

ელენე ჯანბერიძე^{1,2}, ნანა ბაკურაძე¹, რუსუდან ჯოჯუა¹, მარინე ერემაშვილი¹,
ნანა წიქორიძე¹, მარინე გუგუნიშვილი¹, იოსებ აბესაძე^{3,4}

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული დანესებულებების საჭიროებების შეფასება

¹ ივანე ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ალ. ნათიშვილის მორთოლოგიის ინსტიტუტი, გერონტოლოგიისა და პალიატიური მედიცინის დეპარტამენტი, თბილისი, საქართველო;

² კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, თბილისი, საქართველო;

³ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო;

⁴ კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტი, თბილისი, საქართველო

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2026.02.19>

ELENE JANBERIDZE^{1,2}, NANA BAKURADZE¹, RUSUDAN JOJUA¹, MARINE EREMASHVILI¹,
NANA TSIKORIDZE¹, MARINE GUGUNISHVILI¹, IOSEB ABESADZE^{3,4}

ASSESSMENT OF THE NEEDS IN INSTITUTIONS INVOLVED IN THE STATE PALLIATIVE CARE PROGRAM IN GEORGIA

¹ Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Institute of Morphology, Department of Gerontology and Palliative Medicine, Tbilisi, Georgia; ² Caucasus International University, Faculty of Medicine, Tbilisi, Georgia; ³ Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia; ⁴ Institute of Clinical Oncology, Tbilisi, Georgia

SUMMARY

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification, assessment, and treatment of pain and other physical, psychosocial, and spiritual problems. Nevertheless, the development and accessibility of palliative care services in Georgia remain significant challenges. The aim of the study was to evaluate the services, accessibility, clinical practices, staff education, and quality monitoring systems of institutions participating in the state palliative care program in Georgia in 2023.

Most palliative care services are concentrated in capital and several large regional centers, while in a number of regions such services are unavailable. The state program is predominantly focused on inpatient care, whereas outpatient and home-based services remain limited. Current reimbursement tariffs are insufficient to support comprehensive service delivery. Chronic pain management relies mainly on injectable form of morphine, while immediate release oral morphine is unavailable. The study also identified a need for improved education and continuous professional development in the field of palliative care. Services are largely limited to the involvement of physicians and nurses, with minimal implementation of a multidisciplinary approach. In addition, patient-reported outcome measures are rarely utilized within existing quality monitoring systems.

To improve the palliative care system in Georgia, it is essential to increase funding, expand regional and home-based services, strengthen multidisciplinary approach, ensure the availability of immediate-release oral morphine, enhance staff education and training, and implement patient-centered quality assessment tools in clinical practice.

Keywords: Assessment, Needs, Institutions, State Palliative Care Program, Georgia

შესავალი. მედიცინის სწრაფი განვითარება განაპირობებს ადამიანის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდას, შესაბამისად იზრდება ქრონიკული სიცოცხლის შემზღუდავი და სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებების მქონე პაციენტების სიცოცხლის ხანგრძლივობაც. ამ პაციენტებს, ისევე, როგორც ავადმყოფთა სხვა ჯგუფებს, მათთვის შესაფერისი სამედიცინო, სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მზრუნველობა ესაჭიროებათ. სწორედ ამ ამოცანების გადაჭრას ემსახურება პალიატიური მზრუნველობა. მისი ძირითადი მიზანია სიცოცხლისთვის საშიში დაავადების მქონე პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება ტანჯვის პრევენციის და/ან შემსუბუქების გზით, მისი ადრეული გამოვლენით, ტკივილისა და ტანჯვის გამომწვევი ფიზიკური თუ ფსიქოსოციალური სიმპტომების მართვით [1]. ამ განმარტების თანახმად პალიატიური მომსახურება შეიძლება გაენიოს

პაციენტებს მაშინ, როდესაც ისინი დიაგნოსტირებული არიან ქრონიკული, უკურნებელი დაავადებით. პალიატიური პაციენტების ადრეული გამოვლენა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოვალეობაა და ამ სფეროს პროფესიონალებს ეკისრებათ. შესაბამისად, მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში პალიატიურ მზრუნველობას პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლში უფრო ხშირად იღებენ, ვიდრე ჰოსპისებსა და სტაციონარებში. პალიატიური მზრუნველობის ევროპული ასოციაციის (European Association for Palliative Care) [2] 2019 წლის კვლევის მიხედვით ფინეთში, პოლონეთსა და ნიდერლანდებში პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებოდა პაციენტთა 61-80%-ს. ამისთვის ევროპაში შექმნილია პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფები, რომლებიც უზრუნველყოფენ კოორდინირებულ კავშირს ჯანდაცვის სისტემასთან და უფრო ადრეულ სტადიებზე ხდიან ხელმისაწვდომს პაციენტის მართვას [3].

