

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
სადოქტორო პროგრამა: ტრანსლაციური და კლინიკური მედიცინა
მიმართულება: პალიატიური და ტკივილის მედიცინა
დოქტორანტი: მარიამ ველიჯანაშვილი
სადოქტორო ნაშრომი:

სიცოცხლის მიწურულს აღქმებისა და დამოკიდებულებების
გათვალისწინების აუცილებლობა მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის
მოდელის შემუშავებისას

სადოქტორო პროგრამის ხელმძღვანელი: პროფ. დ. კორძაია

სადოქტორო ნაშრომის ხელმძღვანელები: პროფ. დ. კორძაია; პროფ. ს. დალაქიშვილი



უნივერსიტეტის
გამოცემლობა

თბილისი, 2016 წ.

სიცოცხლის მიწურულს აღქმებისა და დამოკიდებულებების გათვალისწინების აუცილებლობა მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელის შემუშავებისას

შესავალი

პალიატიური მზრუნველობა – აქტიური მრავალპროფილური მზრუნველობაა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური, სულიერი მხარდაჭერა.

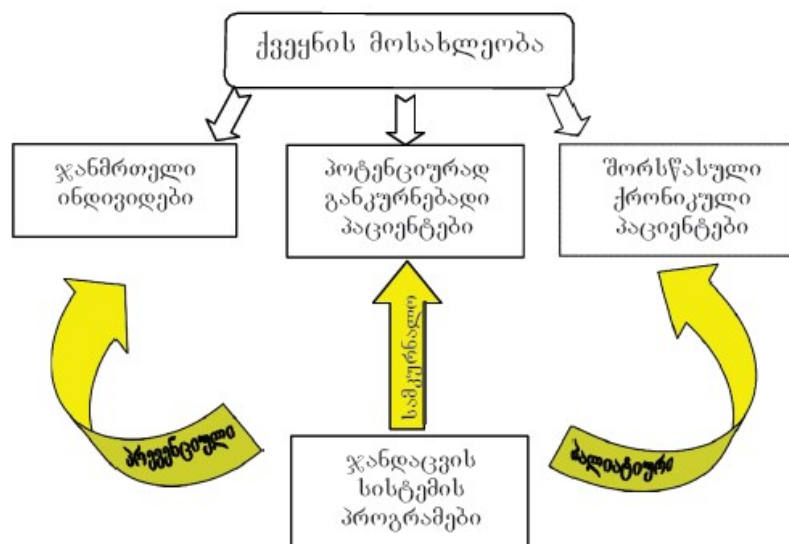
იგი ვრცელდება იმ ავადმყოფებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; პალიატიური მზრუნველობა ერთადერთი გზაა ასეთი ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების უკეთესი ხარისხის მიღწევისათვის (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>).

ტერმინი “პალიატიური” წარმოიშვა ლათინური სიტყვისგან “Pallium”, რაც ნიშნავს “ნიღაბს”, “საფარველს”. პალიატიური მზრუნველობის არსია – შენიღბოს, დაფაროს ანუ შეამსუბუქოს განუკურნებელი დაავადებები (<http://www.mywhatevery.com/cifwriter/content/22/4472.html>).

ნებისმიერი ქვეყნის მოსახლეობა, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით, შეიძლება დაიყოს 3 ძირითად ჯგუფად: 1) ჯანმრთელებად, 2) პოტენციურად განკურნებად ავადმყოფებად და 3) ქრონიკულ, ინკურაბელურ ავადმყოფებად. შესაბამისად, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემასაც შესაბამისად, უნდა გააჩნდეს სამი ძირითადი მიმართულება (სურათი 1):

- პრევენციული მიმართულება, რომლის მიზანია დაავადებათა თავიდან აცილება;
- სამკურნალო მიმართულება, რომლის მიზანია ავადმყოფის გამოჯანმრთელება და რეაბილიტაცია

- პალიატიური მიმართულება, რომლის მიზანია პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის მაქსიმალურად შესაძლებელი დონის უზრუნველყოფა.

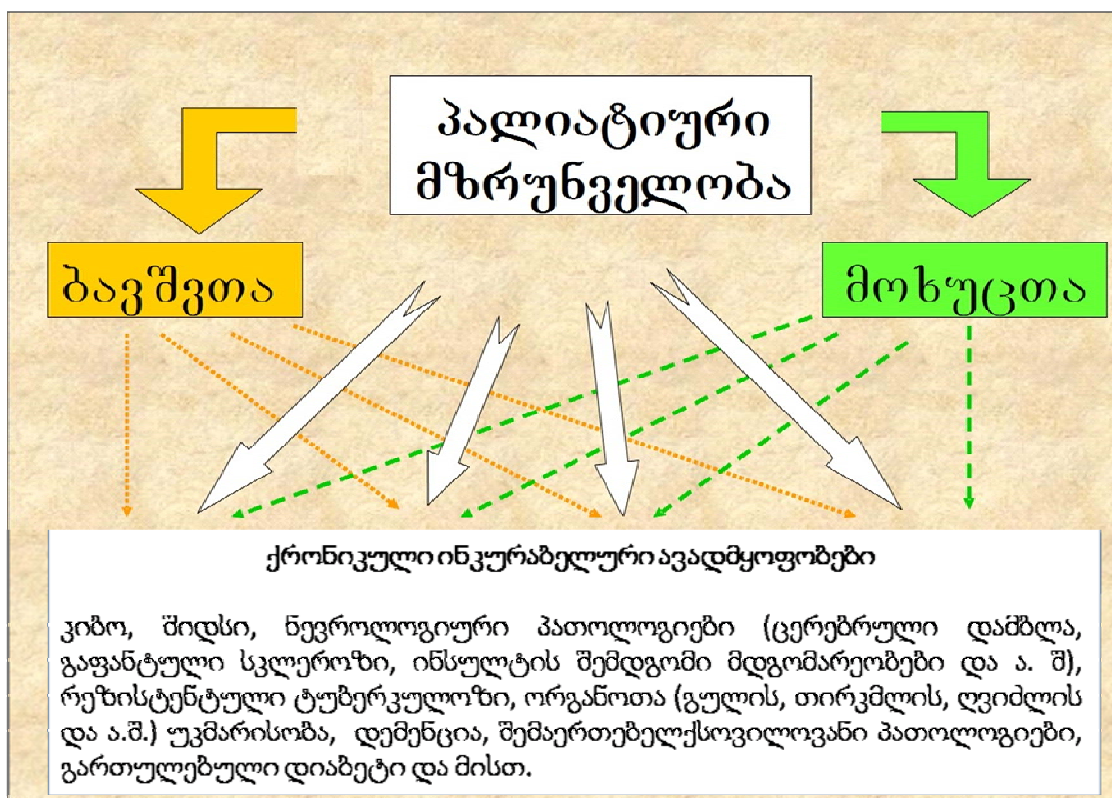


სურათი 1: ჯანდაცვის სისტემის პროგრამები ქვეყნის მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისათვის

ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა სრულყოფილად ვერ ჩაითვლება, თუ მას რომელიმე ამ მიმართულებათაგანი არ გააჩნია, ვინაიდან, ასეთ შემთხვევაში მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი სამედიცინო მომსახურების გარეშე რჩება (Kordzaia, 2011). მე-20 საუკუნის ბოლომდე პალიატიური მზრუნველობა განიხილებოდა მხოლოდ როგორც ისეთი ონკოლოგიური პაციენტებისათვის საჭირო სისტემა, რომელთათვისაც უკვე უკუნაჩვენები იყო აქტიური მკურნალობის მეთოდები. მეოცე საუკუნის მიწურულიდან ეს მიდგომა იცვლება და ჯანმოს აღიარებით პალიატიური მზრუნველობა უნდა ჩაერთოს ყველა ქრონიკული მოპროგრესე დაავადების მართვაში (მათ შორის, შიდსის, ტუბერკულოზის, ნევროლოგიური დაავადებების და მდგომარეობების და მისთ.) (Graham F. et al, 2008).

იმავე ჯანმოს აღიარებით, პალიატიური მზრუნველობის სისტემაში ცალკე მიმართულებად უნდა იქნას გამოყოფილი ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობა და მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა.

ყოველივე ზემოთთქმულის გათვალისწინებით, პალიატიური მზრუნველობის სისტემის სტრუქტურის სქემა შეიძლება შემდეგი სახით იქნას წარმოდგენილი (სურათი 2):



სურათი 2: პალიატიური მზრუნველობის სტრუქტურის სქემა

უკურნებელი, მაგრამ ხშირად სიცოცხლესთან თავსებადი სენით შეპყრობილი ბავშვის მზრუნველობისას, პალიატიური მზრუნველობის მოზრდილთათვის აპრობირებული სტანდარტების გარდა, გათვალისწინებული უნდა იქნას მისი მზარდი კოგნიტური მოთხოვნილება, თამაშის სურვილი, განათლების მიცემის აუცილებლობა და სხვა (Klick JC et al., 2010; Zernikow B et al., 2009; Himmelstein BP et al., 2004).

მიჩნეულია, რომ სხვადასხვა ქვეყნებში დანერგილი ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელები მეტ-ნაკლებად მსგავსია. ისინი ითვალისწინებს ბავშვის ასაკისა და ფიზიკურ-მენტალური შესაძლებლობების ცვლილებებს და ეფუძნება ექიმთა, ექთანთა, ფსიქოლოგთა, პედაგოგთა და მშობელთა ერთობლივ, კოორდინირებულ მუშაობას.

აღსანიშნავია, რომ რიგ ქვეყნებში, სადაც პალიატიური მზრუნველობის სისტემა კარგად არის განვითარებული და სრულად არის ინტეგრირებული ქვეყნის ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემებში, ის მოიცავს სპეციფიურ მიმართულებასაც, რომელიც გულისხმობს ბავშვის გარდაცვალების შემთხვევაში მისი მშობლების საზოგადოებაში რეინტეგრაციის ხელშეწყობას (Davies B. et al., 2010; As a Process G. Grief and Bereavement in Pediatric Palliative Care, 2015).

განსხვავებული თავისებურებებით ხასიათდება პალიატიური მზრუნველობა მოხუცთათვის. იმის გამო, რომ ის ეხება სხვადასხვა ქვეყანაში ამ ქვეყნის ტრადიციებით და წესებით, რწმენითა და მსოფლმხედველობით ხანგრძლივად მცხოვრებ ადამიანებს, სხვადასხვა ქვეყნის მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელები მეტად განსხვავდება ერთმანეთისგან (Bentur N. et al., 2012; Blinderman CD et al., 2005; Sapir R et al., 1999).

ამასთანავე, პრინციპულად გასათვალისწინებელია, რომ პალიატიური მზრუნველობა მოხუცთათვის, მათი სამედიცინო მდგომარეობიდან გამომდინარე მოიცავს ორ განსხვავებულ მიდგომას:

1. პალიატიური მზრუნველობა მოხუცთათვის დაავადების შორსწასული სტადიით (მაგ. მოხუცი პაციენტი პაციენტი კიბოს / ინსულტის / შაქრიანი დიაბეტის და ა.შ. ბოლო სტადიაზე)

2. პალიატიური მზრუნველობა „პრაქტიკულად ჯანმრთელი“ მოხუცებისათვის, რომელთაც მხოლოდ აღენიშნებათ ასაკთან დაკავშირებული პრობლემები.

პირველ შემთხვევაში პალიატიური მზრუნველობის სტრატეგია განისაზღვრება ზოგადი პალიატიური მზრუნველობის პრინციპებით, კლინიკური დიაგნოზის და ასაკობრივი ფაქტორების გათვალისწინებით.

მეორე შემთხვევაში, როდესაც საქმე ეხება პალიატიური მზრუნველობის დაგეგმვას და განხორციელებას „პრაქტიკულად ჯანმრთელი“ მოხუცებისთვის, წარმოიშვება შესაბამისი სპეციფიკური ცოდნის დეფიციტით, ორგანიზაციულ და მეთოდურ საკითხებთან დაკავშირებული პრობლემებით განპირობებული სირთულეები. მოხუცი პაციენტების „პალიატიური მზრუნველობისას“ ვერ ხდება გერიატრიული სპეციფიკის გათვალისწინება.

საქართველოში დღემდე არ არსებობს პალიატიური მზრუნველობა კონკრეტულად ასეთი კონტინგენტისთვის.

ამგვარი მოდელის არარსებობას აქვს რამოდენიმე მიზეზი:

1. გერიატრია, როგორც სპეციალობა (სუბსპეციალობა) არ არის კარგად განვითარებული. დღეს ის არ შედის ქვეყნის საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობათა ჩამონათვალში, არ ფიგურირებს სამედიცინო პროფილის უნივერსიტეტთა კურიკულუმში

(http://www.moh.gov.ge/index.php?sec_id=258&lang_id=GEO).

2. აქამდე არ ყოფილა ჩატარებული კვლევები სპეციფიურად მოხუცთა ასაკში პალიატიური მზრუნველობის დაგეგმვის და განხორციელების თვალსაზრისით. არ ყოფილა იდენტიფიცირებული, თუ რა განსხვავებაა პალიატიური მზრუნველობის მიდგომებს შორის მოხუცთა ასაკისა და ახალგაზრდა/საშუალო ასაკის პაციენტებში - სამედიცინო, ფსიქოლოგიური და სოციალური ასპექტების მხრივ.

მოხუცები, ისევე, როგორც ნებისმიერი ასაკის ადამიანები, ცხადია, შეიძლება შეპყრობილნი იყვნენ ქრონიკული მოპროგრესე (უკუზღებელი) დაავადებებით. მეტიც, მოხუცთა ასაკში ასეთი დაავადებები უფრო ხშირია და უფრო მძიმედაც მიმდინარეობს (კიბო, შაქრიანი დიაბეტი, ათეროსკლეროზი, ინსულტი, გულის, თირკმლის, ღვიძლის უკმარისობა, ნერვ-კუნთოვანი და შემაერთებული ქსოვილის პათოლოგიები და ა.შ.). ასეთ ვითარებაში, აღნიშნულ დაავადებათა/პათოლოგიათა

სიმპტომების მართვისას გათვალისწინებული უნდა იქნას მოხუცთა გაზრდილი სენსიტიურობა სამკურნალწამლო საშუალებათა თუ სხვადასხვა ფიზიკურ/ფიზიოლოგიურ ინტერვენციათა მიმართ (Hilmer SN et al., 2009; Hohl CM et al., 2001; Lees J t al., 2011). ამ თავისებურების გათვალისწინებლობამ, შესაძლებელია დამატებითი პრობლემები შექმნას წამლის (ან მისი დოზით) გადაუტანლობის და/ან გვერდითი მოვლენების განვითარების გამო.

ამასთანავე, გასათვალისწინებელია, რომ „პრაქტიკულად ჯანმრთელ“ მოხუცებსაც აღნიშნებათ ამა-თუ-იმ ხარისხით გამოხატული ე.წ. სიბერესთან (ასაკთან) შეჭიდული ისეთი პათოლოგიები და მდგომარეობები, როგორიცაა საღეჭი აპარატის დეფექტურობით/დეფიციტურობით გამოწვეული კვების მოშლა და მისი გართულებები, მოძრაობის/გადაადგილების უნარის შეზღუდვა, მხედველობის, მენტალური (დემენციური, კოგნიტური), საჭმლის მონელებისა და საშარდე სისტემის პრობლემები და სხვ. (Zarit SH, Zarit JM, 2012; Thomas E et al., 2004; Mannoni A et al., 2003; Leveille SG et al., 2002).

აღნიშნულიდან გამომდინარე, მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა უნდა უზრუნველყოფდეს ყველა აღნიშნული პრობლემის ადეკვატურ მართვას.

სხვადასხვა ქვეყნების მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელების კრიტიკულად გაანალიზებამ დაგვარწმუნა, რომ ასეთი ეროვნული მოდელის შემუშავებისას მეტად უნდა იყოს გათვალისწინებული თავად ხანდაზმული მოსახლეობის მოთხოვნილებები და საჭიროებები სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე (Heyland DK et al., 2006; Detering KM et al., 2010; Zweibel NR, Cassel CK, 1989). გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ამ კონტინგენტის მოთხოვნილებები და პალიატიური მზრუნველობისადმი დამოკიდებულებები მნიშვნელოვანწილად განისაზღვრება დარჩენილი სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გაცნობიერებითაც (Zweibel NR et al., 1989; Brumley R et al., 2007; Detering KM et al., 2010).

ქრონიკულ მოპროგრესე დაავადებათა ტერმინალური სტადიით შეპყრობილ მოხუცთა მკურნალობისა და მზრუნველობის საბჭოთა პერიოდის ტრადიცია -

სიცოცხლის ბოლომდე მკურნალობის არშეწყვეტა - ეფუძნებოდა სიკვდილის, როგორც გარდაუვალის აღიარებისა და მისთვის მზადების ხელშეწყობის საჭიროების მიუღებლობას. ხშირად ისეც ხდებოდა, რომ მკურნალობას შედეგის ნაცვლად ახალი პრობლემები მოჰქონდა (სამედიცინო და ფინანსური). ამის მიუხედავად, ზემოაღნიშნული ტრადიციის გამო, ერთი მხრივ, და არასაკმარისი კომპეტენციის გამო, მეორე მხრივ, ექიმებს უჭირდათ პასუხისმგებლობის აღება გადაწყვეტილებაზე, რომ უსარგებლო მკურნალობა პალიატიური მზრუნველობით ჩაენაცვლოს.

ადეკვატური გადაწყვეტილებების მიღებას ართულებს ისიც, რომ ხშირად, ხანდაზმულ პაციენტებთან კონტაქტი გაძნელებულია (ან შეუძლებელია) მათი მენტალური პრობლემების გამო (უგონო მდგომარეობაში ყოფნა, ასაკობრივი დემენცია, დელირიუმი და მისთ.) და ექიმებს კომუნიკაცია უწევთ პაციენტების ახლობლებთან (ოჯახის წევრებთან), როგორც სუროგატულ „გადაწყვეტილებების მიმღებებთან“ (Chikhladze N et al., 2016; Datta SS et al., 2016). აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ „ბოლომდე მკურნალობის“ და „სიკვდილის, როგორც სიცოცხლის ბუნებრივი გაგრძელების მიუღებლობის“ დამკვიდრებული ტრადიცია, პაციენტის ოჯახის წევრებსაც უშლის ხელს ადეკვატური მოთხოვნების ჩამოყალიბებასა და გადაწყვეტილებების მიღებაში.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის საფუძველზე, მიზანშეწონილია, მკურნალობა/მზრუნველობის მიმართ ხანდაზმული ინკურაბელური პაციენტების მოთხოვნებისა და დამოკიდებულებების გამოკვლევა და სისტემატიზაცია იმ მიზნით, რომ ეს მოთხოვნები და დამოკიდებულებები გათვალისწინებულ იქნას მაშინაც კი, როდესაც პაციენტს, თავისი მდგომარეობის გამო საკუთარი აზრის მოწოდება არ შეუძლია.

ამასთანავე, იმის გათვალისწინებით, რომ ხანდაზმულ და მოპროგრესე განუკურნელი ქრონიკული დაავადებით შეპყრობილ პაციენტთა ოჯახის წევრებს ხშირად უწევთ „სუროგატული“ გადაწყვეტილებების მიღება პაციენტთა ნაცვლად, ასევე მიზანშეწონილია მკურნალობა/მზრუნველობის მიმართ მათი მოთხოვნებისა და დამოკიდებულებების გამოკვლევა და სისტემატიზაცია.

ხელმისაწვდომი ლიტერატურის მიმოხილვა უჩვენებს, რომ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში არ განხორციელებულა არც სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გამაცნობიერებელ ხანდაზმულ პირთა და არც მათი ოჯახის წევრთა აღქმებისა და დამოკიდებულებების გამოკვლევა. ამდენად, პარადოქსულია, მაგრამ ფაქტია, რომ ქრონიკული უკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით შეპყრობილ პაციენტებისათვის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები “ფართოდ” ითვალისწინებენ საკუთარ და “მცირედ” – ამ მომსახურების მომხმარებელთა აღქმას, დამოკიდებულებასა და მოთხოვნებს მკურნალობა/პალიატიური მზრუნველობის მიმართ.

უკანასკნელი წლების მანძილზე საქართველოში “ადამიანთა უფლებების” და, შესაბამისად, „პაციენტთა უფლებების“ პრობლემის აქტუალიზაციამ, მათ შორის „ცუდი“ დაგნოზისა და პროგნოზის არა მარტო გამხელის, არამედ განსჯისა და პაციენტთა სურვილების (ნების) გათვალისწინების აუცილებლობამ, დღის წესრიგში დააყენა ხანდაზმულ პაციენტთა მოთხოვნებისა და დამოკიდებულებების გამოკვლევა მათთვის მზრუნველობის პროცესის სწორად დაგეგმვისათვის.

საზოგადოდ, პალიატიური მზრუნველობა მულტიპროფილურია, მოიცავს სამედიცინო, სოციალურ, ფსიქოლოგიურ, რელიგიურ, ეკონომიკურ, იურიდიულ მდგენელებს. მოხუცებულთა მზრუნველობის ორგანიზებისას ამ მდგენელთა ნაწილი კიდევ უფრო გააქტუალურებულია: მაგალითად, სოციალური დახმარება (მოხუცებში მატულობს სოციალური შემწეობის აუცილებლობა), იურიდიული მომსახურება (მოხუცებში აქტუალური ხდება სხვადასხვა იურიდიული საკითხების სასწრაფოდ მოგვარება, მათ შორის, ვთქვათ, მემკვიდრეობის გადაცემის საკითხები და მისთანანი). ამდენად, მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელი, წმინდა სამედიცინო და ფსიქოლოგიური დახმარების გარდა, უნდა ითვალისწინებდეს ამ პრობლემათა მოგვარებასაც.

2009 წელს, ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ალ. ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტის გერონტოლოგიისა და პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტის ინიციატივით მოეწყო 24 ექსპერტის შეხვედრა.

ექსპერტები წარმოადგენდნენ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა დეპარტამენტებს, საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტს, საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციას, პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნულ ასოციაციას, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის იურიდიულ, ეკონომიკისა და ბიზნესის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა (სოციოლოგიის მიმართულება) და მედიცინის ფაკულტეტებს, ალ. ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტის გერონტოლოგიისა და პალიატიური მედიცინის დეპარტამენტს, პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ექსპერტებს. შეკრების ამოცანას წარმოადგენდა იმ პრობლემების იდენტიფიკაცია, რომელთა გათვალისწინებაც აუცილებელია საქართველოში მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელის შექმნისათვის.

შეხვედრაზე სულ გამოიკვეთა 41 საკითხი (პრობლემა). მათგან ვორქშოფის მონაწილეთა 60%-ზე მეტის ის მხარდაჭერა ჰპოვა 7-მა საკითხმა (პრობლემამ), რომელთა გათვალისწინებაც ჩაითვალა აუცილებლობად (მიზანშეწონილად). ესენია:

- 1) ქვეყანაში მოხუცთა და ხანდაზმულთა გადანაწილების შესწავლა რეგიონების მიხედვით;
- 2) საქართველოში მოხუცთა და ხანდაზმულთა დაავადების სტრუქტურის გამოკვლევა;
- 3) მოხუცთა და ხანდაზმულთა სამედიცინო მომსახურების დროს გამოყენებულ ძირითად სამკურნალწამლო საშუალებათა ეფექტურობის გამოკვლევა;
- 4) მოხუცთა და ხანდაზმულთა ეკონომიკური პრობლემების იდენტიფიკაცია;
- 5) მოხუცთა და ხანდაზმულთა სამედიცინო და სოციალური დაზღვევის პაკეტების ეფექტურობის კვლევა;
- 6) მოხუცთა და ხანდაზმულთა საჭიროებათა იურიდიული უზრუნველყოფის შესაძლებლობათა გამოკვლევა;

7) მოხუცთა და ხანდაზმულთა, აგრეთვე მათი ოჯახის წევრთა აზრის კვლევა იმის თაობაზე, თუ რას უნდა ითვალისწინებდეს აუცილებლად მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მომსახურება.

ამასთანავე, მსჯელობის დროს გამოიკვეთა, რომ მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელის შემუშავებისას აუცილებლად გასათვალისწინებელია, რომ:

- საქართველოში ხანდაზმული პირები შეადგენენ ქვეყნის მოსახლეობის თითქმის 25%-ს (სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის მონაცემები, 2009 წ.)
- ხანდაზმული პირები ქმნიან ქრონიკული და ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილთა ძირითად კონტინგენტს (67-70%) (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემები (2005-2009 წწ.);
- ხანდაზმულთა მიმართ მზრუნველობა ტრადიციულად წარმოადგენს საზოგადოების ვალდებულებას, ოჯახის და მთლიანად ერის ღირსების საქმეს (გაერთიანებული ერების დეკლარაცია).

აღნიშნული პრობლემები დაედო საფუძვლად ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ალ. ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტის გერონტოლოგიისა და პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტის კომპლექსურ, მულტიფოკუსურ კვლევით პროგრამას, რომელიც დაიწყო 2010 წელს და დღემდე გრძელდება.

წარმოდგენილი ნაშრომი წარმოადგენს ამ პროგრამის შემადგენელ ნაწილს, რომელიც ფოკუსირებულია ზემოთ მოცემული ჩამონათვალის მე-2, მე-3 და მე-7 პუნქტებზე.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის ადეკვატური მოდელის შექმნისათვის დასაბუთებული რეკომენდაციების შემუშავება **შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტის გზით:**

1. საქართველოში მოხუცთა (ხანდაზმულთა) იმ ქრონიკული დაავადებების იდენტიფიკაცია, რომლებიც ყველაზე ხშირად იწვევს პალიატიური მზრუნველობის

საჭიროებას, ერთი მხრივ, და რომელთა ფარმაცოთერაპიაც საჭიროებს „გერიატრიულ კორექციას“ მეორე მხრივ.

2. მოპროგრესე განუკურნელი ქრონიკული დაავადებით შეპყრობილ ხანდაზმულ პაციენტთა მკურნალობა/მზრუნველობის მიმართ ამ პაციენტთა ოჯახის წევრების მოთხოვნებისა და დამოკიდებულებების გამოკვლევა და სისტემატიზაცია.

3. სიცოცხლის ლიმიტირებული ხანგრძლივობის გამაცნობიერებელ ისეთი ”ჯანმრთელი” ხანდაზმული (85 წლისა და მეტი ასაკის) პირების ცხოვრების მიწურულის მოთხოვნილებებისა და დამოკიდებულებების გამოკვლევა და სისტემატიზაცია, რომელთა მენტალური მდგომარეობაც ადეკვატურია.

დასაცავად გამოსატანი დებულებები

- გულ-სისხლძარღვთა, ნევროლოგიური და ძვალ-კუნთოვანი სისტემის დაავადებების, ასევე სიმსივნეების შორსწასულ სტადიების სტანდარტული მედიკამენტური მკურნალობა მნიშვნელოვნად ნაკლებეფექტურია მოხუცთა და ხანდაზმულთა ასაკში რაც დამატებით არგუმენტს წარმოადგენს მკურნალობაში პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ინტეგრაციისათვის;

- როგორც ხანდაზმულთა მხრივ, ისე მათი ოჯახის წევრების მხრივ, მკურნალობით/პალიატიური მზრუნველობით კმაყოფილების ხარისხი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმის აღქმაზე, თუ ეს მკურნალობა/მზრუნველობა რამდენად ხორციელდება პაციენტის პიროვნული პატივისცემის ნიშნით.

მეცნიერული სიახლე

- სიმსივნური დაავადებების მქონე ავადმყოფთა საერთო რაოდენობა მატულობს ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. ამასთანავე, სიმსივნით ავადმყოფ ხანდაზმულთა რაოდენობა ჩამორჩება საშუალო ასაკის ასეთსავე ავადმყოფთა რაოდენობას, თუმცა, 5-ჯერ აჭარბებს სიმსივნით დაავადებულ ახალგაზრდების რიცხვს. ხანდაზმულთა ხვედრითი წილი ყველაზე მაღალია გულ-სისხლძარღვთა,

შარდ-სასქესო, სასუნთქი, თვალის და ენდოკრინული სისტემის დაავადებების მქონე ავადმყოფებს შორის (აღნიშნული დაავადებები შეადგენს ქრონიკული პათოლოგიების 89.3 %-ს), რაც გათვალისწინებული უნდა იქნას მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელის შექმნისას.

- 80 წელს გადაცილებულ იმ ხანდაზმულთა მოთხოვნილებების იერარქიაში, რომლებიც აცნობიერებენ დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობის ლიმიტურობას, მაგრამ ინარჩუნებენ სოციალურ აქტივობას, ცალსახად სჭარბობს სოციალური ურთიერთობის, სიყვარულისა და პატივისცემის მოთხოვნილება.

- სამედიცინო პალიატიური მზრუნველობით მოხუცი პაციენტების ოჯახის წევრთა კმაყოფილების დონე არ განისაზღვრება მხოლოდ გაწეული სამედიცინო მომსახურების შედეგით. ის მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული იმის აღქმაზე, თუ რამდენად ხორციელდება ეს მომსახურება ადეკვატური კომუნიკაციის თანხლებით, რაც ადასტურებს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისადმი მედიკოსთა პიროვნულ პატივისცემას.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

- საქართველოში ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის სრულფასოვანი სამედიცინო მომსახურების მიზნით, სამედიცინო განათლების ყველა დონეზე აუცილებელია ზოგადი გერონტოლოგიისა და გერიატრიის სასწავლო პროგრამის დანერგვა, რაც ხელს შეუწყობს საქართველოში მცხოვრებ უფროსი ასაკის მოსახლეობაში არა მარტო დაავადებათა პრევენციის და კვალიფიცირებული სამედიცინო მომსახურების სისტემის ჩამოყალიბებას, არამედ იქნება მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის ადეკვატური მოდელის ჩამოყალიბების მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორი.

- მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მიმწოდებელმა მედიკოსებმა აუცილებელია გაიარონ პალიატიური მზრუნველობის საბაზისო კურსი, რომელიც, სიმპტომთა კონტროლის გარდა მოიცავს სამედიცინო ეთიკასა და კომუნიკაციის ხელოვნებას, იმის მიუხედავად, რომ მოქმედი კანონმდებლობით,

არასტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის მომწოდებლებს, ასეთი განათლება არ მოეთხოვებათ.

- მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელი უნდა ითვალისწინებდეს პაციენტებთან სრულფასოვანი კომუნიკაციის და მათი აღქმებისა და დამოკიდებულებების გაზიარებასა და პატივისცემას.

აპრობაცია:

დისერტაციის ფრაგმენტები მოხსენებულია:

- 2012 წლის ივნისში ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის VII სამეცნიერო კონგრესზე (ტრონდჰეიმი, ნორვეგია);
- 2013 წლის ივნისში ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის მე-13 მსოფლიო კონგრესზე (პრაღა, ჩეხეთი);
- 2014 წლის თსუ ივ. ჯავახიშვილის ფორუმზე;
- 2014 წლის ივნისში ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის VIII სამეცნიერო კონგრესზე (ლიედა, ესპანეთი);
- 2015 წლის ნოემბერში ივ. ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში ჩატარებულ პალიატიური მედიცინის პირველ საერთაშორისო სიმპოზიუმზე - „For Integration of Healthcare and University Components of Palliative Care - Medical Services, Education and Research“;

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომები:

- Geriatric Palliative Care Models Based on the Perceptions of - And Attitudes toward End-of-Life Needs and Demands of Target Population. Kordzaia D., Rukhadze T., Velijanashvili M., Amirejibi D., Durglishvili N., Labadze T., Palliative Medicine 2012, 26(4):657
- Onyeka, T. C., M. Velijanashvili, S. G. Abdissa, F. A. Manase, and D. Kordzaia. "Twenty-first century palliative care: a tale of four nations." *European journal of cancer care* 22, no. 5 (2013): 597-604;

- Perceptions of- and Attitudes towards End-of-Life Needs and Demands of Elders over 80 Years Continuing Intellectual Work in Georgia. *Chikhladze N., Velijanashvili M., Kordzaia D.* 8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care, Abstract: A-615-0011-00756
- Velijanashvili M., Dalakishvili S., Kordzaia D. Analysis of Morbidity Proves the Necessity of Palliative Care in Elders. *European Journal of Palliative Care, Special Issue (13th World Congress of the European Association for Palliative Care, Prague, Czech Republic, 30 May – 2 June), 2013, p. 138);*
- Chikhladze, N., Janberidze, E., Velijanashvili, M., Chkhartishvili, N., Jintcharadze, M., Verne, J., & Kordzaia, D. (2016). Mismatch between physicians and family members views on communications about patients with chronic incurable diseases receiving care in critical and intensive care settings in Georgia: a quantitative observational survey. *BMC Palliative Care, 15*, 63. <http://doi.org/10.1186/s12904-016-0135-2>);

ლიტერატურის მიმოხილვა

პალიატიური მზრუნველობის არსი

ჯანმოს განმარტება (WHO)

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, „პალიატიური მზრუნველობა არის მიდგომა, რომელიც აუშჯობესებს იმ პაციენტებისა და მათი ოჯახების სიცოცხლის ხარისხს, რომლებიც დგანან სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებებისა და მათთან ასოცირებული პრობლემების წინაშე, ეს კი ხდება ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით, ტკივილისა და სხვა პრობლემების ადრეული იდენტიფიკაციის, შეფასების და მართვის, ფიზიკური, ფსიქოსოციალური და სულიერი თანადგომის მეშვეობით.

პალიატიური მზრუნველობა:

- უზრუნველყოფს ტკივილისა და სხვა შემაწუხებელი სიმპტომების შემსუბუქებას/მოხსნას
- აუშჯობესებს სიცოცხლეს და მიიჩნევს სიკვდილს, როგორც ნორმალურ პროცესს
- არ ისახავს მიზნად სიკვდილის დაჩქარებას ან პირიქით, გადავადებას
- აერთიანებს პაციენტის მოვლის ფსიქოლოგიურ და სულიერ ასპექტებს
- პაციენტებს სთავაზობს თანადგომის სისტემას, რის მეშვეობითაც მათ შეუძლიათ რაც შეიძლება აქტიურად იცხოვრონ სიკვდილის დადგომამდე
- პაციენტის ოჯახს სთავაზობს მხარდაჭერის სისტემას, რომელიც ეხმარება მათ გადაიტანონ პაციენტის ავადმყოფობის და მისი გარდაცვალების შემდგომი გლოვის პერიოდი

- იყენებს გუნდური მიდგომის პრინციპს, რათა ყურადღება მიქცეული იქნას პაციენტებისა და მათი ოჯახების საჭიროებებზე, რაშიც ასევე შედის გლოვის პერიოდის კონსულტაცია, თუ ამის საჭიროება არსებობს
- აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს და ასევე შესაძლოა დადებითი გავლენა მოახდინოს დაავადების მიმდინარეობაზე
- შესაძლოა მისი დაწყება დაავადების ადრეულ ეტაპზე, სხვა თერაპიებთან კომპლექსში, რომლებიც ითვალისწინებენ სიცოცხლის გახანგრძლივებას, როგორცაა მაგ. ქიმიოთერაპია ან რადიოთერაპია, ასევე მოიცავს იმ გამოკვლევებს, რომლებიც საჭიროა შემაწუხებელი კლინიკური გართულებების უკეთესი შემცნებისა და მართვისთვის.“ (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>).

პალიატიური მზრუნველობის ევროპის ასოციაციის (EAPC) განმარტება

ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის (EAPC) განმარტებით, „პალიატიური მზრუნველობა არის იმ პაციენტების აქტიური, ყოვლისმომცველი მოვლა, რომელთა დაავადება აღარ ექვემდებარება განკურნებას. მასში უდიდესი წვლილი მიუძღვის ტკივილისა და სხვა სიმპტომების, სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი პრობლემების მართვას.

პალიატიური მზრუნველობა არის ინტერდისციპლინური მიდგომა და თავის არეალში მოიცავს პაციენტს, მის ოჯახს და მთლიანად საზოგადოებას. არსებითად, პალიატიური მზრუნველობის ვალია უზრუნველყოს მოვლა მისი ბაზისური კონცეფციით - რომელიც მთლიანად ფარავს პაციენტის საჭიროებებს იმის მიუხედავად, სახლში ხდება მოვლა თუ ჰოსპიტალში.

პალიატიური მზრუნველობა აუმჯობესებს სიცოცხლეს და მიიჩნევს სიკვდილს როგორც ნორმალურ პროცესს; იგი არ ახდენს გარდაცვალების დაჩქარებას ან გადავადებას. მისი დანიშნულებაა სიცოცხლის შემდგომი დაგვარად მაღალი ხარისხის

შენარჩუნება

გარდაცვალებამდე“

(www.eapcnet.eu/corporate/abouttheeapc/definitionandaims.aspx).

პალიატიური მზრუნველობის განმარტება საქართველოს კანონებში

საქართველოს კანონმდებლობაში, კერძოდ, კანონებში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „პაციენტის უფლებების შესახებ“ პალიატიური მზრუნველობა შემდეგნაირად არის განმარტებული:

„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 ავადმყოფისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება“

(http://www.tbilisi.gov.ge/img/original/2015/7/20/73321791774patsientis_uflebebis_shesakheb_sakartvelos_kanoni.pdf).

პალიატიურ მზრუნველობაზე მოთხოვნა (საჭიროება) და მასზე ხელმისაწვდომობა მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში (ჯანმოს 2015 წლის მონაცემებით)

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2015 წლის ივლისის მონაცემებით (Fact sheet N°402, July 2015) (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>):

- ყოველწლიურად, დაახლოებით 40 მილიონი ადამიანი საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას მსოფლიოში, მათგან 78% ცხოვრობს დაბალი ან საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში.
- მსოფლიოს მასშტაბით ამჟამად, პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე ადამიანების მხოლოდ დაახლოებით 14% იღებს მას.
- მორფინსა და პალიატიური მზრუნველობისთვის საჭირო სხვა ესენციურ კონტროლირებად მედიკამენტებზე დაწესებული ზედმეტად მკაცრი რეგულაციები ხელს უშლის ტკივილის ადეკვატური მართვის და პალიატიური მზრუნველობის სათანადო განხორციელებას.

- ტრენინგისა და განათლების ნაკლებობა პალიატიური მზრუნველობის დარგში ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის წარმოადგენს მზრუნველობისადმი ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების უმთავრეს ბარიერს.

- პალიატიურ მზრუნველობაზე გლობალური მოთხოვნა მომავალში მხოლოდ გაიზრდება, რაც გამოწვეულია არა-გადამდები დაავადებების სიხშირის და მოხუცებული ასაკის მოსახლეობის ზრდის ტემპით.

- ადრეულად დაწყებული პალიატიური მზრუნველობა ამცირებს არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციების სიხშირეს და ჯანდაცვის რესურსების ხარჯვას.

პალიატიური მზრუნველობა პირდაპირ მოიაზრება ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის სფეროში ადამიანის უფლებად. მისი მიწოდება უნდა ხდებოდეს პიროვნებაზე ორიენტირებული და ინტეგრირებული ჯანდაცვის სერვისების გზით, რომელიც სპეციალურად ამხვილებს ყურადღებას ინდივიდის სპეციფიურ საჭიროებებსა და არჩევანზე (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>).

პალიატიური მზრუნველობა მრავალი დაავადების მიმდინარეობისას ხდება საჭირო. მოზრდილი ადამიანების უმრავლესობას, რომლებიც საჭიროებენ ამ მზრუნველობას, აქვთ ქრონიკული დაავადებები, მაგ. გულ-სისხლძარღვთა (38.5%) და სასუნთქი სისტემების (10.3%), შიდა (5.7%) და დიაბეტი (4.6%). პალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებს ასევე თირკმლის უკმარისობა, ღვიძლის ქრონიკული დაავადებები, გაფანტული სკლეროზი, პარკინსონის დაავადება, რევმატოიდული ართრიტი, ნერვ-კუნთოვანი დაავადებები, დემენცია, მედიკამენტ-რეზისტენტული ტუბერკულოზი და თანდაყოლილი ანომალიები

პალიატიური პაციენტების ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი და სერიოზული სიმპტომია ტკივილი. შორსწასული პროგრესირებადი დაავადებებთან ასოცირებული ტკივილის მართვისთვის აუცილებელია ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლები. მაგ., შიდასით ან კიბოთი დაავადებული პაციენტების 80%-ს და გულსისხლძარღვთა ან ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით პაციენტების 67% განიცდის საშუალოდან მწვავე ხარისხამდე ტკივილის, სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე (Seya MJ et al., 2011).

ოპიოიდები ასევე ამსუბუქებს ისეთ დისტრესულ ფიზიკურ სიმპტომს, როგორიცაა სუნთქვის უკმარისობა. ასეთი სიმპტომების კონტროლი დაავადების ადრეული სტადიაზე წარმოადგენს ექიმის ეთიკურ მოვალეობას, რათა უზრუნველყოფილი იქნა ტანჯვის შემცირება და ადამიანების ღირსების პატივისცემა (Seya MJ et al., 2011).

პალიატიურ მზრუნველობაზე არასაკმარისი ხელმისაწვდომობა

როგორც ზემოთ აღინიშნა, ყოველ წელს დაახლოებით 40 მილიონი ადამიანი საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას, ამათგან 78% ცხოვრობს დაბალი ან საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში. მსოფლიოს მასშტაბით, მთელი რიგი მნიშვნელოვანი ბარიერების გადალახვაა საჭირო, რათა მოხდეს პალიატიური მზრუნველობის „ღიად დარჩენილი“ საკითხების დაკმაყოფილება:

- ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა და სისტემები ხშირად არ- ან არასრულად შეიცავს პალიატიური მზრუნველობის კომპონენტს
- პალიატიურ მზრუნველობაში ჯანდაცვის პროფესიონალთა ტრენინგი ხშირად შეზღუდულია ან საერთოდ არ არსებობს
- მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ოპიოიდებით ტკვილის გაყუჩებაზე არასაკმარისია ან არასათანადო და ვერ შეესაბამება საერთაშორისო კონვენციებს ესენციური მედიკამენტების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით (Seya MJ et al., 2011).

2011 წელს ჩატარებულ კვლევაში (Lynch T et al., 2013), რომელშიც 234 ქვეყანა / რეგიონი მონაწილეობდა, აღმოჩნდა, რომ პალიატიური მზრუნველობა კარგად ინტეგრირებული იყო მხოლოდ 20 ქვეყანაში, ხოლო 42%-ს საერთოდ არ ჰქონდა არანაირი პალიატიური მზრუნველობის სერვისები (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>)

2010 წელს, ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭომ გამოავლინა, რომ ტკივილის გაყუჩებისთვის ოპიოიდების მოხმარების დონე დაახლოებით 121 ქვეყანაში იყო „არაადექვატური“ ან „ძლიერ არაადექვატური“ (არ შეესაბამებოდა ბაზისურ სამედიცინო საჭიროებებს) (Seya MJ et al., 2011). 2011 წელს დადგინდა, რომ

მსოფლიო მოსახლეობის 83% ცხოვრობს ისეთ ქვეყნებში, რომელთაც საერთოდ არა აქვთ ან აქვთ დაბალი ხელმისაწვდომობა ოპიოიდებით ტკივილის გაყუჩებაზე (Seya MJ et al., 2011). სამწუხაროდ, საქართველოც ამ ქვეყნების სიაშია.

პალიატიური მზრუნველობის სხვა ბარიერები მოიცავს:

- პოლიტიკოსებს, ჯანდაცვის პროფესიონალებსა და საერთოდ საზოგადოებაში არსებული არასაკმარისი განათლება პალიატიური მზრუნველობის რაობის და მისი სარგებელის შესახებ პაციენტებისა და ჯანდაცვის სისტემებისთვის
- კულტურული და სოციალური ბარიერები, როგორიცაა სიკვდილისა და გარდაცვალების შესახებ გავრცელებული რწმენები
- პალიატიური მზრუნველობის არასწორი გაგება, როგორიცაა მაგ. რომ ის განკუთვნილია მხოლოდ კიბოთი დაავადებული პაციენტებისთვის, ან მხოლოდ სიცოცხლის ბოლო კვირების განმავლობაში
- არასწორი მოსაზრებები, მაგ. ის რომ ოპიოიდებით ტკივილგაყუჩებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა გამოიწვევს გაზრდილ წამალდამოკიდებულებას. (Ling W et al., 2011)

აღსანიშნავია, რომ პალიატიური მზრუნველობა ყველაზე მეტად ეფექტურია, როცა იგი იწყება ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების მიმდინარეობის ადრეულ სტადიაზე. ადრეული პალიატიური მზრუნველობა არა მხოლოდ აუმჯობესებს პაციენტების სიცოცხლის ხარისხს, არამედ ასევე ამცირებს არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციების რიცხვს და ჯანდაცვის სერვისების უყარათო ხარჯვას (Ouslander JG, Berenson RA, 2011).

2014 წელს, პალიატიური მზრუნველობის შესახებ პირველი გლობალური რეზოლუციის თანახმად (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf>), გაკეთდა მოწოდება ჯანმოსა და მისი წევრი სახელმწიფოების მიმართ, რათა მომხდარიყო პალიატიური მზრუნველობის, როგორც ჯანდაცვის სისტემების მთავარი კომპონენტის მიმართ ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, ამასთანავე, ხაზი გაესვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლსა და ადგილობრივ / სახლში მოვლის

სამედიცინო სერვისების განვითარების აუცილებლობას. მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს ასეთი სერვისების აუცილებელ კომპონენტს.

ამდენად, მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა არ შეიძლება განხილულ იქნას ჯანდაცვის სისტემის ცალკე ან დამატებით კომპონენტად, რომელიც ასოცირებული იქნება დამატებით დანახარჯებთან მთავრობის და/ან სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან. როგორც ზემოთ აღინიშნა, პალიატიური მზრუნველობის ბენეფიციართა რიცხვი საკმაოდ დიდია და მათი თითქმის 80% ცხოვრობს დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში (რომელთა შორის არის საქართველოც). ამასთან, პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მეორე კონტინგენტში საკმაოდ მაღალია ქრონიკული დაავადებების (არა-კიბოს) დიაგნოზი, რაც ხშირ შემთხვევაში თან ახლავს მოხუცებულთა ასაკს (გულის უკმარისობა, შაქრიანი დიაბეტი, თირკმლის უკმარისობა, ძვალ-სახსროვანი პათოლოგიები, ნერვული სისტემის დაავადებები და სხვა). ამ კონტინგენტზე მზრუნველობა წარმოადგენს სახელმწიფოს და ჯანდაცვის სისტემის პირდაპირ მოვალეობას, რაც უფრო ხელსაყრელია (როგორც ფინანსურად ასევე ორგანიზაციულად) ხორციელდებოდეს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის და ადგილობრივი / სახლში მოვლის სერვისების გზით. ამ უკანასკნელთა განვითარებას და მათი პროცესში ჩართვის აუცილებლობას ხაზს უსვამს 2014 წელს მიღებული პალიატიური მზრუნველობის შესახებ პირველი გლობალური რეზოლუცია (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf>), რომლის თანახმადაც მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა მოიაზრება ამ სერვისების აუცილებელ კომპონენტად.

მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა

დემოგრაფიული დაბერება და მისი მაჩვენებლები სხვადასხვა ქვეყნებში

დემოგრაფიული დაბერება გლობალური მოვლენაა, რომელიც შეეხო მსოფლიოს ყველა ქვეყანას. ამ პროცესმა მიიღო უპრეცედენტო მასშტაბი, რომელსაც არ მოეძიება ანალოგი კაცობრიობის განვითარების ისტორიაში. მოსახლეობის დაბერება ხანგრძლივი პროცესია და ხანდაზმულ ადამიანთა (60

წლისა და მეტის) რაოდენობის ზრდით ხასიათდება, მაშინ როცა ბავშვთა (15 წლამდე ასაკისა) და შრომისუნარიანი ასაკის მოსახლეობის (15-დან 59 წლამდე) ხვდრითი წილი მცირდება (Stolnitz GJ, 1992; Peterson PG, 1998; Kowaleski JT, 2011).

ედვარდ როსეტის კლასიფიკაციით სიბერის ქვემო ზღვრად (დასაწყისად) 60 წელია მიჩნეული. ითვლება, რომ ქვეყნები, რომლებშიც 60 წლისა და უფროსი ასაკის პირთა წილი მთელ მოსახლეობაში 8%-ზე ნაკლებს შეადგენს, დემოგრაფიულად “ახალგაზრდაა”. სადაც ამ ასაკის პირთა ჯგუფის წილი 8 - დან 12 %-მდე მერყეობს “დაბერების წინარე” პერიოდში იმყოფება; ხოლო ქვეყნებს 12%-ზე მეტი მაჩვენებლით ახასიათებენ როგორც დემოგრაფიულად “დაბერებულს”.

ეს უკანასკნელი ჯგუფი თავის მხრივ იყოფა:

- “სიბერის საწყისი სტადია” – 12 – 14 %
- “სიბერის საშუალო სტადია” – 14 – 16 %
- “სიბერის განვითარებული დონე” – 16 - 18 %
- “სიბერის ძალზე მაღალი დონე” – 18 % და მეტი (Rosset E, 2013;

Cowgill DO, 1974).

გაეროს დემოგრაფიის განყოფილების ექსპერტებმა 1959 წელს დაბერების პროცესთა შეფასების ზღვრულ ასაკად 65 წელი მიიჩნიეს და შემოგვთავაზეს მოსახლეობის დემოგრაფიული ასაკის განმსაზღვრელი სამი დონე:

- 4%-მდე – ახალგაზრდა მოსახლეობა
- 4-დან 7%-მდე – ზრდასრული მოსახლეობა
- 7%-ზე მეტი – მოხუცი მოსახლეობა (Peterson PG. Gray dawn,

1999; Nyce SA et al., 2005).

მოსახლეობის დემოგრაფიული დაბერების ტენდენცია პირველად საფრანგეთში აღინიშნა. 1870 წელს საფრანგეთი დემოგრაფიული დაბერების ზღურბლს (12%) გასცდა, ოდნავ მოგვიანებით, 1901 წელს დემოგრაფიული დაბერების ზღურბლს შვედეთმა გადააბიჯა, 1931 წელს – დიდმა ბრიტანეთმა, 1937 წელს – გერმანიამ. მოსახლეობის დაბერების პროცესი განსაკუთრებით

ინტენსიურია დასავლეთ ევროპაში, იაპონიასა და აშშ-ში. აზიის, აფრიკის და ლათინური ამერიკის განვითარებად ქვეყნებში მაღალი შობადობის შედეგად, მოსახლეობა – ახალგაზრდაა, ამ ქვეყნებში ხანდაზმული ადამიანების წილი 5 - 6 %-ს არ აღემატება (Anderson GF, Hussey PS., 2000; Christensen K et al., 2009).

2007 წელს მსოფლიოს ხანდაზმული მოსახლეობის რიცხვი 705 მილ. შეადგენდა. 2050 წელს იგი 2 მილიარდს მიაღწევს. 5-ჯერ გაიზრდება 80 წლისა და უფროსი მოსახლეობის რიცხვი (იყო 94 მილ., იქნება 470 მილ.), გაიზრდება 100 წლისა და უფროსი ასაკის ადამიანთა რაოდენობაც (იყო 140 ათასი, ნავარაუდევია 2,2 მილ.) (Kowal P et al., 2012).

გაეროს ექსპერტთა შეფასებით 2050 წელს განვითარებულ ქვეყნებში ხანდაზმული მოსახლეობის რიცხვი შეადგენს 30%-ს, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში 20%-ს. სადღეისოდ მსოფლიო მოსახლეობის შემადგენლობაში 60 წლისა და მეტი ასაკის ადამიანთა რიცხვი მერყეობს 1,7 %-დან (არაბთა გაერთიანებული ემირატები) 27,9 %-მდე (იაპონია) (Sanderson W, Scherbov S., 2008).

1990 წლიდან საქართველოში მოსახლეობის საერთო რაოდენობა შემცირდა და იყო 5 424, 4 ათასი, 2007 წელს შეადგენდა 4 394, 7 ათასს. 2014 წლის აღრიცხვის თანახმად, ქვეყანაში დაფიქსირდა 4 490.5 ადამიანი. ნავარაუდებია, რომ საქართველოს მოსახლეობა ხოლო 2050 წლისთვის კიდევ უფრო შემცირდება და გახდება 3 164,2 ათასი ადამიანი (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo).

2007 წელს საქართველოში ხანდაზმული მოსახლეობა 19,6%-ს შეადგენდა, ხოლო 2050 წელს ეს მაჩვენებელი 30 %-იან ზღვარს მიაღწევს (საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემები).

