



მულტიდისციპლინური მიდგომის მნიშვნელობა პალიატიურ მზრუნველობაში  
მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველოს რეალობა

Importance of multidisciplinary approach in palliative care, world practice and  
reality of Georgia

თამრიკო ბულია<sup>1a</sup>, თინა ბერუჩაშვილი<sup>1b</sup>, იოსებ აბესაძე<sup>1,2c</sup>, ფატი ძოჭენიძე<sup>3d</sup>

Tamriko Bulia<sup>1a</sup> Tina Beruchashvili Ioseb Abesadze Pati dzotsenidze

<sup>1</sup>ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

<sup>2</sup> თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

<sup>3</sup> საქართველოს ეროვნული უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

<sup>1</sup> School of Health Sciences, University of Georgia, Tbilisi, Georgia

<sup>2</sup> Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia

<sup>3</sup> National University of Georgia, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

კვლევის მიზანია მულტიდისციპლინური მიდგომის მნიშვნელობის დადგენა პალიატიურ მზრუნველობაში და საქართველოში ამ მხრივ არსებული გამოწვევების შესწავლა. კვლევამ აჩვენა გეოგრაფიული დისბალანსი პალიატიური ზრუნვის სფეროში, კერძოდ, ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამა ქვეყნის 76 მუნიციპალიტეტიდან დაშვებულია მხოლოდ თბილისში და 6 მუნიციპალიტეტში. მულტიდისციპლინური პალიატიური მზრუნველობის პრაქტიკაში განსახორციელებლად და პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად, აუცილებელია: ამბულატორიული პალიატიური ზრუნვის ხელმისაწვდომობისა და დაფინანსების გაზრდა, პალიატიური ზრუნვის თანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება მთელს საქართველოში, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გადამზადება პალიატიურ მედიცინაში, პალიატიური ზრუნვის საწოლფონდის გაზრდა და მულტიდისციპლინური გუნდების შექმნა, პალიატიური ზრუნვის ინტეგრაცია ჯანდაცვის სისტემებში.

**საკვანძო სიტყვები:** პალიატიური ზრუნვა, მულტიდისციპლინური მიდგომა, ჰოსპისური ზრუნვა, ჯანდაცვა.

**ციტირება:** თამრიკო ბულია, თინა ბერუჩაშვილი, იოსებ აბესაძე, ფატი ძოჭენიძე. მულტიდისციპლინური მიდგომის მნიშვნელობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

The purpose of the study is to determine the importance of a multidisciplinary approach in palliative care and to study the challenges in this regard in Georgia. The study showed a geographical imbalance in the field of palliative care, in particular, the state program of ambulatory palliative care is

<sup>a</sup> tamriko.bulia@ug.edu.ge

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-6733-3467>

<sup>b</sup> t.beruchashvili@ug.edu.ge, <sup>c</sup> Ioseb.abesadze@gmail.com, <sup>d</sup> p.dzotsenidze@seu.edu.ge

allowed only in Tbilisi and 6 municipalities out of 76 municipalities of the country. In order to implement multidisciplinary palliative care in practice and improve the quality of life of patients and their family members, it is necessary to: increase access to and financing of ambulatory palliative care, equal geographic distribution of palliative care throughout Georgia, retraining of the primary care link in palliative medicine, increasing the palliative care bed fund and creating multidisciplinary palliative care teams, Integration of palliative care into health care systems.

**Keywords:** Palliative care, Multidisciplinary approach, Hospice care, Health care.

**Citation:** Tamriko Bulia, Tina Beruchashvili, Ioseb Abesadze, Pati dzotsenidze. Importance of multidisciplinary approach in palliative care. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

## შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ადამიანის ჯანმრთელობაში მოიაზრება როგორც „ფიზიკური, მენტალური და სოციალური მთლიანობის დინამიური მდგომარეობა“ და არა მხოლოდ დაავადების არქონა (WHO, 1948). შესაბამისად, ადამიანის ფიზიკურ პრობლემას მრავალგანზომილებიანი და მრავალასპექტიანი მიდგომა ჭირდება. სწორედ ამის დასტურად, 1977 წელს ჯორჯ ენჯელმა გამოთქვა ვარაუდი, რომ ბიოფსიქოსოციალური ფაქტორები განაპირობებენ დაავადებისადმი მოწყვლადობას, სიმძიმის ხარისხს და ზოგადად დაავადების კურსს და დაასკვნა რომ ბიოსამედიცინო დუალისტური მოდელი არაეფექტურია. ჯორჯ ენჯელი მოგვიწოდებს, რომ „ადამიანი უნდა განიხილებოდეს როგორც ინდივიდი და პიროვნება სოციალურ კონტექსტში სადაც გათვალისწინებულია მისი სოციალური გარემო და პიროვნებათაშორისი ურთიერთობები“ (Engel, 1977). სწორედ მისმა ამ ფილოსოფიამ ჩაუყარა საფუძველი ბიოფსიქოსოციალური მოდელის წარმოშობას, ეს უკანასკნელი კი საფუძველად დაედო მულტიდისციპლინური მიდგომის განვითარებას მედიცინაში.

პიროვნებაზე ორიენტირებული მოდელი კრიტიკულად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ქრონიკული, პროგრესირებადი, განსაკუთრებით კი უკურნებელი დაავადებების მქონე პაციენტებში, სადაც იზრდება ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის საჭიროება, შესაბამისად აუცილებელი ხდება პაციენტისთვის მულტიდისციპლინური მზრუნველობის გაწევა (Beng, 2004). საადის, მოდერიოს და მოსინის თქმით, დაავადებაზე ორიენტირებული ეფექტური ჯანმრთელობის დაცვის მოდელი უნდა შეიცვალოს პაციენტზე და თვით პიროვნებაზე ორიენტირებულ მიდგომად (Saad et al., 2017). სწორედ ასეთ მიდგომას ემყარება პალიატიური მზრუნველობა და ვინაიდან პალიატიური მზრუნველობა უფრო ადრე შეიქმნა ვიდრე ვიდრე ჯორჯ ენჯელის ბიოფსიქოსოციალური თეორია, სავარაუდოა, რომ სწორედ მან მისცა ბიძგი ამ მოდელის შექმნა-იმპლემენტაციას.

ტერმინი პალიატიური მზრუნველობა წარმოიშვა ლათინური სიტყვა „Pallium“გან, რაც ნიშნავს ლაბადას/ნიღაბს. ამ დარგის წარმოშობა განაპირობა ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტთა რაოდენობის გაზრდამ, რომლებიც განიცდიან უდიდეს ტანჯვას და კომპლექსურ სამედიცინო-სოციალურ მზრუნველობას საჭიროებენ. (კორძია და სხვ., 2005).

