ავტორის სტილი დაცულია

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

მედიცინის ფაკულტეტი

სადოქტორო პროგრამა - „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ეპიდემიოლოგია“

სადოქტორო ნაშრომის სათაური - ქრონიკული ტკივილის მართვაში არსებული ბარიერების შეფასება და მათი ზემოქმედება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

დოქტორანტი (ხარისხის მაძიებელი) - ფატი ძოწენიძე

თემის სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ნინო ჩიხლაძე - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი; ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი.

თემის სამეცნიერო თანახელმძღვანელი: იოსებ აბესაძე - მედიცინის დოქტორი; უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.

2018 წელი

შინაარსი

თავფურცელი **გვ. 1**

სარჩევი/ შინაარსი **გვ. 2-3**

შემოკლებები / ტერმინთა განსაზღვრებები **გვ. 4**

I. შესავალი **გვ. 5 - 44**

1. საკვლევი თემის აქტუალობა გვ. 5

2. არსებული მდგომარეობა გვ. 11

3. პრობლემის ფორმულირება, მნიშვნელობა გვ. 37

4. კვლევის მიზანი და ამოცანები, ჰიპოთეზა გვ. 41

II. **ლიტერატურის მიმოხილვა** **გვ.43 - 58**

1.**ტკივილი და საერთაშორისო ვალდებულებები** გვ. 43

2. ტკივილის მართვაში არსებული ბარიერები გვ. 49

III. **კვლევის მეთოდოლოგია** **გვ. 58- 67**

1. **ეროვნული** პოლიტიკის/კანონმდებლობის ანალიზი გვ. 59

2. პაციენტთა და ექიმთა გამოკითხვა გვ. 62

IV. **კვლევის შედეგები** **გვ. 68-147**

1. პოლიტიკა-კანონმდებლობა /ანალიზი გვ. 68

2. პაციენტების გამოკითხვის შედეგები/ანალიზი გვ. 83

3. ექიმების გამოკითხვის შედეგები /ანალიზი გვ. 108

V. განხილვა **გვ.147-153**

პაციენტების და ექიმების გამოკითხვის შედეგების შედარებითი ანალიზი

VI. დასკვნები და რეკომენდაციები **გვ. 153 -162**

1. შემაჯამებელი დასკვნები გვ. 153
2. რეკომენდაციები გვ. 160

VII. ინგლისურენოვანი რეზიუმე **გვ.163 -190**

VIII. გამოყენებული ლიტერატურა **გვ.191-198**

IX. გამოქვეყნებული ნაშრომების სია **გვ. 199**

X. დანართები

დანართი 1. საკვლევი თემის მოკლე შინაარსი გვ. 200-202

დანართი 2. ეთიკური კომისიის დასკვნა გვ. 203

დანართი 3. კვლევის ინსტრუმენტი -კითხვარი N1 გვ. 204 -209

დანართი 3.ა ინფორმირებული თანხმობის ფორმა გვ. 210-211

დანართი 3.ბ. კვლევის ინსტრუმენტი - კითხვარი N2 გვ. 212-215

დანართი 4. კვლევის შედეგების გრაფიკული გამოსახულებები-პაციენტები გვ. 216-23

დანართი 5. კვლევის შედეგების გრაფიკული გამოსახულებები - ექიმები გვ. 224-41

დანართი 6. რეკომენდაციები გვ. 242 - 246

დანართი 7. გამოქვეყნებული ნაშრომების აბსტრაქტები გვ. 247- 249

შემოკლებები /ტერმინთა განსაზღვრებები

ჯანმო - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

გაერო - გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია

ECOSOC (ეკოსოს) - გაეროს ეკონომიკური და სოციალური საბჭო

ICCPR - საერთაშორისო პაქტი სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებათა შესახებ

ICESCR - საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა შესახებ

CAT - კონვენცია წამების და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა ან დასჯის წინააღმდეგ

INCB - ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭო

PPSG - ტკივილის პოლიტიკის კვლევის ჯგუფი

ESMO - ევროპის სამედიცინო ონკოლოგიის საზოგადოება

ლანცეტის კომისია - ლანცეტის კომისია პალიატიური მზრუნველობაზე

VAS - ვიზუალური ანალოგიის სკალა - ტკივილის შეფასების ინსტრუმენტი.

სშჯსსს- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიები- დან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

სოფლის ექიმი - მეწარმე, ფიზიკურ პირად რეგისტრირებული პირველადი ჯანდაცვის ექიმი.

კერძო პრაქტიკის ექიმი - ინდივიდუალურ საექიმო საქმიანობაზე შესაბამისი ლიცენზიის მფლობელი ფიზიკური პირი.

მწვავე ტკივილი – ტკივილი, რომლის ხანგრძლივობა ნაკლებია 3 თვეზე.

ქრონიკული ტკივილი – ტკივილი, რომლის ხანგრძლივობა აღემატება 3 თვეს.

საბაზისო ტკივილი - მუდმივი ხასიათის ტკივილი.

ტკივილის შეტევა–საშუალო / ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის გარდამავალი მწვავე შეტევა, რომელიც ვლინდება კონტროლს დაქვემდებარებული საბაზისო ტკივილის ფონზე.

წამლის „დამხმარე (დამატებითი)“ დოზა - საბაზისო ტკივილის „საბაზისო დოზით“ მართვის ფონზე ტკივილის შეტევების მართვისათვის დანიშნული დამხმარე დოზა.

ქრონიკული ტკივილის მართვაში არსებული ბარიერების შეფასება და მათი ზემოქმედება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

I შესავალი

1. *საკვლევი თემის აქტუალობა*

ტკივილი არის სიმპტომი, რომელიც თან სდევს მრავალ მწვავე თუ ქრონიკულ დაავადებას. მედიცინის განვითარებამ განაპირობა ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანთა სიცოცხლის გახანგრძლივება და მოსახლეობის დაბერება, ამან თავის მხრივ გამოიწვია ონკოლოგიურ და სხვა ქრონიკული და პროგრესირებადი დაავადებების მქონე ადამიანთა რაოდენობის ზრდა (Berrío Valencia 2012), რომლებიც საჭიროებენ განსაკუთრებულ და სპეციფიურ მზრუნველობას (O'Brien 2013), (Etkind et al. 2017), (Davies, Higginson, and World Health Organization. Regional Office for Europe. 2004). ასეთი სახის მომსახურებას უზრუნველყოფს პალიატიური მზრუნველობა, რომლის ძირითად მიზანს წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიში დაავადების მქონე პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება ტანჯვის პრევენციის გზით, ტკივილის და ტანჯვის გამომწვევ სხვა სიმპტომთა მართვით ("WHO | WHO Definition of Palliative Care" 2012).

პალიატიურ მზრუნველობაზე ლანცეტის კომისია აკეთებს განაცხადს, რომ **პალიატიური მზრუნველობა მიმართული უნდა იყოს** „ჯანმრთელობით განპირობებული მძიმე (სერიოზული) ტანჯვის შემსუბუქებაზე" (ლანცეტის კომისია, 2018). ლანცეტის კომისია განმარტავს, რომ „ტანჯვა არის ჯანმრთელობით განპირობებული, როდესაც ის დაკავშირებულია დაავადებასთან ან ნებისმიერი სახის დაზიანებასთან"(Knaul et al. 2018); ხოლო ტანჯვა არის სერიოზული (მძიმე), როდესაც სამედიცინო ჩარევის გარეშე შეუძლებელია მისი შემსუბუქება და როდესაც ის სერიოზულად აზიანებს ფიზიკურ, სოციალურ და ემოციურ ფუნქციონირებას"(Knaul et al. 2018).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად (A67/4 WHA67/2014/REC/3") ტკივილი წარმოადგენს ყველაზე ხშირ სიმპტომს და ტანჯვის მიზეზს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტებში ("SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY" n.d.). ადამიანის ფუნქციურ მდგომარეობას, მის ცხოვრების ხარისხს განსაზღვრავს

მრავალი ფაქტორი, როგორიცაა ფიზიკური, სოციალური, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა. ტკივილი გავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრების ხარისხის ყოველ ასპექტზე. იგი ამცირებს ან სულაც ზღუდავს პაციენტის მობილობას, იწვევს ძალის დაკარგვას, აქვეითებს იმუნურ სტატუსს (Page and Ben-Eliyahu 1997); არღვევს ნორმალური ძილის და კვების პროცესს, აქვეითებს კონცენტრაციის უნარს; ზღუდავს საზოგადოებასთან, მეგობრებთან თუ ოჯახის წევრებთან ურთიერთობას და ამით განაპირობებს პაციენტის სოციალურ იზოლაციას (King and Fraser n.d.); 4-ჯერ მეტად იწვევს ღრმა დეპრესიას, შფოთვას, (Lohman, Schleifer, and Amon 2010) სასოწარკვეთას (Reddy 2006a), ვიდრე ტკივილის გარეშე მიმდინარე მდგომარეობები, აქრობს სიცოცხლის სურვილს და არაერთხელ გამხდარა სუიციდის მცდელობის მიზეზიც (Sessle 2011).

გარდა ამისა, მიიჩნევა, რომ კიბოითი დაავადებულ პაციენტებში თვით ტკივილი შეიძლება წარმოადგენდეს პათოგენურ ფაქტორს, რომელსაც შეუძლია მოახდინოს მეტასტაზური დაავადების პროგრესირება (Zaza and Baine 2002). ქრონიკული ტკივილი თანმდევ შედეგებთან ერთად, განისაზღვრება როგორც მძიმე ტვირთი ინდივიდუალური თუ სოციალურ-ეკონომიკური თვალსაზრისით (Breivik, Eisenberg, and O'Brien 2013).

არანამკურნალები ტკივილი მიჩნეულია გლობალური ჯანმრთელობის პრობლემად (King and Fraser n.d.), ხოლო ტკივილის მქონე პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტების მართვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემად (Gwyther, Brennan, and Harding 2009), (Reddy 2006b).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) თანახმად „ტკივილი განსაკუთრებით ხშირია დაავადების ტერმინალურ ფაზაში. „კიბოთი დაავადებული და აივ ინფექციის მქონე პაციენტთა 80%, ხოლო გულსიხლძარღვთა და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებულ პაციენტთა 67% სიცოცხლის დასასრულს განიცდის საშუალოდან - ძლიერი ინტენსივობის ტკივილს" (World Health Organization 2014).

ტკივილი განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება ონკოლოგიური დაავადებების დროს. იგი ვითარდება ონკოლოგიურ პაციენტთა 30 – 45 % - ში დაავადების ადრეულ თუ

შუალედურ სტადიაზე, ხოლო 75% - 80 % - ში დაავადების ტერმინალურ სტადიაში (Jacobsen et al. 2009; Kimberly L Pargeon and Hailey 1999). კვლევათა ანალიზი აჩვენებს, რომ დაავადების პროგრესირებისას საშუალოდან ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის პრევალენტობა შეიძლება ვარირებდეს 60% დან - 90% - ის ფარგლებში (Cleeland et al. 1996) (Human Rights Watch (Organization) and Lohman 2009)(Forbes 2011).

სწორედ ამიტომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს ტკივილის მართვის საკითხს, შემუშავებული აქვს არა ერთი ტკივილის მართვის გაიდლაინი, ტკივილის გაყუჩების სამსაფეხურიანი მოდელი (WHO 1996) ("WHO | WHO's Cancer Pain Ladder for Adults" 2013) (*Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee* 1990) (WHO and 1986 n.d.) და სხვა დოკუმენტები და ინსტრუმენტები (World Health Organization 2000)(WHO 2011), რომლებიც წარმოადგენენ გზამკვლევს ადეკვატური ტკივილის მართვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

ჯანმოს სამსაფეხურიანი ტკივილგაყუჩების მოდელის ("WHO | WHO's Cancer Pain Ladder for Adults" 2013) თანახმად ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები წარმოადგენენ საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის მართვის უალტერნატივო საშუალებებს. ამ მედიკამენტებიდან ყველაზე ფართოდ მოხმარებულ, ეფექტურ და ხელმისაწვდომ საშუალებას წარმოადგენს მორფინი. სწორედ ამიტომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მორფინი შეტანილია „ესენციური მედიკამენტების" ("WHO | WHO Model Lists of Essential Medicines" 2017) ანუ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი, აუცილებელი მედიკამენტების სიაში; რაც ნიშნავს იმას რომ, ეს წამალი საჭიროების დროს ნებისმიერი ადამიანისთვის, ნებისმიერ დროსა და ადგილას უნდა იყოს ხელმისაწვდომი ("Sixty-Seventh World Health Assembly" n.d.).

თუმცა ამავდროულად უნდა აღინიშნოს, რომ თუ ოპიოიდები გამოყენებული იქნება არამიზნობრივად და ექიმის დანიშნულების გარეშე, შეიძლება განვითარდეს მათზე მიჩვევა - „დამოკიდებულების სინდრომი". სწორედ ამიტომ ოპიოიდები წარმოადგენენ საერთაშორისო კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებებს და მათი ბრუნვა ექვემდებარება გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 1961 წლის ერთიან კონვენციას ნარკოტიკულ საშუალებათა შესახებ, 1972 წლის ოქმის მიხედვით შეტანილი

ცვლილებებით - (შემდგომში - ერთიანი კონვენცია) მოთხოვნებს ("Final Act Of The United Nations Conference", 1961). ამ დოკუმენტის პრეამბულაში ნათქვამია „რომ ნარკოტიკულ საშუალებათა გამოყენება მედიცინაში კვლავინდებურად აუცილებელია ტკივილისა და ტანჯვის შესამსუბუქებლად" (ნარკოტიკი არის იურიდიული ტერმინი, მედიცინაში კი გამოიყენება სამეცნიერო და სამედიცინო ტერმინი - ოპიოიდი) და საჭიროა მიღებულ იქნეს სათანადო ზომები ამ მიზნით ნარკოტიკულ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

1948 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციამ (გაერო), მიიღო ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო დეკლარაცია, რომელიც ავალდებულებს მონაწილე სახელმწიფოებს დაიცვან ადამიანის უფლებების ძირითადი და მინიმალური საერთაშორისო სტანდარტები, მათ შორის სამედიცინო მომსახურება (United Nations 1949). გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი ჯანმრთელობის უფლების (Economic and Social Council, 2000) რეალიზებისთვის სახელმწიფოსთვის განსაზღვრულ ძირითად ვალდებულებიდან ერთ-ერთად განსაზღვრავს "ძირითადი სამკურნალო საშუალებების ხელმისაწვდომობას, ჯანმოს ძირითადი სამკურნალო საშუალებების პროგრამის შესაბამისად". კომიტეტი აცხადებს, რომ მხარეები "ვალდებულნი არიან, პატივი სცენ ჯანმრთელობის უფლებას და უზრუნველყონ ... პრევენციული, სამკურნალო და პალიატიური მომსახურება ... ქრონიკული და ტერმინალური პაციენტების მოვლა ... აუცილებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა; მართვადი ტკივილის თავიდან აცილება და ღირსეული სიკვდილი" და განმარტავს, რომ ჯანმრთელობის უფლების შესაბამისად სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ქვეყანა ჯანმოს სტრატეგიული მნიშვნელობის მედიკამენტების სიის შესაბამისი ოპიოიდებით და „შექმნას ისეთი საკანონმდებლო ჩარჩო, რომელიც ჯანდაცვის მუშაკებს შესაძლებლობას მისცემს გამოწერონ და გასცენ ოპიოიდები".

სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებათა საერთაშორისო კონვენციაში მითითებულია, რომ *"ადამიანი არ უნდა იყოს ტანჯვის, სასტიკი, არაჰუმანური და დეგრადაციული მკურნალობის და დასჯის ობიექტი"* ("MULTILATERAL International Covenant on Civil and Political Rights" 1966). გაეროს სპეციალური მომხსენებლის, მანფრედ ნოვაკის, ანგარიშში (A/HRC/10/44, აბზაცი N 72 (14 იანვარი, 2009 წ)) კი ნათქვამია, რომ: „ტკივილის

შემსუბუქების საშუალების ხელმისაწვდომობაზე დე ფაქტო უარის თქმა, თუ ეს იწვევს მწვავე ტკივილსა და ტანჯვას, წარმოადგენს სასტიკ, არაადამიანურ და ღირსების შემლახველ მოპყრობას ან დასჯას.'' (Manfred Nowak 2008)

ტკივილის უგულველყოფით, როდესაც მისი გაყუჩება შესაძლებელია ან მისი არასწორი მართვით ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტები სწორედაც რომ ხდებიან ტანჯვის, სასტიკი, არაჰუმანური და დეგრადაციული მკურნალობის და „დასჯის ობიექტი". ჯანმო-ს კიბოსმიერი ტკივილის მართვისა და აქტიური დამხმარე მზრუნველობის საექსპერტო კომიტეტის მოთხოვნის თანახმად „ტკივილისაგან განთავისუფლება უნდა განიხილებოდეს როგორც თითოეული კიბოთი დაავადებული ავადმყოფის უფლება, ხოლო ტკივილგამაყუჩებელთა ხელმისაწვდომობა _ როგორც ამ უფლებისადმი პატივისცემის გამოხატულება" (*Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee* 1990).

ადამიანის უფლებათა დეკლარაციები ტკივილის გაყუჩებას და ტკივიგამაყუჩებელ მედიკამენტებზე წვდომას აღიარებენ ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად (Lohman, Schleifer, and Amon 2010)("Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights" n.d.)(IASP n.d.) (Brennan, Carr, and Cousins 2007a).

მორფინის, როგორც ესენციური მედიკამენტის ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა, თავის მხრივ განაპირობებს მართვადი ტკივილისაგან თავისუფლების უფლების შელახვას. დღეისათვის ტკივილის ეფექტური მართვა შესაძლებელია დაგროვილი გამოცდილების, არსებული გაიდლაინების და მედიკამენტების საშუალებით. არსებულ გაიდლაინებზე დაყრდნობით, კიბოთი და სხვა ქრონიკული და პროგრესირებადი ხასიათის დაავადებებისგან განპირობებული საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის სამართავად ოპიოიდური საშუალებები მიჩნეულია ყველაზე ეფექტურ მედიკამენტებად (Willem Scholten 2013); ტაბლეტირებული მორფინი კი მიჩნეულია მკურნალობის ოქროს სტანდარტად (WHO 1996).

ქრონიკული და ინკურაბელური დაავადებებით განპირობებული ინტენსიური ტკივილის ეფექტური მართვა ოპიოიდური საშუალებებით ჯანმოს ტკივილგაყუჩების მოდელის და გაიდლაინების შესაბამისად შესაძლებელია პაციენტთა 70 -90%–ში; (K L Pargeon and Hailey 1999). ჯანმოს მოდელის ეფექტურობის შეფასებითი კვლევის

შედეგები ადასტურებენ, რომ პაციენტთა 76%-ში შესაძლებელია ტკივილის ეფექტური მართვა. ამავე კვლევების თანახმად პაციენტთა 12%-ში ზომიერი შედეგები მიიღეს, ხოლო 12%-ში ვერ მიიღეს სასურველი შედეგი. მიუხედავად ყოველივე ზემოთთქმულის, ჯანმოს მონაცემებით, "ათობით მილიონი ადამიანი იტანჯება გაუყუჩებელი ტკივილით კიბოს, სხვა ქრონიკული დაავადებებისა თუ ფიზიკური მდგომარეობის გამო"(WHO 2011).

ამიტომ გაეროს სპეციალური მომხსენებლის წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის საკითხზე - მანფრედ ნოვაკის - და გაეროს სპეციალური მომხსენებლის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე უფლების - ანანდ გროვერის - საერთო წერილში ნათქვამია, რომ „სახელმწიფოს ვალდებულებაა მის იურისდიქციაში მყოფი პირების დაცვა არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობისგან. თუ სახელმწიფოები არ იღებენ გონივრულ ზომებს ტკივილის მართვის მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისთვის, რის გამოც მილიონობით ადამიანი იტანჯება მწვავე და ზოგჯერ უწყვეტი ტკივილით, ეჭვქვეშ დგება ამ ვალდებულების სათანადო შესრულება''(Manfred Nowak 2008).

ნარკოტიკული საშუალებების საერთაშორისო კონტროლის კომპეტენცია ორ საერთაშორისო ორგანიზაციას გააჩნია: ნარკოტიკული საშუალებების საბჭოს (CND) და ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს (INCB). ნარკოტიკული საშუალებების კომისია შეიმუშავებს რეკომენდაციებს ნარკოტიკული საშუალებების ლეგალური ბრუნვის თაობაზე (ჯანმო-ს რეკომენდაციების გათვალისწინებით); INCB წარმოადგენს მაკონტროლირებელ ორგანოს, რომელიც 1968 წლიდან ნერგავს გაეროს ზემოაღნიშნულ კონვენციას, ამოწმებს თუ რამდენად ადეკვატურია ამა თუ იმ ქვეყნის მომარაგება ნარკოტიკული საშუალებებით სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისთვის და აკონტროლებს, რომ არ მოხდეს კანონიერი ბრუნვის ფარგლებიდან წამლის დივერსია არაკანონიერ ბრუნვაში (INCB, 2005).

INCB, რომელიც ვალდებულია უზრუნველყოს გაეროს კონვენციები, განსაზღვრავს, რომ ერთიანი კონვენცია მოითხოვს ორმაგი ვალდებულების შესრულებას: „უზრუნველყოს ნარკოტიკული საშუალებები, მათ შორის ოპიოიდები, სამედიცინო და

სამეცნიერო მიზნებისათვის და ამავდროულად მოახდინონ პრევენცია ამ წამლების არალეგალური წარმოების, შემოტანის და ან გამოყენების. ("International Narcotics Control Board Vienna Availability of Opiates for Medical Needs").