მოსახლეობის დაბერების პროცესს აუცილებლად უნდა მიეცეს დადებითი ან უარყოფითი შეფასება (Baltes MM et al., 1996).

დადებითია პროცესი იმ შემთხვევაში, როდესაც მოსახლეობის დაბერება მიმდინარეობს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდის შედეგად, ხოლო

მოსახლეობის აღწარმოების ყველა პარამეტრი: შობადობა, მოკვდაობა, ბუნებრივი მატება დაბალანსებულია.

უარყოფითი შეფასება უნდა მიეცეს მოსახლეობის დაბერების იმ დემოგრაფიულ მაჩვენებლებს, როდესაც დაბერების პროცესი განპირობებულია ხანშიშესული და მოხუცი მოსახლეობის ხვედრითი წილის ზრდით მთლიან მოსახლეობაში და დარღვეულია მოსახლეობის აღწარმოების პარამეტრები. სამწუხაროდ, საქართველოში დემოგრაფიული ძვრები ამ მიმართულებით მიმდინარეობს. შემცირებულია სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, შობადობა, ბუნებრივი მატება, მაღალია მიგრაციისა და მოკვდაობის მაჩვენებლები.

მრავალ ქვეყანაში 60 წლის და მასზე უფროსი ასაკის მოსახლეობის რიცხვი უფრო სწრაფად იზრდება, ვიდრე სხვა ასაკობრივი ჯგუფები (Just JM et al, 2010).

ტრადიციულად, მოხუცებულობის კატეგორიას განეკუთვნებოდა 65 წლის და ზემოთ ასაკის ინდივიდები, თუმცა ამ განმარტების წარმომავლობა უცნობია. ასე, მაგალითად, იაპონიაში ჩატარებული კვლევის შედეგად, რომელიც ეფუძნებოდა ასაკოვანი კონტინგენტის ემპირიულ, კლინიკურ და პათოლოგიურ მონაცემებს, გამოითქვა ვარაუდი, რომ ტერმინი „მოხუცებული“ გამოყენებული უნდა იქნას 75 წლის და მეტი ასაკის ინდივიდებისთვის (Orimo H et al., 2006).

თანამედროვე გერონტოლოგია რთული, კომპლექსური საბუნებისმეტყველო მეცნიერებაა დაბერების შესახებ, რომელიც გარდა ბიოლოგიური ასპექტებისა მოიცავს დემოგრაფიის, მედიცინის, სოციოლოგიის, ეკონომიკის, ჰიგიენისა და ფსიქოლოგიის განხრებს. გერონტოლოგიის ძირითადი მიზანია – ადამიანს მისცეს შესაძლებლობა იცოცხლოს ფიზიოლოგიურ სიბერემდე. ამავე დროს, პიროვნებას მაქსიმალურად შეუნარჩუნოს საზოგადოებრივი და სოციალური აქტივობა, შრომისუნარიანობა სურვილი და, რაც მთავარია, განცდა – იყოს საზოგადოებისათვის სასარგებლო (Von Faber M et al., 2001).

ამასთანავე, მოსახლეობის დაბერება – რთული პროცესია, რომელიც დიდ გავლენას ახდენს ადამიანთა ცხოვრების ყველა სფეროზე. ეკონომიკური

თვალსაზრისით მოსახლეობის დაბერება აისახება ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, დანაზოგებზე, ინვესტიციებსა და მოხმარებაზე, შრომის ბაზარზე, პენსიებზე, გადასახადთა დაკისრებასა და თაობათა შორის ტრანსფერებზე, ოჯახის შემადგენლობაზე და ცხოვრების პირობებზე, საბინაო მოთხოვნილებაზე, მიგრაციის ტენდენციებზე, ეპიდემიოლოგიურ და სამედიცინო მომსახურებაზე. პოლიტიკურ სფეროში – შეუძლია გავლენა იქონიოს არჩევნების შედეგებზე (Magnus G., 2012).

ხანდაზმულებთან ურთიერთობა სამოქალაქო საზოგადოებაში სოციალური კეთილდღეობის შეფასების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კრიტერიუმს წარმოადგენს. თუნდაც იმიტომ, რომ საზოგადოება ვალდებულია დაუბრუნოს ხანდაზმულს ის, რაც მისგან კრედიტის სახით მიიღო შრომისუნარიან ასაკში, მაშინ როდესაც ისინი გაცილებით მეტს ქმნიდნენ, ვიდრე ამჟამად მოიხმარენ.

2002 წლის აპრილში ესპანეთში მიღებულ იქნა მადრიდის საერთაშორისო მოქმედების გეგმა და პოლიტიკური დეკლარაცია დაბერების პრობლემების შესახებ. იგი საერთაშორისო საზოგადოებისათვის იქცა შემობრუნების პუნქტად, ყველა ასაკის პირთაგან შემდგარი საზოგადოების აშენების აუცილებლობის შესახებ - ”პრინციპით – ერთიანი საზოგადოება, საერთო პრობლემები” (Sidorenko A, Walker A., 2004).

მადრიდის საერთაშორისო მოქმედების გეგმა ფოკუსირდება სამი ძირითადი პრიორიტეტული მიმართულებით:

- ხანდაზმული ადამიანები და საზოგადოების განვითარება
- ხანდაზმული ადამიანების ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის

განმტკიცება

- მათთვის ცხოვრების მოხერხებული და სასურველი გარემოს შექმნა

ეს თითოეული ქვეყნის აღმასრულებელი ხელისუფლებისგან მოითხოვს მოსახლეობის სოციალური დაცვის ახალი პოლიტიკის და სისტემის შექმნის აუცილებლობას.

გერიატრიული სამსახური ჯანდაცვის სისტემაში და მისი მნიშვნელობა

ყურადღებას იმსახურებს ის ფაქტი, რომ ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის ზრდის ტემპი პირდაპირ პროპორციულია მოსახლეობაში ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებათა რიცხვის ზრდასთან. საზოგადოებაში ყალიბდება ავადმყოფთა და უძლურთა სოლიდური ჯგუფი, რომლებიც საჭიროებენ არა მარტო სამედიცინო მომსახურებას, არამედ სოციალურ და ფსიქოლოგიურ თანადგომასაც (Nyce SA, Schieber SJ, 2005).

პალიატიური მზრუნველობის ფუნქციონირების სტანდარტული სისტემა არ არსებობს, ამდენად სხვადასხვა ქვეყნებში ეს სამსახური დამოუკიდებელი გეგმით ვითარდება და ეფუძნება იმ მოთხოვნების დაკმაყოფილებას რომელიც დგება პიროვნების, ოჯახის, საზოგადოების და ქვეყნის წინაშე.

მიუხედავად აღნიშნულისა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის შესაბამისად ამ დარგის ფუნქციების მრავალფეროვნება შეიძლება გავყოთ ორ ძირითად ჯგუფად:

- პალიატიური მზრუნველობა ბინაზე
- პალიატიური მზრუნველობა სტაციონარში

საგულისხმოა ის ფაქტი, რომ უფროსი ასაკის პირებს უქვეითდებათ თვითმომსახურების უნარი. განსაკუთრებით ისეთი დაავადებების დროს როგორცაა: საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის, გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემის დაავადებები, დიაბეტი, მხედველობა და სმენის დარღვევები.

გაერთიანებული ერების გენერალური ანსამბლეს 37-ე სესიამ შეიმუშავა მოქმედების პროგრამა, რომელიც გარდა სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენისა ორიენტირებული უნდა იყოს, რომ ხანდაზმულებს აღმოუჩინოს ეკონომიკური, სოციალური და ფსიქოლოგიური თანადგომა, რათა არ მოხდეს მათი იზოლირება ოჯახის და საზოგადოებისაგან (Weber G, Wolfmayr F., 2006). საზოგადოება ვალდებულია ხანდაზმულებს დაუბრუნოს ის კრედიტი, რომელიც მათ შრომისუნარიანობის წლებში გასცეს. ეს კი ბევრად მეტია ვიდრე ისინი საჭიროებენ დღეს.

უფროსი ასაკის მოსახლეობის სრულყოფილი სამკურნალო და პრევენციული სამსახურის სისტემის შექმნის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს, არა მარტო სტაციონალურ მომსახურებას, არამედ ხანდაზმულთა სამედიცინო-სოციალური მომსახურებით უზრუნველყოფას ბინაზე. აღნიშნული განპირობებულია ორი ძირითადი მიზეზით, პირველი ეს არის ამ კონტინგენტის მზარდი მოთხოვნა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ მომსახურებაზე, მეორე – ხანდაზმულ პაციენტთა უმეტესობას სურს დარჩეს ოჯახში, ნათესავებთან, ახლობლებთან, იმ გარემოში სადაც ისინი იმყოფებიან. მათ მზრუნველობაში აქტიურად უნდა იქნას ჩართული ოჯახის, სოციალური მუშაკის და სხვადასხვა პროფილის ექიმი-გერიატრები (თერაპევტი, ოფთალმოლოგი, ქირურგი, ნევროლოგი, ენდოკრინოლოგი და ა.შ) (Kemper P., 1992; Norgard TM, Rodgers WL., 1997).

მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის ზოგიერთი მოდელი

იმისათვის, რომ შემუშავებულიყო ერთიანი სისტემური მიდგომა (whole-system approach), ჯანმომ შეიმუშავა სამი კოლაბორაციული ცენტრი პალიატიური მზრუნველობისთვის:

- ჯანმოს პალიატიური მზრუნველობის კოლაბორაციული ცენტრი ოქსფორდში, დიდი ბრიტანეთი (Sir Michael Sobell House Hospice - <http://www.sobellhospiceoxford.org>)
- ჯანმოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პალიატიური მზრუნველობის კოლაბორაციული ცენტრი ბარსელონაში, ესპანეთი (Barcelona, Institut Catala d'Oncologia, 2010 - http://www.iconcologia.net/index_eng.htm)
- ჯანმოს პალიატიური მზრუნველობის და მოხუცთა მზრუნველობის კოლაბორაციული ცენტრი ლონდონში, დიდი ბრიტანეთი - Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London, 2010 (<http://www.kcl.ac.uk/palliative>).

სიცოცხლის მიწურულს მზრუნველობის სტრატეგია ინგლისში

ჯანდაცვის ეროვნული სერვისი (NHS – National Health Service) გაერთიანებულ სამეფოში მოქმედებს ჯანდაცვის დეპარტამენტის ცენტრალური მენეჯმენტის დაქვემდებარებით. პალიატიური მზრუნველობის დაფინანსება ხდება ჯანდაცვის ეროვნული სერვისის და მოხალისეთა სექტორის ფინანსური რესურსების კომბინაციით. მოვლის უწყვეტობის პრინციპი წარმოადგენს სიცოცხლის მიწურულს მზრუნველობის სტრატეგიის წამყვან მახასიათებელს (End of Life Care Strategy: promoting high quality care for all adults at the end of life. London, Department of Health, 2008.). სერვისები მიეწოდება ყველას, მიუხედავად მათი დიაგნოზისა და მოვლის სექტორისა. პალიატიური მზრუნველობის სტრატეგიაში გამოყოფილი თემები ეფუძნება მოხალისე ჰოსპისების კვლევების მტკიცებულებით მონაცემებს (Gysels M. et al., 2004), NHS -ის სიცოცხლის მიწურულის მოვლის პროგრამას (2004-2007), მარია კიურის კიბოს მოვლის არჩევით პროგრამას (End of life care: better patient outcomes, genuine patient choice. London, Marie Curie Delivering Choice Programme, 2009 (http://deliveringchoice.mariecurie.org.uk/NRrdonlyres/8D53D050-A160-475F-9DA6-344ED6ADD9AF/0/Feb09_DCPoverview.pdf) და ფართომასშტაბიან კონსულტაციების პრაქტიკას. ესენია:

- სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე მოვლის პროფილის გაფართოება (თხოვლობს სიცოცხლის ბოლო ეტაპთან დაკავშირებული საკითხების გაღრმავებულ ცოდნას);
- ყველა პროვაიდერ ორგანიზაციის და იმის შეფასება, თუ როგორ მოქმედებს სერვისების დაგეგმილი ცვლილებები მათ ხარისხზე;
- სიცოცხლის ბოლო ეტაპს მიახლოებული კონტინგენტის გამოვლენა;
- მოვლის დაგეგმვა: ყველა იმ ადამიანის საჭიროებების შეფასება, რომლებიც უახლოვდებიან სიცოცხლის მიწურულს, მათი სურვილებისა და არჩევანის განხილვა და შეთანხმებული ქმედებების შეტანა/რეგისტრაცია მოვლის გეგმაში;
- მოვლის კოორდინაცია, გეოგრაფიული თავისებურების გათვალისწინებით;

- პალიატიური მზრუნველობის სწრაფი და პერმანენტული ხელმისაწვდომობა - 24 საათის მანძილზე, კვირაში 7 დღის განმავლობაში;
 - მაღალ-ხარისხიანი სერვისების მიწოდება ყველა სექტორში - ჰოსპიტლებში, საზოგადოებრივი მოვლის სექტორში, მზრუნველობის სახლებში, მოხუცთა თავშესაფრებში, სასწრაფო დახმარების სისტემაში;
 - პალიატიური მზრუნველობა სიცოცხლის ბოლო დღეებში და გარდაცვალების შემდეგ;
 - მომვლელთა ჩართვა და მხარდაჭერა, ოჯახის წევრების (მათ შორის - ბავშვებისაც), ახლო მეგობრების და მომვლელების ჩათვლით (რეკომენდებულია მათი აქტიური ჩართულობა გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში და მათი სრულყოფილი ინფორმირება საჭიროების მიხედვით);
 - შესაბამისი სწავლება/ინფორმირება და ტრენინგი პალიატიური მზრუნველობის პროცესში (სისტემაში) ჩართული ყველა პირისათვის;
 - შეფასება და კვლევა (პროცესის მონიტორინგი და შედეგების ანალიზი);
- აღსანიშნავია, რომ მოხუცთა პალიატიურ მზრუნველობაზე, დიდ ბრიტანეთში 2009-2010 წლებში მთავრობის მიერ დაიხარჯა 88 მილიონი ფუნტი სტერლინგი, ხოლო 2010-2011 წლებში - 198 მილიონი ფუნტი სტერლინგი (Palliative care, policy and rehabilitation. London, Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London, 2010 (<http://www.kcl.ac.uk/palliative>)).

პალიატიური მზრუნველობის კატალონიის მოდელი

კატალონიის გააჩნია ავტონომიური გადაწყვეტილების მიღების უნარი ჯანდაცვის დაფინანსების, დაგეგმვის და იმპლემენტაციის მხრივ, რომელიც ხელმისაწვდომია და უფასო კატალონიის ყველა მოქალაქისთვის. ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება ხდება საჯარო და არაკომერციული ორგანიზაციების სექტორის კომბინაციით. კატალონიის პალიატიური მზრუნველობის ჯანმოს სადემონსტრაციო პროექტი მიზნად ისახავს სპეციალიზებული პალიატიური

მზრუნველობის სერვისების განხორციელებას რეგიონში და იგი წარმოადგენს სამაგალითო მოდელს სხვა ქვეყნებისთვის. ეს პროგრამა ეფუძნება იმ პრინციპს, რომ ხარისხიანი პალიატიური მზრუნველობა ყველა ადამიანის უფლებაა, როგორც ჯანდაცვით უზრუნველყოფის სისტემის განუყოფელი ნაწილი. მთავარი ფოკუსი კეთდება ამბულატორიულ (community care) და სახლში მოვლაზე, სერვისები კი ხელმისაწვდომია ყველა ადამიანისთვის, მიუხედავად მათი დაავადებისა (როგორც კიბო ასევე არა-სიმსივნური პათოლოგიები) (Gomez-Batiste X et al. 1994):

ეს პროექტი მოიცავს

- ყველა ჯანდაცვის პროფესიონალის ტრენინგს პალიატიურ მზრუნველობაში;
- საბაზისო პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაციას კონვენციურ ჯანდაცვის სერვისებში;
- სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის სერვისების იმპლემენტაციას მთელი ჯანდაცვის სისტემის მასშტაბით;
- ოპიოიდური ანალგეტიკების მიწოდების მაკონტროლებელი კანონმდებლობის დროდადრო გადახედვას;
- პროფესიული სტანდარტების შემუშავებას;
- მონიტორინგისა და შეფასების სტრატეგიის შემუშავებას.

10 წლის მანძილზე, კატალონიის პროექტის განხორციელებამ შედეგად მოიტანა პალიატიური მზრუნველობის სერვისების, მხარდაჭერის (მზრუნველობის) გუნდების და მორფინის მოხმარების (რაც მიუთითებს ტკივილის მართვის გაუმჯობესებას) მნიშვნელოვანი ზრდა (ცხრილი 1) (Gomez-Batiste X et al. 2002). 15 წლის შემდეგ, კატალონიის 95%-ზე მეტი დაიფარა პალიატიური მზრუნველობის სერვისებით, სადაც ორგანულად იყო ინტეგრირებული მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის სერვისიც (Gomez-Batiste X et al. 2006, 2007).

ამან მნიშვნელოვნად შეამცირა ჰოსპიტალიზაციების და ჰოსპიტალური საწოლ-დღეების რაოდენობა, გადაუდებელი/ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მიმართვიანობა; გაზარდა სახლში გარდაცვალების მაჩვენებელი. კატალონიის

ჯანდაცვის დეპარტამენტის მთლიანი ხარჯები შემცირდა 8 მილიონი ევროთი 2005 წელს, ამასთანავე აღინიშნა სამედიცინო დახმარების/მზრუნველობის ხარისხით კმაყოფილ პირთა რიცხვის გაზრდა.

ცხრილი 1. პალიატიური მზრუნველობის სერვისები კატალონიაში, 1989-2005

სერვისები	1989-1990 (პროექტის დაწყება)	1995	2001	2005
პალიატიური მზრუნველობის სერვისები საწოლებით	2	21	50	63
სახლში მოვლის გუნდები	1	44	52	70
ჰოსპიტალური გუნდები	1	18	20	34
მორფინის მოხმარება (მგ / პაციენტზე, წლის განმავლობაში)	3.5	11.4	17	21

მოტანილია Gomez-Batiste X et al. 2007-ის მიხედვით.

იაპონიის მოდელი

ინდუსტრიალიზებულ ქვეყნებს შორის, მოსახლეობის ყველაზე სწრაფად მზარდი დაბერება აღინიშნება იაპონიაში (Hirakawa Y., 2012.). 1970 წელს, 65 ან მეტი წლის ასაკის იაპონელი მოსახლეობის წილი იყო 7%, ხოლო 1990 წლისთვის ამ ციფრმა 12%-ს მიაღწია. 2006 წელს იაპონიის მოსახლეობის 20.8% იყო 65 წლის ან მეტი ასაკის, რაც მსოფლიოში ყველაზე მაღალ მაჩვენებელს წარმოადგენდა (National Institute of Population and Social Security Research. *Population Statistics 2011*).

იაპონიაში ძალიან სწრაფად იზრდება მოხუცთა ასაკში გარდაცვალების მაჩვენებელიც. (National Institute of Population and Social Security Research, 2011) (სურ. 1):

მოხუცთა რიცხვის და მოხუცთა ასაკში გარდაცვალების მაჩვენებლების უეცარი ზრდა განაპირობებს დროში გახანგრძლივებულ პალიატიურ მზრუნველობაზე მწვავედ გაზრდილ მოთხოვნას.

მეოცე საუკუნის ბოლო დეკადაშიც კი იაპონიაში არ იყო ფართოდ ხელმისაწვდომი მოხუცთა მოვლის სახლები და ბინაზე მოვლის სერვისები. მოხუცებს, რომელთაც სჭირდებოდათ გახანგრძლივებული მზრუნველობა, ხშირად ესაჭიროებოდათ ჰოსპიტალში დარჩენა თვეების და ზოგჯერ წლების მანძილზეც კი. ამ სიტუაციამ გაზარდა ჰოსპიტალში გარდაცვალების მაჩვენებელი. ამგვარად, მოხუცების მეტწილად ჰოსპიტალში დარჩენა გარდაცვალებამდე და გახანგრძლივებული მოვლის რესურსების ნაკლებობა წარმოადგენს ქვეყნის მწვავე სოციალურ პრობლემას.

ამ გარემოებების გათვალისწინებით, იაპონიამ შემოიღო მოვლის სისტემების სხვადასხვა მოდელი, რომელიც ეფუძნებოდა დასავლეთის ქვეყნებში გამოყენებულ სქემებს (Tsutsui, T. & Muramatsu, N., 2007; Jacobs & Challis, 2007). ამ მოდელების დანერგვა გახდა იაპონიის ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემების პოლიტიკის რეფორმის ნაწილი, რომელიც ითვალისწინებდა სამედიცინო გახანგრძლივებული მოვლის დანახარჯების შემცირებას და სიცოცხლის ხარისხის გაზრდას მოხუცებში. თუმცა, აღსანიშნავია, გათვალისწინებულ იქნა ის კულტურული თავისებურებები, რაც განასხვავებს იაპონიას სხვა ქვეყნებისგან (Japan Geriatric Society, 2001; Shimizu, 2009).

მაგალითად, იაპონიაში, როდესაც პაციენტს შეზღუდული აქვს გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ოჯახის წევრები და ექიმები უფრო გადამწყვეტად იღებენ თავის თავზე საბოლოო ვერდიქტს. იაპონელებს შემუშავებული აქვთ სიცოცხლისა და სიკვდილის უნიკალური კონცეფცია, რაც გამოიხატება იმაში, რომ პაციენტებს აქვთ ძლიერ „მორჩილი“ დამოკიდებულება ექიმებთან ან აღიქვამენ საკუთარ მდგომარეობას, როგორც ბედისწერას. იაპონელები თავს იკავებენ ტკივილის გამოხატვისგან, რადგან მოთმინება უმაღლეს ხელოვნებად ითვლება იაპონურ კულტურაში. ამდენად, იაპონელი მოხუცები თავს იკავებენ „ექიმის შეწუხებისგან“. ეს ღირებულებები განსხვავდება დასავლეთის კულტურისაგან, სადაც პაციენტის უფლებებს დიდ პატივს მიაგებენ (Hirakawa Y., 2012).

იაპონიამ 2000 წელს შემოიღო საჯარო გახანგრძლივებული მზრუნველობის დაზღვევის (LTCI) სისტემა. ეს სისტემა ოფიციალურად აღიარებს მასში მონაწილე პროფესიონალებს, როგორც „მზრუნველობის მენეჯერებს“ (Care Managers), რომელთა პირველადი პასუხისმგებლობა და მოვალეობაა მოახდინონ მოვლის სერვისების კოორდინაციის გადახედვა და შექმნან მზრუნველობის გეგმები მოხუცი ინდივიდებისთვის. სპეციალური ტრენინგის გავლის შემდეგ, „მზრუნველობის მენეჯერის“ სერტიფიკატის აღება შეუძლია მოვლაში მონაწილე ნებისმიერ ლიცენზირებულ პროფესიონალს, მაგ. ექთანს, ექიმს, სოციალურ მუშაკს, ფიზიკური თერაპიის სპეციალისტს.

ამ სისტემის წყალობით და მისი მეშვეობით, ნებისმიერ 65 წლის ან მეტი ასაკის პიროვნებას, რომელსაც ესაჭიროება გახანგრძლივებული მოვლა, შეუძლია ისარგებლოს მზრუნველობის მენეჯერების მიერ კოორდინირებული ინსტიტუციური ან ბინაზე მოვლის სერვისებით (Matsuda & Yamamoto, 2001; Tsutsui & Muramatsu, 2007).

2001 წელს, იაპონიის გერიატრიის საზოგადოებამ გამოაქვეყნა ე.წ. პოზიციური განცხადება მოხუცთა პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებით (Japan Geriatric Society, 2001), რომელიც შემუშავდა იაპონიის გერიატრიული საზოგადოების საბჭოს კითხვარით ჩატარებულ კვლევით (Iguchi, 2001; Iijima, 2009) დადასტურებული საჭიროებების საპასუხოდ:

ცხრილი 2: იაპონიის გერიატრიის საზოგადოების პოზიციური განცხადება, 2001 წლის 13 ივნისი

პოზიცია 1	მოხუც პაციენტებს არ უნდა ჩამოერთვათ შესაძლებლობა, მიიღონ სათანადო მზრუნველობა/მოვლა, მათი შეზღუდული დამოუკიდებლობის ან სხვა ასაკთან დაკავშირებული ინვალიდობის გამო.
პოზიცია 2	მომაკვდავი პაციენტის მოვლა უნდა განხორციელდეს ყოველი მისი ღირებულების, ფიქრისა და რწმენის სრული პატივისცემით.
პოზიცია 3	მომაკვდავი პაციენტის მოვლა მიმართული უნდა იყოს სიცოცხლის ხარისხის შენარჩუნების ან გაუმჯობესებიკენ.
პოზიცია 4	მომაკვდავი პაციენტის მოვლა მოიცავს ასევე მისი ოჯახის მხარდაჭერას.
პოზიცია 5	მომაკვდავი პაციენტის ტერმინალური მოვლა არის მულტიდისციპლინური მზრუნველობა, რომელიც მოიცავს დისციპლინათა ფართო სპექტრს, მედიცინის,

	საექთნო და სოციოლოგიურ-ფსიქოლოგიური პროფილის ჩათვლით.
პოზიცია 6	ტერმინალური მოვლისას გამოყენებული სამედიცინო პრაქტიკა უნდა იძლეოდეს პაციენტისათვის სარგებლის გარანტიას
პოზიცია 7	პაციენტის ღირსების გათვალისწინების, ასევე პაციენტის ავტონომიისადმი პატივისცემისათვის, მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული ინდივიდუალური კულტურული ისტორია
პოზიცია 8	სამედიცინო პროფესიონალებს უნდა ჰქონდეთ მიღებული სპეციალური განათლება, პაციენტის უფლებების დასაცავად, მიიღოს ოპტიმალური მკურნალობა და მოვლა.
პოზიცია 9	ეროვნულ დონეზე უნდა გაეწიოს პოპულარიზაცია ფართო გაგებას იმის შესახებ, თუ როგორ აუმჯობესებს პაციენტების სიცოცხლის ხარისხს მომავლადი პაციენტის ტერმინალური მოვლა. იაპონიაში ფართო საზოგადოებისთვის ხელმისაწვდომი უნდა გახდეს ტერმინალური მოვლისა და გარდაცვალების საკითხებზე განათლება.
პოზიცია 10	მომავლადი პაციენტების ტერმინალური მოვლის გასაუმჯობესებლად საჭიროა ჯანდაცვის რეფორმა.
პოზიცია 11	მომავლადი პაციენტების ოპტიმალური მოვლის შესახებ კვლევები უნდა იქნას წახალისებული დაფინანსების საკმარისი წყაროების უზრუნველყოფით.
პოზიცია 12	ძლიერ რეკომენდებულია, რომ ყველა დაწესებულებამ დააფუძნოს ეთიკური კომისია მესამე მხარის მონაწილეობით, რათა მოხდეს მათ მიერ მოწოდებული სამედიცინო პრაქტიკის და მომავლადი პაციენტის მოვლის სათანადოობის განხილვა. ფართო კონსენსუსის მისაღწევად, მთელ საზოგადოებას უნდა ჰქონდეს თავისუფალი წვდომა ამ დისკუსიებთან, ინფორმაციის გაზიარების მეშვეობით.
პოზიცია 13	ეს პოზიციური განაცხადი ცვალებადია და მისი შესაბამისობა უნდა შემოწმდეს შემდგომი გამოცდილებებისა და კვლევების ჭრილში, სამეცნიერო მეთოდების გამოყენებით.

ამ განცხადებაში წარმოდგენილი დებულებები, შესაძლებელია, იქცეს საქართველოს ჯანდაცვისა და სოც.უზრუნველყოფის სისტემის იმ რეფორმების საფუძვლად, რომლებიც მიმართულია მოხუცთა სამედიცინო მზრუნველობის გაუმჯობესებისაკენ და „ბოლომდე ღირსეული სიცოცხლის“ შესაძლებლობის განვითარებისაკენ.

მიუხედავად მრავალი ინიციატივისა და პალიატიური მზრუნველობის გაუმჯობესების მცდელობისა, მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის ხარისხი მაინც დაბალ დონეზე რჩება. მრავალი მოხუცი სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე განიცდის არასაჭირო ტანჯვას, რაც გამოწვეულია გაუკონტროლებელი სიმპტომებით, დეპრესიით, ეგზისტენციური პრობლემებით (Jerant AF et al, 2004).

პალიატიური მზრუნველობა მოხუცებისთვის არ უნდა იქნას განხილული როგორც ჰოსპისის ან სიცოცხლის ბოლო ეტაპის მზრუნველობის სინონიმი. ის უნდა განიხილებოდეს (და ხორციელდებოდეს) როგორც ისეთი მზრუნველობა, რომელიც ამცირებს ფიზიკური და ემოციური ტანჯვის ტვირთს, რაც თან ახლავს მოხუცებულთა ასაკთან ასოცირებულ დაავადებებს დაბერების მთელი პროცესის მანძილზე, მიუხედავად იმისა, ახლოსაა თუ არა გარდაცვალება. სიცოცხლის ბოლო ეტაპის მზრუნველობა კი, მიუხედავად იმისა, თუ სად ტარდება ის, უნდა წარმოადგენდეს დროში გახანგრძლივებული პალიატიური მზრუნველობის კონტინუუმის ნაწილს (Lynn J, Adamson DM., 2003.).

ამჟამად მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობაში არსებულ ფუნდამენტურ პრობლემებს მიეკუთვნება შემდეგი ფაქტორები:

1. პალიატიური მზრუნველობა განიხილება როგორც მხოლოდ დაავადების ტერმინალური სტადიისათვის საჭირო, და არა გახანგრძლივებული პროცესი

მოხუცი პაციენტები ტიპურად კვდებიან ქრონიკული, ნელა პროგრესირებადი დაავადებებით, რომლებსაც ახასიათებს მრავლობითი გამწვავების ეპიზოდები, რასაც მოსდევს სხვადასხვა ხარისხით გამოჯანმრთელების ეპიზოდები. დამკვიდრებული პროგნოსტული მოდელები ზუსტად ვერ განსაზღვრავს ასეთი დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილის დადგომის თარიღს. ამ ფუნდამენტურმა შეუთავსებობამ მოვლის პარადიგმასა და კლინიკურ რეალობას შორის გამოიწვია ის, რომ მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა ფოკუსირდება მხოლოდ ქრონიკული დაავადებების გამწვავებების მართვაზე. შედეგად კი ვიღებთ იმას, რომ საერთოდ იკარგება პალიატიური მზრუნველობის სხვა უამრავი შესაძლებლობები, რაც შეიძლება გამოყენებულ იყოს ქრონიკული დაავადების მთელ ტრაექტორიაზე (Coventry PA et al., 2005).

2. პალიატიურ მზრუნველობაზე ფოკუსირების (გადართვის) გადაწყვეტილება ხშირად ნათლად არაა განხილული მხარეებს შორის

მრავალმა კვლევამ დაადასტურა რომ არსებობს კომუნიკაციის პრობლემები მომავლადი პაციენტის ოჯახის წევრებსა და ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის

კურაციული ტიპის მკურნალობიდან პალიატიურზე გადასვლის ან მათ შორის წონასწორობის დამყარების საკითხების განხილვისას (Bronstein JM et al, 1986). სანამ არსებობს დროული და სწორი დისკუსიის ნაკლებობა პაციენტებსა და ექიმებს შორის მკურნალობის და პალიატიური მზრუნველობის მიზნებს შორის დაბალანსების თვალსაზრისით, ხდება პაციენტის არსებული ტანჯვის უნებლიე უგულვებელყოფა. ისეთი საკითხები, როგორიცაა ღირსების შენარჩუნება, ხშირად ისეთივე მნიშვნელოვანია (და ზოგჯერ უფრო მეტად მნიშვნელოვანიც) როგორც (ვიდრე) ტკივილის გაყუჩება (Back AL et al, 1996). ნათელი დისკუსიის ნაკლებობა ასევე ართმევს პაციენტებს შესაძლებლობას იმისა, სწორად გაანალიზონ და დაგეგმონ დაავადების აუცილებლად თანამდევი სოციალური სფეროს საკითხები (Back AL et al, 1996; Liaschenko J., 1993).

3. პაციენტის ავტონომიას მკურნალობის შერჩევის საკითხში ზედმეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს მინიჭებული

თანამედროვე მიდგომები პალიატიურ მზრუნველობაში ეფუძნება მცდარ მოსაზრებას, რომ ადამიანის ღირსების საფუძველია მისი ავტონომია. რეალურად, ავტონომია მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული იმ არჩევანზე, რასაც ექიმი სთავაზობს პაციენტს. ამასთანავე ამ არჩევანის შეთავაზებასაც სჭირდება სპეციალური ცოდნა და უნარ-ჩვევა. მაგალითად, არ შეიძლება მომკვდავ პაციენტს ჰკითხო, სურს თუ არა რომ გამოყენებულ იქნას ინვაზიური თერაპიის მეთოდები სიცოცხლის შესანარჩუნებლად, მაშინაც კი როცა გადარჩენის შანსი არ არსებობს, იმის მიუხედავად რა მეთოდები იქნება გამოყენებული. უფრო სწორი იქნებოდა არჩევანის შეთავაზება სპეციფიური მკურნალობის მიზანთან (და არა მეთოდთან) დაკავშირებით. ასე, მაგალითად, ლოგიკურია, რომ შევაფასოთ თავად პაციენტის ცოდნა, როგორ აღიქვამს საკუთარ დაავადებას და მისი აზრით, დაავადების ტრექტორიის რა წერტილში იმყოფება, ხოლო შემდგომ კი მისი ინფორმირების საფუძველზე დავსახოთ მკურნალობის/მოვლის კონკრეტული მიზნები, მისი სურვილებისა და არჩევანის გათვალისწინებით (Drought TS, et al., 2002).

4. პალიატიური მზრუნველობა განიხილება როგორც პარალელური სისტემა, და არა ინტეგრირებული პროცესი

ამ პრობლემების გადასაწყვეტად, შემოთავაზებულია მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის TLC მოდელი (T –timely and team oriented (დროული და გუნდზე ორიენტირებული), L – longitudinal (გახანგრძლივებული), C – collaborative and comprehensive (კოლაბორაციული და ამომწურავი)) (იხ. ცხრილი 3).

ცხრილი 3: მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის TLC მოდელი

სიმბოლო	მოდელის ელემენტი	შემუშავებისათვის აუცილებელია
T	Timely (დროული)	უფრო პროაქტიური, ვიდრე რეაქტიული მიდგომა, რათა თავიდან იქნას აცილებული არასაჭირო ტანჯვა
	Team oriented (გუნდზე ორიენტირებული)	ექთნები, სოცმუშაკები, დატრენინგებული მომვლელები და სხვა მონაწილეები
L	Longitudinal (დროში გახანგრძლივებული)	პალიატიური და სამკურნალო ღონისძიებებს შორის ბალანსის ჩამოყალიბება
C	Collaborative (კოლაბორაციული)	გადაწყვეტილებების ერთად მიღება პაციენტების, მათი ოჯახის წევრების და ჯანდაცვის პროვაიდერების მიერ
	Comprehensive (ამომწურავი, ყოვლისმომცველი)	პალიატიური მზრუნველობის ყველა ემპირიული დომენის მოცვა გამონაკლისის გარეშე

ეს მოდელი იძლევა იმის საშუალებას, რომ მოხდეს პაციენტის მოვლა მისი საჭიროებების მაქსიმალურად გათვალისწინებით, ამასთან არ გულისხმობს რომ პაციენტი აუცილებლად უნდა იყოს მოცემულ ეტაპზე მომაკვდავი, როგორც ეს მცდარად აღიქმება ხოლმე. ეს მოდელი ეხმარება პაციენტებს, მათ ოჯახის წევრებს და ექიმებს, გააცნობიერონ სიკვდილის მოახლოვების ხანგრძლივი პროცესი, რომელიც ქრონიკული დაავადების მიმდინარეობის ბუნებრივი ნაწილია და შესაბამისად, მოახდინონ მისი ადექვატური, შეთანხმებული მართვა.

ამ მოდელის ეფექტურობის შეფასება მოხდა სპეციალიზებულ მოვლის სახლებში (assisted living setting), რომელიც წარმოადგენს ისეთი ტიპის საცხოვრებელს, სადაც მომვლელები უზრუნველყოფენ პერსონალური სერვისების,

ზედამხედველობის, სხვადასხვა აქტივობების და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისების მიწოდებას ან კოორდინაციას (National Center for Assisted Living. Assisted living: independence, choice and dignity. Available at: <http://www.ncal.org/about/alcd.pdf>). აშშ-ში ამჟამად დაახლოებით 1,5 მილიონი საწოლია ასეთ დაწესებულებებში და მათზე მოთხოვნა ძლიერ იზრდება (American Health Care Association. Testimony of the National Center for Assisted Living presented to the Institute of Medicine Committee on Improving Quality in Long Term Care, March 12, 1998.)

მოხუცთა სპეციალიზებული მოვლის სახლები წარმოადგენს იდეალურ ადგილს მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის TLC მოდელით განხორციელებისათვის შემდეგი მიზეზების გამო:

- მოხუცი ასაკის მოსახლეობაში სულ უფრო მეტად აღინიშნება ფუნქციური დაუძლურება და სისუსტე და მათ სჭირდებათ დახმარება 2 ან მეტ ყოველდღიურ აქტივობაში (Bishop CE., 1999; Zimmerman SS et al, 2001). ასეთ სახლების მოხუცი ბენეფიციარები არიან სიცოცხლის მიწურულ, მაგრამ არა აუცილებლად სიკვდილის წინა ეტაპზე (Walter LC et al, 2001).

- იმის გამო, რომ აქ მაცხოვრებელთა უმეტესობას აღენიშნება მრავლობითი ქრონიკული დაავადება, რომელთა ზუსტი პროგნოზირება შეუძლებელია (Christakis NA., 1999; Emmanuel LL et al, 2000), ამ დაავადებათა სიმპტომები მუდმივად კონტროლდება (და არა მხოლოდ მაშინ, როდესაც ისინი იწვევს ტანჯვას). მათში მუდმივად ხდება პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებების და სიცოცხლის ხარისხის შეფასება (Cartwright JC., 2002; Mezey M et al, 2002).

რეალობაში კი განსხვავებული სურათი გვაქვს: აშშ-ში სპეციალიზებულ მოხუცებულთა სახლებში (PCAL – Palliative Care in Assisted Living setting) 2000 წლის ნოემბრიდან 2004 წლის ივნისამდე პერიოდში ჩატარებული კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ იმ მოხუცებში, რომლებიც არ არიან ტერმინალურ სტადიაზე, თუმცა ყველა მათგანი მიახლოებულია სიცოცხლის ბოლო ეტაპთან, პალიატიური მზრუნველობა უხარისხოდ ხორციელდება სწორედ იმის გამო, რომ არ ითვალისწინებს ზემოთ დასახელებულ თავისებურებებს. ამასთანავე, გამოკვეთილ

იქნა ის პრობლემები, რომალთა მართვაც აუცილებელია მოხუცთა ასაკში: მობილობის პრობლემა და დავარდნის რისკი (26%), შორსწასული ეტაპის მართვის სტრატეგიის უქონლობა (17%), მხედველობის და სმენის პრობლემები (12%), ტკივილი და სხვა სიმპტომები (8%), დემენცია და კოგნიტური გაუარესება (7%), დეპრესია (6%), შარდის შეუკავებლობა (3%), სხვადასხვა (11%).

ნათელია, რომ ამჟამად გავრცელებული პალიატიური მზრუნველობის მოდელი ცუდად ერგება მოხუც პაციენტებს რომლებიც იტანჯებიან ნელა პროგრესირებადი ქრონიკული დაავადებებით. TLC მოდელი გვთავაზობს ეფექტურ მონახაზს პალიატიური მზრუნველობის ჩარევების დაგეგმვისთვის რათა მოხდეს მზრუნველობაში ამჟამად არსებული ხარვეზების გამოსწორება და როგორც დარჩენილი სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება ისე გარდაცვალების პროცესის უკეთესად მართვა.

დაავადების შორსწასულ სტადიაზე სიცოცხლის ხარისხი ძალზე დაბალია, ამასთან მისი მთავარი კომპონენტია არაადექვატურად მართული ფიზიკური და ფსიქოლოგიური სტრესი; ასევე ფრაგმენტირებული მზრუნველობის სისტემები, ცუდი კომუნიკაცია ექიმებს, პაციენტებსა და ოჯახებს შორის და უზარმაზარი დატვირთვა და პასუხისმგებლობა ოჯახის იმ წევრებზე, რომელთაც უწევთ მოვლის მთლიანად საკუთარ თავზე აღება (Signorielli N., 1993).

აშშ-ში მიჩნეულია, რომ მათთვის, ვინც აღწევს 75 წლამდე, შესაძლებელია საშუალოდ 10-12 წლით სიცოცხლის კიდევ გახანგრძლივება (Field MJ et al, 1997). დემოგრაფიულად ამ ცვლილებების შედეგი იქნება ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობის და მათი ჯანმრთელობის მკვეთრი ზრდა.

გასული საუკუნის დასაწყისში სიკვდილის მიზეზი იყო მწვავე ინფექცია, ამჟამად სიკვდილის უპირველეს გამომწვევ მიზეზებში სახელდება ქრონიკული დაავადებები, როგორიცაა გულის პათოლოგიები, სიმსივნეები და ინსულტი. მედიცინის უკანასკნელი მიღწევების წყალობით, ისეთმა დაავადებებმა როგორიცაა ათეროსკლეროზული დაავადება და სიმსივნე, ფატალური და სწრაფად პროგრესირებადი დაავადებების სიიდან ქრონიკულ დაავადებებში გადაინაცვლა,

რაც იმას ნიშნავს რომ ასეთი დაავადებებით პაციენტმა შესაძლოა წლების მანძილზე იცოცხლოს. პარალელურად, გარდაცვალება, რომელიც უფრო მეტად ხდებოდა სახლში მეოცე საუკუნის ადრეულ პერიოდში, ახლა უფრო მეტად ხდება სამედიცინო დაწესებულებებში ან მოხუცებულთა სახლებში (53% და 24% შემთხვევებში, შესაბამისად). ამ ცვლილებების მიზეზი მრავალგვარია, თუმცა ძირითადად დაკავშირებულია ფინანსურ მდგომარეობასთან ქრონიკული დაავადების მქონე პირის მოვლის ტვირთთან და იმ ფუნქციურ უუნარობასთან რაც ქრონიკული დაავადების ბოლო სტადიას ახლავს თან და მოხუცს ხდის სხვაზე დამოკიდებულს (Warren E et al, 1992; Spillman BC et al, 2000; Meier DE et al, 2002).

1996 წლის მონაცემების თანახმად, 25 მილიონზე მეტი ადამიანი აშშ-ში უვლის მძიმედ დაავადებულ ნათესავს სახლში, ამასთან მათი დატვირთვა დაახლოებით კვირაში 18 საათია. თუ გავიანგარიშებთ, რომ ერთი საათის მოვლის ღირებულება დაახლოებით 8\$-ია, გამოდის რომ დაახლოებით წლიურად \$194 მილიარდის საფასური არაანაზღაურებადი მოვლა ეკისრება მომვლელებს (Arno PS et al, 1999).

მოვლის უმეტესი წილი მოდის ქალებზე (მეუღლეები, ქალიშვილები, რძლები), რაც მათ უმძიმეს დატვირთვას აკისრებს ფიზიკური, ემოციური და სოციოეკონომიკური კუთხით (Emanuel EJ et al, 1999). მომვლელთა 87%-ზე მეტი აცხადებს, რომ მათ სჭირდებათ მეტი დახმარება ტრანსპორტირებაში (62%), სახლის დალაგებაში (55%), პაციენტის საექთნო (28%) და პირად მოვლაში (26%). მოვლა თავისთავად წარმოადგენს მძიმე სტრესს და გარდაცვალების, მძიმე დეპრესიის და ასოცირებული თანმხლები დაავადებების რისკ ფაქტორს (Schulz R et al, 1999).

ხანშიშესულ ასაკში ქრონიკული დაავადების ბუნებისა და ხანგრძლივობის გამო, პალიატიური მზრუნველობის დაწყების დრო განსხვავდება ახალგაზრდებისათვის პალიატიური მზრუნველობის დაწყების დროისაგან. ამასთანავე, ის განსხვავდება ჩარევის ინტენსივობითაც. მაგალითად, დემენციის გამომწვევი დაავადების ადრეულ სტადიაზე, სათანადო პალიატიური ჩარევა შესაძლოა მოიცავდეს მომავალ სტადიებზე მოვლის დროულ დაგეგმვას, უპირატესი

მიზნების განხილვას პაციენტის არჩევანის მიხედვით, რწმუნებული პირის მონახვას, ფინანსურ დაგეგმვას და მისთ., რომელთა დასრულება საჭიროა მანამ, სანამ ამის საშუალებას კოგნიტური მდგომარეობა მოგვცემს (Robinson L et al., 2011). დემენციის შუა სტადიაზე, როდესაც თვალსაჩინოდ გამოიკვეთება პროგრესული ფუნქციური დამოკიდებულება, ქცევითი და ფიზიკური სიმპტომები, ოჯახზე დატვირთვა და დისტრესი, პალიატიურმა მზრუნველობამ უმეტესად ყურადღება უნდა გაამახვილოს სიმპტომური დისტრესის დეტალურ შეფასებასა და მკურნალობაზე, ოჯახის პრაქტიკულ და ფსიქოსოციალურ დახმარებაზე და მოსალოდნელი ბოლო სტადიის მოვლის ნათელ და კონკრეტულ დაგეგმვაზე (Brooker D, Latham I., 2015). დემენციის ბოლო სტადიაზე, მზრუნველობის უპირველესი ამოცანა ხდება პაციენტის ფიზიკური და ემოციური კომფორტი, ოჯახისთვის გადაწყვეტილების მიღებაში დახმარება სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი ჩარევების (მაგ.ზონდით კვების) სარგებლისა და ტვირთის თაობაზე, მოხუცებულთა მოვლის დაწესებულებაში პაციენტის გადაყვანის შესაძლებლობისა და მიზანშეწონილობის თაობაზე. მნიშვნელოვანია მშვიდი გარდაცვალების დაგეგმვა სიმპტომთა კონტროლით, ამასთანავე ოჯახის სათანადო მხარდაჭერა და კონსულტაციები გლოვის პროცესში (Goodman C et al., 2010).

მოხუცთა ინტეგრირებული მოვლის მექანიზმები

მოვლის მექანიზმები წარმოადგენს სტრუქტურირებულ მულტიდისციპლინური მოვლის გეგმას, რომელიც აკეთებს სპეციფიური კლინიკური პრობლემის მქონე პირების მოვლაში ესენციური ნაბიჯების დეტალიზაციას და აღწერს მათ მოსალოდნელ კლინიკურ მიმდინარეობას (Campbell H et al., 1998).

მოვლის ასეთი მექანიზმები პალიატიური და სიცოცხლის მიწურულის მზრუნველობისთვის შემუშავებულია რამოდენიმე ქვეყანაში (Bailey FA et al. 2005; Luhrs CA et al. 2005; Ellershaw J et al., 2003).

მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში აღიარებულია ლივერპულის მოვლის მექანიზმი (LCP – Liverpool Care Pathway) - მომაკვდავი პაციენტებისთვის ჰოსპისური

მზრუნველობის მოდელის გადატანა მოვლის სხვა დაწესებულებებში (Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). Liverpool, Marie Curie Palliative Care Institute, 2010 (<http://www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/index.htm>)). მექანიზმის მოდიფიცირება მოხდა თირკმლის ქრონიკული დაავადებით, გულის უკმარისობითა და დემენციით შეპყრობილ პირთათვის (McClelland B et al., 2008). ეს მოდელი წარმატებით იქნა გაზიარებული 18 ქვეყანაში, მათ შორის ავსტრალიაში (Jackson K et al., 2009), ჰონგ კონგში, ჩინეთში (Lo SH et al., 2009), ჰოლანდიაში (Veerbeek L et al., 2008) და სხვ. ამჟამად მიმდინარეობს LCP-ის ეფექტურობის მულტიცენტრული რანდომიზებული კონტროლირებული გამოცდა იტალიის ექვს რეგიონში (Hall S., 2011).

პალიატიური მზრუნველობა დემენციით დაავადებული მოხუცებისთვის

დადგენილია, რომ დემენციით დაავადებული მოხუცი პაციენტების მოვლა საზოგადოდ ტარდება არაადეკვატურად, პრევენციიდან დაწყებული სიცოცხლის მიწურულით დამთავრებული. სიცოცხლის მიწურულ ეტაპზე ეს არაადეკვატურობა შეჯამებულია შემდეგნაირად: ზედმეტად ბევრი ჩარევები მცირე ან არანაირი სარგებლით (მაგ. ზონდით კვება, ლაბორატორიული ანალიზები, სხვადასხვა შეზღუდვების და ინტრავენური წამლების გამოყენება), ან ძლიერ მცირე ჩარევა (ტკივილის არასათანადო მართვა, დეჰიდრატაცია და მალნუტრიცია, ემოციური და სოციალური უგულვებელყოფა, სულიერი მხარდაჭერის (მათ შორის, ოჯახის წევრებისაც) არარსებობა) (Small N., 2007). იმ მრავალ მიზეზთა შორის, რის გამოც დემენციით დაავადებული მოხუცები ვერ იღებენ ადეკვატურ პალიატიურ მზრუნველობას, დიდი ნაწილი უჭირავს იმას, რომ თავად ჯანდაცვის პროფესიონალები ვერ აღიქვამენ დემენციის მქონე ადამიანებს, როგორც ტერმინალური მდგომარეობის და მძიმე პროგნოზის მქონე პაციენტებს (Birch D, Draper J., 2008).

დაავადების ტრაექტორია დემენციის მქონე ადამიანებისთვის ხასიათდება „გახანგრძლივებული მერყეობის“ პერიოდით, რაც სირთულეს ქმნის იმის დადგენაში, თუ როდის გადავა კონკრეტულად პაციენტი პალიატიური და

სიცოცხლის მიწურულის მზრუნველობის ფაზაში (Lynn J t al., 2003.). შორსწასული დემენციით პაციენტებთან კომუნიკაცია გაძნელებულია, რაც ასევე განსაკუთრებულ სირთულეს ქმნის სიმპტომების (მაგ. ტკივილის) შეფასებასა და მართვაში, ასევე მათი სურვილების გამოვლენასა და შესაბამისად, გათვალისწინებაში სიცოცხლის მიწურულის მზრუნველობის მანძილზე (Gove D et al., 2010; Ouldred E et al., 2008)

პიროვნული სურვილების გასათვალისწინებლად აუცილებელია, რომ შორსწასული ეტაპის გეგმა შემუშავებულ იქნას დაავადების ადრეულ სტადიაზე. დემენციით დაავადებული ადამიანებისთვის პალიატიური მზრუნველობა უნდა მოიცავდეს აგზნების, შეკრულობის და ტკივილის მართვას (რაც გააუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს), არასაჭირო გამოკვლევების შემცირებას და დანახარჯების შემცირებას, შესაბამისად (Lloyd-Williams M, Payne S., 2002).

მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში შემუშავებული იქნა მულტიდისციპლინური გაიდლაინები დემენციის ტერმინალურ სტადიაზე მყოფი პაციენტების პალიატიური მზრუნველობის გასაუმჯობესებლად. ეს გაიდლაინები შეიმუშავეს მოხუცთა ფსიქიატრიის განხრით მომუშავე ექთნებმა და ექიმებმა ფარმაცევტებთან და პალიატიური მზრუნველობის გუნდთან ერთად. ისინი მოიცავს ტკივილის, შეკრულობის, დისპნეის, ღებინების და აგზნების მართვას. ამ გაიდლაინების გამოყენებამ უჩვენა, რომ ანტიბიოტიკების გამოწერის რაოდენობა სიცოცხლის ბოლო 2 კვირის მანძილზე მნიშვნელოვნად შემცირდა, სამაგიეროდ გაიზარდა ანალგეზიური პრეპარატების მოხმარება, ოპიოიდების ჩათვლით (Lloyd-Williams M et al., 2002).

