

**შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა
სამედიცინო მომსახურება პირველად ჯანდაცვაში**

თბილისი, 2020

სახელმძღვანელო მომზადებულია ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასის პროექტის ფარგლებში „შემღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო და სოციალურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება“, ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს ფინანსური მხარდაჭერით. პროექტი განხორციელდა 2015-2017 წლებში პარტნიორ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით: საქართველოს ბიოეთიკისა და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება, საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია და საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაცია.

სახელმძღვანელო დამტკიცებულია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ და გამოიყენება უნივერსიტეტის დიპლომისშემდგომი განათლებისა და რემიდეტურის პროგრამების ფარგლებში საკითხავი ლიტერატურის სახით.

პროექტი მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯია ჯანდაცვის სფეროში მშპ პირთა უფლებების შესწავლისა და დაცვის, ჯანდაცვისა და სოციალური დარგთაშორის მუშაობის პრეცედენტის შექმნის, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვის თვალსაზრისით.

The Manual is prepared in the frame of project “Improving health and social care accessibility for Persons with Disabilities (PWDs)” funded by Czech Development Agency and implemented in 2015-2017 by Caritas Czech Republic in partnership with Georgian NGOs „Georgian Health Law and Bioethics Society”, “Georgian Association of Family Doctors” and “Georgian Association of Social Workers”.

The manual is approved by the Professional Development Council of Tbilisi State Medical University and is used as a reader for postgraduate education and residency training programmes.

The project is an important step forward studying rights of persons with disabilities in healthcare. Interdisciplinary work of health and social care sectors and promotion of biopsychosocial approach.



საქართველოს ბიოეთიკის და
ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი
საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება



GASW
საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია
GEORGIAN ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS



„შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო მომსახურება პირველად ჯანდაცვაში“

ავტორები: გივი ჯავაშვილი, გურამ კიკნაძე

რედაქტორი: თამარ კურტანიძე

სტილისტიკური რედაქცია შექცია აფრიდონიძისა

- © აიპ საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება
- © აიპ ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი საქართველოში

გარეკანზე ვან გოგი, „მზესუმზირები“, ფრაგმენტი, 1888 წ

პირველი გამოცემა - 2017

მეორე გამოცემა - 2020

სახელმძღვანელო ვრცელდება უფასოდ

“Primary Health Care Services for Persons with Disabilities”

Authors: Givi Javashvili, Guram Kiknadze

Editor: Tamar Kurtanidze

Stylistic edition by Shukia Apridonidze

- © Georgian Health Law And Bioethics Society
- © Caritas Czech Republic in Georgia

Book Cover: Van Gogh “Sunflowers”, fragment, 1888

ISBN 978-9941-0-9624-2

First print 2017

Second print 2020

Manual is distributed free of charge!

შინაარსი

თავი 1. შესავალი	7
1.1. სახელმძღვანელოს შესახებ	7
1.2. ავტორებისა და რედაქტორის შესახებ	7
1.3. ძირითადი ცნებების განმარტება.....	9
 თავი 2. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ჯანდაცვაში და შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო და სოციალური მოძღვრებაი	13
2.1. სამედიცინო მომსახურების განსხვავებული მოდელები.....	13
2.1.1. ბიოსამედიცინო მოდელი.....	13
2.1.2. ბიოფსიქოსოციალური მოდელი - ჰოლისტური მიდგომა	15
2.2. შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო და სოციალური მოდელები.....	16
 თავი 3. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.....	20
3.1. ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში - პაციენტის უფლებები.....	20
3.1.1. რა არის პაციენტის უფლება	20
3.1.2. პაციენტის უფლებების შესახებ კანონმდებლობა და ეთიკური ნორმები საქართველოში.....	27
3.1.3. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლება.....	30
3.1.4. ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება.....	33
3.1.5. დისკრიმინაციის გამორიცხვა.....	36
3.1.6. ინფორმაციის მიღების უფლება	38
3.1.7. ინფორმაციის მიღებაზე უარის თქმა.....	43
3.1.8. თანხმობის ან უარის გაცხადება, წინასწარ გაცხადებული ნება	44
3.1.9. ინფორმაციის კონფიდენციალურად დაცვა.....	50
3.1.10. პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა	52
3.1.11. ჩივილისა და კომპენსაციის მიღების უფლება	53
3.2. გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია.....	56

3.2.1. კონვენციის ზოგადი დახასიათება	56
3.2.2. კონვენციაში ასახული დებულებები ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების შესახებ.....	57
3.3. საქართველოს კანონმდებლობა შშმპ-ების უფლებების შესახებ ჯანდაცვის სფეროში.....	59
3.3.1. ზოგადი სამართლებრივი ჩარჩო.....	59
3.3.2. ცალკეული ნორმატიული აქტები.....	61

თავი 4. პირველადი ჯანდაცვა და შშმ პირთა ჯანმრთელობა64

4.1. პირველადი ჯანდაცვა: ისტორიული წანამძღვრები.....	64
4.2. პირველადი ჯანდაცვის განმარტება, არსი და ფილოსოფია	68
4.2.1. პირველადი ჯანდაცვის განმარტება	68
4.2.2. პირველადი ჯანდაცვის არსი და ფილოსოფია.....	68
4.3. საოჯახო მედიცინა, ოჯახის ექიმი – პირველადი ჯანდაცვის საფუძველი	70
4.3.1. საოჯახო მედიცინის და ოჯახის ექიმის განმარტება	70
4.3.2. საოჯახო მედიცინის მახასიათებლები.....	72
4.4. გუნდური მუშაობა პირველად ჯანდაცვაში	75
4.4.1. სოციალური მუშაკი პირველადი ჯანდაცვის გუნდში.....	79
4.4.2. შშმ პირების საჭიროებები და პირველადი ჯანდაცვის სერვისები	81

თავი 5. პაციენტზე ორიენტირებული კონსულტაცია და კომუნიკაცია პირველად ჯანდაცვაში86

5.1. ოჯახის ექიმის მიერ ჩატარებული კონსულტაცია და გამოყენებული კომუნიკაციის მეთოდები	86
5.1.1. საექიმო კონსულტაციის ფუნქციები, ამოცანები და სტრუქტურა	87
5.1.2. ეფექტური კომუნიკაციის ზეგავლენა კონსულტაციისა და მკურნალობის შედეგებზე.....	91
5.1.3. ეფექტური კომუნიკაციის ზოგიერთი მახასიათებელი.....	92
5.1.3. არავერბალური კომუნიკაციის მნიშვნელობა	94
5.1.4. სერიოზული ამბების შეტყობინება პაციენტისთვის.....	98
5.2. შშმ პირებისათვის ჩატარებული კონსულტაციის თავისებურებები.....	110
5.2.1. შეუსაბამო გარეშე ფაქტორების გავლენა კონსულტაციაზე	110

5.2.2. შშმ პირებთან კომუნიკაციის თავისებურებები	111
5.2.3. შშმ პირთათვის საექიმო კონსულტაციის	
ჩატარებასთან დაკავშირებული სხვა უნარ-ჩვევები.....	118
თავი 6. შინმოვლა.....	123
6.1. შინმოვლა: არსი, ძირითადი პრინციპები	123
6.2. შინმოვლის სერვისები შშმ პირთათვის	127
თავი 7. პალიატიური მზრუნველობა	130
7.1. პალიატიური მზრუნველობა: არსი და მნიშვნელობა	130
7.2. პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში	132
7.2.1. პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო	
პროგრამები	133
7.2.2. პალიატიური მზრუნველობის ხარისხი	134
7.2.3. ტკივილის მართვა, როგორც პალიატიური მზრუნველობის	
მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილი	136
7.3. პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელობა	
შშმ პირთათვის	139

თავი 1. შესავალი

1.1. სახელმძღვანელოს შესახებ

წინამდებარე წიგნის მიზანია ხელი შეუწყოს შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯანმრთელობაზე უფლების განხორციელებას ჩვენს ქვეყანაში სამედიცინო პერსონალის, მათი პროფესიული კომპეტენციის გაფართოება-განვითარების გზით.

წიგნში განხილული საკითხების სპექტრი ფართოა და მოიცავს სხვადასხვა თემებს, როგორიცაა ჯანდაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების კანონმდებლობა, შემზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი, პირველადი ჯანდაცვის ფილოსოფია, ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ჰოლისტური მოდელი, ექიმსა და პაციენტს შორის კომუნიკაციის საკითხები, შემზღუდული შესაძლებლობის გამომწვევი ზოგიერთი სპეციფიკური მდგომარეობა (აუტიზმი), შშმ პირთათვის მნიშვნელოვანი ზოგიერთ სერვისის თავისებურებები (შინმოვლა) და სხვა.

მოუხედავად იმისა, რომ წიგნში აქცენტი პირველად ჯანდაცვაზე კეთდება, მასში ასახული ინფორმაციის ძირითადი ნაწილი მედიკოსი სტუდენტებისთვის და ჯანდაცვის ნებისმიერ დონეზე და ნებისმიერ სფეროში მომუშავე მედიკოსისთვის იქნება საინტერესო. მხედველობაში გვაქვს ისეთი ზოგადი და ფუნდამენტური საკითხების განხილვა, როგორიცაა ადამიანის უფლებები ჯანდაცვის სფეროში, შშმ პირთა უფლებები და სამედიცინო გარემოში კომუნიკაციის თავისებურებები, მათ შორის შშმ პირებთან ურთიერთობისას და სხვა.

1.2. ავტორებისა და რედაქტორის შესახებ

წიგნის ავტორები პროფესიით ექიმები არიან და მათი სპეციალობა პირველადი ჯანდაცვის სფეროს, კერძოდ, საოჯახო მედიცინას მოიცავს. ამასთან, ისინი გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან ჩართული არიან ჩვენი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის, კერძოდ, ჯანდაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების სამართლებრივი და ეთიკური საფუძვლების ჩამოყალიბებაში.

გივი ჭავაჭავიძე - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის პროფესორი, დე-

პარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოების თავმჯდომარე. საქართველოს ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს თავმჯდომარე.

გურამ კიკნაძე - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის პროფესორ-ემერიტუსი; საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის თავმჯდომარე.

შუქია აფრიდონიძე - ფილოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორ-ემერიტუსი.

თამარ კურტანიძე - ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასის პროექტების მენეჯერი; საქართველოს საზოგადოებრივ საქმეთა ინსტიტუტის საჯარო პოლიტიკის მაგისტრი; ჯანდაცვის პოლიტიკისა და მენეჯმენტის პროგრამის დოქტორანტი; „მაუნტ სინაის“ სამედიცინო სკოლის ბიოეთიკის/კვლევის ეთიკის კურსდამთავრებული.

მადლობა

ავტორები მადლობას უხდიან ყველა კოლეგას, ექსპერტს, რომლებმაც დახმარება გაუწიეს ავტორებს სახელმძღვანელოს მომზადების პროცესში და მიაწოდეს მათ სხვადასხვა მასალა ფასეული რჩევებითურთ. განსაკუთრებული მადლობა:

სოფიო კერესელიძე	ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბავშვის განვითარების ინსტიტუტის აუტიზმის ცენტრი, პროექტის კონსულტანტი;
შუქია ჭინჭარაული	„საქართველოს დაუნის სინდრომის ასოციაციის“ წევრი; ა(ა)იპ „ფერისცვალების დედათა მონასტერთან“ არსებულ პროფესიული (საექთნო) კოლეჯის პედაგოგი; პროექტის კონსულტანტი;
მაია შიშნიაშვილი	ა(ა)იპ „ხელი ხელს“, დამფუძნებელი; პროექტის კონსულტანტი;
იოსებ აბესაძე	ა(ა)იპ „ონკოპრევენციის ცენტრი“, აღმასრულებელი დირექტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ-პროფესორი, მედიცინის დოქტორი.

1.3. ძირითადი ცნებების განმარტება

წინამდებარე განმარტებები წიგნში ხშირად გამოყენებულ ცნებათა საყოველთაოდ აღიარებულ ინტერპრეტაციებს ეფუძნება. ზოგჯერ განმარტება პირდაპირ ციტირებულია ამა თუ იმ წყაროდან, ზოგჯერ ავტორისეული სიტყვებით არის ჩამოყალიბებული. ყველა შემთხვევაში განმარტებას ახლავს მოკლე კომენტარი. მასში მითითებულია წიგნის ის მონაკვეთი, სადაც მოცემული ცნება უფრო დაწვრილებით არის განხილული. განსამარტავი სიტყვები ანბანის მიხედვით არის დალაგებული.

ადამიანის უფლებები, ადამიანისგან, როგორც გონიერი არსებისგან, გაუსხვისებელი უფლებები (მისი განუყოფელი ნაწილი), რომელთა აღიარება და დაცვა სახელმწიფოს უპირველესი მოვალეობაა. ბუნებითი სამართლის სკოლის მიხედვით, ეს უფლებები ღვთის მიერ არის ნაბოძები და ადამიანის ბუნებიდან გამომდინარეობს. ეს უფლებები არ იცვლება იმის მიუხედავად, თუ რომელ ეპოქასა თუ საზოგადოებაში ცხოვრობს ადამიანი, და ამიტომ სახელმწიფო მოვალეა, დაიცვას ისინი¹.

ჯანმოს (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის) კონსტიტუციის მიხედვით, ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის მიღწევა ყველა ადამიანის ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლებაა - განურჩევლად რასის, რელიგიის, პოლიტიკური შეხედულების, ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობისა².

არავერბალური კომუნიკაცია, ანუ კომუნიკაცია სიტყვების გარეშე, როგორიცაა ჟესტიკულაცია, ხმის ტონი, სახის გამომეტყველება და სხვა (დაწვრილებითი ჩამონათვალისათვის იხ. თავი „5.1.3. არავერბალური კომუნიკაციის მნიშვნელობა“).

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი, ადამიანის ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის ყოველი მხარის გაგებას გულისხმობს და მოითხოვს ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზრუნვისას მისი მდგომარე-

¹ ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალი (ლექსიკონი-ცნობარი); ლ. ალექსიძე (რედ.), ლ. გიორგაძე, მ. კვაჭაძე და სხვ.; თბილისი, 2005 წელი..

² ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუცია (14 UNTS 185); http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (ინგლისურ ენაზე).

ობის ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ასპექტების გათვალისწინებას.

ვერბალური კომუნიკაცია - ურთიერთობა სიტყვების საშუალებით, ზეპირად ან წერილობით.

პაციენტი - „ნებისმიერი პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ან აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით“ (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 4).

პაციენტის უფლება, პაციენტის უფლება გულისხმობს ადამიანის უფლებებს, რომლებიც წარმოიშობა ადამიანის ჯანდაცვის სისტემასთან ურთიერთობისას. ის მოიცავს სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლებასაც. პაციენტის უფლებებს, რომლებიც თითქმის ყველა დემოკრატიულ ორიენტირებული ქვეყნის კანონმდებლობით არის აღიარებული, განეკუთვნება სამედიცინო მომსახურების მიღების, ინფორმაციის მიღების, ინფორმირებული თანხმობის გაცხადების, ანუ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და კონფიდენციალურობის, ჩივილისა და კომპენსაციის მიღების უფლება.

პაციენტის უფლებები დანვრილებით არის განხილული თავში 3.1.1 „რა არის პაციენტის უფლება“.

სამედიცინო ეთიკა - სამედიცინო ეთიკა გულისხმობს სამედიცინო პრაქტიკაში ზნეობრივი ფასეულობების გამოყენებას და მათ საფუძველზე მსჯელობას ცალკეული გადაწყვეტილების მიღებისას.

სამედიცინო ეთიკის პრინციპების შესახებ იხ. თავი 3.1.1. „პაციენტის უფლებების კანონმდებლობა და ეთიკური ნორმები საქართველოში“, ქვეთავი „ეთიკური რეგულაცია“.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები - პირები, ფიზიკური, ფსიქიკური, ინტელექტუალური ან სენსორული მყარი დარღვევებით, რომელთა ურთიერთქმედებამ სხვადასხვა დაბრკოლებებთან შესაძლოა ხელი შეუშალოს ამ პირის სრულ და ეფექტურ მონაწილეობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, სხვებთან თანაბარ

პირობებში. ზემოხსენებული განმარტება მოცემულია „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციაში“³ (დან-ვრილებით იხ. თავი 2.2.2 „შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი“).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის უფლებები - შშმ პირთა უფლებები გამომდინარეობს დღევანდელ საზოგადოებაში არსებული დაბრკოლებებიდან, რაც ხელს უშლის საზოგადოებაში მათს თანაბარ ცხოვრებასა და საქმიანობას. აღნიშნული დაბრკოლებები განიხილება როგორც დისკრიმინაცია შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე. შშმ პირები უნდა სარგებლობდნენ ყველა უფლებით, ჯანმრთელობისა და მასთან დაკავშირებული უფლებების ჩათვლით, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე (იხ. თავები 2 და 3).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო) - ჯანმო წარმოადგენს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის (გაერო) სპეციალიზებულ სააგენტოს, რომელიც ჯანდაცვის საკითხებზე მუშაობს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია 1948 წლის 7 აპრილს დაარსდა, როდესაც ძალაში შევიდა ჯანმოს კონსტიტუცია. საქართველო ჯანმოს წევრი 1992 წლის 16 მაისს გახდა.

ჯანმრთელობა - „ადამიანის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადების ან უძლურების არარსებობა“. ეს არის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტება, რომელიც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციაშია ასახული⁴. ამრიგად, ზემოხსენებული განმარტებით, ადამიანის ჯანმრთელობისადმი ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომას გულისხმობს.

ჰოლისტური მიდგომა მედიცინაში, ჰოლისტური მედიცინა. ჰოლისტური (holistic - ერთიანი, მთლიანი) მიდგომა მედიცინა-

³ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, ვებ-გვერდი, 02/05/14; ხელმო-საწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289>

⁴ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუცია (14 UNTS 185); http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (ინგლისურ ენაზე).

ში გულისხმობს ადამიანის ჯანმრთელობის ყველა ასპექტზე ზრუნვას და ადამიანის, როგორც ერთიანი მთლიანის, მკურნალობას როგორც ბიოლოგიური, ისე ფსიქოსოციალურ თავისებურებათა გათვალისწინებით. ამრიგად, ჰოლისტური მიდგომა გულისხმობს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის გამოყენებას (იხ. ბიოფსიქო-სოციალური მოდელი).

2. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ჯანდაცვაში და ჯეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო და სოციალური მოდელები

2.1. სამედიცინო მომსახურების განსხვავებული მოდელები

2.1.1. ბიოსამედიცინო მოდელი

პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებისას სამედიცინო პერსონალი ძირითადად დაავადებასა და ბიოსამედიცინო საკითხებზე არიან ორიენტირებულნი, რასაც ხელს უწყობს სამედიცინო სპეციალობათა ფრაგმენტაცია, ვიწრო სპეციალიზაცია, მაღალი ტექნოლოგიების განვითარება და პაციენტის კონსულტაციისათვის გამოყოფილი დროის სიმცირე.

ასეთ დამოკიდებულებას, როდესაც სამედიცინო საქმიანობისას ექიმი მხოლოდ დაავადებაზეა ფოკუსირებული **ბიოსამედიცინო მიდგომას** უწოდებენ.

ბიოსამედიცინო მოდელის დროს ექიმი სიმპტომების გამოკვლევის შედეგებზე დაფუძნებით ცდილობს დიაგნოზის დასმას და, დაავადების ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის გათვალისწინებით, შესაბამისი მკურნალობის დანიშვნას. ასეთი მიდგომა (იგულისხმება დიაგნოზის შერჩევა და მკურნალობის მისადაგება), ცხადია, მნიშვნელოვანია, თუმცა აბსოლუტურად არასაკმარისი. ადამიანები განსხვავებულად აღიქვამენ მათს სხეულში მიმდინარე ცვლილებებს და განსხვავებულად გამოხატავენ. ასევე ინდივიდუალურია ამ ცვლილებათა გავლენა ადამიანის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე. მნიშვნელოვანია სოციალური ფაქტორების როლიც ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და მკურნალობაში.

ბიოსამედიცინო მიდგომა გულისხმობს მთელი ყურადღების გადატანას დაავადებაზე, მის ბიოლოგიურ მიზეზებსა და განვითარების მექანიზმებზე. ის ნაკლებად, ან საერთოდ არ ითვალისწინებს ინდივიდის პიროვნულ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ თავისებუ-

რებებს, რაც პაციენტის მიერ დაავადების აღქმას, მკურნალობისადმი მის დამოკიდებულებას, ოჯახსა და თემში არსებულ რესურსებს, ზოგადად პაციენტის სოციალურ გარემოსა და კიდევ მრავალ სხვა ფაქტორს მოიცავს.

ბიოსამედიცინო მიდგომისთვის დამახასიათებელია:

- დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდების ცოდნა;
- განათლების, ცოდნის დანაწევრება და შემოფარგვლა;
- ხანგრძლივი მზადება ფუნდამენტურ ბიოსამედიცინო დარგებსა (ანატომია, ფიზიოლოგია, ჰისტოლოგია, პათოლოგია) და კლინიკურ საკითხებში (სიმპტომები, სინდრომები, მკურნალობის მეთოდები);
- აზროვნების მონოკაუზალური (დაავადების ერთი მიზეზი) სტერეოტიპი;
- ბიოლოგიური ფაქტორების წინ წამოწევა და გათვალისწინება;
- შეფასების რაოდენობრივი ცნებები და მეთოდები.

ბიოსამედიცინო მიდგომას მრავალი უარყოფითი შედეგი ახლავს, როგორიცაა:

- ექიმისა და პაციენტის დაშორება, ურთიერთობის გაუარესება;
- პაციენტის პიროვნული ფაქტორის უკანა პლანზე გადაწევა;
- პროფესიული ცოდნის ფრაგმენტაცია;
- სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ზრდა;
- პაციენტთა უკმაყოფილების ზრდა.

ბიოსამედიცინო მოდელის ალტერნატივად გვევლინება ე.წ. ბიოფსიქოსოციალური მოდელი, რომლის მიმართ ყურადღება სულ უფრო მეტად იზრდება. ბიოფსიქოსოციალური მოდელი გულისხმობს პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვისას ბიოსამედიცინო საკითხებთან ერთად ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების გათვალისწინებას.

ამრიგად, სამედიცინო პერსონალის, განსაკუთრებით კი, ექიმის საქმიანობაში განასხვავებენ ორი სახის მოდელს:

- ბიოსამედიცინო მოდელი;
- ბიოფსიქოსოციალური მოდელი (ჰოლისტური მიდგომა).

2.1.2. ბიოფსიქოსოციალური მოდელი - ჰოლისტური მიდგომა

სიტყვა „ჰოლისტური“ (holistic) ერთიანს, მთლიანს ნიშნავს. ჰოლისტური მიდგომა მედიცინაში მოითხოვს ადამიანის ჯანმრთელობის ყველა ასპექტზე ზრუნვას და ადამიანის, როგორც ერთიანი მთლიანის მკურნალობას - როგორც ბიოლოგიური, ისე ფსიქოსოციალური თავისებურებების გათვალისწინებით. ამრიგად, ჰოლისტური მიდგომა ბიოფსიქოსოციალური მოდელის გამოყენებას გულისხმობს.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი ამერიკელი ფსიქიატრის ჯორჯ ენგელის მიერ 1977 წელს შემოთავაზებული მოდელია, რომელიც დაავადებას უშუალოდ კონკრეტულ პაციენტთან ერთად განიხილავს, და არა ცალკე განყენებულად⁵. მისი აზრით, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისას აუცილებელია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობისადმი პაციენტის დამოკიდებულების, მისი სოციალური და კულტურული თავისებურებების გათვალისწინება.

ავტორი ჯანმრთელობისა და დაავადებისადმი ასეთ დამოკიდებულებას ბიოფსიქოსოციალურ მოდელს უწოდებს. იმისათვის, რომ ექიმმა შეძლოს, პაციენტს ადეკვატური სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს და შეძლოს მისი ჯანმრთელობის აღდგენა და შენარჩუნება, აუცილებელია, რომ მისი პროფესიული ცოდნა და უნარ-ჩვევები მოიცავდეს სამივე ასპექტს - სოციალურს, ფსიქოლოგიურს და ბიოლოგიურს.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი, როგორც ტრადიციული ბიოსამედიცინო მიდგომის ალტერნატივა, გულისხმობს:

- დაავადების უფრო სრულყოფილ, ყოვლისმომცველ გაგებას;

5 Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;Vol. 196, No. 4286 (Apr. 8, 1977), pp. 129-136

- პაციენტის, მისი დაავადებისა და ქცევის ფსიქოლოგიური, სოციალური და კულტურული ფაქტორების გათვალისწინებას;
- მედიცინის სუბიექტად (მთავარ სამიზნედ) პიროვნების, და არა დაავადების ან ორგანიზმის წარმოდგენას.

ამრიგად, ბიოფსიქოსოციალური მოდელი გულისხმობს პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვისას ადამიანის ჯანმრთელობის პრობლემისა და შესაძლო მკურნალობის ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ასპექტების გათვალისწინებას.

2.2. შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო და სოციალური მოდელები

მიუხედავად იმისა, რომ შშმ პირები საზოგადოებრივ ცხოვრებაში დღეს უფრო მეტად არიან ჩართულები, მათთვის მრავალი ჩვეულებრივი ცხოვრებისეული სიკვთე კვლავ ნაკლებად ხელმისაწვდომია. მათი პრობლემები ერთგვარად დამალულია, განსაკუთრებით, როცა შეზღუდულობა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან არის დაკავშირებული. მეორე მხრივ კი ხდება მათი გამოყოფა საზოგადოებისაგან, რაც დისკრიმინაციას წარმოადგენს.

ასეთი გამოცალკევების მიზეზებისა და შესაბამისი ღონისძიებების დაგეგმვისას გამოყოფენ ამროვნებისა თუ დამოკიდებულების ორ მოდელს - სამედიცინოს და სოციალურს.

შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო მოდელი შეზღუდულობის მიზეზად განიხილავს ადამიანის ფიზიკურ ნაკლსა დაზიანებას თუ ფსიქიკურ პრობლემებს, რაც მათი ცხოვრების ხარისხს აქვეითებს და ხელს უშლის მას ყოველდღიურ საქმიანობაში. ასეთი მიდგომის მიხედვით, ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად და ადამიანის საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართვის უზრუნველსაყოფად საჭიროა მხოლოდ სათანადო სამედიცინო ჩარევა და არსებული ფიზიკური დაზიანებისა თუ დაავადების გამოსწორებამკურნალობა.

შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო მოდელი ადამიანის ჯანმრთელობის ბიოსამედიცინო მოდელს ეფუძნება და ხაზს უსვამს მხოლოდ პრობლემის ბიოსამედიცინო მხარეს.

შეზღუდული შესაძლებლობის „სოციალური მოდელის“ მიხედვით, შშმ პირთა საზოგადოებიდან გარიყვას კონკრეტული ბარიერი, არაადეკვატური გარემო უფრო განაპირობებს, ვიდრე ინდივიდის თანდაყოლილი შეზღუდული უნარი.

მაგალითად, თუ ადამიანი ვერ ახერხებს დაწესებულებაში შესვლას გადაადგილების უნარის შეზღუდვის გამო, პრობლემას წარმოადგენს არა ის, რომ ამ ადამიანს არ შეუძლია სიარული, არამედ ის, რომ დაწესებულების ფიზიკური გარემო არ არის სათანადოდ მომზადებული და მასში არსებული გარემო ვერ პასუხობს შშმ პირის საჭიროებებს.

განსხვავება შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო და სოციალურ მოდელებს შორის ასახულია ცხრილში (ცხრილი 1).

ცხრილი 1. შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო და სოციალური მოდელი (Adapted from Carol J. Gill, Chicago Institute of Disability Research).

სამედიცინო მოდელი	სოციალური მოდელი
შეზღუდულობა, დეფიციტი არანორმალური მდგომარეობაა.	შეზღუდული შესაძლებლობა, უბრალოდ, განსხვავებულობაა.
შეზღუდული შესაძლებლობის ქონა ცუდია, ნეგატიური მოვლენაა.	შეზღუდული შესაძლებლობის ქონა ჩვეულებრივი, ნეიტრალური მოვლენაა.
შეზღუდული შესაძლებლობა პიროვნებასთან არის დაკავშირებული, მისი ნაწილია.	შეზღუდული შესაძლებლობა პიროვნებისა და საზოგადოების ურთიერთობის შედეგია.
შეზღუდულობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრის გზაა ადამიანის მკურნალობა, მისი ნორმალურ მდგომარეობაში დაბრუნება.	შეზღუდულობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრის გზაა პიროვნებისა და საზოგადოების ურთიერთობის შეცვლა.
პრობლემის მოგვარება მხოლოდ პროფესიონალთა ხელშია.	პრობლემის მოგვარება შეუძლია თავად შშმ პირს, მის ადვოკატს ან ნებისმიერ პირს, რომელიც ინდივიდისა და საზოგადოების ურთიერთობაზე მოახდენს გავლენას.

შეზღუდული შესაძლებლობის განსხვავებული ინტერპრეტაცია აისახება შშმ პირთა ცხოვრებისა და საქმიანობის ყველა სფეროზე.

ქვემოთ ცხრილის სახით წარმოდგენილია შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო და სოციალური მოდელების მოკლე დახასიათება და მათ შორის განსხვავება ბავშვების სკოლებში განათლებისათან დაკავშირებით (ცხრილი 2).

ცხრილი 2.: აზროვნების სამედიცინო და სოციალური მოდელი სკოლებში (R.Rieser 2000 Adapted from Micheline Mason 1994⁶)

სამედიცინო მოდელი	სოციალური მოდელი
ბავშვი დამნაშავეა.	ბავშვს აფასებენ.
ისმება დიაგნოზი.	ძლიერ მხარეებსა და საჭიროებებს ადგენს თვითონ ბავშვი სხვათა დახმარებით.
იარლიყის მიწებება.	ბარიერების გამოვლენა და პრობლემის გადაჭრის გზების გამოძებნა.
ყურადღების შუაგულში დაზიანება.	შედეგზე ორიენტირებული პროგრამების შემუშავება.
შეფასება, დაკვირვება, მკურნალობის პროგრამების თავს მოხვევა.	გამოყოფილია რესურსები ჩვეულებრივი სერვისებისთვის.
სეგრეგაცია და ალტერნატიული სერვისები.	პაციენტებისა და პროფესიონალების ტრეინინგი.
ჩვეულებრივი მოთხოვნების დაკმაყოფილება შეფერხებულია.	ურთიერთობები მწიფდება, გამომუშავდება.
ნორმალიზაციის შემთხვევაში საზოგადოებაში დაბრუნება ან მუდმივი გამოცალკევება.	განსხვავებებს აღიარებენ; ბავშვი ჩართულია, მიღებულია წრეში.
საზოგადოება უცვლელია.	საზოგადოება ვითარდება.

⁶ Rieser, R. (2000) 'Disability Discrimination, The Final Frontier: Disablement, History and Liberation' Ch 7 & 'Special Educational Needs or Inclusive Education: The challenge of Disability Discrimination in Schooling' Ch.8 in Education Equality and Human Rights Ed Cole, M. Routledge/ Falmer London.

შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალურ მოდელის დამკვიდრების მყარი სამართლებრივი საფუძველია გაეროს კონვენცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ.

კონვენციის მიხედვით, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანები არიან „ფიზიკური, ფსიქიკური, ინტელექტუალური ან სენსორული მყარი დარღვევების მქონე პირები, რომელთა ურთიერთქმედებამ სხვადასხვა დაბრკოლებებთან შესაძლოა ხელი შეუშალოს ამ პირთა სრულ და ეფექტურ მონაწილეობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, სხვებთან თანაბარ პირობებში“⁷. ამრიგად, როგორც განმარტებიდან ჩანს, კონვენცია შშმ პირთა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობის ხელის შემშლელ მთავარ ფაქტორად გარემო პირობებსა და დაბრკოლებებს განიხილავს და არა უშუალოდ ადამიანის ბიოსამედიცინო პრობლემებით გამონვეულ შეზღუდულობას. დაწვრილებით კონვენციის შესახებ იხ. თავი 2.2. „გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“.

⁷ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, ვებ-გვერდი, 02/05/2014; <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289>

თავი 3.შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები თანაბრად სარგებლობენ საყოველთაოდ აღიარებული ადამიანის უფლებებით ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ამ უფლებებს ხშირად პაციენტის უფლებებსაც უწოდებენ.

პაციენტის უფლებები დაწვრილებით არის ასახული საქართველოს კანონმდებლობაში და ამ უფლებებით სრულად უნდა სარგებლობდნენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები.

ამასთან, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები საჭიროებენ დამატებით გარანტიებს, რათა მათი უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სრულად იყოს დაცული.

3.1. ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში - პაციენტის უფლებები

3.1.1. რა არის პაციენტის უფლება

ზოგადი განმარტებები

პაციენტის უფლებები გულისხმობს უფლებებს, რომლებითაც უნდა სარგებლობდეს ადამიანი, რომელიც სამედიცინო მომსახურებას იღებს ან აპირებს სამედიცინო მომსახურების მიღებას.

საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ პაციენტი განმარტებულია, როგორც „ნებისმიერი პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ან აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით“.

ამრიგად, პაციენტის უფლება გულისხმობს ადამიანის უფლებებს, რომლებიც წარმოიშობა ადამიანის ჯანდაცვის სისტემასთან ურთიერთობისას.

ხშირად პაციენტის უფლებებში გულისხმობენ უფლებებს, რომლითაც სარგებლობს პაციენტი ექიმთან, სხვა სამედიცინო პერ-

სონალსა და სამედიცინო დაწესებულებასთან ურთიერთობისას. თუმცა, ფართო გაგებით ის მოიცავს სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლებასაც და ამ უფლების დაცვის გარანტიის უზრუნველყოფა სახელმწიფოს დონეზე უნდა მოხდეს.

პაციენტის უფლებების ჩამონათვალი ჩრდილოეთ ამერიკისა და ევროპის ქვეყნებში მეტ-ნაკლებად მსგავსია და მოიცავს:

- სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლებას;
- ინფორმაციის მიღების უფლებას;
- ინფორმირებული თანხმობის გაცხადების ან ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების უფლებას;
- პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და კონფიდენციალურობის უფლებას;
- ჩივილისა და კომპენსაციის მიღების უფლებას.

თითოეული ზემოთ ჩამოთვლილი უფლება მოიცავს კიდევ უფრო სპეციფიკურ უფლებებს. მაგალითად:

- **სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება** გულისხმობს ადეკვატური ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიღებასა და ფიზიკური უსაფრთხოების მოთხოვნის უფლებას, აგრეთვე, სამედიცინო მომსახურების არჩევის უფლებას.
- **ინფორმაციის მიღების უფლება** გულისხმობს პაციენტის უფლებას, მიიღოს ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, დიაგნოზისა და პროგნოზის შესახებ, ასევე მისთვის შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურების მიზნების, არსებული ალტერნატივების, მომსახურების ფინანსური ასპექტებისა და სხვა საკითხების თაობაზე. ეს უფლება ასევე მოიცავს ინფორმაციის მიღებაზე უარის განცხადების უფლებას, სამედიცინო ჩანაწერების გაცნობის უფლებას და სხვ.
- **ინფორმირებული თანხმობის გაცხადების ან ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების უფლება** გულისხმობს პაციენტის უფლებას, მიიღოს გადაწყვეტილება მისთვის შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ: დათანხმდეს სამედიცინო მომსახურებას, ან უარი თქვას მის მიღებაზე, ან აირჩიოს არსებული ალტერნატივებიდან ერთ-ერთი.

- **პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და კონფიდენციალურობის უფლება** მოიცავს სამედიცინო პერსონალისაგან საექიმო საიდუმლოს დაცვის მოთხოვნის უფლებას, ასევე სამედიცინო პროცედურებზე მხოლოდ მასში მონაწილე პირების დასწრების მოთხოვნის უფლებას.

უფლებები პაციენტის უფლებათა ევროპული

ქართის მიხედვით

პაციენტის უფლებათა ევროპულ ქარტიაში (აქტიური მოქალაქეების ქსელი, რომი, 2002 წელი) გამოყოფენ **პაციენტის 14 უფლებას**. ქვემოთ ჩამოთვლილია აღნიშნული 14 უფლება და წარმოდგენილია მათი მოკლე ინტერპრეტაცია:

- **პრევენციული ღონისძიებების მიღების უფლება**
ყველა პირს აქვს დაავადებათა თავიდან ასაცილებლად აუცილებელი სერვისების მიღების უფლება.
- **ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის უფლება**
ყველა პირს აქვს მისი ჯანმრთელობის საჭიროებათა შესაბამისი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის უფლება.
- **ინფორმაციის მიღების უფლება**
ყველა პირს აქვს უფლება, მიიღოს ნებისმიერი ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, მისთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებისა და მისი მიღების გზების შესახებ, აგრეთვე, სამეცნიერო კვლევისა თუ ტექნოლოგიური სიახლეების თაობაზე.
- **თანხმობის გაცხადების უფლება**
ყველა პირს აქვს უფლება, ჩართული იყოს მის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესში, რისთვისაც იგი აუცილებლად უნდა ფლობდეს ყველა საჭირო ინფორმაციას.
- **თავისუფალი არჩევანის უფლება**
ყველა პირს აქვს უფლება, შესაბამისი ინფორმაციის ფლობის საფუძველზე, თავისუფლად აირჩიოს არსებულ

ალტერნატივებს შორის მისთვის სასურველი სამკურნალო პროცედურა და მომსახურების გამწევი პირი თუ დანებს უღება.