INCB მოუწოდებს ყველა დაინტერესებულ მთავრობებს თავის ქვეყანაში მოახდინონ ტკივილის სამკურნალოდ ოპიოიდური საშუალებების გამოყენების ხელის შემშლელი ფაქტორების იდენტიფიკაცია და მიიღონ ზომები, რათა გააუმჯობესონ ნარკოტიკული საშუალებების სამედიცინო მიზნით ხელმისაწვდომობა, ჯანმოს რეკომენდაციების შესაბამისად". ბოლო 30 წლის მანძილზე INCB, ჯანმო და სხვა საერთაშორისო ორგანოები რეგულარულად ახსენებენ მთავრობებს შეასრულონ თავიანთი ვალდებულება და უზრუნველყონ ოპიოიიდების სათანადო ხელმისაწვდომობა ტკივილის გაყუჩების მიზნით (INCB 2015).

2. *არსებული მდგომარეობა საქართველოში*

ტკივილის მართვის ადეკვატურობის ობიექტურ ინდიკატორს წარმოადგენს ამა თუ იმ ქვეყანაში ამავე მიზნით ოპიოიდების ხარჯვის მაჩვენებელი (Gilson et al., n.d.) (PPSG APMG 2009) (UN INCB 2010). ჯანმო და პალიატიური მზრუნველობის მსოფლიო ალიანსი (WPCA) დოკუმენტში „სიცოცხლის დასასრულის პალიატიური მზრუნველობის გლობალური ატლასი" ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების მოხმარებას განიხილავენ არამარტო პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწვდომობის ინდიკატორად, არამედ ზოგადად ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ეფექტური მომსახურების შესაფასებლადაც (WHO and WPCA 2014). ასეთი მიდგომა ეფუძნება იმ ფაქტს, რომ ტკივილი წარმოადგენს ყველაზე ხშირ სიმპტომს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პირებში, ხოლო პირველად ჯანდაცვას აღებული აქვს ვალდებულება უზრუნველყოს ქრონიკული პაციენტების ზედამხედველობა და მკურნალობა ("საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" 2002).

სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი კომპეტენტური ავტორიტეტის მიერ ხდება ოპიოიდების ხარჯვის მონაცემების შეგროვება და მათი მიწოდება ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოსთვის, რომელიც წარმაოდგენს ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის აღმასრულებელ ორგანოს,

მონიტორინგს უწევს ერთიანი კონვენციის დანერგვას და აკონტროლებს ოპიოიდების ლეგალურ ბრუნვას მთელს მსოფლიოში.

საქართველო არის ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის წევრი ქვეყანა და შესაბამისად ოპიოიდების ხარჯვის მონაცემებს ყოველწლიურად აწვდის (ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტის ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის სამმართველო) ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს (ჯანდაცის სამინისტრო n.d.). ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს მიერ 2015 წლის ანგარიშში „საერთაშორისო კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა: სამეცნიერო და სამედიცონო მიზნებისათვის ადეკვატური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა“ ნაჩვენებია 1961 წლის ნარკოტიკულ საშუალებებზე ერთიანი კონვენციის წევრი ქვეყნების მონაცემები ოპიოიდების მოხმარებასთან დაკავშირებით. საქართველოში ოპიოიდების ხარჯვის მაჩვენებელი - „განსაზღვრული დღიური დოზით - სტატისტიკური მიზნებისათვის (S-DDD”) 2015 წლის მონაცემებით არის 101, რაც წარმოადგენს ზღვარს „ძალიან არაადეკვატური (არასაკმარისი) ხარჯვასა (S-DDD <101) და „არაადეკვატურ“ ანუ დაბალი მოხმარების (S-DDD 101- 200) მაჩვენებელს შორის (*Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes : Indispensable, Adequately Available and Not Unduly Restricted* 2016); (Berterame et al. 2016a). ეს კი მიუთითებს იმ ფაქტზე, რომ საქართველოში ქრონიკული ტკივილის მართვა არაადეკვატურად წარმოებს და პრობლემური საკითხია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტებმა 2010 წელს, ტკივილის სამ ძირითად მიზეზზე დაყრდნობით - კიბოს შორსწასული ფორმა, სასიკვდილო დაზიანებები/ტრავმები და საბოლოო სტადიის აივ/შიდსი - ჩაატარეს კვლევა რომ გაეგოთ რა მდგომარეობაა მსოფლიო მასშტაბით, ტკივილის მართვის თვალსაზრისით, ამ თუ იმ ქვეყანაში. საზომად მათ აიღეს ტკივილის მართვის მიზნით მორფინის ხარჯვის რაოდენობა, როგორც ყველაზე ობიექტური საზომი. სეიას და თანაავტორების მიერ, ავადობის მაჩვენებელზე დაფუძნებით, შემუშავდა ადეკვატური ხარჯვის საზომი ძლიერი ოპიოიდებისათვის (ACM) (Seya et al. 2011). თითოეულ სულზე ადეკვატური ხარჯვის სტანდარტად აირჩიეს მაღალი “ადამიანის განვითარების ინდექსის“ (HDI)

მქონე პირველი 20 ქვეყნის ოპიოიდის ხარჯვის საშუალო მაჩვენებელი, რომელიც მიჩნიეს 100%-ად ანუ ადეკვატურ მაჩვენებლად. ადეკვატური ხარჯვის საზომი წარმოადგენს შეფარდებას ოპიოიდების აქტიურ ხარჯვასა და ოპიოიდების დადგენილ საჭიროებას შორის. თითოეული ქვეყნისთვის ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლების საჭიროების და ასევე ხარჯვის ადეკვატურობის გამოსათვლელად, სეიას „ადეკვატური ხარჯვის საზომის“ მეთოდი, შემდგომში გამოიყენეს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტის ვილლემ შოლტენისა და ბეატრიჩ დუთეას მიერ (Duthey and Scholten 2014), მისი მცირე მოდიფიცირებით და თითოეული ქვეყნისთვის ადეკვატური ხარჯვის საზომის გამოხატვით პროცენტების საშუალებით.

ამ მეთოდის გამოყენებისას, ტკივილის სამ ძირითად მიზეზზე დაყრდნობით დაითვალეს თითო სულზე ძლიერი ოპიოიდების საჭიროება. მეთოდი განსაზღვრავს ადეკვატურობის 5 დონეს:

ადეკვატური >ან= 100%

ზომიერი >ან = 30% და <100%

დაბალი >ან =10% და < 30%

ძალიან დაბალი > ან = 3% და <10%

ვირტუალურად არანაირი ხარჯვა <3%-ზე.

საქართველოსთვის 2010 წლის ადეკვატური ხარჯვის საზომის მაჩვენებელი შეადგენდა 1.34% -ს, სადაც თითო სულზე აქტუალური ხარჯვა იყო 2.20 მგ, მაშინ როცა საჭიროება მოითხოვდა - 164.03 მგ-ს (Duthey and Scholten 2014). ტკივილის ამ სამ მიზეზზე დაყრდნობით, საქართველოსთვის „ადეკვატური ხარჯვის საზომის“ მაჩვენებელი მოხვდა გრადაციის ხუთი სკალიდან ბოლო - „**ვირტუალურად არანაირი ხარჯვის“** კატეგორიაში.

ამ მონაცემების განხილვისას, მხედველობიდან არ უნდა გამოგვრჩეს ის ფაქტი, რომ კვლევაში დათვლილი იყო საჭიროება არა მხოლოდ ქრონიკული ტკივილის გაყუჩებისათვის, არამედ მწვავე ტკივილის ურგენტული მართვისთვის საჭირო ოპიოიდების რაოდენობაც. თუმცა ფაქტია, რომ ორივე შემთხვევაში ტკივილის ადეკვატური მართვა არის საგანგაშო მდგომარეობაში და მთლიანობაში ხვდება ვირტუალურად არანაირი ხარჯვის კატეგორიაში. დღეისათვის საქართველოში

მდგომარეობა 2010 წელთან შედარებით გაუარესებულია. ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების ხარჯვის მაჩვენებელი 2006 წლის შემდეგ საერთო ჯამში 20% -ით არის შემცირებული.

მაინც როგორ შეგვიძლია განვსაზღვროთ თუ რამდენ ადამიანს სჭირდება ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი და რამდენი?

ამისათვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭო იმ ქვეყნებისათვის, სადაც არსებობს დაავადებათა და სიკვდილიანობის შესახებ სტატისტიკური მონაცემები და სერვისების ხელმისაწვდომობა, მოგვიწოდებს გამოყენებულ იქნეს ფოლეის და მისი კოლეგების მიერ შემუშავებული ფორმულა (“Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control - S19246en.Pdf,” n.d.)(INCB, single convention 2005). ფორმულა ეყრდნობა დაავადების შესახებ სტატისტიკურ მონაცემებს, ანუ შესაბამის წელს რამდენი პაციენტი იყო დაავადების ტერმინალურ ფაზაში და რამდენი გარდაიცვალა.

განვიხილოთ ეს ფორმულა ონკოლოგიური პაციენტების მაგალითზე. დადგენილია, რომ კიბოთი დაავადებული პაციენტების 80%-ს დაავადების ტერმინალურ სტადიაში, დაახლოებით 3 თვის მანძილზე (90 დღე) საჭიროებს ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს. ტკივილის გასაყუჩებლად საშუალოდ მათ დღეში სჭირდებათ 60-75 მგ (საშუალოდ 67,5მგ) ტაბლეტირებული მორფინი (30 მგ ტაბლეტირებული = 1 ამპულა მორფინი).

თუ დავეყრდნობით დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის (სტატისტიკური ცნობარი 2016) ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებს, 2016 წელს გარდაიცვალა 6819 კიბოთი დაავადებული პაციენტი.

ფორმულა

წლიური სიკვდილის მაჩვენებელი X 80% (პაციენტები,რომლებიც საჭიროებენ სიკვდილის წინ მორფს X 90 დღეზე (საშუალოდ საჭიროებენ 90 დღე) X 60-75 მგ დღეში (საშუალოდ 67.5 მგ)

გამოთვლა

6819 X 80% = 5455 პაციენტების რაოდენობა რომლებიც საჭიროებენ მორფინს.

5455 X 90 დღე X 67.5 მგ = 33140 მგ ანუ საშუალოდ 33 კგ მორფინია საჭირო.

ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს (INCB) და ჯანმოს მიერ გამოყენებულ მეთოდებზე დაყრდნობით, საქართველოში ქრონიკული ტკივილის გაყუჩებისათვის საჭირო ოპიოიდების წლიური რაოდენობა კიბოთი ავადობის და სიკვდილობის სტატისტიკური მონაცემების საფუძველზე, **მხოლოდ ონკოლოგიური პაციენტებისთვის** საშუალოდ უნდა შეადგენდეს 33კგ მორფინს (INCB WHO 2012). თუმცა სინამდვილეში მორფინის მოხმარების ჯამური მაჩვენებელი ყველა უკურნებელი დაავადებისთვის 2012-2016 წლებში მინიმალური მერყეობით შეადგენს დაახლოებით 8 კგ-ს (INCB report 2017). თვალნათლივ დავინახავთ, რომ აღნიშნულმა რაოდენობამ შეიძლება დააკმაყოფილოს მხოლოდ ონკოლოგიური პაციენტების ¼, ან ცოტათი მეტი, ამასთანავე ტკივილის გაყუჩებისათვის არასაკმარისი დოზებით. საქართველოში ყოველწლიურად აღრიცხული ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული პაციენტებს შორის 45–50%-ს უკვე აღენიშნებათ დაავადების შორსწასული ფორმა (III –IV სტადია)(სტატისტიკური ცნობარი 2008 - 2016), ხოლო დაახლოებით 25% -ზე მეტს დაავადების უკურნებელი ფაზა - IV სტადია, როდესაც უკვე წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება ტკივილისა და სხვა სიმპტომების მართვას.

იმისათვის რომ გაგვეგო საქართველოში ოპიოიდური მედიკამენტების მიმართ ქვეყანაში არსებული პოლიტიკით განაპირობებული ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების მოხმარების დაბალი მაჩვენებელის მიზეზი, განხორციელდა ტკივილის მართვის მიზნით ოპიიდური ტკივილაგამაყუჩებელი საშუალებების მარეგულირებელი დოკუმენტების - კანონმდებლობის, ნორმატიული ბაზის და ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების შესახებ მთავრობის დადგენილების შესწავლა.

საქართველოს კანონმდებლობა - არსებული ვითარება

საქართველოში ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების მოხმარების მარეგულირებელი დოკუმენტები

საქართველოს კანონებში 2007 წლამდე არ არსებობდა ჩანართები პალიატიური მზრუნველობისა თუ ტკივილის მართვის მნიშვნელობის შესახებ, ხოლო ნორმატიული დოკუმენტები, რომლებიც არეგულირებდა და დღემდე არეგულირებს ოპიოიდების

მოხმარებას ტკივილის მართვის მიზნით, ზედმეტად ხისტია და აცდენილია სამედიცინო ჩვენების თუ სამედიცინო პრაქტიკის ნორმებს. კერძოდ, საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 13 მარტისა და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2000 წლის 15 მარტის ერთობლივი ბრძანება N32/ო - N102 "ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების დამტკიცების შესახებ ("Joint Decree of MLHSA an MIA 32-102.Pdf,"2000) ფარავს პაციენტებისთვის ოპიოიდების დანიშვნისა და გამოწერის ძირითად წესებს. ამ ბრძანებაში, რომელიც წესით არეგულირებს ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების მოხმარებას, საერთოდ არ არის ნახსენები სიტყვა ტკივილი.

ეს რეგულაცია აწესებს მკაცრ კონტროლს არა მარტო ოპიოიდის გამოწერისა და გაცემის წესებზე, არამედ მკვეთრად ზღუდავს იმ პაციენტთა კატეგორიასაც რომლებისთვისაც შესაძლებელია ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნა, კერძოდ:

რეცეპტი (ასევე ასახულია N465/ო ბრძანებაში)

- მოითხოვს სპეციალურ რეცეპტის ფორმას (ფორმა 1);
- რეცეპტის ბლანკი (ფორმა 1) ერთჯერადი მოხმარებისაა და ვარგისია 5 დღის განმავლობაში.
- ექიმი რეცეპტს გამოწერს ორ პირად, გადამღები ქაღალდის გამოყენებით;
- ნარკოტიკული საშუალების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკი (ფორმა 1) ინახება პოლიკლინიკაში (პოლიკლინიკურ განყოფილებაში) ამ დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ ბრძანებით გამოყოფილ პირთან, სეიფში ან რკინის კარადაში.
- ხოლო თუ პოლიკლინიკის ექიმის გარდა, ნებისმიერი სხვა ექიმი, რომელიც ავადმყოფების საჭიროებისათვის გამოთქვამს ნარკოტიკული საშუალებების გამოწერის სურვილს, მან რეცეპტის ბლანკების (ფორმა1) მისაღებად ნებართვისათვის განცხადებით უნდა მიმართოს ნარკოტიკებზე კონტროლის ინსპექციას (N465/ო ბრძანება).

ვისთვის შეიძლება ოპიოიდის გამოწერა

- ონკოინკურაბელურ ან სომატურ ავადმყოფს ნარკოტიკული საშუალება ენიშნება სიმპტომური მკურნალობის სახით, სხვადასხვა არანარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების შესაძლებლობათა ამოწურვის შემდეგ.
- ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნა შეიძლება მხოლოდ „IV კლინიკური ჯგუფის“ მქონე, ტერმინალური მდგომარეობის პაციენტებისათვის.
- პაციენტის დიაგნოზი/ დაავადების სტადიურობა დადგენილი უნდა იყოს ავტორიზებული დაწესებულების და ან კომისიის მიერ.

ვის შეუძლია ოპიოიდის დანიშვნა

- ნარკოტიკული საშუალების ავადმყოფისათვის დანიშვნა, მისი რაობის, ერთჯერადი და სადღეღამისო დოზის განსაზღვრა ან დოზის შეცვლა ხორციელდება კომისიური წესით, რისთვისაც პოლიკლინიკის დირექტორის, ხოლო იქ, სადაც პოლიკლინიკა განყოფილების სახით შედის საავადმყოფოს სტრუქტურაში, საავადმყოფოს დირექტორის ბრძანებით იქმნება კომისია შემდეგი შემადგენლობით: პოლიკლინიკის დირექტორის მოადგილე სამკურნალო დარგში (პოლიკლინიკური განყოფილების გამგე) ან პოლიკლინიკის განყოფილების გამგე (კომისიის თავმჯდომარე), უბნის ექიმი და ონკოლოგი (არაონკოლოგიური დაავადებისას კომისიის შემადგენლობაში შედის მკურნალი ექიმი ავადმყოფის დაავადების პროფილის მიხედვით).

ოპიოიდის მარაგი და მისი გაცემა

- ონკოლოგიურ და სომატურ ავადმყოფზე ნარკოტიკული საშუალებების გამოწერის უფლება აქვს მხოლოდ პოლიკლინიკის უბნის ექიმს, კომისიის გადაწყვეტილების საფუძველზე
- ქალაქსა და რაიონულ ცენტრში მაცხოვრებელი კონტიგენტისათვის ერთი რეცეპტის ბლანკზე ერთჯერადად შეიძლება გამოიწეროს ნარკოტიკული საშუალებების არა უმეტეს სამი ან ოთხი დღის, ხოლო სოფლად მაცხოვრებელი კონტიგენტისათვის - არა უმეტეს ხუთი დღის მარაგისა, დღიური დოზის მითითებით.

- ოპიოიდების გაცემა ხდება პოლიციის შენობაში განთავსებული აფთიაქიდან ნარკოტიკული საშუალებების გაცემის დღეების გათვალისწინებით, ძირითადად კვირაში ერთხელ ან ორჯერ.

პალიატიური მზრუნველობის განვითარება, რომლის მიზანს წარმოადგენს ტანჯვის პრევენციის გზით პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, საქართველოში დაიწყო 2000-იანი წლებიდან. ამ სფეროს განვითარებაში დიდი წვლილი მიუძღვის პალიატიური მზრუნველობის კოორდინატორის ოფისს, საქართველოს პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული ასოციაციას, ონკოპრევენციის ცენტრს, საქართველოს ყოფილ პირველ ლედის - სანდრა რულოვსს, ფონდ - ღია საზოგადოება - საქართველოს, ტკივილის პოლიტიკის კვლევის ჯგუფს (საერთაშორისო ტკივილის პოლიტიკის პროგრამა), ღია საზოგადოების ინსტიტუტს და სხვა მრავალ საერთაშორისო ორგანიზაციას, ასევე საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საკითხთა მაშინდელ კომიტეტს და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს. 2007 წელს, პალიატიური მზრუნველობის განვითარებისა და მისი ინტეგრაციისთვის ჯანდაცვის ერთიან ეროვნულ სისტემაში, მოჰყვა ცვლილებები საქართველოს შემდეგ კანონებში:

1. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ (“საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” 2002);
2. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ (“პაციენტის უფლებების შესახებ | სსიპ ”საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე”” 2000.);
3. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ (“საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ” 2005).

ამ ცვლილებების საფუძველზე, საქართველოს კანონმდებლობამ აღიარა პალიატიური მზრუნველობა როგორც უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის მე-3 მუხლი ითვალისწინებს შემდეგს:

„პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება; უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული,

საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, **პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას;"**

პალიატიური მზრუნველობის მიზნით სამედიცინო მომსახურება და ჩარევა:

„ყ) **სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა** – პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და **პალიატიური მზრუნველობის** ღონისძიებების შეუფერხებელი განხორციელება;"

პალიატიური მზრუნველობა ორიენტირებულია ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე:

„ჩ[1]) სამედიცინო საქმიანობა – საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, რეაბილიტაციასთან, **პალიატიურ მზრუნველობასთან და შეესაბამება ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტებს"**;

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

ექიმი ვალდებულია ჩაერიოს პალიატიური მზრუნველობის აღმოსაჩენად:

„საექიმო საქმიანობის შესახებ" საქართველოს კანონის 49-ე მუხლის თანახმად „ა) ჩარევა აუცილებელია პაციენტის დაავადების პრევენციისათვის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობისათვის. ამ შემთხვევაში საჭიროა პაციენტის თანხმობა".

პალიატიური მზრუნველობის დეფინიცია საქართველოს კანონმდებლობაში

პალიატიური მზრუნველობის დეფინიცია მოცემულია საქართველოს კანონებში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ და პაციენტის უფლებების შესახებ. (ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლის „ტ[4]" ქვეპუნქტი და პაციენტის უფლებების

შესახებ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლი „ლ'' ქვეპუნქტი პალიატიური მზრუნველობის ანალოგიურ დეფინიციას ითვალისწინებს) კერძოდ:

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

შესაბამისად, საქართველოს კანონმდებლობა განსაზღვრავს პალიატიურ მზრუნველობას და მის მთავარ მიზნად ისახავს პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას, ტკივილისა და სხვა სიმპტომების მართვით ახდენს პაციენტთა ტანჯვის პრევენციას, აღიარებს პალიატიური მზრუნველობისა და აუცილებელ (ესენციურ) მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის აუცილებლობას, აცხადებს რომ პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს უწყვეტი სამედიცინო დახმარების აუცილებელ კომპონენტს და რომ ექიმმა შეუფერხებლად უნდა განახორციელოს პალიატიური მზრუნველობა.

