

[ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ
ՆԱՄԱԼՍԱՐԱՆ]

**ՊԱԼԻԱՏԻԿ
ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ**
ԲԱԶՄԱԳԻՏԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԴԱՄՆԹԱՑ

ՈՒՍՈՒՄՆԱՄԵԹՈՂԱԿԱՆ ՈՒՂԵՅՈՒՅՑ



ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ Դ.,
ԱՍՐԻԲԱԲԱՅԱՆ Ե., ԶԱՄԱԼՅԱՆ Ա.,
ՄՈԿՄԻՍՅԱՆ Ն., ՄԻՔԱՅԵԼՅԱՆ Զ.

ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ
ԿԻՐԱՌԱԿԱՆ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ

ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ Դ.,
ԱՍՐԻԲԱԲԱՅԱՆ Ե., ՔԱՄԱԼՅԱՆ Ա.,
ՄՈՎՍԻՍՅԱՆ Ն., ՄԻՔԱՅԵԼՅԱՆ Զ.

«ՊԱԼԻԱՏԻՎ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ»
ԲԱԶՄԱԳԻՏԱԿԱՐԳԱՅԻՆ
ԴԱՍԸՆԹԱՅ


Ուսումնամեթոդական ուղեցույց

ԵՐԵՎԱՆ
ԵՊՀ ՀՐԱՏԱՐԱԿԶՈՒԹՅՈՒՆ
2016

ՀՏԴ 159.9(07)
ԳՄԴ 88 ց7
Պ 132

*Հրատարակության է երաշխավորել
ԵՊՀ փիլիսոփայության և հոգեբանության
ֆակուլտետի գիտական խորհուրդը*

 **Open Society Foundations - Armenia**
Բաց Հասարակության Հիմնադրամներ - Հայաստան

 Երևանի Պետական Համալսարանի
Կիրառական հոգեբանության կենտրոն

Ուսումնամեթոդական ուղեցույցը տպագրվել է ԵՊՀ կիրառական հոգեբանության կենտրոնի կողմից իրականացված «Պալիատիվ հոգեբանություն» բազմագիտակարգային ուսումնական դասընթացի «Մշակում և փորձարկում» դրամաշնորհային ծրագրի շրջանակներում, Բաց Հասարակության Հիմնադրամներ-Հայաստան կազմակերպության ֆինանսական աջակցությամբ:

Գրախոսներ՝ **հ. գ. դ., պրոֆ. Գ. Մ. Շահվերդյան**
հ. գ. թ., դոց. Ս. Ֆ. Սարգսյան

Պ 132 «Պալիատիվ հոգեբանություն» բազմագիտակարգային ուսումնական դասընթաց/Դ. Գևորգյան, Ե. Ասրիբաբայան, Ա. Քամալյան, Ն. Մովսիսյան, Զ. Միքայելյան.- Եր.: ԵՊՀ հրատ., 2016, 100 էջ:

«Պալիատիվ հոգեբանություն» բազմագիտակարգային ուսումնական դասընթացը կոչված է ծառայելու Հայաստանում պալիատիվ խնամքի ոլորտում մասնագիտական պատրաստվածության բացը լրացնելուն և նախատեսված է կլինիկական հոգեբանների, բժիշկների և սոցիալական աշխատողների համար՝ որպես ոլորտում մասնագիտական վերապատրաստման կարևոր մաս:

Սույն ուսումնամեթոդական ուղեցույցը ներառում է «Պալիատիվ հոգեբանություն» բազմագիտակարգային ուսումնական դասընթացի նկարագրությունը, կառուցվածքը, համառոտ բովանդակությունը և գնահատման համակարգի նկարագրությունը:

ՀՏԴ 159.9(07)
ԳՄԴ 88 ց7

ISBN 978-5-8084-2166-0

© ԵՊՀ հրատ., 2016
© Հեղ. խումբ., 2016

ՆԵՐԱՄՈՒԹՅՈՒՆ

Պալիատիվ խնամքը մոտեցում է, որն ուղղված է կյանքին վտանգ սպառնացող հիվանդություններ ունեցող անձանց և նրանց ընտանիքների կյանքի բարելավմանը՝ տառապանքի կանխարգելման կամ նվազեցման միջոցով: Այդ նպատակին հնարավոր է հասնել վաղ հայտնաբերման շնորհիվ՝ տառապանքի կանխարգելման և թեթևացման, ցավի և այլ տանջալի ֆիզիկական ախտանիշների գնահատման և վերահսկման, ինչպես նաև հոգեւոցիալական և հոգևոր աջակցության ցուցաբերման միջոցով: Պալիատիվ խնամքը կոչված է ապահովելու արժանապատիվ կյանք հիվանդի և իր ընտանիքի համար, և կարող է դիտարկվել որպես մարդու հիմնարար իրավունք:

Հայաստանում օրական մոտավորապես 3000 մարդ պալիատիվ խնամքի կարիք է զգում: Այնուամենայնիվ, պալիատիվ խնամքի լիարժեք համակարգը դեռևս ձևավորված չէ, սակայն ելնելով դրա ակնհայտ անհրաժեշտությունից՝ իրականացվում է ակտիվ գործունեություն դրա ներդրման և զարգացման նպատակով: Աշխատանքներ են իրականացվում պալիատիվ բժշկական խնամքի և սպասարկման ռազմավարության ներդրման ուղղությամբ, որի շրջանակներում պլանավորված են մի շարք իրավաբանական, բժշկական և ուսումնական միջոցառումներ: Ակնհայտ է, որ ոլորտի զարգացումը անհնար է առանց համապատասխան մասնագիտական պատրաստվածության:

Ելնելով վերոհիշյալից, 2016 թ. ԵՊՀ Կիրառական հոգեբանության կենտրոնը՝ Բաց Հասարակության հիմնադրամներ-Հայաստան կազմակերպության աջակցությամբ հանձն է առել «Պալիատիվ հոգեբանություն» բազմագիտակարգային ակադեմիական դասընթացի մշակումը և ներդրումը Երևանի պետական համալսարանի «Կլինիկական հոգեբանություն և հոգեթերապիա» մագիստրոսական ծրագրի շրջանակներում:

Ինչպես արդեն պարզ դարձավ, հոգեւոցիալական խնամքը պալիատիվ խնամքի կարևոր բաղադրիչն է և հանդիսանում է պալիատիվ հոգեբանության ուսումնասիրության առարկան: Պալիատիվ խնամքում կենտրոնական տեղ է զբաղեցնում տոտալ ցավի հայեցակարգը՝ համաձայն որի կարևոր է հոգ տանել ոչ միայն ֆիզիկական, այլև սոցիալական և հոգեբանական ցավի մասին, և մեկի մեղմացումը կարող է իջեցնել մյուսի ինտենսիվությունը:

Հոգեբանական աջակցությունը պալիատիվ խնամքում ներկայացված է մի քանի մակարդակներով. հոգեբանի ներկայությունը թիմում առաջնային դեր է խաղում, մյուս կողմից, թիմի բոլոր մասնակիցները պետք է ունենան որոշակի գիտելիքներ և հմտություններ հիվանդին արդյունավետ հաղորդակցման կառուցման և աջակցության տրամադրման համար: Այդ իսկ պատճառով, սույն դասընթացը ուղղված է ոչ միայն հոգեբաններին, այլև ոլորտում ներգրավված բոլոր մասնագետներին:

«Պալիատիվ հոգեբանություն» դասընթացի նպատակն է ուսուցանողներին ծանոթացնել պալիատիվ հոգեբանության հիմնական հասկացություններին, մեթոդներին, աշխատանքի շրջանակներին, տրամադրել համապատասխան գիտելիքներ, հմտություններ ու մտեցումներ պալիատիվ թիմում աշխատելու, հիվանդներին հոգեբանական աջակցություն տրամադրելու համար, հստակեցնել հոգեբանի դերը թիմում:

Ուսուցանվողները կծանոթանան պալիատիվ խնամքի փիլիսոփայությանը, կառուցվածքին և սկզբունքներին:

Դասընթացի առանձնահատկությունը միջգիտակարգային մտեցումն է. ուսուցանողները կծանոթանան պալիատիվ խնամքի ոչ միայն հոգեբանական, այլև բժշկական և սոցիալական կողմերի հետ՝ այսպիսով ամբողջական պատկեր կազմելով ոլորտի վերաբերյալ:

Դասընթացը նախատեսված է կլինիկական հոգեբանների, բժիշկների/բուժքույրերի, սոցիալական աշխատողների, ինչպես ուսանողների, այնպես էլ՝ մասնագետների համար:

Դասընթացի կառուցվածքը: Դասընթացը կազմված է 60 ակադեմիական դասաժամերից, որոնցից 28-ը նվիրված են պալիատիվ հոգեբանությանը, 6-ը՝ պալիատիվ բժշկությանը, 6-ը՝ պալիատիվ խնամքի ոլորտում սոցիալական աշխատանքին: Ուսումնական ծրագրով նախատեսված են նաև սեմինարներ՝ 12 ակադեմիական դասաժամ, ինչպես նաև 8 ակադեմիական դասաժամով պրակտիկ պարապմունքներ:

Դասախոսությունները կառուցված են ինտերակտիվ ֆորմատով, օգտագործվելու են համակարգչային ներկայացումներ (PPT), սեմինարներին կատարվելու են դեպքերի վերլուծություններ, դերախաղեր: Պրակտիկ դասաժամերի ընթացքում ուսուցանողները հնարավորություն կունենան անմիջականորեն ծանոթանալ հիվանդանոցի աշխատանքին:

Գնահատման կարգ: Ուսուցանողների գիտելիքների ստուգումը իրականացվելու է երկու գրավոր միջանկյալ ստուգումներով (թեսթեր, ինքնուրույն վերլուծական աշխատանք) և եզրափակիչ քանավոր քննությամբ: Գնահատման համակարգը՝ 20 միավոր, որից միջանկյալ ստուգումները գնահատվում են 4-ական միավոր, եզրափակիչ քանավոր քննությունը՝ 10, ներկայությունը՝ 2 միավոր:

Դասընթացի ավարտին ուսանողը կունենա գիտելիք և իմացություն.

- Պալիատիվ խնամքի նպատակների, հիմնական հասկացությունների, հոգեբանական, բժշկական և սոցիալական բաղադրիչների վերաբերյալ:
- Պալիատիվ խնամքի էթիկական և իրավական սկզբունքների վերաբերյալ:

- Պալիատիվ հոգեբանության հիմնական սահմանումների և առանձնահատկությունների վերաբերյալ:
- Պալիատիվ և հոսպիսային ծառայություններում միջգիտակարգային թիմի կազմում հոգեբանի, բժիշկի, բուժքրոջ և սոցիալական աշխատողի դերերի և գործառույթների վերաբերյալ:
- Հիվանդի կլինիկական ախտանիշների, մասնավորապես, ցավի կառավարման հիմնական բժշկական հասկացումների և մոտեցումների վերաբերյալ:
- Բժշկի և հիվանդի արդյունավետ շփման առանձնահատկությունների, հաղորդակցման հիմնական մոդելների վերաբերյալ:
- Սոցիալական դեպքի վարման տեսանկյունից միջամտության պլանավորման և իրականացման սկզբունքների վերաբերյալ:
- Հիվանդության ախտորոշման, բուժման և կյանքի ավարտի փուլերի հոգեբանական առանձնահատկությունների վերաբերյալ:
- Մանկական պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունների վերաբերյալ:

Դասընթացի ավարտին ուսանողը ունակ կլինի.

- Կիրառելու պալիատիվ խնամքի շրջանակներում ընդգրկված հոգեբանի հմտությունները:
- Ճանաչելու և տարբերակելու պալիատիվ խնամքի շրջանակների մեջ ընդգրկված հիվանդների խնդիրները:
- Ճանաչելու և տարբերակելու ցավային համախտանիշով տառապող հիվանդների հոգեկան տառապանքների աղբյուրը:
- Կազմելու անհատական վերականգնողական պլան սոցիալական դեպքի վարման տեսանկյունից

- Տիրապետելու կարճաժամկետ մոդելների տեխնիկաներին և սահմանելու ըստ մոդելի աշխատանքի հաջորդականությունը
- Աշխատանքում կիրառելու սոցիալ-իրավական անհրաժեշտ փաստաթղթերը
- Իրականացնել վերլուծական /մտածական/ աշխատանք:
- Համադրել տեսական և գործնական գիտելիքները:

Դասընթացի թեմատիկ և ժամային բաշխվածությունը

N	Թեմաների անվանումը և բովանդակությունը	Դասախոսություն	Մեմինար	Գործնական
1.	<p>Պալիատիվ խնամքի ընդհանուր նկարագիրը: Պալիատիվ խնամքի փիլիսոփայությունը և հիմնական հասկացությունները՝ կյանքի որակ, տոտալ ցավ, կյանքի ավարտի փորձառություն, ախտանիշների և ցավի կառավարում, դիսթրես և այլն: Պալիատիվ խնամքի նպատակները, խընդիրները, զարգացումը, պալիատիվ խնամքի մատուցման ձևերը և հիմնական սկզբունքները: Իրավիճակը Հայաստանում:</p>	2		
2.	<p>Պալիատիվ խնամքի էթիկական և իրավական սկզբունքները: Բժշկական էթիկա և պալիատիվ խնամք: Բժշկական էթիկայի գլխավոր սկզբունքները՝ ինքնավարություն, բարեգթություն, վնասելու բացառում, արդարություն, արժանապատվություն, ճշմարտացիություն և անկեղծություն: Իրազեկված համաձայնության նշանակությունը: Էթի-</p>	4		

	կական դիլեմաներ և անհստակություններ: Առողջությունը և առանց ցավի կյանքը որպես մարդու իրավունք: Պալիատիվ խնամքը որպես իրավական ընտրություն:			
3.	Պալիատիվ հոգեբանությունը որպես պալիատիվ խնամքի բաղադրիչ: Պալիատիվ հոգեբանության հասկացությունները, առանձնահատկությունները, ոլորտները: Պալիատիվ խնամքում հոգեբանական աջակցության քառաստիճան մոդելը: Հոգեբանական աշխատանքի հինգ հիմնական ոլորտները պալիատիվ խնամքում: Հոգեբանը որպես պալիատիվ թիմի անդամ:	2	2	
4.	Թիմային աշխատանքը պալիատիվ խնամքի համատեքստում: Թիմի հասկացությունը և սահմանումը պալիատիվ խնամքում: Հիվանդակենտրոն խնամքը որպես պալիատիվ թիմի նպատակ: Թիմային համագործակցության ձևերը՝ բազմագիտակարգային, միջգիտակարգային և տրանս-գիտակարգային թիմ: Պալիատիվ թիմի անդամների գործառույթներն ու դերը, համագործակցության սահմանները: Թիմի կառուցում և կառավարում:	2		
5.	Պալիատիվ խնամքի բժշկական բաղադրիչը: Հիվանդների բժշկական խնդիրները պալիատիվ խնամքում: Պալիատիվ բժշկական խնամքի էթիկական խնդիրները: Քաղցկեղի դասակարգումը և փուլերը: Ախտանիշների կառավարում: Բուժման կողմնակի էֆեկտները և դրանց ազդեցությունը հիվանդի հոգեբանական վիճակի վրա: Պալիատիվ բուժքույրական օգնություն:	2		
6.	Ցավը որպես ախտանիշ: Պատմությունը, խնդրի արդիականությունը, վիճակագրական տվյալները: Ցավի սահմանումը, դասակարգումը, ընդհանուր ցավի գաղափարը պալիատիվ խնամքում:	2		

	Ցավի առաջացման ֆիզիոլոգիական մեխանիզմները: Հակացավային համակարգը: Ցավի ազդեցությունը օրգան/համակարգերի վրա: Ցավի կլինիկական գնահատումը, ԱՀԿ-ի եռաստիճան սանդուղքը և ցավազրկման միջազգային արձանագրերի կիրառումը: Ցավի բուժումը: Ֆիզիկական ցավը և տառապանքը: Բժշկությունը և տառապանքի տարանջատումը (deconstruction):			
7.	Բժիշկ-հիվանդ/ընտանիք և բժիշկ-այլ մասնագետ հաղորդակցման առանձնահատկությունները: Բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունները, բժշկի դերի ընկալումը հիվանդի կողմից: Հաղորդակցման խոչընդոտները պալիատիվ խնամքում, հույսը և խրախուսումը հիվանդների հետ հաղորդակցման կոնտեքստում: Բժշկի դերը պալիատիվ թիմի շրջանակներում, հոգեբանի և սոցիալական աշխատողի հետ համագործակցության տեսակները և սահմանափակումները: Հիվանդի/ընտանիքի և բժշկի արդյունավետ շփման պայմանները և դրա կարևորությունը: «6 քայլ» արձանագրության սկզբունքները:	2	2	2
8,	Բժշկական հաստատություններում սոցիալական աշխատանքի կազմակերպման սկզբունքները: Բժշկասոցիալական հիմնախնդիրները հուսալիսային և պալիատիվ խնամքի շահառուների մոտ, սոցիալական աշխատողի դերերը և գործառույթները, արդյունավետ համագործակցության կարևորությունը բազմագիտակարգային թիմի կազմում: Աշխատանք շահառուի առաջնային սոցիալական միջավայրի հետ: Կամավորների ներգրավման հնարավորություններ:	2		
9,	Սոցիալական ախտորոշումը բժշկական մոդելի շրջանակներում: Սկզբունքներ, հիմնախնդրի սահմանման/ կարիքի գնահատման հմտություն-	2		

	ներ ներգրավված ակտորների տեսանկյունից: Դիտարկումը, հարցազրույցը և տնայցը որպես տեղեկատվության հավաքման հիմնական մեթոդներ:			
10.	Կարճաժամկետ մոդելներ և դեպքի վարում: Կարճաժամկետ մոդելների գործնական կիրառության շրջանակները, առանձնահատկությունները, տեխնիկաները: Դեպքի վարում. չափման փաստաթղթեր, վերականգնողական պլան, դերեր, համագործակցության սահմաններ. Էկոգրամ, գենոգրամ, ծառայությունների քարտեզագրում:	2	2	2
11.	Հիվանդության ախտորոշման փուլի հոգեբանական բաղադրիչը: Վատ լուրերի հաղորդում: Վատ լուրերի հաղորդման նպատակները և ռազմավարությունները: Հաղորդակցումը հիվանդի հետ, հաղորդակցման հմտությունները: Վատ լուրերի հաղորդման նախապատրաստում և քայլեր (CLASS և SPIKES մոդելներ): Հիվանդի հակազդման ձևերը և մակարդակները (հուզական, կոգնիտիվ և վարքային): Հոգեւոցիալական գնահատումը, գործիքները (դիսթրես-ջերմաչափ, դեպրեսիայի և տագնապի գնահատման հիվանդանոցային սանդղակ, կյանքի որակի գնահատում, ռզեղենության գնահատում. FICA, և այլն): Հոգեւոցիալական խնամքի պլանավորումը: Ընտանիքի ներգրավում՝ ընտանիքակենտրոն խնամք:	4	2	
12.	Հիվանդության բուժման փուլի հոգեբանական առանձնահատկությունները: Հիմնական սոմատիկ ախտանիշները և դրանց կառավարումը: Հոգեբուժական ախտանիշներ, դրանց կառավարումը: Փուլերի տեսությունը (Քյուրլեր-Ռոս): Բուժման փուլում հոգեբանական աջակցության ձևերը՝ անհատական և խմբային թերապիայի մոդելները: Հիվանդը և ընտանիքը. հոգեթերապևտիկ	4	2	

	աշխատանք ընտանիքի հետ: Զույգի և ընտանիքի թերապիայի մոդելները: Քույրական խնամք: Հույսի երևույթը և դրա դերը պալիատիվ խնամքում: Հոգևոր խնամքը պալիատիվ բուժման համատեքստում:			
13.	Կյանքի ավարտի փուլ: «Լավ» մահվան սահմանումը և չափանիշները: Կարիքների գնահատումը կյանքի ավարտի փուլում: Կյանքի ավարտի թերապիա: Իմաստի հիմնախնդիրը և ոգեղենությունը: Էքզիստենցիալ հոգեթերապիա և լոգոթերապիա, կյանքի նարատիվ, իմաստակենտրոն թերապիա: Արժանապատիվ խնամք (dignity-conserving care): Մահվան վախ և առճակատում մահվան հետ: Կորուստ և վիշտ, ախտաբանական վիշտ, առանձնահատկությունները ըստ տարիքի: Ընտանեկան թերապիան որպես կորստի հաղթահարման միջոց:	4	2	
14.	Մանկական պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները: Մանկական պալիատիվ խնամքի սահմանումը, չափորոշիչները, թիրախը և էթիկական սկզբունքները: Երեխայի ընտանիքակենտրոն խնամքը: Հոգեւոցիալական կարիքները մանկական պալիատիվ խնամքում: Ախտանիշների կառավարումը և ինտերվենցիայի եղանակները: Աջակցությունը ծնողներին և սիրվածներին:	4		
15,	Մասնագետի ինքնախնամքը և հուզական այրումը: Այրման համախտանիշի սահմանումը, ցուցանիշները, դրանց հայտնաբերումը: Այրման համախտանիշի փուլերը, կանխարգելումը և հաղթահարման ուղիները:	2		
Ընդամենը		40	12	8
		60 ժամ		

ՀԱՄԱՌՈՑ ԴԱՍԸՆԹԱՑ

ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՍՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության սահմանման (WHO) *պալիատիվ խնամքն* ուղղված է կյանքին վտանգ սպառնացող հիվանդություններ ունեցող անձանց և նրանց ընտանիքների կյանքի բարելավմանը՝ տառապանքի կանխարգելման կամ նվազեցման միջոցով: Այդ նպատակին հնարավոր է հասնել վաղ հայտնաբերման շնորհիվ տառապանքի կանխարգելման և թեթևացման, ցավի և այլ տանջալից ֆիզիկական ախտանիշների գնահատման և վերահսկման, ինչպես նաև՝ հոգեառօգնության և հոգևոր աջակցության ցուցաբերման միջոցով: Այս դեպքում հիմնական թիրախը ոչ թե անձի բուժումն է, այլ կյանքի բարելավումը համապարփակ խնամքի միջոցով: Աշխարհում ամեն տարի 35 միլիոն մարդ պալիատիվ խնամքի կարիք է ունենում, որից մոտ 6%-ը երեխաներ են: Պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը կարող է բարելավել 100 միլիոն մարդկանց կյանքի՝ ներառելով նաև յուրաքանչյուր հիվանդի խնամքի մեջ ներգրավված ընտանիքի երկու անդամներին:

Պալիատիվ շարժման սկիզբը կապվում է Մեսիլի Սոնդերսի անվան հետ, ով 1967 թ. Մեծ Բրիտանիայում հիմնեց առաջին ժամանակակից հոսպիսը: Ս. Սոնդերսը առաջ քաշեց անձի ամբողջական խնամքի գաղափարը՝ դիտարկելով հոսպիսը ոչ թե որպես մահանալու վայր, այլ՝ մինչև կյանքի ավարտն արժանապատիվ ապրելու հնարավորություն: Նա առաջինը առաջադրեց *տոտալ ցավի* գաղափարը, որը ենթադրում է, որ կարևոր է ոչ միայն ֆիզիկական, այլև հոգեբանական և հոգևոր ցավը, և մեկի մեղմացումը կարող է իջեցնել մյուսի ինտենսիվությունը: Կյանքին սպառնացող հիվանդության ընթացքը ցավից զատ կարող է զուգակցվել մի շարք ախտանիշներ

րով՝ սրտխառնոց, հոգնաճություն, գլխապտույտ, շնչառության և քնի հետ կապված խնդիրներ: Ավանդաբար այս բոլորը, ցավի հետ միասին, ընդունված էր համարել հիվանդության բնականոն ընթացք: Ժամանակակից բժշկությունը հնարավորություն է տալիս վերահսկելու այդ ախտանիշները՝ հնարավորինս երկար պահպանելով անձի գործառնականությունը: Ախտանիշների վերահսկողությունը պալիատիվ խնամքի գլխավոր գործառույթներից մեկն է:

Պալիատիվ խնամքը իր փիլիսոփայությամբ հաստատում է կյանքը և չի արագացնում մահը: Պարտադիր պայման է համարվում անհատի ինքնավարությունը և մասնակցությունը բուժման ու խնամքի հետ կապված որոշումների կայացման գործընթացում և արժանապատվության պահպանումը: Անձը այստեղ ոչ թե պասիվ օբյեկտ է, այլ գործընթացի ակտիվ և կենտրոնական մասնակից: Պալիատիվ խնամքի կենտրոնում է գտնվում ոչ միայն հիվանդը, այլև ամբողջ ընտանիքը: Ընդ որում, ընտանիքի խնամքը շարունակվում է նաև անձի մահվանից հետո՝ վշտի ապրման փուլում: Մյուս կողմից ընտանիքը դառնում է հիվանդի խնամքը ապահովող թիմի կարևոր մաս:

Ինչպես նշվեց, պալիատիվ խնամքի գլխավոր նպատակն անձի կյանքի որակի բարելավումն է, որը ենթադրում է հետևյալ բաղադրիչները.

