

კლინიკური გერონტოლოგია

რიდერი

მომზადებულია მანანა ლაცაბიძის მიერ

კლინიკური გერონტოლოგია

მანანა ლაცაბიძე

თავი 1-2

1. გერონტოლოგიის განმარტება

გერონტოლოგია ხანდაზმულობისა და ასაკობრივი თავისებურებების შემსწავლელი მრავალდარგობრივი მეცნიერებაა. საუკუნეების მანძილზე დაბერების პროცესებისადმი მზარდმა ინტერესმა წარმოშვა მეცნიერების ეს დარგი. ტერმინი „გერონტოლოგია „ ბერძნული წაბოშობისაა. გერონტოს -მოხუცი კაცი, ლოგოს- სწავლება, მეცნიერება.

ჯერ კიდევ ანტიკური პერიოდის ისტორიულ წყაროებში მოიპოვება მონაცემები ხანდაზმულობის საკითხებთან დაკავშირებით. მათ შორის საქართველოში, შორეული ისტორიული ფესვები აქვს ადმიანთა დაინტერესებას დაბერების პროცესებით, სიბერის გადაწევის, გაახალგაზრდავების პრომლეებით, გერიატრიული საშუალებების დამზადებით. მეფე აიეტის ქალიშვილი, კოლხი მედეა, ფლობდა ცოდნას, მცენარეული საშუალებები გამოეყენებია აღნიშნული მიზნებისათვის. მედიცინის ისტორია იცნობს შუა საუკუნეების ქართულ სამედიცინო ძეგლებს:

- ⌋ „უსწორო კარაბადინი“ , მე-11 საუკუნე, სიმონ ქანანელი;
- ⌋ „წიგნი სააქიმო“, მე-12 საუკუნე, ხოჯა ყუფილი;
- ⌋ „კარაბადინი“ , მე-15 საუკუნე, ზაზა ფანასკერტელ- ციციშვილი.

ამ ნაშრომებშიც მრავლადაა მოხუცებში სხვადასხვა დაავადებების მიმდინარეობის თავისებურებები, რჩევები მათი მკურნალობისა და დაავადებების თავიდან აცილებისათვის, რეკომენდაციები სწორი კვებისათვის.

შუა საუკუნეებში ისლამურ ქვეყნებშიც რამდენიმე ექიმი გვთავაზობდა მოხუცთა მოვლის, კვების და სხვადასხვა პრობლემების (მაგ. ყაზობის, უძილობის) მოგვარების საშუალებებს (ავიცენა, 1025 წელი). არაბი ექიმი იბნ ალ ჯაზარი (898-980 წწ) აკვირდებოდა ხანდაზმულებში გულმავიწყობას, ძილის დარღვევას, სიკვდილობის მიზეზებს.

გერონტოლოგია თანამედროვე გაგებით მე-20 საუკუნის შუა პერიოდში, ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩამოყალიბდა. “დიდი დეპრესიით “ და ხანდაზმულთა მასობრივი მოძრაობით გამოწვეულმა ცვლილებებმა ოცდაათიან წლებში პირველად დაანახვა მთავრობას, თუ რა სერიოზულ სოციალურ პრობლემას წარმოადგენდა ასაკოვან ადამიანთა სოციალურ-ფსიქოლოგიური სირთულეები. 1928 წელს შეიქმნა სიბერის დაცვის ამერიკული ასოციაცია. ამერიკელმა მეცნიერმა ჯეიმს ბერენმა შეამჩნია, რომ სხვადასხვა დარგის მეცნიერები ინტერესდებოდნენ და იკვლევდნენ მოხუცთა პრობლემებს. ამან წარმოშვა გერონტოლოგია საზოგადოების ჩამოყალიბების საჭიროება, რაც მოხდა 1945 წელს. იმავე საუკუნის სამოციან წლებში მიჩიგანის უნივერსიტეტში შემუშავდა ახალი დისციპლინის - სოციალური გერონტოლოგიის პროგრამა. შემდგომში ბერენი გერონტოლოგიის პირველი აკადემიური საკვლევო ცენტრის ხელმძღვანელად დაინიშნა.

1950-1970 წლებში გერონტოლოგიის სფერო ძირითადად სოციალური და ისეთი საკითხების შესწავლით იყო დაკავებული, როგორცაა მოხუცებულთა თავშესაფრები და ჯანმრთელობაზე ზრუნვა; თუმცა, 1960 წელს ლეონარდ ჰაიფლიკის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ ბიოგერონტოლოგიის ჩამოყალიბებას მისცა ბიძგი. ამის შემდეგ ნათელი გახდა, რომ ხანდაზმულთა უბრალოდ მკურნალობა არ არის საკმარისი. საჭირო გახდა ისეთი საკითხების შესწავლა, როგორცაა დაბერების პროცესი და მისი შეჩერების შესაძლებლობები.

შესაბამისად, გერნტოლოგია ჩამოყალიბდა, როგორც მრავალდარგობრივი მეცნიერება, რომელიც სწავლობს ადამიანის დაბერების ბიოლოგიურ, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ ასპექტებს, დაბერების მიზეზებს და მასთან ბრძოლის საშუალებებს.

გერონტოლოგია მოიცავს :

-) ადამიანის ასაკიდან გამომდინარე ფიზიკური. გონებრივი და სოციალური ცვლილებები
-) უშუალოდ დაბერების შესწავლა (ბიოგერონტოლოგია)
-) ნორმალური დაბერების პროცესისა და ასაკით გამოწვეული დაავადებების შესწავლა
-) საზოგადოებაზე „დაბერებული მოსახლეობის“ ზეგავლენის შესწავლა

გერონტოლოგიის სფეროებია: ბიოლოგია, მედიცინა, საექთნო საქმე, ფსიქოლოგია, ფსიქიატრია, სოციოლოგია, სოციალური სამუშაო, ეკონომიკა. გერონტოლოგიის ამოცანაა დაბერების თავისებურებების შესწავლა, რომლებიც თავის მხრივ დაკავშირებული არიან გარემო ფაქტორების, ცხოვრების სტილის, შრომა-საქმიანობის ხასიათის, სოციალური კავშირების და ურთიერთობების გავლენასთან.

გერონტოლოგიის შემადგენელი ნაწილებია:

-) გერიატრია - ასაკთან დაკავშირებულ დაავადებათა პრევენცია და მკურნალობა. სამედიცინო, საექთნო და სტომატოლოგიური მიმართულებები.
-) გეროჰიგიენა - სფერო, რომელიც სწავლობს მაღალი ასაკობრივი ჯგუფის ადამიანთა ზოგადი და სპეციალური მოვლის საკითხებს.
-) გეროფსიქოლოგია - შეისწავლის ამ ჯგუფის ადამიანთა ფსიქოლოგიურ და ქცევით თავისებურებებს.
-) სოციალური გერონტოლოგია - შეისწავლის სოციალური და კულტურული გარემოს ზემოქმედებას ასაკზე, ამ ზემოქმედების შედეგებს, ადამიანის და გარემოს ურთიერთქმედებას. ასევე მოიცავს სომატური და ფსიქიკური დაავადებების აღწერას, რაც ძალიან ხშირია ხანდაზმულ და მოხუც ასაკში. მოიცავს დღეისათვის

ისეთ აქტუალურ პრობლემებს, როგორცაა მოსახლეობის დემოგრაფიული დაბერება, ძალადობა ოჯახში, სტრესი, დაბერების პროფილაქტიკა, სამედიცინო - სოციალური სამუშაო, ეთიკური პრობლემები, ამ ასაკის ადამიანების მოვლა.

ტერმინი „სოციალური გერონტოლოგია“ პირველად გამოიყენეს Tibbitts-მა და Clark-მა. ოფიციალურად დამკვიდრდა 1960 წელს.

სოციალური გერონტოლოგიის ყურადღების ცენტრშია:

1. ადრეული პროფესიული დაბერების მიზეზები;
2. პენსიის წინა და საპენსიო პერიოდები;
3. ხანშიშესული და მოხუცი ადამიანების შრომისუნარიანობა, პროფესიული და სოციალური აქტიობა;
4. მოხუცებულთა ადგილი და მდგომარეობა საზოგადოებაში;
5. მოხუცებულთა განცდები;
6. სოციალური პოლიტიკა ხანდაზმულებთან მიმართებაში.

2. სიცოცხლის ხანგრძლიობა და დაბერება

ასაკოვანი ადამიანები შეადგენენ პოპულაციის გაცილებით უფრო მზარდ სეგმენტს, სხვა, უფრო ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით, ამჟამად და როგორც ვარაუდობენ, მომავალ ათწლეულებშიც.

ხანშიშესული ადამიანების რაოდენობის აბსოლუტური და ფარდობითი მაჩვენებლები მსოფლიოში მკვეთრად იზრდება. რომის იმპერიაში ადამიანები საშუალოდ 22 წელი ცოცხლობდნენ. ამასთანავე, სიცოცხლის ხანგრძლიობის ზრდასთან ერთად, საზოგადოების ისტორიის სხვადასხვა პერიოდებში, მასზე წარმოდგენები იცვლებოდა. სიბერეს პითაგორა 60 წლიდან მიიჩნევდა, ჩინელი მეცნიერები - 70 დან. გერმანელი ფიზიოლოგი მ.რუბენსი 50 წელს თვლიდა ხანდაზმულობად, 70-ს კი საპატიო სიბერედ.