ევროპის ქვეყნებში პალიატიური მზრუნველობის განვითარების ერთ-ერთ საუკეთესო მაჩვენებელს პალიატიური მზრუნველობის სერვისების რაოდენობა წარმოადგენს [3]. პალიატიური მზრუნველობის სპეციალიზებული დაწესებულებები ორგანიზებულია ინტერდისციპლინური გუნდებით, რომელთაც გავლილი აქვთ ტრენინგები და მზად არიან აღამიანს შეუმსუბუქონ ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, და სულიერი ტანჯვა.

2012 წელს Centeno-სა და კოლეგების მიერ ჩატარებული მულტიცენტრული კვლევით დადგინდა, რომ სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის სერვისის, ბინაზე მობილური გუნდების და საავადმყოფოს პალიატიური მხარდამჭერი გუნდების არსებობა დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში, შესაბამისად, შეადგენდა 62%, 52% და 31%-ს, ხოლო ცენტრალურსა და აღმოსავლეთ ევროპაში - 20%-ს, 14%-სა და 3%-ს [4].

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის განვითარებას 2000-იან წლებში ჩაეყარა საფუძველი [5,6]. 1999 წელს ფონდი "ღია საზოგადოება-საქართველოს" და ღია საზოგადოების ინსტიტუტის მხარდაჭერით შეიქმნა პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია [7]. 2004-2005 წლამდე პალიატიური მზრუნველობა, მეტწილად, საგანმანათლებლო ხასიათს ატარებდა და მხოლოდ ცალკეული პიროვნებების ინიციატივით შემოიფარგლებოდა. პირველი ჰოსპისი (ფერისცვალების დედათა მონასტერთან არსებული სასნელო სახლი) 2003 წელს გაიხსნა, რასაც მოჰყვა 2004 წელს – ონკოპრევენციის ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის განყოფილება – სახელმწიფოს დაფინანსებით მომუშავე ჰოსპისის გახსნა. ამ პერიოდში პალიატიური მზრუნველობა სისტემად ჩამოყალიბდა და პრაქტიკულად ამოქმედდა. ასევე, 2005 წელს ამოქმედდა მზრუნველობის პირველი სახელმწიფო პროგრამა და მსგავსი სახელმწიფო პროგრამები დღემდე მოქმედებს [8]. 2007 წელს პალიატიურ მზრუნველობას მიეცა სამართლებრივი სახე, როგორც ცალკე დარგს და შესაბამისი ცვლილებები შევიდა კანონში "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ". 2011-2015 წლებში შემუშავდა და განხორციელდა პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული პროგრამა. დღეისთვის მოქმედებს ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამაც, რომელიც მოიცავს "ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის", ასევე, "ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობისა და სიმპტომური მკურნალობის" კომპონენტებს [9].

საქართველოს კანონმდებლობით პალიატიური მზრუნველობა არის ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელი ნაწილი, კანონს განმარტებით: "პალიატიური მზრუნველობა არის მულტიდისციპლინური მიდგომით მომსახურება, რომელიც ტკივილის და სხვა ფიზიკური და ფსიქოსოციალური საჭიროებების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასების და მკურნალობის, ფსიქოსოციალური და სულიერი თანადგომის, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით აუმჯობესებს ქრონიკული დაავადების ან/და სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს" [10,11].

პალიატიური მზრუნველობის ევროპის ასოციაციის 2019 წლის მონაცემებით საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის 22 ცენტრი ფუნქციონირებდა [12]. ამავე წელს ამ ცენტრების დახმარებას დაახლოებით 2986 ბენეფიციარი იღებდა [13]. სამოქალაქო საზოგადოების ფონდის მხარდაჭერით 2021 წელს ჩატარებული კვლევით 19 მოზრდილთა დაწესებულება არსებობდა, ხოლო 2020 წელს 2277 პაციენტს გაენია მომსახურება [13]. ჩვენი კვლევის მიზანია, განვაახლოთ ინფორმაცია სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელ ცენტრებზე, მათ ხელმისაწვდომობაზე, კლინიკურ პრაქტიკაზე, პერსონალის განათლებისა და ხარისხის მონიტორინგის სისტემებზე.

