

ჰოსპიტალიზებული ბავშვების საჭიროებები და ფსიქო-სოციალური,

## ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია

*ნახატებისა და სერიული შემთხვევების ანალიზი*

**ხათუნა დოლიძე**

სადისერტაციო ნაშრომი წარდგენილია ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის  
მეცნიერებათა და ხელოვნების ფაკულტეტზე ფსიქოლოგიის დოქტორის  
აკადემიური ხარისხის მინიჭების მოთხოვნების შესაბამისად

სოციალური და ჰუმანიტარული მეცნიერებათა და ხელოვნების  
ინტერდისციპლინური პროგრამა

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: **ქეთევან ჭანტურია**

კლინიკური ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი, კონსულტანტი კვების  
აშლილობათა განყოფილებაში. ქინგს კოლეჯი, ლონდონი.

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

თბილისი, 2014

## გ ა ნ ა ც ხ ა დ ი

*„როგორც წარდგენილი სადისერტაციო ნაშრომის ავტორი, ვაცხადებ, რომ ნაშრომი წარმოადგენს ჩემს ორიგინალურ ნამუშევარს და არ შეიცავს სხვა ავტორების მიერ აქამდე გამოქვეყნებულ, გამოსაქვეყნებლად მიღებულ ან დასაცავად წარდგენილ მასალებს, რომლებიც ნაშრომში არ არის მოხსენიებული ან ციტირებული სათანადო წესების შესაბამისად.“*

ხათუნა დოლიძე

15.08.2014

7 წლის მარიამი, რომელსაც დაბადებისას ერთადერთი პარკუჭის დიაგნოზი დაუსვეს, ჯოენის სამედიცინო ცენტრშია ჰოსპიტალიზებული. დაბადებიდან სამი ქირურგიული მკურნალობა და გულის სხვადასხვა ინვაზიური პროცედურა ჩაუტარდა. ბოლო დამხმარე ოპერაციის შემდგომი პერიოდი, რაც არ გულისხმობს პრობლემის სრულ კორექციას, გართულებებით მიმდინარეობს. ოჯახს, სკოლას მოწყვეტილი, დრენაჟის მიღებით, შარდმდენებითა და ხანგრძლივი მკურნალობით დასუსტებული მარიამი უკვე ერთი თვეა კლინიკაში იმყოფება. 12 საწოლიანი კარდიოლოგიური განყოფილების დერეფანში მცირე ზომის სათამაშო ოთახია განთავსებული, სადაც მას კლინიკის ფსიქოლოგი, სათამაშოები და თერაპიული აქტივობები სამუშაო კვირის დღეებში ელოდება. კლინიკაში მარიამის გარდა ჩვილი, მცირეწლოვანი ბავშვები და მათი დედები წვანან. ფსიქოლოგის ოთახი, რომელსაც პაციენტები „სათამაშო ოთახს“ უძახიან, ერთადერთი ადგილია მარიამისთვის, სადაც შეუძლია „დაუსრულებელ“ მკურნალობას, პროცედურებსა და კლინიკის რუტინას გაერიდოს და თერაპიული, ან თუნდაც გასართობი აქტივობებით მცირე ხნით დაკავდეს.

ფსიქოლოგთან ერთერთი თამაშის შემდეგ მარიამმა ეს გამოცდილება ბრძოლის ველს შეადარა, ერთ მხარეს მანკი, დაღლილობა, ტკივილი, დრენაჟები და მოწყენილობა დახატა, რაშიც მას მშობლები, ექიმი, ექთანი, წამალი, ხილი, ბებო და ფსიქოლოგი ეხმარება. მარიამი ამ ბრძოლაში მარტო არ არის, თუმცა ექიმსაც არ იცის ეს როდის დამთავრდება ...



“ჩემი ბრძოლა“

## აბსტრაქტი

გულის თანდაყოლილი მანკი (გთმ) ერთ-ერთი გავრცელებული ჯანმრთელობის პრობლემაა პედიატრიაში. ამ პრობლემასთან არაერთი ქირურგიული მკურნალობა და ინვაზიური პროცედურაა დაკავშირებული. გთმ-ს ეტაპობრივი მკურნალობისთვის ბავშვების უმეტესობა ზრდასთან ერთად სხვადასხვა სამკურნალო და სადიაგნოსტიკო პროცედურას საჭიროებს, რაც დამატებით სტრესს წარმოადგენს ჰოსპიტალიზებული ბავშვისა და მისი ოჯახისათვის.

იმ მიზნით, რომ გავიაზროთ და ეფექტიანად ვმართოთ მკურნალობასთან დაკავშირებული სტრესი, მნიშვნელოვანია ჰოსპიტალიზაციის დროს ბავშვის პერცეფციებსა და ემოციურ მდგომარეობაზე დაკვირვება და ამ მონაცემებზე დაყრდნობით ინდივიდუალური ინტერვენციის შეთავაზება. ფსიქო-სოციალური ანუ „ჩაილდ ლაიფ“ ინტერვენცია ჰოსპიტალიზაციის სტრესის შემცირებისა და პრევენციის სისტემურ მიდგომას წარმოადგენს. „ჩაილდ ლაიფ“ ინტერვენციის სფეროში არსებული კვლევები ძირითადად რაოდენობრივ მეთოდების გამოყენებას ეფუძნება. „ჩაილდ ლაიფ“ კომპლექსური ინტერვენციის რთული პროცესის საკვლევად კი ასევე მნიშვნელოვანია თვისობრივი მეთოდების გამოყენება (Koller, 2007).

კვლევის მიზანი იყო (1) გვეკვლია მკურნალობის, ჰოსპიტალიზაციის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გავლენა გთმ-ს მქონე ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატების მახასიათებლებსა და მის ემოციურ ინდიკატორებზე; (2) გვეჩვენებინა ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში ინტენსიური ინდივიდუალური ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის ეფექტიანობა ჰოსპიტალიზებული ბავშვისა და მისი ოჯახისათვის.

კვლევის პირველ ნაწილში მონაწილეობდა 293 ბავშვი. საკუთარი თავის ნახატები შედარდა როგორც ლონგიტუდურად ასევე ჯგუფებს შორის. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებების ინტერპრეტაცია ლიტერატურაში მოცემული პროექციული ნახატების პრინციპების შესაბამისად მოხდა (Koppitz, 1968; Buck, 1948; DiLeo, 1973; Machover, 1949; Burns & Kauffman, 1972). თვისობრივი მიდგომა გამოყენებული იყო კვლევის მეორე ნაწილში ინდივიდუალური ინტენსიური „ჩაილდ ლაიფ“ ინტერვენციის ეფექტიანობის შესასწავლად. ინტერვენცია მოიცავდა

სამედიცინო პროცედურების დროს მხარდაჭერას და სამედიცინო გამოცდილებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის გადამუშავების ხელშეწყობისა და პერსონალთან თანამშრომლობის გაზრდის მიზნით საგანმანათლებლო და თერაპიულ თამაშებს. გამოყენებული იყო ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ თვითანგარიში, ინტერვენციის ეფექტიანობის აღქმა და პროცედურების დროს დისტრესულ ქცევაზე, გამკლავებასა და ემოციურ მდგომარეობაზე დაკვირვება.

შედეგების მიხედვით, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებები აღმოჩნდა ჰოსპიტალიზებულ და საკონტროლო ჯგუფების ნახატებს შორის, კერძოდ, ნახატის ზომის, ფერების გამოყენების, სხეულის ნაწილების გამოტოვებისა და სხვა ასპექტების თვალსაზრისით. განსხვავებების ინტერპრეტაცია პროექციული ნახატების ანალიზის შესაბამისად მოხდა.

სისტემური ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის შემდეგ ბავშვების ქცევაზე დაკვირვებამ გამოავლინა პოზიტიური ცვლილებები, რაც შეგუებისა და ეფექტური გამკლავების ქცევებში გამოვლინდა. დაკვირვების შედეგები ასევე შესაბამისობაში იყო საკუთარი თავის ნახატების ემოციური ინდიკატორების ცვლილებებთან.

ნახატები მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია ჰოსპიტალიზებული ბავშვის ემოციური მდგომარეობის დინამიკაზე დასაკვირვებლად, რაც ასევე ხელს უწყობს უსაფრთხო კომუნიკაციას. სერიული შემთხვევების ანალიზმა კი გვაჩვენა ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის ეფექტიანობა სტრესის შემცირებაში, რაც კლინიკის გამოცდილების არასწორი ინტერპრეტაციით და ბავშვსა და მშობელს შორის არაპროდუქტული კომუნიკაციით იყო გამოწვეული. კვლევა მხარს უჭერს ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციას, როგორც პედიატრიული ზრუნვის ღირებულ ელემენტს და ხაზს უსვამს სამედიცინო გამოცდილებასთან დაკავშირებული ყოველდღიური სტრესის მართვის დამხმარე სტრატეგიების მნიშვნელობას.

**ძირითადი საძიებო სიტყვები:** ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია, ჰოსპიტალიზებული ბავშვი, გულის თანდაყოლილი მანკი, პროცედურისთვის მომზადება, ჰოსპიტალიზაციის სტრესი, პროექციული ნახატები.

## ABSTRACT

Congenital heart defect (CHD) remains one of the severe chronic diseases of childhood, that posse a number of stressors specific to children with CHD undergoing surgical treatment. Recognizing the stressful influence of medical encounter and procedures, it is important to monitor children's perceptions and emotional responses during the hospitalization period in order to recognize and manage distress individually and effectively. Child Life (CL) intervention represents a systemic approach to address the stress of hospitalization. Existing research in this area primarily employs quantitative methods. Yet qualitative research may be better suited to explore the complex processes associated with CL intervention, especially pediatric preparation (Koller, 2007).

The thesis aimed (1) to explore the impact of treatment, hospitalization and illness diagnosis on the quality and emotional disturbance of the drawings of hospitalized children with CHD; (2) to illustrate the effectiveness of intensive individualized CL intervention during hospitalization.

1. In total, 293 children participated in the first study. The self-drawings of children were collected both cross-sectionally and longitudinally. Statistically significant differences were interpreted according to projective drawing principles reported in the literature (Koppitz, 1968; Buck, 1948; DiLeo, 1973; Machover, 1949; Burns & Kauffman, 1972).

2. A qualitative approach was employed in order to fully explore the many interacting factors operating during the CL intervention process. The intervention involved support

during medical procedures and educational and therapeutic medical play to enhance information processing during a medical encounter. Self-report and observational data was obtained for distress and coping behaviors, emotional well-being and perception of intervention effectiveness before and after the child life intervention.

The results indicate significant differences between drawings by hospitalized compared to non-hospitalized children, including size, color and omission of body parts. These differences were interpreted in line with previous analyses of projective drawing. Case analysis shows reduced levels of noncompliance and disruptive behavior demonstrating the effectiveness of the intervention in reducing stress associated with misinterpretation of hospital experiences and ineffective child-caregiver communication.

Self-drawing evaluation is a useful tool to reveal insights into emotional wellbeing of hospitalized children, promoting safe and easy communication. The series of case studies support the importance of CL intervention as a valuable element of pediatric care and highlights a helpful strategy for the daily management of psychological stress of children going through a stressful medical encounter. The study allows us to describe and reflect in detail as well as promote development of future strategies to improve assessment and intervention.

**Key words:** Child Life intervention, hospitalized children, preparation for procedures, stress of hospitalization, congenital heart defect, self-drawings.

## მადლობა

განსაკუთრებული მადლიერება მინდა გამოვხატო ხელმძღვანელის პროფესორ ქეთევან ჭანტურიას მიმართ გაწეული სუპერვიზიისა და მხარდაჭერისთვის. ჩემთვის დიდი პატივი იყო ქეთევან ჭანტურიას დოქტორანტობა. მასთან ურთიერთობა ღირებული გამოცდილება იყო როგორც პროფესიული, ისე პიროვნული თვალსაზრისით.

ასევე მინდა მადლობა გადავუხადო ჯოენის სამედიცინო ცენტრის თანამშრომლებს, რომელთაც ყველა პირობა შემიქნეს კვლევის წარმოებისა და მუშაობისთვის; ფსიქოლოგებსა და ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტებს - თამუნა მჭედლიშვილს, ია ურუმაშვილს, მაკა მოდებამეს, თამთა მჭედლიშვილს და ნანა ჭანიშვილს რომლებმაც მნიშვნელოვნად გამიადვილეს ეს საპასუხისმგებლო საქმე და დიდი როლი ითამაშებს მონაცემების აღებასა და დამუშავებაში.



## ს ა რ ჩ ე ვ ი

1. შესავალი .....	1
1.1. ლიტერატურის მიმოხილვა .....	2
კვლევები ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის ეფექტიანობაზე.....	2
ნახატი, როგორც ემოციური მდგომარეობის ინდიკატორი .....	4
1.2. კვლევის მიზნები და ამოცანები.....	7
2. კვლევა 1. ჰოსპიტალიზებული ბავშვების საკუთარი თავის ნახატები, როგორც ემოციური მდგომარეობის შეფასების კლინიკური მეთოდი.....	10
2.1. შესავალი.....	10
2.2. გულის თანდაყოლილი მანკი.....	10
2.3. მიზანი.....	11
2.4. ჰიპოთეზა.....	11
2.5. მეთოდოლოგია.....	12
2.5.1. კვლევის დიზაინი.....	12
2.5.2. კვლევის მეთოდი .....	12
2.5.3. მონაწილეები .....	13
2.5.4. პროცედურა.....	14
2.6. შედეგები.....	15
2.6.1. ცვლადების გაზომვა.....	15
2.6.2. ცვლადების გამოსახვა/გამოტოვება.....	15
2.6.3. ნახატების ინტერპრეტაცია .....	19
2.7. დისკუსია .....	33
2.7.1. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია .....	42
2.7.2. დასკვნა.....	43
3. კვლევა 2. “ჩაილდ ლაიფ” ინტერვენცია, როგორც ჰოსპიტალიზაციის სტრესთან ეფექტიანად გამკლავების მოდელი.....	45
3.1. ჩაილდ ლაიფის პროგრამის სპეციფიკა .....	45
3.1.1. სამედიცინო პროცედურისთვის მომზადება.....	45
3.1.2. სამედიცინო თამაში .....	46
3.1.3. სამედიცინო ინფორმაციის მიწოდება.....	46
3.1.4. ინფორმაციის გადამუშავება და სტრესის შეფასების მოდელი.....	47
3.2. კვლევის ამოცანები და მიზნები .....	51
3.3. ჰიპოთეზა.....	51

3.4. მეთოდოლოგია.....	52
3.4.1. კვლევის დიზაინი.....	52
3.4.2. კვლევის მეთოდები .....	52
3.4.3. განხორციელების ადგილი.....	56
3.4.4. მონაწილეები .....	56
3.4.5. პროცედურა.....	57
3.5. შედეგები.....	60
3.5.1. პირველადი შეფასება .....	60
3.5.2. სამედიცინო პროცედურის დროს ბავშვის და მოზრდილის ინტერაქციის სკალა (CAMPIS-R) .....	61
3.5.3. ნახატები - ინტერვენციისა და ემოციური კეთილდღეობის შეფასების ინსტრუმენტი.....	70
3.5.4. მშობლის მიერ მოსამზადებელი სესიების ეფექტიანობის აღქმა.....	70
3.5.5. პოსტკოსპიტალური ქცევის კითხვარი (PHBQ).....	70
3. 6. დისკუსია .....	71
3.6.1. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია.....	71
3.6.2. შემთხვევა 1.....	75
3.6.3. შემთხვევა 2.....	77
3.6.4. შემთხვევა 3.....	78
3.6.5. შემთხვევა 4.....	79
3.6.6. შემთხვევა 5.....	80
3.7. დასკვნა .....	86
თავი 4 კვლევების შეჯამება.....	88
4.1. დისკუსია .....	88
4.2. კვლევების სუსტი მხარეები .....	89
4.3. კვლევის უპირატესობა, სიახლე და მომავალი კვლევა.....	90
4.4. დასკვნა .....	92
5. ბიბლიოგრაფია და დანართები .....	94
5.1. გამოყენებული ლიტერატურა.....	94
5.2. დანართი 1 .....	100
5.3. დანართი 2 .....	101

## თვალსაჩინოებების ჩამონათვალი

### *ცხრილები*

#### თავი 2

- 2.1. დისპერსიული ანალიზი სამი ჯგუფის რაოდენობრივ ცვლადებს შორის.
- 2.2. ხი-კვადრატის ანალიზით ცვლადების გამოსახვა/გამოტოვების შედარება ქირურგიამდე დახატულ და საკონტროლო ჯგუფის ნახატებს შორის.
- 2.3. ხი-კვადრატის ანალიზით ცვლადების გამოსახვა/გამოტოვების შედარება ქირურგიის შემდეგ დახატულ და საკონტროლო ჯგუფის ნახატებს შორის.
- 2.4. ხი-კვადრატის ანალიზით ცვლადების გამოსახვა/გამოტოვების შედარება ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ქირურგიამდე და ქირურგიის შემდეგ დახატულ ნახატებს შორის.

#### თავი 3

- 3.1. CAMPIS-R მონაცემები ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ ვენეპუნქციის, ექოკარდიოგრამის, და რუტინული პროცედურების დროს: ეკგ, ჭრილობის მოვლა. შემთხვევა 1
- 3.2. CAMPIS-R მონაცემები ვენეპუნქციის და რუტინული პროცედურების დროს. შემთხვევა 2
- 3.3. CAMPIS-R მონაცემები ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ ვენეპუნქციის და რუტინული პროცედურების დროს: ეკგ, ჭრილობის მოვლა. შემთხვევა 4
- 3.4. CAMPIS-R მონაცემები ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ ვენეპუნქციის, ექოკარდიოგრამის, და რუტინული პროცედურების დროს: ეკგ, ჭრილობის მოვლა. შემთხვევა 5
- 3.5. ჰოსპიტალური ქცევის კითხვარი
- 3.6. ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის აღწერა

### *გრაფიკები*

#### თავი 3

- 3.1. ინფორმაციის პროცესირება და სტრესის შეფასება საავადმყოფოს საფრთხის შემცველ ვითარებებში (Gaynard et al., 1998)
- 3.2. ინფორმაციის არაეფექტიანი პროცესირების კონტექსტუალური და ტრანსაქციული ცვლადები
- 3.3. CAMPIS-R, შემთხვევა 1.
- 3.4. CAMPIS-R, შემთხვევა 2 და 3.
- 3.5. CAMPIS-R, შემთხვევა 4.
- 3.6. შემთხვევა 5.

### **ნახატები**

თავი 2

- 2.1. ჰოსპიტალიზებული 11 და 9 წლის გოგონები ოპერაციამდე
- 2.2. არა ჰოსპიტალიზებული 9 წლის გოგონა
- 2.3. 10 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
- 2.4. 11 წლის გოგონა. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
- 2.5. 8 წლის გოგო. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
- 2.6. 6 წლის ბიჭი. ოპერაციის შემდეგ
- 2.7. არა ჰოსპიტალიზებული 9 და 10 წლის გოგონები
- 2.8. 7 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე
- 2.9. 10 წლის ბიჭი. ოპერაციის შემდეგ
- 2.10. არაჰოსპიტალიზებული 11 და 10 წლის ბიჭები
- 2.11. 6 წლის გოგო. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
- 2.12. 8 წლის გოგო. ოპერაციამდე
- 2.13. 8 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე
- 2.14. 8 წლის ბიჭი. ოპერაციის შემდეგ
- 2.15. 5 წლის გოგო. ოპერაციის შემდეგ
- 2.16. 13 წლის გოგო. ოპერაციის შემდეგ
- 2.17. 13 წლის გოგო. ოპერაციამდე
- 2.18. 11 წლის გოგო. ოპერაციამდე

- 2.19. 6 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე
- 2.20. 10 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე
- 2.21. 6 წლის გოგო. ოპერაციის შემდეგ
- 2.22. 10 წლის გოგო. ოპერაციამდე
- 2.23. 6 წლის გოგო. ოპერაციამდე
- 2.24. 9 წლის გოგო. ოპერაციის შემდეგ
- 2.25. 8 წლის გოგო პეისმეიკერით. ოპერაციამდე. ოპერაციის შემდეგ
- 2.26. 9 წლის ბიჭი. ოპერაციის შემდეგ
- 2.27. 4 წლის გოგო. ოპერაციის შემდეგ
- 2.28. 7 წლის გოგო. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
- 2.29. 11 წლის გოგო ბაქტერიული ენდოკარდიტით. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
- 2.30. 5 წლის გოგო. კათეტერიზაციამდე და კათეტერიზაციის შემდეგ/ოპერაციამდე
- 2.31. 10 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
- 2.32. 8 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ

თავი 3

- 3.1. 4 წლის ნანას ნახატი. ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციამდე/ოპერაციამდე და ინტერვენციის/ოპერაციის შემდეგ
- 3.2. 9 წლის გიორგის ნახატი. ინტერვენციამდე/ოპერაციამდე და ინტერვენციის/ოპერაციის შემდეგ
- 3.3. 7 წლის ანა კათეტერიზაციამდე და კათეტერიზაციის შემდეგ
- 3.4. 11 წლის ქეთი. ინტერვენციამდე/ოპერაციამდე და ინტერვენციის/ოპერაციის შემდეგ
- 3.5. 7 წლის ლუკა. ინტერვენციამდე/ოპერაციამდე და ინტერვენციის/ოპერაციის შემდეგ
- 3.6. 6 წლის გოგო. ოპერაციამდე

**გამოსახულება**

თავი 3

3.1. საგანმანათლებლო მასალა წიგნიდან „ტასო გულის ექიმთან“. ჯოენის სამედიცინო ცენტრი

### **აბრევიატურის ჩამონათვალი**

გთმ - გულის თანდაყოლილი მანკი

APA – American Pediatric Association

CAMPIS –R - The Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale Revized

CD:H – Child Drawing: Hospital

CINAHL – The Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature

CHD – Congenital Heart Defect

CL – Child Life

CLC – Child Life Council

CLI – Child Life Intervention

CLS – Child Life Specialist

DAP: SPED – Draw A Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance

PHBQ – Post Hospital Behavior Questionnaire

### **ტერმინები**

**ბავშვი** - კვლევაში მონაწილე სამიდან 16 წლამდე ასაკის ბავშვი და მოზარდი.

**ჩაილდ ლაიფ პროგრამა/სერვისი** - ჯანდაცვის დაწესებულებაში ინტეგრირებული ფსიქო-სოციალური სერვისი, რომელიც წარმოადგენს თერაპიული და განვითარების თამაშების სისტემურ მიდგომას. სერვისის ამოცანაა სამედიცინო გამოცდილებასთან დაკავშირებული სტრესის შემცირება და პრევენცია, რასაც ბავშვის ასაკისა და ინდივიდუალური თვისებებების გათვალისწინებით უზრუნველყოფს.

**ჩაილდ ლაიფის სპეციალისტი** - ჩაილდ ლაიფ პროგრამით მომუშავე სპეციალისტი.

**სამედიცინო თამაში** - თერაპიული თამაში, რომელიც ხორციელდება სამედიცინო მასალებით და სამედიცინო პროცედურების იმიტაციით. სამედიცინო თამაშის მიზანია სტრესული პროცედურების შესახებ ასაკის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება, პროცედურებთან დაკავშირებული არასწორი წარმოდგენების გაგება და კორექცია, გამკლავების სტრატეგიების დასწავლა და კომპეტენტურობისა და კონტროლის განცდის გაძლიერება.

**გამკლავების სტრატეგია** - ცნობიერი ძალისხმევა (აზრობრივი, ქცევითი) გადაჭრა პროვნიული, ინტერპერსონალური პრობლემები, დაეუფლო სიტუაციას და შეამცირო, ან აიტანო სტრესი ან კონფლიქტი.

**ეფექტური გამკლავება** - ადაპტური, კონსტრუქციული გამკლავების სტრატეგიები, რომელიც ხელს უწყობს სტრესის ზემოქმედების შემცირებას.

**არაეფექტური გამკლავება** - არაადაპტური გამკლავების სტრატეგიები, რომლის დროსაც სტრესის ზემოქმედება იზრდება.

**ვენეპუნქცია** - ნემსის ჩხვლეტით ვენიდან სისხლის გამოშვება სამკურნალო ან სადიაგნოსტიკო მიზნით.

**პეისმეიკერი** - ელექტრული მოწყობილობა, რომელიც გულის კუმშვადობას უზრუნველყოფს და რომლის იმპლანტაციაც ქირურგიული ჩარევით ხორციელდება.

**კათეტერიზაცია** - სადიაგნოსტიკო ან სამკურნალო არა ქირურგიული, ინვაზიური პროცედურა, რომლის დროსაც სისხლძარღვში შეყვანილი კათეტერის საშუალებით ხდება გულ-სისხლძარღვის დათვალიერება, ან გარკვეული ტიპის მანკების კორექცია.

**სტენტირება** - არა ქირურგიული, ინვაზიური პროცედურაა. იგივე პრინციპით ტარდება როგორც კათეტერიზაცია და რომლის დროსაც ხდება შევიწროებულ სისხლძარღვში სტენტის ჩადგმა.

**ოპერაცია** - გულის თანდაყოლილი მანკის კორექციის მიზნით ქირურგიული ჩარევა.

**პროცედურა** - ექიმის მიერ დანიშნული სამკურნალო ღონისძიება.

**პრემედიკაცია** - ოპერაციის წინ პაციენტის ორგანიზმში სამკურნალო ნივთიერების, ანესთეტიკის შეყვანა პაციენტის მომზადების მიზნით.

**სამედიცინო გამოცდილება** - სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობა, მკურნალობა, სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო პროცედურები, ჰოსპიტალიზაცია.



## 1. შესავალი

ჯანმრთელობის პრობლემის, ჰოსპიტალიზაციისა და სამკურნალო პროცედურის უარყოფით ზემოქმედებას ბავშვისა და ოჯახის კეთილდღეობაზე მეოცე საუკუნის 50-იანი წლებიდან აღწერენ და იკვლევენ მეცნიერები (Wolfer & Visintainer, 1975, 1979; Small & Melnyk, 2006; Salmela, Salanterä & Aronen, 2009). სამედიცინო მომსახურების სტრესულ ზემოქმედებას მრავალი ფაქტორი განაპირობებს. მტკივნეული ინვაზიური პროცედურები, ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია, დაავადების ფორმა (მწვავეა თუ ქრონიკული), უცხო სენსორული სტიმულაცია, განვითარებისთვის მნიშვნელოვანი აქტივობების შეზღუდული ხელმისაწვდომობა (Gaynard, 1998) - ეს ის ფაქტორებია, რის შედეგადაც ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში ბავშვის ქცევა შფოთვით, უგულვებელყოფით, შიშით, მოუსვენრობითა და ბრაზით ხასიათდება (Rennick et al., 2004, Small & Melnyk, 2006; Salmela, Salanterä & Aronen, 2009). მრავალი კვლევა არსებობს, რომელიც ასევე ამტკიცებს სენზიტიური ბავშვების შემთხვევებში ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ გამოვლენილი მწვავე, დისტრესული ქცევის კავშირს სამედიცინო გამოცდილებასთან (Aizenberg, RB 1973; Douglas JW, 1975; Harbeck-Weber C, 1995; Kain ZN, 1996; Wolfer JA, 1979). მკვლევარების, რენიკისა და მისი კოლეგების თანახმად, ინვაზიური პროცედურები, ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია და ავადმყოფობის სიმწვავე მავნე ფსიქოლოგიურ ზემოქმედებას ახდენს ბავშვებზე, რაც ჰოსპიტალიზაციიდან ხანგრძლივი დროის შემდეგაც დეპრესიით, შფოთვით, შიშებითა და პოსტტრავმული სტრესით ვლინდება (Rennick, Johnston, Dougherty, Platt & Ritchie, 2004).

ჰოსპიტალიზაციისა და მკურნალობის სტრესული ზემოქმედების შესწავლამ და შესაბამისი მტკიცებულებების არსებობამ განაპირობა სამედიცინო მომსახურების ჰუმანიზაციის პროცესი. დასავლეთში, მე-20 საუკუნის 50-იან წლებში დაიწყო თამაშის სპეციალისტებისა და პედაგოგების შეყვანა პედატრიული დაწესებულებებში, იმ მიზნით რომ ბუნებრივ გარემოს მოწყვეტილი, ხანგრძლივად

ჰოსპიტალიზებული ბავშვებისთვის სტრესული გამოცდილება შეემსუბუქებინათ და თერაპიული და განმავითარებელი თამაშები შეეთავაზებინათ.

თანამედროვე სამედიცინო მომსახურების ჰოლისტურმა მიდგომამ ჩრდილოეთ ამერიკისა და ევროპის ქვეყნებში ახალი სერვისების და პროგრამების ჩამოყალიბებას შეუწყო ხელი. ასეთი სერვისების მთავარ ამოცანას ჰოსპიტალიზაციითა და სამკურნალო პროცედურებით გამოწვეული სტრესის პრევენცია და შემცირება წარმოადგენს (LeRoy et al., 2003; Butler, Symons, Henderson, Shortliffe, & Spiegel, 2005). მნიშვნელობა შეიძინა სტრესული პროცედურებისთვის პაციენტის ასაკობრივად და განვითარების შესაბამისად მომზადებამ. დაიწყო პედიატრიულ ჰოსპიტლებში თერაპიული თამაშების გამოყენება, რაც ბავშვის სამედიცინო გამოცდილებისათვის ფსიქოლოგიურ მომზადებასა და ინფორმირებას ემსახურება (APA, 2002; Campbell, 1992; Dahlquist, 1992; Melamed, 1988; Visintainer, 1975).

ერთერთი სერვისი, რომელიც სამედიცინო გამოცდილებასთან დაკავშირებული სტრესის პრევენციასა და შემცირებაზეა ორიენტირებული, “ჩაილდ ლაიფ”-ის სახელით ცნობილი ჩრდილოეთ ამერიკული მოდელია. პედიატრიულ დაწესებულებებში ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის არსებობა მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ბავშვზე და ოჯახზე ორიენტირებულ მომსახურებას, რომლის ფუნქციაა: 1) სამედიცინო გამოცდილებასთან დაკავშირებული შიშის და შფოთვის შემცირება და 2) ამ სირთულეების გამკლავების ხელშეწყობა, რაც მომავალ სამედიცინო სირთულეებთან გამკლავებასაც განაპირობებს (Kaminski, Pellino & Wish, 2002). ზოგადად კი, ჩაილდ ლაიფ პროგრამაში მონაწილეობა აუმჯობესებს გუნება-განწყობას (Kaminstki et al., 2002) და მნიშვნელოვნად ამცირებს შფოთვას როგორც პროცედურებში მონაწილეობისას, ასევე ჰოსპიტალიზაციიდან ერთი თვის შემდეგაც (Brewer, Gleiditsch, Syblik, Tietjens & Vacik, 2006; Li, Lopez & Lee, 2007; Koller, 2007).

## 1.1. ლიტერატურის მიმოხილვა

### კვლევები ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის ეფექტიანობაზე

ჩაილდ ლაიფის პრაქტიკის ისტორია მაქსიმუმ 50 წელს ითვლის. შესაბამისად, ახალბედა პროფესიასა და პროგრამასთან დაკავშირებული კვლევები

მცირერიცხოვანია. იმისათვის, რომ პრაქტიკა ეფექტიანი და მტკიცებულებებზე დამყარებული იყოს იგი უნდა წარმოადგენდეს სანდო ხელმისაწვდომი კვლევებისა და კლინიკური გამოცდილების ერთიანობას (Gibbs, 1989).