არის 4 მნიშვნელოვანი ფენომენი, რომლებმაც ხელი შეუწყვეს ასაკის გახანგრძლივებას: ჰიგიენა, ანტისეპტიკების გამოყენება, ანტიბიოტიკების აღმოჩენა, იმუნიზაცია.

პრაქტიკულად, ხანდაზმულად თვლიან ადამიანებს, რომლებიც გავიდნენ პენსიაზე. მაგრამ ეს საზომიც არ არის უნივერსალური, რადგან, საპენსიო ასაკი სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებულია. საშუალოდ ხანდაზმულ ასაკში გადასვლად მიჩნეულია 65 წელი. კონკრეტულად ამ დროს არ ხდება არც გაჭაღარავება, არც რამე მეცნიერული მნიშვნელობის მქონეა. გერმანიაში 1883 წელს პირველი თანამედროვე სოციალური დაზღვევის სისტემისათვის 65 წელი დადგენილი იყო, როგორც ხანდაზმულობის ასაკი. ამერიკაში, 1935 წელს მიღებული სოციალური დაზღვევის აქტი უბრალოდ იღებს გერმანულ მოდელს და 65 წელს საზღვრავს, როგორც საპენსიო ასაკს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ე.წ. „მესამე ასაკობრივი“ ჯგუფისათვის მიღებულია შემდეგი ასაკობრივი საზღვრები:

-) 60-74 წწ - ხანშიშესული
-) 75 - ის ზემოთ - მოხუცი
-) 90-ის ზემოთ - დღეგრძელი

ა.შ.შ. კლასიფიკაციით:

-) 65-74 - „ახალგაზრდა მოხუცი“
-) 75-84 - მოხუცი
-) 85-ის ზემოთ - „მოხუცი მოხუცი“

დაბერება შეიძლება სხვადასხვა სახით წარიმართოს:

-) ბუნებრივი (ფიზიოლოგიური, ნორმალური)
-) შენელებული (რეტარდირებული)- განაპირობებს დღეგრძელების ფენომენს.

-) დღეგრძელობა - მაღალ ასაკობრივ ზღვრამდე სიცოცხლის ბიოლოგიური და სოციალური ფენომენი.
-) დაჩქარებული (პათოლოგიური) დაბერება - ასაკობრივი ცვლილებების ნაადრევი განვითარება.

დაბერების პროცესი 4 ასპექტისგან შედგება:

1. ქრონოლოგიური
2. ბიოლოგიური
3. სოციალური
4. ფსიქოლოგიური

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Caregiver's Handbook. Alzheimer Association. St. Louis, Mo, 2001;
2. Carlstain, L., Edelstain, B. & Dornbrand, L. The Practical Handbook of Clinical Gerontology. Sage Publications, 1995;
3. Gitterman, A. Editor. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population, Second Edition. Columbia University Press, 2001;
4. Hepworth, D. H. & Larsen, J. A. Direct Social Work Practice: Theory and Skills, Forth Edition. Brooks/Cole Publishing Company, 1993;
5. Keller, M. Caregiving: Leasure and Aging. Haworth Press. 1999;
6. Longres, J. Human Behavior in Social Environment, third edition. Peacock Publishers, Inc. 2000;
7. Nathanson, I., & Tirrito, T. Gerontological Social Work: Theory into Practice. Haworth Press, 1998;
8. ი.შეყრილაძე, ნ.ფარცხალაძე. მასალები ტრენინგიდან სოციალურ სამუშაოში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე სპეციალისტებისათვის. თბილისი, 2003.
9. უ. ვახანია. მოხსენება - სოციალური სამუშაოს როლი ხანდაზმულებთან მიმართებაში. ფონდი “თაობა”, 2005;
10. Population Situation Analysis (PSA) Georgia 2014 . Final Report. Tbilisi 2015;
11. ბარტ დე ბრუნი, მ ჭითანავა. მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში. თბილისი, 2017.

კლინიკური გერონტოლოგია

მანანა ლაცაბიძე

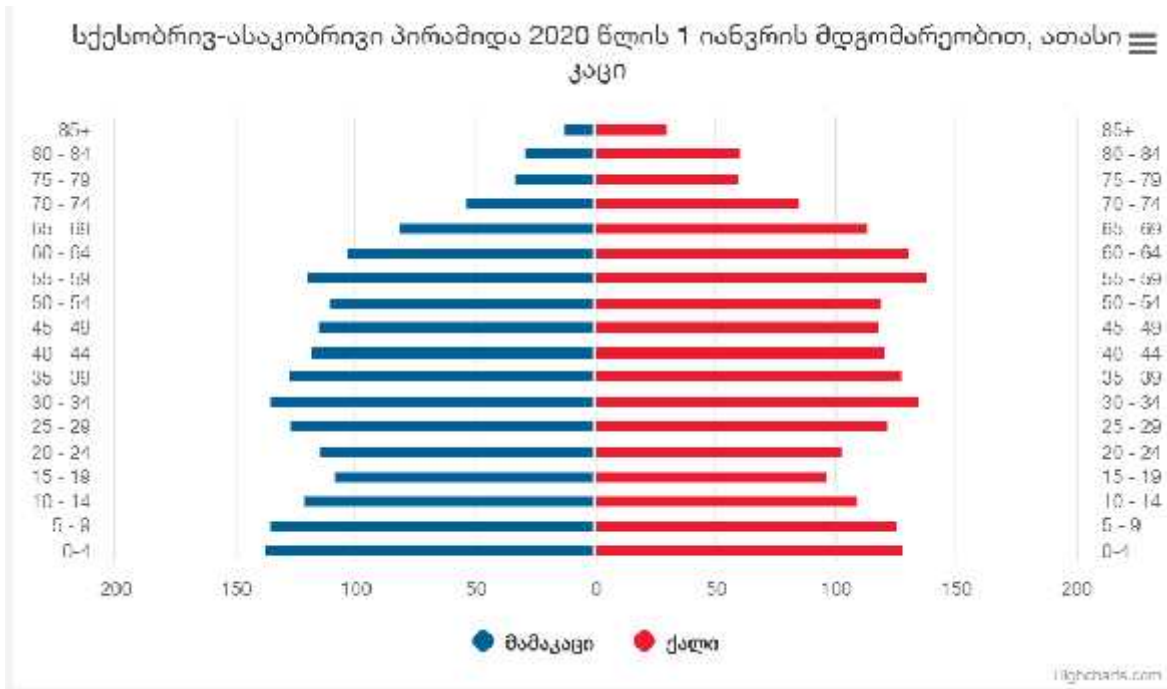
თავი 3-4

3. დემოგრაფიული ცვლილებები

მიღებულია, რომ დემოგრაფიაში მოსახლეობის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შემადგენლობა გამოიხატოს პირამიდის სახით, რომლის ფუძეს შეადგენენ ახალშობილები, ბავშვები. შემდეგ ხდება პირამიდის თანდათანობითი შევიწროება ყოველ ასაკობრივ პერიოდში სიკვდილიანობის გათვალისწინებით. პირამიდის მწვერვალს შეადგენს მაღალი ასაკობრივი ჯგუფი (90 წლის ზემოთ). უკანასკნელ პერიოდამდე ითვლებოდა, რომ ჯანდაცვის ორგანოებისა და სოციალური სამსახურებისათვის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის კვლევისას მოხუცი ადამიანების ამ ჯგუფს დიდი მნიშვნელობა არ ჰქონდა.

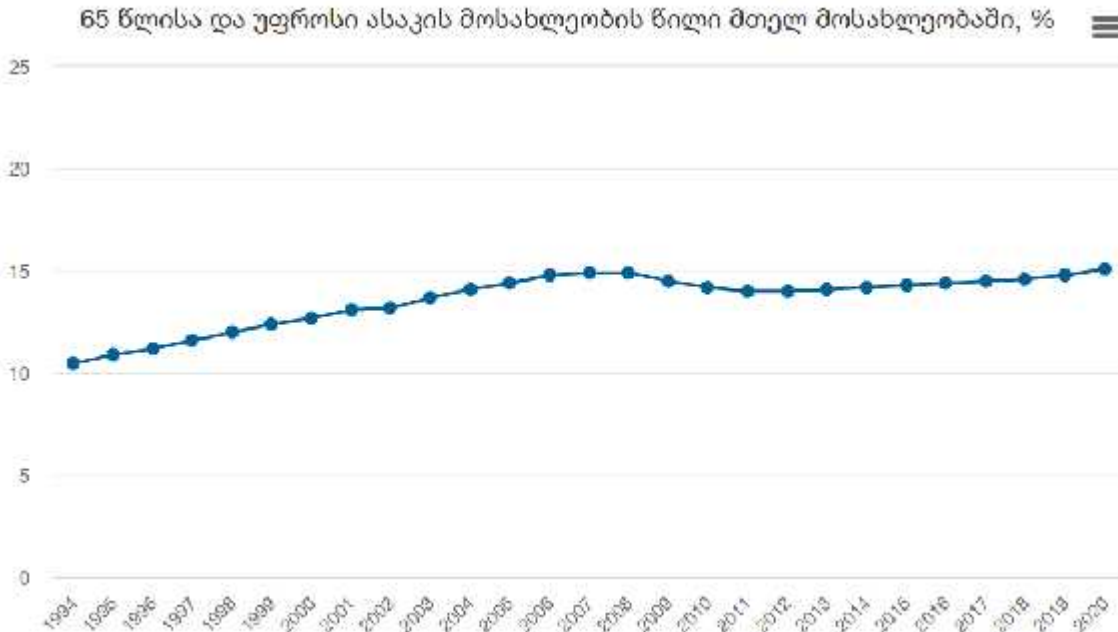
მე-20 საუკუნის ბოლოსათვის დემოგრაფიული სტრუქტურა მკვეთრად შეიცვალა. ქვეყნების უმრავლესობაში მოსახლეობის ასაკობრივი სტრუქტურა უკვე პირამიდის კი არა, სვეტს ემსგავსება, რომელსაც ახასიათებს ბავშვების და საშუალო ასაკის შედარებით ნაკლები და მაღალი ასაკობრივი ჯგუფების დიდი რაოდენობა. განსაკუთრებით აღსანიშნავია ის, რომ სულ უფრო იზრდება 90-100 წლის ადამიანების რიცხვი .

