

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო

უნივერსიტეტი

თინათინა ასათიანი

სოციალური სამუშაო ბავშვთა ონკოლოგიაში

სოციალური მუშაობა

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია სოციალური მუშაობის მაგისტრის

აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: თენგიზ ვერულავა

პროფესორი

თბილისი 2018

## სარჩევი

სარჩევი .....	2
სარჩევი .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
აბსტრაქტი.....	3
Abstract .....	4
თავი 1. შესავალი .....	5
თავი 2. ლიტერატურის მიმოხილვა.....	7
ორმაგი ფოკუსი ინდივიდსა და გარემოზე.....	13
საქართველოს ეროვნულ სტრატეგიაში კიბოს პრევენცია .....	15
მეთოდოლოგია .....	16
რაოდენობრივი კვლევის მეთოდის ფარგლებში მოცვა .....	17
მონაცემთა შეგროვება .....	19
<i>თვისებრივი კვლევა</i> .....	19
რაოდენობრივი კვლევა .....	20
თავი 4. თვისებრივი კვლევის შედეგები .....	23
თავი 5. რაოდენობრივი კვლევის შედეგები .....	35
თავი 6. დისკუსია .....	39
თავი 7. კვლევის შეზღუდვები .....	41
თავი 8. რეკომენდაციები.....	42
დასკვნა .....	43
ბიბლიოგრაფია .....	46
დანართი.....	49
დანართი 1:.....	49
დანართი 2.....	52
დანართი 3.....	53
დანართი 4 .....	56
დანართი 6.....	60

## აბსტრაქტი

კვლევა, რომლის მიზანი იყო დაედგინა საქართველოში ბავშვთა ონკოლოგიაში არსებული გამოწვევები სოციალური სამუშაოს ასპექტში და დაედგინა ამ სფეროში სოციალური სამუშაოს მუშაობის გააქტიურების მნიშვნელობა და როლი, ეყრდნობა მკვლევარის მიერ ჩატარებულ სიღრმისეული ინტერვიუს შედეგებს, რომლებიც ჩატარდა ონკოლოგიური პაციენტების (ბავშვების) ოჯახის წევრებთან და ამ სფეროში მომუშავეებიტან.

ავტორის მიერ ჩატარებულმა კვლევამუპასუხა სამ მთავარ შეკითხვას: რა ძირითადი ისეთი საჭიროებია ბავშვთა ონკოლოგიაში, რაშიც სოციალური სამუშაოს ჩართულობა მიზანშეწონილი იქნებოდა პროფესიის ძირითადი ხასიათიდან გამომდინარე, როგორი ტიპის მხარდაჭერას მოელიან პაციენტის ოჯახის წევრები სოციალური მუშაკისგან და რაში შეიძლება დაეხმაროს მკურნალ ექიმს სოციალური მუშაკის ჩართულობა მკურნალობა, რეაბილიტაციის პროცესის წარმართვისას.

კვლევამ დაამტკიცაშემდეგი ჰიპოთეზა: ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვები (რომლებიც მკურნალობენ საქართველოში) დგანან ფსიქო-სოციალური გამოწვევების წინაშე და სჭირდებათ სოციალური მუშაკის მხარდაჭერა ამ გამოწვევების დასაძლევად.

ნაშრომში წარმოდგენილი კვლევების საფუძველზე გამოვლინდა მთავარი მიგნება: ბავშვთა ონკოლოგიაში კლინიკური სოციალური სამუშაოს პრეცედენტის შექმნა საქართველოში იქნება წინ გადადგმული ნაბიჯი ევროპული სამედიცინო ხარისხის სტანდარტებისკენ.

## Abstract

The aim of the research was to identify the challenges in pediatric oncology in the dimension of social work in Georgia as well as define the importance and the role of making social work more active in this field. The study is based on in-depth interviews conducted by the author with the family members of oncologist patients (children) and doctors working in this area.

The research made by the author responded to three main questions: what are the needs in pediatric oncology where the involvement of social work due to its main characteristics of the profession would be reasonable? What kind of support do the family members expect from a social worker? And how can the involvement of a social worker help the attending doctor in managing the process of treatment and rehabilitation?

The research confirmed the following hypothesis: Children with oncological problems ( being treated in Georgia) are facing psycho-social challenges and they are in need of support from a social worker in order to meet these challenges.

Based on the research presented in the thesis, the main finding is the following: Setting a precedent of clinical social work in Georgia would be a step towards to European medical quality standards.

## თავი 1. შესავალი

თანამედროვე მედიცინა შეუჩერებლივ ვითარდება და ებრძვის ისეთ მძიმე დიაგნოზს, როგორც არის კიბო. ცხადია ამ ბრძოლის გაუთავებელ პროცესში იცვლება მეთოდები და მიდგომები, თუმცა თანამედროვე პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ფიზიკური მკურნალობის პროცესს თან ახლავს პაციენტის ფსიქო-სოციალური მდგომარეობა, რომელიც არ უნდა ჩამორჩებოდეს ფიზიკურს და ყურადღებას მოითხოვს. სოციალური სამუშაოს ერთ-ერთი სპეციფიკა სწორედ ადამიანის ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერაა. ამ შემთხვევაში ჩვენი ყურადღების ცენტრია ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვები და მათი ოჯახების ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა. ბავშვთა კეთილდღეობაზე ზრუნვა გულისხმობს ბავშვის ფიზიკურ, მორალურ, ფსიქიკურ თუ სულიერ კეთილდღეობას. (კონვენცია ბავშვთა უფლებები 20 ნოემბერი. 1989მუხლი.17) საქართველოში კიბოს გავრცელების სიხშირე ყოველწლიურად მატულობს. ასევე პროპორციულად მატულობს კიბო ბავშვებში 2003 წელს ჩატარებულ სტატისტიკურ კვლევაში ინციდენტობა უდრიდა 13.4 100 000 ბავშვზე ხოლო 2016წლის მაჩვენებლით 65.4 100 000 ბავშვზე(NCDC 2003-2016).ბავშვთა ონკოლოგიის თემის ძიების პროცესში მნიშვნელოვანი და საკვანძო საკითხია ბავშვთა ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა, რომელსაც ევროპისა და აშშ-ს წარმატებული კლინიკებში სოციალური მუშაკები უძღვებიან. ისინი ხშირად იყენებენ შემდეგ ლოზუნგებს: „ჩვენ ვეხმარებით ოჯახს დიაგნოზის გარკვევაში“, „ჩვენ ადვოკატირებას ვუწევთ ოჯახისა და ბავშვის უფლებების დაცვას, როგორც საავადმყოფოს სივრცეში ისე მის გარეთ“, „ჩვენ ვეხმარებით ოჯახებს ჯანდაცვის სერვისებზე მათი ინფორმირებულობის ამაღლებაში.“(Webpage: Universitaetklinikum Muenster; Webpage: Childrens Hospital of Philadelphia) თემის არჩევისას ვიფიქრე, რომ საქართველოშიც შესაძლოა იყოს მსგავსი მხარდაჭერის საჭიროება და ვეცადე ჩავღრმავებოდი კონკრეტულად რა საჭიროებებია ბავშვთა ონკოლოგიაში, რომელშიც სოციალური მუშაკის როლი მნიშვნელოვანი იქნება.

ამასთან, იქ სადაც საკითხი ეხება ბავშვებს და ოჯახის გაძლიერებას ამ საკითხებში სოციალური სამუშაო პირდაპირი კომუნიკაციის პირველი რგოლია.

საქართველოში 1999 წელს მიღებულმა კანონმა ბავშვთა შვილობილობის შესახებ შექმნა პრეცედენტი სოციალური სამუშაოს, როგორც პროფესიის დანერგვის, რათა კანონი აღსრულებაში მოეყვანათ (ვერბ გვერდი: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 1999) სწორედ ბავშვთა ზრუნვით იწყება ჩვენს ქვეყანაში სოციალური სამუშაოს ინსტიტუტი, ამიტომაც ლოგიკურად მიმაჩნია თუკი ვიტყვი რომ ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვები შეიძლება საჭიროებდნენ ამ პროფესიის მხარდაჭერას, რათა არ დაირღვეს შემდეგი უფლებები: „მუხლი 26. სახელმწიფო უნდა დაეხმაროს იმ ბავშვებსა და ოჯახებს რომელთაც ეს სჭირდებათ“ „მუხლი 27. ყველა ბავშვს აქვს უფლება იცხოვროს ისეთ პირობებში, რომელიც აუცილებელია მისი განვითარებისათვის. მშობლები ვალდებული არიან, შეუქმნან შვილებს ცხოვრების ნორმალური დონე, სახელმწიფო კი ვალდებულია დაეხმაროს მათ ამასში.“ [გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია ბავშვთა უფლებების კონვენცია 1989].

კლინიკურსოციალურ სამუშაოს 1895 წელს ბრიტანეთში მერი სტევარტის აქტიური მუშაობით მიეცა პირველი სახე, თუმცა, ინგლისელები ამ სფეროს აღმონიერების მოღვაწეობის თანემედროვე გაგრძელებასაც უწოდებენ, (Manchester University Press, 2017 (p.15)) პროფესიის აქტუალურობა ჩინეთში დაიწყო 1921 წელს იდა პრუიტის მოღვაწეობით და შეიქმნა პირველი პრეცედენტები (Journal of East China University of Science and Technology, 2013(p.26)), 1918 წელს ირლანდიაში ელლა ვების აქტიურობით ჩაეყარა ამ იდეას საფუძველი, რომელმაც პირველად დუბლინში ადელაიდეს საავადმყოფოში ჩამოაყალიბა კლინიკური სოციალური სამუშაოს მიმართულება ბავშვთა ონკოლოგიაში (Kearney & Skehill 2005 ), აშშ-ში კლინიკური სოციალური სამუშაოს პირველი განყოფილებამასჩუსეთის საავადმყოფოში გაიხსნა (Webpage: Massachusetts General Hospital)

კვლევის მიზანია სოციალური მუშაკის საჭიროების დადგენა ბავშვთა ონკოლოგიაში, ბენეფიციარების მოთხოვნადი სერვისების და მოლოდინების შესწავლა.

ბენეფიციართა მოსაზრებების გაცნობა დაგვეხმარება გავაანალიზოთ, რამდენად შეესაბამება მათი მოლოდინები სოციალური სამუშაოს შესაძლებლობებს, პროფესიის მთავარ პრინციპებს მთავარ დანიშნულებასა და ფუნქციას, ამასთან თუ რამდენად არის კულტურულ-მენტალური მზაობა ამ თანამშრომლობისთვის.

ამ მიზნის მისაღწევად მომზადდა მეთოდოლოგია, რომლის საშვალეობითაც განხორციელდა სიტუაციური ანალიზი შემდეგ დონეებზე: ექიმები, ბენეფიციარები, და ექსპერტები.

კვლევით გამოვლინდა ბენეფიციარების ორი ძირითადი ჯგუფი: პალიატიური (მე-4 სტადიის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი), სადაც მდგომარეობა რადიკალურად არ უმჯობესდება და არა კეთილსაიმედო პროგნოზია, ამიტომაც მიზანი პაციენტისთვის მდგომარეობის დროებითი შემსუბუქებაა. ხოლო მეორე ჯგუფი, როდესაც აქტიური მკურნალობა მიმდინარეობს პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის.

## თავი 2. ლიტერატურის მიმოხილვა

ფსიქოსოციალური შემდგომი განვითარება, როგორც ზრუნვის სტანდარტი ბავშვთა ონკოლოგიაში ეს არის კვლევის სათაური, რომელიც აშშ-ში ჩატარდა 2015 წელს კვლევამ მოახდინა დაკვირვება სიმსივნით დაავადებული ბავშვების შემდგომ განვითარებაზე საგანმანათლებლო, პროფესიულ, ფსიქოლოგიურ და ქცევით. კვლევის შედეგებში ჩაიწერა, რომ სიმსივნით დაავადებულ ბავშვებში თერაპიის შემდგომ გვიანი ეფექტების/პრობლემების(რომელიც უკავშირდება დაავადების სპეციფიკას) მაღალი რისკია. მოხდა 300 000 კიბოს დიაგნოზის მქონე ბავშვზე დაკვირვება და მათი გამოწვევების შესწავლა. კვლევის შედეგებიაჩვენებს, რომ ბავშვები განკურნების შემდგომაც საჭიროებენ ფსიქო-სოციალურ მხარდაჭერას, რადგან უწევთ ისეთ გამოწვევების გადალახვა, როგორც

არის სოციალური ურთიერთობების პრობლემები, განათლებისა და პროფესიული განვითარების პრობლემები, დეპრესიისკენ მიდრეკილება, ასევე მავნე ჩვევების (სიგარეტი, ალკოჰოლი) რისკიც მაღალია (DrPH Anne Lown & PhD Farya Phillips 2015).

კოლუმბიის უნივერსიტეტის თეოლოგიის ფაკულტეტის პროფესორი ჯოელ მარკუსი თავის სტატიაში „ფსიქოსოციალური საკითხები პედიატრიულ ონკოლოგიაში“ საუბარია დაავადების ფსიქოსოციალურ ეფექტზე მომატებული მგრძნობელობა, შფოთვა. პროფესორი საუბრობს გადახურვაზე, ეს ტერმინი გულისხმობს სხვადასხვა ასპექტების გაძლიერება ფიზიკური, ემოციური, შემეცნებითი, ოჯახური ისინი კომპლექსურად მნიშვნელოვანია პაციენტისთვის და მისი ოჯახისთვის და ერთად განაპირობებენ ბალანსის შენარჩუნებას. (DrPH Anne Lown & PhD Farya Phillips 2015).

დრესდენის კარლ გუსტავ კარუს საუნივერსიტეტო კლინიკის ბავშვთა ფსიქოსოციალური და პედაგოგიური მიმართულების მეცნიერთა ჯგუფი აქვეყნებს კლინიკის ბროშურას, სადაც საუბარია თამაშის და სხვადასხვა ბავშვებისთვის საინტერესო აქტივობების მნიშვნელობაზე. „ბავშვების კუნძულის“ დაარსება, რომელიც გათვალისწინებულია მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე მყოფი ბავშვებისთვის და მათი ოჯახებისთვის სიხარულის, სიმშვიდისა და მყუდროების მინიჭება. კრეატიული შემოთავაზებები, ახალი გამოწვევები, ფანტაზიის ჩართულობა, საკუთარი „მეს“ გამოვლენის და აღმოჩენის შესაძლებლობების სპექტრის გაფართოვება, განვითარებისთვის და სამყაროს შემეცნებისთვის სასურველი ხელშეწყობა (Karolin Lode & Ines Haupt, 2016).

თანამედროვე ინდუსტრიულ ქვეყნებში კიბოს მაღალი მაჩვენებელი დამოკიდებულია ეკოლოგიურ, გენეტიკურ, ფსიქო, ფიზიოლოგიურ კომპლექსურ ბიოფიზიკურ ჰორმონალური პროცესების ფაქტორებზე და ამ ფაქტორების იმუნოლოგიურ მოდიფიცირებაზე. 1980 წელს გავრცელდა სოციალურ-სამედიცინო და ფსიქო-ონკოლოგიის კვლევის თეორია იმის შესახებ, რომ შეიძლება დადგინდეს ადამიანთა ტიპი და ჯგუფი, რომელთაც მაღალი რისკი აქვთ დაავადდნენ კიბოთი. ამ თეორიის მიხედვით პიროვნების ტიპი, რომელშიც ჭარბობს დეპრესიისკენ მიდრეკილება არის ხშირი სტრესის



და დემოტივაციის ქვეშ ნაკლებად აქვს დამოუკიდებლობა, მაღალი რისკის ქვეშ არის. შემდეგ ეს თეორია კვლევების საფუძველზე უფრო დაიხვეწა და შედარებით გაიმიჯნა ემოციური ფონი ფიზიკურთან, თუმცა დარჩა აზრზე რომ სიკვდილის დაჩქარების და სიცოცხლის გახანგრძლივების მიზეზებში ერთ-ერთი წამყვანი როლი აქვს განწყობასა და ცხოვრებისადმი დამოკიდებულებას. დღეს ეს თეორია ზოგისთვის მითია ზოგისთვის სამუშაო პრაქტიკა (Schwarz, 2001).

ბრიტანეთის სამეცნიერო ჟურნალ „კიბოს შესახებ“ გამოქვეყნებულ სტატიაში „ კვლევა კიბოთი დაავადებული პაციენტების ფსიქოლოგიური პრობლემების შესასწავლად დისტრესის სკრინინგი სპეციალური კითხვარის მიხედვით“, რომელიც მომზადდა მკვლევარების პ. ჰერშბახის, მ. კელერისა და სხვათა მიერ (2004) კვლევამ მოიცვა 1721 პაციენტი და კვლევის ძირითად მიგნებად სახელდება შიში დაავადების პროგრესისადმი. სპეციალური კითხვარი ახდენს გამოვლენას პაციენტთა ფსიქოლოგიური მდგომარეობის. (P. Herschbach, 2004) როგორც წესი „ფსიქოლოგიური დისტრესი“ განიხილება და შეფასებულია, როგორც ფსიქიატრიული სიბრმავე ან ფსიქიატრიული დარღვევების პრევალენტობა, განსაკუთრებით შფოთვა და დეპრესია. კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტებში ზოგადად ფსიქიატრიული დარღვევების პრევალენტობის დონე 5 დან 50%-ს შორის მერყეობს, დეპრესიული აშლილობისთვის 0 და 46%მდე და შფოთვის დარღვევისთვის 1 -49%(Penman & Piassetky 1983).

რა შეიძლება გავაკეთოთ შიშის დასაძლევად და როგორ უნდა მოვიქცეთ შიშის წინააღმდეგ გერმანიის კიბოს კვლევის ცენტრის მომზადებულ საინფორმაციო ბროშურაში შემდეგი სასარგებლო რეკომენდაციებია:

- ინფორმაციის მიღება : შენი საკუთარი ფანტაზია შეიძლება უფრო საშიში იყოს ვიდრე რეალობა. ცოდნა დაავადების შესახებ და მისი მკურნალობის პარამეტრებში გამორკვევა ეხმარება ადამიანს შიშის დაძლევაში.

