

გეგეშიძე ნ.¹, შავდია მ.², ჭაავა ხ.²,
შავდია ნათია³

**პალიატიური მზრუნველობა -
საზღვარგარეთის ქვეყნების გამოცდილება
და მისი განვითარების პერსპექტივა
საქართველოში**

¹თსსუ, ჰროვაღავტიკის დეპარტამენტი;
²ონკოლოგიის დეპარტამენტი; ³საქართველოს
უნივერსიტეტი

თანამედროვე ჯანდაცვის ერთ-ერთ მთავარ სამედიცინო-სოციალურ პრობლემას წარმოადგენს სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება ქრონიკული პროგრესირებადი დაავადების ტერმინალურ სტადიაზე, რის გადაჭრასაც ცდილობს პალიატიური მედიცინა [2,3].

პალიატიური დახმარება შედგება 2 დიდი კომპონენტისგან - ავადმყოფის ტანჯვის შემსუბუქება დაავადების მიმდინარეობის მთელ მანძილზე (რადიკალური მკურნალობის ჩათვლით) და სამედიცინო დახმარების განევა სიცოცხლის ბოლო თვეებში, დღეებსა და საათებში.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით 2008 წლის 10 ივლისს დამტკიცდა კანონი ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ [12]. გარდა ამისა, 2007 წლიდან საქართველოს ყველა უმაღლეს და საშუალო სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებაში ასწავლიან პალიატიურ მზრუნველობას, ხოლო ი. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში ფუნქციობს რეზიდენტურის პროგრამა ექიმებისათვის, რომელიც ითვალისწინებს მათ მომზადებას "პალიატიურ მედიცინაში". ყოველივე ეს წინ გადადგმული ნაბიჯია, რადგან ამ სფეროში მომუშავე სამედიცინო პერსონალი იმყოფება განსაკუთრებული ფსიქოლოგიური წნეხის ქვეშ და მათი მომზადება ამ კუთხით მეტად საგულისხმოა. მაგ., რუსეთში არსებობს კანონი პალიატიური დახმარების შესახებ, თუმცა ექიმები არ განდიან არანაირ სწავლებას მათი არარსებობის გამო და პალიატიურ დახმარებას ახორციელებს ნებისმიერი სპეციალისტის ექიმი [2,3,10,5].

წინამდებარე შრომის მიზანია მედიცინის ამ სფეროს ფსიქოსოციალური ასპექტების და მსოფლიოს ქვეყნების გამოცდილების მიმოხილვა პალიატიური მზრუნველობის განვითარების პერსპექტივების ჩრთლში ჩვენს ქვეყანაში.

პალიატიური მზრუნველობა, დაარსებიდან დღემდე, უპირატესად გულისხმობდა ონკოპაციენტთა დახმარებას; სხვა უკურნებელი სნეულების მქონე ავადმყოფები კი ამ დახმარებას მოკლებულნი იყვნენ, მიუხედავად დაავადების პროგნოზისა და მძიმე სიმპტომების არსებობისა [1]. XXI საუკუნეში პალიატიური დახმარება ფართოვდება და მოიცავს სხვა დაავადებებსაც, როგორცაა გულის უკმარისობა, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება

(ფქოდი), დემენცია, ნევროლოგიური და სხვ. დაავადებები. ჰოსპისის მსგავსი პირველი დაწესებულება დააარსა ჟანა გარნიემ 1842 წელს საფრანგეთში, რომელსაც “გოლგოთა” უწოდა. მისმა საქმიანობამ მალე ჰპოვა გავრცელება საფრანგეთის სხვა ქალაქებშიც. წმინდა ქრისტეფორეს სახელობის პირველი ჰოსპისი გაიხსნა ლონდონში, 1967 წელს, სესილი სანდერსის მიერ [14]. მედიცინის ამ სფეროს დასახელება - “პალიატიური მზრუნველობა” პირველად იქნა გამოყენებული კანადელი ექიმის მაუნტის მიერ. ტერმინი აღწერს დახმარების იმ სახეებს, რაც ხორციელდება ჰოსპისებსა და პალიატიურ მზრუნველობის განყოფილებებში. ტერმინი “პალიატიური” მომდინარეობს ლათინური სიტყვიდან „ლაბადა“. როგორც ლაბადაში შემოსილს შეუძლია დაფაროს მის შიგნით არსებული, ასევე პალიატიური მზრუნველობა შედარებით მალავს დაავადებას, უჩინარს ხდის მის სიმპტომებს, აძლევს შესაძლებლობას პაციენტს, იცხოვროს ჩვეული რიტმით. პალიატიური მზრუნველობა პირველ რიგში გულისხმობს ტკივილის და სხვა მტანჯველი სიმპტომების კუპირებას, ასევე ეხმარება პაციენტს და მისი ოჯახის წევრებს ისეთი პრობლემების გადაწყვეტაში, როგორიცაა დაავადებასთან და მის შედეგებთან ადაპტაცია.

სიმპტომების მართვისა და კარგი მოვლის პირობებში შესაძლებელია პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების სიცოცხლის ხარისხის ოპტიმიზაცია დაავადების მთელ პერიოდში, დიაგნოსტიკებიდან - გამოჯანმრთელებამდე ან სიკვდილამდე [6]. ეს ცვლილებები ნაწილობრივ გამოიწვია სამედიცინო სფეროს განვითარებამ და მიღწევებმა ამ დარგში. დღეს ყურადღება გამახვილებულია პაციენტთა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე ისეთი მძიმე დაავადებების დროს, როგორიცაა შიდსი, ონკოლოგიური დაავადებები [7,8].

პალიატიური მედიცინის სერვისი ადრე მოიცავდა ქრონიკული მძიმე დაავადების ბოლო სტადიის მქონე პაციენტებს, რომელთაც სხვა სპეციფიკური მკურნალობა უკვე აღარ უტარდებოდათ. ამჟამად ითვლება, რომ პალიატიური დახმარების ზოგიერთი ასპექტი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას მკურნალობის სხვა მეთოდებთან ერთად დაავადების ადრეულ ეტაპზეც [4].

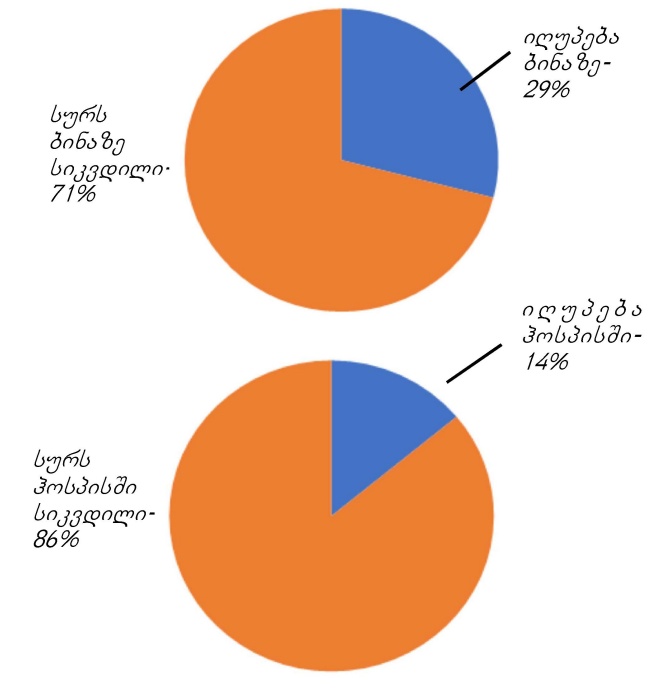
პალიატიურ მზრუნველობას პაციენტები და მათი ახლობლები აიგივებენ უიმედობასთან, გარდაუვალ სიკვდილთან, ამიტომ საჭიროა მედიცინის ამ დარგის არსის გულდასმით განმარტება.