რადგან დემენციით დაავადებული ადამიანებში დაავადების პროგრესირებასთან ერთად კლებულობს დამოუკიდებლად გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ამიტომ ოჯახის წევრებსა და მომვლელებს უწევთ ხშირად საკმაოდ მძიმე არჩევანის გაკეთება (Whitlatch C., 2008). მაგალითად, შერბრუკში (კვებეკი, კანადა) შემუშავებულ იქნა დემენციით შეპყრობილთა მომვლელთათვის სახლმძღვანელო, რომელშიც ასახულია ოჯახის წევრების (მომვლელების) საჭიროებები, დაავადების ტრაექტორიის შესაბამისად გადაწყვეტილების მიღების

პროცესის თავისებურებანი, სიმპტომების მართვის კლინიკური თავისებურებანი, რომლებიც აქტუალურია დემენციის მქონე პაციენტებში სიცოცხლის მიწურულ ეტაპზე; ასევე ასახულია, თუ რა მოვლენები შეიძლება განვითარდეს კვდომის პროცესში, გარდაცვალების და გლოვის პერიოდში (Arcand M et al., 2005). მისი თარგმნა და ადაპტირება მოხდა იტალიაში, იაპონიასა და ჰოლანდიაში. ეს ინტერვენცია შედარებით ნაკლებად ღირებული და ეფექტური მეთოდი აღმოჩნდა ზემოთხსენებული მიზნის მისაღწევად (Arcand M et al., 2009).

გერმანიაში რობერტ ბოსხის ფონდის მიერ დაფინანსებულ იქნა საგანმანათლებლო ინიციატივა დემენციით დაავადებული ადამიანებისთვის პალიატიური მზრუნველობის გაუმჯობესებისთვის. ეს ინიციატივა გულისხმობდა, ერთი მხრივ, სახლში მოვლის გუნდის წევრების, ხოლო მეორე მხრივ, ოჯახის ექიმების ფოკუსირებას დემენციით დაავადებული მოხუცების პალიატიური მზრუნველობის გაუმჯობესებაზე (Palliative care curriculum, Stuttgart, Robert Bosch Foundation, 2010 (<http://www.bosch-stiftung.de/content/language2/html/13157.asp>)).

პროგრამის 40-საათიანი სილაბუსი ეფუძნება პრაქტიკაზე დაფუძნებულ სწავლებას და მოიცავს პალიატიური მზრუნველობის დაგეგმვას დემენციით დაავადებული პირებისთვის, ტკივილის და სხვა სიმპტომების მართვას, ინტერდისციპლინურ და ინტერპროფესიულ კოლაბორაციას, არჩევანის გაკეთებას სიცოცხლის მიწურულის მზრუნველობის დროს. ეს ინიციატივა ამჟამად მთელი ქვეყნის მასშტაბით ხორციელდება გერმანიაში.

მოხუცთა მოვლის გაუმჯობესება ჰოსპიტალში

მიუხედავად იმისა, რომ მოხუცთა უმრავლესობას სურს სახლში გარდაცვალება, ევროპის ქვეყნებში მათი დიდი ნაწილი კვდება საავადმყოფოებში. ამიტომ, მნიშვნელოვანია იმის უზრუნველყოფა, რომ ჰოსპიტალურ სექტორში მოხუცებმა მიიღონ ხარისხიანი პალიატიური მზრუნველობა (Grande G, 2009).

ჰოსპიტალში სიცოცხლის მიწურულს მოვლის გაუმჯობესების რეკომენდაციები მოიცავს მრავალ პუნქტს, მათ შორისაა: პერსონალის განათლება,

მზრუნველობის საჭიროების მქონე პირების იდენტიფიკაცია და შეფასება, მოვლის მექანიზმების იმპლემენტაცია და სპეციალიზებულ პალიატიური მზრუნველობის გუნდებთან ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა (End of Life Care Strategy: promoting high quality care for all adults at the end of life. London, Department of Health, 2008). სწორედ ასეთი მზრუნველობა აკმაყოფილებს მოხუცთა საჭიროებებს, რომელთაც ხშირად აღენიშნებათ ისეთი კომორბიდული დაავადებები, როგორიცაა გულსისხლძარღვთა დაავადება, ართრიტი, დემენცია ან მგრძნობელობის დაკარგვა და სხვა. ამგვარი მრავლობითი საჭიროებების დაკმაყოფილება ჰოსპიტალურ სექტორში მოითხოვს გერონტოლოგების, ონკოლოგების, კარდიოლოგების, პალიატიური მზრუნველობის ექიმების, კლინიკური ფარმაცოლოგების, ფსიქოლოგებს, სოციალური მუშაკების, დიეტოლოგების, ექთნების საეკლესიო პირების (მოდღვრებს) გუნდურ მუშაობას. ამის წარმატებულ მაგალითს იძლევა დიდი ბრიტანეთი (Darzi A., 2008; Kendall M et al., 2009; Higginson IJ et al., 2002).

საინტერესოა ასევე შვეიცარიის მაგალითი, სადაც ჟენევის საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალში არსებული პალიატიური მზრუნველობის მულტიდისციპლინური გუნდი ახორციელებს საკონსულტაციო სერვისებს გერიატრიის ზოგადპროფილური საავადმყოფოსთვის. ბოლო 5 წლის მანძილზე კონსულტაციების ყოველწლიური რიცხვი 65-დან 100-მდე გაიზარდა. მზრუნველობის მიმღებთა საშუალო ასაკია 80 წელი. ძირითადი დიაგნოზებია კიბო, გულსისხლძარღვთა და ცერებროვასკულური დაავადებები, ფილტვის პათოლოგიები და დემენცია. სერვისის დაწყების დღიდან პერმანენტულად იზრდება არა-სიმსივნური დაავადებების მქონე პაციენტების რიცხვი, რომლებიც იღებენ პალიატიურ მზრუნველობას. გუნდი ასევე ჩართულია სახლში მოვლის დონეზე ადრეულ ეტაპზე და შორსწასული ეტაპის დაგეგმვის პროცესში (Hall S, 2011).

საინტერესო მაგალითია გენუაში (იტალია) გალიერას ჰოსპიტალში არსებული პალიატიური მზრუნველობის სახლის სერვისი, რომელიც იყენებს ჰოლისტურ მიდგომას, სახლში მოვლის ინდივიდუალიზებულ დაგეგმვას, მზრუნველობის მიმღებთან და მათი ოჯახის წევრებთან ამ გეგმის განხილვას / შეთანხმებას. ეს

სერვისი უზრუნველყოფს ბინაზე დახმარებას დაახლოებით 300 მოხუცისთვის წელიწადში, რომელთაგანაც $\frac{1}{4}$ ტერმინალურ სტადიაზე იმყოფება (Hall S, 2011).

მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის გაუმჯობესება მოხუცებულთა სახლებში და ბინაზე

ევროპის რეგიონში მაცხოვრებელ მოხუცთა უმრავლესობას სურს მოვლა მიიღოს და შეხვდეს გარდაცვალებას საკუთარ სახლში (Higginson J et al., 2000, Davies E et al., 2004). თუმცა მათი ეს არჩევანი ჯერ კიდევ მეტწილად არარეალიზებული რჩება. კვლევები აჩვენებს, რომ 85 წელს ზემოთ მოხუცებისთვის თანდათან ხდება გარდაცვალების ადგილის გადანაცვლება სახლიდან სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელთაგან უდიდესი წილი მოდის ჰოსპიტალებზე და მოვლის სახლებზე (Ahmad S. et al., 2005).

ინგლისში, 65 წლის ზემოთ მოსახლეობის 17% კვდება მოხუცებულთა სახლებში (სპეციალური მოვლის სახლებში) (Fowell A et al., 2008). ასეთი მოხუცების რიცხვი სავარაუდოდ კიდევ უფრო გაიზრდება მოსახლეობის მზარდ დაბერებასთან ერთად.

მრავალ მოხუცს, რომლებიც ცხოვრობენ ასეთ სახლებში, ესაჭიროებათ კომპლექსური პალიატიური მზრუნველობა, ხშირად აღენიშნებათ რა მრავლობითი, ინვალიდობის გამომწვევი ქრონიკული პერსისტული და მოპროგრესე მდგომარეობები (ინსულტი, გულის უკმარისობა, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, პარკინსონის დაავადება და დემენცია. ასევე მაღალია კოგნიტური ფუნქციის დაქვეითების, მხედველობის და სმენის გაუარესების პროცენტული წილი. ბევრ მათგანს აღნიშნება ტკივილი, რომლიც ხშირად არასათანადოდ და ზოგჯერ საერთოდ არ არის ნამკურნალები, რადგანაც არ ხდება მისი ადექვატური შეფასება კოგნიტური და სენსორული პრობლემების გამო (Gouke C et al., 2005).

სახლისგან მოშორებით ყოფნა და დამოუკიდებლობის დაკარგვა ხშირად იწვევს მათში ღირსების გრძნობის შელახვას (Hall S et al., 2009). მოხუცებულთა

სახლებში პალიატიური მზრუნველობის გასაუმჯობესებლად შემუშავებულია რიგი ღონისძიებები, რომლებიც მოიცავს: კლინიკური ექთნების მუშაობას, ჰოსპისის საწოლების გამოყენებას, განათლებას და ტრენინგს, სპეციალური გაიდლაინების შემუშავებას იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა გაუმჯობესდეს პალიატიური მზრუნველობა მოხუცებულთა სახლებში (Froggatt KA et al., 2006). ამ გაუმჯობესებისთვის კონკრეტული გეგმის შესამუშავებლად ასევე გასათვალისწინებელია ბენეფიციართა ოჯახის წევრების შეხედულებები.

მაგალითად, აშშ-ში შეერთებული შტატების ვეტერანების ჯანდაცვის ადმინისტრირების სახლში გარდაცვლილ ბენეფიციართა ოჯახის წევრების მონაწილეობით ჩატარებული კვლევის შედეგების გათვალისწინებამ მოიტანა სულიერი მხარდაჭერის 4-ჯერ გაზრდა, და ტკივილის, სუნთქვის უკმარისობის და სხვა ტანჯვის გამომწვევი სიმპტომების სიხშირის მნიშვნელოვანი შემცირება (შესაბამისად 22%, 25% და 30%-ით კლება) მომაკვდავ პაციენტებში (Vandenberg EV et al., 2006).

გერმანიაში და შოტლანდიაში ხორციელდება ინოვაციური პროგრამები პალიატიური მზრუნველობის სტანდარტების ასამაღლებლად მოხუცებულთა მოვლის სახლების პერსონალის განათლების გზით (<http://www.im-uenchen1.de/pflegerheime/hospizprojekt/s1/index.php?mid=1>; Hall S. et al., 2011).

დიდ ბრიტანეთში სიცოცხლის მიწურულის მოვლის პროგრამის ნაწილია მოხუცებულთა სახლებში მოვლის ოქროს სტანდარტი (Hall S. et al., 2011). ამ სტანდარტის გეგმის შემუშავებამ და იმპლემენტაციამ გაიარა რამოდენიმე ფაზა. შედეგად, აღინიშნა: 1) კრიზისული ჰოსპიტალიზაციების შემცირებული რიცხვი (12%-ით) და 2) ჰოსპიტალში გარდაცვალების შემცირება (8%-ით), ეს კი პოტენციურად უდრის ეროვნული ჯანდაცვის სერვისის დანახარჯების შემცირებას საშუალოდ 40 000 – 80 000 ფუნტ სტერლინგამდე წლის განმავლობაში, ერთ მოვლის სახლზე (Thomas K et al, 2007).

თუმცა, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მოხუცთა უმრავლესობას სურს მოვლა მიიღოს და შეხვდეს გარდაცვალებას საკუთარ სახლში. ამიტომაც, ბინაზე

პალიატიური მზრუნველობის სისტემის განვითარება პრიორიტეტულ სტრატეგიადაა მიჩნეული. ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის გუნდების საქმიანობის მეტა-ანალიზი ნათლად აჩვენებს მათ ეფექტურობას (Finlay IG et al. 2002; Higginson IJ et al., 2003; Hearn J et al., 1998; Gysels M et al., 2004; Smith TJ et al., 2009). მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში არსებობს მარია კიურის სახელობის კიბოთი დაავადებულთა მოვლის პროგრამა, რომელიც წარმოადგენს საქველმოქმედო სერვისების ერთობლიობას და მიზნად ისახავს ტერმინალური დაავადებების მქონე ადამიანების მოვლას ბინაზე (About the Marie Curie Delivering Choice Programme. London, Marie Curie Delivering Choice Programme, 2010) (Hall S. et al., 2011).

ეს პროგრამა ხორციელდება ადგილობრივ ორგანიზაციებთან პარტნიორობით და ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების მაქსიმალურად ეფექტური გამოყენებით. მისი მთავარი მოქმედი რგოლებია პალიატიური მზრუნველობის ე.წ. მობილური გუნდები და ბინაზე მოვლის ექთნები. მობილური გუნდები ემსახურება მოსახლეობას ბინაზე დღე-ღამის განმავლობაში (ამაში შედის როგორც დაგეგმილი, ასევე სასწრაფო გამოძახებით ვიზიტები), ასევე ახორციელებს ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას და კონსულტაციას პაციენტებისა და მათი მომვლელებისთვის სატელეფონო ხაზით. ბინაზე მოვლის ექთნები ახორციელებენ იმ კომპლექსური საჭიროებების მოგვარებას და მართვას, რაც აქვთ პალიატიური მზრუნველობის ბენეფიციარებს ბინაზე გაწერის შემდეგ. ამ პროექტის ამოქმედებიდან პირველივე წელს სახლში გარდაცვალების მაჩვენებელი გაიზარდა 19%-დან 23%-მდე, ყოველგვარი ზედმეტი დანახარჯების გარეშე (Addicott R et al., 2008).

სიცოცხლის მიწურულს მოხუცი (და არამართო მოხუცი) ადამიანების მთავარ ტვირთს ქმნის ფიზიკური და ფსიქოსოციალური სიმპტომები, რამაც შეიძლება ძლიერ გააუარესოს მათი სიცოცხლის ხარისხი. სიმპტომების შეფასება და მართვა, როგორც ცნობილია, წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის ერთ-ერთ ყველაზე მთავარ და მოცულობით მიზანს; იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ უნდა მოხდეს სიმპტომების მართვა, არსებობს უამრავი მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ლიტერატურა (Walsh D et al., 2008; Hanks G et al., 2009; Bruera E et al., 2006). მოხუც

პაციენტებს შეიძლება აღენიშნებოდეთ მრავალი სიმპტომი ერთდროულად, ამასთანავე, ერთი სიმპტომის არსებობამ შეიძლება ზეგავლენა იქონიოს სხვა სიმპტომები ინტენსივობაზე.

მოხუცთა ასაკში განსაკუთრებით მატულობს კოგნიტური ფუნქციის გაუარესება, შეუკავებლობის პრობლემები, სმენისა და მხედველობის პრობლემები, ძლიერ ხშირდება თავბრუსხვევის ეპიზოდები (Seale C et al., 1994.). ამერიკის გერიატრიის საზოგადოების მიერ შემუშავებულმა მუდმივი ტკივილის პანელმა მოხუცებში (American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. Journal of the American Geriatrics Society, 2002) დაადგინა, რომ სახლში მოხუცების 25-50%-ს აქვს უმთავრესად ტკივილის პრობლემები, ხოლო მოხუცებულთა სახლებში კონტინგენტის 45-80%-ში სათანადოდ არ ხდება ტკივილის მართვა.

ტკივილის აღნუსხვა / შეფასება ყველაზე სანდოდ შეიძლება თვითონ იმ ადამიანების გადმოცემით, რომელთაც აღენიშნებათ ეს ტკივილი. თუმცა, მოხუცები ხშირად თავს იკავებენ ტკივილის აღნიშვნისგან, რადგანაც სწამთ რომ ეს სიმპტომები დაბერების „ბუნებრივი“ თანმხლები კომპონენტია (ძვალ-სახსროვანი პათოლოგიები, ხერხემლის პრობლემები) და არ სჯერათ, რომ შესაძლებელია ამ ტკივილის მართვა.

სენსორული და კოგნიტური გაუარესების მაღალი მაჩვენებელი მოხუც დაუძლურებულ ადამიანებში კიდევ უფრო ამწელებს ტკივილისა და სხვა სიმპტომების შეფასებას. მიუხედავად ამისა, არსებობს მწვავე კოგნიტური პრობლემების მქონე ადამიანებში ტკივილის შეფასების ეფექტური მეთოდები. დემენციის პროგრესირების გამო, არავერბალური რეაქციები უფრო მნიშვნელოვან როლს იკავებს ტკივილის შეფასებაში.

მაგალითად, ვისკონსინში (აშშ) შემუშავებულ იქნა დემენციის მქონე პაციენტში დისკომფორტის შეფასების პროტოკოლი, რომელიც წარმოადგენდა ტკივილის მართვის ფართომასშტაბიანი პროექტის ნაწილს. განხორციელდა ექთნების ტრენინგი ტკივილის შეფასებასა და ანალგეზიურ ფარმაკოლოგიაში მოხუცებულთა სახლის კოგნიტურად დაქვეითებულ ბენეფიციარებში, ახალი

პროტოკოლი კი ჩართული იქნა ამ დაწესებულებაში გამოყენებული პროცედურების სიაში. პროტოკოლის გამოყენების შედეგად აღინიშნა გეგმის მიხედვით დანიშნული ანალგეტიკების მოხმარების და არა-ფარმაცევტული ჩარევების გაზრდილი მაჩვენებელი და ტკივილის მართვის საგრძნობი გაუმჯობესება (Kovach CR et al. 1999).

მიუხედავად იმისა, რომ მოხუცები უფრო მგრძნობიარენი არიან წამლის უარყოფითი ეფექტების მიმართ, მათში უსაფრთხოდ და ეფექტურად შეიძლება იქნას გამოყენებული ანალგეზიური მედიკამენტები (American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. Journal of the American Geriatrics Society, 2002). ამასთანავე, მრავალი მედიკამენტის მოხსნა შესაძლებელია ავადობაზე და სიცოცხლის ხარისხზე განსაკუთრებული ეფექტის მოხდენის გარეშე (Garfinkel D et al., 2007; Garfinkel D.. 2009).

ნაჩვენებია, რომ მრავლობითი მედიკამენტური მკურნალობა მოხუცებში ზრდის წამლებს შორის ურთიერთქმედების უარყოფით ეფექტებს და წამლის გვერდითი მოვლენების შედეგად გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციების რიცხვს. ასეთი „პოლიფარმაციის“ დროს ხშირად უფრო მეტი წამალია დანიშნული, ვიდრე ეს კლინიკურად ნაჩვენებია (Garfinkel D. 2009); ზოგჯერ ხდება, რომ ყველა დანიშნული წამალი კლინიკურად ნაჩვენებია, თუმცა მათი რაოდენობა იმდენად დიდია, რომ ძნელია ყველას ერთად მიღება.

ისრაელში შემუშავებულ იქნა თანამედროვე მიდგომები (პროცედურები) მედიკამენტური თერაპიის გასაუმჯობესებლად დაუძღვრებულ მოხუც პაციენტებში. ყოველი კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში, ხდება თითოეული მედიკამენტის თავიდან შეფასება იმის გადასაწყვეტად, უნდა მოხდეს თუ არა იგივე დოზით მისი გაგრძელება, დოზის შემცირება თუ მისი საერთოდ შეწყვეტა. გადაწყვეტილების მიღება ხდება მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მონაცემების გამოყენებით როცა ეს შესაძლებელია, ხოლო სხვა შემთხვევაში კი გადაწყვეტილება ეფუძნება კლინიკურ მსჯელობას. ამ მიდგომის გამოყენებამ შედეგად მოიტანა ის, რომ თითოეულ პაციენტზე საშუალოდ 2.8 მედიკამენტი იქნა მთლიანად მოხსნილი, რასაც არ ეხლდა რაიმე მნიშვნელოვანი უარყოფითი ეფექტები. საგრძნობლად

შემცირდა სიკვდილიანობის და ინტენსიური თერაპიის დაწესებულებებში მიმართვიანობის მაჩვენებელი, ისევე როგორც წამლების დანახარჯები (Garfinkel D et al., 2007).

წამლის მოხსნის იგივე პრაქტიკა და ალგორითმი უსაფრთხო და ეფექტური აღმოჩნდა ბინაზე მცხოვრებ მოხუცებშიც: წამლების რაოდენობის 47% იქნა მოხსნილი (საშუალოდ 3.7 ± 2.5 მედიკამენტი კვლევის თითო მონაწილეზე). მოხუცების და მათი ოჯახების 80%, რომლებშიც წამლები იქნა შეჩერებული, აღნიშნავდნენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ფუნქციური სტატუსის, მენტალური და კოგნიტური მდგომარეობის ზოგად გაუმჯობესებას (Garfinkel D et al., 2007; Garfinkel D. 2009).

ამრიგად, სიმპტომ-სპეციფიური ჩარევა წარმოადგენს მოხუცებში პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვან ნაწილს, რადგან იგი ემსახურება სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას, თუმცა ამ დროს მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული ამ სიმპტომთა მრავალფეროვნება, მათი ურთიერთკავშირი და მათი მართვის (მედიკამენტური თუ არა-მედიკამენტური) თავისებურებანი მოხუცთა ასაკში, რათა თავიდან იქნას აცილებული ზედმეტი მედიკამენტების დანიშნით გამოწვეული უარყოფითი გვერდითი მოვლენები (ხშირ შემთხვევაში ნაკლები ნიშნავს უკეთესს, რაც კვლევებითაც იქნა დადასტურებული).

მასაჩუსეტში (აშშ) 2003 წელს ჩატარდა კვლევა, რომელიც აფასებდა ჯანმრთელობის სტატუსის და სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ურთიერთკავშირს 70 წლის ასაკისთვის, ასევე კუმულაციურ ჯანდაცვის დანახარჯებს 70 წლის ასაკიდან გარდაცვალებამდე (Lubitz J et al., 2003).

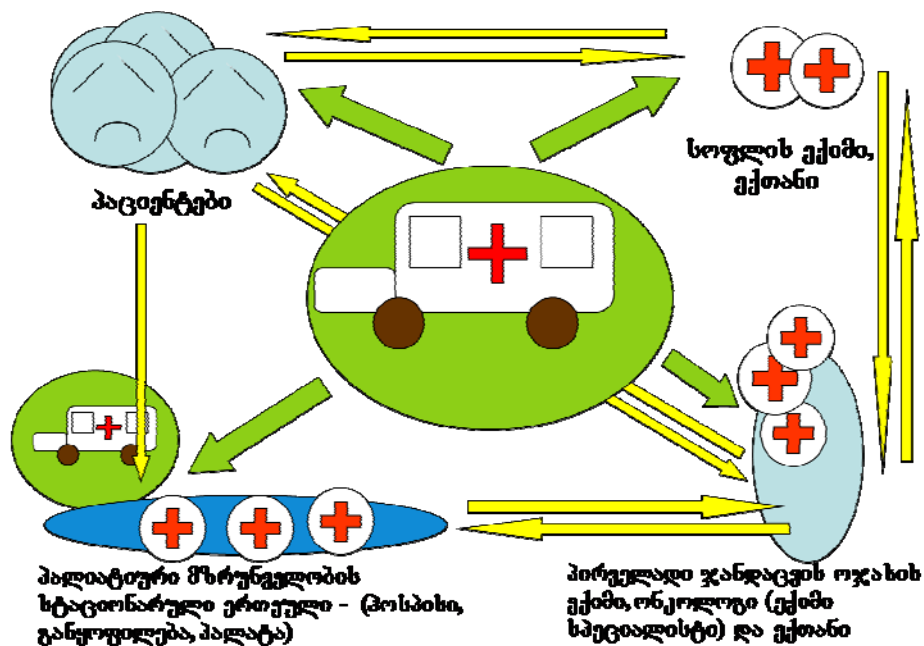
აღმოჩნდა, რომ მოხუცებს ჯანმრთელობის უკეთესი მდგომარეობით და უფრო ხანგრძლივი სიცოცხლის პროგნოზით, გარდაცვალებამდე კუმულაციური ჯანდაცვის დანახარჯები ისეთივე ჰქონდათ, როგორც ჯანმრთელობის უარესი სტატუსის მქონე მოხუცებს - სიცოცხლის ხანგრძლივობის უარესი პროგნოზით: 70 წლის ასაკის პირისათვის, რომელსაც არ აღენიშნებოდა არანაირი ფუნქციური შეზღუდვა და რომლის სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა შეადგენდა 14.3

წელს, სავარაუდო ჯანდაცვის ჯამური დანახარჯები აღწევდა \$136 000-ს; იმავე ასაკის პირისათვის, სულ მცირე, ერთი აქტივობის შეზღუდვით (იგულისხმება ყოველდღიური აქტივობები), რომლის სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობაც შეადგენდა 11.6 წელს, მოსალოდნელი ჯანდაცვის ჯამური დანახარჯები აღწევდა \$145 000-ს. იმავე ასაკის ჰოსპიტალიზებულ პირთა ჯამური დანახარჯები გაცილებით მაღალი იყო.

ყოველივე ზემოთთქმულის გათვალისწინებით, დღეს მიმდინარეობს მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის ისეთი მოდელების შემუშავება, რომელიც ფოკუსირდება სერვისების მიწოდებაზე იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ცხოვრობენ სახლში, აქვთ სერიოზული დაავადება, მაგრამ არ წარმოადგენენ ელექტიურ კანდიდატებს ჰოსპისში გადაყვანისათვის (Gomes B, Higginson IJ, 2006).

ეს მოდელები მოიცავს: 1) ამბულატორიულ საკონსულტაციო კლინიკებს (Rabow MW et al, 2004; Temel JS et al, 2010), რომლებშიც ინტერდისციპლინური გუნდები უზრუნველყოფენ პალიატიური მზრუნველობის სფეროში მკურნალი ექიმებისთვის კონსულტაციების ჩატარებას; 2) ბინაზე მოვლის ინტერდისციპლინურ სერვისს, რომელსაც ახორციელებს სერტიფიცირებული სამსახურები ან ჰოსპისები (Center to Advance Palliative Care. Hospital hospice partnerships in palliative care: creating a continuum of service. National Hospice and Palliative Care Organization; Falls Church, VA: 2001.), ჰოსპიტალთან ასოცირებული გუნდები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ექიმის ვიზიტებს ბინაზე (Smith KL et al, 2006).

საქართველოს პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული ასოციაციის მიერ შემუშავებულია ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების მოდელი, რომელიც პრაქტიკულად ითავსებს ყველა ჩამოთვლილს, და რომლის ძირითად (საბაზისო) რგოლს წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტთა მობილური გუნდი. ასეთი გუნდი შეიძლება არსებობდეს დამოუკიდებლად, როგორც ინტერინსტიტუციური რგოლი, მაგრამ უმჯობესია, თუ ის იარსებებს პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარულ ერთეულთან და დაკომპლექტებული იქნება ამ ერთეულის პერსონალით (სურათი 3):



სურათი 3: ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების მოდელი

(მოტანილია პალიატიური მზრუნველობის პირველ საერთაშორისო სიმპოზიუმზე „პალიატიური მზრუნველობის ჯანდაცვითი და საუნივერსიტეტო მდგენელების - სამედიცინო მომსახურების, განათლებისა და კვლევის ინტეგრაციისთვის“ (2015 წ.) წარმოდგენილი მოხსენებიდან)

მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელთა განათლების თავისებურებანი

უკვე სადავო აღარაა ის ფაქტი, რომ განათლება პალიატიური მზრუნველობის მიწოდების მთავარი კომპონენტია. მოხუცთა კომპლექსური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად საჭიროა სწავლისა და კომუნიკაციისადმი ინტერპროფესიული, მულტიდისციპლინური მიდგომა (Hall S., 2011).

გაერთიანებულ სამეფოში, შეფილდის რეგიონში, აკადემიურმა მკვლევარებმა და მოხალისე მოხუცებმა (ისინი ასრულებდნენ სათემო მრჩეველების /community adviser/ როლს), მოამზადეს საგანმანათლებლო ბუკლეტი, რომელიც პალიატიურ

მზრუნველობასთან დაკავშირებულ ეთიკურ და იურიდიულ, ასევე გარდაცვალებასთან და გლოვასთან დაკავშირებულ საკითხებს. ჩატარდა პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელთა 3-დღიანი ტრენინგი. მოხუცებმა ძლიერ დადებითი შეფასება მისცეს ასეთ წამოწყებას, რადგანაც გათვალისწინებული იქნა თვით მოხუცთა აზრი მათზე მზრუნველობის განხორციელების დაგეგმვისას (Sanders C et al. 2006).

ამრიგად, ზემოთ მოყვანილ მაგალითები უჩვენებს, მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა შესაძლებელია წარმატებით იქნას ინტეგრირებული ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეზე (ჰოსპიტალურ, ამბულატორიულ, მოხუცებულთა სახლში თუ ბინაზე მოვლის სექტორში), ამგვარი ინტეგრაციის ხარჯთეფექტურობა კი დადასტურებულია კვლევებით (Lubitz J et al., 2003; Addicott R et al., 2008; Thomas K et al, 2007). გერიატრიის, გერონტოლოგიის და მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის საკითხებზე განათლება კი უნდა გახდეს ნებისმიერი სამედიცინო კურიკულუმის აუცილებელი / სავალდებულო ნაწილი (Hall S., 2011), რადგან მის გარეშე შეუძლებელია ხარისხიანი მოვლის უზრუნველყოფა ამ პაციენტებისთვის.

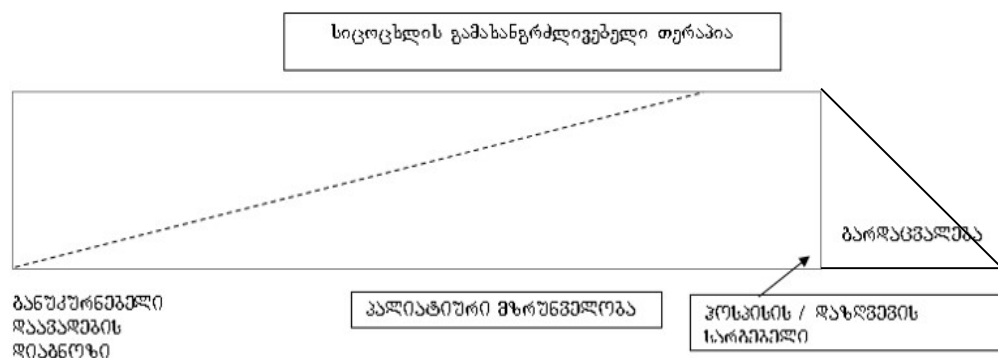
პალიატიური მზრუნველობის და სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი მოვლის პარალელური მოდელი

პალიატიური მზრუნველობის ოპტიმალური მოდელი მოიაზრებს პალიატიური მზრუნველობისა და სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი / შემანარჩუნებელი თერაპიების პარალელურ რეჟიმში მიწოდებას; ამავდროულად, ამ ჩარევათა ურთიერთთანაფარდობა და ბუნება იცვლება პაციენტის საჭიროებებისა და მისი არჩევანიდან გამომდინარე (Lynn J, Wilkinson AM., 1998; Lynn J., 2001; Lynn J., 2000; Eng C et al., 1997). ხანშიშესული ზრდასრულების 75%-ში, რომლებიც ცხოვრობენ მძიმე დაავადებით (სიმსივნის გარდა), სიცოცხლის გამახანგრძლივებელ და პალიატიურ ჩარევებს შორის განსხვავება ხშირად ილუზორულია. მაგალითად, გულის შეგუბებითი უკმარისობის დროს მკურნალობა შარდმდენებით,

დიგიტალისით, ოპიატებით და ჟანგბადით არის როგორც სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი ისე პალიატიური მკურნალობა, რომელიც იძლევა სიმპტომების შემსუბუქებას. იმავე სახის მონაცემები აღინიშნება ფილტვის ქრონიკული დაავადების, თირკმლის დაავადების ბოლო სტადიისა და პროგრესირებადი დემენციის მქონე პაციენტების მკურნალობა/მზრუნველობის დროსაც (Lynn J, Adamson DM, 2003).

სიცოცხლის შემანარჩუნებელი და პალიატიური მზრუნველობის ამგვარი პარალელური მოდელი გამოხატულია გრაფიკული სახით მე-4 სურათზე:

სურათი 4: სიცოცხლის შემანარჩუნებელი და პალიატიური მზრუნველობის პარალელური მოდელი



ამ დაავადებების მიმდინარეობის გვიან სტადიაზე, როდესაც სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი მკურნალობის გაგრძელების უარყოფითი ტვირთი გადაწონის მის სარგებელს, მოვლის მიზნები შესაძლოა შეიცვალოს უპირატესად და მხოლოდ და მხოლოდ პაციენტის კომფორტის უზრუნველყოფის და ოჯახის წევრი მომვლელების პრაქტიკული და ემოციური მხარდაჭერის სასარგებლოდ. ამასთანავე, ეს მხარდაჭერა, დადმავალი კურსით გრძელდება გარდაცვალების შემდეგაც

ეთიკური კომისია და გაიდლაინები

უკანასკნელ ხანს, ისეთი საკითხების დატვირთვის გააზრებამ, როგორიცაა პაციენტის უფლებები, მოსახლეობის დაბერება და უახლესი სამედიცინო ტექნიკის განვითარება, უფრო ინტენსიური გახდა ჯანდაცვის პროვაიდერებსა და მოხუც პაციენტებს/მათ ოჯახებს შორის ურთიერთობა.

მოწოდებულია ხაზგასმული რეკომენდაცია, რომ ყოველ დაწესებულებას, რომელიც ახორციელებს მომაკვდავი პაციენტების მოვლას, ევალება დააფუძნოს საკუთარი ეთიკური კომისია მესამე მხარის მონაწილეობით, სადაც განხილული იქნება პაციენტის მოვლის და გამოყენებული სამედიცინო პრაქტიკის სათანადოობა. ჯანდაცვის პროვაიდერები ახლა უფრო მეტად ხვდებიან პრაქტიკაში იმ ეთიკურ საკითხებს, რომლებიც უკავშირდება გარდაცვალებას და პალიატიურ მზრუნველობას (Oberle K, Hughes D, 2001).

მიუხედავად ამისა, ინსტიტუციური ეთიკური კომისიები ჯერ კიდევ არ არის ფართოდ განვითარებული. მაგალითად, იაპონიაში, აღმოჩნდა, რომ ექთნების უმრავლესობა არჩევდა განეხილა ეთიკური საკითხები პროცესის უშუალო მონაწილეებთან ან სიტუაციის სრულიად არმცოდნე გარეშე პირებთან, ვიდრე მიემართათ ეთიკური კომისიის კონსულტაციისთვის (Nakao et al., 2003). კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ იაპონიის ჰოსპიტლებშიმოფუნქციე ეთიკური კომისიების რაოდენობა ძალიან ცოტაა (Hirakawa et al., 2007c).

ეთიკური საკითხების განხილვისთვის არსებობს უამრავი მეთოდი, როგორიცაა მაგ. „მოსალოდნელი მოვლენების/შედეგების ცხრილი“ როგორც ეს აღნიშნულია „კლინიკურ მედიცინაში ეთიკური გადაწყვეტილებების მიღების პრაქტიკულ სახელმძღვანელოში“ (Jonsen et al., 2002).

ჰიგუჩისა და კოლეგების მიერ შემუშავებულია გარდაცვალების კონფერენციის ფორმების პაკეტი, რომელიც მოიცავს სპეციალურ ინფორმაციულ ბუკლეტებს/ფორმებს მოხუცი პაციენტისა და მათი ოჯახის სურვილების, მზრუნველობის მხარდაჭერის, სამედიცინო მოვლის და მოვლის მენეჯმენტის შესახებ (Higuchi et al., 2010).

აპრობირებული და დამტკიცებული პალიატიური მზრუნველობის გაიდლაინების მიხედვით პროცესის სტანდარტიზაცია მოხუც პაციენტებში ამცირებს ეთიკური საკითხებთან დაკავშირებულ სტრესს. ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გამოქვეყნებული „სიცოცხლის მიწურულს გადაწყვეტილების მიღების პროცესის გაიდლაინები“ გამოყოფს შემდეგ საკვანძო კომპონენტებს: 1) გუნდური მიდგომა 2)

პაციენტების სურვილების განხილვა და დადასტურება, მათთან ერთად 3) ოჯახსა და მზრუნველობის გუნდს შორის დისკუსია (იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტის სურვილი გაურკვეველია) (Shimizu, 2009).

პალიატიური მზრუნველობის არჩევანის წინასწარ განხილვა და შეთანხმება მოხუც პაციენტსა და მის ოჯახთან ერთად ამცირებს ექიმისა და ოჯახის წევრების შემდგომ მენტალურ სტრესს, რაც უკავშირდება გადაწყვეტილების მიღებას. ამჟამად უფრო და უფრო მეტი იაპონელი ირჩევს შორსწასული ეტაპის დაგეგმვას, განსაკუთრებით რაც შეეხება სიცოცხლეში ანდერძის დაწერას, თუმცა არ არსებობს კანონმდებლობა რომელიც აღიარებს ასეთ ლეგალურ დოკუმენტებს (Masuda et al., 2003). თუმცა, არსებობს რამოდენიმე პრობლემა შორსწასული დირექტივების გამოყენებასთან დაკავშირებით. პირველი ის, რომ მოხუცი პაციენტის სურვილი შეიძლება შეიცვალოს, ან მათ შეიძლება თავი შეიკავონ გადაწყვეტილების მიღებისგან. ჰატორი და კოლეგებმა ასევე აღნიშნეს, რომ მოხუცი პაციენტების სურვილი შესაძლოა ადვილად შეიცვალოს სხვა ადამიანების განწყობების გათვალისწინების გამო (Hattori et al., 2005). მეორე მიზეზია ის, რომ იაპონიაში ადამიანები ტრადიციულად თავს არიდებენ (არ სიამოვნებთ) გარდაცვალებისა და მასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვას, რაც ტაბუდადებულ თემად აღიქმება (Okuno et al, 1999).

გარდა ამისა, იაპონიის გერიატრიული მზრუნველობის სერვისების დაწესებულებები (2007) და სხვა ავტორებიც (Tsuruwaka and Semba 2010) აღნიშნავენ, რომ პალიატიური მზრუნველობის ან სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობის არჩევანის განხილვა პაციენტის შემოსვლისას ფსიქოლოგიურად მძიმე ტვირთია მომვლელი პერსონალისთვის.

დამატებითი ფაქტორია ის, რომ ექიმის განმარტებები შორსწასული ეტაპის დირექტივებზე ძლიერ ზეგავლენას ახდენს გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე მოხუცი პაციენტებისა და მათი ოჯახებისთვის. კვლევაში, რომელიც მიზნად ისახავდა იმ ფაქტორების დადგენას, რაც ზეგავლენას ახდენს გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე გულ-ფილტვის რეანიმაციასთან (CPR) და ჰოსპიტალიზაციის

ჩვენებასთან დაკავშირებით გახანგრძლივებული მოვლის დაწესებულებაში (Hirakawa et al., 2007a) აღმოჩნდა, რომ ოჯახები, რომელთაც მიეწოდებოდათ ინფორმაცია შორსწასული დირექტივების შესახებ, უფრო ხშირად ირჩევდნენ ამ ორ უკანასკნელ ჩარევას. აქედან გამომდინარე, საჭიროა სტანდარტული მეთოდების შემუშავება, რომელიც ნათლად აუხსნის პაციენტსა და მის ოჯახს სიცოცხლის მიწურულს მოვლის დაგეგმვის პრინციპებს გახანგრძლივებული მზრუნველობის დაწესებულებაში მიყვანისთანავე.

მეოთხე ფაქტია ის, რომ მიუხედავად იმისა, რომ სიცოცხლეში ანდერძის დაწერა და შორსწასული ეტაპის დაგეგმვა თანდათან იძენს პოპულარობას, მაინც პაციენტთა მხოლოდ მცირე რაოდენობას თუ სურს რომ რეალურად შეადგინოს ოფიციალური დოკუმენტი.

სხვა კვლევები ასევე აჩვენებს, რომ უმრავლესობას არ სურს მკურნალობის კონკრეტული გეგმის შედგენა და კმაყოფილდება ზოგადი ინსტრუქციებით სიცოცხლის მიწურულის შესახებ (Akabayashi et al., 1997; Hirakawa et al., 2006b).

სიკვდილის და კვდომის ფსიქოლოგიური ფილოსოფიური და რელიგიური აპექტები, მათი აღქმა ხანდაზმულ პაციენტებში

სიტყვა „პალიატიური“-ს და „ჰოსპისი“-ს ეტიმოლოგია („პალიუმ“ - ნიღაბი, ლაბადა, საფარველი (ფრანგ); „ჰოსპისი“ - მისაღები, მოსასვენებელი სახლი (ფრანგ. ლათ) მიუთითებს თავად მის მიზანზე, უზრუნველყოს ადამიანის საჭიროებათა პირამიდაში ასახული მოთხოვნების დაკმაყოფილება. ეს ეხება ძირითადად უსაფრთხოების, დაცულობის უზრუნველყოფას და იმ ბაზისური საჭიროებების დაკმაყოფილებას, რაც მოცემულია მასლოუს პირამიდის პირველ საფეხურზე (Zalenski RJ et al, 2006).

როდესაც ვიყენებთ მასლოუს პირამიდას ჰოსპისსა და პალიატიურ მზრუნველობაში, არ ვკამათობთ იმაზე, რომ ეს იერარქია უნივერსალურია (ერგება ყველას) თუ ნაკლებ მოქნილი, იმ მხრივ, რომ შედარებით მაღალი საფეხურის მოთხოვნები ვერ იქნება დაკმაყოფილებული, თუ მანამდე არ არის

უზრუნველყოფილი დაბალ საფეხურზე მყოფი საჭიროებები. არსებობს მოსაზრება, რომ მასლოუს სქემის გამოყენებით, შესაძლებელია პაციენტზე ორიენტირებული მოვლის უკეთ სტრუქტურირება (Zalenski RJ et al, 2006; Brownie S, Nancarrow S., 2013). ეს იერარქია წარმოდგენას გვაძლევს იმაზე, თუ რა შეიძლება იყოს უფრო ურგენტული მოთხოვნა, ასევე გვეხმარება ლოგიკური მიდგომის პოვნაში, თუ როგორ იქნებოდა უმჯობესი პაციენტის პრობლემებისა და საჭიროებების მოგვარება. მაგალითად, უადგილოა ვილაპარაკოთ ადამიანურ ღირებულებებსა და ტრანსცენდენტულობაზე იმ ადამიანთან, რომელსაც აქვს ტკივილი, შიში ან სოციალური გაუცხოება, რაც პირველ რიგში არის მოსაგვარებელი. თუმცა, მეორეს მხრივ, ასეთი დისკუსიები შეიძლება გახდეს საჭირო მანამდე, ვიდრე მთლიანად მოხსნილი იქნება ყველა ფიზიკური ტკივილის წყარო (Zalenski RJ et al, 2006; Devlin AS, Arneill AB, 2003).

ლოგიკურია, რომ ფიზიკური ტკივილის მოხსნა საბაზისო ფიზიოლოგიური ფუნქციების კორექცია წარმოადგენს პირველად საჭიროებას. ქრონიკული ფატალური დაავადების გამანადგურებელი და დამაინვალიდებელი ეფექტები მოითხოვს საჭიროებათა მოდიფიცირებული იერარქიის გამოყენებას. გავრცელებული კიბო, მულტიორგანული უკმარისობა ან ტერმინალური დაუძლურება - ყველა მათგანი წარმოადგენს მდგომარეობას, რომელიც ემუქრება ადამიანის ყველაზე ბაზისურ უნარებს - მადის და საკვების მიღების სურვილის გამოხატვას ზოგადად, ტკივილისა და უძლურების აღქმას, საკუთარი თავის საზოგადოების სრულფასოვან წევრად ცნობას. ეს საფრთხეები იწვევს ბაზისური ბიოლოგიური და უსაფრთხოების მოთხოვნილებების დაუკმაყოფილებლობას (Zalenski RJ et al, 2006).

მეორე დონის საჭიროებები წარმოადგენს პიროვნების უსაფრთხოებისა და სოციალურ მოთხოვნებს. როდესაც ისინი დაუკმაყოფილებელია, ჩნდება გაუცნობიერებელი შიშები, აგზნება, უძილობა. შიშები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ფართო სპექტრით - დავარდნის შიშიდან - გარცვალების შიშამდე, რაც მოიცავს როგორც ფიზიკურად ამ პროცესის თანმხლები მოვლენების შიშს, ასევე ეგზისტენციურ საკითხებს. მასლოუს იერარქია შეგვახსენებს, რომ სანამ ეს

უკანასკნელი არ იქნება მოგვარებული, არ შეიძლება იყოს ლაპარაკი სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაზე ან ამ იერარქიის უფრო მაღალ დონეზე განლაგებული საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე (Zalenski RJ et al, 2006).

მესამე დონეზე არსებულ მოთხოვნებთან მიმართებაში, დამაინვალიდებელმა დაავადებამ შეიძლება ძლიერი ზეგავლენა იქონიოს პიროვნების უნარზე, გასცეს და მიიღოს მზრუნველობა, სითბო, სიყვარული, მიუხედავად იმისა, იყო თუ არა ეს მოთხოვნა დაკმაყოფილებული მანამდე (Zalenski RJ et al, 2006). მაგალითად, სხეულის ფორმის შემცვლელი დაავადების ან ჩარევის შემდეგ (როგორიცაა მაგ. მასტექტომია ან ამპუტაცია) ადამიანები ბუნებრივად ფიქრობენ იმაზე, ისევ ისე უყვართ თუ არა ისინი ახლობლებს, ან საერთოდ არიან თუ არა მისაღები მათთვის. ცხადია, რომ საჭიროა სპეციალური მხარდაჭერის სისტემები (რაც შეიძლება მოხილული იქნას ჰოსპისის გუნდის მიერ), რათა მოგვარებული იქნას ამ წუხილით აღძრული ეჭვები, შფოთვა, დეპრესია.

მიკუთვნების მოთხოვნილება განსაკუთრებით აქტუალური ხდება სიცოცხლის მიწურულს. სიმარტოვეში სიკვდილი ცხადია საშინელი გადასატანია. თუმცა, რაც არ უნდა პარადოქსულად ჟღერდეს, სიცოცხლის მიწურული ეტაპი შეიძლება ერთადერთი პერიოდი იყოს, როდესაც ადამიანს ეძლევა პირადი სივრცის/დროის გამოყენების საშუალება. მას თავისუფლად შეუძლია გამოავლინოს ის ფიქრები, გრძნობები და მოქმედებები, რაც სხვა დროს არასწორად ან ნეგატიურად შეიძლებოდა ყოფილიყო აღქმული (Zalenski RJ et al, 2006). ინტიმურობა რეალურად არის საკუთარ თავთან მარტო დარჩენის გამოცდილება, იდეალურ შემთხვევაში, ეს გამოცდილება, სულ მცირე, შეიძლება გახდეს სულიერი/ფსიქიკური კატარზის და, ამდენად, დიდი სულიერი შვების საფუძველი (Zalenski RJ et al, 2006).

შემდგომ ეტაპზე (მასლოუს მოთხოვნილებათა იერარქიის მეოთხე დონეზე) ოჯახის წევრებთან ან მეგობრებთან ერთად ჩვეულ აქტივობებში ჩართვის უუნარობამ შეიძლება გამოიწვიოს თვითშეფასების დონის დაქვეითება. ამას კიდევ უფრო ამწვავებს ინვალიდობა და შედეგად, ვთქვათ, სამსახურის დაკარგვა, ან საყვარელ საქმიანობაზე იძულებით უარის თქმა, რაც საბოლოოდ ანადგურებს

ადამიანში საკუთარი ღირებულების შეგრძნებას. ასეთი მკვეთრი ცვლილებები ცხოვრების წესში ხშირად იწვევს ძლიერ ტანჯვას (Cassell EJ, 1991). ასეთ დროს, ხშირად, ძლიერ დადებითი ეფექტი აქვს ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის გუნდის მიერ სპეციალური ღონისძიებების ორგანიზებას, რომელიც ხაზს უსვამს პაციენტის ღირებულ მხარეებს, მის პროფესიულ თუ სხვა მიღწევებს წარსულში და მისი პატივისცემის გამომხატველია. ეს ხელს უწყობს საკუთარი თავის ღირებულებისა და პატივისცემის გრძნობის დაბრუნებას (Zalenski RJ et al, 2006).

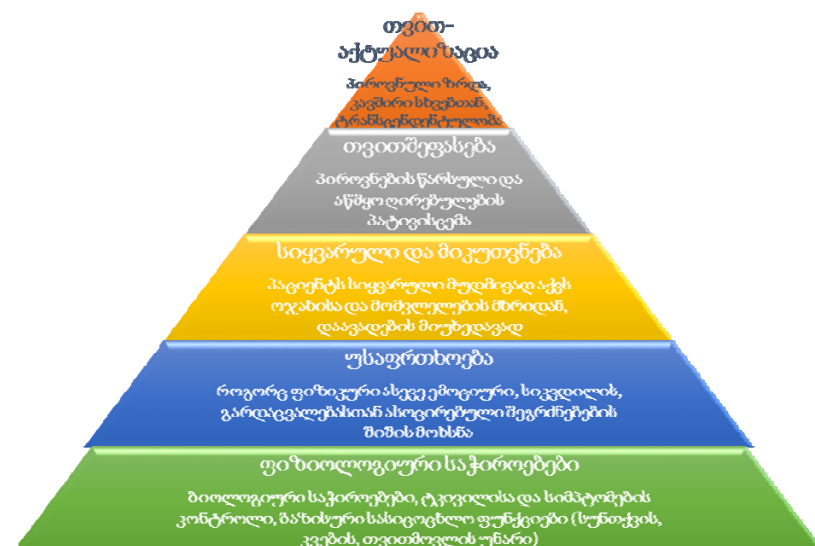
მასლოუს მიხედვით, მოთხოვნილებათა და ღირებულებათა პირამიდის პირველი ოთხი დონის დაკმაყოფილება აძლევს პაციენტებს შანსს მიაღწიონ მეხუთე, ყველაზე მნიშვნელოვან დონეს, რომელიც გამოიხატება თვით-აქტუალიზაციასა და ტრანსცენდენტულობაში. მასლოუს განმარტებით, თვით-აქტუალიზაცია არის „ტენდეცია იმისა, რომ მოხდეს პიროვნების შესაძლებლობების მაქსიმალური აქტუალიზაცია, რათა მაქსიმალურად მიუახლოვდეს იმას, რასაც ეს პიროვნება წარმოადგენს საკუთარ არსში“ (Maslow A, 1970.). ეს განმარტება პირდაპირ ესადაგება სისლი სონდერსის, პალიატიური მზრუნველობისა და ჰოსპისის ფილოსოფიის ფუძემდებლის განსაზღვრებას იმის შესახებ, თუ რა არის მზრუნველობის მიზანი: „მისცეს საშუალება პაციენტს იყოს ის, რასაც თავად წარმოადგენს, სიცოცხლის მიწურულს“ (Saunders C, 2003). ტრანსცენდენტულობა გულისხმობს ურთიერთკავშირს სხვა პიროვნებებთან, სამყაროსთან, ღვთაებრივ საწყისთან, რაც უფრო აძლიერებს სიცოცხლის აღქმას, შეუზღუდავი შესაძლებლობების შეგრძნებას, ოცნებების და წვდომის უნარს (Maslow A, 1970).

მასლოუს იერარქიის მიხედვით, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ პირველი ოთხი დონის მოთხოვნილებათა (საჭიროებათა) დაკმაყოფილება - რაც ამ შემთხვევაში მოიცავს სიმპტომების კონტროლს, უსაფრთხოების, მიკუთვნების და პიროვნული ღირებულების შეგრძნების უზრუნველყოფას - ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც თვით-აქტუალიზაციის და ტრანსცენდენტულობის პოტენციალის მაქსიმალურად გამოყენება. დაავადების პროგრესირებასთან ერთად, უფრო დაბალი დონის საჭიროებები, ვთქვათ, შიმშილი, შესაძლოა პირდაპირი მნიშვნელობით

იქნას გაუფასურებული. პაციენტს შეიძლება აღარ შეეძლოს საკვების მიღება და ამგვარად, მხოლოდ არამატერიალური დომენების (საჭიროებების) დაკმაყოფილება გახდეს მისთვის უფრო მნიშვნელოვანი, რომელთა მოგვარებაც შესაძლებელია (Zalenski RJ et al, 2006).

სიცოცხლის ხარისხის შეფასების მეთოდები სიცოცხლის მიწურულ ეტაპზე, მაგ. მაკგილის სიცოცხლის ხარისხის კითხვარი და შკალა (Cohen SR et al, 1995) ყურადღებას ამახვილებს ემოციურ და სულიერ საჭიროებებზე და ადასტურებს, რომ ინტიმურობა, თვით-შეფასება (ღირსების შეგრძნება) და აქტუალიზაცია ნამდვილად ყველაზე პრიორიტეტული დომენებია სიცოცხლის მიწურულს. ამასთანავე, ყოველი „გარღვევა“ ქვემო დონის პრობლემატა მოგვარებაში (მაგალიტად, ტკივილისგან გათავისუფლება), წარმოადგენს რაღაც ტრანსცენდენტულს, მძლავრ ბიძგს, რომელიც ადამიანს აძლევს დამატებით სტიმულს და ენერგიას (არა მარტო ფიზიკურ, არამედ სულიერ ენერგიასაც) იერარქიის უდრო მარალი საფეხურის მოთხოვნილებათა რეალიზაციისათვის (Zalenski RJ et al, 2006).