მეთოდები. "ონკოინჟურაბელური პაციენტების სიმპტომების კვლევა საქართველოში" წარმოადგენს ივანე ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ალ. ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტის გერონტოლოგიისა და პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტის 2023-2027 წლების ძირითად სამუშაო პროექტს. აღნიშნული კვლევის მიზანია ონკოინჟურაბელური პაციენტების ძირითადი სიმპტომების იდენტიფიცირება და პაციენტების სამედიცინო და სოციალურ-დემოგრაფიული მონაცემების აღნუსხვა საქართველოში. კვლევის ფარგლებში ვაგროვებდით მონაცემებს ზრდასრულთა პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული თითოეული ცენტრის შესახებ.

ინფორმაცია საქართველოში მოქმედი და "პალიატიური მზრუნველობის" სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების შესახებ მოგვანოდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საინფორმაციო და საკონსულტაციო მომსახურების სამმართველო და სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნულმა სააგენტომ. ძირითადი სამუშაო პროექტის პარალელურად ჩავატარეთ მულტიცენტრული კვლევა "პალიატიური მზრუნველობის" კომპონენტების: "ინჟურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის", ასევე, "ინჟურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობისა და სიმპტომური მკურნალობის" ფარგლებში მონაწილე დაწესებულებების, მათი ხელმძღვანელებისა და სამედიცინო პერსონალის (ექიმების, ექთნების) ჩართულობით.

სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტების ფარგლებში მონაწილე დაწესებულებებს ვუკავშირდებოდით ტელეფონით, შემდეგ პირადად ვხვდებოდით ცენტრის ხელმძღვანელებს. შეხვედრას ჰქონდა გაცნობითი ხასიათი – პროექტის და მასთან დაკავშირებული ყველა დეტალის განხილვა. თანხმობის შემთხვევაში ცენტრს გადაეცემოდა კითხვარი.

"პალიატიური მზრუნველობის სერვისების კითხვარი საქართველოში" წარმოადგენს დაწესებულების მიერ შესავსებ ერთჯერად კითხვარს. მასში უნდა იქნეს შეტანილი დაწესებულების რეკვიზიტები, მომსახურების სახეები, პალიატიურ მზრუნველობაში აუცილებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა, პერსონალის გადამზადების საკითხები და სხვა. აღნიშნული კითხვარი შედგენილი იქნა დეპარტამენტის თანამშრომლების მიერ და მოიცავდა ღია და ნახევრად სტრუქტურირებულ კითხვებს. შეგროვილი მასალის სტატისტიკური დამუშავება ჩატარდა Excel-ის პროგრამით.

შედეგები. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოსა და საინფორმაციო და საკონსულტაციო მომსახურების სამმართველოს მონაცემთა მიხედვით 2023 წელს სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული იყო პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელი 24 სხვადასხვა დაწესებულება. მათში შედიოდა როგორც სტაციონარული, ასევე ამბულატორიული სერვისების განმახორციელებელი დაწესებულებები. მონაცემების შეგროვება ხდებოდა 2023 წლის ივნისიდან 2023 წლის დეკემბრის ჩათვლით. კვლევის კოორდინატორი უკავშირდებოდა აღნიშნულ ცენტრებს. გაირკვა რომ 2 ცენტრი დაიხურა. დარჩენილი 22-დან ჩვენს კვლევაში მონაწილეობას 14 დაწესებულება დათანხმდა:

პალიატიური მზრუნველობისა და სიმპტომური მკურნალობის" კომპონენტის ფარგლებში შეადგენდა 75 ლარს. მონაწილე დანესებულებების ხელმძღვანელები პალიატიური მზრუნველობის უმთავრეს დანიშნულებად მიიჩნევენ პაციენტის ტკივილის შემსუბუქებას, მასზე ზრუნვას, მისი ტანჯვის შემსუბუქებას, პაციენტისა და მისი ოჯახის კომფორტზე ორიენტირებულ მზრუნველობას. გამოკვლეულთაგან 12 დანესებულების ხელმძღვანელი აღნიშნავდა, რომ მათ დანესებულებაში შემუშავებულია მომსახურების სტანდარტები/პროტოკოლები ან გაიდლაინები/სახელმძღვანელოები, რომლებსაც აქტიურად იყენებენ. ასევე იყენებენ საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინს და პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის მიერ რეკომენდებულ "პალიატიური მზრუნველობის" სახელმძღვანელოს. აღნიშნულ დანესებულებებში შემდეგი ტიპისა და რაოდენობის პალიატიური მომსახურების პერსონალი მონაწილეობდა: 51 ექიმი, 56 ექთანი, 13 ექიმის ასისტენტი, 24 ექთნის ასისტენტი, 11 ადმინისტრატორი, 2 სხვა ტიპის დამხმარე პირი. მათ შორის არ იყო არცერთი სასულიერო პირი, ფიზიოთერაპევტი, ფსიქოლოგი/ფსიქიატრი, სოციალური მუშაკი და მოხალისე. აღნიშნულ კვლევაში მონაწილე დანესებულებები პალიატიურ მზრუნველობას ყოველთვის უზრუნველყოფენ საშუალოდ 227 პაციენტს უწევდნენ. პალიატიური მზრუნველობის სერვისების დაფარვის ზონა შემთხვევათა 50%-ში თბილისი იყო.

