდა ბოქვენის გათმინების დაწყება-10-11 წწ;
 შინაგანი და გარეგანი გენიტალიების ზრდა, სარძევე ჯირკვლების შემდგომი ზრდა, ილღების გათმინების დაწყება-10-12 წწ
 დვრილების პიგმენტაცია, მენსტრუაციის გამოჩენა-12-13 წწ
 ოვულაცია -13-14 წწ;
 ხმის ტემბრის დაქვეითება, Aცნე Vულგარის-14-15 წწ
 ჩონჩხის ზრდის შეწყვეტა-16-17 წწ.

მითითებული ვადები პირობითია, დასაშვებია გადახრები. საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება ორიენტირება მშობლების სქესობრივი მომწიფების ვადებზე.

ფიზიოლოგიური მოწიფულობის მცნება

ფიზიოლოგიური მომწიფება არის ინდივიდუალური ფიზიოლოგიური ასაკის შესაბამისობა კალენდარულთან. პუბერტატული ასაკის მნიშვნელოვანი თავისებურება ბიოლოგიური და კალენდარული ასაკის თანხვედრას. საინტერესო და მნიშვნელოვანია, რომ ამ პერიოდის პირველ ნახევარში, განსაკუთრებით გოგონებში, ბიოლოგიური ასაკი უფრო ხშირად წინ უსწრებს, უფრო იშვიათად კი ჩამორჩება კალენდარულს. ამ შემთხვევაში აუცილებლად უნდა დადგინდეს, ეტევა თუ არა შენიშნული განსხვავებები ნორმით გათვალისწინებულ ჩარჩოებში, თუ ადგილი აქვს შეუსაბამობას ნორმალურ ფარგლებთან. სამწუხაროდ, დასახელებული ფაქტი ყოველთვის არ ფასდება სათანადო ყურადღებით სპეციალისტების მიერ.

მშობლები და პედაგოგები, როგორც წესი, ბავშვთან მიმართებაში მსჯელობენ კალენდარული ასაკის მიხედვით, მაგრამ გადამწყვეტი სწორედ ბიოლოგიური მახასიათებლებია. თუ ვლინდება შეუსაბამობა ბიოლოგიურ და კალენდარულ ასაკებს შორის, ბავშვს ექმნება პრობლემები (ფსიქოლოგიური, სოციალური), რაც ქმნის დამატებითი ნევრილიზაციის საშიშროებას.

მოზარდ გოგონებში შეიძლება გარკვეული დამაბულობაც შეიქმნას ურთიერთობებში იმის გამო, რომ მაგ. 12 წლის გოგონები შეიძლება ერთმანეთისაგან განსხვავდებოდნენ არა მარტო წონითა და სიმაღლით, არამედ სქესობრივი მომწიფების სტადიებითაც კი (მაგ. II-IV-მდე). ამ ფაქტის გათვალისწინებით უნდა მიუდგნენ მათ მშობლები და პედაგოგები (მოთხოვნები მათ მიმართ და ა.შ). ფიზიოლოგიური მოწიფულობის განსაზღვრისათვის ერთმანეთს უსადაგებენ ბიოლოგიურ ასაკსა და

კალენდარულ ასაკის ტიპობრივ მახასიათებლებს. არსებობს ბიოლოგიური მოწიფულობის შეფასების სამი მეთოდი:

1. კბილების რაოდენობის მიხედვით. ეს მეთოდიკა ეფექტურია 6-დან 13 წლამდე.

მუდმივი კბილების საშუალო რაოდენობა $M \pm m$.

ასაკი	კბილების რაოდენობა	
	გოგონები	ბიჭები
10	18,5±3,5	17,5±3,5
11	21,0±3,0	20,0±4,0
12	25,0±3,0	24,0±3,0

2. მეორე მეთოდიკა არის მოწიფულობის შეფასება ჩონჩხის მიხედვით-მარჯვენა ხელის მტევნისა და მარჯვენა მხარის მტევნის რენტგენოგრაფიით. ეს მეთოდი მოქმედია 17-დან 18 წლამდე.

გამვალების ვადები

გამვალების წერტილები და სინოსტოზები	გამვალების საშუალო ასაკი	
	გოგონები	ბიჭები
მუხუდოსებრი ძვალი	8,5-9,0	11,0-12,0
მტევან-ფალანგის პირველი სესამოიდური ძვლები	11,0-11,5	13,5-14,0
მტევნის ძვლის სინოსტოზი	12,5-13,0	15,5-16,0
დისტალური ფალანგების სინოსტოზები	13,5-14,0	16,0-16,5
ძირითადი ფალანგების სინოსტოზები	15,5-16,0	16,5-17,0
საშუალო ფალანგების სინოსტოზები	15,5-16,0	16,5-17,0
II-V მტევნის ძვლების სინოსტოზები	««	««
იდაყვის ძვლის დისტალური ეპიფიზის სინოსტოზი	««	««
სხივის ძვლის დისტალური ეპიფიზის სინოსტოზი	16,5-17,5	18,0-19,0

3. სქესობრივი სიმწიფე-სასქესო ფორმულით

ორგანიზმის ფუნქციური სისტემების განვითარება

ჰემატოენცეფალური ბარიერი პუბერტატობის პერიოდში არასრულფასოვანია და შელწევადია ბევრი ტოქსინისათვის. ამით შეიძლება აიხსნას ამ პერიოდში ვეგეტოდისტონიების სიჭარბე. ცნს ადვილად აგზნებადია. მოზარდების ქცევა ამის გამო

ხშირად არაადეკვატურია. ქერქისა და ქერქვეშა სტრუქტურების დისბალანსი აქვეითებს ცნს-ის ადაპტაციურ შესაძლებლობებს.

11-16 წწ ეეგ-ზე ხშირია α -რიტმის ჰიპერსინქრონიზაცია, მისი გაიშვიათება და ნელი რხევების გამოხატვა. ეეგ დეფინიტურ ხასიათს იღებს 16-18 წლის ასაკში.

პუბერტატულ ასაკში იკვეთება ნერვული სისტემის-სიმპათიკური და პარასიმპათიკური ნაწილების ფუნქციონირება. მაღალი სიმპათიკური აქტივობა საჭიროა პროცესების ენერგიით მოსამარაგებლად, პარასიმპათიკური-ანაბოლური პროცესების აქტივობისათვის. ამიტომ, ვეგეტოდისტონიის ელემენტების გამოხატვა მოზრდილებისათვის ნორმაა.

შემაერთებელი ქსოვილი ფაშარი და ნაზია. ადვილად ვითარდება მყესების სისუსტე-სახსრების ჰიპერმოხილურობა, ტანადობის დარღვევები, ბრტყელტერფიანობა, მიოპია, ვისცეროპტოზი. შემაერთებელი ქსოვილი მგრძნობიარეა ინფექციებისადმი. ამიტომ პრაქტიკულად ნებისმიერი ინფექციური პროცესი შეიძლება გართულდეს ართრალგიებითა და რეაქტიული ართრიტებითაც კი.

პუბერტატული პერიოდის დასაწყისში იზრდება ძირითადად გრძელი, ლულოვანი ძვლები, რაც განპირობებულია სომატოტროპული ჰორმონის ზემოქმედებით. მხრის სარტყლისა და მენჯის ძვლები იწყებენ ინტენსიურ ზრდას (სასქესო ჰორმონების მოქმედების ეფექტი), მოგვიანებით, იგივე ითქმის კუნთებზეც. ამიტომ, პუბერტატობის დასაწყისში ძვლების სიმტკიცე არ არის სრულყოფილი.

12 წლისათვის კუნთების საინერვაციო აპარატის მომწიფება, ძირითადად მთავრდება, მაგრამ საყრდენ მამოძრავებელი აპარატის განვითარება ჯერ კიდევ დასრულებული არ არის. აღნაგობა ჰარმონიული ხდება 14-15 წლისათვის, როდესაც კუნთები საკმაო ძალას იძენენ და შეიმჩნევა ძალაში სქესობრივი განსხვავებები. 16-18 წლის ასაკში ჭაბუკებში ძვლების განვითარება გრძელდება, ხოლო გოგონებში უკვე დასრულებულია. ძვლების განვითარება სქესობრივი სიმწიფის საიმედო მაჩვენებელია. ძვლების ეპიფიზური ნაპრალების დახურვა ძვლების განვითარების დამთავრების მაჩვენებელია. 14-15 წლის ასაკში გოგონებში ძალიან გაზრდილია კალციუმის მოთხოვნილება, ამ დროს მათთვის ძალიან სასარგებლოა რძისა და ხაჭოს მიღება. ანორექსია და შედეგად არაადეკვატური კვება ძალზე უარყოფითად მოქმედებს ძვლებზე და ხელს უწყობს ოსტეოპოროზის განვითარებას.

ძვლის განვითარებაზე დადებითად მოქმედებს ფიზიკური დატვირთვა, მაგრამ, - ზომიერად. ყოველ შემთხვევაში ამენორეა-გამოწვეული გადაჭარბებული ფიზიკური დატვირთვებით-მოზარდი გოგონას ძვლების სტრუქტურა უახლოვდება 50 წლის ქალისას. ძვლოვანი სისტემის განვითარებაზე უარყოფითად მოქმედებს დისჰორმონული სიტუაციები, გამოწვეული ჰიპოთალამური სინდრომით, თამბაქოს წევა, ალკოჰოლი.

პუბერტატული პერიოდის ბოლოს გოგონების სიმაღლე 10-12 სმ-ით ნაკლებია ბიჭებისას, წონა 5-8 კგ-ით. გოგონების ტანი შედარებით გრძელია, ფეხები უფრო მოკლე, გულმკერდი კი უფრო მოკლეა და ფართო, ვიდრე ბიჭებში.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის თავისებურებები პუბერტატობის ასაკში

მოზრდილებში გულის მოცულობის ზომა შეფარდება მთელს სხეულის მოცულობასთან 1/80-ია, მოზარდებში კი-1/90, კორელაცია სხეულისა და გულის ზომებს შორის მყარია. ამასთან ერთად მოზარდებისათვის დამახასიათებელია გულის ზომების

ზრდის უპირატესობა სისხლძარღვების სანათურის ზრდასთან შედარებით. ეს ერთ-ერთი ფაქტორია, რომელიც ხელს უწყობს მოზარდებში არტერიული ჰიპერტანზიისა და სისტოლური შუილის ხშირ განვითარებას. სუსტდება გულის კუნთოვანი ქსოვილის უპირატესი განვითარება ნერვულთან შედარებით, ეს ხშირად მიზეზია გულის რიტმის დარღვევებისა ამ ასაკში.

19-20 წლის ასაკისათვის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მორფო-ფუნქციონალური პარამეტრები აღწევს უფროსების პარამეტრებს.

მოზარდებში აშკარაა ამ სისტემის ფუნქციონირებაში სქესობრივი განსხვავებები-ბიჭების გულის წუთმოცულობა, ადაპტაცია ფიზიკური დატვირთვისადმი უკეთესია, ვიდრე გოგონებში.

მოზარდთა განვითარების 6,5% შემთხვევაში ხდება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის განვითარების გადახრა ჰიპო-ან ჰიპერევოლუციის მიმართულებით. I ვარიანტი მოიცავს გულის საერთო ჰიპოევოლუციურ მდგომარეობას ან ჰიპოევოლუციურ მიტრალურ გულს, II ვარიანტი კი გულის ჭაბუკურ ჰიპერტროფიას.

საერთო ჰიპოევოლუციური მდგომარეობა ხშირია ზოგადად ასთენიურ ახალგაზრდებში და ხასიათდება გულის მცირე ზომებით. ამ მდგომარეობას ხელს უწყობენ: ინფექციები, არასრულფასოვანი კვება, ჰიპოდინამია, ქრონიკული გადაღლილობა.

მიტრალური ჰიპოევოლუციური გული აქვთ ისეთ ახალგაზრდებს, რომლებშიც გულის შემობრუნება წინ და მარცხნივ არ შესრულდა. ამიტომ, თუმცა ამ ახალგაზრდებში გულის ზომები ნორმალურია, ფრონტალურ რენტგენოგრამაზე მას მიტრალური კონფიგურაცია აქვს (გულის «ტალიის» მიდამოში ფილტვის არტერიის გამოდრეკილობის გამო). ასეთი ახალგაზრდები არაფერს არ უჩივიან, მაგრამ ასეთი გული მაინც ითვლება ნორმის უკიდურეს ვარიანტად.

გულის ჭაბუკური ჰიპერტროფია ხშირია იმ მოზარდებში, რომლებიც ჰარმონიულად ვითარდებიან, ეწევიან სპორტს. ასეთი გულის ფუნქციონალური მდგომარეობის მაჩვენებლები კარგია.

მოზართა ასაკში, უპირატესად არანავარჯიშებ ახალგაზრდებში, გულის წუთმოცულობის მაჩვენებლები ხშირად ძალიან მნიშვნელოვნად აჭარბებს საჭირო მაჩვენებლებს. ეს საფუძველია არაეკონომიური ფუნქციონირების, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის

დაბალი ადაპტაციური შესაძლებლობებისა ამ ასაკში. ჯანმრთელ მოზარდებში ჰემოდინამიკის ტიპი 50-60%-ში ეუკინეტიკურია (გულის ინდექსი 3,1-3,9ლ/წთ მ2-ია ბიჭებში და გოგონებში 2,6-3,5 ლ/წთ მ2).

გულისა და მსხვილი სისხლძარღვების ინსპექციისას ხშირად თვალშისაცემია გულის სამგერ-V ნეკნთაშუა სივრცეში 0,5-1სმ-ით შიგნით მედიოკლავიკულური ხაზიდან. ზოგჯერ კარგად ჩანს საზოგადოებრივი არტერიების პულსაცია, უფრო სიმპათიკური ტონუსის სიჭარბისას. მაჯისცემა ხშირად ლაბილურია და მნიშვნელოვან ფარგლებში მერყეობს დღე-ღამის განმავლობაში. აუსკულტაციური მონაცემებიდან აღსანიშნავია: ხშირად I ტონის ფიზიოლოგიური გაორება მწვერვალზე, II ტონის ფიზიოლოგიური გაორება ფუძეზე, ფიზიოლოგიური III ტონი. ამ უკანასკნელის წარმოშობა დაკავშირებულია პარკუჭების ვიბრაციასთან მათი პროტოდიასტოლაში სწრაფი ავსების გამო. ფიზიკური დატვირთვისას ეს ტონი, როგორც წესი, ქრება. იშვიათად გვხვდება ფიზიოლოგიური IV ტონი. იგი ადვილად შეიძლება შეგვემოლო II ტონის გაორებაში. ამ ტონის წარმოშობას საფუძველად უდევს ბრადიკარდიის პირობებში წინაგულების სისხლით გადავსება და მათი ძლიერი შეკუმშვა. ამდენად, ეს ტონი წინაგულოვანია. III და IV ტონები შეიძლება

პათოლოგიური იყოს, ამიტომ საჭიროა ამ ტონების არსებობის შემთხვევაში მათი ფონოკარდიოგრაფიული დიფერენცირება.