პალიატიურმა მზრუნველობის მულტიდისციპლინურმა მიდგომამ განსაკუთრებული დატვირთვა შეიძინა XX ბოლოსა და XXI საუკუნის დამდეგს, როდესაც სოციო-ეკონომიკური პირობების მკვეთრი გაუმჯობესების, ტექნოლოგიებისა და მედიცინის განვითარების ფონზე, მასობრივად აღინიშნა მოსახლეობის გლობალური დაბერება, რასაც მოყვა ქრონიკული და მოპროგრესირე დაავადებებისა და ონკოლოგიურ პაციენტთა რაოდენობის ზრდა. 1970 წელს ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ეგიდით ექსპერტთა ჯგუფმა დაიწყო მუშაობა 40ზე მეტ სახელმწიფოში, მათ შორის დიდი ბრიტანეთი, აშშ, კანადა, ცენტრალური ევროპის ქვეყნებსა და ავსტრალიაში, ხოლო 1996 წელს ტერმინი „პალიატიური მზრუნველობა“ ჩართული იქნა Index Medicus ში დაემატა განსაზღვრებებს „ტერმინალური მზრუნველობა“ და „ჰოსპისი“. 1990 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ შემოგვთავაზა პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრება და ამოცანები, რომლის თანახმადაც: „პალიატიური

*მზრუნველობა წარმოადგენს მრავალპროფილურ მზრუნველობას ქრონიკული უკურნებელი დაავადებებით დაავადებულ პაციენტებზე და მისი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა სიმპტომთა მოხსნა და კონტროლი, ასევე პაციენტთა ფსიქოლოგიური და სოციალური მხარდაჭერა. პალიატიური მზრუნველობის მთავარი მიზანი არის პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება“.* (კორძაია და სხვ., 2005).

2002 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ გააფართოვა მიდგომა პალიატიური მზრუნველობისადმი და ჩამოაყალიბა უფრო ფართო განსაზღვრება, რომლის თანახმადაც პალიატიური მზრუნველობის კონტიგენტს წარმოადგენს ნებისმიერი ქრონიკული უკურნებელი დაავადებით დაავადებული ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტი, ხოლო ამოცანებს წარმოადგენს ტკივილის მართვა, სიმპტომთა კონტროლი და ასევე პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი საჭიროებების დაკმაყოფილება. (კორძაია და სხვ., 2005).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად სადღეისოდ პალიატიური მზრუნველობა „არის მიდგომა, რომელიც ტკივილის და სხვა ფიზიკური, ფსიქო-სოციალური და სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასებისა და მკურნალობის შედეგად, ტანჯვის პრევენციის და შემსუბუქების გზით, აუმჯობესებს იმ პაციენტებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხს, რომლებსაც აქვთ სიცოცხლისთვის სახიფათო ან სიცოცხლის შემზღვეველ დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემები“.

(WHO, 2022)

საქართველოს კანონმდებლობაში პალიატიური მზრუნველობის ბოლო განსაზღვრება ფორმულირდება შემდეგნაირად „*პალიატიური მზრუნველობა – მულტიდისციპლინური მიდგომით მომსახურება, რომელიც ტკივილისა და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური, სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასების, მკურნალობის, სულიერი თანადგომის, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით აუმჯობესებს ქრონიკული დაავადების ან/და სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს*“ (საქართველოს კანონი 2023).

პალიატიური მზრუნველობის ამ ბოლო განსაზღვრების ჰოლისტური ბუნების მიუხედავად, არსებული კვლევების საფუძველზე საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სერვისები ვერ ითვალისწინებს მულტიდისციპლინურ მიდგომას და ვერ სთავაზობს პაციენტებს სრულყოფილ სერვისებს (გოგოხია და სხვ, 2021) და ძირითადად მოიაზრებს ფიზიკური სიმპტომების მართვას (Chikhladze et al., 2018).

კვლევის მიზანია მულტიდისციპლინური პალიატიური ზრუნვის დანერგვის ბარიერების შეფასება საქართველოში, მულტიდისციპლინური მიდგომის მნიშვნელობის განსაზღვრა და არსებული საჭიროებების ფონზე მულტიდისციპლინური ზრუნვის გავლენის შესწავლა უკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხზე.

## **მეთოდოლოგია**

არსებული ლიტერატურის მიმოხილვისას მთავარ გზამკვლევად არჩეულ იქნა პალიატიური მზრუნველობის ჰოლისტური არსი და მისი განხორციელებისათვის საჭირო კრიტერიუმები, ხოლო კონკრეტულად საქართველოსთან მიმართებაში განხილული იქნა არსებული სერვისების შეფასებები. ამისათვის, გამოყენებული იქნა ისეთი სამეცნიერო ელექტრონული პლატფორმები, როგორც არის Pub Med, Science Direct, Google Scholar და ასევე ოფიციალური სახელმწიფო ვებ გვერდები.

## **პალიატიური მზრუნველობის სფეროში მულტიდისციპლინური სერვისების მნიშვნელობის შეფასება**

როგორც დასაწყისში ვახსენეთ, ჯორჯ ენჯელი არაეფექტურად მიიჩნევს მხოლოდ დაავადების ფიზიკურ ასპექტებზე ორიენტირებულ ბიოსამედიცინო მოდელს და საჭიროდ თვლის, რომ ადამიანი უნდა განიხილებოდეს უფრო ფართო სოციალურ და ფსიქოლოგიურ კონტექსტში და გვთავაზობს ბიოფსიქოსოციალურ მოდელს. მსგავსი იდეის ანარეკლს

