ავტორის სტილი დაცულია

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო
უნივერსიტეტი

მედიცინის ფაკულტეტი

სადოქტორო პროგრამა- კლინიკური და ტრანსლაციური მედიცინა
მიმართულება: პალიატიური და ტკივილის მედიცინა

დოქტორანტი (ხარისხის მაძიებელი) - თამარ ლეკაშვილი

სადოქტორო ნაშრომის სათაური - ონკოინკურაბელურ პაციენტთა საჭიროებების, პალიატიური მზრუნველობის სტატუსის განსაზღვრის კრიტერიუმებისა და მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ანალიზი საქართველოში

(პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული მოდელის
გაუმჯობესებისათვის)

თემის სამეცნიერო ხელმძღვანელი: თამარ რუხაძე- მედიცინის დოქტორი; ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი.

თბილისი, 2019 წ.

სარჩევი

I

1. შესავალი ……..……..…… 1

2. აქტუალობა……..……..……..…… 1

3. კვლევის მიზანი და ამოცანები……..…… 14

4. დასაცავად გამოსატანი დებულებები …… 15

5. მეცნიერული სიახლე …… 16

6. პრაქტიკული რეკომენდაციები …… 17

7. აპრობაცია……..…… 18

8. დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომები……..… 19

II

ლიტერატურის მიმოხილვა ……..……...… 20

1. პალიატიური პაციენტების სამედიცინო პაჭიროებების განსაზღვრისა და სამედიცინო სერვისების, მათი განხორციელების და სამეცნიერო კვლევების შესახებ აღნიშნული საკითხის ირგვლივ .....…… 20

2. პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში, სერვისები და მათი ხელმისაწვდომიბა ....…… 49

3. ინკურაბელურ პაციენტთა ქრონიკული ტკივილის მართვა და მასთან დაკავშირებული სირთულეები საქართველოში ...……..…… 52

4. ინკურაბელურ პაციენტთა (ონკო-ინკურაბელურ პაციენტთა) სტატუსის განსაზღვრა საქართველოში .....……..…… 61

5. ინკურაბელურ პაციენტთთა პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო სერვისი საქართველოში …….....……...…… 71

6. ინკურაბელურ პაციენტთა სამედიცინო საჭიროებებისა და სერვისების მნიშვნელობის თაობაზე პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების გაუმჯობესებისათვის ……..…… 78

III

1. მასალა და მეთოდები ……..…… 90

IV

1. კვლევის შედეგები და განსჯა …… 97

V

1. დასკვნები ……..…… 129

VI

Analysis of needs, palliative care status and medical service delivery of chronic incurable patients in Georgia (For improving the national model of palliative care) ……..…… 135

VII

1. ლიტერატურა …….. 158

შესავალი

<u>აქტუალობა</u>

სამედიცინო პრაქტიკაში პალიატიური მზრუნველობა წარმოდგენილია, როგორც აქტიური მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა სიცოცხლის ბოლომდე, რათა ისინი დარჩნენ საზოგადოების სრულყოფილ და სრულფასოვან წევრებად. პალიატიური მზრუნველობა ვრცელდება იმ ქრონიკული სენით შეპყრობილ ავადმყოფებზე და მათ მზრუნველ პირებზე, რომელთა დაავადება აქტიურ და სპეციფიურ მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; მსოფლიო გამოცდილებისა და ჯანმრთელობის მსოფილო ორგანიზაციის რეკომენდაციების მიხედვით პალიატიური მზრუნველოა ეთრადერთი გზაა ასეთი ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების უკეთესი ხარისხის მიღწევისათვის (http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/). აღნიშნულს იზიარებს მრავალი საერთაშორისო ორგანიზაცია, სამედიცინო თუ ფართო საზოგადოება.

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, ტერმირი „პალიატიური“ წარმოიშვა ლათინური სიტყვისგან „Pallium“, რაც ნიშნავს „ნიღაბს“, „საფარველს“. პალიატიური მზრუნველობის არსია – შენიღბოს, დაფაროს ანუ შეამსუბუქოს განუკურნებელი დაავადებები (http://www.mywhatever.com/cifwriter/content/22/4472.html).

ამგვარად, პალიატიური მზრუნველობა არის ადამიანის ფუნდამენტური უფლება და ადამიანის ღირსებისა და ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილი. მისი მიზანია, ტანჯვის პრევენციის, შემსუბუქებისა და ადეკვატური მართვის მეშვეობით, სიცოცხლის შემზღუდველი დაავადების მქონე პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. პალიატიური მზრუნველობა ასევე მოიცავს ფსიქოლოგიურ, ფსიქო-სოციალურ, სამართლებრივ და სულიერ ასპექტებს, რომლებიც კავშირშია ზემოაღნიშნულ ქრონიკულ დაავადებებთან.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ერთ-ერთი განმარტებით: პალიატიური მზრუნველობა არის მიდგომა, რომელიც ტკივილის და სხვა ფიზიკური, ფსიქო-სოციალური და სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასებისა და მკურნალობის შედეგად, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით, აუმჯობესებს იმ პაციენტებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხს, რომლებსაც აქვთ სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემები.

პალიატიური მზრუნველობა მოიცავს და ითვალისწინებს შემდეგ ასპექტებს:

- ✓ უზრუნველყოფს ტკივილისა და ტანჯვის სხვა სიმპტომების შემსუბუქებას;
- ✓ განამტკიცებს სიცოცხლის შეგრძნებას და მიიჩნევს გარდაცვალებას ბუნებრივ პროცესად;
- ✓ არ ისახავს მიზნად გარდაცვალების დაჩქარებას ან გადავადებას;
- ✓ ითვალისწინებს პაციენტის მოვლის ფსიქოლოგიური და სულიერი ასპექტების ინტეგრაციას;
- ✓ უზრუნველყოფს მხარდაჭერის სისტემას, რომელიც ეხმარება პაციენტს გარდაცვალებამდე აქტიური ცხოვრებით იცხოვროს;
- ✓ უზრუნველყოფს მხარდაჭერის სისტემას, რომელიც ეხმარება ოჯახს პაციენტის ავადმყოფობასა და გლოვის პერიოდთან დაკავშირებული სულიერი პრობლემების გადალახვაში;
- ✓ პაციენტების და მათი ოჯახების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად იყენებს გუნდურ მიდგომას, რაც, საჭიროების შემთხვევაში, ითვალისწინებს კონსულტაციების გაცემას გლოვის პერიოდში;
- ✓ აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს და შესაძლოა ამასთანავე პოზიტიური გავლენა იქონიოს დაავადების მიმდინარეობაზე;
- ✓ გამოიყენება დაავადების ადრეულ სტადიაზე სიცოცხლის გამახანგრძლივებელ სხვა სახის მკურნალობასთან ერთად როგორიცაა ქიმიოთერაპია ან სხივური თერაპია და მოიცავს შესაბამის გამოკვლევებს ტანჯვის მომტანი კლინიკური გართულებების უკეთესი გაანალიზებისა და მართვისთვის.

ჯანმოს და სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების რეკომენდაციებით, ქრონიკული დაავადებების მართვისას პალიატიური მზრუნველობა რეკომენდე-ბულია დაიწყოს დაავადების დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან და მისი წილი გაიზარდოს და გაგრძელდეს სიცოცხლის ბოლომდე. ამასთან, ფექტური პალიატიური მზრუნველობა მოითხოვს მულტიდისციპლინურ მიდგომას, რომელიც მოიცავს ოჯახის ჩართულობასაც და იყენებს საზოგადოებაში არსებულ რესურსებს; მისი წარმატებული განხორციელება შეზღუდული რესურსების პირობებშიც შესაძლებელია.

ჯანმოს თანახმად, მსოფლიოში ყოველწლიურად დაახლოებით 40 მილიონი ადამიანი საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას, ხოლო მათგან მხოლოდ 14%-ს მიეწოდება აღნიშნული სერვისები. პალიატიური მზრუნველობა შეიძლება განხორ-ციელდეს კლინიკაში, ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებაში, ჰოსპისში, საექთნო სახლში, თემის ჯანდაცვის ცენტრებში და ბინაზე. ეს უკანასკნელი კი ერთ-ერთ მნიშვნელოვან სახეს წარმოადგენს, რადგან პაციენტთა უმრავლესობა სწორედ ახლობლების გარემოცვაში ყოფნასა და გარდაცალებას ამჯობინებს.

ევროპის მინისტრთა კომიტეტის 2003 წლის რეკომენდაციების მიხედვით პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების შესახებ, ნათქვამია, რომ პალიატიუ-რი მზრუნველობის პოლიტიკა უნდა ეფუძნებოდეს ევროპის საბჭოს მიერ შემოთავაზებულ რეგულირებებს: ადამიანის, პაცინეტის უფლებებს, ადამიანის ღირსებას, დემოკრატიას, თანასწორობას, სოლიდარობას, თანასწორ გენდერულ შესაძლებლობებს, მონაწილებას და არჩევანის თავისუფლებას.

ამასთან, პალიატიური მზრუნველობის მომსახურება და პოლიტიკა პაციენტს უნდა სთავაზობდეს რესურსების ფართო სპექტრს, როგორიცაა: ბინაზე მზრუნველობა, მზრუნველობა სტაციონარის სპეციფიკურ და საერთო განყოფილებებში, დღის სტაციონარსა და ამბულატორიულ კლინიკებში, სასწრაფო დახმარების და დროებითი მოვლის განაყოფილებებში. აღნიშნული მზრუნველობა უნდა იყოს მრავალმხრივი, ჯანდაცვის სისტემის, კულტურის შესაბამისი, ყურადღება გამახვილებული უნდა იქნას პაციენტის საჭიროებებისა და სურვილების ცვალებადობაზე.

აღნიშნული რეკომენდაციების მიხედვით, პაციენტებს გარანტირებული უნდა ჰქონდეთ პალიატიური მზრუნველობა მიუხედავად მათი ფინანსური მდგომარეობისა. ფინანსური და სხვა სახის მექანიზმები ადაპტირებული უნდა იქნეს პაციენტების საჭიროებების გათვალისწინებით და იძლეოდეს პალიატიური მზრუნველობის უწყვეტობის გარანტიას. პალიატიური მზრუნველობა უნდა წარმოადგენდეს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელ ნაწილს და ამდენად იგი უნდა იყოს ჯანდაცვის გეგმებისა და იმ სპეციფიკური პროგრამების ელემენტი, რომელიც ეხება მაგ. კიბოს, შიდსს ან გერიატრიას. კანონმდებლობამ უნდა უზრუნველყოს ოპიოიდებისა და სხვა მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა, სამედიცინო მიზნით მათი ფართო შემადგენლობითა და დოზირებით გამოყენებისათ-ვის. არადანიშნულებისამებრ გამოყენების შიში არ უნდა აფერხებდეს აუცილებელი და ეფექტური მედიკამენტური მკურნალობის მისაწვდომობას.

ევროსაბჭოს რეკომენდაციების მიხედვით, პალიატიური მზრუნველობა მოიცავს ყველა სახის პალიატიურ ჩარევას, რაც გულისხმობს დაავადების მართვაზე მიმართულ თერაპიებს: როგორიცაა ქირურგია, რადიოთერაპია, ქიმიოთერაპია, ჰორმონალური მანიპულაციები და ა.შ. ყველა ასეთი ჩარევის საბოლოო ამოცანას წარმოადგენს პაციენტის მაქსიმალური რეაბილიტაცია და სიცოცხლის საუკეთესო ხარისხის მიღწევა. ამდენად, სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების სრულ ინტეგრირებას საავადმყოფოებსა და სათემო დაწესებულებებში არსებულ ჯანდაცვის პროგრამებში.

შესაბამისი მკურნალობის განსახორციელებლად, ინდივიდუალურად, ხშირი ინტერვალებით უნდა ჩატარდეს მზრუნველობის როგორც სიმპტომური, ასევე დაავადების მართვაზე მიმართული ღონისძიებების შედეგების შეფასება, რათა შემუშავებული იქნას მკურნალობის ოპტიმალური სქემა. ამასთან, შეკითხვა, როდის არის უმჯობესი პაციენტისათვის განხორციელდეს აქტიური პალიატიური მზრუნველობა, როგორც ჯანმოს, ასევე ევროსაბჭოს რეკომენდაციების მიხედვით, რეკომენდებულია, რომ: პალიატიური მზრუნველობა მიზნად ისახავს სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას. ის მიზანშეწონილია დაიწყოს დიაგნოზის დასმისთანავე.

ამასთან, აღსანიშნავია, რომ დოილმის აზრით, პალიატიური მზრუნველობა ფოკუსირებულია სიცოცხლის იმ უკანასკნელ წლებსა თუ თვეებზე, როდესაც სიკვდილი უფრო მოსალოდნელია ვიდრე შესაძლებელი.

არსებობს ლიტერატურული წყაროები, რომლის მიხედვითაც, პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწვდომობა დამოკიდებულია დაავადებაზე (ონკო პაციენტებს აქვთ მეტი მისაწვდომობა), და ასევე სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებზე. უფრო მეტიც, ზოგიერთ ქვეყანაში, ინტენსიური ტერმინალური მზრუნველობის ხელმი-საწვდომობა შემოიფარგლება მხოლოდ იმ პაციენტებით, რომელთა დაავადებასთან დაკავშირებული სასიცოცხლო პროგნოზი დაახლოებით 3 თვეს არ აღემატება. ასეთი შეზღუდვები თითქმის ყოველთვის იწვევს დიდ პრობლემებს მაშინ, როდესაც პაციენტები საწყის პროგნოზზე გაცილებით დიდხანს ცოცხლობენ და მაღალი ხარისხის პალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებენ. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ პაციენტთა მზუნველობის განმავლობაში მათი ჩვილებისა და პრობლემების ნუსხა, რაც მართვას საჭიროებს მზუნველობის განმავლობაში მკვეთრად მატულობს. ამდენად, წარმოუდგენელია მზრუნველობის ზღვარი დაწესებულ იქნას ხისტად 3 თვე და არ იქნას შეფასებული ის რისკები, რაშიც პაციენტი იმყოფება სწორედ ყველაზე მძიმე და სიცოცხლისათვის რთულ პერიოდში.

პალიატიური მზრუნველობის მიღების ერთ-ერთ ინსტიტუციას წარმოადგენს ჰოსპისი. არ არსებობს პოსპისური მზრუნველობის ერთი, ყველასათვის მისაღები განმარტება. თავდაპირველად, კონცეფცია მიმართული იყო ჯანდაცვის ზოგადი სისტემისაგან განსხვავებული მზრუნველობის ფორმაზე, სადაც სამუშაოს უდიდესი ნაწილი სრულდებოდა მოხალისეთა მიერ და აქცენტი კეთდებოდა კომფორტსა და სულიერებაზე. დღესდღეობით, მრავალ ქვეყანაში პოსპისური მზრუნველობა გაიგივებულია პალიატიური მზრუნველობისთან.

ხშირად მას ასეც განსაზღვრავენ - სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს პალიატიურ და დამხმარე მომსახურებას ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი მხარდაჭერის მიზნით. მრავალი წყაროს მიხედვით, იმ

შემთხვევაში, თუ ზემოხსენებული სერვისები მიეწოდება პაციენტს ბინაზე, აღნიშნული განიხილება როგორც შინმოვლის სერვისი.

ამერიკის ჰოსპისთა და პალიატიური მზრუნველობის ეროვნულმა ორგანიზაციამ განავითარა ჰოსპისის სტანდარტები მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით. ამერიკის შეერთებულ შტატებში არსებობს სპეციალური აკრედიაციის მიმნიჭებელი ორგანიზაციები, რომლებიც ახორციელებენ ჰოსპისის პროგრამების შეფასებას. მათი განმარტებით, პალიატიური მზრუნველობა ქრონიკული/ინკურაბელური დაავადების მიმდინარეობის ნებისმიერ დროს არის საჭირო. რაც შეეხება ჰოსპისურ მზრუნველობას, ამ შემთხვევაში საჭიროა ჰოსპისური მზრუნველობის დასაბუთება ექიმის მხრიდან, კერძოდ, სამედიცინო პერსონალის დასაბუთების საფუძველზე ამ სახის სერვისის ბენეფიციარის მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა საშუალოდ არ აღემატება 6 თვეს. თუმცა, ასეთი დასაბუთება მკაცრად არ ნიშნავს, რომ ჰოსპისური მზრუნველობა უნდა შეწყდეს, თუ პაციენტი იცოცხლებს 6 თვეზე მეტ ხანს. ზემოაღნიშნულს იზიარებს ისეთი მკაცრი არბიტრი და დამფინანსებელი, როგორიცაა აშშ-ს ერთ-ერთი უდიდესი სადაზღვევო კომპანია- „მედიქეა“ და არ ზღუდავს პაციენტთა მომსახურეობას მაშინაც კი, როდესაც პაციენტთა საშუალო სიცოცხლის ხანგრძივობა აღემატება 6 თვეს (და მათ შორის 12 თვესაც).

პალიატიური მზრუნველობის დეფინიცია ასევე მოცემულია საქართველოს კანონებში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ და ითვალისწინებს კანონი - პაციენტის უფლებების შესახებ. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლის „ტ[4]" ქვეპუნქტი და პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლი „ლ'' ქვეპუნქტი პალიატიური მზრუნველობის ანალოგიურ დეფინიციას ითვალისწინებს, კერძოდ: **პალიატიური მზრუნველობა** – აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

ზემოხსენებული განმარტების გარდა, არსებობს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №157/ნ „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ სადაც მოცემულია პალიატიური მზრუნველობი განმარტება.

ზემოხსენებულიმ ბრძანების პირველი მუხლის თანახმად, **„პალიატიური მზრუნველობა** ეწოდება “აქტიურ, მრავალპროფილურ მზრუნველობას იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება. მისი უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა და ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების უკეთესი ხარისხის მიღწევა” (Geneva: World Health Organization, 1990)’’.

ხოლო, საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ იცნობს ტერმინს „პალიატიური მკურნალობა’’. კანონის მე-3 მუხლის ტ ქვეპუნქტის თანახმად **პალია-ტიური მკურნალობა** არის „სამედიცინო მომსახურება, რომლითაც რადიკალურად არ უმჯობესდება პაციენტის მდგომარეობა, არ იცვლება არაკეთილსაიმედო პროგნოზი და რომლის მიზანია პაციენტის მდგომარეობის დროებით შემსუბუქება.’’

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის 53-ე მუხლის მე-2 და მე-3 ნაწილის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულების ერთი-ერთი ფუნქცია პალიატიური მზრუნველობა.

კერძოდ:

2. სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციაა:

ა) პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრა;

ბ) დაავადებათა პროფილაქტიკა ან/და მკურნალობა ან/და პაციენტების რეაბილიტაცია ან/და **პალიატიური მზრუნველობა;**

გ) სამეანო საქმიანობა;

დ) ფარმაცევტული საქმიანობა;

ე) (ამოღებულია);

ვ) გვამის პათოლოგიურ-ანატომიური გამოკვლევა, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა;

ზ) ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებების განხორციელება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანების №01-9/ნ (2016 წლის 4 მარტი) სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაციის განსაზღვრის თაობაზე, მე-2 მუხლის „ე'' ქვეპუნქტის თანახმად, ჰოსპისი არის სამედიცინო დაწესებულება.

კერძოდ:

სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებები იყოფა შემდეგ ჯგუფებად:

ა) ამბულატორიული დაწესებულებები;

ბ) სტაციონარული დაწესებულებები;

გ) ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები;

დ) შინმოვლის დაწესებულებები/ბინაზე სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტები;

ე) ჰოსპისი;

ამავე ბრძანების მე-7 მუხლის თანახმად:

მუხლი 7. ჰოსპისი

1. სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს პალიატიურ და დამხმარე მომსახურებას ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი მხარდაჭერის მიზნით. იმ შემთხვევაში, თუ ზემოხსენებული სერვისები მიეწოდება პაციენტს ბინაზე, აღნიშნული განიხილება როგორც შინმოვლის სერვისი.

2. ჰოსპისი იყოფა ორ ტიპად:

ა) ჰოსპისი, რესპირატორული მხარდაჭერის უზრუნველყოფის შესაძლებლობით;

ბ) ჰოსპისი, რესპირატორული მხარდაჭერის უზრუნველყოფის შესაძლებლობის გარეშე.

კანონმდებლობა არ იცნობს ჰოსპისური მზრუნველობის განმარტებას. ამის მიუხედავად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანების №01-9/ნ თანახმად, ჰოსპისი არის სამედიცინო დაწესებულება (მე-2 მუხლის „ე" ნაწილი), ხოლო პალიატიური მზრუნველობა არის სამედიცინო დაწესებულების ფუნქცია (ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონი, მუხლი 53.2 და 53.3). არც ერთ კანონში და არც კანონქვემდებარე აქტში არ არის განმარტებული ჰოსპისური მზრუნველობა.

ჰოსპისურ მზრუნველობა - ეს არის სპეციალური მზრუნველობა იმ პალიატი-ური პაციენტებისთვის, რომელთა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა არ აღემატება 6 თვეს. ჰოსპისური მზრუნველობა მიეწოდება ჰოსპიში, საავადმყოფოში, საექთნო სახლში ან ბინაზე.

ჰოსპისური მზრუნველობა ეს არის კომფორტი, ღირსება და დარჩენილი სიცოცხლის მაღალი ხარისხი. ჰოსპისური მზრუნველობა ასევე ითვალისწინებს პაციენტის ოჯახის წევრების მხარდაჭერას და მწუხარების გაზიარებას.

მოწოდებული რეკომენდაცია ზრუნვისა და სამედიცინო სერვისების მიწოდების გამიჯვნის შესახებ ბუნებრივია არ უარყოფს პაციენტის უფლებას მიიღოს მისთვის სასურველი სამედიცინო მომსახურება და საჭირო ხანგრძლივობით.

უფრო მეტიც, ლიტერატურული წყაროების მიხედვით ასეთი პაციენტებისათვის არ უნდა არსებობდეს რაიმე სახის ფინანსური ან/და ადმინისტრაციული ბარიერი სამკურნალო ღონისძიებების მიღებისათვის. შესაბამისად, მოწოდებული რეკომენდაცია ითვალისწინებს, რომ ზრუნვის მიმღები ბენეფიციარებისათის პალიატიური ზრუნვის სერვისები შესაძლებელია მიწოდებულ იქნას ჰოსპისში. რაც შეეხება პაციენტებს, რომლებიც უარს აცხაებენ ზრუნვაზე და ითხოვენ სამკურნალო ღონისძიებებს, მათთვის სპეციალიზებული/სპეციფიური

მომსახურების მიწოდება უნდა განხორციელდეს ჰოსპიტალის შესაბამის სამედიცინო დეპარტამენტსა თუ ერთეულში.

ზემოაღნიშნული რეკომენდაცია ვრცელდება რესპირატორული მხარდაჭერის სურვილის მქონე და მაღალი რისკის (ინფექციური) დაავადებებით დაავადებულ პაციენტებზე, რომელთათვისაც მოთხოვნილი სერვისის მიწოდება შეუძლებელია ჰოსპისში მატერიალურ-ტექნიკური, ადამიანური რესურსების კვალიფიკაციის, უსაფრთხოების და ჰოსპისური ზრუნვის კონცეფციის პირობების შეუსაბამობიდან ან/და არარსებობიდან გამომდინარე.

ამდენად, ასეთი პაციენტების რეფერირება განხორციელდება შესაბამისი პროფილის დაწესებულებაში, სადაც მათ ექნებათ ხელმისაწვდომობა, როგორც სამკურნალო, ასევე პალიატიური ზრუნვის სერვისებზე კომბინირებულად და კომპლექსურად. უფრო მეტიც, დღეისათვის კლინიკური ინკოლოგიის პრაქტიკაში საერთაშორისოდ აღიარებულია ინტეგრირებული მზრუნველობა, რაც მოიცავს პალიატიური მზრუნველობის ადრეულ ეტაპზე ჩართვას, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. ასევე სპეციფიური მკურნალობის ელემენტების გამოყენებას იქ, სადაც ეს პაციენტისათვის შედეგის მომტანია (მაგალიტად, სხივური თერაპიის გამოყენება ძლიერი ძვლოვანი ტკივილის შემთხვევაში).

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 157/ნ (2008 წლის 10 ივლისი ქ. თბილისი)-ის მიხედვით - ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე, მუხლი #2-ში პალიატიური მზრუნველობის არსისა და ამოცანების შესახებ ნათქვამია:

1. პალიატიური მზრუნველობა გამოყენებულ უნდა იქნას ნებისმიერი ქრონიკული (საბოლოო ანგარიშით) უკურნებელი დაავადების შემთხვევაში. პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვანი ამოცანაა ტკივილის მოხსნა.

2. პალიატიური მზრუნველობა:

ა) ამკვიდრებს ბოლომდე ღირსეული სიცოცხლის ფილოსოფიას, ამასთანავე ნორმალურ კანონზომიერ პროცესად მიიჩნევს სიკვდილს;

ბ) ისწრაფვის, რაც შეიძლება დიდხანს უზრუნველყოს ავადმყოფის აქტიური ცხოვრების წესი;

გ)სთავაზობს დახმარებას პაციენტის ოჯახს ავადმყოფობის მძიმე პერიოდში და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას უცხადებს ახლობელი ადამიანის დაკარგვის გამო;

მიმართავს მრავალმხრივ პროფესიონალურ (ინტერდისციპლინურ) მიდგომას პაციენტისა და მისი ოჯახის ყველა მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად;

დ) ახდენს ადეკვატურ გაუტკივარებას და სხვა ფიზიკური სიმპტომების მოხსნას; აუმჯობესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს და, ამასთანავე, გარკვეულწილად დადებითად მოქმედებს ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე;

3. პალიატიური მზრუნველობის ორი მთავარი კომპონენტია:

ა) ავადმყოფის ტანჯვის შემსუბუქება ავადმყოფობის მთელი პერიოდის განმავლობაში (რადიკალურ მკურნალობასთან ერთად);

ბ) სამედიცინო დახმარება სიცოცხლის უკანასკნელ თვეებში, დღეებსა და საათებში.

4. ავადმყოფს პალიატიური მზრუნველობა უნდა გაეწიოს უკურნებელი დაავადების დიაგნოზის დასმისთანავე. რაც უფრო ადრე და სწორად იქნება ორგანიზებული და გაწეული ეს დახმარება, მით მეტია ალბათობა, რომ განვახორციელებთ დასახულ ამოცანას _ მივაღწევთ ავადმყოფისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხის მაქსიმალურად შესაძლებელ გაუმჯობესებას.

5. ავადმყოფების სამ ძირითად ჯგუფს, რომელთაც სიცოცხლის დასასრულს სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებათ, წარმოადგენს:

ა) მე-4 სტადიის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი;

ბ) ტერმინალურ სტადიაში მყოფი შიდსით დაავადებულნი;

გ) არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესე სენით დაავადებულნი ტერმინალურ სტადიაში (გულის, ფილტვების დეკომპენსაციის, ღვიძლისა და თირკმლების უკმარისობის სტადიები, გაფანტული სკლეროზი, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევების მძიმე შედეგები და სხვ.).

6. პალიატიური მზრუნველობისათვის პაციენტთა შერჩევის კრიტერიუმებია:

ა) სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არა უმეტეს 3-6 თვისა;

ბ) შემდგომი მკურნალობის ნებისმიერი მცდელობის მიზანშეუწონლობა (სპეციალისტების მტკიცე რწმენის გათვალისწინებით, რომ დიაგნოზი სწორადაა დასმული);

გ) ავადმყოფის ისეთი ჩივილები და სიმპტომები, რომლებიც სიმპტომური თერაპიისა და მოვლისათვის სპეციალურ ცოდნასა და უნარს საჭიროებს.

7. პალიატიური მზრუნველობისათვის პაციენტთა შერჩევის კრიტერიუმებია:

ა) სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არა უმეტეს 3-6 თვისა;

ბ) შემდგომი მკურნალობის ნებისმიერი მცდელობის მიზანშეუწონლობა (სპეციალისტების მტკიცე რწმენის გათვალისწინებით, რომ დიაგნოზი სწორადაა დასმული);

გ) ავადმყოფის ისეთი ჩივილები და სიმპტომები, რომლებიც სიმპტომური თერაპიისა და მოვლისათვის სპეციალურ ცოდნასა და უნარს საჭიროებს.

ინსტრუქციის მიხედვით ნათელია, რომ პროგრამის ბენეფიციარები არიან მე-4 სტადიის მქონე ონკოლოგიური პაციენტები და თანაც ისეთი ჩივილებით, რომლებიც სიმპტომური თერაპიის და მოვლისათვის სპეციფიურ ცოდნასა თუ უნარს საჭიროებს. აღსანიშნავია, რომ ონკოლოგიურ პრაქტიკაში დაავადების სტადიურობა ხდება დიაგ-ნოზის დადგენის მომენტში, რაც ყოველთვის ცხადია ვერ იქნება მე-4 სტადია, ხოლო სტადიის ცვლილება კი აღარ ხდება პაციენტის ცხოვრების მანძილზე.

ამასთან, პაცინეტთა აღნიშნულ ჩივილთა შორისაა ტკივილი. ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის ადეკვატური მართვისათის კი პაციენტთათვის საკანონმდებ-ლო ბაზის მიხედვით აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს კლინიკური ჯგუფის

განსაზღვრა, რაც დამატებით ბიოროკრატიულ საკითხს წარმოადგენს. ასევე აღსანიშნავია ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა, რაც მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ონკო-ინკურაბელურ პაციენტთათვის ტკივილის ადეკვატურად მართვის საკითხის სწორად მართვში.

ყურადსაღებია შემდეგი ფაქტიც, როგორც ზემოთ იქნა აღნიშნული, საქართველოში მოქმედი პროგრამის ინსტრუქციის მიხედვით, ბენეფიციართა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძივობა არაუმეტეს 3-6 თვეა, რაც სავარაუდოდ შესაძლოა მიუთითებდესარასრულფასოვან მზრუნველობაზე, ან პაციენტთა საჭიროებების არასწორად განსაზღვრავდეს.

და ბოლოს, პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი პრინციპების გათვალისწინებას ეჭვის ქვეშ აყენებს პროგრამის ინსტრუქციით გათვალისწინებული ის მოთხოვნა, სადაც ბენეფიციარების განსაზღვრება ითვალისწინებს პაციენტთა იმ ჯგუფს, რომელთა მკურნალობის ნებისმიერი მცდელობა მიზანშეუწონილი აღარ არის. ამ შემთხვევაში რთულია იზრუნო პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე და მათი სრულფასოვანი ცხოვრების შენარჩუნებაზე ცხოვრების ბოლომდე.

სწორედ ყოველივე ზემოაღნიშნული განსაზღვრავს წარმოდგენილი ნაშრომის აქტუალობას, რათა შეფასდეს არსებული პროგრამის გამართულობის და მიანშეწონილობის საკითხი, შეფასდეს მისი საჭიროება, ეფექტურობა და არის თუ არა ის პაციენტის საჭიროებებზე მორგებული, პასუხობს თუ არა პაციენტთა მოთხოვნებს და ამართლებს თუ არა დასახულ მიზნებს.

ზემოხსენებული საკითხის აქტუალობას ადასტურებს ის ფაქტი, რომ, ნებისმიერი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა სრულყოფილად არ ჩაითვლება თუ მას პრევენციულ, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მდგენელებთან ერთად არ გააჩნია პალიატიური მზრუნველობის მდგენელიც (Kordzaia D., 2011). მეტიც, პალიატიური მზრუნველობის სისტემის განვითარების ხარისხი წარმოადგენს ქვეყნის განვითარების ერთ-ერთ კრიტერიუმს (კორძაია დ., 2010).

მნიშვნელოვანია, რომ პალიატიური მზრუნველობა ხორციელდებოდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრინციპებით და ისეთი მოდელით, რომელიც

ყველაზე მეტად შეესაბამება ქვეყნის ტრადიციებსა და ეთნოფსიქოლოგიას (ჩიხლაძე ნ., 2017). წინააღმდეგ შემთხვევაში, არასწორად დაგეგმილი და განხორციელებული პალიატიური მზრუნველობა ვერ უზუნველყოფს სიცოცხლის მაქსიმალურად შესაძლო ხარისხის მიღწევას (Bruera E., et al., 2002; Kordzaia D., Dalakishvili S., et al., 2011; Kordzaia D., et al., 2012).

აღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ პალიატიური მზრუნველობის ოპტიმალური მოდელის შექმნისათვისა და არსებულის გაუმჯობესებისათვის აუცილებელია არსებული მოდელის ბენეფიციართა საჭიროებების განსაზღვრა, მათზე განხორციელებული მზრუნველობის და სამედიცინო მომსახურეობის ხარისხის და მოცულობის შეფასება და გაუბჯობესების გზების დასახვა. აღნიშნული მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის არსებულ მოდელს და გამოცდილებას.

<u>კვლევის მიზანი და ამოცანები</u>

<u>**კვლევის მიზანს**</u> წარმოადგენს - პალიატიური პაციენტების სამედიცინო საჭიროებებისა და მიწოდეუბლი სამედიცინო სერვისების (მოცულობის და მომსახურეობის ხანგრძლივობის) შეფასების გზით, ამასთან, ქვეყანაში არსებული და წლების განმავლობაში დამკვიდრებული ავადმყოფთა ინკურაბელობის სტატურის განსაზღვრის ანალიზის საფუძველზე პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის არსებული მოდელის გაუმჯობესე-ბისათვის.

<u>მიზნის მისაღწევად დაისახა ორი ამოცანის, როგორც კვლევის ორი ფრაგმენტის, გადაწყვეტა:</u>

1. ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილ პაციენტთა ამბულატორიული მომსხურეობის დროს მათი ჩივილების, პრობლემებისა და სამედიცინო საჭიროებების გამოკვლევა, შეფასება და ანალიზი;

2. პაციენტთა ადეკვატური სამედიცინო სერვისების, მომსახურეობის მოცულობის, ხანგრძლივობის ანალიზი და ადეკვატური მკურნალობის ხელმისაწვდომობის შეფასება მათთვის შესაბამისი სტატუსის მინიჭების საფუძველზე;

<u>დასაცავად გამოსატანი დებულებები</u>

- ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა საქართველოს რეალობაში და არსებული სამედიცინო მომსახურეობა ემყარება უპირატესად სამედიცინო საჭიროებების და ხშირად უგულვებელყოფილია არასამედიცინო ასპექტები (ფსიქოლოგიური, სულიერი, სოციალური);
    - გაწეული (და დღესდღეობით დანერგილი) სამედიცინო სერვისი ძირითადად ემყარება პაციენტის მინიმალურ სამედიცინო საჭიროებებს და არ მოიცავს პალიატიური მზუნველობის საერთაშორისოდ აღიარებულ მოდელს (სადაც თავდაპირველადვე განსაზღვრულია მულტიდისციპლინური გუნდის წევრების ეფექტური მუშაობა და როლთა გადანაწილება);
    - ინკურაბელურ პაციენტთა სამედიცინო სერვისის ხელმისაწვდომობა ემყარება გეოგრაფიულ პრონციპს, სადაც დარღვეულია პაციენტთა უფლებები;
    - პაციენტთა ინკურაბელობა საქართველოში დღემდე ემყარება გაუმათლებელი კლინიკური ჯგუფების განსაზღვრის პრინციპს, რაც გაუგებატს და სადაოს ქმნის წარმოდგენას პაციენტის რეალური მდგომარეობის შესახებ;
- ინკურაბელურ პაციენტთა ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა დამყარებულია დღესდღეობის გაუმართლებელი შეფასების კლინიკურ ჯგუფებზე, ბიუროკრატიულ აპარატზე, სამედიცინო პერსონალის შესაბამისი ცოდნის სიმწირესა და საკანონმდებლო ბაზის შეუსაბამობაზე;
- კლინიკური ჯგუფების სამედიცინო პრაქტიკაში გამოყენება პირობითია, ის წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის პოსტ საბჭოთა სისტემის

ნაწილს და ონკოლოგიურ პაციენტთა დისპანსერიზაციის ერთეულს. კლინიკური ჯგუფის არსებობა ბარიერს უქმნის პაციენტთა სრულყოფილ სერვისს, შეუძლებელს ხდის პაციენტებს სამედიცინო საჭიროებებისათვის დაენიშნოთ ოპიოიდები კიბოს საწინააღმდეგო რადიკალური მკურნლობის დროს გამოხატული ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის შემთხვევაში;

- კლინიკური ჯგუფი თავის მხრივ სრულყოფილად არ ასახავს: პაციენტთა ზოგადი მდგომარეობას, ცხოვრების ხარისხს. ის არ გამოიყენება საერთაშორისო კლინიკური გაიდლაინების მიხედვით და შემორჩენილია მხოლოდ პოსტ საბჭოთა სივრცის ქვეყნებში;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის მომსახურეობის მიღების შეფასებისათვის მიუღებელია ჩართვის კრიტერიუმად მე-4 სტადიის მოთხოვნის აუცილებლობა, რადგან ის არ წარმოადგენს სარწმუნო იარაღს ონკო ინკურაბელურ პაციენთა დაავადებიც პროგრესირებისა და მდგომარეობის შეფასებისათვის;
- ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის ხანგრძლივობა გაუნმართლებელია მოიცავდეს პაციენტთა პალიატიური მზურნველობის საჭიროებების რომელიმე 3 ან 6 თვეს, რისი მოთხოვნის საფუძველზე ირღვევა პალიატიური მზურნველობის არსის ძირითადი პრინციპი - ზრუნვა პაცინეტის ცხოვრების ბოლომდე და მისი ხცოვრების ხარისხის შენარჩუნება/გაუმჯობესება.

<u>მეცნიერული სიახლე</u>

- ინკურაბელურ პაციენტთა სტატუსის შეფასება უნდა ეყრდნობოდეს პაციენტთა საჭიროებებს (სამედიცინო და არასამედიცინო), სადაც უგულვებელყოფილ უნდა იქნას პაციენტთა კლინიკური ჯგუფი და დაავადების სტადია;

- ინკურაბელური პაციენტის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა უნდა ემყარებოდეს მის სამედიცინო საჭიროებებს და არა კლინიკურ ჯგუფს;
- ინკურაბელობის სტატუსი საქართველოში ვერ ასახავს ონკოლოგიური პაციენტის პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო საჭიროებებს და ვერ განსაზღვრავს შესაბამისი პალიატიური სერვისის აუცილებლობას.

<u>პრაქტიკული რეკომენდაციები</u>

პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო სერვისები (მომსახურეობა) რეკომენდებულია ეფუძნებოდეს პაციენტებისა და მათზე მზრუნველი პირების საჭიროებებს, სადაც გათვალისწინებული იქნება არასამედიცინო (სოციალური, სულიერი, ემოციური) ასპექტები;

პაციენტთათვის პალიატიური მზუნველიბის სერვისის მისაღებად არ არის რეკომენდებული ჩართვის კრიტერიუმად განისაზღვროს დაავადების სტადიურობა და/ან კლინიკური ჯგუფი;

ინკურაბელობის განსაზღვრისათვის არ არის რეკომენდებული გამოყენებულ იქნას კლინიკური ჯგუფის პრინციპი, რადგან ის ვერ ასახავს პაციენტთა საჭიროებებს და რეალურ მდგომარეობას. პაციენტის ხარისხიანი სამედიცინო სერვისის მისაღებად საერთაშორისოდ აღიარებულია: დაავადების მიმდინარეობა და პროგრესირება შეფასდეს შესაბამისი გაიდლიანით; პაციენტის მდგომარეობის შეფასება მოხდეს შესაბამისი შეფასების შკალების გამოყენებით (ECOG და Karnovky), ხოლო პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შეფასება კი განხორციელდეს ცხოვრების ხარისხის შესაფასებელი სპეცილიზირებული კითხვარების მიხედვით (QOL);

ძლიერი ტკივილის დროს ყოველთვის გამოყენებულ იქნას საერთაშორისო რეკომენდაცია: ძლიერი, ქორინიკულ ტკივილის მართვა უნდა განხორციელდეს სამედიცინო საჭიროებისდა მიხედვით;

პალიატიური მზრუნველობისათვის რეკომენდებულია ყოველთვის გათვალისწინებულ იქნას მულტიდისციპლინური მიდგომა და მზრუნველობაში სხვადასხვა სამედიცინი და არასამედიცინო სპეციალისტების ჩართვა. აღნიშნული კი

უზრუნველყოფს ხარისხიანი სერვისის მიწოდებას საჭიროებაში მყოფი პაციენტებისა და მათი მზრუნველი პირებისათვის;

პალიატიური მზრუნველობის მიმწოდებელი სამედიცინო პერსონალი უნდა ფლობდეს პალიატიური მედიცინისა და ტკივილის მართვის შესაბამის სამედიცინო განათლებას და უნარ-ჩვევებს (მზრუნველობის სამედიცინო-ბიოლოგიურ ასპექტებს, სამედიცინო ეთიკის საფუძვლებს, კომუნიკაციის ხელოვნებას, რასაც მნიშვნელოვანია ითვალისწინებდეს პალიატიური მზრუნველობის დიპლომამდელი (საუნივერსი-ტეტო) და დიპლომისშემდგომი (სუბ-სპეციალობის) პროგრამები.

<u>აპრობაცია:</u>

დისერტაციის ფრაგმენტები მოხსენებულია:

- 2018 წელს თსუ ონკოლოგიისა და პალიატიური მედიცინის კათედრის სხდომაზე;
- 2017 წელს აკად. ფრიდონ თოდუას სამედიცინო ცენტრი - კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუში;
- 2015 წელს თსუ-ში ჩატარებულ პალიატიური მედიცინის პირველ საერთაშორისო სიმპოზიუმზე - „პალიატიური მზრუნველობის ჯანდაცვითი და საუნივერსიტეტო მდგენელების - სამედიცინო მომსახურების, განათლებისა და კვლევის ინტეგრაციისათვის(თსუ, თბილისი, საქართველო);
- 2014 წელს თსუ-ში ივ. ჯავახიშვილის ფორუმზე (თბილისი, საქართველო);
- სტენდური მოხსენება შეტანილია ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის XVI მსოფლიო კონგრესის პროგრამაში (პრაღა, ჩეხეთი).

<u>დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომები:</u>

- T. Lekashvili, T. Rukhadze - Clinical Groups in Oncology as Part of Former Soviet Health Care System – Georgian Experience - Translational and Clinical Medicine-Georgian Medical Journal. 2018 Sep 31;1(2):29-31

- T.Lekashvili, T.Abramidze, I. Shoshiashvili, T.Rukhadze - Medical needs of onco-incurable patients and their related challenges - Georgian Journal of Radiology (2018); ISSN 1512-0031

- P. Dzotsenidze, N. Chikhladze, I. Abesadze, T. Lekashvili, M. Jorbenadze, D. Kordzaia - Impact of ambiguous and restrictive regulations on opioid-prescribing practice in Georgia - Journal of Pain and Symptom Management 56(1) · March 2018 DOI: 10.1016/j.jpainsymman.(2018)

- T. Rukhadze, T. Lekashvili -Integration and incorporation of Palliative Care (PC) in Healthcare (HC) System-Experience of Former Soviet Countries – Conference Matherial: 8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care · Poster presentation: A-615-0003-00354 ·(Leida, Spain), 2016
- T. Rukhadze, T. Lekashvili - Mapping and complexity of Palliative Care Services in Georgia -- Compliance and sequence of implementation of Georgian National Palliative Care Strategic Plan for 2011-2015 (GNPCSP) – Conference Matherial: 8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care · Poster presentation: A-615-0003-00354, (Leida, Spain), 2016
- Tsirekidze T., Aladashvili T., Shanshiashvili I., Lomidze T., Menteshashvili N., Lekashvili T., Kordzaia S. - Evaluation of spiritual assessment and its challenges in Georgia - Poster presentation -13th EAPC World Congress, Prague, Czech Republic, June, 2013
- Rukhadze T., Aladashvili T., Lekashvili T., Kezeli T., Goguadze I., Pipia N., Berishvili E., Imedadze T. , Surmava-Mizilini T., Rukhadze M. - Challenges in Implementation of Palliative Care Educational Programs in Former Soviet Countries - Georgian Experience - Poster presentation -13th EAPC World Congress, Prague, Czech Republic, June, 2013

ლიტერატურის მიმოხილვა

1. პალიატიური პაციენტების სამედიცინო პაჭიროებების განსაზღვრისა და სამედიცინო სერვისების, მათი განხორციელების და სამეცნიერო კვლევების შესახებ აღნიშნული საკითხის ირგვლივ

სამედიცინო პრაქტიკაში პალიატიური მზრუნველობა წარმოდგენილია, როგორც აქტიური მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური, სულიერი მხარდაჭერა და შესაძლებლობის მიხედვით პაციენტთა მხარდაჭერა სიცოცხლის ბოლომდე, რათა ისინი დარჩნენ საზოგადოების სრულყოფილ და სრულფასოვან წევრებად.

პალიატიური მზრუნველობა არის ადამიანის ფუნდამენტური უფლება და ადამიანის ღირსებისა და ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილი. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების მეშვეობით, სიცოცხლის მალიმიტირებელი დაავადების მქონე პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

პალიატიური მზრუნველობის სფეროში, კლინიკურ პრაქტიკაზე ზემოქ-მედებისათვის აუცილებელია „დამაჯერებელ“ მტკიცებულებებზე კლინიცისტების წვდომის უზრუნველყოფა. თუმცა, ამდაგვარი მტკიცებულების მოპოვება გარკვეულ პრობლემებს უკავშირდება და პალიატიური მზრუნველობის დისციპლინა დაუყოვნებლივ მოითხოვს მტკიცებულებათა უფრო მდიდარ ბაზას.

პალიატიურ მზრუნველობის სფეროში ჩატარებული კვლევა და შეფასება შესაძლოა მოიცავდეს იმ დემოგრაფიულ, ადმინისტრაციულ და დიაგნოსტიკურ მონაცემებს, რომელიც უზრუნველყოფს სტანდარტულ ინფორმაციას იმ პაციენტების შესახებ, რომელთაც მზრუნველობა უტარდებათ. ისინი შეიძლება წარმოადგენდნენ უფრო რთულ საზომ ერთეულებს, რომელთა გამოყენებით ხდება ხარისხის განზომილებათა შეფასება. მისაწვდომთაგან ზოგიერთი შემუშავებული და დადასტუ-

რებული იქნა სპეციალურად პალიატიური მზრუნველობის სფეროში, მაგ. დამხმარე გუნდის შეფასების განრიგი (Support Team Assesement Schedule) ედმონტონის სიმპტომთა შეფასების სისტემა (Edmonton Symptom Assesement System) ან პალიატიური მზრუნველობის შედეგთა შკალა (Palliative Care Outcome Scale). Mag (Bruera et.al.1991; earn and Higginson 1999; Higginson and McCarthy 1993)

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა აზრით, პალიატიური მზრუნველობა უნდა დაიწყოს ინკურაბელური დაავადების დიაგნოზის დადგენისთანავე (Sepúlveda C., et al., 2002; Temel JS., et al., 2010). ასევე მიჩნეულია, რომ ის უფრო ეფექტურია, რაც ადრე ჩაერთვება პაციენტის სამედიცინო დახმარების პროცესში. ეს ადრე ჩართვა კი, თავის მხრივ გულისხმობს, როგორც სიმპტომთა მართვას, ასევე ფსიქოლოგიურ და სულიერ მხარდაჭერასაც (Morrison RS., et al., 2004). ამასთანავე, პალიატიური მზრუნველობის წილი თანდათანობით მატულობს დაავადების მენეჯმენტში, ხოლო სამკურნალო ჩარევათა წილი, შესაბამისად კლებულობს (Brumley R., et al., 2007).

აონმა და ქრისტიანსონმა შეისწავლეს მსჯელობანი დამაჯერებელ მტკიცებულებათა შესახებ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლიტერატურაში, რაც ადასტურებს, რომ პალიატიურ მზრუნველობაში ლიტერატურის კვლევისა და შეფასებისას ვაწყდებით ანალოგიურ არგუმენტებსა და პრობლემებს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მოქმედი მიდგომების გამოყენებასთან დაკავშირებით.

სულ ცოტა ხნის წინ, 1213 სტატიის სისტემატური განხილვის საფუძველზე, ჰუიმ და კოლეგებმა შეისწავლეს პალიატიური ლიტერატურის ხარისხი, ფორმა და მასშტაბი, რაც მოიცავდა დროის ორ პერიოდს: 6 თვეს 2004 წელს და 6 თვეს 2009 წელს. მტკიცებულებათა იერარქიიდან ყველაზე გავრცელებული კვლევის გეგმა იყო შემთხვევის ანგარიში / სერიები (51 %), გადამკვეთი მიმოხილვა (18%), ხარისხობრივი კვლევები (11%) და კოჰორტული კვლევები (9%).

რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევები (RCT) შეადგენდა კვლევების მხოლოდ 6%, რომელთა უმეტესობა ფოკუსირებული იყო ფიზიკური სიმპტომებით გამოწვეულ ინტერვენციებზე, ამასთან საშუალო ნიმუშის ზომა იყო მხოლოდ 70 მონაწილე.

ლიტერატურული წყაროების მიხედვით, დადასტურებულია, რომ მკურნალობასთან ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობა არა მხოლოდ აუმჯობესებს პაციენტების სიცოცხლის ხარისხს, არამედ ასევე ამცირებს არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციების რიცხვს და ჯანდაცვის სერვისების უყაირათო ხარჯვას (Temel JS., et al., 2010; Jox RJ.,et al; 2012). შესაბამისად, ჯანდაცვის ეროვნული სისტემები უნდა უზრუნველყოფდეს პალიატიური მზრუნველობის ჩართვას სამედიცინო მოვლის ყველა ეტაპზე იმ ადამიანებისთვის, რომელთაც აქვთ ქრონიკული და სიცოცხლის შემზღუდველი დაავადებები/მდგომარეობები.

აღნიშნული მიიღწევა პალიატიური მხრუნველობის პროგრამების დანერგვით ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელ ნაწილად - პრევენციის, ადრეული გამოვლენის და მკურნალობის პროგრამებთან ერთად (Meier DE., 2011).

პალიატიური მზრუნველობის სხვა ასპექტები, კომუნიკაციების, გადაწყვეტილების მიღების/ ეთიკის, განათლების, კვლევის მეთოდოლოგიის და სულიერების ჩათვლით წარმოადგენს ყველა RCT-ს 5% ან ნაკლებს.

ავტორები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ ცოდნის აღქმის არსებულ მდგომარეობასთან დაკავშირებით არსებობს კრიტიკული შეხედულება, რომ RCT-ის საერთო მეთოდოლოგიური ხარისხი დაბალია.

პალიატიურ მზრუნველობაში კოჰრეინის სისტემატური მიმოხილვა ვერ „უზრუნველყოფს კლინიკური პრაქტიკისათვის დამაჯერებელი მტკიცებულების მოწოდებას, ვინაიდან, პირველადი კვლევების რაოდენობა მცირეა, მოცულობა პატარა, ხასიათდება კლინიკური არაერთგვაროვანებით, დაბალი ხარისხით და გარე ვალიდობით (1. Howard GS. 1986:208. 2. Aoun S., 2005. 3. Aoun S., 2005. 4. Hui D., 2012. 5. Hui D., 2011).

სახლში პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების ეფექტურობის კოჰრეინისეულმა უახლესმა განხილვამ გამოავლინა სხვადასხვა მეთოდოლოგიური საკითხები. 23 კვლევის (37,561 პაციენტი და 4042 მომვლელი) განხილვის საფუძველზე არსებობდა უტყუარი მტკიცებულება იმისა, რომ ეს მომსახურება ეხმარება სულ უფრო მეტ პაციენტს, რომელიც შინ გარცადვალებას ანიჭრბს უპირატესობას და ამცირებს სიმპტომების სიმწვავის ხარისხს მომვლელის ტვირთის დამძიმების გარეშე.

მიუხედავად ამისა, მტკიცებულება არ იყო დასკვნითი დანარჩენი ცხრა პაციენტის და მომვლელის გამოსავალზე, მთელი რიგი მეთოდოლოგიური საკითხებიდან გამომდინარე.

ამიტომ, აუცილებელია მაღალი ხარისხის მტკიცებულება ყოველდღიური კლინიკური პრაქტიკის მხარსასაჭერად და საჭიროა უფრო მეტი კვლევის ჩატარება მომვლელებზე, ჯანდაცვის პროფესიონალებზე და ფსიქოსოციალურ-სულიერ საკითხებზე პალიატიურ მზრუნველობაში.

გვიანი სტადიის დაავადების გამო გარდაცვალების პერსპექტივის შემთხვევაში, ადამიანთა უმეტესობას ურჩევნია შინ სიკვდილი, თუმცა მთელ მსოფლიოში, ბევრ ქვეყანაში, მეტად სავარაუდოა, რომ რისკი, მოხდეს მათის საჭიროების შემთხვევაში რეფერალი კლინიკაში, ან ისინი გარდაიცვალნონ სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებასა თუ ჰოსპისში.

მრავალი ავტორის მიერ მოწოდებული კვლევების მიხედვით, რომელიც აფასებდა სახლში პალიატიური მზრუნველობის მომსახურებებს, მათ საჭიროებას, ხარისხსა თუ მიწოდების თავისებურებას, ან შინ მოვლაში გამოცდილი ჯანდაცვის პროფესიონალების გუნდების მუშაობას, რომელთა სპეციალიზაცია მოიცავდა ინკურაბელურ დაავადებასთან დაკავშირებული ფართო სპექტრის პრობლემების კოტროლს (ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, სულიერი), თუმცა არც ერთ მათგანში არ არის მცემული მომსახურეობის ის მალიმიტირებელი საკითხები და ბარიერები, რაც მოწოდებულია ჩვენს მიერ წარმოდგენილი კვლევით.

ლიტერუტურული მონაცემების მიხედვით რიგი ავტორები ცდილობდნენ გაერკვიათ, თუ რამდენად ახდენს გავლენას ეს მომსახურება ადამიანების შინ გარდაცვალების შესაძლებლობაზე, ასევე პაციენტებისათვის სხვა მნიშვნელოვან ასპექტებზე სიკვდილამდე, როგორიცაა სიმპტომები (მაგ. ტკივილი) და ოჯახის სტრესზე.

თუმცა მსგავს კვლევებში კვლევა ფოკუსირებული არ არის სამედიცინო მომსახურეობის ხარისხობრივ მაჩვენებლებსა და სერვისის ჩართვის კრიტერიუმებზე. გარდა ამისა, რიგი კვლევები ფოკუსირებული არიან მზურველობის ხარჯების შეფასებასა და შედარებაზე (37,561 პაციენტის და 4042 ოჯახის მომვლელის 23

კვლევის საფუძველზე), რის შედეგადაც დადასტურდა, რომ როდესაც გვიანი სტადიის დაავადების მქონე ადამიანი იღებს პალიატიურ მზრუნველობას სახლში, მათი შინ გარდაცვალების ალბათობა ორჯერ და მეტჯერ მეტია.

სხვადასხვა კვლევის საფუძველზე ავთორთა ახრით, სახლში (ბინაზე) პალიატიური მზრუნველობა ასევე ხელს უწყობს სიმპტომების სიმწვავის შემცირებას, რაც შესაძლოა გამოვლინდეს გვიანი სტადიის დაავადების შედეგად, ოჯახის მომვლელის ტვირთის გაზრდის გარეშე პაციენტის გარდაცვალების შემდეგ.

ავტორთა აზრით, ამ გარემოებაში, პაციენტისთვის, რომელსაც სურს შინ გარდაცვალება, უნდა მოხდეს სახლში პალიატიური მზრუნველობის შეთავაზება. ამ თვალსაზრისით ჯერ კიდევ გასაუმჯობესებელია პალიატიური მზრუნველობის მომსახურებები და გასაზრდელია სარგებელი პაციენტებისა და ოჯახებისათვის ხარჯების ზრდის გარეშე.