ჯანმრთელ მოზარდებში ხშირია სისტოლური შუილი გულის მწვერვალზე. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს შეუსაბამო გულის შედარებით დიდ მოცულობასა და მსხვილი სისხლძარღვების არაშესაბამის მოცულობებს შორის. მიზეზი შეიძლება იყოს პაპილარული კუნთების დისფუნქცია სიმპათიკური ტონუსის სიჭარბისას. ხშირია მოზარდებში სუნთქვითი არითმია. ყურადღებამისაქცევია სასაზღვრო არტერიული წნევა (140/90 მმ.ვ.სვ).

მოზარდთა ფიზიკალური გამოკვლევის შემდეგ გადავდივართ ინსტრუმენტულ გამოკვლევაზე.

რენტგენოლოგიურად, ყველა მოზარდს ნორმაში ყველა რკალი კარგად აქვს გამოხატული და გულის განივი ზომა 11სმ-ზე არანაკლებია.

პატარა ჰიპოევოლუციური გულისათვის დამახასიათებელია მისი გულმკერდში შუალედური მდგომარეობა, რკალების დაგრძელება, განივი ზომების სიმცირე 8,5-9,5სმ. მიოკარდიუმის ჭაბუკური ჰიპერტროფიისათვის დამახასიათებელია განივი ზომების გადიდება 12-14სმ-მდე, მწვერვალის მომრგვალება, მარცხენა პარკუჭის გადიდება.

ელექტროკარდიოგრაფიულად დამახასიათებელია სუნთქვითი არითმია, V1-2 განხრებში ხშირად **Qღმ** კომპლექსის დაკბილვა. **შთ** სეგმენტი გულმკერდის განხრებში შეიძლება იზოხაზზე მაღლა იყოს 1-2 სმ-ით, უპირატესად ვაგოტონიის დროს. თ კბილი შეიძლება იყოს უარყოფითი III განხრაში (მაგრამ **aVF**-ში ამ დროს დადებითი უნდა იყოს). მოზარდებში ხშირია **U** კბილი, რომელიც დვრილისებრი კუნთების რეპოლარიზაციის გამომხატველია. ნორმის ვარიანტია მოზარდებში სინუსური რითმის მიგრაცია. ხშირია პუბერტატულ პერიოდში პარკუჭთა ნაადრევი რეპოლარიზაციის სინდრომი. ეს სინდრომი ხასიათდება გულის ელექტრული ღერძის სიგრძივი სიგრძივი ღერძის ირგვლივ საათის ისრის საწინააღმდეგო მიმართულებით შემობრუნება, შთ სეგმენტის იზოხაზს ზემოთ ცთომა (ამ დროს გამოზურცულობა ქვემოთ არის მიმართული), წერტილ ი-ს არსებობით. ამ სინდრომის მიზეზად ითვლება დეპოლარიზაციის უბნების ზედდება რეპოლარიზაციის პროცესზე. ამ სინდრომს ხშირად თან ერთვის შემართებელი ქსოვილის დისპლაზია (მაბრისებური გულმკერდი), მიტრალური პროლაფსი, მარცხენა პარკუჭის ცრუ ქორდება. ეს სინდრომი შეიძლება არსებობდეს სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობების დროსაც და ამიტომ საფუძვლიან გამოკვლევას საჭიროებს.

ველოერგომეტრის პირობებში სუბმაქსიმალურ დატვირთვამდე მოზარდებში შეიძლება გამოვლინდეს **P** კბილის ვოლტაჟის ზომიერი მომატება, **ღ** კბილის დადაბლება, შთ სეგმენტის აღმავალი დეპრესია.

საჭიროა, ფონოკარდიოგრამაზე სისტოლური შუილის არსებობისას, ფიზიოლოგიურის გარჩევა პათოლოგიურისაგან. **I**-ის შემთხვევაში იგი კლებადა, არ იკავებს სისტოლის 2/3-ზე მეტს და **I** ტონისაგან ინტერვალით არის გამოყოფილი. პათოლოგიური, როგორც წესი, ჰოლისისტოლურია, შეუღლებულია **I** ტონის შესუსტებასთან და მისგან ინტერვალით არ არის გამოყოფილი. ფუნქციური შეუღლებისათვის დამახასიათებელია ცვალებადობა. შუილი სუსტდება ხოლმე ვერტიკალურ მდგომარეობაში გადასვლისას და ძლიერდება ფიზიკურ დატვირთვაზე.

მოზარდებს ვკვ-ზე ხშირად აღენიშნებათ **III** და **IV** ტონის გაპობა. **III** ტონის გაპობა ვლინდება 1-3 დაბალამპლიტუდური რხევით, დაშორებულია **II** ტონს 0,11-0,15წმ-ით, მაღალსიხშირიანია, აჭარბებს სიმაღლით **I** და **II** ტონებს. მისი დაშორება **II** ტონისაგან ნაკლებია-0,06-0,10წმ **II** ტონის დასაწყისიდან.

მიტრალური სარქველის გახსნის ხმა-ამ ფენომენს თან ახლავს სხვა პათოლოგიური ბგერებიც-I ტონის გაძლიერება, დიასტოლური შუილი და სხვა.

IV ტონი ვლინდება 2-3 დაბალამპლიტუდური რხევით. იწყება P კბილის დაწყებიდან 0,04-0,16წმ-ში და მთავრდება I ტონის დაწყებამდე 0,02-0,14 წმ-ით ადრე.

ექოკარდიოგრაფიული სურათი 15-17 წლის ასაკში უახლოვდება მოზრდილისას. როგორც ზემოთ ითქვა, სისტოლური შუილის არსებობისა და ნაადრევი რეპოლარიზაციის სინდრომის არსებობისას მიზანშეწონილია მოზარდის ექოსკოპიური გამოკვლევა. ამ დროს ნახულობენ დამატებით ქორდებს, გულის საკნებისა და მსხვილი სისხლძარღვების თავისებურებებს. ყველაზე ხშირია პარკუჭთა ღრუების ტრახეკულობა, დამატებითი ქორდები, დვრილისებური კუნთების ადგილმდებარეობაში ცვლილებები და მათი დანაწევრება, დამატებითი დვრილისებური კუნთი. ამ მდგომარეობებს ხშირად თან ერთვის ჰიპერკინეტიკური ტიპის ჰემოდინამიკა.

რითმოგრაფიული გამოკვლევა მნიშვნელოვანია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციონალური რეზერვების შესასწავლად. ერთ-ერთი მეთოდი ამ მიზნით არის დოზირებული სუნთქვა (6-7 სუნთქვითი ციკლი წუთში) და ამ ფონზე კარდიოინტერვალების შესწავლა. მეთოდის არსი მდგომარეობს ღ-ღ ინტერვალების დაჯგუფებაში სიდიდის მიხედვით და საბოლოო სურათის მიხედვით ნერვული რეგულაციის ტიპის გამოაშკარავებაში.

აღნიშნული მეთოდით გამოკვლევისას დგინდება, რომ ახალგაზრდების უმრავლესობას აქვს ნერვული სისტემის რეგულირების ნორმოტონური ტიპი, იშვიათად სიმპათიკო- და ვაგოტონური ტიპები. სიმპათიკოტონური ტიპი ხშირად აქვთ გოგონებს მენსრტუაციის ჩამოყალიბების პირველ წელიწადს.. შემგომში მათშიც ძლიერდება ქოლინერგული აქტივობა.

მოზარდთა ასაკში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის შესწავლა ექიმს აძლევს საშუალებას სწორად განსაზღვროს ორგანიზმის თავისებურებები და დროზე გამოავლინოს შესაძლო პათოლოგიური გადახრები.

პუბერტულ პერიოდში ძალზედ მაღალია ჟანგბადის მიმართ მოთხოვნილება. ამის გამო ინტენსიურად ვითარდება სასუნთქი სისტემა-ბრონქები, ფილტვის ქსოვილი. ამავე დროს ალვეოლების მასა, სასუნთქი კუნთების სიმძლავრე ჩამორჩება მოზრდილებისას.

პუბერტატობის პერიოდში აქტიურდება გარეგანი სუნთქვის ფუნქცია, შეიმჩნევა ტენდენცია ჰიპერვენტილაციისაკენ, თანდათანობით ვლინდება სქესობრივი განსხვავებები –ბიჭებში მატულობს სისხლის ტუტოვანი რეზერვი, CO₂-ის პარციალური წნევა ალვეოლებში და არტერიულ სისხლში. ფილტვების ინტენსიური ზრდა იწყება 12 წლიდან და 24 წლის ასაკში აღწევს მაქსიმუმს. მოზარდებში ჟანგბადის გამოყენების კოეფიციენტი უფრო დაბალია, ვიდრე მოზრდილებში. მოზარდის ორგანოები უფრო ცუდად ეგუებიან ჰიპოქსიას. მთის ავადმყოფობა მათ შეიძლება 2000 მ სიმაღლეზე გაუჩნდეთ, რაც არასოდეს არ ემართებათ მოზრდილებს.

მოზარდთა სასუნთქი სისტემის მორფო-ფუნქციურ თავისებურებების კლინიკური მნიშვნელობა შემდეგია:

1. ბრონქების სწრაფ ზრდასთან დაკავშირებით მათი ხრტილოვანი საფუძველი თხელდება, წვრილი ბრონქების კედლებს უჩნდებათ ტენდენცია ერთმანეთთან მიკრობის. ეს ხელს უწყობსმათში ლორწოს

დაგროვებას, ბრონქოექტაზიების ფორმირებას, პათოლოგიური პროცესის ქრონიზაციას;

2. ფილტვების ჰიპერვენტილაცია უკვე მოსვენებით მდგომარეობაში აქვეითებს სასუნთქი აპარატის სარეზერვო შესაძლებლობებს;
3. მოზარდებში ასთენიური აღნაგობისა და ვეგეტოდისტონიით ხშირია საკადისებური სუნთქვა;
4. ხშირი სუნთქვა ამცირებს ფილტვების მოცულობას, აუსკულტაციის დროს იქმნება შთაბეჭდილება სუნთქვითი ხმიანობის შესუსტების.

ექიმმა მოზარდის გასინჯვის დროს აუცილებლად ყურადღებით უნდა შეისწავლოს მისი საჭმლის მომნელებელი სისტემა-ამ უკანასკნელის არასრულფასოვანმა მდგომარეობამ შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის ფიზიკური, სქესობრივი და გონებრივი ჩამორჩენაც კი.

საჭმლის მომნელებელი სისტემა ჰეტეროქრონულად ვითარდება-სარძევე კბილები იცვლება ძირითადით 13-14 წლისათვის, სანერწყვე ჯირკვლები კი განაგრძობენ ზრდას 50 წლამდეც კი. არათანაბრად ვითარდება კუჭის სეკრეტორული ფუნქციაც, დეფინიტურ მდგომარეობას იგი აღწევს 15-16 წლის ასაკში.

ასევე არათანაბრად ვითარდება ჰეპატობილიარული სისტემა, ნაღვლმდენი ფუნქცია მხოლოდ 15-16 წლისათვის ყალიბდება საბოლოოდ. საჭმლის მომნელებელ ტრაქტს მიდრეკილება აქვს მოტორული ჰიპერაქტივობისაკენ-აქედან გამომდინარეობს მოტორიკის ხშირი დარღვევა, დისკინეზიები. აქტიური სპორტული ცხოვრება 3-5 წლით აჩქარებს კუჭის სეკრეტორული აპარატისა და ჰეპატობლასტური სისტემის საბოლოო ჩამოყალიბებას (მომწიფებას).

პუბერტატული პერიოდი კრიტიკულია წყალ-მინერალური ცვლის რეგულაციის ჩამოყალიბების თვალსაზრისით. ოსმორეგულაციის შესაძლებლობები მოზარდებში მნიშვნელოვნად დაბალია მოზრდილებთან შედარებით. წყლის მიმართ მოთხოვნილება მოზარდებში მეტია, ვიდრე მოზრდილებში. ამ უკანასკნელტა დონეს იგი 14 წლისათვის უახლოვდება. არსებობს შეხედულება, რომ მოზარდებში ასიმილაციის პროცესების სიჭარბე განტვირთავს თირკმელებს.

სისხლის სურათი მოზარდებში მოზრდილებისას 18 წლისათვის უახლოვდება, გოგონებში სტაბილიზაცია უფრო ადრე ხდება.

პუბერტატული პერიოდისათვის იმუნური სისტემა მორფოლოგიურად სავსებით მომწიფებულია, მაგრამ ფუნქციურად ჯერ კიდევ არა.

თიმუსი მაქსიმალურ წონას პუბერტატული ასაკის დასაწყისში აღწევს, ამის შემდეგ იწყება მისი ინვოლუცია. ლიმფური ქსოვილის მასა უდიდესია 10 წლისათვის.

გარკვეული როლი ფიზიკური და სექსობრივი განვითარების დათრგუნვაში შეიძლება ციტოკინებს (სიმსივნეების ნეკროზის აქტორები) და ინტერლეიკინს მიუძღოდეთ. ისინი თრგუნავენ ალბუმინის სინთეზს და უკარგავენ მოზარდებს მადას. მათი დონე სისხლში მაღალია ინფექციებით ხშირად მოავადე ბავშვებში. ამის გამო, ეს ბავშვები ფიზიკური და ხშირად გონებრივი განვითარებითაც ჩამორჩებიან თავიანთ თანატოლებს. პუბერტატული ნახტომი ასტიმულირებს ჰუმორალურ და თრგუნავს უჯრედულ იმუნიტეტს. გაზრდილია მგრძნობელობა ტუბერკულოზისადმი, აუტოიმუნური და ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებებისადმი, საბოლოოდ ფორმირდება იმუნური პასუხის ძლიერი და სუსტი ტიპები.

იმუნური ჰომეოსტაზის მაჩვენებლების მერყეობა მოზარდებში ძალიან მნიშვნელოვანია. 8-16 წლის მოსწავლე ბიჭებს გაზაფხულზე ემატებათ T ჰელპერების, T ლიმფოციტების რაოდენობა, T ჰელპერის/T კილერებთან შეფარდება, ზაფხულში მაკროფაგების, ხოლო შემოდგომით თ ჰელპერების რაოდენობა.

გოგონებში T ჰელპერების, IG G და M-ის რაოდენობა, T ჰელპერის/T კილერებთან შეფარდება მეტია, ვიდრე ბიჭებში. ეს გასათვალისწინებელია გამოკვლევების წარმოებისას.

