



**მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია REC (2003) 24
ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოებში
პალიტიკური მზრუნველობის ორგანიზაციისათვის**

*მიღებულია მინისტრთა კომიტეტის მიერ 2003 წლის 12 ნოემბერს
მინისტრთა წარმომადგენელთა 860-ე სხდომაზე*

ევროპის საბჭო



COUNCIL CONSEIL
OF EUROPE DE L'EUROPE

მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია REC (2003) 24
ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოებში
პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზებისათვის

მიღებულია მინისტრთა კომიტეტის მიერ 2003 წლის 12 ნოემბერს
მინისტრთა წარმომადგენელთა 860-ე სხდომაზე

ევროპის საბჭო

RECOMMENDATION REC (2003) 24
OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO MEMBER STATES
ON THE ORGANISATION OF PALLIATIVE CARE

*Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003
at the 860th meeting of the Ministers' Deputies*

COUNCIL OF EUROPE



ქართული გამოცემის რედაქტორები: დოცენტი რემა ღვამიჩავა
მ.მ.კ. იოსებ აბესაძე
მთარგმნელი და ტექნიკური რედაქტორი: ინგა შარიკაძე

Editors of Georgian edition: Rema Gvamichava, M.D. Ass. Professor
Ioseb Abesadze Ph.D.
Translator and technical editor: Inga Sharikadze

ISBN: 99940 - 0 - 010 - 1
ISBN: 92 - 871 - 5557 - 7 Council of Europe

ზოგადი მოსაზრებები

I. სახელმძღვანელო პრინციპები - - - - -	9
II. დაწესებულებები და სამსახურები - - - - -	-11
III. პოლიტიკა და ორგანიზება - - - - -	-12
IV. ხარისხის გაუმჯობესება და კვლევა - - - - -	-14
V. განათლება და ტრენინგი - - - - -	-14
VI. ოჯახი - - - - -	-16
VII. კომუნიკაცია პაციენტსა და ოჯახის წევრებთან - - - - -	-16
VIII. ტერმინები, გუნდური მუშაობა და მზრუნველობის დაგეგმვა - - - - -	-17
IX. მძიმე დანაკარგი - - - - -	-18

მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია REC (2003) 24 ნაწილი სახელმწიფოსადმი პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზებისათვის განმარტებითი მემორანდუმი

ზოგადი მოსაზრებები - - - - -	-20
მოკლე ისტორიული მიმოხილვა - - - - -	-21
პალიატიური მზრუნველობის ზოგიერთი მონაცემი ევროპის ქვეყნებში	25
განსაზღვრებები და ძირითადი პრინციპები - - - - -	-31
დაწესებულებები და სამსახურები - - - - -	-44
პოლიტიკა და ორგანიზება - - - - -	-56

ხარისხის გაუმჯობესება და კვლევა	- - - - -	-60
პროფესიონალებისა და ვოლონტიორთა განათლება და ტრენინგი	-	-67
კომუნიკაცია	- - - - -	-69
ტერმინები, გუნდური მუშაობა და მზრუნველობის დაგეგმვა	- - - -	-75
ვოლონტიორები	- - - - -	-77
მძიმე დანაკარგი	- - - - -	-79
განმარტებითი ლექსიკონი	- - - - -	-83
გამოყენებული ლიტერატურა	- - - - -	-89

მინისტრთა კომიტეტი, ევროპის საბჭოს წესდების 15-ბ მუხლის
მომხრების თანახმად.

ითვალისწინებს რა ევროპის საბჭოს მიზანს, მიაღწიოს მეტ ერთიანობას
მის წევრებს შორის და რომ ეს მიზანი შესაძლოა განხორციელდეს, მათ
შორის ჯანდაცვის სისტემაში, ერთიანი წესების მიღებით;

შეგვახსენებს რა ევროპის სოციალური ქარტიის ჯანმრთელობის დაცვის
უფლების მე-11 მუხლის, ადამიანის უფლებათა და ბიომედიცინის კონვენცი-
ის მე-3 მუხლის (ETS No 164) მოთხოვნას, რომ კონტრაქტორი მხარეები
უნდა უზრუნველყოფდნენ შესაბამისი ხარისხის ჯანდაცვის თანაბარ მის-
აწვდომობას; მუხლი 4-ის მოთხოვნას - ნებისმიერი ჩარევა ჯანდაცვის
სფეროში, კვლევის ჩათვლით, ტარდებოდეს შესაბამისი პროფესიული
მოვალეობებისა და სტანდარტების მიხედვით; მე-10 მუხლში ხაზგასმით
აღნიშნული ყოველი ადამიანის უფლებას, ფლობდეს ინფორმაციას
საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ;

აღიარებს რა, ჯანდაცვის სისტემის პაციენტზე ორიენტირებისა და
საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღებაში
მოქალაქეების მონაწილეობის აუცილებლობას;

ამ კონტექსტში, შეგვახსენებს რა მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციას
წვერი ქვეყნებისადმი (რეკომენდაცია №R(2000)5) საკუთარი ჯანმრთე-
ლობის დაცვასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღებაში მოქალაქე-
თა და პაციენტთა მონაწილეობითი სტრუქტურების განვითარების შესახებ;

დარწმუნებულია რა, რომ ტერმინალური პაციენტისა და მომაკვდავი
პიროვნების ღირსების პატივისცემა და დაცვა უპირველეს ყოვლისა
მოიცავს შესაფერის გარემოში ისეთი სახის მზრუნველობის უზრუნველყ-
ოფას, რაც აძლევს მას ღირსეულად გარდაცვალების საშუალებას;

ამ კონტექსტში, შეგვახსენებს რა საპარლამენტო ასამბლეის რეკომენდა-
ციას 1418 (1999) ადამიანის უფლებების, ტერმინალური და მომაკვდავი
პიროვნების ღირსების დაცვის შესახებ;

შეგვახსენებს რა რეკომენდაცია №R(89)13-ს, ონკო-პაციენტებისათვის
მულტიდისციპლინური მზრუნველობის ორგანიზების შესახებ;

აღიარებს რა პალიატიური მზრუნველობის შემდგომი განვითარების საჭიროებას ევროპის ქვეყნებში;

ამ მიმართებით, შეგვახსენებს რა 1998 წლის პოზნანის დეკლარაციას აღმოსავლეთ ევროპაში პალიატიური მზრუნველობის შესახებ;

აღიარებს რა, რომ სამედიცინო დახმარებაზე უფლების მიზანია პაციენტისათვის ჯანმრთელობის მაქსიმალურად მისაწვდომი ატმოსფეროს შექმნა მიუხედავად ასაკისა, ეთნიკური წარმომავლობისა, ეკონომიური თუ სოციალური სტატუსისა, დაავადების ან უძლურების ბუნებისა;

ითვალისწინებს რა პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტების რაოდენობის ზრდას;

ითვალისწინებს რა, ევროპის ფარგლებში პალიატიური მზრუნველობის მისაწვდომობასა და ხარისხში არსებულ განსხვავებას, ქვეყნებს შორის თანამშრომლობა მიმართული უნდა იყოს ამ განსხვავების დაძლევაზე.

აცნობიერებს რა, რომ პალიატიური მზრუნველობა არის აქტიური, სრულყოფილი ზრუნვა პაციენტზე შორსწასული, პროგრესირებადი დაავადებით და მისი მიზანია ტკივილისა და სხვა სიმპტომების კონტროლი, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი დახმარება;

აცნობიერებს რა, რომ პალიატიური მზრუნველობის მიზანია პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის სიცოცხლის შესაძლო საუკეთესო ხარისხის მიღწევა;

აცნობიერებს რა, რომ პალიატიური მზრუნველობის მიზანია დაეხმაროს დაავადების შორსწასული, პროგრესირებადი ფორმის მქონე მამაკაცებს, ქალებს, ბავშვებს, სიცოცხლის ბოლომდე შეინარჩუნონ სიცოცხლის შესაძლო საუკეთესო ხარისხი და არ გულისხმობს სიკვდილის დაჩქარებას ან შეფერხებას;

მხედველობაში იღებს რა, რომ პალიატიური მზრუნველობა განამტკიცებს სიცოცხლეს და განიხილავს სიკვდილს, როგორც ნორმალურ პროცესს და არ ხელმძღვანელობს უიმედობითა და ფატალიზმით;

მხედველობაში იღებს რა, რომ პალიატიური მზრუნველობა არის ჯანდაცვის სისტემის ჯანმრთელობის დაცვაზე ყოველი მოქალაქის უფლების განუყოფელი ნაწილი და ამდენად, სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველობა ყველასათვის, ვისაც იგი ესაჭიროება;

მხედველობაში იღებს რა, რომ აუცილებელია ჰუმანური გზით განხორციელებული ზარისხიანი მზრუნველობის მიღწევა, რათა იგი განდეს პაციენტზე მზრუნველობის უმთავრესი ნაწილი მისი სიცოცხლის ბოლოს;

აცნობიერებს რა, რომ სოცოცხლის ბოლოს ყოველ ადამიანს სურს ჯანდაცვის პროფესიონალებისაგან უზრუნველყოფილი იქნას სამედიცინო მომსახურებით, როგორც ღირსეული პიროვნება; უზრუნველყოფილი იქნას ღირსების შენარჩუნებაზე, დამოუკიდებლობის სტიმულირებაზე, სიმპტომების შემსუბუქებასა და მაქსიმალური კომფორტის მიღწევაზე მიმართული კვალიფიციური ზრუნვა;

აცნობიერებს რა, რომ პალიატიური მზრუნველობა, ისევე როგორც მთელი სამედიცინო მომსახურება, უნდა იყოს პაციენტზე ორიენტირებული და ხორციელდებოდეს მისი საჭიროებების, ფასეულობებისა და არჩევანის გათვალისწინებით; რომ პალიატიურ პაციენტებზე მზრუნველობის უმთავრეს ასპექტებს წარმოადგენს ღირსება და დამოუკიდებლობა,

რეკომენდაციას უწევს წევრი ქვეყნების მთავრობებს:

მიიღონ პალიატიური მზრუნველობის ყოვლისმომცველი ეროვნული პოლიტიკისათვის აუცილებელი მოქმედების, საკანონმდებლო და სხვა ნორმები.

ამ მიზნით, შესაძლებლობის გათვალისწინებით მიიღონ წინამდებარე რეკომენდაციის დანართში წარმოდგენილი მიდგომები, მათი ადგილობრივი გარემოებებთან ადაპტირებით;

პოპულარიზაცია გაუწიონ პალიატიური მზრუნველობის სფეროში აქტიურად მომუშავე ორგანიზაციებს, კვლევით ინსტიტუტებსა და სხვა სააგენტოებს შორის საერთაშორისო ქსელურ თანამშრომლობას;

მზარი დაუჭირონ რეკომენდაციისა და მისი განმარტებითი მემორანდუმის აქტიურ, მიზანმიმართულ გავრცელებას, შესაძლებლობის შემთხვევაში მისი თარგმნის საშუალებით.



Photo: László Valuska, Hungary

დანართი CM (2003) 24

რეკომენდაცია REC (2003)-ს დანართი . . .

ზოგადი მოსაზრებები

მაშინ, როდესაც მრავალ ქვეყანაში ჯანდაცვის ბიუჯეტის უდიდესი ნაწილი ადამიანის სიცოცხლის ბოლო წლებში იხარჯება, პაციენტები ხშირად ვერ იღებენ მათი საჭიროებების შესაბამის ზრუნვას.

პალიატიური მზრუნველობა არ არის მიმართული სპეციფიკურ დაავადებაზე და მოიცავს პერიოდს დაავადების შორსწასული ფორმის დადგენის მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე, რომელიც შეიძლება ვარიირებდეს წლებიდან რამოდენიმე კვირამდე ან (იშვიათად) დღეებამდე.

უმნიშვნელოვანესია წევრ სახელმწიფოებში ისეთი კლიმატის შექმნა, რომელიც აღიარებს პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელობას.

საზოგადოება, პაციენტებისა და მათი ოჯახების ჩათვლით, საჭიროებს განათლებას პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელობასთან დაკავშირებით.

გვაწვდის რა სრულ მონაცემებს ევროპის ოცდათხუთმეტი ქვეყნის შესახებ, ბოლო პერიოდის კვლევამ გამოავლინა სხვადასხვა ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის განვითარებაში არსებული განსხვავება, რომელთა შორისაც არის ვარიაციები ანაზღაურებაში (იქ სადაც მისაღებია), ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზებასა და მასში პალიატიური მზრუნველობის ადგილში; ეთიკური და კულტურული ფაქტორების სხვაობაში; პალიატიური მზრუნველობის განვითარებაში ეროვნული ორგანიზაციების როლსა და საერთაშორისო თანამშრომლობაში; მუშა ჯგუფის ტრენინგებისა და განვითარების საკითხებში.

I. სახელმძღვანელო პრინციპები

პალიატიური მზრუნველობის პოლიტიკა უნდა ეფუძნებოდეს ევროპის საბჭოს მიერ შემოთავაზებულ ღირებულებებს: ადამიანის, პაციენტის უფლებები, ადამიანის ღირსება, დემოკრატია, თანასწორობა, სოლიდარობა, თანასწორი გენდერული შესაძლებლობები, მონაწილეობა და არჩევანის თავისუფლება.

პალიატიური მზრუნველობა მოიცავს შემდეგ მთავარ ასპექტებს;

- სიმპტომების კონტროლი;
- ფსიქოლოგიური, სულიერი და ემოციური დახმარება;
- ოჯახის წევრების დახმარება;
- დახმარება ახლობლის გარდაცვალებით გამოწვეული მძიმე დანაკარგის დროს.

რეკომენდაციას განამტკიცებს შემდეგი პრინციპები:

1. პალიატიური მზრუნველობა ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელი, სასიცოცხლო მნიშვნელობის მქონე ნაწილია. მის განვითარებასა და ფუნქციონალურ ინტეგრირებაზე მიმართული რეზერვები ჩართული უნდა იქნას ჯანდაცვის ეროვნულ სტრატეგიებში.

2. ნებისმიერი პიროვნება, რომელსაც პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროება, უნდა იღებდეს მას ყოველგვარი შეფერხების გარეშე, მისი საჭიროებებისა და არჩევანის შესაბამის გარემოში.
3. პალიატიური მზრუნველობის ამოცანას პაციენტებისათვის სიცოცხლის შესაძლო საუკეთესო ხარისხის მიღწევა და შენარჩუნება წარმოადგენს.
4. პალიატიური მზრუნველობა მიმართულია შორსწასული დაავადებით გამოწვეულ ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სულიერ ასპექტებზე; ამდენად იგი მოითხოვს მაღალკვალიფიციური, ადეკვატური რესურსებით აღჭურვილი ინტერდისციპლინური და მულტიპროფესიული გუნდის მონაწილეობას.
5. მწვავე შუალედური პრობლემების მკურნალობა ხდება იმ შემთხვევაში, თუ ამის სურვილი აქვს პაციენტს და არ ხდება მაშინ, როდესაც იგი უპირატესობას პალიატიურ მზრუნველობას ანიჭებს.
6. პალიატიური მზრუნველობის მისაწვდომობა უნდა ემყარებოდეს საჭიროებებს. მასზე გავლენას არ უნდა ახდენდეს დაავადების ტიპი, გეოგრაფიული მდებარეობა, სოციალურ-ეკონომიური სტატუსი ან სხვა მსგავსი ფაქტორები.
7. პალიატიური მზრუნველობის სასწავლო პროგრამები ჩართული უნდა იქნას ჯანდაცვის ყველა დაინტერესებული პროფესიონალის ტრენინგებში.
8. უნდა ჩატარდეს მზრუნველობის ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული კვლევა. პალიატიური მზრუნველობის ყოველი ჩარევა მაქსიმალურად უნდა იქნას გამყარებული შესაბამისი კვლევების მონაცემებით.
9. პალიატიურმა მზრუნველობამ უნდა მიიღოს ადეკვატური და ობიექტური დაფინანსება.
10. ისევე, როგორც ჯანდაცვის ყველა სექტორში, პალიატიურ მზრუნველობაში ჩართული სამედიცინო პერსონალი სრულად უნდა

აღიარებდეს პაციენტის უფლებებს, შეესაბამებოდეს პროფესიულ მოვალეობებსა და სტანდარტებს; მოქმედებდეს პაციენტის ინტერესების სრული დაცვით.

II. დანესახულებები და სამსახურები

1. პალიატიური მზრუნველობა არის ინტერდისციპლინური და მულტი-პროფესიული საქმიანობა, რომელიც ემსახურება პაციენტთა საჭიროებებს და არ უარყოფს ისეთი არაფორმალური მზრუნველების მონაწილეობას, როგორცაა ოჯახის წევრები.
2. პალიატიური მზრუნველობის მომსახურება და პოლიტიკა პაციენტს უნდა სთავაზობდეს რესურსების ფართო სპექტრს, როგორცაა: ბინაზე მზრუნველობა, მზრუნველობა სტაციონარის სპეციფიკურ და საერთო განყოფილებებში, დღის სტაციონარსა და ამბულატორიულ კლინიკებში, სასწრაფო დახმარების და დროებითი მოვლის განყოფილებებში. აღნიშნული მზრუნველობა უნდა იყოს მრავალმხრივი, ჯანდაცვის სისტემის, კულტურის შესაბამისი, ყურადღება გამახვილებული უნდა იქნას პაციენტის საჭიროებებისა და სურვილების ცვალებადობაზე.
3. დახმარებას უნდა იღებდნენ არაფორმალური მზრუნველებიც. ისინი არ უნდა განიცდიდნენ ისეთ სოციალურ მარხვს, როგორცაა მზრუნველობასთან დაკავშირებით სამსახურის დაკარგვა. სასურველია არსებობდეს „მზრუნველობისათვის შვებულების“ ოფიციალური ნებართვა.
4. საჭიროების შემთხვევაში, შორსწასული, პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტზე მზრუნველობაში ჩართული ყველა პროფესიონალისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ნებისმიერი სახის ექსპერტიზა.
5. საჭიროების შემთხვევაში ყველა პაციენტისათვის, ნებისმიერ დროსა და ნებისმიერ სიტუაციაში მისაწვდომი უნდა იყოს პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტის მომსახურება.
6. სახელმწიფო დონეზე უნდა იქნას უზრუნველყოფილი პალიატიური

მზრუნველობის განვითარების მართვა და მომსახურებათა სწორი კოორდინაცია, პასუხისმგებლობის მკაფიო გადანაწილებით. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად რეკომენდებულია რეგიონალური ქსელების ჩამოყალიბება.

7. პაციენტებს გარანტირებული უნდა ჰქონდეთ პალიატიური მზრუნველობა მიუხედავად მათი ფინანსური მდგომარეობისა. ფინანსური და სხვა სახის მექანიზმები ადაპტირებული უნდა იქნეს პაციენტების საჭიროებების გათვალისწინებით და იძლეოდეს პალიატიური მზრუნველობის უწყვეტობის გარანტიას.
8. უნდა არსებობდეს დროებითი მოვლის ფორმა, რომელიც გადატვირთვის შემთხვევაში დროებით დახმარებას შესთავაზებს ბინაზე მომვლელებს.

III. პოლიტიკა და ორგანიზება

1. პალიატიური მზრუნველობა უნდა წარმოადგენდეს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელ ნაწილს და ამდენად იგი უნდა იყოს ჯანდაცვის გეგმებისა და იმ სპეციფიკური პროგრამების ელემენტი, რომელიც ეხება მაგ. კიბოს, შიდსს ან გერიატრიას.
2. სახელმწიფოებმა უნდა ჩაატარონ მომსახურებათა, ექსპერტიზის სხვადასხვა დონის პერსონალისა და პროფესიონალების ტრენინგის (ვოლონტიორების ჩათვლით) საჭიროებების შეფასება.
3. საჭიროებათა შეფასების საფუძველზე, ეროვნულმა და რეგიონულმა ხელისუფლებამ პროფესიონალებთან, პაციენტებთან, მათი ოჯახის წევრებთან და წარმომადგენლებთან ურთიერთთანამშრომლობით უნდა შეიმუშაოს და განახორციელოს პალიატიური მზრუნველობის ყოვლის-მომცველი სტრატეგია.
4. ხელისუფლებამ როგორც ასეთი სტრატეგიების ნაწილმა, უნდა განსაზღვროს პალიატიური მზრუნველობის მისაწვდომობის საკანონმდებლო, სოციალურ-ეკონომიური, კულტურული, ადმინისტრაციული და/ან ფიზიკური ბარიერები. ინიციატივები და პროგრამები უნდა ხორციელდ-

ებოდეს იმ ბარიერების შესამცირებლად, რომელთაც ხშირად უთანასწორობამდე მივყავართ.

5. კანონმდებლობამ უნდა უზრუნველყოს ოპიოიდებისა და სხვა მედიკამენტების მისაწვდომობა, სამედიცინო მიზნით მათი ფართო შემადგენლობითა და ღირებულებით გამოყენებისათვის. არადანიშნულებისამებრ გამოყენების შიში არ უნდა აფერხებდეს აუცილებელი და ეფექტური მედიკამენტური მკურნალობის მისაწვდომობას.
6. პოლიტიკური და სოციალური ყურადღების უზრუნველსაყოფად რეკომენდებულია ეროვნულ, რეგიონულ და ადგილობრივ დონეზე პალიატიური მზრუნველობის ინტერდისციპლინური ფოკუს ჯგუფების ან საბჭოების ჩამოყალიბება პაციენტების, ოჯახის წევრებისა და სხვათა მონაწილეობით. მოქმედებათა გეგმის შესამუშავებლად, უმჯობესია აღნიშნული ჯგუფები თანამშრომლობდნენ ხელისუფლებასთან და სხვა პირებთან.
7. პალიატიური მზრუნველობის ხარისხის მონიტორინგისათვის აუცილებელია სახელმწიფო დონეზე „ მონაცემთა მინიმალურ ნაკრების“ (მმნ) შემუშავება.
8. თანასწორობის უზრუნველსაყოფად განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს არაპრივილეგირებულ ჯგუფებზე (მაგ. სწავლის შეზღუდვის მქონე პირები, პათიმრები, უსახლკაროები და ლტოლვილები) პალიატიურ მზრუნველობას და პაციენტის საჭიროებებთან დაკავშირებულ კულტურულ და ეთნიკურ განსხვავებებს. ასევე განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს პალიატიურ მზრუნველობას ბავშვებში.
9. პროფესიონალი მომვლელები უფლებამოსილი არიან მიიღონ კანონიერი ანაზღაურება და აღიარება მათ მიერ შესრულებული სამუშაოსა და კომპეტენციისათვის.
10. ყოველწლიურად უნდა იქნას გამოქვეყნებული სახელმწიფო ანგარიში პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზებისა და ფუნქციონირების შესახებ.

IV. ხარისხის გაუმჯობესება და კვლევა

1. ხელი უნდა შეეწყოს ხარისხიანი პალიატიური მზრუნველობის მაჩვენებლების განსაზღვრას და შემუშავებას.
2. მეთოდურად, პაციენტების მონაწილეობითა და არსებულ საუკეთესო მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, უნდა შეიქმნას პალიატიური მზრუნველობის კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელოები.
3. ხარისხის კონტროლისათვის უმთავრესია პრაქტიკული საქმიანობის უწყვეტი უკუგების აუდიტი.
4. მიუხედავად იმისა, რომ პალიატიურ მზრუნველობაში სამეცნიერო კვლევა შესაძლოა დადგეს სპეციფიკური ეთიკური პრობლემების წინაშე, სამედიცინო ჩარევები უნდა ფასდებოდეს აღიარებული, როგორც ხარისხობრივი, ასევე რაოდენობრივი სამეცნიერო მეთოდების გამოყენებით.
5. ხელი უნდა შეეწყოს სახელმწიფო და ევროპულ დონეზე ერთობლივ კვლევას.
6. პალიატიური მზრუნველობის განვითარებისა და ხარისხის შესახებ ზუსტი ინფორმაციის შეგროვების, გადამუშავებისა და გავრცელებისათვის ორგანიზებული უნდა იქნას დაკვირვების პუნქტი.

V. განათლება და ტრენინგები

1. კვლევისა და განათლებისათვის მნიშვნელოვანია პალიატიური მზრუნველობის აკადემიური აღიარება.
2. პალიატიური მზრუნველობა ჩართული უნდა იქნას ექიმებისა და ექთნების ყველა საუნივერსიტეტო კურსში. უნდა შემუშავდეს სტანდარტული კურიკულუმები, ისევე როგორც საასპირანტო ტრენინგები

და განათლება; უნდა არსებობდეს ტრენინგ პროგრამები პალიატიური მზრუნველობის ექსპერტებისათვის.

3. ხელი უნდა შეეწყოს განათლების სფეროში საერთაშორისო თანამშრომლობას. მაგ. პალიატიური მზრუნველობის იმ სტრუქტურების ცნობარის შედგენა, რომელთაც ერთობლივ პროგრამებში მონაწილეობის სურვილი აქვთ.
4. პალიატიურ მზრუნველობაში ჩართულმა ყველა პროფესიონალმა და არაპროფესიონალმა უნდა გაიაროს მათი ამოცანების შესაბამისი ტრენინგი; ტრენინგის ყველა დონეზე მათ უნდა მიიღონ პალიატიურ მზრუნველობაში კონკრეტული, განჭვრეტის უნარსა და კულტურული განსხვავებების გათვალისწინებაზე მიმართული ზუსტი ინსტრუქციები.
5. პალიატიურ მზრუნველობაში განათლება უნდა იყოს მონოდისციპლინური და ასევე ინტერდისციპლინური.
6. პალიატიურ მზრუნველობაში განათლება უნდა ხორციელდებოდეს უწყვეტად. მაგ. ზედამხედველობის ფორმით.
7. პალიატიური მზრუნველობის სწავლებისა და ტრენინგისათვის ყოველ ქვეყანაში უნდა შეიქმნას საბაზო ცენტრები.
8. იდეალურ ვარიანტში, პროფესიონალებისათვის უნდა არსებობდეს განათლების (უწყვეტი) შემდეგი სამი დონე: საწყისი, შუალედური და უმაღლესი განათლება.
9. რეკომენდებულია ქვეყნებმა განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმონ პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებით საზოგადოების განათლებას.
10. უნდა გამოსწორდეს პაციენტებში, ოჯახებში, პროფესიონალებსა და საზოგადოებაში ოპიოიდებთან დაკავშირებით არსებული გაუმართლებელი ნეგატიური იმიჯი. პროფესიულ განათლებაში, ისევე როგორც საზოგადოებრივ კამპანიაში, აქცენტი უნდა გაკეთდეს ძირეულ განსხვავებაზე ოპიოიდების კლინიკურ გამოყენებასა და მედიკამენტებზე პოტენციური მავნე დამოკიდებულების საკითხებზე.