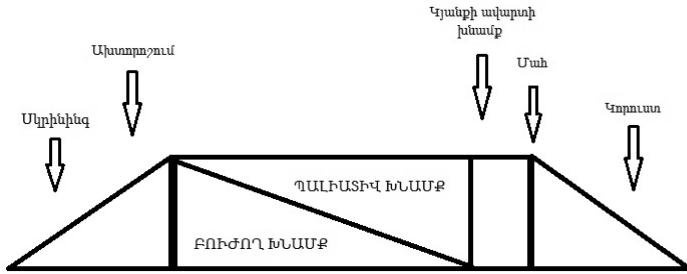
- հոգեբանական գործառույթներ,
- սոցիալական գործառույթներ,
- ֆիզիկական գործառույթներ,
- ընտանեկան բարեկեցություն,
- բուժման կողմնակի էֆեկտներ և ախտանիշներ
- սեռականություն,
- բավարարվածությունը բուժման գործընթացից,
- տրանսցենդենտալ ոլորտ:

Այստեղից պարզ է դառնում, որ արժանապատիվ խնամքի ապահովման համար անհրաժեշտ է բազմազիտակարգային թիմի աշխատանք՝ բժիշկ, բուժքույր, հոգեբան, սոցիալական աշխատող, հոգեբույժ, հոգևորական և այլոք: Ընդ որում, լավագույն տարբերակում թիմը չի ունենում մեկ հիմնական լիդեր, այլ նա որոշվում է համաձայն հիվանդի առաջնային կարիքների:

Պալիատիվ խնամքի թիրախում են գտնվում հետևյալ հիվանդություններն ունեցող մարդիկ.

- քաղցկեղ,
- Ալցհեյմերի համախտանիշ և այլ դեմենցիաներ,
- սիրտ-անոթային հիվանդություններ (բացառությամբ հանկարծակի մահերի),
- լյարդի ցիրոզ,
- թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններ,
- շաքարային դիաբետ,
- ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ,
- երիկամային անբավարվածություն,
- ցրված սկլերոզ,
- Պարկինսոնի հիվանդություն,
- ռևմատոիդ արտրիտ,
- դեղակայուն տուբերկուլյոզ:

Խոսելով պալիատիվ և կուրատիվ (բուժող) բժշկության մասին, կարևոր է ընդգծել, որ դրանք չեն հակասում միմյանց, սակայն կախված նպատակից՝ դրանց փոխհարաբերակցությունը փոխվում է (տե՛ս. նկ. 1)



Նկար 1. Պալիատիվ և բուժող խնամք

Այսպիսով, կարելի է առանձնացնել պալիատիվ խնամքի իրականացման երեք հիմնական մակարդակ.

1. Պալիատիվ մոտեցում՝ պետք է տիրապետեն բոլոր բուժաշխատողները,
2. Ընդհանուր պալիատիվ խնամք՝ պահանջվում են լրացուցիչ վերապատրաստումներ,
3. Պալիատիվ խնամք՝ ենթադրում է հատուկ մասնագիտացում:

Պալիատիվ խնամքը ավանդաբար զուգորդվում է հոսպիսի հետ, սակայն կան դրա իրականացման բազմաթիվ եղանակներ.

- պալիատիվ խնամքի բաժանմունք հիվանդանոցում,
- ստացիոնար հոսպիս,
- ստացիոնարներում աշխատող խորհրդատու պալիատիվ թիմեր,
- պալիատիվ խնամքը տան պայմաններում իրականացնող թիմ,
- տնային հոսպիս,
- ցերեկային հոսպիսային բաժանմունք,
- ամբուլատոր հոսպիսային բաժանմունք:

Հայաստանում ամեն օր 3000 մարդ պալիատիվ խնամքի կարիք ունի: Չնայած դրան պալիատիվ ոլորտը դեռևս կայացման գործընթացում է: 2011 թվականի հուլիսի մեկից մինչև 2014 թ. ապրիլի 30-ը իրականացվեցին պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման աշխատանքներ հանրապետության չորս փորձարարական տեղամասերում: Ընդհանուր առմամբ, 436 հիվանդի է տրամադրվել պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում ծառայություններ:

2012 թվականի օգոստոսի 9-ին ՀՀ կառավարության հավանությանն է արժանացել «Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ (ամոքիչ) բժշկական օգնության հայեցակարգին և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» N 32-Ն արձանագրային որոշումը: Պալիատիվ խնամքի ռազմավարությունը դեռևս մշակման փուլում է:

Օգտագործված գրականություն

1. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ներդրման ռազմավարությանը 2016-2019 թվականների միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին նախագիծ:
2. Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе: часть 1, Перевод статьи, впервые опубликованной в «Европейском журнале паллиативной помощи» (EJPC) в 2009 г., том 16, № 6, с. 278-289 и в 2010 г., том 17, № 1, с. 22-33.
3. Connor S.R., Hospice and Palliative Care: The Essential Guide 2nd Edition, Routledge April 4, 2009 - 278 pages Global Atlas of Palliative Care and End of Life
4. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Edited by: Stephen R. Connor, PhD, January 2014 by Worldwide Palliative Care Alliance
5. Oxford handbook of palliative care / edited by Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back. —2 edition, Oxford University Press, Mar 2009

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Պալիատիվ շարժում. պատմություն, զարգացում, արդի իրավիճակ:
2. Պալիատիվ խնամքի տեղն ու դերը բժշկական համակարգում:
3. Կյանքի որակը պալիատիվ խնամքի համատեքստում:
4. Պալիատիվ խնամքի իրավիճակը Հայաստանում:
5. Հասկացություն տոտալ ցավի մասին:
6. Պալիատիվ խնամքի փիլիսոփայությունը:
7. Պալիատիվ խնամքի տրամադրման եղանակները և առանձնահատկությունները:

ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԻ ԷԹԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՄԿՁԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Կյանքի և մահվան գործընթացի հետ կապված խնդրահարույց իրավիճակները բազմաթիվ են: Պալիատիվ խնամքի ոլորտի կարգավորումը հնարավոր է դառնում մի շարք էթիկական և իրավական սկզբունքների հիման վրա:

Պալիատիվ խնամքի հիմնական էթիկական սկզբունքները հետևյալներն են.

- **Ինքնավարություն:** Հիվանդը պետք է տեղեկացված և ներգրավված լինի որոշումների կայացման գործընթացի մեջ: Հիվանդը բուժման պասիվ օբյեկտ չէ, այլ լիարժեք մասնակից, ով պատասխանատվություն է կրում իր կյանքի նշանակալի որոշումների համար: Այդ որոշումների լիարժեք կայացման համար նրան անհրաժեշտ է իր հիվանդության և բուժման վերաբերյալ ամբողջական տեղեկատվություն: Իրականության մեջ կյանքին վտանգ սպառնացող ախտորոշումները, մասնավորապես՝ քաղցկեղը, հաճախ թաքցնում են հի-

վանդից՝ ցանկանալով նրան զերծ պահել ծանր ապրումներից: Որպես հետևանք անձը մնում է կասկածների և մեկուսացման մեջ՝ չանցնելով հիվանդության հետ հարմարման բոլոր բնականոն փուլերը:

Այս էթիկական սկզբունքն ունի նաև իր իրավական հիմքերը: Այսպես, համաձայն Հայաստանի Հանրապետության՝ բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի հիվանդը իրավունք ունի իրազեկ լինել իր հիվանդության մասին և համաձայնություն տալ բժշկական միջամտության համար: Այսպիսով, հիվանդից ախտորոշման թաքցնելը ոչ միայն էթիկական, այլև իրավական խնդիր է: Բացի այդ հիվանդի համար շատ բժշկական հարցադրումներ կարող են դժվար հասկանալի լինեն, և շատ կարևոր է, որպեսզի նա դրանք քննարկելու հնարավորություն ունենա բժշկական անձնակազմի հետ:

- **Օգտակարություն:** Արդյոք այն, ինչ արվում է, օգտակար է՞ հիվանդի համար: Պալիատիվ խնամքի գլխավոր նպատակը կյանքի որակի բարելավումն է, և այն ամենը, ինչ արվում է հիվանդի խնամքի շրջանակում, պետք է գնահատվի հիվանդի համար օգտակարության տեսանկյունից: Հատկապես մտերիմների, այնպես էլ բուժանձնակազմի համար կարող է դժվար լինել ընդունել, որ հիվանդությունը տերմինալ փուլում է, և ապաքինումը՝ անհնար: Այս պարագայում նրանք կարող են մտածել զանազան նորանոր բուժումների մասին, որոնք կարող են փոխել իրավիճակը: Այստեղ կարևոր է կանգ առնել և հասկանալ՝ արդյոք այն ինչ արվում է, իսկապես օգտակար է՞ հիվանդին, և միայն դրական պատասխանի դեպքում շարունակել:

- **Զվնասել:** Արդյոք այն, ինչ արվում է, վնաս չի՞ հասցնում հիվանդին: Այս սկզբունքը որոշակի հավասարակշռություն է ստեղծում նախորդի հետ. այն խնամքը, որը տրվում է հիվանդին, պետք է լինի ոչ միայն օգտակար, այլև չվնասող: Բացի այս, կարևոր է հիշել,

որ պալիատիվ խնամքի նպատակը մահվան գործընթացը արագացնելը կամ դանդաղեցնելը չէ, այլ միայն արժանապատիվ ապրելու հնարավորություն տալն է:

• **Արդարություն:** Հավասարակշռություն անձի և հասարակության կարիքների միջև: Պալիատիվ խնամքի ուշադրության կենտրոնում է գտնվում ոչ միայն հիվանդը, այլև նրա ընտանիքը, և հիվանդի բարեկեցությունը չպետք է ապահովվի ի հաշիվ այլ մարդկանց բարեկեցության և կյանքի որակի անկման:

• **Վստահություն և գաղտնիություն:** Կյանքին սպառնացող ախտորոշումը խախտում է անձի բնականոն կենսագործունեության ողջ ընթացքը և այստեղ հատկապես կարևոր է դառնում իր մասին հոգ տանող թիմի հանդեպ վստահությունը: Դրա կարևորագույն նախապայմաններն են. հարգանքը անձի արժանապատվության հանդեպ, իր մասին տեղեկատվության գաղտնիության պահպանումը, հիվանդի բուժման և ախտորոշման վերաբերյալ տեղեկատվության անկեղծ քննարկումը: Մյուս կարևորագույն նախապայմանը թիմի ներգրավածությունն է գործընթացի մեջ. հիվանդին կարևոր է զգալ, որ թիմի համար նշանակալի է ոչ միայն իր ֆիզիոլոգիական կարգավիճակը, այլև ինքը՝ որպես անհատ:

Պալիատիվ խնամքը բարձրացնում է կարևորագույն բարոյական խնդիր՝ մարդը արժեքավոր է իր ողջ կյանքի ընթացքում՝ ծնընդից մինչև մահ: Մոտալուտ մահվան հնարավորությունը չի փոխում այդ իրողությունը: Հասարակությունը հաճախ ձգտում է աչք փակել այդ խնդրի վրա՝ դրանով փորձելով հերքել մահվան գոյության փաստը: Համաձայն մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրի՝ յուրաքանչյուր ոք այնպիսի կենսամակարդակի իրավունք ունի, որը պատշաճ է իր և իր ընտանիքի առողջության ու բարեկեցության համար, բացի այդ, ոչ ոք չպետք է ենթարկվի խոշտանգման կամ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նսեմացնող վերաբերմունքի ու պատժի: Պալիատիվ խնամքի բացակայությունը

ինքնին կարելի է դիտարկել որպես անմարդկային, դաժան վերաբերմունք: Ելնելով վերոհիշյալից Պալիատիվ Խնամքի Եվրոպական Ասոցիացիան (EAPC), Հոսպիսների և Պալիատիվ Խնամքի Միջազգային Ասոցիացիան (IAHPC), Պալիատիվ Խնամքի Համաշխարհային Այանսը (WPCA) և Human Rights Watch (HRW) իրավապաշտպան կազմակերպությունը աշխատում են համատեղ՝ պալիատիվ խնամք ստանալը մարդու իրավունք ճանաչելու ուղղությամբ: Այդ նպատակով ընդունվել է Պրահայի խարտիան, որը կոչ է կառավարություններին՝ հիվանդների տանջանքները մեղմելու և ճանաչելու պալիատիվ խնամքը որպես մարդու իրավունք:

Օգտագործված գրականություն

1. Հայաստանի Հանրապետության օրենքը բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին, <http://www.parliament.am/legislation.php?sel=show&ID=1688&lang=arm>
2. Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիր (10 դեկտեմբերի, 1948 թ.), http://www.un.org/res/Human%20Rights/Armenian%20Documents/UDHR_arm.pdf
3. Պրահայի խարտիա, <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=WSwfXJuCR4Q%3D&tabid=1871>
4. Connor S.R., Hospice and Palliative Care: The Essential Guide 2nd Edition, Routledge April 4, 2009 - 278 pages
5. Global Atlas of Palliative Care and End of Life
6. Oxford handbook of palliative care / edited by Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back. —2 edition, Oxford University Press, Mar 2009

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Պալիատիվ խնամքի էթիկական սկզբունքները:
2. Ճշմարտության հայտնումը պալիատիվ խնամքում:

3. Պալիատիվ խնամքը որպես մարդու հիմնարար իրավունք:
4. Հիվանդի ինքնավարությունը՝ որպես արժանապատիվ կյանքի երաշխիք:

**ՊԱԼԻԱՏԻՎ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՈՐՊԵՍ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԻ ԲԱՂԱՂԻՉ**

Այսօր ակնհայտ է, որ հոգեբանական բաղադրիչը կազմում է պալիատիվ խնամքի կարևորագույն մաս: Ընդ որում, ի տարբերություն բժշկական կողմի, որով զբաղվում են միայն բուժաշխատողները, հոգեբանական և հոգեսոցիալական ասպեկտները միայն հոգեբանների դաշտում չեն գտնվում: Ակնկալվում է, որ պալիատիվ թիմի բոլոր մասնակիցները պետք է որոշակի պատկերացումներ ունենան հիվանդության տերմինալ փուլի հոգեբանական դինամիկայի վերաբերյալ, ինչպես նաև տիրապետեն արդյունավետ հաղորդակցման և հոգեբանական ռիսկերի գնահատման հմտություններին: Ընդհանուր առմամբ պալիատիվ խնամքի ոլորտում հոգեբանության ներգրավվածությունը կարելի է պատկերել քառաստիճան մոդելի տեսքով:

1. *Աջակցող հաղորդակցում և ընդհանուր հոգեբանական խնամք.* պետք է տիրապետեն առողջապահության և սոցիալական խնամքի բոլոր մասնագետները,
2. *Հոգեբանական տեխնիկաներ,* տիրապետում են լրացուցիչ վերապատրաստած առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետներ,
3. *Խորհրդատվություն և հոգեբանական միջամտություն,* իրականացվում է վերապատրաստված և լիցենզավորված մասնագետների կողմից:

4. *Հոգեթերապիա*, իրականացվում է հոգեկան առողջության ոլորտի մասնագետների կողմից:

Հոգեբանների մասնագիտական կրթության համատեքստում հասկապես շեշտադրվում են 3-րդ և 4-րդ կետերը: Համաձայն Ամերիկյան հոգեբանական ասոցիացիայի (APA) հոգեբանի գործունեությունը ներառում է հետևյալ 5 հիմնական ոլորտները՝ 1) հոգեբանական գնահատում, 2) խորհրդատվություն և հոգեթերապիա (անհատական, խմբային, ընտանեկան), 3) խորհրդատվություն, 4) սուպերվիզիա և աշխատակազմի աջակցություն, կրթություն, 5) հետազոտական աշխատանքներ:

Այս հինգ հիմնական ոլորտներից զատ պալիատիվ խնամքի դաշտում աշխատող հոգեբանի գործունեությունը ենթադրում է նաև հետևյալ ոլորտների մեջ ներգրավվածությունը.

- իրավունք՝ պալիատիվ խնամքի ոլորտում հոգեբանի աշխատանքը կարագավորող իրավական շրջանակը,
- մասնագիտական կարգավորումներ՝ մասնագիտական հարաբերությունների սահմաններ,
- էթիկա՝ թիմային աշխատանքի համատեքստում էթիկական կարգավորումներ,
- մշակութային բազմազանություն՝ մշակութային առանձնահատկությունները կարող են ազդել անձի բուժման հետ կապված որոշումների վրա,
- ինքնագիտակցություն և ինքնախնամք՝ պալիատիվ թիմի անդամների հոգեբանական առանձնահատկությունների ազդեցությունը աշխատանքի արդյունավետության վրա, ինչպես նաև աշխատանքի ազդեցությունն իրենց հոգեբանական բարեկեցության վրա, աշխատանք այրման համախտանիշի հետ,

- ջատագովություն՝ ինչպես հոգեբանները կարող են ջատագովության միջոցով օգնել հիվանդներին ստանալ իրենց անհրաժեշտ խնամքը,
- քաղաքականություն և կազմակերպում՝ օրինակ, որոշումների կայացման գործընթացի արդյունավետ կազմակերպում,
- ռազմավարություն՝ հոգեբանական ծառայության ձևերը և հասանելիությունը հիվանդների համար:

Օգտագործված գրականություն

1. Clinical counselling and applied psychotherapy in supportive oncology, David W. Kissane and Matthew Doolittle –Supportive Oncology, 2011
2. Connor S.R., Hospice and Palliative Care: The Essential Guide 2nd Edition, Routledge April 4, 2009 - 278 pages
3. Global Atlas of Palliative Care and End of Life
4. Oxford handbook of palliative care / edited by Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back. —2 edition, Oxford University Press, Mar 2009
5. Psycho-Oncology: SECOND EDITION edited by Jimmie C. Holland, M.D., William S. Breitbart, M.D.
6. The EAPC Task Force on Education for Psychologists in Palliative Care

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Հոգեբանության դերը պալիատիվ խնամքում:
2. Պալիատիվ ոլորտում հոգեբանական աշխատանքի առանձնահատկությունները:
3. Հոգեբանության դերը պալիատիվ խնամքի ջատագովության և ռազմավարության մշակման գործում:
4. Հոգեթերապևտիկ մոտեցումները պալիատիվ խնամքում:

**ԹԻՄԱՅԻՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ՊԱՒԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԻ
ՀԱՄԱՏԵՔՍՈՒՄ**

Պալիատիվ խնամքի կենտրոնական առանձնահատկությունը թիմային աշխատանքն է. պալիատիվ խնամքը անհնար է առանց մասնագետների, ընտանիքի և հիվանդի արդյունավետ համագործակցության:

Թիմային աշխատանքի եվոյուցիան կարելի է բաժանել 4 աստիճանի.

- **Միագիտակարգային թիմ`** թիմը կազմված է միևնույն խմբի մասնագետներից, այստեղ նվազագույն է խմբային դինամիկան և ինտերակցիան, քանի որ բոլորը կատարում են միևնույն գործառույթը:
- **Բազմագիտակարգային թիմ`** թիմը կազմված է տարբեր ոլորտների մասնագետներից, որոնք աշխատում են միևնույն նպատակի շուրջ, սակայն յուրաքանչյուրն ունի իր պատասխանատվության և գործառույթների շրջանակը: Խումբը գործում է հստակ հիերարխիայի սկզբունքով և ունի դեկավար, ով ամենաբարձր կոչում ունեցող բժշկական աշխատողն է: Բժշկական համակարգերի մեծ մասը գործում է այս սկզբունքով:
- **Միջգիտակարգային թիմ`** այս մոդելը առավել նախընտրելի տարբերակն է պալիատիվ խնամքի համատեքստում: Հիերարխիան այստեղ պակաս կարևոր է, առկա է համագործակցություն տարբեր մասնագիտությունների ներկայացուցիչների կողմից, յուրաքանչյուրն իր ներդրումն է ունենում հիվանդի վիճակի և կարիքների ամբողջական պատկերի մեջ: Այստեղ կան սահմաններ և սպասելիքներ յուրաքանչյուր մասնագետից, բայց սահմաններն այստեղ լողացող են: Այսպես, բուժքույրը կարող է ուշադրություն դարձնել հոգե-

սոցիալական ասպեկտներին, իսկ հոգեբանը՝ բժշկական ախտանիշներին, որոնք կարող են ազդեցություն ունենալ անձի հոգեբանական կարգավիճակի վրա:

- **Տրանսգիտակարգային թիմ**՝ այս թիմը պալիատիվ խնամքի իդեալական մոդելն է, որտեղ չկա հիերարխիա, և յուրաքանչյուրը գործում է հիվանդի և ընտանիքի կարիքներից ելնելով:

Պալիատիվ թիմը գործում է հիվանդակենտրոն սկզբունքով, որտեղ առաջնային են հիվանդի կարիքները և առանձնահատկությունները: Հիվանդի լիարժեք խնամքի և կյանքի բարձր որակի ապահովման համար պալիատիվ թիմում անհրաժեշտ է տարբեր ոլորտների մասնագետների ներգրավում.