მტკიცებულებათა უმეტესობა ადასტურებს, რომ ადამიანთა 50%-ზე მეტი უპირატესობას ანიჭებს შინ მოვლასა და შინ გარდაცვალებას (Gomes 2013; Bell 2009; Higginson 2000). გვიანი სტადიის დაავადების მქონე პაციენტთა და მომვლელთა უმეტესობაც ამ მოსაზრებას ემხრობა. თუმცა, მათი არჩევანი დამოკიდებულია არსებულ პრობლემებსა და მიღებული მოვლის ხარისხზე (Choi 2005; Thomas 2004). დღეისათვის, მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, შინ გარდაცვალების სურვილი აუსრულებელი რჩება.

ძალისხმევისა და პოლიტიკის მიუხედავად, რაც მიზნად ისახავს შინ გარდაცვალების ხელშეწყობას, გარდაცვალების მხოლოდ მცირე შემთხვევები აღრიცხება შინ, მაგალითად 17% ნორვეგიაში 2008 წელს, 21% ინგლისში 2010 წელს, 23% ბელგიაში 2007 წელს, 30% კანადაში 2004 წელს, 33% პორტუგალიაში 2005 წელს, 34% იტალიაში 2002 წელს და 34% ჰოლანდიაში 2003 წელს (Cohen 2010; Gomes 2012a; Houttekier 2011; WHO 2011; Wilson 2009).

ოპტიმალური პალიატიური მზრუნველობის შეთავაზების მნიშვნელობა გვიანი სტადიის დაავადების მქონე პაციენტებისათვის და მომვლელებისათვის, რომელთაც სურთ შინ დარჩენა, განსაკუთრებით აქტუალურია ასაკოვან პოპულაციაში (Khaw 1999; WHO 2011).

უფრო გრძელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის და მხცოვან ასაკს მიღწეული "შობადობის მკვეთრი ზრდის" თაობების დიდი ჯგუფების გამო, მომავალში პროგნოზირებული სიკვდილის რაოდენობის მნიშვნელოვანი ზრდის პირობებში რთულია საავადმყოფოში სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლების ატანა და პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების მიწოდების მაშტაბის გაფართოება აუცილებელია ყველა მიმართულებით - საავადმყოფოებში, ჰოსპისებში, სამედიცინო დაწესებულებებსა და მოხუცთა თავშესაფრებში და მნიშვნელოვნად სახლში (Gomes 2008; Gomes 2011).

ლიტერატურულ წყაროებზე დაყრდნობით, რამდენიმე ქვეყანაში, როგორიცაა გაერთიანებული სამეფო, კანადა და აშშ, უკვე შეიცვალა ინსტიტუციონალური გარდაცვალების სეკულარული ტენდენციები და სულ უფრო მეტი ადამიანი კვდება შინ (Gomes 2012a; Gao 2013; Wilson 2009; Teno 2013; Flory 2004). უფრო მეტი ადამიანისათვის მზრუნველობის შინ უზრუნველყოფის და ამგვარად, უფრო მეტი პაციენტისა და მომვლელის პრივილეგიების დაკმაყოფილების მიზნით, უნდა მოხდეს შინ პალიატიური მზრუნველობის მომსახურებების ეფექტის რაოდენობრივად გამოხატვა. ეს ხელს შეუწყობს იმ ზღვარის შეფასებას, სადამდეც უნდა განვითარდეს ან გაუმჯობესდეს არსებული მომსახურება, საჭიროების და პრეფერენციების მიხედვით. გარდა ამის, მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, თუ რა გავლენას ახდენს ეს მომსახურებები შინ სიკვდილის გარდა სხვა გამოსავალზე, როგორიცაა სიმპტომის კონტროლი, სიცოცლის ხარისხი, მომვლელის სტრესი და მომსახურებით დაკმაყოფილება. ეს გამოსავლები ხშირად ისევე მნიშვნელოვანია ან უფრო მნიშვნელოვანია პაციენტებისათვის, ვიდრე შინ სიკვდილი (Heyland 2006; Steinhauser 2000).

სხვადასხვა კვლევის საფუძველზე, მომსახურების დაგეგმარების პერსპექტივიდან გამომდინარე, სახლში პალიატიური მზრუნველობით შესაძლებელია თანხების დაზოგვა ყველგან ჯანდაცვის სისტემაში, კერძოდ საავადმყოფოს ხარჯები, თუმცა ჯერ კიდევ კითხვად რჩება, არის თუ არა ეს მომსახურებები სტანდარტული მკურნალობის რენტაბელური დანამატი ან მისი შემცვლელი.

ავტორთა აზრით, სახლში პალიატიური მზრუნველობის მომსახურებების ეფექტურობის არსებული განხილვები (რაც მოიცავს სტაციონალურ ჰოსპისებთან ასოცირებულ სამედიცინო ბრიგადებს, საერთო პროფილის ჰოსპისების სამედიცინო სააგენტოებს, საერთო პროფილის ჰოსპიტალურ დამხმარე ბრიგადებს და სახლში ჰოსპიტალურ მომსახურებებს) ხშირ შემთხვევაში წარმოადგენს პალიატიური მზურნველობის მოდელების ეფექტურობის თაობაზე უფრო ფართომაშტაბიანი განხილვების ნაწილს ან ასოცირდება მხოლოდ კიბოს მქონე პაციენტების პოპულაციებთან (Smeenk 1998b). თუმცა, პალიატიური მზრუნველობა გასცდა კიბოს საზღვრებს (Addington-Hall 2001a).

მიუხედავად პაციენტის დიაგნოზისა, პალიატიური მზრუნველობის მომსახურებების სფეროში არსებობს ორი სისტემატური მიმოხილვა და მოიცავს ეკონომიურ კვლევებს (Higginson 2003; Zimmermann 2008); ასევე მოწოდებულია ერთი სრულყოფილი ეკონომიკური შეფასება, რომელიც განხორციელდა საპილოტო კვლევის ფარგლებში, იტალიაში, 1990-იან წლებში (Tramarin 1992). გარდა ამისა, გამოსავლის შესახებ მიგნებები მერყეობდა, გარდა შინ სიკვდილის მზარდი ალბათობისა, რაც გამომდინარეობდა სახლში პალიატიური მზრუნველობის ერთი მოდელიდან - ჰოსპიტალი სახლში - როგორც ეს მოცემულია კოჰრეინის მიმოხილვაში (Shepperd 2011).

სახლში პალიატიური მზრუნველობის მოდელების უფრო დეტალური შესწავლა და მიგნებების ვარიანტების კრიტიკული ექპერტიზა ხელს შეუწყობს მტკიცებულებათა ბაზის გაუმჯობესებას შინ პალიატიური მზრუნველობის მომსახურებების განვითარების, განხორციელების და შეფასების მიზნით მომავალში.

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ორი დამოუკიდებელი მიმოხილვით (ორი BG/NC/BA/KS) შეფასდა მეთოდოლოგიური ხარისხის შემაფასებელი ყველა კვლევა. ავტორთა მიერ გამოვყენებულ იქნა კოჰრეინ EPOC ექსპერტთა ჯგუფის მიერ შემუშავებული სტანდარტული კრიტერიუმები RCTs/CCTs, CBAs და ITSs-თვის. RCTs/CCTs-თვის საკონტროლო სია (ჩეკლისტი) მოიცავს შვიდ პუნქტს, რომელიც კვალიფიცირებულია, როგორც შესრულებული, გაურკვეველი და შეუსრულებელი ლოკალიზაციის გასაიდუმლოებისათვის, პროფესიონალების მეთვალყურეობისათ-

ვის, პაციენტების ან მზრუნველობის მეთვალყურეობისათვის, პირველადი გამოსავალ(ებ)ის ბრმა შეფასებისათვის, საწყისი შეფასებისათვის, სარწმუნო პირველადი გამოსავლის შეფასებისათვის და ინფიცირებისგან დაცვის მიზნით.

ავტორთა მიერ შეფასდა ყველა (და არა მხოლოდ პირველადი) გამოსავალის შენიღბვა და საიმედოობა. გარდა ამისა, მიმოხილვაში ერთ-ერთი კრიტერიუმი (პროფესიონალების მეთვალყურეობა) არ იყო რელევანტური კვლევებისათვის; დანარჩენი ექვსი კრიტერიუმი გამოყენებული იქნა.

თითოეული კრიტერიუმი შეფასდა ქულებით ნული (არ არის შესრულებული), 0,5 (გაურკვეველია ან შეფასებისას გამოსავალი არ იყო ზუსტი) და ერთი (შესრულებულია). RCTs/ CCTs საერთო ქულები მერყეობდა ნულიდან ექვსამდე; 3,5 ან მეტი ქულით შეფასებული კვლევები მიჩნეული იქნა მაღალი ხარისხის კვლევებად. მიმოხილვების ორმა დამოუკიდებელმა ავტორმა (BG/PMcC) შეაფასა ყველა ეკონომიკური შეფასების მეთოდოლოგიური ხარისხი, შეადარეს რა მთლიანი ხარჯები გამოსავალთან მიმართებაში (ე.ი. გამოსავალი, რაც რენტაბელობის შეფასების საშუალებას იძლევა). აღნიშნულ კვლევაში გამოყენებულ იქნა ავტორებისა და ეკონომიკური დოკუმენტაციის დამოუკიდებელი ექპერტებისათვის განკუთვნილი BMJ's 35-პუნქტიანი საკონტროლო ჩამონათვალი (Drummond 1996).

ქულების არსებული სისტემა გამოყენებული იქნა საკონტროლო ჩამონათვალისათვის მაღალი ხარისხის ეკონომიკური შეფასებების გარჩევის მიზნით. ასევე გამოთვლილ იქნა თანაბრად დატვირთული ყველა პუნქტის საშუალო ქულა (Gonzalez-Perez 2002). კვლევის საფუძველზეჩანს, რომ თითოეული პუნქტი შეფასდა ნულით (არა), 0,5 (არ არის გარკვეული ან შეფასებისას პასუხი მერყეობდა მოვლის რესურსი/ხარჯის ერთეული) და ერთით (დიახ); საშუალო 0,6 ან მეტი ქულის მქონე შეფასებები მიჩნეული იქნა მაღალი ხარისხის შეფასებად (Gonzalez-Perez 2002).

შეუსაბამო პუნქტები არ არის გათვალისწინებული საშუალო მნიშვნელობის გამოთვლისას. ავტორთა მიერ ასევე მოწოდებულია ხარისხის შეფასების შედეგების ინტეგრირება მონაცემთა ანალიზში და ჩატარებულია მეტა-ანალიზი მხოლოდ მაღალი ხარისხის კვლევების მომცველი მგრძნობელობის ანალიზით.

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, მანტელ-ჰენცელის (M-H) მეთოდის მეთოდის გამოყენებით, რომელიც აფასებს კვლევებს-შორის ვარიაციების რაოდენობას, ადარებს რა თითოეული კვლევის შედეგს M-H ფიქსირებული ეფექტის მეტა ანალიზის შედეგთან (Higgins 2011), მთლიანი ეფექტი გამოსახება შანსების კოეფიციენტით (OR) სახლში პალიატიური მზრუნველობის სტანდარტულ მკურნალობასთან შესადარებლად. ერთზე მეტი მნიშვნელობა მიუთითებს შინ პალიატიური მზრუნველობის პირობებში შინ სიკვდილის გაზრდილ შანსებზე, ხოლო ერთზე ნაკლები მნიშვნელობა მიუთითებს შემცირებულ შანსებზე.

P-ს მნიშვნელობა 0,05 გამოყენებული იქნა ზღვრულ მნიშვნელობად სტატისტიკური მნიშვნელობის დასადგენად და მონაცემები წარმოდგენილია შეფასებული ეფექტის სახით 95% საიმედოობის ინტერვალებით (CIs).

ავტორთა სხვა ჯგუფის მიერ ჩატარებულია ანალოგიური მეტა ანალიზი საავადმყოფოში, თავშესაფარში და სტაციონალურ ჰოსპიპისებში/პალიატიური მოვლის განყოფილებებში სიკვდილისათვის. ერთი კვლევა იყო კლასტერი RCT, სადაც კლასტერების სამი წყვილი (ჯანდაცვის რეგიონები) რანდომიზებული იქნა ინტერვენციის ან კონტროლისათვის. ამ კვლევისათვის მკვლევარების მიერ დამუშავებულ იქნა მონაცემები მეტა ანალიზისათვის 0,02 ინტრა კორელაციული კოეფიციენტის გამოყენებით ამ კვლევისათვის, რომელსაც მიმართეს შეფერდის კოჰრეინის მიმოხილვაში (Shepperd 2011). ამან შეამცირა ნიმუშის ზომა მეტა ანალიზში, როგორც გვერდითი მოვლენის რაოდენობისათვის (მაგალითად, შინ სიკვდილი) და ასევე, მთლიანობაში თითოეულ ჯგუფში. გამოთვლილ იქნა რაოდენობა, რაც საჭიროა სარგებელის მისაღებად სამკურნალოდ (NNTB) პირველადი გამოსავალისათვის, რაც არის იმ ადამიანთა მოსალოდნელი რაოდენობა, რომელთაც შესაძლოა დასჭირდეთ შინ პალიატიური მზრუნველობის მიღება და არა სტანდარტული მკურნალობა, იმისათვის რომ კიდევ ერთი ადამიანი გარდაიცვალოს შინ. NNTB გამოთვლილი იყო საკვლევი პოპულაციის კონტროლის რისკისათვის და სამი სხვა კონტროლის რისკისათვის (ACR). ეს ეფუძნებოდა შინ კიბოთი გარდაცვალების კოეფიციენტებს პოპულაციაზე დაფუძნებული კვლევებიდან ექვს ევროპულ ქვეყანაში (Cohen 2010).

(Cohen 2010): 1. შინ სიკვდილის მცირე პოპულაცია უდაბლესი მაჩვენებლით 128 სიკვდილი შინ ყოველ 1000 კიბოთი სიკვდილზე (ნორვეგია); 2. შინ სიკვდილის ზომიერი პოპულაცია საშუალო კოეფიციენტით ექვს ევროპულ ქვეყანაში (278 შინ სიკვდილი ყოველ 1000 კიბოთი სიკვდილზე); 3. შინ სიკდვილის მაღალი პოპულაცია უმაღლესი კოეფიციენტით 454 შინ სიკდვილი ყოვლ 1000 კიბოთი სიკვდილზე (ჰოლანდია).

ლიტერატურულ წყაროებზე დაყრდნობით, მკვლევართა მიერ გამოყენებულია კიბოსთან დაკავშირებული კოეფიციენტები, რადგან ანალიზში გამოყენებული კვლევები მოიცავდა კიბოს მქონე ადამიანებს. სხვა გამოსავალზე, რესურსების გამოყენებაზე და ხარჯებზე მონაცემების კომბინირება შეუძლებელი იყო შეფასებისა და შეტყობინების მეთოდებს შორის სხვაობის გამო (მაგ. გამოყენებული ინსტრუმენტები, მეთვალყურეობა და შეფასების დრო ან დროის პერიოდი, ანალიზის ტიპი და შეტყობინებული სტატისტიკური მონაცემები).

შეჯამებული მონაცემები ასევე წარმოდგენილია მომსახურეობის რენტაბელობასთან დაკავშირებით - შედეგები კვლევების მიხედვით მკურნალობის საერთო ღირებულების შეფასების საფუძველზე. მტკიცებულებები დახარისხებულია (ძლიერი, ზომიერი, ლიმიტირებული, სადავო, არადამაჯერებელი და მტკიცებულება არ არის მოწოდებული კვლევებიდან) კოჰრეინის თანამშრომლობის განხილვის ჯგუფის მიერ შემუშავებული კრიტერიუმის გამოყენებით (Van Tulder 2003). შვიდი კვლევის შემაჯამებელი მონაცემების მიხედვით (ხუთი RCTs, სამი მაღალი ხარისხის და ორი CCTs 1222 მონაწილით) აჩვენებს, რომ მათ, ვინც იღებდა სახლში პალიატიურ მზრუნველობას, გააჩნიათ შინ გარდაცვალების სტატისტიკურად მაღალი შანსი სტანდარტული მკურნალობის მიმღებ პაციენტებთან შედარებით (OR 2.21, 95% CI 1.31 -დან 3.71-მდე; Z = 2.98, P მნიშვნელობა = 0.003; Chi2 = 20.57, თავისუფლების ხარისხი (df) = 6, P მნიშვნელობა = 0.002; I2 = 71%). ზემოაღნიშნული კვლევის მიხედვით, საკვლევი პოპულაციის კონტროლის რისკი იყო 307 შინ სიკვდილი ყოველ 1000 სიკვდილზე; ACR = 0.307 საფუძველზე, NNTB იყო 5 (95% CI 3-დან 14-მდე), რაც გულისხმობს, რომ ერთი დამატებითი პაციენტის შინ გარდაცვალებისათვის კიდევ ხუთმა პაციენტმა უნდა მიიღოს შინ პალიატიური მზრუნველობა სტანდარტული

მკურნალობის საპირისპიროდ. თუმცა ზემოაღნიშნულ კვლევებში არ არის გათვალისწინებული და პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე, მიზეზები, ოჯახის წევრთა მზრუნველობაში ჩართვის ხარისხი.

რიგი ავტორთა მიერ ჩატარებული კვლევის საფუძველზე კიბოთი შინ გარდაცვლილი პოპულაციის საშუალო კოეფიციენტის გათვალისწინებით ACR = 0.278 (ე.ი. 278 შინ სიკვდილი ყოველ 1000 კიბოთი სიკვდილზე), NNTB = 6 (95% CI 3 -დან 15-მდე). ეს ნიშნავს, რომ პოპულაციაში, სადაც აღირიცხება 278 შინ სიკვდილი ყოველ 1000 კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილზე, კიბოს მქონე ერთი დამატებითი პაციენტის შინ სიკვდილისათვის საჭიროა, რომ დამატებით კიდევ ექვსმა პაციენტმა მიიღოს პალიატიური მზრუნველობა შინ. აღნიშნულ შემთხვევაში NNTB შეფასებები მერყეობდა 9 პაციენტიდან (95% CI 5-დან 16-მდე), როდესაც გამოყენებული იყო შინ სიკვდილის დაბალი კოეფიციენტის პოპულაციაში, როგორციაა ნორვეგიაში (128 შინ სიკვდილი ყოველ 1000 კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილზე) 5 პაციენტამდე (95% CI 3-დან 13-მდე), როდესაც გამოიყენება შინ სიკვდილის მაღალი კოეფიციენტის პოპულაციაში, როგორიცაა ჰოლანდიაში (454 შინ სიკვდილი ყოველ 1000 კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილზე) (Cohen 2010).

ამდენად, აღნიშნული კვლევის შედეგად გამოვლინდა გარკვეული ასიმეტრია, თუმცა კვლევების მცირე ნაწილის ფარგლებში არ ჩატარდა ტესტები, რომელიც განასხვავებდა რეალურ ასიმეტრიას. კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ უდიდესი CCT (AhlnerElmqvist 2008) შესაძლოა ყოფილიყო ანომალური მნიშვნელობა. ამ CCT-ს გამოკლებით მგრძნობელობის ანალიზმა გამოიწვია OR-ის შემცირება 1,70-მდე, თუმცა შინ სიკვდილის ეფექტი რჩება სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად (95% CI 1.27 -დან 2.28-მდე; Z = 3.59, P მნიშვნელობა = 0.0003; ჰეტეროგენურობა: Tau2 = 0.00; Chi 2 = 2.76, df = 5 (P მნიშვნელობა= 0.74); I2 = 0%). მგრძნობელობის დამატებითმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ორი CCT-ს გამორიცხვამ (ორივე მათგანი შვედური საავადმყოფოზე დაფუძნებული მომსახურება საერთო OR-ით 3.44, 95% CI 0.60-დან 19.57-მდე) გამოიწვია მეტი სიზუსტე და ნაკლები არაერთგვაროვნება OR-ით 1.73 (95% CI 1.28-დან 2.33-მდე; Z = 3.60, P მნიშვნელობა= 0.0003; Chi2 = 2.57, df = 4, P მნიშვნელობა= 0.63; I2 = 0%). ეს მიგნებები იყო ანალოგიური, მხოლოდ მაღალი ხარისხის RCTs

გათვალისწინებისას (OR 1.75, 95% CI 1.24-დან 2.47-მდე; Z = 3.20, P მნიშვნელობა= 0.001; Chi2 = 1.71, df = 2, P მნიშვნელობა= 0.42; I2 = 0%; ანალიზი 1.2). გავლენის მიმართულება იყო თანამიმდევრული ზემოაღნიშნულ შვიდივე კვლევაში მიუხედავად სტატისტიკური მნიშვნელობისა.

ლიტერატურულ წყაროებზე დაყრდნობით, არსებობდა მყარი მტკიცებულება იმისა, რომ შინ პალიატიური მზრუნველობა უფრო ეფექტურია სტანდარტულ მკურნალობასთან შედარებით პაციენტებისათვის სიმპტომების შემსუბუქების თვალსაზრისით (სამი RCTs, ორი მაღალი ხარისხის, და ერთი CBA, 2107 პაციენტი).

სამი კვლევა (ერთი მათგანი იყო მაღალი ხარისხის), მიჩნეული იქნა სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად დადებითი გავლენის; გარდა ამისა, ბაკიტას 2009 (მაღალი ხარისხი) მიერ შეტყობინებულია მარგინალურად საგულისხმო ეფექტი იმავე მიმართულებით. ეფექტის ზომა იყო მცირე (საშუალო ქულებს შორის სხვაობა მერყეობდა 0-დან 7-მდე შკალაზე 0,08-დან 2,1-მდე 0-დან 20-მდე შკალაზე), მაგრამ ორი RCT-ის (ერთი მათგანი იყო მაღალი ხარისხის) მიგნებები მიუთითებს ტრაექტორიის გადახრას, ინტერვენციულ ჯგუფში სიმპტომების სიმწვავის შემცირებით, მაშინ როდესაც საკონტროლო ჯგუფში შეინიშნებოდა მისი მომატება.

ყოველ კვლევაში გამოყენებული იყო შეფასების, ანალიზის და შეტყობინების სხვადასხვა მეთოდები, რაც შეჯამდა მეტა ანალიზში. Higginson 2009-დან (მაღალი ხარისხი) შეტყობინებულია სიმპტომების სიმწვავის საშუალო ქულების ერთპუნქტიანი შემცირება (გამოყენებული იყო პალიატიური მზრუნველობის გამოსავალის შკალა - MS სიმპტომების ქვეშკალა; ხუთი სიმპტომი; 0-დან 20-მდე, 20=ყველაზე ცუდი) კვლევის დაწყებიდან 12-კვირამდე 25 ინტერვენციული პაციენტისათვის (საშუალო მაჩვენებელი კვლევის დაწყებისას 3,8), მაშინ როდესაც 21 საკონტროლო სიმპტომის სიმწვავე გაიზარდა 1,1-ით (საშუალო მაჩვენებელი კვლევის დაწყებისას 2,7). ჯგუფებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად საგულისხმო იყო მეთორმეტე კვირაზე (P მნიშვნელობა = 0,4) და უკვე შეიმჩნეოდა მეექვსე კვირიდან, თუმცა ვერ მიაღწია სტატისტიკურ მნიშვნელობას იმ დროისათვის (P მნიშვნელობა = 0,31). McCorkle 1989 შეტყობინებულია სიმპტომის დისტრესის სხვადასხვა ტრაექტორიები კვლევაში ჩართვიდან 6-დან 18-მდე კვირაში (სიმპტომის დისტრესის

შკალა, 13 სიმპტომი, 13-დან 65-მდე შკალა; 65=ყველაზე ცუდი) ინტერვენციულ ჯგუფში და ორ საკონტროლო ჯგუფში: შინ მზრუნველობა და სტანდარტული ამბულატორიული მკურნალობა (P მნიშვნელობა = 0.03).

საწყის ქულებზე მორგებული განმეორებითი შეფასებითი ანალიზებით ავტორებმა აღმოაჩინეს, რომ მაშინ როდესაც სიმპტომის დისტრესი მეექვე კვირიდან მეთორმეტე კვირამდე 1,87 პუნქტით შემცირდა ინტერვენციული პაციენტებისათვის (დაკორექტირებული საშუალო მნიშვნელობა 26,10 ექვს კვირაზე) და 0,17 პუნქტით კიბოთი დაავადებული პაციენტებისათვის, რომლებიც იღებენ მკურნალობას შინ (დაკორექტირებული საშუალო მნიშვნელობა 24,88 ექვს კვირაზე), ის 2,47 პუნქტით გაიზარდა პაციენტებისათვის, რომლებიც იღებენ სტანდარტულ ამბულატორიულ მკურნალობას (დაკორექტირებული საშუალო მაჩვენებელი 24,32 ექვს კვირაზე). 12-დან 18-ე კვირამდე სამ ჯგუფში აღინიშნა სიმპტომის დისტრესის ზრდა, კერძოდ შინ მკურნალობის შემთხვევაში (დაკორექტირებული საშუალო მაჩვენებელი გაიზარდა 1,43-ით, ინტერვენციული პაციენტების შემთხვევაში 1,19-ის და სტანდარტული ამბულატორიული მკურნალობის შემთხვევაში 0,09-ის საპირისპიროდ).

Greer 1986-ში ინტერვენციულ პაციენტებს სავარაუდოდ აღენიშნებოდათ ნაკლები სიმპტომები სტანდარტული მკურნალობის მიმღებ პაციენტებთან შედარებით სიკვდილამდე ერთი კვირის განმავლობაში (MelzackMcGill კითხვარის მიხედვით შედგენილი სიმპტომების სიმწვავის შკალა; შვიდი სიმპტომი; 0-დან 7-მდე შკალა, 7=ყველაზე ცუდი).

Greer-დან შეტყობინებულია, რომ სტატისტიკურად საგულისხმო სხვაობები გრძელდებოდა მიღებისას მიუხედავად სიმპტომის დონისა და არ აღინიშნებოდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა სათემო და ჰოსპიტალურ ინტერვენციულ ჯგუფებს შორის (დაკორექტირებული საშუალო მნიშვნელობის ქულები 3,05 და 2,78, შესაბამისად; 3,38 სტანდარტული მკურნალობის მიმღები პაციენტებისათვის), თუმცა, სიკვდილამდე სამი კვირით ადრე პირველ ჯგუფში გამოვლინდა უფრო მეტი სიმპტომი მეორე ჯგუფთან შედარებით (დაკორექტირებული საშუალო მნიშვნელობა 2,89 და 2,46, შესაბამისად; 2,97 სტანდარტული მკურნალობის მიმღები

პაციენტებისათვის). ამასთან, აღსანიშნავია, რომ მზრუნველობის ლიმიტირებული ვადა (3-6 თვე ან სხვა) ზემოაღნიშნული კვლევების დროს არ წარმოადგენდა ბარიერს.

Bakitas 2009-ში (მკურნალობის საშუალო ეფექტი 27,8, სტანდარტული ცდომილება (SE)=15; P მნიშვნელობა = 0,06; სიმპტომის შეფასების ედმონტონის შკალა; ცხრა სიმპტომი; 0-დან 900-მდე შკალა, 900=ყველაზე ცუდი) ინტერვენციის გასამართლებელი მინიმალურად მნიშვნელოვანი ეფექტი აღმოჩენილი იქნა კვლევაში ჩართვიდან 13 თვის შემდეგ განმეორებითი შეფასების ანალიზის საშუალებით.

Bakitas-დან შეტყობინებულია, რომ ამ სხვაობამ ვერ მიაღწია სტატისტიკურ მნიშვნელობას, როდესაც მოხდა მონაცემების გაანალიზება სიკვდილიდან უკუმიმარ-თულებით (ე.ი. შეფასების დროდ აღებული იქნა პაციენტის გარდაცვალების თარიღი; P=მნიშვნელობა=0,24).

სიმპტომის ინტენსივობა გაიზარდა ორივე ჯგუფში სიკვდილამდე ბოლო სამი შეფასებისას (სამ თვიანი ინტერვალით). აღსანიშნავია, რომ კვლევაში განმეორებითი შეფასება ტარდებოდა სწორედ მზრუნველობიდან სწორედ 13-ე თვის შემდეგ და კვლევაში მონაწილობას ღებულობდნენ პალიატიური მაციენტები ინკურაბელური სტატუსით.

ლიტერატურულ მონაცემებზე დაყრდნობით, კვლევაში, სადაც სადავო იყო მტკიცებულება სტანდარტულ მკურნალობასთან შედარებით შინ პალიატიური მზრუნველობის ზეგავლენის შესახებ პაციენტებზე, რომლებიც განიცდიდნენ ტკივილს, სუნთქვის უკმარისობას და ძილის, აღნიშნული სამი სიმპტომის გარდა გამოვლინდა ზომიერი მტკიცებულება, რომელიც ადასტურებდა სტატისტიკურად არა-მნიშვნელოვან გავლენას გულისრევაზე/ღებინებაზე (სამი RCT), ყაბზობაზე (ორი RCT) და დიარეაზე (ორი RCT). ზომიერი მტკიცებულება იქნა მოწოდებული ასევე Jordhøy 2000 -დან, რომლის მიხედვით სტატისტიკურად არა-მნიშვნელოვანი ზეგავლენა დაფიქსირდა დაღლილობაზე და მადის დაქვეითებაზე.

არც ერთ კვლევაში არ დაფიქსირებულა სტატისტიკურად მნიშვნელოავნი ზეგავლენა ამ ხუთივე სიმპტომზე. ტკივილის რვა კვლევაში (ოთხი მაღალი ხარისხის) და ერთ CBA-ში (სულ 2735 პაციენტის გამაერთიანებელი შვიდი კვლევა) შესწავლილი

იქნა შინ პალიატიური მზრუნველობის ეფექტურობა სტანდარტულ მკურნალობასთან შედარებით ტკივილის შემსუბუქების თვალსაზრისით.

ორმა RCT (ორივე მათგანი ჩატარდა გაერთიანებულ სამეფოში, ერთი მათგანი იყო მაღალი ხარისხის) და Greer 1986-მა აღმოაჩინა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი დადებითი გავლენა; გარდა ამისა, მინიმალურად მნიშვნელოვანი დადებითი გავლენა იქნა აღმოჩენილი 83 პაციენტში McKegney 1981 -ში სიკვდილამდე ბოლო თვის განმავლობაში (P მნიშვნელობა=0,06); ტკივილის შეფასების ქულები იგივე დარჩა ინტერვენციული პაციენტებისათვის, მაშინ როდესაც ტკივილი განაგრძობდა მატებას სიკვდილამდე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში.

წყაროებზე დაყრდნობით, ექვს კვლევაში გამოსავლის შეფასებების (მხოლოდ McGill-Melzack ტკივილის კითხვარი გამოყენებული იყო ერთზე მეტად) და შედარებების დროის მაღალმა ცვალებადობამ (მერყეობდა კვლევაში ჩართვიდან ერთი კვირიდან სიკვდილამდე ერთ კვირამდე) განაპირობა მეტა ანალიზის ჩატარება.

Higginson 2009-ის მიერ მოწოდებულია ტკივილის შეფასების ქულების 0,46 პუნქტიანი საშუალო შემცირება (პალიატიური მზრუნველობის გამოსავლის შკალის ტკივილის პუნქტი; 0-დან 4-მდე შკალა, 4 =ყველაზე ცუდი) კვლევის დაწყებიდან მეთორმეტე კვირამდე 26 ინტერვენციული პაციენტისათვის, მაშინ როდესაც 24 საკონტროლო პაციენტისათვის ტკივილმა მოიმატა 0,30 პუნქტით.

სხვაობა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი იყო მეთორმეტე კვირაზე (P მნიშვნელობა = 0,03) და გამოვლინდა უკვე მეექვსე კვირაზე, თუმცა იმ დროისათვის ვერ მიაღწია სტატისტიკურად საგულისხმო მნიშვნელობას. Grande 1999-ში ასევე აღმოჩენილი იქნა, რომ ორი კვირის მანძილზე ტკივილის შეფასების საშუალო ქულები 107 ინტერვენციული პაციენტისათვის იყო 0,48 პუნქტით ნაკლები 21 საკონტროლო პაციენტთან შედარებით მათი მომვლელების მიერ მოწოდებული მონაცემების მიხედვით (საშუალო 2,52 და 3,00, შესაბამისად; P მნიშვნელობა <0,05, გაზომილი იქნა კარტრაიტისა და ედინგტონ-ჰოლის მიმოხილვების ოთხ-ქულიანი პუნქტით, უმაღლესი ქულები = ყველაზე ცუდი). თუმცა კვლევაში არ იყო გათვალისწინებული ტკივილის მართვაში არსებული ბარიერები, ხელმისაწვდომობის პრობლემები ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების მიმართ და ცხადია, არ

ფიგურირებს კლინიკური ჯგუფის აუცილებლობა ქრონიკული, ძლიერი ტკივილის საჭიროების დადასტურების მიზნით.

Greer 1986-ში აღმოჩენილი იქნა, რომ მომვლელების ანგარიშების მიხედვით სიკვდილამდე სამი კვირით ადრე (P მნიშვნელობა <0,01) და სიკვდილამდე ერთი კვირის მანძილზე (P მნიშვნელობა <0,001) მნიშვნელოვნად დაბალი იყო მუდმივი ტკივილის მქონე პაციენტების პროპორცია პაციენტებში, რომლებიც იღებდნენ ჰოსპიტალურ ინტერვენციას ზოგადი პროფილის ინტერვენციის და სტანდარტული მკურნალობის მიმღებ პაციენტებთან შედარებით (3%, 7% და 14%, შესაბამისად სიკვდილამდე სამი კვირით ადრე და 4%, 13% და 22%, შესაბამისად სიკვდილამდე ერთი კვირით ადრე). ამ სხვაობამ ვერ მიაღწია სტატისტიკურ მნიშვნელობას კვლავში ჩართვის შემდეგ მონაცემთა გაანალიზების დროისათვის, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობები არ აღინიშნებოდა ტკივილის ინდექსის ქულებში და პაციენტების პროპორციებში, რომელთაც არ აღენიშნებოდათ ტკივილი.

პაციენტების მიერ მოწოდებულმა ანგარიშებმა არ დაადასტურა მიგნებები, თუმცა, ავტორებმა აღნიშნეს, რომ სიკვდილამდე ერთი კვირის მანძილზე პაციენტების 80% არ შეეძლო შეტყობინების მოწოდება. როგორც Jordhøy 2000 (მაღალი ხარისხის კვლევა), ასევე Grande 1999-მ სუნთვის უკმარისობა მიიჩნია სტატისტიკურად არამნიშვნელოვან სხვაობად შინ პალიატიურ მზრუნველობასა და სტანდარტულ მკურნალობას შორის (კვლევაში ჩართვიდან ერთიდან ექვს თვემდე და ბოლო ორი კვირა, შესაბამისად).

ამის საპირისპიროდ, Rabow 2004-ში (მაღალი ხარისხის კვლევა) აღმოჩნდა, რომ კვლევის დაწყებისას სუნთვის უკმარისობის არსებობის კონტროლირების შემდეგ, სუნთქვის უკმარისობის შეტყობინების შანსი მეთორმეტე თვეზე უფრო მაღალი იყო 40 საკონტროლო პაციენტში 50 ინტერვენციულ პაციენტთან შედარებით „ყოვლისმომცველი სამკურნალო ბრიგადის“ მომსახურების პირობებში (OR 6.07, 95% CI 1,04-დან 35,56-მდე), თუმცა შეინიშნებოდა ძალიან ფართო CI-ები.

ინტერვენციული პაციენტების მიერ ასევე შეტყობინებული იყო სუნთქვის უკმარისობის ნაკლები შემთხვევები, რომელიც ხელს უშლიდა ყოველდღიურ აქტივობაში, რიგი კვლევების დიზაინში, სადაც საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით

(დაკორექტირებული საშუალო მაჩვენებელი 32,6 და 40,3 შესაბამისად, ექვს თვეზე; დაკორექტირებული საშუალო მაჩვენებელი 25,4 და 40,6 შესაბამისად, 12 თვეზე; ჯგუფის მთავარი ეფექტი P მნიშვნელობა=0,01; გაზომილი იქნა კალიფორნიის, სან-დიეგოს უნივერსიტეტის მიერ შემუშავებული სუნთქვის უკმარისობის კითხვარის მიხედვით; 0-დან 105-მდე შკალა, 105=ყველაზე ცუდი) და ასევე იყო დროის ინტერაქციის ჯგუფი, სადაც შეინიშნებოდა სუნთქვის უკმარისობით გამოწვეული აქტივობის შემცირებული შეზღუდვა ინტერვენციული პაციენტებისათვის და მომატებული შეზღუდვა დროთა განმავლობაში საკონტროლო პაციენტებისათვის (P მნიშვნელობა =0,01).

სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა არ იქნა აღმოჩენილი Jordhøy 2000 -ში ძილის დარღვევის სხვადასხვა პერიოდებში ანალიზით ინტერვენციული და საკონტროლო პაციენტებისათვის კვლევაში ჩართვიდან ერთიდან ოთხი თვის შემდეგ. ამის საპირისპიროდ, ინტერვენციული პაციენტებს Rabow 2004 -ში აღენიშნებოდათ ძილის უკეთესი ხარისხი საკონტროლო პაციენტებთან შედარებით კვლევაში ჩართვიდან ექვსიდან 12 თვის შემდეგ (P მნიშვნელობა=0,05), კვლევის დაწყების დროს დაფიქსირებული სხვაობების კონტროლის შემდეგ. Rabow-დან შეტყობინებულია სხვაობა ექვს თვეზე 1,9 საშუალო ქულებსა და 12 თვეზე 1,5 საშუალო ქულებს შორის (ძილის ხარისხის ქულები სამედიცინო გამოსავლების კვლევიდან; 6-და 24-მდე შკალა, 6= ყველაზე ცუდი), სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ჯგუფის გარეშე დროის ინტერაქციით (ქულები ოდნავ გაუმჯობესდა ექვიდან 12 თვემდე ორივე ჯგუფში) ან სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა ძილის ხანგრძლივობაში.

ამასთან, აღსანიშნავია, რომ არც ზემოაღნიშნულ კვლევებში იქნა ლიმიტირებული მზრუნველობის საკითხი და პალიატიური მზრუნველობის საჭიროება არც აქ არის შემოფარგლული 3-6 თვის პირობით, არამედ, საწინააღმდეგოდ, მკურნალობის და სიმპტომების ეფექტური შეფასება მიმდინარეობდა მზრუნველობიდან 12 თვეზე და ა.შ.

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, კვლევათა ნაწილის ზომიერად დამაჯერებელი მტკიცებულება აჩვენებდა, რომ არ არსებობს შინ პალიატიური მკურ-ნალობის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გავლენა სტანდარტულ მკურნალობასთან

შედარებით ავადმყოფის ინტერესების წარმოდგენაზე მინდობილობის გაფორმებისას (ორი RCT).

კვლევებმა გამოავლინა მკურნალობის წინასწარ დაგეგმვის სხვა ფორმებზე გავლენა. 42 პაციენტის ანალიზმა, რომელთაც არ ჰქონდათ დაგეგმილი დაკრძალვა Rabow 2004 კვლევის დაწყებისას (მაღალი ხარისხის კვლევა), აჩვენა, რომ ინტერვენციულ ჯგუფის 8/23-ს (35 %) და საკონტროლო ჯგუფის 1/19-ს (5%) უკვე დაგეგმილი ჰქონდა აღნიშნული პროცედურა12 თვის შემდეგ (P მნიშვნელობა = 0,03). გარდა ამისა, Aiken 2006-ში ინტერვენციულ პაციენტებს ოთხჯერ უფრო მეტ შემთხვევაში ჰქონდათ გაფორმებული სიცოცხლის ანდერძი ან მითითება სამედიცინო მომსახურებების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების შესახებ საკონტროლო პაციენტებთან შედარებით კვლევაში ჩართვიდან სამი თვის შემდეგ (OR 4.47, 95% CI 1.10 -დან 18.18-მდე); სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა არ არის აღმოჩენილი სამი თვის შემდეგ.

საკუთრების განკარგვის გეგმების შესრულებისა (Rabow 2004) და სამართლებრივი დოკუმენტების ოჯახთან/მეგობრებთან და მკურნალობაზე პასუხისმგებელ ექიმთან განხილვის (Aiken 2006) სხვაობები არ არის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი.

მკვლევართა აზრით, სადავო იყო მტკიცებულება სტანდარტულ მკურნალობასთან შედარებით შინ პალიატიური მკურნალობის გავლენის შესახებ პალიატიური მზრუნველობის საერთო გამოსავალზე პაციენტებისათვის და მათი ოჯახებისათვის.

Higginson 2009-ში არ გამოვლენილა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა ინტერვენციულ და საკონტროლო პაციენტებს შორის კვლევის დაწყების შემდეგ საერთო ქულებში პალიატიური მზრუნველობის გამოსავლის შკალის მიხედვით (POS-8) კვლევაში ჩართვიდან ექვსი და თორმეტი კვირის შემდეგ. აღნიშნულის საპირისპიროდ, Greer 1986-ში 880 პაციენტის ქვე-ანალიზში, სიკვდილის ხარისხის შეფასების ქულები (სიკვდილის შემდეგ 90-120 დღის შემდეგ მომვლელების მიერ გაკეთებული 13 პუნქტის კვლევაზე დაფუძნებული შეფასება, რომელშიც მოცემულია სიკვდილამდე ბოლო სამი დღის მდგომარეობა).

უფრო მაღალი იყო ორ ინტერვენციულ ჯგუფში, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში (P მნიშვნელობა = 0,03), ამასთან სხვაობა აღწევდა დამატებით მნიშვნელობას სამი პრედიქტული ფაქტორის კორექტირებისას: ასაკი, ოჯახის შემოსავალი და დაავადების გავრცელების მასშტაბი დიაგნოზის დასმის დროისათვის (P მნიშვნელობა <0,001), Greer 1986-დან შეტყობინებულია, რომ სხვაობა ორ ინტერვენციულ ჯგუფს შორის (სათემო და ჰოსპიტალზე დაფუძნებული სახლში ჰოსპისური მზრუნველობა) არ არის მნიშვნელოვანი.

Gómez-Batiste 2010 შეაფასა 105 პალიატიური მზრუნველობის ბგუნდის კლინიკური ეფექტურობა (შინ პალიატიური მზრუნველობის 62 მოწოდებული შემთხვევა) ქვეყნის 19 ავტონომიურ ქვეყანაში. ავტორებმა შეისწავლეს 265 პაციენტის კლინიკური გამოსავალი და დაასკვნეს, რომ ყველა გაანალიზებული სიმპტომი (პერიოდული ფონური ტკივილი, ანორექსია, გულისრევა/ ღებინება, ყაბზობა, უძილობა, სუნთქვის უკმარისობა დასვენებულ მდგომარეობაში და მოძრაობის დროს, შფოთვა და დეპრესია, რომელიც შეფასდა ციფრული შეფასების შკალით) მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა კვლევის დაწყების შემდეგ მეშვიდე დღისათვის და მეთოთხმეტე დღისათვის, პალიატიური მზრუნველობის გუნდების სხვადასხვა ტიპებს შორის სხვაობის გარეშე.

აღსანიშნავია, რომ McMillan 2007-ში მოწოდებულია ლიმიტირებული მტკიცებულება, რომელიც აჩვენებს, რომ შინ პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტისათვის მომვლელის დახმარების კომპონენტის დამატებას გააჩნია სასარგებლო ეფექტი პაციენტების სიმპტომების სიმწვავეზე ჩართვიდან თვის შემდეგ; მიუხედავად ამისა, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა არ არის გამოვლენილი ტკივილის, სუნთქვის უკმარისობის, ყაბზობის და სიცოცხლის ხარისხის თვალსაზრისით. ასევე არსებობდა მწირი მტკიცებულება, რომელმაც აჩვენა, რომ არ არის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გავლენა ფიზიკურ ფუნქციაზე ჩართვიდან რვა კვირის და ხუთი თვის შემდეგ (Harding 2004) და არადამაჯერებელი მიგნებები გადარჩენის შესახებ.

ზემოთ განხილული კვლევები ჩატარდა მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. თერთმეტი მათგანი იყო აშშ-დან და ხუთი გაერთიანებული სამეფოდან.

ინტერვენციების უმეტესობა ემსახურებოდა ქალაქის და გარეუბნის მოსახლეობას. ადამიანთა უმეტესობას ჰქონდა კიბო, საშუალოდ ასაკი მერყეობდა 53-დან 77 წლამდე.

მიუხედავად იმისა, რომ უფრო მძიმე მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები სავარაუდოდ იქნებოდნენ გარიცხულნი ან დისკვალიფიცირებული (მხოლოდ ორ კვლევაში იყო შესაძლებელი ყველა გაანალიზებული გამოსავალის ≥ 80% მეთვალ-ყურეობა) და მოქმედი პრაქტიკა განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით (მაგ. თუ როდის ხდება პაციენტის წარდგენა პალიატიურ მზრუნველობაზე და მომსახურებების ფორმატი), ეს მახასიათებლები უხეშად ესადაგება პაციენტების პროფილს, რომლებიც იღებენ შინ პალიატიურ მზრუნველობას / ჰოსპისის მომსახურებებს გაერთიანებულ სამეფოში და აშშ-ში (NHPCO 2012; NCPC 2012).

პაციენტები, რომლებიც იღებენ ჰოსპისის მზურველობას აშშ-ში შედარებით მოხუცები არიან და ხშირ შემთხვევაში არ აღენიშნებათ ავთვისებიანი დაავადებები. ამიტომ, არსებობს მაღალი სარწმუნოობის მაჩვენებელი, რომ გარე ვალიდობა მისაღებია ამ რეგიონებისათვის.

მიუხედავად ამისა, მტკიცებულებამ ვერ მოიცვა საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნები, სადაც მეტია გვიანი სტადიის დაავადების მქონე ადამიანების შინ მოვლის დაუკმაყოფილებელი საჭიროებები. თუმცა, კონტექსტუალური და კულტურული ფაქტორები, ასევე ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლები სავარაუდოდ ცვალებადია.

პალიატიური მზრუნველობის მიწოდება უნდა იყოს უნივერსალური: ყველა ადამიანს, რომელსაც ესაჭიროება პალიატიური მზრუნველობა, მიუხედავად ასაკისა, სქესისა, მრსწამსისა, სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობისა (შემოსავლებისა), უნდა ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა ეროვნული პოლიტიკით განსაზღვულ საბაზისო ჯანდაცვის პაკეტზე, რომელიც აუცილებლად მოიცავს პალიატიურ მზრუნველობასაც.

ქვეყნის ფინანსური და სოციალური დაცვის სისტემები უნდა ითვალისწინებდეს პალიატიურ მზრუნველობას, როგორც ადამიანის ბაზისურ უფლებას და უზრუნველყოფდეს მის ხელმისაწვდომობას მოსახლეობის ღარიბი და მარგინალური ჯგუფებისთვის (Rhymes JA., 1996; World Health Organization., 2007).

მაგალითად, ლიტერატურული წყარეობის მიხედვით, ცენტრალურ აფრიკაში, ხარისხიანი მკურნალობის შენარჩუნებისათვის საჭირო რესურსები და კლინიკური ზედამხედველობა მოიკოჭლებს და მომართვიანობა და მისი მართვა წარმოადგენს სერიოზულ პრობლემას, თუმცა მომსახურებები და კვლევები ვითარდება და პალია-ტიური მზრუნველობის ინტეგრირება შინ მოვლის კარგად დაფუძნებულ მოდელში HIV/AIDS-ის შემთხვევაში იმედისმომცემია (Harding 2005; Downing 2010).

საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ კვლევების უმეტესობა ჩატარებულია 10 წელზე მეტი ხნის წინ, 1970-იან და 1980-იან წლებში. მიუხედავად ამისა, პალიატიური მზრუნველობის და შინ პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების მიზნები ვირტუალურად რჩება უცვლელი (Saunders 2000), მომსახურების მიწოდების ასპექტები შეიცვალა წლების მანძილზე, მოერგო ჯანდაცვის სისტემების რეორგანიზაციებს, გავრცელდა დაავადების უფრო ადრეულ სტადიებზე და გაუმჯობესდა სიმპტომის მართვის პრაქტიკა მკურნალობის უკეთესი საშუალებების აღმოჩენასთან ერთად. ამით შეიძლება აიხსნას უახლესი კვლევების შედარებით დადებითი მიგნებები (Brumley 2007; Bakitas 2009; Higginson 2009).

გარდა ამისა, პაციენტებისა და მომვლელების პროფილები შეიცვალა და მომავალში მოსალოდნელია მათი დამატებითი ცვლილება.

ზემოხსენებული კვლევები და ლიტერატურული მონაცემები წარდგენილია საზოგადოების იმ ნაწილში, რომელიც სავარაუდოდ უფრო რელევანტური გახდება პალიატიური მკურნალობისადმი ასაკოვანი პოპულაციების კონტექსტში. კერძოდ, 10 კვლევაში გამორიცხული იქნა ადამიანები, რომელთაც არ ჰყავთ მომვლელი და პაციენტების მცირე ნაწილი (12%-დან 43%-მდე) ცხოვრობდა მარტო.

შინ სიკვდილის დაბალი, საშუალო და მაღალი კოეფიციენტის მქონე პოპულაციებზე მიღებული შედეგების NNTB-ში გამოსახვა მიზნად ისახავს უფრო მარტივად ინტერპრეტირებადი სტატისტიკური მონაცემების შექმნას და მტკიცებულების პრაქტიკაში და მომსახურების დაგეგმვაში გამოყენების ხელშეწყობას. ამასთან აღსანიშნავია, რომ შედეგები მიღებულია საკვლევ პოპულაციაში შინ გარდაცვალების საშუალო კოეფიციენტით (307 შინ სიკვდილი/1000 სიკვდილზე) საკონტროლო ჯგუფებში, რომლებიც იღებდნენ სტანდარტულ

მკურნალობას. შინ პალიატიური მზრუნველობის შემაფასებელ კვლევაში მონაწილეობაზე დათანხმებისას მნიშვნელოვანია პრეფერენციების ხარისხი და შინ მოვლის შეთავაზების მიღება და ამან შესაძლოა გავლენა იქონიოს კოეფიციენტის დადგენაზე (*Gomes B., 2013; Michael I Bennett.,2010).*

გაერთიანებულ სამეფოსა და სხვა ქვეყნებში სიკვდილამდე მიღებული მზრუნ-ველობის კვლევის სფეროში არსებული გამოწვევებს, არსებული კვლევების შედეგების გაანალიზების შემდეგ, მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის პოლიტიკამ დაიწყო მზრუნველობის გაუმჯობესებაზე ფოკუსირება. კვლევები მოიცავს ტერმინოლოგიის პრობლემებს გამოკითხვის სფეროში და პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო ასპექტებთან დაკავშირებულ კლინიკურ კვლევებზე ყურადღების ნაკლებობას, მათ შორის ტკივილისა და სხვა სიმპტომების კვლევას.

პალიატიური და სიკვდილამდე მზრუნველობის მომსახურების შემუშავებისა და შეფასების „საუკეთესო პრაქტიკა“: MORE Care პროექტის კვლევის მეთოდების მეტა სინთეზში წარმოდგენილია სხვა პრიორიტეტებიც, მათ შორის კვლევის უნარიანობა, არსებული ინფორმაციის უკეთესად გამოყენება და შემდგომი ნაბიჯების დაგეგმვა კვლევის სტაბილური პროგრამების ნაწილის სახით. *(Catherine J Evans., 2013).*

ლიტერატურულ წყაროებზე დაყრდნობით, გაუმჯობესებული და რენტაბე-ლური პალიატიური და სიკვდილამდე მზრუნველობა წარმოადგენს საერთაშორისო პოლიტიკის მოთხოვნას. განვითარების შეფერხებას იწვევს სუსტი და ხშირ შემთხვევაში არა-თანამიმდევრული მტკიცებულებათა ბაზა.

აღნიშნული კვლევის მიზანი შესაძლებელია იყოს: ძირითადი მეთოდოლოგიური გამოწვევების და შეზღუდვების შესწავლა პალიატიური და სიკვდილამდე მზრუნველობის მომსახურების განვითარებისა და შეფასებისათვის და კვლევის ამ სფეროს გაფართოების მოთხოვნები.

პალიატიური მზრუნველობა (მის საწყის ეტაპზე) შეიძლება ხორციელდებოდეს ოჯახის (ზოგადი პრაქტიკის) ექიმის ან სხვა სპეციალობის ექიმების მიერ, რომელთაც ათვისებული აქვთ პალიატიური მზრუნველობის საბაზისო კურსი.

გაღრმავებულ პალიატიურ მზრუნველობას კი ახორციელებს მულტიდისციპლინური გუნდი (მედიკოსები, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი,

სულიერი მრჩეველი - პალიატიური მზრუნველობის ექიმ-სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. გუნდის წევრებად ითვლებიან ის ოჯახის წევრებიცა და მოხალისეებიც, რომლებიც მონაწილეობენ პაციენტის მოვლაში.

იმის გამო, რომ პალიატიური მზრუნველობა აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს და უზრუნველყოფს ბოლომდე ღირსეულ ცხოვრებას, მისი მიწოდება არა-მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ვალდებულებაა, არამედ, უნდა ეთიკურ მოვალეობაც (World Health Organization., 2011).

მეტად საყურადღებოა პალიატიურ მზრუნველობაში ჩართვისა და მომსახუ-რეობის ხარისხის კრიტერიუმების შესაბამისი გვიანი სტადიის დაავადების მქონე პაციენტების და/ან მომვლელებისათვის პალიატიური მზრუნველობის მომსახურებების ეფექტურობის შემფასებელ კვლევებში გამოყენებული კვლევის მეთოდების სისტემატური მიმოხილვიდან მიღებული მტკიცებულების სისტემატური შეფასების მეტა ანალიზი.

კვლევებიდან შეტყობინებული მეთოდოლოგიური საკითების მიმოხილვების შესახებ წარმოდგენილი მონაცემების აღწერა გაანალიზებულია NVivo-ში. აღნიშნულ კვლევაში მთლიანობაში განხილული იქნა 27 სისტემატური მიმოხილვა პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების ეფექტურობის შესახებ, რაც მოიცავდა კიბოს მქონე პაციენტებს, გვიანი სტადიის დაავადებას და შერეულ პოპულაციებს მზრუნველობის სქემების მიხედვით. ძირითად მეთოდოლოგიურ გამოწვევას წარმოადგენდა განხორციელება, როგორც ერთი მთლიანობა, კადრების აქტიური ზუსტი შერჩევა, რანდომიზაციის მოგვარება და ეკონომიკური შეფასება ხარჯების დაზოგვის გარდა.

კვლევის საფუძველზე აღმოჩნდა, რომ პალიატიური და სიკვდილამდე მზრუნველობის მომსახურების მიწოდების და შეფასების კომპლექსურობა მოითხოვს სხვადასხვა წყაროებიდან ცოდნის დაგროვებას ინტერვენციის აქტიური კომპონენტების შესასწავლად იმისათვის, რომ პაციენტმა მიიღოს სარგებელი და შემოწმებული იქნას შეფასების მეთოდები ცვლილების აღმოჩენის და პროცესების გამოსავლენად კონკრეტული კვლევის დაწყებამდე.

მტკიცებულების პრაქტიკაში დანერგვა უნდა წარმოადგენდეს ერთ მთლიანობას, რაც მოიცავს შეფასების ეტაპებს და ემსახურება ინტერვენციის მიწოდების პროცესის, კონტექსტის და მოსალოდნელი გამოსავლის გაგების გამოვლინებას.

ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მკურნალობის რანდომიზებულ კონტ-როლირებულ კვლევებში (RCT) ხშირად თავს იჩენს მეთოდოლოგიური პრობლემები. ხშირად ავტორთა ყურადღებას იპყრობს ის ძირითადი პრობლემები, მათ შორის შერჩევა, პაციენტების გაცხრილვა, და შესაბამისობა, რომელიც წამოჭრილია RCT-დან, რომელშიც შედარებულია ყოვლისმომცველი პალიატიური მზრუნველობა და სტანდარტული მკურნალობა.