წარმოდგენილ სურათზე მოცემულია პაციენტის გამოცდილებების სპეციფიური დეტალები, მასლოუს მოთხოვნილებათა/საჭიროებათა/ღირებულებათა იერარქიის სხვადასხვა საფეხურებზე (სურათი 5):



სურათი 5: პაციენტის გამოცდილებები მასლოუს მოთხოვნილებათა იერარქიის სხვადასხვა საფეხურებზე

** მოწოდებულია Zalenski RJ et al –ის მიხედვით, 2006*

მოხუცებში პალიატიური მზრუნველობის დაგეგმვისას აუცილებელია თავად მათი სურვილების / ალქმების / დამოკიდებულებების განსაზღვრა და გათვალისწინება. გარდა იმისა, რომ იგი წარმოადგენს სამედიცინო ეთიკის მოთხოვნას, იგი ასევე იძლევა საფუძველს მზრუნველობის ყველაზე ოპტიმალური და ეფექტური მიდგომის შემუშავებისთვის (Zalenski RJ et al., 2006).

პალიატიური მზრუნველობა მოხუცთათვის - საგანმანათლებლო კურიკულუმის შემუშავება სამედიცინო და საექთნო პროფილის სტუდენტებისთვის

მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს მზარდ გამოწვევას. გერმანიაში ამ ფაქტის ხაზგასმა მოხდა 2009 წელს კანონმდებლობაში მიღებული ცვლილებით, რომლის მიხედვითაც მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა გახდა სამედიცინო კურიკულუმის სავალდებულო შემადგენელი ნაწილი (Just JM et al, 2010). დასავლეთის ქვეყნებში მოხუცი პაციენტების რიცხვის ზრდასთან ერთად უფრო და უფრო რთულდება მზრუნველობის განხორციელება მულტიმორბიდულობის (მრავალი თანმხვედრი დაავადების), დემენციისა და მოხუცებულთა სისუსტის თანხვედრის გამო. მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის განხორციელება ინტერპროფესიული (ინტერდისციპლინური) ჯგუფის მიერ, წარმოადგენს სამედიცინო და საექთნო კოლეჯების სასწავლო პროგრამის მნიშვნელოვან ნაწილს. ასეთ პალიატიურ მზრუნველობაში ამ სასწავლებლების სტუდენტთა მონაწილეობა აუმჯობესებს მოხუცთათვის პალიატიური მზრუნველობის განხორციელებას, რაც დადასტურებულია გერმანიის ჯანდაცვის სამინისტროსა და მისი ექსპერტთა ჯგუფის მიერ.

ასევე დადასტურებულია, რომ პალიატიური მზრუნველობის და გერიატრიის სწავლება ჯანდაცვის სფეროს სტუდენტებისთვის არის მოხუცთა მზრუნველობის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების ერთ-ერთი გზა (Just JM et al., 2010).

ლიტერატურის ძიების და ექსპერტთა შეფასების შედეგებით გამოვლინდა დედუქციის შემდეგი დომენები: გერიატრია, პალიატიური მზრუნველობა, კომუნიკაცია და პაციენტის ავტონომია და ორგანიზაციული და სოციალური კავშირები. (Just JM et al, 2010), რომლებმაც ასხვა ჰპოვა მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო კურიკულუმებში (იხ. ცხრილი 4):

ცხრილი 4: მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო კურიკულუმებში ხაზგასმული დომენები

სფერო	სასწავლო ამოცანა
გერიატრია	• გერიატრიული შეფასება • ინტერდისციპლინური გუნდური მიდგომის მნიშვნელობა
პალიატიური მზრუნველობა	• სიმპტომების მართვა • სისტემური ტკივილის მართვა • პალიატიური შეფასება • თვით-მოვლა
კომუნიკაცია და პაციენტის ავტონომია	• კომუნიკაცია პაციენტსა და მის ოჯახთან • გლოვა • ეთიკური ასპექტები • ცუდი ამბის შეტყობინება • დაავადების შორსწასულ ეტაპზე ჩასატარებელი ღონისძიებების დაგეგმვა
ორგანიზაცია და სოციალური ქსელები	• მზრუნველობის ადმინისტრირება

(წყარო: წარმოდგენილია Just JM et al -ის მიხედვით, 2010)

ლიტერატურის კვლევამ სიცოცხლის მიწურულს მოხუცთა საჭიროებების თაობაზე გამოავლინა ასეთი სურათი (იხ. ცხრილი 5):

ცხრილი 5: მოხუცთა საჭიროებები სიცოცხლის მიწურულს, სხვადასხვა დომენების მიხედვით

სფერო	თემატიკა
გერიატრია	• მნიშვნელოვანია ჰოლისტური მიდგომა • მიუხედავად იმისა, რომ სახეზეა პოტენციურად სიცოცხლის შემამოკლებელი დაავადება, მოხუცი ასაკისთვის ისეთი ჩვეული სიმპტომები, როგორიცაა შარდის ბუშტის კონტროლის გაძნელება ან მხედველობის გაუარსება, შესაძლოა ერთობლივად ძლიერ აუარესებდეს სიცოცხლის ხარისხს • გერიატრიული შეფასება და ხშირად არსებული პრობლემების ცოდნა,

	როგორიცაა, მაგ. დაცემის რისკი, დელირიუმი, სისუსტე, შეუკავებლობა და, განსაკუთრებით, დემენცია • მულტიმორბიდულობა, როგორც პროგნოზის გამაუარესებელი, რაც იწვევს ჰოსპისში უდროოდ გადაყვანას
პალიატიური მზრუნველობა	• პერსონალური, ფსიქოლოგიური და ეგზისტენციური საკითხები აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული • მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული პერსონალურ, ფსიქოლოგიურ და ეგზისტენციურ საკითხებზე კულტურის ზეგავლენა • გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა ტკივილის ეფექტური კონტროლი • ტკივილისგან გათავისუფლება აუცილებელია პერსონალური, ეგზისტენციური და სულიერი პრობლემების მოგვარებისათვის • 70 წლის და უფრო ასაკოვან პაციენტებს სჭირდებათ დახმარება ეგზისტენციურ და სულიერ საკითხებთან გამკლავებისთვის, მათი ასაკის მიუხედავად • სიმპტომების მკურნალობასთან ერთად, ყოველთვის გათვალისწინებულ უნდა იქნას მოხუცის ფიზიოლოგიის არასიმყარე და ცვალებადობა
კომუნიკაცია და პაციენტის ავტონომია	• ეფექტური კომუნიკაცია მომვლელებსა და პაციენტს შორის არის უკეთესი გამოსავლის და მზრუნველობის უფრო მაღალი ხარისხის გარანტია • დემენციის შემთხვევაში, გადამწყვეტია მზრუნველობის გეგმის შემუშავება და მისი განხორციელება, მანამდე სანამ პაციენტს შეუძლია ეს. ადრეულ ეტაპებზე უნდა მოხდეს ოჯახის წევრების ჩართვა. • მზრუნველობის აუცილებელი ნაწილია პაციენტის ოჯახთან კომუნიკაცია • მნიშვნელოვანია ინტერპროფესიული (ინტერდისციპლინური) გუნდური მიდგომა
ორგანიზაცია და სოციალური ქსელები	• შუახნის ასაკის პაციენტებისგან განსხვავებით, მოხუცებს ხშირად აქვთ სუსტი სოციალური კავშირები. ეს იწვევს ახლობელი ადამიანების ნაკლებობას, რომლებსაც შეუძლიათ მიმართონ პიროვნული, ეგზისტენციური და სულიერი საკითხების მოსაგვარებლად, ასევე ნაკლები მხარდაჭერა აქვთ ორგანიზაციულ საკითხებში, მაგ. ოჯახის წევრების მხრიდან. • უნდა მოხდეს პაციენტების ინფორმირება, სწავლება და დახმარება იმისათვის, რომ შემუშავებული და განხორციელებული იქნას მოვლის ამომწურავი სქემა. • მოხუც პაციენტებს სურთ რომ ჰქონდეთ მეტი კონტაქტი მომვლელებთან, მაგრამ ხშირად არ სთხოვენ მათ ამას, იმის შიშით რომ ვინმეს ზედმეტად შეაწუხებენ.

(წყარო: წარმოდგენილია Just JM et al -ის მიხედვით, 2010)

როგორც ზემოთ აღინიშნა, პალიატიური მზრუნველობის და გერიატრიის სწავლება ჯანდაცვის სფეროს სტუდენტებისთვის არის მოხუცთა მზრუნველობის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების ერთ-ერთი გზა (Just JM et al., 2010). ინტერპროფესიული განათლების და პალიატიურ მზრუნველობაში ადრეული განათლების საჭიროება აღიარებულია ეროვნულ დონეზე მთავრობათა მიერ (German Ministry of Health (2002): Fourth Report of the German Government on the Situation of the Elderly. BT-Drs. 14/8822. , 2002) და საერთაშორისო დონეზე ჯანმოს მიერ (World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. [<http://www.who.int/hrh/professionals/announcement.pdf>]). პალიატიური მზრუნველობის და გერიატრიის სფეროების გაერთიანება და მათი სწავლება ინტერპროფესიული მიდგომით აუმჯობესებს მულტიდისციპლინური გუნდის მიდგომის გათავისებას და შემდგომში იძლევა სინერგიულ ეფექტს (Palliative Care: The Solid Facts. [<http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>]; Raymond S, Woo J, 2001; Bolmsjo I, 2008).

მასალა და მეთოდები

ნაშრომში გამოყენებულია როგორც რეტროსპექტული, ისე პროსპექტული კვლევის მეთოდები: სამედიცინო დოკუმენტაციისა და ისტორიების ანალიზი, ინტერვიუს მეთოდი და ანკეტური გამოკითხვა. ასეთი განსხვავებული მეთოდების გამოყენება საჭირო გახდა ზემოაღნიშნული, განსხვავებული მოდების წერტილების მქონე ამოცანების იდენტიფიკაციით.

ამოცანა 1:

საქართველოში მოხუცთა (ხანდაზმულთა) იმ ქრონიკული დაავადებების იდენტიფიკაცია, რომლებიც ყველაზე ხშირად შეიძლება საჭიროებდეს პალიატიურ მზრუნველობას, ერთი მხრივ, და რომელთა ფარმაცოთერაპიაც საჭიროებს „გერიატრიულ კორექციას“ მეორე მხრივ.

მასალა და მეთოდები

ჯანდაცვის სამინისტროს სტატისტიკური დეპარტამენტის მონაცემების საფუძველზე შევისწავლეთ ქ. თბილისის სტაციონარულ და ამბულატორიულ დაწესებულებებში 1998 წლიდან 2005 წლის ჩათვლით სხვადასხვა ასაკის ავადმყოფთა გადანაწილება შემდეგი ძირითადი დაავადებების მიხედვით:

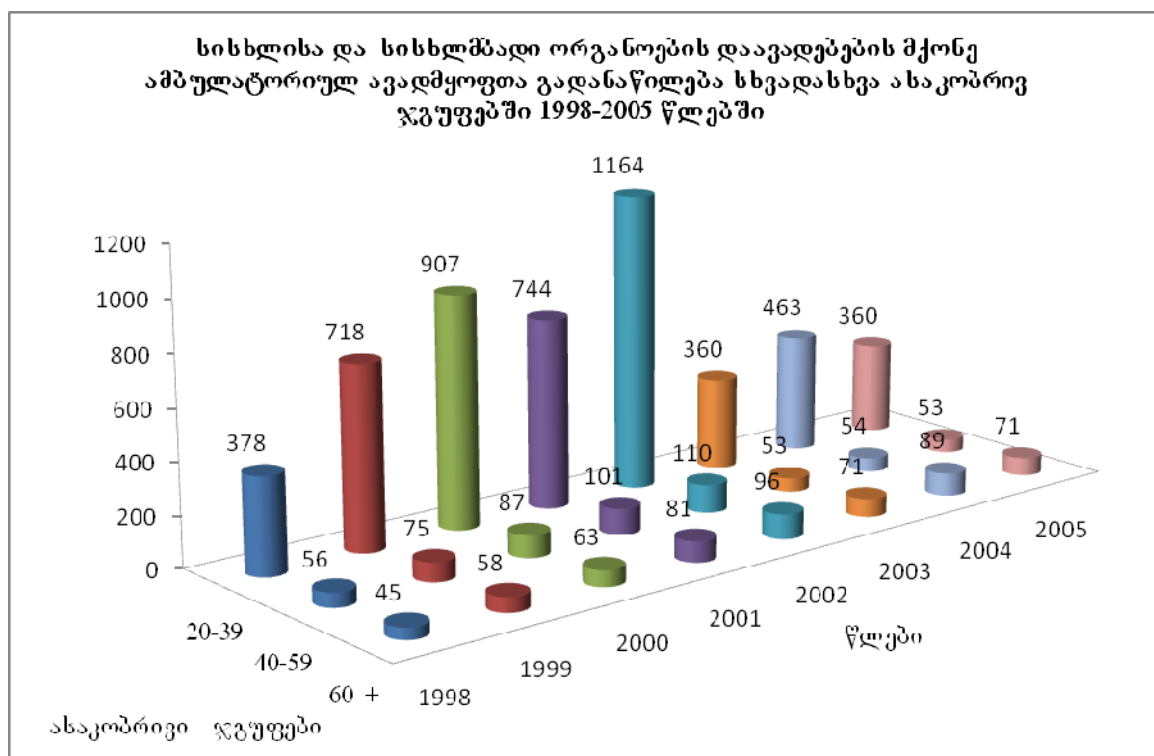
- ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები;
- სიმსივნური დაავადებები;
- სისხლისა და სიხლმზადი ორგანოების დაავადებები;
- ენდოკრინული დაავადებები;
- ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევები;
- ნერვული სისტემის დაავადებები;
- თვალის დაავადებები;
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები;
- სასუნთქი სისტემის ორგანოების დაავადებები;
- საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები;
- ძვალ-კუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები;

- შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები;

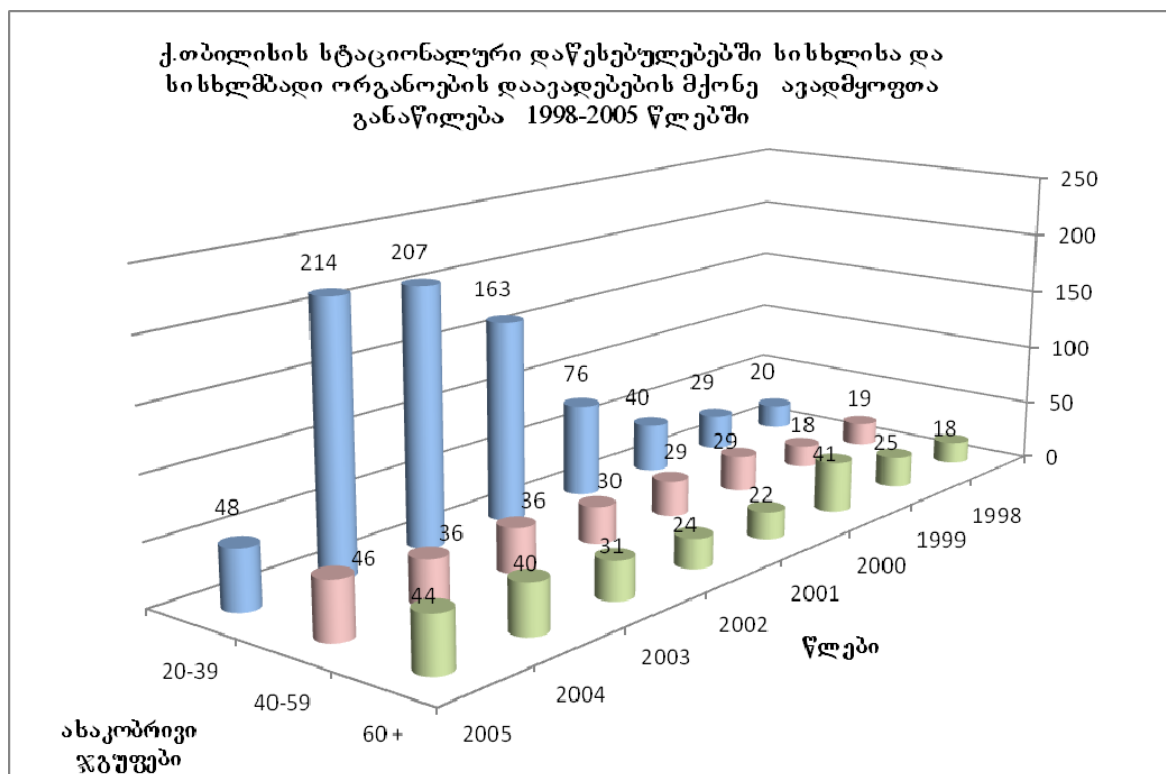
უნივარსიტეტი ანალიზის მეთოდით შეფასებულ იქნა სამი ასაკობრივი კატეგორიის - 20-39 წლის, 40-59 წლისა და 60 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტთა განაწილება (მიმართვიანობა) ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში. თვალსაჩინოებისათვის აგებული იქნა ცხრილები და დიაგრამები.

მაგალითისათვის:

დიაგრამა 1: სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებების მქონე ამბულატორიულ ავადმყოფთა გადანაწილება სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში 1998-2005 წლებში.



დიაგრამა 2: ქ. თბილისის სტაციონარულ დაწესებულებებში სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებების მქონე ავადმყოფთა განაწილება 1998-2005 წლებში.



პარალელურად, შესწავლილ იქნა აგრეთვე ქ. თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს 1995, 2000 და 2005 წლების სარქივო მასალა (სულ 1708 ავადმყოფობის ისტორია). კვლევის მიზანს შეადგენდა რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებებში მოხუც და ხანდაზმულ ავადმყოფებში თანმხლებ დაავადებათა, ასევე, ამ კონტინგენტის სამკურნალოდ გამოყენებული პრეპარატების სიხშირისა და ეფექტურობის გამოკვლევა (განხორციელდა ანტიბიოტიკების, ტრანკვილიზატორების, ჰიპოტენზიური საშუალებების, საძილე საშუალებების, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების, ანტიარითმიული, ანტისპაზმური, ანტი-ანგინალური საშუალებების, დიურეზული საშუალებების, საგულე კლიკოზიდების, ანტიკოაგულანტების - როგორც მოხუცებში ყველაზე ხშირად გამოყენებული პრეპარატების ეფექტურობის

ანალიზი). პაციენტთა განაწილება შეფასებულ იქნა უნივარიაციული ანალიზის მეთოდით სქესისა და ასაკის მიხედვით. გამოყოფილ იქნა ორი ასაკობრივი კატეგორია: 1) 22-44 წელი 2) 60 წელი და ზევით. გამოყენებული მედიკამენტების ეფექტურობის შესაფასებლად გამოყოფილ იქნა გამოსავლის სამი კატეგორია: 1) მდგომარეობა უცვლელია; 2) მდგომარეობა გაუმჯობესდა; 3) ლეტალური გამოსავალი. თვალსაჩინოებისათვის აგებული იქნა ცხრილები და დიაგრამები.

ამოცანა 2:

მოპროგრესე განუკურნელი ქრონიკული დაავადებით შეპყრობილ ხანდაზმულ პაციენტთა მკურნალობა/მზრუნველობის მიმართ ამ პაციენტთა ოჯახის წევრების მოთხოვნებისა და დამოკიდებულებების გამოკვლევა და სისტემატიზაცია.

მასალა და მეთოდები

გამოკითხულ იქნა ინტენსიური თერაპიის/კრიტიკული მედიცინის განყოფილებაში „სერვისმიღებული“ 20 მოხუცი (75-82 წლის ასაკის) პაციენტის ოჯახის წევრები (სულ 27 პირი).

ჩატარდა გამჭოლი კვლევა რომელიც გრძელდებოდა 2014 წლის თებერვლიდან 2015 წლის თებერვლამდე. გამოყენებულ იქნა „ხელმისაწვდომი შერჩევის“ მეთოდი: კვლევაში ჩართული იქნა კვლევის პერიოდში არსებული პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები. კვლევა დაეფუძნა სტრუქტურირებული ფორმატის ინტერვიუმს.

ოჯახის წევრების მონაწილეობა კვლევაში გადაწყდა იმის გამო, რომ ხშირად კრიტიკული მედიცინის განყოფილებაში მყოფი, ტერმინალური ინკურაბელური დაავადების მქონე პაციენტთან კონტაქტი გაძნელებულია ან შეუძლებელი ცნობიერების დათრგუნვის გამო. კვლევიდან გამორიცხვის კრიტერიუმს წარმოადგენდა ისეთი პოწ-ები, რომლებიც შეზღუდულად ან საერთოდ არ ფლობდნენ ქართულ ენას.

პაციენტის პირადი მონაცემები (მაგ. ასაკი, სქესი, დაიგნოზი და გარდაცვალების თარიღი) მოწოდებული იქნა თავად მათი ოჯახის წევრების მიერ,

საავადმყოფოს მიერ გაცემული სტანდარტული გაწერის / გარდაცვალების ცნობაზე დაყრდნობით (მონაცემები მოცემულია ცხრილ 6-ში).

ცხრილი 6: პაციენტის პირადი მონაცემები, მოწოდებული მათი ოჯახის წევრების მიერ

ასაკი, სქესი დიაგნოზები *	75-82	
	ქალი	მამაკაცი
	9	12
პანკრეასის თავის კიბო, მექანიკური სიყვითლე, ასციტი, ღვიძლის უკმარისობა	1 (1)	1 (1)
ნაღვლის ბუშტის კიბო, ბილიური ობსტრუქცია		1 (1)
ფილტვის კიბო, მრავლობითი ძვლოვანი მეტასტაზები		1 (1)
შუასაყრის ჰოჯკინის ლიმფომა, მულტიორგანული უკმარისობა	1	
რეტროპერიტონეული ლიმფომა, მულტიორგანული უკმარისობა	1 (1)	
დიაბეტი, ოსტეოპოროზი, ბარძაყის თავის მოტეხილობა, თირკმლის უკმარისობა	2	
მწვავე ინსულტი, ცერებრული კომა		2 (1)
ინსულტის შემდგომი მდგომარეობა, ნაწლავის ნაწილობრივი გაუვალობა	1	1 (1)
გულის უკმარისობა, დემენცია	1	1
საშვილოსნოს კიბო, მრავლობითი მეტასტაზები, ჰიდროთორაქსი, ასციტი	1	
საყლაპავის კიბო, გასტროსტომა, დემენცია		1 (1)
ნაწლავის დიდი ზომის კიბო, ტერმინალური ილევოსტომა	1	2 (1)
ღვიძლის ციროზი, სისხლდენა საყლაპავის ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენებიდან, მულტიორგანული უკმარისობა		1 (1)
ჯამი	20	(9)

* ფრჩხილებში მოცემულია გარდაცვლილ პაციენტთა რაოდენობა

ინსტრუმენტი

პალიატიური მზრუნველობის, ფსიქოლოგიისა და ეთიკის სფეროებში მომუშავე ექსპერტების გუნდის მიერ პაციენტის ოჯახის წევრებისთვის შემუშავებულ იქნა სპეციალური კითხვარი:

1. თქვენ, როგორც ოჯახის წევრს, გესაუბრებოდათ თუ არა ექიმი პაციენტთან დაკავშირებულ ისეთ დეტალებზე, რომელიც ეხებოდა პაციენტის შესაძლო მდგომარეობის გაუარესებას?

0 = არასოდეს										10 = ყოველთვის	არ ვიცი
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	999	
											0

2. ექიმი გატყობინებდათ თქვენ, როგორც პაციენტის ოჯახის წევრს, პაციენტის სავარაუდო სიცოცხლის ხანგრძლივობის თაობაზე?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	999	
											0

3. არჩევდა თუ არა ექიმი თქვენთან, თუ როგორ შეიძლება დადგეს პაციენტის სიკვდილი?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	999	
											0

4. ათანხმებდა თუ არა ექიმი თქვენთან გადაწყვეტილებას მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკის თაობაზე (მართვით სუნთქვაზე შესაძლო გადაყვანა, ან სხვა)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	999	
											0

5. გესაუბრებოდა თუ არა ექიმი იმ ცხოვრებისეულ თემებზე, რომლებიც დაკავშირებულია მნიშვნელოვანია პაციენტისათვის და თქვენთვის?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	999	
											0

6. გესაუბრობოდათ ექიმი პაციენტის რწმენაზე (სარწმუნოებაზე)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	999	
											0

7. ექიმი პატივს სცემდა თქვენი და პაციენტის სულიერ განწყობას და რელიგიურობას?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	999
										0

8. ექიმს უჭირდა თუ არა თქვენთან პაციენტის სიკვდილზე ლაპარაკი? მონიშნეთ ქვემოთ მოცემული სკალაზე:

0 = “ძალიან უჭირდა” და 10 = “არ უჭირდა” (შემოხაზეთ მხოლოდ ერთი პასუხი)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. ზოგადად როგორ შეაფასებდით ექიმის და ოჯახის წევრის კომუნიკაციას?

0 = „უარყოფითად“ და 10 = „დადებითად“ (შემოხაზეთ მხოლოდ ერთი პასუხი)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

კითხვარი ფარავდა კომუნიკაციის სხვადასხვა ასპექტებს, რაც მოიცავდა (მაგრამ არ იყო შეზღუდული მხოლოდ ამ საკითხებზე): პაციენტის პროგნოზს, გარდაცვალების მოსალოდნელ დროს, მკურნალობის გეგმას და რელიგიის საკითხებს. კითხვარების განხილვა მოხდა შესაბამისი სფეროს ექსპერტების მიერ რათა დადასტურებულიყო მათი შინაარსის ვალიდურობა და გამოცდილ იქნა სამ მოხალისეზე, რომლებიც არ მონაწილეობდნენ კვლევაში (იმ პაციენტთა ოჯახის წევრები, რომლებიც გარდაიცვალნენ კრიტიკული მედიცინის განყოფილებაში), რათა ნამდვილად დავრწმუნებულიყავით, რომ ყველა მონაწილე სწორად გაიგებდა კითხვებს (კითხვარი და მისი შინაარსი მოცემულია ქვემოთ). კითხვარების შევსება ხდებოდა დამოუკიდებლად, ერთ-ერთი მკვლევარის თანდასწრებით, რომელიც მონაწილეებს უხსნიდა შევსების წესებს. მონაწილეებს სთხოვდნენ, შეეფასებინათ თავიანთი პასუხები შკალით 0-დან 10-მდე, სადაც „0“ წარმოადგენდა „არასოდეს“, ხოლო „10“ კი - „ყოველთვის“.

თუმცა, კითხვებისთვის 1.9 – 2.9 – „0“ შეესაბამებოდა „იყო ძალიან რთული“ და „10“ – „საერთოდ არ იყო რთული“, ხოლო კითხვებისთვის 1.10 და 2.10 – „0“ იყო „მთლიანად უარყოფითი და „10“ – „მთლიანად დადებითი“.

მონაწილეებს ასევე ჰქონდათ „არ ვიცი“ პასუხის ვარიანტი, თითოეული კითხვისთვის. ყოველ მონაწილეს ეძლეოდა მხოლოდ ერთჯერადი ცდა კითხვარის შესავსებად.

ეთიკური საკითხები

კვლევის ფორმატი მოწონებული და დამტკიცებული იქნა ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ალ. ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტის ეთიკური კომისიის მიერ, საერთაშორისოდ აღიარებული ბიოეთიკური სტანდარტების შესაბამისად. ყველა მონაწილისგან მიღებულ იქნა წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის ფორმა. დაცული იყო როგორც მონაწილეთა, ისე მათი პასუხების კონფიდენციალურობა.

სტატისტიკური ანალიზი

მონაცემთა შეგროვების შემდეგ, გაკეთდა კითხვარებზე პასუხების ხელახლა კოდირება შემდეგ სამ კატეგორიად: 0-3 = „არასოდეს/ იშვიათად/არადამაკმაყოფილებლად“, 4-7 = „მეტ-ნაკლებად“ და 8-10 = ხშირად/ ყოველთვის/დამაკმაყოფილებლად. „არ ვიცი“ პუნქტზე პასუხები ცალკე იქნა კლასიფიცირებული.

ცვლადი განაწილების (variable distributions) მისაღწევად ჩატარდა სტანდარტული, აღწერითი სტატისტიკური ანალიზი.

კითხვარის ბოლო ორი შეკითხვისათვის, შესაბამისად შერჩეული იქნა 3 კატეგორია: „ძალიან უძნელდებოდა“, „საშუალოდ/რამდენადმე უძნელდებოდა“, „არ უძნელდებოდა“ და „უარყოფითად“, „საშუალოდ“, „დადებითად“.

ამოცანა 3:

სიცოცხლის ლიმიტირებული ხანგრძლივობის გამაცნობიერებელ ისეთი ხანდაზმული პირების ცხოვრების მიწურულის მოთხოვნილებებისა და დამოკიდებულებების გამოკვლევა და სისტემატიზაცია, რომელთა ცნობიერების მდგომარეობაც ადეკვატურია (მეტ-ნაკლები ინტენსივობით განაგრძობენ ინტელექტუალურ საქმიანობას);

მასალა და მეთოდები

გამოკვლეულ იქნა 80 წელს გადაცილებული 20 მოხუცი. კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმს წარმოადგენდა ასაკი (85 წელი ან მეტი), სიცოცხლის მაღალიმიტირებელი დაავადების არარსებობა (მოხუცები უნდა ყოფილიყვნენ „ჯანმრთელები“ და უნდა ჰქონოდათ შენარჩუნებული მინიმალური სოციალური აქტივობა) და ადეკვატური ცნობიერება.

კვლევა ეფუძნებოდა ნახევრად სტრუქტურირებული ფორმატის ინტერვიუებს. კერძოდ, კვლევაში მონაწილე თითოეული პირი პასუხობდა შემდეგ კითხვარს:

დემოგრაფიული ბლოკი

სქესი:

ასაკი:

პროფესია / საქმიანობა:

ძირითადი შეკითხვები:

როგორ გაიხსენებდით თქვენს წარსულ ცხოვრებას?

თუ შეცვლიდით რამეს თქვენს განვლილ ცხოვრებაში?

რას გეგმავთ რომ გააკეთოთ?

კითხვარი შეიქმნა აბრაამ მასლოუს იერარქიული (საჭიროებათა / მოთხოვნილებათა / ღირებულებათა) პირამიდისა და მისი გათანამედროვეებული ვარიანტის (Douglas T. et al, 2010), ასევე ჰარვეი მაქს ჩოჩინოვის და მის თანაავტორთა კვლევის შედეგების (Chochinov, H.M. et al, 2005; Chochinov, H.M. et al, 2007),

გათვალისწინებით - სოციოლოგთა და ფსიქოლოგთა მონაწილეობით (ნ. ჭაბუკიანი, თ. ჭაბუკიანი).

ინტერვიუს ჩაწერის (აუდიოფორზე) ხანგრძლივობა შეადგენდა 10 წუთიდან 1 საათამდე. ინტერვიუების ჩატარების შემდეგ ხდებოდა მათი ტრანსკრიპტი და კოდირება: თითოეული ინტერვიუ იყოფოდა მეტ-ნაკლებად დამოუკიდებელ ფრაგმენტებად. ასეთი ფრაგმენტების რაოდენობა მერყეობდა 2-დან 27-მდე. ხდებოდა თითოეულ ფრაგმენტში ასახული ინფორმაციის შესატყვისობის განსაზღვრა აბრაამ მასლოუს პირამიდის რომელიმე დონესთან და შესაბამისად „განთავსება“ ამ დონეზე. როგორც თითოეულ ინტერვიუში ასახული ინფორმაციის კლასიფიკაცია, ისე ტექსტის კოდირება ხდებოდა 2 მკვლევარის მიერ დამოუკიდებლად. ამ სამუშაოს შესრულების შემდეგ ხდებოდა საჭიროებათა / მოთხოვნილებათა / ღირებულებათა პირამიდაზე განთავსებული ინტერვიუს ფრაგმენტების შედარება. ერთიანი სურათის მიღებისათვის ხელისშემშლელი ყველა შეუსაბამობა და წარმოშობილი პრობლემები წყდებოდა ამ მკვლევართა შორის დისკუსიის გზით, კონსენსუსის საფუძველზე. მასლოუს პირამიდის სხვადასხვა დონეზე განთავსებულ ფრაგმენტთა რაოდენობები ექვემდებარებოდა ანალიზს აღწერილობითი სტატისტიკის მეთოდის გამოყენებით.

კვლევის მეთოდოლოგია შემუშავებული იქნა თსუ დოქტორანტ ნ. ჩიხლაძის და თსუ მორფოლოგიის ინსტიტუტის მორფოლოგიის ინსტიტუტის მეცნიერ თანამშრომლის - ელენე ჯანბერიძის მონაწილეობით.

კვლევის შედეგები და განსჯა

1. საქართველოში მოხუცთა (ხანდაზმულთა) იმ ქრონიკული დაავადებების იდენტიფიკაცია, რომლებიც ყველაზე ხშირად იწვევს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებას, ერთი მხრივ, და რომელთა ფარმაცოთერაპიაც საჭიროებს „გერიატრიულ კორექციას“ მეორე მხრივ.

ჯანდაცვის სამინისტროს სტატისტიკური დეპარტამენტის მონაცემების საფუძველზე შევისწავლეთ ქ. თბილისის სტაციონარულ და ამბულატორიულ დაწესებულებებში სხვადასხვა ასაკის ავადმყოფთა გადანაწილება ძირითადი დაავადებების მიხედვით 1998 წლიდან 2005 წლის ჩათვლით.

კვლევის შედეგები წარმოდგენილია დიაგრამებზე (1-20).

ინფექციური და პარაზიტული დაავადებებით ავადმყოფობ ხანდაზმულთა რაოდენობა მნიშვნელოვნად ნაკლებია. როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ ქსელში (დიაგრ. 1 და 2). ამასთანავე, სტაციონარში ხანდაზმულთა მიმართვიანობა 3,12-4,29 -ჯერ ჩამორჩება ახალგაზრდების მიმართვიანობას. ამბულატორიულ ქსელში ეს მონაცემები გაცილებით ფართოდ ვარირებს და შეადგენს 13,5-19,75 –ს.

სიმსივნური დაავადებების მქონე ავადმყოფთა საერთო რაოდენობა სტაციონარებში ყველა ასაკობრივ ჯგუფში თანდათან იმატებს შესწავლილი წლების განმავლობაში. ამასთანავე, 40-59 წლის ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტთა რაოდენობა ყოველწლიურად აღემატება ხანდაზმულ (60 და მეტი ასაკის) ავადმყოფთა რაოდენობას (დიაგრ. 3). განსხვავებული სურათია ამბულატორიულ ქსელში: სიმსივნით ავადმყოფ ხანდაზმულ პაციენტთა რაოდენობა აღემატება როგორც ახალგაზრდათა, ისე შუახნის პაციენტთა რაოდენობას (დიაგრ. 4).

ენდოკრინული დაავადებების მქონე საშუალო და ხანდაზმული ასაკის ავადმყოფების რაოდენობა სტაციონარულ დაწესებულებებში მკვეთრად აღემატება ახალგაზრდათა რაოდენობას. ამასთანავე, 2002-2005 წლებში, საშუალო და ხანდაზმული ასაკის ავადმყოფების რაოდენობა მკვეთრად 1998-2001

წლებთან შედარებით (დიაგრ. 5). ამბულატორიებში სამივე შესადარებელი ასაკობრივი ჯგუფის მიმართვიანობა შედარებით სტაბილურია. ამასთანავე, ხანდაზმულ ავადმყოფთა რაოდენობა მკვეთრად აღემატება არა მხოლოდ ახალგაზრდათა, არამედ შუახნის ავადმყოფთა რაოდენობასაც (დიაგრ. 6).

ნერვული სისტემის დაავადებათა მქონე სტაციონარულ პაციენტებში, ხანდაზმულთა რაოდენობა მკვეთრად აღემატება, როგორც ახალგაზრდათა, ისე საშუალო ასაკის პირთა რაოდენობას (დიაგრ. 7). ამბულატორიულ ავადმყოფებში, რამდენადმე სხვა სურათია: 2003 წლამდე საშუალო ასაკის პაციენტთა მიმართვიანობა აღემატება ხანდაზმული ასაკის პაციენტთა მიმართვიანობას (გამონაკლისს წარმოადგენს მხოლოდ 2000 წლის მონაცემები: ნერვული სისტემის დაავადებათა გამო, ამბულატორიეს მიმართა 40-59 წლის ასაკის 2707-მა პირმა, ხოლო 60 და მეტი წლის ასაკის 3743-მა პაციენტმა), ხოლო 2003 წლიდან სურათი იცვლება და ხანდაზმულთა მიმართვიანობა მკვეთრად სჭარბობს როგორც ახალგაზრდათა, ისე შუახნის ასაკის პაციენტთა მიმართვიანობას (დიაგრ. 8).

ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მაღალია თვალის დაავადებათა სიხშირე, როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორიულ დაწესებულებებში (მკვეთრად აღემატება ახალგაზრდა და შუახნის პაციენტთა რაოდენობას). ამასთანავე, აქაც შესამჩნევია ზემოაღნიშნულის მსგავსი ტენდენცია: საკვლევი პერიოდის ბოლო ოთხი წლის პაციენტთა ჯამური რაოდენობა აღემატება პირველი ოთხი წლის პაციენტთა ჯამურ რაოდენობას (დიაგრ. 9, 10).

თვალის დაავადებათა განაწილების დიაგრამების ანალოგიური დიაგრამებს იძლევა 1998-2005 წლებში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების გადანაწილებაც. როგორც სტაციონარებში, ისე ამბულატორიებში მატულობს ავადმყოფთა რაოდენობა, ამასთანავე, ყველაზე მეტი დაფიქსირებულია ხანდაზმული ასაკის პაციენტი. განსაკუთრებით მკვეთრად არის გამოხატული სხვაობა ხანდაზმულ და ახალგაზრდა ავადმყოფთა რაოდენობებს შორის (დიაგრ. 11, 12).

სასუნთქი სისტემის ორგანოების დაავადებათა მქონე ავადმყოფების რაოდენობა 1998-2005 წლებში სტაციონარებსა და ამბულატორიებში ზოგადად მაღალია. სტაციონარებში ამ დაავადებით ყველაზე ნაკლები პაციენტი 40-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფშია აღრიცხული. დაავადებული ახალგაზრდების რაოდენობა კი აჭარბებს ხანდაზმულებს. წლების მიხედვით აღინიშნება დაავადების სიხშირის მატება (დიაგრ. 13). ამბულატორიებში ხანდაზმულ ავადმყოფთა რაოდენობა აჭარბებს სხვა ასაკობრივ ჯგუფებს. წლების მიხედვით დაავადების სიხშირის მატება აქაც მკაფიოდაა გამოხატული (გამონაკლისს წარმოადგენს 1998 წლის მონაცემები, როდესაც დაავადების მაღალი მაჩვენებელია დაფიქსირებული (დიაგრ. 14).

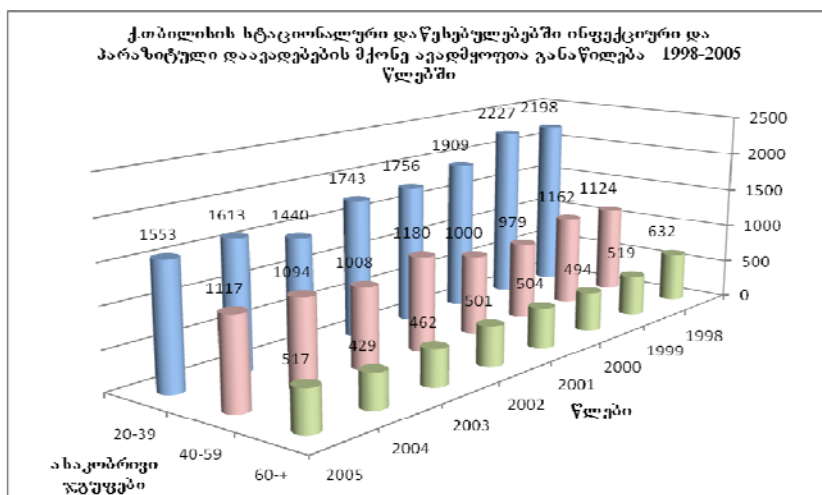
საქმლის მომწოდებელი ორგანოების დაავადებათა მიხედვით ავადმყოფთა რაოდენობა სტაციონარულ დაწესებულებებში 1998 წლიდან 2005 წლამდე ყველა ასაკობრივ ჯგუფში თანდათანობით მატულობს. ამასთანავე, ახალგაზრდებს, საშუალო ასაკისა და ხანდაზმულ პაციენტების რაოდენობებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება არ ფიქსირდება (დიაგრ. 15). ანსხვავებული სურათია ამბულატორიებში, სადაც ამ დაავადებათა სიხშირე განსაკუთრებით მაღალია ხანდაზმულებსა და საშუალო ასაკის პირებში. აქ მეორდება სხვა დაავადებებისათვის დამახასიათებელი თავისებურება: ხანდაზმულ პაციენტთა რაოდენობა მნიშვნელოვნად აღემატება შუახნის პაციენტთა რაოდენობას, ხოლო ეს უკანასკნელი, თავის მხრივ, მნიშვნელოვნად აღემატება ახალგაზრდათა რაოდენობას (დიაგრ. 16).

ძვალ-კუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებათა მქონე სტაციონარული ავადმყოფების რაოდენობა, შესასწავლ პერიოდში ავლენს მატების ტენდენციას. ყველაზე მეტია 40-59 წლის ასაკობრივი ჯგუფის ავადმყოფების რაოდენობა (დიაგრ. 17). განსხვავებული სურათია ამბულატორიულ ავადმყოფებში: ყოველ შესწავლილ წელს, 60 და მეტი ასაკის ავადმყოფთა რაოდენობა თითქმის 6-ჯერ აღემატება ახალგაზრდა პაციენტების, ხოლო 2 -ჯერ საშუალო ასაკის პაციენტების რაოდენობას (დიაგრ. 18).

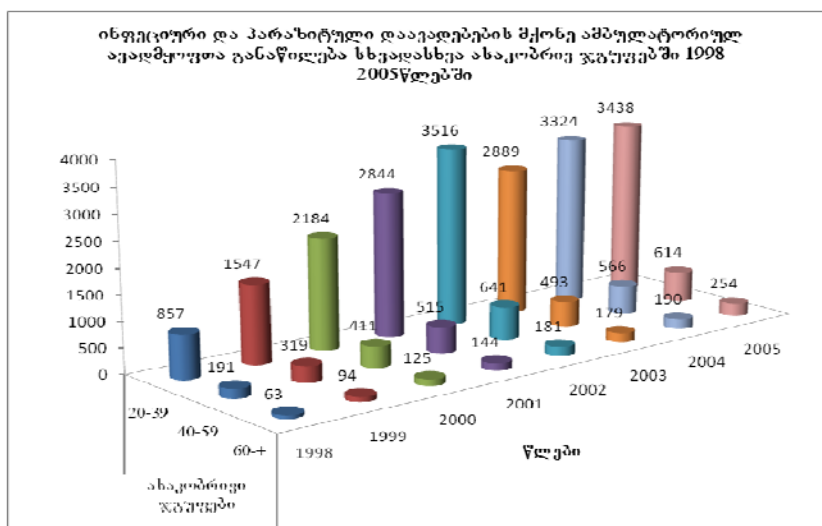
შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებებით პაციენტთა საერთო რაოდენობა მატულობს წლების მიხედვით. სტაციონარულ ავადმყოფთა რაოდენობა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში საკმაოდ დიდია. ამასთანავე, აღსანიშნავია რომ ახალგაზრდა და ხანდაზმული პაციენტები სჭარბობენ შუა ხნის პაციენტებს (დიაგრ. 19). განსხვავებული გადანაწილების სურათი გვაქვს ამბულატორიებში: ახალგაზრდა პაციენტთა რაოდენობა მკვეთრად აღემატება შუა ხნის პაციენტთა რაოდენობას, მაგრამ ეს უკანასკნელიც, თავის მხრივ, მკვეთრად აღემატება ხანდაზმულ პაციენტთა რაოდენობას (დიაგრ. 20).

სისხლისა და სიხლმადი ორგანოების დაავადებებით ავადმყოფთა რაოდენობა სტაციონარებში 1998-2005 წლებში ყველა ასაკობრივ ჯგუფში თანდათანობით მატულობს. გამონაკლისს წარმოადგენს 2005 წელი; ავადმყოფთა რაოდენობა აქ ყველა ასაკობრივ ჯგუფში შემცირებულია. იგივე ვითარებაა ამბულატორიულ მაჩვენებლებშიც. პაციენტების ყველაზე მეტი რაოდენობა დაფიქსირებულია 2002 წელს. ხალგაზრდა პაციენტთა რაოდენობა არემატება როგორც საშუალო ასაკის, ისე ხანდაზმულ პაციენტთა რაოდენობას (დიაგრ. 21, 22).

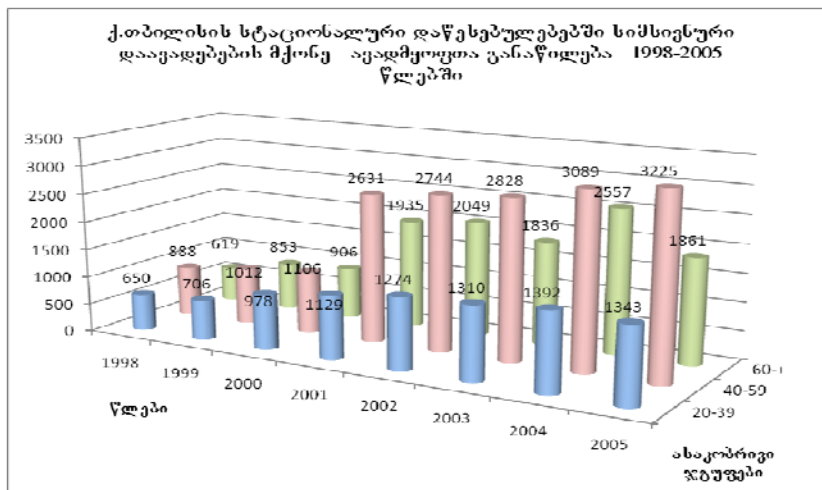
ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევების მქონე სტაციონარულ ავადმყოფებში სჭარბობს 20-39 წლის ავადმყოფები. აღსანიშნავია, რომ ამ ასაკობრივ ჯგუფში ავადმყოფთა რაოდენობამ 2005 წელს 1998 წელთან შედარებით 50%-ით მოიმატა (დიაგრ. 23). ავადმყოფთა მატება აღინიშნება ამბულატორიულ დაწასებულებებშიც (დიაგრ. 24). ამასთანავე, საშუალო ასაკის პაციენტების რაოდენობა სჭარბობს როგორც ახალგაზრდა, ასევე ხანდაზმულ პაციენტთა რაოდენობას.