იმუნურ სტატუსზე დიდ გავლენას ახდენს ფიზიკური ვარჯიში. ასე მაგალითად, 11-17 წლის ახალგაზრდა სპორტსმენებში კანის სინჯის შესწავლით გამოვლინდა, რომ ამ ჯგუფში კანის აუტომიკროფლორის სიუხვე გაცილებით მაღალი იყო, ვიდრე ჰიპოდინამიურ ახალგაზრდებში. ზომიერი ფიზიკური წვრთნა ხელს უწყობს ნეიტროფილებს აქტივაციას.

გამოვლენილია იმუნური სტატუსისი დამოკიდებულება მენსტრუალური ციკლის ფაზებზე. ოვულაციური პიკის დროს გოგონები ყველაზე უფრო მეტად არიან მგრძნობიარენი ინფექციების მიმართ, ეს იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა განპირობებულია ესტროგენების მოქმედებით.

პირველადი იმუნოდეფიციტური მდგომარეობები მემკვიდრულადაა განპირობებული. მეორადი იმუნოდეფიციტური მდგომარეობების მიზეზები შეიძლება იყოს: სიმსუქნე, ცილისა და ვიტამინების დეფიციტი საკვებში, ინფექციური მონონუკლეოზი, ლიმფორექტიკულური ქსოვილის სიმსივნეები.

ეპიდემიოლოგია, მოთხოვნილებები და პრიორიტეტები

მოზარდთა ეპიდემიოლოგია სწავლობს დაავადებებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას მოზარდთა პოპულაციაში. კერძოდ, იგი სწავლობს:

- ფაქტორებს, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ დაავადების წარმოშობა-განვითარებაზე;
- გეოგრაფიულ გარემოს;
- სოციალურ და ეკონომიკურ პირობებს;
- განათლების დონესა და სხვ.

დასახელებული ფაქტორების ზეგავლენის ცოდნა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე საზოგადოებს აიარაღებს ინფორმაციით, აძლევს მას საშუალებას სწორად წარმართოს რესურსები დაავადების აღმოსაფხვრელად, მოზარდთა ცხოვრების ხარისხისა და ფიზიოლოგიურ-სოციალურ კულტურული მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

ეპიდემიოლოგიური კვლევების ერთ-ერთი ძირითადი მიზანი ავადობისა და სიკვდილიანობის დონის განსაზღვრაა. **ასაკსპეციფიკური სიკვდილობა**, ეს არის სიკვდილიანობის დონე გარკვეული ასაკის პოპულაციაში. **მიზეზსპეციფიკური სიკვდილიანობა**, კი სიკვდილიანობის დონე გარკვეული დაავადების რაოდენობის მიხედვით.

დაავადებთან იგივე პრინციპით განისაზღვრება. ბევრი მკვლევარი ფიქრობს, რომ ეს უკანასკნელი უკეთესად გამოხატავს პოპულაციის ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ვიდრე სიკვდილიანობის დონე. ეს პარამეტრები წილადით გამოიხატება. მაგ. ავადობის **(ინციდენცე)** დონის **(თუ დაავადებთანობის პრევალენცე???)** წილადის მრიცხველია დაავადებულ მოზარდთა რაოდენობა, მნიშვნელი კი რისკის ქვეშ მყოფი მოზარდების რაოდენობა.

ავადობა არის დროის გარკვეულ მონაკვეთში მომხდარი შემთხვევების შეფარდება რისკის ქვეშ მყოფ პოპულაციასთან დროის ამ ინტერვალის დასაწყისში. ეს სიდიდე ყოველთვის გამოიხატება დროის ერთეულში.

მოზარდთა ავადობის, დაავადებულობისა და სიკვდილიანობის სტატისტიკის შესწავლისას უნდა ვიცოდეთ რომელ წყაროს ეყრდნობა ეს მონაცემები. სტატისტიკური მონაცემები შეიძლება მომდინარეობდეს სახელმწიფო და კერძო ინსტიტუტებისაგან, ცალკეული ექიმისგან, ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის მონაცემებიდან, საგზაო შემთხვევათა სტატისტიკიდან, პოლიციისაგან, განათლების სისტემიდან და სხვ. მოზარდთა სტატისტიკის შეგროვება საკმაოდ რთული ამოცანაა. სხვადასხვა სააგენტო განსხვავებული ასაკობრივი მონაცემით ოპერირებს. ზოგიერთი მონაცემი ეხება ძალიან მცირე ასაკის ბავშვებს, ან მოზარდებს, რომელთა ასაკი საკმაოდ დიდია. გამომდინარე ნათქვამიდან, დაავადებულობის, ავადობისა და სიკვდილიანობის დონე სხვადასხვა მონაცემების მიხედვით მერყეობს. საშუალებები, რომლებითაც მოზარდთა ჯანმრთელობის მონაცემები მიიღება არასაიმედოა. ისინი იშვიათად ჩაითვლებიან სამაგალითოდ იმ პოპულაციაში, რომლის მიმართაც გამოიყენებიან. ამგვარად, არ არსებობს სტანდარტული მონაცემები, რომლის მიხედვითაც ზუსტად შეფასდება ნარკოტიკების გამოყენება, სექსუალური აქტივობა, ძალადობა, ისეთ გონებრივ დაავადებათა განვითარების პროცესი, რომლებიც არ თავსდებიან ზუსტ დიაგნოსტიკურ ჩარჩოებში. კრიმინალური სტატისტიკა პოლიციის მონაცემებს ეყრდნობა და არ მოიცავს შემთხვევებს, რომლებიც არ იქნენ გაცხადებული. მონაცემები ზოგჯერ მოიცავს დაავადებულ ახალგაზრდებს, ზოგჯერ კი მხოლოდ მსჯავრდადებულებს.

ბევრი სტატისტიკური მონაცემი ეყრდნობა სელექციურ პოპულაციას (მაგ. უმაღლესი სკოლების მიმოხილვა) და, ამადენად, არ მიესადაგება მოზარდთა პოპულაციას, რომლებიც სწავლობენ განსაკუთრებულ სასწავლებლებში, იმათ, რომლებიც სტატისტიკური მონაცემების შეგროვებისას სკოლაში არ იყვნენ და ა.შ. მიმოხილვები ეყრდნობა საანკეტო მონაცემებს, ანკეტის შემდგომის მონაცემი კი შეიძლება ბოლომდე გულწრფელი არც იყოს. გარდა ამისა მონაცემი შეიძლება მოწოდებული იყოს მეორე პირისაგან, მაგ. მშობლებისა და ექიმებისაგან, რომლებმაც ზოგჯერ არ იცოდნენ სრული სიმართლე მოზარდის შესახებ. მოზარდი ჯანდაცვის ორგანოებს მშობლებისაგან ფარულად ხშირად მიმართავს, განსაკუთრებით ისეთ საკითხებზე, როგორცაა ოჯახის დაგეგმვა ან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები.

აშშ ბოლო წლების სტატისტიკური მონაცემებით მოზარდთა სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზებია:

- მკვლევლობები
- ავტოსაავარიო შემთხვევები
- თვითმკვლევლობები
- ავთვისებიანი სიმსივნეები
- გულის დაავადებები
- შიდსი
- თანდაყოლილი დეფექტები
- ფილტვების დაავადებები

1980-90 წწ-ში აშშ-ში მნიშვნელოვნად დაქვეითდა 15-დან 24 წლამდე ახალგაზრდა მამაკაცების სიკვდილიანობა. მაგრამ ეს ერთი შეხედვით; თუ ამ მონაცემს კანის ფერის მიხედვით განვიხილავთ, აღმოჩნდება, რომ შავკანიან ამერიკელებში სიკვდილიანობა კი არ შემცირდა, არამედ გაიზარდა.

1991 წელს ავტოსაგზაო შემთხვევების 25,6% იყო 10-14 წლამდე მოზარდებში, 42,5% 15-დან 19 წლამდე და 34,2% კი 20-24 წწ მოზარდებში.

უბედური შემთხვევები ველოსიპედისტების მონაწილეობით იმავე 1991 წელს 189 იყო 1 მლნ მოსახლეობაზე, ამასთან 7-ჯერ მეტი ვაჟებში, ვიდრე გოგონებში.

იგივე სტატისტიკური მონაცემებით გამოვლინდა, რომ სტუდენტების 21,7% არასოდეს ან ძალიან იშვიათად იყენებს უშიშროების ღვედებს, როდესაც ავტომანქანას მართავს და სხვა.

მთელ აშშ-ში 1991 წელს მოსწავლეთა 25% იჯდა მოტოციკლზე. მათგან 43,8% არასოდეს ან იშვიათად იყენებდა მოზარადს. მოსწავლეთა 20% (უპირატესად ვაჟები) ატარებდა იარაღს (პისტოლეტი, დანა, ხელკეტი).

38,7% სტატისტიკური მონაცემების შეგროვების წელს მონაწილეობდა ჩხუბებში. ამათგან 42%-ს დასჭირდა საექიმო დახმარება.

კვლევაში მოხვედრილთაგან 4,5%-მა გააცდინა სკოლის ერთი დღე მაინც იმის გამო, რომ სკოლაში სწავლა არ იყო უსაფრთხო (ჩხუბის შესაძლებლობა, იარაღით მუქარა და სხვა). ყველა რასობრივ ჯგუფში კონფლიქტში უფრო ხშირად ჩართულნი იყვნენ ბიჭები, ვიდრე გოგონები.

გამოკითხული მოსწავლეების 24,1% უფიქრია თვითმკვლელობაზე, უპირატესად ესპანური ეთნოსის გოგონებს. მოზარდთა 8,7%-ს შეუსრულებია თვითმკვლელობის მცდელობა, უპირატესად გოგონებს.

1991 წ 12-17 წწ. მოზარდების 46,4% და 17-25 წწ 90% დაუღწევიათ ალკოჰოლური სასმელები. ეთნიკურად, ასეთებში ჭარბობდნენ თეთრკანიანი ამერიკელები (ზანგებთან და ესპანელებთან შედარებით).

ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენების სტატისტიკა ასეთია: 18-25 წწ ახალგაზრდების 50%-ს გაუსინჯავს მარიხუანა, 12-17 წწ მოზარდებს მინიმუმ ერთხელ გაუსინჯავთ კოკაინი, უმაღლესი სკოლების სტუდენტების 7%-ს ერთხელ მაინც გაუსინჯავს იგივე კოკაინი. საკმაოდ ხშირია ჰალუცინოგენებისა და სხვადასხვა ტიპის ინჰალანტების ხმარება.

1995 წლის სტატისტიკური მონაცემით აშშ მაღალი კლასის მოსწავლეთა 2%-ს გაუკეთებია ნარკოტიკის ინექცია. იმავე, 1995 წელს მოსწავლეთა 71%-ს მოუწევია სიგარეტი, უპირატესად მაღალი კლასის მოსწავლეებს. 11,4% ღეჭავდა თამბაქოს. მოსწავლეთა 3,7% 1995 წელს გამოუყენებია ანაბოლური სტეროიდები.

მოზარდთა სექსუალური ქცევა მიმართებაშია ამ გზით გადატანილ დაავადებებთან და **მოულოდნელ** (არასასურველ) ორსულობასთან. 1995 წელს ჩატარებული, ახალგაზრდების სარისკო მოქმედების მიმოხილვის შედეგებით, მაღალი კლასის მოსწავლეთა 50,3%-ს ჰქონია სქესობრივი კავშირი. ეს უფრო ხშირი იყო შავკანიან მოსწავლეებში. შემთხვევათა სიხშირე მატულობდა IX-დან XII დონემდე (**რას ნიშნავს????**). მთელი ქვეყნის მასშტაბით მოსწავლეთა 18%-ს ჰქონია სქესობრივი კავშირი 4 ან მეტ პარტნიორთან. სექსუალური აქტივობა უფრო მეტად გამოვლინდა შავკანიან და ესპანური წარმოშობის ვაჟებში, თეთრკანიან შესწავლილთა შორის კი უფრო ქალებში. გამოვლინდა, რომ მაღალი კლასების მოსწავლეთა 54% იყენებდა პრეზერვატივს სქესობრივი კავშირის დროს.

ყოველწლიურად აშშ-ში 30 მლნ მოზარდი ავადდება სქესობრივად გადამდები დაავადებებით. მათგან 41% 20-დან 24 წლამდეა (????????) მოზარდებში ყველაზე გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებია: ქლამიდიოზი, ჰეპატიტი, სიფილისი, ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი. 1995 წ 15-24 წწ ახალგაზრდებში ყველაზე ხშირად სქესობრივად გადაიტანებოდა გონორეა.

სექსობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა სიხშირესათან ერთად მაღალი იყო დაუგეგმავი ორსულობების რიცხვი. არასასურველი ორსულობის მაჩვენებელი 15-დან 19 წლამდე მოზარდებში შეადგენდა 21%-ს. ყოველწლიურად ერთი მლნ ორსული მოზარდიდან შემთხვევების 85% დაუგეგმავი იყო- მათგან ნახევარი მიყვანილ იქნა ბოლომდე, ხოლო 1/3 აბორტით დასრულდა.

აბორტების უდიდესი რაოდენობა აშშ-ში 15 წელზე ნაკლები ასაკის მოზარდებზე მოდის. ბოლო წლებში აშშ-ში შეინიშნებოდა იმ მოზარდთა რაოდენობის ზრდა, რომელთა ორსულობა მშობიარობით სრულდებოდა, რაც აბორტების რიცხვის დაქვეითებაზე მეტყველებს. ასეთი ტენდენცია, შესაძლოა გამომდინარეობდეს, როგორც მოზარდთა განწყობის შეცვლიდან და მათი სურვილიდან მიიტანონ ორსულობა ბოლომდე, ისე კანონში ცვლილებებზე. ეს უკანასკნელი ითვალისწინებს აბორტზე მშობელთა თანხმობის მიღებას, აუცილებელ მოსაცდელ პერიოდს, რაც ალბათ მოქმედებს მოზარდებზე და აცვლევინებს მათ თავდაპირველ სურვილს გაიკეთონ აბორტი.

მოზარდი და ოჯახი

მოზარდის ჯანმრთელობაზე პაუსხისმგებელია ბევრი სხვადასხვა დარგის მედიკოსი. ასეთი არიან ყველა სპეციალობის პრაქტიკოსი ექიმები (პედიატრები, ოჯახის ექიმები, თერაპევტები, მეან-გინეკოლოგები, ქირურგები), აგრეთვე ექთნები, ფსიქოლოგები, სოციალური სამსახურების წარმომადგენლები. მოზარდთა სულ უფრო მეტი რაოდენობა ერთიანდება სხვადასხვა ჯანმრთელობის ორგანიზაციებში. ასეთი სამსახურები შექმნილია კოლეჯებში, უმაღლეს სკოლებში, სამხედრო უწყებებში. მოზარდებისათვის პირველხარისხოვანი (პირველადი????) სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა ნებისმიერ ორგანიზაციაში, ნებისმიერ გარემოში უადრესად საქებარი და ხელშეწყობის ღირსი ამოცანაა. ფაქტობრივად, სამედიცინო დახმარების მოცულობა, ხარისხი და სტილი გასხვავებულია შესაბამისად სპეციალისტებისა, რომლებსაც მოზარდი მიმართავს. კლინიცისტმა, რომელიც მოვალეა იზრუნოს მოზარდ პაციენტებზე უნდა იცოდეს ამა თუ იმ სამედიცინო გარემოში არსებული შესაძლებლობები (ასპარეზი და შეზღუდვები).