- რაც შეიძლება დავაზუსტოთ შიშები და გამოვერკვიოთ პასუხებში იქნება ეს ექიმთან დიალოგი თუ ადამიანთან, რომელმაც უკვე გამოცადა მსგავსი მდგომარეობა. ასევე დამხმარეა მოლოდინებში გამორკვევა და მათი დაზუსტება რა იქნება, რა იქნებოდა.
- დაგეგმვა: რა შეიძლება გააკეთო როდესაც შიშები ამართლებს ამ დროს პაციენტი უნდა გაეცნოს მკურნალობის თანამედროვე მეთოდებს და ზედმიწევნით დაგეგმოს მკურნალობის პროცესი.
- გამოხატვა : სხვადასხვა შემოქმედებით საშვალეებში, წერა, ხატვა, თუნდაც მაშინ როდესაც ადამიანს ეს მანამდე არ გაუკეთებია. შიშზე არა მხოლოდ საუბარი და მისთვის გარკვეული სახელების დარქმევაა დამხმარე არამედ მისთვის რაიმე ფიზიკური სახის მიცემაც.
- გახსენება საკუთარი ცხოვრებიდან იმ შემთხვევების, სადაც რაიმე სირთულის გადალახვა მოუწია ადამიანს და ეს წარმატებით მოახერხა. პრობლემის დაძლევაში კი ის უფრო გააძლიერა.
- რელაქსაცია: დამაბულობა შფოთვის თანმხლებია ეს შეიძლება შემცირდეს ფიზიკური აქტივობით ან, რამდენადაც ნებადართულია ფიზიკური ვარჯიშით.
- სიცოცხლის სასიამოვნო ასპექტების მინიჭება - ეს ასევე ნიშნავს დადებითი ბალანსის შედგენას: რა არის ჩემს ცხოვრებაში მნიშვნელოვანი, საით მივმართავ ჩემს შესაძლებლობებს, რა არის ჩემი ბედნიერება, რა უნდა გაფართოვდეს? შემოიძლია მივცე საშვალეა სხვებს დამეხმარონ.
- ყოფნა "აქ და ახლა": ეს ხელს უწყობს ბევრ ადამიანს არა მხოლოდ გაუმკლავდეს თავის ავადმყოფობის, არამედ ფოკუსირება "აქ და ახლა" აადვილებს დაძლიოს ერთი დღის შემდეგ მეორე. ერთი დაბრკოლების მერე მეორე. (Webpage: Deutsches Krebsinformationszentrum)

არაერთი კვლევა შეჯამდა იმის თაობაზე, რომ ინტერპერსონლურმა ურთიერთობებმა და ფსიქიკურმა სტრესმა შესაძლოა იმუნური უჯრედების შემცირება და მათი ფუნქციური შეზღუდვა გამოიწვიოს. დეპრესია მაპროვოცირებელია ორგანიზმში დაძინებული

ვირუსების(მაგალითად ჰერპესის) გამოღვიძების. ამ კავშირის დასაბუთებისთვის კიდევ ერთი მაგალითია ორგანიზმში სტრესის ფონზე გამოყოფილი ადრენალინისა და ნორიპირეფრინის შედეგად გამოწვეული მაღალი არტერიული წნევა, რომელიც ასევე გაზრდილია ქოლესტერინის გაზრდით და ხელს უწყობს არტერიოსკლეროზული კარდიოვასკულარული დაავადებების განვითარებას. (Bauer, 2002)

ეს კავშირი სტრესსა და იმუნურ სისტემას შორის რაც დაავადების რისკის ზრდას იწვევს არ არის პირდაპირი, არამედ მხოლოდ ირიბი შესაბამისად ცალსახად არ მტკიცდება, რომ სტრესი იწვევს კიბოს, მაგრამ დადგინდა რომ სტრესის დროს მცირდება თავდაცვითი შესაძლებლობების სხეული და მატულობს ქიმიოფიზიკური რისკები, ამიტომაც სტრესსა და მუდმივ დაძაბულობას ადამიანის ჯანმრთელობაზე უარყოფითი გვლენა აქვს. შედეგად შეიძლება მივიღოთ კანის დაავადებები, გულის დაავადებები, შაქრიან დიაბეტი, ასთმა და კიბო.(Bauer, 2002, S.57-58 )

ფსიქონკოლოგია არის დისციპლინა, რომელიც 1988 წელს დაიწყო, როგორც დამოუკიდებელმა სფერომ მუშაობა და ჩაერთო კლინიკებში გაეუმჯობესებინა ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვების ცხოვრების ხარისხი. სფეროს მიზანია ადამიანებში გაააქტიუროს რეგენერაციის უნარები და დაეყრდნოს ონკოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ, ფსიქოსომატურ, სოციალურ ცოდნას. (Heußner & Dorf Müller 1999 (S.11)) დაახლოებით ამავესმოიაზრებს სოციალური სამუშაო ბავშვთა ონკოლოგიაში, თუმცა თუკი პირველისთვის წამყვანია ფსიქოლოგიის სფერო მორგებული მოწყვლად ჯგუფზე,სოციალური სამუშაო თანაბარ მნიშვნელობას ანიჭებს, როგორც ფსიქო ისე სოციალურ სფეროს და ხელმძღვანელობს გადახურვის პრინციპით.( Information des DKFZ)

რაც შეეხება დაავადების ფაზებს არსებობს შემდეგი ეტაპები და ფაზები, რომელსაც გადის ადამიანი დაავადების დაწყებიდან ბოლომდე ესენია 1. ონკოლოგიური დიაგნოზის 2. ონკოლოგიური მკურნალობის 3. რემისიის შემდგომი რეაგირების/ რეაბილიტაციის შემდგომი და მკურნალობის შემდგომი. 4. საჭიროების შემთხვევაში კიბოს რეციდივის 5. ზოგიერთ შემთხვევაში პალიატიური მკურნალობის. (Heußner & Dorf Müller 1999, (S.11))

დაავადების სხვადასხვა სტადიაზე პაციენტებს სხვადასხვა ფიზიკური და ფუნქციური პრობლემა აწუხებს: მაგალითად ტკივილი, შეცვლილი სხეულის აღქმა, ასევე სოციალური პრობლემები, ოჯახი, განათლება, პროფესიული სიტუაცია. ამას თან ახლავს ემოციური და ფსიქოლოგიური შიში გონებრივი სტრესი ასევე ფსიქოსომატური სტრესი (Härter, M., Reuter, 2000; 39(6): 317-323)

მკურნალობის მიმდინარეობის პროცესში დიდი მნიშვნელობა აქვს გამოხატვის სხვადასხვა შესაძლებლობებს ამას ხელს უწყობს ისეთი თერაპიული მეთოდები, როგორც არის სახვითი ხელოვნება, მუსიკა, ცეკვა, სუნთქვითი ვარჯიში, მედიტაციური იოგა, ტაი ჩი და ქი გონგი, რელაქსაციური ტექნიკები სხეულის და გონების შიდა ბალანსის აღსადგენად. ფანტაზიის შემოქმედებითი პოტენციალის განვითარება ავტონომიის ტრენინგი, გონებაზე პოზიტიურ გავლენას და იმუნოლოგიური პროცესების რეაგირების გააქტიურებას და გაძლიერებას ახდენს(Dr.Tullio Simonton-Methode, (2015)).

გერმანიის ქალაქ ბოხუმის ჯანდაცვის ტრენინგი წარმოადგენს ამ მიდგომის შემდგომ განვითარებას, რომელიც აერთიანებს სულიერ და ფილოსოფიურ საკითხებს ჯანსაღი კვების ფიზიკური აქტივობის და მრავალმხრივი ცხოვრების წესის სამედიცინო საკითხებზე (Webportals Biologische Krebsabwehr des GfBK e.V., 2011).

აღსანიშნავია რომ ამ კონტექსტში ზემოხსენებული ფსიქოთერაპიული, გამოხატვის, დასვენების და ფანტაზიის პროცედურები არ შეიძლება კურნავდეს ფაქტობრივ კიბოს. შესაბამისად ფსიქო ონკოლოგიური ზრუნვა არ არის შემცვლელი სამედიცინო კიბოს მკურნალობის არამედ დანამატი პაციენტებისთვის რათა შეამციროს და შეამსუბუქოს ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ტვირთი და ამით გააუმჯობესოს პაციენტის ცხოვრების ხარისხი(PSO Arbeitsgemeinschaftfür(2004)).

## ორმაგი ფოკუსი ინდივიდსა და გარემოზე

კლინიკური სოციალური სამუშაოს ისტორიული ფუნდამენტი აშშ-დან არის, თუმცა ევროპაში მან საკუთარი პროფილი შეიმუშავა, თუმცა ძირითადი ბირთვი გულისხმობს საფრთხის ქვეშ მყოფი ადამიანის მხარდაჭერა მისი შეფასება გარემო პირობებთან მიმართებაში, ფოკუსის დაჭერა სოციალურ და ფსიქოსოციალურ ინტერვენციებზე, ინდივიდსა და გარემოს შორის ურთიერთობის გაუმჯობესებაზე ზრუნვა. სოციალური თერაპიის საშვალეებით, ფსიქოსოციალური კონსულტაციებით, სოციალური ფსიქოთერაპიით, კრიზისული დახმარებით, სოციალური ქსელისა და რესურსების გააქტიურებით, ბენეფიციართა გაძლიერება და მათი დესტრუქციული ცხოვრების მდგომარეობის მახასიათებლების შეცვლა (Pauls, H. (2013a)).

სოციალური მუშაკი, რომელსაც აქვს სპეციალური კომპეტენცია იმუშაოს კლინიკური ამოცანებზე უწევს კონსულტირებასა და კოორდინირებას ბენეფიციარს. მანამდე კი ხდება ბენეფიციარის ბიოფსიქოსოციალური გამოკვლევა შეფასება მისთვის განვითარების გეგმის შერჩევა. მუშაობის პროცესში კი სოციალური მუშაკის მიერ მიმდინარეობს შუამავლობა ინდივიდსა და გარემოს შორის ასევე სხვადასხვა სახის მხარდაჭერა და გარე და შიდა რესურსების ამოკრეფა (Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.) (2010)).

სოციალური სამუშაო ბავშვთა ონკოლოგიის პალიატიურ განყოფილებაში მნიშვნელოვნად განსხვავებული სპეციფიკაა. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ 2002 წელს ცნება პალიატიური მედიცინა/პალიატიური მზრუნველობა ასე განმარტა: მძიმე დიაგნოზის მქონე პაციენტებისთვისა და მათი ოჯახებისთვის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის. ეს არის როგორც ფიზიკური ტკივილის შემსუბუქებისთვის ზრუნვა ასევე ზრუნვს ფსიქოსოციალურ პრობლემებზე და სულიერ-სპირიტუალურ მოთხოვნების ხელმისაწვდომობაზე. (WHO 2002) “Palliative care” სიტყვა სიტყვით კი ნიშნავს ლათ. „pallium” -ლაბადა/მოსასხამი “care”-ზრუნვა “carus“-ლათ. ღირებული (Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept (2012) S. 3-5).

პალიატიურ დაწესებულებაში განსაკუთრებით გათვალისწინებულია სოციალური და ეთიკური ასპექტები. ურთიერთობა ეფუძნება ემპათიურ დამოკიდებულებას, ახასიათებს დაბალანსებული სიახლოვე და დიტანცია. ყოველი თანამშრომლობა უპირველესად დაფუძნებულია ნდობაზე. სოციალური მუშაკები და მთელი გუნდი ექიმები, ფსიქოლოგები, ექთნები თერაპევტები თუ სხვა თანამშრომლები ეხმარებიან ადამიანებს ნათესავებთან გამომშვიდობებაში, ნათესავებს კი ეხმარებიან პროცესების გაანალიზებაში და სხვადასხვა ფილოსოფიურ-იდეოლოგიურ დონეზე ან რელიგიურ ასპექტში ხდება სიკვდილის ფენომენის ახსნა მოლოდინის პერიოდი შევსებულია სხვადასხვა სასურველი აქტივობებით (Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept (2012) S. 24-25).

მულტიდისციპლინური გუნდის მეთოდი (მოდელი) გულისხმობს, სამედიცინო და ჯანდაცვასთან დაკავშირებული პროფესიონალების ერთობას, რომლებიც განიხილავენ სათანადო მკურნალობასა და მოვლის ყველა საშუალებებს ჰოლისტიკური, პიროვნებაზე მიმართული მიდგომების გამოყენებით, რათა ყოველი პაციენტისათვის შემუშავებულ იქნას, მტკიცებულებითი და საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინებზე დაფუძნებული, მკურნალობის ინდივიდუალური გეგმა. ხშირად გუნდში ჩართულია კიბოზე ზრუნვის სპეციალური კოორდინატორი, რომელიც ეხმარება პაციენტებს ჰოსპიტალში ნავიგაციისას და განუმარტავს მკურნალობის სხვადასხვა ასპექტებს. ამ ბოლო დროს კიბოთი დაავადებულთათვის იქმნება ინტეგრაციული მედიცინის გამოყენების შესაძლებლობა - ანუ კლასიკური (კონვენციური) და დამატებითი თერაპიების შეთანხმებული პრაქტიკა, როგორც თანამშრომლობითი მეთოდი კიბოთი დაავადებულ პაციენტზე მუდმივი ზრუნვისათვის. დამატებითი თერაპია არ გულისხმობს ქიმიოთერაპიის, რადიოთერაპიის ან ქირურგიის ჩანაცვლებას. ისინი უპირატესად მიმართულნი არიან მკურნალობის ისეთი გვერდითი ეფექტების სამართავად, როგორცაა გამოფიტვა და გულისრევა და თავაზობენ ემოციური შფოთვის ადაპტაციურ სტრატეგიებს სიცოცხლის უკეთესი ხარისხის მისაღწევად. კიბოს მართვის კოორდინაციული მეთოდის გამოყენება, განსაკუთრებით საშურია კიბოთი დაავადებული ბავშვების სიცოცხლის



ხარისხის მაქსიმალურად გასაუმჯობესებლად. ბავშვებისათვის ადრეული დეტექციის, მკურნალობისა და პალიატიური ზრუნვის პრომოცირება უნდა ხდებოდეს არა ცალკეული, არაკოორდინირებული სერვისის სახით, არამედ ბავშვთა კიბოს პროგრამების პირველადი ჯანდაცვის სერვისში ინტეგრირების გზით და რეფერალის მკაცრად გაწერილი მექანიზმებით მომდევნო დონეებზე, სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარებისათვის. (Deng & Cassileth (2013))

### საქართველოს ეროვნულ სტრატეგიაში კიბოს პრევენცია

საქართველოს მთავრობის დადგენილება ნ 2 2017 წლის 11 იანვარი ქ.თბილისი საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე მკაფიოდ გამოყოფს იმ სტრატეგიულ ნაბიჯებს, რომელსაც მთავრობა ისახავს იმისათვის, რომ შემცირდეს დაავადებათა სტატისტიკური ზრდა ქვეყანაში, რაც ნიშნავს რომ მთავრობა პასუხისმგებლობას იღებს იზრუნოს თითოეული მოქალაქის ჯანმრთელობაზე და მკურნალობის პროცესის ხელმისაწვდომობაზე. საქართველოში სიკვდილიანობის 94% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით ხოლო აქედან 14% ონკოლოგიური ავადმყოფობით. მაღალი სიკვდილიანობის და დაბალი გადარჩენის მაჩვენებელების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი რომ კიბოს შემთხვევების 60% დიაგნოსტიკა მესამე მეოთხე სტადიაში ხდება. რისი მიზეზიც კომპლექსურია და ძირითადად მოსახლეობის დაბალი ინფორმირებულობის დონით და ამ პროცესებში ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ნაკლები ჩართულობითაა განპირობებული. (სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015“) ეროვნული სტრატეგიის ძირითად მიზანს კი წარმოადგენს არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებული ავადობით, სიკვდილიანობითა და უნარშეზღუდულობით გამოწვეული მართვადი და თავიდან აცილებადი ტვირთის შემცირება ეროვნულ დონეზე მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით, რათა მოსახლეობამ მიაღწიოს ჯანმრთელობისა და პროდუქტიულობის უმაღლეს სტანდარტებს ნებისმიერ ასაკში და ეს

დაავადებები აღარ წარმოადგენდნენ ჯანმრთელობისა და სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ბარიერს. (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №2 2017)

ძირითადი პრინციპები და მიდგომები:

სიცოცხლის ციკლის ყველა ეტაპის მოცვა, ადამიანთა და თემთა შესაძლებლობების განვითარება, ადამიანური რესურსების მდგრადი განვითარების ხელშეწყობა, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სტრატეგიის ხელშეწყობა, ხარჯთეფექტური სამედიცინო სერვისებისა და ესენციურ მედიკამენტებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, ავადობის და სიკვდილიანობის მაღალი ტვირთის მქონე კლინიკურ მდგომარეობებზე ფოკუსირება, ინტერესთა კონფლიქტების თავიდან აცილება, ადამიანის უფლებების დაცვა, თანასწორობა და სამართლიანობა, ეროვნული აქტივობა საერთაშორისო თანამშრომლობადა სოლიდარობა, მულტისექტორული მიდგომა(საქართველოს მთავრობის დადგენილება №2 2017).

## მეთოდოლოგია

კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებულ იქნა, როგორც რაოდენობრივი ისე თვისებრივი მეთოდი. შედგა კითხვარი ექიმებისთვის (იხილეთ დანართი 1 და დანართი 2), ბენეფიციარებისთვის (იხილეთ დანართი 3 და დანართი 4) და ექსპერტებისთვის (იხილეთ დანართი 5). მონაცემთა შეგროვებისას სიღრმისეული ინტერვიუებთან ერთად ჩატარდა ორი ფოკუსური ჯგუფი.

კითხვარი შედგებოდა როგორც ღია, ასევე დახურული კითხვებისგან. მის საფუძველზე მოპოვებულ იქნა სამი სახის ინფორმაცია რესპოდენტთა განწყობა, ატრიბუტები, ქცევა. ეს ინფორმაცია მოპოვებულ იქნა ცოდნის, დამოკიდებულების და განწყობის შესაფასებელი შეკითხვებისა და ფსიქოგრაფიული და დემოგრაფიული შეკითხვების საფუძველზე.



თვისებრივი კვლევის მეთოდის ფარგლებში ჩატარდა ხუთი ექსპერტული ინტერვიუ, 15 სიღრმისეული ინტერვიუ ბენეფიციარებთან და 2 ფოკუსური ჯგუფი 8-8 კაციანი შემადგენლობით.

ფოკუსური ჯგუფის დისკუსიები და ინტერვიუების აუდიო ჩაწერა მიმდინარეობდა ქართულ ენაზე და ჩანაწერები ოქმის სახით მომზადდა. შეხვედრას უძღვებოდა ორი ადამიანი მკვლევარი და თემით დაინტერესებული მოხალისე, რომელიც შუამავლობდა მკვლევარს ჯგუფთან რათა მომხდარიყო ჯგუფის შემზადება და ატმოსფერო შექმნილიყო გახსნილი და მყუდრო.