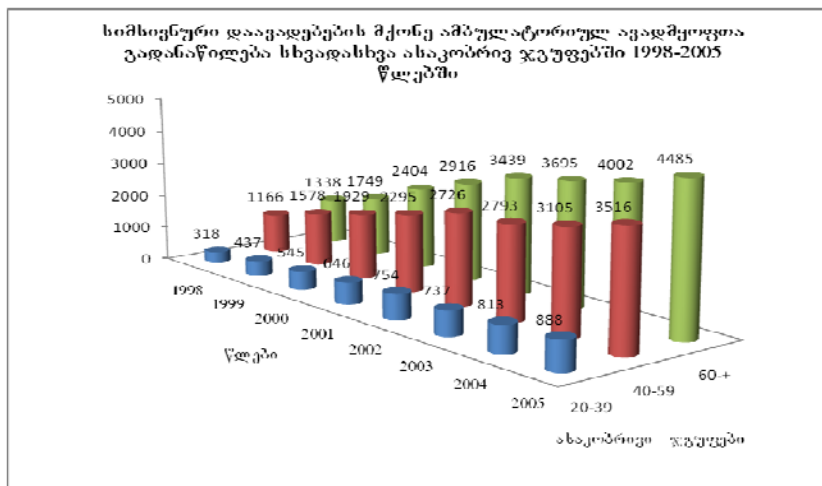
დიაგრ. 1



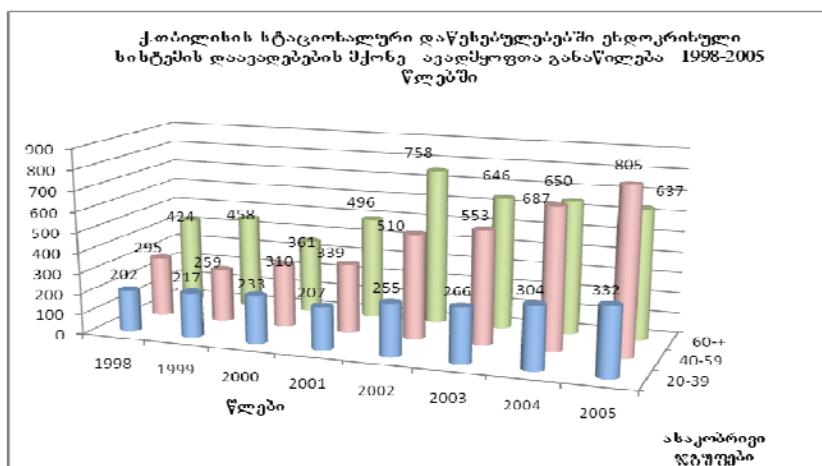
დიაგრ. 2



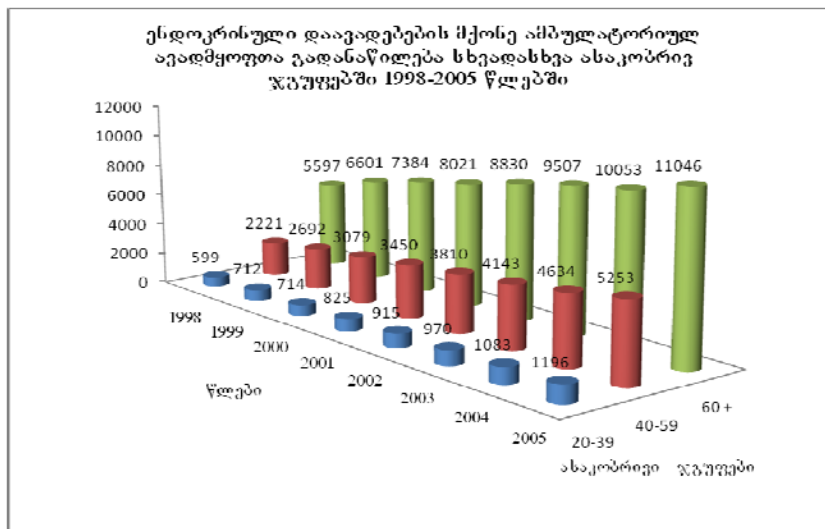
დიაგრ. 3



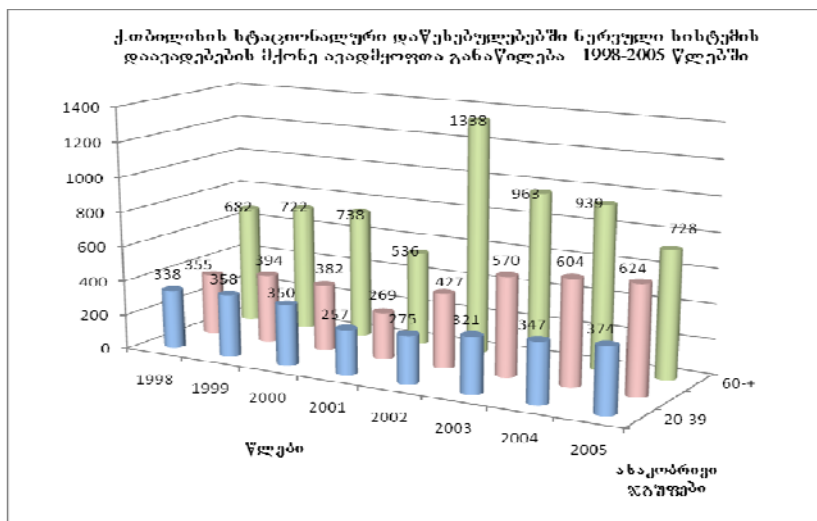
დიაგრ. 4



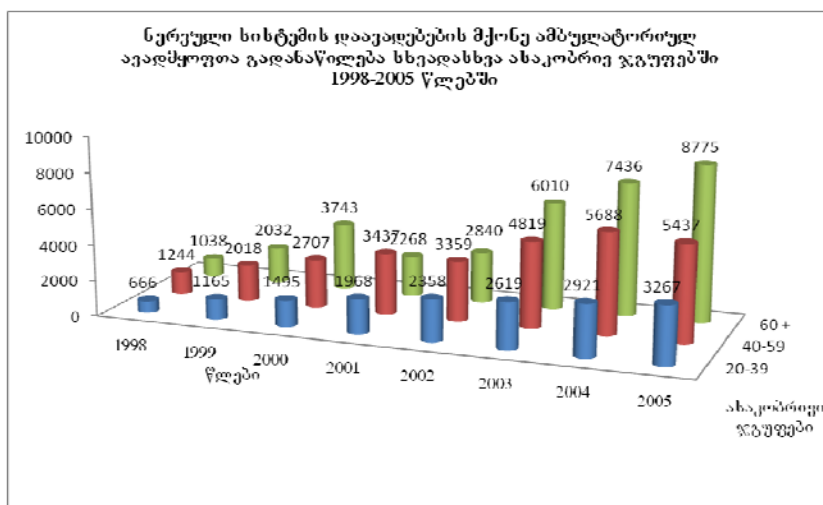
დიაგრ. 5



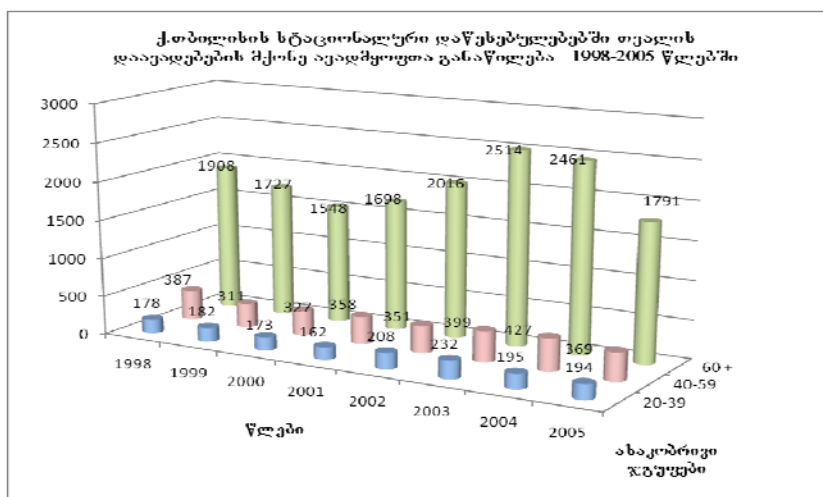
დიაგრ. 6



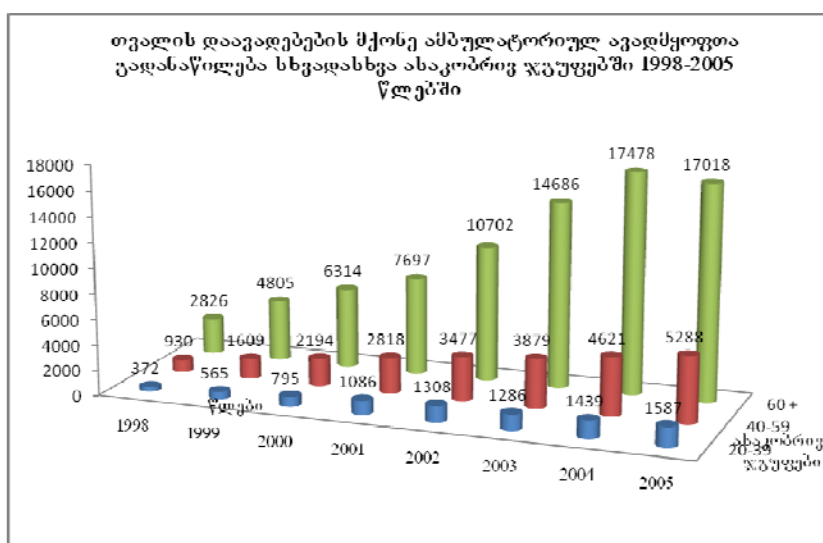
დიაგრ. 7



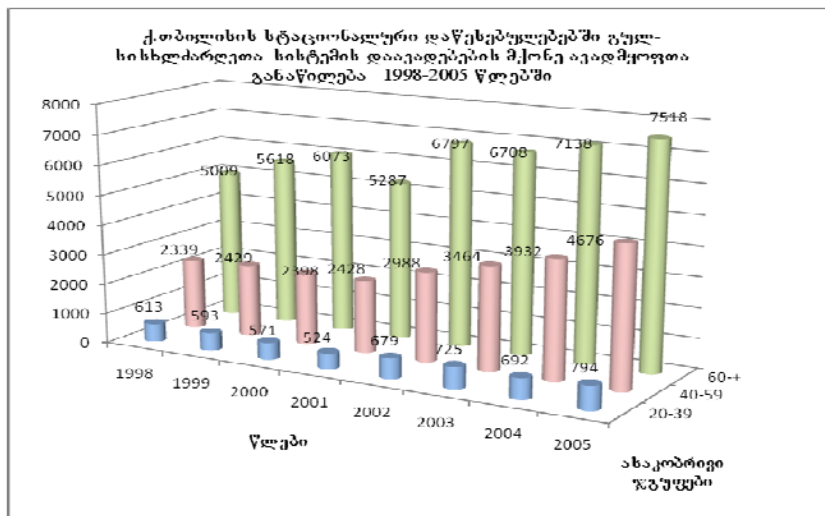
დიაგრ. 8



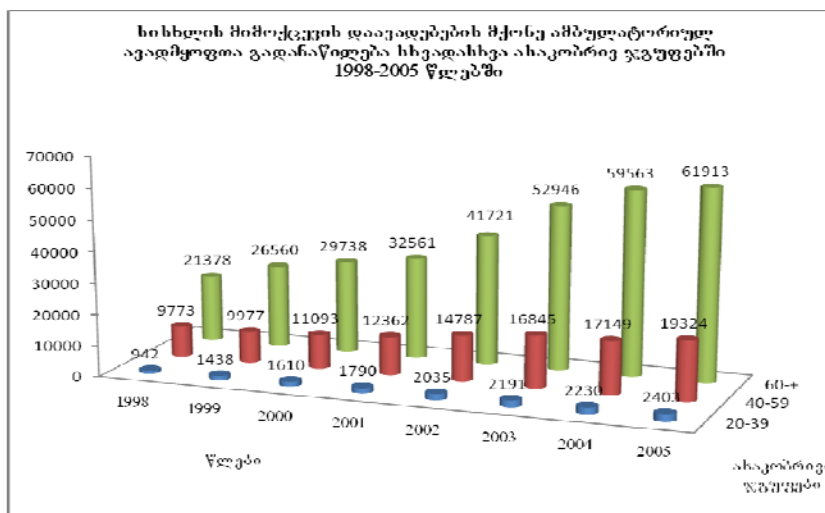
დიაგრ. 9



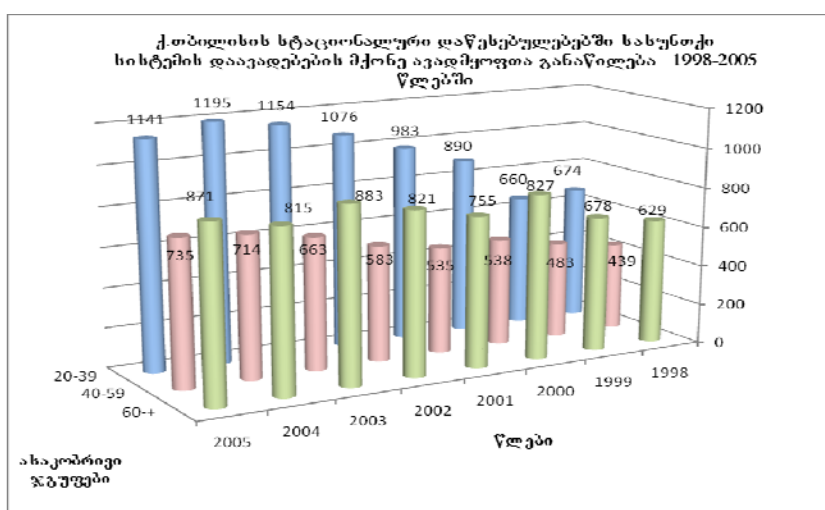
დიაგრ. 10



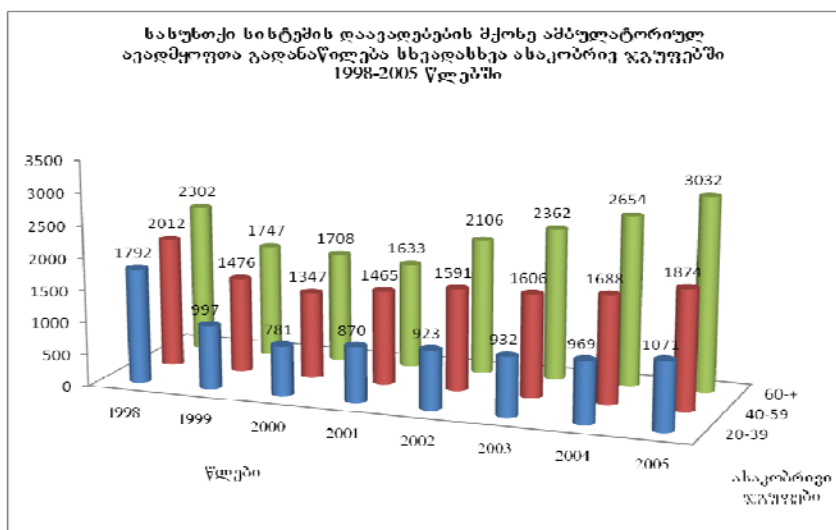
დიაგრ. 11



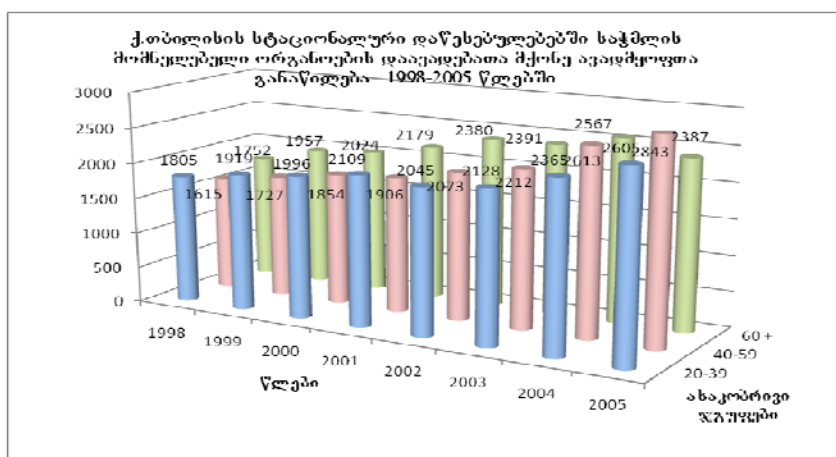
დიაგრ. 12



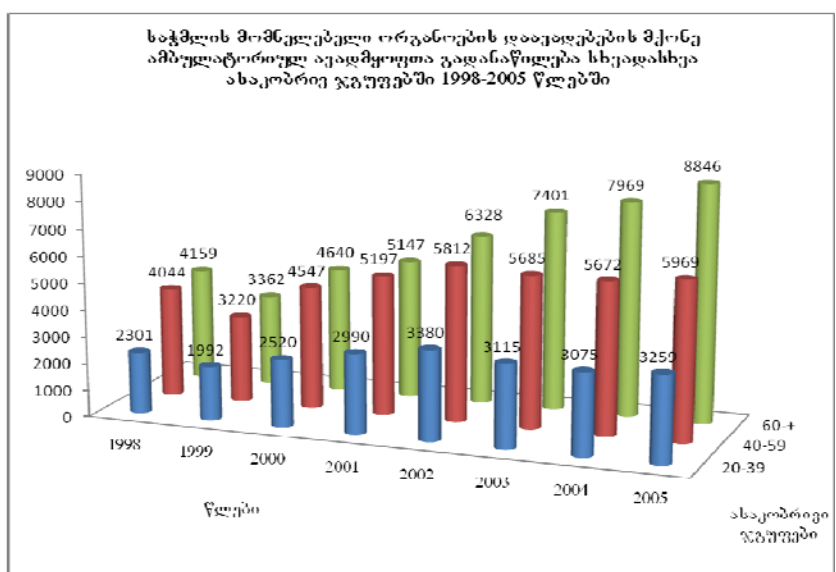
დიაგრ. 13



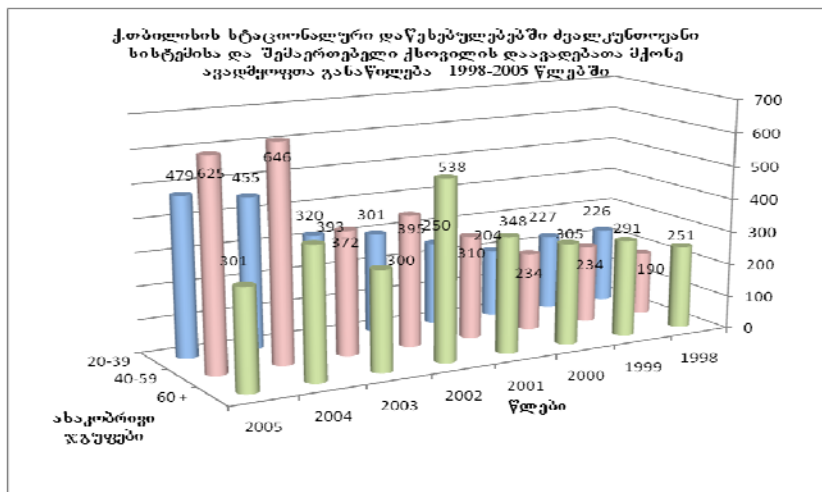
დიაგრ. 14



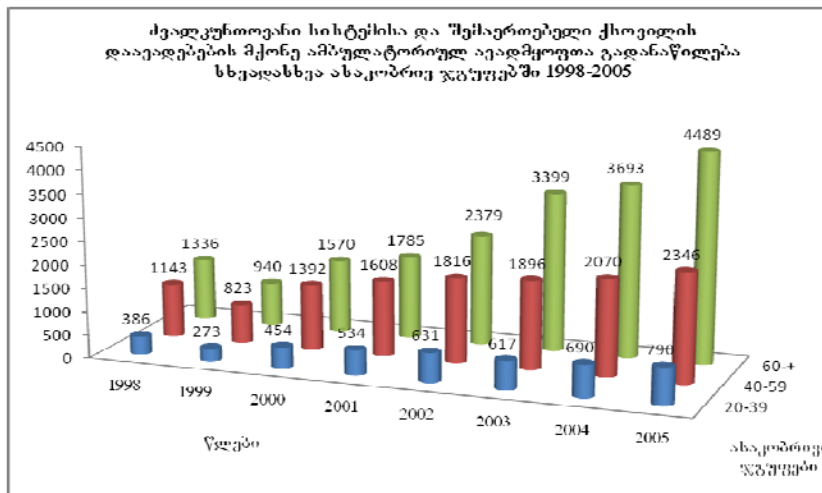
დიაგრ. 15



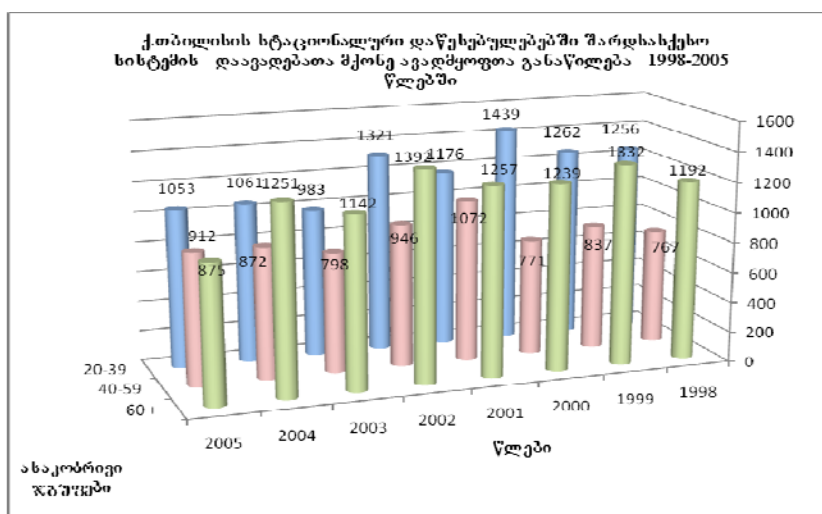
დიაგრ. 16



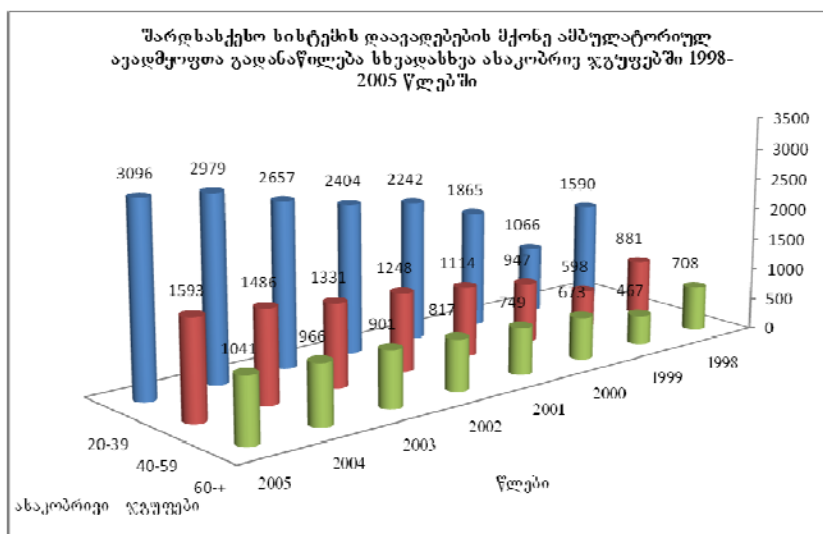
დიაგრ. 17



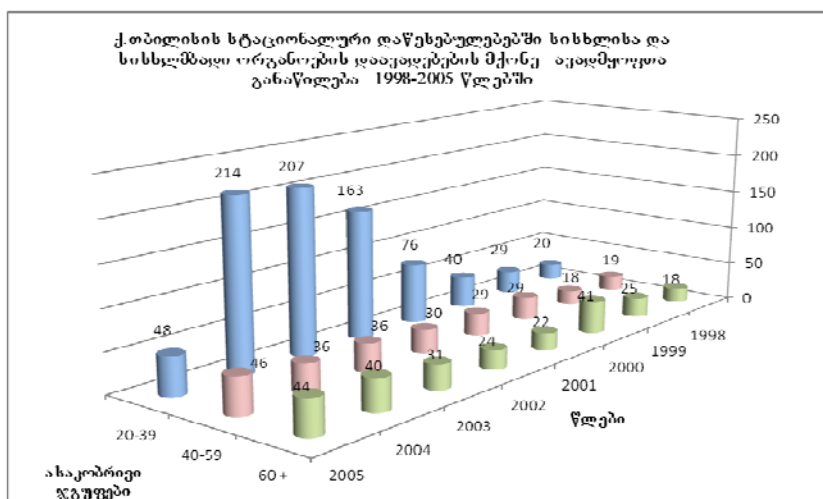
დიაგრ. 18



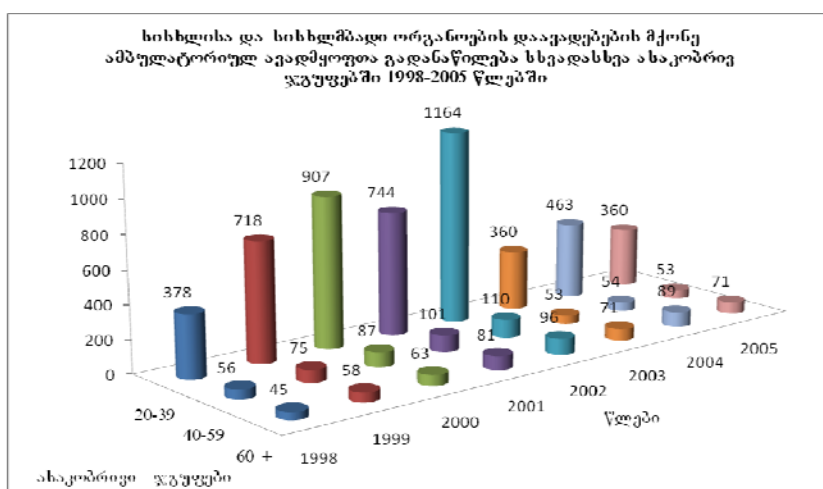
დიაგრ. 19



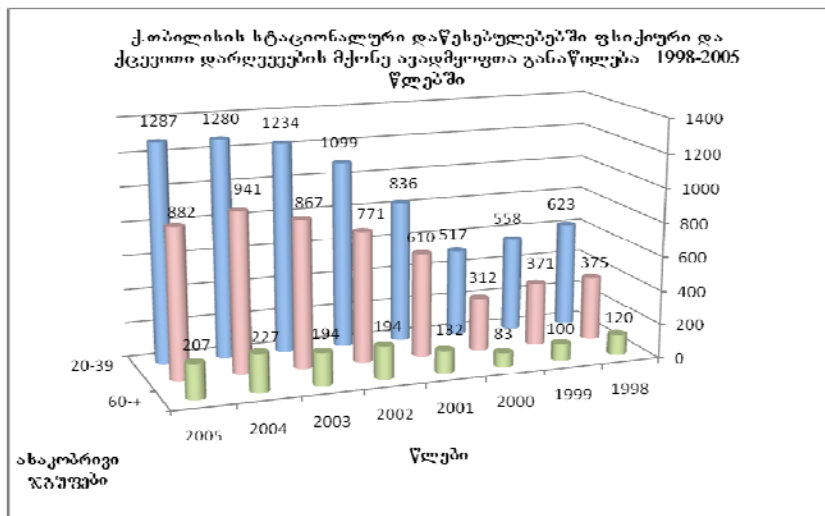
დიაგრ. 20



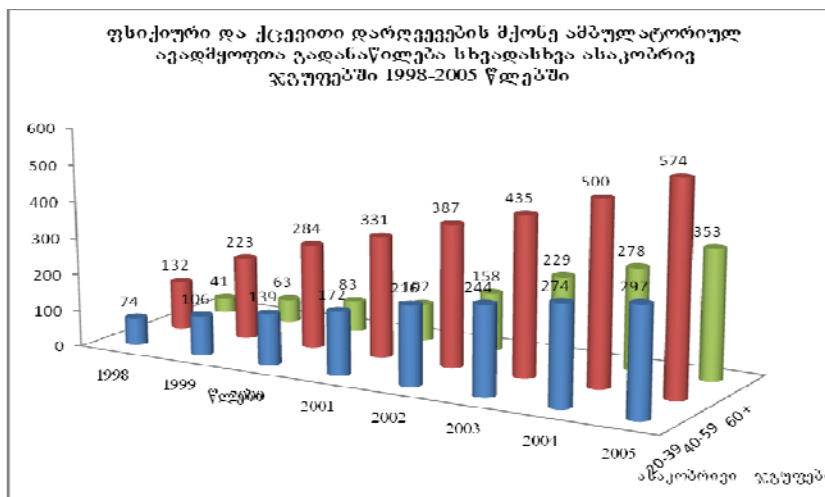
დიაგრ. 21



დიაგრ. 22



დიაგრ. 23



დიაგრ. 24

ამგვარად, შესწავლილ პერიოდში ავადმყოფთა რაოდენობა თითქმის ყველა გამოკვლეულ დაავადებათა ჯგუფებში თანდათან მატულობს როგორც სტაციონარულ, ასევე ამბულატორიულ დაწესებულებებში. ეს, ერთი მხრივ დაკავშირებული უნდა იყოს აღნიშნულ პერიოდში ქვეყნის ჯანდაცვის რეფორმის გამო, დაავადებათა გამოვლენისა და აღრიცხვიანობის სისტემის გაუმჯობესებით; მეორე მხრივ, ის შეიძლება ასახავდეს ეკოლოგიური გარემოს გაუარესებასა და ორგანიზმზე მისი უარყოფითი ზემოქმედების შედეგს.

წარმოდგენილი დიაგრამების ანალიზი, რომელიც საჭიროებს მულტიფოკუსურ მიდგომას, მნიშვნელოვანი უნდა იყოს ჯანდაცვის

მენეჯერთათვის, მათ შორის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯერთათვის. საინტერესოა მაკრატელის ეფექტი ზოგიერთი დაავადების მიმართ ასაკობრივ ჭრილში, როდესაც სტაციონარში ხანდაზმულთა ხვედრითი წილი განსხვავდება (ზოგჯერ კი, სრულიად საპირისპიროა) ამავე ასაკის პაციენტთა ხვედრითი წილისაგან – ამბულატორიულ დაწესებულებებში. ეს, ძირითად, უნდა აიხსნას თვით დაავადებისა და მისი მართვის თავისებურებით, თუმცა, არ არის გამორიცხული, რომ ასეთ მაკრატელის ეფექტს ასევე განაპირობებდეს სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებაში მომსახურების ადეკვატურობის (ორგანიზაციული და ადამიანური რესურსის) დონე, სამედიცინო პერსონალთან კომუნიკაციის ხარისხი, ასევე საზოგადოებრივი აზრი იმის თაობაზე, თუ სად სჯობს ამა-თუ იმ ჩივილით პაციენტთა (განსაკუთრებით კი – ხანდაზმულ პაციენტთა) მიმართვა.

ასევე საჭიროებს ანალიზს, თუ რით იყო გამოწვეული, ამა თუ იმ წელს, სხვადასხვა სისტემის დაავადებათა “პიკი” ან “ჩავარდნა”.

ჩვენთვის მნიშვნელოვანი იყო გამოგვევლინა ის დაავადებები, რომლებიც ხშირია (მატულობს) ხანდაზმულ ასაკში და, რომლებიც, სავარაუდოდ, აუცილებლად გასათვალისწინებელი იქნება მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელის დაგეგმვისას.

ჯანდაცვის სამინისტროს სტატისტიკური დეპარტამენტის მონაცემების კვლევის საფუძველზე დადასტურებულ იქნა, რომ ხანდაზმულთა ხვედრითი წილი ყველაზე მეტია გულ-სისხლძარღვთა, შარდ-სასქესო, სასუნთქი, თვალის და ენდოკრინული სისტემის დაავადებების მქონე ავადმყოფებს შორის.

შესწავლილ იქნა თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს 1995, 2000 და 2005 წლების სარქივო მასალა. სულ 1708 ავადმყოფობის ისტორია. კვლევის მიზანს შეადგენდა რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებათა მაგალითზე 60 წლისა და მეტი ასაკის ავადმყოფთა სქესობრივ-ასაკობრივი სტრუქტურის, დაავადებათა სიხშირის, თანმხლებ დაავადებათა რაოდენობრივი განაწილების, სამკურნალო პრეპარატების გამოყენების სიხშირის და მკურნალობის შედეგების ანალიზი.

რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებებში 1995 წელს მკურნალობდა 60 წლის და მეტი ასაკის 311 ავადმყოფი, მათ შორის 152 (49 %) ქალი და 159 (51 %) მამაკაცი).

2000 წელს 60 წლისა და მეტი ასაკის ავადმყოფთა საერთო რაოდენობამ 552 შეადგინა, მათ შორის 265 (48%) ქალია და 287 (52 %) მამაკაცი. 2005 წელს კი შესაბამისი რაოდენობები ასეთი იყო: 553 ავადმყოფი, 288 ქალი (52%) და 265 მამაკაცი (48%).

მიღებული შედეგები გვიჩვენებს, რომ რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებებში 1995 წელთან შედარებით 2000 და 2005 წლებში თითქმის გაორმაგდა 60 წლის და მეტი ასაკის ავადმყოფთა რიცხვი. შესაბამისად გაიზარდა საწოლდღეების რიცხვიც.

ამასთანავე, სამივე საკვლევ წელს და ორთავე განყოფილებაში პაციენტთა უმეტესი ნაწილი 8 დღეს ან მეტ ხანს რჩებოდა სამკურნალოდ. (დიაგრ. 25, 26, 27).

1995 წელს ქ. თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგად თერაპიულ განყოფილებაში სასუნთქი სისტემის დაავადებების მქონე 60 წელს გადაცილებულ ავადმყოფებში, ქალთა რაოდენობა აღემატება მამაკაცთა რაოდენობას. ამასთანავე, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების მქონე პაციენტების საერთო რაოდენობა (ორივე სქესის) სჭარბობს სასუნთქი სისტემით დაავადებულთა საერთო რიცხვს. მამაკაცთა რაოდენობა აღემატება ქალთა რაოდენობას (დიაგრ. 28).

იგივე ტენდენცია აღინიშნება 2000 წელს (დიაგ. 29).

განსხვავებული სურათია 2005 წელს, სადაც 60 წელს გადაცილებულ ასაკობრივ ჯგუფში პაციენტთა ყველაზე მეტი რაოდენობა მოდის სასუნთქი სისტემის დაავადებებზე (დიაგ 29). ეს შეიძლება აიხსნას გრიპის მძიმე ეპიდემიითა და მისი გართულებებით სასუნთქი სისტემის მხრივ.

რაც შეეხება ენდოკრინულ და სიმსივნურ დაავადებებს, მათი თანაფარდობა 1995, 2000 და 2005 წლებში, როგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში

თითქმის თანაბარია. შარდ-სასქესო სისტემით დაავადებულთა შორის 1995 წელს ქალთა რაოდენობა საგრძნობლად აღემატება მამაკაცთა რაოდენობას (დიაგრამა 28), თუმცა შემდგომ საკვლევ ვადებზე ეს უთანაბრობა ნიველირდება. ამასთანავე, პაციენტთა საერთო რაოდენობის სიმცირიდან გამომდინარე, სტატისტიკური მონაცემების განზოგადება და დასკვნების გამოტანა მიზანშეუწონელია.

კარდიოლოგიურ განყოფილებაში 1995, 2000, 2005 წლებში 60 წელს გადაცილებულ ასაკობრივ ჯგუფში პაციენტთა ყველაზე დიდი რაოდენობა დაფიქსირდა გულის იშემიური დაავადებებით. ამასთანავე, მამაკაცთა საერთო რაოდენობა ჭარბობს ქალების რაოდენობას. გამონაკლისს წარმოადგენს 2005 წელი, სადაც 60 გულის იშემიური დაავადებებით დაავადებულ ქალთა რაოდენობა მცირედ აღემატება მამაკაცთა რაოდენობას. რაც შეეხება ჰიპერტონულ დაავადებას, 1995, 2000, 2005 წლებში, 60 და მეტი წლის ასაკობრივ ჯგუფებში დაავადებულ ქალთა რაოდენობა უმნიშვნელოდ აღემატება მამაკაცთა რაოდენობას. გულის მანკით დაავადებულ პაციენტთა რაოდენობა კი თითქმის თანაბარია. სასუნთქი სისტემის პათოლოგიებით დაავადებულ მამაკაცთა საერთო რაოდენობა აღემატება ამავე პათოლოგიებით დაავადებულ ქალების საერთო რიცხვს. (აღსანიშნავია, რომ მამაკაცი პაციენტების რაოდენობა აღემატება ქალი პაციენტების რაოდენობას 1995 და 2005 წლებში, 2000 წელს კი - ქალთა და მამაკაცთა რაოდენობა თანაბარია (დიაგრამა 30, 31).

1995 წელს ზოგადი თერაპიის განყოფილებაში, ერთი თანმხლები დაავადებით დაავადებულთა რაოდენობა აჭარბებს ორი ან მეტი თანმხლები დაავადების მქონეთა რიცხვს, მაშინ როდესაც კარდიოლოგიურ განყოფილებაში ყველას სჭარბობს 2 თანმხლები დაავადების მქონე პაციენტები (დიაგრ. 32).

33-ე დიაგრამაზე მოცემულია ავადმყოფთა გადანაწილება თანმხლები დაავადებების მიხედვით 2000 წელს, სადაც ჩანს, რომ ორივე განყოფილებაში ჯამურად, 60 წლის ასაკს ზემოთ პაციენტებში ყველაზე მეტია ერთი თანმხლები დაავადებით შეპყრობილთა რაოდენობა.

34-ე დიაგრამაზე ნაჩვენებია ავადმყოფთა გადანაწილება თანმხლები დაავადებების მიხედვით 2005 წელს, სადაც უკვე თვალსაჩინოა ორი ან მეტი თანმხლები დაავადების მქონე პაციენტთა სიხშირე.

იმის გამო, რომ რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებებში ავადმყოფთა გადანაწილების სურათი მსგავსია სამივე საკვლევი წლის განმავლობაში 35-ე დიაგრამაზე წარმოდგენილია ჯამური მონაცემები..

37-ე დიაგრამაზე წარმოდგენილია ავადმყოფთა განაწილება მკურნალობის შედეგების მიხედვით; ავადმყოფები დაჯგუფებულია შემდეგ კატეგორიებად “მდგომარეობა უცვლელია”, “მდგომარეობა გაუმჯობესებულია”, “მდგომარეობა გაუარესებულია/ლეტალური გამოსავალი”.

ყველა შემდგომ ვადაზე საერთო შედეგი (საერთო სურათი) გაუმჯობესებულია, კერძოდ:

ლეტალობა ხანდაზმულებში 1995 წელს შეადგენდა - 4.3% -ს, 2000 წელს - 4.2%-ს, ხოლო 2005 წელს - 3.3 % -ს. ეს უკანასკნელი მონაცემი სარწმუნოდ განსხვავდება წინა ორი წლის მონაცემისაგან.

“უცვლელი მდგომარეობით” სტაციონარიდან შედარებით მეტი ხანდაზმული პაციენტი გაეწერა 1995 წელს - 10.2%, ნაკლები 2000 (8.13%) და 2005 წლებში (8.15 %).

კვლევის ქვემოთე ფრაგმენტი ეხება სხვადასხვა სამკურნალწამლო საშუალებების გამოყენების სიხშირის შედარებას ახალგაზრდა და ხანდაზმულ პაციენტებში. 38-ე დიაგრამაზე მოცემულია ანტიბიოტიკების გამოყენების სიხშირე 1995 წელს. ახალგაზრდებში ანტიბიოტიკი 58 ქალიდან დაენიშნა 31-ს, ხოლო 72 მამაკაციდან – 69-ს. ე.ი. ანტიბიოტიკების გამოყენების ჯამურმა სიხშირემ ამ ჯგუფში 1995 წელს შეადგინა 77 %. მოხუცებში ანტიბიოტიკი 156 ავადმყოფი ქალიდან დაენიშნა 75 –ს, ხოლო 155 მამაკაციდან - 77-ს. ამ ასაკობრივ ჯგუფში ანტიბიოტიკების გამოყენების სიხშირე 49 %-ია.

2000 წელს 37 ახალგაზრდა ქალიდან 34-ს ანტიბიოტიკი ჰქონდა დანიშნული, 51 მამაკაციდან კი 41-ს. ე.ი. ანტიბიოტიკების გამოყენების ჯამური სიხშირე შეადგენდა 91%-ს. ხანდაზმულებში, 283 ქალიდან ანტიბიოტიკი დანიშნული ჰქონდა 132-ს, 269 მამაკაციდან კი – 169-ს. ანტიბიოტიკების გამოყენების ჯამური სიხშირე შეადგენდა 52 %-ს.

2005 წელს 33 ახალგაზრდა ქალიდან ანტიბიოტიკი დაენიშნა 27-ს, 50 მამაკაციდან კი – 49-ს. ამგვარად, ამ ჯგუფში ანტიბიოტიკების დანიშვნის ჯამური სიხშირე (92) %-ია. ხანდაზმულებში 310 ქალიდან ანტიბიოტიკი დაენიშნა 116-ს, ხოლო 243 მამაკაციდან – 125-ს. ანტიბიოტიკების გამოყენების ჯამურმა სიხშირემ შეადგინა 77 %.

ამრიგად, 1995 წლიდან 2005 წლამდე ანტიბიოტიკების გამოყენების სიხშირე ხანდაზმულებში გაიზარდა 49%-დან 77 % - მდე.

38- ე დიაგრამაზე მოცემულია საგულე გლიკოზიდების გამოყენების სიხშირე სხვადასხვა ასაკის ავადმყოფებში. 1995 წელს ახალგაზრდებში საგულე გლიკოზიდების გამოყენების სიხშირე 35 % -ია, ხანდაზმულებში 79 %. ამასთანავე, აღმოჩნდა, რომ მამაკაცებსა და ქალებს ამ პრეპარატებს ერთნაირად უნიშნავდნენ.

2000 წელს ახალგაზრდებში საგულე გლიკოზიდების გამოყენების სიხშირე 17%-ია, ხანდაზმულებში კი 44%.

2005 წელს ახალგაზრდებში საგულე გლიკოზიდების გამოყენების სიხშირე - 16 %-ია. ხანდაზმულებში - 43 %.

ამგვარად, საგულე გლიკოზიდების გამოყენების ჯამური მაჩვენებელი 1995 წლიდან 2005 წლამდე შემცირდა, თუმცა ხანდაზმულებში მათი გამოყენების სიხშირე 2-ჯერ მეტია ახალგაზრდებთან შედარებით.

39-ე დიაგრამა გვიჩვენებს დიურეზული საშუალებების გამოყენების სიხშირეს სხვადასხვა ასაკის ავადმყოფებში. 1995 წელს ახალგაზრდა ავადმყოფებში ამ პრეპარატების გამოყენების სიხშირე შეადგენს 25 %-ს, 60 წელს გადაცილებულ პირებში კი - 62 %-ს.

2000 წელს ახალგაზრდა ავადმყოფებში დიურეზული საშუალებების გამოყენების სიხშირე 33 %-ია. ხანდაზმულებში – 71 %.

2005 წელს ახალგაზრდა ასაკის ავადმყოფებში დიურეზული საშუალებების გამოყენების სიხშირე 36 %-ია, ხანდაზმულებში – 86 %. როგორც ირკვევა, დიურეზული საშუალებების გამოყენების სიხშირე ხანდაზმულებში ბევრად მეტია ახალგაზრდებთან შედარებით.

მე-40 დიაგრამაზე წარმოდგენილია ტრანკვილიზატორების გამოყენების სიხშირე. 1995 წელს ახალგაზრდა პაციენტებში ის შეადგენდა 32 %-ს, ხანდაზმულებში კი - 22%-ს.

2000 წელს ეს მონაცემები შესაბამისად იყო 15 % და 11 %, ხოლო 2005 წელს კი - 12 % და 3.9 %.

ამრიგად, ტრანკვილიზატორები უფრო მეტი ხშირად გამოიყენებოდა ახალგაზრდებში, ვიდრე ხანდაზმულებში .

41-ე დიაგრამაზე წარმოდგენილია ჰიპოტენზიური საშუალებების გამოყენების სიხშირე. 1995 წელს ამ ჯგუფის პრეპარატების გამოყენების სიხშირე ახალგაზრდებში 11 %-ს შეადგენს. 60 წლისა და მეტი ასაკის პირებში კი - 54 %-ს.

2000 წელს ახალგაზრდებში ჰიპოტენზიური საშუალებების გამოყენების სიხშირე 42 %-ს შეადგენდა, ხანდაზმულებში კი - 53 %-ს. ეს მონაცემები, 2005 წელს, შესაბამისად იყო 53% და 98 %.

ე.ი. ჰიპოტენზიურ საშუალებათა გამოყენების სიხშირე ახალგაზრდებში 11 % დან 53 % -მდე გაიზარდა, ხოლო ხანდაზმულებში 54 %-დან 98 %-მდე. ამასთან, მამაკაცებში ეს პრეპარატები უფრო ხშირად გამოიყენება.

42-ე დიაგრამაზე ნაჩვენებია საძილე საშუალებების გამოყენების სიხშირე. აღსანიშნავია, რომ ეს საშუალებები, როგორც წესი, შედარებით იშვიათად იყო გამოყენებული.

1995 წელს ახალგაზრდებში ამ ჯგუფის პრეპარატები საერთოდ არ დანიშნულა, ხოლო ხანდაზმულებში, მათი გამოყენების სიხშირე შეადგენდა

2,5%-ს. 2000 წელს ახალგაზრდებში მათი გამოყენების სიხშირე 0,5 %, ხანდაზმულებში კი 0,3 %-ია. ასევე იშვიათად ინიშნებოდა ეს პრეპარატები 2005 წელსაც.

ამასთანავე, ხანდაზმულებსა და ახალგაზრდებში მათი დანიშვნის სიხშირე თითქმის თანაბარია. 43-ე დიაგრამაზე წარმოდგენილია ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების გამოყენების სიხშირე. ეს მონაცემი 1995 წელს ახალგაზრდებში შეადგენს 32 %-ს, ხანდაზმულებში კი - 26 %-ს.

2000 წელს ეს მონაცემები შეადგენს, შესაბამისად, 35%-ს და 33%-ს., 2005 წელს კი 65 %-ს და 87 %-ს.

ამგვარად, 2005 წლის მონაცემი ასახავს ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების დანიშვნით გატაცების ტენდენციას, ერთი მხრივ, და მოხუცებში მათი ფართოდ გამოყენების დამკვიდრებას, მეორე მხრივ.

ანთების საწინააღმდეგო სტეროიდების გამოყენების სიხშირე ნაჩვენებია 44-ე დიაგრამაზე. ახალგაზრდა ასაკის პაციენტებში 1995 წელს მათი გამოყენების სიხშირე 26 %-ია, ხანდაზმულებში კი -11%. 2000 წელს ახალგაზრდებში ეს მაჩვენებელი შეადგენს 20%-ს, ხოლო ხანდაზმულებში - 12%-ს. 2005 წელს, ეს ციფრები, შესაბამისად არის 22% და 25%. როგორც ვხედავთ ამ პრეპარატების გამოყენების სიხშირეც მატულობს ხანდაზმულებში.

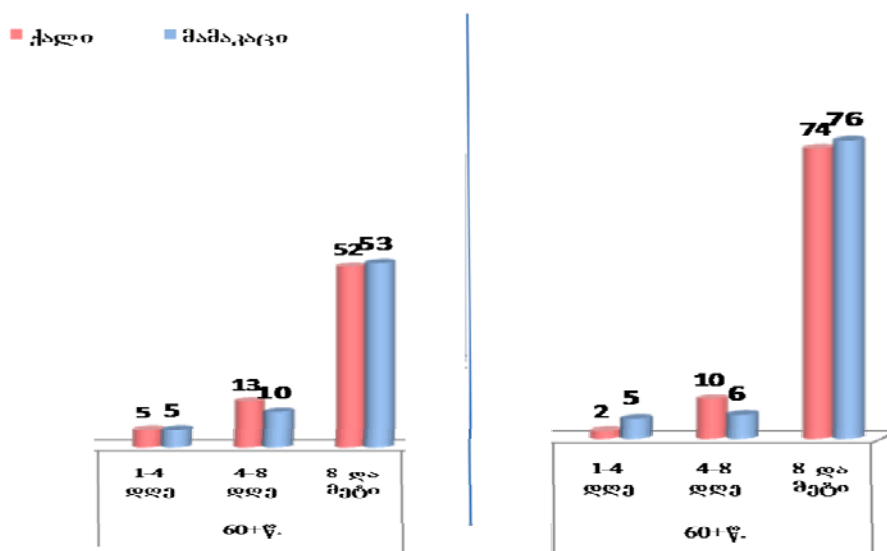
45-ე დიაგრამაზე წარმოდგენილია ანტიარითმული, ანტისპაზმური, ანტი-ანგინალური საშუალებების გამოყენების სიხშირე. ხანდაზმულებში ამ პრეპარატების გამოყენების სიხშირე ყველა შესწავლილ წელს ცალსახად მეტია ახალგაზრდებთან შედარებით.

46-ე დიაგრამაზე წარმოდგენილია არაპირდაპირი ანტიკოაგულანტების გამოყენების სიხშირე. 1995 წელს ახალგაზრდებში იგი 1 % -ს უტოლდება, ხანდაზმულებში 6.7 %-ს. 2000 წელს ახალგაზრდებში იგი 18 % -ის ტოლია, ხანდაზმულებში 13 % -ის. 2005 წელს ახალგაზრდებში მათი გამოყენების სიხშირე 3.3 % -ია, ხანდაზმულებში - 4,4 %.

47-ე დიაგრამაზე ნაჩვენებია პირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტების გამოყენების სიხშირე. 1995 წელს იგი ახალგაზრდებში 13 % -ის ტოლია, ხანდაზმულებში კი 20 %-ისა. 2000 წელს ეს ციფრები შესაბამისად არის – 14 % და 13 %, ხოლო 2005 წელს - 6.5 % და 15 %.

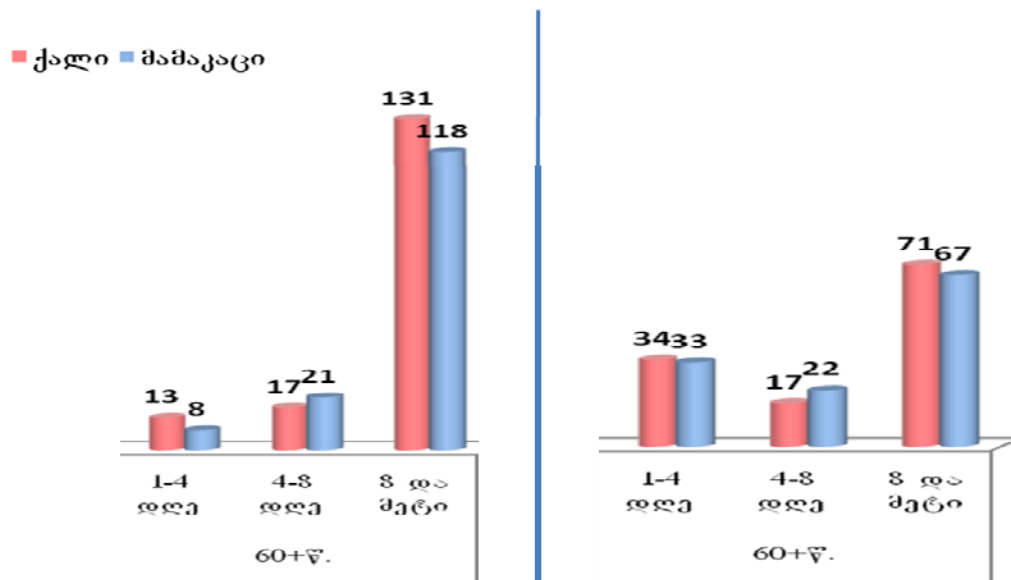
როგორც ვხედავთ, ხანდაზმულებში ამ პრეპარატებს უფრო ხშირად იყენებენ, ამასთანავე, საკვლევი წლების მიხედვით მათი გამოყენების სიხშირე მნიშვნელოვან ცვლილებებს არ განიცდის.

ქ. თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიულა და კარდიოლოგიის განყოფილებების ავადმყოფთა გადასაწილება საწოლოების მიხედვით სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში (1995 წ.)



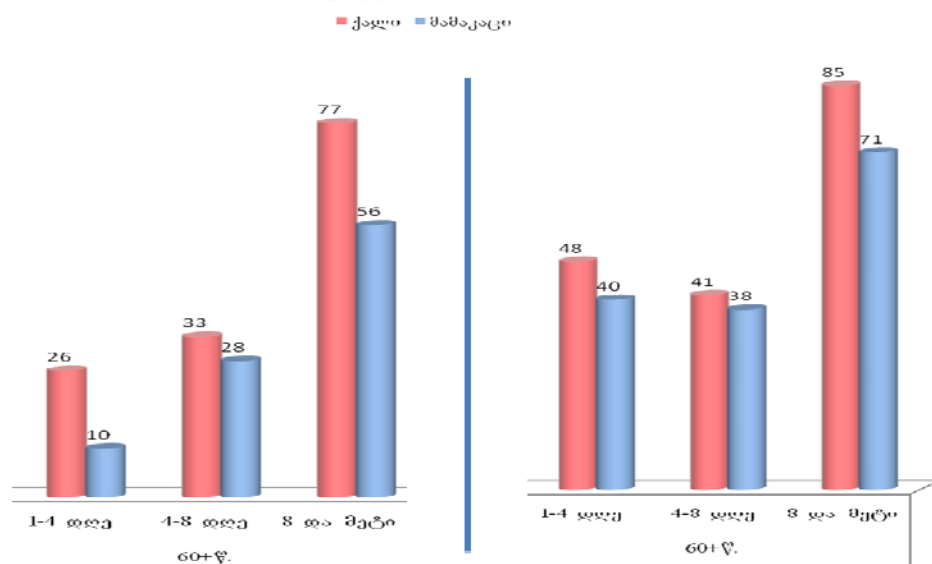
დიაგრ. 25

ქ. თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებების ავადმყოფთა გადანაწილება საწოლდების მიხედვით სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში (2000 წ.)



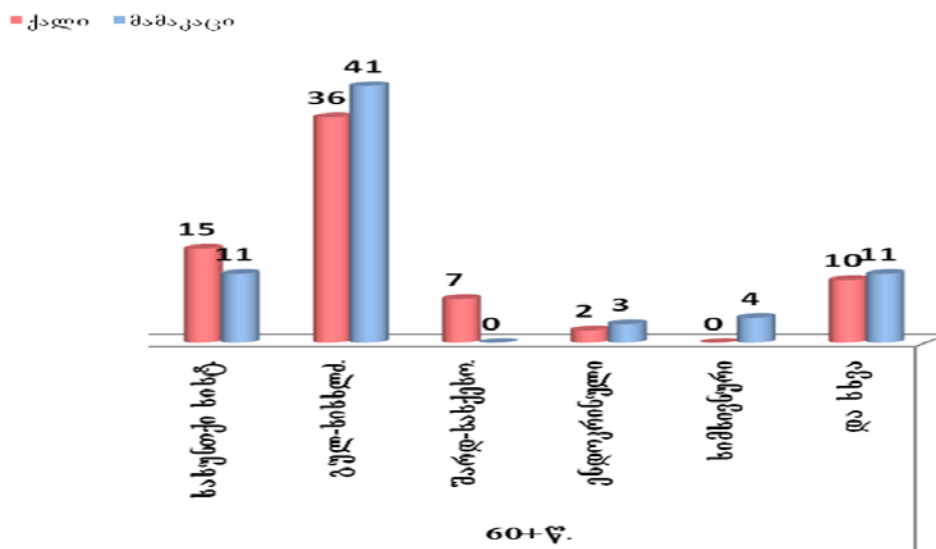
დიაგრ. 26

3.3. ქ. თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგ.თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებების ავადმყოფთა გადანაწილება საწოლდების მიხედვით სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში (2005 წ.)



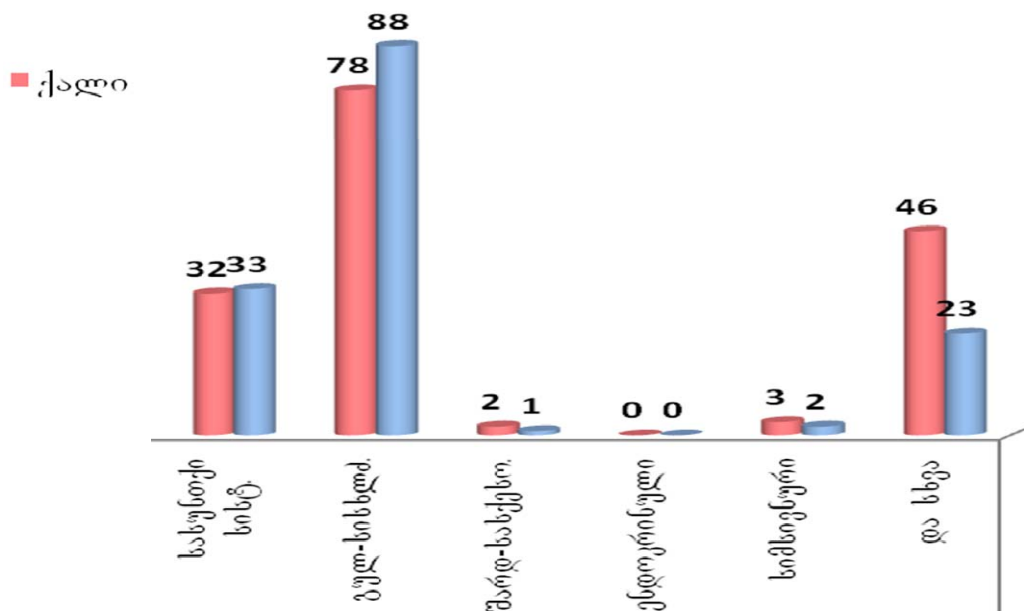
დიაგრ. 27

ქ.თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიის განყოფილებებში სეადასხვა ასაკისა და სქესის ავადმყოფთა გადანაწილება დაავადებების მიხედვით (1995 წ.)



