

თერაკიული და ეირურბიული
კათოლობიების სანუთნო მართვა

ტოში I

თბილისი 2020

თერაპიული და ქირურგიული კათოლოგიების საექთნო მართვა

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

ტომი I

თბილისი
2020

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

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

წიგნი 4 ტომს მოიცავს, რომელიც სრულად 11 პარაგრაფს აერთიანებს.

I ტომი შედგება შემდეგი პარაგრაფებისგან:

- საექთნო საქმის კონცეფცია;
- დაავადებების პათოფიზიოლოგიური მექანიზმები;
- პერიოპერაციული მართვა;

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

მასალა მომზადებულია თამარ დაუსის მიერ

რეცენზირებულია მარიკა თოიძის მიერ

ტექსტის რედაქტორი: ნინო ფანცულაია

ყდის დიზაინერი: სალომე ჭინჭარაული

წიგნზე მუშაობისას განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით თამარ რატიშვილს და დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტს განეული წვლილისთვის.

© თბილისი 2020

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

ავტორისგან

როდესაც ფორმას ვიცვამ, ვიცვამ პასუხისმგებლობას!

მეამაყება, რომ ვარ ექთანი და მაცვია ეს პასუხისმგებლობა 24 საათი, 7 დღე კვირაში!

მეამაყება, რომ ვემსახურები იმ ადამიანებს, რომელთაც ეს სჭირდება ყველაზე მეტად!

მეამაყება, როდესაც პირველი ვარ, ვინც დედას ვაწვდი თავის პირმშოს და მასთან ერთად მიხარია ეს ყველაფერი!

სამწუხაროდ, ასევე პირველი ვარ, ვინც საავადმყოფოში ვიზიარებ მწუხარებას და გული მტკივა, ისევე როგორც სტკივათ პაციენტებს!

მე ვიბრძვი მათთან ერთად და ამ ბრძოლაში არ შემიშინდება, რომ ვთქვა – მე ვარ გმირი!

ზუსტად ეს ფორმა და ეს პასუხისმგებლობა მე მავალდებულებს რომ ვიყო პროფესიონალი, აკადემიური, ინტელექტუალი, მზრუნველი და მინდოდეს, რომ ვიყო გმირი!

მეამაყება, რომ ვარ ექთანი!

შინაარსი

პარაფრაფი 1

საქეთნო საქმის კონცეფცია	6
თავი 1	
კროფესიონალური საქეთნო კრამტიკა	7
თავი 2	
სამედინო ისტორია (ანამეზი) და ფიგიკალური გასინჯვა	39
თავი 3	
კაციენდისა და მომვლელის სნავლება.....	63
თავი 4	
ქრონიკული დაავადება და ხანდაგმული ადამიანები	95
თავი 5	
სტრესი და სტრესის მართვა.....	130
თავი 6	
ძილი და ძილის დარღვევები.....	155
თავი 7	
ტკივილი.....	188
თავი 8	
კალიათიური მოვლა სიცოცხლის დასასრულს	252
თავი 9	
ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება	275

პარაბრაფი 2

დაავადებების კათოფიგიოლოგიური მექანიზმები	312
თავი 10	
ანთება და ჭრილობის შეხორცება.....	313

თავი 11	
გენეტიკა და გენომიკა	358
თავი 12	
იმუნური კანსუხის დარღვევები და ტრანსკლანტაცია	383
თავი 13	
ინფექცია და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული ინფექცია	434
თავი 14	
კიბო	482
თავი 15	
სითხის, ელექტროლიტებისა და მჟავა-თუთოვანი დისბალანსი	569

პარაფრაფი 3

კერიოკერაციული მართვა	640
თავი 16	
საექთნო მართვა	641
კერიოკერაციული მოვლა	641
თავი 17	
საექთნო მართვა	676
ინტრაოკერაციული მოვლა	676
თავი 18	
საექთნო მართვა	714
კოსტოკერაციული მოვლა	714

პარაფრაზი 1

საერთო საგმის კონსეფცია



თბილისი საქართველო; წყარო: <https://bit.ly/3albSon>

თავი 1

პროფესიონალური საექთნო პრაქტიკა

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

1. საექთნო პრაქტიკის აღწერას სფეროების, განმარტებებისა და საექთნო მოვლის მიმღების კუთხით;
2. პროფესიონალი ექთნების პრაქტიკის სხვადასხვა სფეროების შედარებას;
3. პროფესიონალურ საექთნო პრაქტიკაზე მუდმივ განვითარებადი ტექნოლოგიისა და ცოდნის, პოპულაციების ცვალებადობის, კონსუმერიზმის¹ და ჯანდაცვის ახალი სისტემების ეფექტის ანალიზს;
4. პაციენტზე ორიენტირებული მოვლისთვის კრიტიკული აზროვნების უნარ-ჩვევების როლისა და საექთნო პროცესის გამოყენების აღწერას;
5. აღწერას იმისა, თუ როგორ შეიძლება საექთნო დიაგნოზების, პაციენტის შედეგებისა და საექთნო ინტერვენციების სტანდარტიზებული ტერმინოლოგიის გამოყენება და დაკავშირება;
6. საექთნო პრაქტიკაში ინფორმატიკისა და ტექნოლოგიის როლის შეფასებას;
7. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის ცნებების მისადაგებას საექთნო პრაქტიკისთვის;
8. საექთნო პრაქტიკაში უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესების პროცესების გაერთიანების მნიშვნელობის განხილვას;
9. ექთნისა და ექთნის დამხმარის როლის განსაზღვრას;

პროფესიონალური საექთნო პრაქტიკა

საექთნო პრაქტიკის სფერო

დღეისთვის საექთნო საქმე შედგება მრავალი როლისა და პასუხისმგებლობისგან, რომელიც აუცილებელია საზოგადოებაში არსებული ჯანდაცვის საჭიროებების და გამონწვევების დაკმაყოფილებისთვის. როგორც ექთანი, თქვენ წინა ხაზზე მდგომი ჯანდაცვის პროფესიონალი მუშაკი ხართ. თქვენ ქვეყანაში პრაქტიკულად ყველა სამედიცინო გარემოში და საზოგადოების ყველა ჯგუფთან მუშაობთ. თქვენ არასდროს ყოფილხართ ისეთი მნიშვნელოვანი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის, როგორც ახლა. როგორც ექთანი, თქვენ: (1) სთავაზობთ კვალიფიციურ მოვლას ადამიანებს, რომლებიც მკურნალობენ ავადმყოფობას ან დაზიანებას, (2) ადვოკატირებას უწევთ პაციენტების უფლებებს, (3) უტარებთ პაციენტებს სწავლებას იმისთვის, რათა მათ შეეძლოთ ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღება, (4) მხარს უჭერთ პაციენტებს და მათზე მზრუნველ ადამიანებს კრიტიკულ მომენტებში და (5) ეხმარებით მათ გზა გაიკვლიონ ჯანდაცვის

¹ კონსუმერიზმს უწოდებენ სოციალურ და ეკონომიკურ წესრიგსა და იდეოლოგიას, რომელიც ადამიანებს სულ უფრო მეტი საქონლის, პროდუქციის თუ სერვისის შეძენისკენ უბიძგებს. <https://bit.ly/3cwnPtN>

სისტემაში, რომელიც სულ უფრო კომპლექსური ხდება. მიუხედავად იმისა, რომ ექთნების უმრავლესობა მწვავე მოვლის დაწესებულებებშია დასაქმებული, ასევე ბევრი ექთანი საქმიანობს ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებში, შინმოვლის სფეროში, პირველად და პრევენციულ ჯანდაცვაში, ამბულატორიულ კლინიკებსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში. იმის მიუხედავად, თუ სად საქმიანობთ, თქვენი მომსახურების მიმღები არიან ინდივიდები, ჯგუფები, ოჯახები ან საზოგადოებრივი ჯგუფები

ამერიკის ექთნების ასოციაციის (ANA) განცხადებით, საექთნო პრაქტიკის უფლებამოსილება ემყარება საზოგადოებასთან დადებულ კონტრაქტს, რომელიც აღიარებს პროფესიონალურ უფლებებსა და მოვალეობებს და ასევე, საჯარო/საზოგადოებრივი ანგარიშვალდებულების მექანიზმებს. ცოდნა და უნარ-ჩვევები, რომლისგანაც საექთნო პრაქტიკა შედგება, მომდინარეობს საზოგადოების მოლოდინებისა და საჭიროებებისგან. საექთნო პრაქტიკა მუდმივად ვითარდება, საზოგადოების სამედიცინო საჭიროებების და ცოდნისა და ტექნოლოგიის განვითარების შესაბამისად. ეს თავი ერთგვარი შესავალია, რომელშიც წარმოდგენილია პროფესიონალური საექთნო პრაქტიკის ცნებები და მასზე მოქმედი ფაქტორები.

საექთნო საქმის განმარტებები

საექთნო საქმის რამდენიმე ცნობილი განმარტებიდან ვიგებთ, რომ ჯანმრთელობის, ავადმყოფობისა და მოვლის ფუნდამენტური საკითხები ჯერ კიდევ მაშინ არსებობდა, რაც ფლორენს ნაითინგილმა საექთნო საქმე განმარტა. ქვემოთ ორი ასეთი მაგალითია მოცემული:

- საექთნო მიდგომა უზრუნველყოფს, რომ პაციენტი აღმოჩნდეს მდგომარეობაში, რომელიც საუკეთესოდ ესადაგება ბუნებრივ მდგომარეობას (ნაითინგილი);
- ექთანს აქვს უნიკალური ფუნქცია, დაეხმაროს პაციენტებს, როგორც ავადმყოფებს, ისე ჯანმრთელებს, შეასრულონ ჯანმრთელობის ან მისი აღდგენის (ან მშვიდი სიკვდილის) ხელშემწყობი ქმედებები, რომელთაც ისინი, საკმარისი ძალის, ნების ან ცოდნის ფლობის შემთხვევაში, დახმარების გარეშე შეასრულებდნენ – და ექთანმა ეს ისე უნდა გააკეთოს, რომ ამავდროულად დაეხმაროს მათ, რაც შეიძლება სწრაფად მოიპოვონ დამოუკიდებლობა (ჰენდერსონი).

1980 წელს ამერიკის ექთნების ასოციაციამ (ANA) საექთნო საქმე განსაზღვრა, როგორც „ჯანმრთელობის არსებული და პოტენციური პრობლემების საპასუხო ადამიანური რეაქციების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.“ ამ კონტექსტში, ბარდაყის მოტეხილობის მქონე პაციენტის მომვლელი ექთანი ფოკუსირდება პაციენტის ისეთ რეაქციებზე, როგორცაა იმობილიზაცია, ტკივილი და დამოუკიდებლობის შეზღუდვა.

საექთნო საქმის ეს ფართოდ აღიარებული განმარტება გადაიხედა და ამერიკის ექთნების ასოციაციის 2010 წლის გამოცემაში „საექთნო საქმე: სოციალური პოლიტიკის დადგენილება“ მოწოდებული განმარტება საექთნო პრაქტიკის მუდმივ განვითარებასაც გამოკვეთს: „**საექთნო საქმე** არის ადამიანური რეაქციების/პასუხების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის და ინდივიდების, ოჯახების, საზოგადოებებისა და მოსახლეობების მოვლის ადვოკატირების გზით, ჯანმრთელობის და შესაძლებლობების დაცვა, ხელშეწყობა და ოპტიმიზაცია; ავადმყოფობისა და დაზიანების პრევენცია; ტანჯვის შემსუბუქება“.

ეს განმარტება ასახავს ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის უზრუნველყოფაში და ადვოკატირებაში ექთნის როლის ზრდას.

საექთნო საქმის შეხედულება კაცობრიობაზე

საექთნო საქმის თეორეტიკოსები თანხმდებიან, რომ ინდივიდს აქვს ფიზიოლოგიური (იგივე ბიოფიზიკური), ფსიქოლოგიური (იგივე ემოციური), სოციო-კულტურული (იგივე ინტერპერსონალური), სულიერი და გარემო კომპონენტები ან განზომილებები. ამ ტექსტში ადამიანი მიჩნეულია „ბიო-ფსიქოსოციალურ, სულიერ არსებად, რომელიც მუდმივად ურთიერთქმედებს ცვალებად გარემოსთან.“ ინდივიდი შედგება არა ცალკეული, არამედ ურთიერთდაკავშირებული განზომილებებისგან. ამრიგად, ერთი განზომილების პრობლემა სხვა განზომილებაზე ან განზომილებებზეც მოქმედებს. ინდივიდის ქცევას აქვს კონკრეტული შინაარსი და ის მიმართულია მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების, სტრესთან გამკლავებისა და საკუთარი პიროვნების განვითარებისგან. თუმცა, ზოგჯერ ინდივიდს ამ მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებისთვის, წარმატებით გამკლავებისთვის ან პიროვნული პოტენციალის განვითარებისთვის დახმარება ესაჭიროება.

საექთნო პრაქტიკის არეალი

ისევე, როგორც ყველა სამედიცინო პროფესიას, საექთნო საქმის არეალსაც მოქნილი საზღვრები აქვს, რაც საზოგადოების ცვალებადი საჭიროებებითა და ცოდნის გაღრმავებით აიხსნება. საექთნო პრაქტიკის შეუცვლელი ბირთვი ჰოლისტური, პაციენტზე ორიენტირებული მოვლაა. ეს მოიცავს შემოწმებასა და შეფასებას, სხვადასხვა ინტერვენციების გატარებას, პაციენტისა და ოჯახის სწავლებას და ინტერდისციპლინური (იგივე ინტერპროფესიული) სამედიცინო გუნდის წევრობას.

ის თუ რა ჩარჩოში მოექცევა კონკრეტული ექთნის საქმიანობა მის განათლებაზე, გამოცდილებაზე და როლზეა დამოკიდებული და კანონით რეგულირდება. პრაქტიკის დაწყებისთვის ექთანმა უნდა გაიაროს აკრედიტებული პროგრამა და ჩააბაროს გამოცდა, რომელიც მის კომპეტენტობას და უნარ-ჩვევებს დაადასტურებს. ასოცირებული ან ბაკალავრის ხარისხის მქონე სანყისი დონის ექთნები, თავიანთი მომზადებით, ზოგადი მოვლაზე პასუხისმგებელი ექთნები არიან. ამ დონეზე ექთნები უშუალოდ ახორციელებენ სამედიცინო მოვლას და ფოკუსირებენ სხვადასხვა გარემოში პაციენტის კოორდინირებული და ყოვლისმომცველი მოვლის უზრუნველყოფაზე. ინდივიდებისა და ჯგუფების საჭიროებების მართვისთვის ისინი სხვა სამედიცინო მუშაკებთან თანამშრომლობენ.

გამოცდილების დაგროვების შედეგად და სწავლის გაგრძელების შემთხვევაში, ექთნებს შეუძლიათ პრაქტიკის კონკრეტულ სფეროში სპეციალიზაცია. მოცემულ სპეციალობაში ექთნის კომპეტენციის პროფესიული აღიარების ფორმალური გზა სერტიფიკაციაა. სხვადასხვა საექთნო სპეციალობის სერტიფიკაციას სხვადასხვა საექთნო ორგანიზაცია გასცემს. სერტიფიკაციის გავლისთვის ძირითადად გარკვეული კლინიკური გამოცდილება და გამოცდის წარმატებით ჩაბარებაა საჭირო. ხელახალი სერტიფიკაციის მოთხოვნა უწყვეტი კლინიკური პრაქტიკა და განათლებაა. გავრცელებული საექთნო სპეციალობებია: ამბულატორიული მოვლა; კარდიოვასკულური მოვლა; კრიტიკული მოვლა; ქალთა ჯანმრთელობა; დიაბეტის შესახებ განათლება; საექთნო ინფორმატიკა, გერიატრია, სამედიცინო-ქირურგიული, პერინატალური, გადაუდებელი, ფსიქიატრიული და პირველადი ჯანდაცვის სფეროს საექთნო საქმე.

დამატებითი ფორმალური განათლებითა და გამოცდილებით ექთანს შეუძლია უფრო დახვეწილი პრაქტიკისთვის მოემზადოს. მაგისტრის ხარისხის ექთანს აქვს სიღმისეული განათლება პათოფიზიოლოგიის, ფარმაკოლოგიის და ჯანმრთელობის შეფასების საკითხებში და კომპეტენტურადაა მიჩნეული კონკრეტულ სპეციალობაში. მაგისტრის ხარისხის ექთნები არიან, მაგალითად, კლინიცისტი ექთან-სპეციალისტები, კლინიცისტი ლიდერი ექთნები, პრაქტიკოსი ექთნები, ბებიჩალები და ანესთეზიის ექთნები. გარდა უშუალოდ მოვლისა მონინავე პრაქტიკოს ექთნებს ევალებათ ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში, კლინიკური შემთხვევების მართვაში, ადმინისტრირებაში, კვლევასა და ინტერდისციპლინურ ჯანდაცვის სისტემებში ჩართულობა. დოქტორის ხარისხის მქონე ექთნები ძირითადად საექთნო სკოლაში კათედრაზე საქმიანობენ, პოლიტიკისა და დადგენილებების ანალიზს აწარმოებენ და კვლევით საქმიანობას ეწევიან. თუმცა, ისინი სულ უფრო ხშირად საქმდებიან კლინიკურ გარემოში, ექსპერტების და ჯანდაცვის სისტემის აღმასრულებლების სახით.

პაციენტის მოვლისა და ჯანდაცვის ამჟამინდელი და მომავალი სისტემის მოსალოდნელი საჭიროებებიდან გამომდინარე, 2004 წელს ამერიკის საექთნო კოლეჯების ასოციაციამ (AACN) საექთნო პრაქტიკის დოქტორანტურის (DNP) პროგრამა დააარსა. ეს პროგრამა მორგებულია ექთნებზე, რომლებიც საექთნო საქმის პრაქტიკაზე ფოკუსირებულ საბოლოო/ტერმინალურ ხარისხს ეძიებენ. DNP ხარისხის ჩამოყალიბებით საექთნო საქმე შეუერთდა სხვა სამედიცინო პროფესიებს, რომელშიც ასევე შესაძლებელია დოქტორის ხარისხის მოპოვება (მაგ., ფარმაცია [PharmD], ფსიქოლოგია [PsyD] და ფიზიკური თერაპია [DPT]).

პროფესიულ საექთნო პრაქტიკაზე მოქმედი ფაქტორები

კომპლექსური სამედიცინო გარემო

ცოდნისა და ტექნოლოგიის გაფართოება

სამედიცინო გარემოს კომპლექსურობის ერთ-ერთი განმაპირობებელი სწრაფად ცვალებადი ტექნოლოგია და დრამატულად მზარდი ცოდნაა. მონინავე საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების წყალობით, უფრო გლობალური გარემო შეიქმნა, რომელიც მთელ მსოფლიოში მოქმედებს სამედიცინო სერვისების მიწოდებაზე. პაციენტთა მოვლის ტექნოლოგიების სიმრავლისა და კომპლექსურობის შედეგად მოვლის პროცესმა ტრანსფორმაცია განიცადა. ადამიანის გენომის პროექტი და გენეტიკის დარგის წინსვლა გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციაზე, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე. ცოდნის გაფართოებასთან ერთად, ახალი სამეცნიერო მიღწევების გამოყენებასთან და ტექნოლოგიურად მონინავე ჯანდაცვაზე პაციენტთა არათანაბარ/უთანასწორო წვდომასთან დაკავშირებით ეთიკური დილემები და აზრთა სხვადასხვაობა წარმოიშვა. ამ სახელმძღვანელოში საექთნო პრაქტიკაზე მზარდი ცოდნისა და ტექნოლოგიების გავლენა გენეტიკისა და ინფორმატიკის ჩანართებშია განხილული.

მრავალფეროვანი პოპულაცია

დღეს პაციენტთა პოპულაცია ისეთი მრავალფეროვანია, როგორც არასდროს. ზოგ ქვეყნებში ადამიანების სიცოცხლის ხანგრძლივობა გაიზარდა, რაც, ნაწილობრივ, სამედიცინო მეცნიერების, ტექნოლოგიებისა და სამედიცინო მომსახურების მიწოდე-

ბის განვითარებითაა განპირობებული. მოსახლეობის დაბერებასთან ერთად, იზრდება ქრონიკული მდგომარეობების მქონე პაციენტების რაოდენობაც. განსხვავებით იმ პაციენტებისგან, რომლებიც მწვავე, ეპიზოდურ მოვლას საჭიროებენ, ქრონიკული მდგომარეობების მქონე ადამიანებს სხვადასხვაგვარი საჭიროებები აქვთ. ისინი ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე სხვადასხვა სამედიცინო გარემოში სხვადასხვა სამედიცინო პირებთან ურთიერთობენ. ექთნები დღეს უფრო კულტურულად და ეთნიკურად მრავალფეროვან მოსახლეობას უვლიან. ემიგრანტებს, განსაკუთრებით, დოკუმენტების არმქონე ემიგრანტებს და დევნილებს, ხშირად არ გააჩნიათ სამედიცინო მომსახურებაზე წვდომისთვის საჭირო რესურსები. სამედიცინო მომსახურების მისაღებად საჭირო ფინანსების არქონის გამო ადამიანები ხშირად გვიან მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას, რამაც შესაძლოა უფრო სერიოზული ავადმყოფობა გამოიწვიოს. ამ სახელმძღვანელოში მოცემულ ჩანართებში ხაზგასმულია საექთნო პრაქტიკაზე გენდერული, კულტურული და ეთნიკური ფაქტორების ზეგავლენა.

კონსუმერიზმი

ჯანდაცვა მომხმარებელზე ფოკუსირებული ბიზნესია. პაციენტები დღეს აქტიურად მონაწილეობენ საკუთარ სამედიცინო მომსახურებაში და ელიან მაღალი ხარისხის, კოორდინირებულ და ფინანსურად გონივრულ მომსახურებას. სამედიცინო ინფორმაცია ადვილად ხელმისაწვდომია. ბევრი პაციენტი ჯანმრთელობის პრობლემების და ჯანდაცვის შესახებ ინფორმაციას აქტიურად ეძებს ინტერნეტსა და მედიაში. ისინი აგროვებენ ინფორმაციას, რათა მათი მოსაზრება მათ მომსახურებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში გათვალისწინებული იყოს. როგორც ექთანს, თქვენ უნდა შეგეძლოს, ხელი შეუწყოთ პაციენტებს, მოიძიონ და გამოიყენონ სათანადო სამედიცინო ინფორმაცია.

ჯანდაცვის სისტემებზე მოქმედი ფაქტორები

ინიციატივა – ჯანმრთელი ადამიანები

ბოლო 30 წლის განმავლობაში აქტიური მუშაობა მიმდინარეობს ერის ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და სამედიცინო მომსახურების ამოცანებისა და სამიზნეების შემუშავებაზე, რაც ჯანმრთელი ადამიანების სახელით ცნობილი ინიციატივით ხორციელდება, ამ ინიციატივის ხედვა არის ისეთი საზოგადოების შექმნა, რომელშიც ადამიანები ხანგრძლივად და ჯანმრთელად ცხოვრობენ. „ჯანმრთელი ადამიანები“ ფართომასშტაბიანი პროგრამაა, რომელიც აერთიანებს მთავრობას, კერძო, საჯარო და არაკომერციულ ორგანიზაციებს. ინდივიდებს, ჯგუფებსა და ორგანიზაციებს მოუწოდებენ, „ჯანმრთელი ადამიანების“ ამოცანები და სამიზნეები ამჟამინდელ პროგრამებში, სპეციალურ ღონისძიებებში, პუბლიკაციებსა და შეხვედრებში გააერთიანონ. ამ აქტივობებით შესაძლებელია საზოგადოების ყველა წევრის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა. „ჯანმრთელი ადამიანების“ 2020 ინიციატივის ყოვლისმომცველი მიზნები 1-1 ცხრილშია მოცემული. სახელმძღვანელოს სხვადასხვა თავში თქვენ იხილავთ ამ მიზნებთან დაკავშირებულ „ჯანმრთელი ადამიანების“ ჩანართებს.

„ჯანმრთელი ადამიანების“ ინიციატივა საექთნო საქმისთვის რთულ გამოწვევას წარმოადგენს. როგორც საექთნო საგანმანათლებლო პროგრამები, ისე კლინიკური

საექთნო პრაქტიკა უნდა ეხმიანებოდეს/პასუხობდეს ჯანდაცვის უმთავრეს ტენდენციებს. დამწყები ექთნების საგანმანათლებლო პროგრამებში დღეს უფრო დიდი ყურადღება ეთმობა ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, შენარჩუნებას და ხარჯთეფექტურ მოვლას, რაც ეხმიანება ხანდაზმულების, მრავალფეროვანი ჯგუფებისა და დაუცველი მოსახლეობის საჭიროებებს. დღეს, „ჯანმრთელი ადამიანების“ სამიზნეების მისაღწევად, ექთნებმა უნდა გაითვალისწინონ იდენტიფიცირებული სამედიცინო პრობლემები, ჯანდაცვის მიმართულებით არსებული წინსვლა, კვლევების შედეგები და ახალი ტექნოლოგიური მიღწევები. ექთნებსა და საზოგადოებას შორის არსებული „კონტრაქტის“ საფუძველზე, თქვენ პასუხისმგებელი ხართ საზოგადოების სამედიცინო მდგომარეობის გაუმჯობესებასა და უთანასწორობის შემცირებაზე.

<p>ცხრილი 1-1 „ჯანმრთელი ადამიანები“ 2020</p> <p>ყოვლისმომცველი მიზნები</p> <ul style="list-style-type: none"> • მაღალი ხარისხის, დღეგრძელი სიცოცხლე, პრევენციობადი დაავადების, შესაძლებლობის შეზღუდვის, დაზიანების და ნაადრევი სიკვდილის გარეშე; • ჯანმრთელობის საკითხში თანასწორობის მიღწევა, უთანასწორობის აღმოფხვრა და თითოეული ჯგუფის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება; • ისეთი სოციალური და ფიზიკური გარემოს შექმნა, რომელიც თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობას უწყობს ხელს; • სიცოცხლის ყველა ეტაპზე ცხოვრების ხარისხის, ჯანსაღი განვითარებისა და ჯანსაღი ქცევების ხელშეწყობა;

წყარო: US Department of Health and Human Services: *Healthy People 2020*.

პროფესიული პრაქტიკის ხელშეწყობა

პროფესიული საექთნო ორგანიზაციები

უმთავრესი პროფესიული საექთნო ორგანიზაცია ამერიკის ექთნების ასოციაციაა. არსებობს სპეციალობათა ორგანიზაციებიც, მაგალითად, კრიტიკული მოვლის ექთნების ამერიკული ასოციაცია (AACN), პერიოპერაციული რეგისტრირებული ექთნების ასოციაცია (AORN) და ონკოლოგიური საექთნო საზოგადოება (ONS). პროფესიული ორგანიზაციები სხვადასხვა გზით უწყობს ხელს პაციენტთა ხარისხიან მოვლას და პროფესიულ საექთნო პრაქტიკას. ამ ორგანიზაციების ფუნქციებია: პრაქტიკის სტანდარტებისა და ეთიკის კოდექსების შემუშავება, კვლევითი საქმიანობის მხარდაჭერა და კანონმდებლობისა და რეგულაციების ლობირება. დიდი საექთნო ორგანიზაციები ასევე ორიენტირებს შეცდომების მიზეზების ძიებაზე, შემდგომი შეცდომების პრევენციის სტრატეგიების შემუშავებასა და ისეთი საექთნო საკითხების მოგვარებაზე, რომელიც ექთნის მიერ პაციენტთა უსაფრთხო მოვლის უნარზე ახდენს გავლენას. ბევრი ექთანი პროფესიულ ორგანიზაციაში ერთიანდება იმ მიზეზით, რომ მუდმივად ინფორმირებული იყოს სიახლეების შესახებ და დაამყაროს კავშირები სხვებთან, რომელიც კონკრეტული სფეროთი არიან დაინტერესებულნი.

ხარისხის მართვისა და უსაფრთხოების ასპექტები საექთნო საქმეში (QSEN)

2003 წელს მედიცინის ინსტიტუტმა (IOM) ჩამოაყალიბა სამედიცინო სფეროს მუშაკების საგანმანათლებლო მომზადების შემსწავლელი სამუშაო ჯგუფი, რომელსაც უნდა

დაედგინა, იყვნენ თუ არა ახალი კურსდამთავრებულები მზად რეალური პრაქტიკისთვის. სამუშაო ჯგუფმა დაადგინა, რომ საჭირო იყო ყველა სამედიცინო პროფესიის, მათ შორის, საექთნო საქმის კურიკულუმების გადახედვა² და რევიზირება და იმ სპეციფიკური კომპეტენციების განვითარებაზე ფოკუსირება, რომელიც პრაქტიკის ფუნდამენტს ქმნის. საექთნო პროფესიაში ეს ხორციელდება ხარისხის მართვისა და უსაფრთხოების ასპექტები საექთნო საქმის (QSEN) (www.qsen.org) პროექტის ფარგლებში. QSEN 6 საკვანძო კომპეტენციისგან შედგება: (1) პაციენტზე ორიენტირებული მოვლა, (2) ინფორმაცია და ტექნოლოგიები, (3) მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა, (4) ხარისხის გაუმჯობესება, (5) უსაფრთხოება და (6) ჯგუფური მუშაობა და კოლაბორაცია. ამ თავის მომდევნო ნაწილი ეთმობა იმის განხილვას, თუ როგორც ფოკუსირებს პროფესიული საექთნო პრაქტიკა თითოეული კომპეტენციით გათვალისწინებული განათლების, უნარ-ჩვევებისა და დამოკიდებულების შექმნაზე.

პაციენტზე ორიენტირებული მოვლა

ექთნები დიდხანია ამტკიცებენ, რომ მათი მზრუნველობა მართლაც პაციენტზეა ორიენტირებული და ეყრდნობა თითოეული პაციენტის უნიკალურ საჭიროებებს და ითვალისწინებს მის არჩევნა, ფასეულობებსა და რწმენას. პაციენტზე ორიენტირებული მოვლა ურთიერთკავშირშია როგორც ხარისხთან, ისე უსაფრთხოებასთან. მოვლის პაციენტზე ორიენტირებულ მოდელში, პაციენტებს და მომვლელებს კომპეტენტური და მცოდნე სამედიცინო პროფესიონალები უვლიან. პაციენტები და მომვლელები მონაწილეობენ მოვლის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღების პროცესსა და პაციენტის მოვლის მართვაში.

საექთნო მოვლა

ექთნები პაციენტზე ორიენტირებულ მზრუნველობას ინტერდისციპლინურ სამედიცინო გუნდთან თანამშრომლობით და მოვლის მოდელის ჩარჩოს გათვალისწინებით გასწავენ. დღეს, პერსონალის სიმწირის, ექთანი-პაციენტის თანაფარდობის, ეკონომიკური საკითხებისა და პაციენტთა მდგომარეობათა მზარდი სიმწვავის გათვალისწინებით, მოვლის სხვადასხვა მოდელს მიმართავენ.

ჯგუფური საექთნო მოვლის მოდელში გუნდის ლიდერი პროფესიონალი ექთანია. როგორც გუნდის ლიდერი, თქვენ სხვა დამხმარებთან, მაგალითად, დამწყებ ექთნებთან და ექთნის დამხმარესთან ერთად აორგანიზებთ და მართავთ პაციენტთა ჯგუფის მოვლას. ამ მოდელში სამუშაო პერიოდის განმავლობაში გუნდის წევრების განეული სამუშაოს ხარისხზე თქვენ ხართ ანგარიშვალდებული.

პაციენტის სრული მოვლის მოდელში თქვენი ცვლის განმავლობაში პაციენტის ან პაციენტების ჯგუფის მოვლაზე სრულად თქვენ ხართ ანგარიშვალდებული. ამ მოდელში მოვლის ყველა ასპექტს თქვენ გეგმავთ და თქვენვე ასრულებთ.

პირველადი საექთნო მოვლის მოდელში დროის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში პაციენტზე ან პაციენტების ჯგუფზე თქვენ ხართ პასუხისმგებელი. თქვენს ცვლაში თქვენ უვლით პაციენტებს და უზრუნველყოფთ პაციენტის მოვლის ყველა ასპექტის კოორდინირებას და კომუნიკაციას სხვა დისციპლინებთან და თქვენი არყოფნის პერიოდში პაციენტის მომვლელ პირებთან. პირველადი მოვლის მოდელის ფარგლებში

² 2016-2018 წლებში გარე ინიცირების ფარგლებში სს ვექსის პოსპიტლების ინიციატივით მოხდა ძველი საექთნო კურიკულუმის გადახედვა და ახალი საექთნო კურიკულუმის „საექთნო განათლების“ შექმნა

განუული ზრუნვა, მოვლის უწყვეტობასა და ინტერდისციპლინურ თანამშრომლობაზე ორიენტირების გზით განამტკიცებს ექთნისა და პაციენტის ურთიერთობას.

პაციენტის მოვლის უწყვეტობა

ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით, პაციენტები ხშირად გადაინაცვლებენ ხოლმე სხვადასხვა სამედიცინო გარემოში. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ყველაზე გონივრული გარემოს შესახებ გადაწყვეტილებები ხშირად მომსახურების საფასურსა და ჯანმრთელობის დაზღვევის შეზღუდვებზეა დამოკიდებული. მიუხედავად იმისა, რომ ამ უწყვეტ პროცესში მწვავე ინტერვენციები უმთავრესად ჰოსპიტალში გატარდება, საზოგადოებრივი გარემო საშუალებას აძლევს პაციენტებს, იცხოვრონ ან გამოჯანმრთელდნენ ისეთ გარემოში, რომელშიც მათ მაქსიმალურად დამოუკიდებლად შეუძლიათ ფუნქციონირება და ადამიანური ღირსების შენარჩუნება. მაგალითად, ავტოსაგზაო შემთხვევის შემდეგ ადამიანი შესაძლოა მწვავე მოვლის ჰოსპიტალის ტრავმატოლოგიურ განყოფილებაში მოთავსდეს. დასტაბილურების შემდეგ ის გადაიყვანება ზოგად სამედიცინო-ქირურგიულ განყოფილებაში და შემდეგ მწვავე რეაბილიტაციის დაწესებულებაში. რეაბილიტაციის პერიოდის შემდეგ პაციენტი შეიძლება გაენეროს საკუთარ სახლში და იქ განაგრძოს ამბულატორიული რეაბილიტაცია. ამ პერიოდში მის მოვლას გააგრძელებს შინ მოვლის ექთანი და ის ივლის ვიზიტებზე ამბულატორიულ კლინიკაში.

მოვლის უწყვეტობა ყოველთვის არ მოიცავს ჰოსპიტალიზაციას. ზოგიერთი პაციენტი ისე სარგებლობს პირველადი რგოლის/საზოგადოებრივი მომსახურებით, რომ საერთოდ არ აქვს მწვავე პრობლემა, რომელიც ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გარემო-პირობებია: ამბულატორიული მოვლა, გარდამავალი მოვლა და გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებები. გარდამავალი მოვლა უზრუნველყოფს პაციენტის მოვლას მწვავე პირობებიდან სახლს ან გრძელვადიანი მოვლის გარემოს შორის. პაციენტების გარდამავალი მოვლა შესაძლოა განხორციელდეს მწვავე რეაბილიტაციის დაწესებულებაში, სადაც პაციენტი, მაგალითად, ქალა-ტვინის ტრავმის ან ზურგის ტვინის დაზიანების შემდეგ მოთავსდა. გრძელვადიანი მოვლა გულისხმობს პაციენტების მოვლას 30 დღეზე ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში. ასეთი სახის მოვლა შესაძლოა დასჭირდეთ განვითარების ძძიმე შეზღუდვის, გონებრივი შეზღუდვის ან ისეთი ფიზიკური დეფიციტების მქონე პირებს, რომლებსაც მუდმივი სამედიცინო ან საექთნო მოვლა ესაჭიროებათ (მაგ., მართვით სუნთქვაზე დამოკიდებული ან ალცჰაიმერის დაავადების მქონე პაციენტები). გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებებია: კვალიფიციური საექთნო დაწესებულებები, შუალედური მოვლის დაწესებულებები, პენსიაზე მყოფთა კომუნები და საცხოვრებელი დაწესებულებები.

კრიტიკული აზროვნება

ჯანდაცვის კომპლექსურ გარემოში გადაწყვეტილებების მიღებისას, საუკეთესო შედეგების მიღწევის მიზნით, თქვენ უნდა გამოიყენოთ კრიტიკული აზროვნებისა და კლინიკური განსჯის უნარ-ჩვევები. მიუხედავად იმისა, რომ კრიტიკული აზროვნების სტანდარტული განმარტებები ან მისი სწავლების და შეფასების მეთოდები მიღებული არ არის, კრიტიკული აზროვნება დასწავლილი უნარ-ჩვევის აღმნიშვნელი ფართო მნიშვნელობის ტერმინია. კრიტიკული აზროვნება აღწერილია როგორც დასწავლის, მსჯელობის, კრეატიული აზროვნების, იდეების გენერირების, გადაწყვეტილებების მიღებისა და

პრობლემების გადაჭრის ცოდნა. კრიტიკული აზროვნება არ ნიშნავს ფაქტების ჩამონათვლის ან პროცედურის საფუძვლების დამახსოვრებას; კრიტიკული აზროვნება არის ინფორმაციის გააზრების საფუძველზე პრობლემების გადაჭრის უნარი. კრიტიკული აზროვნების სწავლა და გამოყენება უწყვეტი პროცესია, რომელიც კლინიკურ გარემოშიც მიმდინარეობს და მის გარეთაც.

კლინიკური განსჯა პრობლემის გადაჭრისკენ მიმართული ქმედებაა, რომლის დროსაც პაციენტის მოვლის საკითხებზე მსჯელობისას კრიტიკული აზროვნება გამოიყენება. ეს არის პროცესი, რომელიც მოიცავს პაციენტის მოვლის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებისას ვითარების სამედიცინო და საექთნო ასპექტების გააზრებისთვის სხვადასხვა სფეროში დაგროვილი ცოდნის გამოყენებას. თქვენ კლინიკური განსჯის უნარს იყენებთ პაციენტის მდგომარეობის ცვლილების აღმოჩენისას, კონტექსტის და პაციენტისა და მომვლელის სადარდებლის გათვალისწინებისას და შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღებისას.

დღეისთვის პაციენტის მოვლის კომპლექსურობის ფონზე, ექთნებმა ბევრად უფრო ადრე უნდა ისწავლონ და გამოიყენონ კრიტიკული აზროვნებისა და კლინიკური განსჯის უნარ-ჩვევები, ვიდრე ისინი ამ უნარ-ჩვევებს პროფესიულ პრაქტიკაში მიღებული გამოცდილებით შეიძენენ. საექთნო განათლების პერიოდში კლინიკური გამოცდილება საშუალებას გაძლევთ, ისწავლოთ და პაციენტის მოვლის შესახებ გადაწყვეტილებები მიიღოთ. კრიტიკულ აზროვნებასა და კლინიკურ მსჯელობაში ვარჯიშის ხელშეწყობის მიზნით დღეს სხვადასხვა საგანმანათლებლო მოდელი და ტექნიკაა შექმნილი, მაგალითად, სიმულაციის ლაბორატორიებში ვარჯიშები და ინტერაქტიული სცენარები. ამ სახელმძღვანელოში მოცემულია ჩანართები, კლინიკური შემთხვევები და შეკითხვები, რომელიც კრიტიკული აზროვნების და კლინიკური განსჯის უნარ-ჩვევების გამოყენებაში და დახვეწაში დაგეხმარებათ.

საექთნო პროცესი

პაციენტზე ორიენტირებული მოვლა ორგანიზაციული სტრუქტურის, ანუ, საექთნო პროცესის გამოყენებით მიმდინარეობს. საექთნო პროცესი პაციენტის პრობლემების ამოცნობისა და მკურნალობისადმი ისეთი მიდგომაა, რომელიც პრობლემის გადაჭრისკენაა მიმართული და საექთნო პრაქტიკის ფუნდამენტს წარმოადგენს. საექთნო პროცესი ქმნის პაციენტის მოვლის და იმ ცოდნის, მსჯელობებისა და ქმედებების სტრუქტურას, რომელიც გადაფასებისას საუკეთესო შედეგების მისაღწევადაა საჭირო. მისი დაწყების შემდეგ, საექთნო პროცესი არამხოლოდ უწყვეტი, არამედ ციკლურიცაა.

საექთნო პროცესი შედგება ხუთი ფაზისგან: შეფასება, საექთნო დიაგნოზი, დაგეგმვა, იმპლემენტაცია და გადაფასება (ცხრილი 1-2). საექთნო პროცესი თანმიმდევრულია და ის შეფასებით იწყება. შეფასება პაციენტის სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების შეგროვებაა, რაც მოვლის გეგმის საფუძველს ქმნის. საექთნო დიაგნოზი შემოწმებისას მიღებული მონაცემების ანალიზისა და მონაცემთა ბუნების განსჯის პროცესია. ის მოიცავს ჯანმრთელობის არსებული ან პოტენციური პრობლემების ან ცხოვრებისეული პროცესების საპასუხო ადამიანური რეაქციების/პასუხების იდენტიფიცირებას და დასახელებას. დაგეგმვის დროს საექთნო დიაგნოზზე დაყრდნობით შემუშავდება პაციენტის შედეგები ან ამოცანები და განისაზღვრება ამ შედეგების მისაღწევად საჭირო საექთნო ინტერვენციები. იმპლემენტაცია საექთნო ინტერვენციების გამოყენებით გეგმის გააქ-

ტიურებას, განხორციელებას მოიცავს. გადაფასება საექთნო პროცესის განმავლობაში მუდმივად მიმდინარეობს. გადაფასებით განისაზღვრება, საექთნო ინტერვენციების შედეგად შესრულდა თუ არა დასახული ამოცანები. თუ ეს შედეგები მიღწეული არ არის, ამის მიზეზის დასადგენად პროცესის საფეხურებს უნდა გადახედოთ. შესაძლოა საჭირო გახდეს შეფასების (მონაცემთა შეგროვება), საექთნო დიაგნოზის, დაგეგმვის (პაციენტის ამოცანების განსაზღვრა) ან იმპლემენტაციის (საექთნო ინტერვენციები) რევიზირება.

ცხრილი 1-2



NOC – (Nursing outcomes classification) – საექთნო შედეგების კლასიფიკაცია (ყოველსომცველი, კვლევის საფუძველზე სტანდარტიზებული საექთნო დიაგნოზი. საექთნო ჩარევა და პაციენტისგან საექთნო შედეგის მიღება);

NIC – Nursing intervention classification – საექთნო ინტერვენციის კლასიფიკაცია (ყოველსომცველი, კვლევის საფუძველზე სტანდარტიზებული საექთნო დიაგნოზი. საექთნო ჩარევა და პაციენტისგან საექთნო შედეგის მიღება);

სტანდარტიზებული საექთნო ტერმინოლოგიები

არსებული ჯანდაცვის სისტემის პირობებში, აუცილებელია განისაზღვროს საექთნო პრაქტიკა და მისი გავლენა ჯანმრთელობაზე და ინდივიდების, ოჯახებისა და საზოგადოების ჯანდაცვაზე. საექთნო პროფესია სვამს შემდეგ კითხვებს: რას აკეთებენ ექთნები? როგორ აკეთებენ ამას? მათი მომსახურების მიმღებების ჯანმრთელობაზე ეს გამოძვად გავლენას ახდენს? რა არის ექთნების მიერ საკუთარი პროფესიული ქმედების დოკუმენტირების საუკეთესო გზა? რა ხდება მათი მოვლის შედეგად?

ამ შეკითხვების საპასუხოდ, დღეს საექთნო საქმის მკაფიო განსაზღვრებისა და საექთნო მოვლის შეფასებისთვის გამოიყენება სტანდარტიზებული საექთნო ტერმინოლოგია (რომელსაც ასევე უწოდებენ *ნომენკლატურებს*, *კლასიფიკაციის სისტემებს* და *ტაქსონომიებს*). ეს ხელს უწყობს პაციენტის მოვლის უწყვეტობას და ქმნის მონაცემთა ერთობლიობას, რომელიც გამოკვეთს პროფესიის მნიშვნელობას. ერთი და იგივე პრობლემებისა და საექთნო ინტერვენციების აღსაწერად სხვადასხვა მრავალფეროვანი სიტყვისა და მეთოდის გამოყენების მაგივრად, ერთმანეთთან კომუნიკაციის გაუმჯობესების მიზნით, მნიშვნელოვანია, რომ ექთნებმა საერთო, ადვილად გასაგებ ენას მიმართონ. გარდა ამისა, სტანდარტიზებული ენა ხელს უწყობს ყველაზე ეფექტური საექთნო ინტერვენციების იდენტიფიცირებას. მაგალითად, ბენოლის წყლული, ნაწოლი და კანის მთლიანობის დარღვევა ერთსა და იმავე პრობლემას აღნიშნავს? რომელი ინტერვენციებითაა შესაძლებელი ამ პრობლემების თავიდან აცილება? პაციენტის ყოველ 2 საათში გადაბრუნება იგივეა, რაც ყოველ 2 საათში პოზიციის შეცვლა? თუ პაციენტი ყოველ 2 საათში ერთხელ გადაბრუნდება ან პოზიციას შეიცვლის, ამის შედეგად რა მოხდება? როგორ აღინერება ეს შედეგი? ბენოლის შემამსუბუქებელ მატრასზე მოთავსდება პაციენტი თუ სტანდარტულ მატრასზე და მხოლოდ გადააბრუნებთ, შედეგები განსხვავებული იქნება? როგორ გააფორმებთ ამ შედეგებს დოკუმენტურად და როგორ გაიგებთ, ყველაზე კარგად რა მუშაობს?

სტანდარტიზებული ტერმინოლოგიები საექთნო ფენომენების ორგანიზებისა და აღწერის საშუალებას იძლევა. საექთნო საქმის სხვადასხვა მიმართულებებისთვის სხვადასხვაგვარი ენაა შემუშავებული. არსებობს ომაჰას სისტემა და შინ მოვლის კლასიფიკაცია, შესაბამისად, საზოგადოებრივი და შინმოვლის სერვისისთვისაა შემუშავებული. პერიოპერაციული ექთნები პერიოპერაციულ საექთნო მონაცემთა ბაზას იყენებენ.

პაციენტის რეაქციების, პაციენტის შედეგებისა და საექთნო ინტერვენციების აღწერისთვის ANA-ს მიერ აღიარებული სამი საექთნო ტერმინოლოგია გამოიყენება: (1) NANDA International: საექთნო დიაგნოზები, განმარტებები და კლასიფიკაცია; (2) საექთნო შედეგების კლასიფიკაცია (Nursing Outcomes Classification – NOC) და (3) საექთნო ინტერვენციების კლასიფიკაცია (Nursing Interventions Classification – NIC). თითოეული ეს სისტემა საექთნო პროცესის ერთ კომპონენტზე ფოკუსირებს. პაციენტის რეაქციების ან პრობლემების დასახელება NANDA-ით კლასიფიცირებული და განსაზღვრული საექთნო დიაგნოზების გამოყენებითაა შესაძლებელი. საექთნო ინტერვენციები და მკურნალობის მეთოდები NIC-დან შეირჩევა და იმპლემენტირდება, ხოლო პაციენტის შედეგების/სამიზნების იდენტიფიცირება და შერჩევა შესაბამისი NOC შედეგების შერჩევითაა შესაძლებელი.

NANDA-I საექთნო დიაგნოზები

NANDA International (NANDA-I) საექთნო ორგანიზაციაა, რომელიც ჯანმრთელობის პრობლემებზე პაციენტის არსებული ან პოტენციური რეაქციის/პასუხის იდენტიფიკაციის, განსაზღვრის და კლასიფიკაციისთვის სტანდარტიზებულ საექთნო ტერმინოლოგიას შეიმუშავებს. NANDA-I-ის ორი მთავარი მიზანი სადიაგნოსტიკო კლასიფიკაციის სისტემის, ანუ ტაქსონომიის შემუშავება და საექთნო დიაგნოზების იდენტიფიცირება და მიღებაა. საექთნო დიაგნოზების სტანდარტიზებული ტერმინოლოგიის გამოყენებით ხდება საექთნო დიაგნოზის დასადგენად საჭირო ანალიზისა და სინთეზის დოკუმენტირება.

ამ სახელმძღვანელოში გამოყენებული საექთნო დიაგნოზები NANDA-I-ის კლასიფიკაციითაა აღიარებული. კვლევების შედეგების ინტერპრეტირებისა და ექთნების მიერ ახალი ადამიანური რეაქციების იდენტიფიცირების საპასუხოდ, NANDA-I-ის ჩამონათვალი მუდმივად ვითარდება (დანართ 1-ში).

საექთნო შედეგების კლასიფიკაცია (NOC)

საექთნო შედეგების კლასიფიკაცია (NOC) არის ჩამონათვალი იმ კონცეფციების, განმარტებებისა და საზომებისა/ზომებისა, რომელიც აღწერს პაციენტის შედეგებს, რომელზეც საექთნო ინტერვენციები ახდენს გავლენას. საექთნო მოვლისადმი მგრძობიარე შედეგი განისაზღვრება როგორც ინდივიდის, ოჯახის ან საზოგადოების მდგომარეობა, ქცევა ან აღქმა, რომელიც მოვლის პროცესში საექთნო ინტერვენცი(ებ)ის საპასუხოდ იზომება. პაციენტის შედეგზე თქვენი საექთნო პრაქტიკის გავლენის იდენტიფიცირება და გაზომვა NOC შედეგის შერჩევის შემდეგ შეგიძლიათ. დღეისთვის არსებობს 385 კოდირებული შედეგი, რომელიც 7 სფეროდ და 34 კლასადაა დაყოფილი. თითოეულ შედეგს აქვს სახელწოდება, განმარტება, შეფასებისას გამოყენებული კონკრეტული ინდიკატორების ერთობლიობა და საერთო შედეგისა და კონკრეტული ინდიკატორების შესაფასებელი ხუთქულიანი შკალა.

საექთნო ინტერვენციების კლასიფიკაცია (NIC)

საექთნო ინტერვენციების კლასიფიკაცია (NIC) მოიცავს დამოუკიდებელ და კოლაბორაციულ ინტერვენციებს, რომლებსაც თქვენ, ან თქვენი დავალებით სხვა, ახორციელებთ. ამ ინტერვენციებში შედის ყველა ის ქმედება, რომელსაც თქვენ ნებისმიერ გარემოში და სპეციალობაში ასრულებთ. რადგანაც თითოეულ ინტერვენციას კოდირებული ნომერი აქვს მინიჭებული, NIC ინტერვენციების გამოყენება აადვილებს ინტერვენციების ეფექტურობის შესაფასებლად სტანდარტიზებული საექთნო მონაცემების ელექტრონულ შეგროვებას.

NIC კლასიფიკაციაში შედის 500-ზე მეტი ინტერვენცია (დანართი 2). განსაზღვრულია თითოეული ინტერვენციის სახელწოდება, განმარტება და აქტივობების ერთობლიობა, რომელთაგან ინტერვენციის განსახორციელებლად რომელიმეს შეარჩევთ. ინტერვენციები 7 სფეროდ და 30 კლასადაა დაჯგუფებული. მიუხედავად იმისა, რომ 500-ზე მეტი ინტერვენცია შესაძლოა ძალიან დიდ რაოდენობად მოგეჩვენოთ, მალევე აღმოაჩნთ, თუ რომელი ინტერვენციები გამოიყენება ყველაზე ხშირად თქვენი სპეციალობის ფარგლებში ან პაციენტთა კონკრეტულ პოპულაციაში, რომელთანაც მუშაობთ. პაციენტის მოვლის დაგეგმვისას დომენიდან ან კლასიდან ის კონკრეტული ინტერვენციები უნდა შეარჩიოთ, რომელიც კონკრეტულ საექთნო დიაგნოზს და პაციენტის განსაზღვრულ შედეგებს მიესადაგება. თითოეულ ინტერვენციას თან ახლავს აქტივობების ჩამონათვალი და ინტერვენციის იმპლემენტაციისთვის თქვენ ამ ჩამონათვალიდან შესაბამის აქტივობებს შეარჩევთ. NIC არ არის გამიზნული კონკრეტული ვითარებებისთვის რაიმე ინტერვენციის „დანიშვნისთვის“. თქვენ გევალებათ პაციენტისა და პაციენტის მდგომარეობის ცოდნაზე დაყრდნობით მიიღოთ მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება, როდის და რომელი ინტერვენციები გამოიყენოთ.

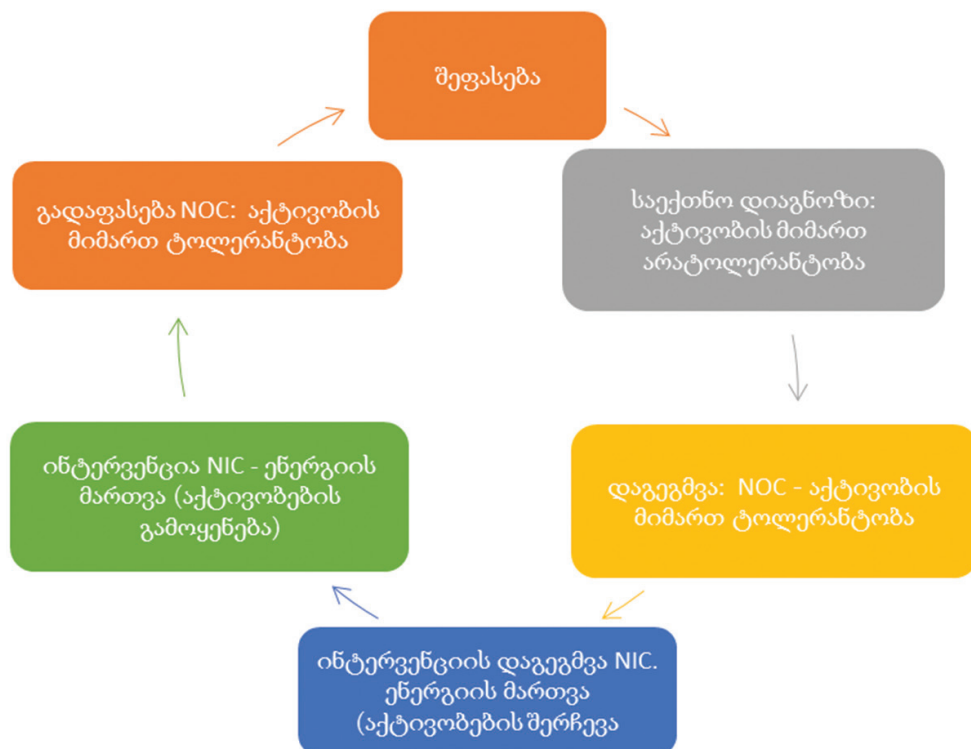
NANDA-NOC-NIC კავშირები

NANDA, NOC და NIC (NNN) კავშირები გამოკვეთს, როგორ შეიძლება პაციენტების მოვლის დაგეგმვისას სამი ცალკეული საექთნო ტერმინოლოგიის დაკავშირება და ერთდროულად გამოყენება. კავშირები ხელს უწყობს საექთნო დიაგნოზის განსაზღვრას, სასურველი შედეგის დასახვას და სასურველი შედეგის მისაღწევად საჭირო ინტერვენციების შერჩევას. რადგანაც თითოეულ შედეგს და ინტერვენციას თავისი კოდი აქვს, NNN-ის გამოყენება აადვილებს ინტერვენციების ეფექტურობის შესაფასებლად სტანდარტიზებული საექთნო მონაცემების ელექტრონულ შეგროვებას. NNN კავშირის მაგალითი 1-3 ცხრილშია მოცემული. NNN-ის საექთნო პროცესში ინტეგრირება 1-4 ცხრილებზეა მოცემული.

ცხრილი 1-3 NANDA-NOC-NIC კავშირის მაგალითი		
NANDA-I საექთნო დიაგნოზი: კანის მთლიანობის დარღვევა: მდგომარეობა, როცა ინდივიდს შეცვლილი აქვს ეპიდერმისი ან/და დერმა		
NANDA-I-დაკავშირებული ფაქტორები	NOC შედეგები	NIC ინტერვენციები
ზენოლა	ქსოვილის მთლიანობა: კანი და ლორწოვანი მემბრანები	ზენოლის მართვა, კანზე დაკვირვება
კვებითი დეფიციტი	კვებითი სტატუსი: საკვებისა და სითხის მიღება	კვების მონიტორინგი კვებითი თერაპია
ცოდნის დეფიციტი	ცოდნა: ავადმყოფობის მოვლა	სწავლება: დაავადების პროცესი

წყარო: Nursing Diagnoses—Definitions and Classification 2012-2014. © 2012, 1994-2012 by NANDA International. Used by arrangement with Blackwell Publishing Limited, a company of John Wiley & Sons, Inc.

ცხრილი 1-4



საექთნო მოვლის გეგმა

საექთნო განათლების პროცესში საექთნო პროცესი, ჩვეულებრივ, კლინიკური პრაქტიკისგან განსხვავებულად ჩაინერება და დოკუმენტირდება. საექთნო განათლების პერიოდში საექთნო პროცესი ხშირად ამ სახელმძღვანელოში მოცემული საექთნო მოვლის გეგმის მსგავსად ჩაინერება. თქვენ საექთნო პროცესს შეისწავლით მონაცემთა შეგროვებით, საექთნო დიაგნოზების განსაზღვრით და პაციენტის შედეგებისა და საექთნო ინტერვენციების შერჩევით – თითოეული ეს საკითხი სპეციალურ ფორმაში ინერება. ასევე განისაზღვრება/იდენტიფიცირდება შერჩეული ინტერვენციების ლოგიკური საფუძველი. ეს საექთნო მოვლის გეგმა სწავლებისა და სასწავლო ინსტრუმენტების სახით გამოიყენება.

კლინიკურ პრაქტიკაში, საექთნო მოვლის გეგმა ხშირად კონკრეტულ გარემოება ადაპტირებული. რუტინული საექთნო მოვლის გზამკვლევებად ელექტრონული და ბეჭდური სტანდარტიზებული მოვლის გეგმა გამოიყენება, რომელიც თითოეული პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებებისა და პრობლემების შესაბამისად მოდიფიცირდება.

ამ სახელმძღვანელოში მოცემულ საექთნო მოვლის გეგმებში მითითებულია NANDA-I აპრობირებული საექთნო დიაგნოზები (პრიორიტეტულობის მიხედვით) და შესაბამისი NOC შედეგები და NIC ინტერვენციები (**საექთნო მოვლის გეგმა 1-1**). მოვლის ნებისმიერი გეგმა კონკრეტულ პაციენტს უნდა მოერგოს. თქვენ კრიტიკული აზროვნების დახმარებით უწყვეტად უნდა შეაფასოთ ვითარება და ხელახლა გადახედოთ დიაგნოზებს, შედეგებსა და ინტერვენციებს, რათა ისინი კონკრეტული პაციენტის უნიკალურ საჭიროებებს მოარგოთ.

კოლაბორაციული პრობლემები დაავადების ან მკურნალობის პოტენციური ან არსებული გართულებებია, რომელსაც ექთნები სამედიცინო მომსახურების სხვა მომწოდებლებთან (მაგ., ექიმები, ლოგოპედი, მონინავე ექთნები) ერთად მართავენ. საექთნო პროცესის დიაგნოსტიკურ ფაზაში, თქვენ საექთნო დიაგნოზებთან ერთად ფიზიოლოგიური გართულებების ეს რისკებიც უნდა განსაზღვროთ. კოლაბორაციული პრობლემების იდენტიფიცირება პათოფიზიოლოგიისა და მკურნალობის შესაძლო გართულებების ცოდნას მოითხოვს. კოლაბორაციული პრობლემები ძირითადად ასე ჩაინერება: „პოტენციური პრობლემა: _____“ ან „პპ: _____“, „რაც უკავშირდება“ დებულების გარეშე. ამ სახელმძღვანელოში, გააზრების გაუმჯობესებისა და გართულების შესაძლო მიზეზებთან დაკავშირების მიზნით, პოტენციურ გართულებებს „რაც უკავშირდება“ დებულებაც აქვს დამატებული.

კონცეფციების რუკა საექთნო მოვლის გეგმის ჩანერის კიდევ ერთი მეთოდია. კონცეფციების რუკაში საექთნო პროცესი პაციენტის პრობლემებისა და ინტერვენციების დიაგრამის სახითაა გამოსახული. ილუსტრირებულია კლინიკურ მონაცემებს შორის ურთიერთკავშირები. კონცეფციების რუკაზე დატანა ყველაზე გამოსადეგია საექთნო განათლების ფარგლებში საექთნო პროცესისა და მოვლის დაგეგმვის სწავლებისთვის.

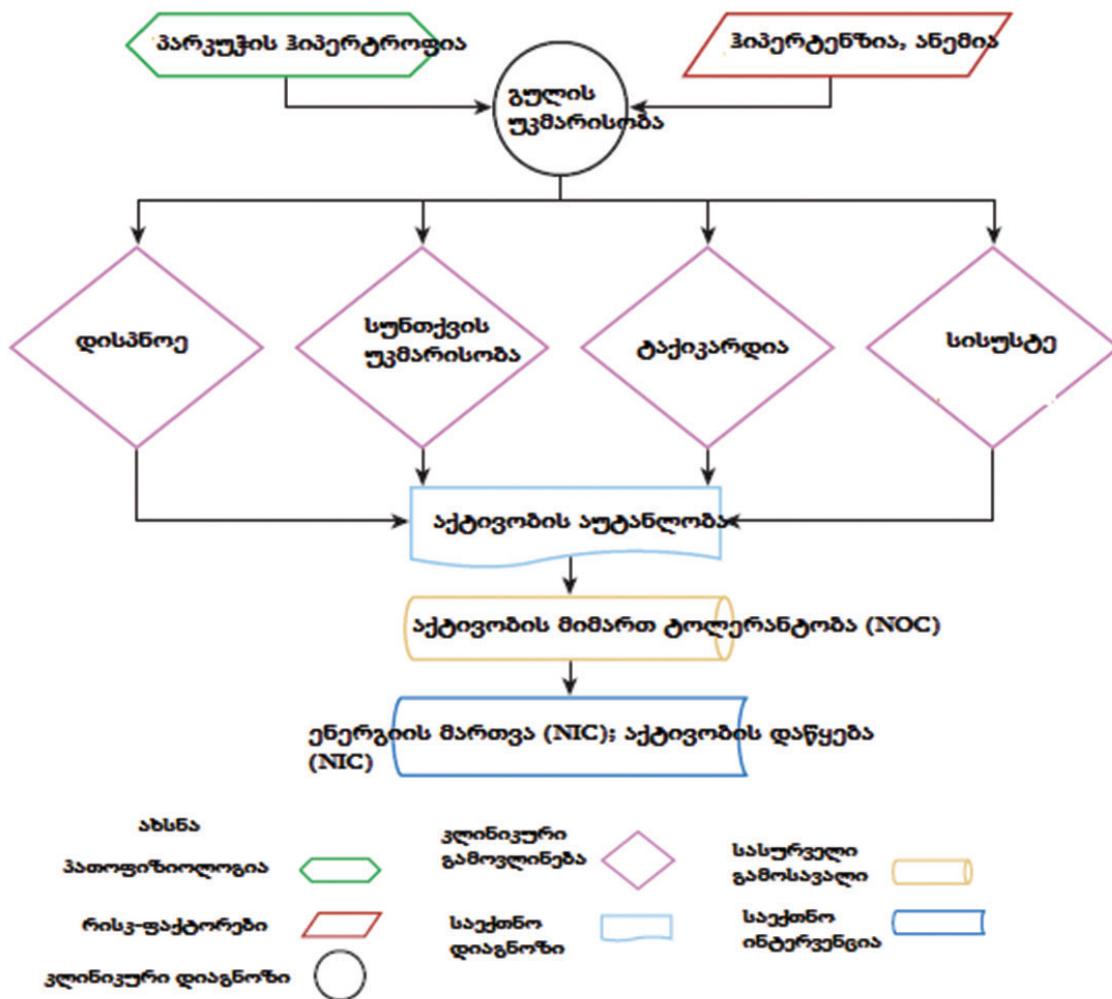
კონცეფციების რუკის სხვადასხვა ფორმატი არსებობს და ცნებებისა და ურთიერთკავშირების აღსანიშნად სხვადასხვა ფორმები, ფერები და დამაკავშირებელი ისრები გამოიყენება. ერთ-ერთ მაგალითში პაციენტის სამედიცინო მომართვიანობის მიზეზის დასადგენად შემონმებისას მიღებული მონაცემები გამოიყენება. ჯანმრთელობის ეს მდგომარეობა (ხშირად სამედიცინო დიაგნოზი) რუკის შუაგულში დაიტანება. მომართვის მიზეზის გარშემო განლაგებულია საექთნო დიაგნოზები, რომელიც ჯანმრთელობის მდგომარე-

ობაზე პაციენტის პასუხებს/რეაქციებს ასახავს. თითოეულ საექთნო დიაგნოზთან ჩამოთვლილია შემონიშნებისას მიღებული მონაცემები, რომელიც ამ დიაგნოზს მიაჩნია. დიაგნოსტიკური ტესტირების მონაცემები, მკურნალობა, წამლები და საექთნო ინტერვენციები შესაძლოა საექთნო დიაგნოზებთან ერთად იყოს ჩამოწერილი ან ცალკე იყოს დატანილი და დიაგნოზებთან ისრებით იყოს დაკავშირებული. 1-1 სურათზე ნაჩვენებია გულის უკმარისობის მქონე პაციენტის კონცეფციების რუკის გამარტივებული ვერსია.

<p>საექთნო მოვლის გეგმა 1-1 გულის უკმარისობის მქონე პაციენტი¹</p>	
<p>საექთნო დიაგნოზი: აქტივობის აუტანლობა, რაც უკავშირდება გულის უკმარისობისა და ფილტვის შეგუბების შედეგად ჟანგბადის მიწოდებასა და მოთხოვნილებას შორის დისბალანსს და რასაც მოწმობს დატვირთვისას სუნთქვის გაძნელება, ქოშინი, სისუსტე, გულისცემათა სიხშირის მომატება და/ან პაციენტის სიტყვები: "იმდენად დაღლილი ვარ, რომ საწოლიდან ვერ ვდგები. ენერჯია არ მაქვს."</p>	
<p>პაციენტის ამოცანა: აქტივობის რეალისტური პროგრამის მიღწევა, რომლის ფარგლებშიც ფიზიკური აქტივობა ენერჯიის შემნახველ აქტივობებთან იქნება დაბალანსებული.</p>	
<p>შედეგები (NOC)</p>	<p>ინტერვენციები (NIC) და მათი საფუძველი, მიზანი</p>
<p>აქტივობის ამტანობა</p> <ul style="list-style-type: none"> • გულისცემათა სიხშირე აქტივობისას _____ • O2 სატურაცია აქტივობისას _____ • სუნთქვის სიხშირე აქტივობისას _____ • სისტოლური წნევა აქტივობისას _____ • დიასტოლური წნევა აქტივობისას _____ • სუნთქვის სიმარტივე აქტივობისას _____ • ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობების შესრულების სიმარტივე _____ • კანის ფერი _____ <p>საზომი შკალა</p> <p>1 = მძიმედ კომპრომეტირებული 2 = მნიშვნელოვნად კომპრომეტირებული 3 = ზომიერად კომპრომეტირებული 4 = მსუბუქად კომპრომეტირებული 5 = არ არის კომპრომეტირებული</p>	<p>ენერჯიის მართვა</p> <ul style="list-style-type: none"> • წაახალისეთ მოსვენებისა და აქტივობის მონაცვლე პერიოდები, რათა შეამციროთ გულის დატვირთვა და მოხდეს ენერჯიის კონსერვაცია; • შესთავაზეთ მოდუნების ხელშემწყობი დამამშვიდებელი, ყურადღების გადამტანი აქტივობები, რათა შეამციროთ ჟანგბადის მოხმარება და შეამსუბუქოთ ქოშინი და დაღლილობა; • ამონიშნეთ საკუთარი თავის მოვლის ან საექთნო აქტივობების O2 პასუხი (მაგ., გულისცემათა სიხშირე, გულის რიტმი და სუნთქვის სიხშირე), რათა განსაზღვროთ აქტივობის დონე, რომლის შესრულებაც პაციენტს შეუძლია; • ასწავლეთ პაციენტს და მომვლელს საკუთარი თავის მოვლის ტექნიკები, რომელიც შეამცირებს ჟანგბადის მოხმარებას (მაგ., თვითმონიტორინგი და პეისმეიკერის გამოყენების ტექნიკები ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობების შესასრულებლად); <p>აქტივობის თერაპია</p> <ul style="list-style-type: none"> • ითანამშრომლეთ ოკუპაციურ ან/და ფიზიკურ თერაპევტებთან, რათა დაგეგმოთ აქტივობისა და ვარჯიშის პროგრამა და აწარმოოთ მისი მონიტორინგი; • დაადგინეთ, რამდენად მომართულია პაციენტი აქტივობების და ვარჯიშის სიხშირის ან/და დიაპაზონის გაზრდისკენ, რათა მიღწევადი ამოცანები დასახოთ;

³ ამ მაგალითში გულის უკმარისობის ერთ-ერთი საექთნო დიაგნოზია მოცემული. გულის უკმარისობის მქონე პაციენტის საექთნო მოვლის სრულყოფილი გეგმა 33-ე თავშია წარმოდგენილი

სურათი 1-1⁴



ინფორმატიკა და ტექნოლოგია
ინფორმაცია და ტექნოლოგია პრაქტიკაში

საექთნო საქმე ინფორმაციით დატვირთული პროფესიაა. სამედიცინო ინფორმაციული ტექნოლოგიის განვითარებამ შეცვალა ექთნების მიერ მოვლის დაგეგმვის, განხორციელების, დოკუმენტირებისა და შეფასების პროცესი. ყველა ექთანი, იმის მიუხედავად, თუ სად ან კონკრეტულად რა მიმართულებით მუშაობს ის, ყოველდღიურ პრაქტიკაში ინფორმატიკასა და ტექნოლოგიას იყენებს. პრაქტიკაში ტექნოლოგიების დანერგვამ შეცვალა დიაგნოსტიკური ინფორმაციის შეკრებისა და მიმოხილვის, კლინიკური გადანაცვლებების მიღების, პაციენტებთან და მომვლელების კომუნიკაციის და კლინიკური ინტერვენციების განხორციელების პროცესი.

უსაფრთხო, ხარისხიანი მომსახურების მიწოდებისთვის სულ უფრო მნიშვნელოვანი ხდება ინფორმაციული ტექნოლოგიის გამოყენება. მაგალითად, მედიკამენტების მიღების აპლიკაციები პოტენციური შეცდომების, მაგალითად, მსგავსი შესახედაობის ან სახელწოდების ნამლებისა და ნამალთშორისი ურთიერთქმედებების შესახებ გაფრთხილების შედეგად პაციენტის უსაფრთხოებას აუმჯობესებს. პროვაიდერის დანიშნულების

⁴ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

კომპიუტერიზებული ჩანაწერის სისტემებით შესაძლებელია ხელით დაწერილი ინსტრუქციების არასწორი წაკითხვით ან ინტერპრეტირებით გამოწვეული შეცდომების აღმოფხვრა. დაცემის მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ პაციენტებში დაცემის სიხშირის შესამცირებლად სენსორული ტექნოლოგია გამოიყენება.

ინფორმაციის გაზიარებისა და მასზე წვდომისთვის საჭირო ტექნოლოგიური უნარ-ჩვევების გამოყენების უნარი დღეს თქვენი პროფესიული საექთნო პრაქტიკის შეუცვლელი კომპონენტია. თქვენ უნდა შეგეძლოთ სიტყვების დამამუშავებელი პროგრამის გამოყენება, ელექტრონული ფოსტითა და ტექსტური შეტყობინებებით კომუნიკაცია, ინტერნეტში ინფორმაციის მოძიება და უსაფრთხოებისა და კონფიდენციალობის წესების დაცვა. თქვენ უნდა ფლობდეთ პაციენტის მოვლის ტექნოლოგიების უსაფრთხო გამოყენებისა და ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების და კლინიკური საინფორმაციო სისტემების ნავიგაციის უნარ-ჩვევებს. ამ სახელმძღვანელოში მოცემულია „ინფორმატიკა პრაქტიკაში“ ჩანართები, რომელიც გთავაზობთ, როგორ გამოიყენოთ ინფორმატიკა თქვენს პრაქტიკულ საქმიანობაში.

თქვენ, როგორც ექთანი, ვალდებული ხართ თქვენი პაციენტის სამედიცინო ინფორმაციის დაცულობა უზრუნველყოთ. ამისთვის თქვენ უნდა გესმოდეთ პოლიტიკა ტექნოლოგიის გამოყენებასთან დაკავშირებით. თქვენ უნდა იცოდეთ პაციენტების ჩანაწერების წვდომასთან და სამედიცინო ინფორმაციის გამჟღავნებასთან დაკავშირებული წესები; უნდა იცოდეთ, როგორ მოიქცეთ იმ შემთხვევაში, თუ ინფორმაცია შემთხვევით ან მიზანმიმართულად გამჟღავნდება და გულმოდგინედ უნდა დაიცვათ პაროლები. თუ სოციალურ ქსელებს იყენებთ, სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოთ და არასდროს განათავსოთ პაციენტის იდენტიფიცირებადი სამედიცინო ინფორმაცია ქსელში.

კლინიკური ინფორმაციული სისტემები და ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები

კლინიკური ინფორმაციული სისტემა (CIS) დიდი კომპიუტერული სისტემაა, რომელშიც ინფორმაციული ტექნოლოგიური სხვადასხვა აპლიკაციები პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ცენტრალიზებულ საცავშია ინტეგრირებული. ეს სისტემები ეხმარება პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა ტიპის აქტივობას, მათ შორის, მოვლის დოკუმენტირებას, დანიშნულებების/მითითებების შეყვანას და შედეგების მოძიებას, სხვადასხვა ადგილებიდან.

ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერი (EHR) მოვლის ნებისმიერ გარემოში ერთი ან რამდენიმე ვიზიტის/შეხვედრის შედეგად გენერირებული სამედიცინო ინფორმაციის კომპიუტერული ჩანაწერია. ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი უნდა მოიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას: პაციენტის დემოგრაფიულ მონაცემებს, პროგრესის ჩანაწერებს, პრობლემებს, წამლებს, სასიცოცხლო მაჩვენებლებს, წარსულ სამედიცინო ისტორიას, იმუნიზაციებს, ლაბორატორიულ მონაცემებს და რადიოლოგიის დასკვნებს.

ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი (EMR) სამედიცინო დაწესებულების, მაგალითად, ჰოსპიტალის ან ექიმის ოფისის, მიერ შეგროვებული კომპიუტერიზებული მონაცემების ერთობლიობაა, რომელიც ამ დაწესებულების საკუთრებაში არსებულ და გამოყენებულ ჩანაწერს შეადგენს. თავის მხრივ, ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერი (EHR) დგება მაშინ, როცა სხვადასხვა დაწესებულებაში შექმნილ, სხვადასხვა მფლობელობაში არსებულ ჩანაწერებში მოცემული ინფორმაცია სხვა სამედიცინო პირებისთვის

(მათი მდებარეობის და აფილიაციის მიუხედავად) ხდება ხელმისაწვდომი. პრაქტიკაში, ტერმინები *ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი* და *ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერი* ურთიერთშემცვლელელებია.

საექთნო ინფორმატიკა

საექთნო ინფორმატიკა არის სპეციალობა, რომელიც მსოფლიოში ადამიანების ჯანმრთელობის მხარდაჭერის მიზნით აერთიანებს საექთნო საქმეს, მის ინფორმაციას და ინფორმაციის დამუშავებისა და კომუნიკაციური ტექნოლოგიების მეშვეობით ინფორმაციის მართვას. ინფორმატიკის ექთანს (არსებობის შემთხვევაში) მრავალფეროვანი როლი აქვს. ისინი აგებენ კომპიუტერულ სისტემებს, რომელიც ეხმარება ექთნებს და სამედიცინო სფეროს სხვა მუშაკებს გადაწყვეტილების მიღების პროცესისა და პაციენტის მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაში. ინფორმატიკის ექთნის სხვა პასუხისმგებლობები შეიძლება იყოს სამედიცინო პერსონალის ტრენინგება/მომზადება და კომპიუტერული სისტემების დანერგვა, შეფასება და შენარჩუნება.

ტელეჯანმრთელობა

ტექნოლოგიების განვითარების შედეგად, სულ უფრო ფართოვდება იმ პირობების სპექტრი, სადაც ექთნებს და სხვა სამედიცინო პერსონალს პაციენტის მომსახურება შეუძლია. ტელეჯანმრთელობა გულისხმობს პაციენტის მოვლისთვის ვიდეოკონფერენციის ან კომუნიკაციის სხვა ტექნოლოგიების გამოყენებას იმ შემთხვევებში, როცა პაციენტი და სამედიცინო პერსონალი გეოგრაფიულად დაშორებულნი არიან ერთმანეთისგან. ტელეჯანმრთელობა არა მხოლოდ ავადმყოფობის შეფასების, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისთვის, არამედ ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის, შემდგომი მეთვალყურეობისა და შემონმების და მოვლის კოორდინირებისთვისაც გამოიყენება. ტელეჯანმრთელობის საექთნო პრაქტიკაში მონაწილე ექთნები ჩვეულებრივ აგრძელებენ შემონმებას, დაგეგმვას, ინტერვენციებსა და საექთნო მოვლის შეფასებას. თუმცა, ისინი ამას ტექნოლოგიების, კერძოდ, ინტერნეტის, კომპიუტერების, ტელეფონების, შეფასების ციფრული ხელსაწყოების და ტელემონიტორინგის აღჭურვილობის მეშვეობით ახორციელებენ.

პაციენტის დისტანციური მონიტორინგის შესაძლებლობების გაფართოების შედეგად, მკვეთრად იცვლება შინმოვლაც. დღეს სულ უფრო ბევრი ბიოსამედიცინო მონყობილობაა ხელმისაწვდომი, რომელთა გამოყენებითაც პაციენტის მონაცემების რეალურ დროში შეკრება, მონიტორინგი და რეპორტირებაა შესაძლებელი. ეს მონყობილობებია, მაგალითად, სისხლში გლუკოზის დონის მონიტორინგი, ჰაერის პიკური ნაკადის საზომები, სასწორები, სტეტოსკოპები და ნნევის საზომი ავტომატიზებული მანჟეტები. ჭრილობების შემონმებისა და შეხორცების მონიტორინგისთვის გამადიდებლით აღჭურვილი ვიდეო-კამერები გამოიყენება. ტელეჯანმრთელობაში დასაქმებულ ექთნებს შეუძლიათ ვიდეოკონფერენციის მეშვეობით ჩაუტარონ პაციენტებს და მომვლელებს სწავლება და გაუწიონ ემოციური მხარდაჭერა.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა (EBP) კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღების პროცესისადმი პრობლემის გადაჭრისკენ მიმართული მიდგომაა. ეს გულისხმობს პაციენტის სასურველი შედეგების მისაღწევად კლინიკურ გამოცდილებასა და პა-

ციენტის არჩევანთან და ღირებულებებთან ერთად საუკეთესო არსებული მტკიცებულებების (მაგ., კვლევის შედეგები, ხარისხის გაუმჯობესების პროექტების მონაცემები, პროფესიული ორგანიზაციების სტანდარტები) გამოყენებას. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის გამოყენების ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზი საუკეთესო შედეგების მისაღწევად უმაღლესი ხარისხის მომსახურების განვებაა. მაღალი ხარისხის, ხარჯთეფექტური მოვლის მოლოდინებიდან და სამედიცინო ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის გაზრდიდან გამომდინარე, პაციენტების მოვლისას ყველა სამედიცინო დისციპლინა საუკეთესო მტკიცებულებას უნდა ეყრდნობოდეს. მარეგულირებელი და სააკრედიტაციო სააგენტოები, მათ შორის, The Joint Commision (TJC) მოითხოვს კლინიკური მოვლის შესახებ გადამწყვეტილებების მიღებაში მტკიცებულების ეფექტური გამოყენების დოკუმენტირებას.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა არ ნიშნავს, რომ თქვენ კვლევა უნდა ჩაატაროთ. სინამდვილეში, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა არის პროცესი, რომელიც მოიცავს კონკრეტულ კლინიკურ შეკითხვაზე პასუხის გასაცემად სხვების მიერ ჩატარებული კვლევების მოძიებას, შეფასებასა და მათი შედეგების გამოყენებას. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის განხორციელებაში დაგეხმარებათ ტექნოლოგიების გამოყენება, რაც ინფორმაციაზე წვდომის საშუალებას გაძლევთ. თქვენ პაციენტის მოვლის საუკეთესო პრაქტიკების დასადგენად მარტივად შეგიძლიათ მოიძიოთ რიგი ონლაინ რესურსები და შეაგროვოთ ინფორმაცია ან მტკიცებულებები.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროცესის საფეხურები

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროცესს 6 კრიტიკული საფეხური აქვს (ცხრილი 1-5).

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის საფეხური 0

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის სხვა სტადიების მხარდაჭერისთვის მნიშვნელოვანია ძიების განწყობის შექმნა ან საუკეთესო საექთნო პრაქტიკების მიმართ მუდმივი ცნობისმოყვარეობა. პაციენტის დადებითი შედეგები დამოკიდებულია თქვენ მიერ მოვლის პროცესში საუკეთესო არსებული მტკიცებულების გამოყენებაზე. როცა თქვენ ძიებისკენ ხართ განწყობილი, თქვენ მუდმივად სვამთ კითხვებს პაციენტის მოვლის შესახებ და შეგიძლიათ განსაზღვროთ, როდის გჭირდებათ დამატებითი ინფორმაცია. როცა თქვენი პრაქტიკა სარწმუნო მტკიცებულებაზეა დამყარებული, თქვენ პრობლემებს აგვარებთ და საუკეთესო შედეგების მიღწევას უზრუნველყოფთ.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის 1-ლი საფეხური

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროცესის პირველი ნაბიჯი PICOT ფორმატით კლინიკური შეკითხვის დასმაა. კლინიკური შეკითხვის ფორმულირება მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროცესის ყველაზე მნიშვნელოვანი საფეხურია. სათანადოდ ფორმულირებული კლინიკური შეკითხვა, რომელიც მოძიებადია და რომელზე პასუხის გაცემაც შესაძლებელია, საუკეთესო არსებული მტკიცებულების, კლინიკური მსჯელობისა და პაციენტის არჩევანის ინტეგრირების კონტექსტს ქმნის. ამასთან, შეკითხვა მიმართულებას აძლევს უახლესი ლიტერატურისა და საჭირო მტკიცებულების ძიებას.

PICOT ფორმატით დასმული კლინიკური შეკითხვის მაგალითია: „ზრდასრულ კარდიოქირურგიულ პაციენტებში (P = პაციენტები/პოპულაცია) პირველ პოსტოპერაციულ დღეს (T = დროის პერიოდი) მორფინი (I = ინტერვენცია) უფრო ეფექტურად ამცირებს ტკივილს (O = შედეგი, გამოსავალი) თუ ფენტანილი (C = შედარება)?“ მართებულად ფორმულირებული კლინიკური შეკითხვა შესაძლოა ყველა PICOT კომპონენტს არ მოიცავდეს. ზოგიერთი შესაძლოა მხოლოდ PICO-სგან შედგებოდეს, რადგან შედეგზე (O) ორიენტირებული ინტერვენციების (I) დრო ყოველთვის რელევანტური არ არის. PICOT ფორმატის C კომპონენტი შესაძლოა მოიცავდეს კონკრეტულ ინტერვენციასთან, მოვლის ჩვეულ სტანდარტთან ან ინტერვენციის არ ჩატარებასთან შედარებას.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის მე-2 საფეხური

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროცესის მე-2 საფეხური, კლინიკურ შეკითხვაზე დაყრდნობით, მტკიცებულების მოძიება და შეგროვებაა. მონაცემთა შესაბამის ბაზებზე კლინიცისტს შეკითხვის შინაარსი და ტიპი მიანიშნებს. ძიება შეკითხვაზე პასუხის გასაცემად ყველაზე ძლიერი გარე მტკიცებულების მოძიებით იწყება. წინასწარ შეფასებული მტკიცებულება, როგორცაა, მაგალითად, სისტემატიზებული მიმოხილვები და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის გზამკვლევები მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროცესში დროისა და ძალისხმევის დაზოგვაში დაგეხმარებათ (იხ. ცხრილი 1-5).

ინტერვენციების შესახებ პასუხის გასაცემად (ანუ, მიზეზ-შედეგობრიობის დასადგენად) ყველაზე მაღალი ხარისხის მტკიცებულება რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევების (RCTs) სისტემატიზებული/სისტემატური მიმოხილვაა. სისტემატური მიმოხილვები, რომელიც მრავლობითი კვლევის მეთოდებისა და მიგნებების კრიტიკულ ანალიზსა და სინთეზს მოიცავს, მხოლოდ ზოგიერთ კლინიკურ საკითხთან მიმართებითაა ხელმისაწვდომი და შესაძლოა ყველა სახის კლინიკურ შეკითხვას არ ერგებოდეს. თუ კლინიკური შეკითხვა ინტერესდება ჯანმრთელობის ცვლილებასთან დაკავშირებით პაციენტის განცდებით ან ამასთან გამკლავების გზებით, გონივრული მიდგომა შეიძლება იყოს ხარისხობრივი მტკიცებულების მეტა-სინთეზი.

კვლევის შედეგების კონკრეტულ ინტერვენციებად გადათარგმნას/ტრანსლირებას უზრუნველყოფს კლინიკური პრაქტიკის გზამკვლევები. თუმცა, ეს გამოქვეყნებული გზამკვლევები სარწმუნოებისა და ყოვლისმომცველობის მხრივ განსხვავდება ერთმანეთისგან. გზამკვლევებს სხვადასხვა ავტორთა ჯგუფები, მაგალითად, პროფესიული საზოგადოებები, პაციენტთა ადვოკატირების ორგანიზაციები და სამთავრობო ორგანოები ადგენს.

როცა კონკრეტულ საკითხთან მიმართებით საკმარისი კვლევები არ არის ხელმისაწვდომი, საუკეთესო მტკიცებულებად შესაძლოა მიჩნეულ იქნას ექსპერტთა კომიტეტებისა და ავტორიტეტული ფიგურების რეკომენდაციები. როცა მოვლის შესახებ გადანყვეტილებები ამ ტიპის მტკიცებულებას ეყრდნობა, უფრო ძლიერი მტკიცებულების შექმნისთვის შედეგების მონაცემები უწყვეტად და გულმოდგინედ უნდა შეგროვდეს.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის მე-3 საფეხური

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროცესის მე-3 საფეხური ძიებისას მოძიებული მტკიცებულების კრიტიკული შეფასება და სინთეზია. კრიტიკული შეფასების მიზა-

ნი რეალურ პრაქტიკაში კვლევის მნიშვნელობის განსაზღვრაა. კრიტიკული შეფასების წარმატებული პროცესი სამ ძირითად კითხვაზე ორიენტირებს: (1) რა შედეგებია სახეზე? (2) შედეგები სარწმუნო და ვალიდურია? და (3) შედეგები ჩემი პაციენტების მოვლაში დამეხმარება? იმისთვის, რათა დაასკვნათ, რა არის საუკეთესო პრაქტიკა, თქვენ უნდა განსაზღვროთ მტკიცებულების სიძლიერე და მოახდინოთ კლინიკურ შეკითხვასთან დაკავშირებული მიგნებების სინთეზი.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის მე-4 საფეხური

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროცესის მე-4 საფეხური მტკიცებულების სიძლიერესა და მასშტაბზე დამოკიდებულია. საკმარისი რაოდენობის, ძლიერი მტკიცებულებიდან, მაგალითად, კარგად დაგეგმილი რანდომიზებული კლინიკური კვლევების მეტა-ანალიზიდან მიღებული რეკომენდაციები, კლინიცისტის გამოცდილებასთან და პაციენტის არჩევანთან კომბინაციაში, შეიძლება პრაქტიკულ ინტერვენციებად დაინერგოს. მაგალითად, მიუხედავად იმისა, რომ მტკიცებულებაზე დაყრდნობით, მორფინი ეფექტური ტკივილგამაყუჩებელია, მისი გამოყენება შესაძლოა არ იყოს სასურველი თირკმლის უკმარისობის მქონე პაციენტში. გარდა ამისა, მაგალითად, მიუხედავად იმისა, რომ მათ შიშებს მტკიცებულება არ ადასტურებს, პაციენტები შესაძლოა ღელავდნენ მორფინის ადიქციურ ეფექტებზე და ტკივილის მართვისთვის არაოპტიმალური მედიკამენტების მიღებას ანიჭებდნენ უპირატესობას. ამ ტიპის გადაწყვეტილებები მიღებულ უნდა იქნას საუკეთესო არსებული მტკიცებულების ცოდნის, კლინიკური განსჯისა და რეკომენდაციების პაციენტის გარემოებებსა და არჩევანზე მორგების კომბინირებით.

პრაქტიკის ზოგიერთი მიმართულება არ ეყრდნობა მტკიცებულებას ან ამ მხრივ საკმარისი მტკიცებულებები არ არის ხელმისაწვდომი. როცა მტკიცებულებები არასაკმარისია, მე-4 საფეხური შეკითხვაზე პასუხის გასაცემად მონაცემთა გენერირებაა. მონაცემთა შეგროვების ერთ-ერთი მეთოდი გულმოდგინე კვლევის ჩატარებაა. სამედიცინო პერსონალს, მკვლევარებთან თანამშრომლობით, შეუძლია კვლევის ჩატარება და ცოდნის გენერირება საუკეთესო პრაქტიკის დადგენის მიზნით.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის მე-5 საფეხური

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროცესის მე-5 საფეხური განსაზღვრული შედეგების კლინიკურ გარემოში შეფასებაა. ეს გაზომვადი შედეგები უნდა ემთხვეოდეს კლინიკური პროექტის სამიზნეს. მაგალითად, მხოლოდ თითოეული ტკივილგამაყუჩებლის ღირებულების/ფასის შეფასება არ გვაძლევს ინფორმაციას კლინიკური ეფექტურობის შესახებ. შედეგები უნდა ასახავდეს მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ პროცესში მოძიებული ინტერდისციპლინური მიგნებების იმპლემენტაციის ყველა ასპექტს. მაგალითად, ტკივილის კონტროლთან დაკავშირებული მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის ინიციატივა, შესაძლოა, მოიცავდეს პაციენტებსა და მომვლელებს, ექთნებს, ექიმებს, ფარმაცევტებს, ფიზიკურ და სუნთქვის თერაპევტებს და გუნდის სხვა წევრებს. ზოგიერთი მოსალოდნელი შედეგი შესაძლოა საზიარო იყოს, ზოგიერთი სამიზნე კი გუნდის თითოეული წევრისთვის სხვადასხვაგვარია.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის მე-6 საფეხური

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის პროცესის ბოლო საფეხური მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის ცვლილების შედეგების გაზიარებაა. თუ თქვენ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის შედეგებს არ გააზიარებთ, სხვა სამედიცინო მუშაკები და პაციენტები ვერანაირ სარგებელს ვერ მიიღებენ იმ ცოდნიდან, რაც თქვენ გამოცდილებით შეიძინეთ. ინფორმაცია ლოკალურად განყოფილების ან ჰოსპიტალის გაზეთის, ხოლო რეგიონალურად და გლობალურად – სტატიებისა და კონფერენციებზე მოხსენებების მეშვეობით გაზიარდება.

ცხრილი 1-5 მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის (EBP) პროცესის საფეხურები

0. გამოიმუშავეთ ძიების განწყობა;
1. დასვით კლინიკური შეკითხვა **PICO** ან **PICOT** ფორმატით:
 - P** – პაციენტები/პოპულაცია
 - I** – ინტერვენცია
 - C** – შედარება ან შედარების ჯგუფი
 - O** – შედეგები, გამოსავალი (outcome)
 - T** – დროის პერიოდი (თუ ერგება)
2. შეკრიბეთ ყველაზე რელევანტური მტკიცებულებები;
3. კრიტიკულად შეაფასეთ მტკიცებულება და მოახდინეთ მტკიცებულების სინთეზი;
4. პრაქტიკის შესახებ გადანყვეტილების მიღებისას ან ცვლილებისას მტკიცებულებები გააერთიანეთ კლინიკურ გამოცდილებასთან და პაციენტის არჩევანსა და ღირებულებებთან;
5. შეაფასეთ გადანყვეტილება ან ცვლილება;
6. გააზიარეთ გადანყვეტილების ან ცვლილების შედეგები;

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის იმპლემენტაცია

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის იმპლემენტაციისთვის, თქვენ უნდა განვიტაროთ პაციენტის საუკეთესო შედეგების მიღწევაზე ორიენტირებული სამეცნიერო მტკიცებულების მუდმივი ძიების და შემდეგ პრაქტიკაში გამოყენების უნარ-ჩვევები. კლინიკურ გამოცდილებასთან ერთად მტკიცებულების გამოყენებისას უნდა გაითვალისწინოთ პაციენტის უნიკალური გარემოებები და არჩევანი. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა ამოავსებს ნაპრაალს კვლევასა და პრაქტიკას შორის და იძლევა უფრო სარწმუნო და პროგნოზირებადი მომსახურების/მოვლის საშუალებას, ვიდრე ტრადიციამ, მოსაზრებებსა და მცდელობასა და შეცდომაზე დაფუძნებული პრაქტიკა.

უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესება

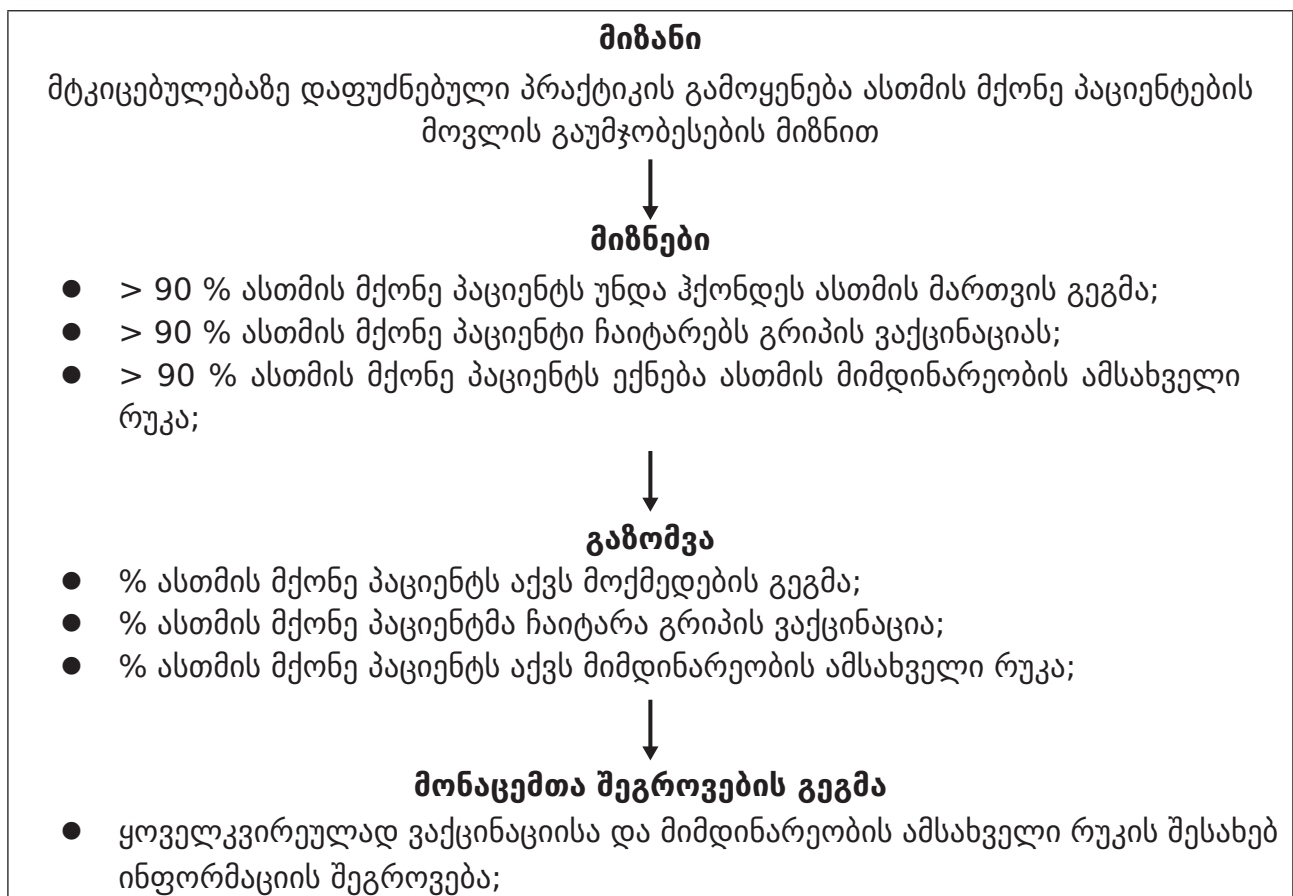
სამედიცინო მომსახურების გარემოების კომპლექსურობის ზრდა პაციენტების უსაფრთხოებასა და სამედიცინო სფეროს მუშაკებს შორის კომუნიკაციაზე მოქმედებს. 1999 წელს IOM-მა გამოაქვეყნა ანგარიში, რომლის მიხედვითაც მინიმუმ 44,000 და შესაძლოა 98,000-მდე ადამიანიც კი დაიღუპა ჰოსპიტალებში პრევენცირებადი/თავიდან აცილებადი სამედიცინო შეცდომების გამო. ანგარიშში სამედიცინო შეცდომები ეპიდემიად იყო მოხსენიებული და დასკვნის სახით აღნიშნული იყო, რომ მიუღებელია, ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც პაციენტების გაჯანსაღებასა და კომფორტს უნდა უზრუნველყოფდეს, მათ ზიანს აყენებდეს.

IOM ანგარიშის გამოქვეყნების შემდეგ მრავალმა ორგანიზაციამ და კომისიამ ჯან-

დაცვის ორგანიზაციების უსაფრთხოების სამიზნეები და სამედიცინო დარგის მუშაკებისთვის უსაფრთხოების რიგი კომპეტენციები განსაზღვრა. უსაფრთხოების სამიზნეების შესასრულებლად კომუნიკაციებისა და სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებისთვის სხვადასხვა პროცედურისა და სისტემის დანერგვით, სამედიცინო სისტემები ქმნის უსაფრთხოების კულტურას, რომელიც პაციენტების ზიანის რისკს ამცირებს. რადგანაც თქვენ ყველაზე მჭიდროდ ურთიერთობთ პაციენტებთან, თქვენ შეცდომების შემცირებისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფისკენ მიმართული მოვლით, უსაფრთხოების კულტურის ხელშეწყობის მხრივ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან როლს ასრულებთ.

პაციენტზე ორიენტირებული მოვლა გადაჯაჭვულია როგორც ხარისხთან, ისე უსაფრთხოებასთან – რაც უფრო მაღალია უსაფრთხოების კულტურა, მით უფრო მაღალია მომსახურების ხარისხი. ხარისხზე ფოკუსირებული სამედიცინო სისტემები საუკეთესო მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ პრაქტიკის სტანდარტებსა და პროტოკოლებს იყენებს და ამავდროულად ითვალისწინებს პაციენტის უნიკალურ არჩევანსა და საჭიროებებს. თქვენი მოვალეობაა პაციენტის მოვლის კომპლექსური ასპექტების კოორდინირება და ინტეგრირება, რაც მოიცავს სხვების მიერ მიწოდებულ მომსახურებასაც და დაბალი ხარისხის და საფრთხისშემცველ მოვლასთან დაკავშირებული საკითხების იდენტიფიცირებას.

როგორც პროფესიული საექთნო საქმის შემსრულებელი, თქვენ პასუხისმგებელი ხართ მოვლის უსაფრთხოების გაუმჯობესებისთვის მონაცემთა შეკრებაზე, პაციენტის შედეგების მონიტორინგისთვის მონაცემების გამოყენებასა და ინტერვენციების გატარებაზე. მოვლის გაუმჯობესების მიმართულებების იდენტიფიცირებისა და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკისთვის კლინიკური შეკითხვების ფორმულირების მიზნით, თქვენ უნდა შეგეძლოთ ამჟამინდელი პრაქტიკების შეფასება და მათი შედარება შესაბამის უპირატეს პრაქტიკებთან.



პაციენტთა უსაფრთხოების ეროვნული სამიზნეები

The Joint Commission (TJC) ჯანდაცვის ორგანიზაციების სააკრედიტაციო ორგანოა, რომელიც თითოეული აკრედიტაციის პროგრამისთვის პაციენტთა უსაფრთხოების ეროვნულ სამიზნეებს (NPSG) ამტკიცებს. ეს სამიზნეები ჯანდაცვის ორგანიზაციებს უსაფრთხოების მუდმივი პრობლემების გადაჭრის მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ გზებს სთავაზობს და ამ გზით უწყობს ხელს პაციენტთა უსაფრთხოების სპეციფიკურ გაუმჯობესებას. 2013 წლის სამიზნეები 1-6 ცხრილშია მოცემული. პაციენტების მოვლასთან დაკავშირებული უსაფრთხოების ინფორმაცია და უსაფრთხოების სამიზნეები ამ სახელმძღვანელოში გაფრთხილებების სახით შეგხვდებათ.

ცხრილი 1-6 პაციენტთა უსაფრთხოების ეროვნული სამიზნეები	
უსაფრთხოების სამიზნე	მაგალითები
1. პაციენტის იდენტიფიცირების სიზუსტის გაუმჯობესება.	<ul style="list-style-type: none"> პაციენტების იდენტიფიკაციის მინიმუმ ორი მეთოდი გამოიყენეთ (მაგ., სთხოვეთ სრული სახელისა და დაბადების თარიღის თქმა).
2. მომვლელებს შორის კომუნიკაციის ეფექტურობის გაუმჯობესება.	<ul style="list-style-type: none"> სამედიცინო მუშაკებს შორის კომუნიკაციისთვის გამოიყენეთ SBAR; სატელეფონო ან სიტყვიერი მითითებები „დანერეთ და კითხვით გაიმეორეთ“ პროცედურით დააზუსტეთ; სწრაფად მიაწოდეთ ტესტების პასუხები გუნდის სათანადო წევრს;
3. მედიკამენტების გამოყენების უსაფრთხოების გაუმჯობესება.	<ul style="list-style-type: none"> ეტიკეტით მონიშნეთ ყველა წამალი, რომელიც ჯერ არ არის მონიშნული. მონიშნავი წამლები გადაყარეთ; განსაკუთრებული სიფრთხილე დაიცავით იმ პაციენტების მოვლისას, რომლებიც ანტიკოაგულანტებს იღებენ;
4. ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ინფექციების რისკის შემცირება.	<ul style="list-style-type: none"> პაციენტთან ნებისმიერი კონტაქტის წინ დაიბანეთ ხელები საპნითა და წყლით და სადებიზფექციო ხსნარით; მულტირეზისტენტული ორგანიზმებით გამოწვეული ინფექციების პრევენციისთვის გამოიყენეთ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკები;
5. უწყვეტი მოვლის პროცესში წამლების ბუსტი და სრული შეთანხმება.	<ul style="list-style-type: none"> გაარკვიეთ, რომელ წამლებს იღებს თითოეული პაციენტი. დარწმუნდით, რომ ამ მედიკამენტებთან ერთად ახალი წამლების მიღება პაციენტისთვის უსაფრთხოა; მიეცით პაციენტის წამლების ჩამონათვალი მის შემდეგ მომვლელს. პაციენტის სახლში წასვლამდე მიეცით ეს სია პაციენტის მკურნალ ექიმს; სახლში წასვლამდე სია პაციენტს და მის მომვლელსაც მიეცით. აუხსენით ეს ჩამონათვალი;
6. დაცემით გამოწვეული ზიანის რისკის შემცირება.	<ul style="list-style-type: none"> თითოეულ პაციენტთან შეაფასეთ დაცემის რისკი; მიიღეთ დაზიანების რისკის შემცირების ზომები;
7. ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ნაწილების პრევენცია.	<ul style="list-style-type: none"> მოთავსებისას და შემდეგ მოვლის პროცესშიც გამოავლინეთ ნაწილების ჩამოყალიბების რისკის ქვეშ მყოფი პაციენტები

8. ორგანიზაცია განსაზღვრავს მისი პაციენტთა პოპულაციის უსაფრთხოების რისკებს.	<ul style="list-style-type: none"> • გამოავლინეთ სუიციდის რისკის ქვეშ მყოფი პაციენტები; • შეაფასეთ რისკები პაციენტებში, რომლებიც სახლში უნდადს იყენებენ (მაგ., ხანძარი);
უნივერსალური (სტანდარტული) პროტოკოლი (UP)	
<ul style="list-style-type: none"> • პროცედურის წინა ვერიფიკაცია; • პროცედურის ადგილის მონიშვნა; • „ტაიმ-აუტი“; 	<ul style="list-style-type: none"> • ნებისმიერი ინვაზიური ან ქირურგიული პროცედურის წინ დაიცავით „ტაიმ-აუტის“ პროცედურა. • დაადასტურეთ პაციენტის, პროცედურის და ადგილის სისწორე.

ჯგუფური მუშაობა და კოლაბორაცია
ინტერდისციპლინური გუნდის წევრები

მაღალი ხარისხის მომსახურების მიწოდებისთვის, სამედიცინო გუნდის წევრებთან ეფექტური სამუშაო ურთიერთობები უნდა დაამყაროთ. სამედიცინო გუნდი შეიძლება შედგებოდეს ექიმებისგან, ექთნებისგან, ფარმაცევტებისგან, ოკუპაციური და ფიზიკური თერაპევტებისგან, სოციალური მუშაკებისგან და სხვა (ცხრილი 1-7). თქვენი ინტერდისციპლინური საექთნო პრაქტიკის ფარგლებში სხვებთან ცოდნის მიმოცვლით, პრობლემის გადაჭრის პასუხისმგებლობის გაზიარებით და პაციენტების მოვლის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებით ითანამშრომლებთ. თქვენ შესაძლოა პასუხისმგებელი იყოთ გუნდის წევრებს შორის მოვლის კოორდინირებაზე და, როცა პაციენტის დასახმარებლად სხვადასხვა სფეროს სპეციალისტის კომპეტენციაა საჭირო, შესაბამისი მიმართვების განხორციელებაზე. ეს რომ შეძლოთ, გუნდის სხვა წევრების კომპეტენცია და უნარ-ჩვევები უნდა იცოდეთ და უნდა შეგეძლოთ მათთან ეფექტური კომუნიკაცია.

ცხრილი 1-7 ინტერდისციპლინური გუნდის წევრები	
გუნდის წევრები	მიწოდებული მომსახურების აღწერა
დიეტოლოგი	ზოგადი ნუტრიციული სერვისების მიწოდებელია, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით ან სპეციალიზებული დიეტების შესახებ უწევს კონსულტაციებს.
შინმომვლის ექთანი	ეხმარება პაციენტებს თავის მოვლის საჭიროებების დაკმაყოფილებაში, მაგალითად, ბანაობაში, ჩაცმაში და თავის დაბანაში, ან სხვადასხვა საშინაო საქმეებში (მაგ., საკვების მომზადება ან სახლის ზედაპირული დალაგება)
ოკუპაციური თერაპევტი	შეუძლია დაეხმაროს პაციენტს ნატიფ მორთულ კოორდინაციაში, ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობების შესრულებაში, კოგნიტურ-აღქმითი უნარ-ჩვევების გამომუშავებაში; ჩაატაროს სენსორული ტესტირება და აანყოს დამხმარე ან ადაპტაციური აღჭურვილობა და დაეხმაროს პაციენტს მის გამოყენებაში
სასულიერო მხარდაჭერა	პაციენტებს და მომვლელებს სულიერ მხარდაჭერას გაუწევს
ფარმაცევტი	ამზადებს წამლებს და საინფუზიო პროდუქტებს
ფიზიკური თერაპევტი	პაციენტებთან ერთად მუშაობს ძალის და გამძლეობის გაუმჯობესებისთვის; ავარჯიშებს სიარულში, გადაადგილებაში და ადგენს პაციენტის საგანმანათლებლო პროგრამას

ექიმი (დიპლომირებული მედიკოსი [MD])	დაკავებულია სამედიცინო საქმიანობით და მკურნალობს ავადმყოფობას და დაზიანებას მედიკამენტების დანიშნით, დიაგნოსტიკური კვლევებისა და შეფასებების ჩატარებით, ქირურგიული ოპერაციის განხორციელებით და სხვა სამედიცინო მომსახურების და რჩევების მიწოდებით
სუნთქვის თერაპევტი	სახლში ოქსიგენოთერაპიას ეხმარება, სპეციალიზებულ სუნთქვით მკურნალობას ატარებს და ასწავლის პაციენტს ან მომვლელს სუნთქვის მოწყობილობების სწორ გამოყენებას
სოციალური მუშაკი	ეხმარება პაციენტებს გამკლავების უნარ-ჩვევების გამომუშავებაში; აგვარებს მომვლელების საკითხებს, უზრუნველყოფს ფინანსური რესურსების და განსახლების საკითხების მართვას ან გადაამისამართებს სოციალურ სერვისებთან ან მოხალისეობრივ ორგანოებში
მეტყველების თერაპევტი	ფოკუსირებს მეტყველების დეფექტების და დარღვევების მკურნალობაზე, ძირითადად, მეტყველების კუნთების გამაძლიერებელი ვარჯიშებით, მეტყველების წვრთნებით და მეტყველების ახალი ჩვევების განვითარების ხელშემწყობი აუდიოვიზუალური დამხმარე მასალებით

მოვლის კოორდინირება სამედიცინო გუნდის წევრებს შორის კომუნიკაცია

კომუნიკაცია უწყვეტი მოვლის პროცესში გუნდური მუშაობის და პაციენტის მოვლის გაადვილების საკვანძო კომპონენტია, ეს კი აუცილებელია უსაფრთხოების კულტურის უზრუნველყოფისთვის. დამტკიცებულია, რომ პაციენტის უსაფრთხოების პრობლემების დიდი ნაწილი კომუნიკაციის დარღვევითაა განპირობებული. სამედიცინო გუნდის წევრებს შორის კომუნიკაციის ხელშეწყობისთვის სისტემატური მიდგომაა საჭირო. რეპორტირების და პაციენტის გადაბარებისთვის საჭირო კომუნიკაციის ერთ-ერთი მოდელი **SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation)** (ვითარება-ფონი/ბექგრაუნდი-შეფასება-რეკომენდაცია) ტექნიკაა (ცხრილი 1-8). ეს ტექნიკა სამედიცინო გუნდის წევრებს შორის პაციენტის მდგომარეობის შესახებ კრიტიკული კომუნიკაციის სტრუქტურას ქმნის. კომუნიკაციის გაუმჯობესების გზაა, ასევე, ქირურგიულ პროცედურამდე ან საექთნო განყოფილებაში დაკავებული დღის განმავლობაში „ტაიმ-აუტები“, რომელიც რისკების იდენტიფიცირებასა და მოვლის გეგმის შემუშავებას ემსახურება.

ცხრილი 1-8 SBAR ტექნიკის მეშვეობით კომუნიკაციის გამკვლევი	
მიზანი: SBAR ექთნებს, ექთნებს და ექიმებს და სხვა პერსონალს შორის ინფორმაციის ეფექტური მიმოცვლის მოდელია, რომელიც ზუსტი კომუნიკაციის სტანდარტიზებულ სტრუქტურას გვთავაზობს.	
გამოყენების ნაბიჯები: ექიმთან ან სხვა სამედიცინო მუშაკთან პაციენტის პრობლემის განხილვამდე, ჯერ თვითონ შეამოწმეთ პაციენტი, წაიკითხეთ ექიმის და ექთნის უახლესი ჩანაწერები და გქონდეთ პაციენტის ჩანაწერი.	
S - situation ვითარება	რა ვითარების განხილვა გსურთ? რა ხდება ამჟამად? <ul style="list-style-type: none"> • დაასახელეთ საკუთარი თავი, განყოფილება. თქვით: მე ვრეკავ [პაციენტი, ოთახის ნომერი] დაკავშირებით. • მოკლედ გამოთქვით პრობლემა: რას წარმოადგენს, როდის გამოვლინდა ან დაიწყო და რამდენად მძიმეა. თქვით: მე ახლა შევამოწმე პაციენტი და მაფიქრებს: თქვით, რა გაფიქრებს.

B - Background ფონი/ბექგრაუნდი	<p>რა არის ვითარების ფონი ან მისი გამომწვევი გარემოებები? გამოთქვით ვითარებასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი ფონური ინფორმაცია, რაც შესაძლოა მოიცავდეს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • დიაგნოზსა და მოთავსების თარიღს; • ამჟამად მიღებული მედიკამენტების, ალერგიების, ინტრავენური სითხეების ჩამონათვალს; • მიმდინარე სასიცოცხლო მაჩვენებლებს; • ლაბორატორიული კვლევების ჩატარების თარიღი და დრო და შედეგებისთვის წინა ტესტების შედეგებს; • ამ დრომდე ჩატარებული მკურნალობის მოკლე მიმოხილვა;
A - Assessment შეფასება/შემოწმება	<p>როგორ ფიქრობთ, რა პრობლემასთან გაქვთ საქმე? როგორ აფასებთ ვითარებას? თქვით, რა არის პრობლემა:</p> <ul style="list-style-type: none"> • წინა შემოწმების შემდეგ ცვლილებები აღინიშნება; • პაციენტის მდგომარეობა არასტაბილურია ან უარესდება;
R - Recommendation/ Request რეკომენდაცია/თხოვნა	<p>როგორ უნდა მოვიქცეთ, რომ პრობლემა მოვაგვაროთ? რა იქნებოდა თქვენი რჩევა ან მითითება?</p> <p>გამოთქვით თქვენი მოთხოვნა/თხოვნა.</p> <ul style="list-style-type: none"> • კონკრეტული მკურნალობა; • საჭირო ტესტები; • პაციენტის სანახავად მოსვლა;

წყარო: Kaiser Permanente of Colorado: SBAR technique for communication: a situational briefing model, Institute for Health Care Improvement. Retrieved from www.ihc.org/knowledge/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx.

შემთხვევების მართვა (ქეის-მენეჯმენტი)

შემთხვევების მართვა კოლაბორაციული პროცესია, რომელიც მოიცავს ინდივიდის ან/და მომვლელის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად სამედიცინო სერვისების შეფასებას, დაგეგმვას, განხორციელებას და ადვოკატირებას, კომუნიკაციისა და ხელმისაწვდომი რესურსების გამოყენებით ხარჯთეფექტური შედეგების მიღწევას. მიუხედავად იმისა, რომ შემთხვევის მართვა სხვადასხვაგვარადაა განმარტებული, შემთხვევის მართვის ცნება გულისხმობს პაციენტის მოვლის მართვას მოვლის სხვადასხვა პირობებში და დონეზე. ქეის-მენეჯმენტის მიზნებია: მოვლის უწყვეტ პროცესში ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველყოფა, სხვადასხვა გარემოში მიწოდებული მომსახურების ფრაგმენტაციის შემცირება, პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება და ხარჯების დაზოგვა.

ხშირად ქეის-მენეჯერის ფუნქციას პროფესიონალი ექთანი შეითავსებს. ექთანი აფასებს ინდივიდის ან მომვლელის საჭიროებებს, კოორდინირებას უწევს მათ მომსახურებას, საჭიროებისამებრ, გადაამისამართებს და აფასებს პროგრესს, რათა უზრუნველყოს მოკლე და გრძელვადიანი ამოცანების შესრულება. მაგალითად, კორონარული არტერიების მძიმე დაავადების მქონე პაციენტს ამბულატორიულ კლინიკაში ქეის-მენეჯერად შეიძლება ექთანი დაენიშნოს. როცა პაციენტი შუნტირების ოპერაციისთვის ჰოსპიტალში მოთავსდება, მოვლის კოორდინირებას იგივე ქეის-მენეჯერი ახორციელებს, რათა ყველა სამედიცინო მუშაკს ესმოდეს პაციენტის უნიკალური საჭიროებები. როცა პაციენტი

გაწერება, ქეის-მენჯერი განსაზღვრავს, ესაჭიროება თუ არა მას შინმოვლა ან სხვა მომსახურება.

კლინიკური გზები

ჯანმრთელობის გავრცელებულ პრობლემებთან დაკავშირებული მოვლა კლინიკური (კრიტიკული) გზების გამოყენებით გამოიკვეთება და დოკუმენტირდება. კლინიკური (კრიტიკული) გზები სამედიცინო გუნდისთვის ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემების მართვის სამიზნეების გაამკვლევს წარმოადგენს. კლინიკური გზები მოიცავს ინტერდისციპლინური მოვლის გეგმას და ჰოსპიტალიზაციის თითოეული დღისთვის სპეციფიკურ მიზნებსა და ინტერვენციებს. კლინიკური გზებისთვის ძირითადად შეირჩევა ისეთი ტიპის შემთხვევები, რომელიც ხშირად გვხვდება და პროგნოზირებადია, მაგალითად, მიოკარდიუმის ინფარქტი და ქირურგიული პროცედურები, მაგალითად, სახრის ჩანაცვლება, ქოლესტეროლი და აპენდექტომიები.

კლინიკური გზა აღწერს კონკრეტულ მომენტში საჭირო მოვლას. ინტერდისციპლინური მიდგომის მეშვეობით დარჩენის განსაზღვრულ დროში პაციენტი სასურველი შედეგებისკენ მიდის. კლინიკური გზების ზუსტი შინაარსი და ფორმატი დაწესებულებაზე დამოკიდებულია. თუ დაწესებულება კლინიკურ გზებს იყენებს, ისინი ძირითადად მტკიცებულებაზე დაფუძნებული და კონკრეტულად ამ დაწესებულების მიერაა შემუშავებული. კლინიკურ გზაში განსაზღვრულია შედეგების მისაღწევად საჭირო ინტერვენციები, რომელიც ექთნებმა ან ექიმებმა უნდა გაატარონ. ინტერდისციპლინური მიდგომა ვლინდება სამედიცინო სფეროს სხვა მუშაკებთან გადამისამართებასა და მათი კონსულტაციის მოთხოვნებშიც. თუ კლინიკური გზა მოიცავს სპეციფიკურ საექთნო მოვლის გეგმას, მისი დოკუმენტირება საექთნო დიაგნოზებისა და პაციენტის შედეგების შეფასების გამოყენებით ხდება. ბევრი გზა კომპიუტერიზებულია და პაციენტის ჩანაწერის მუდმივი ნაწილი ხდება.

დელეგირება და დავალება

როგორც ექთანი თქვენ საექთნო საქმის დელეგირებას განახორციელებთ და მეთვალყურეობას გაუწევთ მათ, ვინც კონკრეტული ქმედების შესრულებისთვის საკმარის კვალიფიკაციას ფლობს. დელეგირება ნიშნავს კონკრეტულ ვითარებაში კონკრეტული საექთნო დავალების შესრულების უფლებამოსილების ან პასუხისმგებლობის გადაცემას კომპეტენტური ინდივიდისთვის. ექთნის მიერ საექთნო აქტივობების არაპროფესიონალი ან/და არალიცენზირებული პერსონალისთვის დელეგირება და დავალება არის პროცესი, რომელიც, სწორად წარმართვის შემთხვევაში, უსაფრთხო და ეფექტური საექთნო საქმიანობის განხორციელების საშუალებას იძლევა. დელეგირება საშუალებას გაძლევთ, მეტი დრო დაუთმოთ პაციენტის მოვლის უფრო კომპლექსურ საჭიროებებს.

დელეგირება ძირითადად გულისხმობს ისეთ ამოცანებსა და პროცედურებს, რომელთა შესრულებაც დამწყებ ექთნებს შეუძლიათ. ისეთი საექთნო ინტერვენციები, რომელიც დამოუკიდებელ საექთნო განათლებას, უნარ-ჩვევებს ან განსჯას, მაგალითად, პაციენტების შეფასებას, სწავლებასა და მოვლის პროცესის შეფასებას მოითხოვს, თქვენ პასუხისმგებლობას წარმოადგენს და მათი დელეგირება შეუძლებელია. არალიცენზირებული დამხმარე პერსონალი შედგება არალიცენზირებული ინდივიდებისგან, რომლებიც ექთანს ეხმარებიან. არალიცენზირებული პერსონალი შეიძლება მოიცავდეს ექთნის

დამხმარეებს, სანიტრებს, დამსწრეებს ან ტექნიკოსებს. არალიცენზირებული დამხმარე პერსონალის განათლების, მომზადებისა და საქმიანობის ზედამხედველობა პროფესიონალი ექთნების პასუხისმგებლობაა. თქვენ უნდა გამოიყენოთ თქვენი პროფესიონალი კომპეტენცია და პაციენტის საჭიროებებზე, არალიცენზირებული პერსონალის განათლებასა და მომზადებაზე და ზედამხედველობის საჭირო მასშტაბზე დაყრდნობით, უნდა განსაზღვროთ, რომელი ამოცანების დელეგირება შეგიძლიათ. ამასთან, ზოგიერთი საექთნო საბჭო განსაზღვრავს კონკრეტულ აქტივობებს, რომელთა დელეგირებაც არალიცენზირებული საექთნო პერსონალისთვისაა შესაძლებელი. ასეთებია, მაგალითად, სტაბილურ პაციენტებში სასიცოცხლო მაჩვენებლების განსაზღვრა, პაციენტის გამოკვება და ჭამაში დახმარება, სტაბილური პაციენტების ამბულაცია და პაციენტებისთვის ბანაობაში და ჰიგიენის დაცვაში ხელშეწყობა.

დელეგირება შესაძლოა მოიცავდეს ექთნებს, რომელთა პრაქტიკის სფეროსაც და სტანდარტებს სახელმწიფო საექთნო პრაქტიკის აქტი უნდა განსაზღვრავდეს და სახელმწიფო ორგანოები არეგულირებდეს. თუმცა, თქვენ შეგიძლიათ მათთვის კონკრეტული ამოცანების დელეგირებაც. თქვენ უნდა იცოდეთ პრაქტიკული საექთნო პრაქტიკის სამართლებრივი ჩარჩო და შესაბამისად დაავალოთ მათ საექთნო ფუნქციების შესრულება.

დავალება დელეგირებისგან იმით განსხვავდება, რომ დავალება ნიშნავს კონკრეტულ სამუშაო პერიოდში სამუშაოს განაწილებას გუნდის თითოეულ წევრზე, რომელიც ამ კონკრეტულ დავალებაზე იქნება პასუხისმგებელი. ამრიგად, ტერმინი დავალება გამოიყენება მაშინ, როცა თქვენ მიუთითებთ ადამიანს, გააკეთოს ის, რისი გაკეთების უფლებამოსილებაც გააჩნია. დავალება ხდება მაშინ, როცა ექთანი სხვა ექთნებს ან არალიცენზირებულ პერსონალს მიუთითებს, განახორციელოს ქმედებები, რომლებიც მისი პრაქტიკის სფეროში ხვდება. იმის მიუხედავად, დელეგირებას ახორციელებთ თუ მუშაობთ გუნდთან ერთად, რომელსაც კონკრეტულ დავალებებს აძლევთ, სამუშაო პერიოდში პაციენტის მოვლაზე თქვენ ხართ პასუხისმგებელი. თქვენ პასუხისმგებელი ხართ არალიცენზირებული დამხმარე პერსონალის და ექთნის ზედამხედველობაზე და ანგარიშვალდებული ხართ, რომ დელეგირებული დავალებები კომპეტენტურად შესრულდება. ზედამხედველობა მოიცავს ექთნის ხელმძღვანელობას, მეთვალყურეობას და შეფასებას.

დელეგირება უნარ-ჩვევაა, რომელიც პაციენტის მოვლის ეფექტური მართვისთვის უნდა შეისწავლოთ. თქვენ კრიტიკულად უნდა იაზროვნოთ და პროფესიონალურად იმსჯელოთ, რათა დარწმუნდეთ, რომ საექთნო დელეგირების 5 სწორი საფეხურის პრინციპები დაცულია (ცხრილი 1-9).

ცხრილი 1-9 საექთნო დელეგირების 5 სწორი საფეხური
1. სწორი ამოცანა;
2. სწორ ვითარებაში;
3. სწორი ადამიანისთვის;
4. სწორი მითითებებით და კომუნიკაციით;
5. სწორი ზედამხედველობის ქვეშ და შეფასებით;

წყარო: Joint Statement on Delegation: American Nurses Association (ANA) and the National Council of State Boards of Nursing (NCSBN), 2007. Retrieved from https://www.ncsbn.org/joint_statement.pdf.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Nurses Association: Nursing: a social policy statement, ed 3, Washington, DC, 2010, The Association. (Classic)
- Nightingale F: Notes on nursing: what it is and what it is not (facsimile edition), Philadelphia, 1946, Lippincott. (Classic)
- Henderson V: The nature of nursing, New York, 1966, Macmillan. (Classic)
- Roy S, Andrews H: The Roy adaptation model, ed 2, Stamford, Conn, 1999, Appleton & Lange. (Classic)
- American Association of Colleges of Nursing: Essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Retrieved from www.aacn.nche.edu.
- Sportsman S: Competency education and validation in the United States: what should nurses know? Nurs Forum 45:140, 2010.
- American Nurses Credentialing Center: Certification. Retrieved from www.nursecredentialing.org/certification.aspx.
- American Association of Colleges of Nursing: The essentials of doctoral education for advanced nursing practice. Retrieved from www.aacn.nche.edu/DNP/index.htm.
- Cromwell J, Trisolini MG, Pope GC, et al: Pay for performance in health care: methods and approaches, Research Triangle Park, NC, 2011, RTI Press Publications.
- US Department of Health and Human Services: Healthy People 2020. Retrieved from www.healthypeople.gov.
- Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing at the Institute of Medicine: The future of nursing: leading change, advancing health, Washington, DC, 2011, National Academies Press.
- Jost SG, Bonnell M, Chacko SJ, et al: Integrated primary nursing: a care delivery model for the 21st-century knowledge worker, NAQ 34:208, 2010.
- Alfaro-LeFevre R: Critical thinking and clinical judgment, ed 5, St Louis, 2012, Saunders.
- Benner P, Sutphen M, Leonard D, et al: Educating nurses: a call for radical transformation, San Francisco, 2009, Jossey-Bass.
- Jones D, Lunney M, Keenan G, et al: Standardized nursing languages: essential for the nursing workforce, Annu Rev Nurs Res 28:253, 2010.
- NANDA International: Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014, Kaukauna, Wisc, 2011, The Association.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM: Nursing interventions classification (NIC), ed 5, St Louis, 2008, Mosby.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, et al: Nursing outcomes classification (NOC), ed 4, St Louis, 2008, Mosby.
- Carpenito-Moyet L: Nursing diagnosis: application to clinical practice, ed 13, Philadelphia, 2009, Lippincott Williams & Wilkins.
- Kostovich CT, Poradzisz M, Wood K, et al: Learning style preference and student aptitude for concept maps, J Nurs Educ 46:225, 2007.

- McGonigle D, Mastrian K: Nursing informatics and the foundation of knowledge, ed 2, Burlington, Mass, 2012, Jones & Bartlett Learning.
- QSEN: Informatics. Retrieved from www.qsen.org/ksas_prelicensure.php#informatics.
- Zerwekh J, Garneau A: Nursing today: transitions and trends, ed 7, St Louis, 2011, Saunders.
- Thomes J: Avoiding the trap in the HITECH Act's incentive timeframe for implementing the EHR, J Health Care Finance 37:91, 2010.
- Staggers N, Weir C, Phanaslkar S: Patient safety and health information technology: role of the electronic health record. In Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses, Rockville, Md, 2008, Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk.
- World Vista: About Vista. Retrieved from <http://worldvista.org>.
- American Nurses Association: Scope and standards for nursing informatics practice, Washington, DC, 2008, The Association.
- International Health Terminology Standards Development Organization: Introducing SNOMED CT, Copenhagen, 2010, The Organization.
- Thede L: Informatics: the electronic health record: will nursing be on board when the ship leaves? OJIN 13:3, 2008. Retrieved from
- www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Informatics/ElectronicHealthRecord.aspx.
- Schlachta-Fairchild L, Elfrink V, Deickman A: Patient safety, telenursing, and telehealth. In Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses, Rockville, Md, 2008, Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk.
- Melnyk B, Fineout-Overholt E: Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice, ed 2, Philadelphia, 2010, Lippincott Williams & Wilkins.
- Malloch K, Porter-O'Grady T: Introduction to evidence-based practice in nursing and health care, Sudbury, Mass, 2010, Jones & Bartlett.
- Stillwell S, Fineout-Overholt E, Melnyk B, et al: Asking the clinical question: a key step in evidence-based practice, Am J Nurs 110:58, 2010.
- Institute of Medicine: To err is human: building a safer health system, Washington, DC, 2000, National Academy Press. (Classic)
- The Joint Commission: National patient safety goals. Retrieved from
- www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx.
- Kaiser Permanente of Colorado: SBAR technique for communication: a situational briefing model. Retrieved from www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SBARTechnique-forCommunicationASituationalBriefingModel.aspx.
- Case Management Society of America: Definition of case management. Retrieved from www.cmsa.org.
- American Nurses Association: Joint statement on delegation: American Nurses Asso-

ciation (ANA) and the National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). Retrieved from www.ncsbn.org/Joint_statement.pdf.

- American Nurses Association www.nursingworld.org
- American Nursing Informatics Association www.ania.org
- Canadian Nurses Association www.cna-nurses.ca
- Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness www.nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-andclinical-effectiveness
- Healthy People www.healthypeople.gov
- NANDA International www.nanda.org
- National Association of Hispanic Nurses www.thehispanicnurses.org
- National Black Nurses Association, Inc. www.nbna.org
- National Student Nurses' Association www.nsna.org
- QSEN (Quality and Safety Education for Nurses) www.qsen.org

თავი 2

სამედიცინო ისტორია (ანამნეზი) და ფიზიკალური გასინჯვა

ამ თავში თქვენ შეისწავლით

1. ანამნეზის შეკრებისა და ფიზიკალური გასინჯვის მიზნის, კომპონენტებისა და სათანადო ტექნიკების აღწერას;
2. საექთნო ანამნეზის შეკრებაა ფუნქციური ჯანმრთელობის მახასიათებლების ფორმატის გამოყენებით;
3. პაციენტის ფიზიკალური გასინჯვისას ინსპექციის, პალპაციის, პერკუსიისა და აუსკულტაციის სათანადო ტექნიკების შერჩევას;
4. სიღრმისეული, ფოკუსირებული და გადაუდებელი შემონმებების დიფერენცირებას ჩვენებების, მიზნებისა და კომპონენტების მიხედვით;

საექთნო პროცესის შემონმების ფაზაში თქვენ შეკრებთ პაციენტის ანამნეზს და ჩატარებთ ფიზიკალურ გასინჯვას. თქვენ მიერ შემონმებისას გამოვლენილი მიგნებები: (1) აისახება მონაცემთა ბაზაში, რომელშიც მითითებულია პაციენტის ჯანმრთელობის ამჟამინდელი და წარსული მდგომარეობა და (2) ქმნის საბაზისო სურათს, რომელსაც შემდგომი ცვლილებები შედარდება. საექთნო შეფასება გაძლევთ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის კლინიკური განსჯისა და დიაგნოსტიკის საშუალებას. შეფასება საექთნო პროცესის პირველ ნაბიჯად მიიჩნევა, თუმცა ის უწყვეტად გრძელდება საექთნო პროცესის განმავლობაში საექთნო დიაგნოზების ვალიდაციის, საექთნო ინტერვენციების შეფასებისა და იმის დასადგენად, შესრულებულია თუ არა პაციენტის გამოსავლები/შედეგები და ამოცანები.

შეფასების ენა კომპლექსურია – ბევრი ტერმინი ერთმანეთს გადაფარავს და დამაბნეველია. ამ ტექსტში შეფასება მიემართება მონაცემთა შეგროვების პრაქტიკულ პროცესს, ხოლო მონაცემთა ბაზა შესაგროვებელი ინფორმაციის (მონაცემების) კონკრეტულ ჩამონათვალს წარმოადგენს. მაგალითად, ჰოსპიტალში მოთავსებული პაციენტის მონაცემთა სიღრმისეული ბაზა დგება ფიზიკალური გასინჯვის, ანამნეზის და ფსიქოსოციალური შემონმების შედეგად.

მონაცემთა შეგროვება

ყველაზე ფართო გაგებით, მონაცემთა ბაზა პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ სრული ინფორმაციაა. ეს მოიცავს საექთნო და სამედიცინო ანამნეზსა და ფიზიკალურ გასინჯვას, ლაბორატორიული და დიაგნოსტიკური კვლევების შედეგებს და ჯანდაცვის სხვა მუშაკების მოწოდებულ ინფორმაციას. პაციენტის ანამნეზის გამოკითხვა და ფიზიკალური გასინჯვა ექთნის მიერაც ხდება და ექიმისაც, მაგრამ ისინი სხვადასხვა ფორმატს იყენებენ და მონაცემთა ანალიზს თავიანთი დისციპლინის ფოკუსის მიხედვით ახორციელებენ.

სამედიცინო ფოკუსი

სამედიცინო ანამნეზი ემსახურება იმ მონაცემთა შეკრებას, რომელსაც ექიმი დაავადების რისკის განსაზღვრისა და სამედიცინო მდგომარეობების დიაგნოსტიკისთვის გამოიყენებს. სამედიცინო ანამნეზს ძირითადად სამედიცინო გუნდის წევრი (მაგ., ექიმი, ექთანი, რეზიდენტი, ექიმის ასისტენტი, სამედიცინო სტუდენტი) შეკრებს. მედპერსონალის მიერ ფიზიკური გასინჯვა და ლაბორატორიული და დიაგნოსტიკური ტესტები სამედიცინო დიაგნოზის დასმასა და მკურნალობის მეთოდების შერჩევას უწყობს ყელს. მედპერსონალის მიერ შეკრებილ ინფორმაციას ექთნები და გუნდის სხვა წევრებიც (მაგ., ფარმაცევტი, ფიზიკური თერაპევტი, დიეტოლოგი, სოციალური მუშაკი) იყენებენ. მაგალითად, ექთნის მიერ ნევროლოგიური გასინჯვისას გამოვლენილმა დარღვევებმა შესაძლოა ხელი შეუწყოს ინსულტის დიაგნოსტიკას. თქვენ ნევროლოგიური გასინჯვის იგივე შედეგები შესაძლოა დაცემის რისკის საექთნო დიაგნოზის დასადგენად გამოიყენოთ. ეს ინფორმაცია, შესაძლოა, გამოიყენოს ფიზიკურმა თერაპევტმაც, რომელიც ვარჯიშისა და სიარულის დამხმარე საშუალებების გამოყენებით თერაპიას დაგეგმავს.

საექთნო ფოკუსი

საექთნო მოვლის ფოკუსი/ამოსავალი წერტილი ჯანმრთელობის არსებული ან პოტენციური პრობლემების ან ცხოვრებისეული პროცესების მიმართ ადამიანების რეაქციების დიაგნოსტიკა და მკურნალობაა. საექთნო ანამნეზის შეკრებითა და ფიზიკალური გასინჯვით მოპოვებული ინფორმაცია პაციენტის ძლიერი მხარეებისა და ჯანმრთელობის პრობლემის მიმართ მისი რეაქციების დასადგენად გამოიყენება. მაგალითად, შაქრიანი დიაბეტის სამედიცინო დიაგნოზის მქონე პაციენტის რეაქციები/პასუხები, შესაძლოა, მოიცავდეს შფოთვას ან მდგომარეობის თვითმართვის შესახებ ცოდნის ნაკლებობას. ამ პაციენტს შესაძლოა ფიზიკური რეაქციაც, სითხის მოცულობის დეფიციტის აღენიშნებოდეს, რაც ჰიპერგლიკემიის შედეგად სითხის პათოლოგიური კარგვითაა გამპირობებული. დიაბეტის მდგომარეობის საპასუხო ან ადამიანური რეაქციების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ექთნების პრეროგატივაა. საექთნო ანამნეზის შეკრების და ფიზიკალური გასინჯვის დროს თქვენ მოიპოვებთ და ჩაინერეთ საექთნო დიაგნოზების დადგენისთვის აუცილებელ მონაცემებს.

მონაცემთა ტიპები/სახეები

მონაცემთა ბაზაში შედის როგორც სუბიექტური, ისე ობიექტური მონაცემები. სუბიექტური მონაცემები, ანუ *სიმპტომები*, საექთნო ანამნეზის შეკრების ფარგლებში პაციენტის ან/და მისი მომვლელის გამოკითხვისას შეგროვდება. ამ ტიპის მონაცემები მოიცავს ისეთ ინფორმაციას, რომლის აღწერა და დადასტურება მხოლოდ პაციენტს ან მომვლელს შეუძლია. ეს ის ინფორმაციაა, რომელსაც ადამიანი სპონტანურად ან პირდაპირი შეკითხვების საპასუხოდ განვლით.

ობიექტური მონაცემები, ანუ *ნიშნები*, ისეთი მონაცემებია, რომელიც დაკვირვებით შესამჩნევი ან/და გაზომვადია. ამ ტიპის მონაცემებს ფიზიკალური გასინჯვისას, ინსპექციის, პალპაციის, პერკუსიისა და აუსკულტაციის გზით მოიპოვებთ. ობიექტური მონაცემები მიიღება დიაგნოსტიკური კვლევებითაც. ძირითადად, სუბიექტური მონაცემები გამოკითხვის (ინტერვიუს), ხოლო ობიექტური მონაცემები – ფიზიკალური გასინჯვის გზით მოიპოვება. თუმცა, ხშირად პაციენტები ფიზიკალური გასინჯვის დროსაც განვდიან სუბიექტურ მონაცემებს. გარდა ამისა, თქვენ გამოკითხვის დროსაც შეამჩნევთ ზოგიერთ

ობიექტურ ნიშანს. კონკრეტულ პრობლემასთან დაკავშირებული ყველანაირი მიგნება, იქნება ეს სუბიექტური თუ ობიექტური, ამ პრობლემის კლინიკური გამოვლინებებია (იხ. სურათი 2.1)

სურათი 2.1⁵



გამოკითხვისას (ინტერვიუს დროს) გასათვალისწინებელი საკითხები

პაციენტის გამოკითხვის მიზანი პაციენტის ჯანმრთელობის წარსული და ამჟამინდელი მდგომარეობის ისტორიის/ანამნეზის (ანუ, სუბიექტური მონაცემების) შეგროვებაა. გამოკითხვის პროცესში გადამწყვეტი ფაქტორი ეფექტური კომუნიკაციაა. თერაპიული ურთიერთობის დამყარებისთვის აუცილებელია ნდობისა და პატივისცემის კლიმატის შექმნა. თქვენ ღია, გულისხმიერი და არა განმსჯელი მიდგომით უნდა აგრძნობინოთ პაციენტს მიმღებლობა. თქვენი პაციენტთან კომუნიკაცია მხოლოდ საუბრით არ შემოიფარგლება – ჩაცმულობა, ჟესტიკულაცია და სხეულის ენაც კომუნიკაციის ფორმებია. კომუნიკაციის საშუალებებს ადამიანი საკუთარ კულტურაში სწავლობს. ეს მოქმედებს არა მხოლოდ სიტყვებზე, ჟესტებსა და პოზებზე, არამედ სხვებთან გაზიარებული ინფორმაციის ბუნებაზეც. გარდა ეფექტური კომუნიკაციის პრინციპების გათვითცნობიერებისა, თქვენ პაციენტებთან ურთიერთობის თქვენებური სტილიც უნდა განავითაროთ. მიუხედავად იმისა, რომ არც ერთი კონკრეტული სტილი არ ერგება ყველა ადამიანს, შეკითხვების სწორმა ფორმულირებამ შესაძლოა საჭირო ინფორმაციის მოპოვების ალბათობა გაზარდოს. შეკითხვების ადვილად, თავისუფლად დასმის უნარი, განსაკუთრებით, თუ

⁵ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

ეს მგრძობიარე საკითხებს, მაგალითად, სქესობრივ ფუნქციონირებას ეხება, გამოცდილებასთან ერთად გამოუმუშავდება.

ის, თუ რამდენი დრო გჭირდებათ საექთნო ანამნეზის შეკრებისთვის, გამოყენებულ ფორმატსა და თქვენს გამოცდილებაზეა დამოკიდებული. გარემოსა და პაციენტის მიხედვით, საექთნო ისტორია ერთი ან რამდენიმე სესიის განმავლობაში ივსება. მაგალითად, თუ პაციენტი ხანდაზმულია და საკმარისი ენერჯია არ აქვს, საჭირო ინფორმაციის მიღებისთვის, შესაძლოა, რამდენიმე ხანმოკლე სესიის დაგეგმვა მოგიხდეთ. თქვენ ასევე უნდა განსაზღვროთ პაციენტთან პირველი კონტაქტისას შესაკრები ინფორმაციის რაოდენობა. ქრონიკული დაავადების, ტკივილის მქონე და გადაუდებელ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტებს მხოლოდ ის კითხვები უნდა დაუსვათ, რომელიც კონკრეტულ პრობლემას ეხება. გამოკითხვის დასრულება სხვა, უფრო შესაფერის დროს შეგიძლიათ.

განსაჯეთ, რამდენად სარწმუნოა პაციენტი, როგორც ინფორმაციის მომწოდებელი. ხანდაზმული პაციენტის მენტალურ სტატუსზე, რეაქციის დროის გახანგრძლივების ან მხედველობითი და სმენითი შეზღუდვების გამო, შესაძლოა, არასწორი წარმოდგენა შეგექმნათ. სამედიცინო პრობლემების კომპლექსურობიდან და ხანგრძლივობიდან გამომდინარე, შესაძლოა, ხანდაზმული ან ქრონიკულად ავადმყოფი ახალგაზრდა პაციენტი ვერ იყოს სარწმუნო წყარო.

მნიშვნელოვანია, განსაზღვროთ პაციენტისთვის პრიორიტეტული საკითხები და მოლოდინები, რადგან თქვენი პრიორიტეტები, შესაძლოა, მისი პრიორიტეტებისგან განსხვავდებოდეს. მაგალითად, თქვენთვის, შესაძლოა, სამედიცინო ისტორიის შევსება წარმოადგენდეს პრიორიტეტს, ამ დროს პაციენტი კი მხოლოდ სიმპტომების შემსუბუქებით იყოს დაინტერესებული. მანამ, სანამ პაციენტის პრიორიტეტული საჭიროება არ დაკმაყოფილდება, თქვენი მცდელობა სრული და სწორი მონაცემები შეკრიბოთ, სავარაუდოდ, წარუმატებელი იქნება.

სიმპტომების გამოკვლევა

შემონების ნებისმიერ მომენტში პაციენტმა შეიძლება აღნიშნოს სიმპტომი, მაგალითად, ტკივილი, დაღლილობა ან სისუსტე. სიმპტომები, რომელსაც პაციენტი უჩივის, ყოველთვის შესამჩნევი, დაკვირვებადი არ არის, ამიტომ სიმპტომი დეტალურად უნდა გამოიკითხოთ. 2-1 ცხრილში ნაჩვენებია მნემონიკი (PQRST), რომელიც დაგეხმარებათ, დაიმახსოვროთ ამა თუ იმ სიმპტომის მახასიათებლები. მიღებული ინფორმაცია, შესაძლოა, სიმპტომის გამომწვევი მიზეზის დადგენაში დაგეხმაროთ. ტკივილი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სიმპტომია, რომლის შემონიშნებაც მოგიხდებათ. მაგალითად, თუ პაციენტი ამბობს, რომ „ფეხი ტკივა“, თქვენ ამას PQRST-ის გამოყენებით შეაფასებთ და ჩაინეროთ.

ცხრილი 2-1 პაციენტის გადმოცემული სიმპტომის გამოკვლევა			
	ფაქტორი	შეკითხვები პაციენტისა და მომვლელისთვის	ჩანაწერი
P	(Precipitating & Palliative) მაპროვოცირებელი და შემამსუბუქებელი	რა მოვლენები უსწრებდა წინ სიმპტომს? რა ამსუბუქებს ტკივილს? რა აუარესებს? რა გააკეთეთ ამ სიმპტომის შესამსუბუქებლად? გიშველათ?	ფიზიკური და ემოციური აქტივობების ზემოქმედება. ტკივილის შემსუბუქების (ან მკურნალობის) მცდელობები.

Q	(Quality) ხასიათი, ხარისხი	მითხარით, როგორია სიმპტომი (მაგ., ყრუ, მბურღავი, ბენოლითი, მწველი, მჭრელი)	პაციენტის სიტყვებით (მაგ., „ჩხვლეთის ან დაჭრის შეგრძნება“).
R	(Radiation) გადაცემა, ირადიაცია	სად გრძნობთ სიმპტომს? სხვა ადგილებში გადადის?	სხეულის ნაწილი. ლოკალური ან გადაცემითი, ზედაპირული ან ღრმა.
S	(Severity) სიმძიმე, სიძლიერე	0-10 შკალაზე, რომელზეც 0 = „ტკივილი არ არის“ და 10 = „ყველაზე აუტანელი ტკივილი, რომლის წარმოდგენაც შეგიძლიათ“, რა ქულით შეაფასებდით თქვენს სიმპტომს?	ტკივილის ქულა (მაგ., 5/0-10 შკალაზე).
T	(Timing) დრო	როდის დაიწყო სიმპტომი? დღის, კვირის, თვის ან წლის კონკრეტული დრო. დროთა განმავლობაში სიმპტომი შეიცვალა? სად ხართ და რას აკეთებთ ხოლმე, როცა სიმპტომი აღმოცენდება?	დასაწყისის დრო, ხანგრძლივობა, პერიოდულობა და სიხშირე. სიმპტომების მიმდინარეობა. სად არის პაციენტი და რას აკეთებს, როცა სიმპტომი აღმოცენდება.

ცხრილში დასმულ კითხვებზე პაციენტი აღნიშნავს ტკივილს უკანა წვივის შუა ნაწილში. ძირითადად თავს იჩენს სამსახურში, ლანჩის შემდეგ კიბეზე ასვლისას (P). ტკივილს ამსუბუქებს გაჩერება და 2-3 წუთით დასვენება. პაციენტი ამბობს: „დამატებითი კალიუმისთვის ყოველდღე ბანანს ვჭამ, მაგრამ არ მშველის“ (P). ტკივილს აღწერს, როგორც „მჭრელს“; არ ირადირებს (Q, R). ტკივილი იმდენად ძლიერია (0-10 შკალაზე 9 ქულით აფასებს), რომ პაციენტი აქტივობას ვეღარ აგრძელებს (S). ტკივილი უეცრად იწყება და დღეში ერთხელ ან ორჯერ ვლინდება. ბოლოს ტკივილი გუშინ, გაზონის კრეჭისას აღინიშნა (T).

მონაცემთა ორგანიზება

შემონმების მონაცემები სისტემატიზებულიად უნდა შეგროვდეს და დაორგანიზდეს, რათა თქვენ შეძლოთ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პრობლემების გაანალიზება და განსჯა. შემონმების ზოგიერთი ფორმა ორგანოთა სისტემების მიხედვითაა ორგანიზებული. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი დახმარებას გინევთ, ამ ტიპის ფორმები შესაძლოა არასრულყოფილი იყოს, რადგან ისინი არ მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორცაა, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისკენ მიმართული ქცევები, ძილი, გამკლავების უნარ-ჩვევები და ღირებულებები.

ამ სახელმძღვანელოში საექთნო ანამნეზის შეკრების გამკვლევად გამოყენებულია ჯანმრთელობის ფუნქციური მახასიათებლები, რომელიც გორდონმან შეიმუშავა. ეს ფორმატი მოიცავს მნიშვნელოვანი სამედიცინო ინფორმაციის საწყის შეგროვებას, რომელსაც ჯანმრთელობის მდგომარეობის ან ფუნქციის **11 არეალის** შემონმება მოსდევს (იხ. ცხრილი 2-2). ამ ფორმატში ორგანიზებული მონაცემები საშუალებას აძლევს ექთანს, ამოიცნოს როგორც დადებითი ფუნქციები, ისე სამედიცინო პრობლემები.

⁶ მარჯერი გორდონი (1931-2015) ექთან-თეორეტიკოსი და პროფესორი, რომელმაც შექმნა ჯანმრთელობის ფუნქციური მახასიათებლები. 1973 წელს იგი გახდა ჩრდილო-ამერიკის ექთნების დიაგნოსტიკური ასოციაციის პრეზიდენტი. მან შეიმუშავა საექთნო ტერმინოლოგიის სტანდარტული ფორმა. მისი მოღვაწეობის სფეროები იყო: კვლევა, განათლება, კომპეტენციების შეფასება.

კომპეტენტური მოვლა

შეფასება

ანამნეზის შეკრება და ფიზიკალური გასინჯვა ინტიმური პროცესია როგორც თქვენთვის, ისე პაციენტისთვის. როგორც ზემოთ ითქვა, ადამიანის კულტურული ფონი ზემოქმედებს კომუნიკაციის ფორმებზე და იმაზე, თუ რა ინფორმაციას გაუზიარებს ადამიანი სხვებს. გამოკითხვის და ფიზიკალური გასინჯვის დროს, მგრძობიარე იყავით თვალების კონტაქტის, სივრცის, მოკრძალებულობის/მორცხვობის და შეხების საკითხების მიმართ. ფიზიკალური გასინჯვის დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქალის და მამაკაცის ურთიერთობასთან და გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული კულტურული სპეციფიკის გათვალისწინება და დაცვა. იმისთვის, რათა თავიდან აიცილოთ კულტურული პრაქტიკის დარღვევა, ჰკითხეთ პაციენტს მისი კულტურული ღირებულებების შესახებ და სურს თუ არა, გამოკითხვის ან ფიზიკალური გასინჯვის დროს სხვა ადამიანიც ახლდეს თან.

საექთნო ანამნეზი: სუბიექტური მონაცემები

ჯანმრთელობის, ცხოვრებისა და დაავადების ანამნეზი

ჯანმრთელობის, ცხოვრებისა და დაავადების ანამნეზი მოიცავს წარსული და ამჟამინდელი სამედიცინო მდგომარეობებისა და მკურნალობის მიმოხილვას. ანამნეზის ამ ნაწილში შედის წარსული სამედიცინო ისტორია, წამლები, ალერგია და ქირურგიული ჩარევა ან სხვა ჩატარებული მკურნალობები.

მიმდინარე დაავადების ანამნეზი

მიმდინარე დაავადების ანამნეზი იძლევა ინფორმაციას პაციენტის ჯანმრთელობის წარსული მდგომარეობის შესახებ. ჰკითხეთ პაციენტს, ბავშვობისა და ზრდასრულობის პერიოდის მნიშვნელოვანი ავადმყოფობების, დაზიანებების, ჰოსპიტალიზაციებისა და ქირურგიული ჩარევების შესახებ. წარსული ავადმყოფობის ან პრობლემების შესახებ ზოგადი კითხვის დასმაზე ეფექტური კონკრეტული კითხვების დასმაა. მაგალითად, შეკითხვა „დიაბეტი გაქვთ?“ უფრო მეტ ინფორმაციას მოგცემთ, ვიდრე „რამე ქრონიკული დაავადება გაქვთ?“

წამლები

გამოკითხეთ პაციენტს იმ წამლებთან დაკავშირებული კონკრეტული დეტალები, რომელსაც წარსულში იღებდა და ახლა იღებს. ეს ჩამონათვალი მოიცავს დანიშნულ წამლებს, ურეცეპტოდ გაცემულ მედიკამენტებს, ვიტამინებს, მცენარეულ პროდუქტებსა და საკვებ დანამატებს. ხშირად პაციენტები მცენარეულ პროდუქტებსა და საკვებ დანამატებს წამლებად არ მიიჩნევენ. მნიშვნელოვანია, კონკრეტულად ჰკითხოთ, იყენებს თუ არა ამ პროდუქტებს, რადგან ისინი შესაძლოა უარყოფითად ურთიერთქმედებდეს დანიშნულ ან დასანიშნ წამლებთან (კომპლემენტარული & ალტერნატიული თერაპიების ჩანართი).

გამოკითხეთ ხანდაზმული და ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტები წამლების მიღების რუტინის შესახებ. ამ პაციენტებთან სერიოზულ პოტენციურ პრობლემებს ქმნის პოლიფარმაცია; შეწოვის, მეტაბოლიზმის, წამლის მიმართ რეაქციებისა და ელიმინაციის ცვლილებები და ქირურგიული ჩარევა და თანაარსებული დაავადება.

კომპლემენტარული და ალტერნატიული თერაპიები

მცენარეული პროდუქტების და საკვები დანამატების გამოყენების შემონშება

რატომაა მნიშვნელოვანი ამის შემონშება?

- მცენარეულ პროდუქტებს და საკვებ დანამატებს, შესაძლოა, ჰქონდეს გვერდითი ეფექტები და, გარდა ამისა, ისინი შესაძლოა დანიშნულ ან ურეცეპტოდ გაცემულ წამლებთან უარყოფითად ურთიერთქმედებდეს;
- წამალსა და მცენარეულ პროდუქტს შორის ურთიერთქმედების რისკი ყველაზე მაღალია პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ანტიკოაგულანტს, ანტიჰიპერტენზიულ საშუალებას, ანტიდეპრესანტებს, ანტიფსიქოზურ წამლებს ან იმუნომარეგულირებელ თერაპიას და რომელთაც ანესთეზია უკეთდებათ;
- ბევრი პაციენტი მდებარესონალს არ ეუბნება, რომ მცენარეულ პროდუქტებსა და საკვებ დანამატებს იღებს. მათ შესაძლოა ეშინოდეთ, რომ სამედიცინო პირები მათ გამოყენებას უარყოფითად შეაფასებენ;
- ბევრი მცენარეული პრეპარატი სხვადასხვა ინგრედიენტს შეიცავს. სთხოვეთ პაციენტს ან მომვლელს, მოიტანოს ეტიკეტიანი კონტეინერები, რათა დაადგინოთ პროდუქტების შემადგენლობა;

ექთნის როლი

- კონკრეტული კითხვის დასმის შემთხვევაში, პაციენტები ამ ინფორმაციას ძირითადად გიზიარებენ;
- მცენარეული პროდუქტების ან საკვები დანამატების გამოყენების ან მათ მიმართ ინტერესის შემონშებისას, შეინარჩუნეთ მიმღები და არაგანმსჯელი დამოკიდებულება;
- დასვით ღია კითხვები, მაგალითად, „რა სახის მცენარეებს, ვიტამინებს ან დანამატებს იღებთ?“ და „რა შედეგებს ამჩნევთ მათი გამოყენების დაწყების შემდეგ?“
- ისე უპასუხეთ პაციენტებს, რომ ღია, გულწრფელი დისკუსიის გარემო შექმნათ;
- პაციენტის ჩანაწერში დააფიქსირეთ, რომელ მცენარეულ პროდუქტ(ებ)ს ან საკვებ დანამატებს იღებს/იყენებს;

ალერგია

გაარკვიეთ, აქვს და ჰქონია თუ არა პაციენტს ალერგია წამლებზე, საკონტრასტო საშუალებებზე, საკვებსა და გარემოზე (მაგ., ლატექსი, მცენარის მტვერი). სთხოვეთ, დეტალურად აღწეროს ალერგიული რეაქციები (თუ ჰქონია) და ჩაიწერეთ.

ქირურგია ან სხვა ტიპის მკურნალობა

ჩაინიშნეთ ყველა ოპერაცია, რომელიც პაციენტს ჩატარებია. დააფიქსირეთ თა-რიღი, ჩარევის მიზეზი და გამოსავალი. გამოსავლის ჩანაწერში უნდა დაფიქსირდეს, პრობლემა სრულად მოგვარდა თუ პაციენტს ნარჩენი ეფექტები აქვს. არ დაგავიწყდეთ, ჰკითხოთ და ჩაინიშნოთ ტრანსფუზიის (სისხლისა და სისხლის პროდუქტების გადასხმა) ეპიზოდები.

ჯანმრთელობის ფუნქციური მახასიათებლები

შეამოწმეთ პაციენტის ჯანმრთელობის ფუნქციური მახასიათებლები, რათა განსაზღვროთ პოზიტიური, დისფუნქციური და პოტენციურად დისფუნქციური მახასიათებლები. ჯანმრთელობის დისფუნქციურ მახასიათებლებზე დაყრდნობით საექთნო დიაგნოზი დგინდება, ხოლო პოტენციურად დისფუნქციური მახასიათებლების მიხედვით პრობ-ლემების რისკ-ფაქტორები განისაზღვრება. გარდა ამისა, თქვენ შესაძლოა გყავდეთ

ეფექტური ფუნქციური ჯანმრთელობის მქონე პაციენტი, რომელიც მდგომარეობის კიდევ უფრო გაუმჯობესების სურვილს გამოთქვამს. ჯანმრთელობის ფუნქციურ მახასიათებლებთან დაკავშირებული კონკრეტული შეკითხვების მაგალითები 2-2 ცხრილშია მოცემული.

ჯანმრთელობის აღქმა – ჯანმრთელობის მართვა

ჯანმრთელობის აღქმა – ჯანმრთელობის მართვის ფუნქციური მახასიათებლის შემოწმება ორიენტირებულია პაციენტის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და კეთილდღეობის დონის აღქმაზე და ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელ პრაქტიკებზე. სთხოვეთ პაციენტს, აღწეროს საკუთარი ჯანმრთელობა და ის, თუ რა აწუხებს ამ მხრივ. ჰკითხეთ, რა უწყობს და რა უშლის ხელს კარგად ყოფნაში, რათა განსაზღვროთ, რა მოსაზრება აქვს საკუთარი ჯანმრთელობის მართვის ეფექტურობის შესახებ. სთხოვეთ, შეაფასოს საკუთარი ჯანმრთელობა როგორც „შესანიშნავი“, „კარგი“, „დამაკმაყოფილებელი“ ან „ცუდი“. არ დაგავიწყდეთ, რომ ეს ინფორმაცია პაციენტის სიტყვებით უნდა ჩაიწეროს ისტორიაში.

შემდგომ, ფრთხილად გამოკითხეთ ჯანმრთელობის პროვაიდერის ტიპის შესახებ., მაგ., ზოგი ადამიანისთვის სამედიცინო მომსახურეობის გამწვევი პირველივე ეტაპზე არის ტრადიციული მედიცინა, ხოლო ზოგი ადამიანი მიმართავს ჰომეოპათიურ მიდგომასა და ექიმბაშის რჩევებს.

ამ მახასიათებლის შეკითხვები მიმართულია ასევე რისკ-ფაქტორების დადგენისკენაც. ამისთვის სიღრმისეულად უნდა გამოიკითხოთ ოჯახური ანამნეზი (მაგ., გულის დაავადება, კიბო, გენეტიკური დაავადებები), პირადი ჩვევები (მაგ., თამბაქო, ალკოჰოლი, ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება) და გარემოში არსებულ საფრთხეებთან (მაგ., აზბესტი) შეხების ისტორია. თუ პაციენტი ჰოსპიტალიზებულია, ჰკითხეთ, რა მოლოდინები აქვს ამ გამოცდილებისგან. სთხოვეთ პაციენტს, აღწეროს, როგორ ესმის ამჟამინდელი პრობლემა, მისი დაწყების, მიმდინარეობისა და მკურნალობის ტრილში. ამ კითხვების დასმით მოიპოვებთ ინფორმაციას სამედიცინო პრობლემის შესახებ პაციენტის ცოდნისა და ამ პრობლემის მართვისთვის საჭირო რესურსების გამოყენების უნარების შესახებ.

ნუტრიციულ – მეტაბოლური ასპექტი

ამ ასპექტით მოწმდება საკვების მიღების, მონელების, შეწოვისა და მეტაბოლიზმის პროცესები. მიღებული საკვებისა და სითხის რაოდენობისა და ხარისხის შეფასებისთვის, სთხოვეთ პაციენტს, გაიხსენოს, რა მიირთვა და დალია ბოლო 24 საათში. პრობლემის გამოვლენის შემთხვევაში, საკვების მიღების უფრო სიღრმისეული ანალიზის მიზნით, სთხოვეთ პაციენტს, 3 დღის განმავლობაში საკვების დღიური აწარმოოს. შეაფასეთ ფსიქოლოგიური ფაქტორების, მაგალითად, დეპრესიის, შფოთვის, სტრესისა და თვითიდენტობის ზეგავლენა საკვების მიღებაზე. გარდა ამისა, განსაზღვრეთ სოციო-ეკონომიკური და კულტურული ფაქტორები, მაგალითად, საკვებზე გათვლილი ბიუჯეტი, ვინ ამზადებს კერძებს და საყვარელი საკვები, არჩევანი. გულისრევის, მეტეორიზმის ან ტკივილის სიმპტომების გამოკითხვის გზით განსაზღვრეთ, უშლის თუ არა პაციენტის ამჟამინდელი მდგომარეობა ხელს საკვების მიღებას და მადას. უნდა მოხდეს საკვები ალერგიების დიფერენცირება საკვების, მაგალითად, ლაქტოზის ან გლუტენის აუტანლობისგან.