უკმაყოფილება მედიცინის მუშაკთა მიმართ ხშირად სამართლიანია და გამოწვეულია სამედიცინო პერსონალის გულგრილობით, დაბალი კვალიფიკაციით. ინგლისში ზოგადი პროფილის ექიმი წელიწადში საშუალოდ 20 სიკვდილის ეპიზოდს აფიქსირებს. როგორც წესი, აქედან 5 შემთხვევა - სიმსივნით, 5-7 - ორგანული უკმარისობით, 6-7 - დემენციით, ხოლო 1-2 უეცარი სიკვდილითაა განპირობებული. თუმცა, მიწოდებული პალიატიური დახმარების 95% ონკოპაციენტებზე მოდის.

პრაქტიკულ ინტერესს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ დიდ ბრიტანეთში არსებობს ნაციონალური ინსტიტუტის მიერ შემუშავებული კვალიფიკაციის ამალღების გზამკვლევი ჯანდაცვისა და მოვლის საკითხებში - “ონკოლოგიური დაავადებების მქონე პაციენ-

ტების პალიატიური დახმარება”, რისი სრულად დანერგვაც სისტემაში ვერ მოხერხდა, რადგან საჭიროებს დახმარების გაფართოებას სხვა მძიმე დაავადებებით შეპყრობილთათვის.

50-90%-მდე ონკოპაციენტი სიკვდილს ირჩევს საკუთარ სახლში, თუმცა, მხოლოდ 22% ახერხებს ამას. განუკურნებელი დაავადებით შეპყრობილთა მეოთხედი სიკვდილს ირჩევს ჰოსპისში, მაგრამ მხოლოდ ონკოპაციენტების 17% და სხვა განუკურნებელი დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფთა 4% აღწევს ამას. 1974-2003 წ.წ. შეინიშნებოდა ბინაზე სიკვდილიანობის შემცირების ტენდენცია 31%-დან 18%-მდე. თუ ეს ტენდენცია შენარჩუნდება, მაშინ 2030 წლისთვის სიკვდილიანობა ბინაზე იქნება დაახლოებით 20%.



დავარა N1: პაციენტების სტრუქტურა სიკვდილის ადგილის არჩევითობის მიხედვით

ბინაზე ლეტალობა დაკავშირებულია პაციენტის პატრონის გამოხატულ სურვილთან, მოუარონ ავადმყოფს ბინაზე. პაციენტისთვის უფრო კომფორტულია იყოს სახლში, თუ მას დახმარებას გაუწევენ ახლობელი ადამიანები. ასეთ შემთხვევაში, ნათესავები კონსულტაციას გადიან ექიმთან, თუმცა სიკვდილი ნათესავების გარემოცვაში ძალიან დიდი ფსიქოემოციური დატვირთვაა როგორც პაციენტისთვის, ისე ოჯახის წევრებისთვის. ამ შემთხვევაში დაავადებული პირი თავს გრძნობს ზედმეტ ტვირთად და ეს არ აძლევს კომფორტულად ყოფნის განცდას. რიგ შემთხვევაში, მძიმე ავადმყოფის მოვლის გამო, ნათესავები იძულებულნი არიან შეცვალონ თავიანთი ჩვეული ცხოვრების წესი და თვალყური ადევნონ ახლობელი ადამიანის ტანჯვას, რაც ასევე კოლოსალური ფსიქოლოგიური დისკომფორტია ოჯახის წევრებისთვის. ჰოსპისში ბოლო დღეების გატარება საუკეთესო გადაწყვეტილებაა. სწორედ ჰოსპისში უტარდებათ არა მარტო კვალიფიციური სამედიცინო, არამედ