კვლევის მიზანი იყო დაედგინა რა მთავარი ფსიქო-სოციალური გამოწვევების წინაშე დგანან ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვები და მათი ოჯახები და როგორია მათი მზაობა თუ მოლოდინი სოციალური მუშაკის მხარდაჭერით როლის გაძლიერებასთან დაკავშირებით. ასევე კვლევა შეეცადა შეესწავლა მკურნალი ექიმების მოსაზრებები სამედიცინო გუნდის სოციალური მუშაკით გაძლიერებასთან დაკავშირებით.

## რაოდენობრივი კვლევის მეთოდის ფარგლებში მოცვა

განხორციელდა არა-ალბათური შერჩევა მსჯელობაზე დამყარებული და მოხერხებული. მოძიებულ იქნა დაწესებულებები, სადაც შესაძლებლობა იქნებოდა კვლევის თემის მთავარ რესპოდენტებთან შეხვედრა, მათი ინტერვიუზე დათანხმება და ასევე მათთვის კითხვარების გადაცემა. კვლევის შერჩევის ზომა განისაზღვრებოდა 125 რესპოდენტით აქედან გამოიკითხა 100 ბენეფიციარი (ონკოლოგიური პაციენტის ოჯახის წევრები) 25 სამედიცინო პერსონალი (ონკოპედიატრები და მკურნალი ჯგუფის სხვა წევრები)

კვლევის რუკა: თბილისი, ქუთაისი და ბათუმი.

პრინციპები რომლებზე დაყრდნობითაც გაშუქდება სიტუაციური ანალიზი.

1.კითხვარების ანალიზი

2.კითხვარების ანალიზზე დაყრდნობით სოციალური სამუშაოს პროფესიის ჩართულობის /შესაძლებლობების გამოვლენა

კვლევა შერეულ მეთოდოლოგიას დაეყრდნო, კერძოდ თვისებრივ მეთოდს -- თემატურ ანალიზს და რაოდენობრივ მეთოდს -- კონტენტანალიზს.

### საკვლევი კითხვები

**კვლევამ საკვლევი კითხვები შემდეგნაირად ჩამოაყალიბა:**

**თვისებრივი კვლევა:**

**RQ1** – რა ძირითადი ისეთი საჭიროებებია ბავშვთა ონკოლოგიაში, რაშიც სოციალური სამუშაოს ჩართულობა მიზანშეწონილი იქნებოდა პროფესიის ძირითადი ხასიათიდან გამომდინარე.

**RQ2** როგორი ტიპის მხარდაჭერას მოელიან პაციენტის ოჯახის წევრები სოციალური მუშაკისგან.

**RQ3** – რაში შეიძლება დაეხმაროს მკურნალ ექიმს სოციალური მუშაკის ჩართულობა მკურნალობა, რეაბილიტაციის პროცესის წარმართვისას.

**რაოდენობრივი კვლევა:**

გამომდინარე საქართველოს სტატისტიკური მონაცემებიდან საქართველოში არის არასრულწლოვანი (18წლამდე) ონკოლოგიური პაციენტების ყოველწლიური ზრდის ტენდენცია. არსებობს ამ სტატისტიკაში შენიშვნაც, რომ ეს გამომდინარეობს გამოვლენის ინსტრუმენტების დახვეწით.(NCDC 2003-2016 წლები) ჯერჯერობით სტატისტიკა რეციდივის რისკის შემცირებასთან დაკავშირებით არ მოიპოვება. რაოდენობრივი კვლევის მეთოდით შევადგენთ პაციენტთა ბიო-ფსიქო-სოციალური საჭიროებების სიას, რომელიც უნდა დალაგდეს პრიორიტეტების მიხედვით.

**RQ4** – ბავშვთა ონკოლოგიაში ფსიქო-სოციალური საჭიროებებისა და სოციალური მუშაკის მხარდაჭერის საჭიროების გამოვლენა.

მონაცემთა შეგროვება

*თვისებრივი კვლევა*

როგორც ცნობილია, თვისებრივი მეთოდი, რაოდენობრივი მეთოდისგან განხვავებით, ბევრად უფრო მოქნილი, თავისუფალია და მიზნად ისახავს არა შესწავლილი ფენომენის რაოდენობრივი მონაცემების გაგებას, დადგენას, არამედ საკითხის სიღრმისეულ შესწავლას (ზურაბიშვილი, 2006).

H1. ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვები (რომლებიც მკურნალობენ საქართველოში) დგანან ფსიქო-სოციალური გამოწვევების წინაშე და სჭირდებათ სოციალური მუშაკის მხარდაჭერა ამ გამოწვევების დასაძლევად.

თვისებრივი კვლევის დახმარებით ჰიპოთეზის დასამტკიცებლად ან უარსაყოფად ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუ წინასწარ შერჩეულ რესპოდენტებთან.

უფრო კონკრეტულად, **პირველ(RQ1** – რა ძირითადი ისეთი საჭიროებებია ბავშვთა ონკოლოგიაში, რაშიც სოციალური სამუშაოს ჩართულობა მიზანშეწონილი იქნებოდა პროფესიის ძირითადი ხასიათიდან გამომდინარე.) მეორე (**RQ2** – როგორი ტიპის მხარდაჭერას მოელიან პაციენტის ოჯახის წევრები სოციალური მუშაკისგან.) და მესამე (**RQ3** – რაში შეიძლება დაეხმაროს მკურნალ ექიმს სოციალური მუშაკის ჩართულობა მკურნალობა, რეაბილიტაციის პროცესის წარმართვისას.)

საკვლევ კითხვებზე საპასუხოდ შედგა თვისებრივი კვლევა. კერძოდ, მკვლევარმა ჩაატარა 15 ჩაღრმავებული ინტერვიუ ბენეფიციარებთან. ონკოლოგიური პაციენტების ოჯახის წევრებთან.

ინტერვიუ ერთიანი პროტოკოლით წარიმართა, და მოიცვა კითხვები იმ ძირითად სირთულეებზე, რომელთა წინაშე აღმოჩნდებიან ხოლმე დაავადების პარალელურად პაციენტები და მათი ოჯახები.

ინტერვიუს შედეგად მოვიპოვეთ უფრო სიღრმისეულ ინფორმაცია კიბოს დიაგნოზის შეტყობიდან მოყოლებული მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე გამოვლენილი დაბრკოლებების შესახებ ფსიქო-სოციალურ ჭრილში. მოხდა ინტერვიუების ჩაწერა და გაშიფრვა.

მიღებული ტექსტური მასალი დამუშავება მოხდა თემატური ანალიზის მეთოდით, რომელიც შემდეგში მდგომარეობს: ხდება ყველა ინტერვიუს ტექსტში თემატური სექციების (ერთ ქვე-თემასთან დაკავშირებული ტექსტი) იდენტიფიცირება; შემდეგ თემატური სექციები ერთიანდება და ითვლება მათი ერთობლივი სიტყვიერი მოცულობა, რათა გამოკვეთოს რესპონდენტების მიერ აქცენტირებული ქვე-თემები; ბოლოეტაპზე, თემატურად გაერთიანებული სექციების შინაარსობრივი ანალიზით იქმნება მინი-თეორიები, ანუ თემატური შინაარსის განზოგადებული შეფასება. ამგვარად, ვლინდება ის ძირითადი სათქმელი, რომელიც მოცემული თემის ფარგლებში გადმოიცა მონაწილეების მიერ, ასევე ფიქსირდება ძირითადი სათქმელის საპირისპირო შინაარსიც.

თვისებრივი კვლევის შედეგები მონაცემთა ინტერპრეტაციის გადამოწმების მიზნით (ტრიანგულაციის ხერხი) შეადარა რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში მიღებულ მონაცემებს.

### რაოდენობრივი კვლევა

ჩატარდა რაოდენობრივი კონტენტანალიზი ბავშვთა ონკოლოგიაში არსებულ ბიო-ფსიქო-სოციალური საჭიროებების გამოვლენის შესახებ, **ჰიპოთეზის შესაბამისად (H1. ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვები (რომლებიც მკურნალობენ საქართველოში)**

დგანან ფსიქო-სოციალური გამოწვევების წინაშე და სჭირდებათ სოციალური მუშაკის მხარდაჭერა ამ გამოწვევების დასაძლევად. ), რათა მოხდარიყო რაოდენობრივი კვლევის მეთოდის დახმარებით ჰიპოთეზის დადასტურება ან უარყოფა.

რაოდენობრივკვლევაში მნიშვნელოვანი იყო გამოვლენილიყო გამოკითხულთა, რა ნაწილი ხედავდა საკითხს რელევანტურად, რა ძირითად საჭიროებებს მიიჩნევდა მნიშვნელოვანად. როგორ რეაგირებდა შებრუნებულ კითხვებზე. რამდენად იყო ის ინფორმირებული და რამდენად არის მზაობა სოციალური მუშაკის როლი დასანახად, რათა ეს პროფესია იყოს ყველასთვის ცხადი და გასაგები. რას უკავშირებენ სოციალური მუშაკის როლს თუკი ისინი არ არიან ჯერ საკმარისად ინფორმირებულები.

## ცვლადები და საზომები

### თვისებრივი კვლევა

**პირველი საკვლევი კითხვის (RQ1 – რა ძირითადი ისეთი საჭიროებებია ბავშვთა ონკოლოგიაში, რაშიც სოციალური სამუშაოს ჩართულობა მიზანშეწონილი იქნებოდა პროფესიის ძირითადი ხასიათიდან გამომდინარე.)**

ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვებისა და მათი ოჯახების ფსიქო-სოციალური საჭიროებების გამოვლენა ჩაღრმავება თურამდენად იცნობენ პროფესიის სპეციფიკას, როგორ შეიძლება მათი ყოველდღიური საჭიროებების პრობლემებისა და გამოწვევების შემსუბუქება სოციალური მუშაკების მიერ. რა შეიძლება შეიცვალოს ან გაუმჯობესდეს სოციალური მუშაკის აქტიური ჩართულობით ან პირიქით რა სირთულეები შეიძლება მოჰყვეს ამ თანამშრომლობას.

**მეორე საკვლევი საკითხი (RQ2 როგორი ტიპის მხარდაჭერას მოელიან პაციენტის ოჯახის წევრები სოციალური მუშაკისგან) ძირითადი შეხედულებებისა და მოლოდინების გამოვლენა შესაბამისად ანალიზი მზაობის გასაზომად.**

მესამე საკვლევე კითხვის RQ3 – რაში შეიძლება დაეხმაროს მკურნალ ექიმს სოციალური მუშაკის ჩართულობა მკურნალობა, რეაბილიტაციის პროცესის წარმართვისას. ეს საკითხი ასევე მოიცავს თუ რა სირთულე შეიძლება იყოს ექიმის თვალიდან დანახული კლინიკური სოციალური მუშაკის პროცესში ჩართულობისას. (გუნდური მუშასობის სირთულეები.)

### რაოდენობრივი კვლევა

ჰიპოთეზის (H1. ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვები (რომლებიც მკურნალობენ საქართველოში) დგანან ფსიქო-სოციალური გამოწვევების წინაშე და სჭირდებათ სოციალური მუშაკის მხარდაჭერა ამ გამოწვევების დასაძლევად) ფ

RQ4 – ბავშვთა ონკოლოგიაში ფსიქო-სოციალური საჭიროებებისა და სოციალური მუშაკის მხარდაჭერის საჭიროების გამოვლენა.

შესაბამისად ცვლადები შემდეგნაირად ჩამოყალიბდა:

ფსიქო-სოციალური საჭიროებები-- ყველა საჭიროება ფსიქო სოციალური თანადგომის, რომელიც დიაგნოზის გამოვლენიდან მოყოლებული გამოვლინდა ბავშვებისათვისა და მათი ოჯახებისათვის. საჭიროებენ თუ არა ისინი სოციალური მუშაკის მხარდაჭერას. რა ტიპის მხარდაჭერა შეიძლება გაწიოს სოციალურმა მუშაკმა ბავშვთა ონკოლოგიის სფეროში.

სოციალური მუშაკის როლი მკურნალი ექიმებისათვის - განისაზღვრა, რამდენად ხედავენ მკურნალი ექიმები/ონკოლოგები კლინიკური სოციალური მუშაკის თანამონაწილეობას როგორც გამაძლიერებელ რგოლს, რათა უფრო ეფექტური იყოს მკურნალობის პროცესი და პაციენტის ცხოვრების ხარისხი უფრო მაღალი.

დამატებით, შემდეგი ცვლადები აღწერითი სტატისტიკისთვის:

ბავშვის ასაკი

დიაგნოზი

მკურნალობის ხანგრძლივობა

რეციდივის შემთხვევა

მკურნალობის ადგილის და დაბადების ადგილი განსხვავებულია თუ ემთხვევა  
ოჯახური მდგომარეობა (იგულისხმება ოჯახის წევრების, რაოდენობა დიდი ოჯახი  
განისაზღვრა 2ზე მეტი ბავშვით)

ოჯახური მდგომარეობა(ჰყავს დედა და მამა თუ მხოლოდ ერთ-ერთი მათგანი)

სოციალური ქსელი

ეკონომიკური მდგომარეობა შემოსავალი (მაღალი, საშუალო, დაბალი)

ასევე:

მკურნალი ექიმების სტაჟი

მკურნალი ექიმების ინფორმირებულობა კლინიკურ სოციალურ სამუშაოზე

მკურნალი ექიმები, რომლებიც დიდი პერიოდის მანძილზე მკურნალობენ პაციენტს  
(3 თვეზე მეტი)

მკურნალი ექიმები, რომლებიც მხოლოდ მოკლე პერიოდის მანძილზე მკურნალობენ  
(3 თვემდე)

#### თავი 4. თვისებრივი კვლევის შედეგები

თვისებრივი კვლევის მიზანი იყო დაედგინა თუ **პირველ (RQ1)** – რა ძირითადი ისეთი საჭიროებებია ბავშვთა ონკოლოგიაში, რაშიც სოციალური სამუშაოს ჩართულობა მიზანშეწონილი იქნებოდა პროფესიის ძირითადი ხასიათიდან გამომდინარე.) **მეორე (RQ2)** – როგორი ტიპის მხარდაჭერას მოელიან პაციენტის ოჯახის წევრები სოციალური



მუშაკისგან.) და მესამე (RQ3 – რაში შეიძლება დაეხმაროს მკურნალ ექიმს სოციალური მუშაკის ჩართულობა მკურნალობა, რეაბილიტაციის პროცესის წარმართვისას.) თვისებრივი კვლევის ფარგლებში შედგა ორი კითხვარი ერთი პაციენტთა ოჯახის წევრებისათვის(იხილეთ დანართი 1 ) და მეორე ბავშვთა ონკოლოგებისათვის(იხილეთ დანართი 2) ჩატარდა თხუთმეტი სიღრმისეული ინტერვიუ ოჯახის წევრებთან და ხუთი სიღრმისეული ინტერვიუ ონკოლოგებთან, რომელიც ასევე მოიაზრება, როგორც ექსპერტული ინტერვიუები ამ სფეროში. ექიმები იყვნენ 10 - 15 წლიანი გამოცდილებით ბავშვთა ონკოლოგიის დარგში და ასევე მიღებული ჰქონდათ განათლება სხვადასხვა ეტაპზე საზღვარგარეთ(დასავლეთის ქვეყნებში).

მიღებული ტექსტური მასალის დამუშავება მოხდა თემატური ანალიზის მეთოდით, რომელიც შემდეგში მდგომარეობს: ხდება ინტერვიუს ტექსტში ერთ რაიმე ქვე-თემასთან დაკავშირებული ტექსტი გამოყოფა და შემდეგი მსგავსი თემების ტექსტის დაჯგუფება. შემდეგ, ავტორი თვლის სიტყვების რაოდენობას მოცემული ქვე-თემის ფარგლებში. ბოლოს, ხდება ქვე-თემების პრიორიტეტულობის მიხედვით დალაგება და ანალიზი, იქმნება მინი-თეორიები, ანუ თემატური შინაარსის განზოგადებული შეფასება. ამგვარად, ვლინდება ის ძირითადი სათქმელი, რომელიც მოცემული თემის ფარგლებში გადმოიცა მონაწილეების მიერ, ასევე ფიქსირდება ძირითადი სათქმელის საპირისპირო შინაარსიც.