VI. ოჯახი

1. პაციენტების ახლობლების (უმეტესად ოჯახის წევრები) დახმარების მიზანია მათი შესაძლებლობების საუკეთესოდ გამოყენება და განვითარება პაციენტისათვის ემოციური და პრაქტიკული დახმარების გასაწევად; პროცესისადმი ადაპტირების, მწუხარებასა და დანაკარგთან შესაგუებლად. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს გამოფიტვით გამოწვეული დეპრესიის პრევენციასა და მკურნალობას.

VII. კომუნიკაცია პაციენტთან და ოჯახთან

1. პალიატიური მზრუნველობა მოითხოვს ისეთ ატმოსფეროს, დამოკიდებულებას და მომვლელი-პაციენტის ურთიერთობას, რომელიც ხელს უწყობს ინფორმაციის მისაწვდომობას პაციენტებისა და ოჯახებისათვის.
2. პროფესიონალებმა უნდა გაითვალისწინონ, თუ რა მოცულობით სურთ პაციენტებს მიიღონ ინფორმაცია საკუთარი მდგომარეობის შესახებ; ამასთან დაკავშირებით ყურადღება უნდა მიექცეს კულტურულ თავისებურებებს.
3. პროფესიონალებმა უნდა მოახდინონ პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდების ხერხების ადაპტირება, იმ ემოციური და შემეცნებითი ბარიერების გათვალისწინებით, რაც ხშირად დაკავშირებულია შორსწასულ და პროგრესირებად დაავადებასთან.
4. როდესაც საკუთარი ჯანმრთელობის, ან მშობლების ავადმყოფობის გამო ურთიერთობა გვაქვს ბავშვებთან, კომუნიკაცია ადაპტირებული უნდა იქნას ასაკობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით.

VIII. გუნდი, გუნდური მუშაობა და მზრუნველობის დაგეგმვა

1. პალიატიური მზრუნველობა არის ინტერდისციპლინური და მულტი-დისციპლინური საქმიანობა, რომელშიც უმთავრესად ჩართული არიან პაციენტისა და ოჯახის წევრების ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სულიერი საჭიროებების შესაბამისი კომპეტენციის მქონე ექიმი, ექთანი და სხვა სფეროს მუშაკები. ასეთი გუნდების ფუნქციონირება საჭიროებს ხელშეწყობას.
2. გადაწყვეტილების მიღება, განსაკუთრებით კი საწყისი ინდივიდუალური გეგმის შემუშავება, მონიტორინგი და სისტემატიური განხილვა პაციენტის სურვილის შესაბამისად, უნდა ხდებოდეს პაციენტს, ოჯახსა და გუნდს შორის. უზრუნველყოფილი უნდა იქნას შესაბამისი კომუნიკაცია სხვადასხვა სახის მომსახურებას შორის (მკურნალობა და მზრუნველობა).
3. ვოლონტიორები შესაძლოა გუნდის მნიშვნელოვან წევრებს წარმოადგენდნენ. ისინი არ ასრულებენ პროფესიონალების სამუშაოს, მაგრამ გააჩნიათ საკუთარი წვლილი და კომპეტენცია. უნდა მოხდეს ვოლონტიორთა მომსახურების ორგანიზებისა და მოხალისეობის პროცესის ხელშეწყობა.
4. გუნდის ყველა წევრს უნდა გააჩნდეს თავისი როლის შესაბამისი კომპეტენცია; ისინი უნდა იცნობდნენ საკუთარ და ასევე გუნდის სხვა წევრების შესაძლებლობებსა და სუსტ მხარეებს.
5. პაციენტისა და ოჯახისათვის უმნიშვნელოვანესია ზუსტი ინფორმაციის მიღება გუნდის სხვადასხვა წევრებისაგან. ამდენად, გაუგებრობისა და შეუსაბამობის თავიდან ასაცილებლად მთავარია მომვლელებს შორის ინფორმაციის ოპტიმალური გაცვლა. რეკომენდებულია კოორდინატორის ხელმძღვანელობის დაწესება. გარემოებებიდან გამომდინარე, უმჯობესია ამ ფუნქციას ასრულებდეს პირველადი ქსელის ექიმი.
6. ეფუძნება რა პაციენტისა და ოჯახის სამედიცინო საიდუმლოსა და

პირადულობის უფლებების სრულ პატივისცემას, პროფესიონალებს შორის მთელი კომუნიკაცია პაციენტსა და მის ოჯახთან მიმართებაში პროფესიულ საიდუმლოს წარმოადგენს.

7. პალიატიური მზრუნველობა ჩვეულებრივ ძალიან სასარგებლოა, მაგრამ ამავე დროს ის შეიძლება იყოს ძალიან მომთხოვნე. ამდენად მზრუნველებზე ზრუნვა პალიატიური მზრუნველობის უმთავრეს ნაწილს წარმოადგენს და ამ სფეროში მომუშავეთა შრომის ჰიგიენას მოქმედებათა გეგმაში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა ექცეოდეს.

IX. მძიმე დანაკარგი

1. მომსახურება ახლობლის გარდაცვალებით გამოწვეული მძიმე დანაკარგის დროს უნდა მიიღონ მათ, ვისაც ასეთი დახმარება ესაჭიროება;
2. ყველა პროფესიონალი მუშაკი ყურადღებას უნდა იჩინდეს ახლობლის გარდაცვალებით გამოწვეული გართულებებისა და აღელვების ნიშნებისადმი.



Communicating with patient and family

**მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია REC (2003) წევრი
სახელმწიფოსადმი პალიატიური მზრუნველობის
ორგანიზებისათვის (ახსნა-განმარტებითი მემორანდუმი)**

ზოგადი მოსაზრებები

1. კაცობრიობის დასაბამიდან, ყოველი საზოგადოება ავადმყოფი და მომაკვდავი ადამიანების დახმარებასა და მათთვის კომფორტის შექმნას ცდილობდა. ჩვეულებრივ, ადამიანის გარდაცვალებას თან ახლავს ღრმა მოწიწება და მისტიურობა. გარდაცვალების შემდგომი პერიოდისათვის დამახასიათებელია რიტუალებისა და ტრადიციული წეს-ჩვეულებების მკაცრი დაცვა. ახლობელი ადამიანის დაკარგვით გამოწვეული გლოვის საჭიროება აღიარებულია უმეტესი საზოგადოებების მიერ, თუმცა გლოვის გამოხატვა და მისი ხანგრძლივობა სხვადასხვა კულტურაში განსხვავებულია.
2. ავადმყოფობა და სიკვდილი არის და ყოველთვის იქნება ადამიანის სასიცოცხლო გამოცდილების განუყოფელი ნაწილი. ის, თუ რამდენად ვესწრაფით მომაკვდავისა და მისი ოჯახის წევრების ინდივიდუალური საჭიროებების განსაზღვრასა და მათზე რეაგირებას, საზოგადოების სრულყოფილების მნიშვნელოვან მაჩვენებელს წარმოადგენს. ყოველ შესაძლო შემთხვევაში ხელს უნდა ვუწყობდეთ დაავადების პრევენციას. ავადმყოფობის შემთხვევაში, კი უნდა ვეცადოთ აღმოვფხვრათ, ან უკიდურეს შემთხვევაში შევაფერხოთ მისი პროგრესირება. ამ მცდელობათა პარალელურად ფსიქოლოგიურ, ემოციურ და სულიერ დახმარებასთან ერთად, პაციენტებს უნდა შევთავაზოთ ტკივილისა და სიმპტომების მართვის ოპტიმალური ღონე.
3. ბოლო 2 - 3 ათწლეულის განმავლობაში დამსახურებული ყურადღება ეთმობა სიცოცხლის ბოლოს მზრუნველობას. გამოიცა სპეციფიკური სამედიცინო ჟურნალები, ჩამოყალიბდა ორგანიზაციები პროფესიონალებისა და არაპროფესიონალებისათვის (როგორცაა ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაცია), დაიბეჭდა ეროვნული პოლიტიკის რეკომენდაციები, მაგ. ირლანდიის სახელმწიფოსა (პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული სამეთვალყურეო კომიტეტის 2001) და აშშს მედიცინის ინსტიტუტის (Field and Cassell 1997).

მოკლე ისტორიული მიმოხილვა

- საზღვარი სიცოცხლესა და სიკვდილს შორის არის კონტინუუმი (ჯანმრთელობასა და ავადმყოფობის მონაცვლეობა), რომელიც არსებობს დაბადებიდან გარდაცვალებამდე. სიცოცხლეში ჩვენ ვკვდებით და სიკვდილისას გვეძლევა სიცოცხლის შანსი. მთელს მსოფლიოში ჯანდაცვისა და სოციალური ზრუნვის პროგრამები მიმართულია ინდივიდების, ოჯახებისა და საზოგადოების დახმარებაზე, რათა მიღწეული და შენარჩუნებული იქნას სიცოცხლის ოპტიმალური ხარისხი. პალიატიური მზრუნველობის კონტექსტში, როდესაც სიცოცხლის ხანგრძლივობა მკვეთრად ლიმიტირებულია და ვიბრძვით დარჩენილი დროის საუკეთესოდ გამოყენებისათვის, აღნიშნული საკითხი ხდება გადაუდებელი და სასწრაფო.
- კაცობრიობის დასაბამიდან ავადმყოფი და მომაკვდავი ადამიანების დახმარებას ყოველი საზოგადოება ცდილობდა. თუმცა, გასული საუკუნის შუა პერიოდამდე, სამედიცინო მეცნიერებას ძალიან ცოტა რამის შეთვაზება თუ შეეძლო ტკივილის მართვისა და სიმპტომების კონტროლის მხრივ. მე-20 საუკუნის 50-იან წლებში მომაკვდავი პაციენტების ფსიქოლოგიური და სულიერი საჭიროებების უკეთ გაგებასთან შერწყმულმა მედიკამენტური თერაპიის განვითარებამ, გზა გაუკვალა პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების ჩამოყალიბებას. პალიატიური მზრუნველობის პრინციპები უფრო ფართოდ იქნა გაგებული და გამოყენებული საუკუნის მეორე ნახევარში.
- შუა საუკუნეებში, ტერმინი „ჰოსპისი“ პილიგრიმებისა და მოგზაურების თავშესაფრის აღსაწერად გამოიყენებოდა. ევროპაში, კავშირი ჰოსპისსა და მომაკვდავი პაციენტისათვის გაწეულ დახმარებას შორის უკავშირდება 1842 წელს ფრანგი, ლიონელი ქალბატონის ჟ. გარნიეს საქმიანობას. ირლანდიაში, ირლანდიელი მოწყალეების დებმა, დედა მერი აიკენჰედის თაოსნობით 1870 წელს გახსნეს ჰოსპისი ღუბლინში და კორკში, შემდგომში 1905 წელს ლონდონში. ეს დაწესებულებები მჭიდროდ იყო დაკავშირებული შორსწასული და უკურნებელი სენით დაავადებულ ადამიანებზე მზრუნველობასთან. თუმცა, ტკივილისა და სხვა სიმპტომების მართვის მცდელობა ფერხდებოდა ამ სიმპტომების

ბუნების არასაკმარისი ცოდნითა და ეფექტური მედიკამენტების ნაკლებობის გამო.

7. 50-იან წლებში მოხდა ისეთი მნიშვნელოვანი მედიკამენტების ასორტიმენტის წარდგენა, როგორცაა ფსიქოტროპული ნივთიერებები, ფენოთიაზინები, ანტიდეპრესანტები და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები. ამ დროისათვის არსებობდა მეტი ცოდნა კიბოთი გამოწვეული ტკივილის ბუნებისა და მის მართვაში ოპიოიდების მნიშვნელობაზე. ახალი პრეპარატების მისაწვდომობამ შესაძლებელი გახდა ტკივილისა და სიმპტომების უფრო ეფექტური მართვა.
8. ოპიოიდების გამოყენების მაჩვენებლების მიხედვით, არსებობდა უდიდესი წინააღმდეგობა, რომელიც მათი არადანიშნულებისამებრ გამოყენებასა და დაუსაბუთებელი შიშიდან გამომდინარეობდა. გაზვიადებულმა წუხილმა ისეთ საკითხებთან მიმართებაში, როგორცაა წამალზე დამოკიდებულების მავნე ჩვევა, ტოლერანტობა და სუნთქვის გართულება, სამედიცინო პრაქტიკაში მათი შესაფერისი გამოყენება შეაფერხა. ასეთ შიშს თანაბრად იზიარებდა როგორც სამედიცინო საზოგადოების ბევრი წარმომადგენელი, ასევე მთლიანად საზოგადოება. სახელმწიფო დონეზე მნიშვნელოვანი გაუგებრობა არსებობდა აღნიშნული ნივთიერებების თერაპიულ როლსა და პოტენციურ მავნე დამოკიდებულებას შორის. ზოგიერთ ქვეყანაში ოპიოიდების გამოყენება კანონმდებლობით იყო აკრძალული, სხვა ქვეყნებში კი ლეგალიზებული. თუმცა, მათი მისაწვდომობა დანიშნის, შენახვისა და განაწილების გადაჭარბებულად ბიუროკრატიული მართვით ფერხდებოდა. სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს იმ ფაქტს, რომ ჩვენ ვსწავლობთ ისტორიის შეცდომებზე. არ უნდა არსებობდეს არანაირი გაუგებრობა ოპიოიდების კლინიკურ გამოყენებასა და მათზე პოტენციურ მავნე დამოკიდებულებას შორის.
9. თანამედროვე ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის ევოლუცია მნიშვნელოვნად განაპირობა დეიმ სისლი საუნდერსის ხედვამ, გამბედაობამ და პასუხისმგებლობამ. იყო რა ექთანი, სოციალური მუშაკი და ექიმი, იგი მიჩნეული და აღაირებულია თანამედროვე ჰოსპისური მოძრაობის პიონერად. მუშაობდა რა რამოდენიმე წელი ლონდონში, წმინდა ჯოზეფის სახელობის ჰოსპისში, დეიმ სისლიმ 1967 ლონდონში დააარსა წმინდა კრისტოფერის სახ. ჰოსპისი. ეს იყო პირველი

თანამედროვე სასწავლო-კვლევითი ჰოსპისი. დემ სისლიმ თავისი პროფესიული და პირადი ცხოვრება შორსწასული და პროგრესირებადი სენით დაავადებულ პაციენტებზე ზრუნვასა და შესწავლას მიუძღვნა. მან განსაზღვრა და პასუხი იპოვა იმ ნაკლოვანებებზე, რომელიც მომაკვდავი ადამიანისა და მისი ოჯახის წევრების საჭიროებების დაკმაყოფილებაში არსებობდა. იგი აქცენტს აკეთებდა ყოველი პაციენტისა და მისი ოჯახის საჭიროებებზე. დემ სისლი საუნდერსმა გვასწავლა პაციენტზე, ოჯახზე მზრუნველობა და ნამდვილი ინტერდისციპლინური გუნდური მუშაობის საჭიროება. საოცრად მოკლე დროში მან გარდაქმნა ჯანდაცვის ეს სფერო და ეჭვქვეშ დააყენა მრავალი ნეგატიური მიდგომა და ცრურწმენა. მოკლედ რომ ვთქვათ, მან მოახდინა ძირეული ცვლილებები იმაში, თუ როგორ ვპასუხობთ მომაკვდავი პაციენტებისა და მათი ოჯახების სხვადასხვა საჭიროებას.

10. წმინდა ჯოზეფის სახელობის ჰოსპისი ყოველთვის იღვწოდა ჯანდაცვის დაწესებულებებში პალიატიური მზრუნველობის პრინციპების პოპულარიზაციისათვის. ცოდნისა და გამოცდილების გავრცელების ეს ენთუზიაზმი ვრცელდებოდა არა მარტო გაერთიანებულ სამეფოზე, არამედ მთელს მსოფლიოში. მსოფლიოს ყველა კონტინენტიდან ჯანდაცვის პროფესიონალები სწავლობდნენ წმინდა ჯოზეფის ჰოსპისში და ახლად მიღებულ ცოდნასა და ჩვევებს იყენებდნენ საკუთარ ქვეყნებში. არ არსებობს პალიატიური მზრუნველობის ერთი მოდელი, რომელიც მისაღებია ყველა სიტუაციისათვის. თუმცა, პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი პრინციპები, რომლებიც განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ყოველი პაციენტისა და მისი ოჯახის საჭიროებებს ანიჭებენ, უნივერსალურია. ის, თუ როგორ ხდება ამ ამოცანების შესრულება, განსხვავდება არა მარტო ქვეყნებს, არამედ შესაძლოა რეგიონებს შორისაც.
11. როდესაც განვიხილავთ პალიატიური მზრუნველობის განვითარებას მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში, აღსანიშნავია თუ რა დიდი გავლენის მოხდენა შეუძლია თუნდაც ერთ მოტივირებულ პიროვნებას. ჩვეულებრივ, ერთ პიროვნება, რომელიც აცნობიერებს, რომ არსებობს მზრუნველობის უკეთესი გზა, ახდენს ცვლილების სტიმულირებას. ხშირად, პირადი გამოცდილების გამო, ეს პიროვნება მოქმედებს როგორც კატალიზატორი და სხვებსაც განაწყობს ცვლილებების განხორციელებისათვის. არ არის შესაძლებელი ან სწორი სხვადასხვა

ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის განვითარების კატალოგის შედგენა. საკმარისია იმის თქმა, რომ პალიატიური მზრუნველობის სამსახურები ამჟამად ვითარდება ყველა კონტინენტზე, თუმცა სხვადასხვა ტემპითა და ხარისხით.

12. პალიატიური მზრუნველობა არ ნიშნავს ინსტიტუციონალურ მზრუნველობას. მნიშვნელოვანწილად, იგი წარმოადგენს მზრუნველობის ფილოსოფიას, რომელიც მისაღებია მზრუნველობის ყველა დაწესებულებისათვის. ჩვეულებრივ, ჩვენ ვხვდებით თემზე დაფუძნებულ გუნდებს, რომელიც მზრუნველობას ახორციელებს ბინაზე, ან მოხუცებულთა სახლში. ასევე, ჩვენ ვხვდებით პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფას ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში. იდეალურ შემთხვევაში, პაციენტებს ექნებათ არჩევანი და საშუალება თავად აირჩიონ მზრუნველობის ადგილი, მაგ. სახლი, ჰოსპისი, საავადმყოფო. შესაძლებლობის შემთხვევაში პაციენტებს უნდა შეეძლოთ მზრუნველობის მიღება სხვადასხვა დაწესებულებაში, მათი კლინიკური საჭიროებებისა და საკუთარი არჩევანიდან გამომდინარე.
13. გარკვეული დროის შემდეგ ჰოსპისის პაციენტებისა და მათი ოჯახების კონკრეტული საჭიროებები ყველა კონტინენტის ჯანდაცვის პროგრამების ყურადღების ცენტრში ექცევა და იწვევს დისკუსიას. მაშინ, როდესაც პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი პრინციპები უნივერსალურია, დადგენილი ამოცანების მიღწევის მეთოდები სხვადასხვა ქვეყანაში შესაძლოა განსხვავდებოდეს. ყოველ ქვეყანაში, საკუთარი სპეციფიკური საჭიროებების შეფასება და შესაბამისი დაგეგმვა წარმოადგენს ჯანდაცვის ორგანიზატორთა პასუხისმგებლობის საკითხს. პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების სამომავლო დაგეგმვასთან მიმართებაში, უნდა გავითვალისწინოთ წარსულის გაკვეთილები. ნებისმიერი მცდელობა ფოკუსირებული უნდა იქნას ყოველი პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების სიცოცხლის ოპტიმალური ხარისხის მიღწევასა და შენარჩუნებაზე. ინდივიდუალური, ინსტიტუციური და ჯგუფური დღის განაწესები უნდა ექვემდებარებოდეს პაციენტებისა და მათი ოჯახების საჭიროებებს.

პალიატიური მზრუნველობის ზოგიერთი მონაცემი ევროპულ ქვეყნებში

14. ბოლო დროის კვლევები გვაწვდიან მონაცემებს ევროპის ქვეყნებში პალიატიური მზრუნველობის განვითარების მსგავსებებსა და განსხვავებებზე. აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის 28 ქვეყნის კვლევებში, რაოდენობრივი და ხარისხობრივი მეთოდების გამოყენებით ნათელი გახდა, რომ არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება სხვადასხვა ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის მისაწვდომობაში და ასევე მნიშვნელოვანი მსგავსება იმ ინტერესსა და ენერჯიაში, რაც პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების დაარსებას ეთმობა (Clark & Wright 2002).
15. პოლონეთსა და რუსეთს გააჩნიათ პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების ყველაზე დიდი რაოდენობა; ზოგიერთ ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკას საერთოდ არ გააჩნია მსგავსი სამსახურები. აღმოსავლეთ ევროპაში, ბინაზე მოვლა არის პალიატიური მზრუნველობის ყველაზე გავრცელებული ფორმა, რასაც მოსდევს სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა; აღმოჩნდა, რომ გაცილებით იშვიათია საავადმყოფოს გუნდი, დღის მოვლის ცენტრი, მოხუცებულთა სახლის გუნდები. კვლევის შედეგად განისაზღვრა ხუთი ე.წ. „შუქურა“ (საბაზისო ცენტრი) ოთხ ქვეყანაში (რუმინეთი, უნგრეთი, პოლონეთი (2) და რუსეთი); ეს ცენტრები ისტორიულად ძალიან მნიშვნელოვანი იყო პალიატიური მზრუნველობის განვითარებისათვის და დღესაც ჯერ კიდევ ასრულებენ ექსპერტიზის ცენტრის როლს.
16. კვლევის შედეგად განისაზღვრა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებისათვის საერთო რამოდენიმე მნიშვნელოვანი პრობლემა:
 - პოლიტიკის ოფიციალური აღიარების, დაფინანსებისა და სიცოცხლისუნარიანობის ნაკლებობა;
 - ოპიოიდების არასაკმარისი მისაწვდომობა;
 - სამუშაო ძალის დასაქმება;
 - სამედიცინო და საექთნო აღჭურვილობის ნაკლებობა;
 - კვლევის არასაკმარისი შესაძლებლობები;
 - ნეგატიური კულტურული სტერეოტიპები.

17. „პალიუმ“ კვლევამ, რომელიც დაფინანსებული იქნა ევრო კომისიის მიერ, განიხილა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების პალიატიური მზრუნველობის კონცეფციები და მასთან დაკავშირებული მოქმედების გზები. (Ten Have & Janssens 2002)
18. პოლანდიაში, 70-იან წლებში პალიატიური მზრუნველობის სპეციფიკური პროექტების დაწყების პიონერი გახდა როტერდამის მოხუცებულთა სახლი (მსგავსად „შუქურისა“). ზემოთაღნიშნული კვლევის მიხედვით, პოლანდიაში პალიატიური მზრუნველობის უდიდეს ნაწილს ბინაზე მოვლა წარმოადგენდა, რომელსაც ახორციელებდნენ მოხუცებულთა სახლისა და ჩვეულებრივი მომვლელები. ჰოსპისები პალიატიური მზრუნველობის მცირედ ნაწილს შეადგენდნენ ; არსებობს განსხვავება „დაბალი“ და „მაღალი“ ზრუნვის ჰოსპისებს შორის: პირველი უმეტესად იმართება მოხალისეების მიერ, ხოლო უკანასკნელში კი მეტია პროფესიონალთა წვლილი.
19. 1998 წელს სახელმწიფოს მიერ მიღებული იქნა გადაწყვეტილება პალიატიური მზრუნველობის განვითარების ცენტრების აკადემიურ სამედიცინო ცენტრებში ჩართვის პროგრამის სასარგებლოდ. პოლანდიაში პოლიტიკა მიმართულია ჰოსპისების პროფესიონალურ ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრირებაზე. ასეთი განვითარების შედეგს წარმოადგენს სამედიცინო სასწავლებლების გაზრდილი ინტერესის მაჩვენებელი ნიშნები: კვალიფიკაციის ამაღლების ტრენინგებისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები. მოხუცებულთა სახლებმა დაიწყეს პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებების გახსნა საკუთარ შენობებსა და მათ ტერიტორიაზე მდებარე სხვა სპეციფიკურ შენობებში.
20. ტრადიციულად, კეთდება რა აქცენტი ბინაზე მოვლის ფორმაზე, პოლანდიაში ყურადღება მახვილდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ტრენინგებსა და დახმარებაზე, რასაც სხვა შედეგებთან ერთად მთელ ქვეყანაში მობილური საკონსულტაციო გუნდების ქსელის შექმნასთან მივყავართ. 2000 წლიდან მოქმედებს ვოლონტიორთა დახმარების სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც ძირითადად კოორდინაციასა და ტრენინგებს ეხება.

21. „პალიუმ“ კვლევამ გამოავლინა, რომ ბელგიაში სახელმწიფომ გამოსცა რამოდენიმე სამეფო ბრძანება, სადაც სხვა საკითხებთან ერთად მითითებულია, რომ ყოველ საავადმყოფოსა თუ მოხუცებულთა სახლს უნდა ჰყავდეს პალიატიური მზრუნველობის მულტიპროფესიური გუნდი; ასევე მითითებულია ის პროფესიები, რომელიც ამ ჯგუფებში უნდა იქნას წარმოდგენილი. მეორე მხრივ, აკეთებდნენ რა აქცენტს პალიატიური მზრუნველობის ჯანდაცვის საერთო სისტემაში ინტეგრირებაზე და ბინაზე მოვლის სამსახურების განვითარებაზე, პროფესიონალური ორგანიზაციები თანამშრომლობდნენ რეგიონალურ და ეროვნულ მთავრობებთან.
22. შვედეთში, სპეციალიზირებული პალიატიური მზრუნველობის განვითარება დაიწყო 1977 წელს ქვეყნის სამხრეთში ბინაზე დაფუძნებული ჰოსპისის პროგრამიდან; შემდგომ ათწლეულში ეს მოდელი გავრცელდა მთელ ქვეყანაში. 1979 წელს შვედეთის მთავრობამ თავის ანგარიშში არაორაზროვნად უარყო მომაკვდავი ადამიანებისათვის განცალკევებული დაწესებულებების არსებობა (Fürst 2000)
23. გერმანიაში, პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზება დაიწყო გერმანული საზოგადოების სენსიბილიზაციის პერიოდიდან, 1983 წელს, პირველი პალიატიური პალატის დაარსებით, რასაც მოყვა სხვადასხვა ჰოსპისებისა და სახელმწიფო ინიციატივები პალიატიური მზრუნველობის 12 დაწესებულების დაარსების შესახებ.
24. ესპანეთში, „პალიუმ“ კვლევის მიხედვით, ისევე როგორც სხვა ქვეყნებში პალიატიური მზრუნველობის განვითარება არ დაწყებულა ძირეული ჰოსპისური მოძრაობიდან. პროცესი ინიცირებული იქნა ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემის მიერ; პირველი ცენტრები განლაგებული იყო სპეციალიზირებულ საავადმყოფოებში. 2000 წელს პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო გეგმაში მოხსენიებულია პალიატიური მზრუნველობის 241 დაწესებულება. მათგან ნახევარს ბინაზე მოვლის სამსახური შეადგენს, რომელიც ყოველწლიურად 23000 პაციენტს უწევს მზრუნველობას. თუმცა, არიან რა ქვეყანაში არათანაბრად განაწილებული, აღნიშნული დაწესებულებები სრულად ვერ აკმაყოფილებენ მოსახლეობის საჭიროებებს.