ტკივილის ადეკვატური მართვის, როგორც პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი კომპონენტის, განხორციელებისათვის საქართველოს კანონში „ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ"("საქართველოს კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ" 2012) განხორციელდა შემდეგი ცვლილებები და დამატებები:

2007 წელს სახელმწიფომ აიღო ვალდებულება უზრუნველყოს საჭიროების მქონე პაციენტებისათვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა შესაბამისი დოზებით და ფორმებით:„სახელმწიფო უზრუნველყოფს ნარკოტიკული საშუალებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების ხელმისაწვდომობას საჭირო რაოდენობითა და ფორმით, სამედიცინო, სამეცნიერო და საქართველოს კანონმდებლობით

ნებადართული სხვა მიზნებისათვის, საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად“ (მუხლი N8 მე–4 პუნქტი).

2012 წელს კანონის პირველ მუხლში, რომელიც განსაზღვრავს კანონის მიზნებს, რეგულირების სფეროს და ძირითად პრინციპებს და სადაც მხოლოდ პრევენციულ ზომებზე იყო საუბარი, ჩაიწერა სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის ვალდებულება, კერძოდ:„სამედიცინო მიზნებისათვის ნარკოტიკულ საშუალებათა ადეკვატური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა“ (მუხლი N1 პუნტი3.ე).

შესაბამისი ცვლილებები ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად ამავე კანონის 38 მუხლის, მე-2 პუნქტის მიხედვით გაიწერეა შემდეგი: „ამ კანონის ამოქმედებიდან 8 თვის ვადაში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საქართველოს აღმასრულებელი ხელისუფლების შესაბამის ორგანოებთან შეთანხმებით დაამტკიცოს ამ კანონის ამოქმედებისათვის საჭირო შესაბამისი სამართლებრივი აქტები.“

გარდა ამისა, 2012 წელს კანონში „ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ განხორციელდა შემდეგი ცლილებები:

- გაუქმდა სტიგმის შემცველი ტერმინი “სომატონარკომანი”.
- შეიცვალა „დამოკიდებულების“ შინაარსობრივად ყოვლად გაუმართლებელი განსაზღვრება.
- ფიზიკური დამოკიდებულება როგორც დამოკიდებულების მონოკრიტერიუმი გაუქმდა .

შესაბამისად თუ შევაჯამებთ, საქართველოს კანონის თანახმად ტკივილის მართვა საჭიროების მქონე პაციენტებში უნდა ხდებოდეს უწყვეტად ეთიკური სტანდარტების შესაბამისად, ხოლო ისეთი აუცილებელი მედიკამენტი, როგორიცაა მორფინი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა საჭიროების მქონე ადამიანისთვის, ხოლო სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს პაციენტები ოპიოიდების საჭირო რაოდენობითა და ფორმით.

კანონებთან შესაბამისობაში მოყვანის, ქრონიკული ტკივილის წარმატებული მართვისა და სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების გამოყენების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, საქართველოში ოპიოიდების მარეგულირებელ დოკუმენტებში 2008-2011 წლებში ნაწილობრივ განხორციელდა რიგი ლიბერალური ცვლილებები, კერძოდ:

2008 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ N157/ნ ბრძანებით დამტკიცდა ინსტრუქცია „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ (N157/ნ ბრძანება/ინსტრუქცია 2008). ამ ბრძანებით კიდევ ერთხელ განისაზღვრა პალიატიური მზრუნველობა, როგორც “აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება“ და რომლის.... „უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა და ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების უკეთესი ხარისხის მიღწევა”

დამტკიცებული ინსტრუქციის შესრულების უზრუნველყოფისათვის მიიღეს ახალი რეგულაციები:

ა) ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტისთვის გამოწერილი ერთი რეცეპტი (ფორმა) შეიძლება შეიცავდეს ნარკოტიკული საშუალების 7 დღის სამყოფ რაოდენობას;

ბ) პრეპარატის მართებული დანიშვნის და გამოწერის თაობაზე პასუხისმგებელია ექიმი, რომელიც გასცემს რეცეპტს და დაწესებულების ხელმძღვანელი, ან ხელმძღვანელის მიერ ოფიციალურად დანიშნული პასუხისმგებელი პირი, რომელიც აწარმოებს მონიტორინგს. ამ პუნქტს 2010 წელს დაემატა შემდეგი ფორმულირება „მეწარმე ფიზიკურ პირად რეგისტრირებული პირველადი ჯანდაცვის ექიმი სოფლად, რომელიც ახორციელებს სოფლის მოსახლეობისათვის ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებას, რეცეპტის გამოწერაზე პასუხისმგებელია ერთპიროვნულად, რასაც ადასტურებს რეცეპტის ბლანკზე ხელმოწერითა და პირადი ბეჭდის დასმით“ *(26.02.2010 N 55/ნ).*

გ) თუკი მკურნალობის განმავლობაში პაციენტის მდგომარეობა შეიცვალა, რაც საჭიროებს ნარკოტიკის, ან მისი დოზის ან ფორმის შეცვლას, მაშინ ექიმმა უნდა გასცეს ახალი რეცეპტი;

დ) რეცეპტი ვარგისიანია 5 სამუშაო დღის განმავლობაში. ხუთი სამუშაო დღის შემდეგ ფარმაცევტს აღარ აქვს უფლება გასცეს მედიკამენტი. საჭიროების შემთხვევაში გაიცემა ახალი რეცეპტი.

ე) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისმა სამსახურებმა ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო ბიუროში (INCB) ქვეყნისათვის ყოველწლიური კვოტის წარდგენისას, ასევე სახელმწიფო შესყიდვების განხორციელებისას, გაითვალისწინონ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) რეკომენდაციები ტკივილის გაყუჩებისათვის მოთხოვნილი სხვადასხვა ნარკოტიკების, მათი ფორმების და ამ ფორმების თანაფარდობის თაობაზე.

ამავე ბრძანებაში, 2010 წელს შევიდა ცვლილება, სადაც სოფლის ექიმს მიეცა ოპიოდიბის დანიშვნისა და გამოწერის ერთპიროვნული უფლება (26.02.2010 N 55/ნ).

2008 წელსვე მიიღეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის ერთობლივი ბრძანება N199/ნ–883, რომლის მიხედვით *„ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტინგენტის საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის და გამოყენების დროებითი წესის დამტკიცების შესახებ“* საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 13 მარტის და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2000 წლის 15 მარტის N 32/ო–N 102 ერთობლივ ბრძანებას (სსმ III, 2000წ., N 26, მუხლი 241) დაემატა შემდეგი შინაარსის 4^1 პუნქტი: „ქრონიკული ინკურაბელური ავადმყოფებისთვის განსხვავებულ პირობებს არეგულირებს „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ “ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის N 157/ნ ბრძანება“.

2010 წელს დამტკიცდა რეცეპტის ახალი ფორმა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის N 17/ნ ბრძანებით, რომელიც ცვლილების სახით აისახა "სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების, ამ ნივთიერებათა წამლის ფორმების, მათი შემცველი კომბინირებული პრეპარატების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დამტკიცების, მათი დანიშვნისა და გამოწერის დროებითი წესების შესახებ" საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 1999 წლის 29 ნოემბრის N465/ო ბრძანებაში, ხოლო N 18/ნ - N 96 ბრძანებით ერთი რეცეპტის ფორმაზე ერთდროულად დაიშვა 2 ოპიოიდის ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმის გამოწერა - "ერთი რეცეპტის ბლანკზე დასაშვებია სხვადასხვა დასახელებისა და ფორმის ნარკოტიკული საშუალების გამოწერა".

სახელმწიფო პროგრამა 2011 წლამდე ოპიოიდურ საშუალებებზე ფარავდა მხოლოდ ონკოლოგიური პაციენტების საჭიროებას. საქართველოს მთავრობის დადგენილების N77 (2011 წლის 15.02) საფუძველზე 2011 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, პროგრამის "ონკოინკურაბელურ პაციენტთა სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა" სახელწოდება შეიცვალა და პროგრამის ბენეფიციარად დასახელებული **ონკოინკურაბელური პაციენტები** ჩანაცვლდა ტერმინით **„ქრონიკული ინკურაბელურით"**, რამაც ონკოლოგიური პაციენტების გარდა შესაძლებელი გახადა ოპიოიდების დანიშვნა / გამოწერა საჭიროების მქონე სომატური პაციენტებისათვისაც.

ამგვარად, თუ დავაჯამებთ სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების გამოყენების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით საქართველოში 2008 - 2012 წლებში განხორციელდა შემდეგი ცვლილებები:

- "ქრონიკული ინკურაბელური ავადმყოფებისთვის განსხვავებულ პირობებს არეგულირებს „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე" 2008 წ. 10 ივლისის N 157/ნ ბრძანება (ბრძანება N 199/ნ–883 2008 წ);
- ერთ რეცეპტზე შესაძლებელი გახდა ოპიოიდების 7 დღის მარაგის გამოწერა (ბრძანებაN 157/ნ 2008 წ);

- წამლის დანიშვნასა და რეცეპტის გამოწერაზე, ასევე ოპიოიდების დოზის და ფორმის შეცვლაზე, პასუხისმგებელობა დაეკისრა ექიმს (ბრძანება N 157/ნ 2008 წ);
- პირველადი ჯანდაცვის ექიმს სოფლად ერთპიროვნულად მიენიჭა უფლებამოსილება ოპიოიდის რეცეპტის გამოწერაზე (26.02.2010 N 55/ნ);
- თუკი მკურნალობის განმავლობაში პაციენტის მდგომარეობა შეიცვალა, რაც საჭიროებს ნარკოტიკის, ან მისი დოზის ან ფორმის შეცვლას, მაშინ ექიმმა უნდა გასცეს ახალი რეცეპტი (ბრძანება N 157/ნ 2008 წ).
- ერთი რეცეპტის ფორმაზე დაიშვა ერთდოულად 2 ოპიოიდის ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმის გამოწერა (ბრძანება N 18/ნ - N 96 2010;)
- სახელმწიფო პროგრამამ 2011 წლიდან, ონკოლოგიური პაციენტების გარდა ასევე დაფარა სომატური პაციენტების საჭიროება ოპიოიდურ საშუალებებზე (N77 2011 წლის 15 თებერვალი).

ვინაიდან ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტები, მე-4 კლინიკური ჯგუფის ჩათვლით, მიეკუთვნებიან უკურნებელ პაციენტებს, წესით ყველა ეს ცვლილება სრულად უნდა ასახული ყოფილიყო სამედიცინო პრაქტიკაში.

ქრონიკული ტკივილის მართვა რომ იყოს ადეკვატური და ხელმისაწვდომი პაციენტებისთვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული სტრატეგიის (ჯანმოს სამკუთხედი) თანახმად იგი უნდა მოიცავდეს 1)კანონმდებლობის 2)წამლის ხელმისაწვდომობისა და 3)განათლების ერთობლიობას / თანხვედრას (WHO 1996); მხოლოდ ჩამოთვლილი სამივე კომპონენტის ერთობლიობა განაპირობებს წამლის ხელმისაწვდომობას და ტკივილის ეფექტურ მართვას.

2009 წლიდან საქართველოში განახლდა მორფინის განახგრძლივებული, ხოლო 2012 წლიდან სწრაფი მოქმედების ტაბლეტირებული ფორმების შესყიდვა და შემოტანა (ეს უკანასკნელი პირველად იყო შემოტანილი საქართველოში).

პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო კურსები სავალდებულო ან არჩევითი კურსების სახით შეიტანეს საექიმო, საექთნო, ფარმაცევტული და სოციალურ მუშაკთა სკოლების სასწავლო პროგრამებში; 2011 - 2012 წლიდან განხორციელდა ქრონიკული ტკივილის მართვის საკითხის შეტანა საოჯახო მედიცინისა და მომიჯნავე სპეციალობების სარეზიდენტო პროგრამებში და სალიცენზიო გამოცდებში. 2017

წლიდან ამუშავდა ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიული გადამზადების პროგრამა პალიატიურ მზრუნველობაში. შეიქმნა და ითარგმნა არაერთი სახელმძღვანელო პალიატიურ მედიცინაში (კორძაია დიმიტრი et al. 2005; აბესაძე იოსებ, აბზიანიძე ეკატერინე, ღვამიჩავა რემა 2016; გიორგი მეტივიშვილი 2016; ღვამიჩავა რემა & შავდია მიხეილ 2010) 2008 წლიდან ფონდი ღია საზოგადოების ინსტიტუტისა და ფონდი ღია საზოგადოება - საქართველოს მხარდაჭერით არაერთი საგანმანათლებლო კურსი ჩატარდა სამედიცინო პერსონალისთვის თბილისსა და რეგიონებში.

2012 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ "ქრონიკული ტკივილის მართვის" (ძოწენიძე ფატი, რუხაძე თამარი, და აბესაძე იოსებ 2012) გაიდლაინი დამტკიცდა, როგორც ეროვნული რეკომენდაცია და კლინიკური მდგომარეობის მართვის ეროვნული სტანდარტი. ამავე წელს დამტკიცდა პალიატიური მზრუნველობის განვითარების ეროვნული პროგრამა და 2011-2015 წლებში განსახორციელებელი სამოქმედო გეგმა (სამოქმედო გეგმა 2011-2015); თუმცა ცალკეული კომპონენტების გარდა, პროგრამის დანერგვას შემდგომი განვითარება აღარ მოჰყოლია.

ჯანმოს მიერ შემუშავებული სტრატეგიის სამივე კომპონენტის-კანონმდებლობის, წამლის ხელმისაწვდომობის და განათლების კუთხით საქართველოში 2007 - 2012 წლებში განხორციელებული პოზიტიური ცვლილებებისა მიუხედავად, სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების მოხმარება პრაქტიკულად არ შეცვლილა ბოლო წლების განმავლობაში.

ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების მოხმარების დაბალი მაჩვენებლის შენარჩუნება განპირობებულია იმით რომ ჯანმოს სტრატეგიულ სამკუთხედს, როგორც ქოლგა უნდა ფარავდეს სახელმწიფო პოლიტიკის ნება, რაც 2007-2012 წლებში არ იყო საკმარისად გამოვლენილი და შესაბამისად არ განხორციელდა ზემოთხსენებული ცვლილებების სრულყოფილი დანერგვა პრაქტიკაში. კერძოდ, ახალი ბრძანებების მიღებასთან ერთად არ მოხდა ძველი და ახალი რეგულაციების ერთმანეთთან შესაბამისობაში მოყვანა და არ გაუქმდა ის ძირითადი პუნქტები ძველ რეგულაციაში, რომლებიც წესით ახლად მიღებულ წესებს უნდა ჩაენაცვლებინა. შესაბამისად მივიღეთ ორმაგი სტანდარტის მქონე დუბლირებული რეგულაციები. 2013 წლიდან

სახელმწიფო პროგრამამ „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“, (საქართველოს მთავრობის დადგენილება 2017) რომელიც ისედაც განკუთვნილი იყო უკურნებელი პაციენტებისათვის, დამატებით მოითხოვა რომ ბენეფიციარებად უნდა ჩაითვალონ მხოლოდ ის უკურნებელი პაციენტები, რომელთაც აქვთ დაავადების ტერმინალური სტადია და სიცოცხლის დასასრულს საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას. შესაბამისად, 2013 წლიდან პროგრამის მე-3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მოსარგებლეები არიან - ინკურაბელური პაციენტები, რომელთაც **სიცოცხლის დასასრულს** ესაჭიროებათ სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა ...“

- ა.ა) მე-4 კლინიკური ჯგუფის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი;
- ა.ბ) ტერმინალურ სტადიაში მყოფი შიდსით დაავადებულნი;
- ა.გ) არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესირე სენით დაავადებულნი ტერმინალურ სტადიაში;

ბოლო პერიოდში კი პროგრამას დაემატა შემდეგი მოთხოვნები:

- სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არაუმეტეს 3-6 თვისა;
- შემდგომი მკურნალობის ნებისმიერი მცდელობის მიზანშეუწონლობა (სპეციალისტების მტკიცე რწმენის გათვალისწინებით, რომ დიაგნოზი სწორადაა დასმული)
- მოსარგებლეს მე-3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურება მიეწოდება არაუმეტეს 6 თვის ვადით.

მართალია, მითითებულია, რომ ეს დამატებითი მოთხოვნა ეხება მხოლოდ ამბულატორიული სერვისის მომხმარებლებს (მომსახურების ა კატეგორია), თუმცა იგივე კრიტერიუმებია დანერგილი პრაქტიკაში ოპიოიდური მედიკამენტებით უზრუნვეყოფის შემთხვევაშიც, ვინაიდან მედიკამენტებით უზრუნველყოფის გ. კომპონენტი განკუთვნილია ამბულატორიული პაციენტებისათის.

დუბლირებული ნორმები საქართველოს კანონმდებლობაში

დღეისათვის არსებული ნორმატიული დოკუმენტები ეწინააღმდეგება არა მარტო საქართველოს კანონებით განსაზღვრულ მოცემულობებს, არამედ გარკვეული თვალსაზრისით თვით რეგულაციებიც ურთიერთწინააღმდეგობრივია

შინაარსობრივად (N32/102, 2000 წლის და 2008 წლის 157ნ ბრძანება /და ამ ბრძანებით დამტკიცებულ პალიატიური მზრუნვლეობის ინსტრუქცია). კერძოდ, გაურკვეველია ვინ არის უფლებამოსილი ოპიოიდის დანიშვნაზე, ვისთვის არის შესაძლებელი ან როდის და როგორ არის შესაძლებელი ოპიოიდის დანიშვნა.

1. საქართველოს კანონები ,,ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" და „პაციენტის უფლებების შესახებ" და ასევე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანების №157/ნ „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე" იძლევა პალიატიური მზრუნველობის განმარტებას, სადაც პალიატიური მზრუნველობის უმთავრეს ამოცანად დასახულია ტკივილისა და სხვა მტანჯველი სიმპტომების მოხსნა;

- კანონი განსაზღვრავს რომ ასეთი სერვისი უწყვეტად უნდა მიეწოდებოდეს პაციენტს "ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო პროფესიული და ეთიკური სტანდარტების შესაბამისად „ (ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, ყ და ჩ[1]),
- კანონის მე-3 მუხლის „ტ" პუნქტის მიხედვით „ პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ...უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, ... საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, ... პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას".
- „საექიმო საქმიანობის შესახებ" საქართველოს კანონის თანახმად ექიმმა შეუფერხებლად უნდა უზრუნველყოს პალიატიური მზრუნველობის მომსახურება.

კანონი ,,ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ" რეგულირების სფეროდ განაზღვრავს „სამედიცინო მიზნებისათვის ნარკოტიკულ საშუალებათა ადეკვატური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას" (მუხლიN1 პუნქტი3 ე).

თუ განვიხილავთ პუნქტებს, პალიატიური მზრუნველობისა/ტკივილის მართვის უწყვეტად მიწოდების შესახებ "ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტების შესაბამისად და პირველადი ჯანდაცვის ვალდებულებას უზრუნველყოს - პალიატიურ მზრუნველობა და „აუცილებელი მედიკამენტებით

ხელმისაწვდომობა“ და შევადარებთ სახელმწიფო პროგრამის „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“ - პროგრამის მოსარგებლეთა კრიტერიუმებს - უკურნებელი პაციენტები, რომელთაც აქვთ დაავადების ტერმინალური სტადია და სიცოცხლის დასასრულს საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას, თვალსაჩინო გახდება, რომ სახეზე გვაქვს შემდეგი დარღვევები.

ა. სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა - სანამ პაციენტის სამედიცინო მდგომარეობა არ მიაღწევს სიცოცხლის დასასრულის ფაზას, მას აქვს სამედიცინო მომსახურების წყვეტა, მისთვის სიცოცხლის დასასრულამდე არ არის ხელმისაწვდომი პალიატიურ მზრუნველობა და აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, შესაბამისად ვერ იღებს პალიატიური მზრუნველობის მომსახურებას და ტკივილის ადეკვატურად მართვის შესაძლებლობას.

ბ. ზემოთ აღნიშნულის გამო სამედიცინო საქმიანობა - („ჩ[1]) არ „შეესაბამება ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტებს;“

გ. **საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“** - მიუხედავად იმისა, რომ ჩარევა აუცილებელია ... პალიატიური მზრუნველობისათვის, ექიმი ვერ ჩაერევა სანამ არ იქნება დარწმუნებული, რომ პაციენტი არის „სიცოცხლის დასასრულს“ ან უკეთესს შემთხვევაში ღრმად არის დარწმუნებული, რომ იგი არ იცოცხლებს 6 თვეზე მეტს.

2. მინისტრების ერთობლივი ბრძანება (N32/ი-N102, 2000 წ.) მოითხოვს კომისიის გადაწყვეტილებას ოპიოიდის დანიშვნასა თუ დოზის შეცვლაზე, ხოლო „ავადმყოფზე ნარკოტიკული საშუალებების გამოწერის უფლება აქვს მხოლოდ პოლიკლინიკის უბნის ექიმს“, კომისიის გადაწყვეტილების საფუძველზე. რაც წინააღმდეგობაში მოდის N157/n, 2008 წლის ბრძანებასთან, რომლის მიხედვითაც ერთი ექიმი არის პასუხისმგებელი ოპიოიდის დანიშვნასა თუ გამოწერაზე და დოზირების შეცვლაზე.

3. N32/ი-N102, 2000 წ - ოპიოიდების დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ მე-4 კლინიკური ჯგუფისთვის (დაავადების ტერმინალური სტადია), ისიც მხოლოდ სხვადასხვა არანარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების შესაძლებლობათა ამოწურვის შემდეგ; N157/n ბრძანებით დამტიცებული ინსტრუქცია ამბობს, თუ ტკივილი აღარ ემორჩილება არაოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებებს, მაშინ მკურნალობაში უნდა ჩაერთოს ოპიოიდები (თავი 12. 4) და/ან თუ ტკივილის

ინტენსივობა ტკივილის ვიზუალურ ანალოგიური ან რაოდენობრივი სკალით არის 7-10/10 - დან მკურნალობა პირდაპირ იწყება ოპიოიდური საშუალებებით (თავი 15. 1).