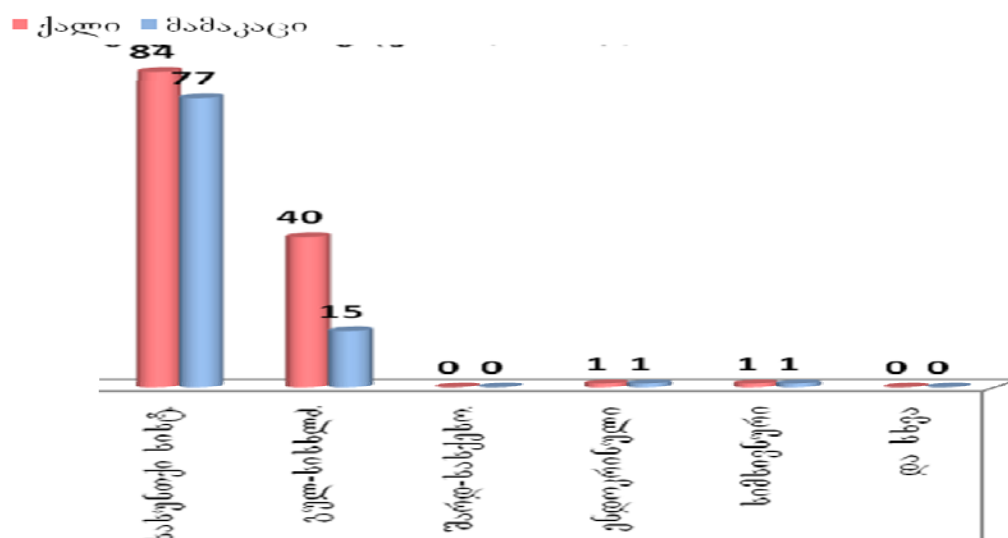
დიაგრ. 28

ქ.თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიის განყოფილებებში სეადასხვა ასაკისა და სქესის ავადმყოფთა გადანაწილება დაავადებების მიხედვით (2000წ.)



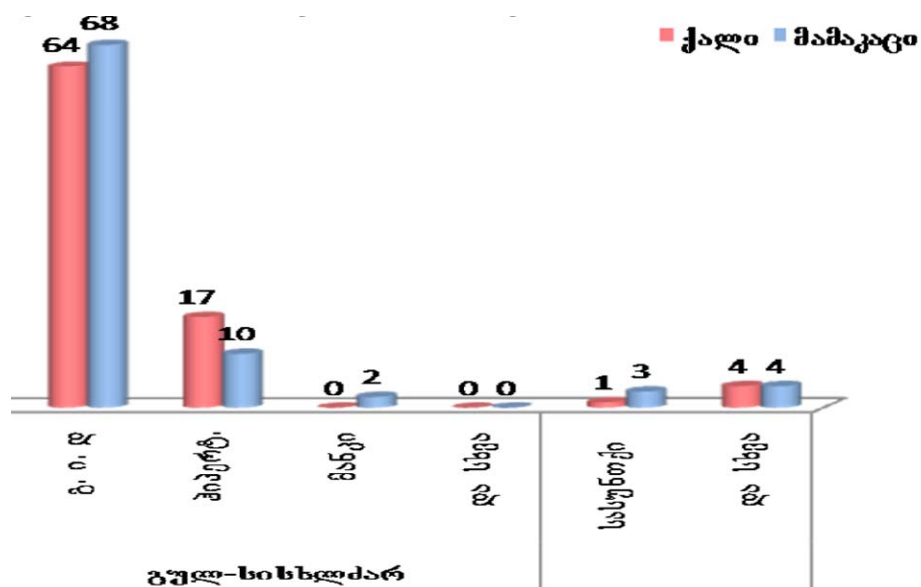
დიაგრ. 29

ქ.თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიის განყოფილებებში სეადასხვა ასაკისა და სქესის ავადმყოფთა გადანაწილება დაავადებების მიხედვით (2005წ.)



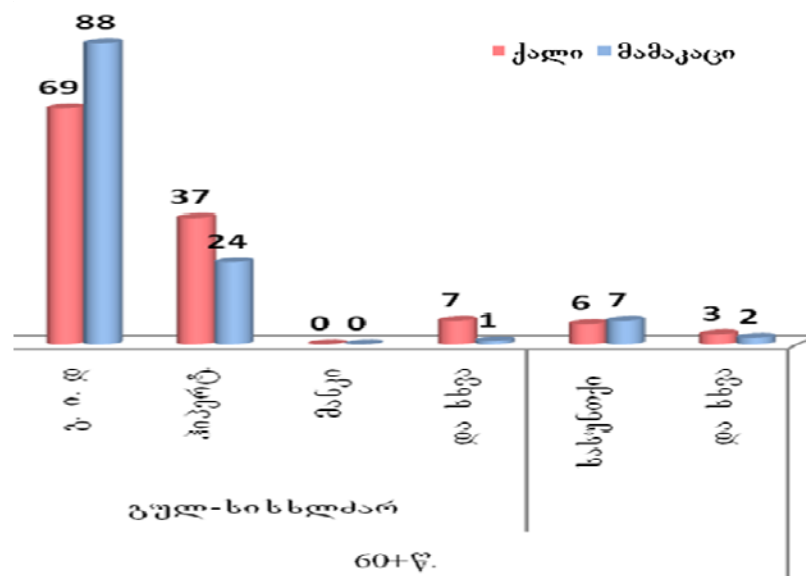
დიაგრ. 30

ქ.თბილისის რესპუბლიკურ საავადმყოფოს კარდიოლოგიის განყოფილებაში სეადასხვა ასაკისა და სქესის ავადმყოფთა გადანაწილება დაავადებების მიხედვით (1995წ.)



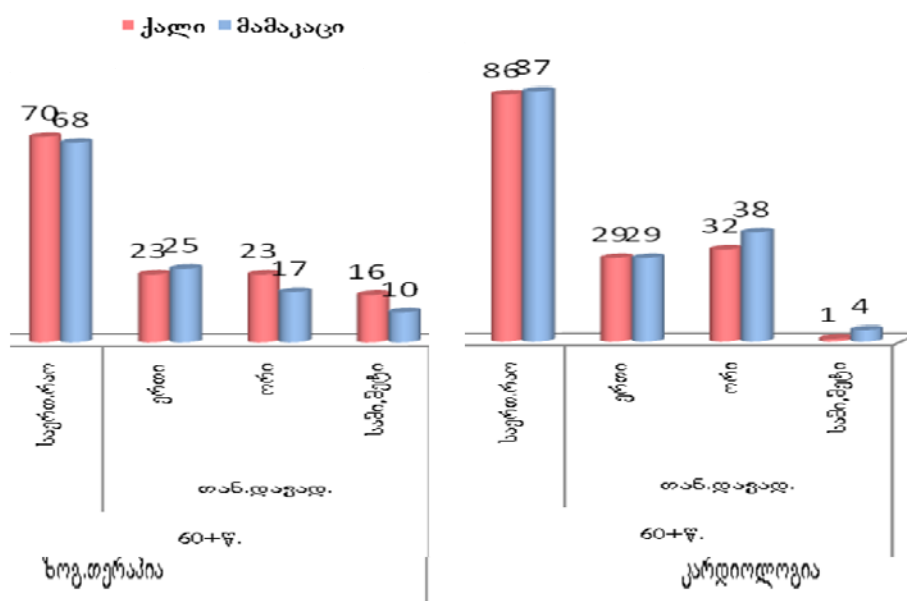
დიაგრ. 31

თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს კარდიოლოგიის განყოფილება
სხვადასხვა ასაკისა და სქესის ავადმყოფების გადანაწილება
დაავადებების მიხედვით (2000წ.)



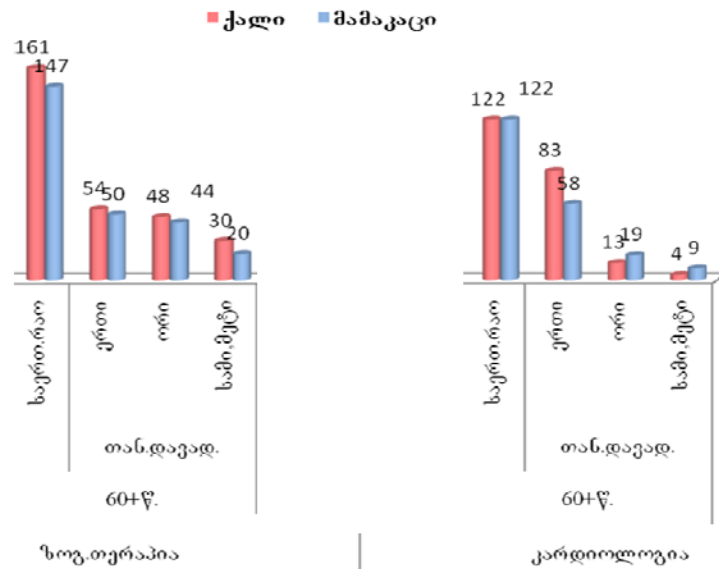
დიაგრ. 32

ქ.თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და
კარდიოლოგიის განყოფილებების სხვადასხვა ასაკისა და სქესის ავადმყოფთა
გადანაწილება თანმხლები დაავადებების მიხედვით (1995წ.)



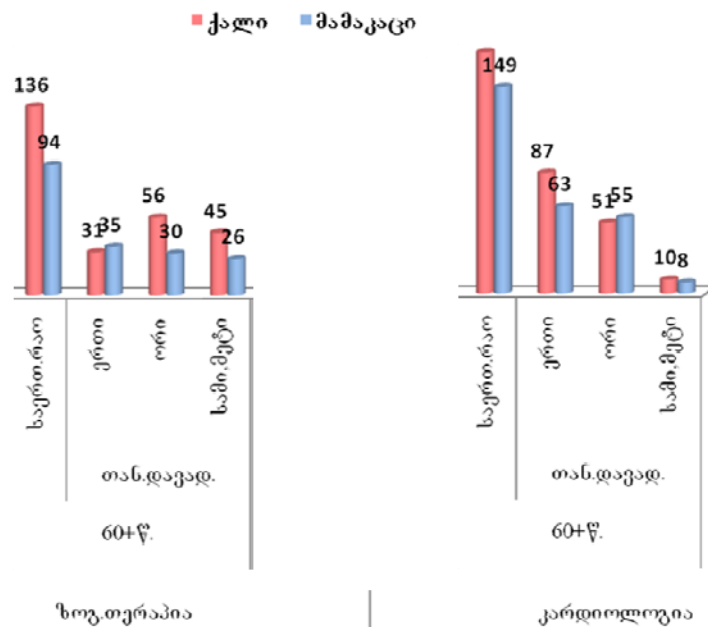
დიაგრ. 33

ქ.თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებების სხვადასხვა ასაკისა და სქესის ავადმყოფთა გადანაწილება თანმხლები დაავადებების მიხედვით (2000წ.)



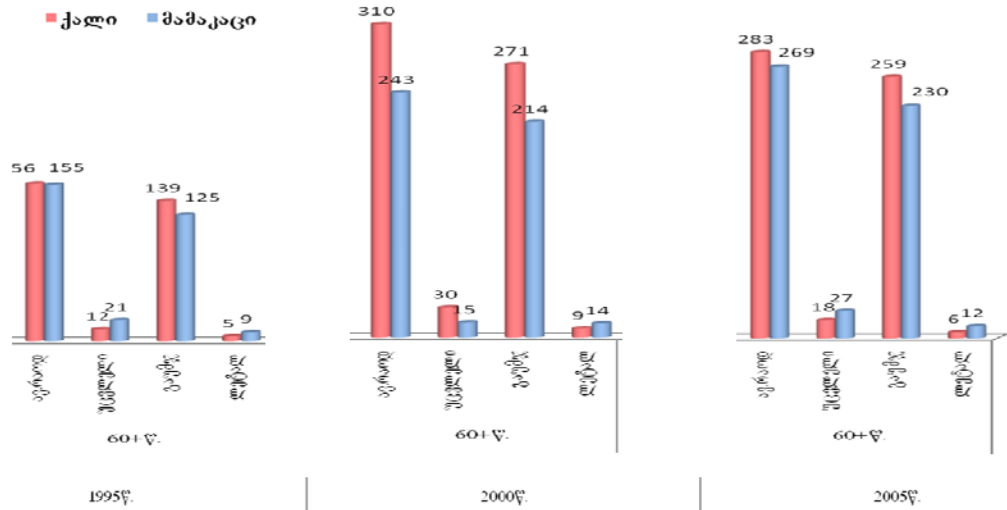
დიაგრ. 34

ქ.თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებების სხვადასხვა ასაკისა და სქესის ავადმყოფთა გადანაწილება თანმხლები დაავადებების მიხედვით (2005წ.)



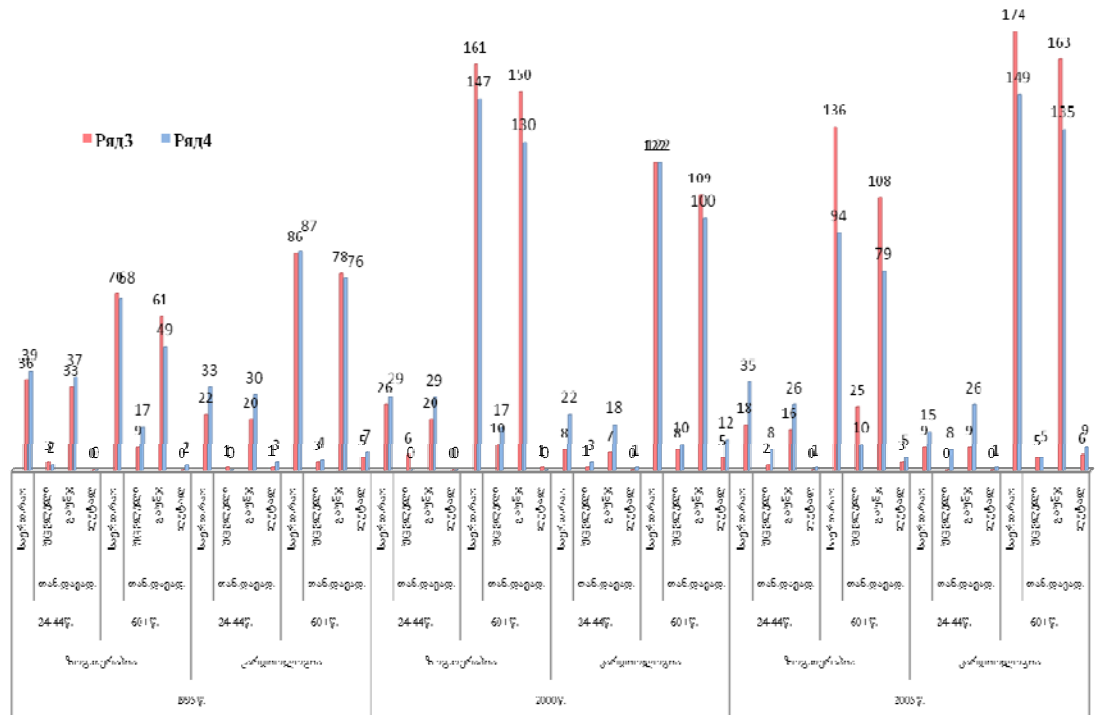
დიაგრ. 35

ქ.თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებების ავადმყოფთა გადანაწილება მკურნალობის შედეგის მიხედვით (ჯამური)

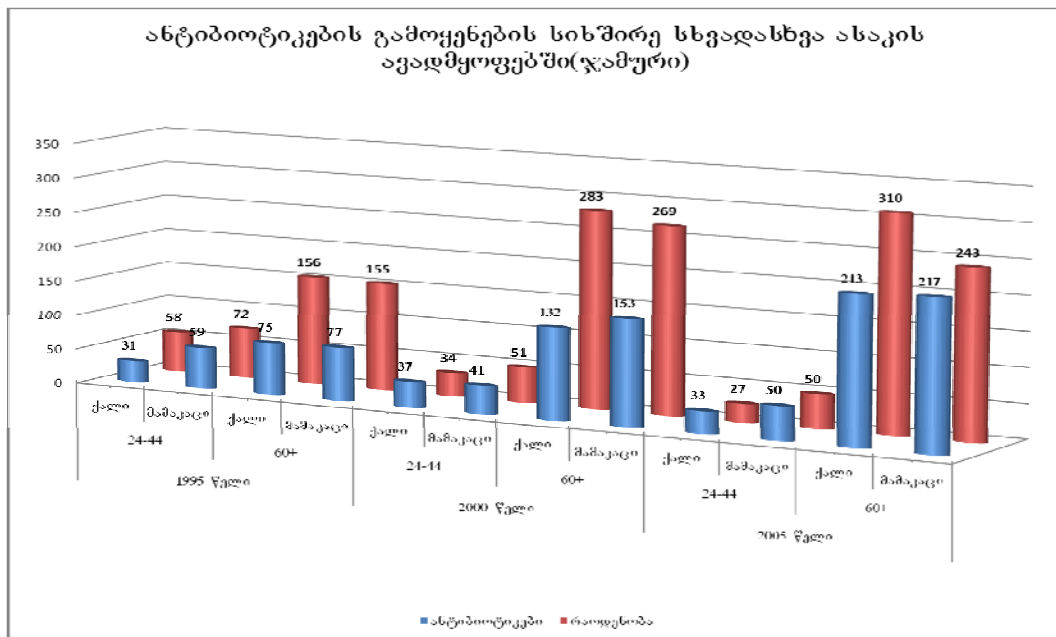


დიაგრ. 36

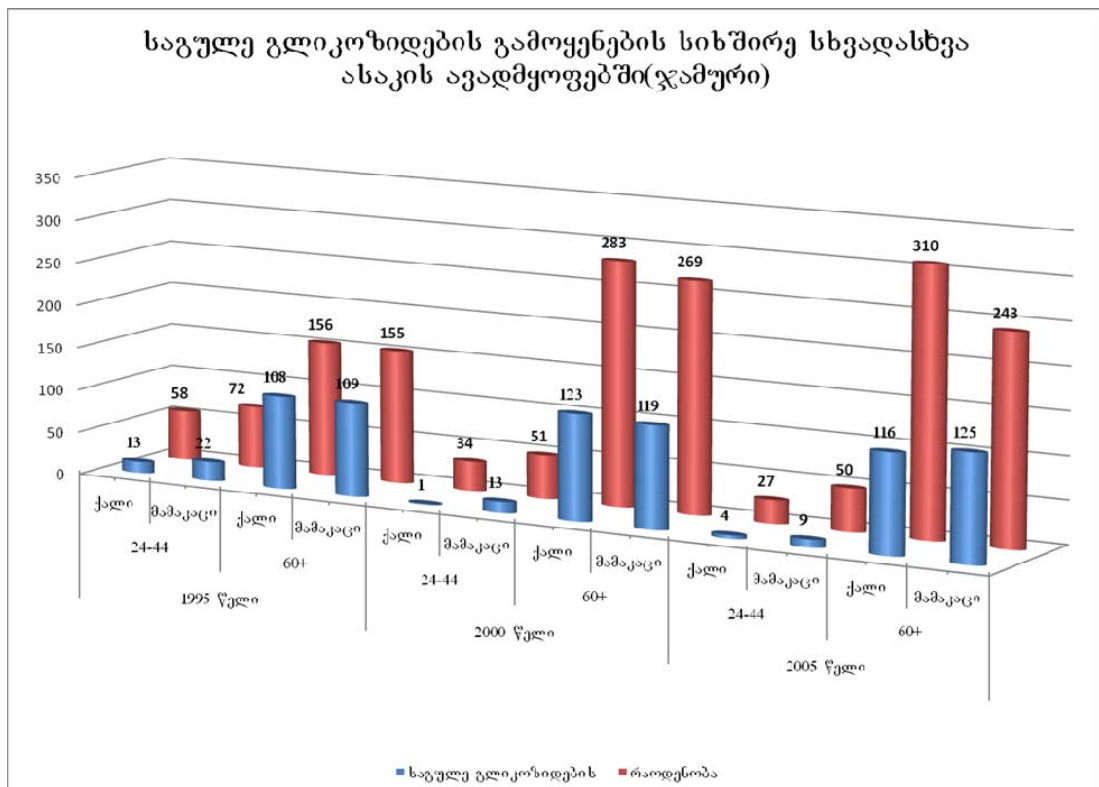
ქ.თბილისის რესპუბლიკური საავადმყოფოს ზოგადი თერაპიისა და კარდიოლოგიის განყოფილებების ავადმყოფთა გადანაწილება მკურნალობის შედეგის მიხედვით ცალცალკე განყოფილებებში



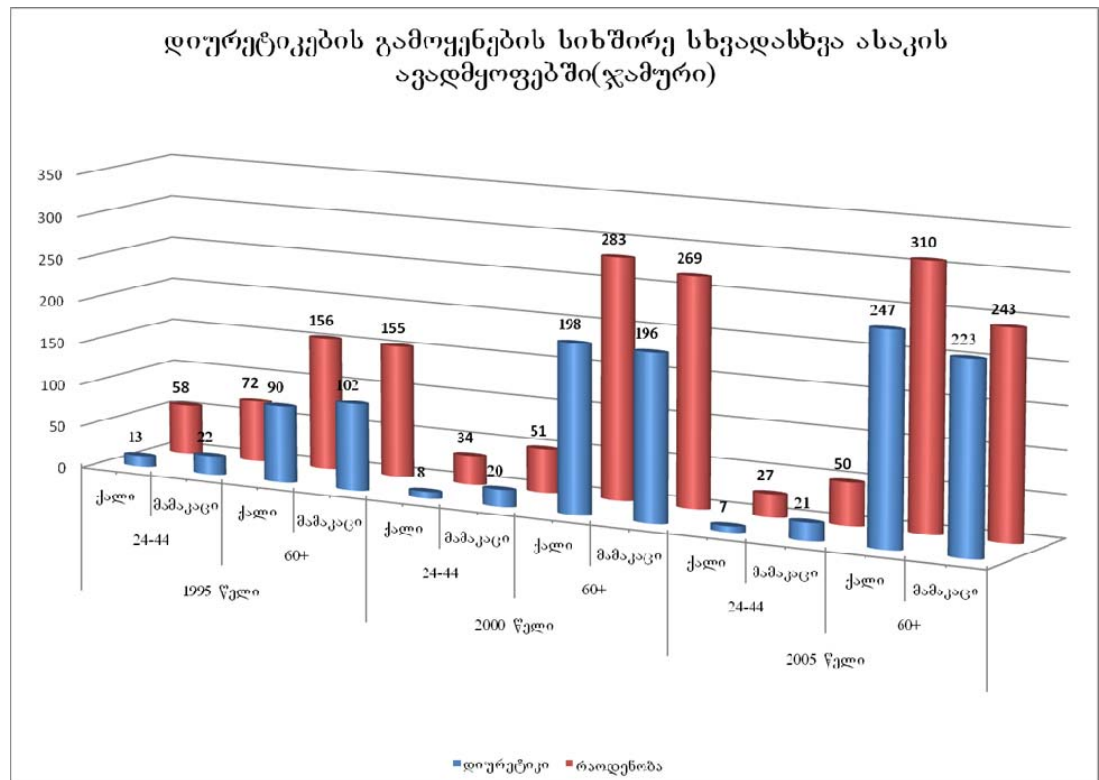
დიაგრ. 37



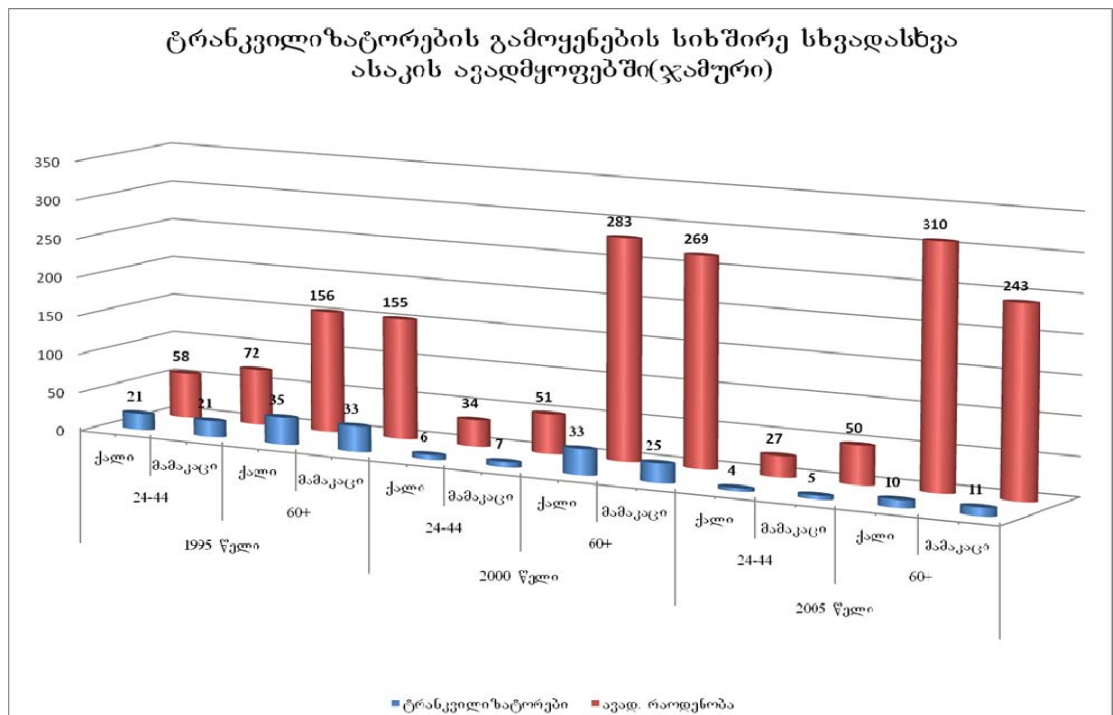
დიაგრ. 38



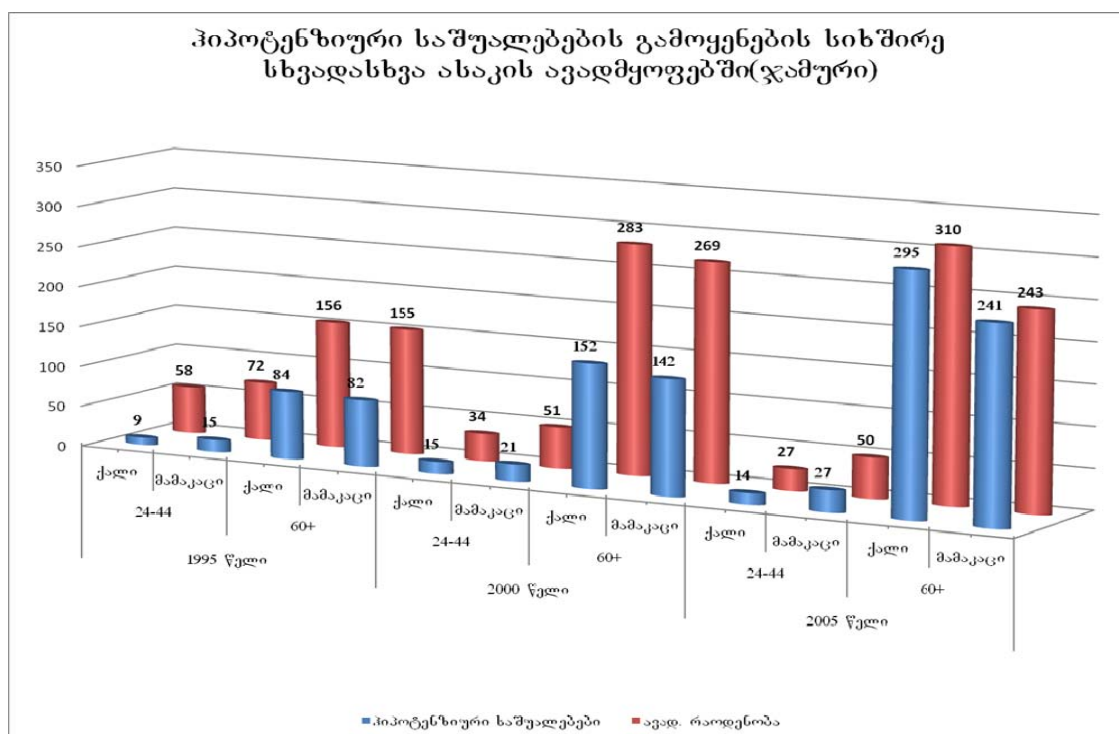
დიაგრ. 39



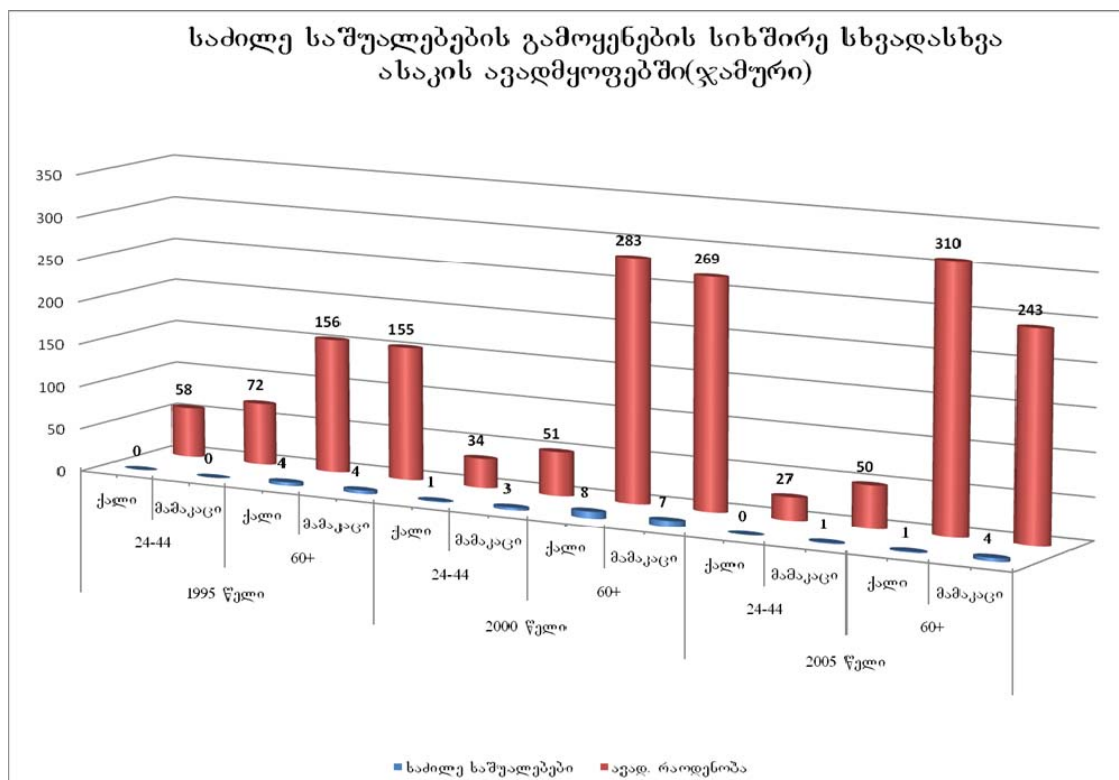
დიაგრ. 40



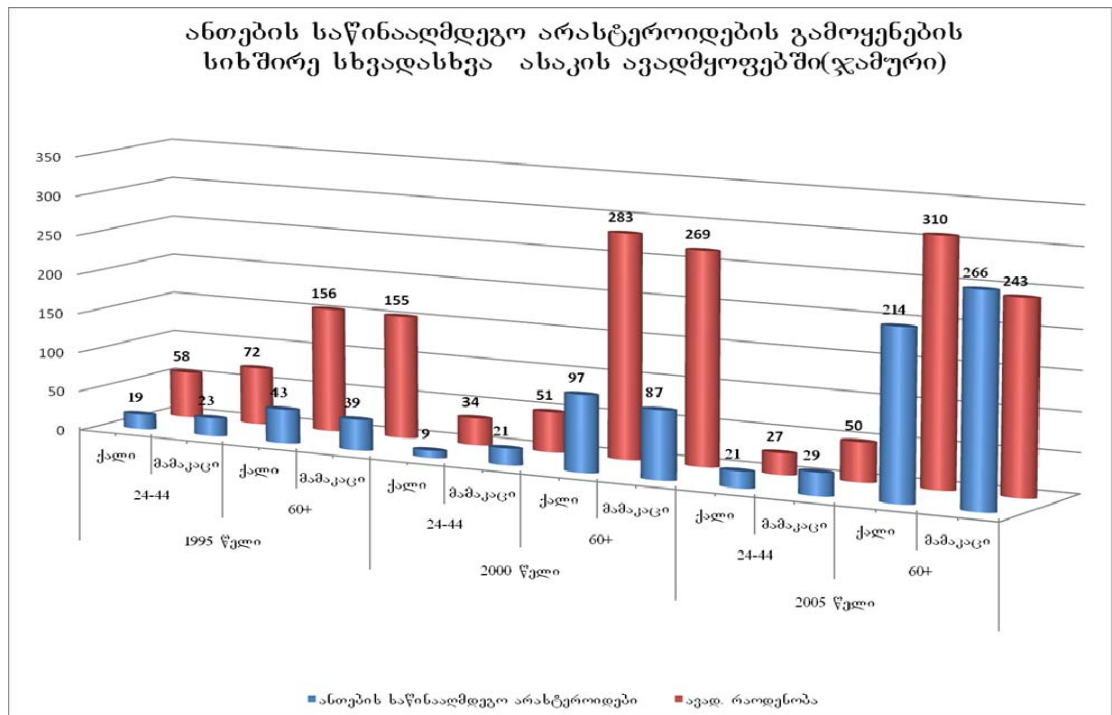
დიაგრ. 41



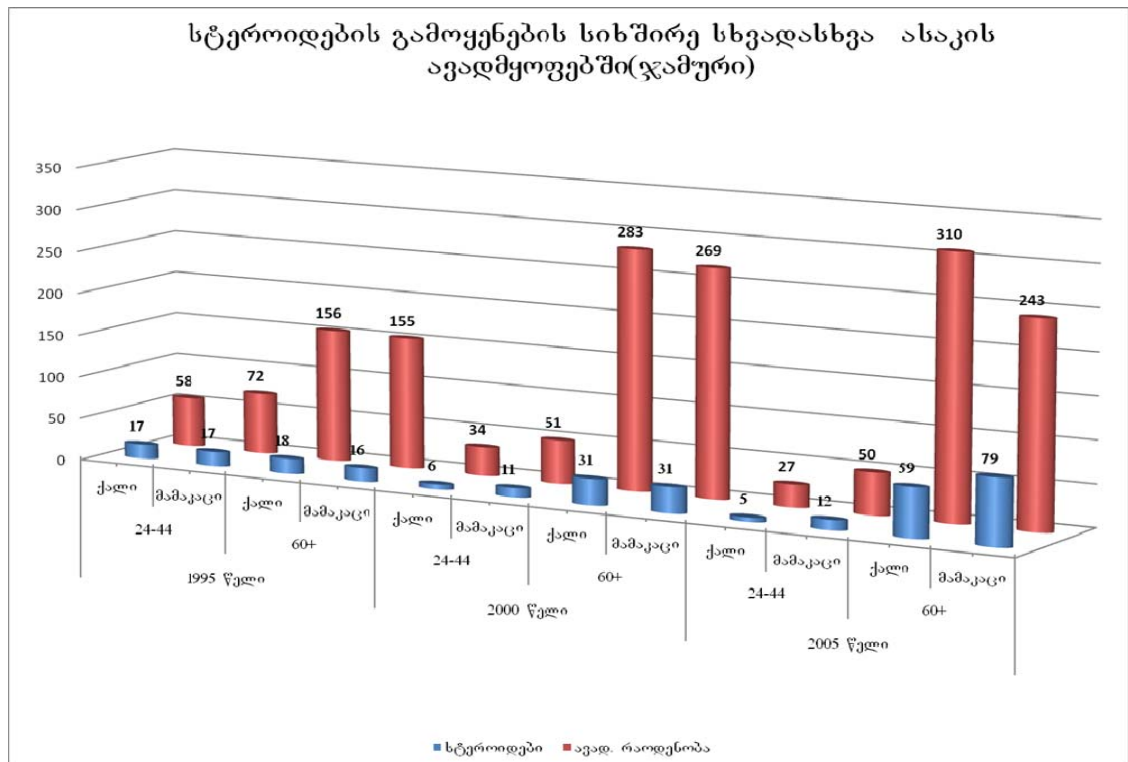
დიაგრ. 42



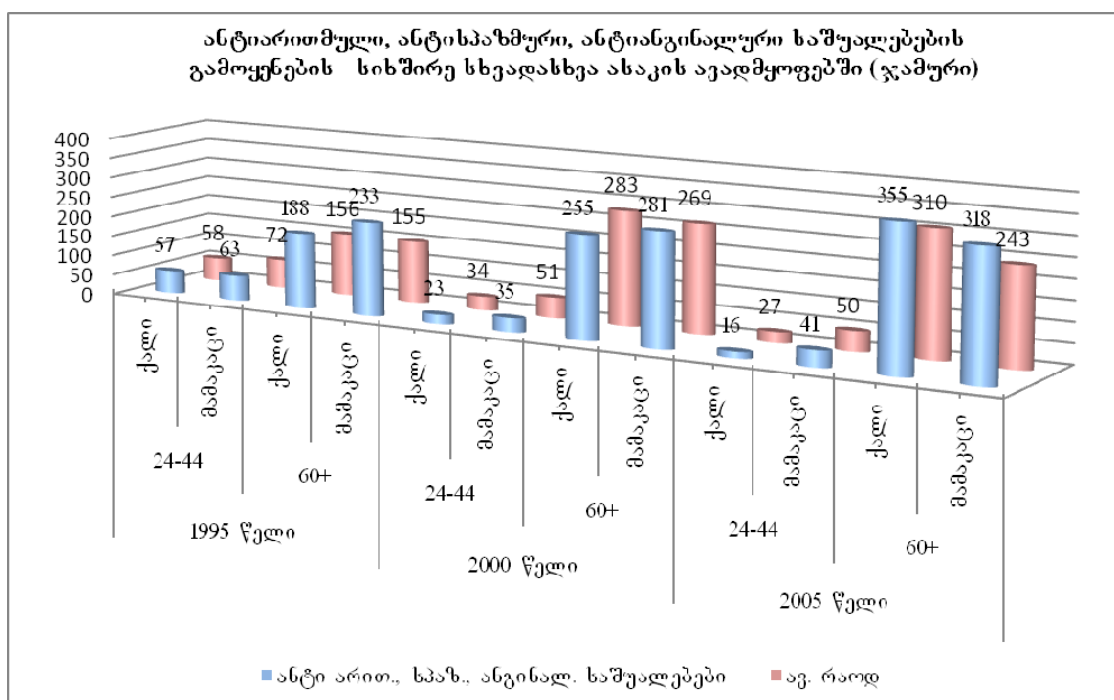
დიაგრ. 43



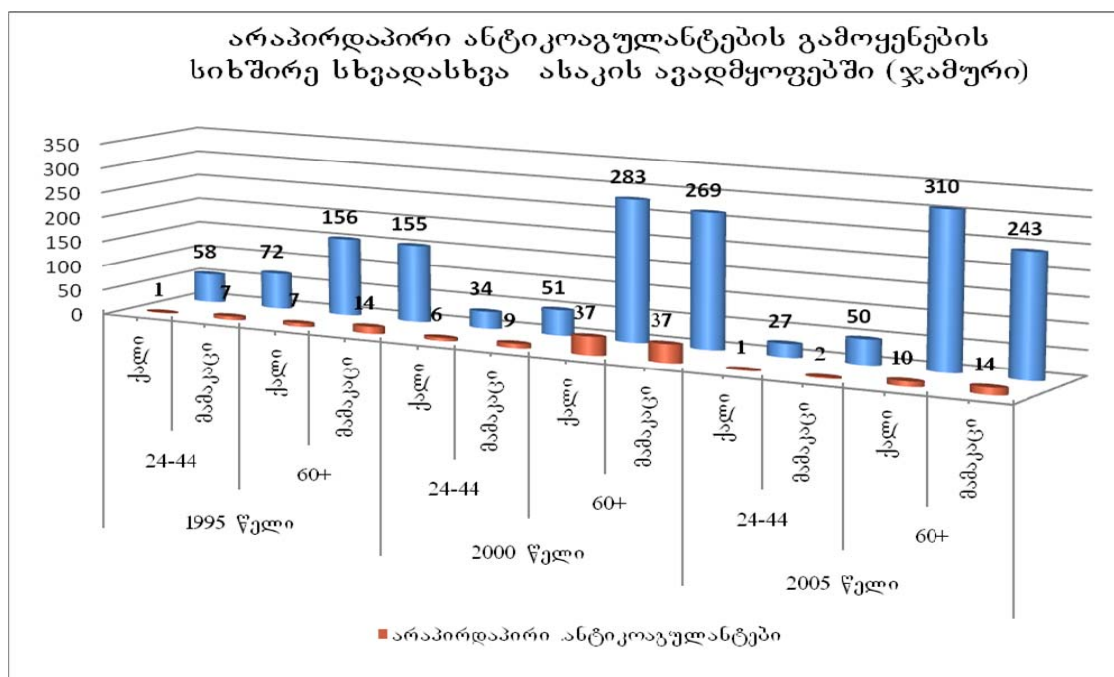
დიაგრ. 44



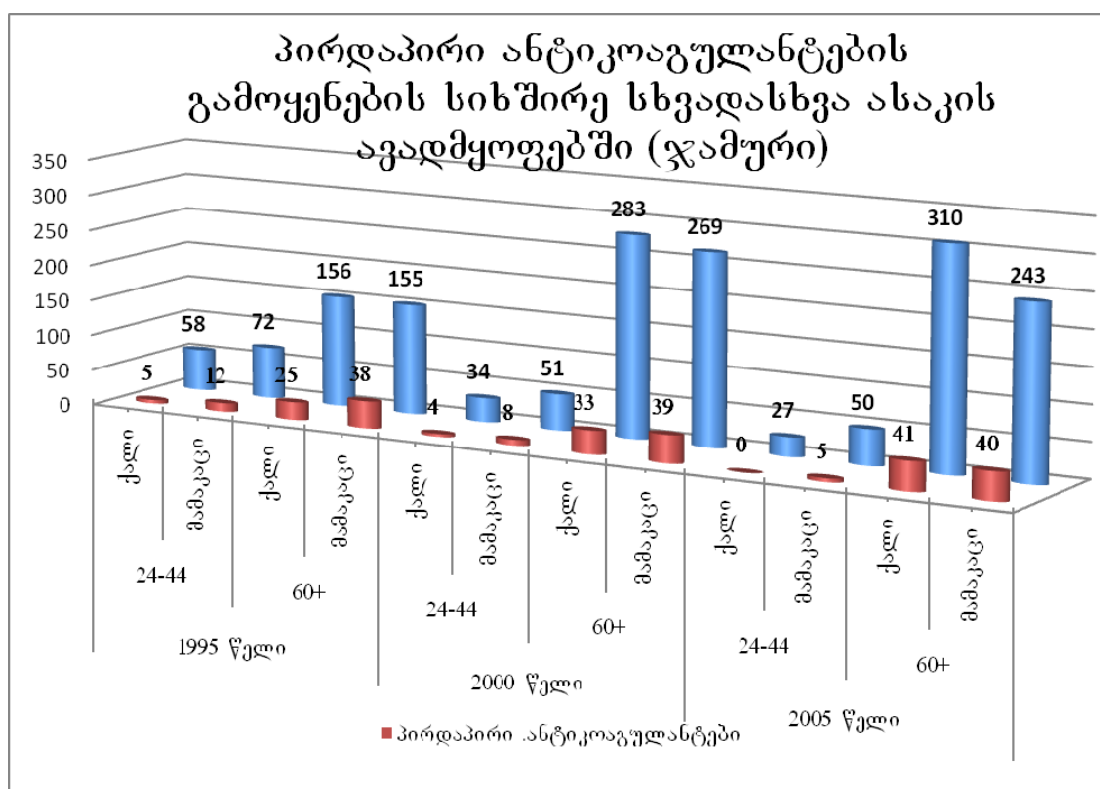
დიაგრ. 45



დიაგრ. 46



დიაგრ. 47



დიაგრ. 48

წარმოდგენილი მონაცემები გვიჩვენებს, რომ ხანდაზმულებში ხშირად გამოიყენება საგულე გლიკოზიდები, ანტიბიოტიკები, ჰიპოტენზიური საშუალებები, დიურეზული საშუალებები, ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები, სტეროიდები, პირდაპირი და არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტები, ანტიარითმული, ანტისპაზმური და ანტიანგინალური პრეპარატები.

ამ პრეპარატების გამოყენების სიხშირე იგივეა, რაც ახალგაზრდებში ან აჭარბებს მას. ამ მონაცემებზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ ხანდაზმულების მკურნალობის სრულყოფისათვის აუცილებელია ექიმების და მედდების სპეციალიზაცია გერიატრიაში.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის სოციალურ - ეკონომიკურმა საბჭომ ევროპის ქვეყნების 2002 წლის მადრიდის კონფერენციაზე, დაბერების პრობლემებთან დაკავშირებით შეიმუშავა საერთაშორისო მოქმედების გეგმა, რომელმაც ხელი უნდა შეუწყოს უფროსი ასაკის მოსახლეობის უსაფრთხოებას,

ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას (Declaration P. Madrid International Plan of Action on Ageing. (2002). InA/CONF (Vol. 197, No. 9)).

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილია და ფუნქციონირებს გერიატრიული სამსახური, რომელიც ითვალისწინებს უფროსი ასაკის პირებში დაავადებათა პრევენციას და მკურნალობის სწორად წარმართვას.

ხშირად ხანდაზმულთა ჩივილები მათთვის დამახასიათებელი აკვიატებული აზრი კი არაა, არამედ ატიპიურად მიმდინარე ამა თუ იმ დაავადების კლინიკური სიმპტომებია. ექიმებისათვის აუცილებელია ხანშიშესულ და მოხუცებულ ასაკში ფარმაკოთერაპიის თავისებურებების ცოდნა. გერიატრიული ფარმაკოლოგია, ფარმაკოთერაპიის შედარებით ახალი დარგია. მე-20 საუკუნის მეორე ნახევარში ის ძალზე აქტუალური გახდა (Keijsers CJ et al., 2012; Katzung BG., 2004).

ხანდაზმულებისათვის დამახასიათებელია ქრონიკულ დაავადებათა სიხშირე, რაც შესაბამისად მოითხოვს სხვადასხვა პრეპარატის კომპლექსურ დანიშვნას. ამასთანავე, ცნობილია, რომ ასაკთან ერთად იცვლება პრეპარატის ფარმაკოდინამიკა და ფარმაკოკინეტიკა, მათი მოქმედების თერაპიული და ტოქსიკური ეფექტები (Mangoni AA, Jackson SH., 2004; Williams CM., 2002). ამდენად, გერიატრიული პრაქტიკა, ანუ ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის მკურნალობა მოითხოვს ფარმაკოთერაპიული ნორმების ძირეულ გადახედვას, რამდგანაც ექიმის მიერ ამ პროცესების არცოდნამ, ან გაუთვალისწინებლობამ შეიძლება გამოიწვიოს იატროგენული გართულებები.

ფარმაკოკინეტიკის ასაკობრივი თავისებურებები გამოწვეულია დაბერებულ ორგანიზმში მიმდინარე ისეთი მორფო-ფუნქციური თავისებურებებით, როგორიცაა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან ნივთიერებათა შენელებული აბსორბცია, ორგანიზმში წამლის გადანაწილების დინამიკის დარღვევა, სისხლის ცილებთან შეკავშირების და ღვიძლში ბიოტრანსფორმაციის სიჩქარის შემცირება, ასევე, პრეპარატის ექსტრაქციის დაქვეითება (Hämmerlein A et al., 1998). ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს წამლით ინტოქსიკაციის რისკი საშუალო თერაპიული დოზების დროსაც კი. აღნიშნული

გამოწვეულია „ეფექტურ“ და „საშიშ“ დოზებს შორის ინტერვალის შემცირებით (Turnheim K., 2003). ამასთანავე, ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ ფარმაკოკინეტიკის დარღვევები ხასიათდება თავისებურებით ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, დაბერებული ორგანიზმის ინდივიდუალურობიდან გამომდინარე (Fick DM et al., 2003).

პრეპარატის პერორალურად მიღების დროს, ფარმაკოკინეტიკის პირველ ეტაპზე შეფერხებულია შეწოვა კუჭნაწლავის ტრაქტიდან, ამის მიზეზია ნაწლავის ხაობის შემწოვი ზედაპირის ატროფია, მოტორიკისა და ევაკუატორული ფუნქციის შენელება, კუჭის სეკრეციის დაქვეითება და აქილია, პანკრეასის ფერმენტული აქტივობის და მეზენტერიული ჯირკვლების სისხლმომარაგების დაქვეითება. შეფერხებულია წამლის გახსნა-შეწოვა და მისი მოქმედების ეფექტი, ანუ მაქსიმალური პიკის მიღწევა სისხლში. ზემოაღნიშნული განსაკუთრებით ეხება ბარბიტურატებსა და ანტიდეპრესანტებს. რკინის პრეპარატების შეთვისება გაძნელებულია არამარტო შეწოვის პროცესის, არამედ ღვიძლის და სხვა ორგანოთა დეპონირების ფუნქციის დაქვეითების გამო.

სამკურნალო პრეპარატების ბიოტრანსფორმაცია, ანუ ადამიანის ორგანიზმის მეტაბოლიზმში ჩართვა ხორციელდება ღვიძლის მიკროსომული ფერმენტების საშუალებით (Katzung BG et al., 2004). ასაკთან დაკავშირებით ღვიძლის პარენქიმა ატროფირდება, ქვეითდება მიკროსომული ფერმენტების აქტივობა და რაც მთავარია მცირდება ღვიძლის ანტიტოქსიკური ფუნქცია. ზემოაღნიშნულმა შესაძლებელია გამოიწვიოს ნახევრად დაშლილი სამკურნალო პრეპარატის ნივთიერებების დაგროვება ორგანიზმში. ამასთანავე, ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება სისხლის მიდინება თირკმელებისაკენ, შესაბამისად, ქვეითდება მათი ფილტრაციის ფუნქცია, მცირდება სრულფასოვნად მოფუნქციონირე ნეფრონების რიცხვიც. ასეთ შემთხვევაში არცთუ იშვიათია თირკმელის წამლისმიერი დაზიანება (Corsonello A et al., 2005; Juurlink DN et al., 2003).

სამკურნალო პრეპარატების მოქმედების ეფექტი განისაზღვრება არა მარტო მათი კონცენტრაციით სისხლში, არამედ ორგანოებისა და ქსოვილების

რეცეპტორების ფუნქციური მდგომარეობით, რომელთა საშუალებითაც ვლინდება ფარმაკოლოგიური ეფექტი. ნერვული სისტემის რეცეპტორების რაოდენობრივი შემცირება ხანდაზმულ ასაკში განაპირობებს ნერვული ქსოვილის ფუნქციურ გამოფიტვას, რაც თავის მხრივ განაპირობებს მიღებული პრეპარატის რთულად პროგნოზირებად შედეგს. ამ თვალსაზრისით, განსაკუთრებული რისკის შემცველია ისეთი პრეპარატები, როგორიცაა საგულე გლიკოზიდები, ნიტრიტები, გლიკოკორტიკოსტეროიდები, ადრენო ბლოკატორები, ტრანკვილიზატორები, პარკინსონიზმისა და კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებები.

ნაჩვენებია, რომ სამკურნალო პრეპარატებით გამოწვეული გართულებები 7-ჯერ უფრო ხშირია 70-79 წლის ასაკში, ვიდრე 20-29 წლის პირებში. ეს გართულებები მრავალფეროვანია, ხშირად ატიპიურიც. მაგალითად, პრეპარატები – რეზერპინი, ინდომეტაცინი, კორტიკოსტეროიდები, რომლებსაც ახალგაზრდა ასაკში არ ახასიათებთ გვერდითი მოვლენები, ხანდაზმულებში იწვევს დეპრესიას.

ხანდაზმულთა ასაკში პურინული ცვლის დარღვევა, შეიძლება კიდევ უფრო გააღრმავოს ისეთმა პრეპარატებმა როგორიცაა პანკრეატინი, ინოზინი, რიბოქსინი, შარდმდენები (თიაზიდი, ფუროსემიდი და სხვა.) (Puig JG et al., 1999; Johnson RJ et al., 2003).