**პირველი საკვლევ კითხვასთან RQ1** – რა ძირითადი ისეთი საჭიროებებია ბავშვთა ონკოლოგიაში, რაშიც სოციალური სამუშაოს ჩართულობა მიზანშეწონილი იქნებოდა პროფესიის ძირითადი ხასიათიდან გამომდინარე შემდეგი შედეგები მოგვცა:

**მეორე საკვლევ კითხვასთან (RQ2** – როგორი ტიპის მხარდაჭერას მოელიან პაციენტის ოჯახის წევრები სოციალური მუშაკისგან)

### **ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვების ოჯახის წევრები გვპასუხობენ**

რესპონდენტებისადმი დასმული კითხვები უპირველესად ეხებოდა მათ შესახებ პირადი მონაცემების მოგროვებას, რაც ინტერვიუს შემდგომი წარმართვის პროცესს



შეამზადებდა. ამასთან პირადი მონაცემებიც გვაძლევს საშუალებას პასუხები დავუკავშიროთ ამ მონაცემებს: მაგალითისთვის, ოთხი რესპოდენტი, რომელიც მკურნალობდა ქალაქ თბილისში, ისე კი სხვა რაიონიდან იყო, აღნიშნავდა სირთულეს, რომელიც უკავშირდება ამ დისტანციას სამსახურთან მიმართებაში და საუბრობდნენ სოციალურ ქსენთან კავშირის პრობლემებზე. „მე და ჩემს მეუღლეს გვიჭირს გზაზე ვართ გადებული აქეთ ეს იქით კიდევ პატარა გვყავს სულ დედაჩემთან მიტოვებული“ (ინტერვიუ ნ. 3) შემდეგი საინტერესო კავშირი იყო რომ დიდი ოჯახები სადაც 2 და მეტი შვილია გამოირჩევიან ორგანიზებულობის უკეთესი მაჩვენებლით. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი მეტი პრობლემური საკითხის წინაშე დგებიან, როგორც არის ბავშვების დატოვება, ოჯახში მეტი მატერიალური საჭიროება და ხარჯი. შემდეგნაირად ავლენენ დისციპლინისა და ორგანიზებულობის დონეს: „სანამ პატარა ბაღშია ჩემი მეუღლე კლინიკაშია საჭმელზე და სახლის საქმეებზე ზრუნვა არ გვიწევს დედაჩემი და ჩემი სიდედრი გვეხმარებიან. ამ ეტაპზე სამსახურიდან რომ გამოვდივარ გამომყავს პატარა ბაღიდან და მივდივარ კლინიკაში ერთად. ვცდილობ გზაში რამე ვუყიდოთ ჩემს უფროსს შვილს რომ გავახალისოთ სულ წიგნებს მთხოვს. შუა კვირაში ჩემი ცოლია მასთან, შაბათ-კვირას კი მე ვრჩები ხოლმე. როცა შესაძლებელია ვცდილობთ მაქსიმალურად ერთად ვიყოთ ყველანი.“ (ინტერვიუ 11) ამ პასუხის გაანალიზებისას ცხადია, რომ მეორე შვილი სამსახური და გარკვეული რეჟიმი ამ ოჯახის ცხოვრებას უფრო ორგანიზებულს ხდის. მეორე ბავშვი თითქოს ეხმარება დედას რომ შაბათ-კვირას ძალები აღიდგინოს სახლში მამაც ბებიების დახმარებით კარგად ახერხებს უმცროსის ყურადღებას და ასევე უფროსის მონახულებას ოჯახი გარკვეული მიზეზით დროებით დაქსასულია დედა და მამა უმეტესად მორიგეობის რეჟიმში და აცდენილები, თუმცა არის დიდი მონდომება და მიზიდულობა მაინც მოახერხონ ერთობა თუნდაც დღეში 1 საათით. კვლევის დროს ასევე გამოვლინდა რომ მარტოხელა მშობლებს განსაკუთრებული მხარდაჭერა სჭირდებათ, რადგან კვირაში ერთი დღე მაინც დაისვენონ სახლში მათ უწევთ ორივე მშობლის ტვირთის თავზე აღება და ხშირად ეს გადაჭარბებული დატვირთვა მათ ჯანმრთელობასაც დიდ ზიანს აყენებს კვლევამ გამოავლინა, რომ მარტოხელა მშობლებს უწევთ ყველა ფუნქციის საკუთარ თავზე აღება და

განსაკუთრებით რთულია სურათი, თუკი მარტოხელა დედას ან მამას კიდევ სხვა შვილებიც ჰყავს ხშირად არის შემთხვევები, რომ ბავშვები ნათესავეებთან იზრდებიან და ძალიან აკლიათ დედა ან/და მამა. რესპოდენტები აღნიშნავენ რომ თავად პაციენტი ბავშვებზე განსაკუთრებულად განიცდიან ერთ ერთი მშობლის დანაკლის და ასევე დიდი ტვირთია მათთვის თუკი მშობლები განქორწინებულები არიან, ან ერთ ერთი მშობელი ნაკლებ ყურადღებას იჩენს. ეს საოცრად დიდ ტკივილს და ტრამვას აყენებთ მათ რესპოდენტი 14 „ჩემი ქმარი არ გამოჩენილა ერთი თვეა, ჩემს ზარს არ პასუხობს არ ვიცი რა ვუთხრა ჩემს ბიჭს, ვიცი როგორ ენატრება და მეც აღარ ვიცი რა ვიღონო“. თავდაპირველად გაუჭირდათ რესპოდენტებს საუბარი თუ ფსიქო-სოციალური საჭიროებების/გამოწვევების წინაშე აღმჩნდნენ ისინი დიაგნოზის შეტყობიდან დღემდე. შემდეგი პასუხები დაფიქსირდა: „დეპრესია“ (ინტერვიუ 5), „რეალობის აღქმა გამიჭირდა“ (ინტერვიუ 8), „გაცნობიერება რთული იყო“ (ინტერვიუ 1), „არ ვიცოდი როგორ მოვექცეულიყავი სრული დაბნეულობა“ (ინტერვიუ 3), „ყელაფერს ჩემს თავს ვაბრალებდი“ (ინტერვიუ 15).

ინტერვიუს პროცესის შემდეგ ეტაპზე მოხდა რესპოდენტებისათვის იმ შესაძლებლობების გაცნობა, რომელთაც მათ სოციალური მუშაკი შეთავაზებდათ, ასევე მოხდა სოციალური მუშაკის როლისა და ფუნქციის განმარტება და მათ საჭიროებებზე სოციალური მუშაკის როლის მორგება. მსჯელობისა და მაგალითების ასევე ვარაუდების გამოთქმის შემდეგ ხელახლა მივუბრუნდით საკვლევ საკითხს, გავიგეთ თუ რამდენად გვეთანხმებოდნენ რესპოდენტები შემდეგ საკითხებში და სინამდვილეში რას ვგულისხმობდით ჩვენ, როცა ვსაუბრობდით მათ საჭიროებებზე და როგორ შეიძლება ეს საჭიროებები ამოავსოს ან შეამსუბუქოს სოციალური მუშაკის ჩართულობამ. აღსანიშნავია, რომ არც ერთი რესპოდენტი არ აღმოჩნდა, რომელიც ფსიქო-სოციალურ ფაქტორს ნაკლებ მნიშვნელოვნად მიიჩნევდა. ყველა მათგანი შინაგანი ინტუიციითა თუ ცოდნით აღიარებდა ფსიქო-სოციალური ფაქტორის დიდ მნიშვნელობას. „სოციალური მხარდაჭერა აძლიერებს ადამიანს, ხოლო ფსიქოლოგიური სიმყარე კი მეტ ძალას აძლევს მართოს საკუთარი ემოცია ოჯახისა და შვილების სასიკეთოდ.“ (ინტერვიუ 3) ინტერვიუების საინტერესო აღმოჩენა

იყო, რომ მიუხედავად იმისა სუბიექტურად, რამდენად მიაჩნდათ, რომ სოციალურ მუშაკს მართლაც შეეძლო თეორიულ დონეზე მათი ყოველდღიურობის შემსუბუქება და ასევე საკვანძო საკითხებში დადებითი როლი, რესპოდენტთა სრული უმრავლესობა პოზიტიურად აფასებს ასეთი ტიპის მხარდაჭერას. შეინიშნება, რომ რესპოდენტთა ნახევარი სკეპტიკურად არის განწყობილი სოციალური მუშაკის, როგორც კლინიკაში ბავშვთა უფლებების დამცველი რგოლის როლს შემსრულებლად, რადგან ფიქრობენ რომ ისიც ჩვეულებრივი კლინიკის თანამშრომელია და არ შეეწინააღმდეგება საჭიროების შემთხვევაში კლინიკის პოლიტიკას. შესაძლოა აქ მკვლევარის შეცდომა იყოს რომ ვერ დაანახა/დაარწმუნდა რესპოდენტები სოციალური მუშაკის, როგორც დამოუკიდებელი და არა მიბმული პროფესიის ფუნქციაში, რომელიც აუცილებლად გულისხმობს სოციალურ ადვოკატირებას. ინტერვიუს ბოლოს რესპოდენტთა უმრავლესობა დაუფარავად და გარკვევით საუბრობდნენ შემდეგ ფსიქო-სოციალურ განცდებზე : ნერვული აშლილობა, უძილობა, უმადობა, უსამართლობის განცდა, დაუცველობა, გადაღლილობა, დაბნეულობა, პროტესტი, სტრესის მართვის სირთულეები, კონცენტრაციის პრობლემები.

აქვე გამოვლინდა მათი მზაობა ჩართულიყვნენ შემდეგ აქტივობებში: ჯგუფური და ხელოვნების თერაპიები, ოჯახური სასიამოვნო აქტივობები, ცეკვითი და ვარჯიშის თერაპიები, თითგამოხატვა საკუთარი გამოცდილებისა და მოსაზრებების გაზიარების შესაძლებლობა, შემოქმედებითობა თვითრეალიზაციისა და განვითარების საშვალეობა ინდივიდუალური ინტერესის სფეროში. რათა მკურნალობის პროცესში ყოველდღიურობის ცხოვრების ხარისხი იყოს უკეთესი და აუმჯობესებდეს, როგორც პაციენტის ისე მისი ოჯახის მოტივაციას, შემართებას და ბრძოლისუნარიანობას.

გამოკითხულთა ნაწილში გამოვლინდა ასევე სირთულეები ემოციების მართვასთან დაკავშირებით. მათ უჭირთ ბავშვთან არ გამოხატონ შიში, ტირილი კანკალი. ნაწილი საუბრობს იმაზე, რომ მათ ბავშვები თხოვენ მეტი გაიღიმონ და ითამაშონ მათთან ერთად. თუმცა ზოგიერთი აღნიშნავს, რომ მისი შვილი ძალიან გულჩათხრობილი გახდა და არ იჩენს არანაირ ინიციატივას. ცხადია ერთ-ერთი მთავარი საკითხი-პრობლემა დიაგნოზის

დადგენიდან არის ყველა ოჯახში ფინანსური საკითხი, განურჩევლად შემოსავლისა. ზოგიერთი დაავადების ფორმა დიდ ფინანსებს მოითხოვს განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მკურნალობა/ოპერაცია მხოლოდ საზღვარგარეთ არის შესაძლებელი. ერთ ერთი რესპოდენტი იხსენებს სოციალურ მუშაკთან მისი და მისი ოჯახის ურთიერთობას ეს იყო ქალბატონი ერთ ერთი კერძო კომპანიის წარმომადგენელი, რომელმაც დააფინანსა ბავშვის მკურნალობის ხარჯები და მისი სოციალური მუშაკი ახდენდა მონიტორინგს ხარჯები მიზნობრივად დახარჯულიყო და ასევე ოჯახთან ურთიერთობით ცდილობდა გამოეკვლინა ოჯახის სხვა საჭიროებები, რომლებსაც შუამავლებდა ისევ კომპანიასთან. (ინტერვიუ ნ. 14)

ამ შემთხვევას თუ გავანალიზებთ აქ სოციალური მუშაკის როლი და ფუნქცია აშკარად ფსევდოა ამ ადამიანს უფრო კონტროლიორის ფუნქცია აქვს და სოციალური მუშაკის სახელით ანხორციელებს. „ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი კრიზისული მომენტი სწორედ მაშინ დადგა, როდესაც მდგომარეობა უკეთესობისკენ მიდიოდა და უცებ ისევ ყველაფერი თავიდან შემოტრიალდა და დაავადება ისევ გამძვინვარდა ჩვენ ვერ მივხვდით მიზეზს და ძალიან გაგვიჭირდა თავიდან დაწყება არ გვესმოდა, რომ პროგნოზირება არც ისე ადვილია. ვბრაზობდით ექიმებზე, ღმერთზე, ერთმანეთზე, ყველაფერი ისევ წყალში გვეყრებოდა, მაგრამ თავს მაინც ვერ მივეცით დანებების უფლება მაშინ, როდესაც ვუყურებდით ჩვენს პატარას როგორ უხაროდა დაეხატა ჩვენთვის ახალი ეკლესია და ეკლესიის ეზოში მთელი ოჯახი.“ (ინტერვიუ ნომერი 2)

ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანია რელიგიური ფაქტორი, რომელიც უდაოდ მოქმედებს ადამიანებზე რწმენიდან გამომდინარე გამოიჩინონ კიდევ მეტი სიმტკიცე შემართება არ მისცენ თავს უფლება სასოწარკვეთის მინდნონ ღმერთს და ჰქონდეთ მისი იმედი. სხვა რეპორტიორებიც ხშირად რთავენ რელიგიურ საკითხებს მათი გადაწყვეტილებების, ქცევებისა და ფიქრების „გასამართლებლად“. რაც ნიშნავს რომ რელიგიური ფაქტორი უბიძგებს ადამიანს არ დანებდეს მაქსიმალურად მეტი მოითბინოს/დაითბინოს ილოცოს და საკუთარი სიმშვიდე ჰპოვოს ლოცვაში. ამ საკითხის გაანალიზებისას კვლევა მივიდა დასკვნამდე რომ რელიგია და რწმენა სასიკეთო ეფექტს ახდენს, თუმცა ისიც უნდა ითქვას რომ გასამიჯნია ფანატიზმი რწმენასთან და ფანატიზმის შემთხვევაში სირთულეები მატულობს. მაგალითად

რესპოდენტი 5. საუბრობდა თუ როგორ სურდა მის შვილს მკურნალობაზე უარის თქმა და სურდა მონასტერში დარჩენა ბედს მინდობილი. ექიმებმა არ დართეს ნება მშობლებს გაესაუბრნენ და ხელახალი მკურნალობა დაინიშნა, მალევე მდგომარეობა გაუმჯობესდა და ახლა მას უფრო მეტი საშვალეა აქვს მიუძღვნას თავისი ცხოვრება რწმენას, როგორც მას სურს. „მისი გამოჯანმრთელება ღვთის წყალობაა და მისი და ჩვენი დანებება ღვთის ნება არ იქნებოდა“ ამბობს ბავშვის მამა.

„დღეები წყლის წვეთებით ჰგავს ერთმანეთს, ჩვენ სულ მოლოდინის რეჟიმში ვართ, ხანდახან ვიღლებით კიდეც ამ მოლოდინით, მაგრამ არაფერს ვცვლით ყველაფერს მაშინ შევცვლით, როდესაც კარგად გავხდებით ამ კურსსაც ჩავამთავრებთ და გაწერას ველოდებით“ (ინტერვიუ ნ. 8) ამ სიტყვებიდან ჩანს მოწყენილობა და სევდა, რომელიც გამოჯანმრთელების მოლოდინს უკავშირდება, მაგრამ თუკი ეს მოლოდინი კიდეც გაიწელება ნუთუ ყველაფერი უნდა გაჩერდეს მის გარშემო და რამდენად გამართლებული იქნება ეს? როდესაც ვსაუბრობთ სიცოცხლის ხარისხზე, ყოველდღიურობის გახალისება, გამრავალფეროვნება და დინამიკაში მოყვანა ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორებია. რესპოდენტის მსჯელობიდან გამომდინარე თუკი მოლოდინი ზედმეტად გაიწეა, შეგვიანდა პროცესი, ამის გამო ადამიანი შესაძლოა მიეცეს უიმედობასეს კი არასასურველია და ხელს შეუშლის მთავარ მიზანს. მნიშვნელოვანია ასეთი მოსაზრებების დისკუსირება, რათა მოხდეს გარკვეული ტრანსფორმაციები.

„ვფიქრობ კარგი იქნებოდა თუკი სოციალური მუშაკი იზრუნებდა ბავშვზე, ეცდებოდა დახმარებოდა მას სხვადასხვა კითხვებზე მარტივი და გასაგები სწორად მიწოდებული პასუხების გაცემაში.“ (ინტერვიუ ნ. 7) გამოიკვეთა, რომ მშობლების მოლოდინები სოციალური მუშაკისგან არის ძირითადად ბავშვზე ძრუნვა მაშინ როდესაც ისინი ვერ მოახერხებენ ამას საკატიო მიზეზის გამო, ექიმებთან შუამავლობა, დაფინანსების წყაროების მოძიება მკურნალობის ან რეაბილიტაციისთვის, ბავშვების მოტივირება გააქტიურება და გახალისება. მშობლები თითქმის არ საუბრობენ იმის შესახებ რომ მათაც შეიძლება სჭირდებათ სოციალური მუშაკის მომსახურება საკუთარი სტრესული



სირთუკლებების გადასალახად ძირითადი აქცენტი არის რა თქმა უნდა ბავში და მისი მომავალი. ორმა რესპოდენტმა აღნიშნა როგორ განიცდიან ბავშვები სკოლის დანაკლისს და რომ მათთვის ძალიან მნიშვნელოვანია ისევ იმ კლასთან ჩაირიცხონ სადაც აქამდე ირიცხებოდნენ. ეს საკითხი მართლაც მსჯელობის საგანია იმ თვალსაზრისით თუ როგორ შეიძლება ანაზღაურდეს ბავშვის ჩამორჩენა სკოლაში ისე რომ ბავშვმა მაინც მოახერხოს ამის დაძლევა ცხადია ამის ერთ-ერთი ვარიანტია კლინიკის სკოლის დაარსება, რომელსაც ექნება უფრო რეპეტიტორის სახე და პროგრამას გაივლიან ბავშვები სკოლის შესაბამისად. ესეც გამოვლინა კვლევის ფარგლებში როგორც ერთ ერთი საჭიროება.