4. 2000 წლის ბრძანების N32/o-N102 მიხედვით ოპიოიდების გაცემა ხდება კონკრეტულ დღეებში (2 დღე ძირითადად); 2008 წლის მინისტრის N157/n ბრძანების მიხედვით თუ პაციენტის მდგომარეობა იცვლება ექიმმა უნდა გასცეს ახალი რეცეპტი.

5. N32/o-N102, 2000წ. ბრძანების თანახმად შესაძლებელია მხოლოდ ერთი ოპიოიდის დანიშვნა გამოწერა, ხოლო N18/ნ-N96 (N17/ნ-ახალი რეცეპტის დამტკიცების თაობაზე) ბრძანებით ერთი რეცეპტის ფორმაზე დაიშვა ერთდოულად 2 ოპიოიდის ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმის გამოწერა.

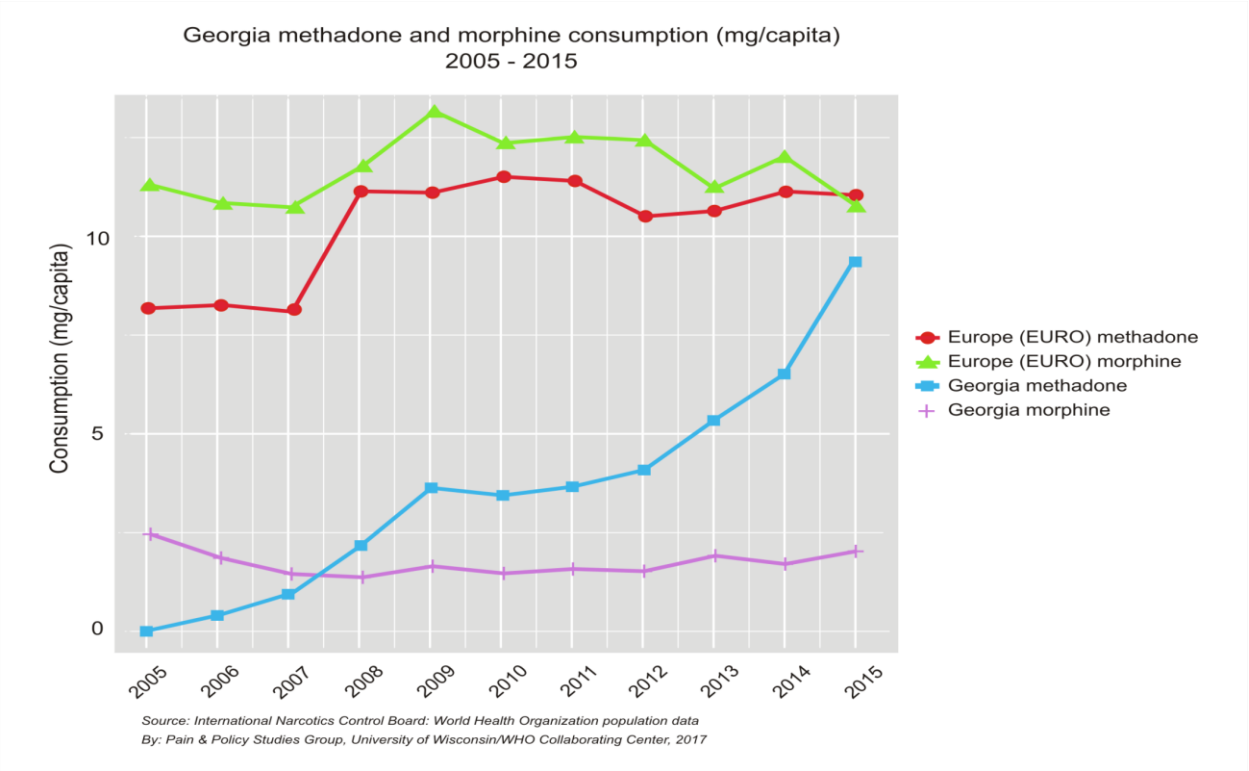
ძველი ბრძანება მოითხოვს კომისიის გადაწყვეტილებას ოპიოიდის დანიშვნასა თუ დოზის შეცვლაზე, რაც წინააღმდეგობაში მოდის უფრო ახალ, 2008 წლის ბრძანებასთან, რომლის მიხედვითაც ერთი ექიმი არის უფლებამოსილი ოპიოიდის დანიშვნასა თუ გამოწერაზე; ძველი ბრძანება ითვალისწინებს მხოლოდ დაავადების დიაგნოზს და სტადიურობას, ამასთანავე მხოლოდ სხვადასხვა არანარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების შესაძლებლობათა ამოწურვის შემდეგ. ახალი ინსტრუქცია მეტად ემყარება ტკივილის ინტენსივობას და ამბობს, რომ თუ ტკივილი აღარ ემორჩილება არაოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებებს, მაშინ მკურნალობაში უნდა ჩაერთოს ოპიოიდები ან თუ ტკივილის ინტენსივობა არის ძალიან ძლიერი, მკურნალობა პირდაპირ იწყება ოპიოიდური საშუალებებით (ჯანმოს სამსაფეხურიანი ტკივილგაყუჩების მოდელის შესაბამისად).

ძველი ბრძანება მოითხოვს, რომ ოპიოიდების გაცემა მოხდეს კონკრეტულ დღეებში; ახალი ბრძანების მიხედვით თუ პაციენტის მდგომარეობა იცვლება ექიმმა უნდა გასცეს ახალი რეცეპტი. თუმცა ეს უკანასკნელი პრაქტიკულად შეუძლებელია შესასრულებლად. ექიმმა რომც გასცეს რეცეპტი, თუ ეს დღე არ ემთხვევა აფთიაქიდან წამლის გაცემის კონკრეტულ დღეს, პაციენტი ვერ შეძლებს წამლის გამოტანას.

ტკივილი მართვის ხისტი პოლიტიკის ფონზე ჩვენ ვიღებთ ისეთ სურათს, რომელიც ნათლად ასახავს ტკივილის მართვის საკითხის არაპრიორიტეტულობას საქართველოში. დიაგრამაზე წარმოდგენილია მეტადონის (ჩანაცვლებითი) თერაპიის მიზნით მოხმარებული ოპიოიდის - მეტადონის რაოდენობა ერთ სულზე და ქრ.

ტკივილის მართვის მიზნით მოხმარებული ოპიოიდის - მორფინის ხარჯვა ერთ სულზე და საქართველოს მონაცემები შედარებულია ევროპის იდენტურ მონაცემებთან.

ფიგურა.1. მეტადონის და მორფინის მოხმარების ტენდენციები საქართველოში (PPSG Consumption data)



დასკვნა

მიუხედავად იმისა, რომ 2007 - 2012 წლებში ხელისუფლების მხრიდან იყო ოპიოიდური მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების გარკვეული მცდელობა, საკმარისი ძალისხმევა არ განხორციელდა რომ მომხდარიყო კანონმდებლობის შესაბამისი განახლება, გარკვეული დებულებების გაუქმება, ახლად მიღებული დოკუმენტების სრული ინტეგრირება უკვე ფუნქციონირებად რეგულაციაში (N 32 / o - N 102, 2000), და ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების გამოყენების მარეგულირებელი ძველი და ახლად მიღებული ნორმატიული დოკუმენტების ერთმანეთთან შესაბამისობაში მოყვანა. შესაბამისად მივიღეთ ურთიერთ გამომრიცხავი, დუბლირებული ნორმების მქონე კანონმდებლობა.

ორი მინისტრის ერთობლივი განკარგულება, (N199 / n-883; 2008) რომელიც აცხადებს, რომ „ქრონიკული ინკურაბელური ავადმყოფებისთვის განსხვავებულ პირობებს არეგულირებს „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ 2008 წლის 10 ივლისის N 157/ნ ბრძანება“, 4^1 პუნქტის სახით დაემატა საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 13 მარტის და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2000 წლის 15 მარტის N 32/ო–N 102 ერთობლივი ბრძანების მე- 4 პუნქტს, რომელიც აცხადებს, რომ ოპიოიდური მედიკამენტების დანიშვნის და რეცეპტის გამოწერისა და გაცემის წესი უნდა მოხდეს ამავე, 2000 წელს მიღებული ბრძანების შესაბამისად. შედეგად, დამატებული პრიმა პუნქტი "4" გაურკვევლობის გამო უმეტესწილად იგნორირებულია. პირველადი ჯანდაცვის ექიმები და მათი სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრატორები უპირატესობას ანიჭებენ ძველი რეგულირების წესების დაცვას, ვინაიდამ ამ შემთხვევაში ისინი თავს გრძნობენ უფრო უსაფრთხოდ და კომფორტულად ისეთი ფაქტორების გამო, როგორიცაა ზოგადად ჯანდაცვის პოლიტიკის ჩათვლით ტკივილის მართვის ნაკლებ პრიორიტეტულობა, ოპიოიდების დანიშვნა გამოწერის გამო შესაძლო დასჯის/ჯარიმების შიში, ცოდნის ნაკლებობა, არასწორი წარმოდგენები და ცრუ შეხედულებები ოპიოიდების სამედიცინო მოხმარებასთან დაკავშირებით.

ამდენად, ამ ეტაპზე ტკივილის მართვის ადეკვატურობა გარკვეულწილად დამოკიდებულია ექიმების (და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ადმინისტრაციის) კეთილ ნებაზე. ეს უკანასკნელი კი დამოკიდებულია მათი განათლების დონეზე, კანონმდებლობის ცოდნაზე და ტკივილის მართვის პრაქტიკის შესახებ ცნობიერების არსებობაზე. სამწუხაროდ, ოპიოიდების მოხმარების/ ხარჯვის მონაცემებზე დაყრდნობით, ადეკვატური ტკივილის მართვა ისტორიულად არ წარმოადგენს პრიორიტეტს.

ტკივილის მართვის „ინსტრუქციები“ საერთოდ არ არის მორგებული პაციენტის საჭიროებებზე. ოპიოიდების დანიშვნის ჩვენებას საქართველოში წარმოადგენს არა

თვით ტკივილი და მისი სიძლიერე და გავლენა პაციენტზე, არამედ დიაგნოზი, პროგნოზი, სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა.

საქართველოს კანონმდებლობისა და რეგულაციების შეფასებიდან მიღებული დასკვნის საფუძველზე, კითხვის ნიშნის ქვეშ დგება განიხილავს თუ არა ხელისუფლება (სახელმწიფო) უკურნებელი პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების და ტანჯვის პრევენციის მიზნით ტკივილის მართვაზე ხელმისაწვდომობას როგორც ჯანმრთელობის უფლებას, თუ თვლის რომ ეს არის საშიში, სიცოცხლისთვის საფრთხის შემცველი მკურნალობა, რომელიც პაციენტისთვის შეიძლება შეთავაზებული იყოს მხოლოდ „სიცოცხლის დასასრულს“. ოპიოიდების გამოყენების მარეგულირებელ კანონმდებლობასა და რეგულაციებში კონფლიქტური, ურთიერთგამომრიცხავი დებულებების არსებობა ცხადყოფს, რომ მთავრობა ნამდვილად არ განიხილავს ტკივილის მართვას და ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებზე პაციენტის ხელმისაწვდომობას ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტულ საკითხად. უფრო მეტიც, შეიძლება ითქვას, რომ ხელისუფლება ადეკვატურ ტკივილის მართვას არ განიხილავს პოლიტიკურად მომგებიან საკითხად, რაც აშკარად ჩანს ზემოთ მოყვანილი N1 ფიგურიდან და აქ წარმოდგენილი ცხრილიდან, სადაც მოცემულია ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს, უახლესი 2017 წლის ანგარიში ტკივილის მკურნალობის მიზნით მორფინის, ხოლო „ჩანაცვლებითი მკურნალობის“ მიზნით მეტადონის და სუბოტექსის მოხმარებაზე საქართველოში.

ცხრილი N1 INCB 2016 წლის ანგარიში - საქართველო (Incb report 2017)

წელი	**. ბუპრენეფრონი სუბოტექსიკგ**	**მორფინი კგ**	**მეტადონი კგ**
2012	-	7	18
2013	-	8	23
2014	1	8	31
2015	1	8	38
2016	1	8	44

ნათელია, რომ მეტადონი წარმატებით გამოიყენება „ჩანაცვლებითი თერაპიის“ მიზნით „დამოკიდებულების სინდრომის“ მკურნალობისთვის და დღეისათვის მისმა

ხარჯვამ უკვე 50 კგ-ს მიაღწია. როგორც ჩანს, შესაძლებელი ყოფილა სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების ადეკვატური და საჭიროებაზე დაფუძნებული გამოიყენება. თუმცა, ოპიოიდები არ გამოიყენება სამედიცინო ჩვენებაზე დაფუძნებით იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც იტანჯებიან დაავადებით განპირობებული ტკივილისგან. ზემოხსენებულ ფიგურა N1-ში მოყვანილი მოხმარების მონაცემების შორის არსებული განსხვავება შეიძლება აიხსნას იმ მოსაზრებით, რომ წამალზე დამოკიდებულების და მოხმარების მაღალი მაჩვენებლის გამო, მთავრობების პოლიტიკური ნება საკმაოდ ძლიერი იყო ჩანაცვლებითი თერაპიის დასანერგად. შესაბამისად, 2005 წელს მეტადონის პროგრამის დანერგვასთან ერთად, მისი სრულყოფილი განხორციელებისათვის, განხორციელდა დარგის სპეციალისტების ცოდნის გაუმჯობესება და შესაბამისი კანონმდებლობის ადაპტაცია.

იმედს გამოვთქვამთ, რომ იგივე პოლიტიკური ნება განხორციელდება ადამიანის ფუნდამენტური უფლების - ტკივილის გაყუჩებაზე ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად საქართველოს ეროვნულ კანონმდებლობაში; სხვაგვარად, შეუძლებელი იქნება უკურნებელი პაციენტების ტანჯვის შესამცირებლად ტკივილის ხარისხიანი და ეფექტური მართვა.

მაინც რამდენ ადამიანს სტკივა საქართველოში ?

თუ 2016 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით (სტატისტიკური ცნობარი 2016), დავაჯამებთ ისეთი პაციენტების რაოდენობას (არაონკოლოგიური პაციენტების შემთხვევაში ძლიერ ტკივილგამაყუჩებლებს საჭიროებს პაციენტთა 67%) ისეთი 4 დაავადებისთვის, რომლებიც ყველაზე ხშირად საჭიროებენ ძლიერ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს (სიმსივნეებით, აივ ინფექციით, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები და სასუნთქი სისტემის დაავადების მქონე პაციენტები) გამოვა, რომ საქართველოში ოპიოიდურ ტკივილაგამაყუჩებელ მედიკამენტებს საჭიროებს მინიმუმ 19200 უკურნებელი პაციენტი. თუმცა ამ მედიკამენტებს დღეისათვის ღებულობს დაახლოებით 3000 პაციენტი, ანუ 1/6 ნაკლები.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წლის მონაცემების მიხედვით (WHO 2014; სტატისტიკური ცნობარი 2016) საქართველოში სიკვდილიანობის 97%

გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებითა და ტრავმით. ამასთან, საერთო სიკვდილიანობის 69% მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 14% - ონკოლოგიურ დაავადებებზე, 1% - დიაბეტზე, 4% - ქრონიკულ რესპირაციულ, 6% - სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე, 3% კი - ტრავმაზე.

გარდაცვლილთა რაოდენობა იმ დაავადებების მიხედვით რომლებიც ძირითადად საჭიროებდნენ ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს დაავადების ტერმინალურ სტადიაში - 2016 წლის სტატისტიკის საფუძველზე, არის შემდეგი:

- სიმსივნით დაავადებული 6819 პაციენტი,
- აივ ინფექციით დაავადებული 128 პაციენტი,
- სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადების მქონე 17973 პაციენტი,
- სასუნთქი სისტემის დაავადების მქონე 2480 პაციენტი.

თუ დავიანგარიშებთ ფორმულის - წლიური სიკვდილის მაჩვენებელიX 80% (67%) X 90 დღეზე X 60-75 მგ დღეში (საშუალოდ 67.5 მგ) - მიხედვით, მაშინ:

სიმსივნიანი პაციენტების 80% საჭიროებს მორფინს

6819 X80%/ 100% = 5455 - პაციენტების რაოდენობა რომლებიც საჭიროებენ მორფინს.

5455 X 90 დღე X 67.5 მგ = 33140 მგ მორფინი (ყოველწლიურად საშუალოდ 33 კგ)

აივ ინფექციით -128 (80% -საჭიროებს)

128 X80%/ 100% = 102.5

102.5 X90 X 67.5 მგ = 622 გრამი ანუ 0.62 კგ საშუალოდ

სისხლის მიმოქცევის სისტემა - გარდაცვლილები 17973 (67% საჭიროებს)

17973 X67%/ 100% = 12040 პაციენტი

12040 X 14 დღე (2კვირაზე გაანგარიშებით) X 60 (მინიმალური დოზა) მგ = 10კგ

სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობები გარდაცვლილები - 2480

2480 X67%/ 100% = 1635 პაციენტი საჭიროებს

1635 X 14 დღე (2კვირაზე გაანგარიშება) X 60 (მინიმალური დოზა) მგ = 1.373კგ

თუ დავაჯამებთ საჭირო მორფინის რაოდენობას და არაონკოლოგიური პაციენტებისთვის დავთვლით მინიმალურ დოზას და 90 დღის ნაცვლად მხოლოდ 14 დღის საჭიროებას გამოვთვლით, გამოვა, რომ მხოლოდ ამ 4 დაავადების მქონე პაციენტთათვის ოპიოიდების საჭირო რაოდენობა არის მინიმუმ 45 კგ; ხოლო თუ

გულსისხლარღვთა და სასუნთქი სისტემის დაავადებისთვის გამოვთვლით რეკომენდირებული ფორმულით ანუ 90 დღეზე მივიღებთ რომ მორფინის საჭიროება ამ ოთხი დაავადებისათვის წარმოადგენს 107 (65+8.8+0.62 +33)კგ -ს. ფაქტიური ხარჯვა შეადგენს 8 კგ , ანუ მინიმალური საჭიროების დაახლოებით 1/6 -ს (18%) და საჭიროების 1/13 - ს (7.5%).

მინიმალური საჭიროების გამოთვლის საფუძველზე გამოდის, რომ 6 უკურნებელი დაავადების მქონე ადამიანიდან 5-ს სტკივა. პაციენტთა 5/6, 16000 უკურნებელი დაავადების მქონეს არ აქვს წვდომა ტკივილგამაყუჩებელზე და იტანჯება ისეთი ტკივილით რომლის მართვა და თავიდან აცილებაც შესაძლებელია.

ამ მონაცემებზე დაყრდნობით შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ მარტო მკაცრი კანონმდებლობა (რეგულაციები) არ ახდენს გავლენას ტკივილის ადეკვატურად მართვაზე. ვინაიდან ზემოთ ხსენებული 19,200 პაციენტიდან ყველა არის უკურნებელი, რომელთათვისაც ოპიოიური ტკივილგამაყუჩებლების დანიშვნა კანონმდებლობით დაშვებულია, თუმცა მხოლოდ 3000 აქვს წვდომა ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებზე.

ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს მონაცემების მიხედვით საქართველოში 2007–2015 წლებში (როგორც ონკოლოგიური, ასევე სომატური დაავადების მქონე პაციენტებისათვის) ტკივილის გაყუჩების მიზნით მოხმარებული მორფინის რაოდენობა არ აღემატება 6–8კგ–ს წელიწადში (ცხრილი N2)

ცხრილი N2 მორფინის მოხმარება / ხარჯვა საქართველო 2006-2016 (PPSG Georgia n.d.).

წელი	მორფინის ხარჯვა მგ/სულზე	მორფინის ხარჯვა კგ-ში
2006	**1.82**	**10.9**
2007	**1.40**	**8.190**
2008	**1.33**	**5.887**
2009	**1.61**	**6.886**
2010	**1.42**	**6.199**
2011	**1.42**	**6.656**

2012	**1.51**	**6.583**
2013	**1.89**	**8.235**
2014	**1.66**	**7.972**
2015	**2.0**	**8.013**
2016		**8.0**

ინფორმაციის წყარო: *ტკივილის&პოლიტიკის შემსწავლელი ჯგუფი; ვისკონსინის უნივერსიტეტის კარგონის კიბოს ცენტრი/ ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტი.*

საინტერესოა, რომ პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვის გაუმჯობესების მიზნით გადადგმულ ნაბიჯებთან ერთად, 2007 წლიდან პარალელურ რეჟიმში მოხდა მორფინის ხარჯვის მონაცემების შემცირება (Incb report 2017).

3. პრობლემის ფორმულირება, მნიშვნელობა

ტკივილის ადეკვატური და ხარისხიანი მართვის ძირითად ბარიერს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის მართვა საჭიროებს ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების გამოყენებას, რომლებიც წარმოადგენენ საერთაშორისო კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებებს და შესაბამისად მათი ლეგალური ბრუნვა რეგულირდება შესაბამისი კანონით და ნორმატიული აქტებით და საქართველოში არის განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ, როგორც სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო მარეგულირებელი სამსახურებიდან, ასევე სამართალდამცავ ორგანოთა მხრიდან, რომ არ მოხდეს ამ მედიკამენტების დივერსია და გადინება არალეგალურ ბრუნვაში.

ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენცია (“Final Act Of The United Nations Conference - Convention_1961_en.Pdf,” n.d.) მოითხოვს, რომ სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების მოხმარებისას დაცული იქნეს ისეთი ბაზისური მოთხოვნები როგორიცაა ოპიოიდების გაცემა რეცეპტის საფუძველზე, ავტორიზებული სამედიცინო მუშაკის მიერ (სახელმწიფოს მიერ ლიცენზირებული ექიმი, ექთანი თუ ფარმაცევტი) და ოპიოიდების იმპორტ-ექსპორტი უნდა განხორციელდეს ავტორიზებული მხარის

მიერ. ამ მოთხოვნებთან ერთად კონვენცია ავალდებულებს სახელმწოფოს უზრუნველყოს სამეცნიერო და სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა.

ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოშიც, ოპიოიდების დივერსიის პრევენციულმა ზომებმა, გადააჭარბა ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის მოთხოვნებს და ოპიოიდების მარეგულირებელი კანონმდებლობა გადაჭარბებულად მკაცრი, ხისტი და შემზღუდველი სახით ჩამოყალიბდა (*Demand and Supply of Opiates for Medical and Scientific Needs. Special Report Prep. Pursuant to the Economic and Social Council Resolution 1989-15. Report of the International Narcotics Control Board for* 1989). 1961 წლის კონვენციის სამივე მოთხოვნა საქართველოში არა მარტო მკაცრად დაცულია, არამედ ბევრად აჭარბებს კონვენციის ფუნდამენტურ მოთხოვნებს და ზღუდავს ოპიოიდების დაბალანსებული პოლიტიკის მეორე მხარეს - სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობას.

მკაცრმა კანონმდებლობამ ხელი შეუწყო სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების მოხმარების შეზღუდვას, ღრმად გაუდგა ფესვები „ოპიოფობიის“ (PPSG Glossary n.d.) (Bennett and Carr 2002) ფენომენს როგორც სამედიცინო ასევე ფართო საზოგადოებაში. საქართველოში ზემოაღნიშნულს საფუძველი გაუმყარა, ჯერ კიდევ საბჭოთა ეპოქის მედიცინაში ქრონიკული ტკივილის შეფასებისა და მართვის სწავლების უგულველყოფამ, რომელიც შემდეგ ათწლეულების მანძილზე კიდევ უფრო გაღრმავდა და გამყარდა იმ მკაცრი კონტროლის მექანიზმებით, რაც დაინერგა სახელმწიფო ორგანოებისა და თვით სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის მხრიდან. ზემკაცრმა კანონმდებლობამ და ცოდნის დეფიციტმა შექმნეს არასწორი წარმოდგენა ოპიოიდების ფარმაკოლოგიურ თავისებურებებზე, ამან კი თავის მხრივ ხელი შეუწყო ცრუ წარმოდგენების წარმოქმნას ოპიოიდების გვერდითი მოვლენებისა თუ წამალ დამოკიდებულების გავითარებასთან მიმართებაში; ამან შემდგომში გავლენა იქონია საზოგადოებისა და თვით პაციენტების განწყობაზეც. ამდაგვარად ჩამოყალიბდა „მანკიერი წრე“(Human Rights Watch (Organization) and Lohman 2009), რომელიც „კეთილმსურველ“ ექიმსაც კი ხშირად უარს ათქმევინებს დაეხმაროს პაციენტს და შეუმსუბუქოს დაავადების და ტკივილის ერთობლიობით განპირობებული მძიმე

ტანჯვა; ხოლო ჯანდაცვის პოლიტიკისათვის, რომლისთვისაც ამ მოწყვლადი კატეგორიის დახმარება და ტვირთის შემსუბუქება თითქოს და პრიორიტეტული საკითხი უნდა იყოს, რჩება ყურადღების საზღვრებს მიღმა (King and Fraser n.d.) ხოლო ტკივილის მართვა მედიცინის საზღვრებს მიღმა.

საინტერესოა, რომ ამ ფონზე განათლების დონე პრაქტიკულად უცვლელი რჩება მიუხედავად იმისა, რომ დღეისათვის არსებობს მთელი რიგი სამედიცინო ლიტერატურა თუ გზამკვლევები პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვის შესახებ ქართულ ენაზე (აბესაძე იოსებ, აბზიანიძე ეკატერინე, ღვამიჩავა რემა 2016; გიორგი მეტივიშვილი 2016; კორძაია დიმიტრი et al. 2005; ღვამიჩავა რემა & შავდია მიხეილ 2010; ძოწენიძე ფატი, რუხაძე თამარი, აბესაძე იოსებ 2012).

ათწლეულების მანძილზე საქართველოში დამკვიდრებული პრაქტიკა, ოპიოიდების დანიშვნასთან დაკავშირებით (ბრძანება32-102სშჯსსს and შსს 2000,); ტკივილის მართვის სამეცნიერო თუ კლინიკური თვალსაზრისით არ მოდის თანხვედრაში არც ტკივილის აღმოცენების პათფიზიოლოგიასთან, არც მის განვითარების დროსთან და ან მის ინტესივობასთან.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ კანონმდებლობა ტერმინალურ სტადიას განსაზღვრავს უკურნებელი დაავადების / მდგომარეობის „სიკვდილის წინა სტადიად“ (“საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” 2002), მაშინ გამოდის, რომ თუ პაციენტი არ კვდება, მისთვის ტკივილის გაყუჩება შეუძლებელია. ტკივილის მართვისადმი ასეთი მიდგომა წარმოადგენს არამარტო კანონის უხეშ დარღვევას მედიკამენტზე ხელმისაწვდომობის და ცხოვრების ხარისხზე ზეგავლენის თვალსაზრისით, არამედ ასევე ლახავს დამკვიდრებულ ბიოეთიკურ პრინციპებს (Reddy 2006a),(McCormick Thomas n.d.),(Holm 2002), ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს და აქცევს მას ტანჯვისა და წამების ობიექტად (Manfred Nowak 2008).

ამ პრაქტიკიდან გამომდინარე ძლიერი ტკივილგამაყუჩებლების დანიშვნა შესაძლებელია, მხოლოდ ისეთი პაციენტებისთვის, რომელთაც აღარ დარჩენიათ არანაირი სამკურნალო თუ სასიცოცხლო რესურსი და პრაქტიკულად ოპიოიდები ენიშნებათ მხოლოდ სიკვდილის წინ, რამაც წარმოშვა ე.წ. მითი როგორც ექიმებში, ასევე საზოგადოებაში, რომ მორფინი არის ”კიბოს ბოლო სტადიის წამალი“ (Forbes

2011) და მისი დანიშვნა ასოცირდება გარდაუვალ სიკვდილთან უახლოეს მომავალში. მაშინ როდესაც, ძლიერი ტკივილის გაყუჩების მიზნით ოპიოიდების დროული და ადეკვატური დანიშვნა ტკივილის მოხსნით ან შემცირებით ხშირად სიცოცხლის ბოლომდე აუმჯობესებს ადამიანის ცხოვრების ხარისხს, მის ფუნქციონირებას და სოციალურ აქტიურობას.

კვლევის მნიშვნელობა

სწორედ ამიტომ, კვლევის ძირითად მიზნად დაისახა ტკივილის ეფექტური მართვის ხელისშემშლელი იმ ბარიერების გამოვლენა და მათი გავლენის შესწავლა, რომლებიც განპირობებულია ხისტი კანონმდებლობით, ექიმების ცოდნის დონით (და აღქმით) როგორც ოპიოიდების მარეგულირებელ ისე ტკივილის მართვის საკითხებში, ექიმებისა და საზოგადოების განწყობით, ადმინისტრირების საკითხებში ტექნიკური ხარვეზების არსებობით, რომელთა ერთობლიობაც განაპირობებს ქრონიკული უკურნებული პაციენტების ტკივილის მართვის დაბალ ხარისხს. არსებული საკითხების გარკვევა საშუალებას მოგვცემს მიღებული შედეგები წარვუდგინოთ ჯანდაცვის სფეროში უფლებამოსილ პირებს, რომ ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების დაცვის და დაავადების მქონე ადამიანთა ტანჯვის პრევენციის მიზნით მოხდეს ერთობლივი ძალისხმევის მობილიზება სხვადასხვა კუთხით არსებული პრობლემების გადასაჭრელად.

4. კვლევის მიზანი/ ჰიპოთეზა/ ამოცანები

მიზანი: ქრონიკული ტკივილის მართვაში არსებული ბარიერების შეფასება და მათი ზემოქმედება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

ჰიპოთეზა:

1.საქართველოში ინტენსიური ტკივილის ადეკვატური მართვისთვის საჭირო რაოდენობის ოპიოიდების ხარჯვის დაბალი მაჩვენებელი, საკანონმდებლო ბარიერების გარდა, ასევე განპირობებულია ექიმების მხრიდან ზოგადად ქრონიკული ტკივილის მართვისა და მისი გაყუჩებისათვის აუცილებელი ოპიოიდების მოხმარების მარეგულირებელი კანონმდებლობის, ასევე ოპიოიდების ფარმაკოლოგიის/

ფარმაკოდინამიკის ცოდნის არასაკმარისი დონით. ყოველივე ზემოთთქმული თავის მხრივ განაპირობებს უარყოფით განწყობასა და ცრურწმენებს ოპიოიდების სამედიცინო მოხმარებასთან დაკავშირებით.

2. საქართველოში ინტენსიური ტკივილის ადეკვატური მართვისთვის საჭირო რაოდენობის ოპიოიდების ხარჯვის დაბალი მაჩვენებელი გვიჩვენებს ამ ტკივილის მართვის დაბალ ხარისხს, რაც განპირობებულია ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მართვის დაგვიანებული და/ან არაადეკვატური მკურნალობით, ასევე პაციენტებში (საზოგადოებაში) არსებული განწყობითა და ცრუ წარმოდგენებით ოპიოიდების სამედიცინო მოხმარებასთან დაკავშირებით.

კვლევის ამოცანები

1. საქართველოში ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებისადმი არსებული პოლიტიკის და ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდური ტკივილაგამაყუჩებელი საშუალებების მარეგულირებელი დოკუმენტების - კანონმდებლობის (კანონები, ნორმატიული დოკუმენტები, დადგენილებები) შეფასება.

2. ოპიოიდური ტკივიგამაყუჩებელი საშუალებების დანიშვნა/გამოწერაზე პასუხისმგებელი ექიმების გამოკითხვა. ოპიოიდური ტკივიგამაყუჩებელი საშუალებების დანიშვნა/გამოწერაზე პასუხისმგებელი ექიმების ცოდნის შეფასება ოპიოიდების მარეგულირებელი კანონმდებლობის, ფარმაკოლოგიის, დანიშვნის / გამოწერის წესების შესახებ.

3. ტკივილის მქონე უკურნებელი პაციენტების გამოკითხვა. უკურნებელი პაციენტების ტკივილის მართვის ადეკვატურობის შესწავლა და რა სახის ბარიერები ხვდებათ მათ ტკივილის მართვის პროცესში.

4. ექიმთა და პაციენტთა კვლევის შედეგების ანალიზი აღწერითი და ანალიტიკური სტატისტიკური მეთოდების საფუძველზე.

5. კვლევის შედეგების შეჯამება და რეკომენდაციების შემუშავება ჯანდაცვის მესვეურებისა და გადაწყვეტილების მიმღებთათვის წარსადგენად.

მოსალოდნელი შედეგები: ექიმების გამოკითხვა საშუალებას მოგვცემს შევაფასოთ მათი ცოდნა ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების გამოყენების მარეგულირებელი კანონმდებლობის, ფარმაკოლოგიის, მათი დანიშვნისა და გამოწერის წესების შესახებ.

ცნობიერების შეფასება მოგვცემს საშუალებას გავიგოთ, თუ რისი ეშინიათ მათ, ხოლო ადმინისტრაციული საკითხების შესწავლა გამოავლენს სისტემის შიგნით არსებულ ხარვეზებს.

პაციენტების გამოკითხვა საშუალებას მოგვცემს გავეცნოთ რამდენად ადეკვატურად ხდება მათი ტკივილის მართვა და გაყუჩება, რისი ეშინიათ ან რა საფრთხეებს ხედავენ ოპიოიდებით მკურნალობისას და რა ბარიერები ხვდებათ ტკივილის გაყუჩების პროცესში და ადმინისტრაციულ დონეზე.

მნიშვნელობა და მიზანი

ინტენსიური ტკივილის მქონე პაციენტებისთვის ტკივილის მართვის ხარისხის და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, კერძოდ

- აღმოიფხვრას წინააღმდეგობები და ბუნდოვანება ნორმატიულ ბაზაში, რომელიც არეგულირებს ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის და გამოყენების წესებს, ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და მათი ადეკვატური მოხმარების უზრუნველყოფის მიზნით.
- საერთაშორისო სტანდარტების და ვალდებულებების შესაბამისად, საქართველოს საკნონმდებლო აქტების რაფინირების მეშვეობით, ხელი შეუწყოს ინტენსიური ტკივილის მქონე პაციენტებისთვის სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის და ადეკვატური მოხმარების უზრუნველყოფას.
- ექიმთა დიპლომამდელ და დიპლომისშემდგომი პროფესიულ განათლებაში ტკივილის მართვის საკითხისათვის ადეკვატური ადგილის დათმობას /ცნობიერების ამაღლების ხელშეწყობა.

მნიშვნელობა - საქართველოში ადამიანის ფუნდამენტური უფლების (“Gwyther et Al. - 2009 - Advancing Palliative Care as a Human Right.Pdf,” n.d.; Gwyther, Brennan, and Harding 2009) უზრუნველყოფის და მართვადი ტკივილსაგან და ტანჯვისაგან უკურნებელ პაციენტთა დაცვის საჭიროების წარმოჩენა. საქართველო წარმოადგენს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 1961 წლის ”ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ“ ერთიანი კონვენციის (1972 წლის ოქმის მიხედვით შეტანილი ცვლილებების

გათვალისწინებით) და ამავე ორგანიზაციის ადამიანის უფლებებების სხვადასხვა კონვენციების, ასევე ჯანმოს კონსტიტუციის წევრ ქვეყანას, შესაბამისად სახელმწიფოს აქვს ვალდებულება უზრუნველყოს ამ მოწყვლადი ჯგუფის - უკურნებელ პაციენტთა - დაცვა „სასტიკი, არაჰუმანური და ღირსების დამაცირებელი მოპყრობისგან“.

II. ლიტერატურის მიმოხილვა

1. ტკივილი და საერთაშორისო ვალდებულებები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და ტკივილის შემსწავლელი საერთაშორისო ასოციაცია ტკივილს განსაზღვრავს (“WHO | WHO Definition of Palliative Care” 2012), როგორც „უსიამოვნო შეგრძნებას ან ემოციურ გამოცდილებას, რომელიც დაკავშირებულია ქსოვილის გამოვლენილ ან მის **პოტენციურ** დაზიანებასთან, ან აღწერენ როგორც მსგავსი დაზიანების შედეგს“. გარდა ამისა დღესდღეისობით დამტკიცებულია, რომ ტკივილი ყოველთვის სუბიექტურია და ყველა ინდივიდი მას განსხვავებულად აღიქვამს (Katz and Melzack 1999; Giordano, Abramson, and Boswell n.d.)(Coghill 2010; Wilcox et al. 2015).

ტკივილის არსებული განმარტება აბსოლუტურად არათავსებადია ეროვნულ რეგულაციებში ასახულ მიდგომებთან და წესებთან, რომელიც საერთოდ არ ითვალისწინებს ტკივილის შეფასებას და ოპიოიდის დანიშვნის ჩვენება ეფუძნება მხოლოდ დაავადების სტადიურობას, კერძოდ დაავადების ტერმინალურ ფაზას. შესაბამისად, ტკივილის მკურნალობა იწყება ძალიან გვიან და ისიც მხოლოდ დაავადების ტერმინალურ ფაზაში. ტკივილის მართვის მიმართ ასეთი მიდგომა კლინიკური თვალსაზრისით არ მოდის თანხვედრაში არც ტკივილის აღმოცენების დროსთან, არც მის ინტესივობასთან. არადა ლიტერატურის მიმოხილვა აჩვენებს, რომ ტკივილი ვითარდება ონკოლოგიურ პაციენტთა 30 – 45 % - ში დაავადების ადრეულ თუ შუალედურ სტადიაზე, ხოლო 75% - 80% - ში დაავადების შორსწასული ფორმის დროს (Kimberly L Pargeon and Hailey 1999)(Jacobsen et al. 2009) (Paice, Toy, and Shott 1998)(K L Pargeon and Hailey 1999). ვრცელმა სისტემურმა ანალიზმა, რომელიც მოიცავდა ბოლო 40 წლის განმავლობაში ჩატარებული 52 კვლევის მეტაანალიზს, დაადგინა, რომ ტკივილის პრევალენტობა საკმაოდ მაღალია როგორც კიბოსგან

განკურნებულ პაციენტებში (33%), ასევე კიბოს სპეციფიური მკურნალობის პროცესში (59%) (van den Beuken-van Everdingen et al. 2007).

ტკივილის მართვა არის ის საკითხი, სადაც ხდება მედიცინის, კანონმდებლობის და ეთიკური საკითხების გადაკვეთა. სამედიცინო ბიოეთიკის ოთხივე პრინციპი ("Medical Ethics 101," n.d.) ა) „პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა"; ბ) „სარგებლიანობა"; გ) „ზიანის მიუყენებლობა"; დ) „სამართლიანობა" ტკივილთან მიმართებაში ასახულია საერთაშორისო კონვენციებში (Brennan, Carr, and Cousins 2007b) .

„პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა" – საგულისხმოა პაციენტთა განწყობა ტკივილის მართვის საკითხთან დაკავშირებით. ამილი მეიერისა და სხვათა. მიერ, არსებული 36 კვლევის მეტაანალიზისას, დადგინდა რომ პაციენტთა 81 % სურს რომ გარდაიცვალოს ტკივილის გარეშე, მიუხედავად დაავადების ტიპისა (Meier et al. 2016). დანარჩენი სამი პრინციპის არსი განხილულია მომდევნო ქვეთავში.

ტკივილი და საერთაშორისო ვალდებულებები

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად (WHO 2011) „ადამიანის უფლებების პრინციპები, რომლებიც ითვალისწინებს სამედიცინო მიზნებისათვის კონტროლირებადი მედიკამენტების ადეკვატურ ხელმისაწვდომობასა და მათ გამოყენებას ასახულია საერთაშორისო სამართლებრივ დოკუმენტებში". მართლაც, ტკივილის ადეკვატური მართვა და ტკივილგამაყუჩებლების ხელმისაწვდომობის უფლება ეფუძნება ისეთ საერთაშორისო ინსტრუმენტებს და დოკუმენტებს, როგორიცაა:

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 1961 წლის "ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ" ერთიანი კონვენცია (1972 წლის ოქმის მიხედვით შეტანილი ცვლილებების გათვალისწინებით) - შემდგომში გამოყენებული იქნება, როგორც „1961 წლის ერთიანი კონვენცია".

1961 წლის ერთიანი კონვენციის პრეამბულაში ნათქვამია, რომ „ნარკოტიკულ საშუალებათა გამოყენება მედიცინაში კვლავინდებურად აუცილებელია ტკივილისა და ტანჯვის შესამსუბუქებლად და საჭიროა მიღებულ იქნეს სათანადო ზომები ამ მიზნით ნარკოტიკულ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად" ("Final Act Of The United Nations Conference - Convention_1961_en.Pdf," n.d.)

ამავე დოკუმენტში 1972 წელს შეტანილ შესწორებების თანახმად `ერთიანი კონვენცია აღიარებს, რომ მთავრობებს უფლება აქვთ მიმართონ შეზღუდვებს, თუ ამის საჭიროება არსებობს, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ოპიოიდების შემოვლითი გზებით გავრცელება და არასწორი მოხმარება. თუმცა, ამასთანავე გამუდმებით უნდა ხდებოდეს ამ უფლების შეფარდება სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მოვალეობასთან. შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღებისას მთავრობებმა არ უნდა დაივიწყონ ერთიანი კონვენციის ორმაგი მიზანი („სამართლიანობის პრიციპი“) (“Final Act Of The United Nations Conference” n.d.)

წამების, არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობისა და სასჯელის გამოყენების საკითხზე გაეროს სპეციალური მომხსენებლის, მანფრედ ნოვაკის ანგარიში (Manfred Nowak 2008) (General and Assembly 2009)

„ტკივილის შემსუბუქების საშუალების ხელმისაწვდომობაზე დე ფაქტო უარის თქმა, თუ ეს იწვევს მწვავე ტკივილსა და ტანჯვას, წარმოადგენს სასტიკ, არაადამიანურ და ღირსების შემლახველ მოპყრობას ან დასჯას.'' („ზიანის მიუყენებლობა“).

•ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციები “REC (2003) 24 ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოებში პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზებისათვის” (ევროსაბჭო 2003), სადაც პალიატიური მზრუნველობა მიჩნეულია სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ჯანდაცვის მომსახურებად, რომელიც ყოველგვარი დაგვიანების გარეშე უნდა მიეწოდოს ნებისმიერ საჭიროების მქონე პიროვნებას.

•გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტის მე-14 ზოგად კომენტარი ჯანმრთელობის უფლების შესახებ (Economic and Social Council 2000) კომიტეტის მიერ სახელმწიფოსთვის განსაზღვრული ძირითადი ვალდებულებიდან ჯანმრთელობის უფლების რეალიზებისთვის ერთ-ერთია “ძირითადი სამკურნალო საშუალებების ხელმისაწვდომობა, ჯანმოს “ძირითადი სამკურნალო საშუალებების პროგრამის შესაბამისად” („სამართლიანობა“ ,“სარგებლიანობა“).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წლის რეკომენდაციები, „ სამოცდამეშვიდე მსოფლიო ჯანმრთელობის ასამბლეა“: (“SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY” n.d.)