- բուժքույրեր,
- սոցիալական աշխատողներ,
- բժիշկներ,
- հոգեբաններ,
- հոգեբույժներ,
- տնային խնամք իրականացնողներ,
- հոգևորականներ/ կապելաններ,
- կամավորներ,
- թերապևտներ՝ ֆիզիկական, օկուպացիոն, ֆիզիոթերապևտներ, էքսպրեսիվ և այլոք:

Առանձնակի պետք է շեշտել հիվանդի և ընտանիքի դերը, ովքեր նույնպես հանդիսանում են պալիատիվ թիմի ակտիվ մաս:

Օգտագործված գրականություն

1. Connor S.R., Hospice and Palliative Care: The Essential Guide 2nd Edition, Routledge April 4, 2009 - 278 pages
2. Communication in Cancer Care, Editors: Prof. Friedrich Stiefel MD

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Հասկացություն հիվանդակենտրոն խնամքի մասին:
2. Բազմագիտակարգային թիմը՝ որպես պալիատիվ խնամքի մոդել:
3. Թիմում աշխատելու առանձնահատկությունները. առավելություններ և փոքրություններ:
4. Պալիատիվ թիմի աշխատանքի էթիկական կարգավորումներ:

ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԲԱՂԱԴՐԻՉԸ

Պալիատիվ խնամքը ակտիվ ամբողջական խնամք է, որը իրականացվում է բոլոր տարիքի հիվանդների նկատմամբ, որոնք տառապում են կյանքին սպառնացող կամ կյանքը սահմանափակող անբուժելի հիվանդություններով:

Պալիատիվ խնամքը, ցավի և այլ ֆիզիկական, հոգեբանական և հոգևոր խնդիրների վաղ հայտնաբերման, գնահատման և կառավարման միջոցով, բարելավում է անբուժելի հիվանդությամբ տառապող հիվանդի և նրա ընտանիքի անդամների կյանքի որակը:

Հայաստանում ըստ Հիգինսոնի մեթոդի պալիատիվ խնամքի կարիք կունենա քաղցկեղի հիվանդների 100%-ը և քրոնիկ այլ հիվանդություններ ունեցողների 66%-ը, ստացվում է ընդամենը 16,250 հիվանդ (քաղցկեղով 5,500 հիվանդ և քրոնիկ ոչ քաղցկեղային հիվանդություններով 10,743 հիվանդ):

Քաղցկեղի դասակարգումը և փուլերը:

Քաղցկեղի առաջացումը և զարգացումը ուղեկցվում է մի շարք անատոմիական, ֆիզիոլոգիական փոփոխություններով: Քաղցկեղը ախտորոշվում է ըստ միջազգային դասակարգման՝ **TNM** տառերով, որտեղ՝ **T** (tumor) – ուռուցքն է, **N** – (nodulus) ավշային հանգույցը, **M** (metastasis) մետաստազը: Քաղցկեղը որոշվում է չորս փուլով՝ T₁, T₂, T₃, T₄., ավշային հանգույցների վիճակով N₀՝ հանգույցը փոփոխված

չէ N_1 ՝ կա եզակի մետաստազ ավշային հանհույցներում, N_2 ՝ կան բազմաթիվ մետաստազներ ավշային հանգույցներում, և M_0 ՝ հեռավոր մետաստազներ չկան, M_1 կան հեռավոր մետաստազներ: Օրինակ T_1M_0 ՝ համապատասխանում է քաղցկեղի I փուլին, $T_2N_1M_0$ ՝ II-ին, $T_3N_2M_0$ ՝ III-ին, $T_4N_2M_0$ կամ $T_1N_0M_1$ ՝ IV փուլին: Սակայն միշտ չէ որ պալիատիվ խնամքը համապատասխանում է քաղցկեղի փուլին: Հիվանդը կարող է լինել առաջին փուլում և խիստ ցավազրկման կարիք ունենալ, մի ուրիշ դեպքում, գտնվելով հիվանդության չորրորդ փուլում, պալիատիվ խնամքի կարիք անգամ չունենալ: Հարկավոր է նշել, որ պալիատիվ խնամքի թիրախը ոչ միայն քաղցկեղով հիվանդներն են, այլև այն հիվանդները, որոնք տառապում են կյանքին սպառնացող կամ կյանքը սահմանափակող այլ հիվանդություններով: Ժամանակակից պալիատիվ խնամքը սկսվում է ախտորոշման պահից և շարունակվում է մինչև հիվանդի մահը: Համապատասխան հիվանդության փուլին՝ ախտածին բուժումը աստիճանաբար փոխարինվում է պալիատիվ բուժմամբ. այն կրում է ախտանիշային բնույթ, ներառում է ցավի և այլ ախտանիշների կառավարում և մեղմացում:

Պալիատիվ բժշկական խնամքի էթիկական խնդիրները:

Պալիատիվ բժշկական օգնության էթիկական հիմնված է հիվանդի և նրա ընտանիքի նկատմամբ կարեկցանքի և հարգանքի վրա.

- պահպանել հիվանդի արժանապատվությունը բոլոր իրավիճակներում,
- պահպանել հիվանդի հիվանդության գաղտնիությունը, որքան հնարավոր է,
- լինել հոգատար և հարգել հիվանդի անհատականությունը,
- հարգել մարդկային արժանապատվությունը՝ անկախ կրոնից, էթնիկական խմբից, դավանանքից, գենդերից, ապրելակերպից, տարիքից, հոգեկան կամ բժշկական վիճակից,
- պաշտպանել հիվանդի մարդու իրավունքները,

- համագործակցել և խորհրդակցել գործընկերների և այլ մասնագետների հետ ի շահ հիվանդի:

Ախտանիշների կառավարումը պալիատիվ խնամքի հիմնական խնդիրներից մեկն է, քանի որ արտահայտված քրոնիկ ցավը և ծանր հիվանդությունը ուղեկցող այլ տանջալից ախտանիշները կարող են զգալիորեն անդրադառնալ հիվանդի կյանքի որակի և ֆիզիկական ու հոգեկան վիճակի վրա:

Բուժման կողմնակի էֆեկտները և դրանց ազդեցությունը հիվանդի հոգեբանական վիճակի վրա: Քանի որ հիմնական ախտանիշը քրոնիկ ցավն է, դրա բուժման ոսկի ստանդարտ է համարվում օփիոիդ ցավազրկողների և այլ հոգեմետ դեղերի օգտագործումը: Այդ դեղերն ունեն կողմնակի ազդեցություն: Հիմնականում, օփիոիդ ցավազրկողները կարող են ընկճել շնչառությունը, սակայն, հիվանդի ցավի աստիճանին համապատասխան դեղաչափ ընտրելու դեպքում այդ կողմնակի ազդեցությունից կարելի է խուսափել: Հիվանդները և հարազատները թյուր կարծիք և կարծրատիպային վախ ունեն օփիոիդ ցավազրկողների հանդեպ, մասնավորապես՝ վախենում են կախվածություն ձեռք բերելուց:

Օգտագործված գրականություն

1. Ամոքիչ խնամքի աշխատանքային ձեռնարկ. Անթոնի Սմիթ. ՓԲԱՅՄ Ինթերնեշնլ, www.prime-international.org.uk Հայաստան. ԵՊՀ հրատ., 2011 ISBN 978 -5- 8084 1432 – 7 էջեր՝ 9-11, 31- 46, 133 - 137, 157 – 162, 185 -194:
2. Что такое паллиативная помощь <http://pallcare.ru/ru/?p=1172659048>
Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению.
3. Новая редакция Порядка утверждена Приказом МЗ РФ № 187н от 14 апреля 2015 г. <http://publication.pravo.gov.ru /Document/View/0001201505120026>.
4. <http://www.eapcnet.eu/>

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Պալիատիվ խնամքի բազմագիտակարգային մոտեցում, դերերի բաշխում: Ի՞նչպես որոշել սահմանները:
2. Ախտանիշների կառավարումը պալիատիվ խնամքում:

ՑԱՎԸ ՈՐՊԵՍ ԱՆՏԱՆԻՇ

Քրոնիկ ցավը հանդիսանում է հիմնական ախտանիշներից մեկը, որի առկայության դեպքում հիվանդի կյանքի որակը կտրուկ ընկնում է: Պալիատիվ խնամքի հիմնական խնդիրներից մեկը ցավի կառավարումն է:

Պատմությունը, խնդրի արդիականությունը, վիճակագրական տվյալները: Քանի որ ցավը ամենատարածված և համընդանուր ախտանիշներից մեկն է, դրա բուժումն ունի երկար և հարուստ պատմություն: Վիճակագրական տվյալներով քրոնիկ ցավից տառապում է երկրագնդի բնակչության մոտ 20%-ը:

Ցավի սահմանումը, դասակարգումը: Ցավը տհաճ զգայական և հուզական զգացողություն է, որը կապված է հյուսվածքների իրական կամ հնարավոր վնասման հետ, կամ բնորոշվում է նման վնասման նշաններով:

Չարորակ ուռուցքներով հիվանդների 60–80%-ը տառապում է քրոնիկ ցավերից: Տարածված քաղցկեղի դեպքում քրոնիկ ցավով հիվանդների թիվը հասնում է 45-100%, որոնց 20-40 % մոտ ցավը չի վերահսկվում:

Ցավի դասակարգումը, առաջացման ֆիզիոլոգիական մեխանիզմները: Ցավը դասակարգվում է ըստ ծագման, բնույթի, տևողության և անատոմիական կառուցվածքի:

Ցավն ունի հատուկ ընկալիչներ, որոնք իրենցից ներկայացնում են ազատ նյարդային վերջույթներ և որոնք ձևավորում են կենտրո-

նաձիգ գրգիռների հոսքը, կոչվում են *նոցիցեպտորներ*: Գոյություն ունեն Aδ՝ միելինապատ նոցիցեպտորներ և C՝ միելինազուրկ նոցիցեպտորներ:

Ցավն ունի եռնեյրոնային հաղորդչային համակարգ, որի նեյրոնները գտնվում են՝ առաջինը՝ ողնուղեղային հանգույցում, երկրորդը՝ ողնուղեղի հետին եղջյուրում, երրորդը՝ տեսաթմբում: Վնասվածքի պահի և դրա գիտակցման միջև ընկած բարդ էլեկտրաքիմիական երևույթների ամբողջությունը կոչվում է *նոցիցեպցիա*: Վերջինս իր մեջ ընդգրկում է տրանսդուկցիա, տրանսմիսիա, մոդուլյացիա և պերցեպցիա:

Հակացավային համակարգը: Գոյություն ունեն ցավից պաշտպանվելու և դրան դիմակայելու ներքին մեխանիզմներ: Ընդ որում, դրանք ակտիվանում են միայն ցավերի առկայության դեպքում:

Ցավի ազդեցությունը օրգան/համակարգերի վրա: Ցավը, հատկապես երկարատև քրոնիկ ցավը, սթրես է և ունի կործանարար ազդեցություն ինչպես օրգան/համակարգերի, այնպես էլ հիվանդի հոգեբանական վիճակի վրա: Ցավը այս պարագայում հանդիսանում է որպես դիսթրես՝ համապատասխան դեզադապտացիոն ազդեցությամբ օրգանիզմի վրա:

Ցավի կլինիկական գնահատումը, ԱՀԿ-ի եռաստիճան սանդուղքը և ցավազրկման միջազգային արձանագրերի կիրառումը: Ցավը սուբյեկտիվ զգացողություն է և դրան օբյեկտիվ բնույթ հաղորդելու համապատասխան բուժելու համար գոյություն ունեն միաչափ և բազմաչափ գործիքներ: Միաչափ գործիքներից են Վիզուալ Անալոգային Սանդղակը VAS, որը ամենապարզն է և ամենակիրառելին: Բազմաչափ գործիքներն են՝ McGill Ցավի հարցաշարը (The McGill Pain Questionnaire) և այլ ավելի բարդ հարցաշարեր, որոնք ունեն ավելի մասնագիտական և գիտական նշանակություն:

Ցավի բուժումը: 1986 թվականին ԱՀԿ-ն առաջարկել է քրոնիկ ցավերի դեղորայքային բուժման եռաստիճան սանդուղք, որի հիմ-

քում ընկած է VAS-ի միջոցով գնահատված ցավի ուժգնության աստիճանը, ըստ որի 1-3 ցուցանիշը համարվում է մեղմ ցավ, 4-6՝ միջին ուժգնության ցավ, 7-10՝ շատ ուժեղ կամ ասատիկ անտանելի ցավ: Ցավազրկող դեղի ընտրությունը պետք է հիմնվի ԱՀԿ ցավազրկման փուլային մոտեցման վրա:

Բուժման տարբերակներն են՝ ոչ ստերոիդային հակացավային դեղամիջոցները (ՈՍՀՑ), օփիոիդները (թույլ/ուժեղ), աղյուսանտները, հորմոնները, տեղային անէսթետիկները, ոչ դեղորայքայիններն են՝ ասեղնաբուժությունը, մերսումը, նյարդային բարձր հաճախականության խթանումը, ավանդական բժշկությունը և այլն:

Օգտագործված գրականություն

1. Ամոքիչ խնամքի աշխատանքային ձեռնարկ. Անթոնի Սմիթ. ՓՐԱՅՄ Ինթերնեշնլ, www.prime-international.org.uk Հայաստան. ԵՊՀ հրատ., 2011 ISBN 978 -5- 8084 1432 – 7 էջեր՝ 9-11, 31- 46, 133 -137, 157 – 162, 185 -194:
2. Alleviating Psychological and Spiritual Pain in Patients with Life-Limiting Illness.
3. Holly M Homes, MD Regina Stein, MD, Carol F Knight EdM. Unit 2 Third edition. Hospice and Palliative Care Training for Physicians: Self –study Program. Published by American Academy of Hospice and Palliative Medicine. 4700W. Lake Avenue Glenview, IL 60025-1485. ISBN 978-1-889296-22-7 www.aahpm.org.
4. Communicating with cancer patients. John F. Smith ESMO press. 2013.
5. <http://hospicecare.com/home/>

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Երկարատև ցավային համախտանիշով տառապող հիվանդների խնդիրները և դրանց արդյունավետ լուծումը:
2. Նոցիցեպտորների նկարագրությունը և գործառույթները:

**ԲԺԻՇԿ-ՀԻՎԱՆՆ/ԸՆՏԱՆԻՔ ԵՎ ԲԺԻՇԿ-ԱՅԼ ՄԱՍՆԱԳԵՏ
ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Վատ լուրի սահմանումը՝ տեղեկություն, որը զգալիորեն բացասապես է անդրադառնում հիվանդի՝ իր ապագայի տեսլականի վրա:

Հիվանդին և իր հարազատներին վատ լուր հայտնելու անհրաժեշտությունը հանդիսանում է բժշկի գործունեության բաղադրիչ մասը և պարտադրում է նրան տիրապետել որոշակի հմտությունների այն իրագործելու համար: Բժիշկն ունի բժշկական ճշմարտությունը հիվանդներին հայտնելու իրավական և էթիկական պարտավորություններ: Այն ձևը, որով նա դա իրականացնում է, շատ կարևոր է բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների համար:

Վատ լուրերի հայտնելու տարբերակներ.

- թաքցնել,
- մանրամասն բացատրել,
- անհատական մոտեցում ցուցաբերել:

Վատ լուր հայտնելիս կարևոր է «6 քայլ» արձանագրության սկզբունքներին հետևել՝ հնարավորություն տալով հիվանդին և հարազատներին հարմարվելու այդ լուրի հետ.

1. Շփման սկիզբը:
2. Համոզվեք, որ հիվանդն արդեն գիտի իր հիվանդության մասին:
3. Որոշեք՝ ի՞նչ և որքա՞ն է ուզում իմանալ հիվանդը:
4. Տեղեկության հաղորդում:
5. Արձագանքում հիվանդի և նրա ընտանիքի անդամների զգացմունքներին:
6. Պլանավորում և հետագա հսկողություն:

Բժիշկ-հիվանդ հաղորդակցման ընթացքում շատ կարևոր է, որ բժիշկը խոսի հասկանալի լեզվով, որը հավելյալ բարդություններ չի առաջացնում հիվանդի համար, ով արդեն իսկ գտնվում է խոցելի

վիճակում: Կարևոր է, որ հիվանդը վստահություն ունենա բժշկի հանդեպ:

Բժշկի գործունեությունը չի կարող արդյունավետ լինել առանց թիմի այլ մասնակիցների: Բացի այդ, բժիշկ-այլ մասնագետ համագործակցության հաշվին հաղթահարվում է «այրման» համախտանիշը:

Մասնագիտական «այրման» համախտանիշի ցուցանիշներն են.

- զգացմունքային հյուսվածություն,
- դեպերսոնալիզացիա, անձնական ռեալիզացիայի ձախողում,
- պարտության զգացում և այլն:

Ուռուցքաբանների 30-50% տառապում են «այրման» համախտանիշով:

Օգտագործված գրականություն

1. Ամոքիչ խնամքի աշխատանքային ձեռնարկ. Անթոնի Սմիթ. ՓՐՄՅՄ Ինթերնեշնլ, www.prime-international.org.uk Հայաստան. ԵՊՀ հրատ., 2011 ISBN 978 -5- 8084 1432 – 7 էջ՝ 9-11, 31- 46, 133 – 137, 157 – 162, 185 -194.
2. Уход за пациентом Учебный фильм <http://pallcare.ru/ru/?p=1350413085&id=1350413128>
3. Синдром эмоционального выгорания <http://pallcare.ru/ru/?p=1190791738&id=1308114997>
4. Communication and the Hospice and Palliative Physician’s Role on the Interdisciplinary Team . Toby C. Campbell, MD, Gordon J Wood MD, Carol F. Knight, EdM Unit 5. Hospice and Palliative Care Training for Physicians: Self –study Program. Published by American Academy of Hospice and Palliative Medicine. 4700W. Lake Avenue Glenview, IL 60025-1485. ISBN 978-1-889296-25-8 www.aahpm.org.
5. Communicating with cancer patients. John F. Smith ESMO press. 2013.

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Հիվանդ –բժիշկ հարաբերությունների միջև առաջացող խնդիրները և դրանց լուծումը:
2. Բժշկի դերը բազմագիտակարգային թիմում:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՄԿՁԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Պալիատիվ և հոսպիսային օգնություն տրամադրելիս օգտագործվում է համալիր մոտեցում հիվանդներին և նրանց խնամողներին աջակցություն տրամադրելիս: Այս մոտեցումը ենթադրում է նաև այլ խնդիրներին միջամտություն, որոնք դուրս են գալիս ֆիզիկական ախտանիշների շրջանակներից: Սա ներառում է գործնական կարիքների բավարարում, խորհրդատվություններ թե՛ հիվանդին, թե՛ նրա ընտանքի անդամներին: Սրա հետ միասին ապահովվում է աջակցության համակարգ, որը թույլ է տալիս հիվանդներին հնարավորինս ակտիվ կենսակերպ պահպանել մինչև մահ:

Սոցիալական աշխատանքի դերը պալիատիվ խնամքում գործնական կարիքների բավարարման մեխանիզմների փնտրտուքն ու բավարարումն է՝ թե՛ կոնկրետ հիվանդի մակարդակով, թե՛ նրանց շահերի պաշտպանությունն ու աջակցող համակարգի ստեղծմանը մասնակցության մակարդակով: Սոցիալական աշխատանքը ներառում է սոցիալական գնահատման միջոցով օրենսդրական, վարչարարական խոչընդոտների բացահայտումը, դրանց չեզոքացման առաջարկությունները հանդես գալը, հիվանդներին/կլիենտներին ուղղված քաղաքականության մեջ դրական զարգացումների հասնելը, հավասար հնարավորությունների ապահովումը:

Պալիատիվ օգնության մեջ սոցիալական աշխատանքը օգտագործում է իր ընդհանուր տեսական և գործնական բազան, սակայն յուրաքանչյուր կլիենտի դեպքում (անհատ, խումբ, հանրայթ, համայնք), սոցիալական աշխատողները պարտավոր են լավ գիտելիքներ ունենալ կոնկրետ հիվանդության զարգացման առանձնահատկությունների և հետևանքների վերաբերյալ, գերազանց տիրապետել ոլորտի օրենսդրությանը՝ կլիենտների սոցիալական պաշտպանությունը լավագույնս իրականացնելու համար:

Սոցիալական աշխատանքը, որպես մասնագիտական գործունեություն, ենթադրում է անմիջական աշխատանք հիվանդության զարգացման ամբողջ ընթացքում՝ հիվանդի և նրա ընտանիքի կյանքում առաջացած դժվարությունների (սոցիալ-ֆինանսական դժվար իրադրություն, կորուստներ, մտերիմ մարդու մահ, հաշմանդամություն և այլն) հաղթահարման նպատակով: Որպես կլիենտ կարող են հանդես գալ և՛ անհատը, և՛ ընտանիքը, և՛ խումբը, և՛ համայնքը: Սոցիալական աշխատանքը կլիենտի կարիքների բավարարման, առկա խնդիրների լուծման նպատակով ենթադրում է համագործակցություն թե՛ ֆորմալ, թե՛ ոչ ֆորմալ կառույցների, հասարակական միավորների հետ:

Սոցիալական աշխատանքը, հանդիսանալով օգնող մասնագիտություն, իր կարևորագույն ներդրումն ունի նաև օնկոլոգիայում: Այն պալիատիվ և հոսպիսային խնամքի կարևորագույն բաղադրիչներից է:

Ընդհանուր սկզբունքների վրա հիմնվելով՝ **բժշկասոցիալական աշխատանքը օնկոլոգիական հիվանդների հետ** ունի նաև իր առանձնահատկությունները, որոնք կարելի է պայմանականորեն բաժանել երկու մասի. ընդհանուր և մասնավոր գործառույթներ՝ ուղղված կոնկրետ օնկոլոգիական հիվանդություն ունեցող անձի սոցիալ-հոգեբանական, սոցիալ-բժշկական խնդիրների լուծմանը:

Ընդհանուր գործառույթներ

- Մասնակցություն օնկոլոգիական հիվանդությունների կանխարգելման աշխատանքերին ռիսկային խմբերի հետ:
- Սոցիալ-բժշկական օգնության կարիք ունեցող անձանց շահերի ներկայացում իշխանության մարմիններին, սոցիալական ջատագովություն (ադվոկացիա), իրավունքների սոցիալական պաշտպանության ապահովում:
- Հիվանդների արտոնությունների, թոշակների, սոցիալական նպաստների և սոցիալական պաշտպանության այլ տեսակների վերաբերյալ տեղեկատվության հասանելիության ապահովում:
- Օժանդակություն շահառուներին սոցիալ-կենցաղային, բնակարանային պայմանների, առանձնահատուկ կարքների բավարարման ապահովման հարցերում (ռեսուրսների հայթայթում):
- Սոցիալական աշխատանքի վերաբերյալ իրազեկում կլինիկական բժշկության ոլորտներում:
- Փոխօգնության և ինքնօգնության շարժումների ձևավորում և զարգացում:
- Մասնակցություն հիվանդների տարբեր խմբերի համար համապարփակ ծրագրերի մշակմանը և վերականգնողական ենթակառուցների ստեղծմանը:
- Հիվանդին խնամելու և հոգ տանելու գործնական, սոցիալ-հոգեբանական հմտությունների վարժանքների իրականացում ընտանիքի անդամների և այլոց համար:

Մասնավոր գործառույթներ

- Հիվանդին պալիատիվ և հոսպիսային օգնության մեջ ներառում, փաստաթղթային օժանդակություն:

- Հիվանդին/կլիենտին իրագեկում բժշկասոցիալական օգնություն ստանալու իր իրավունքների, տրամադրման կարգի, հաջորդականության վերաբերյալ՝ հաշվի առնելով խնդրի առանձնահատկությունները:

Թե՛ ընդհանուր, թե՛ մասնավոր գործառույթներ իրականացնելիս սոցիալական աշխատողը իրականացնում է խորհրդատուի, միջնորդի, իրավապաշտպանի, ուղղորդողի, աջակցողի, կրթողի, կազմակերպչի և մի շարք այլ դերեր:

Սոցիալական աշխատանքի գործառույթները նախընտրելի է իրականացնել սոցիալական դեպքի վարման տեսանկյունից՝ կազմելով յուրաքանչյուր հիվանդի համար անհատական վերականգնողական պլան և վերահսկելով դրա իրականացումը:

Սոցիալական վերականգնումը իրենից ներկայացնում է յուրաքանչյուր կլիենտի համար օպտիմալ ծրագրի իրականացում, որը նախատեսում է նրա համար հնարավորինս բարեհաջող ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական պայմանների ստեղծում: Սոցիալական վերականգնումը ենթադրում է՝ կյանքի որակի բարելավում՝ վերականգնելով անձի կորսված կամ թուլացած սոցիալական նշանակությունը:

Ինչպես տեսնում ենք, վերականգնման գործընթացներից անբաժան է սոցիալական աշխատանքը, որի սահմանումը համահունչ է վերականգնման սահմանման հետ:

Սոցիալական վերականգնման տեսանկյունից կլիենտներին պալիատիվ աջակցություն տրամադրելիս առավել ռացիոնալ և նպատակահարմար է համարվում հետևյալ մոտեցումը, երբ սոցիալական աշխատողները, բժիշկները, հոգեբանները միավորված են խմբում, և ոչ միայն կատարում են իրենց գործառութային պարտականությունները, այլև փոխլրացնում են միմյանց:

Նման միջգիտակարգային խմբերի հիմնական բնութագրիչներն են մասնագիտացումը, ուղղորդվածությունը և համահունչ լինելը:

Մա ենթադրում է համալիր մոտեցում հիվանդներին և նրանց խնամողներին աջակցություն տրամադրելիս, ինչպես նաև ապահովվում է աջակցության համակարգ, որը թույլ է տալիս կլինետներին հնարավորինս ակտիվ կենսակերպ պահպանել մինչև մահ:

Չնայած որոշակի նվաճումներին չարորակ նորագոյացությունների բուժման և ախտորոշման մեջ՝ միայն հիվանդների կյանքի տևողության երկարացումը չի կարող լինել բացարձակ չափանիշ արդյունավետ օգնության տեսանկյունից, անհրաժեշտ է հաշվի առնել նաև կյանքի որակի բարձրացումը: Մոցիալ-բժշկական աջակցության համատեքստում կարևորագույն ցուցանիշ է համարվում ոչ միայն հիվանդի կլինիկական առողջացումը, այլև վերադարձը նախկին սոցիալական ստատուսին:

Երկարատև հիվանդությունը, հոսպիտալացումը, առաջնային շրջապատից մեկուսացումը, սոցիալական ստատուսի կորուստը, վիրահատական միջամտությունները, հաշմանդամության վախը, մահվան սպառնալիքը և այլ գործոններ խաթարում են վարքային սովորական մոդելները, վերաձևավորում են արժեքային համակարգը, վերափոխում են անձին: Չարորակ նորագոյացությունների զարգացման կլինիկական ընթացքը, բուժման յուրահատկությունները, օրգանիզմի անատոմիական-ֆիզիոլոգիական խաթարումները, որոնք անպայմանորեն ուղեկցում են բուժմանը, ստեղծում են լրացուցիչ բժշկական, հոգեբանական, սոցիալական միջամտության անհրաժեշտություն: Այս ամենը սահմանում է պալիատիվ խնամքի կարիք ունեցող (նաև օնկոլոգիական) հիվանդների սոցիալական վերականգնումը որպես կարևորագույն նպատակ: Սոցիալական վերականգնման հիմնաքարը կլինետի խնդիրների սոցիալական ախտորոշումն ու գնահատումն է:

Օգտագործված գրականություն

1. Սոցիալական աշխատանքի տեսություններ և մոդելներ: Աննա Ուկանյան. – Եր., 2012, – 80 էջ:
<http://www.wvarmenia.am/am/publication/books-booklets>:
2. Чаплин И. В., Актуальные проблемы социальной работы в сфере хосписной и паллиативной помощи. Под редакцией В. В. Харабета Мариуполь, 2013, http://www.e-reading.club/bookreader.php/1030588/Chaplin_-_Aktualnye_problemy_socialnoy_raboty.pdf

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Սոցիալական աշխատանքի գործառույթները պալիատիվ խնամքի և սպասարկման ոլորտում:
2. Կյանքի դժվարին իրավիճակ, սոցիալական կարիք, սոցիալական դեպք հասկացությունները:

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՍՈՂԵԼԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ

Սոցիալական ախտորոշումը իրենից ներկայացնում է տարբեր մակարդակներում սոցիալական հիմնախնդիրներ առաջացնող պատճառահետևանքային կապերի ու փոխհարաբերությունների վերհանում և ուսումնասիրություն, ավելի նեղ իմաստով՝ անհատի, ընտանիքի, խմբի համար կենսական բարդ իրավիճակներ առաջացնող սոցիալական խնդիրների հետազոտում, մեկ այլ մեկնաբանությամբ՝ հասարակության սոցիալ-տնտեսական, մշակութաիրավական, բարոյահոգեբանական, բժշկակենսաբանական վիճակը բնորոշող պատճառահետևանքային կապերի և փոխհարաբերությունների բացահայտման և ուսումնասիրման գիտական գործընթաց: Սո-

ցիալական ախտորոշման անհրաժեշտությունը հիմնավորվում է հետևյալ տրամաբանությամբ.