ელიმინაცია

შეამონმეთ ნაწლავის, შარდის ბუშტისა და კანის ფუნქცია. ჰკითხეთ პაციენტს შარდის ბუშტისა და ნაწლავის აქტივობის სიხშირის შესახებ. გამოკითხეთ, იღებს თუ არა საფალარათო საშუალებებს და შარმდენებს (დიურეზულ საშუალებებს). ელიმინაციის ფარგლებში კანი ექსკრეტორული ფუნქციის თვალსაზრისით მონმდება.

აქტივობა – ვარჯიში

დაადგინეთ პაციენტის ვარჯიშის, სამუშაო აქტივობის, გართობისა და რეკრეაციის ჩვეული ასპექტი. ჰკითხეთ ყოველდღიური აქტივობების შესრულების უნარის შესახებ და გაამახვილეთ ყურადღება კონკრეტულ პრობლემებზე. 2-2 ცხრილში მოცემულია ჩვეული აქტივობების ფუნქციური დონეების შეფასების შკალა.

ძილი და მოსვენება

ეს ასპექტი აღწერს იმას, თუ როგორ აღიქვამს პაციენტი 24 საათიან პერიოდში თავისი ძილის, მოსვენებისა და რელაქსაციის საკითხს. ამ ინფორმაციის მოსაპოვებლად შეგიძლიათ დაუსვათ შეკითხვა: „რომ იღვიძებთ, თავს დასვენებულად გრძნობთ?“

კოგნიტურ – აღქმითი ასპექტი

ამ ასპექტის ფარგლებში ფასდება თითოეული გრძნობა/შეგრძნება და კოგნიტური ფუნქციები. გარდა ამისა, ამ ასპექტის ფარგლებში ფასდება ტკივილიც, როგორც სენსორული შეგრძნება. ჰკითხეთ პაციენტს, აქვს თუ არა რამე სენსორული დეფიციტი, რომელიც ყოველდღიური აქტივობების შესრულების უნარზე მოქმედებს. განიხილეთ და ჩაიწერეთ, რა გზით ცდილობს პაციენტი სენსორულ-აღქმითი პრობლემების კომპენსირებას. პაციენტის სწავლების დაგეგმვის მიზნით, ჰკითხეთ პაციენტს, რომელია მისთვის კომუნიკაციის ყველაზე მისაღები ფორმა და რამდენად ესმის საკუთარი პრობლემა და მკურნალობის გეგმა.

თვითაღქმა – თვითკონცეფცია

ეს ასპექტი აღწერს პაციენტის თვითაღქმას, რაც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მის სხვა ადამიანებთან ურთიერთობას. ეს ასპექტი მოიცავს: საკუთარი თავის მიმართ დამოკიდებულებას, საკუთარი შესაძლებლობების აღქმას, საკუთარი გარეგნობის აღქმას და იმას, ზოგადად რამდენად ღირებულად აღიქვამს პაციენტი საკუთარ თავს. სთხოვეთ პაციენტს, საკუთარი თავი დაახასიათოს და აღწეროს, როგორ მოქმედებს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა თვითაღქმაზე. უიმედობა და კონტროლის დაკარგვის შეგრძნება ხშირად საკუთარი თავის მოვლის შეუძლებლობის ანარეკლია.

ცვლილება ადამიანებთან ურთიერთობის მხრივ

ეს ასპექტი მოიცავს პაციენტის როლისა და ურთიერთობების და უმთავრესი ვალდებულებების განსაზღვრას. სთხოვეთ პაციენტს, აღწეროს ოჯახური, სოციალური და სამსახურეობრივი როლები და ურთიერთობები და შეაფასოს, რამდენად ართმევს თავს ამ ყველაფერს. განსაზღვრეთ, პაციენტი ამ როლებითა და ურთიერთობებით კმაყოფილია, თუ წნეხს განიცდის. გაამახვილეთ ყურადღება იმაზე, როგორ მოქმედებს, პაციენტის ამრით, არსებული მდგომარეობა მის როლებსა და ურთიერთობებზე.

სქესობრივ – რეპროდუქციული ასპექტი

ეს ასპექტი აღწერს პაციენტის კმაყოფილებას ან უკმაყოფილებას საკუთარი სქესობრივ და რეპროდუქციულ საკითხებზე. ამ ასპექტის შეფასება მეტად მნიშვნელოვანია, რადგან სქესობრივ ფუნქციაზე ბევრი ავადმყოფობა, ქირურგიული პროცედურა და წამალი მოქმედებს. პაციენტს შეუძლია სქესობრივ საკითხებთან და რეპროდუქციასთან დაკავშირებული წუხილის გამოხატვა; თქვენ კი შეგიძლიათ სწავლების საჭიროებებისა და მართვადი პრობლემების ამოცნობა და ნორმალური ზრდა-განვითარების მონიტორინგი.

სექსუალობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მოპოვება, შესაძლოა, თქვენთვის რთული აღმოჩნდეს. თუმცა, იმისთვის, რათა პაციენტს ინფორმაცია მიიწოდოთ ან ის უფრო გამოცდილ პროფესიონალთან გადაამისამართოთ, მნიშვნელოვანია ანამნეზის შეკრება და სქესობრივი ფუნქციისა და დისფუნქციის სკრინინგი.

ფსიქოლოგიური დატვირთვისადმი ტოლერანტობა

ეს ასპექტი აღწერს პაციენტის გამკლავების ზოგად მახასიათებელსა და გამკლავების მექანიზმების ეფექტურობას. ამ ასპექტის შეფასება მოიცავს პაციენტის წინაშე არსებული კონკრეტული სტრესორებისა და პრობლემების, პაციენტის მიერ სტრესორების აღქმისა და მათზე რეაგირების ანალიზს. თუ პაციენტმა გასულ წელს მნიშვნელოვანი დანაკარგი ან სტრესი განიცადა, ეს მის ჩანაწერში უნდა დააფიქსიროთ. გაამახვილეთ ყურადღება სტრატეგიებზე, რომელსაც პაციენტი სტრესორებთან გამკლავების და წნეხის შემსუბუქებისთვის მიმართავს და ასევე იმ ადამიანებსა და ჯგუფებზე, რომლისგანაც პაციენტის სოციალური მხარდაჭერის ქსელები შედგება.

ღირებულება და რწმენა

ეს ასპექტი აღწერს ღირებულებებს, მიზნებსა და რწმენას (მათ შორის, რელიგიურს), რომლითაც პაციენტი ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადანყვეტილებების მიღებისას ხელმძღვანელობს. ჩაინიშნეთ პაციენტის ეთნიკური კუთვნილება და მისი კულტურისა და მრწამსის გავლენა ჯანმრთელობაზე. გაამახვილეთ ყურადღება და პატივი ეცით პაციენტის სურვილს, შეასრულოს რელიგიური ქმედებები (მაგ., ლოცვა და გაეცნოს რელიგიურ ლიტერატურას).

ცხრილი 2-2 სამედიცინო ანამნეზი

ჯანმრთელობის ფუნქციური მახასიათებლები

დემოგრაფიული მონაცემები

სახელი, მისამართი, ასაკი, საქმიანობა, სქესი, რასა, ეთნიკური კუთვნილება, კულტურა

ჯანმრთელობის აღქმა – ჯანმრთელობის მართვა

1. მომართვის მიზეზი?
2. ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა?
3. გასულ წელს „გაციებების“ რაოდენობა?
4. ჯანმრთელობის შენარჩუნებისკენ მიმართული ყველაზე მნიშვნელოვანი ქმედებები – სათესლეების თვითგასინჯვა? კოლორექტალური კიბოს, ჰიპერტენზიისა და გულის დაავადების რისკების სკრინინგი? პაპანიკოლაუს (პაპ) ტესტი? იმუნიზაციები, მაგალითად, ტეტანუსის, პნევმონიის, ჰეპატიტის და გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია?
5. ვინ არის თქვენი ოჯახის ექიმი და რომელ სადაზღვეო პაკეტს იყენებთ?
6. სამედიცინო დანიშნულებების, მითითებების შესრულების (ანუ, დამყოლობის) პრობლემები?

7. ავადმყოფობის მიზეზი? რა მოიმოქმედეთ? რა შედეგი ჰქონდა?
8. აქ ყოფნისას, რა არის თქვენთვის მნიშვნელოვანი?
9. ოჯახის სამედიცინო ისტორია (მაგ., გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ჰიპერტენზია, კიბო, შაქრიანი დიაბეტი, ფსიქიატრიული აშლილობები/დაავადებები, გენეტიკური დაავადებები)?
10. დაავადების და დაზიანების რისკ-ფაქტორები (მაგ., სექსუალური ძალადობა, ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ძალადობა; სიგარეტის, ალკოჰოლის ან ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება)?

ნუტრიციულ – მეტაბოლური ასპექტი

1. საკვების ყოველდღიური მიღების ასპექტი (აღწერეთ). დანამატები?
2. სითხის ყოველდღიური მიღება (აღწერეთ).
3. წონის კლება ან მატება (რაოდენობა, დროის ხანგრძლივობა)?
4. სასურველი წონა?
5. მადა?
6. საკვები ან კვება: დისკომფორტი? შეზღუდვები?
7. შფოთვისთან ერთად მადის ცვლილება?
8. შეხორცება/გამოჯანმრთელება კარგად მიმდინარეობს თუ შეფერხებულია?
9. კანის პრობლემები: დაზიანებები? სიმშრალე?
10. კბილები: სტომატოლოგიური პრობლემები? პროთეზი კარგადაა მორგებული?
11. საყვარელი საკვები, არჩევანი?
12. კვებითი ალერგიები?

ელიმინაცია

1. ნაწლავის დაცლის ასპექტი (აღწერეთ): სიხშირე? ხასიათი? დისკომფორტი? საფალარათო საშუალებები? ოყენები?
2. შარდის გამოყოფის ასპექტი (აღწერეთ): სიხშირე? კონტროლის პრობლემა? შარდმდენები?
3. გარეგანი მონყობილობები?
4. ჭარბი ოფლდენა? სუნის პრობლემები? ქავილი?

აქტივობა – ვარჯიში

1. საკმარისი ენერჯია გაქვთ სასურველი ან საჭირო აქტივობების შესასრულებლად?
2. ვარჯიშის ტიპი? რეგულარობა?
3. თავისუფალ დროს რითი კავდებით (გასართობი აქტივობები)?
4. სუნთქვის გაძნელება? ტკივილი გულმკერდის არეში? გულის ფრიალი? შებოჭილობა (მოძრაობისას)? ტკივილი? სისუსტე?
5. უნარი (პაციენტის აღქმით) (თითოეული შეაფასეთ ფუნქციური დონის 0-III შკალის მიხედვით):

- საკვების მიღება _____
- საკვების მომზადება _____
- თავის მონესრიგება _____
- სანოლში მობილობა _____
- აბაზანის მიღება _____
- ჩაცმა _____
- საპირფარეშო _____
- საყიდვები _____
- ზოგადი მოძრაობის უნარი _____

ფუნქციური დონეები

- დონე 0: სრულად დამოუკიდებლად ახერხებს
- დონე I: აღჭურვილობის ან მონყობილობის გამოყენებას საჭიროებს
- დონე II: სხვა ადამიანის დახმარებას ან ზედამხედველობას საჭიროებს
- დონე III: მთლიანად სხვაზე დამოკიდებული და არ მონაწილეობს

ჯანმრთელობის, ცხოვრებისა და დაავადების ანამნეზი

მიმდინარე დაავადების ანამნეზი

წამლები, დანამატები;

ალერგია;

ქირურგიული ჩარევა, სხვა მკურნალობა;

ძილი და მოსვენება

1. ძილის შემდეგ ზოგადად დასვენებული ხართ და მზად ხართ ყოველდღიური აქტივობებისთვის?
2. დაძინების პრობლემა გაქვთ? რამეს ამატებთ? სიზმრები (კოშმარები)? ადრე გაღვიძება?
3. ძილის ჩვეული რიტუალები?
4. ძილის ჩვეული ასპექტი?

კოგნიტურ-პაღემითი ასპექტი

1. სმენის გაძნელება? სმენის დამხმარე მოწყობილობები?
2. მხედველობა? სათვალეს ატარებთ? ბოლოს როდის შეიმონმეთ?
3. გემოვნების შეგრძნების ცვლილება? ყნოსვის ცვლილება?
4. ბოლო პერიოდში მეხსიერების ცვლილება?
5. დასწავლის ყველაზე მოსახერხებელი მეთოდი?
6. რაიმე დისკომფორტს უჩივით? ტკივილი (0-10 შკალით შეფასება)? როგორ მართავთ?
7. კომუნიკაციის უნარი?
8. ავადმყოფობის, დაავადების გააზრება, გაგება?
9. მკურნალობის გააზრება, გაგება?

თვითაღქმა – თვითკონცეფცია

1. საკუთარ თავს როგორ აღწერთ? როგორ აღიქვამთ?
2. ავადმყოფობის ზეგავლენა საკუთარი გარეგნობის აღქმაზე?
3. შემამსუბუქებელი ფაქტორები?

ცვლილება ადამიანებთან ურთიერთობის მხრივ

1. მართო ცხოვრობთ? ოჯახი/მომვლელი? ოჯახის სტრუქტურის დიაგრამა?
2. რთული ოჯახური პრობლემები?
3. ოჯახური პრობლემების გადაჭრა?
4. რამდენად დამოკიდებულია ოჯახი თქვენზე? როგორ მართავთ?
5. ოჯახის წევრების და სხვა ადამიანების გრძნობები თქვენი ავადმყოფობის ან ჰოსპიტალიზაციის შესახებ?*
6. ბავშვებთან პრობლემები გაქვთ? გიჭირთ მათთან გამკლავება?*
7. გაერთიანებული ხართ საზოგადოებრივ ჯგუფებში? ახლო მეგობრები გყავთ? თავს მართოსულად გრძნობთ (სიხშირე)?
8. სამსახურით (სასწავლებლით) კმაყოფილი ხართ? შემოსავალი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად საკმარისია?*
9. სამეზობლოს ნაწილად გრძნობთ თავს თუ, პირიქით, მისგან იზოლირებულად?

სქესობრივ – რეპროდუქციული ასპექტი

1. სქესობრივი ურთიერთობების ცვლილებები ან პრობლემები?*
2. ავადმყოფობის ზეგავლენა?
3. კონტრაცეპტივებს იყენებთ? პრობლემები?
4. როდის დაიწყო მენსტრუაცია? ბოლო მენსტრუაცია? მენსტრუალური პრობლემები? ორსულობა? მშობიარობა?†
5. ამჟამინდელი მდგომარეობის ან მკურნალობის გავლენა სექსუალობაზე?
6. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები?

ფსიქოლოგიური დატვირთვისადმი ტოლერანტობა

1. ხშირად ხართ დაძაბული? რა გეხმარებათ? იყენებთ რაიმე წამლებს, ნარკოტიკულ ნივთიერებებს, ალკოჰოლს?
2. გყავთ ვინმე, ვისაც ენდობით? ახლა ადვილად მისაწვდომია თქვენთვის?
3. ცხოვრებისეული ცვლილებები ბოლო პერიოდში?
4. პრობლემის გადაჭრის გზები? ეფექტურია?

ღირებულება და რწმენა

1. ცხოვრებით კმაყოფილი ხართ?
2. რელიგია თქვენს ცხოვრებაში მნიშვნელოვანია?
3. მკურნალობას და რწმენას შორის რამე კონფლიქტი არსებობს?

სხვა

1. სხვა მნიშვნელოვანი საკითხები?
2. შეკითხვები?

Gordon M: *Manual of nursing diagnosis*, ed, Boston, 2010, Jones & Bartlett.

* საჭიროებისამებრ.

† ქალებისთვის.

ფიზიკალური გასინჯვა: ობიექტური მონაცემები

ზოგადი მიმოხილვა

საექთნო ანამნეზის გამოკითხვის შემდეგ, თქვენ უნდა გააკეთოთ *ზოგადი მიმოხილვითი ჩანაწერი*. ეს არის თქვენი ზოგადი შთაბეჭდილება პაციენტის შესახებ, ქცევითი დაკვირვებების ჩათვლით. ეს საწყისი მიმოხილვითი პროცედურა იწყება პაციენტთან პირველად შეხვედრის მომენტში და ანამნეზის გამოკითხვის განმავლობაში გრძელდება.

მიუხედავად იმისა, რომ თქვენ, შესაძლოა, სხვა მონაცემებზე მიიჩნიოთ საჭიროდ, ზოგადი მიმოხილვითი ჩანაწერის ძირითადი კომპონენტებია: (1) სხეულის მახასიათებლები, (2) მენტალური სტატუსი, (3) მეტყველება, (4) სხეულის მოძრაობები, (5) თვალსაჩინო ფიზიკური ნიშნები, (6) ნუტრიციული სტატუსი და (7) ქცევა. შესაძლებელია ჩაიწეროს სასიცოცხლო მაჩვენებლები და სხეულის მასის ინდექსი (BMI) (წონის და სიმაღლის მიხედვით გამოითვლება [კგ/მ²]). ქვემოთ მოცემულია ზოგადი მიმოხილვის ჩანაწერის ნიმუში:

ა.ხ. 34 წლის ქალია. წნევა 130/84, პულსი 88, სუნთქვის სიხშირე 18. სხეულის მახასიათებლები ყურადღებას არ იქცევს. ცნობიერი, ფხიზელი, მაგრამ აღელვებულია. მეტყველება სწრაფი, დეპრესიული აზრები. გამოკითხვის დროს მუშტებს კრავს და ტერფებს ამოძრავებს. კანი შეწითლებულია, ხელები სველი. სიმაღლესთან შედარებით, ჭარბწონიანია (BMI = 28.3 კგ/მ²). ჯდომისას თვალები ქვემოთ აქვს მიმართული, მხრები დაშვებულია და ერიდება მხედველობით კონტაქტს (თვალებში ყურებას).

ფიზიკალური გასინჯვა

ფიზიკალური გასინჯვა პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობის სისტემატიზებული შემოწმებაა. ფიზიკალური გასინჯვის დროს დადებითი მიგნებები იმ კრიტერიუმების გამო-

ყენებით უნდა შეაფასოთ, რომლითაც საექთნო ანამნეზის გამოკითხვისას სიმპტომი (იხ. ცხრილი 1-1). დადებითი მიგნება/ნიშანი ნიშნავს, რომ პაციენტს აქვს ან ჰქონია მოცემული პრობლემა ან ნიშანი (მაგ., თუ სიყვითლის მქონე პაციენტს ღვიძლი აქვს გადიდებული, ეს დადებითი მიგნებაა/ნიშანია). შემდგომ ამ პრობლემის შესაბამისი დამატებითი ინფორმაცია უნდა მოიპოვოთ.

შესაძლოა, ასევე მნიშვნელოვანი იყოს უარყოფითი მიგნებებიც. რელევანტური/შესაბამისი უარყოფითი მიგნება იმ სიმპტომის ან ნიშნის არარსებობას მიუთითებს, რომელიც, ჩვეულებრივ, მოცემულ პრობლემას ახლავს ხოლმე. მაგალითად, ღვიძლის შორსნასული დაავადების დროს ხშირია პერიფერიული შეშუპება. თუ ღვიძლის შორსნასული დაავადების მქონე პაციენტს შეშუპება არ აქვს, კონკრეტულად უნდა ჩაინეროთ, რომ „პერიფერიული შეშუპება არ აღინიშნება“.

ტექნიკები

ფიზიკალური გასინჯვისთვის ოთხი ძირითადი ტექნიკა გამოიყენება: ინსპექცია, პალპაცია, პერკუსია და აუსკულტაცია. ეს ქმედებები ძირითადად ამ თანმიმდევრობით ხორციელდება, თუმცა, მუცლის გასინჯვა გამონაკლისს წარმოადგენს (ინსპექცია, აუსკულტაცია, პერკუსია და პალპაცია). აუსკულტაციამდე მუცლის პერკუსიამ და პალპაციამ, შესაძლოა, ნაწლავთა ხმიანობა შეცვალოს და ცრუ შედეგები წარმოშვას. ყველა სახის შემონშება ოთხივე ტექნიკის გამოყენებას არ მოითხოვს (მაგ., ძვალკუნთოვანი სისტემის შეფასებისთვის მხოლოდ ინსპექცია და პალპაციაა საჭირო).

ინსპექცია

ინსპექცია სხეულის ნაწილის ან არის ვიზუალური დათვალიერებაა, ნორმალური მდგომარეობების ან გადახრების შემონშების მიზნით. ინსპექცია უფრო მეტია, ვიდრე უბრალოდ ყურება. ეს მიზანმიმართული, სისტემატიზებული და ფოკუსირებული ტექნიკაა. შეადარეთ ის, რასაც ხედავთ სხეულის ამ ნაწილის ჩვეულ, თვალსაჩინო მახასიათებლებს. მაგალითად, 30 წლის მამაკაცების უმრავლესობას ფეხებზე თმა აქვს. თმის არარსებობა, შესაძლოა, სისხლძარღვების პრობლემას და შემდგომი გამოკვლევის საჭიროებას მიგვანიშნებდეს. ზოგიერთი ეთნიკური ჯგუფისთვის ეს ნორმალური მიგნებაა. ყოველთვის შეადარეთ პაციენტის სხეულის ერთი მხარე მეორე მხარეს, რათა დარღვევები ბილატერალურად შეაფასოთ.

პალპაცია

პალპაცია არის სხეულის შეხებით გასინჯვა. მსუბუქი და ღრმა პალპაციით შესაძლებელია ინფორმაციის მოპოვება წარმონაქმნების, პულსაციების, ორგანოთა გადიდების, შეხებით მტკივნეულობის ან ტკივილის, შეშუპების, კუნთების სპაზმის ან რიგიდობის, ელასტიურობის, ვიბრაციის, კრეპიტაციის, სისველისა და ტექსტურის შესახებ. მტევნის სხვადასხვა ნაწილები ზოგიერთი შემონშებისთვის უფრო მგრძობიარეა. მაგალითად, ვიბრაციების (თრთოლვა) შესაგრძობად გამოიყენეთ ხელის გულები (თითების ფუძე), ტემპერატურის შესამონშებლად – მტევნების და თითების უკანა ნაწილები და მუცლის პალპაციისთვის – თითების ბალიშები.

პერკუსია

პერკუსიის დროს ბგერისა და ვიბრაციის გამონვევის შედეგად ვიღებთ ინფორმაციას ქვეშ მდებარე უბნის შესახებ (ილუსტრირებული ნაწილი იხილეთ მე-5 პარაგრაფში). შეაფასეთ ქვეშ მდებარე სტრუქტურების შესაბამისი ხმიანობა და ვიბრაციები. მოსალოდნელი ხმიანობიდან გადახრა, შესაძლოა, პრობლემის მანიშნებელი იყოს. მაგალითად, მუცლის მარჯვენა ქვედა კვადრანტისთვის ნორმალური ხმიანობა ტიმპანიტია. ამ მიდამოში მოყრუება, შესაძლოა, პრობლემას მიუთითებდეს და შემდგომ გამოკვლევას საჭიროებდეს (სხეულის სხვადასხვა ნაწილების და მიდამოების პერკუსიის ტონები შესაბამის თავებშია განხილული.)

აუსკულტაცია

აუსკულტაცია სტეტოსკოპის გამოყენებით ორგანიზმში აღმოცენებული ხმიანობების მოსმენაა. აუსკულტაციის მიზანი ნორმალური მდგომარეობისა და ნორმიდან გადახრების შეფასებაა. ეს ტექნიკა განსაკუთრებით სასარგებლოა გულის, ფილტვის, მუცლის და სისხლძარღვების ხმიანობის შეფასებისთვის. სტეტოსკოპის ზარი უფრო მგრძნობიარეა დაბალი ტონების (მაგ., გულის შუილები) მიმართ. სტეტოსკოპის დიაფრაგმა კი უფრო მგრძნობიარეა მაღალი ტონების (მაგ., ნაწლავთა ხმიანობა). ზოგიერთ სტეტოსკოპს მხოლოდ დიაფრაგმა აქვს, რომელიც გადასცემს როგორც დაბალ, ისე მაღალ ტონებს. დაბალი ტონების მოსასმენად, დიაფრაგმა კანს ნაზად უნდა დააადოთ, მაღალი ტონების მოსმენისთვის კი – მტკიცედ უნდა დააჭიროთ იგი კანს. (კონკრეტული აუსკულტატორული ტონები და ტექნიკები შესაბამის თავებშია განხილული.)

აღჭურვილობა

ფიზიკალური გასინჯვისთვის საჭირო აღჭურვილობა ადვილად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს (ცხრილი 2-3). გასინჯვამდე აღჭურვილობის ორგანიზებით დაზოგავთ როგორც საკუთარ, ისე პაციენტის დროს და ენერგიას. (კონკრეტული აღჭურვილობის გამოყენების მეთოდები შესაბამის თავებშია განხილული.)

ცხრილი 2-3 ფიზიკური გასინჯვისთვის საჭირო აღჭურვილობა²

- სტეტოსკოპი (ზართა და დიაფრაგმით ან ორმაგი ფუნქციის დიაფრაგმით; მილის სიგრძე 38-46 სმ);
- საათი;
- არტერიული წნევის მანჟეტი;
- მხედველობის ცხრილი (კედლის ცხრილი ან სნელენის ჯიბის ბარათი);
- ჯიბის სანათი;
- ენის დეპრესორი (შპადელები);
- ბამბის ბურთები;
- პერკუსიული ჩაქუჩი;
- ალკოჰოლიანი საფენები;
- პაციენტის ხალათი;

⁷ ეს ხშირად გამოყენებული აღჭურვილობის მაგალითებია; ვითარების მიხედვით, სხვა აღჭურვილობის გამოყენებაცაა შესაძლებელი

- ჭიქით სავსე ქალაქის ჭიქა;
- გასასინჯი მაგიდა ან სანოლი;

გასინჯვის ორგანიზება

ფიზიკალური გასინჯვა სისტემატიზებულიად და ეფექტურად უნდა აწარმოოთ. გასინჯვის პროცესში მიაწოდეთ პაციენტს ახსნა-განმარტებები და გაითვალისწინეთ მისი კომფორტი, უსაფრთხოება და პირადი სივრცე. თუ ყოველ ჯერზე ერთი და იგივე თანმიმდევრობით ჩაატარებთ გასინჯვას, უფრო ნაკლებია იმის შანსი, რომ გამოგრჩეთ პროცედურა, რომელიმე ნაბიჯი ან სხეულის ნაწილი. 2-4 ცხრილში მოცემულია ორგანიზებული და სრულყოფილი ფიზიკალური გასინჯვის მონახაზი.

ხანდაზმულ პაციენტებთან ხშირად უმჯობესია ფიზიკალური გასინჯვის ადაპტირება, რადგან ამ პაციენტებს შესაძლოა ასაკთან დაკავშირებული პრობლემები, მაგალითად, მოძრაობის შეზღუდვა, ენერჯის ნაკლებობა და აღქმითი ცვლილებები აღენიშნებოდეთ. ზოგიერთი გამოსადეგი ადაპტაცია 2-5 ცხრილშია მოცემული.

ფიზიკალური გასინჯვის ჩანაწერი

უშუალოდ გასინჯვის დროს მხოლოდ პათოლოგიური მიგნებები ჩაინიშნეთ. გასინჯვის დასრულების შემდეგ ფრთხილად, დაკვირვებით შედგენილ ჩანაწერში ნორმალური და პათოლოგიური მიგნებები შეაჯამეთ.

ცხრილი 2-4 ფიზიკალური გასინჯვის მონახაზი
<p>1. ზოგადი მიმოხილვა</p> <p><i>დააკვირდით ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობას (პაციენტი მის).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • სხეულის მახასიათებლები • ცნობიერების დონე და ორიენტირება • მეტყველება • სხეულის მოძრაობები და ეტლი • ფიზიკური შესახედაობა, გარეგნობა • კვებითი/ნუტრიციული სტატუსი • დგომა, პოზა
<p>2. სასიცოცხლო მაჩვენებლები</p> <p><i>ჩაინერეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • არტერიული წნევა – ორივე ხელზე, შესადარებლად • აპიკალური (გულის მწვერვალზე)/სხივის არტერიის პულსი • სუნთქვა • ტემპერატურა • ჩაინიშნეთ სიმაღლე და წონა, გამოითვალეთ სხეულის მასის ინდექსი (BMI)
<p>3. საფარი სისტემა</p> <p><i>კანის ინსპექციით და პალპაციით შეამოწმეთ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ფერი • მთლიანობის რღვევა, ნაკანრები, დაზიანებები • ნაწიბურები, ტატუ, პირსინგი • ჩალურჯებები, გამონაყარი

- შეშუპება
- სინოტივე
- ტექსტურა
- ტემპერატურა
- ტურგორი
- სისხლძარღვოვანება

ფრჩხილების ინსპექციით და პალპაციით შეამოწმეთ:

- ფერი
- დაზიანებები
- ზომა
- მოქნილობა
- ფორმა
- კუთხე
- კაპილარული ავსების დრო

4. თავი და კისერი

თავის ინსპექციით და პალპაციით შეამოწმეთ, განსაზღვრეთ:

- თავის ქალას ფორმა და სიმეტრიულობა
- წარმონაქმნები
- მტკივნეულობა
- თმა
- სკალპი
- კანი
- საფეთქლის არტერიები
- საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარი
- მგრძობელობა (V კრანიალური ნერვი, მსუბუქი შეხება, ტკივილი)
- მოტორიკა (VII კრანიალური ნერვი, კბილების გამოჩენა, ტუჩების მოკუმვა, წარბების აწევა)
- იყურება ზემოთ, შეჭმუნის შუბლს (VII კრანიალური ნერვი)
- რეზისტენტობის სანინაალმდეგოდ წევს მხრებს (XI კრანიალური ნერვი)

კისრის ინსპექციითა და პალპაციით (ზოგჯერ აუსკულტაციით) შეამოწმეთ:

- კანი (სისხლძარღვოვანება და ხილული პულსაციები)
- სიმეტრიულობა
- მოძრაობის დიაპაზონი
- პულსები და შუილები (საძილე არტერიის)
- შუახაზზე მდებარე სტრუქტურები (ტრაქეა, ფარისებრი ჯირკვალი, ხრტილი)
- ლიმფური კვანძები (ყურისწინა, ყურის უკანა, კეფის, ქვედა ყბის, ნუშურების, ნიკაპქვეშა, კისრის წინა და უკანა, ლავინქვეშა, ლავინზედა)

თვალის ინსპექციითა და მსუბუქი პალპაციით შეამოწმეთ:

- მხედველობის სიმახვილე
- წარბები
- ქუთუთოების მდებარეობა და მოძრაობა (VII კრანიალური ნერვი)
- მხედველობის ველები
- თვალის გარეთა კუნთების მოძრაობა (III, IV, VI კრანიალური ნერვები)

- რქოვანა, სკლერა, კონიუნქტივა
- გუგის რეაქცია (III კრანიალური ნერვი)
- წითელი რეფლექსი

ცხვირისა და სინუსების (ნიალების) ინსპექციითა და პალპაციით შეამოწმეთ:

- გარეთა ცხვირი: ფორმა, დახშობა
- შიგნითა ცხვირი: გამტარობა, ფორმა, ნიჟარები ან პოლიპები, გამონადენი
- შუბლისა და ზედა ყბის სინუსები

ყურების ინსპექციითა და პალპაციით შეამოწმეთ:

- მდებარეობა
- ნიჟარა
- სმენის სიმახვილე (ჩურჩული, მონიკნიკე საათი) (VIII კრანიალური ნერვი)
- დვრილისებრი მორჩი
- სასმენი მილი
- დაფის აპკი

პირის ინსპექციითა და პალპაციით შეამოწმეთ:

- ტუჩები (სიმეტრიულობა, დაზიანებები, ფერი)
- ლოყის ლორწოვანი (სტენსენისა და ვარტონის სადინრები)
- კბილები (არარსებობა, აღდგენის მდგომარეობა, ფერი)
- ღრძილები (ფერი, კბილებისგან დაშორება)
- ენის ძალა (ასიმეტრიულობა, ენის გამონევის შესაძლებლობა, გვერდებზე მოძრაობა, ფასციკულაციები) (XII კრანიალური ნერვი)
- სასა
- ნუშურები
- ნაქის აწევა (IX კრანიალური ნერვი)
- უკანა ხახა
- ხახის რეფლექსი (IX და X კრანიალური ნერვები)
- ყბის ძალა (V კრანიალური ნერვი)
- სისველე/სინოტივე
- ფერი
- პირის ღრუს ფსკერი

5. კიდურები

დააკვირდით ზომასა და ფორმას, სიმეტრიულობას და დეფორმაციებს, უნებლიე მოძრაობებს. მკლავების, თითების, მჯავების, იღლიების და მხრების ინსპექციითა და პალპაციით შეამოწმეთ:

- ძალა
- მოძრაობის დიაპაზონი
- სახსრების ტკივილი
- შეშუპება
- პულსი (სხივის არტერიაზე, მხრის არტერიაზე)
- მგრძობელობა (მსუბუქი შეხება, ტკივილი, ტემპერატურა)
- შეამოწმეთ რეფლექსები: სამთავა კუნთის, ორთავა კუნთის, მხარ-სხივის კუნთის

ქვედა კიდურების ინსპექციითა და პალპაციით შეამოწმეთ:

- ძალა
- მოძრაობის დიაპაზონი

- სახსრების ტკივილი
-
- შეშუპება
- თმის განაწილება
- მგრძობელობა (მსუბუქი შეხება, ტკივილი, ტემპერატურა)
- პულსი (ტერფის დორსალურ არტერიაზე, წვივის უკანა არტერიაზე)
- შეამონმეთ რეფლექსები: მუხლის, აქილევსის მყესის, ტერფის

6. ზურგის მხარე

ინსპექციით დააკვირდით კუნთოვან განვითარებას, სქოლიოზს, სუნთქვით მოძრაობებს. მიახლოებით განსაზღვრეთ წინა-უკანა (ანტეროპოსტერიორული) დიამეტრი.

- პალპაციით შეამონმეთ: სუნთქვითი მოძრაობის სიმეტრიულობა, ნეკნ-მალების შეერთების მტკივნეულობა (პასტერნაცის ნიშანი), წვეტიანი მორჩები, სიმსივნეები ან შეშუპება, ტაქტილური ფრემიტუსი
- პერკუსია – ფილტვის რეზონანსი
- სუნთქვის ხმიანობის აუსკულტაცია
- აუსკულტაციით ეგოფონიის, ბრონქოფონიის შეფასება

7. წინა გულმკერდი

- შეაფასეთ ძუძუების ფორმა/კონფიგურაცია, სიმეტრიულობა, კანის დანაოჭება
- შეამონმეთ ძუძუს თავები: გამონაყარი, მიმართულება, ამობრუნება, ჩაბრუნება
- აპიკალური (გულის მწვერვალის) იმპულსის, სხვა პრეკორდიული პულსაციების ინსპექცია
- აპიკალური იმპულსის და პრეკორდიუმის პალპაციით კრთომების, წამოწევის, მტკივნეულობის შემოწმება
- კისრის ინსპექციით ვენების გაგანიერების, პულსაციების, ტალღების განსაზღვრა
- ლავინქვეშა, ილლიისა და მხრის მიდამოს ლიმფური კვანძების პალპაცია
- ძუძუს პალპაცია
- გულის ტონების აუსკულტაცია: გულისცემათა სიხშირე და რიტმი; S1 და S2 ხმიანობების ხასიათი აორტის, ფილტვის, სამკარედა, მიტრალური სარქველების მიდამოში და ერბის წერტილში; საძილე არტერიების შუილი, შუილი ეპიგასტრიუმში

8. მუცელი

- ინსპექცია: ნაწიბურები, ფორმა, სიმეტრიულობა, გამომწევილობა, კუნთების მდებარეობა და ტიპის მდგომარეობა, მოძრაობები (სუნთქვითი, პულსაცია, პერისტალტიკური ტალღები)
- აუსკულტაცია: პერისტალტიკა (ნაწლავთა ხმიანობა), შუილები
- პერკუსია და შემდეგ პალპაციით დადებითი მიგნებების დადასტურება; ღვიძლის (ზომა, შეხებით მტკივნეულობა), ელენთის, თირკმელების (ზომა, შეხებით მტკივნეულობა), შარდის ბუშტის (გადაბერვა) შემოწმება
- პალპაცია: ბარძაყის არტერიების პულსაცია, საზარდულის ლიმფური კვანძები და მუცლის აორტა

9. ნევროლოგიური

დააკვირდით მოტორიკას:

- სიარული
- ფეხის თითებზე სიარული
- ქუსლებზე სიარული
- ქანაობა

დააკვირდით კოორდინაციას:

- თითის ცხვირთან მიტანა
- რომბერგის ნიშანი

- ქუსლის მეორე ფეხის წვივზე დადება

დააკვირდით:

- პროპრიოცეპცია (ფეხის პირველი თითის პოზიციის, მდებარეობის შეგრძნება)

10. სასქესო ორგანოები⁸

მამაკაცის გარეთა სასქესო ორგანოები

- ასოს ინსპექცია: თმის განაწილება, ჩუჩა, ასოს თავი, შარდსადინრის ხვრელი, ნაწიბურები, წყლულები, გამონაყარი, სტრუქტურული ცვლილებები, გამონადენი
- შორისის მიდამოს, სწორი ნაწლავის კანის ინსპექცია
- სათესლე პარკის ინსპექცია; პალპაცია – დაშვებული სათესლე ჯირკვლების, წარმონაქმნების, ტკივილი

ქალის გარეთა სასქესო ორგანოები

- ინსპექცია: თმის განაწილება; ბოქვენი, ბაგეები (დიდი და მცირე); შარდსადინრის ხვრელი; ბართოლინის, შარდსადინრის, სკენეს ჯირკვლები (ჩვენებისამებრ, შესაძლებელია პალპაცია); საშოს შესასვლელი; გამონადენი
- ცისტოცელეს, პროლაფსის შემოწმება
- შორისის მიდამოს, სწორი ნაწლავის ინსპექცია

ცხრილი 2-5 განსხვავებები გერიატრიული პაციენტის შემოწმებისას ფიზიკალური გასინჯვის ტექნიკების ადაპტაციები

ზოგადი მიდგომა

უზრუნველყავით სითბო და კომფორტი, რადგან კანქვეშა ცხიმის დაკარგვა სითბოს შენარჩუნების უნარს აქვეითებს. შეუსაბამეთ პაციენტის მდებარეობა ფიზიკურ შეზღუდვებს. მოერიდეთ მდებარეობის არააუცილებელ ცვლილებებს. შეძლებისდაგვარად, ბევრი ქმედება შეასრულეთ პაციენტისთვის კომფორტულ პოზიში.

კანი

სიფრთხილით მოეპყარით სიმყიფის და კანქვეშა ცხიმის დაკარგვის გამო.

თავი და კისერი

მგრძობელობის შესაძლო შეზღუდვებიდან (მაგ., მხედველობის, სმენის დაქვეითება) გამომდინარე, შექმენით ჩუმი გარემო, რომელშიც პაციენტი ნაკლებად გადაიტანს ყურადღებას სხვადასხვა რამეზე.

კიდურები

ნაზად გააკეთებინეთ მოძრაობები. მოძრაობის დიაპაზონის შეზღუდვის, რეფლექსების დაქვეითებისა და წონასწორობის შეგრძნების დაქვეითებიდან გამომდინარე, არ დააყენოთ პაციენტი ცალ ფეხზე და არ სთხოვოთ ღრმად ჩამუხლვა.

გულმკერდი

გასინჯვა ადაპტირებული უნდა იყოს ამოსუნთქვის ძალის დაქვეითებასთან, ხველის რეფლექსის შესუსტებასთან და სუნთქვის გაძნელებასთან დაკავშირებული ცვლილებების მიხედვით.

მუცელი

ფრთხილად იყავით ღვიძლის პალპაციისას, რადგან მუცლის კედლის გათხელების, დარბილების გამო, ის ადვილად მისაწვდომია. ხანდაზმულ პაციენტს შესაძლოა მუცლის კედლის ტკივილის აღქმა დაქვეითებული ჰქონდეს.

⁸ თუ ექთანს შესაბამისი განათლება აქვს, ქალების სარკით და ბიძანუალური გასინჯვა და კაცებში პროსტატის გასინჯვა ამ ინსპექციის შემდეგ ხდება

შეფასების ტიპები

პაციენტის შესახებ ინფორმაციის მოსაპოვებლად სხვადასხვა ტიპის შემონმება ტარდება. ეს მიდგომები იყოფა სამ ტიპად: ყოვლისმომცველი/სრულყოფილი, ფოკუსირებული და გადაუდებელი (ცხრილი 2-6). თქვენ კლინიკური ვითარებიდან გამომდინარე (მაგ., მოთავსებისას გამოკითხული ინფორმაცია და ფიზიკალური გასინჯვა, ცვლის დაწყება, ცვლის მიმდინარეობისას) უნდა გადაწყვიტოთ, რა ტიპის შეფასების ჩატარებაა საჭირო. ზოგჯერ სამედიცინო დაწესებულებას შესაბამისი გზამკვლევი აქვს, სხვა შემთხვევებში კი ექთანმა თვითონ უნდა განსაჯოს ვითარება.

ყოვლისმომცველი/სრულყოფილი შეფასება

ყოვლისმომცველი/სრულყოფილი შეფასება მოიცავს ერთი ან რამდენიმე სისტემის დეტალურ ანამნეზს და ფიზიკალურ გასინჯვას (ცხრილი 2-6). ეს ძირითადად ჰოსპიტალში მოთავსებისას ან პირველად რგოლში მოვლის დაწყებისას ხდება.

ფოკუსირებული შეფასება

ფოკუსირებული შეფასება უფრო შემოკლებული ანამნეზის გამოკითხვასა და შემოკლებულ ფიზიკალურ გასინჯვას გულისხმობს. ის წარსულში იდენტიფიცირებული პრობლემების მდგომარეობის შეფასებისა და ახალი პრობლემების ნიშნების მონიტორინგისთვის გამოიყენება. ეს შესაძლოა გაკეთდეს კონკრეტული პრობლემის (მაგ., პნევმონია) აღმოჩენის შემდეგ. სათანადო ფოკუსირებული შემონმების ტიპს პაციენტის მდგომარეობა მიგანიშნებთ. მაგალითად, მუცლის არეში ტკივილი მუცლის ფოკუსირებული შემონმების საჭიროების მანიშნებელია. ზოგიერთი პრობლემის შემთხვევაში აუცილებელია ერთზე მეტი სისტემის ფოკუსირებული შემონმება. თავის ტკივილის ჩივილი შესაძლოა ძვალკუნთოვანი, ნევროლოგიური და თავისა და კისრის გასინჯვის საჭიროების მანიშნებელი იყოს.

გადაუდებელი შეფასება

გადაუდებელ ან კრიტიკულ ვითარებაში შესაძლებელია *გადაუდებელი შეფასების* წარმოება. ეს მოიცავს სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნების პარალელურად, პაციენტის სწრაფ გასინჯვას და მისთვის კონკრეტული, აუცილებელი კითხვების დასმას.

შეფასების მიდგომების გამოყენება

ჰოსპიტალის სტაციონარში, განსაკუთრებით, მწვავე მოვლის პირობებში პაციენტის შეფასება მკვეთრად განსხვავდება სხვა გარემოში ჩატარებული შემონმებისგან. ჰოსპიტალიზებულ პაციენტს ხშირად და ბევრი სხვადასხვა ადამიანი უტარებს ფოკუსირებულ შემონმებას. ეს გუნდური მიდგომა სამედიცინო გუნდის წევრებისგან თანმიმდევრულობას მოითხოვს.

უნყვეტი მოვლის განმავლობაში თქვენს გონებაში თანდათან გამოიკვეთება მის შესახებ წარმოდგენა. გამოცდილების დაგროვებასთან ერთად, თქვენ პაციენტის მდგომარეობის გონებრივ სურათს რამდენიმე საბაზისო დეტალის, მაგალითად „85 წლის ქალი მოთავსდა ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების გამწვავებით“ საფუძველზეც ჩამოიყალიბებთ. თქვენს წარმოსახვაში მისი „სურათი“ კიდევ უფრო მკაფიო გახდება, როცა უფრო სრულყოფილ სიტყვიერ ანგარიშს მიიღებთ, რომელიც მოიცავს ჰოსპიტალში ყოფნის ხანგრძლივობას, ლაბორატორიული კვლევების შედეგებს, ფიზი-

კალურ ნიშნებსა და სასიცოცხლო მაჩვენებლებს. შემდეგ ფოკუსირებული მიდგომით თვითონ გასინჯეთ, შეამოწმეთ პაციენტი. შემოწმების პროცესში თქვენ დაადასტურებთ ან განაახლებთ სამედიცინო ჩანაწერში წაკითხულ მიგნებებს და სხვა სამედიცინო პირების ნაამბობს.

გახსოვდეთ, რომ პროცესი არ მთავრდება მაშინ, როცა შემოვლისას პაციენტს პირველად გასინჯავთ. თითოეული თქვენი პაციენტის შესახებ ინფორმაციის შეკრება მთელი ცვლის განმავლობაში გრძელდება. ყველაფერი, რაც თითოეულ პაციენტზე იცით, განხილულ უნდა იქნას ახალი ინფორმაციის ჭრილში. მაგალითად, როცა ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების მქონე პაციენტის სასუნთქ სისტემას ამოწმებთ, თქვენ ფილტვში წვრილბუშტუკოვან ხიხინს/კრეპიტაციას მოისმენთ. ამ მიგნებამ უნდა მიგანიშნოთ, რომ საჭიროა კარდიოვასკულარული სისტემის შემოწმებაც, რადგან ხიხინი, შესაძლოა, გულის პრობლემებმაც (მაგ., გულის უკმარისობა) გამოიწვიოს. გამოცდილების დაგროვებასთან ერთად, ახალი მიგნებების მნიშვნელობა თქვენთვის უფრო თვალსაჩინო გახდება. კლინიკური შემთხვევები და შესაბამისი შემოწმებები ამ სახელმძღვანელოს შესაბამის თავებშია მოცემული. ისინი შემოწმების უნარ-ჩვევების და ცოდნის შექნაში დაგეხმარებათ.

2-7 ცხრილში ნაჩვენებია, როგორ შეგიძლიათ ჩაატაროთ სხვადასხვა სახის შემოწმებები მოცემული ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში პაციენტის პროგრესზე დაყრდნობით. როცა პაციენტი კრიტიკულ მდგომარეობაში შემოდის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებაში, თქვენ ჩაატარებთ გადაუდებელ შემოწმებას სასუნთქი გზების, სუნთქვის, ცირკულაციის, შეზღუდვის და გარემოს კონტროლის პრინციპების შესაბამისად. პაციენტის დასტაბილურების შემდეგ, თქვენ შეგიძლიათ დაიწყოთ სასუნთქი და მასთან დაკავშირებული სხვა სისტემების ფოკუსირებული შემოწმება. პაციენტის მოთავსების შემდეგ ტარდება ყოვლისმომცველი შემოწმება. მონშდება თითოეული ორგანოთა სისტემა, იმის მიუხედავად, ჩართულია თუ არა ისინი კონკრეტულ სამედიცინო პრობლემაში.

ცხრილი 2-6 შეფასების ტიპები	
ქვემოთ მოცემულია შეფასების სხვადასხვა ტიპი, რომლის გამოყენებაც სხვადასხვა ვითარებაში შეგიძლიათ.	
აღწერა	როდის და სად ტარდება
ყოვლისმომცველი/სიღრმისეული	
<ul style="list-style-type: none"> ერთი ან რამდენიმე სისტემის დეტალური შემოწმება, რაც მოიცავს იმ სისტემების შეფასებასაც, რომელზეც კონკრეტული პრობლემა ან დიაგნოზი უშუალოდ არ მოქმედებს; თავიდან ფეხის თითებამდე შემოწმებისთვის გამოიყენება; 	<ul style="list-style-type: none"> მოვლის დაწყებისას, პირველადი ან ამბულატორიული მოვლის პირობებში ჰოსპიტალში ან გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებაში მოთავსებისას შინმოვლის ექთნის პირველი ვიზიტისას;
ფოკუსირებული	
<ul style="list-style-type: none"> შემოკლებული შემოწმება, რომელიც ფოკუსირებულია ერთ ან რამდენიმე სისტემაზე, რომელიც მოვლის ფოკუსს წარმოადგენს; მოიცავს კონკრეტულ პრობლემასთან (მაგ., პნევმონია, ლაბორატორიული დარღვევები) დაკავშირებულ შემოწმებას; 	<ul style="list-style-type: none"> ჰოსპიტალში ყოფნის განმავლობაში – ცვლის დაწყებისას და ცვლის მიმდინარეობისას, საჭიროების მიხედვით;

<ul style="list-style-type: none"> • ხდება ახალი პრობლემების ნიშნების მონიტორინგი; 	<ul style="list-style-type: none"> • ხელახლა ტარდება ამბულატორიული მოვლის პირობებში ან სახლში;
გადაუდებელი	
<ul style="list-style-type: none"> • შემოიფარგლება სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობების შეფასებით (მაგ., ინჰალაციური დაზიანებები, ანაფილაქსია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, შოკი, ინსულტი); • წარმოებს პაციენტის გადარჩენის მიზნით; ფოკუსირებულია სასუნთქ გზებზე, სუნთქვაზე, ცირკულაციასა და შეზღუდვებზე; • სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ინტერვენციების წარმონწყობის შემდეგ, ყველა არსებული დაზიანების ან პრობლემის დადგენის მიზნით, ჩაატარეთ მოკლე სისტემური შემონმება; 	<p>ტარდება ნებისმიერ გარემოში მაშინ, როცა სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობის ნიშნები ან სიმპტომები გამოვლინდება (მაგ., გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებაში, კრიტიკული მოვლის განყოფილებაში, ქირურგიულ განყოფილებაში)</p>

ცხრილი 2-7 სხვადასხვა ტიპის შემონმებების კლინიკური გამოყენება	
<i>ქვემოთ მოცემულია მაგალითი, თუ როგორ გამოიყენება შემონმების სხვადასხვა ტიპი გადაუდებელ განყოფილებაში მოხვედრიდან პოსპიტალის კლინიკურ განყოფილებაში გადაყვანამდე.</i>	
დეპარტამენტი	შემონმების ტიპი
გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილება	
პაციენტი შემოყვანილია მწვავე რესპირატორული დისტრესით.	ჩაატარეთ გადაუდებელი შემონმება
პრობლემა იდენტიფიცირდება და გატარდება კრიტიკული ინტერვენციები; პაციენტი სტაბილურდება.	ჩაატარეთ სასუნთქი და მასთან დაკავშირებული სისტემების (მაგ., გულ-სისხლძარღვთა) ფოკუსირებული შემონმება. შეგიძლიათ ყველა სისტემის მომცველი შემონმებაც დაიწყოთ.
კლინიკური განყოფილება	
პაციენტი კლინიკურ განყოფილებაში მოთავსდა მონიტორინგის ქვეშ.	განსაზღვრულ დროში დაასრულეთ ორგანოთა ყველა სისტემის სიღრმისეული შემონმება.
ცვლის მიმდინარეობისას ამონმეთ. შემდეგი ცვლის ექთანი მოდის და მას ცვლა უნდა გადააბაროთ.	სასუნთქი სისტემის და სხვა დაკავშირებული სისტემების ფოკუსირებული შემონმება (იმის შემონმებისთვის, აღმოცენდა თუ არა ახალი პრობლემები).

პრობლემის იდენტიფიცირება/განსაზღვრა და საექთნო დიაგნოზი

ანამნეზის გამოკითხვის და ფიზიკალური გასინჯვის დასრულების შემდეგ, საექთნო დიაგნოზების და კოლაბორაციული პრობლემების ჩამონათვალის შესადგენად, მონაცემთა ანალიზია საჭირო.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Jarvis C: *Physical examination and health assessment*, ed 6, St Louis, 2012, Saunders.
- Wilson S, Giddens J: *Health assessment for nursing practice*, ed 4, St Louis, 2009, Mosby. Gordon M: *Manual of nursing diagnosis*, ed 12, Boston, 2010, Jones & Bartlett.
- Lehne R: *Pharmacology for nursing care*, ed 7, St Louis, 2010, Mosby.
- Eliopoulos C: *Gerontological nursing*, ed 7, Philadelphia, 2009, Lippincott Williams & Wilkins.

თავი 3

პაციენტისა და მომვლელის სწავლება

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

1. სხვადასხვა პაციენტისა და მომვლელის სწავლების პრიორიტეტული ამოცანების განსაზღვრას;
2. ზრდასრულის სხვადასხვაგვარი საჭიროებების ანალიზს;
3. სწავლების დროს ექთნის ეფექტურობის გაზრდას;
4. პაციენტის სწავლებაში მომვლელის როლის შეფასებას;
5. სწავლება-სწავლის პროცესის მრავალფეროვან პოპულაციებზე მორგებას;
6. პაციენტისა და მომვლელის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციო-კულტურული მახასიათებლების დაკავშირებას სწავლება-სწავლის პროცესთან;
7. სხვადასხვა ტიპის პაციენტებთან სწავლების სტრატეგიების შერჩევას;
8. პაციენტისა და მომვლელის სწავლების შეფასების სათანადო მეთოდების შერჩევას;

ამ თავში აღწერილია პაციენტისა და მომვლელის სწავლების პროცესი. ამასთან, განხილულია წარმატებული სწავლებისა და სწავლის ხელშემწყობი მეთოდები და სტრატეგიები.

პაციენტისა და მომვლელის სწავლება

პაციენტის და მომვლელის (ოჯახის წევრი ან საყვარელი ადამიანი) სწავლება ინტერაქტიული და დინამიკური პროცესია, რომელიც გულისხმობს ჯანმრთელობის შენარჩუნების ან გაუმჯობესების მიზნით პაციენტის ცოდნის, ქცევის ან/და დამოკიდებულების ცვლილებას. თქვენ მიხვდებით, რომ სწავლება გამომწვევებით სავსე, მაგრამ მნიშვნელოვანი ფუნქციაა. პაციენტების სწავლება საკვანძო საექთნო ინტერვენციაა, რომელიც მათ ცხოვრებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს.

პაციენტის სწავლების ზოგადი ამოცანებია: ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, დაავადების პრევენცია, ავადმყოფობის მართვა და მკურნალობის სათანადო ალტერნატივების შერჩევა და გამოყენება. მწვავე და ქრონიკული სამედიცინო პრობლემების მქონე პაციენტების სწავლებით შესაძლებელია გართულებების თავიდან აცილება და გამოჯანმრთელების, საკუთარი თავის მოვლისა და პაციენტის დამოუკიდებლობის ხელშეწყობა. ზოგადად, სიკვდილის შემთხვევათა 70% განპირობებულია ქრონიკული ავადმყოფობებით, დაავადებებით, რომლებითაც პაციენტები ხშირად წლობით ცხოვრობენ. სათანადოდ მართავენ თუ არა პაციენტი თავიანთი ჯანმრთელობის პრობლემას და ინარჩუნებენ თუ არა ცხოვრების ხარისხს, დამოკიდებულია იმაზე, რას ისწავლიან თავიანთი მდგომარეობის/პრობლემის შესახებ და რაში გამოიყენებენ ამ ცოდნას. პაციენტები, რომლებიც კარგად იგებენ/იაზრებენ გაწერის წინა ინსტრუქციებს, რომელიც მოიცავს

წამლების მიღების წესებსა და შემდგომი ვიზიტების დაგეგმვას, 30%-ით ნაკლები ალბათობით მოთავსდებიან ხელახლა ან მოხვდებიან გადაუდებელ განყოფილებაში, ვიდრე ისინი, ვისაც ეს ინფორმაცია არ მიეწოდათ.

სწავლება ნებისმიერ სამუშაო გარემოში შეგიძლიათ ჩაატაროთ. მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა დაწესებულებაში, შესაძლოა, პაციენტის სწავლების პროგრამების შემუშავებისა და მათი ზედამხედველობის მიზნით, დასაქმებულნი იყვნენ ექთნები და პაციენტის განათლებაზე პასუხისმგებელი პირები, პაციენტისა და მომვლელის სწავლებაზე ყოველთვის თქვენ ხართ პასუხისმგებელი. დაუშვებელია ამ ვალდებულების დეფიციტობა არალიცენზირებული დამხმარე პერსონალისთვის.

პაციენტსა და მომვლელთან ნებისმიერი კონტაქტი, შეხება პოტენციურად *სწავლების მომენტი*ა. ნებისმიერ დღეს სწავლების უფრო მეტი არაფორმალური შესაძლებლობა გექნებათ, ვიდრე ფორმალური. თქვენ თითოეული ასეთი მომენტით უნდა ისარგებლოთ. მაგალითად, ასთმიანი პაციენტისთვის პიკ ფლოუმეტრის გამოყენების სწავლებისთვის თქვენ სწავლების ფორმალური გეგმა არ გჭირდებათ. თუმცა, როცა თქვენს პაციენტს ჯანმრთელობის ხელშეწყობასთან ან პრობლემის მართვასთან დაკავშირებული კონკრეტული სასწავლო საჭიროება აქვს, თქვენ სწავლების გეგმა უნდა შეიმუშავოთ. სწავლების გეგმა მოიცავს: (1) პაციენტის დასწავლის უნარის, საჭიროებისა და მზაობის შეფასებას და (2) იმ პრობლემების განსაზღვრა, რომელთა მოგვარებაც სწავლებითაა შესაძლებელი. შემდეგ პაციენტთან ერთად შეიმუშავეთ ამოცანები/მიზნები, განახორციელოთ სწავლების ინტერვენციები და შეაფასეთ სწავლების ეფექტურობა.

სწავლება-სწავლის პროცესი

სწავლება მხოლოდ ინფორმაციის მიწოდება არ არის. სწავლება არის სწავლის ხელშეწყობი პირობების მიზანმიმართული მოწყობა ისე, რომ სწავლების ობიექტმა ნასწავლის საფუძველზე ქცევა შეცვალოს. სწავლება შესაძლოა იყოს როგორც დაგეგმილი, ისე არაფორმალური. სწავლებისას გამოიყენება სხვადასხვა მეთოდის, მათ შორის, ინსტრუქტაჟის, კონსულტირებისა და ქცევის მოდიფიცირების კომბინაციები.

სწავლა, სწავლება ცოდნის ან/და უნარ-ჩვევების შეძენაა, რამაც შესაძლოა სამუდამო ცვლილებები გამოიწვიოს ადამიანში. ამ ცვლილების არსებობა იმის მანიშნებელია, რომ ადამიანმა ისწავლა. სწავლის შედეგად ადამიანს უნდა ქცევის ცვლილების პოტენციალი ან უნარი. ეს გვხვდება პაციენტებში, რომლებიც სრულად ინფორმირებულნი არიან და იაზრებენ მითითებებს, მაგრამ გადაწყვეტენ, ქცევა არ შეცვალონ. ამ შემთხვევაში სწავლება სძენს პაციენტს უნარს, მიიღოს გადაწყვეტილება და შეცვალოს ქცევა, მაგრამ საკუთრივ გადაწყვეტილებას პაციენტი იღებს.

მიუხედავად იმისა, რომ სწავლა სწავლების გარეშე შეიძლება მოხდეს, სწავლება ხელს უწყობს ინფორმაციისა და უნარ-ჩვევების ორგანიზებას ისე, რომ სწავლა უფრო ეფექტური იყოს. სწავლება-სწავლის პროცესში მონაწილეობს პაციენტი, პაციენტის მომვლელ(ებ)ი და თქვენ.

ზრდასრული „მოსწავლე“

ზრდასრულთა სწავლის პრინციპები

იმისთვის, რათა პაციენტებსა და მათ მომვლელებს ეფექტური სწავლება ჩაუტაროთ, უნდა გესმოდეთ, როგორ და რატომ სწავლობენ ზრდასრულები. ზრდასრულთა სწავ-

ლის ბევრი თეორია მალკოლმ ნოულზის ნაშრომებს ეყრდნობა. მალკოლმ ნოულზმა განსაზღვრა ანდრაგოგიის (ზრდასრულთა სწავლა) ექვსი პრინციპი, რომელიც თქვენ ზრდასრულთა სწავლებისას უნდა გაითვალისწინოთ (ცხრილი 3-1).

ცხრილი 3-1 ზრდასრულთა სწავლის პრინციპები პაციენტისა და მომვლელის სწავლებაში		
პრინციპები	სწავლებისას ექთნის მიერ გასათვალისწინებელი საკითხები	მაგალითები
„მოსწავლის“ საჭიროება, იცოდეს	<ul style="list-style-type: none"> • პაციენტებმა უნდა იცოდნენ, რატომ უნდა ისწავლონ კონკრეტული რამ, რა უნდა ისწავლონ და როგორ გამოადგებათ ეს ცოდნა; • დაუსვით პაციენტს ისეთი კითხვები, როგორიცაა, „როგორ ფიქრობთ, რისი სწავლა გჭირდებათ ამ საკითხის შესახებ?“; 	თქვენმა პაციენტმა და მისმა მომვლელმა მოითხოვეს კონკრეტული ინფორმაცია გულის შეტევის შემდეგ ვარჯიშის გზამკვლევის შესახებ.
„მოსწავლის“ სწავლისთვის მზაობა	<ul style="list-style-type: none"> • ახალი ამოცანების პირისპირ ყოფნისას სწავლის მზაობა და მოტივაცია მაღალია; • ჯანმრთელობის კრიზისები პაციენტებს აძლევს შესაძლებლობას, ისწავლონ და ქცევა შეცვალონ; • სტრესი და შფოთვა სწავლას შესაძლოა ხელს უშლიდეს, ამიტომ საკითხები ხშირად უნდა განმეორდეს; 	გარდამავალი იმემიური შეტევის შემდგომ პერიოდში თქვენი პაციენტი ამბობს, რომ მზადაა, ისწავლოს, რა ცვლილებები უნდა განახორციელოს ინსულტის რისკის შესამცირებლად.
„მოსწავლის“ წარსული გამოცდილება	<ul style="list-style-type: none"> • როცა პაციენტმა წარსული გამოცდილებიდან რაღაც უკვე იცის კონკრეტული საკითხის შესახებ, მისი მოტივაცია იზრდება; • წარსულში მიღებული ცოდნისა და გამოცდილებების იდენტიფიცირებამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს პაციენტის თავდაჯერებულობას; 	თქვენმა პაციენტმა ენოქსაპარინის ინექცია უნდა დაიწყო. გეუბნებათ, რომ მამამისს ინსულტის უკეთებს და მზადაა, ამ ნაშლის გაკეთებაც ისწავლოს.
„მოსწავლის“ მოტივაცია, ისწავლოს	<ul style="list-style-type: none"> • ხშირ შემთხვევაში. პაციენტები ამზობინებენ, ნასწავლი დაუყოვნებლივ გამოიყენონ; • გრძელვადიანი ამოცანები, შესაძლოა, ნაკლებად მიმზიდველი იყოს, ვიდრე მოკლევადიანები; • სწავლებისას ყურადღება გაამახვილეთ იმ ინფორმაციაზე, რომელიც, პაციენტს მიაჩნია, რომ ახლავე ესაჭიროება; 	თქვენი პაციენტის განერა დილას იგეგმება. მას და მის მომვლელს ჩაუტარდათ ინსტრუქტაჟი ჭრილობის მოვლის შესახებ და ისინი პროცედურასაც დააკვირდნენ. მომვლელი გეუბნებათ, რომ სურს, დღეს საღამოს ჩაატაროს ჭრილობის მოვლის პროცედურა.
„მოსწავლე“ ორიენტირებულია, რომ ისწავლოს	<ul style="list-style-type: none"> • კონკრეტული რამის სწავლისთვის პაციენტები სხვადასხვა მასალას/რესურსს ითხოვენ და ურჩევნიათ, არჩევანი ჰქონდეთ; 	თქვენი პაციენტი, რომელსაც ახლახანს შაქრინი დიაბეტის დიაგნოზი დაესვა, გეუბნებათ, რომ ღელავს იმ დიეტაზე, რომლის დაცვაც

	<ul style="list-style-type: none"> როცა პაციენტი სწავლების რეგულაციას ვერ იაზრებს, განუმარტეთ სწავლის მნიშვნელობა; სწავლება მიმართული უნდა იყოს კონკრეტული პრობლემის ან გარემოებისკენ; 	<p>მოუწვევს. იმისთვის, რათა მან კვებითი ცვლილებების შესახებ ისწავლოს, უზრუნველყავით პაციენტი სხვადასხვა ალტერნატივებით (მაგ., კულინარიის გაკვეთილები, ონლაინ-გაკვეთილები, დიეტოლოგთან ინდივიდუალური სესიები, ბროშურები);</p>
„მოსწავლის“ თვითაღქმა	<ul style="list-style-type: none"> საკუთარი ღირებულების, მნიშვნელობის შეგრძნების შენარჩუნებისთვის პაციენტებს კონტროლისა და აუტონომიურობის გრძნობა ესაჭიროებათ; პაციენტები არ ისწავლიან, თუ მათ ბავშვებივით მოეპყრობიან და მიუთითებენ, რა უნდა გააკეთონ; 	<p>თქვენს პაციენტს დროებითი კოლოსტომა აქვს. გეუბნებათ, რომ არ არის მზად, მას შეხედოს. მასთან ერთად შეიმუშავეთ კოლოსტომის მოვლის სწავლის განრიგი, რათა მან შეძლოს ვითარებაზე კონტროლის აღება და მოემზადოს საკუთარი თავის მოვლისთვის.</p>

ჯანმრთელობის ხელშემწყობი მოდელები

როცა რეკომენდებულია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევის ცვლილება, პაციენტებმა და მათმა მომვლელებმა შესაძლოა რამდენიმე ნაბიჯი გაიარონ მანამ, სანამ მოისურვებენ ცვლილებას ან შეძლებენ მის მიღებას. პროჩასკამ და ველისერმა თავიანთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევის ცვლილების ტრანსთეორიულ მოდელში ცვლილება ექვს სტადიად დაყვეს (ცხრილი 3-2). ეს მოდელი ხშირად გამოიყენება თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის, დიაბეტის მართვისა და წონის კლების ხელშემწყობისთვის.

ცხრილი 3-2 ცვლილების სტადიები ტრანსთეორიული მოდელის მიხედვით		
სტადია	პაციენტის ქცევა	ექტნის როლი
1. განზრახვის წინა საფეხური	არ განიხილავს ცვლილებას და არ არის მზად სწავლისთვის.	გაუწიეთ მხარდაჭერა, გაზარდეთ ცნობიერება მდგომარეობის შესახებ. აღუწერეთ ცვლილების სარგებელი და შეუცვლელი ქცევის რისკები.
2. განზრახვა	ფიქრობს ცვლილების შესახებ. შესაძლოა აღიარებდეს ცვლილების საჭიროებას; ამბობს „ვიცი, რომ უნდა..“, მაგრამ აღნიშნავს ხელშემშლელ ფაქტორებს.	განუმარტეთ, რას მოიცავს ქცევის ცვლილება. განამტკიცეთ მოსაზრება ცვლილების საჭიროების შესახებ.
3. მომზადება	ინყებს ცვლილების დაგეგმვას, აგროვებს ინფორმაციას, დათქვამს ცვლილების თარიღს, სხვებსაც უზიარებს გადაწყვეტილებას.	განამტკიცეთ ცვლილების დადებითი შედეგები, მიანოდეთ ინფორმაცია და გაამხნევეთ, შეიმუშავეთ გეგმა, დაეხმარეთ პრიორიტეტების განსაზღვრასა და მხარდაჭერის წყაროების ძიებაში.
4. მოქმედება	ინყებს პრაქტიკის მეშვეობით ქცევის ცვლილებას. არაფიქსირებულია და შესაძლოა მოხდეს რეციდივი.	განამტკიცეთ ქცევა ჰილდოთი; მოუწოდეთ, თავი დაიჭილდოვოს, განიხილეთ გადაწყვეტილებები, რათა შეამციროთ რეციდივები და ფოკუსი დააბრუნოთ ცვლილებაზე. დაეხმარეთ პოტენციურ რეციდივებთან გამკლავების დაგეგმვაში.

5. შენარჩუნება	პრაქტიკაში რეგულარულად იყენებს ცვლილებას. შეუძლია ცვლილების შენარჩუნება.	განაგრძელეთ ქცევის განმტკიცება. ცვლილების შენარჩუნების შესახებ დამატებითი სწავლება ჩაუტარეთ.
6. დასრულება	ცვლილება ცხოვრების წესის ნაწილი გახდა. ქცევა ცვლილებად აღარ ითვლება.	შეაფასეთ ახალი ქცევის ეფექტურობა. შემდგომი ინტერვენცია საჭირო არ არის.

მოტივაციური ინტერვიუ (იხ. www.motivationalinterview.org) პაციენტისთვის ქცევის ცვლილების მოტივაციის გაღვივებისთვის, არაკონფრონტაციული ინტერპერსონალური კომუნიკაციის ხერხებს იყენებს. ეს სტრატეგია მოიცავს ნებისმიერი ისეთი ინტერვენციის გამოყენებას, რომელიც პაციენტის მოტივაციას აამაღლებს (ცხრილი 3-3). მოტივაციური ინტერვიუს დროს გამოყენებული ტექნიკები პროჩასკას და ველისერის ცვლილების სტადიებს უკავშირდება.

<p>ცხრილი 3-3 მოტივაციური ინტერვიუების საკვანძო ასპექტები</p>
<ul style="list-style-type: none"> • მეტი მოუსმინეთ, ვიდრე საუბრობთ; • პაციენტის რეზისტენტობას მოერგეთ, ვიდრე შეენინააღმდეგეთ; • რეფლექციური მოსმენის⁹ გზით გამოხატეთ ემპათია; • ფოკუსირდით დადებით მხარეებზე. არ გააკრიტიკოთ პაციენტი; • გამგებიანად დაარწმუნეთ და ამავდროულად, გახსოვდეთ, რომ ცვლილება მთლიანად პაციენტზეა დამოკიდებული; • გაამახვილეთ ყურადღება პაციენტის ძლიერ მხარეებზე, რათა ცვლილებების განხორციელებისთვის საჭირო იმედი და ოპტიმიზმი გააღვივოთ; • მოერიდეთ კამათს და პირდაპირ კონფრონტაციას, რამაც შესაძლოა თავდაცვის პოზაში ჩადგომა და ძალების შეჯიბრება გამოიწვიოს; • დაეხმარეთ პაციენტს, ამოიცნოს სხვაობა ამჟამინდელ და სასურველ მდგომარეობას შორის;

შეცვლის პროცესში მოსალოდნელია რეციდივები და სტადიებზე დაბრუნება. ზოგჯერ პაციენტები ქცევებს არ ცვლიან ან გარკვეული პერიოდის შემდეგ, კვლავ ძველ ქცევას უბრუნდებიან. ეს შესაძლოა მიგვანიშნებდეს იმაზე, რომ გამოყენებული ინტერვენციები ცვლილების სტადიას არ ითვალისწინებდა. განსაზღვრეთ პაციენტის მზაობის სტადია და ის, თუ რომელი სტადიისკენ მიდის იგი. ცვლილების ადრეულ ეტაპზე მყოფ პაციენტებს მოგვიანებით სტადიებზე მყოფი პაციენტებისგან განსხვავებული მოტივაციური მხარდაჭერა ესაჭიროებათ.

მაგალითად, ჰოსპიტალიზებული მწველი პაციენტი ხშირად ცვლილების განზრახვის წინა ან განზრახვის სტადიაზეა. განზრახვის წინა საფეხურზე პაციენტებს არ ანუხებთ კონკრეტული ნივთიერების მოხმარების პრობლემა და არ განიხილავთ ქცევის ცვლილებას. ამ სტადიაზე თქვენ უნდა დაეხმაროთ პაციენტს, შეიმეცნოს თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკები და პრობლემები და ეჭვქვეშ დააყენოს თამბაქოს მოხმარება. ჰკითხეთ პაციენტს, მისი აზრით, რა მოხდება, თუ

⁹ რეფლექციური მოსმენაა მოსაუბრის იდეის გაგება, იმის აღნიშვნა, რომ მისი იდეა გაგებულია სწორად და აზრის შეთავაზება. ეს ტექნიკა მიმართულია იმისკენ, რომ მოხდეს პაციენტის აზრისა და შეგრძნებების შეცვლა.

ამას გააგრძელებს, მიაწოდეთ პრობლემის მტკიცებულება (მაგ., რენტგენოგრაფიული ცვლილებები) და ფაქტობრივი ინფორმაცია თამბაქოს მოხმარების რისკების შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ მწვავე პრობლემის დროს პაციენტები შესაძლოა არ იყვნენ მზად, ქცევა შეცვალონ, თუმცა ეჭვის მარცვლები მაინც ითესება. სხვა შემთხვევებში, მაგალითად, როცა პაციენტს სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობა (მაგ., გულის შეტევა) აქვს, მან შესაძლოა დაუყოვნებლივ აღიქვას პრობლემა და ცვლილების მოტივაცია გაუღვივდეს.

ცვლილების განზრახვის სტადიაზე პაციენტი ხშირად ამბივალენტურია¹⁰. პაციენტი იაზრებს, რომ კონკრეტული ქცევა პრობლემას წარმოადგენს და ცვლილება აუცილებელია, თუმცა, სწამს, რომ მისი შეცვლა ძალიან რთული იქნება ან რომ ქცევისგან მიღებული სიამოვნება ღირს რისკის განწევად. ეს გვხვდება, მაგალითად, პაციენტთან, რომელიც ამბობს: „ვიცი, რომ თამბაქოს მოხმარება უნდა შევწყვიტო. ამ გულის შეტევამ ძალიან შემაშინა. ვიცი, რომ წონა უნდა დავიკლო და ვარჯიში დავიწყო, მაგრამ ყველაფერს ერთბაშად ვერ შევცვლი. თამბაქოს მოხმარება ჭამის კონტროლში მეხმარება – ვერ შევწყვეტ, სანამ ცოტათი არ დავიკლებ წონას.“ ცვლილების ამ სტადიაზე დაეხმარეთ პაციენტს, განიხილოს მისი ქცევის (მაგ., ნივთიერების ბოროტად მოხმარება) დადებითი და უარყოფითი ასპექტები და ფრთხილად ეცადეთ, წონასწორობა პოზიტიური ქცევისკენ გადაწიოთ. დაეხმარეთ პაციენტს, ცვლილების გარეგან მამოტივირებელ ფაქტორებთან (მაგ., მეორე ინფარქტი, ფილტვის დაავადება) ერთად, აღმოაჩინოს შინაგანი მოტივატორები, რითიც შეგიძლიათ ხელი შეუწყოთ განზრახვის სტადიიდან მომზადებისა და მოქმედების ფაზაში გადასვლას. ამ პროცესში გამოკვეთეთ, რომ ცვლილება პაციენტის პირად არჩევანსა და პასუხისმგებლობებზეა დამოკიდებული.

განზრახვიდან მომზადების სტადიაზე გადასვლისას, ცვლილების სურვილის, მოტივაციის განმტკიცების მიზნით, დაეხმარეთ პაციენტს, განივითაროს თვითეფექტურობა. თვითეფექტურობა არის რწმენა იმისა, რომ პიროვნება კონკრეტულ ვითარებაში წარმატებას მიაღწევს. ამ შემთხვევაში ეს არის პაციენტის რწმენა, რომ ნივთიერების ბოროტად მოხმარების ქცევის შეცვლას შეძლებს. მხარი დაუჭირეთ ცვლილებისკენ მიმართულ უმცირეს მცდელობებსაც კი. მოქმედებისა და შენარჩუნების სტადიების გავლა უწყვეტ მხარდაჭერას საჭიროებს, რათა პაციენტის მკურნალობაში ჩართულობა კიდევ უფრო გაიზარდოს. მოტივაციური ინტერვიუების სიღრმისეული მიმოხილვა მოცემულია მკურნალობის გაუმჯობესების პროტოკოლებში, რომელთა ხილვაც ამ ბმულზე შეგიძლიათ: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14856.

პაციენტი ხშირად მანამ გამოდის მწვავე მდგომარეობიდან ან მანამ გაეწერება ჰოსპიტალიდან, სანამ მომზადებისა და მოქმედების სტადიები დადგება. მას შემდეგ, რაც პაციენტი ცვლილების განზრახვის სტადიაზე შეცვლის მზაობას გამოთქვამს, განაგრძეთ მისი მხარდაჭერა და გადაამისამართეთ შესაბამის საზოგადოებრივ და ამბულატორიულ რესურსებთან.

¹⁰ ერთმანეთის საპირისპირო გრძნობის (მაგ., სიამოვნება და უსიამოვნება, სიყვარული და სიძულვილი, სიმპათია და ანტიპათია) შემცველი. <https://bit.ly/2v1ZUSb>

ექთანი, როგორც მასწავლებელი

საჯირო კომპეტენციები

საკითხის ცოდნა

მიუხედავად იმისა, რომ ყველა საკითხის ექსპერტობა შეუძლებელია, სასწავლო თემაში გათვითცნობიერება დაგეხმარებათ, თავდაჯერებული მასწავლებელი იყოთ. ინფორმაციის მიღება სარწმუნო წყაროებიდან, მაგალითად, წიგნებიდან და ჟურნალებიდან შეგიძლიათ მიიღოთ. მაგალითად, თუ თქვენ პაციენტებს ჰიპერტენზიის მართვას ასწავლით, უნდა შეგეძლოთ იმის ახსნა, თუ რა არის ჰიპერტენზია და რატომაა მნიშვნელოვანი მისი მკურნალობა. გარდა ამისა, ასწავლეთ პაციენტებს ის, რაც მათ ვარჯიშის, კვებისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების შესახებ უნდა იცოდნენ. ასწავლეთ პაციენტსა და მომვლელს, როგორ გამოიყენონ წნევის საზომი აპარატები წნევის მონიტორინგისთვის და ასწავლეთ, რა ვითარებაში უნდა დაუკავშირდნენ სამედიცინო დაწესებულებას. და ბოლოს, მიანოდეთ პაციენტს დამატებითი მასალები, მაგალითად, ბეჭდური ბროშურები, შესაბამისი ვებგვერდები და ინფორმაცია მხარდაჭერი ორგანიზაციების (მაგ., ამერიკის გულის ასოციაცია) შესახებ.

ზოგიერთ შემთხვევაში თქვენ ვერ შეძლებთ პაციენტების ან მომვლელების შეკითხვებზე პასუხის გაცემას. თუ თქვენ არ ხართ დარწმუნებული, ზუსტად რას გეკითხებიან, უნდა დააზუსტოთ კითხვის არსი. როცა ნათელია, რომ თქვენ შეკითხვის საპასუხოდ საკმარისი ცოდნა არ გაქვთ, აღიარეთ ეს პაციენტთან და მომვლელთან და მოითხოვეთ თანამშრომლების, პაციენტების განათლებაზე პასუხისმგებელი პირებისა და სხვა სარწმუნო პირების დახმარება.

კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები

პაციენტის სწავლება დამოკიდებულია თქვენსა და პაციენტს ან მომვლელს შორის ეფექტურ კომუნიკაციაზე. სამედიცინო ჟარგონი პაციენტებისა და მომვლელების უმრავლესობას აფრთხობს. ყოველთვის განმარტეთ გამოყენებული სამედიცინო სიტყვების მნიშვნელობა. პაციენტებთან საუბრის დროს მოერიდეთ აკრონიმების (მაგ., CABG კორონარული არტერიების შუნტირება) და აბრევიატურების (მაგ., IV) გამოყენებას. პაციენტსა და მომვლელს თავიანთი სიტყვებით აახსნევინეთ, როგორ ესმით და რა იციან დაავადების პროცესის შესახებ. მაგალითად, თუ პაციენტს უთხრეს, რომ ლეიკოპენია აქვს, ეს დიაგნოზი თქვენ პაციენტისთვის გასაგები სიტყვებით უნდა ახსნათ. გამოიყენეთ სიტყვების ფუძეები, აუხსენით, რომ *ლეიკო* მიემართება ლეიკოციტს, სისხლის თეთრ უჯრედს, რომელიც ინფექციებს ებრძვის და *პენია* ნიშნავს ნაკლებობას ან დეფიციტს. დასწავლის ხელშეწყობის მიზნით, გამოიყენეთ მოკლე განმარტებები, მაგალითად, „თქვენ სისხლის თეთრი უჯრედების ნაკლებობა გაქვთ. ეს ინფექციასთან მეტრძოლი უჯრედებია“.

სწავლების დროს მეტად მნიშვნელოვანია *არავერბალური კომუნიკაცია*. არავერბალურ კომუნიკაციას ხშირად კულტურული ფონი განსაზღვრავს. მაგალითად, დასავლურ კულტურაში, პაციენტის სიმაღლეზე ღია, მოდუნებულ პოზაში ჯდომა და მისი სახის ყურება დადებითი არავერბალური გზავნილია (სურ. 3-1). ჰოსპიტალში ამისთვის შესაძლოა პაციენტის სანოლის წამოწევა ან სანოლის გვერდით სკამზე დაჯდომა დაგჭირდეთ. ღია შესტიკულაცია ინტერესისა და გაზიარების სურვილის მაჩვენებელია. აღმოსავლური კულტურის მქონე პაციენტების სწავლებისას, შესაძლოა, სასურველი იყოს, პირდაპირ

არ უყუროთ პაციენტს თვალეში და სამედიცინო ინფორმაცია არა უშუალოდ პაციენტს, არამედ ოჯახის წევრს მიანოდოთ.

სურათი 3-1¹¹



გამოიმუშავეთ *აქტიური მოსმენის* უნარი – მიაქციეთ ყურადღება პაციენტის ნათქვამს, დააკვირდით არავერბალურ მინიშნებებს და არ შეაწყვეტინოთ საუბარი. პაციენტის წინადადებების საპასუხოდ თავი დააქნიეთ და დაზუსტების მიზნით, გაიმეორეთ მისი ნათქვამის პერიფრაზი და, საჭიროებისამებრ, ჩაეკითხეთ.

ემპათია არის სხვა ადამიანის სამყაროში შებიჯება, რომლის მიზანსაც ამ ადამიანის გაგება წარმოადგენს და არა განსჯა ან შენიშვნების მიცემა. ემპათია ნიშნავს საკუთარი პიროვნების გვერდით გადადებას და პაციენტის „ომში გადასვლას“. ემპათია და აქტიური მოსმენა მზრუნველი დამოკიდებულების გამომჟღავნების მძლავრი ხერხია და ეს პაციენტს სწავლისთვის ამზადებს.

ექთან-მასწავლებლის ეფექტურობის გამონწვევები

პაციენტებისა და მომვლელების სწავლებისას ბევრ გამონწვევას აწყდებით, მაგალითად, (1) დროის სიმცირე, (2) თქვენი, როგორც მასწავლებლის შეგრძნებები, (3) ექთნისა და პაციენტების მიერ სწავლის ამოცანების სხვადასხვაგვარი აღქმა და (4) სამედიცინო დაწესებულებიდან ადრე განწერა.

დროის სიმცირე შესაძლოა ეფექტური სწავლების შემაფერხებელი ბარიერი აღმოჩნდეს. მაგალითად, პაციენტის ფიზიკური საჭიროებების დაკმაყოფილებამ, შესაძლოა, სწავლებისთვის განკუთვნილი დრო დაიკავოს. შეზღუდული დროის მაქსიმალურად ეფექტური გამოყენებისთვის აუცილებელია, პაციენტთან ერთად განსაზღვროთ სწავლის პრიორიტეტები. სწავლების დაწყებისას უთხარით პაციენტს, რამდენი დროის დათმობა შეგიძლიათ ამ სესიისთვის. სწავლება ან უკვე ნასწავლის განმტკიცება პაციენტთან ან მომვლელთან ნებისმიერი კონტაქტის დროსაა შესაძლებელი. მაგალითად, წამლების მიწოდებისას, აუხსენით თითოეული წამლის გამოყენების მიზანი და გვერდითი ეფექტე-

¹¹ <https://bit.ly/3aEd1lp>

ბი. დროთა განმავლობაში მცირე ინფორმაციების რამდენჯერმე განმტკიცება სწავლების ეფექტური სტრატეგიაა, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ინფორმაცია ახალი ან კომპლექსურია.

დამატებით ბარიერს წარმოადგენს *თქვენი, როგორც მასწავლებლის შეგრძნებები* და საკუთარ ცოდნასა და კომპეტენციაში დაურწმუნებლობა. სწავლება უნარ-ჩვევაა, რომლის დახვეწასაც დრო ესაჭიროება. გაეცანით თქვენს დაწესებულებაში ხელმისაწვდომ სწავლების რესურსებს (არსებობის შემთხვევაში). სწავლების უნარ-ჩვევების განვითარებაში ხელშეწყობისთვის შეგიძლიათ განმანათლებელ ექთნებს მიმართოთ (არსებობის შემთხვევაში).

ამასთან, პაციენტს, მომვლელას და თქვენს შორის შესაძლოა წარმოიშვას უთანხმოება სწავლების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ. განერის შესახებ რეალისტურმა განხილვამ, ვადების განსაზღვრამ და სახლში მოვლის ალტერნატივების მიმოხილვამ შესაძლოა სწავლებაში ურგენტულობის შეგრძნება შემოიტანოს. მაგალითად, აორტის სარქველის ნაკლოვანების მეორეულად განვითარებული გულის ქრონიკული უკმარისობის დიაგნოზის დასმისა და სარქველზე გადაუდებელი ოპერაციის შემდეგ, პაციენტი და მომვლელი შესაძლოა უარს ამბობდნენ სწავლებაზე მანამ, სანამ ისინი მიიღებენ და გაიაზრებენ პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის სერიოზულობას.

და ბოლოს, პაციენტის სწავლებასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევა სამედიცინო დაწესებულებიდან პაციენტის ადრეულ და სწრაფ განერას უკავშირდება. ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შემცირებისა და ამბულატორიულ კლინიკებში დაჩქარებული ვიზიტების შედეგად, ზოგჯერ მხოლოდ საბაზისო სწავლების ჩატარება ხერხდება.

მომვლელის მხარდაჭერა სწავლება-სწავლის პროცესში

სწავლებისა და სწავლის პროცესში, პაციენტთან ერთად, მომვლელიც მონაწილეობს. მომვლელები უვლიან ადამიანებს, რომელთაც საკუთარი თავის მოვლა არ შეუძლიათ. ყველაზე ხშირად მომვლელები არიან პაციენტის ოჯახის წევრები ან საყვარელი ადამიანები, რომლებიც (1) უშუალოდ უვლიან ან ხელს უწყობენ პაციენტის მოვლას; (2) უზრუნველყოფენ პაციენტის ემოციურ, სოციალურ, სულიერ და ზოგჯერ ფინანსურ მხარდაჭერას და (3) მართავენ და უწევენ პაციენტების კოორდინირებას სამედიცინო სერვისებთან.

დაახლოებით ყოველი მეოთხე ზრდასრული ყოველდღიურად უვლის სხვა ადამიანს. მომვლელები ხშირად პაციენტთან მათი ურთიერთობის მიხედვით კატეგორიზდებიან. მომვლელი ყველაზე ხშირად არის მეუღლე, ზრდასრული შვილი, მშობელი, ბებია, ბაბუა და პარტნიორი. მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახის მომვლელები ყველაზე ხშირად ხანდაზმული ქალბატონები არიან, სხვა მაგალითებიც არსებობს. კერძოდ, ქმრები, რომლებიც ალცჰაიმერის დაავადების მქონე ცოლებს უვლიან; ზრდასრული შვილები, რომლებიც ინსულტის მქონე მშობელს უვლიან; ბებიები და ბაბუები, რომლებიც განვითარების დარღვევის მქონე შვილიშვილს უვლიან; მშობლები, რომლებიც ზურგის ტვინის დაზიანების მქონე ზრდასრულ შვილს უვლიან და პარტნიორები, რომლებიც ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემების მქონე საყვარელ ადამიანებს უვლიან.

დაადგინეთ, ვინ არის პაციენტის ძირითადი მომვლელი(ებ)ი. გაარკვიეთ მომვლელის როლები და მისი პაციენტთან ურთიერთობა. პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემა

ოჯახურ როლებსა და ფუნქციებზე მოქმედებს. დაადგინეთ მომვლელების საჭიროებები, იმის მიუხედავად, სად იმყოფებით – მწვავე მოვლის პირობებში, პაციენტის სახლში გადაყვანის დროს თუ სახლში¹² (ცხრილი 3-4).

მომვლელის შეფასებისას გაითვალისწინეთ კულტურული თავისებურებები. ზოგიერთ კულტურაში ოჯახის მთავარ წევრად მამრობითი სქესის წარმომადგენელი ითვლება. ინფორმაციას ეს ადამიანი იღებს და ის გადასცემს მას ოჯახის წევრებსა და პაციენტს. მნიშვნელოვანია, რომ სახლში განერის დაგეგმვაში, ოჯახის მთავარ წევრთან ერთად, იმ მომვლელებმაც მიიღონ მონაწილეობა, რომლებიც უშუალოდ იქნებიან ჩართული პაციენტის მოვლაში.

რამდენადაც ეს შესაძლებელია, ყოველთვის ეცადეთ, პაციენტთან ერთად მომვლელსაც ასწავლოთ. ორივე მათგანს აუხსენით სწავლების გეგმის ამოცანები. მომვლელებს შესაძლოა ესაჭიროებოდეთ დახმარება, რათა ისწავლონ მოვლის ფიზიკური და ტექნიკური ასპექტები, მოიძიონ რესურსები სახლში მოვლისთვის, მოიპოვონ ალტერნატივა და მარაგები და სახლის გარემო პაციენტის მდგომარეობას მოარგონ. ჰოსპიტალიდან სახლში გადაყვანის პროცესში მხარდაჭერის განევა შეუძლიათ პირველადი ჯანდაცვის რგოლს, ჰოსპიტალისა და სადაზღვევო კომპანიების ქეის-მენეჯერებს (არსებობის შემთხვევაში). პაციენტისა და მომვლელის სასწავლო საჭიროებები, შესაძლოა, ერთმანეთისგან განსხვავდებოდეს. მაგალითად, ტერფის დიდი წყლულის მქონე დიაბეტიანი პაციენტის პრიორიტეტი, შესაძლოა, საწოლიდან სკამზე მაქსიმალურად უმტკივნეულოდ გადასვლის სწავლა იყოს. მეორე მხრივ, მომვლელისთვის, შესაძლოა, ყველაზე მნიშვნელოვანი სახვევების გამოცვლის ტექნიკის სწავლა აღმოჩნდეს. მნიშვნელოვანია როგორც პაციენტის, ისე მომვლელის საჭიროებები. პაციენტებისა და მომვლელების შეხედულებები ავადმყოფობისა და მკურნალობის ალტერნატივების შესახებ, შესაძლოა, განსხვავდებოდეს და, მეტიც, ერთმანეთს ეწინააღმდეგებოდეს. სწავლების წარმატებული გეგმის შემუშავებისთვის თქვენ პაციენტის საჭიროებები მომვლელის საჭიროებების ტრილში უნდა დაინახოთ. მაგალითად, მარჯვენამხრივი *პარემის* (სისუსტე) მქონე პაციენტს თქვენ შესაძლოა საკუთარი თავის გამოკვების ტექნიკები ასწავლოთ, მაგრამ სახლში ვიზიტისას ნახოთ, რომ მას მომვლელი აჭმევს. გამოკითხვისას მომვლელი გიმხელთ, რომ ძალიან რთულია იმის ყურება, როგორ წვალობს პაციენტი ჭამისას; რომ ამას დიდი დრო სჭირდება და არეულობას იწვევს. აქედან გამომდინარე, მომვლელი წყვეტს, რომ უფრო ადვილია, უბრალოდ თვითონ აჭამოს პაციენტს. ეს არის მაგალითი ისეთი ვითარებისა, რომლის დროსაც პაციენტსაც და მომვლელსაც საკუთარი თავის მოვლის ამოცანების შესახებ დამატებითი სწავლების ჩატარება ესაჭიროებათ.

დაბოლოს, განიხილეთ როგორ უწყობს ხელს უწყვეტ მხარდაჭერასა და განათლებას მხარდამჭერი ჯგუფები, ოჯახი და მეგობრები და საზოგადოებრივი რესურსები. მხარდამჭერი ჯგუფები იძლევა გამოცდილებისა და ინფორმაციის გაზიარების, თანაგრძნობის მიღების საშუალებას და სთავაზობს ბენეფიციარებს გავრცელებული პრობლემების და წუხილის გადაჭრის გზებს. მოუწოდეთ მომვლელს, ისეთ საკითხებთან დაკავშირებით, როგორცაა განსახლება, დაზღვევა, ფინანსები და დღის სტაციონარებში მოვლა, სოციალური მხარდაჭერის ფორმალურ სისტემას მიმართოს. დღის სტაციონარებში მოვლა პაციენტის დროებითი დაგეგმილი მოვლაა, რომელიც მოიცავს მოზრდილების „ბაღს“, სახლში მოვლასა და სხვადასხვა ხელშემწყობ სერვისებს.

ცხრილი 3-4 მომვლელის საჭიროებების შეფასება

შემდეგი კითხვებით შეაფასეთ მომვლელები:

1. როგორ ართმევთ თავს მომვლელის როლს?
2. თქვენი, როგორც მომვლელის პასუხისმგებლობების შესრულებისას სირთულეებს აწყდებით?
3. რამდენად გჭირდებათ გარე მხარდაჭერა (მაგ., სხვა ოჯახის წევრებისგან, მეგობრებისგან)?
4. იცნობთ და იყენებთ თუ არა საზოგადოებრივ რესურსებს (მაგ., კონკრეტული დაავადებების პროფესიულ ორგანიზაციებს [მაგალითად, ალცჰაიმერის ასოციაცია, ამერიკის გულის ასოციაცია], ზრდასრულთა დღის მოვლის ცენტრები, ეკლესია, სინაგოგა, მეჩეთი)?
5. ცნობილია თუ არა თქვენთვის დღის სტაციონარის (თქვენს საყვარელ ადამიანს სხვა მოვლის და თქვენ ამ დროს თქვენთვის გამოიყენებთ) რესურსების შესახებ?
6. რა სახის დახმარება ან მომსახურება გჭირდებათ ახლა და უახლოეს მომავალში?
7. როგორ შეგვიძლია მე და სხვა სამედიცინო პირებს დაგეხმაროთ მომვლელის როლის შესრულებაში?

მომვლელის სტრესი

პაციენტის მდგომარეობის პროგრესირებასთან ერთად, ხშირად მომვლელის პასუხისმგებლობები თანდათან იზრდება. როცა ამ პასუხისმგებლობების შესრულება სულ უფრო მეტ ძალისხმევას მოითხოვს, მომვლელები ხშირად აცნობიერებენ, რომ ამ გამოცდილების გამო მათი ცხოვრება შეიცვალა. მწვავე და ქრონიკული ავადმყოფების მოვლის სირთულეების მიუხედავად, მომვლელებს სურთ, განაგრძონ ჩვეული ცხოვრება (მაგ., სამსახური).

პაციენტის სიცოცხლის შემზღუდავი ავადმყოფობის და მისი ხანგრძლივად მოვლის გამო მომვლელები შესაძლოა სტრესს და გადაღლას უჩიოდნენ. მომვლელთა გავრცელებული სტრესორები 3-5 ცხრილშია ჩამოთვლილი. დროსთან ერთად ეს სტრესორები შესაძლოა შეიცვალოს. მაგალითად, თავდაპირველად პაციენტის სამედიცინო ვიზიტების დროზე მხოლოდ სამუშაო გრაფიკის მორგება მოუხდეს. მოგვიანებით, როცა პაციენტის მდგომარეობა გაუარესდება, მომვლელს შესაძლოა სამუშაო საათების შემცირება მოუხდეს, რაც ხშირად ფინანსურ პრობლემებს ქმნის.

ადამიანების უმრავლესობა მომვლელობისთვის მზად არ არის. მომვლელები საკმაოდ ხშირად ფიზიკურად, ემოციურად და ეკონომიკურად იტვირთებიან ოჯახის წევრის მოვლის პასუხისმგებლობებით. სტრესმა შესაძლოა ემოციური პრობლემები, მაგალითად, დეპრესია და ბრაზი გამოიწვიოს. მომვლელის სტრესის შესაძლო ნიშნებია: გაღიზიანებადობა, კონცენტრირების გაძნელება, დაღლილობა და ძილის ნაკლებობა. მომვლელი ხშირად ამცირებს სოციალურ აქტივობებს და შესაძლოა იზოლაციის რისკის ქვეშ აღმოჩნდეს. მომვლელის სოციუმისგან იზოლირებას ხელს უწყობს მრავლობითი მოვალეობები, დაღლილობა და ზოგჯერ პაციენტის სოციალურად მიუღებელი ქცევა. სტრესი, შესაძლოა, გადაღლაში გადაიზარდოს და საბოლოოდ პაციენტის მიმართ უყურადღებობა და მეტიც, მომვლელის მხრიდან ძალადობა გამოიწვიოს.

ოჯახურ სისტემაში ერთი ოჯახის წევრის ავადმყოფობა მთელ ოჯახსა და ოჯახურ ურთიერთობებზე მოქმედებს. ხშირად ოჯახის წევრები პაციენტის საჭიროებებზე ერთმანეთს არ ესაუბრებიან და ამას დაძაბულობა მოსდევს. შესაძლოა, ოჯახის წევრები ვერ თანხმდებოდნენ, როგორ უნდა განხორციელდეს პაციენტის მოვლა. ეს ზოგჯერ უთანხმოებასა და ოჯახურ კონფლიქტს იწვევს.

მოუხედავად ამისა, პაციენტის მოვლაში უშუალოდ ჩართული ოჯახის წევრები მომვლელის როლის დადებით, დამაჯილდოებელ მხარეებსაც აღნიშნავენ. მომვლელობის დადებითი ასპექტებია: (1) ცოდნა იმისა, რომ მათ საყვარელ ადამიანზე კარგად ზრუნავენ (ხშირად სახლში), (2) ახალი უნარ-ჩვევების დასწავლა და დახვეწა და (3) ინტიმური ურთიერთობის შესაძლებლობები. მოვლის პროცესი ხშირად აძლევს ოჯახის წევრებს საშუალებას, მეტი იურთიერთონ და უკეთ გაიცნონ ერთმანეთი, რაც მათ ურთიერთობას განამტკიცებს.

მოუწოდეთ მომვლელებს, საკუთარ თავსაც მოუარონ. შეთავაზეთ აწარმოონ დღიური ან გაერთიანდნენ მხარდამჭერ ჯგუფში (ინტერნეტშიც ხელმისაწვდომია) და გააზიარონ შეგრძნებები, რომელთა გამოხატვაც უჭირთ. შეახსენეთ მომვლელებს, რომ რეგულარული ვარჯიში და რეგულარული, ბალანსირებული კვება კეთილდღეობის შეგრძნებას აუმაღლებთ. ემოციური მხარდაჭერის მიღებისთვის სხვა ადამიანებთან ურთიერთობისკენ მოუწოდეთ. მეტად მნიშვნელოვანია იუმორი, რომლის მეშვეობითაც მომვლელებს შეუძლიათ ყურადღება გადაიტანონ და სტრესით აღსავსე ვითარებები შეამსუბუქონ.

ცხრილი 3-5 მომვლელის სტრესორები
<ul style="list-style-type: none"> • ოჯახში როლებისა და ურთიერთობების ცვლილება; • მოვლის პასუხისმგებლობებისგან დასვენების ან შემსუბუქების შეუძლებლობა, დეფიციტი; • ყოველდღიური აქტივობები, გადანყვეტილებები და მოვლა; • ოჯახის წევრზე მორგების მიზნით საცხოვრებელი გარემოს, პირობების შეცვლა; • მოვლასთან დაკავშირებულ გადანყვეტილებებთან დაკავშირებული კონფლიქტი ოჯახში; • სხვა ადამიანები ვერ იაზრებენ, რამდენ დროსა და ენერგიას მოითხოვს მომვლელობა; • საკუთარი საჭიროებების, მაგალითად, სოციალიზაციის, ძილის, ჭამის, ვარჯიშისა და დასვენების დაუკმაყოფილებლობა; • მომვლელობის გამო მუშაობის შეუძლებლობისა და ჯანდაცვის ხარჯების გაზრდის შედეგად ფინანსური რესურსების ამოწურვა; • კონკრეტული დავალებების, მაგალითად, ბანაობის, წამლების მიწოდების, ჭრილობის მოვლის უნარ-ჩვევების ან მათ შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა;

პაციენტის სწავლების მარეგულირებელი დოკუმენტაცია

რამდენიმე მნიშვნელოვანმა სააგენტომ ჰოსპიტალიზებული პაციენტების სწავლებასთან დაკავშირებით სპეციფიკური დოკუმენტაცია შეიმუშავა. The Joint Commission (TJC) აკრედიტაციის სტანდარტები, პაციენტის უსაფრთხოების ეროვნული მიზნები (National Patient Safety Goals) და American Hospital Association’s Patient Care Partnership გარკვევით აცხადებს, რომ პაციენტებს აქვთ ფუნდამენტური უფლება, მიიღონ წერილობითი ინფორმაცია თავიანთი მოვლის შესახებ. ეს ინფორმაცია მოიცავს მათ დიაგნოზს, მკურნალობას და პროგნოზს, რომელიც პაციენტისთვის გასაგები ტერმინებით იქნება განმარტებული. მაგალითად, ეს ნიშნავს, რომ წერილობითი მასალა პაციენტის კითხვის უნარს უნდა შეესაბამებოდეს. The Joint Commission-ის ერთ-ერთი პროგრამაა Speak Up, რომლის მიზანიც პაციენტებისთვის თავიანთი მოვლის გეგმის შესახებ ინფორმირებულობისა და მასში მონაწილეობის მოწოდებაა (ცხრილი 3-6). National Patient Safety Foundation-ის შემოთავაზებული პროგრამაა „მკითხე 3“ (**Ask Me 3**). ამ ინიციატივების ფარგლებში პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომია სხვადასხვა რესურსები, რომელიც

მათ კარნახობს, რა კონკრეტული შეკითხვები უნდა დასვან თავიანთი მოვლის შესახებ (www.jointcommission.org/speakup.aspx, <http://www.ihl.org/>).

ცხრილი 3-6 The Joint Commission Speak Up™ ინიციატივა
S (Speak) გამოთქვით თქვენი კითხვები და საფიქრალი. თუ რამეს კვლავ ვერ იგებთ, თავიდან იკითხეთ. სხეული თქვენია და გაქვთ უფლება, იცოდეთ;
P (Pay attention) მიაქციეთ ყურადღება, როგორ გივლიან. დარწმუნდით, რომ სწორ მკურნალობას და წამლებს იღებთ სათანადო პროფესიონალისგან. ავტომატურად არაფერი არ მიიჩნით;
E (Educate yourself) შეიძინეთ ცოდნა თქვენი ავადმყოფობის შესახებ. შეისწავლეთ სამედიცინო ტესტები და მკურნალობის გეგმა;
A (Ask) სთხოვეთ ოჯახის წევრს ან მეგობარს, იყოს თქვენი ადვოკატი (მრჩეველი ან მხარდამჭერი);
K (Know) იცოდეთ, რომელ წამლებს იღებთ და რატომ. წამლების შეცდომები ყველაზე გავრცელებული შეცდომებია ჯანდაცვაში;
U (Use) ისარგებლეთ ისეთი პოსპიტალით, კლინიკით, ქირურგიული ცენტრით ან სხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებით, რომელიც სიღრმისეულადაა შემოწმებული;
P (Participate) მიიღეთ მონაწილეობა თქვენი მკურნალობის შესახებ ნებისმიერი გადანყვეტილების მიღებაში. სამედიცინო გუნდის ცენტრი თქვენ ხართ;

http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SpeakUp_Poster.pdf

პაციენტის სწავლების პროცესი

პაციენტის სწავლების პროცესში ბევრი სხვადასხვა მოდელი და მიდგომა გამოიყენება. თუმცა, ექთნები ყველაზე ხშირად იყენებენ საექთნო პროცესის პარალელურ მიდგომას. როგორც საექთნო პროცესი, ისე სასწავლო პროცესიც შედგება გეგმის შემუშავებისგან, რომელიც მოიცავს შეფასებას, პაციენტის ამოცანების ან შედეგების დასახვას, ინტერვენციას და შეფასებას. საექთნო პროცესის მსგავსად, სასწავლო პროცესიც შესაძლოა ბუსტი თანმიმდევრობით არ მიმდინარეობდეს, მაგრამ ეს ნაბიჯები საკონტროლო პუნქტების როლს ასრულებს.

შეფასება

ზოგადი საექთნო შეფასების დროს შეაგროვეთ ინფორმაცია და განსაზღვრეთ, აქვს თუ არა პაციენტს სწავლის საჭიროება. მაგალითად, რა იცის პაციენტმა ჯანმრთელობის ამ პრობლემის შესახებ? როგორ აღიქვამს მას? თუ სწავლის საჭიროება დადგინდება, საჭიროა უფრო დეტალური შეფასება და პრობლემა სწავლების გეგმაში ერთიანდება. უნდა შეფასდნენ მომვლელებიც, რათა დადგინდეს მათი როლი და სახლში პაციენტის მოვლის უნარი. შეფასების დროს დასასმელი საკვანძო კითხვები 3-7 ცხრილშია მოცემული.

ფიზიკური ფაქტორები

სწავლების დაგეგმვისას გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტის ასაკი. ასაკი მოქმედებს პაციენტის გამოცდილებებზე, დასწავლის სიჩქარეზე და ინფორმაციის შენახვის უნარზე. ხანდაზმული ასაკის ეფექტები შესაძლოა თვალსაჩინო იყოს, მაგრამ სწავლის პროცესზე ახალგაზრდების გამოუცდელობაც მოქმედებს. მაგალითად, 20-30 წლის

კაცს, რომელსაც არასდროს უფიქრია საკუთარ სიკვდილზე, შესაძლოა, გაუჭირდეს შაქრიანი დიაბეტის გრძელვადიანი გართულებების მიღება.

მგრძობელობითი დეფიციტები (მაგ., სმენის ან მხედველობის დაქვეითება) ამცირებს სენსორული ინფორმაციის მიწოდებას და შესაძლოა სწავლას აფერხებდეს. მხედველობის პრობლემის მქონე პაციენტს სასწავლო მასალების წაკითხვაში შესაძლოა დაეხმაროს გამადიდებელი სათვალეები, კაშკაშა განათება და მსხვილი ასოებით დაბეჭდილი მასალები. სმენის დაქვეითების კომპენსირება სასმენი აპარატებით და მხედველობით გამღიზიანებლებზე ორიენტირებული სწავლების ტექნიკებითაა შესაძლებელი. ნერვული სისტემის დაავადებები, მაგალითად, ინსულტი და ქალა-ტვინის ტრავმა, და ასევე სხვა დაავადებები, მაგალითად, ღვიძლის უკმარისობა და გულის უკმარისობა, შესაძლოა კოგნიტურ ფუნქციაზე მოქმედებდეს. კოგნიტური ფუნქციის დარღვევის მქონე პაციენტებს შესაძლოა სწავლა უძნელდებოდეთ, რის გამოც მათ სწავლებაში მომვლელის როლი იზრდება. პროცედურების შესასრულებლად, მაგალითად, თვითინექციების ან წნევის მონიტორინგისთვის ნატიფი მოძრაობებია საჭირო. ხელით შესასრულებელი სამუშაოს შესრულების პრობლემების მოგვარება სპეციალური დამხმარე ხელსაწყოებითაა შესაძლებელი.

სწავლის უნარზე მოქმედებს ტკივილი, დაღლილობა და ზოგიერთი წამალიც. ტკივილის მქონე არცერთ ადამიანს არ შეუძლია ეფექტურად დასწავლა. თუ პაციენტი ტკივილს განიცდის, მხოლოდ მოკლე განმარტებები მიეცით და დეტალური ინსტრუქტაჟი მხოლოდ მას შემდეგ ჩაატარეთ, რაც ტკივილი შემსუბუქდება. კონცენტრირების გაძნელების გამო, დაღლილი და დასუსტებული პაციენტი ეფექტურად ვერ ისწავლის. ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში ხშირია ძილის დარღვევა და განერის დროს პაციენტები ხშირად გადაღლილები არიან. ახალი ინფორმაციის დასწავლის უნარზე მოქმედებს ცენტრალური ნერვული სისტემის დათრგუნვის გამომწვევი წამლები, მაგალითად, ოპიოიდები და სედაციური საშუალებები, რომელიც, ზოგადად, ცნობიერებას აქვეითებს. მოარგეთ სწავლების გეგმა ამ ფაქტორებს – დასახეთ მაღალპრიორიტეტული ამოცანები საჭირო ინფორმაციის და რეალისტური მოლოდინების საფუძველზე. პაციენტს შესაძლოა შემდგომი სწავლებისთვის გადამისამართებაც დასჭირდეს, რათა განერის შემდგომ სწავლა გაგრძელდეს და განმტკიცდეს.

ფსიქოლოგიური ფაქტორები

ფსიქოლოგიური ფაქტორები მკვეთრად ზემოქმედებს პაციენტის დასწავლის უნარზე. შფოთვა და დეპრესია ავადმყოფობის საპასუხო გავრცელებული რეაქციებია. მიუხედავად იმისა, რომ მსუბუქი შფოთვა „მოსწავლის“ აღქმით დასწავლის უნარებს აუმჯობესებს, საშუალო სიმძიმის ან მძიმე შფოთვა, პირიქით, სწავლას ხელს უშლის. შფოთვა და დეპრესია უარყოფითად მოქმედებს სწავლის მოტივაციაზე და მზობაზე. მაგალითად, პაციენტი, რომელსაც ახლახანს დაესვა დიაბეტის დიაგნოზი და დიაგნოზის გამო დათრგუნულია, შესაძლოა არ უსმენდეს ან არ რეაგირებდეს სისხლში გლუკოზის ტესტირების ინსტრუქციებზე. იმისთვის, რათა პაციენტს მიეცეს საშუალება, ისწავლოს, რომ დიაბეტის მართვა შესაძლებელია, თქვენ მასთან ეს საკითხები უნდა განიხილოთ ან, საჭიროებისამებრ, გადაამისამართოთ მხარდამჭერ ჯგუფში.

ავადმყოფობის სტრესის საპასუხოდ პაციენტი შესაძლოა თავდაცვითი მექანიზმებით, მაგალითად, უარყოფით, რაციონალიზაციით ან იუმორითაც კი რეაგირებდეს. პაციენტი,

რომელიც კიბოს დიაგნოზს უარყოფს, არ მიიღებს მკურნალობის მეთოდებთან დაკავშირებულ ინფორმაციას. ამის მსგავსად, მომვლელს შესაძლოა უჭირდეს ტერმინალური დიაგნოზის მიღება, აღიარება. პაციენტი, რომელიც რაციონალიზაციას მიმართავს, ცვლილების თავიდან არიდების ან ინსტრუქციის უარყოფის უამრავ მიზეზს მოიფიქრებს. მაგალითად, გულის დაავადების მქონე პაციენტი, რომელსაც კვებითი ჩვევების შეცვლა არ უნდა, გაიხსენებს და მოყვება იმ ადამიანების ამბებს, რომლებიც ყოველ დილას შაშხს და კვერცხს მიირთმევდნენ და 100 წლამდე იცოცხლეს. ზოგიერთი პაციენტი რეალობის გაფილტვრის ან შფოთვის შემცირების მიზნით, იუმორს მიმართავს. საფრთხის შემცველ ვითარებას ისინი შესაძლოა ხარხარით გაექცნენ. სწავლების პროცესში იუმორი მნიშვნელოვანიცაა და სასარგებლოც, მაგრამ თქვენ უნდა განსაზღვროთ, იუმორი ზედმეტად და არასათანადოდ ხომ არ გამოიყენება რეალობისგან გაქცევისთვის.

ახალი ქცევების გამომუშავების წარმატების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მსაზღვრელი პაციენტის თვითეფექტურობის შეგრძნებაა. თვითეფექტურობას და ავადმყოფობის მართვის შედეგებს შორის მჭიდრო კავშირია. თვითეფექტურობა სახიფათო ვითარების მართვის უნარ-ჩვევების შეძენით ძლიერდება, მაგრამ განმეორებითი მარცხი, განსაკუთრებით, დაავადების ადრეულ ეტაპზე, თვითეფექტურობის შეგრძნებას ამცირებს. სწავლების სესიების დასაწყისშივე დაგეგმეთ ადვილად მისაღწევი ამოცანები. უფრო მარტივიდან შედარებით კომპლექსურ თემაზე გადადით, რათა პაციენტს წარმატებულობის შეგრძნება შეუქმნათ.

სოციო-კულტურული ფაქტორები

სამედიცინო წიგნიერება

წიგნიერება, წერა-კითხვის ცოდნა არის ბეჭდური და წერილობითი ინფორმაციის გამოყენების უნარი სოციუმში ფუნქციონირებისთვის. მოსახლეობის წიგნიერების მაჩვენებლები და მათი ზეგავლენა ჯანმრთელობასა და ჯანდაცვაზე მნიშვნელოვნად აირეკლება პაციენტისა და მომვლელის სწავლებაში.

სამედიცინო წიგნიერება განსაზღვრავს ინდივიდების უნარს, მიიღონ და გაიაზრონ სამედიცინო გადაწყვეტილების მისაღებად საჭირო საბაზისო ინფორმაცია ჯანმრთელობის შესახებ. პაციენტებს, რომელთა წერა-კითხვის უნარიც შეზღუდულია, უჭირთ სამედიცინო ინფორმაციის გაგება და გამოყენება, რაც სამედიცინო უნიგნურობას იწვევს. კომპლექსური სამედიცინო ინფორმაციის გააზრება შესაძლოა უჭირდეთ იმ პაციენტებსაც კი, რომელთა ზოგადი წიგნიერების მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია. სამედიცინო უნიგნურობა აუარესებს პაციენტის შედეგებს, იწვევს მკურნალობის გეგმების შეუსრულებლობას, ზღუდავს თვითმართვის უნარებს და უთანასწორობას უწყობს ხელს.

პაციენტის სამედიცინო წიგნიერების განსაზღვრა ადვილად გამოსაყენებელი შემოწმების მეთოდებით შეგიძლიათ. Single-Item Literacy Screener (SILS) ერთი შეკითხვისგან შედგება და ადგენს, ესაჭიროება თუ არა პაციენტს კითხვაში დახმარება. ეს შეკითხვაა: „რამდენად ხშირად გჭირდებათ ექიმის ან ფარმაცევტის მოწოდებული ინსტრუქციების, ბროშურების ან სხვა წერილობითი მასალების წაკითხვისთვის სხვა ადამიანის დახმარება?“

პაციენტის სასწავლო მასალები მეხუთე კლასის ან განათლების უფრო დაბალი ეტაპის მოსწავლის კითხვის უნარების შესაბამისად უნდა დაინეროს. The Joint Commission-მა დაადგინა, რომ პაციენტის სწავლება პაციენტის წიგნიერებას უნდა მოერგოს. მაგალი-

თად, პაციენტების სწავლება მათ პირველ/მშობლიურ ენაზე უნდა განხორციელდეს. ეს სამედიცინო თარჯიმნების (მთარგმნელების) დახმარებით ხერხდება. დღეს პაციენტის სასწავლო მასალები, ინგლისურის გარდა, ბევრ სხვა ენაზეცაა ხელმისაწვდომი.

კულტურული ფაქტორები

სწავლებაზე მოქმედებს ის კულტურაც, რომელსაც პაციენტი მიეკუთვნება. კულტურული ტრადიციები ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელ პრაქტიკებზე, რწმენასა და ქცევაზე მოქმედებს. პაციენტის სწავლებაზე მოქმედი ტრადიციების დადგენა პაციენტის კულტურული ფონის გარკვევითაა შესაძლებელი. The Joint Commission-ის მოთხოვნით, პაციენტის სწავლება პაციენტის კულტურულ საჭიროებებს უნდა მოერგოს. სტერეოტიპების თავიდან ასაცილებლად, მნიშვნელოვანია, მარტივად იკითხოთ, აიდენტიფიცირებს თუ არა პაციენტი თავს რომელიმე კულტურულ ჯგუფთან. სთხოვეთ პაციენტს, აღწეროს თავისი რწმენა ჯანმრთელობის და ავადმყოფობის შესახებ.

კულტურული ელემენტი, რომელიც უშუალოდ ზემოქმედებს სწავლება-სწავლის პროცესზე, არის კონფლიქტი პაციენტის კულტურულ რწმენებსა და ღირებულებებსა და სამედიცინო გუნდის შემოთავაზებულ ქცევებს შორის. მაგალითად, თუ პაციენტისთვის გამხდარი სხეულია ღირებული, შეგიძლიათ მას ფიგურის შესანარჩუნებელი დიეტა და ვარჯიში ასწავლოთ, რაც, ამავედროულად, წნევის კონტროლს გააუმჯობესებს. თუმცა, ზოგიერთი პაციენტის კულტურაში შედარებით მძიმე წონა ფინანსური წარმატებისა და სექსუალობის ნიშანია. იმ შემთხვევაში, თუ ის არტერიული წნევის კონტროლის მნიშვნელობას ვერ იაზრებს, ამ პაციენტს შესაძლოა უფრო გაუჭირდეს დიეტისა და ვარჯიშის საჭიროების მიღება.

გარდა ამისა, გაარკვიეთ იყენებს თუ არა პაციენტი კულტურულ სამკურნალო საშუალებებს და მიმართავს თუ არა ხალხურ მკურნალობას. იმისთვის, რათა სწავლება ეფექტური იყოს, სწავლების გეგმაში კულტურული პრაქტიკებიც უნდა ჩართოთ. ასევე გაითვალისწინეთ, რომ ზოგიერთი ხალხური საშუალება ხელს უშლის დანიშნულ მკურნალობას ან საერთოდ უკუნაჩვენებია.

ამასთან, მნიშვნელოვანია, იცოდეთ, ვინ არის პაციენტის კულტურაში ავტორიტეტი. პაციენტი შესაძლოა გადაწყვეტილებების მისაღებად ავტორიტეტებს, მაგალითად, ხანდაზმულ ან სასულიერო პირს მიმართავდეს. ამ შემთხვევაში, გაარკვიეთ ვინ არიან ეს გადაწყვეტილებების მიმღებები და იმუშავეთ მათთან ერთად.

სოციოეკონომიკური საკითხები

პაციენტების სწავლებისთვის მომზადების დროს სხვადასხვა სოციოეკონომიკური ფაქტორები უნდა იქნას გათვალისწინებული. პაციენტის ამჟამინდელი ან წარსული საქმიანობის ცოდნა შესაძლოა დაგეხმაროთ იმის განსაზღვრაში, სწავლებისას როგორი ლექსიკა გამოიყენოთ. მაგალითად, ავტომექანიკოსისთვის გულის უკმარისობასთან დაკავშირებული სიტხით გადატვირთვის აღქმის გაადვილება შესაძლებელია ძრავის დატბორვის მაგალითის მოყვანით. ინჟინერს შესაძლოა ესმოდეს გრავიტაციის და წნევის პრინციპები, რაც სისხლძარღვების პრობლემების განხილვისას დაგეხმარებათ.

ჰკითხეთ პაციენტს საცხოვრებელი პირობების შესახებ. მარტო ცხოვრობს პაციენტი თუ მეგობრებთან ან ოჯახის წევრებთან ერთად მნიშვნელოვნად მოქმედებს იმაზე, თუ ვინ იქნება ჩართული სწავლების პროცესში. თუ პაციენტს ელექტრობაზე ან ტელეფონზე

წვდომა არ აქვს, თქვენ შესაძლოა სწავლების გეგმის მოდიფიცირება მოგიხდეთ. თუ განურისხას პაციენტის ზოგიერთი სასწავლო საჭიროება დაკმაყოფილებული არ არის, დააორგანიზეთ განურისხ შემდგომი სწავლება.

მოსწავლის (პაციენტის) ფაქტორები

ბოლოს, შეაფასეთ „მოსწავლის“ ფაქტორები, მათ შორის სასწავლო საჭიროებები, სწავლის მზაობა და სწავლის სტილი.

სასწავლო საჭიროებები

სასწავლო საჭიროებები ის ახალი ინფორმაცია/ცოდნა და უნარ-ჩვევებია, რომელიც ინდივიდს კონკრეტული ამოცანის შესასრულებლად, მიზნის მისაღწევად სჭირდება. სასწავლო საჭიროებების შეფასებისას პირველ რიგში განსაზღვრეთ, ამჟამად რა იცის პაციენტმა, ფლობს თუ არა არასწორ ინფორმაციას და აქვს თუ არა ჯანმრთელობის პრობლემების წარსული გამოცდილება. ჯანმრთელობის ხანგრძლივი პრობლემების მქონე პაციენტების სასწავლო საჭიროებები ხშირად განსხვავდება იმ პაციენტების სასწავლო საჭიროებებისგან, რომელთაც ახლა დაესვათ დიაგნოზი.

ის, თუ რა უნდა ისწავლოს პაციენტმა ავადმყოფობის მართვისთვის ან რომელი ქცევები უნდა შეიცვალოს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით, თქვენ შესაძლოა თვალსაჩინოდ გეჩვენებოდეთ. თუმცა, ის, თუ თქვენ რას მიიჩნევთ მნიშვნელოვნად, შესაძლოა, განსხვავდებოდეს იმისგან, რისი ცოდნა სურს პაციენტს. გახსოვდეთ, რომ ზრდასრულები ყველაზე კარგად მაშინ სწავლობენ, როცა სწავლების პროცესში მათ მიეწოდება ისეთი ინფორმაცია, რომელსაც სასწავლო საჭიროდ მიიჩნევენ (იხ. ცხრილი 3-1). სთხოვეთ პაციენტებს, პრიორიტეტები მიანიჭოს მისთვის ყველაზე მნიშვნელოვან ინფორმაციას. მაგალითად, მიეცით პაციენტს რეკომენდებული საკითხების სია. სთხოვეთ, დაასახელოს ის საკითხებიც, რომელიც ჩამონათვალში არ შედის. პაციენტისთვის საკუთარი სასწავლო საჭიროებებისთვის პრიორიტეტების მინიჭების საშუალების მიცემა გეხმარებათ ყველაზე მნიშვნელოვანი საჭიროებებით დაინწყოთ სწავლება. როცა პაციენტს ესაჭიროება ინფორმაცია სიცოცხლისთვის საშიში გართულებების შესახებ, აუხსენით, რატომაა ეს ინფორმაცია „აუცილებლად საჭირო“ და ამ გზით მიანიჭეთ მას პრიორიტეტი. თქვენი სწავლება პაციენტის ინდივიდუალურ სასწავლო საჭიროებებს მოარგეთ, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა შეზღუდული დრო გაქვთ.

სწავლისთვის მზაობა

სწავლისთვის მზაობა და მოტივაცია სხვადასხვა ფაქტორზეა დამოკიდებული, მათ შორის, აღქმულ საჭიროებაზე, დამოკიდებულებებსა და რწმენაზე. ზრდასრულების სწავლებისას განსაზღვრეთ, რომელ ინფორმაციას მიიჩნევს პაციენტი ღირებულად. სწავლისთვის მზაობა იზრდება, თუ პაციენტი აღიქვამს ინფორმაციის საჭიროებას; სწამს, რომ ქცევის ცვლილებას აზრი აქვს ან სასწავლო აქტივობები მისთვის ახალი და მასტიმულირებელია.

სწავლების გეგმის იმპლემენტაციამდე დაადგინეთ, ცვლილების რომელ სტადიაზეა პაციენტი (იხ. ცხრილი 3-2). თუ პაციენტი მხოლოდ განზრახვისწინა სტადიაზეა, მხოლოდ გაამხნევეთ იგი და პრობლემის შესახებ მისი ცნობიერების გაზრდას ეცადეთ მანამ, სანამ ის მზად იქნება ქცევის ცვლილების განსახილველად. ცვლილების სტადიაზე

გადასვლისას პაციენტის მზაობის შეფასება და სწავლების გეგმის იმპლემენტაციას ამბულატორიულ გარემოში მომუშავე და შინმოვლის ექთნები აგრძელებენ. განმტკიცება სასურველი ქცევის მიღწევის ძლიერ მამოტივირებელ ფაქტორს წარმოადგენს და ის ცვლილების პროცესში უნდა გამოიყენებოდეს. დადებითი განმტკიცება გულისხმობს სამიზნე ქცევის დადებითი უკუკავშირით დაჯილდოებას ან სხვა ჯილდოებს და მიზნად ქცევის შენარჩუნებას ისახავს.

სწავლის სტილი

თითოეულ პიროვნებას სწავლის საკუთარი სტილი აქვს, რომელიც ისეთივე ინდივიდუალურია, როგორც თვითონ პიროვნება. სწავლის სამი ძირითადი სტილია: (1) ვიზუალური/მხედველობითი (კითხვა, სურათები), (2) სმენითი (მოსმენა), და (3) ფიზიკური (რაღაცების კეთება). ადამიანები ახალი ინფორმაციის ან უნარ-ჩვევების შესაძენად ხშირად ერთზე მეტ სტილს მიმართავენ. პაციენტის სწავლის სტილის შეფასების მიზნით, ჰკითხეთ, როგორ ურჩევნია სწავლა და როგორ სწავლობდა წარსულში. პაციენტის სწავლის სტილის შეფასებისას, გაარკვიეთ, კითხულობს თუ არა პაციენტი ან შეზღუდული აქვს თუ არა სამედიცინო წიგნიერება. მაგალითად, პაციენტმა შესაძლოა გითხრათ, რომ ბევრს არ კითხულობს, მაგრამ სატელევიზიო პროგრამებიდან სწავლა მოსწონს. თუ შესაძლებელია, ყოველთვის გამოიყენეთ სმენითი და ვიზუალური მეთოდები (მაგ., CD/DVD), თუ პაციენტი ამ მეთოდებით სწავლობს ყველაზე ადვილად.

<p>ცხრილი 3-7 პაციენტის სწავლებაზე მოქმედი ფაქტორების შეფასება ფაქტორები და საკვანძო კითხვები</p> <p>ფიზიკური</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტის ასაკი და სქესი? • პაციენტი მწვავე ავადმყოფია? • პაციენტი დაღლილია ან ტკივილს განიცდის? • რა არის ძირითადი დიაგნოზი? • აღინიშნება თუ არა დამატებითი სამედიცინო პრობლემები? • როგორია პაციენტის ამჟამინდელი მენტალური სტატუსი? • როგორია პაციენტის სმენა? მხედველობა? მოტორული უნარები? • იღებს თუ არა პაციენტი სწავლის უნარზე პოტენციურად მოქმედ ნამლებს? რომელს? <p>ფსიქოლოგიური</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტი მშფოთვარე, შეშინებული, დეპრესიულია ან თავდაცვის პოზაშია? • პაციენტი უარყოფის პოზიციაშია? • როგორია პაციენტის მოტივაციის დონე? თვითეფექტურობა? <p>სოციო-კულტურული</p> <ul style="list-style-type: none"> • როგორია პაციენტის რწმენა, მოსაზრებები ავადმყოფობასთან ან მის მკურნალობასთან დაკავშირებით? • შეთავაზებული სწავლება პაციენტის კულტურულ ღირებულებებს შეესაბამება? • როგორია პაციენტის განათლების დონე, კითხვის უნარი, პირველი ენა? • პაციენტის ამჟამინდელი ან წარსული პროფესია? საქმიანობა?

- როგორ აღწერს პაციენტი საკუთარ ფინანსურ მდგომარეობას?
- როგორია პაციენტის საცხოვრებელი პირობები?
- ჰყავს თუ არა პაციენტს ოჯახი ან ახლო მეგობრები?

„მოსწავლე“

- რა იცის უკვე პაციენტმა?
- პაციენტის აზრით, ყველაზე მნიშვნელოვანი რისი სწავლაა?
- რომელი წარსული გამოცდილება ქმნის ამჟამინდელი სასწავლო საჭიროებების საფუძველს?
- რა უთხრა ექიმმა პაციენტს ჯანმრთელობის პრობლემის შესახებ?
- პაციენტი ქცევის შეცვლისთვის ან სწავლისთვის მზადაა?
- შეუძლია თუ არა პაციენტს იმ ქცევებისა და ჩვევების იდენტიფიცირება, რომელიც პრობლემას გააუარესებს ან გამოასწორებს?
- როგორ სწავლობს პაციენტი ყველაზე ადვილად? კითხვით, მოსმენით, კეთებით?
- რომელ გარემოში სწავლობს პაციენტი ყველაზე ადვილად? ფორმალურ საკლასო ოთახში? არაფორმალურ გარემოში, მაგალითად, სახლში ან ოფისში? მარტო თუ თანასწორებთან ერთად?
- როგორ უნდა მონაწილეობდეს მომვლელ(ებ)ი პაციენტის სწავლებაში?

დაგეგმვა

განსაზღვრეთ პრიორიტეტული სასწავლო საჭიროებები და შეუთანხმდით პაციენტს სასწავლო ამოცანებზე. თუ პაციენტი, ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გამო, ვერ მონაწილეობს დაგეგმვაში, ამ ფაზაში მისი მომვლელ(ებ)ი დაგეხმარებათ.

ამოცანების დასახვა

მნიშვნელოვანია სასწავლო სამიზნეები ან ამოცანები მკაფიო, მიღწევადი და გაზომვადი იყოს. სასწავლო მიზნები უკავშირდება სწავლის პროცესის სასურველ გამოსავალს, გზამკვლევის როლს ასრულებს სწავლების სტრატეგიების შერჩევასა და გეხმარებათ პაციენტის პროგრესის შეფასებაში. საექთნო მოვლის გეგმაში სასწავლო მიზნები პაციენტის მოსალოდნელი შედეგების ჭრილში განიხილება. არსებობს სტანდარტიზებული საექთნო მოვლის გეგმები, რომელშიც კონკრეტული სასწავლო საჭიროებების მიზნები და ინტერვენციები წინასწარაა განსაზღვრული. თქვენ ეს საექთნო მოვლის გეგმა პაციენტის უნიკალურ სოციო-კულტურულ და მისი, როგორც „მოსწავლის“ მახასიათებლებს უნდა მოარგოთ.

სწავლების სტანდარტიზებული გეგმები ხშირად შედიოდეს მოვლის მართვისა და კლინიკური პრაქტიკის გზამკვლევებსა. ისინი უნდა მოიცავდეს მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ ინფორმაციას და უნარ-ჩვევებს, რომელიც პაციენტმა და მომვლელმა მოცემული პრობლემის ან პროცედურის შესახებ უნდა იცოდნენ. თუმცა, ისევე, როგორც საექთნო მოვლის გეგმები, ეს გეგმებიც პაციენტის კონკრეტულ საჭიროებებს უნდა მოარგოთ.

<p>მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა კვლევის პრაქტიკაში გამოყენება</p>
<p>უნყოფს თუ არა ხელს გადაწყვეტილების მიღების დამხმარე საშუალებები სამედიცინო გადაწყვეტილებების მიღებას?</p>
<p>კლინიკური შეკითხვა სწავლების ჩვეულებრივ ინტერვენციებთან შედარებით (C), როგორ მოქმედებს გადაწყვეტილების მიღების დამხმარე საშუალებები (I) მკურნალობის და სკრინინგის შესახებ გადაწყვეტილების მიმღები პაციენტების (P) მიერ მიღებული სამედიცინო გადაწყვეტილებებთან დაკავშირებულ შედეგებზე (O)?</p>
<p>საუკეთესო არსებული მტკიცებულება რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევების სისტემატური მიმოხილვა.</p>
<p>კრიტიკული შეფასება და მტკიცებულების სინთეზი</p> <ul style="list-style-type: none"> • ზრდასრულთა 86 რანდომიზებული კლინიკური კვლევა (n = 20,209), რომლებშიც გადაწყვეტილების მიღებასა და ქცევით შედეგებზე ზემოქმედების თვალსაზრისით, ერთმანეთს შედარდა გადაწყვეტილების მიღების დამხმარე საშუალებები და მოვლის სტანდარტული ინტერვენციები; • გადაწყვეტილების მიღების დამხმარე საშუალებები იძლევა ინფორმაციას მკურნალობის ან სკრინინგის ვარიანტების შესახებ, რომელთაც პაციენტები სხვადასხვაგვარად აღიქვამენ. დამხმარე საშუალება შეიძლება იყოს ბუკლეტები, ვიდეოები ან ინტერნეტ-ხელსაწყოები; • განისაზღვრა ცოდნა, გადაწყვეტილების მიღების პროცესში კონფლიქტი, პაციენტის და პროვაიდერის კომუნიკაცია და ქცევასა და ჯანდაცვის სისტემაზე ეფექტი; • გადაწყვეტილების მიღების დამხმარე საშუალებებმა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ცოდნა; შეამცირა პაციენტის პასიურობა და არაინფორმირებულობის შეგრძნება; დადებითად იმოქმედა პაციენტის და პროვაიდერის კომუნიკაციაზე და შეამცირა ინვაზიური ოპერაციების, პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის (PSA) სკრინინგისა და მენოპაუზის დროს ჰორმონების გამოყენების ელექტიური გადაწყვეტილებები.
<p>დასკვნა</p> <ul style="list-style-type: none"> • გადაწყვეტილების მიღების დამხმარე საშუალებები ეხმარება პაციენტებს, მიიღონ გადაწყვეტილებები და შეარჩიონ მკურნალობისა და სკრინინგის ვარიანტები.
<p>მნიშვნელობა საექთნო პრაქტიკისთვის</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტებს, რომლებიც მკურნალობის და სკრინინგის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებენ, მიანოდეთ გადაწყვეტილების მიღების დამხმარე საშუალებები და ჩაერთეთ კოლაბორაციულ კომუნიკაციაში; • ჩაერთეთ პაციენტის მიერ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში და გაუზიარეთ ალტერნატივების რეალისტური სარგებელი და ზიანი; • სამედიცინო გადაწყვეტილებების შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებისას, დააზუსტეთ პაციენტის პიროვნული ღირებულებები
<p>მტკიცებულების წყარო Stacy D, Bennett C, Barry M, et al: Decision aids for people facing health treatment or screening decisions, <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 10: CD00143, 2011.</p>

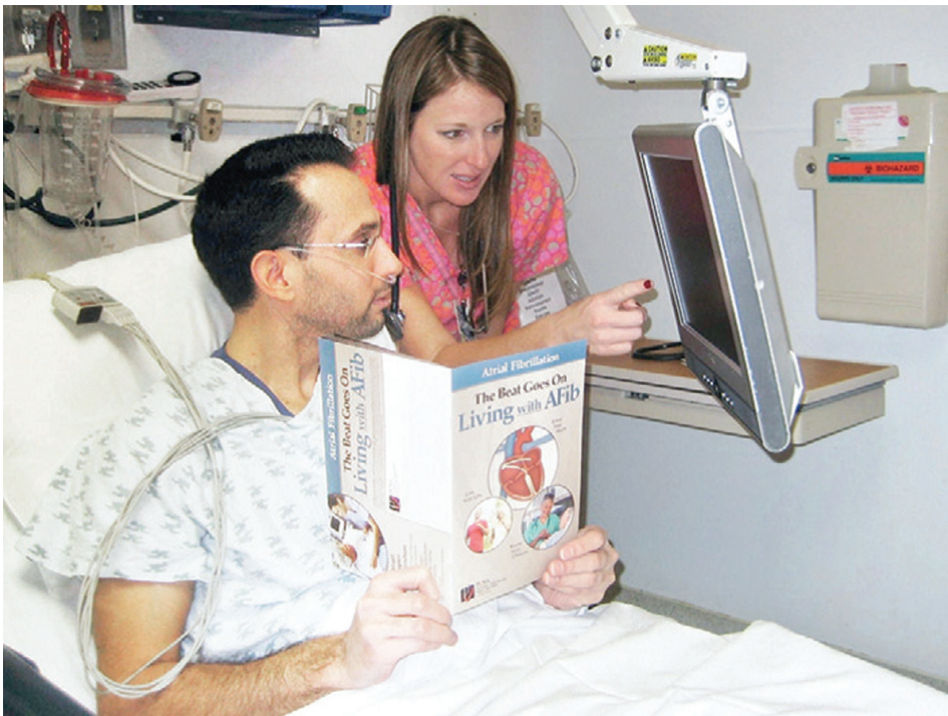
- P – პოპულაცია დაკვირვების/ინტერესის ქვეშ;
- I – ინტერვენცია ან საგანი ინტერესის/დაკვირვების ქვეშ;
- C – შედარება ან შედარების ჯგუფი;
- O – შედეგი/გამოსავალი დაკვირვების/ინტერესის ქვეშ;

სწავლების სტრატეგიების შერჩევა

სწავლების სტრატეგიები განისაზღვრება სამი ფაქტორის მიხედვით: (1) პაციენტის მახასიათებლები (მაგ., ასაკი, განათლების დონე, კულტურა, ენობრივი უნარ-ჩვევები), (2) სწავლების საკითხი, თემა და (3) ხელმისაწვდომი რესურსები. 3-8 ცხრილში მოცემულია პაციენტის ან მომვლელის თაობის მოსწავლეთა მახასიათებლები და სწავლების რეკომენდებული სტრატეგიები.

სწავლის ხელშეწყობისთვის სწავლების სხვადასხვა სტრატეგია გამოიყენება (ცხრილი 3-9). ხშირად სწავლების რამდენიმე სტრატეგია ერთად გამოიყენება (სურ. 3-2). პაციენტების და მომვლელების სწავლებისას მათთან ურთიერთობის ყველაზე გავრცელებული ფორმა განხილვაა/დისკუსიაა. ჯგუფური სწავლების ერთ-ერთი ტიპია *თანასწორთა სწავლება*, რომელსაც მხარდამჭერ ჯგუფებში იყენებენ. თანასწორთა სწავლების მეტოდი შესაძლოა გამოადგეთ ისეთი გავრცელებული პრობლემების მქონე პაციენტებს, როგორცაა კიბო, ალკოჰოლიზმი და კვებითი აშლილობები.

სურათი 3-2¹²



ცხრილი 3-8 „მოსწავლის“ მახასიათებლები და სწავლების სტრატეგიები თაობის მიხედვით დაბადების წელი		
დაბადების წელი	„მოსწავლის“ მახასიათებლები	სწავლების რეკომენდებული სტრატეგიები
მიღენიალები		
1981-2000	<ul style="list-style-type: none"> ავტონომიურები ერთდროულად რამდენიმე ამოცანას არიან შეჭიდებულნი; უპირატესობას ინტერაქტიულ და ვირტუალურ გარემოს ანიჭებენ 	<ul style="list-style-type: none"> პაციენტის ოთახში უნდა იყოს ინტერნეტი; განიხილეთ სანდო ვებგვერდების საკითხი;

¹² Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

	<ul style="list-style-type: none"> • ტექნოლოგიაზე ფოკუსირებულები • ინტეგრაციული აზროვნება • მოკლე ყურადღება 	<ul style="list-style-type: none"> • გადმოიწერეთ სამედიცინო ინფორმაცია ტელეფონში, აიპოდში ან მსგავს მონაცემობებში; • ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართული ქცევის სწავლებისთვის გამოიყენეთ ვიდეო-თამაშები და თამაშის სისტემები;
თაობა X		
1965-1980	<ul style="list-style-type: none"> • ჯგუფებთან ურთიერთობა • საკუთარ თავზე ორიენტირებული სწავლა • თვითკმარი, საკუთარ თავზე დამოკიდებული 	<ul style="list-style-type: none"> • გამოიყენეთ ჯგუფური სწავლების სესიები; • რეკომენდაცია გაუწიეთ მხარდაჭერ ჯგუფებს; • შესთავაზეთ როლური თამაშები; • მიაწოდეთ ონლაინ საგანმანათლებლო მასალები;
„ბები ბუმერები“ (Baby Boomers)		
1946-1964	<ul style="list-style-type: none"> • საკუთარი თავის შეცნობაზე ორიენტირებულები • ცოდნას ავტორიტეტული წყაროებიდან იღებენ 	<ul style="list-style-type: none"> • ლექციები ან ლექცია-დისკუსიები (მაგ., PowerPoint პრეზენტაცია); • გამოიყენეთ პაციენტების საგანმანათლებლო სატელევიზიო არხი; • მიაწოდეთ ბეჭდური მასალები;
ვეტერანები		
1946 წლამდე დაბადებულები	<ul style="list-style-type: none"> • დაბეპირებით, დამახსოვრებით სწავლობენ • ცოდნას იმახსოვრებენ 	<ul style="list-style-type: none"> • ლექცია ან ლექცია-დისკუსია. • გამოიყენეთ სურათები და ბეჭდური მასალები, მაგალითად, წიგნები.

ცხრილი 3-9 სწავლების სტრატეგიების შედარება		
აღწერა	უპირატესობები	შეზღუდვები
დისკუსია/განხილვა („Teach Back“)		
<ul style="list-style-type: none"> • მიზანი საკითხთან დაკავშირებით შეხედულებების მიმოცვლა ან გადანყვეტილებამდე ან დასკვნამდე მისვლაა. • შესაძლოა მონაწილეობდეს პაციენტი, პაციენტი და მომვლელი ან ჯგუფი. <p><i>მაგალითი:</i> წონის კლება</p>	<ul style="list-style-type: none"> • იძლევა მონაწილეებს შორის ინფორმაციის და წარსული გამოცდილებების მიმოცვლის საშუალებას; • გამოსადეგია მაშინ, როცა პაციენტს ამ საკითხში წარსული გამოცდილება აქვს და სურს ინფორმაციის გაზიარება; • უსაფრთხო ფორმატია; • სწავლებაში შეუძლიათ მონაწილეობა მიიღონ თანასწორებმაც (მსგავსი პრობლემების მქონე პაციენტებმა); 	<ul style="list-style-type: none"> • თემის და მონაწილეობის რაოდენობის მიხედვით, შესაძლოა, დამატებითი დრო დაგჭირდეთ;

ლექცია-დისკუსია		
<ul style="list-style-type: none"> • მეთოდი ხშირად გამოიყენება მაშინ, როცა პაციენტების და მომვლელების ჯგუფს საბაზისო ინფორმაცია ესაჭიროებათ; • ლექციის ნაწილი ხანმოკლეა (15-20 წთ); • ლექციას მოსდევს დისკუსია; <p><i>მაგალითი:</i> კარდიული რეაბილიტაციის საბაზისო პრინციპები (მაგ., ვარჯიში, კვება)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • საბაზისო ინფორმაციის წარსადგენ ლექციას მოსდევს დრო დისკუსიისთვის; • ლექციის კონტენტთან დაკავშირებული მასალების მიწოდება სასარგებლოცაა და რეკომენდებულიც; 	<ul style="list-style-type: none"> • ლექციის თემების რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-7 საკითხს; • თემის და მონაწილეობის რაოდენობის მიხედვით, შესაძლოა, დამატებითი დრო დაგჭირდეთ;
დემონსტრირება/გამეორება (return demonstration) (“Show Back”)		
<ul style="list-style-type: none"> • მიზანი პაციენტისა და მომვლელისთვის კონკრეტული უნარ-ჩვევის სწავლებაა; • თქვენ მიერ დემონსტრირების შემდეგ პაციენტი იმეორებს პროცედურას და თქვენ შეგიძლიათ შეაფასოთ მისი უნარ-ჩვევა (იხ. სურ. 3-3). <p><i>მაგალითი:</i> სახვევის გამოცვლა, ინექცია</p>	<ul style="list-style-type: none"> • იძლევა ფიზიკური უნარ-ჩვევების შესწავლისა და პრაქტიკის საშუალებას; • უნარ-ჩვევის პატარა საფეხურებად დაყოფა აადვილებს მათ დახვეწას; 	<ul style="list-style-type: none"> • უნარ-ჩვევის დახვეწას შესაძლოა დამატებითი დრო დასჭირდეს; • პაციენტებს, რომელთაც მოქნილი მოძრაობების შესრულება უჭირთ, შესაძლოა, გაუძნელებდეთ უნარ-ჩვევის შექმნა;
როლური თამაში		
<ul style="list-style-type: none"> • გამოიყენება მაშინ, როცა პაციენტს ესაჭიროება <ul style="list-style-type: none"> ◦ დამოკიდებულებების და ქცევის შემოწმება; ◦ სხვების დამოკიდებულებების გაგება; ◦ იდეების ან გადაწყვეტილებების განხორციელების პრაქტიკა; <p><i>მაგალითი:</i> ცოლი გადის რეპეტიციას, როგორ ესაუბროს ქმარს თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის შესახებ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • საშუალებას აძლევს მონაწილეებს გაიარონ სხვადასხვა რთული ვითარების რეპეტიცია.; • წინასწარ ვარჯიშმა შესაძლოა თვითფეთქურობა გააძლიეროს; 	<ul style="list-style-type: none"> • ყველა „მოსწავლესთან“ ვერ გამოიყენებთ, რადგან ამას გარკვეული სიმნიშვნელობა აქვს და მოქნილობა ესაჭიროება; • უკუკავშირსა და შეფასებას საკმარისი დრო უნდა დაუთმოთ;
სასწავლო მასალები		
<ul style="list-style-type: none"> • სწავლების ხელშემწყობი აუდიოვიზუალური მასალების გამოყენება: <ul style="list-style-type: none"> ◦ ბეჭდური მასალები (მაგ., ბროშურები); ◦ CD/DVD; 	<ul style="list-style-type: none"> • ხელს უწყობს სწავლებას მხედველობითი ან/და სმენითი სტიმულირების გზით; • საუკეთესო შედეგი მიიღწევა სწავლების სხვა სტრატეგიებთან ერთად გამოყენების შემთხვევაში; 	<ul style="list-style-type: none"> • გამოყენებამდე მასალები უნდა გადაიხადოს და შეფასდეს (მაგ., მართებულობა, სრულყოფილება, კითხვადობა);

<ul style="list-style-type: none"> • ინტერნეტ-პროგრამები • ჰოსპიტალის ტელევიზია 	<ul style="list-style-type: none"> • ბევრ პაციენტს სამედიცინო ინფორმაციის მოძიებისთვის ინტერნეტის გამოყენება ურჩევნია; • ინტერნეტი სულ უფრო მეტ ჰოსპიტალშია (პალატებშიც) ხელმისაწვდომი; 	<ul style="list-style-type: none"> • უნდა შემონმდეს ვებგვერდები ინფორმაციის მართებულიობის თვალსაზრისით; • პრობლემებს ქმნის შეზღუდული წვდომა და არასწორი ინფორმაცია; • ყველა „მოსწავლეს“ შესაძლოა არ მოერგოს (მაგ., ინტერესის ნაკლებობა, გონებრივი შესაძლებლობების დაქვეითება).
---	---	---

სურათი 3-3¹³



სასწავლო მასალები

გამოიყენეთ სხვადასხვა ფორმატის სასწავლო მასალები (იხ. ცხრილი 3-9). თქვენ უნდა იცოდეთ, რა სახის რესურსებია ხელმისაწვდომი დაწესებულებაში, მხარდამჭერი სააგენტოებისგან და პროფესიული ჯგუფებისგან (არსებობის შემთხვევაში). CD/DVD მასალების გამოყენება სარგებლის მომტანია, განსაკუთრებით, დიდწილად ვიზუალური კონტენტის, მაგალითად, პროცედურის (მაგ., ტრაქეოსტომის სანაცია) ნაბიჯების სწავლებისას. პაციენტის სწავლების პროგრამები შესაძლოა სამედიცინო დაწესებულების სატელევიზიო სისტემითაც იქნას მიწოდებული. შესაძლოა, ხელმისაწვდომი იყოს სპეციალური არხი/გადაცემა, რომელიც მაღალი ხარისხის, პროფესიონალურ პროგრამებს სთავაზობს პაციენტებს მოთხოვნის შესაბამისად ან მუდმივად გადის. ბოგჯერ ხელმისაწვდომია ჰოსპიტალის არხიც (არსებობის შემთხვევაში), რომელზეც გადის კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულების შემუშავებული საგანმანათლებლო პროგრამები, რომელთა შინაარსიც პაციენტის გამოცდილებაზეა მორგებული.

¹³ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

პაციენტებისა და მომვლელების სწავლებისთვის ფართოდ გამოიყენება ბეჭდური საგანმანათლებლო მასალები. ეს მასალები ყველაზე ხშირად სწავლების ზემოთ განხილულ სტრატეგიებთან ერთად გამოიყენება. მაგალითად, გულის დაავადებაზე თამბაქოს მოხმარების ეფექტების მიმოხილვის შემდეგ, თამბაქოს მოხმარების პათოფიზიოლოგიური ეფექტების შესახებ ინფორმაციის განსამტკიცებლად, თქვენ შეგიძლიათ ამერიკის კიბოს საზოგადოების ბროშურა გამოიყენოთ. ძუძუს კიბოს გამო ნაოპერაციებ პაციენტს შეგიძლიათ მისცეთ წიგნი ან ჟურნალის სტატია, რომელიც დაწერილია ქალის მიერ, რომელსაც მასტექტომია ჩაუტარდა. შესთავაზეთ პაციენტს, წაიკითხოს ეს მასალა სხვა სასწავლო სესიებისთვის მოსამზადებლად. წერილობითი მასალები იმ პაციენტებს ურჩიეთ, რომელთა სწავლის ძირითადი სტილი კითხვაა.

დაწერილი მასალების პაციენტებთან გამოყენებამდე, შეაფასეთ მათი (მასალების) „კითხვადობის“ დონე (თუ მასალაზე მითითებული არ არის). წერილობითი მასალის კითხვადობის შემოწმება, უცხოენოვანი ლიტერატურიდან თარგმნამდე, სიტყვების დამამუშავებელი რამდენიმე პროგრამითაა (მაგ., Microsoft Word) შესაძლებელი. ბეჭდური მასალის კითხვადობის და იმის დადგენა, თუ დაახლოებით რომელი კლასის ენაზეა ის დაწერილი, ინტერნეტ-პროგრამებითაა (მაგ., www.wordscout.info) შესაძლებელი.

სასწავლო მასალების წერისას, იმისთვის, რათა მასალა მეხუთე კლასელის კითხვის უნარებს შეესაბამებოდეს, რამდენიმე ტექნიკის გამოყენება შეგიძლიათ, მაგალითად: (1) პირველ რიგში საკვანძო ინფორმაცია დაწერეთ, ბოლდის ან იტალიკის გამოყენებით; (2) გამოიყენეთ მოკლე, გავრცელებული, ერთ ან ორმარცვლიანი სიტყვები; (3) თუ სამედიცინო სიტყვების გამოყენება გჭირდებათ, ისინი მარტივი ენით განმარტეთ; (4) ეცადეთ, წინადადებები 10-ზე, მაქსიმუმ 15-ზე მეტ სიტყვას არ შეიცავდეს; (5) გამოიყენეთ სურათები ან ნახატები და (6) წინადადებები დაწერეთ მოქმედებით გვარში (და არა ვნებით გვარში) ისე, თითქოს მათ ჩვეულებრივი საუბრისას იყენებთ. წერა-კითხვის შემლუდული უნარების მქონე ხანდაზმულების განერის წინა სწავლებისთვის გამოგადგებათ პიქტოგრამებისა (მარტივი ხატოვანი დამწერლობა) და გამარტივებული ტექსტის კომბინაცია.

საჭირო ბეჭდური მასალების ძირითადი წყაროებია: ჰოსპიტლის ან მოვლის დაწესებულების ბიბლიოთეკა, აფთიაქები, საჯარო ბიბლიოთეკები, უნივერსიტეტები, პროფესიული ასოციაციები, კვლევითი ცენტრები და ვებგვერდები. გამოყენებამდე გადახედეთ წერილობით მასალებს, მათ შორის კომპიუტერულ პროგრამებს. მასალის შეფასებისას კითხვადობის დონესთან თქვენ უნდა განსაზღვროთ (1) მისი მართებულობა; (2) სრულყოფილება; (3) შესაბამება თუ არა ის კონკრეტულ სასწავლო საჭიროებებს; (4) შეიცავს თუ არა სურათებსა და დიაგრამებს, რომელიც ინტერესს აღვივებს; (5) კონკრეტული ბროშურა ან პროგრამა ერთ მთავარ იდეაზე ან კონცეპტიაზე ორიენტირებულია თუ არა; (6) შეიცავს თუ არა იმ ინფორმაციას, რომლის ცოდნაც პაციენტს სურს და (7) არის თუ არა მასალა კულტურისა და გენდერის მიმართ მგრძობიარე და ადეკვატური.

ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის მოძიებისთვის პაციენტები სულ უფრო ხშირად იყენებენ ინტერნეტს. პაციენტებს ინტერნეტში შეუძლიათ სწრაფად მოიძიონ ინფორმაცია თავიანთი დაავადების, წამლების, მკურნალობისა და ოპერაციების შესახებ. თქვენი მოვალეობაა, დაეხმაროთ პაციენტს გამოერკვას და მრავალფეროვან ინფორმაციაში მოიძიოს მართებული, სარწმუნო და გამოსადეგი ინფორმაცია. აუცილებელია გესმოდეთ ინტერნეტში სამედიცინო ინფორმაციის ძიებისა და პაციენტისთვის სწორი ინფორმაციის მოძიების სწავლების პრინციპები. ინტერნეტ-მომხმარებელთა 80% ინტერ-

ნეტში სამედიცინო ინფორმაციას ეძებს. ამ მიზნით ინტერნეტის გამოყენებას რამდენიმე ფაქტორი განაპირობებს, კერძოდ, მაღალსიჩქარიანი ინტერნეტი, ახალგაზრდა ასაკი, მიღებული განათლება და ტექნოლოგიის თავდაჯერებული გამოყენება. ქრონიკულად ავადმყოფი პაციენტები უფრო მაღალი ალბათობით იღებენ სამედიცინო გადაწყვეტილებებს ინტერნეტში მოძიებული ინფორმაციის საფუძველზე. მოუწოდეთ პაციენტებს, გამოიყენონ მთავრობის, უნივერსიტეტების ან მაღალი რეპუტაციის სამედიცინო/ჯანდაცვითი ასოციაციების მიერ (მაგ., ამერიკის დიაბეტის ასოციაცია, ამერიკის გულის ასოციაცია, ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტები, შეერთებული შტატების წამლისა და საკვების ადმინისტრაცია) შექმნილი ვებგვერდები. ამ თავის ბოლოს მოცემულია ზოგიერთი სარწმუნო ვებგვერდი, რომელსაც შეგიძლიათ გადახედოთ და რომელიც პაციენტებთან გამოგადგებათ.

მიუხედავად იმისა, რომ დღეს ხანდაზმულები სულ უფრო ხშირად იყენებენ ინტერნეტს, ბევრი მათგანი, გონებრივი უნარ-ჩვევების დაქვეითების, მოთმინების ან ტექნიკური უნარ-ჩვევების ნაკლებობის გამო, ინფორმაციის წარმატებით მოძიებას ვერ ახერხებს. ხანდაზმული ადამიანების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე ორიენტირებული ორგანიზაციები ცდილობენ ხელი შეუწყონ მოსახერხებელი ვებგვერდების შექმნასა და ხანდაზმული პაციენტებისთვის გამაძკვლევეების გამოქვეყნებას, რათა მათ ონლაინ სამედიცინო ინფორმაციის გამოყენება შეძლონ.

პაციენტების მიერ ინტერნეტის წარმატებული გამოყენების ხელშემშლელი ფაქტორებია: შეზღუდული წვდომა, ინტერნეტის არქონა და არამართებული ინფორმაცია. ჰოსპიტლების ბევრ ოთახში ხელმისაწვდომია ინტერნეტი, რაც თქვენ საშუალებას გაძლევთ პაციენტებს თავიანთი დაავადების შესახებ სწავლება ჩაუტაროთ და ასევე ასწავლოთ, როგორ გამოიყენონ ინტერნეტი სამედიცინო ინფორმაციის მოძიებისთვის.

პაციენტის სწავლების ხელშემწყობი ტექნოლოგიები სულ უფრო ვითარდება, როგორც რაოდენობის, ისე სირთულის თვალსაზრისით. საკუთარი ჯანმრთელობის მართვისთვის პაციენტებს შეუძლიათ გამოიყენონ ახალი ტექნოლოგიები, მაგალითად, ტელეჯანმრთელობა, ინტერაქტიული ვიდეო, უსადენო ტექნოლოგია და პოდკასტები. ტელეჯანმრთელობა გულისხმობს სატელეკომუნიკაციო ტექნოლოგიების მეშვეობით ჯანდაცვის სერვისებისა და ინფორმაციის მიწოდებას. ტელეჯანმრთელობა გამოიყენება პაციენტების გულის რიტმის, წონისა და სასიცოცხლო მაჩვენებლების მონიტორინგისა და მათი სწავლებისთვის. უსადენო ტექნოლოგიის გამოყენება სისხლში გლუკოზის დონის მონიტორინგისთვისაც შესაძლებელია. პაციენტების სწავლებამდე თქვენ თვითონ გაერკვიეთ ამ ტექნოლოგიებში.

იმპლემენტაცია

იმპლემენტაციის ფაზაში გამოიყენეთ დაგეგმილი სწავლების სტრატეგიები, რათა პაციენტს (და მომვლელს) ინფორმაცია მიიწოდოთ და ახალი უნარ-ჩვევები ასწავლოთ (იხ. ცხრილი 3-9). პროცესში უნდა ჩართოთ კომუნიკაციის ვერბალური და არავერბალური უნარები, აქტიური მოსმენა და ემპათია. პაციენტის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციო-კულტურული და მისი, როგორც „მოსწავლის“ მახასიათებლების შეფასების გზით განსაზღვრეთ, რამდენად შეძლებს პაციენტი მონაწილეობას. როცა ეს შესაძლებელი და გონივრულია, სწავლება-სწავლის პროცესში პაციენტის მომვლელ(ებ)იც ჩართეთ.

სწავლების გეგმის განხორციელებისას გახსოვდეთ ბრდასრული „მოსწავლის“ პრინ-

ციპები და მახასიათებლები. განმტკიცება და დაჯილდოება მნიშვნელოვანია, მაგრამ იცოდეთ, რომ ისეთი ფრაზებიც, როგორცაა „რა კარგად გამოგდით!“ ისეთი ინტონაციით არ უნდა გამოთქვას, როგორც ამას ბავშვს ეტყოდით. ამან შესაძლოა დაამციროს ზრდასრული მოსწავლე.

გადაფასება

სწავლების პროცესის საბოლოო საფეხური შეფასებაა, რომლის დროსაც განისაზღვრება, რა დონეზე მიაღწია პაციენტმა სასწავლო მიზნებს. შეფასების სხვადასხვა ტექნიკა შეგიძლიათ გამოიყენოთ (ცხრილი 3-10). სწავლებისა და სწავლის პროცესში პაციენტისა და/ან მომვლელის ცოდნისა და უნარ-ჩვევების შეფასებისთვის გამოიყენეთ ისეთი ტექნიკები, როგორცაა „teach back“ და „show back“ (თქვენს მიერ განხორციელებული სწავლების შემდეგ, პაციენტმა უნდა გასწავლოთ თქვენ და დემონსტრირება გააკეთონ) (სურ. 3.3). თუ ბოგიერთი მიზანი მიღწეული არ არის, ხელახლა შეაფასეთ პაციენტი და შესაბამისი ცვლილებები შეიტანეთ სწავლების გეგმაში.

მაგალითად, ჰოსპიტალში შემოსვლისას შაქრიანი დიაბეტის მქონე ხანდაზმული მამაკაცის სისხლში გლუკოზის დონე არის 550 მგ/დლ (30.53 მმოლ/ლ). როცა სტუდენტმა ექთანმა ინსულინის ინექციის მომზადება დაიწყო, ექთანმა ჰკითხა: „აპირებ თვითონ გააკეთებინო ინსულინი და მის ტექნიკას დააკვირდე?“. „ო, არა, მას 20 წელია დიაბეტი აქვს!“ – უპასუხა სტუდენტმა. სტუდენტმა ჩათვალა, რომ დიაბეტის მქონე პაციენტს ისედაც ეცოდინება, სწორად როგორ გაიკეთოს ინსულინი. ექთანი და სტუდენტი პაციენტის ოთახში დაბრუნდნენ და სთხოვეს, მოემზადებინა თავისი ინექცია („show back“). პაციენტმა 40 ერთეული ინსულინის მაგივრად, შპრიცი 30 ერთეული ინსულინით და 10 ერთეული ჰაერით აავსო. დოზის შესწორებისა და პაციენტის უფრო სიღრმისეულად გამოკითხვის შემდეგ („teach back“), ექთანებმა დაასკვნეს, რომ პაციენტმა იცოდა სწორი დოზა, მაგრამ შპრიცზე მონიშვნებს სწორად ვერ ხედავდა. დიდი ალბათობით, პაციენტი გარკვეული პერიოდია არასაკმარის ინსულინს იკეთებს. პაციენტის მხედველობა ისეთი მახვილი აღარ არის, როგორც 20 წლის წინ იყო და ახლა მას ინსულინის უსაფრთხოდ და სწორად გაკეთებისთვის სპეციალური ხელსაწყოები ესაჭიროება. ამ მაგალითიდან დასკვნა ისაა, რომ პაციენტის ცოდნისა და უნარ-ჩვევების შესახებ ვარაუდების/დაშვებების გაკეთება სახიფათოა. შეაფასეთ როგორც ადრე, ისე ახლად ნასწავლიცა და ამჟამინდელი შესაძლებლობებიც.