კითხვაზე: აქვს თუ არა დანესებულებას პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ სამედიცინო ინფორმაციის მოპოვების რაიმე სისტემა, დადებითი პასუხი გასცა 11-მა დანესებულებამ (78%). მათ აღნიშნეს, რომ პაციენტზე ინფორმაციის მოპოვება ხდება როგორც ფორმა 100-ის მეშვეობით, ასევე, გამომწერი კლინიკის წარმომადგენლებთან ურთიერთობით.

კითხვაზე: აქვს თუ არა თქვენს სამსახურს საჭიროების შემთხვევაში სხვაგვარი მომსახურების (მაგალითად, სოციალური დახმარების, იურიდიული დახმარებისა და მისთანების) მისაღებად პაციენტის ან ოჯახის წევრის რეფერირების სისტემა, ექვსმა (43%) დანესებულებამ უპასუხა, რომ ასეთი მომსახურება აქვს, ხოლო რვა (57%) დანესებულებას არა აქვს. კვლევაში მონაწილე მხოლოდ სამმა საავადმყოფოს სერვისებზე დაფუძნებულმა ცენტრმა აღნიშნა, რომ შეეძლო პაციენტთათვის იურიდიული დახმარების განევა ვინაიდან მათ ჰყავდათ კონტრაქტორი იურისტი. კითხვაზე: არსებობს თუ არა რაიმე დაბრკოლება თქვენი მომსახურების ხელმისაწვდომობაში, მხოლოდ ერთმა აღნიშნა ასეთის არსებობა და მიზეზად მცირე დაფინანსება და მწირი სანოლფონდი დაასახელა.

მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა: სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის სერვისების მიმწოდებლები აღნიშნავდნენ, რომ ჰქონდათ წვდომა ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებზე, ხოლო ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებლები მხოლოდ მის დანიშვნაზე იყვნენ პასუხისმგებლები. სტაციონარულ და ამბულატორიულ სერვისებში ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალების დანიშვნაზე პასუხისმგებლები იყვნენ პალიატიური მზრუნველობის ექიმი სპეციალისტები (N=12), განყოფილების გამგე (N=2), ონკოლოგი (N=1) და ოჯახის ექიმები (N=6); მარაგის შენარჩუნება სტაციონარულ სერვისებში ხდებოდა – განყოფილების გამგის (N=4), უფროსი ექთანის (N=5), და როგორც განყოფილების გამგის, ასევე უფროსი ექთანის (N=6) მიერ; ერთ დანესებულებაში აღნიშნეს, რომ სირთულე ექმნებოდათ ოპიოიდური პრეპარატებით მართვისას (შეძენა, შენახვა, დანიშვნა და ა. შ.), სახელდობრ, ჰქონდათ პაციენტებისთვის ოპიოიდური წამლების დანიშვნისა და მარაგის პრობლემები. მორფინის გახანგრძლივებული მოქმედების პერორალური ფორმა ხელმისაწვდომი იყო ოთხ ამბულატორიულ დანესებულებაში, საინექციო ფორმა კი 10-ში. არც ერთ სტაციონარულ დანესებულებას არ გააჩნდა მორფინის პერორალური ფორმა, ხოლო სწრაფი მოქმედების პერორალური ფორმა საერთოდ არ შემოდის ქვეყანაში.