- **პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და კონფიდენციალურობის უფლება**

ყველა პირს აქვს თავისი პირადი ინფორმაციის, მათ შორის, თავისი ჯანმრთელობისა და შეთავაზებული სამედიცინო პროცედურების შესახებ არსებული ინფორმაციის, კონფიდენციალურობის დაცვის უფლება, აგრეთვე პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის მოთხოვნის უფლება მისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის პროცესში.

- **პაციენტის დროის პატივისცემით მოთხოვნის უფლება**

ყველა პირს აქვს მისთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების დროულად, წინასწარ დადგენილ ვადებში მიღების უფლება.

- **ხარისხის სტანდარტების დაცვის მოთხოვნის უფლება**

ყველა პირს აქვს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლება, რომელიც სათანადო სტანდარტებს ეფუძნება.

- **უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მოთხოვნის უფლება**

ყველა პირს აქვს უფლება, დაცული იყოს ჯანდაცვის სისტემის ხარვეზებით, სამედიცინო შეცდომებით გამოწვეული ზიანისაგან და უზრუნველყოფილი იყოს ისეთი სამედიცინო მომსახურებით, რომელიც აკმაყოფილებს უსაფრთხოების მაღალ სტანდარტებს.

- **ინოვაციით სარგებლობის უფლება**

ყველა პირს აქვს ინოვაციური სამედიცინო მომსახურების ფორმების ხელმისაწვდომობის მოთხოვნის უფლება.

- **გაუმართლებელი ტკივილისა და ტანჯვის თავიდან აცილების მოთხოვნის უფლება**

ყველა პირს აქვს უფლება, შეძლებისდაგვარად მაქსიმალურად იყოს დაცული ტკივილისა და ტანჯვისაგან დაავადების განვითარების ცალკეულ სტადიაზე.

- **პიროვნებისადმი მისადაგებული მკურნალობის მოთხოვნის უფლება**
ყველა პირს აქვს უფლება მოითხოვოს მისი საჭიროებების შესაბამისი სადიაგნოზო თუ სამკურნალო მომსახურება.
- **ჩივილის უფლება**
ყველა პირს აქვს ჩივილის უფლება, როცა მას მიადგება ზიანი და შესაბამისი პასუხის მოთხოვნის უფლება.
- **კომპენსაციის მოთხოვნის უფლება**
ყველა პირს აქვს სათანადო კომპენსაციის მიღების უფლება შეძლებისამებრ მოკლე დროში, თუკი სამედიცინო მომსახურების განევის პროცესში მას მიადგება ფიზიკური, მორალური ან ფსიქოლოგიური ზიანი.

პაციენტის სოციალური და ინდივიდუალური უფლებები

მიღებულია პაციენტის უფლებების დაყოფა შემდეგ ორ დიდ ჯგუფად, როგორც ეს მოცემულია დეკლარაციაში ევროპაში პაციენტის უფლებებისათვის ხელშეწყობის შესახებ (ჯანმო, ამსტერდამი 1994 წელი⁸):

- **პაციენტის სოციალური უფლებები**, რაც გულისხმობს პაციენტის ჯანმრთელობისათვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებულ უფლებებს;
- **პაციენტის ინდივიდუალური უფლებები**, რაც გულისხმობს სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის პროცესში პაციენტის, როგორც პიროვნების პატივისცემასთან დაკავშირებულ უფლებებს.

ამასთან, პაციენტის ზოგიერთი უფლება ერთმანეთთან მჭიდროდ არის დაკავშირებული. ამიტომ მათი დაყოფა პირობითია და ამ უფლებათა განმარტებისა და გაცნობის გაადვილებისათვის არის საჭირო.

8 Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, WHO Regional Office for Europe, reprinted in 45 International Digest of Health Legislation 411 (1995).

პაციენტის სოციალური უფლებები:

პაციენტის სოციალურ უფლებებში იგულისხმება უფლება ჯანმრთელობის დაცვაზე, რაც მოიცავს სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლებას, რომლის ხარისხი შეესაბამება აღიარებულ სტანდარტებს. სამედიცინო მომსახურება უნდა იყოს ხელმისაწვდომი როგორც ფინანსურად, ისე ტერიტორიულად.

ფინანსური ხელმისაწვდომობა არ ნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურება უფასო უნდა იყოს. უფასო სამედიცინო მომსახურება არც არსებობს, რადგან მომსახურების საფასურს რომელიღაც მხარე მაინც იხდის, მაგ., სახელმწიფო ან სადაზღვევო კომპანია.

სახელმწიფომ ხელი უნდა შეუწყოს ისეთი სისტემის შექმნას, სადაც საზოგადოების ყველა წევრისათვის ხელმისაწვდომი იქნება ძირითადი სამედიცინო მომსახურება, კერძო თუ კორპორაციული დაზღვევის ან სახელმწიფო დაფინანსების ან მათი კომბინაციის საფუძველზე. ცხადია, ყველა ქვეყანას განსხვავებული რესურსი აქვს და ყველა საკუთარ თავისებურებათა შესაბამის სისტემას ქმნის.

ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის მნიშვნელოვანი შემადგენელია.

თუ მოქალაქეს სამედიცინო მომსახურების მისაღებად მისი საცხოვრებელი ადგილისაგან დაშორებულ დასახლებულ პუნქტსა თუ რეგიონში უნევს წასვლა, მისი სამედიცინო მომსახურების საფასურს ემატება მგზავრობისა და ცხოვრების ხარჯები. ეს კი ბევრისთვის ძნელად დასაძლევია ბარიერი ხდება.

ამიტომ სახელმწიფო პოლიტიკა ხელს უნდა უწყობდეს სამედიცინო მომსახურების ტერიტორიულ ხელმისაწვდომობასაც.

სამედიცინო მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველასთვის, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე, რაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს სოციალურ მდგომარეობასთან, სქესთან, ასაკთან, ეთნიკურ წარმომავლობასთან, დაავადებასთან და ა.შ.

დასასრულ, სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება მჭიდროდ არის დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან.

მოქალაქეებისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც შეესაბამება საყოველთაოდ

აღიარებულ სტანდარტებს. ასეთი მიდგომა ხელს უწყობს პაციენტის უსაფრთხოებას, ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა მოითხოვს როგორც სახელმწიფო რეგულირებას, ისე ჯანდაცვის პროფესიონალთა გაერთიანებებისა და სამედიცინო დაწესებულებათა ადმინისტრაციების ძალისხმევასა და თანამშრომლობას.

ამასთან, სახელმწიფოს როლი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მინიმალური გარანტიების შექმნაში მაინც გადამწყვეტად უნდა ჩაითვალოს. სახელმწიფო უნდა ქმნიდეს მარეგულირებელ ჩარჩოს ადეკვატური სამედიცინო განათლებისა და ექიმთა მზადებისათვის, სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირებისათვის, სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირებისა და აკრედიტაციისთვის.

მოქალაქეებისთვის მკაფიოდ უნდა იყოს ცნობილი, თუ როგორ და რა პირობებით უნდა მიიღონ მათთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურება.

მოქალაქეთათვის ასევე ცნობილი უნდა იყოს, თუ სად, ვის და როგორ უნდა მიმართონ, თუ ისინი ვერ იღებენ მათთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებას, ან თუ ვარაუდობენ, რომ მათთვის შეთავაზებული თუ გაწეული სამედიცინო მომსახურება არაადეკვატური ხარისხისაა.

პაციენტის ინდივიდუალური უფლებები:

პაციენტის ინდივიდუალური უფლებები გულისხმობს პაციენტის პიროვნების პატივისცემას და მისი ღირსების დაცვას.

აღნიშნული უფლებების რეალიზაცია პაციენტს საშუალებას აძლევს შეინარჩუნოს დამოუკიდებლობა, თავისუფალი არჩევანი, დაიცვას საკუთარი ღირსება სამედიცინო მომსახურების პროცესში.

პაციენტის ინდივიდუალურ უფლებებში იგულისხმება ადრე უკვე ჩამოთვლილი უფლებებიდან შემდეგი უფლებები:

- ინფორმაციის მიღების უფლება;
- ინფორმირებული თანხმობის გაცხადებისა და არჩევანის უფლება;

- პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და კონფიდენციალურობის დაცვის უფლება;
- ჩივილისა და კომპენსაციის მიღების უფლება.

3.1.2. პაციენტის უფლებების შესახებ კანონმდებლობა და ეთიკური ნორმები საქართველოში

პაციენტის უფლებების ხელშეწყობის სხვადასხვა მოდელები

პაციენტის უფლებები დღეს საყოველთაოდ არის აღიარებული. ამ უფლებების კანონმდებლობაში ასახვის სურათი საკმაოდ მრავალფეროვანია. მრავალ ქვეყანაში პაციენტის უფლებები კანონებშია ასახული. მრავალ მათგანს სპეციფიკური კანონები აქვს მიღებული პაციენტის უფლებათა შესახებ - ე.წ. კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ.

ზოგიერთ ქვეყანაში კი პაციენტის უფლებები კანონქვემდებარე აქტებში, ან დეკლარაციული ბუნების ტექსტებში, სამედიცინო დაწესებულებათა ასოციაციებისა თუ ცალკეული დაწესებულების შინაგანანგებშია ასახული.

პაციენტის უფლებების ხელშეწყობას და განმტკიცებას ემსახურება სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ეთიკის კოდექსები და პროფესიული საქმიანობის (ქცევის) ნორმები თუ წესები.

საქართველოში პაციენტის უფლებები რამდენიმე კანონშია გაცხადებული, მათ შორის, კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“.

ჩვენს ქვეყანაში არსებობს ექიმთა ეთიკის კოდექსი და პროფესიული საქმიანობის წესებიც.

პაციენტის უფლებების კანონმდებლობა

საქართველოში ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის სამართლებრივი ჩარჩო, ერთი მხრივ, მოიცავს ნორმატიულ აქტებს, რომლებიც უშუალოდ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს და სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტის ურთიერთობას ეხება, ხოლო, მეორე მხრივ, ზოგად ნორმატიულ აქტებს, რომლებშიც ასახული დებუ-

ლებების ნაწილი პირდაპირ ან ირიბად არეგულირებს ზემოხსენებულ საკითხებს.

საქართველოს კანონმდებლობა, რომელიც უშუალოდ ეხება სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტის ურთიერთობას, წარმოდგენილია შემდეგი ნორმატიული აქტებით:

- საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებები:
 - ევროპის საბჭოს კონვენცია „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ (რათიფიცირებულია საქართველოს მიერ; ძალაშია 2001 წლის 1 მარტიდან);
 - „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ კონვენციის დამატებითი ოქმი „ადამიანის ორგანოებისა და ქსოვილების გადანერგვის შესახებ“ (რათიფიცირებულია საქართველოს მიერ; ძალაშია 2006 წლის 1 მაისიდან);
 - „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ კონვენციის დამატებითი ოქმი „ბიოსამედიცინო კვლევის შესახებ“ (რათიფიცირებულია საქართველოს მიერ; ძალაშია 2010 წლის 1 აგვისტოდან);
- საქართველოს კანონები:
 - „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (1997);
 - „პაციენტის უფლებების შესახებ“ (2000);
 - „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ (2001);
 - „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ (2006);
 - „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ (2007);
 - „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“ (2009);
 - „ადამიანის ორგანოების გადანერგვის შესახებ“ (2000);
 - „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ (1996).

ეთიკური ნორმები

საქართველოში სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტის ურთიერთობის საკითხებს ეხება ეთიკური ხასიათის შემდეგი სამი დოკუმენტი:

- **„ექიმის ფიცი“** – მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ჟენევის დეკლარაცია; „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის“ 35-ე მუხლის მიხედვით აღნიშნული დეკლარაცია გამოიყენება ექიმის ფიცის ტექსტად, რომელსაც დებენ უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელთა კურსდამთავრებულები;
- **„საქართველოს ექიმის ეთიკის კოდექსი“**, მიღებულია საქართველოს ექიმთა კონგრესის მიერ 2003 წლის 6 მაისს;
- **„ექიმის პროფესიული საქმიანობის წესები“**, მომზადდა 2011 წელს და მას პირველი პროფესიული ასოციაციები მიუერთდა 2012 წლის 3 აპრილს.

მიუხედავად იმისა, რომ ზემოხსენებული დოკუმენტები არ არის შესასრულებლად სავალდებულო, ისინი ეფუძნებიან ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებს, რომლებიც იმავდროულად საქართველოში მოქმედ კანონმდებლობაშიც არის ასახული.

ამასთანავე, ექიმის პროფესიული საქმიანობის წესებში ასახულია ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის მარეგულირებელი ყველა დებულება, რომლებსაც სამართლებრივი საფუძველი აქვთ, კერძოდ, რომლებიც ეფუძნებიან საქართველოს მოქმედ კანონმდებლობას.

სახელმძღვანელოში სიმარტივისათვის „საქართველოს ექიმის ეთიკის კოდექსის“ ნაცვლად გამოყენებული იქნება შემოკლებული დასახელება „ეთიკის კოდექსი“, ხოლო „ექიმის პროფესიული საქმიანობის წესების“ ნაცვლად – „საქმიანობის წესები“.

ეთიკურ ნორმებზე საუბრისას გასათვალისწინებელია თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის (ბიოეთიკის) პრინციპები, რომლებიც საყოველთაოდ არის აღიარებული და ეთიკური თუ სამართლებრივი თვალსაზრისით რთული სამედიცინო საკითხის განსჯისას ხშირად გამოიყენება, როგორც ძირითადი სახელმძღვანელო პრინციპები. ეს პრინციპები შემდეგია:

ა) პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა – პაციენტის შეხედულებებისა და მისი გადაწყვეტილების პატივისცემა; პაციენტისათვის მხარდაჭერა გაცნობიერებული და თავისუფალი გადაწყვეტილების მიღებაში;

ბ) სარგებლიანობა („სიკეთის ქმნა“) – პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის მაქსიმალურად სასარგებლო გადაწყვეტილების მიღება;

გ) ზიანის მიუყენებლობა („არ ავნო“) – ზიანის თავიდან აცილება. თითქმის ყველა სამედიცინო ჩარევას ახლავს გარკვეული ზიანი, ოღონდ მოსალოდნელი სარგებლობა მუდამ უნდა აღემატებოდეს სავარაუდო ზიანს; ამასთან, ექიმი უნდა ეცადოს ზიანის მინიმუმამდე შემცირებას;

დ) სამართლიანობა – სარგებლობის, რისკის, აგრეთვე ხარჯების თანაბარი განაწილება; ერთი მხრივ, თანაბარ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტებისადმი თანაბარი დამოკიდებულება, ხოლო, მეორე მხრივ, არასაკმარისი რესურსების განაწილებისას პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებათა გათვალისწინება.

3.1.3. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უფლება

განმარტება და მოკლე მიმოხილვა;

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა უფრო ფართო უფლების - ე.წ. „უფლება ჯანმრთელობაზე“ - შემადგენელია. უფლება ჯანმრთელობაზე მოიცავს:

ა) უფლებას ისეთ გარემოსა და პირობებზე, რომლებიც კარგი ჯანმრთელობისთვის არის აუცილებელი; და

ბ) უფლებას სამედიცინო მომსახურებაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფოს აქვს ვალდებულება უზრუნველყოს თავისი მოქალაქეების უფლება ჯანმრთელობაზე, ამ უფლების ფართო გაგებით რეალიზაცია სასამართლოს გზით თითქმის შეუძლებელია.

გემოაღნიშნული არ ეხება იმ შემთხვევებს, როცა უფლება ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურებაზე გათვალისწინებულია სახელ-

მნიშვნელოვან პროგრამით ან სადაზღვევო კომპანიის პოლისით ანდა ხელშეკრულებით. ამ უკანასკნელ შემთხვევებში კუთვნილი სამედიცინო მომსახურება შეიძლება მოთხოვნილი იქნეს სხვადასხვა დონეზე (სადაზღვევო კომპანია, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური), მათ შორის, სასამართლოში.

კანონმდებლობა

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობაზე უფლების შესახებ შეიცავს საკმაოდ ზოგად დებულებებს.

საქართველოს კონსტიტუციის 28-ე მუხლის პირველი პუნქტის მიხედვით, „მოქალაქის უფლება ხელმისაწვდომ და ხარისხიან ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე უზრუნველყოფილია კანონით“. ამავე მუხლში ნათქვამია, რომ „სახელმწიფო აკონტროლებს . . . სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.“

საყურადღებოა, რომ კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ცალკე არის გამოყოფილი ე.წ. „გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების“ საკითხი, თუმცა ჩანანერი ამ საკითხზე ძალზე ზოგადია. კერძოდ, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-12 მუხლის პირველი პუნქტის მიხედვით, „სახელმწიფო იცავს პაციენტის უფლებას სამედიცინო მომსახურებაზე, რომლის გადაუდებლად განხორციელების გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება“. სამწუხაროდ, ძალზე რთულია ამ ზოგადი ჩანანერის მისადაგება კონკრეტულ შემთხვევებთან და რაიმე პასუხისმგებლობის მოთხოვნა სახელმწიფოსგან, ან სამედიცინო დაწესებულებისგან.

დღეს სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა, ანუ სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება სამი ძირითადი გზით ხდება:

ა) მომსახურება ფინანსდება ე.წ. „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით“, რომელთაგან ყველაზე მასობრივია „მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა“;

ა) მომსახურების საფასურს ანაზღაურებს სადამღვევო კომპანია, როდესაც სადამღვევო შესატანს (პრემიას) იხდის მოქალაქე და/ან მისი დამქირავებელი (ე.წ. „ინდივიდუალური დაზღვევა“ ან „კორპორაციული დაზღვევა“);

გ) მომსახურების საფასურს იხდის პაციენტი.

კერძო (ინდივიდუალური ან კორპორაციული) დაზღვევის შემთხვევაში მომსახურების ჩამონათვალი და მისი ანაზღაურების პირობები (მომსახურების რა ნაწილს ფარავს სადამღვევო კომპანია) განისაზღვრება დაზღვევის ხელშეკრულებით და/ან პოლისით.

კორპორაციული დაზღვევის დროს დაზღვევის ხელშეკრულება ინახება დამქირავებელთან (დამზღვევთან), ხოლო დაზღვეულ თანამშრომელს (დაზღვეულს) ეძლევა პოლისი, რომელშიც მითითებულია სამედიცინო მომსახურების ჩამონათვალი და მისი ანაზღაურების პირობები.

ხშირად ის გამონაკლისები, რომელის საფასურსაც არ ფარავს სადამღვევო კომპანია, მითითებულია მხოლოდ ხელშეკრულებაში და არ არის მოცემული პოლისში, რაც დაზღვეულ პირს ურთულებს იმის გარკვევას, თუ რა მომსახურებას აუნაზღაურებს მას სადამღვევო კომპანია.

ამიტომ დაზღვეულმა (პირმა, ვინც პოლისს ფლობს და ვინც გეგმავს სამედიცინო მომსახურების მიღებას) დაზღვევის ყიდვამდე უნდა გაარკვიოს დაზღვევის პირობები და გამონაკლისები. ერთ შემთხვევაში, მან ეს პირადად უნდა გააკეთოს (ინდივიდუალური დაზღვევისას), მეორე შემთხვევაში - თავის დამქირავებელთან და თანამშრომლებთან ერთად (კორპორაციული დაზღვევისას).

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით სარგებლობისას მოქალაქეებმა კარგად უნდა იცოდნენ, რას ითვალისწინებს ეს პროგრამა და როგორია ანაზღაურების პირობები.

„პაციენტის უფლებების კანონი“ სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებს განიხილავს, როგორც სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომობის იარაღს. კერძოდ, ამ კანონის მე-11 მუხლში მითითებულია, რომ „სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომობა ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით“.

ეთიკური რეგულაცია

საქართველოს ექიმის ეთიკის კოდექსი და ექიმის პროფესიული საქმიანობის წესები ექიმის მორალურ ვალდებულებად მიიჩნევენ, იზრუნოს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე თავისი შესაძლებლობის ფარგლებში. კერძოდ, ექიმმა ყველა ღონე უნდა იხმაროს, რომ მინიმუმამდე შეამციროს დაბრკოლებები, რომლებიც ხელს უშლის სამედიცინო მომსახურების მიღებას (ეთიკის კოდექსი: თავი „ექიმი და საზოგადოება“, პუნქტი 2; საქმიანობის წესები: თავი 2.9.2 „ზრუნვა მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის“). ამასთან, ექიმმა თავისი შესაძლებლობის ფარგლებში უნდა იზრუნოს იმაზე, რომ სახელმწიფოს თუ სადამღვევო კომპანიის მიერ პაციენტისათვის შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურება შეძლებისდაგვარად სრულყოფილი იყოს (საქმიანობის წესები: თავი 2.9.2 „ზრუნვა მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის“).

გემოხსენებულთან ერთად, ექიმი თანაბრად უნდა ზრუნავდეს ყველა პაციენტზე, გამონაკლისის გარეშე (ეთიკის კოდექსი: თავი „ექიმი და პაციენტი“, პუნქტი 2; საქმიანობის წესები: თავი 2.1.1 „თანაბარი და სამართლიანი დამოკიდებულება“).

საქართველოს ექიმის ეთიკის კოდექსი ექიმს ავალდებულებს, დახმარება გაუწიოს პაციენტს არასამუშაო ადგილზეც, თუკი პაციენტი გადაუდებელ დახმარებას საჭიროებს (თავი „ექიმი და პაციენტი“, პუნქტი 5). იგივეა ასახული ექიმის პროფესიული საქმიანობის წესებში (თავი 2.3 გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება).

3.1.4. ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება

განმარტება და მოკლე მიმოხილვა

სამედიცინო მომსახურების ადეკვატური ხარისხი (ანუ „ხარისხიანი“ სამედიცინო მომსახურება) გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების შესაბამისობას ქვეყანაში მიღებული სამედიცინო და ეთიკურ სტანდარტებთან.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაში, სამედიცინო პერსონალთან ერთად, მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს როლიც; სახელდობრ, სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ისეთი

გარემოს (როგორც საკანონმდებლო, ისე ორგანიზაციული) შექმნა, რომელშიც სამედიცინო პერსონალი მოტივირებული იქნება და, ამავე დროს, მიეცემა შესაძლებლობა სრულად იტვირთოს პასუხისმგებლობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

სამართლებრივი რეგულაცია

უფლება ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე გაცხადებულია კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“. კერძოდ, მასში მითითებულია: „საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს, სამედიცინო მომსახურების ყველა გამწვევისაგან მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება“ (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 5).

სახელმწიფოს როლი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაში ასახულია კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. მასში მითითებულია, რომ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო აკონტროლებს სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების ხარისხს (კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 63).

სახელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ინსტრუმენტებია სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება და სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება („ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის მუხლები 16, 23-33, 53-63; კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“).

იმისათვის, რომ ექიმმა დამოუკიდებლად გაუწიოს მომსახურება პაციენტს, მას აუცილებლად უნდა ჰქონდეს სახელმწიფო სერტიფიკატი შესაბამის საექიმო სპეციალობაში. დამოუკიდებლად მუშაობის უფლების მიღების პირობები განსაზღვრულია კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ (თავი 2, მუხლები 7-17).

გარკვეული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებები აუცილებლად საჭიროებენ შესაბამის ლიცენზიას. იმ საქმიანობების ნუსხა, რომლისთვისაც აუცილებელია ლიცენზია, განისაზღვრება კანონით „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ (მე-6 მუხლის პუნქტები 42-84).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის კიდევ ერთი იარაღია ე.წ. „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების)“ შემუშავება და დანერგვა (კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 16, პუნქტი ბ’).

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნულ რეკომენდაციებში დანვრილებით არის მითითებული, თუ როგორ უნდა შეფასდეს ამა თუ იმ დაავადების მქონე პაციენტის მდგომარეობა, რა სადიაგნოზო და სამკურნალო ღონისძიებები შეიძლება გამოიყენოს ექიმმა.

პაციენტებისათვის საინტერესო უნდა იყოს ზემოხსენებული გაიდლაინების გაცნობა, რაც მათ დაეხმარება გაერკვნენ, როგორი შეიძლება იყოს მათი ჯანმრთელობის პრობლემის შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.

ამასთან, პაციენტებს უნდა ახსოვდეთ, რომ ყველა შემთხვევა განსხვავებულია და ექიმმა შეიძლება მიიღოს გადაწყვეტილება, რომელიც არ არის ასახული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნულ რეკომენდაციაში.

დღეს საქართველოში დამტკიცებულია 100-ზე მეტი კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), რომელთა ნახვა დაინტერესებულ პირებს, მათ შორის პაციენტებს, შეუძლიათ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესახებ მოქალაქეს პრეტენზია ან საჩივარი შეუძლია წარუდგინოს სამედიცინო დანესებულებას, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს. თუ პაციენტს მიადგა ზიანი და ის ან მისი ოჯახის წევრი კომპენსაციას ითხოვს, მან სასამართლოს უნდა მიმართოს (იხ. ქვეთავი „ჩივილისა და კომპენსაციის მიღების უფლება“).

ეთიკური რეგულაცია

სამედიცინო მომსახურების ხარისხს ეთიკის კოდექსიც ეხმიანება ექიმის მიერ პროფესიული და ეთიკური სტანდარტებით ხელმძღვანელობისა და სამუშაო გარემოზე ზრუნვის კუთხით:

- „საექიმო საქმიანობის აღსრულებისას ექიმის გზამკვლევი მხოლოდ პროფესიული სტანდარტები და საყოველთაოდ

აღიარებული ეთიკური ნორმები“ (თავი „ზოგადი დებულებები“, პუნქტი 2);

- „ექიმი ცდილობს ისეთი სამუშაო გარემოს შექმნას, რომელიც აუცილებელია პაციენტისათვის ადეკვატური სამედიცინო დახმარების გასაწევად“ (თავი „ექიმი და პაციენტი“, პუნქტი 8).

საქმიანობის წესების მიხედვით, ექიმი ზრუნავს მის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე; ამასთან, ის უნდა ითვალისწინებდეს, რომ ხარისხზე მოქმედებს მრავალი ფაქტორი, რომელთაგან ნაწილი უშუალოდ ექიმზეა დამოკიდებული, ხოლო ნაწილი გარემოზე. ამიტომ საქმიანობის წესებში მოცემულია რეკომენდაცია, რომელიც ექიმს ურჩევს, მონაწილეობა მიიღოს მომსახურების ხარისხისა და პაციენტის უსაფრთხოების სისტემის შექმნასა და ფუნქციონირებაში (საქმიანობის წესები: თავი 2.17 „სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და პაციენტის უსაფრთხოება“).

გემოხსენებულთან ერთად, საქმიანობის წესებში ასახული რეკომენდაციები ექიმის მიერ საკუთარ პროფესიულ კომპეტენციაზე ზრუნვის, სამედიცინო ჩანაწერების ადეკვატურად წარმოების, სამუშაო გარემოს გაუმჯობესების თაობაზე, აგრეთვე, ექიმის მოქმედების შესახებ საექიმო შეცდომის დაშვებისას (საქმიანობის წესები: თავი 2.17 „სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და პაციენტის უსაფრთხოება“, თავი 2.18 „სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება“, თავი 2.20 „ექიმის მოქმედება საექიმო შეცდომის დაშვებისას“, თავი 2.23 „საკუთარ პროფესიულ კომპეტენციაზე ზრუნვა, უწყვეტი პროფესიული განვითარება“).

3.1.5. დისკრიმინაციის გამორიცხვა

განმარტება და მოკლე მიმოხილვა

ყველა მოქალაქე დაცული უნდა იყოს დისკრიმინაციისაგან, მათ შორის, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ეს მოიცავს როგორც სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის საკითხს, ისე ექიმისა თუ სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულებას პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისადმი.

სამართლებრივი რეგულაცია

საქართველოს კონსტიტუციის მიხედვით „ყველა ადამიანი სამართლის წინაშე თანასწორია. აკრძალულია დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, სქესის, წარმოშობის, ეთნიკური კუთვნილების, ენის, რელიგიის, პოლიტიკური ან სხვა შეხედულებების, სოციალური კუთვნილების, ქონებრივი ან წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის ან სხვა ნიშნის მიხედვით“, კონსტიტუცია, მუხლი 11, 2018).

კონსტიტუციის ეს დებულება სათანადოდ არის ასახული კანონებში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „პაციენტის უფლებების შესახებ“. კერძოდ, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონში (მუხლი 6) მითითებულია შემდეგი:

„6.1. არ დაიშვება პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, სქესის, აღმსარებლობის, პოლიტიკური თუ სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო“.

სამედიცინო დახმარების პროცესში დისკრიმინაციის გამოირიცხვას ისახავს მიზნად იმავე კანონის მუხლი, რომლის მიხედვითაც ექიმი მოვალეა „პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის რიგითობა განსაზღვროს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებით“ (მუხლი 40).

ამრიგად, როცა რესურსების უკმარისობის პირობებში ხდება პაციენტის შერჩევა სამედიცინო მომსახურების გასაწევად, შერჩევის საფუძველი მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებები უნდა იყოს; უნდა გამოირიცხოს ნებისმიერი ზეგავლენა ნებისმიერი პირისაგან; დაუშვებელია აგრეთვე ასეთ შემთხვევებში სამედიცინო პერსონალის მიერ პირადი მოტივებით ხელმძღვანელობა (სიმპათია, ანგარება, პოლიტიკური და რელიგიური შეხედულებები და სხვ.).

პაციენტის დისკრიმინაციას კრძალავს აგრეთვე კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ (მუხლი 6). ამასთან, დისკრიმინაციასთან მიმართებაში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონში მოცემულ ჩამონათვალს ემატება დისკრიმინაციის აკრძალვა გენეტიკური მემკვიდრეობის საფუძველზე.

ეთიკური რეგულაცია

დისკრიმინაციის გამორიცხვა გამომდინარეობს „სამართლიანობის“ ეთიკური პრინციპიდან.

ეთიკის კოდექსისა და საქმიანობის წესების მიხედვით, ექიმი თანაბრად, თანაბარი გულისყურით და მზრუნველობით უნდა ეპყრობოდეს ყველა პაციენტს (ეთიკის კოდექსი: თავი „ექიმი და პაციენტი“, პუნქტი 2; საქმიანობის წესები: თავი 2.1.1 „თანაბარი და სამართლიანი დამოკიდებულება“).

ამასთან, საქმიანობის წესები ექიმს ურჩევს გაითვალისწინოს პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებებიც, რომლებიც შეიძლება გამომდინარეობდეს პაციენტის ჯანმრთელობის, ფსიქოლოგიური თუ სოციალური, კულტურული, ეთნიკური, რელიგიური თუ სხვა მახასიათებლებიდან (თავი 2.1.1 „თანაბარი და სამართლიანი დამოკიდებულება“).

დისკრიმინაციის თავიდან აცილების პრობლემას ეხმიანება საქართველოში მოქმედი ექიმის ფიცის ტექსტიც, რომლის მიხედვითაც ექიმი პირობას დებს არ დაუშვას „პაციენტის ასაკის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, აღმსარებლობის, რასის, სქესის, ეროვნების, პოლიტიკური შეხედულებების, სექსუალური ორიენტაციის, სოციალური მდგომარეობის ზეგავლენა მისი პროფესიული მოვალეობის აღსრულებაზე“ (მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ქენევის დეკლარაცია – ექიმის ფიცი).

3.1.6. ინფორმაციის მიღების უფლება

განმარტება და მოკლე მიმოხილვა

ინფორმაციის მიღების უფლებაში მოიაზრება ორი სახის ინფორმაცია:

ა) ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობს ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე;

ბ) ინფორმაცია პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ და მისთვის შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურების თაობაზე.

სამართლებრივი რეგულაცია

ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება მოქალაქეებისათვის სახელმწიფოს ვალდებულებაა. „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-16 მუხლში გაცხადებულია შემდეგი:

„1. საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს, მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე.

2. სახელმწიფო ვალდებულია, მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით ან ინდივიდუალურად, მოთხოვნისამებრ, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, მიაწოდოს მოქალაქეს ამ მუხლის პირველ პუნქტში მითითებული ინფორმაცია“.

უშუალოდ პაციენტის ჯანმრთელობასთან და მისთვის გასაწევ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფორმაცია პაციენტს აწვდის სამედიცინო პერსონალი.

პაციენტს უფლება აქვს, იცოდეს ყველაფერი საკუთარი ჯანმრთელობისა და მისთვის სამედიცინო მომსახურების განწევასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ. კერძოდ, პაციენტს უფლება აქვს, მიიღოს ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე:

- რა სახის სადიაგნოზო თუ სამკურნალო მეთოდებს იყენებს დანესებულება, ანუ რა რესურსებს ფლობს იგი;
- რა ღირს სამედიცინო მომსახურება და როგორია საფასურის გადახდის წესი;
- რა უფლება-მოვალეობანი აქვს პაციენტს დანესებულების შინაგანაწესის მიხედვით (შინაგანაწესი არ უნდა ზღუდავდეს პაციენტის კანონით განსაზღვრულ უფლებებს).
- ვინ არის პაციენტის მკურნალი ექიმი; აქვს თუ არა მას საკმარისი გამოცდილება;
- რა მიზნით იგეგმება ესა თუ ის სამედიცინო ჩარევა, რა არის მოსალოდნელი ეფექტი, რამდენად სარისკოა ჩარევა პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის;
- არსებობს თუ არა მკურნალობის სხვა, ალტერნატიული მეთოდები და როგორია ამ მეთოდების მოსალოდნელი ეფექტი და რა რისკი ახლავს მას;

- რა შედეგები იქნა მიღებული სამედიცინო გამოკვლევების საფუძველზე;
- როგორია დიაგნოზი და რას ნიშნავს ეს პაციენტისთვის (როგორია პროგნოზი).

ზემოაღნიშნული უფლებები გაცხადებულია კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 18.

ექიმები ხშირად იყენებენ მათთვის ჩვეულ, პაციენტისათვის კი გაუგებარ ტერმინებს. იმის აღსაქმელად, რაც ექიმისთვის ცალსახად ნათელია, პაციენტს დამატებითი განმარტება და დრო სჭირდება.

ამიტომ კანონში ნათქვამია, რომ პაციენტისათვის მისაწოდებელი ინფორმაცია უნდა იყოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები. ამავე დროს ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს პაციენტის აღქმის უნარი და თავი აარიდოს სპეციალური ტერმინების გამოყენებას.

ამრიგად, პაციენტს ინფორმაცია ისე უნდა მიეწოდოს, რომ მან ნათლად აღიქვას ყველა ის დეტალი, რაც მის ჯანმრთელობასთან და სამედიცინო მომსახურებასთან არის დაკავშირებული (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლები 18 და 19).

საყურადღებოა ისიც, რომ პაციენტს აქვს სამედიცინო ჩანაწერების გაცნობის უფლებაც. კერძოდ, კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ნათქვამია, რომ პაციენტს ან მის ნათესავს (თუ პაციენტი ბავშვია, ან ქმედუუნაროა სხვა მიზეზით და არ შეუძლია გადაწყვეტილების მიღება) უფლება აქვს გაეცნოს ავადმყოფობის ისტორიას.

უფრო მეტიც: პაციენტს შეუძლია მოითხოვოს სამედიცინო ჩანაწერებში შესწორებების შეტანა, თუ ის ფიქრობს, რომ მანამდე დაფიქსირებული ინფორმაცია არასწორია. ამასთან, პაციენტს უფლება აქვს, მოითხოვოს ისტორიის ნებისმიერი ნაწილის ასლი. ამისათვის მხოლოდ გაცხადების დაწერა იქნება საჭირო (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 17).

არის შემთხვევები, როცა ინფორმაციის მიწოდებამ შეიძლება პაციენტის არასასურველი რეაქცია გამოიწვიოს, რაც საბოლოოდ

უარყოფითად აისახება პაციენტის ჯანმრთელობაზე. მეორე მხრივ, ექიმის უპირველესი მოვალეობა სწორედ პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვაა. აღნიშნულიდან გამომდინარე ექიმი მძიმე არჩევანის წინაშე დგება. მან ორი გზიდან მხოლოდ ერთი უნდა აირჩიოს:

- გაუფრთხილდეს პაციენტის ჯანმრთელობას და დაუმალოს მას სიმართლე; ან
- პატივი სცეს მის უფლებებს: სიმართლე უთხრას და ამით „საფრთხე“ შეუქმნას მის ჯანმრთელობას.