ვხვდებით თანამედროვე ტიპის ჰოსპისის დამფუძნებლის სესილი სანდერსის მიდგომაშიც, რომელმაც 1967 წელს განაცხადა რომ პალიატიური მზრუნველობისა და ჰოსპისის მიზანს წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებების მქონე ადამიანის ტანჯვის შემსუბუქება ფიზიკური და ფსიქოლოგიური პრობლემების ადრეული გამოვლენითა და მართვით, ასევე მისი ოჯახის წევრების სულიერი და სოციალური თანადგომით (Dzingina & Higginson, 2015). სესილი სანდერსისა და მისი კოლეგების დაკვირვებით სიცოცხლის დასასრულ ადამიანის ფასეულობათა სისტემაში დიდ მნიშვნელობას იძენს სულიერი, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორები, რასაც ფიზიკურ საჭიროებებთან ერთად ეფექტური ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა სჭირდება, ეს კი მოითხოვს მულტიდისციპლინურ მიდგომას. (Dzingina & Higginson, 2015). გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული კომიტეტი პალიატიურ მზრუნველობას განიხილავს როგორც ჯანმრთელობის უფლების ნაწილს (Economic and Social Council, Committee on Economic, 2000). 2003 წლის ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაში „ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოებში პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზებისათვის“ ხაზგასმულია, რომ: „პალიატიური, მზრუნველობა წარმოადგენს ჯანდაცვის განუყოფელ ნაწილს, რომელსაც პაციენტისთვის აქვს სასიცოცხლო მნიშვნელობა და ნებისმიერ პაციენტს ყოველგვარი დაგვიანების გარეშე უნდა შეეძლოს მიიღოს აღნიშნული სერვისი საჭიროების შემთხვევაში“. კომიტეტის რეკომენდაციაში ცალსახად ნათქვამია, რომ: „პალიატიური მზრუნველობა აერთიანებს პაციენტზე ზრუნვის ფსიქოლოგიურ და სულიერ ასპექტებს, კომიტეტი აცნობიერებს რა, რომ პალიატიური მზრუნველობა მიმართულია შორსწასული დაავადებებით გამოწვეულ ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სულიერ საკითხებზე, იგი მოითხოვს მაღალკვალიფიცირებული, ადექვატური რესურსებით აღჭურვილი ინტერდისციპლინურ და მულტიპროფილური გუნდის მონაწილეობას, სადაც ჩართულნი იქნებიან პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სულიერი საჭიროებების შესაბამისი კომპეტენციების მქონე ექიმი, ექთანნი და ჯანდაცვის სფეროს სხვა მუშაკები“. (გოგოხია და სხვ, 2021).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად პაციენტმა უნდა მიიღოს პალიატიური მზრუნველობის სერვისი უკურნებელი დიაგნოზის დადგენისთანავე, თუ ჩატარებული რადიკალური მკურნალობის მიუხედავად დაავადება პროგრესირებს და ან დიაგნოზის დადგენისას უკვე აღენიშნება დაავადების უკურნებელი სტადია. შესაბამისად, პალიატიური მზრუნველობა ფარავდა პაციენტთა 3 ჯგუფს:

- ავთვისებიანი სიმსივნის მე-4 სტადიით დაავადებული პაციენტები;
- შიდსის ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტები;
- არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესირე დაავადებებით დაავადებული

ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტები(ღვიძლის, თირკმლის უკმარისობის, გულისა და ფილტვების დეკომპენსაციის სტადიები, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის დარღვევის შედეგები, გაფანული სკლეროზი და სხვა) (დ. კორძაია და სხვ; 2005).

თუმცა, დღეისათვის ეს მიდგომა შეცვლილია და მიიჩნევა რომ პალიატიური მზრუნველობა ეფექტური და ხარჯეფექტურია დაავადების გამოვლენისთანავე, მიუხედავად დაავადების სტადიურობისა, ვინაიდან პალიატიური მზრუნველობა იყენებს ჰოლისტიურ მიდგომას და ადამიანს ფსიქოსოციალური და სულიერი მხარდაჭერა შეიძლება ბევრად უფრო ადრე დასჭირდეს ვიდრე დაავადების უკვე ტერმინალურ სტადიაში, ამის გათვალისწინებით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, 67-ე ასამბლეაზე წარმოდგენილი იქნა დოკუმენტი „პალიატიური მზრუნველობის, როგორც ინტეგრირებული ზრუნვის კომპონენტად გაძლიერება მთელი ცხოვრების მანძილზე“, სადაც აუცილებელია პალიატიური მზრუნველობა ინტეგრირებული იყოს ყველა სამედიცინო რგოლის დონეზე, სახელმწიფოს პოლიტიკა უნდა იყოს მიმართული და ფოკუსირებული ადამიანური რესურსების გაძლიერებისა და გაზრდისკენ და პალიატიური მზრუნველობის საკითხები უნდა იყოს გათვალისწინებული საბაზისო განათლების კურიკულუმებში. (Dzingina & Higginson, 2015) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ პალიატიური მზრუნველობის მსოფლიო ექსპერტებთან ერთად გააფართოვა იმ

დაავადებების და მდგომარეობების ნუსხა რომლებიც საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას. (Knaul et al., 2018)

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების თანახმად, სახელმწიფოს ჯანდაცვის სისტემა პასუხისმგებელია პალიატიური მზრუნველობის გაწევაზე და მან უნდა უზრუნველყოს შემდეგი კრიტერიუმების დაცვა: (აბესაძე და სხ., 2021)

- პალიატიური მზრუნველობის ჯანდაცვის ყველა რგოლის დონეზე ინტეგრაცია როგორც სტრუქტურულად, ასევე დაფინანსებისა და რესურსების თვალსაზრისით;

- სახელმწიფოს პოლიტიკა უნდა იყოს მიმართული ადამიანური რესურსების გასაძლიერებლად და უნდა ხდებოდეს ჯანდაცვის პროფესიონალების უწყვეტი განათლებისა და გადამზადების უზრუნველყოფა, ასევე პალიატიური მზრუნველობა უნდა გათვალისწინებული იქნას საბაზისო განათლების პროგრამაში;

- პალიატიურ მზრუნველობაში მულტიდისციპლინური მიდგომის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია მოხალისეების ჩართვა, რითიც მოხდება მათი სამოქალაქო პასუხისმგებლობის გაზრდა;

- მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, რითიც მოხდება ტკივილისა და სხვა სიმპტომების კონტროლი. (აბესაძე და სხვ; 2021).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის თანახმად პალიატიური მზრუნველობის ორი ძირითადი ორგანიზაციული ფორმა არსებობს, ესენია: პალიატიური მზრუნველობა ბინაზე და სტაციონარში. სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის დაწესებულებებია ჰოსპისები, ონკოლოგიური დისპანსერები, მულტიპროფილური საავადმყოფოები და სტაციონარის ბაზაზე არსებული პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებები, პაციენტების დიდ ჯგუფს სახლში სურს „უკანასკნელი დღეების“ გატარება, ამიტომ მნიშვნელოვანია სრულფასოვანი პალიატიური მზრუნველობის მიწოდება ბინაზე ხორციელდებოდეს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ცალსახად უსვამს ხაზს, რომ პაციენტისთვის უნდა იყოს შეთავაზებული ზრუნვის ყველა ფორმა და პაციენტმა უნდა მიიღოს სრულფასოვანი სერვისი, მოვლის ბრიგადაში კი უნდა შედიოდნენ ექიმები, ექთნები, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი და სასულიერო პირი. (კორძაია და სხვ., 2005) ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის შესასწავლად და ეფექტური ინტეგრაციისთვის შესაბამისი მოთხოვნების ჩამოსაყალიბებლად ევროპაში 33 საერთაშორისო ექსპერტის მონაწილეობით ჩატარდა კვლევა, რომლებმაც ჩამოაყალიბეს 8 ძირითადი მოთხოვნა: (Payne et al., 2019)