სასწავლო მიზნების გრძელვადიან შეფასებას ხშირად განერის შემდეგ შემდგომი შეხვედრები ესაჭიროება. მანამ, სანამ პაციენტი ჰოსპიტალს ან კლინიკას დატოვებს, მიაწოდეთ მას ვიზიტების წერილობითი განრიგი და საჭირო მიმართვები. შემდგომი ვიზიტების გეგმას პაციენტის მომვლელიც უნდა იცნობდეს, რათა პაციენტის გრძელვადიან პროგრესში ჩართული ყველა ადამიანი თანაბრად ინფორმირებული იყოს.

სწავლება-სწავლის მთელი პროცესის აუცილებელი კომპონენტია დოკუმენტაცია. ჩაინერეთ ყველაფერი, დაწყებული შეფასებიდან, დასრულებული შეფასებისა და შემდგომი ვიზიტების გეგმებით. რადგანაც ამ ჩანაწერებს სამედიცინო გუნდის სხვადასხვა წევრები, სხვადასხვა გარემოში და სხვადასხვა მიზნებით იყენებენ, სწავლების გეგმები, სტრატეგიები და შეფასების შედეგები მკაფიო, სრული და სამედიცინო გუნდის ყველა წევრისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს.

ცხრილი 3-10 პაციენტისა და მომვლელის სწავლის შეფასების ტექნიკები	
ტექნიკა	სტრატეგია და მაგალითები
უშუალოდ დააკვირდით პაციენტს ან მომვლელს.	<ul style="list-style-type: none"> • სთხოვეთ, გაჩვენოთ, როგორ ცვლის სახვევს. • დემონსტრირებულის განმეორებით („show back“) დგინდება: <ul style="list-style-type: none"> o დახვეწა თუ არა პაციენტმა უნარ-ჩვევა; o ესაჭიროება თუ არა შემდგომი ინსტრუქტაჟი; o მზად არიან თუ არა პაციენტი და მომვლელი ახალი ან დამატებითი ინფორმაციისთვის;
დააკვირდით ვერბალურ და არავერბალურ მინიშნებებს.	<ul style="list-style-type: none"> • შესაძლოა საჭირო გახდეს სწავლების გადადება; დამატებითი სწავლება ან სწავლების სხვა სტრატეგიის გამოყენება იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი ან მომვლელი: <ul style="list-style-type: none"> o გთხოვთ მითითებების გამეორებას; o წყვეტს თვალთ კონტაქტს; o სკამში ან სანოლში თვლემას იწყებს; o მოუსვენარი ხდება; o არ საუბრობს;
დასვით ღია კითხვები (“teach back”).	<ul style="list-style-type: none"> • იმას, თუ რამდენად ესმის პაციენტს ნასწავლი, ღია კითხვებით უფრო გარკვევით, ვიდრე დახურული კითხვებით, რომელიც მხოლოდ „კი“ ან „არა“ პასუხს მოითხოვს. • დასვით ისეთი კითხვები, როგორიცაა: <ul style="list-style-type: none"> o „რა სიხშირით გიხდებათ სახვევის გამოცვლა?“ o „როგორ მოიქცევით, თუ სახლში დაბრუნების შემდეგ გულმკერდის არეში ტკივილს იგრძნობთ?“
გაესაუბრეთ მომვლელს („teach back“).	<ul style="list-style-type: none"> • შეფასების პროცესში ჩართეთ მომვლელი. • დაუსვით ისეთი კითხვები, როგორიცაა: <ul style="list-style-type: none"> o „რომელ წამლებს იღებს?“ o „რა სიხშირით იყენებს ჟანგბადს?“
სთხოვეთ პაციენტს პროგრესის თვითშეფასება.	<ul style="list-style-type: none"> • ჰკითხეთ პაციენტს, რას ფიქრობს საკუთარი პროგრესის შესახებ. <ul style="list-style-type: none"> o რით ამტკიცებს პაციენტი, რომ მიზნები მიღწეულია? o მზადაა პაციენტი ახალი მასალის სწავლისთვის?

პაციენტისა და მომვლელის სწავლება

სიტუაციური შემთხვევა



მ.ლ. 60 წლის ქალია, რომელიც ჰოსპიტალში ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების (ფქოდ) გამწვავების დიაგნოზით მოთავსდა.

სუბიექტური მონაცემები

- 10 წელია აქვს ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება; აღნიშნავს ქრონიკულ ხველას და უარყოფს ბოლო პერიოდში ნახველის ფერის ცვლილებას; ამბობს: „შარშან შევწყვიტე თამბაქოს მოხმარება, მაგრამ ჩემი სიძე ეწევა“;

- წარსული სამედიცინო ისტორია: გასტროეზოფაგური რეფლუქსი; მარჯვენა თვალში მაკულარული დეგენერაცია;
- სოციალური ანამნეზი: 5 წლის წინ დაქვრივდა და მას შემდეგ ცხოვრობს ქალიშვილთან და სიძესთან ერთად, რომლებიც სრულ განაკვეთზე მუშაობენ; სკოლის შემდეგ ორ მცირეწლოვან შვილიშვილს უვლის; ქართული მ.ლ.-ისთვის მეორე ენაა;

ობიექტური მონაცემები

ფიზიკალური გასინჯვა

- ნათელი ცნობიერება, შენარჩუნებული კოგნიტური უნარები; მშფოთვარე, გამხდარი ქალია, რომელსაც მცირე დატვირთვაზე სუნთქვის გაძნელება აღენიშნება; საუბრობს მოკლე ფრაზებით ან წინადადებებით; ამბობს „ენერგია არ მაქვს“;
- ნაზალური კანულით მიენოდება ჟანგბადი 2 ლ/წთ სიჩქარით;
- წონა 45 კგ, სიმაღლე 157 სმ;
- ატარებს სათვალეს;

დიაგნოსტიკური კვლევები

- გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე მწვავე ინფექცია არ ვლინდება;
- არტერიული სისხლის გაზები ოთახის ტემპერატურაზე: pH 7.35, PaCO₂ 47 მმ ვცს.სვ., PaO₂ 75 მმ ვცს.სვ., HCO₃- 30 მექ/ლ
- O₂ სატურაცია (პულსოქსიმეტრით) ოთახის ტემპერატურაზე 6 წუთიანი სიარულის ტესტით = 83%;
- ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობა 1 წამში (FEV₁) = მოსალოდნელის 60%;

კოლაბორაციული მოვლა

- წამლები: ბრონქოდილატატორები (სტაციონარში ნებულაიზერით, განწერის შემდეგ ინჰალატორები), ორალური კორტიკოსტეროიდები;
- სახლში გრძელვადიანი ოქსიგენოთერაპია: O₂ 2ლ/წთ სიჩქარით ნაზალური კანულით;
- პულმონური რეაბილიტაცია: სტაციონარული და ამბულატორიული;

განსახილველი საკითხები:

1. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** მ.ლ.-ის ანამნეზზე დაყრდნობით, რომელია პრიორიტეტული სასწავლო საჭიროებები?
2. რომელმა ფაქტორებმა (მაგ., სოციო-კულტურული, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური) შეიძლება იმოქმედოს სწავლებაზე მ.ლ.-ის რეაქციაზე?
3. მ.ლ.-ის სწავლების დაგეგმვისას, რა პოტენციურ სირთულეებს მოელით? როგორ მართავთ მათ?
4. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** განსაზღვრეთ ორი პრიორიტეტული საექთნო დიაგნოზი. ამ საექთნო დიაგნოზებზე დაყრდნობით შეიმუშავეთ მ.ლ.-ის სწავლების გეგმა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: Chronic disease overview, Washington, DC, 2010, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm.
- Jack BW, Chetty VK, Anthony D, et al: A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial, *Ann Intern Med* 150:178, 2009.
- The Joint Commission: 2011 Hospital national patient safety goals. Retrieved from www.jointcommission.org/assets/1/6/HAP_NPSG_6-10-11.pdf.
- The Joint Commission: What did the doctor say? Improving health literacy to protect patient safety, 2007. Retrieved from www.jointcommission.org/assets/1/18/improving_health_literacy.pdf.
- American Nurses Credentialing Center, Magnet Recognition Program Model: Exemplary professional practice: nurses as teachers, 2011. Retrieved from <http://nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/New-MagnetModel.aspx#ExemplaryProfessionalPractice>.
- Redman BK: The practice of patient education, ed 10, St Louis, 2007, Mosby. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA: The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development, ed 7, St Louis, 2011, Mosby.
- Cancer Prevention Research Center: Detailed overview of the transtheoretical model. Retrieved from www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm.
- Rollnick S, Miller WR, Yahne CE: Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior, New York, 2008, Guilford Press.
- Miller WR: Enhancing motivation for change in substance abuse treatment: Treatment Improvement Protocol (TIP) series 35, DHHS pub no (SMA) 99-3354, Rockville, Md, 1999, US Department of Health and Human Services. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14856. (Classic)
- Feinberg L, Reinhard SC, Houser A, et al: Valuing the invaluable: 2011 update—the growing contributions and costs of family caregiving, AARP Public Policy Institute. Retrieved from <http://assets.aarp.org/rgcenter/ppi/ltc/i51caregiving.pdf>.
- Levine C: Supporting family caregivers: the hospital nurse's assessment of family caregiver needs, *Am J Nurs* 111:47, 2011.
- Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, et al: The care span: the importance of transitional care in achieving health reform, *Health Affairs* 30:746, 2011.
- White K, D'Andrew N, Auret K, et al: Learn now: live well: an educational programme for caregivers, *Int J Palliative Nurs* 14(10):497, 2008.
- Caregiver stress, 2011. Retrieved from www.caregiversupport.org/caregiver_stress.cfm.
- Pagan CN: A caregiver's guide to staying well, *Arthritis Today* 25(6):80, 2011.
- American Hospital Association: The patient care partnership: understanding expectations, rights and responsibilities, 2003. Retrieved from www.aha.org/advocacy-issues/communicatingpts/pt-care-partnership.shtml.
- The Joint Commission: Speak up initiatives, 2011. Retrieved from www.jointcommission.org/speakup.aspx.

- National Patient Safety Foundation: Ask me 3. Retrieved from www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3.
- Kelley K, Abraham C: Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perceptions about their role, *J Clin Nurs* 16(3):569, 2007.
- Farrell K, Wicks MN, Martin JC: Chronic disease selfmanagement improved with enhanced self-efficacy, *Clin Nurs Res* 13(4):289, 2004. (Classic)
- Resnick B: A longitudinal analysis of efficacy expectations and exercise in older adults, *Res Theory Nurs Pract* 18(4):331, 2004. (Classic)
- Barclay L: Screening questions may help predict limited health literacy, *Ann Fam Med* 7:24, 2009.
- Villaire M, Mayer G: Low health literacy: the impact on chronic illness management, *Prof Case Manage* 12(4):213, 2007.
- Morris NS, MacLean CD, Chew LD, et al: The single item literacy screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability, *BMC Fam Pract* 7:21, 2006. (Classic)
- Wilson-Stronks A, Lee KK, Cordero CL, et al: One size does not fit all: meeting the health care needs of diverse populations, Oakland Terrace, Ill, 2008, The Joint Commission. Retrieved from www.jointcommission.org/assets/1/6/HLCOneSizeFinal.pdf.
- Nigolian CJ, Miller KL: Teaching essential skills to family caregivers, *Am J Nurs* 111:52, 2011.
- Inott T, Kennedy BB: Assessing learning styles: practical tips for patient education, *Nurs Clin North Am* 46:313, 2011.
- Rose J: Designing training for Gen Y: learning style and values of Generation Y, 2007. Retrieved from http://trainingpd.suite101.com/article.cfm/designing_training_for_gen_y.
- Educational strategies in generational designs, *Prog Transplant* 16(1):8, 2006.
- Medline Plus: How to write easy-to-read health materials, 2011. Retrieved from www.nlm.nih.gov/medlineplus/etr.html.
- Choi J: Literature review: using pictographs in discharge instructions for older adults with low-literacy skills, *J Clin Nurs* 20:2984, 2011.
- Fox S: Pew Internet and American Life Project: the engaged e-patient population, 2008. Retrieved from www.pewinternet.org/Reports/2008/The-Engaged-Epatient-Population.aspx.
- Watson A, Bell A, Kvedar J, et al.: Reevaluating the digital divide: current lack of Internet use is not a barrier to adoption of novel health information technology, *Diabetes Care* 31(3):433, 2008.
- Anderson A, Klemm P: The Internet: friend or foe when providing patient education? *Clin J Oncol Nurs* 12(1):55, 2008.
- National Center for Ethics in Health Care: "Teach back": a tool for improving provider-patient communication, *In Focus: Topics in Health Care Ethics*, 2006. Retrieved from www.ethics.va.gov/docs/infocus/InFocus_20060401_teach_Back.pdf.
- Agency for Healthcare Research and Quality: Implementing re-engineered hospital discharges (Project RED): frequently asked questions, 2009.

- Family Caregiver Alliance www.caregiver.org
- GetWellNetwork www.getwellnetwork.com/index.asp
- Implementing Re-engineered Hospital Discharges (Project Red) www.ahrq.gov/news/kt/red/redfaq.htm
- The Joint Commission—Speak Up Initiatives www.jointcommission.org/speakup.aspx
- Mayo Clinic Health Information www.mayoclinic.com/health-information
- National Family Caregivers Association www.nfcacares.org
- U.S. Department of Health and Human Resources—Healthfinder www.healthfinder.gov
- U.S. National Library of Medicine and National Institutes of Health—MedlinePlus www.nlm.nih.gov/medlineplus
- WebMD www.webmd.com

თავი 4

ქრონიკული დაავადება და ხანდაზმული ადამიანები

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

1. ქრონიკული დაავადების პრევენციისა და ძირითადი გამომწვევი მიზეზების აღწერას;
2. ქრონიკული დაავადების მახასიათებლების ახსნა-განმარტებას
3. ასაკის მატებასთან დაკავშირებული საკითხების განსაზღვრას;
4. ხანდაზმულების პოპულაციის საჭიროებების ახსნა-განმარტებას;
5. ქრონიკული დაავადების მქონე ხანდაზმულების დახმარებისკენ მიმართული საექთნო ინტერვენციების აღწერას;
6. ხანდაზმულების ჰოსპიტალიზაციასა და მწვავე ავადმყოფობასთან დაკავშირებული გავრცელებული პრობლემებისა და მათი მართვისას ექთნის როლის აღწერას;
7. ხანდაზმული ადამიანების საჭიროებების დაკმაყოფილებისკენ მიმართული მოვლის ალტერნატივების დიფერენცირებას;
8. ხანდაზმული პაციენტების ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში, დაავადებების პრევენციასა და სპეციალური საჭიროებების მართვაში ექთნის როლის აღწერას;

ამ თავში განხილულია ქრონიკული დაავადებით ცხოვრებასა და ასაკის მატებასთან დაკავშირებული საკითხები. ხანდაზმული ადამიანების პოპულაცია სწრაფად იზრდება და მათ ხშირად უფრო მეტი სამედიცინო საჭიროება და პრობლემები აქვთ, რომელიც თქვენ უნდა გაითვალისწინოთ.

ქრონიკული ავადმყოფობა

ავადმყოფობა შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული (ცხრილი 4-1). დღეს, მოსახლეობის ასაკის მატებასთან ერთად, იზრდება ჯანდაცვის სისტემების დატვირთვა ქრონიკული ავადმყოფობებით. ხანდაზმულებს ხშირად ერთზე მეტი ქრონიკული დაავადება აქვთ. ქრონიკული დაავადების მართვის პროცესმა შესაძლოა ძლიერ იმოქმედოს პაციენტის, ოჯახის წევრების და მომვლელის ცხოვრებასა და იდენტობაზე.

გარდა სიცოცხლის გახანგრძლივებისა, ქრონიკული ავადმყოფობის სიხშირის მატებას სხვა სოციალურმა ცვლილებებმაც შეუწყო ხელი, მაგალითად, არასაკმარისმა ფიზიკურმა აქტივობამ, ქორფა ხილსა და ბოსტნეულზე წვდომის შემცირებამ, თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარებამ.

ცხრილი 4-1 მწვავე და ქრონიკული დაავადებების მახასიათებლები	
აღწერა	მახასიათებლები
მწვავე ავადმყოფობა	
დაავადებები, რომელიც უეცრად იწყება და ხანმოკლეა <i>მაგალითები:</i> გაციება, გრიპი, მწვავე გასტროენტერიტი	<ul style="list-style-type: none"> • ძირითადად თვით განკურნებადი • ადვილად ემორჩილება მკურნალობას • გართულებები ხშირი არ არის • ავადმყოფობის შემდეგ ადამიანი ფუნქციონირების ჩვეულ დონეს უბრუნდება
ქრონიკული ავადმყოფობა	
გახანგრძლივებული დაავადებები, რომელიც სპონტანურად არ სრულდება/ლაგდება და იშვიათად თუ განიკურნება სრულად	<ul style="list-style-type: none"> • სამუდამო შეზღუდვები ან ნორმიდან გადახვევები/ცდომები • შეუქცევადი პათოლოგიური ცვლილებები • ნარჩენი შეზღუდვები • საჭიროებს სპეციალურ რეაბილიტაციას • საჭიროებს გრძელვადიან სამედიცინო ან/და საექთნო მართვას

ქრონიკული დაავადების ტრაექტორია

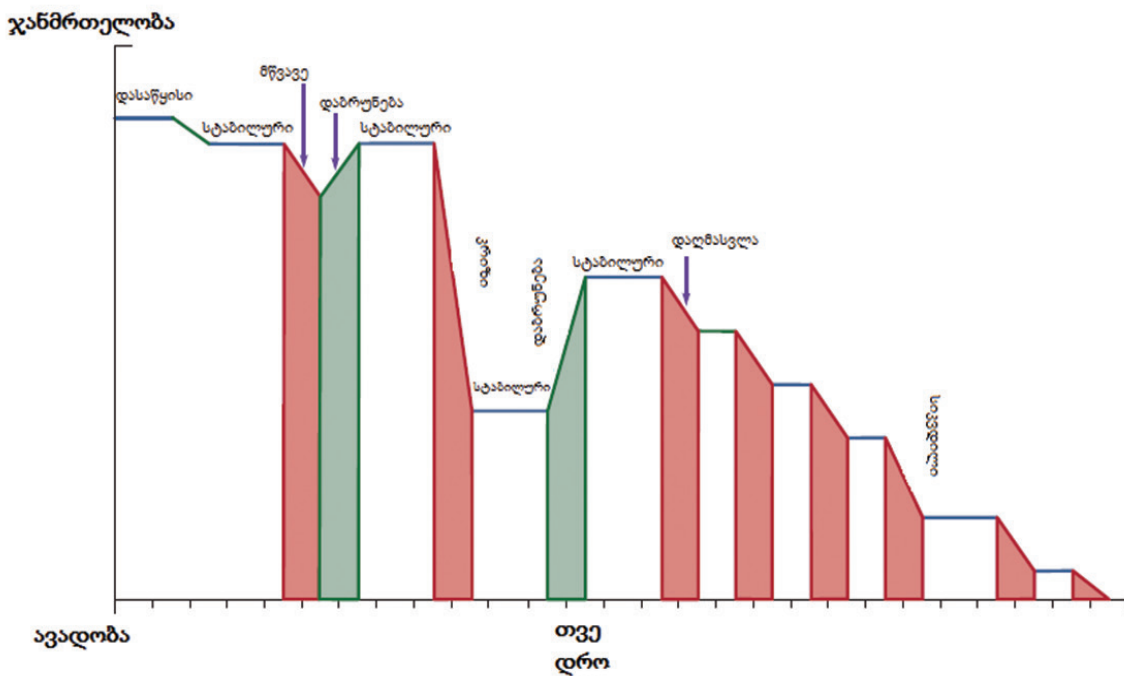
ქრონიკული დაავადებები შესაძლოა მიმდინარეობდეს გამწვავებებით. ამ დროს ადამიანი ფუნქციონირების ოპტიმალური დონიდან, რომლის დროსაც ავადმყოფობა კარგადაა კონტროლირებული, გადადის არასტაბილურობის პერიოდში, როცა მას შესაძლოა დახმარება ესაჭიროებოდეს. კორბინმა და სტრაუსმა ქრონიკული ავადმყოფობა ტრაექტორიის და ერთმანეთის გადამფარავი ფაზების სახით აღწერეს (სურ. 4-1; ცხრილი 4-2). ეს ტრაექტორია ასახავს ქრონიკული დაავადებების უმეტესობის ტიპურ მიმდინარეობას. ამასთან, კორბინმა და სტრაუსმა განსაზღვრეს ქრონიკული დაავადების მქონე პირების შვიდი ამოცანა (ცხრილი 4-3). ეს ამოცანები ქვემოთაა განხილული.

ცხრილი 4-2 ქრონიკული დაავადების ტრაექტორია	
ფაზები	აღწერა
დასაწყისი	<ul style="list-style-type: none"> • სახეზეა სიმპტომები და ნიშნები. • ისმევა დაავადების დიაგნოზი.
სტაბილური	<ul style="list-style-type: none"> • დაავადების მიმდინარეობა და სიმპტომები მკურნალობის ფონზე კონტროლირებულია. • ადამიანი აგრძელებს ყოველდღიურ აქტივობებს.
მწვავე	<ul style="list-style-type: none"> • აქტიური ავადმყოფობა მძიმე და შეუმსუბუქებელი სიმპტომებით ან გართულებებით. • მართვისთვის შესაძლოა ჰოსპიტალიზაცია გახდეს საჭირო.
დაბრუნება (comeback)	<ul style="list-style-type: none"> • ცხოვრების დამაკმაყოფილებელი ხარისხის თანდათანობით დაბრუნება.
კრიზი	<ul style="list-style-type: none"> • სიცოცხლისთვის საშიში ვითარება დგება. • აუცილებელია გადაუდებელი სერვისები.

არასტაბილური	<ul style="list-style-type: none"> • სიმპტომების და დაავადების მიმდინარეობის კონტროლი ვერ ხერხდება. • პაციენტი სტაბილურობის აღდგენას ცდილობს და ამ დროს ჩვეული ცხოვრება ირღვევა. • ჰოსპიტალიზაცია საჭირო არ არის.
დაღმასვლა	<ul style="list-style-type: none"> • ფიზიკური ან მენტალური მდგომარეობის თანდათანობითი და პროგრესირებადი დაქვეითება. • თან ახლავს შეზღუდვების და სიმპტომების დამძიმება. • ყოველდღიური აქტივობები მუდმივად იცვლება.
სიკვდილი, კვდომა	<ul style="list-style-type: none"> • პაციენტს უწევს უარი თქვას ყოველდღიური ცხოვრების ინტერესებსა და აქტივობებზე, შეეგუოს და მშვიდად მოკვდეს. • სიკვდილის წინმსწრები კვირები, დღეები და საათები.

წყარო: Woog P: *The chronic illness trajectory framework: the Corbin and Strauss nursing model*, New York, 1992, Springer.

სურათი 4-1¹⁴



ცხრილი 4-3 ქრონიკული დაავადების მქონე ადამიანების შვიდი ამოცანა
<ol style="list-style-type: none"> 1. კრიზისის პრევენცია და მართვა; 2. მკურნალობის დანიშნული რეჟიმის დაცვა, განხორციელება; 3. სიმპტომების კონტროლი; 4. დროის ორგანიზება; 5. დაავადების მიმდინარეობის თანმხლებ ცვლილებებზე მორგება, ადაპტაცია; 6. სოციალური იზოლაციის პრევენცია; 7. სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის ნორმალიზების მცდელობა;

წყარო: Corbin JM, Strauss A: A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework, *Sch Inq Nurs Pract* 5:155, 1991.

¹⁴ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

კრიზის პრევენცია და მართვა

ქრონიკული დაავადებების უმრავლესობა სიმპტომების გამწვავების პოტენციით ხასიათდება. გამწვავებამ შესაძლოა დაამძიმოს არსებული შეზღუდვები ან სიკვდილიც კი გამოიწვიოს. ამის მაგალითს წარმოადგენს გულის დაავადების მქონე პაციენტი, რომელსაც მიოკარდიუმის კიდევ ერთი ინფარქტი დაემართა ან ასთმიანი პაციენტი, რომელსაც მძიმე შეტევა აქვს. პაციენტისა და მისი მომვლელის მთავარი ამოცანა კრიზის პრევენციის ან მართვის სწავლაა. პირველ რიგში, პაციენტსა და მომვლელს უნდა ესმოდეთ კრიზის აღმოცენების ალბათობა. მეორე, მათ უნდა იცოდნენ საფრთხის თავიდან აცილების ან მოდიფიცირების გზები. ეს უკანასკნელი ხშირად მკურნალობის დანიშნული რეჟიმის დაცვას გულისხმობს. პაციენტებმა კრიზის გამაფრთხილებელი სიმპტომები და ნიშნები უნდა იცოდნენ. ქრონიკული დაავადების ტიპის მიხედვით, სიმპტომები და ნიშნები შესაძლოა უეცრად (მაგ., გულყრების მქონე პაციენტში გულყრა) ან ნელა (მაგ., არანამკურნალები ჰიპერტენზიის ფონზე გულის უკმარისობის განვითარება) აღმოცენდეს. მნიშვნელოვანია, პაციენტმა და მომვლელმა შეიმუშავონ მოსალოდნელი კრიზის მართვის გეგმა.

მკურნალობის დანიშნული რეჟიმების დაცვა, განხორციელება

მკურნალობის რეჟიმები სირთულის ხარისხისა და პაციენტის ცხოვრების წესზე მათი გავლენის მიხედვით განსხვავდება ერთმანეთისგან. მკურნალობის რეჟიმების მახასიათებლები 4.4 ცხრილშია მოცემული.

ცხრილი 4.4 მკურნალობის რეჟიმების მახასიათებლები	
მახასიათებელი	მაგალითი
რთული	სახლის ჰემოდიალიზის მართვა
შრომატევადი	სახვევის დღეში 4-ჯერ გამოცვლა
მტკივნეული ან არაკომფორტული	ჰეპარინის ყოველდღიური ინექცია მუცელში
შეუხედავი/ცუდი შესახედი	ტრაქეოსტომა
ნელი ეფექტი	წამლით ან დიეტით სისხლში ქოლესტეროლის დონის შემცირება

სიმპტომების მართვა

ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების მნიშვნელოვანი ამოცანა სიმპტომების კონტროლის სწავლაა, რაც მიზნად ისახავს სასურველი აქტივობების შესრულების უნარის შენარჩუნებას. ზოგიერთი ადამიანი წინასწარ დაგეგმვის გზით ცვლის ცხოვრების წესს, მაგალითად, გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტმა შესაძლოა გადაწყვიტოს მხოლოდ იმ ღონისძიებებზე იაროს, სადაც საპირფარეშო დასაჯდომ ადგილებთან ახლოსაა განთავსებული. ზოგიერთმა შესაძლოა საცხოვრებელი გარემო შეცვალოს. პაციენტებმა და მათმა ოჯახის წევრებმა ან მომვლელებმა უნდა ისწავლონ სიმპტომების მახასიათებელი, მაგალითად, ტიპური დასაწყისი, ხანგრძლივობა და სიმძიმე, რათა ცხოვრების წესი ამ მახასიათებელს მოარგონ.

დროის ორგანიზება

ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტები ხშირად აღნიშნავენ, რომ ძალიან ბევრი ან, პირიქით, ძალიან ცოტა დრო აქვთ. მკურნალობის ისეთი სქემები, რომელიც პაციენტისგან და მომვლელისგან დიდ დროს მოითხოვს, ზოგჯერ აუცილებელს ხდის განრიგების შეცვლას ან სხვა აქტივობებზე უარის თქმას.

დაავადების მიმდინარეობის თანმხლებ ცვლილებებზე მორგება

ზოგიერთი დაავადების, მაგალითად, გაფანტული სკლეროზის, მიმდინარეობა არაპროგნოზირებადია და, შესაბამისად, პაციენტებს აქტივობების დაგეგმვა უჭირთ. პაციენტის ერთ-ერთი ამოცანა პიროვნული იდენტობის ჩამოყალიბებაა, რომელიც მოიცავს ქრონიკულ დაავადებას. პაციენტმა ცხოვრების სტილი სათანადოდ უნდა მოარგოს თავის იდენტობას.

სოციალური იზოლაციის პრევენცია

ქრონიკული დაავადების დროს, ჩვეული აქტივობების შეწყვეტის ან სხვა ადამიანების მისგან განრიგების გამო, პაციენტი შესაძლოა სოციუმისგან იზოლირდეს. მაგალითად, ინსულტის შედეგად აფაზიის მქონე მამაკაცს შესაძლოა არ სურდეს ხალხში გასვლა, რადგან მას სცხვენია თავისი პრობლემის.

სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის ნორმალიზების მცდელობა

ქრონიკული დაავადების მქონე ზოგიერთი ინდივიდი ცდილობს ისე მართოს სიმპტომები, რომ შეზღუდვები ან გარეგნული ცვლილებები არ დაეტყოს. ეს შესაძლოა მოიცავდეს პროთეზის ტარებას ან ისე მოქცევას, თითქოს ძველებურად შეუძლია ფუნქციონირება. ამის მაგალითია ფილტვის ქრონიკული პრობლემების მქონე მამაკაცი, რომელიც ჰაერის უკმარისობის გამო სიარულს წყვეტს, მაგრამ ისე იქცევა, თითქოს მცენარის ან მაღაზიის ვიტრინის დასათვალიერებლად გაჩერდა.

ქრონიკული დაავადების პრევენცია

ქრონიკული დაავადებები ხშირად პრევენცირებადია. *პირველადი პრევენცია* გულისხმობს ისეთ ზომებს, როგორცაა, სწორი კვება, სწორი ვარჯიში და იმუნიზაცია, რომელიც კონკრეტული დაავადების პრევენციისკენაა მიმართული. *მეორეული პრევენცია* მიმართულია დაავადების ადრეულ აღმოჩენაზე, რასაც შესაძლოა დაავადების პროგრესირების თავიდან ასაცილებელი ინტერვენციები მოსდევდეს. *მესამეული პრევენცია* მიემართება აქტივობებს, რომელიც დაავადების პროგრესირებას აფერხებს, მაგალითად, რეაბილიტაციას.

საექთნო მართვა

ქრონიკული დაავადება

ქრონიკული დაავადების მწვავე ფაზის ან გამწვავების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ზოგჯერ ჰოსპიტალში ხორციელდება. ქრონიკული დაავადების სხვა ფაზების მართვა ამბულატორიული მოვლის პირობებში, სახლში, გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებაში ან სპეციალიზირებულ საექთნო დაწესებულებაში მიმდინარეობს. ქრონიკული და-

ავადების მიმდინარეობა ხშირად არაპროგნოზირებადია. ქრონიკული ავადმყოფობის მართვამ შესაძლოა მძიმე გავლენა იქონიოს პაციენტის, მომვლელისა და ოჯახის ცხოვრებაზე.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებაში შედის ინდივიდის ყოველდღიური ფუნქციონირების დონისა და მის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის ან ავადმყოფობის აღქმის შემოწმება. ეს შეფასება მოიცავს ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობების (ADLs), მაგალითად, ბანაობას, ჩაცმა-გახდას, საპირფარეშოს გამოყენებასა და გადაადგილებას. ეს მოიცავს ინსტრუმენტულ ყოველდღიურ აქტივობებსაც (IADLs), მაგალითად, ტელეფონის გამოყენებას, შოპინგს, საკვების მომზადებას, საყოფაცხოვრებო (საშინაო) საქმეებს, რეცხვას, ტრანსპორტირების უზრუნველყოფას, წამლების მიღებასა და ფინანსების მართვას.

რადგანაც ქრონიკული დაავადებების უმრავლესობა ამბულატორიულ პირობებში იმართება, სულ უფრო მნიშვნელოვანია, პაციენტები და მომვლელები იაზრებდნენ და მართავდნენ საკუთარ ჯანმრთელობას. ტერმინი *თვითმართვა* მიემართება ინდივიდის უნარს, გრძელვადიანი დაავადებით ცხოვრების ფონზე, მართოს საკუთარი სიმპტომები, მკურნალობა, ფიზიკური და ფსიქო-სოციალური შედეგები და ცხოვრების წესში ცვლილებები შეიტანოს.

თქვენ მნიშვნელოვან როლს ასრულებთ ქრონიკული დაავადების მქონე ინდივიდის მართვაში. ეს იწყება მოვლის დაგეგმვით, პაციენტისა და მომვლელისთვის მკურნალობის გეგმის სწავლებით, სიმპტომების მართვის სტრატეგიების დანერგვითა და პაციენტის შედეგების შეფასებით.

ქრონიკულად ავადმყოფი ადამიანის ცხოვრებაში ხშირად მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ოჯახის წევრი მომვლელები (მაგ., მეუღლეები, ბრდასრული შვილები, პარტნიორები). იდეალურ ვითარებაში მომვლელები და პაციენტი ერთად მუშაობენ დაავადების მართვაზე. ეს თანამშრომლობა დიაგნოზის დასმის დროს, სამედიცინო გუნდის ხელმძღვანელობით იწყება. როცა მომვლელი ხანდაზმული მეუღლეა, მასაც შეიძლება ჰქონდეს ქრონიკული დაავადება, რაც ვითარებას ართულებს.

ხანდაზმულები

დაბერების დემოგრაფია

ხანდაზმული მოსახლეობის ჯამურ მატებას სხვადასხვა ფაქტორი უწყობს ხელს. დაავადებები, რომელიც მე-20 საუკუნის დასაწყისიდან შუამდე იყო გავრცელებული და მანამ კლავდა ბევრ ადამიანს, სანამ ისინი ხანდაზმულობის ასაკს მიაღწევდნენ, მაგალითად, გრიპი და ფალარათი, დღეს ნაკლებად გავრცელებულია. სიცოცხლის გახანგრძლივებას ხელი შეუწყო ჩვილების სიკვდილიანობის შემცირებამ, ახალმა მედიკამენტებმა, მექანიკურმა მოწყობილობებმა, ქირურგიული ჩარევების გაუმჯობესებამ, ჯანმრთელობის ხელშეწყობამ და დაავადებების ადრეულმა აღმოჩენამ და მკურნალობამაც.

ტერმინები ახალგაზრდა ხანდაზმული (65-74 წლის) და ხანდაზმული ხანდაზმული (75 და მეტი წლის) აღწერს ხანდაზმულების ორ ჯგუფს, რომელთაც სხვადასხვა მახასიათებლები და საჭიროებები აქვთ. ხანდაზმული ხანდაზმული ხშირად დაქვრივებული, განქორწინებული ან მარტოხელა ქალია, რომელიც ოჯახზეა დამოკიდებული. ბევრ მათგანს ჰყავს გარდაცვლილი შვილი, მეუღლე ან პარტნიორი და და-ძმა. ხანდაზმულ ხანდაზმულებს ხშირად ახასიათებენ როგორც გამძლე, ელიტურ გადარჩენილებს. რადგან

ნაც ხანდაზმულმა ხანდაზმულებმა ამდენ ხანს იცოცხლეს, ისინი შესაძლოა ოჯახის ხატი, ოჯახური ტრადიციისა და მემკვიდრეობის სიმბოლო გახდნენ.

ხანდაზმულები ცხოვრობენ/ შესაძლოა იცხოვრონ ხანდაზმულთა/ მოხუცებულთა სახლებში. დაუძღვრებული ხანდაზმული ძირითადად 75 წელს გადაცილებულია და აქვს ფიზიკური, კოგნიტური ან გონებრივი დისფუნქციები, რომლებიც შესაძლოა ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობების შესრულებაში უშლიდეს ხელს.

დამოკიდებულებები დაბერების მიმართ

ვინ არის ხანდაზმული? ამ კითხვაზე პასუხი ხშირად რესპოდენტის ასაკსა და დამოკიდებულებაზეა დამოკიდებული. მნიშვნელოვანია ადამიანს ესმოდეს, რომ დაბერება ნორმალურია და პათოლოგიას ან დაავადებას არ უკავშირდება. ასაკი განისაზღვრება დროით, თარიღით და მასზე ზეგავლენას ბევრი ფაქტორი ახდენს, მაგალითად, ემოციური და ფიზიკური ჯანმრთელობა, განვითარების სტადია, სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა, კულტურა და ეთნოსი.

დაბერებასთან ერთად ადამიანები ახალი და განსხვავებული გამოცდილებების წინაშე დგებიან. ამ განსხვავებების დაგროვების გამო, ხანდაზმულები ყველა სხვა ასაკობრივ ჯგუფზე მრავალფეროვან ჯგუფს წარმოადგენენ. ხანდაზმულების შემონახვისას გაითვალისწინეთ და დააფასეთ მათი განსხვავებულობა და ცხოვრების ისტორია. ასევე დაადგინეთ, მათი აღქმით, რას ნიშნავს ხანდაზმულობა. ჯანმრთელ ხანდაზმულებთან შედარებით, ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობის მქონე ხანდაზმულები თავიანთ თავს კიდევ უფრო ასაკოვნებად მიიჩნევენ და, ზოგადად, ნაკლებად კარგად გრძნობენ თავს. ქრონიკული დაავადების ქონის მიუხედავად, ხანდაზმული ადამიანების უმრავლესობას, მათი თქმით, კარგი ან შესანიშნავი ჯანმრთელობა აქვს. ასაკი მნიშვნელოვანია, მაგრამ ხანდაზმული პაციენტის სათანადო მოვლის დადგენისას, ის შესაძლოა სულაც არ იყოს მთავარი მსაზღვრელი.

დაბერებასთან დაკავშირებულ მითებსა და სტერეოტიპებს ხშირად განამტკიცებს მედიში „პრობლემური“ ხანდაზმულების გაშუქება. ეს გავრცელებული მცდარი წარმოდგენები შესაძლოა პაციენტების შეფასებისას შეცდომების დაშვებისა და არააუცილებელი შებლუდვების ან ჩარევის მიზეზი გახდეს. მაგალითად, თუ თქვენ ფიქრობთ, რომ ყველა ხანდაზმული სწორხაზოვნად აზროვნებს, თქვენ, შესაძლოა, პაციენტს ახალი იდეები არ მიაწოდოთ. ეიჯიზმი არის უარყოფითი დამოკიდებულება სხვა ადამიანის მიმართ მისი ასაკის გამო. ასაკის მატებასთან დაკავშირებული საკითხები დისკრიმინაციას და ხანდაზმულთა მოვლაში უთანასწორობას იწვევს. თუ თქვენ უარყოფით დამოკიდებულებებს გამოხატავთ, შესაძლოა, თქვენ თვითონ გეშინოდეთ დაბერების ან შესაძლოა არ ფლობდეთ ცოდნას დაბერების და ხანდაზმულების სამედიცინო საჭიროებების შესახებ. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია შეისწავლოთ დაბერების ნორმალური პროცესი და მეტი იკონტაქტოთ ჯანმრთელ და დამოუკიდებლად მცხოვრებ ხანდაზმულებთან. ამასთან, როგორც ექთანს, თქვენ დაბერებასთან დაკავშირებული მითების გაქარწყლება გევალებათ.

ბიოლოგიური დაბერება

ბიოლოგიური თვალსაზრისით, დაბერება განსაზღვრულია, როგორც ფუნქციის პროგრესირებადი დაქვეითება. ბიოლოგიური დაბერების ზუსტი მიზეზი უცნობია. ეს

მულტიფაქტორული პროცესია, რომელშიც გენეტიკა, კვება და გარემოა ჩართული. გარკვეულწილად ბიოლოგიური დაბერება შესაძლებელია განიხილოთ როგორც დადებითი და უარყოფითი ფაქტორების წონასწორობა.

მიმდინარე კვლევები მიმართულია როგორც სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გაზრდის, ისე ხანდაზმულების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ. მიზანი დაბერების სანინააღმდეგო თერაპიების შექმნაა, რომელიც შესაძლებელს გახდის ქრონიკული დაავადებების და შეზღუდვების გამომწვევი ასაკობრივი ცვლილებების შენელებას ან უკუგანვითარებას. მღრღნელების მრავალ ლაბორატორიულ კვლევაზე დაყრდნობით, კალორიების შეზღუდვა (საკვების მიღების 25%-დან 50%-მდე შემცირება) მნიშვნელოვნად ახანგრძლივებს სიცოცხლეს. შესაძლოა, კალორიების შეზღუდვა იწვევდეს ორგანიზმის შემადგენლობის, მეტაბოლიზმისა და ჰორმონების ისეთ ცვლილებებს, რომელიც ხანგრძლივად ცხოვრების განმაპირობებელია. ადამიანებში კალორიების შეზღუდვა უკავშირდება სიმსუქნის, დიაბეტის, ჰიპერტენზიისა და კიბოს სიხშირის შემცირებას. თითოეული მათგანი დაბერებას უკავშირდება.

დაბერების გავლენის შემცირების თვალსაზრისით, გამოკვლეულ იქნა მრავალი საკვები ნივთიერების, მაგალითად, ბეტა-კაროტენის, სელენის, C ვიტამინის და E ვიტამინის, პოტენციური სარგებელი. დღეისთვის ჩატარებული კვლევებით არ არის ნაჩვენები, რომ ამ დანამატების მაღალი დოზებით მიწოდება ქრონიკული დაავადების, მაგალითად, გულის დაავადების ან დიაბეტის პრევენციას უწყობს ხელს. თუმცა, მანამ, სანამ დადგინდება, აფერხებს თუ არა რომელიმე ეს ნივთიერება დაბერებას ან აუმჯობესებს თუ არა ხანდაზმულების ფუნქციურ შესაძლებლობებს, კიდევ მრავალი კვლევა უნდა ჩატარდეს.

ასაკთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური ცვლილებები

ასაკობრივი ცვლილებები ორგანოთა ყველა სისტემაში გვხვდება. ეს დაბერების თანმხლები ნორმალური ცვლილებებია. თუმცა, ამ ცვლილებების დაწყების ასაკი განსხვავდება როგორც ინდივიდებს, ისე კონკრეტული ადამიანის სხვადასხვა ქსოვილებს შორის. მაგალითად, ზოგიერთი ადამიანი შესაძლოა 45 წლის ასაკში გაჭაღარავდეს, მაგრამ 80 წლისას კანზე ჯერ კიდევ ცოტა ნაოჭი ჰქონდეს. თქვენ, როგორც ექთანმა, ასაკობრივი ცვლილებები უნდა შეაფასოთ. ასაკობრივი ცვლილებებია მიმოხილულია ამ წიგნის სხვადასხვა თავში.

ხანდაზმულთა განსაკუთრებული პოპულაციები

ქრონიკულად ავადმყოფი ხანდაზმულები

ბევრი ხანდაზმული ადამიანი ქრონიკული დაავადებით ცხოვრობს. 45 წლის ასაკის შემდეგ ქრონიკული ავადმყოფობის ინციდენტობა სამმაგდება. 65 წლის და მეტი ასაკის ადამიანების უმრავლესობას მინიმუმ ერთი ქრონიკული მდგომარეობა, ბევრს კი რამდენიმე პრობლემა ერთად აწუხებს. ხანდაზმულებში ყველაზე გავრცელებული ქრონიკული მდგომარეობებია: ჰიპერტენზია, ოსტეოართრიტი, გულის დაავადება, კიბო და დიაბეტი. სხვა გავრცელებული ქრონიკული მდგომარეობებია: ალცჰაიმერის დაავადება, მხედველობისა და სმენის დეფიციტები, ოსტეოპოროზი, მენჯ-ბარძაყის მოტეხილობა, ინსულტი, პარკინსონის დაავადება და დეპრესია.

ხანდაზმული ქალები

ხანდაზმული ქალებისთვის სხეულზე დაბერების გავლენა და ქალად ყოფნა ორმაგ ტვირთს წარმოადგენს. ხანდაზმული ქალების ჯანმრთელობაზე ბევრი ფაქტორი მოქმედებს მკვეთრად უარყოფითად (იხ. სქესობრივი განსხვავებების ჩანართი). ამ ფაქტორების დიდი ნაწილი ფინანსური სახსრების შემცირება და მამაკაცებთან შედარებით, ქალების დღეგრძელობას უკავშირდება. ხანდაზმული ქალები ხშირად არიან უთანასწორობის მსხვერპლნი, რაც მოიცავს ხარისხიან ჯანდაცვაზე არათანაბარ წვდომასაც. თქვენ, როგორც ექთანს, თქვენი პოზიციიდან გამომდინარე, შეგიძლიათ ადვოკატირება გაუწიოთ ჯანდაცვის სისტემაში ქალების თანაბარი უფლებებით უზრუნველყოფას. ამ პროცესში დაგეხმარებათ ადვოკატირების ორგანიზაციები, მაგალითად, ხანდაზმული ქალები ლიგა (OWL) და ქალთა ჯანმრთელობის კვლევის საზოგადოება.

განსხვავებები სქესის მიხედვით ხანდაზმულები

კაცები

- უფრო ხშირად ცხოვრობენ მეუღლესთან ერთად;
- პენსიაზე გასვლის შემდეგ უფრო მაღალი შემოსავალი აქვთ;
- უფრო ნაკლები ალბათობით არიან სხვა ადამიანის მომვლელები;
- ზოგადად ნაკლები ქრონიკული სამედიცინო პრობლემა აქვთ, ვიდრე ქალებს;

ქალები

- უფრო ხშირად/მაღალი ალბათობით ცხოვრობენ მარტო;
- უფრო ხშირად ქვრივდებიან;
- უფრო ხშირად ცხოვრობენ სიღარიბეში;
- სიღარიბის მაჩვენებლები ყველაზე მაღალია უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებში;
- სოციალური დახმარება უფრო ხშირად წარმოადგენს შემოსავლის მთავარ წყაროს;
- უფრო მაღალი ალბათობით არიან ავადმყოფი მეუღლის მომვლელები;
- უფრო მაღალია ჯანმრთელობის ისეთი ქრონიკული პრობლემების ინციდენტობა, როგორცაა ართრიტი, ჰიპერტენზია, ინსულტი და დიაბეტი;

კოგნიტური შეზღუდვების მქონე ხანდაზმულები

ჯანმრთელი ხანდაზმულების უმრავლესობას კოგნიტური უნარ-ჩვევები შესამჩნევად არ აქვს დაქვეითებული (ცხრილი 4-5). ხანდაზმულები შესაძლოა აღნიშნავდნენ მეხსიერების ჩავარდნებს ან კეთილთვისებიან გულმავიწყობას, რომელიც მკვეთრად განსხვავდება კოგნიტური შეზღუდვისგან. ამას *მეხსიერების ასაკთან დაკავშირებულ დაქვეითებასაც* უწოდებენ. მოუწოდეთ მეხსიერების პრობლემის მქონე ხანდაზმულებს, გაიარონ შემოწმება თავიანთ ექიმთან და გამოიყენონ მეხსიერების დამხმარე საშუალებები, რაღაცების გახსენება მშვიდ და ჩუმ გარემოში სცადონ და აქტიურად შეასრულონ მეხსიერების გამაუმჯობესებელი ვარჯიშები. მეხსიერების დამხმარე საშუალებებია: საათები, კალენდრები, ჩანიშვნები, აბების მონიშნული ყუთები, გაბჭურაზე დამონტაჟებული უსაფრთხოების სიგნალები და იდენტობის ამსახველი ყელსაბამები ან სამაჯურები. მეხსიერების ტექნიკებია/ვარჯიშებია: სიტყვების ასოციაცია, მენტალური გამოსახულებები და მნემონიკები.

კოგნიტურ შეზღუდვებზე მოქმედი მნიშვნელოვანი ფაქტორია ფიზიკური ჯანმრთელობის დაქვეითება. ხანდაზმულებს, რომელთაც მგრძნობელობის დაქვეითება, გულის უკმარისობა ან ცერებროვასკულური დაავადება აქვთ, შესაძლოა, კოგნიტური ფუნქციონირების შეზღუდვა აღენიშნებოდეთ.¹⁵¹⁶

ცხრილი 4.5 განსხვავებები გერონტოლოგიური პაციენტების შეფასებისას კოგნიტური ფუნქცია	
ფლუიდური ინტელექტი ¹⁵	შუა ხნის ასაკში მცირდება
კრისტალიზებული ინტელექტი ¹⁶	უმჯობესდება
ლექსიკა და ვერბალური მსჯელობა	უმჯობესდება
სივრცული აღქმა	მხედველობით-სივრცითი აღქმა მუდმივია; სივრცული ნავიგაციის ამოცანების შესრულების უნარი ქვეითდება
ახალი ინფორმაციის სინთეზი	შუა ხნის ასაკში მცირდება
გონებრივი სამუშაოს შესრულების სიჩქარე	შუა ხნის ასაკში მცირდება
ხანმოკლე მეხსიერება	ხანდაზმულ ასაკში მცირდება
გრძელვადიანი მეხსიერება	მუდმივია

სოფელში მცხოვრები ხანდაზმულები

65 წელს გადაცილებული ადამიანების უფრო მცირე ნაწილი ცხოვრობს მეტროპოლიტენებში, ვიდრე ახალგაზრდებისა. ხანდაზმულების სამედიცინო მომსახურებაზე წვდომის 5 ხელშემშლელი ფაქტორია: ტრანსპორტირება, მედპერსონალისა და დაწესებულებების სიმწირე, ხარისხიანი ჯანდაცვის ნაკლებობა, სოციალური იზოლაცია და ფინანსური შეზღუდვები. სოფლად მცხოვრები ხანდაზმულები ხშირად ითრგუნებიან საკუთარი თავის მოვლის უნარების დაქვეითების გამო. განსაკუთრებით მოწყვლადნი არიან სოფლად მცხოვრები ფერადკანიანი ხანდაზმულები, რომელთაც კიდევ უფრო შეზღუდული აქვთ სამედიცინო სერვისებზე წვდომა. გარდა ამისა, სოფელში მცხოვრები ხანდაზმულები შესაძლოა ნაკლებად ჩართულნი იყვნენ ჯანმრთელობის ხელშემწყობ აქტივობებში.

სოფლად მცხოვრებ ხანდაზმულებთან მუშაობისას უნდა გაითვალისწინოთ მათი ცხოვრების წესი და სოფლის ცხოვრების თავისებურებანი (სურ. 4.2). მოვლის დაგეგმვისას გახსოვდეთ, რომ სოფლად მცხოვრები ხანდაზმულების სამედიცინო მოვლის უმთავრესი ბარიერი ტრანსპორტირებაა. ჯანმრთელობის ხელშემწყობი პრაქტიკების წახალისებისა და სკრინინგის ჩასატარებლად შესაძლებელია მომსახურების ალტერნატიული მიდგომების, მაგალითად, ინტერნეტ-წყაროების და ჯგუფური ჩატების, DVD-ის, რადიოს, საზოგადოებრივი ცენტრებისა და ეკლესიის საზოგადოებრივი ღონისძიებების გამოყენება (სურ. 4.3). სახლის პირობებში პაციენტების მონიტორინგისთვის ტელეჯანმრთელობის მოწყობილობების განვითარების წყალობით, იზოლირებული ინდივიდების მოვლის შესაძლებლობები გაუმჯობესდა. სოფლად მცხოვრები ხანდაზმულების დასახმარებლად უნდა გაგრძელდეს საექთნო პრაქტიკის ინოვაციური მოდელების შემუშავება.

¹⁵ ინტელექტის კომპონენტი, რომელიც მოიცავს რთული მიმართულებების დანახვასა და პრობლემების გადაჭრას.

¹⁶ მოიცავს პიროვნების მიერ შექმნილ ცოდნასა და ამ ცოდნის გამოყენების უნარს.

სურათი 4.2



სურათი 4.3



ინფორმატიკა პრაქტიკაში ხანდაზმულები და ინტერნეტის გამოყენება

- სამედიცინო ინფორმაციის მოსაძიებლად ინტერნეტს ხანდაზმულების 40% იყენებს;
- ხანდაზმულები უფრო მაღალი ალბათობით თვლიან ვებგვერდზე წაკითხულ მასალას სიმართლედ. ეს ინტერნეტ-გამოცდილების ნაკლებობასა და ინფორმაციის სიმრავლით გამოწვეულ დაბნეულობას უკავშირდება;
- პაციენტებს, რომელთა საინფორმაციო წყაროც ინტერნეტია, ასწავლეთ, როგორ შეამოწმონ ვებგვერდის სანდოობა;
- შეთავაზეთ ისეთი ვებგვერდები, რომელთა დიზაინიც ხანდაზმულებისთვის მოსახერხებელ ელემენტებს შეიცავს;

უსახლკარო ხანდაზმულები

სულ უფრო იზრდება უსახლკარო ხანდაზმულების რიცხვი. უსახლკარობასთან დაკავშირებული საკვანძო ფაქტორებია: (1) დაბალი შემოსავალი, (2) კოგნიტური შესაძლებლობების დაქვეითება, (3) მარტო ცხოვრება და (4) ისეთ სოციალურ გარემოში ცხოვრება, რომელშიც ბინის საფასური ხელმისაწვდომი არ არის. უსახლკარო ხანდაზმულები შესაძლოა მუდმივად უსახლკარო იყვნენ ან ახლახანს, ჯანმრთელობის ან ეკონომიკური მდგომარეობის კრიზისის გამო, გამხდარიყვნენ უსახლკაროები.

უსახლკარო ხანდაზმულების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი სამჯერ აღემატება საცხოვრებლის მქონე ხანდაზმულების მაჩვენებელს. უსახლკარო ხანდაზმულებს უფრო მეტი სამედიცინო პრობლემა აქვთ და, ზოგადად, უფრო მოხუცებულებს გვანან. ისინი დამატებითი რისკის ქვეშაა იმყოფებიან, რადგან ისინი ვერ სარგებლობენ სხვადასხვა სერვისებით. უსახლკარო ხანდაზმულები უფრო იშვიათად მიმართავენ თავშესაფრებს და უფასო სასადილოებს, ვიდრე ახალგაზრდა უსახლკაროები. უსახლკარობის ალტერნატივა ხშირად გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებაში მოთავსებაა, განსაკუთრებით, იმ შემთხვევაში თუ ადამიანს კოგნიტური დარღვევები აღენიშნება და მართლაც უნდა. უსახლკარო ხანდაზმულების მიერ თავშესაფარზე და უფასო სასადილოებზე უარის თქმა, შესაძლოა, ინსტიტუციონალიზაციის შიშით აიხსნებოდეს. უსახლკარო ხანდაზმულების მოვლა საჭიროებს ინტერდისციპლინურ მიდგომას (ექთნები, ექიმები, სოციალური მუშაკები, გადამყვანები), რომელიც აკავშირებს თავშესაფრებს პირველად ჯანდაცვის რგოლთან და აფთიაქებთან.

დაუძლურებელი ხანდაზმულები

დაუძლურება გერიატრიული სინდრომია, რომლის დროსაც სახეზეა ჩამოთვლილთაგან სამი ან მეტი ნიშანი: ხანდაზმული ასაკი, წონის დაუგეგმავი კლება (გასული წლის განმავლობაში 4.5 კგ ან მეტი), სისუსტე, გამძლეობის და ენერჯის დეფიციტი, შენელება და აქტივობის დაბალი დონე. დაუძლურების რისკ-ფაქტორებია: შესაძლებლობების შეზღუდვა, რამდენიმე ქრონიკული დაავადების თანაარსებობა და დემენცია. დაუძლურების რისკი უფრო მაღალია მწველებში, დეპრესიის ან ხანგრძლივი სამედიცინო პრობლემების და წონის დეფიციტის მქონე ადამიანებში. დაუძლურების რისკი ყველაზე მაღალია ხანდაზმულ-ხანდაზმულ მოსახლეობაში (75 ან მეტი წლის), თუმცა, ამ ასაკობრივი ჯგუფის ბევრი წარმომადგენელი ჯანმრთელობას და ენერჯიულობას ინარჩუნებს.

დაუძლურებულ ხანდაზმულებს უჭირთ ფუნქციური შესაძლებლობებისა და ყოველდღიური ენერჯის დაქვეითებასთან შეგუება. სტრესული ცხოვრებისეული მოვლენების (მაგ., შინაური ცხოველის სიკვდილი) და ყოველდღიური დაძაბულობის (მაგ., ავადმყოფი მეუღლის მოვლა) ფონზე, დაუძლურებულ ხანდაზმულებს ხშირად უჭირთ სტრესის შედეგებთან გამკლავება და ისინი, შესაძლოა, ავად გახდნენ. დაუძლურებული ხანდაზმულების გავრცელებული პრობლემებია: მოძრაობის შეზღუდვები, მგრძობელობის დაქვეითება, კოგნიტური შესაძლებლობების დაქვეითება, დაცემა და დაუძლურების დამძიმება.

დაუძლურებული ხანდაზმულები ადვილად იღლებიან; შემცირებული აქვთ ფიზიკური რეზერვი და შესაძლებლობების შეზღუდვის, არასათანადო მოპყრობის და ინსტიტუციონალიზაციის მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. დაუძლურებულ ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მაღალია მალნუტრიციისა და დეპრიატივობის რისკი, რაც უკავშირდება

ისეთ ფაქტორებს, როგორცაა მართო ცხოვრება, დეპრესია და დაბალი შემოსავალი. მალნუტრიციისა და დეჰიდრატაციის რისკს ზრდის სხვა ფაქტორებიც, კერძოდ, კოგნიტური სტატუსის დაქვეითება, პირის ღრუს და კბილების არასათანადო მოვლა, სენსორული დეფიციტები, ფიზიკური დაღლილობა და მოძრაობის შეზღუდვა. აუცილებელია დაუძღვრებული ხანდაზმულების მონიტორინგი, რათა დადგინდეს, საკმარისი რაოდენობით იღებენ თუ არა კალორიებს, ცილებს, რკინას, კალციუმს, D ვიტამინს და სითხეს. რადგანაც მედიკამენტები შესაძლოა კვებით მდგომარეობაზე მოქმედებდეს, სიღრმისეულად გამოიკვლიეთ, რა მედიკამენტებს იღებს პაციენტი. ეს მოიცავს დანიშნულ წამლებს, ურეცეპტოდ გაცემულ მედიკამენტებს, ვიტამინებს, მინერალებს, დანამატებს, მცენარეულ პრეპარატებსა და კულტურულ პრეპარატებს.

ხანდაზმულებში ნუტრიციული დეფიციტის რისკ-ფაქტორების შეფასების ხელსაწყო 4-6 ცხრილშია მოცემული. ხანდაზმული ადამიანის ნუტრიციული საჭიროებების განსაზღვრის შემდეგ ხშირად მიმართავენ: საკვების სახლში მიტანას, კვებით დანამატებს, საკვების შტამპებს, სტომატოლოგთან ვიზიტებს და ვიტამინების დანამატებს.

ცხრილი 4-6 SCALES: ხანდაზმულების ნუტრიციული შეფასება
<i>აკრონიმი SCALES მნიშვნელოვან კვებით ინდიკატორებს შეგახსენებთ:</i>
Sadness – სევდა, ან განწყობის ცვლილება
Cholesterol – ქოლესტეროლი, მაღალი
Albumin – ალბუმინი, დაბალი
Loss/gain – წონის კლება ან მატება
Eating – კვების პრობლემები (მაგ., მექანიკური პრობლემები, როგორცაა, ყლაპვის დარღვევა, კბილების პრობლემა)
Shopping – შოპინგი და საკვების მომზადების პრობლემები

ხანდაზმულების სოციალური მხარდაჭერა

ხანდაზმულების სოციალური მხარდაჭერა სამ დონეზე ხორციელდება. პირველ რიგში, სოციალური მხარდაჭერის უმთავრესი და ყველაზე სასურველი მხარდაჭერები ოჯახის წევრები არიან. მეორე, ანუ მხარდაჭერის ნახევრადფორმალური დონე კლუბებში, რელიგიურ (ან რწმენაზე დაფუძნებულ) ორგანიზაციებში, სამეზობლოში და ხანდაზმული მოქალაქეების ცენტრებში გვხვდება. მესამე, ხანდაზმულები შესაძლოა ჩართულნი იყვნენ სოციალური კეთილდღეობის სააგენტოების, სამედიცინო დაწესებულებებისა და სამთავრობო მხარდაჭერის ფორმალურ სისტემებში. ზოგადად თქვენ, როგორც ექთანი, მხარდაჭერის ფორმალური სისტემის ნაწილს წარმოადგენთ.

ოჯახის წევრი მომვლელები

ბევრ ხანდაზმულ ადამიანს ოჯახის წევრების მხრიდან მოვლა ესაჭიროება. ზოგიერთი ხანდაზმული შესაძლოა თვითონ იყოს ოჯახის წევრის, ძირითადად, მეუღლის ან პარტნიორის მომვლელი. ხანდაზმულების მომვლელი ოჯახის წევრების დიდი ნაწილი თვითონაც 65 წლის ან უფრო ასაკოვანია.

ხანდაზმულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობა და ძალადობა

ხანდაზმულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობა აღწერს მოძვლელის ან სხვა „სანდო პირის“ მიზანმიმართულ/განზრახულ ქმედებას ან უმოქმედობას, რომელიც ზიანს აყენებს ან ზიანის სერიოზულ რისკს უქმნის მონყვლად ხანდაზმულ ადამიანს. ხანდაზმულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობას ვაწყდებით როგორც საზოგადოებაში, ისე გრძელვადიანი მოვლის (ინსტიტუციურ) გარემოში.

ინსტიტუციონალურ პირობებში ხანდაზმულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის პრევალენტობა უცნობია, თუმცა, მიიჩნევა, რომ ის ფართოდაა გავრცელებული. მიუხედავად იმისა, რომ არასათანადო მოპყრობის მაჩვენებლები ქალებსა და კაცებში თანაბარია, მსხვერპლთა უმრავლესობა ქალია, რადგან ხანდაზმულთა კოჰორტებში, ზოგადად, მეტი ქალია. არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლთა სიკვდილიანობის რისკი სამჯერ აღემატება იმ ხანდაზმულთა მაჩვენებელს, რომელთაც არასათანადოდ არ ეპყრობიან. სიკვდილიანობის რისკის მატება არა უშუალოდ ძალადობით ან უგულვებელყოფით, არამედ შესაძლოა ხანგრძლივ არასათანადო მოპყრობასთან ასოცირებული სტრესთან დაკავშირებული დაავადებებით იყოს განპირობებული.

ხანდაზმულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობა დამალული, ფარული პრობლემაა. საზოგადოებაში ყოველ შეტყობინებულ შემთხვევაზე, 5 შეუტყობინებელი შემთხვევა მოდის. შეუტყობინებლობა შესაძლოა უფრო ხშირიც იყოს, საიმიგრაციო სტატუსის, ეთნიკური ფონის ან სექსუალური ორიენტაციის გათვალისწინებით. „სანდო პირების“ მხრიდან არასათანადო მოპყრობის შეუტყობინებლობის მიზეზები შეიძლება იყოს: იზოლაცია; კოგნიტური ან ფიზიკური ფუნქციის შეზღუდვა; სირცხვილის, დანაშაულის გრძნობა ან საკუთარი თავის დადანაშაულება; სამაგიეროს შიში; ოჯახის წევრების მხრიდან ბენოლა; მოხუცებულთა სახლში მოთავსების შიში და კულტურული ნორმები. შეუტყობინებლობა ხშირია სამედიცინო მუშაკების მხრიდანაც. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს არასათანადო მოპყრობის ამოცნობის ან მასზე ეჭვის მიტანის შეუძლებლობა, შედეგიანი ჩარევის შეუძლებლად მიჩნევა, შემდგომ ქმედებაზე პასუხისმგებლობის თავიდან არიდების სურვილი ან ასაკის მატებასთან დაკავშირებული საკითხები.

ხანდაზმულთა მიმართ საშინაო არასათანადო მოპყრობა ძირითადად ოჯახური ძალადობაა, რომელიც ძალისა და კონტროლის დინამიკას მოიცავს. საშინაო არასათანადო მოპყრობის შემთხვევათა 90% ოჯახის წევრების მხრიდან ხორციელდება. ბრდასრული შვილები, რომლებიც თავიანთ მშობლებზე ძალადობენ, უგულვებელყოფენ ან ექსპლუატაციას უწევენ მათ, ფინანსური მხარდაჭერის და საცხოვრებლის თვალსაზრისით ძირითადად მშობლებზე არიან დამოკიდებულნი; წარსულში აქვთ ძალადობის ისტორია; უმუშევრები არიან ან/და ფსიქიკური აშლილობის ან ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების გამო, შეზღუდული აქვთ შესაძლებლობები. მოძალადე მეუღლეებმა ან პარტნიორებმა შესაძლოა ინტიმურ პარტნიორზე ძალადობა ხანდაზმულ ასაკში დაიწყონ ან მთელი ცხოვრების განმავლობაში ძალადობდნენ მასზე.

არაინსტიტუციონალიზებულ ხანდაზმულთა საშინაო არასათანადო მოპყრობას ბევრი ფაქტორი განაპირობებს. ესენია: (1) ფიზიკური ან კოგნიტური დისფუნქცია, რომლის გამოც ხანდაზმულს არ შეუძლია ყოველდღიური აქტივობების შესრულება (და შესაბამისად, სხვა ადამიანებზე დაამოკიდებული), (2) ნებისმიერი ფსიქიატრიული დიაგნოზი (განსაკუთრებით, დემენცია და დეპრესია), (3) ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება და (4) სოციალური მხარდაჭერის შემცირება. გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებაში პერ-

სონალის, მნახველების და სხვათა მხრიდან ძალადობის რისკ-ფაქტორები ზოგადად ინსტიტუციონალიზაციის რისკ-ფაქტორების ანალოგიურია. ამ რისკ-ფაქტორებში შედის ფიზიკური ან კოგნიტური დისფუნქციის (განსაკუთრებით, მდგომარეობები, რომელიც აგრესიული ქცევით ვლინდება) გამო სხვა ადამიანებზე დამოკიდებულება. გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულების მაცხოვრებლები სხვა მაცხოვრებლებისგან საზიანო აგრესიის რისკის ქვეშაა იმყოფებიან.

არასათანადო მოპყრობის ტიპები, მახასიათებლები და გამოვლინებები 4-7 ცხრილშია მოცემული. არასათანადო მოპყრობის ტიპები ხშირად თანაარსებობს და შემთხვევათა 70% მოიცავს. ინსტიტუციურ პირობებში არასათანადო მოპყრობა მოიცავს 4-7 ცხრილში ჩამოთვლილ ტიპებს, მაგრამ ამ კატეგორიაში ასევე შედის მოვლის გეგმის დაცვის შეუძლებლობა, ფიზიკური ან ქიმიური შემთხვევითი საშუალებების უნებართვო გამოყენება, წამლების ჭარბი ან არასაკმარისი გამოყენება ან დასჯის სახით პაციენტების იზოლირება.

რომელიმე ამ მახასიათებლის ან გამოვლინების შემჩნევის შემთხვევაში, გამოიკვლიეთ, არის თუ არა პაციენტი არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლი. სიღრმისეულად გამოკითხეთ ხანდაზმული და ჩაუტარეთ ფიზიკალური გასინჯვა, რომელიც მოიცავს არასათანადო მოპყრობის სკრინინგსაც. მისდით არასათანადო მოპყრობის სკრინინგისა და ინტერვენციების შესახებ თქვენი სააგენტოს პროტოკოლს. შეფასების დამხმარე ხელსაწყოებია/შეთოდებია: ხანდაზმულთა არასათანადო მოპყრობის შეფასება (Elder Mistreatment Assessment) და ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის ხანდაზმულთა მიმართ ძალადობის და უგულვებელყოფის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის გაიდლაინები (ამ თავის ბოლოს).

მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტები მართო გამოკითხვით, რადგან, თუ არასათანადო მოპყრობას აქვს ადგილი, მისი განმარტოვებულობის თანდასწრებით, განსაკუთრებით, თუ არასათანადო მოპყრობა ძალადობას მოიცავს, პაციენტმა შესაძლოა არაფერი გაამხილოს. განსაკუთრებით ყურადღებით იყავით, თუ დაზიანების ახსნა-განმარტება არ შეესაბამება თქვენი თვალთ დახახულს; თუ პაციენტისა და მომვლელის ახსნა-განმარტებები ურთიერთგამომრიცხავია და თუ პაციენტი ავლენს ისეთ ქცევით მინიშნებებს, რომელიც მიუთითებს, რომ ის საფრთხის ან დამცირების ქვეშაა. დამატებითი საექთნო ინტერვენციები 4-8 ცხრილშია ჩამოთვლილი.

თვითუგულვებელყოფა

მიუხედავად იმისა, რომ ნდობით აღჭურვილი პირების მხრიდან ხანდაზმულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობა გავრცელებულია, ზრდასრულთა დაცვის სერვისებში შეტყობინებულ შემთხვევათა უმრავლესობა თვითუგულვებელყოფას უკავშირდება. ხანდაზმულები, რომლებიც საკუთარ თავს უგულვებელყოფენ, უფრო დიდი ალბათობით ცხოვრობენ მართო; უარს ამბობენ ან არ შეუძლიათ საბაზისო საჭიროებების დაკმაყოფილება; მათ აღენიშნებათ რამდენიმე არანამკურნალები სამედიცინო ან ფსიქიატრიული პრობლემა და მოუვლელ, ბინძურ გარემოში ცხოვრობენ. არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლთა მსგავსად, თვით-უგულვებელყოფელი ხანდაზმულების სიკვდილიანობის რისკი უფრო მაღალია, ვიდრე ამ პრობლემების არ მქონე ხანდაზმულებისა. სათანადო საექთნო ინტერვენციებია: სავარაუდო თვით-უგულვებელყოფის შეფასება, შემთხვევათა გრძელვადიანი მულტიდისციპლინური მართვის სერვისების და ზრდასრულთა დაცვის სერვისების ჩართვა.

ცხრილი 4-7 ხანდაზმულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის ტიპები	
მახასიათებლები	გამოვლინებები
ფიზიკური ძალადობა	
სილის გარტყმა, დარტყმა, ფიზიკური შებლუდვების დაწესება (მაგ., დაბმა); არასწორი პოზიციონირება; წამლებით ჭარბი სედაცია	ჩალურჯებები, ორმხრივი დაზიანებები (კოჭები, მაჯები), შეხორცების/აღდგენის სხვადასხვა ეტაპზე მყოფი განმეორებითი დაზიანებები; ჭარბი სედაცია; რამდენიმე გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილების გამოყენება
უგულებელყოფა (ნეგლექტი)	
საბაზისო საჭიროებების, მაგალითად, საკვების, წყლის, წამლების, ტანსაცმლის, ჰიგიენის უზრუნველყოფაზე უარის თქმა ან შეუძლებლობა; ფიზიკური დამხმარე საშუალებების, მაგალითად, კბილის პროთეზის, სათვალის, სასმენი აპარატის არ მიწოდება; უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეუძლებლობა	ხანდაზმული პაციენტი აღნიშნავს უგულებელყოფას; არანამკურნალები ან ინფიცირებული ნაწოლები გავის არეში, ქუსლებზე; წონის კლება; დეჰიდრატაციის მანიშნებელი ლაბორატორიული მაჩვენებლები (მაგ., ჰემატოკრიტის და ნატრიუმის დონის მომატება); მალნუტრიციის ლაბორატორიული ნიშნები (შრატის ცილის შემცირება); ცუდი პირადი ჰიგიენა; სამკურნალო რეჟიმის დაუცველობა
სოციალური სტიმულირების უზრუნველყოფის შეუძლებლობა; ხანგრძლივად მართლ დატოვება; კომპანიონობის არგანევა	დეპრესია, განრიდებული ქცევა; აგიტაცია; მომვლელის ან ოჯახის წევრის მიმართ ამბივალენტური დამოკიდებულება
ფსიქოლოგიური ძალადობა	
გალანძვლა; დამცირება; შეურაცხყოფა; დასჯით ან დეპრივაციით დამუქრება; ბავშვით მოპყრობა; იზოლირება	დეპრესია, განრიდებული ქცევა; აგიტაცია; მომვლელის ან ოჯახის წევრის მიმართ ამბივალენტური დამოკიდებულება
სექსუალური ძალადობა	
სექსობრივი კონტაქტი თანხმობის გარეშე, არასათანადო შეხების ჩათვლით; ძალადობრივი სექსობრივი კონტაქტი	ხანდაზმული პაციენტი აღნიშნავს სექსობრივ ძალადობას; აუხსნელი სისხლდენა საშოდან ან ანალური ხვრელიდან; ჩალურჯებები მკერდის არეში; აუხსნელი სექსობრივი გზით გადამდები ინფექციები ან გენიტალური ინფექციები
ფინანსური ძალადობა	
პირად რესურსებზე წვდომის ჩამორთმევა; ფულის ან კუთვნილი ნივთების მოპარვა; კონტრაქტებზე ან მეურვეობაზე თანხმობის ხელმოწერის იძულება; ანდერძში ცვლილებების იძულებით შეტანა	საცხოვრებელი პირობები ჩამორჩება პაციენტის რესურსებს; პირადი ფინანსების უეცარი ცვლილება; აქტივების უეცარი გადაცემა
პირადი უფლებების დარღვევა	
პირად სივრცეზე და საკუთარი ჯანმრთელობის ან საცხოვრებელი გარემოს შესახებ გადაწყვეტილებების მიღების უფლების ჩამორთმევა; იძულებით გასახლება	საცხოვრებელი პირობების უეცარი, აუხსნელი ცვლილებები; კონფუზია

მიტოვება	
ხანდაზმული ადამიანის მიტოვება მის მოვლაზე პასუხისმგებელი ინდივიდის ან ფიზიკური მეურვის მიერ	ხანდაზმული პაციენტი აღნიშნავს, რომ მიტოვებულია; ხანდაზმული ადამიანის მიტოვება ჰოსპიტალში ან მოხუცებულთა სახლში, სავაჭრო ცენტრში ან საზოგადოებრივი თავშეყრის სხვა ადგილას

<p>ცხრილი 4-8 საექთნო შეფასება არასათანადო მოპყრობა</p> <ul style="list-style-type: none"> • ჩაატარეთ ხანდაზმულთა მიმართ შესაძლო არასათანადო მოპყრობის, მათ შორის, ოჯახური ძალადობის სკრინინგი; • სიღრმისეულად გამოკითხეთ პაციენტი და თავიდან ტერფებამდე გასინჯეთ. ჩაინერეთ თქვენი მიგნებები, მათ შორის, ხანდაზმულის ან თანმხლები პირის ნათქვამები; • თუ მიიჩნევთ, რომ ხანდაზმულ ადამიანს მყისიერი საფრთხე ემუქრება, მის მოვლაში ჩართულ ინტერდისციპლინურ გუნდთან ერთად შეიმუშავეთ და დანერგეთ უსაფრთხოების გეგმა; • ამოიცანით, შეაგროვეთ და შეინახეთ ფიზიკური მტკიცებულებები (მაგ., ჭუჭყიანი ან სისხლიანი ტანსაცმელი, სახვევები ან თეთრეული); • თანხმობის მიღების შემდეგ, გადაიღეთ სავარაუდო ძალადობის ან უგულებელყოფის დამადასტურებელი ფოტოსურათები. თუ ეს შესაძლებელი და გონივრულია, ეს სავარაუდო მსხვერპლის მკურნალობამდე ან ბანაობამდე გააკეთეთ; • თუ გაქვთ ეჭვი, რომ პაციენტი არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლია, თქვენი ვარაუდი შესაბამის სახელმწიფო სააგენტოს ან/და სამართალდამცავ ორგანოებს შეატყობინეთ, თქვენი ქვეყნის კანონების შესაბამისად; • საჭიროების შესაბამისად, ჩართეთ სოციალური მუშაკები;

ხანდაზმულთა მოვლის ალტერნატივები

მოვლის განსაკუთრებული საჭიროების მქონე ხანდაზმულები არიან უსახლკარო პირები; ხანდაზმულები, რომლებსაც ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ აქტივობებში დახმარება ესაჭიროებათ; კოგნიტური შეზღუდვების მქონე ადამიანები; მუდმივად სახლში მყოფი პირები და ხანდაზმულები, რომლებიც სახლში ვეღარ იცხოვრებენ. ხანდაზმულებს შესაძლოა ემსახურობდეს ზრდასრულთა დღის მოვლის, ზრდასრულთა დღის სამედიცინო მოვლის, სახლში სამედიცინო მოვლის და გრძელვადიანი მოვლის სერვისები (არსებობის შემთხვევაში).

ზრდასრულთა დღის მოვლა და ზრდასრულთა დღის სამედიცინო მოვლა

ზრდასრულთა დღის მოვლის ცენტრებში ადამიანებს უსაფრთხო, საზოგადოებრივ გარემოში მიეწოდებათ სოციალური, რეკრეაციული და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისები (სურ. 4.4). ეს მოიცავს ყოველდღიურ ზედამხედველობას, სოციალურ აქტივობებს, სოციუმთან ურთიერთობის შესაძლებლობებს და ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობების ხელშეწყობას ზრდასრულთა ორი ჯგუფისთვის: კოგნიტური შეზღუდვების მქონეთათვის და მათთვის, ვისაც დამოუკიდებლად არ შეუძლია ყოველდღიური აქტივობების შესრულება. ზრდასრულთა დღის მოვლის პროგრამების სერვისები თითოეული ადამიანის საჭიროებების მიხედვით განისაზღვრება. კოგნიტური შეზღუდვების მქონე ზრდასრულთათვის შემუშავებული პროგრა-

მები მათ თერაპიულ რეკრეაციას, ოჯახის მხარდაჭერას, ოჯახურ კონსულტაციებს და სოციალურ ჩართულობას სთავაზობს.

სურათი 4.4



ზრდასრულთა დღის სამედიცინო მოვლის ცენტრები ზრდასრულთა მოვლის ცენტრების მსგავსია, მაგრამ ისინი მორგებულია ხანდაზმულებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების საჭიროებებზე, რომელთაც უფრო ინტენსიური მოვლა ესაჭიროებათ. ეს შესაძლოა მოიცავდეს ჯანმრთელობის მონიტორინგს, თერაპიულ აქტივობებს, ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ აქტივობებში „ერთი ერთზე“ ტრენინგს და პერსონალურ მომსახურებას.

ცენტრები რეგულირდება და სტანდარტებს სახელმწიფო განსაზღვრავს. მნიშვნელოვანია პაციენტი თავისი საჭიროებების შესაბამის ზრდასრულთა მოვლის ცენტრში მოთავსდეს. მომვლელებმა და საკუთარი თავის მოვლის პრობლემების მქონე ზრდასრულებმა ხშირად არ იციან დღის მოვლის ცენტრების და მათი მოწოდებული სერვისების შესახებ. თქვენ მათი დახმარება თქვენს ქალაქში ან რეგიონში არსებული ცენტრების ცოდნითა და ხანდაზმულებისა და მათი ოჯახების საჭიროებების შეფასებით შეგიძლიათ. შემდეგ თქვენ შეძლებთ დაეხმაროთ ხანდაზმულებს და მათ ოჯახებს მოვლის შესახებ სწორი გადაწყვეტილებების მიღებაში.

შინმოვლა

სახლის პირობებში სამედიცინო მოვლა შესაძლოა მოვლის ხარჯთეფექტური ალტერნატივა იყოს იმ ხანდაზმულებისთვის, რომლებიც სახლიდან ვერ გადიან; აქვთ მწვავე ან ხანგამოშვებითი სამედიცინო საჭიროებები და ჰყავთ მხარდამჭერი მომვლელი. სახლის სამედიცინო მოვლა არ წარმოადგენს მოვლის ალტერნატივას იმ ხანდაზმულთათვის, რომელსაც ყოველდღიურ აქტივობებში 24 საათიანი დახმარება ან უსაფრთხოების მიზნით უწყვეტი მეთვალყურეობა ესაჭიროებათ.

გრძელვადიანი/ხანგრძლივი მოვლის დანესებულებები

გრძელვადიანი მოვლის დანესებულებაში მოთავსების განმაპირობებელი სამი ძირითადი ფაქტორია: (1) პაციენტის მდგომარეობის მკვეთრი, უეცარი გაუარესება, (2) მომვლელის მიერ მოვლის გაგრძელების შეუძლებლობა, სტრესის და გადაღლის გამო და (3) ოჯახური მხარდამჭერი სისტემის ცვლილება ან დაკარგვა. მოთავსება შესაძლოა დააჩქაროს კოგნიტური შესაძლებლობების გაუარესებამ, შეუკავებლობამ ან მნიშვნელოვანმა სამედიცინო მოვლენამ (მაგ., ინსულტი).

ხანდაზმულებისა და მათი ოჯახის წევრებისთვის კონფლიქტებისა და შიშების გამო დანესებულებაში მოთავსების პროცესი რთულია. მომვლელებს ხშირად ანუხებთ შემდეგი საკითხები: (1) ხანდაზმული ადამიანი მოთავსების პროცესს შეენინააღმდეგება?; (2) ხანდაზმულს პერსონალი სათანადოდ მოუვლის?; (3) ხანდაზმული მართოსულად იგრძნობს თავს?; და (4) მოვლა ფინანსურად ხელმისაწვდომი იქნება?

ამ პროცესს კიდევ უფრო ართულებს ხანდაზმული ადამიანის ფიზიკური გადაადგილება (რელოკაცია), რასაც შესაძლოა არასასურველი სამედიცინო შედეგები მოსდევდეს. *საცხოვრებლის ცვლილების სტრესის სინდრომი* საექთნო დიაგნოზია, რომელიც უკავშირდება წყვეტას, კონფუზიას და გამონვევებს, რომელთა წინაშეც ხანდაზმულები ერთი გარემოდან ახალ გარემოში გადასაცვლებისას დგებიან. ხანდაზმულებს შესაძლოა აღენიშნებოდეთ შფოთვა, დეპრესია და დემორიენტაცია. სათანადო ინტერვენციებით შესაძლებელია რელოკაციის ეფექტების შემცირება. როცა ეს შესაძლებელია, ხანდაზმული ადამიანი ჩართული უნდა იყოს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში და მას სრულად უნდა მიენოდოს ინფორმაცია ახალი საცხოვრებლის შესახებ. მომვლელებს შეუძლიათ მათ გაუზიარონ ინფორმაცია და ახალი საცხოვრების სურათები ან ვიდეო-კლიპები. დანესებულების თანამშრომლებს შეუძლიათ მისასალმებელი გზავნილი გაუგზავნონ პაციენტს. დანესებულებაში მისვლისას ახალ მოსახლეებს პერსონალის წევრები უნდა დახვდნენ და დანესებულება დაათვალიერებინონ. რელოკაციის გაადვილების მიზნით, ახალ მოსახლეს შესაძლოა მიუჩინონ ძველი მაცხოვრებელი, რომელიც მას ორიენტირებაში დაეხმარება (სურ. 4-5).

სურათი 4-5



საექთნო მართვა

ხანდაზმული ადამიანები

გერონტოლოგიური საექთნო საქმე გერონტოლოგიისა და საექთნო საქმის სპეციალიზირებულ ცოდნაზე დაყრდნობით ხანდაზმულთა მოვლაა. ეს სპეციალიზებული ექთნები ხანდაზმულს მთლიანობაში, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, განვითარებითი, სოციო-ეკონომიკური და კულტურული ფაქტორების გათვალისწინებით უდგებიან. ხანდაზმულთა მოვლა კომპლექსურია და უკავშირდება ისეთ გამონწვევებს, რომელიც პროფესიონალურ შემოწმებასა და კრეატიულ საექთნო ინტერვენციებს მოითხოვს.

ხანდაზმულთა დაავადებების და მდგომარეობების სწორი შეფასება და დიაგნოსტიკა შესაძლოა რთული იყოს. ხანდაზმულები შესაძლოა ამ სიმპტომებს არ გამოთქვამდნენ და ფუნქციური მდგომარეობის ცვლილების გზით „მკურნალობდნენ“ მათ. მაგალითად, მამაკაცმა, რომელსაც ნეიროპათიის გამო ტერფებში მგრძნობელობა დაუქვეითდა, სასიარულოდ ვოლქერის გამოყენება შეიძლება დაიწყოს. ამავდროულად, ის სიმპტომს თავის ექიმს არ ეუბნება. ხანდაზმულმა ადამიანმა შესაძლოა ახალი სიმპტომი „სიბერეს“ მიაწეროს და უგულებელყოს. ხანდაზმული ადამიანი შესაძლოა ნაკლებს ჭამდეს, მეტი ეძინოს ან ელოდოს, რომ „თავისით გაუვლის“.

ხანდაზმულ პაციენტებში დაავადების სიმპტომები ხშირად ატიპურია. სახსრის ტკივილის ჩივილი შესაძლოა რეალურად მენჯ-ბარძაყის მოტეხილობის ნიშანი იყოს. საშარდე გზების ინფექციის მკურნალობისას შესაძლოა დაისვას გულის ასიმპტომური დაავადების დიაგნოზი. მსგავსი სიმპტომებით მიმდინარე პათოლოგიური მდგომარეობები ხშირად ერთმანეთში გვერევა. მაგალითად, დეპრესიის მქონე პაციენტს შესაძლოა დეპრესიის მაკივრად დემენციის დიაგნოზი დაესვას და დემენციის მკურნალობა უტარდებოდეს.

ხანდაზმულ პაციენტებში შესაძლოა დაავადებათა კასკადურ მახასიათებელს შევხვდეთ. მაგალითად, პაციენტმა, რომელსაც უძილობა აწუხებს, შესაძლოა საძილე საშუალებები მიიღოს, შემდეგ ლეთარგიულობისა და კონფუზიის გამო დაეცეს, მენჯ-ბარძაყი მოიტეხოს და საბოლოოდ პნევმონია განუვითარდეს. თქვენ ამ დაღმასვლის პრევენციაში სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან როლს ასრულებთ.

ხანდაზმული პაციენტები შესაძლოა სამედიცინო პრობლემებს შიშითა და შფოთვით ხვდებოდნენ. ისინი შესაძლოა მედპერსონალს დამხმარეებად მიიჩნევდნენ, მაგრამ დაწესებულებებს უარყოფით და პოტენციურად დამაზიანებელ ადგილებად აღიქვამდნენ. იმისთვის, რათა პაციენტს მზრუნველობა აგრძნობინოთ, ესაუბრეთ პირდაპირი და მარტივი ფრაზებით, დაიცავით თვალის სათანადო კონტაქტი, პირდაპირ შეხებით და ფაქიზად ეხუმრეთ. ეს ქმედებები ხანდაზმულ პაციენტს სტრესულ ვითარებისას მოდუნებაში დაეხმარება.

შეფასება

შემოწმების პროცესის დაწყებამდე, პირველ რიგში პირველად საჭიროებებზე გამახვილეთ ყურადღება. მაგალითად, დარწმუნდით, რომ პაციენტი კომფორტულად გრძნობს თავს და მოშარდვა არ ესაჭიროება. ყველა დამხმარე ნივთი, მაგალითად, სათვალე და სასმენი აპარატი, პაციენტის ახლოს მოათავსეთ. შეაფასეთ თქვენი პაციენტის დაღლილობის დონე და, თუ ეს აუცილებელია, გამოკითხვა შეწყვიტეთ. პაციენტისთვის ინფორმაციის მიწოდებას საკმარისი დრო დაუთმეთ და მიეცით პაციენტს დრო, თქვენს შეკითხვებს უპასუხოს. გამოკითხეთ როგორც პაციენტი, ისე მისი ოჯახის წევრები

ან მომვლელები. ისინი შეგიძლიათ ცალ-ცალკე გამოკითხოთ, გარდა იმ შემთხვევებისა, თუ პაციენტს კოგნიტური შეზღუდვა აქვს ან კონკრეტულად ითხოვს მომვლელის მის გვერდით ყოფნას. ანამნეზი შესაძლოა გრძელი და დატვირთული იყოს. გადახედეთ სამედიცინო ჩანაწერებს და განსაზღვრეთ, რომელი ინფორმაციაა რელევანტური.

სრულფასოვანი გერიატრიული შეფასების მიზანი ხანდაზმულების ფუნქციური შესაძლებლობების შემანარჩუნებელი და გამაუმჯობესებელი ინტერვენციების დადგენაა. სრულფასოვანი გერიატრიული შეფასება ინტერდისციპლინურია და მოიცავს მინიმუმ სამედიცინო ისტორიას, ფიზიკალურ გასინჯვას, ფუნქციურ შეფასებას, წამლების მიმოხილვას, კოგნიტურ და განწყობის შეფასებას და სოციალურ რესურსებს. სრულფასოვანი გერიატრიულ შემოწმებას ხშირად ინტერდისციპლინური გერიატრიული მოვლის გუნდი ახორციელებს. ინტერდისციპლინური გუნდი შესაძლოა ბევრ სხვადასხვა სპეციალისტს მოიცავდეს, მაგრამ მასში ყოველთვის ჩართულია ექთანი, ექიმი და სოციალური მუშაკი. სრული შემოწმების შემდეგ ინტერდისციპლინური გუნდი პაციენტსა და მის ოჯახს ხვდება და მათ გუნდის მიგნებებსა და რეკომენდაციებს წარუდგენს.

სრულყოფილი საექთნო შეფასების ერთ-ერთი ელემენტია ფუნქციური ჯანმრთელობის მახასიათებლის ფორმატში ანამნეზის შეკრება, ფიზიკალური გასინჯვა, განწყობის შეფასება, ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობებისა და ინსტრუმენტული აქტივობების შეფასება, მენტალური სტატუსის შეფასება და სოციალური გარემოს შემოწმება. ხანდაზმულებთან მენტალური სტატუსის შეფასება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან ხშირად სწორედ ეს შედეგი განსაზღვრავს დამოუკიდებლად ცხოვრების პოტენციალს. ნებისმიერ გარემოში მუშაობისას, ხანდაზმულების საექთნო შეფასებისას, გამკვლევად უნდა გამოიყენოთ SPICES, მონაცემთა შეგროვების ეფექტური ხერხი (ცხრილი 4.9).

სრულყოფილი საექთნო შემოწმების შედეგების შეფასება ხელს უწყობს ხანდაზმულების საჭიროებების განსაზღვრას როგორც სერვისების, ისე განსახლების თვალსაზრისით. შეკრიბეთ ინფორმაცია იმ სათემო რესურსების შესახებ, რომლებიც ხანდაზმულებსა და მათ მომვლელებს მაქსიმალური ფუნქციონირების შენარჩუნებაში დაეხმარება. მთავარი მიზანი ისეთი ქმედებების დაგეგმვა და განხორციელებაა, რომელიც ხანდაზმულებს საშუალებას მისცემს, იყვნენ იმდენად ფუნქციურად დამოუკიდებლები, რამდენადაც ეს შესაძლებელია.

ცხრილი 4-9 SPICES

პაციენტის სახელი:	თარიღი:	
SPICES	მტკიცებულება	
	კი	არა
Sleep disorders – ძილის დარღვევები		
Problems with eating/feeding – საკვების მიღების ან კვების პრობლემები		
Incontinence – შეუკავებლობა		
Confusion – კონფუზია		
Evidence of falls – დაცემის მტკიცებულება		
Skin breakdown – კანის მთლიანობის დარღვევა		

დაგეგმვა

ხანდაზმული პაციენტების ამოცანების დასახვისას უმჯობესია განსაზღვროთ მისი სიძლიერეები და შესაძლებლობები. დაგეგმვაში ჩართეთ მომვლელიც. ხანდაზმულთა პრიორიტეტული ამოცანები შეიძლება იყოს კონტროლის შეგრძნების მოპოვება, თავის უსაფრთხოდ გრძნობა და სტრესის შემცირება.

იმპლემენტაცია

ხანდაზმულთა სამოქმედო გეგმის განხორციელებისას, მთავრად თქვენი მიდგომა და ქმედებები მათ ფიზიკურ და მენტალურ მდგომარეობას. სხეულის მცირე ზომის გამო, რაც საკმაოდ ხშირია დაუძლურებულ ხანდაზმულებში, შესაძლოა პედიატრიული აღჭურვილობის (მაგ., არტერიული წნევის საზომი მანჟეტი) გამოყენება მოგიწიოთ. ისევე, როგორც ნებისმიერი სხვა ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტის მოვლისას, ამ შემთხვევაშიც უმთავრესი ფაქტორი პაციენტის უსაფრთხოებაა. ძვალსახსროვანი ცვლილებების გამო ხშირად ხანდაზმულებს გადაადგილებისას დახმარება, პოზიციონირების ცვლილება და სასიარულო ქაშრების და ამწევი მოწყობილობების გამოყენება ესაჭიროებათ. ენერჯის მცირე რეზერვის მქონე ხანდაზმულებს შესაძლოა ზოგიერთი ამოცანის შესრულებისთვის მეტი დრო დასჭირდეთ. შესაძლოა, აუცილებელი გახდეს უფრო ნელი ქმედება და სხვა ადაპტაციური აღჭურვილობის გამოყენება.

თუ პაციენტს კოგნიტური შეზღუდვა აქვს, თქვენ შფოთვისა და წინააღმდეგობის თავიდან ასარიდებლად, ფრთხილად უნდა აუხსნათ პაციენტს სათქმელი და მშვიდი დამოკიდებულება შეინარჩუნოთ. დეპრესიამ შესაძლოა აპათია გამოიწვიოს და ამის გამო პაციენტმა შესაძლოა მკურნალობის გეგმის განხორციელებაში მონაწილეობა არ ისურვოს.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენცია სამ ძირითად მიმართულებაზეა ორიენტირებული: (1) დაავადებებისა და პრობლემების შემცირება; (2) ჯანმრთელობის ხელშეწყობისკენ მიმართულ აქტივობებში მონაწილეობა (სურ. 4.6) და (3) მიზანმიმართული სერვისები, რომელიც ჯანმრთელობის საფრთხეებს ამცირებს. წარმატებითაა შემუშავებული ჯანმრთელობის ქრონიკული მდგომარეობების სკრინინგის, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის, გერიატრიული ტერფის მოვლის, მხედველობისა და სმენის სკრინინგის, სტრესის შემცირების, ვარჯიშის, წამლების გამოყენების, კრიმინალის პრევენციის, ხანდაზმულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის და საშინაო საფრთხეების შემოწმების პროგრამები (არსებობის შემთხვევაში). თქვენ ახორციელებთ და, გარდა ამისა, ასწავლით ხანდაზმულებს კონკრეტული პრევენციული სერვისების საჭიროებას.

სურათი 4.6¹⁷



ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და პრევენცია ნებისმიერ იმ ადგილსა და დონეზე შეიძლება განხორციელდეს, სადაც ექთნები და ხანდაზმულები ერთმანეთს ეკონტაქტებიან. თქვენ ჯანმრთელობის ხელშეწყობის აქტივობების გამოყენება შეგიძლიათ პაციენტის მიერ საკუთარი თავის მოვლის, ჯანმრთელობაზე პირადი პასუხისმგებლობისა და დამოუკიდებელი ფუნქციონირების გასაძლიერებლად, რაც ხანდაზმულთა კეთილდღეობას გააუმჯობესებს. ხანდაზმულების მიერ საკუთარი თავის მოვლის გაძლიერების მნიშვნელოვანი ხელსაწყო მათი სწავლებაა.

მწვავე მოვლა

ხშირად ხანდაზმულებიას და ჯანდაცვის ფორმალური სისტემის პირველი შეხების ნერტილი ჰოსპიტალია. ჰოსპიტალიზაციის ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია: დაცემა, რიტმის დარღვევები, გულის უკმარისობა, ინსულტი, სითხისა და ელექტროლიტების დისბალანსები (მაგ., ჰიპონატრემია, დეჰიდრატაცია), პნევმონია, უროსფესისი და მენჯ-ბარძაყის მოტეხილობები. ხანდაზმულები ხშირად რამდენიმე სისტემის პრობლემით ჰოსპიტალიზდებიან.

როცა ხანდაზმულთა მოვლა მწვავე მოვლის გარემოში მიმდინარეობს, პაციენტებსა და მომვლელებს სხვადასხვა სახის დახმარება ესაჭიროებათ (ცხრილი 4-11). ჰოსპიტალიზაციის გამოსავალი სხვადასხვა ხანდაზმულისთვის სხვადასხვაგვარია. განსაკუთრებით საგულისხმოა მაღალი ქირურგიული რისკის პრობლემები, მწვავე კონფიური მდგომარეობა, ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ინფექციები და არასტაბილურ მდგომარეობაში ჰოსპიტალიდან ნაადრევი განწერა. ამ სახელმძღვანელოს სხვადასხვა თავებში მოცემული „გასათვალისწინებელი გერონტოლოგიური საკითხები“ გამოკვეთს ხანდაზმული პაციენტების განსაკუთრებულ საჭიროებებსა და ინტერვენციებს.

¹⁷ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

მოვლის დონის შეცვლა

მოვლის სხვა გარემოში გადასვლის დროს (მაგ., მწვავე მოვლის ჰოსპიტალიდან რეაბილიტაციაში) ბევრი ხანდაზმული არასტაბილურ მდგომარეობაშია. ამ პერიოდში განსაკუთრებით მოწყვლადნი არიან დაუძლურებული ხანდაზმულები და 85 წელს გადაცილებული პაციენტები. უსაფრთხო, ეფექტური და შედეგიანი გადასვლები მაშინ ხორციელდება, როცა ინტერდისციპლინური გუნდის წევრები ურთიერთთანამშრომლობით უწევენ მოვლას კოორდინირებას.

ცხრილი 4-10 ჰოსპიტალიზირებული ხანდაზმულის მოვლა

- მოახდინეთ 85 წელს გადაცილებული პაციენტების (დაუძლურებული ან არადაუძლურებული) და იატროგენული (სამედიცინო/ქირურგიული მკურნალობით განპირობებული) პრობლემების რისკის ქვეშ მყოფი პაციენტების იდენტიფიცირება;
- განერის საჭიროებების, განსაკუთრებით, ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობებში, ინსტრუმენტულ აქტივობებსა და წამლების მიღებაში ხელშეწყობის საჭიროებების, გათვალისწინება მოთავსებიდან მალევე დაიწყეთ;
- ნაახალისეთ ინტერდისციპლინური გუნდების, სპეციალური მოვლის ერთეულების ჩამოყალიბებისა და გამოყენების და ხანდაზმულთა განსაკუთრებულ საჭიროებებზე ორიენტირებული ინდივიდების ჩართულობა;
- დანერგეთ სტანდარტული პროტოკოლები ჰოსპიტალიზირებული ხანდაზმულების მაღალი რისკის შემცველი პრობლემების, მაგალითად, საშარდე გზების ინფექციისა და დელირიუმის სკრინინგის მიზნით;
- ფუნქციური დაღმასვლის თავიდან ასარიდებლად, დანერგეთ მოძრაობის ხელშეწყობი პროგრამები („საწოლი თქვენი მეგობარი არ არის“);
- გაუწიეთ ადვოკატირება პაციენტის შესაბამის სამოგადოებრივ სერვისებთან გადამისამართებას;

რეაბილიტაცია

რეაბილიტაციის მიზანს წარმოადგენს ხანდაზმულთა დახმარება, ადაპტირდნენ შესაძლებლობის შეზღუდვასთან ან დაძლიონ იგი. რეაბილიტაცია შესაძლოა მიმდინარეობდეს მწვავე სტაციონარული რეაბილიტაციის ფარგლებში ან გრძელვადიანი მოვლის სხვადასხვა გარემოში. სწორი მომზადების, დამხმარე აღჭურვილობის და პირადი მოვლის ასისტენტების წყალობით, შეზღუდვების მქონე ადამიანები ხშირად დამოუკიდებლად ცხოვრებას ახერხებენ.

ქრონიკული მდგომარეობების, მაგალითად, ინსულტის, ართრიტისა და გულის დაავადებების მქონე ხანდაზმულებში იზრდება ფუნქციური შეზღუდვების განვითარების რისკი. შესაძლებლობების ეს შეზღუდვები საკუთარი თავის მოვლის დეფიციტებს, სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ზრდას, ინსტიტუციონალიზაციის მაჩვენებლის ზრდას და სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირებას განაპირობებს. გერიატრიული რეაბილიტაციის მეშვეობით შეზღუდვების შემცირება ხანდაზმულთა ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნებისთვის მეტად მნიშვნელოვანია.

ხშირად ხანდაზმულებს დაცემასთან დაკავშირებული კონკრეტული შიშები და შფოთვები აქვთ. რეაბილიტაციის პროცესში ხანდაზმულ პაციენტებს შესაძლოა ზღუდავდეს სენსორულ-აღქმითი დეფიციტები, ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები, კოგნიტური შესაძლებლობების დაქვეითება, კვებითი დეფიციტი და ფინანსური პრობლემები. რეაბი-

ლიტაციის მიძიმე სამუშაოს მოტივაციის შენარჩუნების მიზნით, მთელმა სამედიცინო გუნდმა და მომვლელებმა პაციენტი უნდა გაამხნევონ, გაუწიონ მას მხარდაჭერა და გაგებით უნდა მოეპყრონ.

ხანდაზმულთა რეაბილიტაციაზე რამდენიმე ფაქტორი მოქმედებს. პირველ რიგში, ხანდაზმულთა რეაბილიტაციის პოტენციალზე მოქმედებს უკვე არსებული პრობლემები, რომელიც რეაქციის დროს, მხედველობის სიმახვილეს, წვრილ მოტორიკას, ფიზიკურ ძალას, კოგნიტურ ფუნქციასა და მოტივაციას უკავშირდება.

მეორე, ხანდაზმულები, იმობილიზაციისა და აქტიურობის ნაკლებობის გამო, ხშირად ფუნქციას კარგავენ. ეს დეკომპენსაცია შესაძლოა არასტაბილური მწვავე სამედიცინო მდგომარეობების, მოძრაობის შემზღუდავი გარემო ბარიერებისა და მოტივაციის ნაკლებობის შედეგად განვითარდეს. უმოქმედობა ცალსახად „გამოიყენე ან დაკარგე“ შედეგებს იწვევს. ხანდაზმულებს შეუძლიათ ძალიან დიდ ასაკშიც კი გააუმჯობესონ მოქნილობა, ძალა. დეკომპენსირებისა და თანმხლები ფუნქციური დაღმასვლის თავიდან ასაცილებლად ყველა ხანდაზმულთან გამოიყენება მოძრაობის დიაპაზონის პასიური და აქტიური ვარჯიშები.

და ბოლოს, რეაბილიტაციის მიზანი ინდივიდის ჯანმრთელობის ამჟამინდელი მდგომარეობის გათვალისწინებით, მაქსიმალური ფუნქციებისა და ფიზიკური შესაძლებლობების რეალიზაციაა. როცა ხანდაზმულის ჯანმრთელობა სუბოპტიმალურია, შეაფასეთ რისკის შემცველი ქცევები. მაგალითად, მწვავე მოვლის ან გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებაში მოთავსებისას და სახლში მოვლის შემთხვევაში, შეაფასეთ დაცემის რისკი, გაატარეთ დაცემის რისკის პრევენციული ღონისძიებები და შეაფასეთ მუდმივი რისკი. დიაბეტის მქონე ხანდაზმულებს ტერფის სიღრმისეული შემოწმებები ჩაუტარეთ და სათანადოდ დაგეგმეთ შემდგომი მოვლა.

დამხმარე მონყობილობები

ხანდაზმულებთან დამხმარე მონყობილობების გამოყენება ინტერვენციებად განიხილეთ. სათანადო დამხმარე მონყობილობების, მაგალითად, კბილის პროთეზების, სათვალეების, სასმენი აპარატების, ვოლქერების, ეტლების, ზრდასრულთა საფენების ან დამცავების, ადაპტირებული ჭურჭლის, უნიტაბის ნამონეული დასაჯდომებისა და კანის დამცავი მონყობილობების მეშვეობით შესაძლებელია შეზღუდვების შემცირება. საჭიროებისამებრ, ჩართეთ ეს ხელსაწყოები და მონყობილობები ხანდაზმულის მოვლის გეგმაში და ასწავლეთ მათი სწორად გამოყენება. მაგალითად, ხელჯოხის სწორი გამოყენების შემთხვევაში დაცემის რისკი მცირდება.

ტექნოლოგიების გამოყენებით შესაძლებელია რეაბილიტაციისა და ფუნქციური შეზღუდვებით ცხოვრების ხელშეწყობა. მაგალითად, ელექტრომონიტორინგის ალტერნატიული შესაძლებელია გულის რიტმებისა და არტერიული წნევის მონიტორინგი. მონიტორინგის მეშვეობით შესაძლებელია სახლიდან ან გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებიდან წასული და დაკარგული ხანდაზმულის ადგილმდებარეობის დადგენაც. ინსულტის შემდეგ მეტყველების გაძნელების მქონე ინდივიდების დახმარება კომპიუტერული დამხმარე მონყობილობებითაა შესაძლებელი, მცირე ზომის ელექტრომონყობილობები კი მესხიერების დამხმარე საშუალებების სახით გამოიყენება.

უსაფრთხოება

ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის უსაფრთხოებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. ახალგაზრდებთან შედარებით, ხანდაზმულებში უბედური შემთხვევების რისკი უფრო მაღალია, რაც ნორმალური სენსორული ცვლილებებით, რეაქციის დროის შენელებით, ტემპერატურის და ტკივილის შეგრძნების დაქვეითებით, სიარულისა და წონასწორობის ცვლილებებით და წამლებითაა განპირობებული. უბედურ შემთხვევათა უმრავლესობა სახლში ან სახლის მიმდებარედ ხდება. ხანდაზმულთა შემთხვევითი სიკვდილის ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია: დაცემა, ავტოსაგზაო შემთხვევები და ხანძრები. ხანდაზმულები, თერმორეგულაციური სისტემის დარღვევის გამო, ვერ ადაპტირდებიან უკიდურეს გარემო ტემპერატურასთან, რაც დამატებით პრობლემებს ქმნის. ხანდაზმული ადამიანის ორგანიზმს, ახალგაზრდებისგან განსხვავებით, სითბოს ეფექტურად არც კონსერვაცია შეუძლია, არც გაფანტვა. ამრიგად, ჰიპოთერმია და ჰიპერთერმია უფრო ადვილად ვითარდება. ძლიერი სიცივით და სითბური ტალღებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემთხვევათა უმრავლესობა სწორედ ამ ასაკობრივ ჯგუფში გვხვდება.

გარემოს ცვლილებების შესახებ კონსულტაციის განვების მეშვეობით, თქვენ შეგიძლიათ ხანდაზმულთა უსაფრთხოება გააუმჯობესოთ. ხანდაზმულთა საცხოვრებელი სივრცის „უსაფრთხოების განმტკიცებას“ ხელს უწყობს, მაგალითად, კიბის საფეხურების ფერადი ბოლები, სააბაზანოსა და ტუალეტში სპეციალური ხელმოსაჭიდები და კიბის მოაჯირები. თქვენ შეგიძლიათ მოუწოდოთ პაციენტებს და მომვლელებს, სახლში ხანძრისა და დაცვის სიგნალიზაცია დააყენონ. იატაკის ზედმეტი ნივთებისგან გათავისუფლება, მოაჯირების დამონტაჟება და სახლის განათება ყველაზე ადვილი და პრაქტიკული ადაპტაციებია.

ხანდაზმულებს, რომლებიც ახლახანს მოთავსდნენ სტაციონარში ან გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებაში, ამ გარემოში სრულფასოვანი ორიენტირება ესაჭიროებათ. დაარწმუნეთ ხანდაზმული, რომ ის უსაფრთხოდაა და ეცადეთ ყველა მის შეკითხვას უპასუხოთ. ორიენტირების ხელშეწყობის მიზნით, ოთახში დიდი ზომის ციფრებიანი საათი გამოუყავით, მოერიდეთ კედლის რთულ ან ვიზუალურად დამაბნეველ დიზაინებს, მკაფიოდ აღნიშნეთ კარები და გასასვლელები და გამოიყენეთ საწოლის და ექთნის გამოძახების კონტროლის მარტივი მონაცემილობები. უზრუნველყავით დიფუზური განათება და მოერიდეთ არეკვლას. ხანდაზმულთა კომფორტისა და უსაფრთხოების შეგრძნებას აძლიერებს მუდმივი მომვლელების ყოლა და წინასწარგანსაზღვრული ყოველდღიური რუტინა.

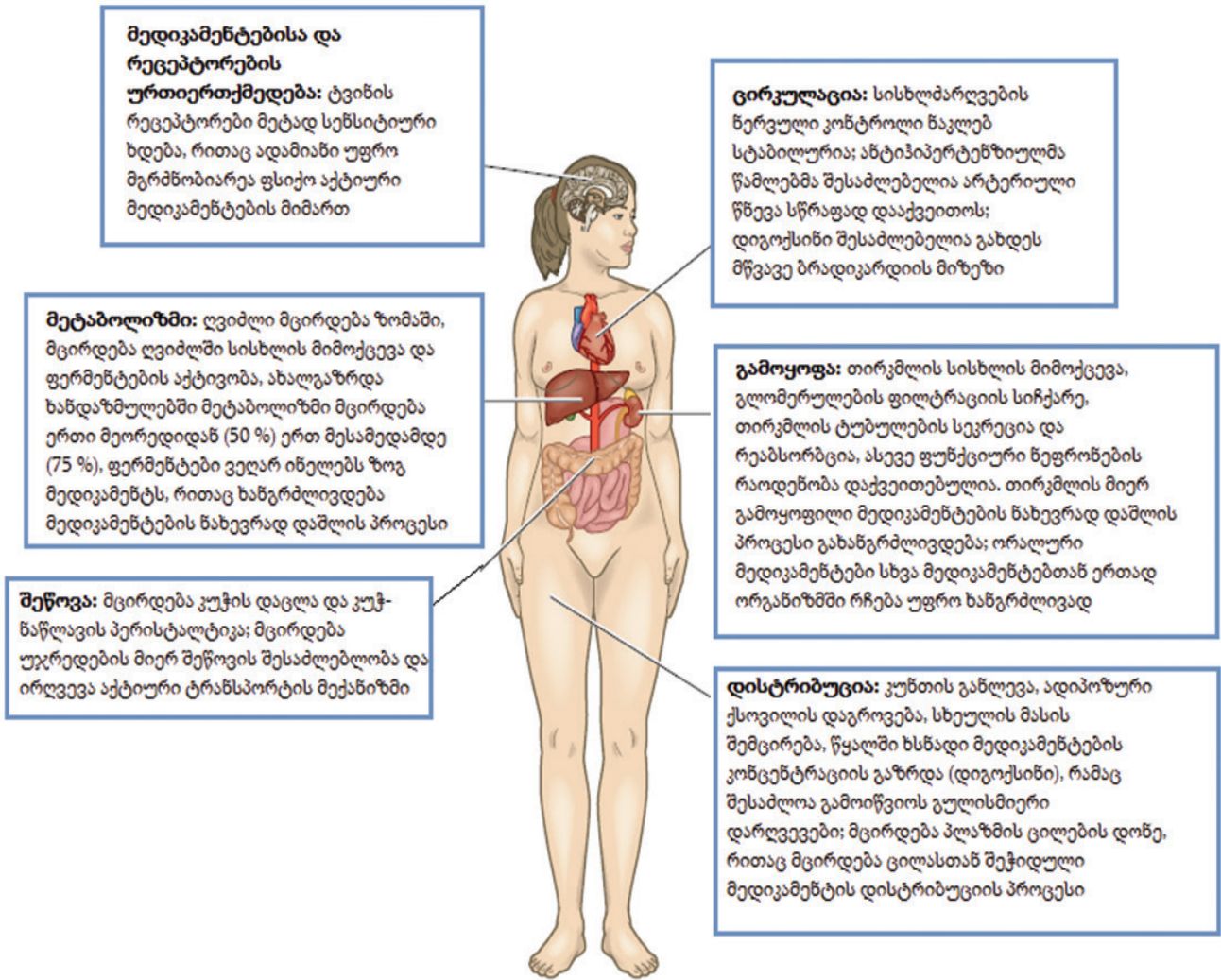
წამლების გამოყენება

ხანდაზმულების მიერ მედიკამენტების გამოყენება სიღრმისეულ და რეგულარულ შემოწმებას, მოვლის დაგეგმვასა და შეფასებას მოითხოვს. ხანდაზმულები ხშირად არ იცავენ მედიკამენტების რეჟიმს. ათიდან ყოველი ოთხი ხანდაზმული ვერ კითხულობს დანიშნული წამლების ეტიკეტებს და ორი მესამედი ვერ იგებს მისთვის მიწოდებულ სამედიცინო ინფორმაციას.

ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებების შედეგად იცვლება წამლების ფარმაკოდინამიკა და ფარმაკოკინეტიკა. წამალთაშორისი, წამალსა და საკვებს შორის და წამალსა და დაავადებას შორის ურთიერთქმედებები წამლების შეწოვაზე, განაწილებაზე, მეტა-

ბოლიზმსა და ექსკრეციაზე მოქმედებს. დაბერებასთან ერთად ყველაზე დრამატულად წამლების მეტაბოლიზმი იცვლება (სურ. 4-7). საერთო ჯამში, 75-80 წლის ასაკისთვის თირკმლის მიერ წამლების კლირენსი 50%-ითაა შემცირებული. დაბერებასთან ერთად მკვეთრად ქვეითდება ღვიძლის სისხლმომარაგება და წამლების მეტაბოლიზმზე პასუხისმგებელი ფერმენტების რაოდენობაც. შედეგად, ახალგაზრდებთან შედარებით, ხანდაზმულებში გახანგრძლივებულია წამლის ნახევარდაშლის პერიოდი. ეს წამლების ტოქსიკურობასა და არასასურველ ეფექტებს განაპირობებს.

სურათი 4-7¹⁸



წამლების მეტაბოლიზმის ცვლილებებთან ერთად, ხანდაზმულებში მედიკამენტებთან დაკავშირებული პრობლემების მიზეზი შეიძლება იყოს კოგნიტური შეზღუდვები, მგრძობიარეობითი აღქმების ცვლილება, ხელების მოძრაობის შეზღუდვა და ბევრი დანიშნული წამლის მაღალი ფასი. ხანდაზმულთა მიერ წამლებთან დაკავშირებული შეცდომების ხშირი მიზეზები 4-11 ცხრილშია ჩამოთვლილი. *პოლიფარმაცია* (ჯანმრთელობის ერთზე მეტი პრობლემის მქონე ინდივიდის მიერ რამდენიმე მედიკამენტის გამოყენება), ბედობირება და დანიშნულ წამლებზე დამოკიდებულების განვითარება ხანდაზმულებში ავადმყოფობის უმნიშვნელოვანესი მიზეზებია.

¹⁸ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

მედიკამენტების ეფექტების შემოწმება და მართვა განსაკუთრებულ სირთულეს ჯანმრთელობის მრავლობითი პრობლემის მქონე ხანდაზმულებთან წარმოადგენს. ერთი დაავადების მკურნალობამ შესაძლოა მეორე დაავადებაზე იმოქმედოს. მაგალითად, შარდის ბუშტის ჰიპერაქტიურობის სამკურნალოდ დანიშნულმა წამალმა, მაგალითად, ოქსიბუტინინმა, შესაძლოა, კონფუზია გამოიწვიოს. მედიკამენტების გამოყენებისა და მათ შესახებ ცოდნის სწორი შეფასებისთვის, სთხოვეთ ხანდაზმულებს, ვიზიტზე მოიტანონ ყველა წამალი (ურეცეპტოდ გაცემული წამლები, დანიშნული წამლები, ვიტამინები, დანამატები და მცენარეული პრეპარატები), რომელსაც რეგულარულად ან ზოგჯერ იღებენ. თქვენ შემდეგ შეძლებთ მართებულად შეამოწმოთ ყველა წამალი, რომელსაც პაციენტი იღებს, მათ შორის ის წამლები, რომელიც მან არ ახსენა ან უმნიშვნელოდ მიიჩნია. ხანდაზმული პაციენტების მიერ მედიკამენტების უსაფრთხო რუტინის დაცვის ხელშემწყობი სხვა საექთნო ინტერვენციები 4-12 ცხრილშია ჩამოთვლილი.

<p>ცხრილი 4-11 მედიკამენტოზური მკურნალობა ხანდაზმულების მიერ წამლებთან დაკავშირებული შეცდომების დაშვების გავრცელებული მიზეზები</p>
<ul style="list-style-type: none"> • მხედველობის დაქვეითება • წამლის მიღების დავიწყება • ურეცეპტოდ გაცემული წამლების დანიშნულების გარეშე გამოყენება • სხვისთვის დანიშნული წამლების გამოყენება • დანიშნული მედიკამენტის შესაძენად საჭირო ფინანსური რესურსების არქონა • ინსტრუქციების ან მედიკამენტოზური მკურნალობის მნიშვნელობის გაუაზრებლობა • არასასურველი გვერდითი ეფექტების გამო მედიკამენტის მიღებაზე უარის თქმა

<p>ცხრილი 4-12 მედიკამენტოზური მკურნალობა ხანდაზმულების მიერ წამლების გამოყენება</p>
<ul style="list-style-type: none"> • შეაფასეთ კოგნიტური ფუნქცია და დარწმუნდით, რომ პაციენტს შეუძლია მედიკამენტების თავისით მიღება. • შეეცადეთ, ექიმთან და ფარმაცევტთან კონსულტაციის გზით, შეამციროთ არააუცილებელი მედიკამენტების გამოყენება. • დაადგინეთ, რა წამლებს იყენებს პაციენტი. ეს ჩამონათვალი მოიცავს: დანიშნულ მედიკამენტებს; ურეცეპტოდ გაცემულ წამლებს; ანტიჰისტამინებს; ხველის სიროფებს; ვიტამინებს, მინერალებს და დანამატებს და მცენარეულ პრეპარატებს. • გაარკვიეთ, მოიხმარს თუ არა პაციენტი ალკოჰოლს ან ნარკოტიკულ საშუალებებს. • მოუწოდეთ, გამოიყენოს წამლის შემახსენებელი წერილობითი ან ელექტრონული სისტემები. • მოუწოდეთ, ერთსა და იმავე აფთიაქს მიმართოს ხოლმე. • ექიმებთან და ფარმაცევტებთან თანამშრომლობით, ყველა ხანდაზმული პაციენტისთვის წამლების რუტინული პროფილები შეიმუშავეთ.
<ul style="list-style-type: none"> • გაუწიეთ ადვოკატირება (ფარმაცევტულ კომპანიებთან) დაბალი შემოსავლის მქონე პაციენტების მიერ დანიშნული წამლების მოპოვების მხარდამჭერ სერვისებს.

დეპრესია

დეპრესია დაბერების ნორმალური შემადგენელი ნაწილი არ არის. თუმცა, ხანდაზმულებში ამ პრობლემას ხშირად საკმარისი ყურადღება არ ექცევა. საკუთარ სახლში მცხოვრები ხანდაზმულების დაახლოებით 15%-ს დეპრესიის სიმპტომები აღენიშნება. ინსტიტუციურ გარემოში მცხოვრებ ხანდაზმულებში დეპრესიული სიმპტომები კიდევ უფრო ხშირია.

დეპრესია ასოცირებულია მდედრობით სქესთან, განქორწინებულ ან განცალკევებულ ოჯახურ მდგომარეობასთან, დაბალ სოციო-ეკონომიკურ სტატუსთან, არასათანადო სოციალურ მხარდაჭერასთან და ახლო წარსულში მომხდარ არასასურველ და მოულოდნელ მოვლენასთან. ხანდაზმულებში დეპრესია ხშირად თავდაჯერების დაკარგვის შედეგად აღმოცენდება და შესაძლოა ცხოვრებისეულ ვითარებებს, მაგალითად, პენსიაზე გასვლას ან მეუღლის ან პარტნიორის გარდაცვალებას უკავშირდებოდეს. ხშირია ისეთი პრობლემები, როგორცაა, ფიზიკური ჩივილები, უძილობა, ლეთარგიულობა, აგიტაცია, წონის კლება, მეხსიერების დაქვეითება და კონცენტრირების გაძნელება.

ცხოვრების გვიან ეტაპზე დეპრესია ხშირად სხვა სამედიცინო მდგომარეობებთან, მაგალითად, გულის დაავადებასთან, ინსულტთან, დიაბეტთან და კიბოსთან თანაარსებობს. დეპრესიამ შესაძლოა, დიეტის, ვარჯიშის ან წამლების მიღების რეჟიმის დაუცველობის შედეგად სამედიცინო მდგომარეობების გაუარესება გამოიწვიოს. მნიშვნელოვანია, თქვენ მიერ პაციენტის შეფასება მოიცავდეს ფიზიკალურ გასინჯვას და ლაბორატორიული შედეგების ინტერპრეტირებას იმ ფიზიკური დარღვევების აღმოჩენის მიზნით, რომელთა სიმპტომებიც დეპრესიის მსგავსია (მაგ., ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები, ვიტამინების დეფიციტები). გერიატრიული დეპრესიის შკალა მარტივად გამოსაყენებელია და ის შეფასების ოქროს სტანდარტს წარმოადგენს.

დეპრესიის სიმპტომების მქონე ხანდაზმულებს მოუწოდეთ, მკურნალობა მოითხოვონ/მოიძიონ. რადგანაც დეპრესიის მქონე ხანდაზმულები შესაძლოა თავს უვარგისად, განრიდებულად და იზოლირებულად გრძნობდნენ, მნიშვნელოვანია მათ ოჯახის წევრებმა ან სხვებმაც მოუწოდონ, მკურნალობა მოითხოვონ.

შეზღუდვების, შემაკავებლების გამოყენება

ფიზიკური შემაკავებლები/შეზღუდვები არის მოწყობილობები, მასალები და აღჭურვილობა, რომელიც ინდივიდებს თავისუფლად მოძრაობაში, მაგალითად, სიარულში, წამოდგომაში, დაწოლაში, გადაადგილებაში ან დაჯდომაში ფიზიკურად უშლის ხელს. *ქიმიური შემაკავებლები* წამლებია, რომელიც პაციენტის ნებით მოძრაობას აღკვეთს.

შეზღუდვების, შემაკავებლების გამოყენება მხოლოდ პიროვნების უსაფრთხოების ან სხვების უსაფრთხოების მიზნითაა დაშვებული. ხანდაზმულების მოვლისას ფიზიკური და ქიმიური შემაკავებლების გამოყენება ბოლო გამოსავალია. თუ ჰოსპიტალში ან გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებაში აუცილებელია ფიზიკური ან ქიმიური შეზღუდვების/შემაკავებლების გამოყენება, გამოიყენეთ ყველაზე ნაკლებად შემზღუდველი შემაკავებელი. მათი გამოყენება ექიმის ან ექთნის მითითებას საჭიროებს. ამასთან, საჭიროა შემაკავებლების საჭიროების ხშირი, გეგმიური მიმოხილვა. შემაკავებლების გამოყენება

დამატებითი მოთხოვნებით რეგულირდება. შემაკავებლების გამოყენების სტანდარტები გრძელვადიანი მოვლის რეგულაციებითა და The Joint Commission-ის მიერაა განსაზღვრული.

აუცილებელია შემაკავებლების გამოყენების და ამ ინტერვენციის საჭიროების განსაზღვრელი ქცევების ყურადღებით დოკუმენტირება. შემაკავებლების გამოყენება არ არის დაშვებული დაცემის რისკის ან გამაღიზიანებელი ქცევების საფუძველზე. ამჟამინდელი სტანდარტით, პაციენტების უსაფრთხო მოვლა უნდა განხორციელდეს შემაკავებლების გარეშე, იმის მიუხედავად, ეს შემაკავებლები ფიზიკურია თუ ქიმიური.

ამ სტანდარტის მიღწევის მიზნით, შეაფასეთ პაციენტის ქცევა. ზოგიერთი ქცევითი სიმპტომი, მაგალითად, ტირილი და ყვირილი, შესაძლოა, განპირობებული იყოს კომორბიდობებით, ტკივილით, წამლების ტოქსიკურობით, დაუკმაყოფილებელი საჭიროებებით ან გარემო ფაქტორებით. როცა ქცევითი სიმპტომები თვალსაჩინოა, პაციენტის ქცევაში გარკვევის მიზნით, დასვით შემდეგი კითხვები: შეუძლია თუ არა პაციენტს სიტყვიერად გამოხატოს, რა სჭირდება და რა სურს? დემენციის მქონე ადამიანები შესაძლოა საუბრით, ჟესტიკულაციით, თავის დაქნევით ან თვალის კონტაქტით რეაგირებდნენ. ამ შემთხვევაში უმჯობესია „კი“ ან „არა“ პასუხების მქონე შეკითხვების დასმა და არა ღია კითხვებისა. ოჯახის წევრებს, მეგობრებს ან იმ დაწესებულების პერსონალს, სადაც პაციენტის მოვლა მიმდინარეობდა, გამოკითხეთ პაციენტის ანამნეზი; კომუნიკაციის ჩვეული სტილი და ტკივილის, დაღლილობის, შიმშილისა და მოშარდვის ან დეფეკაციის მოთხოვნილების აღმნიშვნელი მინიშნებები; ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობების შესრულების უნარი და ყოველდღიური რუტინა (მაგ., „ღამით ხშირად ღვიძავს თუ დილით ადრე დგება?“ „საუბმის მირთმევა ჩაცმამდე ურჩევნია? შუადღით იძინებს ხოლმე? ჩაცმის რუტინა აქვს?“).

შეაფასეთ, არასათანადო ქცევები დაუკმაყოფილებელ ფიზიკურ ან ფსიქო-სოციალურ საჭიროებებს ხომ არ გამოხატავს. მაგალითად, პაციენტი, რომელიც დახმარების გარეშე დგება სანოლიდან, შესაძლოა, საპირფარეშოში შესვლას ცდილობდეს. ასეთი მცდელობების აღკვეთას და შეუკავებლობის თავიდან აცილება საპირფარეშოს განრიგის განსაზღვრითაა შესაძლებელი. კრიტიკული მოვლის პირობებში, პაციენტები, რომლებიც სედაციიდან გამოდიან, შესაძლოა შეაშინოს ლაპარაკის შეუძლებლობამ ან ჩადგმული ბონდების არსებობამ. გაითვალისწინეთ, როგორ აღიქვამს პაციენტი მკურნალობას და ყურადღება მიაქციეთ ჟესტებს, ქმედებებს და სიტყვებს, რათა მათი მნიშვნელობა გაიაზროთ.

შეზღუდვების ალტერნატივები ენერგიულ, კრეატიულ და მგრძობიარე საექთნო მოვლას მოითხოვს. შეზღუდვების ალტერნატივები: დაბალი სანოლები და ელექტრომონწყობილობები (მაგ., სანოლის სიგნალიზაცია). ასეთი მიდგომები „შეზღუდვებისგან თავისუფალი“ გარემოს შექმნას უზრუნველყოფს.

ძილი

ხანდაზმულებში, ძილის ცვლილების გამო, არასაკმარისი ძილი გავრცელებული პრობლემაა. ხანდაზმულებში მკვეთრად მცირდება ღრმა ძილი და მათ უფრო ადვილად ეღვიძებათ. ბევრი ხანდაზმული ადამიანი აღნიშნავს ჩაძინებისა და ხანგრძლივი ძილის შენარჩუნების შეუძლებლობას; ისინი შესაძლოა ამბობდნენ, რომ ძილის შემდეგ ძალების აღდგენის შეგრძნება არ აქვთ.

გადაფასება

საექთნო პროცესის გადაფასების ფაზა ყველა პაციენტისთვის ერთნაირია. შეფასების შედეგები მივითითებთ, განაგრძოთ მოვლის გეგმის შესრულება ან საჭიროებისამებრ ცვლილებები შეიტანოთ მასში. ხანდაზმულ პაციენტებთან ერთად საექთნო მოვლის შეფასებისას, ყურადღება ფუნქციურ გაუმჯობესებაზე გაამახვილეთ. ხანდაზმულთა მოვლის გეგმის შეფასებისას გასათვალისწინებელი სასარგებლო შეკითხვები 4-13 ცხრილშია მოცემული.

ცხრილი 4-13 ხანდაზმულთა საექთნო მოვლის შეფასება

ხანდაზმულთა მოვლის ეფექტურობის შეფასებისთვის გამოიყენეთ შემდეგი კითხვები.

- ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობებისა და ინსტრუმენტული აქტივობების შესრულების, მენტალური სტატუსის ან დაავადების ნიშნების და სიმპტომების თვალსაზრისით ცვლილებები აღინიშნება?
- მიიჩნევს თუ არა პაციენტი, რომ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესებულია?
- პაციენტის აზრით, მკურნალობა ეხმარება?
- პაციენტისა და მომვლელის აზრით, მოვლა ღირს დახარჯულ დროდ და ფინანსებად?
- შეგიძლიათ თუ არა დაამტკიცოთ დადებითი ცვლილებები, რომელიც ინტერვენციებს ამართლებს?
- ცვლილება ადეკვატურად ეხმიანება ანაზღაურებისთვის საჭირო მანდატებს?

ხანდაზმულები

სიტუაციური შემთხვევა



ლ.ქ. 79 წლის ირანელი ქალია, რომელიც გადაუდებელი დახმარების განყოფილების გავლით, ჰაერის უკმარისობის შეგრძნებით მოთავსდა. დაისვა საზოგადოებაში შექმნილი პნევმონიის დიაგნოზი. ანამნეზში აღინიშნება ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფქოდ), ჰიპერტენზია, დიაბეტი, მსუბუქი კოგნიტური შემლუღვა, დეპრესია, მაკულარული დეგენერაცია და სმენის მკვეთრი დაქვეითება.

სუბიექტური მონაცემები

- 5 წლის წინ ჰქონდა ინსულტი და აღინიშნება მარჯვენამხრივი სისუსტე;
- მონევის ისტორია: 100 კოლოფი-წელიწადში, მაგრამ ინსულტის შემდეგ მონევა შეწყვიტა;
- 1 წელია არ ყოფილა პირველადი რგოლის ექიმთან ვიზიტზე;
- გასულ წელს დაუგეგმავად დაიკლო 10 კგ;
- დღეებს საწოლში ან სარწვეველა სკამში, ტელევიზორის ყურებაში ატარებს;

ფსიქო-სოციალური მონაცემები

- საქართველოში 15 წლის წინ ჩამოვიდა ირანიდან;
- ქართულად შეზღუდულად საუბრობს;
- ცხოვრობს უმუშევარ ზრდასრულ ვაჟთან ერთად, რომელიც ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ აქტივობებსა და ყოველდღიურ ინსტრუმენტულ ცხოვრებისეულ აქტივობებში ეხმარება;

- სამი ქალიშვილი ჰყავს, რომლებიც მანქანის 2 საათიან სავალ გზაზე ცხოვრობენ.
- შებენიერი აქვს ფინანსები;
- ვაჟს ჰოსპიტალში არ მოუნახულებია, მაგრამ ქალიშვილები ღელავენ სახლში დედის მოვლასა და უსაფრთხოებაზე, რადგან მათ ძმას აგრესიის და აბარტულ თამაშებზე დამოკიდებულების პრობლემების ისტორია აქვს;
- როცა ქალიშვილები ძმას ეკითხებიან, როგორ უვლის დედას სახლში, ის ამბობს: „მე ყველაფერს ვაკეთებ, რაც შემიძლია. უარს მეუბნება დახმარებაზე და ექიმთან წასვლაზე. რა გინდათ, რომ გავაკეთო? ბებერია, გიჟია და მაინც მოკვდება!“

ობიექტური მონაცემები

- ჩახვეული თმა, პირის ღრუს ჰიგიენის დაუცველობა, წამოზრდილი ფეხის ფრჩხილები
- გავის მიდამოში მესამე სტადიის წყლულები
- მარჯვენა ქუსლზე წყლული, რომლის სტადიაც ვერ დგინდება
- წინამხრებსა და წვივებზე რამდენიმე მცირე ზომის ჩაღურჭება
- ბურგის შუა ნაწილში 5x10 სმ ჩაღურჭება

განსახილველი საკითხები:

1. შეადარეთ ლ.ქ.-ს, როგორც ხანდაზმული ქალის გამოცდილება ხანდაზმულების თქვენთვის ნაცნობ გენდერულ განსხვავებებს.
2. დაადგინეთ, კორბინისა და სტრაუსის ქრონიკული დაავადების ტრაექტორიის რომელ სტადი(ებ)ას შეესაბამება ლ.ქ.-ს მდგომარეობა. რომელია თქვენი საექთნო მოვლის სამიზნე სტადია/სტადიები?
3. ქრონიკული ავადმყოფობის მქონე პაციენტების კორბინისა და სტრაუსის მიერ აღწერილ ამოცანებზე დაყრდნობით, როგორ შეაფასებდით, რამდენად აქვს ლ.ქ.-ს უნარი, ეს ამოცანები შეასრულოს? მის მიერ ამ ამოცანების შესრულების უნარის ოპტიმიზაციისთვის, რას ჩართავდით მის მოვლის გეგმაში?
4. განსაზღვრეთ ასაკის მატებასთან დაკავშირებული საკითხები და განმარტეთ, როგორ შეიძლება ის ვლინდებოდეს ამ შემთხვევაში.
5. დაუძღურების განვითარების რა რისკ-ფაქტორები აქვს ლ.ქ.-ს? ამათგან, რომელია მოდიფიცირებადი ფაქტორები?
6. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** ლ.ქ.-ს შემონღმებაზე დაყრდნობით, რომელია პრიორიტეტული საექთნო დიაგნოზი?
7. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** რომელია ლ.ქ.-სთვის პრიორიტეტული საექთნო ინტერვენციები?
8. ხანდაზმულთა მოვლის ალტერნატივების ცოდნაზე დაყრდნობით, ჰოსპიტალიდან განერის შემდეგ რომელი გარემო/დანესებულება შეიძლება იყოს მართებული ლ.ქ.-სთვის?
9. ამ შემთხვევაში, ხანდაზმულთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლობის რომელი რისკ-ფაქტორები იკვეთება?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Centers for Disease Control and Prevention: Chronic diseases and health promotion, Retrieved from www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm.
- Corbin JM, Strauss A: A nursing model for chronic illness management based upon the Trajectory Framework, *Sch Inq Nurs Pract* 5:155, 1991. (Classic)
- Centers for Disease Control and Prevention: Skin cancer module: practice exercises. Retrieved from www.cdc.gov/excite/skincancer/mod13.htm.
- Inouye J, Braquinsky N, Kataoka-Yahiro M: Randomized clinical trials of self-management with Asian/Pacific Islanders, *Clin Nurs Res* 20:366, 2011.
- Stajduhar KI, Funk L, Wolse F, et al: Core aspects of “empowering” caregivers as articulated by leaders in home health care: palliative and chronic illness contexts, *Can J Nurse Res* 43:78, 2011.
- Administration on Aging: A profile of older Americans. Retrieved from www.aoa.gov/aoaroot/aging_statistics/Profile/2010/3.aspx.
- US Census Bureau: Facts for features and special editions. Retrieved from www.census.gov/newsroom/releases/archives/facts_for_features_special_editions.
- Administration on Aging: Projected future growth of the older population. Retrieved from www.aoa.gov/AoARoot/AgingStatistics.
- Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, et al: Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review, *BMC Geriatr* 11:33, 2011.
- Luo Y, Waite LJ: Mistreatment and psychological well-being among older adults: exploring the role of psychosocial resources and deficits, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 66:217, 2011.
- Scott G: Ageism is rife in health care, *Nurs Stan* 25:1, 2011.
- Kourtis N, Tavernarakis N: Cellular stress response pathways and ageing: intricate molecular relationships, *EMBO J* 30:2520, 2011.
- Barnes SK, Ozanne SE: Pathways linking the early environment to long-term health and lifespan, *Prog Biophys Mol Biol* 106:323, 2011.
- Weiss EP, Fontana L: Caloric restriction: powerful protection for the aging heart and vasculature, *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 301:H1205, 2011.
- Dunn-Lewis C, Karemer WJ, Kupchak BR, et al: A multinutrient supplement reduced markers of inflammation and improved physical performance in active individuals of middle to older age: a randomized, double-blind, placebo-controlled study, *Nutr J* 10:90, 2011.
- Nowrangi MA, Rao V, Lyketsos CG: Epidemiology, assessment, and treatment of dementia, *Psychiatr Clin North Am* 34:277, 2011.
- Thorpe JM, Thorpe CT, Kennelty KA, et al: Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis, *BMC Health Serv Res* 3:11, 2011.
- Griffin SF, Williams JE, Hickman P, et al: A university, community coalition, and town partnership to promote walking, *J Public Health Manag Pract* 17:358, 2011.

- McIlhenny CV, Guzik BL, Knee DR, et al: Using technology to deliver healthcare education to rural patients, *Rural Remote Health* 11:1798, 2011.
- Nkosi ZZ, Asah F, Pillay P: Post-basic nursing students' access to and attitudes toward the use of information technology in practice: a descriptive analysis, *J Nurs Manag* 19:876, 2011.
- Fargo J, Metraux S, Byrne T, et al: Prevalence and risk of homelessness among US veterans: a multisite investigation: the selected works of Dennis P. Culhane. Retrieved from www.works.bepress.com/dennis_culhane/107.
- Brown RT, Kiely DK, Bharel M, et al: Geriatric syndromes in older homeless adults, *J Gen Internal Med* 27:16, 2012.
- Xue QL: The frailty syndrome: definition and natural history, *Clin Geriatr Med* 27:1, 2011.
- McBride M: Ethnogeriatrics and cultural competence for nursing practice. Retrieved from consultgerirn.org/topics/ethnogeriatrics_and_cultural_competence_for_nursing_practice/want_to_know_more.
- Kim G, Worley CB, Allen RS, et al: Vulnerability of older Latino and Asian immigrants with limited English proficiency, *J Am Geriatr Soc* 59:1246, 2011.
- August KJ, Sorkin DH: Racial and ethnic disparities in indicators of physical health status: do they still exist throughout late life? *J Am Geriatr Soc* 58:2009, 2010.
- National Family Caregivers Association: Who are America's family caregivers? Retrieved from www.nfcacares.org/who_are_family_caregiver.
- Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, et al: Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study, *Am J Public Health* 100:292, 2010.
- Lachs M, Bachman R, Williams CS, et al: Resident-to-resident elder mistreatment and police contact in nursing homes: findings from a population-based cohort, *J Am Geriatr Soc* 55:840, 2007. (Classic)
- US Department of Health and Human Services: The national elder abuse incidence study. Retrieved from <http://purl.access.gpo.gov/GPO/LPS104188>.
- Cisler JM, Amstadter AB, Begle AM, et al: Elder mistreatment and physical health among older adults: the South Carolina Elder Mistreatment Study, *J Trauma Stress* 23:461, 2010.
- Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, et al: Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital, *Cochrane Database Syst Rev* 7:CD006211, 2011.
- Mosqueda L, Dong X: Elder abuse and self-neglect: "I don't care anything about going to the doctor, to be honest..." *JAMA* 306:532, 2011.
- HealthCare.gov: Improving care transitions. Retrieved from www.healthcare.gov/compare/partnership-for-patients/safety/transitions.html#BackgroudonCareTransitions.
- Medicare.gov: Medicare basics. Retrieved from www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-basicsoverview.aspx.

- Thompson HJ, Demiris G, Rue T, et al: A holistic approach to assess older adults' wellness using e-health technologies, *Telemed J E Health* 17(10):794, 2011.
- Medication Use Safety Training for Seniors: Facts: older adults and medicine use. Retrieved from www.mustforseniors.org/facts.jsp.
- National Institute of Mental Health: Older adults: depression and suicide facts. Retrieved from www.nimh.nih.gov/health/publications/older-adults-depression-and-suicide-facts-fact-sheet/index.shtml.
- Enmarker I, Olsen R, Hellzen O: Management of person with dementia with aggressive and violent behavior: a systematic literature review, *Int J Older People Nurs* 6:153, 2011.
- AARP www.aarp.org
- Administration on Aging www.aoa.gov
- American Geriatrics Society www.americangeriatrics.org
- American Society on Aging www.asaging.org
- Best Practices in Nursing Care to Older Adults www.consultgerirn.org
- Centers for Disease Control and Prevention—Healthy Aging www.cdc.gov/aging
- Centers for Medicare and Medicaid Services www.cms.gov
- Hartford Institute for Geriatric Nursing www.hartfordign.org
- National Caucus and Center on Black Aged www.ncba-aged.org
- National Center on Elder Abuse www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/index.aspx
- National Gerontological Nursing Association www.NGNA.org
- National Hispanic Council on Aging www.nhcoa.org
- National Indian Council on Aging www.nicoa.org
- National Institute on Aging www.nia.nih.gov

თავი 5

სტრესი და სტრესის მართვა

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

1. ტერმინების *სტრესორისა* და *სტრესის* ერთმანეთისგან განსხვავებას;
2. სტრესის მართვაში გამკლავების როლის აღწერას;
3. სტრესის პროცესში ნერვული და ენდოკრინული სისტემების როლის აღწერას;
4. სტრესის იმუნურ სისტემაზე მოქმედების აღწერას;
5. სტრესის ჯანმრთელობაზე მოქმედების აღწერას;
6. იმ გამკლავებისა და რელაქსაციის სტრატეგიების აღწერას, რომელთა გამოყენებაც თქვენ ან სტრესში მყოფ პაციენტს შეუძლია;
7. სტრესის ქვეშ მყოფი პაციენტის საექთნო შეფასებისა და მართვის აღწერას;

პაციენტებსა და მათ მომვლელებში ხშირია სტრესი და შფოთვა. ის, თუ როგორ უმკლავდებიან ისინი სტრესს, უდიდეს ზეგავლენას ახდენს მათ კარგად ყოფნაზე/ კეთილდღეობაზე. როგორც ექთანი, თქვენ მნიშვნელოვან როლს ასრულებთ მათთვის სტრესული მოვლენების მართვის ხელშეწყობაში.

სტრესი მძლავრად გემოქმედებს გონებაზე და, შესაბამისად, ადამიანის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზეც. ამ თავში განხილულია, როგორ შეიძლება იმოქმედოს სტრესმა გონებასა და სხეულზე და როგორ შეუძლია პიროვნებას, ეფექტურად გაუმკლავდეს მას.

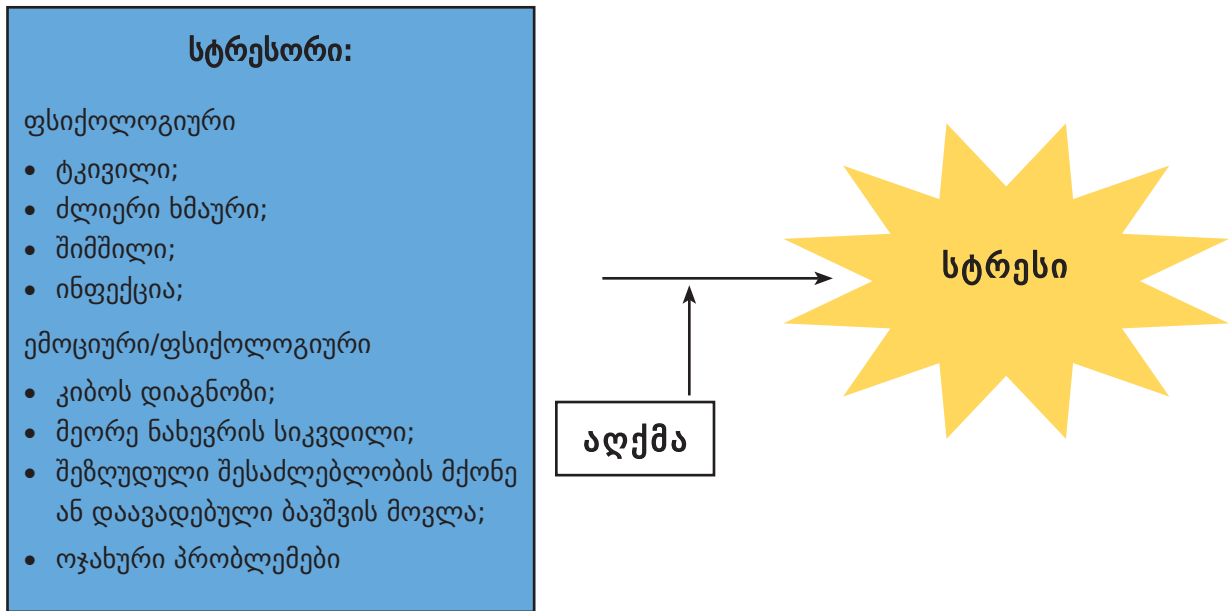
სტრესის განმარტება

სტრესი არის აღქმულ (ნამდვილ ან წარმოსახვით) მოთხოვნებთან ან საკუთარი მენტალური, ემოციური ან სულიერი კეთილდღეობისთვის საფრთხისშემცველ მოვლენებთან გამკლავების შეუძლებლობა. რადგანაც მოთხოვნის აღქმა ადამიანსა და ვითარებაზე დამოკიდებულია, ის, რაც ერთი ადამიანისთვის ემოციურად ან ფსიქოლოგიურად სტრესულია, მეორესთვის შესაძლოა სტრესული სულაც არ იყოს. კონკრეტულ სტრესორზე ინდივიდუალური რეაქციებიც მეტად მრავალფეროვანია. პოტენციური სტრესორის აღქმა მოქმედებს ინდივიდის მიერ ამ სტრესორზე რეაგირების სახეზე (ცხრილი. 5-1). ეს შემდეგ მაგალითებშია ნაჩვენები:

- ბ.ჯ. 43 წლის ქალია, რომელსაც ფიბროიდების გამო ჩაუტარდა ლაპაროსკოპიული ჰისტერექტომია და ახლა დეპრესია აქვს. მას არ სურს საკუთარი თავის მოვლის ჩვეული აქტივობების შესრულება. თქვენ გაკვირვებული ხართ მისი რეაქციით და მიიჩნევთ, რომ ეს საკმაოდ მარტივი ოპერაციაა და მან ცხოვრება უნდა განაგრძოს. შემდგომი გამოკითხვისას თქვენ აღმოაჩინეთ, რომ მისთვის საშვილოსნოს დაკარგვა უდიდესი ფსიქოლოგიური სტრესორი იყო, რადგან ის ამას ქალობისა და ფემინურობის დაკარგვად აღიქვამს;

- კ.რ. 52 წლის ქალია, რომელსაც თავისმა ექიმმა ახლა აუწყა ტიპი 2 დიაბეტის დიაგნოზის შესახებ. ექიმის მასთან ვიზიტის შემდეგ, თქვენ მზად ხართ მისი ემოციური მხარდაჭერისთვის. თუმცა, თქვენ იბნევით, რადგან ის იღიმის და თითქოს შვებით ამოისუნთქავს. თქვენ ფიქრობთ, რომ დიაგნოზი წესით სტრესული უნდა იყოს. თუმცა, კ.რ. გეუბნებათ, რომ მართლაც გულზე მოეშვა, რადგან კვირების განმავლობაში ფიქრობდა, რომ მისი სიმპტომები ტერმინალურ კიბოს უკავშირდებოდა;

ცხრილი 5-1



სტრესორის როლი შეიძლება ბევრმა სხვადასხვა მოვლენამ ან ფაქტორმა შეასრულოს. სტრესორები შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური ან ემოციური/ფსიქოლოგიური (იხ. ცხრ. 5-1). ემოციური/ფსიქოლოგიური სტრესორები შეიძლება იყოს დადებითი (პოზიტიური) ან უარყოფითი (ნეგატიური). მაგალითად, ბავშვის დაბადება დადებითი სტრესორია, ოჯახური უთანხმოება კი – უარყოფითი.

სტრესორების საკვანძო ასპექტი ისაა, რო ისინი ინდივიდის მიერ ადაპტაციას მოითხოვს. გარდა ამისა, სტრესორის საპასუხო ქცევითი და ფიზიოლოგიური ადაპტაციური რეაქციების განსხვავებები შესაძლოა დამოკიდებული იყოს სტრესორის ხანგრძლივობაზე (მწვავე ან ქრონიკული) და სტრესორის ინტენსივობაზე (მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის ან მძიმე). მაგალითად, ინდივიდზე, რომელიც საყვარელ ადამიანზე ზრუნვის ქრონიკული სტრესის ქვეშაა, შესაძლოა მოქმედებდეს ბევრი მწვავე ეპიზოდური სტრესორი (მაგ., ავტოსაგზაო შემთხვევა, გრიპი). ამრიგად, სტრესორის ტიპი, ხანგრძლივობა და ინტენსივობა ინდივიდის ადაპტაციურ რეაქციაზე მოქმედი მნიშვნელოვანი ცვლადებია (სურ. 5-1).



სტრესის საპასუხო რეაქციაზე მოქმედი ფაქტორები

რატომ რეაგირებენ ადამიანები სტრესზე ამდენად განსხვავებულად? რატომ უმკლავდება ზოგიერთი ადამიანი სტრესს სხვებზე უკეთ? საინტერესოა, რომ ზოგიერთი ინდივიდი მძიმე ცხოვრებისეული მოვლენების მიუხედავად, სტრესის ეფექტებს არ ეპუება. ინდივიდის სტრესის საპასუხო რეაქციაზე მოქმედებს გარეგანი და შინაგანი ფაქტორები (ცხრილი 5-2). ეს ფაქტორები გამოკვეთს ადამიანზე სტრესის ზეგავლენის შეფასებისას კოლისტური მიდგომის გამოყენების მნიშვნელობას.

სტრესის ეფექტების ბუფერირება ოთხი საკვანძო პიროვნული მახასიათებლით/თვისებით ხდება. ესენია: მოქნილობა, მდგრადობა, დამოკიდებულება და ოპტიმიზმი. მოქნილობა ნიშნავს მოხერხებულობას, მოქნილობასა და პრობლემების გადაჭრის კარგი უნარ-ჩვევების ქონას. ასეთი ინდივიდები ნაკლებად აღიქვამენ კონკრეტულ მოვლენას სტრესულად.

მდგრადობა სამი მახასიათებლის კომბინაციაა: ვალდებულება, კონტროლი და საკითხისადმი ღიაობა. ერთად ეს თვისებები სძენს ადამიანს პოტენციური უბედურების პიროვნული ზრდის შესაძლებლობებად გარდაქმნისთვის საჭირო გამბედაობასა და მოტივაციას.

ადამიანზე სტრესის ზეგავლენაზე შესაძლოა იმოქმედოს *დამოკიდებულებამაც*. დადებითად განწყობილი ადამიანები უარყოფითი განწყობის მქონე ადამიანებისგან განსხვავებულად აღიქვამენ ვითარებებს. ადამიანის დამოკიდებულება/განწყობა მოქმედებს მის მიერ სტრესის მართვაზეც. დადებითი ემოციური დამოკიდებულებებით გარკვეულ დონეზე შესაძლებელია დაავადებების თავიდან აცილება და სიცოცხლის გახანგრძლივება.

ოპტიმიზმები სტრესს ზოგადად უფრო ეფექტურად უმკლავდებიან. ოპტიმიზმი ასევე ამცირებს სტრესთან დაკავშირებული ავადობის რისკებს. როცა ოპტიმიზტი ავად ხდება, ის ძირითადად უფრო მალე გამოჯანმრთელდება. პესიმიზმები ხშირად უარყოფენ პრობლემას, განერიდებიან სტრესულ მოვლენას, სტრესულ შეგრძნებებზე ფოკუსირდებიან ან აძლევენ სტრესორს საშუალებას, შეაფერხოს მიზნის მიღწევა. უფრო პესიმიზტუ-

¹⁹ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

რი განწყობების მქონე ინდივიდებს, მათივე გადმოცემით, უარესი ჯანმრთელობა აქვთ, ვიდრე ოპტიმისტებს.

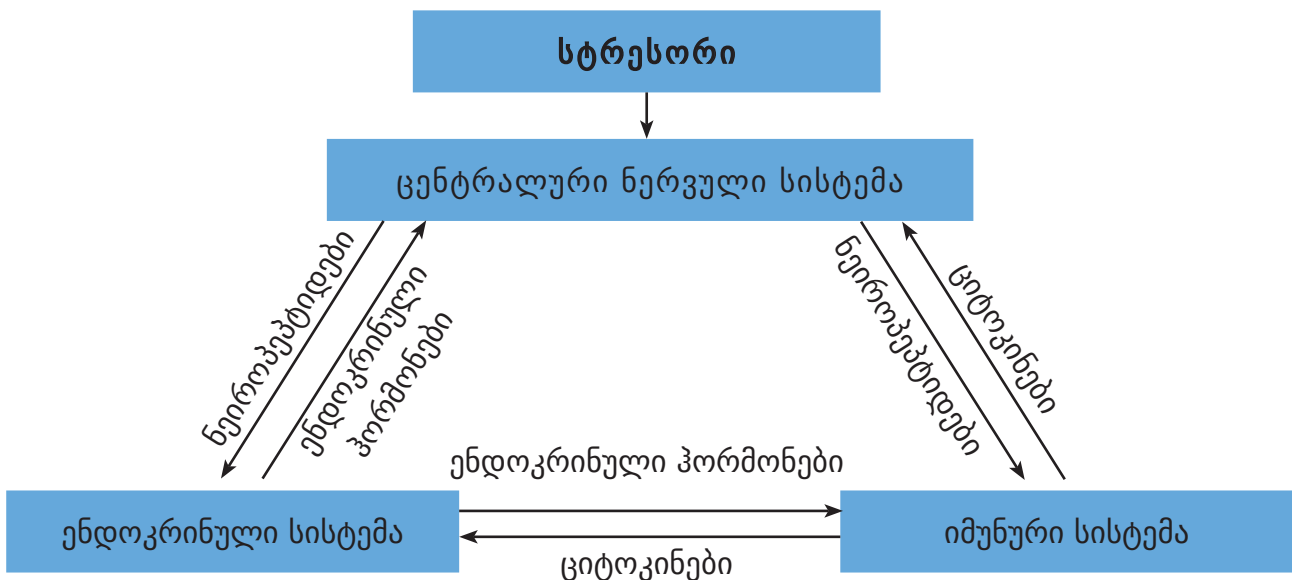
პიროვნულ მახასიათებლებთან ერთად, სტრესთან გამკლავების უნარზე მნიშვნელოვნად მოქმედებს გარეგანი ფაქტორებიც. ადამიანის სტრესორებთან გამკლავების უნარზე დიდი გავლენა აქვს სოციალური მხარდაჭერის ძლიერ სისტემას და ოჯახის წევრებისა და მეგობრებისგან დადებით მხარდაჭერას.

ცხრილი 5-2 სტრესის საპასუხო რეაქციაზე მოქმედი ფაქტორები	
შინაგანი	გარეგანი
<ul style="list-style-type: none"> • ასაკი • ჯანმრთელობის მდგომარეობა • პიროვნული მახასიათებლები • სტრესორებთან წარსული გამოცდილება • გენეტიკური ფონი • მოქნილობა • მდგრადობა • დამოკიდებულება • ოპტიმისტური განწყობა • კვებითი/ნუტრიციული სტატუსი • ძილის მდგომარეობა 	<ul style="list-style-type: none"> • კულტურული და ეთნიკური ფაქტორები • სოცო-ეკონომიკური სტატუსი • სოციალური მხარდაჭერა • რელიგიური ან სპირიტუალური ფაქტორები • სტრესორების ზემოქმედების დრო • უკვე მოქმედი სტრესორების რაოდენობა

სტრესის საპასუხო ფიზიოლოგიური რეაქცია

ამ სექციაში განხილულია ნერვული, ენდოკრინული და იმუნური სისტემების როლი. ეს სისტემები ურთიერთდაკავშირებულია და ეს ურთიერთკავშირი სტრესის საპასუხო ფიზიოლოგიურ რეაქციაში გამოიხატება (ცხრილი 5-3). გარდა ამისა, ამ სისტემების სტრესული აქტივაცია მოქმედებს ორგანოთა სხვა სისტემებზეც, მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქ, საჭმლის მომნელებელ, საშარდე (თირკმელი) და რეპროდუქციულ სისტემებზე.

ცხრილი 5-3



კომპლექსური პროცესი, რომლის დროსაც კონკრეტული მოვლენა სტრესორად აღიქმება და ორგანიზმი მასზე რეაგირებს, სრულად გააზრებული, „გაშიფრული“ არ არის. ორგანიზმზე სტრესის ზემოქმედებას განსაზღვრავს სტრესორზე (ნამდვილი ან წარმოსახვითი, ფიზიოლოგიური ან ემოციური/ფსიქოლოგიური) ადამიანის რეაქცია.

ჰანს სელიე სტრესის კვლევის პიონერი იყო, რომელმაც 70 წელზე დიდი ხნის წინ დაადგინა, რომ სხვადასხვა სახის სტრესორები მსგავს ფიზიკურ რეაქციას წარმოშობს. მან სტრესის საპასუხო ამ ფიზიკურ რეაქციას *ზოგადი ადაპტაციის სინდრომი* უწოდა. ზოგადი ადაპტაციის სინდრომს სამი სტადია აქვს: განგაშის რეაქცია, წინააღმდეგობის (რეზისტენტობის) სტადია და გამოფიტვის სტადია.

ნერვული სისტემა

ნახევარსფეროების ქერქი

ნახევარსფეროების ქერქი ემოციურ/ფსიქოლოგიურ მოვლენას (სტრესორს) წარსული გამოცდილებებისა და მომავალი შედეგების ჭრილში აფასებს და ამ გზით დასახავს სამოქმედო გეგმას. სტრესორის აღქმაში სწორედ ეს ფუნქციები მონაწილეობს.

ლიმბური სისტემა

ლიმბური სისტემა თავის ტვინის შიგნითა შუამდებარე ნაწილში, ტვინის ფუძესთანაა განლაგებული. ლიმბური სისტემა ემოციებისა და ქცევის მნიშვნელოვანი მედიატორია. ლიმბური სისტემის სტიმულირებისას ამოქმედდება ისეთი ემოციები, შეგრძნებები და ქცევები, რომელიც გადარჩენასა და თვითპრეზერვაციას უზრუნველყოფს.

ბადებრივი (რეტიკულური) ფორმაცია

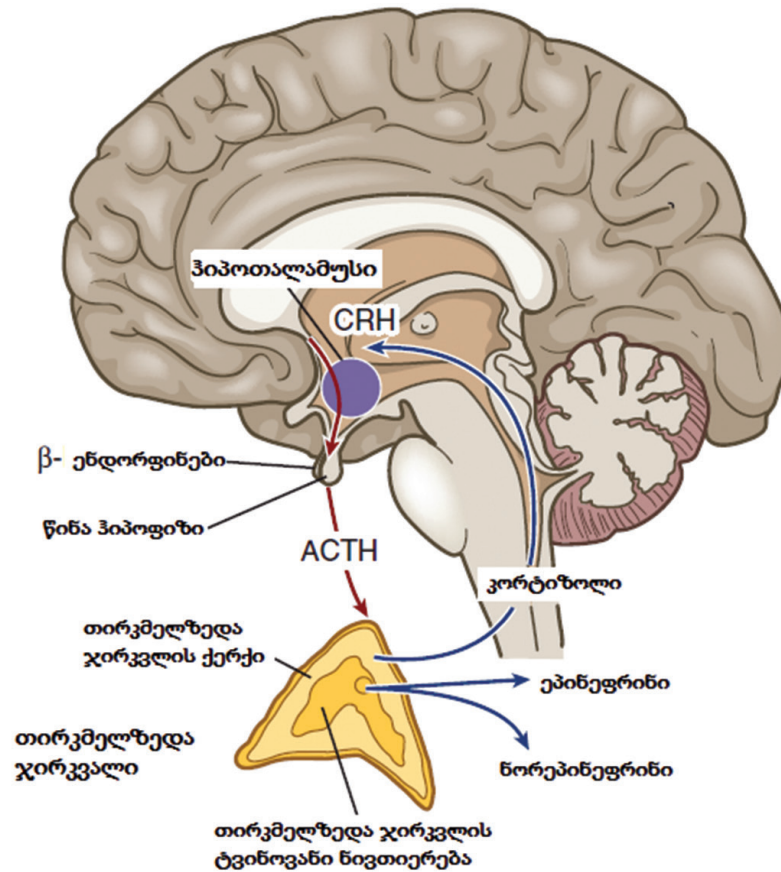
ბადებრივი ფორმაცია თავის ტვინის ღეროს ქვედა ბოლოსა და თალამუსს შორისაა განლაგებული. ის შეიცავს *რეტიკულურ გამააქტივებელ სისტემას*, რომელიც ლიმბურ სისტემას და ნახევარსფეროების ქერქს სიფხიზლის მასტიმულირებელ იმპულსებს გადასცემს. რეტიკულური გამააქტივებელი სისტემის სტიმულირებისას იმპულსების გადაცემა ძლიერდება, რაც ღვიძილს, სიფხიზლეს განაპირობებს. სტრესი ძირითადად აძლიერებს სიფხიზლეს და ძილის დარღვევებს იწვევს.