1991 წელს აშშ-ში ოფისში მომუშავე ექიმს 11-20 წწ მოზარდებმა 59 მილიონჯერ მიმართეს: მათგან 35% იყო მიმართვა ოჯახის ექიმთან, 18% პედიატრთან, 8% მეან-გინეკოლოგთან, 7% დერმატოლოგთან, 5% თერაპევტთან, 5% ოფთალმოლოგთან, 2% ფსიქიტრთან, 20% სხვა (უპირატესად ქირურგთან) სპეციალისტებთან. მცირე ასაკის მოზარდები დახმარებისათვის პედიატრებს მიმართავენ, უფროსი თაობის კი-უპირატესად მეან-გინეკოლოგებს.

უკანასკნელი რამოდენიმე დეკადის მანძილზე იგრძნობა ტენდენცია იმისა, რომ მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვა მოექცეს ზოგადად პედიატრიული სამსახურის ფარგლებში. ამერიკული სტატისტიკის მიხედვით, 11-14 წწ-ში სპეციალისტებთან ვიზიტი ყველა ვიზიტის 33%-ს შეადგენდა, 10-15 წწ-ში ვიზიტების 10% იყო პედიატრთან.

ასეთია სიტუაცია, მიუხედავად იმისა, რომ აშშ პედიატრიული აკადემიის რეკომენდაციით მოზარდთა ჯანმრთელობას 21 წლის ასაკამდე პედიატრები უნდა ზედამხედველობდნენ.

აღნიშნულ შეუსაბამობას საფუძვლად უდევს შემდეგი ფაქტორები:

- პედიატრები ძველთაგან «პატარების ექიმებად» არიან ცნობილნი, ამდენად უფროსი ასაკის მოზარდის მათთან საკონსულტაციოდ მისვლა საკმაოდ პრობლემურია. ასეთი რამ მოზარდის აზროვნებაში მნიშვნელოვანი ძვრების მოხდენის გარეშე ძნელად განსახორციელებელია;
- პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ბევრი პედიატრი უარს აცხადებს უფროსი ასაკის მოზარდების მიღებაზე, ბევრი შეწუხებულია იმით, რომ უჭირს საუბარი მოზარდებთან ნარკოტიკებზე, სექსუალურ პრობლემებზე და სხვა.
- არასრული კომპეტენტურობა, შეზღუდულობა დროში, შეუსაბამობა მოზარდთან კონფიდენციალობის დაცვასა და მშობლების მოთხოვნილებებს შორის, შესაბამისი გადასახადების დადგენის შეუძლებლობა. აი, არასრული ჩამონათვალი იმ საკითხებისა, რომელიც პედიატრიული პრაქტიკაში უნდა გადაწყდეს, თუკი პედიატრს მაინც მოუწევს უფროსი ასაკის მოზარდებთან საქმის დაჭერა. ამ პრობლემებს ახალგაზრდა პედიატრები უკეთ წყვეტენ, რომლებმაც რეზიდენტურა გაიარეს მოზარდთა მედიცინაში და რომელთა პაციენტები ასაკში მათთან ერთად მატულობენ.

ქრონიკულად დაავადებული ბევრი მოზარდი მის პედიატრს თავის ერთადერთ ექიმად მიიჩნევს. პედიატრები ხშირად წარმართავენ აცრების ორგანიზაციას (მაგ. გრიპის ვაქცინაცია, ასთმით მოავადე ბავშვებში), სინჯავენ მოზარდს სპორტისატვის ვარგისიანობაზე. პედიატრი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ მისი მოზარდილი პაციენტი ღებულობს სრულფასოვან სამედიცინო დახმარებას ყველა ასპექტში, რომ მისთვის ხელმისაწვდომია სახელმძღვანელოები სქესობრივ პრობლემებზე, ნარკომანიაზე.

ამერიკული სტატისტიკით ექიმებთან მოზარდთა ვიზიტების 35% ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმთან ვიზიტზე მოდის.

ზოგადი პრაქტიკის ზოგიერთი ექიმი ამტკიცებს, რომ მათთვის უფრო ადვილია მოზარდებთან ურთიერთობა იმიტომ, რომ ასეთი ექიმები დაოსტატებულნი არიან საოჯახო პრობლემების მოგვარებაში. გაუგებრობები, კონფლიქტები მშობლებსა და შვილებს შორის მართლაც კარგად თავსდება ოჯახის ექიმის კომპეტენციაში. ასევე მათ კომპეტენციას უფრო მიესადაგება სამედიცინო და პარასამედიცინო საკითხები, რომლებთან შეხება უპირატესად ოჯახის ექიმებს უხდებათ. ასობით პროვოკაციულ საექიმო უბანს არ ყავს პედიატრი, გინეკოლოგი, ფსიქიატრი, იქ მოზარდთა ჯანმრთელობას ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ემსახურება. სადღეისოდ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მომზადებაში სულ უფრო მეტი ყურადღება ეთმობა მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვას და იმიტომ ცხადია, რომ ეს ექიმები გააგრძელებენ მოზარდების სამედიცინო მომსახურებას უახლოეს წლებში.

1994 წლიდან აშშ-ში იზრდება მოზარდთა ექიმების წილი. ამ დარგის ზოგიერთი წარმომადგენელი სპეციალიზდება ისეთ განხრებში, როგორებიცაა: ფსიქიკური დაავადებები, ენდოკრინული პათოლოგია, ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენება; სხვები წარმართავენ თავიანთ პრაქტიკას ასეთი დასპეციალების გარეშე.

მიუხედავად იმისა, რომ აშშ-ში დიდი სახსრები იხარჯება ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფაზე, ბევრი მოზარდისათვის საკმაოდ ძნელია მიიღოს სრულფასოვანი

სამედიცინო დახმარება. მოსახლეობის ამ პოპულაციისთვის უნდა არსებობდეს მუდმივი მზრუნველობა, ან პრივატულ ოჯახში, ან საავადმყოფოებში და ამბულატორიებში. საერთო პროფილის პედიატრიული საავადმყოფოებში ძლივძლივობით პასუხობენ მოზარდთა მოთხოვნებს და სამინებლები ამ მხრივ უმაღლეს გამოდის ზედაპირზე. იმისთვის, რომ მოზარდებს აღმოეჩინოთ სრულფასოვანი სამედიცინო დახმარება, მრავალმხრივი და შთაგონებული მიდგომაა საჭირო. ამ მიმართულებით აშშ-ში ბევრი რამ კეთდება და მრავალი სახელმძღვანელო გამოიცა. ეს სახელმძღვანელოები აიარაღებს პირველადი სამედიცინო დახმარების განმახორციელებლებს საჭირო ინსტრუქციებით სკრინინგზე, ინსტრუქტაჟზე, იმუნიზაციაზე მოზარდთა კონტიგენტში. რუტინული დაგეგმილი ყოველწლიური ვიზიტის დროს პრევენციული სამედიცინო ღონისძიებები უნდა ხორციელდებოდეს როგორც მოზარდის, ისე მისი მშობლების მიმართ. სქორი ინსტრუქციის შესაბამისად საჭიროა გამოვლინდეს ისეთი მოზარდები, რომელთა საქციელი მათ რისკ-ჯგუფებში მოათავსებს. სამედიცინო პერსონალმა უნდა გამოიმუშაოს სამკურნალო გეგმა. საინსტრუქციო წერილები და მითითებები დაწვრილებით უნდა ეხებოდეს მოზარდთა ყველა ასაკობრივ ჯგუფს-ადრეულ, საშუალო და უფროს მოზარდობის წლებს. ჯანმრთელობის შემსწავლელი კითხვარები უნდა შეიცავდნენ «ტრიგერულ შეკითხვებს», როგორც მშობლებისათვის, ისე მოზარდებისათვის. აქცენტი უნდა გაკეთდეს ზრდა-განვითარებაზე, სკოლისა და დასაქმების პრობლემებზე, მოზარდებისათვის სამომავლო საკითხებზე.

მოზარდთან მედიკოსის პირველი კონტაქტი ჩვეულებრივად ტონს აძლევს შემდგომისათვის მათ ურთიერთობას. იმისდა მიხედვით, როგორ ურთიერთობს ექიმი მოზარდთან და მის მშობელთან, ნათელი ხდება მისი მოქმედების სტილი, მისი ზრუნვის ხარისხი მოზარდის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. მოზარდის პირველი შთაბეჭდილება ექიმზე იქმნება მოსაცდელ ოთახში. მისთვის, განსაკუთრებით უფროს ასაკში, ერთნაირად ძნელია მოსაცდელში ყოფნა, როგორც პატარა ბავშვებთან, ისე უფროსი ასაკის ხალხთან. მოზარდი თვლის, რომ მას უნდა მოექცნენ, როგორც მოზარდი პიროვნებას და ამდენად, მოსაცდელი ოთახი უნდა გამოხატავდეს ასეთი განვითარების სურათს. იქ უნდა იყოს ნორმალური სავარძლები, ჟურნალები სპორტის, მოდის, გართობის შესახებ, ნარკვევები ჯანდაცვის საკითხებზე, ლიტერატურა მოზარდებისათვის სპეციფიკურ საკითხებზე. ის სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც მოზარდები ხშირად არიან უნდა არსებობდეს საკონსულტაციო ოთახი წიგნებით, ბროშურებით, პატარა სახელმძღვანელოებით ზრდის, განვითარების, სექსოლოგიის, კონტრაცეპციის და წამლების შესახებ. ასეთი ლიტერატურის ხელმისაწვდომობა უჩვენებს როგორც მოზარდს, ისე მის მშობლებს, რომ ეს არის ინფორმაცია ღია განსჯისათვის. იგი შეიცავს ლეგიტიმაცისაგან ამ საკითხებისათვის. იმ ექიმებისათვის, რომლებიც მოზარდებსაც იღებენ უკეთესია გქონდეთ მათთვის ცალკე მისაღები არე ან განსაკუთრებული დრო. თუმცა, ეს შეიძლება პრაქტიკული არ იყოს ყველა სიტუაციაში, მაგრამ ოფისმა უნდა უზრუნველყოს პრივატულობა მოზარდი პაციენტისათვის.

ექიმთან პირველი შეხვედა მოზარდს შეიძლება საავადმყოფოში მოუვიდეს. ამ დამაბულ ვითარებაში შეიძლება ძნელი აღმოჩნდეს სასაუბროდ წყნარი ოთახის აღმოჩენა. ეინტერვიუ უნდა წარიმართოს დინჯად. ექიმი უნდა იჩენდეს დიდ ინტერესს მოზარდი პაციენტის მიმართ შეხვედრისთანავე და მთელი საუბრის განმავლობაში. ასეთი საუბრები მოზარდსა და მის მშობელს უჩვენებს, რომ მათთან

საუბარი საჭიროა და საინტერესო. სასურველია ინტერვიუ არ წყდებოდეს ზარებით და სხვა პერსონალისა თუ პაციენტის შემოჭრით.

ძალიან მნიშვნელოვანია, როგორ გრძნობს მოზარდი თავს პირველად ექიმთან საუბრისას, მაგრამ უფრო მნიშვნელოვანია, რომ ექიმის სიტყვებმა მოზარდში დადებითი ემოციები გამოიწვიოს. ექიმმა ხაზი უნდა გაუსვას იმ ფაქტს, რომ, კონკრეტულ შემთხვევაში, მისი პაციენტი მოზარდია და არა ამ მოზარდის მშობლები. მოზარდი მოხარული უნდა იყოს შეხვედეს თავის თანატოლებს მოსაცდელ ოთახებში.

თუ მოვლენები ასე არ წარიმართა, მოზარდი იგრძნობს დისკომფორტს და ექიმ-პაციენტის ურთიერთობა ფუჭდება. მოზარდი იოლად ხვდება აინტერესებს იგი ექიმს თუ არა.

მოზარდზე პასუხისმგებელი ექიმი თავის თავს პაციენტთან ურთიერთობაში თავისუფლად უნდა გრძნობდეს. მას შინაგანად უნდა ახარებდეს მისი საქმიანობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში მოზარდი გრძნობს დაძაბულობას და ექიმთან მისი ურთიერთობა გაძნელებულია. ამასთან ერთად, არ არის საჭირო ექიმმა თავისი საუბარი და ქცევა მოზარდისას მოუსადაგოს, დაემსგავსოს მას ჩაცმა-დახურვით, საუბრის სტილით. მოზარდს სულაც არ სურს მოვლენათა ასეთი მიმდინარეობა. ექიმი, რომელიც ასე მოიქცევა, დაკარგავს პატივისცემას მის თვალში და მისი მშობლების თვალში. სამუშაო ურთიერთობების ჩამოყალიბებისათვის მნიშვნელოვანია ექიმი იყოს შთაგონებული, დაინტერესებული და არა გამსამართლებელი, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ასეთ როლს გამუდმებით მშობლები ასრულებენ. უმრავლესობა მოზარდებისა იზრდება და ვითარდება სამედიცინო პერსონალის «ხელში», მაგრამ ზოგიერთი მოზარდის ვიზიტი ექიმთან მაინც ხდება სრულიად მოულოდნელად. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს საცხოვრებელი ადგილის ცვლილება, სხვა ექიმის მიერ დანიშნული კონსულტაცია ან ოჯახის სურვილი ექიმი შეიცვალოს. ასეთი პირველი ვიზიტის დროს სასურველია ექიმი შეხვედეს მოზარდს და იმავე მშობელს. თუ ვითარება არ იძლევა იმის საშუალებას და ერთ-ერთი მშობელი ვერ მოვიდა, ექიმმა უნდა დაარწმუნოს მოსულები, რომ მეორე მშობლის მოსვლაც ძალიან სასურველია. ექიმმა უნდა აღნიშნოს და დაიმახსოვროს ის გარემოება, რომელიც დასახელდა მეორე მშობლის მოუსვლელი მიზეზად. ეს განსაკუთრებით საჭიროა, თუ ვიზიტის დროს დგინდება და განიხილება მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური თუ სამედიცინო პრობლემა. ექიმმა არ უნდა მიიღოს ზერელედ ერთ-ერთი მშობლის არ მოსვლის მიზეზად დასახელებული გარემოება. ასეთი მიზეზი ხშირად არ არსებობს, მას შეიძლება არ გააგებინეს. მოგვიანებით, როდესაც არმოსული მშობელი გაიგებს ხოლმე, რომ მისი მეორე ნახევარი და მოზარდი ექიმთან იყვნენ, იგი ხშირად სინანულს გამოთქვამს იმის გამო, რომ თვითონაც არ იყოს მათთან ერთად. თუ არ მოსულ მშობელს ახასიათებენ, როგორც სრულიად არადაინტერესებულს მოზარდის აღზრდით, დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ იგი შესწავლისთვის ძალიან საინტერესო ობიექტია. მოსაცდელ ოთახში შეპატიჟების შემდეგ ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს, გაესაუბროს ყველას ერთად, თუ ცალ-ცალკე. ეს დამოკიდებულია ვიზიტის მიზეზებზე, ექიმის მუშაობის სტილზე, დროის ფაქტორზე. ექის შეუძლია ხანმოკლე დროით მიიღოს მშობლები და აუხსნას მათ, რომ ძირითად დროს დაუთმობს მოზარდს. მშობლებს შეუძლიათ ექიმი თავიანთ ოჯახურ პრობლემებში ჩაახედონ და მოზარდის დაუსწრებლად მიაწოდონ მას ანამნეზური ცნობები და პრობლემაზე თავიანთი შეხედულებები. ასეთი ქცევა გამართლებულია, თუ მოზარდს არ სურს მიიღოს სამედიცინო დახმარება და ყურადღება ან როდესაც მშობლებს გააჩნიათ მნიშვნელოვანი ოჯახური პრობლემები. ექიმის ზემოაღწერილ

ტაქტიკას აქვს ის ნაკლი, რომ მოზარდი იძულებულია იჯდეს მოსაცდელ ოთახში, როდესაც საკითხი ეხება სწორედ პრობლემებს. ამ დროს მას შეიძლება მოეჩვენოს, რომ ექიმი მისი მშობლების მხარეს დგება.