1. პალიატიური მზრუნველობის კოორდინაცია;
2. პაციენტის ადრეული დიაგნოსტიკა და იდენტიფიკაცია;
3. პაციენტზე ფოკუსირებული მიდგომა;
4. უწყვეტი სამედიცინო მომსახურება;
5. მიმწოდებელი რგოლის უწყვეტი განათლება/გადამზადება;
6. ზრუნვის სისტემის დანერგვის სტანდარტული მოდელი და სკრინინგის ინსტრუმენტი;
7. ინფორმაციის გაზიარების მაღალტექნოლოგიური სისტემა;
8. სახელმწიფოს მხარდაჭერა, რეგულაციები და დაფინანსება. (Payne et al., 2019)

ექსპერტები აღნიშნავენ, ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის არის უწყვეტ სამედიცინო მომსახურებასთან ერთად პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისთვის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება და მხარდაჭერა არა მხოლოდ ზრუნვის დროს, არამედ პაციენტის სიკვდილის შემდეგაც. (Payne et al., 2019) და ყოველივე ეს წარმოადგენს მატრიცას ბიოფსიქოსოციალური მიდგომისათვის.

კვლევის ფარგლებში გამოიკვეთა სამი ძირითადი დონე, სადაც შესაძლებელია მოხდეს პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია: (Payne et al., 2019)

მაკრო - ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიების შემუშავების გეგმაში პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა;

მეზო - რეგიონული და ადგილობრივი დაქვემდებარების ჯანდაცვის მომსახურებაში პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა;

მიკრო - პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების დონეზე მუშაობა, რათა მოხდეს პალიატიური მზრუნველობის კოლაბორაცია სამედიცინო დარგებთან როგორცაა ონკოლოგია, ნევროლოგია, გერიატრია. (Payne et al., 2019)

ექსპერტთა კონსესუსში ხაზგასმული იყო რომ, ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია დიაგნოზის დადგენისთანავე ადრეული ჩარევა და სიცოცხლის დასასრულის ჩათვლით მოვლა. (Payne et al., 2019)

კვლევის ბოლოს ექსპერტების მიერ ცალსახად ითქვა, რომ ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობისათვის აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენს მულტიდისციპლინური მიდგომა, ასევე დასახელებულ იქნა ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის პრიორიტეტები და ბარიერები. (Payne et al., 2019)

განათლება მიჩნეულ იქნა მთავარ პრიორიტეტად და მოიაზრებოდა არა მხოლოდ ექიმისა და ექთნის, არამედ ფსიქოლოგისა და სოციალური მუშაკისთვისაც, განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების განათლებაზე; ადვოკატირება და ცნობიერების ამაღლება, ზრუნვის პოლიტიკის შემუშავება, ხარისხიანი მზრუნველობის უზრუნველყოფა, ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება და დაფინანსება ასევე მიჩნეულ იქნა პრიორიტეტებად. ბარიერებიდან გამოვლინდა პალიატიური მზრუნველობის შესახებ ნაკლები ცნობადობა, ასევე ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ნაკლებად ჩართულობა და ფინანსური რესურსის ნაკლებობა. (Payne et al., 2019), მგვ ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობისთვის აუცილებელია ფოკუსირება პაციენტზე და ამისთვის ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში აუცილებელია გაძლიერდეს პერსონალის განათლების, იურიდიული და ეკონომიკური საკითხების მხარდაჭერა. (den Herder-van der Eerden et al., 2017).

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში პალიატიურ მზრუნველობაში მოხდა ადამიანის უფლებათა სტანდარტების მნიშვნელოვანი გაძლიერება, თუმცა მეტი მუშაობაა საჭირო რადგან მრავლადაა ისეთი პაციენტები რომლებიც მკურნალობენ ბინაზე და ვერ იღებენ მათთვის საჭირო სერვისს, განსაკუთრებით ფსიქოსოციალურ დახმარებას. (Ezer et al., 2018). აღსანიშნავია, რომ პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტების 86%, ვერ იღებს აღნიშნულ სერვისს, თემის (საცხოვრებელი გარემოს) დონეზე. პაციენტთა დიდ ნაწილს სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებში ურჩევნია საკუთარ ოჯახში ყოფნა, ამიტომ მათ უნდა ქოდნეთ შესაძლებლობა სერვისი მიიღონ ბინაზე. ამისთვის „ძალიან მნიშვნელოვანია პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია პირველად ჯანდაცვაში როგორც სამედიცინო, ასევე მორალური თვალსაზრისით“ (აბესაძე და სხვ., 2021).

პალიატიური მზრუნველობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარ გამოწვევად აქვს მოხსენიებული ძინგინასა და ჰიგინსს თავიანთ სტატიაში, სადაც პროგნოზირებენ რომ პალიატიური მზრუნველობის სერვისზე მოთხოვნა გაიზრდება (Dzingina & Higginson, 2015). სტატიაში მთავარ პრობლემად წარმოჩენილია, რომ ჯერ არ არსებობს საკმარისი ინფორმაცია სერვისების ხარჯეფექტურობის შესახებ, თუმცა არსებობს მტკიცებულება, რომ პალიატიური მზრუნველობა ამცირებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საჭიროებას. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით მსოფლიო მოსახლეობის 20 მილიონი (6% ბავშვი და 67% > 60წელი) საჭიროებს ყოველწლიურად პალიატიურ მზრუნველობას. ონკოლოგიური პაციენტები შეადგენენ ამ რიცხვის მესამედს. ასევე ხაზგასმულია გაეროს შეფასება რომლის მიხედვითაც 2008 წელს განვითარებულ ქვეყნებში გულის იშემიური დაავადებით ცერებროვასკულარული დაავადებით და ფქოდ გარდაცვალება საერთო მაჩვენებლის 80% იყო; რითიც ავტორები ხაზს უსვამენ პალიატიური მზრუნველობის აქტუალობას ქრონიკული პროგრესირებადი არაონკოლოგიური დაავადების დროს. (Dzingina & Higginson, 2015).

პირველადი ჯანდაცვის სისტემებისა და მოხუცთა სახლებს დიდი როლი აკისრიათ პალიატიური მზრუნველობის სერვისის მიწოდებაში. ქრონიკული მოპროგრესირე დაავადებების მქონე პაციენტების ეპიდემიოლოგიური მონაცემების გათვალისწინებით მაღალია მოთხოვნა პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ინტერვენციისა და ცხოვრების

ხარისხის გასაუმჯობესებლად მულტიდისციპლინური გუნდის ინტეგრაციისა. ჯანდაცვის ყველა რგოლის დონეზე სათანადო მოვლის უზრუნველსაყოფად, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის სისტემებისა და მოხუცთა სახლების ჩართვა შესაბამის სერვისებში. (Gómez-Batiste et al., 2012).