25. გაერთიანებული სამეფო სპეციფიკური პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების აკნად არის მიჩნეული. კვლევის ინგლისელი მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ ძლიერი ბრიტანული ჰოსპისური მოძრაობა ყოველთვის რჩებოდა ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის გარეთ, რაც ამცირებდა მის შესაძლებლობას „ექადაგა“ მისი მიდგომები სისტემის შიგნით. პალიატიური მედიცინა მრავალი წლის მანძილზე იყო აღიარებული მედიცინის ერთ-ერთ დარგად და ამდენად მისი აკადემიური სტატუსი საკმაოდ მყარია. თუმცა ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის დაფინანსება უმეტესად ჯერ კიდევ კერძო სექტორის მიერ ხდება.
26. იტალიაში პალიატიური მზრუნველობის განვითარება დაიწყო 70-იანი წლებიდან, რასაც მთელ ქვეყანაში ჰოსპისების დიდი რაოდენობით დაარსება მოყვა; ბოლო პერიოდში იტალიის მთავრობამ პალიატიურ მზრუნველობას განსაკუთრებული ადგილი მიაკუთვნა ჯანდაცვის სახელმწიფო გეგმაში.
27. 1999 წლის ბოლოსათვის, „პალიუმ“ პროექტის მონაწილე შვიდი ქვეყნის მიერ წარმოდგენილი იქნა შემდეგი სურათი:

	ბელგია	გერმანია	იტალია	ნიდერ- ლანდები	ესპანეთი	შვედეთი	გაერთიანე ბული სამეფო
მოსახლეობა (მილიონებში)	10.1	81.9	57.4	15.6	40	8.8	57.1
სტაციონარული ჰოსპისი	1	64	3	16	1	{ 69	{ 219
სტაციონარული განყოფილება	49	50	0	2	23		
საავადმყოფო და მოხუცებულთა სახლის გუნდები	55	1	0	34	45	41	336
ბინაზე მოვლა	45	582	88	286	75	67	355
დღის მოვლის ცენტრი	2	9	0	0	0	13	248

28. შვეიცარიაში, ჯანდაცვის ორგანიზებაზე სხვადასხვა ოლქში სხვადასხვა აქცენტი კეთდება. შვეიცარიის ფრანგულენოვანი ოლქების მთავ-

რობა ჩართულია პალიატიურ მზრუნველობაში, ხოლო გერმანულენოვან და იტალიურენოვან ოლქებში, პალიატიური მზრუნველობა კერძო ინიციატივად არის მიჩნეული. 2000 წლისათვის ქვეყანას გააჩნია 9 სტაციონარული განყოფილება, 6 პოსპისი, 6 ბინაზე მოვლის და 5 საავადმყოფოს მობილური გუნდები (2 მათგანი საუნივერსიტეტო კლინიკაში). მედიცინისა და პალიატიური მზრუნველობის საზოგადოების 2000 წლის ანგარიშის თანახმად, პალიატიური მზრუნველობის სწავლება სამედიცინო და საექთნო სასწავლებლებში ძალიან განსხვავებულია; პალიატიური მზრუნველობის სწავლებას სულ ეთმობა 8 საათი; არ ტარდება გამოცდა, განათლება ძალიან ცვალებადია.

29. შვეიცარიის ზემოთხსნებულ ანგარიშში მითითებულია რამოდენიმე სპეციფიკური ბარიერი. მათგან პირველია ქვეყნის ფედერალური სტრუქტურა, რომელიც უარყოფით გავლენას ახდენს პალიატიური მზრუნველობის განვითარებაზე მიმართულ აქტივობებსა და მათ კოორდინაციაზე; მეორე ბარიერს წარმოადგენს სპეციალიზაციის არ არსებობა იმ მოტივით, რომ, თითქოსდა „ჩვენ ყველამ ვიცით რა არის პალიატიური მზრუნველობა“. მესამე ბარიერია ბიუჯეტის შეზღუდვები, რომელიც აფერხებს ჯანდაცვის ისეთი ახალი სფეროს განვითარებას, როგორცაა პალიატიური მზრუნველობა.

30. ბინაზე მოვლის სპეციფიკური საკითხები:

- ტრადიციულად მრავალ რეგიონში შეიცვალა ოჯახის სტრუქტურა;
- ბევრი ხანდაზმული ადამიანი ცხოვრობს მარტო და ვერ იქნება ოჯახის დახმარების იმედად;
- სერიოზულად დაავადებულთა 50% უპირატესობას ანიჭებს სახლში დარჩენას
- ხშირად მთავარ წინააღმდეგობას წარმოადგენს ფინანსური რესურსების ნაკლებობა

31. ანგარიშში მითითებულია რამოდენიმე შემამოფოთებელი მომენტი: წარმატების საწყისი პერიოდის შემდეგ, შვეიცარიაში მოხდა პალიატიური მოძრაობის ბლოკირება. დარჩა რა რამოდენიმე „პიონერის“ პირად ინიციატივად, დარგმა შემდგომი განვითარება ვერ განიცადა. თუმცა, ზოგიერთ ოლქში (განსაკუთრებით ვაუდში) პალიატიური მზრუნველობა ვითარდება ყველა პროფესიონალის კონსენსუსის საფუძველზე, რაც

რთული, მაგრამ გადამწყვეტია. ასევე შეშფოთებას იწვევს საზოგადოების ჯერ კიდევ არასაკმარისი ინფორმირება, რაც არა მხოლოდ შვეიცარიისათვისაა დამახასიათებელი.

32. უნგრეთში, ბოლო წლებში პალიატიური მზრუნველობა მნიშვნელოვნად განვითარდა. 1997 წელს შემუშავდა ჯანმრთელობის დაცვის კანონი, რომელიც მოიცავდა რა პალიატიური მზრუნველობის დეტალურად დამუშავებულ რეკომენდაციებს, ოფიციალურად აძლევდა პაციენტებს სიმპტომების მართვისა და ნათესავების წრეში ცხოვრების უფლებას; კანონში აღნიშნულია, რომ შესაძლებლობის შემთხვევაში, შეთავაზებული უნდა იქნას ბინაზე მოვლა, ხოლო ნათესავებისა და ოჯახის წევრების მხარდაჭერა და სულიერი დახმარება მისაწვდომი უნდა იყოს ყველასათვის.
33. ჯანდაცვის სამინისტროსა და ჰოსპის-პალიატიური ასოციაციის მიერ მომზადდა და გავრცელდა პროფესიონალური სახელმძღვანელო, რომლის სრული ვერსია არცთუ დიდი ხნის წინ დაიბეჭდა.
34. 2001 წლის სექტემბერში, დაიწყო ჰოსპისის ექთნებისა და კოორდინატორთა ერთწლიანი სასწავლო პროგრამა. 2001 წლისათვის ქვეყნის განკარგულებაში იყო 4 ჰოსპისი (სულ 55 საწოლზე); 14 ბინაზე მოვლის გუნდი; 2 დღის მოვლის ცენტრი; 2 მობილური გუნდი (ბუდაპეშტში); განყოფილებები 5 მოხუცებულთა სახლში.
35. უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლების სტუდენტების პროგრამაში 10 საათი დათმობილი აქვს ტკივილისა და სიმპტომების მართვას, დაახლოებით 30 საათი ფსიქო-სოციალურ საკითხებს. საექთნო სასწავლებლებში არსებობს კვალიფიკაციის ამაღლების 80 საათიანი ტრენინგ კურსი; ასევე კვალიფიკაციის ამაღლების ტრენინგ კურსი ექიმებისათვის.
36. ავსტრიაში, 3 წლის წინ ჯანდაცვის პოლიტიკის მიერ განხილული იქნა პალიატიური მზრუნველობა და შემუშავებული იქნა გეგმა, სადაც მითითებულია პალიატიური საწოლების საჭირო რაოდენობა, რომელთა 3/4-ი მისაწვდომი იქნება 2005 წლისათვის.

37. ავსტრიაში პალიატიური მზრუნველობა არ არის აღიარებული სპეციალობად და სპეციფიკურ კვალიფიკაციად. სულ არსებობს 8 პოსპისი/განყოფილება, მთლიანად 100 საწოლზე (2001).
38. 1998 წლიდან პალიატიური მზრუნველობის საკითხებზე ტრენინგი წარმოადგენს ექთნების სასწავლო პროგრამის (კურიკულუმის) ნაწილს. ხოლო 2002 წლიდან ის გახდა ექიმთა სასწავლო პროგრამის ნაწილი; სპეციალისტთა ტრენინგ პროგრამებში, მცირედი, თუმცა მზარდი ყურადღება ექცევა პალიატიურ მზრუნველობას.
39. შემფოთების მიზეზს წარმოადგენს სტაციონარული და ბინაზე მოვლის გუნდების დაფინანსება, რამდენადაც ჯერ კიდევ დიდია დამოკიდებულება შედარებით არასტაბილურ დამხმარე დაფინანსებაზე.

განსაზღვრებები და ძირითადი პრინციპები

40. როგორც აღნიშნულია რეკომენდაციაში, დოკუმენტებში გამოყენებულია 1991 - 2002 წლებში პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებით ჯანმო-ს (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია) მიერ მოწოდებული და პალიატიური მზრუნველობის სფეროს მიერ ფართოდ მხარდაჭერილი განსაზღვრებები და აღწერილობები.
41. განსაზღვრებებისა და პრინციპების განხილვამდე მნიშვნელოვანია აღვნიშნოთ, რომ პალიატიური მზრუნველობა არ უნდა იქნას მიჩნეული ჯანდაცვის სხვა სფეროებისა და ფორმებისაგან ძირეულად განსხვავებულ სფეროდ. ასეთი ძირეული განსხვავება არა მარტო გაართულებს, არამედ შეუძლებელსაც გახდის მის ჯანდაცვის საერთო სისტემაში ინტეგრირებას. პალიატიური მზრუნველობის ბევრი საკვანძო საკითხი ასევე ეხება კურაციულ მედიცინასაც. მეორე მხრივ, აკეთებს რა აქცენტს ზოგიერთ ისეთ არასათანადოდ შეფასებულ ელემენტზე, როგორცაა სულიერი პრობლემები, პალიატიური მზრუნველობის განვითარებამ შესაძლოა დადებითი გავლენა იქონიოს ჯანდაცვის სხვა დარგებზეც.

განსაზღვრებები

42. პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრება ვითარდებოდა წლების მანძილზე, რამდენადაც თავად დარგი ვითარდებოდა სხვადასხვა ქვეყანაში. პალიატიური მზრუნველობა განისაზღვრება არა ორგანოსთან, ასაკთან, დაავადების ტიპსა ან პათოლოგიასთან მიმართებაში, არამედ შესაძლო პროგნოზის შეფასების, ყოველი პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების სპეციფიკური საჭიროებების გათვალისწინებით. ტრადიციულად, პალიატიური მზრუნველობა საჭიროდ ითვლებოდა მხოლოდ იმ მომენტში, როდესაც სიკვდილი გარდაუვალი ხდებოდა. დღეს მიჩნეულია, რომ პალიატიურ მზრუნველობას გაცილებით მეტის შეთავაზება შეუძლია პროგრესირებადი დაავადების მიმდინარეობის ადრეულ ეტაპზე.
43. ტერმინი პალიატიური მზრუნველობა წარმოიშვა ლათინური „პალიუმი“-საგან, რაც ნიშნავს „ნიღაბს“, „მანტიას“. ასეთი ეტიმოლოგია მიუთითებს, რომ პალიატიური მზრუნველობა ძირითადად წარმოადგენს უკურნებელი დაავადების ეფექტის შენიღბვას ან „მანტიით მათ დაცვას, ვინც სიცივეში დარჩა“, მაშინ, როდესაც შეუძლებელია დახმარება კურაციული მედიცინის საშუალებით.
44. პალიატიური მზრუნველობა მოიცავს ყველა სახის პალიატიურ ჩარევას, რაც გულისხმობს დაავადების მართვაზე მიმართულ თერაპიებს: როგორცაა ქირურგია, რადიოთერაპია, ქიმიოთერაპია, ჰორმონალური მანიპულაციები და ა.შ. ყველა ასეთი ჩარევის საბოლოო ამოცანას წარმოადგენს პაციენტის მაქსიმალური რეაბილიტაცია და სიცოცხლის საუკეთესო ხარისხის მიღწევა. ამდენად, სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების სრულ ინტეგრირებას საავადმყოფოებსა და სათემო დაწესებულებებში არსებულ ჯანდაცვის პროგრამებში. შესაბამისი მკურნალობის განსახორციელებლად, ინდივიდუალურად, ხშირი ინტერვალებით უნდა ჩატარდეს მზრუნველობის როგორც სიმპტომური, ასევე დაავადების მართვაზე მიმართული ღონისძიებების შედეგების შეფასება, რათა შემუშავებული იქნას მკურნალობის ოპტიმალური სქემა.

45. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია იძლევა პალიატიური მზრუნველობის შემდეგ განსაზღვრებას: „პალიატიური მზრუნველობა არის სრულყოფილი, ეფექტური მზრუნველობა პაციენტზე მაშინ, როდესაც დაავადება აღარ ექვემდებარება მკურნალობას. უმთავრესი ხდება ტკივილისა და სხვა სიმპტომების, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი პრობლემების კონტროლი. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება“. (ჯანმო 1990 წ.)
46. ასეთი განსაზღვრება მისაღებია, რამდენადაც აკეთებს რა აქცენტს ადამიანის მდგომარეობის მრავალსაპექტოვან ბუნებაზე, იგი ორიენტირებულია პაციენტზე და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას განიხილავს მთავარ ამოცანად. ზოგიერთი ქრონიკული მდგომარეობის განკურნების შეუძლებლობის გამო ტერმინი „კურაციული“-ს გამოყენება გაუმართლებელია, თუმცა მრავალი ათწლეულის განმავლობაში იგი სიცოცხლის მოლოდინს უკავშირდება.
47. სიტუაცია განმარტა დოილმა, როდესაც დაწერა, რომ „პალიატიური“ მზრუნველობა ფოკუსირებულია სიცოცხლის იმ უკანასკნელ წლებსა თუ თვეებზე, როდესაც სიკვდილი უფრო მოსალოდნელია ვიდრე შესაძლებელი.
48. ჯანმოს ბოლო პერიოდის განსაზღვრებებში მეტი აქცენტი კეთდება ტანჯვის პრევენციაზე:

პალიატიური მზრუნველობის პრინციპები

უხანლესი განსაზღვრების დანართის სახით, ჯანმო-მ შეიმუშავა ძირითადი პრინციპები, რომლის მიხედვითაც პალიატიური მზრუნველობა:

- უზრუნველყოფს ტკივილისა და სხვა სიმპტომების შემსუბუქებას;

- განამტკიცებს სიცოცხლეს და განიხილავს სიკვდილს ნორმალურ პროცესად;
- მიზნად არ ისახავს სიკვდილის დაჩქარებას ან გადავადებას;
- ახდენს პაციენტზე მზრუნველობის ფსიქოლოგიური და სულიერი ასპექტების ინტეგრირებას;
- გვთავაზობს პაციენტის დახმარებისა და გარდაცვალებამდე აქტიური ცხოვრების წესის შენარჩუნების სისტემას;
- გვთავაზობს ოჯახებისათვის პაციენტის ავადმყოფობის პერიოდში შეგუებისა და გარდაცვალებით გამოწვეული მძიმე დანაკარგის დროს დახმარების სისტემას;
- პაციენტებისა და მათი ოჯახების საჭიროებათა დაკმაყოფილებისათვის, მათ შორის მძიმე დანაკარგის შედეგად საჭირო კონსულტაციების ჩათვლით, გამოიყენებს გუნდურ მიდგომას;
- აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს და შესაძლო დადებით გავლენას ახდენს ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე.
- მისაღებია ავადმყოფობის ადრეულ ეტაპზე სიცოცხლის გახანგრძლივებაზე მიმართულ სხვა ისეთ თერაპიებთან კავშირში, როგორცაა ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია; მოიცავს კლინიკური გართულებების უკეთ გააზრებისა და მართვისათვის საჭირო კვლევას.

50. სასურველია აღნიშნული ძირითადი პრინციპების შემდგომი დაკონკრეტება.

- ◆ პალიატიური მზრუნველობა დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს ტკივილისა და სხვა სიმპტომების მართვის ოპტიმალური დონის მიღწევასა და შენარჩუნებას. ეს მოითხოვს ყოველი პაციენტის დეტალურ შეფასებას, რაც მოიცავს ავადმყოფობის ანამნეზს, ფიზიკალურ გასინჯვას და შესაბამის გამოკვლევას. პაციენტებისათვის მისაწვდომი უნდა იყოს ყველა საჭირო მედიკამენტი, მათ შორის ოპიოიდების ფართო სპექტრი, როგორც ეს ფორმულირებაშია მოცემული. მოთხოვნის შემთხვევაში ასევე მისაწვდომი უნდა იყოს დაავადების მართვაზე მიმართული თერაპიები, რომელთაც ასევე შეუძლიათ სასარგებლო სიმპტომური სარგებლობის მოტანა.

- ♦ პალიატიური მზრუნველობა განამტკიცებს სიცოცხლეს და განიხილავს სიკვდილს ნორმალურ პროცესად. ეს ძირითადი პრინციპი მიმართულია პალიატიური მზრუნველობასადმი დამოკიდებულების სირთულეების გააზრებაზე. ძირითადად, ერთი რამ, რასაც ყველა ვიზიარებთ არის ის, რომ სიკვდილი გარდაუვალია. პაციენტები, რომელთაც პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებათ, არ უნდა ჩაითვალოს „მედიცინის მარცხად“. პალიატიური მზრუნველობა ეძიებს გზებს, რათა გაამხნევეს პაციენტები და უზრუნველყოს სასარგებლო, აქტიური ცხოვრების წესის შენარჩუნება გარდაცვალებამდე.
- ♦ პალიატიური მზრუნველობა მიზნად არ ისახავს სიკვდილის დაჩქარებას ან გადავადებას. პალიატიური მზრუნველობა არ არის და არ უნდა იყოს მიმართული სიცოცხლის დროზე ადრე დასრულებაზე. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ თანამედროვე სამედიცინო პრაქტიკაში არსებული ტექნოლოგიები არ გამოიყენებოდეს სიცოცხლის არაბუნებრივი გზით გაგრძელებისათვის. ექიმები არ უნდა იყვნენ იძულებულნი განაგრძონ მკურნალობა მაშინ, როდესაც იგი აშკარად უსარგებლო და პაციენტისათვის ზედმეტად მძიმეა. პალიატიური მზრუნველობის ამოცანას წარმოადგენს პაციენტისათვის სიცოცხლის საუკეთესო ხარისხის უზრუნველყოფა. იმ მომენტისათვის, როდესაც ავადმყოფობის პროცესი უახლოვდება ბუნებრივ ბოლოს, პაციენტს საშუალება უნდა ჰქონდეს მიიღოს სრულყოფილი ფიზიკური, ემოციური და სულიერი დახმარება. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა იმ ფაქტს, რომ პალიატიური მზრუნველობის არცერთი განმარტება არ მოიცავს ეფთანაზიას და ექიმის დახმარებით განხორციელებულ სუიციდს. აღნიშნულის გამო ამ საკითხზე კომიტეტი არ შეჩერებულა. იხ. თავი VIII
- ♦ პალიატიური მზრუნველობა აერთიანებს პაციენტზე ზრუნვის ფსიქოლოგიურ და სულიერ ასპექტებს. რა თქმა უნდა სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს ფიზიკური მოვლის მაღალ ხარისხს, მაგრამ თავისთავად ეს საკმარისი არ არის. ადამიანის პიროვნება არ უნდა დავაკნინოთ მარტივ ბიოლოგიურ ყოფამდე.
- ♦ პალიატიური მზრუნველობა გვთავაზობს მხარდაჭერის სისტემას, რომელიც დაეხმარება პაციენტს სიცოცხლის ბოლომდე შეინარჩუნოს

მაქსიმალურად აქტიური ცხოვრების წესი. ამასთან მიმართებაში მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ მიზნებსა და პრიორიტეტებს განსაზღვრავს თავად პაციენტი. ჯანდაცვის პროფესიონალების როლს კი წარმოადგენს პაციენტებისათვის დახმარების გაწევა მათი მიზნების მიღწევაში. ნათელია, რომ გარკვეული დროის შემდეგ ყოველი პაციენტის პრიორიტეტი შეიძლება საკმაოდ დრამატულად შეიცვალოს. ჯანდაცვის პროფესიონალებს უნდა ესმოდეთ ასეთი ცვლილებები და შესაბამისად რეაგირებდნენ მათზე.

- ♦ პალიატიური მზრუნველობა ეხმარება ოჯახს პაციენტის ავადმყოფობასა და გარდაცვალებასთან შეგუებაში. პალიატიურ მზრუნველობაში ოჯახი ასევე წარმოადგენს მზრუნველობის ობიექტს. ოჯახის წევრებს შესაძლოა გაუჩნდეთ გარკვეული სირთულეები, რისი გამოვლენის შემდეგ მათ დახმარება უნდა გაეწიოთ. მძიმე დანაკარგის შემსუბუქებისათვის, დახმარება არ უნდა დაიწყოს მხოლოდ პაციენტის გარდაცვალების მომენტიდან იხ. თავი VIII.
- ♦ პალიატიური მზრუნველობა საჭიროებს კოორდინირებულ გუნდურ მუშაობას. აღნიშნული დასტურდება იმითაც, რომ არცერთ პიროვნებასა და არცერთ დისციპლინას არ ძალუძს ადეკვატური პასუხი გასცეს ყველა იმ რთულ საკითხს, რომელიც ჩვეულებრივ პალიატიური მზრუნველობის პერიოდში წამოიჭრება. და თუმცა ხშირად ექიმისა და ექთნის შემადგენლობით მომუშავე ძირითად გუნდს შეუძლია აუცილებელი მზრუნველობის უზრუნველყოფა, ხშირ შემთხვევაში საჭირო ხდება მედიცინის და მასთან დაკავშირებული სხვადასხვა სპეციალისტის მონაწილეობა. ასეთი გუნდის შეთანხმებული მუშაობისათვის აუცილებელია მიზნების, ამოცანების განაწილება და ასევე კომუნიკაციის ეფექტური და სწრაფი საშუალებების არსებობა. იხ. თავი VIII.
- ♦ პალიატიური მზრუნველობა მიზნად ისახავს სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას. ბოლო წლებში „სიცოცხლის ხარისხი“-ს საკითხი მრავალი კვლევის საგანი გახდა. მნიშვნელოვანია ვაღიაროთ, რომ იგი არ წარმოადგენს მხოლოდ ფიზიკური კომფორტისა და ფუნქციონირების საზომს, არამედ არის ის „რაღაც“, რისი განმარტებაც მხოლოდ თითოეულ პაციენტს შეუძლია და რაც, შესაძლოა მნიშვნელოვნად შეიცვალოს დროთა განმავლობაში.

- ◆ პალიატიური მზრუნველობა მისაღებია დაავადების ადრეულ პერიოდშიც, დაავადების მართვასა და სიცოცხლის გამახანგრძლივებელ სხვა თერაპიებთან კავშირში. ისტორიულად, პალიატიური მზრუნველობა ასოცირდებოდა სასიკვდილოდ განწირულ ონკო პაციენტებზე მზრუნველობასთან. აღიარებულია, რომ პალიატიურ მზრუნველობას გაცილებით მეტის შეთავაზება შეუძლია პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის დაავადების ადრეულ ეტაპებზე, თუნდაც იმ მომენტიდან, როდესაც დაავადება უკუზრუნებელი ხდება და მისი პროგრესირების შეჩერება შეუძლებელია. ყოველივე აღნიშნული მოითხოვს, რომ პალიატიური მზრუნველობა ინტეგრირებული იქნას ჯანდაცვის სამსახურების სპექტრში საავადმყოფოებსა და თემზე დაფუძნებულ დაწესებულებებში.
51. როგორც ზემოთმოყვანილი განსაზღვრებებიდან ხდება ნათელი, პალიატიური მზრუნველობა არ შემოიფარგლება რომელიმე კონკრეტული დაავადებით. ეფუძნება რა შესაძლო პროგნოზსა და კონკრეტულ საჭიროებებს, იგი პოტენციურად მისაღებია ყველა ასაკის პაციენტისათვის.
 52. ტერმინალური მზრუნველობა არის პალიატიური მზრუნველობის კონტინუმი და აღწერს პაციენტის მდგომარეობის მართვას მაშინ, როდესაც სიკვდილი გარდაუვალი ხდება და რამოდენიმე საათში ან დღეშია მოსალოდნელი. არასწორი და უმართებულოა ამ ტერმინის გამოყენება პალიატიური მზრუნველობის ყველა ელემენტის აღწერისათვის.
 53. პალიატიური მედიცინა არის ადეკვატური სამედიცინო მზრუნველობა დაავადების აქტიური, პროგრესირებადი, შორსწასული ფორმის მქონე პაციენტზე, რომლის პროგნოზი შეზღუდულია და მზრუნველობის მთავარ ფოკუსს სიცოცხლის ხარისხი წარმოადგენს. პალიატიური მედიცინა მოიცავს ოჯახის ინტერესების გათვალისწინებას პაციენტის გარდაცვალებამდე და შემდგომ.



პალიატიური მზრუნველობის მიდგომა. ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალი უნდა იცნობდეს პალიატიური მზრუნველობის უმთავრეს პრინციპებს და სათანადოდ იყენებდეს მათ.

ზოგადი პალიატიური მზრუნველობა. აღიარებულია, რომ ჯანდაცვის ზოგიერთმა პროფესიონალმა, რომელიც ექსკლუზიურად არ არის ჩართული პრაქტიკულ პალიატიურ მზრუნველობაში, უნდა გაიაროს დამატებითი ტრენინგი და კვალიფიკაციის ამაღლების კურსი პალიატიური მზრუნველობის სფეროში. ტერმინი „ზოგადი პალიატიური მზრუნველობა“ გამოიყენება ასეთი პერსონალის საქმიანობის აღწერისათვის.

სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა. სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების ძირითადი საქმიანობა შემოიფარგლება პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფით. ასეთი სამსახურები ჩვეულებრივ ჩართული არიან განსაკუთრებულად რთული საჭიროებებისა და მოთხოვნების მქონე პაციენტებზე მზრუნველობაში. ამდენად, მათთვის საჭიროა განათლების უფრო მაღალი ხარისხი, პროფესიონალთა შტატი და რესურსები.

54. მაშინაც კი, როდესაც ე.წ. აქტიური, დაავადების მართვაზე მიმართული მკურნალობა აღარ არის ეფექტური, პალიატიური მზრუნველობა შეიძლება იყოს მზრუნველობის ძალიან აქტიური, ინტენსიური თერაპიის ექვივალენტური ფორმა, თუმცა განსხვავებული იმისაგან, რასაც ვხვდებით რეანიმაციულ განყოფილებაში. ჩვეულებრივ, ხშირია აქტიური ჩარევა ისეთ შემთხვევაში, როგორცაა ჰიპერკალცემიის მკურნალობა, ტკივილის სხივური თერაპია, ზურგის ტვინის კომპრესიის სისხლდენის კუბირება, საწყის სტადიაზე ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქციის ქიმიოთერაპია, ქირურგიული ჩარევა მოტეხილობების ან ნაწლავთა გაუვალობის დროს. ასევე აქტიურ მოქმედებას მოითხოვს იმ პაციენტებთან და მათ ოჯახებთან მუშაობა, რომლებიც პროგრესირებულ, დანაკარგთან დაკავშირებულ ძლიერ და ზოგჯერ ყოვლისმომცველ ტანჯვას განიცდიან. რეაბილიტაცია, ზოგადად მიჩნეულია აქტიური პალიატიური მზრუნველობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფორმად. (Doyle, Hanks and , MacDonald 1998)
55. პალიატიური მზრუნველობა არის არა მხოლოდ აქტიური, არამედ პროაქტიურიც: მისი მიზანია წინასწარ გათვალისწინებული შედეგების შეფასებაში შეაფერხოს, მაგრამ ყოველთვის მხედველობაში მიიღოს დაავადების პროცესში წამოჭრილი შესაძლო ახალი პრობლემები.
56. ძირითადი პრინციპები, რომელიც პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების ქვაკუთხედს წარმოადგენს, ფოკუსირებულია პაციენტებისა და მათი ოჯახებისათვის სიცოცხლის საუკეთესო ხარისხის მიღწევაზე. აღნიშნული მოიცავს: სიმპტომების კონტროლზე მკაცრ ყურადღებას; გლობალურ მიდგომას, რომელიც ითვალისწინებს პიროვნების განვლილ ცხოვრებას და დღევანდელ მდგომარეობას; მომაკვდავსა და მასთან დაკავშირებულ პირებზე მზრუნველობას; პაციენტებთან, მომვლელებსა და პროფესიონალ კოლეგებთან მიმართებაში ღია კომუნიკაცია.
57. ირლანდიაში, ჯანდაცვის დეპარტამენტმა 1996 წელს გამოსცა კიბოსთან ბრძოლის სტრატეგია. აღნიშნულ დოკუმენტში გამოიკვეთა განვითარებადი პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების მიერ მისაღები პრინციპები:

- პაციენტებს უნდა შეეძლოთ გამოხატონ საკუთარი არჩევანი იმასთან დაკავშირებით, თუ სად მიიღებენ მზრუნველობას და გაატარებენ სიცოცხლის უკანასკნელ პერიოდს.
- სამსახურები უნდა იყოს შესაბამისად მოქნილი და იმგვარად ინტეგრირებული, რომ ადვილი იყოს პაციენტის ერთი დაწესებულებიდან მეორეში გადაყვანა, მისი კლინიკური მდგომარეობისა და პირადი არჩევანის გათვალისწინებით.
- საბოლოო მიზანს უნდა წარმოადგენდეს ყველა პაციენტისათვის სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების მისაწვდომობა ყველგან, სადაც ეს საჭიროა.

58. პალიატიური მზრუნველობა არის სფერო, სადაც მრავალი ეთიკური საკითხი წამოიჭრება. მათი უმეტესობა მედიცინის სხვა სფეროებისათვის დამახასიათებელი საკითხების ანალოგიურია. თუმცა, ზოგიერთი საკითხი, მაგ. სიცოცხლის ბოლო პერიოდი, პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვნად გამოკვეთილ საკითხს წარმოადგენს.

59. პალიატიურ მზრუნველობაში არსებული ეთიკური პრინციპების გააზრება ემყარება იმ ფაქტის აღიარებას, რომ უკურნებელი ან ტერმინალური პაციენტი არ არის „ბიოლოგიური ნარჩენი“, რომელიც მხოლოდ გაუტკივარებას საჭიროებს; რომ უკვე აღარაფრის გაკეთება შეიძლება და მისი ცხოვრების გახანგრძლივებას მნიშვნელობა აღარ აქვს. პირიქით, ყოველი პაციენტი წარმოადგენს პიროვნებას, რომელიც სათანადო ურთიერთობების შემთხვევაში, ბოლომდე ინარჩუნებს ცხოვრებისეული ზრდისა და მიღწევების აღქმის უნარს.

60. პროფესიონალები უნდა აღიარებდნენ მედიცინის შეზღუდულ შესაძლებლობებს და თავს იკავებდნენ გადამეტებული მკურნალობისაგან. მნიშვნელოვანია კითხვის ქვეშ დავაყენოთ ილუზია, რომ არსებობს ტკივილისა და ტანჯვის შემსუბუქების მხოლოდ ერთი გზა: ტკივილის შესუსტება. ასევე უნდა გვანსოვდეს, რომ არ შეიძლება „ტოტალური“ ტკივილის (სიკვდილის შიში, დაშორების წუხილი, მარტოობა, რეალობის აღქმის საკითხები, შეგრძნება იმისა, რომ ხდები ზედმეტი ტვირთი სხვებისათვის) სრულფასოვანი მართვა მხოლოდ სამკურნალწამლო საშუალებებით. აქედან გამომდინარე, ტკივილის დროს ანალგეტიკების

მოქმედების ეფექტურობა დამოკიდებულია მკურნალობაში პაციენტისათვის მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური მომენტების ჩართვაზე.

61. ბიუჩემფისა და ჩილდრესის (Beauchamp and Childress 1994) მიერ განსაზღვრული შემდეგი ოთხი პრინციპის დაცვისას, (დამოუკიდებლობის პატივისცემა, კეთილგანწყობა, „არ ავნო“ და სამართლიანობა) ისევე როგორც მედიცინის სხვა სფეროებში, ექიმებმა და სხვა მზრუნველებმა, პაციენტთან და მათ მომვლელებთან ერთად პრიორიტეტებისა და მიზნების შეთანხმებით, უნდა გამოავლინონ პატივისცემა პაციენტის დამოუკიდებლობისადმი. არ უნდა იქნას უგულვებელყოფილი პაციენტის უფლება, ფლობდეს მისთვის საინტერესო ინფორმაციას, ან უარი განაცხადოს მკურნალობაზე.
62. მზრუნველებმა უნდა დაიცვან ბალანსი მკურნალობის უპირატესობებსა და სირთულეებს შორის (კეთილგანწყობა) და შეაფასონ ყოველი კლინიკური გადაწყვეტილების უპირატესობის თანმდევი რისკი („არ ავნო“) იმისათვის, რომ თავიდან იქნას აცილებული ფუჭი მკურნალობა, რომელიც არ ემსახურება არც დაავადების პრევენციასა და მკურნალობას და არც რეაბილიტაციასა და ტკივილის შემსუბუქებას. ასევე თავიდან უნდა იქნას აცილებული ის ჩარევები, რომელიც თუმცა იძლევა გარკვეულ შედეგებს, მაგრამ მთლიანობაში დამლუპველია პაციენტის ჯანმრთელობისათვის.
63. მიუხედავად აღნიშნულისა, პალიატიური მზრუნველობის სფეროში შეიძლება არასაკმარისი იყოს სამედიცინო ეთიკის ზოგად წესებზე დამყარებული ის მიდგომა, რომელიც ხასიათდება ზემოაღნიშნული ოთხი პრინციპით. ბოლო პერიოდში ჩამოყალიბებული მიდგომები, როგორცაა მზრუნველობის ეთიკა (Tronto 1993) და ზნეობრიობის ეთიკა (MacIntyre 1995) პალიატიური მზრუნველობისათვის განსაკუთრებით შესაფერისად გვესახება. მზრუნველობის ეთიკა აქცენტს აკეთებს ადამიანის მოწყვლად და დამოკიდებულებით ბუნებაზე. ამდენად ის ამტკიცებს, რომ ეთიკა ეხება არა მხოლოდ გადაწყვეტილების მიღებას, არამედ ურთიერთობების ხარისხის ისეთ მაჩვენებლებს, როგორცაა: უწყვეტობა, გულახდილობა, ნდობა და საიმედოობა.
64. ზნეობრიობის ეთიკა აკრიტიკებს გადაწყვეტილებებზე ეთიკურ ფოკუს-

სირებას პიროვნების შეხედულებებიდან გამომდინარე; იგი ყურადღებას ამახვილებს ხანგრძლივი დროით ზნეობრივი მოქმედების მნიშვნელობაზე.

65. დაავადების შორსწასული ფორმის მქონე და მომაკვდავ პაციენტებს აქვთ სამედიცინო დახმარებისა და პიროვნული დახმარების მიღების ისეთივე უფლებები, როგორც სხვა პაციენტებს (მაგ. ახლო ნათესავის საწოლთან ყოფნა). მათ ასევე აქვთ უფლება მიიღონ ან უარყონ ინფორმაცია და/ან სადიაგნოსტიკო პროცედურები, ისევე როგორც მკურნალობა. მკურნალობაზე უარის უფლება გარანტირებული უნდა იქნას, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც სამედიცინო ჩარევით შეუძლებელია სიკვდილის თავიდან აცილება. მკურნალობაზე უარმა არანაირად არ უნდა მოახდინოს გავლენა პალიატიური მზრუნველობის ხარისხზე. ყველაზე მნიშვნელოვანია, რომ პალიატიური მზრუნველობა პაციენტებს აძლევს ტკივილის და ტანჯვის ეფექტური შემსუბუქებისა და ადამიანური ღირსების შენარჩუნების უფლებას.
66. მაგალითად მოგვყავს პალიატიური მზრუნველობის ის ეთიკური პრინციპები, რომელიც ფორმულირებულია უნგრეთის ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის მიერ (Hegedüs 2000):
1. პალიატიური მზრუნველობის გუნდის წევრები პატივს სცემენ პაციენტის დამოუკიდებლობას, ათანხმებენ პრიორიტეტებსა და მიზნებს პაციენტსა და მის მომვლელებთან, განიხილავენ მკურნალობის ალტერნატიულ გზებს და ერთობლივად ადგენენ მზრუნველობის გეგმებს; არ უმაღლავენ პაციენტებს მათთვის საინტერესო ინფორმაციას; აკმაყოფილებენ მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ ინფორმაციის მიღების საჭიროებას და პატივს სცემენ პაციენტის სურვილს უარის თქვას მკურნალობაზე.
 2. პალიატიური მზრუნველობის გუნდის წევრებმა უნდა აწონ-დაწონონ მკურნალობის უპირატესობები და სირთულეები (კეთილგანწყობა), შეაფასონ ყოველი კლინიკური გადაწყვეტილების უპირატესობის თანმდევი რისკი („არ ავნო“); გააცნობიერონ პაციენტის უფლება, ყველა შესაძლო რესურსის გამოყენებით მიიღოს მზრუნველობა უმაღლესი სტანდარტებით; მიიღონ გადაწყვეტილება რესურსების ჩართვისა და გადანაწილების შესახებ.

3. მომაკვდავი პაციენტის უმთავრესი უფლებებია: სამედიცინო დახმარების უფლება, ადამიანური ღირსების უფლება, პერსონალური დახმარების უფლება, ტკივილისა და სხვა სიმპტომების შემსუბუქების უფლება, ინფორმირებულობის, თვით-გამორკვევისა და მკურნალობაზე უარის თქმის უფლებები.
4. პაციენტებს უფლება აქვთ მიიღონ დეტალური ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე: ჯანმრთელობის მდგომარეობა და სამედიცინო შეფასება; შეთავაზებული გამოკვლევები და ჩარევა; გამოკვლევებისა და ჩარევის როგორც განხორციელების, ასევე განუხორციელებლობის შემთხვევაში პოტენციური უპირატესობები და რისკები; გამოკვლევებისა და ჩარევების სავარაუდო თარიღი. პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს გადაწყვეტილება: გამოკვლევებსა და ჩარევებზე; ალტერნატიულ პროცედურებსა და მეთოდებზე; მკურნალობასა და მოსალოდნელ შედეგებზე.
5. პაციენტებს უფლება აქვთ მონაწილეობა მიიღონ გამოკვლევებსა და მკურნალობაზე გავლენის მქონე გადაწყვეტილებების მიღებაში. ინფორმირებული თანხმობის მიღება არის ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის წინაპირობა.
6. მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება: თუ პაციენტი იტანჯება უკურნებელი ავადმყოფობით, რომელიც თანამედროვე ეტაპზე მედიცინაში არსებული ცოდნის გამოყენებით, შესაბამისი მკურნალობის შემთხვევაშიც კი, მოკლე პერიოდში იწვევს სიკვდილს, სიცოცხლის გამახანგრძლივებელ და დამხმარე ჩარევებზე უარის თქმით შეიძლება ავადმყოფობას მიეცეს ბუნებრივი გზით მიმდინარეობის საშუალება. ქმედუნარიან პიროვნებას შეუძლია ოფიციალურად (მაგ. „ანდერძი სიცოცხლის შესახებ“) განაცხადოს უარი სიცოცხლის გამახანგრძლივებელ და დამხმარე ჩარევებზე უკურნებელი დაავადების, თვითმოვლის უნარის დაკარგვისა და ისეთი ტკივილის არსებობის შემთხვევაში, რომელიც მკურნალობას არ ექვემდებარება. პაციენტი უფლებამოსილია დაასახელოს პიროვნება, რომელიც მისი ქმედუნარობის შემთხვევაში გამოიყენებს ამ უფლებას. განაცხადი შეიძლება გაკეთდეს ნებისმიერ დროს. მკურნალობაზე

უარის თქმის შემთხვევაში პაციენტებს სრულად უნარჩუნდებათ ტკივილისა და ტანჯვის შემსუბუქების უფლება.

7. ყოველ ქმედებასა და გადაწყვეტილებაზე უნდა შედგეს წერილობითი დოკუმენტი.

დანესახულებები და სამსახურები

დაწესებულებები

67. პალიატიური მზრუნველობა შეიძლება განხორციელდეს სხვადასხვა დაწესებულებაში:

- ა. სახლი
- ბ. კერძო კლინიკა
- გ. მოხუცებულთა სახლი
- დ. საავადმყოფო
- ე. ჰოსპისი

68. პალიატიური მზრუნველობა უმეტესად ხორციელდება სახლის პირობებში. მაშინაც კი, როდესაც პაციენტები ინსტიტუციონალურ დაწესებულებაში გარდაიცვლებიან, ისინი პალიატიური მზრუნველობის უდიდეს პერიოდს სახლში ატარებენ. პალიატიური მზრუნველობის სამსახურებისათვის მნიშვნელოვანი შედეგები აქვს ქვემოთ განხილულ ასპექტებს.

69. ორი ათეული წლის წინ, გაერთიანებული სამეფოდან მიღებულმა ანგარიშებმა გავლენა იქონია პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების განვითარებაზე. აღნიშნულ ანგარიშებში განსაზღვრული იქნა პალიატიური მზრუნველობის შემდეგი პრინციპები:

პალიატიური მზრუნველობის უმთავრეს პრინციპს წარმოადგენს პაციენტისათვის მზრუნველობის მისაწვდომობა ნებისმიერ დროს მისი საჭიროებებისა და არჩევანის შესაბამის დაწესებულებაში. პრაქტიკულად, პალიატიური მზრუნველობა ნებისმიერ გარემოში მისაწვდომი უნდა იყოს

ყველა პაციენტისათვის. როგორც ეს აღწერილია განსაზღვრებების თავში, პალიატიური მზრუნველობის მთავარი პრინციპების გაცნობა ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალის პასუხისმგებლობას წარმოადგენს. ამ მიზნის მისაღწევად აუცილებელი იქნება პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო და მასთან დაკავშირებული პროფესიონალების მომზადების სასწავლო პროგრამებში ჩართვა. ასევე, ჯანდაცვის პროფესიონალებს უნდა ქონდეთ საშუალება უწყვეტი პროფესიული განათლების პროგრამების მეშვეობით აიმაღლონ კვალიფიკაცია და შეიძინონ საჭირო უნარ-ჩვევები. ასე რომ, თუ პაციენტი ჯანდაცვის პროფესიონალს მიმართავს კონსულტაციისათვის საავადმყოფოში, ზოგადი პრაქტიკის ქირურგიულ განყოფილებაში, კერძო კლინიკაში ან სხვა დაწესებულებაში, იგი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ მიიღებს მისი მდგომარეობის შესაბამის პალიატიურ მზრუნველობას.

70. ასევე აღიარებულია, რომ მზრუნველობის ზოგიერთი დაწესებულებები, რომლებიც ექსკლუზიურად პალიატიური მზრუნველობის სფეროს არ ემსახურებიან, მიიზიდავენ იმ პაციენტების დიდ ნაწილს, ვისაც პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროება. ამასთან დაკავშირებით ცხადია, რომ პალიატიურ მზრუნველობაში კვალიფიკაციის გაცილებით მაღალი მოთხოვნილება ექნებათ ზოგიერთ კერძო კლინიკებს, მოხუცებულთა მოვლის დაწესებულებებსა და ონკოლოგიასთან დაკავშირებულ სამსახურებს. აღნიშნულ დაწესებულებებში მომუშავე თუნდაც ზოგიერთ პროფესიონალს უნდა ქონდეს შესაძლებლობა გაიაროს ტრენინგი და მიიღოს დამატებითი გამოცდილება პალიატიურ მზრუნველობაში. ასევე მოსალოდნელია, რომ ისინი დაამყარებენ მჭიდრო პროფესიონალურ კავშირებს სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტებთან. ასეთი დიფერენცირების მთავარი მიზანია პაციენტების სპეციფიკური საჭიროების შესაბამისი ექსპერტიზის დონით უზრუნველყოფა.

სამსახურები

71. პალიატიური მზრუნველობის არასპეციალიზებულ და სპეციალიზებულ სამსახურებს შორის განსხვავება პრაქტიკულ ხასიათს ატარებს. არასპეციალიზებული ან ზოგადსამედიცინო სამსახურები პალიატიურ მზრუნველობას უზრუნველყოფენ მის ძირითად საქმიანობად აღიარების

გარეშე. ასეთი სამსახურებია: საუბნო საექთნო სამსახური, ზოგადი პრაქტიკოსები, ბინაზე მოვლის გუნდები, ზოგადი თერაპიული პალატები და მოხუცებულთა სახლები.

72. პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფა უმეტესად ხდება, და სავარაუდოდ ასე იქნება ყოველთვის, არასპეციალიზებული სამსახურების მიერ. ხშირ შემთხვევაში არასპეციალისტი პროფესიონალები უზრუნველყოფენ მზრუნველობას სპეციალისტების ჩარევის გარეშე; ბევრ სხვა შემთხვევაში არასპეციალიზებული მზრუნველობის კონტექსტში შეიძლება საჭირო გახდეს სპეციალისტის ჩართვა. თუმცა, მცირეა იმ შემთხვევათა რიცხვი, როდესაც მზრუნველობა მთლიანად სპეციალისტის მიერ უნდა განხორციელდეს.
73. არასპეციალიზებული სამსახურები ასევე მოიცავს მხოლოდ გარკვეულ შემთხვევებში ჩართულ ისეთ მომსახურებასაც, როგორცაა ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია და ქირურგიული ჩარევა. აღნიშნულ სამსახურებს ზოგჯერ აქვთ პაციენტთა რიგი, რაც განსაკუთრებით დამღუპველია პალიატიური მზრუნველობის პაციენტებისათვის, რამდენადაც ძალზე მცირეა ის სასიცოცხლო პერიოდი, როდესაც მკურნალობას გარკვეული შედეგები მოაქვს. ამდენად, პალიატიური პაციენტებისათვის დახმარების მისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის შემოთავაზებული იქნა ე.წ. „პალიატიური ავტობუსის საგზაო ხაზი“-ს კონცეფცია.
74. ბოლო წლების განმავლობაში პალიატიური მზრუნველობის კონცეფციას მეტი ყურადღება დაეთმო საქმიანობის ისეთ სპეციფიკურ სფეროში, როგორცაა ინტენსიური თერაპიის განყოფილება.
75. არასპეციალისტს შეუძლია შეიძინოს საკმარისი გამოცდილება პალიატიური მზრუნველობის შედარებით მარტივ საკითხებში, მაგრამ პალიატიური პაციენტების შეზღუდული რაოდენობის გამო (მაგ. ჰოლანდიაში, ზოგადი პრაქტიკოსები წელიწადში საშუალოდ 2-6 პალიატიურ პაციენტს ხვდებიან), არ ხდება პალიატიურ მზრუნველობაში რთული შემთხვევების მართვის გამოცდილების შექმნა. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი არასპეციალისტ პროფესიონალთა ზრუნვის ობიექტად რჩება,

სპეციალისტთა დახმარების კარგ შესაძლებლობას იძლევა ხელმისაწვდომ საკონსულტაციო სამსახურებთან ურთიერთობა.

76. სპეციალიზებულია სამსახურები, რომელთა საქმიანობა მთლიანად პალიატიურ მზრუნველობას ეძღვნება და რომელთა გუნდები სპეციალურად არიან მომზადებულნი მზრუნველობის ამ სფეროსათვის. ასეთი სამსახურები არ იკავებენ მზრუნველობის იმ ადგილს, სადაც მომსახურებას პირველი რიგის პროფესიონალები ეწევიან (ბინაზე მოვლა, საავადმყოფო, სარეაბილიტაციო დაწესებულებები), თუმცა ყოველი კონკრეტული სიტუაციის სირთულისა და საჭიროებების შესაბამისად დახმარებას უწევენ მათ. ასეთი სამსახურების არსებობის პირობებში, პაციენტებს შესაძლებლობა უნდა ქონდეთ აუცილებლობის შემთხვევაში მიიღონ დახმარება ნებისმიერ დროს, ყოველგვარი დაგვიანების გარეშე.
77. ყველაზე გავრცელებულ სამსახურებს წარმოადგენს სპეციალიზებული სტაციონარული განყოფილებები, საავადმყოფოების პალიატიური მზრუნველობის გუნდები, ბინაზე მოვლის გუნდები, დღის მოვლის დაწესებულებები, ბინაზე ჰოსპიტალიზება, პოლიკლინიკები.
78. არსებობს მცირედი პოზიტიური მტკიცებულება, თუ რა სახის პალიატიურ მზრუნველობას ანიჭებენ უპირატესობას პაციენტები. მიმოხილვაში, ვილკინსონი და სხვები აღნიშნავენ ზოგად საავადმყოფოებთან შედარებით სპეციალიზებული მომსახურების უპირატესობის ტენდენციას, როგორც საავადმყოფოებში, ასევე თემებში. (Wilkinson et.al 1999) აღნიშნული შედეგების ინტერპრეტაცია გარკვეულ სიფრთხილეს მოითხოვს.
79. არასპეციალური სამსახურები მოიცავს:
- არაფორმალურ მზრუნველებს;
 - ვოლონტიორებს (?);
 - უბნის ექთნებს;
 - არაპალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტებს;
80. სპეციალურ პალიატიურ სამსახურებს წარმოადგენენ ის სამსახურები, რომელთა მთავარი საქმიანობა პალიატიური მზრუნველობაა. მათ

ესაჭიროებათ მაღალი პროფესიული უნარ-ჩვევების მქონე პერსონალი და პაციენტებისა და პერსონალის შესაბამისი შეფარდება. ასეთი სამსახურები მისაწვდომი უნდა იყოს ყველა სამკურნალო დაწესებულებაში; მათ უნდა შეეძლოთ დახმარების გაწევა პაციენტისათვის ყველგან, სადაც არ უნდა იყოს იგი: სახლში, საავადმყოფოში, კერძო კლინიკაში, დღის მოვლის ცენტრებში, პოლიკლინიკებსა და პალიატიური მზრუნველობის სპეციალურ ცენტრებში. ასევე მნიშვნელოვანი როლი ენიჭებათ სპეციალიზებულ პალიატიური მზრუნველობის სამსახურებს ჯანდაცვის იმ პროფესიონალთა დახმარებაში, ვინც თავად ახორციელებს პალიატიურ მზრუნველობას საავადმყოფოებსა და სათემო დონეზე. საჭიროების შემთხვევაში, ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალისათვის მისაწვდომი უნდა იყოს პალიატიური მზრუნველობის გუნდის რჩევები და დახმარება.

81. სპეციალური პალიატიური მზრუნველობის უმთავრესი მახასიათებლები აღწერილი იქნა გაერთიანებულ სამეფოს ჰოსპისის ეროვნული საბჭოსა და სპეციალური პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის მიერ და მხარდაჭერილი იქნა ირლანდიის პალიატიური მზრუნველობის ეროვნულ საკონსულტაციო კომიტეტის მიერ, რაც ჩამოყალიბებულია შემდეგი სახით:

- მულტიპროფესიონალური, ერთიანი გუნდური მიდგომითა და შესაბამისი უნარჩვევების გამოყენებით ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი დახმარების აღმოჩენა;
- მულტიპროფესიონალური გუნდის პროფესიონალთა ჯგუფის ერთი ლიდერი მაინც უნდა წარმოადგენდეს პალიატიურ მზრუნველობაში მომზადებულ და აღიარებულ სპეციალისტს;
- პაციენტები და მათი ოჯახები იღებენ დახმარებას და ჩართული არიან ადმინისტრირების პროცესში;
- პაციენტებს ეძლევათ საშუალება აირჩიონ, თუ სად ურჩევნიათ მზრუნველობის მიღება და სად სურთ სიკვდილი;
- მზრუნველები და ოჯახები იღებენ დახმარებას პაციენტის ავადმყოფობის პერიოდში და მისი გარდაცვალების შემდგომ.
- პაციენტების დასახმარებლად, სადაც არ უნდა იმყოფებოდნენ ისინი, პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებს, საავადმყოფოებისა და

ბინაზე მოვლის სამსახურებს შორის არსებობს თანამშრომლობა და პარტნიორობა;

- აღიარებულია და დაფასებულია ვოლონტიორთა წვლილი;
- პალიატიურ სამსახურებს როგორც პირდაპირ, ასევე არაპირდაპირ ენიჭება აღიარებული აკადემიური საგანმანათლებლო და კვალიფიკაციის ამაღლების უზრუნველყოფის როლი.
- შემუშავებულია განათლების სტანდარტები და უზრუნველყოფილია ტრენინგები;
- არსებობს მკურნალობისა და მისი შედეგების კვლევისა და კლინიკური შეფასების პროგრამები;
- არსებობს პალიატიური მზრუნველობის სფეროში სრული ან არასრული დროით მომუშავე პერსონალის საჭიროებების შესაბამისი დამხმარე საშუალებები.