1. Նախ՝ մարդիկ կամ խմբերը իրենց հիմնախնդիրների իրական պատճառների մասին ոչ միշտ ունեն լիարժեք և հավաստի պատկերացումներ: Բազմաթիվ հիմնախնդիրներ դիտարկվում են ոչ թե պատճառահետևանքային կապերի համատեքստում, այլ՝ առօրյա մակերեսային դրսևորումների միջոցով:
2. Խնդրի արտաքին դրսևորումը հաճախ չի համընկնում նրաներքին բովանդակության, էության հետ: Միջամտությունն այս պարագայում չի կարող արդյունավետ լինել: Սոցիալական ախտորոշման նպատակը խնդրի իրական, հաճախ արտաքին դիտարկման համար ոչ ակնհայտ պատճառների բացահայտումն է:
3. Բացի այդ, սոցիալական ախտորոշումը հնարավորություն է տալիս խնդիրների բացահայտումից հետո դրանք որոշակի աստիճանակարգով ներկայացնել՝ ըստ առաջնահերթության: Այդ հաջորդականությունը թույլ է տալիս և՛ մասնագետին, և՛ հիմնախնդիրը կրողին՝ ջանքերը կենտրոնացնել առավել հրատապ խնդիրների հաղթահարման համար:

Սոցիալական ախտորոշումը բաղկացած է հետևյալ փուլերից՝ **ուսումնասիրություն և փաստերի հավաքում, փաստերի ախտորոշում և գնահատում:**

Ուսումնասիրության և փաստերի հավաքման համար օգտագործվում են մի շարք ընդհանուր մեթոդներ՝ *ազատ կամ կիսակառուցվածքային հարցազրույց, դիտարկում, փաստաթղթերի ուսումնասիրություն:* Սոցիալական աշխատանքում կլիենտի կարիքի գնահատման համար այս մեթոդները հաճախ միավորվում են տնայցի ընթացքում: Ճշգրիտ ախտորոշումը թույլ է տալիս բացահայտել հիմնախնդրի պատճառը և նախատեսել լուծման միջոցները: Սոցիալական

ախտորոշումը ենթադրում է ինչպես կլինետի անձի, այնպես էլ նրա սոցիալական դրության գնահատում:

Ախտորոշման ավարտին պատկերացում է ձևավորվում.

1. անհանգստություն առաջացնող իրավիճակի, դրա պատճառների ու գործոնների, դրանց հետ փոխկապակցված զգացմունքների վերաբերյալ,
2. հիմնախնդիրների դրսևորումների ու հետևանքների (ճյուղավորումների), ինչպես նաև աստիճանակարգության (հիերարխիա) վերաբերյալ,
3. հիմնախնդրի սոցիալական, հոգեբանական, ընտանեկան և այլ ասպեկտների վերաբերյալ:

Գնահատման գործընթացը ներառում է.

1. խնդրահարույց իրադրության առանցքային փաստերի բացահայտում,
2. կլինետի հիմնախնդիրների բացահայտում,
3. հիմնախնդիրների լուծման հետ կապված կլինետի պոտենցիալ ռեսուրսների բացահայտում և օգտագործման նպատակահարմարության հստակեցում,
4. արտաքին ռեսուրսների բացահայտում՝ հիմնախնդրի լուծման նպատակով:

Կլինետի կամ կլինետների հիմնախնդիրների բացահատումից և գնահատումից հետո հաջորդ քայլը անհատական վերականգնողական ծրագրի կազմումն է և միջամտության գործողությունների ընտրությունը:

Օգտագործված գրականություն

1. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. Под редакцией Г. А. Новикова, академика РАМН, профессора В. И. Чиссова, профессора О.П. Модникова.. - Том II. - М.: 2004. - 488 с.

2. Шурьгина Ю. Ю. Содержание и методика социально- медицинской работы (с региональным компонентом): Учебно- методическое пособие. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2004. – 121 с. <http://window.edu.ru/resource/936/18936/files/Mtdusc6.pdf>

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Սոցիալական ախտորոշումը որպես կլինետի սոցիալ-բժշկական, սոցիալ-հոգեբանական վերականգնման հիմք:
2. Առաջնային տեղեկատվության հավաքման մեթոդները սոցիալական աշխատանքում:

ՎԱՐՃԱԺԱՄՎԵՏ ՄՈՂԵԼՆԵՐ ԵՎ ԴԵՊՔԻ ՎԱՐՈՒՄ

Բժշկասոցիալական միջգիտակարգային թիմի կազմում առավել հրամայական է դառնում սոցիալական դեպքի վարման մեխանիզմների ներդրումը համագործակցության ապահովման և համապարփակ աջակցություն տրամադրելու տեսանկյունից: Այն իրենից ներկայացնում է համագործակցության և հասանելի ռեսուրսների որոնման միջոցով և անձի (ընտանիքի) սոցիալական կարիքների գնահատման հիման վրա իրականացվող գործընթաց, որը ներառում է սոցիալական աջակցություն ստացողների կարիքներին համարժեք սոցիալական ծառայությունների տրամադրման գործընթացի ծրագրավորումը, դրանք ստանալու հարցում աջակցությունը՝ նպատակ ունենալով բավարարել հիվանդի սոցիալական կարիքները:

Սոցիալական դեպքի վարումը ենթադրում է հետևյալ քայլերը.

1. Սոցիալական ախտորոշում/կարիքի գնահատում: Սոցիալական աշխատանքում ամենակարևորը սոցիալական ախտորոշումն է, որը հիմք պետք է դառնա անհատին կամ ընտանիքին

օգնելու մեթոդն ընտրելիս: Ընդ որում, պետք է յուրաքանչյուր դեպքը գնահատել առանձին՝ ելնելով դրա առանձնահատկություններից: Պետք է գնահատել կլիենտի հոգեբանական, բժշկական, սոցիալական կարիքները միմյանցից տարբերակված: Ախտորոշումը պետք է կրի գիտականորեն հիմնավորված բնույթ: Այս փուլում ստեղծվում է կլիենտի ընտանիքի **գե-նոգրամը** և նրա շրջապատի **էկոգրամը**, որոնք տեղեկությունների գրաֆիկական արտահայտումներ են:

2. Նպատակների սահմանում և հստակեցում: Քանի որ ախտորոշումը կատարվում է թե՛ բժշկական, թե՛ սոցիալական, թե՛ հոգեբանական տեսանկյուններից, ապա յուրաքանչյուր խնդրի լուծման համար դրվում է համապատասխան նպատակ: Հաշվի են առնվում ինչպես հնարավորությունները, այնպես էլ ռիսկերը:
3. Գործողությունների նկարագրություն: Մա ենթադրում է յուրաքանչյուր նպատակին հասնելու համար անհրաժեշտ քայլերն ըստ մասնագիտության:
4. Կատարողների/պատասխանատուների հստակեցում յուրաքանչյուր քայլի կատարման տեանկյունից. նշվում է, թե ո՞ր գործողության համար ո՞վ է պատասխանատու:
5. Ողջամիտ ժամկետների ընտրություն՝ յուրաքանչյուր նպատակի իրականացման համար:
6. Արդյունքների/չափորոշիչների նկարագրություն:

Սոցիալական դեպքի վարումը չնայած իր ընդհանուր բնույթին, բավականին ճկուն մեխանիզմ է ապահովում սոցիալական աշխատանքի կարճաժամկետ և միջին տևողության մոդելների (խնդրի վրա կենտրոնացման, համակարգային-էկոլոգիական, ճգնաժամին

միջամտության, իմացաբանական-վարքաբանական)¹ ընտրության և գործածման տեսանկյունից:

Սոցիալական աշխատանքի արդյունավետ պրակտիկան անհնար է առանց սոցիալական աշխատանքի մոդելների, որոնք հանդիսանում են տարբեր հիմնախնդիրների տեսական վերլուծություններ և դրա լուծման եղանակներ:

Մոդելը տեսության վրա հիմնված մասնագիտական հնարքների ամբողջություն է, որի հետևողական իրականացումը բերում է հիմնախնդրի լուծման: Մոդելի հիմքում ընկած տեսությունը մեկնաբանում է հիմնախնդիրը, բացահայտում դրա պատճառները և մատնանշում լուծման ուղիները:

Սոցիալական աշխատանքում առանձնացնում են **կարճատև, միջին տևողության և երկարատև մոդելներ**: Կարճատև մոդելները ստեղծված են հրատապ հիմնախնդիրների լուծման կամ կարճատև իրավիճակների հաղթահարման նպատակով, իսկ միջին տևողության և երկարատև մոդելներն ուղղված են խոր արմատացած հիմնախնդիրների հաղթահարմանը:

Սոցիալական աշխատանքի հիմնական գաղափարը՝ մարդու և նրա սոցիալական շրջապատի ռեսուրսների բացահայտումն է, զարգացումը և արդյունավետ օգտագործումը տարաբնույթ խնդիրներ հաղթահարելիս:

Ամփոփելով կարելի է նշել, որ սոցիալական աշխատանքը ուղղված է.

1. կլիենտի ինքնուրույնության, սեփական կյանքը վերահսկելու, առաջացող հիմնախնդիրների արդյունավետ լուծման հնարավորությունների մեծացմանը,
2. պայմանների ստեղծմանը, որի արդյունքում կլիենտը կարող է մաքսիմալ օգտագործել իր հնարավորությունները և օգտ-

¹ Այս մոդելները առավել մեծ օգտագործում և ճանաչում ունեն միջազգային պրակտիկայում:

վել այն արտոնություններից, որոնք նրան հասնում են օրենքով,

3. հասարակությունում կլիենտի ադապտացիային և ռեադապտացիային,
4. պայմանների ստեղծմանը, որոնց արդյունքում անձը ուշադրություն չդարձնելով ֆիզիկական վնասվածքներին, նյարդային վիճակին կամ կյանքի ճգնաժամներին, կարող է ապրել պահպանելով արժանապատվության զգացումը և այլոց կողմից հարգանքը:

Օգտագործված գրականություն

1. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению>Новая редакция Порядка утверждена Приказом МЗ РФ № 187н от 14 апреля 2015 г. <http://publication.pravo.gov.ru /Document/View/0001201505120026>
2. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. Под редакцией Г. А. Новикова, академика РАМН, профессора В. И. Чисова, профессора О.П. Модникова.. - Том II. - М.: 2004. - 488 с.

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Սոցիալական վերականգնում. պալիատիվ ինամքում կլիենտի սոցիալական վերականգնումը միջգիտակարգային մոտեցման համատեքստում: Անհատական վերականգնողական պլանի կառուցվածքը և բովանդակությունը:
2. Համակարգային–միջավայրային տեսության «Կյանքի մոդելի» կիրառման նպատակահարմարությունը պալիատիվ սոցիալական աշխատանքի տեսանկյունից:

*ՀԻՎԱՆՂՈՒԹՅԱՆ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՓՈՒԼԻ
ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԲԱՂԱՂԻՐՁ*

1960-ական թվականներին քաղցկեղի ախտորոշման հայտնումը համարվում էր դաժանություն և հույսից զրկում: Մարդիկ կարծում էին, որ հիվանդը ավելի լավ կհաղթահարի հիվանդության ընթացքը առանց ախտորոշման իմացության. այդպիսով հիվանդը մնում էր միայնակ իր հույզերի հետ:

Բժշկության ժամանակակից նվաճումների շնորհիվ քաղցկեղը այլևս չի նույնականացվում մահացու հիվանդության հետ, իսկ բազմաթիվ հետազոտությունները փաստում են այն մասին, որ տեղեկացված լինելը նպաստում է արդյունավետ հաղթահարման մեխանիզմների ակտիվացմանը: Սակայն հիվանդները և իրենց մտերիմները ժամանակի կարիք ունեն՝ տեղեկատվությունը ասիմիլյացնելու և վատ լուրերին հարմարվելու համար: Չնայած բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տալիս, որ հիվանդների մեծամասնությունը ցանկանում է տեղեկացված լինել իրենց ախտորոշման վերաբերյալ, այնուամենայնիվ, մասնագետները հաճախ բախվում են նրան, որ մտերիմները պահանջում են չասել հիվանդին ախտորոշման մասին՝ պատճառաբանելով, որ հիվանդը ընդունակ չի լինի հաղթահարել այդ լուրը: Այս պարագայում կարևոր է ընտանիքի անդամներին ցույց տալ, որ իրենց մտահոգությունները լսելի են՝ միաժամանակ մատնանշելով ու հիմնավորելով տեղեկացված լինելու դրական կողմերը:

Այս կոնտեքստում առանցքային է համարվում, թե ինչպես է հիվանդը և իր ընտանիքը տեղեկանում ախտորոշման մասին: Վատ լուրերի հայտնելու պրոցեսը պետք է սպեցիֆիկորեն հարմարեցված լինի՝ տվյալ անհատի կարիքները հաշվի առնելով: Վատ լուրերի հայտնելու նպատակը այդ լուրի հայտնումն է այն ձևով, որը կնը-

պաստի ընդունմանն ու հասկացմանը և կիջեցնի դեստրուկտիվ պատասխանի ռիսկը:

Վատ լուրը տեղեկատվություն է, որը հավանական է՝ կտրուկ փոխի հիվանդի պատկերացումները իր ապագայի վերաբերյալ (Buckman, 1992) :

Ընդհանուր առմամբ պալիատիվ խնամքի համատեքստում, վատ նորությունը դա անձին՝ իր կյանքին վտանգ սպառնացող կամ կյանքը սահմանափակող ախտորոշման կամ ախտորոշման կասկածի մասին լուրի հայտնումն է:

Վատ լուրերի հայտնումը .

- հանգեցնում է իմացական, վարքային կամ հուզական ազդեցության, որը պահպանվում է նորությունը ստանալուց հետո դեռ որոշ ժամանակ,
- կարող է ընկալվել որպես *վատ* տվողի, ստացողի կամ երկուսի տեսանկյունից,
- սրության ընկալումը տատանվում է յուրաքանչյուր անձի համար,
- անհնար է գնահատել վատ նորության ազդեցությունը, քանի դեռ անհայտ են ստացողի սպասումները և հասկացումը:

Չափազանց կարևոր է, ոչ միայն տրվող տեղեկատվության բովանդակությունը, այլև հաղորդակցման ոճը, որով տրվում է այս տեղեկատվությունը: Գոյություն ունեն հաղորդակցման մի քանի ոճեր, որոնք կիրառվում են բուժաշխատողների կողմից: Ստորև ներկայացվում են դրանցից մի քանիսը՝ իրենց բնորոշ գծերով .

- **«Վարորդական»:** Բնորոշ են ուղիղ և արդյունավետ, անաչառ, անկախ, որոշող, պրագմատիկ դրսևորումները:
- **Արտահայտիչ** ոճին բնորոշ է ներազդող և մոտիվացնող, համոզիչ, ոգևորող և ընկերական, լավ պատմող լինելը:
- **Վերլուծական:** Այս ոճը նկարագրվում է համառությամբ, ճշգրտությամբ/պահանջկոտությամբ, տրամաբանությամբ,

վարքի լրջությամբ, համակարգվածությամբ/ կանոնակարգվածությամբ:

- **Միրալիր:** Այս ոճին տիրապետող մասնագետը արդյունավետ լսող, համագործակցող, աջակցող, դիվանագետ, համբերատար է:

Հաղորդակցական ոճը ազդում է՝

- նրա վրա, թե ինչի մասին է անձը խոսում,
- խոսելու ձևի վրա,
- ձայնի տոնի վրա,
- խոսքի տեմպի վրա,
- մարմնի լեզվի վրա,
- արձագանքման ունակության վրա,
- լսելու պաստեռների վրա:

Արդյունավետ հաղորդակցմանը բնորոշ է սենզիտիվություն և ակտիվ լսում: Ակտիվ և արդյունավետ լսելու տեխնիկաներ են.

- Պատասխանների խթանում,
- Հարցեր,
- Պարզաբանում,
- Պարաֆրազ,
- Ապրումակցում,
- Ընդհանրացում:

Վատ լուրերի հայտնումը երբեմն առաջ է բերում մտավախություններ՝ կապված այդ լուրի նկատմամբ հիվանդի հակազդման սրության հավանականության հետ, ինչպես նաև՝ չիմացությունից, թե ինչպես կարելի է աջակցել հիվանդին: Անհրաժեշտ է տեղեկացված լինել վատ լուրերի հայտնմանն ի պատասխան առաջ եկող խնդիրներին նախքան վատ լուրի հայտնումը:

Ախտորոշմանը կարող են զուգորդվել հետևյալ խնդիրները.

- կյանքին սպառնում/մահվան վախ,
- անադեկվատ տեղեկություններ/թյուրընկալումներ,

- կանխատեսումների անորոշություն,
- պատճառների վերաբերյալ մեղքի զգացում,
- խարան,
- վախ ցավից,
- ոչ արժանապատիվ մահվան վախ,
- անհանգստություն կապված մտերիմների արձագանքի հետ,
- բուժման վերաբերյալ վախեր:

Ախտորոշման հայտնելուն ի պատասխան հիվանդների մոտ կարող է դրսևորվել դիսթրեսի այս կամ այն աստիճան: Դիսթրեսը հոգեբանական /իմացական, վարքային, հուզական/, սոցիալական և/կամ հոգևոր բնույթի բազմագործոնային տեսակ հուզական վիճակ է, որը կարող է բացասաբար ներգործել անձի ընդունակության վրա դիմակայելու քաղցկեղին, դրա ֆիզիկական ախտանիշներին, ինչպես նաև բուժման վրա:

Դիսթրեսը դրսևորվում է կոնտինուումով՝ խոցելիության, տրիստության և վախի բնականոն զգացումից մինչև անկարողության հանգեցնող խնդիրների՝ դեպրեսիա, տագնապ, խուճապ, սոցիալական մեկուսացում, էքզիստենցիալ և հոգևոր ճգնաժամ:

Այսպիսով, վատ նորությունների հայտնումը դա կարևորագույն հմտություն է, որը ներառում է՝

- պատասխան հիվանդների հուզական արձագանքին,
- հիվանդի ներգրավվում որոշումների կայացման գործընթացի մեջ,
- առնչություն առաջացած դիսթրեսի հետ,
- ընտանիքի անդամների ներգրավվում,
- հուսադրելու կարողություն, երբ իրադրությունը մոայլ է:

Կարևոր է ընդգծել, որ այն բուժաշխատողները, ովքեր վերահսկում են իրենց հույզերը և հանգիստ են վատ նորությունները հայտնելու տեսանկյունից, ավելի քիչ են հակված սթրեսի և հուզական այրմանը:

Ընդհանրացնելով, կարող ենք ասել, որ վատ լուրերի հայտնման նպատակներն են.

- հիվանդից հավաքել տեղեկատվություն,
- հիվանդին տրամադրել դյուրըմբռնելի տեղեկատվություն՝ համաձայն իր կարիքների և ցանկությունների,
- աջակցել հիվանդին՝ նվազեցնելու հուզական ազդեցությունը և մեկուսացվածությունը,
- կայացնել հիվանդի հետ արդյունավետ համագործակցություն:

Ռ. Բաքմենը, Վ. Բեյլը և այլք, մշակել են **վատ լուրերի հայտնման պրոցեսի արձանագրություն (SPIKES)**, որը թույլ է տալիս հասնել վերոգրյալ 4 նպատակներին: Արձանագրությունը ներառում է 6 քայլ, որոնք նկարագրում են նաև հաղորդկացման առանցքային հմտությունները: Այդ քայլերը հետևյալն են.