განათლება: პროექტში მონაწილე დანესებულებებში (N=12) ექიმებს მიღებული ჰქონდათ შესაბამისი განათლება პალიატიურ მზრუნველობაში. კერძოდ, მათ გავლილი ჰქონდათ პალიატიური მზრუნველობის სუბსპეციალობის პროგრამა, და ზოგ შემთხვევაში დამატებით ევროპის სამედიცინო

ონკოლოგიის სკოლის (ESMO) პალიატიური მზრუნველობის ტრენინგი ან/და შიდა ტრენინგი პროფ. მ. შავდიას ხელმძღვანელობით. კურსების ხანგრძლივობა განსხვავებული იყო. ყველაზე ხანგრძლივი იყო პალიატიური მზრუნველობის სუბსპეციალობის ოთხთვიანი კურსი, ხოლო სხვა კვალიფიკაციის ასამაღლებელი კურსების ხანგრძლივობა მერყეობდა 1 თვიდან 2-5 დღემდე. ტრენინგის ძირითად თემებს მოიცავდა სიმპტომური მკურნალობა, ტკივილის შემსუბუქება და მართვა, პალიატიური პაციენტების მოვლისა და მზრუნველობის ძირითადი პრინციპები, ონკოლოგიური პაციენტების ფსიქოლოგიური სტატუსის თავისებურებები და პერსონალის მიდგომა, პაციენტებისა და მათი ოჯახების ფსიქოლოგიური დახმარება, ქრონიკული დაავადებების ტერმინალურ სტადიაზე მყოფი ავადმყოფების სრულფასოვანი, მრავალმხრივი შეფასება და მულტიდისციპლინარული მართვა.

პალიატიური მზრუნველობის ცხრა ცენტრში სამედიცინო პერსონალი პაციენტის პირველადი შეფასებისთვის იყენებდა ფუნქციურ და პროგნოსტულ შეფასების შკალებს (მათ შორის, Eastern Cooperative Oncology Group, Karnovski Performance Scale და Palliative Prognostic Score), ხოლო ოთხი ცენტრი ტკივილის ინტენსივობის შესაფასებლად იყენებდა ვიზუალური ანალოგიის შკალას (Visual Analogue Scale).

დისკუსია. აღნიშნულმა კვლევამ აჩვენა, რომ 2023 წელს სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული დაწესებულების უმეტესობა (82%) ავადმყოფებს მომსახურებას უწევდა, ძირითადად, "ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული-პალიატიური მზრუნველობისა და სიმპტომური მკურნალობის" სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტით და მხოლოდ ოთხი დაწესებულება – "ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის" სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტით.

სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე ცენტრების ნახევარი თბილისშია განთავსებული, მეორე ნახევარი – რამდენიმე მსხვილ რეგიონულ ცენტრში. მიმდინარე კვლევით, ისეთ რეგიონებს როგორცაა გურია, რაჭა-ლეჩხუმი, სამცხე-ჯავახეთი და კახეთი, პალიატიური მზრუნველობა საერთოდ არ მიწოდებათ. ამასთანავე, აღსანიშნავია, რომ საქართველოში პაციენტთათვის პალიატიური მზრუნველობის ბინაზე მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა დაშვებულია 76 მუნიციპალიტეტიდან მხოლოდ 6-ში (თბილისი, ქუთაისი, ოზურგეთი, გორი, თელავი და ზუგდიდი) [14], საიდანაც მუნიციპალიტეტების უმეტესი ნაწილი პროგრამაში არ იღებს მონაწილეობას მწირი დაფინანსების გამო. ეს თავის მხრივ დარგის ხელმისაწვდომობის დეფიციტის პირდაპირ ინდიკატორს წარმოადგენს. ამასთანავე, პროგრამის დაფინანსება 2004 წელს დაიწყო, სადაც სტაციონარული მომსახურების ტარიფი შეადგენდა 75 ლარს, ხოლო ამბულატორიულის – 11 ლარს [14]. აღნიშნული ტარიფები დღემდე არ გადახედილა და წარმოადგენს ამკარად შეუსაბამო და მნიშვნელოვნად არასაკმარის დაფინანსებას.

დღეს საქართველოში ონკოინკურაბელურ პაციენტებში ქრონიკული ძლიერი ხასიათის ტკივილის მართვისას პრაქტიკულად გამოიყენება მხოლოდ მორფინი, თუმცა მისი ფორმების შემზღვეული არჩევანი (ძირითადად საინექციო) არ შეესაბამება თანამედროვე რეკომენდაციებს. ჯანმოს რეკომენდაციით, ტკივილის მართვაში პრიორიტეტი ენიჭება პერორალური მორფინის გამოყენებას, რადგან იგი უფრო მარტივი, არაინვაზიური და პაციენტისთვის კომფორტული გამოყენების საშუალებას იძლევა [15]. საქართველოს სტაციონარულ პალიატიურ განყოფილებებში გახანგრძლივებული მოქმედების პერორალური მორფინი არ არის ხელმისაწვდომი. ამასთანავე, სწრაფი მოქმედების პერორალური მორფინის არარსებობა ქვეყანაში მნიშვნელოვან ბარიერს ქმნის ქრონიკული ტკივილის ოპტიმალური მართვისთვის პაციენტის მიერ კონტროლირებული ანესთეზიის მიდგომით, კერძოდ სწრაფი მოქმედების მორფინის ფორმულაციები შეუცვლელია გამჭოლი დოზირებისათვის. შესაბამისად მიზანშეწონილია ქვეყანაში სწრაფი და გახანგრძლივებული მოქმედების პერორალური მორფინის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და კლინიკური პერსონალის გადამზადება ქრონიკული ტკივილის მართვის უახლეს გაიდლაინებით.