ჰიპოთალამუსი

ჰიპოთალამუსს, რომელიც თავის ტვინის ფუძეზე, უშუალოდ ჰიპოფიზის ზემოთ მდებარეობს, სტრესთან ადაპტაციის დამხმარე ბევრი ფუნქცია აქვს. სტრესი ააქტიურებს ლიმბურ სისტემას, რომელიც საპასუხოდ ჰიპოთალამუსს ასტიმულირებს. რადგანაც ჰიპოთალამუსი წინა ჰიპოფიზის ჰორმონების გამოთავისუფლების მარეგულირებელ ნეიროპეპტიდებს გამოყოფს, ის სტრესზე რეაგირებისას ნერვული და ენდოკრინული სისტემების მთავარი დამაკავშირებელია (სურ. 5-2).

სურათი 5-2²⁰ ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ ადრენალური ღერძი

ACTH – ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი; CRH – კორტიკოტროპინ-რელიზინგ ჰორმონი;



ჰიპოთალამუსი სტრესის საპასუხო რეაქციაში უმთავრეს როლს ასრულებს, რადგან ის არეგულირებს აუტონომური ნერვული სისტემის როგორც სიმპატიკურ, ისე პარასიმპატიკურ განშტოებებს. როცა ინდივიდი სტრესორს აღიქვამს, ჰიპოთალამუსი გზავნის სიგნალებს, რომელიც აღძრავს სტრესის საპასუხო როგორც ნერვულ, ისე ენდოკრინულ რეაქციებს. ეს უმთავრესად ნერვული ბოჭკოების მეშვეობით სიმპატიკური ნერვული სისტემის სტიმულირებითა და კორტიკოტროპინ-რელიზინგ ჰორმონის გამოთავისუფლების შედეგად ჰიპოფიზის მიერ ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის სეკრეციის სტიმულირებით მიიღწევა.

ენდოკრინული სისტემა

როცა სტრესის საპასუხოდ ჰიპოთალამუსი აქტიურდება, პროცესში ენდოკრინული სისტემაც ერთვება. სიმპატიკური ნერვული სისტემა თირკმელზედა ჯირკვალს ასტიმულირებს, რის შედეგადაც ეპინეფრინი და ნორეპინეფრინი (კატექოლამინები) გამოთავისუფლდება. კატექოლამინებისა და სიმპატიკური ნერვული სისტემის ეფექტს, რომელიც თირკმელზედა ჯირკვლის პასუხსაც მოიცავს, *სიმპატოადრენალური რეაქცია* ეწოდება. ეპინეფრინი და ნორეპინეფრინი ორგანიზმს *ბრძოლა ან გაქცევის რეაქციისთვის* ამზადებს (ცხრილი 5-4).

სტრესი ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-თირკმელზედა ჯირკვლის ღერძს ააქტიურებს. სტრესის საპასუხოდ ჰიპოთალამუსი კორტიკოტროპინ-რელიზინგ ჰორმონს გამოყოფს, რომელიც წინა ჰიპოფიზიდან პროოპიომელანოკორტინის (POMC) გამოთავისუფლებას

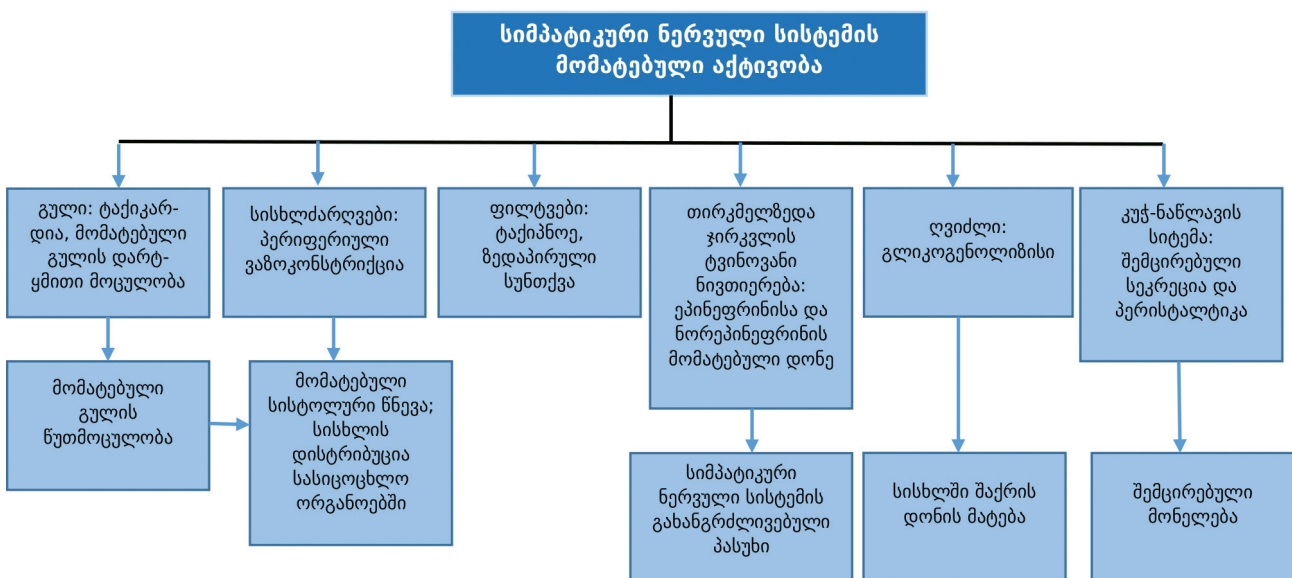
²⁰ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

ასტიმულირებს. როგორც ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი (ACTH), ისე ბეტა-ენდორფინი (ნეიროპეპტიდი) პროოპიომელანოკორტინისგან მომდინარეობს. ენდორფინებს ტკივილგამაყუჩებლების მსგავსი მოქმედება აქვს და სტრესული ვითარების დროს მტკივნეულ გამღიზიანებელზე რეაქციას, ანუ ტკივილის აღქმას ასუსტებს. ACTH კი თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქს ასტიმულირებს, რომელიც საპასუხოდ კორტიკოსტეროიდებს (მაგ., კორტიზოლი) და მცირედ ალდოსტერონს წარმოქმნის და გამოყოფს.

კორტიკოსტეროიდები სტრესის საპასუხო რეაქციის აუცილებელი კომპონენტია. კორტიზოლს ბევრი ფიზიოლოგიური ეფექტი აქვს, მაგალითად, სისხლში გლუკოზის დონის მატება, სისხლძარღვებზე კატექოლამინების მოქმედების პოტენციალი და ანთებითი რეაქციის ინჰიბირება. კორტიკოსტეროიდები ასევე „გამორთავს“ ან ამცირებს სტრესის საპასუხო რეაქციის ასპექტებს, რომელიც კონტროლის გარეშე შესაძლოა თვითგამანადგურებელი გახდეს. ამის მაგალითია ის, რომ კორტიკოსტეროიდები პროანთებითი მედიატორების, მაგალითად, ციტოკინების – სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორისა (TNF) და ინტერლეიკინ-1-ის (IL-1) – გამოთავისუფლებას თრგუნავს. ისეთი ვითარებების დროს, როგორცაა, მაგალითად, სეფსისი, ასეთი მედიატორების მუდმივი გამოთავისუფლება ორგანოთა დისფუნქციას იწვევს. ამრიგად, კორტიკოსტეროიდები არა მხოლოდ სტრესორზე ადაპტაციურ რეაქციას უწყობენ ხელს, არამედ ის ასევე თრგუნავს ჭარბ და პოტენციურად თვითგამანადგურებელ რეაქციას.

სტრესის საპასუხო რეაქცია მოიცავს: (1) ნუთმოცულობის (გულისცემათა გახშირებისა და დარტყმითი მოცულობის გაზრდის ხარჯზე), (2) სისხლში გლუკოზის დონის, (3) ჟანგბადის მოხმარების და (4) მეტაბოლური სიჩქარის მატებას (ცხრილი 5-4). ამასთან, ჩონჩხის კუნთების სისხლძარღვების გაფართოების შედეგად დიდ კუნთებს მეტი სისხლი მიეწოდება და მათ სწრაფი მოძრაობის საშუალება ეძლევა. თავის ტვინში სისხლის მიწოდების გაძლიერება მენტალურ სიფხიზლეს, სიცხადეს აძლიერებს. ტრავმული სისხლდენის შემთხვევაში, სისხლის მოცულობის მატება (რაც უზრუნველყოფს სითხის მატებითა და კუჭ-ნაწლავიდან სისხლის შუნტირებითაა განპირობებული) ხელს უწყობს სასიცოცხლო ორგანოების სათანადო სისხლმომარაგების შენარჩუნებას.

ცხრილი 5-4 „იბრძოლე ან გაიქეცი“ რეაქცია, საგანგაშო რეაქცია გამომდინარეობს სიმპატიკური ნერვული სისტემის მომატებული აქტივობით



სტრესის საპასუხო რეაქციის შეჯამება

რომ შევაჯამოთ, ბრძოლა ან გაქცევის რეაქცია წარმოადგენს მწვავე სტრესზე ორგანიზმის ადაპტაციის მექანიზმს. სტრესორების საპასუხო ეს რეაქცია აქტიურდება იმის მიუხედავად, სტრესორები ფიზიოლოგიურია (მაგ., მწვავე ტკივილი) თუ ემოციური/ფსიქოლოგიური (მაგ., ბავშვის სიკვდილი, სახლის დაწვა, შიში).

სტრესის საპასუხო მწვავე რეაქცია ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური აგზნების მდგომარეობაა, რომელიც ხასიათდება სიმპატიკური ნერვული სისტემის აქტივობის გაძლიერებით, რაც გულისცემათა და სუნთქვის სიხშირისმატებით, არტერიული წნევისმატებით, კუნთების დაძაბვით, თავის ტვინის აქტივობის გაძლიერებითა და კანის ტემპერატურის დაქვეითებით გამოიხატება.

იმუნური სისტემა

სტრესი იმუნურ სისტემაზეც ზემოქმედებს. ფსიქონეიროიმუნოლოგია ინტერდისციპლინური მეცნიერებაა, რომელიც ფსიქოლოგიურ, ნევროლოგიურ და იმუნურ რეაქციებს შორის ურთიერთკავშირებს შეისწავლის. რადგანაც თავის ტვინი იმუნურ სისტემას ნეიროანატომიური და ნეიროენდოკრინული გზებით უკავშირდება, სტრესორებს იმუნური ფუნქციის ცვლილების გამოწვევა შეუძლია (ცხრილი 5-5).

ნერვული სისტემიდან გამომავალი ნერვული ბოჭკოები იმუნური სისტემის უჯრედებსა და ქსოვილებზე (ე.ი. ელენთა, ლიმფური კვანძები) სინაფსდება. იმუნური სისტემის უჯრედებს ბევრი ნეიროპეპტიდისა და ჰორმონის რეცეპტორი აქვთ, რომელიც აძლევს მათ საშუალებას, ნერვულ და ნეიროენდოკრინულ სიგნალებს უპასუხონ. შედეგად ცენტრალური ნერვული სისტემის მეშვეობით სტრესის რეაქციის გადაცემა იმუნური უჯრედების აქტივობას ცვლის.

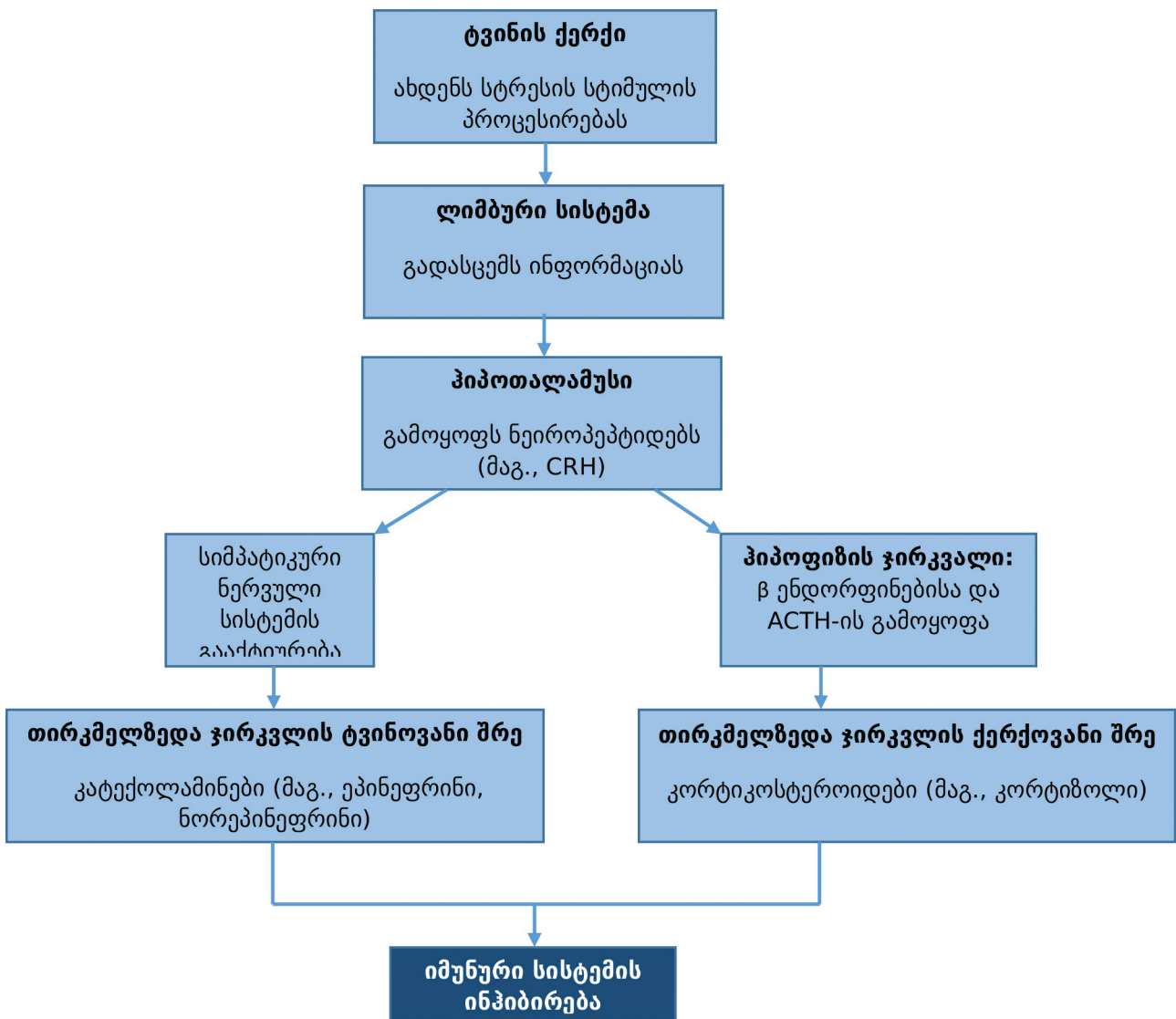
როგორც მწვავე, ისე ქრონიკულმა სტრესმა შესაძლოა გამოიწვიოს იმუნოსუპრესია. იმუნურ სისტემაზე სტრესის ზემოქმედებას მოსდევს: (1) ბუნებრივი მკვლელი უჯრედების რაოდენობისა და ფუნქციის შემცირება; (2) ლიმფოციტების პროლიფერაციის დათრგუნვა; (3) ციტოკინების (ლეიკოციტების და სხვა უჯრედების მიერ გამოყოფილი ხსნადი ფაქტორები), მაგალითად, ინტერფერონის და ინტერლეიკინების, წარმოქმნის ცვლილებები და (4) ნეიტროფილებისა და მონოციტების მიერ ფაგოციტოზის შემცირება.

მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ, რომ თავის ტვინისა და იმუნური სისტემის დამაკავშირებელი ქსელი ორმხრივია. ამ სისტემებიდან მომავალი სიგნალები ორი მიმართულებით გადაეცემა, რაც ამ სისტემებს შორის კომუნიკაციის საშუალებას იძლევა. შესაბამისად, გარდა იმისა, რომ ემოციები იმუნური პასუხის მოდიფიცირებას იწვევს, იმუნური უჯრედების პროდუქტებიც გადასცემს სიგნალებს თავის ტვინს და მის აქტივობას ცვლის. იმუნური სისტემიდან თავის ტვინში გადაცემული საკომუნიკაციო სიგნალების დიდი ნაწილი ციტოკინებითაა გაშუალებული. ციტოკინები იმუნური პასუხის კოორდინირებაში მთავარ როლს ასრულებს. მაგალითად, IL-1 (მონოციტების წარმოქმნილი ციტოკინი) ჰიპოთალამუსში მდებარე ტემპერატურის მარეგულირებელ ცენტრზე მოქმედებს და ინფექციური პათოგენების საპასუხო ფებრილურ რეაქციას წამოიწვევს.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემას აქვს იმუნური სისტემის ფუნქციაზე ზემოქმედების უნარი. სტრესით ინდუცირებულმა იმუნოსუპრესიამ შესაძლოა იმუნური საფუძვლის მქონე დაავადებების, მაგალითად, გაფანტული სკლეროზის, ასთმის, რევმატოიდული ართრიტისა და კიბოს გამწვავება ან პროგრესირების რისკისმატება გამოიწვიოს.

სტრესსა და იმუნურ პასუხთან დაკავშირებული ბევრი კითხვა კვლავ პასუხგაუცემელია. მაგალითად, არ არის ცნობილი, რა ხარისხის სტრესია საჭირო ცვლილებების გამოწვევისთვის ან რამდენად მკვეთრად უნდა შეიცვალოს იმუნური სისტემა, რომ დაავადებებისადმი მიდრეკილება განვითარდეს. დღეს ფსიქონეიროიმუნოლოგიის მკვლევარების უმთავრესი გამოწვევა სტრესით ინდუცირებული იმუნური ცვლილებებისა და ჯანმრთელობასა და ავადმყოფობის შედეგებთან მათი კავშირის შესწავლაა.

ცხრილი 5-5. ტვინის ქერქი ახდენს სტრესული სტიმულის პროცესირებას და გადასცემს ინფორმაციას ჰიპოთალამუსს ლიმბური სისტემის მეშვეობით, რის შედეგადაც ხდება ადრენოკორტიკოტროპული (ACTH) ჰორმონის გამოყოფა ჰიპოფიზის ჯირკვლიდან კორტიკოტროპინ რელიზინგ ჰორმონის (CRH) სტიმულაციის შედეგად. ACTH ახდენს გეგვლენას თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქზე და გამოთავისუფლებს კორტიკოსტეროიდებს. სიმპატიკური ნერვული სისტემის სტიმულაციის შედეგად ხდება ეპინეფრინისა და ნორეპინეფრინის გამოყოფა თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი შრიდან. საბოლოო შედეგია იმუნური სისტემის ინჰიბიცია.



სტრესის ზემოქმედება ჯანმრთელობაზე

მწვავე სტრესი იწვევს ისეთ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს, რომელიც ადამიანის ადაპტაციური გადარჩენისთვისაა აუცილებელი. ეს თქვენი „განგაშის სისტემაა“. თუმცა, თუ სტრესი ჭარბი ან გახანგრძლივებულია, შესაძლებელია ადაპტაცია ვერ მოხერხდეს და ზიანი და დაავადება გამოიწვიოს. თქვენი ორგანიზმი მუდმივად განგაშის მდგომარეობაში არ უნდა იყოს. როცა ადამიანი ქრონიკულ, შეუმსუბუქებელ სტრესს განიცდის, ორგანიზმის დამცველობითი სისტემები მოთხოვნებს ვეღარ უმკლავდება. ამრიგად, სტრესი ხელს უწყობს ადაპტაციური დაავადებების, ანუ სტრესთან დაკავშირებული ავადმყოფობების განვითარებას (ცხრილი 5-6).

სტრესი უკავშირდება სიკვდილის ნამყვან გამოწვევებს, მათ შორის კიბოს, უბედურ შემთხვევებსა და თვითმკვლელობებს. სტრესმა შესაძლოა იმოქმედოს კოგნიტურ ფუნქციებზე, კერძოდ, გამოიწვიოს კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება, მეხსიერების პრობლემები, შემანუხებელი სიზმრები, ძილის დარღვევები და გადაწყვეტილებების მიღების შეფერხება. სტრესი ქცევის მრავალ ცვლილებასაც იწვევს, მაგალითად, ადამიანი შესაძლოა განერიდოს სხვა ადამიანებს, გახდეს ჩუმი ან უჩვეულოდ ბევრს ლაპარაკობდეს, შეიცვალოს კვებითი ჩვევები, ჭარბი რაოდენობით მიიღოს ალკოჰოლი ან გახდეს ადვილად გაღიზიანებადი.

სიმპატიკური ნერვული სისტემის ჭარბი აქტივაციის გამო კატექოლამინების ხანგრძლივი ზემოქმედების შედეგად შეიძლება გაიზარდოს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, მაგალითად, ათეროსკლეროზისა და ჰიპერტენზიის რისკი. სტრესმა შესაძლოა გამოიწვიოს ან დაამძიმოს სხვა მდგომარეობებიც, კერძოდ, შაკიკი, გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი და პეპტიური წყლული. სტრესი მოქმედებს მეტაბოლური მდგომარეობების, მაგალითად, შაქრიანი დიაბეტის კონტროლზეც. სტანდარტულ მკურნალობასთან ერთად, ამ დაავადებების მართვას ხელს უწყობს სტრესის შემცირებისა და მოდუნებისკენ/რელაქსაციისკენ მიმართული ქცევითი ინტერვენციები.

სტრესული მოვლენების გამო ადამიანი შესაძლოა ინფექციისკენ მიდრეკილი გახდეს. მაგალითად, ფსიქოლოგიურმა სტრესმა შესაძლოა გაციების რისკი გაზარდოს. საეტაპო კვლევაში ჯანმრთელ მოხალისეებს ინტრანაზალურად ზედა სასუნთქი გზების ვირუსების დაბალი დოზები მიეწოდათ. სუბიექტებს ჩაუტარდათ ფსიქოლოგიური ტესტირება, რათა დადგენილიყო, მოხდა თუ არა მათ ცხოვრებაში სტრესული მოვლენები და რა რეაქცია ჰქონდათ მათ ამ სტრესზე. აღმოჩნდა, რომ ვირუსული ინფექციისა და კლინიკური გაციების მაჩვენებლები ფსიქოლოგიური სტრესის ხარისხის პირდაპირპროპორციულად გაიზარდა. ამ კვლევის ფარგლებში, სოციალურმა მხარდაჭერამ სტრესის ეფექტების ბუფერირებას შეუწყო ხელი.

სტრესი ხშირად ამძიმებს სიმსუქნესა და დეპრესიას. ამ პრობლემების მქონე ადამიანები აღნიშნავენ, რომ მათ სტრესის შემსუბუქებისთვის და თავიანთი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის აუცილებელი ნაბიჯების გადადგმა არ შეუძლიათ და უმკლავდებიან შეფერხებული ადაპტაციის პირობებში.

უჭრედულ დონეზე სტრესმა შესაძლოა ასაკთან დაკავშირებული დაავადებების ნაადრევად დაწყება გამოიწვიოს. არსებობს კავშირი სტრესსა და ტელომერების სიგრძეს შორის. ტელომერები ქრომოსომის დამცავი დაბოლოებებია და მათი ზომის შემცირება დაბერების ინდიკატორია. სტრესის ქვეშ მყოფი და დეპრესიის მქონე ინდივიდების ტელომერები უფრო მოკლეა, ვიდრე ჯანმრთელი ადამიანებისა. ამრიგად, სტრესმა შესაძლოა ჩვენი

დნმ-ის ცვლილება და უჯრედების დაბერების დაჩქარება გამოიწვიოს. სწორედ ამითაა განპირობებული სტრესის გრძელვადიანი ეფექტები ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე.

ცხოვრების ადრეულ ეტაპზე განცდილი არასასურველი გამოცდილებები ტვინის ფუნქციებზე მოქმედებს. ადრეულმა ცხოვრებისეულმა სტრესმა შესაძლოა ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-თირკმელზედა ჯირკვლის ღერძის ჩამოყალიბებაზე იმოქმედოს და საბოლოოდ ნეიროქცევიითი ცვლილებები გამოიწვიოს. ადამიანებს, რომელთაც ბავშვობაში დიდი ფსიქოლოგიური სტრესის გადატანა მოუხდათ, სიბერის ქრონიკული დაავადებებით ავადობისა და სიკვდილიანობის უფრო მაღალი მაჩვენებლები აქვთ. სიღარიბეში გაზრდილ ან მშობლებისგან არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლ ბავშვებში იზრდება სისხლძარღვების დაავადების, აუტოიმუნური დაავადებების და ნაადრევი სიკვდილის რისკი.

ქრონიკული სტრესი ქრონიკული ავადმყოფობის უმთავრესი განმაპირობებელია. ქრონიკული ავადმყოფობები კი, თავის მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯების მკვეთრ ესკალაციას განაპირობებს. მეტად მნიშვნელოვანია, მთელმა სამედიცინო საზოგადოებამ გაიაზროს, რაოდენ დიდ როლს ასრულებს სტრესი და არაჯანსაღი ქცევები ქრონიკული სამედიცინო მდგომარეობების აღმოცენებასა და გამწვავებაში.

ცხრილი 5-6 დაავადებები/დარღვევები სტრესის კომპონენტით²¹
<ul style="list-style-type: none"> • დეპრესია • დისპეპსია • კვებითი აშლილობები • ერექციული დისფუნქცია • დაღლილობა • ფიბრომიალგია • თავის ტკივილი • ჰიპერტენზია • უძილობა • გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი • წელის ტკივილი • მენსტრუალური დარღვევები • პეპტიური წყლული • სქესობრივი დისფუნქცია

გამკლავება

თქვენ ყოველთვის არ ირჩევთ თქვენს ბედისწერას, მაგრამ თქვენ შეგიძლიათ აირჩიოთ, როგორ გაუმკლავდებით მას. ნორმან ვინსენტ პილი

გამკლავება არის ადამიანის კოგნიტური და ქცევითი ძალისხმევა, მართოს სტრესორები, რომელიც ხელმისაწვდომ რესურსებს აღემატება. გამკლავება შეიძლება იყოს დადებითი ან უარყოფითი. დადებითი გამკლავება მოიცავს ისეთ აქტივობებს, როგორიცაა ვარჯიში და ოჯახთან ან მეგობრებთან დროის გატარება. უარყოფითი გამკლავება შესაძლოა მოიცავდეს ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებას და უარყოფას.

²¹ ჩამონათვალი ყოვლისმომცველი არ არის

სტრესულ ვითარებებთან გამკლავების შესაძლებლობაზე მოქმედებს გამკლავების რესურსების ხელმისაწვდომობა. *გამკლავების რესურსები* ის მახასიათებლები და ქცევებია, რომელიც სტრესის მართვისთვის გამოიყენება. ამაში შედის პერსონალური ან გარემო ფაქტორები, მაგალითად, ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რწმენა, პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევები, სოციალური უნარ-ჩვევები, სოციალური მხარდაჭერა და ფინანსური რესურსები. პაციენტის გამკლავების რესურსების ცოდნა შესაძლოა დაგეხმაროთ არსებული რესურსების განმტკიცებაში და ამ რესურსების გაფართოების სტრატეგიების შემუშავებაში.

გამკლავების სტრატეგიები ორ ფართო კატეგორიად იყოფა: ემოციებზე ფოკუსირებული გამკლავება და პრობლემაზე ფოკუსირებული გამკლავება. ემოციებზე ფოკუსირებული გამკლავება გულისხმობს სტრესული მოვლენის თანმხლები ემოციების მართვას. ემოციებზე ფოკუსირებული გამკლავების მაგალითებია გრძნობების მეგობართან განხილვა და ცხელი აბაზანის მიღება. პრობლემაზე ფოკუსირებული გამკლავება მოიცავს სტრესის გამომწვევი პრობლემების გადაჭრისკენ მიმართულ მცდელობას. ამ ტიპის გამკლავების მაგალითებია პრიორიტეტების დასახვა, ინფორმაციის მოძიება და რჩევების ძიება.

სტრესორებთან გამკლავებისთვის ორივე სტრატეგიის გამოყენებაა შესაძლებელი და ერთსა და იმავე სტრესორთან გამკლავებისთვის მათი კომბინაციაც შეიძლება იქნას გამოყენებული. 5-7 ცხრილში მოცემულია ერთსა და იმავე სტრესულ ვითარებასთან გამკლავების ემოციებზე და პრობლემაზე ფოკუსირებული სტრატეგიები. 5-8 ცხრილში გამკლავების სტრატეგიების მაგალითებია მოყვანილი.

როცა ვითარების შეცვლა ან კონტროლი შეუძლებელია, შესაძლოა, ემოციებზე ფოკუსირებული გამკლავება პრედომინირებდეს. ემოციებზე ფოკუსირებული გამკლავების უმთავრესი მიზანი უარყოფითი ემოციების შემცირება და კეთილდღეობის, კარგად ყოფნის შეგრძნების ჩამოყალიბებაა. მიუხედავად იმისა, რომ ეს შესაძლოა ვითარების გადაჭრისკენ მიმართულ ქმედებად არ გეჩვენოთ, ემოციებზე ფოკუსირებული გამკლავება სხვადასხვა სტრესულ ვითარებასთან გამკლავების სრულებით ვალიდური და ადეკვატური გზაა.

თუ პრობლემის შეცვლა ან კონტროლი შესაძლებელია, ყველაზე გამოსადეგი სტრატეგია პრობლემაზე ფოკუსირებული გამკლავებაა. პრობლემაზე ფოკუსირებული გამკლავების სტრატეგიები ადამიანს საშუალებას აძლევს, გამონწვევას ობიექტურად შეხედოს, მისი გამოსწორებისთვის იმოქმედოს და ამრიგად შეამციროს სტრესი.

წარმატებული გამკლავების საკვანძო ასპექტი *გამკლავების მოქნილობაა*, რაც გულისხმობს დროთა განმავლობაში, სხვადასხვა სტრესულ ვითარებაში გამკლავების სტრატეგიების ცვლილებისა და ადაპტირების უნარს. სტრესული გარემოს დაძლევა ყველაზე ეფექტურად სწორედ მოქნილი გამკლავების მეშვეობით ხერხდება, რადგან ვითარების შესაბამისად, ზოგიერთი სტრატეგია სხვებზე ეფექტურია ხოლმე.

ცხრილი 5-7 პრობლემაზე და ემოციებზე ფოკუსირებული გამკლავება		
სტრესორი	პრობლემაზე ფოკუსირებული გამკლავება	ემოციებზე ფოკუსირებული გამკლავება
გამოცდაში ჩაჭრა	ტუტორის/რეპეტიტორის მოძიება	სარბენად გასვლა
დიაბეტის დიაგნოზის გაგება	დიაბეტის შესახებ საგანმანათლებლო გაკვეთილებზე დასწრება	მასაჟის გაკეთება

მამოგრამაზე საექვო შედეგების მიღება	ულტრაბგერით გამოკვლევაზე ჩაწერა	შფოთვის შეგრძნებების მეგობრებისთვის და ექთნისთვის გაზიარება
-------------------------------------	---------------------------------	---

ცხრილი 5-8 გამკლავების სტრატეგიები	
სტრატეგია	აღწერა
სოციალური მხარდაჭერა	<ul style="list-style-type: none"> • თვითდახმარების ჯგუფები და პროფესიონალური დახმარება • ოჯახთან და მეგობრებთან ურთიერთობები
ვარჯიში	<ul style="list-style-type: none"> • მოძრაობის ნებისმიერი ფორმა, განსაკუთრებით, აერობული მოძრაობა • შეგვიძლია წარმოვიდგინოთ, როგორც მედიტაცია მოძრაობაში • აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას, აძლიერებს ენდორფინების გამოთავისუფლებას და კეთილდღეობის შეგრძნებას
დღიურის წარმოება	<ul style="list-style-type: none"> • აძლევს ადამიანს საშუალებას, საკუთარი თავი წერით გამოხატოს • შეუძლია დაწეროს მოვლენების, აზრების, გრძნობების, მოგონებებისა და აღქმის შესახებ • აძლევს ადამიანს საშუალებას, შეიმციროს სტრესი, გაიუმჯობესოს გამკლავება და უკეთ შეიძინოს საკუთარი თავი
არტ-თერაპია	<ul style="list-style-type: none"> • აძლევს ადამიანს საშუალებას, არავერბალურად გამოხატოს და გააზიაროს გრძნობები, ემოციები და აზრები • შესაძლოა შემცირდეს სტრესი, ხელი შეუწყოს მოდუნებას და დაეხმაროს ადამიანს გამოცდილებების პროცესირებაში/დამუშავებაში • ემყარება რწმენას, რომ შემოქმედებითი პროცესი გამაჯანსაღებელია და სიცოცხლეს აუმჯობესებს
იუმორი	<ul style="list-style-type: none"> • სიცილის, მულტფილმების, სასაცილო ფილმების, ვიდეოების, გამოცანების, კომიქსების და ხუმრობების წიგნების ფორმით

რელაქსაციის/მოდუნების სტრატეგიები

რელაქსაციის რეაქცია ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური მოსვენების მდგომარეობაა. ეს სტრესული რეაქციის საპირისპირო რეაქციაა. რელაქსაციის რეაქცია ხასიათდება სიმპატიკური ნერვული სისტემის აქტივობის შემცირებით, რასაც გულისცემათა და სუნთქვის სიხშირის შემცირება, არტერიული წნევის შემცირება, კუნთების დაძაბულობის შემცირება, ტვინის აქტივობის დაქვეითება და კანის ტემპერატურის მატება მოსდევს.

რელაქსაციის რეაქციის გამოწვევა რელაქსაციის სხვადასხვა სტრატეგიითაა შესაძლებელი, მათ შორის, რელაქსაციური სუნთვით, მედიტაციით, წარმოსახვით, კუნთების რელაქსაციით, ლოცვითა და ფიზიკური ვარჯიშით. ამ ტექსტში რელაქსაციის ყველაზე გავრცელებული სტრატეგიებია აღწერილი. დადგენილია, რომ რელაქსაციური რეაქციის რეგულარული გამოწვევა სტრესთან დაკავშირებული მრავალი დარღვევის, მაგალითად, ქრონიკული ტკივილის, უძილობისა და ჰიპერტენზიის მკურნალობის ეფექტური ფორმაა. ინდივიდები, რომლებიც რეგულარულად იყენებენ რელაქსაციის სტრატეგიებს, უკეთ უმკლავდებიან სტრესორებს, მოიპოვებენ სტრესორების კონტროლის შეგრძნებას და ამცირებენ დაძაბულობას.

რელაქსაციური სუნთქვა

ის, თუ როგორ სუნთქავს ადამიანი, მისი ცხოვრების ყველა ასპექტზე მოქმედებს. სტრესის ფონზე კუნთები იძაბება და სუნთქვა ზედაპირული და სწრაფი ხდება. ამრიგად, სტრესული რეაქციის ერთ-ერთი ყველაზე მარტივი და ეფექტური გზა ღრმა და ნელი სუნთქვაა. ნელი, ღრმა და მოსვენებული სუნთქვის პირობებში დაძაბულობის შენარჩუნება რთულია.

რელაქსაციური (მუცლის) სუნთქვა ჯდომისას, დგომისას ან წოლისასაა შესაძლებელი. ის განსაკუთრებით სასარგებლოა სტრესულ ან მშფოთვარე ვითარებაში სტრესის შესამცირებლად. რელაქსაციური სუნთქვა რელაქსაციის სტრატეგიების უმრავლესობის საფუძველს წარმოადგენს.

რელაქსაციური სუნთქვის პრაქტიკის დაწყებამდე, მნიშვნელოვანია ადამიანმა შეაფასოს საკუთარი სუნთქვის ნორმალური მახასიათებელი (ცხრილი 5-9). გულმკერდის სუნთქვა, რომელშიც ზედა გულმკერდი და მხრები მონაწილეობს, არაეფექტურია. ამ ტიპის სუნთქვა ხშირია შფოთვისა და ცუდად ყოფნის დროს. რელაქსაციური სუნთქვა, რომელშიც დიაფრაგმა მონაწილეობს, ბუნებრივად მიმდინარეობს ახალშობილებში და მძინარე ბრდასრულებში. ეს სუნთქვის უფრო ეფექტური სახეა.

რელაქსაციური სუნთქვის დროს თითოეული ჩასუნთქვისთვის გამოიყენება დიაფრაგმა და მცირდება ზედა გულმკერდის და მხრების გამოყენება. ამ ტიპის სუნთქვის დროს, ჩასუნთქვისა და ამოსუნთქვისას, მუცელი ნელა გამოიზნევა და შეიზნევა. ჩასუნთქვები ნელი, მუდმივი და ღრმა უნდა იყოს.

რელაქსაციური სუნთქვის ერთ-ერთი საბაზისო ტექნიკა შემდეგია: (1) ნელა და ღრმა ჩაისუნთქეთ, მუცელი გამოიზნეეთ და მშვიდობიან გარემოში სუნთქვაზე იფიქრეთ; (2) ნელა ამოისუნთქეთ, მიეცით მუცელს შეზნევის და კუნთებს მოდუნების საშუალება; (3) ეს ღრმა ჩასუნთქვები 10-ჯერ, წყვეტის გარეშე გაიმეორეთ. ისევე, როგორც ნებისმიერი სუნთქვითი ვარჯიშის დროს, თავბრუსხვევის შემთხვევაში, 30 წუთით გაჩერდით და შემდეგ თავიდან დაიწყეთ.

რელაქსაციური სუნთქვის სწავლებისთვის ხშირად გამოიყენება 4x4 ტექნიკა (იხ. ცხრილი 5-9).

თავდაპირველად რელაქსაციური სუნთქვა შესაძლოა უჩვეულოდ მოგეჩვენოთ. პრაქტიკასთან ერთად ის უფრო გაადვილდება და მისი რელაქსაციური სარგებელი მალევე ხდება თვალსაჩინო. პაციენტებისთვის სწავლებამდე თქვენ თვითონ უნდა დაეუფლოთ რელაქსაციურ სუნთქვას. როცა ამას ისწავლით, პაციენტებს ამას მარტივად ასწავლით ნებისმიერ გარემოში, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, თუ მათ სტრესული და მტკივნეული პროცედურები უტარდებათ.

ცხრილი 5-9 რელაქსაციური სუნთქვის ტექნიკები

სუნთქვის შეფასება

- ნაზად დაიდეთ ერთი ხელი მუცელზე, წელის ხაზის ქვემოთ;
- მეორე ხელი გულმკერდის ცენტრში, მკერდის ძვალებზე დაიდეთ;
- სუნთქვის ნორმალური მახასიათებლის ცვლილების გარეშე, რამდენჯერმე ჩაისუნთქეთ. ჩასუნთქვისას მიაქციეთ ყურადღება, რომელი ხელი უფრო იწევა ზემოთ;
- როცა რელაქსაციური სუნთქვა სწორად ხორციელდება, მუცელზე მოთავსებული ხელი უფრო მეტად უნდა იწევდეს, ვიდრე გულმკერდზე დადებული ხელი;

4x4 ტექნიკა²²

- სწორად დაჯექით, ბურგი სკამის საყრდენს მიაბჯინეთ და ტერფები სწორად დადეთ იატაკზე;
- ხელები კალთაში, ბარძაყებზე ან სკამის სახელურებზე დადეთ;
- დაიწყეთ ჩასუნთქვა ცხვირით და ოთხამდე დაითვალებით (4 წამი) (1...2...3...4...);
- შეიკავეთ სუნთქვა და ოთხამდე დაითვალებით (4 წამი) (1...2...3...4...);
- ოთხ თვლაზე (4 წამი) პირით ამოისუნთქეთ (1...2...3...4...);
- დაისვენეთ ოთხ თვლაზე (4 წამი) (1...2...3...4...);
- 4-ჯერ გაიმეორეთ ეს ციკლი;

მედიტაცია

მედიტაცია ისეთი მდგომარეობაა, რომლის დროსაც ადამიანს მომატებული აქვს კონცენტრაცია და ცნობიერება. მედიტაციის გამოყენებით შესაძლებელია ისეთი შენარჩუნებული პერიოდის მიღწევა, რომლის დროსაც ყურადღება ფოკუსირებულია და თვითცნობიერება გაძლიერებულია. ბევრი პიროვნება მედიტაციას რაიმე ტრანსცენდენტურის ან ყოველდღიური გამოცდილებების მიღმა არსებულის განცდის საჭიროებიდან გამომდინარე ესწრაფვის. თუმცა, მედიტაციის გამოყენება სტრესთან შემცირებისთვისაცაა შესაძლებელი.

მედიტაციის პრაქტიკის სამი ძირითადი გზაა: (1) კონცენტრირების მეთოდები, (2) მართული მედიტაცია და (3) „მაინდფულნესის პრაქტიკები“ (გაცნობიერებული მიმღებლობა). *კონცენტრირების ტექნიკა* (მაგ., ძენ მედიტაცია) გონებას ერთი ფოკუსისკენ, მაგალითად, სუნთქვისკენ, საგნისკენ ან *მანტრასკენ* მიმართავს. *მართული მედიტაცია* წარმოსახვის მსგავსია. ამ დროს გონება და წარმოსახვა ცნობიერ მიზანზეა ფოკუსირებული. „*მაინდფულნეს პრაქტიკები*“ (მაგ., ტრანსცენდენტური მედიტაცია) ერთი რომელიმე ობიექტით არ შემოიფარგლება, არამედ ფოკუსირებს ყველა იმ შეგრძნებას, აღქმას, აზრს და ემოციას, რომელიც ცნობიერების ველში კონკრეტულ მომენტში აღმოცენდება.

მიუხედავად იმისა, რომ მედიტაცია ნებისმიერ ადგილასაა შესაძლებელი, უმჯობესია მისი პრაქტიკა მშვიდ ადგილას, სადაც ყურადღება არ გაიფანტება. 5-10 ცხრილში მოცემულია მედიტაციის რამდენიმე საბაზისო გზამკვლევი. მედიტაცია ხშირად მჯდომარე მდგომარეობაში მიმდინარეობს და ამ დროს მნიშვნელოვანია კომფორტული პოზის შენარჩუნება. მედიტაცია სიარულის დროსაც, ერთ რომელიმე ქმედებაზე, მაგალითად, ტერფების მოძრაობაზე ფოკუსირებითაც შესაძლებელია. თავდაპირველად ადამიანები 5-10 წუთს მედიტირებენ და შემდეგ, როცა პრაქტიკა უფრო კომფორტული ხდება, პრაქტიკას უფრო და უფრო მეტ დროს უთმობენ.

იმ ადამიანების ტვინი, რომლებიც რეგულარულად მედიტირებენ, ბრძოლა ან გაქცევის მდგომარეობიდან მიმღებლობის მდგომარეობაზე რეორიენტირდება. ეს გადანაცვლება კმაყოფილების შეგრძნებას უზრუნველყოფს. ამასთან, ხანგრძლივი მედიტაციის პირობებში თავის ტვინის ღეროს ქვედა ნაწილში სტრუქტურული ცვლილებები მიმდინარეობს, რითიც აიხსნება გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქ სისტემაზე პარასიმპათიკური ეფექტები და კოგნიტური, ემოციური და იმუნორეაქციული ცვლილებები. მედიტაციას ჯანმრთელობაზე ბევრი დადებითი ეფექტი აქვს, მაგალითად, კორონარული არტერიების დაავადების უკუგანვითარება, კორტიზოლის დონის დაქვეითება, ქოლესტეროლის

²² <https://www.youtube.com/watch?v=trem-7QN1-Q>

დონის დაქვეითება, ფილტვებში ჰაერის ნაკადის მიმოქცევის გაძლიერება და იმუნური ფუნქციების გაძლიერება.

ცხრილი 5-10 მედიტაციის გზამკვლევი

მისდით შემდეგ ნაბიჯებს და შეისწავლეთ მედიტაციის საფუძვლები.

- იპოვეთ მშვიდი ადგილი;
- დარწმუნდით, რომ ყურადღებას არაფერი გაგიფანტავთ;
- კომფორტულ პოზაში დაჯექით;
- თვალები დახუჭეთ;
- გამოეთიშეთ გარშემო სამყაროს, რათა ტვინმა შეწყვიტოს თქვენი გრძნობის ორგანოებიდან მომავალი ინფორმაციის დამუშავება;
- შეარჩიეთ სიტყვა ან ფრაზა. მოიფიქრეთ ისეთი სიტყვა ან ფრაზა, რომელიც თქვენთვის რაღაცას ნიშნავს, რომლის ხმა ან რითმი გამეორებისას დამამშვიდებელია (მაგ., ერთი, მშვიდობა, შალომ, უფალო შეგვიწყალო);
- ნელა ისუნთქეთ და რელაქსაციური სუნთქვის პრაქტიკა გამოიყენეთ;
- იმეორეთ სიტყვა ან ფრაზა;
- ეცადეთ სიტყვა ან ფრაზა ჩუმად, ყოველი ამოსუნთქვისას წარმოთქვათ. მონოტონურობა ფოკუსირებაში დაგეხმარებათ;
- არ აღელდეთ, როცა სხვა აზრები მოგივით გონებაში. მხოლოდ მიიღეთ ისინი და მშვიდად დაუბრუნდით თქვენს სიტყვას ან ფრაზას;
- 10-20 წუთს გააგრძელეთ პრაქტიკა, მაგრამ 5 წუთმაც კი შეიძლება დაგამშვიდოთ და ძალები აღგიდგინოთ;
- ნელა წამოდექით;

დღეში ერთხელ ან ორჯერ გააკეთეთ ეს.

შემოქმედებითი წარმოსახვა

შემოქმედებითი წარმოსახვა გულისხმობს საკუთარი გონების გამოყენებას ორგანიზმზე დამამშვიდებელი ეფექტის მქონე გამოსახულებების გენერირებისთვის. ეს პროცესი მოიცავს გონების ფოკუსირებას და ფიზიოლოგიური და ემოციური ცვლილებებისთვის ყველა შეგრძნებას აერთიანებს. ეს რელაქსაციის მარტივი ტექნიკაა, რომელსაც აქტიური წარმოსახვის გარდა, არანაირი აღჭურვილობა არ ესაჭიროება. *მართული წარმოსახვა* შემოქმედებითი წარმოსახვის ნაირსახეობაა, რომლის დროსაც ადამიანს გამოსახულებებს სხვა ადამიანი თავაზობს.

შემოქმედებითი წარმოსახვის სტრესის შემცირებისა და ტკივილის შემსუბუქებისთვის გამოყენება ბევრ კლინიკურ გარემოშია შესაძლებელი. შემოქმედებით წარმოსახვას შემდეგი სარგებელი მოაქვს: შფოთვის შემცირება, კუნთების დაძაბულობის შემცირება, სამედიცინო პროცედურების დროს კომფორტის გაუმჯობესება, იმუნური ფუნქციის გაუმჯობესება, ოპერაციის შემდგომი რეაბილიტაციის ხანგრძლივობის შემცირება და ძილის პრობლემების შემცირება. თქვენ შეგიძლიათ შემოქმედებით წარმოსახვას თვითონვე მიმართოთ, მართული წარმოსახვის გამოყენება კი პაციენტებთან შეგიძლიათ. შემოქმედებითი წარმოსახვის ერთ-ერთი გამოყენება რელაქსაციის რეაქციის გამონვევის მიზნით მენტალური დასვენების უსაფრთხო და განსაკუთრებული გარემოს შექმნაა. 5-11 ცხრილში აღწერილია განსაკუთრებული ადგილის შექმნის საფეხურები.

შემოქმედებითი წარმოსახვის გამოყენებისას, უმჯობესია კომფორტული პოზიციის გამოძებნა. ნელა, ღრმად ისუნთქეთ. ფოკუსირდით ყველა შეგრძნებაზე (მხედველობა, სმენა, შეხება, ყნოსვა). მაგალითად, ადამიანს შეუძლია გამოიყენოს სურ. 5-3-ზე მოცემული გამოსახულება და მასზე ყველა შეგრძნებით ფოკუსირდეს.

სურათი 5-3²³



შემოქმედებითი წარმოსახვის გამოყენება კონკრეტულ დაავადებაზე, პრობლემაზე ან სტრესორზე დამიზნებისთვისაცაა შესაძლებელი. 5-12 ცხრილში აღწერილია კონკრეტული დაავადებების და დარღვევების დროს შემოქმედებითი წარმოსახვის გამოყენება.

შემოქმედებითი წარმოსახვა შესაძლებელია ასევე გამოყენებულ იქნას სტრესული ან რთული ამოცანების შესრულების გაუმჯობესების ან დამუშავებისთვის. მაგალითად, ათლეთს ან მუსიკოსს შეუძლია ეს ტექნიკა უფრო დიდი წარმატების მიღწევისთვის გამოიყენოს. შემოქმედებითი წარმოსახვა საშუალებას აძლევს ადამიანს, გონებაში გაიაროს რთული ვითარების რეპეტიცია. ეს ტექნიკა შესაძლოა შეშინებულ ექთანს დაეხმაროს, ჩადგას ინტრავენური ხაზი ან შეასრულოს რთული პროცედურა. მისი გამოყენება შესაძლებელია პაციენტთანაც, რომელსაც სტრესული პროცედურის (მაგ., დასხივების) ჩატარების ეშინია.

<p>ცხრილი 5-11 შემოქმედებითი წარმოსახვა: განსაკუთრებული ადგილის შექმნა</p> <ul style="list-style-type: none"> • დაიწყეთ თვალების დახუჭვით და რამდენიმე წელი, ღრმა ჩასუნთქვით; • წარმოიდგინეთ ადგილი, სადაც თავს აბსოლუტურად კომფორტულად და მშვიდად გრძნობთ. ეს შესაძლოა იყოს ნამდვილი ან წარმოსახვითი ადგილი, სადაც თქვენ უკვე ნამყოფი ხართ ან სადაც წასვლა ყოველთვის გინდოდათ; • მიეცით საშუალება განსაკუთრებულ ადგილს, ნელ-ნელა ფორმა მიიღოს. როცა ის ფორმას მიიღებს, მიმოიხედეთ, მარჯვნივ, მარცხნივ. დატკბით პეიზაჟით: ფერებით, ტექსტურით, ფორმებით; • გულისყურით მოუსმინეთ ხმებს. რა გესმით?

²³ <https://bit.ly/2vN9FnL>

- ნაზ სიოს ან სახეზე მზის თბილ სხივებს გრძნობთ? აიღეთ ან შეეხეთ განსაკუთრებულ ადგილზე მდებარე თქვენს საყვარელ ნივთებს;
- ღრმად ჩაისუნთქეთ ცხვირით და გაამახვილეთ ყურადღება სურნელებზე. იქნებ თქვენი საყვარელი მცენარე ყვავის ან ოკეანის სუნს შეიგრძნობთ;
- კიდევ ერთხელ ჩაისუნთქეთ ღრმად და მოდუნდით. დატკბით თქვენი განსაკუთრებული ადგილის სიმშვიდით, კომფორტითა და უსაფრთხოებით;
- ეს თქვენი განსაკუთრებული ადგილია. მოდუნდით და მადლიერი იყავით, რომ აქ, თქვენთვის განსაკუთრებულ ადგილას ხართ;
- ამ ადგილზე დაბრუნება თქვენ ნებისმიერ დროს შეგიძლიათ, როცა ამას მოისურვებთ;

ცხრილი 5-12 შემოქმედებითი წარმოსახვის მაგალითები	
<i>შემოქმედებითი წარმოსახვის გამოყენება შესაძლებელია რეგულარულ სამედიცინო მოვლასთან ერთად, სტრესის შემცირებისა და ჯანმრთელობისა და გამოჯანმრთელების ხელშეწყობის მიზნით. კონკრეტული დაავადებების ან დარღვევების სიმპტომების შემსუბუქების ან მკურნალობისთვის სპეციალური გამოსახულებები უნდა გენერირდეს. გამოსახულება ინდივიდისთვის ძლიერი და ცოცხალი უნდა იყოს და მისი შექმნისთვის ბევრი შეგრძნება უნდა იქნას გამოყენებული. ქვემოთ მოცემულია მაგალითები, რომელიც ზოგიერთმა ადამიანმა სასარგებლოდ მიიჩნია.</i>	
დაავადება ან დარღვევა	გამოსახულებები
ინფექცია	<ul style="list-style-type: none"> • წითელი მოციმციმე საყვირების მქონე ლეიკოციტები საზიანო მიკრობებს აპატიმრებსდა ციხეში უშვებს
კიბო	<ul style="list-style-type: none"> • ზვიგენი კიბოს უჯრედებს გადასანსლავს; • სხივური თერაპია ან ქიმიოთერაპია სხეულში სინათლის განმკურნებელი სხივების მსგავსად შეაღწევს და კიბოს უჯრედებს ანადგურებს;
კორონარული არტერიების დაავადება	<ul style="list-style-type: none"> • წყალი ფართო, ღია მდინარეში თავისუფლად მიედინება;
დასუსტებული იმუნური სისტემა	<ul style="list-style-type: none"> • ლეიკოციტები სწრაფად მრავლდება, მწიფე თესლიდან მილიონობით თესლების გადმოსროლის მსგავსად;
ასთმა	<ul style="list-style-type: none"> • სასუნთქი გზების შემავიწროვებელი მცირე ზომის ელასტიური რეზინის რგოლები იხსნება;
დეპრესია	<ul style="list-style-type: none"> • მწუხარებისა და სევდის შეგრძნებები დიდ ფერად პელიუმის ბუშტებზეა მიბმული და უღრუბლო, ლურჯ ცაში მიფარფატებს;
ტკივილი	<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილს ჩამორევს გრილი, მშვიდი მდინარე, რომელიც მთელს სხეულში მიედინება;

Sobel DS, Ornstein R: *Healthy mind, healthy body*, New York, 1996, Patient Education Materials, Time Life.

მუსიკა რელაქსაციისთვის

მუსიკამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს რელაქსაციის მიღწევას და ჯანსაღი ცვლილებები შეიტანოს ემოციურ ან ფიზიკურ მდგომარეობაში. დამამშვიდებელი მუსიკის მოსმენამ შესაძლოა სტრესული ვითარებიდან ყურადღების გადატანის საშუალება მისცეს მსმენელს. გარდა ამისა, მუსიკის გამაჯანსაღებელი ვიბრაციები გონებასა და სხეულს ბალანსის მაღალ დონეზე აბრუნებს.

მუსიკას ბევრ სხვადასხვა კლინიკურ გარემოში იყენებენ. მუსიკა ამცირებს შფოთვას და რელაქსაციის რეაქციას აღძრავს. ეს უძილობის მქონე ადამიანებს დაძინებაში ეხმარება. ონკოლოგიურ პაციენტებში მუსიკამ შესაძლოა შეამციროს კუნთების დაძაბულობა, ტკივილის შეგრძნება და კიბოსთან დაკავშირებული ემოციური სტრესი. ზოგადად, მუსიკა მოქმედებს გულისცემათა სიხშირეზე, არტერიულ წნევაზე, კუჭ-ნაწლავის სეკრეციასა და მოძრაობაზე, კუნთების ტონუსზე, საოფლე ჯირკვლებსა და კანის ტემპერატურაზე.

დამამშვიდებლად ითვლება მუსიკა, რომელიც წუთში დაახლოებით 60-80 ბიტს შეიცავს. რელაქსაციისთვის რეკომენდებულია დაბალი ტონალობები და უსიტყვო მუსიკა. რელაქსაციისთვის ხშირად გამოიყენება მოცარტის მუსიკა. მეორე მხრივ, სწრაფ ტემპიანმა მუსიკამ შესაძლოა სტიმულირება და ამაღლებული შეგრძნება გამოიწვიოს. თითოეული ადამიანი დამამშვიდებლად სხვადასხვა ტიპის მუსიკას აღიქვამს, ამიტომ მნიშვნელოვანია შერჩეულ იქნას ისეთი მუსიკა, რომელიც ყველაზე კარგად ერგება პიროვნების საჭიროებებსა და გარემოს. ოპტიმალური რელაქსაციის მისაღწევად, მუსიკის მოსმენისას ხელშემშლელი ფაქტორებისგან შეძლებისდაგვარად უნდა გათავისუფლდეთ და კომფორტულ პოზაში უნდა იყოთ.

შესაძლებელია მუსიკის ჩართვა კლინიკურ პრაქტიკაში. ის არაინვაზიური, უსაფრთხო, არადვირადღირებული და ადვილად გამოსაყენებელია. პირველ რიგში, მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, კონკრეტულ კლინიკურ გარემოში რა მიზეზით და რა მოლოდინით გამოიყენება მუსიკა. შემდეგ გაარკვიეთ, რამდენად აინტერესებს და რა ტიპის მუსიკა მოსწონს პაციენტს. შექმენით მოსმენისთვის კომფორტული გარემო, მოუწოდეთ პაციენტს კომფორტული პოზა მოიძიოს. შესაძლებელია ყურსასმენების და MP3 ან CD საკრავის გამოყენება. მუსიკის დაკვრა დღეში 20-30 წუთის განმავლობაში, მინიმუმ 2-ჯერაა რეკომენდებული. შეაფასეთ მუსიკაზე პაციენტის რეაქცია – ჰკითხეთ, როგორ მოქმედებს ის და რა გრძნობებს იწვევს.

მასაჟი

„თქვენ შესაძლოა ცხოვრებისეული სტრესორების შეცვლა არ შეგეძლოთ, მაგრამ მათი საპასუხო რეაქციების შეცვლა შეგიძლიათ“ – ფლორენს ნაითინგეილი

მასაჟი რელაქსაციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სტრატეგიაა. მასაჟი სხეულის რბილი ქსოვილების სისტემატური მანიპულაციაა, რომელიც მიზნად დაძაბვის შემცირებასა და ჯანმრთელობისა და სიჯანსაღის გაუმჯობესებას ისახავს. ის ასევე აკმაყოფილებს ადამიანის შეუცვლელ მოთხოვნილებას: შეხებას.

საექთნო მართვა

სტრესი

შეფასება

თქვენ, ექთანმა უნდა შეაფასოთ პაციენტებისა და მომვლელების სტრესი, უნდა დაეხმაროთ მათ სტრესის მაღალი რისკის შემცველი პერიოდების ამოცნობაში და სტრესის მართვის სტრატეგიების გამოყენებაში, რომელთა მეშვეობითაც ჯანმრთელობაზე სტრესის უარყოფითი ეფექტების თავიდან აცილებაა შესაძლებელი (სურ. 5-4). შეაფასეთ სტრესორების რაოდენობა, მათი ხანგრძლივობა და მსგავს მოთხოვნებთან დაკავშირებული წარსული გამოცდილება. ამასთან, პაციენტთან ერთად სტრესის მართვის

სტრატეგიების დაგეგმვაში დაგეხმარებათ იმის ცოდნა, თუ რა მნიშვნელობას ატარებს პაციენტისთვის კონკრეტული სტრესული ვითარება. ასევე, გაითვალისწინეთ პაციენტის სტრესზე ოჯახის წევრების საპასუხო რეაქციები.

სურათი 5-4²⁴



პაციენტის ცხოვრებაში ჯანმრთელობაზე მოქმედი ბევრი პოტენციური სტრესორი შეიძლება იყოს. იცოდეთ, რომელმა ვითარებებმა შეიძლება გამოიწვიოს სტრესი და განსაზღვრეთ, თვითონ პაციენტი როგორ აღიქვამს ამ ვითარებებს. საკუთრივ სტრესორთან ერთად, გამკლავების კონკრეტული სტრატეგიები ჯანმრთელობაზე მოქმედებს და ამიტომ ისინიც უნდა შეფასდეს.

მიუხედავად იმისა, რომ სტრესის გამოვლინებები ინდივიდუალურია, შეამოწმეთ კონკრეტულ პაციენტში სტრესული რეაქციის სიმპტომები და ნიშნები, მათ შორის, გულისცემათა გახშირება და არტერიული წნევის მომატება, ჰიპერვენტილაცია, ოფლიანობა, თავის ტკივილი, ძვლებისა და კუნთების ტკივილი, კუჭ-ნაწლავის პრობლემები, მადის დაქვეითება, კანის დაავადებები, უძილობა და დაღლილობა. გარდა ამისა, პაციენტს შესაძლოა აღენიშნებოდეს სტრესთან დაკავშირებული ავადმყოფობები, ანუ ადაპტაციური დაავადებები.

სტრესის ქცევითი გამოვლინებები შეიძლება იყოს: კონცენტრირების გაძნელება, უბედური შემთხვევებისკენ მიდრეკილება, მეტყველების დარღვევა, შფოთვა, ტირილი, იმედგაცრუება და გაღიზიანებადობა. სტრესის საპასუხო სამსახურეობრივი რეაქციებია: სამუშაოს გაცდენა ან დაგვიანება, პროდუქტიულობის დაქვეითება და სამსახურით უკმაყოფილება. კოგნიტური რეაქციებია გადაწყვეტილებების მიღების შეუძლებლობა (პაციენტის გადმოცემით) და გულმავიწყობა. ზოგიერთ ამ რეაქციას შესაძლოა პაციენტის საყვარელი ადამიანებიც ამჩნევდნენ.

სტრესის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი წყარო პაციენტის ავადმყოფობაა, რომელიც მომვლელებისა და ოჯახის სხვა წევრებისთვის ხშირად დიდი სტრესია. შეაფასეთ,

²⁴ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

ავადმყოფობის რომელი ასპექტებია ყველაზე სტრესული პაციენტისთვის. ეს შეიძლება იყოს ფიზიკური ჯანმრთელობა, სამსახურეობრივი პასუხისმგებლობები, ფინანსები და ბავშვები. ეს ინფორმაცია იმიტომაცაა ღირებული, რომ ის სტრესორებს პაციენტის თვალთახედვით დაგანახებთ. სტრესორების, მათ მიერ გამოწვეული გრძნობებისა და ფსიქოლოგიური შედეგების ცოდნა დაგეხმარებათ სტრესის პოტენციური და ფაქტობრივი წყაროებისა და პაციენტზე მათი ზეგავლენის დადგენისას.

იმპლემენტაცია

სტრესის მართვის პირველი საფეხური მისი არსებობის გაცნობიერებაა. ამაში შედის სტრესული შეგრძნებების ამოცნობა და გამოხატვა. თქვენ უნდა გაუადვილოთ და გააუმჯობესოთ პაციენტის მიერ გამკლავება და ადაპტაცია. საექთნო ინტერვენციები სტრესული გამოცდილების სიმძიმეზე დამოკიდებული. მაგალითად, მრავლობითი ტრავმის მქონე პაციენტი ფიზიკური გადარჩენისთვის ხარჯავს ენერჯიას. თქვენი, როგორც ექთნის ძალისხმევა მიმართულია სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ინტერვენციებსა და დამატებითი სტრესორების შემცირებაზე. იმ შემთხვევაში, თუ მას სტრესორები, მაგალითად, ძილის ნაკლებობა ან ინფექცია დაემატება, მრავლობითი ტრავმის მქონე პაციენტის ადაპტაციის ალბათობა მნიშვნელოვნად მცირდება.

გამკლავების რესურსები და სტრატეგიები ადაპტაციური უნდა იყოს და პაციენტისთვის დამატებითი სტრესის წყაროს არ უნდა წარმოადგენდეს.

თქვენ შეგიძლიათ მთავარი როლი შეასრულოთ სტრესის მართვის სტრატეგიების იმპლემენტაციაში. სტრესის დაძლევის ზოგიერთი რჩევა 5-13 ცხრილშია მოცემული. ეს რჩევები თქვენ პირადადაც დაგეხმარებათ და შეგიძლიათ პაციენტებსაც გაუზიაროთ. სტრესის მართვის სტრატეგიების საექთნო პრაქტიკაში დანერგვის იდეები 5-14 ცხრილშია წარმოდგენილი. მიუხედავად იმისა, რომ სტრესის მართვის ზოგიერთ სტრატეგიას დამატებითი ტრენინგი ესაჭიროება, მათი უმრავლესობა საექთნო პრაქტიკის არეალში ხვდება. ესენია: რელაქსაციური სუნთქვა, შემოქმედებითი წარმოსახვა, რელაქსაციური მუსიკა, ვარჯიში, მასაჟი, მედიტაცია, არტ-თერაპია და დღიურის წარმოება.

პაციენტებისთვის სტრესის მართვის სტრატეგიების სწავლებამდე თქვენ თვითონ უნდა გაეცნოთ მათ. რელაქსაციის სტრატეგიების უმრავლესობის სწავლება 10-15 წუთშია შესაძლებელი. პაციენტის რელაქსაციის ტრენინგ-სესიისთვის მოსამზადებლად, მოუწოდეთ მას თავისუფალი ტანსაცმელი ჩაიცვას და დარწმუნდით, რომ გარემო პრივატული, კომფორტულია და პაციენტს ყურადღება არ გაეფანტება. შეარჩიეთ რელაქსაციის ისეთი სტრატეგია, რომელიც ყველაზე კარგად ერგება პაციენტსა და ვითარებას. მშვიდად და ნელა, მოკლე და მარტივი წინადადებებით მიეცით მითითებები. სესია ეტაპობრივად დაასრულეთ, რათა არ დაარღვიოთ რელაქსაცია, რომელიც ახლახანს იქნა მიღწეული. თქვით მაგალითად ასეთი ფრაზა: „ახლა ხუთიდან ერთამდე უკან დავითვლი. თითოეული ციფრის წარმოთქმისას თქვენ უფრო ფხიზლად, მაგრამ კვლავ მშვიდად იგრძნობთ თავს.“ უკანთვლის შემდეგ, უთხარით პაციენტს, ნელა გაახილოს თვალები.

სტრესის ეფექტური მართვა ადამიანს სტრესული ვითარების კონტროლის შეგრძნებას აღუძრავს. სტრესის მართვის პრაქტიკის ყოველდღიურ ცხოვრებაში დანერგვის შედეგად, ადამიანი უფრო თვითდაჯერებული ხდება და შეუძლია სტრესულ გარემოებებზე ემოციური რეაქციის შეზღუდვა. კონტროლის შეგრძნების ქონამ შესაძლოა შეაფერხოს სტრესული რეაქციის დამაზიანებელი ეფექტები.

როგორც ექთანი, თქვენ იდეალური შესაძლებლობა გაქვთ, სტრესის მართვა კლინიკურ პრაქტიკაში გააერთიანოთ. თქვენ ასევე შეგიძლიათ სტრესის მართვისა და დადებითი შედეგების ხელშეწყობის ახალი მიდგომების შემუშავება და მათი ეფექტურობის შემოწმება. თუმცა, მნიშვნელოვანია, გესმოდეთ ისიც, რომ პაციენტი ან მომვლელი უნდა გადამისამართდეს კონსულტირებაში სპეციალურად მომზადებულ პროფესიონალთანაც.

ცხრილი 5-13 სტრესთან გამკლავების რჩევები
<ul style="list-style-type: none"> • ნუ ეცდებით იყოთ სუპერ-ადამიანი/ზეადამიანი; • ისწავლეთ იმ რაღაცებისთვის თავის დანებება, რომელიც თქვენ კონტროლს არ ექვემდებარება; • ისწავლეთ საკუთარი თავის მიმღებლობა; • რეგულარულად ივარჯიშეთ; • გააზიარეთ თქვენი გრძნობები; • შეინარჩუნეთ იუმორის გრძნობა; ხშირად იცინეთ; • ისწავლეთ რელაქსაციური სუნთქვა; • მიმართეთ შემოქმედებით წარმოსახვას; • დაკავდით მედიტაციით ან ილოცვით; • საკმარისად იძინეთ; • მისდიეთ ცხოვრების ჯანსაღ წესს; • ეცადეთ ცვლილება დადებით გამოწვევად აღიქვათ და არა საფრთხედ; • მოაგვარეთ პატარა პრობლემები, რადგან ეს შესაძლოა კონტროლის შეგრძნების მოპოვებაში დაგეხმაროთ; • ეცადეთ მოაგვაროთ კონფლიქტები სხვა ადამიანებთან; • საჭიროების შემთხვევაში, გაიარეთ კონსულტაცია პროფესიონალთან (ფსიქოლოგთან);

ცხრილი 5-14 როგორ უნდა დანერგოთ სტრესის მართვა პრაქტიკაში
<ul style="list-style-type: none"> • ისწავლეთ რელაქსაციური სუნთქვა. ეს რელაქსაციის ყველაზე ადვილად გამოსაყენებელი მეთოდია; • ჯერ თანამშრომლებს ასწავლეთ რელაქსაციური სუნთქვა და ასე გაიარეთ პრაქტიკა, შემდეგ კი პაციენტებს; • შეარჩიეთ გამკლავებისა და რელაქსაციის სტრატეგიები, რომელიც თქვენი კლინიკური გარემოსთვის შესაფერისია; • თქვენ თვითონ გამოიყენეთ სტრატეგია. დროთა განმავლობაში პრაქტიკა უფრო და უფრო ადვილი ხდება; • ისარგებლეთ გამკლავებისა და რელაქსაციის სტრატეგიების პაციენტებისთვის სწავლების შესაძლებლობებით; • მზად იყავით დაბრკოლებებისთვის. ისინი მიგანიშნებთ, რას აკეთებთ არასწორად. არ გაჩერდეთ! • ცოდნის გაღრმავების მიზნით დაესწარით სტრესის მართვის სემინარებსა და ვორქშოფებს;

სტრესით განპირობებული ჩივილები

სიტუაციური შემთხვევა



ლ.ქ. 43 წლის ქალია, რომელიც ორ თინეიჯერ შვილთან ერთად ახლახანს გადმოსახლდა ირანიდან საქართველოში. მას საქართველოში ოჯახი არ ჰყავს და ცოტა ხნის წინ გაშორდა მეუღლეს. მან დატვირთულ რესტორანში მიმტანად დაიწყო მუშაობა და საღამოობით სახლიდან მუშაობს მკერავად. უჩივის რამდენიმე უჩვეულო სიმპტომს და ექთანი მას ამბულატორიაში ამოწმებს. მიუხედავად იმისა, რომ ირანიდან წამოსვლისას ჯანმრთელობის მხრივ არაფერი ანუხებდა, ახლა დაღლილობას, უძილობასა და მთელი სხეულის ტკივილს უჩივის. მაშინაც კი, როცა ცოტა მეტ ძილს ახერხებს, მაინც გადაღლილად გრძნობს თავს. თანამშრომელმა უთხრა, რომ ფიბრომიალგია აქვს.

განსახილველი საკითხები:

1. გაითვალისწინეთ კ.ფ.-ს ვითარება და აღწერეთ, რომელ სტრესორებთან უწევს მას ამჟამად გამკლავება. აღწერეთ ამ სტრესორების შესაძლო ეფექტები მის ჯანმრთელობაზე;
2. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** რომელია გამკლავების პრიორიტეტული სტრატეგიები, რომელსაც ლ.ქ.-ს მოვლის გეგმაში ჩართავდით?
3. რომელი შეზღუდვები უნდა გაითვალისწინოთ გამკლავების კონკრეტული სტრატეგიების განხილვისას?
4. რომელი კულტურული საკითხები უნდა იქნას გათვალისწინებული მოვლის გეგმაში?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Seward BL: Managing stress: principles and strategies for health and well-being, ed 7, Burlington, Mass, 2012, Jones & Bartlett.
- Maddi SR: Hardiness: the courage to grow from stresses, J Pos Psych 1(3):160, 2006. (Classic)
- Williams G: Attitude and stress: effects on the body. Retrieved from <http://ezinearticles.com/?Attitude-And-Stress,-Effects-On-The-Body&id=702403>.
- National Institute of Mental Health: Fact sheet on stress. Retrieved from www.nimh.nih.gov/health/publications/stress/fact-sheet-on-stress.shtml.
- Selye H: The stress concept: past, present, and future. In Cooper CL, editor: Stress research: issues for the eighties, New York, 1983, Wiley. (Classic)
- Segerstrom SC: Resources, stress, and immunity: an ecological perspective on human psychoneuroimmunology, Ann Behav Med 40(1):114, 2010.
- Heffner KL: Neuroendocrine effects of stress on immunity in the elderly: implications for inflammatory disease, Immunol Allergy Clin North Am 31(1):95, 2011.
- Conti CM, Angelucci D, Ferri M, et al: Relationship between cancer and psychology: an updated history, J Biol Regul Homeost Agents 25(3):331, 2011.
- Janusek LW, Cooper DT, Matthews HL: Stress, immunity, and health outcomes. In Rice VH, editor: Handbook of stress, coping, and health, Thousand Oaks, Calif, 2012, Sage.
- Koenig JI, Walker CD, Romeo RD, et al: Effects of stress across the lifespan, Stress 14(5):475, 2011.
- Cohen S, Tyrrell DA, Smith AP: Psychological stress and susceptibility to the common cold. N Engl J Med 325:606, 1991. (Classic)
- American Psychological Association: Stress in America: our health at risk. Retrieved from www.apa.org/news/press/releases/stress/2011/final-2011.pdf.
- Peres J: Telomere research offers insight on stress-disease connection, J Natl Cancer Inst 103(11):848, 2011.
- Effros RB: Telomere/telomerase dynamics within the human immune system: effect of chronic infection and stress, Exp Gerontol 46(2-3):135, 2011.
- Lai MC, Huang LT: Effects of early life stress on neuroendocrine and neurobehavior: mechanisms and implications, Pediatr Neonatol 52(3):122, 2011.
- Miller GE, Chen E, Parker KJ: Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms, Psychol Bull 137(6):959, 2011.
- Lazarus R, Folkman S: Stress, appraisal, and coping, New York, 1984, Springer. (Classic)
- Benson H: The relaxation response, New York, 1975, Avon. (Classic)
- Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, et al: Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials, Acta Psychiatr Scand 124(2):102, 2011.
- Fortney L, Taylor M: Meditation in medical practice: a review of the evidence and practice, Prim Care 37(1):81, 2010.

- Young LA: Mindfulness meditation: a primer for rheumatologists, *Rheum Dis Clin North Am* 37(1):63, 2011. Chan MF, Wong ZY, Thayala NV: The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: a systematic review, *Comp Therap Med* 19(6):332, 2011.
- Academy for Guided Imagery www.academyforguidedimagery.com
- American Institute of Stress www.stress.org
- American Music Therapy Association www.musictherapy.org
- Centre for Stress Management www.managingstress.com/index.html
- International Stress Management Association www.isma.org.uk
- Medline Plus: Stress Resources www.nlm.nih.gov/medlineplus/stress.html
- Stress Management Resources www.mentalhealth.about.com/cs/stressmanagement

თავი 6

ძილი და ძილის დარღვევები

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

1. ძილის განსაზღვრებას;
2. ძილის სტადიების აღწერას;
3. სხვადასხვა დაავადებების/დარღვევების და ძილის დარღვევების კავშირის განმარტებას;
4. უძილობის (ინსომნია) ეტიოლოგიის, კლინიკური გამოვლინებებისა და კოლაბორაციული და საექთნო მართვის აღწერას;
5. ნარკოლეფსიის ეტიოლოგიის, კლინიკური გამოვლინებებისა და კოლაბორაციული და საექთნო მართვის აღწერას;
6. ძილის ობსტრუქციული აპნოეს ეტიოლოგიის, კლინიკური გამოვლინებების, კოლაბორაციული და საექთნო მოვლის აღწერას;
7. პარასომნიების, კერძოდ, ძილის დროს სიარულის, ძილის ტერორებისა და ღამის კოშმარების აღწერას;
8. ცვლებში მუშაობით განპირობებულ ძილის აშლილობასთან/დარღვევასთან დაკავშირებული ძილის პრობლემების მართვის სათანადო სტრატეგიების შერჩევას;

ძილი

ძილი არის მდგომარეობა, რომლის დროსაც ინდივიდი მის ირგვლივ გარემოს ცნობიერად ვერ აღიქვამს, მაგრამ მისი გამოღვიძება, გამოფხიზლება ადვილია. ძილი განსხვავდება უგონო მდგომარეობებისგან, მაგალითად, კომისგან, რომლის დროსაც ინდივიდის გამოფხიზლება შეუძლებელია. ძილი საბაზისო, დინამიური, მაღალორგანიზებული და კომპლექსური ქცევაა, რომელიც შეუცვლელია ჯანსაღი ფუნქციონირებისა და გადარჩენისთვის. 80 წლის ადამიანს, რომელსაც ყოველ ღამით 7 საათი ძინავს, ცხოვრების დაახლოებით 24 წელი ძილში აქვს გატარებული. ძილი მოქმედებს როგორც ქცევით, ისე ფიზიოლოგიურ ფუნქციებზე, კერძოდ, მეხსიერებაზე, განწყობაზე, ჰორმონების სეკრეციაზე, გლუკოზის მეტაბოლიზმზე, იმუნურ ფუნქციასა და სხეულის ტემპერატურაზე.

ზრდასრულთა უმრავლესობას დღე-ღამეში 7-8 საათი უნდა ეძინოს. საკმარისი ძილი განისაზღვრება, როგორც ძილის ხანგრძლივობა/რაოდენობა, რომელიც ადამიანს მომდევნო დღეს სრულად გამოღვიძებულად და ფხიზლად ყოფნისთვის ესაჭიროება. არასაკმარისი ძილი ნიშნავს რეკომენდებულზე ხანმოკლე ძილს. ფრაგმენტირებული ძილი მიემართება ხშირ შეღვიძებებს ან გამოღვიძებებს, რომელიც ძილის უწყვეტობას არღვევს.

ტერმინი ძილის დარღვევა უხარისხო ძილის მდგომარეობების აღმნიშვნელია. ძილის აშლილობები უშუალოდ ძილის პათოლოგიებია. კლასიფიკაციის მიხედვით, ისინი

დისსომნიები ან პარასომნიები (ცხრილი 6-1). ტერმინი *დისსომნია* აღწერს ძილის დაწყებასთან ან შენარჩუნებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

არასაკმარისი ძილი სერიოზული პრობლემაა, რომელიც მნიშვნელოვნად გემოქმედებს ჯანმრთელობაზე. 2011 წელს ძილის ეროვნული ფონდის ჩატარებული გამოკითხვით აღმოჩნდა, ადამიანი ძილის მინიმუმ ერთ პრობლემას მაინც, მაგალითად, ჩაძინების გაძნელებას, ფრაგმენტირებულ ძილს ან ხვრინვას აღნიშნავდა, კვირის განმავლობაში რამდენიმე ღამეს მაინც. დღის განმავლობაში ძილიანობა ზოგჯერ იმდენად მძიმეა, რომ მუშაობასა და სოციალურ ფუნქციონირებას უშლის ხელს (სურ. 6-1). ძილის დარღვევების რისკი ყველაზე მაღალია ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებში.

სურათი 6-1²⁵



ძილის აშლილობის დიდი ნაწილის მკურნალობა არ ხდება, რადგან მედპერსონალი არ ეკითხება, პაციენტები კი არ საუბრობენ ძილის პრობლემების შესახებ. ძილის არანამკურნალებ აშლილობებს საგულისხმო სამედიცინო და ეკონომიკური შედეგები მოსდევს. მოთენთილ მდგომარეობაში მანქანის მართვა ყოველწლიურად ასი ათასობით უბედური შემთხვევის და ათასობით გარდაცვალების მიზეზი ხდება. ყოველწლიურად ძილის აშლილობებით, ძილის დეფიციტითა და დღის განმავლობაში ჭარბი ძილიანობით განპირობებული სამედიცინო ხარჯები, სამსახურეობრივი შემთხვევები და პროდუქტიულობის დაქვეითება მილიონობით ლარი უჯდება.

ცხრილი 6-1 ძილის ზოგიერთი აშლილობა	
<p>დისსომნიები</p> <ul style="list-style-type: none"> • უძილობა (ინსომნია) <ul style="list-style-type: none"> ○ მწვავე ○ ქრონიკული 	<p>პარასომნიები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ძილში სიარული (სომნამბულიზმი) • ძილის ტერორები

²⁵ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

<ul style="list-style-type: none"> ▪ პირველადი ▪ მეორეული (კომორბიდული) • ჰოსპიტალში შეძენილი ძილის აშლილობები • ნარკოლეფსია • ცირკადული რიტმის დარღვევები • სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობა • ძილის ობსტრუქციული აპნოე • ძილში კიდურების მოძრაობის პერიოდული დარღვევა • მოუსვენარი ფეხების სინდრომი 	<ul style="list-style-type: none"> • ღამის კოშმარები
--	---

წყარო: American Academy of Sleep Medicine: International classification of sleep disorders, 2nd ed: Diagnostic and coding manual, Westchester, Ill., The Academy, 2005. Retrieved from www.esst.org/adds/ICSD.pdf.

ფიზიოლოგიური ძილის მექანიზმები

ძილ-ღვიძილის ციკლი

ძილისა და ღვიძილის ციკლურ ცვალებადობას თავის ტვინი აკონტროლებს, თუმცა, ამ მდგომარეობებს ერთი რომელიმე კონკრეტული სტრუქტურა არ არეგულირებს. ძილ-ღვიძილის ციკლს არეგულირებს თავის ტვინის ღეროში, ჰიპოთალამუსსა და თალამუსში მდებარე რთული ქსელები.

ღვიძილის ქცევა

ღვიძილს ინარჩუნებს გამოღვიძების/აგზნების სისტემების ინტეგრირებული ქსელი, რომელიც თავის ტვინის ღეროდან წინა ტვინის ფუძემდე ვრცელდება. ტვინის ღეროს შუა ნაწილში განლაგებული ნეირონული სტრუქტურების გროვა, რომელსაც რეტიკულური გამააქტივებელი სისტემა (RAS) ეწოდება, ქერქის ზოგად აქტივაციასა და ქცევით აგზნებას განაპირობებს. ღვიძილის მდგომარეობას სხვადასხვა ნეიროტრანსმიტერი (გლუტამატი, აცეტილქოლინი, ნორეპინეფრინი, დოპამინი, ჰისტამინი, სეროტონინი) განაპირობებს/უზრუნველყოფს.

ალცჰაიმერის დაავადების მქონე ადამიანების წინა ტვინის ბაზალურ ნაწილში ქოლინერგული ნეირონების რაოდენობა მცირდება, რასაც ძილის დარღვევები მოსდევს. პარკინსონის დაავადების დროს შავ სუბსტანციაში დოპამინერგული ნეირონები დეგენერაციას განიცდის, რაც დღის განმავლობაში ჭარბ ძილიანობას იწვევს. ჰიპოთალამუსში მოთავსებული ჰისტამინური ნეირონები ქერქის აქტივაციასა და ღვიძილს ასტიმულირებს. ბევრი ურეცეპტოდ გაცემული წამლის სედაციური თვისება სწორედ ამ ამგზნები სისტემებიდან რომელიმეს ინიჰიბირებითაა განპირობებული.

ორექსინი (ჰიპოკრეტინსაც უწოდებენ) ნეიროპეპტიდია, რომელიც ლატერალურ ჰიპოთალამუსში გვხვდება. ორექსინი ღვიძილის სისტემებს ააქტივებს და ამასთან ძილის აქტიურ ნეირონებს აინჰიბირებს. ორექსინის ან მისი რეცეპტორების რაოდენობის დაქვეითება ღვიძილის შენარჩუნების გაძნელებას და *ნარკოლეფსიის* სახელით ცნობილ სინდრომს იწვევს.

ძილის ქცევა

ჰიპოთალამუსის უშუალოდ მხედველობის ქიაზმის ზემოთ მოთავსებული ერთ-ერთი უბანი ძილის ბევრ მასტიმულირებელ ნეირონს შეიცავს. ეს ნეირონები რეტიკულურ გამაქტივებელ სისტემას აინჰიბირებს და ძილს უწყობს ხელს. ძილს სხვადასხვა ნეიროტრანსმიტერი და პეპტიდი, კერძოდ, გამა-ამინოჰერბო მჟავა (GABA), გალანინი, მელატონინი, ადენოზინი, სომატოსტატინი, ზრდის ჰორმონის რილიზინგ-ჰორმონი, დელტა-ძილის მაინდუცირებელი პეპტიდი, პროსტაგლანდინები და პროანთებითი ციტოკინები (ინტერლეიკინი-1, სიმივინის ნეკროზის ფაქტორი, ინტერლეიკინი-6) ასტიმულირებს. ინფექციის თანმხლებ ძილიანობასა და ლეთარგიულობას სწორედ პროანთებითი ციტოკინები განაპირობებს. ძილიანობას ხელს უწყობს საკვების მიღების შემდეგ კუჭ-ნაწლავში გამოთავისუფლებული პეპტიდებიც, მაგალითად, ქოლესისტოკინინი (*პოსტპრანდიალური ძილიანობა*).

მელატონინი ენდოგენური ჰორმონია, რომელიც ეპიფიზში, ამინომჟავა ტრიპტოფანისგან წარმოიქმნება. მელატონინის სეკრეცია მჭიდროდ უკავშირდება სინათლის დღე-ღამური ცვალებადობის ციკლის. ნორმალურ დღე-ღამურ პირობებში, მელატონინი საღამოობით, დაბნელებისას გამოთავისუფლდება. ღამით სინათლესთან კონტაქტის შემთხვევაში, მელატონინის სეკრეცია, შესაძლოა, დაითრგუნოს.

ცირკადული რიტმები

24 საათიან პერიოდში ქცევისა და ფიზიოლოგიის ბევრი ბიოლოგიური რიტმი განიცდის ფლუქტუაციას. რადგანაც ცირკადული რიტმები შინაგანი საათის მექანიზმებით რეგულირდება, ისინი მაშინაც შენარჩუნდება, როცა ადამიანი ისეთი გარემოში მოთავსდება, რომელშიც გარეგანი დროის შესახებ მინიშნებები არ მიწოდება. ორგანიზმის „მმართველი საათი“ ჰიპოთალამუსის სუპრაქიაზმატური ბირთვია (SCN). ძილ-ღვიძილის 24 საათიანი ციკლი გარემოს სინათლისა და სიბნელის პერიოდებთან ბადურაზე არსებული სპეციფიკური სინათლის დეტექტორების მეშვეობით სინქრონიზდება. ბადურადან გამომავალი ნერვული გზები სუპრაქიაზმატურ ბირთვს მიაღწევს, ხოლო ბირთვიდან გამომავალი გზები თავის ტვინის ძილ-ღვიძილის მაკონტროლებელ ნაწილებს აინერვირებს.

ძილ-ღვიძილის რიტმისთვის დროის ყველაზე ძლიერი მანიშნებელი სინათლეა. აქედან გამომდინარე, სინათლე შესაძლოა გამოყენებული იქნას თერაპიის სახით, ძილ-ღვიძილის რიტმის დროის გადანაცვლებისთვის. მაგალითად, დილით ადრე კაშკაშა სინათლის გამოყენება ძილ-ღვიძილის რიტმს უფრო ადრე გადმოსწევს; საღამოობით კაშკაშა სინათლის გამოყენების შედეგად, კი ძილ-ღვიძილის რიტმი უფრო გვიან გადაიწევს.

ძილის არქიტექტურა

ძილის არქიტექტურა ღამის ძილის მახასიათებელია, რომელიც ჩაინერება თავის ტვინის ტალღების, თვალეების მოძრაობებისა და კუნთების ტონუსის ფიზიოლოგიური გაზომვის, ანუ *პოლისომნოგრაფიის* მეშვეობით. ძილი ორი ძირითადი მდგომარეობისგან შედგება: REM (თვალეების სწრაფი მოძრაობა) ძილი და არა-REM (NREM; თვალეების სწრაფი მოძრაობის გარეშე) ძილი. ძილის დროს ორგანიზმი REM და NREM ძილს შორის მონაცვლეობს. ჩაძინების შემდეგ ადამიანი 4-6 NREM და REM ძილის ციკლს გაივლის.

NREM ძილი

ჯანმრთელი ზრდასრული ადამიანების ძილის საერთო დროის დაახლოებით 70-80%-ს არა-REM ძილი შეადგენს. NREM ძილი სამ სტადიად იყოფა:

I სტადია ძილის დაწყებისას დგება და ეს ღვიძილიდან ძილში გარდამავალ ფაზაა. ამ დროს თვალები ნელა მოძრაობს. ამ პერიოდში ადამიანის გაღვიძება ადვილია;

II სტადია ღამის ძილის უდიდეს ნაწილს შეადგენს. გულისცემათა სიხშირე და სხეულის ტემპერატურა შემცირებულია. ეს სტადია სპეციფიკურ ელექტროენცეფალოგრაფიულ (ეეგ) ტალღებთან ასოცირდება, რომელიც ძილის შენარჩუნებას უწყობს ხელს.

III სტადია ღრმა, ანუ ნელტალღოვანი ძილია (SWS). ამ სტადიაზე გვხვდება დიდი ეეგ ტალღები, რომელსაც დელტა ტალღებს უწოდებენ, რომელიც ძილის ინტენსივობის მსაზღვრელად გამოიყენება. ასაკის მატებასთან ერთად ნელტალღოვანი ძილი იკლებს და 60 წელს გადაცილებული ადამიანების უმრავლესობა ძილის ძალიან მცირე ნაწილს ატარებს NREM III სტადიის ძილში.

REM ძილი

REM ძილი ძილის 20-25%-ს შეადგენს. ძილის ციკლში REM ძილი NREM ძილს მოსდევს. ამ სტადიაზე თავის ტვინი ტალღები ღვიძილს მოგვაგონებს. საყრდენი/პოსტურული კუნთები ინჰიბირებულია, შედეგად ჩონჩხის კუნთების ტონუსი მკვეთრად დაქვეითებული. REM ძილის დროს ადამიანს ადგომა და სიარული არ შეუძლია. ყველაზე ცოცხალ სიზმრებს ადამიანი სწორედ REM ძილის დროს ნახულობს.

არასაკმარისი ძილი და ძილის აშლილობები

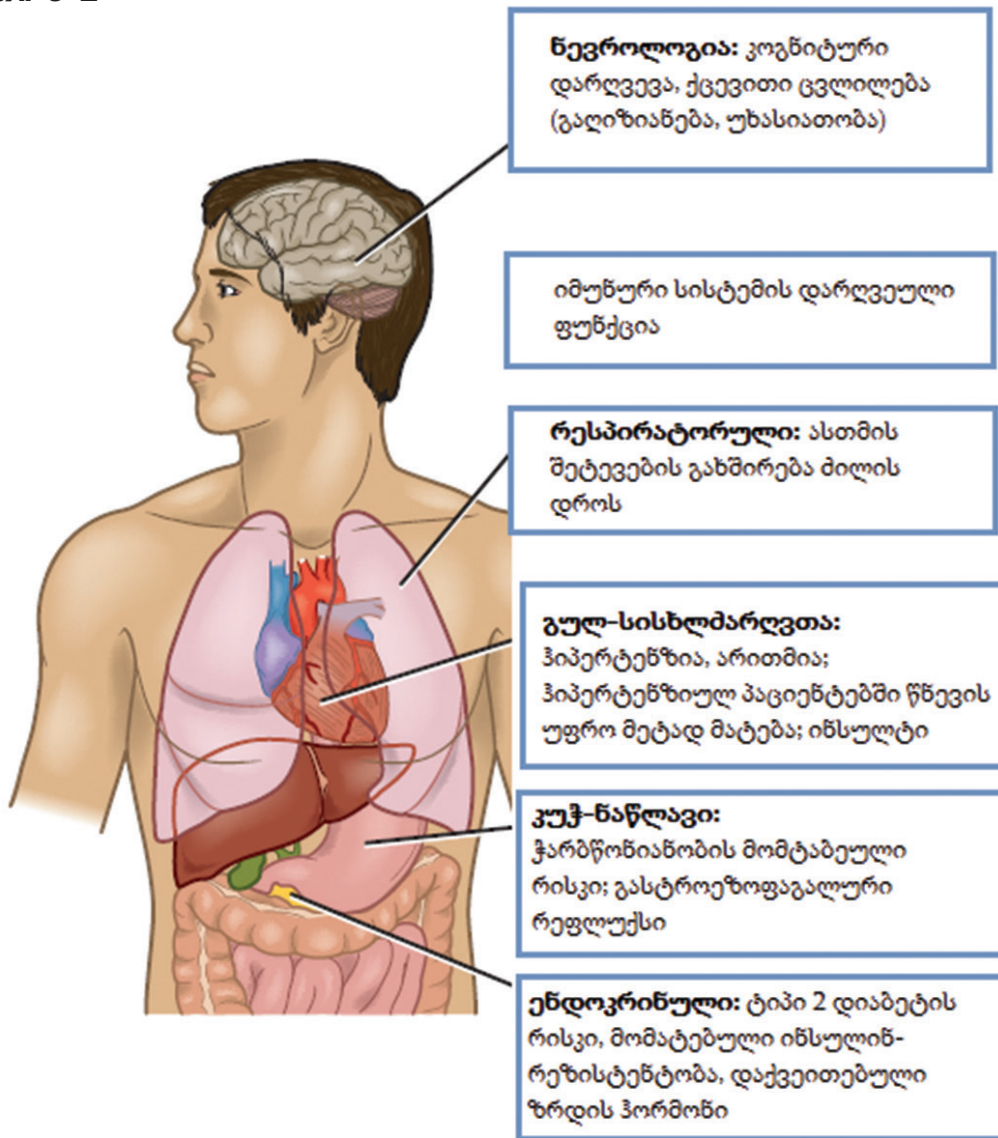
არასაკმარისი ძილი და ძილის აშლილობები ორგანიზმის ფუნქციების ცვლილებებს (სურ. 6-2) და ჯანმრთელობის პრობლემებს უკავშირდება (ცხრილი 6-3). 24 საათიანი უძილობის განმავლობაში ირღვევა კოგნიტური ფუნქცია და მარტივი ქცევითი ამოცანების შესრულების უნარი. ძილის დანაკარგის ეფექტები კუმულაციურია. ადამიანებს, რომლებსაც ღამით 6 საათზე ნაკლები ძინავთ, სხეულის მასის უფრო მაღალი ინდექსი (BMI) აქვთ და უფრო მიდრეკილნი არიან სიმსუქნისკენ. ადამიანებში, რომლებსაც არასაკმარისად ძინავთ, იზრდება გლუკოზის აუტანლობის და დიაბეტის განვითარების რისკი. ძილის ქრონიკული ნაკლებობა ზრდის ხანდაზმულებში დეპრესიის, დღის განმავლობაში ფუნქციონირების შეზღუდვის, სოციუმისგან იზოლაციისა და ცხოვრების ხარისხის ზოგადი დაქვეითების რისკს. ქრონიკული დაავადებების, განსაკუთრებით, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებისა და ინსულტის მქონე ინდივიდებში უძილობა (ინსომნია) და სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობა ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების ზრდას უკავშირდება.

ცხრილი 6-2 ძილის დარღვევების კავშირი დაავადებებსა და დარღვევებთან	
დაავადება ან დარღვევა	ძილის დარღვევა
სასუნთქი სისტემა	
ასთმა	<ul style="list-style-type: none">ძილის დროს მწვავედება.
ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფქოდ)	<ul style="list-style-type: none">უკავშირდება ძილის ხარისხის დაქვეითებას, ღამით ჟანგბადით დესატურაციას და თანაარსებობს ძილის აპნოე.

ძილის ობსტრუქციული აპნოე	<ul style="list-style-type: none"> უკავშირდება გულის დაავადებას (ჰიპერტენზია, ინსულტი, კორონარული არტერიების დაავადება, რიტმის დარღვევები). გლუკოზის კონტროლი ირღვევა ისე, როგორც ტიპი 2 დიაბეტის დროს.
თირკმელი	
თირკმლის დაავადების ბოლო სტადია	<ul style="list-style-type: none"> ღამის ძილის დარღვევა დღის განმავლობაში ჭარბი ძილიანობით. დიალიზზე მყოფ პაციენტებში მაღალია სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობისა და მოუსვენარი ფეხების სინდრომის სიხშირე. ორივე ამ მდგომარეობის არსებობა ამ პაციენტებში სიკვდილიანობის მნიშვნელოვანი პრედიქტორებია.
იმუნური დარღვევები	
ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ)	<ul style="list-style-type: none"> ძილის დარღვევები და დაღლილობა მეტად გავრცელებულია და გადარჩენას უკავშირდება.
ენდოკრინული	
დიაბეტი	<ul style="list-style-type: none"> არასაკმარისი ძილი უკავშირდება ტიპი 2 დიაბეტის რისკის ზრდას. ჯანმრთელ ადამიანებში ძილის დეფიციტი ინსულინ-რეზისტენტობას აძლიერებს. ძილის ხანგრძლივობა და ხარისხი A1C ჰემოგლობინის დონის, სისხლში გლუკოზის კონტროლის მნიშვნელოვანი მარკერის, პრედიქტორებია.
ძვალკუნთოვანი	
ართრიტი	<ul style="list-style-type: none"> იმატებს მოუსვენარი ფეხების სინდრომისა და სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობის სიხშირე. დაავადების აქტივობა ძილის ჩივილებს უკავშირდება.
ფიბრომიალგია	<ul style="list-style-type: none"> კომორბიდული უძილობა, განსაკუთრებით უჩივიან არააღმდგენ ძილს. იმატებს ძილში ქვედა კიდურების პერიოდული მოძრაობის და მოუსვენარი ფეხების სინდრომის სიხშირე. ძილზე დამოკიდებული ჰორმონების (ზრდის ჰორმონი, პროლაქტინი) კონცენტრაციის დაქვეითება.
ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი	<ul style="list-style-type: none"> კომორბიდული უძილობა. სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობის სიხშირის მატება.
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	
	<ul style="list-style-type: none"> ძილის აპნოეს და ძილის აშლილობების მქონე ადამიანებში იზრდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, მათ შორის, ჰიპერტენზიის, რიტმის დარღვევების და კორონარული არტერიების დაავადების რისკი.

გულის უკმარისობა	<ul style="list-style-type: none"> • ხშირია ძილის დარღვევები (უძილობა, ძილში კიდურების პერიოდული მოძრაობა, სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობა). • ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა და ცენტრალური აპნოე სითხით გადატვირთვის განპირობებული გულის უკმარისობის გამწვავების ნიშნებია.
ჰიპერტენზია	<ul style="list-style-type: none"> • არასაკმარისმა ძილმა ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტების წნევის კიდევ უფრო მომატება შეიძლება გამოიწვიოს.
კუჭ-ნაწლავი	
სიმსუქნე	<ul style="list-style-type: none"> • ძილის მოკლე ხანგრძლივობასა და ჭარბწონიანობას შორის კავშირი არსებობს. ხანმოკლე ძილმა შესაძლოა გამოიწვიოს ისეთი მეტაბოლური ცვლილებები, რომელიც სიმსუქნეს უკავშირდება. • იმ ადამიანების BMI, რომელთაც 6 საათზე ნაკლები ძინავთ, უფრო მაღალია, ვიდრე იმ ადამიანებისა, რომელთაც 8 საათზე დიდხანს ძინავთ. • სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობის რისკ-ფაქტორია.
გასტროეზოფაგური რეფლუქსი	<ul style="list-style-type: none"> • ძილის დროს, საყლაპავის ქვედა სფინქტერის უკმარისობის გამო კუჭის შიგთავსი საყლაპავში ამოდის (რეფლუქსი). • ძილის დროს ყლაპვა დათრგუნულია.
ღვიძლის ქრონიკული დაავადება	<ul style="list-style-type: none"> • უკავშირდება ჭარბ ძილიანობას, ღამით გამოღვიძებებსა და მოუსვენარი ფეხების სინდრომს.
ნევროლოგიური	
პარკინსონის დაავადება	<ul style="list-style-type: none"> • უკავშირდება დაძინებისა და ძილის შენარჩუნების გაძნელებას, პარასომნიებსა და დღის განმავლობაში ჭარბ ძილიანობას.
ალცჰაიმერის დაავადება	<ul style="list-style-type: none"> • ბევრ პაციენტს აქვს სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობა (ხშირად ძილის აპნოე). • ცირკადული რიტმის დარღვევები – ღამით სიარული, დღის განმავლობაში ძილიანობა და ძილის დარღვევა და გამოღვიძებები.
ტკივილი (მწვავე და ქრონიკული)	<ul style="list-style-type: none"> • ძილის ხანგრძლივობისა და ხარისხის დაქვეითება. უხარისხო ძილმა შესაძლოა ტკივილის ინტენსივობის გაძლიერება გამოიწვიოს.
კიბო	<ul style="list-style-type: none"> • უძილობის მაჩვენებლები უფრო მაღალია. • კიბოს სამკურნალო ქიმიოთერაპია ფრაგმენტირებულ ძილს და დაღლილობას უკავშირდება.

წყარო: National Center on Sleep Disorders and National Heart, Lung, and Blood Institute: National Sleep Disorders Research Plan: section 4, sleep and health. Retrieved from www.cdc.gov/sleep/about_sleep/chronic_disease.htm.



უძილობა (ინსომნია)

ძილის ყველაზე გავრცელებული აშლილობა უძილობაა (ინსომნია). ინსომნია ჩაძინების გაძნელებით, ძილის შენარჩუნების გაძნელებით, ზედმეტად ადრე გაღვიძებით ან გაღვიძებისას გამოუძინებლობის ჩივილით ხასიათდება. უძილობა გავრცელებული პრობლემაა, რომელიც ყოველ მესამე ზრდასრულს აწუხებს.

მწვავე უძილობა განისაზღვრება, როგორც კვირაში მინიმუმ 3 ღამის განმავლობაში ჩაძინების ან ძილის შენარჩუნების გაძნელება, რომელიც თვეზე ნაკლებია გრძელდება. ქრონიკული უძილობა ხასიათდება იგივე სიმპტომებით და დღის განმავლობაში არსებული ჩივილით (მაგ., დაღლილობა, კონცენტრაციის გაძნელება, სოციალური ან ოჯახური აქტივობების შეფერხება), რომელიც 1 თვეს ან უფრო დიდხანს გრძელდება. ქრონიკული უძილობა ასაკთან ერთად, დაახლოებით 65 წლამდე იმატებს. დაქორწინებულ ადამიანებთან შედარებით, ინსომნიის მაჩვენებლები უფრო მაღალია განქორწინებულ, დაქვრივებულ და განცალკევებულ ინდივიდებში. უძილობა უფრო გავრცელებულია დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსის და განათლების დონის მქონე პირებში.

²⁶ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

ექილოგია და პათოფიზიოლოგია

უძილობას ხელს უწყობს ქცევები, ცხოვრების წესი, კვება, ფიზიკური და მენტალური მდგომარეობები და წამლები. *ძილის არასათანადო ჰიგიენა* ისეთ პრაქტიკებსა და ქცევებს აღწერს, რომელიც შეუსაბამოა ხარისხიანი ძილისთვის. ადამიანს უძილობისკენ მიდრეკილს ხდის სტიმულატორების (მაგ., კოფეინი, ნიკოტინი, მეტამფეტამინი) მიღება, განსაკუთრებით, საღამოს საათებში. უძილობა ბევრი მედიკამენტის გვერდითი ეფექტია (მაგ., ანტიდეპრესანტები, ანტიჰიპერტენზიული წამლები, კორტიკოსტეროიდები, ფსიქოსტიმულატორები, ტკივილგამაყუჩებლები). უძილობას ამწვავებს ჩაძინებისთვის ალკოჰოლის მიღება, დაძინებამდე ცოტა ხნით ადრე მოწვევა, შუადღით დიდხანს ძილი, დილას გვიან გაღვიძება, კომშარები, დაძინებამდე ცოტა ხნით ვარჯიში.

ქრონიკული ინსომნია, კლასიფიკაციის მიხედვით, არის ან პირველადი, ან კომორბიდიული. *პირველადი უძილობა* ჩაძინებისა და ძილის შენარჩუნების გაძნელებაა, რომელიც აფერხებს დღის განმავლობაში ფუნქციონირებას და რომელიც სხვა მიზეზებით არ აიხსნება. პირველადი უძილობის დიაგნოზი დგება მას შემდეგ, რაც სამედიცინო, ნევროლოგიური და ფსიქიატრიული მიზეზები გამოირიცხება. პირველადი უძილობის გამომწვევი მიზეზი უცნობია. ზოგიერთი ადამიანი შესაძლოა გენეტიკურად იყოს წინასწარგანწყობილი უძილობისკენ ან ფლობდეს ისეთ ფსიქოლოგიურ ნიშან-თვისებებს, რომელიც მას უძილობისადმი მიდრეკილს ხდის. ხშირად ადამიანები აღნიშნავენ, რომ უძილობა სტრესული მოვლენის (მაგ., საყვარელი ადამიანის დაკარგვის) შემდეგ დაიწყო.

კომორბიდიული უძილობა ხშირია. ის ფსიქიატრიულ აშლილობებს, სამედიცინო მდგომარეობებს, წამლებს და ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებას უკავშირდება. ფსიქიატრიული ან სამედიცინო მდგომარეობების მქონე პაციენტებში უძილობა 2-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე იმ ადამიანებში, რომელთაც ეს მდგომარეობები არ აღენიშნებათ.

გამოვლინების შემდეგ ქრონიკული უძილობის სიმპტომები, მაღალი ალბათობით, ხანგრძლივად გაგრძელდება. ადამიანმა შესაძლოა ძილის დარღვევის პერსისტირებას ძილ-ღვიძილის არარეგულარული განრიგით, ძილის დამხმარე საშუალებებად ურეცეპტოდ გაცემული წამლების ან ალკოჰოლის გამოყენებით და ძილის მცდელობაში სანოლში მეტი დროის გატარებით შეუწყოს ხელი. გარემოზე ყურადღების გამახვილებამ, არასაკმარის ძილზე ღელვამ ან შიშმა და ძილის ცუდმა ჩვევებმა შესაძლოა გამოიწვიოს აგზნება, რომელიც სანოლსა და საძინებელთან ასოცირდება. ამას *განპირობებული აგზნება* ეწოდება.

კლინიკური გამოვლინებები

უძილობის გამოვლინებები მოიცავს ჩამოთვლილთაგან ერთ ან მეტ სიმპტომს: (1) ჩაძინების, ძილის დაწყების გაძნელება (*ძილის ლატენციის გახანგრძლივება*), (2) ხშირი გამოღვიძებები (*ფრაგმენტირებული ძილი*), (3) ღამით ხანგრძლივი გამოღვიძებები ან ძალიან ადრე გაღვიძება და ძილის ვერ შებრუნება და (4) გაღვიძებისას დასვენებულობის, ძალების აღდგენის შეგრძნების არქონა, ანუ *არააღმდგენი ძილი*. დღის განმავლობაში უძილობა შესაძლოა გამოიხატოს დაღლილობის შეგრძნებით, სამსახურში ან სასწავლებელში კონცენტრირების გაძნელებითა და განწყობის ცვლილებით. ხშირია დღის განმავლობაში ჩაძინება ან ძილიანობის ჩივილები. უხარისხო ძილის ქცევითი გამოვლინებებია: გაღიზიანებადობა, გულმავინყოფა, კონფუზია და შფოთვა.

დიაგნოსტიკური კვლევები

თვითგადმოცემა

ინსომნიის დიაგნოზი პაციენტის სუბიექტურ ჩივილებსა და მის მიერ შევსებული 1-2 კვირიანი ძილის დღიურის შეფასების საფუძველზე ისმევა. ამბულატორიული მოვლის პირობებში ინსომნიის შეფასებისთვის ძილის ყოვლისმომცველი ანამნეზის გამოკითხვაა საჭირო, რათა დადგინდეს უძილობის ტიპი და ჩატარდეს შესაძლო ფსიქიატრიული, სამედიცინო ან სხვა ძილის აშლილობების სკრინინგი, რომელიც სპეციფიკურ მკურნალობას საჭიროებს. ძილის ხარისხის შეფასების მიზნით ხშირად გამოიყენება კითხვარები, მაგალითად, პიტსბურგის ძილის ხარისხის ინდექსი, უძილობის სიმძიმის ინდექსი და ეპუორთის ძილიანობის შკალა.

აქტიგრაფია

აქტიგრაფია მოსვენებისა და აქტივობის ციკლების მონიტორინგის შედარებით არაინვაზიური მეთოდია. ადამიანი მაჯაზე მცირე ზომის აქტიგრაფ საათს ატარებს, რომელიც მსხვილ/უხემ მორტორულ აქტივობას ზომავს. მონყობილობა უწყვეტად ჩაიწერს პაციენტის მოძრაობებს და ქმნის მონაცემებს, რომელიც კომპიუტერში გადაიწერება და გაანალიზდება.

პოლისომნოგრაფია

კლინიკური პოლისომნოგრაფიული კვლევა უძილობის დიაგნოზის დადასტურებისთვის არ გამოიყენება. პოლისომნოგრაფიული კვლევა კეთდება მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როცა პაციენტს აღენიშნება ძილის სხვა აშლილობის, მაგალითად, სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობის სიმპტომები ან ნიშნები. პოლისომნოგრაფიული კვლევის დროს ელექტროდები ერთდროულად ჩაიწერს ფიზიოლოგიურ საზომებს, რომელიც ძილისა და ღვიძილის მთავარ სტადიებს განსაზღვრავს. ეს საზომებია: (1) ელექტრომიოგრაფიით (ემგ) ჩაწერილი კუნთების ტონუსი, (2) ელექტრო-ოკულოგრაფიით (ეოგ) ჩაწერილი თვალის მოძრაობები და (3) ელექტროენცეფალოგრაფიით (ეეგ) ჩაწერილი თავის ტვინის აქტივობა. ძილის სპეციფიკური აშლილობების დამატებითი მახასიათებლების დადგენის მიზნით, პოლისომნოგრაფიის დროს შესაძლებელია ასევე განისაზღვროს ცხვირისა და პირის ჰაერის ნაკადი, გულმკერდისა და მუცლის ირგვლივ სუნთქვის ძალისხმევა, გულისცემათა სიხშირე, ჟანგბადით სატურაცია (არაინვაზიური მეთოდით) და წვივის წინა კუნთების ელექტრომიოგრაფიული აქტივობა (ფეხების პერიოდული მოძრაობების დასადგენად). აუდიოვიზუალური მეთოდებით უწყვეტად მიმდინარეობს პაციენტის უხემ/მსხვილი მოძრაობების მონიტორინგი.

კოლაბორაციული მოვლა

უძილობის მკურნალობა სიმპტომების მართვისკენაა მიმართული (ცხრილი 6-3). მართვის საკვანძო კომპონენტი უძილობის პერსისტირების ხელშემწყობი ქცევების შეცვლაა. მნიშვნელოვანი პირველი საფეხური ძილისა და ქცევითი სტრატეგიების შესახებ სწავლებაა. ძილის ჰიგიენა წარმოადგენს სხვადასხვა პრაქტიკების ერთობლიობას, რომელიც მნიშვნელოვანია ღამით ნორმალური, ხარისხიანი ძილისა და დღის განმავლობაში სიფხიზლის შენარჩუნებისთვის (ცხრილი 6-4).

ცხრილი 6-3 კოლაბორაციული მოვლა უძილობა

<p>დიაგნოსტიკა ანამნეზი</p> <ul style="list-style-type: none"> • ძილის ჩანაწერი ან დღიური • ძილის შეფასება • პიტსბურგის ძილის ხარისხის ინდექსი • უძილობის სიმძიმის ინდექსი • ეპუორთის ძილიანობის შკალა <p>ფიზიკალური შემოწმება</p> <ul style="list-style-type: none"> • პოლისომნოგრაფია 	<p>კოლაბორაციული მკურნალობა</p> <p>არამედიკამენტური</p> <ul style="list-style-type: none"> • ძილის ჰიგიენა • უძილობის კოგნიტურ-ქცევითი თერაპიები (CBT-I) წამლები • ბენზოდიაზეპინები • ბენზოდიაზეპინის რეცეპტორების აგონისტები • ანტიდეპრესანტები • ანტიჰისტამინები <p>კომპლემენტარული და ალტერნატიული თერაპიები</p> <ul style="list-style-type: none"> • მელატონინი
--	---

ცხრილი 6-4 პაციენტის სწავლების გზამკვლევი ძილის ჰიგიენა

<p><i>ძილის დარღვევის ან აშლილობის მქონე პაციენტს სწავლებისას მიეცით შემდეგი მითითებები:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • თუ არ გეძინებათ, საწოლში არ დანევთ; • თუ დანოლიდან 20 წუთის შემდეგ არ გძინავთ, საწოლიდან ადექით; • შეიმუშავეთ დაძინებისა და გაღვიძების რეგულარული განრიგი; • დაიწყეთ ისეთი რიტუალების შესრულება (მაგ., თბილი აბაზანა, მსუბუქი ხემსი, კითხვა), რომელიც დანოლიამდე მოდუნებაში გეხმარებათ; • მთელი ღამის განმავლობაში იძინეთ, რეგულარულად; • თქვენი საძინებელი ჩაბნელებული, ჩუმი და ოდნავ გრილი უნდა იყოს; • საწოლში არ იკითხოთ, არ წეროთ, არ უყუროთ ტელევიზორს, არ ილაპარაკოთ ტელეფონით და არ ითამაშოთ ბანქო; • ძილის დრომდე მინიმუმ 4-6 საათის განმავლობაში მოერიდეთ კოფეინს, ნიკოტინსა და ალკოჰოლს; • მშვიერი არ დანევთ დასაძინებლად, მაგრამ არც დიდი ულუფა არ მიირთვათ ძილის წინ; • ძილის დრომდე 6 საათის განმავლობაში მოერიდეთ აქტიურ ვარჯიშს; • მოერიდეთ საძილე აბებს ან სიფრთხილით გამოიყენეთ ისინი; • ცხოვრებისეული სტრესის დაძლევისთვის მიმართეთ რელაქსაციის ტექნიკებს (მაგ., რელაქსაციური სუნთქვა);
--

American Academy of Sleep Medicine: Sleep hygiene: the healthy habits of good sleep, 2010. Retrieved from <http://yoursleep.aasmnet.org/hygiene.aspx>.

უძილობის კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია

მიუხედავად იმისა, რომ ძილის ჰიგიენის პრაქტიკების სწავლება სასარგებლოა, ქრონიკული უძილობის მქონე ინდივიდებს ინსომნიის უფრო სიღრმისეული კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია (CBT-I) ესაჭიროებათ. CBT-I ეყრდნობა მკურნალობის სტრუქტურირებულ გეგმებს, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს რელაქსაციურ ტრენინგს, მართულ წარმოსახვას, ძილის შესახებ მცდარი წარმოდგენებისკენ მიმართულ კოგნიტურ სტრატეგიებსა და ქცევით სტრატეგიებს. ინსომნიის მართვის ქცევითი სტრატეგიებია: (1) საწოლში ყოფნის

დროის შეზღუდვა, (2) დილას ერთსა და იმავე დროს, განრიგის მიხედვით ადგომა, (3) სანოლში მხოლოდ მაშინ დაწოლა, როცა ადამიანს ეძინება და (4) როცა დაძინებას ვერ ახერხებს, სანოლიდან წამოდგომა. CBT-I მოიცავს ძილის ჰიგიენის პრაქტიკების სწავლებასაც (იხ. ცხრილი 6-4). უძილობის კოგნიტურ-ქცევითი თერაპიის ფარგლებში ადამიანმა ქცევა უნდა შეცვალოს, რაც ზოგჯერ საკმაოდ რთულია.

მოუწოდეთ უძილობის მქონე ადამიანებს, სანოლში ტელევიზორს არ უყურონ და არ იკითხოთ. სანოლში ყოფნის ხანგრძლივობა უნდა შემოიფარგლებოდეს მხოლოდ იმ დროით, როცა ინდივიდს მართლაც ძინავს. ასწავლეთ უძილობის მქონე ადამიანს, რომ უნდა მოერიდოს დღის განმავლობაში თვლემას და საკვების დიდი ულუფების, ალკოჰოლისა და სტიმულატორების მიღებას, განსაკუთრებით, ძილის დრომდე რამდენიმე საათის განმავლობაში. დღის განმავლობაში ჩათვლება ნაკლებად მოქმედებს ღამის ძილზე, თუ ადამიანი დღეში მხოლოდ ერთხელ, მაქსიმუმ 15-20 წუთით, დილას გაღვიძებიდან 7-9 საათის შემდეგ ჩათვლევს. ძილის ხარისხის გაუმჯობესებას ხელს უწყობს ვარჯიშიც (მხოლოდ დაძინებამდე რამდენიმე საათით ადრე).

მედიკამენტოზური მკურნალობა

სედაციური და ანქსიოლიზური საშუალებები ძილს აუმჯობესებს, მაგრამ დღის განმავლობაში ფუნქციონირების გამაუმჯობესებელი ეფექტები ნაკლებად ერთმნიშვნელოვანია. რამდენიმე კვლევაში გამოკვლეულ იქნა ქრონიკული უძილობის დროს ჰიპნოზური საშუალებების გამოყენება და ხანდაზმულებში მათი გამოყენება საკამათო საკითხია. ინსომნიის მქონე ბევრი ადამიანი უძილობის სამკურნალოდ ურეცეპტოდ გაცემული ან დანიშნული წამლების მიღებას ეჩვევა და შედეგად მათზე როგორც ფსიქოლოგიური, ისე ფიზიკური დამოკიდებულების რისკის ქვეშაა. ზოგიერთი ჰიპნოზური საშუალების მიღების უეცარი შეწყვეტისას ხშირია *შებრუნებული უძილობა*. შედეგად პაციენტი დღის განმავლობაში დაღლილია, რამაც შესაძლოა უარყოფითად იმოქმედოს პაციენტის მცდელობებზე, არამედიკამენტოზურ მიდგომებს მიმართოს. უძილობის სამკურნალოდ მედიკამენტების შემდეგი ჯგუფები გამოიყენება: ბენზოდიამეპინები, ბენზოდიამეპინის რეცეპტორის აგონისტები, მელატონინის რეცეპტორის აგონისტები, ანტიდეპრესანტები და ანტიჰისტამინები (ცხრილი 6-5).

<p>ცხრილი 6-5 მედიკამენტოზური მკურნალობა უძილობა</p> <p>ბენზოდიამეპინები</p> <ul style="list-style-type: none"> • დიაზეპამი • ფლურაზეპამი • ლორაზეპამი • ქუაზეპამი • ტრიაზოლამი <p>ბენზოდიამეპინების რეცეპტორების აგონისტები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ზოლპიდემი • ზალეპლონი • ესზოპიკლონი
--

მელატონინის რეცეპტორის აგონისტი

- რამელტეონი

ანტიდეპრესანტები

- ამიტრიპტილინი
- ბუპროპიონი
- დოქსეპინი
- ფლუოქსეტინი
- ტრაზოდონი

ანტიჰისტამინები

- დიფენჰიდრამინი

ბენზოდიაზეპინები

ბენზოდიაზეპინები, მაგალითად, დიაზეპამი გამა-ამინოერბო მჟავის (GABA) რეცეპტორებს ააქტიურებს და ამ გზით ასტიმულირებს ძილს. ზოგიერთი ამ საშუალების (მაგ., ფლურაზეპამი) გახანგრძლივებულმა ნახევარდაშლის პერიოდმა შესაძლოა დღის განმავლობაში ძილიანობა, ამნეზია, თავბრუსხვევა და შებრუნებული უძილობა გამოიწვიოს. ამ საშუალებების მიმართ დგება ტოლერანტობა და არსებობს დამოკიდებულების ჩამოყალიბების რისკი. რეკომენდებულია, რომ ბენზოდიაზეპინები მაქსიმუმ 2-3 კვირის განმავლობაში გამოიყენებოდეს. ყველა ბენზოდიაზეპინს ახლავს ბოროტად გამოყენების პოტენციალი. ამასთან, ბენზოდიაზეპინები ურთიერთქმედებს ალკოჰოლთან და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტებთან. ამჟამინდელი რეკომენდაციებით, ეს საშუალებები დღეს უძილობის სამკურნალო პირველი რიგის პრეპარატებს აღარ წარმოადგენს.

ბენზოდიაზეპინის რეცეპტორების აგონისტები

ზოლპიდემი, ზალეპლონი და ესზოპიკლონი უძილობის სამკურნალო პირველი რიგის პრეპარატებია. რადგანაც ისინი ბენზოდიაზეპინების რეცეპტორების აგონისტებია, მათი მოქმედება ბენზოდიაზეპინების ანალოგიურია. ამ წამლების გამოყენება ეფექტური და უსაფრთხოა 6 თვიდან 1 წლამდე. საკვებმა შესაძლოა მოქმედების დაწყება დააყოვნოს და ამიტომ ამ საშუალებების საკვებთან ერთად მიღება რეკომენდებული არ არის. ეს წამლები ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიოდით ხასიათდება, რის გამოც მათი მოქმედების ხანგრძლივობაც ხანმოკლეა. ძილის დაწყებისა და შენარჩუნების პრობლემებისთვის გამოიყენება გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების ზოლპიდემი. პაციენტებთან, რომელთაც უძნელდებათ აბების გადაყლაპვა ან შეზღუდული აქვთ პერორალურად სითხის მიღება, შესაძლებელია ზოლპიდემის ხსნადი ტაბლეტისა და ორალური სპრეის ფორმით გამოყენება. ზოლპიდემის ტარტრატი სუბლინგუალური აბია, რომელიც გამოიყენება ისეთი უძილობის დროს, რომელიც შუა ღამეს გამოღვიძებით და შემდეგ ძილის შებრუნების გაძნელებით ხასიათდება.

მელატონინის რეცეპტორის აგონისტი

რამელტეონი მელატონინის რეცეპტორის აგონისტია. ის ძალიან სწრაფად იწყებს მოქმედებას და ეფექტურია ჩაძინებისთვის, მაგრამ მისი მოქმედება ხანმოკლეა. ბენზო-

დიაგნოზებისგან განსხვავებით, რამელტეონის მიმართ ტოლერანტობა არ ყალიბდება, მაგრამ წამალი ყოველთვის ეფექტურად არ აუმჯობესებს ძილის ხარისხს.

ანტიდეპრესანტები

ტრაზოდონი ატიპური ანტიდეპრესანტია, რომელსაც სედაციური მოქმედებაც აქვს. უძილობის დროს ტრაზოდონის მსგავსი ანტიდეპრესანტების გაცილებით დაბალი დოზები გამოიყენება, ვიდრე დეპრესიის დროს. ხანდაზმულებში ამ წამლის გამოყენება საკმაოდ საკითხია. დღის ძილიანობა გავრცელებული გვერდითი ეფექტია. რამდენიმე კვირის შემდეგ შესაძლოა ტოლერანტობა დადგეს.

უძილობის სამკურნალოდ კიდევ ერთი ანტიდეპრესანტი, დოქსეპინი გამოიყენება. ძალიან დაბალ დოზებში დოქსეპინი თავის ტვინში ჰისტამინის რეცეპტორებს აინჰიბირებს. უძილობის მქონე ხანდაზმულებსა და შუახნის ასაკის ბრდასრულებში დოქსეპინი ძილს მომდევნო დღის ძილიანობის გამონწვევის გარეშე აუმჯობესებს.

ანტიჰისტამინები

უძილობის მქონე ბევრი ინდივიდი თვითმკურნალობას ეწევა და ურეცეპტოდ გაცემულ ძილის დამხმარე საშუალებებს იღებს. ურეცეპტოდ გაცემული პრეპარატების უმრავლესობა დიფენჰიდრამინს შეიცავს. ეს საშუალებები ნაკლებად ეფექტურია, ვიდრე ბენზოდიამინები და მათ მიმართ ტოლერანტობა სწრაფადვე ყალიბდება. ამასთან, ანტიჰისტამინებს ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტები ახლავს, კერძოდ, დღის ძილიანობა, კოგნიტური ფუნქციის დარღვევები, მხედველობის დაბინდვა, შარდის შეკავება, ყაბზობა და თვალშიდა წნევის მომატების რისკი. დიფენჰიდრამინის შემცველი საშუალებები არ არის გამიზნული ხანგრძლივი გამოყენებისთვის და ხანდაზმულებმა ისინი არ უნდა მიიღონ.

კომპლემენტარული და ალტერნატიული თერაპიები

ძილის დამხმარე საშუალებების სახით ბევრი კომპლემენტარულ თერაპიას და მცენარეულ პრეპარატს იყენებს. როგორც ზემოთ ითქვა, მელატონინი ეპიფიზში წარმოქმნილი ჰორმონია. მელატონინი ეფექტურად აუმჯობესებს jet lag-ით გამონწვეულ ძილის დარღვევას. ის ღამის ცვლაში მომუშავე ადამიანებს დღის განმავლობაში დაძინებაშიც ეხმარება. თუმცა, მელატონინი არ არის ეფექტური ღამის ძილის გაუმჯობესებისთვის. ვალერიანი მცენარეული საშუალებაა, რომელიც მრავალი წელია ძილის დამხმარე საშუალების სახით და შფოთვის შესამსუბუქებლად გამოიყენება. მიუხედავად იმისა, რომ ვალერიანი უსაფრთხოა, ის უძილობის სამკურნალოდ ეფექტური არ არის.

საექთნო მართვა

უძილობა

შეფასება

თქვენ, როგორც ექთანმა უნდა შეაფასოთ პაციენტებისა და მათი მომვლელების ძილის პრობლემები. ძილის შეფასებით შეგიძლიათ დაეხმაროთ პაციენტებს, განსაზღვრონ რომელი ჩვევები და გარემო ფაქტორები განაპირობებს ძილის დარღვევას. მომვლელების ძილის დარღვევის მიზეზი შესაძლოა სახლში პაციენტის მოვლის აუცილებ-

ლობა იყოს. ძილის ამ დარღვევებმა შესაძლოა მომვლელობის ტვირთი კიდევ უფრო დაამძიმოს.

ძილის ხანგრძლივობისა და ხარისხის შემოწმებისთვის გამოიყენება როგორც სუბიექტური (პაციენტის ნაამბობი), ისე ობიექტური მონაცემები. ბევრი პაციენტი ექიმს ძილის პრობლემების შესახებ არ უყვება. აქედან გამომდინარე, პაციენტებს რეგულარულად უნდა დაუსვათ ძილის შესახებ კითხვები. ძილის ანამნეზი მოიცავს ძილის ისეთ მახასიათებლებს, როგორცაა ხანგრძლივობა, ძილის მახასიათებელი და დღის განმავლობაში სიფხიზლის ხარისხი. ნებისმიერი კითხვარის გამოყენებამდე, შეაფასეთ პაციენტის კოგნიტური ფუნქცია, კითხვის უნარი (თუ წერით ფორმას იყენებთ) და ენობრივი უნარები (ცხრილი 6-6). ასევე შეაფასეთ პაციენტის კვების რაციონი. გამოკითხეთ კოფეინისა და სხვა საკვები სტიმულატორების (შოკოლადი) მოხმარების შესახებ. ჰკითხეთ, იღებს თუ არა ალკოჰოლს და იყენებს თუ არა მას ძილის დამხმარე საშუალებად.

ჰკითხეთ პაციენტს საძილე საშუალებების შესახებ. ეს მოიცავს როგორც ურეცეპტოდ გაცემულ, ისე დანიშნულ მედიკამენტებს. გამოიკითხეთ წამლის დოზა, გამოყენების სიხშირე და გვერდითი ეფექტები (მაგ., დღის ძილიანობა, პირის სიმშრალე). ბევრი ადამიანი ასევე იღებს მცენარეულ ან კვებით დანამატებს, რომელიც, მისი რწმენით, ძილს აუმჯობესებს. ეს საშუალებებია, მაგალითად, ვალერიანი, მელატონინი, სვია, ლავანდა, ვნების ყვავილი, კავა და მუზარადა. განუმარტეთ პაციენტებს, რომ ეს პროდუქტები კვებითი დანამატების სახით იყიდება და არ ფლობს შეერთებული შტატების საკვებისა და წამლის ადმინისტრაციის (FDA) დასტურს ან რეგულაციას. მცენარეებისა და დანამატების ზუსტი კომპონენტები და კონცენტრაციები ხშირად უცნობია და პაციენტებს შესაძლოა გვერდითი ეფექტები აღნიშნებოდეთ. ზოგიერთი საშუალება, მაგალითად, კავა, პოტენციურად ჰეპატოტოქსიკურია. ძილის დამხმარე საშუალებებია ასევე თეთრი ხმაურის მონწყობილობები და რელაქსაციის სტრატეგიები.

მოუწოდეთ პაციენტებს, 2 კვირის განმავლობაში ძილის დღიური აწარმოონ. პაციენტმა დღიურში უნდა ჩაიწეროს, როდის იძინებს, როდის იღვიძებს და რამდენ ხანს ღვიძავს ღამის განმავლობაში. ასევე უნდა ჩაინიშნოს ჩათვლემის რაოდენობა და ხანგრძლივობა. დღის განმავლობაში ძილიანობის შესაფასებლად შესაძლებელია სტანდარტიზებული კითხვარების, მაგალითად, ეპუორთის ძილიანობის შკალის გამოყენება.

პაციენტის სამედიცინო ისტორია ხშირად მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა უხარისხო ძილის ხელშემწყობი ფაქტორების შესახებ. მაგალითად, პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის მქონე მამაკაცები ხშირად აღნიშნავენ, რომ ღამით ხშირად ეღვიძებათ მოშარდვის მოთხოვნილების გამო. ძილის დარღვევები უკავშირდება ფსიქიატრიულ პრობლემებსაც (მაგ., დეპრესია, შფოთვა, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა [PTSD], ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება). ძილის დარღვევები ხშირად ქრონიკული ან ტერმინალური მდგომარეობის (მაგ., გულის დაავადება, დემენცია, კიბო) ნიშნად ან გართულებად გვევლინება.

გამოკითხეთ პაციენტები სამსახურეობრივი განრიგის და ქვეყნის შიგნით და საზღვარგარეთ მოგზაურობის შესახებ. ცვლებში მუშაობა ძილის ნაკლებობას ან უხარისხო ძილს განაპირობებს. უხარისხო ძილმა შესაძლოა სამსახურეობრივ ქცევამც იმოქმედოს და შეამციროს სამუშაოს შესრულების უნარი, პროდუქტიულობა და გახდეს სამსახურის ხშირი გაცდენის მიზეზი.

ცხრილი 6-6 საექთნო შეფასება

ძილი

ძილის სანციის შეფასებისთვის შემდეგი კითხვები დაუსვით პაციენტს.

1. ღამით რომელ საათზე წვებით ხოლმე დასაძინებლად? დილით რომელ საათზე იღვიძებთ ხოლმე?
2. ხშირად გიჭირთ ღამით ჩაძინება?
3. ღამით დაახლოებით რამდენჯერ გეღვიძებათ?
4. ღამით თუ გამოგეღვიძათ, ძილის შებრუნება გიჭირთ?
5. საწოლში პარტნიორი გეუბნებათ ან თქვენ თვითონ იცით, რომ ხშირად ხვრინავთ, ჰაერს ხარბად ისუნთქავთ ან სუნთქვას აჩერებთ?
6. საწოლში პარტნიორი გეუბნებათ ან თქვენ თვითონ იცით, რომ ღამით კიდურებს იქნევთ ან ურტყამთ?
7. ძილის დროს დადიხართ, ჭამთ, სხვებს ურტყამთ ან ყვირით?
8. დღის განმავლობაში ძირითადად გეძინებათ ან დაღლილი ხართ?
9. დღის განმავლობაში ერთხელ ან მეტჯერ მცირე ხნით იძინებთ ხოლმე?
10. დღის განმავლობაში დაუგეგმავად ჩაგთვლემთ ხოლმე?
11. იმისთვის, რომ ფხიზლად იყოთ და კარგად იფუნქციონიროთ, რამდენხნისანი ძილი გჭირდებათ?
12. ამჟამად რამე სახის საძილე წამალს ან ძილის დამხმარე სხვა საშუალებას იღებთ?

წყარო: Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, et al: Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older people, *J Am Geriatr Soc* 57:761, 2009.

საექთნო დიაგნოზი

ძილთან დაკავშირებული სპეციფიკური საექთნო დიაგნოზებია: უძილობა, ძილის დეფიციტი, ძილის მახასიათებლის დარღვევა და ძილის გაუმჯობესებისთვის მზაობა.

იმპლემენტაცია

საექთნო ინტერვენციები ძილის პრობლემის სიმძიმესა და ხანგრძლივობაზე და ინდივიდუალურ მახასიათებლებზე დამოკიდებული. ოპტიმალურ პირობებში, ჯანმრთელ ზრდასრულ ადამიანებს ღამის განმავლობაში 7-8 საათი უნდა ეძინოს. უფრო ხანგრძლივი (9 საათზე მეტი) და ხანმოკლე (6 საათზე ნაკლები) ძილი ავადობისა და სიკვდილიანობის რისკს ზრდის. ადამიანებში, რომელთაც ცოტახანს ძინავთ, იმატებს წონის მომატების, გლუკოზატოლერანტობის დარღვევისა და დაიბეტის, ჰიპერტენზიის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადების და ინსულტის რისკი. პერიოდულად ჩაძინების გაძნელება ან ღამით გამოღვიძება უჩვეულო მოვლენა არ არის. თუმცა, ძილის დარღვევა, რომელიც 1 თვეზე დიდხანს გრძელდება, უკვე პრობლემურია.

მიუხედავად იმისა, რომ ძილის ჰიგიენის პრაქტიკების (იხ. ცხრილი 6-4) სწავლება სასარგებლოა, ქრონიკული უძილობის მქონე ინდივიდებს უფრო სიღრმისეული ინტერვენციები, კერძოდ, CBT-I სტრატეგიები ესაჭიროებათ. ძილის ჰიგიენის მნიშვნელოვან კომპონენტს კოფეინის შემცველი ნივთიერებების მიღების შემცირება წარმოადგენს (ცხრილი 6-7). კოფეინის ნახევარდაშლის პერიოდი დაახლოებით 6 საათია. ხანდაბმულებში ნახევარდაშლის პერიოდი შესაძლოა 9 საათიანიც იყოს. ადამიანები უნდა მოერიდონ 12 საათის შემდეგ კოფეინის შემცველი სასმელების მიღებას.

შესთავაზებთ პაციენტებს, ძილის გაუმჯობესების მიზნით, საშინაო გარემოში ცვლილებები შეიტანოთ. ინსტიტუციურ პირობებში ეს ცვლილებები თქვენ თვითონ განახორციელებთ. სინათლისა და ხმაურის დონის შემცირება ძილს უწყობს ხელს. დროის გასვლაზე ფიქრი და საათის ყურება კიდევ უფრო ამძიმებს ვერ დაძინების ან ძილის შებრუნების გამო მღელვარებას. ხარისხიანი ძილისთვის უმჯობესია საძინებელში სიბნელე და სიგრილე იყოს.

ჩაუტარეთ პაციენტებს სწავლება საძილე წამლების შესახებ. ბენზოდიაზეპინების, ბენზოდიაზეპინების რეცეპტორის აგონისტებისა და მელატონინის შემთხვევაში, ასწავლეთ, რომ წამალი დანოლამდე უნდა მიიღონ, მზად იყვნენ ღამის სრული, 6-8 საათიანი ძილისთვის და მომდევნო დილისთვის არ დაგეგმონ ისეთი აქტივობები, რომელიც დახვეწილ ფსიქომოტორულ კოორდინაციას მოითხოვს. ურჩიეთ პაციენტებს, არ მიიღონ ეს წამლები ცხიმიან საკვებთან (შენოვას აფერხებს), ალკოჰოლთან ან ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტებთან ერთად.

მედიკამენტების მოქმედების შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ვიზიტები. ჰკითხეთ დღის ძილიანობის, ღამის კომპარების და ყოველდღიური ცხოვრებისეული აქტივობების შესრულების სიძნელეების შესახებ.

ცხრილი 6-7 კოფეინის შემცველობა ზოგიერთ საკვებსა და სასმელში	
საკვები ან სასმელი	კოფეინი (მგ)
ყავა, მოდულებული (226 მლ)	95-200
ყავა, ხსნადი (226 მლ)	27-173
ყავა, კოფეინის გარეშე	5
ჩაი, დაყენებული ან პაკეტის (226 მლ)	50
სემონური მცენარეული ჩაი, ნებისმიერი სახეობა	0
დიეტური კოლა (354 მლ)	47
კოკა-კოლა (354 მლ)	35
პეპსი (354 მლ)	37
7-Up, სპრაიტი ან დიეტური 7-Up (354 მლ)	0
რედ ბული (354 მლ)	80
ცხელი შოკოლადი (226 მლ)	5

ძილის დარღვევები ჰოსპიტალში

ჰოსპიტალიზაცია, განსაკუთრებით, ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში (ICU) მოთავსება, ძილის საერთო ხანგრძლივობის და ნელტალლოგანი (SWS) და REM ძილის შემცირებას უკავშირდება. კრიტიკული ავადმყოფობისა და მისი მკურნალობის ბუნებიდან გამომდინარე, ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში ძილის დეფიციტი შესაძლოა გარდაუვალიც იყოს. ძილის უკვე არსებული აშლილობები შესაძლოა ჰოსპიტალში ყოფნისას გამწვავდეს ან დამძიმდეს. ძილის აპნოეს მქონე პაციენტებმა ჰოსპიტალში ყოფნისას CPAP (სასუნთქ გზებში დადებითი წნევის უწყვეტი მიწოდება) აპარატი უნდა გამოიყენონ. ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის დარღვევა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პრობლემაა.

ძილის ხარისხის დაქვეითებას ხელს უწყობს გარემოში არსებული ხელშემშლელი

ფაქტორები, ფსიქოაქტიური ნამლები და მწვავე და კრიტიკული ავადმყოფობა. მწვავე ავადმყოფში ძილის დეფიციტის განვითარებას შესაძლოა ხელი შეუწყოს პაციენტის სიმპტომებმაც, მაგალითად, ტკივილმა, სუნთქვის გაძნელებამ და გულისრევამ. ძილის ნაკლებობას კიდევ უფრო ამძიმებს ნამლები, რომელიც ხშირად გამოიყენება მწვავე და კრიტიკულ ავადმყოფებში. ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში ძილის დარღვევებს ხელს უწყობს ცირკადული რიტმების დარღვევები და მელატონინის დონის შემცირებაც. ჰოსპიტალი ახალი გარემოა და, აქედან გამომდინარე, პაციენტისთვის ძილთან დაკავშირებული ნორმალური მინიმუმები აქ არ არის.

დღისა და ღამის განმავლობაში ძილს ხელს უშლის ჰოსპიტალისა და ინტენსიური მოვლის განყოფილების ხმაური (მაგ., პეიჯერები, რესპირატორის ხმები, მონიტორები, ინფუზიის სიგნალები) და, განსაკუთრებით, პაციენტებთან ახლოს თანამშრომლების საუბრები (მაგ., დერეფანში). ძილის დარღვევასა და მელატონინის დონის დაქვეითებას ხელს უწყობს ღამის განმავლობაში კაშკაშა სინათლეზე ყოფნაც. ძილს ხელს უშლის პაციენტის მოვლის ღონისძიებებიც (მაგ., სახვევების გამოცვლა, სისხლის აღება, სასიცოცხლო მაჩვენებლების მონიტორინგი). აქტივობის ნაკლებობის, მოწყვნილობისა და ზოგიერთი ნამლის მიღების გამო პაციენტმა შესაძლოა დღისა და საღამოს განმავლობაში რამდენჯერმე ჩათვლიდოს, რაც ღამის ძილზე მოქმედებს.

ძილის ხანგრძლივობის შემცირება და ძილის დანაკარგი ტკივილის აღქმაზე გემოქმედებს. ძილისა და ტკივილის ურთიერთკავშირზე მოქმედებს ფსიქოლოგიური ფაქტორებიც, მაგალითად, შფოთვა და დეპრესია. ტკივილის სათანადო მართვის პირობებში შესაძლოა ძილის საერთო ხანგრძლივობა გაუმჯობესდეს, მაგრამ ტკივილის გაყუჩების მიზნით ხშირად გამოყენებული ნამლები, მაგალითად, ოპიოიდები, ასევე ცვლის ძილსა და სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის პრობლემების რისკს ზრდის. ოპიოიდების მოხსნა/აბსტინენცია ძილის არქიტექტურაზე შებრუნებული ეფექტებით ხასიათდება.

თქვენ ძილის ხელშემწყობი გარემოს შექმნაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებთ. ეს მოიცავს მედიკამენტებისა და პროცედურების განრიგის შემუშავებას. სინათლისა და ხმაურის დონის შემცირებამ შესაძლოა პაციენტს ძილის მეტი შესაძლებლობა მისცეს. ჰიპნოზური საშუალებები ხშირად, საჭიროებისამებრ, მიენოდებათ. ჰკითხეთ პაციენტებს, სურთ თუ არა დასაძინებლად ნამლის მიღება.

ნარკოლეფსია

ნარკოლეფსია ქრონიკული ნევროლოგიური დაავადებაა, რომელიც ტვინის მიერ ძილ-ღვიძილის ციკლების ნორმალური რეგულირების შეუძლებლობითაა გამოწვეული. ნარკოლეფსიის მქონე ადამიანებს დღის სხვადასხვა მონაკვეთში ძილის დაუძლეველი, უკონტროლო მოთხოვნილება უჩნდებათ. როცა ადამიანი სურვილს ვეღარ ერევა, ის რამდენიმე წამით ან წუთით იძინებს. ნარკოლეფსიის მქონე ინდივიდები ხშირად ღვიძილის მდგომარეობიდან პირდაპირ REM ძილში გადადიან. ეს ნარკოლეფსიის უნიკალური მახასიათებელია. ნარკოლეფსიის მქონე პაციენტების ღამის ძილიც ფრაგმენტირებული და დარღვეულია.

ორივე სქესის ადამიანებში ნარკოლეფსია ძირითადად მოზარდობაში ან ადრეულ მესამე დეკადაში იწყება. თუმცა, პაციენტების 25%-ს დიაგნოზს მხოლოდ 40 წლის ასაკის შემდეგ უსვამენ. ნარკოლეფსიის სიმპტომების პროვოცირება შესაძლოა ქალა-ტვინის ტრავმამ, ძილ-ღვიძილის ჩვევების უეცარმა ცვლილებამ და ინფექციამ გამოიწვიოს.

არსებობს ნარკოლეფსიის ორი კატეგორია: კატაპლექსითა და კატაპლექსიის გარეშე. კატაპლექსია ჩონჩხის კუნთების ტონუსის ხანმოკლე და უეცარი დაქვეითება ან კუნთების ხანმოკლე და უეცარი სისუსტეა. კატაპლექსია შესაძლოა კუნთების სისუსტის ხანმოკლე ეპიზოდის ან სრული პოსტურული კოლაფსისა და დაცემის სახით გამოვლინდეს. ეპიზოდების მაპროვოცირებელი ხშირად სიცილი, ბრაზი ან გაკვირვებაა. კატაპლექსია ნარკოლეფსიის მქონე პაციენტების დაახლოებით 30-50%-ს აღენიშნება.

ეტიოლოგია და ფიზიოლოგია

ნარკოლეფსიის გამომწვევი მიზეზი ჯერჯერობით უცნობია. ის ორექსინის (ჰიპოკრეტინის), ღვიძილთან დაკავშირებული ნეიროპეპტიდის, დეფიციტით ხასიათდება, რაც, თავის მხრივ, ორექსინერგული ნეირონების განადგურებითაა გამოწვეული. ნეირონების დესტრუქციის მიზეზი კარგად არ არის ცნობილი, თუმცა, არსებობს ეჭვი, რომ ეს აუტოიმუნური პროცესითაა განპირობებული.

კლინიკური გამოვლინებები და დიაგნოსტიკური კვლევები

ნარკოლეფსიის გამოვლინებები შეიძლება იყოს: ძილის დამბლის ხანმოკლე ეპიზოდები, ჰალუცინაციები, კატაპლექსია და ფრაგმენტირებული ღამის ძილი. *ძილის დამბლა (პარალიზი)* ჩონჩხის კუნთების (გარდა სასუნთქი და თვალის მამოძრავებელი კუნთებისა) დროებითი (რამდენიმე წამიდან რამდენიმე წუთამდე) დამბლაა, რომელიც REM ძილიდან ღვიძილში გადასვლის დროს აღინიშნება. კუნთების ტონუსის დაქვეითება, რომელიც ხშირად ძლიერი ემოციებითაა პროვოცირებული, ძირითადად 2 წუთზე ხანმოკლეა. კუნთების ტონუსის დაქვეითების პერიოდში, ინდივიდი ცნობიერებას ინარჩუნებს.

ნარკოლეფსიის დროს დღის განმავლობაში REM ძილის არასასურველი ეპიზოდები აღმოცენდება. ძილის ეს ეპიზოდები ძირითადად ხანმოკლეა, მაგრამ შესაძლოა საათზე დიდხანსაც გაგრძელდეს და პაციენტები შემდეგ მხნედ, გამოფხიზლებულად გრძნობენ თავს. პაციენტები შესაძლოა უჩიოდნენ მოთენთილობის შეგრძნებას და მღვიძარე მდგომარეობის შენარჩუნების შეუძლებლობას, მაგალითად, ფილმის ყურების, საკლასო ოთახში ჯდომის, კითხვის ან სხვა მჯდომარე აქტივობების შესრულების დროს. შედეგად, ისინი ხშირად ვერ ართმევენ თავს სამსახურეობრივ მოვალეობებს; მცირდება ცხოვრების ხარისხი და ირღვევა პირადი ურთიერთობები.

ნარკოლეფსიის დიაგნოზი ძილიანობის ისტორიის, პოლისომნოგრაფიის და დღის განმავლობაში *ძილის ლატენტობის მრავალჯერადი ტესტების (MSLT)* საფუძველზე ისმევა. ძილის ლატენტობის მრავალჯერადი ტესტებისთვის, პაციენტებს ჯერ ღამის განმავლობაში პოლისომნოგრაფიული შეფასება უტარდებათ და შემდეგ მომდევნო დღეს ისინი 4-5-ჯერ, 2 საათის ინტერვალებით იძინებენ. ძილის ლატენტობის მრავალჯერად ორზე მეტ ტესტში ძილის ხანმოკლე ლატენტობისა და REM ძილის დადგომა ნარკოლეფსიის დიაგნოსტიკური ნიშნებია.

საექთნო და კოლაბორაციული მართვა

ნარკოლეფსიის მართვა სიმპტომების მართვისკენაა მიმართული. ჩაუტარეთ პაციენტს სწავლება ძილის და ძილის ჰიგიენის შესახებ. ურჩიეთ ნარკოლეფსიის მქონე პაციენტს, დღის განმავლობაში 3-ჯერ ან მეტჯერ, ცოტახნით (15 წუთით) დაიძინოს და

მოერიდოს საკვების დიდი ულუფებისა და ალკოჰოლის მიღებას. პაციენტისთვის უსაფრთხო ქცევების სწავლებითა და მედიკამენტების რეჟიმის დაცვის მოწოდებით, თქვენ შეგიძლიათ უდიდესი როლი შეასრულოთ პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფაში.

მედიკამენტოზური მკურნალობა

ნარკოლეფსიის განკურნება შეუძლებელია. თუმცა, პაციენტების უმრავლესობაში მედიკამენტოზური მკურნალობით შესაძლებელია დღის ჭარბი ძილიანობისა და კატაპლექსიის (დაავადების ყველაზე მძიმე, შემზღუდავი გამოვლინება) კონტროლი. ნარკოლეფსიის სამკურნალო პირველი რიგის პრეპარატად მიჩნეულია მოდაფინილი, ღვიძილის ხელშემწყობი არამეტამფეტამინური წამალი. დღის განმავლობაში ძილიანობის მართვისთვის გამოიყენება სხვა საშუალებებიც, მათ შორის, ამფეტამინის ჯგუფის წამლები, კერძოდ, დექსტროამფეტამინი, მეტამფეტამინი და მეთილფენიდატი (ცხრილი 6-8). კატაპლექსიის მართვისთვის ეფექტურია ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, მაგალითად, ატომოქსეტინი, პროტრიპტილინი და დესიპრამინი. კატაპლექსიის მართვისთვის შესაძლებელია დაინიშნოს ასევე სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორების, კერძოდ, ფლუოქსეტინისა და ვენლაფაქსინის მაღალი დოზები. ნარკოლეფსიის სამკურნალოდ გამოიყენება ასევე ნატრიუმის ოქსიბატიც, ანუ გამა-ჰიდროქსიბუტირატი, რომელიც GABA-ს მეტაბოლიტია.

ცხრილი 6-8 მედიკამენტოზური მკურნალობა ნარკოლეფსია	
<p>ღვიძილის/სიფხიზლის ხელშემწყობა</p> <ul style="list-style-type: none"> დექსტრომეტამფეტამინი მეტამფეტამინი მეთილფენიდატი მოდაფინილი 	<p>ანტიდეპრესანტები</p> <p>ტრიციკლური</p> <ul style="list-style-type: none"> ატომოქსეტინი პროტრიპტილინი დესიპრამინი
<p>გაბამინერგული</p> <ul style="list-style-type: none"> ნატრიუმის ოქსიბატი, ანუ გამა-ჰიდროქსიბუტირატი 	<p>სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები (SSRI)</p> <ul style="list-style-type: none"> ფლუოქსეტინი ვენლაფაქსინი

ქცევითი თერაპია

დღეისთვის ხელმისაწვდომი ვერცერთი მედიკამენტი ვერ განკურნავს ნარკოლეფსიას და ვერ მისცემს პაციენტს საშუალებას, მუდმივად შეინარჩუნოს სიფხიზლის სრული, ნორმალური მდგომარეობა. ამის გამო, მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან ერთად გამოყენებულ უნდა იქნას სხვადასხვა ქცევითი სტრატეგიაც. ნარკოლეფსიის მქონე პაციენტებთან გამოიყენება იგივე ქცევითი თერაპიები, რომლებიც უძილობის დროს

ნარკოლეფსიის მქონე პაციენტებისთვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანია უსაფრთხოების ზომების დაცვა, განსაკუთრებით, მანქანის მართვისას. მკურნალობის გარეშე, დღის განმავლობაში ჭარბმა ძილიანობამ და კატაპლექსიამ შესაძლოა სერიოზული დაზიანება ან სიკვდილი გამოიწვიოს. ნარკოლეფსიის არანამკურნალები სიმპტომების მქონე პირები დაახლოებით 10-ჯერ უფრო ხშირად ხვდებიან ავტო-საგზაო შემთხვევებ-

ში, ვიდრე ზოგადი მოსახლეობა. იმ პაციენტების უბედური შემთხვევების მაჩვენებელი, რომლებიც სათანადო მკურნალობას იტარებენ, ნორმალურია.

ნარკოლეფსიის მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისთვის სარგებლის მომტანია პაციენტთა მხარდაჭერის ჯგუფებიც. სიმპტომების გამო პაციენტი შესაძლოა სოციუმისგან იზოლირდეს. ნარკოლეფსიის მქონე ადამიანები შესაძლოა სტიგმის მსხვერპლნი გახდნენ და, დაავადების შესახებ დაბალი ცნობიერების გამო, ისინი ბარმაცებად და არაპროდუქტიულებად მიიჩნიონ.

ცირკადული რიტმის დარღვევები

როცა დროის მაკონტროლებელ ცირკადულ სისტემასა და გარემოს შორის სინქრონიზაცია წყდება, შესაძლოა, განვითარდეს *ცირკადული რიტმის დარღვევები*. ეს დესინქრონიზაცია ძილ-ღვიძილის ციკლის დარღვევას იწვევს და მოქმედებს ხარისხიანი ძილის შესაძლებლობაზე. ორი ყველაზე გავრცელებული სიმპტომი უძილობა და ჭარბი ძილიანობაა. ცირკადული რიტმის ყველაზე გავრცელებული დარღვევებია *jet lag აშლილობა* და *ცვლაში მუშაობასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობა*.

Jet lag აშლილობა აღინიშნება მაშინ, როცა ადამიანი რამდენიმე სასაათო სარტყელს გადაკვეთს ფრენის დროს. ინდივიდის შინაგანი საათი ამ დროს გარემოს დროსთან სინქრონიზებული არ არის. *Jet lag* ვლინდება იმ ადამიანების უმრავლესობაში, რომლებიც მინიმუმ სამ დროის სარტყელს გადაკვეთენ. სასაათო სარტყელების რაოდენობა სიმპტომების სიმძიმესა და *jet lag*-ის დაძლევის ხანგრძლივობაზე მოქმედებს. აღმოსავლეთის მიმართულებით მოგზაურობისას ბიოლოგიურ საათთან რესინქრონიზაცია დღეში 1 სთ სიჩქარით, ხოლო დასავლეთის მიმართულებით მოგზაურობისას დღეში 1,5 სთ სიჩქარით ხდება. მელატონინი ორგანიზმის რიტმის რესინქრონიზაციის ეფექტური დამხმარე საშუალებაა. დღის სინათლეზე ყოფნა ხელს უწყობს ბიოლოგიური საათის გარემოს დროსთან სინქრონიზებას.

არსებობს *jet lag*-ის განვითარების რისკის შემამცირებელი სტრატეგიები. მოგზაურობამდე ინდივიდს შეუძლია დანიშნულების ადგილის დროის განრიგთან მორგება დაიწყოს. როცა დანიშნულების ადგილას მან მხოლოდ ცოტა დრო უნდა გაატაროს (ანუ, 2 დღე ან ნაკლები), ძილიანობის და *jet lag*-ის სიმპტომების შემსუბუქებისთვის უმჯობესია ადამიანი არ გადავიდეს დანიშნულების ადგილის დროზე.

სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობა

ტერმინი სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობა აღნიშნავს ძილთან დაკავშირებულ პათოლოგიურ სუნთქვით მახასიათებლებს. ეს მოიცავს ხვრინვას, ძილის აპნოესა და ჰიპოპნოეს სუნთქვითი დატვირთვის გაძლიერებით, რაც ხშირ გამოღვიძებებს იწვევს. სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობა ძილის ხშირ დარღვევას და ძილის არქიტექტურის ცვლილებებს იწვევს. სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობის ყველაზე გავრცელებული სახე ძილის ობსტრუქციული აპნოეა.

ძილის ობსტრუქციული აპნოე

ძილის ობსტრუქციული აპნოე (OSA), რომელსაც *ძილის ობსტრუქციულ აპნოე-ჰიპოპნოეს სინდრომსაც* (OSAHS) უწოდებენ, ძილის დროს სასუნთქი გზების ნაწილობრივი ან სრული დახშობით ხასიათდება. *აპნოე* სპონტანური სუნთქვის შეწყვეტაა/შეჩერებაა, რო-

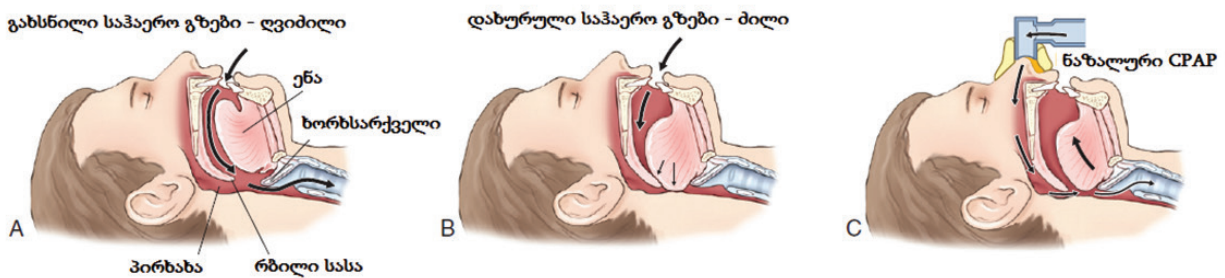
მელიც 10 წამზე დიდხანს გრძელდება. *ჰიპოპნოე* არის მდგომარეობა, რომელიც ზედაპირული სუნთქვით (ჰაერის ნაკადი 30-50%-ით მცირდება) ხასიათდება. სასუნთქი გზების ობსტრუქციის მიზეზი შეიძლება იყოს (1) ძილის დროს კუნთების ტონუსის მოდუნების შედეგად ჰაერგამტარი გზები ვიწროვდება, რაც აპნოესა და ჰიპოპნოეს იწვევს ან (2) ენა და რბილი სასა უკან გადაიწევის და ნაწილობრივ ან სრულად ახშობს ხახას (სურ. 6-3).

სურათი 6-3²⁷ ძილის აპნოე

A – პაციენტს, რომელსაც შესაძლოა განუვითარდეს ძილის აპნოე, აღენიშნება მცირე ზომის ფარინგეალური საჰაერო გზები;

B – ფარინგეალური კუნთი მოდუნდება ძილის დროს, რის შედეგადაც იხშობა საჰაერო გზები. ჰაერის დინების შემცირება იწვევს აპნოეს აპიზოდებს;

C – მუდმივი დადებითი წნევის CPAP გამოყენება საჰაერო გზების გახსნისა და მათი დახშობის თავიდან აცილების მიზნით



თითოეული ობსტრუქცია შესაძლოა 10-დან 90 წამამდე გაგრძელდეს. აპნოეს ეპიზოდის დროს პაციენტს შესაძლოა აღენიშნებოდეს *ჰიპოქსემია* (PaO_2 -ის ან SpO_2 -ის დაქვეითება) და *ჰიპერკაპნია* (PaCO_2 -ის მომატება). ეს ცვლილებები ვენტილაციის მასტიმულირებელია და ხანმოკლე შეღვიძებას, აგზნებას იწვევს, მაგრამ პაციენტმა შესაძლოა ბოლომდე არც გაიღვიძოს. პაციენტს გენერალიზებული რეაქცია აღენიშნება, ფორსირებულად სუნთქავს ცხვირით და ჰაერის „დაჭერას“ ცდილობს, რის შედეგადაც ენა და რბილი სასა წინ გადაიწევის და სასუნთქი გზები იხსნება. აპნოეს და შეღვიძების ციკლები მეორდება და შესაძლოა 6-8 საათიანი ძილის განმავლობაში 200-400 ეპიზოდი აღინიშნოს.

ძილის აპნოეს რისკს-ფაქტორებია: სიმსუქნე ($\text{BMI} > 28 \text{ კგ/მ}^2$), 65 წელზე მეტი ასაკი, კისრის გარშემოწერილობა $>42.5 \text{ სმ-ზე}$; ქალა-სახის ანომალიები, რომელიც ზედა სასუნთქი გზებზე მოქმედებს და აკრომეგალია. ძილის ობსტრუქციული აპნოეს რისკი უფრო მაღალია მწვევლებში. ძილის ობსტრუქციული აპნოე კაცებში უფრო ხშირია, ვიდრე მენოპაუზამდელ ქალებში. მენოპაუზის შემდეგ დაავადების პრევალენტობა თანაბარია. ძილის აპნოეს მქონე ქალების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი უფრო მაღალია, ვიდრე ძილის აპნოეს მქონე მამაკაცებისა. ძილის ობსტრუქციული აპნოეს მქონე პაციენტებში, რომლებსაც დღის განმავლობაში ჭარბი ძილიანობა აღენიშნებათ, იმატებს სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. ძილის ობსტრუქციულ აპნოესთან დაკავშირებული ჰიპოქსემია უფრო მძიმეა ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების (ფქოდ) მქონე პაციენტებში.

²⁷ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

**ინფორმაცია სამედიცინო პრაქტიკაში
ძილის აპნოეს დიაგნოზი და მონიტორინგი**

- სახლში სუნთქვის მონიტორინგი ძილთან დაკავშირებული სუნთქვის დაავადებების დიაგნოსტიკის ხარჯთეფექტური ალტერნატივაა, რომელიც პაციენტებისთვის მოსახერხებელია, რადგან მათ საკუთარ სახლში ძინავთ;
- სახლში სუნთქვის მონიტორინგი ძილის სიღრმისეული შეფასების ფარგლებში გამოიყენება და იმ პაციენტებთან, რომელთაც აქვთ საშუალო ან მძიმე ძილის აპნოე, მაგრამ არ აქვთ გულის უკმარისობა, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება ან ნერვოზული დაავადება;
- სახლში სუნთქვის მონიტორინგი სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობების მქონე პაციენტებში არა-CPAP თერაპიების ეფექტურობის შეფასების მიზნით გამოიყენება;
- უსადენო მონიტორებით შესაძლებელია სასიცოცხლო მაჩვენებლების და პულს-ოქსიმეტრიის ცვლილებების დადგენა. განსაზღვრული პარამეტრებიდან გადახრის შემთხვევაში, ხმოვანი სიგნალები ირთვება;
- სახლის პირობებში ძილის აპნოეს დიაგნოსტიკისა და მონიტორინგისთვის შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ტელეჯანმრთელობა;

კლინიკური გამოვლინებები და დიაგნოსტიკური კვლევები

ძილის აპნოეს კლინიკური გამოვლინებებია: ძილის დროს ხშირი გამოღვიძებები, უძილობა, დღის განმავლობაში ჭარბი ძილიანობა და სხვა ადამიანის მიერ შემჩნეული აპნოეს ეპიზოდები. პაციენტის პარტნიორი/მეუღლე შესაძლოა აღნიშნავდეს, რომ პაციენტის ხმამაღალი ხვრინვა ანუხებს. სხვა სიმპტომებია: დილაობით თავის ტკივილი (ჰიპერკაპნიის ან არტერიული წნევის მომატების შედეგად თავის ტვინის სისხლძარღვების გაფართოების გამო), პიროვნული ცვლილებები და გაღიზიანებადობა.