ხშირად, აღნიშნული რანდომული კვლევების ჩართვის მთავარ კრიტერიუმებს წარმოადგენს უკურნებელი ავთვისებიანი დაავადება და მოსალოდნელი 2-დან 9 თვემდე სიცოცხლის გადარჩენა. პაციენტის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სიცოცხლის ხარისხი (HRQL), რომელიც ფასდება თავად პაციენტის მიერ მრავალპუნქტიანი კითხვარით, ხშირად წარმოადგენს საბოლოო მიზანს.

მსგავს კვლევებში, მიუხედავა პაციენტების რაოდენობის წარმატებით შერჩევისა და ჩართვისა, მოგვიანებით, დაავადების მიმდინარეობისას პრობლემას წარმოადგენს მათი მოკლევადიანი მეთვალყურეობა.

საერთაშორისო გამოცდილების მიხედვით, ანალოგიური კვლევის დაგეგმვის რეკომენდაციების განხილვისას, მკვლევართ მიერ შემოთავაზებულია პროცედურები პაციენტების შერჩევის გაუმჯობესებისათვის, ამასთან აქცენტი ხშირად კეთდება ლო-კალური მონაცემების მართვის საჭიროებაზე, ინფორმაციის წყაროებში განმეორებით ინფორმაციაზე, ინტენსიურ სკრინინგზე პოტენციურად შესაბამისი პაციენტების გამოსავლენად და მარტივ რეფერარულ პროცედურებზე. სათანადო სამეთვალყურეო პერიოდის უზრუნველყოფის მიზნით, მკვლევარების რეკომენდაციებით გამო-ყენებული უნდა იყოს კვლევაში ჩართვის ზუსტი კრიტერიუმები რაც მოიცავს ექიმის მიერ სიცოცხლის ხანგრძლივობის შეფასების გარდა პროგნოზირების სხვა ფაქ-ტორებს.

HRQL-ის შეფასებისათვის მრავალ-პუნქტიანი კითხვარების წარმოსადგენად შესაძლებელია საუკეთესო შესაბამისობის მიღწევა პაციენტის გარდაცვალებამდე

ერთი თვის განმავლობაში, თუმცა სიცოცხლის უკანასკნელი კვირის შეფასებისათვის რეკომენდირებულია უფრო მარტივი მეთოდების გამოყენება. *(M S Jordhøy., 1999)*.

2007 წელს ავტორთა ჯგუფის მიერ წარმოდგენილმა სისტემატიურმა მიმოხილვამ გამოავლინა პალიატიური მზრუნველობის გამოსავალთან და პროცესებთან დაკავშირებული მთელი რიგი ხარისხის მაჩვენებლები. ძალიან მწირად იყო წარმოდგენილი ფსიქოსოციალური და სულიერი ასპექტები.

მრავალი ინიციატივისა და შემდგომი განვითარების მოლოდინის იმედით, ამდაგვარი განახლების ფარგლებში განიხილებოდა პალიატიური მზრუნველობის გამოქვეყნებული ხარისხის მაჩვენებლების მიმოხილვა და განისაზღვრებოდა ახალი მიმართულებებით 2007 წლის შემდეგ, რაც შეეხებოდა მაჩვენებლის რაოდენობასა და ტიპს, ასევე გამოყენებულ მეთოდოლოგიას.

მეცნიერთა ნაწილის მიერ 2011 წლის ოქტომბრამდე სათანადო პუბლიკაციების გამოსავლენად გამოყენებულ იქნა 2007 წლის მიმოხილვისას მოძიებული ლიტერატურა. მიმომხილველებმა დამოუკიდებლად შეარჩიეს პალიატიური მზრუნველობის განვითარების პროცესების ან ხარისხის მაჩვენებლების მახასიათებლების აღმწერი პუბლიკაციები. ლიტერატურის ძიებისას მოძიებულ იქნა 435 სტატია. შერჩეულ 16 პუბლიკაციასთან ერთად ცამეტი ახალი პუბლიკაცია იქნა შერჩეული, რომელშიც აღწერილი იყო 326 მაჩვენებლის შემცველი ხარისხის მაჩვენებლების 17 ვარიანტი.

ეს მოიცავდა აშშ-ს ეროვნული კონსენსუსის პროექტის მიერ დადგენილ პალიატიური მზრუნველობის ყველა ძირიტად ასპექტს. მაჩვენებლების ძირითადი ნაწილი შეეხებოდა მზრუნველობის პროცესს ან გამოსავალს.

მეთოდოლოგიური მახასიათებლების აღწერის მასშტაბი ფართო იყო. ხარისხის მაჩვენებლის გამოყენებით პალიატიური მზრუნველობის ხარისხის შეფასებაში უახლესი შემუშავებული მეთოდები ძირითადად რაოდენობრივი ხასიათის იყო და მოიცავდა ახალი მაჩვენებლების არსებით ოდენობას. მიუხედავად ამისა, შემუშავების პროცესის ხარისხი მნიშვნელოვანად იცვლებოდა სქემების მიხედვით.

ამ მაჩვენებლების შემდგომი განვითარება და პალიატიური მზრუნველობის ხარისხის გაუმჯობესებული შეფასება მოითხოვდა უფრო თანამიმდევრობის

იდენტიფიკატორებით მიმდევრულ და დეტალურ მეთოდოლოგიურ აღწერას. (***Maaike L., 2013,).***

ლიტერატურული წყაროების მიხედვით, ასევე მნიშვნელოვანი და აღსანიშნავია მრავალი ორგანიზაციის მიერ წამოჭრილი პრობლემა სიმპტომური და პალიატიური ონკოლოგიის ლიტერატურაში ტერმინოლოგიის სტანდარტული განსაზღვრებების ნაკლებობის შესახებ, რაც ეხება: 1) სიმპტომური და პალიატიური ონკოლოგიის ლიტერატურაში ხშირად გამოყენებული 10 ტერმინის სიხშირეს, 2) კვლევების შეფასდებაა, რომელშიც მოცემულია თითოეული ტერმინის განსაზღვრება და 3) თითოეული ტერმინის განმარტება.

MEDLINE, PubMed, PsycINFO, the Cochrane Library, Embase, ISI Web of Science, და Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature გამოცემებში, სადაც მკვლევარებო სისტემატიურად ეძიებდნენ პალიატიურ მზრუნველობასთან და კიბოსთან დაკავშირებულ პირველად კვლევებს, მიმოხილვებს და სისტემატიურ განხილვებს 2004 წლის და 2009 წლის პირველი ექვსი თვის მანძილზე.

ავტორთა ჯგუფმა შეაფასა „პალიატიური მზრუნველობის“, „სიმპტომური მკურნალობის“, „ოპტიმალური სიმპტომური მკურნალობის“, „ჰოსპისის მზრუნვე-ლობის“, „ტერმინალური მოვლის“, „სიკვდილამდე“, „ტერმინალური ავადმყოფის“, „მზრუნველობის მიზნების“, „აქტიურად მომაკვდავის“ და „მზრუნველობის ადაპტა-ციის“ შემთხვევების რაოდენობა თითოეულ სტატიაში, განხილულ იქნენ ისინი განსაზღვრებების შემცველობის კუთხით და აღრიცხულ იქნა რიგი მახასიათებლები. მოძიებული 1213 სტატიიდან, მკვლევართა მიერ შეჯამებულ იქნა, რომ 678 (56%) გამოქვეყნებული იყო 2009 წელს. აღმოჩნდა, რომ ყველაზე ხშირად გამოყენებული იყო ტერმინები „პალიატიური მზრუნველობა“ და „სიკვდილამდე“.

„პალიატიური მზრუნველობა“, „სიკვდილამდე“ და „სტერმინალური ავადმყოფი“ აღმოჩნდა ყველაზე ხშირად გამოყენებული პალიატიური მზრუნველობის გამოცემებში, მაშინ როდესაც ონკოლოგიური ჟურნალებში გამოყენებული იყო „სიმპტომური მკურნალობა“ და „ოპტიმალური სიმპტომური მკურნალობა“ ($P<0.001$). პალიატიური მზრუნველობის შესახებ 601 სტატიიდან 35 სტატიაში მოცემული იყო 16 სხვადასხვა ვარიაცია (35- სტადიიდან 21 სტატიაში

გამოყენებული იყო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრებები). „ჰოსპისის მზრუნველობას“ ჰქონდა 13 განსაზღვრება 151 სტატიიდან 13 სტატიაში (9%). „სიმპტომურ მზრუნველობას“ და სხვა ტერმინები იშვიათად იყო განმარტებული (განმარტება მოცემული იყო იმ სტატიების 5%-ზე ნაკლებში, სადაც გამოყენებული იყო ეს ტერმინი).

აღნიშნული მიგნენები ხაზს უსვამს სიმპტომური და პალიატიური ონკოლოგიის ლიტერატურაში მრავალი მნიშვნელოვანი ტერმინის განმარტების ნაკლებობას. ადმინისტრაციული, კლინიკური და კვლევითი ოპერაციებისათვის აუცილებელი სტანდარტული განსაზღვრებების აუცილებლობას *(David Hui., 2012).*

როგორც ლიტერატურულ წყაროებში, ასევე კლინიკურ პრაქტიკაში, პალიატიური მზრუნველობის პაციენტების ზუსტი განსაზღვრებების ნაკლებობა აფერხებს სხვადასხვა კვლევების შედეგების შედარებას და ხელს უშლის ყოველდღიურ პრაქტიკაში კველევის შედეგების დანერგვას.

მეჩლენის კვლევის მიზანს კის წორედ პალიატიური მზრუნველობის პაციენტების განმსაზღვრელი მინიმალური მახასიათებლების შემოთავაზება აღმჩნდა.

კვლევის გეგმა მოიცავდა სამედიცინო ლიტერატურაში მოძიებული მასალების, პალიატიური მზრუნველობის სფეროში რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევების (RCT) სისტემატიურ განხილვას მათში ჩართული პალიატიური მზრუნველობის პაციენტების ზუსტად აღწერის მიზნით.

მის მისერ ინიცირებულ კვლევაში კი სისტემატიურად აღწერილ იქნა 60 სათანადო RCT-ის საკვლევი პოპულაციების რელევანტური მახასიათებლები. გამოყენებული პირველწყაროები იყო MEDLINE, EMBASE, CINAHL, და PSYCHINFO, რაც მოიცავდა არა-კიბოს RCT-ს (1 იანვარი 1995–4 მარტი 2010) და კიბოს უახლესი RCT-ების შესაბამის რაოდენობას (1 იანვარი 2003–4 მარტი 2010).

არა-კიბოს კვლევების ნახევარი გამოირიცხა, რადგან არ იყო დაკავშირებული პალიატიურ მზრუნველობასთან. მისი ჯგუფის მიერ დადასტურებულ იქნა, რომ გამოქვეყნებულ RCT-ში არ არის მოცემული პალიატიური მზრუნველობის პაციენტების ზუსტი განსაზღვრებები და მოიცავს ამ პაციენტის რამდენიმე განსაზღვრებას, კარგად ჩანს კონსენსუსის ნაკლებობა იმ დაავადებების

განსაზღვრისას, რომელიც საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას და არის ზედსართავის „პალიატიური“ გაზვიადებული გამოყენება.

კვლევის ჯგუფის მიერ შეთავაზებული მოდელი გულისხმობს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ელემენტების (მაგ. პროგრესული, სიცოცხლისათვის საშიში დაავადება რემისიის ან სტაბილიზაციის ალბათობის გარეშე, ან დაავადების მიმდინარეობის ცვლილება) და პაციენტებისათვის შეთავაზებული მზრუნველობის (მაგ, გლობალური ინტერდისციპლინური მიდგომას, რომელიც ფოკუსირებულია სიკვდილამდე სიცოცხლის ხარისხის შენარჩუნებაზე) შეტანას პალიატიური მზრუნველობის პაციენტის განსაზღვრებაში.

ავტორთა აზრით, ასევე გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტის მზაობა მიიღოს პალიატიური მზრუნველობა და პალიატიურ მზრუნველობაზე პაციენტის და ყველა მომვლელის შეხედულება უნდა წარმოადგენდეს ამ განსაზღვრების მნიშვნელოვან ელემენტს (*Wouter Van Mechelen., 2013).*

მრავალი ქვეყანა და ჯანდაცის სისტემა აწყდებიან უამრავ პრობლემას მოქალაქეებისათვის მაღალი ხარისხის სიკვდილამდე მზრუნველობის მიწოდებაში და ამ გამოწვევებს აძლიერებს ხანში შესული პოპულაციები, რომელთაც აღენიშნებათ პროგრესული დაავადებების გახანგრძლივებული ტრაექტორია და აქვთ მზრუნ-ველობის მნიშვნელოვანი საჭიროებები.

ვინაიდან, მეცნიერები იწყებენ ამ გამოწვევებთან გამკლავებას, მნიშვნელოვანი იქნება მათი რეაქციების ეფექტურობის დადგენა, თუმცა ეროვნული მონაცემების შეგროვების არსებული პრინციპი არის შემთხვევითი და ხშირ შემთხვევაში მონაცემების შეგროვება ხდება მხოლოდ იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც მიიღეს მზრუნველობა გარკვეული დაფინანსების პროგრამით ან პროვაიდერი ორგანიზაციების ან მზრუნველობის შერჩეული ცენტრების დახმარებით.

შესაბამისად, მთავრობებისათვის უცნობია, იღებენ თუ არა მათი მოქალაქეები ადექვატურ მზრუნველობას, უმჯობესდება თუ არა მზრუნველობა მიმდინარე პროგრამების ფარგლებში ან როგორია მათი გამოსავალი სხვა ქვეყნებთან შედარებით.

დავიდ კასარეტის და მისი კვლევის ჯგუფის კვლევაში აღწერილია მინიმალური ეროვნული მონაცემთა ბაზების განვითარების მნიშვნელობა, რაც შესაძლოა

გამოყენებული იქნას სიკვდილამდე მზრუნველობის ხარისხის შეფასებისათვის, რომელსაც იღებენ მოხუცები და რეკომენდირებულია ძირითადი ცვლადი სიდიდეები, რომელსაც ეს მონაცემები შესაძლოა მოიცავდეს (*David J. Casarett., 2006),* თუმცა აქცენტი არ არის გაკეთებული ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის შესახებ და მათი საჭიროებების შესახებ.

მიუხედავად ამისა, კვლევაში განხილული და შეფასებულია ტერმინალური პაციენტის სიცოცხლის ბოლო კვირის მდგომარეობა, სადაც სტრესს იწვევს რამდენიმე სიმპტომი (მაგ. ტკივილი, დაღლილობა, დისპნოე, გაღიზიანება, შფოთვა, გულისრევა, გონების არევა). პალიატიური მზრუნველობის ძირითად მიზანს წარმოადგენს ამ სიმპტომების შემსუბუქება.

თუმცა, სიმპტომების შემსუბუქება დაკავშირებულია მთელ რიგ გამოწვევებთან: ბევრ პაციენტს არენიშნება რამდენიმე სიმპტომი, რომლებიც ურთიერთქმედებენ და ვლინდება კლასტერებად, ვითარდება ახალი სიმპტომები და წარსულში შემსუბუქებული სიმპტომები იცვლის ხასიათს. მაგალითად, ტკივილმა შესაძლოა გამოიწვიოს შფოთვა ან პირიქით. თითოეული სიმპტომით გამოწვეულმა სტრესი შესაძლოა გრძელდებოდეს დღეები ან საათებიც კი.

გარდა ამისა, სიმპტომების გამოვლინება შესაძლოა სხვადასხვა სახით სხვადასხვა ადამიანში. მაგალითად, ერთი ადამიანისათვის შფოთვა შესაძლოა ასოცირდებოდეს ტკივილთან, მეორესთვის კი სუნთვის უკმარისობასთან. სიმპტომების ნიმუშებს შორის სხვაობის და მათი შემსუბუქების გზების შესწავლის ნაცვლად, 8 უახლესმა კვლევამ ფოკუსირება გააკეთა სიმპტომის უპირატესობის, ამტანობის და სიმწვავის შეფასების საშუალო მაჩვენებელზე.

თუმცა, ამ მიდგომით შეუძლებელია სიმპტომის შემსუბუქების განსხვავება სიმპტომის არარსებობისგან ან სიკვდილამდე ადამიანის მიერ განცდილი სიმპტომის შემსუბუქების მოდელებს შორის სხვაობის გამოვლინება. ამასთან, პალიატიური მზრუნველობის მიწოდების ხარისხს მნიშვნელოვნად განაპირობებს ქვეყანაში არსებული მისი მოდელები და სტანდარტები.

რაც უფრო მოქნილია ისინი და რაც მეტად შეესაბამება ქვეყნის საჭიროებებს, მით უფრო მაღალია მისი ეფექტურობა და მით უფრო უზრუნველყოფილია

„ბოლომდე ღირსეული ცხოვრება“ (National Consensus Project for Quality Palliative Care., 2004).

2. პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში, სერვისები და მათი ხელმისაწვდომობა

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის პირველადი სისტემის განვითარება დაიწყო 2000 წლიდან, როდესაც საქართველოში დაიწყო საგანმანათლებლო პროცესი და მოიცავდა 2000-2004 წწ პერიოდს.

2004 წლიდან ამოქმედდა პირველი ამბულატორიული პროგრამა რომელიც მოიცავდა მხოლოდ ქ. თბილისში მცხოვრებ 150-მდე ონკოინკურაბელურ პაციენტს და 2005 წლიდან კი ფუნქციონირება დაიწყო პირვემა ჰოსპისმა, რომელიც თავდაპირველად ემსახურეობდა 6 პალიატიურ პციენტს.

2004 წლიდან დღემდე, პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაციის აქტიური თანამშრომლობით, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, ექსპერტებთან, საერთაშორისო კონსლუტანთებან თუ პარტნიორ ორგანიზაციებთან ერთად:

- შეიქმნა პალიატიური მზრუნველობის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელი ნაწილის, განვითარების საფუძვლები;
- გამოიცა სახელმძღვანელოები ექიმებისა და სამედიცინო სპეციალობის სტუდენტებისათვის, პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ექიმებისა თუ ექთნებისათვის (Kordzaia D., et al 2015);
- თსუ სახელმწიფო უნივერსიტეტში ამოქმედდა პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო კურსები სამედიცინო განათლების სხვადასხვა საფეხურის პროგრამების როგორც სავალდებულო, ასევე არჩევით ნაწილებში (www. http://www.palliativecare.org.ge),
- შეტანილი იქნა ცვლილებები პალიატიური მზრუნველობისა და წამლის ხელმისაწვდომობის მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზაში;
- 2007 წლის 8 აპრილს, საქართველოს პარლამენტმა მიიღო ცვლილებები საქართველოს 4 კანონში, რომლის თანახმადაც პალიატიური მზრუნველობა აღიარებულ იქნა როგორც უწყვეტი სამედიცინო დახმარების განუყოფელი

ნაწილი, ხოლო მის განვითარების ხელშეწყობა აღიარებულ იქნა სახელმწიფოს მოვალეობად (https://matsne.gov.ge/ka/document/view/21154);

- 2008 წლის 10 ივლისს, საქართველოს შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცდა „პალიატიური მზრუნველობის ინსტრუქცია ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტებისათვის“, რომელიც მომზადდა განახლებული კანონმდებლობის შესაბამისად და შექმნა სტანდარტი სიმპტომთა კონტროლისა და ტკივილის დაყუჩებისათვის (wwwhttps://matsne.gov.ge/ka/document/view/78646);
- ამოქმედდა პალიატიური მზრუნველობის სერვისები, როგორც სტაციონარში, ისე ბინაზე;
- სან დიგოს პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტში მომზადდა 2 საერთაშორისო ექსპერტი პალიატიურ მზრუნველობაში;
- პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული ასოციაციის, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის აკადემიური პერსონალისა და საერთაშორისო ექსპერტების მონაწილეობით შეიქმნა სტრატეგიული დოკუმენტი „პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული პროგრამა (სამოქმედო გეგმა 2011- 2015 წწ.)“ (Kordzaia D, Dalakishvili S., et al., 2010);
- 2008-2010 წლიდან მოხდა პროგრამებისა და სერვისების გაფართოება რეგიონული მასშტაბით (მოცვა თელავის, ქუთაისის, ზუგდიდის და ოზურგეთის მუნიციპალიტეტებში),
- შემუშავდა და დამტკიცდა ტკივილის მართვის ეროვნული გაიდლაინი (ძოწენიძე ფ; 2012);
- მომზადდა, დამტკიცდა და ამოქმედდა პალიატიური მზრუნველობის სუბსპეციალობის პროგრამა თსუ უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტზე.
- ყოველივე აღნიშნულის შედეგად, საექსპერტო შეფასებით, ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების განვითარების ხარისხის მსოფლიო კლასიფიკატორის ოთხსაფეხურიან იერარქიაში საქართველო მესამე საფეხურზე განთავსდა (Alliance, Worldwide Palliative., 2011; Lynch T., et al., 2013).

მიუხედავად ზემოხსენებული მიღწევებისა, საქართველოში პალიატიური მზრუნველობა ჯერ-ჯერობით ვერ იქცა ქვეყნის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის განუყოფელ ნაწილად.

დღემდე ვერ მოხერხდა პროგრამული უზრუნველყოფის საქართველოს მასშტბით დაფარვა, ასევე ვერ ხერხდება პალიატიური მზრუნველობის სრულყოფილი სერვისის განხორციელება, დღემდე არ ხდება ჯანდაცვის ორგანიზატორთა მხრიდან პალიატიური მზრუნველობის, როგორც მულტიდისცილინური სერვისის აღქმა და ფინანსური უზრუნველყოფა.

პროგრამათა მოცვა ემყარება ემპირიულ, არასრულფასოვან, მხოლოდ სამედიცინო მომსაზურეობას, არ არის უზრუნველყოფილი ჯანმოს ესენციური მედიკამენტებით უზრუნველყოფის უწყვეტობა შენარჩუნებული (კორძაია დ. 2010) დასახვეწია და გასაფართოებელია პალიატიური მზრუნველობის საბაზისო სტანდარტი (ღვამიჩავა რ. 2013);

2012-2013 წლებში ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რესტრუქტური-ზაციისა და სადამსჯელო მოქმედებების შედეგად, პრაქტიკულად განადგურებული ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის სამსახური და პალიატიური მზრუნველობის სერვისის ძირითადი იდეა (სპეციალურად მომზადებული სამედიცინო პერსონალის მიერ კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურეობის გაწევა მულტიდისციპლინური გუნდით), ასევე არაკვალიფიციურ ჩარჩოში მოექცა პაციენტების პროგრამით უზრუნ-ველოყოფის ჩართვის კრიტერიუმი (ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენ-ტების სამედიცინო მომსახურეობა მაქსიმუმ 6 თვის მანძილზე ცხოვრებაში), ინიცი-რების სტადიაშია ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარული და ამბულა-ტორიული სერვისი და არ არსებობს გერიატრიული პალიატიური მზრუნველობა.

მიუხედავად ზემოხსენებული პრობლემებისა დღეისათვის პალიატიური მრუნველობის შენიღბული სახელის ქვეშ საქართველოს მასშტაბით 13 ორგანიზაციის მიერ ხორციელდება ამბულატორიული პალიატიური პროგრამა და ქვეყანას აკმაყოფილებს ბიუროკრატიულ კრიტერიუმს აღნიშნული სამსახურების ფიქტიურად არსებობით (Rukhadze., 2015).

ამდენად, სახეზეა არსებული კვალიფიციური პალიატიური მზრუნველობის ნაცვლად 2000 წლიდან დღემდე სისტემის მკვეთრ უარყოფით დინამიკასთან, რაც კიდევ ერთხელ საჭიროებს არსებული მდგომარეობის შეფასებასა და გაანალიზებას, გაწეული მომსახურეობის შეფასებას და გაუმჯობესების გზების დასახვას.

3. ინკურაბელურ პაციენტთა ქრონიკული ტკივილის მართვა და მასთან დაკავშირებული სირთულეები საქართველოში

პალიატიური მზრუნველობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მიზანს წარმოადგენს ქრონიკული ტკივილის ადეკვატური მართვა. ტკივილი ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა ქრონიკულ ინკურაბელურ, განსაკუთერბით კი – ონკოლოგიურ პაციენტებში, სადაც მისი სიხშირე 55-95% -ს შეადგენს.

აშშ-ის და საფრანგეთის მიერ წარმოებულმა მულტიცენტრულმა კვლევებმა უჩვენა, რომ კიბოსთან დაკავშირებული ტკივილის კონტროლი ხშირად არაადეკვატურია. ამის გამო მილიონობით ადამიანი იტანჯება და სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებში განიცდის მკვეთრ დისკომფორტს.

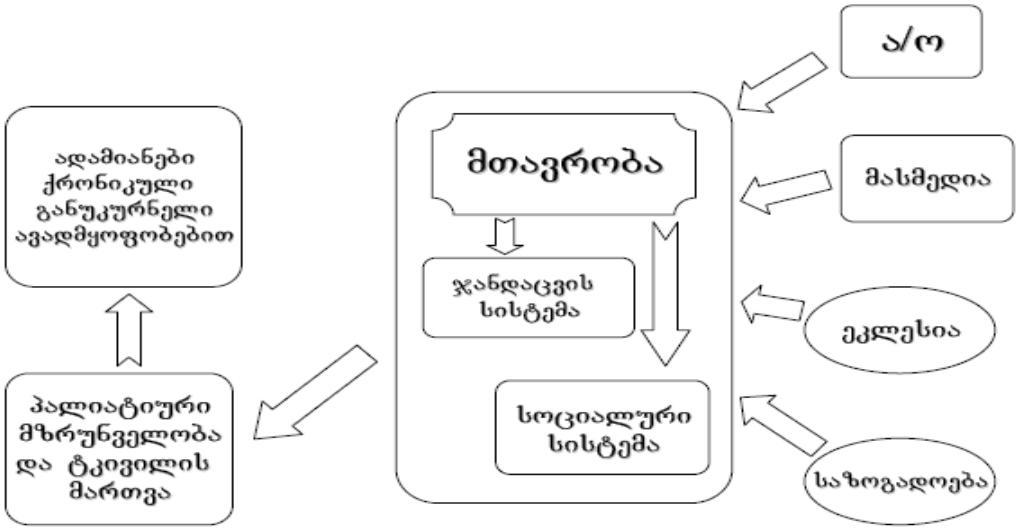
ქრონიკული ტკივილი იწვევს ფსიქოლოგიურ, ემოციურ, აფექტურ და უარყოფით ეკონომიკურ ზემოქმედებას არა მხოლოდ პაციენტზე, არამედ მათი ოჯახის წევრებზეც (Kordzaia., et all, 2010).

ქრონიკული ტკივილის მართვის პრობლემა კი წარმოადგენს არა მხოლოდ სამედიცინო, არამდ სრულიად საზოგადოების პრობლემას, სადაც ბარიერები წარმოდგენილია: სამედიცინო, საკანონმდებლო, მარეგულირებელ დონეზე, საგანმანათლებლო ბაზის დეფიციტითა საზოგადოებაში ჯერ კიდევ გარკვეული სტიგმის არსებობით.

ამ მიმართულებით ბარიერთა სიმრავლეს ნათლად ასახავა პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული განვითარევის გეგმაში ავტორთა ჯგუფის (Kordzaia., et all, 2010) მიერ წარმოგნელი დიაგრამაზე (იხ. დიაგრამა #1).

დიაგრამა #1

პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული განვითარების გეგმის მიხედვით



(Kordzaia., et all, 2010).

დიაგრამიდან ნათლად სჩანს, რომ რობლემათა ნუსხა მოიცავს:

3.1 საკანონმდებლო პრობლემებს და საჭირო ცვლილებების სწორ და დროულ იმპლემენტაციას;

3.2 ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლებას;

3.3 ტკივილგამაყუჩებელ წამალთა (ოპიოიდთა) ფორმების მრავალფეროვნებისა და მათი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას;

3.4 პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების განათლება და ადეკვატური ინფორმირებას (მათ შორის საზოგადოების განათლებასა და ინფორმირებას);

ამასთან, მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბება, რომ ტკივილი არამარტო სამედიცინო-ბიოლოგიური და/ან პაციენტის პრობლემაა, არამედ ის წარმოადგენს ეთიკურ და სოციალურ პრობლემას, ამიტომაც მისი მოგვარება მთელი საზოგადოების ამოცანაა.

ოპიოიდები მიეკუთვნებიან კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებებს, რომლებიც რეგულირდება გაეროს 1961 წლის "ერთიანი კონვენციით" – ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ (1972 წლის პროტოკოლის ცვლილებებით), რომელიც ძალაშია 1964 წლიდან.

"ერთიანი კონვენციის" არსია: ადამიანთა კეთილდღეობისთვის, სამედიცინო მიზნებისათვის აუცილებელია ნარკოტიკული საშუალებების ადექვატური მარაგის შექმნა; კონვენცია ასევე აღიარებს, რომ წამალზე დამოკიდებულება წარმოადგენს სოციალურ და ეკონომიურ საფრთხეს მსოფლიო მაშტაბით; 1961 წლის კონვენციის მიზანია, რომ ნარკოტიკების მოხმარება შემოიფარგლოს სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებით უზრუნველყოფილ იყოს კანონიერი გამოყენების ხელმისაწვდომობა, ამასთანავე, ხორციელდებოდეს მისი არამიზნობრივი გამოყენების და დივერსიის მკაცრი კონტროლი და აღკვეთა (Kordzaia., et all, 2010).

კონვენციის თანახმად 17-2ა ქვეყნების მთავრობები უნდა ითვალისწინებდნენ ამ კონვენციის რეკომენდაციებს, რომელსაც 2005 წლისთვის მსოფლიოს 210 ქვეყნიდან 181 შეუერთდა, მათ შორის საქართველოც.

ნარკოტიკული საშუალებების საერთაშორისო კონტროლის კომპეტენცია ორ საერთაშორისო ორგანიზაციას გააჩნია: ნარკოტიკული საშუალებების კომისია (CND) და ნარკოტოკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტი (INCB). ნარკოტიკული საშუალებების კომისია - შეიმუშავებს რეკომენდაციებს ნარკოტიკული საშუალებების ლეგალური ბრუნვის თაობაზე (ჯანმო-ს რეკომენდაციების გათვალისწინებით);

INCB წარმოადგენს მაკონტროლირებელ ორგანოს, რომელიც 1968 წლიდან ნერგავს გაეროს კონვენციას, ამოწმებს თუ რამდენად ადექვატურია ამა თუ იმ ქვეყნის მომარაგება ნარკოტიკული საშუალებებით სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისთვის და აკონტროლებს, რომ არ მოხდეს კანონიერი ბრუნვის ფარგლებიდან წამლის დივერსია არაკანონიერ ბრუნვაში. 17-2ბ ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის მიერ მოწოდებულია და ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის მიერ გამოიყენება ტკივილგაყუჩებისათვის საჭირო ოპიოიდების რაოდენობის გამოთვლის შემდეგი მეთოდები:

1) პოპულაციაზე დაფუძნებული – ეყრდნობა მოსახლეობაში გავრცელებული ძირითადი დაავადებების ეპიდემიოლოგიურ მაჩვენებლებს;

2) მომსახურეობაზე დაფუძნებული – ემყარება ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მომსახურეობის სახეებს და რესურსებს;

3) ხარჯვაზე დაფუძნებული – ემყარება წინა წლების მოხმარების მაჩვენებელს. (ეს მეთოდი გამართლებულია იმ ქვეყნებისათვის, სადაც ხარჯვის მაჩვენებელი ემყარება რეალურ მოთხოვნებს).

4) ხარჯვაზე დაფუძნებულ გამოთვლებს ემატება მოხმარების ზრდის მოხმარების ზრდის კოეფიციენტი.

საქართველოში ნარკოტიკულ საშუალებებზე მოთხოვნის დადგენა ხდება პოპულაციაზე დაფუძნებული მეთოდით, ანუ ავადობის სტრუქტურის მიხედვით, ხოლო ამ საშუალებების შესყიდვა ემყარება წინა წლების მოხმარების მაჩვენებელს, ანუ ხარჯვაზე დაფუძნებულ მეთოდს.

ადამიანის ფუნდამეტურ უფლებას წარმოადგენს, რომ იყოს ტკივილისგან თავისუფალი. ეს უფლებაა და არა მოთხოვნა, იმის გამო, რომ ტკივილი არის დაყუჩებადი (კონტროლირებადი) ფენომენი.

ეს უფლება აღიარებულია ეკოსოკოს (გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კოლტურული უფლებების კომიტეტის (UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ECOSOC)) მიერ და წარმოადგენს ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებას. ეს უფლება რაც ხშირად ირღვევა იმ მთელი რიგი კომპლექსური მიზეზების გამო, რომელიც უკავშირდება ოპიოიდების ლეგალურ ბრუნვას, მათ მარეგულირებელ ნორმატიულ აქტებს, განათლების ნაკლებობას და სტიგმას, რომლითაც გარემოცულია დღევანდელი სამედიცინო თუ ფართო საზოგადოებაში.

საქართველოს რეალობაში საბჭოთა სისტემის კოლაფსის შემდეგ ქვეყანაში ოპიოიდების რეგულირება 2008 წლამდე ხორციელდებოდა იმდროინდელი მარეგულირებელი დოკუმენტებით, რაც პაციენტს საშუალებას აძლევდა ექიმის მიერ შესაბამისი რეცეპტით გამოწერილი ოპიოიდის გარკვეული დღიური დოზა მიეღო მხოლოდ შემდეგი 3 დღისათვის (ჯანმრთელობის დაცვის მინისტირისა და შინაგან საქმეთა მინისტრის ერთობლივი ბრძანება- #32/ო).

ამდენად, რეგულაციების მიხედვით ოპიოიდების გაცემა ხდებოდა კვირაში 2-ჯერ. რაც შეეხება დოზირებას, მიუხედავად იმისა, რომ მარეგულირებელ დოკუმენტებში მიუხედავად ოპიოიდების დოზირების მალიმიტირებელი ჩანაწერი

არ მოიძებნებოდა, არსებობდა გარკვეული სიტყიერი შეთანხმება, რომ ოპოიდების დანიშვნა მომხდარიყო გარკვეული ლიმიტირებული დოზით - ტკივილის ინტენსივობისა და მუდმივობის გათვალისწინების მიუხედავად.

ამასთან, აღსანიშნავია ისიც, რომ ქვეყანაში ამ დროისათვის არ არსებობდა ძლიერი ოპიოიდების ტაბლეტირებული ფორმების უწყვეტობა და სამედიცინო პერსონალის შესაბამისი საგანმანათლებლო ბაზა ფართო საზოგადოების სტიგმასთან ერთად.

2008 წელს საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულია ცვლილებები და დამატებები საქართველოს ოთხ კანონში (კანონები: " ჯანდაცვის შესაებ", "საექიმო საქმიანობის შესახებ", "პაციენტის უფლებების შესახებ" და "ნარკოტიკების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორების და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ"), რომლიც ხელს უწყობს საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის განვითარებასა და მის ინტეგრაციას ეროვნული ჯანდაცვის სისტემაში;

მათ შორის:

კანონი `ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ~

მუხლი 1. `ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ~ საქართველოს კანონში (პარლამენტის უწყებანი, N#47-48, 31.12.1997, გვ. 126) შეტანილ იქნეს შემდეგი ცვლილებები და დამატებები:

1. მე-3 მუხლის:

ა) `ტ~ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

`ტ) პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება; უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის

დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას;~;

ბ) `ტ3~ ქვეპუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის `ტ4~ და `ტ5~ ქვეპუნქტები:

`ტ4) პალიატიური მზრუნველობა – აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება;

გ) `ყ~ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

`ყ) სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა – პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური მზრუნველობის ღონისძიებების შეუფერხებელი განხორციელება;~;

დ) `ჩ1~ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

`ჩ1) სამედიცინო საქმიანობა – საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან და შეესაბამება ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო მომსახურების პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტებს;~;

ე) `ც~ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

`ც) სამედიცინო ჩარევა – ნებისმიერი მანიპულაცია, პროცედურა, რომელსაც ატარებს ექიმი ან სხვა სამედიცინო პერსონალი დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობის მიზნით;~. . . . . .

7. კანონს დაემატოს შემდეგი შინაარსის 1542 მუხლი:

`მუხლი 1542

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2007 წლის 1 ოქტომბრამდე შეიმუშაოს და დაამტკიცოს `ინსტრუქცია ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ.~.

მუხლი 2. ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს პრეზიდენტი მიხეილ სააკაშვილი

თბილისი, 2007 წლის 8 მაისი.

კანონი `ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ~

მუხლი 1. `ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ~ საქართველოს კანონის (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N33, 23.12.2002, მუხ. 162) მე-8 მუხლს დაემატოს შემდეგი შინაარსის 11 პუნქტი:

`11. სახელმწიფო უზრუნველყოფს ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ხელმისაწვდომობას საჭირო რაოდენობითა და ფორმით, სამედიცინო, სამეცნიერო და საქართველოს კანონმდებლობით ნებადართული სხვა მიზნებისათვის, საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად.~.

მუხლი 2. ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს პრეზიდენტი მიხეილ სააკაშვილი

თბილისი, 2007 წლის 8 მაისი.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრმა 2008 წლის 10 ივლისს # 157/ნ ბრძანებით დაამტკიცა პალიატიური მზრუნველობის ინსტრუქცია., აღიარებულია, რომ სისტემის გამართული მუშაობა მისი ყველაზე სუსტი რგოლის მდგომარეობაზეა დამოკიდებული.

საკანონმდებოლო ბაზის ცლილებისა, მარეგულირებელ დოკუმენტებში ზემოხსენებული ცლვილებების და ოპიოიდების სარეცეპტო ფორმის განახლების შემდეგ შესაძლებელი გახდა პაციენტისათვის სამედიცინო მიზნებისათვის საჭირო ოპიოიდების შესაბამისი ფორმების გამოწერა მოხდეს კვირაში 1-ჯერ, ექიმისა და არა სპეციალურად შექმნილი კომისიის მიერ (ონკოლოგიური პაციენტებისათვის), რამაც მკვეთრად გააუმჯობესა ოპიოიდების ადმისტრირების საკითხი, თუმცა არსებული სიტუაცია შორს არის სრულყოფილისაგან:

- ✓ დღემდე სირთულეს წარმოადგენს მარეგულირებელ დოკუმენტებში ურთიერთგამომრიცხავი და ორმაგი მნიშვნელობის დებულებების არსებობა;
- ✓ ოპიოიდების მარაგის გაცემა 1 კვირის ვადით;

- ✓ მიუხედავად რეცეპტის ვალუდურობა კანონით განისაზღვრება 5 სამუშო დღით, მისი პრაქტიკული ვალუდურობა კვლავ შეზღუგულია;
- ✓ ოპიოიდების დანიშვნა მოითხოვს ინკურაბელურობის განსაზღვრას და კლინიკური ჯგუფის დადგენას პაციენტისათვის; ანდენად, ქრონიკული, ძიერი ტკივილის მართვისათვის პაციენტი უნდა აკმაყოფილებდეს მე-4 კლინიკურ ჯგუფს და სხვა კლინიკური ჯგუფის შემთხვევაში კანონი ძლიერი ოპიოდის დანიშვნას თუნდაც სამედიცონო მიზნებისათვის კრძალავს;
- ✓ მიუხედავად რეცეპტში გათვალისწინებულია 2 სხვადასხვა ფორმის ან/და დასახელების ოპიოიდის ერთ რეცეპტში გამოწერა სამედიცინო საწიროებების დროს, პრაქტიკულად მისი გამოყენება კვლავ არ ხდება;
- ✓ კვლავ მწირია სამედიცინო პერსონალის განათლების დონე და არსებობს გარკვეული შიში სამედიიცნო პერსონალის მარეგულებელ ორგანოებთან ოპიოიდების არარაციონალური გამოყენების მიმართ, რაც უარყოფითად აისახება პაციენტების ჯანმრთელობასა და მდგომარეობაზე;
- ✓ შეზღუდულია ოპიოიდების ნუსხა და ხელმისაწოვდომობა ქვეყანაში (არ სრულდება ჯანმოს ესენციური მედიკამენტების არსებობის ვალდებულება); ამასთან დარღვეულია ტაბლეტირებული ფორმების არსებობის უწყვეტობა;
- ✓ ქვეყანაში არ არსებობს ტაბლეტირებული ფორმების ხელმისაწვდომობა არა აბნულატორორიულ პირობებში (სტაციონარში), რაც ოპიოიდების სახელმწიფო პროგრამასა და სატენდერო პირობებს უკავშირდება;
- ✓ ოპიოდების გაცემა დღემდე ხორციელდება ოლიციის შენობიდა, რაც ასევე ქვეყანაში სააფთიაქო ქსელის სრულად გასხვისებისა და პრივატიზაციას, ასვე სახელმწიფოს მიერ კერძო სააფთიაქო ქსელის მიმართ მარეგულირებელი ბერკეტების არ არსებობით აიხსნება;
- ✓ მცირეა სამედიცინო პერსონალის მოტივაცია მდგომარეობის გაუმჯობესებისაკენ;
- ✓ ზემოხსენებულ პრობლემებს ხელს უწყობს საზოგადოებაში ჯერ კიდევ არსებული სტიგმა ოპიოიდების გამოყენების შესახებ.

ამასთან, გასათვალისწინებელია ჯანმოს რეკომენდაციები ქვეყანაში ქრონიკული ტკივილის მართვისათვის გამოყენებული მედიკამნეტების პროპორციულობის შესახებ.

ჯანმო-ს ექსპერტების რეკომენდაციით, რომელიც საერთაშორისო გამოცდილების ანალიზის საფუძველზეა შემუშავებული პაციენტების ტკივილის მართვა გაადვილდება თუ ქვეყანა უზრუნველყოფს ისეთი მომარაგებას, რომელის 30%-ს სწრაფად მომქმედი (სწრაფად ხსნადი) დატაბლეტებული მორფინი შეადგენს, 60%-ს ნელი მოქმედების (ნელა ხსნადი) დატაბლეტებული მორფინი, 5%-ს პარენტერალური მორფინი, ხოლო 5%-ს სხვა ოპიოიდები. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ დღეისათვის ყველაზე იაფია მორფინის დასალევი ხსნარის ფორმა.

ასევე აღიარებულია რომ, ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტიდან (INCB) ქვეყნისათვის ოპიოიდების კვოტის (მისი გაზრდის) მოთხოვნა უნდა მოხდეს ბევრად უფრო ადრე, ვიდრე ის გახდება საჭირო. მოთხოვნა უნდა დასაბუთდეს გასული წლების ფაქტობრივი მოხმარებითა და მომავალი წლის მოხმარების ზრდის არგუმენტირებული შეფასებით.

გასათვალისწინებელია, რომ ნარკოტიკული ნივთიერებების კონტროლის საერთაშორისო კომისია მიუთითებს ოპიოიდების საჭიროებისა და მოხმარების შეუსაბამობაზე: განვითარებადი ქვეყნების უმრავლესობას აქვს ოპიოიდების მაღალი საჭიროება და მოხმარების დაბალი მაჩვენებლები, ხოლო განვითარებული ქვეყნების გარკვეული ნაწილი მარაგის უდიდეს წილს მოიხმარს. საჭიროა ზემოაღნიშნულის გათვალისწინება პრაქტიკულ საქმიანობაში.

ვითარების გამოსწორებისათვის მნიშვნელოვანია, რომ მთავრობებმა დაიცვან გაერო-ს შეთანხმების სპეციალური პირობები, რომლიც არეგულირებს ოპიოიდების მოხმარებას: 1961 წლის ერთიანი კონვენცია ნარკოტიკული ნივთიერებების თაობაზე, 1972 წლის პროტოკოლის მიხედვით შეტანილი შესწორებებით. ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენების ნებადართულობისა და სათანადო ხელმისაწვდომის უზრუნველყოფის ხელშეწყობისაკენ მიმართული ნებისმიერი მცდელობა უნდა შეესაბამებოდეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას, რომლის შემადგენელი ნაწილებიც, ასევე უნდა ახორციელებდეს და პასუხობდეს პაციენტებზე ზრუნვასთან დაკავშირებულ ამოცანებს:

• სახელმწიფოს მიერ კონტროლირებული ნარკოტიკული ნივთიერებების მართვის პოლიტიკისა და გავრცელების სისტემების ცოდნა;

• სუსტი მხარეებისა და იმ შეზღუდვების გამოვლენა, რომლებიც ხელს უშლიან ოპიოიდების ხელმისაწვდომობას ლეგალური მოხმარებისათვის;

• აუცილებელი მკურნალობის დანიშვნა;

• შედეგების მონიტორინგი და საჭიროების შემთხვევაში განახლებული მკურნალობა.

4. ინკურაბელურ პაციენტთა (ონკო-ინკურაბელურ პაციენტთა) სტატუსის განსაზღვრა საქართველოში

საქართველოში ონკოლოგიურ დაავადებათა ახალი შემთხვევების რიცხვი ყოველწლიურად 7 000-დან 8 000-მდე მერყეობს და მოსახლეობის სიკვდილობის მაჩვენებელთა შორის რიგით მეორე მიზეზს წარმოადგენს (Rukhadze T., An Overview of the Healthcare System in Georgia; Healthcare Overview: New Perspectives Chapter · July 2012 with 17 Reads; DOI 10.1007/978-94-007-4602-2_8; ISSN 2211-3495; (pp.133-152;Rukhadze T., Challenges and Prospects in Cancer Care in Georgia - Cancer care in countries and societies in transition: Individualized care in focus, Chapter · January 2016 with 6 Reads;).). წლების განმავლობაში ქვეყანასა და ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე სოციალურმა სიდუხჭირემ, სტრუქტურულმა ცვლილებებმა, სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებულმა პრობლემებმა მკვეთრად შეაფერხა ონკოლოგიურ დაავადებათა გამოვლენის შესაძლებლობა მათი განვითარების ადრეულ ეტაპებზე ქვეყანის ჯანდაცვის სისტემაში გატარებულმა რეფორმებმა, სკრინინგ-პროგრამების ხელმისაწვდომობის გაზრდამ, სიმსივნური დაავადებების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენამ და ქვეყანაში პოპულაციური რეესტრის ამოქმედებამ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების ადეკვატურად შეფასებაში, დიაგნოსტიკისა თუ მკურნალობის შედეგების მკვეთრ გაუმჯობესებაში ((World Health Organization, Geneva, Switzerland -Program on Cancer Control (C.S., A.M., A.U.) and Essential Drugs and Medicines Policy (T.Y.), Journal of Pain and Symptom Management Vol. 24 No. 2 August 2002; Rukhadze T., An Overview of the Healthcare System in Georgia; Healthcare Overview: New Perspectives Chapter · July 2012 with 17 Reads; DOI 10.1007/978-94-007-4602-2_8; ISSN 2211-3495; (pp.133-152); Rukhadze T., Challenges and Prospects in Cancer Care in Georgia - Cancer care in countries and societies in transition: Individualized care in focus, Chapter · January 2016 with 6 Reads; DOI 10.1007/978-3-319-22912-6_22 (pp.349-359); World Cancer Day 2014: Myth 2—Cancer is a disease of the wealthy, elderly, and developed countries.www.worldcancerday.org/myth-2-cancer-disease-wealthy-elderlyand-developed-countries (Last accessed May 13, 2014)). მიუხედავად გატარებული რეფომებისა და მიღწეული წარმატებებისა, მოქმედი მარეგულირებელი დოკუმენტები არ შეესაბამება არსებულ საერთაშორისო სტანდარტებსა და აღიარებულ რეგულაციებს. ისინი გარკვეულ დახვეწას მოითხოვენ საერთაშორისო გაიდლაინების შესაბამისად და კლინიკური გამოცდილების თანახმად (Decree ## 18/n -96 of the Ministers of Labor, Health and Social Affairs and Internal Affairs, 28. 01. 2010 On amendments to the joint decree by the Ministers of Health and Social Affairs, 13 March, 2000 and Internal

Affairs, 15 March 2000 # 32/o, # 102 on “approval of the temporary rules of storing, registering, assigning, prescribing, dispensing and applying narcotic substances designed for the needs of contingent taking narcotic analgesics for symptomatic treatment. “ In accordance with article N20 of the Law of Georgia “on Normative Acts”, The joint decree by the Ministers of Health and Social Affairs, 13 March 2000 and Internal Affairs, 15 March 2000# 32/o # 102 (SSM III, 2000, #26, article 241) on “approval of the temporary rules of storing, registering, assigning, prescribing, dispensing and applying narcotic substances designed for the needs of contingent taking narcotic analgesics for symptomatic treatment“;).

პოსტ საბჭოთა სივრცის ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, წლების განმავლობაში დარგის მეცნიერთა მცდელობა მირთული იყო ონკოლოგიური დაავადებების სტატისტიკურ ანაზლიზზე, გავრცელების თავისებურებებზე, დიაგნოს-ტიკის ადრეულ მეთოდებსა და შესაძლებლობებზე, მკურნალობს ეფექტურობასა და მათი ახლო თუ შეორეული შედეგების გაუმჯობესებისაკენ. მეცნიერთა და დარგის სპეციალისტთა ყურადღება მიმართული იყო დაავადებულთა დისპანზერიზაცის გაუმჯობესებისაკენ და ამ უკანასკნელთან არის დაკავშირებული ონკოლოგიურ პრაქტიკაში დღემდე არსებული კლინიკური ჯგუფების არსებობის მცნება, რასაც ასევე ეფუძნებოდა შემდგომში პაციენტთა ინკურაბელობის განსაზღვრა (D.S. Ogay, S.N. Puzin, Yu.G. Payanidi, O.T. Bogova, E.V. Vorobjeva - Clinical groups of dispensary observation in oncogynecology - Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow - Gynecology Oncology; 2012 (2) ; Chissov V.I., Daryalova S.L. Selected lectures on clinical oncology. M., 2000. ; Bening L., Martinovich S.V. Reference edition: Therapeutic Oncology. Munich, 1998. V.I. Chissova, V.V. Starinsky - Organization of the oncological service in Russia (methodical recommendations, manuals for physicians) Part 2 / Edited by P.A. Herzen Rosmedtechnology, 2007. 663 p. ISBN 5-85502-066-5 ; Rukhadze T., An Overview of the Healthcare System in Georgia; Healthcare Overview: New Perspectives Chapter · July 2012 with 17 Reads; DOI 10.1007/978-94-007-4602-2_8; ISSN 2211-3495; (pp.133-152);)

ლიტერატურული მონაცემების, სახელმძღვანელობისა და რიგი მარეგულირებელი დოკუმენტების თანახმად, პოსტ საჭოთა ქვეყნებისა და მათ შორის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ონკოლოგიურ პაციენტთა სტანდარტიზაცია არსებობდა. პაციენტების დაყოფა ხდებოდა ოთხი ძირითადი ჯგუფის მიხედვით, რომელთაც შემდგომში კლინიკრ ჯგუფებს უწოდებდნენ:

ჯგუფი (1ა) - მოიცავდა სავარაუდო ავთვისებიანი დაავადების მქონე პაციენტებს. ამ ჯგუფში ერთიანდებოდნენ ის პაციენტები, რომელთა პირველადი გამოკვლევა მიმდინარეობდა არაუმეტეს 10-14 დღის განმავლობაში და შემდგომ, ონკოლოგიური დაავადების ეჭვის არსებობის შემთხვევაში საჭიროებენ უფრო გაღრმავებულ კვლევებს და გადადიან შემდეგ ქვეჯგუფში, ან იხსნებოდნენ შემდგომი დიაგნოსტიკის გაგრძელების საჭიროების არ არსებობის გამო.

ჯგუფი (1ბ) - ამ ჯგუფში მოიაზრებოდნენ პაციენტები კიბოსწინარე დაავადებებით ან/და კეთილთვისებიანი სიმსივნეებით. ამ ჯგუფის პაციენტები ექვემდებარებოდნენ შემდგომ სამედიცინო გამოკვლევას და დისპანსერიზაციას.

მე-2 კლინიკურ ჯგუფში ერთიანდებოდნენ ავთვისებიანი დაავადებების მქონე პაციენტები, რომელთაც დაუდგინდათ ონკოლოგიური დიაგნოზი და ექვემდე¬ბარე-ბოდნენ სპეციფიურ მკურნალობას. სწორედ ამ ჯგუფში შედიოდა პირველად პაციენტთა დიდი უმრავლესობა. ლიტერატურული მონაცემების მიხედვითა და კლინიკური ჯგუფების მარეგულირებელი დოკუმენტების თანახმად ამ ჯგუფის უმრავლესობა ექვემდებარება მკურნალობის რადიკალურ მეთოდებს და მათ შორის ყველაზე ხშირად ქირურგიულ ჩარევას, ხოლო გაცილებით ნაკლებად - რადიაციულ და ქიმიოთერაპიას, რაც დღესათვის შესაძლებელია სადავო იყოს (Chissov V.I., Daryalova S.L. Selected lectures on clinical oncology. M., 2000. Bening L., Martinovich S.V. Reference edition: Therapeutic Oncology. Munich, 1998. Oncogynecology. A guide for doctors. Ed. Z.Sh. Gilyazutdinova, M.K. Mikhailov. M .: MEDpress, 2000. Frolova, OG, Kuzmicheva, RA, Yudaev, V.N. Gynecological diseases in the International Statistical Classification of the 10th revision. Akush ginekol 1999; (3): 53–5 Resolution of the V All-Russian Congress of Oncologists (Kazan, October 4–7, 2000). Russian oncological Journal 2001; (2): 52–5. Rustin G.J.S., Nelstop A.E., Bentzen S.M. et al. The Gynecologic Oncology Group experience in ovarian cancer. Ann Oncol 1999;10:1–7). ამასთან, აღსანიშნავია ისიც, რომ გარკვეული მეცნიერების აზრით, პროცენტული რაოდენობის მიხედვით, სწორედ მე-2 ჯგუფის პაციენტების სიმრავლე წარმოადგენდა სამედიცინო და დიაგნოსტიკური დაწესებულებების წარმატებული მუშაობის ობიექტურ მაჩვენებელს.

მე-3 კლინიკურ ჯგუფში წარმოდგენილი იყო პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამია-ნე¬ბი, რომლებსად ცხოვრების მანძილზე ერთხელ მაინც დაესვათ ონკოლოგიური დაა¬ვა-დების დიაგნოზი, ჩაუტარდათ სპეციფიური მკურნალობა და განიკურნენ. ამასთან იმყოფებოდნენ შესაბამის დისპანსერულ აღრიცხვაზე. ამ ჯგუფის პაციენტები ექვემდებარებოდნენ რეგულარულ პატრონაჟს და მდგომარეობის მუდმივ შეფასებას შემდეგი რეჟიმით: რადიკალური მკურნალობის პირველი წლის განმავლობაში - ერთხელ კვარტალში; მკურნალობის მეორე და მესამე წლის განმავლობაში - 6 თვეში

ერთხელ და შემდ¬გომ, წელიწადში ერთხელ მაინც. მესამე კლინიკური ჯგუფის დროს დისპანსერული დაკ¬ვირ¬ვება პაციენტებზე რეკომენდებული იყო არანაკლებ 5 წლის განმავლობაში, და ზო¬გიერთი ლოკალიზაციის (დაავადების) შემთხვევაში მთელი ცხოვრების მანძილზეც კი (Chissov V.I., Daryalova S.L. Selected lectures on clinical oncology. M., 2000. Bening L., Martinovich S.V. Reference edition: Therapeutic Oncology. Munich, 1998. Oncogynecology. A guide for doctors. Ed. Z.Sh. Gilyazutdinova, M.K. Mikhailov. M .: MEDpress, 2000. Frolova, OG, Kuzmicheva, RA, Yudaev, V.N. Gynecological diseases in the International Statistical Classification of the 10th revision. Akush ginekol 1999; (3): 53–5 Resolution of the V All-Russian Congress of Oncologists (Kazan, October 4–7, 2000). Russian oncological Journal 2001; (2): 52–5. Rustin G.J.S., Nelstop A.E., Bentzen S.M. et al. The Gynecologic Oncology Group experience in ovarian cancer. Ann Oncol 1999;10:1–7.).