გერონტოლოგიური ასაკის ადამიანებს შორის ყველაზე მეტად 80 წლის ზემოთ სეგმენტი იზრდება, როგორც მთელ მსოფლიოში ისევე საქართველოში. 1989-2002 წლებში საქართველოში, შესაბამისად, 8,8 და 13,3 პროცენტი იყო.



ქვეყანა	65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული წილი			80 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული წილი		
	2015	2030	2050	2015	2030	2050
აზერბაიჯანი	5.6	12.5	16.9	1.3	1.0	3.8
თურქეთი	7.5	12.1	20.6	1.4	2.2	5.4
მოლდავეთი	10.0	17.1	22.9	2.2	2.1	4.8
სომხეთი	10.8	18.7	24.1	2.9	2.8	7.1
რუსეთი	13.4	18.8	20.9	3.1	3.3	5.1
საქართველო	14.0	18.9	25.3	3.6	3.7	7.5
უკრაინა	15.3	19.9	23.3	3.4	3.6	5.5
რუმინეთი	17.3	21.7	29.2	4.1	5.3	8.7
ბულგარეთი	20.0	23.1	28.6	4.5	5.9	7.6

წყარო: გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შეფასება და პროგნოზი (გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 2015 წ. (ბ)); საქართველოს 2015 წლის მონაცემები: მოსახლეობის აღწერა (2014 წ.)



დამოკიდებულების კოეფიციენტი

ხანდაზმულთა დამოკიდებულების კოეფიციენტი წარმოადგენს ხანდაზმული მოსახლეობის (65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის) თანაფარდობას 15-65 წლის ანუ სამუშაო ასაკის მოსახლეობასთან. აღნიშნული კოეფიციენტი ხანდაზმული მოსახლეობის (რომლებიც, საშუალოდ, მოიხმარენ უფრო მეტს, ვიდრე აწარმოებენ) სამუშაო ასაკის მოსახლეობაზე (რომლებიც, საშუალოდ აწარმოებენ უფრო მეტს, ვიდრე მოიხმარენ) დამოკიდებულების მაჩვენებელია. აღნიშნული ინდიკატორი იანგარიშება 65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობასა და 15-65 წლის ასაკის მოსახლეობას შორის თანაფარდობის განსაზღვრით.

2014 წელს ჩატარებული მოსახლეობის აღწერის შედეგების თანახმად, ხანდაზმულთა დამოკიდებულების კოეფიციენტი შეადგენს 21,3-ს, რაც იმას ნიშნავს, რომ ყოველ ერთ ხანდაზმულზე დაახლოებით ხუთი სამუშაო ასაკის პირი მოდის. აღნიშნული მაჩვენებლით საქართველოს შუალედური ადგილი უკავია მეზობელი ქვეყნების რეიტინგში, უკრაინასა და რუსეთთან ერთად.

4. გაეროს პრინციპები ხანდაზმულთათვის

ხანშიშესულ ადამიანებთან დაკავშირებული საკითხების მნიშვნელობაზე ხმამაღლა ლაპარაკი აქტიურად 1991 წელს დაიწყო ხანდაზმულთა პრობლემებისადმი მიძღვნილ გაეროს პირველ ასამბლეაზე. ასამბლეამ მიიღო გაეროს პრინციპები მოხუცებულებთან დაკავშირებით (რეზოლუცია 46 /91). 18 პრინციპი გაერთიანებულია ხუთ ჯგუფში:

1. დამოუკიდებლობა;
2. თანამონაწილეობა;
3. ზრუნვა;
4. თვითრეალიზება;
5. ღირსება.

ამ ასამბლეაზე 1 ოქტომბერი ხანშიშესულთა საერთაშორისო დღედ გამოცხადდა. 1999 წელს (ხანდაზმულთა წელი) ეს პრინციპები მსოფლიო პროპაგანდის საგნად იქცა. 1999 წელს მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოშიც, საზოგადოების ინფორმირების და ადვოკატირების მასშტაბური ღონისძიებები ჩატარდა. მიზანი ხანდაზმულების განვითარების პროგრამაში შეყვანა და „ყველა ასაკისათვის სასურველი საზოგადოების“ შექმნა იყო.

2002 წლის აპრილში მადრიდში ხანდაზმულთა საკითხებისადმი მიძღვნილი მეორე მსოფლიო ასამბლეა გაიმართა. ასამბლეაზე განიხილავდნენ ამ სფეროში მიღწეულ წარმატებებს და მომავალ სამოქმედო სტრატეგიებს. ასამბლეას წინ უსწრებდა ორწლიანი ინტენსიური მოლაპარაკებები, ხანდაზმულთა საკითხების ღობირება რეგიონულ და ეროვნულ დონეზე, ხანდაზმულ ადამიანებთან კონსულტაციები მსოფლიოს მასშტაბით. შემუშავებულ იქნა აღმოსავლეთი და ცენტრალური ევროპის ქსელის დეკლარაცია ხანდაზმულთა შესახებ.

ხანდაზმულთა პრობლემების მადრიდის საერთაშორისო სამოქმედო გეგმა ასამბლეაზე 159 ქვეყნამ მიიღო. ეს არის პირველი საერთაშორისო შეთანხმება, რომელიც აღიარებს საზოგადოების განვითარებაში ხანდაზმული ადამიანების პოტენციურ წვლილს, ასევე მთავრობათა ვალდებულებას, ხანშიშესულები ჩართონ სოციალური და ეკონომიკური განვითარების ნებისმიერი პოლიტიკის წარმოების პროცესში, მათ შორის, სიღარიბის დაძლევის პროგრამებში. სამოქმედო გეგმაში განსაკუთრებული ყურადღება ხანში შესული ადამიანების განვითარების უფლებასა და განვითარების გლობალურ პროგრამებში მათი ჩართვის საჭიროებაზეა გამახვილებული, ასევე, გეგმაში მნიშვნელოვანი ადგილი აქვს დათმობილი ხელისუფლებას, სამოქალაქო საზოგადოებას, საერთაშორისო სააგენტოებს და კერძო სექტორს შორის თანამშრომლობას. საქართველოს მთავრობამ მადრიდის შეთანხმებას ხელი არ მოაწერა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Caregiver's Handbook. Alzheimer Association. St. Louis, Mo, 2001;
2. Carlstain, L., Edelstain, B. & Dornbrand, L. The Practical Handbook of Clinical Gerontology. Sage Publications, 1995;
3. Gitterman, A. Editor. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population, Second Edition. Columbia University Press, 2001;
4. Hepworth, D. H. & Larsen, J. A. Direct Social Work Practice: Theory and Skills, Forth Edition. Brooks/Cole Publishing Company, 1993;
5. Keller, M. Caregiving: Leasure and Aging. Haworth Press. 1999;
6. Longres, J. Human Behavior in Social Environment, third edition. Peacock Publishers, Inc. 2000;
7. Nathanson, I., & Tirrito, T. Gerontological Social Work: Theory into Practice. Haworth Press, 1998;
8. ი.შეყრილაძე, ნ.ფარცხალაძე. მასალები ტრენინგიდან სოციალურ სამუშაოში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე სპეციალისტებისათვის. თბილისი, 2003.
9. უ. ვახანია. მოხსენება - სოციალური სამუშაოს როლი ხანდაზმულებთან მიმართებაში. ფონდი “თაობა”, 2005;
10. Population Situation Analysis (PSA) Georgia 2014 . Final Report. Tbilisi 2015;
11. ბარტ დე ბრუნი, მ ჭითანავა. მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში. თბილისი, 2017.

კლინიკური გერონტოლოგია

მანანა ლაცაბიძე

თავი 10-12

10. აქტიური დაბერება. ცხოვრების ჯანსაღი წესი

აქტიური დაბერება – პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის, უსაფრთხოების და სოციალურ ცხოვრებაში მონაწილეობის მიღების შესაძლებლობის ოპტიმიზაციას ადამიანის ასაკის ზრდასთან ერთად ცხოვრების დონის ამღვლეების მიზნით (მადრიდის კონვენცია).