გერიატრიულ პრაქტიკაში საკმაოდ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ნეიროლეპტიკებით გამოწვეული ე.წ. "წამლისმიერი პარკინსონიზმი", რომლის სიხშირე კლინიკებში თითქმის 50%-ს აღწევს. ნეიროლეპტიკები კი, როგორც საძილე, ისე დასამშვიდებელი საშუალებები, სამწუხაროდ, დღესაც უკონტროლოდ გამოიყენება მოხუცებში.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ხანდაზმულ ავადმყოფთა მკურნალობის დროს ფართოდ გამოიყენება კომპლექსური (პოლი-) თერაპია, როდესაც ექიმები ნიშნავენ სხვადასხვა სამკურნალო პრეპარატებს და სამწუხაროდ მხედველობაში არ იღებენ იმ ფაქტს, რომ ამ დროს იზრდება წამალთა ურთიერთქმედების არასასურველი რეაქციები, ვინაიდან, სამკურნალო პრეპარატები, მეტაბოლიზმის ყველა ეტაპზე (შეწოვა, განაწილება, მეტაბოლიზმი, ექსტრაქცია) ურთიერთმოქმედებს, რაც

განაპირობებს არაპროგნოზირებად გართულებებს. ასაკობრივი ფარმაკოლოგიის მოთხოვნილების წარმოდგენილი, თუნდაც ზედაპირული ანალიზი მკაფიოდ წარმოაჩენს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სრულყოფილი გერიატრიული სამსახურის შექმნის აუცილებლობას. ამისათვის უნდა მომზადდეს სპეციალისტები სამედიცინო განათლების ყველა დონეზე, სახელმწიფო უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში უნდა გაიხსნას გერონტოლოგიისა და გერიატრიის კათედრები. სპეციალობათა ნუსხაში შეტანილ იქნას გერონტოლოგიისა და გერიატრიის სპეციალობა, საავადმყოფოებში შეიქმნას გერიატრიული განყოფილებები, ხოლო პოლიკლინიკებში გერიატრიული კაბინეტი, შეიქმნას მოხუცთათვის დღის სტაციონარები და ბინაზე მოვლის პალიატიური სამსახური.

საქართველოში ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის სრულფასოვანი სამედიცინო მომსახურების მიზნით, სამედიცინო განათლების ყველა დონეზე აუცილებელია ზოგადი გერონტოლოგიისა და გერიატრიის სასწავლო პროგრამის დანერგვა, რაც ხელს შეუწყობს საქართველოში მცხოვრებ უფროსი ასაკის მოსახლეობაში დაავადებათა პრევენციის და კვალიფიცირებული სამედიცინო მომსახურებისა და პალიატიური მზრუნველობის სისტემის ჩამოყალიბებას.

2. მოპროგრესე განუკურნელი ქრონიკული დაავადებით შეპყრობილ ხანდაზმულ პაციენტთა მკურნალობა/მზრუნველობის მიმართ ამ პაციენტთა ოჯახის წევრების მოთხოვნებისა და დამოკიდებულებების გამოკვლევა და სისტემატიზაცია.

ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებების მქონე მოხუცებულთა ოჯახის წევრების შეხედულებები კრიტიკული და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში ამ მოხუცთა მკურნალობის პროცესში ექიმებთან კომუნიკაციის თაობაზე

შედეგები:

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო კრიტიკული/ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში სერვის-მიღებული ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით

შეპყრობილი 20 ხანდაზმული პაციენტის 27-მა ოჯახის წევრმა. პაციენტთა სქესი, ასაკი და დიაგნოზები მოცემულია ცხრილში (ცხრილი #1). 27-ივე პირმა შეავსო თანდართული კითხვარი (კითხვარი #1). კითხვარის შედგენის პრინციპი და მისი შევსების მეთოდი აღწერილია თავში „კვლევის მასალა და მეთოდები“.

შევსებული კითხვარები დამუშავდა და დახარისხდა (კლასიფიცირდა) კვლევის მასალასა და მეთოდებში აღწერილი წესით და შედგენილი იქნა ცხრილი, როგორც აბსოლუტური, ისე პროცენტული მაჩვენებლების ჩვენებით (ცხრილი 7).

ცხრილი 7: პაციენტის ოჯახის წევრების აღწერილობითი სტატისტიკა

პაციენტის პასუხები	არასოდეს/ იშვიათად/ არადამაკმა ყოფილბ ლად	მეტ/ნაკლება დ	ხშირად/ ყოველთვის/ დამაკმაყოფ ილებლად	არ ვიცი
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
თქვენ, როგორც ოჯახის წევრს, გესაუბრებოდათ თუ არა ექიმი პაციენტთან დაკავშირებულ ისეთ დეტალებზე, რომელიც ეხებოდა პაციენტის შესაძლო მდგომარეობის გაუარესებას?	5 (18,5)	9 (33,3)	13 (48,1)	0
ექიმი გატყობინებდათ თქვენ, როგორც პაციენტის ოჯახის წევრს, პაციენტის სავარაუდო სიცოცხლის ხანგრძლივობის თაობაზე?	8 (29,6)	9 (33,3)	10 (37,0)	0
არჩევდა თუ არა ექიმი თქვენთან, თუ როგორ შეიძლება დადგეს პაციენტის სიკვდილი?	12 (44,4)	11 (40,7)	4 (14,8)	0
ათანხმებდა თუ არა ექიმი თქვენთან გადაწყვეტილებას მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკის თაობაზე (მართვით სუნთქვაზე შესაძლო გადაყვანა, ან სხვა)?	4 (14,8)	7 (25,9)	16 (59,3)	0
გესაუბრებოდა თუ არა ექიმი იმ ცხოვრებისეულ თემებზე, რომლებიც დაკავშირებულია	13 (48,1)	7 (25,9)	6 (22,2)	1 (3,7)

	მნიშვნელოვანია პაციენტისათვის და თქვენთვის?				
	გესაუბრობოდათ ექიმი პაციენტის რწმენაზე (სარწმუნოებაზე)?	21 (77, 8)	4 (14,8)	2 (7,4)	0
	ექიმი პატივს სცემდა თქვენი და პაციენტის სულიერ განწყობას და რელიგიურობას?	14 (51,9)	4 (14,8)	2 (7,4)	7 (25,9)
		ძალიან უძნელდე ბოდა	საშუალოდ/ რამდენადმე	არ უძნელდებოდა	არ ვიცი
	ექიმს უჭირდა თუ არა თქვენთან პაციენტის სიკვდილზე ლაპარაკი?	2 (7,4)	13 (48,1)	11 (40,7)	1 (3,7)
		უარყოფითად	საშუალოდ	დადებითად	არ ვიცი
	ზოგადად როგორ შეაფასებდით ექიმის და ოჯახის წევრის კომუნიკაციას?	6 (22,2)	14 (51,9)	7 (25,9)	0

კითხვებზე პაციენტის ოჯახის წევრების პასუხების ანალიზმა აჩვენა, რომ გამოკითხულები, მნიშვნელოვანწილად არ არიან კმაყოფილი ექიმებთან თავიანთი კომუნიკაციის ხარისხით. მას დადებითად აფასებს მხოლოდ 25,9 %. ასეთი შეფასების მიზეზად შეიძლება განიხილებოდეს ის, რომ გამოკითხულთა 51,8% მიიჩნევს რომ ექიმები „არ“- ან „მეტ-ნაკლებად“ განიხილავდნენ მათთან პაციენტის მდგომარეობის შესაძლო გაუარესებას; მხოლოდ 37,0 % -მა დაადასტურა, რომ ექიმებმა მათთან ხშირად/ყოველთვის (ანუ ადეკვატურად) განიხილავდნენ საკითხს იმის თაობაზე, თუ როდის და როგორ შეიძლება მომხდარიყო პაციენტის გარდაცვალება; 63 %-ში კი, პაციენტის ოჯახის წევრების შეფასებით, მათთან აღნიშნული საკითხის თაობაზე კომუნიკაცია არასრულფასოვანი იყო. ამასთანავე, პაციენტთა ახლობლების მხოლოდ 14,8 %-ს ჰქონდა დამაკმაყოფილებლად ახსნილი, თუ თუ როგორ შეიძლება დამდგარიყო პაციენტის სიკვდილი. პაციენტის ოჯახის წევრთა 55,5 % მიიჩნევს, რომ ექიმებს უძნელდებოდათ მათთან პაციენტის სიკვდილის თაობაზე საუბარი.

პაციენტის ოჯახის წევრთა პროცენტმა დაადასტურა, რომ ექიმებმა მათთან „ხშირად/ყოველთვის/დამაკმაყოფილებლად“ შეათანხმეს მკურნალობის გეგმა (მათ შორის, გულ-ფილტვის რეანიმაციის და/ან ხელოვნური სუნთქვის აპარატების გამოყენებას), მაშინ როდესაც გამოკითხულთა 14,8 %-ს ასეთი თანამშრომლობას არადამაკმაყოფილებლად აფასებს.

პაციენტის ოჯახის წევრების ნახევარი (50.8%) აღნიშნავდა რომ ექიმი არასოდეს / იშვიათად საუბრობდა სიცოცხლესთან დაკავშირებულ საკითხებზე, რომლებიც ეხებოდა და/ან მნიშვნელოვანი იყო პაციენტისთვის, განსხვავებით ექიმების 10.8%-ისგან, რომლებიც აღნიშნავდნენ იგივეს Q1.6/Q2.6 ($p<0.0001$). რაც შეეხება პაციენტის სულიერ საჭიროებებსა და რელიგიურობას, ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მომუშავე ექიმების 64.6%-მა აღნიშნა, რომ ისინი ხშირად / ყოველთვის გამოხატავდნენ ამგვარ პატივისცემას, თუმცა პაციენტის ოჯახის წევრების მხოლოდ 6.8% მიიჩნევდა რომ ეს მართლაც ასე იყო (Q1.8/Q2.8) ($p<0.0001$).

ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში სერვის-მიღებული პაციენტების ოჯახის წევრების მხოლოდ მეოთხედი (24.8%) იყო კმაყოფილი კომუნიკაციის დონით (Q2.10). მათი უკმაყოფილების მიზეზი იყო მათი საჭიროებების და მოთხოვნების მიმართ არასათანადო ყურადღება და პატივისცემა. ამისგან განსხვავებით, ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ექიმების 78.5% აფასებდა პაციენტების ოჯახის წევრებთან საკუთარ კომუნიკაციას დადებითად (Q1.10) (<0.0001).

1. კრიტიკული მედიცინის და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებები არის ის ადგილი, სადაც ამა თუ იმ მიზეზით ხვდება ხანში შესულთა და მოხუცთა მნიშვნელოვანი კონტინგენტი, მათ შორის ქრონიკული განუკურნელი დაავადებით შეპყრობილი ხანდაზმულები. ასეთ განყოფილებებში ხშირია ხანდაზმულთა გარდაცვალება. ეს მაჩვენებელი მთელს მსოფლიოში სხვადასხვაა (Bekelman JE et al, 2016), თუმცა გარდაცვლილთა შორის აშკარად სჭარბობს ხანდაზმულთა კატეგორია. წინათ, მიჩნეული იყო, რომ ძირითადი პრობლემები წარმოიშვებოდა კიბოს ტერმინალური სტადიაზე მყოფი პაციენტების კრიტიკული მედიცინის და

ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში გადაყვანის ხარჯებთან დაკავშირებით; ამავდროულად, ყოველთვის საკამათო იყო სიცოცხლის შემანარჩუნებელი თერაპიის შეჩერებასთან დაკავშირებული ეთიკური, იურიდიული და სამედიცინო-ბიოლოგიური პრობლემების გადაჭრის გზები (Vincent JL et al, 2004). ჰოსპიტალში გარდაცვალება ხშირად ხდებოდა და ხდება პაციენტის სურვილის წინააღმდეგ, რომელთაგანაც ბევრი ამჯობინებდა სახლში გარდაცვალებას (Gomes B et al, 2012; Field MJ, Cassel CK, 1997; De Roo ML et al, 2013).

სერიოზული, სიცოცხლისთვის საშიში დაავადების და ან მდგომარეობის მქონე ბევრი ხანდაზმულის მიყვანა კრიტიკული და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში ხდება იმის გამო, რომ მათი სიმპტომების კონტროლი ვეღარ ხერხდება სახლში (Addington-Hall J et al, 1998; Grudzen CR et al, 2011). იმის გამო, რომ არ არსებობს პალიატიური მზრუნველობის სამსახური ზოგადად, და მოხუცთა პალიატიური სამსახური - კერძოდ, კრიტიკული და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებს უწევთ ჰოსპისური ტიპის დაწესებულების იძულებით „ჩანაცვლება“. ამასთანავე, თავიანთი პროფესიული ცოდნიდან და ჩვევებიდან გამომდინარე, ამ განყოფილებათა სამედიცინო პერსონალი აგრძელებს პაციენტთა „გადარჩენის“ და „მკურნალობის“ მცდელობას, მაშინაც კი, როდესაც პაციენტს მხოლოდ პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროება. აღნიშნულის გამო, ამ ბოლო დროს სულ უფრო და უფრო საკამათო ხდება კრიტიკული და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მოწოდებული ზოგიერთი „უშედეგობის“ ტიპის მკურნალობის საკითხი მოხუცთა კონტინგენტისათვის (Palda VA et al, 2005).

როგორც წესი, ასეთ განყოფილებაში ტერმინალური პაციენტის მოყვანის მოტივაცია მისი ოჯახის წევრებისათვის არის პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება და სიცოცხლის

გახანგრძლივება. პაციენტების ნათესავების მოლოდინები და იმედები ხშირად ზედმეტად მაღალია. გასათვალისწინებელია, რომ კრიტიკული და ინტენსიური თერაპიის ექიმებს აქვთ შეზღუდული ცოდნა და რესურსები იმ პაციენტების ადეკვატური მართვისათვის, რომელთაც ესაჭიროებათ პალიატიური მზრუნველობა.

ასევე იმისათვის, რომ პატივი სცენ პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრთა მოლოდინებსა და სურვილებს (Smith AK et al, 2009; Stone SC et al, 2011). მიუხედავად იმისა, რომ კრიტიკული და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ექიმები ყოველდღიურად აწყდებიან სიკვდილს, ისინი არ არიან სპეციალურად მომზადებულები ცუდი ამბის შეტყობინების ცოდნისა და ჩვევების თვალსაზრისით; ეს იმითაა გამოწვეული, რომ მათ, თავიანთი პროფესიული განათლების/განვითარების ეტაპზე არ უსწავლიათ პალიატიური მზრუნველობის თუნდაც საბაზისო კურსი, რომელიც უპირობოდ მოიცავს პაციენტებთან და მათ ახლობლებთან კომუნიკაციის ფორმებსა და ჩვევებს, „ცუდი ინფორმაციის“ მიწოდების ფორმებისა და ჩვევების ჩათვლით (Seymour JE., 2000). გარდა ამისა, ცნობილია, რომ საქართველოში ექიმები ისედაც არ გრძნობენ თავს კომფორტულად პაციენტებთან და მათ ახლობლებთან კომუნიკაციისას, როდესაც საქმე ეხება ცუდ პროგნოზს ან მკურნალობის უშედეგობას (Kordzaia D et al, Georgian National Program For Palliative Care, Action Plan for 2011 – 2015. 2011.).

დამოუკიდებლობის აღდგენის პირველსავე წლებში, საქართველოს პარლამენტმა დაამტკიცა „კანონი ჯანდაცვის შესახებ“, „კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „კანონი სამედიცინო საქმიანობის შესახებ“; შეიქმნა ბიოეთიკის ეროვნული საბჭო; სავალდებულო გახდა პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისთვის დიაგნოზისა და პროგნოზის გაზიარება. ამდენად, ახალმა ვითარებამ განაპირობა სხვაგვარი მიდგომა გარდაცვალებისადმი, როგორც სიცოცხლის ბუნებრივი დასასრულისადმი, რომელიც საჭიროებს როგორც სამედიცინო, ასევე სულიერი კუთხით სპეციალურ პაციენტის მომზადების ხელშეწყობას, ასევე მისი ახლობლების ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას.

2007 წლიდან საქართველოში პალიატიური მზრუნველობა აღიარებულ იქნა სუბ-სპეციალობად 4 სამედიცინო დარგისთვის: „შინაგანი სნეულებები“, „ქირურგია“, „ონკოლოგია“ და „რეანიმატოლოგია/ინტენსიური თერაპია“. მოგვიანებით, 2014 წელს ამ სპეციალობათა ნუსხა გაიზარდა 11-მდე (<https://matsne.gov.ge/en/document/view/70162>. Accessed 21 June 2016). პალიატიურ

მზრუნველობაში საგანმანათლებლო/ტრენინგ კურსების განხორციელების მიზანი იყო, განევითარებინა უფრო ჰოლისტური მიდგომა მომკვდავი პაციენტების მზრუნველობის მიმართ ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი საჭიროებების გათვალისწინებით. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის კონცეფციების ტრენინგების დანერგვა სულ უფრო ფართოდ ხდება, მედიცინის ბევრი მიმართულება და სპეციალობა, ინტენსიური თერაპიის (რეანიმატოლოგიის) ჩათვლით, ჯერ კიდევ შორსაა პროფესიულ პრაქტიკაში მათი სრულყოფილი ინტეგრაციისთვის.

დადასტურებულია, რომ პაციენტის გარდაუვალი (მოახლოებული) სიკვდილის გაცნობიერება იწვევს ცვლილებებს, მკურნალობის სტრატეგიასა და ტაქტიკაში რაც მოიცავს მკურნალობის მიზნების გადახედვას (დაზუსტებას), ოჯახის წევრებთან კომუნიკაციის გაუმჯობესებას, პაციენტებთან მეტი დროის გატარებას და უფრო ნაკლები ლაბორატორიული კვლევების დანიშნავს (Johnson DC et al, 2003). თუმცა, უკანასკნელმა კვლევამ, რომელიც ჩატარდა 2009-2010 წლებში საქართველოს 2 ქალაქში (თბილისსა და ბათუმში) აჩვენა, რომ ქართველი ექიმების დიდი რიცხვი, განსაკუთრებით ინტენსიური თერაპიის/კრიტიკული მედიცინის განყოფილებებში, პალიატიურ მზრუნველობაში მათი მწირი ცოდნის გამო, თავიანთ სამედიცინო პრაქტიკაში ბოლომდე ერთგულობენ „ტრადიციულ“ მიზნებს, რაც გულისხმობს თვით უიმედო პაციენტის „განკურნებას“ ან „სიკვდილის გადავადებას“ (Rukhadze T. et al, Report of Survey funded by “Open Society – Georgia Foundation”(unpublished data) 2010). ამან შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების უფრო ჰოლისტური საჭიროებების უგულებელყოფა ან დაკმაყოფილების გარეშე დარჩენა.

კიბოს ბოლო სტადიაზე მყოფი 200 პაციენტიდან 29 მათგანმა (14.5%) გაატარა უკანასკნელი დღეები და საათები ინტენსიური თერაპიის პალატაში (რეანიმაციაში). ამ პაციენტების ნახევარზე მეტის ოჯახის წევრები აღნიშნავდნენ სხვადასხვა სახის ჩივილებს პაციენტების მზრუნველობასთან დაკავშირებით და უკმაყოფილონი იყვნენ სამედიცინო პერსონალთან კომუნიკაციის ხარისხით.

2. პაციენტების ოჯახის წევრები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ კიბოს ბოლო სტადიაზე მყოფი პაციენტის კრიტიკული და ინტენსიური თერაპიის (რეანიმაციის) განყოფილებებში გადაყვანის გადაწყვეტილების მიღებაში. ეს გადაწყვეტილებები ნაწილობრივ განპირობებულია იმით, რომ მათ არ იციან თავიანთი ახლობელის ტერმინალური მდგომარეობის შესახებ და აქვთ „გარდაცვალების გადავადების“ მტკიცე იმედით (Rukhadze T. et al, Report of Survey funded by “Open Society – Georgia Foundation”(unpublished data) 2010). იმის გამო, რომ კიბოთი დაავადებული პაციენტების დიდ ნაწილს, რომლებიც კვდებიან კრიტიკული/ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში (რეანიმაციაში), ხშირად აღენიშნებათ ცნობიერების შეცვლილი დონე (კოგნიტური ფუნქციის დაქვეითება და/ან შეცვლილი მენტალური სტატუსი, სტუპორი ან კომა), მათი ოჯახის წევრები წარმოადგენენ სუროგატ გადაწყვეტილების მიმღებებს (Luce JM., 2010). ამის გამო, ექიმებსა და ტერმინალური პაციენტის ოჯახის წევრებს შორის კარგი კომუნიკაცია, ხშირად გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა საუკეთესო ჰოლისტური მზრუნველობის უზრუნველყოფისთვის (Johnson DC et al, 2003).

აშშ-სა და დიდ ბრიტანეთში უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა პალატიური მზრუნველობის კომპეტენციების გაუმჯობესების და/ან განვითარების მნიშვნელობა კრიტიკული/ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში (Morgan J., 2008; Truog RD et al, 2008). ეს გულისხმობს, ერთი მხრივ, სიმპტომების კონტროლის, ტკივილის გაყუჩების და მაქსიმალური ფიზიკური კომფორტის უზრუნველყოფის სტანდარტებს, ხოლო მეორე მხრივ, ჰუმანისტური მიზნების, ეთიკური და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის უზრუნველყოფას პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისთვის. ამავდროულად, პალატიური მზრუნველობის მიდგომების განხორციელება ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში დაკავშირებულია სიძნელეებთან, რაც პირველ რიგში უკავშირდება სამკურნალო მიდგომიდან სიკვდილისთვის მზადებაზე უეცარი გადართვის პროცესს, რაც, თავის მხრივ, შესაძლებელია, რამოდენიმე საათიდან რამოდენიმე კვირამდე გაგრძელდეს (Truog RD et al, 2001). თუ მეორის პირობებში (რამოდენიმე

კვირა), ექიმებსა და პაციენტის ოჯახის წევრებს აქვთ დრო მკურნალობის სტრატეგიის პალატიური მზრუნველობით ჩანაცვლებისადმი ადაპტაციისათვის, პირველის პირობებში (რამოდენიმე საათი) პროცესი სტრესულად მიმდინარეობს. ასეთ ვითარებაში ოჯახის წევრებთან კომუნიკაციის ხარისხი კიდევ უფრო დიდ მნიშვნელობას იძენს (Johnson DC et al, 2003).

საქართველოს ოთხ ქალაქში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა ინტენსიური თერაპიის (რეანიმაციის) განყოფილებაში მომუშავე ექიმებისა და ამავე განყოფილებაში სერვის-მიღებული ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი პაციენტების ოჯახის წევრების შეხედულებებს შორის შეუსაბამობა კომუნიკაციის საკითხებთან დაკავშირებით, როგორცაა მაგ. პაციენტის მდგომარეობის სავარაუდო გაუარესება, მომავალი მკურნალობის გეგმა, როგორ შეიძლება მოხდეს გარდაცვალება, პაციენტის სულიერი დამოკიდებულებების და რელიგიურობის პატივისცემა. პაციენტების ოჯახის წევრების მხოლოდ ერთი მეოთხედი (23.7%) იყო კმაყოფილი კომუნიკაციის დონით. მათი უკმაყოფილების მიზეზი იყო მათივე საჭიროებების და მოთხოვნების (მოთხოვნილებების) არასათანადო პატივისცემა (უგულებელყოფა). ამისგან განსხვავებით, ექიმების 78.5% აფასებდა პაციენტების ოჯახის წევრებთან საკუთარი კომუნიკაციის დონეს დადებითად.

ეს შეუსაბამობა მიუთითებს შემდეგზე: იმისათვის, რომ მოხდეს საუკეთესო მზრუნველობის უზრუნველყოფა ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისთვის მაქსიმალურად ჰოლისტური გზით, ინტენსიური თერაპიის (რეანიმაციის) განყოფილების ექიმებს უნდა ჰქონდეთ როგორც შესაბამისი კლინიკური ცოდნა და უნარ-ჩვევები, ასევე პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებთან ეფექტური კომუნიკაციის უნარი.

შესამჩნევი შეუსაბამობა ერთიდაიგივე კითხვებზე პასუხებს შორის, ასევე კომუნიკაციის დონის განსხვავებული შეფასება ექიმებისა და პაციენტების ოჯახის წევრების მიერ, მიუთითებს საგანმანათლებლო ჩარევის მნიშვნელოვან პოტენციურ სამიზნეობზე, რაც მოიცავს ინტენსიური თერაპიის (რეანიმაციის) ექიმებს, რომელთა

სწავლებაც შესაძლებელია მოხდეს პალიატიურ მზრუნველობაში ონლაინ-ტრენინგის მოდულებით.

სიცოცხლის ლიმიტირებული ხანგრძლივობის გამაცნობიერებელ ისეთი "ჯანმრთელი" ხანდაზმული (85 წლისა და მეტი ასაკის) პირების ცხოვრების მიწურულის მოთხოვნილებებისა და დამოკიდებულებების გამოკვლევა და სისტემატიზაცია, რომელთა მენტალური მდგომარეობაც ადეკვატურია.

ჩვენს მიერ გამოკვლეულია 85 წლის და მეტი ხნის 20 მოხუცი, რომლებიც ინარჩუნებენ სოციალურ აქტივობას, ამასთანავე, აცნობიერებენ დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობის ლიმიტურობას.

დასმული იქნა სამი კითხვა: "რას გვეტყვით თქვენს ცხოვრებაზე?" "რომ შეიძლებოდა რას შეცვლიდით თქვენს წარსულ ცხოვრებაში?" და "რას გეგმავთ სამომავლოდ?".

განხორციელდა ინტერვიუების აუდიოკასეტებიდან ტრანსკრიპტი და კოდირება. თითოეული ინტერვიუს მეტ-ნაკლებად დამოუკიდებელი ფრაგმენტი ფასდებოდა აბრაამ მასლოუს "ადამიანის მოთხოვნილებათა იერარქიასთან" შესაბამისობაში და თავსდებოდა მასლოუს ხუთსაფეხურიანი პირამიდის შესაბამის დონეზე (დეტალურად იხილეთ თავში „მასალა და მეთოდები“.

შევჩერდეთ ამ პირამიდაზე:



მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში გამოჩენილმა ამერიკელმა ფსიქოლოგმა აბრაჰამ მასლოუმ ეგრეთწოდებული "ადამიანის მოთხოვნილებების პირამიდა" შექმნა, რომელიც ეყრდნობოდა მრავალრიცხოვან ფსიქოლოგიურ კვლევებს.

ამ "პირამიდაში" მან დონეების მიხედვით დაალაგა ადამიანის მოთხოვნილებები. "პირამიდის" ქვედა დონეზე განთავსებულია - ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები, რომლის გარეშეც ადამიანის ბიოლოგიური არსებობა შეუძლებელია, შემდეგ კი მოდის სპექტრი სოციალური ტიპის მოთხოვნილებებიდან - პიროვნულ, სულიერ და შემეცნებით მოთხოვნილებებამდე.

ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები (ფიზიკური გადარჩენა) - თანდაყოლილი და ნიშანდობლივია ყველა ადამიანისთვის, ასეთ მოთხოვნილებებში შედის საკვები, წყალი, სამოსი, სექსი (შთამომავლობის გაგრძელება).

უსაფრთხოებისა და დაცულობის მოთხოვნილებები ჩნდება მას შემდეგ, რაც დაკმაყოფილებულია ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებათა არანაკლებ 85%.

სოციალური მოთხოვნილებები (მეგობრობის, ოჯახის, სიყვარულის, სამსახურის) ჩნდება იმ შემთხვევაში, როდესაც დაკმაყოფილებულია უსაფრთხოების მოთხოვნილების 70%.

იმისათვის, რომ ადამიანს გაუჩნდეს **პატივისცემისა და აღიარების მოთხოვნილება**, რომელიც თავისთავში გულისხმობს განსაზღვრულ სათანადო სოციალურ სტატუსამდე და დამოუკიდებელ ქმედებებამდე მიღწევას, სოციალური მოთხოვნილებები 70%-მდე უნდა ჰქონდეს დაკმაყოფილებული.

თავმოყვარეობის 60%-ის დაკმაყოფილებისას, ადამიანში ჩნდება **თვითაქტუალიზაციის, თვითგამოხატვის, საკუთარი შემოქმედებითი პოტენციალის რეალიზაციის მოთხოვნილება**. თვითრეალიზაციის 40%-ის მიღწევისას ადამიანი უკვე ბედნიერად გრძნობს თავს. თუმცა ამ დონეს, დედამიწის მოსახლეობის მხოლოდ 1-4% თუ აღწევს.

მიღებული მონაცემები დაექვემდებარა სტატისტიკურ ანალიზს.

არსებული 20 ინტერვიუს ანალიზისას გამოყოფილ იქნა სულ 169 ფრაგმენტი. ცალკეულ ინტერვიუებში შეფასებულ ფრაგმენტთა რაოდენობა

ვარირებდა 2-დან 17-მდე. მასლოუს პირამიდის პირველ საფეხურზე (ფიზიკური გადარჩენა) განთავსდა 6 ფრაგმენტი (3. 56 %), მეორეზე (უსაფრთხოება და დაცულობა) - 31 (18.3 %), მესამეზე (სოციალური მოთხოვნილებები) - 68 (40.2 %), მეოთხეზე (აღიარება, პატივისცემა) - 58 (34.3 %), ხოლო მეხუთე საფეხურზე (თვითრეალიზაცია) - 6 (3.5 %).

წარმოდგენილი გასაშუალოებული მონაცემების განაწილების შედარება თითოეული პაციენტის შესაბამისი მონაცემების განაწილებასთან არ ცდება დევიაციის დასაშვებ ზღვარს და ადასტურებს გასაშუალოებული მონაცემების ვალიდურობას.

ამდენად, 85 წელს გადაცილებულ მოხუცებში, რომლებიც აცნობიერებენ დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობის ლიმიტურობას, მაგრამ ინარჩუნებენ სოციალურ აქტივობას, ცალსახად ჭარბობს სოციალური ურთიერთობისა და პატივისცემის მოთხოვნილება. ამასთანავე, ამ მოთხოვნილებათა სპექტრი ფართოა, მესამე საფეხურზე წარმოდგენილია 1-5, ხოლო მეოთხე საფეხურზე 1-4 ნომინაციით.

ცხრილში წარმოდგენილია ინტერვიუთა იმ ფრაგმენტების ნიმუშები, რომლებიც შეფასდა როგორც მე-3, მე-4 და მე-5 დონეების შესაბამისი (ცხრილი 8):

ცხრილი 8: მასლოუს მოთხოვნილებათა / ღირებულებათა იერარქიის მე-3, მე-4 და მე-5 დონეების შესაბამისი ფრაგმენტების ნიმუშები.

კოდი	პირამიდის მესამე დონე
ქ/85	ორი წლის მერე ჩემი მეუღლე თბილისში გადმოიყვანეს, მეც გადმოვედი. ასე ვთქვათ, მისი სამსახურის ჭკუაზე დავდიოდი. სადაც გადაიყვანდნენ მეც იქით მივდიოდი. თბილისში თავიდან 3 წელი ვიყავით, მერე ერთი წლით გორში გადაიყვანეს, მერე ისევ თბილისში დააბრუნეს და დღემდე აქ ვცხოვრობთ. მე თავიდან სკოლაში დავიწყე მუშაობა ფილოლოგად, დაახლოებით 12 წელი ვიმუშავე. შემდეგ თავი

	დავანებე და მას მერე მოსწავლეებს კერძოდ ვამზადებ ქართულ ენასა და ლიტერატურაში. მყავს სამი შვილი, ორი გოგო და ერთი ბიჭი, ოთხი შვილიშვილი და სამი შვილთაშვილი. ჩემთვის ამათზე დიდი განძი და მონაპოვარი ამ ცხოვრებაში არ არსებობს. ამათ რომ ვუყურებ, ვიძახი რომ ჩემს ცხოვრებას ფუჭად არ ჩაუვლია-თქო.
კ/90	დედა უაღრესად სათნო ქალი იყო, განათლებული, წერა-კითხვა დედამ მასწავლა. მახსოვს ლოცვებს მიკითხავდა ხოლმე. ისე ლოგინში დაწოლა მეკრძალებოდა. ყოველი სადილობის წინაც დედა სანთელს ანთებდა და ისე ვჯდებოდით სუფრასთან. კომუნისტების დროს ეს ტრადიცია თითქოს მიივიწყა, მაგრამ დღესასწაულებზე დედა აუცილებლად იმეორებდა იგივე რიტუალს. მახსოვს აღდგომის დღესასწაულზე, როგორ ემზადებოდა სააღდგომოდ. იყალთოს ეკლესიაში მოვდიოდით ხოლმე და იქ ვხვდებოდით აღდგომას. რატომღაც ყველაზე ნათლად ბავშვობიდან ეს მოგონებები მიტრიალებს თავში. მერე იყო მედ ინსტიტუტი. კარგი სტუდენტი ვიყავი ძალიან, მთლად ფრიადზე არ დამიმთავრებია ინსტიტუტი, მაგრამ ჩემი საქმე ძალიან მიყვარდა. სტუდენტობის პერიოდში გავიცანი ჩემი მეუღლეც, ულამაზესი გოგო იყო, ეხლაც შერჩენილი აქვს ხომ უყურებ იმ სილამაზის კვალი. ეს რომ არა ამ ხნობამდე რა მაცოცხლებდა. მთელი ცხოვრებაა მივლის. მე საკმაოდ მძიმე ხასიათები მქონდა, განსაკუთრებით სიმთვრალეში კახურად ვუბერავდი ხოლმე მაგრამ ეს ქალი სულ მაშოშმინებდა, ექიმ კაცს ეგრე მოქცევა არ გეკადრებოდა და მეც ვუჯერებდი ხოლმე.
ქ/89	ასე მგონია, რომ ბავშვობიდან ერთად ვართ, სიმართლე გითხრა ამის გარეშე განვლილი ცხოვრება კარგად არც მახსენდება, არ მახსოვს და მომკალი. ბევრჯერ მაბრაზებდა ჯეელობაში ეს კაცი, მაგრამ იმდენი კარგი თვისება ჰქონდა, რომ ვითმენდი, აბა ეხლანდელელებით წინ და უკან კი არ გავრბოდი დედასთან. რამდენჯერაც ქმარი გააბრაზებთ უკან რომ გარბიან. დაიმახსოვრე შვილო, ოჯახი ციხე სიმაგრესავით უნდა დაიცვა, ეხლა ჩემი ტყუილიც დაიჯერება, იმდენი ცხოვრება გამივლია. 3

	შვილი გავზარდე და ძალიან ვამაყობ ისეთი შვილები გაიზარდნენ, 3 ბიჭის გაზრდა ადვილი არ არის. სამაგალითო კაცები არიან. ხან წკეპლით დავდევი, ხან დავუყვავებდი, ბევრი ღამე მითენებია ამათზე დარდით, მაგრამ ჩიტი ბრდღუნად ღირდა.
კ/93	როცა სახლში ვბრუნდებოდი, დედა მიბრაზდებოდა სად ხარ აქამდეო, მაგრამ შუალამემდე მაინც გარეთ ვიყავი. მიუხედავად იმისა რომ დიდ დროს გარეთ ვატარებდი, ცუდი საქმე არასდროს ჩამიდენია. 38 წლის ვიყავი ცოლი რომ შევირთე. 2 შვილი გვეყოლა, ეხლა ერთი ცოცხალი აღარ არის, იმან დამაბერა. რაზე მოგიყვე არც ვიცი, დიდად საინტერესო ცხოვრება არ მქონდა. მათემატიკის მასწავლებლად ვმუშაობდი მთელი ცხოვრება. მე მგონი კარგი მასწავლებელი ვიყავი. ბავშვს უსამართლოდ არასდროს მოჰქცევია. ყოველთვის ვცდილობდი სიკეთე მესწავლებინა მოსწავლეებისთვის. მეტს ვერაფერს გეტყვი, შეუძლოდ ვარ, თირკმელები მაწუხებს თანაც აღარაფერი მახსენდება.
ქ/89	ვცხოვრობ შვილიშვილთან და რძალთან ერთად. ისეთი კარგი რძალი მყავს, სხვათაშორის ისიც მეგრელია, სამომავლო გეგმებში სიმართლე გითხრათ ამდენი უარყოფითი ინფორმაციის შემხედვარე სიცოცხლე არ მინდა, ტელევიზორის ჩართვა და ყურება შემაზიზღეს.
კ/85	სკოლის პერიოდში გავიცანი ჩემი მომავალი მეუღლე. ერთმანეთს პირობა მივეცით, რომ სანამ ჩავაბარებდით და უმაღლესში არ მოვეწყობოდით ოჯახს არ შევექმნიდით. გერმანულ ფილოლოგიაზე მინდოდა ჩაბარება, მაგრამ ქულები არ მეყო და გადავწყვიტეთ ერთად გვესწავლა ზოოვეტერინარულზე. ჩემთვის ცოტა ძნელი იყო რადიკალურად განსხვავებული პროფესიის დაუფლება, მაგრამ ჩემი ცხოველებისადმი დიდი სიყვარული დამეხმარა ეს დამეძლია. ქირურგიული ჩარევა მაინც ვერ შევძელი და მსგავს შემთხვევებზე ჩემს მეუღლეს ვიხმარებდი ხოლმე. სწავლის დამთავრების შემდეგ სოფ. დიდმუხაში გამანაწილეს. ჩემი მეუღლე ჩემთან ახლოს სოფ. ავრანევში იყო განაწილებული.

კ/90	არაფერს არ შევცვლიდი. რომ დავბრუნდე ეხლა იმ დროში, ისევ ისე ვიქნებოდი. იმიტომ, რომ ძალიან ბევრი რამე ვნახე, ამ 90 წელში მოხდა ყველაფერი. ახალი სახელმწიფო ჩამოყალიბდა, მერე არეულობა, მერე დაჭერები და თავ-პირის მტვრევა ხალხის, მერე კოლექტივიზაცია და მთელი ამბები. მერე მოგება ომის. შევცვლიდი რა, მაინც ექიმი ვიქნებოდი მე. მაგრამ პირად ცხოვრებას შევცვლიდი ცოტას, იმიტომ რომ ცოტას ჩემზეც ვიფიქრებდი. პირადულ ამბავზე არასოდეს არ მიფიქრია. მე ცოლი გვიან შევირთე და ისიც მომიკვდა. 2 წელიწადია მარტო ვარ. ძალიან დიდხანს ვიცნობდით ერთმანეთს, მაგრამ ძირითადად ჩემს საქმეზე ვიყავი გადართული. გვიან დავკორწინდი, 60 წლის ვიყავი და შვილიც აღარ გაგვიჩნდა
კ/86	1945 წლიდან - 2010 წლამდე უწყვეტი სტაჟი მქონდა. ბავშვების, დიდი სიყვარულის მიუხედავად, ასაკის გათვალისწინებით გადავწყვიტე ჩემი დიდი სიყვარული შვილიშვილებისთვის გამენაწილებინა. მყავს ოთხი შვილი, 10 შვილიშვილი და 2 შვილთაშვილი. უბედნიერესი ვარ როცა ისინი ყველანი ერთად იკრიბებიან ჩემთან. მათ როცა ვუყურებ გულში გავიფიქრებ ხოლმე, რომ ცხოვრებას ფუჭად არ ჩაუვლია. ჩემი ერთი დღე ჩვეულებრივია, როგორც სოფლის ერთ-ერთ გლეხკაცს შეეფერება, მაგრამ ყოველთვის გამოვინახავ დროს წიგნისთვის და ბავშვებისთვის, რომლებთანაც საუბარი სხვადასხვა თემებზე დიდი სიხარულით მაცხებს.
კ/89	ჩვენ პლენხანოვზე იტალიურ ეზოში სარდაფში ვცხოვრობდით. მახსოვს საშინელი ნესტი იყო იმ სარდაფში. დაახლოებით 8 წლის ვიყავი რომ მამამ “ატსტუპნოით” ბინა აიღო ვორონცოვზე და იქ გადავედით მე, დედა და მამა საცხოვრებლად. ერთი პატარა ოთახი იყო, მაგრამ ნესტი აღარ იყო რაც მთავარია და მზის შუქი შემოდის ფანჯარაში და დედაც აღარ წუწუნებდა, ბავშვს ჭლექი დაემართებაო. ისე სარდაფში გატარებულმა წლებმა კვალი მაინც დამიტოვა, 27 წლის ასაკში პლევრიტი დამემართა და ძლივს გადავურჩი სიკვდილს, აბასთუმანშიც ვმკურნალობდი, ომშიც არ წამიყვანეს სუსტი ფილტვების და

	ჯანმრთელობის გამო. სამაგიეროდ ჩემი ძმა რომელიც ჩემზე უფროსი იყო წავიდა ომში და ქერჩში დაიღუპა.
ქ/85	ჩემი მეუღლე სკოლაში ქართულ ენასა და ლიტერატურას ასწავლიდა. სასიყვარულო წერილები და თაიგულები ყოველდღე არ წყდებოდა. ფილოლოგს ენაწყლიანობა არ უჭირდა და იმდენად გამაბრუა თავისი სიტყვებით მგონი დღემდე ასე ვარ. გათხოვების მიუხედავად მუშაობისთვის თავი არ დამინებებია. ერთად დავდიოდით ყველგან, მათ შორის სკოლაშიც. ყველაფერში ვეხმარებოდით ერთმანეთს, სკოლაც ერთად დავტოვეთ. ჩემი დღე შვილიშვილებით იწყება და მათით მთავრდება. ისინი დიდ სიხარულს და ბედნიერებას გვანიჭებენ.
ქ/90	17 წლის ვიყავი დედა რომ გარდამეცვალა. უმცროსი და თბილისში წამოვიყვანე და მე ვზრდიდი. ორ წელიწადში უმცროსი ძმაც წამოვიყვანე რადგან მამაჩემმა ცოლი მოიყვანა და დედინაცვალი ძალიან ცუდად ექცეოდა. თბილისში ქირით ვცხოვრობდი ბეჟანიშვილის ქალთან, რომელიც მარტოხელა ქალი იყო. როგორც დედა-შვილი ისე ვიყავით. ბოლომდე ვუპატრონე, რომ გარდაიცვალა მე და ჩემმა შვილებმა დავიტირეთ. ჩემს და-ძმას ამ ქალს ვუტოვებდი, როცა სასწავლებელში მივდიოდი.

კოდი	პირამიდის მეოთხე დონე
ქ/88	მე ბედნიერად ვგრძნობ თავს რომ მქონდა საშუალება მემუშავა იმ სფეროში, რომელიც ძალიან მომწონდა. ეს პროფესია ძალიან შევისისხლბორცე. ასაკი საკმაოდ დიდი მაქვს, მაგრამ მაინც ვმუშაობ. საპატრიარქოს ქართულ უნივერსიტეტში მიმართულება ჩამოვაყალიბე, „.....“ და იქაც მიდის მუშაობა. ეხლახანს ძალიან დიდი აღიარება მოვიპოვე. დამაჯილდოვეს საქართველოს ეკლესიის უმაღლესი ორდენით, წმინდა გიორგის ოქროს ორდენით. ჩემთვის ძალიან დიდი პატივია ეს, თვითონ პატრიარქმა გადმომცა ორდენი. ასე, რომ მაინც ვაგრძელებთ

	მუშაობას.ეხლა კიდევ გვაქვს იმედი. ახალი მთავრობა აყენებს საკითხს, რომ განვითარდეს მეცნიერება და ჩვენც ამისთვის ვემზადებით. ასე, რომ ხელი არა გვაქვს ჩაქნეული. ასპარეზი დიდი გვაქვს, საშუალება არის, პერსპექტივა არის და ასე, რომ იმედი გვაქვს მომავლის.
კ/88	ქორეოგრაფიულ სტუდიაშიც დავდიოდი პარალელურად. მეორე კურსზე ვიყავი მაშინ, 44 წელში, როცა ილიკო სუხიშვილმა დაიწყო ანსამბლის გაკეთება. ილიკოს სულ უნდოდა ანსამბლის შექმნა. როგორც, მაისევის ანსამბლი იყოს რუსეთში და ჩვენთან არაფერი იყოსო? და სტუდიელი ხალხი, 8 გოგო და 16 ბიჭი შეგვკრიბა 44 წელში და დავიწყეთ რეპეტიციები ფილარმონიაში პლენანოვზე. ახლა რომ კომპოზიტორთა სახლია იმის გვერდზე იყო ფილარმონია. თუ ვინმე ინტელიგენტის ნახვა გინდოდა, იქ ნახავდი ბაღში. მუსხელიშვილი, კონსტანტინე გამსახურდია და ა.შ. პირველ რეპეტიციაზე ვიდექით 4 გოგო და 8 ბიჭი. ნელნელა გავხდით 16 ბიჭი და 8 გოგო. მე-9 წინა იყო და მე-17 ილიკო სუხიშვილი. ერთი თვე და რაღაც დღეები ვიყავით და გამოგვყარეს. მერე გადავედით სარეპეტიციოდ ბერიას კლუბში. ილიკომ გააკეთა ნაცნობობით. ერთი 20 დღე ვიყავით იქ. მერე გამოგვყარეს იქიდანაც. წამოვედით იქიდან და ბესიკის ქუჩაზე იყო მილიციის კლუბი. ანსამბლი ჰყავდა მილიციას და იმის ხელმძღვანელს ილიკო იცნობდა კარგად. ხოდა იმან შეგვიკედლა. შეგვიკედლა და 2 თვის შემდეგ ჩვენი გულისათვის კინალამ მაგიც მოხსნეს იქიდან. წამოვედით იქიდანაც. დინამოს სტადიონი მაშინ არ იყო, 2 იარუსი იყო მარტო. იქ ერთი ოთახი მოგვცეს რაღაცა. წინა რამიშვილის ძმა იყო ფეხბურთელი, იმან ჩავვიწყო საქმე და მოგვცეს ერთი ოთახი სარეპეტიციოდ. ერთი-ორი თვე ვიყავით იქა და იქიდანაც გამოგვყარეს. 5-ჯერ დავგვშალეს მოკლედ. ჩვენ თვითონ ვყიდულობდით ჩუსტებს, ტანსაცმელს. მე მაგალითად ნოხი გავიტანე სახლიდან და გავყიდე, ილიკომ მანქანა გაყიდა. მერე თანდათან შემოგვემატნენ და გავხდით 40 კაცი. უკვე დაემსგავსა რაღაცას. ეხლა ერისიონი სადაც არის რუსთაველზე, ზაქროს დარბაზი იყო მანდ, ილიკოს მეგობარი იყო და იქ გადავედით მერე სარეპეტიციოდ. იქ გვქონდა რეპეტიციები.

ქ/89	შევცლა რომ შეიძლებოდა რამის რას ვიზავდი და ჯანს დავზოგავდი. ფერ უმარილსაც წავისმევდი ეხლა რო იმახის ეს კაცი ნაოჭები აქვს-ნაკლები ნაოჭები მექნებოდა. აქეთ იქაც ნაკლებს ირბენდა და მეტ პატივსაც მცემდა ალბათ.
კ/90	დღემდე მაკითხავენ ხოლმე მადლიერი პაციენტები. ჩემი პროფესია ძალიან მიყვარს მე მგონი წელანაც გითხარი, მგონია რომ ამაზე კარგი საქმე დუნიაზე არ არსებობს. ისე ჩემ ცოლსაც აუღეთ ინტერვიუ, ჩემი დედაკაცი უფრო მჭერმეტყველია ხო იცი ქალებს გრძელი ენა აქვთ. რას შევცვლიდი და ქალს შევცვლიდი რო შემემლოს მაგრამ გვიან როა? ეხლა მე მგონი ამასაც აღარ ვუნდივარ და სხვა დედაკაცს რაღაში დავჭირდები :) მე და ჩემ ქალს ცივ ნიავს არ გვაკარებენ, დაჟე გაზეთებიც კი მოაქვთ ყოველ კვირა. ერთი გაზეთი მთელი კვირა გვყოფნის მე და ჩემ ქალსა. ქალი ვეღარ ხედავს მე კიდევ კარგად ვკითხულობ და ყოველ საღამო ვუკითხავ ახალ-ახალ ამბებს. ხან პოლიტიკაზე ხან ლიტერატურაზე და ხანაც რაზე აღარ.
კ/85	ჩემი პირველი მგზავრობა საზღვარგარეთ იწყება იტალიიდან, შემდეგ ვიყავი კანადაში, მერე იაპონიაში. მე პირველი ქართველი ვიყავი ალბათ ომის შემდეგ იაპონიაში რომ მოვხვდი. მერე ვიყავი ბერლინში. ბერლინი იყო ჩემი ქალაქი რა... ძალიან ხშირად დავდიოდი. ასევე პარიზში, ლუბლიანაში. არსად არ იყო ბარიერი აღარ მახსოვს ბოლოს როდის ვიყავი. მგონი 80 წლის იუბილე რომ გადამიხადეს. არა, არა მერე კიდევ ვიყავი, რაღაც სიგელი მომცეს და მაშინ იყო ბოლო.
კ/87	შესაცვლელი ძალიან ბევრი რამეა. სამედიცინო განათლებაში მეტი ყურადღება უნდა მიექცეს საბაზისო დისციპლინებს. ამაზე ყველაფერი აგებული და თუ საბაზისო არ არის განვითარებული და არ ისწავლე სათანადო დონეზე, სხვას ვერაფერს ვეღარ ისწავლი.
კ/91	ჩემი მეუღლე მუშაობდა აქვე კათედრაზე . ჩემთვის ლამაზი და კარგი ქალი იყო, იმიტომ, რომ როგორც იტყვიან ჩემი მეუღლე ჩემი თანამებრძოლიც იყო. გერმანული და რუსული ენები კარგად

	იცოდა და ლიტერატურის მხრივ კარგად გამიადვილა მუშაობა. ვაკეთებდით ყველაფერს რისი გაკეთებაც საჭირო იყო. ბოლო წლებში ორივე პედაგოგიურ მუშაობაზე გადავდით იმიტომ რომ მეცნიერებას ხელფასი არ ქონდა ასე რო უმაღლეს სასწავლებლებში ლექციებს ვკითხულობდით ხოლმე. იმდენ ლექციას ვკითხულობდი რო პირი გაღებული მქონდა მუდამ ☺ კადრები არ ჰყავდათ და ცდილობდნენ, რაც შეიძლება მეტი და კარგი მოეწვიათ....
კ/89	კომუნისტური წეს-წყობილების დროს სოფლის მეურნეობას დიდი ყურადღება ექცეოდა. მას შემდეგ რაც სააკაშვილი მოვიდა მთავრობაში მითხრეს აღარ გვჭირდებიო და გამომიშვეს სამსახურიდან. არადა ბევრი კარგი იდეა მქონდა, ეხლაც არავის უნდა ეს შენი სოფლის მეურნეობა. დაანგრის და მოანაგავს ყველაფერი. ჩემი ლაბორატორიაც რომელსაც წლები შევალიე აღარ არსებობს. მწყდება გული უზომოდ. ერთადერთი რითიც ეხლა ვერთობი შვილთაშვილებია. ჩემ შვილიშვილ ნინუცას ტყუპები ჰყავს და ისინი მილამაზებენ ცხოვრებას. კვირის ბოლოს მოდიან ხოლმე ჩემთან სტუმრად. შეცვლით რას შეცვლიდი და ჩემი ნება რომ იყოს სოფლის მეურნეობას ავალორძინებდი საქართველოში, ერთადერთი ხსნა ქვეყნისთვის ეს არის. საქართველო უნდა გახდეს აგრარული ქვეყანა. დიდი პოტენციალი აქვს ამ ქვეყანას. სამომავლოდ მინდა რომ კიდევ რამეში გამოვადგე აქაურობას. თუ ვინმე დამიძახებს მე მზად ვარ.
ქ/87	აი, იმ საბჭოთა კავშირში განათლება იყო არაჩვეულებრივ დონეზე. ყველაფერი უფასო იყო. თეატრში წასვლა რომ ადამიანს არ შეძლებოდა ეს იყო წარმოუდგენელი. ყოველდღე რომ გევლო თეატრში ამის საშუალება სულ იყო. ეხლა სად არის, თეატრში როდის ვიყავი აღარ მახსოვს. აღარც მაინტერესებს. მაშინ არაჩვეულებრივი თეატრები გვქონდა თავისი არაჩვეულებრივი მსახიობებით. ძალიან, ძალიან დაეცა ყველაფერი. სამედიცინო მეცნიერებაც, ყველაფერი დაკნინდა. ჩვენ ძალიან მაღალ დონეზე ვიყავით და ჩვენი სკოლა, ქართული სკოლა, ცნობილი იყო მსოფლიოში. დღეს სადღაა, ყველაფერი გაანადგურეს. არაფერი აღარ არის. დღეს შესაძლებლობები მეტია, მონდომება ნაკლები. ამასაც

	თავისი მეზეზები აქვს ალბათ, უმიზეზოდ არაფერი არ ხდება. იმიტომ კი არა რომ ჩვენ კარგები ვიყავით და ეხლა ცუდები არიან, უბრალოდ შეიცვალა სიტუაცია და ისეთი მდგომარეობა ჩამოყალიბდა, როდესაც არავის არაფერი არ აინტერესებს. ჩვენ ოღონდ გაგვეკეთებინა საქმე და ფულის შოვნაზე აბსოლუტურად არავინ არ ფიქრობდა. გამორიცხული იყო. ეხლა ეს ყველაფერი სულ სხვანაირად დატრიალდა. ფულის გარეშე პირსაც კი არ გააღებენ. რა საშინელებაა ეს, წარმოუდგენელი საშინელებაა. ქართველებისთვის ეს არის დამღუპველი. უკუღმა დატრიალდა ჩვენი ბედის ბორბალი. სწრაფად იცვლება ადამიანი ძალიან ცუდისკენაც დ კარგისკენაც. ღმერთმა ქნას ისევ ყველაფერი კარგისკენ შეიცვალოს.
--	---

კოდი	პირამიდის მეხუთე დონე
კ/89	მიმართულება ფაქტობრივად მე ჩამოვაყალიბე. ეხლა ტრაზახი არ გამომივიდეს, იმერეთში იტყვიან, ტრაზახი ჭლაკვად ღირს და ჭლაკვი 10 კაპიკადო. ასე, რომ ამ მიმართულებას მე ჩავუყარე საფუძველი. ჩამოვაყალიბე განყოფილება ინსტიტუტში. საჭირო ლიტერატურა გამოვიწერე, მე მქონდა მარტო.
ქ/88	ერთმანეთის გატანა იყო, გაჭირვება და რამე არ იყო. გაჭირვებულები ხშირად მოდიოდნენ, დახმარებას ითხოვდნენ და მე სულ ვეხმარებოდი, რისი შესაძლებლობაც მქონდა. უმადური არავინ მყავდა, „კეთილ ქალს“ მეძახდნენ. ალბათ ამის გავლენაც არის რომ ამდენი ხანი მოვაღწიე და ღმერთის მადლობელი ვარ. 10 წელია რაც თბილისში ვარ, მანამდე სულ ქუთაისში ვცხოვრობდი.
კ/86	მოსკოვში მე გამაგზავნეს ოფიციალურად. მე ვიყავი საექსპერტო კომისიის თავმჯდომარე და ამისი დაცვა თავდაცვის სამინისტრომ იქ დანიშნა. ჩავედით მოსკოვში. იმ დროს ასე იყო რომ მათი საკავშირო ექსპერტები იღებდნენ მონაწილეობას იმ გამოკვლევებში, რომლებსაც ჩვენ ვატარებდით. ჩვენ ყოველდღიურად რასაც აღმოვაჩენდით, მათ ვაჩვენებდით და ჟურნალში დღის ბოლოს ხელს ვაწერინებდით. როცა ბოლოს, ქლორპიკრინის შესახებ დასკვნა გაკეთდა, ესენი ადგნენ და გაიქცნენ. მაგრამ მანამდე გაკეთებულ

	მთელი 2 თვის ანალიზებზე მათი ხელმოწერები შენახული გვქონდა. ეს დაავიწყდათ იმათ თუ რა მოხდა, რომ ასეთი ჟურნალი არსებობდა და მათ ხელი ჰქონდათ მოწერილი არ ვიცი. როდესაც პრეტენზიები დაიწყეს, მე ავდექი და ეს ჟურნალი დავუდე წინ. ამას არ მოელოდნენ.
--	--

ჩვენს მიერ, კვლევის საწყის ეტაპზე გამოკვლეული იქნა 85 წელს გადაცილებული 10 მოხუცი, რომლებიც აგრძელებენ გონებრივ მუშაობას და ინარჩუნებენ სოციალურ აქტივობას. მათგან აღებული ინტერვიუს ანალიზისას გამოყოფილ იქნა სულ 89 ფრაგმენტი. ცალკეულ ინტერვიუებში შეფასებულ ფრაგმენტთა რაოდენობა ვარიირებდა 2-დან 13-მდე. მასლოუს პირამიდის პირველ საფეხურზე (ფიზიკური გადარჩენა) განთავსდა 3 ფრაგმენტი (3. 37 %), მეორეზე (უსაფრთხოება და დაცულობა) - 15 (16.8 %), მესამეზე (სოციალური მოთხოვნილებები) - 36 (40.4 %), მეოთხეზე (აღიარება, პატივისცემა) - 30 (33.7 %), ხოლო მეხუთე საფეხურზე (თვითრეალიზაცია) - 5 (5.6 %).