ფსიქოლოგიური დახმარებაც. აქ ცდილობენ შეცვალონ ადამიანის დარჩენილი სიცოცხლის დღეები, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. ნათესავებს მუდმივად მიეწოდებათ ინფორმაცია პაციენტის მდგომარეობის შესახებ. ასევე ტარდება ფსიქოსოციალური დახმარება, ნათესავების მომზადების კუთხით, ახლობლის მოსალოდნელი და გარდაუვალი სიკვდილის შესახებ. როცა ადამიანები პირისპირ რჩებიან განუკურნებელ დაავადებასთან, სულიერ მოთხოვნილებებს, როგორც პაციენტების, ისე მათი პატრონების მხრიდან, ენიჭება უფრო დიდი მნიშვნელობა. ემოციური დახმარების განევა ერთ-ერთ თურთულეს პრობლემას წარმოადგენს ელიტურ საზოგადოებაში, განსაკუთრებით - ექიმების მხრიდან, ეს არის სიყვარულის, სიკეთის, თანაგრძობის და ყურადღებით მოსმენის მოთხოვნილება [11]. ღირსეული პალიატიური დახმარების განევა დასავლეთის ქვეყნებში ერთ-ერთი სავალდებულო ელემენტია ზოგადი პროფილის ექიმის მუშაობაში. მრავალპროფილური გუნდის საქმიანობა არის მნიშვნელოვანი, თუმცა მთავარ როლს ამ გუნდში ექთანის ასრულებს.

სტანდარტულ პირველად სამედიცინო-სანიტარიულ გუნდს შეიძლება, ასევე, დაემატოს პალიატიური მზრუნველობის სპეციალური გუნდი, რომელთა დახმარება შეიძლება გატარდეს ჰოსპისის, დღის ცენტრის (მარი კიურის ცენტრის მსგავსად) ბაზაზე. თუმცა, შესაძლებელია გუნდში შედიოდნენ: ოჯახის წევრები, მეზობლები, მეგობრები, მოხალისეები, კონსულტანტები, ფსიქოთერაპევტები (ხელოვნება და მუსიკით თერაპია ფართოდ გამოიყენება პალიატიურ მზრუნველობაში), ფსიქოლოგები და ფსიქიატრები (რომლებიც სპეციალიზდებიან პალიატიურ მზრუნველობაში, მაგ. ონკოფსიქიატრები), დიეტოლოგები და სასულიერო პირები [9].

საინტერესოა, ასევე, პალიატიური დახმარების ალტერნატიული ვარიანტიც, რომელიც ბოლო დროს სულ უფრო მეტ მხარდამჭერს იძენს განვითარებულ ქვეყნებში. კერძოდ, 2016 წლის 17 ივნისს კანადის მთავრობამ მიიღო კანონი, რომელიც არეგულირებს მომაკვდავი პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას (MAID). ეს კანონი იყო პასუხი კანადის უმაღლესი სასამართლოს მიერ 2015 წლის 6 თებერვალს მიღებულ კარტერის გადაწყვეტილებაზე, რის მიხედვითაც კანადელებს ეკრძალებოდათ მომაკვდავი პაციენტებზე სამედიცინო მომსახურების განევა. ამასთან დაკავშირებით, ექთნებისთვის დაწესებულ იქნა სპეციალური სტანდარტები, ვინაიდან სოციოლოგიურმა გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ყველა ექთანი არ იყო მზად პროფესიული პასუხისმგებლობისთვის - გაენია სამედიცინო დახმარება მომაკვდავი პაციენტისთვის. დღეისათვის კანადაში მომაკვდავი პაციენტის სამედიცინო მომსახურება წარმოადგენს სპეციფიკურ პროცესს, რომლის მიხედვითაც, პაციენტის თხოვნით, ექიმს შეუძლია განახორციელოს შემდეგი ქმედებები: დანიშნოს და მიანოდოს პაციენტს მედიკამენტი, რომელიც ინვესს სიკვდილს და რომლის ადმინისტრირებას ახდენს თვითონ პაციენტი [15].

ექთნები ასრულებენ მნიშვნელოვან როლს მომაკვდავი პაციენტებზე კვალიფიციური ზრუნვის განხორციელებაში, რაც, თავის მხრივ, მოიცავს პაციენტის

მოვლის გეგმის შემუშავებასა და რეალიზაციას, პაციენტის მდგომარეობის მონიტორინგს, მომაკვდავი პაციენტის მკურნალობის რეჟიმის მართვასა და კომფორტის უზრუნველყოფას.