ალტერნატიული მიდგომა ჯერ მშობლებთან შეხვედრაა, მათთან გასაუბრება ად მხოლოდ ამის შემდეგ შეხვედრა მოზარდთან. ამ დროს ექიმს თავისუფლად შეუძლია ბევრი დრო დაუთმოს მშობლებს და შეუზღუდავად ესაუბროს მათ. ბევრი ოჯახი ამჯობინებს ასეთ მიდგომას და მზად არის დამატებითი სახსრებიც გაიღოს ხანგრძლივი ვიზიტისათვის, ოღონდ კარგად გაარკვიოს ექიმი თავიანთ პრობლემებში.

მესამე მეთოდია ექიმის ერთდროული შეხვედრა მშობლებთან და შვილთან. ამ დროს ისინი თავიანთ პოზიციებს გამოხატავენ ერთმანეთის დასწრებით და ექიმს შეუძლია დააკვირდეს მათ რეაქციებს, ურთიერთობებს. ექიმმა უნდა გაათამამოს პაციენტი, ბევრი ილაპარაკოს თავის პრობლემებზე, თვითონ მოჰყვეს თავისი ავადმყოფობის შესახებ. მშობლებს შეუძლიათ დაამატონ ინფორმაცია საოჯახო ისტორიიდან და ხშირად ეს ცნობები სიახლეა მოზარდისათვის. ეს მესამე მეტოდი ყველაზე უფრო სასარგებლოა. ამ დროს ექიმისათვის შეასრებით ადვილია აუხსნას ვიზიტორებს ძირითადი პრინციპები კანონიერებისა და კონფიდენციალობის მთლიანად ოჯახთან მიმართებაში.

ყოველივე ზემოაღნიშნული ეხებოდა მოზარდს, რომელიც ექიმს პირველად ხვდება. რეალურად ზოგიერთი მოზარდი ბავშვობის ასაკიდან ერთი და იმავე ექიმის ყურადღების ქვეშაა. ასეთ სიტუაციაში ექიმს შესაძლოა მოუწიოს ერთდროულად შეხვედრა, როდესაც მოზარდი 10-12 წლისაა იმისათვის, რომ ისაუბრონ ახლადშექმნილ ვითარებაზე. ამ დროს ზოგჯერ მშობლებისათვის საჭიროა იმის თქმა, რომ მოზარდის გასინჯვისას მათი ტანდასწრება აღარ არის საჭირო.

მიუხედავად იმისა, ცალ-ცალკე თუ ერთად ესაუბრება ექიმი მოზარდსა და მის მშობლებს, მან მეორე მხარეს უნდა გააცნოს კონფიდენციალობის წლები და გარანტიები. მოზარდს უნდა ეთქვას, რომ გამომდინარე ინფორმაცია არ ეცნობება არავის მისი ნებართვის გარეშე. ასეთი დაპირება ეხმარება ექიმს თავიდან აიცილოს სიტუაცია, როდესაც მშობლები სთხოვენ ექიმს გაანდოს მათ ინფორმაცია, მიღებული მათი შვილისაგან. გამონაკლისია ისეთი ინფორმაცია, რომელმაც მოზარდისა და სხვა პიროვნების ჯანმრთელობა ან სიცოცხლე რისკის ქვეშ დააყენოს (მკვლელობისა ან თვითმკვლელობის ცდა, მნიშვნელოვანი სამედიცინო პრობლემა, რომელიც არ არის მოგვარებული). ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს, ემუქრება თუ არა მოზარდს საფრთხე. ასეთ სიტუაციაში ექიმმა უნდა გააფრთხილოს ოჯახი. ექიმი კარგად უნდა იცნობდეს კანონებს მოზარდთათვის-თანხმობისა და კონფიდენციალობის წესებს. ეს წესები შეიცავენ ნებართვას ექიმისათვის უმკურნალოს სპეციფიკურ სამედიცინო პრობლემებს მშობლებისაგან თანხმობის მიუღებლად. აშშ ეს წესები გულისხმობენ ისეთი პრობლემების მართვას, როგორცაა ორსულობა, აბორტი, კონტრაცეპტივები, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემები. ყველა ამ საკითხის გადაჭრისას ექიმი არ უნდა დგებოდეს მოსამართლის როლში. მოზარდის ადვოკატმა ექიმმა უნდა გააცნოს მოზარდს თავისი მოსაზრებები და შესთავაზოს მას თანამშრომლობა პრობლემის საუკეთესო გადაჭრის თვალსაზრისით.

მოზარდთან ურთიერთობაში მყოფ ექიმს ესაჭიროება განსაკუთრებული ტაქტიკის გამომუშავება ჰონორარის მიღებისას. ზოგიერთი სპეციალისტი (ლაპარაკია კერძოდ პრაქტიკაზე) თანხის გადახდას აკისრებს მშობლებს, თუნდაც მოზარდს დაწყებული ჰქონდეს ექიმთან სიარული მშობლებთან შეთანხმების გარეშე. სხვა ექიმები

გადასახადს უწესებენ თვით პაციენტ-მოზარდს, ოღონდ შემცირებული ოდენობით «კონფიდენციალობისათვის».

მოზარდისათვის კონფიდენციალობისა და მკურნალობის საფასურის საკითხების დადგენის შემდეგ იწყება საუბარი არსებით პრობლემებზე, ამ საუბარში უნდა შედიოდეს შემდეგი საკითხები:

1. ძირითადი ჩივილის განსაზღვრა
2. ოჯახის ისტორიის შესწავლა
3. თანატოლებთან ურთიერთობის ხასიათი
4. სკოლაში მოსწრება
5. მოზარდის ფსიქოსოციალური მღწევები
6. მშობლების მოზარდზე შეხედულებების გავლენა და თვით მოზარდის მიერ თავის თავის შეფასება.
7. მენტალური სტატუსი

ძირითადი ჩივილი ის მიზეზია, რამაც მოიყვანა მოზარდი ექიმთან. საფუძვლიანად უნდა იქნას შესწავლილი ყველა საკითხი, რომელიც დაკავშირებულია ამ ძირითად ჩივილთან. აგრეთვე შესწავლილი უნდა იქნას, როგორ შეეხო ეს ძირითადი ჩივილი მოზარდის ოჯახის წევრებს, მეგობრებს. პრაქტიკაში სულაც არ არის იშვიათი, როდესაც მოზარდი პაციენტი დახმარებას ითხოვს სხვა საკითხის გამო და არა ისე, როგორც ეს მიაჩნიათ მშობლებს. ასეთ ვითარებაში ექიმმა უნდა შეუფარდოს ერთმანეთს ორივე მხარის ინფორმაცია, რომ მიღებული იქნას ოპტიმალური გადაწყვეტილება.

ბევრი მოზარდიაშტვის დამახასიათებელია უბრალოდ იმის თქმა, რომ ისინი მოსულნი არიან უბრალოდ შემოწმებისათვის. ასეთ შემთხვევებში ძალიან საჭიროა იმის ზუსტად დადგენა, რატომ არიან ისინი მოსული შემოწმებისათვის სწორედ ახლა და რატომ არ დაკმაყოფილდნენ იმ გეგმიური შემოწმებით, რომელზედაც მათ რეგულარულად იბარებდნენ.

ოჯახის ისტორიის შეკრება გულისხმობს იმის დადგენას, თუ ვინ არიან ოჯახის წევრები და ვისთან როგორი ურთიერთობა აქვს მოზარდს. როგორია ოჯახის ისტორია სამედიცინო თვალსაზრისით. ამავე დროს, მოზარდს არ უნდა მოვთხოვოთ ოჯახური საიდუმლოებების გაცემა (უთანხმოება მშობელთა შორის, მშობელთა ალკოჰოლიზმი და სხვ.). ამან შეიძლება პაციენტისა და მშობლების განაწყენება.

აუცილებლად შესასწავლია მოზარდის ურთიერთობა თანატოლებთან. ჰყავს მას საუკეთესო მეგობარი? თუ კი, რამდენ ხანს გრძელდება მეგობრობა? რას აკეთებენ ამხანაგები ერთად? როგორ ინაწილებენ მეგობრულ ფუნქციებს? ინტერვიუს დროს აუცილებლად დაინტერესდით სექსუალური საკითხებით, მაგრამ ნუ გამოთქვამთ ეჭვს ჰომოსექსუალობის შესაძლებლობებზე.

შეკითხვები სიგარეტის, ნარკოტიკების და ალკოჰოლის ირგვლივ გულახდილ პასუხებს მოითხოვენ, ისევე როგორც შეკითხვები სექსუალობაზე. შეეკითხეთ მშობლების გარეშე, მათი ერთობლივი ინტერვიუ გადადეთ ცოტა მოგვიანებით დროისათვის.

ყურადღებით არის შესამოწმებელი სკოლის მოსწრება-წარმატებები და წარუმატებლობები. ზოგჯერ, ექიმმა დაწვრილებით უნდა შეისწავლოს მოსწავლის ნიშნები. მან აგრეთვე უნდა იცოდეს სამომავლო გეგმები, როგორც მოზარდის, ასევე მშობლისა. თუ ექიმს ეს გეგმები არარელურად მიაჩნია, ამის შესახებ ლარაკია საჭირო.

მოზარდებს, როგორც წესი, სახლიდან წასვლა და დამოუკიდებლად ცხოვრება სურთ. მათი ამგვარი გეგმები ადვილად შეიძლება იქნას გაგებული მთელი რიგი შეკითხვებით.

როდესაც ექიმი ესაუბრება მოზარდს რაიმე მწვავე პრობლემის შესახებ (ფსიქოსოციალური პრობლემა, მომავლის გეგმები), მნიშვნელოვანია იმის დადგენა, როგორც უყურებს ამ პრობლემას მოზარდის მშობლები და როგორ უყურებს მას თვით მოზარდი. ამ საკითხში ექიმს დაეხმარება 10-10 საკვანძო შეკითხვა ორივე მხარის მიმართ.

შეკითხვები მოზარდთან

- რას ფიქრობენ შენზე შენი კლასელები?
- როგორ გახასიათებენ შენ შენი მშობლები?
- სად იქნები შენ 5 წლის შემდეგ შენი აზრით?
- რას შეცვლიდი შენ შენს ცხოვრებაში?
- შენ რომ ყოფილიყავი ჩემს ადგილზე, რას ურჩევდი შენს პაციენტებს?

შეკითხვები მშობლებთან

- რა არის თქვენი მოზარდის ძლიერი მხარეები?
- რა არის, თქვენი აზრით ყველაზე ცუდი, რაც შეიძლება მოუვიდეს თქვენს შვილს?
- სად ხედავთ თქვენს შვილს 5 წლამდე?
- არის თუ არა თქვენი მოზარდი ახლა ბედნიერი?
- რა შემთხვევაში ითვალისწინებთ ან არ ითვალისწინებთ თქვენი შვილი თქვენს რჩევებს?

ამ კითხვებზე პასუხი ბევრ ინფორმაციას იძლევა, ჩნდება ახალი კითხვები, ახალი პრობლემები. თუ მშობლებს არ შეუძლიათ დაასახელონ თავიანთი მოზარდი ძლიერი მხარეები, ეს მიუთითებს მშობლების უყურადღებობაზე შვილის მიმართ და ამ უკანასკნელის თავისთავის პატივისცემის დაბალ ხარისხზე.

მოზარდის მენტალური სტატუსის გამოკვლევა ითვალისწინებს სიტყვიერ და არასიტყვიერ კომპონენტებს. ყველაფერი უნდა იქნას გათვალისწინებული, მოზარდის ქცევა, ჩაცმა, სიტყვა-პასუხი. ექიმი უნდა დააკვირდეს სახის გამომეტყველებას, მზერას, მიხვრა-მოხრას. მნიშვნელოვანია შეკითხვებზე ემოციური რეაქციები. უნდა შეფასდეს მოზარდის სასაუბრო ენა, მისი კვებითი ჩვევები, წონა, მისი მოსაზრებები თავისი წონის შესახებ. პირდაპირ არის საჭირო შეკითხვა შესაძლო დეპრესიის შესახებ, სუიციდური აზრების შესახებ. შესაფასებელია თვითკრიტიკული უნარი, მსჯელობის სიღრმე. იმის მიხედვით, თუ როდის პასუხობს მოზარდი შეკითხვას, საკმაოდ კარგად შეიძლება მისი ინტელექტის დონის შეფასება. ყველა დასახელებული საკითხის გარკვევა ერთი შეხვედრისას ყოველთვის ვერ ხერხდება. უმჯობესია ეს მოხდეს რამოდენიმე შეხვედრაში დაახლოებით 2 კვირის მანძილზე, ისე, რომ თითოეული საუბარი გრძელდებოდეს 20-30 წთ. ამგვარ საუბრებს მოზარდი უფრო ადვილად ეგუება და ნაკლებად უფრთხის. ასეთი გასაუბრების – შესწავლის შემდეგ უფრო ადვილია მკურნალობა-დახმარება ჩივილის საპასუხოდ პირველივე ინტერვიუდან იწყება.