არსებობს ასეთი ცნობილი ფრაზა: “არსად ისე სწრაფად არ ბერდება ადამიანი, როგორც სავარძელში”. შრომას და განსაკუთრებით, კმაყოფილებას საკუთარი შრომით, აგრეთვე აქტიურ კავშირს საზოგადოებასთან, თვლიან უდიდესი მნიშვნელობის ფაქტორად, რომელიც ანელებს დაბერების პროცესს და დადებით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხანგრძლიობაზე. დღევანდელი ადამიანების უმრავლესობა გამოირჩევა ცხოვრებისეული წარმატებებით, ურთიერთობით ახლობლებთან და საზოგადოებრივი კონტაქტებით.

საერთაშორისო გერონტოლოგიური საზოგადოების ლოზუნგია: “შემატე სიცოცხლე წლებს და არა წლები სიცოცხლეს”. ა.შ.შ. პრეზიდენტი ბენჯამინ ფრანკლინი ამბობდა : “არ ბერდება ის, ვისაც ამისათვის არ სცალია”.

მიქელანჯელომ თავისი უდიდესი ქმნილება, რომის წმინდა პეტრეს ტაძარის მხატვრობა 89 წლის ასაკში შექმნა.

ჯერ კიდევ სოფოკლე ამბობდა : “ადამიანი არ კვდება, ის ნელ-ნელა იკლავს თავს”. ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს ცხოვრების ჯანსაღი წესის მნიშვნელობას. სასმელი, თამბაქო, არასწორი კვება, ადინამია, ცუდი ეკოლოგიური და სოციალური გარემო მართლაც ნელ-ნელა კლავს ადამიანს.

საყურადღებოა ხანდაზმული ორგანიზმის თავისებურებები ალკოჰოლის მოხმარებასთან მიმართებით.

) ხანდაზმულებში, სისხლში ალკოჰოლის დონე მოხმარებულ ალკოჰოლზე საგრძნობლად უფრო მაღალია, ვიდრე ახალგაზრდებში, კუჭში ალკოჰოლ დეჰიდროგენაზას დაქვეითებული დონის გამო.

) ხანდაზმულებში ცენტრალური ნერვული სისტემის მგრძობელობა ალკოჰოლის მიმართ მაღალია

) ხანდაზმულების 90% იღებს ამა თუ იმ მედიკამენტს და მედიკამენტების უმრავლესობა ნეგატიურად რეაგირებს ალკოჰოლთან.

ამიტომ, ა.შ.შ.-ში რეკომენდირებულია ყველა 65 წელს გადაცილებულ პაციენტს ჩაუტარდეს ალკოჰოლიზმის სკრინინგ ტესტი, მაგ. CAGE კითხვარი:

CAGE კითხვარი (წყარო: ევინგი, 1984)

1. ოდესმე გიფიქრიათ, რომ უნდა შეამციროთ ალკოჰოლის მოხმარება?
2. გარშემომყოფები შეწუხებული არიან თქვენს მიერ ალკოჰოლის მაღალი მოხმარების გამო?
3. თავი დამნაშავედ გიგრძნობიათ ალკოჰოლის მოხმარების გამო?
4. ოდესმე დაგჭირვებიათ ნაბახუსევზე დილის დაწყება ალკოჰოლის მიღებით ნერვების დასაწყნარებლად და თვალების გასახელად (აზრზე მოსასვლელად)?

შენიშვნა : ორი დადებითი პასუხი მიუთითებს შემდგომი გამოკვლევის აუცილებლობაზე. ალკოჰოლის უსაფრთხო მოხმარება - პასუხი 0.

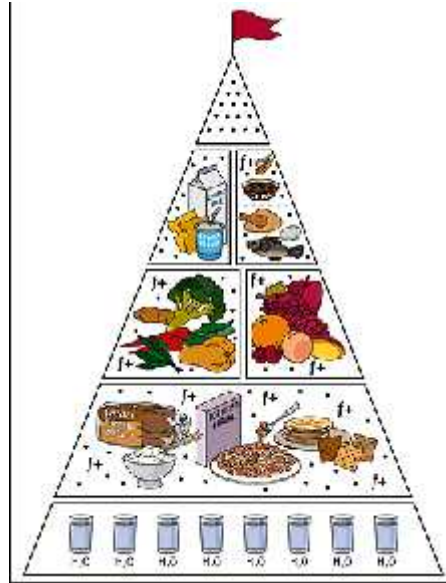
11. ჯანსაღი კვება. კვების პირამიდა

ხანდაზმულ ასაკში ადამიანი მეტად უნდა ზრუნავდეს კვებაზე, ვიდრე ადრე-რატომ? ამაზე პასუხი აქვთ ფიზიოლოგებს. ასაკში უარესდება საკვების გადამუშავება და შეწოვა. ნაკლებად მოძრავი ცხოვრების გამო, ხდება ნაწლავების პერისტალტიკის შესუსტება, ვითარდება ყაბზობა. ხანგრძლივად მედიკამენტების მიღების გამო ვითარდება B ჯგუფის და K ვიტამინების ნაკლებობა. ზოგიერთ მოხუცს აქვს კბილების პრობლემა, ყლაპვის გაძნელება, გემოს შეგრძნების და მადის დაქვეითება. კარგი და ზომიერი მადა აღენიშნება ხანდაზმულთა უმრავლესობას, ხოლო უმადობა - 10,1%-ს.

ასაკოვნებს განსაკუთრებით ესაჭიროებათ ცილები (1,5 გრ 1კგ წონაზე), ვიტამინები, მიკროელემენტები, უჯრედისი. ყველაზე სრულფასოვან მცენარეულ ცილას შეიცავს: კარტოფილი, ბრინჯი, ბარდისებრნი. ცელულოზა საჭიროა დიდი რაოდენობით. აფრიკაში, სადაც ნაკლებადაა გავრცელებული ცივილიზაციის დაავადებები, დღეში 150გრ. ცელულოზას იღებენ. ითვლება, რომ ცელულოზა ანტიოქსიდანტია. ის ბევრია მარცვლეულში, ხორბლეულში, უხეშად დაფქვილ პურში. პექტინი – დიდი რაოდენობითაა ვაშლში. ამერიკელი პროფესორი კეი თვლიდა, რომ ყოველდღიურად შეჭმული 2 ვაშლი ჯანმრთელობის გარანტიას იძლევა. ეს ხელს უწყობს ათეროსკლეროზისა და ჰიპერქოლესტერინემიის პროფილაქტიკას.

ამერიკელი ექიმი, დოქტორი რობერტ ჯეკსონი, რომლის დაკვირვებები საფუძვლად დაედო ბევრ კვლევას “მესამე ასაკის” ადამიანთა ცხოვრების ყაიდისა და ჯანსაღი კვების თაობაზე, თვითონ წარმოადგენდა ხანდაზმულის ჯანმრთელი ცხოვრების წესის შესანიშნავ მაგალითს. ღრმა მოხუცებულობამდე ვარჯიშობდა, ყოველდღიურად დადიოდა დიდ მანძილებზე, ყოველდღიურად მიირთმევდა ე.წ. “რომაულ ფაფას”, რომელიც წარმოადგენდა რძის ფაფას 7 სახეობის წვრილად დანაწევრებული მარცვლეულით.

კვების მოდიფიცირებული პირამიდა 70 წელს გადაცილებული ხაზმულებისათვის



12. ძალადობა ხანდაზმულებზე

ხანდაზმულები, განსაკუთრებით კი ხანდაზმული ქალები, ხშირად ხდებიან ძალადობის მსხვერპლნი. გამოყოფენ ხანდაზმულებზე ძალადობის შემდეგ ფორმებს:

- ⌋ ემოციური ძალადობა: დაცინვა, ეგულვებელყოფა, დანაშაულის გრძობის ჩანერგვა
- ⌋ დაშინება: საკუთრებისთვის ზიანის მიყენება, შინაური ცხოველების წვალება, ნივთების დამტვრევა
- ⌋ იზოლირება: მნახველების არ დაშვება, ტელეფონის გამორთვა, წერილების დამალვა
- ⌋ ეკონომიკური ძალადობა: ფულის წართმევა, ბინის მისაკუთრება, ნივთების გაჩუქება
- ⌋ მამაკაცური პრივილეგიების გამოყენება: (ხანდაზმული ქალების შემთხვევაში), მოსამსახურედ გამოყენება
- ⌋ უგულვებელყოფა: საკვების, წყლისა და მედიკამენტების შეზღუდვა
- ⌋ დამოუკიდებლობის შეზღუდვა: სათვალის, ყავარჯნის დამალვა
- ⌋ მუქარა, შეზღუდვა: შვილიშვილებთან ურთიერთობის შეზღუდვა, არასათანადო მოვლა, მიტოვება.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Caregiver's Handbook. Alzheimer Association. St. Louis, Mo, 2001;
2. Carlstain, L., Edelstain, B. & Dornbrand, L. The Practical Handbook of Clinical Gerontology. Sage Publications, 1995;
3. Gitterman, A. Editor. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population, Second Edition. Columbia University Press, 2001;
4. Hepworth, D. H. & Larsen, J. A. Direct Social Work Practice: Theory and Skills, Forth Edition. Brooks/Cole Publishing Company, 1993;
5. Keller, M. Caregiving: Leasure and Aging. Haworth Press. 1999;
6. Longres, J. Human Behavior in Social Environment, third edition. Peacock Publishers, Inc. 2000;
7. Nathanson, I., & Tirrito, T. Gerontological Social Work: Theory into Practice. Haworth Press, 1998;
8. ი.შეყრილაძე, ნ.ფარცხალაძე. მასალები ტრენინგიდან სოციალურ სამუშაოში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე სპეციალისტებისათვის. თბილისი, 2003.
9. უ. ვახანია. მოხსენება - სოციალური სამუშაოს როლი ხანდაზმულებთან მიმართებაში. ფონდი “თაობა”, 2005;
10. Population Situation Analisis (PSA) Georgia 2014 . Final Report. Tbilisi 2015;
11. ბარტ დე ბრუნი, მ ჭითანავა. მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში. თბილისი, 2017.