**ფოკუსური ჯგუფი:** სადისკუსიო საკითხებია: ბავშვთა ონკოლოგიაში ფსიქო-სოციალური გამოწვევები. როგორ შეიძლება სოციალური მუშაკი ეფექტურად ჩაერთოს მკურნალობა/რეაბილიტაციის პროცესში? როგორია ოჯახების ხედვა იმ პრობლემების და გაუმჯობესების რომლებსაც ისინი ყოველდღიურობაში აწყდებიან. პირველ ფოკუსურ ჯგუფში მონაწილეები გამორჩეულად კარგად იყვნენ გაცნობიერებულნი დაავადების ძირითად სახეებში სირთულებებში და სტატისტიკასაც კი იშველიებდნენ, როდესაც დისკუსია მიმდინარეობდა გამაყურებელ მედიკამენტებზე ფოკუსურ ჯგუფში მონაწილეებმა ერთობლივად ასე ჩამოაყალიბეს პასუხი სადისკუსიო თემაზე და ამ პასუხზე ერთობლივად შეჯერდნენ „კიბოს დიაგნოზის დასმის შემდგომ, პაციენტის ოჯახის წევრები დათრგუნულები არიან, ეუფლებათ ნეგატიური გუნება-განწყობა, უჭირთ ამ განწყობის დაფარვა. ეს კი გამოიხატება შიშისა და შფოთვის სახით. მოსალოდნელია სიცოცხლის ხარისხის გაუარესება, რომელიც უკავშირდება გარეგნობასთან, სქესობრივ ჯანმრთელობასთან, სოციალურ იზოლაციასთან, კოგნიტურ ფუნქციებთან და რეციდივების განმეორების შიშს. კიბოს ფსიქოლოგიური პრობლემებია: ფერტილურობის მოშლა, სექსუალური დისფუნქცია, თმების ცვენა და გასუქება, შეიძლება გახდეს სტიგმატიზაციის, დისკრიმინაციისა და სოციალური ქსელისგან უარყოფის მიზეზი. როგორც ავღნიშნეთ მძიმე ფსიქოლოგიური ტვირთი აქვთ კიბოთი დაავადებულთა ხლობლებს. ბევრი მათგანი განიცდის ფიზიკური თუ მენტალური

ჯანმრთელობის გაუარესებას. ხდება მშობლების მხრიდან საკუთარი ჯანმრთელობის უგულვებლყოფა. “

მნიშვნელოვანი ამონარიდები ფოკუსური ჯგუფის დისკუსიიდან: „კიბოთი დაავადებული პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის სერიოზული გაუარესება შეიძლება გამოიწვიოს, ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის შემცირებამ. ასეთი ტკივილების განცდა ხშირად კავშირშია პაციენტების ფსიქოლოგიურ დისტრესთან, რაც მაღალი ხარისხის დეპრესიასა და შიშებს მოიცავს.“ „ მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია განიხილავს მორფინს, როგორც აუცილებელ მედიკამენტს ტკივილის სამკურნალოდ, ოპიოიდების გამოყენების პრაქტიკა მსოფლიოს მასშტაბით მიუღებლად არათანაბარია. კერძოდ, მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნები მოიხმარენ მსოფლიო მორფინის მომარაგების 93%-ს, როცა კიბოთი გარდაცვალების შემთხვევათა 65% დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში აღირიცხება“, „ტკივილი ბავშვებში არის საშინელი მომენტი, რომლის ყურებასაც არავინ ისურვებდა“, „საჭიროა გაძლიერდეს სამედიცინო ჯგუფი და უფრო დაახლოვდეს პაციენტ ბავშვებთან, სასურველია კლინიკის გარემო სადაც ბავშვებს უწევთ ყოფნა მოეწყოს უფრო მყუდროდ და ბავშვებისთვის სასიამოვნოდ, სერვისები უფრო გამრავალფეროვნდეს და არჩევანი გაიზადროს იმისა თუ რას გააკეთებენ ბავშვები თავისუფალ დროს. როგორ შეძლებენ ისინი დაიხარჯონ. „ სხვადასხვა ღონისძიებები მაგალითად გამოფენები, კონცერტები ეხმარება მათ დაელოდონ და მოემზადონ ამ ღონისძიებისთვის, სადაც მიეცემათ საშვალეა გამოავლინონ თავიანთი ფანტაზია თავიანთი „მე“ ინდივიდუალიზმი და თავიანთი შესაძლებლობები. ბავშვებზე კარგად მოქმედებს ცხოველებთან ურთიერთობა თუკი ეს ექიმმა არ აკრძალა კარგი თერაპიაა, „როგორც ვიცი სოციალური მუშაკები უყვართ ბავშვებს ისინი დიდი ბავშვები არიან და მათი იოლად ესმით“

მკვლევარის დაკვირვებით პირველი ფოკუსური ჯგუფი მეტად გათვიცნობიერებული იყო, როგორც საკვლევი თემის არსში ისე ამ სფეროში, რაც მოულოდნელი იყო, რადგან მოსამზადებელ პერიოდში ჩატარებულ სამუშაოში გამუდმებით საჭიროებდა დეტალურ

ახსნა განმარტებას პროფესიის საქმიანობასთან დაკავშირებით. მეორე ფოკუსური ჯგუფი მკვეთრად განსხვავდებოდა პირველისგან ისინი საუბრობდნენ, რომ უმჯობესია ბავშვმა არ იცოდეს დიაგნოზის შესახებ არც მოსალოდნელი ტკივილებისა და რისკების, რათა არ დაზიანდეს მათი ფსიქიკა. მაშინ როდესაც პირველ ფოკუს ჯგუფში ერთ-ერთი მონაწილე განმარტავს რა დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ გარკვევით აუხსნა ბავშვს გარემოება შესაბამის მათთვის მისაღებ ენაზე. მათ სიამოვნებთ, როდესაც დიდები დიდებით ესაუბრებიან და დიდ პასუხისმგებლობასაც გრძნობენ. მეორე ფოკუსურ ჯგუფში კი იყო მოსაზრებები, რომ ბავშვი არ უნდა შევაშინოთ, ბავშვი რას გაიგებს. კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი განსხვავება ამ ფოკუსურ ჯგუფებს შორის იყო, რომ მეორე ჯგუფი პრობლემის გადაჭრის სხვადასხვა ეფექტურ ხერხებზე საუბრობდა მკურნალობა/რეაბილიტაციის პროცესში ხოლო პირველი ჯგუფი აქცენტს აკეთებდა პრევენციაზე რა უნდა გაკეთდეს იმისთვის რომ არ დაემართოთ ადამიანებს ეს ვერაგი დაავადება და შემცირდეს სიკვდილიანობა, შემცირდეს დაავადებულთა რიცხვი. საუბარი წარიმართა ეკოლოგიურ ფაქტორზე საკვებზე და პრობლემებზე რომელთა გადაჭრაც რიგითი ადამიანების ხელში არ არის. ხოლო მეორე ჯგუფში მეტი აქცენტი გაკეთდა საზოგადოების ჩართულობაზე ერთეული-ადამიანების აქტიურობაზე ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების, გარემოს შეცვლის ან ამ გარემოში ადაპტაციის ხერხებზე. თუმცა ორივე ჯგუფის წევრები აღნიშნავდნენ, რომ გაურკვეველია ნამდვილი მიზეზი და პირდაპირი გამომწვევი მიზეზი სიმსივნური დაავადების, რაც ართულებს, როგორც დაავადებასთან ბრძოლას ისე მის მიზეზებთან ბრძოლას. შედეგებთან ბრძოლა კი შედარებით ნაკლებ ეფექტურია. „კიბო რომც განიკურნოს თავის კვალს მაინც ტოვებს“ დისკუსიისას ფოკუს ჯგუფში გამოთქმული ეს მოსაზრება უნდა ვალიაროთ, რომ რეალობაა. არსებობს ფიზიკური კვალი, რომელიც დაავადებამ შეიძლება დატოვოს ადამიანებში და არსებობს ფსიქიკური კვალი იმ ტანჯვის და წვალების, რომელსაც პაციენტები გადიან მკურნალობის პროცესში.

## რას ფიქრობენ და გვპასუხობენ ექიმები ჩაღრმავებულ ექსპერტულ-ინტერვიუში



**მესამე საკვლევო კითხვისRQ3** – რაში შეიძლება დაეხმაროს მკურნალ ექიმს სოციალური მუშაკის ჩართულობა მკურნალობა, რეაბილიტაციის პროცესის წარმართვისას.

ამ საკითხზე საუბრის დაწყებისას ვისაუბრეთ დასავლეთის პრაქტიკაზე, სადაც კლინიკური სოციალური სამუშაო კვლევების მიხედვით არის პროფესია, რომელიც აუმჯობესებს პაციენტთა სიცოცხლის ხარისხს, აუმჯობესებს მკურნალობის პროცესს და ირიბად მოქმედებს გამოჯანმრთელებაზე. სწორედ ამიტომ ბავშვთა ონკოლოგიაში სოციალური მუშაკი არის აქტიური და საიმედო რგოლი ბავშვებისთვის და მისი ოჯახებისთვის. ის ზრუნავს სხვადასხვა თერაპიებში ჩართოს პაციენტები, მისცეს მათ გამოხატვის თავისუფლება, საკუთარი შესაძლებლობების გამოვლენის შესაძლებლობა და საკუთარი თავის შემეცნების და სამყაროს შემეცნების საშვალეობა. ის უსმენს ბავშვებს და ესაუბრება მათ შესაბამის ენაზე. წინასწარ ამზადებს მოსალოდნელი რისკებისა და შედეგებისთვის ეხმარება ტკივილის სტრესის და მოწყენილობის დაძლევაში აძლევს იმედს და ხელს უწყობს მისი ინტერესების დაკმაყოფილებას და მონაცემების/ უნარების გამოვლენას, რაშიც ხშირად მოტივატორის როლი აქვს. ის ზრუნავს ბავშვების სოციალური ქსელის კავშირების შენარჩუნების ხელშეწყობაზე და ახალი სოციალური კავშირების ჩამოყალიბებაზე. მოცემული ინტერვიუების მიხედვით ექსპერტები თანხმდებიან შემდეგ საკითხებზე, რომ სოციალური მუშაკი მართლაც არის პაციენტთა ფსიქო-სოციალური გაძლიერებისათვის, თუმცა სხვადასხვაა მოსაზრება იმის თაობაზე რამდენად არის სუბკულტურული მზაობა საზოგადოებაში სოციალური მუშაკის რგოლის დამატების. რადგან საზოგადოების ინფორმირებულობის დონე სოციალური მუშაკის საქმიანობის შესახებ დაბალია, ამასთან პროფესიისადმი პატივისცემის დაფასებისა ფაქტორი იქიდან გამომდინარე, რომ ჯერ პრაქტიკული გამოცდილება ნაკლებია არის ასევე დაბალი და გაურკვეველი.

პროფესიის სახეს ქმნიან პიონერი სოციალური მუშაკები, რომლებიც ხანდახან სხვადასხვა გარე თუ შიდა ფაქტორიდან გამომდინარე დაბნეულები ჩანან თავიანთ ძირითად მოვალეობებში. ექსპერტები მსჯელობენ ასევე ერთ ერთ მთავარ საკითხზე თუ ვისგან იქნება კლინიკური სოციალური მუშაკი დაფინანსებული იქნება ეს კლინიკის მიერ, კერძოდ,

სახელმწიფოს მიერ თუ საერთოდ განცალკევებული და დამოუკიდებელი მესამე დონორის მიერ. ექსპერტი ნ.1 აღიშნავს რომ კლინიკა თავად უნდა თავაზობდეს ამ მომსახურებას პაციენტებს და მათ ოჯახებს და ამასთან სხვადასხვა თერაპიულ კურსებს ეს იქნებოდა კლინიკის მიერ ძალიან ეფექტური და კომფორტული შეთავაზება პაციენტებისათვის, თუმცა ცხადია ყველაფერი ფინანსურ საკითხთან არის დაკავშირებული. ექსპერტი ნ.3 ფიქრობს რომ სოციალური მუშაკები აუცილებლად უნდა იყვნენ ჩართულები ბავშვთა ონკოლოგიაში, როგორც მესამე პირი და მათი ჩართულობა კანონითაც რეგულირდებოდა და დაფინანსება სახელმწიფოდან მოდიოდა, რადგან სახელმწიფო იღებს ვალდებულებას თითოეულ ბავშვზე, არა მარტო მათ ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე არამედ მათ ფსიქო-სოციალურ ჯანმრთელობაზე, რაც შესაბამისად გარანტი იქნება გაუადვილდეს ბავშვს შემდგომი რეინტეგრაცია საზოგადოებაში. არ გაუძნელდეს ჩამოყალიბდეს და მიიღოს მონაწილეობა ქვეყნის ეკონომიკური თუ კულტურული დოვლათის შექმნაში. საკითხს კიდევ უფრო სხვა ჭრილში უყურებს ექსპერტი ნ.5 რომელიც ამბობს:

“სოციალური სამუშაო უნდა დატრეინინგდეს ონკოლოგიის კუთხით ან უფრო უკეთესი ჩამოყალიბდეს ცალკე მიმართულებად (მაგ.კლინიკის სოციალური მუშაკი ბავშვთა ონკოლოგიის განყოფილებაში) ისინი უნდა იყვნენ საკმარისი კვალიფიციური ცოდნით სამედიცინო სფეროში და კარგად იცნობდნენ სპეციფიკას, რათა მოხდეს მათი ადვილი ადაპტირება გუნდური მუშაობის პროცესში, წინააღმდეგ შემთხვევაში იქნება გაუგებრობებისა და შეუთავსებლობის პრობლემები, რაც ცუდად იმოქმედებს პროფესიის იმიჯზე“.

ექსპერტი ნ.5-ის აზრით სოციალურ სამუშაოს აქვს დიდი პერსპექტივა არა მხოლოდ მნიშვნელოვან რგოლად იქცეს კლინიკებში, არამედ ის თანაბრად საჭირო გახდეს როგორ ექიმისთვის ისე პაციენტისთვის. მისი დახმარების მეშვეობით ექიმს უკეთესი გამტარი და მაკონტროლებელი ჰყავს იმისა რომ ბავშვის მკურნალობის პროცესი დაგეგმილად მიმდინარეობდეს. კვლევამ აღმოაჩინა შემთხვევა, როდესაც ხდება გარკვეული ფსიქო-სოციალური საჭიროებების გადაფარვა/უგულებელყოფა მოცემულობიდან

გამომდინარე პრიორიტეტული საჭიროებების გამო, როდესაც ეს ინტენსიურად ასე ხდება მკვლევარის მსჯელობით უნდა მოხდეს საჭიროებების პრიორიტეტების ხელახალი გადახედვა და რესტრუქტურისაცია ან დროებითი ცვლილება. მაგალითისთვის რესპოდენტი ნ.1 საუბრობდა ბავშვზე, რომელსაც მკაცრი დიეტა დაუნიშნეს და ამასთან ჯანსაღი კვება ყოველგვარი დარღვევის გარეშე უნდა ყოფილიყო მისი ცხოვრების ახალი წესი, რადგან ამით ხელი შეეწყობოდა მისი იმუნიტეტის გაძლიერებას. ბიჭუნა უკვე მეხუთედ ესწრება კინოსეანსს მეგობრებთან ერთად და უარს ამბობს გაზიან სასმელებსა და ჩიპსებზე მის ასაკში კი ეს ბავშვებთან სოციალიზაციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ის ამას მნიშვნელოვნად განიცდის და თხოვს მშობლებს ერთხელ მაინც დართონ ნება, რომ მანაც გასინჯოს სასუსნავეები. თუკი ეს მის ჯანმრთელობას საფრთხეს არ შეუქმნის და მას დაეხმარება დაიკმაყოფილოს ინტერესი და სურვილი ბავშვებთან ერთად სასუსნავეების ჭამის ეს მის ფსიქიკას ზედმეტი გაღიზიანების გარეშე დაამშვიდებს და შემდეგ შესაძლებელია თემის განახლება ჯანსაღი კვების მნიშვნელობის შესახებ.

პრობლემური საკითხია ასევე შემთხვევა, როდესაც ბავშვი ერთი მშობლისგან ნებართვას იღებს, მეორე კი ამ ნებართვას უარყოფს ამ დროს ბავშვებში დიდი გაურკვევლობა წარმოიშობა და მშობლების სიფრთხილეა საჭირო.

## თავი 5. რაოდენობრივი კვლევის შედეგები

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა 100 ადამიანის გამოკითხვა, რათა გამოვლენილიყო პასუხები შემდეგ საკვლევ საკითხებზე სჭირდებათ თუ არაონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვებს ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა სოციალური მუშაკის მიერ და 25 მოქმედი ონკოლოგი-ექიმის გამოკითხვა რას ფიქრობენ ისინი სჭირდებათ თუ არა მათ გუნდებს მკურნალობის პროცესში სოციალური მუშაკით

გადლიერება უკეთესი ეფექტის მისაღწევად. განხორციელდა მიღებული პასუხების რაოდენობრივი კონტენტანალიზი. ანალიზის ერთეულად განისაზღვრა ბავშვების საჭიროებები პრიორიტეტების მიხედვით, როგორ აფასებენ სოციალურ სამუშაოს მნიშვნელობას, რა მოლოდინები აქვთ, არის თუ არა მნიშვნელოვანი მათთვის თერაპიებში მონაწილეობა განსაკუთრებულად რა ტიპის თერაპიებში. მათი აზრით რა უნარებია მოცემული სიიდან ყველაზე მნიშვნელოვანი, რომელსაც უნდა ფლობდეს სოციალური მუშაკი. ეს საკითხები ძირითად სურათს ქმნის ბენეფიციართა საჭიროებებზე მოლოდინებსა და განწყობაზე.

ხოლო ექიმების შემთხვევაში კითხვარი შედგებოდა შემდეგი საკვანძო საკითხებისგან: ეთიკურ დილემებში სოციალური მუშაკის როლის გამოვლენა, სოციალური მუშაკის ეფექტი გუნდურ მუშაობაში, სოციალური მუშაკის ეფექტი შეამზადოს პაციენტი გააძლიეროს მისი შემართება განწყობა და დაიცვას ინდივიდი მისი უფლებები და თავისუფლებები. ეს ცვლადები გვაძლევს საშვალეზს გავიგოთ ექიმების მოსაზრებები განწყობები და შეხედულებები ბავშვთა ონკოლოგიის სფეროში სოციალური მუშაკის გააქტიურების თაობაზე.

რაოდენობრივმა კვლევამ აჩვენა, რომ პაციენტთა გამოკითხული ოჯახის წევრების 71 % კითხვას „თუკი ვიცით, რომ სოციალური მუშაკი ეხმარება ექიმს მკურნალობის პროცესის შედგენა, დაგეგმვა და მონიტორინგში, რადგან ის მეტ დროს ატარებს პაციენტთან მისი სოციალური გარემოს შესასწავლად და ასევე მხარდამჭერია პაციენტის ემოციურ-სოციალური გამოწვევების დაძლევაში, შესაბამისად ფლობს მეტ ინფორმაციას ბავშვის შესახებ და პროფესიულ მოვალეობად მიიჩნევს იზრუნოს ბავშვისა და მისი ოჯახის სოციალურ კეთილდღეობაზე, რამდენად წაადგება ეს ბავშვის მკურნალობის პროცესს? „ პასუხია - „დაეხმარება“ გამოკითხულთა 98%-მა დადებითად უპასუხა შეკითხვას სხვადასხვა აქტიური ჯგუფების შექმნაზე, რომელიც ხელს შეუწყობს პაციენტებს სცადონ ძალები სხვადასხვა სფეროში და ეს კურსები მათ განტვირთვაზე, რელაქსაციაზე, შემოქმედებითობაზე იზრუნებს. გამოკითხულთა უმრავლესობა 67% მიიჩნევს, რომ

უმთავრესია სოციალურ მუშაკს კარგად ესმოდეს საკუთარი პროფესია იყოს დამოუკიდებელი. ასევე გამოკითხულთა 25% უპირველეს ადგილას აყენებს, რომ სოციალური მუშაკი ერკვეოდეს პაციენტის/ბავშვთა უფლებებში. თუმცა ასევე მნიშვნელოვანია საბაზისო სამედიცინო განათლება, ფლობდეს თანამედროვე მიდგომებს, კარგია თუ ექნება საზღვარგარეთ მიღებული პრაქტიკა. თუ რა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი საჭიროება ბავშვებისთვის მოცემული ჩამონათვალიდან გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი აღნიშნავს რომ ყველაზე მნიშვნელოვანი პირველ ეტაპზე არის მეტი ფინანსური მხარდაჭერა კერძო და სახელმწიფო სექტორებიდან, რაც შესაძლოა განვავრცოთ იმ კუთხით, რომ ეს ფინანსური მხარდაჭერა შექმნის ბავშვებისთვის უფრო თბილ და მყუდრო გარემოს უფრო მეტ შეთავაზებას და საშვალებას მისცემს უფრო შეუმსუბუქდეთ რთულიპერიოდები. გამოცდილმა მშობლებმა კი ყველაზე უკეთ იციან იმედის ძალის, რწმენისა და სიყვარულის ფასი გაჭირვებაში. რაოდენობრივმა კვლევამ აჩვენა რომ პაციენტები, რომლებმაც გამოცადეს რეციდივის შემთხვევა დიდი სიფრთხილით ეკიდებიან რეაბილიტაციის პერიოდს ისინი მეტ სიფრთხილეს იჩენენ და მეტად მინდობილნი არიან ღმერთს ვიდრე ექიმის პროფესიონალიზმს თუ თანამედროვე ტექნოლოგიებს. კვლევის შედეგებში ასევე დასაკავშირებელია ასაკი 8-9 წლამდე ასაკის ბავშვები შედარებით ნაკლებ მტიკვნიულად განიცდიან სოციალური ქსელის დეფიციტს ვიდრე შედარებით უფროსები. უფრო პატარები ოჯახის წევრებთან სიახლოვესაც ჯერდებიან და ხარობენ. შედარებით დიდები 11-12 წლიდან პირიქით ემიჯნებიან მშობლებს გარკვეული პერიოდებით, ცდილობენ უცხო ურთიერთობების ძებნას.