კანადაში პალიატიური დახმარების სფეროში დამატებითი რესურსების მიწოდებას, სამედიცინო გადამზადებას სხვადასხვა ორგანიზაციები ახორციელებენ, როგორცაა კანადის მედების ასოციაცია, კანადური ჰოსპისებისა და პალიატიური ზრუნვის ასოციაცია. შესაბამისად, ამ ტიპის დახმარების განევის საშუალებით სერიოზული ცვლილებები განხორციელდა პროფესიული განათლების ეროვნულ სტანდარტებში. ამავე დროს, თავად ორგანიზატორები აღნიშნავენ, რომ აუცილებელია კანონმდებლობაში ცვლილებების შეტანა მედპერსონალის საქმიანობის შესახებ.

ახლო წარსულში ჩვენს ქვეყანაში მძიმე ავადმყოფების მოვლის ტვირთს მთლიანად მათი ოჯახები იღებდა. 2004 წელს საქართველოში გაიხსნა პალიატიური დახმარების პირველი სტაციონარი. პალიატიური დახმარების უზრუნველყოფის თვალსაზრისით დიდი მუშაობა ჩატარდა, თუმცა, აუცილებელია დაისახოს საზღვარგარეთის ქვეყნებისა და ჩვენს ქვეყანაში ამ დარგში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის გამოცდილებაზე დაყრდნობით განვითარების შემდგომი პერსპექტივები. ამჟამად საქართველოში ფუნქციონებს პალიატიური დახმარების რამდენიმე ცენტრი, რომელთა უმრავლესობაც განთავსებულია თბილისში. საქართველოს რეგიონებში პალიატიური დახმარების უზრუნველყოფა შეზღუდულია, რაც სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, სამედიცინო თვალსაზრისით, როგორც ინკურაბელური პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისთვის, ისე დღევანდელი ჯანდაცვის სისტემისთვის.

ამრიგად, ირკვევა, რომ

1. დღეს პალიატიური მზრუნველობა არ შემოიფარგლება მხოლოდ ავთვისებიანი სიმსივნისა და შიდა სისტემის სტადიის მქონე პაციენტებზე ზრუნვით. ამ სიაში შედის, ასევე, მრავალი ქრონიკული უკურნებელი პათოლოგია და ამიტომ საჭიროა შესაბამისი პროფილის ექიმებმა დროულად შესძლონ ინკურაბელობის სტატუსის მინიჭება პაციენტებისთვის.

2. პალიატიური დახმარების ზოგიერთი ასპექტი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას მკურნალობის სხვა მეთოდებთან ერთად, დაავადების ადრეულ ეტაპზეც.

3. საჭიროა მოსახლეობის მეტი ინფორმირება პალიატიური მზრუნველობის არსისა და აუცილებლობის შესახებ.

4. პალიატიური მზრუნველობა ხორციელდება გუნდის მიერ, რომელშიც ექიმისა და ექთნის გარდა შედიან ფსიქოლოგი, სასულიერო პირი, ფსიქიატრი, რასაც დღეს ქართული პალიატიური მედიცინა მოკლებულია.

5. აუცილებელია სწავლების ახალი მეთოდების შემუშავება სხვადასხვა პროფილის სამედიცინო პერსონალის გადამზადების პროცესში, პალიატიური დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით. გასათვალისწინებელია, ასევე, ამ დარგში მომუშავე პერსონალის ფსიქოემოციური დატვირთვის ხარისხი, რაც

აუცილებელს ხდის გადამზადების პროგრამაში ფსიქოლოგიური თვითდაგნოსტიკისა და კორექციარელაქსაციის მეთოდების ჩართვას.