საქართველოში ფუნქციონირებს 38 უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულება, რომელთაგან მხოლოდ ექვსი (16%) სტუდენტებს სთავაზობს პალიატიური მზრუნველობის სავალდებულო კურსებს, ხოლო 11 (29%) – არჩევით კურსებს. კვლევის ფარგლებში გამოკითხული დაწესებულებების ხელმძღვანელთა 71% არ ფლობდა ინფორმაციას პალიატიური მზრუნველობის სფეროში პერსონალის (მაგ., ექიმების, ექთნების, ექთნის ასისტენტების და სხვ.) შემდგომი განათლების შესაძლებლობების შესახებ, როგორც საქართველოში, ასევე მის ფარგლებს გარეთ, მათ შორის უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და სარეზიდენტო პროგრამების ფარგლებში. რესპონდენტების აზრით, მნიშვნელოვანია რეგულარული განახლებული ცოდნის მიღება ისეთ საკითხებზე, როგორცაა ტკივილისა და სხვა ფიზიკური სიმპტომების მართვა, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და ნაწილების პრევენცია/მართვა.

პალიატიური მზრუნველობა თავისი განმარტებით გარდა ფიზიკური ტანჯვის შემსუბუქებისა, გულისხმობს პაციენტთა ფსიქოლოგიური და სულიერი ტანჯვის შემსუბუქებას. ეს კი თავის მხრივ წარმოადგენს ჰოლისტურ, ბიო-ფსიქო-სოციალურ მიდგომას. საქართველოში სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში პალიატიურ მზრუნველობას ახორციელებენ მხოლოდ ექიმები და ექთნები, რაც თავისთავად ვერ უზრუნველყოფს სრულყოფილ ჰოლისტურ მომსახურებას. მიგვაჩნია, რომ მულტიდისციპლინარული გუნდების შექმნა (რომლებშიც ექიმისა და ექთნის გარდა წარმოდგენილი იქნებიან ფსიქოლოგი, სასულიერო პირი, ფარმაცევტი, ფიზიოთერაპევტი და მოხალისეები), მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს პალიატიური პაციენტების ცხოვრების ხარისხს.

პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელი დაწესებულებების 43%-ის წარმოდგენით მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგის სპეციფიკური სისტემა უნდა მოიცავდეს მხოლოდ ყოველდღიურ შემოვლას, ბინაზე ვიზიტებს, ინტეგრაციის კონტროლს და პაციენტის მეთვალყურეობას დინამიკაში, რასაც რეგულარულად ახორციელებდნენ. თუმცა, არც ერთ კვლევაში მონაწილე დაწესებულებაში არ გამოიყენებოდა პაციენტის მიერ მოხსენებული შედეგების (Patient-Reported Outcomes, PRO) შეფასების ვალიდური ინსტრუმენტები. ეს თავის მხრივ, მედიცინაში სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების მონიტორინგის ძირითადი ინსტრუმენტია. ასეთი ტიპის მონიტორინგი უზრუნველყოფს პაციენტის სუბიექტური გამოცდილების — სიმპტომების (მაგ., Edmonton Symptom Assessment Scale), ცხოვრების ხარისხის (მაგ., EORTC QLQ-C30) — სისტემურ შეფასებას [16,17,18], რაც თანამედროვე პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. ამასთანავე, არ ხორციელდება პაციენტების ფსიქოსოციალური და სულიერი მდგომარეობის სტანდარტიზებული შეფასება, რაც პალიატიური მზრუნველობის ჰოლისტური მიდგომის მნიშვნელოვანი კომპონენტია, ხოლო მულტიდისციპლინურ გუნდში ამ დარგის სპეციალისტები გათვალისწინებული არ არიან. საქართველოში მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგის არსებული სისტემები ძირითადად შემოიფარგლება პროცესული მაჩვენებლებით (მაგ., ვიზიტები, შემოვლები), და ნაკლებად მოიცავს კლინიკურ შედეგებსა და პაციენტზე ორიენტირებულ ინდიკატორებს. ამგვარად, მიზანშეწონილია პაციენტის მიერ მოხსენებული შედეგების (PRO) ინსტრუმენტების დანერგვა კლინიკურ პრაქტიკაში, სიმპტომების, მათ შორის ტკივილის, რეგულარული და სტანდარტიზებული შეფასების გაუმჯობესება, ფსიქოსოციალური და სულიერი შეფასების ინტეგრირება პალიატიური მზრუნველობის პროცესში, ხარისხის მონიტორინგის სისტემების განვითარება, რათა ისინი მოიცავდეს არა მხოლოდ პროცესულ, არამედ შედეგზე ორიენტირებულ ინდიკატორებს.