ერთ-ერთი კვლევა, რომელიც მოიცავდა 5 ქვეყანას (ინგლისი, გერმანია, ნიდერლანდები, იტალია და ნორვეგია), გამოვლინდა კიბოსა და დემენციის მქონე პაციენტებში ზოგადი პრაქტიკის ექიმების დაბალი ჩართულობა (Iliffe et al., 2016). კვლევებმა აჩვენა, რომ ხშირ შემთხვევაში დროულად არ ხდება პაციენტის საჭიროებების იდენტიფიკაცია, რაც გამოწვეულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმების განათლებისა და გამოცდილების დეფიციტით (van der Stap et al., 2022).

ზოგადი პრაქტიკოსების ჩართულობას დიდი როლი აქვს დაავადების მიმდინარეობაშიც, ვინაიდან პირველად ჯანდაცვას ევალუა პაციენტისთვის უწყვეტი სამედიცინო მზრუნველობის უზრუნველყოფა, საჭირო მედიკამენტების მიწოდება, მათ შორის მორფინის, ასევე საჭიროების შემთხვევაში მულტიდისციპლინური გუნდის ჩართულობა (ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი). (აბესაძე და სხვ., 2021). „პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაციამ პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში შეიძლება დაზოგოს თანხა ჯანდაცვის სისტემებისთვის და უზრუნველყოს პაციენტების ოჯახების დაცვა ფინანსური რისკებისგან, ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ მომსახურებებზე დამოკიდებულებების შემცირების გზით“. (აბესაძე და სხვ., 2021).

პროგრესირებადი ქრონიკული დაავადებების რიცხვის ზრდის გამო მეიოს კლინიკის ბაზაზე ჩატარდა მიმოხილვა სადაც აქცენტირებულია, რომ ჯანდაცვის ყველა რგოლს აქვს დიდი მნიშვნელობა, თუმცა ადამიანების დიდ ნაწილს პალიატიურ მზრუნველობას უწევენ ბინაზე, პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტები. პალიატიური მზრუნველობა მოიაზრებს ტკივილისა და სხვა სიმპტომების კონტროლს და ფოკუსირებულია ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე ამისათვის ახორციელებს მულტიდისციპლინურ მიდგომას რათა უპასუხოს პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების საჭიროებებს. სტატიაში აღწერილია 5 ამერიკული კვლევა, სადაც ამერიკელთა 70% არ იცოდა პალიატიური მზრუნველობის შესახებ და ხაზგასმულია ცნობიერების დაბალი დონე. პალიატიური სერვისის მიწოდება შედგება შემდეგი ეტაპებისგან: პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებების მქონე პაციენტის გამოვლენა, პროგნოზირება, მოვლის დაგეგმვა, შეფასება, სიმპტომთა მართვა, საჭიროების შემთხვევაში გადამისამართება სტაციონარში და ჰოსპისში. (Buss et al., 2017).

მიმოხილვაში მკაფიოდ არის გამოიწვეული ჰოსპისი პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარიდან. ასევე ხაზგასმულია, რომ აუცილებელია პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ინტეგრაცია ქრონიკულ უკუღრნებელი დაავადებების დროს, ასევე მიმოხილულია ონკოლოგიური და არაონკოლოგიურ პაციენტებში ჩატარებული 6 კვლევა, სადაც ნათლად ჩანს რომ ადრეული ჩართვით პალიატიური მზრუნველობის სერვისისა პაციენტებში შემცირდა შფოთვის და დეპრესიის მაჩვენებელი, ასევე გაუმჯობესდა როგორც პაციენტების ასევე მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხი. 6 კვლევიდან 2-ში დაფიქსირდა სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებლის გაზრდა, რაც ახსნილი იყო ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებით. (Buss et al., 2017).

მსგავსი შედეგები აღინიშნა ბრაზილიაში, ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექვს დაწესებულებაში ჩატარებული კვლევის პაციენტები, რომლებიც იღებდნენ სოციალურ და ფსიქოლოგიურ დახმარებას, აღნიშნებოდათ ცხოვრების უკეთესი ხარისხი და დაავადების სიმპტომების შემცირება, ასევე დეპრესიის დაბალი მაჩვენებელი. სტატისტიკურად მაღალსარწმუნო იყო კავშირი ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას, დაავადების სიმპტომებსა და დეპრესიას შორის. (Azevedo et al., 2017).

პალიატიურ მზრუნველობაში არსებობს ორი ძირითადი სახის ბარიერები: პირველი დაკავშირებულია სათანადო რესურსების არქონასთან, რაც მიუთითებს პალიატიური მზრუნველობის სერვისების გაუმჯობესების საჭიროებას და მეორე კი სიმპტომებთან დაკავშირებულ გამოწვევებთან, რაც ჰოლისტური და პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომის

საჭიროებას უსვამს ხაზს, როგორც სტაციონარული, ასევე ამბულატორიული სერვისის მიწოდებისას (Li et al., 2017).

პაციენტის უფლებები პალიატიურ მზრუნველობაში დაფუძნებულია თანაგრძნობაზე და ადამიანის ღირსების დაცვაზე და მისი მთავარი მიზანი არის პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება როგორც ფიზიკური სიმპტომების კონტოლი, ასევე სულიერი, ფსიქოემოციური და სოციალური მხარდაჭერა პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების (Barros de Luca et al., 2017). სწორედ ამიტომ გაეროს ეკონომიკური სოციალური კულტურული უფლებების დაცვის კომიტეტის მიერ ნათქვამია, რომ სახელმწიფოები ვალდებული არიან რომ პრევენციული, სამკურნალო და პალიატიური სერვისები გახადონ თანაბრად ხელმისაწვდომი ყველა პაციენტისთვის. (Barros de Luca et al., 2017).

### **პაციენტთა კმაყოფილების ხარისხი პალიატიურ მზრუნველობაში**

არსებობს პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების რამდენიმე მოდელი და მათგან ყველაზე სრულფასოვნად მიჩნეულია მულტიდისციპლინური მიდგომა და მისი ინტეგრაცია არსებული ჯანდაცვის სისტემაში, განსაკუთრებული აქცენტით პირველად ჯანდაცვის და ბინაზე მოვლის რგოლზე, ასევე „ადაპტაცია არსებულ კულტურულ, სოციალურ და ეკონომიკურ გარემოში“ (აბესაძე და სხვ., 2021).