ძილის არანამკურნალეობიერი აპნოეს გართულებები შეიძლება იყოს: ჰიპერტენზია, ღამის ქრონიკული ჰიპოქსემიით გამოწვეული ფილტვის ჰიპერტენზიის შედეგად განვითარებული მარჯვენა გულის უკმარისობა და გულის რიტმის დარღვევები. ძილის ქრონიკული უკმარისობის გამო მცირდება კონცენტრირების უნარი, მეხსიერება, ყოველდღიური ამოცანების შესრულების უნარი და პაციენტს ურთიერთობებში პრობლემები ექმნება. მამრობითი სქესის პაციენტს შესაძლოა იმპოტენცია აღენიშნებოდეს. ძილისკენ მიდრეკილი ადამიანები უფრო ხშირად ხვდებიან ავარიში. ხშირად ირღვევა პაციენტის ოჯახური ცხოვრება და სამსახურის შენარჩუნების შესაძლებლობა. შედეგად, პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს მძიმე დეპრესია. პარტნიორის მიერ სუნთქვის გაჩერების შემჩნევა ძირითადად მეტად სტრესულია, რადგან მას ეშინია, რომ სუნთქვა შესაძლოა აღარ აღდგეს.

ძილის ობსტრუქციული აპნოეს მქონე პაციენტის შეფასება მოიცავს ძილის სიღრმისეულ შეფასებასა და სამედიცინო ანამნეზის შეკრებას. ძილის ობსტრუქციული აპნოეს სიმპტომები, მათ შორის, დღის განმავლობაში ძილიანობა, ხვრინვა და შესამჩნევი აპნოე დაავადების ამკარა მახასიათებლებია. ნაკლებად თვალსაჩინო სიმპტომებია: კარდიოვასკულური გამოვლინებები, კუნთების ტკივილი და განწყობის ცვლილებები. ძილის ობსტრუქციული აპნოეს მქონე პაციენტებს ანამნეზში ხშირად აქვთ კომორბიდობები, მათ შორის, ინსულტი და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები.

ძილის აპნოეს დიაგნოსტიკისთვის პოლისომნოგრაფია გამოიყენება. ამ დროს ხდება პაციენტის გულმკერდისა და მუცლის მოძრაობის, ორალური და ნაზალური ჰაერის ნაკადების, SpO₂-ის, თვალის მოძრაობის, გულისცემათა სიხშირისა და რიტმის მონი-

ტორინგი. ძილის აპნოეს დიაგნოზის დადასტურებისთვის საჭიროა აპნოეს (სუნთქვითი ძალისხმევის მიუხედავად ჰაერი არ მოძრაობს) ან ჰიპოპნოეს (სუნთქვითი ძალისხმევის ფონზე ნაკადი 30-50%-ითაა შემცირებული) მინიმუმ 10 წამიანი ეპიზოდების დოკუმენტირება. ძილის ობსტრუქციული აპნოე განსაზღვრულია, როგორც ერთი საათის განმავლობაში აპნოე/ჰიპოპნოეს ხუთზე მეტი ეპიზოდი, რომელსაც თან ახლავს ჟანგბადით სატურაციის მაჩვენებლის 3-4%-ით შემცირება. მძიმე აპნოეს დროს ძილის ერთი საათის განმავლობაში შესაძლოა 30-50-ზე მეტი აპნოეს ეპიზოდიც აღინიშნოს.

ძირითადად პოლისომნოგრაფია ძილის კლინიკურ ლაბორატორიაში, ტექნიკოსების ზედამხედველობის ქვეშ კეთდება. ზოგიერთ შემთხვევაში ძილის პორტატული კვლევები სახლის პირობებში კეთდება. იმის დასადგენად, საჭიროა თუ არა ღამით ჟანგბადის მინოდება, შესაძლებელია ღამის განმავლობაში ჩატარდეს სატურაციის მონიტორინგი პულს-ოქსიმეტრის გამოყენებით.

საექთნო და კოლაბორაციული მართვა

ძილის აპნოე

კონსერვატიული მკურნალობა

ძილის მსუბუქი აპნოე (საათში 5-10 აპნოე/ჰიპოპნოე) შესაძლოა მარტივ ზომებსაც დაემორჩილოს. სახლში კონსერვატიული მკურნალობა იწყება ზურგის მაგივრად გვერდზე წოლით. ზოგიერთ პაციენტში ძილის ობსტრუქციული აპნოეს აღმოფხვრა სანოლის თავის წამოწვევითაა შესაძლებელი. მოუწოდეთ პაციენტს, მოერიდოს სედაციური საშუალებებისა და ალკოჰოლის მიღებას დაძინებამდე 3-4 საათის განმავლობაში. საძილე საშუალებები ხშირად აუარესებს ძილის ობსტრუქციულ აპნოეს. ძილის ობსტრუქციული აპნოე სიცოცხლისთვის პოტენციურად სახიფათო დაავადებაა. რადგანაც ჭარბი წონა აპნოეს აუარესებს, შესაძლოა, ნაჩვენები იყოს პაციენტის გადამისამართება წონის კვების პროგრამაში. წონის კლებითა და ბარიატრიული ოპერაციით ძილის ობსტრუქციული აპნოე, შესაძლოა, შემცირდეს. განუმარტეთ პაციენტს მანქანის მართვისა და მძიმე ალქურვილობის გამოყენების საფრთხეები.

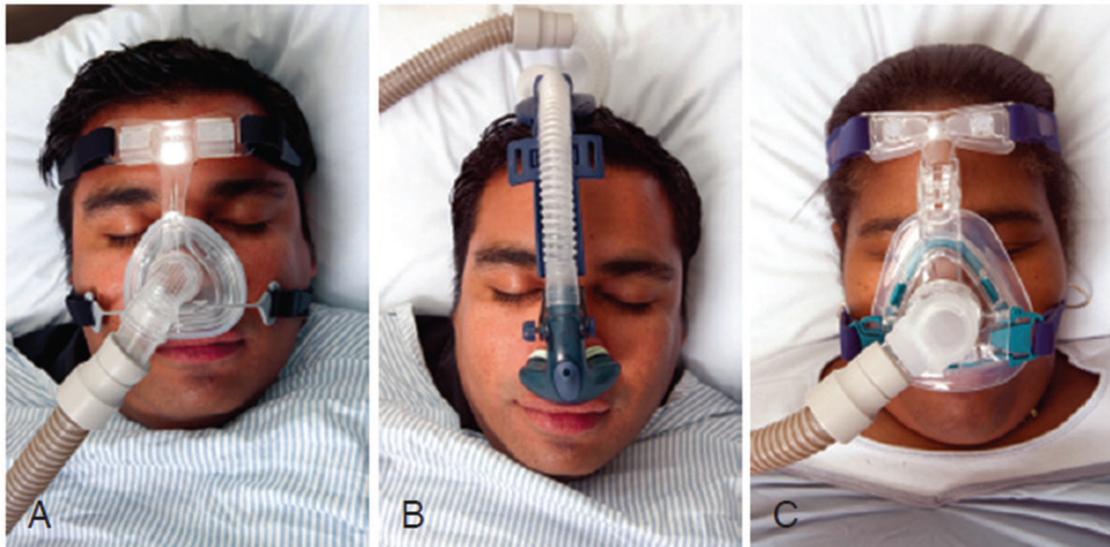
ძილის ობსტრუქციული აპნოეს მქონე პაციენტების დაახლოებით ნახევარს სიმპტომებს ძილის დროს სასუნთქი გზების დახშობის პრევენციის მიზნით, პირის სპეციალური დამცავის, ე.წ. ორალური აპარატის გამოყენება უმსუბუქებს. ორალური აპარატები ქვედა ყბასა და ენას წინ წამოწვევს და სასუნთქ სივრცეს ზრდის, რაც, შესაბამისად, ხელს უშლის გზების ობსტრუქციას. ზოგიერთი პაციენტისთვის სარგებლის მომტანია მხარდამჭერი ჯგუფი, რომელშიც ადამიანები ერთმანეთს უზიარებენ სამწუხარსა და შეგრძნებებს და პრობლემის მართვის სტრატეგიებს განიხილავენ.

უფრო მძიმე სიმპტომების (საათში >15 აპნოე/ჰიპოპნოე) მქონე პაციენტებისთვის არჩევის მკურნალობას ნიღბის მეშვეობით სასუნთქ გზებში დადებითი წნევის უწყვეტად მიწოდება (CPAP) წარმოადგენს. CPAP-ის დროს პაციენტი იმაგრებს ცხვირის ნიღბს, რომელიც მაღალი ნაკადის მომწოდებელ ვენტილატორთანაა დაკავშირებული (სურ. 6-4). ვენტილატორი ისეა მოწყობილი, რომ ჩასუნთქვისა და ამოსუნთქვის დროს სასუნთქ გზებში საკმარისი დადებითი წნევა (5-25 სმ H₂O) შენარჩუნდეს, რათა არ მოხდეს სასუნთქი გზებით კოლაფსი. ზოგიერთი პაციენტი ვერ ეგუება ცხვირზე ან პირზე ნიღბის ტარებას ან მაღალი წნევის საპირისპიროდ ამოსუნთქვას. ორდონიანი დადებითი წნევის

(BiPAP) აპარატი უფრო რთული ტექნოლოგიაა, რომელიც უფრო მაღალ ჩასუნთქვის წნევას, ხოლო ამოსუნთქვისას უფრო დაბალ წნევას აწოდებს სასუნთქ გზებს. BiPAP-ით აპნოეს შემსუბუქება უფრო დაბალი საშუალო წნევითაა შესაძლებელი და ზოგიერთი პაციენტი მას უკეთ იტანს.

სურათი 6-4²⁸ საპაერო გზებში დადებითი წნევის შემქმნელი აპარატურა

A და B – დადებითი წნევა იქმნება და პაციენტი სუნთქავს მხოლოდ ცხვირის მეშვეობით; C – პაციენტი უკეთია ნილაბი და სუნთქავს როგორც ნილაბის, ასევე ცხვირის მეშვეობით



CPAP ამცირებს აპნოეს ეპიზოდებს, დღის განმავლობაში ძილიანობასა და დაღლილობას. ის აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს და უზრუნველყოფს კოგნიტური ფუნქციების ნორმალიზებას. მიუხედავად იმისა, რომ CPAP მაღალეფექტური მკურნალობის მეთოდია, პაციენტები მისი გამოყენების რეჟიმს ხშირად არ იცავენ. პაციენტების დაახლოებით ორი მესამედი აღნიშნავს გვერდით ეფექტებს, მაგალითად, ცხვირის შეგუბებას. თავდაპირველად შეაფასეთ პაციენტის ცოდნა ძილის ობსტრუქციული აპნოეს და CPAP-ის შესახებ და სწავლებაში პარტნიორიც ჩართეთ. შეაფასეთ პაციენტის ნაბალური რეზისტენტობა. CPAP მკურნალობის დამყოლობას აუმჯობესებს თერაპიის დაწყებამდე ნიღბის, მონყობილობისა და წნევის მიწოდების მეთოდის პაციენტ-ცენტრული შერჩევა. CPAP-სთან დაკავშირებული შფოთვის შემთხვევაში, პაციენტი შეგიძლიათ გაუშვათ ფსიქოლოგთან, რომელიც მას დესენსიტიზაციის თერაპიას ჩაუტარებს.

ძილის ობსტრუქციული აპნოეს მქონე პაციენტის ჰოსპიტალიზაციისას, გახსოვდეთ, რომ ოპოიდური ტკივილგამაყუჩებლები და სედაციური საშუალებები (ბენზოდიამინები, ბარბიტურატები, ჰიპნოზური საშუალებები) სუნთქვას თრგუნავს და, შესაძლოა, ძილის ობსტრუქციული აპნოეს სიმპტომებს აუარესებდეს. ამ შემთხვევაში აუცილებელია როგორც მოსვენების, ისე ძილის დროს პაციენტმა ატაროს CPAP ან BiPAP აპარატი. პაციენტების უმრავლესობას შეუძლია საკუთარი CPAP გამოიყენოს, მაგრამ შეამოწმეთ ჰოსპიტალის წესდება და დარწმუნდით, რომ ეს მართლაც ნებადართულია.

²⁸ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

ქირურგიული მკურნალობა

თუ ყველა სხვა მეთოდი წარუმატებელი აღმოჩნდება, ძილის აპნოე შესაძლოა ოპერაციის გზით იმართოს. ორი ყველაზე გავრცელებული პროცედურაა: უვულოპალატოფარინგოპლასტიკა (UPPP ან UP3) და ენის კუნთოვანი ნაწილის მიმაგრება ქვედა ყბაზე (GAHM). უვულოპალატოფარინგოპლასტიკა მოიცავს ნუშურა ჯირკვლების, ნაქისა და რბილი სასის უკანა სასის ამოკვეთას, ობსტრუქციული ქსოვილის ჩამოშორების მიზნით. ნიკაპ-ენის კუნთის წამოწევა ენის ქვეშე მითომით ენის კუნთოვანი ნაწილის ქვედა ყბასთან მიმაგრების წინ წამოწევაა. GAHM-თან ერთად ძირითადად UPPP-ც კეთდება ხოლმე. ობსტრუქციის დონის გათვალისწინებით, სიმპტომები პაციენტების დაახლოებით 80%-ს უმსუბუქდება. ასევე გამოიყენება რადიოსიხშირული აბლაცია (RFA), ცალკე ან სხვა ქირურგიულ ტექნიკებთან ერთად. რადიოსიხშირული აბლაცია ყველაზე ნაკლებ ბინვაზიური ქირურგიული ჩარევაა.

პროცედურები შესაძლოა გართულდეს სასუნთქი გზების ობსტრუქციით ან ჰემორაგიით, რომელიც ყველაზე ხშირად უშუალოდ ოპერაციის დასრულების შემდეგ აღმოცენდება. ძირითადად, პაციენტები პროცედურიდან 1 დღის განმავლობაში გაეწერებიან სახლში. სახლში წასვლამდე პაციენტს ასწავლიან, რას უნდა მოელოდოს პოსტოპერაციული რეაბილიტაციის პერიოდში. უთხარით პაციენტებს, რომ ყელი ეტკინებათ. პირიდან შესაძლოა შეინიშნებოდეს უსიამოვნო სუნი, რომლის შემცირებაც პირის განზავებული სავლებითა და შემდეგ მარილიანი წყლით გამორეცხვით შეუძლიათ. ხვრინვა შესაძლოა პერსისტირებდეს მანამ, სანამ ანთება არ ჩაცხრება. ოპერაციის შემდეგ მნიშვნელოვანია შემდგომი ვიზიტები. განმეორებითი პოლისომნოგრაფია ოპერაციიდან 3-4 თვის შემდეგ კეთდება.

ძილში კიდურების მოძრაობის პერიოდული დარღვევა

ძილში კიდურების მოძრაობის პერიოდული დარღვევა (PLMD) ხასიათდება ფეხების ან/და ხელების უნებლიე, განგრძობითი მოძრაობით, რომელიც მხოლოდ ძილში აღინიშნება. ხელების მოძრაობა იშვიათია. ზოგჯერ კიდურების მოძრაობის პერიოდულ დარღვევას თან ახლავს მუცლის, პირისა და ცხვირის მოძრაობები. მოძრაობები ძირითადად 0.5-10 წამს გრძელდება და მათ შორის ინტერვალი 5-90 წამია. ძილში კიდურების მოძრაობის პერიოდული დარღვევა იწვევს ძილის ხარისხის დაქვეითებას, რასაც შესაძლოა დღის განმავლობაში ჭარბი ძილიანობა მოსდევდეს. ძილში კიდურების მოძრაობის პერიოდული დარღვევა მოუსვენარი ფეხების სინდრომის (RLS) მქონე პირების 80-90%-ს აღენიშნება.

ძილში კიდურების მოძრაობის პერიოდული დარღვევის დიაგნოზი პაციენტის ან/და სანოლის პარტნიორის დეტალურ ნაამბობსა და პოლისომნოგრაფიულ კვლევას ემყარება. ამ მდგომარეობის მკურნალობა კიდურების მოძრაობის ან გამოლვიძებების შემამცირებელი მედიკამენტებით მიმდინარეობს. უპირატესობა ხშირად დოპამინის აგონისტებს (პრამიპექსოლი და როპინიროლი) ენიჭება.

გასათვალისწინებელი გერონტოლოგიური საკითხები

ძილი

დაბერების თანმხლები ყველაზე თვალსაჩინო ცვლილებები ღრმა ძილის რაოდენობის შემცირება და შეღვიძებებისა და გამოლვიძებების გახშირებაა. ხანდაზმულებს უფრო უჭირთ ძილის წამოწყება და შენარჩუნება, ვიდრე ახალგაზრდებს. ხანდაზმულ ასაკში

ზოგადად მცირდება ძილის საერთო ხანგრძლივობა, ძილის ეფექტიანობა და ხშირდება გამოღვიძებები.

გავრცელებული მცდარი წარმოდგენაა, რომ ხანდაზმულებს ნაკლები ძილი ესაჭიროებათ. სინამდვილეში, ძილის საჭირო ხანგრძლივობა მეტნაკლებად მუდმივია, ასაკის მატების მიუხედავად.

ჯანრმთელ ხანდაზმულებს, რომლებიც ძილის დარღვევას არ უჩივიან, პოლისომნოგრამაზე ხშირად აღენიშნებათ ფრაგმენტირებული ძილი, ღამით სიფხიზლე/ღვიძილი და ძილის ეფექტიანობის დაქვეითება. რადგანაც ხანდაზმულმა ადამიანმა შესაძლოა ძილის დარღვევა დაბერების ნორმალურ კომპონენტად მიიჩნიოს, მან შესაძლოა ძილის პრობლემის შესახებ ექიმს არც უთხრას. ხანდაზმულებში ძილის დარღვევების დასადგენად ძილის შეფასება ჩაატარეთ.

ხანდაზმულებში ხარისხიან ძილს ბევრი ფაქტორი უშლის ხელს. უძილობის სიმპტომები ხშირად აღენიშნებათ დეპრესიის, გულის დაავადების, ტკივილისა და კოგნიტური პრობლემების მქონე ხანდაზმულებს. უძილობამ შესაძლოა გამანადგურებლად იმოქმედოს ჯანრმთელი ხანდაზმულების კოგნიტურ ფუნქციაზე. ხანდაზმულ ქალებს უფრო უძნელდებათ დაძინება და, განსაკუთრებით, ძილის შენარჩუნება. ასაკთან ერთად იმატებს ძილის სხვა აშლილობების (მაგ., სუნთქვასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობა) სიხშირეც და ისინი შესაძლოა უძილობის სიმპტომებით ვლინდებოდეს.

ღამით გამოღვიძება და საწოლიდან წამოდგომა (მაგ., საპირფარეშოში შესვლის მიზნით) დაცემის რისკს ზრდის. ძილის ხელშეწყობის მიზნით, ხანდაზმულები შესაძლოა ურეცეპტოდ გაცემულ მედიკამენტებს ან ალკოჰოლს იღებდნენ. ამ პრაქტიკამ შესაძლოა კიდევ უფრო გაზარდოს ღამით დაცემის რისკი. ხანდაზმულებში ძილის ქრონიკულ დარღვევას შესაძლოა მოსდევდეს დეზორიენტაცია, დელირიუმი, ინტელექტის დარღვევა, აზროვნების დარღვევა და უბედური შემთხვევებისა და დაზიანების რისკის გაზრდა.

ძილის ხარისხზე შესაძლოა იმოქმედოს იმ ქრონიკულმა მდგომარეობებმაც, რომლებიც ხანდაზმულებში უფრო გავრცელებულია (ფქოდ, დიაბეტი, დემენცია, ქრონიკული ტკივილი, კიბო). ამ მდგომარეობების სამკურნალო წამლებმა შესაძლოა ძილის პრობლემების განვითარებას შეუწყოს ხელი. ძილის დარღვევა, შესაძლოა, ურეცეპტოდ გაცემული წამლებითაც იყოს გამოწვეული. ხველისა და გაციების წამლები, განსაკუთრებით, ფსევდოეფედრინის შემცველი მედიკამენტები; კოფეინის შემცველი წამლები და ნიკოტინის შემცველი წამლები (მაგ., ნიკოტინის საღეჭი რეზინი, კანის პლასტიკი) სტიმულატორებია. დიფენჰიდრამინი, როგორც ცალკე, ისე სხვა მედიკამენტებთან ერთად, სედაციას იწვევს და ანტიქოლინერგული მოქმედებით ხასიათდება. ნებისმიერი ურეცეპტოდ გაცემული მედიკამენტი, რომელსაც ეტიკეტზე “PM” აწერია, სავარაუდოდ, დიფენჰიდრამინს შეიცავს და ხანდაზმულებმა ის სიფრთხილით უნდა გამოიყენონ.

ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება ჰიპნობური საშუალებების უმრავლესობის მეტაბოლიზმი. ხანდაზმულებში შესაძლოა გაიზარდოს ჰიპნობური და სედაციური საშუალებების მიმართ მგრძობელობა. ძილის დარღვევების სამკურნალო ეს მედიკამენტობური თერაპიები დაბალი დოზებით იწყება და მკაცრი მონიტორინგის ქვეშ მიმდინარეობს. თუ კი ეს შესაძლებელია, უმჯობესია ხანდაზმულებთან ხანგრძლივი მოქმედების ბენზოდიამბეპინები არ იქნას გამოყენებული. ხანდაზმულები, რომლებიც ბენზოდიამბეპინებს იღებენ, დღის განმავლობაში სედაციის, დაცემისა და კოგნიტური და ფსიქომოტორული შეზღუდვის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან.

პარასომნიები

პარასომნიები უჩვეულო და ხშირად არასასურველი ქცევებია, რომელიც ჩაძინების, ძილის ერთი სტადიიდან მეორეზე გადასვლის ან გამოღვიძების დროს იჩენს თავს. ისინი ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტივაციითაა განპირობებული და ხშირად კომპლექსურ ქცევებს მოიცავს. პარასომნია ძირითადად მიზანზეა ორიენტირებული, მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანმა ქმედების შესახებ არ იცის. პარასომნიამ შესაძლოა ძილის ფრაგმენტაცია და დაღლილობა გამოიწვიოს.

ძილში სიარული (სომნამბულიზმი) და ძილის ტერორები აგზნებითი პარასომნიებია, რომლებიც NREM ძილის დროს გვხვდება. *ძილში სიარულის* ტიპის ქცევები შესაძლოა მერყეობდეს სანოლში წამოჯდომას, ნივთების გადაადგილებას, ოთახში სიარულსა და მანქანის მართვას შორის. ძილში სიარულის ეპიზოდის დროს ინდივიდი შესაძლოა არ საუბრობდეს და ეპიზოდს საერთოდ ვერ აცნობიერებდეს. გამოღვიძებისას, ინდივიდს ეპიზოდი არ ახსოვს. ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში პარასომნია შესაძლოა შეცდომით ინტენსიური მოვლის განყოფილების (ICU) ფსიქოზად ჩაითვალოს. ინტენსიურში მოთავსებულ ბოგიერთ პაციენტს შესაძლოა პარასომნიის გამოვლინებები აღინიშნებოდეს.

ძილის ტერორები (ღამის ტერორები) ხასიათდება უეცარი გამოღვიძებით, რომელსაც ხმამაღალი ყვირილი/ტირილი და პანიკის ნიშნები ახლავს. მკვეთრად იზრდება გულისცემა და სუნთქვის სიხშირე და აღინიშნება ოფლიანობა. ძილის ტერორებს შესაძლოა ხელი შეუწყოს ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში არსებულმა ფაქტორებმა, მაგალითად, ძილის დარღვევამ და დეფიციტმა, ცხელებამ, სტრესმა, ხმაურმა და სინათლემ.

ღამის კოშმარები პარასომნიის ერთ-ერთი სახეა, რომელიც გამოღვიძებით და საშიში ან შემანუხებელი სიზმრის გახსენებით, მოყოლით ხასიათდება. ღამის კოშმარები ძირითადად ძილის ბოლო მესამედში, REM ძილის დროს აღინიშნება. კოშმარები ხშირია კრიტიკულ ავადმყოფებში. ამ შემთხვევაში ისინი ხშირად წამლებითაა გამოწვეული. ღამის კოშმარებს ყველაზე ხშირად შემდეგი ჯგუფის წამლები იწვევს: სედაციურ-ჰიპნოზური საშუალებები, ბეტა-ადრენერგული ანტაგონისტები, დოპამინის აგონისტები და ამფეტამინები.

ძილის განსაკუთრებული საჭიროებები ექთნებში

საექთნო საქმე ერთ-ერთი იმ პროფესიათაგანია, რომელიც ღამის ცვლაში მუშაობას და ცვლის როტაციულ განრიგებს მოითხოვს. ბევრ გარემოში, ექთნებს თხოვენ, იმუშაონ ან ისინი თავისი ნებით მუშაობენ დღისა და ღამის ცვლებში, რომლებიც ხშირად როტაციას და ცვალებადობას ექვემდებარება. სამუხაროდ, ცვლებში მომუშავე ექთნები სამსახურით ნაკლებ კმაყოფილებას გამოთქვამენ და უფრო ხშირად აღნიშნავენ სამსახურეობრივ სტრესს. ღამის ცვლაში მომუშავე ბევრი ექთანი აღნიშნავს, რომ სამსახურიდან სახლში წასვლისას საჭესთან ჩათვლემს ხოლმე.

მუდმივად ღამის ან სწრაფად მონაცვლე ცვლებში მომუშავე ექთნები *ცვლაში მუშაობასთან დაკავშირებული ძილის აშლილობის* რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ეს აშლილობა უძილობით, ძილიანობითა და დაღლილობით ვლინდება. ყველაზე ნაკლები როტაციულ ცვლებში მომუშავე ექთნებს ძინავთ. არასაკმარისი ძილის განმეორებითი პერიოდების შედეგად „ძილის ვალი“ იზრდება. უხარისხო ძილი ცვლებში მომუშავე ექთნებში ქრონიკული დაღლილობის ყველაზე ძლიერი პრედიქტორია. შედეგად, როტაციული და ღამის ცვლები ექთნის ჯანმრთელობასა და პაციენტის უსაფრთხოების შენარჩუნებას გარკვეულ რისკს უქმნის.

ცვლაში მუშაობა ცირკადულ რიტმებსა და გარემოს შორის სინქრონიზაციის და, შესაბამისად, ძილის დარღვევას იწვევს. ღამის ცვლაში მომუშავე ექთნები ხშირად ძილიანობის გამო სამსახურში სრულად ფიზიკურად ყოფნას ვერ ახერხებენ, მომდევნო დღეს კი ზედმეტად ფიზიკურად არიან საიმისოდ, რომ მშვიდად დაიძინონ. ცირკადული რიტმის მუდმივი ცვლილებები, რომლებსაც, მაგალითად, როტაციული ცვლები იწვევს, გულ-სისხლძარღვთა პრობლემებით ავადობითა და სიკვდილიანობის რისკს ზრდის. ამასთან, განწყობის აშლილობები, მაგალითად, შფოთვა როტაციულ ცვლებში მომუშავე ექთნებში უფრო გავრცელებულია.

უსაფრთხოების თვალსაზრისით, ძილის დარღვევამ და შედეგად დაღლილობამ შესაძლოა შეცდომები და უბედური შემთხვევები გამოიწვიოს როგორც ექთნებისთვის, ისე პაციენტებისთვის. დაღლილობა ამცირებს ან არღვევს აღქმით უნარ-ჩვევებს, განსჯის და გადაწყვეტილების მიღების უნარებს. ძილის ნაკლებობა ამცირებს სტრესთან გამკლავების და მისი დაძლევის უნარს და შესაძლოა იწვევდეს ფიზიკურ, მენტალურ და ემოციურ გამოფიტვას.

ძილის დარღვევის პრობლემა საექთნო საქმეში მეტად მნიშვნელოვანია. როტაციულ ცვლებთან დაკავშირებული დარღვევების შემცირებისთვის რამდენიმე სტრატეგიის გამოყენებაა შესაძლებელი. ასეთი სტრატეგიაა, მაგალითად, სამსახურში ხანმოკლე წათვლემა. ყველაზე ოპტიმალური ძილ-ღვიძილის მუდმივი განრიგის შენარჩუნებაა, არასამუშაო დღეებშიც კი, მაგრამ ეს, სავარაუდოდ, არარეალისტურია. ღამის ცვლაში მუშაობის შემთხვევაში, ძილის უშუალოდ სამსახურში წასვლამდე დაგეგმვა აუპრობებს სიფიზიკურსა და ენერგიულობას, რეაქციის დროს და ღამის ცვლაში მუშაობის დროს უბედური შემთხვევების რისკს ამცირებს. ექთნები, რომლებიც თავიანთი სამუშაო განრიგების კონტროლს ახერხებენ, ნაკლებად აღნიშნავენ ძილის დარღვევას, ვიდრე ის ექთნები, რომელთაც განრიგს სხვა უდგენს. თქვენ, როგორც ექთანმა, ძილის ჰიგიენის პრაქტიკების მეშვეობით უნდა მართოთ ძილის დარღვევის შედეგები.

უძილობა

სიტუაციური შემთხვევა



გ.პ. 49 წლის ქალია, რომელმაც პირველადი ჯანდაცვის რგოლის კლინიკას ქრონიკული დაღლილობის ჩივილით მომართვა. პაციენტის გადმოცემის თანახმად, ის პოსტმენოპაუზურია. გასულ წელს, მენსტრუაციის ციკლების დასრულების შემდეგ ყოველდღე ანუხებდა წამოხურებები და ძილის პრობლემები. ჯანმრთელობის სხვა პრობლემებს უარყოფს. ჩვეულ სამუშაო დღეს დილაობით ორ ჭიქა ცხელ ჩაის, ხოლო გვიან შუადღეზე დიეტურ კოლას სვამს. ამჟამად ძილისთვის ურეცეპტოდ გაცემულ დიფენჰიდრამინს იყენებს. თან ახლავს პარტნიორი, რომელიც ამბობს, რომ გ.პ. უარესად ხვრინავს და ეს მას ძილში ხელს უშლის.

სუბიექტური მონაცემები

- უჩივის წამოხურებებს და ღამით ოფლიანობას;
- უჩივის დღის განმავლობაში დაღლილობას;
- აღნიშნავს დაძინებისა და ძილის შენარჩუნების გაძნელებას;

ობიექტური მონაცემები

ფიზიკალური გასინჯვა

- ლაბორატორიული კვლევების შედეგები ნორმის ფარგლებშია;
- ჭარბწონიანია (სიმაღლის შესაბამის იდეალურ წონაზე 20%-ით მეტს იწონის);
- არტერიული წნევა 155/92 მმ.ვცხ.სვ;

დიაგნოსტიკური კვლევები

- ღამის პოლისომნოგრაფიული კვლევით ვლინდება ძილის ობსტრუქციული აპნოეს ეპიზოდები

კოლაბორაციული მოვლა

- CPAP ღამით;
- წონის დაკლების კონსულტაციაზე გაიგზავნა;
- შემდგომი შემოწმება ძილის სხვა პოტენციური დარღვევების გამორიცხვის მიზნით;

განსახილველი საკითხები

1. ძილის აპნოეს რომელი რისკ-ფაქტორები აქვს გ.პ.-ს?
2. ძილის ჰიგიენის რომელი კონკრეტული პრაქტიკები დაეხმარება გ.პ.-ს ძილის ხარისხის გაუმჯობესებაში?
3. როგორ მუშაობს CPAP?
4. მოცემულ მონაცემებზე დაყრდნობით, ძილის აპნოეთი განპირობებული რომელი სამედიცინო რისკებია ყველაზე მაღალი?
5. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** რომელია გ.პ.-ს შემთხვევაში პრიორიტეტული საექთნო ინტერვენციები? რომელი კოლაბორაციული მკურნალობა უნდა დაემატოს მკურნალობის გეგმას?
6. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** მოცემულ მონაცემებზე დაყრდნობით, რომელია პრიორიტეტული საექთნო დიაგნოზები? აღინიშნება თუ არა პრობლემები, რომელიც კოლაბორაციულ მოვლას საჭიროებს?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Redeker NS, McEnany GP: The nature of sleep disorders and their impact. In Redeker NS, McEnany GP, editors: Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice, New York, 2011, Springer.
- National Sleep Foundation: Can't sleep? Learn about insomnia. Retrieved from www.sleepfoundation.org/site.
- National Sleep Foundation: 2011 sleep in America poll: communications technology and sleep. Retrieved from www.sleepfoundation.org/2011poll.
- National Sleep Foundation: DrowsyDriving.org. Retrieved from www.drowsydriving.org/tag/national-sleep-foundation.
- España RA, Scammell TE: Sleep neurobiology from a clinical perspective, Sleep 34:845, 2011.
- Rea MS, Brons JA, Figueiro MG: Measurements of light at night (LAN) for a sample of female school teachers, Chronobiol Intern 28:673, 2011.
- Landis CA: Physiological and behavioral aspects of sleep. In Redeker NS, McEnany GP, editors: Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice, New York, 2011, Springer.
- Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson A, et al: The American Academy of Sleep Medicine: The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications, Westchester, Ill, 2007, The Academy. (Reference Manual)
- Van Cauter E: Sleep disturbances and insulin resistance, Diabetic Med 28:1455, 2011.
- Anic GM, Titus-Ernstoff L, Newcomb PA, et al: Sleep duration and obesity in a population study, Sleep Med 11:47, 2010.
- Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, et al: Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older people, J Am Geriatr Soc 57:761, 2009. (Classic)
- Partinen M: Epidemiology of sleep disorders, Handb Clin Neurol 98:275, 2011.
- Walsleben JA: Women and sleep, Handb Clin Neurol 98:639, 2011.
- Jungquist C: Insomnia. In Redeker NS, McEnany GP, editors: Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice, New York, 2011, Springer.
- Budhiraja R, Roth T, Hudgel DW, et al: Prevalence and polysomnographic correlates of insomnia comorbid with medical disorders, Sleep 34:859, 2011
- Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al: The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research, Psychiatry Res 28:193, 1989. (Classic)
- Morin CM, Belleville G, Belanger L, et al: The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response, Sleep 34:601, 2011.
- Johns MW: A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale, Sleep 14:540, 1991. (Classic)

- Sullivan SS: Insomnia pharmacology, *Med Clin North Am* 94:563, 2010.
- Roehrs TA, Randall S, Harris E, et al: Twelve months of nightly zolpidem does not lead to dose escalation: a prospective placebo-controlled study, *Sleep* 34:207, 2011.
- Krystal AD, Lankford A, Durrence HH, et al: Efficacy and safety of doxepin 3 and 6 mg in a 35-day sleep laboratory trial in adults with chronic primary insomnia, *Sleep* 34:1433, 2011.
- Ferguson SA, Rajaratnam SM, Dawson D: Melatonin agonists and insomnia, *Expert Rev Neurother* 10:305, 2010.
- Taibi DM, Vitiello MV, Barsness S, et al: A randomized clinical trial of valerian fails to improve self-reported, polysomnographic, and actigraphic sleep in older women with insomnia, *Sleep Med* 10:319, 2008. (Classic)
- Redeker NS, Hedges C, Booker KJ: Sleep in adult acute and critical care settings. In Redeker NS, McEnany GP, editors: *Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice*, New York, 2011, Springer.
- Landis CA: Sleep, pain, fibromyalgia, and chronic fatigue syndrome, *Handb Clin Neurol* 98:613, 2011.
- Rodgers A: Narcolepsy. In Redeker NS, McEnany GP, editors: *Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice*, New York, 2011, Springer.
- National Institutes of Health: Narcolepsy fact sheet. Retrieved from www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/nar.
- Hiria N, Nishino S: Recent advances in the treatment of narcolepsy, *Curr Treatment Options Neurol* 13:437, 2011.
- Dowling G, Mastick J: Circadian rhythm disorders. In Redeker NS, McEnany GP, editors: *Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice*, New York, 2011, Springer.
- Sawyer AM, Weaver TE: Sleep related-breathing disorders. In Redeker NS, McEnany GP, editors: *Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice*, New York, 2011, Springer.
- Gooneratne NS, Richards KC, Joffe M, et al: Sleep disordered breathing with excessive daytime sleepiness is a risk factor for mortality in older adults, *Sleep* 34:435, 2011.
- Tamisier R, Pepin JL, Levy P: Sleep and pulmonary disorders, *Handb Clin Neurol* 98:471, 2011.
- Tomfohr LM, Ancoli-Israel S, Lored JS, et al: Effects of continuous positive airway pressure on fatigue and sleepiness in patients with obstructive sleep apnea: data from a randomized controlled trial, *Sleep* 34:121, 2011.
- Fleetham JA: Medical and surgical treatment of obstructive sleep apnea syndrome, including dental appliances, *Handb Clin Neurol* 98:441, 2011.
- Antic NA, Catcheside P, Buchan C, et al: The effect of CPAP in normalizing daytime sleepiness, quality of life, and neurocognitive function in patients with moderate to severe OSA, *Sleep* 34:111, 2011.
- eMedicinehealth: Periodic limb movement disorder. Retrieved from www.emedicinehealth.com/periodic_limb_movement_disorder/article_em.htm.

- Cole CS: Sleep and primary care in adults and older adults. In Redeker NS, McEnany GP, editors: Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice, New York, 2011, Springer.
- Klerman EB, Dijk DJ: Age-related reduction in the maximal capacity for sleep—implications for insomnia, *Curr Biol* 18:1118, 2008.
- Cooke JR, Ancoli-Israel S: Normal and abnormal sleep in the elderly, *Handb Clin Neurol* 98:653, 2011.
- Scott LD, Hwang WT, Rogers AE, et al: The relationship between nurse work schedules, sleep duration, and drowsy driving, *Sleep* 30:1801, 2007.
- Scott LD, Hofmeister N, Rogness N, et al: An interventional approach for patient and nurse safety, *Nurs Res* 59:250, 2010.
- American Academy of Sleep Medicine www.aasmnet.org
- American Sleep Apnea Association www.sleepapnea.org
- Better Sleep Council www.bettersleep.org
- Narcolepsy Network www.narcolepsynetwork.org
- National Institutes of Health <http://health.nih.gov/topic/SleepDisorders> www.nhlbi.nih.gov/health/public/sleep/healthy_sleep.htm
- National Sleep Foundation www.sleepfoundation.org

თავი 7

ტკივილი

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

1. ტკივილის განსაზღვრებასა და განმარტებას;
2. ტკივილისა და ტკივილის მოდულაციის ნერვული მექანიზმების აღწერას;
3. ნოციცეპტური და ნეიროპათიული ტკივილის განსხვავებას;
4. შეუმსუბუქებელი/უკონტროლო ტკივილის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ეფექტების განმარტებას;
5. ტკივილის ყოვლისმომცველი შეფასებისას მიღებული სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების ინტერპრეტირებას;
6. ტკივილის ეფექტური ინტერდისციპლინური მართვის ტექნიკების აღწერას;
7. ტკივილის შემსუბუქების მედიკამენტოზური და არამედიკამენტოზური მეთოდების აღწერას;
8. ტკივილის მართვაში თქვენი როლისა და პასუხისმგებლობების ახსნას;
9. ტკივილსა და ტკივილის მართვასთან დაკავშირებული ეთიკური და სამართლებრივი საკითხების განხილვა;
10. ტკივილის შეფასებასა და მართვაზე საკუთარი ცოდნის, რწმენებისა და დამოკიდებულებების გავლენის შეფასებას;

ტკივილი კომპლექსური, მრავალწახნაგოვანი გამოცდილებაა, რომელმაც შესაძლოა ტანჯვა და ცხოვრების ხარისხის დაქვეითება გამოიწვიოს. ტკივილი სამედიცინო მომართვიანობის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზია, ტკივილის მქონე პაციენტების ეფექტური შეფასებისა და მართვისთვის თქვენ უნდა გესმოდეთ ტკივილის ფიზიკური და ფსიქოსოციალური განზომილებები. ამ თავში მოცემულია მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინფორმაცია, რომელიც დაგეხმარებათ, სხვა სამედიცინო მუშაკებთან თანამშრომლობით, შეაფასოთ და მართოთ ტკივილი.

ტკივილის პრობლემის მასშტაბი/მასშტაბურობა

ყოველწლიურად ტკივილით მილიონობით ადამიანი იტანჯება. ქრონიკული ტკივილით მიმდინარე გავრცელებული მდგომარეობები, მაგალითად, ართრიტი, შაკიკი და ზურგის ტკივილი დაახლოებით მილიონობით ზრდასრულ ადამიანს აღენიშნება. კიბოს მქონე პაციენტების 70%-ს დაავადების მიმდინარეობისას მნიშვნელოვანი ტკივილი აწუხებს. უკიდურესად მძიმეა ტკივილის ფინანსური ტვირთი.

მიუხედავად მწვავე და ქრონიკული ტკივილის მაღალი პრევალენტობისა და ხარჯებისა, ტკივილი ზოგჯერ არასათანადოდ იმართება. მაგალითად, ჰოსპისის ბენეფიციარების დაახლოებით მესამედი ამბობს, რომ ჰოსპისში ბოლო ვიზიტისას ტკივილი აწუხებდა. კიბოსთან დაკავშირებული ტკივილი ხშირად არასაკმარისადაა ნამკურნალები.

არანამკურნალები ტკივილის შედეგებია: ტანჯვა, ფიზიკური და ფსიქოსოციალური დისფუნქცია, იმუნოსუპრესია და ძილის დარღვევები (ცხრილი 7-1). ამ თავში განხილულია ტკივილის არასაკმარისი მართვის სხვადასხვა მიზეზები.

ცხრილი 7-1 შეუმსუბუქებელი მწვავე ტკივილის დამაზიანებელი შედეგები	
რეაქცია, პასუხი	შესაძლო შედეგები
ენდოკრინული და მეტაბოლური	
<p>მომატებული ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი (ACTH)</p> <p>მომატებული კორტიზოლი</p> <p>მომატებული ანტიდიურეზული ჰორმონი (ADH)</p> <p>მომატებული ეპინეფრინი და ნორეპინეფრინი</p> <p>მომატებული რენინი, ალდოსტერონი</p> <p>დაკლებული ინსულინი</p> <p>გლუკონეოგენები</p> <p>გლიკოგენოლიზი</p> <p>კუნთის ცილების კატაბოლიზმი</p>	<p>მომატებული წონის კლება (კატაბოლიზმი)</p> <p>მომატებული სუნთქვის სიხშირე</p> <p>მომატებული გულისცემათა სიხშირე</p> <p>შოკი</p> <p>გლუკოზის აუტანლობა</p> <p>ჰიპერგლიკემია</p> <p>სითხით გადატვირთვა</p> <p>ჰიპერტენზია</p> <p>შარდის შეკავება, შემცირებული შარდის გამოყოფა</p>
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	
<p>მომატებული გულისცემათა სიხშირე</p> <p>მომატებული წუთმოცულობა</p> <p>მომატებული პერიფერიული რემისტენტობა</p> <p>მომატებული მიოკარდიუმის მიერ ჟანგბადის მოხმარება</p> <p>მომატებული კოაგულაცია (სისხლის შედედება)</p>	<p>ჰიპერტენზია</p> <p>არასტაბილური სტენოკარდია</p> <p>მიოკარდიუმის ინფარქტი</p> <p>ღრმა ვენების თრომბოზი</p>
სასუნთქი სისტემა	
<p>შემცირებული სუნთქვითი მოცულობა</p> <p>ჰიპოქსემია</p> <p>შემცირებული ხველა, ნახველის შეკავება/ჩაგროვება</p>	<p>ატელექტაზი</p> <p>პნევმონია</p>
თირკმელი და უროლოგიური	
<p>შარდის გამოყოფა</p> <p>შარდის შეკავება</p>	<p>სითხის ბალანსის დარღვევა</p> <p>ელექტროლიტების დისბალანსი</p>
კუჭ-ნაწლავი	
<p>შემცირებული კუჭის მოძრაობა და პერისტალტიკა</p>	<p>ყაბზობა</p> <p>უმაღლობა</p> <p>პარალიზური გაუვალობა (ილეუსი)</p>
ძვალკუნთოვანი სისტემა	
<p>კუნთების სპაზმი</p> <p>კუნთების ფუნქციის შეზღუდვა</p>	<p>იმობილიზაცია</p> <p>სისუსტე და დაღლილობა</p>
ნევროლოგიური	
<p>კოგნიტური ფუნქციის შეზღუდვა</p>	<p>კონფუზია</p> <p>აბროვნების, მსჯელობისა და გადანყვეტილებების მიღების უნარის შეზღუდვა</p>
იმუნოლოგიური	
<p>შემცირებული იმუნური პასუხი</p>	<p>ინფექცია</p>

ტკივილის განმარტებები/განსაზღვრებები და განზომილებები

1968 წელს ექთანმა და ტკივილის მართვის პიონერმა, მარგო მაკკაფერიმ, განსაზღვრა, რომ ტკივილი არის „ის, რასაც ტკივილის მქონე ადამიანი ამბობს და ის არსებობს მაშინ, როცა ადამიანი ამბობს, რომ არსებობს.“ ტკივილის კვლევის საერთაშორისო ასოციაციის (IASP) განმარტებით ტკივილი „არის უსიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდა, რომელიც ქსოვილის არსებულ ან პოტენციურ დაზიანებას უკავშირდება ან გადმოცემულია ამგვარი დაზიანების შესაბამისი ტერმინებით.“

ყურადღება მიაქციეთ, რომ ამ განმარტებებში გამოკვეთილია ტკივილის სუბიექტური ბუნება, რაც ცხადყოფს, რომ ტკივილის შეფასების ყველაზე სარწმუნო მეთოდი პაციენტის თვითგადმოცემაა. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტის განცდის გააზრება და მის გადმოცემაზე დაყრდნობა აუცილებელია, ბევრ შემთხვევაში ეს მიდგომა პრობლემურია. მაგალითად, კომპათობური ან დემენციის მქონე პაციენტების; მენტალური შეზღუდვების მქონე პაციენტებისა და ექსპრესიული აფაზიის მქონე პირების ტკივილის გადმოცემის უნარები შეზღუდულია, სხვადასხვა დონეზე. ასეთ შემთხვევებში თქვენ ტკივილის შეფასებისთვის არავერბალური ინფორმაციაც, მაგალითად, ქცევა უნდა გამოიყენოთ.

ტკივილი ადამიანურ განცდად, გამოცდილებადაა განსაზღვრებული. აქედან გამომდინარე, ტკივილის წარმატებული შეფასება და მკურნალობა მრავალნახნაგოვანია. ტკივილის ბიოფსიქოციალური მოდელი მოიცავს ტკივილის ფიზიკურ, აფექტურ, კოგნიტურ, ქცევით და სოციო-კულტურულ განზომილებებს (ცხრილი 7-2).

ტკივილის ემოციურმა ასპექტებმა შესაძლოა გამოიწვიოს ტანჯვა, დანაკარგთან დაკავშირებული მწუხარების მდგომარეობა. ტანჯვამ, შესაძლოა, დაუცველობისა და კონტროლის დაკარგვის მძიმე შეგრძნებები გამოიწვიოს. ტანჯვისას ადამიანი სულიერ მწუხარებას, უბედურებას განიცდის. ტანჯვის შემსუბუქებისთვის აუცილებელია ტკივილის შემსუბუქება. ამასთან, მნიშვნელოვანია იმის შეფასება, როგორ მოქმედებს პაციენტის სულიერება ტკივილზე და, პირიქით, როგორ მოქმედებს ტკივილი მის სულიერებაზე.

შესაძლოა, მეტად მნიშვნელოვანი იყოს ტკივილის მნიშვნელობა. მაგალითად, მშობიარე ქალი შესაძლოა ძლიერ ტკივილს განიცდიდეს, მაგრამ შეეძლოს მისი მართვა ტკივილგამაყუჩებლების გარეშე, რადგან მისთვის ეს ტკივილი სასიხარულო მოვლენასთანაა დაკავშირებული. გარდა ამისა, პრენატალურ გაკვეთილებზე მომზადებისა და ტკივილის დროებითობის ცოდნიდან გამომდინარე, ის შესაძლოა გრძნობდეს, რომ ტკივილი მისი კონტროლის ქვეშაა. ამისგან განსხვავებით, ქრონიკული, აუხსნელი ძვალკუნთოვანი ტკივილის მქონე ქალს შესაძლოა აწუხებდეს ფიქრები, რომ მისი ტკივილი „ნამდვილი არ არის“, უკონტროლოა ან მისივე ქმედებებითაა გამოწვეული. ეს აღქმები მოქმედებს იმაზე, თუ როგორ ირეაგირებს ადამიანი ტკივილზე და, შესაბამისად, ისინი გათვალისწინებულ უნდა იქნას მკურნალობის ყოვლისმომცველ გეგმაში.

ზოგიერთი ადამიანი ტკივილს სხვა რამეზე გადართვით, ყურადღების გადატანით უმკლავდება; ზოგიერთი კი საკუთარ თავს აჯერებს, რომ ტკივილი პერმანენტული, ყოველისმომცველია და მკურნალობას არ ექვემდებარება. არაკეთილსაიმედო გამოსავლის ალბათობა უფრო მაღალია იმ შემთხვევებში, თუ ადამიანს წამს, რომ ტკივილი არაკონტროლირებადი და ყოვლისმომცველია.

ტკივილზე, პაციენტის რეაქციაზე მოქმედებს მისი ოჯახის წევრებისა და მომვლელების რწმენა და ქცევები. მაგალითად, ოჯახის წევრები შესაძლოა მოუწოდებდნენ პაციენტს, არ მიიღოს ოპიოიდები, რადგან შიშობენ, ის მათზე დამოკიდებული არ გახდეს.

ცხრილი 7-2 ტკივილის განზომილებები	
განზომილება	აღწერა
ფიზიოლოგიური	<ul style="list-style-type: none"> • მტკივნეული გამღიზიანებლების დამუშავებაზე, ამოცნობასა და აღწერაზე მოქმედებს გენეტიკური, ანატომიური და ფიზიკური ფაქტორები.
აფექტური	<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილის საპასუხო ემოციური რეაქციებია: ბრაზი, შიში, დეპრესია და შფოთვა. • უარყოფითი ემოციები პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე მოქმედებს.
კოგნიტური	<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილის საპასუხო რეაქციაზე მოქმედებს რწმენა, დამოკიდებულებები, მოგონებები და ტკივილისთვის მინიჭებული მნიშვნელობა.
ქცევითი (ბიჰევიორული)	<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილის გამოხატვის ან კონტროლისთვის ადამიანი სხვადასხვა დაკვირვებად ქმედებას (მაგ., გრიმასები, გაღიზიანებადობა) მიმართავს. • ადამიანებს, რომლებსაც კომუნიკაცია არ შეუძლიათ, შესაძლოა, ქცევითი ცვლილებები (მაგ., აგიტაცია, წინააღმდეგობა) აღენიშნებოდეთ.
სოციო-კულტურული	<ul style="list-style-type: none"> • ასაკი და სქესი გავლენას ახდენს ნოციცეპტურ პროცესებსა და ოპიოიდების მიმართ პასუხზე. • ოჯახის წევრები და მომვლელები, თავიანთი რწმენის, ქცევებისა და მხარდაჭერის მეშვეობით, ზეგავლენას ახდენენ პაციენტის ტკივილის საპასუხო რეაქციაზე. • კულტურა ზეგავლენას ახდენს ტკივილის გამოხატვაზე, წამლების გამოყენებაზე და ტკივილთან დაკავშირებულ რწმენებსა და გამკლავების მეთოდებზე.

განსხვავებები სქესის მიხედვით
<p>ტკივილი</p> <p>კაცები</p> <ul style="list-style-type: none"> • კაცები უფრო მცირე ალბათობით აღნიშნავენ, გადმოცემენ ტკივილს, ვიდრე ქალები; • კაცები, თავიანთი გადმოცემით, ტკივილს უფრო აკონტროლებენ; • კაცები ტკივილის სამართავად უფრო იშვიათად მიმართავენ მკურნალობის ალტერნატიულ ხერხებს, ვიდრე ქალები; <p>ქალები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ქალებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ ქრონიკული ტკივილი, ვიდრე კაცებს; • მაშინაც კი, როცა ქალსა და კაცს ერთი და იგივე მდგომარეობა აწუხებთ, ქალის ტკივილის დონე უფრო მაღალია. ქალებს უფრო ხშირად აქვთ შაკიკი, ზურგის ტკივილი, ართრიტი, ფიბრომიალგია, გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი, ნეიროპათიული ტკივილი, მუცლის ტკივილი და ტერფის ტკივილი; • ქალებში უფრო ხშირად ისმება არასპეციფიური, სომატური დიაგნოზები და ისინი უფრო იშვიათად იღებენ ტკივილგამაყუჩებლებს გულმკერდისა და მუცლის არეში ტკივილის შესამსუბუქებლად;

ტკივილის მექანიზმები

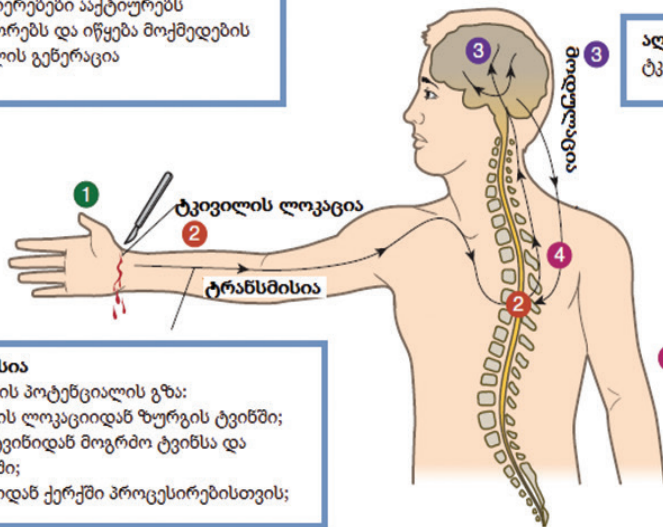
ნოციცეპტია ფიზიოლოგიური პროცესია, რომლის მეშვეობითაც ინფორმაცია ქსოვილის დაზიანების შესახებ ცენტრალურ ნერვულ სისტემას (ცნს) შეტყობინდება. ნოციცეპტია მოიცავს 4 პროცესს: (1) ტრანსდუქცია, (2) ტრანსმისია (გადაცემა); (3) აღქმა და (4) მოდულაცია (სურ. 7-1).

სურათი 7-1²⁹

1

ტრანსდუქცია

1. დამაზიანებელი სტიმული იწვევს უჯრედების დაზიანებას და შემდეგი ნივთიერებების გამოთავისუფლებას: პროსტაგლანდინები, ბრადიკინინი, სეროტონინი, P სუბსტანცია, ჰისტამინი;
2. ეს ნივთიერებები ააქტიურებს ნოციცეპტორებს და იწყება მოქმედების პოტენციალის გენერაცია



აღქმა

ტკივილის გაცნობიერებულად აღქმა

2

ტრანსმისია

მოქმედების პოტენციალის გზა: დაზიანების ლოკაციიდან ზურგის ტვინში; ზურგის ტვინიდან მოგრძო ტვინსა და თალამუსში; თალამუსიდან ქერქში პროცესირებისთვის;

4

მოდულაცია

მოგრძო ტვინში არსებული ნეირონები გადადის ზურგის ტვინში და გამოყოფს ე.წ. ენდოგენურ ოპიოიდებს, რაც აინჰიბირებს ნოციცეპტორულ იმპულსებს

ტრანსდუქცია

ტრანსდუქცია გულისხმობს დამაზიანებელი მექანიკური, თერმული ან ქიმიური გამლიზიანებლის გარდაქმნას ელექტრულ სიგნალად, რომელსაც მოქმედების პოტენციალი ეწოდება. დამაზიანებელი გამლიზიანებლები, მათ შორის, თერმული (მაგ., მზისგან დამწვრობა), მექანიკური (მაგ., ქირურგიული განაკვეთი) ან ქიმიური (მაგ., ტოქსიკური ნაერთები) გამლიზიანებლები დაზიანებულ ქსოვილში სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერების, კერძოდ, ნყალბად-იონების, P სუბსტანციისა და ადენოზინ ტრიფოსფატის (ატფ) გამოთავისუფლებას იწვევს. სხვა ნივთიერებებს გამოყოფს პოხიერი უჯრედები (მაგ., სეროტონინი, ჰისტამინი, ბრადიკინინი, პროსტაგლანდინები) და მაკროფაგებიც (მაგ., ინტერლეიკინები, სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორი [TNF]). ეს ქიმიური ნივთიერებები ააქტიურებს ნოციცეპტორებს, ანუ სპეციალიზირებულ რეცეპტორებს, ან თავისუფალ ნერვულ დაბოლოებებს, რომელიც მტკივნეულ გამლიზიანებლებზე რეაგირებს. ნოციცეპტორების აქტივაციის შედეგად გენერირდება მოქმედების პოტენციალი, რომელიც ნოციცეპტორებიდან ზურგის ტვინს გადაეცემა, ძირითადად, მცირე ზომის, სწრაფი გამტარობის, მიელინიზირებული A-დელტა ბოჭკოებისა და ნელი გამტარობის არამიელინიზირებული C ბოჭკოების მეშვეობით.

გარდა ნოციცეპტორების აგზნების უშუალო სტიმულირებისა, ანთება და შედეგად ქიმიური მედიატორების გამოთავისუფლება ნოციცეპტორების ზღურბლსაც ამცირებს. შედეგად, ნოციცეპტორები შეიძლება აიგზნოს ისეთი გამლიზიანებლის საპასუხოდ, რომელიც მანამდე ამ პასუხის გამომწვევისთვის საკმარისი არ იყო. ისინი შესაძლოა არა-დამაზიანებელი გამლიზიანებლის, მაგალითად, მსუბუქი შეხების შედეგადაც აიგზნოს. ნოციცეპტორების ამ გაზრდილ მიდრეკილებას აქტივაციისადმი *პერიფერიული სენსიტიზაცია* ეწოდება. პერიფერიულ სენსიტიზაციაში მონაწილეობს ლეიკოტრიენები, პროს-

²⁹ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

ტაგლანდინები, ციტოკინები და P სუბსტანცია. პერიფერიულ სენსიტიზაციაში ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ფერმენტი ციკლოოქსიგენაზა (COX), რომელიც ანთებითი რეაქციის დროს წარმოიქმნება. ამ პროცესის კლინიკური მაგალითი მზისგან დამწვრობაა. ეს თერმული დაზიანება ანთებას იწვევს და დაზიანებულ კანზე მსუბუქი შეხებისასაც კი ტკივილი აღმოცენდება. პერიფერიული სენსიტიზაცია იწვევს ასევე სიგნალის გადაცემის ამპლიფიკაციასაც, რაც, თავის მხრივ, ცენტრალურ სენსიტიზაციას უწყობს ხელს. პერიფერიული ნოციცეპტორების აქტივაციით წარმოშობილ ტკივილს *ნოციცეპტური ტკივილი* ეწოდება.

ტრანსდუქციისა და მოქმედების პოტენციალის აღმოცენების თავიდან აცილება შესაძლებელია თერაპიებით, რომელიც ლოკალურ გარემოს ან პერიფერიული ნოციცეპტორების მგრძობელობას ცვლის. პერიფერიაზე გამოთავისუფლებული ქიმიური ნივთიერებების ეფექტების შემცირება ტკივილის მართვისადმი რამდენიმე მედიკამენტოზური მიდგომის ფუნდამენტს წარმოადგენს. მაგალითად, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლების (NSAID), მაგალითად, იბუპროფენისა და ნაპროქსენის, და კორტიკოსტეროიდების, მაგალითად, დექსამეტაზონის, ანალგეზიური ეფექტი ტკივილის მასენსიბილიზებული ქიმიური ნივთიერებების დაბლოკვითაა განპირობებული. არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლები ციკლოოქსიგენაზას მოქმედებას ბლოკავს და ამ გზით პროსტაგლანდინების წარმოქმნას უშლის ხელს. კორტიკოსტეროიდები ამცირებს როგორც პროსტაგლანდინების, ისე ლეიკოტრიენების წარმოქმნას.

წამლები, რომელიც ნეირონული მემბრანის სტაბილიზაციასა და ნატრიუმის პერიფერიული არხების ინაქტივაციას განაპირობებს, ნერვული იმპულსის წარმოქმნას/აღმოცენებას აინჰიბირებს. ეს წამლებია: ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებები (მაგ., საინექციო ან ტოპიკური ლიდოკაინი, ბუპივაკაინი, როპივაკაინი) და ანტიეპილეფსიური წამლები (მაგ., კარბამაზეპინი და ლამოტრიგინი).

ტრანსმისია/გადაცემა

ტრანსმისია არის პროცესი, რომლის დროსაც ტკივილის სიგნალები პერიფერიიდან ბურგის ტვინსა და შემდეგ თავის ტვინს გადაეცემა. ნერვებს, რომელიც პერიფერიიდან ბურგის ტვინში გადასცემს ტკივილის იმპულსებს, პირველადი აფერენტული ბოჭკოები ეწოდება. ეს ბოჭკოებია A-დელტა და C ბოჭკოები. თითოეული მათგანი სხვადასხვა სახის ტკივილს გადასცემს. როგორც ზემოთ ითქვა, A-დელტა ბოჭკოები მცირე ზომის მიელინინიზირებული ბოჭკოებია, რომელიც სწრაფად ატარებს ტკივილს და პასუხისმგებელია ქსოვილის დაზიანების თანმხლებ საწყის, მწვავე ტკივილზე. C ბოჭკოები მცირე ზომის, არამიელინინიზირებული ბოჭკოებია, რომელიც მტკივნეულ გამღიზიანებლებს უფრო ნელა გადასცემს და წარმოშობს ყრუ ან მფეთქავი ხასიათის ტკივილს. პირველადი აფერენტული ბოჭკოები ბურგის ტვინის უკანა რქაში ბოლოვდება. უკანა რქაში მიმდინარე აქტივობა პერიფერიიდან მომავალი ტკივილის იმპულსების ინტეგრაციას და მოდულაციას განაპირობებს.

ტრანსდუქციის ადგილიდან ტკივილის იმპულსების თავის ტვინამდე მიტანის პროცესი 7-1 სურათზეა ნაჩვენები. ნოციცეპტური სიგნალის გადაცემაში სამი სეგმენტი მონაწილეობს: (1) პერიფერიული ნერვული ბოჭკოების მეშვეობით ბურგის ტვინისკენ გადაცემა; (2) დამუშავება/პროცესირება უკანა რქებში და (3) თალამუსსა და ნახევარსფეროების ქერქში გადაცემა.

ზურგის ტვინისკენ გადაცემა

პირველი რიგის ნეირონი პერიფერიიდან ზურგის ტვინის უკანა რქამდე ვრცელდება, სინაფსის გარეშე. მაგალითად, ტერფის დიდი თითიდან მომავალი აფერენტული ბოჭკო ცერიდან წელის მეხუთე ნერვის ფესვის გავლით ზურგის ტვინამდე მიდის; ეს ერთი უჯრედი. აღმოცენების შემდეგ მოქმედების პოტენციალი ზურგის ტვინამდე ვრცელდება, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა მის გადაცემას ნატრიუმის არხის ინჰიბიტორი (მაგ., ლოკალური საანესთეზიო საშუალება) ან წარმონაქმნი/დაზიანება, მაგალითად, უკანა ფესვის შესვლის ზონაში არსებული დაზიანება ბლოკავს.

ის, თუ როგორ შედის ნერვული ბოჭკოები ზურგის ტვინში, სპინალური დერმატომების ცნების ამოსავალი წერტილია. *დერმატომები* კანის უბნებია, რომელიც უმთავრესად ზურგის ტვინის ერთი კონკრეტული სეგმენტით ინერვირდება. ჰერპეს ზოსტერის გამონაყრის მახასიათებელი ზურგსა და ტორსზე სწორედ დერმატომებითაა განპირობებული.

დამუშავება/პროცესირება უკანა რქებში

როცა ნოციცეპტური სიგნალი ზურგის ტვინამდე მოიტანება, უკანა რქებში ხდება მისი დამუშავება, პროცესირება. აფერენტული ბოჭკოდან გამოთავისუფლებული ნეიროტრანსმიტერები ახლომდებარე უჯრედების სხეულებსა და დენდრიტებზე არსებულ რეცეპტორებს უკავშირდება. ზოგიერთი ეს ნეიროტრანსმიტერი (მაგ., გლუტამატი, ასპარტატი, P სუბსტანცია) ახლომდებარე უჯრედების აქტივაციას, ზოგიერთი კი (მაგ., გამა-ამინოებო მჟავა [GABA], სეროტონინი, ნორეპინეფრინი) მათ ინჰიბირებას იწვევს. ამ მიდამოში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ეგზოგენური და ენდოგენური ოპიოიდებიც, რომელიც ოპიოიდურ რეცეპტორებს უკავშირდება და ბლოკავს ნეიროტრანსმიტერების, განსაკუთრებით, P სუბსტანციის გამოთავისუფლებას. ენდოგენური ოპიოიდებია ენკეფალინი და μ -ენდორფინი. მათი ანალგეზიური (ტკივილგამაყუჩებელი) ეფექტი ეგზოგენური ოპიოიდების, მაგალითად, მორფინის მსგავსია.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ნეირონების სენსიტიურობის მატებასა და ჰიპერაგზნებადობას *ცენტრალური სენსიტიზაცია* ეწოდება. პერიფერიული ქსოვილების ან ნერვის დაზიანებამ შესაძლოა ცენტრალური სენსიტიზაცია გამოიწვიოს. მისი შენარჩუნებისთვის აუცილებელია პერიფერიიდან მუდმივი ნოციცეპტური სიგნალები. ცენტრალური ნერვული სისტემის ნეირონების აგზნებადობის მატების შედეგად, ნორმალური სენსორული სიგნალები მტკივნეული და სხვა გამღიზიანებლების არანორმალურ შეგრძნებასა და მათ საპასუხო რეაქციებს იწვევს. სწორედ ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ ქსოვილის ან ნერვის დაზიანების მიდამოში ან მის მახლობლად შეხების ან ტაქტილური სტიმულაციის შედეგად, ზოგიერთი ადამიანი ძლიერ ტკივილს შეიგრძნობს. ამას *ალოდინია* ეწოდება. ცენტრალური სენსიტიზაციის დროს, ტკივილის პროცესირებაში/დამუშავებაში მონაწილე ნერვული გზები იცვლება. ზოგიერთ შემთხვევაში, სინაფსის ცვლილებების გამო, ცენტრალური სენსიტიზაცია შესაძლოა ხანგრძლივად გაგრძელდეს.

წელი გამტარობის არამიელინიზირებული C ბოჭკოების ნოციცეპტორების მუდმივი სტიმულირებისას, ეტაპობრივად ძლიერდება უკანა რქაში არსებული სპეციალიზირებული ნეირონების აქტივობა. ეს სიგნალები ბევრ პრობლემას ქმნის, მათ შორის, იწვევს ფართო დინამიკური დიაპაზონის (WDR) ნეირონების ზრდას და გლუტამატ-დამოკიდებული N-მეთილ-D-ასპარტატის (NMDA) რეცეპტორების ინდუქციას. WDR ნეირონები პასუხობს სხვადასხვა ინტენსივობის როგორც ნოციცეპტურ, ისე არანოციცეპტურ სიგნა-

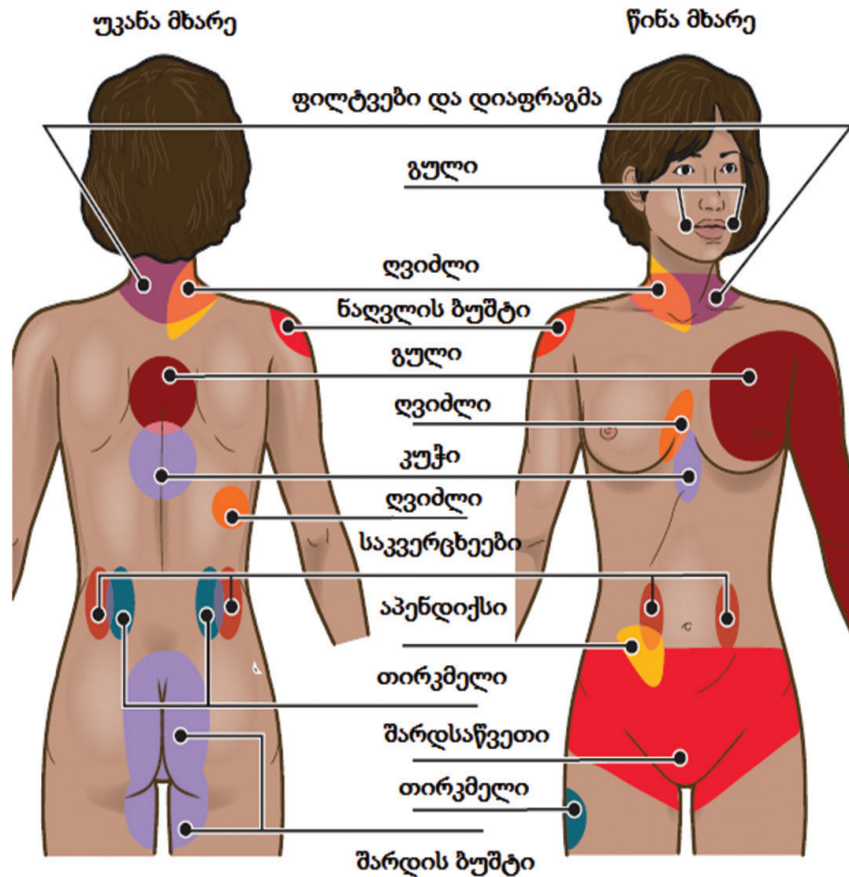
ლებს. როცა ამ ნეირონების დენდრიტები გამოიზრდება, ისინი ტკივილის მიმღები ნერვული უჯრედის სხეულის მიდამოში მიემართება. შედეგად შესაძლებელი ხდება უფრო ფართო დიაპაზონის გამღიზიანებლების წარმომქმნელი სიგნალების გადაცემა. შემდეგ ეს სიგნალები ზურგისა და თავის ტვინში გადაეცემა. ამ პროცესს აგზნება ეწოდება და ის NMDA რეცეპტორების აქტივაციაზე დამოკიდებულია. NMDA რეცეპტორების ანტაგონისტები, მაგალითად, კეტამინი, პოტენციურად არღვევს ან ბლოკავს იმ მექანიზმებს, რომელიც ცენტრალურ სენსიტიზაციას იწვევს ან ინარჩუნებს. ცენტრალური სენსიტიზაციისა და ჰიპერალგეზიის (დამაზიანებელ გამღიზიანებლებზე ტკივილის რეაქციების გაძლიერება) მსგავსად, აგზნება C-ბოჭკოებითაა განპირობებული. თუმცა, აგზნება შესაძლოა ხანმოკლე იყოს, ცენტრალური სენსიტიზაცია და ჰიპერალგეზია დროთა განმავლობაში შენარჩუნდება.

მნიშვნელოვანია, გესმოდეთ, რომ ცენტრალური სენსიტიზაციის პროცესის მეშვეობით, მწვავე, შეუმსუბუქებელი ტკივილი ქრონიკულ ტკივილს იწვევს. ქსოვილის მწვავე დაზიანება ჩართავს კასკადს, რომელიც მოიცავს ზოგიერთი ამგზნები ნეიროტრანსმიტერის (მაგ., გლუტამატის) გამოთავისუფლებას და ნეიროფსიქოლოგიურ რეაქციებს. მწვავე ტკივილის ხანმოკლე ეპიზოდებსაც კი შეუძლია გამოიწვიოს ნეირონების გრძელვადიანი რემოდელინგი და სენსიტიზაცია (*პლასტიკურობა*), ქრონიკული ტკივილი და ხანგრძლივი ფსიქოლოგიური დისტრესი.

ნეიროპლასტიკურობა ეწოდება იმ პროცესების ერთობლიობას, რომელიც ტვინის ნეირონებს დაზიანების კომპენსირების და ახალ ვითარებებზე ან გარემო ცვლილებებზე მორგების საშუალებას აძლევს. ნეიროპლასტიკურობა ხელს უწყობს ტკივილის შემამცირებელ ადაპტაციურ მექანიზმებს, მაგრამ შესაძლოა გამოიწვიოს მალადაპტაციური მექანიზმებიც, რომელიც ტკივილს აძლიერებს. ცენტრალური ნერვული სისტემის პლასტიკურობაზე შესაძლოა მნიშვნელოვნად მოქმედებდეს ინდივიდუალური გენეტიკური ვარიანტებლობა. ამ ფენომენის გააზრება გვეხმარება ტკივილზე რეაგირების ინდივიდუალური განსხვავებების ახსნაში და იმის გარკვევაში, თუ რატომ უვითარდება ზოგიერთ პაციენტს ქრონიკული ტკივილი, ზოგს კი – არა. კლინიკურად, უკანა რქების ცენტრალური სენსიტიზაცია იწვევს: (1) ჰიპერალგეზიას, (2) ნორმალური „უნყინარი“ გამღიზიანებლების მიმართ ტკივილის რეაქციის აღმოცენებას (ალოდინია), (3) სანყისი დამაზიანებელი გამღიზიანებლის მოქმედების დასრულების შემდეგ ტკივილის გაგრძელებას, გახანგრძლივებას (*მუდმივი/პერსისტენტული ტკივილი*) და (4) შეხებით მტკივნეულობის ან ტკივილის მიმართ მომატებული მგრძობელობის გავრცელებას დაზიანების მიდამოდან სხვა, არადაზიანებულ ქსოვილებზე (ანუ, ნოციცეპტური რეცეპციული ველების გავრცელება, იგივე მეორეული ჰიპერალგეზია).

შინაგანი ორგანოების დაზიანებით ან დაავადებით განპირობებული ტკივილის ლოკალიზაციისთვის უნდა გაითვალისწინოთ *გადაცემითი/გადამცემი ტკივილის* ფენომენი. გამღიზიანებელი, შესაძლოა, პაციენტის მიერ გადმოცემული ლოკალიზაციისგან მოშორებით მდებარეობდეს (სურ. 7-2). მაგალითად, ღვიძლის დაავადებით გამოწვეული ტკივილი ხშირად მუცლის მარჯვენა ზედა კვადრანტში ლოკალიზდება, მაგრამ ის შესაძლოა კისრის წინა და უკანა მიდამოში და ფერდის უკანა ნაწილშიც გადაეცემოდეს. თუ ტკივილის ლოკალიზაციის შეფასებისას ტკივილის გადაცემა გათვალისწინებული არ იქნება, შესაძლოა, დიაგნოსტიკური კვლევები და მკურნალობა არასწორი მიმართულებით გაგრძელდეს.

სურათი 7-2³⁰



თალამუსსა და ქერქისკენ გადაცემა

უკანა რქიდან ნოციცეპტური გამლიზიანებლები *მესამე რიგის ნეირონს* გადაეცემა. მესამე რიგის ნეირონი ძირითადად თალამუსში გვხვდება. უკანა რქიდან მომავალი ბოჭკოები თავის ტვინში სხვადასხვა გზით, მაგალითად, სპინოთალამური და სპინორეტიკულური ტრაქტებით შედის. თალამუსის ცალკეული ბირთვები ზურგის ტვინიდან მომავალ ნოციცეპტურ სიგნალებს იღებს და მათ ნახევარსფეროების ქერქის სხვადასხვა უბანში გადასცემს. ქერქში უნდა მოხდეს ტკივილის აღქმა.

ტკივილის გადაცემაზე ორიენტირებული თერაპიული მიდგომები მოიცავს ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებს, რომელიც პირველად აფერენტულ და უკანა რქის ნეირონებზე არსებულ ოპიოიდურ რეცეპტორებს უკავშირდება. ეს საშუალებები ენდოგენური ოპიოიდების ინჰიბიტორულ ეფექტებს იმეორებს. ტრანსმისიაზე/ გადაცემაზე მოქმედი ნამალაია ბაკლოფენიც, რომელიც GABA რეცეპტორებს უკავშირდება და GABA-ს ინჰიბიტორულ ეფექტებს იმეორებს.

აღქმა

აღქმა ხდება მაშინ, როცა ადამიანი, რომელიც ტკივილს განიცდის, ამოიცნობს, განსაზღვრავს და მნიშვნელობას მიანიჭებს ტკივილს. თავის ტვინამდე მისული ნოციცეპტური ინფორმაცია ტკივილად აღიქმება. არ არსებობს ერთი რომელიმე კონკრეტული მდებარეობა, რომელშიც ტკივილი აღიქმება. ტკივილის აღქმაში თავის ტვინის რამდენიმე სტრუქტურა მონაწილეობს. მაგალითად, მიიჩნევა, რომ რეტიკულური გამააქტივებელი

³⁰ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

სისტემა ინდივიდს აფრთხილებს, ყურადღება მიაქციოს მტკივნეულ გამლიზიანებებს; სომატოსენსორული სისტემა ტკივილის ლოკალიზაციასა და დახასიათებაზე პასუხისმგებელი; ხოლო ტკივილის საპასუხო ემოციურ და ქცევით რეაქციებს ლიმბური სისტემა განაპირობებს. ქერქული სტრუქტურები ასევე გადაამწყვეტ როლს ასრულებს ტკივილის მნიშვნელობის შემუშავებაში.

აქედან გამომდინარე, ბიჰევიორული სტრატეგიები, მაგალითად, ყურადღების გადატანა და რელაქსაცია ბევრი ადამიანისთვის ტკივილის შემსუბუქების ეფექტური მეთოდებია. ტკივილის შეგრძნებიდან ყურადღების გადატანის შემთხვევაში, პაციენტებს შეუძლიათ შეამცირონ ტკივილის სენსორული და აფექტური კომპონენტები. ოპიოიდები და ტკივილგამაყუჩებლების სხვა ჯგუფები, მაგალითად, ზოგიერთი ანტიეპილეფსიური წამალი და ანტიდეპრესანტი ტკივილის აღქმის მოდიფიცირებას განაპირობებს.

მოდულაცია

მოდულაცია მოიცავს დაღმავალი გზების აქტივაციას, რაც ტკივილის გადაცემას აინჰიბირებს ან აძლიერებს (იხ. სურ. 7-1). მოდულაციის ტიპისა და ხარისხის მიხედვით, ნოციცეპტური გამლიზიანებელი ან აღიქმება ტკივილად, ან არა. ტკივილის სიგნალების მოდულაცია შესაძლოა მოხდეს პერიფერიის, ზურგის ტვინის, თავის ტვინის ღეროსა და ნახევარსფეროების ქერქის დონეზე. დაღმავალი მოდულატორული ბოჭკოები გამოყოფს ქიმიურ ნივთიერებებს, მაგალითად, სეროტონინს, ნორეპინეფრინს, GABA-ს და ენდოგენურ ოპიოიდებს, რომელსაც ტკივილის გადაცემის ინჰიბირების უნარი შესწევს.

ზოგიერთი ანტიდეპრესანტის ეფექტი სწორედ მოდულატორულ სისტემებზე მოქმედებითაა განპირობებული. მაგალითად, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (მაგ., ამიტრიპტილინი) და სეროტონინ-ნორეპინეფრინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SNRI) (მაგ., ვენლაფაქსინი და დულოქსეტინი) ქრონიკული არაავთვისებიანი და კიბოს თანმხლები ტკივილის მართვაში გამოიყენება. ეს საშუალებები ხელს უშლის სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის უკუმიტაცებას, რითიც იზრდება მათი ხელმისაწვდომობა დამაზიანებელი გამლიზიანებლების ინჰიბირებისთვის.

ტკივილის კლასიფიკაცია

ტკივილის კლასიფიკაცია რამდენიმე სახითაა შესაძლებელი. ყველაზე ხშირად ტკივილი კატეგორიზდება როგორც ნოციცეპტური ან ნეიროპათიული, გამომწვევი პათოლოგიის მიხედვით (ცხრილი 7-3). ასევე გამოსადეგია ტკივილის სიმწვავისა და ქრონიკულობის მიხედვით კლასიფიცირება (ცხრილი 7-4).

ცხრილი 7-3 ნოციცეპტური და ნეიროპათიული ტკივილის შედარება		
	ნოციცეპტური ტკივილი	ნეიროპათიული ტკივილი³¹
განმარტება	ნორმალური დამუშავება გამლიზიანებლისა, რომელიც აზიანებს ნორმალურ ქსოვილს ან ხანგრძლივი გემოქმედების შემთხვევაში, ფლობს ამ ქსოვილის დაზიანების პოტენციალს.	სენსორული ინფორმაციის არანორმალური/პათოლოგიური დამუშავება პერიფერიულ ან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში.

³¹ ნეიროპათიული ტკივილის ზოგიერთი ტიპი (მაგ., პოსტპერპესული ნევრალგია) შესაძლოა ერთზე მეტი ნეიროპათოლოგიური მექანიზმით იყოს გამოწვეული.

მკურნალობა	ჩვეულებრივ, პასუხობს არაოპიოიდურ ან/და ოპიოიდურ წამლებს.	მკურნალობა ძირითადად მიმდინარეობს ადიუვანტური ტკივილგამაყუჩებლებით.
ტიპები	<p>ზედაპირული სომატური ტკივილი კანიდან, ლორწოვანი გარსებიდან, კანქვეშა ქსოვილიდან მომდინარე ტკივილი. ძირითადად კარგადაა ლოკალიზებული.</p> <p><i>მაგალითები:</i> მზისგან დამწვრობა, კანის დაჟეჟილობა</p> <p>ღრმა სომატური ტკივილი კუნთებიდან, ფასციიდან, ძვლებიდან, მყესებიდან მომდინარე ტკივილი. ლოკალიზებული ან დიფუზურია და ირადირებს.</p> <p><i>მაგალითები:</i> ართრიტი, ტენდონიტი, მიოფასციალური ტკივილი</p> <p>ვისცერული ტკივილი ტკივილი მომდინარეობს შინაგანი ორგანოებიდან, მაგალითად, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან და შარდის ბუშტიდან. შეიძლება იყოს ან არ იყოს ლოკალიზებული. ხშირად გადაეცემა კანის სხვადასხვა ზონებში.</p> <p><i>მაგალითები:</i> აპენდიციტი, პანკრეატიტი, შინაგანი ორგანოების კიბო, გაღიზიანებული ნაწლავის და შარდის ბუშტის სინდრომები</p>	<p>ცენტრალური ტკივილი გამონვეულია ცენტრალური ნერვული სისტემის პირველადი დაზიანებით ან დისფუნქციით.</p> <p><i>მაგალითები:</i> ინსულტის შემდგომი ტკივილი, გაფანტულ სკლეროზთან დაკავშირებული ტკივილი</p> <p>პერიფერიული ნეიროპათიები ტკივილი შეიგრძნობა ერთი ან მეტი პერიფერიული ნერვის გასწვრივ და გამონვეულია ნერვის დაზიანებით.</p> <p><i>მაგალითები:</i> დიაბეტური ნეიროპათია, ალკოჰოლ-ნეურეციული ნეიროპათია, სამწვერა ნევრალგია, პოსტპერპესული ნევრალგია</p> <p>დეაფარენტაციული ტკივილი აფერენტული იმპულსების შეწყვეტით გამონვეული ტკივილი.</p> <p><i>მაგალითები:</i> კიდურის ფანტომური ტკივილი, მასტექტომიის შემდგომი ტკივილი, გურგის ტვინის დაზიანებით გამონვეული ტკივილი</p> <p>სიმპატიკური შენარჩუნებული ტკივილი ტკივილი, რომელიც სიმპატიკური ნერვული სისტემის აქტივობის შედეგად პერსისტირებს.</p> <p><i>მაგალითები:</i> კიდურის ფანტომური ტკივილი, კომპლექსური რეგიონული ტკივილის სინდრომი</p>

წყარო: National Institute of Neurological Disorders and Stroke: Complex regional pain syndrome fact sheet. Retrieved from www.ninds.nih.gov/disorders/reflex_sympathetic_dystrophy/detail_reflex_sympathetic_dystrophy.htm.

ცხრილი 7-4 მწვავე და ქრონიკული ტკივილის განსხვავებები		
	მწვავე ტკივილი	ქრონიკული ტკივილი
საწყისი	უეცარი	თანდათანობითი ან უეცარი
ხანგრძლივობა	<3 თვეზე ან იმ ხანგრძლივობის, რა დროც ნორმალურ შეხორცებას სჭირდება	>3 თვეზე. შესაძლოა დაიწყოს მწვავე დაზიანების ან მოვლენის სახით, მაგრამ გამოჯანმრთელების/ მდგომარეობიდან გამოსვლის ნორმალურ დროს სცდება

სიძლიერე	მსუბუქიდან ძლიერამდე	მსუბუქიდან ძლიერამდე
ტკივილის მიზეზი	ძირითადად შესაძლებელია მაპროვოცირებელი მოვლენის (მაგ., ავადმყოფობა, ქირურგიული ჩარევა) ამოცნობა	შესაძლოა, უცნობი იყოს. ტკივილის საწყისი გამომწვევი შესაძლოა განსხვავდებოდეს მისი შენარჩუნების განმაპირობებელი მექანიზმებისგან
ტკივილის მიმდინარეობა	დროთა განმავლობაში მცირდება და გამოჯანმრთელებასთან ერთად ქრება	ტიპურად, ტკივილი არ ქრება. ხასიათდება ტკივილის მატებისა და შემსუბუქების პერიოდებით
ტიპური ფიზიკური და ქცევითი გამოვლინებები	გამოვლინებები სხვადასხვაგვარია, მაგრამ შესაძლოა ასახავდეს სიმპატიკური ნერვული სისტემის აქტივაციას: <ul style="list-style-type: none"> • გულისცემათა სიხშირის, სუნთქვის სიხშირის, არტერიული წნევის მომატება; • დიაფორეზი, სიფერმკრთალე; • შფოთვა, აგიტაცია, კონფუზია; • შარდის შეკავება 	უმთავრესად ქცევითი გამოვლინებები: <ul style="list-style-type: none"> • გასწორებული აფექტი; • ფიზიკური აქტივობის შემცირება; • დაღლილობა; • სოციუმისგან განრიდება;
მკურნალობის ძირითადი ამოცანები	ტკივილის კონტროლი და თანდათანობითი აღმოფხვრა	ტკივილის კონტროლი მაქსიმალურ შესაძლო დონემდე. აქცენტი კეთდება ფუნქციისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე

ნოციცეპტური ტკივილი

ნოციცეპტური ტკივილი სომატური ან ვისცერული ქსოვილის დაზიანებითაა გამოწვეული. *სომატური ტკივილი* იყოფა ზედაპირულ ან ღრმა სომატურ ტკივილად. *ზედაპირული ტკივილი* კანიდან, ლორწოვანი გარსებიდან და კანქვეშა ქსოვილებიდან მომდინარეობს. მას ძირითადად აღწერენ როგორც მჭრელს, მწველს ან მჩხვლეტავს. *ღრმა ტკივილი* ხშირად აღიწერება როგორც ყრუ, ღრმა ან მფეთქავი და ის ძვლიდან, კუნთიდან, კანიდან ან შემაერთებელი ქსოვილიდან მომდინარეობს.

ვისცერული ტკივილი შინაგანი ორგანოებისა და ორგანიზმის ღრუების, მაგალითად, გულმკერდის და მუცლის ღრუების ამომფენი გარსების ნოციცეპტორების აქტივაციითაა განპირობებული. ვისცერული ნოციცეპტორები ანთებაზე, დაჭიმვასა და იშემიაზე რეაგირებს. სიმსივნის ან ობსტრუქციის შედეგად ღრუ ორგანოს, მაგალითად, ნაწლავის ან შარდის ბუშტის, დაჭიმვამ, შესაძლოა, გადაბერვა და ინტენსიური მოვლითი ტკივილი გამოიწვიოს. ვისცერული ნოციცეპტური ტკივილის მაგალითებია: ქირურგიული განაკვეთის ტკივილი, პანკრეატიტისა და ნაწლავის ანთებითი დაავადების დამახასიათებელი ტკივილი.

ნეიროპათიული ტკივილი

ნეიროპათიული ტკივილი პერიფერიული ნერვების ან ცენტრალური ნერვული სისტემის სტრუქტურების დაზიანებითაა გამოწვეული. აღწერენ როგორც დაბუჟებას, წვას, გაცხელებას, დარტყმის, მახვილის ჩაცემის, მჭრელ ან ელექტრული დენის გავლის შეგრძნებას. ნეიროპათიული ტკივილი შეიძლება იყოს უეცარი, ინტენსიური, ხანმოკლე ან

განგრძობითი. დარტყმისა და ელექტრული დენის გავლის შეგრძნებებს დაზიანებული ნერვების პაროქსიზმული აქტივობა იწვევს. ნეიროპათიული ტკივილის გავრცელებული მიზმებია: ტრავმა, ანთება (დისკის თიაქარი, რომელიც ახლომდებარე ნერვის და უკანა ფესვის განგლის ანთებას იწვევს), მეტაბოლური დაავადებები (მაგ., შაქრიანი დიაბეტი), ალკოჰოლიზმი, ნერვული სისტემის ინფექციები (მაგ., ჰერპეს ზოსტერი, აივ), სიმსივნეები, ტოქსინები და ნევროლოგიური დაავადებები (მაგ., გაფანტული სკლეროზი).

დეაფერენტაციული ტკივილი განპირობებულია პერიფერიული ნერვის (მაგ., ამპუტაციის) ან ცენტრალური ნერვული სისტემის (ზურგის ტვინის დაზიანების ჩათვლით) დაზიანების შედეგად აფერენტული გზების წყვეტით. *სიმპატიკური შენარჩუნებული ტკივილი* აუტონომიური ნერვული სისტემის დისრეგულაციას, ხოლო *ცენტრალური ტკივილი* ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებებს/წარმონაქმნებს ან დისფუნქციას უკავშირდება. მტკივნეული პერიფერიული პოლინეიროპათიები (ტკივილი შეიგრძნობა რამდენიმე პერიფერიული ნერვის გასწვრივ) და მონონეიროპათიები (ტკივილი შეიგრძნობა დაზიანებული ნერვის საინერვაციო ველის გასწვრივ) განპირობებულია პერიფერიული ნერვების დაზიანებითა და ხასიათდება მწველი, პაროქსიზმული ან დენის დარტყმის მსგავსი შეგრძნებით. პაციენტს შესაძლოა აღენიშნებოდეს დადებითი ან უარყოფითი მოტორული და სენსორული ნიშნები, მათ შორის, დაბუჟება, ალოდინია და რეფლექსებისა და მოტორული ძალის ცვლილებები. არ არსებობს ნეიროპათიული ტკივილის სადიაგნოსტიკო ერთი კონკრეტული მახასიათებელი, ნიშანი ან სიმპტომი. ნეიროპათიული ტკივილის მაგალითებია: პოსტჰერპესული ნევრალგია, ფანტომური კიდურის ტკივილი, დიაბეტური ნეიროპათიები და სამწვერა ნევრალგია.

ნეიროპათიული ტკივილის ერთ-ერთი განსაკუთრებით გაუსაძლისი ტიპი კომპლექსური რეგიონული ტკივილის სინდრომი (CRPS). ამ სინდრომის ტიპური მახასიათებლებია: კიდურის ან სხეულის ნაწილის მფარავი კანის ფერისა და ტემპერატურის დრამატული ცვლილებები, რომელსაც თან ახლავს ძლიერი მწველი ტკივილი, კანის მგრძობელობა, ოფლიანობა და შეშუპება. კომპლექსური რეგიონული ტკივილის სინდრომი ტიპი 1 ხშირად ქსოვილის დაზიანებით, ქირურგიული ჩარევით ან ინსულტითაა პროვოცირებული. კომპლექსური რეგიონული ტკივილის სინდრომი ტიპი 2 მოიცავს ყველა ამ მახასიათებელს და დამატებით პერიფერიული ნერვის დაზიანებას.

ნეიროპათიული ტკივილი მხოლოდ ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებს ხშირად არ ემორჩილება. მკურნალობისთვის ძირითადად აუცილებელია მულტიმოდალური მიდგომა, რომელშიც კომბინირებულია სხვადასხვა ადიუვანტური ტკივილგამაყუჩებლები, მათ შორის ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (მაგ., ნორტრიპტილინი, დესიპრამინი), სეროტონინ-ნორეპინეფრინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SNRI) (მაგ., ვენლაფაქსინი, დულოქსეტინი, ბუპროპიონი), ანტიეპილეფსიური წამლები (მაგ., გაბაპენტინი, პრეგაბალინი), ტრანსდერმული ლიდოკაინი და α_2 -ადრენერგული აგონისტები (მაგ., კლონიდინი). აღმოჩნდა, რომ NMDA რეცეპტორების ანტაგონისტები, მაგალითად, კეტამინი, შესაძლოა ეფექტური იყოს სხვა წამლების მიმართ რეფრაქტორული ნეიროპათიული ტკივილის შემსუბუქებისთვის.

მწვავე და ქრონიკული ტკივილი

მწვავე და ქრონიკული ტკივილი ერთმანეთისგან გამომწვევის, მიმდინარეობის, გამოვლინებებისა და მკურნალობის თვალსაზრისით განსხვავდება (იხ. ცხრილი 7-4).

მწვავე ტკივილის მაგალითებია: პოსტოპერაციული ტკივილი, სამშობიარო ტკივილი, ინფექციით გამოწვეული ტკივილი (მაგ., ცისტიტის დროს დიზურია) და მწვავე იშემიით გამოწვეული ტკივილი. მწვავე ტკივილის მკურნალობა მოიცავს სიმპტომების კონტროლს ტკივილგამაყუჩებლებითა და გამომწვევი მიზეზის მკურნალობას (მაგ., მოტეხილობის შემთხვევაში არტაშნის დადებას, ინფექციის ანტიბიოტიკებით მკურნალობას). წესითა და რიგით, მწვავე ტკივილი თანდათანობით ალაგდება. თუმცა, მუდმივმა მწვავე ტკივილმა შესაძლოა ქრონიკული ტკივილის მდგომარეობები გამოიწვიოს. მაგალითად, პერპეს ზოსტერით განპირობებული ტკივილი, მწვავე ინფექციის ალაგებასთან ერთად ქრება, ძირითადად, ერთი თვის განმავლობაში. თუმცა, ზოგჯერ ტკივილი პერსისტირებს და ქრონიკული ტკივილით მიმდინარე მდგომარეობაში, *პოსტპერპესულ ნევრალგიაში* გადაიზრდება.

ქრონიკული, ანუ *პერსისტენტული ტკივილი* უფრო ხანგრძლივად გასტანს, უფრო კონკრეტულად 3 თვეზე ან მწვავე ტკივილის ან მწვავე დაზიანების ალაგებისთვის საჭირო დროზე დიდხანს. ქრონიკული ტკივილის სიმძიმე და ფუნქციური შედეგები ხშირად არ შეესაბამება ობიექტურ მიგნებებს, რადგან ნერვული სისტემის ცვლილებები სტანდარტული ტესტებით ვერ დგინდება. მაშინ, როცა მწვავე ტკივილი სიგნალის როლს ასრულებს და ადამიანს ქსოვილის პოტენციური ან აქტიური დაზიანების შესახებ აფრთხილებს. ქრონიკულ ტკივილს, როგორც ჩანს, მსგავსი ადაპტაციური როლი არ გააჩნია. ქრონიკული ტკივილი შესაძლოა შემზღვეველი იყოს და მას ხშირად ახლავს შფოთვა და დეპრესია. როგორც ზემოთ ითქვა, არანამკურნალები მწვავე ტკივილი, ცენტრალური სენსიტიზაციისა და ნეიროპლასტიკურობის მეშვეობით, ქრონიკულ ტკივილში გადაიზრდება. აქედან გამომდინარე, ქრონიკული ტკივილის პრევენციისთვის აუცილებელია მწვავე ტკივილის აგრესიული და ეფექტური მართვა.

ტკივილის შეფასება

შეფასება ტკივილის მართვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი, თუმცა, ზოგჯერ შეუმჩნეველი საფეხურია. რეგულარულად ჩაატარეთ ტკივილის სკრინინგი და თუ პაციენტი ტკივილს აღნიშნავს, უფრო სიღრმისეულად შეაფასეთ იგი. ტკივილის მართებული და ეფექტური შეფასებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ტკივილის შეფასების საბაზისო პრინციპების გათვალისწინებას (ცხრილი 7-5).

ტკივილის საექთნო შეფასების მიზნებია: (1) პაციენტის ტკივილის განცდის აღწერა ტკივილის მართვის სათანადო ტექნიკების განსაზღვრისა და დანერგვის მიზნით და (2) პაციენტის თერაპიის ამოცანის და თვითმართვის რესურსების განსაზღვრა.

ცხრილი 7-5 ტკივილის შეფასების საბაზისო/ძირითადი პრინციპები	
პრინციპები	საექთნო პრაქტიკაში გამოყენება
1. პაციენტს აქვს უფლება, მისი ტკივილი სათანადოდ შეფასდეს და იმართოს.	<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილი ყველა პაციენტთან შეამოწმეთ.
2. ტკივილი ყოველთვის სუბიექტურია.	<ul style="list-style-type: none"> • პაციენტის თვითგადმოცემა ტკივილის ერთადერთი ყველაზე სარწმუნო ინდიკატორია; • მიიღეთ და პატივი ეცით ამ თვითგადმოცემას, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ეჭვის მკაფიო მიზეზები არსებობს;

3. ტკივილის ფიზიოლოგიური და ქცევითი ნიშნები (მაგ., ტაქიკარდია, გრიმასები) სარწმუნო და სპეციფიკური არ არის.	<ul style="list-style-type: none"> • არ დაეყრდნოთ დაკვირვებებსა და ტკივილის ობიექტურ ნიშნებს, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტს თვითგადმოცემა არ ძალუძს;
4. ტკივილი უსიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდაა.	<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილის შეფასებისას, შეაფასეთ მისი როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქოლოგიური ასპექტები;
5. შეფასების, შემონშების მიდგომები, მათ შორის, ხელსაწყოები/ინსტრუმენტები პაციენტების პოპულაციის შესაბამისი უნდა იყოს.	<ul style="list-style-type: none"> • კომუნიკაციის სირთულის მქონე პაციენტებში ტკივილის შეფასებას განსაკუთრებული საკითხების გათვალისწინება ესაჭიროება; • შეფასების პროცესში ჩართეთ ოჯახის წევრები (როცა ეს გონივრულია);
6. ტკივილი შესაძლოა აღინიშნებოდეს მაშინაც, როცა მისი ფიზიკური გამომწვევის მიგნება ვერ ხერხდება.	<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილი, რომლის გამომწვევი მიზეზი ვერ იქნა ნაპოვნი, ფსიქოლოგიურ მიზეზებს არ მიანეროთ
7. სხვადასხვა პაციენტები ერთი და იმავე გამღიზიანებლის საპასუხოდ სხვადასხვა ხარისხის ტკივილს განიცდიან.	<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილის უნივერსალური ზღურბლი არ არსებობს
8. ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტები, შესაძლოა, უფრო მგრძობიარენი იყვნენ ტკივილისა და სხვა გამღიზიანებლების მიმართ.	<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილის ამტანობა განსხვავებულია როგორც ინდივიდებს შორის, ისე კონკრეტულ ინდივიდშიც და ეს სხვადასხვა ფაქტორზეა დამოკიდებული (მაგ., მემკვიდრეობა, ენერჯის დონე, გამკლავების უნარჩვევები, ტკივილის წარსული გამოცდილება).
9. შეუმსუბუქებელ ტკივილს არასასურველი შედეგები აქვს. არასათანადო კონტროლის შემთხვევაში, მწვავე ტკივილმა შესაძლოა გამოიწვიოს ისეთი ფიზიოლოგიური ცვლილებები, რომელიც მუდმივი ტკივილის განვითარების ალბათობას ზრდის.	<ul style="list-style-type: none"> • მოუწოდეთ პაციენტებს ტკივილის გადმოცემა, რეპორტირება. ეს განსაკუთრებით ეხება მათ, ვისაც ტკივილის განხილვა არ სურს; ვინც უარყოფს ტკივილს, როცა ის, სავარაუდოდ, აწუხებს და ვინც დანიშნულ მკურნალობის რეჟიმს არ იცავს.

ტკივილის შეფასების ელემენტები

ტკივილის შეფასების კომპონენტების უმრავლესობა პაციენტის პირდაპირ გამოკითხვას ან მასზე დაკვირვებას მოიცავს. საწყისი შეფასება ფიზიკალური გასინჯვითა და დიაგნოსტიკური კვლევებით სრულდება. მიუხედავად იმისა, რომ ტკივილის შეფასება კლინიკური გარემოს, პაციენტთა პოპულაციისა და მოვლის ეტაპის (შეფასება საწყისი შეფასების ნაწილია თუ მკურნალობის შემდეგ ტკივილის ხელახალ შეფასებას მოიცავს) მიხედვით განსხვავდება, ტკივილის შეფასება ყოველთვის მრავალნაწიანი/ მრავალგანზომილებიანი უნდა იყოს (ცხრილი 7-6).

ნებისმიერი შეფასების დაწყებამდე, გაითვალისწინეთ, რომ პაციენტი „ტკივილის“ მაგივრად შესაძლოა სხვა სიტყვებს იყენებდნენ. მაგალითად, ხანდაზმულები შესაძლოა უარყოფდნენ ტკივილს, მაგრამ დადებით პასუხს გცემდნენ დისკომფორტის ან შემანუხებელი შეგრძნების შესახებ კითხვაზე. ჩაინიშნეთ, კონკრეტულად რა სიტყვას იყენებს პაციენტი ტკივილის აღსაწერად. შემდგომში ტკივილის შესახებ კითხვები ამ სიტყვებითვე დაუსვით.

ცხრილი 7-6 საექთნო შეფასება

ტკივილი

სუბიექტური მონაცემები

ჯანმრთელობის, ცხოვრებისა და დაავადების ანამნეზი

მიმდინარე დაავადების ანამნეზი: ტკივილის ანამნეზი მოიცავს დასაწყისს, მდებარეობას, ინტენსივობას, ხასიათს, შემამსუბუქებელ და დამამძიმებელ ფაქტორებს და ტკივილის გამოხატულებებს; გამკლავების სტრატეგიებს; წარსულ მკურნალობას და მათ ეფექტიანობას; ჯანდაცვის სერვისების გამოყენებას ტკივილის პრობლემის გამო (მაგ., გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებაში ვიზიტები, კლინიკაში ტკივილის მკურნალობა, მედ. პერსონალთან ვიზიტები)

წამლები: ტკივილის შემსუბუქებისთვის ნებისმიერი ურეცეპტოდ გაცემული, ნარკოტიკული ან მცენარეული საშუალების გამოყენება; ალკოჰოლის მიღება

ჯანმრთელობის ფუნქციური მახასიათებლები

ჯანმრთელობის აღქმა – ჯანმრთელობის მართვა: სოციალური და სამუშაო ანამნეზი; მენტალური ჯანმრთელობის ანამნეზი; მწვევლობის ისტორია; ტკივილის ზეგავლენა ემოციებზე, ურთიერთობებზე, ძილსა და აქტივობებზე; ოჯახის წევრების გამოკითხვა; ტკივილთან დაკავშირებული ფსიქიატრიული მკურნალობის ჩანაწერები;

ელიმინაცია: ყაბზობა ოპიოიდების გამოყენების შედეგად;

აქტივობა – ვარჯიში: დაღლილობა, აქტივობების შეზღუდვა, კუნთების გამოყენებასთან დაკავშირებული ტკივილი;

სქესობრივ – რეპროდუქციული ასპექტი: ლიბიდოს დაქვეითება;

ფსიქოლოგიური დატვირთვისადმი ტოლერანტობა: ფსიქოლოგიური შეფასება სტანდარტიზებული მეთოდების გამოყენებით, რათა დადგინდეს გამკლავების სტილი; დებრესიის, შფოთვის არსებობა

ობიექტური მონაცემები

ფიზიკალური გასინჯვა, ფუნქციური შეზღუდვების შეფასების ჩათვლით

ფსიქოსოციალური შეფასება, განწყობის შეფასების ჩათვლით

ტკივილი

ტკივილის *საწყისის/დასაწყისის* შეფასება მოიცავს იმის გაგებას, თუ როდის დაიწყო ტკივილი. ტრავმით, მწვავე ავადმყოფობით ან მკურნალობით (მაგ., ქირურგიული ჩარევა) განპირობებული ტკივილის მქონე პაციენტებმა ძირითადად ზუსტად იციან, როდის დაიწყო ტკივილი. ქრონიკული ტკივილის მქონე პირებს შესაძლოა გაუჭირდეთ ტკივილის ზუსტი დასაწყისის განსაზღვრა. დაადგინეთ ტკივილის *ხანგრძლივობა* (რამდენ ხანს გრძელდება). ეს ინფორმაცია დაგეხმარებათ გაარკვიოთ, ტკივილი მწვავეა თუ ქრონიკული და ასევე ხელს უწყობს ტკივილის გამომწვევის ამოცნობას. მაგალითად, შორსნასული კიბოს მქონე პაციენტი, რომელსაც სპინალური სტენოზის გამო ზურგის ქრონიკული ტკივილი აღენიშნება, აღწერს უეცარ, ძლიერ ტკივილს ზურგის არეში, რომელიც 2 დღის წინ დაიწყო. დასაწყისისა და ხანგრძლივობის ცოდნამ შესაძლოა მიგვითითოს იმ დიაგნოსტიკური კვლევებისკენ, რომელთა მემშვეობითაც ხერხემალში ახალი მეტასტაზები გამოვლინდება.

ტკივილი ასევე იძლევა მინიშნებებს ტკივილის გამომწვევი მიზეზისა და მკურნალობის შემდგომი მიმართულების შესახებ. ქრონიკული ტკივილის ბევრი ტიპი (მაგ., ართროტის ტკივილი) დროთა განმავლობაში ძლიერდება და მცირდება. პაციენტს შესაძლოა ტკივილი მუდმივად ჰქონდეს ან ხანგამოშვებით ტკივილის მკაფიოდ განსაზღვრული ეპიზოდები აღენიშნებოდეს.

ტკივილის შეტევა გარდამავალი, საშუალო სიძლიერის ან ძლიერი ტკივილია, რომელიც აღმოცენდება პაციენტებში, რომელთა მუდმივი ტკივილი მსუბუქი ან საშუალო სიძლიერისაა და მეტნაკლებად კარგადაა კონტროლირებული. ტკივილის შეტევის საშუალო პიკი 3-5 წუთია და ის შესაძლოა 30 წუთს ან უფრო დიდხანსაც გაგრძელდეს. ტკივილის შეტევები პროგნოზირებადი ან არაპროგნოზირებადია და პაციენტს შესაძლოა დღეში ერთი ან ბევრი ეპიზოდი ჰქონდეს. სპეციფიკურად ტკივილის შეტევების სამკურნალოდ ფენტანილის ტრანსმუკოზური პროდუქტები გამოიყენება.

End-of-dose failure არის ტკივილი, რომელიც კონკრეტული ტკივილგამაყუჩებლის მოქმედების მოსალოდნელი ხანგრძლივობის დასრულებამდე აღმოცენდება. ეს ტკივილის შეტევაში არ უნდა აგვერიოს. ტკივილი, რომელიც ტკივილგამაყუჩებლის მოქმედების ხანგრძლივობის ბოლოსკენ იჩენს თავს, მუდმივი ტკივილის გახანგრძლივებულ მატებას იწვევს. მაგალითად, ტრანსდერმული ფენტანილის მოქმედების ტიპური ხანგრძლივობა 72 საათია. მოქმედების 48 საათის შემდეგ ტკივილის მატება end-of-dose failure-ის აღმნიშვნელია. End-of-dose failure ტკივილგამაყუჩებლის დოზის ან რეჟიმის ცვლილების საჭიროების მანიშნებელია. ეპიზოდური, პროცედურული ან *ინციდენტური ტკივილი* ტკივილის მაპროვოცირებელი კონკრეტული აქტივობით ან მოვლენით გამოწვეული დროებითი, გარდამავალი ტკივილია. ამის მაგალითებია: სახვევის გამოცვლა, მოძრაობა, მდებარეობის შეცვლა და პროცედურები, მაგალითად, კათეტერიზაცია.

მდებარეობა, ლოკალიზაცია

ტკივილის *მდებარეობის* დადგენა შესაძლო მიზეზებისა და მკურნალობის განსაზღვრას უწყობს ხელს. ზოგიერთ პაციენტს ტკივილის ზუსტი ლოკალიზება შეუძლია, ზოგიერთი კი ზოგად მიდამოს აღწერს ან აცხადებს, რომ „ყველაფერი ტკივა“. ტკივილის მდებარეობა შესაძლოა მისი აღმოცენების ადგილიდან სხვა მიდამოში გადაეცემოდეს (სურ. 7-2). მაგალითად, მიოკარდიუმის ინფარქტი შესაძლოა მარცხენა მხრის ტკივილს იწვევდეს. ტკივილი შესაძლოა მისი აღმოცენების ადგილიდან სხვა მიდამოში ირადირებდეს. მაგალითად, სტენოკარდია, შესაძლოა, გულმკერდიდან ყბაში ან მარცხენა მკლავის გასწვრივ ირადირებდეს. ამას გადაცემითი ტკივილი ეწოდება. *იშიაზი* საჯდომი ნერვის გასწვრივ არსებული ტკივილია. ის შესაძლოა ზურგის მიდამოს სახსრებიდან ან კუნთებიდან მომდინარეობდეს ან საჯდომი ნერვის კომპრესიით ან დაზიანებით იყოს გამოწვეული. ტკივილი პერიფერიული ნერვის საინერვაციო არეში აღინიშნება და ბარძაყის უკანა და წვივის შიგნითა ნაწილიდან ტერფამდე მტკივნეულ დარტყმით შეგრძნებებს იწვევს.

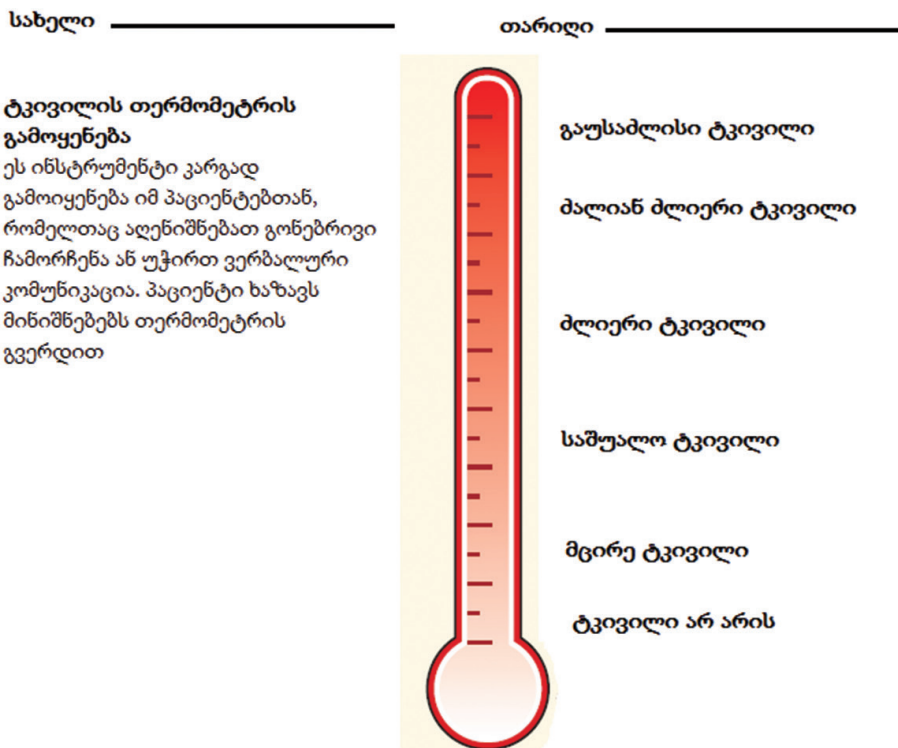
ტკივილის მდებარეობის შესახებ ინფორმაციის მისაღებად, სთხოვეთ პაციენტს: (1) აღწეროს ტკივილის ადგილ(ებ)ი, (2) მიგანიშნოთ მტკივნეულ არეზე ან (3) ტკივილის რუკაზე მონიშნოს მტკივნეული არეები. რადგანაც ბევრ პაციენტს ტკივილი რამდენიმე მიდამოში აღენიშნება, უზრუნველყავით, რომ პაციენტმა თითოეული მდებარეობა აღწეროს.

ინტენსივობა

ტკივილის სიძლიერის, ანუ ინტენსივობის შეფასება მკურნალობის ტიპისა და მისი ეფექტურობის განმსაზღვრელი სარწმუნო ინდიკატორია. ტკივილის ინტენსივობის გამოხატვაში პაციენტებს ტკივილის შკალები ეხმარება. შკალა პაციენტის განვითარებითი საჭიროებებისა და კოგნიტური სტატუსის მიხედვით უნდა შეირჩეს. ზრდასრულთა უმრავლესობას შეუძლია ტკივილის ინტენსივობის შეფასება რიცხვობრივი (მაგ., 0 = საერთოდ არ მტკივა, 10 = ყველაზე გაუსაძლისი ტკივილი) ან ვერბალური შკალებით (მაგ., ტკივილი არ არის, მსუბუქი, საშუალო/ზომიერი, ძლიერი). პაციენტები ამ შკალებს ხშირად უფრო ადვილად იყენებენ, თუ ისინი ვერტიკალურადაა წარმოდგენილი ან ვიზუალურ კომპონენტს შეიცავს. ამ ტიპის შკალის მაგალითია ტკივილის თერმომეტრის შკალა (სურ. 7-3). ტკივილის სხვა ვიზუალური საზომები და შკალებია: უონგ-ბეიკერის ტკივილის შეფასების FACES (ღიმილაკების) შკალა და ტკივილის FACES შკალა (განახლებული). ეს და სხვა შკალები შესაძლოა კოგნიტური ან ენობრივი ბარიერების მქონე პაციენტებს ტკივილის აღწერაში დაეხმაროს. კოგნიტური შეზღუდვების მქონე და არავერბალურ ზრდასრულებში ტკივილის შეფასების მეთოდები მოგვიანებითაა განხილული.

მიუხედავად იმისა, რომ ინტენსივობა ანალგეზიური მიდგომის მნიშვნელოვანი მსაზღვრელია, მხოლოდ რეპორტირებული ქულების მიხედვით ოპიოიდების დოზა არ უნდა დაინიშნოს. ოპიოიდების „რიცხვებით დოზირება“, პაციენტის სედაციის დონისა და სუნთქვითი სტატუსის გათვალისწინების გარეშე, შესაძლოა, საფრთხის შემცველი აღმოჩნდეს და სერიოზული არასასურველი მოვლენები გამოიწვიოს. ტკივილგამაყუჩებლების შედარებით უსაფრთხო მინოდების უზრუნველყოფა ტკივილის შემსუბუქებასა და ტკივილგამაყუჩებლის გვერდითი ეფექტების ბალანსირებითაა შესაძლებელი. ტკივილის უპირატესი კონტროლისა და არასასურველი შედეგების მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით, შესაძლებელია მკურნალობის რეჟიმში შესაბამისი ცვლილებების შეტანა.

სურათი 7-3³²



³² Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

ხასიათი

ტკივილის *ხასიათი* ტკივილის ბუნებას, მის მახასიათებლებს აღნიშნავს. მაგალითად, ნეიროპათიულ ტკივილს პაციენტები ხშირად აღწერენ, როგორც დაბუჩებას; მწველს, დარტყმით, გამჭოლ/მჭრელ, ელექტრული დენის გავლის ან ქავილის მსგავსს. ნოციცეპტური ტკივილი აღიწერება ხოლმე როგორც მწვავე, მჭრელი, მფეთქავი, ყრუ და მოვლითი. რადგანაც ტკივილის ხასიათი გარკვეულწილად ტკივილის კლასიფიკაციას უკავშირდება (მაგ., ნეიროპათიული, ნოციცეპტური ან ვისცერული), ამ აღწერებმა შესაძლოა ხელი შეუწყოს ტკივილის კონკრეტული მექანიზმისკენ მიმართული მკურნალობის მეთოდის შერჩევას.

თანმხლები სიმპტომები

თანმხლებმა სიმპტომებმა, მაგალითად, შფოთვამ, დაღლილობამ და დეპრესიამ, შესაძლოა, ტკივილი გაამწვავოს ან, პირიქით, შესაძლოა ტკივილმა გაამწვავოს ისინი. ჰკითხეთ პაციენტს, რომელი აქტივობები და ვითარებები აძლიერებს ან ამსუბუქებს ტკივილს. მაგალითად, მოძრაობისა და სიარულის დროს ძვალკუნთოვანი ტკივილი შესაძლოა გაძლიერდეს ან შემცირდეს. სხეულის მტკივნეული ნაწილის დასვენებამ ან იმობილიზაციამ, შესაძლოა, ტკივილი შეამსუბუქოს. ცოდნა იმისა, თუ რა აუშვობებს ან აუარესებს ტკივილს, ტკივილის ტიპის დახასიათებასა და მკურნალობის შერჩევაში შეიძლება გამოგვადგეს.

მართვის სტრატეგიები

პაციენტები ტკივილს სხვადასხვაგვარად უმკლავდებიან; ზოგიერთი მათგანი მეტადაა მომართული მისი მართვის სხვადასხვა სტრატეგიის ცდისკენ, ზოგი კი – ნაკლებად. ზოგიერთი სტრატეგია წარმატებულია, ზოგიერთი – არა. ტკივილის მართვის გეგმის მაქსიმალური ეფექტურობის უზრუნველყოფის მიზნით, ჰკითხეთ პაციენტს, ამჟამად რას იყენებს ტკივილის კონტროლისთვის, წარსულში რა გამოუყენებია და როგორ იმუშავა ამ მეთოდებმა. მართვის სტრატეგიები მოიცავს დანიშნულ და ურეცეპტოდ გაცემულ ნამლებს და არამედიკამენტოზურ თერაპიებს, მაგალითად, ცივისა და ცხელის დადებას, კომპლემენტარულ და ალტერნატიულ თერაპიებს (მაგ., მცენარეული პროდუქტები, აკუპუნქტურა) და რელაქსაციის სტრატეგიებს (მაგ., შემოქმედებითი წარმოსახვა). მნიშვნელოვანია, ჩაინიშნოს როგორც ეფექტური მეთოდები, ისე ზომები, რომელმაც არ იმუშავა.

ტკივილის ზეგავლენა

ტკივილმა შესაძლოა ძალიან ღრმად იმოქმედოს პაციენტის ცხოვრების ხარისხსა და ფუნქციონირებაზე. შეფასებისას უნდა გაარკვიოთ, როგორ მოქმედებს ტკივილი ძილის, ცხოვრებით ტკბობის, სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის, სამსახურეობრივი და საშინაო მოვალეობების შესრულებისა და ფიზიკურ და სოციალურ აქტივობებში ჩართვის უნარზე. ასევე შეაფასეთ, როგორ მოქმედებს ტკივილი პაციენტის განწყობაზე.

პაციენტის რწმენა, მოლოდინები და მიზნები

ტკივილის საპასუხო რეაქციებსა და ტკივილის მართვაზე მოქმედებს პაციენტისა და მისი ოჯახის რწმენა, დამოკიდებულებები და მოლოდინები. შეაფასეთ ისეთი დამოკიდებულებებისა და რწმენის არსებობა, რომლებიც შესაძლოა ეფექტურ მკურნალობას

უშლიდეს ხელს (მაგ., რწმენა იმისა, რომ ოპიოიდების გამოყენება დამოკიდებულებას გამოიწვევს). ჰკითხეთ პაციენტს, რა მოლოდინები და მიზნები აქვს ტკივილის მართვასთან დაკავშირებით.

მწვავე მოვლის პირობებში დროის სიმცირის გამო, შესაძლოა, შეფასების პროცესი შემოკლდეს. მინიმუმ უნდა შეაფასოთ, როგორ მოქმედებს ტკივილი ძილსა და ყოველდღიურ აქტივობებზე, სხვებთან ურთიერთობებზე, ფიზიკურ აქტივობასა და ემოციურ კეთილდღეობაზე. ამასთან, გაამახვილეთ ყურადღება, როგორ აღწერს პაციენტი ტკივილს და რა სტრატეგიებს მიმართავს ტკივილთან გამკლავებისთვის და მისი მართვისთვის.

დოკუმენტირება

გუნდის წევრებს შორის ეფექტური კომუნიკაციისთვის აუცილებელია ტკივილის შეფასების დოკუმენტირება. ბევრ სამედიცინო დაწესებულებაში და სააგენტოში შემუშავებულია ტკივილის სანყისი შეფასების, მკურნალობის და ხელახალი შეფასების ჩანერის სპეციალური ინსტრუმენტები. არსებობს ტკივილის შეფასების ბევრი მრავალგანზომილებიანი ინსტრუმენტი, მაგალითად, ტკივილის მოკლე აღწერა (BPI), მაკგილის ტკივილის კითხვარი, Memorial Pain Assessment Card და ნეიროპათიული ტკივილის შკალა.

ხელახალი შეფასება

აუცილებელია, გარკვეული ინტერვალებით ტკივილი ხელახლა შეფასდეს. ხელახალი შეფასების სიხშირე და მასშტაბი დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, მაგალითად, ტკივილის ინტენსივობაზე, ფიზიკურ და ფსიქოსოციალურ მდგომარეობაზე, ინტერვენციის სახესა და არასასურველი მოვლენების რისკსა და დაწესებულების წესდებაზე. მაგალითად, პოსტოპერაციულ პაციენტში ტკივილი ხელახლა უნდა შეფასდეს ტკივილგამაყუჩებლის ინტრავენური დოზის მიწოდებიდან 30 წუთის შემდეგ. გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებაში, ქრონიკული ტკივილის მქონე მოსახლეები მინიმუმ კვარტალში ერთხელ ან მდგომარეობის ან ფუნქციური სტატუსის ცვლილების შესაბამისად უნდა შეფასდნენ ხელახლა.

ტკივილის მკურნალობა, მართვა

საბაზისო პრინციპები

ტკივილის მკურნალობის ყველა გეგმა შემდეგ 10 პრინციპს და პრაქტიკის სტანდარტს ეყრდნობა:

1. *მისდით ტკივილის შეფასების პრინციპებს* (იხ. ცხრილი 7-5). გახსოვდეთ, რომ ტკივილი სუბიექტური განცდაა. პაციენტი არამხოლოდ საკუთარი ტკივილის საუკეთესო მსაჯული, არამედ ტკივილის მკურნალობის თითოეული მეთოდის ეფექტურობის ექსპერტია;
2. *მიმართეთ ტკივილის მართვის პოლისტიკურ მიდგომას*. ტკივილი პაციენტის ცხოვრების ყველა ასპექტზე მოქმედებს. აქედან გამომდინარე, საჭიროა შემოწმების, მკურნალობისა და შეფასებისადმი პოლისტიკური მიდგომა;
3. *თითოეული პაციენტი იმსახურებს ტკივილის სათანადო, საკმარის მართვას*. პაციენტების ბევრი ჯგუფი, მათ შორის, ეთნიკური უმცირესობები, ხანდაზმულები და ადამიანები, რომლებიც ან ახლა ან წარსულში ბოროტად იყენებდნენ ნივ-

თიერებებს, ტკივილის არასათანადო მართვის ქვეშ იმყოფებიან. გააცნობიერეთ საკუთარი მიკერძოებები და დარწმუნდით, რომ ყველა პაციენტს პატივისცემით ექცევით და მკურნალობთ;

4. *მკურნალობის გეგმა პაციენტის მიზნებზე დაამყარეთ.* ტკივილის სანყისი შეფასებისას პაციენტთან ტკივილის შემსუბუქების რეალისტური მიზნები განიხილეთ. მიუხედავად იმისა, რომ მიზნები შესაძლოა ტკივილის ინტენსივობის ჭრილში განისაზღვროს (მაგ., საშუალო ტკივილის „8/10“-დან „3/10“-მდე შემცირების სურვილი), ქრონიკული ტკივილის შემთხვევაში წაახალისეთ ფუნქციური ამოცანების დასახვა (მაგ., კონკრეტული ყოველდღიური აქტივობის შესრულების [მაგ., სოციალიზაცია, პობი] ამოცანა). გახანგრძლივებული თერაპიის მიმდინარეობისას, ხელახლა შეაფასეთ ეს მიზნები და პროგრესი. პაციენტი სამედიცინო გუნდთან ერთად განსაზღვრავს ახალ მიზნებს. თუ პაციენტს მკურნალობისადმი არარეალისტური მოლოდინები ან მიზნები აქვს, მაგალითად, სურს ართროტის ქრონიკული ტკივილის საერთოდ გაქრობა, მასთან ერთად დასახეთ უფრო რეალისტური ამოცანა;
5. *გამოიყენეთ როგორც მედიკამენტოზური, ისე არამედიკამენტოზური თერაპიები.* მიუხედავად იმისა, რომ მედიკამენტები ხშირად მკურნალობის ძირითად მიდგომად მიიჩნევა, მკურნალობის ჯამური ეფექტურობის უზრუნველყოფისა და წამლების არასასურველი ეფექტების მინიმუმამდე დასაყვანად წამლების დოზირების შემცირებისთვის, მკურნალობის გეგმაში საკუთარი თავის მოვლის აქტივობები და არამედიკამენტოზური თერაპიებიც ჩართეთ;
6. *როცა ეს გონივრულია, გამოიყენეთ მულტიმოდალური ანალგეზიური თერაპია.* მულტიმოდალური ანალგეზია გულისხმობს ტკივილგამაყუჩებლების ორი ან მეტი კლასის გამოყენებას, მათი მოქმედების სხვადასხვა მექანიზმებისგან ერთდროული სარგებლის მიღების მიზნით. ეს მიდგომა აუმჯობესებს ტკივილის მართვას, პაციენტის კმაყოფილებასა და ამცირებს ცალკეული წამლების არასასურველ ეფექტებს;
7. *ტკივილი ინტერდისციპლინური მიდგომით მართეთ.* ტკივილის, განსაკუთრებით, ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტების ეფექტური შეფასებისა და მკურნალობისთვის ხშირად ინტერდისციპლინური გუნდის ექსპერტიზა და პერსპექტივებია აუცილებელი. ინტერდისციპლინურ გუნდებში ხშირად გაერთიანებულია ფსიქოლოგია, ფიზიკური და ოკუპაციური თერაპია, ფარმაცია, სულიერება და სვადასხვა სამედიცინო სპეციალობები (მაგ., ნევროლოგია, პალიატიური ზრუნვა, ონკოლოგია, ქირურგია, ანესთეზიოლოგია). ტკივილის მართვის ზოგიერთ გუნდში შედიან მასაჟის თერაპევტები, მუსიკალური თერაპევტები, აკუპუნქტურისტები და არტ-თერაპევტები;
8. *შეაფასეთ თითოეული თერაპიის ეფექტურობა, რათა დარწმუნდეთ, რომ ისინი პაციენტის მიზანს შეესაბამება/აკმაყოფილებს.* მკურნალობის ეფექტური გეგმის მიღწევა ხშირად „მცდელობა და შეცდომა“ მიდგომას საჭიროებს. არასასურველი მოვლენების მინიმუმამდე დაყვანის ფონზე, მაქსიმალური სარგებლის მიღწევა წამლის, დოზის ან მიწოდების გზების ცვლილებებს მოითხოვს ხოლმე. ეს

პროცესი, “მცდელობა და შეცდომა“, შესაძლოა, პაციენტისთვის და მისი მომვლელისთვის იმედგაცრუების, განზილების მიზეზი გახდეს. დაარწმუნეთ, რომ ტკივილის შემსუბუქება, ზოგჯერ შეწყვეტაც კი შესაძლებელია და რომ სამედიცინო გუნდი გააგრძელებს მათთან მუშაობას ტკივილის სათანადო შემსუბუქების მისაღწევად;

9. *წამლების გვერდითი ეფექტების პრევენცია ან/და მართვა.* მკურნალობის წარუმატებლობისა და დამყოლობის არარსებობის უმთავრესი მიზეზი წამლების გვერდითი ეფექტებია. გვერდითი ეფექტების მართვა რამდენიმე მეთოდითაა შესაძლებელი, როგორც ეს 7-7 ცხრილშია აღწერილი. თქვენ გვერდითი ეფექტების მონიტორინგსა და მკურნალობაში და, ამასთან, პაციენტებისა და მომვლელისთვის გვერდითი ეფექტების მინიმუმამდე დაყვანის სწავლებაში გადამწყვეტ როლს ასრულებთ;
10. *შეფასებისა და მკურნალობის ყველა ეტაპზე ჩაუტარეთ პაციენტებსა და მომვლელებს სწავლება.* სწავლების შინაარსი უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას ტკივილის მიზეზების, ტკივილის შეფასების მეთოდების, მკურნალობის მიზნებისა და ალტერნატივების, ტკივილის მართვის მოლოდინების, წამლების სწორი გამოყენების, გვერდითი ეფექტების მართვისა და ტკივილის შემსუბუქების არამედიკამენტოზური და თვითდახმარების მეთოდების შესახებ. დოკუმენტურად გააფორმეთ სწავლება და შეაფასეთ, რამდენად შეიმეცნეს პაციენტებმა და მომვლელებმა ის, რაც ასწავლეთ.

<p>ცხრილი 7-7 მედიკამენტოზური მკურნალობა ტკივილგამაყუჩებლების გვერდითი ეფექტების მართვა</p> <p><i>გვერდითი ეფექტების მართვა ჩამოთვლილთაგან ერთი ან მეტი მეთოდითაა შესაძლებელი:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ტკივილგამაყუჩებლის დოზის 10-15%-ით შემცირება; • იმავე ჯგუფის სხვა წამალზე გადასვლა; • ტკივილგამაყუჩებლის არასასურველი ეფექტის საწინააღმდეგო წამლის დამატება (მაგ., განავლის დამარბილებლის დანიშნვა პაციენტისთვის, რომელსაც ოპიოიდით ინდუცირებული ყაბზობა აღენიშნება); • მიწოდების იმ გზის გამოყენება, რომელიც წამლის კონცენტრაციას მინიმუმამდე დაიყვანს (მაგ., ოპიოიდების ინტრასპინალური მიწოდება წამლის მაღალი დოზების შესამცირებლად, რომელიც სედაციას, გულისრევას და ღებინებას იწვევს);
--

ტკივილის მედიკამენტოზური მკურნალობა

ტკივილგამაყუჩებელი წამლები სამ ძირითად ჯგუფად იყოფა. ესენია: არაოპიოიდები, ოპიოიდები და დამხმარე (ადიუვანტური) წამლები. მკურნალობის კონკრეტულ რეჟიმში შესაძლოა შედიოდეს ერთი ან რამდენიმე ჯგუფის წამლები. მსუბუქი ტკივილის შემსუბუქებისთვის ხშირად მხოლოდ არაოპიოიდებიც საკმარისია. საშუალო და ძლიერი ტკივილის მართვა ძირითადად ოპიოიდს საჭიროებს. ტკივილის ზოგიერთი ტიპი, მაგალითად, ნეიროპათიული ტკივილი ძირითადად მხოლოდ დამხმარე (ადიუვანტური) წამლით ან დამხმარე წამლისა და ოპიოიდის ან ტკივილგამაყუჩებლის სხვა კლასის კომბინაციით იმართება. კონკრეტული სამედიცინო მდგომარეობით, მაგალითად, კიბო-

თი გამონწვეული ტკივილის მკურნალობა, ტკივილგამაყუჩებლებთან ერთად, შესაძლოა, ქიმიოთერაპიით ან დასხივებით მიმდინარეობდეს.

არაოპიოიდები

არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლებია: აცეტამინოფენი, ასპირინი და სხვა სალიცილატები და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლები (ცხრილი 7-8). ეს საშუალებები შემდეგი თვისებებით ხასიათდება: (1) მათ ანალგეზიურ მოქმედებას „ანალგეზიის ბლვარი“ აქვს, რაც ნიშნავს, რომ დოზის ზედა ბლვარზე მეტად გაზრდა დამატებით ანალგეზიას ვერ უზრუნველყოფს; (2) ისინი არ იწვევს ტოლერანტობას ან ფიზიკურ დამოკიდებულებას და (3) ბევრი მათგანი ურეცეპტოდაა ხელმისაწვდომი. წამალთშორის ურთიერთქმედებებთან, გვერდით ეფექტებთან და ზედოზირებასთან დაკავშირებული სერიოზული პრობლემების თავიდან აცილებისთვის, აუცილებელია ურეცეპტოდ გაცემული ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენების მონიტორინგი.

არაოპიოიდები ეფექტურია მსუბუქი და საშუალო სიძლიერის ტკივილის მართვისთვის. ისინი ხშირად ოპიოიდებთან ერთად გამოიყენება, რადგან ამ პირობებში შესაძლებელია ტკივილის ეფექტური შემსუბუქება ოპიოიდების შედარებით მცირე დოზებით (რაც, თავის მხრივ, ოპიოიდების გვერდით ეფექტებს ამცირებს). ამ ფენომენს *ოპიოიდების დაზოგვის ეფექტი* ეწოდება.

ასპირინი ეფექტურია მსუბუქი ტკივილის მართვისთვის, მაგრამ მის გამოყენებას ზღუდავს გავრცელებული გვერდითი ეფექტები, მათ შორის, სისხლდენის, განსაკუთრებით, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის რისკის ზრდა. სხვა სალიცილატები, მაგალითად, ქოლინის მაგნიუმის ტრისალიცილატი ნაკლებად იწვევს კუჭ-ნაწლავის დარღვევებსა და სისხლდენას. ასპირინის მსგავსად, აცეტამინოფენსაც აქვს ტკივილგამაყუჩებელი და ცხელების საწინააღმდეგო მოქმედება, მაგრამ, ასპირინისგან განსხვავებით, ის თრომბოციტებსა და ანთებაზე არ მოქმედებს. მიუხედავად იმისა, რომ აცეტამინოფენი კარგად აიტანება, ის ღვიძლში მეტაბოლიზდება. დღეში 4 გრამზე მაღალი დოზის ქრონიკულმა მიღებამ, მწვავე ზედოზირებამ ან ღვიძლის დაავადების დროს მისმა გამოყენებამ, შესაძლოა, ჰეპატოტოქსიკურობა გამოიწვიოს. ოპიოიდური თერაპიისთვის აცეტამინოფენის დამატება ოპიოიდების დაზოგვის საშუალებას იძლევა, ამცირებს ტკივილის ქულებსა და გვერდით ეფექტებს. სწორედ ამიტომაა შექმნილი ოპიოიდ-აცეტამინოფენის კომბინაციები, მაგალითად, Percocet და Lortab. ინტრავენური აცეტამინოფენი მსუბუქი და საშუალო სიძლიერის მწვავე ტკივილის შემსუბუქებისთვის ოპიოიდებთან ერთად ან მულტიმოდალური ანალგეზიური რეჟიმის ფარგლებში საშუალო სიძლიერისა და ძლიერი ტკივილის მართვისა და ცხელების შემცირებისთვის გამოიყენება. ინტრავენური აცეტამინოფენი 15 წუთის განმავლობაში უნდა მიეწოდებოდეს და დღიური დოზა 4 გრამს არ უნდა აღემატებოდეს.

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლები (NSAID) მედიკამენტების ფართო კლასია. ისინი სხვადასხვა ეფექტიანობითა და გვერდითი ეფექტებით ხასიათდება. ყველა NSAID ფერმენტ ციკლოოქსიგენაზას (COX) აინჰიბირებს. ციკლოოქსიგენაზა არაქილონის მჟავას პროსტაგლანდინებად და მათთან დაკავშირებულ ნაერთებად გარდაქმნის. არსებობს ფერმენტის ორი ფორმა: COX-1 და COX-2. COX-1 თითქმის ყველა ქსოვილში გვხვდება და მას რამდენიმე დამცველობითი ფიზიოლოგიური ფუნქცია

აქვს. COX-2 ძირითადად წარმოიქმნება ქსოვილის დაზიანების ადგილას, სადაც ის ანთებას უწყობს ხელს (ცხრილი 7-9). COX-1-ის ინჰიბირება NSAID-ების ბევრ არაპირდაპირ ეფექტს, მაგალითად, თირკმლის ფუნქციის დარღვევას, სისხლდენისადმი მიდრეკილებებს, კუჭ-ნაწლავის გაღიზიანებასა და დაწყლულებას განაპირობებს. NSAID-ების თერაპიული, ანთების საწინააღმდეგო ეფექტები COX-2-ის ინჰიბირებას უკავშირდება (ცელეკოქსიბი COX-2-ის ინჰიბიტორია.) შედარებით ძველი არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, მაგალითად, იბუპროფენი, ციკლოოქსიგენაზას ორივე ფორმას აინჰიბირებს და მათ არასელექციურ NSAID-ებსაც უწოდებენ.

კონკრეტული NSAID-ის პასუხი ინდივიდუალურია, ამიტომ, როცა ერთი NSAID ტკივილს არ ამსუბუქებს, სხვა NSAID უნდა იცადოს. NSAID-ებს ბევრი გვერდითი ეფექტი ახლავს, მათ შორის, კუჭ-ნაწლავის პრობლემები, რომელიც დისპეპსიასა და სიცოცხლისთვის საშიშ წყლულებსა და ჰემორაგიას შორის მერყეობს. არასტეროიდულმა ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებმა, შესაძლოა, კოგნიტური შეზღუდვა და ასთმის მსგავსი სიმპტომებით მიმდინარე ჰიპერსენსიტიურობის რეაქციები გამოიწვიოს.

NSAID-ებთან დაკავშირებული გასტროინტესტინალური ტოქსიკურობის რისკის ქვეშ იმყოფებიან: ანამნეზში პეპტიური წყლულის მქონე პირები; 65 წელს გადაცილებული პაციენტები და ისინი, ვინც პარალელურად კორტიკოსტეროიდებს ან ანტიკოაგულანტებს იღებენ. თუ კუჭ-ნაწლავის სისხლდენის რისკის მქონე პაციენტებში NSAID მაინც გამოიყენება, მათ პარალელურად უნდა დაენიშნოთ მისოპროსტოლი ან პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორი, მაგალითად, ომეპრაზოლი. NSAID-ების ასპირინთან ერთად მიწოდება დაუშვებელია, რადგან ეს კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენის რისკს ზრდის.

მედიკამენტოზური შენიშვნა!

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო ნაშლები (NSAID)

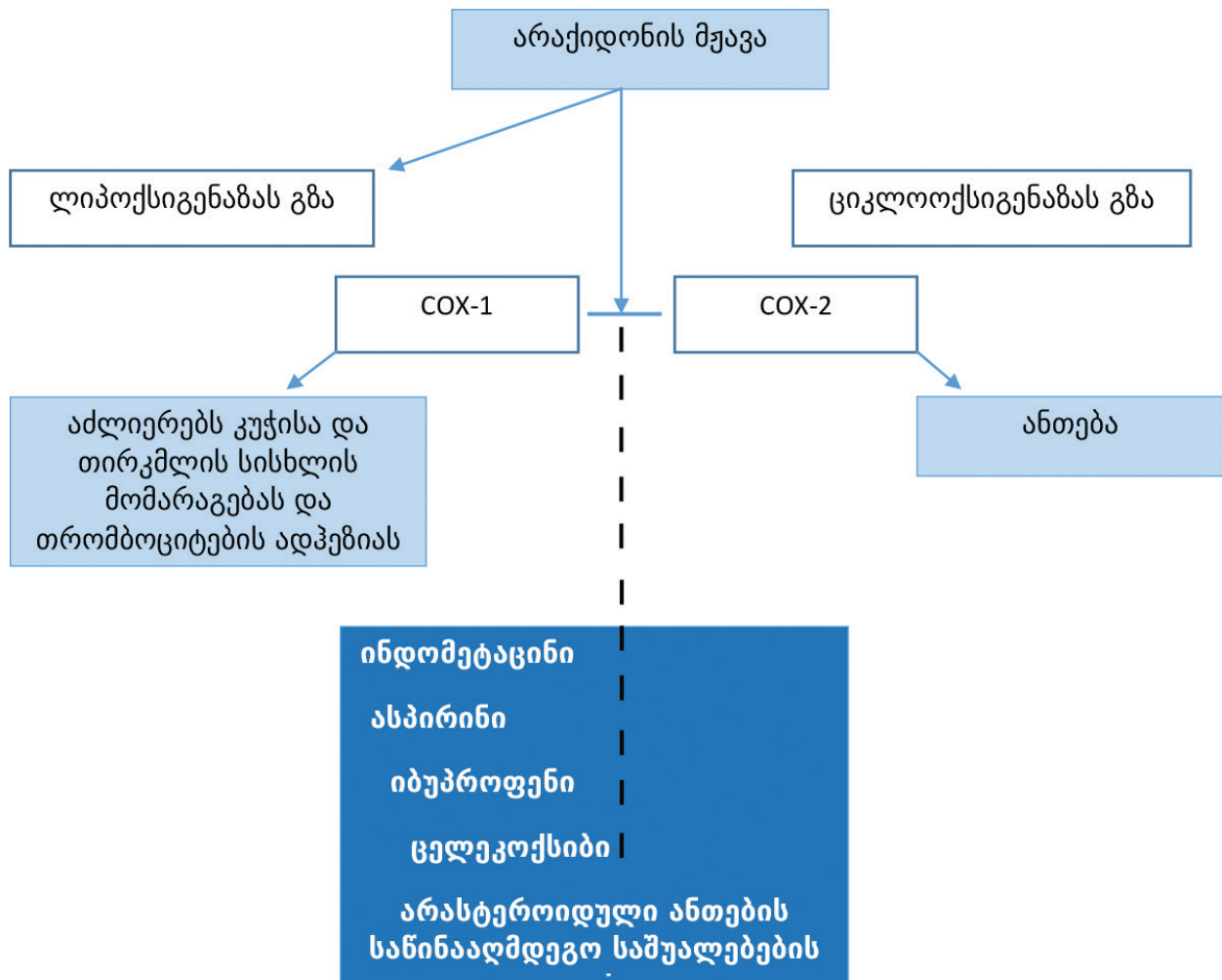
- NSAID (ასპირინის გარდა) გულ-სისხლძარღვთა „მოვლენების“, კერძოდ, მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტისა და გულის უკმარისობის რისკის მატებას უკავშირდება;
- პაციენტებმა, რომელთაც ახლახანს ჩაუტარდათ გულზე ოპერაცია, NSAID არ უნდა მიიღონ.

ცხრილი 7-8 მედიკამენტოზური მკურნალობა ზოგიერთი არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი	
ნამალი	გასათვალისწინებელი საკითხები
არასალიცილატი	
აცეტამინოფენი	<ul style="list-style-type: none"> • ხელმისაწვდომია რექტალური სანთლის და საინექციო ფორმით; ხელმისაწვდომია ხანგრძლივი გამოთავისუფლების ფორმით; მაქსიმალური დღიური დოზა 3-4 გ. • დღეში 4 გ-ზე მაღალმა დოზებმა შესაძლოა ჰეპატოტოქსიკურობა გამოიწვიოს. • მწვავე ზედოზირება; ღვიძლის მწვავე უკმარისობა. • ქრონიკული ზედოზირება: ღვიძლის ტოქსიკურობა.

სალიცილატები	
ასპირინი	<ul style="list-style-type: none"> • ხელმისაწვდომია რექტალური სანთლის და ხანგრძლივი გამოთავისუფლების ფორმით. • კუჭ-ნაწლავის ზედა ტრაქტიდან სისხლდენა. • უფრო ხშირად დაბალი დოზებით, კარდიოპროტექციული მიზნით გამოიყენება და არა ტკივილის მართვისთვის.
ქოლინის მაგნიუმის ტრისალიცილატი	<ul style="list-style-type: none"> • ასპირინისა და NSAID-ებისგან განსხვავებით, სისხლდენის დროს არ ახანგრძლივებს.
არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო ნაშლები (NSAIDs)	
იბუპროფენი	<ul style="list-style-type: none"> • შეძლებისდაგვარად დაბალი ეფექტური დოზით, შეძლებისდაგვარად ხანმოკლე დროის განმავლობაში გამოიყენეთ. • იზრდება კუჭ-ნაწლავის მხრივ არასასურველი მოვლენების (სისხლდენა, წყლულები, პერფორაცია) რისკი, განსაკუთრებით, ხანდაზმულებში. • შესაძლოა გაიზარდოს თრომბოემბოლიის, მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის რისკი. • შესაძლოა გაიზარდოს ჰიპერტენზიისა და თირკმლის უკმარისობის რისკი.
ნაპროქსენი	<ul style="list-style-type: none"> • შეძლებისდაგვარად დაბალი ეფექტური დოზით, შეძლებისდაგვარად ხანმოკლე დროის განმავლობაში გამოიყენეთ. • იზრდება კუჭ-ნაწლავის მხრივ არასასურველი მოვლენების (სისხლდენა, წყლულები, პერფორაცია) რისკი, განსაკუთრებით, ხანდაზმულებში. • უკუნაჩვენებია კორონარული არტერიების შუნტირების (CABG) დროს პერიოპერაციული ტკივილის მართვისთვის.
კეტოროლაკი	<ul style="list-style-type: none"> • მკურნალობა მაქსიმუმ 5 დღის განმავლობაში უნდა გაგრძელდეს. • გაუწყლობელ პაციენტებში შესაძლოა თირკმლის უკმარისობის პროვოცირება გამოიწვიოს.
დიკლოფენაკი K	<ul style="list-style-type: none"> • შეძლებისდაგვარად დაბალი ეფექტური დოზით, შეძლებისდაგვარად ხანმოკლე დროის განმავლობაში გამოიყენეთ. • ხელმისაწვდომია პერორალური, თვალის, ტოპიკური ფორმები.
ცელეკოქსიბი	<ul style="list-style-type: none"> • ნაკლებად იწვევს კუჭ-ნაწლავის მხრივ გვერდით ეფექტებს (მაგ., სისხლდენა), ვიდრე სხვა NSAID, მაგრამ რისკი არსებობს. უფრო ძვირია, ვიდრე დანარჩენი NSAID. • შესაძლოა გაიზარდოს თრომბოემბოლიის, მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის რისკი. • რისკები შესაძლოა უფრო მაღალი იყოს ხანგრძლივი გამოყენებისას, გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ან გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკ-ფაქტორების მქონე პირებში

ცხრილი 7-9

არაქიდონის მჟავის ოქსიდაცია ხდება 2 სხვადასხვა გზით: ლიპოქსიგენაზა და ციკლოქსიგენაზა. ციკლოქსიგენაზა იყოფა 2 ფერმენტის ტიპად: COX-1 და COX-2. COX-1 ყოველთვის არსებობს, ხოლო COX-2-ის არსებობა დამოკიდებულია სტიმულის ტიპზე. არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები განსხვავდება მათი მოქმედებით: ზოგს აქვს მეტი ეფექტი COX-1-ზე, ზოგს – COX-2-ზე. ინდომეტაცინი პირველად მოქმედებს COX-1-ზე, ხოლო იბუპროფენი მოქმედებს COX-1-სა და COX-2-ზე, ხოლო ცელეკოქსიბი მოქმედებს COX-2-ზე.



ოპიოიდები

ოპიოიდების (ცხრილი 7.10) მოქმედება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში არსებულ რეცეპტორებთან მათი დაკავშირებითაა განპირობებული. ამას მოსდევს: (1) პერიფერიიდან მომავალი ნოციცეპტური ინფორმაციის ზურგის ტვინში გადაცემის ინჰიბირება; (2) ლიმბური სისტემის აქტივობის ცვლილება და (3) იმ დადამავალი მაინჰიბირებელი გზების აქტივაცია, რომელიც ზურგის ტვინში გადაცემის მოდულაციას ახორციელებს. ამრიგად, ოპიოიდები რამდენიმე ნოციცეპტურ პროცესზე მოქმედებს.

ოპიოიდების ტიპები

ოპიოიდები მათი ფიზიოლოგიური მოქმედების (ანუ, აგონისტი და ანტაგონისტი) და კონკრეტულ ოპიოიდურ რეცეპტორებთან (მაგ., მიუ [μ], კაპა [κ] და დელტა [δ]) დაკავშირების მიხედვით კატეგორიზდება. ოპიოიდების ქვეკლასებიდან ყველაზე ხშირად

გამოიყენება ჭეშმარიტი აგონისტები, იგივე მორფინის მსგავსი ოპიოიდები, რომელიც μ -რეცეპტორებს უკავშირდება.

აგონისტები გამოიყენება როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ტკივილის დროს. მიუხედავად იმისა, რომ ოპიოიდებს ნოციცეპტური ტკივილი უფრო პასუხობს, ვიდრე ნეიროპათიული, ისინი ტკივილის ორივე ტიპის სამკურნალოდ გამოიყენება. ჭეშმარიტი ოპიოიდური აგონისტებია: მორფინი, ოქსიკოდონი, ჰიდროკოდონი, კოდეინი, მეტადონი, ჰიდრომორფონი, ოქსიმორგონი და ლევორფანოლი (იხ. ცხრილი 7-10). ეს ნამლები ეფექტურია საშუალო სიძლიერის და ძლიერი ტკივილის დროს, რადგან ისინი პოტენტურია (ძლიერი შინაგანი აქტივობა), არ ხასიათდება „ანალგეზიური ზღვარით“ და მათი მიწოდება სხვადასხვა გზითაა შესაძლებელი. როცა ოპიოიდები საშუალო სიძლიერის ტკივილის მართვისთვის ინიშნება, ისინი ძირითადად არაოპიოიდ ტკივილგამაყუჩებელთან კომბინირდება (მაგ., კოდეინი პლუს აცეტამინოფენი, ჰიდროკოდონი პლუს აცეტამინოფენი ან იბუპროფენი). აცეტამინოფენის ან NSAID-ის დამატება ზღუდავს საერთო დღიურ დოზას.

მეტადონი უნიკალური μ -აგონისტია. სანყისი მიწოდებისას, მეტადონის ანალგეზიური მოქმედება შედარებით ხანმოკლეა (4-6 საათი) და რამდენიმე დღეში ერთხელ შესაძლებელია მისი ტიტრაცია, სხვა ხანმოკლე მოქმედების ორალური ოპიოიდების მსგავსად. თუმცა, 3-4 დღის განმავლობაში რეგულარული დოზირების შემთხვევაში, ნამლის ნახევარდაშლის პერიოდი შესაძლოა გახანგრძლივდეს (90-120 საათი). დაგროვების თავიდან აცილების მიზნით, დოზის გაზრდის მინიმალური ინტერვალი 1-2 კვირას უნდა შეადგენდეს. ზედდოზირებამ, შესაძლოა, სუნთქვის დათრგუნვა და სიკვდილი გამოიწვიოს.

მედიკამენტოზური შენიშვნა!

მორფინი

- მორფინმა, შესაძლოა, სუნთქვის დათრგუნვა გამოიწვიოს;
- თუ სუნთქვის სიხშირე წუთში 12 ან ნაკლებია, შეწყვიტეთ მედიკამენტის მიწოდება და შეატყობინეთ ექიმს;

მედიკამენტოზური შენიშვნა!

მეტადონი

- მეტადონმა, შესაძლოა, სუნთქვის დათრგუნვა გამოიწვიოს;

შერეული აგონისტ-ანტაგონისტები (მაგ., ნალბუფინი, პენტაზოცინი, ბუტორფანოლი) κ -რეცეპტორებზე მოქმედებს, როგორც აგონისტები, ხოლო μ -რეცეპტორებზე – როგორც სუსტი ანტაგონისტები ან ნაწილობრივი აგონისტები. ამ თვისების გამო, აგონისტ-ანტაგონისტები ნაკლებად იწვევს სუნთქვის დათრგუნვას, ვიდრე მხოლოდ μ -რეცეპტორებზე მოქმედი ნამლები. ეს ნამლები მეტად იწვევს დისფორიას და აგიტაციას. ამასთან, აგონისტ-ანტაგონისტებს „ანალგეზიური ზღვარი“ აქვს და μ -აგონისტებზე ფიზიკურად დამოკიდებულ პაციენტებში შესაძლოა აბსტინენციის სიმპტომები გამოიწვიოს. ნაწილობრივი აგონისტები (მაგ., ბუპრენორფინი) სუსტად უკავშირდება μ და κ -რეცეპტორებს, რის გამოც მათი ანალგეზიური ეფექტი შედარებით დაბალია. ამჟამად ტკივილის მართვაში აგონისტ-ანტაგონისტებისა და ნაწილობრივი აგონისტების კლინიკური გამოყენება შემღუდულია.

ცხრილი 7-10 მედიკამენტური მკურნალობა ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლები		
წამალი	მიწოდების/მიღების გზები	ექთნისთვის გასათვალისწინებელი საკითხები
μ-აგონისტები		
მორფინი	PO (ხანმოკლე და გახანგრძლივებული მოქმედების ფორმა), რექტალური, IV, კანქვეშა, ეპიდურული, ინტრათეკალური, სუბლინგუალური	<ul style="list-style-type: none"> • ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლების შესაძარებელი სტანდარტი (იხ. ცხრილი 7-11); • ნაჩვენებია საშუალო და ძლიერი ტკივილის დროს; • სისტემური მიწოდების შემთხვევაში, შესაძლოა ჰისტამინის გამოთავისუფლების სტიმულირება და, შესაბამისად, ქავილი გამოიწვიოს; • გახანგრძლივებული მოქმედებისას ტაბლეტები მთლიანად უნდა გადაიყლაპოს და არ უნდა გატყდეს, დაიღვწოს, გაიხსნას ან დაიფხვანას; • ნეიროაქსიალურად* გასაკეთებელი პრეპარატები არ უნდა შეიცავდეს პრეზერვატივებს.
ჰიდრომორფონი	PO (ხანმოკლე და გახანგრძლივებული მოქმედების ფორმა), რექტალური, IV, კანქვეშა, ეპიდურული, ინტრათეკალური	<ul style="list-style-type: none"> • ოდნავ უფრო ხანმოკლე მოქმედება აქვს, ვიდრე მორფინს; • ნაჩვენებია საშუალო და ძლიერი ტკივილის დროს; • ნეიროაქსიალურად* გასაკეთებელი პრეპარატები არ უნდა შეიცავდეს პრეზერვატივებს;
მეტადონი	PO, IV, IM	<ul style="list-style-type: none"> • მაღალი პერორალური და რექტალური ბიოშელწევადობა; • განმეორებითი დოზირებით აკუმულირდება; • ხანდაზმულებში სიფრთხილის დაცვით გამოიყენეთ; • მაღალ დოზებში არსებობს QT ინტერვალის გახანგრძლივების რისკი;
ლევორფანოლი	PO, IV, IM, კანქვეშა	<ul style="list-style-type: none"> • განმეორებითი დოზირებით აკუმულირდება.
ფენტანილი, ბუკალური აბი, ენისქვეშა, ბუკალური ხსნადი ფირი, ცხვირის სპრეი	IV, ეპიდურული, ინტრათეკალური, ტრანსმუკოზური, ტრანსდერმული	<ul style="list-style-type: none"> • ინტრავენური მიწოდების შემთხვევაში დაუყოვნებლივ იწყებს მოქმედებას; კუნთში მიწოდებისას – 7-8 წუთში; ტრანსმუკოზური მიწოდებისას 5-15 წუთში; ტრანსდერმული მიწოდებისას დაახლოებით 6 საათის შემდეგ; • პროცედურებისთვის ანალგეზიისა და სედაციისთვის IV ფენტანილი ხშირად ბენზოდიამპინებთან ერთად გამოიყენება; • ძალიან მაღალი შინაგანი აქტივობა – დოზირება მიკროგრამებში ხდება; • ტრანსდერმული ფენტანილი მხოლოდ ქრონიკული ტკივილის დროს უნდა იქნას გამოყენებული და არ უნდა მიენოდოთ პაციენტებს, რომელთაც არასდროს მიუღიათ ოპიოიდი;

ოქსიმორფონი	IV, PO (ხანმოკლე მოქმედების და ხანგრძლივი გამოთავისუფლების)	<ul style="list-style-type: none"> • ხანგრძლივი გამოთავისუფლების ტაბლეტები მთლიანად უნდა გადაიყლაპოს და არ უნდა გატყდეს, დაიღვწოს, გაიხსნას ან დაიფხვანას; • სიფრთხილის დაცვით უნდა იქნას გამოყენებული ხანდაზმულებთან და დაუძღვრებულ პაციენტებთან და ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციის დარღვევის მქონე პაციენტებთან;
ოქსიკოდონი; ოქსიკოდონი + აცეტამინოფენი; ოქსიკოდონი + ასპირინი; ოქსიკოდონი + იბუპროფენი;	PO (ხანმოკლე მოქმედების და ხანგრძლივი გამოთავისუფლების)	<ul style="list-style-type: none"> • ხელმისაწვდომია დამოუკიდებლად და არაოპიოიდთან კომბინაციაშიც; • შესაძლებელია პერორალური მორფინის მსგავსად იქნას გამოყენებული საშუალო და ძლიერი ტკივილის დროს; • მწვავე, საშუალო სიძლიერის ტკივილის მართვისთვის ხშირად არაოპიოიდთან კომბინირდება;
ჰიდროკოდონი (აცეტამინოფენთან ერთად)	PO (ხანმოკლე მოქმედების) მხოლოდ დამხმარე ტკივილგამაყუჩებლებთან ერთად (აცეტამინოფენი, ასპირინი ან იბუპროფენი) არის ხელმისაწვდომი	<ul style="list-style-type: none"> • გამოიყენება საშუალო და საშუალოდ ძლიერი ტკივილის დროს; • ძირითადად მწვავე ტკივილის (მაგ., ტრავმა, ძვალკუნთოვანი) მოკლევადიანი მართვისთვის გამოიყენება;
კოდეინი, ორალური (აცეტამინოფენთან ერთად); კოდეინი, საინექციო	PO, კანქვეშა	<ul style="list-style-type: none"> • უფრო ხშირად იწვევს გულისრევასა და ყაბზობას, ვიდრე სხვა მიუ-აგონისტები; • კოდეინის ბევრი ფორმა აცეტამინოფენთანაა კომბინირებული;
ტრამადოლი	PO, ხანმოკლე მოქმედებისა და ხანგრძლივი გამოთავისუფლების	<ul style="list-style-type: none"> • მოქმედების ორმაგი მექანიზმი: μ-აგონისტია და, ამავდროულად, ბლოკავს ნორეპინეფრინისა და სეროტონინის უკუმიტაცებას; • გამოიყენება საშუალო სიძლიერის ტკივილის დროს;
ტაპენტადოლი	PO, ხანმოკლე მოქმედებისა და ხანგრძლივი გამოთავისუფლების	<ul style="list-style-type: none"> • მოქმედების ორმაგი მექანიზმი: μ-აგონისტია და, ამავდროულად, ბლოკავს ნორეპინეფრინისა და სეროტონინის უკუმიტაცებას.
შერეული აგონისტ-ანტაგონისტები		
პენტაზოცინი	აცეტამინოფენთან, ასპირინთან, იბუპროფენთან კომბინირებული	<ul style="list-style-type: none"> • შესაძლოა ფსიქომიმეტიური ეფექტები (მაგ., ჰალუცინაციები) და ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პაციენტებში აღკვეთის სინდრომი გამოიწვიოს;
პენტაზოცინი + ნალოქსონი	ბოროტად გამოყენების თავიდან ასაცილებლად, შეიცავს ნალოქსონს	<ul style="list-style-type: none"> • არ არის რეკომენდებული ქრონიკული ტკივილის სამკურნალოდ და იშვიათად მწვავე ტკივილის სამკურნალოდ;
ბუტორფანოლი	ხელმისაწვდომია ნაბალური სპრეისა და საინექციო სახით;	<ul style="list-style-type: none"> • ფსიქომიმეტიური ეფექტები უფრო იშვიათია, ვიდრე პენტაზოცინის გამოყენების შემთხვევაში; • ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პაციენტებში შესაძლოა აღკვეთის სინდრომი გამოიწვიოს;

	პერორალური ფორმა არ არის ხელმისაწვდომი	<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე ტკივილის დროს საინექციო ფორმა გამოიყენება; • ნაზალური სპრეი შაკიკის დროს გამოიყენება;
ნაწილობრივი აგონისტები		
ბუპრენორფინი, საინექციო; ბუპრენორფინი + ნალოქსონი, ენისქვეშა	სუბლინგუალური და საინექციო ფორმები	<ul style="list-style-type: none"> • არ უნდა დაიღებოს და გადაიყლაპოს; • ბოროტად გამოყენების პოტენციური უფრო დაბალია, ვიდრე მორფინის შემთხვევაში. ფსიქომიმეტურ ეფექტებს არ იწვევს; • ბუპრენორფინი + ნალოქსონი ენისქვეშა ფორმით ოპიოიდებზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ გამოიყენება, ალკოჰოლის შესამსუბუქებლად; • ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პაციენტებში შესაძლოა ალკოჰოლის სინდრომი გამოიწვიოს. ნალოქსონით ადვილად შექცევადი არ არის;

* ნეიროაქსიალური ანესთეზია ნიშნავს ცენტრალური ნერვული სისტემის ნერვების მახლობლად ლოკალური საანესთეზიო საშუალებების შეყვანას. ასეთია, მაგალითად, სპინალური და ეპიდურული ანესთეზია.³³

ცხრილი 7-11 ოპიოიდების ექვიანალგებიური დოზები¹⁰		
10 მგ პარენტერალური მორფინის თანაბარი დოზა		
ნამალი	ორალური (მგ)	პარენტერალური (IM, IV, კანქვეშა) (მგ)
მორფინი	30	10
კოდეინი	200	120-130
ფენტანილი	NA	0.1 (100 მკგ)
ჰიდროკოდონი	30	NA
ჰიდრომორფონი	7.5	1.5
ლევორფანოლი	4	2
მეპერიდინი	300	75
მეტადონი	20	10
ოქსიკოდონი	15-30	NA
ოქსიმორფონი	NA	1

NA – არ არის ხელმისაწვდომი.