დასკვნები. ეროვნულმა მულტიცენტრულმა კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამა კვლავ ხასიათდება სერვისების არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილებით, შეზღუდული ხელმისაწვდომობითა და არასაკმარისი დაფინანსებით. პალიატიური სერვისები ძირითადად კონცენტრირებულია თბილისში და რამდენიმე დიდ რეგიონულ ცენტრში, ხოლო ზოგიერთ რეგიონში მომსახურება საერთოდ არ არის ხელმისაწვდომი.

განსაკუთრებით პრობლემურია ამბულატორიული და შინმოვლის სერვისების სიმწირე (28%), რაც ზღუდავს პაციენტთა უწყვეტ მზრუნველობას. ასევე გამოიკვეთა ქრონიკული ტკივილის მართვაში პერორალური მორფინის შეზღუდული ხელმისაწვდომობა, რაც არ შეესაბამება თანამედროვე საერთაშორისო რეკომენდაციებს.

ამავდროულად, აღნიშნული სერვისები ძირითადად შემოიფარგლება ექიმისა და ექთნის მომსახურებით და ნაკლებად მოიცავს მულტიდისციპლინარულ, ბიო-ფსიქო-სოციალურ მიდგომას. გამოვლინდა ამ დარგში პერსონალის განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების დეფიციტი, ხოლო სერვისის ხარისხის შეფასების სისტემები ძირითადად პროცესულ მაჩვენებლებზეა ორიენტირებული და პრაქტიკულად არ იყენებს პაციენტის მიერ მოხსენებული შედეგების (PRO) შეფასების ინსტრუმენტებს.

შედეგად, აუცილებელია პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსებისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, რეგიონული და შინმოვლის სერვისების გაფართოება, მულტიდისციპლინარული მიდგომა, სწრაფი და გახანგრძლივებული მოქმედების პერორალური მორფინის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, პერსონალის განათლება და პაციენტის მიერ მოხსენებული შედეგების შეფასების ინსტრუმენტების დანერგვა კლინიკურ პრაქტიკაში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. World Health Organisation. WHO Palliative Care Fact Sheet Geneva: WHO 2020, Aug 5. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
2. European Association for Palliative Care (EAPC). 11.05.2026. Available from: <https://eapcnet.eu/>.
3. Arias-Casais N, Lopez-Fidalgo J, Garralda E, et al. Trends analysis of specialized palliative care services in 51 countries of the WHO European region in the last 14 years. *Palliat Med.* 2020;34(8):1044-56.
4. Centeno C, Lynch T, Garralda E, Carrasco JM, Guillen-Grima F, Clark D. Coverage and development of specialist palliative care services across the World Health Organization European Region (2005-2012): Results from a European Association for Palliative Care Task Force survey of 53 Countries. *Palliat Med.* 2016;30(4):351-62.
5. Kordzaia D. Making the case for palliative care in developing countries: the Republic of Georgia. *J Palliat Med.* 2011;14(5):539-41.
6. Rukhadze T, Kordzaia D. Perspective in supportive care--practical experiences in Georgia. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2011;33 Suppl 2:S159-61.
7. Georgian National Association for Palliative Care [11.05.2026]. Available from: <https://palliativecare.org.ge>.
8. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო [11.05.2026]. Available from: <https://www.moh.gov.ge/>.
9. Bulia T, Beruchashvili T, Abesadze I, Abzianidze E, Dvali B, Inaishvili L. Palliative Care in the 21st Century: Multidisciplinary Collaboration, Digital Health, and Equitable Access. *Georgian Scientists.* 2025;7(4):693-704.
10. სსიპ "საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე". "2023 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ" საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 30 დეკემბრის N 609 დადგენილება. <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/5682731?publication=0>.
11. სსიპ "საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე". პაციენტის უფლებების შესახებ 05/05/2000 [Available from: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/6538243?publication=0#DOCUMENT:1;>
12. Arias-Casais NG, E.; Rhee, J.Y.; de Lima, L.; Pons, J.J.; Clark, D.; Hasselaar, J.; Ling, J.; Mosoiu, D.; Centeno, C. . EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde, Belgium: EAPC Press; 2019.
13. გოგობია რ, ძონენიძე ფ, კვიციანი ნ, მირზიკაშვილი ნ. პალიატიური მზრუნველობის სერვისების შეფასება. 2021.
14. სსიპ "საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე". 2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ. Available from: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3972595?publication=0>.