ჰოსპიტალიზაციასთან და სამედიცინო პროცედურებთან დაკავშირებული სტრესის და გამკლავების მექანიზმებზე ჯანმრთელობისა და პედიატრიულ ფსიქოლოგიაში ჩატარებულმა ცალკეულმა კვლებმა (Vernon, 1966; Visintainer, 1975; Wolfer, 1975) გარკვეული საფუძველი შეუქმნეს ჩაილდ ლაიფის პრაქტიკის განვითარებას და აღიარებას. მაგრამ პირველი კვლევა, რომელმაც ჩაილდ ლაიფის პროგრამის ორგანიზება და განვითარება განაპირობა, იყო 1985-87 წლებში ფენიქსის ბავშვთა საავადმყოფოში განხორციელებული კვლევა, რომელიც დაწვრილებით აღწერს ჩაილდ ლაიფის პრინციპებს, პროტოკოლებს, გაიდლაინებსა და პრაქტიკას. ეს იყო პირველი მცდელობა ექსპერიმენტულად შეეფასებიათ ჩაილდ ლაიფის პროგრამის მნიშვნელობა 3-დან 13 წლამდე ბავშვებისთვის, რომლებიც ჯანმრთელობის მწვავე პრობლემებით მოდიოდნენ ფენიქსის საავადმყოფოში. კვლევამ აჩვენა, რომ ბავშვები, რომლებიც იღებდნენ ექსპერიმენტულ ჩაილდ ლაიფ მომსახურებას, მნიშვნელოვნად უკეთესად გრძნობდნენ თავს საკონტროლო ჯგუფის ბავშვებთან შედარებით, რომლებმაც ეს მომსახურება არ მიიღეს. ეს განსხვავება ვლინდებოდა ემოციურ დისტრესში, პროცედურის დროს გამკლავებაში, ჰოსპიტალიზაციისა და პროცედურების გაგებაში, პოსტჰოსპიტალურ და ჰოსპიტალურ შეგუებასა და ფიზიკურ გამოჯანმრთელებაში (Gaynard, 1990). ეს იყო პირველი მტკიცებულება სისტემურ ჩაილდ ლაიფ მომსახურების მნიშვნელობაზე, სადაც აღიწერა ჩაილდ ლაიფის დადებითი ზეგავლენა ჰოსპიტალიზებულ ბავშვსა და მის ოჯახზე.

ბოლო 30 წლის მანძილზე, გარკვეული ცოდნა და მტკიცებულებები დაგროვდა სამედიცინო პროცედურებისათვის პედიატრიული პაციენტების მომზადებაზე. ჩრდილოეთ ამერიკაში საავადმყოფოების უმეტესობა სთავაზობს ბავშვებსა და მათ ოჯახებს ქირურგიული მკურნალობისთვის მოსამზადებელ პროგრამებს, თუმცა ძალიან მცირე კვლევა არსებობს, რომელიც ეხება ამ პროგრამის მცირე დანახარჯსა და მაქსიმალური სარგებლობის მტკიცებულებას (Brewer, 2006). მიუხედავად ამ პროგრამების წარმატებისა, საკითხად მაინც დგას, თუ რომელია ეფექტიანი

ფსიქოლოგიური მომზადება, რომელიც საუკეთესო ემპირიულ და ვალიდურ მეთოდებს იყენებს (CLC Evidence Based Practice Statement, 2007).

ამ სფეროში არსებული ლიტერატურა უფრო მეტად ორიენტირებულია სკოლამდელ და ადრეულ სასკოლო ასაკის ბავშვებზე. ასეთი ინტერესი იმით აიხსნება, რომ ეს ასაკი სამედიცინო საკითხების არასწორად ინტერპრეტაციის მაღალ რისკ ფაქტორს წარმოადგენს.

მცირე კვლევები არსებობს იმის თაობაზე, თუ რა კავშირია პიროვნულ ნიშნებს, გამოცდილებას, გამკლავების სტრატეგიებსა და შედეგიან მომზადებას შორის. ასევე რამდენად ეფექტიანია უშუალოდ ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის მიერ განხორციელებული ბავშვის მომზადება. ამ სფეროში არსებულ კვლევებში ძირითადად გამოყენებულია რაოდენობრივი მეთოდები და იშვიათად მოიცავს მონაწილეებს, რომელიც სხვადასხვა კულტურულ და ეთნიკურ ჯგუფს წარმოადგენს. კოლერის აზრით, თვისობრივი კვლევა შეიძლება უფრო შეესაბამებოდეს პედაგოგიური პროცედურებისათვის მომზადების კომპლექსური პროცესების შესწავლას (Koller, 2007).

### **ნახატი, როგორც ემოციური მდგომარეობის ინდიკატორი**

სამედიცინო გამოცდილებითვის, მკურნალობისა და პროცედურებისთვის მომზადება მოიცავს პირველ რიგში იმის იდენტიფიცირებას თუ რომელი სამედიცინო გამოცდილებაა კონკრეტული ბავშვისთვის პოტენციურად სტრესული; ასევე შეფასებას, თუ როგორ ესმის ბავშვს ეს გამოცდილება, და რა ემოციური რეაქცია აქვს დაგეგმილი პროცედურის მიმართ (Thompson, 2009), რათა შემდგომი ინტერვენცია შედეგიანი იყოს. შესაბამისად, ჩაილდ ლაიფ პროგრამაში ერთერთი მნიშვნელოვანი ადგილი ჰოსპიტალიზაციის, პროცედურების თუ ზოგადად, სამედიცინო გამოცდილების მიმართ ბავშვის დამოკიდებულებების, ცოდნისა და გაგების შეფასებას უკავია.

რაიან-ვენგერის თანახმად, მნიშვნელოვანია ემოციური და ქცევითი პრობლემის მქონე ბავშვების იდენტიფიცირება, რადგან ასეთი პრობლემების არსებობა ართულებს ჯანმრთელობასთან ან სამკურნალო პროცედურებთან დაკავშირებული ინფორმაციის გადამუშავებას და ემოციური მდგომარეობის მართვას. იგი ასევე

თვლის, რომ იშვიათად ხდება ჯანდაცვის სპეციალისტების მიერ ქცევითი და ემოციური პრობლემების მქონე ბავშვების გამოვლენა, რასაც დროში შეზღუდვა და დიაგნოზის და ფიზიკურ პრობლემებზე ფოკუსირება განაპირობებს (Ryan-Wenger, 2001). ჩაილდ ლაიფის პროგრამის კონცეფტუალური მიდგომა იმაში მდგომარეობს, რომ ყველა ბავშვის ასაკი და განვითარების თავისებურებები განაპირობებს ინდივიდუალური დახმარების საჭიროებას სამედიცინო გამოცდილების გაგებასა და გამკლავების პროცესში, რომლის საფუძველსაც იმის ცოდნა წარმოადგენს თუ რა და როგორ ესმის ბავშვს ამ გამოცდილების შესახებ. შესაბამისად, ემოციური დამოკიდებულებებისა და მდგომარეობის სკრინინგი და შეფასება პედიატრიული მომსახურებისათვის მნიშვნელოვან, თუმცა რთულ საკითხს წარმოადგენს (Tielsch & Allen, 2005).

ბავშვის ემოციური მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მიღება, რომლის ვერბალიზებასაც ბავშვი ვერ ან არ ახდენს, კლატვერსის თანახმად, ზოგჯერ სტანდარტული მიდგომიდან გადახვევის აუცილებლობის წინაშე გვაყენებს (Clatworthy, Simon & Tiedeman, 1999). კომუნიკაციის გაუმჯობესებისა და ემოციური მდგომარეობის წვდომის მიზნით პროექციული ტექნიკების გამოყენებაა შესაძლებელი.

პროექციული ტექნიკები, რომელიც ბავშვის ემოციური მდგომარეობას აფასებს შემდეგია: ადამიანის ფიგურის ნახატი (Koppitz, 1968), დახატე პიროვნება (Goodenough, 1926), დახატე პიროვნება: ემოციური აშლილობის სკრინინგი (Naglieri, McNeish & Bardos, 1991) და ბოლოს, ბავშვი ხატავს საავადმყოფოს (Clatworthy et al., 1999).

ბავშვის ნახატების პროექციულ ტესტად გამოყენების საფუძველს ის ფაქტი წარმოადგენს, რომ ნახატი მის პიროვნებას, აღქმას და დამოკიდებულებებს ასახავს. ნახატში ემოციურ მდგომარეობაზე მოქმედი ბავშვის პერცეპციები, ატიტუდები, შიშები და პიროვნული თავისებურებები ფერების, სხვადასხვა დეტალების გამოყენებასა და ზომაში ვლინდება (Malchiodi, 1998; Ryan-Wenger, 2001).

ხატვის მეთოდი ასევე აადვილებს ბავშვებთან კომუნიკაციას, განსაკუთრებით ტრავმული გამოცდილების შემთხვევაში (Clements, Benasutti & Henry, 2001), რადგან

უმწეღდებათ ემაციურად დატვირთულ საკითხებთან დაკავშირებით საკუთარი განცდების გამოხატვა (Lukash, 2002).

დრისნეკმა (Driessnack, 2005) კვლევების მეტა ანალიზით დაასკვნა, რომ ინტერვიუს ტრადიციული, დირექტიული სტრატეგიისგან განსხვავებით, პროექციული ნახატების გამოყენება და ბავშვისთვის ხატვის შესაძლებლობის მიცემა ხელს უწყობს კომუნიკაციის პროცესს. ეს შედეგი აშკარაა როგორც კლინიკურ, ასევე კვლევით გარემოში. როდესაც სკოლის ასაკის ბავშვები ხატავენ ინტერვიუს დროს, ისინი უფრო მეტ და დეტალურ ინფორმაციას იძლევიან ემაციურად დატვირთული ამბების შესახებ, ვიდრე მაშინ, როდესაც ხატვის შესაძლებლობა მათ არ ეძლევათ (Skybo, Ryan-Wenger & Su, 2007). მეტიც, ნახატის ხარისხი და შინაარსი საშუალებას გვაძლევს ჩავწვდეთ მე-ს კონცეფციას, შფოთვის, დამოკიდებულებებს და კონფლიქტებს (DiLeo, 1973; Koppitz, 1968; Machover, 1949). მაგალითად, ადამიანის ფიგურის ნახატი გამოიყენება იმის შესაფასებლად, თუ როგორ აღიქვამენ ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვები საკუთარ თავს დაავადების კონტექსტში (Skybo et al, 2007). ასევე აღმოჩენილია, ისიც, რომ ეს ნახატები უფრო მეტ დესკრიპტულ ინფორმაციას იძლევა, ვიდრე ვერბალური ინტერვიუ (Wesson & Sallmon, 2001).

თანამედროვე კლინიკურ კვლევებში ბავშვების ნახატები სხვადასხვა მიზნებისთვის გამოიყენება. სტაფსტრომის კვლევაში ნახატი თავის ტკივილის დიფერენციალური დიაგნოზისთვის არის გამოყენებული (Stafstrom, Rostasy & Minster, 2002). ლუკაშმა და კორტესლუმამ ნახატები პლასტიკური ქირურგიის დროს შფოთვის, თვით-შეფასების (Lukash, 2002) და ტკივილთან დაკავშირებული ემაციების (Kortesluoma, 2008) შეფასებაში გამოიყენეს. კვლევის პირველადი მონაცემების შედეგები მხარს უჭერს შეხედულებას, რომ დარდის ჯგუფში გაერთიანებული ბავშვების თერაპიის შედეგიანობის შეფასებისთვის შესაძლებელია მათი ნახატების როგორც თვისობრივ ინსტრუმენტად გამოყენება (Graham, 2001).

ბახი თვლის, რომ ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატები ფიზიკური მდგომარეობის განჭვრეტის საშუალებაა, რადგან ისინი ყველაზე კარგად გრძნობენ საკუთარი ფიზიკური მდგომარეობის დინამიკას და მასთან დაკავშირებულ ცვლილებებს (Bach, 1990). ავტორის თანახმად, ზოგიერთი სიმბოლო, ფერი და

კომპოზიცია, წარმოადგენს ფიზიკური გაჯანსაღების ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების ნიშანს, რაც საკუთარი სხეულის და გრძნობების შესახებ ბავშვის შინაგანი ცოდნიდან გამომდინარეობს (Bach, 1990; Malchiodi, 1998).

რაიან-ვენგერის თანახმად, რამდენჯერმე შესრულებულ ნახატებს შორის არსებული განსხვავებების ანალიზი ავლენს მე-ს კონცეფციის, შფოთვის და დამოკიდებულებების დროში მიმდინარე ცვლილებებს, ან მიანიშნებს ინტერვენციის საჭიროებაზე (Ryan-Wenger, 2001).

შტურნერმა და მისმა კოლეგებმა იკვლიეს 4-დან 12 წლამდე ასაკის ბავშვების ადამიანის ფიგურის ნახატი ვენეპუნქციის პროცედურამდე და პროცედურის შემდეგ. შედეგებმა აჩვენა, რომ ემოციური აშლილობის საერთო სიხშირე მნიშვნელოვნად მეტია პროცედურის შემდეგ დახატულ ნახატებში (Sturner et al, 1980).

მსგავსი კვლევა ჩაატარა კლატვერსიმ და მისმა კოლეგებმა მეთოდის - ბავშვი ხატავს საავადმყოფოს (CD:H), გამოყენებით. ისინი ყოველ 24 საათში სთხოვდნენ ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებს დაეხატათ საავადმყოფოში მყოფი ადამიანი. ყოველ 24 საათში დახატული, სერიული ნახატების ანალიზიდან დაასკვნეს, რომ ეს მეთოდი სპეციალისტს ეხმარება ყოველდღიურად დააკვირდეს ბავშვის ემოციური მდგომარეობის ცვლილებას (Clatworthy et al., 1999).

## 1.2. კვლევის მიზნები და ამოცანები

კვლევის მიზანია დამატებითი მტკიცებულებების უზრუნველყოფა ჰოსპიტალიზებული ბავშვების საჭიროებების გასაგებად და ამ საჭიროებებზე ორიენტირებული ფსიქო-სოციალური, კერძოდ, ჩაილდ ლაიფის პროგრამის მნიშვნელობის საჩვენებლად. კვლევა ორ ეტაპად განხორციელდა.

პირველი კვლევის - ჰოსპიტალიზებული ბავშვების საკუთარი თავის ნახატები, როგორც ემოციური მდგომარეობის შეფასების კლინიკური მეთოდი - ამოცანა იყო შეგვესწავლა როგორ აისახება გულის თანდაყოლილი მანკის მქონე ბავშვებში ქირურგიულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ემოციური მდგომარეობის ცვალებადობა და სპეციფიკური ფსიქო-სოციალური ინტერვენციის საჭიროებები ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში დახატულ ნახატებში. კვლევაში შემოწმდა შემდეგი ჰიპოთეზები: (1) ჰოსპიტალიზებული, გთმ-ს მქონე ბავშვების საკუთარი თავის

ნახატები მნიშვნელოვნად განსხვავდება არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებისგან; (2) ჰოსპიტალიზაციის სხვადასხვა ეტაპზე სხვადასხვა სტრესორების ზემოქმედების შედეგად მნიშვნელოვნად განსხვავდება ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დახატული ნახატები, რაც მეტყველებს განსხვავებული ინტერვენციის მნიშვნელობაზე ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ. კვლევის მეთოდოლოგიად გამოყენებულია შერეული დიზაინი: ჯგუფთა შორის, ლონგიტუდური და ინტრინდივიდუალური. ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დახატული ნახატები შედარდა ერთმანეთს და არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების მიერ დახატულ ნახატებს. ნახატების ანალიზისთვის გამოყენებული იყო როგორც რაოდენობრივი, ასევე თვისობრივი ანალიზის მეთოდი. ნახატებში გამოვლენილი განსხვავებების თვისობრივი ინტერპრეტაცია ადამიანის ფიგურის ნახატის ემოციური ინდიკატორების სისტემით (Skybo, 2007; Koppitz, 1968) და სხვა ინტერპრეტაციული პრინციპებით განხორციელდა (Burns & Kauffman, 1972).

ფსიქოლოგიური საჭიროებების მეორე კვლევა - “ჩაილდ ლაიფ” ინტერვენცია, როგორც ჰოსპიტალიზაციის სტრესთან ეფექტიანად გამკლავების მოდელი - აღწერს გთმ-ს მქონე ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ინდივიდუალურ საჭიროებებზე ორიენტირებული, ინტენსიური ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის მნიშვნელობას. კვლევაში შემოწმდა შემდეგი ჰიპოთეზები: ბავშვის მოსალოდნელი სამედიცინო პროცედურის შესახებ ასაკის შესაბამისად არაინფორმირებულობა ზრდის ამ პროცედურის მიმართ არასწორი წარმოდგენების ჩამოყალიბებას და სიტუაციის შეფასებას როგორც საფრთხის შემცველს; არაინფორმირებულობა და პროცედურებისათვის მოუმზადებლობა იწვევს არაეფექტიან გამკლავებას; ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია, კერძოდ, არასწორი წარმოდგენების გარკვევა, ასაკის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება და პროცედურისთვის ფსიქოლოგიური მომზადება ხელს უწყობს სტრესული სამედიცინო გამოცდილების ეფექტიან გამკლავებას; კვლევის მეთოდად გამოყენებული იყო შემთხვევის კვლევის დიზაინი, ხოლო თეორიულ ჩარჩოდ ინფორმაციის გადამუშავებისა და სტრესის შეფასების მოდელი.

წინამდებარე კვლევა სიახლეს წარმოადგენს იმ თვალსაზრისით, რომ ნახატები პირველად არის გამოყენებული გულის თანდაყოლილი მანკის მქონე



ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებთან მათი ემოციური მდგომარეობის დინამიკის შეფასების მიზნით; ასევე, ნახატებში გამოვლენილი განსხვავებების ინტერპრეტაცია ადამიანის ფიგურის ნახატის ემოციური ინდიკატორების სისტემით (Skybio, 2007; Koppitz, 1968) განხორციელდა, სადაც ინდიკატორები ცალკეულ ცვლადებად არის გამოყენებული ჯგუფებს შორის და ინტრაინდივიდუალური შედარებისთვის, განსხვავებით ზემოთ აღნიშნული კვლევებისა, სადაც ბავშვის ემოციურ აშლილობას ინდიკატორების ჯამური სიხშირით ითვლიდნენ და ადარებდნენ. ამას გარდა, კვლევის სპეციფიკა მდგომარეობს იმაში, რომ ნახატების ანალიზისთვის გამოყენებულია რაოდენობრივი და თვისობრივი მეთოდები, ხოლო კოპიცის - ადამიანის ფიგურის ნახატის ემოციური ინდიკატორები გაანალიზებულია სხვადასხვა ინტერპრეტაციული პრინციპებით, რაც მნიშვნელოვანი ინფორმაციის შემცველია (Burns & Kauffman, 1972).

კვლევის მეორე ნაწილი მნიშვნელოვანია იმ თვალსაზრისითაც, რომ ჩაილდ ლაიფის ეფექტიანობის საკვლევად შემთხვევების ანალიზია გამოყენებული. კვლევა ქართულ პოპულაციაზეა ჩატარებული, სადაც ჩაილდ ლაიფ მომსახურებას ჩაილდ ლაიფის სპეციალისტი უზრუნველყოფდა.

კვლევაში გამოყენებული სტატიები ძირითადად შემდეგი წყაროებიდანაა აღებული: 1) PsycINFO, სადაც განთავსებულია ლიტერატურა ფსიქოლოგიიდან და მონათესავე დისციპლინებიდან როგორც არის მედიცინა, ფსიქიატრია, საექთნო პროფესია, სოციოლოგია, განათლება; 2) MEDLINE, რომელიც ფოკუსირებულია ბიოსამედიცინო ლიტერატურაზე; 3) CINAHL (the Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), რომელიც მოიცავს საექთნო და გამოყენებითი ჯანდაცვის პროფესიებთან დაკავშირებულ ლიტერატურას (Koller, 2007).

## 2. კვლევა 1. ჰოსპიტალიზებული ბავშვების საკუთარი თავის ნახატები, როგორც ემოციური მდგომარეობის შეფასების კლინიკური მეთოდი

### 2.1. შესავალი

სამედიცინო დაწესებულების კულტურა, სპეციფიკა და პრიორიტეტები ზღუდავს დამხმარე პროგრამების მომსახურების დროს, ეფექტიანობას. ბავშვის ემოციური კეთილდღეობის, მისი დამოკიდებულებების და საჭიროებების შეფასებაში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს სკრინინგ მიდგომები და მეთოდები, რომელიც მოკლე დროში მეტი და მრავალმხრივი ინფორმაციის მოპოვების შესაძლებლობას იძლევა (Tielsch & Allen, 2005).

### 2.2. გულის თანდაყოლილი მანკი

გულის თანდაყოლილი მანკი (გთმ) ერთერთი გავრცელებული ჯანმრთელობის პრობლემაა პედიატრიაში, რომელიც მოიცავს როგორც მსუბუქ, ისე სიცოცხლისთვის შეუთავსებელ მდგომარეობას. სხვადასხვა ავტორის მიხედვით გთმ ახალშობილთა 0,7 – 1,7 %-ს აღენიშნება. ამ ახალშობილთა მეოთხედის კრიტიკული მდგომარეობა გულის კატეტერიზაციას ან ქირურგიულ მკურნალობას საჭიროებს (LeRoy, et al, 2003). კარდიოქირურგიისა და ინვაზიური მედიცინის ბოლო ოცწლეულის მიღწევებმა საგრძნობლად შეამცირა სიკვდილიანობა და შესაძლებელი გახდა ზოგიერთი ტიპის თანდაყოლილი მანკების დროული და შედეგიანი მკურნალობა. თუმცა, რთულ შემთხვევებში სიცოცხლის შენარჩუნებამ ავადობის, ქრონიკულ მდგომარეობასთან გამკლავების, შეგუებისა და სრულფასოვან ცხოვრებასთან დაკავშირებული პრობლემების ზრდა განაპირობა (Casey, Sykes & Craig, 1996; Latal, Helfricht, Fischer, Bauersfield & Landolt, 2009).

გთმ-ს მქონე ბავშვებისთვის, რომელთაც ქირურგიული მკურნალობა ესაჭიროებათ, ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული მრავალი სტრესორი არსებობს. ეს

სტრესორებია: ვენეპუნქცია (დიაგნოსტიკის მიზნით ვენიდან სისხლის აღება), ანესთეზიასთან დაკავშირებული ინექცია, დრენაჟის მიღების ამოღება (LeRoy et al, 2003). გთმ-ს ეტაპობრივი მკურნალობისთვის ბავშვების უმეტესობა სხვადასხვა ასაკში არაერთ ინვაზიურ კარდიოლოგიურ პროცედურას საჭიროებს, რაც დამატებით სტრესს წარმოადგენს ჰოსპიტალიზებული ბავშვისა და მისი ოჯახისათვის.

ყოველ წლიურად ჯოენის სამედიცინო ცენტრში გულის თანდაყოლილი მანკის მქონე ჩვილებს, ბავშვებსა და მოზარდებს საშუალოდ 300 ქირურგიული მკურნალობა და 200 ინვაზიური პროცედურა უტარდებათ. ამ შემთხვევებიდან 20% მრავლობით ჩარევას საჭიროებს (მონაცემები აღებულია ჯოენის სამედიცინო ცენტრის სტატისტიკური სამსახურიდან, 2012).

### 2.3. მიზანი

კვლევის მიზანია გთმ-ს მქონე ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ემოციური მდგომარეობის ასახვის შესწავლა საკუთარი თავის ნახატებში ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ.

### 2.4. ჰიპოთეზა

კვლევაში შემოწმდა შემდეგი ჰიპოთეზები:

- 1) ჰოსპიტალიზებული, გთმ-ს მქონე ბავშვების საკუთარი თავის ნახატები მნიშვნელოვნად განსხვავდება არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებისგან.
- 2) ჰოსპიტალიზაციის სხვადასხვა ეტაპზე სხვადასხვა სტრესორების ზემოქმედების შედეგად მნიშვნელოვნად განსხვავდება ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დახატული ნახატები, რაც მეტყველებს ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში განსხვავებული ინტერვენციის მნიშვნელობაზე.

## 2.5. მეთოდოლოგია

### 2.5.1. კვლევის დიზაინი

ჰოსპიტალიზებული და არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატების საკვლევად გამოყენებული იყო შერეული დიზაინი: ლონგიტუდური, ჯგუფებს შორის და ინტრინდივიდუალური. ჯონის სამედიცინო ცენტრში ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებს ვთხოვდით დაეხატათ საკუთარი თავი ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობიდან რამოდენიმე დღეში.

კვლევაში 168 ბავშვი მონაწილეობდა. აქედან 25%-მა (n=42) დახატა მხოლოდ ოპერაციულ ჩარევამდე, რადგან მათ ან არ სურდათ ოპერაციის შემდეგ ხატვა, ან კლინიკიდან ისეთ დროს გაეწერნენ, რომ ვერ მოხდა მკვლევართან შეხვედრა. 25%-მა (n=42) დახატა ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ, რადგან მათ ასევე უარი თქვეს კლინიკაში შემოსვლის დროს ხატვაზე, ან მკვლევართან ვერ მოხერხდა შეხვედრა.

კვლევისთვის მიზნობრივად შეირჩა ბავშვები, რომლებიც აკმაყოფილებდნენ გარკვეულ კრიტერიუმებს. ბავშვები უნდა ყოფილიყვნენ სამი წლის ასაკიდან და გულის თანდაყოლილი მანკის ქირურგიული მკურნალობისთვის ჯონის სამედიცინო ცენტრში ჰოსპიტალიზებული. საკონტროლო ჯგუფის ბავშვები შემთხვევით შეირჩა საბავშვო ბაღებსა და სკოლებში.

### 2.5.2. კვლევის მეთოდი

ლიტერატურაში ძალიან მცირე ინფორმაცია არსებობს ადამიანის ფიგურის ნახატის მეთოდის ფსიქომეტრულ თვისებებზე. თუმცა კოპიცი (Koppitz, 1968) რამოდენიმე კვლევას აღწერს, სადაც დახატე-ადამიანის (Draw a person) არაპარამეტრული სტატისტიკური მეთოდით, ხი-კვადრატით ანალიზმა მნიშვნელოვანი განსხვავება აჩვენა ემოციური აშლილობის მქონე ბავშვების და საკონტროლო ჯგუფის ნახატებში გამოვლენილი სხვადასხვა სახის ემოციურ მაჩვენებლებს შორის. მეტიც, ემოციური განზომილებები კორელაციაშია ემოციურ სტრესსა და ქცევით პრობლემებთან (Matto, Naglieri & Clausen, 2005). სახელმძღვანელოში დახატე-ადამიანი: სკრინინგ პროცედურა ემოციური აშლილობისთვის (DAP:SPED) აღწერილია სამუალო

სტანდარტული ქულები სხვადასხვა კლინიკურ და არა კლინიკურ ჯგუფებში; ეს ქულები მუდმივად მაღალია კლინიკურ ჯგუფებში (Naglieri, McNeish & Bardos, 1991). ნაგლიერი და მისი კოლეგები (1991) ასევე აღნიშნავენ დახატე-ადამიანი ემოციური სკრინინგის (DAP:SPED) მისაღებ შიდა სანდოობას, სადაც კრონზახის ალფა კოეფიციენტი სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფების და სქესის მიხედვით ცვალებადობს .67-დან .78-მდე.

მონაცემთა ანალიზისთვის გამოყენებულია SPSS-ის მეცხრამეტე ვერსია. ნახატების კოდირება კოპიტის (Koppitz, 1968) მიერ შემუშავებული ადამიანის ფიგურის ნახატის 11 ემოციური ინდიკატორით განხორციელდა. ეს ინდიკატორებია სხეულის და სახის რვა ნაწილის დახატვა/არ დახატვა. კერძოდ, თვალის, ცხვირის, პირის, კისრის, ტანის, მკლავების, ფეხების, ტერფების და კბილების გამოსახვა. ასევე, ნახატის ტრანსპარანტულობა და კონტექსტის და ფონის დახატვა. ამ ინდიკატორებს ასევე დავუმატეთ შემდეგი ინდიკატორები: ტანსაცმლის და აქსესუარების გამოსახვა, სხეულის სხვადასხვა ნაწილების ზომა (ობიექტურად - სახაზავით გაზომილი), პროპორციები (სხეულის ცალკეული ნაწილების ზომის შეფარდება ფიგურის მთლიან ზომასთან), გამოყენებული ფერების რაოდენობა, ცალკეული ფერების გამოყენება და სიმბოლოების გამოსახვა. გამოსახვის კრიტერიუმს მივანიჭეთ 1 ქულა, არ გამოსახვას 0. გაზომვის კრიტერიუმი (ზომა) შესაბამის ერთეულებში გამოვსახეთ. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებების ინტერპრეტაცია მოვახდინეთ სკაიბუს მიხედვით, რომელმაც აღწერა ადამიანის ფიგურის ხატვის ნორმატიული განვითარება და მოგვცა ნახატის ფსიქოლოგიური შინაარსის ინტერპრეტაციის მიმართულებები (Skybo, 2007). ეს კრიტერიუმები ეფუძნება პროექციული ნახატის პრინციპებს, რომელიც ლიტერატურაშია აღწერილი (Koppitz, 1968; Buck, 1948; DiLeo, 1973; Machover, 1949; Burns & Kauffman, 1972).

### 2.5.3. მონაწილეები

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო სულ 293 ბავშვმა. გულის თანდაყოლილი მანკის მქონე ბავშვები, რომლებიც კლინიკაში გულის ქირურგიული მკურნალობისთვის იყვნენ შემოსულები, ნებაყოფლობით ჩაერთნენ კვლევაში. სამ წლამდე ასაკის ბავშვები გამოირიცხა კვლევიდან ხატვის შეზღუდული უნარების გამო. საბოლოოდ

შეგროვდა 126 ქირურგიულ მკურნალობამდე დახატული ნახატი (35.7% ბიჭი, საშუალო ასაკი=8.1, სტანდარტული გადახრა=2.5) და 126 ქირურგიის შემდეგ (36.5% ბიჭი, საშუალო ასაკი=7.9, სტანდარტული გადახრა=2.5) დახატული ნახატი.

საკონტროლო ჯგუფში მონაწილეობდა 125, არაჰოსპიტალიზებული 4–დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვი (42% ბიჭი, საშუალო ასაკი=8.3, სტანდარტული გადახრა=2.7).

საკონტროლო ჯგუფში ჩართვის კრიტერიუმი იყო, სამ წელზე მეტი ასაკის არაჰოსპიტალიზებული ბავშვი, რომელსაც არ აღენიშნება ჯანმრთელობის პრობლემა ან უახლოეს წარსულში არ იყო ჰოსპიტალიზებული. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება ჰოსპიტალიზებულ და საკონტროლო ჯგუფებს შორის ასაკისა და სქესის მიხედვით არ გამოვლინდა.