შერეული μ -აგონისტი და ორმაგი მექანიზმის ნამლები

ზოგიერთ ტკივილგამაყუჩებელს ორი გამოკვეთილი მოქმედება, ანუ ორმაგი მექანიზმი აქვს. ტრამადოლი სუსტი μ -აგონისტია და ის ასევე აინჰიბირებს ნორეპინეფრინისა და სეროტონინის უკუმიტაცებას. ის ეფექტურად გამოიყენება წელის ტკივილის, ოსტეოართრიტის, ფიბრომიალგიის, დიაბეტური პერიფერიული ნეიროპათიული ტკივილის, პოლინეიროპათიის და პოსტპერპესული ნევრალგიის დროს. ყველაზე გავრცელებული

³³ ყველა ექვივალენტი მიახლოებითია. ამ რაოდენობებზე შესაძლოა იმოქმედოს ბევრმა ფაქტორმა, მაგალითად, პაციენტის ინდივიდუალურმა მახასიათებლებმა, ტკივილის ტიპმა და ტოლერანტობამ. ანარმოეთ ეფექტურობისა და არასასურველი რეაქციების მონიტორინგი და შესაბამისად შეცვალეთ დოზა

გვერდითი მოვლენები სხვა ოპიოდების გვერდითი მოვლენების მსგავსია. ესენია: გულისრევა, ყაბზობა, თავბრუსხვევა და სედაცია. ისევე, როგორც სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის მატების გამომწვევი სხვა ნამლები, ტრამადოლიც იწვევს გულყრის ზღურბლის შემცირებას. ამიტომ მისი გამოყენება არ არის სასურველი ანამნებში გულყრების მქონე პაციენტებთან.

ტაპენტადოლი ცენტრალურად მოქმედი ტკივილგამაყუჩებელია, რომელიც μ -რეცეპტორებს უკავშირდება და ნორეპინეფრინის უკუმიტაცებას აინჰიბირებს. მისი გამოყენება დაშვებულია საშუალო სიძლიერისა და ძლიერი მწვავე ტკივილის სამკურნალოდ. საშუალო სიძლიერის და ძლიერი ქრონიკული ტკივილის შემთხვევაში, შესაძლებელია გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების ფორმის გამოყენება. გვერდითი ეფექტი სტანდარტული ოპიოდების მსგავსია, გარდა იმისა, რომ ტაპენტადოლი ნაკლებად იწვევს გულისრევას და ყაბზობას.

ოპიოდები, რომელთა გამოყენებასაც უნდა მოერიდოთ

შეზღუდული ეფექტიანობის ან/და ტოქსიკურობის გამო, ტკივილის შემსუბუქებისთვის ზოგიერთი ოპიოდის გამოყენება სასურველი არ არის. მეპერიდინი, იგივე პეთიდინი, ნეიროტოქსიკურობას (მაგ., გულყრებს) უკავშირდება, რაც მისი მეტაბოლიტის, ნორმეპერიდინის დაგროვებითაა განპირობებული. ის მწვავე ტკივილის მართვისთვის მხოლოდ ძალიან ხანმოკლე დროით (48 საათზე ნაკლები) უნდა იქნას გამოყენებული, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა სხვა ოპიოდური აგონისტების გამოყენება უკუნაჩვენებია.

მედიკამენტოზური შენიშვნა!

მეპერიდინი

ამერიკის ტკივილის საზოგადოება არ უწევს რეკომენდაციას მეპერიდინის, როგორც ტკივილგამაყუჩებელი საშუალების გამოყენებას.

ოპიოდების გვერდითი ეფექტები

ოპიოდების გავრცელებული გვერდითი ეფექტებია: ყაბზობა, გულისრევა და ღებინება, სედაცია, სუნთქვის დათრგუნვა და ქავილი. ხანგრძლივი გამოყენების პირობებში, ბევრი გვერდითი ეფექტი მცირდება; გამონაკლისს ყაბზობა წარმოადგენს. ნაკლებად გავრცელებული გვერდითი ეფექტებია: შარდის შეკავება, მიოკლონუსი, თავბრუსხვევა, კონფუზია და ჰალუცინაციები. ყაბზობა ოპიოდების ყველაზე გავრცელებული გვერდითი ეფექტია. მკურნალობის გარეშე, ყაბზობამ შესაძლოა ტკივილის გაძლიერება, განავლის ჩაჭედვა/გაჭედვა და პარალიზური გაუვალობა/ილუუსი გამოიწვიოს.

რადგანაც ოპიოდებით განპირობებული ყაბზობის შესამსუბუქებლად, ოპიოდებით მკურნალობის დაწყებისას უნდა დაინერგოს ნაწლავის მოქმედების რეჟიმი და პაციენტმა ის მანამ უნდა დაიცვას, სანამ ოპიოდს იღებს. მიუხედავად იმისა, რომ საკვები ბოჭკოსა და სითხის მიღება და ვარჯიში უნდა ნახალისდეს, ეს ღონისძიებები, შესაძლოა, საკმარისი არ აღმოჩნდეს. პაციენტების უმრავლესობამ უნდა გამოიყენოს მსუბუქი სტიმულატორული საფაღარათო საშუალება (მაგ., სენა) და განავლის დამარბილებელი (მაგ., ნატრიუმის დოკუბატი). აუცილებლობის შემთხვევაში, შესაძლებელია სხვა საშუალებების (მაგ., მაგნეზიის/მაგნიუმის რძე, ბისაკოდილი, პოლიეთილენ გლიკოლი ან ლაქტულოზა) დამატება.

მეთილნალტრექსონი პერიფერიული ოპიოიდური რეცეპტორების ანტაგონისტია, რომელიც გამოიყენება ოპიოიდებით გამოწვეული ყაბზობის სამკურნალოდ შორსნასული დაავადებების (მაგ., განუკურნებელი კიბო, გულის უკმარისობა, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება) მქონე პაციენტებში მაშინ, როცა ყაბზობა საკმარისად არ ემორჩილება ტრადიციულ საფალარათო საშუალებებს. მისი მიწოდება კანქვეშ, ძირითადად ყოველ მეორე დღეს ან უფრო იშვიათად ხდება. მეთილნალტრექსონი დღეში მაქსიმუმ ერთხელ შეიძლება გაკეთდეს.

პაციენტებში, რომელთაც არასდროს მიუღიათ ოპიოიდი, ხშირ პრობლემას წარმოადგენს *გულისრევა*. ტოლერანტობა დაახლოებით 1 კვირაში დგება, მანამდე კი, გულისრევისა და ღებინების თავიდან აცილების ან შემცირების მიზნით, შესაძლებელია ანტიემეზური (ღებინების საწინააღმდეგო) საშუალებების, მაგალითად, ონდანსეტრონის, მეტოკლოპრამიდის, ტრანსდერმული სკოპოლამინის, ჰიდროქსიზინის ან ფენოთიაზინის (მაგ., პროქლორპერაზინის) გამოყენება. ოპიოიდები კუჭის დაცლას აწელებს (პაციენტი, შესაძლოა, კუჭის სისავსის შეგრძნებას უჩიოდეს). ამ ეფექტის შემცირება მეტოკლოპრამიდითაა შესაძლებელი. თუ გულისრევა და ღებინება მძიმეა და პერსისტირებს, შესაძლოა, აუცილებელი გახდეს სხვა ოპიოიდზე გადასვლა.

მწვავე ტკივილის მქონე პაციენტებში, რომელთაც არ მიუღიათ ოპიოიდი მიწოდებას ძირითადად *სედაცია* მოსდევს. ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებს, რომელთაც მწვავე ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდები მიეწოდებათ, რეგულარული მონიტორინგი ესაჭიროებათ, განსაკუთრებით, ოპერაციიდან პირველი რამდენიმე დღის განმავლობაში. იცოდეთ, რომ პოსტოპერაციულ პაციენტებში არამიზნობრივი პროგრესირებადი სედაციის რისკი ყველაზე მაღალია ანესთეზიის შემდგომი მოვლის განყოფილების დატოვებიდან 4 საათის შემდეგ. ოპიოიდებით გამოწვეული სედაცია ტოლერანტობის განვითარების შედეგად მცირდება. ოპიოიდების ქრონიკულ გამოყენებასთან დაკავშირებული პერსისტენტული სედაციის ეფექტური მართვა შესაძლებელია ფსიქოსტიმულანტებით, მაგალითად, დექსტრომეტამფეტამინით, მეთილფენიდატით ან ანტიკატალეპტიური წამლით, მოდაფინილით.

სუნთქვის დათრგუნვის რისკიც უფრო მაღალია იმ პაციენტებში, რომელთაც არასდროს მიუღიათ ოპიოიდი და ახლა მწვავე ტკივილს მკურნალობენ. ოპიოიდების მიმართ ტოლერანტულ პაციენტებში და ოპიოიდების ანალგეზიურ ეფექტთან მიმართებით ტიტრაციის შემთხვევაში, კლინიკურად ყურადსაღები სუნთქვის დათრგუნვა იშვიათია. სუნთქვის დათრგუნვის რისკი ყველაზე მაღალია პაციენტებში, რომლებიც: 65 ან მეტი წლის არიან; აღნიშნავენ ხვრინვის ან აპნოეს ეპიზოდებს, დღის განმავლობაში ძილიანობას; გულის ან ფილტვის დაავადებას; არიან ჭარბწონიანები (BMI >30 კგ/მ²); მწვევლები (> 20 კოლოფი-წელიწადში) ან იღებენ ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტებს (მაგ., სედაციური საშუალებები, ბენზოდიაზეპინები, ანტიჰისტამინები). პოსტოპერაციულ პაციენტებში ოპიოიდებთან დაკავშირებული რესპირატორული გვერდითი მოვლენების რისკი ყველაზე მაღალია ოპერაციიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში. კლინიკურად ყურადსაღები/მნიშვნელოვანი სუნთქვის დათრგუნვა ვერ მოხდება სრულად მღვიძარე პაციენტებში. პაციენტებში, რომლებიც ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებს იღებენ, ხშირად უნდა ამოწმონ როგორც სედაციის დონე, ისე სუნთქვის სიხშირე. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული, სიღრმისეული ექსპერტული კონსენსუსის ანგარიშში გამოკვეთილია ოპიოიდების გამოყენებისას არამიზნობრივი პროგრესირებადი

სედაციისა და სუნთქვის დათრგუნვის რისკი და, პაციენტების ხარისხიანი და უსაფრთხო მოვლის მიზნით, მონიტორინგის რეკომენდაციები.

სედაციის დონის მონიტორინგისა და ამაზე დაყრდნობით სათანადო ინტერვენციების დაგეგმვისთვის შესაძლებელია სედაციის შკალის გამოყენება (ცხრილი 7-12).

გაფრთხილება!

- თუ სუნთქვის სიხშირე წუთში 8-10 ჩასუნთქვაზე მეტად მცირდება და სედაციის დონე 5 ან მეტია, თქვენ ენერგიულად/აქტიურად უნდა ასტიმულიროთ პაციენტი და ეცადოთ, შეანარჩუნებინოთ მღვიძარე მდგომარეობა;
- თუ პაციენტი ზედმეტადაა სედატირებული, ჟანგბადი მიანოდეთ;
- ამ ვითარებაში ოპიოიდის დოზა უნდა შემცირდეს;

თუ პაციენტი ზედმეტადაა სედატირებული ან არ რეაგირებს, შესაძლებელია ნალოქსონის, ოპიოიდების ანტაგონისტის მიწოდება, რომელიც სწრაფად დაძლევს ოპიოიდების ეფექტებს. ნალოქსონი კეთდება ინტრავენურად ან კანქვეშ, ყოველ 2 წუთში ერთხელ. თუ პაციენტი რამდენიმე დღეზე ხანგრძლივად რეგულარულად იღებს ოპიოიდებს, ნალოქსონი გონივრულად უნდა იქნას გამოყენებული და უნდა მოხდეს მისი ტიტრაცია, რადგან მისმა მიწოდებამ შესაძლოა ძლიერი, გაუსაძლისი ტკივილი; აბსტინენციის მძიმე სიმპტომები, ჰიპერტენზია და ფილტვის შეშუპება გამოიწვიოს. რადგანაც ნალოქსონის ნახევარდაშლის პერიოდი უფრო ხანმოკლეა, ვიდრე ოპიატების უმრავლესობისა, ამომხმეთ სუნთქვის სიხშირე, რადგან ნალოქსონის მიწოდებიდან 20 წუთის შემდეგ ის შესაძლოა კვლავ დაეცეს.

ოპიოიდების კიდევ ერთი გავრცელებული გვერდითი ეფექტია ქავილი (*პრურიტუსი*), რომელიც ყველაზე ხშირად ოპიოიდების ნეიროაქსიალური გზით (ეპიდურული ან ინტრათეკალური) მიწოდებისას გვხვდება. ოპიოიდებით გამოწვეული ქავილის მართვა შესაძლებელია ნალოქსონის დაბალი დოზების ინფუზიის მეშვეობით.

ოპიოიდების ხანგრძლივი და ხანმოკლე გამოყენების პირობებშიც კი იშვიათ, მაგრამ საგულისხმო პრობლემას ოპიოიდებით გამოწვეული ჰიპერალგეზია (*OIH*) წარმოადგენს. ოპიოიდებით გამოწვეული ჰიპერალგეზია ნოციცეპტური სენსიტიზაციის მდგომარეობაა, რომელიც ოპიოიდების მოხმარებითაა განპირობებული. ის ხასიათდება პარადოქსული რეაქციით – პაციენტები, ოპიოიდების მიღების ფონზე, უფრო მგრძნობიარენი ხდებიან ზოგიერთი მტკივნეული გამღიზიანებლის მიმართ და უფრო ძლიერ ტკივილს აღნიშნავენ. ამ ფენომენის ზუსტი მექანიზმი ცნობილი არ არის, თუმცა, იგი შესაძლოა ნეიროპლასტიკურობის ცვლილებით იყოს გამოწვეული. ამით შესაძლებელია აიხსნას, დროთა განმავლობაში რატომ აღარ არის ოპიოიდები ეფექტური ზოგიერთ პაციენტში.

ცხრილი 7-12 პასეროს ოპიოიდებით გამოწვეული სედაციის შკალა (POSS) ინტერვენციებით	
სედაციის დონე	საექთნო ინტერვენცია
S = ძილი, ადვილად იღვიძებს	<ul style="list-style-type: none"> • მისაღებია • ქმედება აუცილებელი არ არის • საჭიროებისამებრ, შესაძლებელია ოპიოიდის დოზის გაზრდა

1 მღვიძარე და ფხიზელი	<ul style="list-style-type: none"> • მისაღებია • ქმედება აუცილებელი არ არის • საჭიროებისამებრ, შესაძლებელია ოპიოიდის დოზის გაზრდა
2 ოდნავ მოთენთილი, ადვილად ფხიზლდება	<ul style="list-style-type: none"> • მისაღებია • ქმედება აუცილებელი არ არის • საჭიროებისამებრ, შესაძლებელია ოპიოიდის დოზის გაზრდა
3 ხშირად მოთენთილია, შესაძლებელია გამოფხიზლება, საუბრის დროს იძინებს	<ul style="list-style-type: none"> • მიუღებელია • უნდა მიმდინარეობდეს სუნთქვის სტატუსისა და სედაციის დონის მონიტორინგი მანამ, სანამ სედაციის დონე სტაბილურად არ იქნება 3-ზე ნაკლები და სუნთქვითი სტატუსი დამაკმაყოფილებელი არ იქნება • შეამცირეთ ოპიოიდის დოზა 25-50 %-ით ან მითითებისთვის დაუკავშირდით ექიმს ან ანესთეზიოლოგს • თუ უკუნაჩვენები არ არის, განიხილეთ არასედაციური, ოპიოიდის დამზოგავი არაოპიოიდის, მაგალითად, აცეტამინოფენის ან NSAID-ის მიწოდება
4 სომნოლენცია, მინიმალურად ან საერთოდ არ რეაგირებს ვერბალურ და ფიზიკურ სტიმულაციებზე	<ul style="list-style-type: none"> • მიუღებელია • შეწყვიტეთ ოპიოიდის მიწოდება • განიხილეთ ნალოქსონის მიწოდების საკითხი • დაუკავშირდით ექიმს ან ანესთეზიოლოგს • უნდა მიმდინარეობდეს სუნთქვის სტატუსის და სედაციის დონის მონიტორინგი მანამ, სანამ სედაციის დონე სტაბილურად არ იქნება 3-ზე ნაკლები და სუნთქვითი სტატუსი დამაკმაყოფილებელი არ იქნება

ადაპტირებულია: Pasero C: Assessment of sedation during opioid administration for pain management, *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 24:186, 2009.

დამხმარე ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები (ადიუვანტები)

ამ კატეგორიაში შედის მედიკამენტების ჯგუფები, რომელიც გამოიყენება დამოუკიდებლად ან ოპიოიდურ და არაოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებთან ერთად. ზოგადად, ეს წამლები სხვა მიზნებისთვისაა შექმნილი (მაგ., ანტიეპილეფსიური წამლები, ანტიდებრესანტები). მოგვიანებით აღმოჩნდა, რომ ისინი ტკივილის მართვისთვისაც ეფექტურია. ხშირად გამოყენებული დამხმარე ტკივილგამაყუჩებლები 7-13 ცხრილშია ჩამოთვლილი.

კორტიკოსტეროიდები

ეს წამლები, მაგალითად, დექსამეტაზონი, პრედნიზონი და მეთილპრედნიზოლონი, კიბოთი გამოწვეული მწვავე და ქრონიკული ტკივილის; ზურგის ტვინის კომპრესიით გამოწვეული ტკივილისა და სახსრების ანთებითი ტკივილის სინდრომების სამკურნალოდ გამოიყენება. მოქმედების ზუსტი მექანიზმი უცნობია, მაგრამ შესაძლოა კორტიკოსტეროიდების შემუპებისა და ანთების შემცირების უნარს უკავშირდებოდეს. ისინი შესაძლოა ანთებითი ნეირონის აქტივაციასაც თრგუნავდეს. ამ მოქმედების გამო, დისკის მწვავე ან ქვემწვავე თიაქრის დროს კორტიკოსტეროიდების ეპიდურული ინექცია ეფექტურად მუშაობს.

კორტიკოსტეროიდებს ბევრი გვერდითი ეფექტი ახლავს თან, განსაკუთრებით, იმ შემთხვევებში, თუ ისინი ქრონიკულად, მაღალი დოზებით გამოიყენება. არასასურველი ეფექტებია: ჰიპერგლიკემია, სითხის შეკავება, დისპეპსია და კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენა, შეხორცების დარღვევა, კუნთების განღვება, ოსტეოპოროზი, თირკმელზედა ჯირკვლის დათრგუნვა და ინფექციისადმი მიდრეკილება. რადგანაც ისინი იმავე საბოლოო გზაზე მოქმედებს, რომელზეც არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, კორტიკოსტეროიდები და NSAID ერთად არ უნდა იქნას გამოყენებული.

ანტიდეპრესანტები

ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები ხელს უშლის სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის უკუმიტაცებას, რითიც ისინი ხელს უწყობს/აძლიერებს დადმავალ ინჰიბიტორულ სისტემას. სინაფსურ ნაპრალში სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის რაოდენობის მატება აინჰიბირებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ნოციცეპტური სიგნალების გადაცემას. ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების სხვა პოტენციურად სასარგებლო მოქმედებებია: ნატრიუმის არხების მოდულაცია, α_1 -ადრენერგული ანტაგონისტური მოქმედება და NMDA რეცეპტორების სუსტი მოდულაცია. ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები ტკივილის სხვადასხვა სინდრომის, განსაკუთრებით, ნეიროპათიული ტკივილის სინდრომების დროს ეფექტურად გამოიყენება. თუმცა, მათ სარგებლიანობას გარკვეულწილად ზღუდავს გვერდითი ეფექტები, კერძოდ, სედაცია, პირის სიმშრალე, მხედველობის დაბინდვა და წონის მატება. ანტიდეპრესანტები, რომელიც სელექციურად აინჰიბირებს სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის უკუმიტაცებას (განსაკუთრებით, SNRI) ეფექტურია ნეიროპათიული ტკივილის სინდრომების დროს და ამასთან, ისინი ნაკლები გვერდითი ეფექტით ხასიათდება, ვიდრე ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები. ეს წამლებია: ვენლაფაქსინი, დესვენლაფაქსინი, დულოქსეტინი, მილნაცპრანი და ბუპროპიონი. უარყოფითი ასპექტი ისაა, რომ SNRI უფრო ძვირადღირებულია, ვიდრე ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები.

ანტიეპილეფსიური (გულყრის საწინააღმდეგო) წამლები

ანტიეპილეფსიური წამლები სხვადასხვა გზით მოქმედებს პერიფერიულ ნერვებსა და ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. ეს მოქმედებებია: ნატრიუმის არხების მოდულაცია, კალციუმის ცენტრალური არხების მოდულაცია და ამგზნები ამინომჟავებისა და სხვა რეცეპტორების ცვლილებები. ისეთი საშუალებები, როგორცაა, გაბაპენტინი, ლამოტრიგინი და პრეგაბალინი ღირებული ადიუვანტებია ქრონიკული ტკივილის მკურნალობისას და ისინი სულ უფრო ხშირად გამოიყენება მწვავე ტკივილის სამკურნალოდაც.

GABA რეცეპტორის აგონისტი

ინჰიბიტორული ნეიროტრანსმიტერის, GABA-ს, ანალოგი – ბაკლოფენი – ხელს უშლის ნოციცეპტური იმპულსების გადაცემას და ძირითადად კუნთების სპაზმების დროს გამოიყენება. ის არასაკმარისად გადაკვეთს ჰემატოენცეფალურ ბარიერს და ბევრად უფრო ეფექტურია ინტრათეკალური გზით მიწოდების შემთხვევაში.

α₂-ადრენერგული აგონისტები

ამ ჯგუფიდან ყველაზე ხშირად კლონიდინი და ტიზანიდინი გამოიყენება. მიიჩნევა, რომ ისინი ცენტრალურ ინჰიბიტორულ ალფა-ადრენერგულ რეცეპტორებზე მოქმედებს. ეს საშუალებები, შესაძლოა, პერიფერიაზე ნორეპინეფრინის გამოთავისუფლებასაც უშლიდეს ხელს. ისინი ქრონიკული თავის ტკივილისა და ნეიროპათიული ტკივილის დროს გამოიყენება.

ლოკალური საანესთეზიო საშუალებები

ქირურგიული ჩარევით ან ტრავმით გამონვეული მწვავე ტკივილის დროს შესაძლებელია ლოკალური საანესთეზიო საშუალებების, მაგალითად, ბუპივაკაინის და როპივაკაინის, ეპიდურული გზით მიწოდება უწყვეტი ინფუზიის სახით, მაგრამ, ასევე, რეგიონული ნერვული ბლოკადის გზით, გამოშვებითი ან უწყვეტი ინფუზიის სახით. ლოკალური საანესთეზიო საშუალებების ტოპიკური გამოყენების მიზანი ტკივილის სიგნალების ტვინისკენ გადაცემის შეწყვეტაა. მაგალითად, ნეიროპათიული ტკივილის ზოგიერთი ტიპის სამკურნალო პირველი რიგის საშუალებად რეკომენდებულია 5% ლიდოკაინის პლასტირი. თუ ძლიერი ქრონიკული ნეიროპათიული ტკივილი სხვა ტკივილგამაყუჩებლებს არ ემორჩილება, შესაძლოა, იცადოს პერორალური თერაპია მექსილეტინის გამოყენებით. ნეიროპათიული და პოსტოპერაციული ვისცერული ტკივილის სამკურნალოდ ზოგჯერ ასევე გამოიყენება სისტემური ლიდოკაინი, ინტრავენური ინფუზიის სახით.

ცხრილი 7-13 მედიკამენტოზური მკურნალობა დამხმარე ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები		
ნამალი	სპეციფიკური ჩვენება	ექთნისთვის გასათვალისწინებელი საკითხები
კორტიკოსტეროიდები	ანთება	<ul style="list-style-type: none"> • მოერიდეთ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მაღალი დოზების გამოყენებას.
ანტიდეპრესანტები		
ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები		
ამიტრიპტილინი დოქსეპინი იმიპრამინი ნორტიპტილინი დესიპრამინი	ნეიროპათიული ტკივილი	<ul style="list-style-type: none"> • თითოეულ ნამალს გვერდითი ეფექტების დამახასიათებელი პროფილი აქვს; გვერდითი ეფექტები ხშირად დოზა-დამოკიდებულია; • გავრცელებული გვერდითი მოვლენებია: ანტიქოლინერგული ეფექტები (მაგ., პირის სიმშრალე) და სედაცია; • უნდა მიმდინარეობდეს ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი; • ოპტიმალური თერაპიული დოზების მისაღწევად დღეების ან კვირების განმავლობაში ნელა გატიტრეთ დოზა;

სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (SNRI) ჯგუფის ანტი-დეპრესანტები		
ვენლაფაქსინი დულოქსეტინი ბუპროპიონი მილნაცპრანი	ნეიროპათიული ტკივილი; მწვავე ტკივილის მულტიმო- დალური მკურნალობა (ვენ- ლაფაქსინი); ფიბრომიალგია (დულოქსეტინი)	<ul style="list-style-type: none"> • თითოეულ წამალს მისთვის დამახასიათებელი გვერდითი ეფექტები აქვს.
გულყრის საწინააღმდეგო (ანტიეპილეფსიური წამლები)		
პირველი თაობა: კარბამაზეპინი ფენიტონი მეორე თაობა: გაბაპენტინი პრეგაბალინი ლამოტრიგინი	ნეიროპათიული ტკივილი; მწვავე ტკივილის მულტიმო- დალური მკურნალობა (გაბა- პენტინი, პრეგაბალინი); ფიბრომიალგია	<ul style="list-style-type: none"> • დაიწყეთ დაბალი დოზებით, ნელ-ნელა გაზარდეთ. • თითოეულ წამალს მისთვის დამახასიათებელი გვერდითი ეფექტები აქვს.
GABA რეცეპტორის აგონისტი		
ბაკლოფენი	ნეიროპათიული ტკივილი; კუნთების სპაზმები	<ul style="list-style-type: none"> • სისუსტის, შარდვის დისფუნქციის მონიტორინგი; • ცენტრალური ნერვული სისტემის გალიზიანებადობის გამო, მოერიდეთ უეცარ შეწყვეტას;
α₂-ადრენერგული აგონისტი		
კლონიდინი ტიზანიდინი	ნეიროპათიული ტკივილის დროს განსაკუთრებით ეფექტურია ინტრათეკალურად მიწოდების შემთხვევაში	<ul style="list-style-type: none"> • გვერდითი ეფექტები: სედაცია, ორტოსტატული ჰიპოტენზია, პირის სიმშრალე. • ხშირად კომბინირდება საანესთეზიო საშუალებებთან (მაგ., ბუპივაკაინი).
საანესთეზიო საშუალებები: ორალური ან სისტემური		
მექსილეტინი	დიაბეტური ნეიროპათია; ნეიროპათიული ტკივილი	<ul style="list-style-type: none"> • გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი: ხშირია გულისრევა, თავბრუსხვევა, პერიორალური დაბუჟება, პარესთეზია, ტრემორი, გულყრები (მაღალ დოზებში), რიტმის დარღვევები და მიოკარდიუმის დათრგუნვა. • მოერიდეთ გულის დაავადების მქონე პაციენტებთან გამოყენებას.
5% ლიდოკაინით გაჟღენთილი ტრანსდერმული პლასტიკი	პოსტპერპესული ნევრალგია	<ul style="list-style-type: none"> • მოთავსების ადგილას კანზე აღინიშნება ლოკალური რეაქციები (მაგ., ფერის ცვლილება, შეფერილი ლაქები, გალიზიანება, ქავილი, გამონაყარი, წვა); ძირითადად მსუბუქია.

საანესთეზიო საშუალებები: ლოკალური		
ლიდოკაინი (L-M-X)	ტოპიკური ლოკალური საანესთეზიო საშუალება ვენოპუნქციის ან ლუმბალური პუნქციის წინ ჯანსაღ კანზე განთავსდება. შესაძლოა ეფექტური იყოს პოსტპერპესული ნევრალგიის დროს	<ul style="list-style-type: none"> • დაადეთ კანზე ქაფიანი ფენა და მინიმუმ 20-30 წუთი ადროვით, სანამ მონმენდთ და მტკივნეულ პროცედურას ჩაატარებთ; • მოქმედების ხანგრძლივობა კანიდან ჩამოშორების შემდეგ 60 წუთია; • ხელმისაწვდომია დანიშნულების გარეშე;
ლიდოკაინი 2.5% + პრილოკაინი 2.5% (ტოპიკური EMLA [ლოკალური საანესთეზიო საშუალებების ეუტექტური ნარევი])	უფრო გვიან იწყებს მოქმედებას, ვიდრე L-M-X	<ul style="list-style-type: none"> • განათავსეთ ოკლუზიური სახვევის ქვეშ ან საანესთეზიო ფირფიტაზე; • გვერდითი ეფექტებია: მსუბუქი სინითლე, შეშუპება, კანის გათეთრება;
კაპსაიციინი	ართრიტთან დაკავშირებული ტკივილი, პოსტპერპესული ნევრალგია, დიაბეტური ნეიროპათია	<ul style="list-style-type: none"> • ძალიან შეზღუდული რაოდენობით განათავსეთ კანზე. გამოიყენეთ ხელთათმანები ან წასმის შემდეგ წყლით და საპნით დაიბანეთ ხელები; • გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი: კანის გაღიზიანება (წვა) და შესუნთქვის შემთხვევაში, ხველა;

კანაბინოიდები

როგორც აღმოჩნდა, კანაბინოიდებიდან მიღებული ნამლები იმედის მომცემია ტკივილის ბოგიერთი სინდრომისა და სიმპტომის მკურნალობის თვალსაზრისით. თუმცა, ამ პრეპარატებთან დაკავშირებით აზრთა სხვადასხვაობა და დაბნეულობა წარმოიშვა, დიდწილად იმის გამო, რომ კანაბინოიდები კანაბისის მცენარეს, ანუ, მარიხუანას ენათესავება. სინთეზური კანაბინოიდების (მაგ., დრონაბინოლი) სამედიცინო მიზნებით გამოყენება დაშვებულია კანადაში, გაერთიანებულ სამეფოსა და შეერთებულ შტატებში. მარიხუანას ანუ კანაბისის მოწვევისას პლამმაში სწრაფად იმატებს ტეტრაჰიდროკანაბინოლის (THC) დონე, მაგრამ რაოდენობა მარიხუანას სიგარეტის შემადგენლობასა და ინჰალაციის ტექნიკაზეა დამოკიდებული, ამიტომ, ამ ფორმით გამოყენების პირობებში, ტკივილისა და სიმპტომების შემსუბუქება მეტად ვარიაბელურია. კომერციულად ხელმისაწვდომი ორალური პრეპარატების შეწოვა და ბიოშელწევადობა უფრო სარწმუნო და პროგნოზირებადია.

კანაბინოიდების ანალგეზიური მოქმედება ძირითადად კანაბინოიდის-1 (CB1) და CB2 რეცეპტორების მეშვეობით ხორციელდება. კანაბინოიდური რეცეპტორების აქტივაცია სეროტონერგულ, დოპამინერგულ და გლუტამატერგულ სისტემებში (და სხვა სისტემებშიც) ნეიროტრანსმისიის მოდულაციას იწვევს. კანაბინოიდები ენდოგენურ ოპიოიდურ სისტემასაც აძლიერებს. სხვა სასარგებლო ეფექტებია გულისრევის დათრგუნვა და მადის მომატება. კანაბინოიდებს შესაძლოა ოპიოიდების დამზოგავი ეფექტიც ჰქონდეს;

სავარაუდოდ, ამცირებს ოპიოიდების მიმართ ტოლერანტობას და, შესაძლოა, ზოგჯერ ოპიოიდების აბსტინენციის სიმპტომებიც შეამსუბუქოს. კანადაში ნეიროპათიული ტკივილისა და კიბოთი გამონწვეული საშუალო ან ძლიერი ტკივილის სამკურნალო დამხმარე საშუალებების სახით ხელმისაწვდომია ორომუკოზური სპრეი, ნაბიქსიმოლსი.

მინოდება/ადმინისტრირება

მედიკამენტების მიღების განრიგის შემუშავება

ტკივილგამაყუჩებლების მიღების სწორი განრიგის შემუშავება ორიენტირებს ტკივილის თავიდან აცილებასა და კონტროლზე და არა ტკივილგამაყუჩებლების მინოდებაზე მხოლოდ მაშინ, როცა პაციენტს უკვე ძლიერი ტკივილი აღენიშნება. იმ პროცედურებისა და აქტივობების განხორციელებამდე, რომელიც, სავარაუდოდ, ტკივილს გამოიწვევს, საჭიროა პრემედიკაცია. მუდმივი ტკივილის მქონე პაციენტს ტკივილგამაყუჩებლები განსაზღვრული დროის ინტერვალებით (24 საათის განმავლობაში) უნდა მიეწოდებოდეს და არა PRN („საჭიროების შესაბამისად“) საფუძველზე. ამ სტრატეგიებით ტკივილი კონტროლდება დანებებამდე და ძირითადად, უფრო ნაკლები ტკივილგამაყუჩებელია საჭირო. ინციდენტური ტკივილის ან ტკივილის შეტევების დროს სწრაფად მოქმედი ნაწილები უნდა იქნას გამოყენებული, ხოლო ხანგრძლივი მოქმედების ტკივილგამაყუჩებლები უფრო ეფექტურია მუდმივი ტკივილის კონტროლისთვის. სწრაფად მოქმედი და ხანგრძლივი გამოთავისუფლების ტკივილგამაყუჩებლები ქვემოთაა განხილული.

ტიტრაცია

ტკივილგამაყუჩებლის ტიტრაცია გულისხმობს დოზის მორგებას ანალგეზიური ეფექტის ადეკვატურობისა და გვერდითი ეფექტების შეფასების საფუძველზე. ანალგეზიური საშუალების ტკივილის მართვისთვის საჭირო რაოდენობა მეტად ვარიაბელურია და ტიტრაცია ამ ვარიაბელობის გათვალისწინების მნიშვნელოვანი სტრატეგიაა. ვითარების შესაბამისად, ტკივილგამაყუჩებლის ტიტრაცია შესაძლოა გულისხმობდეს დოზის როგორც მომატებას, ისე შემცირებას. მაგალითად, პოსტოპერაციული პაციენტის ტკივილგამაყუჩებლის დოზა დროთა განმავლობაში, მწვავე ტკივილის მოხსნასთან ერთად, მცირდება. მეორე მხრივ, კიბოთი განპირობებული ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის პირობებში, ტკივილის სათანადო კონტროლისთვის ოპიოიდების ტიტრაცია შესაძლოა ბევრჯერ მოხდეს უფრო მაღალ დოზებზე. ტიტრაციის მიზანი ტკივილგამაყუჩებლის ყველაზე მცირე შესაძლო დოზით ტკივილის ეფექტური კონტროლია, უმცირესი გვერდითი ეფექტების ფონზე.

ექვიანალგეზიური დოზირება

ტერმინი ექვიანალგეზიური დოზა ნიშნავს ერთი ტკივილგამაყუჩებლის დოზას, რომელიც ტკივილის შემამსუბუქებელი ეფექტი მეორე/სხვა ტკივილგამაყუჩებლის მოცემული დოზის ეფექტის ექვივალენტურია. ეს ექვივალენტობა გვეხმარება ოპიოიდების დოზირებაში მინოდების გზების ან ოპიოიდების შეცვლის დროს მაშინ, როცა კონკრეტული ნაშალი არაეფექტურია ან ისეთ გვერდით ეფექტებს იწვევს, რომელსაც პაციენტი ვერ იტანს. კლინიკურ გზამკვლევებში, სამედიცინო დანესებულების ტკივილის პროტოკოლებსა და ინტერნეტში ფართოდაა ხელმისაწვდომი ექვიანალგეზიური ჩარტები და კონვერსიის პროგრამები. ეს სასარგებლო ინსტრუმენტებია, მაგრამ თქვენ უნდა გესმოდეთ მათი შეზღუდვებიც, რადგან ექვიანალგეზიური დოზები უხეში გამოთვლებია. ოპიოიდე-

ბის თერაპიის ნებისმიერი ცვლილება ფრთხილ მონიტორინგსა და კონკრეტულ პაციენტზე მორგებას მოითხოვს.

მინოდების (მიღების) გზები

ოპიოიდები და სხვა ტკივილგამაყუჩებლები სხვადასხვა გზით შეიძლება იქნას მიღებული. ეს მოქნილობა სამედიცინო მუშაკს აძლევს საშუალებას: (1) დაუმზინოს ტკივილის კონკრეტულ ანატომიურ წყაროს, (2) აუცილებლობის შემთხვევაში სწრაფად შექმნას სისხლში წამლის თერაპიული დონე, (3) ლოკალური მინოდების მეშვეობით თავიდან აიცილოს გვერდითი ეფექტები და (4) უზრუნველყოს ანალგეზია მაშინ, როცა პაციენტს ყლაპვა არ შეუძლია. ქვემოთ განხილულია სხვადასხვა გზით მინოდებული ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენება და სათანადო საექთნო ინტერვენციები.

პერორალური

ზოგადად, პერორალური მიღება არჩევის გზაა იმ შემთხვევებში, თუ პაციენტის კუჭ-ნაწლავი ფუნქციონირებს. ტკივილგამაყუჩებლების უმრავლესობა ხელმისაწვდომია ორალური პრეპარატების, მაგალითად, სითხისა და ტაბლეტების სახით. ოპიოიდების შემთხვევაში, კუნთშიდა ან ინტრავენური გზით მინოდებული დოზების ექვივალენტური ანალგეზიის მისაღწევად, შედარებით დიდი ორალური დოზების მინოდებაა საჭირო. მაგალითად, 10 მგ პარენტერალური მორფინი ორალური მორფინის დაახლოებით 30 მგ-ის ექვივალენტურია. შედარებით მაღალი დოზების საჭიროება განპირობებულია ღვიძლში *პირველი გავლის ეფექტით*. ეს ნიშნავს, რომ პერორალურად მიღებული ოპიოიდები კუჭ-ნაწლავიდან პორტულ ცირკულაციაში შეიწოვება და ღვიძლში მიიტანება. სანამ წამალი სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში აღმოჩნდება და პერიფერიულ რეცეპტორებზე იმოქმედებს ან ჰემატონეცეფალურ ბარიერს გადაკვეთს და ცნს-ის ოპიოიდურ რეცეპტორებამდე მიაღწევს, ანუ, სანამ თავისი ეფექტის განხორციელებას შეძლებს, ის ღვიძლში ნაწილობრივ მეტაბოლიზდება. თუ მინოდებული დოზა საკმარისად მაღალია პირველი გავლის მეტაბოლიზმის დასაძლევად/კომპენსირებისთვის, ორალური ოპიოიდები ისევე ეფექტურია, როგორც პარენტერალური ოპიოიდები.

ბევრი ოპიოიდი ხანმოკლე მოქმედების (დაუყოვნებელი გამოთავისუფლების) და ხანგრძლივი მოქმედების (შენარჩუნებული გამოთავისუფლების ან გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების) ორალური პრეპარატების სახითაა ხელმისაწვდომი. დაუყოვნებელი გამოთავისუფლების პროდუქტები ეფექტურია ტკივილის სწრაფი, ხანმოკლე შემსუბუქებისთვის. გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების პრეპარატები ძირითადად 8-12 საათში ერთხელ მიიღება, თუმცა, ზოგიერთი შესაძლოა ყოველ 24 საათში ერთხელ იქნას მინოდებული. შენარჩუნებული ან გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების პრეპარატები არ უნდა დაიფშვნას, გატყდეს ან დაიღვწოს.

ტრანსმუკოზური და ბუკალური გზები

მიუხედავად იმისა, რომ ისტორიულად კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მქონე პაციენტებს, რომელთაც ყლაპვა უძნელდებოდათ, მორფინი სუბლინგუალურად მიწოდებოდათ, ენისქვეშა ქსოვილიდან, რეალურად, წამლის ძალიან მცირე ნაწილი შეიწოვება. წამლის უდიდესი ნაწილი ნერწყვში იხსნება და იყლაპება და, შესაბამისად, მისი მეტაბოლიზმი ორალური მორფინის მსგავსად მიმდინარეობს.

ტკივილის შეტევების სამკურნალოდ ფენტანილის რამდენიმე ტრანსმუკოზური პროდუქტი გამოიყენება, მათ შორის, ორალური ტრანსმუკოზური ფენტანილის ციტრეტი (OTFC), რომელშიც ფენტანილი ჯოხზე დამაგრებული გემოს მქონე სანუნნი ტაბლეტის შიგნითაა მოთავსებული და ლოყის ლორწოვანზე აქტიური ხახუნის შედეგად შეიწოვება (და არა სანუნნი კანფეტის მოწუნის მსგავსად); ფენტანილის ბუკალური ტაბლეტი (FBT), რომელიც იშლება; სუბლინგუალური ფენტანილი და ფენტანილის ბუკალური ხსნადი ფირი ლოყის ლორწოვანზე აპლიკაციისთვის. ტრანსმუკოზური შეწოვის მეშვეობით ნაშალი სისხლის მიმოქცევაში გადადის და პირდაპირ ცენტრალურ ნერვული სისტემისკენ მიემართება. ტკივილი მიღებიდან დაახლოებით 5-7 წუთში შემსუბუქდება. ფენტანილის ეს ფორმები გამოიყენებულ უნდა იქნას მხოლოდ იმ პაციენტებთან, რომლებიც უკვე იღებენ და ტოლერანტულნი არიან ოპიოიდურ თერაპიას.

ნეიროპათიული ტკივილისა და გაფანტული სკლეროზის დროს სპასტიკურობის მკურნალობის დამხმარე საშუალებას კანაბინოიდის ექსტრაქტის ორომუკოზური სპრეი წარმოადგენს.

ინტრანაზალური გზა

ინტრანაზალური გზა იძლევა მედიკამენტის უხვად სისხლმომარაგებულ ლორწოვანში მიწოდების საშუალებას და გვერდს აუვლის პირველი გავლის ეფექტს. ბუტორფანოლის გამოყენების ჩვენება მწვავე თავის ტკივილი და სხვა ინტენსიური, მორეციდივე სახის ტკივილია. ტკივილის შეტევების სამკურნალოდ ხელმისაწვდომია ფენტანილის ტრანსმუკოზური ნაზალური სპრეი.

რექტალური

რექტალურ გზას ხშირად საკმარისი ყურადღება არ ეთმობა, მაგრამ ის განსაკუთრებით სარგებლის მომტანია იმ შემთხვევებში, თუ პაციენტს, მაგალითად, მძიმე გულისრევის და ღებინების გამო, პერორალურად არ შეუძლია ტკივილგამაყუჩებლის მიღება. სწორი ნაწლავის სანთლების სახით ხელმისაწვდომია ჰიდრომორფონი, ოქსიმორფონი, მორფინი და აცეტამინოფენი. თუ რექტალური პრეპარატები ხელმისაწვდომი არ არის და პაციენტს პერორალურად ნაშლის მიღება არ შეუძლია, რექტალურად ბევრი ორალური ფორმულაციის მიწოდებაცაა შესაძლებელი.

ტრანსდერმული გზა

ფენტანილი ხელმისაწვდომია ტრანსდერმული პლასტირის სისტემის სახითაც, რომელიც უთმო კანზე განთავსდება. ეს სისტემა ხელსაყრელია პაციენტებისთვის, რომლებიც პერორალურ ტკივილგამაყუჩებლებს ვერ იტანენ. პლასტირიდან შეწოვა ნელა მიმდინარეობს და პირველად გამოიყენების შემთხვევაში, სრული ეფექტის დადგომას 12-17 საათი სჭირდება. ამრიგად, დოზის სწრაფი ტიტრაციისთვის ხელსაყრელი არ არის, მაგრამ ის შესაძლოა ეფექტური იყოს იმ შემთხვევებში, თუ ტკივილი სტაბილურია და მისი კონტროლისთვის საჭირო დოზა ცნობილია. ინდივიდუალური პასუხის მიხედვით, შესაძლოა, პლასტირი რეკომენდებული 72 საათის მაგივრად, ყოველ 48 საათში ერთხელ იცვლებოდეს. პლასტირის წებოვანი ლენტით გამონვეული გამონაყრის შემცირება პლასტირის დაკრობამდე 1 საათით ადრე კანის კორტიკოსტეროიდის კრემის მომზადებითაა შესაძლებელი. თუ ოფლიანობის გამო პლასტირი ხშირად ძვრება, შესაძლებე-

ლია ბიოოკლუზიური სახვევების გამოყენება. ხელმისაწვდომია პაციენტის მიერ კონტროლირებული (PCA) ანალგეზიის ტრანსდერმული სისტემა.

მედიკამენტოზური შენიშვნა!

ფენტანილის პლასტირები

- ფენტანილის პლასტირებმა ზედღობის შედეგად, შესაძლოა, სიკვდილი გამოიწვიოს;
- ზედღობის ნიშნებია: სუნთქვის გაძნელება ან ზედაპირული სუნთქვა; დაღლილობა, უკიდურესი ძილიანობა ან სედაცია; აბროვნების, ლაპარაკის ან სიარულის შეუძლებლობა და გულის წასვლა, თავბრუსხვევა ან კონფუზია;

მნიშვნელოვანია ერთმანეთისგან გაიმიჯნოს წამლის სისტემური მიწოდებისთვის და ტოპიკური ან ლოკალური მიწოდებისთვის გამიზნული ტრანსდერმული პლასტირები.

პოსტპერპესული ნევრალგიის სამკურნალოდ გამოიყენება 5% ლიდოკაინით გაჟღენთილი ტრანსდერმული პლასტირი. პლასტირი კანზე უშუალოდ პოსტპერპესული ტკივილის მიდამოში მოთავსდება და 12 საათის განმავლობაში რჩება კანზე. ტოპიკური ლოკალური საანესთეზიო საშუალებები ზოგადად ადვილად აიტანება და ქრონიკული გამოყენების პირობებშიც კი იშვიათად თუ იწვევს სისტემურ გვერდით ეფექტებს.

სახსრებისა და კუნთების ტკივილის მართვისთვის ხელმისაწვდომია 10% ტროლა-მინის სალიცილატის შემცველი კრემები და ლოსიონები. ეს ასპირინის მსგავსი ნივთიერება ლოკალურად შეიწოვება. ამ გზით მიწოდების შემთხვევაში თავიდან ავიცილებთ კუჭ-ნაწლავის გაღიზიანებას, მაგრამ სალიცილატების მაღალი დოზის სხვა გვერდით ეფექტებს – ვერა. აღმოჩნდა, რომ მუხლის ოსტეოართრიტული ტკივილის დროს ეფექტურია დიკლოფენაკის ტოპიკური ხსნარი და დიკლოფენაკის პლასტირი.

ტკივილის გაყუჩებისთვის შესაძლებელია სხვა ტოპიკური ანალგეზიური საშუალებების, მაგალითად, კაპსაიცინის და ლიდოკაინის (L-M-X კრემი) გამოყენება. კაპსაიცინი ცხარე წინაკისგანაა მიღებული და ის C ბოჭკოებზე მოქმედებს. ის დღეში 3-4-ჯერ, 4-6 კვირის განმავლობაში გამოიყენება. კაპსაიცინი C ნოციცეპტორული ბოჭკოების ინაქტივაციას იწვევს, შედეგად მტკივნეული გამღიზიანებლების მიმართ ნეირონული რეზისტენტობა დგება. კაპსაიცინით შესაძლებელია დიაბეტურ ნეიროპათიასთან, ართრიტთან და პოსტპერპესულ ნევრალგიასთან დაკავშირებული ტკივილის მართვა. L-M-X კრემი ვენოპუნქციით გამოწვეული ტკივილის კონტროლისთვის გამოიყენება. მტკივნეული პროცედურის დაწყებამდე მინიმუმ 20-30 წუთით ადრე დაფარეთ კანის მიდამო L-M-X-ის ფენით; პროცედურის წინ კი მოწმინდეთ კრემი. ამ დროს რეკომენდებულია ოკლუზიური სახვევის გამოყენებაც.

პარენტერალური გზები

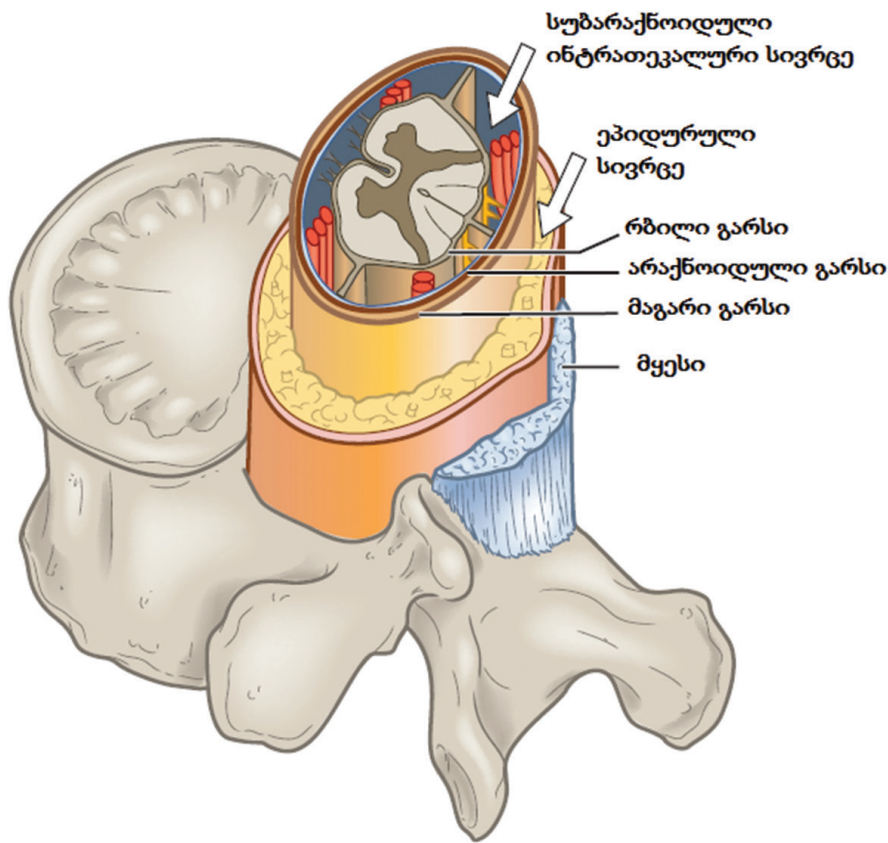
პარენტერალური გზებია: კანქვეშა, კუნთშიდა (ინტრამუსკულარული, IM) და ინტრავენური (IV). პარენტერალური გზებით შესაძლებელია ერთჯერადი, განმეორებითი ან უწყვეტი (კანქვეშა ან IV) დოზირება. მიუხედავად იმისა, რომ კუნთშიდა გზას ხშირად მიმართავენ, ეს რეკომენდებული არ არის, რადგან ინექციები მტკივნეულია და შეწოვა არაპროგნოზირებადია. ქრონიკული გამოყენების შემთხვევაში, კუნთშიდა ინექციებმა შესაძლოა აბსცესებისა და ფიბროზის წარმოქმნა გამოიწვიოს. კანქვეშა ინექციის შემდ-

გომ ანალგეზია ნელა იწყება, ამიტომ მწვავე ტკივილის მართვისთვის ამ გზას იშვიათად მიმართავენ. თუმცა, სიცოცხლის დასასრულს ტკივილის მართვისთვის უწყვეტი კანქვეშა ინფუზიები ეფექტურია. ეს გზა განსაკუთრებით ხელსაყრელია პაციენტებისთვის, რომელთაც დარღვეული აქვთ კუჭ-ნაწლავის ფუნქცია და შეზღუდული აქვთ ვენური წვდომა. ინტრავენური მიწოდება საუკეთესო გზაა მაშინ, როცა აუცილებელია დაუყოვნებელი ანალგეზია და სწრაფი ტიტრაცია. უწყვეტი ინტრავენური ინფუზიების შედეგად სისხლში ნაშლის დონე სტაბილურია და, შესაბამისად, ანალგეზიაც მდგრადია.

ინტრასპინური მიწოდება

ინტრასპინური ოპიოიდური თერაპია მოიცავს სუბარაქნოიდულ (ინტრათეკალური გზა) ან ეპიდურულ სივრცეში (ეპიდურული გზა) კათეტერის მოთავსებას/ჩადგმას (სურ. 7-4). ტკივილგამაყუჩებლების ინექცია ხანგამოშვებითი ბოლუსური დოზებით ან უწყვეტი ინფუზიის სახით ხდება.

სურათი 7-4³⁴



ხანმოკლე თერაპიისთვის (2-4 დღე) გამოიყენება კანიდან ჩადგმული დროებითი კათეტერები, ხოლო გრძელვადიანი თერაპიისთვის – ქირურგიულად იმპლანტირებული კათეტერები. მიუხედავად იმისა, რომ კათეტერი ყველაზე ხშირად წელის რეგიონში იდგმება, ეპიდურული კათეტერი ხერხემლის ნებისმიერი სეგმენტიდან შეიძლება ჩაიდგას (კისრის, გულმკერდის, წელის ან კაუდალური). ეპიდურული კათეტერის წვერი მტკივნეული დერმატომის მაინერვირებელ ნერვთან მაქსიმალურად ახლოს უნდა მოთავსდეს. მაგალითად, მუცლის ზედა ნაწილზე ქირურგიული ჩარევის დროს გულმკერდის კათეტე-

³⁴ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

რი იდგმება, მუცლის ქვედა ნაწილზე ქირურგიული ჩარევის დროს კი – მაღალი ლუმბალური კათეტერი. კათეტერის სწორი მოთავსების უზრუნველყოფის მიზნით გამოიყენება ფლუოროსკოპი.

ინტრასპინურად მიწოდებული ტკივილგამაყუჩებლები მეტად ძლიერია, რადგან ისინი ზურგის ტვინის უკანა რქის რეცეპტორებთან ახლოს შეიყვანება. ამ დროს ტკივილგამაყუჩებლების უფრო დაბალი დოზები გამოიყენება, ვიდრე სხვა შემთხვევებში, მათ შორის, ინტრავენური გზით მიწოდებისას. მაგალითად, 1 მგ ინტრათეკალური მორფინი დაახლოებით 10 მგ ეპიდურული, 100 მგ ინტრავენური და 300 მგ ორალური მორფინის ექვივალენტურია. ინტრასპინურად შესაძლებელია მორფინის, ფენტანილის, სუფენტანილის, ალფენტანილის, ჰიდრომორფონის, ბიკონოტიდის (კალციუმის არხების რეცეპტორების მოდულატორი, რომელიც ნეიროპათიული ტკივილის სინდრომების დროს გამოიყენება) და კლონიდინის მიწოდება. ინტრასპინური ოპიოიდების გავრცელებული გვერდითი ეფექტებია: გულისრევა, ქავილი და შარდის შეკავება.

ინტრასპინური ანალგეზიის გართულებებია: კათეტერის გადაადგილება და მიგრაცია, ნეიროტოქსიკური საშუალებების შემთხვევითი ინფუზია, ეპიდურული ჰემატომები და ინფექცია. კათეტერის გადაადგილების ან მიგრაციის კლინიკური გამოვლინებები კათეტერის მდებარეობასა და წამალზე დამოკიდებული. თუ კათეტერი ინტრათეკალური ან ეპიდურული სივრციდან მიგრირებს, ტკივილის შემსუბუქების შემცირებას გამოიწვევს და ტკივილის კონტროლი არ გაუმჯობესდება დამატებითი ბოლუსების ან ინფუზიის სინქარის მომატების ფონზე. თუ ეპიდურული კათეტერი სუბარაქნოიდულ სივრცეში მიგრირებს, თვალსაჩინო ხდება გვერდითი ეფექტების მატება. აღინიშნება სომნოლენცია, კონფუზია და ანესთეზიის გაძლიერება (თუ ინფუზია საანესთეზიო საშუალებას შეიცავს). ინტრათეკალური კათეტერის სწორი მოთავსების გადასამოწმებლად თავზურგტვინის ასპირაციამდე გადაამოწმეთ დაწესებულების შინაგანანესი. კათეტერის სისხლძარღვში მიგრაციამ, წამლის სისტემური განაწილების გამო, შესაძლოა, გვერდითი ეფექტების მატება გამოიწვიოს.

ინტრასპინური მიწოდების შემთხვევაში ბევრი წამალი და ქიმიური ნივთიერება მკვეთრად ნეიროტოქსიკურია. ნეიროტოქსიკურია, მაგალითად, ბევრი პრეზერვატივი, კერძოდ, ალკოჰოლი და ფენოლი; ანტიბიოტიკები, ქიმიოთერაპიული საშუალებები, კალიუმი და პარენტერალური კვება. ინტრასპინურ კათეტებში ინტრავენური წამლების შეცდომით ინექციის თავიდან ასაცილებლად, ინტრასპინური კათეტერი მკაფიოდ უნდა იყოს მონიშნული და უნდა ხდებოდეს მხოლოდ უპრეზერვატივო წამლების ინექცია.

ინფექცია ინტრასპინური ანალგეზიის იშვიათი, მაგრამ სერიოზული გართულებაა. დააკვირდით კათეტერის გამოსვლის ადგილას ანთების ნიშნებს, ღრენაჟსა და ტკივილს. ინტრასპინური ინფექციის გამოვლინებებია: ზურგის დიფუზური ტკივილი, ტკივილი ან პარესთეზია ბოლუსის ინექციის დროს და ქვედა კიდურებში აუხსნელი სენსორული ან მოტორული დეფიციტები. შესაძლოა აღინიშნებოდეს ცხელებაც. მწვავე ბაქტერიული ინფექცია (მენინგიტი) ფოტოფობიით, კისრის რიგიდობით, ცხელებით, თავის ტკივილითა და ცნობიერების ცვლილებით ვლინდება. ინფექციის თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია ჭრილობის რეგულარული, სკრუპულოზური მოვლა და კათეტერის მოვლისას და წამლების ინექციისას სტერილური ტექნიკის გამოყენება.

ტერმინალურ ონკოლოგიურ პაციენტებს ან ზოგიერთი ტკივილის სინდრომის მქონე პაციენტს, რომლებიც მკურნალობის სხვა მეთოდებს არ პასუხობენ, შესაძლოა, გრძელ-

ვადიანი/ხანგრძლივი ეპიდურული კათეტერები ჩაედგათ. გრძელვადიანი ეპიდურული კათეტერიზაციის შემთხვევაში, რეკომენდებულია ბაქტერიული ფილტრების გამოყენება.

საიმპლანტაციო პამპები

ტკივილის გრძელვადიანი გაყუჩებისთვის შესაძლებელია ინტრანსპინური კათეტერების ქირურგიული იმპლანტაცია. კანქვეშ მოთავსებულ პამპთან და რეზერვუართან დაკავშირებული ინტრათეკალური კათეტერის ქირურგიული იმპლანტაცია იძლევა წამლების პირდაპირ ინტრათეკალურ სივრცეში მიწოდების საშუალებას. პამპი, რომელიც მუცლის კანქვეშა ქსოვილში შექმნილ ჯიბეში მოთავსდება, შესაძლოა იყოს პროგრამირებადი ან ფიქსირებული. ცვლილებები პამპის რეპროგრამირების ან რეზერვუარში არსებული წამლის მიქსტურის ან კონცენტრაციის შეცვლის გზით კეთდება. მიწოდების სინქარის, მიქსტურისა და რეზერვუარის ზომის გათვალისწინებით, პამპი ყოველ 30-90 დღეში ხელახლა ივსება.

პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზია

ინტრავენური მიწოდების სისტემის სპეციფიკური ტიპი პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიაა (PCA). ეს სისტემა შესაძლოა ეპიდურულ კათეტერთანაც იყოს დაკავშირებული (პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ეპიდურული ანალგეზია). პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიის შემთხვევაში, პაციენტს ოპიოიდის დოზა მიეწოდება მაშინ, როცა პაციენტი მას საჭიროდ მიიჩნევს. პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიის დროს პაციენტი ხელს აჭერს ღილაკს და იღებს ტკივილგამაყუჩებლის ბოლუსურ ინფუზიას. პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზია ფართოდ გამოიყენება მწვავე ტკივილის, მათ შორის, პოსტოპერაციული ტკივილისა და კიბოთი განპირობებული ტკივილის მართვისთვის.

პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ინტრავენური ანალგეზიის ფარგლებში როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ტკივილის მართვისთვის ხშირად გამოიყენება ოპიოიდები, კერძოდ, მორფინი და ჰიდრომორფონი. ფენტანილი მწვავე ტკივილისთვის ნაკლებად ხშირად გამოიყენება. ზოგჯერ, ოპიოიდის საჭიროებიდან გამომდინარე, პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ინტრავენური ანალგეზია უწყვეტი, ანუ ფონური ინფუზიის სახითაც მიეწოდება. ამას *ბაზალური სინქარე* ეწოდება. ოპიოიდის მიმართ მაღალი მგრძობიანობის მიმართ პაციენტებში მწვავე ტკივილის დროს თერაპიის დაწყებისას ბაზალური სინქარე რეკომენდებული არ არის. პაციენტებში, რომელთაც არასდროს მიუღიათ ოპიოიდი და სუნთქვითი გართულებების რისკის ქვეშ იმყოფებიან (მაგ., ხანდაზმული ასაკი, ძილის ობსტრუქციული აპნოე, ფილტვის დაავადება), ბაზალური სინქარის დამატებამ შესაძლოა სუნთქვის სერიოზული პრობლემები გამოიწვიოს.

პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიის გამოყენება პაციენტის სწავლებით იწყება. დაეხმარეთ პაციენტს, გაიაზროს წამლის დოზის მიღების მექანიკა და ისწავლოს, როგორ მოახდინოს წამლის ტიტრაცია ტკივილის კარგი კონტროლის მიღწევის მიზნით. ასწავლეთ პაციენტს, რომ დოზა ძლიერი ტკივილის გამოვლენამდე უნდა მიიღოს. დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ ზედღობირება ვერ მოხდება, რადგან პამპით საათში მხოლოდ განსაზღვრული დოზების მიწოდებაა შესაძლებელი. მაქსიმალური დოზის მიწოდების შემდეგ ღილაკზე დაჭერის შემთხვევაში, პაციენტს მეტი ტკივილგამაყუჩებელი არ მიეწოდება. თუ მაქსიმალური დოზებით ტკივილის შემსუბუქება ვერ ხერხდება, პამ-

პის რეპროგრამირებით შესაძლებელია დოზის ან დოზირების სიხშირის გაზრდა. ამასთან, თუ ექიმის დანიშნულებით ეს გათვალისწინებულია, თქვენ შეგიძლიათ ბოლუსური დოზების მიწოდება. პაციენტის მიერ კონტროლირებული ინფუზიებიდან ორალურ წამლებზე “გლუვი” გადასვლისთვის პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიის თანდათანობითი შემცირების ფონზე, პაციენტმა ორალური წამლის მზარდი დოზები უნდა მიიღოს.

ინტერვენციული თერაპია

თერაპიული ნერვული ბლოკები

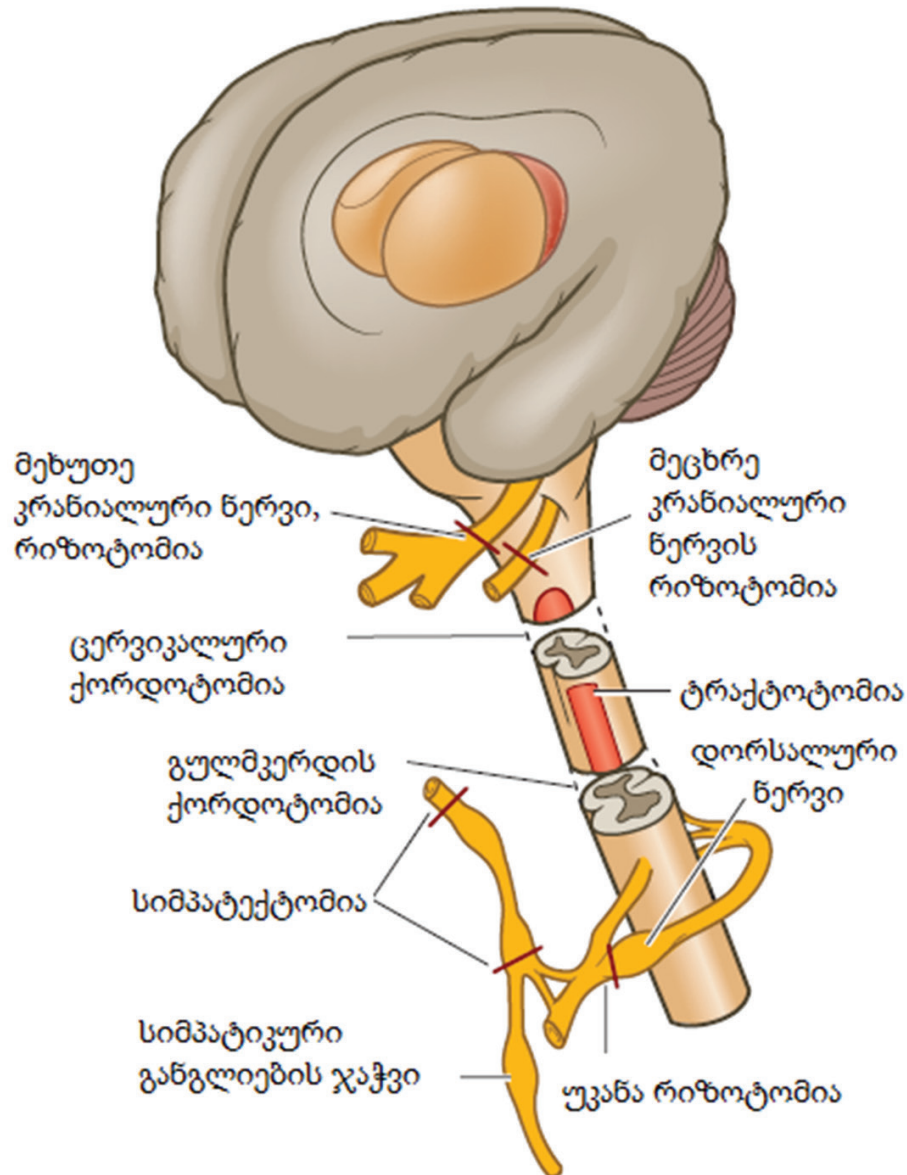
ნერვული ბლოკები ძირითადად გულისხმობს ერთ კონკრეტულ უბანში, ტკივილის შემსუბუქების მიზნით, ლოკალური საანესთეზიო საშუალებების ერთჯერად ან ხანგრძლივ ინფუზიას. ამ ტექნიკებს *რეგიონულ ანესთეზიასაც* უწოდებენ. ნერვული ბლოკადის შედეგად უბანში წყდება ყოველგვარი აფერენტული და ეფერენტული გადაცემა და, შესაბამისად, მხოლოდ ნოციციპტურ გზებს არ მოიცავს. ნერვული ბლოკადა შესაძლებელია განხორციელდეს ლოკალური საანესთეზიო საშუალებებით ქირურგიული მიდამოს (მაგ., გულმკერდის განაკვეთი, საზარდულის თიაქარი, სახსარი) ლოკალური ინფილტრაციით ან კონკრეტულ ნერვში (მაგ., კეფის ან სასირცხო ნერვი) ან ნერვულ წნულში (მაგ., მხრის ან ფაშვის წნული) საანესთეზიო საშუალების ინექციით. ნერვული ბლოკები ხშირად გამოიყენება ოპერაციის დროს და ოპერაციის შემდეგ ტკივილის მართვის მიზნით. ქრონიკული ტკივილის სინდრომების უფრო გრძელვადიანი შემსუბუქებისთვის, ლოკალური საანესთეზიო საშუალებები უწყვეტი ინფუზიის სახით მიეწოდება.

ნერვული ბლოკების არასასურველი ეფექტები სხვა სისტემური გზით მიწოდებული ლოკალური საანესთეზიო საშუალებების არასასურველი ეფექტების მსგავსია და მოიცავს სისტემურ ტოქსიკურობას, რომელიც რიტმის დარღვევებით, კონფუზიით, გულისრევითა და ღებინებით, მხედველობის დაბინდვით, ტინიტუსითა და მეტალის გემოთი ვლინდება. დროებითი ნერვული ბლოკები მოქმედებს როგორც მოტორულ ფუნქციაზე, ისე მგრძნობელობაზე და, საშუალების და ინექციის ადგილის მიხედვით, 2-დან 24 საათამდე გრძელდება. მოტორული ფუნქცია, ძირითადად, მგრძნობელობაზე ადრე აღდგება.

ნეიროაბლაციური ტექნიკები

ნეიროაბლაციური ინტერვენციები გამოიყენება ძლიერი ტკივილის დროს, რომელიც არ ემორჩილება მკურნალობის არც ერთ სხვა მიდგომას. ნეიროაბლაციური ტექნიკებით ხდება ნერვების განადგურება, რის შედეგადაც ტკივილის გადაცემა წყდება. ნერვის დესტრუქცია ქირურგიული რეზექციით ან თერმოკოაგულაციით (მოიცავს რადიოსიხშირულ აბლაციასაც) ხდება. ნეიროაბლაციური ინტერვენციები, რომელიც პერიფერიული ან სპინური ნერვის სენსორულ დანაყოფს ანადგურებს, კლასიფიცირდება, როგორც *ნეირექტომიები*, *რიზოტომიები* და *სიმპატექტომიები*. ნეიროქირურგიულ პროცედურებს, რომელთა შემჯობითაც ლატერალური (გვერდითი) სპინოთალამური ტრაქტის აბლაცია ხდება, *ქორდოტომიები* ეწოდება იმ შემთხვევაში, თუ ტრაქტი ზურგის ტვინში ზიანდება; ხოლო თუ ტრაქტი მოგრძო ტვინის ან შუა ტვინის დონეზე წყდება, ამ პროცედურებს *ტრაქტოტომიებს* ვუწოდებთ (სურ. 7-5). ქორდოტომიაცა და ტრაქტოტომიაც ლოკალური ანესთეზიის ქვეშ, ფლუოროსკოპიული კონტროლით პერკუტანეული ტექნიკითაა შესაძლებელი.

სურათი 7-5³⁵ ნეიროქირურგიული პროცედურები ტკივილის მართვისთვის



ნეიროაუგმენტაცია

ნეიროაუგმენტაცია გულისხმობს თავის ტვინისა და ზურგის ტვინის ელექტრულ სტიმულაციას. ზურგის ტვინის სტიმულირება (SCS) გაცილებით ხშირად კეთდება, ვიდრე თავის ტვინის სტიმულაცია. ზურგის ტვინის სტიმულაცია ყველაზე ხშირად ნერვის დაზიანებით განპირობებული ზურგის ქრონიკული ტკივილის დროს გამოიყენება მაშინ, როცა ტკივილი სხვა მკურნალობას არ ემორჩილება. ზურგის ტვინის სტიმულაცია გამოიყენება ასევე კომპლექსური რეგიონული ტკივილის სინდრომის, ზურგის ტვინის დაზიანებით გამოწვეული ტკივილისა და ინტერსტიციული ცისტიტის დროს. პოტენციური გართულებები უკავშირდება ქირურგიულ ჩარევას (სისხლდენა და ინფექცია), გენერატორის მიგრაციას (გენერატორი ძირითადად დუნდულოს ზედა ან მკერდის კუნთების მიდამოში კანქვეშა ქსოვილებში იმპლანტირდება) და ნერვის დაზიანებას.

³⁵ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

ტკივილის არამედიკამენტოზური მართვა

არამედიკამენტოზური სტრატეგიები ტკივილის მართვაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს (ცხრილი 7-14). ისინი ტკივილის შემსუბუქებისთვის საჭირო ტკივილგამაყუჩებლის დოზას და, შესაბამისად, წამლის გვერდით ეფექტებს ამცირებს. ამასთან, ისინი აძლიერებს ტკივილზე კონტროლის შეგრძნებას და გამკლავების უნარ-ჩვევებს. მიიჩნევა, რომ ზოგიერთი სტრატეგია ცვლის აღმავალ ნოციცეპტურ იმპულსებს ან ასტიმულირებს ტკივილის მოდულაციის დაღმავალ მექანიზმებს. ეს არამედიკამენტოზური თერაპიები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქრონიკული ტკივილის მართვაში.

ცხრილი 7-14 ტკივილის არამედიკამენტოზური მართვა	
ფიზიკური თერაპიები <ul style="list-style-type: none"> • აკუპუნქტურა; • სითბოს და სიცივის აპლიკაცია; • ვარჯიში; • მასაჟი; • ნერვის ტრანსკუტანეული ელექტრული სტიმულაცია (TENS); 	კოგნიტური თერაპიები <ul style="list-style-type: none"> • ყურადღების გადატანა; • ჰიპნოზი; • წარმოსახვა; • რელაქსაციის სტრატეგიები: <ul style="list-style-type: none"> ○ რელაქსაციური სუნთქვა; ○ მედიტაცია; ○ არტ-თერაპია; ○ მუსიკალური თერაპია;

ტკივილის შემსუბუქების ფიზიკური სტრატეგიები

მასაჟი

მასაჟს მიმართავენ როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ტკივილის დროს. არსებობს მასაჟის ბევრი სხვადასხვა ტექნიკა, მათ შორის, ხელების ან თითების კანზე ნელი ან სწრაფი წრიული ან ხაზოვანი მოძრაობებით (ზედაპირული მასაჟი) ან კანზე ძლიერი ბენოლა ქვეშ მდებარე ქსოვილების მასაჟისას კონტაქტის შენარჩუნების მიზნით (ღრმა მასაჟი). კიდევ ერთი ტიპია ტრიგერული წერტილების მასაჟი. ტრიგერული წერტილი კუნთის მჭიდრო ბოლში მოქცეული შემოსაზღვრული ჰიპერმგრძობიარე უბანია. ის გამონვეულია კუნთის მწვავე ან ქრონიკული დაჭიმვით და ხშირად კანქვეშა მჭიდრო კვანძის სახით შეიგრძნობა. ტრიგერული წერტილების მასაჟი თითებით ძლიერი, მდგრადი ბენოლით; ღრმა მასაჟით ან ყინულით ნაზი მასაჟითა და კუნთის გათბობით ხდება.

ვარჯიში

ვარჯიში ქრონიკული ტკივილის, განსაკუთრებით, ძვალკუნთოვანი ტკივილის მქონე პაციენტების მკურნალობის გეგმის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილია. ტკივილის გამო ფიზიკური მდგომარეობა ხშირად უარესდება, რაც კიდევ უფრო აძლიერებს ტკივილის. ვარჯიში ტკივილს სხვადასხვა გზით ამსუბუქებს. ვარჯიში აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას და კარდიოვასკულურ ფიტნესს, ამცირებს შეშუპებას, აძლიერებს კუნთებს და მათებს მათ მოქნილობას და აუმჯობესებს ფიზიკურ და ფსიქოსოციალურ ფუნქციონირებას. ვარჯიშის პროგრამა პაციენტის ფიზიკურ საჭიროებებსა და ცხოვრების წესს უნდა მოერგოს. ეს შესაძლოა მოიცავდეს აერობულ ვარჯიშს, განვლვებსა და გამაძლიერებელ ვარჯიშებს. ვარჯიშის პროგრამა სპეციალურად მომზადებული პერსონალის (მაგ., ვარჯიშის ფიზიოლოგი, ფიზიკური თერაპევტი) მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა მიმდინარეობდეს.

ნერვის ტრანსკუტანული ელექტრული სტიმულაცია

ნერვის ტრანსკუტანული ელექტრული სტიმულაცია (TENS) გულისხმობს მტკივნეული უბნის, ტრიგერული წერტილების ან პერიფერიული ნერვის მფარავ კანზე მოთავსებულ ელექტროდებიდან ელექტრული დენის მიწოდებას. TENS სისტემა ტყვიის მავთულებით მცირე ზომის, ბატარეაზე მომუშავე სტიმულატორთან დაკავშირებული ორი ან მეტი ელექტროდისგან შედგება (სურ. 7-6). ძირითადად, TENS თერაპიის მიწოდებაზე ფიზიკური თერაპევტია პასუხისმგებელი, თუმცა, შესაბამისი მომზადების გავლა ექთანსაც შეუძლია.

TENS შესაძლოა გამოყენებულ იქნას მწვავე ტკივილის, მათ შორის, პოსტოპერაციული ტკივილისა და ფიზიკურ ტრავმასთან დაკავშირებული ტკივილის დროს. ქრონიკულ ტკივილზე TENS-ის ეფექტი ნაკლებად მკაფიოა, თუმცა, ის შესაძლოა ამ შემთხვევაშიც ეფექტური იყოს.

სურათი 7-6³⁶



აკუპუნქტურა

აკუპუნქტურა ტრადიციული ჩინური სამედიცინო ტექნიკაა, რომელიც გულისხმობს განსაზღვრულ წერტილებში ძალიან წვრილი ნემსების მოთავსებას. აკუპუნქტურა ბევრი სხვადასხვა სახის ტკივილის მართვისთვის გამოიყენება.

სითბოს/სითბური თერაპია

სითბოს თერაპია გულისხმობს კანზე ნოტიო ან მშრალი სითბოს აპლიკაციას. სითბური თერაპია არის ზედაპირული ან ღრმა. სითბოს ზედაპირული მიწოდება ელექტრული სათბურას (მშრალი ან ნოტიო), ცხელი პაკეტის, ცხელი ნოტიო კომპრესების, თბილი ცვილის (პარაფინი) ან ცხელი წყლის ბოთლის გამოყენებითაა შესაძლებელი. სხეულის უფრო დიდი ფართობის გასათბობად პაციენტებს შეუძლიათ თბილი აბაზანა, შხაპი ან ჯაკუზი მიიღონ. ფიზიკური თერაპიის განყოფილებებში ღრმა სითბური თერაპია მოკლევადიანი დიათერმიის, მიკროტალღური დიათერმიისა და ულტრაბგერითი ტექნიკების გამოყენებით ტარდება. სითბურ თერაპიასთან დაკავშირებული სწავლება 7-15 ცხრილშია აღწერილი.

³⁶ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

სიცივის თერაპია

სიცივის თერაპია მოიცავს კანზე ნოტიო ან მშრალი სიცივის აპლიკაციას/დადებას. მშრალი სიცივის მიწოდება ყინულის პაკეტის; ხოლო ნოტიო სიცივის ყინულიან წყალში გაჟღენთილი პირსახოცების, ცივი ჰიდროკოლატორის პაკეტების ან ცივი აბაზანის ან შხაპის მეშვეობითაა შესაძლებელი. სხვადასხვა მტკივნეული მდგომარეობის, მაგალითად, ტრავმით ან ქირურგიული ჩარევით გამოწვეული მწვავე ტკივილის, ართრიტის გამწვავევების, კუნთების სპაზმისა და თავის ტკივილის დროს უფრო ეფექტურია, ვიდრე სითბო. სიცივის თერაპიასთან დაკავშირებული სწავლება 7-15 ცხრილშია აღწერილი.

ცხრილი 7-15 პაციენტისა და მომვლელის სწავლების სახელმძღვანელო სიტბოსა და სიცივის თერაპია

პაციენტებისა და მომვლელებისთვის ზედაპირული სითბოს ან სიცივის ტექნიკის სწავლებისას, მიეცით მათ შემდეგი მითითებები.

სითბოს/სითბური თერაპია

- არ გამოიყენოთ სითბო უბანზე, რომელზეც დასხივებას იტარებთ; რომელიც სისხლმდენია; რომელზეც შემცირებულია მგრძნობელობა ან ბოლო 24 საათის განმავლობაში დაიზიანეთ;
- სითბოს აპლიკაციისას არ გამოიყენოთ მენტოლის შემცველი პროდუქტები, რადგან ამან შესაძლოა დამწვრობა გამოიწვიოს;
- კანზე განთავსებამდე სითბოს წყაროს პირსახოცი ან ნაჭერი დააფარეთ, რათა თავიდან აიცილოთ დამწვრობა;

სიცივის თერაპია

- კანზე განთავსებამდე სიცივის წყაროს პირსახოცი ან ნაჭერი დააფარეთ, რათა თავიდან აიცილოთ ქსოვილის დაზიანება;
- არ დაიდოთ ცივი უბნებზე, რომელზეც დასხივებას იტარებთ; რომელზეც ღია ჭრილობა გაქვთ ან რომელსაც სისხლი არასათანადოდ მიეწოდება;
- თუ უშუალოდ მტკივნეულ უბანზე ცივს ვერ იდებთ, ეცადეთ მტკივნეული უბნის უშუალოდ გემოთ ან ქვემოთ დაიდოთ ან სხეულის საპირისპირო მხარეს, შესაბამის უბანზე (მაგ., მარცხენა იდაყვზე, თუ მარჯვენა იდაყვი გტკივთ);

კოგნიტური თერაპიები

ტკივილის აფექტური, კოგნიტური და ბიჰევიორული კომპონენტების ცვლილების ტექნიკები სხვადასხვა კოგნიტურ სტრატეგიასა და ბიჰევიორულ მიდგომას მოიცავს. მაგალითად, პაციენტებს შეუძლიათ ამოიციონ და დაუპირისპირდნენ ტკივილთან დაკავშირებულ ფიქრებს და ჩანაცვლონ ისინი უფრო დადებითი, გამკლავების ხელშემწყობი ფიქრებით. ზოგიერთი ეს ტექნიკა მხოლოდ მცირედ მომზადებას მოითხოვს და ხშირად პაციენტები მათ დამოუკიდებლად ეუფლებიან. სხვა შემთხვევებში, აუცილებელია სპეციალურად მომზადებული თერაპევტის დახმარება.

ყურადღების გადატანა

ყურადღების გადატანის ტექნიკა გულისხმობს ყურადღების ტკივილიდან სხვა რამეზე გადატანას. ეს ტკივილის შემსუბუქების მარტივი, მაგრამ ძლიერი სტრატეგიაა. ყურადღების გადატანა ნებისმიერი ისეთი აქტივობითაა შესაძლებელი, რაზეც პაციენტი ყურადღებას დააფიქსირებს (მაგ., ტელევიზორის ან ფილმის ყურება, საუბარი, მუსიკის მოსმენა, თამაში). მნიშვნელოვანია, რომ აქტივობა პაციენტის ენერჯის დონესა და კონცენტრაციის უნარს მოერგოს.

ჰიპნოზი

ჰიპნოთერაპია სტრუქტურირებული ტექნიკაა, რომელიც პაციენტს საშუალებას აძლევს, მიაღწიოს ამაღლებული ცნობიერებისა და ფოკუსირებული კონცენტრაციის მდგომარეობას, რომელიც ტკივილის აღქმის შეცვლისთვის შეიძლება იქნას გამოყენებული. ჰიპნოზი სპეციალურად მომზადებულმა კლინიცისტმა უნდა გააკეთოს და მანვე უნდა აწარმოოს მონიტორინგი.

რელაქსაციის სტრატეგიები

რელაქსაციის სტრატეგიები სხვადასხვაგვარია, მაგრამ მათი მიზანი შფოთვისგან და კუნთების დაძაბულობისგან თავისუფალი მდგომარეობის მიღწევაა. რელაქსაცია ამცირებს სტრესს და მწვავე შფოთვას, ყურადღებას გადაატანინებს პაციენტს სტრესიდან, მოხსნის კუნთების დაძაბულობას, ამსუბუქებს დაღლილობას, აადვილებს ძილს და აუმჯობესებს ტკივილის შემსუბუქების სხვა მეთოდების ეფექტურობას. რელაქსაციის სტრატეგიებია: რელაქსაციური სუნთქვა, მუსიკა, შემოქმედებითი წარმოსახვა, მედიტაცია და კუნთების რელაქსაცია.

საექთნო და კოლაბორაციული მართვა

ტკივილი

თქვენ ტკივილის მართვის ინტერდისციპლინური გუნდის მნიშვნელოვანი წევრი ხართ. თქვენ წვლილი შეგაქვთ ტკივილის შეფასებასა და ხელახალ შეფასებაში. თქვენ ხელს უწყობთ მკურნალობის მეთოდების დაგეგმვასა და იმპლემენტაციას, მათ შორის, განათლებას, ადვოკატირებას და პაციენტისა და ოჯახის მხარდაჭერას. რადგანაც ტკივილი მოვლის ნებისმიერ გარემოში მყოფ პაციენტს შეიძლება აღენიშნებოდეს, თქვენ უნდა იცნობდეთ ამჟამად გამოყენებულ თერაპიებს და მოქნილად უნდა შეგეძლოთ ტკივილის მართვის ახალი მიდგომების ცდა.

პაციენტთან ერთად შეიმუშავეთ თანხმობის ან მკურნალობის წერილობითი გეგმა, რომელშიც ტკივილის მართვაა აღწერილი. გეგმის შედგენისას უნდა უზრუნველყოთ, რომ ტკივილი პაციენტის მიერ ტკივილის აღქმისა და გადმოცემის გათვალისწინებით იმართება. ამასთან, გეგმაში მკაფიოდ უნდა იყოს გამოკვეთილი ტკივილგამაყუჩებლის დოზის თანდათანობითი შემცირება, პარენტერალური ტკივილგამაყუჩებლების ეტაპობრივად ხანგრძლივი მოქმედების ორალური პრეპარატებით ჩანაცვლება და, შეძლებისდაგვარად, ოპიოიდების შეწყვეტა.

ბევრი საექთნო როლი ამ თავის წინა ნაწილში იქნა განხილული, მაგალითად, ტკივილის შეფასება, მკურნალობის მიწოდება, გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი და პაციენტებისა და მომვლელების სწავლება. თუმცა, ამ ქმედებების წარმატება დამოკიდებულია თქვენს უნარზე, პაციენტთან და მომვლელთან ნდობით სავსე ურთიერთობა დაამყაროთ და შეძლოთ მათ ტკივილთან და მის მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრაში დაეხმაროთ.

ეფექტური კომუნიკაცია

რადგანაც ტკივილი სუბიექტური გამოცდილებაა, პაციენტები დარწმუნებულნი უნდა იყვნენ, რომ ტკივილის გადმოცემისას მათ დაუჭერებენ და „წუნუნად“ არ აღიქვამენ.

პაციენტმა და მომვლელმა ასევე უნდა იცოდნენ, რომ თქვენ ტკივილს მნიშვნელოვნად მიიჩნევთ და გესმით, რომ ტკივილმა შესაძლოა მკვეთრად შეუშალოს ხელი პაციენტის ცხოვრებას. აგრძნობინეთ მზრუნველი დამოკიდებულება და დაეხმარეთ ტკივილის შემსუბუქებასა და შეუმსუბუქებელ ტკივილთან გამკლავებაში. ეფექტური თერაპიული გეგმის დანერგვის დროს ზოგჯერ აუცილებელია “მცდელობის და შეცდომის” პერიოდი, რომლის დროსაც თქვენ პაციენტსა და მომვლელს მხარი უნდა დაუჭიროთ. ასევე მნიშვნელოვანია ტკივილის შემსუბუქებაში როლების განსაზღვრა. დაეხმარეთ პაციენტს გაიაზროს სამედიცინო გუნდის წევრების და, ასევე, საკუთარი როლი და მოლოდინები.

ტკივილის შეფასებისა და მკურნალობის კონკრეტულ ასპექტებთან ერთად, შეაფასეთ, რა გავლენა აქვს ტკივილს პაციენტისა და მომვლელის ცხოვრებაზე. 7-16 ცხრილში აღწერილია ტკივილის მართვასთან მიმართებით პაციენტებისა და მომვლელების სასწავლო საჭიროებები.

<p>ცხრილი 7-16 პაციენტისა და მომვლელის სწავლების სახელმძღვანელო ტკივილის მართვა</p> <p><i>ტკივილის მქონე პაციენტისა და მისი მომვლელის სწავლების გეგმაში გააერთიანეთ შემდეგი ინფორმაცია.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • თვითმართვის ტექნიკები; • ტკივილის მართვის რეალისტური სამიზნეები; • შეუმსუბუქებელი ტკივილის უარყოფითი შედეგები; • ტკივილის დონისა და მკურნალობის ეფექტურობის ჩანაწერის წარმოების საჭიროება; • ტკივილი მანამდე უნდა იმართოს მედიკამენტებით ან/და არამედიკამენტოზური მიდგომებით, ვიდრე ის ძლიერი გახდება; • ხანგრძლივი გამოყენების პირობებში წამალმა შესაძლოა მოქმედება შეწყვიტოს და შესაძლოა დოზის შეცვლა გახდეს საჭირო; • ტკივილის მკურნალობის შესაძლო გვერდითი ეფექტებია: გულისრევა და ღებინება, ყაბზობა, სედაცია და ძლიანობა, ქავილი, შარდის შეკავება და ოფლიანობა; • იმ შემთხვევაში, თუ ტკივილი ატანად დონემდე არ შემსუბუქდება, შეტყობინების საჭიროება;

ტკივილის ეფექტური მართვის ბარიერები

ტკივილის ეფექტური მართვასთან დაკავშირებულ გავრცელებულ ბარიერებს წარმოადგენს გაუგებრობები ტოლერანტობის, ფიზიკური დამოკიდებულებისა და ადიქციის შესახებ. მნიშვნელოვანია, გესმოდეთ ეს კონცეფციები და შეგეძლოთ მათი ახსნა.

ტოლერანტობა

სხვადასხვა წამლის ქრონიკული გამოყენების პირობებში ყალიბდება ტოლერანტობა. ოპიოიდების შემთხვევაში, ანალგეზიის მიმართ ტოლერანტობა გამოიხატება იმით, რომ ანალგეზიის იმავე ხარისხის მისაღწევად ოპიოიდის უფრო მაღალი დოზაა საჭირო. მიუხედავად იმისა, რომ გვერდითი ეფექტების (ყაბზობის გარდა) მიმართ ტოლერანტობის ჩამოყალიბება უფრო პროგნოზირებადია, ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტებში ოპიოიდების მიმართ კლინიკურად მნიშვნელოვანი ტოლერანტობის ინციდენტობა უცნობია, რადგან დოზის საჭიროება შესაძლოა დაავადების (მაგ., კიბო) პროგრესირე-

ბის გამო გაიზარდოს. აუცილებელია ხანგრძლივ თერაპიაზე მყოფ პაციენტებში ტკივილგამაყუჩებლებზე გაზრდილი მოთხოვნის შეფასება. სამედიცინო გუნდმა საჭიროების გაზრდა უნდა შეაფასოს და გამორიცხოს მისი ყველა სხვა მიზეზი, მაგალითად, დაავადების პროგრესირება და ინფექცია.

თუ ოპიოიდების მიმართ მნიშვნელოვანი ტოლერანტობა ყალიბდება და მიიჩნევა, რომ ოპიოიდი ეფექტურობას კარგავს ან თუ დოზის გაზრდას აუტანელი გვერდითი ეფექტები ახლავს თან, შესაძლებელია განხილულ იქნას ოპიოიდის როტაციის პრაქტიკა. ეს გულისხმობს ერთი ოპიოიდიდან მეორეზე გადართვას იმ დაშვებით, რომ ახალი ოპიოიდი უფრო დაბალი ექვიანალგეზიური დოზებით უფრო ეფექტური იქნება. თუმცა ოპიოიდების ძალიან მაღალმა დოზებმა, შესაძლოა, ტკივილის შემსუბუქების მაგივრად, ოპიოიდებით ინდუცირებული ჰიპერალგეზია გამოიწვიოს. ეს ნიშნავს, რომ დოზის გაზრდის შედეგად, შესაძლოა, ტკივილი გაძლიერდეს.

ფიზიკური დამოკიდებულება

ტოლერანტობის მსგავსად, ფიზიკური დამოკიდებულებაც წამლების ხანგრძლივი გამოყენების საპასუხო ნორმალური ფიზიოლოგიური რეაქციაა. ფიზიკური დამოკიდებულება წამლის უეცარი შემცირების ფონზე ალკვეთის სინდრომით ვლინდება. ოპიოიდური ალკვეთის გამოვლინებები 7-17 ცხრილშია ჩამოთვლილი. როცა ტკივილის გასაყუჩებლად ოპიოიდები აღარ არის საჭირო, ფრთხილ მონიტორინგთან ერთად დოზის თანდათანობით შემცირების განრიგი უნდა დაინერგოს. თანდათანობითი შემცირების ტიპური განრიგი/რეჟიმი პაციენტის 24 საათიანი დოზის 2-ზე გაყოფით განისაზღვრება. ყოველ 6 საათში პაციენტს ამ შემცირებული რაოდენობის 25% მიეწოდება. 2 დღის შემდეგ დღიური დოზა კიდევ 25%-ით მცირდება; შემდეგ შემცირება ასევე გრძელდება ყოველ 2 დღეში ერთხელ მანამ, სანამ 24 საათიანი ორალური დოზა დღეში 30 მგ-ს (მორფინის ექვივალენტი) მიაღწევს. მინიმალური დოზის მიწოდების 2 დღის შემდეგ, ოპიოიდის მიწოდება წყდება.

ცხრილი 7-17 ოპიოიდური ალკვეთის სინდრომის გამოვლინებები		
	ადრეული (6-12 სთ)	მოგვიანებითი (48-72 სთ)
ფსიქოსოციალური	<ul style="list-style-type: none"> • შფოთვა 	<ul style="list-style-type: none"> • აგზნება
სეკრეტი	<ul style="list-style-type: none"> • ცრემლდენა • რინორეა • დიაფორეზი 	<ul style="list-style-type: none"> • ფალარათი
სხვა	<ul style="list-style-type: none"> • მთქნარება • პილოერექცია • კანკალი, შემცივნება • გუგების გაგანიერება • უმადობა • ტრემორი 	<ul style="list-style-type: none"> • მოუსვენრობა • ცხელება • გულისრევა და ღებინება • მუცლის მოვლითი ტკივილი • ჰიპერტენზია • ტაქიკარდია • უძილობა

ფსევდოადიქცია

ტკივილის არასათანადო/არასაკმარისმა მკურნალობამ შესაძლოა ფსევდოადიქციის სახელით ცნობილი ფენომენი გამოიწვიოს. ეს ხდება მაშინ, როცა პაციენტი ადიქციასთან ასოცირებულ ქცევებს ავლენს (მაგ., ტკივილგამაყუჩებლის მარაგის შევსების ან უფრო მაღალი დოზების ხშირი მოთხოვნა), მაგრამ ტკივილის სათანადო მკურნალობის ფონზე ეს ქცევები აღმოიფხვრება. ამ პაციენტებს ხშირად “ნამლების მაძიებლებად” მიიჩნევენ, რაც პაციენტსა და პერსონალს შორის უნდობლობის კრიზისის მიზეზი შეიძლება გახდეს. ამ ფენომენის თავიდან აცილება კომუნიკაციის ეფექტური სტრატეგიებითა და ტკივილის ოპტიმალური მართვითაა შესაძლებელი.

ადიქცია

ადიქცია კომპლექსური ნეირობიოლოგიური მდგომარეობაა, რომელიც არასამკურნალო მიზნებით ნივთიერებების მოპოვებისა და მიღების ჟინით განპირობებული არანორმალური ქცევებით ხასიათდება. ტოლერანტობა და ფიზიკური დამოკიდებულება ადიქციის ინდიკატორები არ არის. სინამდვილეში, ეს კონკრეტული ნამლების, მათ შორის, ოპიოიდების, ქრონიკული გამოყენების საპასუხო ნორმალური ფიზიოლოგიური რეაქციებია. იმ პაციენტებში, რომლებიც ოპიოიდებს ტკივილის კონტროლის მიზნით იღებენ, ადიქცია იშვიათად ყალიბდება. ადიქციაზე ეჭვის არებობის შემთხვევაში, პაციენტს შესაბამისი შემოწმება უნდა ჩაუტარდეს და დიაგნოზიც უნდა დაესვას, მაგრამ მტკიცებულების გარეშე ამ დასკვნის გამოტანა დაუშვებელია, რადგან ეს ტკივილის მართვას უშლის ხელს. ადიქციის დამახასიათებელი ნიშნებია: (1) კომპულსიური გამოყენება/მოხმარება, (2) მოხმარებაზე კონტროლის დაკარგვა და (3) გამოყენების/მოხმარების გაგრძელება ზიანის რისკის მიუხედავად.

ადიქციის ჩამოყალიბების რისკი ზოგიერთ ფაქტორს უკავშირდება. ეს ფაქტორებია, მაგალითად, ახალგაზრდა ასაკი, ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების პირადი ან ოჯახური ანამნეზი და განწყობის აშლილობები. თუმცა, ადიქციის რისკის გამო სამედიცინო პერსონალის წევრებმა თავი არ უნდა შეიკავონ საშუალო და ძლიერი მწვავე და ქრონიკული ტკივილის მართვისთვის ოპიოიდების გამოყენებისგან. პროფესიული ორგანიზაციებისა და სამთავრობო სააგენტოების მიერ შემუშავებულია დადგენილებები, რომლითაც განსაზღვრულია სამედიცინო მუშაკების როლი და პასუხისმგებლობები ტკივილის მართვისთვის ოპიოიდების სათანადო გამოყენებასთან მიმართებით.

ადიქციის, ფიზიკური დამოკიდებულების და ტოლერანტობის შიშებთან ერთად, ტკივილის ეფექტურ მართვას სხვა ბარიერებიც აფერხებს. 7-18 ცხრილში ჩამოთვლილია ზოგიერთი ბარიერი და მათი გადალახვისკენ მიმართული სტრატეგიები.

ცხრილი 7-18 პაციენტის და მომვლელის სწავლების სახელმძღვანელო ტკივილის მართვის ბარიერების შემცირება	
<i>პაციენტისა და მომვლელისთვის ტკივილის მართვის სწავლებისას, განიხილეთ შემდეგი ბარიერები.</i>	
ბარიერი	ექთნისთვის გასათვალისწინებელი საკითხები
ადიქციის შიში	<ul style="list-style-type: none">• აუხსენით, რომ ადიქცია იშვიათია პაციენტებში, რომლებიც ოპიოიდებს ტკივილის კონტროლისთვის იღებენ.

<p>ტოლერანტობის შიში</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ასწავლეთ, რომ ტოლერანტობა ოპიოიდებით ქრონიკული მკურნალობის საპასუხო ნორმალური ფიზიოლოგიური რეაქციაა. თუ ტოლერანტობა მაინც ყალიბდება, წამლის შეცვლა ხდება საჭირო (მაგ., ოქსიკოდონის ჩანაცვლება მორფინით); • ასწავლეთ პაციენტებს, რომ ოპიოიდების ჭეშმარიტი აგონისტების (მაგ., მორფინი) აბსოლუტური ზედა ზღვარი არ არსებობს. დოზები შეიძლება გაიზარდოს და პაციენტმა არ უნდა შეინახოს წამლები იმ მომენტისთვის, როცა ტკივილი კიდევ უფრო ძლიერი იქნება; • ასწავლეთ, რომ ანალგეზიური ეფექტების მიმართ ტოლერანტობა უფრო ნელა ვითარდება, ვიდრე ოპიოიდების სხვა გვერდითი ეფექტების (მაგ., სედაცია, სუნთქვის დათრგუნვა) მიმართ. ყაბზობის მიმართ ტოლერანტობა არ ყალიბდება; ამიტომ, ნაწლავის რეგულარული პროგრამა ადრევე უნდა დაიწყოს;
<p>გვერდითი ეფექტების შესახებ დელაზა</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ასწავლეთ გავრცელებული გვერდითი ეფექტების პრევენციისა და მკურნალობის მეთოდები; • ხაზი გაუსვით, რომ გვერდითი ეფექტები, მაგალითად, სედაცია და გულსრევა, დროთა განმავლობაში მცირდება; • აუხსენით, რომ სხვადასხვა წამალს უნიკალური გვერდითი ეფექტები აქვს და კონკრეტული გვერდითი ეფექტის შესამცირებლად შესაძლებელია სხვა ტკივილგამაყუჩებელი იცადოს;
<p>ინექციების შიში</p>	<ul style="list-style-type: none"> • აუხსენით, რომ უპირატესობა ორალურ წამლებს ენიჭება; • ხაზი გაუსვით, რომ თუ ორალური გზით წამლების მიწოდება ვეღარ მოხდება, ინექციების მაგივრად შესაძლებელია ტრანსდერმული ან პარენტერალური გზების გამოყენება;
<p>„კარგი“ პაციენტობის სურვილი</p>	<ul style="list-style-type: none"> • აუხსენით, რომ პაციენტები მოვლის პროცესში სამედიცინო მუშაკების პარტნიორები არიან და რომ პარტნიორობა პაციენტისგან და ექთნისგან ღია კომუნიკაციას მოითხოვს; • აუხსენით, რომ ტკივილის შესახებ თქვენს ინფორმირებულობაზე არიან პასუხისმგებლები;
<p>სტოიკურობის სურვილი</p>	<ul style="list-style-type: none"> • აუხსენით, რომ, მიუხედავად იმისა, რომ სტოიციზმი ბევრ კულტურაში დაფასებულ ქცევად ითვლება, ტკივილის შეუტყობინებლობა შესაძლოა არასაკმარისი მკურნალობისა და ძლიერი, შეუმსუბუქებელი ტკივილის მიზეზი გახდეს;
<p>ტკივილგამაყუჩებლის მიღების დავინწყება</p>	<ul style="list-style-type: none"> • მიეცით ტაბლეტების სათავსოები და ასწავლეთ მათი გამოყენება; • ასწავლეთ წამლების გამოყენების ჩანაწერის წარმოების მეთოდები; • მოუწოდეთ მომვლელებს ტკივილგამაყუჩებლების მიღების რეჟიმის დაცვაში დაეხმარონ პაციენტებს;
<p>დელაზა, რომ ტკივილი დაავადების პროგრესირებას მიაჩნებდეს</p>	<ul style="list-style-type: none"> • აუხსენით, რომ ტკივილის მატება ან ტკივილგამაყუჩებლების საჭიროების ზრდა შესაძლოა ტოლერანტობას მიაჩნებდეს; • ხაზი გაუსვით, რომ ახალი ტკივილი შესაძლოა სიცოცხლისთვის უსაფრთხო/არასაფრთხის შემცველი წყაროდან (მაგ., კუნთების სპაზმი, საშარდე გზების ინფექცია) მომდინარეობდეს; • გამოიყენეთ შფოთვის მართვის მედიკამენტოზური და არამედიკამენტოზური სტრატეგიები;

	<ul style="list-style-type: none"> • დარწმუნდით, რომ პაციენტი და მომვლელი დაავადებისა და მისი პროგნოზის შესახებ უახლეს, მართებულ, ყოვლისმომცველ ინფორმაციას ფლობენ; • გაუწიეთ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
ფატალიზმის შეგრძნება	<ul style="list-style-type: none"> • აუხსენით, რომ პაციენტების უმრავლესობაში ტკივილის მართვა შესაძლებელია; • აუხსენით, რომ ბევრ თერაპიას „მცდელობა და შეცდომის“ პერიოდი ესაჭიროება; • ხაზი გაუსვით, რომ გვერდითი ეფექტების მართვა შესაძლებელია;
არაეფექტური ნამალი	<ul style="list-style-type: none"> • ასწავლეთ, რომ ნამლების თითოეულ კატეგორიაში (მაგ., ოპიოიდები, NSAID-ები) რამდენიმე ალტერნატივაა და იმავე კატეგორიის სხვა ნამალმა შესაძლოა უკეთ შეამსუბუქოს ტკივილი; • ხაზი გაუსვით, რომ მკურნალობის საუკეთესო სქემის მიგნება ხშირად „მცდელობას და შეცდომას“ საჭიროებს; • მკურნალობის გეგმაში გააერთიანეთ არამედიკამენტოზური მიდგომები;

ადაპტირებულია: Ersek M: Enhancing effective pain management by addressing patient barriers to analgesic use, *J Hospice Palliat Nurs* 1:87, 1999.

ტკივილის მართვის და ტკივილის შესახებ განათლების ინსტიტუციონალიზაცია

პაციენტისა და მომვლელების ბარიერებთან ერთად, ტკივილის ეფექტური მართვის ბარიერებს წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი განათლება და ორგანიზაციული მხარდაჭერის ნაკლებობა. ტრადიციულად, სამედიცინო და საექთნო სკოლების კურიკულუმში მომავალი ექიმებისა და ექთნებისთვის ტკივილისა და სიმპტომების მართვის შესახებ სწავლებას მცირე დრო ეთმობოდა. სამედიცინო და საექთნო სკოლებში ტკივილზე ყურადღების არ გამახვილებამ ხელი შეუწყო სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლების არასაკმარის/არასათანადო მომზადებას.

ამ ბარიერების გადალახვის მიმართულებით სამედიცინო სფერომ პროგრესი განიცადა. დღეს სამედიცინო და საექთნო სკოლებში მეტი დრო ეთმობა ტკივილის სწავლებას. ბევრმა პროფესიულმა ორგანიზაციამ გამოაქვეყნა სხვადასხვა პოპულაციასა და კლინიკურ გარემოში ტკივილის შეფასებისა და მართვის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული გზამკვლევები.

მკვლევარები და სამედიცინო სფეროს მუშაკები განმარტავენ, რომ კლინიკური პრაქტიკის ცვლილებაში წამყვან როლს ინსტიტუციური ვალდებულებები და პრაქტიკები ასრულებს. ინსტიტუციური მხარდაჭერის გარეშე, ტკივილის გამოსავალი, სავარაუდოდ, არ შეიცვლება. ტკივილის მართვის ინსტიტუციონალიზაციისკენ გადადგმული ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი The Joint Commission-ის (TJC) ტკივილის გაიდლაინის შემუშავება და დანერგვაა. TJC სამედიცინო დაწესებულების უმრავლესობის (ჰოსპიტლები, მოვლის სახლები და კლინიკები) აკრედიტაციას ახორციელებს. ამ სტანდარტებით, სამედიცინო დაწესებულებებს მოეთხოვება: (1) პაციენტის ტკივილის სათანადო შეფასებისა და მართვის უფლების აღიარება; (2) როგორც საწყისი, ისე, საჭიროებისამებრ, უწყვეტი პერიოდული შემოწმებებისას პაციენტებში ტკივილის ამოცნობა; (3) სამედიცინო სფეროს მუშაკების განათლება ტკივილის შეფასებისა და მართვის შესახებ და მათი

კომპეტენციის უზრუნველყოფა და (4) ტკივილის მართვის შესახებ პაციენტებისა და მათი ოჯახების განათლება.

გასათვალისწინებელი გერონტოლოგიური საკითხები

ტკივილი

მუდმივი ტკივილი ხანდაზმულთა გავრცელებული პრობლემაა და მას ხშირად ახლავს თან ფიზიკური შესაძლებლობების შეზღუდვა და ფსიქო-სოციალური პრობლემები. საზოგადოებაში/სახლში მცხოვრებ ხანდაზმულებში ქრონიკული ტკივილის პრევალენტობა 50%-ს აღემატება, ხოლო მოხუცებულთა სახლებში მცხოვრებ ხანდაზმულებში 80%-ს უახლოვდება. ხანდაზმულებში ტკივილის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი ძვალკუნთოვანი მდგომარეობებია, მაგალითად, ოსტეოართრიტი და წელის ტკივილი. ქრონიკული ტკივილი ხშირად დეპრესიას, ძილის დარღვევებს, მოძრაობის შეზღუდვას, ჯანდაცვის სერვისების გამოყენების მატებასა და ფიზიკური და სოციალური როლების შესრულების შეზღუდვას იწვევს. სიხშირის მიუხედავად, ხანდაზმულებში ტკივილი ხშირად არასათანადოდ ფასდება და იმართება.

ხანდაზმულ პაციენტში ტკივილის შეფასებას რამდენიმე ბარიერი აფერხებს. ხანდაზმულებსა და მათზე მზრუნველ სამედიცინო მუშაკებს ხშირად გონიათ, რომ ტკივილი დაბერების ნორმალური, გარდაუვალი შემადგენელი ნაწილია და რომ მის შესამსუბუქებლად არაფრის გაკეთება არაა შესაძლებელი. ხანდაზმულმა ადამიანებმა შესაძლოა ტკივილი არ გამოხატონ, არ გამოთქვან იმის გამო, რომ ეშინიათ, „ტვირთი“ ან „წუნუნა“ არ იყვნენ. ისინი შესაძლოა სხვა ასაკობრივ ჯგუფებში შემაჯავალ ადამიანებზე მეტად უფრო თხოვნიდნენ ოპიოიდების მიღებას. გარდა ამისა, ხანდაზმულები „ტკივილის“ მაგივრად ხშირად იყენებენ სიტყვებს „დისკომფორტი“ ან „მანუხებს“. ყველა ჩამოთვლილი მიზეზის გამო, თქვენ მუდმივად უნდა ჰკითხოთ ხანდაზმულებს ტკივილის შესახებ. აუჩქარებლად, გამამხნეველებელი განწყობით შეამოწმეთ პაციენტები.

ხანდაზმულ პაციენტებში ტკივილის შეფასების კიდევ ერთ ბარიერს წარმოადგენს კოგნიტური, სენსორულ-აღქმითი და მოტორული პრობლემების პრევალენტობა, რაც აფერხებს ინფორმაციის დამუშავებისა და კომუნიკაციის უნარებს. ასეთი პრობლემებია, მაგალითად, დემენცია და დელირიუმი, ინსულტის შემდგომი აფაზია და კომუნიკაციის სხვა ბარიერი. შეფასება შესაძლოა გართულდეს სმენისა და მხედველობის დეფიციტების გამოც. ამრიგად, ტკივილის შეფასების ინსტრუმენტები ხანდაზმულებს უნდა მოარგოთ. მაგალითად, შესაძლოა აუცილებელი გახდეს ტკივილის ინტენსივობის მსხვილად დაბეჭდილი შკალის გამოყენება. ხანდაზმული პაციენტების უმრავლესობას, მათაც კი, ვისაც მსუბუქი ან საშუალო კოგნიტური შეზღუდვა აღენიშნებათ, სწორად და სარწმუნოდ შეუძლიათ რაოდენობრივი შკალების გამოყენება.

ტკივილის მიზეზების, შესაძლო თერაპიებისა და პოტენციური პრობლემების აღმოჩენის მიზნით ქრონიკული ტკივილის მქონე ხანდაზმულებისგან სიღრმისეული ანამნეზი უნდა შეკრიბოთ. აუცილებელია ასევე ყოვლისმომცველი ფიზიკური გასინჯვა. რადგანაც ტკივილის მქონე ხანდაზმულებში ხშირია დეპრესია და ფუნქციური შეზღუდვები, ამ პრობლემების არსებობაც უნდა შეფასდეს.

ხანდაზმულებში ტკივილის მკურნალობას რამდენიმე ფაქტორი ართულებს. პირველ რიგში, ხანდაზმულებში წამლების მეტაბოლიზმი უფრო ნელა მიმდინარეობს, ვიდრე ახალგაზრდებში და, შესაბამისად, სისხლში მაღალი კონცენტრაციის მიღწევისა და

გვერდითი ეფექტების რისკი უფრო მაღალია. ამ ასაკობრივ ჯგუფში ანალგეზიური თერაპია „დაინწყე ნელა და ნელა იარე“ პრინციპით უნდა მიმდინარეობდეს. მეორე ფაქტორი ისაა, რომ ხანდაზმულებში არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები უფრო ხშირად იწვევს კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენას. მესამე, ხანდაზმულები ერთი ან რამდენიმე ქრონიკული მდგომარეობის სამკურნალოდ ხშირად ბევრ წამალს იღებენ. ტკივილგამაყუჩებლების დამატებამ შესაძლოა სახიფათო წამალთშორისი ურთიერთქმედებები და გვერდითი ეფექტების გაძლიერება გამოიწვიოს. მეოთხე, ზოგიერთმა ტკივილგამაყუჩებელმა, მაგალითად, ოპიოიდებმა, ანტიდეპრესანტებმა და გულყრის საწინააღმდეგო წამლებმა შესაძლოა კოგნიტური შეზღუდვისა და ატაქსიის გამწვავება გამოიწვიოს. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია წამლების ნელი ტიტრაცია და გვერდითი ეფექტების მჭიდრო მონიტორინგი.

ხანდაზმულთა მკურნალობის სქემები უნდა მოიცავდეს არამედიკამენტოზურ მოდალობებს. ქრონიკული ტკივილის მქონე ხანდაზმულებისთვის მნიშვნელოვანი არამედიკამენტოზური ინტერვენციები ვარჯიში და სწავლებაა. მკურნალობის გეგმაში ჩართეთ ოჯახის წევრები და მომვლელებიც (იხ. ცხრილი 7-18).

ტკივილის მართვა სპეციალურ/განსაკუთრებულ პოპულაციებში
პაციენტები, რომელთაც ტკივილის გადმოცემა არ შეუძლიათ

მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტის გადმოცემა ტკივილის შეფასების ოქროს სტანდარტს წარმოადგენს, პაციენტის მიერ ტკივილის გადმოცემის უნარზე ბევრი ავადმყოფობა და მდგომარეობა მოქმედებს. ეს დიაგნოზები და მდგომარეობებია: შორსნასული დემენცია და სხვა პროგრესირებადი ნევროლოგიური დაავადებები, მაგალითად, პარკინსონის დაავადება და გაფანტული სკლეროზი, ცერებროვასკულური დაავადება, ფსიქოზი და დელირიუმი. ამ ადამიანებში ტკივილის შეფასება შესაძლოა მხოლოდ ქცევითი და ფიზიოლოგიური ცვლილებების საფუძველზე მოგიხდეთ. თქვენ ყურადღება ტკივილის ქცევით სიმპტომებზე უნდა გაამახვილოთ.

არავერბალურ პაციენტებში ტკივილის შეფასების გზამკვლევი 7-19 ცხრილშია მოცემული. არავერბალურ პაციენტებში, განსაკუთრებით, შორსნასული დემენციის მქონე პირებში ტკივილთან დაკავშირებული ქცევების შესაფასებლად რამდენიმე შკალაა შემუშავებული. დემენციის მქონე ადამიანებში ტკივილის შეფასების რამდენიმე ინსტრუმენტი City of Hope ტკივილის და პალიატიური მზრუნველობის რესურს-ცენტრის ვებგვერდზეა ხელმისაწვდომი (<http://prc.coh.org>).

<p>ცხრილი 7-19 ტკივილის შეფასება არავერბალურ პაციენტებში</p> <p><i>რეკომენდებულია შემდეგი ტექნიკები:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ყოველთვის, როცა ეს შესაძლებელია, მოიპოვეთ თვითგადმოცემა (ავტომატურად არასდროს მიიჩნით, რომ პაციენტს არ შეუძლია ვერბალური გადმოცემა); • გამოიკვლიეთ ტკივილის შესაძლო მიზეზები; • დააკვირდით ტკივილის მიმანიშნებელ ქცევებს (მაგ., გრიმასა, მონყენილი სახე, მტკივნეულ უბანზე ხელის მოკიდება, კვნესა, მოუსვენრობა); • ტკივილის სუროგატული გადმოცემა პროფესიონალი და ოჯახის წევრი მომვლელებისგან მოიპოვეთ;
--

- შეეცადეთ ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენებას და ხელახლა შეამოწმეთ პაციენტი, რათა დააკვირდეთ ტკივილთან დაკავშირებული ქცევების შემცირებას;

წყარო: Position statement from the American Society for Pain Management Nursing (ASPMN). Modified from Herr K, Coyne PJ, Key T, et al: Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations, *Pain Manag Nurs* 7:44, 2006.

ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების პრობლემის მქონე პაციენტები

სამედიცინო სფეროს მუშაკები, ადიქციის ხელშეწყობის ან გაძლიერების შიშიდან გამომდინარე, ნივთიერებათა მომხმარებელი პაციენტებისთვის ოპიოიდების მიწოდებაზე ხშირად ორჭოფობენ. თუმცა, არ არსებობს მტკიცებულება იმისა, რომ ამ პაციენტებისთვის ოპიოიდებით ტკივილის გაყუჩება რამდენაირად აუარესებს მათ ადიქციურ აშლილობას. მეტიც, შეუმსუბუქებელი ტკივილით გამონვეულმა სტრესმა შესაძლოა რეაბილიტაციის პროცესში მყოფ პაციენტში რეციდივს ან აქტიური მომხმარებლის მიერ უფრო დიდი რაოდენობით ნივთიერების გამოყენებას შეუწყოს ხელი.

American Society for Pain Management Nursing-ის მიერ განსაზღვრულია ადიქციური აშლილობის მქონე პაციენტებში ტკივილის მართვის გზამკვლევები. ეს გზამკვლევები გამოკვეთს თქვენს როლს გუნდურ მიდგომაში. დებულებებში განსაზღვრულია, რომ ადიქციური აშლილობისა და ტკივილის მქონე პაციენტებს აქვთ ღირსეული მოპყრობის და ნებისმიერი სხვა პაციენტის თანაბარი უფლებები.

თუ პაციენტი ოპიოიდების გამოყენებას აღნიშნავს/აღიარებს, მნიშვნელოვანია გაირკვეს, რა ტიპის წამალს იღებს და რა რაოდენობით. უმჯობესია, პაციენტს არ მიენდობოდეს ის ნივთიერება, რომელსაც ბოროტად იყენებს და, თუ დღიური დოზები ცნობილია, უმჯობესია განისაზღვროს სხვა ოპიოიდების ეფექტური ექვიანალგებიური დოზები. თუ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების ისტორია უცნობია ან თუ პაციენტი არ აღიარებს ამ პრობლემას, თქვენ ეჭვი უნდა მიიტანოთ ბოროტად გამოყენებაზე იმ შემთხვევაში, თუ ტკივილგამაყუჩებლების ნორმალური დოზები პაციენტს ტკივილს არ უმსუბუქებს.

შესაძლოა ასევე შეხვდეთ აგრესიულ ქცევას და აღკვეთის ნიშნებს. აღკვეთის სიმპტომებმა შესაძლოა ტკივილი გაამწვავოს და „მედიკამენტის მოპოვების“ ქცევა ან არალეგალური ნივთიერებების გამოყენება გამოიწვიოს. ბოლო პერიოდში მიღებული წამლების აღმოსაჩენად ტოქსიკოლოგიური სკრინინგითაა შესაძლებელი. პაციენტთან ამ მიგნებების განხილვამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს პაციენტის კოოპერაციას.

ძლიერი ტკივილის მკურნალობა ოპიოიდებით უნდა მოხდეს – ბევრად უფრო მაღალი დოზებით, ვიდრე მაღალი მგრძნობელობის მქონე პაციენტებში გამოიყენება. უმჯობესია ერთი ოპიოიდის გამოყენება. მოერიდეთ შერეული აგონისტ-ანტაგონისტის, მაგალითად, ბუტორფანოლის და ნაწილობრივი აგონისტის, მაგალითად, ბუპრენორფინის გამოყენებას, რადგან ამ წამლებმა, შესაძლოა, აღკვეთის სიმპტომების პროვოცირება გამოიწვიოს. ვითარების შესაბამისად, შესაძლებელია არაოპიოიდური და დამხმარე ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენება და ტკივილის შემამსუბუქებელი არამედიკამენტური ზომების მიღება. სისხლში ოპიოიდების დონის შენარჩუნებისა და აღკვეთის სიმპტომების თავიდან ასაცილებლად, ტკივილგამაყუჩებლები დღიური განრიგის მიხედვით (24 საათის განმავლობაში) მიაწოდეთ. ტკივილის შეტევების მართვისთვის დამატებითი

დოზები გამოიყენეთ. ტკივილის მწვავე მართვისთვის შესაძლებელია ინტრავენური ან პაციენტის მიერ კონტროლირებული ინფუზიების განხილვაც.

ადიქციის მქონე პირებში ტკივილის მართვა რთული გამოწვევაა და ინტერდისციპლინურ გუნდურ მიდგომას მოითხოვს. როცა ეს შესაძლებელია, გუნდში შედიან ტკივილის მართვის და ადიქციის სპეციალისტები. გუნდის წევრებს გათვინობიერებული უნდა ჰქონდეთ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების პრობლემის მქონე ადამიანების მიმართ საკუთარი დამოკიდებულება, რომელიც შესაძლოა ტკივილის არასათანადო, არასაკმარისი მკურნალობის მიზეზი გახდეს.

ტკივილი

სიტუაციური შემთხვევა



კ.ც. 68 წლის დიაბეტის მქონე ქალია, რომელიც 127 კგ იწონის. მოთავსდა მარჯვენა აბდომინური აბსცესის გაკვეთისა და დრენირებისთვის. მეორე პოსტოპერაციულ დღეს სახლში ეწერება. სახლში სახვევების გამოცვლაში დაოჯახებული ქალიშვილი დაეხმარება.

სუბიექტური მონაცემები

- მართო ცხოვრობს;
- 0-10 შკალით 0 ტკივილის განცდა სურს, მაგრამ 1-2 ქულის ტკივილზეც თანახმაა;
- სახვევების გამოცვლებს შორის განაკვეთის მიდამოს ტკივილს 2-3 ქულით, ხოლო გამოცვლის დროს 6 ქულით აღწერს;
- ამბობს, რომ მწვავე ტკივილი სახვევის გამოცვლიდან 1-2 საათის განმავლობაში პერსისტირებს;
- ამბობს, რომ სახვევის გამოცვლებს შორის ტკივილს 2 აბი პერკოცეტით (აცეტამინოფენი + ოქსიკოდონი) აკონტროლებს;
- ანამნეზში აღინიშნება ფიბრომიალგია და „ყველგან“ ტკივილს უჩივის;

ობიექტური მონაცემები

- განერის შემდეგ დღეში 4-ჯერ საჭიროებს სახვევის გამოცვლას;
- განერისას დაენიშნა პერკოცეტი (2 აბი 4 საათში ერთხელ, საჭიროებისამებრ [PRN]);

განსახილველი საკითხები:

1. აღწერეთ, რომელი მონაცემებია მნიშვნელოვანი იმის დასადგენად, სათანადოდაა თუ არა მართული კ.ც.-ს ტკივილი;
2. რამდენ ხანს უნდა მოიცადოს ქალიშვილმა პერკოცეტის მიწოდების შემდეგ სახვევის გამოცვლის დაწყებამდე?
3. სახვევის გამოცვლის დროს კ.ც.-ს დასახმარებლად, ტკივილის რომელ დამატებით თერაპიას დაგეგმავდით?

4. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** რომელია კ.ც.-ს შემთხვევაში პრიორიტეტული საექთნო ინტერვენციები?
5. ტკივილგამაყუჩებლის გამო, რომელი გვერდითი ეფექტები შეიძლება ჰქონდეს კ.ც.-ს? როგორ შეიძლება მათი მართვა?
6. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** მოცემულ მონაცემებზე დაყრდნობით, რომელია პრიორიტეტული საექთნო დიაგნოზები? არის თუ არა კოლაბორაციული პრობლემები?
7. **მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკა:** კ.ც.-ს შვილი გეკითხებათ, შესაძლებელია თუ არა დედამისის განაკვეთის ტკივილისა და ფიბრომიალგიის ტკივილის შესამცირებლად რამე სხვა სტრატეგიების გამოყენება?

გამოყენებული ლიტერატურა:

- National Center of Health Statistics: Health, United States, 2007, with chartbook on trends in the health of Americans, Hyattsville, Md, 2007, US Government Printing Office.
- Institute of Medicine Report from the Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education: Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research, Washington, DC, 2011, National Academies Press.
- American Pain Foundation: Pain facts and figures. Retrieved from www.painfoundation.org.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics: Health, United States, 2010, with chartbook on special feature on death and dying, Hyattsville, Md, 2010, US Government Printing Office.
- Christo PJ, Mazloomdoost D: Cancer pain and analgesia, Ann NY Acad Sci 1138:278, 2008.
- McCaffery M: Nursing practice theories related to cognition, bodily pain and man-environmental interactions, Los Angeles, 1968, UCLA Students Store. (Classic)
- Keefe FJ: Behavioral medicine: a voyage to the future, Ann Behav Med 41:141, 2011.
- Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, et al: Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting, J Rehabil Med 43:316, 2011.
- Riddle DL, Keefe FJ, Nay WT, et al: Pain coping skills training for patients with elevated pain catastrophizing who are scheduled for knee arthroplasty: a quasi-experimental study, Arch Phys Med Rehabil 92:859, 2011.
- Tan AM, Waxman SG: Spinal cord injury, dendritic spine remodeling, and spinal memory mechanisms, Exp Neurol 235:142, 2012.
- Cohen SP, Liao W, Gupta A, et al: Ketamine in pain management, Adv Psychosom Med 30:139, 2011.
- Davis KD: Neuroimaging of pain: what does it tell us? Curr Opin Support Palliat Care 5:116, 2011.
- Neziri AY, Haesler S, Petersen-Felix S, et al: Generalized expansion of nociceptive reflex receptive fields in chronic pain patients, Pain 151:798, 2010.
- O'Connor AB, Dworkin RH: Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines, Am J Med 122:S22, 2009.
- Herr K, Bjoro K, Decker S: Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review, J Pain Symptom Manage 31:170, 2006.
- McGuire DB, Reifsnyder J, Soeken K, et al: Assessing pain in nonresponsive hospice patients: development and preliminary testing of the multidimensional objective pain assessment tool (MOPAT), J Palliat Med 14:287, 2011.
- Gordon DB, Dahl J, Phillips P, et al: The use of "as-needed" range orders for opioid analgesic in the management of acute pain: a consensus statement of the American Society of Pain

- Management Nurses and the American Pain Society, *Pain Manag Nurs* 5:53, 2004. (Classic)
- Kolcaba K: Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research, *Nurs Outlook* 49:86, 2001. (Classic)
- Fouladbakhsh JM, Szczesny S, Jenuwine ES, et al: Nondrug therapies for pain management among rural older adults, *Pain Manag Nurs* 12:70, 2011.
- Jarzyna D, Jungquist CR, Pasero C, et al: American Society for Pain Management Nursing guidelines on monitoring for opioid-induced sedation and respiratory depression, *Pain Manag Nurs* 12:118, 2011.
- Sinatra RS, Jahr JS, Reynolds L, et al: Intravenous acetaminophen for pain after major orthopedic surgery: an expanded analysis, *Pain Pract* 12:357, 2011.
- Lanza FL, Chan FK, Quigley EM: Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications, *Am J Gastroenterol* 104:728, 2009.
- Roth SH, Anderson S: The NSAID dilemma: managing osteoarthritis in high-risk patients, *Phys Sportsmed* 39:62, 2011.
- Vadivelu N, Timchenko A, Huang Y, et al: Tapentadol extended-release for treatment of chronic pain: a review, *J Pain Res* 4:211, 2011.
- Micromedex® Healthcare Series [Internet database]. Greenwood Village, Colo: Thomson Reuters (Healthcare) Inc. Updated periodically.
- Abrams DI, Couey P, Shade SB, et al: Cannabinoid-opioid interaction in chronic pain, *Clin Pharmacol Ther* 90:844, 2011.
- GW Pharmaceuticals: Sativex. Retrieved from www.gwpharm.com/Sativex.aspx.
- Shaheen PE, Walsh D, Lasheen W, et al: Opioid equianalgesic tables: are they all equally dangerous? *J Pain Symptom Manage* 38:409, 2009.
- Falowski S, Celii A, Sharan A: Spinal cord stimulation: an update, *Neurotherapeutics* 5:86, 2008.
- Reid MC, Papaleontiou M, Ong A, et al: Self-management strategies to reduce pain and improve function among older adults in community settings: a review of the evidence, *Pain Med* 9:409, 2008.
- Cherkin DC, Sherman KJ, Kahn J, et al: A comparison of the effects of two types of massage and usual care on chronic low back pain: a randomized, controlled trial, *Ann Intern Med* 155:1, 2011.
- Marinko LN, Chacko JM, Dalton D, et al: The effectiveness of therapeutic exercise for painful shoulder conditions: a meta analysis, *J Shoulder Elbow Surg* 20:1351, 2011.
- Wanich T, Gelber J, Rodeo S, et al: Percutaneous neuromodulation pain therapy following knee replacement, *J Knee Surg* 24:197, 2011.
- Bernardy K, Fuber N, Klose P, et al: Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome—a systematic review and meta-analysis of controlled trials, *BMC Musculoskelet Disord* 12:133, 2011.
- Tracy MF, Chlan L: Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation, *Crit Care Nurse* 31:19, 2011.

- Bell K, Salmon A: Pain, physical dependence and pseudoaddiction: redefining addiction for 'nice' people? *Int J Drug Policy* 20:170, 2009.
- The Joint Commission: Standard on pain assessment and management. Retrieved from www.jointcommission.org.
- Beauchamp T, Childress J: *Principles of biomedical ethics*, New York, 2009, Oxford University Press.
- Oregon Nurses Association: ONA provides guidance on nurses' dilemma. Retrieved from www.oregonrn.org/associations/3019/files/AssistedSuicide.pdf.
- American Society for Pain Management Nursing: Position statement on the use of placebos in pain management. Retrieved from www.aspmn.org/pdfs/Use%20of%20Placebos.pdf.
- Ersek M, Polissar N, Neradilek MB: Development of a composite pain measure for people with advanced dementia: exploratory analyses in self-reporting nursing home residents, *J Pain Symptom Manage* 41:566, 2011.
- Jordon A, Regnard C, O'Brien JT, et al: Pain and distress in advanced dementia: choosing the right tools for the job, *Palliat Med* 26:873, 2012.
- Paulson-Conger M, Leske J, Maidl C, et al: Comparison of two pain assessment tools in nonverbal critical care patients, *Pain Manag Nurs* 12:218, 2011.
- Ling W, Mooney L, Hillhouse M: Prescription opioid abuse, pain, and addiction: clinical issues and implications, *Drug Alcohol Rev* 30:300, 2011.
- American Society for Pain Management Nursing: Pain management in patients with addictive disease. Retrieved from www.aspmn.org/Organization/documents/addictions_9pt.pdf.
- American Academy of Pain Management www.aapainmanage.org
- American Academy of Pain Medicine (AAPM) www.painmed.org
- American Chronic Pain Association www.theacpa.org
- American Pain Society www.ampainsoc.org
- American Society for Pain Management Nursing www.aspmn.org
- City of Hope Pain and Palliative Care Resource Center <http://prc.coh.org>
- International Association for the Study of Pain (IASP) www.iasp-pain.org
- Pain Link www2.edc.org/painlink

თავი 8

პალიატიური მოვლა სიცოცხლის დასასრულს

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

1. პალიატიური ზრუნვის მიზნის განხილვას;
2. ჰოსპისის მიზნისა და მოწოდებული სერვისების აღწერას;
3. სიცოცხლის დასასრულის მომასწავებელი/დამახასიათებელი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური გამოვლინებების აღწერას;
4. სიცოცხლის დასასრულს მწუხარებისა და მძიმე დანაკლისის პროცესების ახსნას;
5. მომაკვდავი პაციენტის საექთნო მართვის აღწერას;
6. სიცოცხლის დასასრულის მოვლასთან დაკავშირებული კულტურულ და სულიერ საკითხებზე მსჯელობას;
7. სიცოცხლის დასასრულის მოვლის პროცესში ოჯახის წევრი მომვლელების განსაკუთრებული საჭიროებების გამორკვევას;
8. მომაკვდავ პაციენტებსა და მათ ოჯახის წევრებზე მზრუნველი ექთნების განსაკუთრებული საჭიროებების განხილვას;

პალიატიური მოვლა

პალიატიური მოვლა მოვლის ან მკურნალობის ნებისმიერი ფორმაა, რომელიც საკუთრივ დაავადების პროგრესირების შეფერხების ან უკუქცევის ან მისი განკურნების ნაცვლად, მიმართულია დაავადების სიმპტომების სიმძიმის შემცირებისკენ. პალიატიური მოვლის ძირითადი ამოცანებია: (1) ტანჯვის პრევენცია და შემსუბუქება და (2) სერიოზული, სიცოცხლის შემზღუდავი/ტერმინალური ავადმყოფების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. პალიატიური ზრუნვის კონკრეტული ამოცანები 8-1 ცხრილშია ჩამოთვლილი.

პალიატიურ ზრუნვა, როგორც სიცოცხლის დასასრულის [წინა] (EOL) მოვლა 1960-იანი წლებიდან იღებს სათავეს. თავდაპირველად მოვლის ეს სახე ფოკუსირებდა სერიოზული, სიცოცხლის შემზღუდავი დაავადების ტერმინალურ ფაზაში სიმპტომების შემსუბუქებასა და პაციენტის, ოჯახის წევრებისა და საყვარელი ადამიანების ემოციური მხარდაჭერის უზრუნველყოფაზე. დღეს პალიატიური ზრუნვის ამ ფაზას „სიცოცხლის დასასრულის პალიატიურ ზრუნვას“ უწოდებენ და სწორედ ეს წარმოადგენს ამ თავის მთავარ საკითხს. მისი ჩამოყალიბებიდან, პალიატიური მოვლის არეალი მნიშვნელოვნად გაფართოვდა. დღეს პალიატიური მოვლა მიმართულია ყველა პაციენტისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ, სიცოცხლის შემზღუდავი ავადმყოფობის ნებისმიერ სტადიაზე, იქნება ეს მწვავე, ქრონიკული თუ ტერმინალური.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) განმარტების მიხედვით, პალიატიური მოვლა წარმოადგენს მიდგომას, რომელიც აუმჯობესებს სიცოცხლისთვის საშიშ დაავა-

დებასთან დაკავშირებული პრობლემების წინაშე მყოფი პაციენტებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხს. პალიატიური მოვლის მიზანი ტკივილისა და სხვა სახის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, ემოციური და სულიერი პრობლემების ადრეული იდენტიფიკაციის, შეფასებისა და მკურნალობის გზით, ტანჯვის პრევენცია და შემსუბუქებაა. იდეალურ ვითარებაში, თითოეულ პაციენტს, რომელიც განკურნების ან აღდგენისკენ მიმართულ მკურნალობას იტარებს, პარალელურად პალიატიურ მოვლასაც უნდა იღებდეს. პალიატიური მზრუნველობა სიცოცხლის დასასრულის პერიოდშიც გრძელდება; პაციენტის სიკვდილს მოსდევს მძიმე დანაკლისის, მწუხარების პერიოდი.

სარგებლის ოპტიმიზაციისთვის, პალიატიური მოვლა უნდა დაიწყოფოს მას შემდეგ, რაც პაციენტს სიცოცხლის შემზღვევადი ავადმყოფობის, მაგალითად, კიბოს, გულის უკმარისობის, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების, დემენციის ან თირკმლის დაავადების ბოლო სტადიის დიაგნოზს დაუსვამენ. იდეალურ პირობებში, პალიატიური მოვლის გუნდი ინტერდისციპლინურია და მოიცავს ექიმებს, სოციალურ მუშაკებს, ფარმაცევტებს, ექთნებსა და ჯანდაცვის სფეროს სხვა მუშაკებს. ოპტიმალური პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვანია ეფექტური კომუნიკაცია პაციენტს, მის ოჯახსა და პალიატიური სამედიცინო გუნდის წევრებს შორის. პაციენტები პალიატიურ სერვისებს იღებენ როგორც სახლში, ისე გრძელვადიანი და მწვავე მოვლის დაწესებულებებში. ბოლო პერიოდში პალიატიური მოვლა ინტეგრირებულია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების განყოფილებებსა და ინტენსიური მოვლის განყოფილებებში (ICU). ბევრ დაწესებულებაში დღეს მოქმედებს პალიატიური და ჰოსპისური მზრუნველობის ინტერდისციპლინური გუნდები.

ცხრილი 8-1 პალიატიური მოვლის მიზნები, ამოცანები
<ul style="list-style-type: none"> • სიმპტომების, მათ შორის ტკივილის, შემსუბუქება; • სიკვდილის, როგორც ნორმალური პროცესისადმი მიდგომა; • სიცოცხლის აღიარება; სიკვდილის არც დაჩქარება, არც გადადება; • პაციენტის ჰოლისტური მოვლის მხარდაჭერა და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება; • პაციენტების ხელშეწყობა, სიკვდილამდე რაც შეიძლება აქტიურად იცხოვრონ; • პაციენტის ავადმყოფობისა და მისი დაკარგვისგან გამონჯველი მძიმე დანაკლისის პროცესში ოჯახის წევრების მხარდაჭერა;

WHO definition of palliative care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en.

ჰოსპისური მზრუნველობა

პალიატიური მზრუნველობა სიცოცხლის დასასრულის წინ ან დასასრულს ხშირად მოიცავს ჰოსპისურ მზრუნველობას. ჰოსპისი არა კონკრეტული ადგილი, არამედ მოვლის კონცეფციაა, რომელიც მომაკვდავი ადამიანების თანაგრძნობას, მათზე ზრუნვას და მხარდაჭერას უზრუნველყოფს. ჰოსპისის არსებობის მიზანი ტერმინალური დაავადების ბოლო ფაზაში მყოფი ადამიანების მხარდაჭერა და მოვლაა, რათა მათ შეძლებისდაგვარად სრულყოფილად და კომფორტულად იცხოვრონ. ჰოსპისის პროგრამები ორიენტირებს სიმპტომების მართვაზე, მოვლის წინასწარი დირექტივების დაგეგმვაზე, სულიერ მზრუნველობასა და ოჯახის მხარდაჭერაზე.

პალიატიურ და ჰოსპისურ მზრუნველობას შორის მთავარი განსხვავება ისაა, რომ

პალიატიური მზრუნველობა აძლევს ადამიანს საშუალებას, ერთდროულად „იღებდეს“ განკურნებისკენ მიმართულ და პალიატიურ სერვისებს. ჰოსპისური მზრუნველობა მხოლოდ მაშინ იწყება, რაც ადამიანი უარს აცხადებს ან თავს ანებებს განკურნებისკენ მიმართულ მკურნალობას.

ყოველწლიურად მილიონობით პაციენტი სარგებლობს ჰოსპისის პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისებით.

ჰოსპისის პროგრამები სხვადასხვა მოდელების მიხედვით ორგანიზდება. ზოგიერთი ჰოსპიტალური პროგრამაა, ზოგიერთი სახლში მოვლის სააგენტოების ნაწილს წარმოადგენს, ზოგიერთი კი დამოუკიდებელი ან საზოგადოებრივი/სათემო პროგრამაა. თუმცა, ორგანიზების ტიპის მიუხედავად, ყველა ჰოსპისი ორიენტირებს არა განკურნებისკენ მიმართულ (კურაციულ), არამედ პალიატიურ მოვლაზე და არა სიცოცხლის რაოდენობაზე, არამედ სიცოცხლის ხარისხზე.

ჰოსპისური მზრუნველობა სხვადასხვა ადგილას მიმდინარეობს, მათ შორის, სახლში, სტაციონარულ პირობებსა და გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებებში. ჰოსპისური მზრუნველობა შეიძლება ხორციელდებოდეს ნახევარ განაკვეთზე, ხანგამოშვებითად, მოთხოვნის შესაბამისად, რეგულარული განრიგით ან უწყვეტად/მუდმივად. სახლის ჰოსპისური სერვისები ყოველდღიურად 24 საათის განმავლობაშია ხელმისაწვდომი, რათა პაციენტებმა და მომვლელებმა საჭიროებისამებრ გამოიყენონ ისინი. სტაციონარული ჰოსპისები დეინსტიტუციონალიზებულია, რათა ატმოსფერო მაქსიმალურად მშვიდი და სახლის მსგავსი იყოს. პაციენტებისა და ოჯახის წევრების გვერდით არიან როგორც თანამშრომლები, ისე მოხალისეები.

ჰოლისტური ჰოსპისური სერვისების მიწოდებაზე პროფესიონალებისა და მოხალისეებისგან შემდგარი ინტერდისციპლინური გუნდია, რომელიც სამედიცინო ზედამხედველობის ქვეშ მუშაობს. ჰოსპისის გუნდის კოორდინირებაში საკვანძო როლს ჰოსპისის ექთანი ასრულებს. ჰოსპისის ექთნები, პაციენტებსა და მათ ოჯახის წევრებზე ზრუნვისა და მხარდაჭერის მიზნით, თანამშრომლობენ ჰოსპისის ექიმებთან, ფარმაცევტებთან, დიეტოლოგებთან, ფიზიკურ თერაპევტებთან, სოციალურ მუშაკებთან, ექთნებთან და სასულიერო პირებთან და მოხალისეებთან. ჰოსპისის ექთნები განსწავლულები არიან ტკივილის კონტროლსა და სიმპტომების მართვაში, სულიერ შემოწმებასა და ოჯახის საჭიროებების შეფასებასა და მართვაში. პაციენტისა და ოჯახის წევრების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, ექთნებს სწავლების სანიმუშო უნარ-ჩვევები, თანაგრძნობის უნარი, მოქნილობა, კულტურული კომპეტენტურობა და ადაპტაციის უნარი მოეთხოვებათ.

ჰოსპისური მოვლის დაწყების შესახებ გადაწყვეტილების მიღება რთულია და ამას რამდენიმე მიზეზი აქვს. ხშირად პაციენტებს, ოჯახებს, ექიმებსა და სხვა სამედიცინო მუშაკებს არასაკმარისი ინფორმაცია აქვთ ჰოსპისურ მზრუნველობაზე. ზოგიერთი კულტურული/ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენლები შესაძლოა არასაკმარისად იყენებდნენ ჰოსპისის სერვისებს, რაც მათ შესახებ ცნობიერების ნაკლებობით, პოტენციურად განმკურნებელი მკურნალობის გაგრძელების სურვილითა და ჰოსპისის უმცირესობების წარმომადგენელი მუშაკების სიმწირის შიშითაა განპირობებული. ექიმები შესაძლოა იმის გამო არ გადაამისამართებდნენ პაციენტებს ჰოსპისში, რომ ისინი ზოგჯერ პაციენტის დაღმასვლას საკუთარ მარცხად მიიჩნევენ. ზოგიერთი პაციენტი და ოჯახის წევრი ამას დაწინაურებდად აღიქვამს.

ჰოსპისის პროგრამაში ჩართვისთვის პაციენტი ორ კრიტერიუმს უნდა აკმაყოფი-

ლებდეს. პირველი კრიტერიუმი ისაა, რომ პაციენტს უნდა სურდეს სერვისის მიღება და წერილობით უნდა დაადასტუროს, რომ ტერმინალური ავადმყოფობის სამკურნალოდ მხოლოდ ჰოსპისურ მზრუნველობას (და არა განმაკურნებელს) მიიღებს. ჰოსპისის პროგრამაში ჩართულ პაციენტებს ნებისმიერ დროს შეუძლიათ უარი თქვან და გამოეთიშონ პროგრამას (მაგ., თუ მათი მდგომარეობა მოულოდნელად გაუმჯობესდება). თუ პაციენტს ჰოსპისური მზრუნველობის დაწყების შემდეგ გაუჩნდა ჯანმრთელობის სხვა პრობლემა, მას შეუძლია სათანადო მკურნალობა ჩაიტაროს. მეორე კრიტერიუმი პაციენტის უფლებამოსილებაა.

სიკვდილი

სიკვდილი დგება მაშინ, როცა ყველა სასიცოცხლო ორგანო და ორგანოთა სისტემა ფუნქციონირებას წყვეტს. სიკვდილი გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი და თავის ტვინის ფუნქციების შეუქცევადი შეწყვეტაა.

ტვინის სიკვდილი თავის ტვინის ყველა ფუნქციის შეუქცევადი დაკარგვაა, ტვინის ღეროს ფუნქციების ჩათვლით. ტვინის სიკვდილი კლინიკური დიაგნოზია და ის ესმევა პაციენტებს, რომელთა გულიც ძგერას აგრძელებს და რომლებიც ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში მექანიკურ ვენტილაციაზე იმყოფებიან. ტვინის სიკვდილი დგება მაშინ, როცა ნახევარსფეროების ქერქი ფუნქციონირებას წყვეტს ან შეუქცევადად ზიანდება.

სიცოცხლის მხარდაჭერი ტექნოლოგიების განვითარებასთან ერთად სიკვდილის ზუსტი განმარტების შესახებ აზრთა გარკვეული სხვადასხვაობა წარმოიშვა. შეკითხვები და დისკუსიები ძირითადად იმაზე ორიენტირებს, თუ როდის დგება ტვინის სიკვდილი – მაშინ, როცა მთელი თავის ტვინი (ქერქი და ტვინის ღერო) წყვეტს აქტივობას თუ როცა მხოლოდ ქერქის ფუნქციონირება წყდება. 1995 წელს ამერიკის ნევროლოგიის აკადემიის ხარისხის სტანდარტების ქვეკომიტეტმა შემოგვთავაზა ტვინის სიკვდილის კლინიკური დიაგნოზის კრიტერიუმების გზამკვლევები. ტვინის სიკვდილის ეს კრიტერიუმები მოიცავს კომას ან უგონო მდგომარეობას, ტვინის ღეროს რეფლექსების არარსებობას და აპნოეს. თითოეული კრიტერიუმის დადასტურებისთვის აუცილებელია ექიმის მიერ წარმომებული კონკრეტული შემონიშვნები.

ამჟამად, სამართლებრივი და სამედიცინო სტანდარტების მოთხოვნით, ტვინის სიკვდილის გამოცხადებისა და სიცოცხლის მხარდაჭერის შეწყვეტისთვის, აუცილებელია თავის ტვინის ყველა ფუნქცია შეწყდეს. ტვინის სიკვდილის დიაგნოზი განსაკუთრებით იმ შემთხვევაშია მნიშვნელოვანი, თუ პაციენტი პოტენციური დონორია.

სიცოცხლის დასასრულის მოვლა

სიცოცხლის დასასრული, ზოგადად, მიემართება პაციენტის ავადმყოფობის საბოლოო ფაზას, როცა სიკვდილი უკვე მოახლოებულია, გარდაუვალია. ტერმინალური დაავადების დიაგნოზის დასმიდან სიკვდილამდე დარჩენილი დრო სხვადასხვა ხანგრძლივობისაა და დამოკიდებულია პაციენტის დიაგნოზსა და დაავადების გავრცელებაზე, სიმძიმეზე.

მედიცინის ინსტიტუტი (The Institute of Medicine) *სიცოცხლის დასასრულს* განსაზღვრავს როგორც პერიოდს, რომლის განმავლობაშიც ადამიანი უმკლავდება ჯანმრთელობის ტერმინალური ავადმყოფობით ან ასაკის მატებასთან დაკავშირებული დაუძლურებით გამოწვეულ დაღმასვლას, მაშინაც კი, როცა სიკვდილი მკაფიოდ გარდაუვალი,

მოახლოებული არ არის. ზოგიერთ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალისთვის ამკარაა, რომ პაციენტი სიცოცხლის დასასრულსაა მიახლოებული, მაგრამ ზოგიერთ ვითარებაში მათ დაზუსტებით არ იციან ამის შესახებ. ეს გაურკვევლობა კიდევ უფრო ართულებს ისეთ კითხვებზე პასუხის გაცემას, რომელსაც პაციენტები და ოჯახის წევრები ხშირად სვამენ, მაგალითად „რამდენი დროა დარჩენილი?“

ტერმინი *სიცოცხლის დასასრულის მზრუნველობა* (EOL მზრუნველობა/მოვლა) გამოიყენება სიკვდილთან და კვდომასთან დაკავშირებული საკითხებისა და სერვისების აღსანიშნად. სიცოცხლის დასასრულის მოვლა ფოკუსირებს პაციენტისა და მისი ოჯახის ფიზიკურ და ფსიქო-სოციალურ საჭიროებებზე. სიცოცხლის დასასრულის მოვლის ამოცანებია/მიზნებია: (1) კვდომის პროცესში კომფორტისა და მხარდაჭერის უზრუნველყოფა, (2) პაციენტის დარჩენილი სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება, (3) ღირსეული სიკვდილის ხელშეწყობა და (4) ოჯახის ემოციური მხარდაჭერა.

სიცოცხლის დასასრულის ფიზიკური გამოვლინებები

სიკვდილის მოახლოებასთან ერთად მეტაბოლიზმი მცირდება და ორგანიზმი თანდათანობით ნელდება მანამ, სანამ ყველა ფუნქცია შეწყდება. სიცოცხლის დასასრულს ხშირად აღინიშნება სასუნთქი სისტემის ცვლილებები. სუნთქვა შეიძლება იყოს სწრაფი ან ნელი, ზედაპირული და არათანაბარი. სუნთქვის ხმიანობა შესაძლოა სველი და ხმაურიანი გახდეს, რაც შეუიარაღებელი ყურითაც ისმინება და აუსკულტაციითაც. ხმაურიანი, სველი სუნთქვები, რომელსაც სიკვდილისწინა ხიხინს უწოდებენ, პირით სუნთქვითა და სასუნთქ გზებში ლორწოს დაგროვებითაა გამოწვეული. ჩვენ სტოქსის სუნთქვა სუნთქვის მახასიათებელია, რომელიც აპნოესა და ღრმა, სწრაფი სუნთქვის პერიოდული მონაცვლეობით ხასიათდება. როცა სუნთქვა წყდება, რამდენიმე წუთში გულიც წყვეტს ძგერას. მოახლოებული სიკვდილის ფიზიკური გამოვლინებები 8-2 ცხრილშია ჩამოთვლილი.

ცხრილი 8-2 სიცოცხლის დასასრულის ფიზიკური გამოვლინებები	
სისტემა	გამოვლინებები
სენსორული სისტემა	
სმენა	<ul style="list-style-type: none"> ჩვეულებრივ, ბოლო შეგრძნებაა, რომელიც ქრება
შეხება	<ul style="list-style-type: none"> მგრძნობელობის დაქვეითება ტკივილისა და შეხების აღქმის დაქვეითება
გემოვნება და ყნოსვა	<ul style="list-style-type: none"> დაავადების პროგრესირებასთან ერთად ქვეითდება
მხედველობა	<ul style="list-style-type: none"> მხედველობის დაბინდვა თვალის ჩაცვენა და შუშის მსგავსი თვალეები თვალის ხამხამის რეფლექსი არ გამოიწვევა ქუთუთოები ნახევრად ღია რჩება
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	<ul style="list-style-type: none"> გულისცემათა გახშირება; მოგვიანებით შენელება და პულსის შესუსტება არარეგულარული რიტმი არტერიული წნევის შემცირება კუნთში ან კანქვეშ მიწოდებული ნაძლების შენოვის შეფერხება

სასუნთქი სისტემა	<ul style="list-style-type: none"> • სუნთქვის გახშირება • ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა (აპნოეს და ღრმა, სწრაფი სუნთქვის ეპიზოდების მონაცვლეობა) • ხველის და სეკრეტისგან განმენდის შეუძლებლობა, რაც გამოიხატება ღრუტუნის, თუხთუხის ან ხმაურიანი შეგუბებული სუნთქვით (სიკვდილის-წინა ხიხინი) • არათანაბარი სუნთქვა, თანდათანობით ნელდება და ტერმინალურ გაძნელებულ ჩასუნთქვებში გადაიზრდება
საშარდო სისტემა	<ul style="list-style-type: none"> • შარდის გამოყოფის თანდათანობითი შემცირება • შარდის შეუკავებლობა • მოშარდვის შეუძლებლობა
კუჭ-ნაწლავი	<ul style="list-style-type: none"> • კუჭ-ნაწლავის ფუნქციის შენელება ან შეწყვეტა (შესაძლოა ტკივილგამაყუჩებლებმა შეუწყოს ხელი) • აირების დაგროვება • შებერილობა და გულისრევა • სფინქტერის კონტროლის დაკარგვა, შეუკავებლობა • სიკვდილის მოახლოებისას ან უშუალოდ სიკვდილის მომენტში დეფეკაცია
ძვალ-კუნთოვანი სისტემა	<ul style="list-style-type: none"> • მოძრაობის უნარის თანდათანობითი დაქვეითება • სახის კუნთების ტონუსის დაქვეითების შედეგად ყბის „ჩამოკიდება“ • მეტყველების გაძნელება • ყლაპვის გაძნელება • პოსტურისა და სხეულის ნაწილების ურთიერთმდებარეობის შენარჩუნების გაძნელება • ხახის რეფლექსის დაკარგვა • დიდი რაოდენობით ოპიოიდებზე მყოფ პაციენტებში – უნებლიე მოძრაობები
საფარო სისტემა	<ul style="list-style-type: none"> • მტევნების, მკლავების და ფეხების აჭრელება • ცივი, წებოვანი კანი • ცხვირის, ფრჩხილების, მუხლების ციანოზი • როცა სიკვდილი ძალიან ახლოსაა, „ცვილისებრი“ კანი

სიცოცხლის დასასრულის ფსიქო-სოციალური გამოვლინებები

სიცოცხლის დასასრულს მომაკვდავი პაციენტი და მისი ოჯახი სხვადასხვა გრძნობას და ემოციას შეიძლება განიცდიდეს (ცხრილი 8-3). პაციენტების უმრავლესობას მეტად უმძიმს ტერმინალურ დიაგნოზთან შეგუება და გაცნობიერება იმისა, რომ განკურნება შეუძლებელია. პაციენტი და ოჯახი შესაძლოა თავს გადატვირთულად, შეშინებულად, უძლურად და გადაღლილად გრძნობდეს. ოჯახის წევრების რეაქცია, ნაწილობრივ, ავადმყოფობის ტიპსა და ხანგრძლივობაზე და პაციენტთან მათ ურთიერთობაზე დამოკიდებულია.

აუცილებელია პაციენტის საჭიროებებისა და სურვილების პატივისცემა. პაციენტებს ფიქრისა და გრძნობების გამოხატვისთვის დრო სჭირდებათ. დაღლილობის, სისუსტისა და დაბნეულობის გამო, პაციენტი შესაძლოა ნელა გაასუხობდეთ შეკითხვებზე.

ცხრილი 8-3 სიცოცხლის დასასრულის ფსიქო-სოციალური გამოვლინებები	
<ul style="list-style-type: none"> • გადანყვეტილების მიღების პროცესის, უნარის ცვლილება; • შფოთვა დაუმთავრებელი საქმეების გამო; • სოციალიზაციის შემცირება; • მარტოობის შიში • საკუთარი ცხოვრების ამოების შიში; • ტკივილის შიში; • უმწეობა; 	<ul style="list-style-type: none"> • ცხოვრების გადახედვა; • სიმშვიდე; • მოუსვენრობა; • ადამიანებთან დამშვიდობება; • უჩვეულო კომუნიკაცია; • ხილვის მსგავსი გამოცდილებები; • განრიდება;

მძიმე დანაკლისი და მწუხარება

მიუხედავად იმისა, რომ ეს ტერმინები ხშირად სინონიმებად გამოიყენება, *მძიმე დანაკლისი* დანაკარგის მდგომარეობას აღწერს, ხოლო *მწუხარება* დანაკარგის საპასუხო რეაქციას. მძიმე დანაკლისი არის საყვარელი ადამიანის სიკვდილის შემდგომი პერიოდი, რომლის დროსაც ადამიანი მწუხარებას განიცდის და გლოვობს. ამ პერიოდის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე, მათ შორის, რამდენად მიჯაჭვული იყო ადამიანი გარდაცვლილზე და რამდენ ხანს ელოდა ის მის დაკარგვას.

მწუხარება დანაკარგის საპასუხო ნორმალური რეაქციაა. მწუხარება საყვარელი ადამიანის რეალური დაკარგვის და შესაძლო მომავლის დაკარგვის საპასუხო რეაქციას წარმოადგენს. მწუხარება დინამიკური პროცესია და მოიცავს როგორც ფსიქოლოგიურ, ისე ფიზიოლოგიურ რეაქციებს. ფსიქოლოგიური რეაქციებია: ბრაზი, დანაშაულის გრძნობა, შფოთვა, სევდა, დეპრესია და სასონარკვეთა. ფიზიოლოგიური რეაქციებია: ძილის პრობლემები, მადის ცვლილებები, ფიზიკური პრობლემები და ავადმყოფობა.

მწუხარება ძლიერი ემოციური მდგომარეობაა, რომელიც პიროვნების სიცოცხლის ყველა ასპექტზე მოქმედებს. ეს კომპლექსური და ინტენსიური ემოციური გამოცდილებაა. მწუხარების კიუბლერ-როსის მოდელში მწუხარება 5 სტადიად იყოფა (ცხრილი 8-4). ყველა ადამიანი თითოეულ ამ სტადიას არ გაივლის და ისინი ყოველთვის თანმიმდევრობით არ დგება. ხშირად ადამიანი ერთ სტადიას აღწევს და მერე ისევ უკან ბრუნდება. მაგალითად, ადამიანმა შესაძლოა „ვაჭრობის“ სტადიას მიაღწიოს და მერე კვლავ უარყოფის ან ბრაზის სტადიაზე დაბრუნდეს.

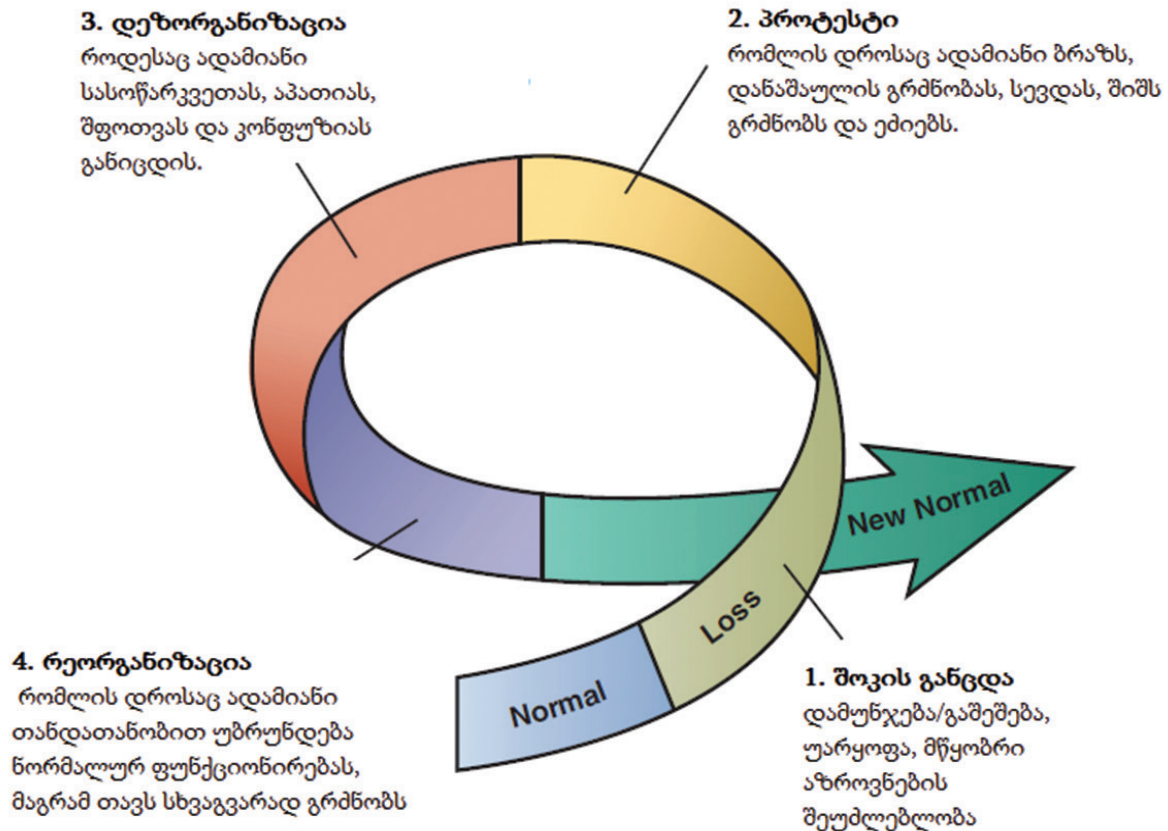
მწუხარების კიდევ ერთი მოდელი მწუხარების ბორბალია (სურ. 8-1). საყვარელი ადამიანის დაკარგვისას ადამიანი *შოკს* (დამუნჯება/გაშეშება, უარყოფა, მწყობრი აზროვნების შეუძლებლობა) განიცდის. შემდეგ მოდის *პროტესტის* სტადია, რომლის დროსაც ადამიანი ბრაზს, დანაშაულის გრძნობას, სევდას, შიშს გრძნობს და ეძიებს. შემდეგ დგება *დეზორგანიზაციის* სტადია, როცა ადამიანი სასონარკვეთას, აპათიას, შფოთვას და კონფუზიას განიცდის. შემდეგი სტადია *რეორგანიზაციაა*, რომლის დროსაც ადამიანი თანდათანობით უბრუნდება ნორმალურ ფუნქციონირებას, მაგრამ თავს სხვაგვარად გრძნობს. საბოლოო სტადია *ახალი ნორმაა*. თანდათანობით, მწუხარების პროცესში განცდილი დესტაბილიზაცია შემსუბუქდება და ახალი მდგომარეობა იწყება. თუმცა, დანაკარგის გამო, ეს ნორმალური მდგომარეობა ისეთი აღარ არის, როგორც იყო. „ახალი“ ნორმის მიღება გამონწვევას წარმოადგენს. შფოთვასა და სტრესს სწორედ „ძველ“ ნორმალურთან (რომელიც უკვე აღარ არსებობს) დაბრუნების მცდელობა იწვევს.