კვლევები ადასტურებენ, რომ პალიატიური მზრუნველობის მიწოდებისას ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას უჭირავს უმნიშვნელოვანესი ადგილი არა მხოლოდ შფოთვის მოსახსნელად, არამედ ტკივილის და სხვა სიმპტომების შესამცირებლად და მომავალში საჭიროა ფსიქოლოგიური მახასიათებლების გაუმჯობესებაზე ფოკუსირება (Evangelista et al., 2016). პაციენტების ჰოლისტიურ კეთილდღეობაზე ზრუნვა ისევე მნიშვნელოვანია როგორც დაავადებით გამოწვეულ სიმპტომა მართვა, ყურადსაღებია, რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა ეხმარებოდა პაციენტებს დიაგნოზის გაგების დროს პირველადი შოკის დაძლევაში, იგივეს მოწმობს კონკრეტულად ონკოლოგიური ჯგუფის პაციენტებში აღწერილი ლიტერატურა, ონკოლოგიურ პაციენტებში ონკოთერაპიასთან ერთად პალიატიური მზრუნველობის ადრეულმა დაწყებამ აჩვენა, რომ პაციენტების სტადიის, სქესის, რელიგიური კუთვნილების მიუხედავად გაუმჯობესდა პაციენტების ფსიქიკური მახასიათებლები (Rabow & Knish, 2014). სკოპინგის მიმოხილვაში გაანალიზებული კვლევების შედეგად აღწერილია კიბოს დიაგნოზის მქონე პალიატიურ პაციენტებში არაფარმაცოლოგიური გზებით ტკივილის, ტანჯვის, შფოთვის და დადლილობის შეგრძნების შემცირება როგორც ბინაზე მოვლის, ასევე სტაციონარში და ჰოსპისის პირობებში. (Coelho et al., 2017).

პალიატიური მზრუნველობის ადრეული დაწყება აუმჯობესებს პაციენტების ცხოვრების ხარისხს, რაც გამოიკვეთა ასევე ამერიკელი ავტორების მილაცოსა და ჰანსენის მიმოხილვაში, სადაც გაანალიზდა განსხვავებული დიზაინის 2010 წლიდან 2016 წლამდე ჩატარებული 3 რანდომიზირებული და 2 რეტროსპექტული კვლევა, მონაცემები უსვამდა ხაზს პალიატიური მზრუნველობის ადრეულ ჩართვის ეფექტურობას და მნიშვნელობას ონკოლოგიურ პაციენტებში. რანდომიზირებულმა კვლევებმა გამოავლინა მულტიდისციპლინური პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ჩართვის დადებითი გავლენა პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხზე. ასევე შემცირდა შოთვისა და დეპრესიის მაჩვენებელი, ამავე დროს დაფიქსირდა დადებითი გავლენა ტკივილისა და სხვა სიმპტომა მართვაში. აღნიშნულ მიმოხილვაში აღწერილია 5592 პაციენტის მონაწილეობით ჩატარებული რეტროსპექტული კვლევა, სადაც სიკვდილამდე 91-180 დღით ადრე პაციენტებს ქონდათ კმაყოფილების უმაღლესი მაჩვენებელი, ასევე გარდაცვალების შემდეგ ოჯახის წევრების კმაყოფილების მაღალი ხარისხის მაჩვენებელი, რაც განპირობებული იყო მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ სულიერი და ემოციური მხარდაჭერით. საგულისხმოა ასევე აქცენტი მულტიდისციპლინური გუნდის ადრეული ინტეგრაციით პალიატიურ მზრუნველობაში ნავარაუდებია მომავალში ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება (Milazzo et al., 2020).



პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტების მზრუნველობაში მათი ოჯახის წევრები მნიშვნელოვან როლს წარმოადგენენ. პაციენტების ცხოვრების ხარისხი კორელაციაშია ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხთან, რაც შესწავლილ იქნა კვლევაში სადაც 6 თვეში ერთხელ სიკვდილამდე ფასებდოდა კიბოს მქონე (მსხვილი ნაწლავი, ძუძუ, ფილტვი) პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხი. კვლევის შედეგად ცალსახა იყო რომ პაციენტების ცხოვრების ხარისხი და მათი ტანჯვა პირდაპირ კორელაციაში იყო მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხთან, ამიტომ მნიშვნელოვანია პაციენტების ოჯახის წევრების საჭიროებების რეგულარული შეფასება (Krug et al., 2016).

მსგავსი შედეგები იქნა მიღებული ავსტრალიაში ჩატარებულ კვლევაში, სადაც შესწავლილ იქნა პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებების მქონე ტერმინალურ პაციენტების ოჯახის წევრებში, რომელთაც 12 თვემდე სიცოცხლის ხანგრძლივობა ჰქონდათ (O'Callaghan et al., 2019). გამოვლინდა, რომ უმეტესობა ისეთივე მნიშვნელოვნად მიიჩნევდა ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის საჭიროებას, როგორც სიმპტომების კონტროლს. კვლევამ აჩვენა, რომ მძიმე ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა აუმჯობესებს მათი ცხოვრების ხარისხს. კვლევამ აჩვენა, რომ პალიატიური მზრუნველობა შეიქმნა პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. კვლევებმა დაადასტურა პალიატიური ზრუნვის მულტიდისციპლინური მიდგომისას კმაყოფილების უფრო მაღალი მაჩვენებელი, როგორც პაციენტების, ასევე ოჯახის წევრების მხრიდან (Bajwah et al., 2020).

მსგავსი შედეგები გამოვლინდა ჩრდილოეთ ირლანდიაში, სადაც შეფასდა არა მხოლოდ პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები, არამედ ასევე სამედიცინო პერსონალიც, გამოიკვეთა რომ ფსიქომოციური და სოციალური მხარდაჭერა კიბოთი დაავადებულებში მეტი იყო ვიდრე არაონკოლოგიურ პაციენტებში. ამავე კვლევაში გამოიკვეთა მულტიდისციპლინური მიდგომის და პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ინტეგრაციის საჭიროება როგორც ონკოლოგიურ ასევე არაონკოლოგიურ ჯგუფის პაციენტებში. (McIlfatrick, 2006)

პაციენტის ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გაუარესება გავლენას ახდენს მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. კვლევამ აჩვენა რომ არსებობს სტატისტიკურად სარწმუნო კორელაცია შფოთვის, დეპრესიას და ქრონიკულ დადლილობას შორის, რაც საბოლოოდ გავლენას ახდენს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია პაციენტის ოჯახის წევრების საჭიროებების შეფასება და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა. (Perpiñá-Galvañ et al., 2019).