#### 2.5.4. პროცედურა

კვლევის დროს ბავშვები გულის ქირურგიის კლინიკაში საშუალოდ 5 დღიდან 10 დღემდე იმყოფებოდნენ. საკონტროლო ჯგუფის ნახატები შეგროვდა სკოლებსა და საბავშვო ბაღებში. კვლევისათვის შეირჩა წყნარი ოთახი როგორც კლინიკაში, ასევე სკოლაში. მონაცემები შეგროვდა ფსიქო-სოციალური მომსახურების სპეციალისტების და ფსიქოლოგების მიერ, რომელთაც აქვთ ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებთან და ოჯახებთან მუშაობის მინიმუმ 2 წლიანი გამოცდილება. პროცედურა სრულად იქნა ახსნილი ბავშვებისა და მშობლებისთვის, საკონტროლო ჯგუფში კი სკოლის მასწავლებლებისთვის. კვლევაში მონაწილეობის თანხმობა მივიღეთ როგორც მშობლისგან ასევე ბავშვისგან. მშობლებს საშუალება მიეცათ დასწრებოდნენ ხატვის პროცესს თუ ამის სურვილს გამოთქვამდა ბავშვი ან მშობელი.

ბავშვებს დაურიგდათ A4 ფურცელი და 12 ფერიანი ფანქრები/პასტელები. ვთხოვეთ დაეხატათ საკუთარი პორტრეტი. ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებს ორჯერ ვთხოვეთ დაეხატათ საკუთარი თავი: 1–2 დღით ადრე ქირურგიულ მკურნალობამდე და ქირურგიული მკურნალობიდან 3–6 დღის შემდეგ. ხატვის დროის დაგეგმვა დამოკიდებული იყო ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ქირურგიული

ჩარევს შემდეგ. მკვლევრები აკონტროლებდნენ, რომ ხატვის პროცესი 15–დან 30 წუთს არ გადაცილებოდა, დადღის პრევენციისა და შემცირების მიზნით.

კვლევა დამტკიცებულია ჯონის სამედიცინო ცენტრის ეთიკის კომიტეტის მიერ. წერილობითი და ვერბალური თანხმობა მივიღეთ მშობლებისა და სკოლის მასწავლებლებისგან. ყველა მშობელი თანახმა იყო მონაწილეობა მიეღოთ მათ შვილებს კვლევაში. კვლევა და მასში მონაწილეობაზე უარის თქმის უფლება ასაკის შესაბამისად ავუხსენით ბავშვებსაც. მკვლევრებმა აუხსნეს, რომ მიღებული მონაცემები და მათი ნახატები უსაფრთხო ადგილას იქნებოდა შენახული და დაცული იქნებოდა კონფიდენციალობა, შესაბამისად ბავშვების სახელები შეიცვლებოდა ფსევდონიმით. ყველა მონაწილისთვის ხელმისაწვდომი იყო ფსიქო-სოციალური მომსახურება კლინიკის სტანდარტისა და შიდა განაწესის შესაბამისად.

## 2.6. შედეგები

### 2.6.1. ცვლადების გაზომვა

სამი ჯგუფის - ქირურგიულ მკურნალობამდე, მკურნალობის შემდეგ დახატული და საკონტროლო ჯგუფის - ნახატების რაოდენობრივი ცვლადების საშუალოთა შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებების საჩვენებლად დისპერსიული ანალიზი გამოვიყენეთ. წყვილთა შორის საშუალოთა მნიშვნელოვანი განსხვავებების დასადგენად მრავალჯერადი შედარებების კრიტერიუმი გამოვიყენეთ. სამი ჯგუფის ნახატებს შორის სტატისტიკურად სანდო განსხვავებები მოცემულია ცხრილში 2.1.

### 2.6.2. ცვლადების გამოსახვა/გამოტოვება

ნახატების კოდირება მოხდა ასევე სხვადასხვა პარამეტრების გამოსახვა არ გამოსახვით. კოპიცის (Skybo et al, 2007) სახელმძღვანელოსგან განსხვავებით, სადაც ნახატების შედარება ხდება საერთო ემოციური ინდიკატორის დაჯამებული ქულებით ჰოსპიტალიზებული და საკონტროლო ჯგუფების ცალკეული 30 ემოციური ინდიკატორის სიხშირეები ხი-კვადრატის ანალიზით შევადარეთ. მნიშვნელოვანი განსხვავებები ჰოსპიტალიზებულ და არაჰოსპიტალიზებულ

ბავშვების მიერ დახატულ ნახატებს შორის მოცემულია ცხრილში 2.2 და 2.3. ქირურგიამდე და ქირურგიის შემდეგ დახატულ ნახატებს შორის ერთადერთი სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება მკურნალობის შემდეგ ლურჯი ფერის გამოყენების ზრდაში გამოვლინდა,  $\chi^2(df=1, n=252) = .122, p=.05$  (ცხრილი 2.4).

**ცხრილი 2.1.** დისპერსიული ანალიზი სამი ჯგუფის რაოდენობრივ ცვლადებს შორის.

ნახატის მახასიათებლები	(I) საკონტროლო	(J) ჰოსპიტალიზებული	საშუალოთა განსხვავება (I-J)	სტანდ. შეცდომა	P
ფერების რაოდენობა	არა ჰოსპიტალიზებული	ქირურგიამდე	.865**	.237	.000
		ქირურგიის შემდეგ	.809**	.237	.001
ფიგურის სიგრძე	არა ჰოსპიტალიზებული	ქირურგიამდე	3.69723**	.71384	.000
		ქირურგიის შემდეგ	3.30240**	.71526	.000
თავის სიგრძე	არა ჰოსპიტალიზებული	ქირურგიამდე	1.19180**	.43109	.006
		ქირურგიის შემდეგ	1.32434**	.43109	.002
ტორსის სიგრძე	არა ჰოსპიტალიზებული	ქირურგიამდე	.89440**	.28707	.002
		ქირურგიის შემდეგ	.64440 <sup>†</sup>	.28707	.025
ფეხის სიგრძე	არა ჰოსპიტალიზებული	ქირურგიამდე	1.45923**	.39811	.000
		ქირურგიის შემდეგ	1.09862**	.39902	.006
ხელის სიგრძე	არა ჰოსპიტალიზებული	ქირურგიამდე	.76194**	.26649	.005
		ქირურგიის შემდეგ	.54860 <sup>†</sup>	.26304	.038

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$



**ცხრილი 2.2.** ბი-კვადრატის ანალიზით ცვლადების გამოსახვა/გამოტოვების შედარება ქირურგიამდე დახატულ და საკონტროლო ჯგუფის ნახატებს შორის.

ნახატის მახასიათებლები		სიხშირე		ბი- კვადრატი	df	ნიშანთა შეუღლების კოეფიციენტი	P
		ქირურგიამდე %	საკონტროლო %				
მკლავი	კი	75.7	91.2	7.789**	1	.173	.005
	არა	21.4	8.8				
კისერი	კი	65	76.8	4.179*	1	.128	.041
	არა	34.9	23.2				
ფეხი	კი	9.5	1.6	7.481**	1	.170	.006
	არა	90.5	98.4				
ლოყები	კი	7.1	1.6	4.601*	1	.134	.032
	არა	92.8	98.4				
ლურჯი ფერი	კი	30.95	56	16.024**	1	.245	.000
	არა	69	44				
თმა	კი	81.7	93.6	8.145**	1	.177	.004
	არა	18.2	6.4				
ტანი	კი	90.4	96.8	4.205*	1	.128	.04
	არა	9.5	3.2				
ფეხები გამჭვირვალე ტანსაცმელში	კი	9.2	0.89	8.102**	1	.188	.004
	არა	90.7	99.1				
ტანსაცმელი	კი	57.1	86.4	26.478**	1	.309	.000
	არა	42.8	13.6				
ღილები	კი	13.49	4.8	5.696*	1	.149	.017
	არა	86.5	95.2				
აქსესუარები	კი	19.04	39.2	16.356**	1	.217	.000
	არა	80.95	60.8				
პირი	კი	90.4	96.8	4.205*	1	.128	.040
	არა	9.5	3.2				
ტუჩების ფერი	წითელი	26.2	38.84	6.095*	2	.158	.047
	ლურჯი	6.77	9.9				
	სხვა	66.94	51.2				

\* p< .05. \*\*p<.01

**ცხრილი 2.3.** ხი-კვადრატის ანალიზით ცვლადების გამოსახვა/გამოტოვების შედარება ქირურგიის შემდეგ დახატულ და საკონტროლო ჯგუფის ნახატებს შორის.

ცვლადები		სიხშირე		ხი-კვადრატი	df	ნიშანთა შეუღლების კოეფიციენტი	P
		ქირურგიის შემდეგ %	საკონტროლო ჯგუფი %				
კისერი	კი	63.49	76.8	5.304*	1	.145	.021
	არა	36.5	23.2				
ფეხი	კი	10.3	1.6	8.487**	1	.181	.004
	არა	89.6	98.4				
ლურჯი ფერი	კი	42.8	56	4.336*	1	.130	.037
	არა	57.1	44				
თმა	კი	77.7	93.6	12.746**	1	.220	.000
	არა	22.2	6.4				
ტანი	კი	90.4	96.8	4.205*	1	.128	.040
	არა	9.5	3.2				
ფეხები გამჭვირვალე ტანსაცმელში	კი	7.2	0.89	5.739*	1	.158	.017
	არა	92.7	99.1				
ტანსაცმელი	კი	61.9	86.4	19.620**	1	.269	.000
	არა	38.09	13.6				
აქსესუარები	კი	23	39.2	7.673**	1	.172	.006
	არა	76.89	60.8				
წითელი ფერი	კი	47.6	60.8	4.391*	1	.131	.036
	არა	52.3	39.2				

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$

**ცხრილი 2.4.** ხი-კვადრატის ანალიზით ცვლადების გამოსახვა/გამოტოვების შედარება ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ქირურგიამდე და ქირურგიის შემდეგ დახატულ ნახატებს შორის.

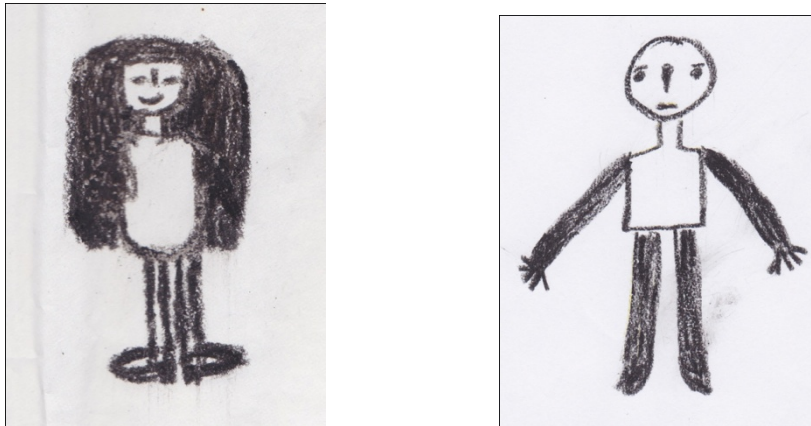
ცვლადები		სიხშირე		ხი-კვადრატი	df	ნიშანთა შეუღლების კოეფიციენტი	P
		ქირურგიამდე %	ქირურგიის შემდეგ %				
ლურჯი ფერი	კი	30.95	42.85	4.133*	1	.122	.05
	არა	69.04	57.14				

\*  $p < .05$ .

### 2.6.3. ნახატების ინტერპრეტაცია

ამ ნაწილში განვიხილავთ სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებების შესაძლებელ ინტერპრეტაციას, რაც ჰოსპიტალიზებული და არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებს შორის, ასევე ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დახატულ ნახატებს შორის გამოვლინდა.

**2.6.3.1. ფერი.** ვისროუს თანახმად, ფერების გამოყენებით შესაძლებელია გუნება-განწყობის და ემოციების გამოსახვა, რომლის ვერბალიზებაც უძნელდება პიროვნებას (Withrow, 2004). ჰოსპიტალიზებული ბავშვები ხატვისას საკონტროლო ჯგუფის ბავშვებისგან განსხვავებით, მნიშვნელოვნად მცირე რაოდენობის ფერებს იყენებენ (ცხრილი 2.1). ქირურგიულ მკურნალობამდე (38%) და მკურნალობის შემდეგ (28.5%) დახატულ ნახატებში ძირითადად ერთი ფერია გამოყენებული (ნახატი 2.1).



ნახატი 2.1. ჰოსპიტალიზებული 11 და 9 წლის გოგოები ოპერაციამდე

არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებში გამოყენებული ფერების რაოდენობა საშუალოდ 4-ია (23%), აქედან მხოლოდ 7% იყენებს ერთ ფერს (ნახატი 2.2).



ნახატი 2.2. არა ჰოსპიტალიზებული 9 წლის გოგონა.

ვადსონის კვლევის თანახმად, დეპრესიის მქონე მოზრდილები მნიშვნელოვნად მცირე ფერებს იყენებენ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, შესაბამისად ჩვენს შერჩევით ჯგუფში მცირე ფერების გამოყენება შეიძლება უარყოფით გუნება-განწყობას ასახავდეს (Wadeson 1971).

მნიშვნელოვანი განსხვავება გამოვლინდა ლურჯი და წითელი ფერის გამოყენებაში. ჰოპოთეტურად ეს ორი ფერი უნდა ყოფილიყო გარკვეული მნიშვნელობის მატარებელი. ლურჯი ფერი კომბინირებული გულის თანდაყოლილი მანკის შემთხვევაში შეიძლება ციანოზთან ყოფილიყო ასოცირებული. ვარაუდი, რომ ლურჯი ფერი მანკთან იქნებოდა დაკავშირებული, სტატისტიკურად მნიშვნელოვან განსხვავებაში არ გამოვლინდა. თუმცა ცალკეული ნახატების თვისობრივი ანალიზისას ეს გამოჩნდა, სადაც ციანოზური მანკის მქონე ბავშვები ოპერაციამდე დახატულ ნახატებში ლურჯ ფერს ტუჩების დასახატად იყენებენ (ნახატი 2.4 და 2.5). სტატისტიკურად ლურჯი ფერი უფრო მეტად გამოიყენება საკონტროლო ჯგუფის ბავშვების მიერ ვიდრე ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ დახატულ ნახატებში. შესაძლებელია ეს ტენდენცია უკეთესი ემოციური ბალანსის მიმანიშნებელი იყოს (Malchiodi, 1998b). მეტიც, ერთადერთი

მნიშვნელოვანი განსხვავება ჰოსპიტალიზებული ბავშვების პრე და პოსტოპერაციულ ნახატებს შორის, სწორედ ლურჯ ფერში გამოვლინდა. კერძოდ, ქირურგიის შემდეგ ლურჯ ფერს ხშირად (42.8%) იყენებს (ნახატი 2.3), რაც შეიძლება უკეთეს ემოციურ ბალანსს და სიმშვიდის განცდას ასახავდეს (Malchiodi, 1998b).



**ნახატი 2.3.** 10 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ

ემოციურ მდგომარეობასთან მიმართებაში ფერის გამოყენების მნიშვნელობაზე ბევრი ავტორი მსჯელობს. მალჩიოდის თანახმად, მნიშვნელოვანია სხვადასხვა ფაქტორის გათვალისწინება, რაც ბავშვის მიერ საკუთარი თავის გამოსახვის პროცესში ფერის გამოყენებას განაპირობებს (Malchiodi, 1998b).

მეოთხე ნახატში 11 წლის გოგონამ ქირურგიულ მკურნალობამდე საკუთარი თავი ლურჯი ტუჩებით და ლურჯი თვალებით დახატა (ნახატი 2.4). ხოლო ოპერაციის შემდეგ ლურჯი ტუჩები ლურჯი კაბით ჩაანაცვლა. ასევე ნახატში 2.5. ამ ნახატების ინტერპრეტაცია შემდეგნაირად არის შესაძლებელი: ლურჯი თვალები გარეგნობის უცვლელი ნიშანი ხოლო ლურჯი ტუჩები და კაბა შესაძლებელია ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის პოზიტიურად შეცვლის სიმბოლიზაცია იყოს. ციანოზური ლურჯი ტუჩები ქირურგიული მკურნალობის, ანუ გამოჯანმრთელების შემდეგ შეიძლება პოზიტიურ აღქმასთან იყოს დაკავშირებული და მის ემოციურ გაჯანსაღებასაც ასახავდეს.



ნახატი 2.4. 11 წლის გოგონა. ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ



ნახატი 2.5. 8 წლის გოგონა. ოპერაციამდე ოპერაციის შემდეგ.

მნიშვნელოვანი სტატისტიკური განსხვავება გამოვლინდა წითელი ფერის გამოყენებაშიც. პროპერაციულ ნახატებსა და საკონტროლო ჯგუფის ნახატებში წითელი ფერი ერთნაირად გამოიყენება. სტატისტიკური განსხვავება გამოვლინდა პოსტოპერაციულ ნახატებსა და საკონტროლო ჯგუფის ნახატებს შორის, სადაც წითელი ფერი მნიშვნელოვნად მცირდება ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ.



მკვლევარების ვარაუდით, კლინიკის რუტინისა და ინვაზიური პროცედურების გამო სისხლთან ხშირი შეხება განაპირობებს წითელი ფერის ტენდენციის კლებას.

პრეოპერაციულ ნახატებსა და საკონტროლო ჯგუფის ნახატებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება წითელ ფერთან მიმართებაში მხოლოდ ტუჩების ხატვისას გამოვლინდა. ოპერაციამდე დახატულ ნახატებში ნაკლებად არის გამოყენებული წითელი ფერი პირის ხატვისას. მეტიც, წითელი ფერის გამოყენების ტენდენცია კლებულობს ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ დახატულ ნახატებში. მაგრამ, იმ შემთხვევაში, თუ წითელი ფერი გამოყენებულია, მაშინ მთელი სხეული არის წითლად დაშტრიხული, მათ შორის ტუჩებიც (ნახატი 2.6).



**ნახატი 2.6.** 6 წლის ბიჭი. ოპერაციის შემდეგ.

ბრუკიტის და მისი კოლეგების თანახმად, წითელი ფერით ხატვა ფიგურის მიმართ ნეიტრალურ ატიტუდს გამოსახავს (Burkitt, 2009), ამრიგად, ეს შეიძლება წარმოადგენდეს ამბივალენტურ დამოკიდებულებას საკუთარი სხეულის მიმართ. თუმცა ჰოსპიტალიზებული ბავშვების შემთხვევაში წითელი ფერი შესაძლებელია სპეციფიურ მნიშვნელობას ატარებდეს. ამ კონკრეტული ჯგუფისთვის წითელი შეიძლება ასოცირებულია სისხლთან და წითელი შეფერილობის მქონე სადეზინფექციო სითხესთან, რომლითაც ხდება გარკვეული პროცედურების დროს

სხეულის საკმაოდ დიდი უბნების დაფარვა. შესაბამისად ბავშვი ან საერთოდ არ იყენებს ამ ფერს, საკონტროლო ჯგუფისგან განსხვავებით, სადაც ამ ფერს გარკვეული კოსმეტიკური დატვირთვა აქვს (ნახატი 2.7), ან თუ იყენებს ძირითადად მთელ სხეულს ფარავს (ნახატი 2.6 და 2.8).



ნახატი 2.7. არაჰოსპიტალიზებული 9 და 10 წლის გოგონები.

### 2.6.3.2. ზომა

ჰოსპიტალიზებული ბავშვები ხატავენ მნიშვნელოვნად პატარა სხეულს, თავს, ტორსს და კიდურებს არაჰოსპიტალიზებული ბავშვებისგან განსხვავებით (ნახატი 2.8, 2.9 და 2.10).





ნახატი 2.8. 7 წლის ბიჭი ოპერაციამდე



ნახატი 2.9. 10 წლის ბიჭი ოპერაციის შემდეგ



ნახატი 2.10. არაპოსპიტალიზებული 11 და 10 წლის ბიჭები.



არაპროპორციულად სხეულის პატარა ნაწილები ზოგიერთი ავტორის მიერ დანახულია როგორც საფრთხის განცდა (Buck, 1948; Burns & Kaufman, 1972), და დეპრესიული და რეგრესული ტენდენციების ინდიკატორი (Machover, 1949). პატარა

ზომის თავი კი ზოგიერთი ავტორის მიხედვით აიხსნება როგორც არაადეკვატურობის (DiLeo, 1973; Machover, 1949), ინფერიორობის და სისუსტის (Burns & Kaufman, 1972; Machover, 1949) განცდა.

### 2.6.3.3. გამოტოვება

გამოტოვებული ელემენტები შეიძლება მნიშვნელოვანი იყოს იმის რეპრეზენტაციისთვის თუ რას არიდებს თავს ინდივიდი. სხეულის ნაწილების გამოტოვება სავარაუდოდ დაკავშირებულია შფოთვისთან გამოტოვებული სხეულის ნაწილთან მიმართებაში (Furth, 2002). ოპერაციამდე დახატულ ნახატებში მნიშვნელოვანი რაოდენობის ბავშვი არ ხატავს ხელებს (21.4%), რაც შესაძლებელია შფოთვისთან და დანაშაულის განცდასთან იყოს დაკავშირებული (Koppitz, 1968). ბაკის თანახმად (Buck, 1948), ხელები შეიძლება წარმოადგენდეს თავდაცვის ან მოქმედების უნარს, შესაბამისად სხეულის ამ ნაწილის გამოტოვება შესაძლებელია ასახავდეს უსუსურობის და უმოქმედობის განცდას (ნახატი 2.11 და 2.12).



ნახატი 2.11. 6 წლის გოგო ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ



ნახატი 2.12. 8 წლის გოგო ოპერაციამდე.

ჰოსპიტალიზებული ბავშვები იშვიათად ხატავენ ფეხებს საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (ნახატი 2.13). თუ შევადარებთ საკონტროლო ჯგუფის ნახატს (ნახატი 2.10), სადაც ასევე არ არის სრულად გამოსახული ფეხები და ტერფები, ჰოსპიტალიზებული ბავშვის ნახატში ეს განსხვავება უფრო არაბუნებრივია და ნახატს დაუსრულებელ სახეს აძლევს. უფრო ფიგურა კოპიტის (1968) მიხედვით შფოთსა და უსუსურობას ასახავს (Koppitz, 1968).

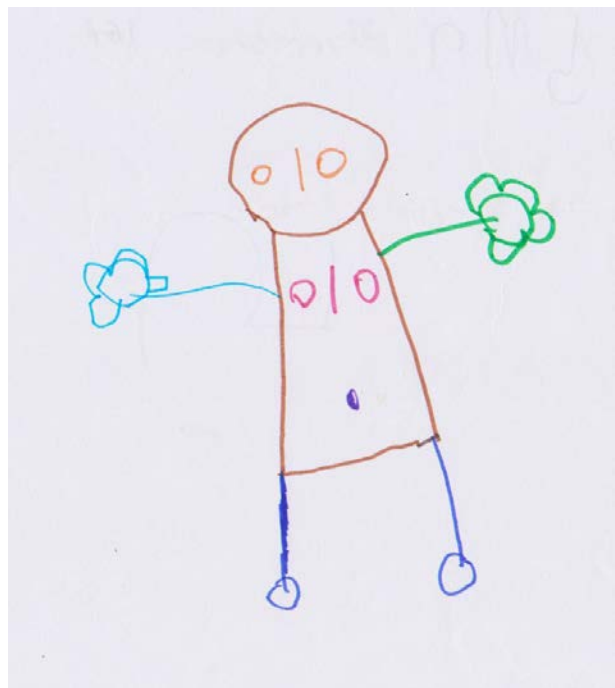


ნახატი 2.13. 8 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე

ჰოსპიტალიზებული ბავშვები ასევე იშვიათად ხატავენ თმას (18.2% ოპერაციამდე; 22.2% ოპერაციის შემდეგ) საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (ნახატი 2.14 და 2.15), რაც შესაძლებელია ფიზიკური ძალის და ენერჯის ნაკლებობას ასახავდეს (Machover, 1949). ეს აიხსნება თუნდაც იმ გამოცდილებით, რაც გთმ-ს მქონე ბავშვებს აქვთ: ოპერაციამდე ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო გარკვეული ფიზიკური შეზღუდვები, ხოლო ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ ბუნებრივი რეაბილიტაციის პროცესი.



ნახატი 2.14. 8 წლის ბიჭი. ოპერაციის შემდეგ.



ნახატი 2.15. 5 წლის გოგო ოპერაციის შემდეგ

ტორსს - ქირურგიული მკურნალობის ლოკალიზაციის ადგილს - ჰოსპიტალიზებული ბავშვები ნაკლებად ხატავენ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით. კოპიცის თანახმად, სხეულის ნაწილის არდახატვა აჩვენებს ამ სხეულის ნაწილთან დაკავშირებულ ძლიერ შფოთვისას (Skybo et al., 2007), ამ შემთხვევაში კი გულმკერდი ქირურგიული ჩარევის ადგილია (ნახატი 2.16; 2.17 და 2.18). ბერნსი და კაუფმანი (Burns და Kaufman, 1970) სხეულის ნაწილის გამოტოვებას იმით ხსნის, რომ ადამიანს არ შეუძლია ამ ნაწილზე ფიქრი. ამრიგად, ბავშვების მიერ ტორსის არ დახატვა შეიძლება შფოთვის დაძლევის სტრატეგიასაც ნიშნავდეს, როგორც არის,

მაგალითად, ქირურგიული პროცედურებით გამოწვეული შფოთვის უარყოფა ან რეპრესია.



**ნახატი 2.16.** 13 წლის გოგონა. ოპერაციის შემდეგ.



**ნახატი 2.17.** 13 წლის გოგონა. ოპერაციამდე.

13 წლის გოგონას არ ეუბნებოდნენ მოსალოდნელი ქირურგიული მკურნალობის შესახებ. მაგრამ კლინიკაში დაგეგმილი ქირურგიული მკურნალობისთვის როცა მოდიოდნენ წამოსვლის წინ მშობლებს, მათ გასაკვირად გამოუცხადა: „ვიცი, რომ ოპერაცია უნდა გამიკეთოთ. მაშინ პალატაში დამაძინეთ, რომ ვერაფერი გავიგო“ (ნახატი 2.17).

ხშირ შემთხვევაში, ბავშვები მიმართავენ ისეთივე არაეფექტურ გამკლავების სტრატეგიებს, რის დემონსტრირებასაც მშობლები გაუცნობიერებლად ახდენენ. როდესაც მშობლები ღიად არ საუბრობენ მოსალოდნელი მკურნალობის შესახებ და ბავშვები მათ მსგავსად განდევნის სტრატეგიას მიმართავენ, ეს დამოკიდებულება მათ ნახატებსა და კომენტარებშიც ვლინდება. 11 წლის გოგონას ასევე უმაღლავდნენ მოსალოდნელ ოპერაციას. როცა ვკითხეთ. თავს როგორ გრძნობდა ნახატზე გამოსახული გოგონა, გვიპასუხა: „ცისფერი თვალები დავუხატე დედასავით, არ მაქვს და ძალიან მინდა მქონდეს. თავზე გვირგვინი აქვს, რადგან პრინცესას მეძახიან“ (ნახატი 2.18).

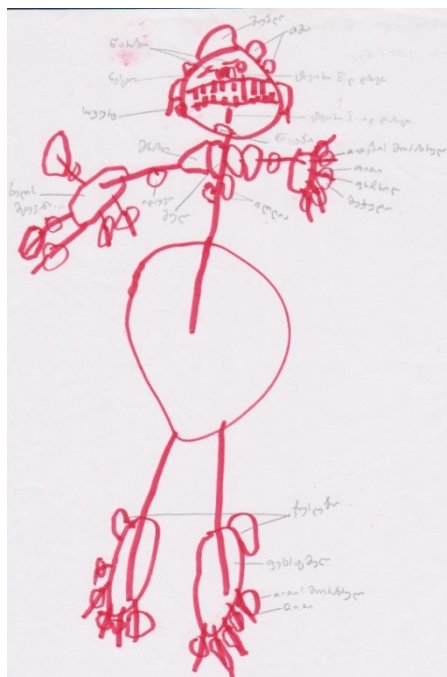




ნახატი 2.18. 11 წლის გოგო. ოპერაციამდე.

ბავშვები, რომელთაც განდევნილი ჰქონდათ ოპერაციის თემა, კომუნიკაციაშიც ნაკლებად შემოდიოდნენ და ხატვაზეც ხშირად უარს ამბობენ.

ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებში ხშირია ადამიანის ფიგურის ტანსაცმლის გარეშე ხატვა (42.8% ოპერაციამდე; 38.09% ოპერაციის შემდეგ; ნახატი 2.19 და 2.20), რაც შესაძლებელია ფსიქოლოგიური საფრთხის არსებობას (Koppitz, 1968) ასახავდეს. სამედიცინო მომსახურების სპეციფიკა შესაძლებელია აქაც ვლინდება - სხეულის სხვადასხვა ნაწილზე ხშირი მანიპულიაციები და უცხო პერსონალის წინაშე სხეულის ხშირი გამოშვლება პრივატობის ნაკლებობას მიანიშნებს.



ნახატი 2.19. 6 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე

შიშველი სხეულის გამოსახვის გარდა აღსანიშნავია ფიგურის დეტალიზაცია (ნახატი 2.19) ისეთი სხეულის ნაწილებით, რასაც ჩვეულებრივ ბავშვები არ ხატავენ: ფეხის თითები, იდაყვი, ნიკაპი, ცხვირის ნესტო, გული, ილია, ქუსლი.



ნახატი 2.20. 10 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე

საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით ჰოსპიტალიზებული ბავშვები უფრო ხშირად ხატავენ კისერს (ნახატი 2.19; 2.20 და 2.21). სკაიბუ გამოყოფს ორ ასპექტს ამასთან მიმართებაში: კისრის გამოტოვებას და კისრის დაშტრიხვას სხვა დეტალებთან შედარებით. კისრის მკვეთრად დახატვა სკაიბუს მიხედვით იმპულსის კონტროლის პრობლემებს შეიძლება ასახავდეს, ან შფოთვის მიმანიშნებელი იყოს (Skybo, 2007).

ასევე ვლინდება ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებში ტრანსპარანტულობა (9.2% ოპერაციამდე და 7.2% ოპერაციის შემდეგ), რაც კოპიცის თანახმად იმპულსურობას და ფრუსტრაციის მიმართ დაბალ ტოლერანტობას ასახავს (Koppitz, 1968) (ნახატი 2.21).



**ნახატი 2.21.** 6 წლის გოგო. ოპერაციის შემდეგ.

ჰოსპიტალიზებული ბავშვები ოპერაციამდე დახატულ ნახატებში ასევე ხშირად გამოსახავენ ლოყებს (7.1%; ნახატი 2.18) და ღილებს (13.49%; ნახატი 2.22), რაც რეგრესის (Machover, 1949) ან დამოკიდებულების (Burns & Kaufman, 1972) მიმანიშნებელი შეიძლება იყოს. ასევე არის პირის გამოტოვების ტენდენციაც (ნახატი 2.22 და 2.23). ოპერაციამდე დახატულ ნახატებში პირის გამოტოვება (9.5%) შესაძლებელია სხვებთან კომუნიკაციის სურვილის ნაკლებობის, აგრესიის, შფოთვისა ან საფრთხის განცდის მიმანიშნებელი იყოს (Buck, 1948; Koppitz, 1968).