სურათი 8-1³⁷

Normal- ნორმა

Loss – დანაკარგი

New normal – ახალი ნორმა



მწუხარების ინდივიდუალური თავისებურებები დამოკიდებულია ისეთ ფაქტორებზე, როგორცაა, გარდაცვლილთან (მაგ., მეუღლე, მშობელი) ურთიერთობის სახეზე, გამკლავების ფიზიკურ და ემოციურ რესურსებზე, სხვა თანაარსებულ სტრესზე, კულტურულ მრწამსა და პიროვნულ თვისებებზე. მწუხარების რეაქციაზე მოქმედებს დამატებითი ფაქტორებიც, კერძოდ, მენტალური და ფიზიკური ჯანმრთელობა, ეკონომიკური რესურსები, რელიგიური გავლენები ან სულიერება, ოჯახური ურთიერთობები, სოციალური მხარდაჭერა და იმ ადამიანის გარდაცვალებისთვის მზადების ხანგრძლივობა. მწუხარების რეაქციაზე შესაძლოა იმოქმედოს სიკვდილამდე მომხდარმა ამბებმაც (მაგ., ქორწინების პრობლემები).

ქრონიკული ავადმყოფობის მქონე პაციენტისა და მისი მომვლელისთვის მწუხარების გამოცდილება ხშირად სიკვდილამდე დიდი ხნით ადრე იწყება. ამას *მოსალოდნელი/წინასწარი მწუხარება* ეწოდება. ასეთ მწუხარებას შესაძლოა პაციენტები სიცოცხლის დასასრულსად განიცდიდნენ.

მწუხარების პროცესში დადებითი მიმართულებით მუშაობა ხელს უწყობს დანაკარგთან ადაპტაციას. მწუხარებას, რომელიც ადამიანს ეხმარება, მიიღოს სიკვდილის სინამდვილე, *ადაპტაციური მწუხარება* ეწოდება და ეს სრულებით ჯანსაღი რეაქციაა. ადაპტაციური მწუხარება შესაძლოა განიცდებოდეს სიკვდილის დადგომამდეც და მაშინაც, როცა სიკვდილის გარდაუვალობა ცნობილი გახდება. ადაპტაციური მწუხარების ინდი-

³⁷ Medical Surgical Nursing – Lewis Dirksen, Heitkemper Bucher

კატორებია: სიკვდილის გარკვეული დადებითი ასპექტების დანახვის უნარი და გარდაცვლილის შესახებ დადებითი მოგონებები.

შესაძლოა შეგვხვდეს დანაკარგის საპასუხო დისფუნქციური რეაქციები და საყვარელი ადამიანის სიკვდილის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ზეგავლენა, შესაძლოა, წლობით გაგრძელდეს. გახანგრძლივებული და ინტერნსიური გლოვის აღსაწერად გამოიყენება ტერმინი *გახანგრძლივებული მწუხარების აშლილობა*, რასაც წარსულში *გართულებულ მწუხარებას* უწოდებდნენ. გახანგრძლივებული მწუხარების აშლილობა შესაძლოა ვლინდებოდეს შემდეგი სიმპტომებით: განმეორებითი და ძლიერი ემოციები და ინტრუზიული აზრები საყვარელი ადამიანის დაკარგვასთან დაკავშირებით, თვითუკულებელობა და დანაკარგის უარყოფა 6 თვეზე ხანგრძლივად. გახანგრძლივებული მწუხარების აშლილობის მქონე მგლოვიარე ადამიანები შესაძლოა „გაჭედებულ“ გრძნობდნენ თავს და საყვარელი ადამიანის გარდაცვალების შემდეგ სიცოცხლის გაგრძელებას ვერ ახერხებდნენ. დადგენილია, რომ ყოველ მეხუთე მგლოვიარეს გახანგრძლივებული მწუხარების აშლილობა უვითარდება. ამ ადამიანებში მაღალია ავადმყოფობისა და სამსახურეობრივი და სოციალური შეზღუდვების რისკი. ზოგიერთი კვლევის საფუძველზე დადგინდა, რომ გახანგრძლივებული მწუხარების აშლილობის განვითარების ალბათობა უფრო ნაკლებია, თუ ადამიანი ჰოსპისში გარდაიცვალა, ვიდრე იმ შემთხვევებში, თუ ადამიანი მწვავე მოვლის გარემოში დაიღუპა.

მძიმე დანაკლისისა და მწუხარების შესახებ კონსულტირება პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვანი ასპექტია. მძიმე დანაკლისის პერიოდის პროგრამის მიზანი გარდაცვლილი ადამიანის გარეშე ცხოვრებაზე გადასვლის მხარდაჭერა და ხელშეწყობაა. პაციენტის ავადმყოფობის პერიოდში და მისი გარდაცვალების შემდგომ ოჯახის წევრებისა და საყვარელი ადამიანების მოვლის გეგმაში გაერთიანებული უნდა იყოს მწუხარების მხარდაჭერაც.

მწუხარებისკენ მიმართული პრიორიტეტული ინტერვენციები უნდა ფოკუსირდეს ისეთი გარემოს უზრუნველყოფაზე, რომელშიც პაციენტი და ოჯახის წევრები შეძლებენ თავიანთი გრძნობების, მაგალითად, ბრაზის, შიშისა და დანაშაულის გრძნობის გამოხატვას. გრძნობების განხილვა ეხმარება პაციენტებსა და ოჯახებს, მწუხარების პროცესის გადაწყვეტაზე/გადაჭრაზე იმუშაონ. მნიშვნელოვანია, პატივი სცეთ პაციენტის პირად სივრცეს და მის სურვილს, ისაუბროს (ან არ ისაუბროს). აუცილებელია კითხვებზე პასუხების გაცემისას იყოს გულწრფელი და პაციენტებსა და მომვლელებს სათანადო ინფორმაცია მიაწოდოს.

ცხრილი 8-4 კიუბლერ-როსის მწუხარების მოდელი		
სტადია	რას შეიძლება ამბობდეს პიროვნება	მახასიათებლები
უარყოფა	არა, მე არა. შეუძლებელია, ეს მართლა მომხდარიყო.	უარყოფს დანაკარგს, რომელიც განიცადა და შესაძლოა განერიდოს. ეს რეაქცია შესაძლოა წუთების ან თვეების განმავლობაში გაგრძელდეს.
ბრაზი	რატომ მე?	შესაძლოა, ბრაზობდეს ადამიანზე, ვინც ტკივილი გამოიწვია (სიკვდილის მერეც კი) ან სამყაროზე, რადგან ეს „დაუშვა“. შესაძლოა, გაბრაზებული იყოს საკუთარ თავზე, რომ ეს მოვლენა (მაგ., ავტოსაგზაო შემთხვევა) დაუშვა, იმის მიუხედავად, რომ ამის შეჩერება შეუძლებელი იყო.

ვაჭრობა	კი, მე დამემართა, მაგრამ...	შესაძლოა ევაჭრებოდეს ღმერთს და ეკითხებოდეს „ასე რომ მოვიქცე, დაკარგულს დამიბრუნებ?“
დეპრესია	კი, მე დამემართა და სევდიანი ვარ	თითქოს ვერაფერს გრძნობს, უგრძნობია, მაგრამ შესაძლოა ბრაზი და სევდა რჩებოდეს.
მიმღებლობა	კი, მე დამემართა, მაგრამ არაუშავს	ბრაზმა, სევდამ და გლოვამ გადაიარა. დანაკარგის სინამდვილეს აცნობიერებს და იღებს.

Kübler-Ross E: *On death and dying*, New York, 1969, Macmillan. (Classic)

სულიერი საჭიროებები

სიცოცხლის დასასრულის მოვლის პერიოდში აუცილებელია სულიერი საჭიროებების შეფასება (ცხრილი 8-5). სულიერი, ანუ სულიერი საჭიროებები აუცილებლად რელიგიას არ უკავშირდება. სულიერება განისაზღვრება როგორც რწმენა, ფასეულობები და პრაქტიკები, რომელიც ეგზისტენციალური მნიშვნელობისა და მიზნის ძიებას უკავშირდება და მოიცავს ან სულაც არ მოიცავს „უმაღლესი ძალის“ რწმენას. ადამიანი შესაძლოა სულაც არ მიაკუთვნებდეს თავს კონკრეტულ რელიგიას, მაგრამ ღრმად მორწმუნე იყოს. ხშირად სიცოცხლის დასასრულს პაციენტები კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებენ რწმენას უმაღლესი ძალის, განვლილი ცხოვრებისეული გზის, რელიგიისა და სიკვდილის შემდეგ სიცოცხლის შესახებ. ზოგიერთმა პაციენტმა შესაძლოა სულიერი გზა აირჩიოს, ზოგიერთმა – არა. პატივი ეცით ინდივიდის გადაწყვეტილებას. შეაფასეთ, ესაჭიროებათ ან სურთ თუ არა პაციენტსა და ოჯახის წევრებს სულიერი წინამძღოლობა ან სასულიერო პირების მზრუნველობის სერვისები და შესაბამისად გადაამისამართეთ ისინი.

ზოგიერთ შემთხვევაში, ტერმინალურ დიაგნოზთან და ამასთან დაკავშირებულ საკითხებთან გამკლავებისას, ღრმად ჩამალული სულიერი რწმენა ზედაპირზე ამოდის. შესაძლოა მოხდეს სულიერი განბილება/დისტრესი. სულიერი დისტრესი შეიძლება გამოიხატებოდეს ღმერთის ან უმაღლესი არსების მიმართ ბრაზით, ქცევის და განწყობის ცვლილებით, სულიერი დახმარების სურვილით ან ბრაზის სასულიერო პირებზე მიმართვით.

სულიერება უკავშირდება სიცოცხლის დასასრულს სასოწარკვეთის შემცირებას. ზოგიერთ მომაკვდავ პაციენტს ურყევად სწამს მომავლის. ხშირად პაციენტები უარს ამბობენ მატერიალურ ნივთებზე და ფოკუსირდებიან ისეთ ღირებულებებზე, რომელიც, სწამთ, რომ „სხვა ადგილას“ გაუძღვება. ბევრი პაციენტი რელიგიას მიმართავს, რადგან ამან შესაძლოა ფიზიკური დაღმასვლის, სოციალური დანაკარგების, ტანჯვისა და მოსალოდნელი სიკვდილის ფონზეც კი კანონზომიერების აღქმა შესძინოს. რელიგია შესაძლოა ეგზისტენციალური მნიშვნელობის ახსნაში დაეხმაროს პაციენტს, რაც სიმშვიდის გრძნობას მოგვრის და დაეხმარება აღიქვას საკუთარი თავი ფართო კოსმიურ კონტექსტში.

ცხრილი 8-5 სულიერი შეფასება
<ol style="list-style-type: none"> 1. ვინ ან რა გაძლევთ ძალას და იმედს? 2. ლოცულობთ ხოლმე? 3. როგორ გამოხატავთ სულიერებას? 4. როგორ აღწერდით ცხოვრების თქვენეულ ფილოსოფიას? 5. რა სახის სულიერი ან რელიგიური მხარდაჭერის მიღება გსურთ? 6. რა ჰქვია თქვენს სასულიერო პირს?

7. რას ნიშნავს თქვენთვის ტანჯვა?
8. რას ნიშნავს თქვენთვის სიკვდილი?
9. რა არის თქვენი სულიერი ამოცანები, მიზნები?
10. ეკლესია/სინაგოგა/მეჩეთი თქვენს ცხოვრებაში რამე როლს ასრულებს?
11. ღმერთის რწმენა თქვენს ცხოვრებაში მნიშვნელოვანია?
12. როგორ გეხმარებათ რწმენა ავადმყოფობასთან გამკლავებაში?
13. დღიდან დღემდე როგორ ცხოვრობთ?
14. რა გეხმარებათ ამ სამედიცინო პროცესში მსვლელობისას?
15. როგორ იმოქმედა ავადმყოფობამ თქვენსა და თქვენს ოჯახზე?

© The Joint Commission.

საყვარელი ადამიანის დაკარგვა ერთ-ერთი ყველაზე ინტენსიურად მტკივნეული რამაა, რისი განცდაც ადამიანს შეუძლია. ჯონ ბოულბი

საექთნო მართვა

სიცოცხლის დასასრული

ექთნები ბევრად უფრო დიდ დროს ატარებენ მომაკვდავ პაციენტებთან, ვიდრე სხვა სამედიცინო მუშაკები. ტერმინალური ავადმყოფებისა და მომაკვდავი პაციენტების საექთნო მოვლა ჰოლისტურია და ითვალისწინებს თითოეულ ფსიქოსოციალურ და ფიზიკურ საჭიროებას. პაციენტისა და ოჯახის წევრებისთვის მეტად მნიშვნელოვანია პატივისცემა, ღირსება და კომფორტი. ამასთან, მწუხარებასთან და სიკვდილთან გამკლავების პერიოდში თქვენ საკუთარი საჭიროებებიც უნდა ამოიცინოთ და აღიაროთ.

შეფასება

ტერმინალურად ავადმყოფი ან მომაკვდავი პაციენტის შეფასება მის მდგომარეობაზე დამოკიდებულია. იყავით მგრძობიარენი და ნუ შეაწუხებთ მომაკვდავ პაციენტს განმეორებითი, არააუცილებელი შემონმბებით. თუ ეს შესაძლებელია, გამოკითხვით პაციენტის დადლის მაგივრად, სამედიცინო ჩანაწერში მოცემული ინფორმაცია გამოიყენეთ.

დოკუმენტურად დააფიქსირეთ, კონკრეტულად რა მოვლენამ ან ცვლილებამ გამოიწვია პაციენტის სამედიცინო მოვლის გარემოში მოთავსება. ჩაინიშნეთ პაციენტის სამედიცინო დიაგნოზები, მედიკამენტების პროფილი და ალერგიები.

თუ პაციენტს ღვიძავს და ფხიზლადაა, მნიშვნელოვანი ნიშნებისა და სიმპტომების აღმოსაჩენად სისტემების მოკლე მიმოხილვა ჩაატაროთ. შეაფასეთ დისკომფორტის, ტკივილის, გულისრევისა და სუნთქვის გაძნელების არსებობა, რათა დროულად ჩაერიოთ. ამასთან, შეაფასეთ და მართეთ კომორბიდობები და სხვადასხვა პრობლემის, მაგალითად შაქრიანი დიაბეტის ან თავის ტკივილის მწვავე ეპიზოდები. შეაფასეთ პაციენტის შესაძლებლობები, საკვებისა და სითხის მიღება, ძილისა და მოსვენების მახასიათებელი და ტერმინალური ავადმყოფობის სტრესის საპასუხო რეაქცია. შეაფასეთ, რამდენად შეუძლია პაციენტს ავადმყოფობის დიაგნოზთან და პროგნოზთან გამკლავება. ასევე განსაზღვრეთ, შეუძლია თუ არა ოჯახს საჭირო მოვლის მართვა და ავადმყოფობასთან და მის შედეგებთან გამკლავება.

ფიზიკალური შემონმბება შემოკლებულია და ფოკუსირებს ტერმინალური ავადმყოფობის

ფობისა და კონკრეტული დაავადების პროცესის თანმხლებ ცვლილებებზე. შემონმების სიხშირე პაციენტის სტაბილურობაზე დამოკიდებული, მაგრამ ინსტიტუციურ პირობებში პაციენტი მინიმუმ 8 საათში ერთხელ უნდა შეფასდეს. თუ ჰოსპისური პროგრამის ფარგლებში პაციენტების მოვლა სახლში მიმდინარეობს, შემონმება შესაძლოა კვირაში ერთხელ მოხდეს. ცვლილებების ჩამოყალიბებასთან ერთად, შეფასება და დოკუმენტაცია შესაძლოა უფრო ხშირად გახდეს საჭირო. სიცოცხლის ბოლო საათებში ფიზიკალური შემონმება შეგიძლიათ აუცილებელ მონაცემებამდე შეკვეცოთ.

სოციალური შეფასების საკვანძო ელემენტია ოჯახური ურთიერთობებისა და კომუნიკაციის განსაზღვრა. თუ ადგილზე რამდენიმე ოჯახის წევრია, მოუსმინეთ თითოეულის სამწუხარს. განსხვავებულმა მოლოდინებმა და კონფლიქტმა შესაძლოა საყვარელი ადამიანის გარდაცვალების შემდეგ ოჯახის დანგრევა გამოიწვიოს. სოციალური შეფასება მოიცავს პაციენტისა და ოჯახის მიზნების გამორკვევასაც.

სიკვდილის მოახლოებასთან ერთად, აწარმოეთ ორგანოთა სისტემების მონიტორინგი, რომელიც სიცოცხლის დასასრულს ხშირად ფუნქციონირებას წყვეტს. ეს აქტიურობას და ხშირად მცირედი ფიზიკური ცვლილებების მიმართ ყურადღებას მოითხოვს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ნევროლოგიური გასინჯვა, რაც მოიცავს ცნობიერების დონის, რეფლექსებისა და გუგის რეაქციების შემონმებას. სასიცოცხლო მაჩვენებლების, კანის ფერისა და ტემპერატურის შეფასება სისხლის მიმოქცევის შესახებ იძლევა ინფორმაციას. ამონმეთ და აღწერეთ სუნთქვითი სტატუსი, ჩასუნთქვების ხასიათი და ფილტვის/სუნთქვის ხმიანობათა მახასიათებლები. თირკმლისა და კუჭ-ნაწლავის ფუნქციონირების შეფასების მიზნით ამონმეთ საკვებისა და სითხის მიღება, შარდის გამოყოფა და ნაწლავის ფუნქცია. მუდმივად ამონმეთ კანის მდგომარეობა, რადგან კანი მყიფე ხდება და შესაძლოა ადვილად დაზიანდეს.

დაგეგმვა

სიცოცხლის დასასრულის პერიოდის მოვლის დაგეგმვა და კოორდინირება პაციენტის, ოჯახის წევრებისა და საყვარელი ადამიანების საჭიროებებზე უნდა ფოკუსირებდეს. ზოგიერთ შემთხვევაში, მოვლის კოორდინირებული გეგმის შემუშავებისთვის ხელსაყრელია ოჯახური კონფერენციის მოწყობა.

შეიმუშავეთ პაციენტებისა და ოჯახების მხარდაჭერის, სწავლების და შეფასების ყოვლისმომცველი გეგმა. ცხოვრების ბოლო სტადიებზე საექთნო მოვლის ამოცანები კომფორტის უზრუნველყოფის ღონისძიებებსა და პაციენტის ემოციური და ფიზიკური საჭიროებების დაკმაყოფილებას უკავშირდება. ეს მიზნები შესაძლოა მოიცავდეს იმის დადგენასაც, სად სურს პაციენტს სიკვდილი და შესაძლებელია ეს თუ არა. მაგალითად, პაციენტს შესაძლოა სახლში უნდოდეს სიკვდილი, მაგრამ ოჯახის წევრები ამის წინააღმდეგი იყვნენ.

ხშირად პაციენტი, რომელსაც ტვინის სიკვდილი აღენიშნება, სიცოცხლის ბოლო საათებს ან დღეებს ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში ატარებს. ინტენსიურ განყოფილებაში სიცოცხლის დასასრულის მოვლის დაგეგმვა განსაკუთრებით რთულ გამოწვევას წარმოადგენს. ამ დროს ზოგიერთ ოჯახს ორგანოთა დონაციის შესახებ ესაუბრებიან. სიცოცხლის დასასრულის საკითხების დაგეგმვასა და მათ მოგვარებაში ოჯახს შესაძლოა პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტების კონსულტაცია დაეხმაროს.

იმპლემენტაცია

მომაკვდავი პაციენტებისა და მათი ოჯახების ფსიქო-სოციალური და ფიზიკური მოვლა ერთმანეთზეა გადაჯაჭვული. სწავლება სიცოცხლის დასასრულის მოვლის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ოჯახის წევრებს დაავადების, კვდომის პროცესის და ნებისმიერი სახის მოვლის შესახებ მუდმივად ესაჭიროებათ ინფორმაცია. მათ ასევე ესაჭიროებათ ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორ გაუმკლავდნენ ამ პერიოდის განმავლობაში ბევრ სხვადასხვა საკითხს. პაციენტებისა და ოჯახის სწავლებას და ინფორმაციის გააზრებას შესაძლოა ხელს უშლიდეს უარყოფა და მწუხარება.

ფსიქო-სოციალური მოვლა/მზრუნველობა

სიკვდილის მოახლოებასთან ერთად, სათანადოდ უპასუხეთ პაციენტის ფსიქო-სოციალურ საჭიროებებს (ცხრილი 8-6).

ცხრილი 8.6 საექთნო შეფასება	
ფსიქო-სოციალური მზრუნველობა სიცოცხლის დასასრულს	
მახასიათებელი	საექთნო მართვა
განრიდება	
სიკვდილის პირას მყოფი პაციენტი შესაძლოა თითქოს განრიდებული იყოს ფიზიკური გარემოდან, ინარჩუნებდეს სმენის უნარს, მაგრამ ვერ რეაგირებდეს.	ისაუბრეთ ისე, თითქოს პაციენტი ცნობიერი, ფხიზელია; მშვიდი ხმით ისაუბრეთ და ნაზად შეეხეთ ხოლმე.
უჩვეულო კომუნიკაცია	
ეს შესაძლოა იმის მანიშნებელი იყოს, რომ მომაკვდავ ადამიანს რაღაც გადაუწყვეტელი საკითხი ხელს უშლის ცხოვრების დათმობაში. პაციენტი შესაძლოა მოუსვენარი და აჟიტირებული იყოს ან განმეორებით ქმედებებს ახორციელებდეს (ეს შესაძლოა ტერმინალურ დელირიუმსაც მიანიშნებდეს).	მოუწოდეთ ოჯახის წევრებს, ესაუბრონ და გაამხნევეთ მომაკვდავი ადამიანი.
ხილვის მსგავსი გამოცდილება	
პაციენტი შესაძლოა ესაუბრებოდეს ადამიანებს, რომლებიც რეალურად იქ არ არიან ან ხედავდეს უხილავ ადგილებსა და საგნებს. ხილვის მსგავსი გამოცდილებები ეხმარება მომაკვდავ ადამიანს, დაინყოს ცხოვრების ამრთან და ცხოვრებიდან წასვლასთან შეგუება.	მიიღეთ მომაკვდავი პაციენტის გამოცდილება როგორც ცხოვრებიდან წასვლის ნაწილი.
გამომშვიდობება	
მნიშვნელოვანია, პაციენტმა და ოჯახის წევრებმა აღიარონ თავიანთი სევდა, აპატიონ ერთმანეთს ყველაფერი და გამოემშვიდობონ.	მოუწოდეთ მომაკვდავ ადამიანსა და ოჯახის წევრებს, გამოთქვან სევდის, დანაკლისის, მიტევების შეგრძნებები; შეეხონ, ჩაეხუტონ ერთმანეთს; იტირონ; მიეცით პაციენტსა და ოჯახის წევრებს პირადი სივრცე, რათა მათ გრძნობების გამოხატვა და ერთმანეთის დამშვიდება შეძლონ.

სულიერი საჭიროებები	
პაციენტმა ან ოჯახმა შესაძლოა მოითხოვოს სულიერი მხარდაჭერა, მაგალითად, მღვდლის მოყვანა.	წაახალისეთ სასულიერო სერვისის მომწოდებლის, მღვდლის ან ოჯახის წევრის ვიზიტი; მიეცით პაციენტს საშუალება, გამოხატოს თავისი სულიერი საჭიროებები.

შფოთვა და დეპრესია

სიცოცხლის დასასრულის პერიოდში პაციენტებს ხშირად აღენიშნებათ შფოთვისა და დეპრესიის ნიშნები. შფოთვა დისკომფორტის შეგრძნებაა, რომლის მიზეზის დადგენაც ადვილი არ არის. ხშირად შფოთვა შიშს უკავშირდება.

შფოთვისა და დეპრესიის მიზეზი შეიძლება იყოს უკონტროლო ტკივილი და სუნთქვის გაძნელება, დაავადების პროცესთან ან მოსალოდნელ სიკვდილთან დაკავშირებული ფსიქო-სოციალური ფაქტორები, ფიზიოლოგიური მდგომარეობის ცვლილება და მაღალი დოზებით გამოყენებული წამლები. შფოთვისა და დეპრესიის ნაწილობრივ შემცირება გამხნევებით, მხარდაჭერითა და სწავლებითაა შესაძლებელი. შფოთვისა და დეპრესიის მართვა შესაძლებელია როგორც მედიკამენტოზური, ისე არაფარმაკოლოგიური მიდგომებით. შესაძლოა პაციენტს რელაქსაციის სტრატეგიები, მაგალითად, რელაქსაციური სუნთქვა, კუნთების მოდუნება, მუსიკა და შემოქმედებითი წარმოსახვა დაეხმაროს.

ბრაზი

ბრაზი მწუხარების საპასუხო გავრცელებული და ნორმალური რეაქციაა. მწუხარებაში მყოფ ადამიანს ვერავინ აიძულებს, დანაკარგი მიიღოს. ოჯახის წევრები, შესაძლოა, მომაკვდავ საყვარელ ადამიანზე ბრაზობდნენ, რადგან ის მათ ტოვებს. წაახალისეთ გრძნობების გამოხატვა, მაგრამ ამავედროულად გაიაზრეთ, რამდენად რთულია დანაკლისთან შეგუება. თქვენ, როგორც ექთანი, შესაძლოა ბრაზის სამიზნე გახდეთ. თქვენ უნდა გესმოდეთ, რაც ხდება და ეს ბრაზი პირადად არ უნდა მიიღოთ.

უიმედობა და უძლურება

სიცოცხლის დასასრულს ხშირია უიმედობისა და უძლურების შეგრძნებები. წაახალისეთ რეალისტური იმედი მოცემული ვითარების საზღვრებში. მიეცით პაციენტსა და ოჯახის წევრებს საშუალება, გაუმკლავდნენ იმას, რაც მათ კონტროლს ექვემდებარება და დაეხმარეთ, ამოიცნონ/აღიარონ ის, რასაც ვერ გააკონტროლებენ. როცა ეს შესაძლებელია, კონტროლისა და ავტონომიის შეგრძნების გაძლიერების მიზნით, მხარი დაუჭირეთ მოვლის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პაციენტის ჩართულობას.

შიში

შიში სიკვდილთან დაკავშირებული ტიპური შეგრძნებაა. სიკვდილს ოთხი კონკრეტული შიში უკავშირდება, ესენია: ტკივილის შიში, ჰაერის უკმარისობის შიში, მართლობისა და მიტოვებულობის შიში და ამაოების შიში.

ტკივილის შიში

ბევრ ადამიანს მიაჩნია, რომ სიკვდილს აუცილებლად ახლავს ტკივილი. ფიზიოლოგიურად, არ არსებობს აბსოლუტური მინიშნება იმისა, რომ ტკივილი ყოველთვის მტკივნეულია. ფსიქოლოგიურად, ტკივილი შესაძლოა სიკვდილთან დაკავშირებულ შფოთვებსა და განცალკევებაზე დაყრდნობით აღმოცენდეს. ფიზიკური ტკივილის მქონე ტერმინალური ავადმყოფებისთვის მუდმივად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ტკივილგამაყუჩებლები. დაარმუნეთ პაციენტი და ოჯახი, რომ საჭიროების შემთხვევაში წამლები დროულად იქნება მიწოდებული და რომ გვერდითი ეფექტების მართვა შესაძლებელია და ასეც მოხდება. პაციენტებს ტკივილის მართვაში მონაწილეობა ტკივილის შემსუბუქების ზომებისა და მათი ეფექტების განხილვით შეუძლიათ. პაციენტების უმრავლესობას სურს, ტკივილი მოთენთილობისა და ძილიანობის გვერდითი ეფექტების გარეშე შეუმსუბუქდეს. ტკივილის შემამსუბუქებელმა ღონისძიებებმა არ უნდა წაართვას პაციენტს სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის შესაძლებლობა.

ჰაერის უკმარისობის შიში

სიცოცხლის დასასრულს ხშირია რესპირატორული დისტრესი და სუნთქვის გაძნელება. ჰაერის შიმშილის შეგრძნება პაციენტისა და ოჯახის წევრების შფოთვას იწვევს. ამჟამად, დისპნოეს მიზეზის მიხედვით, შესაძლებელია ბრონქოდილატატორების, ოპიოიდებისა და ჟანგბადის გამოყენება. მოდუნების მიზნით შესაძლებელია შფოთვის შემამცირებელი წამლების (მაგ., ანქსიოლიზური საშუალებების) მიწოდება.

მართობისა და მიტოვებულობის შიში

ტერმინალური ავადმყოფებისა და მომაკვდავი პაციენტების უმრავლესობას მართობის ეშინია და არ სურს მართო ყოფნა. ბევრ მომაკვდავ პაციენტს ეშინია, რომ საყვარელი ადამიანები ვერ გაუმკლავდებიან მის მოსალოდნელ სიკვდილს და მიატოვებენ. გვერდით ადამიანის უბრალო ყოფნაც კი ხშირად ამხნევებს პაციენტებს. ხელის ჩაკიდება, შეხება და მოსმენა მნიშვნელოვანი საექთნო ინტერვენციებია. კომპანიონობის განწევა მომაკვდავ ადამიანობას დაცულობის შეგრძნებას უჩენს.

ამაოების შიში

ამაოების შიშის გამო ადამიანები თავიანთ ცხოვრებას გადახედავენ, მიმოიხილავენ ხოლმე. ისინი გადახედავენ საკუთარ ცხოვრებისეულ მიზნებს, ქმედებებს და ნაწილებს იმაზე, რაც შეიძლება ყოფილიყო. *სიცოცხლის მიმოხილვა/ გადახედვა* ეხმარება პაციენტებს, თავიანთი სიცოცხლის მნიშვნელობა გაიაზრონ. დაეხმარეთ პაციენტებსა და ოჯახებს, აღმოაჩინონ პაციენტის სიცოცხლის დადებითი ასპექტები. ამის ერთ-ერთი პრაქტიკული გზა ფოტოალბომების თვალიერება და მნიშვნელოვანი მომენტების გახსენებაა. ამ დროს აზრებისა და გრძნობების გაზიარებამ შესაძლოა პაციენტი დაამშვიდოს. პათივი ეცით პაციენტის ცხოვრების მიმოხილვასთან დაკავშირებულ პრაქტიკებს და რიტუალებს და არ განსაჯოთ ისინი.

ჩვენს შემდეგ რჩება არა ის, რაც ქვის მონუმენტებზეა ამოტვიფრული, არამედ ის, თუ რას ვტოვებთ ჩვენ სხვა ადამიანების ცხოვრებაში – პერიკლე (მე-5 საუკუნის ბერძენი მოღვაწე)

კომუნიკაცია

სიცოცხლის დასასრულს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო პერსონალს, პაციენტსა და ოჯახს შორის კომუნიკაციას. სიცოცხლის დასასრულის პერიოდში კომუნიკაციის აუცილებელი კომპონენტებია ემპათია და აქტიური მოსმენა. *ემპათია* სხვა ადამიანის ვითარების, გრძნობების ან მოტივების გაგება და ამასთან თვითიდენტიფიცირებაა. *აქტიური მოსმენა* გულისხმობს პაციენტის ნათქვამზე ყურადღების გამახვილებას, მის არავერბალურ მინიშნებებზე დაკვირვებას, შეწყვეტის გარეშე.

შესაძლოა დადგეს სიჩუმე. ხშირად სიჩუმე სიცოცხლის დასასრულს განცდილ ათასგვარ გრძნობას უკავშირდება. სიჩუმემ შესაძლოა აზრების მოკრების საშუალებაც მისცეს ადამიანს. სიჩუმის მოსმენით თქვენ პაციენტს მიძღვებლობას აგრძნობინებთ. კომუნიკაციას გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტის ეთნიკური, კულტურული და რელიგიური კუთვნილებაც.

პაციენტებსა და ოჯახის წევრებს საკუთარი ემოციების გამოხატვა შესაძლოა უძნელდებოდეთ. მიეცით დრო, გამოხატონ გრძნობები და აზრები. დაუთმეთ დრო მოსმენას და მგრძნობიარედ იურთიერთეთ მათთან, რაც თქვენი, პაციენტისა და ოჯახის წევრების ურთიერთობას განამტკიცებს. კომუნიკაციისთვის უფრო ხელსაყრელი გარემოს შექმნის ერთ-ერთი მეთოდი ოჯახური კონფერენციის მოწყობაა.

სიცოცხლის დასასრულს პაციენტის კომუნიკაცია შესაძლოა უჩვეულო იყოს. პაციენტის საუბარი შესაძლოა დაბნეული, დეზორიენტირებული ან არეული გახდეს. პაციენტები შესაძლოა ესაუბრობოდნენ გარდაცვლილ ოჯახის წევრებს და სხვა ადამიანებს; რჩევას აძლევდნენ „დარჩენილებს“ ან საუბრობდნენ დასასრულეულ პროექტებზე. აქტიური, ყურადღებიანი მოსმენა დაგეხმარებათ მომაკვდავი ადამიანის კომუნიკაციის კონკრეტული მახასიათებლების ამოცნობაში და შეამცირებს ქცევებისთვის შეუსაბამო „იარლიყების მიწებების“ რისკს.

ფიზიკური მოვლა

სიცოცხლის დასასრულის ფიზიკურ მოვლასთან დაკავშირებული საექთნო მართვა ორიენტირებს სიმპტომების მართვასა და კომფორტის უზრუნველყოფაზე და არა დაავადების ან აშლილობის განკურნებისკენ მიმართულ მკურნალობაზე (ცხრილი 8-7). პრიორიტეტს პაციენტის ფიზიოლოგიური და უსაფრთხოების საჭიროებების დაკმაყოფილება წარმოადგენს. ფიზიკური მოვლა ფოკუსირებს ჟანგბადის, კვების, ტკივილის შემსუბუქების, მოძრაობის, ელიმინაციისა და კანის მოვლის საჭიროებებზე. მომაკვდავი ადამიანები ისეთივე ფიზიკურ მოვლას იმსახურებენ და საჭიროებენ, როგორც ის ადამიანები, რომელთა გამოჯანმრთელებაც მოსალოდნელია.

სიკვდილის შემდგომი (პოსტმორტემ) მოვლა

მას შემდეგ, რაც პაციენტი გარდაცვლილად გამოცხადდება, მოამზადეთ ან სხვას დაავალეთ მოამზადოს პაციენტის სხეული, რათა ოჯახის წევრებმა შეძლონ მისი ნახვა. ამ დროს გაითვალისწინეთ კულტურული საკითხები, კანონი. ზოგიერთ კულტურაში და სიკვდილის ზოგიერთი ტიპის დროს შესაძლოა მნიშვნელოვანი იყოს ცხედრის მომზადებაში პაციენტის ოჯახის წევრების ჩართვა. ზოგადად, უნდა დახუროთ პაციენტის თვალები, შეცვალოთ კბილის პროთეზები, საჭიროებისამებრ, დაბანოთ სხეული (შორისის ქვეშ დაუდეთ საფენი, რომელიც შარდს და განავალს შეიწოვს) და ზონდები და სახვევები

მოხსენით. ცხედარი უნდა გასწორდეს, თავი კი ბალიშზე უნდა დარჩეს, რათა არ მოხდეს სისხლის ჩაგროვება და სახის ფერის ცვლილება. მიეცით ოჯახის წევრებს საშუალება, რამდენიც სურთ, იმდენი დრო გაატარონ გარდაცვლილთან. მოულოდნელი ან უეცარი სიკვდილის შემთხვევაში, ცხედრის ნახვისთვის ან პანაშვიდზე გაგზავნისთვის მომზადება კანონზეა დამოკიდებული.

ცხრილი 8-7 საექთნო მართვა ფიზიკური მოვლა სიცოცხლის დასასრულს	
მახასიათებელი	საექთნო მართვა
ტკივილი	
<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილი შესაძლოა ტერმინალური ავადმყოფობის უმთავრესი თანმხლები სიმპტომი იყოს, რომლისაც პაციენტს ყველაზე მეტად ეშინია; • ტკივილი შესაძლოა იყოს მწვავე ან ქრონიკული; • ფიზიკურმა და ემოციურმა გაღიზიანებამ შესაძლოა ტკივილი გააუარესოს; 	<ul style="list-style-type: none"> • სიღრმისეულად და რეგულარულად შეაფასეთ ტკივილი და განსაზღვრეთ მისი ხასიათი, ინტენსივობა, მდებარეობა და ხელშემწყობი ფაქტორები; • მოერიდეთ გამღიზიანებლებს, მაგალითად, კანის გაღიზიანებას სისველით, სითბოთი ან სიცივით და ბენოლით; • იმის მაგივრად, რომ გაუსაძლისი ტკივილის აღმოცენებას დაელოდოთ და შემდეგ სცადოთ მისი გაყუჩება, დროულად და რეგულარულად, განრიგის შესაბამისად მიაწოდეთ მედიკამენტები, რათა ტკივილი მუდმივად გაყუჩებული იყოს; • საჭიროებისამებრ, გამოიყენეთ კომპლემენტარული და ალტერნატიული თერაპიები, მაგალითად, შემოქმედებითი წარმოსახვა, მასაჟი და რელაქსაციის ტექნიკები; • ხშირად შეაფასეთ ტკივილის მართვის ღონისძიებების ეფექტურობა, რათა დარწმუნდეთ, რომ პაციენტს სწორი მედიკამენტები აქვს დანიშნული და სათანადო სიხშირით მიენოდება ისინი; • არ გადადოთ და არ უთხრათ უარი ტერმინალურ ავადმყოფს ტკივილის გაყუჩების ღონისძიებებზე;
დელირიუმი	
<ul style="list-style-type: none"> • მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება კონფუზიით, დეზორიენტაციით, მოუსვენრობით, ცნობიერების დაბინდვით, შიშით, შფოთვით, ალტაცებითა და ხშირად ჰალუცინაციებით; • შესაძლოა შეცდომით ჩაითვალოს დეპრესიად, ფსიქოზად, ბრაზად ან შფოთვად; • დელირიუმი შესაძლოა ოპიოიდების ან კორტიკოსტეროიდების გამოყენებამ გამოიწვიოს; 	<ul style="list-style-type: none"> • სიღრმისეულად შეაფასეთ დელირიუმის შექცევადი მიზეზების, მაგალითად, ტკივილის, ყაბზობისა და შარდის შეკავების არსებობა; • დელირიუმის ეფექტების შემცირების მიზნით, ამყოფეთ პაციენტი მშვიდ, კარგად განათებულ და ნაცნობ გარემოში; • თითოეულ შეხვედრაზე დაეხმარეთ მომაკვდავს ორიენტირდეს ადამიანზე, ადგილსა და დროზე; • საჭიროებისამებრ, მიაწოდეთ დანიშნული ბენზოდიამეპინები და სედაციური საშუალებები; • ფიზიკურად ახლოს იყავით შეშინებულ პაციენტთან. მშვიდი, ნაზი ხმითა და შეხებით და კანზე ნელი მოფერებით გაამხნევეთ პაციენტი;

<ul style="list-style-type: none"> • დელირიუმის განვითარებას შესაძლოა ხელი შეუწყოს მიმდინარე დაავადების პროცესმა; • ძირითადად, შექცევად პროცესად მიიჩნევა; 	<ul style="list-style-type: none"> • გაუნიეთ ოჯახის წევრებს ემოციური დახმარება და გაამხნევეთ დელირიუმთან დაკავშირებული ქცევების გამკლავებისას; • მოუწოდეთ ოჯახის წევრებს, მონაწილეობა მიიღონ პაციენტის მოვლაში;
<p>მოუსვენრობა</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • შესაძლოა განვითარდეს სიკვდილის მოახლოებასთან და ცერებრული მეტაბოლიზმის შენელებასთან ერთად. 	<ul style="list-style-type: none"> • შეაფასეთ, მოუსვენრობისა და აგიტაციის მიზეზი სულიერი დისტრესი ხომ არ არის; • არ გამოიყენოთ შემაკავებლები; • ჩართეთ დამამშვიდებელი მუსიკა; ნელა, ნაზად შეეხეთ და რბილი ხმით ესაუბრეთ; • შეზღუდეთ ოთახში მყოფი ადამიანების რაოდენობა;
<p>დისფაგია (ყლაპვის გაძნელება)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • შესაძლოა განვითარდეს უკიდურესი სისუსტის და ცნობიერების ცვლილების გამო. 	<ul style="list-style-type: none"> • შეარჩიეთ სიმპტომების მართვისთვის საჭირო წამლების მიწოდების ყველაზე ნაკლებად ინვაზიური გზები; • საჭიროებისამებრ, ჩაუტარეთ ორალური სანაცია;
<p>სისუსტე და დაღლილობა</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • მოსალოდნელია სიცოცხლის დასასრულს; • დაავადების პროცესთან დაკავშირებული მეტაბოლური მოთხოვნილებები ხელს უწყობს სისუსტესა და დაღლილობას; 	<ul style="list-style-type: none"> • შეაფასეთ აქტივობების ტოლერანტობა; • დაგეგმეთ საექთნო ინტერვენციები ისე, რომ ენერჯის კონსერვაცია მოხდეს; • დაეხმარეთ პაციენტს, შეარჩიოს და შეასრულოს მისთვის ფასეული ან სასურველი აქტივობები; • საჭიროებისამებრ, დაეხმარეთ სანოლში ან სკამზე მდებარეობის შენარჩუნებაში; • ხშირად დაასვენეთ;
<p>დეჰიდრატაცია (გაუწყლოვება)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • შესაძლოა სიცოცხლის ბოლო დღეებში განვითარდეს; • შიმშილი და წყურვილი სიცოცხლის ბოლო დღეებში იშვიათია; • სიცოცხლის დასასრულის მოახლოებასთან ერთად, პაციენტები ძირითადად ნაკლებ საკვებსა და სითხეს იღებენ; 	<ul style="list-style-type: none"> • ხშირად ამონმეთ ლორწოვანი გარსები ჭარბი გამოშრობის თავიდან ასაცილებლად. სიმშრალემ შესაძლოა დისკომფორტი გამოიწვიოს; • სრულად და რეგულარულად ჩაატარეთ პირის ღრუს მოვლის ღონისძიებები, რათა უზრუნველყოთ კომფორტი და ლორწოვანი გარსების ჰიდრატაცია; • არ დააძალოთ საკვების ან სითხის მიღება; • პირის სისველის უზრუნველყოფის მიზნით, მოუწოდეთ გამოიყენოს ყინულის ნატეხები ან მოყლუპოს ხოლმე სითხე და გამოიყენოს ნოტიო ნაჭრები; • უგონო პაციენტებში ასპირაციის თავიდან აცილების მიზნით გამოიყენეთ ნოტიო ნაჭრები; • საჭიროებისამებრ, წაუსვით ტუჩებზე და პირის ლორწოვანზე ლუბრიკანტები; • აუხსენით ოჯახის წევრებს, რომ საკვებისა და სითხის მიღების შეწყვეტა კვდომის პროცესის ნორმალური ნაწილია;

დისპნოე (სუნთქვის გაძნელება)	
<ul style="list-style-type: none"> • სუბიექტური სიმპტომია; • თან ახლავს მოხრჩობის შიში და შფოთვა; • შესაძლოა მიმდინარე დაავადების პროცესმა გააძლიეროს; • ხველა და სეკრეტის ამოხველება რთულდება; 	<ul style="list-style-type: none"> • რეგულარულად ამონმეთ სასუნთქი სტატუსი; • გულმკერდის გაშლის გაუმჯობესების მიზნით, წამოუნით თავი ან/და გვერდზე დაანვინეთ პაციენტი; • გრილი ჰაერის მოძრაობის გაადვილებისთვის გამოიყენეთ ვენტილატორი ან კონდიციონერი; • დანიშნულებისამებრ, მიაწოდეთ ჟანგბადი; • საჭიროებისამებრ, ჩაატარეთ სანაცია, რათა ამოიღოთ სასუნთქ გზებში დაგროვებული ლორწო. ტერმინალურ ფაზაში სანაციის დროს განსაკუთრებით ფრთხილად იყავით;
მიოკლონუსი	
<ul style="list-style-type: none"> • უნებლიე მოძრაობები და კრთომები, რომელთა სიმძიმეც მსუბუქიდან მძიმემდე მერყეობს. ზოგჯერ ოპიოიდების მაღალ დოზებს უკავშირდება; • პაციენტი შესაძლოა კიდურების უნებლიე კრთომას უჩიოდეს; 	<ul style="list-style-type: none"> • შეაფასეთ დასაწყისი, ხანგრძლივობა და დისკომფორტი, რომელსაც პაციენტი შეიძლება განიცდიდეს; • თუ მიოკლონუსი ძალიან შემანუხეხელია ან უფრო მძიმდება, ექიმთან განიხილეთ მედიკამენტოზური თერაპიის შესაძლო მოდიფიკაცია; • ოპიოიდების ცვლილებამ შესაძლოა შეამციროს ან შეაჩეროს მიოკლონუსი;
კანის მთლიანობის დარღვევა	
<ul style="list-style-type: none"> • სიცოცხლის დასასრულს რთულია კანის მთლიანობის შენარჩუნება; • კანის მთლიანობის დარღვევის რისკი იზრდება იმობილიზაციის, შარდისა და განავლის შეუკავებლობის, კანის სიმშრალის, კვებითი დეფიციტების, ანემიის, ხახუნისა და ცდომის ძალების ზემოქმედების შედეგად; • კანის მთლიანობის დარღვევა შესაძლოა დაავადებამ და სხვა პროცესებმა გამოიწვიოს; • სიკვდილის მოახლოებასთან ერთად, კიდურების სისხლმომარაგება მცირდება და ისინი ცივი, აჭრელეული და ციანოზური ხდება; 	<ul style="list-style-type: none"> • შეაფასეთ კანის მთლიანობის დარღვევის ნიშნები; • დანერგეთ კანის მთლიანობის დარღვევის თავიდან აცილების პროტოკოლები – აკონტროლეთ დრენაჟი და სუნი და შეინარჩუნეთ კანისა და ჭრილობების სისუფთავე; • საჭიროებისამებრ, ამონმეთ ჭრილობები; • დაიცავით ჭრილობებზე სახვევის დადების პროტოკოლი; • დაიცავით იმობილიზებული პაციენტის საექთნო მართვის პროტოკოლი, მაგრამ შეადარეთ ერთმანეთს კანის მთლიანობის რეალისტური შედეგები კომფორტის შენარჩუნების მნიშვნელობას; • მისდით შარდის ან განავლის შეუკავებლობის გამო კანის გაღიზიანებისა და მთლიანობის დარღვევის პრევენციის პრინციპებს; • გათბობისთვის საბანი დაახურეთ. არასდროს გამოიყენოთ სითბოს აპლიკაცია; • პრევენცია გაუწიეთ კანის დაზიანებას;
ნაწლავის მოქმედების მახასიათებლები	
<ul style="list-style-type: none"> • ყაბზობა შესაძლოა გამოწვეული იყოს იმობილიზაციით, ოპიოიდების გამოყენებით, საკვებში ბოჭკოს ნაკლებობითა და გაუნყლოვებით; 	<ul style="list-style-type: none"> • შეაფასეთ ნაწლავის ფუნქცია; • შეაფასეთ და ამოიღეთ გაჭედული განავალი; • წაახალისეთ მოძრაობა და ფიზიკური აქტივობა (ამტანობის გათვალისწინებით);

<ul style="list-style-type: none"> • კუნთების მოდუნების ან ოპოიდეების გამოყენებისა და იმობილიზაციის გამო განავლის ჩაჭედვის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს ფაღარათი; 	<ul style="list-style-type: none"> • წაახალისეთ საკვებში ბოჭკოს ჩართვა (თუ გონივრულია); • წაახალისეთ სითხის მიღება (თუ გონივრულია); • დანიშნულებისამებრ, გამოიყენეთ სანთლები, განავლის დამარბილებლები, საფაღარათო საშუალებები და ოყენები;
<p>შარდის შეუკავებლობა</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • შესაძლოა გამოწვეული იყოს დაავადების პროგრესირებით ან ცნობიერების დონის ცვლილებებით; • უშუალოდ სიკვდილის წინ შორისის კუნთები დუნდება; 	<ul style="list-style-type: none"> • შეაფასეთ შარდის ფუნქცია; • შარდის შეუკავებლობის შემთხვევაში გამოიყენეთ შემწოვი საფენები; • მისდით შარდის ბუშტის ან გარეგანი კათეტერების გამოყენების საექთნო პროტოკოლს; • მისდით შარდის შეუკავებლობის გამო კანის გაღიზიანებისა და მთლიანობის დარღვევის პრევენციის პრინციპებს;
<p>უმაღობა, გულისრევა და ღებინება</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • შესაძლოა დაავადების გართულებით იყოს გამოწვეული; • ნამლები ხელს უწყობს გულისრევის განვითარებას; • უმაღობა, გულისრევა და ღებინება შესაძლოა გამოიწვიოს ყაბზობამ, განავლის გაჭედვამ და გაუვალობამ; 	<ul style="list-style-type: none"> • შეამოწმეთ, უჩივის თუ არა პაციენტი გულისრევას ან ღებინებას; • შეაფასეთ, რა შეიძლება უწყობდეს ხელს გულისრევას ან ღებინებას; • სთხოვეთ ოჯახის წევრებს, პაციენტის საყვარელი საკვები მოიტანონ; • ექიმთან განიხილეთ მედიკამენტების რეჟიმის მოდიფიცირების საკითხი; • საკვების მიღებამდე, დანიშნულებისამებრ, მიანოდეთ ღებინების სანინაალმდეგო საშუალებები; • ხშირად შესთავაზეთ საყვარელი საკვების მცირე ულუფები; • შესთავაზეთ პაციენტს კულტურის შესაბამისი საკვები; • ხშირად ჩაატარეთ პირის ღრუს მოვლის ღონისძიებები, განსაკუთრებით, ღებინების შემდეგ;

სიცოცხლის დასასრულს მომვლელებისა და ექთნების განსაკუთრებული საჭიროებები

მომვლელი ოჯახის წევრების განსაკუთრებული საჭიროებები

მომვლელი ოჯახის წევრები პაციენტის ფიზიკური და ფსიქო-სოციალური საჭიროებების დაკმაყოფილებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ. მომვლელების როლი მოიცავს პაციენტთან და სხვა ოჯახის წევრებთან მუშაობასა და კომუნიკაციას, პაციენტის მხარდაჭერასა და პაციენტისთვის დაუსრულებელი საქმეების მოგვარების ხელშეწყობას. მომავლად ოჯახის წევრის მოვლას ხშირად ემოციური, ფიზიკური და ეკონომიკური შედეგები აქვს. მომვლელის პასუხისმგებლობები პაციენტის მწვავე მოვლის პირობებში, სტაციონარულ ჰოსპისში ან გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებაში მოთავსებით არ სრულდება.

მნიშვნელოვანია, აცნობიერებდეთ მწუხარების პროცესს, რომელიც პაციენტებზეც მოქმედებს და მათ ოჯახზეც. ოჯახის წევრის სიკვდილის ნახვა შესაძლოა მეტად სტრესული იყოს. თქვენ უნდა შეგეძლოთ მწუხარების პათოლოგიური რეაქციის რისკის ქვეშ მყოფ ოჯახის წევრებში შესაბამისი ნიშნებისა და ქცევების ამოცნობა და მზად უნდა იყოთ ჩარევისთვის. გამაფრთხილებელი ნიშნები შეიძლება იყოს: მომაკვდავზე დამოკიდებულება და მის მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულების გაჩენა, გრძნობების გამოხატვის შეუძლებლობა, ძილის დარღვევები, დეპრესიის ისტორია, წარსულ დანაკარგებზე გართულებული რეაქციები, სოციალური და ოჯახური მხარდაჭერის არქონის შეგრძნება, დაბალი თვითშეფასება, წარსულში რამდენიმე მძიმე დანაკლისი, ალკოჰოლიზმი და ნივთიერებების ავადმობმარება. განსაკუთრებით მაღალი რისკის ქვეშ არიან მომვლენები, რომელთა ცხოვრებაშიც კრიზისული ვითარებაა (მაგ., განქორწინება).

მომვლენებს და სხვა ოჯახის წევრებს სჭირდებათ გამხნეება, რათა მათ, შეძლებისდაგვარად, განაგრძონ ჩვეული აქტივობების შესრულება. მათ უნდა განიხილონ საკუთარი აქტივობები და საკუთარ ცხოვრებაზე გარკვეული კონტროლი შეინარჩუნონ.

მიანოდეთ მომვლენებს ინფორმაცია მხარდაჭერის შესაბამისი რესურსების, შესახებ (არსებობის შემთხვევაში). მწუხარების პროცესში ადამიანებს შესაძლოა საზოგადოებრივი კონსულტირება და ადგილობრივი მხარდაჭერა დაეხმაროთ ((არსებობის შემთხვევაში). მომვლენებს ყოველთვის უნდა ჰყავდეთ ვინმე, ვისაც ნებისმიერ დროს დაუკავშირდებიან და თავიანთ გრძნობებსა და განცდებს გაუზიარებენ.

ექთნების განსაკუთრებული საჭიროებები

მომაკვდავ პაციენტებზე მზრუნველი ბევრი ექთანი მათ იმიტომ უვლის, რომ მათ სურთ სიცოცხლის დასასრულს მაღალი ხარისხის მზრუნველობის განევა. სიცოცხლის დასასრულის პერიოდში პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების მოვლა გამოწვევას წარმოადგენს და დამაჯილდოებელი გამოცდილებაა, თუმცა, ეს ასევე ინტენსიური და ემოციურად დატვირთული პროცესია. თქვენსა და პაციენტს ან ოჯახის წევრებს შორის შესაძლოა კავშირი, ბმა ჩამოყალიბდეს. იცოდეთ, როგორ მოქმედებს მწუხარება თქვენზე. ტერმინალური ავადმყოფების ან მომაკვდავი პაციენტების მოვლისას თქვენ არ ხართ დაზღვეული დანაკლისის შეგრძნებისგან. სიკვდილთან გამკლავების დროს ხშირია უმწეობისა და უძღურების შეგრძნება. გამოხატეთ სევდა, დანაშაულის გრძნობა და განბილება.

ფიზიკური და ემოციური სტრესის შემსუბუქებისთვის არსებობს სხვადასხვა ინტერვენციები. იცოდეთ, რისი კონტროლი შეგიძლიათ და რისი – არა. საკუთარი გრძნობების ამოცნობა დაგეხმარებათ პაციენტებთან და ოჯახის წევრებთან გრძნობების ღია ურთიერთგაზიარებაში. თქვენი კეთილდღეობისთვის შესაძლოა მნიშვნელოვანი იყოს იმის გაცნობიერება, რომ სიცოცხლის დასასრულს პაციენტთან და ოჯახთან ერთად ტირილი ნორმალურია.

საკუთარი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად ფოკუსირდით ისეთ ინტერვენციებზე, რომელიც სტრესის შემცირებაში დაგეხმარებათ. დაკავდით ჰობით ან სხვა ინტერესებით, საკუთარ თავს გამოუყავით დრო, შეინარჩუნეთ თანასწორთა მხარდაჭერის სისტემა და სამსახურს გარეთაც შეიმუშავეთ მხარდაჭერის სისტემა. გამკლავებაში შესაძლოა დაგეხმაროთ ჰოსპისური სააგენტოები, რომელთა მეშვეობითაც შეგიძლიათ ჩაერთოთ ჯგუფებსა და არაფორმალური დისკუსიის სესიებში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- World Health Organization: Palliative care. Retrieved from www.who.int/cancer/palliative/en.
- Hospice Foundation of America: What is hospice? Retrieved from www.hospicefoundation.org/hospiceinfo.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical practice guidelines for palliative care, ed 2. Retrieved from www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf.
- American Cancer Society: Hospice care. Retrieved from www.cancer.org/Treatment/FindingandPayingforTreatment/ChoosingYourTreatmentTeam/HospiceCare/hospice-care-what-ishospice-care.
- National Hospice and Palliative Care Organization: Hospice care in America. Retrieved from www.nhpco.org/files/public/statistics_research/hospice_facts_figures_oct-2010.pdf.
- Hospice and Palliative Nurses Association Care. HPNA Position statement: Value of the professional nurse in palliative care. Copyright by the Hospice and Palliative Nurses Association, Pittsburgh, 2011. Retrieved from www.hpna.org.
- Johnson KS, Kuchibhatia M, Tulsy JA: Racial differences in self-reported exposure to information about hospice care. J Palliat Med 12(10):921, 2009.
- Teitelbaum J, Shemi SD: Neurologic determination of death, Neurol Clin 29:787, 2011.
- American Academy of Neurology: Practice parameters: determining brain death in adults. Retrieved from www.aan.com/professionals/practice/guidelines/pda/Brain_death_adults.pdf.
- Field M, Cassel C: Approaching death: improving care at the end of life, Washington, DC. 1997, National Academy Press. (Classic)
- Kübler-Ross E: On death and dying, New York, 1969, Macmillan. (Classic)
- Kübler-Ross E, Kessler D: The five stages of grief. Retrieved from www.grief.com/the-five-stages-of-grief
- A guide to grief: bereavement, mourning, and grief. Retrieved from www.hospicenet.org/html/grief_guide.html.
- Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, et al: Posttraumatic stress and complicated grief in family of patients in the intensive care unit, J Gen Intern Med 23:1871, 2008.
- Kacel E, Gao X, Prigerson HG: Understanding bereavement: what every oncology practitioner should know, J Support Oncol 9:172, 2011.
- Selman L, Harding R, Gysels M, et al: The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: a systematic review, J Pain Symptom Manage 41:728, 2011.
- Bruce A, Schreiber R, Petrovskaya O, et al: Longing for ground in a ground(less) world: a qualitative inquiry of existential suffering, BMS Nurs 27:2, 2011.

- Zhang AY, Zyzanski SJ, Siminoff LA: Differential patient/caregiver opinions of treatment and care for advanced lung cancer patient, *Soc Sci Med* 70:115, 2010.
- Liaschenko J, Peden-McAlpine C, Andrews GJ: Institutional geographics in dying: nurses' actions and observations on dying spaces inside and outside intensive care units, *Health Place* 17:814, 2011.
- Kelley AS, Wenger NS, Sarkisian CA: Opinions: End of life care preferences and planning among older Latinos, *J Am Geriatr Soc* 58:1109, 2010.
- Sharma RK, Hughes MT, Nolan MT, et al: Family understanding of seriously-ill patient preferences for family involvement in healthcare decision making, *J Gen Intern Med* 26:881, 2011.
- Carr D: Racial differences in end-of-life planning: why don't Blacks and Latinos prepare for the inevitable? *Omega (Westport)* 63:1, 2011.
- Thornton JD, Pham K, Engelberg RA, et al: Families with limited English proficiency receive less information and support in interpreted intensive care unit family conferences, *Crit Care Med* 37:89, 2009.
- DeWispelaere J, Stirton L: Advance commitment: an alternative approach to the family veto problem in organ procurement, *J Med Ethics* 36:180, 2010.
- Billings JA, Krakauer EL: On patient autonomy and physician responsibility in end of life care, *Arch Intern Med* 171:849, 2011.
- American Nurses Association: ANA position statements. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/HealthcareandPolicyIssues/ANAPositionStatements/EthicsandHumanRights.aspx>.
- Iowa Department of Public Health: Out of hospital DNR. Retrieved from www.idph.state.ia.us/ems/dnr.asp.
- Walker KA, Peltier H, Mayo RL, et al: Impact of writing "comfort measures only" orders in a community teaching hospital, *J Palliat Med* 13:241, 2010.
- Adams JA, Bailey DE, Anderson RA, et al: Nursing roles and strategies in end-of-life decision making in acute care: a systematic review of the literature, *Nurs Res Pract* 2011:527834, 2011. Published online doi:10.1155/2011/527834.
- Prince-Paul M, Exline JJ: Personal relationships and communication messages at the end of life, *Nurs Clin North Am* 45:449, 2010.
- Sinclair S: Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals, *CMAJ* 183:180, 2011.
- End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC), American Association of Colleges of Nursing www.aacn.nche.edu/ELNEC
- Hospice and Palliative Nurses Association www.hpna.org
- National Hospice and Palliative Care Organization www.nhpco.org

თავი 9

ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

1. ტერმინების ადიქციას, ადიქციური ქცევას, ნივთიერებების არამიზნობრივ გამოყენებას, ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებას, დამოკიდებულებას, ტოლერანტობას, ალკვეთას, ლტოლვასა და აბსტინენციას კლინიკურ ვითარებებზე მორგებას;
2. ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების ეფექტების დაკავშირებას ამით განპირობებულ სამედიცინო გართულებებთან;
3. სტიმულანტების, დეპრესანტებისა და კანაბისის გამოყენების ეფექტების დიფერენცირებას;
4. თამბაქოს მოხმარებისა და მისი გამოყენების შეწყვეტაში თქვენი როლის განმარტებას;
5. სტიმულანტებითა და დეპრესანტებით გამოწვეული ინტოქსიკაციის, ზედოზირებისა და ალკვეთის სინდრომის მქონე პაციენტების საექთნო მართვისა და კოლაბორაციული მოვლის შეჯამებას;
6. ხანდაზმულებში ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებისა და დამოკიდებულების ინციდენტობისა და ეფექტების აღწერას;

დღეს ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება და ადიქცია ჯანდაცვის სისტემისა და საზოგადოების მეტად სერიოზული პრობლემებია. ქიმიურ ნივთიერებებზე ადიქცია, ჩვეულებრივ, გულისხმობს დამოკიდებულებას ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე, რომელთა მოხმარებაც სიამოვნებას ან აზროვნებისა და აქტის მოდიფიცირებას იწვევს. ამ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებში შედის ის ნივთიერებები, რომელთა გამოყენებაც ზრდასრულებისთვის კანონითაა ნებადართული, მაგალითად, ალკოჰოლი და თამბაქო და არალეგალური/უკანონო საშუალებებიც, მათ შორის, მარიხუანა/ჰაშიში, კოკაინი, ჰერონი, ჰალუცინოგენები, საინჰალაციო საშუალებები და არასამედიცინო მიზნებით გამოყენებული რეცეპტით გაცემული მედიკამენტები.

ფსიქიკური აშლილობების IV დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს (DSM-IV) მიხედვით, ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება და დამოკიდებულება (განმარტებულია 9-1 ცხრილში) სპეციფიკური ფსიქიატრიული დიაგნოზებია. ავადმომარების პოტენციალის მქონე ნივთიერებები დეტალურად ფსიქიატრიისა და ფარმაკოლოგიის წიგნებსა და წყაროებშია განხილული. ნივთიერებებზე დამოკიდებული პაციენტების გრძელვადიანი მართვა ყველაზე ხშირად სპეციალიზებულ სამკურნალო დაწესებულებებში მიმდინარეობს, სადაც მათ უტარდებათ როგორც მედიკამენტოზური, ისე ქცევითი თერაპიები.

აღამიანები, რომლებიც ბოროტად იყენებენ ნივთიერებებს, უფრო ხშირად სარგებლობენ ჯანდაცვის მომსახურებებით, ვიდრე ისინი, ვინც ამ ნივთიერებებს ბოროტად არ

იყენებენ. ავადმომხმარებლის პოტენციალის მქონე თითქმის ყველა წამალი, ტვინთან ერთად, რომელიმე ქსოვილს ან ორგანოს აზიანებს. ზოგიერთი სამედიცინო პრობლემა უშუალოდ კონკრეტული წამლის ეფექტებითაა გამოწვეული. ამის მაგალითია ალკოჰოლის გამოყენებით გამოწვეული ღვიძლის დაზიანება და თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფქოდ). ზოგიერთი სამედიცინო პრობლემა ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებულ ქცევებს, მაგალითად, ნივთიერებების ინექციასა და კვებისა და ჰიგიენის უგულებელყოფას უკავშირდება. ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებული გავრცელებული სამედიცინო გართულებები 9-2 ცხრილშია მოცემული.

ამ თავში ძირითადი ყურადღება ეთმობა მწვავე მოვლის გარემოში ნივთიერებების ავადმომხმარებელი პაციენტის ამოცნობასა და მართვაში ექთნის როლს. ყველა ექთანს უხდება ნივთიერებებზე დამოკიდებული პაციენტების მოვლა, იმის მიუხედავად, ცნობილია თუ არა, რომ ისინი დამოკიდებულნი არიან. ამის მიზეზი მარტივია – ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება ძალიან გავრცელებულია და ის მჭიდროდ უკავშირდება სამედიცინო პრობლემებს.

ცხრილი 9-1 ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებული ტერმინოლოგია	
ტერმინი	განმარტება
აბსტინენცია	ნივთიერების გამოყენებისგან თავშეკავება.
ადიქცია	ნივთიერებაზე, ქცევაზე ან პრაქტიკაზე/ქმედებაზე კომპულსიური, უკონტროლო დამოკიდებულება იმ დონეზე, რომ შეწყვეტა მძიმე ემოციურ, მენტალურ ან ფიზიოლოგიურ რეაქციებს იწვევს.
ადიქციური ქცევა	ადიქციის შენარჩუნებასთან ასოცირებული ქცევა.
ალკვთა/ალკვთის სინდრომი ან მდგომარეობა	ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური რეაქციების კომბინაცია, რომელიც გამოწვეულია იმ ნივთიერების მიღების უეცარი შეწყვეტით ან შემცირებით, რომელზეც ინდივიდი დამოკიდებულია.
დამოკიდებულება	ნივთიერებაზე დამოკიდებულება იმ დონეზე, რომ მისი არმიღება ფუნქციის შეზღუდვას გამოიწვევს.
<ul style="list-style-type: none"> • ფიზიკური 	ნივთიერების ხანგრძლივი გამოყენების შედეგად შეცვლილი ფიზიოლოგიური მდგომარეობა; ალკვთის სინდრომის თავიდან ასაცილებლად, აუცილებელია ნივთიერების რეგულარულად გამოყენება.
<ul style="list-style-type: none"> • ფსიქოლოგიური 	ნივთიერებისგან მიღებული სიამოვნების განცდის კომპულსიური მოთხოვნილება.
ზედოზირება	ერთი ან მსგავსად მოქმედი რამდენიმე წამლის ჭარბი დოზით მიღება. იწვევს ტოქსიკურ რეაქციებს, მათ შორის, რესპირატორულ და ცირკულატორულ არესტს.
ლტოლვა	ნივთიერების სუბიექტური მოთხოვნილება, რომელიც ძირითადად გამოყენების შემცირების ან აბსტინენციის შემდეგ განიცდება. წარსულში ნივთიერებასთან ასოცირებული განცდები, გარემო მინიშნებით ინდუცირებულ ლტოლვას აღძრავს.
ნივთიერება (სუბსტანცია)	წამალი, ქიმიური ნივთიერება ან ბიოლოგიური ნაერთი, რომელსაც ადამიანი თავისით იღებს. სიტყვები „წამალი“, „ნივთიერება“ და „ქიმიური ნივთიერება“ ხშირად სინონიმებად გამოიყენება.

ნივთიერებათა არამიზნობრივი გამოყენება	წამლის გამოყენება არა იმ დანიშნულებით, რომლითაც ის წესით უნდა გამოიყენებოდეს.
ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენება (abuse)	ჭარბი, მავნე გამოყენება ნივთიერებისა, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს ადამიანის ფსიქოლოგიურ, ფიზიოლოგიურ ან/და სოციალურ ფუნქციონირებაზე.
რეციდივი	აბსტინენციის პერიოდის შემდეგ ნივთიერების გამოყენების განახლება.
ტოლერანტობა	ნივთიერების განმეორებითი გამოყენების შედეგად მისი ეფექტის შემცირება. შესაძლებელია იმავე კატეგორიის სხვა ნივთიერების მიმართაც განვითარდეს ჯვარედინი ტოლერანტობა.

ცხრილი 9-2 ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებული სამედიცინო პრობლემები	
ნივთიერება	სამედიცინო პრობლემები³⁸
ნიკოტინი და თამბაქოს მოხმარება	<ul style="list-style-type: none"> ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფქოდ); ფილტვის, პირის, ხორხის, საყლაპავის, კუჭის, პანკრეასის, შარდის ბუშტის, პროსტატის, საშვილოსნოს ყელის კიბო; კორონარული არტერიების დაავადება, პერიფერიული არტერიების დაავადება; პეპტიური წყლული, გასტროეზოფაგური რეფლუქსი;
კოკაინი	<ul style="list-style-type: none"> ცხვირის ლორწოვანის დაზიანებები, ძვიდის ნეკროზი ან პერფორაცია; ქრონიკული სინუსიტი; გულის რიტმის დარღვევები, მიოკარდიუმის იშემია და ინფარქტი; ინსულტი; ფსიქოზი;
ამფეტამინები	<ul style="list-style-type: none"> გულის რიტმის დარღვევები, მიოკარდიუმის იშემია და ინფარქტი; თავის ტვინის უჯრედების სიკვდილი; განწყობის დარღვევები, ძალადობრივი ქცევა, ფსიქოზი;
კოფეინი	<ul style="list-style-type: none"> კუჭ-ნაწლავის გაღიზიანება, პეპტიური წყლული, გასტროეზოფაგური რეფლუქსი; შფოთვა, უძილობა;
სედაციურ-ჰიპნოზური საშუალებები	<ul style="list-style-type: none"> მეხსიერების შესაძლო დარღვევა; სუნთქვის დათრგუნვა; დაცემისა და მოტეხილობის რისკი;
ოპიოიდები	<ul style="list-style-type: none"> სქესობრივი დისფუნქცია; კუჭის წყლულები; გლომერულონეფრიტი;

³⁸ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემები შესაბამის თავებშია განხილული, რომლებშიც ისინი მოცემული პრობლემის რისკ-ფაქტორებადაა მოაზრებული

კანაბისი	<ul style="list-style-type: none"> • ბრონქიტი, ქრონიკული სინუსიტი; • გულის რიტმის დარღვევები, მიოკარდიუმის იშემია და გულის ფრი-ალი; • მეხსიერების დარღვევა; • იმუნური ფუნქციის დარღვევა;
ქცევები	ჯანმრთელობის პრობლემები
ნივთიერებების ინექცია	<ul style="list-style-type: none"> • სისხლის შენადელები, ფლებიტი, კანის ინფექციები; • ჰეპატიტი B და C; • აივ/შიდსი; • სხვა ინფექციები: ენდოკარდიტი, ტუბერკულოზი, პნევმონია, მენინგიტი, ტეტანუსი, ძვლებისა და სახსრების ინფექციები, ფილტვის აბსცესები;
ნივთიერებების შეყნოსვა	<ul style="list-style-type: none"> • ცხვირის ლორწოვანის დაზიანებები, ძვიდის ნეკროზი ან პერფორაცია; • ქრონიკული სინუსიტი;
რისკის შემცველი სექსუალური ქცევა	<ul style="list-style-type: none"> • აივ/შიდსი; • ჰეპატიტი B და C; • სქესობრივი გზით გადამდები სხვა ინფექცია;
თავის უგულებელყოფა (ნეგლექტი)	<ul style="list-style-type: none"> • მალნუტრიცია, იმუნური სისტემის დარღვევა; • შემთხვევითი დაზიანებები;

www.nida.nih.gov/scienceofaddiction/health.html

ნივთიერებები, რომელიც ხშირად ბოროტად გამოიყენება

ნიკოტინი

თამბაქოს მოხმარება ის ადიქციური ქცევაა, რომელსაც, დიდი ალბათობით, ყველაზე ხშირად შეხვდებით. ნიკოტინი თამბაქოში შემავალი მასტიმულირებელი ნივთიერებაა და გავრცელებული ნივთიერებებიდან ყველაზე ადვილად იწვევს ადიქციას.

გამოყენების ეფექტები და გართულებები

ნიკოტინის ეფექტები სხვა მიჩვევის ადვილად გამომწვევი სტიმულანტების, მათ შორის, კოკაინის იდენტურია. მიუხედავად იმისა, რომ მოხმარებლების თქმით, ნიკოტინს დამორგუნველი (დეპრესანტი) მოქმედება აქვს და მოდუნებასა და შფოთვის მოხსნას იწვევს, ეს ეფექტები, სავარაუდოდ, ალკვითის მდგომარეობის შესამსუბუქებლად მეტი ნიკოტინის მიღებითაა განპირობებული.

თამბაქოს მოხმარება ნიკოტინის გამოყენების ყველაზე მავნე მეთოდია. თამბაქოს მოხმარებას პრაქტიკულად ყველა ორგანოს დაზიანება შეუძლია. თამბაქოს მოხმარება იწვევს ფილტვის ქრონიკულ დაავადებას, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებას და ბევრ ონკოლოგიურ დაავადებას და უკავშირდება კატარაქტებს, პნევმონიას, პერიოდონტიტს და მუცლის აორტის ანევრიზმას (იხ. ცხრილი 9-2). სიგარეტის კვამლის განმეორებითი შესუნთქვის შედეგად სასუნთქი გზების ქრონიკული გაღიზიანება ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების (ფქოდ) და ფილტვის კიბოს განვითარების საკვანძო რისკ-ფაქტორია (პროცესში მონაწილეობს თამბაქოში შემავალი კარცინოგენებიც). სიგარე-

ტის შესუნთქულ კვამლში არსებული ტოქსიკური აირები ბრონქების შეკუმშვას, წამწამების პარალიზებას, ლორწოს მასეკრეტებელი მემბრანების გასქელებას, დისტალური სასუნთქი გზების დილატაციასა და ალვეოლების კედლების განადგურებას იწვევს.

სიგარეტის კვამლში შედის ნახშირჟანგიც, ანუ ნახშირის მონოქსიდიც (მხუთავი აირი). ის, ნიკოტინთან ერთად, კორონარული არტერიების დაავადების რისკს ზრდის. ნახშირჟანგი ჰემოგლობინის მიმართ მაღალი აფინურობით ხასიათდება და უფრო მჭიდროდ და ადვილად უკავშირდება მას, ვიდრე ჰემოგლობინი, რის შედეგადაც სისხლის ჟანგბადის ტრანსპორტირების უნარი ქვეითდება. მწვევლები მონევის დროს ნაკლებ ჟანგბადს ისუნთქავენ, რაც ჟანგბადის ხელმისაწვდომობას კიდევ უფრო ამცირებს. ნიკოტინი ისედაც ზრდის მიოკარდიუმში ჟანგბადის მოხმარებას და ნახშირბადის მონოქსიდი მნიშვნელოვნად ამცირებს მიოკარდიუმისთვის საჭირო ჟანგბადის ხელმისაწვდომობას. შედეგად ვაკვირდებით გულისცემათა სიხშირისა და მიოკარდიუმის მიერ ჟანგბადის მოხმარების მატების ციკლებს, რამაც შესაძლოა მიოკარდიუმის იშემია გამოიწვიოს.

მწვევლების შვილებში უფრო ხშირია სასუნთქი სისტემის დაავადებები და ჩვილთა უეცარი სიკვდილის სინდრომი. ზრდასრულებში ე.წ. „პასიური“, მეორეული მწვევლობა ფილტვის ფუნქციის დაქვეითებას, ფილტვის კიბოს რისკის მატებასა და კორონარული არტერიების დაავადებით სიკვდილიანობის მატებას უკავშირდება.

როგორც ჩანს, თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული დაავადებების რისკი ქალებში უფრო მაღალია. მწვევლ ქალებში გვხვდება მენსტრუალური სისხლდენის გაძლიერება და დისმენორეა, ადრეული მენოპაუზა და უშვილობა. დღეისთვის თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული ფილტვის კიბოთი განპირობებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა ძუძუს კიბოთი სიკვდილიანობის მაჩვენებელს გაუსწრო და ქალებში კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია.

მიუხედავად იმისა, რომ ფილტვის დაავადების რისკი უფრო დაბალია იმ ადამიანებში, რომლებიც უკვამლო თამბაქოს (შესაყნოსი, საღეჭი და ფოთოლი) იყენებენ, უკვამლო თამბაქოსაც ახლავს გართულებები. თამბაქოს პირის ღრუში გაჩერება დაახლოებით 50-ჯერ ზრდის პირის ღრუს, ლოყის, ენისა და ღრძილების კიბოს რისკს. ნიკოტინის გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე ეფექტები უკვამლო თამბაქოს მოხმარებლებშიც გვხვდება, რაც გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკს ზრდის.

უშუალოდ ნიკოტინის ეფექტებთან დაკავშირებული გართულებების, მათ შორის, პერიფერიული არტერიების დაავადების, ჭრილობის შეხორცების შეფერხების, პეპტიური წყლულისა და გასტროეზოგაფური რეფლუქსის რისკი ნიკოტინის ნებისმიერი ფორმით მოხმარების შემთხვევაში შეიძლება გაიზარდოს.

საექთნო და კოლაბორაციული მოვლა

თამბაქოს გამოყენება

თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა

თქვენი, როგორც ექთნის, პროფესიული ვალდებულებაა დაეხმაროთ ადამიანებს თამბაქოს მოხმარების ან გამოყენების შეწყვეტაში. The Joint Commission სამედიცინო სფეროს ყველა მუშაკს ავალდებულებს, ამოიცნონ თამბაქოს მოხმარებლები და მიანოდონ მათ ინფორმაცია თამბაქოს გამოყენების შეწყვეტის გზების შესახებ. პოსპიტალიზაცია შეწყვეტის ხელშეწყობის იდეალური შესაძლებლობაა, რადგან პოსპიტალში

თამბაქოს მოხმარება არ არის დაშვებული და ავადმყოფობის გამო პაციენტი შესაძლოა უფრო მოტივირებული იყოს შეწყვეტისთვის. პაციენტები, რომლებიც რამე მოკლე რჩევას ან ინტერვენციას მაინც იღებენ თქვენგან, უფრო დიდი ალბათობით შეწყვეტენ თამბაქოს მოხმარებას, ვიდრე ისინი, ვინც არანაირ ინტერვენციას არ იღებენ.

რადგანაც სამედიცინო დაწესებულებების უმრავლესობაში თამბაქოს მოხმარება დაუშვებელია, ნიკოტინზე დამოკიდებულ ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტს შესაძლოა ალკვეთის სიმპტომები განუვითარდეს, რადგან მას თამბაქოს მოხმარება არ შეუძლია. ეს სიმპტომები თამბაქოს გამოყენების უეცარი, სამედიცინო დახმარების გარეშე შეწყვეტის სიმპტომების მსგავსია. ჰკითხეთ პაციენტს თამბაქოს შესახებ. თუ ეს უკუნაჩვენები არ არის, პაციენტებს, რომელთაც ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში ალკვეთის სიმპტომების შემცირება სურთ, ნიკოტინის ჩანაცვლებითი თერაპია შესთავაზეთ. ალკვეთის სიმპტომებია: ლტოლვა, მოუსვენრობა, დეპრესია, თავის ტკივილი, ჰიპერგალიზიანებადობა, მოთენთილობა ან უძილობა, არტერიული წნევისა და გულისცემათა სიხშირის შემცირება და მადის გაძლიერება.

პაციენტთან თითოეული შეხვედრის დროს, მოუწოდეთ, თამბაქოს მოხმარება შეწყვიტოს და შესთავაზეთ კონკრეტული ინტერვენციები. თამბაქოს მოხმარებლების შეწყვეტისთვის მოტივირების მიზნით, კლინიცისტებისთვის, მათ შორის, ექთნებისთვის ჯანდაცვის კვლევისა და ხარისხის სააგენტომ (The Agency for Healthcare Research and Quality) კლინიკური პრაქტიკის გზამკვლევი შეიმუშავა (ცხრილები 9-3 და 9-4) პაციენტთან თითოეული შეხვედრისას გამოიყენეთ ეს მოკლე კლინიკური ინტერვენციები, რომელთაც „ხუთ A-ს“ უწოდებენ. ეს ინტერვენციები მიმართულია თამბაქოს მოხმარებლების გამოვლენის, შეწყვეტის მონოდების/ნახალისების, შეწყვეტის სურვილის დადგენის, შეწყვეტაში დახმარებისა და შეწყვეტის შემდგომ თავიდან დაწყების ასაცილებლად შემდეგი ვიზიტების დაგეგმვისკენ. თუ თამბაქოს მოხმარებელს მონვევის შეწყვეტა არ სურს, მოტივაციური ინტერვიუების პრინციპებზე დაფუძნებული *მოტივაციური ინტერვენციების* გატარების შემთხვევაში, მომავალში შეწყვეტის მცდელობის ალბათობა იზრდება. მოტივაციური კონსულტირებისას განხილულ უნდა იქნას შემდეგი საკითხები (ინგლისურად “ხუთი R”): რელევანტობა, რისკები, ჯილდოები, ბარიერები/ხელშემშლელი ფაქტორები და განმეორება. პაციენტის სწავლების სახელმძღვანელოში (ცხრილი 9-5) დეტალურადაა განხილული მეოთხე „A“ სტრატეგია „ასისტირება: დაეხმარეთ პაციენტს თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტაში“.

ცხრილი 9-3 კლინიკური პრაქტიკის გზამკვლევი თამბაქოს გამოყენებისა და თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა	
ხუთი A – ადამიანებისთვის, რომელთაც შეწყვეტა სურთ	ხუთი R – ადამიანებისთვის, რომელთაც შეწყვეტა არ სურთ
<p>1. Ask (ჰკითხეთ): ყოველი კონტაქტისას მოახდინეთ თამბაქოს მოხმარებლების იდენტიფიცირება.</p> <p>2. Advise (ურჩიეთ): თამბაქოს ყველა მოხმარებელს დაუინებით მოუწოდეთ შეწყვეტისკენ.</p>	<p>1. Relevance (რელევანტობა): სთხოვეთ პაციენტს, განმარტოს, რატომაა პირადად მისთვის მონვევის შეწყვეტა საჭირო (მაგ., ოჯახი, ჯანმრთელობა).</p> <p>2. Risks (რისკები): სთხოვეთ, განსაზღვროს/ამოიცნოს თამბაქოს გამოყენების უარყოფითი შედეგები (მაგ., ხველა, ჰაერის უკმარისობა).</p>

<p>3. Assess (შეაფასეთ): გაარკვიეთ, სურს თუ არა პიროვნებას შეწყვეტის ცდა.</p> <p>4. Assist (დაეხმარეთ): დაეხმარეთ პაციენტს შეწყვეტის გეგმის შემუშავებაში.</p> <p>5. Arrange (დაგეგმეთ, დააორგანიზეთ): ჩანიშნეთ შემდგომი ვიზიტი.</p>	<p>3. Rewards (ჯილდოები): სთხოვეთ პაციენტს, განსაზღვროს თამბაქოს გამოყენების შეწყვეტის პოტენციური სარგებელი (მაგ., ფულის დაზოგვა, თავის უკეთ გრძნობა).</p> <p>4. Roadblocks (ბარიერები, ხელისშემშლელი): სთხოვეთ პაციენტს, განსაზღვროს, რა შეიძლება უშლიდეს შეწყვეტაში ხელს (მაგ., წონის მატება, პარტნიორი ეწვევა).</p> <p>5. Repetition (განმეორება): კლინიკაში თითოეულ შემდეგ ვიზიტზე გაიმეორეთ ეს პროცესი.</p>
--	---

წყარო: gency for Healthcare Research and Quality: *AHCP supported clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence: 2008 update*, Washington, DC, 2008, US Public Health Service.

<p>ცხრილი 9-4 თამბაქოს გამოყენების შეწყვეტისკენ მიმართული სტაციონარული ინტერვენციები</p> <p><i>თითოეული ჰოსპიტალიზებული პაციენტის მოვლისას გააკეთეთ შემდეგი:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • მოთავსებისას თითოეულ პაციენტს ჰკითხეთ, იყენებს თუ არა თამბაქოს და ჩანაწერში დააფიქსირეთ; • თუ პაციენტი ამჟამად თამბაქოს მომხმარებელია, თამბაქოს გამოყენების სტატუსი ჩანწერით მოთავსებისას არსებული პრობლემების ჩამონათვალში და განწერის დიაგნოზის სახითაც; • თამბაქოს თითოეულ მომხმარებელს გაუწიეთ კონსულტაცია და შესთავაზეთ მედიკამენტები, რათა დაეხმარათ მათ აბსტინენციის შენარჩუნებასა და ალკვითის სიმპტომების შემსუბუქებაში; • ურჩიეთ, როგორ შეწყვიტოს თამბაქოს გამოყენება ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში და როგორ შეინარჩუნოს აბსტინენცია განწერის შემდეგაც და გაუწიეთ შესაბამისი დახმარება; • მოწვევის სტატუსთან დაკავშირებით შემდეგი ვიზიტი დაგეგმეთ. მხარდამჭერი კონტაქტი განწერიდან მინიმუმ ერთი თვის განმავლობაში უნდა მიმდინარეობდეს;
--

წყარო: gency for Healthcare Research and Quality: *AHCP supported clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence: 2008 update*, Washington, DC, 2008, US Public Health Service.

<p>ცხრილი 9-5 პაციენტის სწავლების სახელმძღვანელო თამბაქოს მოხმარებისა და თამბაქოს გამოყენების შეწყვეტა</p> <p><i>ქვემოთ თამბაქოს გამოყენების შეწყვეტისკენ მიმართული ინტერვენციებია მოცემული. შეწყვეტის აღბათობა იზრდება, თუ მომხმარებელი ერთზე მეტ მეთოდს მიმართავს.</i></p> <p>შეიმუშავეთ შეწყვეტის გეგმა</p> <ul style="list-style-type: none"> • დათქვით შეწყვეტის თარიღი. იდეალურ შემთხვევაში, მომდევნო 2 კვირის განმავლობაში; • გაესაუბრეთ თქვენს ექიმს, რათა ხელი შეგიწყვეტაში; • უთხარით ოჯახის წევრებს, მეგობრებსა და თანამშრომლებს, რომ შეწყვეტას აპირებთ და გაგება და მხარდაჭერა სთხოვეთ; • შეწყვეტის პროცესში მზად იყავით ალკვითის სიმპტომებისა და სირთულეებისთვის; • შეწყვეტამდე მოერიდეთ ისეთ ადგილებში თამბაქოს მოხმარებას, სადაც დიდ დროს ატარებთ (სამსახურში, მანქანაში, სახლში); • სახლიდან, მანქანიდან და სამსახურიდან გადაყარეთ თამბაქოს ყველანაირი პროდუქტი; • შეწყვეტის თარიღის შემდეგ ერთი ნაფაზი კი არ მოწიოთ. აუცილებელია სრული აბსტინენცია;

გამოყენეთ ნიკოტინის ჩამანაცვლებელი აპრობირებული სისტემები

- თუ ორსულად არ ხართ ან ბავშვს ძუძუთი არ კვებავთ, გამოიყენეთ ნიკოტინის ჩამანაცვლებელი საშუალება (იხ. ცხრილი 9-6);
- ნიკოტინის ჩამანაცვლებელი სისტემის გამოყენებისას თამბაქოს სხვა ფორმები არ მოიხმართ;

თამბაქოს გამოყენების სურვილთან, ჟინთან გამკლავება

- მოახდინეთ იმ ვითარებების იდენტიფიცირება, რომელიც მოწვევისკენ ან თამბაქოს სხვა გზით გამოყენებისკენ გიბიძგებთ. ასეთი გარემოება შეიძლება იყოს სხვა მწვევლებთან ერთად ყოფნა, კამათი, დადარდიანებული ან იმედგაცრუებული ყოფნა და ალკოჰოლის სმა;
- შეწყვეტის მცდელობის პერიოდში მოერიდეთ რთულ ვითარებებს. შეეცადეთ, სტრესის დონე შეამციროთ;
- შესაძლოა, დაგეხმაროთ ვარჯიში, მაგალითად, სიარული, სირბილი ან ველოსიპედის ტარება;
- თამბაქოს მოხმარებაზე ფიქრისა და თამბაქოს გამოყენების სურვილიდან ყურადღების გადატანის მიზნით, ვინმეს გაესაუბრეთ, რამე ამოცანით დაკავდით ან წიგნი წაიკითხოთ;
- ბევრი წყალი სვით;
- მიიღეთ შხაპი ან აბაზანა;

მხარდაჭერა და გამხსნევა

- თუ თამბაქოს გამოყენებისთვის თავის დანებება უკვე გიცდიათ, მოიფიქრეთ, წინა მცდელობების დროს რა დაგეხმარათ და რამ შეგიშალათ ხელი;
- შეწყვეტის მხარდაჭერ ჯგუფში გაერთიანება გაგიზრდით მოწვევის სამუდამოდ შეწყვეტის შანსებს;
- თუ ლტოლვა გაგიჩნდათ, დაურეკეთ ვინმეს, ვინც თამბაქოს მოხმარებას გადაგათქმევინებთ – უმჯობესია, ეს ყოფილი მომხმარებელი იყოს;
- არ გეშინოდეთ იმაზე საუბრის, თუ რას გრძნობთ შეწყვეტის პროცესში. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, გამოთქვათ შიში, რომ თავს ვერ დაანებებთ. სთხოვეთ პარტნიორს ან მეუღლეს, მეგობრებს და თანამშრომლებს, მხარი დაგიჭირონ. ასევე არსებობს დამხმარე მასალები:
 - American Lung Association: www.lungusa.org
 - American Cancer Society: www.cancer.org
 - National Cancer Institute: www.smokefree.gov
 - Make Smoking History, Massachusetts Department of Public Health: <http://makesmokinghistory.org>

რეციდივის თავიდან აცილება

რეციდივი ყველაზე ხშირად შეწყვეტიდან პირველი 3 თვის განმავლობაში ხდება. თუ თამბაქოს მოხმარებას ისევ დაიწყებთ, მოტივაცია არ დაკარგოთ. გახსოვდეთ, ადამიანების უმრავლესობა თავის საბოლოოდ დანებებამდე, რამდენიმეჯერ ცდილობს შეწყვეტას. ჩვევის დაძლევის სხვადასხვა მეთოდები მოიძიეთ. შესაძლოა, რეციდივის შემდეგ მაპროვოცირებელ ფაქტორებთან მოგინოთ გამკლავება.

- შეცვალეთ თქვენი გარემო – სახლიდან, მანქანიდან და სამუშაო ადგილიდან მოაშორეთ სიგარეტები, თამბაქო (ნებისმიერი ფორმით) და საფერფლეები. ალკვეთეთ მანქანაში და სახლში სიგარეტის სუნი;
- ალკოჰოლი – თამბაქოსთვის თავის დანებების პერიოდში ეცადეთ შეზღუდოთ ან შეწყვიტოთ ალკოჰოლის მიღება;
- სახლში სხვა მწვევლები – მოუწოდეთ თანამოსახლეებს, თქვენთან ერთად შეწყვიტონ თამბაქოს გამოყენება. შეიმუშავეთ სხვა მწვევლებთან გამკლავების გეგმა და მოერიდეთ მათთან ერთად ყოფნას;

- წონის მატება- ჯერ ერთი პრობლემა მოაგვარეთ – ჯერ თამბაქოს გამოყენება შეწყვიტეთ. არ არის აუცილებელი, წონა მოიმატოთ და მადის გაძლიერება ხშირად დროებითია;
- უარყოფითი განწყობა ან დეპრესია – თუ ეს სიმპტომები არ გაივლის, თქვენს ექიმს გაესაუბრეთ. შესაძლოა, დეპრესიის მკურნალობა დაგჭირდეთ;
- ალკვითის სიმპტომები – მოწვევისთვის თავის დანებების პერიოდში თქვენს ორგანიზმში ბევრი ცვლილება მოხდება. შესაძლოა პირი გიშრებოდეთ, ახველებდეთ ან ყელი „გაგეხეხოთ“ და გაღიზიანებულად გრძნობდეთ თავს. ლტოლვის შემსუბუქებაში ნიკოტინის პლასტირი ან სალექტი რეზინი დაგეხმარებათ (იხ. ცხრილი 9-6);
- ფიქრები – გონება სხვა რამისკენ მიმართეთ. ივარჯიშეთ და აკეთეთ ის, რაც სიამოვნებას განიჭებთ;
- ანარმობით ჩანანერი. ჩამოწერეთ „ჩავარდნები“ და „თითქმის ჩავარდნები“, რამ გამოიწვია ისინი და რა შეგიძლიათ ამისგან ისწავლოთ;
- ყურადღება თამბაქოს გამოყენების შეწყვეტის სარგებელზე გაამახვილეთ:
 1. შეწყვეტიდან 20 წუთის შემდეგ, არტერიული წნევა მცირდება, გულისცემათა სიხშირე მცირდება და მტევნებისა და ტერფების ტემპერატურა იზრდება;
 2. 12 საათის შემდეგ სისხლში ნახშირბადის მონოქსიდის დონე ნორმამდე მცირდება და ჟანგბადის დონე კი – ნორმამდე იმატებს;
 3. 24 საათის შემდეგ გულის შეტევის რისკი მცირდება;
 4. 48 საათის შემდეგ ნერვული დაბოლოებები ხელახლა ზრდას იწყებს და ყნოსვა და გემოვნება გიუმჯობესდება;
 5. 2 კვირიდან 3 თვემდე პერიოდში სისხლის მიმოქცევა უმჯობესდება; სიარული უფრო გიაღვილებათ; ფილტვის ფუნქცია უმჯობესდება და ხველა, წიაღების შეგუბება, დაღლილობა და ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება მცირდება;
 6. 1 წლის შემდეგ გულის დაავადების რისკი მწველის რისკის ნახევრამდე მცირდება;
 7. 10-15 წლის შემდეგ ინსულტის, ფილტვის და სხვა კიბოს და ნაადრევი სიკვდილის რისკი თითქმის უტოლდება იმ ადამიანების რისკს, რომლებსაც არასდროს მოუწევიათ;

წყაროები: Agency for Healthcare Research and Quality: *Help for smokers and other tobacco users: consumer guide*, Washington, DC, May 2008, US Public Health Service. Retrieved from www.ahrq.gov/consumer/tobacco/helpsmokers.htm; and American Lung Association: Freedom from smoking online. Retrieved from www.lungusa.org.

თამბაქოს მოხმარების ხანგრძლივი შეწყვეტის ალბათობა იზრდება იმ შემთხვევაში, თუ ერთდროულად გამოიყენება ნიკოტინის ჩამანაცვლებელი პროდუქტები, წამლები, ბიჰევიორული მიდგომები და მხარდაჭერა. მხარდაჭერის მიზნით მიაწოდეთ პაციენტს შეწყვეტის მცდელობის გაგრძელების ან დაწყებისთვის საჭირო რესურსები.

თამბაქოს გამოყენების შეწყვეტასთან დაკავშირებული ლტოლვისა და ალკვითის სიმპტომების შესამსუბუქებლად ნიკოტინის ჩამანაცვლებელი სხვადასხვა პროდუქტის გამოყენებაა შესაძლებელი (ცხრილი 9-6). ამ საშუალებებით მწველი აქამდე სიგარეტიდან მიღებულ ნიკოტინს ჩამანაცვლებს სისტემით, რომელიც ნელა მიაწვდის ნივთიერებას და არ შეიცავს თამბაქოს კვამლში შემავალ კარცინოგენებსა და აირებს. ნიკოტინის ჩამანაცვლებითი თერაპია არ არის რეკომენდებული ორსულებისთვის და იმ ადამიანებისთვის,

რომელთაც გასული 2 კვირის განმავლობაში მიოკარდიუმის ინფარქტი გადაიტანეს, აქვთ არასტაბილური სტენოკარდია ან რიტმის სიცოცხლისთვის საშიში დარღვევები.

ვარენიკლინი წამალია, რომელიც მონევის შეწყვეტის ხელშეწყობისთვის გამოიყენება. ვარენიკლინი უნიკალურია იმით, რომ ის ნიკოტინურ რეცეპტორებზე აგონისტურადაც მოქმედებს და ანტაგონისტურადაც. ნიკოტინის რეცეპტორების ერთ-ერთ ქვეტიპზე მისი აგონისტური მოქმედება ამსუბუქებს ალკვეთის სიმპტომებს. გარდა ამისა, ის ბლოკავს ნიკოტინური რეცეპტორების სხვა ქვეტიპს და ამით ხელს უშლის დოპამინური სისტემის სტიმულაციას. ამრიგად, ვარენიკლინი ამცირებს ალკვეთის სიმპტომებს და, ამავდროულად, ბლოკავს ნიკოტინის ეფექტებს იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანი თამბაქოს მოხმარებას განაახლებს.

მონევის შეწყვეტისთვის შესაძლებელია არანიკოტინური წამლების გამოყენებაც. ბუპროპიონი ანტიდეპრესანტია, რომლის გამოყენებაც ამ მიზნითაცაა დაშვებული. ის ამცირებს მონევის სურვილს, ამსუბუქებს ალკვეთის სიმპტომებს და ხელს უწყობს მონევის შეწყვეტით გამოწვეული წონის მატების პრევენციას. მონევის შეწყვეტისთვის ნორტრიპტილინისა და კლონიდინის გამოყენება საკვებისა და წამლის ადმინისტრაციის (FDA) მიერ დამტკიცებული არ არის, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს საშუალებები ალკვეთის სიმპტომების შემცირებისა და შეწყვეტის ხელშეწყობის მიზნით გამოიყენება.

მედიკამენტოზური შენიშვნა! ვარენიკლინი და ბუპროპიონი

- შესაძლოა განვითარდეს სერიოზული ნეიროფსიქიატრიული სიმპტომები, კერძოდ, ქცევის ცვლილებები, მტრული განწყობა, აგიტაცია, დეპრესია, სუიციდური აზრები და ქცევა და სუიციდის მცდელობა;
- ურჩიეთ პაციენტებს, ნებისმიერი ამ სიმპტომის გამოვლინების შემთხვევაში, შეწყვიტოს წამლების მიღება და დაუყოვნებლივ დაუკავშირდეს ექიმს;

ნიკოტინის ჩანაცვლებითი თერაპიის პარალელურად რეკომენდებულია თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის პროგრამებში ჩართვა. თქვენ უნდა იცნობდეთ იმ საზოგადოებრივ რესურსებს, რომელიც შეწყვეტისთვის მოტივირებულ ადამიანებს ეხმარება. შეწყვეტის პროგრამები შესაძლოა მოიცავდეს ჰიპნოზს, აკუპუნქტურას, ქცევით ინტერვენციებს, ავერსიულ თერაპიას, ჯგუფური მხარდაჭერის პროგრამებს, ინდივიდუალურ თერაპიასა და თვითდახმარების ალტერნატივებს. ქცევითი, ანუ ბიჰევიორული მიდგომები გულისხმობს პაციენტისთვის სწავლებას, მოერიდოს რეციდივის მაღალი რისკის შემცველ ვითარებებს, რომელმაც შესაძლოა *მინიმუმით ინდუცირებული ლტოლვა* აღძრას. შეწყვეტის პროგრამები ასევე ხელს უწყობს გამკლავების სხვა უნარ-ჩვევების განვითარებას, მაგალითად, სიგარეტზე უარის თქმის უნარ-ჩვევებს, სიმტკიცეს, სტრესთან გამკლავების ალტერნატიულ გზებსა და თანასწორთა მხარდაჭერის სისტემების გამოყენებას.

ზოგადად, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის თვალსაზრისით, ქალები ნაკლებად წარმატებულნი არიან ხოლმე, ვიდრე კაცები. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს: წონის მატების შიში, ნიკოტინის ჩანაცვლებით თერაპიაზე ნაკლები პასუხი, მენსტრუალური ციკლის გავლენები და ემოციური მხარდაჭერის ნაკლებობა. თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული გარემო მინიმუმები, შესაძლოა, ქალებზე უფრო ახდენდეს გავლენას, ვიდრე კაცებზე. მონევის შეწყვეტის მხრივ გენდერული განსხვავებების იდენტიფიცირების შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ ქალებში, რომლებიც ნიკოტინის ჩამანაცვლებლებს

იყენებენ, საინჰალაციო ჩამანაცვლებლები პლასტირზე უკეთ მუშაობს და რომ ქალებს შეწყვეტის ალბათობის გაზრდა შეწყვეტის მცდელობის მენსტრუალური ციკლის პირველი ნახევრისთვის დამთხვევით შეუძლიათ.

ცხრილი 9-6 მედიკამენტოზური მკურნალობა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა¹²		
საშუალებები	გავრცელებული გვერდითი ეფექტები	გასათვალისწინებელი საკითხები
ნიკოტინის ჩამანაცვლებელი საშუალებები		
<p>ნიკოტინის საღებავი რეზინი (ურეცეპტოდ გაიცემა) Nicorette 2 მგ, 4 მგ</p> <ul style="list-style-type: none"> გამოიყენება 12 კვირა ან მეტი დღეში 9-12 ცალი მაქსიმალური დოზა: 30 ცალი 2 მგ, 20 ცალი 4 მგ 	<p>სლოკინი, წყლულები პირის ღრუში, მოუნელებლობა, ყბის ტკივილი</p>	<p>ღეჭვის სპეციფიკური 30 წუთიანი რეჟიმი. შუალედებში საჭიროა რეზინის ლოყასა და კბილს შორის გაჩერება. გამოიყენებამდე 15 წუთის განმავლობაში და ღეჭვისას მოერიდეთ ჭამას და დაღევას.</p>
<p>ნიკოტინის სანუნნი ტაბლეტები (ურეცეპტოდ გაიცემა) Commit 2 მგ, 4 მგ</p> <ul style="list-style-type: none"> 8-12 კვირა ან მეტი ყოველ 1-2 საათში ერთხელ 1 სანუნნი; თანდათანობით შეამცირეთ ისე, რომ 12 კვირაში 4-8 საათში ერთხელ იღებდეთ. 	<p>გულისრევა და მოუნელებლობა, სლოკინი, თავის ტკივილი, ხველა, პირის ღრუს გაღიზიანება, შებერილობა</p>	<p>20-30 წუთში დნება პირში. სანუნნის დაღეჭვა და გადაყლაპვა კუჭ-ნაწლავის მხრივ გვერდით ეფექტებს აძლიერებს. გამოიყენებისას მოერიდეთ ჭამასა და დაღევას.</p>
<p>ნიკოტინის პლასტირი (ურეცეპტოდ გაიცემა) NicoDerm CQ, Habitrol, ნიკოტინის ტრანსდერმული სისტემა</p> <ul style="list-style-type: none"> ≥8 კვირა 18 ან 24 საათიანი დოზები 	<p>პლასტირის ადგილას ქავილი, წვა და სინითლე. 24 საათიანი პლასტირის გამოყენებისას ძილის დარღვევები</p>	<p>ნიკოტინის მდგრად კონცენტრაციას უზრუნველყოფს და ადვილი გამოსაყენებელია. ადჰეზიურ საშუალებებზე ალერგიის მქონეთათვის არ არის დაშვებული.</p>
<p>ნიკოტინის ნაზალური სპრეი Nicotrol NS</p> <ul style="list-style-type: none"> გამოიყენეთ 6 თვემდე 	<p>ცხვირისა და ყელის გაღიზიანება, ცემინება, რინიტი, წყლიანი თვალები, ხველა</p>	<p>საჭიროა დანიშნულება. ნიკოტინის ყველაზე სწრაფ მიწოდებასა და ნიკოტინის ყველაზე მაღალ კონცენტრაციას უზრუნველყოფს. ყველაზე გამაღიზიანებელი პროდუქტია.</p>
<p>საინჰალაციო ნიკოტინი Nicotrol ნიკოტინის საინჰალაციო სისტემა</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 მგ გამოიყენეთ 6 თვემდე 	<p>ხველა. ცხვირის, პირისა და ყელის გაღიზიანება. გულძმარვა და გულისრევა</p>	<p>საჭიროა დანიშნულება. მუნდშტუკი და ნიკოტინის კარტრიჯი მონვევის იმიტაციას ქმნის. შესაძლოა არ იყოს რეკომენდებული ასთმის ან ფილტვის დაავადების მქონეთათვის.</p>

³⁹ ნიკოტინის ურეცეპტოდ გაცემული ჩამანაცვლებლები გენერული დასახელების ფორმითაცაა ხელმისაწვდომი. დამატებითი ინფორმაცია და ინსტრუქციები ხელმისაწვდომია ამერიკის ფილტვის ასოციაციის ვებ-ვერდზე www.lungusa.org

არანიკოტინური საშუალებები		
ბუპროპიონი <ul style="list-style-type: none"> • 150 მგ/დღეში 3 დღის განმავლობაში; შემდეგ 150 მგ დღეში 2-ჯერ • გამოიყენეთ 12 კვირის განმავლობაში; შესაძლებელია 6 თვის განმავლობაში ან უფრო ხანგრძლივად გამოყენებაც 	უძილობა, პირის სიმშრალე, გაღიზიანება-ლობა, უმადობა	უკუნაჩვენებია გულყრების ან კვებითი აშლილობების ანამნეზის მქონე პირებისთვის. ხელს უწყობს წონის კლებას. პირველი რიგის პრეპარატია დეპრესიის მქონე მწვევლებისთვის.
ვარენიკლინი⁴⁰ <ul style="list-style-type: none"> • 0.5 მგ/დღეში 3 დღის განმავლობაში, 0.5 მგ დღეში 2-ჯერ 4 დღის განმავლობაში, შემდეგ 1 მგ დღეში 2-ჯერ • გამოიყენეთ 12 კვირის განმავლობაში. დამატებითი 12 კვირა რეკომენდებულია მათთვის, ვინც გრძელვადიანი აბსტინენციის მიზნით წყვეტს თამბაქოს მოხმარებას 	გულისრევა, ძილის დარღვევები, ყაბზობა, შებერილობა, ღებინება, თავის ტკივილი	ნიკოტინის ჩანაცვლებით თერაპიასთან ერთად მიღების შემთხვევაში, იზრდება გულისრევის, თავის ტკივილის, ღებინების, თავბრუსხვევის, დისპეპსიის და დაღლილობის სიხშირე, მაგრამ ნიკოტინის ფარმაკოკინეტიკაზე არ მოქმედებს.
ნორტრიპტილინი † <ul style="list-style-type: none"> • 25-75 მგ/დღეში • გამოიყენეთ 12 კვირის განმავლობაში; დეპრესიის შემთხვევაში უფრო ხანგრძლივადაც 	პირის სიმშრალე, ძილიანობა, თავბრუსხვევა	აუცილებელია სტაბილური ეკგ. უშუალოდ მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ არ გამოიყენოთ.
კლონიდინი † <ul style="list-style-type: none"> • 0.1 მგ 6 საათში ერთხელ; ლტოლვისას PRN 	პირის სიმშრალე, ძილიანობა, ყაბზობა, ჰიპოტენზია	ლტოლვის კონტროლის მიზნით გამოიყენება. პოსტურული ჰიპოტენზიის თავიდან ასაცილებლად ნელა იცვალეთ პოზა.

† ნორტრიპტილინი და კლონიდინი მოწვევის შეწყვეტისთვის FDA-ს მიერ არ არის დამტკიცებული, მაგრამ რიგ შემთხვევაში ისინი ამ მიზნით წარმატებით გამოიყენება.

ალკოჰოლი

დღეს ალკოჰოლიზმი განიხილება როგორც ქრონიკული, პროგრესირებადი და მკურნალობის გარეშე პოტენციურად ფატალური დაავადება. ალკოჰოლდამოკიდებულება ძირითადად წლების განმავლობაში ვითარდება და ამას შესაძლოა წინ უსწრებდეს ალკოჰოლის ჭარბი სოციალური მოხმარება.

გამოყენების ეფექტები და გართულებები

ალკოჰოლი ორგანიზმის თითქმის ყველა უჯრედზე მოქმედებს და ცენტრალური ნერვული სისტემის ნეირონებზე კომპლექსური ეფექტებით ხასიათდება. ალკოჰოლი, ყველა სხვა მიჩვევადი ნივთიერების მსგავსად, თავის ტვინში დოპამინის დონეს ზრდის, მაგ-

⁴⁰ იხ. გაფრთხილება ვარენიციკლინის შესახებ

რამ ის ასევე თრგუნავს ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა ფუნქციას. ალკოჰოლი პირდაპირ შეიწოვება კუჭიდან და წვრილი ნაწლავიდან. ზომიერი მომხმარებლების ღვიძლსა და კუჭში ალკოჰოლი მეტნაკლებად მუდმივი სიჩქარით მეტაბოლიზდება – საათში დაახლოებით ერთი სასმელი (7 გ ალკოჰოლი). ერთი სასმელი ნიშნავს 360 მლ ლუდს, 150 მლ ღვინოს და 30 მლ გამოხდილ სპირტიან სასმელს. რადგანაც ქალების კუჭში ალკოჰოლის მეტაბოლიზმი უფრო ნელა მიმდინარეობს, თანაბარი რაოდენობით ალკოჰოლის მიღების შემთხვევაში, მათ სისხლში ალკოჰოლის დონე უფრო მაღალია, ვიდრე მამაკაცების სისხლში.

ალკოჰოლის ეფექტები ალკოჰოლის კონცენტრაციასა და ინდივიდუალურ მგრძობელობაზეა დამოკიდებული. ორგანიზმში ალკოჰოლის კონცენტრაციის განსაზღვრა სისხლში ალკოჰოლის კონცენტრაციის (BAC) შემონიშნებითაა შესაძლებელი. ადამიანებში, რომლებიც ალკოჰოლზე არ არიან დამოკიდებულნი, სისხლში ალკოჰოლის დონით ძირითადად შესაძლებელია ალკოჰოლის ეფექტების პროგნოზირება. იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანს ალკოჰოლისა და მისი ეფექტების მიმართ ტოლერანტობა განუვითარდა, სისხლში ალკოჰოლის დონესა და ქცევას შორის კავშირი სხვაგვარია. ტოლერანტულ ინდივიდს ძირითადად თვალსაჩინო შეზღუდვის გარეშე შეუძლია დიდი რაოდენობით ალკოჰოლის მიღება და კომპლექსური ამოცანების პრობლემის გარეშე შესრულება მაშინ, როცა მის სისხლში ალკოჰოლის დონე რამდენჯერმე აღემატება კონცენტრაციას, რომელიც არატოლერანტულ მომხმარებელში თვალსაჩინო შეზღუდვებს გამოიწვევდა.

ადამიანებს, რომლებიც ბოროტად იყენებენ ალკოჰოლს, ჯანმრთელობის ბევრი პრობლემა აქვთ (ცხრილი 9-7). ხშირად სწორედ ესაა მათი ჯანდაცვის სისტემაში მომართვიანობის მიზეზი. ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ერთ-ერთი სერიოზული გართულება ვერნიკეს ენცეფალოპათიაა – თავის ტვინის ანთებითი, ჰემორაგიული, დეგენერაციული მდგომარეობა. ვერნიკეს ენცეფალოპათია გამოწვეულია თიამინის დეფიციტით, რაც, თავის მხრივ, არასათანადო კვებითა და ალკოჰოლით თიამინის შეწოვის დათრგუნვითაა განპირობებული. თიამინის მიწოდებით ეს სინდრომი შექცევადია. მკურნალობის გარეშე ან პროგრესირების შედეგად, ვერნიკეს ენცეფალოპათიამ, შესაძლოა, კორსაკოვის ფსიქოზი გამოიწვიოს. ეს ამნეზიის შეუქცევადი ფორმაა, რომელიც მოკლე მეხსიერების დაქვეითებითა და დასწავლის შეუძლებლობით ხასიათდება.

გართულებები შესაძლოა გამოიწვიოს ალკოჰოლისა და ხშირად დანიშნული ან ურეცეპტოდ გაცემული წამლების ურთიერთქმედებამაც. ალკოჰოლთან ადიტიურად ურთიერთქმედებს, მაგალითად, ანტიჰიპერტენზიული წამლები, ანტიჰისტამინები და სტენოკარდიის საწინააღმდეგო წამლები. ასპირინთან ერთად მიღებულმა ალკოჰოლმა, შესაძლოა, კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენა გამოიწვიოს ან გაამწვავოს. აცეტამინოფენისა და ალკოჰოლის კომბინირებამ, შესაძლოა, ღვიძლის დაზიანების რისკი გაზარდოს. ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტებთან ერთად მიღებამ, შესაძლოა, პოტენციაცია და ჯვარედინი ტოლერანტობის ჩამოყალიბება გამოიწვიოს. *პოტენციაცია* ხდება იმ შემთხვევაში, თუ ალკოჰოლთან ერთად მიიღება დამატებითი ცნს დეპრესანტი. ეს ალკოჰოლის ეფექტს აძლიერებს. *ჯვარედინი ტოლერანტობის* დროს ეფექტის მისაღწევად დოზის გაზრდაა საჭირო. ჯვარედინი ტოლერანტობა ყალიბდება მაშინ, როცა ალკოჰოლზე დამოკიდებული ადამიანი ალკოჰოლისგან თავისუფალია და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტებს იღებს.

ცხრილი 9-7 ალკოჰოლის ქრონიკული ავადმობარების ეფექტები/შედეგები	
სისტემა	ეფექტები/შედეგები
ცენტრალური ნერვული სისტემა	ალკოჰოლური დემენცია. ვერნიკეს სინდრომი (კონფუზია, ნისტაგმი, თვალის მამოძრავებელი კუნთების დამბლა, ატაქსია). კორსაკოვის ფსიქოზი (კონფაბულაცია, ამნეზია). კოგნიტური ფუნქციის, ფსიქომოტორული უნარ-ჩვევების, აბსტრაქტული აზროვნებისა და მეხსიერების დარღვევები. დეპრესია, ყურადღების დეფიციტი, ლაბილური განწყობა, გულყრები, ძილის დარღვევები.
პერიფერიული ნერვული სისტემა	პერიფერიული ნეიროპათია – ტკივილი, პარესთეზია, სისუსტე.
იმუნური სისტემა	ტუბერკულოზისა და ვირუსული ინფექციების რისკის მატება. პირის ღრუს, ხახის, საყლაპავის, ღვიძლის, მსხვილი ნაწლავის, სწორი ნაწლავისა და შესაძლოა ძუძუს კიბოს რისკის მატება.
ჰემატოლოგიური სისტემა	ძვლის ტვინის დათრგუნვა, ანემია, ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია, სისხლის შედედების დარღვევები
ძვალკუნთოვანი სისტემა	დიდი კუნთების მტკივნეული და შეხებით მტკივნეული შეშუპება. კუნთების უმტკივნეულო პროგრესირებადი სისუსტე და განღვევა; ოსტეოპოროზი.
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	გულისცემათა სიხშირისა და არტერიული წნევის მატება. ვარჯიშის ამტანობის დაქვეითება. კარდიომიოპათია (შეუქცევადი). ჰემორაგიული ინსულტის, კორონარული არტერიების დაავადების, ჰიპერტენზიის, გულით უეცარი სიკვდილის რისკის მატება.
ღვიძლი	სტეატოზი* (გულისრევა, ღებინება, ჰეპატომეგალია). ალკოჰოლური ჰეპატიტი* (უმადობა, გულისრევა, ღებინება, ცხელება, შემცივნება, მუცლის ტკივილი). ციროზი, ჰეპატოცელულური კიბო.
კუჭ-ნაწლავი	გასტრიტი, გასტროფოფაგური რეფლუქსი, პეპტიური წყლული, ეზოფაგიტი, საყლაპავის ვარიკოზები, ენტერიტი, კოლიტი, მალორი ვეისის სინდრომი, ქრონიკული პანკრეატიტი.
კვება, ნუტრიცია	მადის დაქვეითება, მოუნელებლობა, მალაბსორბცია, ვიტამინების (განსაკუთრებით, თიამინის) დეფიციტი.
საშარდე სისტემა	დიურეზული მოქმედება, განპირობებულია ანტიდიურეზული ჰორმონის ინჰიბირებით.
ენდოკრინული და რეპროდუქციული სისტემები	გონადალური ფუნქციის ცვლილება, სათესლეების ატროფია, წვერის ზრდის დაქვეითება, ლიბიდოს დაქვეითება, სპერმატოზოიდების რიცხვის შემცირება, გინეკომასტია, გლუკოზის აუტანლობა.
საფარი სისტემა	პალმარული ერითემა (ხელისგულების სინითლე), ობობასებრი ანგიომები, როზაცეა, რინოფიმა.

* ადრეულ სტადიებზე ეს მდგომარეობა შექცევადია იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანი დაღვევას შეწყვეტს.

საექთნო და კოლაბორაციული მოვლა

ალკოჰოლდამოკიდებულება

ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია

ალკოჰოლის გადაჭარბებულმა, ეპიზოდურმა მიღებამ ან ალკოჰოლის ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტებთან ერთად გამოყენებამ, შესაძლოა, *მწვავე ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია* გამოიწვიოს. ეს გადაუდებელი მდგომარეობაა, რისი უმთავრესი მიზეზი ისაა, რომ ალკოჰოლის ინტოქსიკაციურ, ანესთეზიურ და ლეთალურ დოზებს შორის მეტად ვიწრო დიაპაზონია. ცენტრალური ნერვული სისტემის ალკოჰოლური დეპრესია (დათრგუნვის) სუნთქვის უკმარისობას და ცირკულაციის მოშლას იწვევს.

შეძლებისდაგვარად, შეკრიბეთ ანამნეზი და შეამოწმეთ დაზიანებების, ტრავმის, დაავადებებისა და ჰიპოგლიკემიის არსებობა. ალკოჰოლის ანტიდოტი ხელმისაწვდომი არ არის. მანამ, სანამ დეტოქსიკაცია დასრულდება და ალკოჰოლი მეტაბოლიზდება, მხარდამჭერი ღონისძიებებით შეინარჩუნეთ სასუნთქი გზების გამტარობა, სუნთქვა და სისხლის მიმოქცევა (ABCs). ხშირად ამონმეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები და ცნობიერების დონე. ალკოჰოლით გამონწვეული ჰიპოტენზია ინტრავენური სითხეებით უნდა მართოთ. ინტოქსიკაციის დროს პაციენტს სტიმულანტები არ მისცეთ. გარდა ამისა, ადიტიური ეფექტების გამო, არც სხვა დეპრესანტები უნდა მიიწოდოს.

ჰიპოგლიკემიის მქონე პაციენტებს გლუკოზის შემცველი ინტრავენური ხსნარები მიეწოდებათ. გლუკოზის შეყვანამ, შესაძლოა, ვერნიკეს ენცეფალოპათიის პროვოცირება გამოიწვიოს. ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მქონე პაციენტში ვერნიკეს ენცეფალოპათიის აღმოჩენის მიზნით, შეამოწმეთ თვალის მოძრაობის დარღვევები (მაგ., ნისტაგმი, გვერდითა (ლატერალური) სწორი კუნთების დამბლა), ატაქსია და კონფუზია.

რადგანაც ინტოქსიკაციის მქონე პაციენტს შესაძლოა ენცეფალოპათიის მსგავსი სიმპტომები ჰქონდეს და რადგანაც მკურნალობის გარეშე ენცეფალოპათია შესაძლოა კორსაკოვის ფსიქოზში გადაიზარდოს, გლუკოზის ინტრავენურ ხსნარებამდე ან მათთან ერთად ინტოქსიკაციის მქონე აბსოლუტურად ყველა პაციენტს ინტრავენურად თიამინიც უნდა გაუკეთდეს. ბევრ პაციენტს ასევე შემცირებული აქვს სისხლში მაგნიუმის დონეც და აქვს მალნუტრიციის სხვა ნიშნებიც, ამიტომ ექიმები ინტრავენურ სითხეებს ხშირად მულტივიტამინებსა და მაგნიუმსაც უმატებენ.

ასევე ხშირია აგიტაცია და შფოთვა. შეძლებისდაგვარად, არ დატოვოთ პაციენტი მარტო და საჭიროების შემთხვევაში, დაეხმარეთ რეალობაზე ორიენტირებაში. შეაფასეთ, აგრესიული ხომ არ ხდება პაციენტი და არსებობს თუ არა ძალადობის პოტენციალი. რადგანაც კოორდინაციისა და განსჯის უნარის დარღვევის გამო პაციენტი დაზიანების რისკის ქვეშაა, მიიღეთ დამცავი/დამცველობითი ზომებიც. აუცილებელია შემოწმებები და ინტერვენციები გაგრძელდეს მანამ, სანამ სისხლში ალკოჰოლის კონცენტრაცია (BAC) მინიმუმ 100 მგ/დლ-მდე (0.10 მგ%) არ შემცირდება და არ გამოირიცხება ნებისმიერი სხვა ასოცირებული დარღვევა ან დაზიანება.

ალკოჰოლური ალკვეთის სინდრომი

ნებისმიერი მიზეზით ჰოსპიტალიზებულ ალკოჰოლდამოკიდებულ პაციენტს, ალკოჰოლის მიღების უეცარი შეწყვეტის გამო, შესაძლოა, *ალკოჰოლური ალკვეთის სინდრომი* განუვითარდეს. ალკოჰოლური ალკვეთის სიმპტომებისა და ნიშნების დაწყების

დრო სხვადასხვაგვარია და დამოკიდებულია ალკოჰოლის მოხმარების მახასიათებელზე. სიმპტომები შესაძლოა ალკოჰოლის ბოლო მიღებიდან 4-6 საათის შემდეგ დაიწყოს და 14 დღემდე გაგრძელდეს. ალკოჰოლური ალკვეთის კლინიკური გამოვლინებები და სათანადო მედიკამენტოზური მართვა 9-8 ცხრილშია მოცემული. რადგანაც ალკოჰოლური ალკვეთის სიმპტომები ყოველთვის პროგნოზირებადად არ ვითარდება, მკურნალობის მეთოდის განსაზღვრის მიზნით გამოიყენეთ ალკვეთის კლინიკური შეფასების ინსტრუმენტი, მაგალითად, Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar) (იხ. ცხრილი 9-9).

ალკოჰოლური [ალკვეთის] დელირიუმი სერიოზული გართულებაა, რომელიც სასმლის ბოლო მიღებიდან 30-120 საათის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს. რაც უფრო მეტადაა პაციენტი ალკოჰოლზე დამოკიდებული, მით უფრო დიდია ალკვეთის სერიოზული სიმპტომების გამოვლენის რისკი. დელირიუმი ვლინდება დებორიენტაციით, მხედველობითი ან სმენითი ჰალუსინაციებითა და ჰიპერაქტიურობით გულყრების გარეშე. ამ დროს სიკვდილის მიზეზი შეიძლება გახდეს ჰიპერთერმია, პერიფერიული ვასკულური კოლაფსი ან გულის უკმარისობა.

მნიშვნელოვანია, მზად იყოთ ალკვეთის სინდრომისთვის, რადგან ბენზოდიამეპინების, მაგალითად, ქლორდიამეპოქსიდის ან ლორაზეპამის, მიწოდებით ალკოჰოლური დელირიუმის თავიდან აცილება შესაძლებელია. სიმპტომების გამწვავების პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია ჩუმი, მშვიდი გარემოს უზრუნველყოფა. შეძლებისდაგვარად, მოერიდეთ შემაკავებლებისა და ინტრავენური ხაზების გამოყენებას. მოსვენებისა და სათანადო კვებისთვის საჭიროა მხარდამჭერი/სიმპტომური მოვლა. ალკოჰოლური ალკვეთის მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის საექთნო მოვლა 11-1 საექთნო მოვლის გეგმაშია (NCP) აღწერილი.

ცხრილი 9-8 ალკოჰოლური ალკვეთის კლინიკური გამოვლინებები და მკურნალობა	
კლინიკური გამოვლინებები	მედიკამენტოზური მკურნალობა
მსუბუქი ალკვეთის სინდრომი	
ნერვიულობა, შფოთვა გულისცემათა სიხშირის მატება არტერიული წნევის მატება ოფლიანობა გულისრევა ჰიპერრეფლექსია უძილობა ჰიპერაქტიურობა გულყრების გარეშე	ბენზოდიამეპინები (მაგალითად, ქლორდიამეპოქსიდი, ლორაზეპამი ან დიაზეპამი) სასიცოცხლო მაჩვენებლების სტაბილიზაციის, შფოთვის შემცირების, გულყრებისა და დელირიუმის პრევენციის მიზნით; თიამინი (ვერნიკეს ენცეფალოპათიის თავიდან ასაცილებლად); მულტივიტამინები (ფოლის მჟავა, B ვიტამინები); მაგნიუმის სულფატი (თუ შრატში მაგნიუმის დონე დაბალია); გლუკოზის IV ხსნარი;
მძიმე ალკვეთის სინდრომი	
მხედველობითი/სმენითი ჰალუსინაციები უხეში ტრემორი გულყრები ალკოჰოლური დელირიუმი	ბენზოდიამეპინების უწყვეტი/ ხანგრძლივი გამოყენება; კარბამაზეპინი ან ფენიტონი გულყრების მართვის მიზნით; ანტიფსიქოზური საშუალებები (მაგ., ქლორპრომამინი, ჰალოპერიდოლი) თუ ფსიქოზი ბენზოდიამეპინების მიწოდების ფონზე პერსისტირებს;

ცხრილი 9-9 Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar)

CIWA-Ar ინსტრუმენტი ფართოდ გამოიყენება ალკოჰოლური ალკვეთის შეფასებისთვის. ფასდება შემდეგი კატეგორიები:

- აგიტაცია
- შფოთვა
- სმენითი დარღვევები
- თავის ტკივილი, თავის სისავსის/სიმძიმის შეგრძნება
- გულისრევა და ღებინება
- ორიენტირება და ცნობიერების დაბინდვა
- პაროქსიზმული ოფლიანობა
- ტაქტილური დარღვევები
- ტრემორი
- მხედველობითი დარღვევები

University of Maryland School of Medicine. Available at http://umem.org/files/uploads/1104212257_CIWA-Ar.pdf.

**11-1 საექთნო მოვლის გეგმა
ალკოჰოლური ალკვეთის მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი**

საექთნო დიაგნოზი: მწვავე კონფუზია, რაც უკავშირდება ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენებასა და დელირიუმს, და რასაც მოწმობს აგიტაცია, ჰალუცინაციები, ცნობიერების დონის და ფსიქომოტორული აქტივობის ფლუქტუაციები, დებორიენტაცია და ალქმის დარღვევები.

პაციენტის ამოცანები:

1. ალკოჰოლური ალკვეთის სიმძიმის შემცირების დემონსტრირება;
2. დაზიანებისა და ალკოჰოლური ალკვეთის გართულებების არქონა;
3. ჰალუცინაციების არქონა;
4. გულყრების არქონა;

შედეგები/გამოსავლები (NOC)	ინტერვენციები (NIC) და მათი საფუძველი, მიზანი
<p>ნივთიერების ალკვეთის მდგომარეობის სიმძიმე</p> <ul style="list-style-type: none"> • ლტოლვა ____ • აგიტაცია ____ • ჰიპერრეფლექსია ____ • სასიცოცხლო მაჩვენებლების ცვლილებები ____ • დებორიენტაცია ____ • ცნობიერების დონის ცვლილება ____ • გარემო გამღიზიანებლების ინტერპრეტირების გაძნელება ____ • მინიშნებების არასწორი ინტერპრეტირება ____ 	<p>ნივთიერების გამოყენების მკურნალობა: ალკოჰოლური ალკვეთა</p> <ul style="list-style-type: none"> • ალკვეთის პერიოდში ანარმონეტ სასიცოცხლო მაჩვენებლების მონიტორინგი, რათა ამოიცნოთ აუტონომური ნერვული სისტემის უკიდურესი პასუხი; • მიანოდეთ გულყრის სანინაალმდეგო ან სედაციური საშუალებები, რათა თავიდან აიცილოთ ალკოჰოლური დელირიუმი და შეამსუბუქოთ ალკვეთის სხვა სიმპტომები; • მიანოდეთ ვიტამინები, რათა თავიდან აიცილოთ ვერნიკეს სინდრომის განვითარება;

<ul style="list-style-type: none"> • უძილობა ____ • ჰალუცინაციები ____ • გულყრები ____ <p>საზომი შკალა</p> <p>1 = მძიმე</p> <p>2 = საყურადღებო/საგულისხმო</p> <p>3 = საშუალო სიმძიმის</p> <p>4 = მსუბუქი</p> <p>5 = არანაირი</p> <p>დამახინჯებული აზრების თვითკონტროლი</p> <ul style="list-style-type: none"> • გთხოვთ რეალობის დადასტურებას/ვალიდაციას ____ • აღნიშნავს ჰალუცინაციების ან ბოდვების შემცირებას ____ • გარემოს მართებულად აღიქვამს ____ • ფიქრების ლოგიკურ დინებას ავლენს ____ • რეალობაზე დამყარებულ აზროვნებას ავლენს ____ • ადეკვატური/სათანადო შინაარსის აზრებს გამოხატავს ____ <p>საზომი შკალა</p> <p>1 = არასდროს ვლინდება</p> <p>2 = იშვიათად ვლინდება</p> <p>3 = ზოგჯერ ვლინდება</p> <p>4 = ხშირად ვლინდება</p> <p>5 = მუდმივად ვლინდება</p>	<ul style="list-style-type: none"> • თერაპიულად მიუდევრით ჰალუცინაციებს, რათა დაეხმაროთ რეალობაზე/რეალობასთან ორიენტირებაში; • 24 საათის განმავლობაში ყოველ 4 საათში ერთხელ განსაზღვრეთ CIWA-Ar ქულა მანამ, სანამ ის 8-ზე ნაკლები არ იქნება, რათა შეაფასოთ ნამღლების საჭიროება; • გაუწიეთ პაციენტს/ოჯახს ემოციური მხარდაჭერა, რათა შეამციროთ შფოთვა; <p>გულყრის შემთხვევაში დასაცავი უსაფრთხოების ზომები</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტის სანოლთან იქონიეთ სანაცის აღჭურვილობა, ამბუ და ორალური ან ცხვირ-ხახის ხელოვნური სასუნთქი გზები, რათა გულყრის შემდეგ აღადგინოთ სასუნთქი სისტემის ფუნქცია; • სანოლის მოაჯირებზე დაამაგრეთ საფენები/ღრუბლები და ამონიეთ მოაჯირები, რათა გულყრის დროს დაზიანება აიცილოთ თავიდან; <p>დელირიუმის მართვა</p> <ul style="list-style-type: none"> • მუდმივად ამონმეთ ნევროლოგიური სტატუსი, რათა განსაზღვროთ საჭირო ინტერვენციები; • სიტყვიერად გამოხატეთ პაციენტის შიშებისა და აზრების მიმღებლობა, რათა შეამციროთ შფოთვა; • მიანოდეთ პაციენტს ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რა ხდება და სამომავლოდ რას შეიძლება ელოდეს, რათა დაეხმაროთ რეალობასთან/რეალობაზე ორიენტირებაში; • გარემო მუდმივად კარგად უნდა იყოს განათებული, რაც მკვეთრ კონტრასტებსა და ჩრდილებს ამცირებს, რათა შეამციროთ გარე გამღიზიანებლები; • შეძლებისდაგვარად, მოაშორეთ გამღიზიანებლები, რომლებიც კონკრეტულ პაციენტში არასწორ აღქმებს აღძრავს (მაგ., კედელზე დაკიდებული სურათები ან ტელევიზორი), რათა შეამციროთ გარემოს არასწორი ინტერპრეტირება; • მიანოდეთ ინფორმაცია საკუთარი თავის, ადგილისა და დროის შესახებ, რათა უზრუნველყოთ ორიენტირება; • გამოიყენეთ გარემო მინიშნებები (მაგ., ნიშნები, სურათები, საათები, კალენდრები და ფერები), რათა ხელი შეუწყოთ მეხსიერების გაუმჯობესებას, ორიენტირებასა და სათანადო ქცევას;
<p>საექთნო დიაგნოზი: საკუთარი ჯანმრთელობის არაეფექტური მართვა, რაც უკავშირდება გამკლავების არასათანადო მექანიზმებსა და რესურსებს და რასაც მოწმობს ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენება</p>	

პაციენტის ამოცანები/სამიზნეები:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. აღიარებს ნივთიერების ავადმომხმარებლის პრობლემას; 2. გადანიშნავს ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტას; 3. ამოიცნობს გამკლავების დადებით მექანიზმებსა და რესურსებს, რომელიც ალკოჰოლური აბსტინენციის პერიოდში დაეხმარება; 	
შედეგები/გამოსავლები (NOC)	ინტერვენციები (NIC) და მათი საფუძველი, მიზანი
<p>ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენების შეწყვეტის ქცევა</p> <ul style="list-style-type: none"> • გამოთქვამს ალკოჰოლის მოხმარების შეწყვეტის სურვილს ____ • ალკოჰოლის მოხმარების შეწყვეტის ეფექტურ სტრატეგიებს შეიმუშავებს ____ • იწყებს ალკოჰოლის აღმოფხვრის სტრატეგიების გამოყენებას ____ • იყენებს სტრატეგიებს ალკოჰოლის სიმპტომებთან გამკლავებისთვის ____ • იყენებს გამკლავების ეფექტურ მექანიზმებს ____ • ცხოვრების წესს ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტის მიზანს არგებს ____ • სამედიცინო პირისგან იღებს დახმარებას ____ • მიმართავს ხელმისაწვდომ მხარდამჭერ ჯგუფებს ____ • აღმოფხვრის ალკოჰოლის გამოყენებას ____ <p>საზომი შკალა</p> <p>1 = არასდროს ვლინდება 2 = იშვიათად ვლინდება 3 = ზოგჯერ ვლინდება 4 = ხშირად ვლინდება 5 = მუდმივად ვლინდება</p>	<p>ნივთიერების გამოყენების მკურნალობა</p> <ul style="list-style-type: none"> • მოუწოდებთ პაციენტს, საკუთარ ქცევაზე კონტროლი მოიპოვოს, რათა არასასურველი ქცევა შეცვალოს; • განიხილეთ ნივთიერების მოხმარების გავლენა სამედიცინო პრობლემაზე ან ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე, რათა ხელი შეუწყოს, აღიაროს გამოყენების შედეგები; • პაციენტთან ერთად დასახეთ კონსტრუქციული ამოცანები, რათა სტრესის შესამცირებლად ნივთიერების გამოყენების ალტერნატივები გააცნოთ; • დაეხმარეთ პაციენტს, სტრესთან ან ემოციურ პრობლემებთან გამკლავების ალტერნატიული მეთოდები ისწავლოს, რათა შეამციროს ნივთიერების გამოყენება; • ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების გრძელვადიანი მკურნალობის მიზნით, მიახლოებით საზოგადოებრივი მხარდამჭერი ჯგუფები, რათა უზრუნველყოს ხანგრძლივი აბსტინენცია;

სხვა ნივთიერებები, რომელიც ბოროტად გამოიყენება

სტიმულანტები

ხშირად გამოყენებული სტიმულანტები კოკაინი და ამფეტამინებია. კოკაინის გამოყენება უკანონოა, თუმცა, ამფეტამინები შესაძლებელია დაინიშნოს ნარკოლეფსიის, ყურადღების დეფიციტის აშლილობებისა და წონის კონტროლის მიზნით. ყველა სტიმულატორის მოქმედება ნაწილობრივ მაინც განპირობებულია თავის ტვინში დოპამინის რაოდენობის გაზრდით, რაც ეიფორიას, სიფხიზლეს და ძალიან სწრაფ დამოკიდებულებას იწვევს (იხ. ცხრილი 9-10). კოკაინი და ამფეტამინები ასევე ასტიმულირებს პერიფერიულ ნერვულ და გულ-სისხლძარღვთა სისტემას და, შესაბამისად, ადრენალინის მსგავს ეფექტებს იწვევს.

კოფეინი მსოფლიოში ყველაზე ფართოდ გამოყენებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებაა, მაგრამ, სხვა სტიმულანტებთან შედარებით, ის ძალიან სუსტია. კოფეინი არ რეგულირდება და ადამიანების უმრავლესობისთვის მისი გამოყენება უსაფრთხოა. ბოლო დროს კოფეინთან დაკავშირებით გარკვეული პრობლემები გაჩნდა. საქმე ისაა, რომ კოფეინი დიდი რაოდენობით შედის პოპულარულ „ენერჯაიზერ“ სასმელებში. კოფეინზე დამოკიდებულ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტს ზოგადი ანესთეზიის შემდეგ ან ყავისა და ჩაის მიღების შემზღუდვის შემთხვევაში, შესაძლოა, კოფეინის ალკვეთისთვის დამახასიათებელი თავის ტკივილი აღენიშნებოდეს.

საექთნო და კოლაბორაციული მოვლა

სტიმულანტების ბოროტად გამოყენება

ზედღობირება

ზედღობირებისას პაციენტს აღენიშნება მოუსვენრობა, პარანოია, აჟიტირებული/აგიტაციური დელირიუმი, კონფუზია და განმეორებითი სტერეოტიპური ქცევა. სიკვდილი ძირითადად ინსულტს, რიტმის დარღვევებს და მიოკარდიუმის ინფარქტს უკავშირდება.

კოკაინისა და ამფეტამინის ტოქსიკურობის გადაუდებელი მართვა დამოკიდებულია კლინიკურ გამოვლინებებზე (ცხრილი 9-11). მკურნალობა შესაძლოა გაართულოს იმის ალბათობამ, რომ პაციენტმა სტიმულანტებთან ერთად ჰერონი, ალკოჰოლი ან ფენციკლიდინის ჰიდროქლორიდი (PCP) მიიღო. კოკაინისა და ამფეტამინების სპეციფიკური ანტიდოტი დღეისთვის არ არსებობს.

ალკვეთის მდგომარეობა

სტიმულანტებზე დამოკიდებული ადამიანები იშვიათად თუ ჰოსპიტალიზდებიან ალკვეთის სიმპტომების მართვის მიზნით. თუმცა, თქვენ შესაძლოა ალკვეთის სიმპტომები ამოიცნოთ კოკაინზე ან ამფეტამინებზე დამოკიდებულ პაციენტებში, რომლებიც სხვა სამედიცინო პრობლემის გამო თავსდებიან ჰოსპიტალში. კოკაინისა და ამფეტამინების ალკვეთის მდგომარეობა ძირითადად ბევრ ფიზიკურ სიმპტომს არ იწვევს, მაგრამ ზოგიერთ ინდივიდს აღენიშნება დაღლილობა, გახანგრძლივებული ძილიანობა და დეპრესია (იხ. ცხრილი 9-10). წამლის გამოყენების შეწყვეტიდან პირველი საათებისა და დღეების განმავლობაში პაციენტს ინტენსიური ლტოლვა აქვს. ლტოლვა შესაძლოა კვირების განმავლობაშიც გაგრძელდეს. მკურნალობა სიმპტომურია.

დეპრესანტები

გავრცელებული ბოროტად გამოყენებული დეპრესანტები სედაციურ-ჰიპნოზური საშუალებები და ოპიოიდებია. ალკოჰოლისა და ზოგიერთი კანონით რეგულირებული წამლის გარდა, ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესანტების უმრავლესობა სამედიცინო მიზნებით გამოიყენება. ეს წამლები ფართოდაა ცნობილი იმით, რომ მათ მიმართ ტოლერანტობა და დამოკიდებულება სწრაფად ყალიბდება და რომ მათი ზედღობირება და ალკვეთა გადაუდებელი სამედიცინო მდგომარეობაა.

სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებები

სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებებიდან ბოროტად ხშირად გამოიყენება ბარბიტურატები, ბენზოდიამინები და ბარბიტურატების მსგავსი ნაშლები. როგორც რეკრეაციულ ნივთიერებას ბარბიტურატებს უფრო ანიჭებენ უპირატესობას, რადგან ისინი უფრო ხშირად იწვევს ეიფორიულ ეფექტებს. სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებები ცენტრალურ ნერვულ სისტემას თრგუნავს და დაბალ დოზებში სედაციას, ხოლო მაღალ დოზებში ძილს იწვევს. ჭარბი რაოდენობით მიღება სანყის ეიფორიასა და ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის მსგავს მონამვლას იწვევს. სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებების ეფექტები 9-10 ცხრილშია აღწერილი.

ძალიან სწრაფად ვითარდება ნაშლის ეფექტებისადმი ტოლერანტობა, რის გამოც ეიფორიის მისაღწევად უფრო მაღალი დოზების გამოყენება ხდება საჭირო. ტვინის ღეროს დამთრგუნავი ეფექტების მიმართ, შესაძლოა, ტოლერანტობა არ ჩამოყალიბდეს. შედეგად გაზრდილმა დოზამ შესაძლოა ჰიპოტენზია და სუნთქვის დათრგუნვა გამოიწვიოს, რასაც საბოლოოდ სიკვდილი მოსდევს.

სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებების გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობის პრობლემები 9-2 ცხრილშია მოცემული. ასევე გვხვდება ნაშლების ინტრავენურ მოხმარებასთან დაკავშირებული გართულებები (მაგ., სისხლით გადამდები ინფექციები). სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებების ზედღობრივად, სუნთქვის დათრგუნვისა და არესტის შედეგად, შესაძლოა, სიკვდილი გამოიწვიოს.

ოპიოიდები

ოპიოიდები, რომელიც ხშირად გამოიყენება ბოროტად 9-10 ცხრილშია მოცემული. ოპიოიდებზე დამოკიდებულად მიიჩნევიან ადამიანები, რომლებიც ქუჩაში ნაყიდ არალეგალურ ოპიოიდებს იყენებენ და ისინიც, ვინც დანიშნულ ოპიოიდებს არამიზნობრივად იყენებს. ჰეროინი გავრცელებული „ქუჩის ოპიოიდია“. მედიკამენტების, მაგალითად, ოქსიკოდონისა და აცეტამინოფენი + ჰიდროკოდონის არამიზნობრივ გამოყენებას შესაძლოა ისეთივე საზიანო შედეგი ჰქონდეს, როგორც ჰეროინის მოხმარებას. ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ოპიატურ რეცეპტორებსა და ნეიროტრანსმიტერულ სისტემებზე ზემოქმედებით, ოპიოიდები ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესიას (დათრგუნვას) იწვევს და ძლიერად მოქმედებს თავის ტვინის დამაჯილდოებელ სისტემაზე. ოპიოიდებს შორის ხშირია ჯვარედინი ტოლერანტობა. ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტებთან ჯვარედინი ტოლერანტობა არ ყალიბდება. თუმცა, ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტების ადიტიურმა ეფექტებმა, შესაძლოა, ცნს-ის დეპრესიის დამძიმება გამოიწვიოს.

ოპიოიდები ძირითადად ინტრავენური გზით გამოიყენება, რაც მომხმარებლებში ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (HIV), B ჰეპატიტის ვირუსით (HBV) და C ჰეპატიტის ვირუსით (HCV) ინფიცირების რისკს ზრდის. ამასთან, აივ ინფექციის რისკს ნივთიერებების ნებისმიერი გზით გამოყენება ზრდის, რადგან ინჰიბირების მოხსნის გამო ან ნივთიერების ან ფულის სანაცვლოდ მომხმარებელი შესაძლოა რისკიან სქესობრივ კავშირებს ამყარებდეს. ისევე, როგორც ყველა სხვა დეპრესანტი, ოპიოიდები სიკვდილს ცენტრალური ნერვული სისტემისა და სუნთქვის დათრგუნვის შედეგად იწვევს. ოპიოიდების გამოყენებასთან დაკავშირებული სხვა გართულებები 9-2 ცხრილშია მოცემული.

ცხრილი 9-10 ადიქციური ნივთიერებები, რომელიც ხშირად გამოიყენება ბოროტად			
ნივთიერება	ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ეფექტები	ალკვეთის გამოვლინებები	ალკვეთის მკურნალობა, მართვა
სტიმულანტები			
კოკაინი და ამფეტამინები			
კოკაინი დექსტროამფეტამინი მეტამფეტამინი მეთილფენიდატი ფენტერმინი	ადრეული: ეიფორია, გრანდიოზულობა, აგზნებულობა, მოუსვენრობა, უძილობა; ტაქიკარდია, ჰიპერტენზია, სტენოკარდია, რიტმის დარღვევები; სუნთქვის გაძნელება, ტაქიპნოე; სქესობრივი აგზნება, ორგაზმის დაყოვნება; უმადობა გრძელვადიანი: დეპრესია, ჰალუცინაციები, ტრემორი, მიოკარდიუმის ინფარქტი, გულის უკმარისობა, კარდიომიოპათია; ფილტვის შეგუბება; რინორეა; სექსის მიმართ ინტერესის დაკარგვა	ძლიერი ლტოლვა, ძლიერი დეპრესია, გამოფიტვა, გახანგრძლივებული ძილი, ცოცხალი სიმრეები, აპათია, გაღიზიანებადობა, დეზორიენტაცია	ალკვეთის სამკურნალო ეფექტური მედიკამენტი არ არსებობს. სიმპტომური/ მხარდამჭერი მოვლა გულისხმობს ადრეულ ფაზაში აგიტაციისა და მოუსვენრობის შემცირებისკენ მიმართულ ზომებს და მოგვიანებით ფაზაში პაციენტისთვის ძილისა და კვების საშუალების მიცემას. დასტაბილურების შემდეგ გადაამისამართეთ ფსიქოთერაპიაზე ან ქცევით თერაპიაზე.
დეპრესანტები			
სედაციურ-ჰიპნოზური			
ბარბიტურატები: სეკობარბიტალი, პენტობარბიტალი, ამობარბიტალი ბენზოდიამები: დიაზეპამი, ქლორდიამეპოქსიდი, ალპრაზოლამი არაბარბიტურატი – არაბენზოდიამები: მეთაქვალონი, ქლორალ ჰიდრატი	საწყისი მოდუნება, ემოციური ლაბილობა, ინჰიბირების მოხნა, მოთენთილობა, კოორდინაციის დარღვევა, განსჯის უნარის დაქვეითება, შენელებული მეტყველება, ჰიპოტენზია, ბრადიკარდია, ბრადიპნოე, გუგების შევიწროება	ადრეული: სისუსტე, მოუსვენრობა, უძილობა, ჰიპერტენზია, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, კონფუზია, დეზორიენტაცია დღე 3-5: კონვულსიური ეპიზოდები, ფსიქოზური დელირიუმი, გამოფიტვა, კარდიოვასკულური კოლაფსი, სიკვდილი	დაასტაბილურეთ ფენობარბიტალით ან ხანგრძლივად მოქმედი ბენზოდიამებიანი. სტაბილიზაციის შემდეგ თანდათან შეამცირეთ დოზა. სიმპტომური მოვლა გულისხმობს პაციენტის უსაფრთხოებისა და კომფორტის უზრუნველყოფას, ნევროლოგიური სტატუსისა და სასიცოცხლო მაჩვენებლების ხშირ შემონმებასა და გამხნეებას და გარემოში ორიენტირებას. შეაგულიანეთ პაციენტი, დაიწყოს ხანგრძლივი მკურნალობა და დასტაბილურების შემდეგ გადაამისამართეთ ფსიქოთერაპიაზე ან ქცევით თერაპიაზე.

ოპიოიდები			
ჰეროინი, მორფინი, ოპიუმი, კოდეინი, ფენტანილი, მეპერიდინი, ჰიდრომორფონი, პენტაზოცინი, ოქსიკოდონი, მეტადონი	ანალგეზია, ეიფორია, მოთენთილობა, გარემოსგანმონწყვეტა/განრიდება, მოდუნება, გუგების შევიწროება, ყაბზობა, გულისრევა, სუნთქვის შენელება, მეტყველების შენელება, განსჯის უნარის დაქვეითება, სექსუალური და აგრესიული დრაივის შემცირება	წყლიანი თვალები, გაგანიერებული გუგები, სურდო, მთქარება, ტრემორი, კუნთებისა და სახსრების ტკივილი, შემცივნება, ცხელება, დიაფორეზი, უძილობა, ტაქიკარდია, ჰიპერტენზია, გულისრევა, ღებინება, ფალარათი, მუცლის მოვლითი ტკივილი, საჭმლისკენ ლტოლვა	დეტოქსიკაციის დროს სიმპტომების შემცირების მიზნით კლებადი დოზებით გამოიყენება მეტადონი. სიმპტომების მართვა მოიცავს: ბისმუთის სუბსალიცილატი – ფალარათისთვის, აცეტამინოფენი – კუნთების ტკივილისთვის, კლონიდინი – გენერალიზებული სიმპტომებისთვის. დასტაბილურების შემდეგ ამბულატორიული ზედამხედველობის ქვეშ რეკომენდებულია ოპიოიდების აგონისტების (მეტადონის), ოპიოიდების ანტაგონისტების (ნალტრექსონის) ან აგონისტ-ანტაგონისტების (ბუპრენორფინი) გამოყენება.
კანაბისი			
მარიხუანა (კანაფი), ჰაშიში,	ეიფორია, სედაცია, ჰალუცინაციები	გრიპის მსგავსი სინდრომი, ძილის დარღვევა, გაღიზიანება-დობა, შფოთვა, უძილობა, ტრემორი, უმადობა	ალკვეთის სამკურნალო ეფექტური მედიკამენტი არ არსებობს. სიმპტომური/ მხარდამჭერი მოვლა გულისხმობს პაციენტის კომფორტის უზრუნველყოფისკენ მიმართულ ზომებს, მათ შორის, ანალგეზიასა და ჰიდრატაციას. სიმპტომების შემსუბუქებისთვის ბენზოდიამეპინები გამოიყენება. დასტაბილურების შემდეგ გადაამისამართეთ ფსიქოთერაპიაზე ან ქცევით თერაპიაზე.

ცხრილი 9-11 გადაუდებელი მართვა კოკაინისა და ამფეტამინების ტოქსიკურობა	
მიგნებები/ნიშნები	ინტერვენციები
<p>გულ-სისხლძარღვთა სისტემა</p> <ul style="list-style-type: none"> • გულის ფრიალი • ტაქიკარდია • ჰიპერტენზია • რიტმის დარღვევები • მიოკარდიუმის იშემია ან ინფარქტი <p>ცენტრალური ნერვული სისტემა</p> <ul style="list-style-type: none"> • მოსალოდნელი უბედურების შეგრძნება • ეიფორია • აგიტაცია • აგრესიული, მტრული ქცევა • გულყრები • ჰალუსინაციები • კონფუზია • პარანოია • ცხელება <p>სხვა</p> <ul style="list-style-type: none"> • ინექციების კვალი • კოკაინის პაკეტების გამოყენება 	<ul style="list-style-type: none"> • შეინარჩუნეთ/უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამტარობა; • აშკარა რესპირატორული არესტის შემთხვევაში, მზად იყავით ინტუბირებისთვის; • დაამყარეთ ვენაზე წვდომა და, საჭიროებისამებრ, დაიწყეთ სითხის შევსება; • გადაიღეთ 12 განხრინი ეკგ და დაიწყეთ ეკგ მონიტორინგი; • საჭიროებისამებრ, მართეთ პარკუჭოვანი რიტმის დარღვევები ლიდოკაინით, ბრეტილიუმით ან პროკაინამილით; • ჰიპერტენზიისა და გულმკერდის არეში ტკივილის გამო შესაძლოა საჭირო გახდეს ნიტროგლიცერინის ან ფენტოლამინის მიწოდება; • მიოკარდიუმის ინფარქტის რისკის შესამცირებლად შესაძლებელია ასპირინის მიწოდება; • გულყრების მართვის მიზნით ინტრავენურად გაუკეთეთ დიაზეპამი ან ლორაზეპამი; • ფსიქოზისა და ჰალუსინაციების შემთხვევაში ინტრავენურად შეუყვანეთ ანტიფსიქოზური ნამლები; • ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესიისა და პარალელურად ოპიოიდების გამოყენებაზე ეჭვის არსებობის შემთხვევაში, ინტრავენურად შეუყვანეთ ნალოქსონი (ნარკანი); • ამონმეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები და ცნობიერების დონე; • ჰიპერთერმიის შემთხვევაში მიიღეთ გამაგრილებელი ზომები;

საექთნო და კოლაბორაციული მოვლა

დეპრესანტების ბოროტად გამოყენება

ზედღობირება

არაპროგნოზირებადი დოზის გადაჭარბება ხშირად დგება იმ შემთხვევაში, როდესაც მათი გამოყენება ხდება რეკრეაციულად (სიამოვნების მიღების მიზნით), და მომხმარებელმა არ იცის წამლის პოტენციალი და მისი ფარმაკოლოგიური ეფექტი და „სისუფთავე“. თუ პაციენტმა რამდენიმე ნივთიერება მიიღო, შესაძლოა კლინიკური სურათი რთული და პოტენციურად დამაბნეველი იყოს. ორგანიზმში არსებული წამლების ტიპისა და რაოდენობის დასადგენად შესაძლებელია შრატისა და შარდის ტესტირება. ზედღობირების დროს პრიორიტეტს ყოველთვის პაციენტის სასუნთქი გზების გამტარობის, სუნთქვის და ცირკულაციის (ABC) შენარჩუნება წარმოადგენს. პაციენტის დასტაბილურებამდე გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ნევროლოგიური სტატუსის, ცნობიერების დონისა და სასუნთქი და კარდიოვასკულური ფუნქციის უწყვეტ მონიტორინგს. დეპრესანტით ზედღობირების გადაუდებელი მართვა 9-12 ცხრილშია აღწერილი.

სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებები

ბენზოდიამეპინების ბედობირების მკურნალობა ფლუმაზენილით, ბენზოდიამეპინის სპეციფიკური ანტაგონისტი მიმდინარეობს. ფლუმაზენილი სიფრთხილით გამოიყენება, რადგან ბენზოდიამეპინებზე ფიზიკურად დამოკიდებულ პაციენტებში წამალმა შესაძლოა გულყრები გამოიწვიოს. რადგანაც ფლუმაზენილის მოქმედების ხანგრძლივობა შესაძლოა ჩამორჩებოდეს ბოგიერთი ბენზოდიამეპინის მოქმედების ხანგრძლივობას, ბენზოდიამეპინის მეტაბოლიზებამდე შესაძლოა დოზის ხელახალი მიწოდება გახდეს საჭირო.

ბარბიტურატების და სხვა სედაციური-ჰიპნოზური წამლების ანტაგონისტები დღეისთვის ცნობილი არ არის. არაბენზოდიამეპინური ბედობირების მკურნალობა აგრესიულად უნდა მიმდინარეობდეს. წამლის კონცენტრაციის შემცირებისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის შეუქცევადი დათრგუნვისა და სიკვდილის პრევენციისთვის შესაძლოა დიალიზი გახდეს საჭირო. თუ წამალი გასული საათის განმავლობაში პერორალურად იქნა მიღებული, შესაძლებელია კუჭის ამორეცხვა და აქტივირებული ნახშირის მიწოდება. ცენტრალური ნერვული სისტემის სტიმულანტების გამოყენებას თავი უნდა აარიდოთ, რადგან მათი გამოყენება სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ზრდასთან ასოცირდება.

ოპიოიდები

ოპიოიდების ბედობირების მქონე პაციენტი გადაუდებელი მართვის განყოფილებაში შესაძლოა კომაში იყოს და რესპირატორული არესტი ჰქონდეს. კონკრეტული წამლის იდენტიფიცირებისთვის შესაძლებელია სისხლის ან შარდის ტოქსიკოლოგიური სკრინინგი გაკეთდეს, მაგრამ მკურნალობა ტოქსიკოლოგიის შედეგების მიღებამდე უნდა დაიწყოს. თუ ბედობირების მკურნალობა არ მოხდება, პაციენტი შესაძლოა მოკვდეს. სიცოცხლის მხარდამჭერი ღონისძიებების დაწყებისთანავე პაციენტს ოპიოიდის ანტაგონისტი, მაგალითად, ნალოქსონი (ნარკანი) უნდა გაუკეთდეს. მუდმივად ანარმოეთ მონიტორინგი, რადგან ნალოქსონის მოქმედების ხანგრძლივობა ჩამორჩება ოპიოიდების უმრავლესობის მოქმედების ხანგრძლივობას. პაციენტს შესაძლოა რამდენიმე ნივთიერება ჰქონდეს მიღებული და არ პასუხობდეს ოპიოიდების ანტაგონისტებს.

ცხრილი 9-12 გადაუდებელი მართვა	
დეპრესანტებით ბედობირება	
მიგნებები/ნიშნები	ინტერვენციები
<ul style="list-style-type: none"> • აგრესიული ქცევა • აგიტაცია • კონფუზია • ლეთარგიულობა • სტუპორი • ჰალუცინაციები • დეპრესია • მეტყველების შენელება • წერტილოვანი გუგები • ნისტაგმი • გულყრები 	<ul style="list-style-type: none"> • შეინარჩუნეთ/უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამტარობა; • აშკარა რესპირატორული დისტრესის შემთხვევაში, მზად იყავით ინტუბირებისთვის; • დაამყარეთ ვენაზე წვდომა; • გაზომეთ ტემპერატურა; • გადაიღეთ 12 განხიანი ეკგ და დაიწყეთ ეკგ მონიტორინგი; • მოიპოვეთ ინფორმაცია ნივთიერების შესახებ (სახელწოდება, მიღების გზა, მიღების დრო, რაოდენობა); • განსაზღვრეთ კონკრეტული წამლის დონე ან ჩაატარეთ ყოვლისმომცველი ტოქსიკოლოგიური სკრინინგი; • შეკრიბეთ ანამნეზი, ნივთიერებების გამოყენებისა და ალერგიების ჩათვლით;

<ul style="list-style-type: none"> • ნანემსარის კვალ(ებ)ი • ცივი, წებოვანი კანი • სწრაფი, სუსტი პულსი • ნელი ან სწრაფი ზედაპირული სუნთქვა • ჟანგბადით სატურაციის დაქვეითება • ჰიპოტენზია • რიტმის დარღვევები • ელექტროკარდიოგრაფიული ცვლილებები • გულის ან რესპირატორული არესტი 	<ul style="list-style-type: none"> • გამოიყენეთ სათანადო ანტიდოტები; • აუცილებლობის შემთხვევაში კუჭი ამოურეცხეთ (კუჭის ლავაჟი); • საჭიროებისამებრ, მიაწოდეთ აქტივირებული ნახშირი და საფალარათო საშუალებები; • ამონმეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები, ცნობიერების დონე და ჟანგბადით სატურაცია;
--	---

აღკვეთის მდგომარეობა

სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებები

სედაციური და ჰიპნოზური საშუალებების აღკვეთის სინდრომი შესაძლოა სიცოცხლისთვის სახიფათო იყოს. გამოვლინებები პრაქტიკულად ალკოჰოლური აღკვეთის იდენტურია (იხ. ცხრილი 9-8). რადგანაც ბოლო დოზის მიღებიდან 24 საათის განმავლობაში პაციენტს შესაძლოა დელირიუმი, გულყრები და რესპირატორული და გულის არესტი აღენიშნებოდეს, მათი მონიტორინგი ძირითადად სტაციონარულ პირობებში უნდა მიმდინარეობდეს (იხ. ცხრილი 9-10). მწვავე სიმპტომების 3-5 დღიანი პერიოდის შემდგომი 2-3 კვირის განმავლობაში მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის სიმპტომები შესაძლოა პერსისტირებდეს.

ოპიოიდები

ოპიოიდების აღკვეთის სინდრომი ვითარდება წამლის ხანგრძლივი საშუალო ან ჭარბი გამოყენების შემდეგ მისი რაოდენობის შემცირების ან მიღების შეწყვეტის შემთხვევაში. დამოკიდებულ ადამიანებში აღკვეთის სიმპტომებს ანტაგონისტის, მაგალითად, ნალოქსონის მიწოდებაც გამოიწვევს. აღკვეთის სიმპტომები, ჩვეულებრივ, სიცოცხლისთვის საშიში არ არის, მაგრამ კონკრეტული ოპიოიდის, მიღების გზისა და გამოყენების ხანგრძლივობის გათვალისწინებით, სიმპტომები შესაძლოა მძიმე იყოს (იხ. ცხრილი 9-10). მკურნალობა სიმპტომებზეა დამოკიდებული და შესაძლოა წამლების გამოყენება გახდეს საჭირო. დეტოქსიკაციის პერიოდში სიმპტომების შესამცირებლად ყველაზე ხშირად გამოიყენება მეტადონი, კლებადი დოზებით.

კანაფი (კანაბისი)

კანაფის (კანაბისი) გამოყენების მახასიათებლები ალკოჰოლის მოხმარების მსგავსია იმ გაგებით, რომ მარიხუანა ძირითადად პერიოდულად გამოიყენება, არამიზნობრივი გამოყენება დროებით პრობლემებს იწვევს და ბოროტად გამოიყენება და დამოკიდებულება სამომავლო პრობლემების მაღალ ალბათობას უკავშირდება.

კანაფის ფსიქოაქტიური ეფექტების უმრავლესობა მასში შემავალი საკვანძო ინგრე-

დიენტით, ტეტრაჰიდროკანაბინოლით (THC) არის განპირობებული. THC-ის ორი პრეპარატი, დრონაბინოლი და ნაბილონი, კიბოს ქიმიოთერაპიის თანმხლები გულისრევისა და ღებინების მართვისთვის ინიშნება. დრონაბინოლი შესაძლოა ასევე გამოყენებულ იქნას შიდს-ის მქონე პაციენტებთან, მადის სტიმულირების მიზნით. დაბალ და საშუალო დოზებში, THC ნაკლებ ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ ცვლილებას იწვევს, ვიდრე სხვა ფსიქოაქტიური ნაშლები, მათ შორის, ალკოჰოლი. ჭარბი გამოყენებით გამოწვეული პრობლემები 9-2 ცხრილშია ჩამოთვლილი.