ნიუ იორკში პალიატიური მზრუნველობის სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციების როგორც ბინაზე ასევე სტაციონარში მომუშავე 131 თანამშრომლის გამოკითხვით (ექიმები, ექთნები, ექთნის თანაშემწეები, სოციალური მუშაკები, კაპელანები, მონხალისეები, ადმინისტრატორები) რომელიც მიზნად ისახავდა სერვისების გაუმჯობესებას პაციენტის სიცოცხლის ბოლომდე მულტიდისციპლინური გუნდის ჩართულობით ხაზი გაუსვა სიცოცხლის ბოლოს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების სირთულეს, მულტიდისციპლინური და თანმიმდევრული მიდგომის აუცილებლობას ზრუნვის პროვაიდერებს შორის, სტრატეგიების ჰარმონიული ინტეგრაციით შესაძლებელია მიღწეულ იქნას სიცოცხლის ბოლომდე უწყვეტი ზრუნვა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. (Sagha Zadeh et al., 2017).

პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ინტეგრაცია ქრონიკულ უკურნებელ პაციენტებში უნდა იყოს უწყვეტი და მიმართული არა მხოლოდ ფიზიკური სიმპტომებისა და ტკივილის რედუქციისკენ, არამედ ფსიქოსოციალური და ფსიქოლოგიური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. (Buss et al., 2017)

### **საქართველოში პალიატიური ზრუნვის გამოწვევები**

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სერვისის დანერგვა დაიწყო 2000 წლიდან და პრაქტიკული განხორციელება პოვა 2004-2006 წლებში (გოგოხია და სხვ., 2021). საქართველოში გარკვეული სახის გეოგრაფიული დისბალანსია პალიატიური შინმოვლის

სფეროში. კერძოდ, ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამა ქვეყნის 76 მუნიციპალიტეტიდან ოფიციალურად დაშვებულია მხოლოდ თბილისში და 6 მუნიციპალიტეტში (Kiknadze & Dzotsenidze, 2018). 2021 წელს საქართველოში ფუნქციონირებდა 19 პალიატიური მზრუნველობის დაწესებულება 148 საწოლზე, რომელთაგან 73% მდებარეობდა თბილისში, 27% კი - რეგიონებში (აჭარა, იმერეთი, ქვემო ქართლი), ხოლო ამბულატორიულ სერვისებს ატარებდა 7 ამბულატორია და მათგან ნახევარი იყო დედაქალაქში, ხოლო ნახევარი დასავლეთის რეგიონში (გოგობია და სხვ., 2021). სერვისის 19 მიმწოდებლიდან მხოლოდ 26% აღნიშნავდა მულტიდისციპლინურ მიდგომას თავიანთ დაწესებულებაში, ხოლო 7 ამბულატორიიდან მხოლოდ ერთს ყავდა სოციალური მუშაკი და 3 ამბულატორიას ფსიქოლოგი (გოგობია და სხვ., 2021).

საქართველოში აღინიშნება სერვისის მიმწოდებელი რგოლების დაფინანსების სიმწირე, რაც შეუძლებელს ხდის მულტიდისციპლინური ზრუნვის იმპლემენტაციას პრაქტიკაში. მაგალითად, 2020 წელს სამმა დაწესებულებამ შეწყვიტა პალიატიური სერვისის მიწოდება (გოგობია და სხვ., 2021). ასევე, სახელმწიფო დაფინანსება მოაზრებს მხოლოდ სამედიცინო პერსონალის დაფინანსებას, რომელშიც არ შედის ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, მომვლელი, რაც აისახება ასევე მომსახურების ხარისხზე. საქართველოს პოპულაციაზე დაახლოებით 300-400 საწოლზეა საჭიროება, მაშინ როდესაც მხოლოდ 148 საწოლია. სტაციონარებში არ არის საკონსულტაციო სამსახური, რის გამოც ყოველდღე პაციენტის გადამისამართება. მცირეა სათანადო განათლების სამედიცინო პერსონალის, სოციალური მუშაკის, ფსიქოლოგის რაოდენობა (გოგობია და სხვ., 2021).

პალიატიური მზრუნველობის შესახებ კანონში ცვლილების მიუხედავად, პრაქტიკაში სრულად ცვლილებების ამოქმედება ვერ მოხერხდა და მზარდი მოთხოვნიდან გამომდინარე აუცილებელია მთელი რიგი ღონისძიებების ჩატარება საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. საქართველოში ჩატარებული ონკოლოგიურ ასევე არაონკოლოგიური პაციენტების შედარებითი ანალიზით აღმოჩნდა რომ, ორივე ჯგუფის პაციენტებში მაღალია ზრუნვის და სულიერი თანადგომის საჭიროება, რაც ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას განაპირობებს (Chikhladze et al., 2018).

პალიატიურ მზრუნველობა თავისი არსით გულისხმობს ასევე, პაციენტების ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასაც, რისი პრაქტიკული გამოცდილების დეფიციტიც არსებობს საქართველოში. პაციენტების ოჯახის წევრების გამოკითხვის შედეგად მიღებული ანალიზით საქართველოს 4 ქალაქში: თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი და თელავი, აღმოჩნდა, რომ მათთვის წინა პლანზე დგას ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და სამედიცინო პერსონალთან კომუნიკაცია. თუმცა, ხშირად არის შეუსაბამობა მათ მოლოდინებსა და მიღებულ შედეგებს შორის, რაც ნეგატიურად აისახება მათი ცხოვრების ხარისხზე (Chikhladze et al., 2016)

## დასკვნა

მულტიდისციპლინური პალიატიური მზრუნველობის პრაქტიკაში განსახორციელებლად და შესაბამისად, პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად, აუცილებელია ამბულატორიული პალიატიური ზრუნვის ხელმისაწვდომობისა და დაფინანსების გაზრდა. აუცილებელია პალიატიური ზრუნვის თანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება მთელს საქართველოში. ყველა მუნიციპალიტეტს უნდა ქონდეს ამბულატორიული და ბინაზე მოვლის სერვისი. აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გადამზადება პალიატიურ მედიცინაში. საჭიროა პალიატიური ზრუნვის საწოლფონდის გაზრდა და მულტიდისციპლინური გუნდების შექმნა, რომელშიც უნდა შედიოდეს, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი. პალიატიური ზრუნვის სერვისების ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად საჭიროა პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია ჯანდაცვის სისტემებში.