ზემოხსენებული ძირითადად მძიმე დაავადებებს ეხება; მაგრამ მხოლოდ მძიმე დაავადების არსებობის ფაქტი არ უნდა გახდეს ინფორმაციის დამალვის საფუძველი.

შესაძლებელია ამ საკითხის განხილვა „კიბოს“ მაგალითზე. დღეს კიბო მომავდინებელი დაავადება აღარ არის. ადრეულ სტადიაზე მისი დიაგნოსტიკა სრული გაჭანსაღების საშუალებას იძლევა. ამ დროს პაციენტმა, თუ არ იცის, რა დაავადება აქვს, შეიძლება თავი აარიდოს მკურნალობას, რომელიც მისთვის სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა.

გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ პაციენტები ხშირად თვითონ მოითხოვენ სრულ ინფორმაციას საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ და შესწევთ უნარი, რეალურად შეათასონ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

ზოგჯერ მათ ეს ინფორმაცია მკურნალობასთან დაკავშირებული გადანაცვებების მიღებასთან ერთად საკმაოდ მნიშვნელოვანი პირადი საქმეების მოსაგვარებლადაც სჭირდებათ (რაც შეიძლება ბიზნესთან ან, სულაც, ანდერძის გაფორმებასთან იყოს დაკავშირებული). ასეთ შემთხვევებში სიმართლის დამალვა დაუშვებელია.

მიუხედავად ზემოხსენებულისა, მაინც არის შემთხვევები, როცა მძიმე დაავადების არსებობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებამ შეიძლება ზიანი მოუტანოს პაციენტს. სხვა ქვეყნების გამოცდილებას თუ ვენდობით, ასეთი ადამიანების რაოდენობა დიდი არ არის. ამასთან, ვინაიდან არსებობს ზიანის მიყენების თუნდაც მცირე ალბათობა, ექიმს უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა, დაუშვას გამონაკლისი და არ უთხრას სიმართლე პაციენტს. ცხადია, ეს გამონაკლისი წესად არ უნდა იქცეს.

ჩნდება კითხვა: რა გარანტია არსებობს იმისა, რომ, როცა ექიმი მძიმე დაავადების დიაგნოზს სვამს, იგი არ შეეცდება ყველა შემთხვევაში დაუმალოს პაციენტს ინფორმაცია და „დამოგოს“ იგი. აქ გასათვალისწინებელია ჩვენში დამკვიდრებული ტრადიცია, როცა პაციენტის ოჯახის წევრები, თითქმის ყოველთვის, კეთილი განზრახვით დიაგნოზის „გაყალბებას“ სთხოვენ ექიმს. ამრიგად, ჩვენში „გამონაკლისის“ წესად ქცევის დიდი რისკი არსებობს.

კანონი ზემოხსენებულ პრობლემას შემდეგი პრინციპების მიხედვით აწესრიგებს (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 18):

- პაციენტს აქვს უფლება, მიიღოს სრულყოფილი ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ;
- ექიმს ეძლევა უფლება, გამონაკლის შემთხვევებში, არ მიანოდოს პაციენტს ინფორმაცია, თუ ძალიან დიდი ალბათობაა იმისა, რომ პაციენტს ზიანი მიაღდება;
- ექიმი ვალდებულია სთხოვოს სამედიცინო ეთიკის კომისიას ან სხვა ექიმს დასტური ინფორმაციის „დამალვის“ შესახებ გადაწყვეტილებაზე;
- თუ პაციენტი დაჟინებით ითხოვს ინფორმაციას, ექიმი, ყოველგვარი გამონაკლისის გარეშე, ვალდებულია მიანოდოს პაციენტს კანონით გათვალისწინებული ინფორმაცია.

ამრიგად, პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდებისას ძირითადი პრინციპია „სიმართლის თქმა“ და პაციენტისათვის სრული ინფორმაციის გაზიარება. ამასთან, გამონაკლისის სახით (თუ პაციენტი დაჟინებით არ ითხოვს ინფორმაციას), პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებიდან გამომდინარე, ექიმს შეუძლია შეეცადოს, შეზღუდოს ინფორმაცია.

ცხადია, პაციენტისათვის არასასურველი ინფორმაციის მიწოდებისას აუცილებელია განსაკუთრებული სიფრთხილე და მიდგომა. ამისათვის ექიმი უნდა ფლობდეს სათანადო უნარ-ჩვევებს. ეს საკითხი დანვრილებით არის განხილული თავში „5.1.4 სერიოზული შეტყობინება პაციენტისთვის“.

ეთიკური რეგულაცია

საქმიანობის წესები ურჩევს ექიმს გაარკვიოს პაციენტის სურვილი დაწვრილებითი ინფორმაციის მიღების შესახებ. თუ პაციენტს აქვს ასეთი სურვილი, მაშინ ექიმი გასაგები ენით აწვდის პაციენტს დაწვრილებით ინფორმაციას მისი ჯანმრთელობისა და მისთვის შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურების ყველა ასპექტის შესახებ (საქმიანობის წესები, თავი 2.1.3 „ინფორმაციის მიწოდება“).

საქმიანობის წესებში გათვალისწინებულია პაციენტის ახლობლებისათვის ინფორმაციის მიწოდების პირობებიც (საქმიანობის წესები, თავი 2.1.3.2 „ინფორმაციის მიწოდება პაციენტის ახლობლისათვის ან კანონიერი წარმომადგენლისთვის“).

საქმიანობის წესები ასევე ურჩევს ექიმს, გაითვალისწინოს პაციენტის მიერ სამედიცინო ჩანაწერებისა და მისი ასლის მოთხოვნა (თავი 2.1.3.2 „ინფორმაციის მიწოდება პაციენტის ახლობლისათვის ან კანონიერი წარმომადგენლისთვის“).

3.1.7. ინფორმაციის მიღებაზე უარის თქმა

განმარტება და მოკლე მიმოხილვა;

ინფორმაციის მიღების უფლებასთან ერთად პაციენტს უნდა ჰქონდეს უფლება უარი თქვას მისი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის მიღებაზე, მიუხედავად იმისა, თუ რა არის ასეთი მოთხოვნის მოტივაცია.

ამასთან, ცხადია, ამ უფლებას აქვს გამონაკლისიც, როცა საქმე ეხება ზიანის რისკს, რომელიც იქმნება ინფორმაციის მიუწოდებლობით და რომელიც შეიძლება ემუქრებოდეს თვითონ პაციენტს ან სხვებს.

სამართლებრივი რეგულაცია

ართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ გაცხადებულია პაციენტის უფლება, უარი თქვას ინფორმაციის მიღებაზე, მიუხედავად იმისა, რა არის მიზეზი ასეთი მოთხოვნისა (მუხლი 20).

აღნიშნულ წესს აქვს გამონაკლისებიც. კერძოდ, თუ დაავადება სერიოზულია და ინფორმაცია ეხება მაღალ რისკთან ასოცირებულ სამედიცინო ჩარევას, რისთვისაც აუცილებელია პაციენტის თანხმობა, პაციენტისათვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდება აუცილებელია (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 20).

მეორე, მხრივ შეიძლება ინფორმაციის მიწოდებლობამ საფრთხე შეუქმნას სხვა ადამიანებს. მაგალითად, როცა პაციენტს დაუდგინდება საშიში გადამდები ინფექცია და მაღალია რისკი სხვა ადამიანების დასნებოვნებისა. ასეთ შემთხვევაში პაციენტს უნდა ეცნობოს ამის შესახებ, რათა თავიდან იქნეს აცილებული დაავადების გავრცელება (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 20).

ამასთან, გადამდები დაავადებების აღმოცენებისა და გავრცელების საშიშროების შემთხვევაში, კომპეტენტური ორგანოების მოთხოვნით, პაციენტმა უნდა ჩაიტაროს ყველა სამედიცინო პროცედურა, რომელიც აუცილებელია სხვა პირის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საფრთხის თავიდან ასაცილებლად.

ეთიკური რეგულაცია

საქმიანობის წესები ითვალისწინებს პაციენტის მიერ ინფორმაციის მიღებაზე უარის თქმის შესაძლებლობას და ურჩევს ექიმს, ყოველთვის გაარკვიოს პაციენტის სურვილი აღნიშნულის შესახებ. ამასთან, საქმიანობის წესებში ასახულია გარემოებებიც, როცა პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდება სავალდებულოა კანონმდებლობის მიხედვით (თავი 2.1.3.2 „ინფორმაციის მიწოდება პაციენტის ახლობლისათვის ან კანონიერი წარმომადგენლისთვის“).

3.1.8. თანხმობის ან უარის გაცხადება, წინასწარ გაცხადებული ნება

განმარტება და მოკლე მიმოხილვა;

პაციენტისათვის რაიმე სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე, იქნება ეს სადიაგნოზო გამოკვლევა, სამკურნალო თუ საპროფილაქტიკო ღონისძიება, ექიმმა უნდა მიიღოს მისი ინფორმირებული თანხმობა.

ინფორმირებული თანხმობა გულისხმობს, რომ უშუალოდ თანხმობის მიღებამდე პაციენტს მიეწოდა დეტალური ინფორმაცია სამედიცინო ჩარევის ყველა ასპექტის შესახებ – მოსალოდნელი შედეგი, გართულების შესაძლებლობა, ალტერნატივები და სხვ.

ინფორმირებული თანხმობა გულისხმობს პაციენტისათვის მკაფიოდ, ადვილად გასაგები ინფორმაციის მონოდებას იმ სამედიცინო მომსახურებისა თუ ჩარევის შესახებ, რომელსაც ექიმი სთავაზობს პაციენტს. ეს ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს სამედიცინო ჩარევის ყველა ასპექტს.

ექიმმა მხოლოდ მას შემდეგ უნდა მიიღოს თანხმობა, როცა დარწმუნდება, რომ პაციენტმა კარგად გაიაზრა, რაზეა საუბარი, რატომ უნდა ჩატარდეს სამედიცინო ჩარევა, რა მიზანი აქვს მას, ახლავს თუ არ ტკივილი და დისკომფორტი, რა გართულებებია მოსალოდნელი, რა ალტერნატიული მეთოდები არსებობს და სხვ.

სამართლებრივი რეგულაცია

საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით ინფორმირებული თანხმობის მიღება აუცილებელია ნებისმიერ სამედიცინო ჩარევის წინ (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 22; კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 8; კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 44).

„ინფორმირებული თანხმობა“ კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ შემდეგი სახით არის განმარტებული (მუხლი 4 ბ):

„ბ) ინფორმირებული თანხმობა - პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურებაზე, მას შემდეგ, რაც მათ მიეწოდათ ინფორმაცია:

ბ.ა) სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ;

ბ.ბ) სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

ბ.გ) პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ;

ბ.დ) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტებისა და ამ უკანასკნელთა თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;

ბ.ე) სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

ბ.ვ) “ბ.ა”-ბ.ე” ქვეპუნქტებში ჩამოთვლილთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ.”

გემოთქმულიდან გამომდინარე, პაციენტს უნდა ახსოვდეს, რომ, როცა ექიმი უნიშნავს ამა თუ იმ სახის სამედიცინო მომსახურებას, პაციენტს აქვს უფლება მოითხოვოს მისგან დანვრილებითი ინფორმაცია ამ მომსახურების შესახებ და მხოლოდ ამის შემდეგ მისცეს ექიმს თანხმობა სამედიცინო მომსახურების განევაზე.

თუ პაციენტი არასრულწლოვანია ან რაიმე სხვა მიზეზის (მაგ. დაავადების) გამო არა აქვს გადაწყვეტილების მიღების უნარი, მაშინ ინფორმირებულ თანხმობას აცხადებს პაციენტის ნათესავი ან ე.წ. კანონიერი წარმომადგენელი (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 22, პუნქტი 1).

პაციენტს შეუძლია ნებისმიერ შემთხვევაში უარი თქვას სამედიცინო ჩარევაზე ან აირჩიოს რამდენიმე ალტერნატიული ვარიანტიდან ერთ-ერთი, ანდა მოიძიოს მეორე აზრი, ანუ მიმართოს სხვა ექიმს და გაიგოს ამ ექიმის აზრიც მისი დიაგნოზისა და/ან მკურნალობის შესახებ. ამის უფლებას პაციენტს კანონი აძლევს (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 7).

თუ ექიმი დარწმუნდა, რომ პაციენტმა კარგად გაიაზრა ყოველივე და შესწევს გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ის მოვალეა დაეთანხმოს მის აზრს და არ მიმართოს აღნიშნულ სამედიცინო ჩარევას (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 23, პუნქტი 2). ამასთან, ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება არ უნდა შეიცვალოს პაციენტის მიმართ. მათ კვლავ უნდა გააგრძელონ პაციენტზე ზრუნვა და შესთავაზონ სამედიცინო დახმარების ალტერნატიული, მისთვის მისაღები ფორმები.

კანონმდებლობა განსაკუთრებულ აქცენტს აკეთებს განუკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტების უფლებაზე, უარი განაცხადონ სამედიცინო მომსახურებაზე.

კერძოდ, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 148-ე მუხლის მიხედვით, „ტერმინალურ სტადიაში მყოფ ქმედუნარიან, გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე ავადმყოფს უფლება აქვს უარი განაცხადოს სარეანიმა-

ციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე”.

ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ პაციენტის ზემოხსენებულ უფლებას თან ახლავს მკაფიო აკრძალვა პაციენტის ნების წინააღმდეგ სამედიცინო ჩარევის განხორციელებისა.

ამრიგად, თუ ქმედუნარიანი პაციენტი უარს აცხადებს სამედიცინო ჩარევაზე, სამედიცინო პერსონალს ეკრძალება ამ სამედიცინო ჩარევის განხორციელება (კანონი “პაციენტის უფლებების შესახებ”, მუხლი 23).

პაციენტის წინასწარ გაცხადებული ნება

დღეს მოქმედი კანონმდებლობის მიხედვით, მძიმე პაციენტი-სათვის სამედიცინო მომსახურების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას, როცა პაციენტი უკვე აღარ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი (მაგალითად, როცა პაციენტი კომურ მდგომარეობაშია), სამედიცინო პერსონალი უნდა ითვალისწინებდეს პაციენტის წინასწარ გაცხადებულ ნებას (კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ”, მუხლი 11).

ამრიგად, მოქალაქეებს შეუძლიათ, წინასწარ წერილობით ჩამოაყალიბონ საკუთარი ნება მათთვის სამედიცინო მომსახურების განწვევის შესახებ იმ შემთხვევებისთვის, როცა მათ დაავადების გამო არ ექნებათ გადაწყვეტილების მიღების უნარი.

საყურადღებოა, რომ „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, წინასწარ გაცხადებული ნება შეიძლება ეხებოდეს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი, აგრეთვე, პალიატიური მკურნალობისა თუ მზრუნველობის ჩატარებას.

ამასთან, უარი ზემოაღნიშნული ჩარევების განხორციელებაზე შეიძლება დაკავშირებული იყოს მხოლოდ იმ შემთხვევებთან, როცა პაციენტის უგონო მდგომარეობა ან გადაწყვეტილების მიღების უნარის შეზღუდვა გამოწვეულია შემდეგი გარემოებებით (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 24, პუნქტი 1):

„ა) განუკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით;

ბ) დაავადებით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას“.

დასასრულ, მოქალაქეებს წინასწარ შეუძლიათ, დაასახელონ პირი, რომელიც მიიღებს გადაწყვეტილებას მათი მკურნალობის შესახებ, თუ დადგება ზემოხსენებული გარემოებები – ტერმინალური მდგომარეობა, მძიმე შესაძლებლობის შეზღუდვის გამომწვევი დაავადება (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 24, პუნქტი 2).

შემთხვევები, როცა პაციენტის ახლობლების მიერ მიღებული გადაწყვეტილება არ შეესაბამება პაციენტის ინტერესებს

მძიმე პაციენტის სამედიცინო მომსახურების შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ძალიან ხშირად ნათესავებს უხდებათ. მით უმეტეს, რომ საქართველოში ჯერ არ არის დამკვიდრებული ტრადიცია, რომ პაციენტმა წინასწარ მკაფიოდ წერილობით ან თუნდაც ზეპირად განაცხადოს, რა სახის სამედიცინო მომსახურებას ისურვებდა იგი მძიმე მდგომარეობაში აღმოჩენისას; თუმცა, როგორც უკვე აღინიშნა, საქართველოს კანონმდებლობა უკვე იძლევა მკურნალობის შესახებ ნების წინასწარ გაცხადების შესაძლებლობას.

კანონმდებლობის მიხედვით, მომავლადვი პაციენტის ახლობლებს აქვთ უფლება, უარი განაცხადონ პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევაზე, თუკი მათი უარის საფუძველი პაციენტის ღირსების დაცვაა.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი პირობა იმისა, რომ ახლობლებმა უარი განაცხადონ მომავლადვი პაციენტის მკურნალობაზე, არის პაციენტის შეხედულებების (წინასწარ გაცხადებული ნების) გათვალისწინება.

ზემოაღნიშნულთან ერთად, არ არის გამორიცხული, რომ პაციენტების ნათესავების მიერ მიღებული გადაწყვეტილება ეწინააღმდეგებოდეს პაციენტის ინტერესებს. საქართველოს კანონმდებლობა ექიმს უფლებას აძლევს არ დაეთანხმოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტის ნათესავის გადაწყვეტილებას, თუ ის ფიქრობს, რომ გადაწყვეტილება ეწინააღმდეგება პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს.

ერთის მხრივ, ექიმს შეუძლია მიმართოს სასამართლოს, თუ პაციენტის მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 25.1).

სხვა შემთხვევაში, თუ ქმედუენარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის განევის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, ხოლო მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი სამედიცინო მომსახურების წინააღმდეგია, კანონი ექიმს აძლევს უფლებას, იმოქმედოს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად (კანონი “პაციენტის უფლებების შესახებ”, მუხლი 25.2).

ეთიკური რეგულაცია

ეთიკური ხასიათის ტექსტებში ასახული დებულებები პაციენტი-საგან ინფორმირებული თანხმობის მიღების მარეგულირებელი სამართლებრივი დებულებების ანალოგიურია.

ეთიკის კოდექსის მიხედვით, ექიმი უნდა აღიარებდეს პაციენტის უფლებას, მონაწილეობა მიიღოს მისთვის სამედიცინო დახმარების განევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში. ამასთან, ეთიკის კოდექსი „ინფორმირებულ თანხმობას“ ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის უმნიშვნელოვანეს პრინციპად მიიჩნევს (ეთიკის კოდექსი, თავი „ექიმი და პაციენტი“, პუნქტი 3).

ეთიკის კოდექსი ასევე მოითხოვს, რომ ექიმმა მოისმინოს არასრულწლოვანის აზრიც მისთვის სამედიცინო დახმარების განევის შესახებ (ეთიკის კოდექსი, თავი „ექიმი და პაციენტი“, პუნქტი 6). ცხადია, ასეთ შემთხვევაში გადაწყვეტილებას არასრულწლოვანი პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი იღებს.

საქმიანობის წესები დეტალურ რჩევებს აწვდის ექიმს ინფორმირებული თანხმობის მიღების შესახებ, სამედიცინო დახმარებაზე პაციენტის უარისა და წინასწარ გაცხადებული ნების თაობაზე (თავი 2.1.4 „ინფორმირებული თანხმობა, პაციენტის გადაწყვეტილების პატივისცემა“, თავი 2.1.4.1 „პაციენტის უარი სამედიცინო მომსახურებაზე“, თავი 2.1.4.2 „პაციენტის წინასწარ გაცხადებული ნება“).

საქმიანობის წესებში ასევე დანვრილებით არის ასახული რჩევები არასრულწლოვან პაციენტთან ურთიერთობის, მათთვის ინფორმაციის მიწოდების და გადაწყვეტილების მიღებაში მათი შეძლებისდაგვარად ჩართვის შესახებ (თავი 2.2.1 „არასრულწლოვნები“).

3.1.9. ინფორმაციის კონფიდენციალურად დაცვა

განმარტება და მოკლე მიმოხილვა;

სამედიცინო პერსონალის მიერ პაციენტის შესახებ მოპოვებული ინფორმაციის კონფიდენციალურად დაცვა ერთ-ერთი ყველაზე ძველი, დამკვიდრებული და მყარი ეთიკური თუ სამართლებრივი იმპერატივია.

აღნიშნული მოთხოვნის დარღვევის შემთხვევები მხოლოდ კანონმდებლობით შეიძლება იქნეს განსაზღვრული.

სამართლებრივი რეგულაცია

“პაციენტის უფლებების შესახებ” კანონი ექიმს ავალებს, საიდუმლოდ შეინახოს მის ხელთ არსებული ინფორმაცია პაციენტის შესახებ. ეს პირობა ექიმმა პაციენტის გარდაცვალების შემდეგაც კი არ უნდა დაარღვიოს (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 27).

ამასთან, არსებობს გამონაკლისიც ამ წესიდან და კანონი მიუთითებს გარკვეულ პირობებზე, რომელთა არსებობისას შესაძლებელია კონფიდენციალურობის დარღვევა (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 28, პუნქტი 1).

პირველ ყოვლისა, კანონის მიხედვით, პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გაცემა ნებადართულია, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს, ეცნობოს მესამე პირს ან პირებს მის შესახებ მოპოვებული ფაქტების თაობაზე.

იმავ კანონის მიხედვით, ინფორმაციის გაცემა ექიმს შეუძლია მაშინაც, როცა ამ ინფორმაციის დამალვა სხვა ადამიანის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას უქმნის საფრთხეს. მაგალითად, პაციენტს აქვს ისეთი ინფექციური დაავადება, რომელიც აუცილებლად გადაედება სხვებს, თუ ამ უკანასკნელებმა არ მიიღეს პრევენციული ზომები.

არის შემთხვევები, როცა ინფორმაციის გადაცემას ექიმს კანონი ავალებს. მაგალითად, ექიმი ვალდებულია, გასცეს ინფორმაცია პაციენტის შესახებ, თუ ამას მოითხოვს სასამართლო.

საყურადღებოა, რომ, თუ ექიმი პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის პროცესში თანამშრომლობს სხვა კოლე-

გებთან, მას თავისუფლად შეუძლია, ესაუბროს მათ პაციენტის მდგომარეობის შესახებ (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 28, პუნქტი 2). ეს თვით პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარეობს: ექიმმა აუცილებლად უნდა მიაწოდოს შესაბამისი ინფორმაცია სხვა კოლეგებს, რომლებიც ავადმყოფის მკურნალობაში მონაწილეობენ, ან ექთნებს, რომლებმაც დანიშნულება უნდა შეასრულონ.

ხშირად სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის ყოველი მნახველი სთხოვს ექიმს, ან მოითხოვს მისგან დაწვრილებით ინფორმაციას პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. ასეთ შემთხვევებში გასათვალისწინებელია, რომ, კანონმდებლობის შესაბამისად, პაციენტს თავად შეუძლია გადაწყვიტოს, ვის და რა ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. კერძოდ, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის 21-ე მუხლის მიხედვით, „ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს, გადაწყვიტოს, მიიღოს თუ არა ვინმემ ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.“

თუ პაციენტი გადაწყვეტს, რომ ინფორმაცია სხვასაც შეიძლება გაუზიარონ, „მანვე უნდა დაასახელოს ის პირი, რომელსაც ეს ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. გადაწყვეტილება და პირის ვინაობა ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში“ (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 21).

ამრიგად, პაციენტის თანხმობის გარეშე სამედიცინო პერსონალს არა აქვს უფლება ვინმეს გაუმჟღავნოს ინფორმაცია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი ქმედუნაროა ან მოკლებულია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს, სამედიცინო მომსახურების გამწვევს აქვს უფლება, ინფორმაცია მიაწოდოს პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს (იხ. ზემოთ).

ეთიკური რეგულაცია

პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურად დაცვის მოთხოვნა ასახულია ექიმის ფიცშიც, რომლის მიხედვით ექიმი პირობას დებს, რომ დაიცავს მისთვის განდობილ საიდუმლოს, პაციენტის სიკვდილის შემდეგაც კი (მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ჟენევის დეკლარაცია – ექიმის ფიცი).

საექიმო საიდუმლოს დაცვას მოითხოვს ეთიკის კოდექსიც; კერძოდ, მასში ნათქვამია: „ექიმი საიდუმლოდ ინახავს პაციენტის ჯანმრთელობასთან და პირად ცხოვრებასთან დაკავშირებულ ფაქტებს პაციენტის სიკვდილის შემდეგაც კი, თუ საიდუმლოს გამჟღავნებას მას კანონი არ ავალებს. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ექიმი აცნობებს პაციენტს (ან მის ჭირისუფალს) საიდუმლოს გამჟღავნების განზრახვის შესახებ (თავი „ექიმი და პაციენტი“, პუნქტი 4).

საქმიანობის წესები შეიცავს დანვრილებით დებულებებს ექიმის კონფიდენციალურობის დაცვის შესახებ. ეს დებულებები ძირითადად კანონმდებლობას ეფუძნება, თუმცა მოცემულია პრაქტიკული რჩევებიც სხვადასხვა გარემოებათა არსებობისას კონფიდენციალურობის დაცვის თაობაზე (თავი 2.1.5 ინფორმაციის კონფიდენციალურობა).

3.1.10. პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა

განმარტება და მოკლე მიმოხილვა;

პაციენტის პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა კიდევ ერთ საკითხს მოიცავს; კერძოდ, სამედიცინო მომსახურების განვეცას (პაციენტის გასინჯვისას, ან მისთვის სხვადასხვა მანიპულაციების ჩატარებისას) სხვა პირთა დასწრებას.

საერთოდ, სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლები, სამედიცინო პერსონალი ყველა ღონეს უნდა ხმარობდნენ, რომ მკურნალობის პროცესში მინიმუმამდე იქნეს დაყვანილი პაციენტის პირად ცხოვრებაში ჩარევა. გასასინჯი ოთახი თუ სტაციონარის პალატა შეძლებისდაგვარად გამოყოფილი და მოცილებული უნდა იყოს სხვათა „თვალს“, რათა დისკომფორტი პაციენტს მინიმუმამდე შეუმცირდეს.

სამართლებრივი რეგულაცია

რაც შეეხება უშუალოდ სხვადასხვა პროფილაქტიკურ, სადიაგნოზო, სამკურნალო თუ სარეაბილიტაციო პროცედურებს, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, ზემოთ მოხსენიებულ პროცედურებში მხოლოდ ის პერსონა-

ლი უნდა მონაწილეობდეს, რომელთა დასწრებაც, სამედიცინო თვალსაზრისით, აუცილებელია (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 30).

თუ პაციენტი თანახმაა, ან მოითხოვს, რომ პროცედურას სხვა პირი დაესწროს, ეს მოთხოვნა შეძლებისდაგვარად უნდა დაკმაყოფილდეს (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 30).

ეთიკური რეგულაცია

ეთიკური ხასიათის ტექსტებიდან პირადი ცხოვრების ხელშეუხებელი ეთიკური ხასიათის ტექსტებიდან პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობას უშუალოდ ეხმაურება მხოლოდ საქმიანობის წესები (თავი 2.1.6 „პირად ცხოვრებაში ჩაურევლობა“).

აღნიშნულ თავში მითითებულია, რომ პაციენტისათვის მნიშვნელოვანია, სამედიცინო მომსახურებას დაცულ გარემოში იღებდეს და ერთგვარად მორიდებული იყოს „უცხო თვალს“. ექიმს ეძლევა რჩევა, პატივი სცეს პაციენტის სურვილს და არ დაასწროს სამედიცინო პროცედურას სხვა პირები, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თავად ითხოვს ახლობლის დასწრებას.

ამა თუ იმ პროცედურაზე სხვა პერსონალის, სტუდენტისა თუ რეზიდენტის დასწრებისთვის (თუ ისინი არ მონაწილეობენ სამედიცინო დახმარების პროცესში) პაციენტისაგან მიღებულ უნდა იქნეს თანხმობა.

ამავე პრობლემას ეხმიანება ეთიკის კოდექსიც, რომლის მიხედვითაც ექიმი იღებს პაციენტის თანხმობას სწავლების პროცესში მისი ჩართვის წინ (თავი „ექიმი – მასწავლებელი“, პუნქტი 2).

3.1.11. ჩივილისა და კომპენსაციის მიღების უფლება

პაციენტს, ცხადია, აქვს ჩივილის უფლება, როცა ის უკმაყოფილოა სამედიცინო მომსახურებით და ფიქრობს, რომ მისი უფლებები შეილახა და მას ზიანი მიაღდა.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის 104-ე მუხლში დაკონკრეტებულია, თუ სად შეიძლება მიმართოს პაციენტმა საჩივრით. კერძოდ, აღნიშნული მუხლის მიხედვით, თუ პაციენტი უკმა-

ყოფილა სამედიცინო პერსონალის და/ან სამედიცინო დაწესებულების მოქმედებით, მას შეუძლია იჩივლოს:

- სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციაში;
- ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოში;
- სასამართლოში ან
- დავის გამრჩევ სხვა ორგანოში.

სასამართლო

საკუთარი უფლებებისა დასაცავად სასამართლოსათვის მიმართვის უფლება საქართველოს მოქალაქეთათვის კონსტიტუციით არის გარანტირებული (საქართველოს კონსტიტუცია, მუხლი 42, პუნქტი 1).

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-10 მუხლის მიხედვით, პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს (როცა პაციენტი ქმედუენაროა, ან მოცემულ მომენტში დაავადების გამო არ შეუძლია თავისი ნების გამოხატვა) შეუძლია მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს კომპენსაცია მიყენებული ზიანისთვის.

ზიანი შეიძლება იყოს როგორც ქონებრივი, ისე არაქონებრივი (ე.წ. „მორალური ზიანი“). ზიანი შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- პაციენტის უფლებების დარღვევით (მაგ., უსაფუძვლო უარი სამედიცინო მომსახურებაზე, მათ შორის, დისკრიმინაციის გამო, ინფორმაციის მიუწოდებლობა, ჩარევა თანხმობის გარეშე, კონფიდენციალურობის დარღვევა და ა.შ.)
- სამედიცინო პერსონალის შეცდომით;
- სხვადასხვა ხარვეზებით სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობაში (მაგ., უხარისხო მასალების თუ აღჭურვილობის გამოყენება);
- სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობითა და რეგულირებით.

კომპენსაციის მოთხოვნის გარდა, პაციენტს უფლება აქვს, მოითხოვოს (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ მუხლი 10, პუნქტები „ა“ და „ბ“):

- სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება;

- სახელმწიფო სამედიცინო და სანიტარიული სტანდარტების შეცვლა.

სასამართლოსათვის მიმართვა, ცხადია, გარკვეულ დროს და რესურსებს ითხოვს. ამასთან, მხოლოდ სასამართლოს გზით პაციენტის უკმაყოფილების შემთხვევების გარჩევა უარყოფითად აისახება როგორც სასამართლოს მუშაობაზე, ისე მთლიანად ჯანდაცვის სისტემაზე. კერძოდ, აღნიშნულმა შეიძლება გამოიწვიოს ნდობის დაკარგვა სამედიცინო პერსონალისა და მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის მიმართ, სამედიცინო მომსახურების ხარჯების გაზრდა და ა.შ.

გემოხსენებულის გამო აუცილებელია სასამართლოს ალტერნატიული გზების მოძიება და მათი სარგებლობა.

სხვა ალტერნატივები

სასამართლოში მიმართვამდე პაციენტს შეუძლია მიმართოს უშუალოდ სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციას და/ან ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივ (ადგილობრივი ხელისუფლება) ან ცენტრალურ ორგანოებს (პრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

ინდივიდუალურ და კორპორაციულ დაზღვევასთან დაკავშირებული პრობლემების გარკვევა პაციენტმა თავდაპირველად სადაზღვევო კომპანიაში (მზღვეველთან) უნდა გაარკვიოს, თუმცა კორპორაციული დაზღვევის შემთხვევაში პაციენტმა შეიძლება ინფორმაცია დააზუსტოს დამქირავებელთან, სადაც ინახება ხელშეკრულება დამზღვევსა (დამქირავებელს) და მზღვეველს (სადაზღვევო კომპანიას) შორის.

ჯანმრთელობის დაზღვევის ნებისმიერი ფორმის შემთხვევაში არსებული პრობლემების მოსაგვარებლად და სხვადასხვა საკითხის შესახებ რჩევების მისაღებად პაციენტს შეუძლია მიმართოს საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციას, კერძოდ, ამ ასოციაციის „სადაზღვევო გზამკვლევის“.

თავისი უფლებების დასაცავად პაციენტმა შეიძლება მიმართოს საქართველოს სახალხო დამცველს. უკანასკნელი ხუთი წლის განმავლობაში სახალხო დამცველის აპარატის მოხსენებებში ხშირად

განიხილება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროსთან დაკავშირებული უფლებების დარღვევის საკითხები.

სახალხო დამცველის ოფისები გახსნილია თბილისში, ქუთაისში, ბათუმში, ზუგდიდში, გორში, ახალქალაქსა და მარნეულში.

დასასრულ, პაციენტს დახმარება შეუძლია გაუწიოს სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციებმა და მათმა კოალიციებმა, რომელთა საქმიანობაც დაკავშირებული ჯანდაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების დაცვასთან.

სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციების ვრცელი ნუსხა და მათი საკონტაქტო ინფორმაცია შეიძლება მოძიებულ იქნეს „პარლამენტის არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ურთიერთობის ბიუროს“ ვებ-გვერდზე www.parliamentngo.ge, სადაც განთავსებულია არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაცემთა ბაზა.

3.2. გაეროს შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია

3.2.1. კონვენციის ზოგადი დახასიათება

„შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“ არის გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის (გაეროს) მიერ ადამიანის უფლებების საკითხებზე მომზადებული დოკუმენტი, რომლის მიზანია შშმ პირთა თანაბარი უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვის, მათი პიროვნული ღირსების პატივისცემის უზრუნველყოფა შშმ პირების მიმართ დამოკიდებულების შეცვლის გზით.

დამოკიდებულების შეცვლაში იგულისხმება შშმ პირების განხილვა არა როგორც ქველმოქმედების, ჯანმრთელობისა და სოციალური დახმარების ობიექტებად, არამედ როგორც თანაბარი უფლებებისა და ღირსების მქონე სუბიექტებად, რომელთაც შეუძლიათ საკუთარი კანონიერი უფლებების დაცვის მოთხოვნა და საკუთარი ცხოვრების ყველა ასპექტის განკარგვა და შესაბამისი გადანაცვტილების მიღება.

კონვენცია შემზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო მოდელს ცვლის სოციალური მოდელით (ასევე იხ. თავი 2.2. „შემზღუდულობის სამედიცინო და სოციალური მოდელები“).

„შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“ გაეროს სათავო ოფისში 2006 წლის 13 დეკემბერს დამტკიცდა, ხელმოსაწერად 2007 წლის 30 მარტს გაიხსნა, ხოლო ძალაში 2008 წლის 3 მაისს შევიდა.

კონვენციას საქართველომ ხელი 2009 წლის 10 ივლისს მოაწერა. საქართველოს პარლამენტმა მისი რატიფიკაცია 2013 წლის 26 დეკემბერს მოახდინა, ხოლო სარატიფიკაციო სიგელის გაეროს 2014 წლის 13 მარტს გადაეცა (მოხდა სიგელის „დეპონირება“). კონვენცია საქართველოში ძალაში შევიდა 2014 წლის 12 აპრილს.

კონვენცია შეზღუდულ შესაძლებლობას ადამიანის უფლებების სფეროს განაკუთვნებს და თვლის, რომ შშმ პირთა საზოგადოებრივი ცხოვრების ყველა სფეროში თანაბარი მონაწილეობა მათი კანონიერი უფლებაა და კონვენციას მიერთებული ქვეყნები ვალდებული არიან, უზრუნველყონ ამ უფლების რეალიზაციისათვის აუცილებელი ყველა ღონისძიების გატარება⁹.

ამრიგად, საქართველო ვალდებულია, უზრუნველყოს კონვენციაში გაცხადებული შშმ პირთა უფლებების განხორციელება ჩვენს ქვეყანაში.

გასათვალისწინებელია ისიც, რომ კონვენცია, როგორც საერთაშორისო ხელშეკრულება, იერარქიით სხვა კანონებზე უფრო მაღლა დგას და სამართლებრივი ნორმათა კოლიზიის შემთხვევაში უპირატესობა კონვენციით დადგენილ ნორმებს ენიჭება.

3.2.2. კონვენციაში ასახული დებულებები ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების შესახებ

კონვენციაში ჯანმრთელობის უფლების მკაფიო ასახვა, შშმ პირთა ჯანმრთელობის უფლების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მყარი სამართლებრივი საფუძველია.