მარიხუანათი მწვავე ინტოქსიკაციის მქონე პაციენტი სიღრმისეულად გამოკითხეთ და ფიზიკალურად გასინჯეთ. მარიხუანათი ინტოქსიკაციის მქონე პაციენტები იშვიათად თუ მოთავსდებიან ჰოსპიტალში. მარიხუანას მოხმარების თანმხლები პანიკის, „ფლემბეჭებისა“ და ტოქსიკური რეაქციების მართვა ჩუმი გარემოს უზრუნველყოფითა და მხარდაჭერითა და გამხნევებითაა შესაძლებელი. პაციენტს უნდა ესმოდეს, რომ მეტაბოლიტების გამოთავისუფლების გამო ინტოქსიკაციის დონე შესაძლოა რამდენიმე დღის განმავლობაში მერყეობდეს.

მარიხუანას ალკვეთის სიმპტომებს შესაძლოა წააწყდეთ დამოკიდებულ ადამიანებში, რომლებიც სხვა სამედიცინო პრობლემის გამო მოთავსდნენ ჰოსპიტალში. ალკვეთა ძირითადად ბევრ ფიზიკურ სიმპტომს არ იწვევს, მაგრამ ზოგიერთ პაციენტს გრიპის მსგავსი სიმპტომები, ძილის დარღვევა და ტრემორი აღენიშნება (იხ. ცხრილი 9-10). მკურნალობა სიმპტომურია.

საექთნო მართვა

ნივთიერების ბოროტად გამოყენება

შეფასება

ნივთიერებაზე დამოკიდებულ ნებისმიერ პაციენტს, რომელიც ნებისმიერი მიზეზით ჰოსპიტალში ხვდება, ნივთიერების მიღების უეცარი შეწყვეტის გამო შესაძლოა ალკვეთის სინდრომი განუვითარდეს. ნებისმიერი სამედიცინო პრობლემის წარმატებული მკურნალობისთვის აუცილებელია ალკვეთის სინდრომის დროული ამოცნობა. ჰოსპიტალიზაცია ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების პრობლემაზე ყურადღების გამახვილების საშუალებასაც იძლევა და ბევრი პაციენტისთვის მათი ჯანმრთელობის პრობლემის კონტროლი სწორედ ნივთიერების მოხმარების კონტროლსაც მოითხოვს.

ყველა პაციენტი გამოკითხეთ ყველა ნივთიერების, მათ შორის, დანიშნული ნაშლების, ურეცეპტოდ გაცემული ნაშლების, კოფეინის, თამბაქოსა და რეკრეაციული საშუალებების გამოყენების შესახებ. ალკოჰოლის გამოყენების სკრინინგისთვის გამოიყენეთ ვალიდური კითხვარი. მიუხედავად იმისა, რომ სკრინინგის ბევრი ინსტრუმენტი არსებობს, ალკოჰოლზე დამოკიდებულების განსაზღვრისთვის ექთნებს მარტივად შეუძლიათ გამოიყენონ Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (ცხრილი 9-13). 8 ან უფრო დაბალი ქულა მიანიშნებს, რომ პაციენტი ალკოჰოლიკი არ არის, ხოლო 9 და უფრო მაღალი ქულა ალკოჰოლიზმის მანიშნებელია. ასევე ხშირად გამოიყენება ნაშლების ბოროტად გამოყენების სკრინინგის ტესტი-კითხვარი (DAST-10) (ცხრილი 9-14).

ანამნეზი ისეთ გარემოში შეკრიბეთ, რომელშიც დაცულია პაციენტის პირადი სივრცე და მას საუბარს არაფერი შეაწყვეტინებს. ზუსტი ინფორმაციის მისაღებად ღიად ეურ-

თიერთეთ პაციენტს და არ განსაჯოთ. ისე დაუსვით კითხვები, რომ პაციენტმა იცოდეს, რომ თქვენ ქცევას ნორმალურად აღიქვამთ ან მინიმუმ გესმით მისი. თქვენ შეგიძლიათ თქვათ „თქვენი ვითარებიდან გამომდინარე, კითხვა გამიჩნდა, სტრესის შესამსუბუქებლად რამეს იყენებთ თუ არა.“ რადგანაც პაციენტები ხშირად არ ამხელენ ან უფრო მსუბუქად გადმოსცემენ ალკოჰოლისა და ნივთიერებების გამოყენებას, ანამნეზი შეგიძლიათ სხვა წყაროდანაც (მაგ., მეუღლე) შეაგროვოთ.

დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ ყველანაირი ინფორმაცია კონფიდენციალურია და მხოლოდ უსაფრთხო მოვლის უზრუნველყოფისთვის გამოიყენება. ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პაციენტს შესაძლოა ეშინოდეს წამლის მიღებაზე კონტროლის დაკარგვის და შესაძლოა ღელავდეს, რომ მისი ქცევის შესახებ სამართალდამცავები შეიტყობენ. უთხარით პაციენტს, რომ პირადი ინფორმაციის დაცვის კანონების შესაბამისად, ექთნებს და სხვა სამედიცინო პერსონალს ეკრძალებათ პაციენტის წერილობითი თანხმობის გარეშე ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების მკურნალობის საკითხის გამხელა.

შემონმების პროცესში დააკვირდით პაციენტის ქცევას, რომელიც შესაძლოა ანამნეზის შეკრებაზე მოქმედებდეს. ასეთებია, მაგალითად, უარყოფა, თავის არიდება, ნივთიერების გამოყენების არ გამხელა ან მსუბუქად წარმოჩენა და არასწორი ინფორმაციის მოწოდება. ნივთიერებაზე დამოკიდებულების შესაძლო მანიშნებელი ქცევები და ფიზიკური ჩივილები 9-15 ცხრილშია ჩამოთვლილი, მაგრამ ეს ჩამონათვალი ყოვლისმომცველი არ არის. თუ ჰოსპიტალიზაციისას არსებობს რამე მინიშნება, რომ პაციენტი ალკოჰოლს ან ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესანტს იღებს, ჰკითხეთ, ბოლოს როდის მიიღო ნივთიერება, მაშინაც კი, თუ პაციენტი ადიქციას ან დამოკიდებულებას უარყოფს. ამ ინფორმაციის საფუძველზე, იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი მართლაც დამოკიდებულია ნივთიერებაზე, მზად იქნებით შესაძლო წამალთმორისი ურთიერთქმედებებისთვის და აღკვეთის სიმპტომების დაწყებისთვის.

ნივთიერების ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებული პრობლემები ხშირად ფიზიკური შემონმების, კერძოდ, ზოგადი შესახედაობისა და კვებითი სტატუსის შეფასებით და მუცლის, კანის და გულსისხლძარღვთა, სასუნთქი და ნერვული სისტემის გასინჯვით დგინდება. ზოგიერთ ვითარებაში შესაძლოა ჩატარდეს შარდისა და სისხლის სკრინინგი. ელექტროლიტური დისბალანსისა და თირკმლის ან ღვიძლის დისფუნქციის შეფასებისთვის შესაძლოა გაკეთდეს სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები და განისაზღვროს შრატში ელექტროლიტების, სისხლის შარდოვანა აზოტისა და კრეატინინის დონე.

ცხრილი 9-13 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)		
<i>უპასუხეთ თითოეულ შეკითხვას მეორე სვეტში მოცემული რგოლებიდან ერთ-ერთის მონიშნით.</i>		ქულა
1. რა სიხშირით იღებთ ალკოჰოლის შემცველ სასმელს?	<input type="radio"/> არასდროს	(0)
2.	<input type="radio"/> თვეში ერთხელ ან უფრო იშვიათად	(1)
3.	<input type="radio"/> თვეში 2-4-ჯერ	(2)
4.	<input type="radio"/> კვირაში 2-4-ჯერ	(3)
5.	<input type="radio"/> კვირაში 4-ზე მეტჯერ	(4)

6. იმ დღეებში, როცა სვამთ, ალკოჰოლის შემცველ რამდენ სასმელს იღებთ ხოლმე?	○ 1-2	(0)
7.	○ 3-4	(1)
8.	○ 5-6	(2)
9.	○ 7-9	(3)
10.	○ 10 ან მეტი	(4)
11. რამდენად ხშირად იღებთ ერთი დღის განმავლობაში 6 ან მეტ სასმელს?	○ არასდროს	(0)
12.	○ უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	(1)
13.	○ ყოველთვიურად	(2)
14.	○ ყოველკვირეულად	(3)
15.	○ ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად	(4)
16. გასული წლის განმავლობაში რამდენად ხშირად შეგიძინებიათ, რომ დალევის დანაწევების შემდეგ ვეღარ ჩერდებოდათ?	○ არასდროს	(0)
17.	○ უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	(1)
18.	○ ყოველთვიურად	(2)
19.	○ ყოველკვირეულად	(3)
20.	○ ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად	(4)
21. გასული წლის განმავლობაში დალევის გამო რამდენად ხშირად ვერ ასრულებდით იმას, რაც უნდა გაგეკეთებინათ?	○ არასდროს	(0)
22.	○ უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	(1)
23.	○ ყოველთვიურად	(2)
24.	○ ყოველკვირეულად	(3)
25.	○ ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად	(4)
26. გასული წლის განმავლობაში, ბევრი დალევის მეორე დილას რამდენად ხშირად დაგჭირდათ მდგომარეობიდან გამოსვლისთვის ალკოჰოლური სასმელის მიღება?	○ არასდროს	(0)
27.	○ უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	(1)
28.	○ ყოველთვიურად	(2)
29.	○ ყოველკვირეულად	(3)
30.	○ ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად	(4)
31. გასული წლის განმავლობაში, რამდენჯერ იგრძენით დანაშაულის შეგრძნება ან სინანული სასმელის დალევისასთან დაკავშირებით?	○ არასდროს	(0)
32.	○ უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	(1)
33.	○ ყოველთვიურად	(2)
34.	○ ყოველკვირეულად	(3)
35.	○ ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად	(4)

36. გასული წლის განმავლობაში რამდენად ხშირად ხდებოდა ისე, რომ დაღუვის გამო ვერ იხსენებდით, წინა ღამეს რა მოხდა? 37. 38. 39. 40.	○ არასდროს	(0)
	○ უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	(1)
	○ ყოველთვიურად	(2)
	○ ყოველკვირეულად	(3)
	○ ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად	(4)
41. თქვენი სმის გამო თქვენ ან ვინმე სხვა დაზიანებულა? 42. 43.	○ არა	(0)
	○ დიახ, მაგრამ გასული წლის განმავლობაში არა	(2)
	○ დიახ, გასული წლის განმავლობაში	(4)
44. თქვენს ნათესავს, მეგობარს ან სხვა სამედიცინო მუშაკს გამოუთქვამს წუხილი თქვენს სმასთან დაკავშირებით ან შემოუთავაზებია, შეგეწყვიტათ? 45. 46.	○ არა	(0)
	○ დიახ, მაგრამ გასული წლის განმავლობაში არა	(2)
	○ დიახ, გასული წლის განმავლობაში	(4)

ქულების მინიჭება:

- კითხვები 1-8 0, 1, 2, 3 ან 4 ქულით ფასდება;
- მე-9 და მე-10 კითხვები მხოლოდ 0, 2 ან 4 ქულით;
- მინიმალური ქულა (ვინც არ სვამს) 0, ხოლო მაქსიმალური შესაძლო ქულა 40-ია. 9 ან უფრო მაღალი ქულა ალკოჰოლის საზიანო, საფრთხის შემცველ მოხმარებას მიუთითებს;

ცხრილი 9-14 ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების სკრინინგული ტესტი (DAST-10)		
<i>გასული 12 თვის განმავლობაში:</i>		
1. გამოგიყენებიათ თუ არა წამლები არასამედიცინო მიზნით?	არა	დიახ
2. ერთდროულად ერთზე მეტ წამალს იყენებთ ბოროტად?	არა	დიახ
3. ყოველთვის შეგიძლიათ ნივთიერების მიღების შეწყვეტა, როცა მოისურვებთ?	არა	დიახ
4. წამლების გამოყენების შედეგად, „მეხსიერების ჩავარდნები“ ან „ფლეშბექები“ გქონიათ?	არა	დიახ
5. ნივთიერების გამოყენების გამო თავს როდესმე შეწუხებულად ან დამნაშავედ გრძნობთ?	არა	დიახ
6. თქვენი მეუღლე (ან მშობელი) როდესმე ჩივის ნივთიერებასთან თქვენი შეხების გამო?	არა	დიახ
7. ნივთიერებების გამოყენების გამო, თქვენი ოჯახი უგულებელგვიყვიათ?	არა	დიახ
8. ნივთიერების მოსაპოვებლად არაკანონიერი ქმედებები ჩაგიდენიათ?	არა	დიახ
9. ნივთიერებების მიღების შეწყვეტის შედეგად ალკვთვის სიმპტომები გქონიათ ან ავად ყოფილხართ?	არა	დიახ
10. ნივთიერების გამოყენების გამო სამედიცინო პრობლემები გქონიათ?	არა	დიახ

© 1982 by Harvey A. Skinner, PhD, and the Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada. You may reproduce this instrument for non-commercial use (clinical, research, training purposes) as long as you credit the author, Dr. Harvey A. Skinner, Dean, Faculty of Health, York University, Toronto, Canada. Email: harvey.skinner@yorku.ca.

ცხრილი 9-15 ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების მანიშნებლები

- დაღლილობა
- უძილობა
- თავის ტკივილი
- გულყრები
- განწყობის ცვლილებები
- უმადობა, წონის კლება
- არასპეციფიკური ფიზიკური ჩივილები
- პირის სავლების ან ჰიგიენური საშუალებების ჭარბი გამოყენება
- განცხადებულ ასაკზე უფრო მოხუცად გამოიყურება, მოუვლელი შესახედაობა
- გასართობი აქტივობები, რომელიც ალკოჰოლს ან/და სხვა ნივთიერებებს მოიცავს
- სქესობრივი დისფუნქცია, ლიბიდოს დაქვეითება, ერექციული დისფუნქცია
- ტრავმა – დაცემის, ავტო-საგზაო შემთხვევის, ჩხუბის ან დამწვრობის შედეგად
- თრობის მდგომარეობაში მანქანის მართვა (ერთზე მეტი შემთხვევა დამოკიდებულებას მანიშნებს)
- სედაციური საშუალებების სტანდარტული დოზებით თერაპიული ეფექტი ვერ მიიღწევა
- ფინანსური პრობლემები, მათ შორის, ნივთიერებათა შეძენისთვის განეული ხარჯები
- ნივთიერების გამოყენებისა და ცხოვრებაზე ამის გავლენის შესახებ კითხვებზე თავდაცვითი ან ბუნდოვანი პასუხები
- ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტში პრობლემები (მაგ., სამსახურის ხშირი ცვლა; მეუღლესთან კონფლიქტი, დაშორება ან განქორწინება; სამსახურში პრობლემები, დაგვიანება, გაცდენა; სამართლებრივი პრობლემები; სოციალურად იზოლირება; მეგობრებთან ან ოჯახთან გაუცხოება).

საექთნო დიაგნოზი

ნივთიერების ბოროტად გამოყენების პრობლემის მქონე პაციენტის საექთნო დიაგნოზები მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება 11-1 საექთნო მოვლის გეგმაში წარმოდგენილი დიაგნოზებით.

დაკვირვება

ნივთიერების ბოროტად გამოყენების პრობლემის მქონე პაციენტის ძირითადი ამოცანებია:

- (1) ნორმალური ფიზიკური ფუნქციონირება;
- (2) ნივთიერების ბოროტად გამოყენების პრობლემის აღიარება;
- (3) ნივთიერების გამოყენების ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ეფექტების განმარტება;
- (4) ადიქციური ნივთიერებების გამოყენებისგან აბსტინენცია;
- (5) მკურნალობის შეთავაზებული გეგმის შესრულება;

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის თვალსაზრისით, თქვენი როლი მოიცავს ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების პრევენციასა და ადრეულ დადგენას. ამ პრობლემის პრევენციისთვის აუცილებელია ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების ეფექტებისა და უარყოფითი შედეგების სწავლება. როცა ინდივიდებს ეს პრობლემა აქვთ, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, შეუქმნათ მოტივაცია, სამკურნალო პროგრამებში ჩაერთონ.

მწვავე ინტერვენცია

მწვავე მოვლის გარემოში შესაძლოა შეგხვდეთ მწვავე ინტოქსიკაცია, ზედღობრივობა და ალკოჰოლის სინდრომი. ინტოქსიკაციისა და ზედღობრივობის დროს, დეტოქსიკაციამდე შესაძლოა ფიზიოლოგიური მხარდაჭერა გახდეს საჭირო. დეტოქსიკაციის დროს მკურნალობა ორგანიზმში წამლის კონცენტრაციის ან გამოდენისა და მისი ეფექტების შემცირებისკენაა მიმართული. მკურნალობა შესაძლოა მოიცავდეს ანთაგონისტი წამლების მიწოდებას, წამლის მეტაბოლიზმისა და ელიმინაციის ხელშეწყობას ან წამლის ბუნებრივ ელიმინაციამდე ინტენსიურ სიმპტომურ მართვას. იცოდეთ, რომ, თუ მნახველები მათ ნივთიერებას მოუტანენ, ინტოქსიკაცია და ზედღობრივობა შესაძლოა დამოკიდებულ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებშიც მოხდეს.

თქვენი უნიკალური პოზიცია საშუალებას გაძლევთ, შეაგულიანოთ და ქცევის შეცვლაში დაეხმაროთ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების პრობლემის მქონე პაციენტებს. ნივთიერების ბოროტად გამოყენების პრობლემას პაციენტი უფრო მკაფიოდ აღიქვამს, როცა ის ნივთიერების გამოყენებით გამოწვეული სამედიცინო პრობლემის გამო ეძიებს სამედიცინო დახმარებას ან/და როცა ჰოსპიტალიზაცია ნივთიერების გამოყენების ჩვეულ მახასიათებელს არღვევს. ამ დროს ექთნის ინტერვენცია შესაძლოა ქცევის შეცვლის ხელშეწყობი გადაწყვეტი ფაქტორი აღმოჩნდეს. გამოიჩინეთ აქტიურობა და ჩაუტარეთ მოტივაციური ინტერვიუ და გაუწიეთ შეწყვეტის ხელშეწყობისკენ მიმართული კონსულტაცია. თითოეული ეს ინტერვენცია პაციენტის ჩანაწერში აღნიშნეთ.

ამბულატორიული მართვა და შინმოვლა

ნივთიერების ბოროტად გამოყენების მკურნალობამდე და რეაბილიტაციამდე, ჯერ მწვავე სამედიცინო პრობლემები უნდა მოგვარდეს. ნივთიერების ბოროტად გამოყენების პრობლემის მქონე ბევრი პაციენტი, რომელთაც თქვენ ჰოსპიტალებში და პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში ხვდებით, სამედიცინო დახმარებას არა უშუალოდ ადიქციის, არამედ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების გამო ეძიებს. სამედიცინო-ქირურგიულ გარემოში მუშაობისას, თქვენ, ჩვეულებრივ, არ იღებთ მონაწილეობას ამ პრობლემის მქონე პაციენტების გრძელვადიან მკურნალობაში. თუმცა, თქვენ პასუხისმგებელი ხართ პრობლემის ამოცნობაზე, ქცევის შეცვლის მოტივირებაზე და სამკურნალო და რეაბილიტაციურ სტაციონარულ და ამბულატორიულ პროგრამებში გადამისამართებაზე. ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების პრობლემასთან არ შეწინააღმდეგებით პაციენტს ქცევის გაგრძელების საშუალება ეძლევა და ეს თქვენი პროფესიული პასუხისმგებლობის დარღვევაა.

გასათვალისწინებელი გერონტოლოგიური საკითხები

ნივთიერების ბოროტად გამოყენება

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები ნივთიერებათა არამიზნობრივ გამოყენებას, ბოროტად გამოყენებასა და დამოკიდებულებას ხანდაზმულებში ბევრად უფრო რთულად ამოიცნობენ, ვიდრე ახალგაზრდებში. ხანდაზმულები მომხმარებლების იმიჯს არ ერგებიან. გარდა ამისა, მათ მიერ დანიშნული ფსიქოაქტიური საშუალებების და ალკოჰოლის არამიზნობრივი გამოყენების მახასიათებელი ნაკლებად ჩანს, ვიდრე ახალგაზრდებისა. რადგანაც ხანდაზმულებში ალკოჰოლის და სხვადასხვა ნივთიერების ეფექტები ამ ასაკობრივ ჯგუფში გავრცელებულ სამედიცინო მდგომარეობებს, მაგალითად, უძილობას, დეპრესიას, არასათანადო კვებას, გულის უკმარისობას და ხშირ დაცემას, ნივთიერების ბოროტად გამოყენების პრობლემა ხშირად დიაგნოზის მიღმარჩება და, შესაბამისად, მისი მკურნალობაც არ ხდება.

ხანდაზმულებში ფსიქოაქტიური საშუალების (და მათი კომბინაციების) არამიზნობრივმა ან ბოროტად გამოყენებამ შესაძლოა კონფუზია, დეზორიენტაცია, დელირიუმი, მესხიერების დაქვეითება და ნერვ-კუნთოვანი დარღვევები გამოიწვიოს. დაბერების თანხმლები ფიზიოლოგიური ცვლილებების, კერძოდ, სისხლის მიმოქცევის, მეტაბოლიზმისა და ექსკრეციის დაქვეითების გამო, ინტოქსიკაცია, შესაძლოა, წამლის იმ რაოდენობის ფონზეც განვითარდეს, რომელიც შედარებით ახალგაზრდა ასაკში პრობლემას არ გამოიწვევდა. ალკოჰოლის, ოპიოიდებისა და სედაციური-ჰიპნოზური საშუალებების მიღების უეცარი შეწყვეტით გამოწვეული ალკვეთის სიმპტომები შესაძლოა ხანდაზმულებში უფრო მძიმე იყოს, ვიდრე ახალგაზრდებში. ყოველთვის გახსოვდეთ, რომ ხანდაზმულთა ქცევის ცვლილების მიზეზი შესაძლოა ნივთიერების მოხმარება ან ალკვეთა იყოს.

ხანდაზმულებში ნივთიერებათა არამიზნობრივი გამოყენების, ბოროტად გამოყენებისა და დამოკიდებულების ამოცნობა რთული გამოწვევაა. ოჯახის წევრები ინფორმაციის მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენენ. ისევე, როგორც ყველა სხვა პაციენტთან, ხანდაზმულებთანაც უნდა განიხილოთ ყველანაირი წამლის (ურეცეპტოდ გაცემული, მცენარეული და ჰომეოპათიური წამლების ჩათვლით) და ალკოჰოლის გამოყენების საკითხი. შეაფასეთ პაციენტის ცოდნა იმ მედიკამენტების შესახებ, რომელსაც ამჟამად იღებს.

ხანდაზმულ პაციენტთან შესაძლოა არ შეგხვდეთ ნივთიერების ბოროტად გამოყენების სოციალური, სამართლებრივი და სამსახურეობრივი შედეგები, რომელიც სკრინინგული კითხვარებით ფასდება (არსებობის შემთხვევაში). თუმცა, ხანდაზმულებში ალკოჰოლიზმის სკრინინგისთვის შემუშავებულია მოკლე ინსტრუმენტი Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G). ამ ინსტრუმენტის გამოყენებით (<http://consultgerirn.org>) შესაძლებელია ალკოჰოლის გამოყენების უარყოფითი შედეგების რისკის ქვეშ მყოფი ინდივიდების იდენტიფიცირება. ხანდაზმულებში ალკოჰოლისა და ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების ან დამოკიდებულების დასადგენად SMAST-G-ის ნაცვლად, AUDIT და DAST-10 კითხვარების (ზემოთაა განხილული) გამოყენებაც დაშვებულია.

ხანდაზმულებში ასევე პრობლემას წარმოადგენს თამბაქოს მოხმარება და სხვა ფორმით გამოყენება. ხანდაზმულ პაციენტებს, რომლებიც ათწლეულებია ქრონიკული მწვევლები არიან, შესაძლოა, მიაჩნდეთ, რომ თავს ვერ დაანებებენ თამბაქოს მოხმარებას ან რომ ამ ასაკში ეს არანაირ სარგებელს არ მოიტანს. თუმცა, თამბაქოს მოხმარება

ხელს უწყობს და ამწვავებს ხანდაზმულთა პოპულაციაში გავრცელებულ ბევრ ქრონიკულ დაავადებას. თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტას ნებისმიერ ასაკში მოაქვს სარგებელი. ხანდაზმული პაციენტების მიერ თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ხელშეწყობისთვის შეგიძლიათ გამოიყენოთ თამბაქოს გამოყენებისა და დამოკიდებულების მკურნალობის კლინიკური გზამკვლევები.

ხანდაზმულ პაციენტთა სწავლება მოიცავს დანიშნული და ურეცეპტოდ გაცემული წამლების სასურველი ეფექტების, შესაძლო გვერდითი ეფექტებისა და სათანადო გამოყენების სწავლებას. ურჩიეთ პაციენტებს, დანიშნული და ურეცეპტოდ გაცემული წამლების გამოყენებისას ალკოჰოლი არ მიიღონ. თუ ალკოჰოლის გამოყენებას სამედიცინო მდგომარეობა ან შესაძლო წამალთშორისი ურთიერთქმედება არ კრძალავს, ურჩიეთ ხანდაზმულებს, დღეში მისაღები ალკოჰოლის რაოდენობა ერთ სასმელამდე შეზღუდონ. თუ გაქვთ ეჭვი, რომ ხანდაზმული პაციენტი ალკოჰოლზე ან ნივთიერებაზე დამოკიდებული, მკურნალობისთვის შესაბამისად გადაამისამართეთ პაციენტი. არსებობს მცდარი შეხედულება, თითქოს ხანდაზმულებში ალკოჰოლსა და ნივთიერებებზე დამოკიდებულების მკურნალობას მნიშვნელოვანი შედეგი არ აქვს. მკურნალობამ შესაძლოა ხანდაზმულთა ცხოვრების ხანგრძლივობა და ხარისხი გააუმჯობესოს.

ნივთიერებათა არამიზნობრივი და ბოროტად გამოყენება

სიტუაციური შემთხვევა



ს.მ., 78 წლის ქალი, გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში დაცემის შედეგად მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის დაზიანების გამო მოთავსდა. ს.მ. 4 წლის წინ დაქვრივდა და ახლა მარტო ცხოვრობს. ახლახანს მისი საუკეთესო მეგობარი გარდაიცვალა. ოჯახის ერთადერთი წევრი ქალიშვილია, რომელიც სხვა ქალაქში ცხოვრობს. როცა ქალიშვილს ტელეფონით დაუკავშირდნენ, მან ექთანს უთხრა, რომ ბოლო თვეების განმავლობაში, დედასთან ტელეფონით საუბრისას, შთაბეჭდილება რჩებოდა, რომ ის უფრო დეზორიენტირებული და დაბნეული იყო.

სუბიექტური მონაცემები

- უჩივის ძლიერ ტკივილს მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის მიდამოში;
- აღიარებს, რომ მადის აღძვრის მიზნით გვიან შუადღეზე ღვინო დალია;
- ბოლო 2 თვის განმავლობაში რამდენიმეჯერ დაეცა;
- აღნიშნავს, რომ ძილის წამლის მიღების შემდეგ დაეცა. ამბობს, რომ ძილის წამალი თავისმა ექიმმა დაუნიშნა იმიტომ, რომ ცუდად ძინავს;
- შენელებულად, ყოყმანით მეტყველებს;
- ამბობს, რომ დღეში ნახევარ კოლოფ თამბაქოს მოიხმარს;

ობიექტური მონაცემები

ფიზიკალური გასინჯვა

- ორიენტირებს ადამიანსა და ადგილზე, მაგრამ დროში – არა;

- არტერიული წნევა 162/94, გულისცემათა სიხშირე 92, სუნთქვის სიხშირე 24;
- მარჯვენა მენძ-ბარდაყის მიდამოში ძლიერი ტკივილი და შეხებით მტკივნეულობა;
- მტევნების ტრემორი;

დიაგნოსტიკური კვლევები

- რენტგენოგრაფიით ვლინდება მარჯვენა ბარდაყის ძვლის ციბრუტისქვეშა მოტეხილობა, რომელიც ქირურგიულ აღდგენას საჭიროებს;
- სისხლში ალკოჰოლის კონცენტრაცია (BAC) 120 მგ/დლ (0.12 მგ%);
- სისხლის საერთო ანალიზი: ჰემოგლობინი 10.6 გ/დლ, ჰემატოკრიტი 33%;

განსახილველი საკითხები

1. კიდევ რა ინფორმაციაა საჭირო ს.მ.-ს მდგომარეობის შესაფასებლად?
2. როგორ უნდა მიუდგეთ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებულ კითხვებს?
3. რომელი ფაქტორები შეიძლება უწყობდეს ხელს ს.მ.-ს მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებას?
4. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** პერიოპერაციულ პერიოდში, რომელია პრიორიტეტული საექთნო ინტერვენციები?
5. რა შესაძლო გართულებებმა და ჯანმრთელობის სხვა პრობლემებმა შეიძლება იჩინოს თავი ს.მ.-ს პოსტოპერაციული რეაბილიტაციის პერიოდში?
6. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** რომელია ს.მ.-ს ოპერაციის შემდეგ პრიორიტეტული საექთნო ინტერვენციები?
7. **პრიორიტეტის განსაზღვრა:** მოცემულ მონაცემებზე დაყრდნობით, რომელია პრიორიტეტული საექთნო დიაგნოზები? არის თუ არა კოლაბორაციული პრობლემები?

გამოყენებულ ლიტერატურა:

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Results from the 2010 national survey on drug use and health. Retrieved from <http://oas.samhsa.gov>.
- National Institute on Drug Abuse: Prescription drugs: abuse and addiction. Retrieved from www.nida.nih.gov/PDF/RRPrescription.pdf.
- American Psychiatric Association: The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR), ed 4, Arlington, Va, 2000, The Association. (Classic)
- Robin C, O'Connell E, Samnaliev M: Overview of substance abuse and healthcare costs. Retrieved from http://sapr.org/knowledgeassets/knowledge_detail.cfm?KAID=21.
- Centers for Disease Control and Prevention: Adult smoking in the U.S. Retrieved from www.cdc.gov/VitalSigns/pdf/2011-09-vitalsigns.pdf.
- US Department of Health and Human Services: How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Retrieved from www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke/index.html.
- American Cancer Society: Women and smoking. Retrieved from www.cancer.org/Cancer/CancerCauses/TobaccoCancer/WomenandSmoking/index.
- Agency for Healthcare Research and Quality: Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.28163.
- Reynolds S: Combination therapy most effective for helping smokers quit, NIDA Notes 23:7, 2011.
- Raupach T, van Schayck C: Pharmacotherapy for smoking cessation: current advances and research topics, CNS Drugs 25:371, 2011.
- National Institute on Drug Abuse: Drugs, brains, and behavior: the science of addiction. Retrieved from www.nida.nih.gov/scienceofaddiction/brain.html.
- Keltner NL, Bostrom CE, McGuinness T: Psychiatric nursing, ed 7, St Louis, 2010, Mosby.
- Tovar R: Diagnosis and treatment of alcohol withdrawal, JCOM 18:361, 2011.
- Wood DM, Dargan PI: Putting cocaine use and cocaine-associated cardiac arrhythmias into epidemiological and clinical perspective, Br J Clin Pharmacol 69:443, 2010.
- Lehne RA: Pharmacology for nursing care, ed 7, St Louis, 2010, Saunders.
- Tetrault JM, O'Connor PG: Substance abuse and withdrawal in the critical care setting, Crit Care Clin 24:767, 2008.
- Maldonado JR: An approach to the patient with substance use and abuse, Med Clin North Am 94:1169, 2010.
- Frances RJ: Geriatric addictions, Am J Geriatr Psychiatry 19: 681, 2011.
- Naegle M: Alcohol use screening and assessment for older adults. Retrieved from http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_17.pdf.

- American Lung Association www.lungusa.org
- American Psychiatric Nurses Association www.apna.org
- American Society of Addiction Medicine www.asam.org
- National Council on Alcoholism and Drug Dependence, Inc. www.ncadd.org
- National Institute on Drug Abuse www.nida.nih.gov
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration <http://www.samhsa.gov/>
- Tobacco Information and Prevention Source (TIPS) www.cdc.gov/tobacco

პარაბრაფი 2

დაავადებების კათოფიზიოლოგიური მექანიზმები



წყარო: <http://tiny.cc/de6tkz>

რინის ტბა, აფხაზეთი, საქართველო

თავი 10

ანთება და ჭრილობის შეხორცება

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

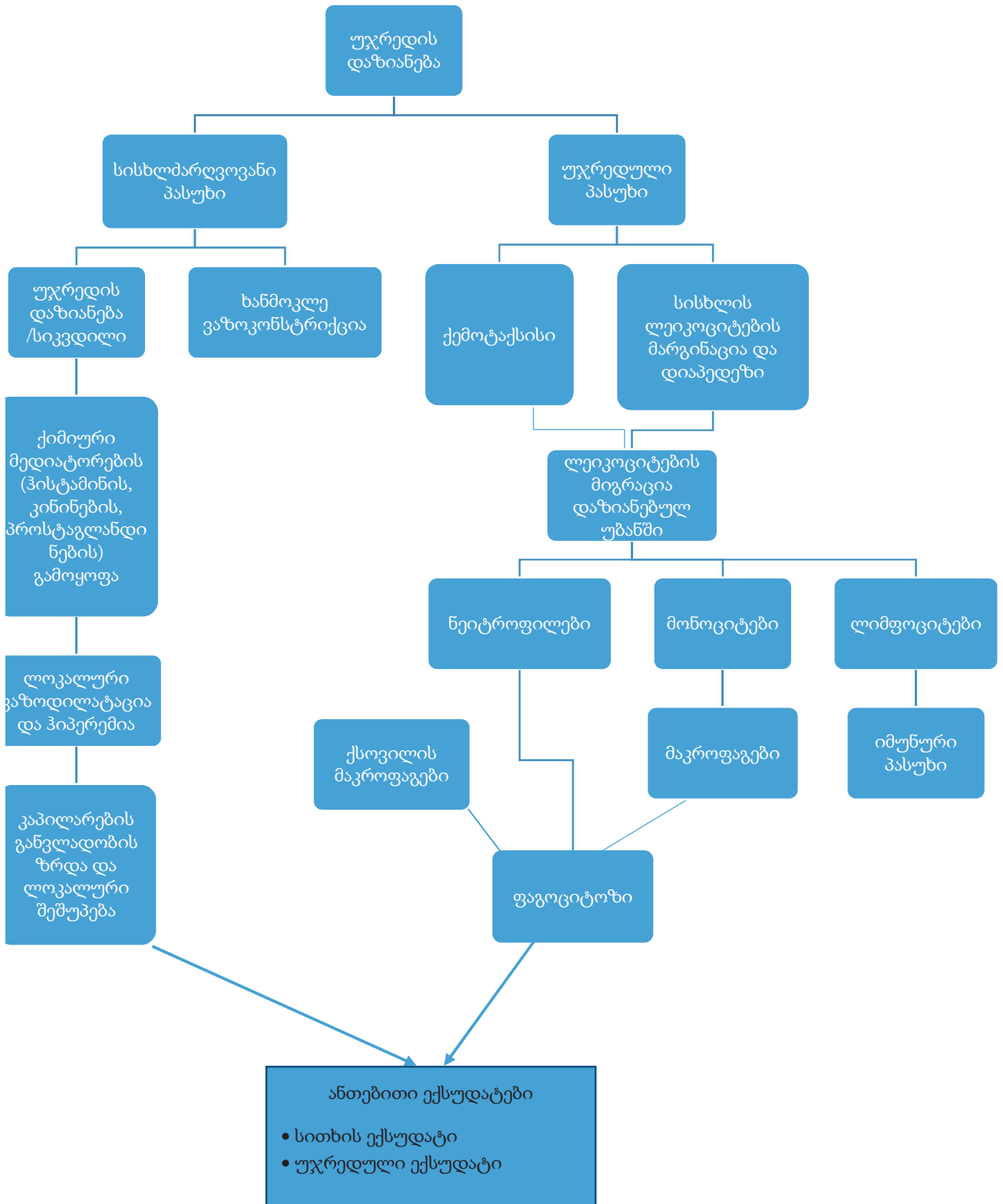
1. ანთებითი პასუხის, მათ შორის სისხლძარღვოვანი და უჯრედული პასუხებისა და ექსუდატის წარმოქმნის პროცესის აღწერას;
2. ანთების ადგილობრივი და სისტემური გამოვლინებებისა და მათი ფიზიოლოგიური საფუძვლის განმარტებას;
3. ანთების მედიკამენტოზური და კვებითი მკურნალობისა და საექთნო მენეჯმენტის აღწერას;
4. ჭრილობის პირველადი, მეორეული და მესამეული [დაჭიმვით] შეხორცების ერთმანეთისგან განსხვავებას;
5. ჭრილობის შეხორცების შემაფერხებელი ფაქტორებისა და ჭრილობის შეხორცების გართულებების აღწერას;
6. ჭრილობის შეხორცების საექთნო და კოლაბორაციული მართვის აღწერას;
7. ნაწილების ეტიოლოგიისა და კლინიკური გამოვლინებების ახსნას;
8. პაციენტში ნაწილების განვითარების რისკის შეფასების შესაბამისობის აღწერას ნაწილების განვითარების პრევენციულ ღონისძიებებთან;
9. ნაწილების მქონე პაციენტის საექთნო და კოლაბორაციული მართვის განხილვას.

ანთებითი პასუხი

ანთებითი პასუხი უჯრედის დაზიანების საპასუხოდ მიმდინარე თანმიმდევრული რეაქციაა. მისი საშუალებით ხდება ანთების გამოწვევის ნეიტრალიზაცია და განზავება, ნეკროზული მატერიის დაშლა და შეხორცებისა და აღდგენისთვის შესაბამისი გარემოს ჩამოყალიბება. ხშირად ტერმინი ანთება შეცდომით გამოიყენება, როგორც ინფექციის სინონიმი. ინფექციას თან ყოველთვის ახლავს ანთება, მაგრამ ანთება ყოველთვის ინფექციის მანიშნებელი არ არის. თუმცა, ნეიტროპენიის მქონე ადამიანებს უქვეითდებათ ანთებითი პასუხის განხორციელების უნარი. ინფექცია მოიცავს მიკროორგანიზმების, მაგალითად, ბაქტერიების, სოკოებისა და ვირუსების მიერ ქსოვილებსა ან/და უჯრედებში შეღწევას. ანთება კი ამის გარდა, შესაძლოა გამოწვეული იყოს მაღალი ტემპერატურით, რადიაციით/დასხივებით, ტრავმით, ქიმიკატებით, ალერგენებითა და აუტოიმუნური რეაქციით.

გამლიბიანებლის მიუხედავად, ანთების მექანიზმი ძირითადად ერთგვაროვანია. ანთებითი პასუხის ინტენსივობა დამოკიდებულია დაზიანების ხარისხსა და სიმძიმეზე და დაზიანებული ადამიანის რეაქციის უნარზე. ანთებითი პასუხი შეიძლება დაიყოს შემდეგნაირად: სისხლძარღვოვანი პასუხი, უჯრედული პასუხი, ექსუდატის წარმოქმნა და შეხორცება. 10-1 ცხრილზე გამოსახულია დაზიანებაზე სისხლძარღვოვანი და უჯრედული პასუხი.

ცხრილი 10.1. სისხლძარღვოვანი და უჯრედული პასუხი ქსოვილის დაზიანებაზე



სისხლძარღვოვანი პასუხი

უჯრედის დაზიანებისას, ხდება ადგილობრივი არტერიოლების ხანმოკლე, გარდამავალი შეკუმშვა, ვაზოკონსტრიქცია. დაზიანებული უჯრედების მიერ ჰისტამინისა და სხვა ნივთიერებების გამოყოფის შემდეგ, სისხლძარღვები ფართოვდება. ქიმიური მედიატორების ზეგავლენით იზრდება კაპილარების განვლადობა, რაც ხელს უწყობს კაპილარებიდან ქსოვილურ სივრცეებში სითხის გადასვლას. ანთებითი ექსუდატი თავდაპირველად სეროზული სითხეა, შემდგომ კი შეიცავს პლაზმის ცილებსაც, ძირითადად, ალბუმინს. ეს ცილები ონკომურ წნევას ქმნის, რაც სისხლძარღვებიდან კიდევ უფრო დიდი რაოდენობით სითხის გადმოსვლას იწვევს. ვაზოდილატაცია და კაპილარების განვლადობის ზრდა განაპირობებს დაზიანების უბნის სინითლეს, ცხელებასა და შეშუპებას.

როცა პლაზმის ცილა – ფიბრინოგენი – სისხლს ტოვებს, დაზიანებული უჯრედების პროდუქტების მიერ ის ფიბრინად გარდაიქმნება. ფიბრინი თრომბოციტებით წარმოქმნილ სისხლის შენადედს, კოლტს აძლიერებს. ქსოვილში კოლტის ფუნქცია ბაქტერიების შეკავება, მათი გავრცელების პრევენცია და შეხორცების პროცესისთვის საჭირო ფიზიკური საყრდენის, ერთგვარი კარკასის შექმნაა. თრომბოციტები გამოყოფს ზრდის ფაქტორებს, რომელიც შეხორცების პროცესს წამოიწყებს.

უჯრედული პასუხი

ნეიტროფილები და მონოციტები ცირკულაციიდან დაზიანების უბნისკენ მოძრაობს (იხ. ცხრილი 10.1). ქემოტაქსისი აღნიშნავს ლეიკოციტების მიზანმიმართულ მოძრაობას დაზიანების უბნისკენ, რასაც ამ უბანში ნეიტროფილებისა და მონოციტების დაგროვება, აკუმულაცია მოსდევს.

ნეიტროფილები

ნეიტროფილები პირველი ლეიკოციტებია, რომელიც დაზიანების უბანში მიდის (ძირითადად, დაზიანებიდან 6-12 საათის განმავლობაში). მათ მიერ ხდება ბაქტერიების, სხვა უცხო მატერიისა და დაზიანებული უჯრედების ფაგოციტოზი (შთანთქმა). მათი მოკლე სიცოცხლის (24-48 სთ) დასრულების შემდეგ, მკვდარი ნეიტროფილები მალე გროვდება დაზიანების უბანში. დროთა განმავლობაში მკვდარი ნეიტროფილების, მონელებული ბაქტერიებისა და სხვა უჯრედული ნარჩენების ერთობლიობის დაგროვებით წარმოიქმნება ნაღების მსგავსი სუბსტანცია, რომელსაც ჩირქი ეწოდება.

ნეიტროფილებზე მოთხოვნის გაზრდის გამო, ძვლის ტვინი ცირკულაციაში მეტ ნეიტროფილს გამოყოფს. ამას პერიფერიულ სისხლში ლეიკოციტებისა და, განსაკუთრებით, ნეიტროფილების რიცხვის მატება მოსდევს. ზოგჯერ ნეიტროფილებზე მოთხოვნა იმდენად დიდია, რომ ძვლის ტვინი ნეიტროფილების მოუძნიფებელ ფორმებსაც (ჩხირბირთვიანები) გამოყოფს სისხლში (მომწიფებულ ნეიტროფილებს სეგმენტირებული, სეგმენტბირთვიანი ნეიტროფილები ეწოდება). ცირკულაციაში ჩხირბირთვიანი ნეიტროფილების მომატებას მარცხნივ გადახრას უწოდებენ. მარცხნივ გადახრას ხშირად შევხვდებით ბაქტერიული ინფექციის მქონე პაციენტებში.

მონოციტები

მონოციტები მეორე ტიპის ფაგოციტებია, რომელიც ასევე მოციროვლირე სისხლიდან მიგრირებს ქსოვილში. ისინი დაზიანების უბანში ანთების წამოწყებიდან დაახლო-

ებით 3-7 დღეში მოდის. ქსოვილურ სივრცეში გადასვლისას, მონოციტები მაკროფაგებად გარდაიქმნება, დიფერენცირდება. ქსოვილურ „რეზიდენტ“ (ქსოვილში მცხოვრებ) მაკროფაგებთან ერთად, ეს ახლადმოსული მაკროფაგები ხელს უწყობს ანთებითი ნარჩენების ფაგოციტოზს. მაკროფაგები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს შეხორცების წამოწყებამდე უბნის განმენდაში. მაკროფაგების სიცოცხლის ხანგრძლივობა დიდია, მათ შეუძლიათ გამრავლება და დაზიანებულ ქსოვილებში კვირებით დარჩენა. ეს ხანგრძლივად მცხოვრები უჯრედები მნიშვნელოვანია შეხორცების პროცესის ხელმძღვანელობისთვის.

იმ შემთხვევებში, როცა მოსანელებელი ნაწილაკი ერთი მაკროფაგისთვის ძალიან დიდია, მაკროფაგები გროვდება და ერთმანეთს შეერწყმება – წარმოიქმნება მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედი. გიგანტური უჯრედი მოგვიანებით კოლაგენით შემოიფარგლება, რასაც გრანულომის წარმოქმნა მოსდევს. ამ პროცესის კლასიკური მაგალითია ფილტვის ტუბერკულოზი – მიკობაქტერიის ბაცილა გარემოსგან შემოსაზღვრულია და მიმდინარეობს ქრონიკული ანთებითი პროცესი. წარმოქმნილი გრანულომა ნეკროზული ქსოვილის ღრუა.

ლიმფოციტები

ლიმფოციტები დაზიანების უბანში მოგვიანებით აღმოჩნდება. მათი უმთავრესი როლი ჰუმორულ და უჯრედულ იმუნიტეტს უკავშირდება.

ქიმიური მედიატორები

ანთებითი რეაქციის მედიატორები წარმოდგენილია 10.2 ცხრილში.

კომპლემენტის სისტემა

კომპლემენტის სისტემა ფერმენტული კასკადია (C1-დან C9-ის ჩათვლით), რომლის შემადგენელი გზებიც განაპირობებს ანთებას და შემოჭრილი პათოგენების განადგურებას. კომპლემენტის სისტემის ძირითადი ფუნქციები ფაგოციტოზის გაძლიერება, კაპილარების განვლადობის გაზრდა, ქემოტაქსისი და უჯრედული ლიზისია. ჩამოთვლილთაგან თითოეული ანთებითი პასუხისა და შეხორცების მნიშვნელოვანი მედიატორია.

უჯრედის ლიზისი ხდება მაშინ, როცა კომპლემენტის ბოლო კომპონენტი უჯრედის მემბრანებში ფორებს, ხვრელებს წარმოქმნის და მემბრანის გასკდომის გზით, უჯრედს დამიზნებით კლავს. აუტოიმუნური დაავადებების დროს, შესაძლოა, კომპლემენტის სისტემისა და შესაბამისი ანთებითი პასუხის მიერ ჯანმრთელი ქსოვილი დაზიანდეს. ამის მაგალითებია რევმატოიდული ართრიტი და სისტემური წითელი მგლურა.

პროსტაგლანდინები და ლეიკოტრიენები

დაზიანების საპასუხოდ უჯრედის გააქტიურებისას, უჯრედის მემბრანაში არსებული არაქილონის მჟავა სწრაფად გარდაიქმნება და წარმოიქმნება პროსტაგლანდინები (PG), თრომბოქსანი და ლეიკოტრიენები (LT) (იხ. ცხრილი 10.3). ზოგადად, პროსტაგლანდინები პრო-ანთებით (ანთების მასტიმულირებელი) ნივთიერებებად მიიჩნევა. ისინი ძლიერი ვაზოდilatატორებია, რაც ხელს უწყობს სისხლის მიდინების გაძლიერებასა და შემუშების წარმოქმნას.

პროსტაგლანდინისზოგიერთი ტიპი თრომბოციტების აქტივაციასთან ერთად გამო-

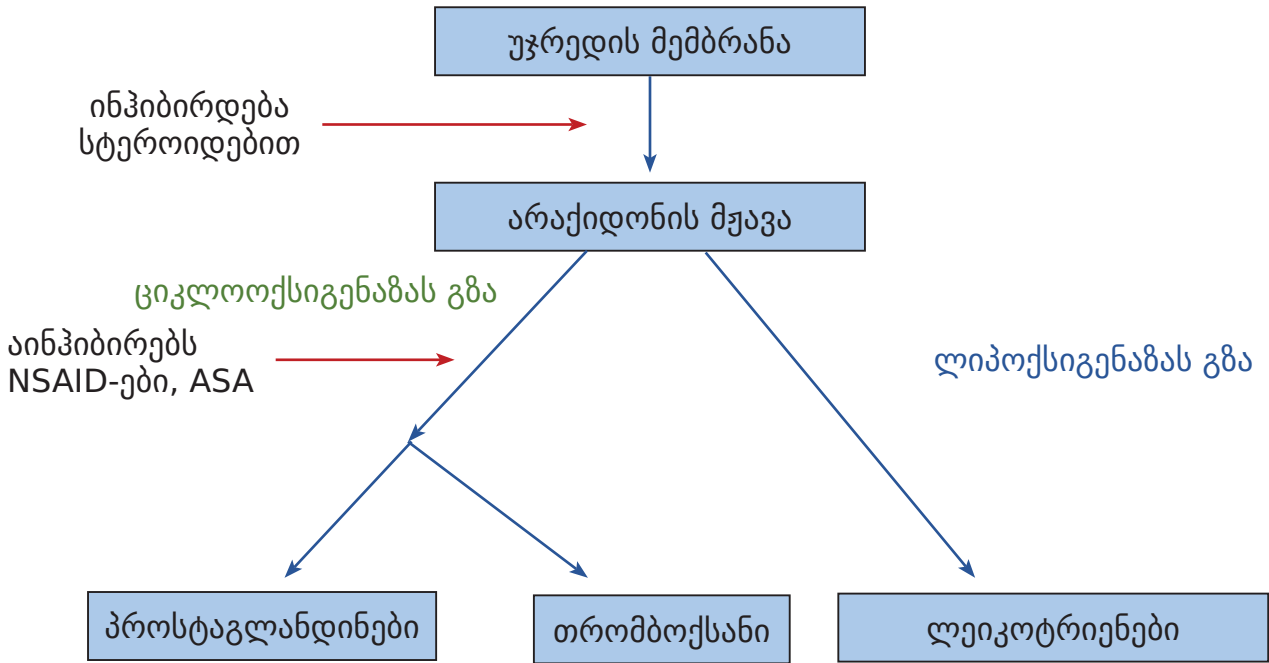
იყოფა. ისინი თრომბოციტებისა და ნეიტროფილების აგრეგაციას აინჰიბირებს. პროსტაგლანდინები ასევე მნიშვნელოვანია ტკივილის რეცეპტორების სენსიტიზაციისთვის ისეთი გამღიზიანებლების მიმართ, რომელიც ჩვეულებრივ პირობებში უმტკივნეულოა. პროსტაგლანდინები ასევე გარდამტეხი პიროგენებია, ისინი ჰიპოთალამუსის ტემპერატურის მარეგულირებელ უბანს ასტიმულირებს და ცხელებას განაპირობებს

თრომბოქსანი ძლიერი ვაზოკონსტრიქტორი და თრომბოციტების აგრეგაციის გამომწვევი ნივთიერებაა. ის დაზიანების ადგილზე ხანმოკლე ვაზოკონსტრიქციას და კანის სიფერმკრთალეს იწვევს და ასევე, ხელს უწყობს კოლტის წარმოქმნას. მას ხანმოკლე ნახევარდაშლის პერიოდი აქვს, ამიტომ სიფერმკრთალეს პროსტაგლანდინებითა და ჰისტამინით გამოწვეული ვაზოდილატაცია და სინითლე ჩაანაცვლებს.

ლეიკოტრიენები წარმოქმნის ანაფილაქსიის ნელა მორეაგირე სუბსტანციას, რომელიც ბრონქების გლუვი კუნთების შეკუმშვას იწვევს, რასაც სასუნთქი გზების შევიწროვება მოსდევს. ასევე, ის ზრდის კაპილარების განვლადობას, რაც სასუნთქი გზების, შეშუპებას იწვევს.

ცხრილი 10.2 ანთების მედიატორები		
მედიატორი	წყარო	მოქმედების მექანიზმ(ებ)ი
ჰისტამინი	ინახება ბაზოფილების, პოხიერი უჯრედებისა და თრომბოციტების გრანულებში	იწვევს ვაზოდილატაციას და კაპილარული განვლადობის გაზრდას.
სეროტონინი	ინახება თრომბოციტებში, პოხიერ უჯრედებსა და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ენტეროქრომაფინურ უჯრედებში	ჰისტამინის მსგავსი. ასტიმულირებს გლუვი კუნთის შეკუმშვას.
კინინები (მაგ., ბრადიკინინი)	წარმოიქმნება წინამორბედი კინინოგენისგან – სისხლის შედედების სისტემის შემადგენელი ჰაგემანის (XII) ფაქტორის აქტივაციის შედეგად	იწვევს გლუვი კუნთის შეკუმშვას და ვაზოდილატაციას. ასტიმულირებს ტკივილს.
კომპლემენტის კომპონენტები (C3a, C4a, C5a)	ანაფილატოქსიური აგენტები, რომელიც წარმოიქმნება კომპლემენტის სისტემის აქტივაციის შედეგად	ასტიმულირებს ჰისტამინის გამოთავისუფლებასა და ქემოტაქსისს.
პროსტაგლანდინები (PG) და ლეიკოტრიენები (LT)	წარმოიქმნება არაქიდონის მჟავისგან	პროსტაგლანდინები იწვევს ვაზოდილატაციას. ლეიკოტრიენები ასტიმულირებს ქემოტაქსისს.
ციტოკინები		

ცხრილი 10.3



პროსტაგლანდინების, თრომბოქსანისა და ლეიკოტრიენების წარმოქმნის გზა. კორტიკოსტეროიდები, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლები (NSAID) და აცეტილსალიცილის მჟავა (ASA) ამ გზის სხვადასხვა ეტაპის ინჰიბირებით მოქმედებს.

ექსუდატის წარმოქმნა

ექსუდატი დაზიანების უბანში ცირკულაციით მოტანილი სითხისა და ლეიკოციტებისგან შედგება. ექსუდატის ტიპი და რაოდენობა დამოკიდებულია დაზიანების ტიპსა და სიმძიმესა და იმაზე, თუ რომელი ქსოვილ(ებ)ია დაზიანებული (იხ. ცხრილი 10.4).

ცხრილი 10.4 ანთებითი ექსუდატის ტიპები		
ტიპი	აღწერა	მაგალითები
სეროზული	გამონვეულია სითხის გადმოდინებით. გვხვდება ანთების საწყის ეტაპებზე ან მსუბუქი დაზიანებებისას	კანის ბუშტუკები, პლევრული გამონაჟონი
სეროზულ-სისხლიანი/სეროსანგვინური	გვხვდება შეხორცების შუა პერიოდში ქირურგიული ჩარევის ან ქსოვილის დაზიანების შემდეგ. შედგება ერითროციტებისა და სეროზული სითხისგან, რომელიც ნახევრადგამჭვირვალე ვარდისფერია და შესაძლოა ჰქონდეს წითელიწვრილი ხაზები, ზოლები	ქირურგიული დრენაჟის სითხე

ფიბრინული	გვხვდება კაპილარების განვლადობის გაზრდისას უჯრედშორის სივრცეებში ფიბრინოგენის გადასვლის შედეგად. ქსოვილების ზედაპირებს შორის ჭარბი ფიბრინის დაგროვებამ, შესაძლოა, მათი შენება, ადჰეზია გამოიწვიოს.	ადჰეზიები/შეხორცებები, უელატინისმაგვარი თასმის სტრუქტურები ქირურგიულ სადრენაჟო მილაკებში; ხშირად ფარავს სითხის მდენ ჭრილობებს, მაგალითად ვენურ წყლულებს.
ჰემორაგიული	გამონვეულია სისხლძარღვის კედლების გასკდომით ან ნეკროზით.	ჰემატობა, ქირურგიული ჩარევის ან ქსოვილური ტრავმის შემდგომი სისხლდენა
ჩირქოვანი	შედეგა ლეიკოციტების, მიკროორგანიზმების (მკვდარი და ცოცხალი), გათხიერებული მკვდარი უჯრედებისა და სხვა ქსოვილური ნარჩენებისგან.	ფურუნკული, აბსცესი, ცელულიტი (შემაერთებელი ქსოვილის დიფუზური ანთება)
კატარალური	გვხვდება ქსოვილებში, რომელთა უჯრედებიც წარმოქმნის ლორწოს. ანთებითი რეაქცია აძლიერებს ლორწოს წარმოქმნას.	ზედა სასუნთქი გზების ინფექციისთვის დამახასიათებელი გამონადენი ცხვირიდან, სურდო.

კლინიკური გამოვლინებები

ანთების ლოკალური გამოვლინებები მოიცავს სინითლეს, ტემპერატურის მატებას, ტკივილს, შეშუპებასა და ფუნქციის დაქვეითებას (იხ. ცხრილი 10.5). ანთების სისტემური გამოვლინებებია: ლეიკოციტების რიცხვის მომატება მარცხნივ გადახრით, სისუსტე, გულისრევა და უმადობა, გახშირებული გულისცემა და სუნთქვის სიხშირე და ცხელება.

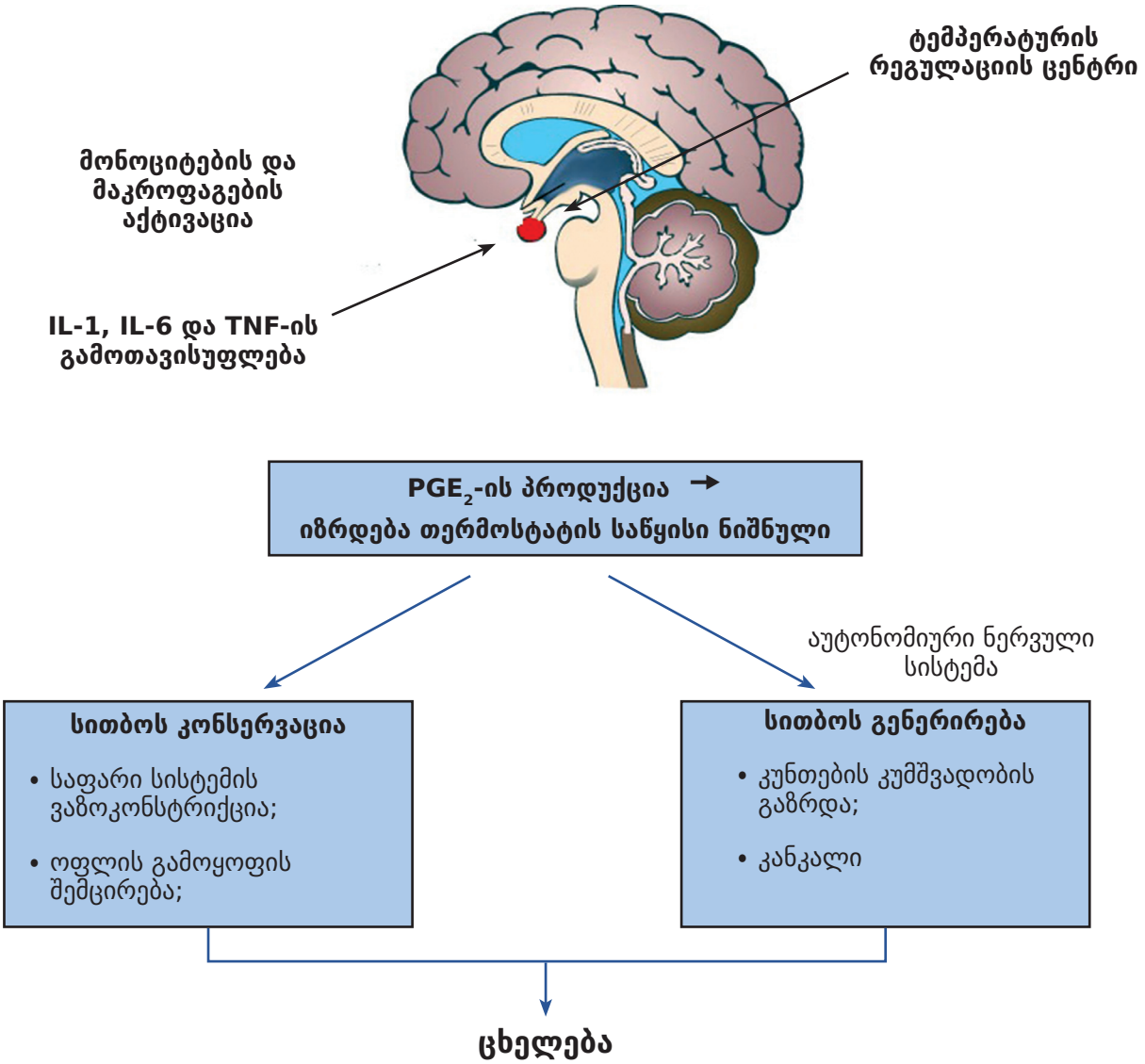
ლეიკოციტოზი ძვლის ტვინიდან ლეიკოციტების გაძლიერებული გამოყოფითაა განპირობებული. მიუხედავად იმისა, რომ სხვა სისტემური გამოვლინებების გამომწვევი მიზეზები ბოლომდე ცნობილი არ არის, ისინი შეიძლება უკავშირდებოდეს კომპლემენტის აქტივაციასა და ციტოკინების (ლეიკოციტებისა და სხვა უჯრედების მიერ სეკრეტირებული ხსნადი ფაქტორები, რომლებიც უჯრედშორისი და უჯრედშიდა მესენჯერების როლს ასრულებს) გამოთავისუფლებას. ზოგიერთი ეს ციტოკინი (მაგ., ინტერლეიკინები (IL), სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორი (TNF)) მნიშვნელოვანია ანთების სისტემური გამოვლინებებისა და ცხელების წარმოქმნისთვის. სხეულის ტემპერატურის ზრდის შედეგად, იმატებს მეტაბოლიზმი, რასაც გულისცემათა და სუნთქვის სიხშირის გაზრდა მოსდევს.

ცხელება

ცხელება განპირობებულია ციტოკინების გამოთავისუფლებით, რომელიც ცხელებას ჰიპოთალამუსში, ტემპერატურის მარეგულირებელ ცენტრში მეტაბოლიზმის ცვლილებების გზით იწვევს (იხ. ცხრილი 10.6). გარდამტეხი მეტაბოლური ცვლილება პროსტაგლანდინების სინთეზის გაძლიერებაა. პროსტაგლანდინები უშუალოდ ზრდის თერ-

მოსტატიკური ნიშნულის მაჩვენებელს. ამის საპასუხოდ, ჰიპოთალამუსი ააქტიურებს ავტონომიურ ნერვულ სისტემას, რომელიც იწვევს კუნთთა ტონუსის მატებას და ასტიმულირებს კანკალს, მცირდება ოფლიანობა და პერიფერიაზე სისხლის მიდინება. თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი შრიდან გამოთავისუფლებული ეპინეფრინი ზრდის მეტაბოლიზმის სიჩქარეს. ამის ჯამური საბოლოო შედეგი ცხელებაა.

ცხრილი 10.6 პათოფიზიოლოგიური რუკა



როცა ფიზიოლოგიური თერმოსტატი ფიქსირებულია ნორმაზე მაღალი ტემპერატურის მაჩვენებელზე, სითბოს წარმოქმნა ძლიერდება მანამ, სანამ სხეულის ტემპერატურა ახალ ნიშნულს არ მიაღწევს. ნიშნულის მაჩვენებლის ზრდას ჰიპოთალამუსი სითბოს წარმოქმნითა და მისი კონსერვაციით პასუხობს, რათა სხეულის ტემპერატურა ახალ დაწესებულ ნიშნულამდე ავიდეს. ამ დროს ადამიანი შემცივნებასა და კანკალს გრძნობს. ორგანიზმის კანკალის რეაქცია ტემპერატურის ახალ ნიშნულამდე გაზრდის მეთოდია. ეს ერთი შეხედვით პარადოქსია: სხეული ცხელია, ადამიანი კი საბნებს იხურავს და სანოლში წვება გასათბობად. როცა სხეულის ტემპერატურა ახლად დაწესებულ ნიშნულამდე მიაღწევს, შემცივნება და სითბოს მაძიებლის ქცევა წყდება.

გამოთავისუფლებული ციტოკინები და მათ მიერ განპირობებული ცხელება ორგანიზმის დამცველობით მექანიზმებს ჩართავს. ცხელების სასარგებლო ასპექტებია: მიკროორგანიზმების გაძლიერებულიდახოცვა, ნეიტროფილების მიერ ფაგოციტოზის გაძლიერება და T უჯრედების პროლიფერაციის სტიმულირება. სხეულის კიდევ უფრო მაღალი ტემპერატურა, შესაძლოა, აძლიერებდეს ინტერფერონის მოქმედებასაც. ინტერფერონი ორგანიზმის მიერ წარმოქმნილი ვირუსის სანინააღმდეგო ბუნებრივი ნივთიერებაა.

ცხრილი 10.5 ანთების ლოკალური გამოვლინებები	
გამოვლინება	გამომწვევი მიზეზი
სინითლე (rubor)	ვაზოდილატაციით განპირობებული ჰიპერემია
ცხელება (calor)	ანთების უბანში გაძლიერებული მეტაბოლიზმი
ტკივილი (dolor)	pH-ის ცვლილება. ქიმიური ნივთიერებებით (მაგ., ჰისტამინი, პროსტაგლანდინები) ნერვის სტიმულაცია; სითხის ექსუდატით გამოწვეული დანოლა
შეშუპება (tumor)	სითხის გადანაცვლება უჯრედშორის სივრცეებში. სითხის ექსუდატის დაგროვება
ფუნქციის დაქვეითება (function laesa)	შეშუპება და ტკივილი

ანთების ტიპები

ანთების ძირითადი ქვეტიპებია: მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული. მწვავე ანთების დროს შეხორცება 2-3 კვირაში ხდება და ძირითადად არ გვხვდება ნარჩენი დაზიანება. ანთების კერაშიძირითადი უჯრედი ნეიტროფილია. ქვემწვავე ანთება მწვავე პროცესის მსგავსად მიმდინარეობს, თუმცა უფრო დიდხანს გრძელდება. მაგალითად, ინფექციური ენდოკარდიტი დროში გახანგრძლივებული ინფექციაა, რომელიც, მართალია, მწვავე ანთების ნიშნებით გამოიხატება, მაგრამ უფრო ხანგრძლივად გრძელდება.

ქრონიკული ანთება კვირების, თვეების და წლების განმავლობაშიც კი გრძელდება. გამლიზიანებელი, დამაზიანებელი აგენტი მუდმივ პერსისტირებს ან თავიდან და ხელახლა აზიანებს ქსოვილს. ამ ტიპის ანთების დროს ანთების კერაში ძირითადად მაკროფაგები და ლიმფოციტები გვხვდება. ქრონიკული ანთების მაგალითებია რევმატოიდული ართრიტი და ოსტეომიელიტი. ნებისმიერი ტიპის ანთების გახანგრძლივება და ქრონიზაცია შესაძლოა გამოწვეული იყოს იმუნური პასუხის დარღვევით (მაგ., აუტოიმუნური დაავადება) და ინვევდეს ფიზიკურ შეზღუდვებს.

საექთნო და კოლაბორაციული მართვა

ანთება

საექთნო იმპლემენტაცია

ჯანმრთელობის გაუმჯობესება

ანთების პრევენციის საუკეთესო გზა ინფექციის, ტრავმის, ქირურგიული ჩარევისა და პოტენციურად დამაზიანებელ აგენტებთან კონტაქტის პრევენციაა. ეს ყოველთვის შესაძლებელი არ არის. უბრალო კოლოს ნაკბენიც კი ანთებით რეაქციას იწვევს. რადგანაც

ზოგჯერ დაზიანება გარდაუვალია, საჭირო ხდება ანთებისა და ინფექციის შემცირების-კენ მიმართული შეთანხმებული მოქმედებების გატარება.

აუცილებელია ადეკვატური ნუტრიცია, რათა ორგანიზმს დაზიანებასთან გამკლავებისა და გამოჯანმრთელებისთვის საჭირო ფაქტორები ჰქონდეს. საჭიროა დიდი რაოდენობით სითხის მიღება, რათა ჩანაცვლდეს ოფლით დაკარგული სითხე. 37.8°C-ის ზემოთ, ტემპერატურის ყოველი 1°C-ით გაზრდისას, მეტაბოლიზმი 13%-ით იზრდება. მეტაბოლიზმის სიჩქარის ზრდის გამო, იმატებს კალორიებზე მოთხოვნილება.

აუცილებელია ანთების გამოვლინებების დროული ამოცნობა, რათა დაიწყოს შესაბამისი მკურნალობა. ეს შეიძლება იყოს დასვენება, მედიკამენტოზური მკურნალობა ან სპეციფიკურად დაზიანებული უბნის მკურნალობა. გადაუდებელი მკურნალობით შესაძლებელია ანთების გავრცელებისა და გართულებების თავიდან აცილება.

მწვავე ჩარევა

დაკვირვება და სასიცოცხლო მაჩვენებლები

მნიშვნელოვანია ანთების კლინიკური გამოვლინებების ამოცნობის უნარი. იმუნოსუპრესირებულ (მაგ., ვინც მკურნალობს კორტიკოსტეროიდებით ან იტარებს ქიმიოთერაპიას) ინდივიდებში ანთების კლასიკური გამოვლინებები, შესაძლოა, შენიღბული იყოს. ამ ადამიანებში ანთების ადრეული სიმპტომი შესაძლოა იყოს სისუსტე, დაღლილობა ან უბრალოდ თავის შეუძლოდ ყოფნა.

სასიცოცხლო მაჩვენებლების შემოწმება მნიშვნელოვანია ნებისმიერი წარმოშობის ანთების დროს, განსაკუთრებით მაშინ, თუ მიმდინარეობს ინფექციური პროცესი. ინფექციის დროს ხშირად იმატებს ტემპერატურა, გულისცემათა და სუნთქვის სიხშირე.

ცხელება

ცხელების მართვის მნიშვნელოვანი ნაწილი მისი გამომწვევი მიზეზის დადგენაა. მიუხედავად იმისა, რომ ცხელებას ძირითადად დამაზიანებლად მოიხსენებენ, ტემპერატურის მატება „მასპინძელი“ ორგანიზმის მნიშვნელოვანი დამცველობითი მექანიზმია. მეჩვიდმეტე საუკუნეში, ინგლისელმა ექიმმა, თომას სიდენჰამმა¹, აღნიშნა, რომ „ცხელება მძლავრი ძრავია, რომელიც ბუნებას მტერთან შებრძოლებისთვის გამოჰყავს.“

პაციენტისა და სამედიცინო პირების მღელვარების შესამცირებლად, ხშირად მიმართავენ ტემპერატურის დამწვევ ღონისძიებებს. რადგანაც მსუბუქი და საშუალო ტემპერატურული რეაქცია დამაზიანებელი არ არის, არ ინვესტს განსაკუთრებულ დისკომფორტს და შესაძლოა ხელს უწყობდეს მასპინძლის დამცველობით მექანიზმებს. პაციენტის კარგად ყოფნისთვის ცხელების საწინააღმდეგო პრეპარატები იშვიათადაა აუცილებელი. პაციენტების უმეტეს ნაწილში საშუალო ხარისხის ცხელება (<39.4° C) პრობლემას არ წარმოადგენს. თუმცა, თუ პაციენტი ძალიან ახალგაზრდა ან ძალიან მოხუცია, თავს ძალიან ცუდად გრძნობს ან აქვს მნიშვნელოვანი სამედიცინო პრობლემა (მაგ., გულისა და ფილტვის მძიმე დაავადება, ტვინის დაზიანება), უნდა განისაზღვროს ცხელების საწინააღმდეგო წამლების, ანტიპირეტული საშუალებების გამოყენების საჭიროება. იმუნოსუპრესირებულ პაციენტში ცხელება დაუყოვნებლივ ანტიბიოტიკებით უნდა იყოს ნამ-

¹ ინგლისელი ექიმი, რომელსაც მეორენაირად ინგლისელ ჰიპოკრატეს უწოდებენ. იგი კლინიკური მედიცინის ერთ-ერთი ფუძემდებელი. <https://bit.ly/2KB7EK9>

კურნალები, რადგან ამ დროს ინფექცია შესაძლოა მომენტალურად პროგრესირდეს და განვითარდეს სეპტიცემია.

ცხელებამ (განსაკუთრებით თუ ის აღემატება 40°C) შესაძლოა დააზიანოს ორგანიზმის უჯრედები და გამოიწვიოს დელირიუმი და გულყრა. 41°C მაღალი ტემპერატურის პირობებში, ჰიპოთალამუსის ტემპერატურის კონტროლის ცენტრის მიერ ტემპერატურის რეგულირება ვეღარ ხდება. შესაძლოა დაზიანდეს ბევრი უჯრედი, მათ შორის ტვინის უჯრედები.

ხანდაზმულებში ინფექციის საპასუხო ტემპერატურული რეაქცია ნაკლებადაა გამოხატული. სხეულის ტემპერატურა შესაძლოა არ გაიზარდოს იმდენად, რამდენადაც ეს ახალგაზრდა მოზრდილისთვის იქნებოდა მოსალოდნელი. შესაძლოა, ტემპერატურა დაყოვნებით გაიზარდოს. რეაქციის შესუსტება ხშირად დიაგნოზის დასმასა და მკურნალობას აფერხებს. ცხელების გამოვლინებისას (ახალგაზრდებში ცხელების დეფინიცით), მდგომარეობა შესაძლოა უფრო დამძიმებული იყოს. ფებრილური რეაქცია ასევე შემცირებულია პაციენტებში, რომლებიც რეგულარულად იღებენ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ (NSAID) წამლებს (მაგ., რევმატოიდული ართრიტის სამკურნალოდ).

ღრუბლების გამოყენებით ცხელი აბაზანის მიღება მართლაც ზრდის აორთქლებით სითბოს კარგვას. მაგრამ თუ ამასთან ერთად არ გამოიყენება ცხელების საწინააღმდეგო პრეპარატები, რომელიც ტემპერატურას ამცირებს, აბაზანის მიღებას, შესაძლოა, არ მოჰყვეს ტემპერატურის კლება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, სითბოს აღსადგენად, სხეული წამოიწყებს საკომპენსაციო მექანიზმებს (მაგ., კანკალს). იგივე პრინციპი მიესადაგება გამაგრებელი საბნების გამოყენებას, რომელიც განსაკუთრებით ეფექტურად ამცირებს სხეულის ტემპერატურას, თუ პარალელურად ხდება ტემპერატურის შემცირება.

მედიკამენტოზური მკურნალობა

წამლები გამოიყენება ანთებითი რეაქციისა და სხეულის ტემპერატურის შესამცირებლად (იხ. ცხრილი 10.7). ასპირინი აინჰიბირებს ჰიპოთალამუსსა და სხეულის სხვა ნაწილებში პროსტაგლანდინების სინთეზს. აცეტამინოფენი მოქმედებს ჰიპოთალამუსში მოთავსებულ სითბოს მარეგულირებელ ცენტრზე. ზოგიერთ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ მედიკამენტს (მაგ., იბუპროფენი) ცხელების საწინააღმდეგო მოქმედებაც აქვს. კორტიკოსტეროიდები ცხელების წინააღმდეგ ორმხრივ მოქმედებს – ციტოკინების წარმოქმნისა და პროსტაგლანდინების სინთეზის შეფერხების გზით. ამ წამლების მოქმედების შედეგი ზედაპირული სისხლძარღვების გაფართოება, კანის ტემპერატურის მატება და ოფლიანობაა.

ცხელების საწინააღმდეგო პრეპარატები მიღებულ უნდა იყოს რეგულარული ინტერვალებით დღის განმავლობაში, რათა თავიდან ავიცილოთ ტემპერატურის მკვეთრი ცვლილებები. ცხელების საწინააღმდეგო წამლების ხანგამოშვებითმა, არარეგულარულმა მიღებამ, შესაძლოა, გამოიწვიოს ან გააუარესოს შემცივნება. როცა ცხელების საწინააღმდეგო პრეპარატის მოქმედება სრულდება, სხეულის ტემპერატურის წინა მარჯვენებლამდე გაზრდისთვის, ორგანიზმი წამოიწყებს კომპენსატორულ, კუნთთა უნებლიე შეკუმშვას (შემცივნებას). ცხელების საწინააღმდეგო წამლების ამ უსიამოვნო გვერდითი ეფექტის თავიდან აცილება შესაძლებელია ამ საშუალებების 2-4 საათის ინტერვალით, რეგულარულად გამოყენებით.

შესაძლებელია, ასევე ანტიჰისტამინური პრეპარატების გამოყენებაც, რათა დაითრგუნოს ჰისტამინის მოქმედება.

მოსვენება, ყინული, კომპრესია, ელევაცია (ანევა) წარმოადგენს საკვანძო მიდგომას რბილი ქსოვილების დაზიანების და მასთან დაკავშირებული ანთების სამკურნალოდ.

ცხრილი 10.7 მედიკამენტოზური მკურნალობა ანთება და შეხორცება	
ნამალი	მოქმედების მექანიზმი
ცხელების საწინააღმდეგო ნაშლები (ანტიპირეტული საშუალებები)	
სალიცილატები	აინჰიბირებს პროსტაგლანდინების სინთეზს (იხ. ცხრილი. 10.3).; ამცირებს ტემპერატურას ჰიპოთალამუსის ტემპერატურის მარეგულირებელ ცენტრზე გავლენით, რასაც პერიფერიული ვაზოდილატაცია და სითბოს კარგვა მოსდევს;
აცეტამინოფენი	აინჰიბირებს პროსტაგლანდინების სინთეზს; ამცირებს ტემპერატურას ჰიპოთალამუსის ტემპერატურის მარეგულირებელ ცენტრზე გავლენით;
არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო ნაშლები (NSAIDs) (მაგ., იბუპროფენი)	აინჰიბირებს პროსტაგლანდინების სინთეზს
ანთების საწინააღმდეგო ნაშლები	
სალიცილატები	აინჰიბირებს პროსტაგლანდინების სინთეზს, ამცირებს კაპილარების განვლადობას
კორტიკოსტეროიდები	ხელს უშლის ქსოვილის გრანულაციას, აქვს იმუნოსუპრესიული მოქმედება (ლიმფოციტების სინთეზის შემცირება), ხელს უშლის ლიზოსომების გამოთავისუფლებას
არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო ნაშლები (NSAIDs) (მაგ., იბუპროფენი, პიროქსიკამი)	აინჰიბირებს პროსტაგლანდინების სინთეზს
ვიტამინები	
ვიტამინი A	აჩქარებს ეპითელიალიზაციას
ვიტამინი B კომპლექსი	მოქმედებს, როგორც კოფერმენტები
ვიტამინი C	ხელს უწყობს კოლაგენისა და ახალი კაპილარების წარმოქმნას
ვიტამინი D	ხელს უწყობს კალციუმის შეწოვას

მოსვენება

მოსვენებულ მდგომარეობაში ყოფნა ეხმარება ორგანიზმს ნუტრიენტებისა და ჟანგბადის გამოჯანმრთელების პროცესისთვის გამოყენებაში. რეპარაციის, ანუ აღდგენითი პროცესი ჩქარდება, რადგან შესაძლებელია ჭრილობის ნაპირების გარდიგარდმო კოლაგენისა და ფიბრინის წარმოქმნა მექანიკური დაშლის გარეშე.

სიცივე და სითბო

ცივი საგნის დადება ძირითადად ადეკვატურია თავდაპირველი ტრავმიდან მალევე, რადგან ეს ხელს უწყობს ვაზოკონსტრიქციას და ამცირებს შეშუპებას, ტკივილსა და ანთების კერაში, მეტაბოლიზმის გაძლიერების გამო, შეგუბების წარმოშობას. სითბო შესაძლებელია გამოყენებულიქნას მოგვიანებით (მაგ., 24-48 საათის შემდეგ), რათა ანთების კერაში გაიზარდოს ცირკულაცია და ის ქსოვილური ნარჩენებისგან გაიწმინდოს. ეს ხელს უწყობს შეხორცებას. სითბო შესაძლებელია ასევე გამოყენებულ იქნას ანთებითი აგენტების ლოკალიზაციისთვის. თბილი, ნოტიო სითბო შესაძლებელია სასარგებლო იყოს ჭრილობის კერის ნეკროზული უბნებისგან განმედიისთვის.

კომპრესია და იმობილიზაცია

კომპრესია ხელს უშლის ვაზოდილატაციური ეფექტისა და შეშუპების განვითარებას. ჭრილობის პირდაპირი დანოლით კომპრესიას სისხლძარღვების ოკლუზია/დახშობა და სისხლდენის შეჩერება მოსდევს. კომპრესიული ნახვევები ამყარებს და მდგრადობას ანიჭებს დაზიანებულ სახსრებს, რომელთა მყესები და კუნთებიც მდგრადობას ვერ ინარჩუნებს. კომპრესიის განხორციელებამდე და მის შემდეგ შეამოწმეთ დისტალური პულსაციები და კაპილარული ავსება, რათა შეაფასოთ, შეფერხდა თუ არა კომპრესიის შედეგად ცირკულაცია (მაგ., კანის სიფერმკრთალე, მგრძობელობის დაკარგვა).

ანთებითი ან დაზიანებული უბნის იმობილიზაცია ხელს უწყობს გამოჯანმრთელებას, რადგან ის ამცირებს ქსოვილების მეტაბოლურ მოთხოვნებს. ფიქსატორით ან თაბაშირით იმობილიზაცია ფიზიკურ მდგრადობას ანიჭებს მოტეხილ ძვლებს და ხელს უშლის ქსოვილის შემდგომი დაზიანების პრევენციას ძვლის ნვეტიანი ფრაგმენტებით, რომელმაც შესაძლოა დააზიანოს ნერვები ან სისხლძარღვები (რაც სისხლდენას იწვევს). როგორც კომპრესიისას, ისე იმობილიზაციის შემდეგაც რეგულარული ინტერვალებით შეაფასეთ პაციენტის ცირკულაცია. თაბაშირში, დახურულ სივრცეში შესაძლოა მოხდეს შეშუპება, რასაც ცირკულაციის მოშლა მოსდევს.

ელევაცია

დაზიანებული კიდურის გულის დონეზე მაღლა აწევა ზრდის ვენურ და ლიმფურ დაბრუნებას, რაც ანთების კერაში შეშუპებას ამცირებს. აწევა ასევე ხელს უწყობს დაზიანების კერაში სისხლის დაგუბებით გამოწვეული ტკივილის შემცირებას. ელევაცია შესაძლოა უკუნაჩვენები იყოს პაციენტებში, რომელთაც მკვეთრად დარღვეული აქვთ არტერიული ცირკულაცია.

შეხორცების პროცესი

ანთებითი რეაქციის საბოლოო ეტაპი შეხორცებაა. შეხორცება მოიცავს ორ ძირითად კომპონენტს: რეგენერაციასა და აღდგენას (რეპარაცია).

რეგენერაცია

რეგენერაცია გულისხმობს დაკარგული უჯრედებისა და ქსოვილების ჩანაცვლებას იმავე ტიპის უჯრედებით. უჯრედების რეგენერაციის უნარი დამოკიდებულია უჯრედის ტიპზე (იხ. ცხრილი 10.8).

ცხრილი 10.8 სხვადასხვა ტიპის ქსოვილის რეგენერაციული უნარი		
ქსოვილები	უჯრედის ტიპი	აღწერა
კანი, ლიმფური ორგანოები, ძვლის ტვინი და ლორწოვანი გარსები	ლაბილური უჯრედები	უჯრედები მუდმივად იყოფა. ამ ორგანოების დაზიანებას სწრაფი რეგენერაცია მოსდევს.
ღვიძლი, პანკრეასი, თირკმელი და ძვლის უჯრედები	სტაბილური უჯრედები	ინარჩუნებს რეგენერაციის უნარს, მაგრამ რეგენერაციას განიცდის მხოლოდ ორგანოს დაზიანების შემდეგ. რეგენერაციის პროცესი ნელა მიმდინარეობს.
ცენტრალური ნერვული სისტემის ნეირონები და ჩონჩხისა და გულის კუნთის უჯრედები	პერმანენტული უჯრედები	არ იყოფა. ცნს-ის ნეირონების, ჩონჩხისა და გულის კუნთების დაზიანებას ხშირად პერმანენტული დანაკარგი მოსდევს. ჩონჩხისა და გულის კუნთების შეხორცება შემაერთებული ქსოვილით რეპარაციით ხდება. თუ ნადგურდება ცნს-ის ნეირონები, ქსოვილი ძირითადად გლიური უჯრედებით ჩანაცვლდება. თუმცა, ღეროვანი უჯრედებისგან, შესაძლებელია, მოხდეს ნეიროგენეზი

აღდგენა

აღდგენა გულისხმობს შეხორცებას დაკარგული უჯრედების შემაერთებული ქსოვილით ჩანაცვლების გზით. აღდგენა შეხორცების უფრო გავრცელებული ტიპია და ძირითადად ნაწიბურის წარმოქმნით სრულდება. აღდგენა რეგენერაციაზე კომპლექსური პროცესია. დაზიანების უმეტესობა შემაერთებულ ქსოვილოვანი რეპარაციით ხორცდება. აღდგენა ხდება პირველადი, მეორეული ან მესამეული შეხორცებით.

პირველადი შეხორცება

პირველადი შეხორცება (პირველადი დაჭიმვით შეხორცება) ხდება მაშინ, როცა ჭრილობის ნაპირები ნატიფადაა მიახლოვებული ერთმანეთთან, მაგალითად, ქირურგიული განაკვეთის ან ქალაღლით გაჭრით დაზიანების შემთხვევაში. პირველად შეხორცებასთან დაკავშირებულია თანმიმდევრული პროცესები (ცხრილი 10.9). ეს პროცესები სამი ფაზისგან შედგება.

საწყისი ფაზა

საწყის (ანთებით) ფაზაში, ხდება განაკვეთის ნაპირების დაახლოება და ნაკერის დადება. ჭრილობის უბანი ამოივსება გადაჭრილი სისხლძარღვებიდან გადმოსული სისხლით, წარმოიქმნება სისხლის კოაგულატი, თრომბოციტები კი შეხორცების პროცესის წამოსაწყებად ზრდის ფაქტორებს გამოყოფს. ასე წარმოიქმნება ლეიკოციტების მიგრაციისთვის საჭირო მატრიქსი. ხდება მწვავე ანთებითი რეაქცია.

დაზიანების უბანი წარმოდგენილია ფიბრინის კოლტებით, ერითროციტებით, ნეიტროფილებითა (მკვდარი და მომაკვდავი) და სხვა ნარჩენებით. მაკროფაგები შთანთქავს და მოინელებს უჯრედულ ნარჩენებს, ფიბრინის ფრაგმენტებსა და ერითროციტებს. მაკროფაგებისგან გამოყოფილი უჯრედგარე ფერმენტები და ნეიტროფილები ხელს უწყობს ფიბრინის მონელებას. ჭრილობის დაზიანებული და მკვდარი საფარის განმედიანებელი უჯრედები, ფიბრინის კოლტი შემდგომში კაპილარების ზრდისა და ეპითელიური უჯრედების მიგრაციისთვის ბადისმაგვარ სტრუქტურას ქმნის.

გრანულაციის ფაზა

მეორე საფეხური გრანულაციის ფაზაა. გრანულაციური ქსოვილის კომპონენტებია პროლიფერაციის პროცესში მყოფი ფიბრობლასტები, კაპილარული განტოტვები (ანგიობლასტები), ლეიკოციტების სხვადასხვა ტიპები; ექსუდატი და ფაშარი, ნახევრადთხევადი შემაერთებული ქსოვილი.

ფიბრობლასტები შემაერთებული ქსოვილის მოუმწიფებელი უჯრედებია, რომელიც შეხორცების კერისკენ მიგრირებს და კოლაგენს გამოყოფს. დროთა განმავლობაში, კოლაგენი ორგანიზდება და რესტრუქტურირებას განიცდის, რათა გაამყაროს შეხორცების უბანი. ამ ეტაპზე მას ფიბროზული ან ნაწიბუროვანი ქსოვილი ეწოდება.

გრანულაციის ფაზის დროს, ჭრილობა ვარდისფერი და ვასკულარულია. გვხვდება ბევრი წითელი გრანულა (ახალგაზრდა, დაკვირვების ეტაპზე მყოფი კაპილარები). ამ დროს ჭრილობა მოწყვლადია, შესაძლოა განშრევდეს და რეზისტენტულია ინფექციის მიმართ.

ჭრილობის ნაპირებთან არსებული ზედაპირული ეპითელიუმი რეგენერაციას იწყებს. რამდენიმე დღეში ჭრილობის ზედაპირზე ხდება ეპითელიუმის თხელი შრის მიგრაცია ჭრილობის საპირისპირო მხარისკენ. მიგრაცია ერთუჯრედიანი სისქის ფენის სახით ხდება მანამ, სანამ უჯრედები საპირისპირო მხრიდან მომავალ უჯრედებს არ შეხვდება. ეპითელიუმი სქელდება და მომწიფებას იწყებს, ჭრილობა კი ემსგავსება გარშემო არსებულ კანის ზედაპირს. ზედაპირული ჭრილობების რეეპითელიზაციას 3-5 დღე ჭირდება.

მომწიფების ფაზა და ნაწიბურის შეკუმშვა

მომწიფების ფაზა, რომლის დროსაც ნაწიბურის შეკუმშვა ხდება, ნაწილობრივ ემთხვევა გრანულაციის ფაზას. ის დაზიანებიდან 7 დღის შემდეგ იწყება და შესაძლოა რამდენიმე თვეს ან წელს გაგრძელდეს. სწორედ ესაა იმის მიზეზი, რომ მუცლის ღრუს ქირურგიის შემდეგ სახლში განერისას, პაციენტს ურჩევენ, 6 კვირის მანძილზე მძიმე არ აწიოს.

ხდება კოლაგენის ბოჭკოების შემდგომი ორგანიზება და მიმდინარეობს რემოდელირების პროცესი. ჭრილობის გამყარებასთან ერთად, ფიბრობლასტები ქრება. მიოფიბრობლასტების აქტიური მოძრაობის შედეგად შეხორცების ადგილი იკუმშება, რაც დეფექტის დახურვას და კანის ნაპირების ერთმანეთთან მიახლოებას უწყობს ხელს. ასე ფორმირდება მომწიფებული ნაწიბური. გრანულაციური ქსოვილისგან განსხვავებით, მომწიფებული ნაწიბური პრაქტიკულად ავასკულარული (არასისხლძარღვოვანი) და მკრთალი ფერისაა. ნაწიბურის მტკივნეულობა უფრო დამახასიათებელია ამ ფაზისთვის, ვიდრე გრანულაციის ფაზისთვის.

ცხრილი 10.9 პირველადი შეხორცების ფაზები		
ფაზა	ხანგრძლივობა	აღწერა
საწყისი	3-5 დღე	განაკვეთის ნაპირების ერთმანეთთან მიახლოვება. ეპითელიური უჯრედების მიგრაცია. კოლტი კაპილარების ზრდის მხარდამჭერი ბადის ფუნქციას ასრულებს.
გრანულაციური	5 დღიდან 4 კვირამდე	ფიბრობლასტების მიგრაცია. კოლაგენის სეკრეცია. დიდი რაოდენობით კაპილარული კვირტების გამონაზარდები. ჭრილობა მყიფეა.
მომწიფება და ნაწიბურის შეკუმშვა	7 დღიდან რამდენიმე თვემდე	კოლაგენის რემოდელირება. ნაწიბურის გამყარება.

მეორეული შეხორცება

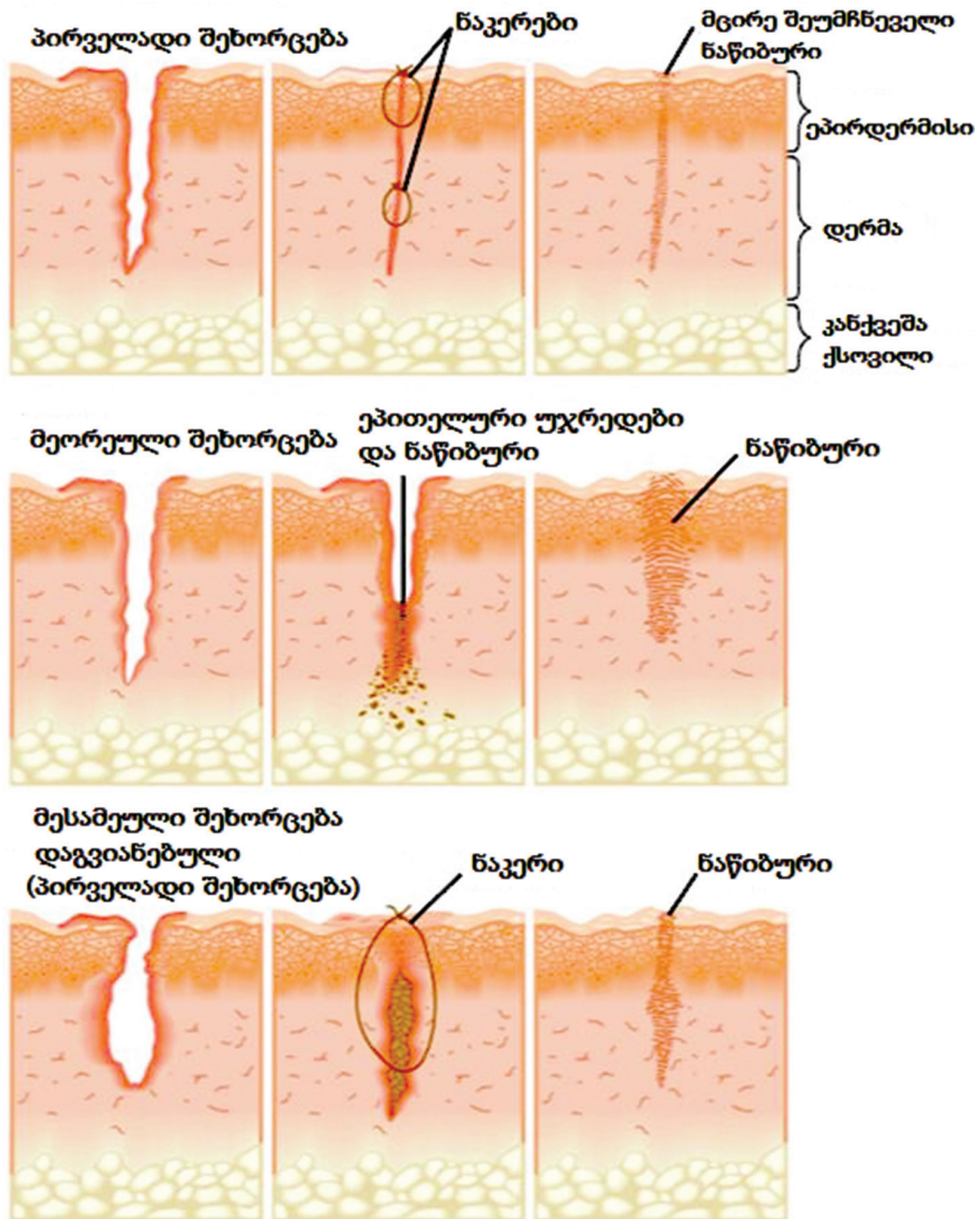
ტრავმის, დაწყლულების და ინფექციის შედეგად წარმოქმნილ ჭრილობებში გვხვდება დიდი რაოდენობით ექსუდატი, ჭრილობის ფართო, უსწორმასწორო ნაპირები და ქსოვილის კვდომა. ასეთი ჭრილობების ნაპირების აპროქსიმაცია (ერთმანეთთან მიახლოვება), შესაძლოა, ვერ მოხერხდეს. ანთებითი რეაქცია ხშირად უფრო მკაფიოდაა გამოხატული, ვიდრე პირველადი შეხორცების დროს. ამის შედეგი ჭრილობის არეში მეტი ქსოვილური ნარჩენების, უჯრედებისა და ექსუდატის დაგროვებაა. არე ამ ნარჩენებისგან უნდა გასუფთავდეს მანამ, სანამ შეხორცების პროცესი დაიწყება.

მეორეული შეხორცების პროცესი არსებითად იგივეა, რაც პირველადი შეხორცებისა. ძირითადი განსხვავებები შედარებით დიდი ზომის დეფექტი და ჭრილობის ნაპირებს შორის სივრცეა. შეხორცება და გრანულაცია ნაპირებიდან შიგნით და ჭრილობის ფსკერიდან ზემოთ ხდება, სანამ დეფექტი ამოივსება. მეორეული შეხორცებით რეპარაციისას უფრო დიდი რაოდენობითაა გრანულაციური ქსოვილი და ნაწიბურიც უფრო დიდი ზომისაა.

მესამეული შეხორცება

მესამეული შეხორცება (დაყოვნებული პირველადი შეხორცება) ეწოდება პროცესს, როცა ჭრილობის გაკერვა გამიზნულადაა დაყოვნებული. მოგვიანებით ნაკერი იდება გრანულაციური ქსოვილის ორ შრეს შორის. ეს ხდება როცა კონტამინირებულ (დაბინძურებულ) ჭრილობას ღიად ვტოვებთ და მას მხოლოდ ინფექციის გაკონტროლების შემდეგ ვკერავთ. მესამეული შეხორცება ასევე მიმდინარეობს, როცა პირველადი ჭრილობა ინფიცირდება, – ამ დროს ის იხსნება, ეძლევა გრანულაციის საშუალება და შემდგომ იკერება. მესამეული შეხორცების შედეგი წარმოიქმნება უფრო დიდი ზომის და ღრმა ნაწიბური, ვიდრე პირველადი და მეორეული შეხორცებისას.

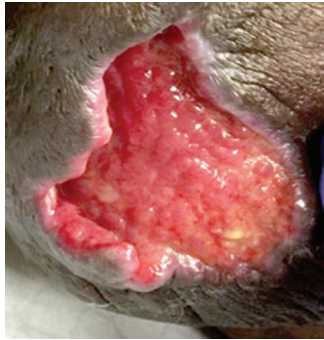
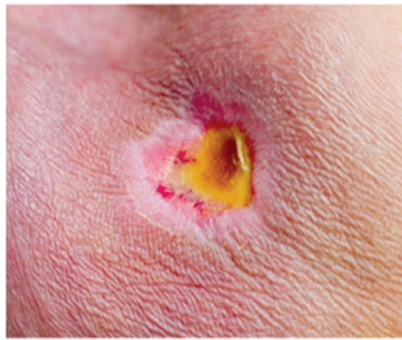

სურათი 10.1



ჭრილობის კლასიფიკაცია

ჭრილობის ეტიოლოგიის დადგენა აუცილებელია მისი სწორი კლასიფიცირებისთვის. ჭრილობების კლასიფიკაცია შესაძლებელია მათი მიზეზის (ქირურგიული ან არა-ქირურგიული; მწვავე ან ქრონიკული) ან დაზიანებული ქსოვილის სიღრმის (ზედაპირული, ნაწილობრივიან ღრმა) მიხედვით. ზედაპირული ჭრილობა მხოლოდ ეპიდერმისს მოიცავს. ნაწილობრივიჭრილობა დერმისამდე აღწევს. ღრმა/სრული სისქის ჭრილობების დროს დაზიანებულია ქსოვილების ღრმა ფენები – კანქვეშა ქსოვილი და ზოგჯერ ვრცელდება ფასციამდე და მის ქვეშ მდებარე სტრუქტურებამდე – კუნთამდე, მყესამდე ან ძვლამდე.

ღია ჭრილობების კლასიფიკაციისთვის გამოიყენება კიდევ ერთი სისტემა, რომელიც ეფუძნება ჭრილობის ფერს (წითელი, ყვითელი, შავი) და არა ქსოვილის დაზიანების სიღრმეს (იხ. ცხრილი 10.10). წითელი-ყვითელი-შავი კლასიფიკაცია შესაძლოა გამოყენებულიქნას ნებისმიერი ჭრილობის კლასიფიკაციისთვის, რომელიც მეორეულად ხორცდება, მათ შორის ისეთი ქირურგიული ჭრილობებისა, რომელთა ზედაპირიც ღიაა დატოვებული ინფექციის მაღალი რისკის გამო. ჭრილობას, შესაძლოა, ერთდროულად ჰქონდეს ორი ან სამივე ფერი. ამ ვითარებაში ჭრილობა კლასიფიცირდება ყველაზე არაკეთილსაიმედო ფერის მიხედვით.

ცხრილი 10.10 ჭრილობის მოვლის „წითელი-ყვითელი-შავი“ კონცეფცია		
წითელი ჭრილობა²	ყვითელი ჭრილობა³	შავი ჭრილობა⁴
		
<p>აღწერა და მახასიათებლები</p> <p>ზედაპირული ან ღრმა ჭრილობა, რომელიც სუფთა და ვარდისფერია, შესაძლოა იყოს სეროსანგვინური (სისხლნარევი სითხის) გამონაჟონი, ვარდისფერი ან ღია ან მუქი წითელი ფერის გამონაჟონი ან ქრონიკული ჭრილობა გრანულაციური ქსოვილით.</p>	<p>აცლილი ან რბილი ნეკროზული ქსოვილი. ამობურცული ქსოვილი თხევადი ან ნახევრადთხევადია, ექსუდატი კი კრემისებრი სპილოსძვლისფერი ან მოყვითალო-მომწვანო შეიძლება იყოს.</p>	<p>შავი, რუხი ფერის ან ყავისფერი დამაგრებული ნეკროზული ქსოვილის ქერქი. შესაძლოა იყოს ჩირქოვანი გამონადენი.</p> <p>ჭრილობის ინფიცირების რისკი იზრდება ნეკროზული ქსოვილის ფართობის პირდაპირპროპორციულად.</p>
<p>მაგალითები</p> <p>კანის ნახეთქები, ნაწოლები (II სტადიის), ნაწილობრივი სისქის ან მეორე ხარისხის დამწვრობები, ტრავმის ან ქირურგიული ჩარევის შედეგად გაჩენილი ჭრილობები, რომელიც მეორეული შეხორცებით ხორცდება.</p>	<p>ჭრილობები მკვდარი ნეკროზული ქსოვილით, რომელიც იდეალურ გარემოს ქმნის ბაქტერიების ზრდისთვის. ამის გამო ის უნდა ჩამოშორდეს.</p>	<p>სრული სისქის ანუ მესამე ხარისხის დამწვრობა, ნაწოლები (III და IV სტადია) და განგრეხული წყლულები.</p>
<p>მკურნალობის მიზანი</p> <p>ჭრილობის დაცვა და ფაქიზი არატრავმული განმენდა/ გასუფთავება</p>	<p>ჭრილობის დასუფთავება მკვდარი ქსოვილის ჩამოშორებისა და ზედმეტი გამონაჟონის შეწოვის მიზნით.</p>	<p>ქერქისა და მკვდარი ქსოვილის ჩამოშორება.</p>

² <https://bit.ly/2Put5V2>


³ <https://bit.ly/3adjkK6>

⁴ <https://bit.ly/2HZAozl>

<p>სახვევები და მკურნალობა გამჭვირვალე სახვევი, ჰიდროკოლოიდური სახვევი, ჰიდროგელები, ბინტი ანტიმიკრობული მალამოთი ან ხსნარით; სახვევი ანტიბიოტიკური მალამოთი.</p>	<p>აბსორფციული (შემწოვი) სახვევი, ჰიდროკოლოიდური სახვევი, ბინტით დაფარული ჰიდროგელი, ჭრილობის ირიგაცია, ჰიდროთერაპია, ნოტიო ბინტი ანტიბიოტიკით ან ანტიმიკრობული საშუალებით ან მის გარეშე.</p>	<p>ტოპიკური ჩამოშორება (ფერმენტით, ქირურგიული, ქიმიური), ჰიდროთერაპია, ნოტიო ბინტის სახვევი, ბინტით დაფარული ჰიდროგელი, ბინტით დაფარული შემწოვი სახვევი.</p>
--	---	--

შეხორცების გართულებები

იმას, თუ რამდენად კარგად შეხორცდება ჭრილობა, მისი ფორმა და ადგილმდებარეობა განსაზღვრავს. ზოგიერთი ფაქტორი ხელს უშლის ჭრილობის შეხორცებას და გართულებებს იწვევს (იხ. ცხრილი 10.11).

<p>ცხრილი 10.11 ჭრილობის შეხორცების გართულებები</p>
<p>ადჰეზიები, შეხორცებები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ნაწიბურვანი ქსოვილის ჭიმები, რომელიც ყალიბდება ორგანოებს შორის ან მათ გარშემო; • ადჰეზიები ვითარდება მუცლის ღრუში ან ფილტვსა და პლევრას შორის; • მუცლის ღრუში არსებულმა შეხორცებებმა შესაძლოა გაუვალობა გამოიწვიოს;
<p>შეკუმშვები, კონტრაქტურები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ჭრილობის შეკუმშვა შეხორცების ნორმალური ნაწილია; • გართულება ვითარდება, როცა ჭარბი შეკუმშვა დეფორმაციით გამოიხატება; • ფიბროზული ქსოვილის ჭარბი წარმოქმნა, განსაკუთრებით სახსრების ზედაპირზე, იწვევს კუნთის ან/და ნაწიბურის დამოკლებას;
<p>ჭრილობის გახსნა</p> <ul style="list-style-type: none"> • ჭრილობის მანამდე დაახლოებული ნაპირების განცალკევება ან გახსნა (იხ. სურათი 10.2); • ძირითადად ხდება პირველადი შეხორცების უბნის გახსნისას. • შესაძლოა, გამოწვეული იყოს: <ul style="list-style-type: none"> ○ ინფექციის შედეგად განვითარებული ანთებითი პროცესით; ○ არასაკმარისად ძლიერი გრანულაციური ქსოვილით, რომელიც ჭრილობაზე გავრცელებულ ძალას ვერ უძლებს; ○ სიმსუქნე, რადგან ცხიმოვანი ქსოვილი ღარიბია სისხლმომარაგებით და ნელა ხორცდება; ○ სითხის ჯიბის (სერომა, ჰემატომა) განვითარება ქსოვილის შრეებს შორის, რომელიც ჭრილობის ნაპირების ერთმანეთთან დაახლოებას უშლის ხელს;
<p>სურათი 10.2⁵</p> 

⁵ <https://bit.ly/3970lcj>

ევისცერაცია

- ჭრილობის ნაპირების სეპარაცია იმდენად, რომ ჭრილობიდან გამოვარდება ნაწლავი; (იხ. სურათი 10.3);

სურათი 10.3⁶



ჭარბი გრანულაციური ქსოვილი (იხ. სურათი 10.4)

- შეხორცების ეტაპზე მყოფი ჭრილობის ზედაპირიდან ამოზრდილია ჭარბი გრანულაციური ქსოვილი;
- თუ მოხდება გრანულაციური ქსოვილის კაუტერიზაცია/მოწვა ან მოკვეთა, შეხორცება ნორმალურად გრძელდება;

სურათი 10.4⁷



ფისტულას წარმოქმნა

- ორგანოებს შორის ან ღრუ ორგანოსა და კანს შორის წარმოქმნილი არანორმალური არხი (აბდომინური ან პერიანალური ფისტულა);

ინფექცია (იხ. სურათი 10.5)

- ინფექციის რისკი იმატებს თუ ჭრილობა შეიცავს ნეკროზულ ქსოვილს ან თუ შემცირებულია მისი სისხლმომარაგება, იმუნური ფუნქციის დაქვეითებისას (მაგ., იმუნოსუპრესიული პრეპარატებით, კორტიკოსტეროიდებით), არასაკმარისი კვების, მრავლობითი სტრესორებისა და დიაბეტური ჰიპერგლიკემიის პირობებში;

⁶ <https://bit.ly/382GGsR>

⁷ <https://bit.ly/2whY53x>

სურათი 10.5⁸



სისხლდენა, ჰემორაგია

- სისხლდენა ნორმალურია უშუალოდ ქსოვილის დაზიანების შემდეგ და ჩერდება კოლტის წარმოქმნის შედეგად;
- ჰემორაგია ვითარდება შინაგანი ან გარეგანი სისხლის დანაკარგის სახით, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს ნაკერის უკმარისობით, შედეგების დარღვევებით, გადაადგილებული კოლტით, ინფექციით ან/და უცხო სხეულით (მილებით) ან ინფექციური პროცესის მიერ სისხლძარღვის ინვაზიით;

ჰიპერტროფიული ნანიბურები

- შეუსაბამოდ დიდი ზომის, წამოწეული წითელი და გამაგრებული ნანიბურები (იხ. სურათი 10.6);
- ყალიბდება შეხორცების დროს ჭარბი კოლაგენის წარმოქმნის შედეგად;

სურათი 10.6⁹



კელოიდის წარმოქმნა

- კანის ზედაპირიდან ამოწეული დიდი ზომის ნანიბური, რომელიც სცდება ჭრილობის თავდაპირველ საზღვრებს და ნანიბუროვანი ქსოვილის სიმსივნის მსგავს მასას წარმოქმნის (იხ. სურათი 10.7);
- მუდმივია და უკუგანვითარება არ ახასიათებს.
- პაციენტები ხშირად უჩივიან მტკივნეულობას, ტკივილს და ჰიპერპარესთეზიას, განსაკუთრებით ადრეულ ეტაპზე;

⁸ <https://bit.ly/3ae77gU>

⁹ <https://bit.ly/2wP0r8B>

- სავარაუდოდ, მემკვიდრეობითი მდგომარეობაა, რომელიც ყველაზე ხშირად მუქი კანის ფერის მქონე ადამიანებში, განსაკუთრებით აფროამერიკელებში გვხვდება;

სურათი 10.7¹⁰



საექთნო და კოლაბორაციული მართვა

ჭრილობის შეხორცება

შეფასება

დააკვირდით ჭრილობის მახასიათებლებს და გააკეთეთ მათ შესახებ ჩანაწერი. სიღრმისეულად შეაფასეთ ჭრილობა პაციენტის შემოყვანისას (ან კლინიკაში პირველი ვიზიტისას) და შემდგომში რეგულარულად. ჭრილობის გაუარესების შემთხვევაში, თქვენ უფრო ხშირ-ხშირად უნდა შეაფასოთ მისი ცვლილებები და გააკეთოთ შესაბამისი ჩანაწერები. ჭრილობის გაზომვის სხვადასხვა მეთოდი არსებობს. ჭრილობის გაზომვა ხდება სანტიმეტრებში.

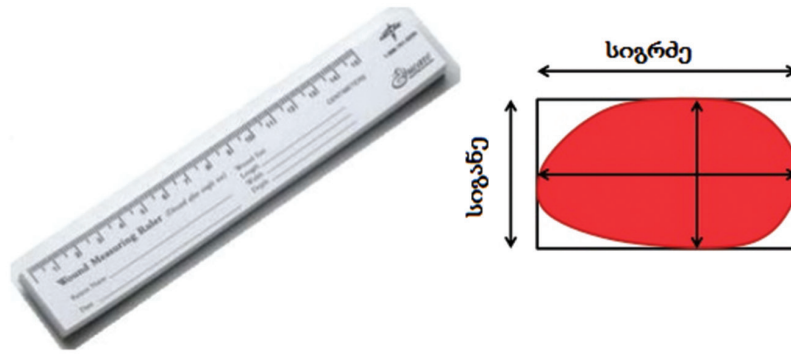
ზომა:

- სიგრძე¹¹-ჭრილობა იზომება ზემოდან ქვემოთ მის ყველაზე გრძელ კიდემდე;



- სიგანე¹² – სიგრძის პერპენდიკულარულად ერთი კიდიდან მეორე კიდემდე ყველაზე ფართე ბონაში;

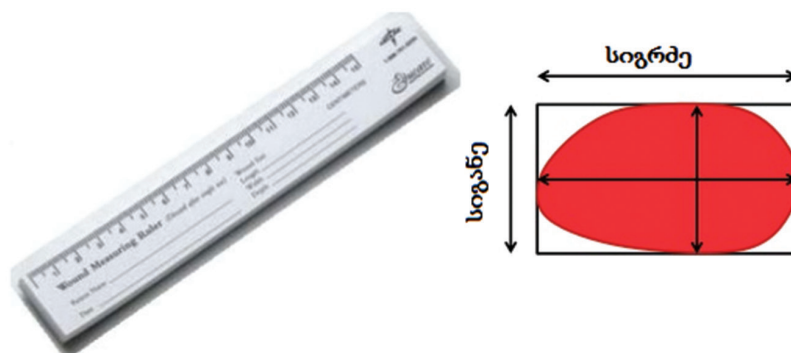
¹⁰ <https://bit.ly/215fvTW>
¹¹ <https://bit.ly/3a4Q13I>
¹² <https://bit.ly/397ATDD>



- სიღრმე – სიღრმე იზომება ჭრილობაში ყველაზე ღრმა ნაწილში.

პროცედურა:

- ◇ შეამოწმეთ პაციენტის მდგომარეობა და ტკივილის დონე;
- ◇ ტკივილის შემთხვევაში და ექიმთან შეთანხმების შემდგომ მიეცით პაციენტს ტკივილგამაყუჩებელი;
- ◇ შეამოწმეთ პაციენტის ალერგიული სტატუსი;
- ◇ შესახვევი მასალა შეარჩიეთ ჭრილობის ტიპის მიხედვით. საჭიროების შემთხვევაში გაიარეთ კონსულტაცია ექიმთან;
- ◇ შეინარჩუნეთ პაციენტის პრივატულობა;
- ◇ აუხსენით პროცედურის მიზანი და არსი;
- ◇ დაიბანეთ ხელი ჰიგიენურად (იხ. ხელის დაბანის წესი);
- ◇ ჩაიცვით არასტერილური ხელთათმანი;
- ◇ მოხსენით პაციენტს სახვევი;
- ◇ შეაფასეთ ჭრილობა და დაადგინეთ ნაწოლისგანვითარების სტადია;
- ◇ გაზომეთ ჭრილობის ზედაპირი = სიგრძე X სიგანეზე – მნიშვნელოვანია 1 და 2 სტადიის ნაწოლისთვის;



- ◇ გაზომვა მოახდინეთ სტერილური ბამბიანი წკირით, მონიშნეთ კიდეები და შემდგომ დაადარეთ არასტერილურ სახაზავს;
- ◇ გაზომეთ ჭრილობის სიღრმე, ამ მონაცემებით შესაძლებელია გაიზომოს ჭრილობის მოცულობა – მნიშვნელოვანია 3 და 4 სტადიის ნაწოლისთვის;
- ◇ ჭრილობის მოცულობის გაზომვის ფორმულა:
- ◇ ჭრილობის მოცულობა = 2 (სიგრძე x სიღრმეზე) + 2 (სიგანე x სიღრმეზე) + (სიგრძეს + სიღრმე);

- გაზომვით ჭრილობის კიდეების სიღრმე, შეაცურეთ სტერილური ბამბიანი წკირი ჭრილობის კიდის ქვეშ. ამ მეთოდით დგინდება სუბკუტანური და კუნთის მასის დაკარგვა, რაც მიანიშნებს პროგრესირებად ქსოვილოვან ნეკროზზე;
- მონაცემების დაფიქსირება უნდა მოხდეს დოკუმენტაციაში;

ჩანაწერით დააფიქსირეთ ჭრილობიდან გამონადენის კონსისტენცია, ფერი და სუნი. თუ ნიშნები ვითარებისთვის შეუსაბამოა, მოითხოვეთ კონსულტაცია. ჩირქოვანი, მოდრენირე (დიდი რაოდენობით გამონაჟონის მქონე) ჭრილობები ხშირადაა გამოწვეული *Staphylococcus* და *Pseudomonas* ინფექციით.

ჯანმრთელ ადამიანებში ჭრილობის შეხორცება ნორმალური, პროგნოზირებადი სინქარით ხდება. შეაფასეთ იმ ფაქტორების არსებობა, რომელიც, შესაძლოა, აფერხებდეს შეხორცებას და ხელს უწყობდეს ქრონიკული შეხორცებელი ჭრილობების ჩამოყალიბებას (იხ. ცხრილი 10.12).

ქრონიკული ჭრილობები ისეთი ჭრილობებია, რომელიც შეხორცებისთვის საჭირო ნორმალურ დროში (დაახლოებით 3 თვე) არ ხორცდება. თუ ჭრილობა არ ხორცდება დროის ადეკვატურ პერიოდში, შეაფასეთ შეხორცების შემაფერხებელი ფაქტორების არსებობა. როცა შეხორცების პერიოდში უვლით პაციენტს, მნიშვნელოვანია მუდმივად შეაფასოთ შეხორცებასთან დაკავშირებული გართულებები (მაგ., ინფექცია) (იხ. ცხრილი 10.11).

ცხრილი 10.12 ჭრილობის შეხორცების შემაფერხებელი ფაქტორები	
ფაქტორი	გავლენა ჭრილობის შეხორცებაზე
კვებითი/ნუტრიციული დეფიციტები	
C ვიტამინი	აფერხებს კოლაგენის ბოჭკოების წარმოქმნას და კაპილარების ჩამოყალიბებას
ცილა	მცირდება ქსოვილის აღდგენისთვის საჭირო ამინომჟავების მიწოდება
თუთია	აფერხებს ეპითელიალიზაციას
სისხლის არასაკმარისი მიწოდება	ამცირებს დაზიანების უბანში საკვები ნივთიერებების მიწოდებას, აფერხებს ექსუდაციური ნარჩენებისგან გასუფთავებას და თრგუნავს ანთებით რეაქციას
კორტიკოსტეროიდული ნამლები	აფერხებს ლეიკოციტების მიერ ფაგოციტოზს, თრგუნავს ფიბრობლასტების პროლიფერაციასა და ფუნქციას და გრანულაციური ქსოვილის წარმოქმნას, თრგუნავს ჭრილობის შეკუმშვას/კონტრაქციას
ინფექცია	აძლიერებს ანთებით პასუხს და ქსოვილის დესტრუქციას
თამბაქოს მოხმარება	ნიკოტინი ძლიერი ვაზოკონსტრიქტორია და ხელს უშლის შეხორცების უბანში სისხლის მიწოდებას
ჭრილობის მექანიკური დატვირთვა	ანადგურებს გრანულაციურ ქსოვილს, ხელს უშლის ჭრილობის კიდეებისერთმანეთთან დაახლოებას
ხანდაზმულობა	ამცირდება ფიბრობლასტების მიერ კოლაგენის წარმოქმნას, ფერხდება ცირკულაცია, კანის ეპითელიალიზაციას მეტი დრო ჭირდება, იცვლება ფაგოციტური და იმუნური რეაქცია

სიმსუქნე	ამცირებს ცხიმოვან ქსოვილში სისხლის მიწოდებას
შაქრიანი დიაბეტი	ამცირებს კოლაგენის წარმოქმნას, აფერხებს კაპილარების ზრდის ადრულ ეტაპებს, აფერხებს ფაგოციტოზს (ჰიპერგლიკემიის შედეგად), სისხლძარღვების დაავადების მეორეულად ამცირებს ჟანგბადისა და საკვები ნივთიერებების მიწოდებას
ზოგადად ჯანმრთელობის ცუდი მდგომარეობა	ჭრილობის შეხორცებისთვის აუცილებელი ფაქტორების ზოგადი დეფიციტი
ანემია	ამცირებს ქსოვილურ დონეზე მიწოდებული ჟანგბადის რაოდენობას

იმპლემენტაცია

ჭრილობის მენეჯმენტის ტიპი და სახვევების არჩევანი დამოკიდებულია ჭრილობის ტიპზე, ფართობზე, მახასიათებლებსა და შეხორცების ფაზაზე. ჭრილობის მკურნალობის მიზნებია: (1) ჭრილობის გასუფთავება, რათა მას ჩამოშორდეს ჭუჭყი, ნარჩენები, (2) ინფექციის მკურნალობა, რათა ჭრილობა შეხორცებისთვის მომზადდეს და (3) სუფთა ჭრილობის ტრავმისგან დაცვა ნორმალური შეხორცებისთვის.

კანის ზედაპირული დაზიანებებისთვის ხშირად მხოლოდ ჭრილობის დასუფთავებაა საკმარისი. ჭრილობების დახურვისთვის გამოიყენება ადჰეზიური პლასტირი (მაგ., Steri-Strips), ნაკერები ან ქსოვილური ადჰეზიური საშუალებები (ფიბრინის პლასტირი). ადჰეზიური პლასტირი ზოგიერთ შემთხვევაში ანაცვლებს ნაკერებს, რადგან ის ამცირებს დანაწილებას და უფრო მარტივი მოსავლეელია. ნაკერები ჭრილობის დასახურად გამოიყენება იმითომ, რომ გასაკერი მატერია მექანიკურად მოქმედებს ჭრილობის მთლიანობის შენარჩუნებისთვის. ხელმისაწვდომია ბევრი სხვადასხვა მატერიის ნაკერი. ქსოვილური ადჰეზიური საშუალებები კი ბიოლოგიური პლასტირით მუშაობს. ისინი შესაძლებელია გამოვიყენოთ ცალკე ან ნაკერებთან ან პლასტირებთან ერთად.

თუ ჭრილობა დაზიანებულია, აუცილებელია მისი სუფთა ჭრილობად გარდაქმნა, რათა შეხორცების პროცესი ნორმალურად წარიმართოს. თუ ჭრილობა რამდენიმე ფრაგმენტით ან მკვდარი ქსოვილითაა წარმოდგენილი, საჭირო ხდება მისი გასუფთავება მათი ჩამოშორების გზით. თუ ანთების წყარო შინაგანი ორგანოა (მაგ., ჭია ნაწლავი, გამსკდარი ელენთა), არჩევს მკურნალობა ამ ორგანოს ქირურგიული ამოკვეთაა.

ჭრილობები, რომელიც პირველადი შეხორცებით იხურება, ხშირად მშრალი, სტერილური სახვევით იფარება. სახვევები იხსნება გამონადენის შეწყვეტისას, დაახლოებით 2-3 დღის შემდეგ. სუფთა განაკვეთის ან დაზიანებისთვის სახვევის სახით შესაძლოა გამოვიყენოთ წამლის შემცველი შესასხმელი საშუალება, რომელიც კანის ზედაპირზე გამჭვირვალე ფენას ქმნის. ასევე ხშირად გამოიყენება გამჭვირვალე სახვევები. ზოგჯერ ქირურგი ქირურგიულ ჭრილობას სახვევის გარეშე დატოვებს.

ზოგიერთ შემთხვევაში ხდება ჭრილობის დრენირება სპეციალური სადრენაჟო მილით, რაც სითხისგან დაცლას უწყობს ხელს. ჯექსონ-პრეტის დრენაჟი ამომქანი სადრენაჟო მონაცობილობაა, რომელიც შიდა პლასტიკურ სადრენაჟო მილთან დაკავშირებული მოქნილი პლასტიკური რეზერვუარისგან შედგება (იხ. სურათი 10.8).

სურათი 10.8¹³



ჭრილობის მოვლისას ტოპიკური ანტიმიკრობული და ბაქტერიციდული საშუალებები (მაგ., პოვიდონ-იოდი), წყალბადის ზეჟანგი [H₂O₂] და ქლორჰექსიდინისიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული, რადგან მათ შესაძლოა დააზიანონ შეხორცებისას ახლად-წარმოქმნილი ეპითელიუმი და შეაფერხონ შეხორცება. მაშასადამე, ისინი არასდროს უნდა გამოიყენოთ სუფთა, გრანულაციური ჭრილობების მკურნალობისას.

წითელი, ყვითელი და შავი ჭრილობები

ისეთი ჭრილობების მართვა, რომელიც მორეულად ხორცდება დამოკიდებულია დაზიანების მიზეზსა და ჭრილობაში არსებული ქსოვილის ტიპზე. ჭრილობის მოვლის წითელი-ყვითელი-შავი კონცეფცია, რომელიც წარმოდგენილია 10.10 ცხრილში, ითვალისწინებს ჭრილობის სახვევის არჩევას ჭრილობის ქსოვილის ფერის მიხედვით. ჭრილობის სახვევების სახეების მაგალითები მოცემულია 10.13 ცხრილში.

ცხრილი 10.13 ჭრილობის სახვევების სახეები		
ტიპი	აღწერა	გამოყენება
მარლა და არანაქსოვი/შეკერილი მატერია	განაპირობებს ექსუდატის შეწოვას. ხელს უწყობს გასუფთავებას თუ ნოტიოა.	ჭრილობის ზედაპირის სინოტივის შენარჩუნება. სხვადასხვა ტიპის ჭრილობების გასუფთავება, ტამპონირება და დაფარვა.
არა-ადჰეზიური სახვევები	შეკერილი ან შეუკერავი სახვევები. შესაძლოა გაჟღენთილი იყოს ფიბილოგიური ხსნარით, ვაზელინით ან ანტიმიკრობული საშუალებებით. მინიმალურად შეწოვადი.	მცირე ჭრილობებისთვის ან მეორე სახვევად.
ნაწილობრივგანვლადი გამჭვირვალე სახვევები	პოლიურეთანის ნაწილობრივგანვლადი მემბრანა აკრილის წებოთი. გამჭვირვალეობა იძლევა ჭრილობის ვიზუალიზაციის საშუალებას. მინიმალურად შეწოვადი.	მშრალი, არაინფიცირებული ჭრილობები ან მინიმალური გამონადენის მქონე ჭრილობები.

¹³ <https://bit.ly/2wPQ8CZ>

ჰიდროკოლოიდები	ჟელატინი, პექტინი ან კარბოქსიმეთილცელულოზა, რომელიც დაკავშირებულია სახვევთან ან ფირფიტასთან. წარმოქმნის ბრტყელ ოკლუზიურ სახვევს, რომელიც ჭრილობის ზედაპირზე გელის სახით განლაგდება. ოკლუზია ჭრილობის შეხორცებას ხელს არ უშლის. ხელს უწყობს გასუფთავებასა და იცავს მეორეული ინფექციებისგან.	ჭრილობები საშუალო რაოდენობის ან ჭარბი გამონადენით.
ქაფი/ღრუბელი	პოლიურეთანის ან სილიკონის საფენები ან სხვა ფორმის მატერია. აქვს დიდი რაოდენობით ექსუდატის შეკავების უნარი. ზოგიერთს აქვს ნებოვანი სამაგრი; დანარჩენებს ბინტის შემოხვევა სჭირდება.	ჭრილობები საშუალო რაოდენობის ან ჭარბი გამონადენით. ხშირად გამოიყენება ახალ ჭრილობებზე.
ჰიდროგელები	ხელმისაწვდომია გელების, გელით დაფარული მარლის ან საფენების სახით. ანოტივებს მშრალ ჭრილობებს და ინარჩუნებს ნოტიო გარემოს. აქვს ჭრილობის ქსოვილის რეჰიდრაციის უნარი, ამიტომ ხელს უწყობს ჭრილობის გასუფთავებასაც. საჭიროებს მეორეულ სახვევს.	ჭრილობებზე მინიმალური გამონადენით. ნეკროზულ ჭრილობებზე.
ალგინატები	მიღებულია წყალმცენარეებისგან. მოდრენირე ჭრილობასთან კონტაქტისას წარმოქმნის არანებოვან გელს. მოსახერხებელია მისი გამოყენება უსწორმასწორო ზედაპირის ჭრილობებისთვის. ძირითადად საჭიროებს მეორეულ სახვევს.	საშუალო ან ჭარბი რაოდენობის ექსუდატის ჭრილობებზე (მაგ., ნაწოლები, ინფიცირებული ჭრილობები).
ანტიმიკრობულები	ჭრილობის სახვევი, რომელიც შეიცავს ანტიბაქტერიული თვისებების მქონე საშუალებებს, მაგალითად, ვერცხლსა და იოდინს და პოლიჰექსამეტილენ ბიგუანიდს (PHMB). ბაქტერია მეტალების მიმართ რეზისტენტობას ვერ იმუშავებს. ხელმისაწვდომია ღრუბლების, გაჟღენთილი შეკერილი ბინტების, ფირის სახვევების, შენოვადი პროდუქტების, ნეილონის ნაჭრების, არა ადჰეზიური ბარიერების ან კომბინირებული მატერიის სახით.	ნაწილობრივი და სრული სისქის ჭრილობებზე, ქირურგიული განაკვეთების ზემოდან ან ტრაქეოსტომის გარშემო.

წითელი ჭრილობები

წითელი ჭრილობების მკურნალობის მიზანი ჭრილობის დაცვა და ფაქიზი დასუფთავებაა (საჭიროებისამებრ). სუფთა, გრანულაციისა და რე-ეპითელიალიზაციის ფაზაში, ბუნებრივ შეხორცებადღე ჭრილობა ოდნავ ნოტიო უნდა იყოს და დაცული იყოს შემდგომი ტრავმისგან. არ მისცეთ ჭრილობას გამოშრობის საშუალება. გამოშრობა/სიმშრალე ჭრილობის შეხორცების შემაფერხებელი ფაქტორია. ჭრილობის „განიავება“ დიდი შეცდომაა. შეხორცებისთვის ჭრილობებს ნოტიო გარემო სჭირდებათ.

ეპითელიალიზაციის ხელის შეწყობისთვის საუკეთესოა ისეთი სახვევი, რომელიც ჭრილობის ზედაპირის სისუფთავესა და სინოტივს ინარჩუნებს. გამჭვირვალე სახვევი ან ადჰეზიური ნახევრადგამტარი სახვევები ოკლუზიური სახვევებია, რომელშიც ჟანგბადი აღწევს. ძირითადად, ამის შემდეგ ჭრილობა სტერილური სახვევით იფარება. სახვევის გამოცვლისას არასაჭირო მანიპულირებამ, შესაძლოა, ახალი გრანულაციური ქსოვილის განადგურება და ფიბრინის წარმონაქმნის დაშლა გამოიწვიოს.

ყვითელი ჭრილობები

ყვითელი ჭრილობებისთვის გამოიყენება შემწოვი სახვევი, რომელიც იწოვს ექსუდატს და ასუფთავებს ჭრილობის ზედაპირს. შემწოვი სახვევები ჭრილობის ზედაპირიდან ჭარბი გამონადენის შეწოვის გზით მუშაობს. სახვევის გამოცვლის სიხშირე დამოკიდებულია ჭრილობიდან გამონადენის რაოდენობაზე.

ყვითელი ჭრილობების სამკურნალოდ ასევე გამოიყენება ჰიდროკოლოიდური სახვევები. ამ სახვევების შიგნითა ნაწილი ექსუდატთან ურთიერთქმედებს და ჭრილობის ზედაპირზე წყლისშემცველ გელს წარმოქმნის. როცა სახვევი იხსნება, გელი გამოცალკევდება და ჭრილობის ზედაპირზე რჩება. ახლადწარმოქმნილი ქსოვილის დაზიანების პრევენციისთვის ჭრილობა ფრთხილად უნდა გასუფთავდეს. ასეთი სახვევები ჭრილობაზე რჩება 7 დღის განმავლობაში ან სანამ სახვევიდან გამონადენი გამოჟონავს.

შავი ჭრილობები

საჭიროა მკვდარი ქერქის ქსოვილის სასწრაფო ჩამოშორება. თუ რომელი მეთოდი იქნება ამისთვის გამოყენებული, დამოკიდებულია ნარჩენების რაოდენობასა და ჭრილობის ქსოვილის მდგომარეობაზე (იხ. ცხრილი 10.14).

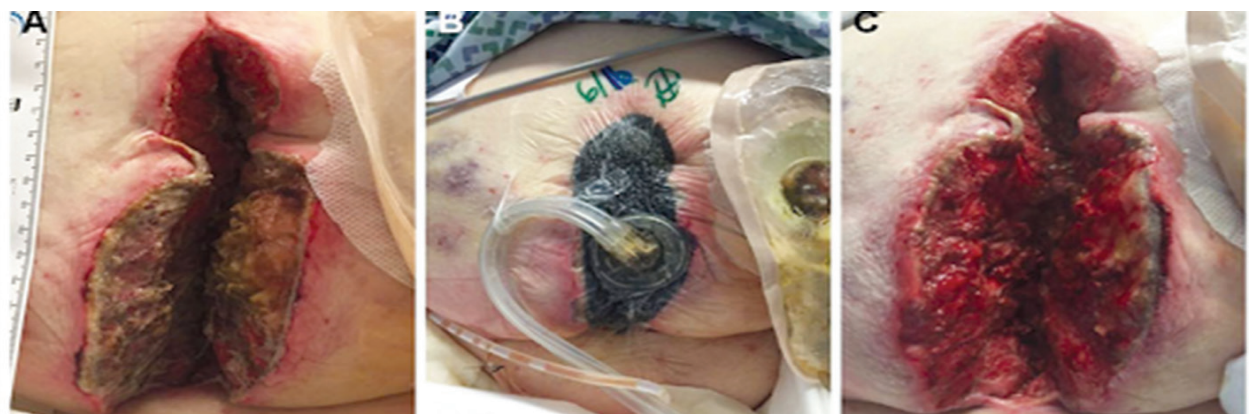
ცხრილი 10.14 ჭრილობის გასუფთავებისა/განმენდის (და მკვდარი ქსოვილის მოშორების) სახეები	
ტიპი	აღწერა
ქირურგიული გასუფთავება	<ul style="list-style-type: none"> • გასუფთავების სწრაფი მეთოდი ინფექციის პრევენციის, კონტროლის ან მოცილებისთვის; • მიმართავენ დიდი რაოდენობით მკვდარი ქსოვილის არსებობისას; • ამზადებს ჭრილობას შეხორცების, კანის გადანერგვის ან დაფარვისთვის;

მექანიკური გასუფთავება	<ul style="list-style-type: none"> • სამი მეთოდი: <ul style="list-style-type: none"> – სველი-მშრალი სახვევები – მარლა სველდება ფიზიოლოგიური ხსნარით, თავსდება ჭრილობის ზედაპირზე ან ჭრილობაში და ეძლევა გამრობის საშუალება. ჭრილობის „ნარჩენი“ სახვევს ეწებება და შემდეგ სახვევი მოიხსნება; – ჭრილობის ირიგაცია – დარწმუნდით, რომ მაღალი წნევის პირობებში ჭრილობაში შემთხვევით ბაქტერიები არ ხვდება; – ჭრილობისთვის ჰიდროთერაპია – არ უნდა გამოიყენოთ სუფთა, გრანულაციის ფაზის ჭრილობისთვის. არასელექციური და ასევე ჩამოაშორებს ჯანსაღ ქსოვილსაც;
აუტოლიზური გასუფთავება	<ul style="list-style-type: none"> • აუტოლიზის გზით ნეკროზული ქერქის დარბილებისთვის გამოიყენება ნაწილობრივოკლუზიური ან ოკლუზიური სახვევები; • ასეთი სახვევების გამოყენებისას შეაფასეთ ჭრილობის ირგვლივ მაცერაციების არსებობა; • ახასიათებს უსიამოვნო სუნი;
ფერმენტული გასუფთავება	<ul style="list-style-type: none"> • ნეკროზული ქსოვილის დაშლის მიზნით წამლის ტოპიკური აპლიკაცია და ნოტიო სახვევით დაფარვა (მაგ., ფიზიოლოგიური ხსნარით დანოტივებული მარლა); • ამ წამლების მაგალითებია კოლაგენაზა და პაპაინი და შარდოვანა; • პროცესი შეიძლება ნელა წარიმართოს; შესაძლოა საჭირო გახდეს სქელი ქერქის სკალპელით მოჭრა.

ჭრილობის უარყოფითი წნევით მკურნალობა

ჭრილობის უარყოფითი წნევით მკურნალობა (ვაკუუმის დახმარებით ჭრილობის დახურვა) მკურნალობის სახეა, რომელიც გამონადენისგან გასაწმენდად და ჭრილობის შეხორცების დაჩქარების მიზნით ამოქაჩვის ტექნიკას იყენებს. ასეთი თერაპიისას, ჭრილობა სუფთავდება და მასზე შესაბამისი ზომის მარლა ან ღრუბლისებრი სახვევი თავსდება. შემდეგ მარლა დიდი ზომის ოკლუზიური სახვევი და მარლა ან ღრუბლისებრი სახვევის თავზე კეთდება პატარა ხვრელი, რომელსაც მილი უმაგრდება (იხ. სურათი 10.9). მილი უკავშირდება საქანს, რომელიც ჭრილობის ზედაპირზე უარყოფით წნევას ქმნის.

სურათი 10.9¹⁴



¹⁴ <https://bit.ly/2wV3Wwc>

მართალია, უცნობია ზუსტი მექანიზმი, რომელიც ამ დროს შეხორცებას უწყობს ხელს, მაგრამ არსებობს ჰიპოთეზა, რომ ამ ტიპის მკურნალობა ქაჩავს ჭრილობიდან ჭარბ სითხეს, ამცირებს ბაქტერიების რაოდენობას და ხელს უწყობს ჭრილობის ფსკერისკენ სისხლის მიდინებას. ამონშეთ პაციენტის შრატის ცილების დონე და სითხისა და ელექტროლიტების ბალანსი, რადგან ჭრილობიდან მათი კარგვა ხდება. ამასთან, ამონშეთ პაციენტის კოაგულაციური პროფილი (თრომბოციტების რაოდენობა, პროთრომბინის დრო [PT], პარციალური თრომბოპლასტინის დრო [PTT]).

ჰიპერბარული ჟანგბადით მკურნალობა

ჰიპერბარული ჟანგბადით მკურნალობა გულისხმობს ჟანგბადის მიწოდებას გაზრდილი ატმოსფერული წნევის პირობებში. მისი მიწოდება ხდება სისტემურად, – პაციენტი მოთავსებულია დახურულ ოთახში, რომელშიც ატმოსფერულზე 1,5-3-ჯერ მაღალი წნევით მიეწოდება 100% ჟანგბადი. ჰიპერბარული ჟანგბადით მკურნალობა იძლევა საშუალებას, რომ ჟანგბადის დიფუზია ერთროციტების მაგივრად შრატში მოხვდეს და მისით მიაღწიოს ქსოვილებამდე. შრატში ჟანგბადის შემცველობის ზრდის გამო, ჰიპერბარული ჟანგბადის თერაპია ხელს უწყობს ჟანგბადის მოძრაობას შევიწროებულ არტერიებსა და კაპილარებში, რომლებშიც ერთროციტები ვერ ხვდება.

ამასთან ერთად, ჟანგბადის გაზრდილი რაოდენობა ანგიოგენებს (ახალი სისხლძარღვების წარმოქმნას) ასტიმულირებს, კლავს ანაერობულ ბაქტერიებს და აძლიერებს ლეიკოციტების და ზოგიერთ ანტიბიოტიკის (მაგ., ფტორქინოლონების, ამინოგლიკოზიდების) მიკროორგანიზმების განადგურების უნარს. ჰიპერბარული ჟანგბადით თერაპია აჩქარებს გრანულაციური ქსოვილის წარმოქმნას და ჭრილობის შეხორცებას.

ალტერნატიული მიდგომა გულისხმობს ჰიპერბარული ჟანგბადის მიწოდებას ტოპიკურად, დაზიანებული კიდეურის გარშემო ჰიპერბარული „ოთახის“ შექმნის გზით. სისტემური მკურნალობის უმეტესობა 90-120 წუთს გრძელდება და ისინი 10-60-ჯერ უნდა ჩატარდეს სამკურნალო მდგომარეობის მიხედვით. ტოპიკური მკურნალობის ხანგრძლივობა შესაძლებელია დღეში 2-ჯერ 20 წუთით შემოიფარგლებოდეს ან ყოველდღიურად 4-6 საათს იკავებდეს. მკურნალობის ჩატარების ჯერადობა განსხვავებულია.

მედიკამენტოზური მკურნალობა

თრომბოციტებისგან გამოთავისუფლდება თრომბოციტების მიერ გამოყოფილი ზრდის ფაქტორი, რომელიც უჭრედების პროლიფერაციასა და მიგრაციას ასტიმულირებს. ბეკაპლერმინი რეკომბინანტული, ადამიანის თრომბოციტების მიერ გამოყოფილი ზრდის ფაქტორის გელია, რომელიც აქტიურად ასტიმულირებს ჭრილობის შეხორცებას. ეს პროდუქტი მხოლოდ მაშინ უნდა გამოიყენოთ, როცა ჭრილობა არ შეიცავს მკვდარ ქსოვილს და არ არის ინფიცირებული. თუ არსებობს ჭრილობაში კიბოს არსებობაზე ეჭვი, მისი გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი.

ნუტრიციული თერაპია

სპეციალური ნუტრიციული ზომების გატარება ხელს უწყობს ჭრილობის შეხორცებას. ოფლითა და ექსუდატის წარმოქმნით დაკარგული სითხე უნდა ჩანაცვლდეს სითხის დიდი რაოდენობის მიღებით. გაძლიერებული მეტაბოლიზმი ხელს უწყობს წყლის დაკარგვას. ჭრილობის შეხორცების გართულების რისკის ქვეშ იმყოფებიან მალაბსორბ-

ციის (მაგ., კრონის დაავადება, გასტროინტესტინალური ქირურგია, ღვიძლის დაავადება), დეფიციტური კვების ან ენერგიაზე გაზრდილი მოთხოვნის (მაგ., კიბო, დიდი ტრავმა ან ქირურგიული ჩარევა, სეფსისი, ცხელება) და დიაბეტის მქონე ადამიანები.

ადამიანებში, რომლებიც არასაკმარისად იკვებებიან საჭირო ნივთიერებებით, შეხორცება ცუდად მიმდინარეობს. შეხორცების ჯანსაღი წარმართვისთვის საჭიროა ცილით, ნახშირწყლებითა და ვიტამინებით მდიდარი და საშუალო რაოდენობით ცხიმის შემცველი კვების რაციონი. ცილა აუცილებელია მეტაბოლიზმის გაძლიერებით გამოწვეული აზოტის უარყოფითი წონასწორობის კორექციისთვის. ცილა ასევე აუცილებელია იმუნური ფაქტორების, ლეიკოციტების, ფიბრობლასტებისა და კოლაგენის სინთეზისთვის, რომელიც შეხორცების საშენი მასალაა. ანთებისა და შეხორცების პირობებში იზრდება მოთხოვნა მეტაბოლურ ენერგიაზე, ნახშირწყლები სწორედ ამისთვისაა საჭირო. თუ ორგანიზმში ნახშირწყლების დეფიციტია, ორგანიზმი ენერგიის მოთხოვნის დასაკმაყოფილებლად ცილის დაშლას იწყებს. აუცილებელია რაციონში ცხიმის ჩართვაც, რადგან ის ხელს უწყობს უჯრედის მემბრანებში შემავალი ცხიმოვანი მჟავებისა და ტრიგლიცერიდების სინთეზს.

C ვიტამინი კაპილარებისა და ფიბრობლასტების მიერ კოლაგენის წარმოქმნისთვის არის საჭირო. B-კომპლექსის ვიტამინები მრავალი მეტაბოლური რეაქციის აუცილებელი კოფერმენტებია. თუ ვითარდება B ჯგუფის ვიტამინების დეფიციტი, ირღვევა ცილის, ცხიმისა და ნახშირწყლების მეტაბოლიზმი. შეხორცებისთვის ასევე საჭიროა A ვიტამინი, რადგან ის ეპითელიალიზაციის პროცესს ეხმარება. ის აძლიერებს კოლაგენის სინთეზს და ჭრილობის დაჭიმვის ძალას.

თუ პაციენტს თავისით კვება არ შეუძლია, მაგრამ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი ფუნქციონირებს, თავდაპირველად რეკომენდირებულია ენტერალური კვების და დანამატების მიწოდება. თუ ენტერალური კვება უკუნაჩვენებია ან ვერ ხორციელდება, ნაჩვენებია პარენტერალური ნუტრიცია.

ინფექციის პრევენცია და კონტროლი

თქვენ და პაციენტმაც სკრუპულოზურად უნდა დაიცვათ ასეპტიკური პროცედურები, რათა ჭრილობა არ დაინფიცირდეს. არ მისცეთ პაციენტს ნება, შეეხოთ დაზიანების უბანს. პაციენტის ოთახი ან გარემო მაქსიმალურად უნდა დაიცვათ პალატაში მყოფი სხვა პაციენტების ან მნახველების ნივთებისგან გამოწვეული დაბინძურებისგან. ზოგიერთ პაციენტში პროფილაქტიკის მიზნით ინიშნება ანტიბიოტიკები.

თუ ინფექცია განვითარდა, ორგანიზმისა და ამ ორგანიზმის წინააღმდეგ ყველაზე ეფექტური ანტიბიოტიკის განსაზღვრისთვის უნდა გაკეთდეს კულტურა და მგრძობელობის ტესტი. კულტურისთვის ნიმუში უნდა აიღოთ მანამ, სანამ პაციენტი ანტიბიოტიკის პირველ დოზას მიიღებს. კულტურა უნდა აიღოთ ნემსით ასპირაციის, ქსოვილის კულტურის ან ნაცხის ტექნიკით. ნემსით და ქსოვილის ბიოფსია ექიმმა უნდა ჩაატაროს. როგორც ექთანს, თქვენ შეგიძლიათ ნაცხის ტექნიკით ნიმუშის აღება.

ჭრილობიდან რამდენიმე ნაცხის აღება ხდება (1) ჭრილობის ექსუდატის, (2) Z-ტექნიკისა და (3) ლევინის ტექნიკის გამოყენებით. პირველი ტექნიკა გულისხმობს ჭრილობის გასუფთავებამდე, ჭრილობის ხილული ექსუდატის ნიმუშის შეგროვებას. Z-ტექნიკა მოიცავს ნიმუშის აღებას განმედილი ჭრილობის ზედაპირზე ნაცხის ასაღების როტაციით 10 ერთეულიანი Z ბილიკის პრინციპით. ლევინის ტექნიკა გულისხმობს

ჭრილობის ცენტრთან ახლოს განშენილი 1სმ²-ის ფართობის უბნიდან ნიმუშის აღებას კულტურის ასაღებით, რის დროსაც ხდება ქსოვილის ღრმა შრეებიდან სითხის ექსტრაქციისთვის საკმარისი წნევით დაწოლა. საბოლოოდ, ჭრილობის ცენტრიდან სტერილური ტექნიკის გამოყენებით ხდება ცოცხალი ქსოვილის ნიმუშის აღება. ნიმუშების შეგროვებისას, არ აიღოთ ნიმუში ექსუდატიდან ან ნეკროზული ქერქიდან და არ გამოიყენოთ ბამბის დაბოლოების მქონე ნაცხის ასაღებები.

ფსიქოლოგიური ფაქტორები

პაციენტი, დანაწიბურებისა და დეფორმაციის, დამახინჯების შიშის გამო, შესაძლოა, დისკომფორტს განიცდიდეს განაკვეთის ან ჭრილობის დანახვისას და მათზე გაფიქრებისასაც კი. განსაკუთრებულ მღელვარებას ჭრილობიდან გამონადენი და სუნი იწვევს. პაციენტს უნდა ესმოდეს შეხორცების ნორმალური პროცესის მიმდინარეობა და ის ნორმალური ცვლილებები, რომელიც მას ახლავს თან. სახვევის გამოცვლისას, თავი შეიკავეთ სახის სპეციფიკური, შეუსაბამო გამომეტყველების მიღებისგან, რადგან მათ შესაძლოა პაციენტს ჭრილობის გართულებაზე ან თქვენს კომპეტენციაზე ეჭვი გაუჩინოს. ცხვირის დანაოჭების მიმიკამ, შესაძლოა, პაციენტს აფიქრებინოს, რომ ზიზღს განიცდიოთ. ეცადეთ, არ ფოკუსირდეთ ჭრილობაზე იმდენად, რომ პაციენტის, როგორც ადამიანის მკურნალობა მხედველობიდან გამოგრჩეთ.

პაციენტის სწავლება, განათლება

რადგანაც დღეისთვის ქირურგიული ჩარევის შემდეგ პაციენტები ადრე ეწერებიან და ბევრს ქირურგიული ჩარევა ამბულატორიულად უტარდება, მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა, მისმა ოჯახმა ან/და ორივემ იცოდეს ჭრილობის მოვლისა და სახვევების გამოცვლის წესები. ჭრილობის შეხორცებას შესაძლოა 4-6 კვირა ან მეტი დასჭირდეს. ამ პერიოდში აუცილებელია ადეკვატური კვებითი და მოსვენების რეჟიმის შენარჩუნება. ფიზიკური და ემოციური სტრესი მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი. მნიშვნელოვანია ჭრილობის გართულებებზე, მაგალითად, კონტრაქტურებზე, შეხორცებებსა და მეორეულ ინფექციაზე დაკვირვება. პაციენტმა უნდა იცოდეს ინფექციის ადრეული სიმპტომები და ნიშნები. პაციენტმა უნდა მიაქციოს ყურადღება ჭრილობის ფერის და გამონადენის რაოდენობის ცვლილებებს. ასწავლეთ პაციენტს, რომ ჭრილობის შეხორცების დარღვევების ნიშნების გამოჩენის შემთხვევაში, შეატყობინოს მათ შესახებ სამედიცინო პერსონალს.

მწვავე ინფექციისგან გამოჯანმრთელების შემდეგ ხშირად გარკვეული დროის მანძილზე გრძელდება წამლების მიღება. განიხილეთ პაციენტთან წამლისთვის დამახასიათებელი გვერდითი და არასასურველი მოვლენები და ამ მოვლენების პრევენციის გზები (მაგ., მიზანშეწონილია თუ არა წამლის საკვებთან ერთად მიღება). აუხსენით პაციენტს, დაუკავშირდეს სამედიცინო პერსონალს, თუ რომელიმე ამ მოვლენას შეამჩნევს. აუხსენით პაციენტს, რომ საჭიროა გარკვეული პერიოდის მანძილზე ამ წამლების მიღება. მაგალითად, პაციენტები, რომელთაც ანტიბიოტიკი 10 დღით აქვთ დანიშნული, ზოგჯერ წყვეტენ 5 დღის შემდეგ მის მიღებას, რადგან სიმპტომები მცირდება ან საერთოდ ქრება. ამის მიუხედავად, ასეთ დროს ხშირად მიკროორგანიზმი ჯერ კიდევ არ არის ბოლომდე დათრგუნული და თუ წამლის მიღება არ გაგრძელდება, ის, შესაძლოა, ანტიბიოტიკის მიმართ რეზისტენტული გახდეს.

ნაწოლები

ექილოგია და პათოფიზიოლოგია

ნაწოლი კანის ან/და მის ქვეშ მდებარე ქსოვილების ლოკალიზებული დაზიანებაა (ძირითადად, ჩონჩხის ამონეულ ნაწილების მიმდებარედ), რომელიც ყალიბდება ზეწოლის ან ზეწოლის ან/და ხახუნის კომბინაციის შედეგად.

ზოგადად, ნაწოლები მეორეული შეხორცების კატეგორიაში ხვდება. ნაწოლები ყველაზე ხშირად გავის ირგვლივ წარმოიქმნება, გავრცელებით მეორე უბანი ქუსლია. ნაწოლის წარმოქმნაზე მოქმედი ფაქტორებია: დაწოლის ხარისხი (ინტენსივობა), კანზე დაწოლის დრო (ხანგრძლივობა) და პაციენტის ქსოვილის უნარი, აიტანოს გარეგანი დაწოლა. წნევისა და დაწოლის გარდა ნაწოლის განვითარებას ხელს უწყობს ხახუნის ძალა (წნევა, რომელიც ვრცელდება კანზე, როცა ის შეხებაში მოდის ზედაპირთან და კანის ფენები სხეულის მოძრაობის მიმართულებით მოძრაობს [მაგ., პაციენტის საწოლშივე გემოთ აწევისას (ასრიალება)], ხახუნი (ორი ზედაპირის ერთმანეთზე ხახუნი) და ჭარბი სინოტივე.

ფაქტორები, რომელიც ზრდის ნაწოლების განვითარების რისკს მოცემულია 10-15 ცხრილში. რისკის ქვეშ იმყოფებიან ასაკოვანი ადამიანები, შეუკავებლობის მქონენი, მუდმივად მწოლიარე და ეტლში მჯდომი და ზურგის ტვინის დაზიანების შემდგომ პერიოდში მყოფი ადამიანები.

ცხრილი 10.15 ნაწოლების განვითარების რისკ-ფაქტორები

- ხანდაზმულობა;
- ანემია;
- კონტრაქტურები;
- შაქრიანი დიაბეტი;
- სხეულის ტემპერატურის მომატება;
- უძრაობა;
- ცირკულაციის მოშლა;
- შეუკავებლობა
- დაბალი დიასტოლური წნევა (<60 მმ.ვცხ.სვ.);
- მენტალური დარღვევა;
- ნევროლოგიური დაავადება;
- სიმსუქნე;
- ტკივილი;
- გახანგრძლივებული ქირურგიული ოპერაცია;
- სისხლძარღვების დაავადება;

პოტენციური არეები, სადაც ვითარდება ნაწოლები¹⁵:

- ყურის ნიჟარები;
- ტუჩის კუთხე, ენა – დაინტუბირებული პაციენტი;
- ინტრავენური ხაზი – დიდი ხნის განმავლობაში;
- ღრენაჟის მილები;

¹⁵ სს „ვეექსისპოსპიტლები“

- ფოლეთის კათეტერი – მცირე სასირხცო ბაგე, ბარძაყის შიდა ზედაპირი კათეტერის პირდაპირი ზენოლა;
- ექთანმა უნდა ამოიცნოს პაციენტის ის პოზიცია, რომელშიც ის ყველაზე კომფორტულად გრძნობს თავს, შესაბამისად უნდა შემოწმდეს ის არეები, რომელიც განიცდის ზენოლას ამ დროს;

წინხელი უკანახელი



P=მუცელზე დაწოლილი
 Su=ზურგზე დაწოლილი
 Si=მჯდომარე პოზიცია
 L=გვერდული პოზიცია

1. კეფა
2. ბეჭი
3. ხერხემალი
4. იდაყვი
5. თეძო
6. გავა
7. კუდუსუნი
- 8 აქილევის მყესი
9. ქუსლი
10. ფეხისგული
11. ყური
12. შხარი
13. თეძო
14. თეძო
15. ბარძაყი
16. მუხლის მედიალური ზედაპირი
17. მუხლის ლატერალური ზედაპირი
18. წვივის ლატერალური ზედაპირი
19. კოჭის მედიალური ზედაპირი
20. კოჭის ლატერალური ზედაპირი
21. ტერფის ლატერალური ზედაპირი
22. მუხლის უკანა ზედაპირი

წყარო: From Trelease CC: Ostomy/
 Wound Manage 20:46,1998

კლინიკური გამოვლინებები

ნაწოლების კლინიკური გამოვლინებები დამოკიდებულია ქსოვილის დაზიანების ხარისხზე. ნაწოლებისთვის ხარისხის ან სტადიის მინიჭება ხდება ქსოვილის დაზიანების ყველაზე ღრმა შრის მიხედვით. 10.16 ცხრილში მოცემულია ნაწოლის ხარისხები. შესაძლოა, ნაწოლის სტადიის დადგენა ვერ მოხერხდეს.

თუ ნაწოლი ინფიცირდება, პაციენტს შეიძლება გამოუვლინდეს ინფექციის ნიშნები (მაგ., ლეიკოციტოზი, ცხელება). ამასთან ერთად, ნაწოლი შეიძლება ზომაში გაიზარდოს, გაუარესდეს მისი სუნი და გაძლიერდეს გამონადენი; დანეკროზდეს; და იყოს შეშუპებული, თბილი და მტკივნეული. არანამკურნალები ნაწოლები იწვევს ცელულიტს, ქრონიკულ ინფექციას, სეფსისს და ზოგჯერ სიკვდილსაც. ნაწოლის ყველაზე ხშირი გართულება მისი ხელახალი განვითარებაა. ამიტომ, მნიშვნელოვანია შეხორცებული ნაწოლების ლოკალიზაციის ჩანიშვნა პაციენტის მოთავსების წინ თავდაპირველი შეფასებისას.

ცხრილი 10.16 ნაწილების კლასიფიკაცია

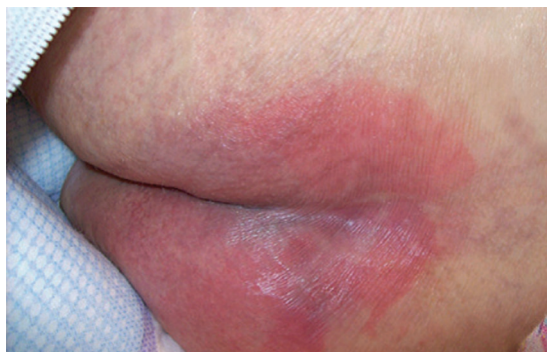
საექვო რბილი ქსოვილების დაზიანება

რბილი ქსოვილის დაზიანების ან/და ხახუნის შედეგად დაზიანებით გამოწვეული კანის ფერშეცვლილი, მთლიანობა შენახული, მენამული ან იისფერი ლოკალიზებული უბანი ან სისხლით სავსე ბუშტუკი. ადგილი შეიძლება იყოს მტკივნეული, გამაგრებული, დარბილებული, გაჭირვებული, უფრო თბილი ან უფრო ცივი ვიდრე ირგვლივ ქსოვილი.



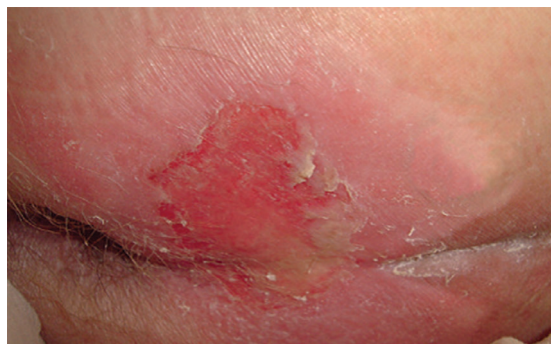
I ხარისხის

ძირითადად ამოწვეული ძვლის ზემოთ, სინთლის ისეთი უბანი, რომელიც ხელის დაჭერისას არ ფერმკრთალდება, მთლიანობა შენარჩუნებული კანის უბანი. მუქი პიგმენტაციის კანზე გათეთრება შეიძლება არ იყოს გამოხატული. ფერი შესაძლოა განსხვავდებოდეს ირგვლივ ქსოვილებისგან.



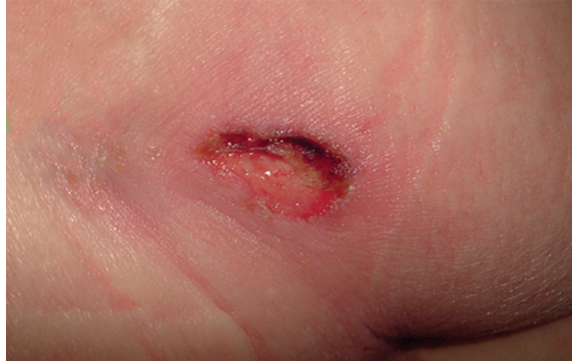
II ხარისხის

დერმისის სრული სისქის დაკარგვა, რომელიც ვლინდება არაღრმა ღია წყლულის სახით. ჭრილობის ფსკერი მონითალო-მოვარდისფროა, მკვდარი შრის გარეშე. შესაძლოა ასევე გამოვლინდეს მთლიანი ან ღია/გამსკდარი შრატით სავსე ბუშტუკის სახით.



III ხარისხის

კანის მთელ სისქეზე დაზიანება. ზოგჯერ ჩანს კანქვეშა ცხიმოვანი, მაგრამ არა – ძვალი, მყესი და კუნთი. გვხვდება ხოლმემკვდარი შრე, თუმცა ის ხელს არ უშლის ქსოვილის დაზიანების სიღრმის ვიზუალიზაციას. შესაძლებელია შეგვხვდეს ხვრელები და ნახვრეტებიც.



IV ხარისხის

კანის მთელ სისქეზე დაზიანება, რომლიდანაც ჩანს ძვალი, მყესი ან კუნთი. ჭრილობის ფსკერის ზოგიერთ ნაწილში გვხვდება მკვდარი ქსოვილი ან ნეკროზული ქერქი. ხშირად გვხვდება ხვრელები და ნახვრეტები.



ნაწოლი, რომლის კლასიფიკაცია ვერ ხერხდება

კანის მთელ სისქეზე დაზიანება და დაკარგვა, რომლის დროსაც წყლულის ფსკერი დაფარულია მკვდარი ქსოვილით (ყვითელი, ნაცრისფერი, მწვანე, მოყავისფრო) ან/და ქერქით (ღია ან მუქი ყავისფერი ან შავი).

წყლულის სიღრმისა და სტადიის ზუსტი დადგენა ვერ ხერხდება, სანამ მას არ მოშორდება მკვდარი ქსოვილი და ქერქი. ქუსლზე გაჩენილი სტაბილური (მშრალი, კარგად მიმაგრებული, მთლიანი, ერთეულის და ფლუქტუაციის გარეშე) ქერქი ბუნებრივ ბიოლოგიურ საფარს ქმნის და არ უნდა ჩამოშორდეს.