შედეგ კორელაცია გამოკითხულთა 41 % დაავადების მესამე სტადიაზე მიუთითებს 29% მეორე სტადიაზე, 15 % პირველ სტადიაზე და ასევე 15% მეოთხე სტადიაზე რესპოდენტები გამოკითხულ იყვნენ შიშის ფაქტორის შეფასებაზე 4 ბალიანი სკალით რომელშიც 1 ნაკლები შიში იყო ხოლო 4 გამუდმებით შიში კვლევაში აღმოჩენილი კორელაციით სტადიების სიმძიმესთან ერთად იზრდება შიშის ფაქტორი, რაც ნიშნავს რომ

მე-4 და მე-3 სტადიის შემთხვევაში შიში მაღალია და 1 და მეორე სტადიის შემთხვევაში კი შედარებით დაბალი. ( 2,88\*\* )

გამოკითხული ექიმების 3/5 კითხვაზე „სამედიცინო გადაწყვეტილებები ეთიკური დილემების ზღვარზე:

არის დილემები როდესა პაციენტის შესახებ სოციალური ინფორმაცია იძლევა საშვალეხას მოცემულობის უკეთ გაანალიზებისა და სწორი გადაწყვეტილების მიღების.

როდესაც ვსაუბრობთ ეთიკის ნორმების მაქსიმალურ დაცვაზე, ბავშვთა უფლებების დაცვაზე, მათ ფსიქო-სოციალურ დაცვაზე, სოციალური მუშაკი კი ამის სადარაჯოზეა, რამდენად დაეხმარება ეს ექიმებს გადაწყვეტილებების მიღებაში.

გადანაწილებული პასუხისმგებლობა და კონტროლი შეამცირებს შესაძლო უხეშ ეთიკურ დარღვევებს და გაზრდის მომსახურების ხარისხს.“ პასუხობს რომ ეთანხმება. ხოლო 1/5 ნაწილი შესამოწმებელ კითხვაზე მაგალითის განხილვის შემდეგ იცვლის პოზიციას და შემდგომ ეთანხმება ხოლო დარჩენილი 1/5 მაინც ძველ პოზიციაზე რჩება და არ ეთანხმებიან სოციალური მუშაკის ჩართულობას, როგორც პროცესებზე რეაგირების ეფექტურ ხერხს. გამოკითხულთა 88% ფიქრობს, რომ სოციალური სამუშაოს გააქტიურებას ეფექტურობისთვის თან უნდა მოჰყვეს დამატებითი სოციალური სერვისები სახელმწიფოსგან. ექიმების აზრით, მზაობა პაციენტებისა და ოჯახების ითანამშრომლონ სოციალურ მუშაკებთან კლინიკებში არის და როგორც კი მიწოდება გაჩნდება მოთხოვნაც შესაბამისად იქნება თუმცა საჭიროა ინფორმაციის მიწოდება და შემზადება. რაც შეეხება უნდა იყოს თუ არა სოციალური მუშაკი გარკვეული საბაზისო სამედიცინო ცოდნაში აქ აზრები თითქმის თანაბრად იყოფა 44% ფიქრობს რომ აუცილებელია, 41 % ფიქრობს, რომ არ არის აუცილებელი, თუმცა კარგი იქნებოდა ტრენინგების გავლა ხოლო დანარჩენი 15% მიიჩნევს რომ ყოველივე პრაქტიკაში ისწავლება მთავარია სოციალური მუშაკი იყოს თავის პროფესიაში გათვინობიერებული.



ანალიზის სახით შეიძლება ითქვას, რომ ექიმები საკმარისად ერკვევიან სოციალური სამუშაოს ძირითად დანიშნულებაში, ხედავენ ამ პროფესიას როგორც გუნდის გაძლიერების პოზიტიურ საშვალელებს, თუმცა ასევე იგრძნობა, რომ მნიშვნელობას და წონას ამ სამუშაოს ეფექტისა, იქიდან გამომდინარე, რომ პრაქტიკის სიმცირეა ჯერ არ აქვს გამოვლენის საშვალეობა. ასევე ექიმების მსჯელობაც, რომ არსიდან გამომდინარე პროფესია ხელისშემწყობი უნდა იყოს მკურნალობის განვითარების მხოლოდ თეორიული ვარაუდია მისი პრაქტიკა კი საქართველოში ჯერ არ არის (მხოლოდ პალიატიური მიმართულებით), რაც ანალიზის უკეთ გაკეთების საშვალეებს არ გვაძლევს.

## თავი 6. დისკუსია

კვლევის მიზანი იყო გამოველინა სოციალური მუშაკის საჭიროება ბავშვთა ონკოლოგიაში მათ ბიო-ფსიქო-სოციალურ მხარდასაჭერად, რათა დაემტკიცებინა ან მოეხდინა კვლევის ჰიპოთეზის: ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვები (რომლებიც მკურნალობენ საქართველოში) დგანან ფსიქო-სოციალური გამოწვევების წინაშე და სჭირდებათ სოციალური მუშაკის მხარდაჭერა ამ გამოწვევების დასაძლევად) უარყოფა. რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევებს მეშვეობით დადასტურდა ჰიპოთეზა, რომ მართლაც დგანან ბავშვები და მათი ოჯახები ამ საჭიროების წინაშე და მართლაც არის სოციალური სამუშაო პროფესია, რომელიც თავისი ძირითადი შინაარსით ესადაგება ამ საჭიროების შავსებაზე ზრუნვას. თუმცა სადისკუსიო საგნად რჩება თუ როგორ უნდა მოხდეს კლინიკური სოციალური სამუშაოს სტრატეგიული განვითარება სამედიცინო სფეროში, როგორ უნდა შემზადდეს საზოგადოება განსაკუთრებით კი სფეროში მომუშავე პერსონალი და მომსახურების მომღები პირნი. კვლევის ერთ-ერთი აღმოჩენაა საზოგადოების ინფორმირებულობის დაბალი დონე ამიტომაც კვლევა, როგორც თვისებრივი ისე რაოდენობრივი ახდენდა კითხვის დასამამდე სფეროსა და თემის უკეთ გაცნობის საინფორმაციო შესავალს. რათა შეემცირებინა არასწორი წინასწარი ინფორმაციის მიხედვით განპირობებული პასუხები. რაოდენობრივმა კვლევამ გამოავლინა გამოკითხულთა შეხედულებები საჭიროებები და პრიორიტეტები ასევე მათი მოლოდინები

ხოლო თვისებრივმა კვლევამ მოახდინა ამ საჭიროებების ტიპის დადგენა და მათი მორგება პროფესიის სპეციფიკისათვის. თვისებრივმა კვლევამ მოახდინა ინდივიდუალური შემთხვევებისა და პრობლემების შესწავლა მათი ჩაღრმავება და ამ პრობლემების გამომწვევი მიზეზების განსაზღვრა ხოლო რაოდენობრივმა კვლევამ უფრო ზოგადი სურათი გვიჩვენა იგივე თემაზე სადაც უფრო ზოგადად გაირკვა და შეფასდა დამოკიდებულებები მზაობა და განწყობები. საერთო ჯამში კვლევამ მიაგნო რამდენიმე პრობლემურ საკითხს, რომელიც შეჯამდა ანალიზისას ეს არის ზოგადი დაბნეულობა ექიმებშიც და ბენეფიციარებშიც, რომელიც გამოწვეულია ინფორმაციის დეფიციტით, გამოცდილების არ ქონით, არამკაფიო ხედვებით, ფინანსური პრობლემებითა და სოციალური სამუშაოს პროფესიის ძირითადი მოვალეობებისა და ფუნქციის არსის გააზრების დეფიციტით. იმისათვის რომ მომზადდეს ნიადაგი სფეროში სოციალური მუშაკის უფრო აქტიური გამოჩენისა და ჩართულობისათვის საჭიროა მეტი ცნობადობა და ინფორმაცია პროფესიის შესახებ. ასევე დასავლეთის გამოცდილების უფრო აქტიური გაცნობა და ტრანსფორმირება ჩვენს საჭიროებებზე ჩვენს კულტურასა და მოთხოვნაზე თუმცა სადისკუსიო საკითხი უნდა ამართლებდეს თუ არა აუცილებლად სოციალური სამუშაო ბენეფიციარისა და მისი ოჯახის ან თანამშრომელ ექიმთა მოლოდინებს ექსპერტთა ერთი ნაწილი ამბობს, რომ ამის აუცილებლობა არ დგას, რადგან მოლოდინები შესაძლოა აცდენილი იყოს პროფესიის ეთიკას ან არ მოიცავდეს ამ პროფესიას. თუმცა მეორე ჯგუფის აზრით მოლოდინების გამართლება აუცილებელია პროფესიის შემდგომი განვითარებისთვის. როგორ უნდა მოხდეს ამ ცდომილების გარკვევა სადისკუსიო საკითხად რჩება.

კვლევის მთავარი მიგნებაა, რომ ამ საკითხებზე მსჯელობა დაწყებულია და შესაბამისად არის მოლოდინი რომ მომავალში რეფორმირდება ეს ესკითხი რეალობად. ამ ეტაპზე საქართველოს პალიატიურ დაწესებულებებში გვხვდება სოციალური მუშაობის პრაქტიკა, არსებობს არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ დაფინანსებული ცენტრები, სადაც ხდება ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვების ჩარიცხვა მათ რეაბილიტაციაზე ზრუნვა ასევე მათ რესოციალიზაციაში ჩართულები, არიან როგორც



ფსიქოლოგები ისე სოციალური მუშაკები ისინი ზრუნავენ ბავშვების სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაზე მათი ოჯახების გამხნეებასა და გახალისებაზე, თუმცა ეს ორგანიზაციები მოიცავენ მხოლოდ მცირე რაოდენობას და მათ მიღმა რჩებიან ადამიანები, რომელთაც ასევე სჭირდებათ თანადგომა.

## თავი 7. კვლევის შეზღუდვები

კვლევის საგანის სოციალური მუშაკის როლი ბავშვთა ონკოლოგიაშია რომლის მიზანი იყო დაედგინა ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვების ბიო-ფსიქო-სოციალური გამოწვევები და საჭიროებები და ამ პრობლემების დასაძლევად სოციალური მუშაკის როლი. კვლევის ერთ-ერთი შეზღუდვა შეიძლება იმად იყოს, რომ ბენეფიციართა მოსაზრებების შესწავლა უფრო ხანგრძლივ პერიოდში უმჯობესი იქნებოდა. ასევე ძალიან კარგი იქნებოდა კვლევას შეესწავლა საპილოტე ფარგლებში რეალური ეფექტი ონკოპაციენტ ბავშვებთან სოციალური მუშაკის მუშაობის შედეგების შესწავლის და ამ ეფექტით განესაზღვრა/დაესაბუთებინა არის თუ არა პროფესია ამ სფეროში დადებითი ეფექტის მომტანი იქნება ეს სოციალური ეფექტი ფსიქოლოგიური თუ ფინანსური ასევე რისკების თვალსაზრისით. თუმცა ამის შესაძლებლობა არ იყო. კვლევის შეზღუდვაა რომ მან რაოდენობრივის შემთხვევაში მოიცვა მხოლოდ თბილისი ბათუმი და ქუთაისი ხოლო თვისებრივის შემთხვევაში მხოლოდ თბილისი. ასევე კვლევის შეზღუდვად შეიძლება ჩაითვალოს დროის მოკლე პერიოდი. ასევე კვლევის მიღმა დარჩენილი სოციალური მუშაკები, რომლებთანაც ინტერვიუ კვლევამ პირველი ეტაპისთვის არ ჩატვალა რელევანტურად, რადგან მოიაზრა, რომ სოციალური მუშაკები ერთხმად იქნებოდნენ პროფესიის გამლიერების სადარაჯოზე. ასევე კვლევის მნიშვნელოვანი შეზღუდვაა რომ თავად პაციენტების გამოკითხვა, ვერ მოხერხდა მკვლევარის მიერ მიჩნეულ იქნა ეს საკმაოდ ემოციურად დელეკატურ საკითხად და ამ ეტაპზე თავი შეიკავა მცდელობისგან, რადგან მსგავს კვლევას დიდი მოსამზადებელი პერიოდი სჭირდებოდა ბავშვების შემზადება. ამასთან კვლევისას წვდომა თავად პაციენტებზე ბევრად რთულია იქიდან გამომდინარე

რომ საჭიროებს მშობლების თანხმობას და კიდევ პაციენტების ასაკიდან გამომდინარე საკვლევ საკითხებზე პასუხები უფრო მეტად ზრდასრული პირებისგან მიიღებოდა.

## თავი 8. რეკომენდაციები

- დაავადება მოქმედებს მთელი ოჯახის ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მდგომარეობაზე ის სულიერი და ხანდახან ასევე სოციალური შოკია ოჯახის ყველა წევრისთვის. ამიტომაც თერაპიული მკურნალობა მხოლოდ ბავშვის გამოჯანმრთელებისთვის საკმარისი არ არის მის პარალელურად საჭიროა ოჯახის გაძლიერებაც
- მხოლოდ სამედიცინო მომსახურება რომელიც ბავშვის ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნავს საკმარისი არ არის
- დიაგნოზის შესაბამისი ახსნა ბავშვისთვის გასაგებ ენაზე და მისთვის ინფორმაციების მიწოდება თუ რა უნდა გაკეთდეს ეხმარება ბავშვს შიშების დაძლევაში
- ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა მნიშვნელოვანია პირველივე დღიდან
- ნდობა მნიშვნელოვანი ფაქტორია რომელიც მხარდამჭერმა უნდა მოიპოვოს
- მხარდაჭერა უნდა შესაბამისობაში მოდიოდეს ბავშვის ასაკთან იქნება ეს თამაში, საუბარი თუ სხვა თერაპიულ აქტივობაში ჩართულობა.
- მნიშვნელოვანია თანაგრძნობა და შემზადება უკუჩვენებების შესახებ მაგალითად ქიმიოთერაპიის შემდეგ თმის ცვენა ან ოპერაციის შემდეგ ამპუტაციისთვის შემზადება
- განსაკუთრებულად ყურადსაღებია ძვლის ტვინის გადანერგვის დროს მხარდაჭერა რაც დიდ ტკივილთან არის დაკავშირებული

- სპეციალისტები მშობლებს ურჩევენ რომ მაქსიმალურად ახლოს იყვნენ ბავშვებთან როგორც ფიზიკურად ისე სულიერად.(მეგობრულად)ა
- ბავშვებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სხეულით კონტაქტს მოფერებას და პოზიტიურ განწყობას, მოწყენილობა უნდა მაქსიმალურად დათრგუნონ მშობლებმა.
- მნიშვნელოვანია, რომ ბავშვი ენდობოდეს მშობლებს მათგან მიიღოს ყველა ინფორმაცია დაავადების შესახებ მათგან მოელის იმედსა და შემართებას.
- როდესაც ბავშვს ჰყავს დედმამიშვილი არ უნდა გაწყდეს მათთან ურთიერთობა პირიქით რეგულარულად უნდა მივიდეს და ან ძმა მასთან სანახავად შესაძლოა საჩუქრით ეს ერთსაც დიდ სიამონებას მინიჭებს და მეორესაც.
- რეაბილიტაციის პერიოდში სკოლა და სპორტი(ექიმთან კონსულტაციით) გარდამტეხად აუცილებელია ბავშვების სოციალიზაციისათვის და საზოგადოებასთან ადაპტაციისათვის ასევე საკუთარ შესაძლებლობებში დარწმუნებისათვის.

ამ კვლევის ფარგლებში ეს რეკომენდაციები შესაბამისობაში მოდის კვლევის შედეგებთან და ესადაგება ჩვენი კვლევის მიერ აღწერილ სურათს.