კონვენციის 25-ე მუხლი სწორედ ჯანმრთელობის უფლებას ეხება. აღნიშნული მუხლის მიხედვით, კონვენციაზე მიერთებული

⁹ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, ვებ-გვერდი, 02/05/2014; <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289>

ქვეყნები აღიარებენ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებას, ისარგებლონ ჯანმრთელობის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტით, შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე აღმოცენებული ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე.“ ამასთან, ზემოხსენებული ქვეყნები ვალდებული არიან, განახორციელონ ყველა შესაბამისი ზომა შშმ პირთათვის ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის.

ჯანდაცვის სერვისების დისკრიმინაციის გარეშე ხელმისაწვდომობის აღიარებასთან ერთად კონვენციაში გაცხადებულია სპეციფიკური უფლებები და სახელმწიფოს ვალდებულებები, რომლებიც უშუალოდ შშმ პირთათვის არის მნიშვნელოვანი. კერძოდ, სახელმწიფოები ვალდებული არიან:

ა) უზრუნველყონ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებისა და ზოგადად მოსახლეობაზე გათვლილი საზოგადოებრივი პროგრამების ხელმისაწვდომობა იმავე მოცულობითა და ხარისხით, რაც დანარჩენი მოსახლეობისთვის;

ბ) უზრუნველყონ უშუალოდ შეზღუდულ შესაძლებლობასთან დაკავშირებული სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობა, რაც მოიცავს შეზღუდულობის ადრეულ გამოვლენას და, საჭიროებისას, შესაბამისი ჩარევების განხორციელებას, აგრეთვე, შეზღუდული შესაძლებლობის შემდგომი შეზღუდულობის მინიმუმამდე დაყვანას და პრევენციას, მათ შორის, ბავშვებსა და მოხუცებში;

გ) ზემოხსენებული სერვისების ხელმისაწვდომობა უზრუნველყონ სამიზნე კონტინგენტის საცხოვრებელ თემთან ახლოს, მათ შორის - სოფლად;

დ) მოსთხოვონ სამედიცინო პერსონალს, გაუწიონ შშმ პირებს იმავე ხარისხის სამედიცინო მომსახურება, როგორც ყველა სხვა დანარჩენ პაციენტს, მათ შორის, თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე;

ე) ხელი შეუწყონ სამედიცინო პერსონალის ცოდნის ამაღლებას შშმ პირების უფლებების, ღირსების, ავტონომიის საკითხებზე და მათ საჭიროებათა შესახებ, შესაბამისი სასწავლო-საგანმანათლებლო პროგრამებითა და ეთიკური სტანდარტების დანერგვით;

ვ) გამოირიცხოთ ყოველგვარი დისკრიმინაცია შშმ პირთა მიმართ ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის დაზღვევის დროს (თუკი ასეთი დაზღვევა კანონმდებლობით არის დაშვებული);

ბ) გამორიცხონ ყოველგვარი დისკრიმინაცია შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე სამედიცინო დახმარებისა და ჯანდაცვის სერვისების, აგრეთვე საკვებისა და სასმელის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისას.

ამრიგად, კონვენციაში ასახულია ყველა ის ვალდებულება, რომლებიც უნდა შეასრულონ სახელმწიფოებმა, რომელთაც ხელი მოაწერეს კონვენციას. ზემოთ ჩამოთვლილი ვალდებულებანი სახელმწიფოებმა უნდა განახორციელონ შესაბამისი საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებისა და სხვადასხვა მარეგულირებელი დოკუმენტების მიღებითა და მათი ამოქმედებისთვის ხელშეწყობით.

3.3. საქართველოს კანონმდებლობა შშმ პირების უფლებათა შესახებ ჯანდაცვის სფეროში.

3.3.1. ზოგადი სამართლებრივი ჩარჩო

საქართველოს კანონმდებლობა შშმ პირთა უფლებების შესახებ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოიცავს ყველა იმ სამართლებრივ აქტს, რომლებიც განხილულია თავში 2.1. „ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში - პაციენტის უფლებები“.

ამასთან, უშუალოდ შშმ პირთა უფლებებზე ორიენტირებული საქართველოს კანონმდებლობა მოიცავს შემდეგ საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებს, სამართლებრივ იერარქიაში მათი ადგილის მიხედვით:

- საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები:
 - საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებები და შეთანხმებები:
 - ა) გაეროს „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“.
 - საქართველოს კანონები:
 - ა) საქართველოს კანონი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“;

ბ) საქართველოს კანონი „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“;

გ) საქართველოს კანონი „სოციალური მუშაობის შესახებ“.

• კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტები:

- აღმასრულებელი ხელისუფლების, მათ შორის, მთავრობის დადგენილებები და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანებები, რომლებიც მიზნად ისახავს შშმ პირთათვის გაწეული მომსახურების მოცულობის დაზუსტებას და ამ მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფას. მაგალითად, საქართველოს მთავრობის N41 დადგენილება „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის სივრცის მოწყობისა და არქიტექტურული და გეგმარებითი[ელემენტების ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ (06/01/2014).

ამასთან, შშმ პირთა უფლებების დაცვის კანონმდებლობას განეკუთვნება ის სამართლებრივი აქტები, რომლებითაც განისაზღვრება საქართველოს მოსახლეობისათვის, მათ შორის შშმ პირთათვის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის სერვისების მოცულობა. აღნიშნულს მიეკუთვნება საქართველოს კანონი ამა თუ იმ წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ და ნორმატიული აქტები სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების თაობაზე.

ამრიგად, გაეროს კონვენცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ საქართველოს კანონმდებლობის შემადგენელია და საკანონმდებლო ნორმატიული აქტების იერარქიაში ამ სფეროში არსებულ სხვა ნორმატიულ აქტებზე მაღლა დგას, თუმცა მისი განსაკუთრებული მნიშვნელობის გამო აღნიშნული კონვენცია წინამდებარე წიგნში ცალკეა განხილული (იხ. ზემოთ: თავი 2.2).

3.3.2. ცალკეული ნორმატიული აქტები

საქართველოს კანონი „შემლუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“

კანონი „შემლუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ 1995 წელს არის მიღებული, თუმცა მასში ცვლილებები ბევრჯერ შევიდა, მათ შორის შემლუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციის რატიფიკაციის შემდეგ. კანონში პირველი ცვლილება კონვენციის რატიფიკაციის შემდეგ შეეხება შემლუდული შესაძლებლობის განმარტებას, რომელიც შეესაბამება კონვენციაში მოცემულ განმარტებას.

კანონი შშმ პირთა ჯანდაცვის საკითხებს ეხმიანება მხოლოდ რეაბილიტაციის სფეროში, კერძოდ, კანონი ავალდებულებს სახელმწიფოს (მუხლი 13):

- შშმ პირთა სამედიცინო, პროფესიული და სოციალური რეაბილიტაციის სისტემის ჩამოყალიბებას და განვითარებას, რომლის მიზანია:
 - ორგანიზმის დარღვეული ან დაკარგული ფუნქციებისა და სხვადასხვა უნარის აღდგენა და
 - შშმ პირთა სრულფასოვანი ცხოვრებისა და მათი უფლებებისა და პოტენციური შესაძლებლობის რეალიზაციის უზრუნველყოფა;
- სამეცნიერო კვლევებისა და სპეციალისტების მომზადების დაფინანსებასა და ორგანიზებას სამედიცინო, პროფესიული და სოციალური რეაბილიტაციის სფეროებში.

კანონი ავალდებულებს სახელმწიფოს შშმ პირთათვის რეაბილიტაციის ინდივიდუალური პროგრამების შემუშავებას, ხოლო შესაბამის სახელმწიფო და არასახელმწიფო დაწესებულებებსა და ორგანიზაციებს ამ პროგრამების შესრულებას (მუხლები 14 და 15).

დასასრულ, კანონი ითვალისწინებს შშმ პირთათვის სარეაბილიტაციო, მათ შორის, სამეცნიერო-საწარმოო ცენტრების ქსელის, ამბულატორიულ და სტაციონარულ სასწავლო-პროფილაქტიკურ

დანესებულებებში აღდგენითი მკურნალობის განყოფილებების, სპეციალურ სასწავლო-აღმზრდელობითი და სანატორიულ-საკურორტო დანესებულებების, სანარმოებისა და შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალურ-საყოფაცხოვრებო მომსახურების დანესებულებების შექმნას. ზემოაღნიშნული წარმოადგენს სახელმწიფო მართვის როგორც უმაღლესი, ისე ადგილობრივი ხელისუფლების ვალდებულებას (მუხლი 16).

კანონით ასევე გათვალისწინებულია მრავალი ღონისძიება, რომლებიც ირიბად შშმ პირთა ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის მიღწევას ემსახურება, მაგ., სოციალური ინფრასტრუქტურის, მათ შორის შენობა-ნაგებობების მისადაგება შშმ პირთა საჭიროებებთან, შშმ პირთა განათლების, პროფესიული აღზრდისა და დასაქმების საკითხების მოგვარება, შშმ პირთათვის სპორტის შესაფერისი სახეობების დანერგვა და სხვ.

დასასრულ, ექსპერტები თვლიან, რომ კანონი მოძველებულია და მიმდინარეობს მუშაობა მის განახლებაზე.

საქართველოს კანონი „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“

„სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“ კანონის მიზანია შშმ პირთა უფლებების დაცვა შემზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენის სამართლებრივი, ორგანიზაციული და ეკონომიკური საფუძვლების განსაზღვრის გზით.

სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზა შემზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დასადგენად სწორედ შემოხსენებული კანონით განსაზღვრული წესებისა და პირობების დაცვით უნდა ჩატარდეს.

კანონი განსაზღვრავს როგორც შესაძლებლობის შემზღუდვის ხარისხებს, ასევე მის მიზეზებს. ამ კანონითვე არის დადგენილი შესაძლებლობის შემზღუდვის სტატუსის დადგენის წესი, შესაბამის დანესებულებებზე სახელმწიფო ზედამხედველობის სისტემა და სტატუსის გადახედვის ვადები.

შესაძლებლობის შემზღუდვის სტატუსის მინიჭებისას პირს უდგინდება შესაძლებლობის ზომიერი, მნიშვნელოვნად ან მკვეთრად გამოხატული შემზღუდვა (მუხლი 10).

შესაძლებლობის სტატუსის გადამოწმების ვადა დამოკიდებულია შებენიანობის ხარისხზე; კერძოდ, ზომიერად და მნიშვნელოვნად გამოხატული შებენიანობის დროს ექსპერტიზა ტარდება წელიწადში ერთხელ, ხოლო, მკვეთრად გამოხატული შებენიანობის დროს - ორ წელიწადში ერთხელ (მუხლი 12, პუნქტი 1); თუმცა სტატუსის ვადა შეიძლება 6 თვითაც დადგინდეს, თუკი მოსალოდნელია პირის მდგომარეობის გაუმჯობესება, მათ შორის, სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარების შედეგად (მუხლი 12, პუნქტი 2).

გარკვეულ პირობებში შებენიანობის სტატუსი შეიძლება უვადოდ დადგინდეს. ზემოაღნიშნული პირობები განსაზღვრულია კანონის მე-14 მუხლით.

კანონი ასევე განსაზღვრავს პროფესიული შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხებს და მათი განსაზღვრის საფუძვლებსა და ვადებს (თავი V).

კანონი ავალდებულებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ამ კანონის ამოქმედებისათვის აუცილებელი კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების მიღებას.

საყურადღებოა, რომ ჯანდაცვის სამინისტრო ამჟამად მუშაობს შებენიანობის შესაძლებლობის ფუნქციური შეფასების მოდელზე.

თავი 4. პირველადი ჯანდაცვა და შუამ პირთა ჯანმრთელობა

4.1. პირველადი ჯანდაცვა: ისტორიული წანამძღვრები

პირველადი ჯანდაცვის საყოველთაოდ აღიარებული ისტორია იწყება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ ორგანიზებული საერთაშორისო კონფერენციით “პირველადი ჯანდაცვის შესახებ” (ალმა-ათის კონფერენცია). კონფერენცია ჩატარდა 1978 წლის 6–12 სექტემბერს, ალმა-ათაში (იმდროინდელი საბჭოთა კავშირის ერთ-ერთი რესპუბლიკის - ყაზახეთის დედაქალაქი. ამჟამად ქალაქის დასახელებაა ალმათი). კონფერენციაში მონაწილეობდა 3000 დელეგატი, რომლებიც წარმოადგენდნენ 134 ქვეყნის მთავრობებს, 67 საერთაშორისო ორგანიზაციას¹⁰. კონფერენციამ მიიღო დეკლარაცია, რომელშიც მითითებულია, რომ „ყველა მთავრობამ უნდა ჩამოაყალიბოს ეროვნული პოლიტიკა, სტრატეგია და სამოქმედო გეგმები პირველადი ჯანდაცვის, როგორც ყოვლისმომცველი ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის შემადგენლის, ასამოქმედებლად და შესანარჩუნებლად სხვა სექტორებთან თანამშრომლობის საფუძველზე. ამ მიზნის მისაღწევად აუცილებელია პოლიტიკური ნება ქვეყნის რესურსების მობილიზებისა და ხელმისაწვდომი რესურსების რაციონალური გამოყენებისათვის“¹¹.

ქვემოთ მოკლედ არის მიმოხილული ის ძირითადი წანამძღვრები, რომლებმაც დღის წესრიგში დააყენა ალმა-ათის კონფერენციის ჩატარება და პირველადი ჯანდაცვის, როგორც საკვანძო

¹⁰ Marcos Cueto, PhD; The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care, Am. J. Public Health. 2004 November; 94(11): 1864–1874; ხელმისაწვდომია <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/>

¹¹ Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978; ხელმისაწვდომია: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

ფაქტორის, მნიშვნელობის აღიარება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ადეკვატური და სოციალური სამართლიანობის პრინციპზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებაში.

ალმა-ათის კონფერენციის წანამძღვრები

1. გასული საუკუნის 50–იანი წლების მეორე ნახევარში დაწყებული აფრიკის ქვეყნების დეკოლონიზაციის პროცესმა, ამ ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ანალიზმა თვალსაჩინო გახადა ეფექტური და სამართლიანი ჯანდაცვის განხორციელებისთვის ჯანდაცვის ორგანიზაციის ახალი, განსხვავებული მოდელის საჭიროება, რომლის რეალიზაციისათვის უმნიშვნელოვანესია სოციალურ-ეკონომიკური განვითარება, და არა მხოლოდ ტექნიკური ინვენტარიზაცია⁹.

2. 1950-იანი წლების დასაწყისიდან ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და აშშ-ის მონაწილეობით მოქმედებდა მალარიის აღმოფხვრის გლობალური პროგრამა. პროგრამის განხორციელების პროცესში დაგროვილმა გამოცდილებამ ცხადი გახადა, რომ ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის გადატანა განვითარებად ქვეყნებში მიზანშეუწონელია და რომ აუცილებელია პრევენციული მომსახურების სრულყოფა¹².

3. ზემოაღნიშნულის ანალოგიური იყო ეკლესიების მსოფლიო საბჭოს ქრისტიანული სამედიცინო კომისიის მოსაზრება. 1968 წელს დაარსებული ეს კომისია დაკავებული იყო სამედიცინო პროგრამების განხორციელებით და შეფასებით განვითარებად ქვეყნებში. კომისიის მიერ მომზადებულ ანგარიშში მითითებული იყო, რომ საავადმყოფოებში მოთავსებულთა

¹² M. Tanner, D. de Savigny; “Malaria Eradication Program back on the table”; Bulletin of the World Health Organization, Volume 86, number 2, 2008, 82 -83; ხელმისაწვდომია <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/en/>

ნახევარს ჰქონდა დაავადებები, რომელთა პრევენციაც შესაძლებელი იყო¹³.

4. განვითარებადი ქვეყნების მაგალითები:

ა) 1965 წელს ჩინეთში, კულტურული რევოლუციის პერიოდში, დაფუძნდა პროგრამა, რომელიც ჩინური და მსოფლიო მედიცინის ისტორიაში „ფეხშიშველა ექიმების“ („Barefoot Doctors“) სახელწოდებით შევიდა. პროგრამის დევიზი იყო „ჯანდაცვა და სამედიცინო მომსახურება სოფელს“¹⁴.

ფეხშიშველა ექიმების სისტემა მნიშვნელოვან სტიმულად იქცა პირველადი ჯანდაცვის დაფუძნებისა და განვითარებისთვის; მან თვალსაჩინო გახადა სოფლად საქმიანობის თავისებურებანი, უპირატესად პრევენციული სერვისების საჭიროება, ვიდრე სამკურნალო სერვისებისა;

ბ) ვენესუელის „გამარტივებული მედიცინის“ („Simplified Medicine“) პროგრამა ქვეყანაში 1936 წელს დაიწყო. მისი მიზანი იყო ჯანმრთელობისთვის ხელშეწყობა, ჯანმრთელობის დაცვა, ჯანმრთელობის აღდგენა, მოსახლეობის სანიტარიული განათლება¹⁵.

გ) სხვა ქვეყნებშიც იყო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეფორმირების მცდელობა, სახელდობრ ტანზანიაში (ე.წ. სასოფლო კოოპერატივების სოციალისტური სისტემა – Ujamaa Villages), კუბაში, ირანში, ნიგერიაში, გვატემალაში, ინდოეთში, ინდონეზიაში. ჯანდაცვის ორგანიზაციების ეს მოდელები პირველადი

¹³ S. Litsios, ScD; The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach; Am J Public Health. 2004 November; 94(11): 1884–1893. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448555/>

¹⁴ Health for the Masses: China's 'Barefoot Doctors' November 4, 2005, ხელმისაწვდომია: <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4990242>

¹⁵ Gonzalez CLSource: In: Newell KW, ed. Health by the people. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1975. 169-90 Simplified medicine in the Venezuelan health services. <http://www.poline.org/node/519615>

ჯანდაცვის განვითარების მაგალითებად განიხილება სხვადასხვა მიდგომებით, მათ შორის - ნაციონალურ დონეზე ცვლილებებით (ჩინეთი, კუბა, ტანზანია), არსებული სისტემის გაფართოებით (ირანი, ნიგერია, ვენესუელა), ადგილობრივი თემის განვითარებით (გვატემალა, ინდოეთი, ინდონეზია¹⁶).

5. 70-იან წლებში ეს მაგალითები შესწავლილი და განზოგადებული იქნა გაეროს ბავშვთა ფონდისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტების მიერ 1975 წელს გამოცემულ წიგნში „ალტერნატიული მიდგომები განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის საჭიროებების დაკმაყოფილებისთვის“¹⁷. ნაშრომში მითითებულია, რომ განვითარებადი ქვეყნების ნაწილმა ერთმნიშვნელოვან წარმატებებს მიაღწია, ხოლო მეორე ნაწილში რეფორმის შედეგები დამაიმედებელია, მაგრამ პრობლემის გადაჭრისათვის არ არის საკმარისი წარმატებები თავად დაავადების მკურნალობისა და პრევენციის სფეროებში; გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სოციალურ, ეკონომიკურ და კულტურულ განზომილებებს, ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურას.

სწორედ ზემოხსენებული გახდა სხვა განვითარებადი ქვეყნებისთვის, აგრეთვე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისთვის, წინაპირობა და სტიმულია ალმა-ათის კონფერენციის ორგანიზაციისთვის, ალმა-ათის დეკლარაციის მომზადებისა და მიღებისათვის, რამაც გადამწყვეტი როლი ითამაშა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებასა და განვითარებაში მთელ მსოფლიოში.

¹⁶ Newell, K W. In: Newell KW, ed. Health by the people. Geneva, Switzerland, WHO, 1975. p. 191-202. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101019404>

¹⁷ Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. A joint UNICEF/WHO study. Editors: Djukanovic, V.; Mach, E. P. Book: Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. A joint UNICEF/WHO study. 1975 pp.116pp. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19761434208>

4.2. პირველადი ჯანდაცვის განმარტება, არსი და ფილოსოფია

4.2.1. პირველადი ჯანდაცვის განმარტება

პირველადი ჯანდაცვა არის ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემასთან ინდივიდების, ოჯახებისა და თემის პირველი შეხების დონე. იგი მაქსიმალურად უახლოებს სამედიცინო მომსახურებას ადამიანის საცხოვრებელ და სამუშაო გარემოს და წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის უწყვეტი პროცესის პირველ ელემენტს¹⁰.

პირველადი ჯანდაცვა ეფუძნება პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებს, რომლებიც საყოველთაოდ ხელმისაწვდომია ინდივიდებისა და ოჯახებისათვის, რაც მიიღწევა მათი სრულყოფილი მონაწილეობით და მომსახურების ისეთი ღირებულებებით, რომელიც ხელმისაწვდომია საზოგადოებისა და მთელი ქვეყნისთვის¹⁰.

პირველადი ჯანდაცვა განუყოფელი ნაწილია, ერთი მხრივ, ჯანდაცვის სისტემისა, რომელშიც ის ცენტრალურ როლს ასრულებს და, მეორე მხრივ, საზოგადოების სოციალური და ეკონომიკური განვითარებისა¹⁰.

4.2.2. პირველადი ჯანდაცვის არსი და ფილოსოფია

პირველადი ჯანდაცვის არსი და ფილოსოფია, კერძოდ, მისი მიზნები და ამოცანები დეტალურად არის ჩამოყალიბებული ალმა-ათის დეკლარაციაში¹⁰.

პირველადი ჯანდაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საფუძველი და საორგანიზაციო მოდელია¹⁸. მისი არსი და ფილოსოფია ასახულია დევიზში „ჯანმრთელობა ყველასათვის“, რომელიც მოიცავს შემდეგ პრინციპებს:

¹⁸ World Health Organization. Overview of the World Health Report 2003: Shaping the future Geneva, 2003; http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua=1

1. ჯანმრთელობა ადამიანის ფუნდამენტური უფლებაა;

2. ჯანმრთელობა არის ადამიანის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა, და არა მხოლოდ დაავადების ან შესაძლებლობის შეზღუდვის არარსებობა;

3. ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლებელი სტატუსის მიღწევა მსოფლიო მასშტაბის უმნიშვნელოვანესი სოციალური ამოცანაა, რომლის რეალიზაციაც საჭიროებს სხვადასხვა სოციალური და ეკონომიკური სექტორების მოქმედებას ჯანდაცვის სექტორთან ერთად; აუცილებელია ადამიანების განათლება, როგორც მინიმუმ იმისი გაგება, რას ნიშნავს ჯანმრთელობა თითოეული ინდივიდისთვის; საჭიროა ძალისხმევა სოფლის მეურნეობაში, საცხოვრისით უზრუნველყოფაში, კომუნიკაციაში, ისევე როგორც სამედიცინო მომსახურებასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში. მხოლოდ სამედიცინო მომსახურება ვერ უზრუნველყოფს ქოხში მცხოვრებთა ჯანმრთელობას¹².

4. მიუღებელია ადამიანებს შორის ჯანმრთელობის სტატუსის მნიშვნელოვანი განსხვავება განვითარების სხვადასხვა დონის მქონე ქვეყნების ან ერთი ქვეყნის მოსახლეობას შორის. ეს განსხვავება დაუშვებელია პოლიტიკურად, სოციალურად და ეკონომიკურად და ყველა ქვეყნის საზრუნავია. ძირითადი სამედიცინო სერვისები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გზით ნებისმიერ სოფელში და მხარდაჭერილი უნდა იყოს სპეციალიზებული მომსახურების რეფერალური სისტემით¹².

5. დევიზით „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ გაცხადებული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია ეკონომიკური და სოციალური განვითარება; თავის მხრივ, ამ მიზნის მიღწევა მდგრადი ეკონომიკური და სოციალური განვითარების, ადამიანთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისა და მსოფლიო მშვიდობის წინაპირობაა.

ამრიგად, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დევიზის „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ არსი და ფილოსოფია შემდეგში მდგომარე-

ობს: ერთი მხრივ, ადამიანთა ჯანმრთელობა პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური გარემოებებით შეპირობებული ფაქტორია, მეორე მხრივ კი, ადამიანთა ჯანმრთელობა თავად არის სოციალური და ეკონომიკური განვითარების, მსოფლიო მშვიდობის წინაპირობა. ამიტომაც არის ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლებელი სტატუსის მიღწევა, რომელიც მათ სოციალურად და ეკონომიკურად პროდუქტიული ცხოვრების საშუალებას მისცემს, მსოფლიო მასშტაბის უმნიშვნელოვანესი სოციალური ამოცანა, რომლის რეალიზაციისთვისაც ჯანდაცვის სექტორთან ერთად სხვადასხვა სოციალური და ეკონომიკური სექტორების მოქმედებაა საჭირო. მხოლოდ სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფით შეუძლებელია ჯანმრთელობის ადეკვატური სტანდარტების უზრუნველყოფა.

4.3. საოჯახო მედიცინა, ოჯახის ექიმი – პირველადი ჯანდაცვის საფუძველი

4.3.1. საოჯახო მედიცინის და ოჯახის ექიმის განმარტება

საოჯახო მედიცინა, ანუ ზოგადი პრაქტიკა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი რგოლია; ოჯახის ექიმი, ანუ ზოგადი პრაქტიკის ექიმი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მოქმედი პირია.

საოჯახო მედიცინის როგორც დისციპლინის, აგრეთვე ოჯახის ექიმის, როგორც სპეციალისტის განმარტება და თავისებურებები დანვრილებით არის ასახული ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ევროპის საზოგადოების მიერ მომზადებულ, პირველად 2002 წელს გამოქვეყნებულ დოკუმენტში „ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ევროპული განმარტება“¹⁹

მოხსენიებულ დოკუმენტში დისციპლინა - ზოგადი პრაქტიკა/ საოჯახო მედიცინა - შემდეგნაირად არის განმარტებული:

¹⁹ The European definition of general practice / family medicine, WONCA Europe; 2011 Edition. ხელმისაწვდომია: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>

„აკადემიური და მეცნიერული დისციპლინა საკუთარი საგანმანათლებლო შინაარსით, კვლევით, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური საქმიანობით; ის პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული კლინიკური სპეციალობაა“.

აქვეა მოცემული ოჯახის ექიმის განმარტებაც, სახელდობრ: ოჯახის ექიმი/ზოგადი პრაქტიკის ექიმი:

- დისციპლინის პრინციპებში განსწავლული ექიმი სპეციალისტია;
- პერსონალური ექიმია, რომელიც პასუხისმგებელია, უპირველეს ყოვლისა, პაციენტისთვის ყოვლისმომცველი და უწყვეტი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფაზე სქესის, ასაკის, დაავადების მიუხედავად;
- ზრუნავს ინდივიდზე - მისი ოჯახის, თემის, კულტურის კონტექსტის გათვალისწინებით, პატივს სცემს პაციენტის ავტონომიას;
- გაცნობიერებული აქვს პასუხისმგებლობა თემის წინაშე;
- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების პაციენტთან ერთად განსჯისას ითვალისწინებს ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, კულტურული და ეგზისტენციალური ფაქტორების მნიშვნელობას, იყენებს განმეორებითი კონტაქტების პროცესში მიღებულ ცოდნას და ჩამოყალიბებულ გამოცდილებას;
- ასრულებს პროფესიულ მოვალეობას ჯანმრთელობისთვის ხელშეწყობით, დაავადებათა პრევენციითა და მკურნალობით, პაციენტზე მზრუნველობით და მისი განსწავლით საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების მართვაში; ამასთან, მოხსენიებულს ახორციელებს ან თავად ან თემში არსებული რესურსების გამოყენებით და, საჭიროებისას, ეხმარება პაციენტს ამ რესურსების მოძიებაში;
- პასუხისმგებელია თავისი პროფესიული უნარ-ჩვევების, პერსონალურ მახასიათებელთა და ფასეულობათა ჩამოყალიბებისა და შენარჩუნებისთვის, რაც აუცილებელია პაციენტის ეფექტური და უსაფრთხო მკურნალობისთვის;
- ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ერთად, პასუხისმგებელია კლინიკური საკითხების, მომსახურების ხარისხით

და ამ უკანასკნელით პაციენტის კმაყოფილების მონიტორინგით სათანადო დონეზე შენარჩუნებით.

4.3.2. საოჯახო მედიცინის მახასიათებლები

დოკუმენტში „ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ევროპული განმარტება“ განსაზღვრულია დისციპლინის 12 მახასიათებელი და მოცემულია თითოეული მათგანის განმარტება.

დისციპლინის მახასიათებლები შემდეგია:

ა) ჩვეულებრივ, სამედიცინო პერსონალთან პირველი შეხების წერტილია ჯანდაცვის სისტემაში; უზრუნველყოფს ღია და შეუზღუდავ ხელმისაწვდომობას მომხმარებლისთვის და დაკავებულია მისი ჯანმრთელობის პრობლემებით ასაკის, სქესის ან რაიმე პიროვნული თავისებურების მიუხედავად;

ბ) ხელს უწყობს ჯანდაცვის რესურსების რაციონალურ გამოყენებას პირველად ჯანდაცვაში სამედიცინო დახმარების კოორდინაციის, სხვა პროფესიონალებთან ერთობლივი საქმიანობის გზით, აგრეთვე, სხვა სპეციალობებთან ურთიერთობის მართვით და ადვოკატის როლის შესრულებით იმ შემთხვევებში, როცა პაციენტს ეს სჭირდება;

გ) ავითარებს პიროვნებაზე ფოკუსირებულ მიდგომას, რომელიც ინდივიდზე, მის ოჯახსა და თემზეა ორიენტირებული;

დ) ხელს უწყობს პაციენტის როლის გაძლიერებას;

ე) აქვს უნიკალური საკონსულტაციო პროცესი, რომელიც აფუძნებს დროით შეუზღუდავ ურთიერთობებს ეფექტური კომუნიკაციის გზით ექიმსა და პაციენტს შორის;

ვ) პასუხისმგებელია გამჭოლი უწყვეტი დახმარებისათვის პაციენტის საჭიროებების შესაბამისად;

ზ) სარგებლობს სპეციფიკური გადანყვებილების მიღების პროცესით, რაც განპირობებულია თემში დაავადებათა გავრცელებითა და სიხშირით;

თ) ერთდროულად მართავს პაციენტის როგორც მწვავე, ისე ქრონიკულ პრობლემებს;

ი) მართავს დაავადებებს, რომლებიც თავისი განვითარების ადრეულ ეტაპებზე წარმოდგენილნი არიან არადიფერენცირებული ფორმით, რაც შეიძლება გადაუდებელ ჩარევას თხოულობდეს;

კ) ხელს უწყობს ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას სათანადო და ეფექტური ჩარევებით;

ლ) სპეციფიკური პასუხისმგებლობის მატარებელია საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვაზე;

მ) დაკავებულია ჯანმრთელობის პრობლემებით მათი ფიზიკური, სოციალური, კულტურული და ეგზისტენციალური განზომილებების გათვალისწინებით.

ზემოთ ჩამოთვლილი თორმეტი ძირითადი მახასიათებელი, რომლებიც განსაზღვრავენ უნარებს, რომელთა გამოყენებაშიც დაოსტატებული უნდა იყოს ოჯახის ექიმი, გადანაწილებულია ოჯახის ექიმის ძირითადი კომპეტენციების 6 ფორმაში. ეს კომპეტენციებია:

1. პირველადი სამედიცინო დახმარების მართვა, რაც გულისხმობს შემდეგ უნარებს:

პაციენტთან პირველი კონტაქტის, არასელექციური პრობლემების მართვა;

- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ყველა პრობლემის გათვალისწინება;
- დახმარების კოორდინაცია პირველადი ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებსა და სხვა სპეციალისტებთან;
- ეფექტური და შესაბამისი დახმარების უზრუნველყოფა და მომსახურების არსებული სახეების გამოყენება;
- პაციენტისათვის არსებული მომსახურების სახეების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- პაციენტის ადვოკატურა;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და უსაფრთხოების მუდმივი მეთვალყურეობა, შეფასება და გაუმჯობესება.

2. ინდივიდზე ორიენტირებული სამედიცინო დახმარება, რაც გულისხმობს შემდეგ უნარებს:

- ინდივიდზე კონცენტრირებული მიდგომა პაციენტისა და მისი პრობლემების მართვისას, პაციენტთან დაკავშირებულ გარემოებათა კონტექსტში;

- კონსულტაციის მეშვეობით პაციენტსა და ექიმს შორის ეფექტური ურთიერთობის ჩამოყალიბება პაციენტის ავტონომიის გათვალისწინებით;
- კომუნიკაცია, პრიორიტეტების გამოყოფა, პარტნიორული მოქმედება;
- პაციენტის როლის გაძლიერებისათვის მნიშვნელოვანი მიზნების ხელშეწყობა;
- უწყვეტი, გამჭოლი მომსახურების უზრუნველყოფა პაციენტის საჭიროებათა შესაბამისად, მუდმივი კოორდინაციის აუცილებლობის გათვალისწინებით.

3. სპეციფიკური პრობლემების გადაჭრის უნარი, რაც გულისხმობს შემდეგ უნარებს:

- გადაწყვეტილების მიღებისას თემში დაავადების სიხშირისა და გავრცელების გათვალისწინება;
- ინფორმაციის არჩევითად შეგროვება და შეფასება; ანამნეზის შეკრების, ფიზიკური გასინჯვის გზით მიღებული მონაცემების საფუძველზე მართვის ღონისძიებების განსაზღვრა პაციენტთან შეთანხმებით
- სათანადო სამუშაო პრინციპების გათავისებას, მაგალითად, გამოკვლევათა ეტაპობრიობა და დროის, როგორც იარაღის გამოყენება გაურკვევლობის დასაძლევად;
- საჭიროებისას ჩარევის გადაუდებლად განხორციელება;
- ადრეული და არადიფერენცირებული გამოვლინებების მართვა;
- ეფექტური და მიზანმიმართული სადიაგნოზო ჩარევების განხორციელება.

4. ყოვლისმომცველი მიდგომა, რაც გულისხმობს შემდეგ უნარებს:

- ერთდროულად არსებული მრავლობითი ჩივილებისა და პათოლოგიების (როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული) მართვა;

- ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის ხელშეწყობა შესაბამისი, ჯანმრთელობისთვის ხელშემწყობი და დაავადებათა პრევენციის სტრატეგიების გამოყენება;
- ჯანმრთელობისთვის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციის, მკურნალობის, მოვლისა და პალიატიური მზრუნველობის, რეაბილიტაციის მართვასა და კოორდინაციას.

5. თემზე ორიენტაცია, რაც გულისხმობს:

- ინდივიდისა და თემის ჯანმრთელობის საჭიროებათა ერთმანეთთან და არსებულ რესურსებთან მისადაგებას და მათ შორის ბალანსის დაცვის უნარს.

6. პოლისტური მოდელირება, რაც გულისხმობს:

- ბიოფსიქოსოციალური მოდელის გამოყენების უნარს.

4.4. გუნდური მუშაობა პირველად ჯანდაცვაში

ოჯახის ექიმის კომპეტენციების გათვალისწინებით, ცხადია, რომ მხოლოდ ექიმი ვერ შეძლებს მასზე დაკისრებული ყველა ფუნქციის რიგიანად შესრულებას. ამიტომაც პირველად ჯანდაცვაში სამედიცინო მომსახურების რაციონალურ მოდელად გუნდური მუშაობა ითვლება. პირველადი ჯანდაცვის გუნდის შემადგენლობა განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებში და დამოკიდებულია ჯანდაცვის ორგანიზაციის სისტემაზე, მისთვის გამოყოფილ რესურსებზე. გუნდის წევრები ერთმანეთთან თანამშრომლობით მართავენ პაციენტის პრობლემებს. გუნდური საქმიანობით შესაძლებელი ხდება პაციენტის საჭიროებათა უკეთ გათვალისწინება და დაკმაყოფილება გუნდის წევრებს შორის ინფორმაციის გაცვლის, პაციენტის სხვადასხვა, მათ შორის ფსიქოლოგიური, სოციალური, ქცევითი პრობლემების უკეთ შესწავლისა და მოგვარების გზით. მნიშვნელოვანია ის გარემოებაც, რომ გუნდის საქმიანობა არა მხოლოდ ოჯახის ექიმს, პაციენტსაც მნიშვნელოვნად უმარტივებს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ სირთულეებს და შესაძლებლობას აძლევს მას, ერთ დანერგულებაში მიიღოს მისთვის საჭირო ყველა მომსახურება (ე. წ. „ერთი ფანჯრის პრინციპი“).

ტერმინი „პირველადი ჯანდაცვის გუნდი“ გულისხმობს ერთი მიზნით გაერთიანებული ადამიანების ჯგუფს, რომელთა ერთად მუშაობა აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის მიზნისა და ამოცანების გადასაწყვეტად.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, პირველადი ჯანდაცვის გუნდის შემადგენლობა ვარირებს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების, ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციის თავისებურებების მიხედვით. გუნდის შემადგენლობის ერთტიპური, ტრადიციული სტანდარტი ძნელი შესარჩევია. მინიმალური ოპტიმალური სტანდარტი შემდეგნაირად შეიძლება წარმოვიდგინოთ:

- პრაქტიკის მენეჯერი;
- ოჯახის ექიმი;
- ექთანი (პრაქტიკის ექთანი, თემის ექთანი);
- ბეზიაქალი;
- რეგისტრატორი.

პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულების შენობაში შეიძლება განთავსდეს მეორეული ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი სამსახურები – მაგალითად, გამოსახულებითი კვლევები, საავადმყოფოს კონსულტანტები, სხვა საექიმო და არასაექიმო სპეციალობათა წარმომადგენლები – ფსიქოთერაპევტი, დიეტოლოგი. პოდიატრი, ფარმაცევტი, ფიზიოთერაპევტი, სოციალური მუშაკი.

გუნდის შემადგენლობის ცვალებადობა სხვადასხვა გარემოებებთან არის დაკავშირებული, სახელდობრ: სამიზნე პოპულაციის საშუალო ასაკის ზრდასთან ერთად მატულობს ქრონიკულ დაავადებათა მქონე პაციენტების რიცხვი, რომელნიც პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში იმართებიან; თავად დაწესებულების მიერ მომსახურების სპექტრის გაზრდა, მაგალითად, პირველადი ჯანდაცვის კლინიკა/დღის სტაციონარი, მცირე ქირურგია, ცვლილებები საინფორმაციო სისტემებში და შესატყვისი სპეციალისტების დასაქმების აუცილებლობა, ეკონომიკური ფაქტორები.

ზემოთ აღწერილი შემადგენლობა ჯგუფური პრაქტიკის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისთვის არის დამახასიათებელი და ძირითადად ქალაქებში გვხვდება. სოფლად, მაგალითად, საქართველოში უფრო ხშირია ე.წ. „სოლო პრაქტიკის“ დაწესებუ-

ლებები, რომლებშიც მხოლოდ ერთი ოჯახის ექიმა დასაქმებული. ასეთ შემთხვევებში გუნდის შემადგენლობა ექიმთა და ექთნით შემოიფარგლება.

ჯგუფური პრაქტიკის დანესებულებებში მეტი საშუალებაა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ადეკვატური დონის უზრუნველსაყოფად. ამ უკანასკნელის მისაღწევად ქმედითი მეთოდია ყოველდღიური საქმიანობის პროცესში ინტერპროფესიული თანამშრომლობა, რაც „მიმდინარე“ კლინიკური შემთხვევების რეგულარულ და ერთობლივ განსჯაში გამოიხატება; სხვა საგანმანათლებლო ღონისძიებებში მონაწილეობა, როგორცაა უწყვეტი პროფესიული განვითარების სასწავლო პროგრამები; მნიშვნელოვანია შიდა აუდიტის პროცედურები, რეცეპტით გასაცემი წამლების დანიშვნის მონიტორინგი, პროფესიული განვითარების გეგმის შემუშავება თითოეული ექიმის მიერ, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის გაგრძელებისთვის საჭირო ღონისძიებებში მონაწილეობა ²⁰.

ზემოთ უკვე იყო აღნიშნული, რომ პირველადი ჯანდაცვის გუნდის საქმიანობა მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული ქვეყანაში მოქმედ ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციის თავისებურებებზე, ფინანსურ შესაძლებლობაზე. პირველადი ჯანდაცვის გუნდის შემადგელობა და საქმიანობა არ არის სტანდარტიზებული. საინტერესოა გაერთიანებულ სამეფოში ჩამოყალიბებული სამომავლო რეკომენდაციები პირველადი ჯანდაცვის გუნდის შესახებ, რომლებიც, სავარაუდოდ, ყველა ქვეყნისათვის მისაღებია და ნაბიჯ-ნაბიჯ განსახორციელებელი. ეს რეკომენდაციებია²¹:

- პაციენტზე ფოკუსირებული მიდგომა, რაც აუცილებლად მოითხოვს თანამშრომლობას ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის და გუნდურ მუშაობას როგორც თავად პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებებში, ისე სხვა დონის დანესებულებებთან კავშირში;

²⁰ Primary Healthcare Team, ხელმისაწვდომია:
<https://patient.info/doctor/primary-healthcare-team>

²¹ **The future of primary care Creating teams for tomorrow; Report by the Primary Care Workforce Commission.** ხელმისაწვდომია:
https://hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/WES_The-future-of-primary-care.pdf

- პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკა მოიცავს დისციპლინების ფართო სპექტრს – ოჯახის ექიმის, ოჯახის ექთნის, ადმინისტრატორს გარდა, პირველადი ჯანდაცვის გუნდის შემადგენლობაში უნდა იყვნენ ასისტენტები, ასოცირებულ ექიმები, პარამედიკოსები, მონვეული ჯანდაცვის პროფესიონალები, სოციალურ მუშაკები და სხვ. ფარმაცევტები სულ უფრო და უფრო ხშირად ერთვებიან გუნდში;
- რეკომენდებულია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა ერთობლივი საქმიანობა, მაგალითად დაწესებულებები ფედერაციის ან ერთიანი ქსელის ფარგლებში;
- პაციენტების საჭიროებათა მრავალფეროვნებასთან დაკავშირებით მიზანშეწონილია კონსულტაციების დროის გახანგრძლივება, ტექნოლოგიების ფართოდ მომხმარება პაციენტებთან დასაკავშირებლად და მათ დასახმარებლად; კომუნიკაცია ტელეფონით, ვიდეოკონფერენციებით, ელექტრონული ფოსტით, საჭირო ვებ-გვერდების გამოყენებით. ეს შესაძლებელს გახდის პაციენტების განსწავლას საკუთარი ჯანმრთელობის მართვის საკითხებში. გუნდმა უნდა იცოდეს თემში არსებული რესურსები – არაპროფესიონალებისა თუ მოხალისე ორგანიზაციების სახით;
- თემის ექთნები და ჯანდაცვის კონსულტანტები, საავადმყოფოში მომუშავე ექიმები და ექთნები მჭიდროდ უნდა იყვნენ დაკავშირებული ოჯახის ექიმებთან. ჰოსპიტალში მომუშავე სპეციალისტებს შეუძლიათ თემში პაციენტების კონსულტაცია, რაც დაეხმარება ოჯახის ექიმებს;
- ექიმებსა და ექთნებს უნდა შეუმცირდეთ ადმინისტრაციული ხასიათის დატვირთვა;
- პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრებისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს უწყვეტი პროფესიული განვითარება.

4.4.1. სოციალური მუშაკი პირველადი ჯანდაცვის გუნდში

სოციალურ მუშაკთა საერთაშორისო ფედერაციისა და სოციალურ მუშაკთა სკოლების საერთაშორისო ფედერაციის გენერალურ ასამბლეაზე 2014 წელს სოციალური მუშაობის შემდეგი განმარტება იქნა მოწოდებული: „სოციალური მუშაობა არის პრაქტიკაზე დაფუძნებული პროფესია და აკადემიური დისციპლინა, რომელიც ხელს უწყობს სოციალურ ცვლილებებს და განვითარებას, სოციალურ ერთიანობას, ადამიანების უფლებებისა და შესაძლებლობების გაფართოებას, მათ თავისუფლებას. სოციალური მუშაობის ღერძია სოციალური სამართლიანობის, ადამიანის უფლებების, კოლექტიური პასუხისმგებლობისა და მრავალფეროვნების აღიარება. ეფუძნება რა სოციალური მუშაობის თეორიებს, სოციალურ მეცნიერებებს, ჰუმანიტარულ მეცნიერებებს და დაგროვებულ ცოდნას, სოციალური მუშაობა რთავს ადამიანებსა და სტრუქტურებს ცხოვრებისეული გამოწვევების საპასუხო ქმედებებში და ზრდის კეთილდღეობას“²².

განსაკუთრებით უნდა გაესვას ხაზი სოციალური მუშაკების ჩართულობის მნიშვნელობას პირველადი ჯანდაცვის გუნდის საქმიანობაში. ზემოთ უკვე იყო აღნიშნული, რომ პირველადი ჯანდაცვისთვის ტიპურია ჰოლისტური მიდგომა პაციენტისადმი, რაც პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემების მართვის პროცესში ბიოლოგიურთან ერთად ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების გათვალისწინების აუცილებლობას გულისხმობს. ფსიქოლოგიურმა და სოციალურმა ფაქტორებმა შესაძლოა მნიშვნელოვანი ზეგავლენა მოახდინოს ამა თუ იმ დაავადების მიმდინარეობასა და გამოსავალზე. მაგალითად, ბრონქული ასთმით დაავადებული პაციენტის ადეკვატური მკურნალობის ფონზე ოჯახური თუ სამსახურებრივი უსიამოვნებები აუცილებლად იწვევს დაავადების მიმდინარეობის გაუარესებას. იგივე ითქმის ესენციური ჰიპერტენზიით, შაქრიანი დიაბეტით და მრავალი სხვა ავადმყოფობით შეპყრობილ პაციენტებზე. ფსიქოსოციალურმა ფაქტორებმა შეიძლება გადამწყვეტი როლი შეასრულოს დაავადების აღმოცენებაში (ე.წ. „სოციალური ფაქტორებით გამოწვეული დაავადებები ან პათოლოგიური მდგომარეობები“). ამის ტიპობრივი მაგალითებია წა-

²² Global Definition of Social Work; ხელმისაწვდომია: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-workwork>

მალდამოკიდებულება მისი თანამდევი ჯანმრთელობის გაუარესებით, ოჯახური ძალადობა, აგრეთვე, ბულიზმი, ანორექსია და სხვა ქცევის პათოლოგიები, დეპრესიის მქონე პაციენტებს შორის ინსულტის შედარებით მაღალი სიხშირე და ა.შ. მეორე მხრივ, ავადმყოფობამ, ანუ ბიოლოგიურმა პრობლემამ შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოსოციალური პრობლემები, როგორცაა დეპრესია, ფინანსური მდგომარეობის გაუარესება, შესაძლებლობის (მაგალითად, გადაადგილების უნარის) შეზღუდვა და მასთან დაკავშირებული პრობლემები, მათ შორის სამედიცინო მომსახურების ძნელად ხელმისაწვდომობა და სხვ.

სწორედ ცხოვრებისეული გამოწვევების საპასუხო ქმედებაში დახმარებაა სოციალური მუშაკის ვალი პირველადი ჯანდაცვის გუნდში მუშაობისას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მათი როლი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან მიმართებაში. არცთუ იშვიათად, განვითარების პრობლემების გამო, ან განათლების არქონის ან სმენის, ან მეტყველებისა თუ მხედველობის დაქვეითების შედეგად პაციენტს უჭირს დაავადების მართვაში სათანადოდ ჩართვა, ექიმის რეკომენდაციების სკრუპულოზური შესრულება. ხშირად ამას თან ერთვის სადაზღვევო უზრუნველყოფის არასათანადო დონე, სამკურნალო პროცედურების კომპლექსურობა, მომსახურების სხვადასხვა სახეების მიღებასთან დაკავშირებული სოციალური, ფსიქოლოგიური ან ორგანიზაციული სირთულეები.

ყოველივე ზემოთ ჩამოთვლილის მოგვარება სოციალური მუშაკის კომპეტენციებს განეკუთვნება; მისი საქმიანობა მნიშვნელოვნად უადვილებს სამედიცინო პერსონალს და პაციენტს ავადმყოფობის ეფექტიან მართვას, აუმჯობესებს დაავადების გამოსავალს. L.S. Zommersi-ის და თანაავტორების²³ მონაცემებით (2000) მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ განეული მომსახურების შემთხვევაში პაციენტების როგორც პირველადი, ისე განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე უფრო მაღალია იმ შემთხვევებთან შედარებით, როცა პაციენტებს მომსახურებას უწევდა მრავალდარგობრივი გუნდი, რომლის შემადგენლობაში, ექიმისა და ექთნის გარდა, სოციალური მუშაკიც შედიოდა.

²³ Sommers L.S., Marton K.I., Barbaccia J.C., Randolph J. Physician, nurse and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archive of internal medicine*, 2000, 160(12), 1825- 1833;

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების სფეროში, მათ შორის პირველად ჯანდაცვაში, სოციალური მუშაკების მონაწილეობა მხოლოდ ახლა იდგამს ფეხს.

4.4.2. შშმ პირთა საჭიროებანი და პირველადი ჯანდაცვის სერვისები

სხვადასხვა გარემოებითა თუ ფაქტორებით გამოწვეული შესაძლებლობის შეზღუდვა ადამიანის ცხოვრების შემადგენელია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით²⁴:

- მსოფლიოს მოსახლეობის 15%-ს აღენიშნება შესაძლებლობის შეზღუდვის ესა თუ ის ფორმა;
- 110 – 190 მილიონ მოზრდილ ადამიანს აქვს ფუნქციონირების უნარის დაქვეითება;
- შშმ პირების რაოდენობა განუხრელად იზრდება სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობისა და ქრონიკულ დაავადებათა სიხშირის ზრდასთან დაკავშირებით;
- შშმ პირებისათვის ნაკლებად არის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება.

იმავე წყაროს მონაცემებით შშმ პირები უფრო ხშირად საჭიროებენ სამედიცინო მომსახურებას მოსახლეობის სხვა ნაწილთან შედარებით. ხშირია შესაძლებლობის შეზღუდვასთან დაკავშირებული მეორეული დაავადებები (როგორიცაა: ნაწოლები, ტკივილი, ოსტეოპოროზი, საშარდე გზების ინფექციები), თანმხლები დაავადებანი (როგორიცაა დიაბეტი, შიზოფრენია), ასაკთან დაკავშირებული პათოლოგიები და სხვ. მიუხედავად ამისა, ჯანდაცვის სფეროში მათი საჭიროებანი გაცილებით ნაკლებად არის დაკმაყოფილებული²⁵ ფიზიკური, ფინანსური ბარიერების, სამედიცინო

²⁴ WHO Media centre; Disability and health; Fact sheet, Reviewed November 2016; ხელმისაწვდომია: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>

²⁵ Scheepers M., Kerr M., O'Hara D., Bainbridge D., Cooper S., Davis R., et al. Reducing health disparity in people with intellectual disabilities: a report from Health Issues Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. J. Policy Pract. Intell. Disabil. 2005;2(3-4):249-55.

დანესებულებების სტრუქტურისა და პერსონალის უნარ-ჩვევების არაადეკვატურობის გამო.

გემოთ ჩამოთვლილი სირთულეები ეხება ნებისმიერი დონის სამედიცინო მომსახურების დანესებულებებს, მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დანესებულებებს.

აღნიშნულს ადასტურებს ჩატარებული კვლევები, რომლის მიხედვითაც პირველადი ჯანდაცვის სერვისები არ არის ხელმისაწვდომი შშმ პირებისთვის, რაც განპირობებულია ფიზიკური ბარიერებით (ტრანსპორტირების სირთულე, შენობის შეღწევადობის პრობლემა), დაფინანსების არაადეკვატურობით, პროფესიული ცოდნისა და დამოკიდებულების არასრულფასოვნებით, კომუნიკაციის დეფიციტით.²⁶

შეზღუდული შესაძლებლობის შეფასება, მისი ადრეული გამოვლენა და პრევენცია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე

ტრადიციული პირველადი ჯანდაცვის სერვისების განვითარება -ჯანმრთელობის მწვავე პრობლემების მკურნალობა, ქრონიკული დაავადებების მართვა, ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა და დაავადებათა პრევენცია, ოჯახის ექიმი მონოდედებული უნდა იყოს შეზღუდული შესაძლებლობის პრევენციაზე, ასევე, მათ დროულ ამოცნობასა და შეზღუდულობის შემდგომი პროგრესირების თავიდან აცილებაზე.

უშუალოდ შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის განსაზღვრის პროცესში ოჯახის ექიმის როლი უმნიშვნელოა. მაგალითად, საქართველოს კანონმდებლობით²⁷ ოჯახის ექიმის, როგორც სპეციალისტის მონაწილეობა დასაშვებია შეზღუდული შესაძლებლო-

²⁶ Elizabeth H. Morrison, MD, MEd; Valerie George, PA-C; Laura Mosqueda, MD, Primary Care for Adults With Physical Disabilities: Perceptions From Consumer and Provider Focus Groups, *Fam Med* 2008;40(9):645-51..

²⁷ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 13 იანვრის ბრძანება 1/6. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 9, 20/01/2003; ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/document/view/55024>;

ბის ისეთი მიზეზების შეფასებისას, როგორცაა კიდურის ან თითების ამპუტაციის შემდგომი მდგომარეობები - მაგ., ზედა კიდურის, ბარძაყის, წვივის ან ორივე ტერფის ტაკვი (გამოხატული შესაძლებლობის შემზღუდვის სტატუსის დადგენისას), ან მტევნის თითების ამპუტაციის სხვადასხვა ვარიანტები (გამოხატული შესაძლებლობის შემზღუდვის სტატუსის დადგენისას).

მეორე მხრივ, ოჯახის ექიმს შეუძლია დროულად ამოიცნოს შემზღუდული შესაძლებლობა და დაეხმაროს პაციენტს, მიმართოს შესაბამის დაწესებულებას, სადაც დადგინდება შემზღუდული შესაძლებლობის სტატუსი და პაციენტს მიეცემა დამატებითი სოციალური დაცვის გარანტიებით სარგებლობის შესაძლებლობა. ამისათვის ექიმი კარგად უნდა იცნობდეს შესაბამის კანონმდებლობას (იხ. „თავი 3.3. საქართველოს კანონმდებლობა შშმ-ების უფლებების შესახებ ჯანდაცვის სფეროში“).

დასასრულ, აუცილებელია, ოჯახის ექიმს (პირველადი ჯანდაცვის ექიმს) შეეძლოს ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემების დროული ამოცნობა, რომლებიც შორს წასულ შემთხვევებში შესაძლებლობის მნიშვნელოვან შემზღუდვას იწვევს და რომელთა დროული მკურნალობაც შემზღუდული შესაძლებლობის პრევენციის საშუალებას იძლევა. ჯანმრთელობის ასეთი პრობლემის ერთ-ერთი საყურადღებო მაგალითია აუტიზმის სპექტრის აშლილობები.

აუტიზმის მაგალითი

აუტიზმი პირველად ავსტრიული წარმოშობის ამერიკელმა ექიმმა ფსიქიატრმა ლეო კანერმა აღწერა 1943 წელს, როგორც ბავშვებში არსებული დარღვევა, რომელიც ხასიათდება სხვებთან ურთიერთობის პრობლემებით, ინტერესების შემზღუდვით და გარემოს ცვლილებისადმი მაღალი მგრძნობელობით. თავდაპირველად ის იშვიათ დაავადებად ითვლებოდა, თუმცა წლების განმავლობაში აუტიზმის სპექტრის აშლილობათა სიხშირე სტაბილურად იზრდებოდა, და ბოლო წლებში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, კერძოდ კი, აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემებით, მისი გავრცელების მაჩვენებელი (პრევალენტობა) არის ერთი 59 ბავშვიდან, ხოლო ბიჭებსა და გოგონებს შორის შეფარ-

დებაა 4.5:1²⁸. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო მონაცემებით, აუტიზმის სპექტრის აშლილობა მსოფლიო მასშტაბით აქვს 160-დან ერთ ბავშვს²⁹.

ამუამად ითვლება, რომ ამ აშლილობის გავრცელების ზრდის, სადიანგნოზო მეთოდების დახვეწისა და სხვადასხვა ადრეული სამკურნალო ჩარევათა ეფექტურობის დადასტურების ფონზე, აუცილებელია აუტიზმის სპექტრის აშლილობათა სკრინინგი და მათი ადრეული გამოვლენა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე³⁰.

საქართველოში აუტიზმის სპექტრის აშლილობათა გამოვლენის, დიანგნოსტიკისა და მართვის პროტოკოლი სამუშაო ჯგუფის მიერ 2017 წელს მომზადდა³¹. იგი ითვალისწინებს პირველადი ჯანდაცვის ექიმის (ოჯახის ექიმის, პედიატრის) მიერ აუტიზმის სპექტრის აშლილობათა ნიშნების ამოცნობას და საჭიროებისას გადამისამართებას (რეფერალს) პედიატრთან, ბავშვთა ნევროლოგთან ან აუტიზმის მულტიდისციპლინურ გუნდთან.

პროტოკოლში (მის დანართში N1) დანვრილებით არის ჩამოთვლილი ის ნიშნები და სიმპტომები, რომელთა საფუძველზეც პირველადი ჯანდაცვის ექიმმა უნდა ივარაუდოს აუტიზმის სპექტრის აშლილობათა არსებობის შესაძლებლობა და გააგზავნოს პაციენტი აუტიზმის გუნდთან.

ამასთან, პროტოკოლში მოცემულია რეკომენდაცია, რათა აუტიზმის რისკის შესაფასებლად 16-30 თვის ასაკის ბავშვებში გამოყენებული იქნეს აუტიზმის მოდიფიცირებული, განახლებული კითხვარი (M-CHAT-R). აღნიშნული კითხვარის ორიგინალი

²⁸ Christensen DL, Baio J, Braun KV, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012. MMWR Surveill. Summ. 2016;65(3):1-23...

²⁹ WHO, Autism Spectrum Disorders, Fact Sheet; ხელმისაწვდომია: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/en/>

³⁰ Diana L. Robins. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. Autism. 2008 Sep; 12(5): 537-556.

³¹ პროტოკოლი ჯერჯერობით არ არის დამტკიცებული შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

ვერსია ინგლისურ ენაზე ხელმისაწვდომია ვებ-გვერდზე <http://mchatscreen.com/>. ქართული ვერსია დანართის სახით ახლავს პროტოკოლს.

აუტიზმის ზემოხსენებული პროტოკოლის მიხედვით, ოჯახის ექიმმა ყველა შემთხვევაში უნდა გაგზავნოს აუტიზმის გუნდთან 3 წლამდე ასაკის ყველა ის ბავშვი, რომელთაც აქვთ ენისა და მეტყველების და სოციალური უნარების განვითარების შეფერხება. მეორე მხრივ, ოჯახის ექიმმა კონსულტაციისთვის უნდა გადაამისამართოს ბავშვი პედიატრთან ან ბავშვთა ნევროლოგთან, როცა ბავშვი 3 წელზე მეტი ასაკისაა და აქვს ენისა და მეტყველების რეგრესი, ასევე ნებისმიერი ასაკის შემთხვევაში, როცა ბავშვს აღენიშნება მოტორული უნარების რეგრესი.

ამასთან, აუტიზმის არსებობაზე ეჭვის მიტანის რეკომენდაციას, სათანადო ნიშნების საფუძველზე, იძლევა ასევე პროტოკოლი „ბავშვის ნეიროგანვითარებაზე მეთვალყურეობა და სკრინინგი“³², რომლის მიხედვითაც აუტიზმის ნიშნები უნდა შეფასდეს 12 თვის ასაკის ბავშვის პრევენციულ ვიზიტზე, ხოლო სკრინინგული კითხვარი გამოყენებულ იქნეს 18 თვის ასაკში, როცა ბავშვი ჰქვდ დაწესებულებაში მიჰყავთ გეგმიურ ვიზიტზე რევაქცინაციისთვის.

ამრიგად, ოჯახის ექიმს მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება აუტიზმის ადრეულ გამოვლენასა და აუტიზმის საფუძველზე განვითარებული შეზღუდული შესაძლებლობის განვითარების პრევენციაში.

³² პროტოკოლი დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 31 იანვრის 01-27/ო ბრძანებით. ხელმისაწვდომია: <http://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/04/26/92adb7c2c78a1f6cc0de4bf095399417.pdf>

თავი 5. პაციენტზე ორიენტირებული კონსულტაცია და კომუნიკაცია პირველად ჯანდაცვაში

5.1. ოჯახის ექიმის მიერ ჩატარებული კონსულტაცია და გამოყენებული კომუნიკაციის მეთოდები

საექიმო კონსულტაცია პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვისა და ექიმის საქმიანობის მნიშვნელოვანი შემადგენელია.

კონსულტაცია ოჯახის ექიმის საქმიანობის ქვაკუთხედი, რადგან სწორედ სამედიცინო კონსულტაციის პროცესში ასრულებს ოჯახის ექიმი თავის ძირითად ფუნქციებს და ჭრის პაციენტის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ამოცანებს.

საინტერესოა უნგრელი ექიმის - ფსიქოანალიზის სპეციალისტის მიხეილ ბალინტის (Michael Balint, 1890-1970) შეხედულებები ექიმის კონსულტაციის შესახებ. ის ექიმს განიხილავდა, როგორც წამალს, რომელსაც შეუძლია თავისი მოქმედებით, პაციენტთან ურთიერთობით სამკურნალო ეფექტს მიაღწიოს და ამით „წამლის“ როლი შეასრულოს.

ბალინტი ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობას „ორმხრივ საინვესტიციო ბანკს“ ადარებდა და მიანიშნებდა, რომ დროთა განმავლობაში, ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთინტერესი უფრო და უფრო გაიზრდება, თუკი ორივე მხარე ამ ურთიერთობას ყურადღებით მოეპყრობა.³³

საექიმო კონსულტაციას ორი ექსპერტის თანამშრომლობას ადარებენ. ექიმი პაციენტის პრობლემების მოგვარების ექსპერტია. ის ითვალისწინებს პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის ბიოფსიქოსოციალურ ასპექტებს, იყენებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მეთოდოლოგიას და მოტივიაციას უქმნის პაციენტს, გამოიმუშაოს პრობლემის მოგვარების ახალი გეგმა, შეცვალოს ცხოვრების წესი და სხვა.

³³ Michael Balint, The Doctor, His patient and the Illness, London Pitman Publishing Ltd. 1957.

მეორე მხრივ, პაციენტი ექსპერტია თავისი დაავადების ცოდნაში, საკუთარი მოსაზრებებითა და იდეებით, შეგრძნებებით, შიშით არსებული პრობლემების გამო, მოლოდინით, პრობლემების მართვის შესაძლო გეგმის მისეული ხედვით.

წარმატებული კონსულტაციისათვის და პრობლემის ეფექტურად მოგვარებისთვის აუცილებელია ექიმმა კარგად გამოიკვლიოს ყოველივე ზემოხსენებული: პაციენტის მიერ ჯანმრთელობის პრობლემის აღქმა, მისი განწყობა, მოლოდინი, პრობლემის მოგვარების გზების ხედვა და ა.შ. ამისათვის კი ეფექტური კომუნიკაცია და პაციენტის მოსმენაა საჭირო.

როგორც კვლევები აჩვენებს, ექიმები ხშირად აწყვეტინებენ პაციენტს საუბარს მანამ, სანამ ის პირველ თრახმას დაამთავრებს. საშუალო ხანგრძლივობა 18 წამია. პაციენტების მხოლოდ 18%-ს ეძლევა შესაძლებლობა, დაამთავროს პირველი წინადადება და მათი მხოლოდ 23% ახერხებს განუმარტოს ექიმს ვიზიტის მიზნები პირველი კონსულტაციის დროს.

საყურადღებოა ასევე კვლევის საფუძველზე დადასტურებული კანონზომიერება, რომლის მიხედვითაც, რაც უფრო დიდხანს აცდის ექიმი პაციენტს საუბარს, მით უფრო მეტად იქნება შესაძლებელი მისი პრობლემის განსაზღვრა. შემთხვევების 94%-ში, მას შემდეგ რაც ექიმი შეაწყვეტინებს პაციენტს საუბარს, ის თავად იღებს ინიციატივას და საუბრის წამყვანიც ის ხდება.

5.1.1. საექიმო კონსულტაციის ფუნქციები, ამოცანები და სტრუქტურა

ექიმის მიერ ჩატარებული კონსულტაციის სამი მთავარი ფუნქციაა³⁴:

1. ინფორმაციის შეგროვება და მონაცემების მოძიება პაციენტის პრობლემის დასადგენად;
2. პაციენტის ემოციაზე სათანადო რეაქცია;
3. პაციენტისათვის განმარტების მიცემა იმგვარად, რომ მან

³⁴ Cohen-Cole, S (1991) The Medical Interview, The Three Function Approach Mosby-Year Book.

გაიცნობიეროს პრობლემა; მისთვის მოტივაციის შექმნა ცხოვრების ნირის შესაცვლელად, სამკურნალო რეკომენდაციების გულდასმით შესასრულებლად.

თითოეული ზემოხსენებული ფუნქციის შესრულება გარკვეულ უნარ-ჩვევებს მოითხოვს ექიმისაგან, რომლებიც ქვემოთ ცხრილში არის მოცემული.

N	კონსულტაციის ფუნქციები	ექიმის უნარ-ჩვევები
1.	ინფორმაციის შეგროვება და მონაცემების მოძიება პაციენტის პრობლემის დასადგენად	• ღია კითხვები; • ღია და დახურული კითხვების სათანადო გამოყენება; • ხელშეწყობა; • შემონშება, დაზუსტება; • პრობლემათა მიმოხილვა; • პრიორიტეტების შეთანხმება; • დაზუსტება და წარმართვა; • შეჯამება; • პაციენტის მოლოდინის გამოვლენა; • ეტიოლოგიის შესახებ პაციენტის აზრის დადგენა; • პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე დაავადების გავლენის შეფასება.
2.	პაციენტის ემოციაზე სათანადო რეაქცია	• განსჯა; • დასაბუთება; • მხარდაჭერა; • პარტნიორობა; • პატივისცემა.
3.	პაციენტისათვის განმარტების მიცემა იმგვარად, რომ მან გაიცნობიეროს პრობლემა; მისთვის მოტივაციის შექმნა ცხოვრების ნირის შესაცვლელად, სამკურნალო რეკომენდაციების გულდასმით შესასრულებლად	• განათლება დაავადების შესახებ; • სამკურნალო გეგმის შეთანხმება და მასზე ზედამხედველობა; • „დაუმორჩილებელი“ პაციენტების მოტივირება.

კონსულტაციის წარმატებით ჩასატარებლად აუცილებელია, რომ ექიმს გააზრებული ჰქონდეს კონსულტაციის ამოცანები. პენ-

დღეღონისა და თანაავტორების მიერ აღწერილია შემდეგი შვიდი ამოცანა, რომლებიც ოჯახის ექიმმა უნდა დაისახოს კონსულტაციის ჩატარებისას³⁵:

1. პაციენტის მომართვის მიზეზის განსაზღვრა, მათ შორის:
 - ა) პრობლემის ხასიათი და ისტორია;
 - ბ) ეტიოლოგია - გამომწვევი მიზეზი;
 - გ) პაციენტის მოსაზრება, წუხილი და მოლოდინი;
 - დ) პრობლემის გავლენა პაციენტზე.
2. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემების გათვალისწინება:
 - ა) მუდმივი ხასიათის პრობლემები;
 - ბ) რისკ-ფაქტორები.
3. თითოეული პრობლემის გადაჭრის სათანადო გზების შერჩევა პაციენტთან ერთად;
4. ექიმისა და პაციენტის მიერ პრობლემის ერთნაირი აღქმის მიღწევა;
5. პაციენტის ჩართვა პრობლემის მოგვარების პროცესში და პაციენტის მიერ შესაბამისი პასუხისმგებლობის საკუთარ თავზე აღების წახალისება;
6. დროისა და სხვა რესურსების სათანადო გამოყენება:
 - ა) უშუალოდ კონსულტაციის დროს;
 - ბ) გრძელვადიანი ამოცანების გადაჭრისას;
7. პაციენტთან ისეთი ურთიერთობის ჩამოყალიბება და შენარჩუნება, რომელიც ხელს უწყობს სხვა ამოცანების გადაჭრას.

ოჯახის ექიმის მიერ ჩატარებული კონსულტაციები ერთმანეთისაგან განსხვავდება იმისდა მიხედვით, ვიზიტი პირველია, თუ განმეორებითი, მწვავეა და ქრონიკული, ბავშვია თუ მოზრდილი და ა.შ., თუმცა ზოგიერთ მკვლევარი გამოყოფს კონსულტაციის იმ უნივერსალურ ეტაპებს თუ ფაზებს, რომელიც თითქმის ყოველი კონსულტაციის შემადგენელია.

³⁵ Pendleton,D., Schofield,T., Tate,P., & Havelock,P. (1984 / 2003). The Consultation: An approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press.

1976 წელს ბაირნმა და ლონგმა შეისწავლეს ექიმის მიერ ჩატარებული 2000-მდე კონსულტაციის აუდიოჩანაწერი და გამოყვეს კონსულტაციის ექვსი ფაზა, რომლებიც ექიმის მიერ ჩატარებული კონსულტაციების ლოგიკურ სტრუქტურას ქმნის.

ქვემოთ ცხრილში წარმოდგენილია ბაირნისა და ლონგის მიერ გამოყოფილი საექიმო კონსულტაციის ექვსი ფაზა³⁶:

კონსულტაციის ფაზები:

- I ფაზა: ექიმი პაციენტთან ამყარებს ურთიერთობას;
- II ფაზა: ექიმი ცდილობს, გამოავლინოს, ან უკვე დაადგენს პაციენტის ვიზიტის მიზეზს;
- III ფაზა: ექიმი აგროვებს ანამნეზს და/ან ატარებს ფიზიკურ გასინჯვას;
- IV ფაზა: ექიმი და/ან პაციენტი განიხილავს არსებულ მდგომარეობას;
- V ფაზა: ექიმი და პაციენტი განმარტავენ და თანხმდებიან შემდგომი მკურნალობის ან გამოკვლევების შესახებ;
- VI ფაზა: კონსულტაცია სრულდება, ჩვეულებრივ, ექიმის მხრიდან.

წარმოდგენილი მოდელი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს არაეფექტური კონსულტაციების შესაფასებლად, რომლის დროსაც ვერ მოხდა პაციენტის სწორად გაგება და პაციენტი და/ან ექიმი უკმაყოფილოა.

ბაირნმა და ლონგმა აგრეთვე აღწერეს კონსულტაციის სხვადასხვა სტილი, ექიმზე ორიენტირებული კონსულტაციებით დაწყებული, სრულად პაციენტზე ორიენტირებული კონსულტაციებით დამთავრებული. ერთ შემთხვევაში კონსულტაციის დროს მთლიანად ექიმი დომინირებს და მასში პაციენტს არავითარი როლი არა აქვს. მეორე შემთხვევაში კონსულტაცია პაციენტის მონოლოგის სახით არის წარმოდგენილი, რომელიც ექიმის მხრიდან არაფრით

³⁶ Byrne, P S. and Long B.E.L. (1976). Doctors Talking to Patients, RCGP Publications, London.

არ ივსება. ამ ორ უკიდურესობას შორის შესაძლებელია კონსულტაციის მრავალი სახის გამოყოფა.

5.1.2. ეფექტური კომუნიკაციის ზეგავლენა კონსულტაციისა და მკურნალობის შედეგებზე

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა მედიცინის საყრდენი ღერძია. ჯერ კიდევ ჰიპოკრატე თვლიდა, რომ ექიმს შეუძლია გავლენა მოახდინოს პაციენტის ჯანმრთელობაზე³⁷. აქ, ცხადია, უშუალოდ ექიმის ზემოქმედება იგულისხმება და არა ჩატარებული მკურნალობა.

ექიმები, რომლებიც პაციენტთან ურთიერთობის უნარ-ჩვევებს კარგად ფლობენ, ჯანმრთელობის პრობლემებს უფრო ადრე გამოავლენენ ხოლმე. მათ შეუძლიათ, თავიდან აიცილონ დაავადებათა გამწვავებები, კრიზისები, ძვირადღირებული სამედიცინო ჩარევები და თავიანთ პაციენტებს უკეთესი მხარდაჭერა შესთავაზონ. ყოველივე ზემოაღნიშნული შეიძლება დადებითად აისახოს სამედიცინო გამოსავლებზე და პაციენტის კმაყოფილებაზე, ჯანმრთელობის საკითხებში პაციენტების გათვითცნობიერების დონეზე და მათ მიერ დანიშნულების ზედმინევენით შესრულებაზე. ამასთან, შესაძლოა შემცირდეს სამედიცინო მომსახურების ხარჯებიც^{38,39}.

საყურადღებოა, რომ პაციენტების უკმაყოფილების ძირითადი მიზეზი შემთხვევათა უმრავლესობაში არა ექიმის კლინიკურ კომპეტენციასთან, არამედ კომუნიკაციის პრობლემებთან არის დაკავშირებული^{40, 41}. პაციენტები არჩევენ ისეთ ექიმებს, რომლებიც და-

³⁷ Kaplan S. H., Greenfield S., Ware J. E., Jr Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. 1989; 27(3 S): S110–S127.

³⁸ Clack G. B., Allen J., Cooper D., Head J. O. Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. Med Educ. 2004; 38(2): 177–186.

³⁹ DiMatteo M. R. The role of the physician in the emerging health care environment. West J Med. 1998; 168(5): 328–333.

⁴⁰ Tongue J. R., Epps H. R., Forese L. L. Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. J Bone Joint Surg Am. 2005; 87:652–658...

⁴¹ Minhas R. Does copying clinical or sharing correspondence to patients result in better care? Int J Clin Prac. 2007; 61(8): 1390–1395..

ხელოვნებულნი არიან დიაგნოზის დასმასა და შედეგიანი მკურნალობის წარმართვაში და იმავდროულად ეფექტური კომუნიკაციის უნარიც აქვთ¹⁴.