სპეციალური პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის საშტატო მოთხოვნები

82. აღიარებულია, რომ პალიატიური მზრუნველობა ევროპის ქვეყნებში განვითარების სხვადასხვა საფეხურზე იმყოფება. მთელი რიგი ფაქტორები, მათ შორის ეკონომიკური, განსაზღვრავენ შტატების დაკომპლექტების მასშტაბსა და ხელმისაწვდომობას. თუმცა, პალიატიური მზრუნველობის ყველა სამსახურს უნდა ყავდეს შესაბამისი განათლებისა და კვალიფიკაციის ექიმებისა და ექთნების შტატი.

83. გაერთიანებულ სამეფოში, პალიატიური მზრუნველობის სამსახურებისა და ჰოსპისის ეროვნული საბჭოს რეკომენდაციით, გათვალისწინებულია შემდეგი შტატების არსებობა, იქნება ეს სრული დროით, ნაწილობრივი ან რეგულარული სესიებისათვის:

- ფიზიკური თერაპევტი;
- ოკუპაციური თერაპევტი;
- სოციალური მუშაკი;
- პაციენტების, ოჯახის წევრებისა და მომვლელების ფსიქო-სოციალური საჭიროებების მცოდნე, სპეციალურად მომზადებული შტატი;
- ახლობლის გარდაცვალებით გამოწვეული მიძიმე დანაკარგის

- შემთხვევაში მომსახურებისათვის მომზადებული შტატი;
- სულიერი მზრუნველობის კოორდინატორი;
- ენისა და მეტყველების თერაპევტი;
- დიეტოლოგი/სამკურნალო კვების სპეციალისტი;
- დამხმარე თერაპევტი;
- ვოლონტიორი კოორდინატორი;
- განათლების პერსონალი;
- ბიბლიოთეკარი;
- ადმინისტრაციული, სამდივნო და ზოგადი დამხმარე შტატი.

84. პალიატიური მზრუნველობის ყველა სამსახურს როდი აქვს შესაძლებლობა დააკმაყოფილოს ზემოთმოყვანილი რეკომენდაციები.

პოლიტიკა

85. სპეციალური პალიატიური მზრუნველობის სამსახურები უნდა უზრუნველყოფდნენ მომსახურების ფართო სპექტრს სხვადასხვა დაწესებულებაში. სამსახურების სტრუქტურა უნდა იძლეოდეს მზრუნველობის ერთი დაწესებულებიდან მეორეში პაციენტების გადაყვანის შესაძლებლობას, მათი საჭიროებებისა და არჩევანის გათვალისწინებით. ამ უკანასკნელს მიეკუთვნება პალიატიურ მზრუნველობაში სპეციალიზებული სხვადასხვა დაწესებულებები, რომლებიც არ არიან იზოლირებული, არამედ ფუნქციონირებენ როგორც კოორდინირებული, ინტეგრირებული და მჭიდროდ დაკავშირებული ერთეულები.

პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარული განყოფილებები

86. აღნიშნულ დაწესებულებაში საწოლები განკუთვნილია პალიატიური მომსახურების მიზნებისათვის. ასეთი განყოფილება მოითხოვს მაღალკვალიფიციურ, ინტერდისციპლინურ გუნდს და განკუთვნილია შედარებით უფრო რთული ფიზიკური, ფსიქო-სოციალური და/ან სულიერი საჭიროებების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახებისათვის. აღნიშნული დაწესებულებები მჭიდროდ უნდა იყვნენ ინტეგრირებული საავადმყოფოებსა და თემზე დაფუძნებულ სამსახურებთან. ხშირად ისინი განლაგებული არიან ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების ბაზაზე.

საავადმყოფოს ბაზაზე არსებული პალიატიური მზრუნველობის გუნდი

87. აღნიშნული ტერმინი აღწერს სიტუაციას, როდესაც სპეციალური პალიატიური მზრუნველობის გუნდი ფუნქციონირებს ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში საკონსულტაციო და დამხმარე დონეზე.

თემზე დაფუძნებული პალიატიური მზრუნველობის გუნდი

88. ბევრ პაციენტს შესაძლოა სურვილი ქონდეს მზრუნველობა მიიღოს საკუთარ სახლში, ან იმ დაწესებულებაში, რომელიც მისთვის სახლად იქცა, მაგ: მოხუცებულთა სახლი, პატრონაჟი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით და სხვ. ეწვევიან რა ასეთ დაწესებულებებს, სპეციალური პალიატიური მზრუნველობის გუნდები პერსონალს აძლევენ რჩევებს სამუშაოთა წარმართვის შესახებ. კონკრეტული რთული პრობლემის გადასაჭრელად შეიძლება საჭირო გახდეს ზოგიერთი პაციენტის გადაყვანა სპეციალური პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებაში. ასეთ შემთხვევაში მათ ეძლევათ უკან დაბრუნების საშუალება.

დღის მოვლის დაწესებულებები

89. დღის მოვლა შეიძლება ხორციელდებოდეს სტაციონარებსა და ასევე კერძო კლინიკებში, სადაც პაციენტები შეიძლება მოდიოდნენ კვირაში ერთი ან რამოდენიმე დღით. მათთვის შეთავაზებული მომსახურება შეიძლება იყოს სამედიცინო ხასიათის (სისხლის გადასხმა, ტკივილისა და სიმპტომების მართვის შეფასება და სხვ.) სოციალური ხასიათის (შხაპის, აბაზანის მიღება), სარეაბილიტაციო (ფიზიოთერაპია/ ოკუპაციური თერაპია). სარელაქსაციო (მასაჟი) ან გართობითი ხასიათის (ხელოვნება და ხელოსნობა). ასევე, ასეთი სახის დაწესებულებები მომვლელებს დროებითი გამონთავისუფლებისა და შესვენების საშუალებას აძლევენ.

დღის სტაციონარები

90. დღის სტაციონარის ტიპის დაწესებულებები პალიატიური მზრუნველობის პროგრამის ღირებულ ელემენტს წარმოადგენენ.

[Wilkinson EK § COL. პაციენტთა და მომვლელთა არჩევანი და კმაყოფილება პალიატიური მზრუნველობის სპეციალური მოდელებით: ლიტერატურის მეთოდური მიმოხილვა. პალიატიური მედიცინა 1999; 13:197-216]

91. სპეციალურ დღის სტაციონარებს ჩვეულებრივ 10 - 15 საწოლი გააჩნიათ და იღებენ პაციენტებს, რომელთა ტანჯვის დონე (ფიზიკური/ფსიქოსოციალური/სოციალური) დროებით ან გარდაცვალებამდე, სპეციალიზებულ ინტერდისციპლინურ პალიატიურ მზრუნველობას მოითხოვს. მათ ასევე ენიჭებათ სასწავლო და კვლევითი ფუნქცია. აღნიშნული დაწესებულებები შეიძლება განთავსდნენ როგორც დამოუკიდებლად, ასევე საავადმყოფოში, რაც სხვადასხვა სპეციალისტის დახმარების წვლილისა და ხელმისაწვდომი სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენების საშუალებას ზრდის. დამოუკიდებლად არსებობის შემთხვევაში, სასურველია მჭიდრო კავშირების დამყარება შესაბამისი ტექნოლოგიებით აღჭურვილ საავადმყოფოსთან.
92. სპეციალური სტაციონარული განყოფილების დატვირთვის დონე ნებისმიერ დროს უნდა უზრუნველყოფდეს პაციენტების შეუფერხებელ მიღებას, განსაკუთრებით იმ პაციენტებისა, რომელთაც ბინაზე მზრუნველობა უკვე მიღებული აქვთ. ბოლო დრომდე, ონკოლოგიური პაციენტების პალიატიური მზრუნველობისათვის საჭირო საწოლთა რაოდენობა შეფასებული იყო როგორც 50 საწოლი ყოველ მილიონ მოსახლეზე. თუმცა, ეს მონაცემი, რომელშიც გათვალისწინებული არ არის არც არაონკოლოგიური პაციენტების საჭიროებები და არც ევროპის მოსახლეობის სიბერით გამოწვეული ქრონიკულ დაავადებათა მზარდი გავრცელება, შესაძლოა სანახევროდაც არ აკმაყოფილებდეს რეალურ საჭიროებას. ზოგადად რომ ვისაუბროთ, საწოლთა რაოდენობა ყოველ მოცემულ რეგიონში დამოკიდებულია დემოგრაფიულ და სოციალურ-ეკონომიკურ კონტექსტზე და სხვა სპეციალური პალიატიური სამსახურების მისაწვდომობაზე (დროებითი მოვლის ცენტრი, ბინაზე ჰოსპიტალიზირება და სხვ.)
93. საავადმყოფოს პალიატიური მზრუნველობის გუნდები, რომელიც ჩვეულებრივ შედგება პალიატიურ მზრუნველობაში სპეციალიზებული ერთი ექიმისა და ერთი ექთნისაგან მაინც, მაგრამ ხშირად აერთიანებს სხვადასხვა სპეციალისტს (სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი,

მღვდელი, და ა.შ.), რომლებიც მოქმედებენ როგორც კონსულტანტები მზრუნველობაში მონაწილე პერსონალის, ჰოსპიტალიზირებული პაციენტისა და მისი ნათესავების მოთხოვნის საფუძველზე. ისინი მჭიდროდ თანამშრომლობენ სხვადასხვა სპეციალისტებთან (ექიმი, ონკოლოგები, სხივური თერაპევტები და სხვ), ჯანდაცვის სხვა ისეთ პროფესიონალებთან, როგორცაა სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი და ასევე მღვდელი. პალიატიური მზრუნველობის გუნდები ასევე ასრულებენ საგანმანათლებლო ფუნქციას.

94. ბინაზე მოვლის გუნდების ფუნქციები და მოქმედების მეთოდები საავადმყოფოს გუნდის მუშაობის მსგავსია. პირველად მზრუნველობაში მონაწილე პერსონალის თხოვნის საფუძველზე ისინი ეხმარებიან სახლებში, კერძო კლინიკებსა და სხვა სათემო დაწესებულებებში მცხოვრებ პაციენტებს.
95. კვლევებში აღწერილია მრავალი ორგანიზაციული, ფუნქციონალური და ფინანსური წინააღმდეგობა, რასაც იზოლირებულად არსებული საავადმყოფო და ბინაზე მოვლის გუნდები ხვდებიან. უმთავრესია, აღნიშნული გუნდები ფუნქციონირებდნენ სტაციონარულ განყოფილებაში, ან უკიდურეს შემთხვევაში მჭიდროდ იყვნენ დაკავშირებული მათთან. ასევე უზრუნველყოფილი უნდა იქნას გუნდისათვის დახმარებისა და უწყვეტი განათლების მიღება. ასეთი სახის ფორმალურ თუ არაფორმალურ კავშირებს მივყავართ პაციენტებზე მზრუნველობის უწყვეტობისაკენ.
96. დღის სტაციონარები სახლში მყოფ პაციენტებს სთავაზობენ კვირაში ერთ ან რამდენიმე დღიან მზრუნველობას. ასეთი ტიპის დაწესებულებები უფრო მეტად გავრცელებულია გაერთიანებულ სამეფოში. არსებული მონაცემები გვიჩვენებენ დიდ განსხვავებას მათ ფუნქციებსა და მოქმედების მეთოდებს შორის. დღის სტაციონარის მიზანს შეიძლება წარმოადგენდეს: სიმპტომთა შეფასება; მკურნალობის სხვადასხვა ფორმების მართვა კეთილმოსურნე გარემოში; დროებითი შვების შეთავაზება პაციენტების, ნათესავებისა და მზრუნველობის პირველადი გუნდებისათვის, რაც იძლევა პაციენტის ბინაზე დატოვების და ჰოსპიტალიზების თავიდან აცილების შესაძლებლობას; ფსიქოლოგიური დახმარების უზრუნველყოფა; პაციენტებისა და მათი ნათესავების სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული დამხმარე მიდგომების გამოყენება (არტ თერაპია და სხვ.)

97. ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგ. საფრანგეთსა და ფინეთში, სამსახურები „ბინაზე ჰოსპიტალიზება“ და „საავადმყოფო ბინაზე“ მოიცავენ სამედიცინო და საექთნო მზრუნველობის ფართო სპექტრის უზრუნველყოფას ბინაზე მყოფი იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც სხვა შემთხვევაში ჰოსპიტალიზებული უნდა ყოფილიყვნენ. ასეთი მომსახურება მოიცავს საავადმყოფოსთვის დამახასიათებელ უფრო სრულყოფილ მზრუნველობას, ვიდრე ამას ჩვეულებრივ ბინაზე მოვლის გუნდების მომზადება უზრუნველყოფს. არსებობს სხვადასხვა ორგანიზაციული მოდელები, დაწყებული ბინაზე არსებული რესურსების გაუმჯობესებით, დამთავრებული ყველა საჭიროებისათვის სპეციალური გუნდის მომსახურების უზრუნველყოფით.
98. დღის სტაციონარები უმეტესად განლაგებულია სასწრაფო დახმარების კლინიკებში. კონსულტაციები ძირითადად ხორციელდება კლინიკის მობილური გუნდის მიერ, რომელიც უზრუნველყოფს სპეციალურ კონსულტაციებს ბინაზე მყოფი იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც შეუძლიათ კლინიკაში მისვლა.
99. სატელეფონო დახმარების ხაზი პროფესიონალებს სთავაზობს რჩევებს პალიატიური პაციენტების მოვლის საკითხებზე და ხელს უწყობს სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის ისეთი სამსახურების ხელმისაწვდომობას, როგორცაა მობილური გუნდები ან სტაციონარული განყოფილებები. იმ ოფიციალური კავშირების საშუალებით, რომელიც მას გააჩნია სხვა პროფესიონალებთან და ვოლონტიორებთან, ის ასევე სთავაზობს ყოველ სპეციფიკურ სიტუაციასთან დაკავშირებულ რჩევებსა და დახმარებას. ასეთი სახის დამხმარე სატელეფონო ხაზები ჩვეულებრივ ერთი რეგიონის ფარგლებში არსებული სხვადასხვა სპეციალიზებული სამსახურის თანამშრომლობის შედეგს წარმოადგენს.
100. რეგიონში მზრუნველობის უზრუნველყოფის ხარისხი დამოკიდებულია არა მარტო თითოეული სამსახურის მიერ შემოთავაზებული მზრუნველობის ხარისხზე, არამედ სამსახურებს შორის არსებულ თანამშრომლობასა და სპეციალიზებულ დაწესებულებებსა და პირველად მზრუნველებს შორის არსებულ კოორდინაციაზე. კოორდინირებული რეგიონული ქსელის სახით სამსახურების ორგანიზება აუმჯობესებს პალია-

ტიური მზრუნველობის მისაწვდომობას და ამაღლებს მზრუნველობის ხარისხსა და უწყვეტობას. (Elsey and McIntyre 1996; Mitchell and Price 2001; Schroder and Seely 1998)

101. ასეთი ქსელის მუშაობა მოითხოვს მაკოორდინირებელ ორგანოს ან პიროვნებას (აღნიშნული ფუნქცია შეიძლება შესრულებული იქნას ქსელში ჩართული სხვადასხვა სამსახურების წარმომადგენელ პროფესიონალთა ინტერდისციპლინური გუნდის, ან სტაციონარული განყოფილების მიერ), პაციენტებისათვის საჭირო სხვადასხვა დონის მზრუნველობისათვის შესაბამისი დაწესებულებების სპექტრს (სტაციონარული განყოფილებები, დროებითი საწოლები, ბინაზე ჰოსპიტალიზება, დღის სტაციონარები, ხანგრძლივი მკურნალობის საავამდყოფოები, სასწრაფო დახმარების კლინიკები), და დამაკავშირებელ სამსახურებს (მობილური კლინიკები და ბინაზე მოვლის გუნდები) (Zalot 1989). ასეთი სახის ქსელი სხვადასხვა მიზნებს ემსახურება: ახდენს რა მზრუნველობის კოორდინაციას, მას ასევე შეუძლია შეაფასოს მისი შედეგები (ჩაატაროს აუდიტი) და მოახდინოს სწავლებისა და კვლევის კოორდინაცია.

102 შეუფერხებლად მომუშავე ქსელის შემადგენელი ნაწილებია:

- მიზნებისა და ხარისხის სტანდარტების ერთობლივი დასახვა;
- მზრუნველობის ყველა დონეზე საყოველთაოდ ცნობილი, მისაწვდომობისა და ტანჯვის შემსუბუქების კრიტერიუმების გამოყენება;
- შეფასების ფართოდ აღიარებული მეთოდების გამოყენება;
- ფართოდ აღიარებული, შესაძლებლობის შემთხვევაში კლინიკურ კვლევაზე დაფუძნებული თერაპიული სტრატეგიების დანერგვა.

პოლიტიკა და ორბანიზება

103. ევროსაბჭოს მრავალი წევრი ქვეყნის მიერ ბოლო ათწლეულებში შემუშავდა პალიატიური მზრუნველობის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის შემადგენელი ნაწილის, განვითარებისა და განხორციელების ყოვლისმომცველი ეროვნული გეგმები.
104. მაგალითისათვის და არა მისი, როგორც სრულყოფილი ვარიანტის შეთავაზების სახით, გვინდა მოვიხსენიოთ სამი ასეთი სახელმწიფო.
105. ესპანეთმა შეიმუშავა პალიატიური მზრუნველობის გეგმა, რომელიც მიღებული იქნა ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის ინტერაგეიონული საბჭოს მიერ The Plan Nacional de Cuidados Paliativos; Bases Para Su Desarrollo (18 December 2000). გეგმა ითვალისწინებს უპირატესად საზოგადოებრივ დაფინანსებაზე მყოფი, საჭიროებებზე მიმართული პალიატიური მზრუნველობის შეთავაზებას; ჯანდაცვის სახვადასხვა დონეს შორის კოორდინირების ხელშეწყობას; თანასწორობის უზრუნველყოფას, ხარისხის, ეფექტურობისა და ქმედითობის გაუმჯობესებას; უფრო ზუსტად, გეგმის მიზანია ხელი შეუწყოს სხვადასხვა სექტორებს (არა ჯანდაცვის სფეროს) შორის ინტერდისციპლინურ და კოორდინირებულ მუშაობას; ყურადღების გამახვილებას პალიატიური მზრუნველობის ისეთ ყველაზე გავრცელებულ ფორმაზე, როგორცაა ბინაზე მოვლა; გაიღლიანებისა და სტანდარტების შემუშავებას; პროფესიონალებისა და ოჯახის წევრების განათლების ხელშეწყობას. განათლებასთან მიმართებაში გეგმა განასხვავებს საწყის, შუალედურ და უმაღლესი განათლების კომპეტენტურობას. ესპანური გეგმა ასევე მოიცავს მისი შეფასების მკაფიო აღწერილობას.
106. უნგრეთში, ჯანდაცვის 1997 წლის კანონი მოიცავს პალიატიური მზრუნველობის დეტალურად შემუშავებულ რეკომენდაციებს, რომელიც ოფიციალურად ანიჭებს პაციენტებს სიმპტომების მართვისა და ახლობლების გარემოცვაში ცხოვრების უფლებას. შესაძლებლობის შემთხვევაში შეთავაზებული უნდა იქნას ბინაზე მოვლა; კანონში მკაფიოდ არის აღწერილი ნათესავების დახმარების, ოჯახისა და ნათესავების სულიერი მხარდაჭერის საკითხები. უნგრეთის ჯანდაცვის სამინისტრომ და

პოსპის-პალიატიურმა ასოციაციამ დაბეჭდა და გაავრცელა პროფესიონალური სახელმძღვანელოები (გაიდლაინი).

107. 1999 წელს, ირლანდიაში, ჯანმრთელობისა და ბავშვთა სამინისტრომ დააარსა პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული საკონსულტაციო კომიტეტი, რომელმაც გამოაქვეყნა პალიატიური მზრუნველობის პოლიტიკის ასპექტების განმარტებული რეკომენდაცია, რომელიც ასევე ეხება ფინანსირებასა და საორგანიზაციო საკითხებს. აღნიშნულ რეკომენდაციაში პალიატიური მზრუნველობა სახელმწიფო დაფინანსების ცალკე სფეროდ იქნა გამოყოფილი. (National Advisory Committee on Palliative Care 2001)
108. ეროვნულ და რეგიონულ პოლიტიკასთან დაკავშირებული დოკუმენტების უმრავლესობაში დიდი ყურადღება ექცევა საზოგადოებრივ აზრს, სახელმწიფოს, პროფესიული ჯგუფებისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების როლს სიკვდილისა და გარდაცვალების ადეკვატური გაგების პოპულარიზაციისა და ინკურაბელური დაავადების შორსწასული ფორმის მქონე პაციენტებზე მზრუნველობაში. ასეთი პოლიტიკის მაგალითად ევროპის გარეთ შეიძლება ჩაითვალოს ამერიკული პროექტი „სიკვდილი ამერიკაში“, რომელიც დაფინანსებული იქნა სოროსის ფონდის მიერ, სადაც სიკვდილისა და გარდაცვალების თემა დადგა სამოქალაქო განხილვის დღის წესრიგში ისეთი სხვადასხვა საშუალების გამოყენებით, როგორცაა საზოგადოებრივი დებატები და თეატრალური წარმოდგენები.
109. პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული და რეგიონული პოლიტიკის საფუძველს პაციენტის საჭიროებათა ცოდნა წარმოადგენს. იმისათვის, რომ განავითარონ და მონიტორინგი გაუწიონ პალიატიური მზრუნველობის ეროვნულ სტრატეგიებს, ქვეყნებს ესაჭიროებათ ძირითად მონაცემთა უწყვეტი შეგროვება, მონაცემთა მინიმალური ნაკრები (მმნ), რომელიც მაგ. მოიცავს ეპიდემიოლოგიურ, პალიატიური მზრუნველობის სამსახურებით სარგებლობის ჯგუფებად დაყოფილ დეტალურ მონაცემებს, ასევე მონაცემებს სხვადასხვა რეგიონში პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების მისაწვდომობის შესახებ. მმნ ნაწილობრივ დამოკიდებულია სხვადასხვა ქვეყნის სპეციფიკურ საინფორმაციო საჭიროებაზე.

110. ზოგიერთი ქვეყნის მიერ ჩატარებული იქნა საჭიროებათა შეფასების შესწავლა. პოლანდიის მაგალითზე, ჩატარებული იქნა სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული კვლევა, რომლის ფარგლებშიც განხორციელდა შორსწასული დაავადების მქონე პაციენტთა მწვავე და ეტაპობრივი საჭიროებების განსაზღვრის მცდელობა; აღნიშნულის საფუძველზე, დაარსდა მზრუნველობისათვის აუცილებელი ტიპისა და ხარისხის დაწესებულებები. მნიშვნელოვანია ე.წ. მონაცემთა მინიმალური ნაკრების განსაზღვრის ის გამოცდილება, რომელიც გვაძლევს საჭიროებათა შეფასების ჩატარებისა და მონიტორინგისათვის საჭირო მინიმალურ მონაცემებს. (პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული საკონსულტაციო კომიტეტი, 2001 წ)
111. მიუხედავად იმისა, რომ მწირია ინფორმაცია საზოგადოების არაპრივილეგირებული წევრებისათვის პალიატიური მზრუნველობის მისაწვდომობის შესახებ, კომიტეტში არსებობს მოსაზრება, რომ უსახლკარო ადამიანებს, შემეცნებითი შეზღუდვის მქონე პირებსა და ლტოლვილებს შესაძლოა შეექმნათ სირთულეები ამ კუთხით. არსებობს მონაცემები, რომ ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლები არასამკარისად იღებენ პალიატიურ მზრუნველობას. ეს შესაძლოა გამოწვეული იყოს აღნიშნული კატეგორიის პაციენტების თავისებური დამოკიდებულებით „სიცოცხლის ბოლოს მზრუნველობისადმი“, რაც მათი კულტურის მოთხოვნებით არის განპირობებული.
112. ინკურაბელური და სიცოცხლისათვის საშიში დავადების მქონე ბავშვები განსაკუთრებულად საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას, რაც ყველაზე ხშირად სახლის პირობებში ხორციელდება; თუმცა არსებობს იმის შემამოფოთებელი მონაცემები, რომ ბავშვებისათვის პალიატიური მზრუნველობა არასაკმარისადაა მისაწვდომი (Clark 2002; Mabrouk 2001). ბავშვებს ესაჭიროებათ პედაგოგიური პროფილის ტრენინგზე მომზადებული პერსონალის (განსაკუთრებით ექთნების) მიერ განხორციელებული სპეციალური მომსახურება, რასაც თან უნდა ერთვოდეს ბინაზე მოვლა, რომელიც დაეხმარება ბავშვებსა და მათი ოჯახის წევრებს.
113. ბევრ ქვეყანაში, პალიატიური მზრუნველობა საზოგადოებისათვის უცნობია ან შეზღუდულია ისეთი ნეგატიური გაგების გამო, როგორ-

ცაა ფატალიზმი. ამან შესაძლოა გამოიწვიოს საზოგადოებრივი ყურადღების ნაკლებობა, რაც თავისთავად გამოიწვევს მაგ. მოხალისეთა ორგანიზაციებში გაწვევრიანების არასაკმარის ინტერესს. საზოგადოებრივი ინტერესის ნაკლებობამ ასევე შეიძლება გამოიწვიოს სიკვდილისა და გარდაცვალების შემდგომი მარგინალიზაცია.