ნახატი 2.22. 10 წლის გოგო. ოპერაციამდე



ნახატი 2.23. 6 წლის გოგო. ოპერაციამდე

## 2.7. დისკუსია

ნახატების კვლევის მიზანი იყო გვეჩვენებოდა თუ როგორ ვლინდება საკუთარი თავის ნახატებში გომ-ს ქირურგიული მკურნალობისთვის ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ემოციური მდგომარეობა როგორც ქირურგიულ მკურნალობამდე, ასევე მკურნალობის შემდეგ.

მნიშვნელოვანი განსხვავებები ვნახეთ ჰოსპიტალიზებული და არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებში, რომელთაც არა აქვთ ქრონიკული ჯანმრთელობის პრობლემა. მაგალითად, მთლიანი ნახატის და სხეულის სხვადასხვა ნაწილის (თავი, ტანი, კიდურები) ზომა მნიშვნელოვნად მცირე იყო ჰოსპიტალიზებულ ბავშვების ნახატებში. ფერების გამოყენება მნიშვნელოვნად მცირეა ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებში და განსაკუთრებით სენსიტიური გამოჩნდა წითელი და ლურჯი ფერი, რაც განსხვავებული სიმბოლიკით და დატვირთვით გამოიყენება საკონტროლო ჯგუფისგან განსხვავებით.

ასევე აღინიშნება ისეთი სხეულის ნაწილების გამოტოვების ტენდენცია, რაც ემოციური მოწყვლადობის ინდიკატორია. მაგალითად ტანის, თმის, ხელის, პირის არ გამოსახვა. ეს ამყარებს ჩვენს პირველ ჰიპოთეზას იმის შესახებ, რომ ჰოსპიტალიზებული ბავშვების მიერ დახატული ნახატები განსხვავდება არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებისგან.

რაც შეეხება კვლევის მეორე ჰიპოთეზას, ძალიან მცირე სტატისტიკური მტკიცებულება ვნახეთ ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ დახატულ ნახატებს შორის. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება გამოვლინდა მხოლოდ ლურჯი ფერის გამოყენების ზრდაში ოპერაციის შემდეგ დახატულ ნახატებში. შესაბამისად, მეორე ჰიპოთეზა არასაკმარისად დამტკიცებულია. თუმცა უნდა აღინიშნოს ის განსხვავებული ცვლადები, რაც გამოვლინდა ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ დახატული ნახატების საკონტროლო ჯგუფთან შედარებისას. მაგალითად შემდეგი ცვლადები - ტუჩის ფერი, ხელის, პირის გამოტოვება, ლოყების და ღილების გამოსახვა - არ გამოვლინდა ოპერაციის შემდეგ დახატულ ნახატებსა და საკონტროლო ჯგუფის ნახატებს შორის. ამისგან განსხვავებით, ოპერაციის შემდეგ დახატულ და საკონტროლო ჯგუფის ნახატებს შორის ერთი განსხვავება იყო. ეს ცვლადია წითელი ფერი, რომლის გამოყენებაც მნიშვნელოვნად მცირდება ოპერაციის შემდეგ დახატულ ნახატებში. ამ განსხვავებული ცვლადების გამოვლენა საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ პრეოპერაციული და პოსტოპერაციული მდგომარეობები და განსხვავებული საჭიროებები ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დახატულ ნახატებშიც ვლინდება, რამოდენიმე დღის შუალედით.

ნახატების ინტრაინდივიდუალურმა ანალიზმა საშუალება მოგვცა ერთი და იმავე ბავშვის მიერ პრე და პოსტ ოპერაციულად დახატულ ნახატებს შორის ისეთი განსხვავებები გვენახა, რაც არ გამოჩნდა როგორც მნიშვნელოვანი სტატისტიკური განსხვავება ჯგუფებს შორის შედარებისას. მაგალითად, ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებში ტორსის ზომა (სიგრძე კისრიდან წელამდე), სტატისტიკური თვალსაზრისით მნიშვნელოვნად მოკლეა, ისევე როგორც სხეულის სხვა დეტალები, მაგრამ ზოგიერთ პოსტოპერაციულ ნახატებში ტორსი არაბუნებრივად გაბერილია (ნახატი 2.24). ნახატებში ქირურგიული მკურნალობის ადგილის - გულმკერდის - მძაფრი აღქმა, სხეულის ამ ნაწილზე ძლიერი ფიქსაცია ზომისა და ფორმის ცვლილებით გამოვლინდა, სადაც გულმკერდს გულის ფორმა აქვს.



ნახატი 2.24. 9 წლის გოგო. ოპერაციის შემდეგ.

ეს ტენდენცია უფრო თვალსაჩინოა 8 წლის გოგოს პრე და პოსტოპერაციული ნახატების შედარებისას (ნახატი 2.25), რისი საშუალებაც არ გვქონდა წინა შემთხვევაში (ნახატი 2.24). ამ ორი ნახატის არსებობა საშუალებას გვაძლევს დავაკვირდეთ როგორ იცვლება ტორსის ზომა და ფორმა ოპერაციის შემდეგ დახატულ ნახატში პირველთან შედარებით.



ნახატი 2.25. 8 წლის გოგო პეისმეიკერით. ოპერაციამდე.



ოპერაციის შემდეგ.

ამ შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევა ასევე შეიცავდა პეისმეიკერის იმპლანტაციას. პეისმეიკერი ელექტრული მოწყობილობაა, რომელიც გულის კუმშვადობას უზრუნველყოფს. პეისმეიკერის ფუნქციის გააზრება მოზარდი პაციენტებისთვისაც რთულია, ამიტომ იმის გარკვევა, თუ როგორ აღიქვამს ბავშვი და რა იცის მის მკერდში იმპლანტირებული ელექტრული მოწყობილობის შესახებ, ისევეა მნიშვნელოვანი, როგორც მკურნალობის მიმართ ბავშვის სხვა დამოკიდებულებების გაგება. ეს ინფორმაცია მნიშვნელოვანია იმისათვის, რომ ინდივიდუალურად და ბავშვის პიროვნული თუ განვითარების შესაბამისად მოხდეს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და მკურნალობის შესახებ ინფორმირება - რა გაკეთდა და როგორ ეხმარება ეს მოწყობილობა მის გულს მუშაობაში.

ასევე მნიშვნელოვანია მომავალი კვლევების წარმოება იმის გასარკვევად, არის თუ არა კავშირი ნახატის ასეთ დინამიკას - ტორსის ზრდასა და ფიზიკურ შეგრძნებას (ჭრილობის ტკივილს) ან ოპერაციის შესახებ ბავშვის წარმოდგენებს შორის.

საინტერესოა ზოგიერთ ნახატში როგორ იღებს ტორსი სახის და ემოციის გამომეტყველებას. მაგალითად, 5 წლის გოგონამ სხეულზე ჭრილობა დახატა, რომელიც სახის მსგავსია (ნახატი 2.15). ასევე 9 წლის ბიჭის ოპერაციის შემდეგ დახატულ ნახატში (ნახატი 2.26), სადაც ტორსს სახის გამომეტყველება აქვს და შიშის ემოციას გამოსახვას.



ნახატი 2.26. 9 წლის ბიჭი. ოპერაციის შემდეგ

ზოგიერთი ბავშვი ნახატში ასევე გამოსახავს ოპერაციის შემდეგომ მდგომარეობას მუცლის ღრუში ჩადგმული ღრენაჟის მილებით (ნახატი 2.27. და 2.28). 4 წლის გოგონა თავის ნახატზე ამბობს: „ეს ხაზები მუცლიდან გამოსული გრძელი მილებია“.





ნახატი 2.27. 4 წლის გოგო. ოპერაციის შემდეგ.

პოსტოპერაციული მდგომარეობა - სისუსტე და დიფუზური შეგრძნებები, ისევე როგორც დრენაჟის მილები, თვალსაჩინოა 7 წლის გოგონას პოსტოპერაციულ ნახატში (ნახატი 2.28). პრეოპერაციული ნახატისგან განსხვავებით პოსტოპერაციულ ნახატში სხეულის დეტალების აღქმა უფრო რთულია, აქაც დრენაჟის ხაზებია, რომელიც პლევროვაკს (ჭურჭელი, სადაც სხეულიდან გამოსული სითხე გროვდება) უერთდება.

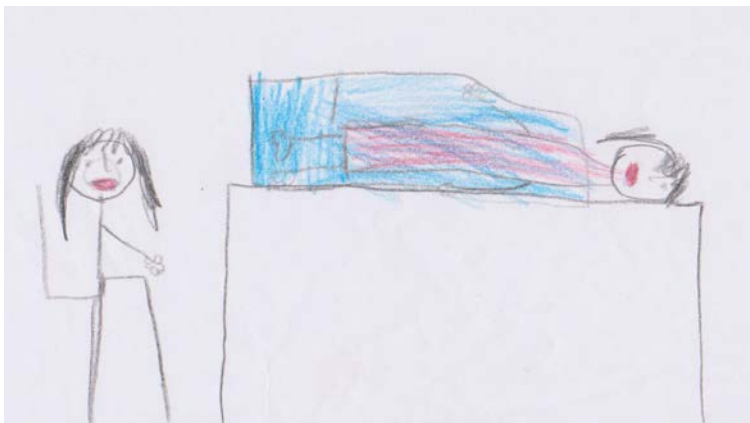


ნახატი 2.28. 7 წლის გოგო. ოპერაციამდე.



ოპერაციის შემდეგ.

საკუთარი ფიზიკური მდგომარეობა გამოსახა 11 წლის გოგონამ ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ დახატულ ნახატებში (ნახატი 2.29). ქირურგიულ მკურნალობამდე ბაქტერიული ენდოკარდიტით გამოწვეული ჯანმრთელობის პრობლემები თვალსაჩინოა ოპერაციამდე დახატულ ნახატში, სადაც თავისი თავი დაწოლილ მდგომარეობაში დახატა. ეს ნახატი (ნახატი 2.29 ოპერაციამდე) ძალიან ჰგავს ინტენსიური თერაპიის განყოფილების გარემოს, სადაც მწოლიარე პაციენტის ფეხებთან ექთანი ზის და აკვირდება მის მდგომარეობას. რეალურად გოგონა არ იწვა, მაგრამ მან თავისი განწყობა - ფიზიკური სისუსტე და ქირურგიული მკურნალობის შემდგომ, ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მოთავსების მოლოდინი დახატა, რისი გამოცდილებაც წარსულში ჰქონდა. სრული გამოჯანმრთელება კი ოპერაციის შემდეგ დახატულ ნახატშია გამოსახული.



**ნახატი 2.29.** 11 წლის გოგო ბაქტერიული ენდოკარდიტით. ოპერაციამდე. ოპერაციის შემდეგ.

5 წლის გოგონამ, რომელმაც გულის კათეტერიზაცია გაიკეთა და ქირურგიული მკურნალობისთვის აგრძელებს კლინიკაში ყოფნას კათეტერიზაციამდე შესრულებულ ნახატზე თქვა „გოგოს ოპერაციის და ნემსის ემინია“ (ნახატი 2.30).



ნახატი 2.30. 5 წლის გოგონა. გულის კათეტერიზაციამდე.

კათეტერიზაციის შემდეგ, ოპერაციამდე

კათეტერიზაციის შემდეგ ნახატში გამოჩნდა მისი ემოციური ფონი და დამოკიდებულება პოსტპროცედურული მდგომარეობისა და მოსალოდნელი ქირურგიული მკურნალობის მიმართ. ამ შემთხვევაში აშკარაა ბავშვის ფსიქოლოგიური მომზადების ასაკის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდების აუცილებლობა.

გამოჯანმრთელების და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის დინამიკა თვალსაჩინოა ერთი და იმავე ბავშვის მიერ დახატული ნახატების შედარებისას. მაგალითად ნახატებში 2.31 და 2.32 თვალსაჩინოა ფერების გამოყენების დინამიკა, ზომაში ცვლილებები და ემოციური გამომეტყველების ცვლა 4-5 დღის ინტერვალით დახატულ პრე და პოსტოპერაციულ ნახატებში.





ნახატი 2.31. 10 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე. ოპერაციის შემდეგ.



ნახატი 2.32. 9 წლის ბიჭი. ოპერაციამდე ოპერაციის შემდეგ

ინდივიდუალური ბავშვის ნახატების დინამიკაზე დაკვირვება და თვისობრივი ანალიზი საშუალებას იძლევა უფრო ღრმად ჩავწვდეთ მკურნალობის მიმართ ბავშვის დამოკიდებულებებს, წარსული სამედიცინო გამოცდილების ზეგავლენას, რათა ეფექტიანად დაიგეგმოს და განხორციელდეს ბავშვის ინფორმირება და მკურნალობისთვის ფსიქოლოგიური მომზადება.

### 2.7.1. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია

კვლევები ამტკიცებს ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ემოციური მდგომარეობის შეფასებისა და შემდგომი ინტერვენციის დროს მათი ნახატების კლინიკურ მნიშვნელობას, როგორც ქრონიკული ჯანმრთელობის პრობლემებისას (Skybo et al., 2007), ასევე პლასტიკური ქირურგიისა და დარდის ჯგუფში გაერთიანებული ბავშვების შემთხვევებში (Driessnack, 2005).

წინამდებარე კვლევა ამტკიცებს, რომ ჰოსპიტალიზებული ბავშვები, კერძოდ, კირთული, კარდიოლოგიური პრობლემების შემთხვევაში, ჯანმრთელი ბავშვებისგან მნიშვნელოვნად განსხვავებულ ნახატებს ხატავენ. მეტიც, განმასხვავებელი დეტალების ინტერპრეტაცია მრავალმნიშვნელოვანია და შეიძლება კლინიცისტებისთვის სასარგებლო ინფორმაციას ატარებდეს. ეს შედეგები შეესაბამება პირველ კვლევებს, რომელიც აღწერს საკუთარი თავის ნახატების ინტერპრეტაციულ ღირებულებას (DiLeo, 1970, 1973; Koppitz, 1968; Machover, 1949) და ასევე, შედარებით თანამედროვე კვლევებს, რომლის თანახმადაც უფრო მეტი დეტალების (Skybo et al., 2007) და ინფორმაციის (Wesson & Salmon, 2001) გარკვევაა შესაძლებელი, როდესაც ნახატები კლინიკურ ინტერვიუს დროს გამოიყენება.

პროექციული ნახატების ლიტერატურაში მკვლევარები საუბრობენ დროში ნახატების ცვლილებაზე, რაც ასახავს მე-ს კონცეფციასთან, დამოკიდებულებებთან, ინტერვენციის საჭიროებასთან და შფოთვის დონესთან დაკავშირებულ ცვალებადობას (Clatworthy et al., 1999; Ryan-Wenger, 2001; Sturmer et al., 1980). ამისგან განსხვავებით, წინამდებარე კვლევაში მოიძებნა მხოლოდ ერთი

სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დახატულ ნახატებს შორის. ეს საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ უფრო მეტად ინფორმაციული, ყოველ შემთხვევაში კარდიოლოგიურ კლინიკაში, ნახატების თვისობრივი და ინტრინდივიდუალური ანალიზია.

ამ მიდგომის კლინიკურ ღირებულებასთან დაკავშირებით, უნდა გავითვალისწინოთ მისი პრაქტიკულობა და შესატყვისობა. კორტესლუომა (Kortesluoma, 2009) აღწერს ბავშვების ნახატების შეფასებას, როგორც შედარებით მარტივ პროცესს. მეტიც, უპირატესობა იმაშიც მდგომარეობს, რომ ადმინისტრირება ადვილია, ამოცანის და აქტივობის ბუნება არ შეიცავს საფრთხეს, ასაკს შეესაბამება, გამოსაყენებელი მასალა იაფია (Clatworthy et al., 1999) და ხატვა დადებითად ზემოქმედებს ემოციურ რეგულაციაზე (Drake & Winner, 2012). ეს უპირატესობები ჩვენი კვლევითაც დამტკიცდა, თუმცა, გარკვეული ნაკლიც აქვს ამ მიდგომას. არსებობს პოტენციური რისკი გადაჭარბებული ფოკუსირებისა ნახატის აღქმულ მნიშვნელობაზე და არა ბავშვის მიერ საკუთარი ნახატის განმარტებასა და ახსნაზე (Driessnack, 2005). ამიტომ მნიშვნელოვანია ნახატი და მისი შინაარსი ბავშვთან ერთად ინტერვიუს პროცესში განვიხილოთ. ინტერპრეტაცია ძალიან სუბიექტურია, ამიტომ ნებისმიერი დასკვნა დანახული უნდა იყოს როგორც ბავშვთან საუბრისა და ურთიერთობის დროს შესაძლებელი საკვლევი საკითხი.

### 2.7.2. დასკვნა

ნახატების შერეულმა, რაოდენობრივმა და თვისობრივმა ანალიზმა მნიშვნელოვანი განსხვავებები აჩვენა როგორც ჯგუფებს შორის, ასევე ინტრინდივიდუალური შედარებისას. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებები გამოვლინდა ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დახატული ნახატების, არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების მიერ დახატულ ნახატებთან შედარებისას. ინტრინდივიდუალურმა და თვისობრივმა ანალიზმა კი ღირებული მასალა მოგვცა იმის დასამტკიცებლად, რომ ჰოსპიტალიზაციის და მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე ბავშვებს სხვადასხვა საჭიროებები აქვთ, რაც შესაბამის ინტერვენციას და დახმარებას საჭიროებს.

შედეგებით ვვარაუდობთ, რომ ბავშვების მიერ დახატული საკუთარი თავი, სასარგებლო ინსტრუმენტია კლინიკური კონტექსტისათვის, იმის დასადგენად, თუ როგორია ბავშვის ფსიქოლოგიური ბალანსი და როგორ რეაგირებს საავადმყოფოს სპეციფიკურ სტრესორებზე. ნახატის ინტერპრეტაციამ და განსხვავებების ანალიზმა შესაძლებლობა მოგვცა ჩავწვდომოდით ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ემოციურ მდგომარეობას, გაგვეაზრებინა როგორ აღიქვამენ ისინი კლინიკის გარემოს, საკუთარ თავს ამ გარემოში და შესაბამისად რა გამკლავების სტრატეგიებს მიმართავენ. ადამიანის ფიგურის ინტერპრეტაციული პრინციპების გამოყენებით (Buck, 1948; Burns & Kaufman, 1972; DiLeo, 1973; Koppitz, 1968; Machover, 1949) მნიშვნელოვანი სტატისტიკური განსხვავებები გამოვლინდა, რამაც საშუალება მოგვცა ჩავწვდომოდით ბავშვების:

- ა) ემოციურ მდგომარეობის (როგორც არის მაგ. უსუსურობის, უმწეობის, შფოთვის, არაადექვატურობის განცდა);
- ბ) მათ მიერ გარემოს აღქმის (მაგ. პრივატობის ნაკლებობა);
- გ) საკუთარი თავის აღქმის (მაგ. ჯანმრთელობის პრობლემის, პროცედურების ასახვა გარეგნობაზე) სპეციფიკას.
- დ) ასევე, დაძლევის სტრატეგიების გამოვლინებებს (მაგ. უარყოფა, რეგრესი, კომუნიკაციის შეზღუდვა), რასაც ჩვენი ორივე ჰიპოთეზის მტკიცებულებამდე მივყავართ.

## 3. კვლევა 2. “ჩაილდ ლაიფ” ინტერვენცია, როგორც ჰოსპიტალიზაციის სტრესთან ეფექტიანად გამკლავების მოდელი

### 3.1. ჩაილდ ლაიფის პროგრამის სპეციფიკა

#### 3.1.1. სამედიცინო პროცედურისთვის მომზადება

ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის ძირითადი ამოცანაა ბავშვის სამედიცინო პროცედურებისათვის მომზადება. ეს მომზადება მოიცავს პირველ რიგში იმის იდენტიფიცირებას, თუ რომელი პროცედურა/გამოცდილებაა პოტენციურად სტრესული. ასევე, ბავშვის რისკ ფაქტორების შეფასებას, რაც ამ გამოცდილებასთან და დაგეგმილ პროცედურებთან მიმართებაში უარყოფით ფსიქოლოგიურ შედეგებს გამოიწვევს (Koller, 2007). როდესაც ბავშვი მისთვის და მისი ოჯახისთვის პოტენციურად დისტრესის შემცველ გარემოში იმყოფება, მნიშვნელოვანია ბავშვის პერცეპციებსა და ემოციურ რეაქციებზე დაკვირვება, რათა დროულად და ეფექტიანად მოხდეს სტრესის ამოცნობა და შემდეგ მართვა. იმის შეფასება, თუ როგორ ესმის ბავშვს ეს გამოცდილება და რა ემოციური დამოკიდებულება აქვს დაგეგმილი პროცედურის მიმართ შემდგომი ინტერვენციის ეფექტიანად ფორმულირებაში ეხმარება სპეციალისტებს (Thompson, 2009).

კვლერი სამედიცინო გამოცდილებისა და პროცედურებისათვის ბავშვის ფსიქოლოგიური მომზადების ორ არსებით ელემენტს გამოყოფს; ესენია: ა) განვითარების შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება და ბ) ემოციური ექსპრესიის წახალისება (Koller, 2007).

ბავშვებისათვის განვითარების შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება უნდა ხორციელდებოდეს გასაგები, ზუსტად შერჩეული შეტყობინებებით, რომელიც ასევე მოიცავს მოსალოდნელ რთულ სიტუაციასთან გამკლავების ტექნიკებსაც (Koller, 2007). რაც შეეხება ემოციურ ექსპრესიას, ამის წახალისება და ხელშეწყობა

ჯანმრთელობის პრობლემისა და სამედიცინო პროცედურებისადმი ბავშვის მცდარი კონცეფციების, შეხედულებების და ინფორმაციის გამოვლენაში ეხმარება სპეციალისტს. ემოციური ექსპრესია ასევე უწყობს ხელს პოტენციური სტრესორების და შიშების იდენტიფიცირებას, რომელიც პროცედურებისთვის მომზადების პროცესში უნდა იქნას გათვალისწინებული.

### 3.1.2. სამედიცინო თამაში

ინფორმაციის მიწოდებისა და ემოციური ექსპრესიის ერთერთი საშუალებაა სამედიცინო თამაშები, რაც ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის მთავარ ასპექტს წამოადგენს. ზოგადად, თამაშის გამოყენება თერაპიული კონტექსტით დეტალურად არის აღწერილი ლიტერატურაში (Shaefer & Drewers, 2013). ჩვენს მიერ გამოყენებული თამაშის მეთოდი, საგანმანათლებლო და თერაპიული მნიშვნელობის კონკრეტული ფორმაა, რომელიც ხელს უწყობს მოსალოდნელი სამედიცინო გამოცდილების და უკვე განცდილი სტრესული პროცედურის ეფექტიან გამკლავებას და გაგებას. სამედიცინო თამაშები მოიცავს როგორც სპონტანურ, ასევე სტრუქტურირებულ თამაშებს მოსალოდნელ პროცედურებთან დაკავშირებული სამედიცინო მასალით (McCue, 1988).

სამედიცინო თამაშის მიზანია:

- ა) ბავშვმა გაიგოს რა სენსორული გამოცდილება ელის;
- ბ) იცოდეს მოვლენების თანმიმდევრობის შესახებ, რათა წინასწარმეტყველებადი და კონტოლირებადი იყოს პროცედურა;
- გ) ნახოს და დაისწავლოს როგორ შეუძლია იყოს აქტიურად ჩართული პროცედურის დროს;
- დ) შეირჩეს ყურადღების გადატანის აქტივობა პროცედურის გამკლავების მიზნით.

### 3.1.3. სამედიცინო ინფორმაციის მიწოდება

იმის გააზრება, რომ კომუნიკაცია ტრანსაქციული პროცესია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჩაილდ ლაიფ მომსახურებაში, რადგან ჯანდაცვის გარემოს ემოციურად დამუხტული კლიმატი უფრო მეტად აძლიერებს ვერბალური და



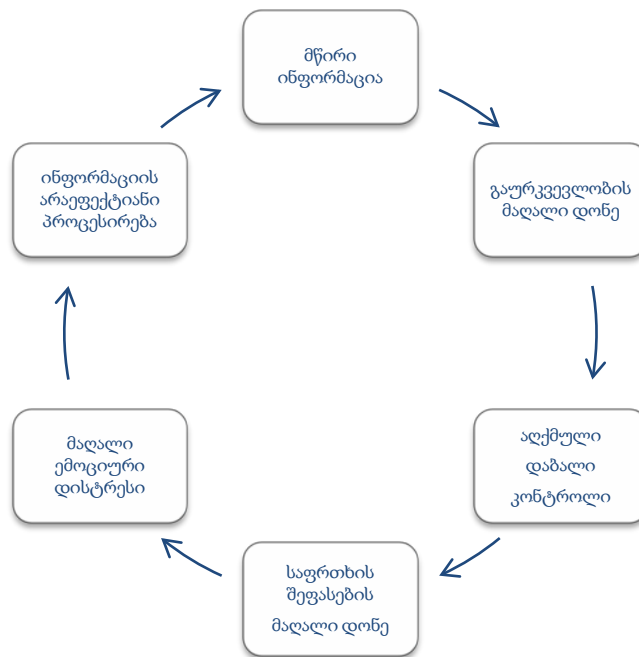
არავერბალური კომუნიკაციის ზეგავლენას (Klinzing, 2009). კლინიცისტებმა უნდა გაითვალისწინონ, რომ არავერბალური კომუნიკაციის მინიშნებები ღია ინტერპრეტაციისთვის, ხოლო ვერბალურ კომუნიკაციას კი შესაძლებელია სხვადასხვა მნიშვნელობა ჰქონდეს. ნებისმიერი სიტყვა, რომელსაც ვიყენებთ შეიძლება იმავე მნიშვნელობის არ იყოს სხვისთვის რა მნიშვნელობითაც ჩვენ ვამბობთ (Thompson, 2009). კლინიზინგს ამის ასახსნელად მარტივი მაგალითი მოჰყავს: სიტყვამ „საავადმყოფო“ შეიძლება დააშინოს ბავშვი რადგან მისთვის ეს ასოცირებულია შიშის გამომწვევ ინსტრუმენტებთან, ნემსთან, მაშინ როდესაც სამედიცინო პერსონალისთვის ეს უბრალოდ მათ სამუშაო ადგილს აღნიშნავს (Klinzing, 2009). გარკვეულ კონტექსტში სიტყვას შეიძლება წარმოუდგენელი ძალა ჰქონდეს და წარმოქმნას ისეთი ინტენსიური ხატები და ემოციები, რომ რეალობაც კი ჩანაცვლოს (Klinzing, 1985). სწორედ ამიტომ, აუცილებელია იმის შემოწმება და გამოკვლევა თუ რომელი სიტყვა იწვევს ბავშვში შიშს და როგორ ესმის მას ის ტერმინები რასაც ჩვენ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის თუ მოსალოდნელი პროცედურის კომუნიკაციისთვის მარტივად და კეთილი განზრახვით ვიყენებთ.

#### **3.1.4. ინფორმაციის გადამუშავება და სტრესის შეფასების მოდელი**

ბერკი ბავშვებში გამოყოფს სტრესის ორ კატეგორიას: ნორმატიულ და არანორმატიულ (Mahan, 2005). ნორმატიული სტრესორები ეს არის ყოველდღიური, განვითარების სტრესორები, ხოლო არანორმატიული სტრესორი წარმოიქმნება უჩვეულო ან ტრავმატული გამოცდილებიდან, როგორც არის, მაგალითად, მძიმე დაავადება. არ არსებობს სპეციფიკური მოდელი ან თეორია, რაც ახსნის ბავშვის სტრესისა და გამკლავების მთლიან პროცესს. თუმცა, ლაზარუსისა და ფოლკმენის (1984) ტრანსაქციული მოდელი, რომელიც მოზრდილი ადამიანის სტრესის დაძლევის მოდელია, ბავშვებშიც ხშირად გამოიყენება (Mahan, 2005). ტრანსაქციული მოდელის მიხედვით, მას შემდეგ, რაც სტიმული შეფასდება როგორც სტრესული, ინდივიდი იწყებს უკვე იმის შეფასებას, თუ რა უნდა გააკეთოს ამ სტრესთან გასამკლავებლად.

ინფორმაციის გადამუშავებისა და სტრესის შეფასების მოდელი აღწერს თუ როგორ ახდენს ადამიანი ინფორმაციის გადამუშავებას უცნობ, საფრთხის შემცველ

გარემოში. ამ მოდელის თანახმად, სტრესულ სიტუაციაში მცირე ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, ან საერთოდ ინფორმაციის გარეშე ყოფნა იწვევს ძლიერ გაურკვევლობას იმის შესახებ, თუ როგორია საფრთხე და რა უნდა გაკეთდეს მასთან გასამკლავებლად. მაღალი გაურკვევლობის შედეგად პიროვნება აღიქვამს, რომ იგი სიტუაციას ძალიან მცირედად ან საერთოდ ვერ აკონტროლებს. მცირე ინფორმაციის არსებობის, ძლიერი გაურკვევლობის და სიტუაციის კონტროლის ასეთი აღქმის შედეგად ადამიანი სიტუაციას აფასებს როგორც საფრთხის შემცველს, რომლის შედეგიც ემოციური დისტრესია (გრაფიკი 3.1).

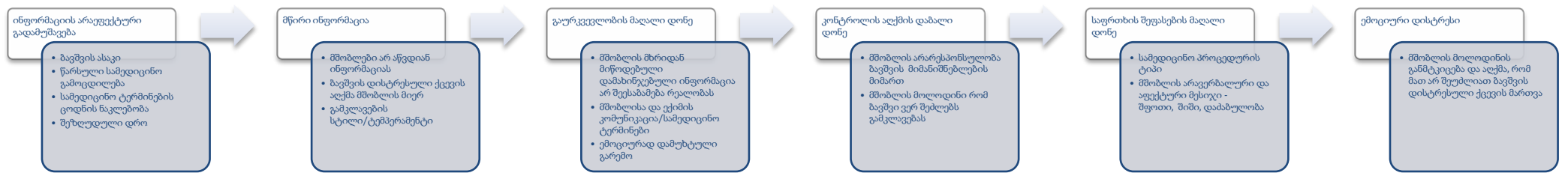


**გრაფიკი 3.1.** ინფორმაციის გადამუშავება და სტრესის შეფასება საავადმყოფოს საფრთხის შემცველ ვითარებებში (Gaynard et al., 1998)

ავტორები ასევე დეტალურად აღწერენ კონტექსტუალურ და ტრანსაქციულ ცვლადებს, რაც ინფორმაციის პროცესირებისა და შეფასების ციკლის თითოეულ რგოლზე მოქმედებს (გრაფიკი 3.2). ეს ცვლადები შეიძლება იყოს სამედიცინო პროცედურის ტიპი, ბავშვის ასაკი, ტემპერამენტი, მშობელთან კომუნიკაციის თვისებებზე, ბავშვის მდგომარეობის მიმართ რესპონსულობა, მოლოდინი, აღქმა,



შფოთვის დონე (Gaynard, 1998). იმის აღწერა, თუ როგორ მოქმედებს ეს სხვადასხვა ცვლადი სტრუქტურის შეფასების პროცესზე, ამ კონტექსტში ინფორმაციის პროცესირების უკეთესად გაგებაში დაგვეხმარება.