- ტკივილი წარმოადგენს ყველაზე ხშირ და სერიოზულ სიმპტომს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტებში.
- ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები წარმოადგენენ ესენციურ (აუცილებელ) მედიკამენტებს საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის მართვაში ონკოლოგიური დაავადებების მქონე პაციენტებში და ასევე ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის მქონე მრავალი შორსწასული პროგრესირებადი სხვა დაავადებების მქონე პაციენტებში. („სარგებლიანობა“)

ჯანმო-ს კიბოსმიერი ტკივილის მართვისა და აქტიური დამხმარე მზრუნველობის საექსპერტო კომიტიტის მოთხოვნა (*Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee* 1990), რომლის თანახმადაც „ტკივილისაგან განთავისუფლება უნდა განიხილებოდეს როგორც კიბოთი დაავადებული თითოეული ავადმყოფის უფლება, ხოლო ტკივილგამაყუჩებელთა ხელმისაწვდომობა _ როგორც ამ უფლებისადმი პატივისცემის გამოხატულება“. („სამართლიანობა“)

ჯანმოს - ევროპაში პაციენტთა უფლებების პოპულარიზაციის შესახებ დეკლარაცია, მუხლი 5.10 და 5.11, 1994 წ.ევროპაში პაციენტთა უფლებების ხელშეწყობის შესახებ დეკლარაცია აცხადებს (WHO 1994):

"პაციენტებს აქვთ უფლება განთავისუფლდნენ ტანჯვისგან არსებული ცოდნის შესაბამისად" და "პაციენტებს აქვთ უფლება ქონდეთ ჰუმანური მზრუნველობა ტერმინალურ მდგომარეობაში და გარდაიცვალონ ღირსეულად"(INCB 1989); „ავტონომია“, „სარგებლიანობა“).

პალიატიური მზრუნველობის ევროპული ასოციაციის 2013 წლის პრაღის ქარტია (EAPC 2013) **ამ დოკუმენტის** მიხედვით პალიატიური მზრუნველობა განიხილება როგორც ადამიანის უფლება და მოუწოდებს სახელმწიფოებს განსაკუთრებული აქცენტი გააკეთონ პალიატიური მზუნველობის განვითარებასა თუ გაუმჯობესებაზე და გაზარდონ პაციენტებისთვის ტკივილის მართვის მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა.'' („სამართლიანობა“ ,“სარგებლიანობა“)

ადამიანის უფლებათა დეკლარაციები („სამართლიანობა“ ,“სარგებლიანობა“)

- მონრეალის დეკლარაციას - ტკივილის გაყუჩების ხელმისაწვდომობა წარმაოდგენს ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებას (IASP n.d.)

- ერთობლივი დეკლარაცია - პალიატური მზუნველობისა და ტკივილის მართვის, როგორც ადამიანის უფლების ვალდებულების განაცხადი (“Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights” n.d.).

ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს (INCB), რეკომენდაციები, რომელიც უზრუნველყოფს ნარკოტიკების კონტროლის 1961 წლის ერთიანი კონვენციის დანერგვას (UN INCB 2010) კერძოდ ეყრდნობა ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის მოხსენებას საერთაშორისო კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების ხელმისაწვდომობაზე: „ადეკვატური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის“ („სამართლიანობა“ ,“სარგებლიანობა“).

გაეროს ეკონომოკური და სოციალური საბჭოს - ნარკოტიკული საშუალებების კომისიის მიერ 2010 წლის 10 მარტს წამლის კონტროლის დანერგვისთვის შექმნილ დოკუმენტი (ECOSOC 2010), რომელიც მოუწოდებს დაცული იქნეს ბალანსი ოპიოიდების სამედიცინო მიზნით ხელმისაწვდომობასა და მათი დივერსიის პრევენციულ ზომებს შორის:

“საერთაშორისო კონტროლს დაქვემდებარებული ლეგალური წამლების სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისთვის ადეკვატური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის ხელშეწყობა, ამავდროულად მათი დივერსიისა და ბოროტად გამოყენების პრევენციით”. („სამართლიანობა“)

გაეროს სპეციალური მომხსენებლის წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის საკითხზე - მანფრედ ნოვაკის - და გაეროს სპეციალური მომხსენებლის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე უფლების - ანანდ გროვერის - საერთო წერილი (Manfred Nowak 2008) „სახელმწიფოს ვალდებულებაა მის იურისდიქციაში მყოფი პირების დაცვა არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობისგან. თუ სახელმწიფოები არ იღებენ გონივრულ ზომებს ტკივილის მართვის მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისთვის, რის გამოც მილიონობით ადამიანი იტანჯება მწვავე და ზოგჯერ განგრძობადი ტკივილით, ეჭვქვეშ დგება ამ ვალდებულების სათანადო შესრულება.’’ („ზიანის მიუყენებლობა“)

ამგვარად, ტკივილის გაყუჩება და წვდომა ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებზე წარმოადგენს ადამიანის უფლებას და სახელმწიფოს აქვს ვალდებულება უზრუნველყოს ეს უფლება; ხოლო თუ ვერ უზრუნველყოფს, ესე იგი მთავრობა ვერ ასრულებს თავის ვალდებულებს, რის გამოც ადამიანი ხდება „სასტიკი, არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან დასჯის''ობიექტი.

თუ გავაანალიზებთ, გამოდის რომ სახელმწიფო ადამიანის უფლებების უგულვეყოფით, ზრუნავს მხოლოდ პრევენციულ ზომებზე და არ ითვალისწინებს იმ სიკეთეებს რომლის მოტანაც შეუძლიათ ოპიოიდურ მედიკამენტებს ქვეყანაში არსებული სწორი (წამლის) პოლიტიკის შემთხვევაში. ჯანმო მთელი რიგი კვლევების სისტემური ანალიზის შედეგად, ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ „კონტროლირებადი მედიკამენტები, როდესაც ისინი გამოიყენება რაციონალურად, სამედიცინო მიზნებისათვის, უსაფრთხო სამკურნალო საშუალებებია"; ხოლო „ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები, როდესაც ისინი დანიშნულია დადგენილი დოზებითა და რეჟიმით, სავსებით უსაფრთხოა და აქ უსაფუძვლოა შემთხვევითი სიკვდილისა თუ დამოკიდებულების განვითარების შიში"(Health Organization 2011).

ამავე დოკუმენტში ნათქვამია, რომ ტერმინოლოგია და პოლიტიკა წამლების კონტროლის ეროვნულ კანონმდებლობაში უნდა იყოს ნათელი და გასაგები, რათა არ მოხდეს სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის კონტროლირებადი მედიკამენტების გამოყენების აღრევა მათ არამიზნობრივ (არაკანონიერ) გამოყენებასთან (Health Organization 2011). ტერმინების სწორად გამოყენებას დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ დარგის ექსპერტები და მიიჩნევენ რომ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების შესახებ ენა უნდა იყოს ნეიტრალური, ზუსტი და „პატივისცემის" გამომხატველი. არასწორად შერჩეული, სტიგმის შემცველი ტერმინები, ხშირად განაპირობებენ პაციენტების მიერ მათთვის შესაფერ მკურნალობაზე უარის თქმას (W Scholten et al. 2017).

2. ტკივილის მართვაში არსებული ბარიერები

მსოფლიო ექსპერტები ქრონიკული ტკივილის მართვაში განასხვავებენ რამოდენიმე სახის ბარიერს. ნარკოტიების კონტროლის საერთაშორისო საბჭო (INCB) ("Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and

Scientific Purposes - Supplement-AR15_availability_English.Pdf," n.d.) და ტკივილისა და პოლიტიკის კვლევის ჯგუფი (PPSG) (Global Evaluation 2013, 12) გამოყოფენ ბარიერების შემდეგ ძირითად ჯგუფებს (ცხრილი 3).

ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭომ ადეკვატური ტკივილგაყუჩების ბარიერების გამოსავლენად 1995 (INCB UN 1995) და შემდეგ 2007 (INCB Report 2008) წელს ჩაატარა ანალოგიური კვლევა მსოფლიოს 65 და 144 ქვეყანაში შესაბამისად. ორივე გამოკითხვისას გამოვლენილ ბარიერებს შორის პირველ ადგილებს იკავებდა დამოკიდებულების განვითარების შიში და ტრეინინგების ნაკლებობა (ცხრილი N3).

ცხრილი N3 ხარისხიანი ტკივილის მართვის ბარიერები

INCB მიხედვით	PPSG მიხედვით
დამოკიდებულების განვითარების შიში	სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი ცოდნა
ტრეინინგების ნაკლებობა	გვერდითი მოვლენების შიში
ზემკაცრი კანონები და რეგულაციები	შიში - ტოლერანტობის, აბსტინენციის და დამოკიდებულების სინდრომის შესახებ
სანქციების მიმართ შიში	არასაკმარისად განვითარებული ჯანდაცვის და მედიკამენტებით მომარაგების სისტემა
ოპიოიდების არასაკმარისი რაოდენობა	მკაცრი ეროვნული კანონებისა და რეგულირების პოლიტიკა
ოპიოიდების ფასი	
ჯანდაცვის არასაკმარისი რესურსები	
ეროვნული პოლიტიკის და გზამკვლევების ნაკლებობა	

1989 წლიდან INCB თავის ყოველწლიურ ანგარიშებში რეგულარულად აცხადებს, რომ ოპიოიდების ხარჯვის მაჩვენებელი არაადეკვატურია ტკივილის ეფექტური კონტროლისთვის (INCB 1989) და ასახელებს ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების ხელმისაწვდომობის ყველაზე გავრცელებულ ბარიერებს:

"შემზღუდველი რეგულაციები, რთული ადმინისტრაციული პროცედურები, მედიკამენტების დივერსიის შესახებ და ასევე დაშვებულ შეცდომებზე მოსალოდნელი რეაგირების შესახებ შიში, ნერვიულობა იატროგენური დამოკიდებულების შესახებ ჯანდაცვის პერსონალის არასაკმარისი ან არაადეკვატური ტრეინინგი" (INCB 1999).

INCB ავალდებულებს მთავრობებს, რომ იზრუნონ ამ დაბრკოლებების გადასალახად (PPSG APMG 2009). INCB - ის ბოლო კვლევისას, 2014 წელს განხორციელდა ეროვნულ

კომპეტენტურ ავტორიტეტთა (ორგანოთა) გამოკითხვა, რომლის დროსაც ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების ხელმისაწვდომობის დამაბრკოლებელ ფაქტორად ყველაზე ხშირად კვლავ დასახელდა ტრეინინგების და ინფორმირებულობის ნაკლებობა და დამოკიდებულების განვითარების მიმართ შიში (INCB 2015).

PPSG მიერ განხილული ბარიერები (იხ. ცხრილი N3) პრაქტიკულად იმეორებს INCB-ის მიერ გამოვლენილი ბარიერების ჯგუფებს ოდნავ განსხვავებული დაჯგუფების სისტემით (PPSG 2013).

ყველა ზემოთხსენებული ბარიერი ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის - კონტროლირებად მედიკამენტებზე და ნივთირებებზე ექსპერტის - ვილლემ შოლტენის მიერ დაჯგუფებულია 4 ძირითად კატეგორიად: 1. კანონმდებლობა და პოლიტიკა; 2. ცოდნა; 3. განწყობა/ დამოკიდებულება; 4.ეკონომიური მხარე (Willem Scholten 2013).

ავტორი ამბობს, რომ რამოდენიმე სახის ბარიერი ხშირად წარმოდგენილია ერთდროულად და ისინი ურთიერქმედებენ და ამყარებენ ერთმანეთს. მისივე თქმით, ისეთი საკანონმდებლო ბარიერები, როგორიცაა მაქსიმალური დოზის და მკურნალობის ხანგრძლივობის ლიმიტის დაწესება, გამოწერა / დანიშვნაზე პაციენტთა და ექიმთა კატეგორიების შეზღუდვა, ექიმთათვის დამატებითი ლიცენზიების მოთხოვნა, ოპიოიდების გაცემა პოლიციის შენობებიდან და რეცეპტის სპეციალური ფორმები თავისთავად განაპირობებს ადმინისტრაციული სახის ბარიერების წარმოქმნას. იგი აღნიშნავს, რომ კანონმდებლები ძირითადად უპირატესობას ანიჭებენ ოპიოიდების არამიზნობრივი გამოყენების და დივერსიის პრევენციულ ზომებს.

ვილლემ შოლტენი ასევე დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს ცოდნის ნაკლებობის ბარიერს და ფიქრობს, რომ უმეტესწილად სწორედ ცოდნის ნაკლებობა იწვევს არასწორი წარმოდგენებისა და ოპიოიდების მიმართ ნეგატიური განწყობა / დამოკიდებულების განვითარებას. ეს კი განაპირობებს ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების დანიშვნაზე უარის თქმას ან მათ დანიშვნას დაავადების მხოლოდ ტერმინალურ ფაზაში და არასაკმარისი „სუბანალგეზიური“ დოზებით. მისი თქმით, ოპიოიდური მედიკამენტების გვიანი დანიშვნის პრაქტიკა განაპირობებს პაციენტთა და მათი

ოჯახის წევრების ნეგატიურ ცრუ დამოკიდებულებას და მორფინის და სხვა ოპიოიდური მედიკამენტების ასოცირებას სიკვდილთან.

ეკონომიკურ მხარეს რაც შეეხება, ავტორი თვლის, რომ ამ შემთხვევაში ბარიერები სხვა მედიკამენტების ხელმისაწვდომობაზე არსებული ბარიერების მსგავსია. თუმცა ამავდროულად ვინაიდან ოპიოიდები წარმოადგენენ კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებებს, მათი შეძენა, შენახვა თუ დისტრიბუცია შეიძლება დაკავშირებული იყოს დამატებით ხარჯებთან, როგორიცაა სეიფების და დაცვის მოთხოვნა და ა.შ. (Willem Scholten 2013).

ქვემოთ მდებარე ტექსტში განხილული იქნება პირველი სამი ჯგუფის ბარიერები, რადგანაც მე-4 ჯგუფის ბარიერი - ეკონომიკურ მხარე არ წარმოადგენს ჩვენი კვლევის მიზანს, მითუმეტეს, რომ თვითონ მედიკამენტის ხარჯი მთლიანად იფარება სახელმწიფო პროგრამის მიერ, გარდა იმ ხარჯებისა რომლებიც ნახსენებია ზევით ჯანმოს ექსპერტის მიერ.

კანონმდებლობა და პოლიტიკა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ქვეყნების მხარდაჭერის მიზნით 2000 წელს შექმნა და გამოაქვეყნა პირველი დოკუმენტი „წონასწორობის მიღწევა ოპიოიდების კონტროლის ეროვნულ პოლიტიკაში: გზამკვლევი შეფასებისთვის“ (World Health Organization 2000). ჯანმოს მიხედვით ეს დოკუმენტი წარმოადგენს „ავტორიტეტულ გზამკვლევს პოლიტიკასა და კანონმდებლობის შესახებ“, რომელიც ფარავს ოპიოიდების, ხელმისაწვდომობის (ფიზიკურ, ლეგიტიმურ და ფინანსურ) საკითხებს. 2011 წელს ჯანმომ გამოსცა მეორე დოუმენტი „კონტროლირებად ნივთიერებებთან დაკავშირებული პოლიტიკის დაბალანსება“, რომელიც მოიცავს კონტროლს დაქვემდებარებულ მედიკამენტების საჭიროების საკითხს საერთაშორისო კონვენციების შესაბამისად. ყველა ქვეყანა ვალდებულია დაიცვას ბალანსი სამედიცინო მიზნებისათვის მედიკამენტების ხელმისაწვდომობისა და ამავე მედიკამენტების არამიზნობრივი გამოყენების შემთხვევაში, არასასურველი შედეგების პრევენციულ ზომებს შორის. ჯანმოს გზამკვლევები ეხმარება ქვეყნებს სწორედ ამ ორმაგი ვალდებულების შესრულებაში(WHO 2011).

პოლიტიკისა და საკანონმდებლო ბარიერების განხილვისას, ჯანმოს მედიკამენტების და კონტროლირებადი ნივთიერებების კონსულტანტი/ კონტროლირებადი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის ჯგუფის ყოფილი ლიდერი ვილლემ შოლტენი აღნიშნავს, რომ გარკვეულმა ქვეყნებმა გადააჭარბეს ერთიანი კონვენციის შეზღუდვის მოთხოვნებს და ეროვნულ დონეზე დანერგეს ზედმეტად მკაცრი მოთხოვნები (იხ. ცხრილიN4) (Willem Scholten 2013). ზედმეტად მკაცრი („ზემკაცრი“) რეგულაციები ჯანმოს 2011 წლის დოკუმენტში აღწერილია ისეთ რეგულაციებად, რომლებიც რეალურად ხელს არ უწყობს კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების დივერსიის პრევენციულ ზომებს და მხოლოდ ზღუდავს სამედიცინო მიზნებით ამ წამლების ხელმისაწვდომობას (WHO 2011).

რაც შეეხება თვით ლეგალური ბარიერების გავლენას ოპიოდური მედიკამენტების ხელმისაწვდომობაზე „ATOME” კვლევის დროს, რომელიც ჩატარდა აღმოსავლეთ და ცენტალური ევროპის 12 ქვეყანაში, საქართველოს მსგავსად, ბარიერები ძირითადად გამოვლინდა ოპიოიდის დანიშვნა/გამოწერის და გაცემის წესებთან მიმართებაში, რასაც ზოგ ქვეყნებში ასევე თან ახლდა სტიგმის შემცველი ენის გამოყენება და არასწორი განსაზღვრებების არსებობა კანონმდებლობაში (Vranken et al. 2014).

ტკივილის მართვის და პოლიტიკის ექსპერტები ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების ხელმისაწვდომობის პოლიტიკაში ასევე გამოყოფენ რეგულაციური ხასიათის ბარიერებს. მედიკამენტთა ფორმებისა და რეგულაციური სახის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის ბარიერების გამოსავლენად, ESMO მიერ შემუშავებულ ხელმისაწვდომობის ინდიკატორებზე დაყრდნობით, ევროპის სამედიცინო ონკოლოგთა საზოგადოებამ (ESMO) და პალიატიური მზრუნველობის ევროპულმა ასოციაციამ (EAPC) ევროპის 41 ქვეყანაში ჩაატარეს ფართომაშტაბიანი კვლევა (Cherny et al. 2010); ბარიერების გამოსავლენად იგივე ინდიკატორები გამოიყენეს ოპიოიდის პოლიტიკის გლობალური ინიციატივის პროექტის ფარგლებში (GOPI) ლათინური ამერიკის, აფრიკის, აზიის, ინდოეთის და შუა აღმოსავლეთის ქვეყნებში (Cleary, Powell, et al. 2013; Cleary, Radbruch, et al. 2013; Cleary, Simha, et al. 2013; Cleary, De Lima, et al. 2013; Cleary, Silbermann, et al. 2013). წამლის პოლიტიკის განმსაზღვრელი

ზემოთხსენებული ბარიერებისა და ხელმისაწვდომობის ინდიკატორების ჩამონათვალი სიის სახით მოცემულია ცხრილში N4.

ცხრილი N4 ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების ხელმისაწვდომობის რეგულაციური ხასიათიას ბარიერები / ინდიკატორები (მაჩვენებლები)

ჯანმო (Willem Scholten 2013)	PPSG (Maurer et al. 2013)	ESMO/ EAPC - GOPI
ოფიციალური მაქსიმალური დღიური დოზა ; ოფიციალური შეზღუდვა დროზე, რომლის განმავლობაშიც ოპიოიდები შეიძლება გამოიწეროს (ძალიან ხანმოკლე დროით) დანიშვნა/ გამოწერის შეზღუდვა გარკვეულ მდგომარეობებზე სამედიცინო სპეციალობების შეზღუდვა, ვისაც აქვს დანიშვნა გამოწერის უფლება ფარმაცევტებს და ექიმებს არ აქვთ უფლება გასცენ ოპიოიდები; სპეციალური რეცეპტის ფორმების ვალდებულება, ზოგჯერ ორი, სამი და ოთხი ასლების მოთხოვნა. ზოგჯერ რთულია რეცეპტების მოპოვება თანხის გადახდის შემთხვევაშიც . ოპიოიდური ანალგეზიური მედიკამენტების გაცემა ხდება პოლიციის შენობიდან.	წამლის მაქსიმალურ დოზირებაზე შეზღუდვის არსებობა; შეზღუდვა გამოსაწერი წამლის რაოდენობაზე რეცეპტების ვარგისიანობის ხანმოკლე დრო სპეციალობების შეზღუდვა, ვისაც აქვს დანიშვნა გამოწერის უფლება რეცეპტის ფორმების მოპოვებაზე ბარიერების არსებობა; შეუსაბამოდ მძიმე ჯარიმები მონაცემების არასწორ წარმოებაზე; შეზღუდვის არსებობა გამოწერის პრაქტიკაზე, რაც შეიძლება წინააღმდეგობაში მოდიოდეს სამედიცინო ჩვენებასთან, თუმცა შეიძლება იყოს ოფიციალურად დაშვებული. წამლის ხელმისაწვდომობის ეროვნული პოლიტიკის ნაკლებობა.	დოზირებაზე შეზღუდვის არსებობა; რეცეპტზე გამოსაწერი წამლის მარაგის შეზღუდვა; გადაუდებელ ვითარებაში ოპიოიდის დანიშვნა/ გამოწერის შესაძლებლობა; ნებართვის უფლება / პაციენტის რეგისტრაცია ოპიოიდის გამოწერისთვის, ექიმს სჭირდება სპეციალური ავტორიზაცია ოპიოიდის გამოსაწერად/ლიცენზია გამოწერის უფლების მოსაპოვებლად. შეზღუდვები - ოპიოიდების გაცემის უფლებაზე; ფარმაცევტის უფლებაზე შეასწოროს ტექნიკური შეცდომა მოთხოვნა სპეციალურ რეცეპტის ფორმებზე და ორმაგ რეცეპტებზე. რეგულაციებში ოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებებზე სტიგმის შემცველი ტერმინების გამოყენება ხელმისაწვდომი ფორმები.