5.1.3. ეფექტური კომუნიკაციის ზოგიერთი მახასიათებელი

ოჯახის ექიმმა შედეგიანი კონსულტაციის ჩასატარებლად უნდა იხელმძღვანელოს კონსულტაციის ზემოთ განხილული ფუნქციებით, ამოცანებითა და სტრუქტურით.

უპირველეს ყოვლისა, კონსულტაციის დროს ექიმი პაციენტზე ორიენტირებული უნდა იყოს და ითვალისწინებდეს პაციენტის შეხედულებებს, მოსაზრებებს, ემოციებსა და მოლოდინს.

კონსულტაციის ჩატარებისას ოჯახის ექიმი უნდა შეეცადოს იმ ყველა ამოცანის შესრულებას, რომლებიც პენდლეთონისა და თანაავტორთა მიერ არის აღწერილი (იხ. თავი 5.1.1), კერძოდ, გაარკვიოს ვიზიტის მიზეზი, მხედველობიდან არ გამოორჩეს ჯანმრთელობის სხვა არსებული პრობლემები, ჩართოს პაციენტი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში და დაეხმაროს მას პასუხისმგებლობის გარკვეული ნაწილის საკუთარ თავზე აღებაში, მიაღწიოს პაციენტთან ერთად პრობლემის საერთო ხედვას, რაციონალურად ხარჯოს რესურსები და შეინარჩუნოს პაციენტთან კარგი, თანამშრომლობაზე დაფუძნებული ურთიერთობა.

ბაირნისა და ლონგის მიერ აღწერილი კონსულტაციის ფაზების გათვალისწინება დაეხმარება ექიმს ეფექტური კონსულტაციის ჩატარებაში (იხ. თავი 5.1.1).

კონსულტაციის პირველი ფაზა, რომელიც პაციენტთან ურთიერთობის დამყარებას გულისხმობს, ძალიან მნიშვნელოვანია. ეს ფაზა მოიცავს საკონსულტაციო ოთახში პაციენტის მიწვევას, მასთან მიგვებებს მოცემულ საზოგადოებაში დამკვიდრებული წესის გათვალისწინებით (მაგ., ხელის ჩამორთმევა), გაღიმებას, პაციენტის კომფორტულად მოთავსებას და თვალთ კონტაქტის დამყარებას. ეს საკითხები არავერბალური კომუნიკაციის თავშიც არის განხილული.

ექიმთა ვიზიტის მიზეზის გამოვლენა კონსულტაციის შედეგიანობის და პაციენტის კმაყოფილების უზრუნველყოფის გასაღებია. მასზე ქვემოთ ცალკე იქნება მსჯელობა.

კონსულტაციის დროს ანამნეზის ადეკვატური შეგროვება ხელს უწყობს დიაგნოსტიკურ ძიებას და შედეგიანი მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევას.

ფიზიკური გასინჯვა დამოკიდებულია ვიზიტის მიზეზზე და, გარდა პირველადი ან ჯანმრთელობის ზოგად შემოწმებაზე ორიენტირებული ვიზიტებისა, ფოკუსირებული უნდა იყოს მიმდინარე პრობლემაზე. ამასთან, ფიზიკური გასინჯვისას ეჭიმმა არ უნდა შეწყვიტოს პაციენტთან კომუნიკაცია და უნდა განუმარტოს, თუ რის გასინჯვას აპირებს და რატომ.

კონსულტაციის მომდევნო ეტაპზე ექიმი აანალიზებს არსებულ მდგომარეობას და პაციენტს ეხმარება მის გაგებაში.

შემდეგ ექიმი პაციენტთან ერთად შეარჩევს განსახორციელებელ ღონისძიებათა ჩამონათვალს - საჭირო გამოკვლევები, პრევენციული, სამკურნალო თუ სარეაბილიტაციო მეთოდები.

დასასრულ, ექიმი შეაჯამებს და ასრულებს კონსულტაციას.

ვიზიტის მიზეზი, ღია და დახურული კითხვები

საყურადღებოა, რომ ბალინტი იყო პირველი, ვინც დაკვირვებების საფუძველზე აღმოაჩინა, რომ პაციენტის მიერ წარმოდგენილი ჩივილი შეიძლება სულაც არ იყოს ექიმთან ვიზიტის ნამდვილი მიზეზი. ეს უკანასკნელი შეიძლება შენიღბული იყოს და იგი ექიმმა უნდა წარმოაჩინოს. მანვე შენიშნა, რომ ექიმის ემოციას შეიძლება მნიშვნელოვანი გავლენა ჰქონდეს კონსულტაციის მიმდინარეობაზე.

პაციენტის ვიზიტის მიზეზის დასადგენად ექიმმა ღია კითხვები უნდა გამოიყენოს და პაციენტს საუბრის საშუალება უნდა მისცეს. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ბევრი ექიმი ამის საპირისპიროდ იქცევა და პაციენტს პირველი წინადადების დასრულების საშუალებასაც კი არ აძლევს.

ღია კითხვა ისეთი კითხვაა, რომელსაც მოკლედ, ერთი სიტყვით (მაგალითად, ჰო ან არა) ვერ უპასუხებ. ღია კითხვის მაგალითებია: „რატომ გადანწყვიტეთ კლინიკაში მოსვლა?“, „რით შემოიღია დაგვხმაროთ?“. ღია კითხვა პაციენტს საშუალებას აძლევს, მისივე სიტყვებით ჩამოაყალიბოს პრობლემა და გამოხატოს საკუ-

თარი დამოკიდებულება მის მიმართ, ასევე გამოთქვას აზრი დაავადების მიზეზებსა თუ მკურნალობაზე.

ღია კითხვისაგან განსხვავებით, დახურული კითხვა მოკლე, მკაფიო პასუხს (მაგალითად, ჰო ან არა) მოითხოვს.

არსებობს მრავალი მტკიცებულება, რომ პაციენტის პრობლემის გასაგებად ყველაზე ეფექტური სწორედ ღია კითხვების გამოყენებაა.

მაგალითად, თუ ექიმი დასაწყისში პაციენტს ჰკითხავს, რა არის ვიზიტის მიზეზი, რაზეც პაციენტი უპასუხებს, რომ ექიმთან თავის ტკივილის გამო მივიდა, შემდეგ კი ექიმი ტკივილის მახასიათებლების (ტკივილის ლოკალიზაცია და გადაცემა, მისი ხასიათი, ხანგრძლივობა, რა ინვეს, რა ამსუბუქებს და ა.შ.) დასაზუსტებლად მაშინვე დახურულ კითხვებზე გადავა, პაციენტი ვეღარ მოახერხებს საკუთარი განცდებისა და შეხედულებების ჩამოყალიბებას, რამაც შეიძლება დიაგნოზის დასმა გაართულოს.

აღნიშნულის საპირისპიროდ, თუკი ექიმი მას შემდეგ, რაც პაციენტი თავის ტკივილს ახსენებს, კვლავ ღია კითხვას გამოიყენებს (მაგალითად, მომიყევით თქვენი თავის ტკივილის შესახებ), პაციენტს მიეცემა შესაძლებლობა, უფრო მეტი ისაუბროს პრობლემაზე, რომლის გამოცდილებაც მას აქვს და რაზეც ბევრი უთქმრია. ასეთმა პასუხმა ხშირად ექიმი შეიძლება პირდაპირ დიაგნოზთან მიიყვანოს⁴².

ცხადია, კონსულტაციის მომდევნო ეტაპებზე, ანამნეზის შეგროვებისას და დიაგნოსტიკური ძიების დროს აუცილებელია დახურული კითხვების გამოყენებაც, რაც ექიმს ეხმარება დაავადების ნიშნებისა დაზუსტებასა და დიაგნოზის ჩამოყალიბებაში.

5.1.3. არავერბალური კომუნიკაციის მნიშვნელობა

ვერბალურსა და არავერბალურ კომუნიკაციას შორის საგულისხმო განსხვავება არსებობს.

ვერბალურ კომუნიკაციას მკაფიო დასასრული აქვს. ჩვენ ვიცით, როდის მთავრდება ფრაზა და კარგად აღვიქვამთ ამას. აღ-

⁴² Cole, Steven A., Julian Bird; The medical interview: the three function approach, third edition, Elsevier Saunders, Philadelphia, 2014.

ნიშნულის საპირისპიროდ, არავერბალური კომუნიკაცია გრძელდება მანამ, სანამ ორი (ან მეტი) პირი ერთმანეთის თანდასწრებით იმყოფება. მაშინაც კი, როდესაც აღნიშნული პირები ჩუმად არიან, არავერბალური კომუნიკაცია გრძელდება. განსხვავება „კომფორტულ“ და „არაკომფორტულ“ სიჩუმეს შორის ხშირად სწორედ ჩვენი არავერბალური კომუნიკაციით არის განპირობებული.

ვერბალური კომუნიკაცია ერთი გარკვეული სახით არის ჩამოყალიბებული, ზეპირი იქნება ის, თუ წერილობითი. არავერბალური კომუნიკაცია კი ერთდროულად რამდენიმე ფორმით შეიძლება ვლინდებოდეს. შესაძლოა ჩვენ „გზავნიდეთ“ ან „ვიღებდეთ“ რამდენიმე არავერბალურ „გზავნილს“ ერთდროულად (იხ. არავერბალური კომუნიკაციის ფორმები ცხრილში).

ვერბალური კომუნიკაცია, უმთავრესად, ჩვენს ნებისყოფას და კონტროლს ექვემდებარება, მაშინ როცა არავერბალური კომუნიკაცია ხშირად ქვეცნობიერია.

ვერბალური „გზავნილები“ აუცილებელია პირდაპირი, ჩამოყალიბებული და მკაფიო ინფორმაციის, აგრეთვე ჩვენი ნააზრვის, იდეებისა და ფიქრების მისაწოდებლად, მაშინ როცა არავერბალური კომუნიკაციის გზით უპირატესად ჩვენი დამოკიდებულების, ემოციებისა და განცდების გადაცემა ხდება. განსაკუთრებით დიდია არავერბალური კომუნიკაციის როლი, როდესაც პირს არ სურს, ან არ შეუძლია საკუთარი გრძნობების მკაფიოდ გამოხატვა ვერბალური გზით.

არავერბალური კომუნიკაციის სახეებია:

- პოზა, სხეულის მდებარეობა: ადამიანი ზის, დგას, მოშვებულია, გაჭიმულია;
- მანძილი: სივრცის გამოყენება, მანძილი მოსაუბრეებს (კომუნიკაციაში ჩართულ პირებს) შორის;
- შეხება: ხელის ჩამორთმევა, მხარზე ხელის დადება ან მოთათუნება, შეხება ფიზიკური გასინჯვისას;
- სხეულის მოძრაობა: ხელების მოძრაობა, ჟესტიკულაცია, თავის დაქნევა, „ცქმუტვა“ (მოუსვენრობის გამომხატველი მოძრაობები), ფეხების მოძრაობა;

- სახის გამომეტყველება: წარბების აწევა, წარბების შეჭმუხ-
ნა ღიმილი, ტირილი;
- თვალები: კონტაქტის დამყარება თვალებით, დაჟინებით
მზერა;
- ხმა: ტონი, სიხშირე, სიმძლავრე, რიტმი, სიჩუმე, პაუზა,
შეცდომები საუბრის დროს, გრძნობა, გამოძახილი (ხმით
გამოხატული რეაქცია მეორე პირის ნათქვამზე);
- დროის გამოყენება: ადრე, გვიან, დროულად, „განელილი“,
ნაჩქარევი, დაგვიანებული რეაქცია;
- ფიზიკური ფაქტორები: რასა, სქესი, სხეულის ფორმა, ჩაც-
მულობა, სისუფთავე;
- გარემო: მდებარეობა, ავეჯის განლაგება, განათება, ტემ-
პერატურა, ფერი.

კავშირი ვერბალურ და არავერბალურ კომუნიკაციას შორის

არავერბალური კომუნიკაციის გზით შესაძლებელია ვერბალუ-
რი კომუნიკაციის ელფერის შეცვლა, რეგულირება, მისი ხაზგასმა,
აქცენტირება ან, პირიქით, მისი საწინააღმდეგო “გზავნილის” მი-
წოდება.

ჩვეულებრივ, ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაცია
ერთმანეთს აძლიერებს და ერთ მიზანს ემსახურება. ჩვენ შეიძ-
ლება გამიზნულად გამოვიყენოთ არავერბალური კომუნიკაცია
ვერბალური კომუნიკაციის დროს გამოთქმული ამრის გასამყარებ-
ლად და ყოველგვარი ორამბროვნებისა და გაუგებრობის შესამცი-
რებლად და თავიდან ასაცილებლად.

ადამიანებს შორის კომუნიკაციის სფეროში ჩატარებულმა
კვლევებმა აჩვენა, რომ, როცა ვერბალური და არავერბალური
კომუნიკაცია ერთმანეთს არ ესადაგება, ან ერთმანეთის საპირის-
პიროა, უპირატესობა არავერბალური კომუნიკაციის სამუალებით
მიწოდებულ „გზავნილს“ ენიჭება.

არავერბალურ კომუნიკაცია, ოჯახის ექიმი და პაციენტის კმაყოფილება

საყურადღებოა, რომ ოჯახის ექიმთა საქმიანობის შეფასებისას
(Larsen, Smith, 1981) გამოვლინდა მჭიდრო კავშირი ექიმების მი-

ერ არავერბალური კომუნიკაციის გამოყენებასა და პაციენტის კმაყოფილებას, აგრეთვე აღქმა-გაგებას შორის; კერძოდ, დადებით შედეგთან ასოცირებული იყო არავერბალური კომუნიკაციის შემდეგი სახეები: შეხება, ახლო დისტანცია კომუნიკაციის დროს, წინ გადახრა პაციენტისკენ, სხეულის ორიენტაცია პაციენტის მიმართულებით, მზერა (კონტაქტი თვალით).

მეორე მხრივ, ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს, „ამოხსნას“ პაციენტის არავერბალური კომუნიკაციით გამოხატული გზავნილები. ეს ექიმს საშუალებას აძლევს, კარგად გაერკვეს პაციენტის გრძნობებში. ხშირად პაციენტები თავის იკავებენ საკუთარი გრძნობების ამკარად, ვერბალური გზით გამოხატვისაგან. აღნიშნულის ნაცვლად ისინი „ფარულ“ გზავნილებს იყენებენ. ამ დროს გულმოდგინედ დაკვირვებასთან ერთად მნიშვნელოვანია ექიმის მიერ ამოხსნილი შეგრძნებების შემოწმება, რადგან შესაძლებელია, ექიმი ცდებოდეს. ამიტომ ექიმმა უნდა ჰკითხოს პაციენტს ამის შესახებ (მაგ., „თქვენ შენუხებული ჩანხართ; ხომ არ ვისაუბროთ ამის თაობაზე?“).

სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება და პაციენტთან

ურთიერთობა

ექიმს საქმიანობის მნიშვნელოვანი შემადგენელია სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება. სამედიცინო ჩანაწერების გაფორმებას მნიშვნელოვანი დრო სჭირდება. ჩანაწერების წარმოებამ, როცა ამას სათანადო გამოცდილებისა და უნარ-ჩვევების არმქონე ექიმი აკეთებს, შეიძლება გარკვეული სირთულეები შექმნას პაციენტთან ურთიერთობისას.

ზოგჯერ ექიმები, დროის მოგების მიზნით პაციენტთან კომუნიკაციის პარალელურად, სამედიცინო ჩანაწერებს კითხულობენ და აზუსტებენ სხვადასხვა მონაცემებს.

დიდ ბრიტანეთში ჩატარდა კვლევა, რომლის მიზანი იყო კომუნიკაციის ეფექტურობის შეფასება, როცა ექიმი ცდილობს, ერთდროულად გაეცნოს სამედიცინო ჩანაწერებს და ესაუბროს პაციენტს. საყურადღებოა, რომ ზემოაღნიშნულ კვლევას არ დაუდასტურებია, რომ ექიმები უფრო ეფექტურად იყენებენ დროს. პირიქით, აღმოჩნდა საპირისპირო; კერძოდ, სახეზეა შემდეგი ფაქტები:

- ვიზიტის დაწყებისას პაციენტები თავს იკავებენ ექიმთან საუბრის გაგრძელებისგან მანამ, სანამ ექიმი თვალთ კონტაქტს არ დაამყარებს მათთან (სანამ არ შეხედავს პაციენტს);
- პაციენტები შუა საუბარში ჩერდებიან, როცა ექიმი სამედიცინო ჩანაწერებში იხედება და აგრძელებენ საუბარს მაშინ, როცა ექიმი კვლავ დაამყარებს მათთან თვალთ კონტაქტს;
- პაციენტები ცდილობენ, „დაიჭირონ“ ექიმის მხერა (რაც პაციენტის სხეულის მოძრაობით ვლინდება), როცა პაციენტი საუბრობს, ექიმი კი სამედიცინო ჩანაწერებში იხედება;
- პაციენტის აზრების თავისუფალი მსვლელობა ფერხდება, როცა ექიმი სხვაგან იყურება, და კვლავ აღდგება, როცა ექიმი მხერას კვლავ პაციენტზე გადაიტანს;
- ექიმებს ხშირად „გამოეპარებათ“ ხოლმე ინფორმაცია ან ადვილად ავიწყდებათ ის, როცა ისინი სამედიცინო ჩანაწერებს კითხულობენ.

5.1.4. სერიოზული ამბების შეტყობინება პაციენტისთვის

რატომ არის ეს საკითხი მნიშვნელოვანი

ექიმის მიერ პაციენტისათვის არასასურველი ინფორმაციის მიწოდების პრობლემა დიდი ხანია, რაც მედიკოსებისა და მთელი საზოგადოების ყურადღების ცენტრშია. ე.წ. „სერიოზული ამბების“ მიწოდებას, თავისი სირთულის გამო, ექიმები ზოგჯერ „ბომბის ჩამოგდების“ დავალებას ადარებენ.

„სერიოზულ ამბებში“, უხშირესად მოიაზრება ფატალური დაავადების დიაგნოზი (მაგალითად, კიბო). თუმცა სერიოზული ამბები შეიძლება სხვა საკითხებსაც ეხებოდეს (სხვადასხვა ფუნქციის დაკარგვა, უნარის შეზღუდვა, სამედიცინო მომსახურების საფასური და სხვ.).

ის, თუ როგორ აწვდის ექიმი პაციენტს სერიოზულ ამბებს, მნიშვნელოვანწილად განაპირობებს პაციენტის მიერ ინფორმაციის აღქმას, მის განწყობას და კმაყოფილებას.

ჰიპოკრატე აღნიშნავდა, რომ ექიმი ფრთხილი, წინდახედული და გაწაფული უნდა იყოს პაციენტისათვის ცუდი ამბების მიწოდებაში, რადგან პაციენტის მდგომარეობა შეიძლება გაუარესდეს.

იმავეს აღნიშნავდა თომას პერსივალის 1803 წელს თავის სამედიცინო ეთიკაში⁴³.

ანალოგიურ რჩევას იძლეოდა ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია თავის სამედიცინო ეთიკის კოდექსში 1847 წელს.

საყურადღებოა, რომ კიბო დიაგნოზის დამალვის ტრადიცია მხოლოდ ჩვენში როდია დამკვიდრებული. 1961 წელს აშშ-ში 193 ექიმის გამოკითხვამ გამოავლინა, რომ მათი აბსოლუტური უმრავლესობა – 169 ექიმი (88%), როგორც წესი, არ ეუბნებოდა პაციენტს კიბოს დიაგნოზის შესახებ. ამ დროს პაციენტს მიეწოდებოდა შეძლებისდაგვარად მცირე ინფორმაცია და გამოიყენებოდა ძალზე ზოგადი ტერმინები (მაგ., „ნარმონაქმნი“).

მეორე მხრივ, კვლევებმა დაადასტურა, რომ პაციენტებს სურთ, იცოდნენ სიმართლე საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (თუმცა ეს ძირითადად აშშ-ს ეხება). 2004 წელს ჩატარდა არსებული ლიტერატურის სისტემური მიმოხილვა აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით⁴⁴. ამ კვლევამ დაადასტურა, რომ ახლად დიაგნოსტირებული კიბოთი დაავადებული პაციენტების უმრავლესობას (ანგლო-საქსონური წარმოშობის პირებში) სურს სრული ინფორმაციის მიღება პროგნოზის შესახებ.

გემოაღნიშნული პრობლემისადმი დამოკიდებულება განსხვავებულია სხვადასხვა ტრადიციებისა და კულტურის მქონე ქვეყნებში. ინფორმაციის პირდაპირ მიღების მომხრე ძირითადად ჩრდილოეთ ამერიკელები და ევროპელები (მათ შორის, უპირატესად ანგლო-საქსონური წარმოშობის პირები) არიან. პაციენტისაგან ინფორმაციის დამალვას და ოჯახის წევრებისათვის განდობას მხარს ძირითადად აზიელები უჭერენ.

⁴³ Percival T. Medical ethics; or, A code of institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons. Manchester, England: S. Russell, 1803:166166

⁴⁴ R.G. Hagerty et al; Communicatin prognosis in cancer care: a systemic review of the literature; Annals of oncology 16: 1005-1053, 2005

პაციენტისათვის სერიოზული ამბების შეტყობინება და თანამედროვე ეთიკური და სამართლებრივი სტანდარტები

უკანასკნელ ათწლეულებში პაციენტის მიმართ პატერნალისტური დამოკიდებულება იცვლება და მკვიდრდება პაციენტის ავტონომიის კონცეფცია. ეს უკანასკნელი გულისხმობს პაციენტის პიროვნების, მისი შეხედულებებისა და ნების გათვალისწინების აუცილებლობას. სამედიცინო მომსახურების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას სწორედ პაციენტის ნებაა უმთავრესი.

თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის პრინციპებს შორის პაციენტის ავტონომია უმნიშვნელოვანესია. ამიტომ აუცილებელია, რომ პაციენტს მიეწოდოს სრული ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

საქართველოს კანონმდებლობა ითვალისწინებს პაციენტის ავტონომიის პრინციპს და “მოითხოვს”, რომ პაციენტს მიეწოდოს სრული ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ. კანონმდებლობა იშვიათ გამონაკლისსაც გულისხმობს; მხედველობაში გვაქვს შემთხვევები, როცა მოსალოდნელია, რომ “სრული ინფორმაციის მიღება პაციენტის ჯანმრთელობას სერიოზულ ზიანს მიაყენებს”. ასეთ შემთხვევებში დასაშვებია ინფორმაციის დაფარვა ან არასრული ინფორმაციის მიწოდება, თუმცა პაციენტის მხრიდან ინფორმაციის დაჟინებული მოთხოვნისას, აღნიშნული გამონაკლისიც აღარ მოქმედებს (დანვრილებით ამ საკითხის შესახებ იხ. თავი „3.1.6 ინფორმაციის მიღების უფლება“).

ამრიგად, როგორც თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის პრინციპების, ისე მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, ექიმმა პაციენტს უნდა მიაწოდოს სრული ინფორმაცია, რომელიც შეიძლება არასასურველი იყოს პაციენტისათვის, ანუ შეატყობინოს მას „სერიოზული ამბები“. ამას კი სათანადო მომზადება სჭირდება.

პაციენტის ოჯახის როლი

ჩვენში დამკვიდრებული ტრადიციის მიხედვით, სერიოზული ამბები პაციენტის შესახებ თავდაპირველად პაციენტის ოჯახის წევრებს მიეწოდება. თუმცა, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ეს ეწინააღმდეგება თანამედროვე ეთიკურ სტანდარტებსა და მოქმედ კანონმ-

დებლობას. ანალოგიური პრაქტიკა დამკვიდრებული იყო დასავლეთის ქვეყნებშიც ორიოდ ათეული წლის წინ. როგორც 80-იან წლებში ჩატარებულმა კვლევებმა გვიჩვენა, ექიმთა დიდი ნაწილი თვლიდა, რომ დასაშვებია, კიბოს დიაგნოზის შესახებ ინფორმაცია პირველად ოჯახის წევრებს მიეწოდოს⁴⁵. მოგვიანებით ჩატარებული კვლევების მიხედვით, ექიმები ინფორმაციას კიბოს დიაგნოზის შესახებ პირველ რიგში პაციენტს მიაწოდებენ. ამასთან, პაციენტები წინააღმდეგები არ არიან ოჯახის წევრების ჩართვისაც. თუმცა ამბუობინებენ, რომ ეს მათი თანხმობით მოხდეს⁴⁶.

ამრიგად, ამოსავალი წერტილი მაინც პაციენტის ნებაა. მეორე მხრივ, ოჯახის როლი ძალიან დიდია, რადგან მას შეუძლია მნიშვნელოვანი მხარდაჭერა აღმოუჩინოს პაციენტს. ამიტომ, „სერიოზული ამბების“ შეტყობინებისას მიზანშეწონილია პაციენტთან შეთანხმებით ოჯახის წევრთა ჩართვა კონსულტაციაში.

ოჯახის ექიმი სერიოზული ამბების შეტყობინებისას

არსებობს საყურადღებო კვლევა, რომელიც 2002 წელს ჩატარდა⁴⁷ და ადასტურებს, რომ სერიოზული ამბების შეტყობინება გაცილებით უკეთესად შეუძლიათ ოჯახის ექიმებს (ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს), ვიდრე ქირურგებს. აღნიშნული კვლევის ფარგლებში გამოკითხული იყო 106 პაციენტი, რომლებიც ექიმებს აფასებდნენ სერიოზული ამბების მიწოდებისას. 13 ექიმიდან, რომლებიც პაციენტებმა დადებითად შეაფასეს, 8 ოჯახის ექიმი იყო; ხოლო იმ 7 ექიმიდან, რომლებიც პაციენტებმა ნაკლებად მოიწონეს, შვიდივე ქირურგი აღმოჩნდა.

⁴⁵ Holland JC, Geary N, Marchini A, Tross S. An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Invest* 1987; 5: 151–154

⁴⁶ Benson J, Britten N. Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analysis of semi-structured interviews with patients. *Br Med J* 1996; 313: 729–731

⁴⁷ Mandy M Barnett, Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors"; *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 95, July 2002

აღნიშნული მონაცემების ფონზე, გასათვალისწინებელია, რომ პაციენტების უმრავლესობა „ცუდ ამბებს“ (ძირითადად ეს კიბოს დიაგნოზს შეეხება) საავადმყოფოში იგებენ და ხშირად მათ ამ ინფორმაციას ქირურგები აწვდიან. დღეს პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს შედარებით იშვიათად უწევთ სერიოზული ამბების შეტყობინება პაციენტებისათვის. მიუხედავად აღნიშნულისა, ოჯახის ექიმის თანამედროვე მახასიათებლებიდან და კომპეტენციებიდან გამომდინარე, ალბათ, უმჯობესია ის (ოჯახის ექიმი) ჩართული იყოს პაციენტისათვის მისი ჯანმრთელობის შესახებ არასასურველი ინფორმაციის მიწოდების პროცესში. “სერიოზული ამბების” შეტყობინება ოჯახის ექიმის მიერ კონსულტაციის ჩატარებისა და კომუნიკაციის ჩვევების აუცილებელ შემადგენლად ითვლება. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა სამეფო კოლეჯში (Royal College of General Practitioners) მისაღები გამოცდები 1995 წლიდან შეიცავს კომუნიკაციის ჩვევების შეფასებასაც.

სირთულეები, წინააღმდეგობები:

ექიმთა უმრავლესობისათვის რთულია პაციენტისათვის მძიმე, არასასიამოვნო ინფორმაციის მიწოდება, რადგან მათ ეს არასოდეს უსწავლიათ, არ არსებობს რეკომენდაციები და ძალზე მცირეა ლიტერატურა ამ საკითხებზე. ამასთან, ექიმებს აქვთ პაციენტისათვის ფსიქოლოგიური სტრესის მიყენების შიში, ან პაციენტის მხრიდან დადანაშაულების მოლოდინი, ან შიში პაციენტისა და მისი ოჯახის მხრიდან გაუთვალისწინებელი, გაუზონასწორებელი რეაქციებისა. გასათვალისწინებელია უსიამოვნო განცდა იმის გამო, რომ შეუძლებელია პაციენტის განკურნება და პაციენტი გარდაიცვლება.

ზოგჯერ პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების განწევს პროცესში მრავალი ექიმია ჩართული და ძნელდება გადაწყვეტილების მიღება იმის შესახებ, თუ ვინ უნდა უთხრას პაციენტს სერიოზული ამბები.

რას ანიჭებენ პაციენტები მნიშვნელობას:

როგორც გამოკვლევები ადასტურებს, როცა ექიმები პაციენტებს მათი ჯანმრთელობის შესახებ „ცუდ ამბებს“ ატყობინებენ, ამ

უკანასკნელთათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ექიმის პროფესიულ კომპეტენციას, გულწრფელობას და ყურადღებას. ამასთან, პაციენტები საჭიროებენ სათანადო დროს შევითხვების დასასმელად. პაციენტებისათვის მნიშვნელოვანია, რამდენად გასაგები ენით საუბრობს ექიმი. ისინი ექიმისაგან უმეტესწილად მკაფიო და გასაგები ფორმით ჩამოყალიბებულ დიაგნოზს მოელონ.

მსგავსი დამოკიდებულება აქვთ ამ საკითხისადმი პაციენტის ოჯახის წევრებსაც.

აღმოჩნდა, რომ პაციენტები შედარებით ნაკლებ უპირატესობას ანიჭებენ იმ გარემოებას, იცნობენ ისინი ექიმს კარგად თუ არა; ასევე, თანაგრძნობის ნიშნად ექიმის მიერ პაციენტის შეხებას. თუმცა, ამ უკანასკნელის საჭიროებისა და მნიშვნელობის შესახებ ექიმმა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება.

სერიოზული ამბების მიწოდების 6-საფეხურიანი მეთოდი

ბოლო წლებში საკმაოდ პოპულარულია „სერიოზული ამბების“ მიწოდების 6-საფეხურიანი მეთოდი, ე.წ. SPIKES-მეთოდი (ბეილის მიხედვით). აღმოჩნდა, რომ ყველაზე ხშირად ექიმები სერიოზული ამბების მიწოდებისას სწორედ ზემოაღნიშნული მიდგომას იყენებენ.

„სერიოზული ამბების“ მიწოდების ექვსი საფეხური (SPIKES-მეთოდი):

- | | |
|-------------|--|
| საფეხური 1. | საუბრისთვის მომზადება (S) |
| საფეხური 2. | პაციენტის გათვითცნობიერების შეფასება: რა იცის პაციენტმა/ოჯახმა (P) |
| საფეხური 3. | პაციენტის “მოწვევის” მიღება (I) |
| საფეხური 4. | ინფორმაციის მიწოდება პაციენტისათვის (K) |
| საფეხური 5. | რეაქცია პაციენტის განცდებზე, ემოციებზე და თანაგრძნობის გამოხატვა (E) |
| საფეხური 6. | სტრატეგია და დასკვნა (S) |

ექვსი საფეხურიდან პირველი 3 მოსამზადებელი ეტაპია, მე-4 უშუალოდ ინფორმაციის მიწოდებას ეთმობა, მე-5 და მე-6 კი პაციენტის ემოციაზე რეაგირებასა და სამომავლო გეგმების შეთანხმებას მოიცავს. ქვემოთ აღწერილია ეს საფეხურები.

საფეხური 1. საუბრისთვის მომზადება (S)

- კონსულტაციის წინ ექიმი აზუსტებს სამედიცინო ფაქტებს და პაციენტისათვის მისაწოდებელ ინფორმაციას; გონებაში აწყობს დიალოგს, როგორ უნდა მიანოდოს პაციენტს ინფორმაცია, როგორ უნდა მოიქცეს;
- ქმნის მეყდრო, მშვიდი საუბრისათვის შესაფერისი გარემოს; ზრუნავს, რომ საკმარისი დრო ჰქონდეს საუბრისათვის; ემზადება საიმისოდ, რომ არ შეაწყვეტინონ კონსულტაცია (სხვა პირის შემოსვლა ოთახში, სატელეფონო ზარი);
- ზრუნავს, რომ შესაძლებელი იყოს იმ პირთა ჩართვაც, რომელთა დასწრებაც პაციენტს სურს;
- ექიმი პაციენტს სთავაზობს დაჯდომას, თვითონაც ჯდება; ამყარებს კავშირს პაციენტთან: “კონტაქტი თვალით”, შესაფერისი პოზა (ყურადღების გამომხატველი), საჭიროებისას შეხება;
- ექიმი ცდილობს, შეძლებისდაგვარად შეამციროს დისკომფორტი როგორც პაციენტისათვის, ისე მისთვის. აგრძნობინებს პაციენტს, რომ მზად არის მოსასმენად და აინტერესებს, რას ფიქრობს და განიცდის ის.

საფეხური 2. პაციენტის გათვითცნობიერების შეფასება (P)

ამ ეტაპზე ექიმი არკვევს, რა იცის პაციენტმა (საჭიროებისას - ოჯახმა) არსებული მდგომარეობის შესახებ; ამისთვის ექიმი იყენებს ღია კითხვებს:

- „რა იცით თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რა გითხრეს სხვა ექიმებმა?“, ან
- „რას ფიქრობთ, რატომ იყო საჭირო გამოკვლევის ჩატარება?“

საფეხური 3. პაციენტის “მოწვევის” მიღება (I)

როგორც ზემოთ აღინიშნა, პაციენტების უმრავლესობას სურს სიმართლის ცოდნა, თუმცა ჩვენს ქვეყანაში დიდი ხანია, დამკვიდრებულია მიდგომა, რომლის მიხედვითაც “ცუდი” ინფორმაცია პირველ რიგში ოჯახის წევრებს მიეწოდებათ და ისინი წყვეტენ, რა და როგორ უნდა შეიტყოს თვით პაციენტმა. ცხადია, ეს მიუღებელი მიდგომაა როგორც ეთიკური, ისე სამართლებრივი თვალსაზრისით.

ინფორმაცია თავად პაციენტს უნდა მიეწოდოს, მაგრამ წინასწარ უნდა შეაფასოთ, რის გაგება სურს პაციენტს. რამდენად არის ის მზად სრული ინფორმაციის მისაღებად. ვის შეიძლება კიდევ მივანოდოთ ინფორმაცია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. აღნიშნულის გასარკვევად ზოგჯერ ასეთ კითხვებს იყენებენ:

- “რა გსურთ, როგორ მოგანოდოთ ცნობები თქვენი გამოკვლევების შედეგების შესახებ? გაქვთ სურვილი, რომ დეტალური განმარტებები მოგცეთ, თუ მხოლოდ ზოგადი დასკვნები გაინტერესებთ და უფრო მეტი დროის დათმობას მკურნალობის გეგმების განხილვისთვის ისურვებდით?”; ანდა:
- “მინდა, რომ თქვენი გამოკვლევების შედეგების შესახებ გაცნობოთ, რას იტყვით?”
- “თუ არ გსურთ დეტალური ინფორმაციის მიღება თქვენი ჯანმრთელობის შესახებ, არის სხვა ვინმე (ოჯახის წევრი, ახლობელი), ვისთვისაც ისურვებდით, რომ მიმეწოდებინა აღნიშნული ინფორმაცია?”;
- “მისაღებია თქვენთვის, რომ ამ საკითხებზე თქვენი ოჯახის წევრების თანდასწრებით ვისაუბროთ?”;
- “ხომ არა გსურთ, ეს ინფორმაცია სხვასაც ვაცნობო (მაგ., ოჯახის წევრებს)? როგორ მოვიქცეთ?”

საფეხური 4. ინფორმაციის მიწოდება პაციენტისათვის (K)

- წინასწარმა გაფრთხილებამ, რომ ექიმს სერიოზული ამბები აქვს სათქმელი, შეიძლება შეამციროს შოკი, მაგალი-

თად, „მნიშვნელოვანი საკითხი უნდა განვიხილოთ“, ან „თქვენთვის სეროზული ინფორმაცია მაქვს მოსაზრებებელი“;

- ინფორმაციის მიწოდება იმით უნდა დაიწყოს, რაც უკვე იცის პაციენტმა და სათქმელი შემდგომ უნდა განივრცოს;
- ზოგჯერ უფრო ადვილია მოვლენების თანმიმდევრული აღწერა თხრობის სახით (რა მოხდა, რა გამოკვლევები ჩატარდა, რა იყო მომდევნო ეტაპი და ა.შ.);
- ექიმმა არ უნდა გამოიყენოს ტექნიკური ტერმინები და მართივი, გასაგები ენით უნდა ისაუბროს;
- პაციენტს ინფორმაცია მცირე „უღუფებით“ უნდა მიეწოდოს და ექიმმა ხანგამოშვებით უნდა შეამოწმოს, რამდენად გაიგო ეს ინფორმაცია პაციენტმა; სასურველია პაუზების გამოყენება, რათა საშუალება მიეცეს პაციენტს და დამსწრე პირებს (ოჯახის წევრებს), სათანადოდ აღიქვან („გადახარშონ“) ნათქვამი;
- პაციენტისათვის თავისი მდგომარეობისა და დიაგნოზის შესახებ ახსნა-განმარტებების მიწოდებისას ექიმს ეხმარება ნახაზებისა და ჩანაწერების გამოყენება; შეიძლება დიაგნოზის დაწერაც;
- ექიმმა თავი უნდა აარიდოს სრულ პესიმიზმსა და უიმედობას. ამასთან, არ არის გამართლებული მცდარი ინფორმაციის მიწოდება უსაფუძვლო ოპტიმიზმის ჩასახვის მიზნით. ინფორმაცია უნდა იყოს სწორი, ოღონდ მარტივად და პაციენტისათვის გასაგები ფორმით ჩამოყალიბებული.