**გრაფიკი 3.2.** ინფორმაციის არაფექტიანი გადამუშავების კონტექსტუალური და ტრანსაქციული ცვლადები.

სტრესთან გამკლავების კომპლექსურ და დინამიურ პროცესში ზოგიერთი სტრატეგია შეიძლება არაპროდუქტული იყოს და გაახანგრძლივოს სტრესული სიტუაცია. ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტებს შესაძლებლობა აქვთ შემოქმედება მოახდინონ გამკლავების პროცესის ორივე დონეზე: პირველადი შეფასებისას (ვარ მე განსაცდელში?) და მეორადი შეფასებისას (როგორ შემიძლია მე ამას გავუმკლავდე?). სწორად და ფაქიზად შერჩეული ინფორმაციის მიწოდებით, გამკლავების სტრატეგიების გავარჯიშებითა და გამოყენებით შესაძლებელია ეს პროცესი ნაკლებად საფრთხის შემცველი გახდეს (Goldberger, 2009).

სერიული შემთხვევებით იმის ილუსტრირება გვინდა, თუ როგორ ახდენს არაინფორმირებულობა და აუხსნელი სამედიცინო გამოცდილება, სამედიცინო ჟარგონები შიშის პროვოცირებას და შედეგად ბავშვების მხრიდან სტრესის არაეფექტურ გამკლავებას (Gaynard, 1998).

### 3.2. კვლევის ამოცანები და მიზნები

კვლევის ამ ნაწილში განვიხილავთ ხუთ ცალკეულ შემთხვევას, რომელიც აღწერს გთმ-ს ქირურგიული მკურნალობისთვის ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ინდივიდუალური ფსიქო-სოციალური ინტერვენციის საჭიროებასა და ამ ინტერვენციის შედეგიანობას. ფსიქო-სოციალური ინტერვენცია განიხილება ჩაილდ ლაიფ მოდელის შესაბამისად, რაც მოიცავს: (1) მკურნალობასთან დაკავშირებით ბავშვისა და მშობლის ინფორმირებას ინდივიდუალური და ასაკობრივი საჭიროებების გათვალისწინებით, (2) სამედიცინო პროცედურებისათვის ფსიქოლოგიურ მომზადებას და (3) თერაპიულ თამაშებს, რაც უზრუნველყოფს ჰოსპიტალიზაციასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული სტრესის ეფექტიან გამკლავებას.

### 3.3. ჰიპოთეზა

კვლევაში შემოწმდა შემდეგი ჰიპოთეზები:

- 1) ბავშვის მოსალოდნელი სამედიცინო პროცედურის შესახებ ასაკის შესაბამისად არაინფორმირებულობა ზრდის ამ პროცედურის მიმართ არასწორი წარმოდგენების ჩამოყალიბებას და სიტუაციის შეფასებას როგორც საფრთხის შემცველს.
- 2) არაინფორმირებულობა და პროცედურებისათვის მოუმზადებლობა იწვევს არაეფექტიან გამკლავებას;
- 3) ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია, კერძოდ, არასწორი წარმოდგენების გარკვევა, ასაკის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება და პროცედურისთვის ფსიქოლოგიური მომზადება ხელს უწყობს სტრესული სამედიცინო გამოცდილების ეფექტიან გამკლავებას;

### 3.4. მეთოდოლოგია

#### 3.4.1. კვლევის დიზაინი

სერიული შემთხვევების კვლევის დიზაინი გამოვიყენეთ იმ მიზნით, რომ თვისობრივად გვეკვლია ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის პროცესში ერთმანეთზე მოქმედი სხვადასხვა ფაქტორი. კვლევაში 5 შემთხვევაა აღწერილი, სადაც სამ შემთხვევაში მშობლების თანხმობის შედეგად უზრუნველყოფილი იყო ინტენსიური, ინდივიდუალური ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია. ხოლო დანარჩენ ორ შემთხვევაში მშობლების უარის შედეგად ვერ მოხერხდა ბავშვების ინდივიდუალური მომზადება სამედიცინო მკურნალობისთვის და მხოლოდ ასაკობრივი თამაშები და რეკრეაციული აქტივობები იყო მათთვის უზრუნველყოფილი. სერიული შემთხვევები გაანალიზდა თვისობრივად და ერთეული სტატისტიკის მეთოდით.

#### 3.4.2. კვლევის მეთოდები

ბავშვისა და მშობლის გამკლავებისა და დისტრესის ქცევების ცვლილებების შესაფასებლად, როგორც ჩაილდ ლაიფის ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ, გამოვიყენეთ *სამედიცინო პროცედურის დროს ბავშვისა და მოზარდის ინტერაქციის სკალა (CAMPIS-R)* და *პოსტჰოსპიტალური ქცევის კითხვარი (PHBQ)*. მშობლის მიერ მომსახურების ეფექტიანობის აღქმა ლიკერტის სკალით შეფასდა.

ბავშვების მიერ ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში დახატული ნახატები გამოყენებული იყო როგორც ინტერვენციის ერთერთი მეთოდი, როგორც ბავშვის ემოციურ მდგომარეობაზე, სამედიცინო პროცედურებისადმი დამოკიდებულებებზე დაკვირვების და თერაპიული ურთიერთობის საშუალება.

კვლევის მეთოდები დეტალურადაა ქვემოთ აღწერილი.

### *სამედიცინო პროცედურის დროს ბავშვის და მოზარდის ინტერაქციის სკალა (CAMPIS-R).*

მეთოდი - სამედიცინო პროცედურის დროს ბავშვის და მოზარდის ინტერაქციის სკალა გამოყენებული იყო საპროცედურო ოთახში ბავშვის გამკლავებისა და დისტრესის, ასევე მშობლის გამკლავებისა და დისტრესის ქცევაზე დასაკვირვებლად. გარკვეული კვლევების თანახმად, ეს სკალა ასახავს დადასტურებულ ფაქტს, რომ ბავშვის სამედიცინო მკურნალობა სოციალურ კონტექსტში მიმდინარეობს, რაც გავლენას ახდენს ბავშვის დისტრესის დონესა და გამკლავებაზე (Blount, 1994). სკალა შედგება ექვსი კატეგორიისგან: სამი კატეგორია მოიცავს ბავშვის ქცევას, კერძოდ, დისტრესს, გამკლავებას და ნეიტრალურ ქცევას, ხოლო დანარჩენი სამი მოზარდის ქცევას, რაც გულისხმობს დისტრესის და გამკლავების ხელშემწყობ და ნეიტრალურ ქცევას. სკალა ძირითადად ითვლის ქცევას, რომელიც სამედიცინო პროცედურის დროს ვლინდება და არ მიუთითებს სპეციფიკურ ემოციურ შინაარსზე.

CAMPIS-R ქცევების რაოდენობის დათვლა ხდებოდა წუთში გამოვლენილი კოდირებული ქცევის სიხშირით. სკალა სანდოა კოჰენის კაპპას შეფასებით 0.65 დან 0.92 (Blount, 1994). CAMPIS-R სკალა სენსიტიურია თერაპიული ეფექტის მიმართ, რაც ვლინდება ინტერვენციის შემდეგ ბავშვის დისტრესის, გამკლავების და მოზარდის დისტრესის და გამკლავების ხელშემწყობ სკალებში (Blount, 1994; Spielberg, 1970).

ბავშვების ქცევა და მათი ინტერაქცია მშობლებთან კლინიკაში შემოსვლის დროს, პირველი პროცედურისას „ბრმად“ შეფასდა ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის მიერ CAMPIS-R სკალით. ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციამდე და შემდეგ სკალის გამოყენებით ქცევაზე დაკვირვება განახორციელა ორმა დამოუკიდებელმა პირმა: ჩაილდ ლაიფ ასისტენტმა (ინტერვენციამდე) და ექთანმა (ინტერვენციის შემდეგ). ორივე

პერსონალს სკალის გამოყენების ერთნაირი ინსტრუქცია ჩაუტარდა, დამკვირვებლებს შორის სანდოობის გარკვეული დონის მისაღწევად. სკალა გამოყენებული იყო ხუთი პროცედურის დროს, რომელიც მშობლისა და ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის მიერ მიჩნეული იყო როგორც სტრესისა და ტკივილის პოტენციური წყარო. ესენია: (1) ვენეპუნქცია, (2) ექთნის რუტინული შემოწმებები, (3) ექოკარდიოგრამა, (4) პრემედიკაცია ოპერაციის ან პროცედურის წინ და (5) ქირურგიული მკურნალობის შემთხვევაში დრენაჟის მიღებისა და ელექტროდების ამოღება ოპერაციის შემდეგ.

### *მშობლის მიერ მომზადების ეფექტიანობის აღქმა*

მშობლის მიერ ფსიქოლოგიური მომზადების ეფექტიანობა სხვადასხვა კითხვებით გაიზომა იმის შესაბამისად, იყვნენ თუ არა თანახმა ფსიქოლოგიურ მომზადებაზე.

პასუხები შეფასდა ლიკერტის სკალით (1: არ დაგვებმარა, 5: ძალიან დაგვებმარა).

სრული ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის (ფსიქოლოგიური მომზადების) შემთხვევაში მშობლებმა შემდეგ კითხვებს უპასუხეს:

- რამდენად დაგებმარათ თქვენ მოსამზადებელი სესია?
- რამდენად დაეხმარა მოსამზადებელი სესია თქვენს ბავშვს?

კითხვებზე პასუხი გაეცა მომსამზადებელი სესიების შემდეგ, რომელიც ჩატარდა ვენეპუნქციისა და პრემედიკაციის პროცედურებისათვის და ასევე, აღნიშნული პროცედურების დასრულების შემდეგ.

იმ შემთხვევაში თუ მშობლებმა უარი თქვეს პროცედურის ინფორმირებასა და მომზადებაზე კითხვები დავუსვით ჩაილდ ლაიფ სერვისის სხვა ასპექტებზე, კერძოდ:

- რამდენად დაგებმარათ ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის მიერ გაწეული მომსახურება ჰოსპიტალიზაციის სტრესის გამკლავებაში
- რამდენად დაეხმარა თქვენ ბავშვს ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის მიერ გაწეული მომსახურება ჰოსპიტალიზაციის სტრესის გამკლავებაში.

### *პოსტჰოსპიტალური ქცევის კითხვარი (PHBQ)*

საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ბავშვების ქცევაში გამოვლენილი ცვლილებები შეფასდა პოსტჰოსპიტალური ქცევის კითხვარით. ეს არის ვალიდური 27 პუნქტიანი

კითხვარი, რომელიც ზომავს საავადმყოფოს შემდეგ გამოვლენილ არაადაპტური ქცევის 6 კატეგორიას: შფოთვა, განშორების შფოთვა, კვებითი აშლილობა, ავტორიტეტის მიმართ აგრესია, ძილთან დაკავშირებული შფოთვა და გარიყვა (Thompson, 1993). ბავშვების კლინიკიდან გაწერის ორი კვირის თავზე, ჩაილდ ლაიფ ასისტენტმა სატელეფონო სტრუქტურირებული ინტერვიუ ჩაატარა დედებთან. მათ სთხოვეს, ბავშვის ქცევები თითოეულ პუნქტთან მიმართებაში შეეფასებიათ შემდეგნაირად: „მნიშვნელოვნად ნაკლებად ვლინდება“, „ნაკლებად ვლინდება“, „ისევეა როგორც ადრე“, „მეტად ვლინდება“, „მნიშვნელოვნად მეტად ვლინდება“. ხელისშემშლელი ქცევითი ცვლილებები განისაზღვრა კითხვარის სახელმძღვანელოს შესაბამისად, როდესაც მშობლები ქცევას აფასებდნენ როგორც „მნიშვნელოვნად მეტად ვლინდება“.

### *ადამიანის ფიგურის ნახატი*

ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში ბავშვების მიერ დახატული საკუთარი თავის ნახატი გამოყენებული იყო როგორც თერაპიული ურთიერთობის დასამყარებლად, ასევე მათ ემოციურ მდგომარეობაზე და სამედიცინო გამოცდილების მიმართ დამოკიდებულებებზე დასაკვირვებლად. კლინიკური პრაქტიკა ხასიათდება მნიშვნელობების, ინტერაქციებისა და მოლაპარაკებების კომპლექსური ზეგავლენით. ნახატები კი ამ ზემოქმედების არსის მნიშვნელოვანი ინდიკატორია (Guillemin, 2004). ბავშვებს ვთხოვეთ დაეხატათ საკუთარი თავი კლინიკაში შემოსვლის პირველ დღეს. იგივე ინსტრუქცია შევთავაზეთ პროცედურების შემდეგ: ზონდირების შემთხვევაში მესამე დღეს, ხოლო ოპერაციის შემთხვევაში მეექვსე დღეს. ემოციური და კოგნიტური შეფასების მიზნით, ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა წაახალისა ბავშვები ესაუბრათ საკუთარ ნახატებზე. ნახატები ადამიანის ფიგურის ცვლადების შესაბამისად შეფასდა, რომელიც გამოყენებული იყო კვლევის პირველ ნაწილში. ქირურგიულ მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დახატული ნახატები შედარდა შინაარსით, ხარისხით და ემოციური ინდიკატორებით, სხვადასხვა სხეულის ნაწილის გამოსახვის, ზომისა და ფერის კრიტერიუმებით.



### 3.4.3. განხორციელების ადგილი

ჩაილდ ლაიფ მომსახურება ხორციელდებოდა ჯოენის სამედიცინო ცენტრში ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში. ჯოენის სამედიცინო ცენტრი წარმოადგენს 20 საწოლიან სპეციალიზებულ პედიატრიულ კარდიოლოგიურ დაწესებულებას, რომელიც უზრუნველყოფს გულის თანდაყოლილი პათოლოგიების კარდიო ქირურგიულ მკურნალობას საქართველოს მოსახლეობისთვის. ჩაილდ ლაიფ მომსახურება ხელმისაწვდომია ყველა ჰოსპიტალიზებული ბავშვისა და მისი ოჯახისათვის სრული ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში.

კარდიო კათეტერიზაციის პროცედურის შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაცია საშუალოდ გრძელდება 2-3 დღე, ხოლო 8-10 დღე გულის ქირურგიული მკურნალობის შემთხვევაში. კათეტერიზაციის პირველ და მესამე დღეს ბავშვი ჩვეულებრივ იმყოფება კარდიოლოგიურ განყოფილებაში, მეორე დღის ნახევარი კათეტერიზაციის ლაბორატორიასა და შუალედურ პალატაში გამოღვიძებამდე. ოპერაციის შემთხვევაში ბავშვი მკურნალობამდე 1-2 დღე იმყოფება კარდიოლოგიურ განყოფილებაში, ქირურგიული ჩარევის შემდეგ საშუალოდ 1-2 დღე ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, ხოლო 5-6 დღე კარდიოლოგიური განყოფილების პალატაში.

მშობლებს საშუალება აქვთ მონაწილეობა მიიღონ ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის პროცესში, საგანმანათლებლო და მოსამზადებელ სესიებში მთელი ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში.

### 3.4.4. მონაწილეები

კვლევაში მონაწილეობდა 5 ჰოსპიტალიზებული ბავშვი და მათი მშობლები. თითოეული შემთხვევა ქვემოთ დეტალურადაა აღწერილი.

#### *შემთხვევა 1*

4 წლის ნანა (ფსევდონიმი) კლინიკაში მოიყვანეს წინაგულთაშუა ძგიდის დეფექტის ქირურგიული მკურნალობისთვის. ეს მისი პირველი ჰოსპიტალიზაციაა. დედა ახასიათებს როგორც რთულ ბავშვს, რომელსაც უძნელდება პრობლემური სიტუაციების გამკლავება. პირველადი შეფასების შემდეგ მშობლები დათანხმდნენ ნანას ინფორმირებასა და სამკურნალო პროცედურებისათვის მომზადებაზე.

### **შემთხვევა 2**

9 წლის გიორგი (ფსევდონიმი) ჰოსპიტალიზებულია პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის ქირურგიული მკურნალობისთვის. ოჯახში მეორე შვილია, ყავს 6 წლის და. მშობლები უმაღლეს გიორგის რისთვის დააწვინეს იგი კლინიკაში და უარი თქვეს ჩაილდ ლაიფ მომსახურებაზე ბავშვის ინფორმირების მიზნით.

### **შემთხვევა 3**

ანა (ფსევდონიმი) 7 წლის, ჯონის სამედიცინო ცენტრში მოათავსეს სადიაგნოსტიკო პროცედურის - კარდიო კათეტერიზაციისთვის. ოჯახში მეორე შვილია. დედა ახასიათებს როგორც წყნარ და უპრობლემო ბავშვს. ერთადერთი წუხილი დედის მხრიდან არის ტკივილის მიმართ ანას დაბალი ტოლერანტობა. ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტთან შეხვედრის შემდეგ უარი თქვეს ბავშვის ინფორმირებასა და მომზადებაზე. მათი აზრით ეს მეტ პრობლემას შეუქმნიდა ანას.

### **შემთხვევა 4**

11 წლის ქეთი (ფსევდონიმი) ჰოსპიტალიზებულია პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტის ქირურგიული მკურნალობისთვის. ერთი წლის წინ გაკეთებული აქვს სადიაგნოსტიკო გულის კათეტერიზაცია, რის შესახებაც არ იყო ინფორმირებული. დედა არ თვლის რომ ჰოსპიტალიზაცია და მკურნალობა რაიმე პრობლემებს შეუქმნის მას და მის შვილს. ისინი დათანხმდნენ ბავშვის ინფორმირებასა და მკურნალობისთვის მომზადებაზე.

### **შემთხვევა 5**

ლუკა (ფსევდონიმი) 7 წლის. იგი ერთადერთი შვილია ოჯახში. დედა ახასიათებს როგორც რთულ და მგრძობიარე ბავშვს. იგი წინა სამედიცინო მომსახურებას, სტომატოლოგთან ვიზიტს, იხსენებს როგორც ურთულეს გამოცდილებას, რომლის დროსაც შეუძლებელი იყო ლუკას ქცევის მართვა. საავადმყოფოში ყოფნის გამოცდილება არა აქვს.

### **3.4.5. პროცედურა**

ადგილობრივი ეთიკის კომიტეტისგან მივიღეთ თანხმობა კვლევის წარმოებაზე. შემდგომში აღწერილი ინტერვენცია და მასთან დაკავშირებული ღონისძიებები

რუტინულად უტარდება კლინიკაში შემოსულ ყველა ბავშვს და ოჯახს, რომელიც ჩაილდ ლაიფ სერვისს მიმართავს.

კვლევაში მონაწილეობის თობაზე ვერბალური და წერილობითი თანხმობა მივიღეთ მშობლებისგან და ბავშვებისგან დაკვირვებამდე და ინტერვენციამდე. ეს ინფორმაცია ასაკის შესაბამისად მარტივად მივაწოდეთ მათ.

სრული ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის პროცედურები პაციენტის სურვილის შესაბამისად სამ ეტაპად განხორციელდა: გაცნობა, პირველადი და მიმდინარე შეფასება, და ინტერვენცია. პირველ ეტაპზე მოხდა ბავშვის, მისი ოჯახისა და ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის გაცნობა. ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა დაამყარა კეთილგანწყობილი ურთიერთობა და გააცნო თავისი როლი და ფუნქცია კლინიკაში. პირველი ინტერვიუს დროს გაირკვა ოჯახის საჭიროებები და მიმართება მოსალოდნელ პროცედურებთან. ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა შემდეგი ინფორმაცია მიიღო მშობლებთან, ექიმთან და ექთანთან გასაუბრების შემდეგ: ბავშვის სამედიცინო ისტორია, წარსულში ექიმებთან ურთიერთობის გამოცდილება, ოჯახისა და ბავშვის გამკლავების მექანიზმების თავისებურებები, ასევე ახსნა-განმარტება იმის თაობაზე თუ რამდენი და როგორი ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს ბავშვს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და მოსალოდნელ პროცედურებზე.

ხუთიდან ორ შემთხვევაში მშობლებმა უარი თქვა პროცედურის ინფორმირებასა და მომზადებაზე, მაგრამ დათანხმდნენ საორიენტაციო ტურს, ასაკობრივ აქტივობებს, ემოციურ მხარდაჭერასა და რეკრეაციულ აქტივობებს ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის მხრიდან.

თანხმობის შემთხვევაში ინტერვენციის ეტაპზე ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტი უზრუნველყოფდა დღეში 2-3 ჯერ თერაპიულ და საგანმანათლებლო სესიებს. ყველა ინტერვენცია უზრუნველყოფილი იყო ერთი ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის მიერ, ხოლო სხვა სამედიცინო პერსონალი (ექთანი, ფსიქოლოგი სტუდენტი), რომელმაც არ იცოდა კვლევის მიზნები, აკეთებდა ჩანაწერებს ბავშვების ქცევაზე.

სესიების ხანგრძლივობა დაახლოებით 1 საათი იყო. ინტერვენცია ხორციელდებოდა თერაპიული სამედიცინო თამაშებით, რომელიც ასევე მოიცავდა ჯანმრთელობის

მდგომარეობის შესახებ ბავშვის ინფორმირებას, სამედიცინო პროცედურებისათვის მომზადებას და სტრესული პროცედურების დროს მხარდაჭერას.

ქირურგიულ მკურნალობამდე და კათეტერიზაციამდე სამედიცინო თამაშის მიზანი იყო ბავშვისთვის გაეცნო პროცედურა და შესაძლებლობების ფარგლებში თავი მაქსიმალურად კომფორტულად ეგრძნო სამედიცინო მასალასთან და აპარატურასთან შეხებისას და პროცედურების დროს. ჰოსპიტალიზაციის ეს ეტაპი ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის და მშობლების მიერ შეფასდა ბავშვისთვის პოტენციურად სტრესული პროცედურები და განხორციელდა ამ პროცედურებისათვის მომზადება.

ჰოსპიტალიზაციის პირველი ერთი-ორი დღე დაეთმო მოსალოდნელი სტრესული გამოცდილებისათვის მომზადებას, და ბავშვისა და მშობლის ქცევაზე დაკვირვებას შემდეგი პროცედურების დროს: ლაბორატორიული გამოკვლევა, ექოკარდიოგრამა და რუტინული შემოწმებები, როგორც ინტერვენციამდე, ასევე ინტერვენციის შემდეგ. ასევე, ორი საგანმანათლებლო სესია დაეთმო დიაგნოზისა და ჰოსპიტალიზაციის ასაკის შესაბამისად ახსნას. მშობლები მონაწილეობდნენ ორივე მოსამზადებელ და საგანმანათლებლო სესიაში. მშობლებს ასევე ჩაუტარდათ საგანმანათლებლო სესია იმაზე, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ბავშვის მომზადებას და ასაკის შესაბამისად პროცედურის ახსნას.

ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტი ემოციურ მხარდაჭერას უზრუნველყოფდა პრემედიკაციის დროს პალატაში და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. პრემედიკაციის დროს ორივე მშობელი იმყოფებდა პალატაში. მნახველების შესვლა შეზღუდული იყო ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, და ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტი მათი არ ყოფნის პერიოდში მომსახურებას უწევდა ბავშვებს. სესიები მოიცავდა ასაკის შესაბამისი აქტივობებს, რომელსაც ბავშვი ირჩევდა. დრენაჟის მიღების ამოღებაც ამ პერიოდში მოხდა და შესაბამისი მომზადება და ემოციური მხარდაჭერა აღმოუჩინა ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა.

ინტენსიური თერაპიის განყოფილების შემდგომი სესიები მოიცავდა პროცედურების შემდეგ თერაპიულ/სამედიცინო თამაშებს და არტ აქტივობებს, რომელიც ჩაილდ ლაიფ სათამაშო ოთახში ხორციელდებოდა. პროცედურის შემდგომი სამედიცინო თამაში შესაძლებლობას აძლევს ბავშვს გამოხატოს ემოციები

და წუხილი უკვე განცდილი სტრესული პროცედურებისა და სამედიცინო მანიპულაციების გათამაშებით (Gaynard, 1998).

იმ შემთხვევაში, როცა უარი თქვეს ინფორმირებასა და მომზადებაზე, ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა უზრუნველყო ასაკის შესაბამისი თამაშები, რეკრეაციული აქტივობები და პორსტპროცედურული თამაშები როგორც პალატაში, ისე სათამაშო ოთახში. მხარდაჭერა დღის განმავლობაში 2-3ჯერ 40 წუთის განმავლობაში მიმდინარეობდა.

### 3.5. შედეგები

ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა რუტინულად შეაფასა ჰოსპიტალიზებული ბავშვები და მათი ოჯახები კლინიკაში შემოსვლის პირველივე დღეს. მშობლები წუხდნენ იმის თაობაზე თუ რა ეთქვათ ბავშვისთვის მოსალოდნელი ქირურგიული მკურნალობის შესახებ. განსაკუთრებით, თუ ეს დიაგნოზი ახალი დასმული იყო და შესაბამისად გადაწყვეტილების მიღება ქირურგიულ მკურნალობაზე მოკლე პერიოდში ხდებოდა, რამაც ოჯახში ნორმალური ფუნქციონირების მოშლა და შფოთვა გამოიწვია. ყველა შემთხვევაში თავიდან ბავშვებს დაუმალეს დაგეგმილი მკურნალობა. ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა უზრუნველყო საგანმანათლებლო შეხვედრა იმის თაობაზე, თუ რა როლი აქვს ინფორმირებას და მომზადებას პროცედურისთვის. იმ შემთხვევაში, როცა მშობლებმა უარი თქვეს ინფორმირებაზე, ისინი იმასაც კი ითხოვდნენ სამედიცინო პერსონალისგან, რომ არ ესაუბრათ ღიად ბავშვის თანდასწრებით მოსალოდნელ მკურნალობაზე და ამას იმით ამართლებდნენ, რომ სიმართლის შემთხვევაში „ბავშვის ქცევა უმართავი გახდებოდა“.

#### 3.5.1. პირველადი შეფასება

ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა და მშობლებმა განსაზღვრეს ის პროცედურები, რომელიც პოტენციურად სტრესული იქნებოდა ბავშვებისთვის. გულის ქირურგიული მკურნალობის დროს შემდეგი პროცედურებია: ლაბორატორიული კვლევა, პრემედიკაცია/ვენეპუნქცია, ეპიკარდიალური ელექტროდებისა და დრენაჟის მიღების ამოღება, ჭრილობის დამუშავება და მშობელთან დროებითი

განშორება კარდიალურ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ყოფნის დროს. კათეტერიზაციის შემთხვევაში შემდეგი პროცედურებია: პრემედიკაცია/ვენეპუნქცია, შუალედურ პალატაში გაღვიძება პროცედურის შემდეგ მშობლის გარეშე (პატარა ასაკის ბავშვებთან) და პროცედურის შემდეგ პალატაში ფეხის მოძრაობის შეზღუდვა 12-დან 20 საათამდე.

### 3.5.2. სამედიცინო პროცედურის დროს ბავშვის და მოზრდილის ინტერაქციის სკალა (CAMPIS-R)

თითოეული შემთხვევის მონაცემები საპროცედურო ოთახში ბავშვსა და მშობლის ქცევასთან დაკავშირებით როგორც ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციამდე, ასევე ინტერვენციის შემდეგ, მოცემულია ცხრილებში 3.1; 3.3 და 3.4.

ზოგიერთი პროცედურა ჩატარდა შემოსვლის დღეს, სანამ მოხდებოდა ბავშვის მიმართვა ჩაილდ ლაიფ განყოფილებაში. და ეს პროცედურები იყო: ექოკარდიოგრამა, მონაცემების აღება ექთნის მიერ და ლაბორატორიული კვლევისთვის ვენეპუნქცია.

მეორე და მესამე შემთხვევის CAMPISR-ის მონაცემები, როდესაც მშობლებმა უარი თქვეს ბავშვის ინფორმირებასა და ფსიქოლოგიურ მომზადებაზე, მოცემულია ცხრილში 3.2. ცხრილში მოცემულია ქირურგიულ მკურნალობამდე/კათეტერიზაციამდე და მას შემდეგ ჩატარებული პროცედურების დროს აღებული მონაცემები.

ცხრილი 3.1. CAMPIS-R მონაცემები ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ ვენეპუნქციის, ექოკარდიოგრაფის, და რუტინული პროცედურების დროს: ევგ, ჭრილობის მოვლა.

შემთხვევა 1

	ვენეპუნქცია	ექოკარდიოგრაფია		რუტინული პროცედურები	
CAMPIS-R	ინტერვენციის შემდეგ (დღე 1)	ინტერვენციამდე (დღე 1)	ინტერვენციის შემდეგ (დღე 4)	ინტერვენციამდე (დღე 1)	ინტერვენციის შემდეგ (დღე 5)
პროცედურის ხანგრძლივობა	5 წთ.	20 წთ.	15 წთ.	10 წთ.	10 წთ.
<b>მოზრდილის ნეიტრალური ქცევა</b>					
პროცედურასთან დაუკავშირებელი საუბარი	0	1	1	1	1
პროცედურასთან დაკავშირებელი საუბარი	2	1	0	1	0
პროცედურაში მონაწილეობის ბრძანება	0	1	0	0	0
ქცევასთან დაკავშირებული ბრძანებები ბავშვის მიმართ	0	4	0	3	0
ბრძანებები ბავშვის ქცევის მართვასთან დაკავშირებით	0	1	0	0	0
შექება	2	0	0	0	0
<b>დისტრესის ხელშემწყობი მოზრდილის ქცევა</b>					
კრიტიკა	0	3	0	0	0
დამარწმუნებელი კომენტარები	1	2	0	0	0
ბავშვის გაკონტროლება	0	1	0	1	0
<b>ბავშვის გამკლავების ქცევა</b>					
პროცედურასთან დაუკავშირებელი საუბარი	1	0	1	0	2
იუმორი	0	0	0	0	0
<b>ბავშვის დისტრესული ქცევა</b>					
ტირილი	0	3	0	0	0
ყვირილი	0	0	0	0	0
ვერბალური წინააღმდეგობა	0	2	0	1	0
ვერბალური ტკივილი	1	0	0	0	0
ინფორმაციის ძიება	3	0	0	0	1
ვერბალური ემოცია	1	0	0	0	1
ცხრილში წარმოდგენილი რიცხვები კოდირებული ქცევის სიხშირეა.					