მე-4 კლინიკურ ჯგუფში წარმოდგენილი იყო ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე პაციენტები დაავადების გვიან ეტაპებზე, როდესაც რადიკალური მკურნალობა შეუძლებელი იყო და პაციენტი საჭიროებდა პალიატიურ ან სიმპტომურ თერაპიას. სწორედ მე-4 კლინიკურ ჯგუფს და ინკურაბელი სტატუის განსაზღვრასთან არის დაკავშირებული ინკურაბელ პაციენტთა ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის მართვა და ძლიერი ოპიოიდების სამედიცინო მიზნებით გამოყენება. ამავე სტატუსს უკავშირდება პაციენტთა შეზღუდული შესაძლებლობების განსაზღვრა. მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, სხვადასხვა ლიტერატურული მონაცემებისა და ნორმატიული აქტების მიხედვით, პაციენტს მე-4 კლინიკურ ჯგუფში არ ეზღუდებოდა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით რაიმე ქირურგიული ჩარევა, სხივური თუ ქიმიოთერაპიული მკურნალობა. ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით მე-4 კლინიკური ჯგუფის პაციენტები ექვემდებარებოდნენ მუდმივ დისპანსერიზაციას. (Decree ## 18/n -96 of the Ministers of Labor, Health and Social Affairs and Internal Affairs, 28. 01. 2010 On amendments to the joint decree by the Ministers of Health and Social Affairs, 13 March, 2000 and Internal Affairs, 15 March 2000 # 32/o, # 102 on “approval of the temporary rules of storing, registering, assigning, prescribing, dispensing and applying narcotic substances designed for the needs of contingent taking narcotic analgesics for symptomatic treatment. “ In accordance with article N20 of the Law of Georgia “on Normative Acts”; The joint decree by the Ministers of Health and Social Affairs, 13 March 2000 and Internal Affairs, 15 March 2000# 32/o

102 (SSM III, 2000, #26, article 241) on “approval of the temporary rules of storing, registering, assigning, prescribing, dispensing and applying narcotic substances designed for the needs of contingent taking narcotic analgesics for symptomatic treatment“; Rukhadze T., An Overview of the Healthcare System in Georgia; Healthcare Overview: New Perspectives Chapter · July 2012 with 17 Reads; DOI 10.1007/978-94-007-4602-2_8; ISSN 2211-3495; (pp.133-152); Rukhadze T., Challenges and Prospects in Cancer Care in Georgia - Cancer care in countries and societies in transition: Individualized care in focus, Chapter · January 2016 with 6 Reads; DOI 10.1007/978-3-319-22912-6_22 (pp.349-359);

დღეისათვის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა არ მოიცავს დისპანსერიზაციის ზემოაღნიშნულ სქემას. ქვეყანაში ფუნქციონირებს საერთაშორისოდ აღიარებული კლინიკური გაიდლაინები და პროგრამები ონკოლოგიურ დაავადებათა სკირინინგის, ადრეული გამოვლენის და მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგის შესახებ. მიუხედავად ამისა, დღემდე როგორც მარეგულირებელ დოკუმენტებში, ასევე კლინიკურ პრაქტიკაში არსებობს და ფართოდ გამოიყენება მე-2 და მე-4 კლინიკური ჯგუფის მცნება. (Decree ## 18/n -96 of the Ministers of Labor, Health and Social Affairs and Internal Affairs, 28. 01. 2010 On amendments to the joint decree by the Ministers of Health and Social Affairs, 13 March, 2000 and Internal Affairs, 15 March 2000 # 32/o, # 102 on “approval of the temporary rules of storing, registering, assigning, prescribing, dispensing and applying narcotic substances designed for the needs of contingent taking narcotic analgesics for symptomatic treatment. “ In accordance with article N20 of the Law of Georgia “on Normative Acts”; The joint decree by the Ministers of Health and Social Affairs, 13 March 2000 and Internal Affairs, 15 March 2000# 32/o # 102 (SSM III, 2000, #26, article 241) on “approval of the temporary rules of storing, registering, assigning, prescribing, dispensing and applying narcotic substances designed for the needs of contingent taking narcotic analgesics for symptomatic treatment“;)

ზემოაღნიშნული კლინიკური ჯგუფების მიხედვით, იმისათვის რომ ძლირი, ქორნიკული ტკივილის სამკურნალოდ პაციენტს დაენიშნოს ძლიერი ოპიოიდი, ტკივილთან ერთად მას უნდა ჰქონდეს დოკუმენტალურად დადგენილი მე-4 კლინიკური ჯგუფი. აღნიშნული დებულება ეწინააღმდეგება იმ პაციენტთა ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის მართვას, რომლებიც ჯერ კიდევ ექვემდებარებიან

მკურნალობას და განსაზღვრული აქვთ მე-2 კლინიკური ჯგუფი. თუმცა აღნიშნული მე-2 კლინიკური ჯგუფის პაციენტები შესაძლოა არსებობდეს ძლიერი ოპიოიდების მკურნალობაში გამოყენების სამედიცინო საჭიროება.

ონკოლოიურ პაციენტთათვის სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების დანიშვნის რეგულაციები და გამოცდილება განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოში. საკანონმდებლო ბაზისა და მარეგულირებელი დოკუმენტების მიხედვით, საქართველოში მისი გამოწერის უფლება და კომპეტენცია აქვს ონკოლოგს, ქირურგს, ოჯახის ექიმს, თერაპევტს და პალიატიური მედიცინის სუბსპეციალობის მქონე დიპლომირებულ სპეციალისტს. არაონკოლოგიური პაციენტის (ე.წ. სომატური პაციენტის) შემთხვევაში კი პროცედურა გულისხმობს ამ პროცესის კომისიურად მართვას, რაც მკვეთრად გართულებულია. დასავლური გამოცდილების მიხედვით აღნიშნული კი არ არის შეზღუდული სხვადასხვა სპეციალისტისათვის (Decree ## 18/n -96 of the Ministers of Labor, Health and Social Affairs and Internal Affairs, 28. 01. 2010 On amendments to the joint decree by the Ministers of Health and Social Affairs, 13 March, 2000 and Internal Affairs, 15 March 2000 # 32/o, # 102 on “approval of the temporary rules of storing, registering, assigning, prescribing, dispensing and applying narcotic substances designed for the needs of contingent taking narcotic analgesics for symptomatic treatment. “ In accordance with article N20 of the Law of Georgia “on Normative Acts”; The joint decree by the Ministers of Health and Social Affairs, 13 March 2000 and Internal Affairs, 15 March 2000# 32/o # 102 (SSM III, 2000, #26, article 241) on “approval of the temporary rules of storing, registering, assigning, prescribing, dispensing and applying narcotic substances designed for the needs of contingent taking narcotic analgesics for symptomatic treatment“; Rustin G.J.S., Nelstop A.E., Bentzen S.M. et al. The Gynecologic Oncology Group experience in ovarian cancer. Ann Oncol 1999;10:1–7.).

პაციენტის მდგომარეობისა და დაავადების სტატუსის შესაფასებლად თანამედროვე კლინიკურ ონკოლოგიაში საერთაშორისოდ აღაიარებულია სტადიურობა; პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის შესაფასებლად ონკოლოგები მიმართავენ ECOG ან ECOG/Karnovsky შკალებს, ცხოვრების ხარისხის შეფასება რეკომენდებულია ონკოლოგიური მკურნალობის როგორც რადიკალურ, ასევე პალიატიურ - სიმპტომური მკურნალობის ეტაპზე. (Palliative care: A peaceful, humane global campaign is needed. Lancet 2014;383:487. Connor SR, Bermedeo MCS (eds): Global Atlas of Palliative Care

at the End-of-Life. London: Worldwide Palliative Care Alliance, 2014. www.thewpca.org/latest-news/global-atlas-identifies-unmet-need-for-palliative-care/. Silbermann M, Epner D, Charalmbous H, et al: Promoting new approaches for cancer care in the Middle East. Ann Oncol 2013;23:5–10. International Agency for Research on Cancer: GLOBOCAN 2017: Estimated cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide in 2017 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx .) ამ დროს საყოველთაო აღიარება ჰპოვა ცხოვრების ხარისხის შეფასების სპეცილურმა კითხვარებმა (QOL), რაც უფრო დეტალურად აღწერს პაციენტის მდგომარეობას და შემდგომ საჭიროებებს. კონცეფცია ცხოვრების ხარისხის შესახებ არსებითად სუბიექტურია, თუმცა სხვადასხვა საძიებო სისტემის ბაზაში (MEDLINE, CINAHL, CANCERLIT, EMBASE, PsychINFO), დღესდღეობით არსებობს მრავალი ინფორმაცია სისტემატიზირებული მიმოხილვის შესახებ, კვლევა და მრავალი ნაშრომი პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის შეფასების შესახებ, რომელთა შედეგებიც ხელმისაწვდომია მათ შორის სხვადასხვა დაავადებების დროს. რაც შეეხება ინკურაბელობას - აქ კი მეცნიერთა კლინიცისტთა დიდი ნაწილი ეყრდნობა ონკოლოგიურ პაციენტთა ზოგადი მდგომარეობის შეფასების შკალებს, რაც დღეისათვის ითვლება საკმარის ინსტრუმენტად, რათა შეფასდეს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა (ECOG, Karnovsky). (Thomas K. Caring for the dying at home. Companions on a journey. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2003.

Ellershaw JE, Wilkinson S. Care of the dying:A pathway to excellence. Oxford: Oxford University Press, 2003. McKinley RK, Stokes T, Exley C, Field D. Care of people dying with malignant and cardiorespiratory disease in general practice. Br J Gen Pract 2004;54:909-13.) სპეციფიური მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების იდეალურ ინსტრუმენტად გამოიყენება RECIST1.1 შეფასების სისტემა, რაც იძლევა დეტალურ ინფორმაციას დაავადების პროგრესირების სტაბილისიზაციის თუ რეგრესის შესახებ (Qualitative interview study of patients and their carers. Palliat Med 2004;18:39-45. Lynn J. Learning to care for people with chronic illness facing the end of life. JAMA 2000;284:2508-11.

World Cancer Day 2014: Myth 2—Cancer is a disease of the wealthy, elderly, and developed countries.www.worldcancerday.org/myth-2-cancer-disease-wealthy-elderlyand-developed-countries (Last accessed May 13, 2014). International Agency for Research on Cancer:

GLOBOCAN 2017: Estimated cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide in 2017 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_ sheets_cancer.aspx .).

ამგვარად, დღეისათვის საქართველოში იმისათვის რომ აპციენტს დაენიშნოს ძლიერი ტკივილის გამო ადეკვატური მკურნალობა (ძლიერი ოპიოიდი), საჭიროა განესაზღვროს მე-4 კლინიკური ჯგუფი და ინკურაბელურობის სტატუსის. თუმცა არსებობს სხვა ქვეყნების განსხვავებული გამოცდილება.(Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, Wilson P, Gregory WM, Armes PJ. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with those of doctors, nurses and general public. BMJ 1990;300:1458-60.Buetow S, Coster G. Do general practice patients with heart failure understand its nature and seriousness, and want improved information? Patient Educ Couns 2001;45:181-5. Murray SA, Kendall M, Boyd K,Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective). დასავლეთის ქვეყნების გამოცდილებითა და შესაბამისი მარეგულირებელი დოკუმენტაციის მიხედვით ოპიოიდის დანიშვნის და მათ სამედიცინო მიზნებისათვის გამოყენების საჭიროების განმსაზღვრელია პაციენტის მიერ გადმოცემული ძლიერი, ქრონიკული ტკივილი ან შესაბამისი სამედიცინო საჭიროება (მათ შორის დისპნეა და ა.შ.) სპეციფიური QOL კითხვარები, რაც საშუალებას იძლევა მოხდეს ცხოვრების ხარისხის დეტალური შეფასება,(Williams R, Zyzanski SJ, Wright A. Life events and daily hassles and uplifts as predictors of hospitalisation and out patient visitation. Soc Sci Med 1992;34:763-8. Higgs R. The diagnosis of dying. J R Coll Physicians Lond 1999;33:110-2. Asbring P, Narvanen AL. Patient power and control: a study of women with uncertain illness trajectories. Qual Health Res 2004;14:226-40. Burke SO, Kauffmann E, LaSalle J, Harrison MB,Wong C. Parents' perceptions of chronic illness trajectories. Canadian J Nurs 2000;32: 19-36. Higginson IJ: Health care needs assessment: Palliative care and terminal care. In: Stevens A, Raftery J (eds): Health Care Needs Assessment. Oxford: Oxford Radcliffe Medical Press, 1997, pp. 1–28. Fink RM, Oman KS, Youngwerth J, Bryant LL: A palliative care needs assessment of rural hospitals. J Palliat Med 2013;16:638–644.) ხოლო სპეციფიური მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება კი ხორციელდება RECIST1.1. ამდენად, არ საჭიროებს დასავლური გამოცდილებისათვის უცხოა პაციენტითა კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა და ზემოხსენებული სისტემები საშუალებას იძლევიან მოახდინონ პაციენტთა არა მხოლოდ ინკურაბელურობის

განსაზღვრა, არამედ შეაფასონ მათი ცხოვრების ხარისხი და ზოგადი მდგომარეობა, რასაც მოკლებული კლინიკური ჯგუფების სისტემა. რაც შეეხება ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის მართვას, მრავალწლიანი კვლევებისა და კლინიკური გამოცდილების საფუძველზე აღმოჩნდა, რომ პაციენტს ადეკვატური ტკივილგამაყუჩებელი თერაპია ესაჭიროება მკურნალობის ნებისმიერ ეტაპზე კლინიკური ჯგუფის მიუხედავად. (Boseley S: Global cancer surge fueled by alcohol, smoking, and obesity predicted by WHO. The Guardian February 3, 2014. www.theguardian.com/society/2014/feb/03/alcoholsugar-smoking-fuel-cancer-surge (Last accessed May 13, 2014). International Agency for Research on Cancer: GLOBOCAN 2017: Estimated cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide in 2017 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_ sheets_cancer.aspx . Higginson IJ: Health care needs assessment: Palliative care and terminal care. In: Stevens A, Raftery J (eds): Health Care Needs Assessment. Oxford: Oxford Radcliffe Medical Press, 1997, pp. 1–28. Thomas DR: A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. Am J Eval 2006;27:237–246. Silbermann M, Jaloudi MA: Setting a higher standard in cancer care: Isn't it time to bring about a change in cancer palliation? J Palliat Care Med 2014;4:e128. Silbermann M, Hassan E: Cultural perspectives in cancer care: Impact of Islamic traditions and practices in Middle Eastern countries. J Pediat Hematol Oncol 2011;33:S81–S86. Silbermann M (ed): Palliative Care to the Cancer Patient: The Middle East as a Model to Emerging Countries. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 2014.)

ამასთან, კლინიკურ ჯგუფი არ იძლევა ინფორმაციას პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შესახებ. ონკოლოგიური დიაგნოზის დადგენისა და მკურნალობის დროს ხშირად იქმნება ორგანიზაციული ბარიერი, რის გამოც ვერ ხორციელდება პაციენტის სამედიცინო საჭიროებების სრულად და დროულად მოცვა.(Shelty P: The parlous state of palliative care in the developing world. Lancet 2010; 376:1453–1454. Magrath I, Steliarova-Foucher E, Epelman S, et al: Pediatric cancer in low-income and middle-income countries. Lancet Oncol 2013;14:e104–116. Hajjar RR, Atli T, Al-Mandhari Z, et al: Prevalence of aging population in the Middle East and its implications on cancer incidence and care. Ann Oncol 2013;24:11–24. Silbermann M, Al-Hadad S, Ashraf S, et al: MECC regional initiative in pediatric palliative care. J Pediat Hematol Oncol 2012;34:S1–S11.) დაავადების სპეციფიური მკურნალობის ტოქსიურობა, თუნდაც რადიკალური მკურნალობის მიმდინარეობისას

შექმნილი მიზეზები არ უნდა ხდებოდეს პაციენტისათვის ბიუროკრატიული ბარიერი ხარისხიანი სამედიცინო სერვისის მისაღებად. სამედიცინო ქმედება მიზნად უნდა ისახავდეს პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნებას მკურნალობის კველა ეტაპზე. (Global, Regional, and National Opioid Consumption Statistics. Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin Carbone Cancer Center, 2014. www.painpolicy.wisc.edu/opioid-consumption-data (Last accessed May 13, 2014). Duthey B, Scholten W: Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level and changes compared with 2006. J Pain Symptom Manage 2013;47:283–297. Cleary J, Silbermann M, Scholten W, Radbruch L, Torode, J, Cherny NI: Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in the Middle East: A report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI). Ann Oncol 2013;24:51–59. Ben Arie E, Ali-Shtayeh MS, Nejmi M, Schiff E, Hassan E, Mutafoglu K, Afifi F, Jamuos RM, Lev E, Silbermann M: Integrative oncology in the Middle East: Weaving traditional and complementary medicine in supportive care. Support Care Cancer 2012;20:557–564. Namukwaya E, Leng M, Downing J, Katabira E: Cancer pain management in resource-limited settings: A practice review. Pain Res Treat 2011;393–404.) შეზღუდული მარეგულირებელი დოკუმენტევის ფონზე კი ხშირად ყურადღების მიღმა რჩება პაციენტის ცხოვრების ხარისხი და მასზე ზრუნვა მაშინ, როდესაც არსებობს მრავალი ქვეყნის გამოცდილება პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურეობის, პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის შეფასების მნიშვნელობისა და საჭიროების შესახებ. (Higginson I,.Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer. J Palliat Med 2004;3:287-300.Hardin SB, Yusufaly YA. Difficult end-of-life treatment decisions: do other factors trump advance directives? Arch Intern Med 2004;164:1531-3. Kite S, Jones K, Tookman A. Specialist palliative care and patients with non-cancer diagnosis: the experience of a service. Palliat Med 2001;15:413-8. Silbermann M, Shevchenko K, Eaton V: Palliative care training gains ground in Middle Eastern countries. J Palliat Care Med 2013;S3:e001.

5. ინკურაბელურ პაციენტთთა პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო სერვისი საქართველოში

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის განვითარება სრულად უკავშირდება სამოქალაქო სექტორს. პროცესის ინიციატორი და უპირობო ლიდერი იყო ფონდი „ღია საზოგადოება - საქართველო“. სწორედ მისი ორგანიზებით მოეწყო თბილისში 2000-2001 წლებში პირველი საერთაშორისო შეხვედრები („ვორქშოფები“) და სემინარები, სადაც გამოიკვეთა ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის არსებობის აუცილებლობა. მაშინ გამოჩნდა პირველი ლიდერი ორგანიზაციები - ასოციაცია „ჰუმანისტთა კავშირი“ (ასოციაციის პრეზიდენტი, პროფ. დ. კორძაია) და კავშირი „ონკოპრევენციის ცენტრი“ (თავმჯდომარე, პროფ. რ. ღვამიჩავა), რომლებმაც პირველებმა იკისრეს სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფა და საგანმანათლებლო პროგრამების რეალიზაცია (ღვამიჩავა, 2013).

პალიატიური მზრუნველობა, როგორც მიმართულება საქართველოში ლეგალური გახდა 2007 წლიდან, როდესაც საქართველოს 4 კანონში (მათ შორის კანონში "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ") შევიდა შესაბამისი დამატებები და ცვლილებები. "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის" მე-2 მუხლის ტ (4) პუნქტის თანახმად, პალიატიური მზრუნველობა განიმარტა როგორც აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა და იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება განკურნებას აღარ ექვემდებარება.

საქართველო შეუერთდა ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის მიერ 2003 წ. 12 ნოემბერს 860-ე სხდომაზე მიღებული რეკომენდაციებს "პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზებისათვის" (შემდგომში "ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია"). ევროსაბჭოს აღნიშნული რეკომენდაციებისა და კანონში შეტანილი ცვლილებების საფუძველზე ჯანდაცვის სამინისტრომ "ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში" დამოუკიდებელ კომპონენტად ჩართო ინკურაბელურ პაციენტთა როგორც ამბულატორიული, ისე სტაციონარული

პალიატიური მზრუნველობა. ამჟამად პროგრმა ხორციელდება თბილისში და საქართველოს 5 მუნიციპალიტეტში.

საქართველოში 2004 წლიდან საფუძველი ჩაეყარა პრაქტიკულ სამედიცინო მომსახურეობას - პალიატიური მზრუნველობის განვითარებას როგორც სტაციონა-რულ პირობებში, ასევე ამბულატორიულ რეჟიმში (ბინაზე):

სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის სამსახური – ჰოსპისი საქართველოში დაარსდა 2004 წელს - კავშირ "ონკოპრევენციის ცენტრის" მიერ 8 საწოლზე. რმეც შემდგომ გაიზარდა 18 საწოლამდე; პარალელურ რეჟიმში ასევე დაიწყო ფუნქციონირება საქართველოს საპატრიარქოს ფერიცვალების მონასტრის ჰოსპისმა, რომელიც ამ დროისათვის ფუნქციონირებდა 3 საწოლზე და ახორციელებდა მზრუნველობას ძირითადად მრევლის პაციენტებზე.

2008 წელს საქართველოს ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში გაიხსნა პალიატიური მზრუველობის განყოფილება 20 საწოლზე, ხოლო მისივე ბაზაზე 2009 წლიდან ქ-ზუგდიდში ფუნციონირება დაიწყო სტაციონარულმა სამედიცინო სერვისმა 2 საწოლზე.

2013 წელს რესტრუქტურიზაციის გამო ონკოლოგიის ნაციონალურმა ცენტრმა შეიცვალა სახელი და დაიწყო ფუნციონირება უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის სახელით. იმდენად, რამდენადაც ეს უკანასკნელი წარმოადგენდა სახელმწიფო სტრუქტურას, განახლებული ხელმძღვანელობის გადაწყვეტილებით გამოიკვეთა ინტერესთა კონფლიქტი ერთი და იმავე ტერიტორიაზე ანალოგიური სერვისის განმახორციელებელი სტრუქტურის არსებობის გამო (კავშირი "ონკოპრევენციის ცენტრის" მიერ ორგანიზებული - ჰოსპისი) და განხორვციელდა ერთ-ერთი „შეთავაზება" - შემოერთება უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის შესაბამის სამსახურთან, ჰოსპისის ტერიტორიის ათვისებით, რამაც გმაოიწვია რიგი უარყოფითი ძვრები: განახევრდა საწოლთა რადენობა (საწოლთა ფონდი), შემცირდა ადამიანური რესურსი (მოხდა კვალიფიციური შრომითი რესურსის გადინება) და შეიკვეცა სერვისის მოცვა - დარჩა მხოლოდ სტაციონარული სამსახური (საქართველოში ერთადერთ სრულყოფილი პალიატიური მზრუნვეობის სერვისის განხორციელება

2008-2013 წლებში ხდებოდა ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის მიერ და მოიცავდა - სტაცინარულ, ამბულატორიულ სერვისს და საკონსულტაციო სამსახურს; თუმცა ამ უკანასკნელის განვითრების მცდელობები ადრეც არსებობდა არასამთავრობო სექტორის პროექტის ანგარიშის მიხედვით, თუმცა ცენტრის არქივში ვერ მოიძევნა ვერც ერთი რეალური კვალი ან ერთეული პრაქტიკული კონსულტაციის ჩანაწერი).

დღეისათვის საქართელოში ათეულზე მეტი პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარული სამსახურია, რომელთა საწოლთა ფონდი საერთო ჯამში 100-ს აღემატება, თუმცა დღეისათვის უცნობია განხორციელებული სერვისის ხარისხი. აღნიშნული განყოფილებები ემსახურება როგორც ონკოინკურაბელურ პაციენტებს, ისე აივ/შიდსით დაავადებულებასა და სხვა ქრონიკული ინკურაბელური არაგადამდები დაავადებებით შეპყრობილ ადამიანებს.

გასათვალისწინებელია, რომ ევროპული გამოცდილებით, ყოველ ერთ მილიონ მოსახლეზე უნდა ფუნქციონირებდეს 50 სტაციონარული პალიატიური მზრუნ-ველობის/ჰოსპისის საწოლი (მათ შორის ბავშვთა ჰოსპისი).

აქედან გამომდინარე, არსებული საწოლების რაოდენობა დაახლოებით 3-4–ჯერ ჩამოუვარდება საჭირო სტანდარტს, რაც ვერ უზრუნველყოფს სათანადო ხელმისაწვდომობას. პრობლემა უფრო მწვავედ დგას რეგიონებში, სადაც მსგავსი სამედიცინო მომსახურეობის მკვეთრი ნაკლებობაა.

ასევე აღსანიშნავია, რომ სტაციონარული პალიატიური სამედიცინო სერვისისათვის განკუთვნილი ფონდი ერთ საწოლ დღეზე გათვლილია - 75 ლარზე. ის 2005 წლიდან დღემდე არ შეცვლილა სამედიცინო სფეროში და ზოგადად სახელმ-წიფოში მრავალი გარდამავალი პერიოდისა და ქვეყანაში არსებული ინფილაციის მიუხედავად უკანასკნელი 13 წლის მანძილზე.

ზემოაღნიშნული რიგ შემთხვევაში წარმოუდგენელს ხდის ხარისხიანი პალიატიური მზრუნველობის განხორციელებას და ეჭვის ქვეშ აყემებს მის ძირითადი პრინციპის სრულფასოვნად განხორციელებას - მულტიდისცილინურობის შესახებ (ვერ ხერხდება პაციენტების კვებით უზრუნველყოფა, ვერ ხერხდება სრულფასოვანი

მულტიდისციპლინური გუნდის - ექიმი, ექთანი, კლინიკური ფარმაცევტი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი/ფსიქიატრი და მოძღვარი განხორციელება), რის გამოც პალიატიური სერვისები შემოიფარგლება მხოლოდ სამედიცინო ასპექტებით, მით უფრო, რომ სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვის შემთხვევაში, თანაგადახდის პრინციპის ამოქმედება აკრძალულია. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ სამწუხაროდ, საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწვდომობის დინამიკა, ბოლო წლებში, არ არის შესწავლილი.

ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის სამსახური საქართველოში დაარსდა ასოციაცია "ჰუმანისტთა კავშირი"– ს ეგიდით, 2004 წელს თავდაპირველად როგორც პილოტური პროექტის სახით, ხოლო პროექტის 1 წლიანი შედეგების განხილვის შემდეგ, 2005 წლიდან სახელმწიფო დაფინანსების ხარგლებში, გარკვეული ზრდის ტენდენციით. 2008 წლიდან რეგიონებში გადამზადებული პილოტური ჯგუფების დაკომპლექტების საფუძველზე თანამიმდევრული ზრდის ტენდენციით (2006 წერლს დაემატა ქუთაისი, 2008 წლიდან თელავი, 2011 წლიდან ზუგდიდი და ოზურგეთი). თუმცა აღსანიშნავია, რომ 2011 წლამდე ზემოაღნიშნული პროგრამა ხორციელდებოდა პრაქტიკულად პილოტირების რეჟიმში (შეზღუდულად, სახელმ-წიფო ტენდერის საფუძველზე), ხოლო 2011 წლიდან კი თბილისსა და ზემოაღნიშნულ რეგიონებში პროგრამის განხორციელება გაფართოვდა, რასაც მოჰყვა მრავალი, მათ შორის ნაკლებ და არაკომპეტენტური განმხორციელების გამოჩენა.

სწორედ ამ უკანასკნელს უკავშირდება (განსაკუთრებით თბილისში) პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი პრინციპების უგულვენებლყოფა და რიგი არაკეთილსინდისიერი მოქმედება განსაკუთრებით ახალბედა პროვაიდერების მხიდან და პროგრამის რეალური კოლაფსი (Rukhadze, 2014).

ზემოაღნიშნული პალიატიური მზრუნველობის ამბულატორიული პროგრამა გულისხმობდა ბინაზე მყოფი უკურნებელი დაავადებით შეპყრობილი პაციენტების და მათი ოჯახების დახმარებას, რაც შემდეგი დიზაინით წარმოებდა: გუნდის მიერ პაციენტთან ხორციელდებოდა კვირაში 4 ვიზიტი: ექიმის ერთი და ექთნის სამი. აღნიშნული რეგულარობა საშუალებას იძლეოდა პაციენტები ყოფილიყვნენ

პერმანენტული მეთვალყურეობის ქვეშ, რაც მკვეთრად ამცირებდა ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებს. 2011 წლიდან ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემოღებულ იქნა ე.წ. არამატერიალიზებული ვაუჩერის სისტემა, რაც საშუალებას იძლეოდა ამბულა-ტორიული პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულიყო საქართველოს ყველა მოქალაქე, რომელიც აკმაყოფილებდა პროგრამით გაწერილ კრიტერიუმებს პროგრამის ხელმისაწვდომობა იზღუდებოდა მხოლოდ გეოგრაფიუ-ლი პრინციპით: იგი ხელმისაწვდომი იყო თბილისისა და საქართველოს 5 მუნიციპალიტეტისათვის (ზუგდიდი, ოზურგეთი, ქუთაისი, გორი, თელავი). პროგრამის მიხედვით ანაზღაურების ერთეული იყო ვიზიტი, რომელიც შეფასებული იყო 11 ლარად. გამომდინარე იქიდან, რომ ამბულატორიული სერვისების მიმწო-დებლებს შორის საქართველოს კანონმდებლობა არ თხოვს შესაბამისი სერტიფიკატის არსობობას, პროგრამის პროვაიდერად დაფიქსირება შეეძლო ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებას. ამან განაპირობა ის, რომ 2012 წლიდან პროგრამის მიმწოდებლად დარეგისტრირდა არაერთი ამბულატორია, რომელთაც არ გააჩნდათ პალიატიური მზრუნველობის გამოცდილება და უნარ/ჩვევები. აღნიშნულმა პროცესმა გამოიწვია სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ პაციენტთა უკონტროლო ზრდა და პროგრამის ბიუჯეტის გარღვევა (ღვამიჩავა, 2014).

ვითარება კიდევ უფრო გაართულა 2013 წლის სახელმწიფო პროგრამის შეცვლილმა დიზაინმა; 2012 წლის პროგრამასთან შედარებით ერთეული პოზიტიური ცვლილებების ფონზე, განხორციელდა ისეთი ცვლილებებიც, რომელმაც მკვეთრად შეზღუდა პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწვდომობა, კერძოდ:

o ქრონიკულ ინკურაბელურ ავადმყოფთან ფინანსდება მხოლოდ ექიმის ვიზიტი, ხოლო გუნდის სხვა წევრების (განსაკუთრებით ექთნის, რომელიც პალია-ტიურ მზრუნველობაში წამყვანი ფიგურაა) პაციენტთან/ოჯახთან დამოუკიდებელ მუშაობას არალეგიტიმურად მიიჩნევს და, შესაბამისად, არ ანაზღაურებს.

o „მომსახურების მოცულობა მოიცავს თვეში არაუმეტეს 8 ვიზიტს პაციენტთან. ვიზიტები დაფიქსირებული და დასაბუთებული უნდა იყოს სამედიცინო დოკუმენტაციაში ექიმის შესაბამისი ჩანაწერით“. აღნიშნული ჩანაწერი არა მარტო

ზღუდავს ვიზიტების რაოდენობას, რაც, ერთი მხრივ, ზღუდავს ხარისხიანი პალიატიური მზრუნველობის მიწოდების მოცულობას, მეორე მხრივ აკანონებს ექიმის დომინანტურ როლს, რაც პირდაპირ ეწინააღმდეგება პალიატიური მზრუნველობის მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის ფუნდამენტურ პრინციპს – ყველა წევრის თანასწორობას.

ο „მოსარგებლეს მე3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურება მიეწოდება არაუმეტეს 6 თვის ვადით. პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პროგრამის მოთხოვნათა გათვალისწინებით, პროგრამაში ჩართვისათვის ოპტიმალურ დროს განსაზღვრავს პალიატიური მზრუნველობის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება“. აღნიშნულ პუნქტში ორი თეზაა.

1-ლი, სავარაუდოდ ეფუძნება პალიატიური მზრუნველობის კონტინგენტის შერჩევის ერთ–ერთ გავრცელებულ კრიტერიუმს: „პაციენტის სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა უნდა იყოს 6 თვე ან ნაკლები“ (კორძაია და თანავტ, 2008; ღვამიჩავა, 2014; რუხაძე 2015).

ეს კრიტერიუმი აშშ–ს სახელმწიფო სადაზღვევო კომპანია “medicare”–ის რეგულაციებიდან გავრცელდა მსოფლიოს ბევრი ქვეყნის პალიატიური მზრუნველობის პროგრამებში (როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ დაფინანსებულში).

ამასთანავე, თავად “medicare”–ის მიერ გამოქვეყნებული საინფორმაციო, ახსნა–განმარტებით წერილში, რომელიც მიზნად ისახავს პაციენტებისა და სამედიცინო პერსონალის დაცვას ზედმეტად მკაცრი მარეგულირებლებისაგან, ვკითხულობთ:

„არასწორად გავრცელებული წარმოდგენა, რომ ჰოსპისური მზრუნველობა რაიმე ფორმით გარანტირებულად ადასტურებს, რომ პაციენტს დარჩენილი აქვს 6 თვეზე ნაკლები სიცოცხლე. ამ საკითხთან მიმართებაში შემაჯამებელი პასუხი არის – არა. კომპლექსური პასუხი კი შემდეგია: “ჰოსპისური მზრუნველობა ფარავს დროის შერჩეულ, სპეციფიკურ პერიოდებს, რომელიც ცნობილია, როგორც არჩევის პერიოდები. თავიდან ექიმი არჩევს პაციენტს, რომელთა პროგნოზი ტერმინალურია, ჰოსპისური ზრუნვისათვის ორი პირველადი 90-დღიანი არჩევის პერიოდით,

რომელსაც შეიძლება მოსდევდეს შეუზღუდავი რაოდენობით 60-დღიანი არჩევის პერიოდები. აღიარებს რა, რომ პროგნოზი არ შეიძლება იყოს ზუსტი და შესაძლოა შეიცვალოს, Medicare თვლის, რომ ჰოსპისური ზრუნვა ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მუდმივად, სანამ პაციენტის პროგნოზი ეხმიანება ტესტს: "სიცოცხლის ხანგრძლივობის 6 თვე და ნაკლები" (ღვამიჩავა, 2014; რუხაძე 2015).

ამასთან, ფრაზა - „პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პროგრამის მოთხოვნათა გათვალისწინებით, პროგრამაში ჩართვისათვის ოპტიმალურ დროს განსაზღვრავს პალიატიური მზრუნველობის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება" ცხადია, გასათვალისწინებელია ამასთანავე, გამოცდილება გვიჩვენა, რომ შემოწმებისას აბსოლუტურად არ ხდება პაციენტის/ოჯახის წევრთა ინტერესები სა და სერვისების მიმწოდებლების არგუმენტების გათვალისწინება მაშინ, როცა ხდება „პროგრამის" ზოგიერთი ჩანაწერის ცალსახა ინტერპრეტაცია. აღნიშნული არც თუ იშვიათად ხორციელდება შემდეგი სცენარით - სერვისის განმხორციელებელი ცდილობს რაც შეიძლება გვიან ჩართოს პაციენტები სახელმწიფო მომსახურეობის პროგრამაში, როდესაც არა ტერმინალური დაავადება, არამედ პრაქტიკულად პაციენტის ტერმინალური სტადია (პრეკომა, კომა, ტერმინალური მდგომარეობა). შესაბამისად, მართალია, მკვეთრად შემცირდება სერვისის მიწოდების ხანგრძლივობა და სახელმწიფო პროგრამის ხარჯი, მაგრამ კიდევ უფრო შემცირდება პროგრამის ხელმისაწვდომობა, ეფექტურობა და პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი მიზნების (რაც შეიძლება დიდხანს უზრუნველყოს ავადმყოფის აქტიური ცხოვრების წესი, უზრუნველყოს პაციენტის სიცოცხლის მაქსიმალურად მისაღწევი ხარისხი და, ამასთანავე, გარკვეულწილად დადებითად იმოქმედოს ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე) მიუღწეველი დარჩება. (არადა, ეს მიზნებიც სწორედ იმ დოკუმენტშია მოცემული, რომლითაც ზემოაღნიშნული „6 თვე" დაკანონდა) (ღვამიჩავა, 2014).

6. <u>ინკურაბელურ პაციენტთა სამედიცინო საჭიროებებისა და სერვისების მნიშვნელობის თაობაზე პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების გაუმჯობესებისათვის</u>

საქართველოში მოქმედი საკანონმდებლო ბაზისა და მარეგულირებელი დოკუ-მენტების მიხედვით, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ტ'' ქვეპუნქტის თანახმად, პალიატიური მზრუნველობა არის პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის ნაწილი. ამავე მუხლის „ყ'' ქვეპუნქტი პალიატიური მზრუნ-ველობის ღონისძიებების შეუფერხებელ განხორციელებას მოიაზრებას სამედიცინო დახმარების უწყვეტობის ნაწილად, ხოლო „ჩ1'' ქვეპუნქტის თანახმად, პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული საქმიანობა წარმოადგენს სამედიცინო საქმიანო-ბას (სამედიცინო მომსახურებას) და ხორციელდება დადგენილი წესით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 157/ნ (2008 წლის 10 ივლისი ქ. თბილისი)-ის მიხედვით დადგენილია - ,,ინსტრუქცია ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ", რომლის თანახმადაც (მუხლი 2). პალიატიური მზრუნველობის არსი და ამოცანები განსაზღვრულია და მოიცავს: „პალიატიური მზრუნველობა გამოყენებულ უნდა იქნას ნებისმიერი ქრონიკული (საბოლოო ანგარიშით) უკურნებელი დაავადების შემთხვევაში. პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვანი ამოცანაა ტკივილის მოხსნა''.

ამასთან, პალიატიური მზრუნველობის არსი საკანონმდებლო ბაზის მიხედვით მოიცავს: "ა) ამკვიდრებს ბოლომდე ღირსეული სიცოცხლის ფილოსოფიას, ამასთანავე ნორმალურ კანონზომიერ პროცესად მიიჩნევს სიკვდილს; ბ) ისწრაფვის, რაც შეიძლება დიდხანს უზრუნველყოს ავადმყოფის აქტიური ცხოვრების წესი; გ)სთავაზობს დახმარებას პაციენტის ოჯახს ავადმყოფობის მძიმე პერიოდში და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას უცხადებს ახლობელი ადამიანის დაკარგვის გამო; მიმართავს მრავალმხრივ პროფესიონალურ (ინტერ-დისციპლინურ) მიდგომას პაციენტისა და მისი ოჯახის ყველა მოთხოვნილების დასაკმა-ყოფილებლად; დ) ახდენს ადეკვატურ გაუტკივარებას და სხვა ფიზიკური სიმპტომების მოხსნას; აუმჯობესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს და, ამასთანავე, გარკვეულწილად დადებითად მოქმედებს ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე''.

იგივე მარეგულირებელი დოკუმენტით განისაზღვრება პაციენტის სახელმწიფოში არსებული სამედიცინო სერვისებით სარგებლობა. დოკუმენტის მიხედვით: ავადმყოფს პალიატიური მზრუნველობა უნდა გაეწიოს უკურნებელი დაავადების დიაგნოზის დასმისთანავე. რაც უფრო ადრე და სწორად იქნება ორგანიზებული და გაწეული ეს დახმარება, მით მეტია ალბათობა, რომ განვახორციელებთ დასახულ ამოცანას _ მივაღწევთ ავადმყოფისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხის მაქსიმალურად შესაძლებელ გაუმჯობესებას. ამასთან, იგივე დოკუმენტის იგივე მუხლის შემდეგ პუნქტში მითითებულია, რომ პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლე შესაძლებელია იყოს - ავადმყოფების სამი ძირითადი ჯგუფი, რომელთაც სიცოცხლის დასასრულს სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებათ:

ა) მე-4 სტადიის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი;

ბ) ტერმინალურ სტადიაში მყოფი შიდსით დაავადებულნი;

გ) არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესე სენით დაავადებულნი ტერმინალურ სტადიაში (გულის, ფილტვების დეკომპენსაციის, ღვიძლისა და თირკმლების უკმარისობის სტადიები, გაფანტული სკლეროზი, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევების მძიმე შედეგები და სხვ.).

ამავე დოკუემენტში ასევე განსაზღვრულია პალიატიური მზრუნველობისათვის პაციენტთა შერჩევის კრიტერიუმები:

ა) სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არა უმეტეს 3-6 თვისა;

ბ) შემდგომი მკურნალობის ნებისმიერი მცდელობის მიზანშეუწონლობა (სპეციალისტების მტკიცე რწმენის გათვალისწინებით, რომ დიაგნოზი სწორადაა დასმული);

გ) ავადმყოფის ისეთი ჩივილები და სიმპტომები, რომლებიც სიმპტომური თერაპიისა და მოვლისათვის სპეციალურ ცოდნასა და უნარს საჭიროებს.

სამწუხაროდ, ამავე დოკუმენტში ასევე მოწოდებულია, რომ IV კლინიკური ჯგუფის ონკოლოგიური ავადმყოფებისათვის ტკივილის დაუყოვნებელი მოხსნის აუცილებლობა ნაკარნახებია სამედიცინო და დეონტოლოგიური მოსაზრებებით: თუ ავადმყოფის სიცოცხლის გადარჩენა ყოველთვის არაა შესაძლებელი, ტკივილის მოხსნა, ტანჯვის შემსუბუქება ყოველთვის შეიძლება და უნდა განხორციელდეს, ნათქვამია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებაში N 157/ნ (2008 წლის 10 ივლისი ქ. თბილისი) - მუხლი 12.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, სხვადასხვა ქვეყნების მაგალითების გათვალისწინებით ჰოსპისურ მომსახურებაზე ბენეფიციართა ჩართვის კრიტერიუმები თვისობრივად შეიძლება ითქვას ანალოგიურია, თუმცა ასევე შეინიშნება მცირედი განსხვავებები, რომელიც სპეციფიურია კლინიკური კუთხით.

როგორც ზემოთ უკვე აღინიშნა, განსაზღვრება, რომლის მიხედვითაც პაციენტი საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას/ჰოსპისურ მომსახურებას ჩამოყალიბებულია შემდეგნაირად: ბენეფიციარი უნდა იყოს დიაგნოსტიებული როგორც ტერმინალური მდგომარეობის პაციენტი, რომელიც პროგნოზირებს 6 თვეზე ნაკლებ მოსალოდნელ სიცოცხლის ხანგრძლივობას.

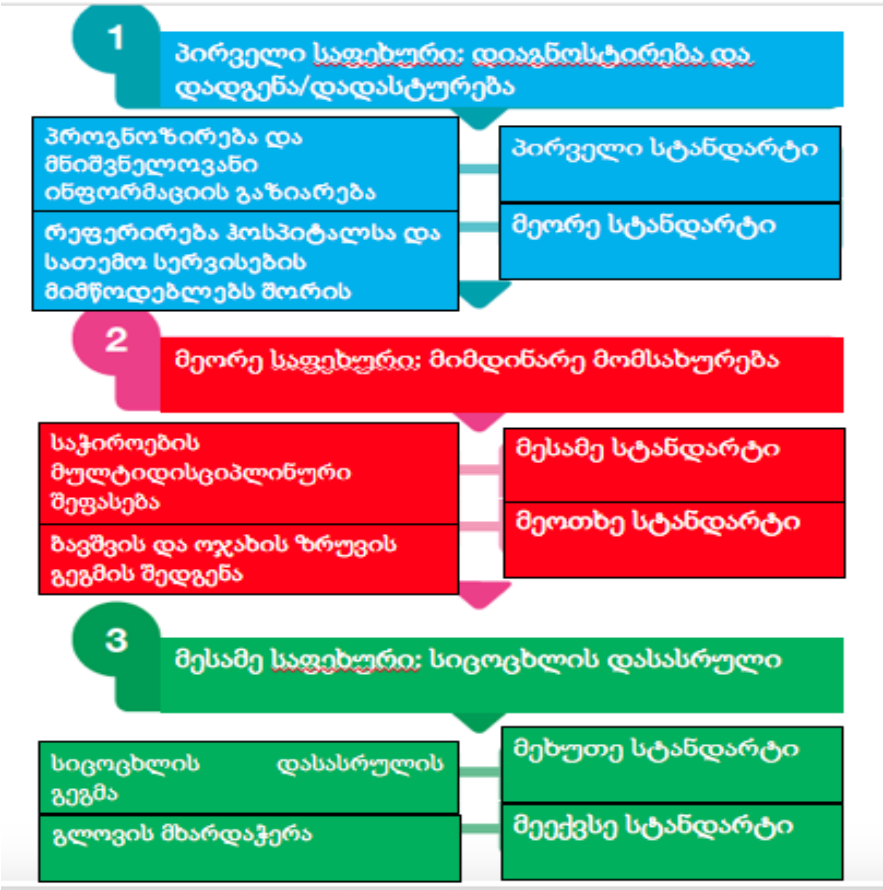
საერთაშორისო პრაქტიკაში ადაპტირებულია სპეციალური გზამკვლევები, რომელიც განსაზღვრავს საჭიროების დადგენის და მომსახურების მიწოდების სქემას არსებობს ოთხ კატეგორიად დაყოფილი შეფასების კრიტერიუმი, რომელიც განსაზღვრავს პედიატრიულ პრაქტიკაში პალიატიური ან/და ჰოსპისური მომსახურების მიწოდების სქემას.

დიაგრამა #2

(ლებანიძე და თანავტ., 2015).

მომსახურების მიწოდების გზამკვლევში ასევე წარმოდგენილია სამდონიანი/-ეტაპიანი სტანდარტი, რომელიც აყალიბებს საფეხურეობრივ მიდგომას პალიატიური მზრუნველობის განხორციელებისათვის:

დიაგრამა #3



(ლებანიძე და თანავტ., 2015).

ზემოაღნიშნულში, პირველი სტანდარტი ქარმოდგენილია - მნიშვნელოვანი ინფორმაციის გაზიარებით - ოჯახის ყველა წევრმა სრულყოფილად უნდა მიიღოს ინფორმაცია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, ასევე სრულყოფილად უნდა ფლობდნენ ინფორმაციას რისკების და სიცოცხლის მოსალოდნელი პროგნოზის შესახებ. აღნიშნული ინფორმაციის მიწოდება სასურველია განხორციელდეს პირისპირ კომუნიკაციის მეშვეობით და ინფორმაციის მიწოდება უნდა განხორციელდეს პატივისცემის, ღირსების, გულწრფელობის და მგრძნობელობის კრიტერიუმების დაცვით.

მეორე სტანდარტი მოიცავს - ინფორმაციის გაზიარებას - პაციენტის ოჯახის წევრებთან შეთანხმებული უნდა იყოს ინფორმაციის გაზიარების/ცირკულირების

საკითხი, რომელიც იწარმოებს სამედიცინო დაწესებულებებს შორის რეფერალის ან/და სხვა კლინიკური საჭიროების შემთხვევაში;

მესამე სტანდარტში წარმოდგენილია -მულტიდისციპლინური შეფასების საჭიროება - ოჯახის წევრებს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ პაციენტისათვის მიწოდებული იქნება ყველა აუცილებელი, მულტიდისციპლინური სერვისები შესაძლებლად მოკლე ვადებში, მას შემდეგ რაც დიაგნოზი და მომსახურების მიწოდების საჭიროება დადგენილია;

მეოთხე სტანდარტი წარმოდგენილია - ზრუნვის გეგმით, რაც გულისხმობს მულტიდისციპლინურ მიდგომაზე დაყრდნობით ყველა ტიპის სერვისის მიწოდებასა და ორგანიზებას, როგორც პაციენტისათვის ასევე მისი ოჯახის ყველა წევრისათვის, იმისათვის, რომ უზრუნველყოფილი იყოს ოჯახის წევრთა და პაციენტის სამედიცინო და არასამედიცინო საჭიროებები.

მეხუთე სტანდარტი წარმოდაგენს სიცოცხლის დასასრულის ზრუნვის გეგმას - გულისხმობს გარდაცვალების პროცესისადმი ოჯახის წევრების მზადებას და მათ მხარდაჭერას გარდაცვალებამდე და მის შემდეგ, რომელიც ასევე ითვალისწინებს პაციენტის ოჯახის წევრებთან კომუნიკაციის გაგრძელებას და გარდაცვლილი პაციენტის სხეულზე ზრუნვას.

მეექვსე სტანდარტში კი მოცემულია გლოვის მხარდაჭერა - გულისხმობს გარდაცვალების შემდეგ პაციენტის ოჯახის წევრებთან, და განსაკუთღებით მშობლებთან კომუნიკაციის გაგრძელებას დროის გარკვეულ პერიოდში (Hospice Admission Criteria For Cancer and Non-Cancer Diagnoses - https://www.hospicegso.org).

გრინსბორის ჰოსპისისა და პალიატიური ზრუნვის ცენტრი განსაზღვრავს ჰოსპისში პაციენტის ჩართვის კრიტერიუმებს, რომელიც დაჯგუფებულია სიმსივნური და არასიმსივნური დიაგნოზებით. ჰოსპისში მოთავსების კრიტერიუმები წარმოდგენილია შემდეგნაირად:

1. ტერმინალური მდგომარეობის დიაგნოზი ან მასთან დაკავშირებული მდგომარეობა, სხვა მნიშვნელოვანი ავადობა და სამედიცინო ჩვენება;

2. ახლო წარსულში ხშირი მიმართვიანობა ჰოსპიტალში და ახალი სიმპტომების გამოვლენა და ცვლილება ჯანმრთელობის მდგომარეობაში;

3. ფუნქციური შეფასება: ფუნქციური შეფასების შკალა (იხილეთ ცხრილი);

a. დამოუკიდებელი სიცოცხლის/ცხოვრების ხარისხი და ცვლილება;

b. გასული კვირის ან/და თვეების განმავლობაში ფუნქციების დაკარგვა;

c. რიგიდობა, სისუსტე, დაცემა (ლოკალური ან ზოგადი);

d. მეტყველების ცვლილება;

e. დისფაგია:

f. დიეტა (კვებითი ხელშეწყობა)

g. ასპირაციის ნიშნები ან სალივაცია/ჰიპერსალივაცია;

4. სტრუქტურული შეფასება:

a. დეკუბიტური (წყლულები და მისი ხარისხი);

b. კონტრაქტურა და რიგიდობა;

c. კახექსია,

d. განლების სინდრომი

e. გადაადგილების შეზღუდულობა

5. კოგნიტური (შემეცნებითი) შეფასება

a. საერთო ფსიქიკური ფუნქცია;

b. მეხსიერების,

c. ემოციური ან აღქმის ფუნქციები,

d. მოტორული ან სენსორული აფაზია / ან ინტეგრაციული მეტუველების ფუნქციები

e. მეტყველების ფუნქცია

6. კვებითი/ნუტრიციული შეფასება

a. წონა და წონის ცვლილება ბოლო კვირის / თვის განმავლობაში, ბუნებრივი გზით მიღებული საკვების %,

b. დისფაგიით გამოწვეული კალორაჟის ცვლილება დღის რაციონში

c. ალბუმინი ან პრეალბუმინი, რომელიც განპირობებულია კალორიულობით

7. გარემოზე ცვლილება

a. სხვა/ახალი დამხმარე საშუალებების გამოყენება (DME)

8. მკურნალობის გეგმა

a. TPN პარენტერალური კვება

b. კვება ზონდით

c. VAC სისტემა

d. პეროლალური ან ინტრავენული ქიმიოთერაპია;

e. სხივური თერაპია (განხორციელებული X რაოდენობით)

f. თორაკოცენტეზი;

g. პარაცენტეზი

h. ქირურგიული მანიპულაციები/პროცედურები;

i. სისხლის და სისხლის კომპონენტების ტრანსფუზია;

j. კვლევები, როგორიცაა MRI, CT, PET და სხვა მაღალტექნოლოგიური კვლევები

9. არაკონტროლირებადი/უნებლიე სიმპტომები, რომლის გამოც აუცილებელია დაუყოვნებლივი კლინიკური ან/და მედიკამენტოზური ჩარევაა.

Providence Hospice and Palliative Care პუბლიკაციაში მოცემულია პალიატიური მომსახურების მიწოდების შეფასების შკალის (PPS) განახლებული მეორე ვერსია (Tools and Guidelines for determining eligibility for hospice - http://www2.providence.org/Pages/default.aspx).

ცხრილი 1

PPS ხარისხი	დამოუკიდებლად გადაადგილების უნარი	აქტივობა ან დაავადების გამოვლინება	თვითზრუნვა	კვება	ცნობიერება/ადექვატურობა
70%	შეზღუდული	ნორმალური აქტივობის / მუშაობის შეზღუდვა	სრულად	ნორმალური ან შეზღუდული	ცნობიერება ნათელი
60%	შეზღუდული	საშინაო საქმეების შეუძლებლობა, გამოხატული ავადობა	პერიოდული დახმარების საჭიროება	ნორმალური ან შეზღუდული	ცნობიერება ნათელი ან დაბინდული (არეული)
50%	ძირითადად მჯდომარე ან მწოლიარე მდგომარეობაში	ნებისმიერი სახის სამუშაოს შესრულების შეუძლებლობა, მკვეთრად გამოხატული ავადობა	საჭიროებს მნიშვნელოვან დახმარებას	ნორმალური ან შეზღუდული	ცნობიერება ნათელი ან დაბინდული (არეული)
40%	მჯდომარე ან მწოლიარე მდგომარეობაში	ზოგიერთი აქტივობის შეუძლებლობა, გამოხატული ავადობა	ძირითადად ან უმთავრესად საჭიროებს დახმარებას	ნორმალური ან შეზღუდული	ცნობიერების დონე დაქვეითებული ან ძილიანობა +/- დაბინდულობა
30%	საწოლს მიჯაჭვული	ნებისმიერი აქტივობის შეუძლებლობა, გამოხატული ავადობა	სრული ზრუნვის საჭიროება	ნორმალური ან შეზღუდული	ცნობიერება: ნათელი ან დაქვეითებული (ძილიანია) +/- არეული
20%	საწოლს მიჯაჭვული	ნებისმიერი აქტივობის შეუძლებლობა, გამოხატული ავადობა	სრული ზრუნვის საჭიროება	კვება მინიმალური ან მხოლოდ ყლუპების საშუალებით	ცნობიერება: ნათელი ან დაქვეითებული (ძილიანია) +/- არეული
10%	საწოლს მიჯაჭვული	ნებისმიერი აქტივობის შეუძლებლობა, გამოხატული ავადობა	სრული ზრუნვის საჭიროება	პირის ღრუს მოვლა	ცნობიერება: დაქვეითებული (ძილიანი) ან კომა = +/- არეული
0%	გარდაცვალება				

Providence Hospice and Palliative Care პუბლიკაციაში დეტალურად მოცემულია ჰოსპისურ მომსახურებაზე პაციენტთა ჩართვის კრიტერიუმები. აღნიშნული გზამკვლევი განსაზღრავს ისეთ საბაზისო სპეციფიურ ჩართვის კრიტერიუმებს /გზამკვლევს, რომელიც არ არის სპეციფიურად მიბმული რომელიმე კონკრეტულ

ავადობაზე (Tools and Guidelines for determining eligibility for hospice www.providence.org) .