საფეხური 5. რეაქცია პაციენტის განცდებზე, ემოციებზე და თანაგრძნობის გამოხატვა (E)

- პაციენტს და/ან მის ოჯახის წევრებს შეიძლება სხვადასხვაგვარი რეაქცია ჰქონდეთ;
- ექიმმა პაციენტს უნდა აცადოს ემოციის გამოხატვა, რათა ის დააკვირდეს საკუთარ შეგრძნებებს; ასეთი დამოკიდებულება ხაზს უსვამს ექიმის მხრიდან პატივისცემასა და მხარდაჭერას და ხელს უწყობს ურთიერთობების გამყარებას;

- ექიმი უნდა დააკვირდეს პაციენტის ნებისმიერ ემოციას; შეეცადოს, გაერკვეს პაციენტის მიერ გამოხატული ემოციის არსში და ასეთი ემოციის მიზეზში;
- ექიმმა უნდა დააკავშიროს ემოცია მის გამომწვევ მიზეზთან. ამისათვის პაციენტს დრო უნდა მიეცეს საკუთარ შეგრძნებათა გამოსახატავად;
- მრავალი რეაქცია ხანმოკლეა და ემოციის გამოხატვისთანავე შეიძლება „დასრულდეს“, რაც საუბრის გაგრძელების საშუალებას იძლევა (მაგრამ ყოველთვის ასე არ ხდება);
- ექიმმა უნდა გამოხატოს ყურადღება, მხარდაჭერა და თანაგრძნობა.
- თანაგრძნობის გამოხატვა სხვადასხვა ფრაზით შეიძლება. ქვემოთ რამდენიმე მაგალითია მოყვანილი:
 - „ვხედავ, რამდენად სამწუხაროა ეს ამბავი თქვენთვის“;
 - „უნდა გითხრათ, რომ არ ველოდით ასეთ შედეგებს“;
 - „ვიცი, რომ ეს არ იყო კარგი ამბავი თქვენთვის“;
 - „ძალიან ვწუხვარ, რომ ამის თქმა მიწევს თქვენთვის“;
 - „ეს ჩემთვისაც ძალზე მძიმეა“;
 - „მეც უკეთესი შედეგების იმედი მქონდა“.
- ზოგჯერ საჭიროა პაციენტის ემოციისა თუ რეაქციის დაზუსტება, რისთვისაც შემდეგი სიტყვების გამოყენება შეიძლება:
 - „რას გულისხმობთ?“
 - „უფრო მეტი მითხარით ამის შესახებ.“
 - „თქვენ ამბობთ, რომ ამან შეგაშინათ?“
 - „თუ შეიძლება, მითხარით, რაზე წუხხართ?“
 - „თქვენ თქვით, რომ ბავშვებზე დარდობთ. უფრო მეტი მითხარით ამის შესახებ.“
- დასტურისა და გაგების გამოხატვა შესაძლებელია შემდეგი ფრაზებით:
 - „მესმის, რასაც გრძნობთ.“
 - „ალბათ, ყველას ასეთი რეაქცია ექნებოდა.“

- „თქვენ სახსრებით მართალი იყავით, როცა ასე იფიქრეთ.“
- „დიახ, თქვენ სწორად გესმით გამოკვლევის ჩატარების მიზეზები.“
- „როგორც ვხედავ, თქვენ ძალიან კარგად აღიქვამთ ყველაფერს.“

საფეხური 6. სტრატეგია და დასკვნა (S)

ე.წ. „ემოციური განმუხტვის“ შემდეგ პაციენტმა თავი შეიძლება მართობის, უმწეობის და/ან გაურკვევლობის შეგრძნება დაეუფლოს. ამიტომ, აუცილებელია, რომ ექიმმა შეაჯამოს ნათქვამი, ჩამოაყალიბოს სამოქმედო გეგმა და შეათანხმოს ის პაციენტთან. ექიმმა უნდა:

- ჰკითხოს პაციენტს, მზად არის თუ არა შემდგომი ნაბიჯების განხილვისათვის;
- გააცნოს მას მკურნალობის შესაძლებლობები, ალტერნატივები;
- პაციენტთან ერთად გაიზიაროს გადაწყვეტილების მიღების პასუხისმგებლობა;
- დასახოს სამოქმედო გეგმა და კარგად აუხსნას პაციენტს აღნიშნული გეგმა;
- შეამოწმოს, რამდენად გაიგო ყველაფერი პაციენტმა;
- ჰკითხოს პაციენტს, ხომ არ დარჩა რაიმე კითხვა, რომლის დასმასაც ახლა ისურვებდა;
- შეაჯამოს ინფორმაცია;
- დათქვას შემდგომი ვიზიტის ან კავშირის დრო;
- აღუთქვას პაციენტს დახმარება; უთხრას, რომ მზად არის, მიიღოს, უპასუხოს მის კითხვებს და დაეხმაროს მისი ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებაში;
- დაასრულოს კონსულტაცია.

ფრაზების შესახებ

ძნელია ცალსახად მისაღები და სასარგებლო ფრაზების შემოთავაზება. არის ფრაზები, რომელთაც ავტორების ნაწილი სასარგებლოდ თვლის, ნაწილი კი - არასასურველად. მაგალითად, ფრაზა „მესმის, რასაც გრძნობთ“. ზოგი მას მხარდაჭერისა და თანაგრძნობის გამოსახატავად იყენებს. სხვანი კი მას უსარგებლო ფრაზებს მიაკუთვნებენ.

ნაწილი ავტორებისა გვირჩევს, არ ვიხმართ ფრაზები „ჩვენ ყველა მოვკვდებით“, „შეიძლება უარესიც ყოფილიყო“.

მეორე მხრივ, არის ფრაზები, რომელთა გამოყენებაც, ცალსახად, არ ღირს. ეს უპირველესად უიმედობის გამომხატველ ფრაზებს ეხება:

- „მეტის გაკეთება შეუძლებელია“;
- „ვერაფერს გავაკეთებთ“;
- „უძლურნი ვართ“.

რჩევები - რა არ უნდა გააკეთოს ექიმმა

არის სასარგებლო რჩევები ექიმის მიერ პაციენტისათვის სერიოზული ამბების მიწოდების შესახებ, რომელიც არასასურველ ქცევას ეხება:

- არ შეატყობინოთ სერიოზული ამბები ტელეფონით;
- თავს ნუ აარიდებთ პაციენტს;
- ნუ ამყოფებთ პაციენტს გაურკვეველობაში;
- ნუ მოატყუებთ პაციენტს;
- ნუ შეაწყვეტინებთ პაციენტს;
- ნუ გამოიყენებთ პროფესიულ ჟარგონს;
- ნუ მიაწოდებთ პაციენტს ბევრ ინფორმაციას ერთდროულად;
- ნუ გაკიცხავთ პაციენტს;
- ნუ მოაჩვენებთ პაციენტს, რომ მკურნალობა შედეგიანია, როცა რეალურად ის შედეგს არ იძლევა;
- ნუ გამოიყენებთ უიმედობის გამომხატველ ფრაზებს;
- ნუ მიატოვებთ პაციენტს მარტო სერიოზული ამბების შეტყობინების შემდეგ.

5.2. შპმ პირთათვის ჩატარებული კონსულტაციის თავისებურებები

5.2.1. შეუსაბამო გარეშე ფაქტორების გავლენა კონსულტაციაზე

შეზღუდული შესაძლებლობისთვის შეუსაბამო გარეშე ფაქტორებმა შეიძლება მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიოს ექიმის, მათ შორის, ოჯახის ექიმის მიერ განეულ კონსულტაციაზე.

უპირველეს ყოვლისა, შეზღუდული შესაძლებლობის შესაბამისი გარემოს უქონლობამ და პროფესიული უნარ-ჩვევების დეფიციტმა შეიძლება გამოიწვიოს სამედიცინო მომსახურების მიღების შეუძლებლობა ან შეფერხება და მის ამ მომსახურების ხარისხის არაადეკვატურობა.

ამრიგად, სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული გარემო და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული კომპეტენცია (ცოდნა, უნარ-ჩვევები, დამოკიდებულება-განწყობა), მათ შორის კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების დეფიციტი, შეიძლება მნიშვნელოვან ბარიერს ქმნიდეს შპმ პირთათვის მათთვის საჭირო, ადეკვატური ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიღების გზაზე.

ფიზიკური გარემო და აღჭურვილობა

ფიზიკური გარემო არ გულისხმობს მხოლოდ პანდუსების მოწყობას ეტლით მოსარგებლე შპმ პირთათვის. ის გაცილებით მეტ ელემენტს მოიცავს და დაკავშირებულია პაციენტის უნარის შეზღუდვის თავისებურებასთან.

მაგალითად, სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც ხანდაზმული და სიარულის და/ან წონასწორობის დარღვევის მქონე პაციენტები მიდიან, იატაკის ზედაპირი ფეხსაცმლის ძირს კარგად უნდა ეჭიდებოდეს, კედელსა და კიბეებზე ყველგან მოსახერხებელი მოაჯირები და ხელის მოსაკიდებელი სახელურები უნდა იყოს, კარი ადვილად უნდა იღებოდეს და იხურებოდეს (კარზე არ უნდა ეყენოს ძლიერი ზამბარები, რომლებიც კარს დახურულ მდგომარეობაში აფიქსირებს) და ა.შ. ასევე, მხედველობის დარღვევის მქონე

პაციენტებისათვის წარწერები კედლებზე, კარებსა და საინფორმაციო დაფებზე საკმარისად დიდი ზომის შრიფტით უნდა იყოს შესრულებული.

თუნდაც იმისათვის, რომ სამედიცინო დაწესებულება ადვილად ხელმისაწვდომი გახდეს ეტლით მოსარგებლე შშმ პირებისათვის, პანდუსების გარდა, შენობაში უნდა იყოს შესაბამისი ზომის ლიფტები; ყველა ოთახში, სადაც პაციენტებს უწევთ შესვლა, კარი შესაბამისი ზომის უნდა იყოს და ოთახში ავეჯი ისე უნდა იყოს განლაგებული, რომ ეტლით მოსარგებლე პირი თავისუფლად თავსდებოდეს და გადაადგილდებოდეს.

პროფესიული უნარ-ჩვევები

საყურადღებოა, რომ ფიზიკურ ბარიერებთან ერთად კვლავ დიდია უნარ-ჩვევების დეფიციტის როლი შშმ პირებისთვის ადეკვატური სერვისების ხელმისაწვდომობის უქონლობაში. აღნიშნულის მაგალითია სხვადასხვა შემზღუდულობის მქონე პირებთან კომუნიკაციის ან ფიზიკური გასინჯვის უნარ-ჩვევების არქონა.

დამოკიდებულება - პრევენცია და შშმ პირები

დამოკიდებულება და განწყობილება მნიშვნელოვანი ფაქტორია პაციენტისათვის ადეკვატური სამედიცინო დახმარების გასაწევად. მაგალითად, არსებული კვლევების მიხედვით, შშმ პირები ნაკლებად არიან ჩართულნი პრევენციულ ღონისძიებებში, რის მიზეზიც სხვა ბარიერებთან ერთად პრობლემის მიმართ არასწორი დამოკიდებულებაა.

5.2.2. შშმ პირებთან კომუნიკაციის თავისებურებები

შესაძლებლობის შემზღუდვამ შეიძლება გავლენა იქონიოს კომუნიკაციაზე.

პაციენტის შემზღუდული შესაძლებლობის ამოცნობა და მისი შესაძლო ზეგავლენის განსაზღვრა კომუნიკაციაზე წარმოადგენს გაუგებრობის, არასწორი კომუნიკაციის თავიდან აცილების პირველ ნაბიჯს. ამიტომ უპირველესად უნდა შეფასდეს შემზღუდული

შესაძლებლობა, ანუ უნდა დადგინდეს, რა სახის შემზღუდულობა აქვს შშმ პირს.

არსებობს შემზღუდული შესაძლებლობის სხვადასხვა კლასიფიკაცია, თუმცა ძირითადად შემდეგი ჯგუფები გამოიყოფა:

- მხედველობის დაქვეითებით გამოწვეული;
- სმენის დაქვეითებით გამოწვეული;
- ინტელექტუალური, ანუ სწავლასთან, აღქმასა და განვითარებასთან დაკავშირებული;
- ფიზიკური შემზღუდულობა;
- ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეული;
- სამედიცინო პრობლემით გამოწვეული;
- საუბარსა და ენასთან დაკავშირებული შემზღუდულობა.

ზოგადი რჩევები შშმ პირებთან ურთიერთობისას

ზოგადი რჩევები ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის შემდეგია:

- შშმ პირთან ურთიერთობისას მიმართეთ და უყურეთ უშუალოდ მას და არა მის თანმხლებ პირს.
- ნუ მიიჩნევთ, რომ თქვენთვის ნათელია, რა სჭირდება, რა სურს პაციენტს მისი შემზღუდული შესაძლებლობის გამო; ის ინდივიდია და პიროვნული შესხედულებები და სურვილები გააჩნია; ამიტომ თუ ფიქრობთ, რომ ის დახმარებას საჭიროებს, ჰკითხეთ, ხომ არ სჭირდება თქვენი დახმარება.
- თუ პასუხი დადებითია, გაარკვიეთ, როგორი დახმარება სჭირდება მას.
- ესაუბრეთ პაციენტს მკაფიოდ და გასაგები ენით; გამოიყენეთ მოკლე ფრაზები.
- თუ პაციენტს თქვენ მიერ მიწოდებული ინფორმაციის აღქმა უჭირს, სათქმელი სხვადასხვა სიტყვებით, ფრაზებით გაიმეორეთ;
- თუ სამედიცინო მომსახურების თავისებურებიდან გამომდინარე, არ არის საჭირო პაციენტის შემზღუდული შესაძლებლობის დაზუსტება, ნუ ჰკითხავთ პაციენტს ამის შესახებ;
- საჭიროებისას ბოდიში მოიხადეთ;

- გაურკვევლობის შემთხვევაში დააბუსტეთ, რა სურს პაციენტს, როგორია მისი შეხედულება.

სიტყვების მნიშვნელობა შშმ პირებთან ურთიერთობისას

შშმ პირებთან ურთიერთობისას მნიშვნელოვანია შესაფერისი სიტყვების შერჩევა. ქვემო ჩამოთვლილია სიტყვები, რომლებიც არ უნდა გამოიყენოთ და მათი სასურველი ალტერნატივები.

უპირატესი სიტყვები	შეცდომა
შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი	ინვალიდი, უნარშეზღუდული
შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე პირი	ნორმალური, ჯანმრთელი პირი
ინტელექტუალური, აღქმითი შეზღუდულობის მქონე პირი	გონებრივად ჩამორჩენილი, დეფექტური,
ემოციური, ქცევითი შეზღუდულობის, ან ფსიქიატრიული შეზღუდულობის მქონე პირი	გიჟი, მანიაკი, შეშლილი
პირი, რომელსაც სმენა დაქვეითებული აქვს	სმენადაქვეითებული
პირი, რომელსაც სიყრუე აქვს	ყრუ
უპირატესი სიტყვები	თავი აარიდეთ სიტყვებს
პირი რომელსაც დაქვეითებული აქვს მხედველობა, ან სიბრმავე აქვს	ბრმა
პირი კომუნიკაციური აშლილობით, ან პირი, რომელიც ვერ საუბრობს, ან იყენებს დამხმარე აღჭურვილობას საუბრისთვის	მუნჯი
პირი რომელიც ეტლს იყენებს	სავარძელს მიჯაჭვული, ეტლს მიჯაჭვული
ფიზიკური შეზღუდულობის მქონე პირი	კოჭლი, დამბლადაცემული, ხეიბარი, ინვალიდი
ეპილეფსიის მქონე პირი	ეპილეპტიკი
აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე პირი	აუტისტი
დაუნის სინდრომის მქონე პირი	მონგოლოიდი

***კომუნიკაცია სხვადასხვა შემლუდვის მქონე პირებთან
ურთიერთობისას***

როგორც უკვე აღინიშნა, შემლუდული შესაძლებლობის გავლენა კომუნიკაციაზე დამოკიდებულია შემლუდულობის თავისებურებაზე. შესაბამისად სხვადასხვა ფორმის შემლუდულის მქონე პაციენტებთან ურთიერთობისას ექიმმა განსხვავებული ფაქტორები უნდა გაითვალისწინოს და შესაბამისი უნარ-ჩვევები გამოიყენოს.

რჩევები პაციენტთან ურთიერთობისთვის, რომელსაც სმენა დაქვეითებული აქვს:

- გაარკვიეთ, ჰკითხეთ პაციენტს, როგორ ურჩევნია კომუნიკაცია, როგორია მისი სურვილი:
 - „კითხულობს“ მოსაუბრის ტუჩების მოძრაობას;
 - იყენებს სმენის აპარატს;
 - იყენებს ხელის „ენით“ (ნიშნებით) მოსაუბრე პირის დახმარებას;
 - იყენებს წერილობით კომუნიკაციას;
 - მეტყველებს;
 - იყენებს ჟესტებს;
- ვიზიტის წინასწარ შეთანხმებისას გამოიძიეთ და ჰკითხეთ პაციენტს, რა დამხმარე საშუალებები, აღჭურვილობა დასჭირდება ვიზიტის დროს;
- ნუ დაეყრდნობით მხოლოდ ოჯახის წევრებს, პაციენტის შვილებს, რომლებიც შეიძლება გთავაზობდნენ პაციენტთან კომუნიკაციაში დახმარებას;
- შეეცადეთ ხელის ენით (ნიშნებით) მოსაუბრე პირის მოწვევას.
- ისაუბრეთ ნორმალური, ჩვეული ტონითა და ხმით, როცა პაციენტს მიმართავთ;
- საუბარი მიმართეთ უშუალოდ პაციენტისკენ, რომელსაც სმენა დაქვეითებული აქვს, და არა მის თანმხლებ პირს (პირებს), თუნდაც ის იყოს:
 - პაციენტის ოჯახის წევრი;

- მომვლელი;
- ხელის ენის (ნიშნებით) მოსაუბრე პირი, ინტერპრეტატორი;
- დაქვეითებული სმენის მქონე პაციენტის ყურადღების მოსაპოვებლად მკლავზე შეეხეთ პაციენტს;
- სანამ საუბარს დაიწყებთ, დარწმუნდით, რომ პაციენტის ყურადღება თქვენკენ არის მოპყრობილი;
- დარწმუნდით, რომ პაციენტი საუბრის დროს მუდმივად ხედავს თქვენს სახეს. თქვენს ტუჩებს და სახის გამომეტყველებას პაციენტისათვის მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მიწოდება შეუძლია.
- შეეცადეთ, საუბარი მყუდრო გარემოში წარმართოთ, სადაც ხმაური არ აღწევს (მაგალითად, საუბრის წინ მიხურეთ ღია ფანჯარა).

რჩევები პაციენტთან ურთიერთობისთვის, რომელსაც მხედველობის პრობლემა აქვს:

- მხედველობის დაკარგვა ან მკვეთრი დაქვეითება გულისხმობს შემთხვევებს, როცა პაციენტის მხედველობის კორექცია ვერ ხერხდება ჩვეულებრივი სათვალით ან საკონტაქტო ლინზებით და პაციენტი კარგავს გარკვეული ფუნქციების შესრულების უნარს. ეს მოიცავს შემდეგს:
 - პაციენტი ვერ ხედავს მკაფიოდ და გარკვევით გამოსახულებებს;
 - მხედველობის ველის გამოვარდნა;
 - პაციენტი ვერ განასხვავებს განათების მცირე ცვლილებას;
 - ფერების აღქმის დაკარგვა;
 - სინათლის მიმართ მგრძნობელობის დაქვეითება.
- ვიზიტის შეთანხმებისას ჰკითხეთ პაციენტს, რა დამხმარე საშუალებები დასჭირდება კონსულტაციის დროს;
- მხედველობის დარღვევის მქონე თითოეულ პირს განსხვავებული მხედველობა აქვს;

- აუცილებელია კარგი განათების არსებობა საკონსულტაციო ოთახში. მოერიდეთ კაშკაშა შუქს, რასაც შეუძლია იქ მყოფ პირთა მხედველობა დააზიანოს;
- მოიძიეთ თქვენს კლინიკაში არსებული საინფორმაციო მასალის სხვა ფორმატი - გადიდებული შრიფტი და გამოსახულება, ბრაილის შრიფტი, აუდიოჩანაწერები.

ურთიერთობა პაციენტთან, რომლსაც მეტყველება უჭირს:

- მეტყველების დარღვევის სპექტრი ძალზე ფართოა - გარკვეული ბგერების წარმოთქმის გაძნელებით დაწყებული, საუბრის და/ან აღქმის უნარის სრული დაკარგვით;
- მეტყველების დარღვევის მიზეზები მრავალია, მათ შორის, სმენის დაკარგვა, ნევროლოგიური დარღვევები, ტვინის ტრავმა, ინტელექტუალური დარღვევები. ნამალდამოკიდებულება, პირის ღრუს დეფექტი, სახმო იოგების გადატვირთვა ან დაზიანება;
- ისაუბრეთ ჩვეულებრივად - ისე, როგორც სხვებს ესაუბრებით, ნორმალური ხმით და ტონით;
- მთელი ყურადღება პაციენტს დაუთმეთ;
- თუ ვერ იგებთ პაციენტის ნათქვამს, სთხოვეთ დაზუსტება;
- დაუსვით მოკლე „დახურული“ კითხვები;
- საჭიროებისას გამოიყენეთ კალამი და ფურცელი;
- გაარკვიეთ, რა დამხმარე საშუალებას იყენებს პაციენტი და ისწავლეთ მისი გამოყენება.

ურთიერთობა ფიზიკური შეზღუდულობის მქონე პირთან:

- ფიზიკური შეზღუდულობა გულისხმობს კიდურების ნატიფი და უხეში მოტორული ფუნქციის დაქვეითებას, რის გამოც პაციენტი იყენებს ყავარჯნებს, ჩოჩილას, ეტლს და სხვ.;
- ფიზიკურ შეზღუდულობის მიზეზი შეიძლება იყოს გათანტულები სკლეროზი, ცერებრული დამბლა, დიაბეტი, კუნთოვანი დისტროფია, პარაპლეგია, ავტოავარიის შედეგად მიღებული ტრავმა და ა.შ.

- დარწმუნდით, რომ სივრცე - მისაღები, დერეფნები, ოთახ-ში შესასვლელი, საპირფარეშო - თავისუფალია ყოველგვარი ბარიერებისაგან (ყუთები, აღჭურვილობა, სკამები და სხვ.);
- მოამზადეთ სათანადო გასასინჯი მაგიდა (ცვლადი სიმაღლით), აღჭურვილობა (მაგ., სასწორი);
- მუდამ ითხოვეთ ნებართვა, სანამ პაციენტის დამხმარე საშუალების (მაგ., ეტლის) გადაადგილებას დააპირებთ;
- ყოველთვის ჰკითხეთ პაციენტს, როგორ უნდა გადაადგილოთ მოწყობილობა;
- ეტლში მჯდომ პაციენტთან საუბრისას ყოველთვის შეეცადეთ, რომ მუდამ მისი თვალების დონეზე იყოთ (დაჯექით, ჩაიმუხლეთ);
- შესთავაზეთ დახმარება, მაგრამ ნურაფერს იზამთ პაციენტის ნებართვის მიღებამდე;
- საუბრისას არასოდეს დაეყრდნოთ პაციენტის ეტლს, რომელიც პაციენტის პირად სივრცედ ითვლება;
- პაციენტის გადაადგილებამდე ყოველთვის ჰკითხეთ პაციენტს, როგორ ურჩევნია ამის გაკეთება; ყოველთვის დააფიქსირეთ ეტლის მუხრუჭები პაციენტის გადაადგილებამდე.

ურთიერთობა პაციენტთან, რომელსაც ინტელექტუალური (აღქმის) პრობლემა აქვს:

- კონსულტაციისთვის საკმარისი დრო გამოყავით;
- ისაუბრეთ მკაფიოდ, მარტივი სიტყვებით; საჭიროებისას გაიმეორეთ;
- ნუ მოაჩვენებთ თავს, რომ გაიგეთ, რასაც პაციენტი გეუბნებათ, თუკი სინამდვილეში გიჭირთ პაციენტის ნათქვამის გაგება; დაუსვით დამატებითი კითხვები, ითხოვეთ განმარტება;
- შეეცადეთ, მოიცვილოთ ყველა ფაქტორი, რომელთაც პაციენტის ყურადღების გაფანტვა შეუძლიათ;

- გამოიყენეთ სურათები, საგნები პაციენტისათვის ინფორმაციის მისაწოდებლად;
- ხშირად ასეთი დარღვევის მქონე პირები ცდილობენ ისეთი პასუხი გაგცენ, როგორსაც, მათი აზრით, თქვენ მოელით; ამიტომ კითხვები დასვით მიუკერძოებლად/ნეიტრალურად ზუსტი ინფორმაციის მისაღებად და გადაამოწმეთ პაციენტის პასუხი მისთვის მოცემულ საკითხზე კითხვების სხვადასხვა ფორმით დასმის გზით.

5.2.3. შშმ პირთათვის საექიმო კონსულტაციის ჩატარებასთან დაკავშირებული სხვა უნარ-ჩვევები

როგორც უკვე აღინიშნა (იხ. „5.2.1. შეზღუდული შესაძლებლობის შეუსაბამო გარეშე ფაქტორების გავლენა კონსულტაციაზე“), შეზღუდული შესაძლებლობისა და გარეშე ფაქტორების ურთიერთქმედებისას წარმოიქმნება ბარიერები, რაც ხელს უშლის ადეკვატური სამედიცინო კონსულტაციის ჩატარებას.

ბარიერები ეხება როგორც ფიზიკურ გარემოს, ისე ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის უნარ-ჩვევებს, ასევე მათი და ჯანდაცვის ორგანიზატორების დამოკიდებულებას შშმ პირთა ჯანმრთელობის საკითხებისადმი.

ვიზიტის დაგეგმვა

შშმ პირისათვის ადეკვატური სამედიცინო კონსულტაციის ჩატარება შეიძლება საჭიროებდეს მომზადებას და დამატებითი ღონისძიებების წინასწარ გატარებას. ამიტომ ჰჯდ ექიმსა და მის გუნდს გააზრებული უნდა ჰქონდეს, რომ სასურველია, შშმ პირის ვიზიტი წინასწარ დაიგეგმოს. მომზადება შეიძლება გულისხმობდეს დამხმარე პირის მოწვევას, რომელიც პაციენტს დაეხმარება გადაადგილებაში, ტანსაცმლის გახდა-ჩაცმაში, საუბარში (მეტყველების ან სმენის დარღვევის შემთხვევაში), ასევე კონსულტაციისათვის უფრო მეტი დროის გამოყოფას და სხვ.

ფიზიკურ გარემოზე ზრუნვა

ფიზიკურ გარემოზე უკვე იყო მსჯელობა წიგნის შემოხსენებულ მონაკვეთში (თავი 5.2.1). აუცილებელია, რომ ექიმს გააზრებული ჰქონდეს ფიზიკური გარემოს მნიშვნელობა. ხშირად სამედიცინო პერსონალს არ ხელენიფება მნიშვნელოვან ფიზიკურ და ფინანსურ რესურსებთან დაკავშირებული ცვლილებების განხორციელება, თუმცა ისინი უნდა ზრუნავდნენ ასეთი ცვლილების მიღწევისთვის მათი შესაძლებლობის ფარგლებში.

ერთი მხრივ, მათ შეუძლიათ, განუმარტონ პასუხისმგებელ პირებს ფიზიკური გარემოს შშმ პირთა საჭიროებთან ადაპტაციის აუცილებლობა. მეორე მხრივ, ისინი თავადაც შეძლებენ მარტივი ღონისძიებების განხორციელებას, რაც შშმ პირებს დაწესებულებაში სერვისების მიღებას გაუადვილებს.

მაგალითად, ექიმმა უნდა მიმართოს ადმინისტრაციას და ითხოვოს პანდუსების მოწყობა, მისაღების თაროს დაბალ სიმაღლეზე დამონტაჟება ისე, რომ ეტლით მოსარგებლე ვიზიტორს შეეძლოს საუბარი მისაღების ოპერატორთან, შესაფერისი ლიფტის დამონტაჟება, სათანადო ზომის კარების დაყენება ოთახებში, სადაც პაციენტები ხვდებიან, გასასვლელების მოწყობა, მოაჯირებისა და სახელურების მონტაჟი, სათანადო ნიშნებისა და მითითების განთავსება და სხვა.

ამასთან, ექიმსა და მისი გუნდის წევრებს თავად შეუძლიათ ისეთი მარტივი ღონისძიებების განხორციელება, როგორიცაა ავეჯის განლაგების შეცვლა, კორიდორების გათავისუფლება, სამუშაო მაგიდის მოწყობა და სხვა.

ყველა შემთხვევაში, შშმ პირთათვის ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებისათვის შესაბამისი გარემოს არსებობა პირველადი ჯანდაცვის ექიმის - ოჯახის ექიმისა და მისი გუნდის საფიქრალი და საზრუნავი უნდა იყოს. ფასეული სამსახურის გაწევა შეუძლია სოციალურ მუშაკებს, რომლებიც კარგად იცნობენ შშმ პირთა საჭიროებებს და, ჩვეულებრივ, საზოგადოებრივი რესურსების მობილიზების კარგი უნარ-ჩვევები აქვთ.

პროფესიული უნარ-ჩვევების ფლობა

სათანადო კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების გარდა, ექიმი, განსაკუთრებით კი ოჯახის ექიმი, უნდა ფლობდეს შშმ პირების სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ სხვა უნარ-ჩვევებსაც.

უპირველეს ყოვლისა, ეს შეეხება პაციენტის ფიზიკურ გასინჯვას. აღმოჩნდა, რომ შესაბამისი უნარ-ჩვევების დეფიციტი განაპირობებს შშმ პირთა არაადეკვატურ ფიზიკურ გასინჯვას და სერიოზული გართულებების დაგვიანებით ამოცნობას.

ხშირად სამედიცინო პერსონალი ვერ ახერხებს პაციენტის გასასინჯ მაგიდაზე/საწოლზე გადაყვანას, რაც აუცილებელია პაციენტის ადეკვატური ფიზიკური გასინჯვისთვის. ამიტომ, სამედიცინო პერსონალი უნდა ფლობდეს ფიზიკური გადაადგილების შემზღუდვის მქონე პაციენტის ეტლიდან გასასინჯ მაგიდაზე/საწოლზე და უკან ეტლზე გადაყვანის მეთოდებს.

ასევე პრობლემურია ხოლმე სიმაღლისა და წონის ზუსტი შეფასება, როცა პაციენტს ფიზიკური გადაადგილება უჭირს. ასეთ შემთხვევებში ექიმს ან სხვა პერსონალს შეუძლია გამოიმოს მწოლიარე პაციენტის სიმაღლე ან გამოიმოს გაშლილი ხელების თითებს შორის მანძილი. ეტლით მოსარგებლე პაციენტის ასაწონად შეიძლება ეტლის სასწორის გამოყენება ან წონის შეფასების ალტერნატიული მეთოდების გამოყენება, როგორიცაა წელისა და ბარძაყების გარშემოწერილობის გაზომვა.

ექიმმა ასევე უნდა გაითვალისწინოს შემზღუდულობის სხვადასხვა ფორმებთან დაკავშირებული პრობლემები. მაგალითად, ფიზიკური შემზღუდულობის მქონე პაციენტებს ხშირად უვითარდებათ ნაწოლები, რასაც ისინი არ აღნიშნავენ, მათ შორის იმიტომაც, რომ ტკივილს არ განიცდიან. ასევე, ნერვკუნთოვან დაავადებათა მქონე პირებს ხშირად აქვთ სასუნთქი სისტემის პრობლემები და სხვ.

დამოკიდებულება - პრევენცია და შშმ პირები

მრავალი მტკიცებულება არსებობს, რომლის მიხედვითაც რუტინული პრევენციულ პროგრამებს მათ შორის, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებებს, სკრინინგულ გამოკვლევებსა თუ კონსულტაციებს, როგორც წესი, შემზღუდული შესაძლებლო-

ბის არმქონე პირებს სთავაზობენ და შშმ პირები ნაკლებად არიან ჩართული მსგავს პროგრამებში⁴⁸. ზოგჯერ ამის მიზეზი ფიზიკური გარემოა (მაგ. არაადაპტირებული მამოგრაფი, ან გასასინჯი მაგიდა), თუმცა ეს, როგორც წესი, განპირობებულია პრობლემისადმი დამოკიდებულებით.

აუცილებელია დამოკიდებულების შეცვლა შშმ პირთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის საკითხებზე ყურადღების გამახვილება, რაც უპირველესად ოჯახის ექიმებს ეხება.

შშმ პირთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა შემდეგ ორ ძირითად მიდგომას უნდა მოიცავდეს: (ა) ინდივიდის როლის გაზრდას და მათთვის ხელშეწყობას, რათა დამოუკიდებლად შეძლონ ჯანმრთელობის საკითხებზე ზრუნვა და (ბ) შემზღუდული შესაძლებლობისადმი კეთილგანწყობილი გარემოს უზრუნველყოფა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებათა განსახორციელებლად როგორც შინ, ისე სამუშაო ადგილზე და ადგილობრივი თემის პირობებში⁴⁹. აღნიშნული მიდგომების ფონზე შშმ პირთა ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობის პროგრამები შემდეგ 3 საკვანძო საკითხზე უნდა იყოს ორიენტირებული:

- მორეული პრობლემების (გართულებების) შემცირება და პრევენცია;
- ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობის გაუმჯობესება ისე, რომ შშმ პირმა ოპტიმალურ დონეზე შეინარჩუნოს დამოუკიდებლობა და შეძლოს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობა;
- გარემოს ხელმისაწვდომობის გაზრდა, რაც მოიცავს ბუნებრივ გარემოს, შენობებს და სოციალურ გარემოს.

⁴⁸ Centers for Disease Control and Prevention (2006). Disability and Health State Chartbook: Profiles of Health for Adults With Disabilities. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2006.

⁴⁹ Rimmer, J.H., & Rowland, J.L. (2008). Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *American Journal of Life-style Medicine*, 2, 409-420.

ამრიგად, როგორც ოჯახის ექიმმა, ისე ჯანდაცვის ორგანიზატორებმა სათანადო დრო და რესურსები უნდა დაუთმონ შშმ პირთა ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის პროგრამების განვითარებას.

თავი 6. შინმოვლა

6.1. შინმოვლა: არსი, ძირითადი პრინციპები

შინმოვლა ხანგრძლივი მოვლის შემადგენელია. ხანგრძლივი მოვლა წარმოადგენს სამედიცინო, საექთნო, სოციალურ და კომუნალურ მომსახურებათა ერთიანობას, მიმართულს შშმ პირებისა და ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანების სამედიცინო და არასამედიცინო საჭიროებათა დაკმაყოფილებისაკენ, რომელთაც არ შეუძლიათ საკუთარი თავის მოვლა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში⁵⁰. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ ხანგრძლივ მოვლას შემდგენიარად განმარტავს (ტ7) „მომსახურებათა ერთობლიობა, რომლის მიზანია ქრონიკული დაავადების ან/და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო საჭიროებების დაკმაყოფილება, როდესაც ამ პირს ხანგრძლივად არ შეუძლია თავის მოვლა“.

საყურადღებოა, რომ როდესაც ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე ადამიანები ვერ იღებენ სათანადო მომსახურებას, მათი არაფორმალური მომვლელების (პირები, რომლებიც ჩართული არიან პაციენტის მოვლაში, მაგრამ ეს მათი სამსახურებრივი მოვალეობა არ არის - ოჯახის წევრები, ნათესავები, მეზობლები, მეგობრები, ეკლესიის მრევლი) ტვირთი მძიმეა. არსებულ ჯანდაცვის სამსახურებს არ აქვთ ამ მომსახურების მიწოდების შესაძლებლობა და ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამები მხოლოდ ნაწილობრივ პასუხობენ მათ საჭიროებებს⁵¹.

შინმოვლა, ხანგრძლივი მოვლის ერთ-ერთ ნაწილი და მოიცავს სამედიცინო და სოციალური მომსახურების მიწოდებას საცხოვრებელ ადგილზე იმ პირთათვის, რომელთაც ფიზიოლოგიური მდგომარეობის ან ფიზიკური თუ ფსიქიკური აშლილობის

⁵⁰ „საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა“, კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010 წ.