6. რეკომენდებულია მეტი სპეციალიზებული დანესებულების გახსნა, განსაკუთრებით - რეგიონებში, რაც გაზრდის კვალიფიციური დახმარების მიღების ხელმისაწვდომობას მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

ლიტერატურა:

1. Абдуллаева Л.М. Ятрогения на модели оперативной гинекологии // Международный журнал экспериментального образования. -2016 - № 5-2.-С.177-178
2. Айвазян Ш.Г. Права врача в проблемном поле биоэтики (случай из европейской практики) // Биоэтика.-2015.-№ 1(15).- С.35-37.
3. Габибова Л.И. Проблема международной синхронизации правового регулирования биомедицинских исследований // Успехи современного естествознания.-2011.-№ 8-С.234
4. Доники А.Д., Толкунов В.И. Альтернативы принятия решений в медицинской практике: правовые нормы и этические дилеммы // Биоэтика. - 2010. - Т. 1. № 5. - С. 57-59.
5. Жолудь Д.С. Биоэтическое содержание «блага» в современной медицинской практике // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. -С.54
6. Омаров Р.А. Принцип автономии пациента в клинической медицине // Международный журнал экспериментального образования.-2017.-№3-2.С. 218
7. Радченко М.А. Спорные вопросы правового статуса граждан в области охраны здоровья // Успехи современного естествознания.-2011.-№8-С.244.
8. Султангалиева Д.А. Современные критерии ограничения компетенций пациента: категории и группы с позиции биоэтики // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-2. - С. 184-185
9. Шестакова И.В. Современные подходы к формированию компетенций медицинских специалистов // Международный журнал экспериментального образования. 2017. № 3-1.С.50.
10. Donika A.D. Bioethical content of current studies on professiogenesis problems in medicine // . -2016. -N 1 (17). - N. 34-38
11. Organizing end of life in hospital palliative care: A Canadian example. Soc Sci Med. 2019 Aug 16;112493. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112493.
12. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/78646?publication=0>
13. Palliative care history: a ritual process Clark, D. (2000) Palliative care history: a ritual process. European Journal of Palliative Care, 7(2), pp. 50-55.
14. <https://www.hindshospice.org/history-of-hospice.html>
15. Ethical considerations in the regulation

of euthanasia and physician-assisted death in Canada. Landry JT1, Foreman T2, Kekewich M3. 2015 Nov; 119(11):1490-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.10.002. Epub 2015 Oct 22.

SHORT REPORT

Gegeshidze N. ¹, Shavdia M. ², Tchaava K. ¹, Shavdia Natia³

PALLIATIVE CARE – EXPERIENCE OF THE OVERSEAS COUNTRIES AND PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT IN GEORGIA.

¹TSMU, DEPARTMENT OF PROPÆDEUTIC; ²DEPARTMENT OF ONCOLOGY; ³UNIVERSITY OF GEORGIA

Palliative care consists of two major components - alleviating a general condition of the patient throughout the course of the illness (including radical treatment) and providing medical care in the last months, days and hours of life.

Objective: The purpose of this work is to give a psychosocial assessment of this field of medicine, taking into account the experience of the world.

Conclusion: 1. Nowadays palliative care is not limited by only last stages of malignant tumors and AIDS, this list also includes various chronic incurable diseases and it is essential that physicians of different profiles be able to give incurable status to patients in a timely manner.

2. Some aspects of palliative care may be used in conjunction with other treatments at an early stages of the diseases.

3. It is essential to increase the public awareness about essence and necessity of palliative care.

4. Palliative care should be provided by a multidisciplinary team. The group should consist not only medical staff, but a psychologist, a psychiatrist, a spiritual father, wat the Georgian palliative care lacks nowadays.

5. It is necessary to develop new methods of studies in the process of training of different profile doctors for palliative care quality improvement purposes. Also should be noted the psycho-emotional load degree of the working personnel, which gives necessity to put in training program of study the methods of psychological self-diagnosis, self-correction and self-relaxation.

6. It is recommended to open more specialized establishments, especially in the regions, which will increase access to qualified assistance across the country.