1. Հարցազրույցի կարգավորում/ SETTING UP the interview
2. Հիվանդի ընկալման գնահատում/ Assessing patient's PERCEPTION
3. Հիվանդի հրավերի ստացում / Obtaining the patient's INVITATION
4. Գիտելիքի և տեղեկատվության տրամադրում /Giving KNOWLEDGE and information
5. Անդրադարձ հիվանդի հույզերին / Addressing the patient's EMOTIONS
6. Ռազմավարություն և ամփոփում / STRATEGY and SUMMARY

Հոգեւոցիալական գնահատում: Ինչպես նշվեց, ախտորոշման իմացությանը ի պատասխան անձը կարող է ունենալ տարբեր հակազդումներ: Հոգեւոցիալական գնահատումը թույլ է տալիս դուրս

բերել և գնահատել այդ հակազդումների բովանդակությունն ու ինտենսիվությունը:

Այսպիսով, հիվանդակենտրոն խնամքի կարևորագույն բաղադրիչներից մեկը հիվանդի՝ պալիատիվ կարիքների ճշգրիտ գնահատումն է: Ընդ որում, արդյունավետ կլինիկական պրակտիկան վկայում է, որ գնահատումը պետք է լինի շարունակական գործընթաց՝ հիվանդության ընթացքի ամբողջ սպեկտրով:

Գոյություն ունեն ծանր հիվանդություններ ունեցող անձանց հոգետոցիալական առողջությունը գնահատող բազմաթիվ գործիքներ, որոնք ի սկզբանե օգտագործվել են ավելի շատ հետազոտական աշխատանքներում, սակայն այժմ դրանք ինտեգրված են կլինիկական խնամքի մեջ՝ որպես ստանդարտացված գնահատման գործիքներ: Չնայած դրան՝ առկա չէ ընդհանուր կոնսենսուս՝ կապված նրա հետ, թե կոնկրետ նպատակի համար կոնկրետ ո՞ր գործիքը կարող է կիրառվել:

Պալիատիվ խնամքի կարիքների գնահատման ուղեցույցը (The Palliative Care Needs Assessment Guidance) առաջարկում է գնահատումն իրականացնել հիվանդի համար հանգուցային տրանզիտոր փուլերում՝

- հիվանդության ախտորոշման ժամանակ,
- հիվանդության նշանակալից սրման/զարգացման փուլերում,
- հիվանդի ընտանեկան/առցիալական աջակցության նշանակալից փոփոխությունների ժամանակ,
- ֆունկցիոնալ կարգավիճակի նշանակալից փոփոխությունների ժամանակ,
- հիվանդի կամ ընտանիքի հայցով,
- կյանքի ավարտի փուլում:

Ծանր հիվանդության առկայությունը կարող է ազդեցություն ունենալ անձի կյանքի տարբեր ասպեկտների վրա: Քանի որ երբեմն դժվար է լինում սկսել խոսել սեփական դժվարությունների մասին,

«Դիսթրես-զերմաչափը» (Andrew J. Roth, 1998) օգտակար և հեշտ գնահատման գործիք է հանդիսանում, որը կարող է օգնել հիվանդին և աջակցող թիմին սկսել երկխոսել միմյանց հետ դժվարությունների մեծ շարքի մասին:

Գոյություն ունեն «Ջերմաչափի» կիրառման տարբեր ձևեր. անձը կարող է ուղղակի շրջանակի մեջ վերցնել վերջին շաբաթվա ընթացքում իր դիսթրեսին առավել համապատասխանող թիվը, բացի դրանից նա կարող է նշել իր դիսթրեսն ուղեկցող ախտանիշները, ինչը հիմք կդառնա նրան աջակցող թիմին առաջարկելու աջակցության պլան:

Կարևոր են հոգեկան ախտանիշների գնահատումը, ինչի համար կարելի է կիրառել.

- Բեքի դեպրեսիայի հարցարանը՝ Beck Depression Inventory (BDI),
- Համիլտոնի դեպրեսիայի սանդղակը՝ Hamilton Depression Scale,
- Հերթի հույսի գործակիցը՝ Herth Hope Index,
- Բլեսդ-Ռոթի դեմենցիայի սանդղակը՝ Blessed-Roth Dementia Scale (DS)
- QOL Scale՝ տարատեսակ գործիքներ՝ գնահատելու կյանքի որակը,
- FICA հարցեր՝ հոգևոր ոլորտի գնահատում:

Քանի որ պալիատիվ խնամքի թիրախում անձի կյանքի որակն է, ապա չափազանց կարևոր է պարբերաբար գնահատել կյանքի որակի ցուցանիշները: Կյանքի որակի գնահատումը թույլ է տալիս.

- բացահայտել տվյալներ, որոնք օգնում են հիվանդին և բժիշկին բուժման վերաբերյալ որոշումներում,
- օգնել գնահատել տարբեր բուժումների արդյունքները,
- բացահայտել այն հիվանդներին, ում անհրաժեշտ է աջակցող խնամք /դիսթրեսի առկայություն/:

Կյանքի որակի չորս դոմեյններն են՝

- *հոգեբանական*՝ դեպրեսիա, տագնապ, հարմարվածություն հիվանդությանը,
- *սոցիալական*՝ անձնական հարաբերություններ, սեքսուալ հետաքրքրություն, սոցիալական և ժամանցի գործունեություն,
- *գրադվածություն*՝ աշխատանք, հիմնական գործունեություն,
- *ֆիզիկական*՝ ցավ, շարժունակություն, քուն, սեռական ֆունկցիոնալություն:

Հիվանդների կյանքի որակի վրա ազդող հոգեսոցիալական խնդիրները բազմազան են՝

1. վախ կրկնողություններից,
2. Մարմնի ձևի գիտակցում՝ «այլ լինելու» զգացում,
3. սեքսուալության և պտղաբերության հետ կապված անհանգստություն,
4. խարանավորում և խտրականություն,
5. աշխատանք, ապահովագրություն,
6. ընտանիքի սպասումները արդարացնելու կարիք,
7. շրջապատում վերասսիմիլյացվելու կարիք:

Վերոնշյալ խնդիրների հաղթահարմանն է ուղղված հոգեսոցիալական աջակցությունը: Այն ուղղված է հիվանդի և նրա ընտանիքի ընդհանուր բարեկեցության լավացմանը, նրանց հմտությունների և կարողությունների ուժեղացմանը, ռեսուրսների օգտագործմանը մարտահրավերները հաղթահարելիս:

Հոգեսոցիալական աջակցությունը ներառում է առնչություն անձի հուզական, հոգեբանական, սոցիալական, հոգևոր, գործնական կարիքների և ցանկությունների հետ՝ նրա ընտանեկան և այլ՝ ուրույն կոնտեքստներում:

Հոգեսոցիալական աջակցության գլխավոր ռազմավարություններն են՝

- ներքին և արտաքին ռեսուրսների հայտնաբերում,
- հիվանդի և ընտանիքի առկա ուժերի մեծացում,
- տեղեկատվության տրամադրում,
- աջակցություն որոշումներ կայացնելիս,
- թիմային աշխատանք,
- պաշտպանություն:

Օգտագործված գրականություն

1. Connor S.R., Hospice and Palliative Care: The Essential Guide 2nd Edition, Routledge April 4, 2009 - 278 pages
2. Oxford handbook of palliative care / edited by Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back. –2 edition, Oxford University Press, Mar 2009
3. Psycho-Oncology, Edited by Holland J.C., Breitbart W.S., Oxford University Press; 2 edition (March 22, 2010)- 720 pages
4. W. Bailea, R.Buckman, SPIKES A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer.
<http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full>
5. NCPPC Needs Assessment Guidance <http://www.hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/palliativecareprogramme/Resources/pall%20care%20needs%20assessment%20guidance.pdf>

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Արդյունավետ հաղորդակցման ոճերը ախտորոշման հայտնման փուլում:
2. Կարիքների գնահատումը ախտորոշման փուլում:
3. «Դիսթրես-ջերմաչափի» կիրառման շրջանակները:

**ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՓՈԻԼԻ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

1969 թ. Էլիզաբեթ Կուրլեր-Ռոսը իր հայտնի «Մահվան և մահանալու վերաբերյալ» (On Death and Dying) աշխատության մեջ առաջադրեց հիվանդության ընդունման Փուլային տեսությունը:

Համապատասխան այս տեսության՝ փուլերը սկսվում են, երբ հիվանդն առաջին անգամ տեղեկանում է կյանքին վտանգ սպառնացող հիվանդության վերաբերյալ: Տեսությունը նկարագրում է 5 փուլերի հերթականությամբ, սակայն, կարևոր է ընդգծել, որ ոչ բոլորն են անցնում այս փուլերից յուրաքանչյուրով, և յուրաքանչյուր անձի համար փուլերի հերթականությունը կարող է տարբերվել: Հետագոտության մեթոդաբանության անբավարար լինելու, ինչպես նաև այլ գործոններով պայմանավորված, այս տեսությունը արժանացել է որոշակի քննադատությունների: Այնուամենայնիվ, այն լայնորեն կիրառվում է պալիատիվ խնամքում՝ որպես հիվանդության նկատմամբ հոգեբանական հակազդումների ուրվագիծ:

Փուլերը հետևյալն են.

1. **Մերժում և մեկուսացում:** Հիվանդության վերաբերյալ տեղեկանալուց անմիջապես հետո առաջին արձագանքն է՝ իրադրության իրական լինելու մերժումը: Սա արձագանքի բնականոն ձև է, պաշտպանական մեխանիզմ՝ ուղղված շոկային իրադրությանը:
2. **Բարկություն:** Երբ առաջին փուլի քողարկող էֆեկտը թուլանում է, իրականությունը և դրա ցավը նորից առաջ են գալիս: Ինտենսիվ հույզերը վերաձևավորվում են ագրեսիայի, որն ուղղվում է ցանկացած թիրախի:
3. **«Առևտուր»:** Անօգնականության և խոցելիության զգացումների տրվող բնականոն արձագանքներից է վերահսկողությունը նորից ստանձնելու կարիքը, որը կարող է արտահայտվել

այնպիսի մտքերով, ինչպիսիք են՝ «Եթե գոնե բժիշկին դիմած լինեի՞նք ավելի շուտ, եթե գոնե հիմա ես ինձ ճիշտ պահեմ, գուցե...»: «Առևտուր» Աստծո/բնության/բժիշկների հետ:

4. **Դեպքեսիա:** Երբ անձը գիտակցում է, որ առևտուրը չի աշխատում, փոփոխված իրականությունը «փշրվում» է նրա գլխին: Խորը ափսոսանքի և տխրության ռեակցիա է սկսվում, սովորաբար տևական փուլ է:
5. **Ընդունում:** Առաջին անգամ մարդը սկսում է կամաց-կամաց հաշվի առնել իր այլընտրանքները կամ ուղղակի վերագրտնում է ներքին խաղաղությունը:

Հիվանդության բուժման ընթացքում առաջ եկող **հոգեառաջնային կանխնայինները**, որոնք ազդում են անձի կյանքի որակի վրա, կարող են ներառել.

- քաղցկեղի վերաբերյալ դիցերը,
- քաղցկեղի կրկնվելու վախերը,
- մեղքի զգացումը,
- ֆիզիկական տեսքի փոփոխությունները,
- հարաբերությունների մտահոգությունները,
- հոգեկան խնդիրները/խանգարումները,
- սեռականության խնդիրները,
- հարազատների համար բեռ լինելու մասին անհանգստությունը:

Պալիատիվ խնամքի համատեքստում ուշադրության կենտրոնում են գտնվում այն սպեցիֆիկ սոմատիկ ախտանիշները և դրանց կառավարելիությունը, որոնք էապես ազդում ենք կյանքի որակի վրա, դրանք են.

- ցավը,
- սրտխառնոցը և փսխումը,
- հոգնածությունը,
- նյարդահոգեբանական ախտանիշները,

- քնի խնդիրները,
- քաշի և ախտորժակի ախտանիշները և այլն:

Հաշվի առնելով, որ վերոնշյալ սոմատիկ ախտանիշների դրսևորումը փոխկապակցված է նաև անձի հոգեբանական վիճակի հետ, այս ախտանիշների կառավարման գործում բացի դեղորայքային միջամտությունից առանցքային են նաև հոգեսոցիալական միջամտությունները՝ որպես բազմագիտակարգային խնամքի մաս:

Հոգեկան խանգարումները, որոնք դրսևորվում են կյանքին վտանգ սպառնացող կամ կյանքը սահմանափակող հիվանդությունների պարագայում, ունեն իրենց սպեցիֆիկ ասպեկտները, որոնք կարող են պայմանավորված լինել բուժման ընթացքում առկա ռիսկային գործոններով: Այդ ռիսկի գործոնները 6-ն են՝ *հիվանդության զարգացում, ֆիզիկական ախտանիշների չհաղթահարվածություն, հիվանդության հետ առնչվող գործոններ, բուժման հետ առնչվող գործոններ, հոգեբուժական պրեմորբիդ, սոցիալական գործոններ:*

Հիվանդության ընթացքում առավել հաճախ դրսևորվող հոգեկան խնդիրներն են .

- դեպրեսիվ խանգարումները,
- սոցիոֆոբիկ միտումները,
- տագնապային խանգարումները,
- խուճապային խանգարումները,
- դելիրիին,
- մանիակալ համախտանիշը և այլն:

Բուժման ընթացքում գոյություն ունեն վերոնշյալ խնդիրների հաղթահարման նպատակով կիրառվող հոգեբանական աջակցության երկու մոդել՝ անհատական և խմբային:

Հոգեթերապիայի անհատական մոդելներն են .

- աջակցող հոգեթերապիան,
- կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիան,

- գիտակցվածության վրա հիմնված միջամտությունը,
- ռելաքսացիան և մեդիտացիան,
- նարատիվ թերապիան,
- արժանապատվության թերապիան:

Հոգեթերապիայի խմբային մոդելներն են .

- աջակցող-արտահայտչական խմբային թերապիան,
- կարճաժամկետ, կառուցվածքայնեցված հոգեկրթման միջամտությունը,
- իմաստակենտրոն խմբային թերապիան:

Զույգի և ընտանեկան թերապիայի տեսակներն են .

- ինտիմության և իմաստի զույգի թերապիան,
- սեքսուալ դիսֆունկցիայի թերապիան,
- պալիատիվ խնամքի և կորստի ընտանեկան թերապիան:

Աջակցող հոգեթերապիան թերապևտիկ միջամտություն է, որը կիրառվում է պարբերաբար կամ անընդմեջ և ուղղված է օգնելու հիվանդին գործ ունենալ իր տանջալի հույզերի հետ, ամրապնդելու արդեն իսկ առկա ուժերը և աջակցելու հիվանդության հետ պայքարի ադապտիվ ձևերին: Այն հետազոտում է հիվանդի անձը, մարմնի պատկերը և մտերիմ ու կարևոր հարաբերություններում դերերի փոփոխությունները:

Այս մոտեցումը ընդգրկում է.

- Իմացություն, թե ինչպես պարզաբանել և քննարկել գերհագեցած տեղեկությունները, որոնք առաջացնում են այդ տեղեկատվությունը վերամշակելուն խոչընդոտող ճնշող հույզեր, ինչպես նաև՝ այդ հույզերը կառուցողաբար կառավարելու օգնություն:
- Ծանոթություն հոգեկրթմանը նպաստելու և խնդիրները լուծելու մեթոդներին և հիվանդության ցանկացած փուլում կոգնիտիվ և վարքաբանական տեխնիկաների կիրառություն:

- Տիրապետում մի շարք թերապևտիկ հնարների, ներառյալ ճգնաժամային միջամտությունը և խաղաղ, աջակցող ներկայությունը այն հիվանդների համար, ովքեր չափազանց թույլ են փոխազդելու համար, հիվանդի հոգեկանում գործող խոր դինամիկ պատկերների հետազոտում, ինչպես նաև համատեղում ընտանեկան խորհրդատվության հետ:
- Պատրաստակամություն ուղղորդելու հիվանդին և ընտանիքին հասանելի սոցիալ-հոգեբանական ռեսուրսներին:
- Լավ համագործակցություն բժշկական անձնակազմի հետ և նրանց գործունեության համակարգի հասկացում, ինչը հնարավորություն կտա կարևոր տեղեկատվության երկկողմանի հոսքի: Մա նշանակում է իմացություն, թե ինչպես քննարկել հիվանդի քոփինգ հնարավորությունները և խոցելիությունները այնպես, որ չխախտվի գաղտնապահությունը:
- Տրված բժշկական տեղեկատվության հասկացում և օգնության կարիքի դեպքում՝ դրա հայցում:
- Սեփական հուզական արձագանքի գիտակցում:

Քանի որ կյանքին վտանգ սպառնացող հիվանդությունը ընտանեկան ճգնաժամ է և այս կամ այն ձևով ազդում է ընտանիքի բոլոր անդամների վրա, աջակցող հոգեթերապիայի անբաժանելի մաս է կազմում նաև ընտանիքի հետ աշխատանքը: Մեծ թվով հիվանդներ դիմում են հոգեթերապիայի ոչ թե իրենց հիվանդության հետ կապված, այլ ընտանիքի և հարաբերությունների անհանգստությունների հետ կապված: Կյանքին վտանգ սպառնացող հիվանդությունը, օրինակ՝ քաղցկեղը, ենթադրում է ընտանիքում լուրջ վերակազմավորում և համագործակցություն, ինչը միշտ չէ հնարավոր: Սովորաբար ընտանիքից մեկը ստանձնում է առաջնային խնամողի դերը, ով դեպրեսիայի, տագնապների, սեփական առողջությունը գոհելու ռիսկային գոտում է հայտնվում: Առաջնային խնամողի խնամքը հոգեթերապևտի օրակարգում է, ինչպես հիվանդի բուժման ընթաց-

քում, այնպես էլ՝ հիվանդի մահվանից հետո. վշտի թերապիան ընտանիքի հետ աշխատանքի կարևորագույն մասն է:

Օգտագործված գրականություն

1. Кюблер-Росс Э., О смерти и умирании .-Киев : «София», 2001 .-318 с.
2. Psycho-Oncology, Edited by Holland J.C., Breitbart W.S., Oxford University Press; 2 edition (March 22, 2010)- 720 pages.
3. Watson M., Kissane D.W., Handbook of Psychotherapy in Cancer Care, Published 2011 by John Wiley & Son: 284 pages.
4. Oxford handbook of palliative care / edited by Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back. —2 edition, Oxford University Press, Mar 2009.

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Փուլերի տեսության (Է. Կուբլեր-Ռոս) առավելությունների և թերությունների վերլուծություն:
2. Գիտակցվածության վրա հիմնված միջամտության առանձնահատկությունները:

ԿՅԱՆՔԻ ԱՎԱՐՏԻ ՓՈՒԼ

Մահվան փաստին բախվում են բոլորը, միաժամանակ յուրաքանչյուրը վերապրում է այն իրեն հատուկ ձևով: Մահվանը բախվող անձանց խնամքը հանդիսանում է ամբողջական պալիատիվ խնամքի ինտեգրալ և կարևոր բաղադրիչ: Կյանքի ավարտի փուլում գտնվող հիվանդների կարիքները վերլուծելով՝ կյանքի ավարտի խնամքի մեջ ընդգրկվել են ոչ միայն ախտանիշների կառավարումը, այլև

հոգեբուժական, հոգեառօրյակական, էքզիստենցիալ և հոգևոր/ոգեդէն բաղադրիչները:

Յուրաքանչյուր մարդ մահանում է, և անձինք ովքեր գտնվում են կյանքի ավարտի փուլում, պետք է ստանան ակտիվ, ամբողջական խնամք՝ հավասարապես այն մարդկանց հետ ում համար բուժումը հանդիսանում է հիմնական նպատակ: Ընդ որում մահվանը բախվող անձանց խնամքը պետք է ներառի նաև աջակցություն նրանց մտերիմներին:

Իմաստալից մահը պրոցես է, որի ընթացքում հիվանդը ստանում է ֆիզիկական, հոգեբանական և ոգեդէն աջակցություն ընտանիքից, ընկերներից և այլ խնամատարներից:

Լավ և վատ մահվան գաղափարները քննարկվում են մահվան և մահանալու գործընթացի համատեքստում՝ հիմնված մարդկանց փորձառությունների, հոգևոր համոզմունքների վրա, մշակույթի վրա:

Ըստ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության «լավ» մահը բնութագրվում է հիվանդի և ընտանիքի համար նվազագույն դիսթրեսով և տառապանքից ազատ լինելով, հիվանդի և ընտանիքի ցանկությունների հետ համաձայնեցված լինելով, ողջամիտ սահմաններում կլինիկական, մշակույթային և էթիկական ստանդարտներին հետևողական լինելով: «Վատ» մահը բնութագրվում է տառապանքով, հիվանդի և ընտանիքի ցանկությունների և արժեքների հետ անհամաձայնությամբ և զգացողությամբ, որ պատշաճության նորմերը խախտվել են:

Առանձնացնում են լավ մահվան 4 չափանիշ՝

1. անձի ներքին կոնֆլիկտները, ինչպիսիք են, օրինակ, վերահսկման կորստի վախը, մաքսիմալ մեղմացված են,
2. անհատի նույնականացման զգացողությունը պահպանված է,

3. նշանակալի հարաբերությունները պահպանված են, և կոնֆլիկտները լուծված,
4. անձը խրախուսվում է փորձել հասնել իմաստալից նպատակների, նույնիսկ սահմանափակ կերպով, ինչը թույլ կտա ապահովել ապագայի շարունակականության զգացողությունը:

Առանձնացվում են նաև այնպիսի չափանիշներ, ինչպիսիք են ախշտանիշների արդյունավետ կառավարումը, որոշումների կայացման մասնակցությունը, մահվանը նախապատրաստված լինելը, անավարտ գործերի ամբողջականացումը, անձի ամբողջականության ընդունումը:

Կյանքի ավարտի փուլի խնամքի կարևորագույն բաղադրիչ է հանդիսանում **կարիքների գնահատումը**: Այն թույլ է տալիս հասկանալ հիվանդի այն մտահոգությունները, որոնց պիտի ուղղված լինի խնամքը: Կյանքի ավարտի փուլում հիվանդների կարիքները կարելի է բաժանել մի քանի խմբի.

Ֆիզիկական կարիքներ: Հիմնական խնդիրները, որոնք միջատության կարիք ունեն կյանքի ավարտի փուլում, դրանք են. սրտխառնոցը, ցավը, քնի խանգարումները, ուտելու դժվարությունները, թուլությունը, պառկելախոցերը և այլն:

Հոգեբանական կարիքներ: Հոգեբանական գնահատման բանալին հասկացումն է, թե ինչ է ուզում հիվանդը իմանալ, ինչ է զգում իր հիվանդության հետ կապված, ինչպես է մեկնաբանում իր հիվանդությունն ու ախտանիշները: Գնահատման նպատակն է դուրս բերել այն գործոնները, որոնք խոչընդոտում են հոգեբանական բարեկեցությանը ու խաղաղությանը, քանի որ դա կյանքի ավարտի փուլի խնամքի կարևորագույն նպատակն է: Կյանքի ավարտի փուլում հիվանդները ունենում են տարբեր ախտանիշներ, ինչպիսիք են տագնապը, դեպրեսիան, սոցիոլալ հակումները, արագացված մահվան ցանկությունը, դելիրիումը և այլն:

Առանձնացվում են նաև հետևյալ խնդիրները.