⁵¹ „საქართველოში ზრუნვის სისტემის განვითარების კონცეფცია“, საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, თბილისი, 2014 წ.

გამო შეზღუდული აქვთ საკუთარი თავის მოვლის უნარი და საჭიროებენ ზრუნვას⁵⁰.

შინმოვლა ქრონიკულ ავადმყოფთა მოვლის ყველაზე იაფ და ეფექტურ ალტერნატივად ითვლება და იგი ბევრ ქვეყანაში, ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო სისტემების ნაწილი გახდა⁵².

შინმოვლის არსია:

- მწოლიარე პაციენტების უზრუნველყოფა სამედიცინო დახმარებით (პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, აუცილებელი მედიკამენტების მიწოდება),
- მათი მხარდაჭერა ყოველდღიურ საქმიანობაში (გადაადგილება, პირადი ჰიგიენის მონესრიგება),
- პაციენტებისა და მათი მომვლელების რესურსებისა და შესაძლებლობათა ამოცნობა და მათი ზრდის მხარდაჭერა (ინფორმირება, განათლება, უნარების განვითარება),
- პაციენტებისა და ახლობლების უზრუნველყოფა ფსიქოლოგიური და სოციალური დახმარებით (მხარდაჭერა ჯანსაღი სოციალური გარემოს შესაქმნელად, ასევე საჭირო სერვისების მისაღებად),
- პაციენტთა უზრუნველყოფა საჭირო დამხმარე საშუალებებით (სავარძელ-ეტილი, ყავარჯნები და ა.შ.)^{51, 53}.

ზოგჯერ ტერმინს „შინმოვლა“ იყენებენ ბინაზე მხოლოდ სოციალური და სხვა არასამედიცინო სერვისების მიწოდების აღსანიშნავად. რეალურად ეს შინმოვლის მხოლოდ ერთი კომპონენტის ნაწილობრივ შესრულებას ნიშნავს.

შინმოვლის სამიზნე კონტინგენტია:

- უძლური ხანდაზმულები;
- შშმ პირები;

⁵² თენგიზ ვერულავა, „ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების (შინმოვლის) განვითარების პრობლემები საქართველოში“, ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი, 25 თებერვალი, 2016 წ. ხელმისაწვდომია: <https://idfi.ge/ge/jandacva-shinmovla>

⁵³ საქართველოს კარიტასი, შინმოვლის განვითარება საქართველოში; ხელმისაწვდომია: <https://caritas.ge/ka/შინ-მოვლა/>

- დროებით უნარშემღუდულები (მაგალითად, მწვავე მდგომარეობების, მძიმე დაავადებების, ოპერაციების, მოტეხილობების, ინსულტების შემდეგ);
- ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი (მომაკვდავი) პაციენტები;
- ფიზიოლოგიური მდგომარეობებით უნარშემღუდულნი (მელოგინე ქალები, ჩვილები და მცირეწლოვანი ბავშვები).

შინმოვლის გუნდი

შინმოვლის მრავალი მოდელი არსებობს. იმ ქვეყნებში, სადაც შინმოვლა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო სისტემის ნაწილი გახდა, შინმოვლა (და, საერთოდ, ხანგრძლივი მოვლა) მჭიდროდ არის დაკავშირებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემასთან. პირველადი ჯანდაცვა - ოჯახის ექიმი და მისი გუნდი, გვევლინება „კარიბჭედ“, პირველ ხაზად, რომელთანაც უწევს შეხება პირს, სანამ ის გახდება ხანგრძლივი მოვლის სერვისების მომხმარებელი შინ თუ ინსტიტუციური მოვლის სისტემაში⁵⁴.

გემოხსენებული არ გამოირიცხავს შინმოვლის სერვისების კავშირს ჯანდაცვის სხვა დონეებთან და ინსტიტუციებთან. შინმოვლა ხშირად გარდამავალ რგოლს წარმოადგენს პირველადსა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვას შორის. შინმოვლის მრავალდარგოვანი (მულტიდისციპლინური) გუნდის მუშაობის შედეგია პირველადი და მეორადი ჰოსპიტალიზაციის პრევენცია, რაც აძლიერებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემას.

შინმოვლის სერვისები თავისი მრავალფეროვნებითა და ინტერვენციის თავისებურებით ხარჯ-ეფექტურობის, ცხოვრების ხარისხის ამაღლების, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის გაზრდილია.

ხშირად ჯანმრთელობისა და სოციალური პრობლემების ერთმანეთისგან გამიჯვნა ვერ ხერხდება, სწორედ ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია შინმოვლის გუნდის არსებობა პირველადი ჯანდაცვის ქსელში. ევროპის გერმანულენოვან ქვეყნებში მოვლისა

⁵⁴ დავით ხუბუა, უჩა ვახანია, „შინმოვლის ევროპული მოდელები“, საკვლევი მისიის ანგარიში, 2008 წ.

და შინმოვლის სერვისის განმახორციელებელ ორგანიზაციებს სოციალურსაც უწოდებენ.

შინმოვლა ხორციელდება მრავალდარგობრივი გუნდის მიერ. გუნდის შემადგენლობაში არიან ექიმი, ექთანი, სოციალური მუშაკი, ტექნიკური ასისტენტი, საყოფაცხოვრებო ასისტენტი.

გუნდის წევრები მოსარგებლეს აწვდიან თავიანთი კომპეტენციის შესაბამის, პროფილურ, დახმარებას - ექიმის ან ექთნის სერვისი, ძირეული მოვლა, ყოველდღიურ საქმიანობებში დახმარება, სოციალური და საყოფაცხოვრებო დახმარება, არაფორმალური მომვლელების განათლება და მათთვის მხარდაჭერა.

შინმოვლის სერვისები საქართველოში

საქართველოში შინმოვლის სერვისების ფართოდ ხელმისაწვდომი არ არის. აღნიშნულ მომსახურებას გარკვეულ სამიზნე ჯგუფებს უმთავრესად არასამთავრობო ორგანიზაციები ახორციელებენ საზღვარგარეთის ქვეყნების ფინანსური და ინტელექტუალური მხარდაჭერით. შინმოვლის სერვისების დაფინანსების წყაროებში ძალიან მცირე წილი უკავია სახელმწიფო დაფინანსებას და ის ძირითადად ადგილობრივი ხელისუფლების ბიუჯეტით ფინანსდება (მათ შორის, თბილისში). ამასთან, მაღალია ჯიბიდან გადახდების წილი⁵⁵.

საყურადღებოა, რომ ბოლო წლებამდე შინმოვლის სპეციალისტების მომზადება არასამთავრობო სექტორში ხდებოდა და სახელმწიფო რეგულირება მასზე არ ვრცელდებოდა. 2015-2016 წლებში შინმოვლა განისაზღვრა ექთნის ასისტენტის ერთ-ერთი კომპეტენციად და შესაბამის პროფესიულ სტანდარტში აისახა. ამჟამად ექთნის ასისტენტის პროფესიული მზადებისას სტუდენტმა უნდა გაიაროს შინმოვლის მოდული, რომლის მოცულობაც 4 კრედიტს შეესაბამება. მოდულის გავლის შემდეგ პირს უნდა შეეძლოს:

- შინმოვლის მახასიათებლების განსაზღვრა;
- შინმოვლის პაციენტის, მისი ოჯახის წევრების/მეურვის პრობლემის იდენტიფიცირება;

⁵⁵ თენგიზ ვერულავა, ია ადგიშვილი „ხანდაზმულთა შინმოვლის სერვისები საქართველოში“, ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა 1. 2015.

- შინმოვლის პაციენტის მოვლისთვის ადეკვატური/უსაფრთხო გარემოს შექმნა;
- შინმოვლის ინდივიდუალური გეგმის შედგენა;
- შინმოვლის პაციენტის მოვლა;
- შინმოვლის პაციენტის მდგომარეობის გართულება/ გამწვავებისას ქცევის სტრატეგიის განსაზღვრა
- შინმოვლის პაციენტის, მისი ოჯახის წევრების/მეურვის კონსულტირება⁵⁶.

ამრიგად, ჩვენს ქვეყანაში შინმოვლა ხდება პროფესიული განათლების შემადგენელი და ეტაპობრივად იზრდება იმ პროფესიონალთა რაოდენობა, რომელთაც სპეციალური კომპეტენცია გააჩნიათ შინმოვლის საკითხებში.

6.2. შინმოვლის სერვისები შშმ პირთათვის

ხანგრძლივი მოვლის, მათ შორის, შინმოვლის სერვისების მომხმარებლები შშმ პირებიც არიან. ამ სერვისების ხელმისაწვდომობა ძალზე მნიშვნელოვანია შშმ პირებისა და მათი ოჯახებისთვის.

საკმაოდ ვრცელია სპეციალისტთა სია და იმ საქმიანობების ჩამონათვალი, რომელიც შეიძლება შეიცავდეს შშმ პირთა შინმოვლის სერვისები:

- დროული სამედიცინო მეთვალყურეობა ასაკის შესაბამისად, ექიმ-სპეციალისტთან კონსულტირება. საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობა და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების ჩატარება (თუმცა ეს კომპონენტი ტრადიციული შინმოვლის სერვისების შემადგენელი არ არის);
- სპეციფიკური მოვლა, რომელიც ინდივიდუალურად გაწერილი მოვლის გეგმის გარდა, სიახლეების ცოდნას საჭიროებს (დიაგნოზისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის

⁵⁶ პროფესიული სტანდარტი - „ექთნის თანამემწე“, მოდული „შინმოვლა“, მოდულის ავტორები მაია მიქაძე და შუქია ჭინჭარაული; ხელმისაწვდომია <http://vet.ge/direction2/?d=10&sub=35&mod=68>

გათვალისწინებით) - თანამედროვე მიდგომებისა და მეთოდოლოგიის გათვალისწინებით;

- რეაბილიტაცია-აბილიტაცია, რაც სიცოცხლის ყველა ეტაპზე სჭირდებათ შშმ პირებს და, ამასთან, სხვადასხვა მიმართულებით; საჭიროა წლიური ინდივიდუალური აბილიტაციის და/ან რეაბილიტაციის პროგრამის შედგენა, განხორციელება და საჭიროების დროს განახლება;
- შშმ ბავშვთა ხელშეწყობა ინკლუზიური განათლებისათვის; ფსიქომოტორული განვითარებისა და სოციალური უნარების შეფასება სპეციალური მეთოდოლოგიით; ვერბალური და ალტერნატიული კომუნიკაციის განვითარებისთვის ხელშეწყობა; ქცევითი დარღვევების შეფასება, ქცევის მართვის სპეციალიზებული გეგმის შემუშავება და განხორციელება; მშობლებისთვის შესაბამისი რეკომენდაციების მიწოდება ბავშვის ქცევის სწორად მართვის მიზნით; ინდივიდუალური გეგმის შედგენა და განახლება საჭიროების მიხედვით;
- სხვადასხვა სპეციალისტების დახმარება - სოციალური მუშაკი, ფიზიოთერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, სპეც. პედაგოგი, ფსიქოლოგი, განვითარების სპეციალისტი, მეტყველების თერაპევტი. თითოეული სპეციალისტის მონაწილეობა ინდივიდუალური გეგმის საფუძველზე ხდება და პერიოდული მონიტორინგით და შეფასებით უნდა იყოს გამყარებული;
- ფიზიოთერაპიული და ბალნეოლოგიური, სამკურნალო ფიზკულტურის, მანუალური თერაპიისა და სხვა პროცედურების ჩატარება;
- შშმ პირების დამხმარე და ტექნიკური საშუალებებით მომარაგება, რაც მათი დამოუკიდებელი ცხოვრების შანსს ზრდის.

ქვეყანაში არსებობს შშმ პირების მხარდამჭერი პროგრამები, მაგრამ ამ პროგრამებში ჩართულთა რაოდენობა შეზღუდულია არასაკმარისი დაფინანსების გამო. გარდა ამისა, თავად პროგრა-

მეზიკ არაა სრულყოფილი და ვერ აკმაყოფილებს შშმ პირების მოთხოვნებსა და საჭიროებებს.

გასათვალისწინებელია, რომ მოვლის საჭიროება განისაზღვრება როგორც ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ აქტივობებში, ასევე ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ ინსტრუმენტალურ აქტივობებში მხარდაჭერის აუცილებლობით.

შშმ პირების მოვლის უმეტეს ნაწილს საქართველოში ოჯახის წევრები ანუ არაფორმალური მომვლელები იღებენ საკუთარ თავზე. ამიტომ ისინი მუდმივად გადაღლილები არიან, რაც ცუდად აისახება შშმ პირების ცხოვრების ხარისხზე. არაფორმალურ მომვლელთა დახმარება და განტვირთვა შინმოვლის ერთ-ერთი მიზანია. ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების რისკი იზრდება ორივე მხარის ასაკის მატებასთან ერთად.

ფორმალურ მომვლელთა ჩართულობა შშმ პირების შინმოვლის სერვისებში გაცილებით ნაკლებია. ძალიან მცირეა სახელმწიფოს ჩართულობაც, რადგან კერძო ორგანიზაციების მომსახურების ყიდვა საქართველოს მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს არ შეუძლია.

იმისათვის, რომ მოვლისა და შინმოვლის სერვისები მაქსიმალურად მოვარგოთ შშმ პირის საჭიროებებს, წინასწარ უნდა გამოვიკვლიოთ:

- როგორია მათი რესურსები, პრობლემები, საჭიროებანი, სურვილები და ცხოვრების პირობები?
- რეაგირებს თუ არა მათ საჭიროებებზე სახელმწიფო ან კერძო სექტორი?
- რა სასიკეთო თუ საზიანო გავლენას ახდენს მათზე ქვეყანაში მიმდინარე სხვადასხვა პროცესები?
- რა როლს ასრულებენ მათ ცხოვრებაში ფორმალური და არაფორმალური მოვლის სერვისები?

თავი 7. პალიატიური მზრუნველობა

7.1. პალიატიური მზრუნველობა: არსი და მნიშვნელობა

პალიატიური მზრუნველობა არის სხვადასხვა სპეციალობის ადამიანთა, აგრეთვე არაპროფესიონალთა, მათ შორის, პაციენტის ოჯახის წევრებისა და სხვა ახლობლების, ერთობლივი ზრუნვა იმ ადამიანთა მდგომარეობის შემსუბუქებასა და კეთილდღეობაზე, რომელთაც მძიმე დაავადება აქვთ.

იგულისხმება ისეთი დაავადებები, რომელთა განკურნებაც შეუძლებელია და რომლებიც იწვევენ ტკივილსა თუ სხვა ძლიერ შემანუხებელ სიმპტომებს. სამწუხაროდ, იმასთან ერთად, რომ დაავადება განუკურნებელია, იგი მალე ხდება სიკვდილის მიზეზი.

პალიატიური მზრუნველობა მნიშვნელოვნად ვერ გაახანგრძლივებს სიცოცხლეს, მაგრამ ის სრულიად ცვლის პაციენტის მდგომარეობას: ასეთი დაავადების მქონე პაციენტი აღარ იტანჯება ტკივილით და ისეთი შემანუხებელი სიმპტომებით, როგორცაა გულისრევა, ღებინება, სლოკინი, ნაწოლებით გამოწვეული ტანჯვა და სხვა.

პალიატიური მზრუნველობის განევისას ადამიანები მნიშვნელოვნად უმსუბუქებენ მდგომარეობას პაციენტს და ამცირებენ ან თავიდან იცილებენ ზემოხსენებულ სიმპტომებს.

პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვანი მახასიათებელია პაციენტის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა. მძიმე დაავადების მქონე პაციენტები, დიაგნოზის დადგენის წუთიდან და დაავადების მიმდინარეობის მთელს პერიოდში საჭიროებენ სათანადო მხარდაჭერას, განმარტებებს, რჩევებს, ზრუნვას. ასეთი ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის უნარი, უპირველეს ყოვლისა, პროფესიონალებს აქვთ.

პალიატიური მზრუნველობის სამიზნე პაციენტის ოჯახიც არის, რადგან ახლობლის მძიმე დაავადება გავლენას ახდენს ოჯახის ყველა წევრსა და მათ ცხოვრებაზე. მეორე მხრივ, ოჯახის წევრებს ძალიან ბევრის გაკეთება შეუძლიათ პაციენტისთვის. აუცილებელია, რომ პროფესიონალებთან ერთად ისინიც ჩაერთონ, როგორც პაციენტის მოვლაში, ისე მათ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერაში.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია პალიატიურ მზრუნველობას შემდეგი სახით განმარტავს:

„პალიატიური მზრუნველობა არის მეთოდი, რომელიც აუმჯობესებს სიცოცხლისათვის სახიფათო დაავადების წინაშე მდგარი ინდივიდებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს ტანჯვის პრევენციითა და შემსუბუქებით, რაც მოიცავს ტკივილისა და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური თუ სულიერი პრობლემების ადრეულ გამოვლენას, მის სრულფასოვან შეფასებასა და მკურნალობას. პალიატიური მზრუნველობა:

- ათავისუფლებს ადამიანს ტკივილისა და სხვა შემანუხებელი სიმპტომებისაგან;
- ემსახურება სიცოცხლეს და გარდაცვალებას ნორმალურ პროცესად აღიქვამს;
- მიზნად არ ისახავს სიკვდილის არც დაჩქარებას და არც გადავადებას;
- პაციენტზე ზრუნვაში ითვალისწინებს ფსიქოლოგიურ და სულიერ ასპექტებს;
- ეხმარება პაციენტებს, იყვნენ შეძლებისდაგვარად აქტიური სიკვდილის დადგომამდე;
- ეხმარება ოჯახს პაციენტის ავადმყოფობისა და გლოვის დროს;
- იყენებს გუნდურ მიდგომას, რათა შეძლოს პაციენტებისა და მათი ოჯახების საჭიროებათა დაკმაყოფილება, მათ შორის, საჭიროებისას, კონსულტირება გლოვის დროს;
- აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს და შეიძლება დადებითად აისახოს დაავადების მიმდინარეობაზეც;
- მნიშვნელოვანია დაავადების ადრეულ სტადიაზეც მკურნალობის სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში, რომელთა მიზანია სიცოცხლის გახანგრძლივება, როგორცაა ქიმიოთერაპია ან რადიოთერაპია, და მოიცავს იმ გამოკვლევებს, რომლებიც საჭიროა შემანუხებელ კლინიკურ გართულებათა შეფასებისა და მართვისათვის“⁵⁷.

⁵⁷ ჯანმო, პალიატიური მზრუნველობის განმარტება. ხელმისაწვდომია: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [გვერდის ნახვის თარიღია 2017 წლის 7 ივლისი]

ვინაიდან ჯანმრთელობა ჯანმოს მიერ განისაზღვრება, როგორც ფიზიკური, ფსიქოემოციური და სოციალური კეთილდღეობა, პალიატიურ მზრუნველობას აწარმოებს მულტიდისციპლინური გუნდი (ექიმი, ექთანი, სოციალური მუშავი, ფსიქოლოგი, სულიერ მდგომარეობაზე მზრუნველი, ასევე მოხალისე მომვლელები). გუნდის ყველა წევრი თანასწორია. გუნდის მუშაობას უძღვება კოორდინატორი, რომელიც შეიძლება იყოს ნებისმიერი წევრი.

ყოველწლიურად პალიატიურ მზრუნველობას მთელი მსოფლიოს მასშტაბით საშუალოდ 40 მილიონი ადამიანი საჭიროებს და მათი დაახლოებით 4/5 დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში ცხოვრობს. ზემოხსენებული ადამიანებიდან ადეკვატურ პალიატიურ მზრუნველობას მხოლოდ 14% იღებს⁵⁸.

გასათვალისწინებელია მნიშვნელოვანი ბარიერების არსებობა ნარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების საჭიროების შემთხვევაში დანიშვნისას პალიატიური მზრუნველობის ფარგლებში და პალიატიური მზრუნველობის საკითხებში კომპეტენტური სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობა. ამას ემატება პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების სტაბილური ზრდა მთელს მსოფლიოში, რაც დაკავშირებულია არაგადამდები დაავადებების წილის ზრდასთან და მოსახლეობის დაბერების პროცესთან. საყურადღებოა ისიც, რომ პალიატიური მზრუნველობის დროული დაწყება აუმჯობესებს პაციენტებზე ზრუნვის ხარისხს, ამცირებს არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებს და ჯანდაცვაზე გაწეულ ხარჯებს²⁰.

ამრიგად, პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემების ერთ-ერთი ძირითადი მიზანი უნდა იყოს.

7.2. პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობა სამედიცინო მომსახურებისა და, საერთოდ, მედიცინის შემადგენელი ბოლო თხუთმეტი წლის განმავლობაში გახდა.

⁵⁸ ჯანმო, ძირითადი ფაქტები პალიატიური მზრუნველობის შესახებ. ხელმისაწვდომია: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/> [გვერდის ნახვის თარიღია 2017 წლის 10 ივლისი]

დღეს უკვე შესაძლებელია პალიატიური მზრუნველობის როგორც საავადმყოფოში, ისე ბინაზე მიღება, თუმცა წინა თავში მსოფლიო მასშტაბით არსებული პრობლემები საქართველოზეც ვრცელდება - პალიატიური მზრუნველობა არ არის ფართოდ ხელმისაწვდომი (იხ. ქვემოთ შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამა), მცირეა ამ დარგის სპეციალისტების რაოდენობა და, ზოგადად, ცოდნა პალიატიური მზრუნველობის სფეროში.

მნიშვნელოვანია, რომ საქართველოს კანონმდებლობა პალიატიურ მზრუნველობას სამედიცინო საქმიანობისა და, მთლიანად, ჯანდაცვის სისტემის შემადგენელ კომპონენტად მოიაზრებს (კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლები 3, 8, 10, 53, 147, 148, 149).

გემოხსენებულ კანონმდებლობაში პალიატიური მზრუნველობა განმარტებულია შემდეგი სახით:

„აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.“⁵⁹

7.2.1. პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამები

პალიატიური მზრუნველობის, როგორც ჩვენი ჯანდაცვის სისტემის შემადგენელი ნაწილის აღიარებასთან და პალიატიურ მზრუნველობაზე ორიენტირებული დაწესებულებების განვითარებასთან ერთად დაიწყო პალიატიური მზრუნველობის დაფინანსებაში სახელმწიფოს თანამონაწილეობა, სათანადო სახელმწიფო პროგრამების ამოქმედების გზით.

⁵⁹ საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, პარლამენტის უწყებანი, 47-48, 31/12/1997; <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980> [გვერდის ნახვის თარიღია 2017 წლის 8 ივლისი]

სახელმწიფო პალიატიურ მზრუნველობას აფინანსებს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“ საფუძველზე.

ამჟამად პროგრამა ითვალისწინებს განუკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტების (ე.წ. „ინკურაბელური“ პაციენტების) პალიატიური მზრუნველობის დაფინანსებას შემდეგი სამი სფეროსის სახით:

8. ინკურაბელურ პაციენტთა ბინაზე ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა, რომელსაც პალიატიური მობილური გუნდი (ექიმი/ექთანი) ახორციელებს;
9. ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული-პალიატიური მზრუნველობა და სიმპტომური მკურნალობა;
10. ინკურაბელურ პაციენტთა მედიკამენტებით, კერძოდ, ნარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

ბინაზე ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით არ არის ხელმისაწვდომი და ვრცელდება მხოლოდ შემდეგ ქალაქებსა და მუნიციპალიტეტებზე: ქ. თბილისი, ქ. ქუთაისი, ქ. გორი და გორის მუნიციპალიტეტი, ქ. თელავი და თელავის მუნიციპალიტეტი, ქ. ზუგდიდი და ზუგდიდის მუნიციპალიტეტი და ქ. ოზურგეთი და ოზურგეთის მუნიციპალიტეტი.

დაფინანსების შესახებ დანვრილებითი ინფორმაცია (მათ შორის, თანაგადახდის წილი სხვადასხვა კატეგორიის პაციენტებისათვის) წარმოდგენილია ზემოხსენებულ პროგრამაში⁶⁰.

7.2.2. პალიატიური მზრუნველობის ხარისხი

პალიატიური მზრუნველობა ჩვენს ქვეყანაში მედიცინის შედარებით ახალი დარგია და აუცილებელია, ამ დარგში პროფესიული სტანდარტების ეტაპობრივი განვითარება, რითაც იხელმძღვანელებს ამ სფეროში მომუშავე სამედიცინო პერსონალი.

⁶⁰ საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 30 დეკემბრის N638 დადგენილება „2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“; ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3530020> [გვერდის ნახვის თარიღია 2017 წლის 10 ივლისი]

საყურადღებოა, რომ ჩვენს ქვეყანაში კანონმდებლობით არის დამტკიცებული პროფესიული სტანდარტები პალიატიური მზრუნველობის სფეროში. კერძოდ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის #157/6 ბრძანებით დამტკიცდა „ინსტრუქცია ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ“. აქვე აღსანიშნავია, რომ სპეციალური განათლება (სუბსპეციალობა „პალიატიური მედიცინა“) ესაჭიროება მხოლოდ სტაციონარულ პალიატიურ მზრუნველობას და არ არის საჭირო ბინაზე მზრუნვის ექიმისათვის.

გემოაღნიშნულ ინსტრუქციაში კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინის ფორმატში დეტალურად არის ჩამოყალიბებული ქრონიკული განუკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტების პალიატიური მზრუნველობის ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხები, როგორიცაა: პალიატიურ მზრუნველობის მიზანი, ამოცანები და კომპონენტები; პალიატიური მზრუნველობისათვის პაციენტის შერჩევის კრიტერიუმები; ქრონიკული განუკურნებელი დაავადებით შეპყრობილი პაციენტების მდგომარეობის შეფასება; უკურნებელ ავადმყოფთა ტერმინალური სტადიის სიმპტომების, მათ შორის, ტკივილის მართვა⁶¹.

2016 წელს გამოვიდა სახელმძღვანელო „პალიატიური მზრუნველობა“, რომელიც უშუალოდ ოჯახის ექიმებისთვის არის გამიზნული და შეიცავს ინფორმაციას პალიატიური მზრუნველობის პრინციპების, სიმპტომების კონტროლის, ქრონიკული ტკივილის მართვისა და სიცოცხლის უკანასკნელ საათებში ავადმყოფის მოვლის შესახებ. სახელმძღვანელოში აღწერილია პალიატიური მზრუნველობის სხვადასხვა ფორმა. ესენია: ბინაზე მზრუნვა, საექთნო მოვლის სახლი, ჰოსპიტალთან არსებული პალიატიური მზრუნველობის საკონსულტაციო სამსახური ან პალატა, პალიატიური მზრუნველობის დღის სტაციონარი და სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის კლინიკა - ჰოსპისი⁶.

⁶¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის #157/6 ბრძანება „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“; ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/78646> ; [ნახვის თარიღია 2017 წლის 10 ივლისი]

7.2.3. ტკივილის მართვა, როგორც პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვანი შემადგენელი

პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვისას უმნიშვნელოვანესია ტკივილის, როგორც დაავადების გამოვლინების ყველაზე ხშირი სიმპტომის შემსუბუქება-მოხსნა. ითვლება, რომ ტკივილის პრევენცია და მოხსნა-შემსუბუქება ექიმის უმნიშვნელოვანესი პროფესიული და ეთიკური მოვალეობაა⁶².

ცხადია, ტკივილის ადეკვატური მართვა პალიატიური მზრუნველობის განუყოფელი ნაწილი და მისი ძირითადი შემადგენელია.

ოჯახის ექიმი უნდა ფლობდეს ტკივილის მართვის ძირითად უნარ-ჩვევებს. სასურველია, რომ ის კარგად ერკვეოდეს შემდეგ საკითხებში⁶:

- ტკივილის სრულფასოვანი შეფასება;
- ნოციცეფციური, ნეიროპათიული და შერეული ხასიათის ტკივილის გარჩევა;
- ჯანმოს მიერ მოწოდებული ტკივილის მართვის სამსაფეხურიანი მოდელი, ანალგეზიური საშუალებების ალტერნატიული მიღების გზები;
- ოპიოიდების შეცვლის შესაძლებლობები;
- ადიუვანტური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება;
- ტკივილის მართვის არაფარმაცოლოგიური მეთოდები;
- ანალგეზიური საშუალებების გვერდითი ეფექტები და მათი მართვა;
- ტკივილის მენეჯმენტის ინტერვენციული მეთოდების პრინციპები;
- ტკივილის მართვის დროს წარმოქმნილი ბარიერების გამოვლენა და მათი დაძლევის გზები;
- ქვეყანაში ოპიოიდების ლეგალური ბრუნვის მარეგულირებელი დოკუმენტების ცოდნა.

⁶² გ. ჯავახილი, „ქრონიკული ტკივილის მართვის ეთიკური და სამართლებრივი საკითხები“, თბილისი, 2017 (იბეჭდება).

გარკვეულ ეტაპზე ტკივილის მართვა მოიცავს ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენებასაც. უკანასკნელ დრომდე ნარკოტიკების საჭირო დოზითა და რაოდენობით გამოწერა და გაცემა შეზღუდული, ზოგჯერ შეუძლებელიც კი იყო.

გემოაღნიშნული ვითარება შეიცვალა მას შემდეგ, რაც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის #157/ნ ბრძანებით, პალიატიური მზრუნველობის ინსტრუქციასთან ერთად, დამტკიცდა ნარკოტიკული საშუალების გამოწერისა და გაცემის წესი.

აღნიშნული წესის მიხედვით, გაუქმებულ იქნა ოპიოიდების დანიშვნის/გამოწერის კომისიური წესი და შესაძლებელია, ექიმმა (მათ შორის, ოჯახის ექიმმა) ტკივილის გასაყუჩებლად რეცეპტით გამოწეროს 7 (შვიდი) დღის სამყოფი ნარკოტიკული საშუალება.

ამასთან, თუ პალიატიური მზრუნველობის განვეის პროცესში პაციენტის მდგომარეობა შეიცვალა და საჭირო გახდა ნარკოტიკული საშუალების დოზის გაზრდა ან წამლის ფორმის შეცვლა, ექიმმა უნდა გასცეს ახალი რეცეპტი.

ექიმის მიერ გამოწერილი რეცეპტის საფუძველზე ნარკოტიკული საშუალება უნდა გაიცეს 5 სამუშაო დღის განმავლობაში. ხუთი სამუშაო დღის შემდეგ ფარმაცევტს აღარ აქვს უფლება გასცეს მედიკამენტი. საჭიროების შემთხვევაში ექიმმა უნდა გასცეს ახალი რეცეპტი.

ამრიგად, დღეს ამბულატორიულ/პოლიკლინიკურ განყოფილებაში მომუშავე პირველადი ჯანდაცვის ექიმს (მაგ., ოჯახის ექიმს, სოფლის პროგრამის ფარგლებში მომუშავე ექიმს - სოფლის ექიმს) შეუძლია დანიშნოს და გამოწეროს ქრონიკული განუკურნებელი დაავადებით შეპყრობილი პაციენტებისათვის ტკივილის გასაყუჩებლად ნარკოტიკული საშუალებების სათანადო რაოდენობა, რომელიც 7 დღის მანძილზე იქნება სამყოფი. ამის საფუძველად მას ხელთ უნდა ჰქონდეს უკურნებელი დაავადების დამადასტურებელი სამედიცინო დოკუმენტი (ფორმა #100), სადაც მითითებულია სპეციალისტის მიერ დადგენილი დიაგნოზი. ამასთან, ექიმს შეუძლია გამოწერილი ნარკოტიკის გახარჯვამდე შეცვალოს ნარკოტიკული საშუალება ან მისი ფორმა, ან დოზა, თუკი ამას პაციენტის მდგომარეობა მოითხოვს.

2010 წელს კანონმდებლობაში შევიდა კიდევ ერთი ცვლილება, რომლის მიხედვითაც ექიმს შეუძლია ერთი რეცეპტის ბლანკზე გამოწეროს სხვადასხვა დასახელებისა და ფორმის ორი ნარკოტიკული საშუალება (საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2010 წლის 28 იანვარის ერთობლივი ბრძანება N 18/6 - N 96).

2010 წელსვე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 26 თებერვლის N 55/6 ბრძანების საფუძველზე სოფლად მომუშავე პირველადი ჯანდაცვის ექიმს, რომელიც ახორციელებს სოფლის მოსახლეობისათვის ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებას, ერთპიროვნულად შეუძლია რეცეპტზე გამოწეროს ნარკოტიკული საშუალება. ასეთი მიდგომა, ცხადია, მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს სოფლად მცხოვრები პაციენტების მდგომარეობას, რომლებიც საჭიროებენ ტკივილის გაყუჩებას.

ექიმმა ყოველი ღონე უნდა იხმაროს, რომ დაეხმაროს პაციენტს ტკივილის გარეშე ცხოვრებაში, რადგან ამას, ექიმის პირდაპირი მოვალეობის გარდა, ადამიანის ფუნდამენტური უფლებებიც მოითხოვს. ამისათვის აუცილებელია ტკივილის მართვის თანამედროვე მეთოდების ფლობა, რაც ნარკოტიკული საშუალებების ადეკვატურ გამოყენებასაც გულისხმობს.

ხშირად ნარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების მაღალი დოზებით გამოყენების წინააღმდეგი პაციენტის ახლობლები არიან. ასეთ შემთხვევებში მათ რჩევები უნდა მიიღონ პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მედიცინის სპეციალისტებისგან. საქმე ის არის, რომ ნარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების რაციონალური გამოყენება, თუ ექიმი კარგად ფლობს ტკივილის მართვის უნარ-ჩვევებს, უსაფრთხო და ეფექტურია.

7.3. პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელობა შშმ პირთათვის

შშმ პირთათვის პალიატიური მზრუნველობის სერვისების საჭიროება შეიძლება დაკავშირებული იყოს შემანუხებელი სიმპტომების მართვასთან, მათ შორის, უპირველეს ყოვლისა, ქრონიკული ტკივილის მართვასთან და ნაწოლების პრევენციასა და მკურნალობასთან.

პალიატიური მზრუნველობა ჩვენს ქვეყანაში, როგორც შშმ პირებთან, ისე დანარჩენ მოსახლეობასთან მიმართებაში, ძირითადად განუკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიაზე პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებით განიხილება. აღნიშნული მიდგომა ასახულია სახელმწიფო პროგრამაში „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“, რომლის მოსარგებლენი არიან პირები, რომელთა სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა 3-6 თვეს არ აღემატება.

ეჭიშს უნდა ჰქონდეს შესაბამისი უნარ-ჩვევები დაავადების ტერმინალური სტადიის ამოსაცნობად. ამის საფუძველზე ხდება პაციენტის/ოჯახის მიერ დაავადების სპეციფიკურ მკურნალობაზე უარის თქმა და ეჭიშის მხრიდან პალიატიური მზრუნველობის შეთავაზება. აღქმის პრობლემების მქონე შშმ პირებისათვის პალიატიური მზრუნველობის განვეცხადება აუცილებელია გადანაცვლების მიღების პროცესში პაციენტის და, საჭიროებისამებრ, მისი ახლობლის ჩართვა.

მნიშვნელოვანია პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა იმ შშმ პირთათვის, რომლებიც სხვა გარემოებების გამო მოწყვლადნი არიან და თავად ვერ მოახერხებენ პალიატიური მზრუნველობის მოთხოვნას და ყველა იმ პროცედურის გავლას, რაც სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვისათვის არის აუცილებელი. ასეთ პირებს მიეკუთვნებიან:

- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მართოხელა მოხუცებულები;
- მოხუცთა პანსიონატებსა და სახლებში მცხოვრები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები;

- მართხელა პირები, რომელთაც შეზღუდული შესაძლებლობის გამო გადაადგილება არ შეუძლიათ;
- ინტელექტუალური შეზღუდულობის მქონე პირები.

გემოხსენებული პირებისთვის პალიატიური მზრუნველობის მიღების სირთულე შეიძლება დაკავშირებული იყოს ზოგადად სამედიცინო მომსახურების მიღების გზაზე არსებული ბარიერებთან, ასევე კომუნიკაციის შესაძლებლობის პრობლემასთან.

ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს პალიატიური მზრუნველობის განწევის აუცილებლობის ამოცნობა და პაციენტების დახმარება შესაბამისი სერვისების მიღებაში. ასეთ შემთხვევაში ექიმი პაციენტის ინტერესების დამცველის - ადვოკატის როლშიც გამოდის.

მეორე მხრივ, მნიშვნელოვანია ინტელექტუალური შეზღუდულობის მქონე პაციენტების ნების გათვალისწინება პალიატიური მზრუნველობის განწევისას. ხშირად რთულია პაციენტის ნება-სურვილის შეტყობა აღქმისა და კომუნიკაციის უნარის შეზღუდვის გამო. ხშირად ასეთი პაციენტების სიმპტომების გადმოცემასაც ვერ ახერხებენ და სამედიცინო პერსონალი უაღრესად ყურადღებით უნდა იყოს, რომ დროულად ამოიცნოს პაციენტის საჭიროება, ხშირად კი - ტანჯვა, რომელსაც პაციენტი ვერ გამოხატავს.