კლინიკური გერონტოლოგია

მანანა ლაცაბიძე

თავი 5

5. ხანდაზმულთა მოვლის თემზე დაფუძნებული პროგრამები

უფროსი ასაკის სუბპოპულაცია ხასიათდება ფუნქციურ შესაძლებლობათა მნიშვნელოვანი შეზღუდვით ან ავტონომიურობის სრული დაკარგვით, რაც მიუთითებს მათთვის სამედიცინო და სოციალური დახმარების საჭიროებაზე, ნაწილობრივი ან სრული მოცულობით.

მოსახლეობის დაბერებასთან ერთად გახშირდა ხანდაზმულთა ხანგრძლივად მოვლის აუცილებლობა. აშშ-ში მომვლელთა 70-80% უვლის ხანდაზმულებს. მოვლის საშუალო ხანგრძლიობა 4,5 წელია. ამიტომ მომვლელთა დახმარების მიზნით შეიმნა სერვისების სხვადასხვა სახეები.

მრავალფუნქციური დღის ცენტრები

მრავალფუნქციურ ცენტრებში ხანდაზმული ადამიანები იღებენ სერვისებს და ეწევიან აქტივობებს, რომლებიც ხელს უწყობს თემში მათ დამოუკიდებელ ცხოვრებას და აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს. ცენტრებში ხანდაზმულებს მიეწოდებათ ორი ტიპის მომსახურება:

1. გასართობი და საგანმანათლებლო აქტივობები

-) ხატვის და ხელსაქმის წრეები
-) ბუნებისმეტყველება და ექსკურსიები
-) დრამა და ცეკვა
-) ფიზიკური აქტივობა
-) მუსიკა და ლიტერატურა
-) თამაშები
-) სოციალური აქტივობა
-) ლექციები, გაკვეთილები

2.სხვა სერვისები

-) ინფორმაცია, კონსულტაციები
-) საბინაო პირობების და სამსახურებრივი პრობლემების მოგვარება
-) დაცვითი სერვისები
-) სამართლებრივი დახმარება
-) ვიზიტორები
-) ბინაზე მოვლა
-) სატელეფონო თანადგომა
-) ტრანსპორტირება
-) კვება

მრავალფუნქციურ ცენტრებში ყველაზე დიდი დატვირთვა მოდის კვების და საინფორმაციო პროგრამებზე. მსგავსი ცენტრების მნიშვნელობა დღითი დღე იზრდება.

სამედიცინო პროფილის დღის ცენტრები

მსგავსი დღის ცენტრები განიხილება როგორც ჯანმრთელობის ობიექტები და მიმართულია ამბულატორიული სერვისების მისაწოდებლად. ცენტრები ემსახურება იმ ხანდაზმულებს, რომლებსაც არ სჭირდებათ 24 საათიანი ინსტიტუციური მოვლა, მაგრამ ფიზიკური და ფსიქიკური პრობლემების გამო არ შეუძლიათ სრულიად დამოუკიდებელი ცხოვრება. ცენტრებში ასევე შესაძლოა განხორციელდეს ინდივიდუალური მოვლა დღე-ღამის ნებისმიერ მონაკვეთში, 24 სთ-ზე ხანმოკლე დროით.

ხანდაზმულთა დღის ცენტრების გახსნა დაკავშირებული იყო მომვლელთათვის დასვენების საშუალების მიცემის საჭიროებასთან. ხანდაზმულთა ცენტრებისგან განსხვავებით, აქ ხანდაზმულები მოჰყავთ კვირაში 5 დღე, დღეში 8 საათის

განმავლობაში. ხანდაზმულთა დღის ცენტრები საშუალებას აძლევს ხანდაზმულთა ოჯახის წევრებს დაუბრუნდნენ სამუშაო ადგილს, დაისვენონ და სხვა.

ხანდაზმულთა დღის ცენტრებში პაციენტებს მიეწოდებათ შემდეგი სერვისები:

-)] დაავადებათა სკრინინგი
-)] სამედიცინო მოვლა (მოწვეული ან ადგილობრივი ექიმის მეთვალყურეობით)
-)] საექთნო მოვლა
-)] სოციალური მუშაკის დახმარება
-)] ფიზიკური და ოკუპაციური თერაპია
-)] ტრანსპორტირება
-)] კვება
-)] პერსონალური მოვლა
-)] საგანმანათლებლო პროგრამა
-)] კონსულტაციები

მომვლელთა დამხმარე სერვისები

არსებობენ ფორმალური და არაფორმალური მომვლელები. განსაზღვრების მიხედვით არაფორმალური მომვლა არის პროცესი რომელსაც ახორციელებს ოჯახის ერთი ან მეტი წევრი, ხანდაზმული ნათესავისთვის რეგულარული დახმარების გასაწევად.

მომვლელთათვის ამ პროცესს თან სდევს დადებითი და უარყოფითი შედეგები. დადებითი შედეგია საჭიროების გრძნობა, მნიშვნელობის გრძნობა და სხვა. პაციენტის მოვლა იწვევს უარყოფით შედეგებსაც და ამ დროს მოქმედებს როგორც ქრონიკული სტრესი. უარყოფითი შედეგები ვლინდება სამ ძირითად სფეროში და შედეგად შესაძლოა მოჰყვეს ემოციური აშლილობა, დერესია, შიშის გრძნობა:

-)] მომვლელთა ფიზიკური და ემოციური მდგომარეობა;
-)] მომვლელთა ქცევა და განწყობა;
-)] მომვლელთა ფინანსური მდგომარეობა.

მომვლელთა მდგომარეობის შესამსუბუქებლად, მათი პრობლემების პრევენციისა და მკურნალობისათვის არსებობს არაერთი მეთოდი, რომელთაგანაც ყველაზე პოპულარულია განათლების, მხარდაჭერის და მკურნალობის ჯგუფები.

განათლების ჯგუფები - გამოიყენება იმ მომვლელთათვის, რომელთა სტრესის დონე ძალიან მაღალი არ არის. ჯგუფების შეხვედრების თემები მრავალმხრივია, თუმცა ყველაზე შედეგიანად და პოპულარულად ითვლება ჯგუფები, რომლებიც განიხილავენ მომვლელთა ფუნქციებს, დაავადებებს, მოვლის სტრატეგიებს, მომვლელთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მეთოდებს და სხვა.

მომვლელთათვის მნიშვნელოვანია იმის გათავისება, რომ მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დამოკიდებულია ხანდაზმულის მდგომარეობაც.

მხარდაჭერის ჯგუფები განსაკუთრებით პოპულარულია დემენციის მქონე პაციენტთა მომვლელთათვის. ასეთი ჯგუფების შექმნის მიზანია მიიღონ მორალური თანადგომა სხვა მომვლელთაგან, რომლებსაც გამოცდილი აქვთ ამ პროცესის სირთულე და ხშირ შემთხვევაში უკეთესად ესმით ერთმანეთის, ვიდრე ექიმებს და ოჯახის სხვა წევრებს. ჯგუფებს შეიძლება ხელმძღვანელობდნენ პროფესიონალები ან გამოცდილი მომვლელები.

მკურნალობის ჯგუფები - მიზანშეწონილია იმ მომვლელთათვის, რომელთა სტრესის დონე ძალიან მაღალია. სპეციალისტები ურჩევენ მკურნალობის კომბინირებას განათლების ან თანადგომის ჯგუფებთან. მომვლელთათვის გამოიყენება მკურნალობის არაერთი მეთოდი. შესაძლოა მეთოდების კომბინირებაც.

შინ მოვლის სერვისები

შინ მოვლა(ზრუნვა) Home care არის სოციალური და სამედიცინო სერვისების თუ საშუალებების მიწოდება საცხოვრებელ ადგილზე იმ პირთათვის, რომელთაც

ფიზიოლოგიური მდგომარეობის ან ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური პათოლოგიების გამო შეზღუდული აქვთ დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარი და შესაბამისად, ამ სერვისების მიღების შესაძლებლობა.

შინ მოვლის სერვისები საშუალებას იძლევა თავიდან ავიცილოთ პაციენტების ჰოსპიტალიზება ან ხანდაზმულთა პანსიონატებში მოხვედრა და დავეხმაროთ მათ შეიღებს და სხვა მომვლელებს სტრესის თავიდან აცილებაში. საჭირო სერვისების მოცულობის მიხედვით შინ მოვლის სერვისები შეიძლება დაიყოს სამ ძირითად კატეგორიად:

1) ინტენსიური ან კვალიფიციური სერვისები -- ინიშნება ექიმის მიერ და კონტროლირდება ექთნის მიერ. ასეთი სერვისი ესაჭიროებათ პაციენტებს მოტეხილობით, გულის უკმარისობით, ღია ჭრილობებით, დიაბეტით, კათეტერიზაციით, ზონდით კვების დროს და სხვა.