- ախտանիշների նկատմամբ վախը, օրինակ՝ ցավի ուժեղացման վախը,
- հուզական դիսթրեսի այլ դրսևորումները, օրինակ՝ հարազատների համար բեռ լինելու մասին մտահոգությունը,
- ուժեղ ցավազրկողների հետ կապված վախերը, օրինակ՝ վախը, որ եթե օպիոիդ օգտագործեն, հետո՝ առավել ուժեղ ցավի դեպքում այն այլևս չի օգնի,
- մահանալու պրոցեսի վախը. հաճախ հիվանդները ընդունում են իրենց մոտալուտ մահվան փաստը, սակայն վախենում են մահանալու գործընթացից: Հասարակության մեջ մահվան թեմայի տաբու լինելը և մահանալու գործընթացին ծանոթ չլինելը ավելի է մեծացնում այդ վախը:

Հոգևոր/ոգեդէն կարիքներ: Հիվանդների մոտ կարող են առկա լինել այնպիսի հոգևոր պահանջմունքներ, ինչպիսիք են մեղքերի թողությունը, խոստովանությունը կամ այլ կրոնական նախապատրաստություններ: Հոգևոր ոլորտին առնչվող անհանգստությունը կարելի է մեղմել՝ թույլ տալով հույզերի արտահայտումը, մասնավորապես վախի և կառավարման կորստի հույզերի արտահայտումը: Քանի որ կյանքի ավարտի փուլում հիվանդները մտահոգված են լինում նաև ընտանիքի մյուս անդամներով, նրանք կարող են ցանկություն ունենալ լուծելու այնպիսի խնդիրներ, ինչպիսիք են չլուծված կոնֆլիկտները հարազատների հետ կամ մեղքի զգացողությունը:

Կյանքի ավարտի փուլի մյուս կարևոր բաղադրիչը **իմաստաստեղծման** պրոցեսն է: Մահը ընդհատում է կյանքը՝ նրան իմաստ հաղորդելով: Ընդ որում, պալիատիվ թիմի մասնագետները աջակցում են հիվանդներին իմաստներ հայտնաբերելու, բայց երբեք չեն պարտադրում դրանք: Կյանքի ավարտի փուլում իմաստ գտնելը պահանջում է ջանքեր, խիզախություն: Պալիատիվ խնամքի մասնագետ-

ները կարող են խրախուսել հիվանդներին իմաստ գտնելու մեջ: Տագնապի, մեղքի զգացողությունը, անհուսությունը կյանքի ավարտի փուլում, որոնք կարող են թվալ պատժող, կարող են տրանսֆորմացվել ինքն իր և այլ մարդկանց հետ հարաբերությունների ուսումնասիրման/ճանաչման ուղիների: Կյանքի ավարտին առաջ եկող տագնապի և մեղքի զգացողությունները ուսումնասիրելով՝ մասնագետները կարող են աջակցել հիվանդին՝ օգտագործելու իրենց փորձն ու ինտեգրելու ամբողջական իմաստային պատկերի մեջ: Այսինքն, իմաստաստեղծման միջոցով բացասական հույզերը խոչընդոտներից վերափոխվում են բուժիչ աղբյուրի, ինչը կարող է նպաստել հուզական և հոգևոր բարեկեցությանը:

Իմաստի գաղափարի հետ սերտորեն կապված է **ոգեղենության** գաղափարը: Քաղցկեղով հիվանդ մարդկանց շրջանում անցկացված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ակնկալվող որակյալ խնամքը ներառում է հետևյալ բաղադրիչները՝ ցավի աղեկվատ բուժում և ախտանիշների կառավարում, մահվան անհամապատասխան երակարաձգումից խուսափում, հոգևոր խաղաղություն, բեռ լինելու զգացողության մեղմացում, սիրելիների հետ հարաբերությունների ամրապնդում: Այսպիսով, հոգևոր բարեկեցությունը որակյալ պալիատիվ խնամքի կարևոր բաղադրիչ է հանդիսանում: Բազմաթիվ հետազոտություններ վկայում են այն մասին, որ առկա է կապ հոգևոր բարեկեցության և հաղթահարման դրական մեխանիզմների ու դեպրեսիայի ցածր մակարդակի միջև: Այսինքն ոգեղեն բարեկեցությունը և իմաստի առկայությունը առանցքային դեր են խաղում դեպրեսիայի, հուսալքության դեմ պայքարում: Առկա է նաև հարաբերակցություն իմաստի առկայության և ֆիզիկական ախտանիշների նկատմամբ հանդուրժողականության միջև, ինչպես նաև՝ կյանքի որակից բավարարվածության միջև:

Ընդ որում, հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ էքզիստենցիալ և հոգևոր բաղադրիչները հիվանդների համար հանդես են

գալիս որպես առաջնություններ: Այսպիսով, կյանքի ավարտի փուլում գտնվող անձանց շրջանում անցկացված հետազոտության արդյունքներով, հարցվածների 50-60 տոկոսը պատասխանել է, որ մտածելով իրենց սեփական մահվան մասին իրենց առաջին մտահոգությունը կապված է Աստծո կողմից ներված չլինելու կամ այլ մարդկանց հետ անհաշտ լինելու մեջ:

Հաշվի առնելով վերոնշյալը՝ կյանքի ավարտի փուլում հոգեթերապևտիկ միջամտությունները կրում են **իմաստակենտրոն բնույթ**, դրանք հիմնված են հիմնականում յոգայի, մեդիտացիայի, բուդդիստական փիլիսոփայությունից եկող տեսական դրույթների վրա և Ֆրանկլի լոգոթերապիայի հայեցակարգի հիման վրա:

Իմաստակենտրոն աջակցման բնույթը արտացոլվում է **էքզիստենցիալ հոգեթերապիայի** մոտեցումներում: Ըստ էքզիստենցիալ թերապիայի մոտեցման՝ կյանքի ավարտի խնամքի դեպքում հիվանդին խրախուսվում է ուսումնասիրել իր անցյալը, ներկան և ապագան՝ իմաստային ընտրությունների և փորձի համատեքստում: Այսպիսով, աջակցելով հիվանդներին ուսումնասիրելու իրենց գոյության «ինչու»-ն, մասնագետը օգնում է հիվանդին հաղթահարել տառապանքի բեռը արժանապատվությամբ:

Այսպիսով, էքզիստենցիալ թերապիայի նպատակն է ազատագրել հիվանդներին իրադարձությունների պասիվ գոհ լինելուց և ոգեշնչելու՝ դառնալ իրենց կյանքի ակտիվ մասնակից՝ ընդլայնված գիտակցության և պատասխանատվության միջոցով: Ֆրանկլի կողմից նկարագրված տառապանքի, մեղքի և մահվան «ողբերգական եռյակը» դառնում է ավելի քիչ վտանգավոր այն պարագայում, երբ մարդը սկսում է վերլուծել ու վերագտնել դրանց ներքո առկա իմաստները:

Լոգոթերապիան (Վ. Ֆրանկլ) էքզիստենցիալ թերապիայի մոտեցում է, որի հիմնական սկզբունքը կապված է այն գաղափարի հետ, որ մարդը միշտ կարող է ղեկավարել իր վերաբերմունքը և հե-

ռանկարները՝ անկախ իրավիճակի սարսափելիությունից: Նպատակը հիվանդների տառապանքի մեղմացումն է և կյանքը հնարավորինս լիարժեք ապրելու ուղղությամբ ոգևորելը՝ ներգրավելով այնպիսի ակտիվությունների մեջ, որոնք կհաղորդեն իմաստ իրենց կյանքին: Ուշադրության կենտրոնում այս պարագայում դառնում են հիվանդների այն նպատակները, որոնց պետք է հասնել, խնդիրները, որոնք պետք է իրականացվեն: Լոգոթերապիայի նպատակն է ոչ թե քողարկելը հիվանդի դիսթրեսը, այլ ուսումնասիրելը հիվանդի տառապանքը:

Էքզիստենցիալ թերապիայի մեկ այլ մոտեցում է **կյանքի նարատիվը**, որը արդյունավետ կիրառվում է կյանքի ավարտի փուլում: Այն բացահայտում է ֆիզիկական հիվանդության իմաստը՝ հիվանդի կյանքի ամբողջ ժամանակահատվածի համատեքստում: Կյանքի նարատիվի նպատակն է ստեղծել հիվանդության հետ գործ ունենալու նոր հեռանկարներ, ընդգծել անցյալի ուժեղ կողմերը, բարձրացնել հիվանդների ինքնագնահատականը և դուրս բերել ու ամրապնդել նախկինում կիրառված արդյունավետ հաղթահարման մեխանիզմները: Կյանքի նարատիվի միջոցով ամփոփվում է հիվանդի կյանքի պատմությունը և հիվանդության նկատմամբ արձագանքը:

Իմաստակենտրոն այս մոտեցումները կարելի է կիրառել նաև վշտի հաղթահարման փուլում կորուստ տարած անձանց հետ:

Վ. Բրեյդթերթը իմաստակենտրոն մոտեցումը ներդրել է հիվանդների հետ խմբային աշխատանքի ձևաչափի մեջ: Նա մշակել է թերապևտիկ միջամտությունների շարք՝ ուղղված հիվանդների մոտ կյանքի իմաստի ամրապնդմանը: **Խմբային իմաստակենտրոն թերապիան** ներառում է դիդակտիկ նյութեր, քննարկումներ և էքսպերիմենտալ վարժություններ, որոնք կենտրոնանում են իմաստի և զարգացող քաղցկեղի վերաբերյալ թեմաների շուրջ: Այս խմբային հանդիպումների ժամանակ հիվանդներին հանձնարարվում են տարբեր թեմաներով ընթերցումներ, որոնք քննարկվում են յուրա-

քանչյուր հաջորդ հանդիպման ժամանակ: Այս խմբերը ունեն նաև նպատակ զարգացնելու քաղցկեղ ունեցող անձանց համայնքային աջակցման միջավայր, որտեղ կներգրավվեն մարդիկ, ովքեր ունեն միանման դժվարություններ: Այս խմբերը նպատակ ունեն նաև վերհանելու ու հասկանալու իմաստի աղբյուրները ախտորոշումից առաջ և հետո, ինչպես նաև՝ նպաստելու հաղթահարման արդյունավետ մեխանիզմների ամրապնդմանը: Այսպիսով, խմբի մասնակիցները դառնում են ոչ թե բուժման պասիվ կրողներ, այլ ակտիվ մասնակիցներ:

Էքզիստենցիալ թերապիայի մեկ այլ մոտեցում առաջարկում է Chochinov, ով զարգացրել է *արժանապատվությունը* պահպանող միջամտության պլանը, որի հիմքում ընկած է այն գաղափարը, որ մահանալու գործընթացում արժանապատվության ապահովումը պալիատիվ խնամքի կարևորագույն նպատակն է: Արժանապատվությունը ապահովող մոդելը ընդգծում է ստեղծարարության թեման՝ որպես կարևոր բաղադրիչ: Այս մոդելի համատեքստում հիվանդի հետ հանդիպումները գրառվում են, խմբագրվում և 1-2 օրերի ընթացքում վերադարձվում հիվանդին: Անմիջապես վերադարձված տեքստի նպատակն է պահպանել հիվանդի իմաստի, նպատակի զգացողությունը՝ տալով նրան այն համոզմունքը, որ իր մտքերը և բառերը շարունակում են արժեք ունենալ: Մովորաբար այս տեքստերը հետագայում տրվում են ընտանիքին կամ սիրելի մարդկանց, ինչի միջոցով ձևավորվում է այն անձնական ժառանգությունը, որի ակտիվ մասնակիցը հենց ինքը՝ հիվանդն է եղել:

Մահվան բախվող հիվանդների և ընտանիքների առանցքային հոգեբանական մտահոգությունը, անհանգստությունը **կորստի** ապրումն է: Հիվանդը բախվում է բազմակի կորուստների՝ ներառյալ առողջության, աշխատանքի, մարմնի պատկերի, հաճույքների, նշանակալի հարաբերությունների և ապագայի: Իսկ հիվանդի ընտանիքը կորցնում է իր սիրելի մարդուն: **Կորստի և վշտի հետ** աշխատան-

քը պայլիատիվ ինսամքի կարևորագույն բաղադրիչ է հանդիսանում: Կարևոր է ընդգծել, որ ընտանիքը սկսում է սգալ ոչ թե հիվանդի մահվանից հետո, այլ վերահաս կորստի մասին տեղեկատվության ստացման պահից: Այս հակազդումը անվանվում է նաև կանխատեսող սուգ:

Կան մարդիկ, ում հակազդումները կորստի նկատմամբ այնքան ճնշող են, որ խաթարվում է նրանց կենսագործունեությունը: Վշտի բարդեցված տեսակներն են չլուծված վիշտը, քրոնիկ վիշտը, ուշացած վիշտը, չափազանցված վիշտը: Կարևոր է ընդգծել, որ «բնականոն վիշտ» հասկացությունը բավականին լայն է: Քրոնիկ վշտի պարագայում անհատի կողմից սգի ապրումը երկարաձգվում է նույնիսկ մինչև տարիներ: Չափազանցված վշտի պարագայում անհատն ողորկված է վշտով և ինտենսիվ հուզականությամբ և անկարող է լինում դադարել սգալ: Ուշացած վշտի դեպքում անհատը կորստից ամիսներ անց միննույն է անկարող է սգալ, ապրել վիշտ, և լարվածություն է առաջանում արտահայտման դժվարության հետ կապված:

Կլասը, Սիլվերմանը, Նիկմանը իրենց «Շարունակվող կապեր» գրքում մատնանշում են վշտի պրոցեսի հասկացման ընդլայնման կարևորությունը: Հիմնականում տեսաբանները բացատրում են վիշտը և սուգը որպես գործընթացներ, որոնց նպատակն է հանգուցյալի հետ կապերի կտրումը: Անառողջ վիշտը այս պարագայում բնութագրվում է նրանով, թե ինչքանով է սգավորը շարունակում պահպանել մահացած մարդու հետ կապը:

Մինչդեռ սգավորների հետ շփումը ցույց է տալիս, որ հանգուցյալի հետ ներքին հարաբերության շարունակությունը կարող է լինել բոլորովին առողջ: Վշտի առողջ հաղթահարումը թույլ է տալիս պահպանել շարունակական կապ հանգուցյալի հետ, ինչը կարող է չունենալ ազդեցություն նոր հարաբերությունների կառուցման վրա: Ուրդենը նշում է, որ բարդեցված վշտի պարագայում անհատը կապ-

ված է լինում հանգուցյալի հետ զուգորդվող կամ նրան պատկանող մի որևէ օբյեկտի հետ, որը անվանվեց կապող օբյեկտ, և անկարող է լինում ապրել առանց այդ օբյեկտի: Կապող օբյեկտը վկայում է այն մասին, որ հանգուցյալը մնում է սգավորի կյանքի կենտրոնական հուզական օբյեկտը:

Կարևոր է նաև տարբերակել վշտի և դեպրեսիայի կլինիկական առանձնահատկությունները, քանի որ դրանք ունեն նման բնութագրիչներ, սակայն առկա են նաև տարբերակիչ գործոններ. օրինակ՝ դեպրեսիայի պարագայում առկա է ինքնագնահատականի խանգարում, անհուսություն, հոգեշարժական արգելակում, սոիցիդալ հակումներ: Դեպրեսիայի պարագայում առավել հաճախ են հանդիպում վեգետատիվ ախտանիշներ, քան սթրեսային ռեակցիայի պարագայում: Վշտի պարագայում կորստի ցավը գիտակցվում է, մինչդեռ դեպրեսիայի պարագայում այն չի գիտակցվում և ժխտվում է: Ջղայնությունը ավելի շատ արտահայտվում է վշտի պարագայում, քան՝ դեպրեսիայի:

Վշտի մյուս կարևոր դրսևորումը դա մեղքի զգացողությունն է, որը կարող է լինել որպես պաշտպանություն անօգնականության դեմ, քանի որ երբեմն մարդկանց ավելի հեշտ է վերցնել պատասխանատվություն իրադարձությունների համար, քան ընդունել աշխարհում գոյություն ունեցող պատահականությունները:

Վշտի հաղթահարման գործում արդյունավետ մոտեցում է հանդիսանում նաև *ընտանեկան թերապիան*: Քանի որ ընտանիքը հանդես է գալիս աջակցման հիմնական աղբյուր, վիշտը կիսելը ընտանիքի անդամների հետ միշտ ապաքինող է, քանի որ նպաստում է հարաբերությունների արժեքի արտացոլմանը, հաղթահարման մեխանիզմների ակտիվացմանը: Ընտանիքի բնական դիմադրողակցությունը և փոխաջակցությունը հսկայական ռեսուրս է վշտի հաղթահարման գործում: Դժվարությունները ծագում են այն ընտանիքներում, որոնք ունեն բարդ հարաբերություններ, չունեն փոխաջակցություն կամ ունեն հաղթահարման իրար չհամապատասխանող մե-

խանիզմներ: Նմանատիպ ռիսկը գնահատելու համար կյանքի ավարտի փուլում հիվանդի ընտանիքը կարող է հրավիրվել լրացնելու Ընտանեկան հարաբերությունների ինդեքսը, և այն ընտանիքները, որոնք դիտարկվում են որպես բարձր ռիսկայնություն ունեցող, հրավիրվում են ընտանեկան հանդիպման:

Հաշվի առնելով ընտանիքի՝ մեծ ռեսուրս լինելը, Դ.Քիսանեն մշակել է ընտանեկան թերապիայի մոդել կորուստ ապրող անձանց համար, որը աջակցում է՝ ակտիվացնելու ընտանիքի ռեսուրսները կորստի հաղթահարման պրոցեսում:

Օգտործված գրականություն

1. Кюблер-Росс Э., О смерти и умирании .-Киев : «София», 2001 .-318 с.
2. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия.-Москва: «Класс», 1999.-301 с.
3. Connor S.R., Hospice and Palliative Care: The Essential Guide 2nd Edition, Routledge April 4, 2009 - 278 pages
4. Oxford handbook of palliative care / edited by Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back. —2 edition, Oxford University Press, Mar 2009
5. Psycho-Oncology, Edited by Holland J.C., Breitbart W.S., Oxford University Press; 2 edition (March 22, 2010)- 720 pages
6. Palliative Care: Transforming the Care of Serious Illness, Edited by Meier D.E., Isaacs S.L., Hughes R. 464 pages, April 2010, Jossey-Bass
7. Breitbart W., Gibson C., Poppito Sh., Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: Focus on Meaning and Spirituality.
8. Kissane D., Bloch S., Family Focused Grief Therapy: A Model of Family-Centred Care during Palliative Care and Bereavement, Open University Press; 1 edition (April 1 2002)- 276 pages

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Հոգևոր կարիքները կյանքի ավարտի փուլում:
2. Արժանապատվությունը պահպանող թերապիայի կիրառման առանձնահատկությունները:
3. Էքզիստենցիալ խնդիրները կյանքի ավարտի փուլում:
4. Վշտի հետ հոգեբանական աշխատանքի մոտեցումները:

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Մանկական պալիատիվ խնամքն ակտիվ և համակարգային մոտեցում է, որը ներառում է ֆիզիկական, հուզական, սոցիալական և հոգևոր տարրեր, այն կենտրոնանում է երեխայի կյանքի որակի բարձրացման և ընտանիքի աջակցության վրա: Մանկական պալիատիվ խնամքը ներառում է դիպորես և անհանգստություն առաջ բերող ախտանիշների կառավարումը, հոգեբանական և հոգևոր աջակցություն հիվանդության ամբողջ ընթացքում՝ ներառյալ մահվան և կորստի ընթացքում: Ըստ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության մանկական պալիատիվ խնամքն ունի հետևյալ **չափորոշիչները**.

- Մանկական պալիատիվ խնամքը երեխայի մարմնի, մտքի և հոգու ակտիվ ու ամբողջական խնամքն է, որը ներառում է նաև ընտանիքին ցուցաբերվող օժանդակությունը:
- Այն սկսվում է հիվանդության ախտորոշման պահից և շարունակվում է հիվանդության ամբողջ ընթացքում ախտաբանական բուժմանը զուգահեռ՝ անկախ նրանից՝ երեխան ստանում է իր հիվանդության բուժումը, թե՛ ոչ:
- Բուժաշխատողները պետք է գնահատեն և մեղմեն երեխայի ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական տառապանքը:

- Արդյունավետ պալիատիվ օգնության համար պահանջվում է ցուցաբերել բազմամասնագիտական թիմային մոտեցում, որտեղ պետք է ներգրավվի նաև ընտանիքը և օգտագործվեն համայնքային ռեսուրսները:

Մանկական պալիատիվ խնամքը կյանքին սպառնացող և կյանքը սահմանափակող հիվանդություններ ունեցող երեխաների խնամքի կարևորագույն ծառայության տեսակ է: Երեխաների պարագայում կյանքը սահմանափակող հիվանդությունների սպեկտրը բավականին լայն է, առանձնացվում է **հիվանդությունների հիմնական 4 խումբ**.

1. Կյանքին սպառնացող հիվանդություններ կամ վիճակներ, երբ բուժումը հնարավոր է, բայց կարող է ձախողվել կամ անարդյունավետ լինել: Օրինակ՝ քաղցկեղը:
2. Հիվանդություններ, որոնց պարագայում առկա են ինտենսիվ բուժման երկարատև շրջաններ՝ ուղղված կյանքի տևողության երկարացմանը և կյանքի որակի լավացմանը, սակայն վաղաժամ մահը անխուսափելի է: Օրինակ՝ ցիստիկ ֆիբրոզները կամ ՁԻԱՀ:
3. Պրոգրեսիվ հիվանդություններ, որոնց պարագայում բուժումը հիմնականում պալիատիվ է և կարող է շարունակվել տարիներ: Օրինակ՝ նեյրոգեներատիվ հիվանդությունները, քրոմոսոմային անոմալիաները, մկանային դիստրոֆիաները, պրոգրեսիվ մետաբոլիկ խանգարումները:
4. Անդառնալի, բայց ոչ պրոգրեսիվ հիվանդությունները, որոնք առաջ են բերում ծանր հաշմանդամություն, նպաստում են առողջական բարդությունների նկատմամբ դյուրագացությանը և կարող են հանգեցնել վաղաժամ մահվան: Օրինակ՝ ծանր մանկական ուղեղային պարեզ, կենտրոնական նյարդային համակարգի ոչ պրոգրեսիվ հիվանդություններ:

Մանկական պալիատիվ խնամքի առանցքային կողմերից մեկն այն է, որ երեխայի խնամքը անհրաժեշտ է իրականացնել երեխայի զարգացման առանձահատկությունների համատեքստում: Երեխաները կախվածության մեջ են գտնվում ծնողներից կամ այլ նշանակալի մեծահասակներից՝ բուժման և խնամքի վերաբերյալ որոշումների կայացման հետ կապված, սակայն երեխաների զարգացմանը զուգընթաց մեծանում է նրանց կարողությունը ինքնուրույն լինելու և որոշումներ կայացնելու: Օրինակ, ինքնավարության ձգտումը դեռահասության առանցքային պահանջմունքներից է, և խնամքը, որը կարող է հարմար լինել 8 տարեկան երեխային, կարող է անհապատասխան լինել 15 տարեկանին, քանի որ ինքնուրույնության և ինտիմության ձգտումները մեծանում են այս տարիքում: Բացի այդ զարգացման և հիվանդության փոխազդեցությունը երկկողմանի բնույթ է կրում. մի կողմից երեխայի զարգացման փոփոխվող կարգավիճակը ազդում է հիվանդության ընկալման և հիվանդությունը վերապրելու վրա, մյուս կողմից հիվանդությունը ազդում է երեխայի զարգացման վրա: Քրոնիկ հիվանդությունը կարող է խոչընդոտել զարգացման բնականոն ընթացքին: Երեխաների զարգացման մակարդակը ազդում է պալիատիվ խնամքի բոլոր ասպեկտների վրա, սակայն հետևյալ կողմերը առավել կարևոր են.

- ցանկությունների, վախերի ախտանիշների վերաբերյալ հաղորդակցումը,
- հիվանդության և մահվան հասկացումը,
- ախտանիշների գնահատումը,
- ախտանիշների կառավարումը,
- որոշումների կայացումը,
- խաղի կարևորությունը՝ որպես ներքին աշխարհի հասկացում,
- մանկապարտեզի և դպրոցի կարևորությունը:

Մանկական պալիատիվ խնամքի **էթիկական կողմերը** կապված են երեխաների՝ որոշումների կայացման պրոցեսին մասնակցության հետ: Չնայած հիմնական որոշումները իրականացնում են ծնողներն ու այլ մեծահասակները, այնուամենայնիվ առանձնացվում են որոշումների կայացման մեջ երեխաների ներգրավվածության 4 հիմնական մակարդակ.