ეს შედეგები წარდგენილ იქნა ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის სამეცნიერო კონგრესზე, რომელიც 2014 წლის 5–7 ივნისს გაიმართა ქ. ლეიდაში (ესპანეთი) ("Perceptions of- and Attitudes towards End-of-Life Needs and Demands of Elders over 80 Years Continuing Intellectual Work in Georgia" Chikhladze N., Velijanashvili M., Kordzaia D.)

თუ ამ 10 ინტერვიუს შედეგებს შევადარებთ ზემოთ მოტანილ საბოლოო შედეგებს (20 ინტერვიუ, მათ შორის ის 10 ინტერვიუც, რომელიც აღებული იქნა კვლევის საწყის ეტაპზე), აღმოჩნდება, რომ შედეგი იდენტურია. პირამიდის საფეხურების შესაბამისად წარმოდგენილ პროცენტებში სხვაობა სარწმუნო არ არის. და ეს იმის მიუხედავად, რომ კვლევის შემდგომ ეტაპებზე გამოკითხული (ინტერვიუირებული) მოხუცები არ მიეკუთვნებოდნენ მხოლოდ გონებრივად მომუშავეთა ჯგუფს.

აქედან გამომდინარე, უნდა ვივარაუდოთ, რომ სიცოცხლის ლიმიტირებული ხანგრძლივობის გამაცნობიერებელი ხანდაზმული (85 წლისა და მეტი ასაკის) პირების ცხოვრების მიწურულის მოთხოვნილებები და დამოკიდებულებები

მეტწილად იდენტურია და მათი $\frac{3}{4}$ შეესაბამება მასლოუს პირამიდის მე-3 და მე-4 დონეებს.

ხანდაზმული ასაკი, ბუნებრივია, შერწყმულია ისეთ პათოლოგიებთან (პათოლოგიურ მდგომარეობებთან), რომლებიც ჩვენს მიერ განხილული იქნა პირველი ამოცანით განსაზღვრული პრობლემის კვლევის დროს. ამის მიუხედავად, მოხუცებში სჭარბობს **სოციალური მოთხოვნილებები** (მეგობრობის, ოჯახის, სიყვარულის) და **პატივისცემისა და აღიარების მოთხოვნილებები**.

ამდენად ამ მოთხოვნილებების გათვალისწინება, აუცილებელია მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის მოდელის შემუშავებისას. აუცილებელია ისეთი გარემოს შეთავაზება, სადაც ოჯახის წევრებს შეეძლება მათთან კომუნიკაცია, შესაძლებელი იქნება თუნდაც მინიმალური სოციალური აქტივობის რეალიზაცია. ამასთანავე, ამ კონტინგენტთან მომუშავე ექიმებმა კარგად უნდა გააცნობიერონ, რომ მოხუცებს, რომელთაც ისედაც გაცნობიერებული აქვთ დარჩენილი სიცოცხლის ლიმიტურობა, მკურნალობასა და სიმპტომთა მართვის პარალელურად სჭირდებათ განსაკუთრებული პატივისცემითა და გულისყურით მოპყრობა.

დასკვნები

1. სიმსივნით ავადმყოფ ხანდაზმულთა რაოდენობა ჩამორჩება საშუალო ასაკის ასეთსავე ავადმყოფთა რაოდენობას, თუმცა, 5-ჯერ აჭარბებს სიმსივნით დაავადებულ ახალგაზრდების რიცხვს. ხანდაზმულთა ხვედრითი წილი ყველაზე მაღალია გულ-სისხლძარღვთა, შარდ-სასქესო, სასუნთქი, თვალის და ენდოკრინული სისტემის დაავადებების მქონე ავადმყოფებს შორის (აღნიშნული დაავადებები შეადგენს ქრონიკული პათოლოგიების 89.3 %-ს), რაც გათვალისწინებული უნდა იქნას მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელის შექმნისას.

2. ხანდაზმულ ავადმყოფთა მკურნალობის დროს ფართოდ გამოიყენება კომპლექსური (პოლი-) თერაპია, როდესაც ექიმები ნიშნავენ სხვადასხვა სამკურნალო პრეპარატებს და სამწუხაროდ მხედველობაში არ იღებენ იმ ფაქტს, რომ ამ დროს იზრდება წამალთა ურთიერთქმედების არასასურველი რეაქციები. კვლევამ წარმოაჩინა საქართველოს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სრულყოფილი გერიატრიული სამსახურის - საავადმყოფოებში გერიატრიული განყოფილებების, პოლიკლინიკებში გერიატრიული კაბინეტების, ასევე მოხუცთა დღის სტაციონარებისა და ბინაზე მოვლის პალიატიური სამსახურის შექმნის აუცილებლობა.

3. საქართველოში ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის სრულფასოვანი სამედიცინო მომსახურების და, მათ შორის, პალიატიური მზრუნველობის ადეკვატური მოდელის დანერგვისათვის აუცილებელია სამედიცინო განათლების ყველა დონეზე ზოგადი გერონტოლოგიისა და გერიატრიის და პალიატიური მედიცინის (მზრუნველობის) სასწავლო პროგრამის დანერგვა.

4. საქართველოს ოთხ ქალაქში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა ინტენსიური თერაპიის (რეანიმაციის) განყოფილებაში მომუშავე ექიმებისა და ამავე განყოფილებაში სერვის-მიღებული ხანდაზმული პაციენტების ოჯახის წევრების შეხედულებების (შეფასებების) შეუსაბამობა მათ შორის კომუნიკაციის თაობაზე. პაციენტების ოჯახის წევრების მხოლოდ ერთი მეოთხედი (23.7%) იყო კმაყოფილი კომუნიკაციის დონით. უკმაყოფილების მთავარ მიზეზს წარმოადგენდა მათი საჭიროებების და მოთხოვნების (მოთხოვნილებების) არასათანადო გაზიარება და პატივისცემა. ამასთანავე, ექიმების 78.5% დადებითად აფასებდა პაციენტების ოჯახის წევრებთან საკუთარი კომუნიკაციის დონეს.

5. პაციენტების ოჯახის წევრთა კმაყოფილების დონე არ განისაზღვრება მხოლოდ გაწეული სამედიცინო მომსახურების შედეგით. ის მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული იმის აღქმაზე, თუ რამდენად ხორციელდება ეს მომსახურება ადეკვატური კომუნიკაციის თანხლებით, რაც ადასტურებს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისადმი მედიკოსთა პიროვნულ პატივისცემას.

6. სიცოცხლის ლიმიტირებული ხანგრძლივობის გამაცნობიერებელი ხანდაზმული (85 წლისა და მეტი ასაკის) პირების ცხოვრების მიწურულის მოთხოვნილებები და დამოკიდებულებები მეტწილად იდენტურია და მათი $\frac{3}{4}$ შეესაბამება მასლოუს პირამიდის მე-3 და მე-4 დონეებს. ამათში ცალსახად სჭარბობს სოციალური ურთიერთობის, სიყვარულისა და პატივისცემის მოთხოვნილება. ამ მოთხოვნილებების გათვალისწინება, აუცილებელია მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის მოდელის შემუშავებისას.

ლიტერატურა:

1. About the Marie Curie Delivering Choice Programme [web site]. London, Marie Curie Delivering Choice Programme, 2010 (http://deliveringchoice.mariecurie.org.uk/about_the_delivering_choice_programme)
2. Addicott R, Dewar S. Improving choice at end of life: a descriptive analysis of the impact and costs of the Marie Curie Delivering Choice Programme in Lincolnshire. London, King's Fund, 2008.
3. 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(2):129-36.
4. Ahmad S, O'Mahony MS. Where older people die: a retrospective population-based study. *Quarterly Journal of Medicine*, 2005, 98:865–870
5. Aita, K.; Takahashi, M.; Miyata, H.; Kai, I. & Finucane, TE. (2007) Physicians' attitudes about artificial feeding in older patients with severe cognitive impairment in Japan: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, Vol.7, (August 2007), p.22, ISSN 1471-2318
6. Akabayashi et al., 1997; Hirakawa et al., 2006b) (Akabayashi, A.; Kai, I.; Ito, K. & Tsukui, K. (1997) [The acceptability of advance directives in Japanese society: a questionnaire study for health people in the physical check-up settings]. *Journal of the Japan Association for Bioethics*, Vol.7, No.1, (September 1997), pp.31-40. (in Japanese) ISSN 1343-4063;
7. American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002, 50(Suppl.):S205–S224 (<http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/JGS5071.pdf>)
8. American Health Care Association. Testimony of the National Center for Assisted Living presented to the Institute of Medicine Committee on Improving Quality in Long Term Care, March 12, 1998. Available at: <http://www.ahca.org/brief/written.htm>
9. Anderson GF, Hussey PS. Population aging: a comparison among industrialized countries. *Health affairs*. 2000 May 1;19(3):191-203.
10. Annual report April 2007 – March 2008. London, King's College Hospital NHS Foundation Trust, King's College Hospital Palliative Care Team, 2008.
11. Kendall M, Edmonds P, Booth S. Palliative care in the acute hospital setting. Oxford, Oxford University Press, 2009.

12. Arcand M et al. Educating nursing home staff about the progression of dementia and the comfort care option: impact on family satisfaction with end-of-life care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2009, 10:50–55.
13. Arcand M, Caron C. Comfort care at the end of life for persons with Alzheimer's disease or other degenerative diseases of the brain. Sherbrooke, Centre de sante et de services sociaux, Institut universitaire de geriatrie de Sherbrooke, 2005 (<http://www.expertise-sante.com/guidespratiques>)
14. Arno PS, Levine C, Memmott MM. The economic value of informal caregiving. *Health Affairs*. 1999 Mar 1;18(2):182-8.
15. As a Process G. Grief and Bereavement in Pediatric Palliative Care. *Pediatric Palliative Care*. 2015 Aug 3:11.
16. Back AL, Wallace JI, Starks HE, Pearlman RA. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State. Patient requests and physician responses. *JAMA*. 1996;275:919-925
17. Bailey FA et al. Improving processes of hospital care during the last hours of life. *Archives of Internal Medicine*, 2005,165:1722–1727.
18. Baltes MM, Carstensen LL. The process of successful ageing. *Ageing and society*. 1996 Jul 1;16(04):397-422.
19. Bekelman JE, Halpern SD, Blankart CR, Bynum JP, Cohen J, Fowler R et al. Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries. *Jama*. 2016;315(3):272-83. doi:10.1001/jama.2015.18603.
20. Bentur N, Emanuel LL, Cherney N. Progress in palliative care in Israel: comparative mapping and next steps. *Israel journal of health policy research*. 2012 Feb 20;1(1):1.;
21. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R, Lipsitz L, Steel K, Mor V, SAGE Study Group. Management of pain in elderly patients with cancer. *Jama*. 1998 Jun 17;279(23):1877-82.
22. Better Palliative Care for Older People. [<http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>].
23. Birch D, Draper J. A critical literature review exploring the challenges of delivering effective palliative care to older people with dementia. *Journal of clinical nursing*. 2008 May 1;17(9):1144-63.

24. Bishop CE. Where are the missing elders? The decline in nursing home use, 1985 and 1995. *Health Aff. (Millwood)* 1999;18:146-155. Zimmerman SS, Sloane PD, Eckert JK, eds. *Assisted Living Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 2001
25. Bito, S.& Asai, A. (2007) Attitudes and behaviors of Japanese physicians concerning withholding and withdrawal of life-sustaining treatment for end-of-life patients: results from an internet survey. *BMC Medical Ethics* ,Vol.8, (June 2007), p. 7, ISSN 1472-6939
26. Blinderman CD, Cherny NI. Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel. *Palliative medicine*. 2005 Jul 1;19(5):371-80.
27. Bolmsjo I: Review Article: End-of-Life Care for Old People: A Review of the Literature. *Am J Hosp Palliat Care* 2008, 25.
28. Bronstein JM, Jones CA. Ethics, technology, and the high cost of dying: a public form. *South Med J*. 1986;79:1485-1488
29. Brooker D, Latham I. *Person-Centred Dementia Care: Making Services Better with the VIPS Framework*. Jessica Kingsley Publishers; 2015 Nov 21.
30. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in Aging*. 2013;8:1.
31. 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 in-home palliative care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007 Jul 1;55(7):993-1000.
32. Burner ST, Waldo DR, McKusick DR. National health expenditures projections through 2030. *Health Care Financing Review*. 1992 Oct 1;14(1):1.
33. Campbell H et al. Integrated care pathways. *British Medical Journal*, 1998, 316:133–137.
34. Carlson MD, Barry C, Schlesinger M. Quality of palliative care at US hospices: results of a national survey. *Med Care*. 2011; 49:803–809. [PubMed: 21685811]
35. Carlson MD, Bradley EH, Du Q, Morrison RS. Geographic access to hospice in the United States. *J Palliat Med*. 2010; 13:1331–1338. [PubMed: 20979524]
36. Carlson MD, Gallo WT, Bradley EH. Ownership status and patterns of care in hospice: results from the National Home and Hospice Care Survey. *Med Care*. 2004; 42:432–438. [PubMed: 15083103]

37. Carlson MDA, Barry CL, Cherlin EJ, et al. Hospices' enrollment policies may contribute to underuse of hospice care in the United States. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 31:2690–2698.
38. Cartwright JC. Nursing homes and assisted living facilities as places for dying. *Annu Rev Nurs Res*. 2002;20:231-264. Mezey M, Dubler NN, Mitty E, Brody AA. What impact do setting and transitions have on the quality of life at the end of life and the quality of the dying process? *Gerontologist*. 2002; 42:54-67.
39. Cassell EJ: *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York: Oxford University Press, 1991.
40. Center for Medicare and Medicaid Services. Medicare and Medicaid Programs: Hospice Conditions of Participation; Final Rule. *Federal Register*. 2008; 73:32088.
41. Center to Advance Palliative Care. Hospital hospice partnerships in palliative care: creating a continuum of service. National Hospice and Palliative Care Organization; Falls Church, VA: 2001
42. Chikhladze N, Janberidze E, Velijanashvili M, Chkhartishvili N, Jintcharadze M, Verne J, Kordzaia D. Mismatch between physicians and family members views on communications about patients with chronic incurable diseases receiving care in critical and intensive care settings in Georgia: a quantitative observational survey. *BMC Palliative Care*. 2016 Jul 22;15(1):63.;
43. Chochinov, H.M.; Hack, T.; Hassard, T.; Kristjanson, L.J.; McClement, S.; Harlos, M. Misunderstanding the will to live in patients nearing death, 2005 *Psychosomatics*, 46:1, pp 7-10; Chochinov, H.M. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care, 2007 *BMJ*, 335, pp 184-187
44. Christakis NA. *Death Foretold : Prophecy and Prognosis in Medical Care*. Chicago, Ill: University of Chicago; 1999:328., Emmanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. Gaps in end-of-life care. *Arch Fam Med*. 2000;9:1176-1180
45. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *The lancet*. 2009 Oct 9;374(9696):1196-208.
46. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, Pandya KJ. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *New England Journal of Medicine*. 1994 Mar 3;330(9):592-6.

47. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F: The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliat Med* 1995;9:207–19.
48. Cohen-Mansfield J, Lipson S. Pain in cognitively impaired nursing home residents: how well are physicians diagnosing it?. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002 Jun 1;50(6):1039-44.
49. Corsonello A, Pedone C, Corica F, Mussi C, Carbonin P, Incalzi RA. Concealed renal insufficiency and adverse drug reactions in elderly hospitalized patients. *Archives of Internal Medicine*. 2005 Apr 11;165(7):790-5.
50. Coventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd CJ. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systematic review. *Age and ageing*. 2005 May 1;34(3):218-27.
51. Covinsky KE, Goldman L, Cook EF, Oye R, Desbiens N, Reding D, Fulkerson W, Connors AF, Lynn J, Phillips RS, Baker R. The impact of serious illness on patients' families. *Jama*. 1994 Dec 21;272(23):1839-44.
52. Cowgill DO. The aging of populations and societies. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 1974 Sep 1;415(1):1-8.
53. Darzi A. High quality care for all: NHS next stage review final report. The Stationery Office; 2008
54. Datta SS, Tripathi L, Varghese R, Logan J, Gessler S, Chatterjee S, Bhaumik J, Menon U. Pivotal role of families in doctor–patient communication in oncology: a qualitative study of patients, their relatives and cancer clinicians. *European Journal of Cancer Care*. 2016 Jul 1
55. Davies B, Limbo R, Jin J. Grief and bereavement in pediatric palliative care. *Oxford textbook of palliative nursing*. 2010:1081-97.;
56. Davies E, Higginson IJ. Better palliative care for older people. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118_1).
57. De Roo ML, Leemans K, Claessen SJ, Cohen J, Pasman HR, Deliens L et al. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. *Journal of pain and symptom management*. 2013;46(4):556-72. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.09.013.

58. Declaration P. Madrid International Plan of Action on Ageing.(2002). InA/CONF (Vol. 197, No. 9)
59. DeNavas-Walt, C.; Proctor, BD.; Smith, JC. U.S. Census Bureau Current Population Reports. U.S. Government Printing Office; Washington, DC: 2012. Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2011
60. 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.
61. Devlin AS, Arneill AB. Health care environments and patient outcomes a review of the literature. *Environment and behavior*. 2003 Sep 1;35(5):665-94.
62. Douglas T. Kenrick, Vladas Griskevicius, Steven L. Neuberg and Mark Schaller / *Perspectives on Psychological Science* 2010 5: 292-314
63. Drought TS, Koenig BA. "Choice" in end-of-life decision making:researching fact or fiction? *Gerontologist*. 2002;42:114-128
64. Ellershaw J, Wilkinson S, eds. *Care of the dying: a pathway to excellence*. Oxford, Oxford University Press, 2003
65. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Alpert H, Baldwin D, Emanuel LL. Assistance from family members, friends, paid care givers, and volunteers in the care of terminally ill patients. *New England Journal of Medicine*. 1999 Sep 23;341(13):956-63.
66. *End of Life Care Strategy: promoting high quality care for all adults at the end of life*. London, Department of Health, 2008
67. *End of life care: better patient outcomes, genuine patient choice*. London, Marie Curie
Delivering Choice Programme, 2009
(http://deliveringchoice.mariecurie.org.uk/NRrdonlyres/8D53D050-A160-475F-9DA6-344ED6ADD9AF/0/Feb09_DCPoverview.pdf).
68. Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1997 Feb 1;45(2):223-32.
69. Feldt KS, Ryden MB, Miles S. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998 Sep 1;46(9):1079-85.
70. Ferrell BA. Overview of aging and pain.

71. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Archives of internal medicine*. 2003 Dec 8;163(22):2716-24.
72. Field MJ, Cassel CK, editors. *Approaching death: improving care at the end of life*. National Academies Press; 1997 Oct 16.
73. Finlay IG et al. Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. *Annals of Oncology*, 2002, 13:257–264;
74. Fowell A, Finlay I, Johnstone R, Minto L. *End of life care strategy: promoting high quality care for adults at the end of life*. UK Department of Health. 2008
75. Froggatt KA et al. End-of-life care in long-term care settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 2006, 1:45–50
76. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Israel Medical Association Journal*, 2007, 9:430–434;
77. Garfinkel D. Symposium title: the war against polypharmacy rethinking and re-evaluation needed for each and every drug in the elderly (results of the good-palliative-geriatric-practice
78. Geriatric Society and how it will develop]. *Geriatric Medicine*, Vol.47, No.4, (April 2009), pp.443-447, ISBN978-4-89801-316-8 C3047
79. German Ministry of Health (2002): Fourth Report of the German Government on the Situation of the Elderly. BT-Drs. 14/8822. , 2002.
80. Glendinning, C., Challis, D., Fernandez, J., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A., Stevens, M. and Wilberforce, M. (2008) *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme: Final Report*, Social Policy Research Unit, University of York, York.
81. Goldsmith B, Dietrich J, Du Q, Morrison RS. Variability in access to hospital palliative care in the United States. *J Palliat Med*. 2008; 11:1094–1102. [PubMed: 18831653]
82. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, et al; PRISMA. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Ann Oncol*. 2012;23(8):2006-2015.
83. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, 2006; 332:515–521

84. Gomez-Batiste X et al. Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project at 15 years (2005). *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007, 33:584–590.
85. Gomez-Batiste X et al. Catalonia's five-year plan: basic principles. *European Journal of Palliative Care*, 1994,1:45–49.
86. Gomez-Batiste X et al. Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2006, 31:522–532.)
87. Gomez-Batiste X et al. Spain: the WHO Demonstration Project of Palliative Care Implementation in Catalonia: results at 10 years (1991–2001). *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002, 24:239–244.
88. Goodman C, Evans C, Wilcock J, Froggatt K, Drennan V, Sampson E, Blanchard M, Bissett M, Iliffe S. End of life care for community dwelling older people with dementia: an integrated review. *International journal of geriatric psychiatry*. 2010 Apr 1;25(4):329-37.
89. Gouke C, Scherer S, Katz B, Gibson S, Farrel M, Bradbeer M. Pain in residential aged care facilities: Management strategies. Australian Pain Society, Sydney, Australia. 2005.
90. Gove D, Sparr S, Bernardo AD, Cosgrave MP, Jansen S, Martensson B, Pointon B, Tudose C, Holmerova I. Recommendations on end-of-life care for people with dementia. *The journal of nutrition, health & aging*. 2010 Feb 1;14(2):136-9.
91. Graham F, Clark D. WHO definition of palliative care. *Medicine*. 2008;2(36):64-6.
92. Grande G. Palliative care in hospice and hospital: time to put the spotlight on neglected areas of research. *Palliative Medicine*, 2009, 23:187–189.
93. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *Journal of palliative medicine*. 2011;14(8):945-50. doi:10.1089/jpm.2011.0011.
94. GSF in care homes [web site]. Walsall, National Gold Standards Framework Centre, 2010 (<http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/GSFCareHomes>)
95. Gysels M, Higginson IJ. Improving supportive and palliative care for adults with cancer: research evidence. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004.
96. Gysels M, Higginson IJ. Improving supportive and palliative care for adults with cancer: research evidence. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004 (<http://guidance.nice.org.uk/index.jsp?action=download&o=28818>).

97. Hall S, Longhurst SL, Higginson IJH. Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age & Ageing*, 2009, 38:411–416.)
98. Hall S. Palliative care for older people: better practices. Petkova H, Tsouros AD, Costantini M, Higginson IJ, editors. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 2011.
99. Hamel MB, Phillips RS, Teno JM, Lynn J, Galanos AN, Davis RB, Connors AF, Oye RK, Desbiens N, Reding DJ, Goldman L. Seriously ill hospitalized adults: do we spend less on older patients?. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996 Sep 1;44(9):1043-8.
100. Hämmerlein A, Derendorf H, Lowenthal DT. Pharmacokinetic and pharmacodynamic changes in the elderly. *Clinical pharmacokinetics*. 1998 Jul 1;35(1):49-64.
101. Hanks G et al., eds. *Oxford textbook of palliative medicine*. 4th ed. Oxford, Oxford University Press, 2009. 3. Bruera E et al., eds. *Textbook of palliative medicine*. London, Hodder Arnold, 2006.)
102. Hattori, A. ; Masuda, Y. ; Fetters, MD. ; Uemura, K. ; Mogi, N. ; Kuzuya, M. & Iguchi, A. (2005) A qualitative exploration of elderly patients' preferences for end-of-life care. *Japan Medical Association Journal*, Vol.48, No.8, (August 2005), pp.388-397, ISSN 1346-8650
103. Hayasaka, H. (2010) [Nursing staff's outlook on the necrobiosis, and it takes care and the following grief psychology: From the comparison with the nurse]. *Hokkaido Bukyo Daigaku Kenkyu Kiyo*, Vol.34, (March 2010), pp.25-32, (in Japanese) ISSN1349-3841
104. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review of the evidence. *Palliative Medicine*, 1998, 12:317–332;
105. Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in geriatric medicine*. 2001 Aug;17(3):457.
106. 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.
107. Higginson IJ et al. Do hospital-based palliative care teams improve care for patients or families at the end of life? *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002, 23:96–106.
108. Higginson IJ et al. Is there evidence that palliative care teams alter end of life experiences of patients and their caregivers? *Journal of Pain and Symptom Management*, 2003, 25:150–168.

- 109.Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of Palliative Medicine*, 2000, 3:287–300;
- 110.Higuchi, K. ; Shinoda, M. ; Sugimoto, H. & Kondo, K. [End-of-life care for elderly-four conditions for high quality care and care management tools]. Chuohoki Publishing (April 2010) (in Japanese), Tokyo, ISBN978-4-8058-3275-2
- 111.Hilmer SN, Gnjdic D. The effects of polypharmacy in older adults. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2009 Jan 1;85(1):86-8.
- 112.Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. *New England Journal of Medicine*. 2004 Apr 22;350(17):1752-62.
- 113.Hirakawa et al., 2006a) (Hirakawa, Y. ; Masuda, Y. ; Kuzuya, M. ; Kimata, T. ; Iguchi, A.& Uemura, K. (2006a) End-of-life experience of demented elderly patients at home: Findings from DEATH project. *Psychogeriatrics*, Vol.6, (June 2006) pp.60-67, ISSN 1346-3500
- 114.Hirakawa Y. Palliative care for the elderly: A Japanese perspective. INTECH Open Access Publisher; 2012
- 115.Hirakawa, Y. & Uemura, K. (2009) [Clinical pathway for end-of-life care at long-term care facilities]. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, Vol.46, No.4, (July 2009) p.366 (In Japanese) ISSN 0300-9173
- 116.Hirakawa, Y. ; Masuda, Y. ; Kimata, T. ; Uemura, K. ; Kuzuya, M.& Iguchi, A. (2004) [Terminal care for elderly with dementia in two long-term care hospitals.] *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, Vol.41,No.1, (January 2004), pp.99–104 (In Japanese), ISSN 0300-9173, Japan
- 117.Hirakawa, Y.; Kuzuya, M.& Uemura, K. (2007c) [Current situation of hospital ethics committees in Japan].*Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, Vol.44, No.6, (November 2007), pp.767-769, (In Japanese) ISSN 0300-9173
- 118.Hirakawa, Y.; Masuda, Y.; Kuzuya, M.; Iguchi, A.& Uemura, K. (2007a) [Decision-making factors regarding resuscitate and hospitalize orders by families of elderly persons on admission to a Japanese long-term care hospital]. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, Vol.44, No.4, (July 2007) pp.497-502, (In Japanese) ISSN 0300-9173
- 119.Hirakawa, Y.; Masuda,Y.; Kuzuya, M.; Iguchi,A.& Uemura, K. (2006b) [Attitude of middleaged healthy elderly toward location of end-of-life care and living will]. *Hospice and Home Care*, Vol.14, No.3, (December 2006), pp.201-205, (In Japanese) ISSN 1341-8688

120. Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Annals of emergency medicine*. 2001 Dec 31;38(6):666-71.
121. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf>
122. <http://www.eapcnet.eu/corporate/abouttheeapc/definitionandaims.aspx>
123. http://www.moh.gov.ge/index.php?sec_id=258&lang_id=GEO
124. <http://www.mywhatever.com/cifwriter/content/22/4472.html>.
125. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
126. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
127. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
128. Iguchi, A. (2001) [How the terminal care in the elderly: a position statement from the Japan Geriatric Society started]. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, Vol.38, No.4, (July 2001) pp.584-586, (In Japanese) ISSN 0300-9173
129. Iijima, S.(2009). [The terminal care in the elderly: a position statement from the Japan in the first 70 case reports). 19th World Congress of the International Association of Geriatrics & Gerontology (IAGG World) Congress of Gerontology & Geriatrics, Paris, 5–9 July 2009. Abstract book. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2009, 13(Suppl. 1): SB7 116–4.)
130. In: Field MJ, Cassel CK, editors. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington (DC)1997.
131. Jackson K, Mooney C, Campbell D. The development and implementation of the pathway for improving the care of the dying in general medical wards. *Internal Medicine Journal*, 2009, 39:695–699.
132. Japan Geriatric Society (June 2001). [Announcement from The Japan Geriatrics Society Ethics Committee: The Terminal Care of the Elderly- position statement from the Japan Geriatrics Society], 01.08.2011, (in Japanese) Available from [http://www.jpngeriat-soc.or.jp](http://www.jpngeriat-soc.or.jp;).; Shimizu, T. (2009). [Decision-making process in the elderly patients at end-of-life]. *Geriatric Medicine*, Vol.47, No.4, (April 2009), pp.439-442, (in Japanese) ISSN 1172-7047
133. 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.

134. Johnson DC, Kutner JS, Armstrong JD, 2nd. 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;2(1):1.
135. Johnson RJ, Kang DH, Feig D, Kivlighn S, Kanellis J, Watanabe S, Tuttle KR, Rodriguez-Iturbe B, Herrera-Acosta J, Mazzali M. Is there a pathogenetic role for uric acid in hypertension and cardiovascular and renal disease?. *Hypertension*. 2003 Jun 1;41(6):1183-90.
136. Jonsen, AR.; Siegler, M.& Winslade, WJ. (May 2002) *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (5 edition). ISBN 0071387633. McGraw-Hill/Appleton & Lange; NY
137. Just JM, Schulz C, Bongartz M, Schnell MW. Palliative care for the elderly-developing a curriculum for nursing and medical students. *BMC geriatrics*. 2010 Sep 20;10(1):1.
138. Juurlink DN, Mamdani M, Kopp A, Laupacis A, Redelmeier DA. Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity. *Jama*. 2003 Apr 2;289(13):1652-8.
139. Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, editors. *Basic & clinical pharmacology*. New York, NY, USA:: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2004 Jan 5.
140. Katzung BG. Special aspects of geriatric pharmacology. *Basic & Clinical Pharmacology*. 9th ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill. 2004:1007-14.
141. Keijsers CJ, van Hensbergen L, Jacobs L, Brouwers JR, de Wildt DJ, ten Cate OT, Jansen PA. Geriatric pharmacology and pharmacotherapy education for health professionals and students: a systematic review. *British journal of clinical pharmacology*. 2012 Nov 1;74(5):762-73.
142. Kemper P. The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health services research*. 1992 Oct;27(4):421.
143. Kendall M, Edmonds P, Booth S. *Palliative care in the acute hospital setting*. Oxford, Oxford University Press, 2009.
144. Klick JC, Hauer J. Pediatric palliative care. Current problems in pediatric and adolescent health care. 2010 Jul 31;40(6):120-51.;
145. 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.
146. 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.

147. Kovach CR et al. Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1999, 18:412–419
148. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, Ridaura RL, Maximova T, Arokiasamy P, Phaswana-Mafuya N, Williams S, Snodgrass JJ. Data resource profile: the World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). *International journal of epidemiology*. 2012 Dec 1;41(6):1639-49.
149. Kowaleski JT. Population Aging and Some Social Consequences of the Process in the Country and in the Region. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica*. 2011(Acta Universitatis Lodziensis, Folia Oeconomica nr 250/2011).
150. Krakauer R, Spettell CM, Reisman L, Wade MJ. Opportunities to improve the quality of care for advanced illness. *Health Aff (Millwood)*. 2009; 28:1357–1359. [PubMed: 19738252]
151. Leben bis zuletzt [web site]. Munich, Inneren Mission Munchen, 2010 (http://www.im-uenchen1.de/pfl_egeheime/hospizprojekt/s1/index.php?mid=1)
152. Lees J, Chan A. Polypharmacy in elderly patients with cancer: clinical implications and management. *The lancet oncology*. 2011 Dec 31;12(13):1249-57.
153. Legislation on compulsory palliative care courses - Bundestags-Drucksache 16/13428 vom 17.6.2009. [<http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/downloads/090617%20BT-DS%2016-13428%20Aenderungen%20Hospizarbeit%20und%20Palliativmedizin.pdf>].
154. Leveille SG, Bean J, Bandeen-Roche K, Jones R, Hochberg M, Guralnik JM. Musculoskeletal pain and risk for falls in older disabled women living in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002 Apr 1;50(4):671-8.
155. Liaschenko J. Faithful to the Good: Morality and Philosophy in Nursing [unpublished doctoral dissertation]. San Francisco: University of California, San Francisco, Calif; 1993
156. Ling W, Mooney L, Hillhouse M. Prescription opioid abuse, pain and addiction: clinical issues and implications. *Drug and alcohol review*. 2011 May 1;30(3):300-5.
157. Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP) [web site]. Liverpool, Marie Curie Palliative Care Institute, 2010 (<http://www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/index.htm>)

158. Lloyd-Williams M, Payne S. Can multidisciplinary guidelines improve the palliation of symptoms in the terminal phase of dementia? *International Journal of Palliative Nursing*, 2002, 8:370–375.
159. Lloyd-Williams M, Payne S. Can multidisciplinary guidelines improve the palliation of symptoms in the terminal phase of dementia? *International Journal of Palliative Nursing*, 2002, 8:370–375
160. Lo SH et al. The implementation of an end-of-life integrated care pathway in a Chinese population. *International Journal of Palliative Nursing*, 2009, 15:384–388
161. Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *New England Journal of Medicine*. 2003 Sep 11;349(11):1048-55
162. 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. doi:10.1164/rccm.201001-0071CI.
163. Luhrs CA et al. Pilot of a pathway to improve the care of imminently dying oncology inpatients in a Veterans Affairs medical center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2005, 29:544–551.
164. Lynch T et al. Barriers to the development of palliative care in the countries of central and eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2009, 37:305–315.
165. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management* 2013;45(6):1094-106
166. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. RAND CORP SANTA MONICA CA; 2003.
167. Lynn J, Wilkinson AM. Quality of end of life care: The case for Medicaring. *The Hospice Journal*. 1998;13:151-63.
168. Lynn J. Learning to care for people with chronic illness facing the end of life. *Jama*. 2000 Nov 15;284(19):2508-11.
169. Lynn J. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. *Jama*. 2001 Feb 21;285(7):925-32.
170. Magnus G. The age of aging: How demographics are changing the global economy and our world. John Wiley & Sons; 2012 Nov 27.

171. Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *British journal of clinical pharmacology*. 2004 Jan 1;57(1):6-14.
172. Mannoni A, Briganti MP, Di Bari M, Ferrucci L, Costanzo S, Serni U, Masotti G, Marchionni N. Epidemiological profile of symptomatic osteoarthritis in older adults: a population based study in Dicomano, Italy. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2003 Jun 1;62(6):576-8.
173. Maslow A: *Motivation and Personality*, second edition. New York: Harper and Row, 1970.
174. Masuda, Y. (May 2000). [Long-term care, medical care and welfare], In: Korekarano Ronengaku, Iguchi A(Ed), pp.239-242, (in Japanese) The University of Nagoya Press, ISBN4-8158-0382-X, Nagoya, Japan
175. Masuda, Y.; Fetters, MD.; Hattori, A.; Mogi, N.; Naito, M.; Iguchi, A. & Uemura, K. (2003) Physicians' reports on the impact of living wills at the end-of-life in Japan. *Journal of Medical Ethics*, Vol.29 (August 2003), pp.248-252, ISSN 0306-6800)
176. Matsuda, S. & Yamamoto, M. (2001). Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International Journal of Integrated Care*, Vol.1, No.1, (September 2001), pp.1-11, ISSN 1568-4156; Tsutsui, T. & Muramatsu, N. (2007) Japan's Universal Long-Term Care System Reform of 2005: Containing Costs and Realizing a Vision. *Journal of the American Geriatric Society*, Vol.55, (September 2007), pp.1458–1463, ISSN 0002-8614
177. McClelland B et al. End-of-life care: an evaluation of the implementation of the Gold Standards Framework and the Liverpool Care Pathway for people with dementia in five care settings across Greater Manchester Evaluation Report. Executive summary. London, Department of Health, 2008 (http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/Dementia/End_of_Life_Care_-_Evaluation_of_the_Implementation.pdf)
178. Meier DE, Morrison RS. Autonomy reconsidered. *New England Journal of Medicine*. 2002 Apr 4;346(14):1087-9.
179. Meier DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in healthcare. *Milbank Q*. 2011; 89:343–380. [PubMed: 21933272]
180. Meier, DE.; Isaacs, SL.; Hughes, RS. *Palliative care: transforming the care of serious illness*. Jossey-Bass; San Francisco: 2010

181. Meyer H. Changing the conversation in California about care near the end of life. *Health Aff (Millwood)*. 2011; 30:390–393. [PubMed: 21383348]
182. Minister of Labour, Health, and Social Affairs of Georgia. Decree №136/N, Date of issuing: 18/04/2007 (with amendments in 07.02.2014). <https://matsne.gov.ge/en/document/view/70162>. Accessed 21 June 2016.
183. Ministry of Health, Labour and Welfare (July 2004). [Report of the study on end-of-life care: future direction of end-of-life care in Japan]. (in Japanese) 02.08.2011. Available from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>
184. Morgan J. End-of-life care in UK critical care units--a literature review. *Nursing in critical care*. 2008;13(3):152-61. doi:10.1111/j.1478-5153.2008.00274.x.
185. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, et al. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Affairs (Millwood)*. 2011; 30:454–463.
186. Morrison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med*. 2004; 350:2582–2590. [PubMed: 15201415].
187. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med*. 2008; 168:1783–1790. [PubMed: 18779466]
188. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *Journal of pain and symptom management*. 2000 Apr 30;19(4):240-8.
189. Morrison RS. Models of palliative care delivery in the United States. *Current opinion in supportive and palliative care*. 2013 Jun;7(2):201
190. Morrison, R.; Meier, D.; Carlson, M. The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes. Vol. 2011. Washington DC; Institute of Medicine: 2011.
191. Morrison, RS. & Siu, AL. (2000) Survival in end-stage dementia following acute illness. *JAMA*, Vol.284, (January 2000), pp.47–52, ISSN 0098-7484; Sampson, EL.;
192. Myers GC. Demographic aging and family support for older persons. *Family support for the elderly: the international experience*. Oxford University Press, New York. 1992:31-68.
193. Nakao, H. ; Morita, H. ; Nakamura, H. ; Fujimura, T. ; Tsutsumi, M. ; Kobayashi, T.; Nagakawa, T.& Obayashi, M. (2003) [A study on nursing professionals' awareness of ethical problems]. *Yamaguchi Kenritsu Digaku Kango Gakubu Kiyo*, Vol.8, (March 2003), pp.5-11, (in Japanese) ISSN 1343-0904

194. National Center for Assisted Living. Assisted living: independence, choice and dignity. Available at: <http://www.ncal.org/about/alicd.pdf>
195. National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America 2012. 2013. <http://www.nhpco.org>.
196. National Institute of Population and Social Security Research. Population Statistics 2011, (February 2011) 01.08.2011, Available from <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2011.asp?chap=0>
197. Norgard TM, Rodgers WL. Patterns of in-home care among elderly black and white Americans. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 1997 May 1;52(Special Issue):93-101.
198. Nyce SA, Schieber SJ. *The economic implications of aging societies: The costs of living happily ever after*. Cambridge University Press; 2005 Jan 17.
199. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of advanced nursing*. 2001 Mar 16;33(6):707-15.
200. Okuno, S.; Tagaya, A.; Tamura, M. & Davis AJ. (1999) Elderly Japanese people living in small towns reflect on end-of-life issues. *Nursing Ethics*, Vol.6, (July 1999) pp.308-315, ISSN 1477-0989
201. Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of "elderly". *Geriatrics & gerontology international*. 2006 Sep 1;6(3):149-58.
202. Ouldred E, Bryant C. Dementia care. Part 3: end-of-life care for people with advanced dementia. *British journal of nursing*. 2008 Mar 13;17(5).
203. Ouslander JG, Berenson RA. Reducing unnecessary hospitalizations of nursing home residents. *New England Journal of Medicine*. 2011 Sep 29;365(13):1165-7.
204. *Pain in residential aged care facilities: management strategies*. New Sydney, Australian Pain Society, 2005
205. 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;20(3):207-13. doi:10.1016/j.jcrc.2005.05.006.
206. Palliative care curriculum [web site]. Stuttgart, Robert Bosch Foundation, 2010 (<http://www.bosch-stiftung.de/content/language2/html/13157.asp>)
207. Palliative care curriculum [web site]. Stuttgart, Robert Bosch Foundation, 2010 (<http://www.bosch-stiftung.de/content/language2/html/13157.asp>).

208. Palliative Care Team [web site]. London, King's College Hospital NHS Foundation Trust, 2010 (<http://www.kch.nhs.uk/services/specialist-medicine/palliative-care-team>).
209. Palliative care, policy and rehabilitation [web site]. London, Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London, 2010 (<http://www.kcl.ac.uk/palliative>)
210. Palliative Care: The Solid Facts. [<http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>].
211. Patient Protection and Affordable Care Act. 2010. HR-3590
212. Perls TT, Wood ER. Acute care costs of the oldest old: they cost less, their care intensity is less, and they go to nonteaching hospitals. *Archives of Internal Medicine*. 1996 Apr 8;156(7):754-60.
213. Peterson PG. Gray dawn: how the coming age wave will transform America--and the world, 1998.
214. Peterson PG. Gray dawn: The global aging crisis. *Foreign affairs*. 1999 Jan 1;42-55.
215. Puig JG, Mateos F, Buño A, Ortega R, Rodriguez F, Dal-Ré R. Effect of eprosartan and losartan on uric acid metabolism in patients with essential hypertension. *Journal of hypertension*. 1999 Jul 1;17(7):1033-9.
216. Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, McPhee SJ. The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med*. 2004; 164:83–91. [PubMed: 14718327]
217. Raymond S, Woo J: Palliative care in old age. *Reviews in Clinical Gerontology* 2001, 11:149-157.
218. Ritchie, CW. ; Lai, R. ; Raven, PW.& Blanchard, MR. (2005) A systematic review of the scientific evidence for the efficacy of a palliative care approach in advanced dementia. *Int Psychogeriatr*, Vol.17, No.1, (March 2005), pp.31–40, ISSN 1041-6102
219. Robinson L, Dickinson C, Rousseau N, Beyer F, Clark A, Hughes J, Howel D, Exley C. A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. *Age and ageing*. 2011 Dec 8;43:148.
220. Rosset E. Aging process of population. Elsevier; 2013 Oct 22.
221. Rukhadze T., Kordzaia D., Velijanashvili M., Chikhladze N. Report of Survey funded by “Open Society – Georgia Foundation”(unpublished data). 2010
222. Sanders C et al. Development of a peer education programme for advance end-of-life care planning. *International Journal of Palliative Nursing*, 2006, 12:214–223.

223. Sanderson W, Scherbov S. Rethinking age and aging. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2008 Dec 1.
224. Sapir R, Catane R, Strauss-Liviatan N, Cherny NI. Cancer pain: knowledge and attitudes of physicians in Israel. *Journal of pain and symptom management*. 1999 Apr 30;17(4):266-76.
225. Saunders C: *Watch with Me: Inspiration for a Life in Hospice Care*. Sheffield, UK: Mortal Press, 2003.
226. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama*. 1999 Dec 15;282(23):2215-9.
227. Seale C, Cartwright A. *The year before death*. London, Avebury Press, 1994.
228. Seya MJ, Gelders SFAM, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A First Comparison between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional and Global Level. *J Pain & Palliative Care Pharmacother*, 2011; 25:6-18.
229. Seymour JE. Negotiating natural death in intensive care. *Social science & medicine*. 2000;51(8):1241-52. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00042-3
230. Shimizu, T. (2009). [Decision-making process in the elderly patients at end-of-life]. *Geriatric Medicine*, Vol.47, No.4, (April 2009), pp.439-442, (in Japanese) ISSN 1172-7047
231. Sidorenko A, Walker A. The Madrid International Plan of Action on Ageing: from conception to implementation. *Ageing and Society*. 2004 Mar 1;24(02):147-65.
232. Signorielli N. Physical disabilities, impairment and safety, mental illness, and death. *Mass Media Images and Impact on Health*. 1993:37-42.).
233. Small N. Living well until you die: quality of care and quality of life in palliative and dementia care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2007, 1114:194–203
234. 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 department. *Annals of emergency medicine*. 2009;54(1):86-93, e1. doi:10.1016/j.annemergmed.2008.08.022.
235. Smith KL, Ornstein K, Soriano T, et al. A multidisciplinary program for delivering primary care to the underserved urban homebound: looking back, moving forward. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54:1283–1289. [PubMed: 16914000]
236. Smith TJ, Cassel JB. Cost and non-clinical outcomes of palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2009, 38:32–44.

- 237.Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2006, 31:58–69
- 238.Spillman BC, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *New England Journal of Medicine*. 2000 May 11;342(19):1409-15.
- 239.Stein WM. Cancer pain in the elderly. *Pain in the Elderly*. 1996:69-80.
- 240.Stolnitz GJ. Demographic causes and economic consequences of population aging: Europe and North America, 1992.
- 241.Stone SC, Mohanty S, Grudzen CR, Shoenberger J, Asch S, Kubricek K et al. Emergency medicine physicians' perspectives of providing palliative care in an emergency department. *Journal of palliative medicine*. 2011;14(12):1333-8. doi:10.1089/jpm.2011.0106.
- 242.Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic nonsmall-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010; 363:733–742. [PubMed: 20818875]
- 243.Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*. 2004 Jul 31;110(1):361-8.
- 244.Thomas K and GSF Central Team. Briefing paper on the Gold Standards Framework in care homes (GSFCH) programme. Walsall, National Gold Standards Framework Centre, 2007.
- 245.Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Critical care medicine*. 2008;36(3):953-63. doi:10.1097/CCM.0B013E3181659096.
- 246.Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Critical care medicine*. 2001;29(12):2332-48.
- 247.Tsuruwaka and Semba 2010) (Tsuruwaka, M.& Semba Y (2010). [Study on confirmation of intention concerning end-of-life care upon moving into welfare facilities for elderly requiring care]. *Journal of the Japan Association for Bioethics*, Vol.20, No.1, (September 2010) pp.158-164, (in Japanese) ISSN1343-4063

248. Tsutsui, T. & Muramatsu, N. (2007) Japan's Universal Long-Term Care System Reform of 2005: Containing Costs and Realizing a Vision. *Journal of the American Geriatric Society*, Vol.55, (September 2007), pp.1458–1463, ISSN 0002-8614
249. Turnheim K. When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Experimental gerontology*. 2003 Aug 31;38(8):843-53.
250. Uemura, K. (2000) [The terminal care in the elderly: a position statement from the Japan Geriatric Society--a draft of JGS Ethics Committee]. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, Vol.37, No.9, (September 2000), pp.719-21, (in Japanese) ISSN 0300-9173)
251. Vandenberg EV, Tvrdik A, Keller BK. Use of the quality improvement process in assessing end-of-life care in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2006, 7(Suppl. 3):S81–S87
252. Veerbeek L et al. The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multicentre study. *Palliative Medicine*, 2008, 22:145–151
253. Vincent JL, Berre J, Creteur J. Withholding and withdrawing life prolonging treatment in the intensive care unit: a current European perspective. *Chronic respiratory disease*. 2004;1(2):115-20.
254. Von Faber M, Bootsma–van der Wiel A, van Exel E, Gussekloo J, Lagaay AM, van Dongen E, Knook DL, van der Geest S, Westendorp RG. Successful aging in the oldest old: who can be characterized as successfully aged?. *Archives of internal medicine*. 2001 Dec 10;161(22):2694-700.
255. Walsh D et al. *Palliative medicine*. New York, Saunders Elsevier, 2008.
256. Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA*. 2001;285:2750-2756.
257. Warren E, Sullivan TA, Jacoby MB. Medical problems and bankruptcy filings. *Norton's Bankruptcy Adviser*, May. 2000 Apr.
258. Weber G, Wolfmayr F. The Graz declaration on disability and ageing. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2006 Dec 1;3(4):271-6.
259. Whitlatch C. Informal caregivers: Communication and decision making. *AJN The American Journal of Nursing*. 2008 Sep 1;108(9):73-7.
260. Williams CM. Using medications appropriately in older adults. *American family physician*. 2002 Nov 15;66(10):1917-30.

261. World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. [<http://www.who.int/hrh/professionals/announcement.pdf>].
262. 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.
263. Zarit SH, Zarit JM. *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment*. Guilford Press; 2012 Aug 22.
264. Zernikow B, Michel E, Craig F, Anderson BJ. Pediatric palliative care. *Pediatric Drugs*. 2009 Apr 1;11(2):129-51.
265. 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.