ცხრილი 3.2. CAMPIS-R მონაცემები ვენეპუნქციის და რუტინული პროცედურების დროს.  
შემთხვევა 2 და 3

CAMPIS-R	ვენეპუნქცია		რუტინული პროცედურები	
	შემთხვევა 2 (დღე 1)	შემთხვევა 3 (დღე 1)	შემთხვევა 2 (დღე 2)	შემთხვევა 3 (დღე 6)
პროცედურის ხანგრძლივობა	5 წთ.	7 წთ.	10 წთ.	10 წთ.
<b>მოზრდილის ნეიტრალური ქცევა</b>				
პროცედურასთან დაუკავშირებელი საუბარი	2	1	1	1
პროცედურასთან დაკავშირებელი საუბარი	1	3	0	0
პროცედურაში მონაწილეობის ბრძანება	2	1	0	1
ქცევასთან დაკავშირებული ბრძანებები ბავშვის მიმართ	2	1	0	0
ბრძანებები ბავშვის ქცევის მართვასთან დაკავშირებით	1	1	0	0
შექება	1	0	0	1
<b>დისტრესის ხელშემწყობი მოზრდილის ქცევა</b>				
კრიტიკა	2	2	0	0
დამარწმუნებელი კომენტარები	2	2	0	1
ბავშვის გაკონტროლება	1	2	0	0
<b>ბავშვის გამკლავების ქცევა</b>				
პროცედურასთან დაუკავშირებელი საუბარი	0	1	0	0
იუმორი	0	0	0	0
<b>ბავშვის დისტრესული ქცევა</b>				
ტირილი	0	1	0	0
ყვირილი	0	0	0	0
ვერბალური წინააღმდეგობა	2	0	0	0
ვერბალური ტკივილი	3	1	0	0
ინფორმაციის ძიება	0	0	0	0
ვერბალური ემოცია	0	0	0	0
<i>ცხრილში წარმოდგენილი რიცხვები კოდირებული ქცევის სიხშირეა.</i>				

ცხრილი 3.3. CAMPIS-R მონაცემები ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ ვენეპუნქციის და რუტინული პროცედურების დროს: ეკგ, ჭრილობის მოვლა.

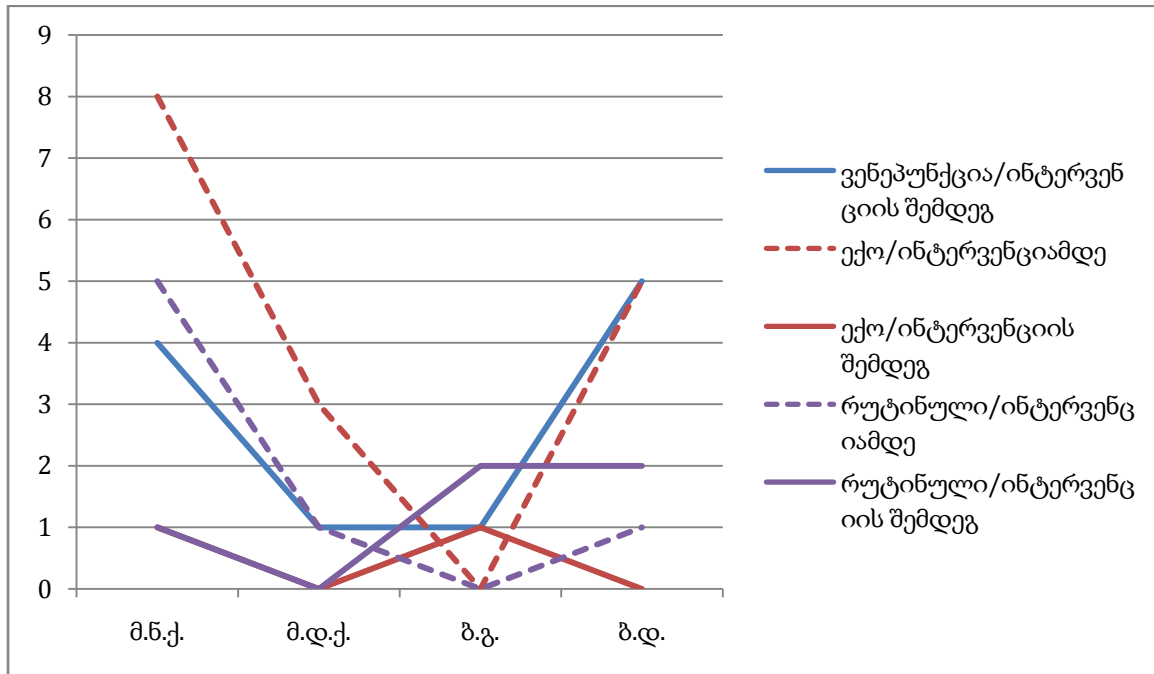
შემთხვევა 4

CAMPIS-R	ვენეპუნქცია		რუტინული პროცედურები	
	ინტერვენციამდე (დღე 1)	შემდეგ (დღე 1)	ინტერვენციამდე (დღე 1)	შემდეგ (დღე 5)
პროცედურის ხანგრძლივობა	5 წთ.	3 წთ.	10 წთ.	10 წთ.
<b>მოზრდილის ნეიტრალური ქცევა</b>				
პროცედურასთან დაუკავშირებელი საუბარი	0	0	1	ა/შ*
პროცედურასთან დაკავშირებელი საუბარი	0	0	1	ა/შ*
პროცედურაში მონაწილეობის ბრძანება	0	0	0	ა/შ*
ქცევასთან დაკავშირებული ბრძანებები ბავშვის მიმართ	2	0	0	ა/შ*
ბრძანებები ბავშვის ქცევის მართვასთან დაკავშირებით	1	0	0	ა/შ*
შექება	0	1	0	ა/შ*
<b>დისტრესის ხელშეწყობი მოზრდილის ქცევა</b>				
კრიტიკა	0	0	0	ა/შ*
დამარწმუნებელი კომენტარები	2	0	1	ა/შ*
ბავშვის გაკონტროლება	1	0	0	ა/შ*
<b>ბავშვის გამკლავების ქცევა</b>				
პროცედურასთან დაუკავშირებელი საუბარი	0	0	1	2
იუმორი	0	0	0	0
<b>ბავშვის დისტრესული ქცევა</b>				
ტირილი	0	0	0	0
ყვირილი	0	0	0	0
ვერბალური წინააღმდეგობა	0	0	0	0
ვერბალური ტკივილი	1	0	0	0
ინფორმაციის ძიება	0	1	1	0
ვერბალური ემოცია	1	0	1	0
<i>ცხრილში წარმოდგენილი რიცხვები კოდირებული ქცევის სიხშირეა.</i>				
<i>* ბავშვი საპროცედურო ოთახში მშობლის გარეშე იყო.</i>				

ცხრილი 3.4. CAMPIS-R მონაცემები ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ ვენეპუნქციის, ექოკარდიოგრამის, და რუტინული პროცედურების დროს: ევგ, ჭრილობის მოვლა, შემთხვევა 5

CAMPIS-R	ვენეპუნქცია		ექოკარდიოგრამა		რუტინული პროცედურები	
	ინტერვენციამდე (დღე 1)	შემდეგ (დღე 1)	ინტერვენციამდე (დღე 1)	შემდეგ (დღე 5)	ინტერვენციამდე (დღე 1)	შემდეგ (დღე 5)
პროცედურის ხანგრძლივობა	8 წთ.	4 წთ.	20 წთ.	10 წთ.	10 წთ.	5 წთ.
<b>მოზრდილის ნეიტრალური ქცევა</b>						
პროცედურასთან დაუკავშირებელი საუბარი	2	0	2	1	4	ა/შ*
პროცედურასთან დაკავშირებელი საუბარი	0	1	1	3	4	ა/შ*
პროცედურაში მონაწილეობის ბრძანება	0	0	0	0	0	ა/შ*
ქცევასთან დაკავშირებული ბრძანებები ბავშვის მიმართ	3	0	0	0	3	ა/შ*
ბრძანებები ბავშვის ქცევის მართვასთან დაკავშირებით	1	0	0	0	0	ა/შ*
შექება	0	1	0	0	0	ა/შ*
<b>დისტრესის ხელშემწყობი მოზრდილის ქცევა</b>						
კრიტიკა	5	0	4	0	0	ა/შ*
დამარწმუნებელი კომენტარები	3	0	3	0	0	ა/შ*
ბავშვის გაკონტროლება	3	0	0	0	0	ა/შ*
<b>ბავშვის გამკლავების ქცევა</b>						
პროცედურასთან დაუკავშირებელი საუბარი	0	0	0	1	0	1
იუმორი	0	0	0	0	0	1
<b>ბავშვის დისტრესული ქცევა</b>						
ტირილი	4	0	3	0	0	0
ყვირილი	2	0	0	0	0	0
ვერბალური წინააღმდეგობა	7	1	5	0	1	0
ვერბალური ტკივილი	4	1	1	0	0	0
ინფორმაციის ძიება	0	2	0	0	1	1
ვერბალური ემოცია	0	0	2	0	0	0
ცხრილში წარმოდგენილი რიცხვები კოდირებული ქცევის სიხშირეა.						
* ბავშვი საპროცედურო ოთახში მშობლის გარეშე იყო.						

CAMPIS-R სკალით მიღებული მონაცემები გრაფიკულად გამოვსახეთ უფრო თვალსაჩინო რომ ყოფილიყო ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ ბავშვისა და მოზრდილის ქცევების დინამიკა.



გრაფიკი 3.3. CAMPIS-R, შემთხვევა1.

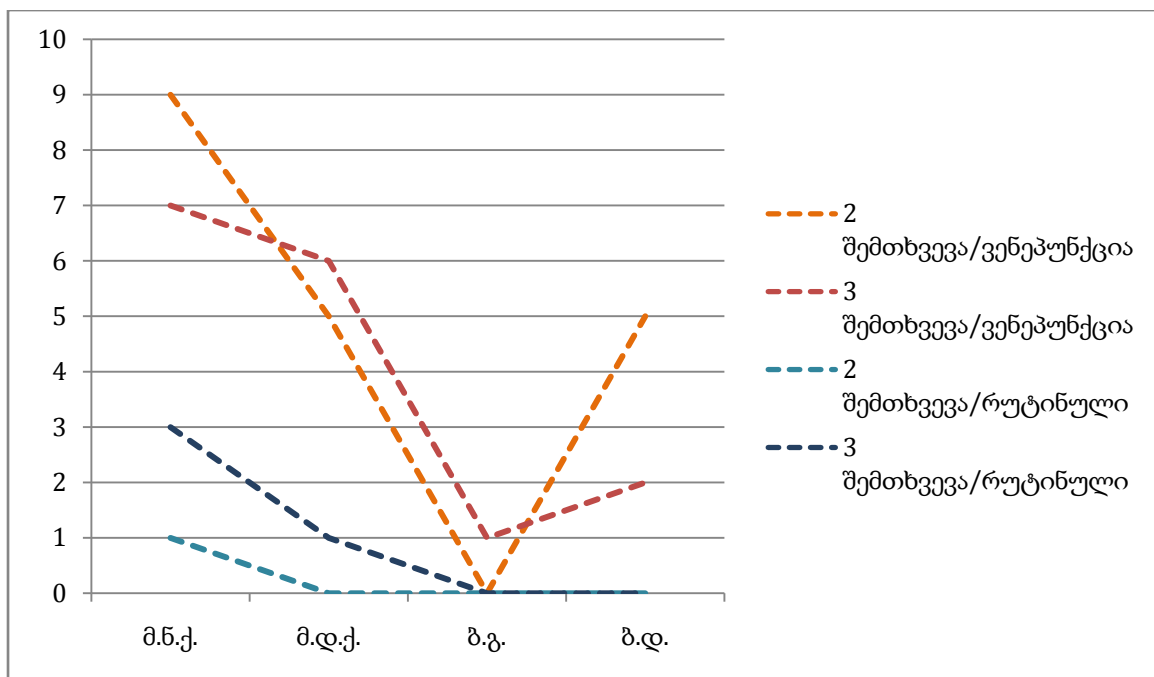
ვენეპუნქცია, ექო და რუტინული პროცედურა.

მ.ნ.ქ. - მოზრდილის ნეიტრალური ქცევა; მ.დ.ქ. - დისტრესის ხელშემწყობი მოზრდილის ქცევა; ბ.გ. - ბავშვის გამკლავება; ბ.დ. - ბავშვის დისტრესი.

პირველი შემთხვევის გრაფიკულ გამოსახულებაში (გრაფიკი 3.3.) შეჯამებულია რუტინული პროცედურის დროს მშობლისა და ბავშვის ქცევები კატეგორიებად (მოზრდილის ნეიტრალური ქცევა, დისტრესი ხელშემწყობი ქცევა, ბავშვის გამკლავება და დისტრესი). თვალსაჩინოდ ჩანს რუტინული პროცედურის დროს მშობლის ქცევების შემცირება პროცედურისას, ინტერვენციის შემდეგ, რადგან ბავშვი წარმატებით ახდენდა გამკლავებას. ასევე იცვლება ბავშვის ქცევა პოზიტიურისკენ. იზრდება ბავშვის გამკლავების ქცევები (პროცედურასთან დაუკავშირებელი საუბარი); თუმცა გაზრდილია დისტრესის ქცევა, მაგრამ თუ დეტალურად განვიხილავთ რომელმა ქცევამ მოიმატა ეს არის ვერბალური ემოცია და ინფორმაციის ძიება, მაშინ ეს უფრო პოზიტიურ ტენდენციად უნდა განვიხილოთ; რადგან ინტერვენციამდე მხოლოდ ვერბალური წინააღმდეგობა აღინიშნებოდა, ინტერვენციის შემდეგ ვერბალიზაცია მოახდინა ემოციის და პროცედურასთან დაკავშირებით ეცადა ინფორმაციის მოპოვებას („ამას გამიკეთებ?“).

ინტერვენციამდე ვენეპუნქციის პროცედურის ჩაწერის საშუალება არ იყო კლინიკის რუტინიდან გამომდინარე, მაგრამ ეს მაღლი სტრესის პროცედურა შესაძარებლად გამოვიტანეთ ექოს პროცედურასთან, სადაც თვალსაჩინოდ ჩანს როგორი დაბალია

(ექოს დროს) ბავშვის გამკლავება ვენეპუნქციასთან შედარებით ინტერვენციის შემდეგ. ასევე, როგორი ხშირია მშობლის ქცევა როგორც ნეიტრალური ასევე დისტრესის ხელშემწყობი ვენეპუნქციასთან შედარებით; რაც შეეხება ინტერვენციის შემდეგ ბავშვის დისტრესის მაღალ მაჩვენებელს როგორც ვენეპუნქციის დროს (ინტერვენციის შემდეგ), ასევე ექოს დროს (ინტერვენციამდე) - რომ შევადაროთ ამ ორი პროცედურის დროს ქცევა, ვნახავთ, რომ აქაც ვენეპუნქციის დროს ვერბალური ემოცია და ინფორმაციის ძიებაა, ხოლო ინტერვენციამდე ექოსკოპიის დროს ბავშვის დისტრესული ქცევის ქვეშ ტირილი და ვერბალურ წინააღმდეგობაა.

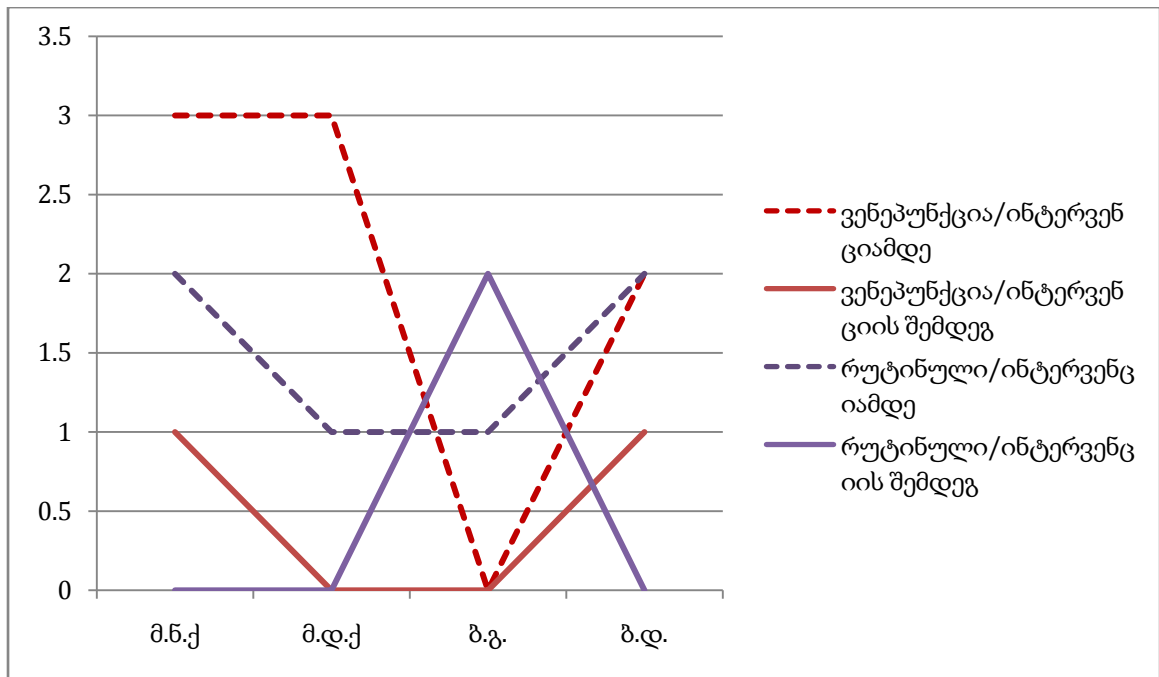


**გრაფიკი 3.4.** CAMPIS-R, შემთხვევა 2 და 3.

ვენეპუნქცია, რუტინული პროცედურა.

მ.ნ.ქ. - მოზრდილის ნეიტრალური ქცევა; მ.დ.ქ. - დისტრესის ხელშემწყობი მოზრდილის ქცევა; ბ.გ. - ბავშვის გამკლავება; ბ.დ. - ბავშვის დისტრესი.

გრაფიკულ გამოსახულებაში 3.4 ნაჩვენებია მეორე და მესამე შემთხვევა, როდესაც ინტერვენციაზე უარი თქვეს მშობლებმა. აქაც, სხვა შემთხვევების მსგავსად, მშობლის როგორც დისტრესის გამომწვევი ასევე ნეიტრალური ქცევების სიხშირე მაღალია ინტერვენციამდე, განსაკუთრებით სტრესული პროცედურის, ვენეპუნქციის დროს. ბავშვის გამკლავების ხდომილება დაბალია და დისტრესული ქცევის, კერძოდ ვერბალური წინააღმდეგობისა და ტკივილის გამოხატვა, მაღალი.

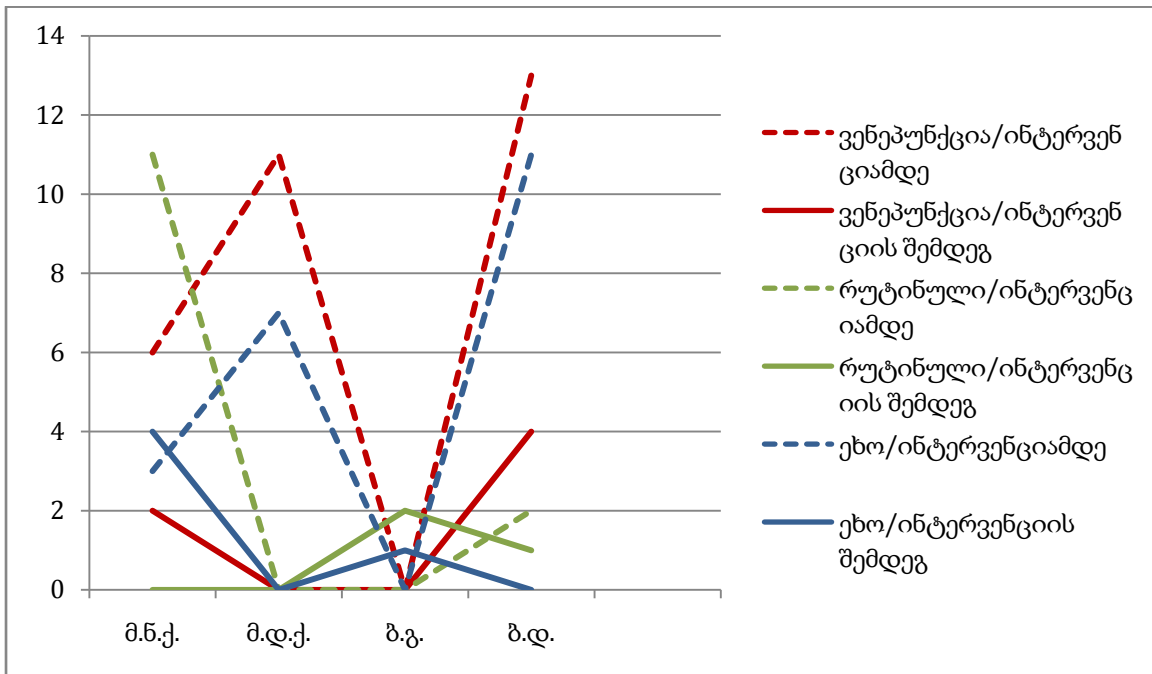


**გრაფიკი 3.5.** CAMPIS-R, შემთხვევა 4.

ვენეპუნქცია და რუტინული პროცედურა ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ.

მ.ნ.ქ. - მოზრდილის ნეიტრალური ქცევა; მ.დ.ქ. - დისტრესის ხელშემწყობი მოზრდილის ქცევა; ბ.გ. - ბავშვის გამკლავება; ბ.დ. - ბავშვის დისტრესი.

მეოთხე შემთხვევაშიც (გრაფიკი 3.5) ინტერვენციის შემდეგ ორივე პროცედურის დროს მცირდება მშობლის ქცევა, რუტინული პროცედურის დროს მნიშვნელოვნად იზრდება გამკლავების ქცევა ბავშვის მხრიდან და ნულია დისტრესული ქცევა. ვენეპუნქციის დროს ბავშვის გამკლავების ქცევა ღიად არ ფიქსირდება, ხოლო დისტრესის ქცევა მცირდება.



**გრაფიკი 3.6.** CAMPIS-R, შემთხვევა 5.

ვენეპუნქცია, ეხო და რუტინული პროცედურა ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ.

მ.ნ.ქ. - მოზრდილის ნეიტრალური ქცევა; მ.დ.ქ. - დისტრესის ხელშემწყობი მოზრდილის ქცევა; ბ.გ. - ბავშვის გამკლავება; ბ.დ. - ბავშვის დისტრესი.

ბოლო შემთხვევაშიც (გრაფიკი 3.6) მშობლის ნეიტრალური როლი რჩება თუმცა ნულია დისტრესის ხელშემწყობი ქცევები. ბავშვის გამკლავების ქცევები შეინიშნება ეხოსა და რუტინული პროცედურების დროს. დისტრესის გამომხატველი ქცევები მცირდება ინტერვენციის შემდეგ.



### 3.5.3. ნახატები - ინტერვენციისა და ემოციური კეთილდღეობის შეფასების ინსტრუმენტი

ბავშვების მიერ დახატული ნახატები დაგვეხმარა იმის გაგებაში, თუ როგორ ესმოდათ ბავშვებს თავისი ჯანმრთელობის პრობლემა, როგორი იყო მათი ემოციური მდგომარეობა და დინამიკა ჰოსპიტალიზაციის სხვადასხვა ეტაპზე. კონკრეტული პარამეტრების ცვლა პროცედურამდე და პროცედურის შემდეგ დახატულ ნახატებში, კერძოდ, დეტალების გამოსახვა/არ გამოსახვა, ფერების გამოყენება და ზომაში ცვლილებები, ის, რაც მნიშვნელოვან სტატისტიკურ ტენდენციებად გამოვლინდა პირველ კვლევაში, მეორე კვლევაში უკვე კონკრეტული გამოცდილების კონტექსტში უფრო მეტად ინფორმაციული იყო.

### 3.5.4. მშობლის მიერ მოსამზადებელი სესიების ეფექტიანობის აღქმა

ვენეპუნქციის მომზადებისას (ჰოსპიტალიზაციის პირველ დღეს) დედებმა შეაფასეს როგორც ორივესთვის, მისთვის და მისი შვილისთვის, ეფექტური. ამ შეფასებების საშუალო პროცედურამდე იყო - 4. პროცედურის შემდეგ საშუალო გახდა 5.

პრემედიკაციის პროცედურისთვის მომზადება (მეორე და მესამე დღე ჰოსპიტალიზაციის) საშუალოდ 5 ქულით შეფასდა პროცედურამდე, ხოლო 4 ქულით პროცედურის შემდეგ.

იმ მშობლებმა, რომელთაც ჩაილდ ლაიფ მომსახურების მხოლოდ ნაწილი მიიღეს სერვისი შეაფასეს როგორც 5 მისთვის და მისი შვილისთვის.

### 3.5.5. პოსტჰოსპიტალური ქცევის კითხვარი (PHBQ)

პოსტჰოსპიტალური ქცევის მონაცემები გაწერიდან ორი კვირის შემდეგ ავიღეთ. ქულათა ჯამი თეორიულად ვარირებს -54 -დან + 54 -მდე, სადაც პოზიტიური ქულები არაადაპტური ქცევით ცვლილებებს მიანიშნებს. ამრიგად, ნეიტრალურთან ახლო ქულები ნიშნავს, რომ ბავშვს არ განუცდია არაადაპტური ქცევისკენ ცვლილებები. ცხრილში 3.5 მოცემულია პოსტჰოსპიტალური ქცევის მონაცემები თითოეულ შემთხვევაში. ბავშვებმა, რომელთა მშობლებმაც უარი თქვეს ბავშვის

ინფორმირებაზე, უფრო მეტი ქცევითი პრობლემები გამოავლინეს კლინიკიდან გაწერის შემდეგ 2 კვირაში (ცხრილი 3.5).

ცხრილი 3.5. პოსტჰოსპიტალური ქცევის კითხვარი	
შემთხვევები	PHBQ მონაცემები
1 შემთხვევა (ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია)	-2
2 შემთხვევა (უარი თქვეს მომზადებაზე)	+10
3 შემთხვევა (უარი თქვეს მომზადებაზე)	+6
4 შემთხვევა (ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია)	0
5 შემთხვევა (ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია)	-5

### 3. 6. დისკუსია

#### 3.6.1. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია

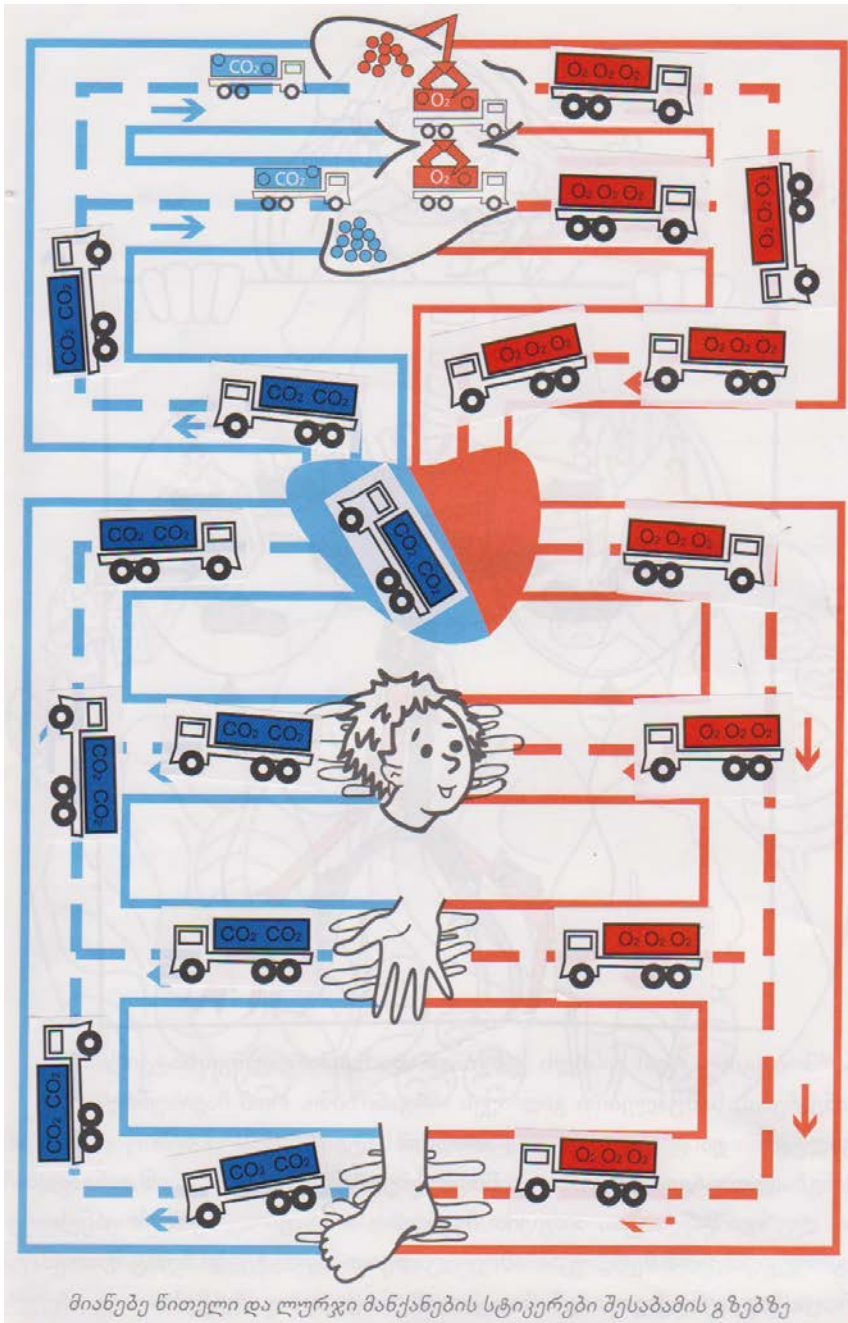
ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტის მიერ რუტინულად ხდებოდა ყველა პაციენტთან და ოჯახის წევრებთან შეხვედრა მოსალოდნელ ჰოსპიტალიზაციასა და მკურნალობასთან დაკავშირებით. კვლევის ფარგლებში ექიმებმა ორ შემთხვევაში (პირველ და მეხუთე შემთხვევაში) მიმართეს ჩაილდ ლაიფ განყოფილებას. ისინი აღნიშნავდნენ მშობლისა და ბავშვის მხრიდან მაღალ შფოთვისა და დაუმორჩილებლობას პროცედურის დროს.

სრული მომსახურების მიღების თაობაზე მიღებული თანხმობის შემთხვევაში ხორციელდებოდა ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია, რაც მოიცავდა საგანმანათლებლო, თერაპიულ სესიებს და სამედიცინო პროცედურის დროს ბავშვისა და მშობლის მხარდაჭერას. ცხრილში 3.6 აღწერილია ინტერვენციების და საგანმანათლებლო სესიების თანმიმდევრობა და შინაარსი.