- Հիվանդության մասին տեղեկատվության տրամադրում երեխային
- Խորհրդատվության տրամադրում
- Երեխայի կարծիքի հաշվի առնում
- Հարգանք երեխայի նկատմամբ՝ որպես որոշում կայացնող կարևոր անձ

Մանկական պալիատիվ խնամքի նպատակն է տրամադրել ամբողջական խնամք երեխաներին ու նրանց ընտանիքներին: Մանկական պալիատիվ խնամքի կարիքների որոշումը կախված չէ միայն ախտորոշումից և կանխատեսումից, այն նաև պայմանավորված է երեխայի և ընտանիքի անհատական կարիքներից: **Ընտանիքակենտրոն խնամքի** հիմքում ընկած է գաղափարը, որ ընտանիքը հանդիսանում է երեխայի ուժի և աջակցության առաջնային աղբյուր, և ընտանիքի ու երեխայի կողմից տրամադրված տեղեկատվությունը չափազանց կարևոր է կլինիկական որոշումների կայացման գործում:

Ընտանիքակենտրոն խնամքը ենթադրում է խնամքը իրականացնող տարբեր մասնագետների, ընտանիքի և երեխայի համագործակցային հարաբերություններ, որտեղ ընտանիքի դերը ընդունվում է որպես առանցքային երեխայի առողջության և բարեկեցության ապահովման գործում և ընտանիքը ընդունվում է որպես որոշումների կայացման հավասար մասնակցային օղակ:

Համաձայն ընտանիքակենտրոն խնամքի հայեցակարգի՝ միջավայրը, հուզական, սոցիալական աջակցությունը, հանդիսանում են բժշկական խնամքի անբաժանելի բաղադրիչ: Բազմամասնագիտական թիմի անդամները մշտապես պետք է ճանաչեն ու հարգեն ընտանիքի ու երեխայի անհատական կարիքները, ընտրությունները, արժեքները, համոզմունքները, մշակութային տարբերությունները և հաշվի առնեն դրանք հիվանդությանը վերաբերող տեղեկատվության տրամադրման ժամանակ:

Երեխան ու ընտանիքը պիտի ընկալվեն որպես փորձագետներ իրենց հիվանդության փորձառության ու դրա ղեկավարման գործում, և պիտի գնահատվի իրենց ներդրումը բուժման պլանի ձևավորման մեջ:

Արդյունավետ պալիատիվ խնամքի դեպքում աջակցությունը ընտանիքին սկսվում է հենց ախտորոշման պահից և շարունակվում հիվանդության ամբողջ ընթացքում՝ իր մեջ ներառելով նախնական գնահատումը, ընտանիքի շարունակական կայուն խնամքը, թերապևտիկ միջամտությունները և միջգիտակարգային թիմի ռեսուրսների օգտագործումը ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի համար:

Ախտորոշումը շոկային ռեակցիա առաջ բերող իրադարձություն է: Այն, թե ինչպես է տրվում ախտորոշման մասին տեղեկատվությունը, ազդում է ընտանիքի անդամների վրա և հիմք է հանդիսանում թիմի հետ ադյունավետ հարաբերություններ կառուցելու համար: Այս պարագայում հոգեւոցիալ թիմի անդամները կարող են կամրջի դեր կատարել. մի կողմից ուղղորդեն մասնագետին, ով պիտի հաղորդի լուրը, մյուս կողմից աջակցեն ընտանիքին այդ լուրը հասկանալու, ներքնայնացնելու և հաղթահարելու գործում:

Անհրաժեշտ է հաշվի առնել ծնողների հուզական ռեակցիաները (օրինակ ջղայնություն, մեղքի զգացողություն, դեպրեսիա), և հիվանդության կամ մահվան ընդունման փուլերի դրսևորումները և

տեղեկատվությունը տրամադրել աստիճանաբար, ծնողների համար մատչելի լեզվով:

Ընտանիքակենտրոն խնամքի հիմքում ընկած է նաև այն գաղափարը, որ հիվանդությունը թողնում է իր ազդեցությունը ամբողջ ընտանիքի վրա, հետևաբար նրանցից յուրաքանչյուրը կարող են ունենալ աջակցության կարիք, ներառյալ սիրլինգները, ովքեր հատուկ ուշադրության կարիք ունեն՝ կապված այնպիսի զգացողությունների հետ, ինչպիսիք են ընտանիքի ուշադրության կենտրոնից դուրս մնալը, մեկուսացումը, տագնապը: Առանցքային է համարվում ընտանիքի նախնական գնահատումը, որն իր մեջ ներառում է ընտանեկան հարաբերությունների ու հաղորդակցման տեսակների, երեխայի և ընտանիքի մյուս անդամների հաղթահարման ստրատեգիաների, դեկավարման ռճերի, երեխայի զարգացման առանձնահատկությունների, հետաքրքրությունների գնահատում, որոնք կարող են հիմք հանդիսանալ տվյալ ընտանիքի խնամքի անհատական պլանի ձևավորման համար: Անհրաժեշտ է նաև հաշվի առնել ընտանիքի մշակութային, կրոնական արժեքները հիվանդության, մահվան գաղափարի շուրջ:

Գնահատման արդյունքում դուրս են բերվում ընտանիքի հոգեսոցիալական կարիքները, և ձևավորվում է հոգեսոցիալ միջամտությունների պլանը: Հոգեսոցիալական կարիքները մանկական պալիատիվ խնամքում սերտորեն փոխկապակցված են: Ֆիզիկական, հուզական, հոգևոր կարիքները չեն կարող դիտարկվել առանձին, քանի որ դրանցից յուրաքանչյուրն ազդում է մյուսի վրա: Օրինակ, երեխայի ցավը կարող է մեծացնել ծնողի տագնապը, ինչը իր հերթին կարող է ազդել ցավի կառավարման վրա: Մանկական պալիատիվ խնամքում առանձնացվում են այնպիսի **հոգեսոցիալական խնդիրներ**, ինչպիսիք են դիսթրեսը, տագնապը, դեպրեսիան, քնի խանգարումները, կոգնիտիվ փոփոխությունները, վարքային և հարմարման խնդիրները, ես-կոնցեպցիայի, մասնավորապես՝ մարմնի

սխեմայի, ես-պատկերի փոփոխությունները, ուսուցման դժվարությունները և այլն: Դրանցից յուրաքայուրը պահանջում է գնահատում և հոգեւոցիալական միջամտությունների կիրառում:

Մանկական պալիատիվ խնամքի կարիք ունեցող երեխաները ունենում են բազմաթիվ **ախտանիշներ** հիվանդության ամբողջ ընթացքում, որոնք կարող են հանգեցնել տառապանքի և ազդել երեխայի կյանքի որակի վրա:

Առավել հաճախ հանդիպող **ֆիզիկական ախտանիշների** շարքում են սրտխառնոցները, փսխումները, անորեքսիան, թուլությունը, ցավը, **հոգեբանական ախտանիշներից** են տագնապը, դեպրեսիան և այլն: Կարևոր է բոլոր ախտանիշների առանձին գնահատումը, որը ներառում է երեխայի ինքնահաշվետվությունը, ծնողների դիտարկումները և մասնագետի իմացությունը տվյալ հիվանդության ախտաֆիզիոլոգիայի վերաբերյալ: Անհրաժեշտ է նաև հաշվի առնել, որ ախտանիշները փոխկապակցված են և փոխազդում են միմյանց հետ՝ ազդելով երեխայի կյանքի որակի վրա: Ախտանիշների կառավարումը պահանջում է համալիր մոտեցում. բացի դեղորայքային միջամտություններից մեծ դեր ունեն նաև հոգեբանական միջամտությունները: Օրինակ՝ ցավի կառավարման դեպքում ցավազրկողների հետ զուգընթաց կարող են կիրառվել տարբեր **հոգեւոցիալ միջամտություններ**, օրինակ՝ վարքային մոտեցումներ՝ դիստրակցիա (ուշադրության շեղում), ռելաքսացիոն վարժություններ, շնչառական վարժություններ, ուղղորդվող վիզուալիզացիաներ, դեսենսիթիզացիա, ինչպես նաև պատմություններ հորինելու, արտթերապևտիկ տեխնիկաներ:

Այսպիսով, երեխաների պալիատիվ խնամքը հանդիսանում է որպես հիվանդների ամբողջական խնամքի անբաժանելի մաս և ենթադրում է միջգիտակարգային մոտեցում, որի նպատակն է ապահովել երեխաների և ընտանիքի ֆիզիկական, հոգեբանական և հոգևոր բարեկեցությունը՝ այդպիսով նպաստելով երեխայի կյանքի որակի

լավացմանը: Պալիատիվ ինամքը իրականացվում է բուժմանը գու-
զընթաց՝ ապահովելով ախտանիշների կառավարումը, և շարունակ-
վում է նաև այն դեպքում, եթե բուժումը այլևս կիրառելի չէ:

Օգտագործված գրականություն

1. ՀՀ-ում Երեխաների պալիատիվ բժշկական օգնության և սպա-
սարկման հայեցակարգի նախագիծ:
2. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Edited by: Stephen R.
Connor, PhD, January 2014 by Worldwide Palliative Care Alliance
3. Faulk C., Carter Y.H., Daniels L., Handbook of Palliative Care, 2nd Edition,
2005 by Blackwell Publishing Ltd- 490 pages
4. Oxford handbook of palliative care, Edited by Max Watson, Caroline
Lucas, Andrew Hoy, Ian Back. —2 edition, Oxford University Press, Mar
2009
5. Oxford textbook of palliative nursing, Edited by Ferrell B., Coyle N., 3rd
edition, Oxford University press, 2010
6. Pediatric Psycho-oncology: Psychosocial aspects and clinical interventions,
Edited by Kreithler Sh., Ben Arush M., Martin A., 2nd edition, Wiley-
BlackWell, 2012
7. Pediatric Psycho-oncology, Edited by Wiener L., Pao M., Kazak A., Arceci
R., Oxford University Press, 2015

Ինքնություն աշխատանքի թեմաներ

1. Երեխային իր հիվանդության մասին տեղեկատվության տրա-
մադրման հոգեբանական մոտեցումները:
2. Բուժման ընթացքում որոշումների կայացման մեջ երեխային ներ-
գրավելու եղանակները:
3. Հոգեւոցիալական միջամտությունները մանկական պալիատիվ
ինամքում:
4. Դիստրակցիայի (ուշադրության ցրում) կիրառման առանձնահատ-
կությունները մանկական պալիատիվ ինամքում:

5. Ներդրողներանական գնահատման նպատակները մանկական պալիատիվ խնամքում:
6. Միբլինգների հոգեառաջնական խնդիրները:
7. Մահացող երեխայի իրավունքները և դրանց ռեալիզացիայի խոչընդոտները ՀՀ Առողջապահական համակարգի համատեքստում:

ՄԱՍՆԱԳԵՏԻ ԻՆՔՆԱԽՆԱՍՄՔԸ ԵՎ ՀՈՒԶԱԿԱՆ ԱՅՐՈՒՄԸ

Աշխատանքը պալիատիվ ոլորտում մասնագետներին անխուսափելիորեն առերեսում է մի շարք մենահատուկ դժվարությունների հետ, որոնցից առաջինը, իհարկե, մահվան հետ հաճախակի բախումն է, հոգեբանական ներգրավվածությունը մահվան գործընթացում: Բացի այդ, այս ոլորտում աշխատողները հաճախ բախվում են մարդկային տառապանքի, բացասական հույզերի, ռեսուրսների սահմանափակության, սեփական կարողությունների սահմանափակումների հետ, էթիկական երկրնտրանքների հետ: Այս ամենը կարող է անդրադառնալ աշխատակիցների հոգեբանական և հոգևոր բարեկեցության վրա: Առանձնացնում են անձի վրա մասնագիտական ներագրման հետևյալ ախտանիշները՝ հուզական այրում, մասնագիտական կարեկցանքի կարողության մարում, երկրորդային տրավմա:

Հուզական այրում: Հուզական այրման մասին առաջինը 1973 թ. խոսել է Հ. Ֆրոյդենբերգը, նա նկատեց տրամադրության, վերաբերմունքի, մոտիվացիայի բացասական փոփոխություններ անվճար կլինիկայում աշխատող անձանց մոտ: Ս. Ֆիզլին նկարագրում է հուզական այրումը որպես հուզականորեն դժվար իրավիճակի մեջ երկարատև ներգրավվածության հետևանքով ֆիզիկական, հուզական և մտավոր հյուսվածություն:

Հուզական այրումը ներառում է երեք հիմնական բաղադրիչներ, որոնք փուլային են դրսևորվում.

- հուզական հյուժվածություն՝ աշխատանքի ազդեցությամբ առաջ եկած հուզական դատարկության և հոգնածության զգացում,
- դեհումանիզացիա՝ աշխատանքի և աշխատանքի սուբյեկտների հանդեպ ցինիկ վերաբերմունք: Կարող է դրսևորվել որպես հիվանդների հանդեպ ոչ հումանիստական, անտարբեր վերաբերմունք, նրանց խնդիրների արժեզրկում,
- մասնագիտական նվաճումների ռեդուկցիա՝ մասնագիտական ոլորտում ոչ կոմպետենտության, ոչ հաջողակ լինելու զգացում, անձը ապրում է մասնագիտական կարողությունների անկում:

Այրման համախտանիշը դրսևորվում է ի պատասխան աշխատանքային իրադրությունների, ի տարբերություն երկրորդային տրավմայի և կարեկցանքի մարման, որոնք առաջանում են որպես արձագանք այլոց տառապանքի և տրավմայի:

Տագնապայնությունը, ապրումակցման բարձր մակարդակը, ինտրովերտությունը, այլոց հետ նույնականալու հակումը դիտվում են որպես այրման համախտանիշի գոյացմանը նպաստող գործոններ: Ընդհակառակը՝ լավատեսությունը, բարձր ինքնագնահատականը, ինտերնալ ես-կոնցեպցիան, կոնֆլիկտների հանդեպ կայունությունը, նպատակասլացությունը նվազեցնում են այրման համախտանիշի գոյացման հավանականությունը:

Մասնագիտական կարեկցանքի կարողության մարում: Տերմինը առաջադրվել է 90-ականների սկզբում և նկարագրվում է որպես հիվանդի տառապանքի հանդեպ կարեկից և ապրումակցող լինելու ցանկության նվազում՝ այլ մարդկանց կյանքում տրավմատիկ իրավիճակների մասին իմացության հետևանքով: Այն կարելի է նկա-

րագրել որպես հիվանդների կյանքի տրավմատիկ իրավիճակների բախման ազդեցությամբ հուզական մեծ բեռ, որը բերում է սեփական անձը գիտակցելու, կյանքի իմաստավորման, կարեկցանքի և ապրումակցող լինելու կարողությունների անկման: Կարող են դրսևորվել տազնապայնություն, անհանգստություն, ապաթիա, դեպրեսիվություն, կաշուն մտքեր, եռանդի անկում, կոգնիտիվ ֆունկցիաների դանդաղում, գերգրգռվածություն, դեսենսիբիլիզացիա, հուզական ծանրաբեռնվածության զգացում: Խնամատարի սեփական փորձառության մեջ տրավմայի առկայությունը բարձրացնում է մասնագիտական կարեկցանքի կարողության մարման հավանականությունը:

Երկրորդային տրավմատիկ սթրեսային խանգարում: 1995 թ. Ս. Ֆիզլին այն նկարագրել է որպես բազմակի ազդեցության հետևանքով խնամատարների կողմից հիվանդի տրավմայի միջնորդավորված ապրում: Առավել բնորոշ ախտանիշներից են քնի հետ կապված խնդիրները, հիվանդների մասին կաշուն մտքերը, գրգռվողականությունը, ապագայի վերաբերյալ հեռահար պլանների բացակայությունը, ակտիվության մակարդակի նվազումը:

Այսպիսով, պալիատիվ ոլորտի աշխատակիցները առանձնակի ուշադրություն պետք է դարձնեն ինքնախնամքի վրա, որը պետք է ներառի ֆիզիկական, հուզական և հոգևոր ասպեկտները: Կարևորվում է ինչպես թիմի ներսում վստահելի մթնոլորտը, մասնագիտական ցանցի և աջակցության առկայությունը, այնպես էլ անձնական՝ աշխատանքի հետ չկապված շփումները և սոցիալական կապերը: Առանձնակի նշանակություն ունեն աշխատանքային պայմանները, արժանապատիվ վարձատրությունը, սեփական մարմնի և առողջության մասին հոգատարությունը:

Օգտագործված գրականություն

1. Райкова Е. Ю., Терапия и профилактика профессионального выгорания у представителей помогающих профессий // Молодой ученый. — 2011. — №5. Т.2. — с. 92-97.
2. Melvin S. Ch., Historical Review in Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Disorder From a Hospice and Palliative Nursing Perspective - Journal of Hospice and Palliative Nursing. 2015;17(1):66-72.
3. Figley CR, ed. Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York: Brunner/Mazel; 1995, reprinted 2002.
4. Ferrell B, Coyle N. Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press, Inc; 2010.

Ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ

1. Պալիատիվ թիմի հուզական այրման վտանգները և դրա կանխարգելման միջոցները:
2. Հասկացություն երկրորդական տրավմայի մասին:
3. Ինքնախնամքի դերը և եղանակները պալիատիվ ոլորտի աշխատակիցների շրջանում:

ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԵԶՐՈՒԹԱԲԱՆԱԿԱՆ ԲԱՌԱՐԱՆ

ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄԸ պալիատիվ խնամքի համատեքստում հիմնված է առկա ախտանիշների գնահատման և դրանց վերահսկողության պլանավորման վրա: Ցավի, քնի, ախորժակի, սրտխառնոցի, նեյրոլոգիական և այլ ախտանիշների նվազեցման և վերահսկման շնորհիվ բարձրանում է հիվանդի կյանքի որակը և ֆունկցիոնալությունը:

ԱԶԱԿՅՈՂ ԽՆԱՄՔԸ ուղղված է օրգանիզմի վրա քաղցկեղի բացասական ազդեցության կանխարգելմանը և նվազեցմանը, ինչպես նաև հակաքաղցկեղային բուժմանը: Ընդ որում, ուշադրության կենտրոնում են անձի թե՛ ֆիզիկական, թե՛ հոգեւոցիալական խնդիրները:

ԱՐԺԱՆԱՊԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԹԵՐԱՊԻԱՆ կարճաժամկետ հոգեթերապևտիկ մոտեցում է, որն ուղղված է հիվանդության մահացու փուլում գտնվող անձի կենսական ուղու վերախմաստավորմանը և դրա շարունակականության գաղափարի ուժեղացմանը՝ կարևոր իրադարձությունների հավաքագրման և փաստագրման միջոցով:

ԴԻՍԹՐԵՍԸ բազմագործոն տհաճ հոգեբանական (կոգնիտիվ, հուզական, վարքային), սոցիալական և/կամ հոգևոր փորձառություն է, որն ուղեկցվում է առկա սթրեսային իրավիճակի հետ արդյունավետ հակազդելու անկարողությամբ: Այն ընդգրկում է լայն միջակայք՝ տխրությունից, խոցելիությունից, վախից մինչև դեպրեսիա, տագնապայնություն, խուճապ, էքզիստենցիալ և հոգևոր ճգնաժամ: Քաղցկեղի խնամքի համատեքստում այն դիտարկվում է որպես 6-րդ կենսական ցուցանիշ:

ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ՏՐԱՎՄԱՏԻԿ ՍԹՐԵՍԱՅԻՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄԸ նկարագրվում է որպես բազմակի ազդեցության հետևանքով խնամատարների կողմից հիվանդի տրավմայի միջնորդավորված ապրում:

ԻՄԱՍՏԱԿԵՆՏՐՈՆ ԹԵՐԱՊԻԱՆ կարճաժամկետ, կառուցված-
քային մոտեցում է, որը հիմնված է Վ. Ֆրանկլի գաղափարների վրա:
Դրա նպատակն է հատուկ մշակված վարժանքների միջոցով օգնել
անձին վերագտնելու իմաստի և աշխարհի հետ փոխկապակցվա-
ծության զգացումը՝ ընդգծելով անձնային փորձի յուրահատկություն-
ներ և արժեքավորությունը:

ԼԱՎ ՄԱՀԸ բնութագրվում է հիվանդի և ընտանիքի համար
նվազագույն դիսթրեսով և տառապանքից ազատ լինելով, հիվանդի
և ընտանիքի ցանկությունների հետ համաձայնեցվածությամբ, ող-
ջամիտ սահմաններում կլինիկական, մշակութային և էթիկական
ստանդարտների իրացմամբ:

ԿՅԱՆՔԻ ԱՎԱՐՏԻ ԽՆԱՄՔԸ կարող է կիրառվել որպես հոմա-
նիշ հոսպիտալին և պալիատիվ խնամքի համար, եթե կյանքի ավար-
տի շրջանի ներքո հասկանում ենք ընդլայնված ժամանակահատ-
ված՝ 1-2 տարի: Համաձայն մահացող հիվանդին տրամադրվող օգ-
նության Լիվերպուլյան ալգորիթմի (Liverpool Care Pathway for the
Dying Patient), կյանքի ավարտի խնամքը ունի հստակ ժամանա-
կային սահմաններ 48-72 ժամ:

ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԸ բազմաշերտ հասկացություն է, որը ենթա-
դրում է կյանքի դրական և բացասական կողմերի սուբյեկտիվ գնա-
հատում: Պալիատիվ խնամքի համատեքստում այն ներառում է մի
շարք ասպեկտներ՝ հոգեբանական, սոցիալական գործառույթներ,
ֆիզիկական գործառույթներ, ընտանեկան բարեկեցություն, բուժ-
ման կողմնակի էֆեկտները և ախտանիշները, սեռականություն, բա-
վարարվածություն խնամքի գործընթացից, տրանսցենդենտալ
ոլորտ:

ՀԻՎԱՆԴԱԿԵՆՏՐՈՆ ԽՆԱՄՔԸ մոտեցում է, որը ենթադրում է
բժշկական օգնության պլանավորում, գնահատում և իրականացում՝
հիմնվելով հիվանդի և բժշկական աշխատողների արդյունավետ
համագործակցության վրա:

ՀՈԳԵՎՈՐ ԽՆԱՍՔԸ ենթադրում է հիվանդի հոգևոր պահանջ-մունքների և հարցադրումների հետ աշխատանք: Այն կարող է իրականացվել կրոնական հավատալիքների կոնտեքստում, սակայն չի սահմանափակվում դրանով՝ հիմնվելով անձի՝ ոգեղենության վերաբերյալ ունեցած պատկերացումների և արժեհամակարգի վրա:

ՀՈՍՊԻՏԸ (hospitum- լատ.՝ հյուրընկալություն) մատնանշում է վայր, որտեղ տրամադրվում է խնամք և աջակցություն՝ անբուժելի հիվանդության վերջին փուլում գտնվող անձանց՝ նպատակ ունենալով նրանց կյանքը դարձնել հնարավորինս արժանապատիվ և հարմարավետ: Այսօր «հոսպիսային խնամք» բառակապակցությունը կիրառվում է նաև մատնանշելու կյանքը սահմանափակող հիվանդություն ունեցող անձանց և իրենց մտերիմներին ուղղված աջակցության ծրագիր:

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՍՔՆ ակտիվ և համակարգային մոտեցում է, որը ներառում է ֆիզիկական, հուզական, սոցիալական և հոգևոր տարրեր, այն կենտրոնանում է երեխայի կյանքի որակի բարձրացման և ընտանիքի աջակցության վրա: Մանկական պալիատիվ խնամքը ներառում է դիսթրես և անհանգստություն առաջ բերող ախտանիշների կառավարում, հոգեբանական և հոգևոր աջակցություն հիվանդության ամբողջ ընթացքում՝ ներառյալ մահվան և կորստի ընթացքում:

ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԿԱՐԵՎՑԱՆՔԻ ԿԱՐՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԱՐՈՒՄԸ նկարագրվում է որպես խնամք իրականացնող մասնագետի մոտ հիվանդի տառապանքի հանդեպ կարեկից և ապրումակցող լինելու ցանկության նվազում՝ այլ մարդկանց կյանքում տրավմատիկ իրավիճակների մասին իմացության հետևանքով:

ՄԻԶՔԻՏԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԹԻՄԸ պալիատիվ խնամքի համատեքստում թիմային աշխատանքի նախընտրելի մոդելն է: Հիերարխիան այստեղ քիչ կարևոր է, առկա է համագործակցություն տարբեր մասնագիտությունների ներկայացուցիչների կողմից, յուրաքանչյուրը իր

ներդրումն է ունենում հիվանդի վիճակի և կարիքների ամբողջական պատկերի մեջ:

ՆԱՐԱՏԻՎ ԹԵՐԱՊԻԱՆ ուղղված է օգնելու այցելուին հասկանալու սեփական կյանքի փիլիսոփայությունը, արժեքները և նվաճումները՝ կյանքի պատմության վերանայման և վերակառուցման միջոցով: Հիվանդությունն ունեցող անձի հետ աշխատանքի համատեքստում այն բացահայտում է ֆիզիկական հիվանդության իմաստը՝ հիվանդի կյանքի ամբողջ ժամանակահատվածի կոնտեքստում: Կյանքի նարատիվի նպատակն է ստեղծել հիվանդության հետ գործ ունենալու նոր հեռանկարներ, ընդգծել անցյալի ուժեղ կողմերը, բարձրացնել հիվանդների ինքագնահատականը և դուրս բերել ու ամրապնդել նախկինում կիրառված արդյունավետ հաղթահարման մեխանիզմները: Կյանքի նարատիվի միջոցով ամփոփվում է հիվանդի կյանքի պատմությունը և հիվանդության նկատմամբ արձագանքը:

ՇԱՐԺԱԿԱՆ (ՄՈՒՄՅՆ) ԽՈՒՄՔԸ բազմամասնագիտական թիմն է, որը պալիատիվ օգնություն է ցուցաբերում հիվանդին տնային պայմաններում:

ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԸ (palliative- հուն.՝ թիկնոց, ծածկոց) մոտեցում է, որն ուղղված է կյանքին վտանգ սպառնացող հիվանդություններ ունեցող անձանց և նրանց ընտանիքների կյանքի որակի բարելավմանը՝ տառապանքի կանխարգելման կամ նվազեցման միջոցով: Պալիատիվ խնամքը չի ենթադրում բուժում, այլ՝ ախտանիշների կառավարում, անձի հոգեւոցիալական և հոգևոր կարիքների բավարարում: Պալիատիվ խնամքի կենտրոնում են թե՛ ինքը հիվանդը, թե՛ իր ընտանիքի անդամները:

ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԻ ՍՏԱՅԻՈՆԱԸ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔԸ բազմագործառույթ հիվանդանոցի ներսում պալիատիվ խնամքի ոլորտում հատուկ մասնագիտացված բաժանմունքն է:

ՄՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ իրենից ներկայացնում է տարբեր մակարդակներում սոցիալական հիմնախնդիրներ առա-

ջացնող պատճառահետևանքային կապերի ու փոխհարաբերությունների վերհանում և ուսումնասիրություն, ավելի նեղ իմաստով՝ անհատի, ընտանիքի, խմբի համար կենսական բարդ իրավիճակներ առաջացնող սոցիալական խնդիրների հետազոտում, մեկ այլ մեկնաբանությամբ՝ հասարակության սոցիալ-տնտեսական, մշակութաիրավական, բարոյահոգեբանական, բժշկակենսաբանական վիճակը բնորոշող պատճառահետևանքային կապերի և փոխհարաբերությունների բացահայտման և ուսումնասիրման գիտական գործընթաց:

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՒՄԸ իրենից ներկայացնում է յուրաքանչյուր կլիենտի համար օպտիմալ ծրագրի իրականացում, որը նախատեսում է նրա համար հնարավորինս բարեհաջող ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական պայմանների ստեղծում: Սոցիալական վերականգնումը ենթադրում է՝ կյանքի որակի բարելավում՝ վերականգնելով անձի կորսված կամ թուլացած սոցիալական նշանակությունը:

ՎՇՏԻ ԸՆՏԱՆԻՔԱԿԵՆՏՐՈՆ ԹԵՐԱՊԻԱՆ կառուցվածքային մոտեցում է, որի նպատակն է նվազեցնել ընտանիքի վրա վշտի բացասական հետևանքները: Ընտանեկան հարաբերությունների գնահատման միջոցով դուրս են բերվում հոգեւոցիալական տեսանկյունից առավել խոցելի ընտանիքները, և նրանց հետ աշխատանքը սկսվում է հիվանդի պալիատիվ խնամքի փուլից և շարունակվում է նրա մահվանից հետո:

ՏՈՏԱԼ ՑԱՎԻ հասկացությունը առաջադրվել է Սեսիլի Սոնդերսի կողմից, և ներառում է ֆիզիկական ախտանիշները, հոգեբանական դիսթրեսը, սոցիալական և հուզական խնդիրները: Այս ախտանիշներից ոչ մեկը չպետք է անուշադրության մատնվեն և դրանցից մեկի թեթևացումը կարող է բարելավել հիվանդի ամբողջական վիճակը:

ԻՆՔՆՈՒՐՈՒՑՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ԹԵՄԱՆԵՐ

1. Պալիատիվ խնամքի պլանավորում
2. Որոշումների կայացում կյանքի ավարտի փուլում: Էվթանազիայի էթիկական հիմնախնդիրը
3. Մթերսի կառավարումը պալիատիվ խնամքում
4. Խնամատարների աջակցման ձևերը
5. Կարիքների գնահատումը պալիատիվ օգնության շրջանակներում
6. Արթ-թերապիան պալիատիվ խնամքում
7. Պալիատիվ բուժքրոջ անհրաժեշտ հմտությունները
8. Քրոնիկ ցավի կառավարման մեջ հոգեբանական գործոնի դերը
9. Ինչպես հայտնել երեխային հարազատի մահվան մասին
10. Ինչպես խոսել երեխայի/դեռահասի հետ իր հիվանդության մասին
11. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ ունեցող հիվանդների պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները
12. Տուբերկուլյոզ ունեցող հիվանդների պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները
13. Բնածին անոմալիաներ/արատներ ունեցող հիվանդների պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները
14. Պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները աուտիզմի և այլ հոգեբուժական խնդիրների դեպքում
15. Պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները ՄՈՒԿ-ի դեպքում
16. Էպիլեպսիա ունեցող հիվանդների պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները
17. Սրտանոթային հիվանդություններ ունեցող հիվանդների պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները
18. Հոգևոր խնամքի դերը պալիատիվ օգնության համակարգում
19. Պալիատիվ թիմի հուզական այրման վտանգները և դրա կանխարգելման միջոցները:

20. Պալիատիվ շարժում. պատմություն, զարգացում, արդի իրավիճակ:
21. Սոցիալական աշխատանքի առանձնահատկությունները պալիատիվ խնամքում:
22. Էքզիստենցիալ հիմնախնդիրները հիվանդության տերմինալ փուլում գտնվող անձի մոտ:
23. Վիշտ, կորուստ և սուգ:
24. Սոցիալական աշխատանքի նպատակները և գործառույթները պալիատիվ խնամքի և սպասարկման ոլորտում:
25. Սոցիալական վերականգնում. պալիատիվ խնամքում:
26. Անհատական վերականգնողական պլանի կառուցվածքը և բովանդակությունը:
27. Սոցիալական ախտորոշումը որպես կլինտի սոցիալ-բժշկական, սոցիալ-հոգեբանական վերականգնման հիմք:
28. Առաջնային տեղեկատվության հավաքման մեթոդները սոցիալական աշխատանքում:
29. Սոցիալական աշխատանքի կարճաժամկետ և միջին տևողության մոդելները:
30. Երկարատև ցավային համախտանիշով տառապող հիվանդների խնդիրները և դրանց արդյունավետ լուծումը:

ԵԶՐԱՓՄԱԿԻՉ ՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԱՇԱՐԿ

(կողմնորոշիչ տարբերակ)

1. Պալիատիվ խնամքի սահմանումը, նպատակները, հիմնական հասկացությունները:
2. Կյանքի որակի բաղադրիչները:
3. Պալիատիվ խնամքի մատուցման ձևերը:
4. Էթիկական սկզբունքները պալիատիվ խնամքում:
5. Պալիատիվ խնամքի իրավական ասպեկտները:
6. Պալիատիվ խնամքում հոգեբանական աջակցության քառաստիճան մոդելը
7. Հոգեբանական աշխատանքի հինգ հիմնական ոլորտները պալիատիվ խնամքում:
8. Հոգեբանի դերը պալիատիվ խնամքի թիմում:
9. Հիվանդակենտրոն խնամքի առանձնահատկությունները:
10. Թիմի հասկացությունը և թիմային համագործակցության ձևերը պալիատիվ խնամքում:
11. Բժշկական խնդիրները պալիատիվ խնամքում:
12. Ախտանիշների և բուժման կողմնակի էֆեկտների կառավարումը:
13. Պալիատիվ բուժքույրական օգնություն:
14. Ցավի սահմանումը, դասակարգումը, ընդհանուր ցավի գաղափարը պալիատիվ խնամքում:
15. Ցավի կլինիկական գնահատումը:
16. Սոցիալական աշխատողի դերը և գործառույթները պալիատիվ խնամքում:
17. Բժշկատոցիալական հիմնախնդիրները պալիատիվ խնամքում:
18. Հիվանդի առաջնային սոցիալական միջավայրի հետ աշխատանքը:
19. Սոցիալական ախտորոշման սկզբունքները և փուլերը:
20. Տեղեկատվության հավաքման հիմնական եղանակները պալիատիվ սոցիալական աշխատանքում:
21. Դեպքի վարման առանձնահատկությունները պալիատիվ սոցիալական աշխատանքում:

22. Վերականգնողական պլանի կիրառման նպատակները պալիատիվ սոցիալական աշխատանքում:
23. Վատ լուրերի հաղորդման նպատակները և ռազմավարությունները:
24. Վատ լուրերի հաղորդման վեցաստիճան մոդելը (SPIKES):
25. Դիսթրեսի սահմանումը և նկարագրությունը:
26. Հոգեւոցիալական գնահատման գործիքները հիվանդության տարբեր փուլերում:
27. Հոգեւոցիալական խնամքի պլանավորումը:
28. Ընտանիքակենտրոն խնամքի առանձնահատկությունները:
29. Հիվանդության սումատիկ ախտանիշները և դրանց ազդեցությունը կյանքի որակի վրա:
30. Հոգեբուժական ախտանիշները, դրանց կառավարումը:
31. Փուլերի տեսությունը (Քյուբլեր-Ռոս):
32. Հոգեբանական աջակցության մոդելները:
33. Զույգի և ընտանիքի թերապիայի մոդելներ:
34. Հոգևոր կարիքները և դրանց հետ աշխատանքը պալիատիվ խնամքում:
35. Հոգեւոցիալական խնդիրները կյանքի ավարտի փուլում:
36. «Լավ» մահվան սահմանումը և չափանիշները:
37. Իմաստաստեղծման պրոցեսը կյանքի ավարտի փուլում:
38. Լոգոթերապիա:
39. Կյանքի նարատիվ և արժանանապատվությունը պահպանող թերապիա:
40. Կորստի և վշտի հետ աշխատանքը:
41. Ախտաբանական վշտի չափորոշիչները:
42. Ընտանեկան թերապիան որպես կորստի հաղթահարման միջոց:
43. Մանկական պալիատիվ խնամքի սահմանումը, չափորոշիչները:
44. Մանկական պալիատիվ խնամքի էթիկական սկզբունքները:
45. Հոգեւոցիալական խնդիրները մանկական պալիատիվ խնամքում:

46. Հոգեւոցիալական միջամտությունները մանկական պալիատիվ խնամքում:
47. Երեխայի ընտանիքակենտրոն խնամքը:
48. Դիստրակցիայի եղանակները մանկական պալիատիվ խնամքում:
49. Մասնագետների հուզական այրման ախտանիշները և դրանց կանխարգելման եղանակները:
50. Երկրորդային տրավմատիկ սթրեսային խանգարում:

ԹԵՍՏԱՅԻՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԿՈՂՄՆՈՐՈՇԻՉ ՏԱՐԲԵՐԱԿ

1. Պալիատիվ խնամքի գլխավոր նպատակն է հիվանդի.

- ա. Կյանքի որակի բարելավումը
- բ. Հիվանդության բուժումը
- գ. Մահվան գործընթացի արագացումը
- դ. Հոգեբանական խնդիրների հետ աշխատանքը

2. Տոտալ ցավի հասկացությունը ներառում է.

- ա. Հոգեբանական և սոցիալական տառապանքը
- բ. Ֆիզիկական, սոցիալական և հոգևոր տառապանքը
- գ. Ֆինանսական և հոգեբանական տառապանքը
- դ. Հոգեբանական, սոցիալական, ֆիզիկական և հոգևոր տառապանքը

3. Համաձայն պալիատիվ խնամքի սկզբունքներին.

- ա. Հիվանդը ինքն է կայացնում իր խնամքի հետ կապված որոշումները
- բ. Հիվանդի խնամքի հետ կապված բոլոր որոշումները կայացնում է ընտանիքը
- գ. Հիվանդի խնամքի հետ կապված բոլոր որոշումները կայացնում է բժշկական անձնակազմը
- դ. Հիվանդի խնամքի հետ կապված բոլոր որոշումները կայացնում է հոգեսոցիալական անձնակազմը

4. Պալիատիվ խնամք ստացող անձը.

- ա. Չի կարող ունենալ սեռական կարիքներ
- բ. Կարող է ունենալ սեռական կարիքներ միայն նախքան որոշակի փուլ
- գ. Կարող է ունենալ սեռական կարիքներ մինչև կյանքի վերջին փուլ
- դ. Ժամանակ չունի մտածելու սեռական կարիքների մասին

5. Ըստ VAS-ի 7-8 ցավի ուժգնության դեպքում հարկավոր է սկսել ԱՀԿ-ի՝

- ա. Առաջին աստիճանից
- բ. Երկրորդ աստիճանից
- գ. Երրորդ աստիճանից
- դ. Ոչինչ չձեռնարկել

6. Նոցիցեպտոբները.

- 1. որսում են հյուսվածքների վնասումը
 - 2. կենտրոնաձիգ նյարդերի վերջավորություններ են
 - 3. միելինագուրկ նյարդերի վերջավորություններ են
 - 4. միելինապատ նյարդերի վերջավորություններ են
- ա. 1, 2, 3, 4, բ. 1, 2, 4, գ. 1, 4, դ. 3, 4

7. Ցավը ըստ ծագման դասակարգվում է որպես.

- 1. նոցիցեպտիկ
 - 2. նեյրոպաթիկ
 - 3. խրոնիկ
 - 4. հոգեծին
- ա. 1, 2, 4, բ. 2, 3, 4, գ. 1, 2, 3, դ. 1, 2

8. Մոցիալական վերականգնումը յուրաքանչյուր շահառուի համար օպտիմալ ծրագրի իրականացում է, որը ենթադրում է.

- ա. սոցիալ-տնտեսական պայմանների բարելավում
- բ. նրա հոգեկան և ֆիզիկական առողջության վերահսկում և մրջտադիտարկում,
- գ. նրա համար հնարավորինս բարեհաջող ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական պայմանների ստեղծում,
- դ. սոցիալ-իրավական խորհրդատվությունների միջոցով շահառուի իրավագիտակցության բարձրացում:

9. Սոցիալական ախտորոշման նպատակով առավելապես կիրառվում է

- ա. Ոչ պաշտոնական փաստաթղթերի բովանդակային վերլուծությունը
- բ. Հեռախոսային հարցումը
- գ. Կիսաստանդարտացված հարցազրույցը
- դ. Փորձագիտական հարցումը:

10. Համակարգային մոտեցման՝ «Կյանքի մոդելով» աշխատելիս շահառուի ընտանիքի գնեղգրամը և նրա շրջապատի էկոգրամը ստեղծվում է:

- ա. Սկզբնական փուլում
- բ. Շահառուի հիմնախնդիրների լուծման համար պայմանավորվածություններ ձեռք բերելու ընթացքում
- գ. Համապատասխան համակարգերի միջև հարաբերությունները վերականգնելու կամ ստեղծելու գործընթացի ժամանակ
- դ. Ավարտական փուլում, երբ իրականացվում է աշխատանքի առաջընթացի գնահատում՝ շահառուի և սոցիալական աշխատողի քննարկման արդյունքում:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ Հիմնական գրականություն

1. Ամոքիչ խնամքի աշխատանքային ձեռնարկ. Անթոնի Սմիթ. ՓՐԱՅՍ Ինթերնեյշնլ, Հայաստան. ԵՊՀ հրատ., 2011
2. Պալիատիվ խնամք. բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց: Խ. Գասպարյան, Վ. Տեր-Մինասյան, Հ. Կարապետյան. -Եր.: «Պոլիգրաֆբիզնես», 2011. -128 էջ:
3. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ներդրման ռազմավարությանը 2016-2019 թվականների միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին նախագիծ:
4. Սոցիալական աշխատանքի տեսություններ և մոդելներ: Աննա Ուկանյան. – Եր., 2012, — 80 էջ:
5. Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе: часть 1, Перевод статьи, впервые опубликованной в «Европейском журнале паллиативной помощи» (EJPC) в 2009 г., Том 16, № 6, с. 278-289 и в 2010 г., том 17, № 1, с. 22-33»
6. Кюблер-Росс Э., О смерти и умирании .-Киев : «София», 2001 .-318 с.
7. Чаплин И. В., Актуальные проблемы социальной работы в сфере хосписной и паллиативной помощи. Под редакцией В. В. Харабета Мариуполь, 2013.
8. Connor S.R., Hospice and Palliative Care: The Essential Guide 2nd Edition, Routledge April 4, 2009 - 278 pages
9. Oxford handbook of palliative care / edited by Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back. —2 edition, Oxford University Press, Mar 2009
10. Psycho-Oncology, Edited by Holland J.C., Breitbart W.S., Oxford University Press; 2 edition (March 22, 2010)- 720 pages
11. Toby C. Campbell, MD, Gordon J Wood MD, Carol F. Knight, Communication and the Hospice and Palliative Physician’s Role on the Interdisciplinary Team ., EdM Unit 5. Hospice and Palliative Care Training for Physicians: Self –study Program. Published by American Academy of Hospice and Palliative Medicine.

Լրացուցիչ գրականություն

1. Հայաստանի Հանրապետության օրենքը սոցիալական աջակցության մասին. *Ընդունված է 2014 թվականի դեկտեմբերի 17-ին*
2. Гнездилов А. Путь на голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической кнликке и хосписе. Санкт-Петербург, 1995
3. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. Под редакцией Г. А., Новикова, академика РАМН, профессора В. И. Чиссова, профессора О. П. Модникова.. - Том II. - М.: 2004. - 488 с.
4. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение Сборник документов ВОЗ и ЕАПП, М.: Р. Валент, 2014. — 180 с.
5. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Новая редакция Порядка утверждена Приказом МЗ РФ № 187н от 14 апреля 2015 г.
6. Райкова Е. Ю., Терапия и профилактика профессионального выгорания у представителей помогающих профессий // Молодой ученый. — 2011. — № 5. т.2. — с. 92-97.
7. Шурыгина Ю. Ю., Содержание и методика социально - медицинской работы (с региональным компонентом): Учебно- методическое пособие. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2004. – 121 с.
8. Ялом И., Экзистенциальная психотерапия.-Москва: «Класс», 1999.- 301с.
9. Bostanci, A; Hudson, P; Philip, J; “Clinical tools to assist with specialist palliative care provision” 2012 Centre for Palliative Care c/o St Vincent’s and The University of Melbourne, Australia
10. Faull C., Carter Y.H., Daniels L., Handbook of Palliative Care, Second Edition, 2005 by Blackwell Publishing Ltd- 490 pages
11. Foley K., Gelband H., Improving Palliative Care for Cancer Kathleen, National Cancer Policy Board, National Research Council, National Academy of Sciences, 2001- 344 pages
12. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Edited by: Stephen R. Connor, PhD, January 2014 by Worldwide Palliative Care Alliance
13. Holland J., History of psycho-oncology, Psychosomatic Medicine 64:206–221 (2002)

14. Holly M Homes, MD Regina Stein, MD, Carol F Knight EdM., Alleviating Psychological and Spiritual Pain in Patients with Life-Limiting Illness. Unit 2 Third edition. Hospice and Palliative Care Training for Physicians: Self – study Program. Published by American Academy of Hospice and Palliative Medicine.
15. John F. Smith , Communicating with cancer patients. ESMO press. 2013.
16. Kissane D., Bloch S., Family Focused Grief Therapy: A Model of Family-Centred Care during Palliative Care and Bereavement, Open University Press; 1 edition (April 1 2002)- 276 pages
17. Olver I.N, The MASCC Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship, Springer US, 2011*
18. Palliative Care: Transforming the Care of Serious Illness, Edited by Meier D.E., Isaacs S.L., Hughes R. 464 pages, April 2010, Jossey-Bass
19. Psychosocial Palliative Care 1st Edition, Edited by Breitbart W.S., Yesne Alici Y., Oxford University Press;1 edition (April 22, 2014)-192 pages
20. Psychosocial Issues Near the End of Life: A Resource for Professional Care Providers, Edited Werth J.L., Blevins D., 2006- 258 pages*
21. Watson M., Kissane D.W., Handbook of Psychotherapy in Cancer Care, Published 2011 by John Wiley & Son: 284 pages
22. Watson M., Lucas C., Hoy A., Wells J., Oxford Handbook of Palliative Care, Second Edition, 26 March 2009- 1088 pages
23. W. Bailea, R.Buckman, SPIKES A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer.

ՕԳՏԱԿԱՐ ՀՂՈՒՄՆԵՐ

1. International Association of Palliative Care - www.cancercare.org
2. European Association of Palliative Care - www.eapcnet.eu
3. International Association For Hospice & Palliative Care - hospicecare.com/home/
4. The International Children’s Palliative Care Network (ICPCN) – www.icpcn.org
5. Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance – www.whpca.org
6. E-Hospice – www.ehospice.com

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ.....	3
ՀԱՄԱՌՈՏ ԴԱՍԸՆԹԱՑ.....	12
Պալիատիվ խնամքի ընդհանուր բնութագիր.....	12
Պալիատիվ խնամքի էթիկական և իրավական սկզբունքները	17
Պալիատիվ հոգեբանությունը՝ որպես պալիատիվ խնամքի բաղադրիչ	21
Թիմային աշխատանքը պալիատիվ խնամքի համատեքստում	24
Պալիատիվ խնամքի բժշկական բաղադրիչը ցավը որպես ախտանիշ	29
Բժիշկ-հիվանդ/ընտանիք և բժիշկ-այլ մասնագետ հաղորդակցման առանձնահատկությունները	32
Բժշկական հաստատություններում սոցիալական աշխատանքի կազմակերպման սկզբունքները.....	34
Սոցիալական ախտորոշումը բժշկական մոդելի շրջանակներում ..	39
Կարճաժամկետ մոդելներ և դեպքի վարում.....	42
Հիվանդության ախտորոշման փուլի հոգեբանական բաղադրիչը ...	46
Հիվանդության բուժման փուլի հոգեբանական առանձնահատկությունները.....	55
Կյանքի ավարտի փուլ.....	60
Մանկական պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները.....	71
Մասնագետի ինքնախնամքը և հուզական այրումը	79
ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԵԶՐՈՒԹԱԲԱՆԱԿԱՆ ԲԱՌԱՐԱՆ.....	83
ԻՆՔՆՈՒՐՈՒՅՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԼՐԱՑՈՒՅԻՉ ԹԵՄԱՆԵՐ	88
ԹԵՍՏԱՅԻՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԿՈՂՄՆՈՐՈՇԻՉ ՏԱՐԲԵՐԱԿ.....	93
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ.....	96

ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ
ԿԻՐԱՌԱԿԱՆ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ

ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ Դ.,
ԱՍՐԻԲԱԲԱՅԱՆ Ե., ՔԱՄԱԼՅԱՆ Ա.,
ՄՈՎՍԻՍՅԱՆ Ն., ՄԻՔԱՅԵԼՅԱՆ Զ.

**«ՊԱԼԻԱՏԻՎ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ»
ԲԱԶՄԱԳԻՏԱԿԱՐԳԱՅԻՆ
ԴԱՍԸՆԹԱՑ**

Ուսումնամեթոդական ուղեցույց

Համակարգչային ձևավորումը՝ Կ. Չալարյանի
Շապիկի ձևավորումը՝ Անի Ասատրյանի
Հրատ. սրբագրումը՝ Վ. Դերձյանի

Ստորագրված է տպագրության՝ 23.12.2016:
Չափսը՝ 60x84 ¹/₁₆: Տպ. մամուլը՝ 6.25:
Տպաքանակը՝ 200:

ԵՊՀ հրատարակչություն,
ք. Երևան, 0025, Ալեք Մանուկյան 1
www.publishing.y-su.am



ՆՐԱՏԱՐԱԿՉՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆ 2016