2) საშუალო ინტენსიობის სერვისი - ესაჭიროებათ ხანდაზმულებს, რომლებსაც არა აქვთ სამედიცინო პრობლემები, მაგრამ ესაჭიროებათ დახმარება დაბანაში, მედიკამენტების მიღებაში და სხვა.

3) მომვლელის მომსახურება - გულისხმობს სახლის დალაგებას, საკვების მომზადებას, სარეცხის დარეცხვას და სხვა მსგავს სერვისებს.

შინ მოვლის სერვისების პროვაიდერები არიან:

1. არაფორმალური ქსელი, რომელიც შედგება ნათესავებისგან, მეზობლებისგან, მეგობრებისგან.
2. ფორმალური ქსელი, რომელიც შედგება სხვადასხვა ორგანიზაციებში (არასამთავრობო, სახელმწიფო და კერძო) მომუშავე პროფესიონალებისგან .

სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლები არიან ოჯახის ექიმები, მომვლელი ექთნები. სოციალური სერვისების მიმწოდებლები - სოციალური მუშაკები, ფსიქოლოგები, არაკვალიფიციური მომვლელები, სახლის მომწესრიგებელი დიასახლისები, ხელოსნები.

პროფესიონალის გარდა (კოორდინატორი ექთანი - case manager), რომელიც ადგენს საჭირო მომსახურების მოცულობას, აკონტროლებს და მკურნალობს პაციენტს, ძალიან მნიშვნელოვანია მომვლელის როლი.

დღევანდელ პირობებში საქართველოში შინ ზრუნვის სამსახურის განვითარებისათვის აუცილებელია ტრანსდისციპლინარული გუნდის არსებობა. უკანასკნელი წლების მანძილზე შეიქმნა შინმოვლის კოალიცია, რომელშიც გაერთიანებულია რამდენიმე ორგანიზაცია.

აშშ-ში ხანდაზმულებს შინ მოვლის სერვისებს სთავაზობენ შემდეგი ორგანიზაციები:

- ⌋ საავადმყოფოს შინ მოვლის განყოფილება
- ⌋ სახელმწიფო სოციალური სამსახურები
- ⌋ კერძო, არაკომერციული ორგანიზაციები
- ⌋ კომერციული ორგანიზაციები
- ⌋ საზოგადოებრივი ცენტრები

კვების სერვისები

კვების სერვისები ძალზე მნიშვნელოვანია ხანდაზმულთათვის. დადგენილია, რომ აშშ-ში მარტო მცხოვრებ ხანდაზმულთა 50% არსაკმარისად და არაადეკვატურად იკვებება. არსებობს 2 ტიპის კვების სერვისი – ჯგუფური კვება და სახლად კვება. ე. წ. "meals on wheels" (სახლად კვება) საშუალებით სახლზე მიჯაჭვული ხანდაზმულები იღებენ სათანადო კვებას და ყოველდღიურ შემოწმებას.

ზემოთ ჩამოთვლილი სერვისები საშუალებას იძლევა ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში თავდან ავიცილოთ ინსტიტუციონალიზაცია; აუმჯობესებს ხანდაზმულთა სიცოცხლის ხარისხს და ამცირებს დანახარჯებს.

განხილული სერვისების გარდა, აპრობირებული მომსახურებებია:

-) დროებითი თავშესაფრები;
-) ხანდაზმულთა ბინები;
-) ხანდაზმულთა ბინები დამხმარე სერვისებით;
-) ხანდაზმულთა ინსტიტუციური მოვლის პროგრამები და სხვა.

დღის ცენტრის მომსახურება საქართველოში -

http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=503

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Caregiver's Handbook. Alzheimer Association. St. Louis, Mo, 2001;
2. Carlstain, L., Edelstain, B. & Dornbrand, L. The Practical Handbook of Clinical Gerontology. Sage Publications, 1995;
3. Gitterman, A. Editor. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population, Second Edition. Columbia University Press, 2001;
4. Hepworth, D. H. & Larsen, J. A. Direct Social Work Practice: Theory and Skills, Forth Edition. Brooks/Cole Publishing Company, 1993;
5. Keller, M. Caregiving: Leasure and Aging. Haworth Press. 1999;
6. Longres, J. Human Behavior in Social Environment, third edition. Peacock Publishers, Inc. 2000;
7. Nathanson, I., & Tirrito, T. Gerontological Social Work: Theory into Practice. Haworth Press, 1998;
8. ი.შეყრილაძე, ნ.ფარცხალაძე. მასალები ტრენინგიდან სოციალურ სამუშაოში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე სპეციალისტებისათვის. თბილისი, 2003.
9. უ. ვახანია. მოხსენება - სოციალური სამუშაოს როლი ხანდაზმულებთან მიმართებაში. ფონდი “თაობა”, 2005;
10. Population Situation Analysis (PSA) Georgia 2014 . Final Report. Tbilisi 2015;
11. ბარტ დე ბრუნი, მ ჭითანავა. მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში. თბილისი, 2017.

კლინიკური გერონტოლოგია

მანანა ლაცაბიძე

თავი 6-7

6. ფსიქოლოგიური დარღვევები და ქცევის პრობლემები ხანდაზმულებში

დეპრესია, დემენცია და დელირიუმი - დიფერენციალური დიაგნოსტიკა

დელირიუმი წარმოადგენს მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობას, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ცნობიერების მწვავე შეცვლა (ვითარდება რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე), აგზნება, არაადექვატური, ზოგჯერ აგრესიული ქცევები. დელირიუმის მიზეზი შეიძლება იყოს შექცევადი (მაგ. მწვავე ინფექცია) და შეუქცევადი. ხანდაზმულებში ცნობიერების მწვავე დაქვეითება შესაძლია მძიმე ფიზიკურ დაავადების ნიშანი იყოს. არანამკურნალებ შემთხვევებში სივდილობა მაღალია. პაციენტებისთვის დამახასიათებელია სინათლის და ხმაურის მიმართ მაღალი მგრძობელობა. შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ჰალუცინაციას (მხედველობითი, სმენითი, ტაქტილური), სხეულის აღქმის დარღვევას. ოპერატიული მეხსიერება და კონცენტრირების უნარი დაქვეითებულია. პაციენტებს უჭირთ ახალი ინფორმაციის ათვისება. აზროვნების პროცესი შენელებულია, ჭირს გადაწყვეტილების მიღება. პაციენტებს აღენიშნებათ დეენის შიში. დროში დისორიენტაცია დელირიუმის მნიშვნელოვანი მახასიათებელია. შესაძლია ადგილსა და სივრცეში დისორიენტაცია. საკუთარი თავის ცნობა შეუძლია (იცის სახელი, გვარი). პაციენტებს აღენიშნებათ დღე-ღამის ციკლის არევა. ხშირად დელირიუმის სიმპტომატიკა მწვავედება საღამოს და გრძელდება მთელი ღამის განმავლობაში.

დეპრესია (ფსევდოდემენცია) არის განწყობილების აშლილობა, რომელიც ხანდაზმულებში არასტანდარტული გამოვლინების გამო ხშირად ეწმლება დემენციაში. ერთერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა, მაგრამ მისი გამოცნობა შეიძლება გაძნელდეს იმის გამო, რომ ადამიანები ცდლობენ ავადმყოფური

სიმპტომები ყოფით სირთულეებს მიაწერონ. დეპრესიის აღბათობა განსაკუთრებით მაღალია ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანებში (ჰიპოთირეოზი, ჰიპერთირეოზი, 12 ვიტამინის და ფოლის მუავის დეფიციტი), ქალებში და სოციალური, ეკონომიკური, ფსიქოლოგიური პრობლემების მქონე ადამიანებში. დეპრესია ხშირია გულის პათოლოგიების, სიმსივნეების და სენსორული დარღვევების დროს. დეპრესიისთვის დამახასიათებელია ღრმა აპათია, მოწყენილობა, მარტოობის გრძნობა, უიმედობა, წყვეტილი ძილი პაციენტებში დაბალია საკუთარ თავში რწმენა. ქცევითი ცვლილებებიდან აღინიშნება სოციალური კონტაქტების და აქტივობების შემცირება. ხანდაზმულებში დიაგნოზის დასმას ართულებს სომატური ჩივილები – თავის ტკივილი, დაღლილობა, უძილობა, წონის ცვლილება.