1. ფიზიოლოგიური სისუსტე ან ფუნქციური სტატუსის ფიზიოლოგიური დარღვევა რომელიც გამოხატულია:

a. პალიატიური მომსახურების მიწოდების შკალა (PPS) <70% (გასათვალისწინებელია, რომ აივ/ინფექცია შიდსის, ინსულტის ან კომის გზამკვლევი გამოხატულია ნაკლები PPS შკალით)

2. ყოველდღიური ცხოვრების 2 ან მეტ აქტიობაზე დახმარების საჭიროება:

a. დამოუკიდებლად გადაადგილების უნარი

b. ფიზიოლოგიური შეუკავებლობა - (უნებლიე ურინაცია და დეფეკაცია) კონტროლი (შარდ სასქესო და კუჭის მოქმედების ფუნქციებზე);

c. მოძრაობა,

d. ჩაცმა

e. კვება

f. დაბანა (ჰიგიენური პროცედურები)

3. თანმხლევი დაავადებები- რომლებიც მართალია არ წარმოადგენენ ჰოსპისში მომართვის პირველად დიაგნოზს, თუმცა მათი არსებობა და სიმძიმის ხარისხი განაპირობებს სოცოცხლის ხანგრძლივობის შეზღუდვას 6 თვით ან ნაკლებით:

a. ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები

b. გულის უკმარისობა

c. გულის იშემიური დაავადება

d. დიაბეტი

e. ნევროლოგიური ავადმყოფობები

f. თირკმლის უკმარისობა

g. ღვიძლის დაავადებები

h. სიმსივნეები/ნეოპლაზია/ახალწარმონაქმნები

i. აივ/ინფექცია შიდსი

j. დემენცია

k. აუტოიმუნური დაავადებები (მგლურა და რევმატული ართრიტი)

l. მკურნალობას რეფრაქტორული/დაუქვემდებარებელი

ავადობის პროგრესირება ასევე შეიძლება განპირობებული იყოს:

1. კლინიკური მდგომარეობა:

o მორეციდივე ინფექციები (მაგ: პნევმონია, სეფსისი, პიელონეფრიტი)

o პროგრესირებადი შეუკავებლობით

 6 თვეზე ნაკლებ პერიოდში სხეულის მასის >/=10% -ზე მეტით დაკარგავ/ დაკლება

 პროგრესირებადი სისუსტე

 ანთროფომორფულიზომები (მაგალითად: წინა მხრის, წელის და გულმკერდის გარშემოწირულობა

 ტურგორის დაქვეითება, კანის ნაოჭები, დაკვირვება სხეულის ზომებზე (ჩამოკიდებული ტანსაცმელი),

 შრატში ალბუმინის და ქოლესტეროლის დაბალი დონე

 ყლაპვის გაძნელება, რომელიც განაპირობებს გამნეორებით გადაცდენებს და საკვების არასაკამრის მიღებას ბუნებრივი კვების გზით

2. სიმპტომების გაუარესება

o ტკივილი, რომელიც საჭიროებს ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების დოზის ზრდას ხანგრძლივი დროით.

o გულისრევა/ ღებინება, რომლებიც ნაკლებად ემორჩილება ღებინებას;

o უწყვეტი, ძნელად სამკურნალო დიარეა

o დისპნეა, სუნთქვის სიხშირის მომატებით;

o არაკონტროლირებადი ხველა

3. ნიშნები

o ჰიპოტენზია (<90mmHg და ორთოსტატიკური) ჰიპოტენზია;

o პერიკარდიალური ან პლევრალური გამონაჟონი;

o ადგილობრივი პროგრესირებით ან მეტასტაზური დაზიანებით გამოწვეული ვენური, არტერიული ან ლიმფური ობსტრუქცია/ზეწოლა;

o შეშუპება და ასციტი;

o სისუსტე, ცნობიერების დონის შეცვლა;

4. ლაბორატორიული კვლევები

o ალბუმინის დონის შემცირება;

o ნატრიუმის დონის პროგრესული ზრდა ან კლება პლაზმაში +-;

o პლაზმაში კალიუმის გაზრდა;

o გაზრდილი კალციუმის, კრეატინინის და ღვიძლის ფუნცია;

o გაზრდილი pc02, P02 შემცირება, ან Sa02 შემცირება;

o სიმსივნური მარკერების მომატება

5. ცვლილება ფუნქციურ სტატუსში

o PPS ქულის/შკალის შემცირება; დემენციის ფუნქციური შეფასების შკალის (FAST) პროგრესული შემცირება (7A დან - FAST); დეკუბიტური წყლულების პროგრესირება 3-4 სტადიაზე/ხარისხზე); ჰოსპისში მიმართვამდე, ჰოსპისში პირველად დასმულ დიაგნოზთან დაკავშირებული, (ასოცირებული) გახშირებული ექიმის ვიზიტები, ჰოსპიტალიზაცია, გადაუდებელი სასწრაფო მომსახურეობა.

ამ ინსტრუქციის მიხედვით, შესაბამისი სამედიცინო მომსახურეობის მისაღებად მოსარგებლეთა ჩართვის კრიტერიუმები წარმოდგენილია ონკოინკურაბელური პაციენტებისათვის, რომელშიც ასევე გათვალისწინებულია პირველადი და მეორეული კრიტერიუმები, რომელიც მნიშვნელოვანია პაციენტის ჰოსპისურ სერვისებზე მოსარგებლედ შეფასების მიზნებისათვის.

ცხრილი #2

სიმსივნური დიაგნოზები	
პირველადი კრიტერიუმები	პაციენტები ითვლებიან დაავადების ტერმინალურ სტადიაში თუ მათ აღენიშნებათ: 1. შორეული მეტასტაზები 2. დაავადების ადრეული სტადიიდან პროგრესირება მეტასტაზურ დაავადებამდე: ა. მდგომარეობის უწყვეტი (მუდმივი) გაურესება მკურნალობის მიუხედავად ბ. პაციენტი უარს ამბობს დავადებისთვის სპეციფიურ (მიზამმიმართულ) მკურნალობაზე
მეორეული კრიტერიუმები	შენიშვნა: ზოგიერთი სიმსივნური დაავადებისათვის, რომელთაც ახასიათებთ ცუდი გამოსავალი/პროგნოზი (მაგ: წვრილუჯრედოვანი ფილტვის სიმსივნე, ტვინის სიმსივნე და პანკრეასის სიმსივნე) იყვნენ ჰოსპისის პროგრამით მოსარგებლენი, მიუხედავად იმისა რომ შეიძლება ვერ აკმაყოფილებდნენ ამ სექციაში მოყვანილ ჩართვის კრიტერიუმებს.

მიუხედავად ზემოაღნიშნული საერთაშორისო კვლევების, მსოფლიოში დაგროვილი პალიატიური მზრუნველობის სხვადასხვა მოდელისა და სტანდარტის ანალიზის დიდი გამოცდილებისა, ვერ ხერხდება ისეთი უნიფიკაციური მიდგომის (თეორიის) გამოყოფა, რომელიც სტანდარტულად იქნებოდა გამოყენებული

პაცინეტთა მდგომარეობის შეფასების, მათი საჭიროებების განსაზღვრის და უნიფიცირებული ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურეიბოს შეფასებისათვის, რასაც დაეფუძნებოდა პალიატიური მზრუნველობის სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურეობის დაგეგმვა (შესაბამისი ინტერვენციების დიზაინი) პაციენტთათვის და მათი ოჯახის წევრებისთვის, და ასევე, მათი განხორციელების შეფასება.

პალიატიური მზრუნველობის თავისებურებათა ამ თვალსაზრისით გაანალიზება მიუთითებს, რომ მისი საბოლოო მიზანი - ბოლომდე ღირსეული ცხოვრება - სხვა არაფერია, თუ არა პაციენტის თვითაქტუალიზაციისა და ტრანსცენდენტულობის უზრუნველყოფის ხელშეწყობა სიცოცხლის მიწურულს.

ამასთან, პალიატიური მზრუნველობა ამას ახერხებს (ანხორციელებს) პაციენტის სხვადასხვა დონის მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა თანმიმდევრული დაკმაყოფილებით შესაძლებლობის ფარგლებში: დაავადების მტანჯველი სიმპტომების მოხსნით და ძირითადი ფიზიოლოგიური ფუნქციების შესრულების უზრუნველყოფით, ტკივილის ტოტალური ხასიათის - ფიზიკური, სოციალური, ემოციური და სულიერი - გააზრებით (აღიარებით) და მართვით, აქტიური კომუნიკაციით, სიკვდილის დე-ტაბუირებით, სულიერი და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერით (ჩიხლაძე, 2016).

როგორც ადრეც აღინიშნა, პალიატიური მზრუნველობის მთავარ მიზანს წარმოადგენს არა მხოლოდ მტანჯველი სიმპტომების მართვა და ტკივილის დაყუჩება, არამედ პაციენტების ფსიქოლოგიური, მორალური და სულიერი მხარდაჭერა.

სამწუხაროდ, ხშირად, პალიატიური მზრუნველობა შემოიფარგლება მხოლოდ ფიზიკური სიმპტომების კონტროლითდა ნაკლებად ითვალისწინებს პაციენტის რეალური სურვილებსა და დამოკიდებულებებს.

ამდენად, აღმოჩნდება, რომ მზრუნველობა მიმართულია მხოლოდ ადამიანის ბაზისური საჭიროებების და არა სულიერი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებისკენ. ეს, ერთი მხრივ, გამოწვეულია პაციენტსა და ექიმს შორის არასათანადო კომუნიკაციით (ექიმი არ ახდენს, ან ვერ ახერხებს, პაციენტის სურვილებისა და მოთოვნილებების ზუსტად გაანალიზებას), ხოლო მეორე მხრივ, საზოგადოდ, სიცოცხლის მიწურულს პაციენტთა საჭიროებების და მოთხოვნილებების არასათანადოდ შესწავლასა და კვლევასთან, გარკვევა, რაც ხელს უშლის პაციენტთა სურვილების დაკმაყოფილებას და მათთვის მაქსიმალურად შესაძლო კომფორტული გარემოს შექმნის მიღწევას (Care P., 1999; Heyland DK., et al 2006).

<u>მასალა და მეთოდები</u>

ნაშრომში წარმოადგენს პროსპექტულ კვლევას, რომლებშიც გამოყენებულია ანკეტური გამოკითხვა, სამედიცინო დოკუმენტაციისა და ისტორიების ანალიზი.

მეთოდების ასეთი კომპლექსის გამოყენება მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული ჩვენს მიერ იდენტიფიცირებული ორი განსხვავებული მოდების წერტილის მქონე ამოცანის გადაწყვეტისათვის.

კვლევის მასალა წრამოდგენილია პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიცირებით, რომლებიც შესაბამის (როგორც სტაციონარულ, ასევე ამბულატორიულ) სამედიცინო სერვისს იღებდნენ ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის პალიატიური მზურნველობის სამსახურში, ასევე საქართველოს პალიატიუ-რი მზრუნველობის ეროვნულ აკადემიაში - საგანმანათლებლო, სამეცნიერო და პრაქტიკულ ცენტრში 2011- 2013 წლებში.

განვიხილოთ საკვლევი მასალა და კვლევის მეთოდები ამოცანების მიხედვით:

<u>ამოცანა 1:</u>

ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილ პაციენტთა ამბულატორიული მომსხურეობის დროს მათი ჩივილების, პრობლემებისა და სამედიცინო საჭიროებების გამოკვლევა, შეფასება და ანალიზი;

<u>ამოცანა 2:</u>

პაციენტთა შესაბამისი სამედიცინო სერვისების, მომსახურეობის მოცულობის, ხანგრძლივობის ანალიზი და ადეკვატური მკურნალობის ხელმისაწვდომობის შეფასება მათთვის შესაბამისი სტატუსის მინიჭების საფუძველზე;

კვლევაში ჩართვისა და ამორთვის კრიტერიუმები ორივე საკითხის განხილვისათვის იყო იგივე.

<u>კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები:</u>

1. ინკურაბელური პაციენტები ონკოლოგიური დიაგნოზით (სოლიდური და ჰემატოლოგიური დიაგნოზებით), რომელთა ინკურაბელობა შეფასებულ და დადასტურებულ იქნა ონკოლოგის მიერ (დადგენილ იქნა მე-4 კლინიკური ჯგუფი);

2. ინკურაბელური პაციენტები ონკოლოგიური დიაგნოზით, რომელთაც მიმართაც ხორციელდებოდა პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო სერვისი ამბოლატორიულ პირობებში.

<u>კვლევიდან ამორიცხვის კრიტერიუმები:</u>

1. ინკურაბელური პაციენტები არაონკოლოგიური დიაგნოზებით;
2. ინკურაბლური პაციენტები, რომელთა მიმართაც ხორციელდებოდა პალიატიური მზრუნველობა ამბულატორიულ რეჟიმში და არ იყო შეფასებული არასამედიცინო პრობლემები თუ მათი საჭიროებები;
3. ინკურაბელური პაციენტები რომელთა მიმართაც ხორციელდებოდა პალიატიური მზრუნველობა ამბულატორიულ რეჟიმში და ხანგრძლივობა აღემატებოდა 12 თვეს.

პაციენტთა დემოგრაფიული, სამედიცინო და სხვა დამატებითი მონაცემები შეკრებილ იქნა შესაბამისი სამედიცინო დოკუმენტაციის (ამბულატორიული ბარათები და სამედიცინო ჩავაწერები), ასევე პალიატიური მზრუნველობის სერვისის მიღებამდე და მიმდინარეობისას წარმოდგენილი ფორმა N100- ის საფუძველზე.

<u>კვლევის ინსტრუმენტი</u>

კვლევის ამოცანებიდან და მიზნებიდან გამომდინარე შეირჩა 161 პალიატიური პაციენტი, რომელთაგან 86 (53,4%) იყო ქალი და 75 (46,6%) კაცი. პაციენტთა 119 (73,9%) პაციენტს აღენიშნებოდა სოლიდური სიმსივნეების დიაგნოზი, 27 (16,8 %) ონკო ჰემატოლოგიური დაავადებები, ხოლო 15 (9,3%) ცენტრალური ნერვული სისტემის პირველადი სიმსივნეების დიაგნოზი.

პაციენტთა ჩართვის კრიტერიუმები როგორც აღინიშნა ფასდებოდა პაციენტთა ხელთ არსებული სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით (ფორმა #100), რაც იძლეოდა ინფორმაციას პაციენტის დიაგნოზის (სტადიურობის, კლინიკური ჯგუფის), დაავადების მიმდინარეობის, ჩატარებული მკურნალობოს შესახებ. არც თუ იშვიათად პაციენტის ხელთ არსებული დოკუმენტიაციის ხანდაზმულობის გამო

მასში აღწერილი პაციენტის მდგომარეობა არ შეესაბამებოდა პაციენტის მიმდინარე ჩივილებს, პრობლემებსა და მდგომარეობას და იყო უფრო მეტად მძიმე.

პაციენტთა არსებული სამედიცინო დოკუმენტაციის და პალიატიური მზრუნველობის პროგრამაში ჩართვის შემდეგ ამბულატორიული თუ სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის, პაციენტთა დამატებითი გამოკითხვისა და შემუ-შავებული კითხვარის მიხედვით შექმნილ იქნა მოცემთა ბაზა, რომელშიც შეტანილ იქნა: პაციენტთა 41 ჩივილი და 6 სხვადასხვა მდგომარეობა.

შეფასებულ იქნა პაციენტთა ჩივილები მზრუნველობის დაწყებამდე (ჩართვის დროს) და მზრუნველობის განმავლობაში. ასევე შეფასდა მზუნველობის ხანგრძივობა. ჩატარდა ჯვარედინ სექციური კვლევა (Cross-Sectional study).

მონაცემთა ბაზაში სამედიცინო პრობლემებთან ერთად შეფასებული და შეტანილ იქნა პაციენტთა სოციალური და ფსიქოლოგიური პრობლემები, მზუნველ პირებთან დაკავშირებული პრობლემები და სიძნელეები კლინიკურ ჯგუფთან მიმართებაში, გარკვეული პრობლემები ოპიოიდების დანიშვნისას, გამოწერისას, ოპიოიდების ტაბლეტირებული ფორმების ხელმიმსაწვდომობასთან დაკავშირებით.

კვლავის ამოცანებისა და მიზნების მისაღწევად პაციენტების მიმართ გაწეული სამედიცინო მომსახურეობის ხანგრძლივობის მიხედვით გამოყოფილი იქნა 3 ჯგუფი:

- პირველ ჯგუფში გაერთიანებულ იქნენ ის პაციენტები, რომელთა მზრუნველობა გაგრძელდა 1 დან 3 თვემდე;
- მე-2 ჯგუფში 3-დან 6 თვემდე;
- ხოლო მე-3 ჯგუფში კი მოხვდნენ ის პაციენტები, რომლებიც პალიატიურ სამედიცინო ამბულატორიულ მომსახურეობას იღებდნენ 6 თვეზე ხანგრძლივად, თუცა მზრუნველობის ხანგრძლობა არ აღემატებოდა 12 თვეს.

თითოეულ ჯგუფში შესწავლილ იქნა ის ჩივილები და მდგომარეობები, რაც პაციენტებს აღენიშნებოდათ მომსახურეობის მიმდინარეობის დროს. პაციენტთა ჩართვის კრიტერიუმები ფასდებოდა ბენეფიციართა ხელთ არსებული სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით (ფორმა #100), რაც იძლეოდა ინფორმაციას პაციენტის დიაგნოზის (სტადიურობის, კლინიკური ჯგუფის), დაავადების მიმდინარეობის, ჩატარებული მკურნალობის შესახებ. არც თუ იშვიათად პაციენტის ხელთ არსებული

დოკუმენტაციის ხანდაზმულობის გამო მასში აღწერილი ავადმყოფის მდგომარეობა არ შეესაბამებოდა მიმდინარე ჩივილებს, პრობლემებსა და მდგომარეობას და იყო უფრო მეტად მძიმე.

არსებული სამედიცინო დოკუმენტაციის და პალიატიური მზრუნველობის პროგრამაში ჩართვის შემდეგ ამბულატორიული თუ სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის, დამატებითი გამოკითხვისა და შემუშავებული კითხვარის მიხედ-ვით შექმნილ იქნა მონაცემთა ბაზა, რომელშიც შეტანილ იქნა: პაციენტთა 41 ჩივილი და 6 სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობა.

შეფასებულ იქნა მათი ჩივილები მზრუნველობის დაწყებამდე (სამედიცინო სერვისის მიღებამდე) და მზრუნველობის განმავლობაში. ასევე შეფასდა მზუნველობის ხანგრძლივობა; გამოკვლეულ იქნა სამედიცინო და არასამედიცინო საჭიროებები და მზრუნველობასთან დაკავშირებული სირთულეები. ცალკე შესწავლილ იქნა ყველაზე ხშირი ჩივილი - ქრონიკული ტკივილი და მასთან ასოცირებული პრობლემები (იხ. ცხრილი# 2).

ცხრილი #3

კვლევაში ჩართული პაციენტების სამედიცინო საჭიროებები, ჩივილები და მათი პროცენტული მაჩვენებელი.

ჩივილის, სიმპტომის, მდგომარეობის დასახელება	**რაოდენობა გამოკვლეული 161 პაციენტიდან**	**%**
ძლიერი, შერეული ხასიათის, ქროკივილი ტკივილი 7-8 (10)	128	79.5
სუნთქვის უკმარისობა	59	36.6
პროდუქტიული ან/და ჰემორაგიული ხველა	26	16.1
ქოშინი	53	32.9
შფოთვა	81	50.3
პლევრიტი	46	28.5
ანემია	68	42.2
ძლიერი ზოგადი საერთო სისუსტე	157	97.5

ადინამია, მოძრაობის შეზღუდვა	92	57.1
უმადობა	49	30.4
ანორექსია	46	28.5
გულისრევა-ღებინება	61	37.8
მუკოზიტი	24	14.9
გულძმარვა ან სხვა დისკომფორტი ეპიგასტრიუმში	123	76.3
სლოკინი, ბოყინი	62	38.5
დისფაგია	24	14.9
დიარეა	24	14.9
მეტეორიზმი,	33	20.4
ყაბზობა	105	65.2
ნაწლავთა გაუვალობა	21	13.0
სიყვითლე	20	12.4
მელენა	12	7.4
ასციტი	41	25.4
თავბრუსხვევა, კოორდინაციის დარღვევები	12	7.4
ინსომნია	70	43.4
დეპრესია	102	63.3
ენცეფალოპათია	33	20.4
დელირიუმი	47	29.1
ჰალუცინაციები	19	11.8
ჰემიპარეზი, პარაპარეზი	11	6.8
ჰემიპლეგია, ტეტრაპლეგია	27	16.7
კოორდინაციის დარღვევა	17	10.5
მეტყველების დარღვევა	39	24.2
მეხსიერების დაქვეთება	39	24.2
ეპიგულყრის ეპიზოდები	29	18.0
ლიმფოსტაზი ზ/კ ან და ქ/კ	39	24.2
ნაწოლი (დეკუბიტური წყლულები)	49	30.4
ტემპერატურული რეაქცია	36	22.3
პათოლოგიერი მოტეხილობა	15	9.3
კიდურების შეშუპება	63	39.1
სისხლმდენი წყლულები (ან დაწყლულებული სიმსივნე)	18	11.1
დიზურია	48	29.8
საშოდან პათოლოგიური გამონადენი ან ფისტულა	10	6.2
ტრაქეოსტომის არსებობა	11	6.8
მოფუნქ. ზონდის არსებობა	21	13.0

დრენაჟს არსებობა	15	9.3
სტომის არსებობა	50	31.0
პრობლემა კლ.ჯგუფთან დაკავშირებით	57	35.4
ოპიოიდენთან ხელმისწვდომობის პრობლემა	70	43.4
ტაბლეტირებულ ოპიოდების ხელმ, პრობლემა	82	50.9
ფსიქოლოგიური პრობლემა	149	92.5
სოციალური პრობლემა	98	60.8
მზრუნველი პირის პრობლემა	78	48.4
პროგრამაში ჩაერთო ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ	74	45.96273

მონაცემთა ბაზაში სამედიცინო ჩივილებთან, სამედიცინო პრობლემებთან ერთად შეფასებული და შეტანილ იქნა პაციენტთა სოციალური და ფსიქოლოგიური პრობლემები, მზუნველ პირებთან დაკავშირებული პრობლემები და სიძნელეები კლინიკურ ჯგუფთან მიმართებაში, გარკვეული პრობლემები ოპიოიდების დანიშვნისას, დოზის შერჩევისას და ოპიოიდების ტაბლეტირებული ფორმების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით.

კვლევაში მონაწილე პაციენტებისა და მათი მზრუნველი პირების გამოკითხვისათვის ასევე შემუშავებულ იქნა კითხვარი, (იხ. დანართი 3), რაც შემუშავებულ იქნა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სიმპტომის - ტკივილის და მისი ადეკვატური შეფასებისა და მკურნალობის, ამასთან ადეკვატური ტკივილის მართვაში არსებული პრობლემების გამოვლენის მიზნით. კითხვარი შევსებული იქნა როგორც პაციენტების, ასევე მათი მზრუნველი პირების მიერ, სადაც გათვალისწინებულ იქნა ინკურაბელობის სტატუსის განსაზღვრის საჭიროებები და აუცილებლობები ტკივილის სწორად მართვის დროს. კითხვარში თავმოყრილი იქნა ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის პრობლემის შესახებ ინფორმაცია და პალიატიური მზრუნველობის როგორც მულტიდისციპლინური მიდგომის საჭიროება და აუცილებლობის შესაძლებლობები.

მიღებული მასალის მიხედვით გამოყოფილ იქნა პაციენტთა სამი ჯგუფი და მოხდა მათი შედარებითი ანალიზი, რის საფუძველზე შეფასდა კვლევის შედეგების

სარწმუნოობა, სადაც p სიდიდის მაჩვენებელი მიჩნეულ იქნა სტატისტიკურად სარწმუნოდ.

<u>კვლევის შედეგები და განსჯა:</u>

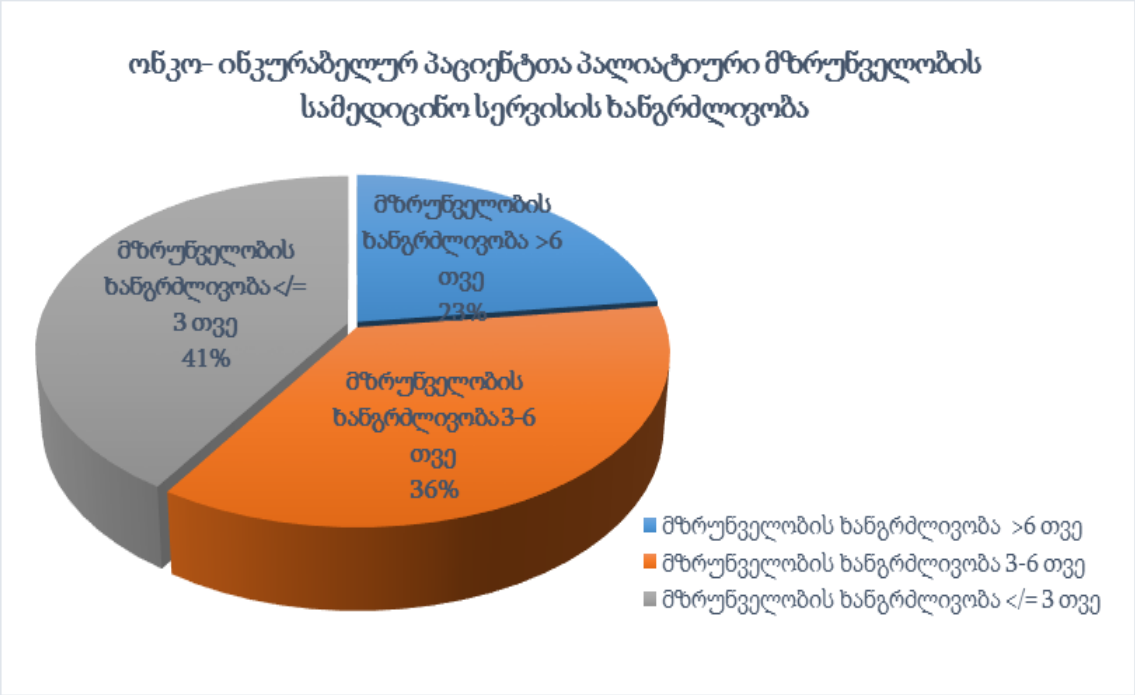
<u>ამოცანა 1:</u>

ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილ პაციენტთა ამბულატორიული მომსხურეობის დროს მათი ჩივილების, პრობლემებისა და სამედიცინო საჭიროებების გამოკვლევა, შეფასება და ანალიზი;

კვლევის ამოცანებიდან და მიზნებიდან გამომდინარე შეირჩა 161 პალიატიური პაციენტი (ონკო- ინკურაბელური), რომელთაგან 86 (53,4%) იყო ქალი და 75 (46,6%) კაცი. პაციენტები ჯგუფების მიხედვით შემდეგნაირად გადანაწილდნენ (იხ. დიაგრამა#1).

დიაგრამა #4

ონკო- ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო სერვისის ხანგრძლივობა



ამასთან, 119 პაციენტს (73,9%) აღენიშნებოდა სოლიდური სიმსივნეების დიაგნოზი, 27 (16,8 %) ონკო ჰემატოლოგიური დაავადებები, ხოლო 15 (9,3%) ცენტრალური ნერვული სისტემის პირველადი სიმსივნეების დიაგნოზი.

პაციენტთა რაოდენობები ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით შემდეგნაირად: 25-40 ასაკოვან ჯგუფში მოხვდა 16 (9,9%) პაციენტი; 41-60 ასაკობრივ ჯგუფში - 35 (21,7%) პაციენტი, 60-74 ასაკობრივ ჯგუფში 66 (40,9%) პაციენტი, ხოლო 75-80 ასაკობრივ ჯგუფში კი 44 (27,3%) პაციენტი. იხ. ცხრილი #3.

ცხრილი N 4.
პაციენტთა დემოგრაფიული და სამედიცინო მონაცემები

ასაკი, სქესი, რაოდენობა	25-40		41-60		60-74		75-80		ჯამი
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	
დიაგნოზი	9	7	19	16	34	32	24	20	161
სოლიდური სიმსივნეების სხვადასხვა დიაგნოზი	7	4	13	10	29	21	21	14	119

ონკო- ჰემატოლოგიური დაავადებები	2	1	5	3	4	7	2	3	27
ცენტრალური ნერვული სისტემის პირველადი სიმსივნეების დიაგნოზი	-	2	1	3	1	4	1	3	15

ჩატარებული კვლევის შედეგად ირკვევა, რომ ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის განხორციელებამდე სრულად იყო დაცული საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული ინსტრუქცია პალიატიური პაციენტების სტატუსის განსაზღვრის შესახებ.

კვლევაში ჩართული ყველა ავადმყოფი მიეკუთვნებოდა ონკო-ინკურაბელურ პაციენტს მათ ხელთ არსებული სამედიცინო დოკუმენტაციისა და მდგომარეობის შეფასების მიხედვით. ამასთან, გამოკვლეული 161 პაციენტიდან პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარში ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ამბულატორიული მზრუნველობა განემარტა, შეეთავაზა და მზრუნველობა გაეწია 71 (44.1%) მათგანს.

აღნიშნული მიუთითებს იმაზე, რომ საზოგადოების გარკვეული ნაწილი ჯერ კიდევ არ ფლობს პალიატიური მზრუნველობის, ამ ტიპის მომსახურეობის შესახებ ინფორმაციას და არ ესმის მისი შესაძლებლების შესახებ. ამასთან, არსებობს სტიგმა პალიატიური მზრუნველობის შესახებ, როგორც სიცოცხლის უკანასკნელი პერიოდის მზრუნველობის შესახებ, რაც ასევე ართულებს საზოგადოებაში მისი საჭიროების და შესაძლებლობების სწორ და დროულ იმპლემენტაციას.

ამასთან, აღსანიშნავია პაციენტთა, მზრუნველ პირთა და პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალთა გარკვეული ნაწილი, რომელთათვისაც ტერმინი „პალიატიური მზრუნველობა“ სტიგმატიზირებული და შიშისმომგვრელია, რასაც ემატება პაციენტთა, როგორც სერვისის ბენეფიციართა „ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა“ სამედიცინო უზრუნველყოფა. თუმცა, აღნიშნული არ წარმოადგენდა ჩვენი კვლევის მიზანს და ის უფრო დეტალურ არ იქნა წარმოდგენილი ჩვენს კვლევაში.

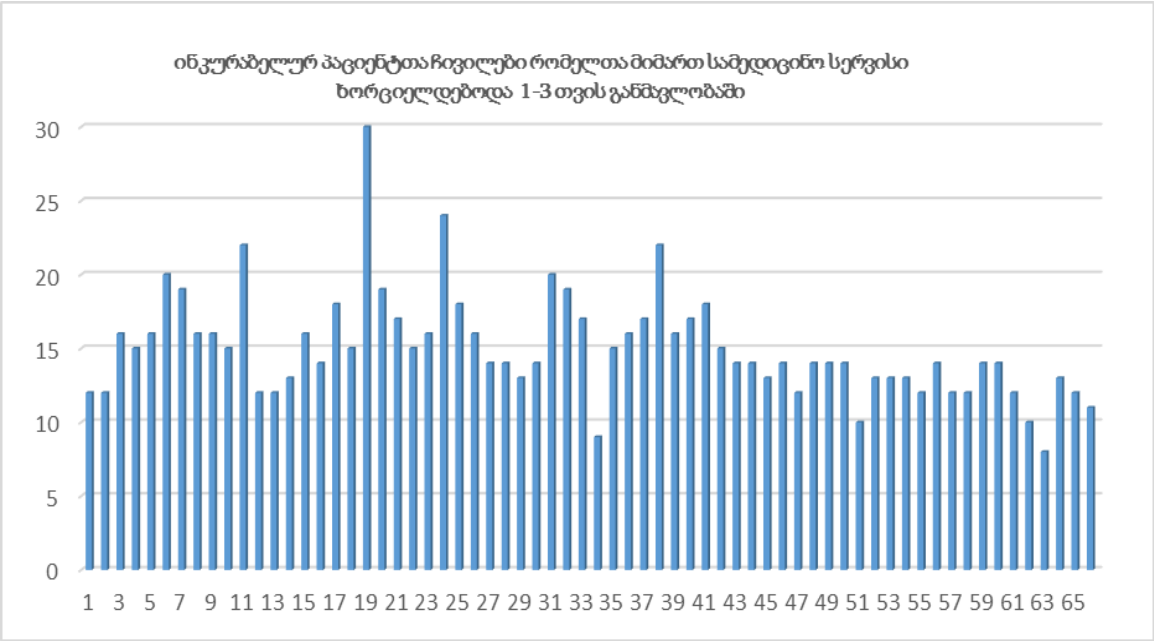
გამოკვლეული პაციენტიების პირველი ჯგუფის შეფასებისას აღმოჩნდა (სამედიცინო მომსახურეობის ხანგრძლივობა 1-3 თვე), რომ მათი ჩივილების რაოდენობა მერყეობდა 7-დან 30-მდე. (იხ. დიაგრამა #2).

ამ ჯგუფში გამოხატული იყო: ჩივილების მრავალფეროვნება - ტკივილის, ძლიერი ზოგადი სისუსტე, სუნთვის პრობლემები, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტისა და ნევროლოგიური სიმპტომები. აღნიშნულ ჯგუფში სამედიცინო სერვისის მწირი ხანგრძლივობის გათვალისწინებით აღინიშნებოდა მათი დინამიკაში გართულებული შეფასება, რაც შესაძლოა გამოწვეულია მომსახურეობის ხანგრძლივობის სიმცირით. წარმოდგენილი ჯგუფი გამოკვლეული პაციენტებიდან წარმოადგენდა პაციენტთა ყველაზე მძიმე კონტინგენტს, სადაც ასევე თავმოყრილი იყო ასევე არასამედიცინო პრობლემების (ფსიქოლოგიური, სოციალური) და საჭიროებების არსებობა. პაციენტთა დიდი ნაწილი ასევე წარმოადგენდა იმ კონტინგენტს, რომელთა პალიატიური მზრუნველობის სერვისში ჩართვა განხორციელდა პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარიდან.

პაციენტთა ამ ჯგუფში გამოვლენილი სიმპტომები არ განსხვავდებოდა სხვა ჯგუფში გამოვლენილი სიმპტომებისაგან.

დიაგრამა # 5

ინკურაბელურ პაციენტთა ჩივილები რომელთა მიმართ სამედიცინო სერვისი ხორციელდებოდა 1-3 თვის განმავლობაში

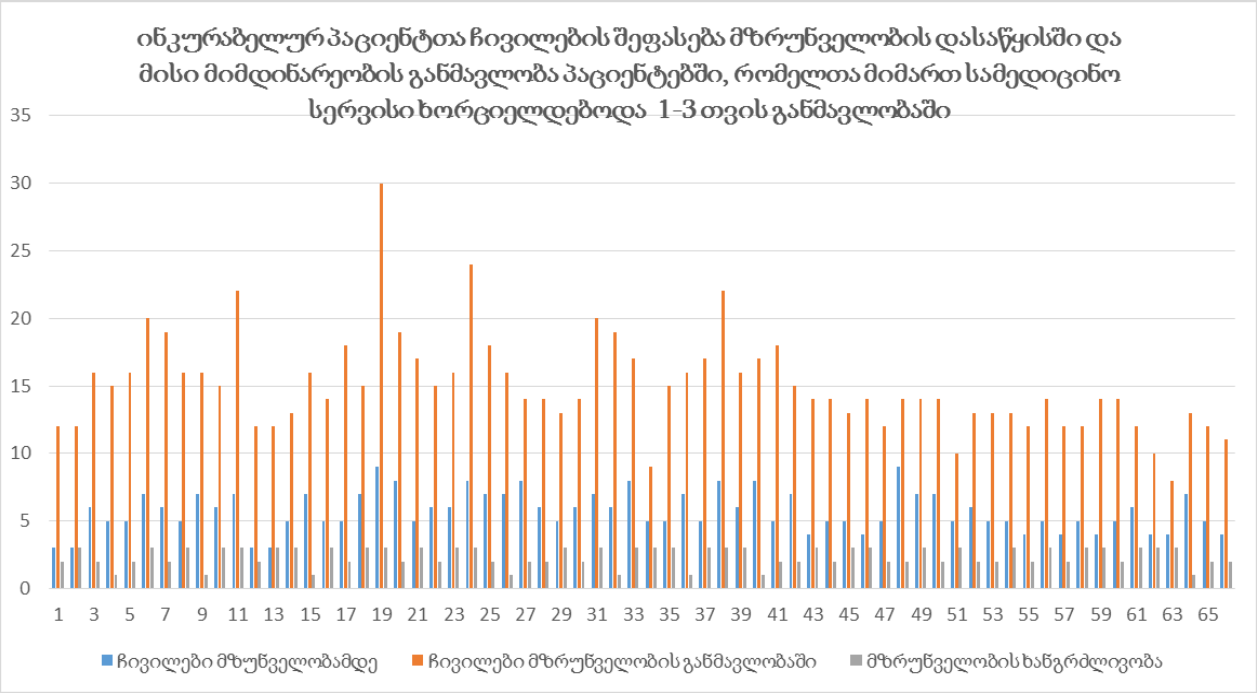


აღნიშნულ პაციენტებში მზუნველობის სწრაფი დასრულება გამოწვეული იყო ლეტალური გამოსავლით.

აღსანიშნავია სიმპტომების დინამიკა1-3 თვის განმავლობაში, კერძლოდ, მზრუნველობის დასაწყისისათვის მათი რიცხვი მკვეთრად განსხვავდებოდა 1-3 თვის ხანგრძლივობის განმავლობაში გამოვლენილი სიმპტომების რაოდენობას, მიუხედავად მზრუნველობის მცირე ხანგრძლივობისა (იხ. დიაგრამა #3).

დიაგრამა #6

ონკო-ინკურაბელურ პაციენტთა ჩივილების შეფასება მზრუნველობის დასაწყისში და მისი მიმდინარეობის განმავლობა პაციენტებში, რომელთა მიმართ სამედიცინო სერვისი ხორციელდებოდა 1-3 თვის განმავლობაში



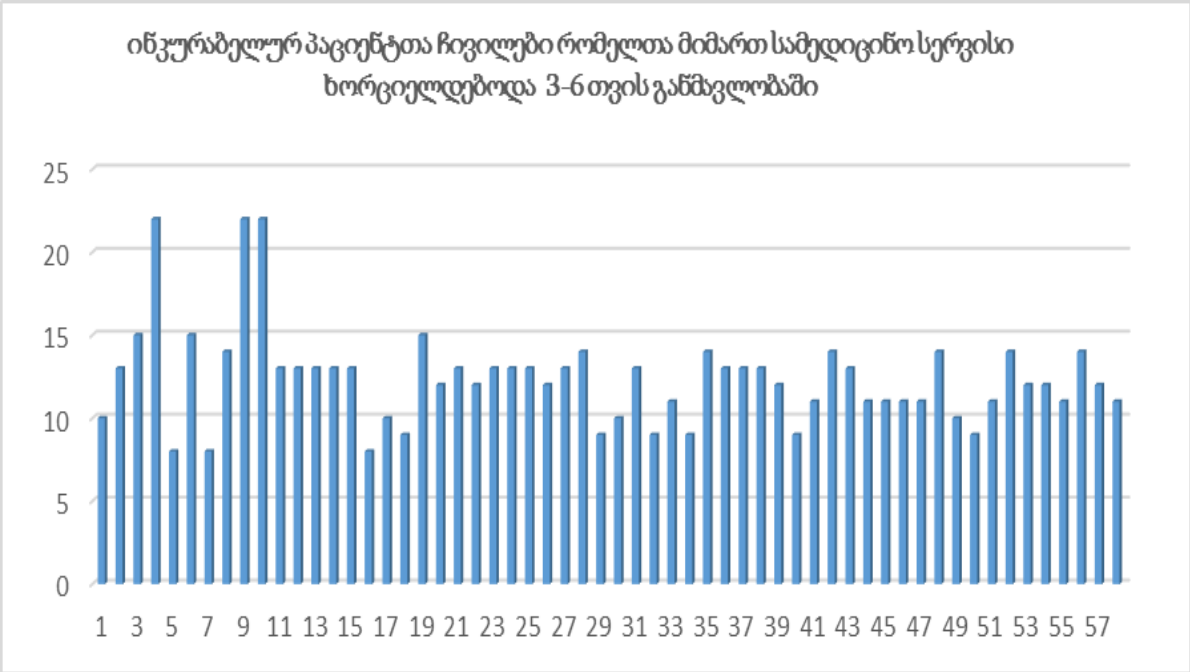
დიაგრამაზე მოცემულია პაციენტთა ჩივილები პალიატიური მზრუნველობის პროგრამაში ჩართვის მომენტში, ასევე მზრუნველობის განმავლობაში და მზრუველობის ხანგრძლივობა. აღნიშნულიდან ნათლად ჩანს, თუ რაოდენ მრავალფეროვანი იყო სამედიცინო

დგომარეობების, ჩივილების და საჭიროებების დიაპაზონი დროის მხირე მონაკვეთში (1-3 თვე).

კვლევის მიხედვით მეორე ჯგუფის მდგომარეობის შესწავლისას აღმოჩნდა, რომ ონკო- ინკურაბელური ავადმყოფები, რომლებიც შესაბამის მზუნველობას საჭიროებდნენ, სამედიცინო მომსახურეობის განმავლობაში აღენიშნებოდათ მინიმუმ 8 და მაქსიმუმ 22 ჩივილი. აღნიშნულ ჯგუფში პაციენტთა მზრუნველობის ხანგრძლივობა მერყეობდა 3-დან 6 თვემდე (იხ. დიაგრამა #4).

დიაგრამა #7

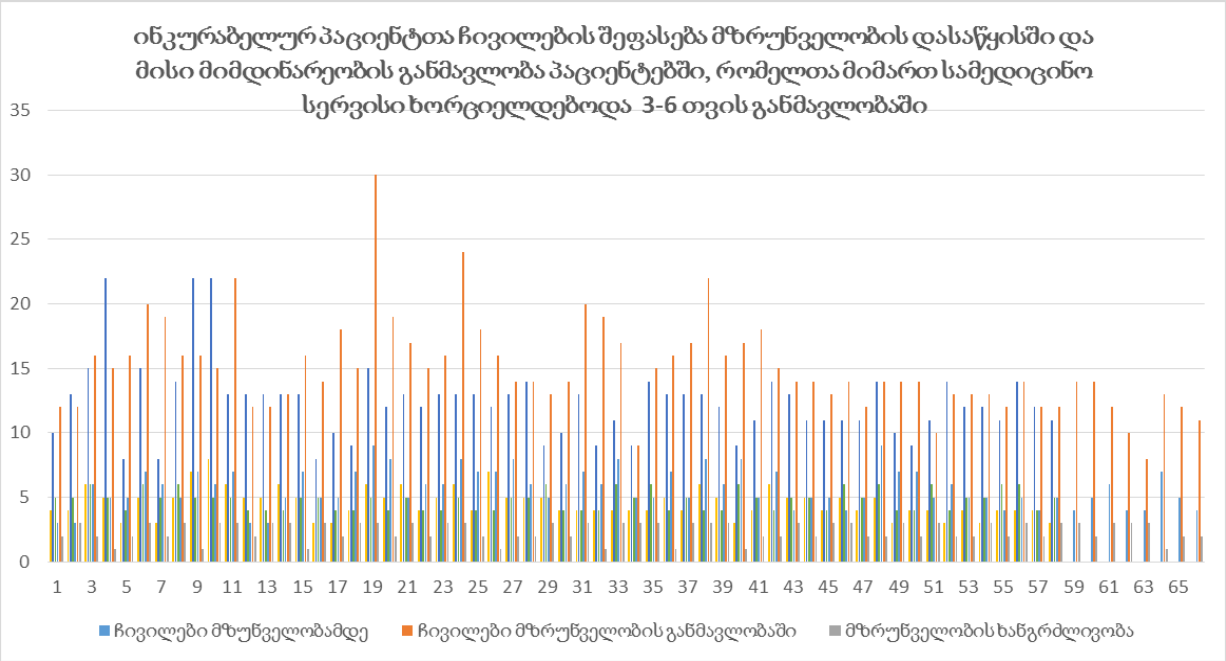
ინკურაბელურ პაციენტთა ჩივილები რომელთა მიმართ სამედიცინო სერვისი ხორციელდებოდა 3-6 თვის განმავლობაში



ამასთან, პაციენტთა ჩივილები და სამედიცინო მზრუნველობის საჭიროებების დიაპაზონი მერყეობდა პირველი გჯუფის მსგავსად (იხ. დიაგრამა #5)

დიაგრამა #8

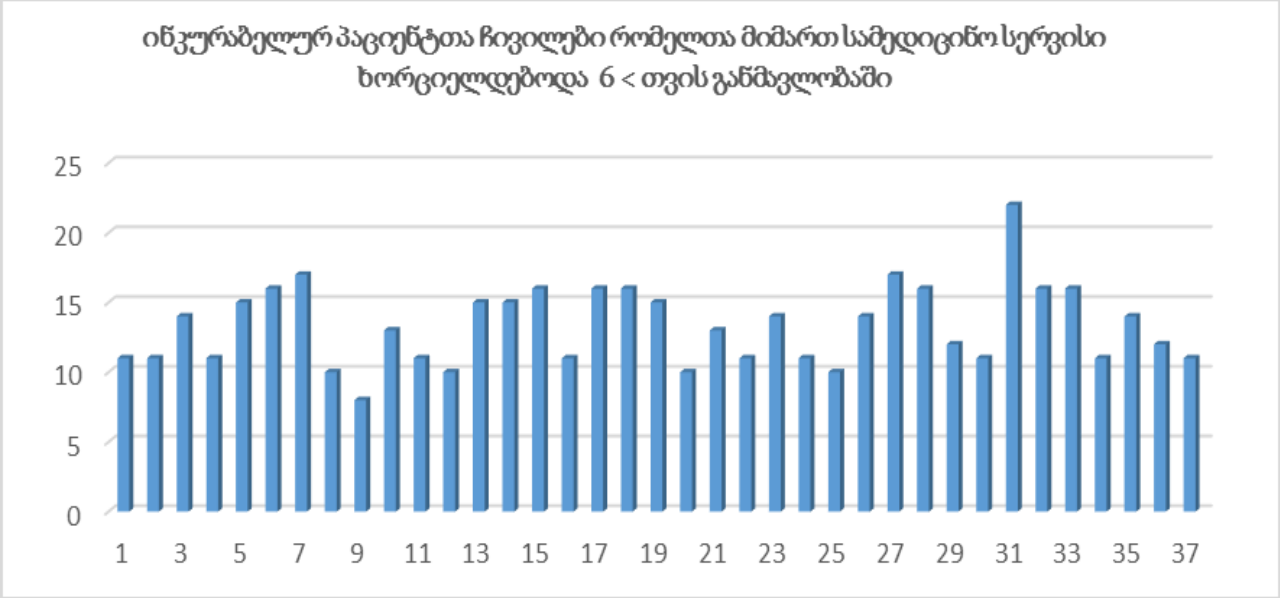
ონკო-ინკურაბელურ პაციენტთა ჩივილების შეფასება მზრუნველობის დასაწყისში და მისი მიმდინარეობის განმავლობა პაციენტებში, რომელთა მიმართ სამედიცინო სერვისი ხორციელდებოდა 3-6 თვის განმავლობაში



მესამე ჯგუფის განხილვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ მათ მიერ გაწეული მზრუნველობა აღემატებოდა 6 თვეს, ხოლო მზრუნველობის განმავლობაში ჩივილების რაოდენობა ისევ და ისევ მერყეობდა 8-დან და აღწევდა 22 (იხ. დიაგრამა #6).

დიაგრამა #9

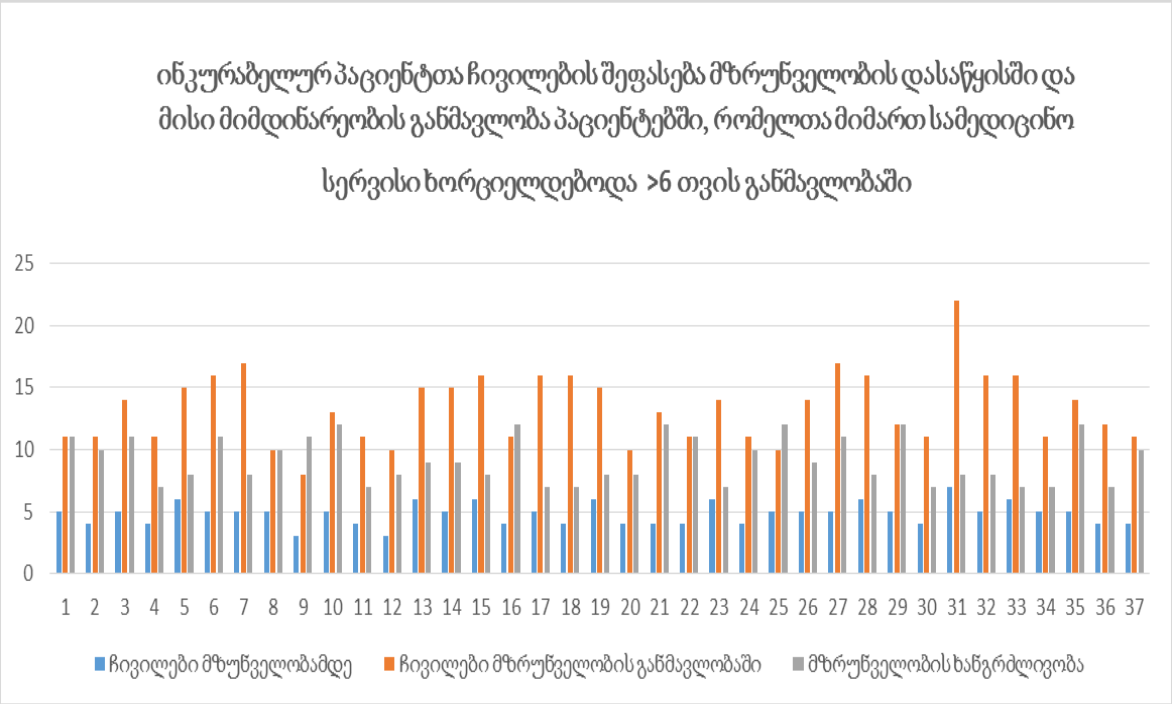
ინკურაბელურ პაციენტთა ჩივილები რომელთა მიმართ სამედიცინო სერვისი ხორციელდებოდა > 6 თვის განმავლობაში



ამასთან, იმ პაციენტთა ჯგუფში, რომელთა მიმართაც სამედიცინო მომსახურეობა გრძელდებოდა >6 თვის განმავლობაში, ჩივილების ამპლიტუდა მცირედ განსხვავდებოდა წინა ორივე ჯგუფისაგან, რაც შესძლებელია მზრუნველობის ხანგრძლივობით აიხსნას, რადგან პაციენტები, რომლებიც უფრო ხანგრძივად იმყოფებოდნენ სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ, ჩივილები, გართულებები და სამედიცინო საჭიროებები დროულად იქნენ შეფასებული და შესაბამისი ზომები მიღებული.

დიაგრამა #10

ონკო-ინკურაბელურ პაციენტთა ჩივილების შეფასება მზრუნველობის დასაწყისში და მისი მიმდინარეობის განმავლობა პაციენტებში, რომელთა მიმართ სამედიცინო სერვისი ხორციელდებოდა >6 თვის განმავლობაში



უნდა აღინიშნოს, რომ თუ პირველი და მეორე ჯგუფის პაციენტებისათვის მზრუნველობის შეწყვეტის მიზეზს ყველა შემთხვევაში წარმოადგენდა ლეტალური გამოსავალი, ხოლო მე-3 ჯგუფისათვის ლეტალური გამოსავალი აღინიშნა დროის სხვადასხვა მონაკვეთში.

მათი სამედიცინო მომსახურეობის შეწყვეტის მიზეზს ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურეობის გაწევა და ლიმიტირებული დაფინანსება წარმოადგენდა. აღნიშნულის გამო პაციენტებს შეუწყდათ მზრუნველობა მიუხედავად თვალსაჩინოდ წარმოდგენილი საჭიროებებისა და იმ მრავალრიცხოვანი ჩივილებისა, რაც ყოველი შემთხვევისათვის იყო წარმოდგენილი.

ჩვენი კვლევის შდეგების შეფასების მიხედვით აღმოჩნდა, რომ ონკო ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო საჭიროებების

შეფასებისა და გაანალიზების დროს ტკივილი (79.5%), ძლიერი ზოგადი სისუსტე (96.2%), გულძმარვა ან დისკომფორტი ეპიგასტრიუმის მიდამოში (75.2%), ყაბზობა (65.2%), დეპრესია (62.1%), მოძრაობის შეზღუდვა (57.1%), შფოთვა (49.7%), ანემია (42.2%), სუნთქვის უკმარისობა (36.6%), ადინამია, ინსომნია (42.8%), სლოკინი-ბოყინი (38.5%), გულისრევა-ღებინება (37.3%) იყო დომინანტული სიმპტომები ქრონიკული დაავადების სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე და წარმოდგენილ სამივე ჯგუფში. სამედიცინო მდგომარეობებიდან გამოკვლეულ პაციენტებში დომინირებდა სტომის არსებობა (31.0%).

შესწავლილ პაციენტთა სტატისტიკური ანალიზის მიხედვით, სიმპტომების საშუალო რაოდენობამ პირველ ჯგუფში შეადგინა 15,9, მეორე ჯგუფში 12,7, ხოლო მე-3 ჯგუფში კი 12,6.

კვლევის მიხედვით აღმოჩნდა, რომ მიუხედავად იმისა, თუ რას წარმოადგენს ინკურაბელური პაციენტის საშუალო სიცოცხლის ხანგრძლივობა და მის მიმართ გაწეული პალიატიური მზრუნველობა, გრძელდება 3 თვემდე, მერყეობს 3-დან 6 თვემდე, თუ აღემატება 6 თვეს, ჩივილებისა და სამედიცინო საჭიროებების ნუსხა დიდია და საჭიროებს სპეციფიურ მზრუნველობას - სიმპტომებისა და მდგომარეობათა მართვას.

ამგვარად, ის მცირე სიცოცხლის მონაკვეთი - 1-3-6 თვე, არ შეიძლება წარმოდგენილ იქნას, როგორც სამედიცინო საჭიროებების მალიმიტირებელი პერიოდი, პირიქით, ინკურაბელური პაციენტის სამედიცინო საჭიროებები შესაძლებელია მოიცავდეს >6 თვემდე პერიოდს. აღნიშნული კვლევის მიხედვით ჯგუფებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად სარწმუნო აღმოჩნდა. სარწმუნოობა ჯგუფებს შორის განსხვავების ANOVA - ის ტესტით - P-value = 0,0000 (ცხრილი #5).