114. არსებობს მონაცემები, რომლის მიხედვითაც, პალიატიური მზრუნველობის მისაწვდომობა დამოკიდებულია დაავადებაზე (ონკო პაციენტებს აქვთ მეტი მისაწვდომობა), და ასევე სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებზე. უფრო მეტიც, ზოგიერთ ქვეყანაში, ინტენსიური ტერმინალური მზრუნველობის მისაწვდომობა შემოიფარგლება მხოლოდ იმ პაციენტებით, რომელთა ლიმიტირებული სასიცოცხლო პროგნოზი დაახლოებით 3 თვეს შეადგენს. ასეთი შეზღუდვები თითქმის ყოველთვის იწვევს დიდ პრობლემებს მაშინ, როდესაც პაციენტები საწყის პროგნოზზე გაცილებით დიდხანს ცოცხლობენ და მაღალი ხარისხის პალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებენ.
115. ფარმაკოლოგიური ჩარევა წარმოადგენს სიმპტომების კონტროლის საფუძველს. ადეკვატური სამედიცინო მკურნალობის შემთხვევაში გაცილებით ადვილია ტანჯვის ისეთი ასპექტების შემსუბუქება, როგორცაა მძიმე დაავადებითა და გარდაცვალებით გამოწვეული სოციალური ცვლილებები, სულიერი საჭიროებები. თუმცა, ზოგიერთ ქვეყანაში შესაძლოა არსებობდეს მატერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფისა და ეფექტურობის პრობლემები ადგილობრივი ჯანდაცვის განყოფილებების დონეზე. ასევე ეროვნულ და ადგილობრივ დონეზე უნდა იქნას განხილული შესაბამისი ფარმაკოლოგიური მკურნალობისათვის საჭირო ფინანსური მხარდაჭერის საკითხი
116. ნარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებლების არასაკმარისი მისაწვდომობა განსაკუთრებულ შემოთვალს იწვევს მაშინ, როდესაც ეს განპირობებულია საკანონმდებლო შეზღუდვებით, როგორც სხვადასხვა ოპიოიდების გამოყენების, ასევე მათი დოზების სხვადასხვაობის რეჟიმების მიხედვით. მორფინი არის ყველაზე ხშირად გამოყენებადი ოპიოიდი. კიბოთი გამოწვეული ტკივილი ყველზე მგრძობიარეა ოპიოიდებზე, მაგრამ სხვა ანალგეზური მედიკამენტების ეფექტი დამოკიდებულია მათ დოზირებაზე, რაც ნიშნავს, რომ არ არსებობს სტანდარტული

დოზა ყველასათვის, იგი შეიძლება იცვლებოდეს დღეში ათიდან რამოდენიმე ათას მგ-მდე. (Foley 1995; Folley 1996) მისაწვდომი უნდა იყოს სხვადასხვა ოპიოიდთა გამოყენება, რამდენადაც ეფექტურობისა და გვერდითი მოვლენების მიმართ ინდივიდუალური დამოკიდებულების პირობებში შესაძლოა საჭირო გახდეს ერთი მედიკამენტის მეორეთი შეცვლა. (Indelicato and Portenoy 2002)

117. ტკივილის მართვისათვის ოპიოიდების ადეკვატურად გამოყენების შემთხვევაში არ არსებობს წამალზე დამოკიდებულების მავნე ჩვევის ჩამოყალიბების პრობლემა. ჯანმო-სა და ევროპის პალიატიური ასოციაციის მიერ (EAPC) გამოცემული იქნა ტკივილის მართვისა და მკურნალობის სახელმძღვანელო (გაიდლაინი) (Hanks et al. 2001; World Health Organization. 1990)
118. ფედერალურ, ეროვნულ და რეგიონულ გეგმებში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტების ისეთ უმცირესობათა კატეგორიებს, როგორცაა ინსტიტუციონალიზებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, ბავშვები, პათიმრები და სხვ. მათთვის ნებისმიერ დროს და არა აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს სხვადასხვა სპეციალური დაწესებულებების მისაწვდომობა, სადაც ისინი მიიღებენ მათი სპეციფიკური საჭიროებების შესაბამის მზრუნველობას.

ხარისხის გაუმჯობესება და კვლევა

ხარისხის გაუმჯობესება

119. ზოგადად, პალიატიურ მზრუნველობაში მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება არ განსხვავდება ჯანდაცვაში ხარისხის გაუმჯობესებისაგან, როგორც ეს აღწერილია ევროსაბჭოს რეკომენდაციებში R(97) 17 და მის დანართებში.
120. თუმცა პალიატიური მზრუნველობის ზოგიერთი სპეციფიკური განზომილება (პაციენტის არჩევანის უმთავრესობა; ოჯახი, როგორც მზრუნველობის ერთეული; სულიერი და ეგზისტენციალური საკითხების

მნიშვნელობა და არა პროფესიონალთა მონაწილეობა) განაპირობებს პალიატიური მზრუნველობის ხარისხის გაუმჯობესებისა და მართვის ასპექტების სპეციფიკურობას (იხ. თავი 1)

121. მთლიანობაში, სამედიცინო დარგში ერთ-ერთ მთავარ ინოვაციას მტკიცებულებაზე დამყარებული კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება წარმოადგენს. პალიატიური მზრუნველობის გაიდლაინი მრავალი ქვეყნის მიერ იქნა შემუშავებული. თუმცა, პალიატიური მზრუნველობის აღიარებული ჩარევების შედარებით სუსტი მტკიცებულებითი ბაზა საერთო სახელმძღვანელო მეთოდის შემუშავების მთავარ წინააღმდეგობას წარმოადგენდა. საბედნიეროდ, მტკიცებულებაზე დამყარებული გაიდლაინების პოპულარიზაციის ყველაზე მნიშვნელოვან საერთშორისო ორგანიზაციას, კოხრენის თანამშრომლობას (Cochrane Collaboration) გააჩნია პალიატიური მედიცინის სექცია.
122. მზრუნველობის ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება შეიძლება განისაზღვროს, როგორც შეთავაზებული მომსახურების შეფასებისა და გაუმჯობესების სისტემატიური პროცესი.
123. პალიატიურ მზრუნველობაზე სპეციალზირებულ ბევრ დაწესებულებაში ჯერ კიდევ შეზღუდულია მზრუნველობის ხარისხის შეფასების პროცედურები. ამის გამო ამ სფეროში ლიტერატურა არასრულ მონაცემებს გვთავაზობს.
124. არსებობს ხარისხის შეფასების არაადეკვატურობის მრავალი მიზეზი. სხვა საკითხებთან ერთად, ხარისხის შეფასებისათვის საჭიროა მეთოდოლოგიური უნარ-ჩვევები და ლოგარითმული რესურსები, რაც მიუწვდომელია მცირე დაწესებულებებისთვის. შეფასების პროცედურების განხორციელება მოითხოვს ხარისხის სტანდარტების განსაზღვრას, პალიატიური მზრუნველობის კონტექსტში შეფასების ისეთი მოდულების გამოყენებას, როგორცაა მულტიდისციპლინური აუდიტი და შედეგების საზომი შესაბამისი საშუალებები.



Photo: Jacob Forsell, Sweden

125. ჩატარებული შეფასება შესაძლოა მოიცავდეს იმ დემოგრაფიულ, ადმინისტრაციულ და დიაგნოსტიკურ მონაცემებს, რომელიც უზრუნველყოფს სტანდარტულ ინფორმაციას იმ პაციენტების შესახებ, რომელთაც მზრუნველობა უტარდებათ. ისინი შეიძლება წარმოადგენდნენ უფრო რთულ საზომ ერთეულებს, რომელთა გამოყენებით ხდება ხარისხის განზომილებათა შეფასება. ამჟამად მისაწვდომთან ზოგიერთი შემუშავებული და დადასტურებული იქნა სპეციალურად პალიატიური მზრუნველობის სფეროში, მაგ. დამხმარე გუნდის შეფასების განრიგი (Support Team Assessment Schedule) ედმონტონის სიმპტომთა შეფასების სისტემა (Edmonton Symptom Assessment System) ან პალიატიური მზრუნველობის შედეგთა შკალა (Palliative Care Outcome Scale). Mag (Bruera et.al.1991; earn and Higginson 1999; Higginson and McCarthy 1993)

126. აღნიშნული საზომი ერთეულები სასარგებლოა არა მარტო ხარისხის შეფასების პროცესისათვის, არამედ ყოველდღიური კლინიკური პრაქტიკისათვის. ასეთ შემთხვევაში ახალი საშუალებების გამოყენებას ჯობია არსებული და შეფასებული ხერხების გამოყენება.

127. მნიშვნელოვანია ხარისხის სტანდარტების შემუშავება და მათი გავრცელება პალიატიურ მზრუნველობაში სპეციალიზებულ ყველა დაწესებულებაში. მრავალი სამსახურისა და კლინიკური შეფასების აუდიტი დამოკიდებულია აღნიშნული სტანდარტების არსებობაზე, რომელთა შესაბამისად შესაძლებელია პრაქტიკის შეფასება. სტანდარტი არის მზრუნველობის სპეციფიკურ სფეროში არსებული „კარგი პრაქტიკის“ იდენტიფიცირება.
128. სტანდარტები შეიძლება შემუშავდეს სახელმწიფო და რეგიონულ/ადგილობრივ დონეზე. სახელმწიფო დონე უზრუნველყოფს განვითარებისა და მონიტორინგის მკაფიო სტრატეგიას, იზოგება დრო და ენერჯია. რეგიონული/ადგილობრივი დონე იძლევა ეროვნული სტანდარტების რევიონისა თუ დაწესებულებისათვის სპეციფიკურ მახასიათებლებთან მიმართებაში ადაპტაციის საშუალებას. საუკეთესო მიდგომას წარმოადგენს ამ ორი მომენტის კომბინაცია.
129. ხარისხის სტანდარტების წარდგენას, მისი მაქსიმალური დასაბუთებისა და იურიდიული ძალის უზრუნველყოფისათვის, წინ უნდა უსწრებდეს რაც შეიძლება ფართო კონსულტაციები საკითხზე მომუშავე ყველა პარტნიორთან. ზოგიერთმა ქვეყანამ შეიმუშავა სტანდარტები, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნას განხილვის საფუძვლად მათთვის, ვისაც იგი ჯერ არ გააჩნია.
130. როგორც ეს მითითებულია ჰიგინსონისა და სხვების ნაშრომში, აუდიტის ტექნიკა პალიატიური მზრუნველობის სფეროში, კერძოდ სპეციალური მულტიდისიპლინური გუნდებისათვის შეფასების განსაკუთრებული მეთოდს წარმოადგენს.
131. პაციენტსა და მის ახლობლებზე ორიენტირებული ეს მეთოდი იძლევა მომსახურების როგორც კლინიკური, ასევე არაკლინიკური ასპექტების შეფასების საშუალებას. მის მიზანს წარმოადგენს არა მარტო ხარისხის გაუმჯობესების მუდმივი კონტროლი, არამედ ანალიზის პროცესში ჩართული პროფესიონალების მომზადებაც.

132. რამდენადაც კვლევის მთავარ მიზანს წარმოადგენს (ან უნდა წარმოადგენდეს) პაციენტზე მზრუნველობის ხარისხის გაუმჯობესება, ცალკე თავის მიძღვნის ნაცვლად, აღნიშნულ საკითხს ხარისხთან მიმართებაში განვიხილავთ.
133. ადრეულ წლებში, კვლევა პალიატიური მედიცინისა და მზრუნველობის განვითარების უმთავრეს და პრიორიტეტულ ნაწილს წარმოადგენდა. პალიატიური მედიცინა ისევე უნდა იყოს დამყარებული მტკიცებულებებზე, როგორც მედიცინის სხვა სფეროები.
134. კვლევის შედეგების საფუძველზე მნიშვნელოვანი პროგრესი იქნა მიღწეული ტკივილისა და სიმპტომების მართვის სფეროში. კვლევა ასევე სწრაფად ვითარდება მედიცინისა და ჯანდაცვის სამსახურების სხვა სფეროებში, თუმცა მიმდინარე და მომავალი პრობლემები ჯერ კიდევ საჭიროებენ შემდგომ შესწავლას. პალიატიური მზრუნველობის პრაქტიკის უმეტესი ნაწილი დაფუძნებულია ეპიზოდურ და/ან ისტორიულ ფაქტებზე და არა მეცნიერულ მეთოდებსა და მტკიცებულებებზე. მიუხედავად იმისა, რომ კომიტეტის მიზანს არ წარმოადგენს მკურნალობაში შემოქმედებითი მიდგომისა და არატრადიციული მეთოდების გამოყენების მნიშვნელობის დაკნინება, იგი მიიჩნევს, რომ საჭიროა მასშტაბური კვლევების ჩატარება, რათა მოხდეს რეალურად სასარგებლოს უსარგებლოსაგან გამორჩევა.
135. პალიატიურ მზრუნველობაში კვლევის შედარებითი სიმწირე შეიძლება აიხსნას მრავალი ფაქტორით, მათ შორის იმითაც, რომ შეზღუდულია კვლევითი მუშაობა ამ ჯგუფის პაციენტებში. ჩვენ უნდა განვიხილოთ პალიატიური მზრუნველობის კვლევასთან დაკავშირებული ლოჯისტიკური, დემოგრაფიული, აკადემიური ფაქტორები და სპეციფიკური ეთიკური პრობლემები.
136. პაციენტების შერჩევა და აღნიშნულ კვლევაში მათი ჩართვა საკმაოდ რთულია პალიატიური მზრუნველობის რეალური ბუნებიდან გამომდინარე. რამდენადაც კვლევა ტარდება ჰოსპისებსა და სტაციონარულ განყოფილებებში, მათი მცირე მოცულობა აფერხებს კვლევას. უფრო

მეტიც, პაციენტები, რომელთა მდგომარეობის სტაბილურობა კვლევაში მონაწილეობის მიღების საშუალებას იძლევა, აღნიშნულ დაწესებულებებში მხოლოდ მცირე დროით რჩებიან, ხოლო ის პაციენტები, რომელთა მდგომარეობა მოითხოვს უფრო ხანგრძლივი დროით იქ დარჩენას, იმდენად მძიმეა, რომ ბევრ მათგანს არ შეუძლია იმ დამატებითი ტვირთის ატანა, რაც კვლევას ახლავს თან. ყოველივე აღნიშნულის შედეგად, მხოლოდ ზოგიერთ პაციენტს შეუძლია მიიღოს მონაწილეობა შესაბამისი კვლევის ჩატარებაში დროის საჭირო მონაკვეთში.

137. ზემოთაღნიშნულთან ერთად, არსებობს სპეციფიკური კლინიკური ფაქტორები, რომლებიც კიდევ უფრო ართულებენ კვლევას ამ სფეროში. პაციენტები უმთავრესად ასაკოვანი ადამიანები არიან, რომელთა მდგომარეობა გართულებულია რამოდენიმე ორგანოს დაზიანებით, რასაც თან ახლავს თანმდევი სიმპტომები. დაავადება არის პროგრესირებადი, სიმპტომები კი სწრაფად ცვალებადი, განსაკუთრებით ტერმინალურ სტადიაში; სასიცოცხლო ვადა შეზღუდულია და მრავალი მედიკამენტის გამოყენება ჩვეულებრივ მოვლენას წარმოადგენს.
138. აღნიშნული სხვადასხვა ფაქტორები მოითხოვენ კვლევის სრულყოფილ მეთოდოლოგიას, რომლის სქემა მაქსიმალურად იქნება მიზნებზე მორგებული. სქემა შეიძლება იყოს როგორც ხარისხობრივი, ასევე რაოდენობრივი. პალიატიურ მზრუნველობაში ფსიქოსოციალური და ემოციური საკითხების მნიშვნელობიდან გამომდინარე, უმეტესად მისაღებია ხარისხობრივი მიდგომა. საბედნიეროდ კვლევის ხარისხობრივი მეთოდები სამედიცინო მეცნიერებაში სულ უფრო მეტად აღიარებული ხდება. თუმცა, მეთოდოლოგიური ცოდნა არ არის საკმარისი ასეთი სერიოზული პრობლემის გადაჭრისათვის.
139. ბევრ ქვეყანაში პალიატიური მედიცინა და მზრუნველობა არ არის გამოყოფილი ცალკე დისციპლინად, არამედ მიჩნეულია მკურნალობის ფილოსოფიად, სადაც აქცენტი კეთდება ადამიანის პიროვნებაზე. მცირე კავშირები აკადემიურ ორგანიზაციებთან, დაბალია ამ ორგანიზაციების მიერ პალიატიური მზრუნველობის, ისევე როგორც ჯანდაცვის სხვა სფეროების პრიორიტეტულობის აღიარება. სწორედ ამ მიზეზის გამო ეროვნული კვლევითი ფონდების უმეტესობა პალიატიურ მზრუნ-

ველობას ან არ მიიჩნევს კვლევის ცაკლე სფეროდ, ან არ აღიარებს მის პრიორიტეტულობას და შესაბამისად ნაკლებადმისაწვდომს ხდის დაფინანსებას.

140. პალიატიურ მედიცინაში კვლევის შემაფერხებელ სხვა შესაძლო ბარიერებს წარმოადგენს: შეფასების ერთიანი მეთოდოლოგიის ნაკლებობა და ასეთი მეთოდოლოგიის არასაკმარისად გამოყენება. პალიატიური მედიცინის არაზუსტი განსაზღვრება; ყურადღების ნაკლებობა ფარმაკოლოგიური კომპანიების მხრიდან, გარდა მისი ისეთი ზოგიერთი მომგებიანი სექტორებისა, როგორცაა ანალგეზია; კოორდინაციის ნაკლებობა პალიატიური მზრუნველობის კვლევის სფეროში მომუშავე ცენტრებს შორის.
141. ჩატარებული იქნა კვლევა ტერმინალური პაციენტების გამოკითხვის ეთიკურ საკითხებთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით პაციენტთა იმ ჯგუფის მიმართ, რომელთაც არ აქვთ შესაძლებლობა მიიღონ მონაწილეობა გადაწყვეტილების მიღებაში (შემეცნებითი დარღვევების მაღალი მაჩვენებელი) და/ან განაცხადონ თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობა. (დამოკიდებულება იმ დაწესებულებაზე, სადაც ისინი მზრუნველობას იღებენ, გრძნობებისა და მადლიერების შესახებ). (Grande and Todd 2000; Hardy 1997; Kaasa and De Conno 2001). თუმცა, უმეტესობა აღნიშნულ პრობლემებს არ განიხილავს მხოლოდ პალიატიური მედიცინის პრობლემად და მიიჩნევს, რომ ისინი მედიცინის სხვა სფეროებშიც გვხვდება. (ჰერიატრია, ინტენსიური მკურნალობა და სხვ) შედეგად, არ არსებობს პალიატიური პაციენტების ცალკე კატეგორიად გამოყოფის აუცილებლობა და მათ მიმართ ჰელსინკის აღიარებული ეთიკური კოდექსისაგან განსხვავებული ეთიკური ნორმების გამოყენება. (Crigger 2000). პალიატიური მზრუნველობის სფეროში კვლევები უნდა შეესაბამებოდეს კლინიკური კვლევის სფეროში მიღებულ ყველა ეთიკურ ნორმებს და აღიარებული უნდა იქნას რეგიონული და ინსტიტუციური ეთიკური კომიტეტის მიერ.
142. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს კვლევითი პროექტის იმ რისკებისა და უპირატესობების შეფასებას, რომელიც შეიძლება განსხვავებოდეს დაავადების პროგრესირების სხვადასხვა სტადიაზე. მზრუნველობის ამოცანები იცვლება ტერმინალურ სტადიაზე, როდესაც

სიცოცხლის გახანგრძლივებასთან შედარებით უპირატესობა სიცოცხლის ხარისხს ენიჭება. ასეთ შემთხვევაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ისეთი ფაქტორების გათვალისწინებას, რომელთაც უმეტესად არ აქვთ ბიოლოგიური საფუძველი, მაგ. როგორიცაა პაციენტებისათვის დანიშნულების მოდიფიცირება.

143. მიუხედავად ევროპის პალიატიური მედიცინის ასოციაციის (EAPC) მცდელობისა, ხელი შეუწყოს თანამშრომლობას, ჯერ კიდევ არსებობს თანამშრომლობის ნაკლებობა ევროპის ქვეყნებში პალიატიური მზრუნველობის კვლევის სფეროში მომუშავე პროფესიონალთა შორის.

პროფესიონალთა და ვოლონტიერთა განათლება და ტრენინგები

144. პალიატიური მზრუნველობის განვითარებისათვის უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება პროფესიონალთა და საზოგადოების განათლებას. ბევრ ქვეყანაში განსაზღვრულია განათლების სამი დონე: საწყისი დონე, რომელიც უნდა მიიღოს ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალმა; შუალედური დონე, რომელიც უნდა მიიღოს პალიატიურ მედიცინაში სპეციალური კვალიფიკაციის მიღების მსურველმა პროფესიონალმა (პალიატიური მედიცინის ექსპერტის სტატუსის მიღების გარეშე) და უმაღლესი დონე მათთვის, ვისაც სურს გახდეს პალიატიური მედიცინის სპეციალისტი.
145. საბაზისო საუნივერსიტეტო კურსი პროფესიონალებისათვის არის ის პირველი პერიოდი, როდესაც სტუდენტები შეისწავლიან პალიატიურ მზრუნველობას. ბევრმა პროფესიულმა ორგანიზაციამ, როგორცაა გაერთიანებული სამეფოს ექიმთა სამეფო კოლეჯი, ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაცია, შეიმუშავა სასწავლო პროგრამები (კურიკულუმი). მიუხედავად სიმწირისა, ექიმთა საბაზო საუნივერსიტეტო გამოცდილება ნათლად მიუთითებს, რომ გამართლებულია სტუდენტებისათვის პალიატიური მზრუნველობის ასპექტების საწვლევა. ნაკლებად არის ცნობილი ინფორმაცია საექმთო და სხვა არასამედიცინო პროფესიების სტუდენტებისათვის საბაზისო სასწავლო პროგრამების ეფექტურობისა და განხორციელებადობის შესახებ.

146. პალიატიური მზრუნველობის სასწავლო პროგრამებში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია იმ ეთიკურ დილემებს, რომელთა გადაწყვეტა უწევთ როგორც პროფესიონალ, ასევე არაპროფესიონალ მომვლელებს. ასეთ პროგრამებში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა სტუდენტთა მიერ პიროვნული ღირებულებების გაცნობიერებას, მაგ. სიცოცხლის დასრულებასთან დაკავშირებულ საკითხებთან და იმ გავლენასთან მიმართებაში, რასაც იგი ახდენს მზრუნველობაზე. აღნიშნულ საკითხებთან დაკავშირებით განსაკუთრებით მისასალმებელია გულახდილობა.
147. განათლებასთან დაკავშირებულ მნიშვნელოვან ფსიქოლოგიურ ასპექტებს წარმოადგენს უსიამოვნო ამბის მიწოდება, ისეთი ფსიქოლოგიური დარღვევების დიაგნოზირება და მკურნალობა, როგორცაა წუხილი, დეპრესია და შფოთვა. ასევე სასწავლო პროგრამის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს პაციენტის შემეცნებით უნარში ცვლილების აღიარება. იგივე ეხება პაციენტისა და მისი ოჯახის დახმარების საჭიროებას.
148. განათლების მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს ისეთი სოციალური ასპექტები, როგორცაა პაციენტისა და მისი ოჯახის საცხოვრებელი პირობები, სოციალური და პრაქტიკული დახმარების არსებობა ან არარსებობა.
149. პალიატიურ მზრუნველობაში განათლების ყველაზე მნიშვნელოვან ტიპიურ საკითხებს სულიერი და კულტურული ასპექტები წარმოადგენს. სტუდენტებმა უნდა ისწავლონ პაციენტებისათვის სიცოცხლის ბოლო პერიოდში ამ საკითხების მნიშვნელობა, გაიგონ მათი საჭიროებები და გაუწიონ ადეკვატური დახმარება.
150. აღიარებს რა დადგენილ მოთხოვნებს, გუნდური მუშაობის შესაძლებლობებსა და შეზღუდვებს, სასწავლო პროგრამის ორგანიზაციული ასპექტები უკავშირდება ჯანდაცვის სისტემისა და არსებული პალიატიური სამსახურების შესახებ ცოდნას. საუნივერსიტეტო სასწავლო პროგრამა მოიცავს ყველა ზემოთჩამოთვლილ ასპექტს. მათი უმრავლესობა შეიძლება ჩართული იქნას სამედიცინო სასწავლებლების სხვა მიმდინარე პროგრამებში.

151. მრავალ ქვეყანაში პალიატიური მედიცინა ჩართულია უწყვეტი სამედიცინო განათლების (უსგ) პროგრამის საწყის დონეზე. ზოგიერთი ეროვნული ასოციაციები უზრუნველყოფენ ან მხარს უჭერენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების განათლების ასეთ კურსებს.
152. უსგ პროგრამების გარდა ზოგიერთმა ქვეყანამ განავითარა უფრო მაღალი დონის განათლება, მაგრამ მხოლოდ არასპეციალისტებისათვის (შუალედური დონე). ასეთ მაგალითს წარმოადგენს უელსის უნივერსიტეტის მიერ შემუშავებული პალიატიური მზრუნველობის დისტანციური სასწავლო კურსი და ჰოლანდიის ზოგად პრაქტიკოსთა კოლეჯის მიერ შემუშავებული ექსპერტ ზოგად პრაქტიკოსთა სატრენინგო კურსი. ასეთი სახის კურსების მიზანია მონაწილეებს საშუალება მისცეს გახდნენ პალიატიური მზრუნველობის ექსპერტები და ამავდროულად საქმიანობა განაგრძონ ძირითადი სპეციალობით. უმაღლესი დონის საუნივერსიტეტო განათლების კიდევ ერთი მაგალითია ბელგიაში, Libre de Bruxelles –ის უნივერსიტეტის მიერ აღიარებული შიდა-საუნივერსიტეტო დიპლომი. აქცენტი კეთდება მზრუნველობის უწყვეტობაზე, მკურნალობასა და პალიატიურ მზრუნველობას შორის დოგმატური საზღვრების გავლების გარეშე.
153. უფრო მაღალ დონეზე, არსებობს პალიატიური მზრუნველობის სასწავლო პროგრამები, რომლებიც ძირითადად შემუშავებულია ევროპის იმ ქვეყნებში, სადაც პალიატიური მზრუნველობა დამოუკიდებელ სპეციალობად არის აღიარებული.

კომუნიკაცია

154. კარგი საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევები პალიატიური მზრუნველობის უმთავრესი ნაწილია და არ არის სპეციფიკურად დამახასიათებელი პალიატიური მზრუნველობისათვის. ჩივილი არასათანადო მზრუნველობის შესახებ უფრო ხშირად გამოწვეულია არაეფექტური კომუნიკაციით და არა მკურნალობის დაბალი დონით. კომუნიკაცია მოიცავს უფრო მეტს, ვიდრე უბრალოდ ინფორმაციის მიწოდებას. ეს არის პროცესი, რომელშიც ჩართულია მრავალი ადამიანი და რომლის ამოცანები მოიცავს ინფორმაციის გაცვლას, ურთიერთგაგებასა და დახმარებას,

როული და ზოგჯერ მტკივნეული საკითხების განხილვას და ამ საკითხებით გამოწვეული ემოციური სტრესის განაწილებას. სხვათა წუხილის გაზიარება ასევე მოიცავს ღროს, პასუხისმგებლობასა და გულწრფელ სურვილს. ნაწილობრივ, ეს ეხება პასუხის გაცემას, უფრო მეტად კი ტკივილის შემსუბუქებასა და პიროვნების გვერდით ყოფნას მაშინ, როდესაც პასუხი არ არსებობს. კომუნიკაცია არ არის „დამატებითი მომსახურება“, იგი ჯანდაცვის სასიცოცხლო, განუყოფელ და აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენს. ტრადიციულად, ბევრი საუნივერსიტეტო კურსი არ მოიცავს კომუნიკაციის საკითხებს. დღეისათვის აღიარებულია ამ დეფიციტის არსებობა და კურიკულუმების უმეტესობაში ყურადღება მახვილდება კომუნიკაციის საკითხებზე.