დემენცია არის ფსიქიკური აშლილობა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია უმაღლესი ქერქული ფუნქციების და ინტელექტის შეუცვადი, პროგრესირებადი დაქვეითება. დემენცია თანამედროვე მსოფლიოს უმნიშვნელოვანესი პრობლემაა. დღეისათვის მიიჩნევენ, რომ დემენცია ნორმალური დაბერების პროცესის აჩქარებული ვარიანტია. ნორმალური, ფიზიოლოგიური დაბერებისას კოგნიტური ფუნქციების მსგავსი დაქვეითება თანდათანობით, შეუმჩნევლად მიმდინარეობს და ხანგრძლივ ინტერვალს მოიცავს. დემენციის დროს ცვლილებები და პიროვნების სრული დისფუნქცია სწრაფად ვითარდება. დიაგნოსტიკა ხშირად ხდება ოჯახის წევრების მიერ, რომლებიც ამჩნევენ მეხსიერების ეტაპობრივ გაუარესებას, რომელზეც პაციენტი რეაგირებს დეპრესიით და აგზნებით. ადგილი არა აქვს ცნობიერების დაქვეითებას და მერყეობას. დემენციის ყველაზე ხშირი მიზეზია ალცჰეიმერის დაავადება, თავის ტვინის სიმსივნეები, ნარკოტიკული საშუალებები, ალკოჰოლიზმი. დელირიუმისგან განსხვავებით დემენცია შეუქცევადია. დემენციის მნიშვნელოვანი მახასიათებელია ინტელექტუალური ცვლილებები. პაციენტებს უჭირთ ან არ შეუძლიათ ახალი ინფორმაციის ათვისება. პაციენტის მიერ უსაფრთხოების დაცვის უუნარობა შეუძლებელს ხდის ყოველდღიური აქტივობების შესრულებას და დამოუკიდებლად ცხოვრებას.

სამი „დ“

	დეღირიუმი	დეპრესია	ემენცია
<i>დაწევა</i>	უეცარი (რამდენიმე წუთინად საათანდე)	უეცარი (რამდენიმე საათიდან დღემდე)	თანდათნობით
<i>ხანგრძლივობა</i>	საათებიდან კვირებამდე	ცვალებადი	თვეებიდან წლებამდე
<i>სივხიზლე</i>	ჩვალეზადი	კომუნიკაციის დაქვეითებული უნარი	ნორმალური
<i>ორიენტირება</i>	ჩვალეზადი	"არ ვიცი" პასუხები	სწორ პასუხთან მიახლოვებული
<i>აფექტი</i>	ჩვალეზადი	დაქვეითებული	აბილური

7. ალცჰეიმერის დაავდება. სიმტომები და რჩევები მომვლელთათვის

ალცჰეიმერის დაავდება არის თავის ტვინის ქრონიკული ორგანული სინდრომი, რომელიც ხასიათდება მეხსიერების და ინტელექტუალური უნარების თანდათანობით დაქვეითებით და პიროვნების დეგრადაციით. ალცჰეიმერის დაავდება შეუქცევადი დემენციის შემთხვევების ორი მესამედს შეადგენს. დემენცია ხანდაზმულთა ფსიქიკური მოშლის ძალიან ხშირი მიზეზია და ხასიათდება მეხსიერების და ინტელექტის ნელი პროგრესირებადი დაქვეითებით.

პირველი სტადია: დაქვეითებული მეხსიერება

სიმტომები:

- ⌋ მეხსიერების გაუარესება ართულებს სამუშაოს შესრულებას
- ⌋ გაურკვეველი ჩივილები
- ⌋ დაქვეითებული ტოლერენტობა
- ⌋ სიბრაზე
- ⌋ ინიციატივის ნაკლებობა
- ⌋ შენელებული რეაქციები
- ⌋ ახალი ინფორმაციის ათვისების სიძნელე

- ⌋ ავიწყდება თავის მიერ ახლახანს ნათქვამი/ჩადენილი საქციელი
- ⌋ დაქვეითებული ენერჯია, ცხოვრების ინტერესი დაქვეითებულია
- ⌋ ხასიათის ცვლილება; აწუხებს ეს ფაქტი
- ⌋ განსჯის დაქვეითებული უნარი
- ⌋ ყოველდღიური საქმეობის შესასრულებლად მეთი დრო სჭირდება
- ⌋ ფინანსების განკარგვა გართულებულია

მაგალითები:

- ⌋ ეკარგება ნივთები
- ⌋ ავიწყდება გადასახადების გადახდა
- ⌋ ავიწყდება ტელეფონის ნომრები
- ⌋ უჭირს მანქანის მართვა
- ⌋ უჭირს საკვების მომზადება
- ⌋ ავიწყდება საჭირო ნივთების შეძენა

მოვლა – რჩევები მომვლელთათვის:

- ⌋ შეეცადეთ გაიგოთ ადამიანის (და თქვენი) გაღიზიანება
- ⌋ შესთავაზეთ მას დახმარება
- ⌋ შეეცადეთ ორგანიზება გაუკეთოთ და გაამარტივოთ მისი ყოველდღიური საქმიანობა და შეუქმნათ უსაფრთხო გარემო

მეორე სტადია: ცნობიერების შეცვლა

სიმტომები:

- ⌋ ესაჭიროება მუდმივი დახმარება
- ⌋ არ შეუძლია ანგარიში, კონცენტრირება, დაგეგმვა და დაგაწვეტილებების მიჭება
- ⌋ შენელებული რეაქციები ან გადაჭარბებული რეაგირება
- ⌋ არ შეუძლია წარუმატებლობასთან შეგუება
- ⌋ მეხსიერების შემდგომი დაქვეითება და ცნობიერების დარღვევა
- ⌋ კონცენტრირების უნარის შემდგომი დაქვეითება

მაგალითები:

) არ შეუძლია საკუთარი თავის მოვლა, საჭმლის მომზადება

) ფულს აძლევს უცხო ადამიანებს

მოვლა – რჩევები მომვლელთათვის:

) მოემზადეთ მუდმივი მეთვალყურეობისთვის

) მოუარეთ, მაგრამ არ მოეპყაროთ როგორც ბავშვს

) მიეცით მარტივი ინსტრუქციები

) შეუზღუდეთ არჩევანი

) შეახსენთ და გაუმეორეთ, მაგრამ შეეცადეთ არ გააღიზიანოთ

) გაამხნევეთ

) შეეგუეთ იზოლირების სურვილს

მესამე სტადია: დეზორიენტიცია

სიმპტომები:

) აშკარა უნარშეზღუდულობა

) ლეტარგია

) დროსა და ადგილში დეზორიენტიცია

) ცუდი ოპერატიული მესხიერება

) არაადექვატური ქცევა

) ვერ ცნობს ოჯახის წევრებს, ნათესავებს, მეგობრებს

) გამნეორებადი საქციელი/მეტყველება

) მოუსვენრობა, განსაკუთრებით გვიან საღამოს/ღამე

) კუნთების კრთომა

) მოტორული პრობლემები

) ლოგიკურად ფიქრის, აზრების ორგანიზების შეუძლებლობა

) ვერ პოულობს საჭირო სიტყვებს და ამის გამო ცრუობს

) უჭირე კითხვა, წერა, ანგარიში

) ადვილად ღიზიანდება, ტირის, ეჭვიანობს

) უჭირს ფქიოლოგიური იმპულსების გაკონტროლება

-) უჭირს ან ეშინია ბანაობის, ჩაცმის
-) იმატებს და ისევ იკლებს წონაში
-) ეჩვენება საგნები და ესმის ხმები
-) აქვს არარეალური იდეები
-) სჭირდება 24სთ-იანი ზედამხედველობა

მაგალითები:

-) ავიწყდება სტუმრები, როგორც კი ისინი ტოვებენ ოთახს
-) გამუდმებით იმეორებს მოძრაობებს და ფრაზებს
-) ხშირად სძინავს, ღამე იღვიძებს და ცდილობს "საქმეზე წასვლას"
-) მოტორული პრობლემები – უჭირს სკამზე, მაგიდასთან დაჯდობა
-) ვერ პოულობს სწორ სიტყვებს
-) ვერ კითხულობს საკუთარ სახელს, არ შეუძლია მიმატება-გამოკლება
-) ჭამს დიდი რაოდენობით ტკბილეულს, სხვების საკვებს. ავიწყდება როდის მიიღი საკვები. თანდათანობით უქრება ჭამის ინტერესი
-) ხშირად წარმოთქმული ფრაზების მაგალითები:
"ვიღაცას უნდა ჩემი მოწამელა"
"ჩემს სახელში მინდა წასვლა"

მოვლა – რჩევები მომვლელთათვის:

-) ნელა მიუახლოვდით
-) დაძახების მიზნით მსუბუქად შეეხეთ
-) აუხსენით, რის გაკეთებას უპირებთ
-) დააწინარეთ
-) შეეცადეთ არ გეწყინოთ მისი უხეში საქციელი

მეოთხე სტადია: სრული დამოკიდებულება

სიმტკობები:

-) ვერ სცნობს საკუთარ თავს სარკეში და ოჯახის წევრებს
-) ვერ ასრულებს უმარტივეს დაგალებებს

) ფიზიკური უნარშეზღუდულობა – კოორდინაციის დაკარგვა, ყლაპვის გაძნელება, უმოძრაობა, კრუნჩხვები, კანის დაზიანება, ინფექციები, შარდის ბუშტის და სწორი ნაწლავის კონტროლის დაკარგვა

) წონის დაკლება

) საკუთარი თავის მოვლის უნარის სრული დაკარგვა

) მეტყველების უნარის დაკარგვა

) ხელით ეხება და პირში იღებს ყველაფერს

მაგალითები:

) სარკეში ესაუბრება საკუთარ თავს

) ესაჭიროება დახმარება ჩაცმაში, დაბანასა და კვებაში

) კივის და გამოსცემს უცნაურ ბგერებს

მოვლა – რჩევები მომვლელთათვის:

) 24სთ-იანი მოვლა

) გახსოვდეთ, რომ მისი საქციელი უნებლიეა

) გაიგეთ მეტი დაავადების შესახებ

) მოითხოვეთ ახლობლების და პროფესიონალების დახმარება

) მოიძიეთ რესურსები – სახლად მოვლის სპეციალისტები და ა.შ.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Caregiver's Handbook. Alzheimer Association. St. Louis, Mo, 2001;
2. Carlstain, L., Edelstain, B. & Dornbrand, L. The Practical Handbook of Clinical Gerontology. Sage Publications, 1995;
3. Gitterman, A. Editor. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population, Second Edition. Columbia University Press, 2001;
4. Hepworth, D. H. & Larsen, J. A. Direct Social Work Practice: Theory and Skills, Forth Edition. Brooks/Cole Publishing Company, 1993;
5. Keller, M. Caregiving: Leasure and Aging. Haworth Press. 1999;
6. Longres, J. Human Behavior in Social Environment, third edition. Peacock Publishers, Inc. 2000;
7. Nathanson, I., & Tirrito, T. Gerontological Social Work: Theory into Practice. Haworth Press, 1998;
8. ი.შეყრილაძე, ნ.ფარცხალაძე. მასალები ტრენინგიდან სოციალურ სამუშაოში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე სპეციალისტებისათვის. თბილისი, 2003.
9. უ. ვახანია. მოხსენება - სოციალური სამუშაოს როლი ხანდაზმულებთან მიმართებაში. ფონდი “თაობა”, 2005;
10. Population Situation Analysis (PSA) Georgia 2014 . Final Report. Tbilisi 2015;
11. ბარტ დე ბრუნი, მ ჭითანავა. მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში. თბილისი, 2017.

კლინიკური გერონტოლოგია

მანანა ლაცაბიძე

თავი 8

8. ხანდაზმულთა მრავალასპექტიანი შეფასება

- ⌋ ფიზიკური შეფასება
- ⌋ ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება
- ⌋ სოციალური მდგომარეობა, კავშირები
- ⌋ ფიზიკური გარემო
- ⌋ ფუნქციური შესაძლებლობები
- ⌋ სტრესთან გამკლავების მეთოდები
- ⌋ ფორმალური სერვისების გამოყენება

1. ფსიქიკური სტატუსის მინი-ტესტი

ტესტის შედეგებზე მოქმედებს პაციენტის განათლება, გამოცდილება და ეთნიკური კულტურა. ნებისმიერ შემთხვევაში, ტესტში 24-ზე ნაკლები საერთო ქულა მიუთითებს პაციენტის უფრო დრმა გამოკვლევის აუცილებლობაზე.

>24 – ნორმა

19-23 – მსუბუქი დემენცია

10-18 – საშუალო დემენცია

<9 – მძიმე დემენცია, ცნობიერების დარღვევით

ჩაატარეთ ტესტი მოცემული თანმიმდევრობით და დაუყონებლივ შეაფასეთ შედეგები. ყველა სწორი პასუხი – 1 ქულა.

მაქსიმალური ქულა	პაციენტის ქულა	შეკითხვა
5	()	1. სთხოვეთ დაასახელოს წელი, თვე, რიცხვი, კვირის დღე, წელიწადის დრო

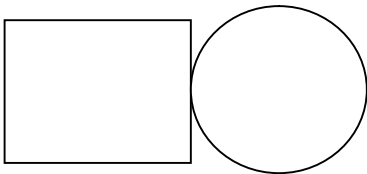
5	()	2. სთხოვეთ დაასახელოს ქალაქი, რაიონი, ქვეყანა, ქუჩა, სართული
3	()	3. ნელა დაუსახელებთ 3 ერთმანეთთან დაუკავშირებელი სიტყვა. სთხოვეთ გაიმეოროს.
5	()	4. სთხოვეთ ასს (100) გამოაკლოს შვიდ-შვიდი (7-7). გააკეთოს 5 მოქმედება.
3	()	5. სთხოვეთ გაიმეოროს სამი დამახსოვრებული სიტყვა
2	()	6. აჩვენეთ საათი და სთხოვეთ დაასახელოს. გაიმეორეთ ფანქარზე
1	()	7. სთხოვეთ გაიმეოროს მოკლე ფრაზა
3	()	8. სთხოვეთ შეასრულოს სამ ეტაპიანი ბრძანება: "აიღეთ ეს ფურცელი, გააკეთეთ ორად, დადეთ იატაკზე"
1	()	9. სთხოვეთ ჩუმიად წაიკითხოს ქვემოთ მოცემული წინადადება და შეასრულოს რაც იქ წერია
1	()	10. სთხოვეთ ჩაწეროს წინადადება ქვემოთ მოცემულ ცარიელ ადგილში. წინადადება უნდა დაწეროს დამოუკიდებლად და დაუფიქრებლად. 1 ქულა იწერება თუ წინადადება შეიცავს არსებით სახელს და ზმნას და აქვს შინაარსი.

9. დახუჭეთ თვალები

10. _____

11. სთხოვეთ გაიმეოროს შემდეგი ნახაზი. არ მიაქციოთ ყურადღება ტრემორით გამოწვეულ შეცდომებს.

1 ქულა



პაციენტის ქულა ()

საერთო ქულა: _____ (მაქსიმუმ 30 ქულა)

შემმოწმებლის ხელმოწერა:

თარიღი:

ეს კვლევა იძლევა საშუალებას, დავადგინოთ მოტორული სტატუსი და მეტყველების მდგომარეობა.

2. ყოველდღიური აქტივობის ინდექსი (ADL)

ინდექსი მოწოდებულია კლიენტის ფუნქციური დამოუკიდებლობის/დამოკიდებულების დასადგენად. განისაზღვრება ქვემოთ მოყვანილი 6 აქტივობების მიხედვით და აქვს რამდენიმე სტადია:

- A. დამოუკიდებელია ექვსივე აქტივობაში
 - B. დამოუკიდებელია ყველაში ერთის გარდა
 - C. დამოუკიდებელია ყველაში დაბანის და კიდევ ერთი ფუნქციის გარდა
 - D. დამოუკიდებელია ყველაში დაბანის, ჩაცმის და კიდევ ერთი ფუნქციის გარდა
 - E. დამოუკიდებელია ყველაში დაბანის, ჩაცმის, საპირფარეშოში წასვლის და კიდევ ერთი ფუნქციის გარდა
 - F. დამოუკიდებელია ყველაში დაბანის, ჩაცმის, საპირფარეშოში წასვლის, გადაადგილების და კიდევ ერთი ფუნქციის გარდა
 - G. დამოკიდებული ექვსივე ფუნქციაში
- სხვა -დამოკიდებული რომელიმე ორ ფუნქციაში, რომელიც არ მიეკუთვნება ზემოთ მოცემულ სტადიებს

დამოუკიდებლობა განისაზღვრება როგორც ქვემოთ მოცემული აქტივობების განხორციელება მეთვალყურეობის, ხელმძღვანელობის და აქტიური ჩარევის გარეშე. მნიშვნელოვანია რეალური სტატუსი და არა შესაძლებლობა. ადამიანი, რომელსაც შეუძლია, მაგრამ უარს აცხადებს გარკვეული ფუნქციის განხორციელებაზე, განიხილება, როგორც უუნარო.

1. ბანაობა
2. ჩაცმა
3. საპირფარეშოში წასვლა
4. გადაადგილება
5. შარდის გამოყოფის და კუჭის მოქმედების კონტროლი

6. ყველა

3. ყოველდღიური ინსტრუმენტული აქტივობის ინდექსი (IADL)

1. ტელეფონის გამოყენება
2. საყიდლების გაკეთება
3. საკვების მომზადება
4. სახლის დალაგება
5. სარეცხის დარეცხვა
6. ტრანსპორტის გამოყენება
7. მედიკამენტების დამოუკიდებლად კონტროლი
8. ფინანსების გაძღოლის უნარი

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Caregiver's Handbook. Alzheimer Association. St. Louis, Mo, 2001;
2. Carlstain, L., Edelstain, B. & Dornbrand, L. The Practical Handbook of Clinical Gerontology. Sage Publications, 1995;
3. Gitterman, A. Editor. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population, Second Edition. Columbia University Press, 2001;
4. Hepworth, D. H. & Larsen, J. A. Direct Social Work Practice: Theory and Skills, Forth Edition. Brooks/Cole Publishing Company, 1993;
5. Keller, M. Caregiving: Leasure and Aging. Haworth Press. 1999;
6. Longres, J. Human Behavior in Social Environment, third edition. Peacock Publishers, Inc. 2000;
7. Nathanson, I., & Tirrito, T. Gerontological Social Work: Theory into Practice. Haworth Press, 1998;
8. ი.შეყრილაძე, ნ.ფარცხალაძე. მასალები ტრენინგიდან სოციალურ სამუშაოში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე სპეციალისტებისათვის. თბილისი, 2003.
9. უ. ვახანია. მოხსენება - სოციალური სამუშაოს როლი ხანდაზმულებთან მიმართებაში. ფონდი “თაობა”, 2005;
10. Population Situation Analysis (PSA) Georgia 2014 . Final Report. Tbilisi 2015;
11. ბარტ დე ბრუნი, მ ჭითანავა. მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში. თბილისი, 2017.