ცხრილი 3.6. ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის აღწერა

ინტერვენციის ტიპი შინაარსი	მასალები	ინტერვენციის მიზანი	ინტერვენციის აღწერა
1. კლინიკაში ორიენტაცია	სათამაშოები, წიგნები, ფოტოები ჰოსპიტალის გარემოზე.	ნდობაზე დაფუძნებული ურთიერთობის დამყარება შფოთის შემცირება ჰოსპიტლის გარემოს ნორმალიზება	რაპორტის დამყარება ჰოსპიტალ ტურის უზრუნველყოფა სათამაშო ოთახში მიპატიჟება და თამაშის ფასილიტირება
2. ბავშვის ემოციური სტატუსის შეფასება	ფანქრები, ფურცლები	ბავშვის ემოციურ მდგომარეობაზე დაკვირვება და სასაუბრო თემის განსაზღვრა	დახატე შენი თავი და მოყევი ამბავი
3.სამედიცინო თამაში/ სტრესული პროცედურებისთვის მომზადება <ul style="list-style-type: none"> <li>• ვენეპუნქცია</li> <li>• პრემედიკაცია</li> <li>• ქირურგიული მკურნალობა</li> <li>• ეპიკარდიალური ელექტროდებისა დრენაჟის მილების ამოღება</li> <li>• ჭრილობის მოვლა</li> </ul>	საექიმო ყუთი სხვადასხვა სამედიცინო მასალით (ანესთეზიის ნიღაბი, ხელთათმანი, ნიღბები, ნემსები, ცენტრალური ვენის და სხვა კათეტერები, კანულა, დოლბანდი, ბამბა, სპირომეტრი, ელექტროდები, თოჯინა დრენაჟის მილებით, წნევის აპარატი, სტეტოსკოპი, ლეიკო პლასტიკი, გასაფერადებელი წიგნი “ტასო გულის კლინიკაში მიდის”.	პროცედურებთან დაკავშირებული არასწორი წარმოდგენების თვიდან აცილება და ამ პროცედურების მნიშვნელობის სწორად გაგება. შფოთვის შემცირება. პროცედურების დროს თანამშრომლობის და დამყოლობის გაზრდა.	ბავშვს უხსნიან რაში ეხმარება ეს სამედიცინო თამაში. ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტი ეტაპობრივად უხსნის ბავშვს მოსალონდელი პროცედურას და საშუალებას აძლევს მას შეისწავლოს, დაათვალიეროს სამედიცინო მასალები და იგივე პროცედურა ჩაატაროს რბილ თოჯინაზე. პროცედურას სენსორული ინფორმაციით უხსნის. ამავე დროს ხდება ბავშვისა და მშობლის წახალისება დასვან კითხვები და გამოხატონ განცდები და ემოციები.

<p><b>4.საგანმანათლებლო დიაგნოზის, ჰოსპიტალიზაციისა და ქირურგიული მკურნალობის მიზეზის ახსნა</b></p>	<p>გასაფერადებელი, აქტივობების წიგნი „ტასო გულის ექიმთან“. „ტასო გულის ოპერაციას იკეთებს“.</p>	<p>ჰოსპიტალიზაციის მიზეზის ახსნა. ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული არასწორი წარმოდგენების კორექცია.</p>	<p>ლუკას მაგალითი: როგორ მუშაობს გული, როგორ გადააქვს საკვები და ჟანგბადი წითელი სატვირთო მანქანებით (არტერიული სისხლით) მთელ სხეულში. როგორ მოაქვს ნარჩენები სხეულიდან ფილტვებისაკენ ლურჯი სატვირთო მანქანებით (ვენური სისხლი). თითოეულ მანქანას თვისი გზა აქვს და ერთმანეთის გზაზე არ უნდა გადავიდნენ. რა ხდება, როდესაც ხვრელია გულის გამყოფ კედელში, როგორ მიდის წითელი მანქანები ლურჯი მანქანების გზაზე. ქირურგის საქმე ამ ხვრელის შეკეთებაა. ბავშვებმა უნდა ჩააწებონ მანქანების სტიკერების შესაბამის გზებზე და ჟანგბადი გადაიტანონ სხეულში (გამოსახულება 3.1).</p>
<p><b>5.პროცედურის დროს მხარდაჭერა (ინტენსიური თერაპიის და კარდიოლოგიური განყოფილებები)</b></p>	<p>ყურადღების გადამტანი მასალა ბავშვის სურვილის შესაბამისად წიგნი, საპნის ბუშტი, მუსიკალური სათამაშო, სენსორული სათამაშო.</p>	<p>შფოთვის შემცირება კონტროლის განცდის გაზრდა გამკლავები ფასილიტაცია</p>	<p>ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტი უზრუნველყოფდა პროცედურების დროს მხარდაჭერას. ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტი ბავშვის გვერდით იყო და პროცედურის თანმიმდევრობას და პროგრესს ეუბნებოდა. ან მიმართავდა ბავშვის მიერ წინასწარ შერჩეული ყურადღების გადატანის აქტივობას. ასევე ცდილობდა მშობლის ყოფნის შეთხვევაში ფასილიტირება გაეწია მშობლის მხარდაჭერის და ეპასუხა ბავშვის საჭროებებზე.</p>
<p><b>6.სამედიცინო თამაში/ სტრესული პროცედურის შემდგომი თერაპიული თამაში</b></p>	<p>საექიმო ყუთი სხვადასხვა სამედიცინო მასალით (ნემსები, კათეტერები, წნევის აპარატი, ნიღბები, სტეტოსკოპი, საავადმყოფოს საწოლი და ნაჭრის რბილი თოჯინა)</p>	<p>თამაშის შესაძლებლობის მიცემა, სტრესული სამედიცინო პროცედურების უსაფრთხო გარემოში გათამაშება და ამ პროცედურების გამკლავების ფასილიტაცია.</p>	<p>თერაპიული სამედიცინო თამაშის მთავარი თემა იყო ვენიდან სისხლის აღება, კათეტერიზაციის პროცედურა და ქირურგიული მკურნალობა. თამაშის ხანგრძლივობა საშუალოდ 20 წუთი, დღეში რამოდენიმეჯერ.</p>



გამოსახულება 3.1. საგანმანათლებლო მასალა წიგნიდან „ტასო გულის ექიმთან“. ჯოენის სამედიცინო ცენტრი.

ბავშვებისა და მშობლების ქცევის ურთიერთემოქმედება დისტრესზე თვალსაჩინო იყო ინტერვენციამდე, რაც ვლინდებოდა ბავშვების მხრიდან დაუმორჩილებელ, არადაამყოლ და დისტრესულ ქცევაში კლინიკაში შემოსვლისა და პირველი პროცედურების დროს. მიუხედავად მაღალი დისტრესისა, ინტერვენციის, ანუ სისტემური მომზადების შემდეგ თვალსაჩინო იყო - გამკლავების ფასილიტაცია იმ ბავშვების და მშობლების ქცევაში, რომლებიც მომზადდნენ ჩაილდ ლაიფ

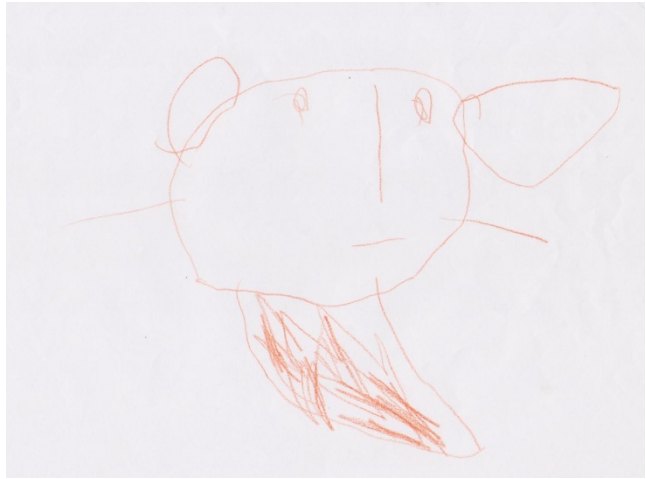
სპეციალისტის მიერ. სესიებამდე და სესიების შემდეგ აღებული კლინიკური მონაცემების თანახმად, მნიშვნელოვანია ფსიქო-საგანმანათლებლო პროცესში მშობლის ჩართულობა, იმ მიზნით, რომ შემცირდეს შფოთი და მოდიფიცირდეს ბავშვსა და მშობელს შორის მიმდინარე არაეფექტური კომუნიკაცია. მაგალითად, ვენეპუქციის პროცედურისთვის მოსამზადებელი სესიის შემდეგ, უფროსების მხრიდან დაფიქსირდა გამკლავების ხელშემწყობი ქცევები, რის შემდეგაც გამკლავების ქცევა ბავშვებმაც განახორციელა.

პირველი სესიების დროს ხდებოდა მოსალოდნელ პროცედურებთან დაკავშირებული ბავშვების წარმოდგენების, მიმართებების და ცოდნის გარკვევა, რაშიც დაგვეხმრა ბავშვების ნახატები.

### 3.6.2. შემთხვევა 1

ნანას აგრესიული ქცევა, რომელიც ფიზიკურ (კბენა) და ვერბალურ აგრესიაში ვლინდებოდა პირველადი გასინჯვის შემდეგ, მიზეზი გახდა ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტთან რეფერალის, რადგან ექიმისთვის შეუძლებელი იყო რუტინული პროცედურების განხორციელება. რეფერალის შემდეგ ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა ნანას ასაკის შესაბამისად გააცნო თავისი როლი და ფუნქციები და საორიენტაციო ტური შესთვალა სათამაშო ოთახსა და კლინიკაში. პირველადი შეფასებისას დახატა ნანამ საკუთრი თავი. ნახატში კარგად გამოჩნდა მისი აგრესიული ტენდენციები (ნახატი 1. ოპერაციამდე), თუ ვიხელმძღვანელებთ კოპიცის და ბაკის ინტერპრეტაციით, რომელთა თანახმადაც, პირის არ დახატვა აგრესიის, შფოთვისა და საფრთხის განცდის მიმანიშნებელი შეიძლება იყოს (Buck, 1948; Koppitz, 1968). ნანას მდგომარეობა და ქცევა სრულ შესაბამისობაში იყო ნახატში პირის არ დახატვასთან. კოპიცისა და ბაკის ორივე ვარაუდი შეესაბამება მის მდგომარეობას - ჰოსპიტალიზაციის შფოთს და საფრთხის განცდას, რასაც იგი აგრესიული ქცევით უმკლავდებოდა. ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის ეფექტიანობა გამოჩნდა, როგორც პროცედურების დროს მისი ქცევის CAMPIS-R-ის მონაცემებში, ისე ჰოსპიტალიზაციის ბოლო დღეებში დახატულ ნახატში (ნახატი 3.1. ოპერაციის შემდეგ).





ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციამდე და ოპერაციამდე. ინტერვენციის და ოპერაციის შემდეგ

**ნახატი 3.1.** 4 წლის ნანას ნახატი

ნანას ასაკობრივი და განვითარების თავისებურებების გათვალისწინებით პროცედურებისათვის და ქირურგიული მკურნალობისთვის მომზადება გულისხმობდა სამედიცინო მასალებით თამაშს, კერძოდ კი სენსორული ინფორმაციის მიწოდებას, პროცედურის თანმიმდევრობის გაცნობას და მარტივი გამკლავების მექანიზმების სწავლებას. თერაპიული თამაშის დროს მუდმივად ხდებოდა იმის ხაზგასმის, რომ ეს არ იყო სასჯელი და ექიმის და დედის ქცევა მის ჯანმრთელობაზე ზრუნვას ემსახურებოდა. ნანა სამედიცინო თამაშში ხალისით ჩაერთო, თავიდან დამკვირვებლის როლში მოსწონდა ყოფნა, შემდეგ დაუსრულებლად აკეთებდა ნემსებს რბილ თოჯინაზე. პირველივე მოსამზადებელი თამაშის შემდეგ მშვიდად წაყვა ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტს საპროცედუროში და ყველა პროცედურა ჩაიტარა. დისტრესული ქცევა რადიკალურად შეიცვალა ეფექტიანი გამკლავებით. ასაკობრივი განმავითარებელი აქტივობები და თერაპიული თამაშები ინტენსიურად უტარდებოდა დღეში რამოდენიმეჯერ სრული ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში.

სტრუქტურირებული მხარდამჭერი ჰოსპიტლის გარემო დადებითად აისახა ნანას ქცევაზე, რასაც მშობლებიც აღნიშნავდნენ. ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ ინტენსიური თერაპიიდან გადმოყვანისთანავე ადგა და სათამაშო ოთახში ატარებდა დროის დიდ ნაწილს.



### 3.6.3. შემთხვევა 2

9 წლის გიორგის ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი სარქველი იყო, თუმცა მან არ იცოდა რისთვის და რამდენი ხნით მიიყვანეს კლინიკაში. კლინიკაში შემოსვლისას რუტინულად ნახა ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა, განახორციელა საორიენტაციო ტური და პირველადი შეფასება. თუმცა დედამ უარი თქვა ბავშვის ინფორმირებაზე. გიორგი ნაკლებად ინტერესდებოდა ჩაილდ ლაიფ ოთახში ბავშვების აქტივობებით. მისი ოთახში ყოფნა მცირე ხნის იყო. ოპერაციის შემდეგ უფრო მეტად უჩიოდა ტკივილს და ძირითადად უნდოდა წოლა. მისი ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ დახატული ნახატები (ნახატი 3.2) მეტყველებს მის ემოციურ მდგომარეობაზე. ოპერაციამდე დახატულ ნახატში უხელებო, უფეხებო და უთმო, შავ ფერში დახატული გამოსახულებაა. ადამიანის ფიგურის ნახატის ლიტერატურის შესაბამისად, გამოტოვებული ხელები შფოთვისა და დანაშაულის განცდას შეიძლება გამოხატავდეს (Koppitz, 1984). ხელები ამ ლიტერატურაში აღწერილია, როგორც თავდაცვის ან მოქმედების უნარის რეპრეზენტაცია (Buck, 1984), ხოლო უხელებო ფიგურა უსუსურობას შეიძლება გამოხატავდეს. ფეხების გამოტოვება კოპიცის მიხედვით ფეხებთან დაკავშირებულ ძლიერ შფოთს შეიძლება ასახავდეს (Koppitz, 1984). მაჩოვერი, უთმო ფიგურის დახატვას ფიზიკური ძალისა და ენერჯის ნაკლებობას უკავშირებს (Machover, 1949).



ნახატი 3.2. გიორგი 9 წლის. ოპერაციამდე. ოპერაციის შემდეგ.

გიორგი მშობლების მსგავსად უმკლავდებოდა ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებულ სირთულეებს - არ იყენებდა აქტიურ, ეფექტურ გამკლავების სტრატეგიებს. იგი არ ინტერესდებოდა როგორც სამედიცინო თემატიკასთან დაკავშირებული აქტივობებით, მასალით, სათამაშოებითა და გასაფერადებლებით, ასევე სხვა ასაკობრივი აქტივობებით, რასაც სხვა ბავშვებთან ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტი საგანმანათლებლო სესიების, თერაპიული თამაშებისა და პროცედურებისათვის ფსიქოლოგიური მომზადებისთვის იყენებდა. ოპერაციის შემდეგ მისი ოთახში შემოსვლის დრო 15 წუთზე მეტს არ გრძელდებოდა. უჩიოდა სისუსტეს და ტკივილს. მისი ფიზიკური და ემოციური მდგომარეობა პოსტოპერაციულ ნახატშიც თვალსაჩინოა. ფიგურა არ არის დასრულებული და გადახაზულია (ნახატი 3.2. ოპერაციის შემდეგ).

მნიშვნელოვანი ცვლილებები დაფიქსირდა პოსტჰოსპიტალურ ქცევაშიც. ორი კვირის შემდეგ დედასთან საუბარში ქცევით სირთულეები გამოიკვეთა, რაც PHBQ-ს მონაცემებით იყო +10 (ცხრილი 3.5.).

#### **3.6.4. შემთხვევა 3**

ანამ, რომელიც კარდიო კათეტერიზაციისთვის იყო ჰოსპიტალიზებული, არ იცოდა რა იყო კათეტერიზაცია და რაში მდგომარეობდა ეს პროცედურა. იგი არ გამოირჩეოდა ქცევითი სირთულეებით და არც ეფექტიანი გამკლავების სტრატეგიებით, როგორც ეს პირველი პროცედურის დროს CAMPIS-R-ის მონაცემებში ჩანს. მშობლებმა უარი თქვეს მოსალოდნელი კათეტერიზაციის შესახებ მეტი ინფორმაცია მიეწოდებიათ ანასთვის. ისინი თვლიდნენ ეს უფრო მეტად დააშინებდა მას: „იცის რომ იკეთებს კათეტერიზაციას, ჩვენ უთხარით რომ ეს იგივე ეხოსკოპიაა, ოღონდ უნდა დააძინონ, რომ არ დაიღალოს, რადგან ექიმს დიდხანს მოუწევს მისი გულის დათვალიერება“. მშობლები დათანხმდნენ სათამაშო ოთახში შემოსვლაზე მხოლოდ თამაშისა და გართობის მიზნით.



ნახატი 3.3. 7 წლის ანა. კათეტერიზაციამდე და კათეტერიზაციის შემდეგ.

ანას ქცევა სტაბილურად ერთნაირად ვლინდებოდა მთელი ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში. თუმცა მის ნახატებში კათეტერიზაციამდე და მას შემდეგ შეიმჩნევა ცვლილებები. პროცედურის შემდეგ იგი ხატავს მხოლოდ შავი ფერის უმტევნო და უტერფო ფირგურას (ნახატი 3.3. კათეტერიზაციის შემდეგ).

#### 3.6.5. შემთხვევა 4

უფეხეზო ფიგურა დახატა 11 წლის ქეთიმ, რომელიც კლინიკაში გულის ქირურგიული მკურნალობისთვის შემოვიდა და რომელსაც გულის კათეტერიზაცია ერთი წლის წინ ჰქონდა გაკეთებული. ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტთან პირველი შეხვედრის შემდეგ საკუთარი თავი ფხების გარეშე დახატა (ნახატი 2.4, ოპერაციამდე), სადაც გამოჩნდა წინა ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული შფოთი. მსგავსი შიშის ვერბალიზება მოახდინა 3,6 წლის ბიჭმა, რომელიც სტენტირებიდან ერთი თვის შემდეგ კლინიკაში რუტინული შემოწმებისთვის მოყავდათ: „არ მინდა წამოსვლა ექიმმა ფეხები უნდა მომაჭრას“.



ნახატი 3.4. ქეთის ნახატი ოპერაციამდე



ოპერაციის შემდეგს

ქეთი დროს უმეტესობას ატარებდა ჩაილდ ლაიფ ოთახში და სხვადასხვა აქტივობებში აქტიურად იყო ჩართული. ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა უზურნველყო ასაკის შესაბამისი აქტივობები და თერაპიული თამაშები მოსალოდნელ მკურნალობასთან დაკავშირებით. ქეთის ქცევა სტაბილური იყო სხვადასხვა მანიპულაციებისა და პროცედურების დროს. თუმცა, CAMPISR-ის მონაცემების თანახმად შეინიშნება პროცედურებისთვის მომზადების შემდეგ გამკლავების სტრატეგიების უფრო ეფექტიანად გამოყენება.

### 3.6.6. შემთხვევა 5

ლუკას მშობლებმა და კარდიოლოგმა ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტს ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული შფოთვის გამო მიმართეს. ბავშვისა და მშობლების ქცევის ერთდროული ზემოქმედება მათი დისტრესის დონეზე თვალსაჩინო იყო ინტერვენციამდე, რაც ვლინდებოდა ლუკას მხრიდან დაუმორჩილებლობაში, კლინიკაში შემოყვანის და პირველადი პროცედურების დროს, რაც პროცედურის შეწყვეტით დასრულდა. მიუხედავად მაღალი

დისტრესისა, ინტერვენციის, ანუ სისტემური მომზადების შემდეგ თვალსაჩინო იყო - გამკლავების ფასილიტაცია როგორც ბავშვის ასევე მშობლის ქცევაში. სესიებამდე და სესიების შემდეგ აღებული კლინიკური მონაცემების თანახმად მნიშვნელოვანია ფსიქო-საგანმანათლებლო პროცესში მშობლის ჩართულობა, იმ მიზნით, რომ შემცირდეს შფოთვა, და მოხდეს ბავშვსა და მშობელს შორის მიმდინარე არაეფექტური კომუნიკაციის მოდიფიცირება. მაგალითად, ვენეპუნქციის პროცედურისთვის მოსამზადებელი სესიის შემდეგ, უფროსის მხრიდან დაფიქსირდა გამკლავების ხელშემწყობი ქცევა, რის შედეგადაც გამკლავების ქცევა განახორციელა ბავშვმა (ცხრილი 3.4).

ბავშვის მიერ დახატული ნახატი ძალიან ინფორმაციული იყო და დაგვეხმარა იმის გაგებაში, თუ როგორ ესმოდა ლუკას თავისი ჯანმრთელობის პრობლემა და რა მცდარი წარმოდგენები ჰქონდა ამასთან დაკავშირებით. ლუკას მიერ დახატული საკუთარი თავის ნახატის აღწერა დაგვეხმარა ჩავწვდომოდით მის ემოციურ მდგომარეობას, კერძოდ კი განუმარტავი და აუხსნელი ჯანმრთელობის მდგომარეობით გამოწვეულ შიშს (ნახატი 3.5). ლუკას ნახატი და წინასწარი ინტერპრეტაცია გამოყენებული იყო ლუკასთან ინტერვიუს დროს, როგორც სასაუბრო თემა. როდესაც იგი აღწერდა ოპერაციამდე დახატულ ნახატს, მან ისაუბრა თუ როგორ ეშინოდა ბიჭს მაიმუნის და ცდილობდა მისგან გაქცევას. როლური თამაშისას აშკარა იყო, რომ მას სჯეროდა მაიმუნმა გამოიწვია მისი დაავადება. კითხვაზე - „იცი, რატომ ხარ კლინიკაში?“ მან თავი დაგვიკრა და გვიპასუხა - „მე მაიმუნი მაქვს“. მან არ იცოდა მანკის განმარტება. ერთადერთი შინაარსი რომელიც ამ სიტყვასთან იყო კავშირში, ეს ინგლისური სიტყვა „მანქა“ იყო და შესაბამისად თავისი მდგომარეობის აღმნიშვნელი სიტყვა პირდაპირ თარგმნა ინგლისურიდან.





ნახატი 3.5. ლუკას ნახატი ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ

ლუკას ეს ინფორმაცია ეყრდნობოდა მშობლებთან უშუალო კომუნიკაციას, რომელიც არ იყო სრულყოფილი და ხშირ შემთხვევაში ექიმისა და მშობლის კომუნიკაციაზე დაკვირვების დამახინჯება იყო. კომუნიკაციის ტრანსაქციული პროცესის მიხედვით ლუკას არადაამოღმა ქცევამ გაამყარა მშობლების აზრი, რომ მათ არ შეუძლიათ თავი გაართვან და მართონ მისი უარყოფითი ემოციები და ქცევა. შესაბამისად დამალეს დაგეგმილი პროცედურა. თუმცა, ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის სესიებში მონაწილეობა დაეხმარა კლინიკის თანამშრომლებსა და ოჯახის წევრებს, გაეაზრებიათ და გაეგოთ ლუკას ქცევის მოტივაცია და საბოლოოდ, მისი არასწორი წარმოდგენები შეეცვალათ.

განვითარების ფსიქოლოგიის მკვლევარები აღწერენ ლუკას ასაკის ბავშვის ტიპურ შესაძლებლობას, გაგების უნარს. კოგნიტური განვითარების კონკრეტულ ოპერაციულ ეტაპზე ბავშვებს დაავადება ესმით კონტემინაციის და ინტერნალიზაციის ტერმინებში. რაც იმას ნიშნავს, რომ დაავადების მიზეზი ექსტერნალური ობიექტია, რომელიც საზიანო/მავნეა სხეულისთვის, ხოლო დაავადება გარეთა მიზეზის გადაყლაპვით ან შესუნთქვით ხვდება სხეულში (Brewster, 1982; Bibace and Walsh, 1981). 7 წლის ბავშვები სამედიცინო პროცედურების

კლასიფიკაციას ახდენენ მისი ფუნქციის მიხედვით და შეუძლიათ გაიგონ ჯანმრთელობის სტატუსის თანმიმდევრული ცვლილებები თუ ამის ახსნა წინასწარ ხდება, მაგრამ ამავე დროს არასწორად შეიძლება გაიგონ სიტყვების პირდაპირი მნიშვნელობით (Francis, 1990).

როდესაც არ ხდება ბავშვის ასაკისა და პიროვნული თავისებურებების გათვალისწინებით მოსალოდნელი ჰოსპიტალიზაციისა და პროცედურის შესახებ ინფორმირება, მაშინ ისინი ინფორმაციის მიღების ან სხვა საშუალებებს მიმართავენ ან მშობლის მსგავსად იყენებენ არაეფექტურ გამკლავებას. გარემო სადაც ისინი იმყოფებიან შეიცავს დამახინჯებულ ინფორმაციას მშობლებისგან (რაც არ შეესაბამება რეალობას რასაც განიცდის), არაპირდაპირი ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაცია მშობელსა და სამედიცინო პერსონალს შორის. მეტიც, ბავშვების ასაკი, ცოდნა სამედიცინო პრობლემებისა და მდგომარეობების, და ემოციური მოწყვლადობა ასევე უარყოფითად მოქმედებს ინფორმაციის პროცესირებაზე (გრაფიკი 3.2). თითოეულ შემთხვევაში აშკარაა თუ როგორ შეიძლება გავლენა მოახდინოს კონტექსტუალურმა და ტრანსაქციულმა ცვლადებმა სტრესის შეფასებასა და ინფორმაციის პროცესირებაზე, რაც მაღალ ემოციურ დისტრესსა და ქცევით სირთულეებს იწვევს.

თუ დაუბრუნდებით ზემოთ აღწერილ - ინფორმაციის პროცესირებისა და სტრესის შეფასების მოდელს, ვნახავთ, რომ ყველა აღწერილ შემთხვევაში სახეზე იყო ინფორმაციის არაეფექტური გადამუშავების ხელშემწყობი ცვლადები: ასაკი, წარსული გამოცდილება, მშობლის არარესპონსულობა, მშობლის მხრიდან ბავშვის დისტრესული ქცევის აღქმა და კონტროლის ნაკლებობის განცდა, გამკლავების არაეფექტური სტილი, ემოციურად დამუხტული გარემო, მშობლის მოლოდინები, მათი მხრიდან დამახინჯებული ინფორმაციის მიწოდება, სამედიცინო პროცედურის სირთულე, მშობლის აფექტი, და ყველაფერ ამით განპირობებული ბავშვების არაეფექტური გამკლავება, რაც გამოჩნდა როგორც ექსტერნალიზებულ ქცევაში - დაკვირვებით, ისე ინტერნალიზებულ ქცევაში - მათ ნახატებში. მრავალმხრივი ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის შედეგად მოხდა ამ წრიულად პროგრესირებადი ციკლის გარღვევა, პოზიტიური ზემოქმედება და ეფექტური გამკლავების ხელშემწყობა. კერძოდ, ასაკის შესაბამისად ინფორმაციის მიწოდება, წარსული

გამოცდილების გათვალისწინებით, ეფექტური გამკლავების სწავლება და მხარდაჭერა, თერაპიული, ასაკობრივი თამაშითა და აქტივობებით სტრესული გარემოს ნორმალიზება, თვითეფექტურობის განცდის ხელშეწყობა, რამაც თავის მხრივ შეცვალა მშობლის მხრიდან ბავშვის ქცევის და შესაძლებლობის აღქმა.

სისტემური ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის შემდეგ ყველა შემთხვევაში მშობლის როლი შემცირდა. ბავშვიც და მშობელიც იმდენად უსაფრთხოდ გრძნობდნენ თავს რომ უფროსი ან არ ესწრებოდა პროცედურას, ან არ ერეოდა პროცესში და არ თვლიდა საჭიროდ დახმარების აღმოჩენას შვილისთვის. ბავშვების ქცევები ერთმნიშვნელოვნად გაიზარდა გამკლავების თვალსაზრისით და შემცირდა დისტრესული ქცევები. იმ შემთხვევებში სადაც არ შემცირდა, დისტრესის გამომხატველი ქცევა უფრო პოზიტიურით ჩაენაცვლა და წინააღმდეგობის და ტირილის ნაცვლად ბავშვები ცდილობდნენ ან პროცედურასთან დაკავშირებით ინფორმაციის მიღებას ან ახდენდნენ ემოციის ვერბალიზებას, რაც გამკლავების და თვითრეგულაციისკენ მნიშვნელოვანი ნაბიჯია. კომპლექსურ ჩაილდ ლაიფ მომსახურებაზე უარის თქმის შემთხვევებში ბავშვების ქცევები არ შეცვლილა გამკლავების თვალსაზრისით ჰოსპიტალიზაციის მეექვსე დღესაც.

ექსტერნალიზებული ქცევითი ცვლილებები ასევე შესაბამისობაში იყო ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში დახატული ნახატების ემოციური ინდიკატორების ცვლილებებთან. მაგალითად, ლუკამ (ნახატი 2.5) ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ დახატულ ნახატში გამოსახა თავისი თავი ერთ ხელში ქოლგით, რაც შემდეგნაირად ახსნა: „ქოლგა ვიპოვე წვიმისგან რომ დავეფარე“. მის პირველ ნახატში ლუკამ თავის თავი ოდნავ დახრილი დახატა ფეხების ქვეშ მიწის, საყრდენის გარეშე. მეორე ნახატში კი ეს შეიცვალა და იგი ცალი ფეხით მიწაზე დგას. აგრეთვე, მისი თავდაპირველად მუქად დაშტრიხული ტორსი ლურჯი ფერით შეიცვალა. ჩვენი კვლევის პირველ ნაწილში ერთადერთი სტატისტიკური მნიშვნელობა ჰოსპიტალიზებული ბავშვების მიერ ქირურგიული მკურნალობის წინ და შემდეგ დახატულ ნახატებს შორის, სწორედ ლურჯი ფერის გამოყენებაში გამოვლინდა.

ქოლგით გამოსახული უსაფრთხოების მეტაფორა, ისევ გამოერდა 6 წლის გოგონას ნახატში, რომელიც ერთერთი გეგმიური ოპერაციისთვის შემოვიდა კლინიკაში. ძალიან დელავდა, ტიროდა არ უნდოდა კლინიკაში დარჩენა. სათამაშო ოთახში



თამაშის დროს დამშვიდდა. ექთნის შემოსვლისთანავე, რომელმაც საპროცედუროში სთხოვა გაყოლა, აღელდა, ისევ ატირდა და ბებიის შეყვანა მოითხოვა. ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტი ბებიასთან ერთად შეყვა, პროცედურები აუხსნა და მოამზადა. მომზადების პროცესს აყვა, დამაბულად იცინოდა, ისმენდა ახსნას და თანამშრომლობდა. პროცედურის შემდეგ თქვა „თურმე არ ყოფილა საშიში“. სათამაშო ოთახში დაბრუნებისას ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა შესთავაზა სამედიცინო თამაში. ნემსის დანახვაზე ფრთხილობდა და ეშინოდა, თავიდან სპეციალისტის დახმარებით გააკეთა ბევრი ნემსი. დესენსიტიზაციის მიზნით ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტმა შესთავაზა ნემსით ხატვა და ხელსახოცზე შპრიცით ფერადი საღებავების დასხმა. აქტივობაში ხალისით ჩაერთო. შემდეგ საკუთარი თავიც დახატა (ნახატი 3.6), რომელიც შემდეგნაირად აღწერა: „ეს ქოლგა მიჭირავს, წვიმს. მე თითქოს სადღაც მივფრინავ. ხო, ექიმებმა მიმკურნალეს და სახლში მივფრინავ“.