155. კომუნიკაცია არ მოიცავს მხოლოდ ჯანდაცვის პროფესიონალსა და პაციენტს. ის მოიცავს კომუნიკაციას ჯანდაცვის პროფესიონალსა და ოჯახს, პაციენტთა და მათ ოჯახებს (ან პაციენტისათვის მნიშვნელოვან ახლობლებს) შორის და კომინიკაციას ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის სხვადასხვა დაწესებულებაში. ყველა ამ მხარეს შორის ეფექტური და სწრაფი კომუნიკაციის ფასილიტაცია მოითხოვს შემდეგ ელემენტებს:

- ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალის განათლებასა და ტრენინგებს კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების საკითხებზე;
- ჰოსპისები და კლინიკები უნდა უზრუნველყოფდნენ პაციენტებისა და მათი ოჯახების პირადი შეხვედრებისათვის შესაფერის ფართს;
- ჯანდაცვის პროფესიონალებს უნდა ქონდეთ ყოველკვირეული განრიგი პაციენტებთან და მათ ოჯახის წევრებთან, ასევე ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან შეხვედრებისათვის.
- ჯანდაცვის პროფესიონალებისათვის მისაწვდომი უნდა იყოს თანამედროვე ტექნოლოგიები.



Photo: Maciej Kluziak, Poland

კომუნიკაცია პაციენტებსა და ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის

156. ავადმყოფობის ტიპური პროცესის განმავლობაში პაციენტს ჯანდაცვის მრავალ პროფესიონალთან უხდება შეხვედრა. ყოველი ასეთი შეხვედრა იძლევა კომუნიკაციის შესაძლებლობას. კომუნიკაციის ნაწილი ხდება მეტყველებით, უმეტესი ნაწილი კი არავერბალურია. ზოგადად, პაციენტები მოითხოვენ გულახდილ, მისაწვდომ და თანმიმდევრულ ინფორმაციას მათი დაავადებისა და შესაძლო გართულებების შესახებ. არცთუ იშვიათად, ჯანდაცვის პროფესიონალები და ოჯახის წევრები პაციენტისათვის იმედის შენარჩუნების მიზნით მას არასწორ ინფორმაციას აწვდიან. ასეთი „კეთილი განზრახვის სტრატეგიამ“ შესაძლოა გამოიწვიოს სირთულეები, რამდენადაც დაავადება პროგრესირებს. ცუდი ახალი ამბავი ყოველთვის ცუდი ამბავია, თუმცა მისი მიწოდების მეთოდები და ის, თუ რამდენად გრძნობს პაციენტი მხარდაჭერასა და გაგებას, მნიშვნელოვნად განაპირობებს მის შეგუებას ახალ რეალობასთან.

157. უფრო მეტიც, არსებობს მკაფიო ემოციური, ფსიქოლოგიური შეზღუდვები, თუ რა დოზით შეიძლება იქნას მიწოდებული შემაშფოთებელი ინფორმაცია ერთი საუბრის დროს: ცუდი ამბის გაგებით მიღებული ემოციური დარტყმის გამო, შემდგომი ინფორმაცია ჩვეულებრივ ვეღარ აღიქმება. ამიტომ ინფორმაციის დანაწევრება, პაციენტისა და მისი ოჯახისათვის ცუდი ამბის გასააზრებლად დროის მიცემა, უმთავრეს მომენტად არის აღიარებული. დადასტურებულია ცუდი ახალი ამბის გამხელის არსებული საფეხურებრივი ეტიკეტის (მაგ. Buckman in 3) ეფექტურობა.

158. როგორც წესი, პაციენტებს დაავადების, მკურნალობისა და პროგნოზის შესახებ ასეთი სახის ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს მგრძობიარე, თანადგომითი და გულახდილი ფორმით. პაციენტის დამოუკიდებლობა და ღირსებასთან მიმართებაში სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს მისთვის აუცილებელი ინფორმაციის მიწოდებას, რათა მან შეძლოს ინფორმირებული არჩევანის გაკეთება. აღნიშნულ პროცესზე შეიძლება გარკვეული გავლენა იქონიოს კულტურულმა გარემომ იმ გაგებით, რომ ზოგიერთმა პაციენტმა, ანიჭებს რა ინფორმაციის სისრულეს ნაკლებ მნიშვნელობას, შესაძლოა მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილების მიღება სხვას მიანდოს.

159. პალიატიურ მზრუნველობაში კომუნიკაციას განსაკუთრებით შეეცნებოდა დარღვევები ართულებს. ამდენად შეეცნებოდა დარღვევების შესაძლო ცვალებადობის მხედველობაში მიღება და მისი ხარისხის შეფასება მეტად მნიშვნელოვანია.

კომუნიკაცია პაციენტსა და ოჯახის წევრებს შორის

160. პალიატიური მზრუნველობის დაწესებულებებში პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები ხშირად სტრესის ქვეშ იმყოფებიან. არცთუ იშვიათად, მხარეებს შორის კომუნიკაცია ძალიან მცირეა, თუკი ის საერთოდ არსებობს. ასეთ შემთხვევებში ხშირია გაუგებრობისა და წყენის მომენტები. პიროვნებას შეიძლება მიაჩნდეს, რომ მზრუნველობის ტვირთი არასამართლიანია. შესაძლოა ამოტივტივდეს ძველი ჯიბრი და შური, რამაც სიტუაციაზე კონტროლის დაკარგვა გამოიწვიოს.

161. ჯანდაცვის პროფესიონალებს ეკისრებათ ასეთი ფუნქციონის გამოვლენისა და საპასუხო რეაქციის გამოხატვის მოვალეობა. უკიდურეს შემთხვევაში მათ უნდა მოახდინონ ინფორმაციის გაზიარების ფაქტის მოდელირება, რათა პიროვნებებს შეეძლოთ იყვნენ გულახდილნი თავისთავთან და სხვებთან საკუთარ გრძნობებსა და ემოციებთან მიმართებაში. ერთ საოჯახო შეხვედრას შეუძლია შეცვალოს და გადაარჩინოს ისეთი სიტუაციაც კი, რომელიც სხვა შემთხვევაში სწრაფად გადაიზრდებოდა სიბრაზის, სიმწარისა და წყენის ნაზავში.
162. ყურადღება უნდა დაეთმოს ბავშვებისა და მოზარდთა განსაკუთრებულ საჭიროებებს. მჭიდრო ოჯახურ სიტუაციებში, ბავშვები ხშირად გარიყული არიან პროცესიდან თუმცა კეთილი განზრახვით, მაგრამ არასწორი მცდელობით „დაიცვან“ ისინი. ისევე როგორც უფროსებს, ბავშვებს სჭირდებათ, რომ მათი ესმოდეთ, უგებდნენ და ქონდეთ შესაძლებლობა ჩართული იყვნენ მიმდინარე პროცესებში.

კომუნიკაცია ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის

163. ერთ პაციენტზე მზრუნველობაში შესაძლოა სხვადასხვა სფეროსა და დაწესებულებაში მომუშავე ჯანდაცვის პროფესიონალები მონაწილეობდნენ. შესაბამისად, აუცილებელია ინფორმაციის სწრაფი და ადეკვატური გაცვლა. დროის სიმცირის გარდა კომუნიკაციის პრობლემას წარმოადგენს მოვალეობათა განაწილება, მზრუნველობის სხვადასხვა ფილოსოფიისა და ბარიერების არსებობა. ისევე როგორც ოჯახში, საქმე არ ეხება მხოლოდ ინფორმაციის გაცვლას. აუცილებელია სხვათა შეხედულებების გაზიარება, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მკურნალობის სტრატეგიების შესახებ განსხვავებული მოსაზრებები არსებობს. ასეთ შემთხვევებში, ურთიერთგაგების, პოზიციის შეჯერებისა და პაციენტისათვის საუკეთესო სერვისის შეთავაზების შესაძლებლობას ფაქტთან დაკავშირებული აზრთა გაცვლა იძლევა. რეკომენდებულია აზრთა ღია ურთიერთგაცვლა გარეშე ფასილიტატორის მონაწილეობით. შემდგომი ინფორმაციისათვის იხ. შემდეგი თავი.

ბუნდები, ბუნდური მუშაობა და დახვეწა

164. დაავადების შორსწასული ფორმის მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ხშირად გართულებული პრობლემების გათვალისწინებით ზოგადი და სპეციალიზებული მზრუნველობა უმეტეს შემთხვევაში უნდა ხორციელდებოდეს ინტერდისციპლინური გუნდის მიერ, რომლის მიზანია მზრუნველობის უზრუნველყოფა ინტერდისციპლინური, გუნდური მიდგომით, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი მხარდაჭერისა და შესაბამისი უნარ-ჩვევების შეჯერებით. ეს არ არის მხოლოდ პალიატიური მზრუნველობისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური საკითხი: კომპლექსური მზრუნველობის ყველა ფორმა, როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკულ შემთხვევებში, მოითხოვს მულტიდისციპლინურ გუნდურ მუშაობას. თუმცა პალიატიურ მზრუნველობაში გუნდურ მუშაობას რამოდენიმე განსაკუთრებული მახასიათებელი აქვს: არაპროფესიონალთა, მოხალისეთა (ვოლონტიერთა) და ოჯახის წევრების ჩართვა; მომვლელებზე ზრუნვის საჭიროება; სულიერი და ემოციური საკითხების მნიშვნელობა. (Cummings 1998) მიუხედავად იმისა, რომ მტკიცებულება ჯერ კიდევ არასრულია, არსებობს მაჩვენებლები, რომლებიც პალიატიურ მზრუნველობაში პაციენტისათვის გუნდური მუშაობის უპირატესობას ადასტურებენ.
165. გუნდის მოცულობა მოქნილია და შესაძლოა იცვლებოდეს პაციენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე. ასე მაგ. გუნდის მინიმალური შემადგენლობაში შედიან ოჯახის ექიმი და უბნის ექთანი, მაგრამ ჩვეულებრივ, გუნდში ასევე შედიან სოციალური მუშაკები, ფსიქოლოგები და მოხალისეები (ვოლონტიერები). უდავოა, რომ ყველა აღნიშნულ პროფესიონალსა და ვოლონტიერებს შესაძლებლობა უნდა ქონდეთ მონაწილეობა მიიღონ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. თუმცა ჯერ კიდევ საკამათოა საკითხი, ითვლებიან თუ არა ოჯახის წევრები გუნდის წევრებად. ის ფაქტი, რომ ოჯახის წევრები უმეტეს შემთხვევაში ხანგრძლივად არიან ჩართული მზრუნველობაში, ამის სასარგებლოდ მტკიცებებს, ხოლო ის, რომ ისინი ასევე წარმოადგენენ „ზრუნვის ობიექტს“, საპირისპიროს ამტკიცებს.
166. ხშირად კეთდება განსხვავება ინტერდისციპლინურ და მულტიდისციპლინურ გუნდებს შორის. პირველი ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებს

პროფესიულ განსახვავებულობას, ვიდრე უკანასკნელი — ძირითადად მზრუნველობას უზრუნველყოფს მთელი გუნდი, ისე რომ დავალებები ყოველთვის არ არის განაწილებული პროფესიების მიხედვით. ინტერდისციპლინურ გუნდში ლიდერობა დამოკიდებულია არსებულ ამოცანაზე და არა პროფესიულ იერარქიაზე, როგორც ეს მულტიდისციპლინური გუნდის დროს ხდება. ზოგიერთი ავტორი მკაფიო უპირატესობას ანიჭებს ინტერდისციპლინურ გუნდს. კომიტეტს ამ საკითხთან დაკავშირებით არ გააჩნია ერთიანი რეკომენდაცია და მიაჩნია, რომ გუნდის ტიპის შესახებ გადაწყვეტილება მიღებული უნდა იქნას ადგილობრივი სიტუაციისა და გადასაწყვეტი პრობლემის საფუძველზე.

167. მიუხედავად იმისა, რომ არ ჩატარებულა არანაირი კვლევა ექიმის ხელმძღვანელობით მომუშავე და სხვა გუნდებს შორის განსხვავების გამოსავლენად, კომიტეტს მიაჩნია, რომ სპეციალური გუნდის ერთ წევრს მაინც უნდა ქონდეს გავლილი ტრენინგი და იყოს პალიატიური მზრუნველობის აღიარებული სპეციალისტი.

168. აღიარებულია რა პაციენტებისათვის გუნდის სხვადასხვა წევრის მიერ ერთი და იგივე ინფორმაციის მიწოდების აუცილებელებლობა, კომუნიკაცია გუნდური მუშაობის მნიშვნელოვან ასპექტის წარმოადგენს. გუნდები შეიმუშავენ კომუნიკაციის გამჭვირვალე არხებს ისე, რომ უზრუნველყოფილი იქნას გუნდის ყველა წევრის მიერ მზრუნველობის პროცესში წვლილის შეტანის შესაძლებლობა და ამ პროცესის მიმდინარეობის შესახებ მათი დროული ინფორმირება.

მზრუნველობის დაგეგმვა და წინასწარი ღირექტივები

169. პალიატიური მზრუნველობის ხარისხი მნიშვნელოვნად უმჯობესდება მაშინ, როდესაც მისი წინასწარი დაგეგმვა ხდება. (Cummings 1998) მზრუნველობის გეგმაში მითითებულია არა მარტო მნიშვნელოვანი და მოსალოდნელი სიმპტომები, არამედ არსებული და შესაძლო ფსიქოლოგიური და სულიერი პრობლემები. თუ ეს კეთდება სისტემატიურად და უწყვეტად, შესაძლებელია არასასურველი კრიზისისა და საავადმყოფოში გადაყვანის თავიდან აცილება.

170. მზრუნველობის წინასწარი დაგეგმვა ჩვეულებრივ მოიცავს წინასწარ

ღირექტივებს სიცოცხლის ბოლო პერიოდთან დაკავშირებულ სამედიცინო ხასიათის გადაწყვეტილებებთან: უსარგებლო მკურნალობის შეწყვეტა, სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემამცირებელი ტკივილისა და სიმპტომთა მართვა, სიცოცხლის ბოლოს ტკივილგაყუჩება; პაციენტის მიერ საკითხის წამოჭრის შემთხვევაში, ექიმები მზად უნდა იყვნენ განმარტონ თავიანთი მოსაზრებები ექიმის დახმარებით გარდაცვალების შესახებ (დახმარება თვითმკვლელობაში, ეფტანაზია). დეტალური განხილვისა და საკითხთან დაკავშირებით ევროპის საბჭოს რეკომენდაციებისათვის, მკითხველი უნდა გაეცნოს ევროპის საბჭოს 1999 წლის 21 მაისის №8421 ლოკუმენტს ადამიანის უფლებების, ტერმინალური და მომაკვდავი პაციენტების ღირსების დაცვის შესახებ.

171. წარმოდგენილი მემორანდუმის კონტექსტში საკმარისია ხაზი გაესვას, რომ მიუხედავად ექიმებს შორის ამგვარი გადაწყვეტილების ეთიკური შეფასების სხვადასხვაობისა, არსებობს ერთი საერთო მოსაზრება, რომ პროფესიონალ მზრუნველებს უნდა შეეძლოთ პაციენტთან ღია დიალოგის წარმოება. (Quill 1996) ასეთი გახსნილი დიალოგი ზოგიერთ შემთხვევაში თავიდან აგვაცილებს ექიმის დახმარებით სიკვდილის მოთხოვნას. მნიშვნელოვანია ექიმს მიღებული ქონდეს შესაფერისი განათლება სიცოცხლის ბოლოს პაციენტზე მზრუნველობის ეთიკურ დილემებთან დაკავშირებით, რათა მან შეძლოს გაიაზროს და შესაფერისი წესით პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებთან განიხილოს კარგად ჩამოყალიბებული მოსაზრება. ეთიკური დილემები განსაკუთრებით მაშინ წარმოიშვება, როდესაც პაციენტს ჯიუტად სურს სიკვდილი, თუმცა პალიატიური მზრუნველობის შესაძლებლობები ჯერ კიდევ არ არის ამოწურული. უფრო ხშირად კი დილემები აღმოცენდება მაშინ, როდესაც პალიატიური მზრუნველობა, მაგ. მორფინის მაღალი დოზებით ტკივილის მართვა, იწვევს ან შესაძლოა გამოიწვიოს სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირების (ან განგრძობის) ეფექტი.

172. მართვის გეგმების შემუშავებასა და მონიტორინგში პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ჩართვას აშკარა ეთიკური უპირატესობა აქვს. გარდა ამისა არსებობს მტკიცებულებები, რომ აღნიშნულს დადებითი წვლილი შეაქვს მზრუნველობის ხარისხის გაუმჯობესებაში.

173. პროფესიონალები და არაპროფესიონალები პალიატიურ მზრუნველობას

სხვადასხვა თანაფარდობით აფასებენ როგორც სასარგებლოსა და აუცილებელს. არც ის არის გასაკვირი, რომ ლიტერატურაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ისეთ თემას, როგორცაა „მზრუნველობა მზრუნველებზე“. თუმცა ოკუპაციური ჯანმრთელობის თვალსაზრისით არ არსებობს ჩამოყალიბებული მტკიცებულება, თუ მზრუნველობის რომელი მოდელია საუკეთესო. ეჭვგარეშეა, რომ მზრუნველები რაიმე ფორმით უნდა იღებდნენ ყურადღებას. მზრუნველთა გადაღლის თავიდან ასაცილებლად მათი მძიმე ტვირთის საკითხი სისტემატიურად უნდა იქნას განხილული გუნდის შეკრებაზე. აღნიშნული ეხება არა მარტო ოჯახის წევრებს, არამედ მათაც, ვისთვისაც მზრუნველობა არის პროფესიონალური და სისტემატიური საქმიანობა. ოჯახის დახმარებისა და კრიზისული სიტუაციების თავიდან ასაცილებლად სასარგებლო იქნება ოჯახური შეხვედრები პაციენტისა და ერთი-ორი პროფესიონალი მზრუნველის მონაწილეობით.

174. ქამინგსი აღწერს გუნდური მუშაობის მნიშვნელოვან, თუმცა ხშირად მივიწყებულ ასპექტებს: (Cummings 1998) გუნდებს, განსაკუთრებით კი პალიატიური მზრუნველობის გუნდებს გააჩნიათ ისეთივე სასიცოცხლო ციკლი, როგორც ყველა ინდივიდს: პირველი ფაზა - იდეალისტური ენთუზიაზმი, რომელსაც თანამშრომლობა და ქარიზმატული ლიდერობა ახასიათებს; მეორე ფაზა - მართვის კომპონენტების გაძლიერება, სადაც ინიციატორები აწყდებიან გუნდში საკუთარი ადგილის გააზრებასთან დაკავშირებულ სირთულეებს და მესამე ფაზა - როდესაც არსებობს იდეალიზმისა და პრაგმატიზმის კომბინაცია.

ვოლონტიორები

175. წარმოდგენილ მემორანდუმში სასარგებლო იქნებოდა განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება ვოლონტიორებზე, მზრუნველთა იმ კატეგორიაზე, რომელიც გარკვეულწილად სპეციფიკურია პალიატიური მზრუნველობისათვის. ვოლონტიორებს პალიატიურ მზრუნველობაში მნიშვნელოვანი, თუმცა ხშირ შემთხვევაში არასათანადოდ დაფასებული როლი ენიჭებათ. მათ შეუძლიათ პაციენტს შესთავაზონ „მოსმენის მზადყოფნა“. არ გააჩნიათ რა პროფესიონალური მოვალეობები, ისინი თავს სრულად უძღვნიან პაციენტებს, რომელთაც ხშირად ესაჭიროებათ

საკუთარი ტანჯვის ვინმესთვის გაზიარება. მესამე პირის არსებობა, (რომლის ნდობაც ადვილია) პაციენტს საშუალებას აძლევს თავი შეიგრძნოს და აღიქვას სხვებთან თანაბარ პირობებში მყოფ, ჯერ კიდევ საზოგადოების წევრად.

176. ვოლონტიორთა სხვა მნიშვნელოვანი ამოცანა შეიძლება იყოს ოჯახის წევრების დროებით გამოთავისუფლება ავადმყოფზე მზრუნველობისაგან (რაც ხშირად ამცირებს მათში დანაშაულის გრძნობას), მათი ემოციების გაზიარება, ხოლო პაციენტის გარდაცვალების შემთხვევაში მათი დახმარება და საზრუნავის შემსუბუქება.
177. შეუძლიათ რა დამხმარე პირების ჩართვა მზრუნველობის პროცესში, ვოლონტიორებს მნიშვნელოვანი ფუნქცია ენიჭებათ პროფესიონალი მზრუნველებისათვის. ისინი პროფესიონალებს საშუალებას აძლევენ გამონახონ დრო სხვა საქმიანობისათვისაც. პროფესიონალ მზრუნველებს ვოლონტიორების დახმარებით ასევე შეუძლიათ პაციენტისაგან ახალი ინფორმაციის მიღება.
178. საიმედო პარტნიორობისათვის უნდა ხდებოდეს ვოლონტიორების მომზადება, მონიტორინგი და ასოციაციის მიერ მათი დამტკიცება. არ არის საკმარისი მხოლოდ დახმარების სურვილი, მნიშვნელოვანია გულდასმით შერჩეული პერსონალის მომზადება.
179. ვოლონტიორი დამხმარეები ქმნიან კოორდინატორის პასუხისმგებლობით მომუშავე გუნდს, რომელიც მზრუნველებსა და ვოლონტიორ დამხმარეთა შორის დამაკავშირებელი რგოლის ფუნქციას ასრულებს. მათზე ზედამხედველობა წარმოებს დამხმარე ჯგუფის კონტექსტში.
180. ვოლონტიორთა ასოციაციები უზრუნველყოფენ საავადმყოფოებში ვოლონტიორთა საჭირო სტრუქტურის ჩამოყალიბებას. ასევე ღიღია მათი მნიშვნელობა ბინაზე მოვლის პირობებში ვოლონტიორთა დახმარების ორგანიზებისათვის.
181. ინტერდისციპლინურ გუნდში, ვოლონტიორები არ იკავებენ სხვის ადგილს; შეაქვთ რა საკუთარი განსაკუთრებული წვლილი გუნდის მუშაობაში, ისინი ავსებენ სხვათა მუშაობას და არ იჭრებიან მათ

ფუნქციებში. მკაფიოდ უნდა იყოს განსაზღვრული მათი როლი და ამოცანები. ჯანდაცვის ამ არაპროფესიონალთა გვერდით პროფესიონალი მზრუნველები და ადმინისტრატორები თავს მაქსიმალურად კომფორტულად უნდა გრძნობდნენ.

182. ბელგიაში, 1991 წლის სამეფო დადგენილებით ნებადართული იქნა პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციებისა და ამ სფეროში მომუშავე სხვადასხვა ორგანიზაციების ფინანსური დახმარება.

183. იმ ასაკში, როდესაც სიკვდილის თემას ტაბუ ედება, პროფესიონალ მზრუნველებთან ერთად განსაკუთრებული სიმბოლური მნიშვნელობა ენიჭება ვოლონტიორ დამხმარეებს. მათი პიროვნული მოვალეობების გარდა, ისინი მომაკვდავი ადამიანის გარემო საზოგადოებას წარმოადგენენ.

მძიმე დანაკარგი

184. დახმარება ახლობლის გარდაცვალებით გამოწვეული მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში, სპეციალურ ლიტერატურაში პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების ერთ-ერთ მთავრ საკითხად არის მიჩნეული. როგორც სამსახური, იგი მისაწვდომი უნდა იყოს ყველა იმ დაწესებულებაში, სადაც პალიატიური მზრუნველობა ხორციელდება: სპეციალური პალიატიური მზრუნველობის დაწესებულებები, კლინიკები და სათემო საავადმყოფოები, ბინაზე მოვლის პირობებში. ამას ორი მიზეზი აქვს. ერთის მხრივ, მძიმე დანაკარგის შეგრძნება ჩვეულებრივ პაციენტის გარდაცვალებამდე გაცილებით ადრე იწყება, რადგან დაავადების პალიატიური ფაზა პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისათვის დანაკარგის მზარდ შეგრძნებას წარმოადგენს. მეორეს მხრივ, პალიატიური მზრუნველობის პროფესიონალები ოჯახს განიხილავენ როგორც „მზრუნველობის ობიექტს“, რის ლოგიკურ აუცილებელ გაგრძელებასაც წარმოადგენს ოჯახთან ურთიერთობა პაციენტის გარდაცვალების შემდგომ. (Doyle, Hanks and MacDonald 1998)

185. მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში დამხმარე სამსახურის მიზანია მხარი

დაუჭიროს პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს, რათა გაუმკლავდნენ ავადმყოფობისა და გარდაცვალების პერიოდში ახლობლის დაკარგვით გამოწვეულ მრავალ პრობლემას. ასეთი სამსახურები უნდა ეფუძნებოდნენ მრავალ ფაქტორს, მათ შორის: ინდივიდუალურ შეფასებას, მწუხარების სიძლიერეს, პრობლემასთან გამკლავების უნარს და თითოეული ოჯახის სპეციფიკურ საჭიროებებს. მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში დახმარების ეფექტურობა დადასტურებულია პროფესიონალური სამსახურებისა და პროფესიონალთა მხარდაჭერით განხორციელებული ვოლონტიორული სამსახურების მუშაობაზე ჩატარებულ მრავალ კვლევაში. აღნიშნული კვლევების ანალიზის საფუძველზე პარქისი აკეთებს დასკვნას, რომ მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში დამხმარე სამსახურებს შეუძლიათ დანაკარგით გამოწვეული ფსიქიატრიული და ფსიქოსომატური დარღვევების რისკის შემცირება. (Parkes 1980)

186. მწუხარების და მძიმე დანაკარგის საკითხებზე ზრუნვა პალიატიური მზრუნველობის მთელი პროცესის განმავლობაში უწყვეტად უნდა ხორციელდებოდეს. ოჯახის წევრი თავს გაცილებით ადვილად ართმევს მწუხარებას, თუ იგი გრძნობს, რომ მისთვის ახლობელი ადამიანი იღებს კარგ მზრუნველობას, აქვს შესაძლებლობა გამოხატოს საკუთარი წუხილი და მიიღოს დახმარება. შესაბამისად, მათ, ვისაც სერიოზული ეჭვი შეაქვთ მზრუნველობის სრულყოფილებაში, მწუხარების გამოხატვის უფრო გართულებული და ხანგრძლივი რეაქცია ახასიათებთ.
187. ოჯახის მხარდაჭერა მოიცავს ავადმყოფობისა და მძიმე დანაკარგით გამოწვეულ პერიოდებში დახმარებას. ფაქტიურად, დახმარების ეს ორი ფორმა მჭიდროდ არის დაკავშირებული ერთმანეთთან: ახლობელი ადამიანის გარდაცვალებამდე ყოველივე განცდილი, პიროვნებას მომავალში მწუხარებასთან გამკლავებაში ეხმარება. ახლობლის დაკარგვისათვის მზადება უკვე არის მწუხარების პროცესის ნაწილი. დახმარების გაწევა შეიძლება ხდებოდეს ახლობლის გადაცვალებამდე, გარდაცვალების პროცესში და მის შემდგომ. ეს არის ერთიანი, სრული პროცესი და შეიძლება გრძელდებოდეს რამოდენიმე საათი ან თვე. პროფესიონალ მზრუნველებს სხვადასხვა გზით შეუძლიათ დახმარების აღმოჩენა: მათ შეუძლიათ დაეხმარონ ოჯახის წევრებს საკუთარი გრძობების უფრო

მკაფიოდ განსაზღვრასა და გამოხატვაში. (ამბივალენტურობა, დანაშაულის შეგრძნება, ფრუსტრაცია და ა.შ.) ამგვარი მოქმედებით გუნდს შეუძლია გადაუჭრელი ან კონფლიქტური სიტუაციების განმუხტვა. მზრუნველობის გუნდები ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ გარდაცვლილის სურვილებთან დაკავშირებული ფორმალური მხარეებისა და დაკრძალვის საკითხების ორგანიზებაში.