## დასკვნა

ბავშვთა ონკოლოგიაში არსებული პრობლემები, რომლებიც ეხება ბავშვების ბიო-ფსიქო-სოციალურ განვითარებას მნიშვნელოვანი საკითხია სოციალური სამუშაოსთვის. სოციალური სამუშაო შესაბამის ადვოკატირებას გაუწევდა ბავშვთა უფლებების დაცვას, მათი სიცოცხლის ხარისხის ასამაღლებლად. მათ ყოველდღიურობას მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესში აქცევდა უფრო მრავალფეროვანს. პაციენტებს მისცემდა მეტ საშვალებას საკუთარი თავისა და შესაძლებლობების გამოხატვის/გამოვლენის, საკუთარი სურვილებისა და ინტერესების განვითარების. ფიზიკური პრობლემების პარალელურად მიმდინარე ფსიქო სოციალურ პროცესებზე მოახდენდა ფოკუსირებას და შეეცდებოდა მის

გაძლიერებას. სოციალური თანადგომის ქსელის ხელშეწყობა ახალი თანადგომის ქსელის ჩამოყალიბება, მოტივაციასა და შემართებაზე ზრუნვა, თვითრწმენის გაძლიერება, იმედსა და ძლიერ მხარეებზე აპელირება. მნიშვნელოვანია ბავშვის ინდივიდუალიზმის პატივისცემა და მისი სურვილების პატივისცემა. მაშინ როდესაც დღის წესრიგში დგას ონკოლოგიური პრობლემები ბავშვებში ვსაუბრობთ არა მხოლოდ ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, არამედ მის პარალელურად მიმდინარე ფსიქოლოგიურ და სოციალურ პროცესებზე, რომლებიც სასურველია არ ჩამორჩეს ცხოვრების ტემპს, ფეხი აუწყოს მოვლენებს და პირიქით წამყვანი როლიც კი შეითავსოს. ცხადია არ არის საუბარი, რომ ფსიქო-სოციალური კეთილდღეობა გარანტირებულად ცვლის დაავადების განვითარებას პაციენტისა და მისი ოჯახის სასიკეთოდ, თუმცა მეტწილად ხელს უწყობს დაავადების დამარცხების პროცესს. სოციალური სამუშაო პროფესიის ფუნქციიდან გამომდინარე შესაძლოა მუშაობდეს პრევენციის საკითხებში, რომ შემცირდეს კიბოს გამომწვევი მიზეზები ასევე მუშაობდეს დაავადების ნაადრევი გამოვლენის პროცესში და ცხადია უშვალოდ ჩართული იყოს მკურნალობისა თუ რეაბილიტაციის პროცესში, რათა განკურნებასთან ერთად ბავშვები დაუბრუნდნენ სოციუმს თავიანთი ინდივიდუალიზმით და ადვილად ინტეგრირდნენ საზოგადოებაში, ასევე მოახდინონ პროფესიული განვითარება და შეიქმნან მშვიდი პირადი ცხოვრება. კიბოთი დაავადებულები და მათი ოჯახები უნდა იყვნენ უფლებამოსილი გააკეთონ მაქსიმალურად თავისუფალი არჩევანი, რაც გავლენას ახდენს მათ ჯანმრთელობასა და თვითშეგრძნებაზე და უნარჩუნებს ღირსებას კიბოთი ავადობის მთელი პერიოდის მანძილზე. ჯანდაცვის პროფესიონალები აღჭურვილები უნდა იყვნენ სათანადო ცოდნითა და საკომუნიკაციო უნარებით, რათა გააჟღერონ გასაგები და ავტორიტეტული ინფორმაცია მკურნალობის შესაძლებლობების და სიმპტომების (მაგ. ტკივილი, შფოთვა) კონტროლის შესახებ. სასიცოცხლოდ აუცილებელია მივცეთ საშუალება პაციენტებს აქტიური მონაწილეობა მიიღონ გადაწყვეტილებების მიღებაში. კვლევამ დაამტკიცა ჰიპოთეზა რომ დღის წესრიგში დგას საქართველოში მკურნალობის მიმღები ბავშვების ფსიქო-სოციალური საჭიროებები და მათი კეთილდღეობის დაცვა, ამიტომაც პერსპექტივაში შესაძლებელია დაშვება იმისა, რომ საქართველოშიც განვითარდეს

სოციალური სამუშაო ბავშვთა ონკოლოგიის მიმართულებით და აქტიურად ჩაერთოს სამედიცინო გუნდის მუშაობაში. დასკვნის სახით ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევამ გამოავლინა ის ძირითადი მოლოდინები, რომელიც აქვთ პაციენტის ოჯახის წევრებს სოციალური მუშაკისაგან. ეს არის სხვადასხვა თერაპიების ორგანიზება პაციენტისათვის მისი ინტერესის შესაბამისად, პაციენტის უფლებების დაცვა კლინიკაში, პაციენტის დახმარება დიაგნოზის გარკვევაში და ფინანსური რესურსების მოძიებაში ოჯახის მხარდაჭერა. ჯანმრთელობის მსოფლიო 67-ე ასამბლეამ მიიღო ისტორიული რეზოლუცია პალიატიური მზრუნველობის შესახებ 2014 წლის მაისში, ამით საერთაშორისო თანამეგობრობამ აჩვენა ამ მიდგომის სრული მხარდაჭერა და დაავადებულთა მონაწილე ქვეყნები გააძლიეროს პალიატიური ზრუნვა, როგორც ინტეგრირებული მკურნალობის კომპონენტი ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში. რეზოლუციაში მოცემულია მკაფიო რეკომენდაციები ჰოსპისური და პალიატიური ზრუნვის ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად. ამაში იგულისხმება პალიატიური მზრუნველობის გარანტირებულად ჩართვა, ჯანდაცვის ნაციონალურ ბიუჯეტებსა და კანონმდებლობებში და კანდაცვის პროფესიონალთა კურიკულუმებში. იგი აგრეთვე ხაზს უსვამს ქვეყნების ვალდებულებას-უზრუნველყოს პალიატიური ზრუნვის აუცილებელი მედიკამენტების ადეკვატური მომარაგება, ბავშვებისა და მოზრდილებისათვის. აუცილებელია, რომ სამოქალაქო საზოგადოებამ გამოიყენოს კარგი შესაძლებლობა, რათა მთავრობამ აიღოს პასუხისმგებლობა ამ ვალდებულებებზე და ნაციონალურ დონეზე პროგრამებისა და კანონმდებლობების იმპლემენტაციაზე.(WHO (2014)). ასევე სასურველი იქნებოდა პალიატიურთან ერთად სხვა ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვებისთვისაც გააქტიურდეს ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა, რაშიც სოციალურ მუშაკებს შესაბამისი წვლილის შეტანა შეეძლებათ.

## ბიბლიოგრაფია

Bauer, J.: „Das Gedächtnis des Körpers“, Eichborn, 2002, S.163-164;

Bauer, J.: „Das Gedächtnis des Körpers“, Eichborn, 2002, S.57-58;

Care in Pediatric Oncology <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5242467/>;

Childrens Hospital of Philadelphia, 2018. Retrieved from <https://www.chop.edu/centers-programs/cancer-center>;

Deng G, Cassileth B. (2013). Complementary or alternative medicine in cancer care – myths and realities. *Nat Rev Clin Oncol.* 10:656-64;

DrPH Anne Lown & PhD Farya Phillips (2015) Psychosocial Follow-Up in Survivorship as a Standard of

Derogatis LR, Morrow GR, Petting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CLM (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* **249**: 751–757;

Deutsches Krebsinformationszentrum. Retrieved from <https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/angst.php>;

Die klinische Wirksamkeit der Simonton-Methode ist umstritten. Retrieved from: <http://www.esowatch.com/ge/index.php?title=Simonton-Training>;

Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.) (2010). *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 3). Bonn: Psychiatrie-Verlag;

Heußner, P. In: Dorfmueller, M.: „Psychoonkologie. Diagnostik - Methoden - Therapieverfahren“, 1999, 3. Auflage 2009, Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, S.11;

Härter, M., Reuter, K., u.a.: „Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation“, 2000; 39(6): 317-323, Georg Thieme Verlag, Stuttgart,

New York; Retrieved from: <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/rehabilitation/doi/10.1055/s-2000-8948#N452-1>;

Joel Marcus, PsyD Psychosocial Issues in Pediatric Oncology <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448242/>;

Journal of East China University of Science and Technology, Social Science Edition, Ida Pruitt and Medical Social Work in Social Work Department of Peking Union Medical College Hospital: the Inchoation and Early Development of Medical Social Work in China 2013;

Karolin Lode & Ines Haupt, (2016) Retrieved from [https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/kik/download/Konzeption\\_kinderinsel.pdf](https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/kik/download/Konzeption_kinderinsel.pdf);

Manchester University Press, 2017 (p.15) Retrieved from <https://peopleshistorynhs.org/encyclopaedia/social-work-and-the-coming-of-the-nhs>;

Massachusetts General Hospital. Retrieved from <http://www.mghpcs.org/socialservice/history.asp>

„Methodische Probleme: Warum ein Zusammenhang schwer zu belegen ist“, Information des DKFZ Heidelberg; Retrieved from: <http://www.krebsinformation.de/themen/risiken/stress.php>;

Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2. überarbeitete Auflage 2012 S. 3-5;

Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2. überarbeitete Auflage 2012 S. 24-25;

P. Herschbach, M. Keller “Psychological problems of cancer patients- a cancer distress scринing with a cancer specific questionnaire “ British Journal of Cancer v.91 page 504-5011 August. 2004;

Pauls, H. (2013a). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. Resonanzen, 1(1), 15-31. Retrieved from: [www.resonanzen-journal.org/article/view/191/124](http://www.resonanzen-journal.org/article/view/191/124) [12.03.2015];



Universitaetklinikum Muenster, 2018. Retrieved from <https://www.ukm.de/index.php?id=720>;

Social work in Ireland : Historical Perspectives Noreen Kearney and Caroline Skehill 2005 P. 166-167;

“Krebs bei Kindern” Isabell-Annett Beckmann Deutsche Krebshilfe Broschuere 04, (2012)Retrieved from:  
<http://www.nachsorge-ist-vorsorge.de/wp-content/uploads/2014/10/Krebs-bei-Kindern.pdf>;

“Krebs bei Kindern” Isabell-Annett Beckmann Deutsche Krebshilfe Broschuere 04 ( 2012) , Retrieved  
from:<http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=5c32a7cc-dfb6-4403-affb-5365107bf95d>;

vgl. Schwarz, R.: „Die Krebspersönlichkeit. Mythos und klinische Realität“, 1994, 2001, Stuttgart, Schattauer  
Verlag ;

vgl. „Psychoonkologische Unterstützung“ des Webportals Biologische Krebsabwehr des GfBK e.V., 2011,  
Heidelberg; Retrieved from:<http://www.biokrebs.de/therapien/seele-und-koerper/psychoonkologische-therapieverfahren>;

vgl. „Kodierung psychosozialer Leistungen im Akutkrankenhaus“, Leitlinien der PSO  
Arbeitsgemeinschaftfür Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Stand 2004;

WHO (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life  
course. A67/31 4 April 2014;

არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის  
დამტკიცების თაობაზე მოძიებული

<http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=5c32a7cc-dfb6-4403-affb-5365107bf95d>;

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემები  
ცხრილი 3.30 ახალწარმონაქმნების გავრცელება, საქართველო, 2003-2016 წლები;

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია ბავშვთა უფლებების კონვენცია 1989 მუხლი. 26 , მუხლი. 27 ;  
ზურაბიშვილი, თ. (2006). თვისებრივი მეთოდები სოციალურ კვლევებში;  
კონვენცია, ბავშვთა უფლებები 20 ნოემბერი 1989მუხლი 17;

საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 1999 მოძიებულია

[https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/16234;](https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/16234)

საქართველოს მთავრობის დადგენილება №2 2017 წლის 11 იანვარი ქ. თბილისი საქართველოში

სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათ კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015“;

## დანართი

### დანართი 1:

ჩაღრმავებული ინტერვიუს ძირითადი კითხვები

ბავშვის ასაკი

დიაგნოზი

მკურნალობის ხანგრძლივობა

რეციდივის შემთხვევა

ოჯახური მდგომარეობა

ოჯახის ტიპი

სოციალური ქსელი

ეკონომიკური მდგომარეობა

საცხოვრებელი ადგილი

მკურნალობის ადგილი

გსმენიათ კლინიკურ სოციალურ მუშაკებზე?

გქონიათ თუ არა თანამშრომლობა სოციალურ მუშაკთან? რა სიხშირით?

რაში დაგეხმარათ ის ?

თქვენი აზრით კიდევ რის გაკეთება შეეძლო?

სოციალური მუშაკი ექიმი და ფსიქოლოგი, რომ ერთ გუნდად მუშაობდნენ თქვენი შვილის მკურნალობისას იქნება თუ არა უფრო ეფექტური?

მკურნალობის პროცესი რითი შეიძლება გახალისდეს?

რწმენა რა როლს თამაშობს?

დათანხმდებოდით ჯგუფურ თერაპიებს კვირაში ერთხელ სადაც პაციენტების მშობლები შეიკრიბებიან და თავიანთ განვლილ კვირას გაუზიარებენ ერთმანეთს ?

ჩაერთვებოდით თუ არა ცეკვით ან ვარჯიშ თერაპიებში პაციენტ ბავშვებთან ერთად?

მიიღებდით მონაწილეობას სპეციალური სამზარეულოს გამრავალფეროვნებაში და პატარებისთვის ახალი ჯანსაღი კერძის მომზადებაში?

მიუხედავად იმისა თუ ზედა სამ აქტივობას არ გაიზიარებდი ფიქრობ რომ ეს პოზიტიური აქტივობა იქნებოდა?

სოციალური მუშაკი უნდა იყოს ადამიანი, რომელთანაც კომუნიკაცია მარტივია,

რომელსაც შეგიძლია ჰკითხო ყველა დეტალი. დაზოგავდა თუ არა ეს თქვენს დროს?

მკურნალობის პერიოდში რა ფსიქო-სოციალურ სირთულეებს აწყდებით თქვენ თქვენი შვილი/პაციენტი ოჯახის წევრი?

გიფიქრიათ მკურნალობის პროცესში როგორ შეიძლება ცხოვრების ხარისხის ამაღლება?

ყოფილა შემთხვევა როდესაც ყველაფერი უმჯობესდება და მოულოდნელად ისევ უკუ პროცესი იჩენს თავს?

ამ დროს როგორ რეაგირებთ?

რა გაძლევთ მთავარ ძალას ?

ღმერთი, ექიმის ნდომა, იმედი, სიყვარული თუ შეიძლება რომ ამ ფაქტორებზე გამოთქვათ თქვენი აზრი.

რა მოლოდინი შეიძლება გქონდეთ სოციალური მუშაკისგან თუკი ვიტყვით, რომ ის მობილიზებული იქნება დაეხმაროს თქვენს ბავშვს სხვადასხვა კითხვებზე მარტივი და სწორად მიწოდებული პასუხების გაცემაში.

თუკი სოციალური მუშაკი იქნება ნდობით აღჭურვილი პირი, რომელიც მუდამ ზრუნავს თქვენს გაძლიერებაზე მოტივირებაზე და გეხმარებათ სხვადასხვა მეთოდით ფსიქო-სოციალური გამოწვევების დაძლევაში

თუკი სოციალური მუშაკი ზრუნავს დაიცვას კლინიკაში თქვენი და თქვენი ბავშვის ინტერესები

თუკი სოციალური მუშაკი ირიბად აკონტროლებს ეთიკურ საკითხებს, რათა არ მოხდეს უხეში ან უნებლიე დარღვევა ბავშვის უფლებების.

სოციალური მუშაკი ასევე ზრუნავს პაციენტის ოჯახის გაძლიერებაზე სხვადასხვა სერვისებითა და მეთოდებით

სოციალური მუშაკი ასევე გეხმარებათ რესურსების მოძიებაში, რათა მკურნალობა წარიმართოს რაც შეიძლება ეფექტურად და შესაბამისად.

რესურსები შეიძლება იყოს დაფინანსების წყაროების მოძიება ასევე სხვადასხვა დამატებით სერვისებში ჩართვა ან საჭირო ბენეფიტების მოძიება მიღება.

სოციალური მუშაკი ცდილობს მოარგოს ყველა სერვისი ინდივიდს მისი ინტერესებიდან გამომდინარე, რათა მოხდეს მისი განვითარება და მარტივი სოციალიზაცია როგორც კარიერის ისე პირადი ცხოვრების ასპარეზზე.

(გთხოვთ დააფიქსიროთ თქვენი განწყობა ამ საკითხებზე. )

გთხოვთ კიდევ გაიხსენოთ ის ფსიქო-სოციალური საჭიროებები, რომელიც შეგხვდათ მთელს ოჯახს და ბავშვს დიაგნოზის შეტყობიდან დღემდე.

პროტესტი, ტკივილი, გადაღლილობა, ნერვული აშლილობა, უძილობა,

გაურკვევლობა, უსამართლობის განცდა, საკუთარ ემოციებზე მართვის კონტროლის დაკარგვა, უნდობლობა ექიმებისადმი, დაუცველობა, უსამართლობის განცდა დაზღვევასთან მიმართებაში, ქაოსი, უმადობა, წინასწარი გლოვა, შემართებისა და მობილიზების დეფიციტი, დაგეგმვისა და მენეჯმენტის დროს გაუგებრობები მაგალითად ექიმთან ჩაწერაზე, გაუგებარი ტერმინები და გაუგებარი მკურნალობის მეთოდები, რისკების გაანალიზება გადაწყვეტილებამდე, მეორე/სხვა შვილისთვის ყურადღების მოკლება, სამსახურში ეფექტური მუშაობის პრობლემები, საკუთარ ჯანმრთელობაზე ყურადღების მოდუნება, კონცენტრაციის პრობლემებისა და სტრესის მართვის სირთულეები. გთხოვთ ერთად მოვნიშნოთ ისინი, რომლებიც გამოცადეთ და თუ გახსენდებათ რაიმე იქნებ დაამატოთ.

---

ბავშვი გისვამდათ კითხვებს რომლებზეც პასუხი გიჭირდათ?

არ იცოდით როგორ გაგემხნეებინათ ის?

გამოგიხატიათ თუ არა მასთან ერთად რომ გემინიათ, მაგალითად ტირით ან კანკალებთ

გიჭირთ მასთან თამაში ან სხვა რამეზე კონცენტრირება?

ყველაზე მეტად რაზე ნერვიულობს ის?

რამდენად ახერხებს საკუთარი შესაძლებლობების აღმოჩენას?

რამდენად ურთიერთობს სხვა ბავშვებთან?

## დანართი 2.

ექსპერტული ინტერვიუს კითხვარი:

პროფესიული გამოცდილება/ ხანგრძლივობა

ადგილი/ები სადაც მიიღო გამოცდილება

მსჯელობა საკვლევ საკითხზე : ბავშვთა ონკოლოგიაში არსებული ფსიქო-სოციალური საჭიროებები

ამ საჭიროებების დაკმაყოფილების რა გზები და ხერხები არსებობს

რა როლი შეიძლება ჰქონდეს სოციალურ სამუშაოს კლინიკაში

როგორია დასავლეთის პრაქტიკა

როგორ შეიძლება ამ პრაქტიკის ჩვენს რეალობაზე მორგება

რა ძირითადი სირთულეები იქნება კლინიკური სოციალური სამუშაოს პრაქტიკის დანერგვისას

როგორ გესახებათ სოციალური მუშაკი სამედიცინო გუნდში

რა გამოწვევების წინაშე შეიძლება აღმოჩნდეს ეს პრეცედენტი და რა სიკეთე შეიძლება მოიტანოს ამ პრაქტიკამ

მსჯელობა სოციალური მუშაკის როლის გააქტიურების მნიშვნელობაზე ბავშვთა ონკოლოგიაში

სოციალური მუშაკის როლი პაციენტის ოჯახების გაძლიერებაში.