15. World Health Organization. WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. Geneva: WHO; 2018 Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>
16. Muller E, Mayer-Steinacker R, Gencer D, Kessler J, Alt-Epping B, Schonsteiner S, et al. Feasibility, use and benefits of patient-reported outcome measures in palliative care units: a multicentre observational study. BMC Palliat Care. 2023;22(1):6.
17. Fink M, Muller S, Warnecke E, Hense J, Schuler M, Teufel M, et al. Relevance of Patient-Reported Outcome Measures in Patients with Cancer: Detection of Underrated Psychological Distress of Palliative Care Patients in an Outpatient Setting. Palliat Med Rep. 2024;5(1):194-200.
18. McCaffrey N, Bradley S, Ratcliffe J, Currow DC. What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients' Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. J Pain Symptom Manage. 2016;52(2):318-28 e5.

ელენე ჯანბერიძე^{1,2}, ნანა ბაკურაძე¹, რუსუდან ჯოჯუა¹, მარინე ერემაშვილი¹,
ნანა ნიქორიძე¹, მარინე ლულუნიშვილი¹, იოსებ აბესაძე^{3,4}

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული დანესებულებების საჭიროებების შეფასება

¹ ივანე ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ალ. ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტი, გერონტოლოგიისა და პალიატიური მედიცინის დეპარტამენტი, თბილისი, საქართველო;

² კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, თბილისი, საქართველო;

³ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო;

⁴ კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტი, თბილისი, საქართველო

რეზიუმე

პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს ინკურაბელური დაავადებების მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართულ ჰოლისტიურ მიდგომას, რომელიც მოიცავს ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი პრობლემების მართვას. მიუხედავად ამისა, საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სერვისების განვითარება და ხელმისაწვდომობა კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა 2023 წელს საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული დანესებულებების სერვისების, ხელმისაწვდომობის, კლინიკური პრაქტიკის, პერსონალის განათლებისა და ხარისხის მონიტორინგის სისტემების შეფასება.

შედეგად, პალიატიური მომსახურებების უმეტესობა კონცენტრირებულია თბილისში და რამდენიმე დიდ რეგიონულ ცენტრში, ხოლო რიგ რეგიონში სერვისი საერთოდ არ არის ხელმისაწვდომი. სახელმწიფო პროგრამაში ძირითადად სტაციონარული კომპონენტი დომინირებს, ამბულატორიული და შინმოვლის სერვისები კი შეზღუდულია. დაფინანსების არსებული ტარიფები არასაკმარისია. ქრონიკული ტკივილის მართვაში ძირითადად გამოიყენება მორფინის საინექციო ფორმები, ვინაიდან სწრაფი მოქმედების პერორალური მორფინი მიუწვდომელია. ასევე გამოვლინდა პალიატიური მზრუნველობის სფეროში განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების საჭიროება. მომსახურება ძირითადად შემოიფარგლება ექიმისა და ექთნის ჩართულობით და ნაკლებად მოიცავს მულტიდისციპლინარულ მიდგომას. ხარისხის მონიტორინგის სისტემებში პაციენტის მიერ მოხსენებული შედეგების (PRO) ინსტრუმენტები პრაქტიკულად არ გამოიყენება.

პალიატიური მზრუნველობის სისტემის გასაუმჯობესებლად აუცილებელია დაფინანსების გადახედვა, რეგიონული და შინმოვლის სერვისების გაფართოება, მულტიდისციპლინარული მიდგომის დანერგვა, სწრაფი მოქმედების პერორალური მორფინის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, პერსონალის განათლება და პაციენტის მიერ მოხსენებული შედეგების შეფასების ინსტრუმენტების გამოყენება კლინიკურ პრაქტიკაში.