როგორც მოსალოდნელი იყო ბარიერებისა და მათი ინდიკატორების უმრავლესობა მსგავსია სხვადასხვა ექსპერტთა მიერ მოწოდებული სამივე შეფასების ფარგლებში. თითქმის ყველა ზემოთ განხილული ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების ხელმისაწვდომობის რეგულატორული ბარიერი ინტეგრირებულია ESMO - ს ექსპერტების ჩერნი და სხვათა მიერ მოწოდებულ კლასიფიკაციაში, რომელიც ბარიერების გამოსავლენად, შემდგომში საფუძვლად დაედო პრაქტიკულად მსოფლიო მაშტაბით ჩატარებულ კვლევებს; შესაბამისად, იგივე ჩარჩო იქნება შემდგომში შედეგების ნაწილში გამოყენებული ეროვნული რეგულაციური ხასიათის პოლიტიკის შეფასებლად (Cherny, Catane, and Kosmidis 2006b).

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის და ტკივილის მართვის მდგომარეობა 2011 წელს აღწერილია პალიატიური მზრუნველობის ექსპერტ - კონსულტანტის თომას ლინჩის ანგარიშში „პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების განსაზღვრა საქართველოსთვის“ (Thomas James Lynch, 2011). მიუხედავად იმ პერიოდისთვის განხორციელებული ცვლილებებისა, ექსპერტი არ მიიჩნევს მათ საკმარისად; იგი თვლის რომ ოპიოიდების ხარჯვა და იმპორტი არაადეკვატურია და აღნიშნავს, რომ საჭიროა, მოხდეს ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერის და გაცემის წესების შესახებ რეგულაციებში არასაჭირო შეზღუდვების მოხსნა, ტერმინების დახვეწა და შესწორება და ექიმთა განათლების გაუჯობესება.

მკვლევარი ყურადღებას ამახვილებს იმ ფაქტზე, რომ მიუხედავად არსებული სახელმწიფო პროგრამისა „სპეციფიური მედიკამენტებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის“, რომელიც უსასყიდლოდ სრულად ფარავს მოსახლეობისთვის ოპიოიდების საჭიროებას და კანონმდებლობის ლიბერალიზაციის კუთხით გარკვეული წინგადადგმული ნაბიჯებისა, მაინც ვერ კმაყოფილდება ტკივილიგაყუჩების მოთხოვნა. მაგალითისთვის თომას ჯეიმს ლინჩს მოყავს ოპიოიდების გაცემა პოლიციის შენობებში არსებული აფთიაქებიდან კვირის განსაზღვრულ დღეებში (კერძოდ 2 დღე კვირაში); იგი ასევე პრობლემად ასახელებს ბიუროკრატიულ მომენტებს, კერძოდ ოპიოიდების გამოსაწერად სპეციალური რეცეპტის საჭიროებას და ოპიოიდების შენახვის უსაფრთხოების მოთხოვნებს. მკვლევარი აღნიშნავს, რომ ქვეყანაში არ მოიპოვება ჯანმოს ესენციური

მედიკამენტების ნუსხაში მოყვანილი ოპიოიდების ყველა საჭირო ფორმა თუ თვით ისეთი მედიკამენტი, როგორიცაა ჯანმოს ტკივილგაყუჩების სამსაფეხურიანი მოდელის მე-2 საფეხურის ძირითადი მედიკამენტი ზრდასრულებში - კოდეინი.

თომას ჯეიმს ლინჩი განსაკუთრებულ აქცენტს აკეთებს სამედიცინო პერსონალის ცოდნის ნაკლებობაზე ტკივილის მართვის კუთხით და მათ გადამეტებულ შიშზე სანქციების მიმართ. იგი ასევე ყურადღებას ამახვილებს საზოგადოების ნაკლებ ინფორმირებულობაზე ტკივილის გაყუჩების შესაძლებლობის თვალსაზრისით და არასწორ წარმოდგენებზე. იგი საუბრობს იმ სტიგმაზეც, რომელიც ოპიოიდების მოხმარებას სემედიცინო მიზნით უკავშირებს „უსათუო სიკვდილს“, წამალ - დამოკიდებულების განვითარების შიშს და ნარკომანიის პრობლემას.

იგი აღნიშვავს რომ საკანონმდებლო ცვლილებები, რომლებიც არეგულირებენ ოპიოიდების ლეგალურ ბრუნვას ან საკმარისად არ ინერგება პრაქტიკაში, ან მიუხედავად მათ შესახებ ინფორმაციის ფლობისა ექიმები, ვერ ახდენენ მათ განხორციელებას არასაკმარისი ცოდნის გამო, ხოლო ოპიოიდების დივერსიის შიშით თავს იკავებენ მათი დანიშვნისაგან.

საქართველოში ოპიოიდურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა ასევე წარმოდგენილია სანდრა რულოვსის სამაგისტრო ნაშრომში „ესენციურ მედიკამენტთა ხელმისაწვდომობა: პალიატიურ მზრუნველობაში ოპიოიდებით ტკივილის გაყუჩების მთავარი პრობლემური საკითხები საქართველოში“. კვლევა არის თვისობრივი და საკვლევ პირთა ერთობლიობას წარმოადგენს ფოკუს ჯგუფი. კვლევაში საუბარია ფოკუს ჯგუფში გამოვლენილ ისეთ ბარიერებზე, როგორიცაა მკაცრი და არაგამჭვირვალე შინაარსის კანონმდებლობა, ცოდნის ნაკლებობა, არასწორი წარმოდგენები და შიში დამოკიდებულების შესახებ. გარდა ამისა ავტორი ხაზს უსვამს სახელმწიფოს მხრიდან მხარდაჭერის ნაკლებობას და ფარმაცევტული ლობირების საკითხს (Sandra Roelofs,“Availability and accessibility of an essential medicine: Key issues around opioids pain relief for palliative care in Georgia”, 2016).

პალიატიური მზრუნველობის და ტკივილის მართვის სფეროს განვითარება და მასთან დაკავშირებული პრობლემები ასევე ასახულია ჩვენს პუბლიკაციებში (Pati Dzotsenidze et al. 2017; Kiknadze and Dzotsenidze 2018).

განათლება და განწყობა/ დამოკიდებულება

მსოფლიო მაშტაბით ლიტერატურის მიმოხილვისას ექიმების ცოდნის ნაკლებობას და შესაბამისად ოპიოიდების მიმართ მათი და პაციენტების არასწორ წარმოდგენებს კრიტიკული ადგილი უკავიათ ოპიოიდების ხელმისაწვდომობასა და ტკივილის მართვაში. როგორც სქემაშია (ცხრილი N4) განხილული ცოდნის ნაკლებობა წარმოადგენს ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორს; ვილლემ შოლტენის მოსაზრებით ეს შეიძლება განპირობებული იყოს ოპიოიდური მედიკამენტებისადმი არსებული პოლიტიკით და ამ პოლიტიკის შესაბამისი გავლენით განათლების სფეროზე, კერძოდ თუ რამდენი დრო ეთმობა პალიატიურ მედიცინას და ტკივილის მართვას დიპლომამდელ, დიპლომისშემდგომ თუ პროფესიული გავითარების პროგრამებში (Silbermann et al. 2015)(Allen et al. 2013) (Breivik et al. 2006a) (Vranken et al. 2016) (Brennan, Carr, and Cousins 2007a)(Jacobsen et al. 2009) (Cherny, Catane, & Kosmidis, 2006b; Larue, Colleau, Fontaine, & Brasseur, 1995; LeBaron, Beck, Maurer, Black, & Palat, 2014; Scholten, 2013; Susan Shott, 1998; 2016; Zhang et al., 2015) არსებული პოლიტიკა და ტკივილის მართვის საკითხის ნაკლებ პრიორიტეტულობა ჯანდაცვის სისტემაში ხშირად განაპირობებს ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერის მარეგულირებელი წესების და არსებული კლინიკური გაიდლაინების არცოდნას (Wolfert et al. 2010). ცოდნის ნაკლებობა თავისთავად განაპირობებს არასწორ წარმოდგენას და ცრუ რწმენებს ექიმებში და ასევე შიშს, რომ მათი მეშვეობით პაციენტები შეიძლება გახდნენ ოპიოიდურ მედიკამენტზე დამოკიდებული და/ან მოახდინონ ამ მედიკამენტების არამიზნობრივი გამოყენება (Upshur, Luckmann, and Savageau 2006). ცოდნის ნაკლებობის გამო ექიმებს ასევე ხშირად ერევათ განვითარების ძირეულად განსხვავებული მექანიზმის მქონე ისეთი მოვლენები როგორიცაა „ფიზიკური დამოკიდებულება“, „ტოლერანტობა“ და „დამოკიდებულების სინდრომი“ და მათ აღიქვამენ როგორც ერთიან მოვლენად და ხშირად სვამენ არასწორად დამოკიდებულების დიაგნოზს, ხოლო იმის შიშით, რომ ოპიოიდების დანიშვნის გამო შეიძლება მათი სამედიცინო საქმიანობა იყოს გამოძიებული, თავს არიდებენ ოპიოიდების დანიშვნას ან არაადეკვატურად მკურნალობენ ტკივილს (Wolfert et al. 2010). მიუხედავად იმისა რომ სისტემურმა ძიებამ ვერ გამოავლინა სარწმუნო ფაქტები,

რომ ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები იწვევენ მათზე დამოკიდებულების განვითარებას (Minozzi, Amato, and Davoli 2013), ეს საკითხი მაინც აქტუალურ პრობლემად რჩება მთელ მსოფლიოში, თუმცა ვარირებს ქვეყნების სოციალურ-ეკონომიკური, პოლიტიკური და კულტურული მახასიათებლების მიხედვით(*Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes : Indispensable, Adequately Available and Not Unduly Restricted* 2016).

2009–2012 წლებში პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული ასოციაციის, ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტის, ასევე ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრის მიერ, ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმებისთვის, განხორციელებული საგანმანათლებლო ტრეინინგების დროს „ქრონიკული ტკივილის მართვაში“, არაერთხელ გამოვლინდა ექიმების მიერ ტკივილის შეფასებისა და მართვის სამედიცინო ასპექტების, ახალი რეგულაციებისა და ბრძანებების არცოდნა თუ მათი უგულველყოფა. ადვოკატირების მიზნით ჩატარდა ორი აღწერითი ხასიათის კვლევა (2009 წლის შედეგები არ არის გამოქვეყნებული; 2010 წლის კვლევის შედეგები კი იბეჭდება სამეცნიერო - პრაქტიკულ ჟურნალში „კლინიკური ონკოლოგია“). ორივე კვლევაში გამოიკვეთა ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერაზე პასუხისმგებელ ექიმთა განათლების ნაკლებობა ოპიოიდების დანიშვნა გამოწერასთან, მათ დოზირებასთან, მართვასთან და ფარმაკოლოგიურ მოქმედებასთან მიმართებაში. განათლების ნაკლებობა თავისთავად განაპირობებს კვლევაში გამოვლენილ ცრურწმენას, რომ ტკივილის მართვის მიზნით დანიშნული ოპიოიდური მედიკამენტები იწვევენ დამოკიდებულების განვითარებას; ამ ექიმებმა მასიურად არ იციან თუ რას წარმოადგენს დამოკიდებულება და მისი შეფასების კრიტერიუმები. თუმცა აქამდე არ შესრულებულა კვლევა, რომელიც დაფარავდა ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის პრობლემას სხვადასხვა ჭრილით და შედეგების სარწმუნოებას განსაზღვრავდა სტატისტიკურ მეთოდებზე დაყრდნობით.

ექიმთა არასწორი დამოკიდებულება და ცრუ წარმოდგენები შესაბამისად აისახება პაციენტთა (ოჯახის წევრთა) განწყობა/ წარმოდგენებზე (Breivik et al., 2009; Susan Shott, 1998) (Brennan et al., 2007a) (Kimberly L Pargeon and Hailey 1999) ექიმთა მიერ არასწორად

მართული ტკივილი - არაადეკვატური დოზებით და ისიც სიცოცხლის დასასრულს, განამტკიცებს პაციენტთა (ოჯახის წევრთა) განწყობასა და ცრურწმენას ტკივილის ოპიოიდური მედიკამენტებით მკურნალობასთან დაკავშირებით (Willem Scholten 2013).

III.კვლევის მეთოდოლოგია

ვინაიდან კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ტკივილის ეფექტური მართვის ხელისშემშლელი ბარიერების გამოვლენა და მათი გავლენის შესწავლა, განპირობებული კანონმდებლობით, ექიმების ცოდნის დონით, მათი და საზოგადოების განწყობით და ამ ფაქტორების ურთიერთქმედებით გამოწვეული შედეგებით, ამიტომ კვლევის მეთოდოლოგია მოიცავდა 1.არსებული კანონმდებლობის შეფასებას, 2. პაციენტთა გამოკითხვას და 3. ექიმთა გამოკითხვასა და გამოკითხვების შედეგების ანალიზს.

1. **ეროვნული პოლიტიკის/კანონმდებლობის ანალიზი**

მეთოდოლოგია

შეფასებისთვის გამოყენებული ჩარჩოები

ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების ხელმისაწვდომობის მიმართ საქართველოში არსებული პოლიტიკის დასახასიათებლად, საკანონმდებლო და რეგულაციური ხასიათის ბარიერების იდენტიფიცირებისათვის, ასევე ერთიანი კონვენციისა და ბალანსის პრინციპის დაცვის ამსახველი და მხარდამჭერი პოლიტიკური ენის შესაფასებლად გამოვიყენეთ სამი ჩარჩო, რომლებიც შეირჩა მკვლევართა ექსპერტიზის საფუძველზე და ამ ჩარჩოების ვალიდურობის გათვალისწინებით.

1. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დოკუმენტის კონტროლირებად წამლებზე ხელმისაწვდომობის 2011 წლის პროგრამა - „კონტროლირებად ნივთიერებებთან დაკავშირებული პოლიტიკის დაბალანსება“(2011 წ) გამოვიყენეთ როგორც შეფასების პირველი ჩარჩო (World Health Organization, 2011) . ჯანმოს ამ დოკუმენტში ნათქვამია, რომ „ყველა ქვეყანას აქვს ვალდებულება უზრუნველყოს ამ მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა სამედიცინო გამოყენებისათვის და ამავდროულად მოახდინოს

მათი ბოროტად გამოყენების პრევენცია, არასასურველი შედეგებით“. ჯანმოს შესაბამისი გზამკვლევი ეხმარება ქვეყნებს 1961 წლის ერთიანი კონვენციის ორმაგი ვალდებულების მიღწევაში. ჯანმოს კონტროლირებადი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის შესახებ სახელმძღვანელო პრინციპებიდან შეფასებისას ძირითადი აქცენტი გაკეთდა 21-დან პირველ 10 გაიდლაინზე, რომელიც ფარავს ოპიოიდების შესახებ კანონმდებლობის და პოლიტიკის საკითხებს, თუმცა ძალიან მოკლედ განვიხილეთ დანარჩენი საკითხებიც.

2. მეორე ჩარჩოდ გამოვიყენეთ ვისკონსინის უნივერსიტეტის, კარბონის კიბოს ცენტრის ტკივილის პოლიტიკის კვლევის ჯგუფის (Pain & Policy Studies Group) მიერ შემუშავებული კრიტერიუმები (PPSG 2013). ეს ჯგუფი წარმოადგენს ჯანმოს საპარტნიორო კოლაბორაციულ ცენტრს ტკივილის პოლიტიკის საკითხებში. მე-2 ჩარჩო აფასებს რამდენად პასუხობს და ეფუძნება ტკივილის მართვის ხელმისაწვდომობის პოლიტიკა 1961 წლის ერთიანი კონვენციის ან ამ კონვენციაში მოცემული „ ბალანსის ცენტრალურ პრინციპის“ მოთხოვნებს. კრიტერიუმები იყოფა ორ კატეგორიად:

1. დადებითი - "შეიცავენ დებულებებს, რომლებმაც შეიძლება ხელი შეუწყონ ტკივილის მართვას" - A და B სექცია;

2. უარყოფითი - „შეიცავენ დებულებებს, რომლებმაც შეიძლება ხელი შეუშალონ ტკივილის მართვას" - C სექცია.

3. მესამე ჩარჩოდ შეირჩა ევროპის სამედიცინო ონკოლოგთა საზოგაგადოების (ESMO) კლასიფიკაცია, რომელიც ახდენს ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის (availability/ accessibility) ბარიერების იდენტიფიცირებას (Cherny et al, 2006). ამ ჩარჩოს მიერ მოწოდებული ინდიკატორები ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის შესაფასებლად, მისი ვალიდურობის გათვალისწინებით, გამოიყენეს პრაქტიკულად მთელი მსოფლიოს მასშტაბით ჩატარებული კვლევებისას (იხ ინფორმაცია ლიტერატურის მიმოხილვის სექციაში).

ხელმისაწვდომობის პირველი ფორმა - „availability“ განიდაზღვრა, როგორც ამა თუ იმ საკითხის კანონმდებლობით დაშვებულობა. ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის ამ ფორმას განეკუთვნება წამლის ტიპების/ფორმების არსებობა ქვეყანაში, მათი

დოზირების და მკურნალობის ხანგრძლივობის საკითხებზე შეზღუდვის არსებობა. მეორე ტიპის ოპიოიდის ხელმისაწვდომობის ბარიერი - „accessibility“ - წარმოადგენს კანონით დაშვებული ნორმების და ქვეყანაში არსებული მედიკამენტების შემთხვევაში, ამ მედიკამენტების ხელმისაწვდომობაზე ხელის შემშლელი სხვა ფაქტორების არსებობას (Cherny, Catane, and Kosmidis 2006a). ანუ "ოპიოიდების ხელმისაწვდომობაზე იმ ბარიერების აღწერა, რომლებიც ხელს უშლის" კანონიერად ხელმისაწვდომი მედიკამენტების მოპოვებას "(Cherny, Catane, and Kosmidis 2006a).

ოპიოიდების ეროვნული პოლიტიკის შეფასებისას განხორციელდა N5 ცხრილში მოცემული დოკუმენტების განხილვა.

ცხრილი N5 ოპიოიდების ეროვნული პოლიტიკის შეფასებისას გამოყენებული დოკუმენტები

დოკუმენტის ტიპი და სახელი	დოკუმენტის/ ცვლილების მიღების თარიღი	პასუხისმგებელი ორგანო
კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;2002	აპრილი, 2007	საქართველოს პარლამენტი
კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ; 2000	აპრილი, 2007	საქართველოს პარლამენტი
კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ; 2005	აპრილი, 2007	საქართველოს პარლამენტი
კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების,ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“.(კონსოლიდირებული 2012)	აპრილი, 2007 ივლისი, 2012	საქართველოს პარლამენტი
ბრძანება N32/ო-102, 2000 „ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტინგენტის საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის და გამოყენების დროებითი წესის დამტკიცების შესახებ“	25.08.2008 (N 199/n - 883) 28.01.2010 (N18/n - N 96)	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და შინაგან საქმეთა სამინისტრო

ბრძანება N465/ო, 1999 "სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების, ამ ნივთიერებათა წამლის ფორმების, მათი შემცველი კომბინირებული პრეპარატების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დამტკიცების, მათი დანიშვნისა და გამოწერის დროებითი წესების შესახებ"	28.01.2010 (№17/n)	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
ბრძანება N 157/ნ, 2008 „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე"	26.02.2010 (N 55/n)	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
სახელმწიფო პროგრამა "პალიატიური მზრუნველობა ინკურაბელურ პაციენტებში"	15.02. 2011 (N77) 31.10. 2013(N279)	საქართველოს მთავრობა

2. პაციენტთა და ექიმთა გამოკითხვა

კვლევითი პროექტის ბიოეთიკური შეფასება

კვლევის პროექტმა კვლევის აქტიური ფაზის დაწყებამდე გაიარა ბიოეთიკური შეფასება თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიოსამედიცინო კვლევის ეთიკის კომიტეტის მიერ, მიიღო დადებითი შეფასება და დამტკიცდა ცვლილებების გარეშე (N59/5 სხდომის ოქმი 17 ოქტომბერი, 2016 წელი) (დანართი N2)

მეთოდოლოგია

კვლევის დიზაინი - რაოდენობრივი, აღწერითი ხასიათის (ობსერვაციული), ჯვარედინა - სექციური კვლევა; კვლევისათვის შეირჩა 2 სამიზნე ჯგუფი, კერძოდ ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმები, რომლებიც უფლებამოსილნი არიან ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერაზე და პალიატიური მზრუნველობის ბენეფიციარი პაციენტები, რომლებსაც გამოკითხვის პერიოდისათვის ქონდათ ტკივილი ან მათი

ტკივილი იმ მომენტისათვის უკვე მართული იყო (პალიატიური მზრუნველობის დაწესებულებაში) .

ექიმების საკვლევ ჯგუფში მოხდა ცოდნისა და განწყობა/ დამოკიდებულების, ხოლო პაციენტებში ტკივილის მართვის ხარისხის ადეკვატურობისა (ექიმების ცოდნის ირიბი მაჩვენებელი) და ოპიოიდებით მკურნალობისადმი მათი განწყობა/ დამოკიდებულების ბარიერების შესწავლა.