რამდენი ხნის მანძილზეც არ უნდა გროვდებოდეს ცნობები, მოზარდი თავს თავისუფლად უნდა გრძნობდეს. დასაწყისში უმჯობესია შედარებით ნეიტრალური

შეკითხვები - სად ცხოვრობს, რომელ სკოლაში დადის. ექიმმა უნდა გამოავლინოს დაინტერესება და იკითხოს განმეორებით, თუ პასუხი ბოლომდე გასაგები არ არის. დასაშვებია ამგვარი: «მე არ ვარ დარწმუნებული, რომ კარგად გავიგე თქვენი პასუხი, შეგიძლიათ ერთხელ კარგად ამიხსნათ?» თვით ექიმის შეკითხვები მოზარდისათვის გასაგები ენით უნდა იყოს დასმული, რომ კონტაქტი მასსა და მოზარდს შორის ადვილად დამყარდეს. მოზარდმა არ უნდა იგრძნოს, რომ მას ელაპარაკებიან «ზემოდან», ან როგორც პატარას. ამის მაგივრად, რომ შეეკითხოთ -- რატომ მოხვედით დღეს? უმჯობესია შეკითხვები, რომლებიც არ მოითხოვენ აუცილებლად «დიახ» ან «არა» პასუხებს; მაგ., უმჯობესია - რა მოსწონს ან რა არ მოსწონს სკოლაში? ვიდრე - მოგწონს სკოლა? ექიმმა არ უნდა მოითხოვოს სწრაფი პასუხი, ხანმოკლე პაუზები სასარგებლოა, ამ დროს მოზარდი არ განიცდის ზედმეტ ფსიქოლოგიურ ზეწოლას.

არსებობს კიდევ ერთგვარი ტექნიკა, რომელიც აადვილებს კონტაქტს და ინფორმაციის მიღებას. მაგალითად, მე ვიცი, რომ ბევრი მოზარდი თქვენს ასაკში სვამს ალკოჰოლურ სასმელს სამხიარულო შეხვედრების დროს, თქვენ როგორ უყურებთ ამას? ასეთ ვითარებაში მოზარდი ვერ გრძნობს, რომ მას ადანაშაულებენ. ექიმი ყურადღებიანი და მგრძობიარე უნდა იყოს მოზარდის რეაქციების მიმართ. თუ მოზარდს ცრემლები მოადგა თვალზე რაიმე შეკითხვასთან დაკავშირებით, სასურველია უთხრათ -- როგორც ჩანს, ამ თემაზე საუბარი თქვენთვის საწყენია, რატომ? გაბრაზებულ ან მტრულად განწობილ მოზარდს, რომელიც ყველაფერს უარყოფს, მიუხედავად მისი მშობლების წუხილისა, შეიძლება ეთქვას - მე ვხედავ, რომ დღეს ძალიან გაბრაზებული ხართ. როდესაც ადამიანი გაბრაზებულია, მისთვის საუბარი ძნელია, გაქვთ ახლა ასეთი გრძობა? კომუნიკაცია მოზარდილსა და ექიმს შორის შეიძლება დაიწყოს, თუნდაც საუბრისათვის არ იყოს კარგი სიტუაცია.

მოზარდის ქცევის ახსნისას გარკვეული ხელისშემშლელი მომენტი არსებობს. უპირველესად ყოვლისა, ექიმისათვის მაცდურია შეაფასოს მოზარდის ქცევა იმ ფორმულარებით, როგორითაც ფასდება იგი მოზარდის ბავშვობის ასაკში. თუ მოზარდი დაჭერილ იქნა მაღაზიის გაქურდვისას, ექიმმა შეიძლება უთხრას მშობლებს, რომ ეს არ არის მძიმე დანაშაული - ერთხელ იგიც დააკავეს ამგვარი დანაშაულისათვის (ეს, რასაკვირველია, გულისხმობს, რომ ექიმი ამ საქმიდან «მშვიდად» გამოვიდა, რომ მაღაზიის გაქურდვაში მონაწილეობამ ხელი არ შეუშალა მის კარიერას). მეორე რიგში, ხშირად ექიმი ქვეცნობიერად აიგივებს მოზარდი პაციენტის ქცევას თავისი შვილებისასთან. ექიმი, რომელიც დაუპირისპირდა მარიხუანის მოწევის პრობლემას პაციენტ-მოზარდებში, ვარაუდობს, რომ მისი პაციენტის მშობლები იზიარებენ მის შეხედულებებს და, შესაბამისად, ესაუბრება მათ. ბოლოს კი, ექიმი ზოგჯერ მოზარდის საქციელს მცდარი პოზიციიდან განსაზღვრავს. პედიატრიულ ლიტერატურაში არსებობს ინფორმაცია მოზარდების ნორმალური და არანორმალური ქცევების შესახებ. ასეთი ინფორმაცია უფრო კარგი სახელმძღვანელოა პრაქტიკისათვის, ვიდრე ექიმის ზოგჯერ არასწორი შეხედულებები საქმის არსის შესახებ.

გამოკითხვა უნდა დამთავრდეს შეჯამებით. მიეცით მოზარდს საშუალება პასუხის გაცემისა და შეკითხვებისა. დასაშვებია, რომ გამოკითხვისას ზოგიერთი საკითხი გამოტოვებულ იქნას. ამიტომ შეეკითხეთ - ხომ არ გამოვტოვე ისეთი რამ, რაც მე უნდა ვიცოდე? ამით დასტურდება, რომ ექიმი შეზღუდულია დახმარების შესაძლებლობებში, თუ მან არ მიიღო სრული ინფორმაცია საკითხზე და გულისხმობს, რომ პაციენტი და მშობლები ინაწილებენ პასუხისმგებლობას ინფორმაციის მიუცემლობის შედეგებზე. როდესაც გამოკითხვა ჯამდება ცალცალკე მშობლებთან და

პაციენტებთან, უმჯობესია შეჯამება მოხდეს ჯერ მოზარდებთან, შემდეგ კი გამეორდეს მშობლების დასწრებით.

კონფიდენციალობა, თანხმობა - ლეგალური და ეთიკური საკითხები

ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტები, რომლებიც ურთიერთობენ მოზარდებთან, ხშირად არიან იძულებულნი გადაწყვიტონ ბევრი იურიდიული და ეთიკური პრობლემა. ამისათვის არსებობს იურიდიული ბაზა. სხვა საკითხები მოითხოვენ კონსულტაციას იურისტებთან. ეთიკური პრობლემები ისეთივე კომპლექსია, როგორც ლეგალური საკითხები და მოითხოვენ მულტიდისციპლინარულ განხილვას. დიდი მნიშვნელობის ლეგალური და ეთიკურ საკითხები მოზარდთა მედიცინის მიმართებაში მოითხოვს კონფიდენციალობისა და თანხმობის გადაჭრას, აგრეთვე მკურნალობის ანაზღაურების საკითხის გადაწყვეტას. ბაზისური კითხვები ყოველი კატეგორიისათვის ასეთია:

1. ვინ უნდა გამოთქვას თანხმობა მკურნალობაზე, ვისი თანხმობაა საჭირო?
2. რა ფარგლებშია დასასვები კონფიდენციალობა მკურნალობის პროცესში?
3. ვინ არის პასუხისმგებელი მკურნალობის ფულადი ანაზღაურებისათვის - მოზარდი, მისი მშობლები, საზოგადოებრივი თუ პირადი დამზღვევი, თუ ვინმე სხვა?

ამ საკითხებს უნდა წვეტდეს კანონზე დამყარებული პრინციპები, ექიმებმა, რომლებსაც ურთიერთობა აქვთ მოზარდებთან, უნდა იცოდნენ კანონები. ექიმებმა უნდა იცოდნენ აგრეთვე სამედიცინო ეთიკის ძირითადი პრინციპები, ვინაიდან ისინია მათი მუშაობის საფუძველი. მოზარდების ლეგალური სტატუსი და განვითარების მახასიათებლები განსხვავდება ბავშვებისა და მოზარდების ასეთივე პარამეტრებისაგან. მოზარდებს კანონი არ აძლევს უფლებას დამოუკიდებლად გადაწყვიტონ ბევრი პრობლემური საკითხი - კანონის შესაბამისად, ისინი ამისათვის განვითარების თვალსაზრისით არ არიან უფლებამოსილნი.

ისტორიულად, მოზარდთა მიმართ პრობლემური საკითხების გადაწყვეტა მშობლებს აქვთ მინდობილი. XX საუკუნის დასაწყისიდან სახელმწიფომ იწყო ჩარევა მშობლების ამ «ისოტრიულ» უფლებებში - მიჩნეულ იქნა, რომ მშობლები არაიშვიათად ზედმეტად იყენებენ თავიანთ უფლებებს, ზოგჯერ კი ბოროტებასაც ჩადიან. მეორეს მხრივ, კანონი რიგ შემთხვევებში სწორედ მშობლებს ავალდებულებს გადაწყვიტონ მოზარდთა ჯანმრთელობის პრობლემები.

მოზარდთა უფლების დაცვას აშშ-ში დიდი ყურადღება ექცევა. კონსტიტუციურად არის განმტკიცებული მათი უფლებები თავისუფლად ილაპარაკონ სასკოლო შეხვედრებზე, სასამართლო პროცედურებზე. მათ აქვთ ზოგიერთი გადაწყვეტილებისა და ქმედების გასაიდუმლოების უფლება კონტრაცეფციისა და აბორტის გაკეთების საკითხებში. ასეთი უმაღლესი სასამართლო გადაწყვეტილების პარალელურად აშშ-ის რიგ შტატებში კანონი აფართოებს და იურიდიულად ანმტკიცებს ურთიერთობის ფარგლებს მშობლებსა და მოზარდებს შორის. ეს განსაკუთრებით სწორედ აღნიშნულ პრობლემებს ეხება. იგივე ითქმის ნარკოტიკების გამოყენების საკითხზე.

მკურნალობაზე თანხმობის მიღება ექიმის მუშაობის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილია. ამ მოთხოვნის შეუსრულებლობა შეიძლება საფუძველი გახდეს ექიმის პასუხისმგებლობის გამომძიებისა იურიდიული ორგანოების მიერ. მკურნალობაზე

თანხმობის მიღებას აქვს აგრეთვე ეთიკური მხარე - იგი უზრუნველყოფს პატივისცემას პაციენტების, როგორც პიროვნებების მიმართ.

აშშ-ში მოზარდთა ექიმის მიერ მშობლების თანხმობის მიღება ტრადიციულად ეფუძნებოდა კანონში 2 პრეზუმპციას: პირველი - ითვლებოდა, რომ მოზარდი იურიდიულად არ არის უფლებამოსილი მისცეს ექიმს თანხმობა. მეორე - მოზარდი არ არის ამისათვის საკმარისად განვითარებული. ბევრ სიტუაციაში მშობლებისაგან თანხმობის მიღება მხოლოდ დადებითი ფაქტორია მკურნალობისათვის. ამავე დროს, ასეთ შემთხვევებში მოზარდები, რომლებსაც არ სურთ მშობლებთან თავიანთ პრობლემებზე საუბარი, ვერ ჩაიტარებენ მკურნალობას. ეს რომ არ მოხდეს, მთელ რიგ იურიდიულ ინსტანციებში დამუშავებულია გზები ამ წინააღმდეგობის დასაძლევად.

ზემოთქმულთან დამატებით აშშ-ში არსებობს დოქტრინა მომწიფებულ მოზარდთა შესახებ; ამ დოქტრინის შესაბამისად, ზოგიერთი მოზარდი საკვებით აცნობიერებს მოსალოდნელი მკურნალობის რისკს ან სარგებლიანობას. ასეთი დოქტრინა მხოლოდ რამოდენიმე შტატში მოქმედებს, გარდა ამ დოქტრინისა, აშშ-ში არსებობს ცნება ემანსიპირებული მოზარდის შესახებ. ასეთებად ითვლებიან მოზარდები, რომლებიც მსახურობენ ჯარში, არიან დაქორწინებულნი, ეწევიან ბიზნესს. ასეთი მოზარდისთვის გაადვილებულია მკურნალობაზე დამოუკიდებლად თანხმობის მიცემა.

აშშ-ში ყოველ შტატს აქვს თავის კანონები, რომლებიც ითვალისწინებენ დაავადებებს, დაქვემდებარებულს მოზარდისაგან მკურნალობაზე თანხმობის მისაცემად. უხშირესად ესენია: სასწრაფო დახმარება, კონტრაცეპტივების გამოყენება, ორსულობასთან დაკავშირებული საკითხები, სქესობრივად გადაცემული დაავადებების მკურნალობა, შიდსი, ალკოჰოლური პრობლემები, ნარკოტიკები.

როდესაც მოძარდი თანხმობას იძლევა მკურნალობაზე, მან ექიმისაგან უნდა მიიღოს ასეთი ინფორმაცია: დიაგნოზი იმ დაავადებისა, რომელსაც მკურნალობს, დაგეგმილი პროცედურის რისკი და სარგებლობა; ალტერნატიული მკურნალობა და პროცედურები; მკურნალობის ეფექტურობის შესაძლო შედეგები.

კონფიდენციალურობა ექიმთან ურთიერთობაში მოზარდისათვის ძალიან ბევრს ნიშნავს - ისინი უფრო ღიანი არიან თავის პრობლემების გამოთქმისას. ბევრი მოზარდი უარს აცხადებს მკურნალობაზე ექიმისაგან კონფიდენციალურობის გარანტიის მიუხედავად, კონფიდენციალურობა მკურნალობის პროცესში აშშ-ში კანონითაცაა განმტკიცებული. კანონები იმასაც ითვალისწინებენ, თუ როდის შეიძლება კონფიდენციალურობის დარღვევა მკურნალის მიერ; მაგ., მოზარდზე ემოციური, სექსუალური, ნარკოტიკული საშუალებებით ზემოქმედების შემთხვევაში, საშიშროების არსებობა მოზარდის თუ სხვა პირების მიმართ, ზოგიერთი საშიში ინფექციის გავრცელების საშიშროება და სხვა.

მნიშვნელოვანია მკურნალობის საფასურის საკითხებიც. ამაზე პასუხისმგებელია ზოგჯერ მშობლები, ზოგჯერ კი თვით მოზარდები. უმრავლესობა მოზარდებისა არ არის გადამხდელუნარიანი და მათთვის იხდიან სხვადასხვა სადაზღვევო ორგანიზაციები.

ამ თავის დასასრულს კიდევ ერთხელ გვსურს აღვნიშნოთ აუცილებლობა იმისა, რომ პრაქტიკოსი ექიმი კარგად უნდა იცნობდეს კანონებს, რომ არ შეექმნას პრობლემები მოზარდთან ურთიერთობის პროცესში. ექიმმა უნდა იცოდეს აგრეთვე, რომელი წყაროებიდან დაფინანსდება მოზარდის მკურნალობა.