188. ახლობლის გარდაცვალების შემდგომი პერიოდის წინასწარი გააზრება და მისთვის მზადება, მძიმე დანაკარგის პროცესის წინათგრძნობად შეიძლება იქნას მიჩნეული.
189. ემოციების მოთოკვა კიდევ უფრო ართულებს მწუხარებას, მათი დაუფარავი გამოხატვა კი ამ პროცესს აადვილებს. ამისათვის კი მთავარია შესაბამისი დროისა და ადგილის შეთავაზება.
190. მწუხარების პროცესში ახლობლებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოს, რომელსაც მას შეუქმნის გუნდი და რომელიც გაჰყვება მომავალში. მძიმე დანაკარგი ხშირად ახლობლებში სიცარიელის შეგრძნებას ტოვებს. აღამიანი თავს მართოსულად, იზოლირებულად გრძნობს და არ შეუძლია ახალ სიტუაციასთან შეგუება. ოჯახის წევრებისა და მეგობრების დახმარება არასაკმარისია; სოციალურ სტრუქტურებს დახმარების აღმოჩენა არ ძალუძთ. პალიატიური სამსახურის მიერ შემოთავაზებულ სპეციალურ სამსახურს შეუძლია შეავსოს ეს ბზარი მზრუნველობის ახალი ფორმებით: ხსოვნისადმი მიძღვნილი ცერემონია, კორესპოდენციის წარმოება, სატელეფონო დახმარება, ინდივიდუალური საუბრები და დამხმარე ჯგუფები. მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში, დამხმარე სამსახური განსაკუთრებით ყურადღებით უნდა იყოს ბავშვებისა და მოზარდების მიმართ, რომელთაც მწუხარების უფროსებისაგან განსხვავებული აღქმა და შეგუება ახასიათებთ. ასევე მნიშვნელობა ენიჭება კულტურულ განსხვავებულობას.
191. მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში დამხმარე სამსახურების მუშაობის ეფექტურობის დამადასტურებელი მეთოდური მტკიცებულება არასაკმარისია. აღნიშნული სამსახურების მართვასა და კოორდინაციას ახდენენ შესაფერისი რანგისა და კვალიფიკაციის მქონე პროფესიონალები. სპეციალურად მომზადებული ვოლონტიორები, რომელთაც მიღებული

აქვთ ცოდნა მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში დახმარების საკითხებში, ასევე მუშაობენ პროფესიონალთა ხელმძღვანელობით.

მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში დახმარების დონე

192. მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში დახმარების სამი დონე შეიძლება გამოიყოს (Worden 1999)

პირველი დონე - მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში ძირითადი დახმარება, რომელსაც პროფესიონალთა ხელმძღვანელობით ახორციელებენ მაღალ დონეზე მომზადებული პერსონალი და ვოლონტიორები. ეს არ არის კონსულტირება, თუმცა მომზადებული ვოლონტიორები ასევე გამოიყენებენ შესაბამის საკონსულტაციო უნარ-ჩვევებსაც. აღნიშნული განსაკუთრებით ღირებულია მათთვის, ვინც მოკლებულია სოციალურ დახმარებას და თავს დახმარების პოტენციური წყაროებიდან იზოლირებულად გრძნობს. დახმარების აღნიშნული დონე აკმაყოფილებს მათ უმრავლესობას, ვისაც მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში დახმარება ესაჭიროება.

მეორე დონე - საკონსულტაციო დახმარება, რომელსაც სეციალურ პალიატიურ სამსახურებთან ან თემთან არსებული შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე პერსონალი ახორციელებს. ასეთი კონსულტაციები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მათთვის, ვისი მდგომარეობაც გართულებულია დამატებითი სტრესითა და მწუხარებასთან გამკლავების არაადეკვატური დამოკიდებულებით.

მესამე დონე - მოიცავს უფრო ინტენსიურ ფსიქოთერაპიას, როდესაც საჭირო ხდება სპეციალისტისათვის მიმართვა. ასეთი საჭიროება შეიძლება აღმოცენდეს იმ სიტუაციებში, როდესაც დანაკარგი დისფუნქციური ქცევის ღრმა შრეებს ან უფრო ღრმა ემოციონალურ კრიზისს იწვევს.

193. ზემოთაღნიშნული სამივე დონე გულისხმობს რისკის შეფასებას, რომელიც გამოიყენება პიროვნებასთან ან ოჯახთან საუბრის დროს, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში მზრუნველობის ყველაზე შესაფერისი დონის განსაზღვრისათვის.



Photo: Mihai Eröss, Romania

ბანმარტახითი ლექსიკონი:

ზრუნვა მზრუნველებზე - პალიატიური მზრუნველობის აქტივობა, რომელიც უკავშირდება მომაკვდავი პიროვნების მოვლასთან დაკავშირებულ სირთულეებსა და ბარიერებს. ასევე მოიცავს დახმარებას მძიმე დანაკარგის (ახლობლის დაკარგვით გამოწვეული) შემთხვევაში.

მზრუნველობის გეგმა - პალიატიური მზრუნველობის გუნდის მიერ პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების მონაწილეობით შედგენილი და რეგულარულად განახლებადი დოკუმენტი, სადაც აღნიშნულია პაციენტისა და მისი ოჯახის საჭიროებები და არჩევანი, მდგომარეობის პროგნოზირება, პროცესში ჩართულ პროფესიონალთა და არაპროფესიონალთა ამოცანები; მზრუნველობის გეგმა არის წინმსწრები და მიმართულია კრიზისული სიტუაციების პრევენციაზე.

დღის მზრუნველობის დაწესებულებები - ჩვეულებრივ ფუნქციონირებენ სპეციალური პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარების ბაზაზე, სადაც პაციენტები თავსდებიან კვირაში ერთი ან რამოდენიმე დღით. შეთავაზებული მომსახურება შეიძლება იყოს სხვადასხვა ხასიათის: სამედიცინო (სისხლის გადასხმა, ტკივილისა და სიმპტომთა მართვა, ა.შ.), სოციალური (შხაპი/აბაზანა), სარეაბილიტაციო (ფიზიო/ოკუპაციური თერაპია), განტვირთვითი (მასაჟი) ან დამხმარე (ყურადღების გადამტანი: ხელოვნება, ხელსაქმე). აღნიშნული მომსახურების მიზანს ასევე წარმოადგენს ძირითადი მომვლელისათვის მცირე დროის გამოთავისუფლება.

ოჯახი - პალიატიური მზრუნველობის კონტექსტში, ოჯახი მოიცავს პაციენტზე მზრუნველობაში მონაწილე ყველა ახლობელს. ხშირად ოჯახი განიხილება როგორც „მზრუნველობის ერთეული“. შესაძლოა ეს მოსაზრება არ იყოს ზედმიწევნით გამართლებული, (პაციენტი ყოველთვის არის და უნდა რჩებოდეს ყურადღების ცენტრში) თუმცა იგი ხაზს უსვავს ოჯახის როგორც მზრუნველის, ასევე ზრუნვის ობიექტის მნიშვნელობას.

ფუჭი აქტივობა - წარმოადგენს ყველაზე ხშირ საკამათო საკითხს პრევენციის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის იმ სამედიცინო ჩარევებთან მიმართებაში, რომელთაც არანაირი სარგებლობა არ მოაქვთ პაციენტისათვის. ის უკავშირდება “acharnement thérapeutique” (თერაპიული მძვინვარება) ფრანგულ გაგებას, რომელიც ძირითადად გამოიყენება კურაციული ან სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი მკურნალობის დროს.

პოსპისური მზრუნველობა - არ არსებობს პოსპისური მზრუნველობის ერთი, ყველასათვის მისაღები განმარტება. თავდაპირველად, კონცეფცია მიმართული იყო ჯანდაცვის ზოგადი სისტემისაგან განსხვავებული მზრუნველობის ფორმაზე, სადაც სამუშაოს უდიდესი ნაწილი სრულდებოდა ვოლონტიორთა მიერ და აქცენტი კეთდებოდა კომფორტსა და სულიერებაზე. დღესდღეობით, მრავალ ქვეყანაში პოსპისური მზრუნველობა პალიატიური მზრუნველობის სინონიმს წარმოადგენს.

პოსპისი - შეიძლება ნიშნავდეს დაწესებულებას ან ბინაზე მოვლის სამსახურს. ზოგჯერ განსხვავება კეთდება მაღალი და დაბალი მზრუნველობის დონის პოსპისებს შორის.

მზრუნველობის ინდივიდუალური გეგმა - იხ. „მზრუნველობის გეგმა“

ინტერდისციპლინური - გუნდური მუშაობა, როდესაც მზრუნველობას უზრუნველყოფს ერთიანი, მთლიანი გუნდი. მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის სტილისაგან განსხვავებით, საზღვრები დისციპლინებსა და მათ კომპეტენციებს შორის ნაკლებად მნიშვნელოვნად არის მიჩნეული.

მულტიდისციპლინური - გუნდში ერთზე მეტი პროფესიის წარმომადგენლების არსებობა. მულტიდისციპლინური გუნდი შეიძლება შედგებოდეს ექიმების, ექთნებისა და ჯანდაცვის სხვადასხვა სფეროს მუშაკებისაგან; იგი შეიძლება მუშაობდეს ინტერდისციპლინური ან მულტიდისციპლინური სტილით.

პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული/რეგიონული გეგმა - პოლიტიკის შემუშავებლების, პროფესიონალებსა და პაციენტთა მიერ შემუშავებული სტრატეგია, რომლის მიზანსა და ძირითად იდეას პალიატიური მზრუნველობის მასშტაბურობის, თანასწორობისა და ხარისხის (ეფექტურობისა და დაკმაყოფილების) უზრუნველყოფა წარმოადგენს. რაციონალური გეგმის საერთო ელემენტები მოიცავს შემდეგ ასპექტებს: შეფასების საჭიროება; მკაფიო მიზნების განსაზღვრა; სპეციფიკური მომსახურების განხორციელება; ძირითადი/ტრადიციული მომსახურება (უპირატესად შორსწასული დაავადების მქონე პაციენტთა მზრუნველობაზე მიმართული და თემზე დაფუძნებული); განათლება და ტრენინგი; ოპიოიდთა მისაწვდომობის პოპულარიზაცია; სპეციფიკური საკანონმდებლო ბაზა; სტანდარტების შემუშავება და შედეგების სისტემატიური შეფასება.

პალიატიური მზრუნველობა - არსებობს პალიატიური მზრუნველობის რამოდენიმე განმარტება. წარმოდგენილ რეკომენდაციებსა და განმარტებით მემორანდუმში გამოყენებულია ჯანმო-ს მიერ 1990 წელს ფორმულირებული და 2002 წელს კორექტირებული განმარტება: შორსწასული, პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტებზე აქტიური, სრულყოფილი ზრუნვა. უმთავრესი ზღედა ტკივილისა და სხვა სიმპტომების, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი პრობლემების კონტროლი. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება.

პალიატიური მედიცინა - წარმოადგენს სპეციფიკურ სამედიცინო მზრუნველობას აქტიური, პროგრესირებადი და შორსწასული დაავადების მქონე იმ პაციენტებზე, რომელთა სასიცოცხლო პროგნოზი შეზღუდულია და მზრუნველობის აქცენტი კეთდება სიცოცხლის ხარისხზე.

სიცოცხლის ხარისხი - პალიატიური მზრუნველობის უმთავრეს მიზანს სიცოცხლის ოპტიმალური ხარისხი წარმოადგენს, თუმცა ამ კონცეფციას ეფემერული ხასიათი აქვს და შორსწასული დაავადების მქონე პაციენტებში მისი გაზომვა რთულია. დაავადების მოდიფიცირებაზე მიმართულ მკურნალობაში შემუშავებული განზომილებები პალიატიურ მედიცინასთან მიმართებაში ვერ გამოიყენება, განსაკუთრებით, როდესაც საქმე სიცოცხლის ბოლოს სულიერების საკითხებისადმი ყურადღებას ეხება. პალიატიური მზრუნველობისათვის მისაღებია პაციენტთა პრიორიტეტებზე დამყარებული სიცოცხლის ხარისხის შეფასება.

რეაბილიტაცია - შორსწასული დაავადების მქონე პაციენტებში ფუნქციური მდგომარეობის მაქსიმალური გაუმჯობესება, რათა მათ შესაძლებლობა ჰქონდეთ შეინარჩუნონ აქტიურობა და სიცოცხლის ოპტიმალური ხარისხი. აღნიშნულმა შესაძლოა ფიზიო და ოკუპაციური თერაპევტების მუშაობა მოითხოვოს.

დროებითი მზრუნველობა - მზრუნველობის ფორმა, რომელიც ოჯახის წევრებს აძლევს პაციენტის მოვლისაგან დროებითი შესვენების საშუალებას: აღნიშნული შეიძლება საჭირო გახდეს სხვადასხვა შემთხვევაში, მაგ. დასვენების დღეებსა და შვებულების დროს, მკურნალობის საჭიროების დროს და ა.შ. დროებითი მზრუნველობა შეიძლება ხორციელდებოდეს საავადმყოფოებში, მოხუცებულთა სახლებში ან ჰოსპისებში. ზოგჯერ დროებითი, დღის მზრუნველობის და სამედიცინო პროცედურებისათვის ჰოსპიტალიზაციის ფორმებს შორის საზღვრები მკაფიო არ არის.

სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის სამსახურები - სამსახურები, რომელთა მთავარ სპეციალიზაციას წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობა, რომელსაც შესაბამისი განათლებისა და გამოცდილების მქონე პალიატიური მზრუნველობის პროფესიონალების ხელმძღვანელობით უზრუნველყოფს ინტერდისციპლინური გუნდი.

სულიერი მზრუნველობა - აქცენტს აკეთებს ცხოვრების არსზე, იმ ეგზისტენციალურ და რელიგიურ საკითხებზე, რომლებიც ხშირად უჩნდება პაციენტებსა და ოჯახის წევრებს. იგი ეხება როგორც მორწმუნე, ასევე არა რელიგიურ პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს, როგორც გარდაცვალებამდე, ასე გარდაცვალების შემდგომ.

ტერმინალური ზრუნვა - პალიატიური მზრუნველობის კონტინუმი. ჩვეულებრივ მიმართულია პაციენტთა მდგომარეობის მართვაზე სიცოცხლის ბოლო საათებსა ან დღეებში.

ვოლონტიორები - მზრუნველები, რომელნიც საკუთარი დროის ნაწილს უანგაროდ უთმობენ მათთვის უცნობ პაციენტებზე მზრუნველობას. ჩვეულებრივ მათ განათლებასა და მუშაობას კოორდინაციას უწევენ ვოლონტიორული ორგანიზაციები. ჯანდაცვის პროფესიონალები ასევე შესაძლოა იყვნენ ვოლონტიორები.



References

- "Time for education in palliative care," *Lancet* 349 (9067): 1709 (1997).
- Barzansky, B. et al., "Education in end-of-life care during medical school and residency training," *Acad.Med.* 74 (10 Suppl): S102-S104 (1999).
- Beauchamp, T. L. and J. F. Childress. 1994. *Principles of Biomedical Ethics*. New York / Oxford: Oxford University Press.
- Billings, J. A. and S. Block, "Palliative care in undergraduate medical education. Status report and future directions," *JAMA* 278 (9): 733-738 (1997).
- Bruera, E. et al., "The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients," *J.Palliat.Care* 7 (2): 6-9 (1991).
- Clark, D. and M. Wright. *Transitions in end of life care. Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia*. 2002. Sheffield, University of Sheffield.
- Crigger, B. J., "Declaration of Helsinki revised," *IRB*. 22 (5): 10-11 (2000).
- Cummings, I. 1998. The interdisciplinary team. In *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Edited by G. W. Hanks, D Doyle, and N. MacDonald. Oxford / New York / Tokyo: Oxford University Press.
- Doyle, D, G. W. Hanks, and N. eds MacDonald. 1998. *Oxford Textbook of Palliative Care*. 2nd ed. Oxford / New York / Tokyo: Oxford University Press.
- Elsay, B. and J. McIntyre, "Assessing a support and learning network for palliative care workers in a country area of South Australia," *Aust.J.Rural.Health* 4 (3): 159-164 (1996).
- Field, M. J. and C. K. eds Cassell. 1997. *Approaching death. Improving care at the end of life*. Washington DC: National Academy Press.
- Foley, K. M., "Misconceptions and controversies regarding the use of opioids in cancer pain," *Anticancer Drugs* 6 Suppl 3: 4-13 (1995).
- Foley, K. M., "Controlling the pain of cancer," *Sci.Am.* 275 (3): 164-165 (1996).
- Först, C.J. 2000. "Perspectives on palliative care: Sweden." *Support Cancer Care*. 8:441-443.
- Grande, G. E. and C. J. Todd, "Why are trials in palliative care so difficult?," *Palliat.Med.* 14 (1): 69-74 (2000).
- Hanks, G. W. et al., "Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations," *Br.J.Cancer* 84 (5): 587-593 (2001).
- Hardy, J. R., "Placebo-controlled trials in palliative care: the argument for," *Palliat.Med.* 11 (5): 415-418 (1997).
- Hearn, J. and I. J. Higginson, "Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Palliative Care Core Audit Project Advisory Group," *Qual.Health Care* 8 (4): 219-227 (1999).
- Hegedűs, K. and I.E.Szy. 2002. *Palliative care of terminally ill cancer patients*. Budapest, Hungarian Hospice-Palliative Association.
- Hegedűs, K. 2000. "Legal and ethical elements of hospice-palliative services in Hungary." *Progress in palliative care*. 8:17-20.
- Higginson, I. J. and M. McCarthy, "Validity of the support team assessment sched-

ule: do staffs' ratings reflect those made by patients or their families?," *Palliat.Med.* 7 (3): 219-228 (1993).

Higginson, I. J. ed. 1993. *Clinical audit in palliative care*. Oxford / New York: Radcliffe Medical Press.

Indelicato, R. A. and R. K. Portenoy, "Opioid rotation in the management of refractory cancer pain," *J.Clin.Oncol.* 20 (1): 348-352 (2002).

Kaasa, S. and F. De Conno, "Palliative care research," *Eur.J.Cancer* 37 Suppl 8: S153-S159 (2001).

Ligue Suisse contre le cancer and the Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. 2000. *Les soins palliatifs en Suisse:  tat des lieux, 1999-2000*. Bern, Ligue Suisse contre le cancer / Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs.

Mabrouk F. 2001. *Les structures administratives en soins palliatifs. Organisation des soins palliatifs en Belgique*. ASBL Aremis.

MacIntyre, A. 1995. *After Virtue*. Notre Dame: Notre Dame University Press.

Mitchell, G. and J. Price, "Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model," *Aust.Fam.Physician* 30 (1): 59-62 (2001).

Mularski, R. A., P. Bascom, and M. L. Osborne, "Educational agendas for interdisciplinary end-of-life curricula," *Crit Care Med.* 29 (2 Suppl): N16-N23 (2001).

National Advisory Committee on Palliative Care. *Report of the National Advisory Committee on Palliative Care*. 2001. Dublin, Department of Health and Children.

Parkes, C. M., "Bereavement counselling: does it work?," *BMJ* 281 (6232): 3-6 (1980).

Quill, T. E. 1996. *A Midwife Through the Dying Process: Stories of Healing and Hard Choices at the End of Life*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Schroder, C. and J. F. Seely, "Pall-Connect: a support network for community physicians," *J.Palliat.Care* 14 (3): 98-101 (1998).

Seely, J. F., J. F. Scott, and B. M. Mount, "The need for specialized training programs in palliative medicine," *CMAJ.* 157 (10): 1395-1397 (1997).

Ten Have, H. and R.Janssens. 2001. *Palliative care in Europe*. IOS Press / Ohmsha. Amsterdam.

Ten Have, H. and D.E.Clark. 2002. *The ethics of palliative care. European perspectives*. Open University Press. Buckingham / Philadelphia.

Tronto, J. 1993. *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care*. London / New York: Routledge.

Wilkinson, E. K. et al., "Patient and carer preference for, and satisfaction with, specialist models of palliative care: a systematic literature review," *Palliat.Med.* 13 (3): 197-216 (1999).

Worden, J. W. 1999. *Grief Counseling and Grief Therapy*. London / New York: Tavistock Publishers.

World Health Organization. 1990. *Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804)*. Geneva: World Health Organization.

Zalot, G. N., "Planning a regional palliative care services network," *J.Palliat.Care* 5 (1): 42-46 (1989).

ევროპის საბჭოს ანგარიში პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზების შესახებ

2003 წლის 12 ნოემბერს მინისტრთა კომიტეტის მიერ ოფიციალურად იქნა მიღებული ევროპის საბჭოს პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზების ექსპერტთა კომიტეტის ანგარიში, რომელიც მრავალი ქვეყნის მონაწილეთა მჭიდრო თანამშრომლობის შედეგს წარმოადგენს. თანდართულ მემორანდუმთან ერთად საბოლოო სახით წარმოდგენილი რეკომენდაციები განსაზღვრავენ წევრ სახელმწიფოებში პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფის სტანდარტებს.

კონკრეტულად, წევრი სახელმწიფოები შეთანხმდნენ შეიმუშაონ პალიატიური მზრუნველობის შეთანხმებული და ყოვლისმომცველი ეროვნული პოლიტიკისათვის აუცილებელი მოქმედების, საკანონმდებლო და სხვა ზომები. ანგარიშში პალიატიური მზრუნველობა ჯანდაცვის სამსახურების სასიცოცხლო შემადგენელ ნაწილად არის აღიარებული. ნებისმიერ პიროვნებას, რომელსაც პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროება, უნდა შეეძლოს მიიღოს იგი ყველანაირი ბიუროკრატიული შეფერხების გარეშე იმ დაწესებულებაში, რომელიც მაქსიმალურად შეესაბამება მის ინდივიდუალურ საჭიროებებსა და არჩევანს. ანგარიშში ხაზგასმით არის აღნიშნული განათლების, ტრენინგებისა და კვლევის სტრუქტურული პროგრამების საჭიროება.

წარმოდგენილი ანგარიშის მიღების გადაწყვეტილება, წარმოადგენს წევრი სახელმწიფოების მზადყოფნას განავითარონ მაქსიმალურად მაღალი სტანდარტების პალიატიური მზრუნველობა. მის წარმატებას განსაზღვრავს ის, თუ რამდენად განვითარებთ და დავერგავთ 45 წევრ ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის იმ პროგრამებს, რომელთაც რეალურად შეუძლიათ ყოველი ინდივიდუალური პაციენტისა და ოჯახის წევრების საჭიროებათა დაკმაყოფილება,

ანგარიშის მიღებისას, წევრი ქვეყნები შეთანხმდნენ მხარი დაუჭირონ პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო სააგენტოების ქსელურ მუშაობას და ხელი შეუწყონ წარმოდგენილი რეკომენდაციების აქტიურ, მიზანმიმართულ გავრცელებას. ამასთან დაკავშირებით, აღმოსავლეთ ევროპის პალიატიური მზრუნველობის აღმოსავლეთის (EAPS –East) საკოორდინაციო ცენტრმა, სხვა მრავალ ეროვნულ ორგანიზაციასთან ერთად მიიღო გადაწყვეტილება 2004 წლის ოქტომბერში რაც შეიძლება მეტ ქვეყანაში გაუწიოს პოპულარიზაცია ანგარიშის ძირითად პრინციპებს. როგორც ევროპელები, ევროპის საბჭოს რეკომენდაციების პოპულარიზაციით ჩვენ შევძლებთ ერთად შევეცვალოთ მდგომარეობა ჩვენს ქვეყნებში და პარტნიორული მუშაობით ხელვა გადავაქციოთ რეალობად. ჩვენ და თქვენ შეგვიძლია შევეცვალოთ მსოფლიო!

სტოკჰოლმი, აგვისტო 2004

კარლ ჯონ ფურსტი სილვია საუტერი

(EAPS –East) აღმოსავლეთ ევროპის პალიატიური მზრუნველობის
აღმოსავლეთის საკოორდინაციო ცენტრი

Stockholms Sjukhem Foundation

112 35 Stockholm, Sweden

www/eapcest.org



დაბეჭდილია ფონდ „ღია საზოგადოება საქართველო“-ს ფინანსური მხარდაჭერით პროექტ „საერთაშორისო სტანდარტების დანერგვა საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სფეროში“-ს ფარგლებში.

Published with financial assistance of Open Society Georgian Foundation within the framework of the project "Introducing of International Standards into Palliative Care Services in Georgia "

დაბეჭდილია შ.პ.ს „ეტიკეტი“-ს, ქ. თბილისი, 2005 წ.

Printed by the Ltd. "Etiketi", Tbilisi, 2005