## გამოყენებული ლიტერატურა

- კორძაია დ. (2005) პალიატიური მზრუნველობა; გამომცემლობა პოლიგრაფი; ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო.
- გოგობია რ, მოწენიძე ფ, კიკნაძე ნ, მირზიკაშვილი ნ. (2021). პალიატიური მზრუნველობის არსებული სერვისები საქართველოში. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. <https://osgf.ge/paliatiuri-mzrunvelobis-arsebuli-servisebi-saqartveloshi/>
- აბესაძე ი, ვახანია უ, კურატაშვილი მ, ოთიაშვილი დ, მოწენიძე ფ, წულაძე თ, ხუბუა დ, ჯავაშვილი გ. (2021) ინტეგრირებული ზრუნვა; საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა
- 2023, საქართველოს კანონი. (n.d.). საქართველოს კანონი - matsne.gov.ge. <https://matsne.gov.ge/ka/document/download/4471234/0/ge/pdf>
- Azevedo, C., Pessalacia, J. D., Mata, L. R., Zoboli, E. L., & Pereira, M. da. (2017). Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016038003245>
- Bajwah, S., Oluyase, A. O., Yi, D., Gao, W., Evans, C. J., Grande, G., Todd, C., Costantini, M., Murtagh, F. E., & Higginson, I. J. (2020). The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012780.pub2>
- Barros de Luca, G., Zopunyan, V., Burke-Shyne, N., Papikyan, A., & Amiryan, D. (2017b). Palliative care and human rights in patient care: An armenia case study. *Public Health Reviews*, 38(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0062-7>
- Buss, M. K., Rock, L. K., & McCarthy, E. P. (2017). Understanding palliative care and hospice. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(2), 280–286. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.11.007>
- Chikhladze, N., Janberidze, E., Velijanashvili, M., Chkhartishvili, N., Jintcharadze, M., Verne, J., & Kordzaia, D. (2016). Mismatch between physicians and family members views on communications about patients with chronic incurable diseases receiving care in critical and Intensive Care Settings in Georgia: A quantitative observational survey. *BMC Palliative Care*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0135-2>
- Chikhladze, N., Tebidze, N., Chabukiani, T., Chabukiani, N., Chkhartishvili, N., Jincharadze, M., & Kordzaia, D. (2018). The attitudes, needs, and requirements at end of life in the Republic of Georgia (comparative analysis of groups of patients with cancer and elders). *Journal of Palliative Care*, 33(4), 252–259. <https://doi.org/10.1177/0825859718779455>
- Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M. E., & Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: A scoping review. *Journal of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1867–1904. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003204>
- den Herder-van der Eerden, M., Ewert, B., Hodiamont, F., Hesse, M., Hasselaar, J., & Radbruch, L. (2017). Towards accessible integrated palliative care. *Journal of Integrated Care*, 25(3), 222–232. <https://doi.org/10.1108/jica-03-2017-0006>
- Dzingina, M. D., & Higginson, I. J. (2015). Public health and palliative care in 2015. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31(2), 253–263. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.002>
- ECOSOC – Economic and Social Council. (2000). *A Concise Encyclopedia of the United Nations*, 110–112. [https://doi.org/10.1163/9789004481206\\_030](https://doi.org/10.1163/9789004481206_030)
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Costa, S. F., Batista, P. S., Batista, J. B., & Oliveira, A. M. (2016). Cuidados Paliativos E espiritualidade: Revisao Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 591–601. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>

Ezer, T., Lohman, D., & de Luca, G. B. (2018). Palliative care and human rights: A decade of evolution in standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.027>

Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Espinosa, J., Contel, J. C., & Ledesma, A. (2012). Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 6(3), 371–378. <https://doi.org/10.1097/spc.0b013e328356aaed>

Illife, S., Davies, N., Manthorpe, J., Crome, P., Ahmedzai, S. H., Vernooij-Dassen, M., & Engels, Y. (2016). Improving palliative care in selected settings in England using quality indicators: A realist evaluation. *BMC Palliative Care*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0144-1>

Kiknadze, N., & Dzotsenidze, P. (2018). Palliative Care Development in Georgia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.021>

Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodriguez, N. M., Alleyne, G. A., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., ... Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of Universal Health Coverage: The Lancet Commission Report. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32513-8)

Krug, K., Miksch, A., Peters-Klimm, F., Engeser, P., & Szecsenyi, J. (2016). Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: A prospective observational cohort study. *BMC Palliative Care*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0082-y>

The last hours and days of life: A biopsychosocial-spiritual model of care. (n.d.). <https://www.semanticscholar.org/paper/The-last-hours-and-days-of-life%3A-a-model-of-care-Beng/2507a3bdd1590848e06b47a384145cb24550d7fa>

Li, L., Sloan, D. H., Mehta, A. K., Willis, G., Weaver, M. S., & Berger, A. C. (2017). Life perceptions of patients receiving palliative care and experiencing psycho-social-spiritual healing. *Annals of Palliative Medicine*, 6(3), 211–219. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.05.03>

McIlfratrick, S. (2006). Assessing palliative care needs: Views of patients, informal carers and healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 77–86. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04062.x>

Milazzo, S., Hansen, E., Carozza, D., & Case, A. A. (2020). How effective is palliative care in improving patient outcomes? *Current Treatment Options in Oncology*, 21(2). <https://doi.org/10.1007/s11864-020-0702-x>

O’Callaghan, C., Seah, D., Clayton, J. M., Welz, M., Kissane, D., Georgousopoulou, E. N., & Michael, N. (2019). Palliative caregivers’ spirituality, views about spiritual care, and associations with spiritual well-being: A mixed methods study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 37(4), 305–313. <https://doi.org/10.1177/1049909119877351>

Payne, S., Hughes, S., Wilkinson, J., Hasselaar, J., & Preston, N. (2019). Recommendations on priorities for integrated palliative care: Transparent expert consultation with international leaders for the INSUP-C project. *BMC Palliative Care*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0418-5>

Perpiñá-Galvañ, Orts-Beneito, Fernández-Alcántara, García-Sanjuán, García-Caro, & Cabañero-Martínez. (2019). Level of burden and health-related quality of life in caregivers of palliative care

patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4806. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234806>

Rabow, M. W., & Knish, S. J. (2014). Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 23(4), 919–923. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2428-4>

Saad, M., de Medeiros, R., & Mosini, A. (2017). Are we ready for a true biopsychosocial–spiritual model? the many meanings of “spiritual.” *Medicines*, 4(4), 79. <https://doi.org/10.3390/medicines4040079>

Sagha Zadeh, R., Eshelman, P., Setla, J., & Sadatsafavi, H. (2017). Strategies to improve quality of life at the end of life: Interdisciplinary team perspectives. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(3), 411–416. <https://doi.org/10.1177/1049909117711997>

van der Stap, L., de Heij, A. H., van der Heide, A., Reyners, A. K. L., & van der Linden, Y. M. (2022). Barriers and facilitators to multidimensional symptom management in Palliative Care: A FOCUS Group study among patient representatives and clinicians. *Palliative and Supportive Care*, 21(4), 616–627. <https://doi.org/10.1017/s147895152200133x>

world health organization. (1998). Constitution of the world health organization1. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2021). Palliative care. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. 2022. Palliative care. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>