ნახატი 3.6. 6 წლის გოგო. ოპერაციამდე

შნაიდერი თავის კვლევაში, რომელიც პედიატრიული პაციენტების იმედის სკალის განვითარებას და ვალიდაციას ეხება, შემდეგნაირად მსჯელობს: ბავშვები, რომლებიც იმედიანად ფიქრობენ, შეუძლიათ მკურნალობასთან დაკავშირებულ წარმატებულ

მიზნებზეც იფიქრონ. ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ბავშვებს განსაკუთრებით სჭირდებათ ახალ მიზნებზე ფოკუსირება, ალტერნატიული გზების მოძებნა და მენტალური ენერჯის ფლობა მკურნალობის დაწყებისა და გაგრძელებისთვის (Snyder et al., 1997). თრეის ქანსილი ასეთ ალტერნატიულ გზად და მიზნად არტ თერაპიის აქტივობებს განიხილავს და თვლის, რომ ასეთი ტიპის აქტივობები და მიღწევები ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ბავშვს ეხმარება დაავადების პასიური მსხვერპლის როლიდან ტრანსფორმირდეს აქტიურ პარტნიორად, რომელიც უკეთესად გახდომაზე მუშაობს (Councill, 2011).

### 3.7. დასკვნა

შემთხვევების ანალიზმა აჩვენა, რომ ბავშვის მოსალოდნელი სამედიცინო პროცედურის შესახებ ასაკის შესაბამისად არაინფორმირებულობა ზრდის ამ პროცედურის მიმართ არასწორი წარმოდგენების ჩამოყალიბებას და სიტუაციის შეფასებას როგორც საფრთხის შემცველს. ეს თვალსაჩინო იყო როგორც პროცედურის დროს, ისე უსაფრთხო გარემოში მათ ქცევაზე დაკვირვებისას, რაც ძირითადად არაეფექტიანი გამკლავებით, ძლიერი დისტრესითა და პროცედურის დროს არადამაყოლობით გამოიხატებოდა.

ერთეული სტატისტიკური ანალიზიდან გამოიკვეთა განსხვავებები გამკლავებაში იმ ბავშვებსა და მშობლებს შორის, რომლებიც დათანხმდნენ, ან არ დათანხმდნენ ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციას. ეს განსხვავებები თვალსაჩინოა როგორც CAMPIS-R-ის მონაცემებში, ასევე ნახატების ანალიზში. მშობლების ქცევა, რომელიც არ ემსახურებოდა ბავშვის ეფექტური გამკლავების ხელშეწყობას, შემცირდა ინტერვენციის შემდეგ. ბავშვების მხრიდან გამკლავების ქცევა ინტერვენციის შემდეგ თვალსაჩინო იყო და დისტრესული ქცევა შემცირებული. იმ შემთხვევაშიც, თუ დისტრესული ქცევა ვლინდებოდა ეს მნიშვნელოვნად წინგადადგმული ნაბიჯი იყო პროცედურების გამკლავების თალსაზრისით, რადგან ისინი ტკივილის ვერბალიზების, წინააღმდეგობისა და დაუმორჩილებლობის ნაცვლად უფრო მეტად პროდუქტულ-დისტრესის გამომხატველ ქცევას ავლენდნენ, როგორც არის ემოციის ვერბალიზება და პროცედურასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ძიება. რაც შეეხება ბავშვებს, რომლებმაც არ მიიღეს ჩაილდ ლაიფის მომსახურება,

ინფორმირებისა და პროცედურებისთვის მომზადების თვალსაზრისით, მათი ქცევა არ შეცვლილა პროცედურის გამკლავების მხრივ, როგორც ჰოსპიტალიზაციის პირველ დღეს ისე მეექვსე დღეს.

კვლევიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია, კერძოდ, არასწორი წარმოდგენების გარკვევა, ასაკის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება და პროცედურისთვის ფსიქოლოგიური მომზადება ხელს უწყობს სტრესული სამედიცინო გამოცდილების ეფექტიან გამკლავებას;

## თავი 4 კვლევების შეჯამება

### 4.1. დისკუსია

ქრონიკული ჯანმრთელობის პრობლემის, გულის თანდაყოლილი მანკის და მასთან დაკავშირებული სამედიცინო გამოცდილების სტრესული ზემოქმედება ბავშვზე, ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში შესრულებული ნახატების ემოციურ ინდიკატორებში გამოჩნდა. განსხვავებული ემოციური ცვლადების მნიშვნელოვანი სტატისტიკური ტენდენციები გამოვლინდა პრე და პოსტ პროცედურული ნახატების საკონტროლო ჯგუფთან შედარებისას. ჯგუფებს შორის განსხვავებული ცვლადების არსებობამ მიგვიყვანა მეორე კვლევის იდეამდე, სადაც ნახატები გამოვიყენეთ როგორც ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის ერთ-ერთი მეთოდი - თერაპიული ურთიერთობის და ბავშვის ემოციურ მდგომარეობაზე, დამოკიდებულებებზე, გამკლავებაზე დაკვირვების საშუალება.

ცალკეული შემთხვევების კვლევამ უფრო დიფერენცირებულად დაგვანახა როგორ იცვლება ბავშვის მიერ სამედიცინო პროცედურების აღქმა და როგორ აისახება სხვადასხვა ფაქტორი - წარსული ჰოსპიტალიზაცია, მკურნალობის გამოცდილება, ფსიქოლოგიური მომზადება, გამკლავების მექანიზმების თავისებურებები და ფიზიკური მდგომარეობა - ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში შესრულებულ ნახატებში. ნახატების დინამიკაზე დაკვირვება დაგვეხმარა უკეთ გაგვეგო ხატვის ელემენტების შინაარსი, პატერნები და პირველი კვლევის მნიშვნელოვანი სტატისტიკური ტენდენციები.

კვლევამ გააფართოვა რაიან-ვანგერის მიდგომა, რომ ქცევით ემოციური პრობლემების მქონე ბავშვების იდენტიფიცირება მნიშვნელოვანია კლინიკურ გარემოში (Ryan-Wenger, 2001), რათა მეტი დახმარება აღმოვუჩინოთ რთული სამედიცინო ინფორმაციის პროცესირებასა და ქცევის მართვაში ბავშვებს, ოჯახებსა და სამედიცინო პერსონალს. შემთხვევების ანალიზმა აჩვენა, რომ თავისთავად სამედიცინო გარემო და სამკურნალო პროცედურები ქცევითი-ემოციური პრობლემების რისკის შემცველია, რომლის მიმართ ბავშვის დახმარების გარეშე ექსპოზიცია ზრდის ქცევით და ემოციურ სირთულეებს.

ვერნონის თანახმად, შესაძლებელია უარყოფითი სამედიცინო გამოცდილების ზრდის და განვითარების შესაძლებლობად გარდაქმნა (Vernon et al., 1965), თუ მოხდება მიზანმიმართულად და ინდივიდუალურად ბავშვის მხარდაჭერა, მომზადება და დახმარება - შედეგიანად გაუმკლავდეს პოტენციურად სტრესულ სამედიცინო გამოცდილებას. გთმ-ს ქირურგიული მკურნალობისთვის ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ცალკეული შემთხვევები აღწერს ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის ეფექტიანობას სტრესის შემცირებაში, რაც გამოწვეულია კლინიკის გამოცდილების არასწორი ინტერპრეტაციით და ბავშვსა და მშობელს შორის არაპროდუქტული კომუნიკაციით. ეს შემთხვევები ასევე ამტკიცებს ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის ღირებულებას პედიატრიულ მომსახურებაში და ხაზს უსვამს იმ დამხმარე სტრატეგიებს რაც ჰოსპიტალიზაციითა და სამედიცინო პროცედურებით გამოწვეული სტრესის ყოველდღიური მართვისთვის გამოიყენება.

#### 4.2. კვლევების სუსტი მხარეები

პირველი კვლევის ერთერთი ნაკლი არის ფართე ასაკობრივი სპექტრი და ასაკობრივი ჯგუფების შეზღუდული რაოდენობა, რამაც არ მოგვცა საშუალება მონაცემების დამუშავებისა და ინტერპრეტაციის დროს გაგვეთვალისწინებია ასაკთან და განვითარებასთან დაკავშირებული მახასიათებლები. ასევე, ეს მიდგომა ძალიან სუბიექტურია. მომავალმა კვლევებმა შეიძლება გააუმჯობესოს შედეგების სანდოობა მეორე ბრმა მკვლევარის გამოყენებით რისი საშუალებაც დროში შეზღუდვის გამო ამ კვლევაში სამწუხაროდ არ გვქონდა.

მეორე კვლევის ერთერთი შეზღუდვაა ის, რომ ყოველდღიური ინტენსიური ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია კომპლექსური აქტივობებით ხორციელდებოდა, რაც ართულებს ცალკეული - საგანმანათლებლო, მოსამზადებელი, პოსტპროცედურული, თერაპიული, მხარდამჭერი, განმავითარებელი და რეკრეაციული სესიებისა და აქტივობების მნიშვნელობისა და ზემოქმედების დიფერენცირებულ გააზრებას.

კვლევის შეზღუდვაა ასევე პროექციული ტექნიკის ინტერპრეტაციის სირთულე თავისი სუბიექტური ბუნების გამო. ავტორები ხაზს უსვამენ ამ ტექნიკის ინტერვენციულ ღირებულებას კერძოდ ინტერვენციისთვის მნიშვნელოვანი საკითხებისა და თემების იდენტიფიცირებაში, რაც შემდგომ შესაძლებელია ბავშვთან

საუბარში იყოს გამოყენებული. ასევე მნიშვნელოვანია მკითხველმა გაიაზროს ის ფაქტი, რომ არ უნდა მოხდეს ნახატების გადამეტებული ინტერპრეტაცია. არამედ გამოყენებული უნდა იყოს ბავშვის დამოკიდებულებებისა და შეხედულებების საკვლევად, როლური თამაშებისა და საუბრისთვის.

და ბოლოს, ინტერვენციის პროცესი უწყვეტი იყო და მიმდინარეობდა დღეში რამოდენიმეჯერ, რაც ხშირ შემთხვევაში, კლინიკის რუტინიდან გამომდინარე, სირთულეებთან არის დაკავშირებული.

### **4.3. კვლევის უპირატესობა, სიახლე და მომავალი კვლევა**

გულის თანდაყოლილი მანკის მქონე ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატების ანალიზი კიდევ ერთი მტკიცებულება და საშუალებაა გავიგოთ ჰოსპიტალიზაციის და სამედიცინო პროცედურების ტრავმული გამოცდილება, მისი უარყოფითი ზემოქმედება ბავშვის ემოციურ მდგომარეობაზე და შესაბამისად, ინდივიდუალური ინტერვენციის აუცილებლობა.

ინდივიდუალური შემთხვევების ჭრილში ნახატების დეტალურმა ანალიზმა, განსხვავებების ლიტერატურის კონტექსტში ინტერპრეტაციამ, კლინიკურ გუნდთან დისკუსიებმა მდიდარი მასალა მოგვა და დაგვებმარა გაგვეაზრებინა ვერბალურად ძნელად გამოსათქმელი შინაარსები და გამკლავების სტრატეგიები.

მიუხედავად შეზღუდვებისა და პროექციული ტექნიკების დაბრკოლებებისა, საკუთარი თავის ნახატების გამოყენება კლინიცისტებს ჰოსპიტალიზაციისა და ავადმყოფობის პერიოდში ბავშვის ემოციური მდგომარეობის შეფასებაში ეხმარება. ექთნებს, კლინიკის თანამშრომლებს შეუძლიათ ნახატების და მასთან დაკავშირებული საუბრების გამოყენება უსაფრთხო, სანდო თერაპიული ალიანსის დასამყარებლად. მეტიც, კომუნიკაციის არავერბალურ ფორმაზე დაკვირვება ეხმარება პროფესიონალებს ყურადღება მიაქციონ ბავშვის შფოთვის, ემოციური მდგომარეობის ცვალებადობას და ფსიქოლოგიური დახმარების საჭიროებას.

ჰოსპიტალიზებული და არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებს შორის განსხვავებები, როგორც ოპერაციამდე ასევე ოპერაციის შემდეგ, დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს მთელი ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში უწყვეტი მომსახურების მნიშვნელობას, წარმატებული ქირურგიული ოპერაციის შემდეგაც.

პროცედურებისთვის მომზადების პროგრამის კონტექსტში მეტი კვლევაა საჭირო, რომ ინახოს ნახატებს შორის განსხვავება მომზადების გათვალისწინებით, კერძოდ კი როგორ იცვლება ბავშვის აღქმა სამედიცინო პროცედურების და როგორ აისახება ეს ცვლილებები ნახატებში. სხვა ცვლადების გამოკვლევა, რომელიც გავლენას ახდენს ხატვაზე, ისეთის როგორიც არის ჰოსპიტალიზაციის გამოცდილება წარსულში, ჯანმრთელობის მდგომარეობის სიმწვავე, და განცდილი სიმპტომები, დაგვეხმარება უკეთ გავიგოთ ხატვის ელემენტები და პატერნები და შესაბამისად, ამ ტექნიკების ეფექტურობა. ასევე, მნიშვნელოვანია ასაკის ზეგავლენა ბავშვების ნახატზე და შესაბამისად საინტერესო იქნება ქრონოლოგიური და განვითარების ასაკის გათვალისწინება მომავალ კვლევაში.

მიუხედავად მეორე კვლევაში აღნიშნული შეზღუდვებისა, სერიული შემთხვევების აღწერა მნიშვნელოვანი კვლევითი და კლინიკური კონტრიბუციაა ჩაილდ ლაიფ სფეროში. მისი უპირატესობა მდგომარეობს იმაში, რომ სიახლეა ჩაილდ ლაიფის სფეროში შემთხვევების აღწერისა და ნახატების, როგორც ინტერვენციის მეთოდის გამოყენება, რაც კიდევ ერთ მტკიცებულებას წარმოადგენს ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის ეფექტიანობაზე. ასევე აღსანიშნავია, რომ ჩაილდ ლაიფის ეფექტიანობის კვლევა პირველად არის ქართულ პოპულაციაზე ჩატარებული, რამაც შეიძლება მნიშვნელოვნად იმოქმედოს ჩაილდ ლაიფის განვითარებაზე საქართველოში. კლინიკურად კი წარმოადგენს სისტემურ, სტრუქტურირებულ ინტერვენციას, რომლის მიზანია ჰოსპიტალიზაციისა და ჯანმრთელობის პრობლემებით გამოწვეული სტრესის შემცირება და ბავშვისა და მისი ოჯახის, როგორც კლინიკის გუნდის განუყოფელი წევრების, გაძლიერება.

პროცედურისთვის მომზადების კონტექსტში უფრო ფოკუსირებული კვლევაა საჭირო საგანმანათლებლო და მოსამზადებელი ინტერვენციის მიმართულებით. კერძოდ, როგორ აღიქვამს ბავშვი სამედიცინო პროცედურისთვის მომზადებას და ამ საგანმანათლებლო სესიებს, მისი კოგნიტური განვითარების გათვალისწინებით.

და ბოლოს, თეზისის ორივე ნაწილში სტატისტიკური და სერიული შემთხვევების ანალიზით მიღებული კლინიკური შედეგების კონსოლიდაციისთვის მნიშვნელოვანია რანდომიზებული კვლევის წარმოება.



#### 4.4. დასკვნა

კვლევის ორივე ნაწილში მიღებული მნიშვნელოვანი სტატისტიკური და კლინიკური მტკიცებულებებით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ (1) გულის ქირურგიული მკურნალობისთვის ჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატები მნიშვნელოვნად განსხვავდება არაჰოსპიტალიზებული ბავშვების ნახატებისგან, რაც მეტყველებს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან, ჰოსპიტალიზაციასთან და პროცედურებთან დაკავშირებული სპეციფიური სტრესორების არსებობაზე; (2) ნახატების ლონგიტუდური და თვისობრივი კვლევით მიღებული ინტრაინდივიდუალური განსხვავებები მნიშვნელოვანი ინფორმაციის შემცველია ჰოსპიტალიზაციის სხვადასხვა ეტაპზე სხვადასხვა სტრესორების ზემოქმედების თვალსაზრისით, რაც მეტყველებს განსხვავებული საჭიროებების არსებობასა და ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული ინტერვენციის აუცილებლობაზე; (3) და ბოლოს, ნახატების მეთოდი ღირებული ინსტრუმენტია და მისი გამოყენება შესაძლებელია როგორც ბავშვის ემოციური მდგომარეობის დინამიკაზე დასაკვირვებლად, ასევე სტრესული ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში ინდივიდუალური ინტერვენციის დასაგეგმად, განსახორციელებლად და შესაფასებლად, რაც ნათლად გამოჩნდა კვლევის მეორე ნაწილში შემთხვევების ანალიზის დროს.

რაც შეეხება კვლევის მეორე ნაწილში დაყენებულ საკითხებს - მოსალოდნელი სამედიცინო პროცედურის შესახებ ასაკის შესაბამისად ბავშვის არაინფორმირებულობის გავლენასა და ჩაილდ ლაიფის ინტერვენციის ეფექტიანობის თაობაზე, შემთხვევების ანალიზიდან ვასკვნით შემდეგს:

(1) მოსალოდნელი სამედიცინო პროცედურის შესახებ ასაკის შესაბამისად არაინფორმირებულობა ზრდის ამ პროცედურის მიმართ არასწორი წარმოდგენების ჩამოყალიბებას და სიტუაციის შეფასებას როგორც საფრთხის შემცველს, რაც ვლინდება დისტრესული ქცევით და არაეფექტური გამკლავებით.

(2) ინდივიდუალური ჩაილდ ლაიფ ინტერვენცია, რომელიც მოიცავს არასწორი წარმოდგენების გარკვევას, ამ წარმოდგენების კორექციას, განვითარების შესაბამისად მოსალოდნელი პროცედურების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას და ფსიქოლოგიურ მომზადებას, ხელს უწყობს სტრესული სამედიცინო გამოცდილების ეფექტიან გამკლავებას.



ზოგადად კი, ჩაილდ ლაიფ ინტერვენციის ეფექტიანობაზე მტკიცებულების არსებობამ შესაძლებელია ხელი შეუწყოს მულტიდისციპლინური სამედიცინო მომსახურების ერთერთი მნიშვნელოვანი ნაწილის - ჩაილდ ლაიფის - განვითარებას საქართველოში, სადაც ჩაილდ ლაიფ სპეციალისტი წარმოადგენს პროფესიას, რომელმაც იცის და პასუხობს ყველა ასაკის ბავშვისა და მისი ოჯახის უნიკალურ და განსხვავებულ საჭიროებებს სტრესულ სამედიცინო ვითარებებში.

## 5. ბიბლიოგრაფია და დანართები

### 5.1. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Bach, S. (1990). Life paints its own span: On the significance of spontaneous paintings by severely ill children. Switzerland: DaimonVerlag.
2. Betz, C. L. (2006). Surgical preoperative preparation for children: The need for more evidence from nurse scientists. *Journal of Pediatric Nursing*, 21, 397–399.
3. Bibace R & Walsh ME. New directions for child development. San Francisco: Jossey-Bass (1981).
4. Brewer S, Gleiditsch S L, Syblik D, Tietjens M, Vacik H. Pediatric anxiety: child life intervention in day surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 21 (1), 13-22 (2006).
5. Brewster AB. Chronically ill hospitalized children's concepts of their illness. *Pediatrics*, 69 (3), 355-362 (1982).
6. Blount R L, Cohen L. L, Frank N C, et al. The Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale-Revised: An assessment of validity. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 73-88 (1997).
7. Blount R L, Powers S W, Cotter M W, Swan S C, & Free K. Making the system work: Training pediatric oncology patients to cope and their parents to coach them during CMA/LP procedures. *Behavior Modification*, 18, 6-31 (1994).
8. Buck, J. (1948). The h-t-p technique: A qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 317–396.
9. Burkitt, E., Barrett, M., & Davis, A. (2009). Effects of different emotion terms on the size and colour of children's drawings. *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*, 14, 74–84.
10. Burns, R. C., & Kaufman, S. H. (1970). Kinetic family drawings (k-f-d): An introduction to understanding children through kinetic drawings. New York: Brunner/Mazel.
11. Burns, R. C., & Kaufman, S. H. (1972). Actions, styles and symbols in kinetic family drawings (k-f-d): An interpretative manual. New York: Brunner/Mazel.

12. Butler, L. D., Symons, B. K., Henderson, S. L., Shortliffe, L. D., & Spiegel, D. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics*, 115, 77–85.
13. Casey, F., Sykes, D., & Craig, B. (1996). Behavioral adjustment of children with surgically palliated complex congenital heart disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 335–352.
14. Clatworthy, S., Simon, K., & Tiedeman, M. E. (1999). Child drawing: Hospital - An instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children. *Journal of Pediatric Nursing*, 14, 2–9.
15. Clements, P. T., Benasutti, K. M., & Henry, G. (2001). Drawing from experience. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39, 13–20.
16. Coyne, I. (2006). Children's experience of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10, 326–336.
17. Councill, T. (2011). Medical Art Therapy with Children. *In The Handbook of Art Therapy*. Edited by C.A. Malchiodi. The Guilford Press.
18. DiLeo, J. (1970). *Young children and their drawings*. New York: Brunner/Mazel.
19. DiLeo, J. (1973). *Children's drawings as diagnostic aids*. New York: Brunner/Mazel.
20. Drake, J., & Winner, E. (2012). How children use drawings to regulate their emotions. [published online ahead of print September 11 2011]. *Cognition & Emotion*, 1–9. Available from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699931.2012.720567>
21. Driessnack, M. (2005). Children's drawings as facilitators of communication: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 415–432.
22. Francis S. *Child Life education series: Child Life Theory into Practice*. Dallas: Children's Medical Center Dallas, TX (1990).
23. Furth, G. (2002). *The secret world of drawings: A Jungian approach to healing through art*. Toronto: Inner City Books.
24. Gibbs, L. (1989). Quality of Study Rating Form: An Instrument for Synthesizing Evaluation Studies. *Journal of Social Work Education*. 25(1):67
25. Gaynard, L., Wolfer, J., Goldberger, J., Thompson, R., Redbum, L., & Laidley, L. (1998). *Psychosocial care of children in hospitals: A clinical practice manual from the ACCH Child Life Research Project*. Rockville, MD: Child Life Council, Inc.

26. Goldberger J, Lubering A, & Thompson RH. *Psychological Preparation and Coping*. In: *The Handbook of Child Life: A Guide for Pediatric Psychosocial Care*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. pg. 160 (2009).
27. Goodenough, F. L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: Harcourt, Brace & World.
28. Graham, M. (2001). Art as an evaluative tool: A pilot study. *Art Therapy*, 18, 37–43.
29. Guillemin, M. (2004). Embodying Heart Disease through Drawings. *Health (London)*, 8:223.
30. Kaminski M, Pellino T, & Wish J. Play and Pets: The Physical and Emotional Impact of Child-Life and Pet Therapy on Hospitalized Children. *Children's Health Care*, 31:4, 321-335 (2002).
31. Klinzing DR, & Klinzing DG. Communication and Child Life. In: *The Handbook of Child Life: A Guide for Pediatric Psychosocial Care*. Springfield, IL: Charles C. Thomas (2009).
32. Klinzing D R, & Klinzing D G. *Communication for Allied Health Professionals*. Dubuque, IA: William C. Brown (1985).
33. Koller D. Preparing Children and Adolescents for Medical Procedures. Child Life Council Evidence-Based Practice Statement. Peer reviewed and approved by Child Life Council Board Members. Available online at [www.childlife.org](http://www.childlife.org) (2007).
34. Koller D. Child Life Assessment: Variables Associated with a Child's Ability to Cope with Hospitalization. Child Life Council Evidence-Based Practice Statement. Peer reviewed and approved by Child Life Council Board Members. Available online at [www.childlife.org](http://www.childlife.org) (2008).
35. Koppitz, E. M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York: Grune & Stratton.
36. Koppitz E M. (1984). *Psychological Evaluation of Human Figure Drawings By Middle School Pupils (2<sup>nd</sup> Ed.)*. New York: Allyn and Bacon.
37. Kortessluoma, R. (2009). *Hospitalized children as social actors in the assessment and management of their pain*. Finland: Oulu University Press.
38. Latal, B., Helfricht, S., Fischer, E. J., Bauersfeld, U., & Landolt, A. M. (2009). Psychological adjustment and quality of life in children and adolescent following open-

- heart surgery for congenital heart disease: A systemic review. *BMC Pediatrics*, 9, 6.  
Available from, <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/9/6>
39. Lazarus, R & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
  40. LeRoy, S., Elixon, M., O'Brien, P., Tong, E., Turpin, S., & Uzark, K. (2003).  
Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac  
procedures: A statement from the American Heart Association Pediatric Nursing  
Subcommittee of the Council on Cardiovascular Nursing, & Council on Cardiovascular  
Diseases of the Young.
  41. Li H., Lopez, V & Lee T. Psychoeducational preparation of children for surgery: The  
importance of parental involvement. *Patient Education and Counseling*, 65 (1): 34-41  
(2007).
  42. American Heart Association Pediatric Nursing Subcommittee of the Council on  
Cardiovascular Nursing in collaboration with the Council on Cardiovascular Diseases of  
the Young. *Circulation*, 108, 2550–2564.
  43. Lukash, F. (2002). Children's art as a helpful index of anxiety and self-esteem with plastic  
surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 109, 1777–1786.
  44. Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*.  
Springfield IL: Charles C. Thomas
  45. Mahan, C.C. (2005). Preparing children for health-care encounters. In: *Meeting  
Children's Psychosocial Needs. Across the Health-Care Continuum*. PRO-ED. Inc
  46. Malchiodi, C. A. (1998a). *Medical art therapy with children*. London: J. Kingsley.
  47. Malchiodi, C. A. (1998b). *Understanding children's drawings*. New York: The Guilford  
Press.
  48. Matto, H. C., Naglieri, J. A., & Clausen, C. (2005). Validity of the Draw-A-Person:  
Screening Procedure for Emotional Disturbance (DAP: SPED) in strengths-based  
assessment. *Research on Social Work Practice*, 15, 41–46.
  49. McCue K. Medical play: An expanded perspective. *Children's Health Care*, 16(3), 157-  
161 (1988).
  50. Naglieri, J. A., McNeish, T. J., & Bardos, A. N. (1991). *Draw A Person: Screening  
procedure for emotional disturbance*. Austin, TX: Pro-Ed.

51. Rennick, J. E., Johnston, C. C., Dougherty, G., Platt, R., & Ritchie, A. J. (2002). Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23, 133–144.
52. Rennick, J. E., Morin, I., Kim, D., Johnston, C. C., Dougherty, G., & Platt, R. (2004). Identifying children at high risk for psychological sequelae after pediatric intensive care unit hospitalization. *Pediatric Critical Care Medicine*, 5, 358–363.
53. Ryan-Wenger, N. (2001). Use of children's drawings for measurement of developmental level and emotional status. *Journal of Child and Family Nursing*, 4, 139–149.
54. Salmela, M., Salanterä, S., & Aronen, E. (2009). Child-reported hospital fears in 4 to 6 year-old children. *Journal of Pediatric Nursing*, 35, 269–303.
55. Skybo, T., Ryan-Wenger, N., & Su, Y. (2007). Human figure drawings as a measure of children's emotional status: Critical review for practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 15–28.
56. Small, L. & Melnyk, B. (2006). Early predictors of post-hospital adjustment problems in critically ill young children. *Research in Nursing & Health*, 29, 622–635.
57. Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., Highberger, L., Rubenstein, H., & Stahl, K. (1997). The development and validation of the children's hope scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(3), 399–421.
58. Shaefer, C. & Drewers A. (2013). *The Therapeutic Powers of Play*. John Wiley & Sons, p.295-318
59. Stafstrom, C. E., Rostasy, K., & Minster, A. (2002). The usefulness of children's drawings in the diagnosis of headache. *Pediatrics*, 109, 460–472.
60. Sturner, R. A., Rothbaum, F., & Visintainer, M. (1980). The effects of stress on children's human figure drawings. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 324–331.
61. Thompson, R. H. (2009). *The handbook of child life: A guide for pediatric psychosocial care*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
62. Thompson RH, Vernon DT. Research on children's behavior after hospitalization: a review and synthesis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14: 28-35 (1993).

63. Tielsch, A. H., & Allen, P. J. (2005). Listen to them draw: Screening children in primary care through the use of human figure drawings. *Pediatric Nursing*, 31, 320–327.
64. Vernon, D.T.A., Foley, J.M., Sipowicz, R.R. & Schulman, J.L. (1965). The psychological response of children to hospitalization an illness. Springfield, IL: Charles C Thomas.
65. Vernon, D.T.A., Foley, J.M., Sipowicz, R.R. & Schulman, J.L. (1966). Changes in Children's behavior after hospitalization. *American Journal Disease in Children*, III.
66. Visintainer, M., & Wolfer, J.A. (1975). Psychological preparation for surgical pediatric patients: The effect on children's and parents' stress responses and adjustment. *Pediatrics*, 56.
67. Wadson, H. (1971). Characteristics of art expression in depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 197–204.
68. Wesson, M., & Salmon, K. (2001). Drawing and showing: Helping children to report emotionally laden events. *Applied Cognitive Psychology*, 15,301–320.
69. Withrow, R. (2004). The use of color in art therapy. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 43, 33–40.
70. Wolfer, J.A. & Visintainer, M. (1975). Pediatric surgical patients' and mothers' distress and coping behavior as a function of psychological preparation and stress-point nursing care. *Nursing research*, 24.

## 5.2. ധ്യാനം 1

### **A Clinical Tool for Evaluation Emotional Well-being: Self-Drawings of Hospitalized Children**

K. Dolidze, K.Tchanturia. E. Smith. Journal of Pediatric Nursing PII: S0882-5963(13)00089-4  
2013

This study investigated how the emotional wellbeing of children with congenital heart defect (CHD) hospitalized for heart surgery was expressed in self-drawings before and after their surgical treatment. A sample of 293 children produced self-drawings (hospitalized n=168, non-hospitalized n=125). The results indicate significant differences between drawings by hospitalized compared to non-hospitalized children, including size, color and omission of body parts. These differences were interpreted in line with previous analyses of projective drawing. We conclude that self-drawing evaluation is a useful tool to reveal insights into emotional wellbeing, promoting safe and easy communication.



### 5.3. දානාර්ථ 2

#### **A Model of Child Life Intervention to Facilitate Effective Coping in a Child Hospitalized for Heart Surgery**

K. Dolidze. E. Smith. K. Tchanturia. Clinical Practice 10(5), 1. ISSN204-9038 2013

This case study illustrates the effectiveness of providing developmentally appropriate medical information to a 7-year-old child hospitalized for heart surgery. The evaluation of the intervention provided during the period of hospitalization includes preparation and therapeutic play focusing on: clarification of misunderstanding of medical experiences; provision of age-appropriate information regarding the reason for hospitalization and anticipated treatment; supporting effective communication between the child and caregiver through parental involvement in psychoeducational preparation; and self-report and observational data obtained for distress and coping behaviors, anxiety, emotional well-being and perception of intervention effectiveness before and after the child life intervention. The data shows reduced levels of noncompliance and disruptive behavior demonstrating the effectiveness of the intervention in reducing stress associated with misinterpretation of hospital experiences and ineffective child-caregiver communication. Evidence for the effectiveness of child life intervention and recognition of hospitalization as a traumatic event that can disrupt development and family functioning will facilitate the development of child life services as part of a multidisciplinary medical service.