სოციალურ-ეკონომიკური, კულტურული, ეთნიკური და სქესობრივი საკითხები

ძნელად გასაგები არ უნდა იყოს ზემოდასახელებული ფაქტორების მნიშვნელობა მოზარდის ნორმალური განვითარებისათვის. პირველ რიგში ოჯახი თავისი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსით არის ის ძირითადი გარემო, რომელიც ქმნის საფუძველს მოზარდის მომავალი ცხოვრებისათვის. ოჯახს მრავალნაირი ფორმა აქვს. ბევრი ქვეყნის ტრადიციულ პერიფერიულ რაიონებში ოჯახები მრავალრიცხოვანია - შედგება რამოდენიმე თაობის წარმომადგენლებისაგან და მათ ემატებათ ბიძაშვილ-მამიდაშვილები და სხვა. ასეთი ოჯახები მტკიცე ბაზისია მატერიალურ-მორალური თვალსაზრისით ახალგაზრდისათვის. თუ ოჯახი ვერ უყრის მტკიცე საფუძველს მოზარდს სოციალურად, ეკონომიკურად, კულტურულად და ა.შ., მაშინ იგი უნებლიეთ თესავას პრობლემებს, რომლების წინაშე დგანან დღეს ახალგაზრდები. ინდუსტრიულ ქვეყნებში ოჯახები თანდათანობით შემადგენლობით შემცირდა და ამჟამად ძირითადად შედგება მშობლებისა და შვილებისაგან. ასეთ ოჯახში ნაკლებად ხორციელდება მშობლისმიერი კონტროლი, წინა პლანზე გამოდის მორალური, განათლებითი და შრომითი ხელმძღვანელობა.

ოჯახის ხსენებული ორივე ტიპი შეიძლება ჩაითვალოს ოჯახის მოდელად. თანამედროვე ეპოქაში, სამწუხაროდ, ძალიან ხშირია ისეთი სამწუხარო ფაქტი, როგორცაა ცოლ-ქმრის გაშორება. ყველა ქვეყანაში კატასტროფულად იმატა მარტოხელა მშობლების (უპირატესად დედების) რიცხვმა. გასაგებია, რომ ასეთ არასრულფასოვან ოჯახში გაზრდილი ბავშვი მორალურად, აგრეთვე სოციალურად, ეკონომიურად და კულტურულად იჩაგრება. ასეთი გარემოდან მოზარდები ძალიან ხშირად გარიდებას ცდილობენ და, როგორც წესი, ქუჩის გავლენის ქვეშ ექცევიან. ყველა აქედან გამომდინარე შედეგით. თუნდაც რომ მოზარდი არ გაეცალოს ამ გარემოს და დარჩეს ოჯახში, სოციალური პირობების რადიკალური ცვლილებები მარტოხელა მშობლებს ამყოფებენ მოუმზადებელ მდგომარეობაში; იგი სრულფასოვნად ვერ ხელმძღვანელობს შვილის აღზრდისა და განვითარების რთულ პროცესს. ქვეყანა უნდა უზრუნველყოფდეს მშობლებისა და ოჯახის სხვა წევრებს სათანადო ინფორმაციით და მხარდაჭერით, რათა მათ სრულყოფილად და ადეკვატურად უპასუხონ მოზარდის ჯანმრთელობას, სოციალურ, ეკონომიკურ და კულტურულ მოთხოვნილებებს და პრობლემებს.

ძალიან დიდ გავლენას ახდენს მოზარდის განვითარებაზე ეთნიკურობა. სამწუხაროდ, ყველა ქვეყანაში ერთნაირად კარგად არ არის დაცული ეთნიკური უმცირესობის უფლებები. შედეგად საზოგადოება არასრულფასოვნად ვითარდება და ყალიბდება. ნაკლებად განვითარებული მოზარდი, რასაკვირველია, არასრულფასოვან მოქალაქედ ყალიბდება - მას გააჩნია არასრულფასოვნების კომპლექსი, იგი ვერ იქნება ღირსეული დამცველი ამ ქვეყნისა, რომელმაც მას ეს კომპლექსი გაუჩინა.

მიუხედავად იმისა, რომ არასრულფასოვანი ეკონომიკური, კულტურული, სოციალური პირობები ჩაგრავს როგორც მამრობითი, ისე მდედრობითი სქესის მოზარდებს, ამ პირობებში მაინც უფრო გოგონები იჩაგრებიან. მსოფლიოს ბევრ რეგიონში გოგონები ნაკლებად არიან წარმოდგენილნი ყველა დონის განათლების ინსტიტუტებში. სტატისტიკურად, სკოლაში სწავლის დროსაც გოგონების განათლება ჩამორჩება ბიჭებისას. იუნესკოს მონაცემებით, გოგონები უფრო მეტად არიან ჩართულნი ოჯახის საკითხების მოგვარებისადმი, ვიდრე საოფისე თუ სამრეწველო და

მისთანა საკითხებისადმი. უფრო მეტიც, შერჩეულ სასკოლო კლასებში ბიჭები მეტ ყურადღებას იღებენ მასწავლებლებისაგან, ვიდრე გოგონები.

სადღეისოდ აღიარებულია, რომ ქალთა აღზრდელობითი, დასაქმებითი, ჯანმრთელობისა და სხვა მოთხოვნილებების ნაკლოვანება დაღს ასვამს მთელი საზოგადოების განვითარებას. შესაბამისად, საზოგადოებისათვის სასიცოცხლო აუცილებლობაა, რომ მოზარდმა ქალებმა შეძლონ მიიღონ სრულფასოვანი განათლება, აღზრდა, იყვნენ დასაქმებულნი - ანუ მათ დაუკმაყოფილდეთ მათი სულიერი და მატერიალური მოთხოვნილებები. მათ უნდა შეეძლოთ უფრო აქტიური წევრები იყვნენ საზოგადოებაში და უფრო აქტიურად ითანამშრომლონ მამაკაცებთან.

მოზარდი თაობის ნორმალური განვითარებისათვის ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს სკოლის დასაქმებას. დღევანდელ დღეს, როდესაც სკოლებში სულ უფრო და უფრო მეტი ახალგაზრდა სწავლობს, იზრდება მოსწავლეთა მოთხოვნილებები და სხვა სოციალური სექტორები ამ მოთხოვნილებებს ვერ იკმაყოფილებს. ეს საფუძველია სტრესისათვის. დაუსაქმებლობა საკმაოდ ხშირად არის ხელშემწყობი ფაქტორი ალკოჰოლისაგან და ნარკოტიკებისაგან გადასახრელად. მოზარდთა შორის ისეთები, რომლებიც არიან ნაკლებად განათლებულნი, არიან ლტოლვილნი, ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენლნი, თავის თანატოლებთან შედარებით დაჩაგრულნი არიან. ბევრი ახალგაზრდა, როდესაც ცდილობს იყოს დასაქმებული, აღმოჩნდება სამხედრო სამსახურში და ამდენად, უფრო დიდი რისკის ქვეშ დასახიჩრდეს ან დაიღუპოს, განსაკუთრებით ომის ვითარებაში.

ჯანმრთელი განვითარება გულსმობს ჯანდაცვის არსებობას ყველა დონეზე - ბავშვობის, მოზარდობისა და მოზრდილობის წლებში. ჯანდაცვის სისტემამ უნდა გამოავლინოს მოზარდებში ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორები, უზრუნველყოს ეფექტური მკურნალობა, აწარმოოს ქრონიკულად დაავადებულთა მონიტორირება, უზრუნველყოს რეაბილიტაციის პროცესები. ძალიან ბევრი ქვეყანა მატერიალურად ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემის სათანადო მატერიალურ შესაძლებლობებს. 1989 წლის მსოფლიო ჯანდაცვის 42-ე ასამბლეის გადაწვეტილების შესაბამისად, სახელმწიფოთა მთავრობებს უნდა გააჩნდეთ ოფიციალურად განცხადებული ჯანდაცვის პოლიტიკა, რომელიც გარკვევით გამოთქვამს თავის ვალდებულებებს მოზარდთა მიმართ, თავის პროექტებსა და დაგეგმილ ქმედებებს ამ ვალდებულებების შესასრულებლად.

მოზარდთა ჯანდაცვის სამსახურის სრულყოფა

მოზარდებს შორის ჯანმრთელობის პირველადი პროფილაქტიკა გულისხმობს ჯანმრთელი განვითარების უზრუნველყოფას და ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას. ამისათვის საჭიროა განსაკუთრებული პოლიტიკა, ინფორმაციის მიწოდება ინფორმაციის საშუალებებით, განათლება. ამ მიმართულებით დიდი მნიშვნელობის მქონეა საკითხები, რომლებიც პირდაპირ არ ეხება მოზარდებს, მაგრამ არაპირდაპირი გზებით მათზე დიდად ზემოქმედებენ; კონტროლი თამბაქოს რეკლამაზე და ალკოჰოლურ სასმელებზე. ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგ. საფრანგეთში) ავტომობილების მწარმოებლებს მითითებული აქვთ ავტომობილის გაყიდვისას არ გააკეთონ დიდი აქცენტი მათ სიჩქარეზე.

მოზარდებისათვის ინფორმაციის მიწოდება შეიძლება ცალმხრივი არხებით - რადიო, ტელევიზია, კასეტები, წიგნები, ჟურნალები და ა.შ. და ორმხრივი არხებით - ტელეფონით, წერილობითი შეტყობინებით. ამ უკანასკნელის დროს მოზარდს ეძლევა საშუალება უპასუხოს შემტყობინებელს.

განათლება მარტო იმას კი არ გულისხმობს, რომ მიაწოდოს მოზარდს ინფორმაცია, არამედ ხელისშეწყობასაც ინტელექტუალური, სოციალური და მორალური განვითარებისათვის. ჯანმრთელობის დარგში განათლება მოიცავს ხელმძღვანელობას ჰიგიენის, შრომისა და დასვენების, სწავლა-განათლების, კვების, სექსუალური ურთიერთობების დარგში. ამის პარალელურად, მისი დანიშნულებაა შეაძლებინოს მოზარდებს განსაზღვრონ თავისი ჯანმრთელი მომავალი და იზრუნონ მის უზრუნველსაყოფად. ასეთი განათლებისათვის 2 უმთავრესი ინსტანცია არსებობს - სკოლა და ოჯახი. ამ პირველ დონეზე მოზარდთა განათლებაში ბევრი პიროვნებაა ჩართული; იგივე დონეზე მოზარდები ურთიერთობენ ახალგაზრული ორგანიზაციის წევრებთან, რელიგიურ საზოგადოებებთან და სხვა. შესაძლოა მოზარდებზე ყველაზე დიდ გავლენას ახდენდნენ გართობისა და სპორტის დარგების გმირები, რომლებიც აგრეთვე შეიძლება დაქირავებულ იქნან მოზარდთა ჯანმრთელობის საკითხებში განათლებისათვის.

მეორადი პროფილაქტიკა გულისხმობს რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაციას, ცნობილია, რომ ზოგიერთი ახალგაზრდა მომეტებულად მგრძნობიარეა ზოგიერთი დაავადებისადმი და მავნე გარემო ფაქტორებისადმი თავისი გენეტიკური, ფსიქოლოგიური თუ სოციალური გარემოებების გამო. სამწუხაროა, რომ ბევრ სკოლას არ გააჩნია საშუალებები მოზარდების სკრინინგისათვის. უფრო მეტიც, მსოფლიოში ბევრი მოზარდი არ დადის სკოლაში. ასეთები იძულებულნი არიან დაეყრდნონ მხოლოდ თავის თავს და თავიანთ ოჯახებს. თუ საზოგადოებრივი ინფორმაცია ჯანმრთელობის საკითხებზე ხელმისაწვდომი და სრულყოფილია, სავარაუდოა, რომ ეს ახალგაზრდები ყურს მიუგდებდნენ მას, თუ დასჭირდათ.

ჯანმრთელობის სკრინინგი ზოგიერთ შემთხვევაში, მეტ-ნაკლები წარმატებით მიმდინარეობს სამსახურებში, არმიის რიგებში, უშიშროების სამსახურში.

თვით ჯანდაცვის სექტორში პირველადი ჯანდაცვის მუშაკები და ოჯახის ექიმები ამ მიზნით ყველაზე კარგი და შესაფერისი წარმომადგენლები არიან. ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგ. კუბა) შექმნილია რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაციის კარგი სამსახური. ოჯახის დაგეგმვის კლინიკები და ორსულობის ლეგალურად შეწყვეტის კლინიკები (სადაც ისინი არსებობენ) კარგი ინსტანციებია. იმ მოსაზრების გამოსავლენად, რომლებიც სექსუალურად აქტიურნი არიან, მაგრამ არ იყენებენ სწორად ან საერთოდ კონტრაცეფციულ საშუალებებს.

ზოგიერთ ქვეყანაში არსებობს სატელეფონო სამსახური, რომელშიც გაერთიანებულნი არიან წინასწარ მომზადებული ნებაყოფლობითი პირები, რომლებიც უწყვენ კონსულტაციებს მოზარდებს ოჯახის დაგეგმარების საკითხებზე. ეს სამსახურები უამრავ სატელეფონო ზარებს პასუხობენ. მეორადი პრევენცია ეფექტური მხოლოდ მაშინაა, თუ მოზარდებთან კონტაქტს შესაბამისი სამსახურები საკმაოდ ადრე ამყარებენ; ეს ორმხრივი პროცესია - ოფიციალური სექტორი მიმართავს მოზარდს, ეს უკანასკნელი კი მოსურნე უნდა იყოს უპასუხოს შემოთავაზებებს, უნდა სჯეროდეს მათი. ახალგაზრდა ყოველთვის ვერ ბედავს ამას, მას ეშინია სასჯელის, ზოგჯერ თვით მკურნალობის პროცესის, ხშირად კი მან უბრალოდ არ იცის, ვის მიმართოს. ადამიანები, რომლებსაც აქვთ მოსმენის უნარი, ავლენენ პატივისცემას მოზარდის

მიმართ, უფრო მიიზიდავენ მოზარდებს, მათ უფრო მეტი შანსი აქვთ აღმოჩნდნენ დამხმარეთა როლში. მოზარდთან მუშაობის ძირითადი მიზანია მან შეიგნოს, რომ იგი ერთადერთია, რომელსაც შეუძლია შეცვალოს თავისი ყოფა. ახალგაზრდა ჩართული უნდა იყოს იმ პროგრამების განხორციელებაში, რომლებიც მათი დახმარებისათვის არის მოწოდებული. ამ მხრივ დიდი საქმის შესრულება შეუძლიათ სკოლებს, მაგრამ მათში (განსაკუთრებით ჩამორჩენილ ქვეყნებში) არსებული შესაბამისი სამსახურები ხშირად უფრო იმაზე ზრუნავენ, რომ გამოავლინონ და დასაჯონ მოზარდები, ვიდრე აღზარდონ ისინი. ისინი ვერ იქნებიან მოზარდების დამხმარენი, როდესაც ამ უკანასკნელთ აქვთ ემოციური თუ ფსიქოსოციალური პრობლემები.