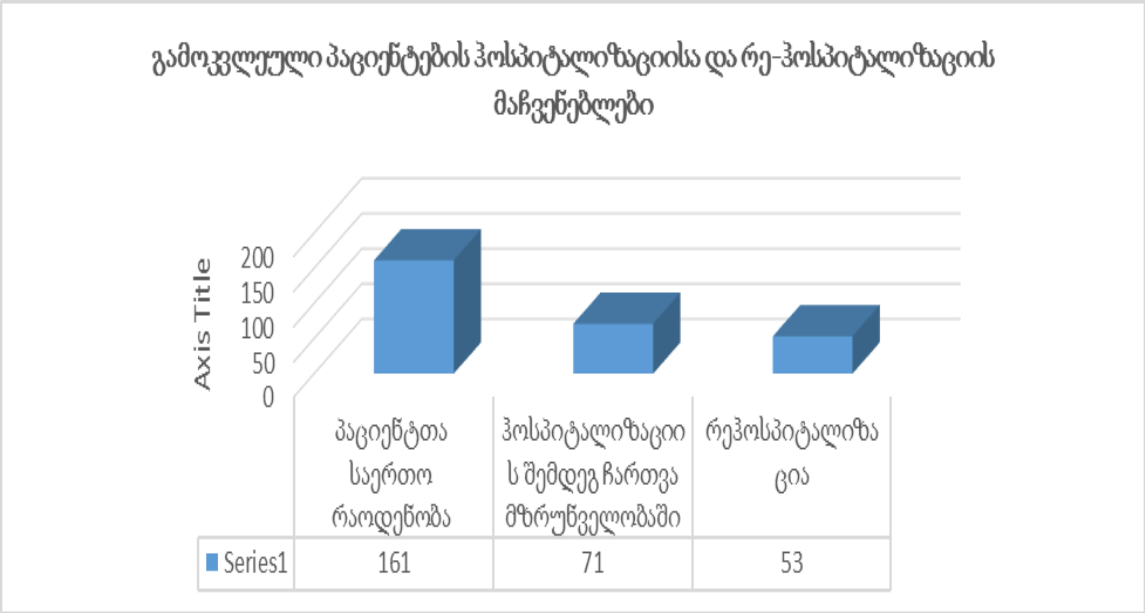
ცხრილი #5. პაციენტთა ჯგუფებში სიმპტომების გადანაწილება და მათი სტატისტიკური ანალიზი

	პაციენტთა რაოდენობა	სიმპტომების საშუალო მაჩვენებელი	Std. Deviation	Std. Error	საშუალოს 95% CI	
					ქვედა ზღვარი	ზედა ზღვარი
<=3 თვე	66	15,9	3,4	0,5	14,9	16,8
>3 - <= 6 თვე	58	12,7	3,4	0,5	11,6	13,7
> 6 თვე	37	12,6	2,5	0,3	12,0	13,2
სულ	161	13,7	3,4	0,3	13,1	14,2

ოგორც უკვე აღინიშნა, გამოკვლეული ავადმყოფების 44.1% (71 პაციენტი) შესაბამისი სამედიცინო სამსახური შეეთავაზა მიზანმიმართული ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ, ხოლო ადეკვატური მზრუნველობის ამბულატორიულ პირობებში გაგრძელების გამო, კვლევაში ჩართული პაციენტთა რე-ჰოსპიტალიზაცია მკვეთრად შემცირებული აღმოჩნდა და არ აღემატებოდა 32,9% (53 პაციენტი) (იხ. დიაგრამა #11).

დიაგრამა #11

პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციისა და რე-ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები



აღნიშნული წარმოადგენს მნიშვნელოვან ფაქტს სამედიცინო სერვისების ხარჯეფექტურობის თვალსაზრისით, რაც დამოუკიდებელი კვლევის საგანს წარმოადგენს.

პალიატიური მზრუნველობის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ნაწილს წარმოადგენს ქრონიკული ტკივილის ადეკვატური მართვა. ონკო- ინკურაბელური პაციენტების ყველაზე ხშირ ჩივილსა და პრობლემას სწორედ ტკივილი წარმოადგენს. შესწავლილი 161 პაციენტიდან ქრონიკული ტკივილი აღენიშნებოდა 147 (91.3%) მათ-განს. ტკივილის ინტენსივობის მიხედვით, ძლიერი ტკივილის პრობლემა აღწერილ იქნა 128 (79.5%) შემთხვევაში, რაც შესაბამისი გაიდლაინების მიხედვით საჭიროებს ძლიერი ოპიოიდების ჩართვას მკურნალობაში.

ტკივილის სტატისტიკურმა ანალიზმა სამივე ჯგუფში აჩვენა, რომ ის წარმოადგენს ყველაზე ხშირ ჩივილს სამივე ჯგუფისათვის, რაც განსაკუთრებით ხშირი პირველი ჯგუფის პაციენტებისათვის, ხოლო ხანგრძლივი მზრუნველობის და მეთვალყურეობის მქონეპაციენტების შემთხვევაში ის შესაძლებლობის ფარგლებში მინიმუმამდე იქნა შემცირებული. სტატისტიკურმა ანალიზის მიხედვით, რაც შეფასდა Chi-Square Tests-ის მიხედვით აჩვენა შედეგის სარწმუნოობის მაჩვენებელი - P-value - 0,0950 (ცხრილი #6).

ცხრილი N 6. პაციენტთა ჯგუფებში ტკივილის შეფასება და სტატისტიკური ანალიზი

		პროგრამით სარგებლობის ხანგრძლივობა (თვე)						სულ	
		<=3		>3 - <= 6		> 6			
		N	%	N	%	N	%	N	%
ძლიერი, შერეული ხასიათის, ქროკივილი ტკივილი 7-8 (10)	0	15	45.50%	15	45.50%	3	9.10%	33	100%
	1	51	39.80%	43	33.60%	34	26.60%	128	100%
სულ		66	41.00%	58	36.00%	37	23.00%	161	100%

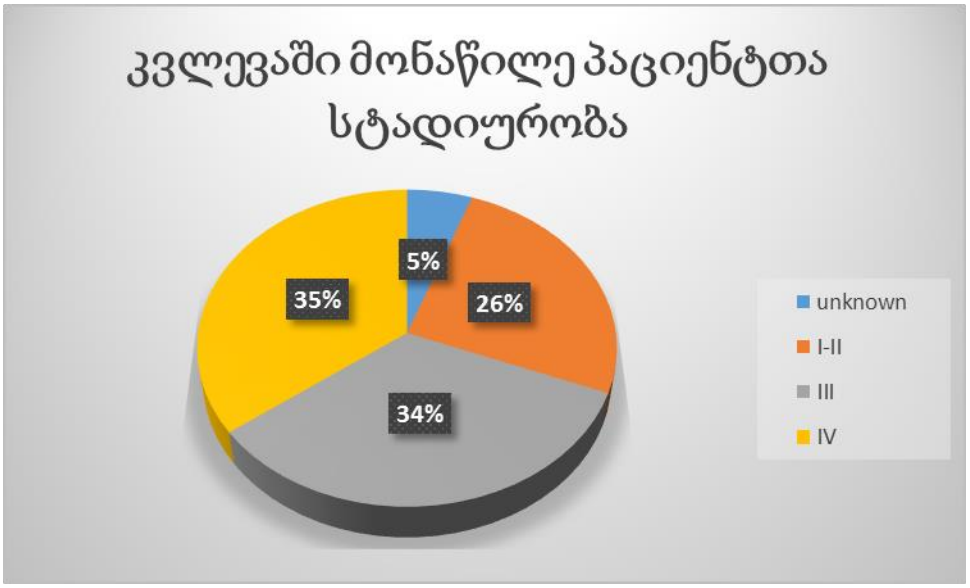
საქართველოში მოქმედი საკანონმდებლო ბაზის მიხედვით, აღნიშნულის კანონიერად გამოყენებისათვის პაციენტი უნდა მიეკუთვნებოდეს IV კლინიკურ ჯგუფს, რაც თავის მხრივ განსაზღვრავს ინკურაბელობას.

ეს უკანასკნელი კი გამორიცხავს ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტთა ადეკვატურ მკურნალობას ამ კლინიკური ჯგუფის მითითების გარეშე (საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 13 მარტისა და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2000 წლის 15 მარტის ერთობლივი ბრძანება №32/ო-№102 – „კომისია უფლებამოსილია დასვას დიაგნოზი, განსაზღვროს დაავადების სავარაუდო კლინიკური ჯგუფი და გადაწყვიტოს ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებების დანიშვნის საკითხი“) და ასევე, ქმნის დამატებით ბიუროკრატიულ ბარიერს. ასეთი პრობლემის წინაშე აღმოჩნდა შესწავლილი პაციენტებიდან 57 მათგანი (35.4 %).

აღნიშნულის დეტალური შესწავლისათვის როგორც უკვე ზემოთ აღინშნა შემუშავბული იქნა კითხვარი პაციენტებისა და მზრუნველი პირებისათვის, რაც შევსებული იქნა 161 პაციენტიდან 84 (52.2%) პაციენტისა და 53 (32.9%) მზრუნველი პირის მიერ. კითხვარების (137 კითხვარი) სტატისტიკური დამუშავების მიხედვით აღმონდა, რომ პაციენტთა 5% მზრუნველობის დასაწყისისათვის არ ჰქონდა განაზღვრული და შეფასებული ონკოლოგიური დაავადების სტადია (8 შემთხვევა), 26%-ში (37 შემთხვევა) პაციენტების დაავადება 1- და მე-2 სტადიაში იყო აღმოჩენილი, 34%-ში (49 შემთხვევა), დაავადება მე-3 სტადიაში იყო დადგენილი, ხოლო შემთხვევაშთა 35%-ში (51 პაციენტი) დაავადების დიაგნოზის დადგენა მოხდა მე-4 სტადიაში. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ ონკოლოგიური დაავადების სტადიურობის შეფასება ხდება დიაგნოზის დადგენის დროს. მიუხედავად დაავადების პროგრესირებისა სტადიის ცვლილება აღარ ხდება და ამგვარად, სტადია კნკრეტული პაცინტის ონკოლოგიური დიაგნოზის შემთხვევაში არ იცვლება (დიაგრამა # 12)

დიაგრამა #12

კვლევაში ჩართულ პაციენტთა კითხვარის შეფასების მიხედვით გამოვლენილი სტადიურობის შეფასება



კვლევაში მონაწილე პაციტთა კლინიკური ჯგუფების განხილვის - შეფასების საფუძველზე (ასევე პაციენტთა სამედიცინო დოკუმენტაციის შეფასების მიხედვით) აღმჩნდა, რომ 161 შესწავლილი პაციეტიდან მე-2 კლინიკური ჯგუფი პაციენტის ხელთ არსებული სამედიცინო დოკუმენტაციაში 78 (48.4%) პაციენტს აღენიშნებოდა, 9 პაციენტს (5.6%) სამედიცინო დოკუმენტაცია საერთოდ არ ჰქონდა და პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო სერვისის მისაღებად მძიმე მდგომარეობის გამო მიმართა პირველადი რგოლის ჯანდაცვის ქსელის სამედიცინო პერსონალს, პოლიკლინიკას და სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებას მძიმე მდგომარეობის შეფასებისათვის და სამედიცინო დოკუმენტაციის მოსაპოვებლად, ხოლო 74 პაციენტს (46.0%) კი მკრუნველობის მიღებამდე ჰქონდა განსაზღვრული მე-4 კლინიკური ჯგუფი.

გამოკითხული და შესწავლილი პაციენტების ტკივილის და მათ შორის ძლიერი ტკივილის შემთხვევათა მაჩვენებლები მოყვანილია ცხრილში და თანმხლებ დიაგრამაზე (იხ. ცხრილი 7 და დიაგრამა 13).

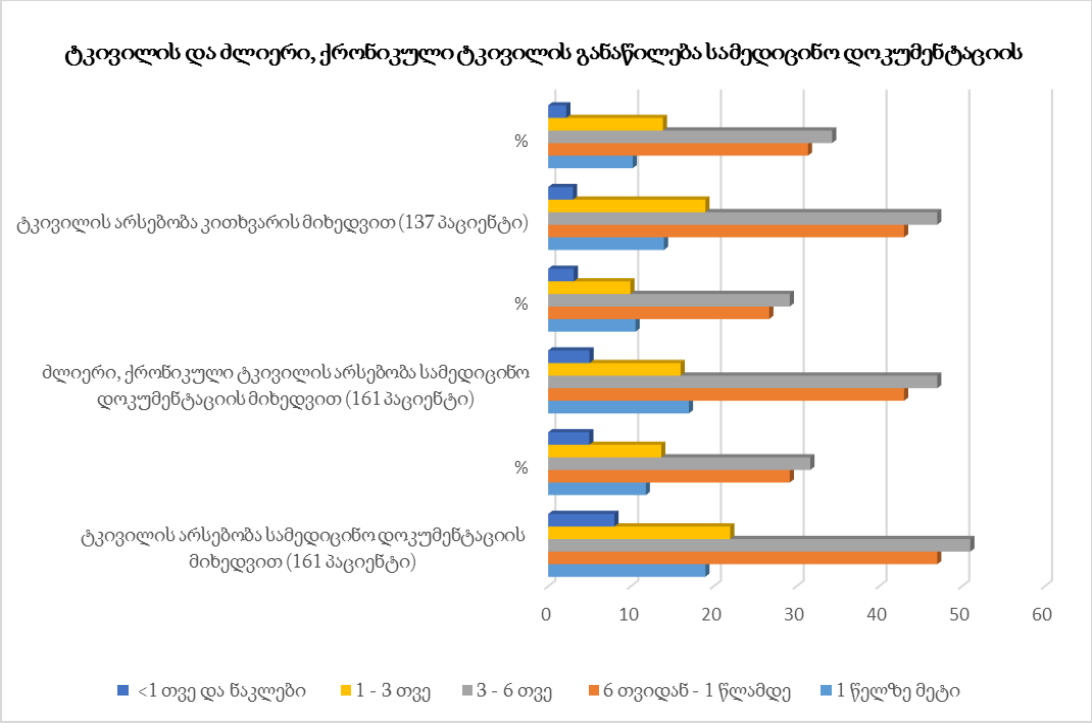
ცხრილი #7

კვლევაში შესწავლილი და გამოკითხული პაციენტების ტკივილის შემთხვევები, მათ შორის ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის შემთხვევები და მათი %

	ტკივილის არსებობა სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით (161 პაციენტი)	%	ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის არსებობა სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით (161 პაციენტი)	%	ტკივილის არსებობა კითხვარის მიხედვით (137 პაციენტი)	%
1 წელზე მეტი	19	11,80124	17	10,55901	14	10,21898
6 თვიდან - 1 წლამდე	47	29,19255	43	26,70807	43	31,38686
3 - 6 თვე	51	31,67702	47	29,19255	47	34,30657
1 - 3 თვე	22	13,6646	16	9,937888	19	13,86861
<1 თვე და ნაკლები	8	4,968944	5	3,10559	3	2,189781
სულ	147		128		126	

დიაგრამა #13

კვლევაში შესწავლილი და გამოკითხული პაციენტების ტკივილის და მათ შორის ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის შემთხვევების განაწილება



პაციენტთა და მათი მზრუველი პირების მიერშევსებული კითხვარის სტატისტიკური დამუშავების მიხედვით აღმოჩნდა, რომ მე-2 და განუსაზღვრელი კლინიკური ჯგუფის პაციენტებს მზრუნველობის დაწყების მომენტშივე აღენიშნებოდათ ძლიერი ქრონიკული ტკივილი იმისთვის, რომ ტკივილის ადეკვატური მართვა ყოფილიყო შესაძლებელი საჭირო გახდა მათი მდგომარეობის გადაფასება- ხელახალი შეფასება. ასეთი შემთვევა გამოვლინდა 137 პაციენტიდან 57 შემთხვევაში (41.6%). პაციენტები ტკივილს და მათ შორის ძლიერ, ქორნიკულ ტკივილს აღნიშნავდნენ არა მხოლოდ დაავადების მკურნალობის ინკურაბლეურ ეტაპზე, არამდედ სპეციფიური მკურნალობის პროცესში ან მისი დასრულებისთანაცე, ანუ მაშინ, როდესაც არსებული საკანონმდებლო და მარეგულირებელი დოკუმენტების მიხედვით მიეკუთვნებოდნენ მე-2 კლინიკურ ჯგუფს და მათთვის ძლიერი ოპიოიდების დანიშვნა ძლიერი, ქორნიკული ტკივილის სწორად მართვისათვის შეუძლებელიც კი ხდებოდა.

პაციენტთა გამოკითხვის მიხედვით ტკივილის დაწყების ეპიზოდის განაწილება მოცემულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილსა და დიაგრამაში (იხ. ცხრილი #8 და დააგრამა #14).

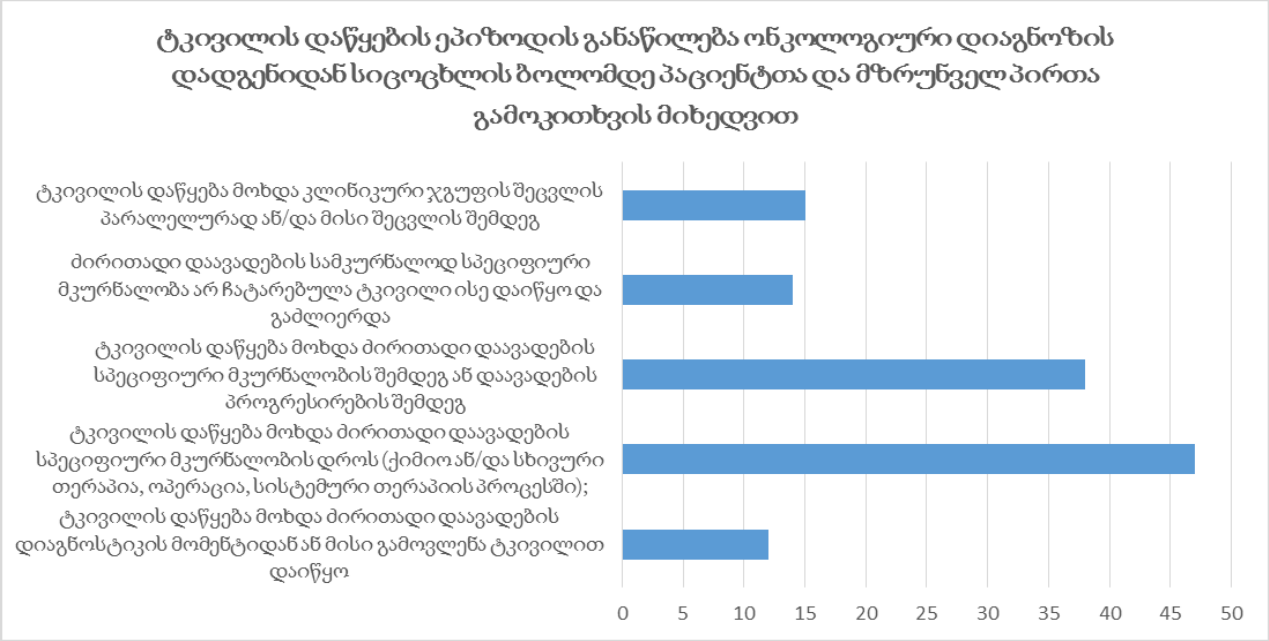
ცხრილი # 8

ტკივილის დაწყების ეპიზოდის განაწილება ონკოლოგიური დიაგნოზის დადგენიდან სიცოცხლის ბოლომდე პაციენტთა და მზრუნველ პირთა გამოკითხვის მიხედვით

ტკივილის დაწყების ეპიზოდის განაწილება ონკოლოგიური დიაგნოზის დადგენიდან სიცოცხლის ბოლომდე პაციენტთა და მზრუნველ პირთა გამოკითხვის მიხედვით	#	%
ტკივილის დაწყება მოხდა ძირითადი დაავადების დიაგნოსტიკის მომენტიდან ან მისი გამოვლენა ტკივილით დაიწყო	12	9,52381
ტკივილის დაწყება მოხდა ძირითადი დაავადების სპეციფიური მკურნალობის დროს (ქიმიო ან/და სხივური თერაპია, ოპერაცია, სისტემური თერაპიის პროცესში);	47	37,30159
ტკივილის დაწყება მოხდა ძირითადი დაავადების სპეციფიური მკურნალობის შემდეგ ან დაავადების პროგრესირების შემდეგ	38	30,15873
ძირითადი დაავადების სამკურნალოდ სპეციფიური მკურნალობა არ ჩატარებულა ტკივილი ისე დაიწყო და გაძლიერდა	14	11,11111
ტკივილის დაწყება მოხდა კლინიკური ჯგუფის შეცვლის პარალელურად ან/და მისი შეცვლის შემდეგ	15	11,90476

დიაგრამა # 14

ტკივილის დაწყების ეპიზოდის განაწილება სპეციფიური ონკოლოგიური დიაგნოზის დადგენიდან სიცოცხლის ბოლომდე პაციენტთა და მზრუნველ პირთა გამოკითხვის მიხედვით



აღნიშნული მეტყველებს კლინიკური ჯგუფის განსაზღვის პრობლემატურობაზე, რაც ჩვენი მოსაზრებითა და არსებულ სამედიცინო დოკუმენტაციაზე დაყრდნობით შესაძლებელია გამოწვეული იყოს: 1) კლინიკური ჯგუფის არასწორად განსაზღვრით; 2) ქრონიკული ტკივილის მე-2 კლინიკური ჯგუფის პაციენტთა შორის არსებობით; 3) ქრონიკული ტკივილის ადეკვატურად მართვის დროს კლინიკური ჯგუფების განსაზღვრის არასწორი და არამართებული მიდგომის არსებობით და სხვა.

კვლევაში ჩართული პაციენტები გამოკითხვისას აღნიშნავდნენ ტკივილის საწინააღმდეგო მკურნალობის სხვადასხვა მკურნალობას მისი ინტენსივობისა და სიძლიერის მიხედვით, რაც მოცემულია ცხრილში და დიაგრამაზე (იხ. ცხრილი #9 და დიაგრამა #15).

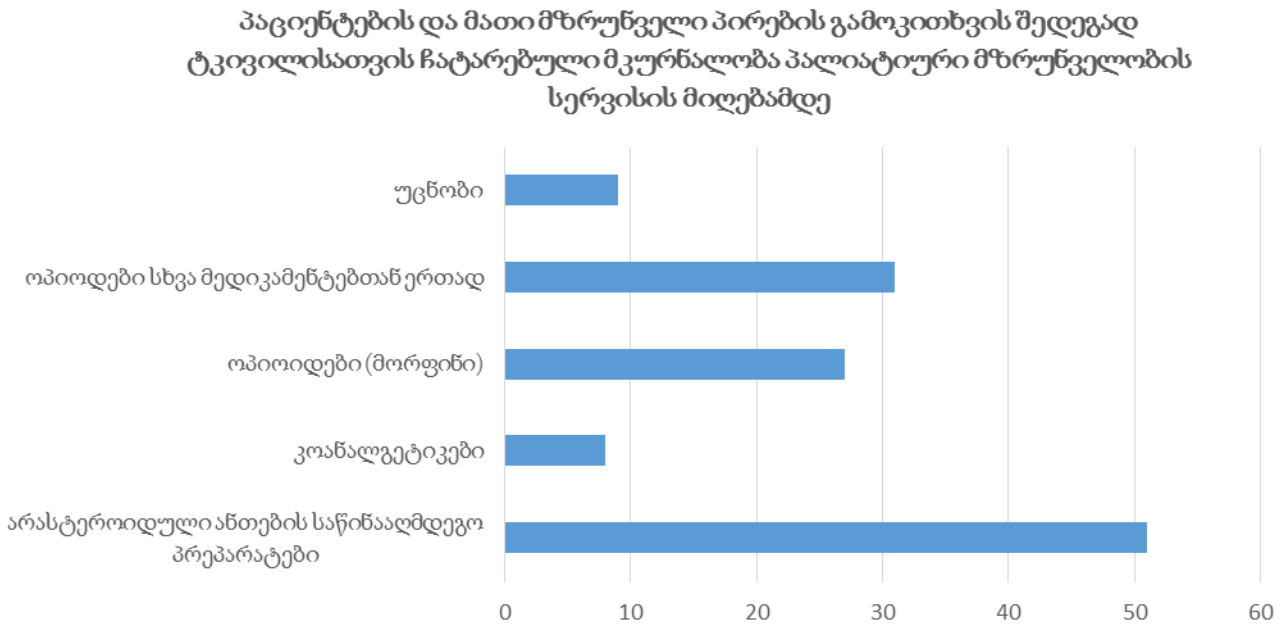
ცხრილი #9

კვლევაში მონაწილე პაციენტების და მათი მზრუნველი პირების გამოკითხვის შედეგად ტკივილისათვის ჩატარებული მკურნალობა პალიატიური მზრუნველობის სერვისის მიღებამდე

პაციენტების და მათი მზრუნველი პირების გამოკითხვის შედეგად ტკივილისათვის ჩატარებული მკურნალობა პალიატიური მზრუნველობის სერვისის მიღებამდე	#	%
არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები	**51**	**40,47619**
კოანალგეტიკები	**8**	**6,349206**
ოპიოიდები (მორფინი)	**27**	**21,42857**
ოპიოდები სხვა მედიკამენტებთან ერთად	**31**	**24,60317**
უცნობი	**9**	**7,142857**

დიაგრამა #15

კვლევაში მონაწილე პაციენტების და მათი მზრუნველი პირების გამოკითხვის შედეგად ტკივილისათვის ჩატარებული მკურნალობა პალიატიური მზრუნველობის სერვისის მიღებამდე



ამასთან, აღსანიშნავია ისიც, რომ პაციენტებსა და მათ მქრუნველ პირებს არა მხოლოდ პრობლემები და დისკომფორტი ჰქონდათ არსებული ბიუროკრატიული მექანიზმის - კლინიკური ჯგუფის განსაზღვრის ან/და ცლილების გამო, არამედ ქრონიკული და ძიერი ტკივილის არსებობის დროს ის წარმოადგენდა დროში გაწელილ პროცესს, რის გამოც პაციენტებს უხდებოდათ ტკივილის არაეფექტური მართვა ან /და ტკივილში ცხოვრება, რაც მიზანმიმართულად არღვევდა მათ უფლებებს.

კვლევის ფარგლებში მიღებული შედეგების განხილვის დროს გამოლინდა, რომ პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს პრობლემები შეექმნათ ოპიოიდების ხელმისაწვდო—მობაში, რაც ძირითადად წარმოდგენილი იყო: 1) ძლიერი ოპიოიდების დანიშვნაში; 2) კლნიკური ჯგუფის ცვლილების - ინკურაბელობის სტატუსის მინიჭების საკითხში მიუხედავად ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის არსებობისა და დოზის ცვლლებაში. მსგავსი პრობლემების წინაშე გამოკითხული პაციენტებიდან 69 პაციენტმა და

მზრუნველმა პირმა აღნიშნა (50.3%). ზემოაღნიშნული წარმოდგენილია დიაგრამა # 10 ზე. (იხ. დიაგრამა #10).

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ პაციენტთა რე-ჰოსპიტალიზაციის 1/3 შემთხვევები სწორედ ამ უკანასკნელის პრობლემა შესაძლებელია იყოს, რადგან პაციენტთა 1/3 სტაციონარს მიმართა ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის დროს არსებული ძიერი ოპიოიდების დოზის გაზრდის გამო და მასთან დაკავშირებული პრობლემების შექმნის შედეგანდ ჯანდაცვის პირველადი ქსელის სამეიდიცნო წარმომადგენლების მხრიდან. კერძოდ, პირველადი ჯანდაცვის ქსელის სამედიიცნო პერსონალის რეკომენდაციით, პაციენტთა გარკვეული რაოდენობა იძლულებული იყო მიემართა სტაციონარული მომსახურეობისათვის, რათა სწორედ სტაციონარულ პირობებში უფრო „ზუსტად“ ყოფილიყო ძლიერი ოპიოიდის დოზის ესკალაზია და პარალელურად შემცირებულიყო ის პასუხისმგებლობა, რასაც ოპიოდების დოსის სწორი ესკალაცია ჰქვია და საჭიროებს შესაბამის ცოდნას, გამოცდილებასა და უნარს ზირველადი ჯანდაცის ქსელის სამედიცინო პერსონალის მხრიდან.

მოწოდებული კითხვარის ანალიზის საფუძველზე გამოვლინდა, რომ პაციენტთა უმეტესობას ძლიერი ოპიოდის დანიშვნის დროს პირველადი ჯანდაცვის შესაბაისი სპეციალისტების მიერ შეთავაზებული და სპეციალური რეცეპტით გამოწერილი ჰქონდათ ძლიერი ოპიოიდების საინექციო ფორმები. მიუხედავად ქვეყანაში არსებული ძლიერი ოპიოიდების ტაბლეტირებული ფორმებისა, მათი შეთავაზება და გამოწერა არ მომხდარა. უფრო მეტიც, პალიატიური მზრუნველობის შესაბამისი სერვისის მიღების შემთხვევაში შესაბამის ჩვენებებით რეკომენდებური ძიერი ოპიოიდების ტაბლეტირებული ფორმების უპირატესობის შემთხვევაში 82 პაციენტს (59.8%) გარკვეული სიძნელეები - პრობლემები შეექმნათ და მათი ხელმისაწვდომობა თუ უწყვეტობა ვერ იქნა უზრუნველყოფილი.

ეს კანასკნელიც უკავშირდება პირველადი ჯანდაცვის ქსელის სამედიცინო პერსონალის განათლების, გამოცდილებისა და საკანონმდებლობაზის არასრულ-ყოფილ ცოდნასა და ამასთან, ქვეყანაში ტაბლეტირებული და ოპიოიდების სხვა ფორმის მედიკამენტების ხელმისაწოვდომის ნაკლებობაზე, საკანონმდებლო ბაზის ნაკლობანებებსა და აღნიშნული ფორმების უქყვეტობის შენარჩუნების პრობლემებზე.

კვლევაში შესწავლილი 161 პაციენტის მდგომარეობის შეფასების, სამედიცინო საჭიროებების გაანალიზების და ჩივილების აღრიცხვის საფუძველზე მოხდა მათი სიხშირის გამოვლენა და ანალიზი სამივე ჯგუფში, რაც წარმოდეგენილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში (იხ. ცხრილი #10).

ცხრილი N 10. პაციენტთა ჯგუფებში გამოვლენილი სიმპტომების შეფასება და სტატისტიკური ანალიზი

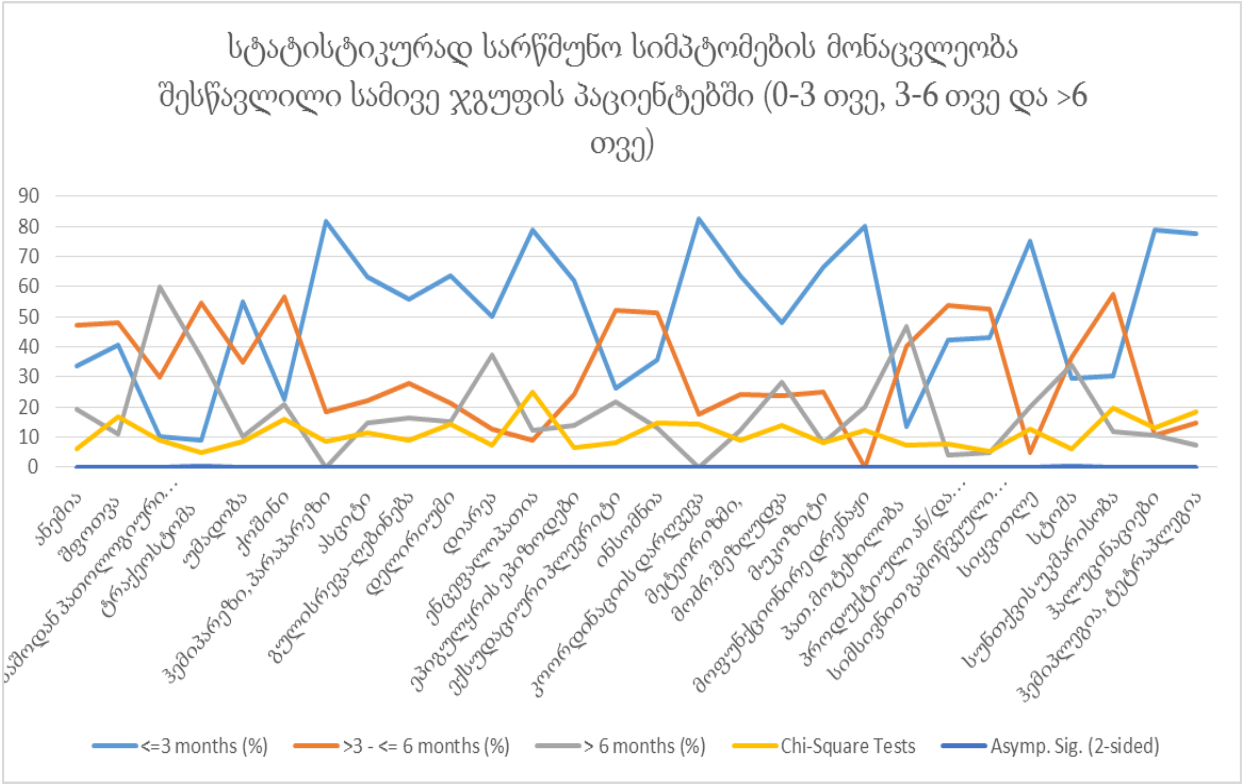
	<=3 months (%)	>3 - <= 6 months (%)	> 6 months (%)	Chi-Square Tests	Asymp. Sig. (2-sided)
ანემია	33,80	47,10	19,10	6,220	0,045
შფოთვა	40,70	48,10	11,10	16,648	0,000
ნაწოლი	51,00	26,50	22,40	3,499	0,174
საშოდან პათოლოგიური გამონადენი	10,00	30,00	60,00	8,964	0,011
ტრაქეოსტომა	9,10	54,50	36,40	4,976	0,083
უმადობა	55,10	34,70	10,20	8,459	0,015
ქვედა კიდურების შეშუპება	49,20	25,40	25,40	5,211	0,074
ქოშინი	22,60	56,60	20,80	15,950	0,000
ყაბზობა	45,30	31,10	23,60	3,504	0,173
ჰემიპარეზი, პარაპარეზი	81,80	18,20	0,00	8,557	0,014
ადინამია	39,00	39,80	21,10	3,366	0,186
ანორექსია	37,00	39,10	23,90	0,453	0,797
ასციტი	63,40	22,00	14,60	11,438	0,003
გულისრევა-ღებინება	55,70	27,90	16,40	8,876	0,012
დელირიუმი	63,80	21,30	14,90	14,341	0,001
დეპრესია	43,10	36,30	20,60	1,010	0,603
დიარეა	50,00	12,50	37,50	7,478	0,024
დიზურია	47,90	31,20	20,80	1,370	0,504
დისფაგია	41,70	33,30	25,00	0,110	0,947
ენცეფალოპათია	78,80	9,10	12,10	24,952	0,000
ეპიგულყრის ეპიზოდები	62,10	24,10	13,80	6,519	0,038
ექსუდაციური პლევრიტი	26,10	52,20	21,70	8,196	0,017
თავბრუსხვევა.	66,70	25,00	8,30	3,733	0,155
ინსომნია	35,70	51,40	12,90	14,523	0,001
კოორდინაციის დარღვევა	82,40	17,60	0,00	14,081	0,001
ლიმფოსტაზი	46,20	35,90	17,90	0,902	0,637

მელენა	50,00	41,70	8,30	1,582	0,453
მეტეორიზმი,	63,60	24,20	12,10	8,921	0,012
მეხსიერების დაქვეთება	53,80	35,90	10,30	5,700	0,058
მოფუნქ. ზონდი	38,10	28,60	33,30	1,548	0,461
მოძრ.შეზღუდვა	47,80	23,90	28,30	13,789	0,001
მუკოზიტი	66,70	25,00	8,30	8,120	0,017
მოფუნქციონირე დრენაჟი	80,00	0,00	20,00	12,162	0,002
პათ.მოტეხილობა	13,30	40,00	46,70	7,198	0,027
პროდუქტიული ან/და ჰემორაგიული ხველა	42,30	53,80	3,80	7,687	0,021
საერთო სისუსტე	42,00	36,30	21,70	6,650	0,360
სიმსივნით გამოწვეული ნაწლავთა გაუვალობა	42,90	52,40	4,80	5,302	0,071
სისხლმდენი წყლულები	44,40	44,40	11,10	1,700	0,427
სიყვითლე	75,00	5,00	20,00	12,632	0,002
სლოკინი, ბოყინი	45,20	32,30	22,60	0,831	0,660
სტომა	29,30	36,60	34,10	6,098	0,192
სუნთქვის უკმარისობა	30,50	57,60	11,90	19,569	0,000
ტემპერატურული რექცია	33,30	41,70	25,00	1,156	0,561
ძლიერი, შერეული ხასიათის, ქროკივილი ტკივილი 7-8 (10)	39,80	33,60	26,60	4,711	0,095
ჰალუცინაციები	78,90	10,50	10,50	12,912	0,002
ჰემიპლეგია, ტეტრაპლეგია	77,80	14,80	7,40	18,182	0,000

ცხრილში წარმოდენილი ჩივილებისა და მდგომარეობების მიხედვით ნაჩვენებია ონკო ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის დროს კლინიკური მიმდინარეობის მრავალფეროვნება და მათი გამოვლენის სხვადასხვა სიხშირე მზრუნველობის სხვადასხვა ხანგრძივობის დროს. ამასთან აღსანიშნავია, რომ თითოეული მათგანის საწრმუნოობის მაჩვენებლელი მიუთითებს ამა თუ იმ კლინიკური ნიშნის ან და გამოვლინების შედარებით მეტ სპეციფიურობაზე (იხ. დიაგრამა #16). ეს უკანასკნელი კი საჭიროებს ამ მიმართულებით გადამზადებული და შესაბამისი გამოცდილების მქონე სამედიცინო პერსონალის მიერ განხორციელბულ სამედიცინო სერვისს.

დიაგრამა #16

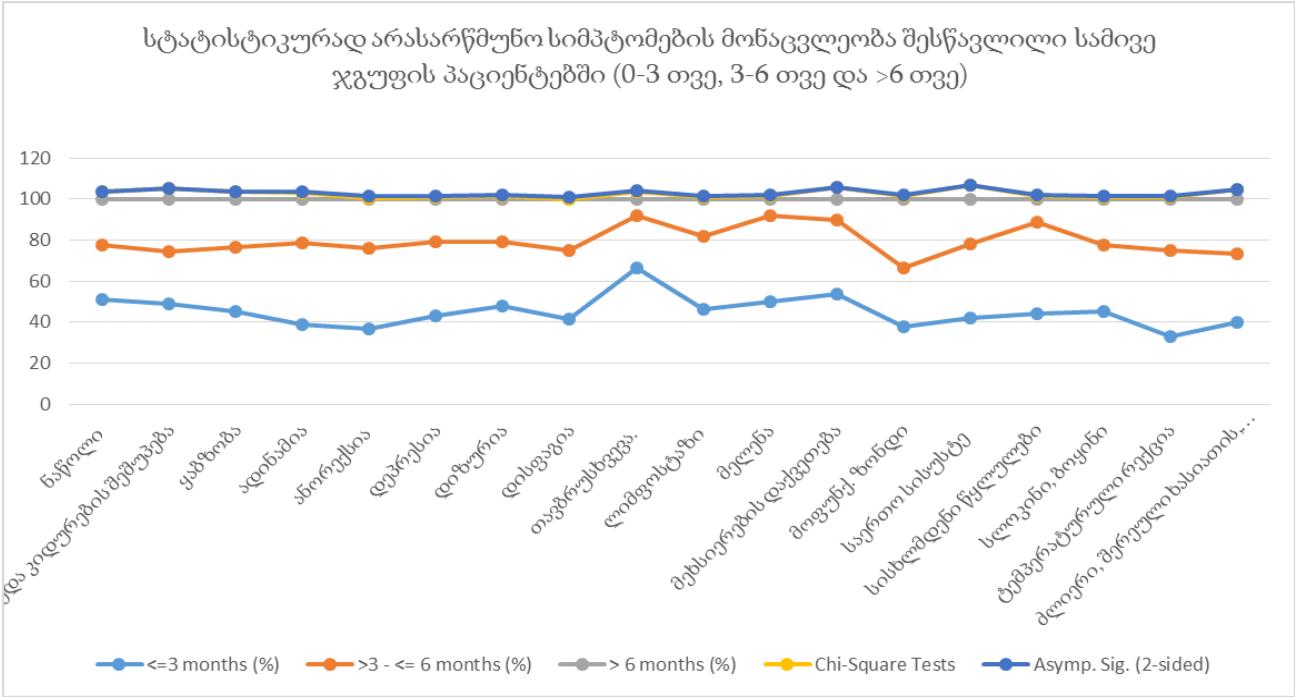
სტატისტიკურად სარწმუნო სიმპტომების მონაცვლეობა შესწავლილი სამივე ჯგუფის პაციენტებში (0-3 თვე, 3-6 თვე და >6 თვე)



ხოლო სტატისტიკურად არასარწმუნო ნიშნები ჩვენი საკვლევი მასალის მიხედვით გამოვლინდა შემდეგი სიმპტომებისა და ჩივილების მიმართებაში (იხ დიაგრამა # 17).

დიაგრამა #17

სტატისტიკურად არასარწმუნო სიმპტომების მონაცვლეობა შესწავლილი სამივე ჯგუფის პაციენტებში (0-3 თვე, 3-6 თვე და >6 თვე)



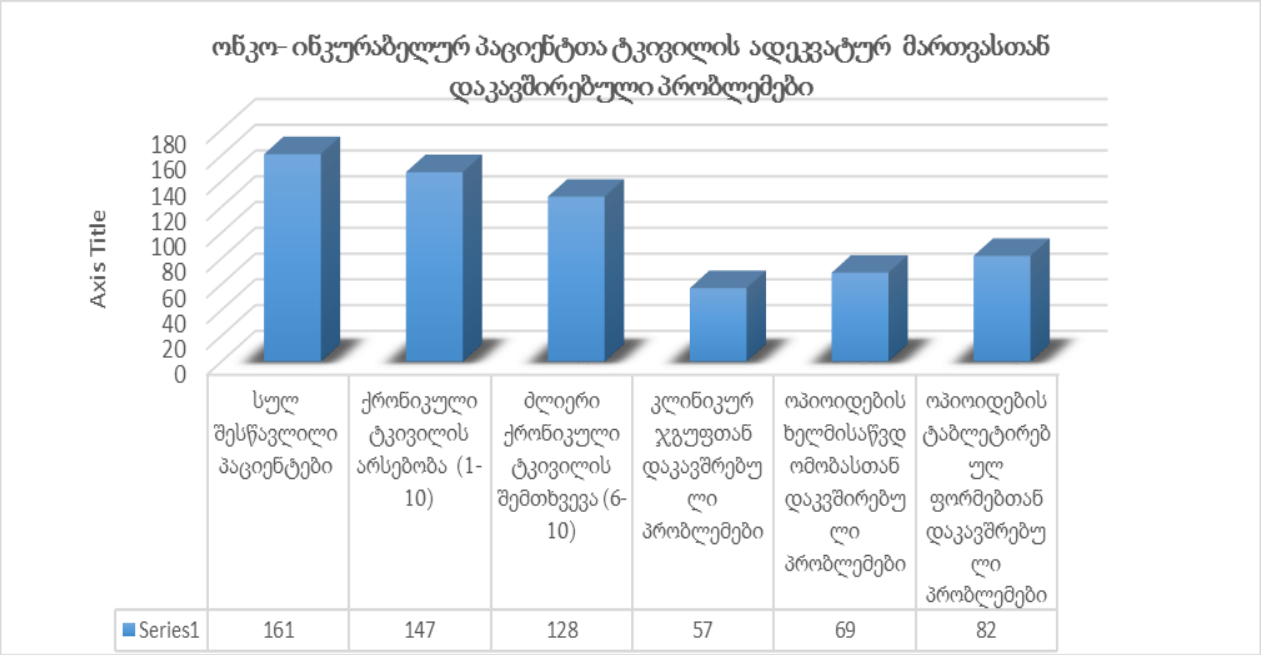
საკვლევი მასალის შესწავლის საფუძველზე გამოვლინდა, რომ ონკო ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზურნველობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენდა ონკო -ინკურაბელურ პაციენტთა ძლიერი ტკივილის ადეკვატური მართვა, ოპიოიდების ადეკვატური დოზისა და ფორმის ხელმისაწვდომობა.

ამგვარად, კვლევით აღმოჩნდა, რომ ოპიოიდების პირველი ადმინისტრირება, ასევე ტკივილის ინტენსივობის გამო მათი დოზის ესკალაცია რიგ პრობლემებთან იყო დაკავშირებული 69 შემთხვევაში (42.8 %), ხოლო 82 (50.9%) მათგანთან კი ადგილი ჰქონდა ქვეყანაში არსებულ ტაბლეტირებული ფორმის ძლიერ ოპიოიდებთან ხელმისაწვდომობის პრობლემას, რაც უპირატესად დაკავშირებულია სამედიცინო პერსონალის შესაბამის ინფორმირებულობასთან, ოპიოიდების ადმინისტრირების

საკანონმდებლო ბაზის ცოდნისა და სამედიცინო-პრაქტიკული გამოცილების სიმწირესთან (იხ.დიაგრამა #12.

დიაგრამა #18

ონკო- ინკურაბელურ პაციენტთა ტკივილის ადეკვატურ მართვასთან დაკავშირებული პრობლემები



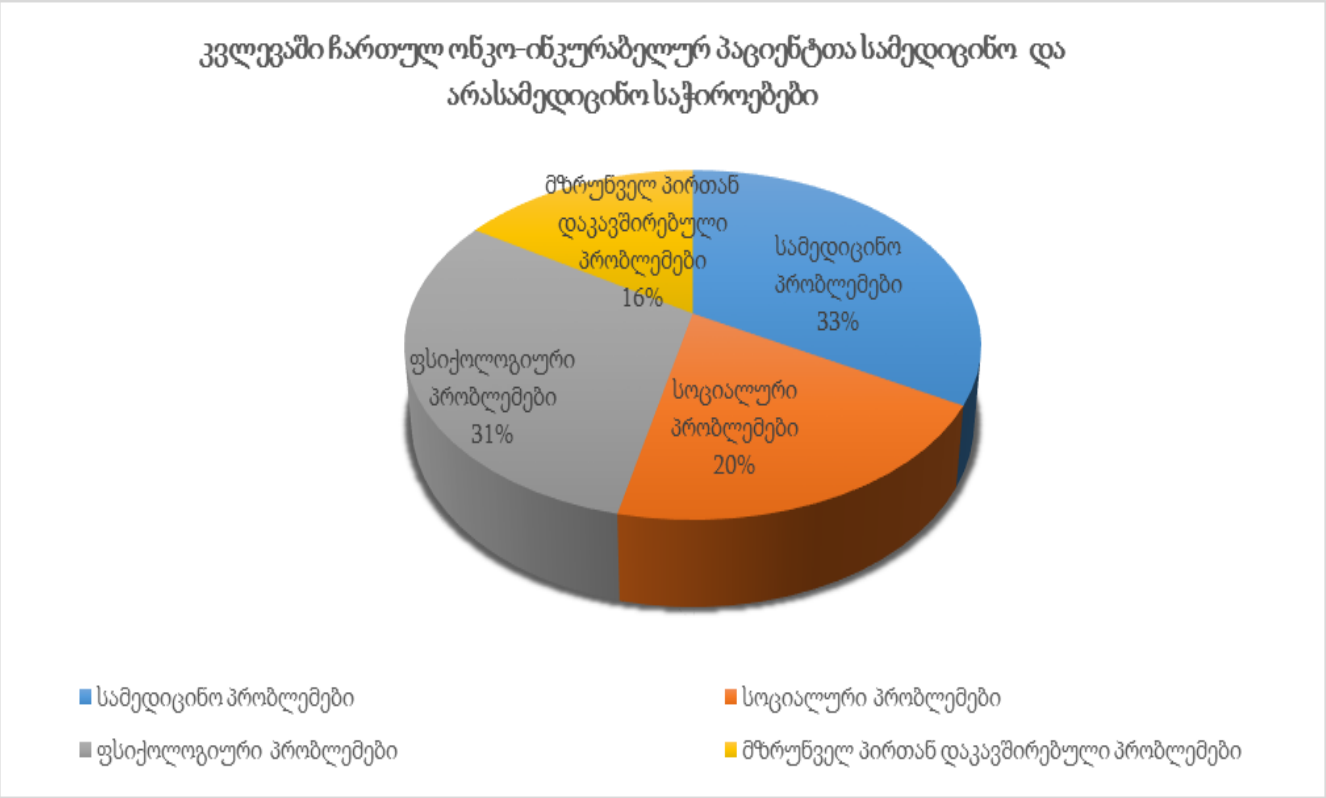
ქვეყანაში არსებული ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო სერვისი დღემდე შემოიფარგლება მხოლოდ სამედიცინო საჭიროებებით. მას ახორციელებს შესაბამისი ცოდნისა და გამოცდილების სამედიცინო პერსონალი (ექიმი, ექთანი). აღნიშნულის გამო ის შორსაა მსოფლიოში აღიარებულ მოდელთან (პალიატიურ მზრუნველობას კი ახორციელებს მულტიდისციპლინური გუნდი - მედიკოსები, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, სულიერი მრჩეველი - პალიატიური მზრუნველობის ექიმ-სპეციალისტის ხელმძღვა-ნელობით.

გუნდის წევრებად ითვლებიან ის ოჯახის წევრებიც და მოხალისეებიც, რომლებიც მონაწილეობენ პაციენტის მოვლაში. - World Health Organization., 2011), რაც სერვისის განმახორციელებელს ავალდებულებს მულტიდისციპლინურ მიდგომას.

აღნიშნულის შეფასების მიზნით შესწავლილი 161 პაციენტიდან სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით, ხოლო 137 შემთხვევაში საჭიროებების განსაზღვის შესახებ პაციენტისა და მისი მზრუნველი პირების მიერ შევსებული კითხვარის მიხედვით აღმოჩნდა, რომ პაციენტთა 20 % (32 პაციენტი) აღენიშნებოდა სოციალური პრობლემების გადაჭრის აუცილებლობას, 31 % (50 პაციენტი) იდგა ფსიქოლოგიური პრობლემების წინაშე და 16% (26 პაციენტი) აღწერდა მზრუნველ პირებთან დაკავშირებულ პრობლემებს. პაციენტთა საჭიროებების ნუსხაში სამედიცინო პრობლემები მხოლოდ 33% (53 პაციენტი) იყო წამყვანი, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს არსებული მოდელის არასრულფასოვნებას და ხაზს უსვამს მის ნაკლოვანებებს პალიატიური მზრუნველობის მულტიდისციპლინურობასთან მიმართებაში (ის. დიაგრამა #13).

დიაგრამა #19

კვლევაში ჩართულ ონკო-ინკურაბელურ პაციენტთა სამედიცინო და არასამედიცინო საჭიროებები



მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, მარეგულირებელი დოკუმენტები ასახავენ მრავალ ურთიერთ გამომრიცხავ ინფორმაციას. თუ პალიატიური მზრუნველობის ამბულატორიული პროგრამის განხორციელების მოთხვონა უპირობოდ აყენებს პაციენტების ტერმინალურ მდგომარეობაში არსებობსა და ინკურაბელობის განსაზღვრას, პალიატიური მზრუნველობის ინსტრუციაშ აღნიშნულია, რომ პალიატიური მზრუნველობის პროგრამა ყველაზე ეფექტურად მაშინ მიიჩნევა, როცა იგი ინტეგრირებულია ჯანმრთელობის დაცვის არსებული სისტემის ყველა დონეზე. პროგრამის განხორციელების ადგილი შესაძლოა იყოს საავადმყოფო, პაციენტის სახლი ან მზრუნველობის დაწესებულება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, პალიატიური მზრუნველობა უნდა დაიწყოს ქრონიკული დაავადების აღმოჩენის მომენტიდან და გაგრძელდეს სამკურნალო ჩარევების პარალელურად. როდესაც დაავადება გადადის ტერმინალურ სტადიაში, პალიატიური მზრუნველობა უნდა მოერგოს პაციენტის შეცვლილ საჭიროებებს. იგი უნდა მოიცავდეს ფსიქოლოგიურ, სულიერ და სხვა სახის სერვისებს, რაც პაციენტს გარდაცვალებისთვის მოამზადებს. ამასთანავე უნდა იყოს გათვალისწინებული პაციენტის ოჯახის წევრთა საჭიროებები, როგორც დაავადების მიმდინარეობის დროს, ისე გლოვის პროცესში. ზოგიერთი პროგრამა მოიცავს სამართლებრივი დახმარების კომპონენტსაც.

პალიატიური მზრუნველობა, როგორც ადამიანის უფლება, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ყველა პირისთვის, რომელიც იტანჯება საშუალო ან ძლიერი ტკივილით. ყველაზე ხშირ შემთხვევაში პალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებენ კიბოს, აივ ინფექცია/შიდსისა და ტუბერკულოზის მქონე ადამიანები.

ხანდაზმულებისთვის, ბავშვებისა და ნარკოტიკების მომხმარებელი პირებისთვის პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების სათანადო შეფასება და მიწოდება უმეტესად არ ხდება.

პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვანი ელემენტია ტკივილის მართვისთვის საჭირო ძირითად მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა. ჯანმრთელობის უფლების საკითხზე გაეროს სპეციალური მომხსენებლის თანახმად, ,,სახელმწიფოს

ვალდებულებაა მის იურისდიქციაში მყოფი პირების დაცვა არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობისგან.

თუ სახელმწიფოები არ იღებენ გონივრულ ზომებს ტკივილის მართვის მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისთვის, რის გამოც მილიონობით ადამიანი იტანჯება ძლიერი ქრონიკული ტკივილით, ეჭვქვეშ დგება ამ ვალდებულების სათანადო შესრულება.

ამდენად, პალიატიური მზრუნველობის სერვისების არარსებობამ ან მათი ხელმისაწვდომობის შეზღუდვამ შესაძლოა გამოიწვიოს ადამიანის შემდეგი უფლებების დარღვევა:

წამების და არაადამიანური მოპყრობის აკრძალვის უფლება, სიცოცხლის უფლება, უფლება ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე, ინფორმაციის მიღების უფლება, დისკრიმინაციის აკრძალვა და სხვა.

ჯანმო-ს რეკომენდაციების თანახმად ჯანდაცვის სისტემა პასუხისმგებელია ქრონიკული და უკურნებელი სენით დაავადებული მოსახლეობისათვის პალიატიური მზრუნველობის გაწევაზე, მათ შორის ბავშვებისათვის პალიატიური მზრუნველობის სერვისების მიწოდებაზე. ეს მოიცას შემდეგ კომპონენეტს:

- ჯანდაცვის სისტემაში პალიატიური მზრუნველობა ყველა დონეზე უნდა იყოს ინტეგრირებული როგორც სტრუქტურულად, ასევე დაფინანსებისა და რესურსების მობილიზების საკითხებში;

- სახელმწიფოს პოლიტიკა უნდა იყოს მიმართული ადამიანური რესურსების გაძლიერებისა და გაზრდისკენ და უნდა ითვალისწინებდეს არსებული ჯანდაცვის პროფესიონალების უწყვეტ პროფესიულ განვითარებისა და განათლების. პალიატიური მზრუნველობის საკითხები აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული საბაზო განათლების კურიკულუმებში;

- მნიშვნელოვანია, რომ პალიატიურ მზრუნველობაში მონაწილეობდნენ არა მხოლოდ პროფესიონალები, არამედ მასში ჩართული იყვნენ მოხალისეები, რომლებიც ამ საქმიანობით შეასრულებენ სამოქალაქო პასუხისმგებლობას;

- აუცილებლია ესენციურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, რათა დროულად და ხარისხიანად მოხდეს ტკივილის მართვა.

ამასთან, გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი პალიატიურ მზრუნველობას განიხილავს, როგორც ჯანმრთელობის უფლების ნაწილს. კომიტეტის თანახმად, "სახელმწიფოები ვალდებული არიან პატივი სცენ ჯანმრთელობის უფლებას... და თავი შეიკავონ ყველა პირისთვის პრევენციულ, სამკურნალო და პალიატიური ჯანმრთელობის სერვისებზე თანაბარი ხელმისაწვდომობის მოსპობის ან შეზღუდვისგან.'' წამების საკითხზე გაეროს სპეციალური მომხსენებელი განმარტავს, რომ „ტკივილის შემსუბუქების საშუალების ხელმისაწვდომობაზე დე ფაქტო უარის თქმა, თუ ეს იწვევს მწვავე ტკივილსა და ტანჯვას, წარმოადგენს სასტიკ, არაადამიანურ და ღირსების შემლახველ მოპყრობას ან დასჯას.'' გაეროს ბავშვის უფლებათა კომიტეტი განმარტავს, რომ „ბავშვებს აქვთ ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება, რაც მოიცავს პრევენციულ, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური მზრუნველობის სერვისებს.

პალიატიური მზრუნველობა, როგორც ადამიანის უფლება, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ყველა პირისთვის, რომელიც იტანჯება საშუალო ან ძლიერი ტკივილით. ყველაზე ხშირ შემთხვევაში პალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებენ კიბოს, აივ ინფექცია/შიდსისა და ტუბერკულოზის მქონე ადამიანები. ხანდაზმულებისთვის, ბავშვებისა და ნარკოტიკების მომხმარებელი პირებისთვის პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების სათანადო შეფასება და მიწოდება უმეტესად არ ხდება.

პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვანი ელემენტია ტკივილის მართვისთვის საჭირო ძირითად მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა. ჯანმრთელობის უფლების საკითხზე გაეროს სპეციალური მომხსენებლის თანახმად, „სახელმწიფოს

ვალდებულებაა მის იურისდიქციაში მყოფი პირების დაცვა არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობისგან. თუ სახელმწიფოები არ იღებენ გონივრულ ზომებს ტკივილის მართვის მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისთვის, რის გამოც მილიონობით ადამიანი იტანჯება ძლიერი ქრონიკული ტკივილით, ეჭვქვეშ დგება ამ ვალდებულების სათანადო შესრულება.

<u>ამგვარად:</u>

- ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის ხანგრძლივობა გაუმართლებელია მოიცავდეს პაციენტთა პალიატიური მზურნველობის საჭიროებების რომელიმე 3 ან 6 თვეს, რისი მოთხოვნის საფუძველზე ირღვევა პალიატიური მზურნველობის არსის ძირითადი პრინციპი - ზრუნვა პაცინეტის ცხოვრების ბოლომდე და მისი ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება/გაუმჯობესება.
- ინკურაბელურ პაციენტთა საჭიროებები და არსებული სამედიცინო მომსახურეობა ემყარება დღეისათვის უპირატესად სამედიცინო საჭიროებების და ხშირად უგულვებელყოფილია არასამედიცინო ასპექტები (ფსიქოლოგიური, სულიერი, სოციალური);
- გაწეული სამედიცინო სერვისი ძირითადად ემყარება პაციენტის მინიმალურ საჭიროებებს და არ მოიცავს პალიატიური მზუნველობის საერთაშორისოდ აღიარებულ მოდელს (სადაც თავდაპირველადვე განსაზღვრულია მულტიდის-ციპლინური გუნდის წევრების ეფექტური მუშაობა და როლთა გადანაწილება);
- ინკურაბელურ პაციენტთა ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა დამყარებულია დღეს¬დღეობის გაუმართლებელი შეფასების კლინიკურ ჯგუფებზე, ბიუროკ-რატიულ აპარატზე, სამედიცინო პერსონალის შესაბამისი ცოდნის სიმწირესა და საკანონმდებლო ბაზის შეუსაბამობაზე;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის მომსახურეობის მიღების შეფასებისათვის მიუღებელია ჩართვის კრიტერიუმად მე-4 სტადიის მოთხო-

ვნის აუცილებლობა, რადგან ის არ წარმოადგენს სარწმუნო იარაღს ონკო-ინკურა-ბელურ პაციენტთა დაავადების პროგრესირებისა და მდგომარეობის შეფასებისათვის;

- ინკურაბელურ პაციენტთა სტატუსის შეფასება უნდა ეყრდნობოდეს პაციენტთა საჭიროებებს (სამედიცინო და არასამედიცინო), სადაც უგულვებელ-ყოფილ უნდა იქნას პაციენტთა კლინიკური ჯგუფი და დაავადების სტადია;

ჩვენი კვლევა ადასტურებს, რომ ონკო ინკურაბელური პაციენტებისათვის შესრულებული ამბულატორიული პალიატიური მომსახურება დღემდე მოიცავს მხოლოდ სამედიცინო კომპონენტს და ის არ შეიძლება ჩაითვალოს სრულყოფილად.

ამასთან, საკანონდებლო აქტებითა და მარეგულირებელი დოკუმენტებით განსაზღრული სტანდარტი მკვეთრად განსხვავებული რეკომენდებულისაგან და ის არ მოიცავს არც არასამედიცინო საჭიროებებს და ვერც სრულფასოვნად ვერ ხდება ისეთ აუცილებელ მედიკამენტებზე ადეკვატური ხელმისაწვდომობა, როგორიცაა ძლიერი ოპიოდები. აღნიშნულის ერთ ერთი ძირითადი ხელისშემშლელი ფაქტორია მოძველებული საკანონდებლო ბაზა და მაეგულირებელი დოკუმენტები, სადაც ჯერ კიდევ ფიგურირებს მე-4 კლინიკურ ჯგუფი და ინკურაბელური სტატუსის მანდატორული განსაზღვრის აუცილებლობა.

დასკვნები

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის საფუძველზე დაყრდნობით აღმოჩნდა, რომ ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა აუცილებელია ხორციელ-დებოდეს როგორც სამედიცინო, ასევე არასამედიცინო საჭიროებების გათ-ვალისწინებით, სადაც სამედიცინო საჭიროებებიდან მნიშვნელოვანია გააზრებულ იქნას სიმპტომებისა და სამედიცინო მდგომარეობების მრავალფეროვნება დაავადების კონკრეტულ ეტაპზე.

კვლევის მასალის განხილვიდან ირკვევა, რომ განხორციელებულო სამედიცინო სერვისი ძირითადად დაფუძნებული იყო პაციენტების მინიმალურ საჭიროებებზე და არ მოიცავდა პალიატიური მზუნველობის საერთაშორისოდ აღიარებულ მოდელს (სადაც თავდაპირველადვე განსაზღვრულია მულტიდისციპლინური გუნდის წევრე-ბის ეფექტური მუშაობა და როლთა გადანაწილება); ხარისხიანი პალიატიური მზრუნ-ველობის განხორციელებისათვის კი მნიშვნელოვანია საყოველთაოდ აღიარებული მულტიდისციპლინური გუნდის თანამშრომლობა და თანამონაწილეობა მზრუნ-ველობაში, სადაც ასევე გათვალისწინებულია პაციენტის სოციალური, ფსიქოლოგიუ-რი და სულიერი პრობლემები, აპაციენტის მზრუნველობაზე ორიენტირებული მზრუნველი პირის თანამონაწილეობით.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის განხორციელება შესაძლებელია სპეციალურად მომზადებული გუნდის არსებობით და მოქმედებით. სწორედ აღნიშნულ მომზა-დებასა და პროფესიულ უნარჩვევებზეა დამოკიდებულ მიწოდებული მზრუნვე-ლობის სრულყოფა და ხარისხი. მსგავსი მულტიპროფილური სერვისის ხელმისაწვ-დომობის არ არსებობა კი წარმოადგეს პაციენტის უფლების შეზღუდვას ონკო ინკურაბელური მდგომარეობის დროს მისი სამედიცინო და არასამედიცინო საჭიროებების არადეკვატურ შეფასებასა და მართვაში.

კვლევიდან ასევე ნათლად ჩანს, რომ მულტიდისციპლინურ გუნდში მხოლოდ სამედიცინო საჭიროებებზე ორიენტირება, ვერ უზრუნველყოფს ხარისხიან სერვისს და სამედიცინო პერსონალის მიერ შესაძლებელია საუკეთესო შემთხვევაში მხოლოდ

განხორციელდეს სხვადასხვა საჭიროებების შეფასება, ხოლო მათი სრულად მოცვა შეუძლებლია შესაბამისი კომპეტენციისა თუ ადეკვატური რესურსის არ არსებობის გამო.

იმის გათვალისწინების მიუხედავად, რომ პალიატიური მზრუნველობის გლობალური პოლიტიკა მოითხოვს სიკვდილამდე მაღალი ხარისხის მზრუნველობის უზრუნველყოფას ყველასათვის, პალიატიური მზრუნველობის სერვისის ხელმისაწვ-დომობა საქართველოში ჯერ კიდევ ემყარება გეოგრაფიულ პრონციპს, რაც გაუმართ-ლებელია როგორც სამედიცინო, ასევე ეთიკური თვალსაზრისით და არღვევს პაციენტის უფლებებს მიიღოს ადეკვატური და ამასთან ხარისხიანი სამედიცინო სერვისი.

ჩვენი კვლევის საფუძველზე ნათლად სჩანს, რომ ონკო ინკურაბელურ პაციენტ-თათვის პალიატიური მზრუნველობის განხორციელება წარმოუდგენელია მოიცავდეს მზრუნველობის მხოლოდ გარკვეულ ეპიზოდს ან დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობის დროს მომსახურეობის ეპიზოდურ ჩართვასა და უეცარ შეწყვეტას, ხშირად ყველაზე საჭირო და კრიტიკულ მომენტში. მზრუნველობის განხორციელების ხანგრძლივობის თვალსაზრისით წარმოუდგენელია სამედიცინო საჭიროებებით განისაზღვროს რომელიმე უფრო მნიშვნელოვანი 3 ან 6 თვე პაციენტთა მდგომარეობის დინამიურობის დიდი დიაპაზონის გამო.

გამოკვლეული პაციენტების ანალიზმა აჩვენა, რომ სამედიცინო საჭიროებები, სიმპტომები და მათი გამოვლენის სიმწვავე არ განსხვავდება არცერთ გამოკვლეულ ჯგუფში (3 თვემდე, 3-6 თვის და 6-12 თვის მზუნველობის შემთხვევაში), უფრო მეტიც, შედარებით ხანგრძლივი მზრუნველობა (3-6 და 6-12 თვის განმავლობაში) იძლეოდა სამედიცინო საჭიროებებისა და სიმპტომების ადეკვატური მართვის საშუა-ლებას და პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას ხოლო მზრუნველობის მცირე ხანგრძლობის დროს კი სამედიცინო პერსონალისათვის გართულებული იყო მრავალფეროვანი სამედიცინო საჭიროებებისა და სიმპტომების როგორც დინამიკაში დაკვირვება და შეფასება, ასევე მათზე ეფეტური რეაგირება.

ამგვარად, კვლევის შედეგად დადასტურდა, რომ ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის ხანგრძლივობა გაუმართლებელია მოიცავდეს პაციენტთა პალიატიური მზურნველობის საჭირებების რომელიმე 3 ან 6 თვეს, რისი

მოთხოვნის საფუძველზე ირღვევა პალიატიური მზურნველობის არსის ძირითადი პრინციპი - ზრუნვა პაციენტის ცხოვრების ბოლომდე და მისი ხცოვრების ხარისხის შენარჩუნება/გაუმჯობესება.

ჩვენი კვლევის შდეგების შეფასების მიხედვით აღმოჩნდა, რომ ონკო ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო საჭიროებების შეფასებისა და გაანალიზების დროს ტკივილი (79.5%), ძლიერი ზოგადი სისუსტე (96.2%), გულძმარვა ან დისკომპფორტი ეპიგასტრიუმის მიდამოში (75.2%), ყაბზობა (65.2%), დეპრესია (62.1%), მოძრაობის შეზღუდვა (57.1%), შფოთვა (49.7%), ანემია (42.2%), სუნთქვის უკმარისობა (36.6%), ადინამია, ინსომნია (42.8%), სლოკინი-ბოყინი (38.5%), გულისრევა-ღებინება (37.3%) იყო დომინანტული სიმპტომები ქრონიკული დაავადების სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე და წარმოდგენილ სამივე ჯგუფში. სამედიცინო მდგომარეობებიდან გამოკვლეულ პაციენტებში დომინირებდა სტომის არსებობა (31.0%).

მიუხედავად ამისა, რომ სიმპტომების მრავალფეროვნება აღინიშნებოდა სამივე წარმოდგენილ ჯგუფში, ტკივილის (79.5%) ადეკვატური მართვა რამდენადმე გაძნელებული იყო პირველ ჯგუფში, რაც სხვა თანმხლები, ასოცირებული და თანაარსებული სიმპტომების ადეკვატური მართვისათვისაც წარმოადგენდა გარკვეულ ბარიერს. ამასთან მნიშვნელოვანია, რომ პციენტთა დიდ ნაწილს აღენიშნებოდა გულძმარვა ან სხვადასხვა სიძლიერის დისკომფორტი თუ ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, რაც არც თუ იშვიათად სხვადასხვა მედიკამენტების და მათ შორის უპირატესად არასტეროიდული თუ სტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების უკონტროლო ან/და ხანგრძლივ მიღებასთან იყო ასოცირებული. ეს კი პაციენტების დიდი ნაწილისათვის არამც თუ დიდ დისკომფორტს წარმოადგენდა, არამედ დიდ პრობლემებს ქმნიდა სიმპტომური მკურნალობის სწორად და რაციონალურად გაგრძელების თვალსაზრისით.

ჩვენმა ანალიზმა აჩვენა, რომ კლინიკური ჯგუფების სამედიცინო პრაქტიკაში გამოყენება პირობითია, ის წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის პოსტ საბჭოთა სისტემის ნაწილს და ონკოლოგიურ პაციენტთა დისპანსერიზაციის ერთეულს. კლინიკური ჯგუფის არსებობა ბარიერს უქმნის პაციენტთა სრულყოფილ სერვისს, შეუძ-

ლებელს ხდის პაციენტებს სამედიცინო საჭიროებებისათვის სწორად დაენიშნოთ ოპიოიდები კიბოს საწინააღმდეგო რადიკალური მკურნლობის დროს გამოხატული ძლიერი, ქრონიკული ტკივილის შემთხვევაში. ამასთან, კლინიკური ჯგუფი თავის მხრივ სრულყოფილად არ ასახავს: პაციენტთა ზოგად მდგომარეობას, ცხოვრების ხარისხს. ის არ გამოიყენება საერთაშორისო კლინიკური გაიდლაინების მიხედვით და შემორჩენილია მხოლოდ პოსტ საბჭოთა სივრცის ქვეყნებში.

სწორედ აღნიშნულთან არის დაკავშირებული საკანომდებლო და მარეგულირებელი დოკუმენტების ადმინისტრაციული და ბიუროკრატიული ბარიერები და ამის ნათელ მაგალითს წარმოადგენდა ძლიერი ოპიოიდების ხელმისაწვდომობისათვის დაავადების ინკურაბლობის განსაზღვრის აუცილებლობის მოთხოვნა (ინკურაბელური სტატუსის შეფარდება მე-4 კლინიკურ ჯგუფთან), ხოლო ამ უკანასკნელის განსაზღვრას კი ემყარება საერთოდ, პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწოვდომობა, სადაც ჩვენი ანალიზით იქმნება მანკიერი წრე.

ჩვენი კვლევით დადგინდა, რომ ინკურაბელობის განსაზღვრისათვის არ არის რეკომენდებული გამოყენებულ იქნას კლინიკური ჯგუფის პრინციპი, რადგან ის ვერ ასახავს პაციენტთა საჭიროებებს და რეალურ მდგომარეობას.

პაციენტის ხარისხიანი სამედიცინო სერვისის მისაღებად საერთაშორისოდ აღიარებულია: დაავადების მიმდინარეობა და პროგრესირება შეფასდეს შესაბამისი გაიდლიანით; პაციენტის მდგომარეობის შეფასება მოხდეს შესაბამისი შეფასების შკალების გამოყენებით (ECOG და Karnovky), ხოლო პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შეფასება კი განხორციელდეს ცხოვრების ხარისხის შესაფასებელი სპეციალიზირებული კითხვარების მიხედვით (QOL);

კვლევის საფუძველზე ასევე გამოვლინდა მარეგულირებელი დოკუმენტების გარკვეული შეუთავსებლობა და ხარვეზები, პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებების განსაზღვრის საკითხში.

აღნიშნულის საფუძველზე გამოვლეილ იქნა, რომ ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის მომსახურეობის მიღების შეფასებისათვის მიუღებელია ჩართვის კრიტერიუმად მე-4 სტადიის მოთხოვნის აუცილებლობა, რადგან ის არ წარმოადგენს სარწმუნო იარაღს ონკო ინკურაბელურ პაციენთა დაავადების

პროგრესირებისა და მდგომარეობის შეფასებისათვის; საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ ონკოლოგიური დიაგნოზის დადგენის მომენტში შეფასებული სტადია არ იცვლება დაავდების პროგრესირების მიუხედავად ცხოვრების ბოლომდე.

ამგვარად, ჩვენი შედეგები ადასტურებს, რომ გამოკვლეული პაციენტების ყველა ჯგუფისათვის, სადაც მიმდინარეობს პაციენტებზე მზრუნველობა სიკვდილამდე, პაციენტთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზუსტი განჭვრეტა არამც თუ შეუძლებელია, არამედ არასამედიცინო და არაეთიკურია. შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობის შეფასება, თუმცა წარმოუდგენელია მისი ზუსტად განსაზღვრა და ამასთან, ყოვლად დაუშვებლად მიგვაჩნია პაციენტისათვის მზრუნველობის შეწყვეტა ფიქსირებული დროის გასვლის შემდეგ. სიმპტომების შემსუბუქების სხვადასხვა სერვისებისათვადმი ხელმისაწვდომობა კი უნდა ხდებოდეს შეუზღუდავად პაციენტის ონკოლოგიური დიაგნოზის სტადიურობის, კლინიკური ჯგუფისა და რაც მთავარია საცხოვრებელი ადგილისა თუ გეოგრაფიული ადგილმდებარეობისა, რადგან ყველას აქვს გლობალურად აღიარებული უფლება მიიღოს მარალი ხარისხის მზრუნველობა სიკვდილამდე. რეკომენდებულია პაციენტთა სხვადასხვა ჯგუფისათვის არსებობდეს სიმპტომის შემსუბუქების სხვადასხვა მოდელი, ხოლო ინდივიდუალური ცვალებადობა უნდა იქნას გათვალისწინებული ჯანდაცვის პოლიტიკაში და სიკვდილამდე მზრუნველობის ხარისხში ონკო ინკურაბელური პაციენტებისათვის.

კვლევის გამოვლენილი შედეგები აჩვენებს, რომ როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ასევე დარგის სპეციალისტებმა უნდა გაითვალისწინონ პალიატიური მზრუნველობის მულტიდისცილინური მიდგომის არსი და მნიშვნელობა. ამასთან ჯანდაცვის პოლიტიკის განსაზღვრის დროს მიზანშეწონილია მოხდეს პაციენტთა ადეკვატური სერვისების სწორად დაგეგმვა, რაც რეკომენდებულია ეფუძნებოდეს არსებული სამედიცინო სერვისების შეფასებას, კვლევას და შედეგების ადეკვატურ ინტერპრეტირებას.

ამგვარად, წარმოდგენილი კვლევა გვთავაზობს ონკოინკურაბელურ პაციენტთა სამედიცინო და არასამედიცინო საჭიროებების ადეკვატურ შეფასებას, პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების ხანგრძლივობის და მისი გარდაცვალებამდე

გახანგრძლივების სისწორეს, ასევე აღნიშნული სამედიცინო სერვისისათვის პაციენტთა კონტინგენტის სწორად შერჩევის გზაზე არსებული ბარიერებისა და ბიუროკრატიული მექანიზმების საჭიროებების გააზრებას მათი ტრანსფორმაციის რეკომენდაციით. კვლევაში ასევე გააზრებული და წარმოდგენილია პალიატიური მზრუნველობის მულტიდისციპლინური განხორციელების საჭიროება, რაც ასევე დასტურდება როგორც საერთაშორისო გამოცლიდებით, ასევე სხვა ანალოგიური კვლევებით. ამ მიმართულებით, ჩვენი ანალიზით მოპოვებულია დამატებითი ცოდნა პალიატიური მზრუნველობის, როგორც სამედიცინო, ასევე არასამედიცინო საჭიროებების და მისი მულტიდისციპლინური გნხორციელების აუცილებლობის შესახებ. კვლევაში წარმოდგენილია ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის გზაზე არსებული ბარიერები და ფუჭი ბიუროკრატიული მექანიზმების არსებობა, რაც ზიანს აყენებს პაციენტების ჯანმრთელობას და ზრდის გართულებების ალბათობას.

პალიატიური მზრუნველობის მიმწოდებელი სამედიცინო პერსონალი უნდა ფლობდეს პალიატიური მედიცინისა და ტკივილის მართვის შესაბამის სამედიცინო განათლებას და უნარ-ჩვევებს (მზრუნველობის სამედიცინო-ბიოლოგიურ ასპექტებს, სამედიცინო ეთიკის საფუძვლებს, კომუნიკაციის ხელოვნებას), რასაც მნიშვნელოვანია ითვალისწინებდეს პალიატიური მზრუნველობის დიპლომამდელი (საუნივერსიტეტო) და დიპლომისშემდგომი (სუბ-სპეციალობის) საგანმანათლებლო პროგრამები.

Particular Field of Research: Palliative and Pain Medicine

PhD Student: Tamar Lekashvili

Dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Medicine (PhD)

Analysis of needs, palliative care status and medical service delivery of chronic incurable patients in Georgia (For improving the national model of palliative care)

Supervisor: Professor T. Rukhadze

Tbilisi, 2019

Introduction

Relevance

Palliative care represents the active multi-profile care within medical practice aiming at pain and other pathological symptoms relief, providing social, psychological and spiritual support to patients in order to remain complete and full member of the society. Palliative care applies to the patients and their caregivers, with the diseases, that are not subject to active and specific treatment anymore.

In accordance with the global experience and WHO guidelines, palliative care is the only way to achieve better quality of life for such patients and their families (http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/). Number of international organizations, medical and wider society consents to the abovementioned.

As to the literature, the term "Palliative" comes from Latin "Pallium" meaning "mask", "covering". The consent of palliative care is to cover, mask or relieve incurable diseases (http://www.mywhatever.com/cifwriter/content/22/4472.html)

Thus, Palliative care is the fundamental right of a person and integral part of a person's honor and health. The goal of palliative care is to improve the quality of life for the patient with life-limiting disease through torture prevention, relieve and adequate management. In addition, palliative care includes psychological, psycho-social, legal and spiritual aspects associated with the abovementioned chronic diseases.

In accordance with one of the definitions of WHO: palliative care is the approach that, through early detection, proper evaluation and treatment of pain and other physical, psycho-social and spiritual problems, torture prevention and relief improves quality of life of the patients and their families, who have problems related to life-threatening diseases.

Palliative care includes and considers the following aspects:

- ✓ Provides relief of pain and other symptoms of torture;
- ✓ Enforces sense of life and considers the death to be the natural process;
- ✓ Doesn't aim at pass away acceleration or delay;
- ✓ Considers psychological and spiritual aspects of patient care;
- ✓ Provides support system that promotes the patient to live actively till the end of life;
- ✓ Provides support system that helps the family to overcome spiritual problems during patients illness and mourning period;
- ✓ Applies team approach to comply with patients' and their families' needs including, if necessary, consultations in mourning period;
- ✓ Improves quality of life and may positively affect disease clinical course;
- ✓ Is applied on early stage of the disease along with other types of life-prolongation treatments, such as chemotherapy or radiotherapy and includes respective examinations for better analysis and management of torturing clinical complications.

Due to guidelines of WHO and different international organizations, it is recommended to commence palliative care within chronic disease management upon disease diagnosis is made, to enlarge its proportion and proceed till the end of life.

In addition, effective palliative care requires multidisciplinary approach including family inclusion and applies recourses available in society; successful implementation is possible even with limited resources.

In accordance with WHO, about 40 million people need palliative care annually worldwide, and only 14% thereof get such services. Palliative care may be provided in clinic, outpatient medical organization, hospice, nursing home, and administrative medical center and at home. The latter is the one of the important types, as most patients prefer to be and to die in the surrounding of relatives.

Recommendations on palliative care implementation issued by Committee of Ministers of Europe in 2003, say that palliative care policy shall be based on regulations suggested by Euro Commission: person's, patient's rights, person's dignity, democracy, equality, solidarity, equal gender possibilities , participation and right of option.

In addition, palliative care service and policy shall offer the patient wide range of resources, such as: care at home, care in specific and general departments of the hospital, day hospital and outpatient clinics, emergency and temporal care departments. Care shall be various corresponding to health care system, culture, attention shall be drawn on inconsistency of patient's needs and wishes.

In accordance with the recommendations, palliative care shall be warranted for the patients notwithstanding their financial status. Financial and other types of mechanisms shall be adapted with respect to the patients' needs and shall warrant continuity of palliative care. Palliative care shall be an integral part of healthcare system of the country and thus shall be the element of healthcare plans and specific programs related to e.g. cancer, aids or geriatrics.

Legislation shall provide availability of opioids and other medicines for their use with their wider composition and dosing with medical purposes. Fear for their misuse shall not hinder availability of necessary and effective medical treatment.

As to the recommendations of European council, palliative care includes all types of palliative intervention, among them therapies targeted to disease management: such as surgery, radiotherapy, chemotherapy, hormonal manipulations, etc. Final goal of each intervention is maximal rehabilitation of patient and achievement of best quality of life. Thus, complete integration of palliative care programs within healthcare programs in hospitals and administrative institutions is vitally important.

While respective treatment implementation, in order to develop optimal setting of treatment, it is necessary to often conduct evaluation of results of supportive as well as actions targeted towards disease management. What concerns the question "When it is better to start palliative care for patient", WHO and European Council recommends, as the goal of palliative care is to improve the quality of life, it is appropriate to start it upon diagnosis is made.

In addition, it should be noted, that in accordance with Doilm, palliative care focuses on the last years and months of life, when death is more expected that possible.

There are literature sources, in accordance with which, access to palliative care depends on disease (oncological patients have more access) and also on social-economic factors. Moreover, in certain countries, access to intensive terminal care is limited to the patients whose life expectancy doesn't exceed about 3 months due to their disease. Such limitations almost always result in great problems if patients live longer that initial forecast and need high quality palliative care. It should be considered as well, that list of complains and problems requiring management during care is dramatically increased. So, it's impossible to determine 3 months to be the margin for care without evaluating risks facing the patient in the most hard and complicated period of life.

One of the institutions providing palliative care is hospice. There is no one universal definition of hospice care. Initially, concept was directed to the type of care different from general healthcare system, where volunteers performed most part of work and comfort and spiritual status was emphasized.

Currently, in most countries hospice care is equal to palliative care. Mostly its has such definition – medical institution performing palliative and supportive services for physical, psychological, social and spiritual support of terminal patients and their family members. Due to various sources, if abovementioned services are provided to patient at home, it is considered as home care service.

National organization of hospices and palliative care of USA developed standards to improve service quality. In USA there are organizations awarding special accreditation that evaluate hospice programs. As they point out, palliative care is necessary in any case of chronic / incurable disease. What concerns hospice care, physician shall provide hospice care evidence, in particular, based on evidence provided by medical personnel, life expectancy of beneficiary doesn't exceed 6 months.

However, such evidence doesn't mean that hospice care shall be ceased if patient lives for more than 6 months. That concept is acceptable for such strict arbiter and financer as one of the largest insurance company of USA "MEDICARE" and doesn't limit patients' care even if average life expectancy exceeds 6 months (including 12 months).

Definition of palliative care is provided in the laws of Georgia on healthcare and is considered under the law on the rights of patients. Similar definition of palliative cares is provided in sub-clause T4 of article 3 of the law on healthcare and sub-clause L of article 4 of the law of Georgia on the rights of patients, in particular: palliative care - active multi-profile care within medical practice aiming at pain and other pathological symptoms relief, providing social, psychological and spiritual support to patients. It applies to the patients whose diseases are not subject to treatment anymore; such care can improve quality of life of patients and their families. Besides abovementioned definition, there is the order No 157/N issued by Minister of Labor, health and social care of Georgia on "Approval of instruction for palliative care provision to persons with chronic incurable diseases", providing definition of palliative care.

In accordance with article one of the order, "palliative care" is "active, multi-profile care of patients, whose disease is not subject to treatment anymore. Its main goal is to relieve pain and other pathological symptoms and social, psychological and spiritual support of patients.

Palliative care aims at achieving better quality of life for patients and their families" (Geneva: World Health Organization, 1990)".

Law of Georgia on healthcare determines the term "palliative care". In accordance with the sub-clause S of article 3 of the law, Palliative care is "medical service that doesn't improve patient's condition significantly, dismal prognosis is not changed and aims at temporal relief of patient's condition".

Under the part 2 and part 3 of article 53 of the law of Georgia on healthcare, palliative care is one of the functions of medical institution. In particular:

2. Function of medical institution is:

a) To define patient's health status;

b) Disease prophylaxis and/or treatment and/or patients' rehabilitation and/or Palliative care;

c) Obstetrics activity;

d) Pharmaceutical activity;

e) (is removed);

f) Pathology-anatomical research of the corpse, forensic examination;

g) Performance of epidemic control activities.

In accordance with the sub-clause E of article 2 of order No 01-9/N, dated 4 March 2016, issued by Minister of Labor, Health and Social care of Georgia on definition of medical institutions classification, hospice is medical institution, in particular:

Medical services provider institutions are divided into the following groups:

a) Outpatient institutions;

b) Inpatient institutions;

c) Long-term care institutions;

d) Home care institutions / subjects providing medical services at home;

e) Hospice;

In accordance with article 7 of the same order:

Article 7. Hospice

1. Medical institution providing palliative and supportive service for physical, psychological, social and spiritual support of terminal patients and their family members. If such services are provided to patient at home, it is considered to be home care service.

2. There are two types of hospices:

a) Hospice with possibilities of respiratory support;

b) Hospice without possibilities of respiratory support.

Legislation doesn't provide definition of hospice care. However, under the order No 01-9/N of the Minister of Labor, Health and Social care of Georgia, hospice is medical institution (clause E of article 2), and palliative care is the function of medical institution (law on healthcare, article 53.2 and 53.3). Hospice is not defined neither in any law or statutory act.

Hospice care is special care for palliative patients whose life expectancy doesn't exceed 6 months. Hospice care is provided in hospice, hospital, nursing home or at home. Hospice care is comfort, dignity and high quality of remaining life. Hospice care also includes support to family members and condolences.

Provided recommendation on separation of care and medical services doesn't deny patient's right to get desired medical service with required term. Moreover, due to literature sources, there should not be any kind of financial and/or administrative barriers for such patients in acquiring medical services.

Respectively, suggested recommendation determines that palliative care for beneficiaries receiving the service may be provided in hospice. What concerns the patients who refuse care and require treatment activities, specialized / specific services shall be provided to them in respective medical department or unit of the hospital.

Above mentioned recommendation applies patients who desire to have respiratory support and have high risk (infection) diseases and required service provisions is impossible in hospice due to material-technical, human resources, qualification, safety and hospice care concept provisions inconsistence and/or absence.

Thus, such patients are referred to institution with relevant profile where they will have access to treatment as well as palliative care services in complex and combination. In addition, nowadays, integrated care is internationally acknowledged in clinical oncology practice, that considers palliative care inclusion on possibly earliest stage, also application of specific treatment elements where it is beneficial for patient (e.g. radiotherapy in case of severe bone pain).

In article 2 of order No 157/N, dated 10 June 2008, issued by Minister of Labor, Health and Social care of Georgia on "Approval of instruction for palliative care provision to persons with chronic incurable diseases" concept and goals of palliative care are defined as follows:

1. Palliative care shall be applied in case of any chronic (final report) incurable disease. Main goal of palliative care is pain relief.
2. Palliative care:

a) Adopts philosophy of honorable life till the end, and considers death to be natural process.

b) Aims at ensuring patient's active rule of life as long as possible.

c) Suggests assistance to patient's family in hard period of illness and provides psychological support due to relative pass away. Applies diverse professional (interdisciplinary) approach to meet patient's and family's needs;

d) Provides adequate anesthesia and other physical symptoms relief ; improves quality of patient's life and in certain degree positively affects clinical course;

3. Two main components of palliative care are

a) Relief of patient's torture during the whole period of illness (along with radical treatment);

b) Medical assistance in the last months, days and hours of life.

4. Palliative care shall be provided to patient immediately upon diagnosis is made. Earlier and more correctly organized and provided assistance shall increase probability to reach the goal – to ensure maximal improvement of quality of patient's and family's life.
5. Three main groups of disease requiring special palliative care at the end-of-life, are:

a) Patients with stage IV malignant diseases;

b) Patients with terminal stage of AIDS;

c) Patients with non-oncology chronic diseases on terminal stage (cardiac, pulmonary decompensation, liver and renal failure, multiple sclerosis, severe outcomes of blood circulation disorders in brain. etc).

6. Criteria of patients selection for palliative care are as follows:

a) Life expectancy not exceeding 3 – 6 months;

b) Unreasonability of any attempt of follow-up treatment (considering specialists' reliable belief that diagnosis is correct);

c) Patient's complains and symptoms requiring special knowledge and skills for supportive therapy and care.

Due to instruction, it is obvious that program beneficiaries are patients with stage IV oncology disease having companies requiring specific knowledge and skills for supportive therapy and care. It should be noted, that on oncology practice disease stage is defined upon diagnosis is made, that of course cannot always be stage IV, but the stage is not changed during the patient's life. Patients' complains include pain.

Under legislation, obligatory request for adequate management of sever, chronic pain is clinical group definition representing extra hierocratic issue. Opioids availability shall be mentioned as well, that is significant problem for oncology-incurable patients for correct management of pain adequate management.

Attention shall be drawn to the fact, that as mentioned above, in accordance to the instruction of current program, average life expectancy of beneficiaries does not exceed 3-6 months, that probably implies to incomplete care or incorrect definition of patients' needs.

And finally, it is doubtful to implement main principle of palliative care when requirement of current program instruction defines beneficiaries as group of patients, whose any attempt of treatment is considered to be unreasonable. In such a case it is difficult to care about improvement of patient's life and productive life retention till the end.

Abovementioned circumstances define relevance of this article to evaluate current program decency and appropriateness, its necessity, effectiveness and compliance with patient's needs, if it meets patient's requests and achieves goals.

Relevance of the issue is proved by the fact, that healthcare system of any country shall not be deemed to be complete without palliative care component along with preventive, treatment and rehabilitation components (Kordzaia D., 2011). Moreover, quality of palliative care system development represents one of criteria of country development (Kordzaia D., 2010). It is important, that palliative care shall be implemented with evidence-based principle and model mostly complied with country's traditions and ethno-psychology (Chikhladze N., 2017).

Otherwise, incorrectly planned and implemented palliative care shall fail to ensure achievement of possibly maximal quality of life (Bruera E., et al., 2002; Kordzaia D., Dalakishvili S., et al., 2011; Kordzaia D., et al., 2012).

Thus, it may be assumed, that in order to create optimal model of palliative care and to improve current model, it is necessary to define beneficiaries' needs in current model, to evaluate quality and volume of implemented care and medical services and to arrange ways for improvement. That will significantly improve current model and experience of palliative care in Georgia.

Tasks and goals of the study

Goal of the study is – Practical guidelines development for palliative care current model improvement in Georgia through evaluation of palliative patients medical needs and provided medical services (volume and service term), based on analysis of patients' incurable status definition in the country.

Two tasks, as two components of the study shall be fulfilled to achieve the goal:

1. Comparative analysis of needs and services provided to patients with chronic incurable diseases;
2. Evaluation of patient's adequate medical services, service volume, duration and relevant treatment availability based on awarding respective status to them.

Topics to discuss

- Needs of incurable patients and current medical services are based mainly on medical needs and non-medical aspects are often ignored (psychological, spiritual, social);
- Provided medical services are mainly based on minimal needs of patient and don't include internationally acknowledged model of palliative care (where effective activity and functions distribution between multidisciplinary team members is foreseen from the very beginning);
- Availability of medical services for incurable patients is based on geographic principle wherein rights of patients are not protected;
- Availability of opioids for incurable patients is based on clinical groups defined with unfair evaluation, hierocratic apparatus, limited knowledge of medical personnel and incompliance of legislative basis;
- Clinical groups' application in medical practice is provisional, it represents the part of post-soviet healthcare system and unit of oncology patients' hospitalization. Clinical group existence hinders complete service of patients, makes it impossible to prescribe opioids in case of severe pains revealed during anti-cancer radical treatment;
- Clinical group fails to describe completely: patient's general status, quality of life. It is not applied in accordance with internationally acknowledged clinical guidelines and remains only in post-soviet countries;
- It is not acceptable to require IV stage as inclusion criteria to evaluate palliative care service provision to oncology patients, as it not reliable instrument to assess disease progression and status of oncology-incurable patients.
- It is not fair to request that duration of incurable patients' palliative care shall be some 3 or 6 months, that infringes main concept of palliative care: care till the end of life and improvement/retention of quality of life.

Scientific novelty

- Evaluation of incurable patients status shall be based on patients' needs (medical and general) and clinical groups and stage of disease shall be ignored;
- Availability of opioids for incurable patients shall be based on medical needs and not on clinical group;
- Incurable status fails to describe medical needs of palliative care for oncology patients in Georgia and cannot define respective palliative service necessity;

Practical recommendations

- It is recommended to develop medical services of palliative care based on needs of patients and caregivers considering nonmedical (social, spiritual, emotional) aspects;
- It is not recommended to consider disease staging and/or clinical group to be inclusion criteria for palliative care service provision to patients.
- It is not recommended to use clinical group principle to define incurability as it cannot describe needs and real status of patients. In order to get qualitative medical service it is internationally acknowledged: to evaluate disease clinical course and progress using the guidelines; to assess patient's status using respective evaluation scales (ECOG and Karnovky), and quality of patient's life shall be assessed using special questionnaires for quality of life evaluation (QOL);
- International guideline shall always be used in case of severe pain: management of severe, chronic pain shall be performed due to medical needs;
- Multidisciplinary approach and various medical and non-medical specialists' inclusion into care is recommended for palliative care that shall ensure qualitative service provision to patients and their caregivers.
- Palliative care provider medical personnel shall have proper knowledge and skills of palliative medicine and pain management (medical-biological aspects of care, basis of medical ethics, art of communication that is important to consider in university and sub-specialty programs.

Materials and Methods

Questionnaire survey, analysis of medical documentation and histories were applied in the study. Study material is presented through beneficiaries of state program for palliative care receiving respective (hospital, as well as outpatient) medical service in palliative care service of National Oncology Center and also in National Academy of Palliative Care of Georgia – Educational, Scientific and Training Center in 2011 – 2013.

Based on duration of medical service provided to the patients, three groups were assigned:

- The first group included patients whose care lasted for 1 – 3 months;
- The second group: 3 - 6 months;

- And the third group included the patients, who had been receiving palliative medical outpatient service for longer than 6 months.

Complaints and conditions observed during the service provision were studied in each group. The most frequent complaint was studied separately – chronic pain and problems associated thereto.

Social and psychological problems of patients, problems associated with caregivers and difficulties with respect to clinical groups, certain problems while opioids prescription, dose selection and availability of tablet forms of opioids were assessed and included in data base along with medical problems.

In accordance with the obtained material, three groups of patients were assigned, comparative analysis of them was performed and study results reliability was evaluated based thereof, wherein p value indicator was considered to be statistically reliable.

Research Tools
Inclusion Criteria

Inclusion criteria

1. Incurable patients with oncology diagnosis (solid and hematological diagnoses), incurability of which was evaluated and confirmed by oncologist (the fourth clinical group is established);
2. Incurable patients with oncology diagnosis who used to receive medical service of palliative care in outpatient mode.

Exclusion criteria

1. Incurable patients with non-oncology diagnosis;
2. Incurable patients who used to receive palliative care in outpatient mode and were not evaluated their non-medical problems or needs;
3. Incurable patients who used to receive palliative care in outpatient mode with the duration exceeding 12 months.

Demographic, medical and other additional data on the patients were collected in accordance with respective medical documentation (medical cards and records), as well as form No100 submitted prior to palliative care provision and during such care.

Study tool

As mentioned above, inclusion criteria were evaluated in accordance with the medical documentation presented by the patients (form No100) that provided information about patient's diagnosis (stage, clinical group), disease course, received treatment. Quite often, as documentation presented by the patient was issued long time ago, state of patient described therein failed to correspond current complains of the patient, problems and condition, as it was much more heavier.

Data base was elaborated in accordance with the existing documentation of the patients and outpatient and hospital medical documentation issued after inclusion into the palliative care program, additional questioning and developed questionnaire, including 41 complains and 6

different conditions of the patients. Prior to care commencement (upon inclusion) patient's complains were assessed. Care duration was evaluated as well. Cross-sectional study was conducted. Social and psychological problems, problems with respect to care-givers and clinical groups concerns, certain problems about opioids prescription, indication, availability of tableted forms of opioids were evaluated and included into the data base along with medical problems.
In each group, symptoms and conditions developed in patients during service provision were investigated. Patient's inclusion criteria were evaluated in accordance with the medical documentation presented by beneficiaries (form No100), that provided information about patient's diagnosis (stage, clinical group), disease course, received treatment. Quite often, as documentation presented by the patient was issued long time ago, state of patient described therein failed to correspond current complains of the patient, problems and condition, as it was much more heavier.
Data base was elaborated in accordance with the existing documentation of the patients and outpatient and hospital medical documentation issued after inclusion into the palliative care program, additional questioning and developed questionnaire, including 41 complains and 6 different conditions of the patients. Prior to care commencement (upon inclusion) and during the care patient's complains were assessed. Care duration was evaluated as well; medical and non-medical needs and care-related concerns were investigated. The most common complain – chronic pain and problems related thereto was studied separately.

Analysis:
Considering study tasks and goals, 161 palliative patients were selected (oncology - incurable), including 86 (53.4%) female and 75 (46.6%) male patients. Patients were assigned to the arms as follows (ref. diagram No 1).

In addition, 119 patients (73.9%) had diagnosis of solid tumors, 27 (16.8%) oncology hematological diseases, and 15 (9.3%) diagnosis of primary tumors of central nervous system. Number of patients due to age and sex was as follows: group of patients aged 25-40 included 16 (9,9%) patients; group of patients aged 41-60 included 35 (21,7%) patients, group of patients aged 60-74 included 66 (40,9%) patients, and group of patients aged 75-80 included 44 (27,3%) patients.
After conducted study, it was found out, that prior to incurable patients' palliative care implementation, instructions defined under Legislation of Georgia on palliative patients' status definition, was completely obeyed. All the enrolled patients were oncology-incurable in accordance with medical documentation presented by them and condition evaluation. In addition, out of 161 patients hospitalized in palliative care hospital, outpatient care was explained, suggested and provided to 71 (44.1%) patients. That indicates, that certain part of society doesn't have information about palliative care and service of such kind, and cannot realize its possibilities. However, should be noted certain part of patients, care-givers and initial healthcare professionals, for whom the term "palliative" is stigmatized and horrible. This issue was not the goal of our study and was not presented in detail in our study.
While evaluating the first group of studied patients, it appeared, that (medical service duration 1-3 months) number of their complaints ranged from 7 to 30.
In this group were revealed: diversity of complains and their evaluation in complication dynamics, that may be induced by service short duration. Out of studied patients this group was the most heavy population of patients, including as well existence of non-medical problems (psychological, social) and needs. Majority of patients were the contingent, whose inclusion into palliative care service was performed in palliative care hospital. Symptoms of patients in this group didn't differ from the symptoms revealed in other group.
Fast completion of care in these patients was due to lethal outcome.

In accordance with the study, during the second group investigation, it appeared that oncology-incurable patients who were in need of respective care, developed minimum 8 and maximum 22 complaints during medical service. Patients' care duration in this group ranged from 3 to 6 months.
After discussion of the third group, it appeared, that provided care exceeded 6 months, and number of complains during the care still ranged from 8 to 22.
It should be noted, that in the reason for care termination in the first and the second groups in all cases was lethal outcome, while in the third group lethal outcome was in different periods of time. Reason of their medical service termination was prolonged medical service and limited financing. As a result, care was terminated for the patients notwithstanding obvious needs and multiple complaints provided for each case.
In accordance with statistical analysis of the patients, average number of symptoms in the first group consisted 15.9, in the second group 12.7 and in the thirds one 12.6. As per the study, it appeared, that notwithstanding average life expectancy of incurable patient and palliative care provided to such patient lasts up to 3 months, ranges from 3 to 6 months or exceeds 6 months, list of complaints and medical needs is huge and needs specific care – management of symptoms and conditions. Thus, this short period of life – 1-3-6 months cannot be presented as the period limiting medical needs, in opposite, medical needs of incurable patients may include period up to >6 months. In accordance with this study, difference between the groups appeared to be statistically reliable. Reliability was tested with ANOVA test of difference between the groups – P-value =0.0000.
As mentioned previously, 44.1 % (71 patients) of studied patients were suggested respective medical service after targeted hospitalization, while re-hospitalization of enrolled patients was dramatically reduced and didn't' exceed 32.9% (53 patinets) due to adequate care proceeding in outpatient mode.
This is significant fact from the point of view of medical services cost-effectiveness, that is the subject of separate study.
One of the most important part of palliative care is adequate management of chronic pain. The most common complaint and problem of oncology-incurable patients is pain. Out of 161 studied patients, 147 (91.3%) patients suffer from chronic pain. In accordance with the intensity of pain, problem of acute pain is described in 128 (79.5%) cases, that needs adding of strong opioids into the treatment under the respective guidelines. Statistical analysis of the pain in all the three groups showed, that it was the most common complaint for all the three groups, that was especially frequent for the patients in the first group, while it was minimizes as possible in case of patients with long-term care and surveillance. In accordance the statistical analysis, evaluated under Chi-Square Tests, results reliability indicator was P-value-0.0950.

In accordance with the current legislation of Georgia, for legal application of the above-mentioned, patient shall be included in IV clinical group, that defines incurability. The latter excludes proper treatment of patients with acute, chronic pain without indication of this clinical group (joint order No32/o-No102 issued by Minister of Health and Social Care of Georgia dated 13 March 2000 and Minister of Internal Affairs of Georgia dated 15 March 2000 – "Commission shall be entitled to diagnose, define estimated clinical group of the disease and decide the issue of analgesic prescription") and creates additional hierarchy barrier. 57 patients (35.4%) out of studied patients faces such a problem.

Conclusions

Based on the study conducted by us it appeared that palliative care of incurable patents is necessary to be conducted considering medical as well as non-medical needs, wherein interpreting of symptoms and variety of medical conditions on specific stage of disease is important due to medical needs.

Study data review revealed that provided medical service was based mainly on minimal needs of patients and didn't include internationally acknowledged pattern of palliative care (where effective activity and distribution of duties between multidisciplinary team members are initially defined); commonly acknowledged multidisciplinary team cooperation and participation in care considering patient's social, psychological and spiritual problems, with the participation of a caregiver oriented towards patient's care are important for qualitative palliative care implementation.

Specially trained team and its activity shall enable implementation of the tasks mentioned above. Perfection and quality of provided care depends exactly on such training and professional skills. Absence of access to such multi-profile service limits patient's rights in oncology-incurable condition while medical and non-medical needs inadequate assessment and management.

It is obvious from the study as well that orientation towards only medical needs in multidisciplinary team cannot provide qualitative service and at best, medical personnel is able just to evaluate different needs without complete comprehension due to absence of proper competence and adequate resource.

Notwithstanding that global policy of palliative care requires delivering high quality care to everyone up to the death, palliative care service availability in Georgia is still based on Geographic principle that is not appropriate from medical or ethical point of view and infringes patient's rights to get proper and qualitative medical service.

Our study makes it obvious that palliative care implementation for oncology incurable patients is impossible to consist of only certain episode of care or service episodic inclusion or sudden termination, often in the most necessary and critical moment during prolonged disease. From the point of view of care implementation duration, it is impossible to define any 3 or 6 months that are more important with respect to medical needs due to wide range of patients' dynamic state.

Analysis of enrolled patients showed, that medical needs, symptoms and their severity don't differ in any studied arm (in case of care up to 3 months, 3-6 months and 6-12 months), moreover, comparatively long-term care (during 3-6 months and 6-12 months), enabled proper management of medical needs and symptoms and improvement of patients' lives, while in case of short-term care, it was difficult for medical personnel to observe various medical needs and symptoms in dynamics and their evaluation, as well as effective response thereto.

Thus, study confirmed that it is not fair that duration of palliative care of incurable patients consists of any 3 or 6 months of palliative care necessity, that violates main principle of

palliative care concept – care till the end of life of the patient and his/her life quality maintenance / improvement.

Evaluation of our study results showed that in all the three arms and on the last stage of life of chronic disease, dominant symptoms were pain (79.5%), severe general weakness (96.2%), heartburn or discomfort in epigastria area (75.2%), constipation (65.2%), depression (62.1%), mobility limitation (57.1%), anxiety (49.7%), anemia (42.2%), respiratory insufficiency (36.6%), adynamia, insomnia (42.8%), hiccup – belching (38.5%), nausea – vomiting (37.3%) while evaluating and analyzing medical needs of palliative care of oncology incurable patients. Dominant medical condition was stoma (31.0%) in studied patients.

Notwithstanding, that variety of symptoms were observed in all the three arms, proper management of pain (79.5%) was somehow complicated in the first arm, that was certain barrier as well for other concurrent, associated and underlying symptoms management. It is worth to mention, that most patients presented heartburn or discomfort or paint of different severity in epigastria area that often was induced by uncontrolled and/or prolonged administration of different medications including mostly non-steroid or steroid anti-inflammatory analgesics. That was not only discomfort but great problem for greater part of patients from the point of view of supportive care proper and rational proceeding.

Our analysis showed that application of clinical groups in medical practice is provisional and it represents the part of healthcare system of post soviet union and unit of oncology patients' health survey. Existence of clinical group prevents complete service provision to patients, makes impossible proper prescription of opioids due to patients' medical needs in case of severe, chronic pain expressed during radical anti-cancer treatment. In addition, clinical group fails to completely reflect: patients' general condition, quality of life. It is not applied in accordance with international clinical guidelines and remains only in post-soviet countries.

Administrative and hierocracy barriers of legal and regulatory documents are related to the abovementioned and good example thereof was request of disease incurability definition for availability of strong opioids (incurability status correspondence to the forth clinical group). Palliative care availability is based on definition of the clinical group that creates a vicious circle.

Our trial confirmed that application of clinical group principle is not recommended to define incurability, as it fails to describe patients' needs and actual condition. In order to provide qualitative medical service to patient, it is internationally acknowledged: to evaluate disease process and progress under respective guidelines; to assess patient's condition using proper evaluation scales (ECOG and Karnovky), to evaluate patient's quality of life in accordance with special questionnaire for evaluation of quality of life (QOL).

Study also revealed certain inconsistence and defects of regulatory documentation with respect to definition of palliative care needs of patients. Based thereon, it is unacceptable to demand forth stage as criteria to get palliative care service for patients, as it is not reliable instrument for evaluation of oncology-incurable patients' disease progression and condition; it is widely acknowledged that stage evaluated at the moment of oncology diagnosis is not changed despite disease progression up to the end of life.

Thus, our results confirm that, in all the arms of studied patients where was conducted the care till the death, life expectancy forecasting was not only impossible but also nonmedical and not

ethical. Estimated life expectancy can be applied; however exact definition is impossible and is completely unacceptable to terminate patient's care after expiration of fixed term. Various services of symptoms relief shall be unlimitedly available for patient notwithstanding stage of oncology diagnosis, clinical group and what is the most important, place of residence or geographic location, as anyone has globally acknowledged right to get high quality care till the death. It is recommended to have different models of symptom relief as per groups of patients, while individual difference shall be considered in healthcare policy and quality of care till the death for oncology-incurable patients.

Results obtained after the study show, that specialists of initial healthcare as well as of the field, shall consider concept and importance of multidisciplinary approach of palliative care. In addition, planning of adequate services is significant while healthcare policy definition, and is recommended to be based on existing medical services evaluation, study and proper interpretation of the results.

Thus, presented study suggest adequate evaluation of medical and non-medical needs for oncology – incurable patients, properness of palliative care implementation duration and its prolongation till the death, also analyzing properness of barriers and hierarchy mechanisms existing on the way of patients population selection for the abovementioned medical services, with the recommendations of their transformation.

The study also analyses and presents necessity of multidisciplinary implementation of palliative care, confirmed by international experience as well as by similar studies. To that end, additional knowledge is obtained through our analysis about palliative care, medical and non-medical needs and necessity of its multidisciplinary implementation. Study reveals barriers and useless hierarchy mechanisms existing on the way of opioids availability that damages patients' health and increases possibility of complications.

Medical personnel providing palliative care shall have respective medical education and skills of palliative medicine and pain management (medical-biological aspects of care, basis of medical ethics, communicational skills), and is important to be included in university and postgraduate (sub-specialty) educational programs of palliative care.

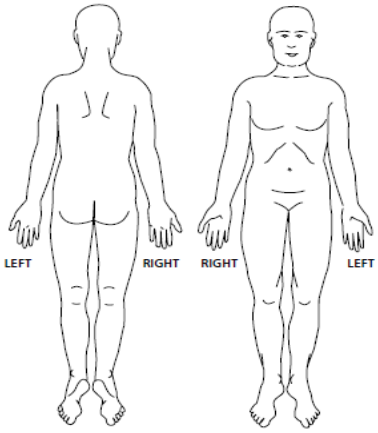
დანართი 1

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

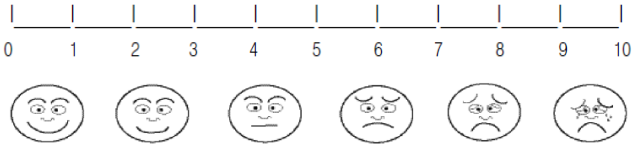
პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი გამოკვლევები, სპეციალისტის კონსულტაციები, დანიშნულება
	ჩივილები:_____ _____ **ობიექტური შეფასება:** _____ _____ T/A _____ P _____ RR _____ T _____ O2 _____ **ზოგადი მდგომარეობა:** _____ _____ _____ ც.ნ.ს .:_____ _____ თავ-კისერი:_____ _____ სასუნთქი სისტემა: _____ _____ _____ გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: _____ _____ სა ჭმლის მომნელებელი სისტემა: _____ _____ _____ შარდ-სასქესო სისტემა: _____ _____ _____ კანი და კიდურები: _____ _____ მკურნალობის გეგმა და მიზანი: _____ _____ _____ _____ ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____	

pacientis tkivilis Sefasebis ფურცელი



Sefasebis TariRi da dro: ----------
tkivilis arseboba □ **ki** □ **ara** □ **Sefaseba ver xerxdeba**
tkivilis lokalizacia
tkivilis saxe □ nocicefciuri □ neiropaTiuli □ Sereuli □ fsiqogenuri □ sulieri □ diferencireba ver xerxdeba
intensivoba □susti □saSualo □Zlieri
mudmivoba □mudmivi □epizoduri □dakavSirebuli raime qmedebasTan □ diferencireba ver xerxdeba



tkivilis dawyebis dro ----------

tkivilis matulobs ----------

tkivilis mcirdeba _____
tkivilis kupireba _____
tkivilis gamo Catarebuli mkurnaloba _____

SeniSvna:

დანართი 3

კითხვარი პაციენტებისათვის ან/და მათი მზრუნველი პირებისათვის

პაციენტი ☐ **პაციენტის მზრუნველი პირი** ☐

სქესი ☐მამრობითი ☐ მდედრობითი

---

1. **გაქვთ თუ არა ტკივილი?**

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

2. **როდის დაიწყო ტკივილი?**

☐	☐	☐	☐	☐
1 წელზე მეტი	6 თვიდან - 1 წლამდე	3 თვიდან - 6 თვემდე	1 თვიდან - 3 თვემდე	1 თვეზე ნაკლები

3. **როდის დაიწყო ძლიერი ტკივილი?**

☐ 1 წელზე მეტი ☐ 6 თვიდან - 1 წლამდე ☐ 3 - 6 თვე ☐ 1 - 3 თვე ☐ <1 და ნაკლები

4. **ონკოლოგიური დიაგნოზის დასმის დროს მითითებული სტადია**

☐ 1 სტადია ☐ მე-2 სტადია ☐ მე-3 სტადია ☐ მე-4 სტადია ☐ უცნობი

5. **ონკოლოგიური დიაგნოზის დროს მითითებული კლინიკური ჯგუფი**

☐ მე-2 კლ ჯგუფი ☐ მე-4 კლინიკური ჯგუფი ☐ უცნობი

6. **ტკივილი დაიწყო?**

☐ ძირითადი დაავადების დიაგნოსტიკის მომენტიდან;

☐ ძირითადი დაავადების სპეციფიური მკურნალობის დროს (ქიმიო, სხივური თერაპია, ოპერაცია, სისტემური თერაპიის პროცესში);

☐ ძირითადი დაავადების სპეციფიური მკურნალობის შემდეგ (დასრულებისთანავე);

☐ ძირითადი დაავადების სპეციფიური მკურნალობას დასრულებიდან დიდი ხნის შემდეგ;

☐ ძირითადი დაავადების სამკურნალოდ სპეციფიური მკურნალობა არ ჩატარების მიუხედავად;

☐ ძირითადი დაავადების სპეციფიური მკურნალობის რამოდენიმე მცდელობის შემდეგ, კლინიკური ჯგუფის შეხვლის შემდეგ;

7. **ტკივილის მოხსნის მიზნით მიღებული მკურნალობა?**

☐ არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები;

☐ სხვა დროს დანიშნული და ეფექტური ტკივილის საწინააღმდეგო მკურნალობა;

☐ ექიმის მიერ დანიშნული ტკივილის საწინააღმდეგო მკურნალობა;

□ კონალგეტიკები;
□ ოპიოიდები (მორფინი);
□ ოპიოდები სხვა მედიკამენტებთან ერთად;
□ არ ვიცი.