სოციალური მუშაკის როლი დიაგნოზის გაგებიდან მკურნალობის ბოლომდე

სოციალური მუშაკის როლი რეაბილიტაციის პროცესში

თქვენი ხედვები რჩევები და რეკომენდაციები

### დანართი 3.

რაოდენობრივი კვლევის კითხვარი ექიმებისთვის :

1. სამედიცინო გადაწყვეტილებები ეთიკური დილემების ზღვარზე:

არის დილემები როდესაც პაციენტის შესახებ სოციალური ინფორმაცია იძლევა საშვალეზას მოცემულობის უკეთ გაანალიზებისა და სწორი გადაწყვეტილების მიღების.

როდესაც ვსაუბრობთ ეთიკის ნორმების მაქსიმალურ დაცვაზე, ბავშვთა უფლებების დაცვაზე, მათ ფსიქო-სოციალურ დაცვაზე, სოციალური მუშაკი კი ამის სადარაჯოზეა, რამდენად დაეხმარება ეს ექიმებს გადაწყვეტილებების მიღებაში.

გადანაწილებული პასუხისმგებლობა და კონტროლი შეამცირებს შესაძლო უხეშ ეთიკურ დარღვევებს და გაზრდის მომსახურების ხარისხს.

1. ვეთანხმები
2. უფრო ვეთანხმები ვიდრე არ ვეთანხმები
3. უფრო არ ვეთანხმები ვიდრე ვეთანხმები
4. არ ვეთანხმები

2. 7 წლის სანდრონკოლოგიური პაციენტია, მასსასწრაფდესაჭიროებაქირურგიული ჩარევა ფიქრობს პროფესორი X (მისიახალიმკურნალი ექიმი), თუმცა მანამდესანდრომკურნალობდა სხვა კლინიკაში ექიმთან, რომელიც ცოტახნისწინ გარდაიცვალა. სანდროს ყოფილი ექიმი არ იყო პრაქტიკის მომხრე, რადგან ბიჭუნას გულის პრობლემებიცაა წუხებდა და ფიქრობდა, რომ ის ამოპერაციას ვერ გადაიტანდა. ამიტომ ექიმი მასზე თეზუსმევედასი მსივნისადგილზე. (მირონმდინარებატებიდან) ოჯახიც ძალიან მოწმუნეყო, ამიტომაც რთული იყო მათი დათანხმება ოპერაციაზე.

1. თავისუფალი არჩევანი, ადამიანის და მისი ოჯახის გადაწყვეტილების პატივისცემა, მისი მრწამსის პატივისცემა

თუ

2. ადამიანის სიცოცხლე მისი გადარჩენისთვის ბრძოლა, როგორც ექიმის პასუხისმგებლობა



**მოქმედების სტრატეგია:** სოციალური მუშაკის დახმარებით ოჯახთან დაახლოება, მათთვის ახსნა, რომ თანამედროვე აპარატურის საშვალეებით არის შანსი იმისა, რომ სანდრო საბოლოოდ გამოჯანმრთელდეს არის გარკვეული შანსი ოპარაციამ კარგად ჩაიაროს და სანდრომ კიდევ დიდხანს იცხოვროს და რომ ღმერთი აუცილებლად და ეხმარება მათ. შიშების დაძლევა იმედი მოქმედების უფრო ეფექტური და ქმედითი გზის შეთავაზება.

3. სამედიცინო გადაწყვეტილებები ეთიკური დილემების ზღვარზე:

არის დილემები როდესა პაციენტის შესახებ სოციალური ინფორმაცია იძლევა საშვალეებს მოცემულობის უკეთ გაანალიზებისა და სწორი გადაწყვეტილების მიღების.

როდესაც ვსაუბრობთ ეთიკის ნორმების მაქსიმალურ დაცვაზე, ბავშვთა უფლებების დაცვაზე, მათ ფსიქო-სოციალურ დაცვაზე, სოციალური მუშაკი კი ამის სადარაჯოზეა, რამდენად დაეხმარება ეს ექიმებს გადაწყვეტილებების მიღებაში.

გადანაწილებული პასუხისმგებლობა და კონტროლი შეამცირებს შესაძლო უხეშ ეთიკურ დარღვევებს და გაზრდის მომსახურების ხარისხს.

1. ვეთანხმები

2. უფრო ვეთანხმები ვიდრე არ ვეთანხმები

3. უფრო არ ვეთანხმები ვიდრე ვეთანხმები

4. არ ვეთანხმები

(გთხოვთ კიდევ ერთხელ დააზუსტოთ პასუხი)

4. თქვენი აზრით, სოციალური მუშაკის აქტიური ჩართულობა მკურნალობა რეაბილიტაციის პროცესში გააუმჯობესებს სამედიცინო გუნდის მომსახურების ხარისხს? კი ნაწილობრივ არა

შედეგს? კი ნაწილობრივ არა

პაციენტების ცხოვრების ხარისხს? კი ნაწილობრივ არა

5. თქვენი აზრით სოციალური სამუშაოს გააქტიურებას ეფექტურობისათვის თან უნდა მოჰყვეს დამატებითი სოციალური სერვისები სახელმწიფოსგან?

კი

არ არის აუცილებელი, მაგრამ სასურველი იქნებოდა

არა

6. თქვენი აზრით, სოციალური მუშაკი უნდა იყოს სამედიცინო საბაზისო განათლების იმისათვის რომ იმუშაოს კლინიკაში?

აუცილებლად სხვაგვარად სირთულეებს შექმნის

არ არის აუცილებელი პრაქტიკაში ისწავლის

მინიმუმი კომპეტენციის შეძენა აუცილებელია მაგალითად ტრენინგის სახით

7. თქვენი აზრით რამდენად არის პაციენტებისა და მათი ოჯახების მზაობა ნდობით განიმსჭვალონ სოციალური სამუშაოს მიმართ და დაინახონ მისი მნიშვნელობა მათ ყოველდღიურობაში?

ისინი არასაკმარისად არიან ინფორმირებულნი

ისინი არ არიან მზად

მათ აქვთ საჭიროებაც და მზაობაც

მათ აქვთ საჭიროება თუმცა სჭირდებათ მომზადება ინფორმაციული

#### დანართი 4 .

რაოდენობრივი კვლევის კითხვები ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვთა ოჯახის წევრებისთვის :

მოლოდინები:

პაციენტის ასაკი

დაფიქსირდა თუ არა რეციდივი

რამდენი ხანია რაც დაწყებულია მკურნალობა - 1წელზე ნაკლები, - 1წელზე მეტი, თუ 2 წელზე მეტი.

1. ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვებს ესაჭიროებათ (გთხოვთ დააღაგოთ პრიორიტეტების მიხედვით)

2. სოციალური მუშაკი,

რომელი ციმუშავებს ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვებთან უნდა იყოს

	უნდა იყოს სამედიცინო განათლების	
	უნდა ერკვეოდეს პაციენტის და ბავშვთა უფლებებში	
რეაბილიტაციის პროგრამის მართვა	ფიზიოთერაპიის პროგრამის მართვა	
(მაგალითად: ანსთოლოგია, პათოლოგიის კონსულტაცია, რადიოლოგია, დიაგნოსტიკა)	კარგად უნდა ესმოდეს საკუთარი პროფესია	
მეტი იმედი,		
მეტად ინდივიდუალური მიდგომა და გუნდური მუშაობის პრინციპი : ექიმი, სოციალური მუშაკი, თერაპევტი, ფსიქოლოგი, ოჯახი.		

(დააღაგეთ პრიორიტეტების მიხედვით)

<p>3. რა არის სოციალური მუშაკის ფუნქციონირების ბაზა ვთხოვთა ონკოლოგიაში?</p>	<p>გთხოვთ მონიშნოთ სავარაუდო პასუხებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტი</p>
<p>პაციენტის ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა</p>	
<p>მარტივი ენით მოსაუბრე კეთილგანწყობილი დამიანი/შუამავალი</p>	
<p>უზრუნველყოფს მხარდაჭერას, რომ ფიზიკური გარემო ინდივიდს მოარგოს</p>	
<p>პაციენტთა მოტივაცია სადა შემართებაზე უზრუნავს</p>	
<p>პაციენტის ოჯახის ფსიქო-ემოციური გაძლიერება</p>	
<p>პაციენტის ინტერესებისა და სურვილების სადარაჯოზე</p>	
<p>არის ირიბი მაკონტროლებელი ეთიკის დაცვის</p>	

ფსიქო-სოციალური საჭიროების დადგენა:

ხუთ ბალიანი სკალა

1□ 2□ 3□ 4□5□

1□ - არასდროს

2□ - ძალიან იშვიათად

3□-არც ისე იშვიათად

4□ - ხშირად

1. ხშირად არიან ბავშვები დაღლილები და ტირიან □ □ □ □ □
2. აწუხებთ შფოთვა და უძლობა □ □ □ □ □
3. ენატრებათ სკოლა, მეგობრები, თავიანთი ჰობი □ □ □ □ □
4. აქვთ, შიში რომ ყველაფერი შეიძლება უფრო გართულდეს □ □ □ □ □
5. არ ესმით ექიმის რჩევები და არ ითვალისწინებენ □ □ □ □ □
6. არის გაუგებრობა და ბურუსი მომავლის გარშემო □ □ □ □ □
7. არ არიან საკმარისად გაცნობიერებულნი საკუთარ დიაგნოზში □ □ □ □ □
8. აქვთ დანაშაულის განცდა, რომ მათი ოჯახი დარდობს □ □ □ □ □
9. ამჟღავნებენ აგრესიას საკუთარი თავისადმი □ □ □ □ □
10. ავლენენ აგრესიას სხვებისადმი □ □ □ □ □
11. აწუხებთ უმადობა □ □ □ □ □
12. აწუხებთ ოფლიანობა □ □ □ □ □
13. აწუხებთ თავის ტკივილი □ □ □ □ □
14. აწუხებთ მუცლის ტკივილი □ □ □ □ □

- 15. ამჟღავნებენ ჩაკეტილობას/ კომუნიკაციის სურვილს კარგავენ □ □ □ □ □
- 16. ზედმეტად ემოციურები არიან ყველაფრისადმი □ □ □ □ □
- 17. ბევრს ფიქრობენ სიკვდილზე □ □ □ □ □
- 18. არ აქვთ ნდობა გარემოსადმი □ □ □ □ □
- 19. არიან მკურნალობით გადაღლილები და მოწყენილები □ □ □ □ □
- 20. არის ოჯახური ბედნიერების დეფიციტი □ □ □ □ □

დანართი 6.

ფსიქო-სოციალურისაჭიროებები ბავშვთა ონკოლოგიაში

	2018		
	არასდროს	ძალიან იშვიათად	არცის
1. ხშირად არიან ბავშვები და დიდები და ტირიან	0%	3%	
2. აწუხებთ შფოთვა და უძლობა	4%	14%	
3. ენატრებათ სკოლა, მეგობრები, თავიანთი ჰობი	10%	15%	
4. აქვთ, შიში რომ ყველაფერი შეიძლება უფრო გართულდეს	16%	21%	
5. არესმით ექიმის რჩევები და არი თვალის წინებენ	19%	34%	
6. არის გაუგებრობა და ბურუსი მომავლის გარშემო	13%	20%	
7. არ არიან საკმარისად გაცნობიერებულნი საკუთარ დიაგნოზში	5%	7%	
8. აქვთ დანაშაულის განცდა, რომ მათი ოჯახი დარდობს	6%	30%	
9. ამჟღავნებენ აგრესიას საკუთარი თავისადმი	8%	62%	



10. ავლენენაგრესიასსხვებისადმი	17%	68%
11. აწუხებთუმადობა	26%	14%
12. აწუხებთოფლიანობა	38%	5%
13. აწუხებთთავისტკივილი	12%	22%
14. აწუხებთმუცლისტკივილი	9%	18%
15. ამჟღავნებენჩაკეტილობას	19%	16%
16. ზედმეტადემოციურებიყველაფრისადმი	5%	21%
17. ბევრსფიქრობენსიკვდილზე	1%	9%
18. არაქვთნდობარაგემოსადმი	7%	27%
19. არიანმკურნალობითგადაღლილები დამოწყენილები	5%	6%
20. არისოჯახურიბედნიერებისდეფიციტი	4%	15%

დანართი 7

**D1 პაციენტისსქესი**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 მდედრობითი	48	48.0	48.0	48.0
Valid 2 მამრობითი	52	52.0	52.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**D2 დიაგნოზისტადა**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

	1 პირველი	15	15.0	15.0	15.0
	2 მეორე	29	29.0	29.0	44.0
Valid	3 მესამე	41	41.0	41.0	85.0
	4 მეოთხე	15	15.0	15.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

**D4 მკურნალობისდრო**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1 ერთწელზენაკლები	30	30.0	30.0
	2 ერთწელზემეტი	41	41.0	71.0
Valid	3 ორწელზემეტი	17	17.0	88.0
	4 ხუთწელზემეტი	12	12.0	100.0
	Total	100	100.0	

**D5 პაციენტისასაკი**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1 ხუთწლამდე	21	21.0	21.0
	2	42	42.0	63.0
Valid	ხუთიდანთორმეტწლამდე	37	37.0	100.0
	3 თორმეტიდან 18 წლამდე			
	Total	100	100.0	

**D3 რეციდივი**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 არის რეციდივი	36	36.0	36.0	36.0
Valid 2 არარის რეციდივი	64	64.0	64.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**D8 რა არის სოციალური მუშაკის ფუნქციად რომელი ბავშვთა ონკოლოგიაში?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 პაციენტის ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა	24	24.0	24.0	24.0
Valid 2 მარტივი ენით მოსაუბრე კეთილგანწყობილი ადამიანი/შუამავალი	10	10.0	10.0	34.0
Valid 3 უზრუნველყოფს მხარდაჭერას რომელიც უჭირავს პაციენტს და მისი ნდობის დამყარებას	10	10.0	10.0	44.0
Valid 4 პაციენტთან მოტივაციას აძლევს ემართება ზეზრუნავს	13	13.0	13.0	57.0
Valid 5 პაციენტის ინტერესებისა და სურვილების საფუძველზე	27	27.0	27.0	84.0
Valid 6 არის ირიბი მკონტროლებელი ექიმის დახმარებით	10	10.0	10.0	94.0
Valid 7 პაციენტის ოჯახის ფსიქოემოციური გაძლიერება	3	3.0	3.0	97.0

99 მიჭირსპასუხისგაცემა	3	3.0	3.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**D7 სოციალური მუშაკი რომელი ციმი მუშაებსონ კოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვებთან უნდა იყო**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 სამედიცინო განათლების	17	17.0	17.0	17.0
2 უნდა ერკვეოდეს პაციანტის ადაზავსვის უფლებებში	39	39.0	39.0	56.0
3 ფლობდეს თანამედროვე მიდგომებს	32	32.0	32.0	88.0
4 ჰქონდეს საზღვარგარეთ მიღებული პრაქტიკა მსგავს ფეროში	8	8.0	8.0	96.0
99 მიჭირსპასუხისგაცემა	4	4.0	4.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**D6 ონკოლოგიური პრობლემების მქონე ბავშვებს ესაქიროებათ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	◆ 2 მეტიმედი, რწმუნადამოტივაციაფსიქო ლოგიურიბრძოლისუნარია ნობა	36	36.0	36.0	36.0
	◆ 99 მიჭირსპასუხისგაცემა	31	31.0	31.0	67.0
	Total	100	100.0	100.0	100.0

**D1 პაციენტისსქესი \* D3 რეციდივი Crosstabulation**

Count

		D3 რეციდივი		Total
		1 არისრეციდივი	2 არარისრეციდი ვი	
D1 პაციენტისსქესი	1 მდედრობითი	21	27	48
	2 მამრობითი	15	37	52
Total		36	64	100

**D3 რეციდივი \* D6 ონკოლოგიურიპრობლემებისმქონებავშვებსესაჭიროებათ Crosstabulation**

Count

	D6 ონკოლოგიურიპრობლემებისმქონებავშვებსესაჭიროებათ
--	---

D4 მკურნალობისდრო \* D6 ონკოლოგიურიპრობლემებისმქონეზავშვებსესაჭიროებათ Crosstabulation

Count		D6 ონკოლოგიურიპრობლემებისმქონეზავშვებსესაჭიროებათ			
		◆	2 მეტიიმედი, რწმენადამოტივაციაფსიქოლოგიურიბრძოლისუნარიანობა	◆	99 მიჭირსპასუხისგაცემა
D4 მკურნალობისდრო	1 ერთწელზენაკლები	13	11	4	
	2 ერთწელზემეტი	15	11	9	
	3 ორწელზემეტი	4	5	6	
	4 ხუთწელზემეტი	4	4	1	
Total		36	31	20	
Count		D6 ონკოლოგიურიპრობლემებისმქონეზავშვებსესაჭიროებათ			
		◆	2 მეტიიმედი, რწმენადამოტივაციაფსიქოლოგიურიბრძოლისუნარიანობა	◆	99 მიჭირსპასუხისგაცემა
D3 რეციდივი	1 არისრეციდივი	13	12	7	
	2 არარისრეციდივი	23	19	13	
Total		36	31	20	

D2 დიაგნოზი/სტადია \* D6 ონკოლოგიურიპრობლემებისმქონეზავშვებსესაჭიროებათ Crosstabulation

Count		D6 ონკოლოგიურიპრობლემებისმქონეზავშვებსესაჭიროებათ				Total
		◆	2 მეტიიმედი, რწმენადამოტივაციაფსიქოლოგიურიბრძოლისუნარიანობა	◆	99 მიჭირსპასუხისგაცემა	
D2 დიაგნოზი/სტადია	1 პირველი	4	5	4	2	15
	2 მეორე	11	9	5	4	29
	3 მესამე	17	11	9	4	41
	4 მეოთხე	4	6	2	3	15
Total		36	31	20	13	100

Tinatin Asatiani

## The Role of Social Work in Children Onkology

Social Work

Master Thesis is done obtain the Master's Degree in Social Work



Supervisor: PhD Tengiz Verulava

Professor of Faculty of Social and Political Sciences of TSU

Tbilisi

2018