მესამე ეტაპის პროფილაქტიკის ძირეული ელემენტებია დაავადებათა და დაზიანებათა მკურნალობა და რეაბილიტაცია. გართულებები გაცილებით უფრო ადვილი სამკურნალოა. თუ მოზარდის გაცნობიერებული აქვს პრობლემა და თუ ჯანდაცვის მუშაკების კარგად აქვთ გააზრებული მოზარდის ჯანმრთელობის საჭიროებები. როდესაც მოზარდს ესაჭიროება, მაგალითად, საავადმყოფოში დიდხანს დარჩენა ხანგრძლივი მკურნალობისათვის, მისთვის აუცილებელია სათანადო გარემოს შექმნა (სკოლის პროგრამის დაძლევა, ურთიერთობა თანატოლებთან, ფსიქოსოციალური და ფიზიკური განვითარების უზრუნველყოფა). ეს საკითხები მეტნაკლებად წარმატებით არის გადაჭრილი მოწინავე ცივილიზებული ქვეყნებში, მაგრამ დიდად პრობლემატურია განვითარებად და ცივილიზებულად განვითარებულ ქვეყნებში. აუცილებელია გამოინახოს გზები, რომლებიც დაეხმარება მოზარდებს დაძლიონ პრობლემები, მომავალში ხიფათის შემქნელი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის. მოზარდებში განსაკუთრებით ადვილად ვითარდება დავრდომილობა ისეთი მიზეზებით, როგორებიცაა ავტო-სატრანსპორტო შემთხვევები, სპორტული ტრავმები, უბედური შემთხვევები სახლში. ზურგის ტვინის დაზიანებები, რომელთა შედეგადაც ყალიბდება დამბლა, განსაკუთრებით სტრესულია ახალგაზრდებისათვის. ასეთ შემთხვევებში რეაბილიტაცია უნდა წარიმართოს პიროვნებას მიმართ ისე, რომ იგი განვითარდეს ფიზიკურადაც, ფსიქოლოგიურადაც და სოციალურადაც. ეს რთული ამოცანაა, იგი მოითხოვს წარმატებულ თანამშრომლობას სხვადასხვა სოციალურ ინსტიტუტებს შორის (ჯანდაცვის, განათლების, შრომითი დასაქმების, ახალგაზრდული და სოციალური, არასახელმწიფოებრივი ორგანიზაციების). ამ სექტორების საქმიანობა უნდა წარიმართებოდეს არა მარტო ახალგაზრდების მიმართ, არამედ იმ ადამიანების მიმართაც, რომლებთან მიუწევთ შეხება მოზარდებს. მიუხედავად იმისა, რომ ტრავმები და მათ შედეგად მიღებული დაზიანებები მოზარდებისათვის უკიდურესად მძიმეა მორალური თვალსაზრისით, ისინი გასაოცარ მდგრადობას და სულის სიძლიერეს ავლენენ მთელ რიგ შემთხვევებში (თუ ამ მხრივ მათ დიდი მხარდაჭერა აქვთ ზემოდასახელებული სამსახურების თანამშრომლებისაგან).

მოზარდების ჯანმრთელობის მომსახურება ბევრნაირად შეიძლება: საერთო სამკურნალო დაწესებულებებში, სპეციალურად მოზარდებისათვის გათვალისწინებული დაწესებულებები, კომუნალურ, სასკოლო და სოციალურ სამსახურები, ახალგაზრდული ორგანიზაციები, რომლებიც შეიცავენ ჯანდაცვის კომპონენტებს.

ტრადიციული განათლება ჯანდაცვის საკითხებში სკოლებში დიდაქტიური ხასიათისაა. იგი განიხილავს ძირითადად, ჰიგიების საკითხებს. ზოგჯერ შეიცავს სქესობრივი განათლების ელემენტებსაც, სამწუხაროდ, უმრავლეს შემთხვევაში ამ

პრობლემებზე საუბარი მოზარდებთან არ მიმდინარეობს, სრულფასოვნად; ზოგჯერ მასწავლებლები არ არიან ამისათვის მზად, ზოგჯერ ავტორიტეტები კრძალავენ ამ თემაზე ღრმად საუბარს. გამოცდილების გარეშე ამ საკითხებზე საუბარი სასურველ შედეგებს ვერ აღწევს. ზოგიერთ სკოლებში შესაძლებელია სკრინინგის ჩატარება ფიზიკალურ, სმენით და აღქმით ნაკლოვანებებზე დასაკვირვებლად, ზოგ სკოლებში გამახვილებულია ყურადღება გულსისხლძარღვთა სისტემის შესწავლაზე. თუ ასეთი მუშაობა სკოლებში მაღალ დონეზეა, შედეგებიც შესამჩნევია. ასე, მაგ., ოსლოში (ნორვეგია) 1979-81 წ.წ. დიდი მუშაობა შესრულდა მოსწავლეთა შორის მათში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების მიზნით. მუშაობის ჩამთავრების შემდეგ აღინიშნა სპორტში ჩაბმულთა რიცხვის მატება, კვებითი ჩვევების გაჯანსაღება (ნაკლებად კარაქი, ნაკლები მაღალი კალორიულობის რაიმე), გამოვლინდა ახალი ცხოვრების წესით მცხოვრებ მოსწავლეებზე ბიო-ქიმიური მაჩვენებლების გაუმჯობესება, ჰემოდინამიური პარამეტრების გაუმჯობესება და სხვა.

მეორე მთავარი ინსტანცია მოზარდთა ჯანმრთელობის დასაცავად არის ჯანდაცვის სისტემა. თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში მოზარდებისათვის არსებობს ცალკე სამკურნალო ინსტანციები, ძირითადად ისინი დახმარებას იღებენ ან ბავშვთა, ან მოზარდთა სამკურნალო ობიექტებში.

ზოგიერთ ქვეყნებში, უპირატესად მოწინავეებში, – არსებობს გარკვეული პროგრამები, რომლებიც ამა თუ იმ საკითხს უფრო ღრმად იკვლევენ და შესაბამისად, ამ კატეგორიის ავადმყოფ მოზარდებს უფრო ხარისხიანად მკურნალობენ. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ამგვარი პროფილური მიდგომა დაავადების მკურნალობისადმი ყველაზე ეფექტურია და უმრავლეს თანამედროვე ცივილიზებულ ქვეყნებში ასე ხდება.

მოზარდთა ჯანდაცვის სისტემის შემადგენელი ნაწილია ორგანიზაციები და ასოციაციები, რომელთა მთავარი დანიშნულებაა გააღვიძონ მათში ინტერესი სპორტისადმი, რეკრეაციული და რეაბილიტაციური სამსახურებისადმი. ასეთი ორგანიზაციები საჭიროებენ ჯანმრთელობის შემოწმებას მოზარდისათვის სტრუქტურაში მიღებამდე. ისინი იძლევიან ინფორმაციას ისეთ საკითხებზე. სპორტული ფორმა, კვებითი ჩვევები პერსონალური ჰიგიენა, სპორტი.

მსოფლიოს ზოგიერთ ქვეყანაში მოზარდთა ჯანდაცვის სამსახური განსაკუთრებულ დახმარებას უწევს გოგონებს, რომლებიც იძულებულნი არიან დასტოვონ სკოლა ფეხმძიმობასთან დაკავშირებით. დარესსალამში (ტანზანია) ახალგაზრდული ცენტრი ამგვარ მუშაობას ეწევა. ამ ცენტრში ორსულ გოგონებს უგრძელდებათ სკოლის პროგრამით სწავლა, ამავე დროს მათ უტარებენ კურსებს ჯანმრთელობის საკითხებზე, ჰიგიენაზე, ბავშვთა მოვლაზე.

საკონსულტაციო სამსახური მეტად მნიშვნელოვანია, ინდივიდუალური და ჯგუფური სწავლებისას დიდი ყურადღება ეთმობა საკუთარი თავის ღირსების, დამოუკიდებლობის გამომუშავებას და დამკვიდრებას, ცენტრის ტანამშრომლები ახალგაზრდა დედებს სახლშიც ნახულობენ, იმის დასადგენად თუ რატომ გაგააცდინა მან მეცადინეობა, ხომ არ გახდა ავად და ა.შ.

საჭიროა დაკვირვება და დადგენა, რამდენად გაამართლებს სამომავლოდ აღწერილი ხასიათის მუშაობა მოზარდ დედებთან.

მოზარდებს ესაჭიროებათ დახმარება საკუთარი თავის კარგად შეფასებაში. ვინაიდან შეიძლება შეცდომით ვერ გამოუვლინდეს სარისკო მდგომარეობა. ბევრი მიზეზით ისინი ხშირად არ მიაკითხავენ ხოლმე ჯანდაცვის დაწესებულებებს, როდესაც აქვთ ჯანმრთელობის პრობლემები. ზოგჯერ ისინი ვერ იზიარებენ, რომ სჭირდებათ

დახმარება, ზოგჯერ არ იციან, რომ დახმარება შეიძლება, არ იციან ვის მიაკითხონ, რა ღირს სამედიცინო დახმარება და სხვა ამდაგვარი. ზოგჯერ მათ არ იციან, რომ მათ მიიღებენ, როგორც პაციენტებს, ზოგჯერ არ არიან დაწრმუნებულნი, რომ კონფიდენციალურობა იქნება დაცული. ყოველივე ნათქვამის გათვალისწინებით, აუცილებელია, რომ აღნიშნულ ცენტრებში მომუშავეთა შორის იყოს. მუშაკთა ძირითადი ბირთვია, რომელსაც კარგად აქვს გათვალისწინებული მოზარდებთან მუშაობის პრობლემები და სირთულეები.

მოზარდთა ჯანდაცვის სრულყოფილი სამსახურის შექმნა არ არის ადვილი საქმე. ერთიანი და უნაკლო პროგრამები და მითითებები ამ მიმართულებით არ არსებობს. ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაცია გვაწვდის პრინციპებს მოზარდების ჯანმრთელი განვითარების შესაძლებლობების გასაუმჯობესებლად:

- ხელისშემწყობი გარემო ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში, დახარისხებული ნაბიჯებით ავტონომიურობის, საკუთარი ღირსების და ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დასამკვიდრებლად;
- კარგი ურთიერთობები ახალგაზრდებს შორის და ღირსეული უფროსები და თანატოლები მათ გვერდზე;
- მოზარდების ყოფაქცევისა და რწმენის ჯანსაღი გაგება ყოველივე მოცემული კულტურის ფარგლებში;
- იმ ადამიანების გამოყენება, რომლებსაც ესმის ახალგაზრდებისა და პატივს სცემენ მათ იციან მათი მოთხოვნები და ნასწავლი აქვთ მოზარდებთან ურთიერთობის ხელოვნება;
- პროგრამების ფოკუსირება მთლიანად ცხოვრების სტილზე და არა მოქცევის ინდივიდუალურ ასპექტებზე.
- პროგრამების ინტერსექტორალური შესწავლა, წამყვანი ჯგუფების სრულად ჩართვა მუშაობაში – სკოლების, ოჯახების, ჯანდაცვის სისტემის ინსტანციების, რელიგიური და საზოგადოებრივი ჯგუფების გამოყენება;
- მტკიცე კავშირები საზოგადოებრივ და სასკოლო პროგრამებს შორის;
- რაც შეიძლება მეტი ახალგაზრდობის ჩართვა პროგრამების დაგეგმვაში და შესრულებაში.

მოზარდების აქტიური როლი პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში

ახალგაზრდების აქტიურად ჩაბმას პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში როგორც სტრატეგიას მათთვის და მთელი საზოგადოებისათვის ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დასამკვიდრებლად დღეს მთელს მსოფლიოში დიდი ყურადღება ეთმობა. დღევანდელი მსოფლიოს მოსახლეობის ნახევარზე მეტი 25 წლისაა. ეს უზარმაზარი პოტენციალი დასახელებული მიზნის განსახორციელებლად. არსებობს კიდევ სხვა მიზეზები იმისათვის, თუ რატომ უნდა იყვნენ ახალგაზრდები აქტიურად ჩაბმულნი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში:

- ახალგაზრდები ყოველთვის ეხმარებოდნენ თავიანთ ოჯახებსა და საზოგადოებას. მათი ეს ტრადიციული როლი ამოსავალი პუნქტია ჯანდაცვის სამსახურში მათ ჩასაბმელად;

- ზრუნვა ოჯახისა და საზოგადოების კეთილდღეობისათვის, სხვის მიმართ დახმარების გაწევის გამოცდილების მიღება, მოზრდილთა გვერდით მუშაობა-პიროვნული ზრდის შემადგენელი ნაწილებია;
- ახალგაზრდებში ხშირად კეთილშობილნი, გულდიანი და გახსნილნი არიან. მათი ენთუზიაზმი და სიხარული არიან. მათი ენთუზიაზმი და სიხარული დიდ იმპულსს უმატებენ იმ პროდუქტს, რომლებშიც ისინი არიან ჩართულნი;
- ახალგაზრდები ხშირად კეთილშობილნი, გულდიანი და გახსნილნი არიან. მათი ენთუზიაზმი და სიხარული დიდ იმპულსს უმატებენ იმ პროექტებს, რომლებშიც ისინი არიან ჩართულნი;
- ახალგაზრდები ფიზიკურად, ემოციურად და ინტელექტუალურად მზად არიან რეაგირებისათვის, ზოგიერთ შემთხვევაში უფრო, ვიდრე მოზრდილები; მათ გააჩნიათ ხალისი, იდეალიზმი, უსაზღვრო ენერჯია.

იმისათვის, რომ მოზარდები ეფექტურად მონაწილეობენ ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურში, რეკომენდირებულია:

- უნდა არსებობდეს ორმხრივი კომუნიკაცია იმისათვის, რომ ახალგაზრდებს შეეძლოთ სრული ინფორმაციის მიღება და თავისი იდეების განხორციელება;
- მოზარდებს უნდა გააჩნდეთ სიტყვის უფლება გადაწყვეტილების მიღებაში მიზნების, პოლიტიკის, აქტიურობის ხასიათის, რესურსების მოხმარების შესახებ ყველა საკითხებში, რომლებიც მათ ჯანმრთელობას შეეხება;
- მოზარდები ჩართულნი უნდა იყვნენ დაგეგმვაში, ორგანიზაციაში და შესრულებაში ყველა გამოკვლევებისა ჯანდაცვის სფეროში.
- მთავრობამ ხელი უნდა შეუწყოს მოზარდთა ჩართვას მათი ჯანმრთელობის სრულყოფისა და დაცვის საქმეში, განსაკუთრებაზე ისეთ სფეროებში, როგორებიცაა ოჯახური ცხოვრება, სექსუალური აღზრდა, სარისკო ხასიათის ქმედებებისაგან თავის აცილება;
- მთავრობებმა უნდა აღიარონ, რომ ახალგაზრდობის ჯანმრთელობა ფუნდამენტური საკითხია საყოველთაო განვითარებისათვის და რომ ახალგაზრდების მონაწილეობა აუცილებელი პირობაა ჯანდაცვის განვითარებასა და დაცვისათვის.