8. დაახლოებით რამდენი ხანია რაც დაგინიშნეს ოპიოიდური მედიკამენტი (მაგ. მორფინი)?

□ 1 წელზე მეტი □ 6 თვიდან - 1 წლამდე □ 3 - 6 თვე □ 1 - 3 თვე □ <1 და ნაკლები

9. ძლიერი ტკივილის ეფექტურად მკურნალობისათვის რა პროცედურის გავლა იქნა საჭირო ძლიერი ოპიოიდის დასანიშნად?

□ დამატებითი გამოკვლევების ჩატარება;
□ ექიმთან (ექიმებთადნ) დამატებითი ვიზიტი;
□ კლინიკური ჯგუფის ცვლილება;
□ სამედიცინო დოკუმენტაციის განახლება;
□ სხვა.

10. რა დრო იქნა საჭირო ოპიოიდის საჭიროების განსაზღრიდან მის ფიზიკურად მიღებადე?

□	□	□	□	□
> 1 თვე	< 1 თვე	1-10 დღე	1 კვირა	< 1 კვირა

11. რამდენად დიდ სირთულეებთან და დროის ფაქტორთან იყო დაკავშირებული ძლიერი ტკივილის დროს ოპიოიდების დანიშვნა თქვენს შემთხვევაში?

□ საჭირო გახდა მრავალი დაბრკოლების გადალახვა;
□ საჭირო გახდა მრავალი დაბრკოლების გადალახვა და ხანგრძლივი დროის პერიოდი მის დანიშვნამდე;
□ დიდ სირთულეებს ადგილი არ ჰქონია;
□ პრობლემებს ადგილი არ ჰქონია;
□ სხვა.

12. ტკივილის გაძლიერებასთან ერთად დოზის ცვლილების გამო შეგექმნათ თუ არა რაიმე პრობლემა?

□ დიახ □ არა □ ნაწილობრივ □ უცნობია

13. მორფინის რომელი ფორმა დაგინიშნეს ძლიერი ტკივილის გასაყუჩებლად?

□ საინექციო მორფინი (ამპულები) □ ტაბლეტირებული მორფინი □ ორივე

14. მორფინის ტაბლეტირებული ფორმის მისაღებად თუ შეგექმნათ პრობლემა და ვერ მოხერხდა მისი მიღება მოთხოვნის მიუხედავად?

□ დიახ □ არა □ არ ვიცი □ ასეთს ადგილი არ ჰქონია

15. ავადმყოფობის ან პაციენტის მზრუნველობის პერიოდში თუ შეხვედრილხართ ქვემოთ ჩამოთვლილ სირთულეებს (შესაძლებელია რამოდენიმე პასუხის მონიშვნა)?

□ სამედიცინო პრობლემები □ ფსიქოლოგიური პრობლემები □ სოციალური პრობლემები

□ მზრუნველ პირთან დაკავშირებული პრობლემები □ სხვა □ არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი

გმადლობთ კითხვარის შევსებისათვის და თანამშრომლობისათვის!
გაცნობებთ, რომ გამოკითხვაში მონაწილეობის მიღება ნებაყოფლობითი და სრულად კონფიდენციურია.
თქვენ მიერ გაცემული პასუხების შესწავლა და მისი ანალიზი გამოყენებული იქნება ონკო ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის გაუმჯობესებისათვის საქართველოში.

დანართი 4

Conference: 8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care ·
Abstract: A-615-0003-00354 ·

Category:

Assessment, measurement and research methodology

Title: Integration and incorporation of Palliative Care (PC) in Healthcare (HC) System-Experience of Former Soviet Countries

Author(s): Rukhadze T.[1,2,3], Lekashvili T.[2,4]

Institute(s): [1]Georgian National Academy for Palliative Care - Practical, Educational and Research Resource Centre, Tbilisi, Georgia, [2]Iv. Javakhishvili Tbilisi State University (TSU), Tbilisi, Georgia, [3]Georgian National Association for Palliative Care, Tbilisi, Georgia, [4]Georgian National Academy for Palliative Care – Practical, Educational and Research Resource Centre, Tbilisi, Georgia

Text: Beginning of XXI century showed remarkable increase in global aging, together with rising incidence and prevalence of cancer, AIDS and chronic illnesses. All these have led to huge numbers of incurable patients, requiring the relevant complex medical and social care due to symptoms and suffering from their illness. A new direction in public health, called PC, serves to this very aim.

The population of every Country can be divided into three main groups: “Healthy”, “Potentially Treatable Patients” and “Advanced Chronic Patients”. Evidently, the HC system must also have three principal directions: Prevention, treatment and PC; If any of the listed directions is omitted, the HC system can't be considered as perfect, for in this case, the corresponding part of the society becomes deprived of the HC service.

The interviewing of PC services from 7 former soviet countries was performed. The level of their competence, experience, knowledge, tools using for care and opioids availability were evaluated by specially designed questionnaires. The respective database was created and analyzed.

In peculiar, the inquiry-based study conducted at the initial step of PC launching, showed that the irrelevant comprehension of the state significance of PC by representatives of governmental structures, decision-makers and stakeholders are meaningfully impeding the decisions for approval of respective political strategy and financial assignments, necessary for preparation of appropriate human resources, drug availability and the practical implementation of PC. The years lasting tradition of tabooing the cancer diagnoses as well as widespread non-argument opioidophobia in Soviet Period also have prevented the right understanding of this issue.

In most former soviet countries PC still on very basic level of development. The clear understanding of the substance, role and place of PC still remains one of the most essential hindrances on the way of its incorporation in National HC System.

Pref Presentation Type :Free Communication

დანართი 5

Category: Epidemiology and public health

Title: Mapping and complexity of Palliative Care Services in Georgia -- Compliance and sequence of implementation of Georgian National Palliative Care Strategic Plan for 2011-2015 (GNPCSP)

Author(s): Rukhadze T.[1,2,3], Lekashvili T.[2,4]

Institute(s): [1]Georgian National Academy for Palliative Care - Practical, Educational and Research Resource Centre, Tbilisi, Georgia, [2]Iv. Javakhishvili Tbilisi State University (TSU), Tbilisi, Georgia, [3]Georgian National Association for Palliative Care, Tbilisi, Georgia, [4]Georgian National Academy for Palliative Care – Practical, Educational and Research Resource Centre, Tbilisi, Georgia

Text: **Statement of aims:** There are multiple shapes of palliative care (PC) in general. These shapes are distinct in different countries, as this direction follows to independent, specific path of development in each. According to WHO recommendations, all this multiplicity can be divided into two main parts: home-based PC and hospital (in-patient) care.

Approximately 42.000 death cases are registered annually in Georgia; approx. 25.000 patients require Palliative Care (PC) and pain relief. Given that at least 2 family members provide care for terminal patients, significant improvement of approximately 75.000 people overall can be achieved through PC service annually.

The aim of the study was to evaluate and analysis of compliance, sequences and correlation of real activities with GNPCSP.

Presentation of methods: The interviewing of all PC service providers was performed. The level of their competence, experience, knowledge and tools using for care were evaluated by specially designed questionnaires. The respective database was created and analyzed.

Presentation of results: According the needs assessment, Georgia requires up to 30 hospital (inpatient) PC units and up to 35 mobile teams for home-based PC. The data analyzes showed, that PC service covers only 6 (54%) from 11 regions. Although it should be noted that only 2 (18%) of them include pediatric out-patient service and no any elderly care setting and long term facility. Also it is remarkable that among the registered services only in 2 (18%) of them is available inpatient PC.

Conclusion: Georgia has already enrooted tradition of funding PC educational, informational, research, organizational and methodological support projects from non-budget sources. This trend will presumably keep the same route during the period described in GNPCSP. Still have to promote activities to develop the Pediatric service and PC for elders.

Type: Preferred Presentation Poster Presentation

Conference: 8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care · Abstract: A-615-0007-00353 ·

Evaluation of spiritual assessment and its challenges in Georgia

Rukhadze T.[1,2,3], Tsirekidze T.[4], Aladashvili T.[1,3], Shanshiashvili I.[1,3], Lomidze T.[3], Menteshashvili N.[3], Lekashvili T.[1,2], Kordzaia S.[1]

1. *Georgian National Academy for Palliative Care - educational, research resource centre, Tbilisi, Georgia*
2. *Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Medicine, Tbilisi, Georgia*
3. *National Cancer Center of Georgia, Palliative Care Service, Tbilisi, Georgia*
4. *Peritsvaleba Monastry, Tbilisi, Georgia*

7-9Ikalto st,
Tbilisi, Georgia
Tel: 995 322905484
Cell: 995 555244524
Fax: 995 322345696
E-mail:
GNAPC@yahoo.com
tamar.rukhadze@tsu.ge

Acknowledgments:

The authors wish to thank the whole team of Georgian National Academy for Palliative Care – Practical, Educational and Research Resource Centre, Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Medicine, Palliative Care Unit and Service at the National Cancer Centre of Georgia and Perotsvaleba Monastry of Georgia.

Research aims

Georgia is the Former Soviet Country with population of 4.5 million. Approximately 42.000 death cases are registered annually in Georgia, approx. 25.000 patients require Palliative Care (PC) and pain relief. Given that at least 2 family members provide care for terminal patients, significant improvement of approximately 75.000 people overall can be achieved through PC service annually.

The aim of the study was to evaluate of spiritual care assessment, its place, role and challenges in patients whole care in Georgia.

Study design

The interviewing of 128 patients, their care givers and health care professionals was performed. The level of their competence, experience, knowledge and tools using for assessment were evaluated by specially designed questionnaires. The respective database was created and analyzed.

Palliative Care Services in Georgia for 2013

Results

Unfortunately, the primary spiritual assessment in palliative care settings done mostly by health care professionals in Georgia. This is related with lack of multidisciplinary teams and missing the spiritual counselors in multidisciplinary teams. Practically in some cases in medical documentation is missing the spiritual assessment and there is the still in numerous of cases spiritual care is equal with religion. Problem becomes more problematic when patient is non-religions or is not informed regarding the disease and prognosis.

Conclusion

Spiritual care assessment is important part of patients' whole assessment and care. Is should be done by professionals and knowledgeable persons having the special skills. Spiritual assessment has to be noted in medical documentation properly.
The challenges of presentation of spiritual assessment should be caused by:
Lack of spiritual counselors in multidisciplinary teams;
Lack of multidisciplinary teams taking care of the patients;
Lack of evaluation tools;
Lack of information and problems of shearing bed news with patients and their caregivers;
Lack of communication and challenges of team playing.

Abstract-No: A-518-0021-01261

13th EAPC World Congress
Prague, Czech Republic
30th May – 2nd June, 2013

Challenges in Implementation of Palliative Care Educational Programs in Former Soviet Countries - Georgian Experience

Rukhadze T.[1,2,3], Aladashvili T.[1,2], Lekashvili T.[1,3], Kezeli T.[3], Goguadze I.[1,2], Pipia N.[1,2], Berishvili E.[1], Imedadze T.[1,2], Surmava-Mizilini T.[1], Rukhadze M.[1]

1. *Georgian National Academy for Palliative Care - educational, research resource centre, Tbilisi, Georgia,*
2. *National Cancer Center of Georgia, Palliative Care Service, Tbilisi, Georgia,*
3. *Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Medicine, Tbilisi, Georgia*

7-9Ikalto st,
Tbilisi, Georgia
Tel: 995 322905484
Cell: 995 555244524
Fax: 995 322345696
E-mail:
GNAPC@yahoo.com
tamar.rukhadze@tsu.ge

Acknowledgments:

The authors wish to thank the whole team of Georgian National Academy for Palliative Care – Practical, Educational and Research Resource Centre and Palliative Care Unit and Service at the National Cancer Centre of Georgia and Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Medicine.

Research aims:

Beginning of XXI century showed remarkable increase in global aging, together with rising incidence and prevalence of oncologic diseases, AIDS and chronic progressive illnesses. All these have led to huge numbers of incurable patients, requiring the relevant complex medical and social care due to symptoms and suffering from their illness.

A new direction in public health, called Palliative Care (PC), serves to this very aim. Between former soviet countries (FSC), Georgia was one of the leaders to develop PC services since 2002 and several successful steps have made during this period. The research aim of the study was to identifying the main challenges and barriers in implementation of PC education in FSC in example of Georgia.

Study design:

The interviewing of 150 health care professionals, health care administration staff representatives and society in Georgia, Kyrgyzstan, Armenia, Tajikistan and Azerbaijan was performed. The level of their interests, experience, knowledge and motivation were evaluated by specially designed questionnaires. The respective database was created and analyzed.

Results:

In most FSC PC still on very basic level of development. The clear understanding of the substance, role, place and educational status of PC still remains one of the most essential hindrances on the way of implementation PC Educational Programs and its incorporation in National Healthcare System as well.

Conclusion:

According the Georgian experiences the most frequent and similar challenges were noted in implementation PC Educational Programs in FSC: Understanding of PC; Missing the palliative care modules and courses in all level of medical education; Education for medical professionals; Missing the recognition of palliative care medical societies and between authorities; Luck of resources – medical services, human and financial; Opioids Availability and opioidphobia in Society and between the Medical Professionals; Stigma; Lows and Regulations;

Abstract-No: A-518-0007-01211

13th EAPC World Congress
Prague, Czech Republic
30th May – 2nd June, 2013

ლიტერატურა

1. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/;

2. Palliative Care as a Human Right – Public Health Fact Sheet, Open Society Foundations: https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/palliative-care-human-right-fact-sheet-20160218.pdf

3. Thomas J, Simmes, A perspective on the End of Life: Hospice care. http://www.medscape.com/viewarticle/549702_3

4. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life; WHOand Worldwide Palliative Care Alliance; 2014

5. Öhlén, J. Practical wisdom: competencies required in alleviating suffering in palliative care.J Palliat Care. 2002; 18: 293–299

6. Palliative Care and Hospice Care – What is the Difference? Reprinted from "Hospice vs. Palliative Care," by Ann Villet-Lagomarsino; Educational Broadcasting Corporation/Public Affairs Television, Inc: http://c.ymcdn.com/sites/www.cthealthcareathome.org/resource/resmgr/Docs/Palliative-Hospice_Care_Info.pdf

7. https://www.ninr.nih.gov/sites/www.ninr.nih.gov/files/palliative-care-brochure.pdf

8. Miaskowski, C., Dunn, L., Ritchie, C., Paul, S.M., Cooper, B., Aouizerat, B.E. et al. Latent class analysis reveals distinct subgroups of patients based on symptom occurrence and demographic and clinical characteristics. J Pain Symptom Manage. 2015; 50: 28–37

9. Tang, S.T., Huang, G.H., Wei, Y.C., Chang, W.C., Chen, J.S., and Chou, W.C. Trajectories of caregiver depressive symptoms while providing end-of-life care. Psychooncology. 2013; 22: 2702–2710

10. Chen, M.L., Chen, Y.Y., and Tang, S.T. Latent class analysis identifies three subtypes of aggressive end-of-life care: a population-based study in Taiwan. Eur J Cancer. 2013; 49: 3284–3291

11. Lindley, L.C., Mack, J.W., and Bruce, D.J. Clusters of multiple complex chronic conditions: a latent class analysis of children at end of life. J Pain Symptom Manage. 2016; 51: 868–874

12. Nagin, D. Group-based modeling of development. Harvard University Press, Cambridge, Mass; 2005

13. Ram, N. and Grimm, K.J. Growth mixture modeling: a method for identifying differences in longitudinal change among unobserved groups. Int J Behav Development. 2009; 33: 565–576

14. Lindblom, A.K., Bäck-Pettersson, S., and Berggren, I. A quality registers impact on community nurses' in end-of-life care—a grounded theory study. J Nurs Manag. 2012; 20: 206–214

15. Martinsson, L., Fürst, C.J., Lundström, S., Nathanaelsson, L., and Axelsson, B. Registration in a quality register: a method to improve end-of-life care—a cross-sectional study. BMJ Open. 2012; 2

16. Håkanson, C., Öhlén, J., Morin, L., and Cohen, J. A population-level study of place of death and associated factors in Sweden. Scand J Public Health. 2015; 43: 744–751

17. Casarett, D.J., Teno, J., and Higginson, I. How should nations measure the quality of end-of-life care for older adults? Recommendations for an international minimum data set. J Am Geriatr Soc. 2006;54: 1765–1771

18. Ferrell, B., Connor, S.R., Cordes, A., Dahlin, C.M., Fine, P.G., Hutton, N. et al. The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum. J Pain Symptom Manage. 2007; 33: 737–744

19. Teno, J.M. Measuring end-of-life care outcomes retrospectively. J Palliat Med. 2005; 8: S42–S49

20. Collins, L.M. and Lanza, S.T. The relation between the latent variable and its indicators. in: Latent Class and Latent Transition Analysis: With Applications in the Social, Behavioral, and Health Sciences. John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, NJ, USA; 2009: 49–76

21. Vermunt, J. Latent class modeling with covariates: two improved + three-step approaches. Polit Anal. 2010; 18: 450–469

22. European Association for Palliative Care, Prague Charter “Palliative Care: a human right,” 2013;

23. გზამკვლევი ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხებზე;

24. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, *კიბოს კონტროლის შესახებ ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენება: ჯანმოს გზამკვლევი ეფექტურპროგრამებზე* (2007 წ). http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241547345_eng.pdf;

25. გზამკვლევი ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხებზე;

26. https://www.hrw.org/news/2008/12/10/un-human-rights-experts-call-upon-cnd-support-harm-reduction Palliative care fact sheet #402,July 2015;

27. Nylund, K.L., Asparouhov, T., and Muthén, B.O. Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: a Monte Carlo simulation study. Struct equation Model. 2007;14: 535–569

28. Vermunt, J.K. and Magidson, J. Latent GOLD 4.0 user's guide. Statistical Innovations Inc, Belmont, MA; 2005

29. Vermunt, J.K. and Magidson, J. Latent GOLD 5.0 upgrade manual. Statistical Innovations Inc, Belmont, MA; 2013

30. Palliative Care as a Human Rights; UN special Rapporteur on Torture";

31. American Academy of Hospice and Palliative Medicine, Frequently Asked Questions about Hospice and Palliative Care: http://palliativedoctors.org/faq

32. National Hospice and Palliative Care Organization: http://www.nhpco.org

33. McCutcheon, A.L. Latent class analysis (quantitative applications in the social sciences, 99-0143917-5; 64). Sage, Newbury Park, Ca; 1987

34. Lundström, S., Axelsson, B., Heedman, P.A., Fransson, G., and Fürst, C.J. Developing a national quality register in end-of-life care: the Swedish experience. Palliat Med. 2012; 26: 313–321

35. Anthony L Back , J Randall Curtis,„When does primary care turn into palliative care?" West J Med. 2001 Sep; 175(3): 150–151.

36. Junger, S., Payne, S., Brearley, S., Ploenes, V., and Radbruch, L. Consensus building in palliative care: a Europe-wide delphi study on common understandings and conceptual differences. J Pain Symptom Manage. 2012; 44: 192–205

37. Pleschberger, S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. Age Ageing. 2007; 36: 197–202

38. McCormick E, Chai E, Meier DE.," Integrating palliative care into primary care"Mt Sinai J Med. 2012 Sep-Oct;79(5):579-85;

39. Seymour, J.E., Kumar, A., and Froggatt, K. Do nursing homes for older people have the support they need to provide end-of-life care? A mixed methods enquiry in England. Palliat Med. 2011; 25: 125–138

40. Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., and Higginson, I.J. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers.Cochrane Database Syst Rev. 2013; : CD007760

41. National Hospice and Paliative Care organization- www.nhpco.org/hospice-eligibility-requirements;

42. David Widdas, Katrina McNamara, Francis Edwardshttp://www.togetherforshortlives.org.uk;

43. Goncalves, F., Almeida, A., Antunes, C., Cardoso, M., Carvalho, M., Claro, M. et al. A cross-sectional survey of pain in palliative care in Portugal. Support Care Cancer. 2013; 21: 2033–2039

44. Addington-Hall, J.M. and O'Callaghan, A.C. A comparison of the quality of care provided to cancer patients in the UK in the last three months of life in in-patient hospices compared with hospitals, from the perspective of bereaved relatives: results from a survey using the VOICES questionnaire.Palliat Med. 2009; 23: 190–197

45. Veerbeek, L., van Zuylen, L., Swart, S.J., van der Maas, P.J., and van der Heide, A. The last 3 days of life in three different care settings in The Netherlands. Support Care Cancer. 2007; 15: 1117–1123

46. Hospice Admission Criteria For Cancer and Non-Cancer Diagnoses - https://www.hospicegso.org

47. De Roo, M.L., Leemans, K., Claessen, S.J., Cohen, J., Pasman, H.R., Deliens, L. et al. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2013; 46: 556–572

48. Tools and Guidelines for determining eligibility for hospice - http://www2.providence.org/Pages/default.aspx

49. Miaskowski, C., Dodd, M., and Lee, K. Symptom clusters: the new frontier in symptom management research. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004; 32: 17–21

50. Stiel, S., Matthies, D.M., Seuss, D., Walsh, D., Lindena, G., and Ostgathe, C. Symptoms and problem clusters in cancer and non-cancer patients in specialized palliative care-is there a difference?. J Pain Symptom Manage. 2014; 48: 26–35

51. Tools and Guidelines for determining eligibility for hospicewww.providence.org

52. Kenne Sarenmalm, E., Browall, M., and Gaston-Johansson, F. Symptom burden clusters: a challenge for targeted symptom management. A longitudinal study examining symptom burden clusters in breast cancer. J Pain Symptom Manage. 2014; 47: 731–741

53. Henoch, I., Sawatzky, R., Falk, H., Fridh, I., Jakobsson Ung, E., Sarenmalm, E.K. et al. Symptom distress profiles in hospitalized patients in Sweden: a cross-sectional study. Res Nurs Health. 2014;37: 512–523

54. https://palliative.stanford.edu/home-hospice-home-care-of-the-dying-patient/medical-criteria-for-hospice-eligibility/

55. https://www.hov.org/hospice-eligibility-guidelines

56. Worldwide Palliative Care Alliance, W. Global atlas of palliative care at the end of life. (Available from:) (Accessed July 12, 2016); 2014

57. Randall, F. and Downie, R.S. The philosophy of palliative care: critique and reconstruction. Oxford University Press, Oxford; 2006

58. Plonk, W.M. Jr. and Arnold, R.M. Terminal care: the last weeks of life. J Palliat Med. 2005; 8: 1042–1054

59. Referral Criteria for Adult Palliative Care Services in New Zealand - Based on the Leeds Eligibility Criteria for specialist Palliative Care Services (Bennett, et al., 2000)

60. Kehl, K.A. and Kowalkowski, J.A. A systematic review of the prevalence of signs of impending death and symptoms in the last 2 weeks of life. Am J Hosp Palliat Care. 2013; 30: 601–616

61. Wouter Van Mechelen, Bert Aertgeerts, Karolien De Ceulaer, Bregje Thoonsen, Mieke Vermandere, Franca Warmenhoven, Eric Van Rijswijk, Jan De Lepeleire -Defining the palliative care patient: A systematic review – Palliative Medicine – 2013; Volume: 27 issue: 3, page(s): 197-208;

62. Abraham S. Fall prevention conceptual framework. The health care manager. 2011 Apr 1;30(2):179-84;

63. Addington-Hall J, Altmann D, McCarthy M. Variations by age in symptoms and dependency levels experienced by people in the last year of life, as reported by surviving family, friends and officials. Age and Ageing, 1998, 27:129–136.

64. Agresti A. An introduction to categorical data analysis. 2nd ed. Wiley series in probability and mathematical statistics. Hoboken: Wiley-Inфterscience; 2007

65. Aldridge D. Spirituality, hope and music therapy in palliative care. The Arts in psychotherapy. 1995 Jan 1;22(2):103-9.

66. Alliance, Worldwide Palliative Care. "Mapping levels of palliative care development: a global update 2011." WPCA, London. Available in http://www. thewpca. org/latest-news/mapping-report-2011 (2011).

67. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, Rubenfeld GD, Robert Wood Johnson Foundation ICU End-Of-Life Peer Group. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. Critical care medicine. 2004 Mar 1;32(3):638-43;

68. Arnold BL. Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry. BMC palliative care. 2011 Jan 27;10(1):1

69. Australia PC. A guide to palliative care service development: A population based

70. approach. Canberra: Palliative Care Australia. 2005 Feb.

71. Bekelman JE, Halpern SD, Blankart CR, Bynum JP, Cohen J, Fowler R, Kaasa S, Kwietniewski L, Melberg HO, Onwuteaka-Philipsen B, Oosterveld-Vlug M. Comparison of site of death, health care utilization, and hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. JAMA. 2016 Jan 19;315(3):272-83.

72. Besdine R, Boult C, Brangman S, Coleman EA, Fried LP, Gerety M, Johnson JC, Katz PR, Potter JF, Reuben DB, Sloane PD. Caring for older Americans: the future of geriatric medicine. Journal of the American Geriatrics Society. 2005 Jun;53(6 Suppl):S245-56.

73. Bickerstaff KA, Grasser CM, McCabe B: How elderly nursing home residents transcend losses of later life. Holistic NursPract 2003;17:159–165.

74. Boyle DK, Miller PA, Forbes-Thompson SA. Communication and End-of-Life care in the intensive care unit: Patient, family, and clinician outcomes. Critical care nursing quarterly. 2005 Oct 1;28(4):302-16

75. Bruera E, Sweeney C. Palliative care models: international perspective. Journal of palliative medicine. 2002 Apr 1;5(2):319-27.

76. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, McIlwane J, Hillary K, Gonzalez J. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of inhome palliative care. Journal of the American Geriatrics Society. 2007 Jul 1;55(7):993-1000.

77. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. Journal of palliative medicine. 2003 Oct 1;6(5):715-24.

78. Burton LA. The spiritual dimension of palliative care. InSeminars in Oncology Nursing 1998 May 1 (Vol. 14, No. 2, pp. 121-128). WB Saunders.

79. Care P. Discussing palliative care with patients. Ann Intern Med. 1999;130:744-9.

80. Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociology of health & illness. 1983 Jul 1;5(2):168-95.

81. (qualitative and quantitative) medical and social studies. Translational and Clinical Medicine-Georgian Medical Journal. 2016 Oct 31;1(2):29-31.

82. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. The lancet oncology. 2007 May 31; 8(5):430-8.

83. Colin Wilson New Pathways in Psychology: Maslow and the Post-Freudian Revolution eBook edition, 2001; 344 p.

84. Cook D, Rocker G, Heyland D. Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. Canadian journal of anaesthesia = Journal canadiend'anesthesie. 2004;51 (3):266–72. doi:10.1007/BF03019109.

85. Currow DC, Wheeler JL, Glare PA, Kaasa S, Abernethy AP. A framework for generalizability in palliative care. Journal of pain and symptom management. 2009 Mar 31;37(3):373-86

86. Danis M. Improving end-of-life care in the intensive care unit: What's to be learned from outcomes research? New Horiz. 1998;6:110–8.

87. Davies E, Higginson IJ, eds. Better palliative care for older people. Copenhagen, WHO RegionalOfficeforEurope,2004; (http://www.euro.who.int/InformationSources/ Publications / Catalogue/20050118_1, accessed 1 December 2010;

88. Davies E, Higginson IJ, eds. Palliative care: the solid facts. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/ Catalogue/20050118_2, accessed 1 December 2010

89. Dein S, Stygall J. Does being religious help or hinder coping with chronic illness? A critical literature review. Palliative Medicine. 1997 Jul 1;11(4):291-8.

90. Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C. How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. Patient Educ Couns. 2013;90(3):297–306. doi:10.1016/j.pec.2012.05.005.

91. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. Bmj. 2010 Mar 24;340:c1345.

92. Dezutter J, Soenens B, Luyckx K, Bruyneel S, Vansteenkiste M, Duriez B, Hutsebaut D. The role of religion in death attitudes: distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. Death studies. 2008 Dec 17;33(1):73-92.

93. Dezutter, Jessie, et al. "The role of religion in death attitudes: distinguishing between religious belief and style of processing religious contents." Death studies 33.1 (2008): 73-92.

94. Eidelman LA, Jakobson DJ, Pizov R, Geber D, Leibovitz L, Sprung CL. Foregoing lifesustaining treatment in an Israeli ICU. Intensive Care Med.1998;24(2):162–6.

95. Elkins DN, Hedstrom LJ, Hughes LL, Leaf JA, Saunders C. Toward a humanistic-phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement. Journal of humanistic Psychology. 1988 Oct;28(4):5-18.

96. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. The Lancet. 2004 Jan 24;363(9405):312-9).

97. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The lancet. 2006 Jan 6;366(9503):2112-7.

98. Finucane TE. How gravely ill becomes dying: a key to end-of-life care. Journal of the American Medical Association, 1999, 282:1670–1672.

99. Furukawa MM. Meeting the needs of the dying patient's family. Crit CareNurse.1996;16(1):51–7.

100. Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH, Williams MP, Liberson M, Blum M, Penna RD. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized controlled trial. Journal of palliative medicine. 2008 Mar 1;11(2):180-90.

101. Gall TL, Charbonneau C, Clarke NH, Grant K, Joseph A, Shouldice L. Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework. Canadian Psychology/PsychologieCanadienne. 2005 May;46(2):88.

102. Gao W, Ho YK, Verne J, Glickman M, Higginson IJ, GUIDE_Care Project. Changing patterns in place of cancer death in England: a population-based study. PLoS Med. 2013 Mar 26;10(3):e1001410.

103. Gephart, R. P. 2004. Qualitative research and the Academy of Management Journal. Academy of Management Journal, 47: 454 – 462

104. Gomez-Batiste X, Caja C, Espinosa J, Bullich I, Martinez-Munoz M, Porta-Sales J, et al. The Catalonia world health organization demonstration project for palliative care implementation: quantitative and qualitative results at 20 years. J Pain Symptom Manage. 2012;43(4):783–94. doi:10.1016/j. jpainsymman.2011.05.006

105. Geriatric Medicine Section, European Union of Medical Specialists. Training in geriatric medicine in the European Union. Brussels, European Union of Medical Specialists, 1999.

106. Gibson MJ, Houser A. Valuing the invaluable: a new look at the economic value of family caregiving. Issue Brief (Public Policy Institute (American Association of Retired Persons)). 2007 Jun(IB82):1-2.

107. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. Social science & medicine. 2003 Apr 30;56(7):1453-68.

108. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. Current opinion in supportive and palliative care. 2012 Sep 1;6(3):371-8.

109. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, Bechinger-English D, Bausewein C, Ferreira PL, Toscani F, Meñaca A. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Annals of Oncology. 2012 Feb 16:mdr602;

110. Goulding Christina (2000) ,"Grounded Theory Methodology and Consumer Behaviour, Procedures, Practice and Pitfalls", in NA - Advances in Consumer Research Volume 27, eds. Stephen J. Hoch and Robert J. Meyer, Provo, UT : Association for Consumer Research, 261-266 p.

111. Government of Georgia, On Approval of the 2014–2020 State Concept of Healthcare System of Georgia for 'Universal Health Care and Quality Control for the Protection of Patients' Rights',. Registration code 470020000.10.003.018343 (26/12/2014)

112. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. J Palliat Med. 2011;14(8):945–50. doi:10.1089/jpm.2011.0011;

113. Gvamichava R, Abesadze I, Shavdia M, Metivishvili G, Todadze E, Abzianidze E. 1531 Availability of palliative care in Georgia. European Journal of Cancer. 2015 Sep 1;51:S215.

114. Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson IJ. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. The Cochrane Library. 2011 Jan 1.

115. Herbst L. Applying the concepts from Maslow in a large US hospice program. Journal of palliative medicine. 2006 Oct 1;9(5):1049-52;

116. Herbst L: Hospice care at the end of life. ClinGeriatr Med 2004;20:753–765.

117. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichora D, Shortt S, Tranmer J, Lazar N, Kutsogiannis J, Lam M. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. Canadian Medical Association Journal. 2006 Feb 28;174(5):627-33.

118. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichora D, Shortt S, Tranmer J, Lazar N, Kutsogiannis J, Lam M; Canadian Researchers End-of-Life Network (CARENET). What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. CMAJ. 2006;174(5):627-33.

119. Higginson IJ, Hart S, Koffman J, Selman L, Harding R. Needs assessments in palliative care: an appraisal of definitions and approaches used. Journal of pain and symptom management. 2007 May 31;33(5):5

120. Hoffman, E. (1988). The right to be human: A biography of Abraham Maslow. Jeremy P. Tarcher, Inc.382 p.

121. https://matsne.gov.ge/ka/document/view/21154

122. https://matsne.gov.ge/ka/document/view/78646

123. https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519

124. Isaacs B, Neville Y. The needs of old people. The'interval'as a method of measurement. British journal of preventive & social medicine. 1976 Jun 1;30(2):79-85;

125. Jeon HW, Kim MH, Yoon JA. Death Perception, Death Preparation and Need for Death Educational Program of the Elderly. Indian Journal of Science and Technology. 2015 Oct 1;8(25).

126. Jerant AF, Azari RS, Nesbitt TS, Meyers FJ. The TLC model of palliative care in the elderly: preliminary application in the assisted living setting. The Annals of Family Medicine. 2004 Jan 1;2(1):54-60.

127. Johansen D. Handbook of Research on Educational Communications and Technology. By Association for Educational Communications and Technology second edition 2004 1175p.

128. Johnson DC, Kutner JS, Armstrong JD. Would you be surprised if this patient died?: Preliminary exploration of first and second year residents' approach to care decisions in critically ill patients. BMC palliative care. 2003 Jan 15;2(1):1.

129. Jox RJ, Schaider A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. Journal of medical ethics. 2012 Sep 1;38(9):540-5.

130. Kaldjian LC, Curtis AE, Shinkunas LA, Cannon KT: Goals of Care Toward the End of Life: A Structured Literature Review. Am J HospPalliat Med. 2009, 25: 501-511. 10.1177/1049909108328256

131. Kordzaia D. Making the case for palliative care in developing countries: the Republic of Georgia. Journal of palliative medicine. 2011 May 1;14(5):539-41.

132. Kordzaia D., Rukhadze T., Velijanashvili M., Amirejibi D., Durglishvili N., LabadzeT.Geriatric Palliative Care Models Based on the Perceptions of - And Attitudes toward End-of-Life Needs and Demands of Target Population. Palliative Medicine, 2012 (Abstracts of the 7th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), p. 657.

133. Kane R, Bernstein L, Wales J, Leibowitz A, Kaplan S. A randomised controlled trial of hospice care. The Lancet. 1984 Apr 21;323(8382):890-4.

134. Kelley AS, Meier DE. Palliative Care—A Shifting Paradigm. J Pain Symptom Manage. 1999, 17: 248-55).

135. Kenrick, D. T., Neuberg, S. L., Griskevicius, V., Becker, D. V., & Schaller, M. (2010). Goal-Driven Cognition and Functional Behavior The Fundamental-Motives Framework. Current Directions in Psychological Science, 19(1), 63-67;

136. King S, Forbes K, Hanks GW, Ferro CJ, Chambers EJ. A systematic review of the use of opioid medication for those with moderate to severe cancer pain and renal impairment: a European Palliative Care Research Collaborative opioid guidelines project. Palliative medicine. 2011 Jul;25(5):525-52.

137. Kite S, Hayes A, Pring A, Rees E, Verne J, Shouls S. MEASUREMENT FOR IMPROVEMENT: END OF LIFE CARE IN ACUTE HOSPITALS. BMJ supportive & palliative care. 2014 Mar 1;4 (Suppl 1):A12-.

138. Kordzaia D, Dalakishvili S, Gvamichava R, Rukhadze T, Abesadze I, Dzotsenidze P et al. Georgian National Program For Palliative Care, Action Plan for 2011 – 2015. 2011.

139. kordzaia. D. The barriers for opioids availability in Georgia. Presentation. International symposium on Palliative Care. Vienna (Austria), 2010

140. Lee BY, Newberg AB. Religion and health: a review and critical analysis. Zygon®. 2005 Jun 1;40(2):443-68.

141. Lickiss JN. Approaching cancer pain relief. European Journal of Pain. 2001 Dec 1;5(SA):5-14.

142. Lindner JR. Understanding employee motivation. Journal of extension. 1998 Jun;36(3):1-8..

143. Lipman AG. Palliative care for older people: Better practices. Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy. 2012 Mar 7;26(1):81.

144. Luce JM. End-of-Life Decision Making in the Intensive Care Unit. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2010;182(1):6-11.

145. Lynch M, Abrahm J: Ensuring a good death: pain and palliative care in a cancer center. Cancer Pract 2002;10:S33–S38;

146. Lynch T, Clark D, Centeno C, Rocafort J, De Lima L, Filbet M, Hegedus K, Belle O, Giordano A, Guillén F, Wright M. Barriers to the development of palliative care in Western Europe. Palliative medicine. 2010 Dec;24(8):812-9.

147. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of pain and symptom management. 2013 Jun 30;45(6):1094-106;

148. Lynn J. Improving care for the end of life: A sourcebook for health care managers and clinicians. Oxford University Press; 2008.

149. Majercsik E. Hierachy of needs of geriatric patients. Gerontology. 2005 Apr 14;51(3):170-3.

150. Mate-Mendez J, González-Barboteo J, Calsina-Berna A, Mateo-Ortega D, Codorniu-Zamora N, Limonero-García JT, Trelis-Navarro J, Serrano-Bermúdez G, Gómez-Batiste X. The InstitutCatalad'Oncologia Model of Palliative Care: An integrated and comprehensive framework to address the essential needs of patients with advanced cancer. Journal of palliative care. 2013 Dec 1;29(4):237.

151. Mazor KM, Beard RL, Alexander GL, Arora NK, Firneno C, Gaglio B, et al. Patients' and family members' views on patient-centeredcommunication during cancer care.Psychooncology. 2013;22(11):2487–95. doi:10.1002/pon.3317

152. McCue, Jack D. "The naturalness of dying." Jama 273.13 (1995): 1039-1043.

153. Meier DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. The Milbank Quarterly. 2011 Sep 1;89(3):343-80.

154. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. The Permanente Journal. 2014;18(2):77.

155. Miller DC, Salkind NJ. Handbook of research design and social measurement. Sage; 2002. p.147

156. Mitnick S, Leffler C, Hood VL, American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships. Journal of general internal medicine. 2010 Mar 1;25(3):255-60.

157. Moens K, Higginson IJ, Harding R, IMPACT E. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. Journal of pain and symptom management. 2014 Oct 31;48(4):660-77.

158. Moore G, Collins A, Brand C, Gold M, Lethborg C, Murphy M, Sundararajan V, Philip J. Palliative and supportive care needs of patients with high-grade glioma and their carers: a systematic review of qualitative literature. Patient education and counseling. 2013 May 31;91(2):141-53.

159. Morgan J. End-of-life care in UK critical care units—a literature review. NursCrit Care. 2008;13(3):152–61. doi:10.1111/j.1478-5153.2008.00274.x.

160. Moy B, Polite BN, Halpern MT, Stranne SK, Winer EP, Wollins DS, Newman LA. American Society of Clinical Oncology policy statement: Opportunities in the Patient Protection and Affordable Care Act to reduce cancer care disparities. Journal of Clinical Oncology. 2011 Aug 1;29(28):3816-24.

161. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. The Kansas Nurse. 2004 Oct;79(9):16.

162. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, et al. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report

from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). Crit Care Med. 2010;38(9):1765–72. doi:10.1097/CCM. 0b013e3181e8ad23

163. Neto IG. Palliative care development is well under way in Portugal. European Journal of Palliative Care. 2010 Jan 1;17(6):278-81.

164. Norman K., and Yvonna S. Lincoln. Handbook of qualitative research. Sage publications, inc, 1994. 643 p.

165. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. “Futile” care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. Journal of critical care. 2005 Sep 30;20(3):207-13.

166. Parry A, Doan R: Story Re-Visions: Narrative Therapy in the Postmodern World. New York: Guilford, 1994.

167. Pitceathly C, Maguire P. The psychological impact of cancer on patients’ partners and other key relatives: a review. European Journal of cancer. 2003 Jul 31;39(11):1517-24.

168. Portenoy RK, Forbes K, Lussier D, Hanks GW, Cherny N, Calman K. Oxford textbook of palliative medicine. The Lancet. Fifth edition 2015. 1254 p.

169. Poston B. Maslow’s hierarchy of needs. surgical technologist. 2009 Aug;41(8):347-53.

170. Pocock LV, Ives A, Pring A, Verne J, Purdy S. Factors associated with hospital deaths in the oldest old: a cross-sectional study. Age and ageing. 2016 Mar 5:afw019.

171. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M, Pugliese K. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. Journal of palliative medicine. 2009 Oct 1;12(10):885-904;

172. Reitman NC. Care at home of the patient with advanced multiple sclerosis—part 2. Home Healthc Nurse 2010;28(5):270–5;

173. Rennie, David L. "Grounded theory methodology as methodical hermeneutics: Reconciling realism and relativism." Theory & Psychology 10.4 (2000): 481-502.

174. Sand RB, Blackall GF, Abrahm JL, Healey K: A survey of physicians' education in caring for the dying: identified training needs. J Cancer Educ. 1998, 13: 242-247.

175. Savenye, Wilhelmina C., and Rhonda S. Robinson. "Using qualitative research methods in higher education." Journal of computing in Higher education 16.2 (2005): 65-95.

176. Schaie, K. Warner, and Sherry L. Willis, eds. Handbook of the Psychology of Aging. Academic Press, 2010. 151 p.

177. Rhymes JA. Barriers to effective palliative care of terminal patients. ClinGeriatr Med. 1996;12(2):407-16.

178. Robert Kastenbaum PhD The Psychology of Death: 3rd Edition (2000); deathbed sence; 317p.

179. Ross L, Austin J. Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: Implications for nurse managers. Journal of nursing management. 2015 Jan 1;23(1):87-95.

180. Rukhadze T., Kordzaia D., Velijanashvili M., Chikhladze N. Report of Survey funded by "Open Society—Georgia Foundation"(unpublished data), 2010;

181. Schonwetter RS, Roscoe LA, Nwosu M, Zilka B, Kim S. Clinical Update: Literature Abstracts. Journal of Palliative Medicine. 2006;9:638-45.

182. Schulz, Richard. "The psychology of death, dying, and bereavement."Addison-Wesley Publishing Company, (1978) 197 p.

183. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. Journal of pain and symptom management. 2002 Aug 31;24(2):91-6.

184. Seymour JE. Negotiating natural death in intensive care. SocSci Med. 2000;51(8):1241– 52. doi:10.1016/S0277-9536(00)00042-3.

185. Shavdia N, Ninashvili N, Shavdia M. 80 CULTURAL PATTERNS OF ETHICAL ISSUES IN PALLIATIVE CARE. European Journal of Pain. 2009 Sep 1;13:S32.

186. Simons JA, Irwin DB, Drinnien BA. Maslow's hierarchy of needs. Retrieved October. 1987 Oct;9(2009):222.

187. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives.Jama. 1999;281(2):

188. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives.Jama. 1999;281(2):163–8. 163–8.

189. Smith AK, Fisher J, Schonberg MA, Pallin DJ, Block SD, Forrow L, et al. Am I doing the right thing? provider perspectives on improving palliative care in the emergency

190. Smith AK, McCarthy E, Weber E, Cenzer IS, Boscardin J, Fisher J, Covinsky K. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. Health Affairs. 2012 Jun 1;31(6):1277-85.

191. Solomon MZ, Sellers DE, Heller KS, et al: New and lingering controversies in

192. pediatricend-of-life care. Pediatrics 2005; 116: 872–883.

193. Spruyt O. Qualitative research in palliative care. Indian Journal of Palliative Care. 2016 Oct;22(4):367.

194. Starks H, Trinidad SB. Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. Qualitative health research. 2007 Dec 1;17(10):1372-80. p. 1373

195. Stjernswärd J. Palliative care: the public health strategy. Journal of public health policy. 2007 Apr 1;28(1):42-55.

196. Strang, Peter. "Watch with me. Inspiration for a life in hospice care." Palliative Medicine 18.7 (2004): 672.

197. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA. Early palliative care for patients with metastatic non–small-cell lung cancer. New England Journal of Medicine. 2010 Aug 19;363(8):733-42;

198. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, Mor V. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. Jama. 2004 Jan 7;291(1):88-93.

199. Thorns A, Sykes N. Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision-making. The Lancet. 2000 Jul 29;356(9227):398-9.

200. Tischler L. The growing interest in spirituality in business: A long-term socio-economic explanation. Journal of Organizational Change Management. 1999 Aug 1;12(4):273-80.

201. Von Gunten C, Ferris F, Emanuel L: Ensuring Competency in End-of-Life Care. JAMA. 2000, 284: 3051-3057. 10.1001/jama.284.23.3051

202. Wahba MA, Bridwell LG. Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. Organizational behavior and human performance. 1976 Apr 30;15(2):212-40.

203. Wasner M, Longaker C, Fegg MJ, Borasio GD. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. Palliative medicine. 2005 Mar;19(2):99-104.

204. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting a consensus report from the center to advance palliative care. Journal of palliative medicine. 2011 Jan 1;14(1):17-23.

205. Wen KY, Gustafson D: Needs Assessment for cancer patients and their families. Health Qual Life Outcomes. 2004, 2: 11-10.1186/1477-7525-2-11

206. Weston WW, Brown JB, Stewart : Patient-Centred Interviewing, Part I: Understanding Patients' Experiences. Can Fam Physician. 1989, 35: 147-151;

207. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD: The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. Fam Med. 2002, 3: 383-389.

208. World Health Organization. "Palliative care for older people: better practices." (2011).3 Jul 10; 342 (8863):101. (1254).

209. World Health Organization. "Palliative care for older people: better practices." (2011)

210. World Health Organization. "Palliative care." (2007);

211. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. J Pain Palliat CarePharmacother. 2014;28(2):130–4.

212. Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. Journal of palliative medicine. 2006 Oct 1;9(5):1120-7;

213. Zweibel NR, Cassel CK. Treatment choices at the end of life: a comparison of decisions by older patients and their physician-selected proxies. The Gerontologist. 1989 Oct 1;29(5):615-21. ~

214. Rukhadze T., An Overview of the Healthcare System in Georgia; Healthcare Overview: New Perspectives Chapter · July 2012 with 17 Reads; DOI 10.1007/978-94-007-4602-2_8; ISSN 2211-3495; (pp.133-152;Rukhadze T., Challenges and Prospects in Cancer Care in Georgia - Cancer care in countries and societies in transition: Individualized care in focus, Chapter · January 2016 with 6 Reads;

215. World Health Organization, Geneva, Switzerland -Program on Cancer Control (C.S., A.M., A.U.) and Essential Drugs and Medicines Policy (T.Y.), Journal of Pain and Symptom Management Vol. 24 No. 2 August 2002;

216. Rukhadze T., Challenges and Prospects in Cancer Care in Georgia - Cancer care in countries and societies in transition: Individualized care in focus, Chapter · January 2016 with 6 Reads; DOI 10.1007/978-3-319-22912-6_22 (pp.349-359);

217. World Cancer Day 2014: Myth 2—Cancer is a disease of the wealthy, elderly, and developed countries.www.worldcancerday.org/myth-2-cancer-disease-wealthy-elderlyand-developed-countries (Last accessed May 13, 2014);

218. D.S. Ogay, S.N. Puzin, Yu.G. Payanidi, O.T. Bogova, E.V. Vorobjeva - Clinical groups of dispensary observation in oncogynecology - Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow - Gynecology Oncology; 2012 (2) ;

219. Chissov V.I., Daryalova S.L. Selected lectures on clinical oncology. M., 2000. ;

220. Bening L., Martinovich S.V. Reference edition: Therapeutic Oncology. Munich, 1998. V.I. Chissova, V.V. Starinsky - Organization of the oncological service in Russia (methodical recommendations, manuals for physicians) Part 2 / Edited by P.A. Herzen Rosmedtechnology, 2007. 663 p. ISBN 5-85502-066-5 ;

221. Chissov V.I., Daryalova S.L. Selected lectures on clinical oncology. M., 2000.

222. Bening L., Martinovich S.V. Reference edition: Therapeutic Oncology. Munich, 1998.

223. Oncogynecology. A guide for doctors. Ed. Z.Sh. Gilyazutdinova, M.K. Mikhailov. M .: MEDpress, 2000. Frolova, OG, Kuzmicheva, RA, Yudaev, V.N. Gynecological diseases in the International Statistical Classification of the 10th revision. Akush ginekol 1999; (3): 53–5;

224. Resolution of the V All-Russian Congress of Oncologists (Kazan, October 4–7, 2000);

225. Russian oncological Journal 2001; (2): 52–5. Rustin G.J.S., Nelstop A.E., Bentzen S.M. et al. The Gynecologic Oncology Group experience in ovarian cancer. Ann Oncol 1999;10:1–7);

226. Gynecological diseases in the International Statistical Classification of the 10th revision. Akush ginekol 1999; (3): 53–5;

227. Resolution of the V All-Russian Congress of Oncologists (Kazan, October 4–7, 2000). Russian oncological Journal 2001; (2): 52–5. Rustin G.J.S., Nelstop A.E., Bentzen S.M. et al. The Gynecologic Oncology Group experience in ovarian cancer. Ann Oncol 1999;10:1–7;

228. Palliative care: A peaceful, humane global campaign is needed. Lancet 2014;383:487.

229. Connor SR, Bermedeo MCS (eds): Global Atlas of Palliative Care at the End-of-Life. London: Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.

230. www.thewpca.org/latest-news/global-atlas-identifies-unmet-need-for-palliative-care/.

231. Silbermann M, Epner D, Charalmbous H, et al: Promoting new approaches for cancer care in the Middle East. Ann Oncol 2013;23:5–10.

232. International Agency for Research on Cancer: GLOBOCAN 2017: Estimated cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide in 2017 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_ sheets_cancer.aspx;

233. Thomas K. Caring for the dying at home. Companions on a journey. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2003.

234. Ellershaw JE, Wilkinson S. Care of the dying:A pathway to excellence. Oxford: Oxford University Press, 2003.

235. McKinley RK, Stokes T, Exley C, Field D. Care of people dying with malignant and cardiorespiratory disease in general practice. Br J Gen Pract 2004;54:909-13;

236. Qualitative interview study of patients and their carers. Palliat Med 2004;18:39-45. Lynn J. Learning to care for people with chronic illness facing the end of life. JAMA 2000;284:2508-11.

237. Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, Wilson P, Gregory WM, Armes PJ. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with those of doctors, nurses and general public. BMJ 1990;300:1458-60.

238. Buetow S, Coster G. Do general practice patients with heart failure understand its nature and seriousness, and want improved information? Patient Educ Couns 2001;45:181-5.

239. Williams R, Zyzanski SJ, Wright A. Life events and daily hassles and uplifts as predictors of hospitalisation and out patient visitation. Soc Sci Med 1992;34:763-8.

240. Higgs R. The diagnosis of dying. J R Coll Physicians Lond 1999;33:110-2. Asbring P, Narvanen AL. Patient power and control: a study of women with uncertain illness trajectories. Qual Health Res 2004;14:226-40.

241. Burke SO, Kauffmann E, LaSalle J, Harrison MB,Wong C. Parents' perceptions of chronic illness trajectories. Canadian J Nurs 2000;32: 19-36.

242. Higginson IJ: Health care needs assessment: Palliative care and terminal care. In: Stevens A, Raftery J (eds): Health Care Needs Assessment. Oxford: Oxford Radcliffe Medical Press, 1997, pp. 1–28.

243. Fink RM, Oman KS, Youngwerth J, Bryant LL: A palliative care needs assessment of rural hospitals. J Palliat Med 2013;16:638–644

244. Boseley S: Global cancer surge fueled by alcohol, smoking, and obesity predicted by WHO. The Guardian February 3, 2014.

245. www.theguardian.com/society/2014/feb/03/alcoholsugar-smoking-fuel-cancer-surge (Last accessed May 13, 2014).

246. Palliative care and terminal care. In: Stevens A, Raftery J (eds): Health Care Needs Assessment. Oxford: Oxford Radcliffe Medical Press, 1997, pp. 1–28.

247. Thomas DR: A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. Am J Eval 2006;27:237–246. Silbermann M, Jaloudi MA: Setting a higher standard in cancer care: Isn't it time to bring about a change in cancer palliation? J Palliat Care Med 2014;4:e128.

248. Silbermann M, Hassan E: Cultural perspectives in cancer care: Impact of Islamic traditions and practices in Middle Eastern countries. J Pediat Hematol Oncol 2011;33:S81–S86.

249. Silbermann M (ed): Palliative Care to the Cancer Patient: The Middle East as a Model to Emerging Countries. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 2014

250. Shelty P: The parlous state of palliative care in the developing world. Lancet 2010; 376:1453–1454.

251. Magrath I, Steliarova-Foucher E, Epelman S, et al: Pediatric cancer in low-income and middle-income countries. Lancet Oncol 2013;14:e104–116.

252. Hajjar RR, Atli T, Al-Mandhari Z, et al: Prevalence of aging population in the Middle East and its implications on cancer incidence and care. Ann Oncol 2013;24:11–24.

253. Silbermann M, Al-Hadad S, Ashraf S, et al: MECC regional initiative in pediatric palliative care. J Pediat Hematol Oncol 2012;34:S1–S11

254. Cleary J, Silbermann M, Scholten W, Radbruch L, Torode, J, Cherny NI: Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in the Middle East: A report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI). Ann Oncol 2013;24:51–59.

255. Ben Arie E, Ali-Shtayeh MS, Nejmi M, Schiff E, Hassan E, Mutafoglu K, Afifi F, Jamuos RM, Lev E, Silbermann M: Integrative oncology in the Middle East: Weaving traditional and complementary medicine in supportive care. Support Care Cancer 2012;20:557–564.

256. Namukwaya E, Leng M, Downing J, Katabira E: Cancer pain management in resource-limited settings: A practice review. Pain Res Treat 2011;393–404.

257. Higginson I,.Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer. J Palliat Med 2004;3:287-300.

258. Hardin SB, Yusufaly YA. Difficult end-of-life treatment decisions: do other factors trump advance directives? Arch Intern Med 2004;164:1531-3.

259. Kite S, Jones K, Tookman A. Specialist palliative care and patients with non-cancer diagnosis: the experience of a service. Palliat Med 2001;15:413-8.

260. ველიჯანაშვილი მ. სადოქტორო ნაშრომი სიცოცხლის მიწურულს აღქმებისა და დამოკიდებულებების გათვალისწინების აუცილებლობა მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელის შემუშავებისას. თსუ, თბილისი, 2016;

261. პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული პროგრამა. დ. კორძაიას საერთო რედაქციით, 2010;

262. ღვამიჩავა რემა, შავდია მიხეილ, აბესაძე იოსებ, მეტივიშვილი გიორგი ონკოინკურაბელური პაციენტების სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის გამოცდილება „კლინიკური ონკოლოგია“ N1/2013

263. ძოწენიძე ფ ; აბესაძე ი, აბზიანიძე ე, ღვამიჩავა რ, ჩიხლაძე ნ, “მედიცინის მიღმა დარჩენილი ტკივილი”; კლინიკური ონკოლოგია N 4 2016.

264. ძოწენიძე ფ., რუხაძე თ., აბესაძე ი., „ქრონიკული ტკივილის მართვა“ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის; თბილისი 2012.