მონაცემთა შეგროვება

კვლევაში მონაწილეობა ნებაყოფილობითი იყო ორივე ჯგუფისთვის და გამოკითხვა მოხდა მთლიანად კითხვარების საშუალებით (დანართი N3 და დანართი N3ბ). ორივე კითხვარი იყო სტრუქტურირებული და შედგებოდა დახურული ტიპის შეკითხვებით.

ორივე კითხვარის შემუშავება განხორციელდა ვისკონსინის უნივერსიტეტის, ჯანმოს საპარტნიორო ცენტრის, ტკივილის & პოლიტიკის შემსწავლელი ჯგუფის ექსპერტების, აარონ გილსონისა და მართა მაურერის, დახმარებით და კონსულტირებით. კითხვარების ბოლო ვერსიის საკონტროლო უკუთარგმანი ინგლისურად განხორციელდა თარჯიმანის დიპლომის მქონე ექიმის, მარიამ ველიჯანაშვილის მიერ.

პაციენტებისთვის განკუთვნილი კითხვები შეიძლება დაჯგუფდეს სამ კატეგორიად:

ა. ტკივილის გავლენა პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე ტკივილგაყუჩებამდე და ტკივილის მართვის დაწყების შემდეგ.

ბ. პაციენტების გამოცდილება ტკივილის მართვასთან მიმართებაში, კერძოდ თუ ვის მიერ, როდის და რა სახის მკურნალობა იყო დაწყებული; თუ მოხდა მათთვის ინფორმაციის მიწოდება; რამდენად ეფექტური იყო ესა თუ ის მკურნალობა და რა სახის ბარიერებს წააწყდნენ ტკივილის მართვის ამა თუ იმ ეტაპზე.

გ. პაციენტების/ მათი ოჯახის წევრების განყწობა/ დამოკიდებულება ოპიოიდებით მკურნალობასთან დაკავშირებით.

ექიმებისათვის განკუთვნილი კითხვები დაჯგუფდა სამ კატეგორიად:

ა. ტკივილის შეფასების, მორფინის (საქართველოში არსებული ოპიოიდი ქრონიკული ტკივილის მართვაში) ფარმაკოლოგიური თვისებების, მისი დანიშვნისა და გამოწერის თავისებურებების ცოდნა.

ბ. ოპიოიდების დანიშვნა / გამოწერასთან დაკავშირებული ადმინისტრაციული საკითხების და მათი მარეგულირებელ ნორმატიულ დოკუმენტების ცოდნა.

გ. ექიმების განწყობა / ცნობიერება ოპიოიდებით ტკივილის მართვასთან მიმართებაში.

მონაცემთა ანალიზი

განხორციელდა კითხვარის შედეგების მონაცემების აღწერა და კვლევის ჰიპოთეზის შემოწმება. აღწერითი ანალიზის დროს მოხდა ცვლადების ერთგანზომილებიანი „უნივარიაციული“ განაწილების შესწავლა, ხოლო სხვადასხვა ფაქტორებს შორის ასოციაციური კავშირების დასადგენად შესრულდა ორგანზომილებიანი „ბივარიაციული“ ანალიზი ანალიტიკური სტატისტიკური მეთოდებით (SPSS სისტემის მეშვეობით).

ცვლადების ტიპი: გამოვიყენეთ კატეგორიული ტიპის ცვლადები - ნომინალური (სახელდებითი), რიგითი და დიხოტომური ცვლადები და შესაბამისი სკალები გასაზომად. ანალიზის პროცესში გარკვეული რიგითი ცვლადები გარდავქმენით დიხოტომურ ცვლადებად.

სტატისტიკური ანალიზი

მიზნად დავსახეთ აღწერითი (დისკრიპციული) სტატისტიკა 95% სარწმუნოების ინტერვალით (CI) . პირსონის x^2 ტესტი გამოვიყენეთ კატეგორიულ ცვლადებს შორის კავშირის დასადგენად; საჭიროების შემთხვევაში კი ჩანაცვლდა ფიშერის ზუსტი ტესტით. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანად განისაზღვრა ის შედეგები, სადაც სარწმუნოების დონე $P < 0.05$ -ზე. სტატისტიური ანალიზი განხორციელდა SPSS - სისტემის (version 20. Armonk, NY: IBM Corp.) მეშვეობით.

შერჩევა - კვლევის სტრუქტურა და ამოცანები არ მოითხოვს საკონტროლო ჯგუფის არსებობას; მაქსიმალური ინფორმაციის მოძიების მიზნით, საკვლევი ჯგუფები შეირჩა მიზან მიმართულად.

შერჩევის ჩარჩო, კვლევაში ჩართვის და გამორიცხვის კრიტერიუმები - პაციენტები

პაციენტების ჩართვა მოხდა უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის (ჰოსპისი) დეპარტამენტში და საქართველოს საპატრაირქოს თერაპიული კლინიკის პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებაში მკურნალობაზე მყოფი პაციენტებიდან ნებაყოფლობითი პრინციპის საფუძველზე. ასევე რამოდენიმე

პაციენტის ჩართვა მოხდა ბათუმში არსებული პალიატიური მზრუნველობის სერვისს დაქვემდებარებული პაციენტებიდან.

შერჩევის ჩარჩოდ - გამოვიყენეთ არაალბათური შერჩევის - თანმიმდევრული (მიმდევრობითი) ერთობლიობის შერჩევის მეთოდი, რომელიც წარმოადგენს საუკეთესო მეთოდს არაალბათური შერჩევიდან. ამ მეთოდის დროს ხდება გარკვეული დროის შუალედში ყველა პაციენტის ჩართვა, ვინც აკმაყოფილებს კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებს; შესაბამისად, 1 წლის მანძილზე (დეკემბერი, 2016 - დეკემბერი 2017), მოხდა ყველა იმ პაციენტის ჩართვა, რომელებიც აკმაყოფილებდნენ კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებს და რომლებმაც თანხმობა (თანხმობის ფორმის საფუძველზე) განაცხადეს კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე.

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები: კონტაქტში მყოფი პაციენტები რომელსაც ქონდათ ტკივილი ან გამოკითხვის ეტაპზე ეს ტკივილი იყო მართული.

კვლევიდან გამორიცხვის კრიტერიუმი: პაციენტები, რომელთაც არ ქონიათ ტკივილი ან ამა თუ იმ მიზეზის გამო არ შეეძლოთ კომუნიკაცია.

შერჩევის ჩარჩო, კვლევაში ჩართვის და გამორიცხვის კრიტერიუმები - ექიმები:

კვლევაში მონაწილე ექიმების ჩართვა მოხდა ონკოპრევენციის ცენტრის ფართომაშტაბიანი პროექტის - ონკოლოგიის კურსი პირველადი ჯანდაცვის სფეროს ექიმებისათვის - ფარგლებში, რომელიც 2016 წელს (აპრილი - ნოემბერი) ჩატარდა საქართველოს სამ რეგიონში და თბილისში. ამ მეთოდით რესპოდენტთა შერჩევა განაპირობა იმ გარემოებამ, რომ სამიზნე ჯგუფის უმრავლესობა საქართველოში არ გამოიყენებს ელექტრონულ ფოსტას, რამაც თავიდანვე გამორიცხა ელ-ფოსტით კითხვარის დაგზავნის და შევსების შესაძლებლობა; საქართველოში ასევე აღარ მუშაობს ჩვეულებრივი ფოსტის პრინციპი; ხოლო ინდივიდუალურ ვიზიტებს ექიმებთან კითხვარის შესავსებად შეიძლება გავლენა მოეხდინა მათ პასუხებზე, მიუხედავად კონფიდენციალობისა, ანონიმურობა ამ შემთხვევაში ვერ იქნებოდა ბოლომდე დაცული, რაც ისევ და ისევ საკითხის სენსიტიურობის გამო აისახებოდა მათ პასუხებში ან მზაობაში შეევსოთ კითხვარი.

ამიტომ, შერჩევის ჩარჩოდ ავირჩიეთ არაალბათური თეორიული, მიზანმიმართული მეთოდი, ვინაიდან გამოსაკითხი ერთობლიობის წევრები სპეციალურ კატეგორიას

მიეკუთვნებიან (პასუხისმგებელნი ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერაზე), ხოლო თვით ეს მეთოდი მოვლენების ახსნასა და სიღრმისეულ ანალიზზეა ორიენტირებული.

მართალია გენერალური ერთობლიობიდან (ჯანდაცის პირველადი რგოლის ოჯახის ექიმები) შერჩევითი ერთობლიობის ამ გზით გამოვლენა ვერ მოგვცემს კვლევის შედეგების განზოგადების საშუალებას, თუმცა ზემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორებისა და იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოში დღეს მოქმედ ექიმთა უმრავლესობას პრაქტიკულად მიღებული აქვთ მსგავსი სამედიცინო განათლება (უმეტესწილად ერთსა და იმავე უმაღლეს სამედიცინო დაწესებულებაში) და მთელი ქვეყნის მასშტაბით (ოკუპირებული ტერიტორიების გარდა) მოქმედებს ერთი და იგივე კანონმდებლობა, კვლევა მოგვცემს საშუალებას გამოვკვეთოთ საქართველოში არსებული ძირითადი ტენდენციები კვლევაში დასმულ საკითხებთან დაკავშირებით.

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები: ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმები, რომლებიც უფლებამოსილნი არიან ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერაზე (ოჯახის ექიმი/სოფლის ექიმი, ზოგადი პრაქტიკის ექიმი).

კვლევიდან გამორიცხვის კრიტერიუმი: ჯანდაცვის პირველადი რგოლის (ვიწრო სპეციალიზაციის) ექიმები, რომლებიც არ არიან უფლებამოსილნი ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერაზე.

შერჩევის ზომა

საკვლევ პირთა საერთო რაოდენობა - ექიმები:

რესპოდენტთა რაოდენობის განსაზვრა დაეყრდნო 2014 წლის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ოფიციალურ მონაცემებს (NCDC 2014), რომლის მიხედვითაც თუ ავიღებთ ავთვისებიანი სიმსივნის IV სტადიით დაავადებული პაციენტების რაოდენობას (23385 პაციენტის 28%), მივიღებთ რომ 5238 პაციენტი (IV სტადიის მქონე 6548 პაციენტის- 80%) საჭიროებს ოპიოიდით მკურნალობას. ჯანმოს და INCB ის მიერ გამოყენებულ და რეკომენდირებულ მეთოდებზე დაყრდნობით, საქართველოში ინტენსიური ტკივილის გაყუჩებისათვის საჭირო ოპიოიდების წლიური რაოდენობა მხოლოდ ონკოლოგიური პაციენტებისათვის 2014 წელს საშუალოდ შეადგენდა 32 კგ მორფინს (“Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control -

S19246en.Pdf," n.d.). ამავე წელს მოხმარებული ოპიოიდის რაოდენობა 8 კგ-მდე იყო და შესაბამისად შეადგენდა მხოლოდ ონკოლოგიური პაციენტებისათვის დადგენილი საჭიროების ¼ - ს. ამ მონაცემებზე დაყრდნობით ვივარაუდეთ, რომ აღნიშნული პროცენტი (25%) ასახავს ქრონიკულ ძლიერი ტკივილის მართვაზე პასუხისმგებელი მცოდნე ექიმების რაოდენობას ანუ ექიმთა დაახლოებით 25 % ფლობს საჭირო ცოდნას აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით. ხოლო თუ ამ რაოდენობას დავუმატებთ იმ უკურნებელი არაონკოლოგიური პაციენტების მხოლოდ 1%-ს (Almakadma and Simpson 2013) (Breivik et al. 2006b), რომელებიც საჭიროებენ ძლიერ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს (Cherny et al. 2010) , მაშინ გამოვა რომ ექიმთა მაქსიმუმ 23% ფლობს მეტნაკლებად ცოდნას ოპიოიდური მედიკამენტებით ტკივილის მართვის საკითხთან მიმართებაში.

შესაბამისად საბაზისო დონის ინდიკატორად განისაზღვრა 0.23, 95% სარწმუნოების ინტერვალით (გაზომვის სარწმუნოების დონე 1.96) და ცდომილების სასურველი ზღვარით - 0.05; ანუ შედეგი P < / = 0.05 ან 5% განისაზღვრა ძლიერ მტკიცებულებად. შესაბამის მონაცემებზე დაყრდნობით საბოლოო შერჩევის ზომად განისაზღვრა გამოკითხვაში არანაკლებ 273 ექიმის მონაწილეობა.

გამოკითხვა

გამოკითხვა მოხდა მთლიანად კითხვარების საშუალებით და ორივე ჯგუფისთვის იყო სრულიად ანონიმური, სახელისა და გვარის მითითების გარეშე; ხოლო კითხვარის დახურული ფორმატი გამორიცხავდა მისი შემავსებელი პირის იდენტიფიკაციის შესაძლებლობას. ორივე კითხვარის თავფურცელზე განთავსებული იყო ტექსტი, სადაც მითითებული იყო, რომ კითხვარის შევსება და კვლევაში მონაწილეობა ანონიმურია.

პაციენტები: პაციენტთან / მზრუნველ პირთან მოხდა წინასწარი გასაუბრება. მათ გადაეცათ ინფორმირებული თანხმობის ფორმა, რომელიც ასევე მოიცავდა საინფორმაციო ფურცელს (კვლევის ინსტრუმენტი დანართი N3ა). კითხვარის შევსების სპეციფიკასთან დაკავშირებით პაციენტებს ჩაუტარდათ ინსტრუქტაჟი. კითხვარის თავფურცელზე ასევე დართული იყო ინფორმაცია კითხვარის შევსების ნებაყოფლობით ხასიათზე და სხვა დეტალებზე (იხ.კვლევის ინსტრუმენტი დანართი N3).

ექიმები: კითხვარი დაურიგდა ონკოლოგიის კურსზე დამსწრე ყველა ექიმს (ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმებს); მათ მიერ მოხდა „თვითადმინისტრირებული ანკეტირება“. კითხვარის შევსების წინ ექიმებს ინსტრუქტაჟი ჩაუტარა ონკოლოგიაში დაგეგმილი კურსის კოორდინატორმა, პალიატიური მზრუნველობის ექპსერტმა და ამავე სადოქტორო თემის სამეცნიერო თანახელმძღვანელმა იოსებ აბესაძემ. კითხვარის თავფურცელზე ასევე დართული იყო ინფორმაცია კითხვარის შევსების ნებაყოფილობით ხასიათზე (იხ.კვლევის ინსტრუმენტი, დანართი N3ბ).

IV. კვლევის შეფეგები / ანალიზი

1. პოლიტიკის/კანონმდებლობის ანალიზი

საქართველოში ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებისადმი არსებული პოლიტიკის ანალიზი

შედეგები:

ოპიოიდური მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის ინდიკატორების მიხედვით არსებული პოლიტიკის შეფასება

ჩარჩო 1: ჯანმოს გაიდლაინები (World Health Organization, 2011)

ცხრილი N6 წარმოადგენს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სახელმძღვანელო პრინციპების გამოყენებას ქვეყანაში არსებული სახელმწიფო პოლიტიკის და კანონმდებლობის შესაფასებლად.

ცხრილი 6. ჯანმოს სახელმძღვანელო პრინციპები (N1 - 10). ნარკოტიკების კანონმდებლობა და პოლიტიკა

ჯანმოს გაიდლაინები (1-10)	პასუხი /კომენტარი
N1. არსებობს თუ არა კანონმდებლობაში ან ეროვნული პოლიტიკის ამსახველ დოკუმენტებში დებულება , რომ კონტროლირებადი მედიკამენტები აბსოლუტურად აუცილებელია სამედიცინო და სამეცნიერო/ფარმაცევტული მიზნებისთვის.	არ არსებობს

N2 არსებობს თუ არა დებულება კანონმდებლობაში, რომელიც აწესებს მთავრობის ვალდებულებას, რომ შექმნას ადეკვატური პირობები, რომ უზრუნველყოს: - კონტროლირებადი წამლების სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის გამოყენება და მათ შორის ტკივილისა და ტანჯვის შესამცირებლად?	დიახ, საქართველოს კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“, თავი 8, მუხლი 4)
N3. არის თუ არა დაარსებული მთავრობის მიერ ეროვნული ორგანო იმ ვალდებულების შესასრულებლად, რომ უზრუნველყოფილ იქნეს კონტროლირებადი მედიკამენტების ადეკვატური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის?	დიახ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულების – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო, ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის სამსახური
N4. არსებობს თუ არა რაიმე მექანიზმი (მაგალითად, რეგულარული შეკრებები) სამთავრობო სააგენტოებს შორის, რომელიც კოორდინაციას უწევს წამლების კონტროლის პოლიტიკას და ათანხმებს მას ქვე-პოლიტიკის მიმართულებებთან? მოიცავს თუ არა ამ მექანიზმის ვალდებულება: - კონტროლირებადი მედიკამენტების უზრუნველყოფისა და ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობას სამედიცინო მიზნებისათვის?	არსებობს, მაგრამ ამ მექანიზმის ვალდებულება არ მოიცავს ტკივილის მართვის მიზნით კონტროლირებადი მედიკამენტების უზრუნველყოფისა და ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობას.
N5 არსებობს თუ არა მთავრობასა და ჯანდაცვის მუშაკებს შორის თანამშრომლობის მექანიზმი კონტროლირებადი წამლების უზრუნველყოფისა და ხელმისაწვდომობის მისაღწევად სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის, მათ შორის ტკივილის შესამცირებლად, ოპიოიდური დამოკიდებულების სამკურნალოდ და სხვა სამედიცინო სნეულებებისათვის, აგრეთვე ბოროტად გამოყენების, დამოკიდებულებისა და არამიზნობრივი გამოყენების პრევენციისათვის?	არ არსებობს თანამშრომლობის მექანიზმი ტკივილის მართვის მიზნით კონტროლირებადი მედიკამენტების უზრუნველყოფისა და ხელმისაწვდომობის ხელშესაწყობად; თუმცა პრევენციის მიზნით არსებობს მთელი რიგი შეტყობინების ფორმები (ბრძანება N140/ნ და N465/ნ)
N6 შექმნა თუ არა მთავრობამ ადეკვატური პირობები მთავრობის ოფიციალური პირებისა და სხვათა სწავლებისათვის, რომელთა სამუშაო მოითხოვს პრობლემების ცოდნას, მათ შორის კავშირს ჯანდაცვის პოლიტიკასთან და კონტროლირებადი მედიკამენტებით	არ შეუქმნია ტკივილის მართვის მიზნით

ლეგიტიმურ მკურნალობას ?	
N7 არსებობს თუ არა მედიკამენტების ეროვნული პოლიტიკის დამტკიცებული გეგმა, რომელიც მოიცავს კონტროლირებადი წამლების უზრუნველყოფასა და ხელმისაწვდომობას ყველა შესაბამისი სამედიცინო და სამეცნიერო გამოყენებისათვის?	არა; 2011- 2015 წლების პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამა იყო მიღებული და დამტკიცებული; თუმცა არ მოხდა მისი სრულყოფილი განხორციელება, და საერთოდ არ შეეხო ოპიოიდებს.
მოიცავს თუ არა აუცილებელი მედიკამენტების ჩამონათვალს, რომელიც შედგენილია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის აუცილებელი მედიკამენტების სტანდარტული სიისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ბავშვებისათვის განკუთვნილი აუცილებელი მედიკამენტების სტანდარტული სიის მიხედვით?	არა, ბოლო ვარიანტი აუცილებელ მედიკამენტთა ნუსხის განახლებულია 2007 წელს. მასში შედის მხოლოდ საინექციო მორფინი. არ შეიცავს მორფინის ტაბლეტირებულ თუ სუსპენზიის ფორმას და კოდეინს
- ითვალისწინებს თუ არა, მედიკამენტების ეროვნული პოლიტიკის გეგმა (ან მთავრობის რომელიმე სხვა გეგმა) იმ პოლიტიკას, რომელიც ხელს ხელს უწყობს კონტროლირებადი მედიკამენტების რაციონალურ გამოყენებას მოსახლეობის მიერ, მათ შორის პაციენტებისა და მათი ოჯახების ინფორმირებულობას ტკივილისა და დამოკიდებულების მკურნალობის შესახებ?	არ ითვალისწინებს არ არსებობს ტკივილის მართვასთან მიმართებით
- ითვალისწინებს თუ არა მედიკამენტების ეროვნული პოლიტიკა სათანადო მედიკამენტების უზრუნველყოფას სამედიცინო შესაბამის დონეებზე, მათ შორის ძლიერი ოპიოიდური ანალგეტიკების უზრუნველყოფას ყველა დონეზე და რეცეპტის გამოწერის უფლებამოსილების მინიჭებას ყველა შესაბამისი სამედიცინო სპეციალობების პერსონალისათვის?	მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამა ფარავს ოპიოიდების საჭიროებას დაავადების ტერმინალურ ფაზაში მყოფი უკურნებელი პაციენტებისათის; დანარჩენს როგორც ასეთი არ ითვალისწინებს
არსებობს თუ არა კიბოს კონტროლის კომპლექსური ეროვნული, დამტკიცებული გეგმა, რომელიც მოიცავს ძლიერი ოპიოიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობას და მათ უზრუნველყოფას საშუალო და ძლიერი ტკივილის მკურნალობისათვის და აგრეთვე ისეთი სერვისებისათვის, როგორიცაა ჰოსპისი და პალიატიური მომსახურება, სადაც პაციენტებს შეუძლიათ ჩაიტარონ ასეთი მკურნალობა?	არა, არსებობს ასე ხაზგასმით არსებული ჩანაწერი პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტს აქვს მხოლოდ საინექციო ფორმები

N8 შემოწმებულია თუ არა, რომ მედიკამენტების ეროვნული პოლიტიკის გეგმა და ინდივიდუალურ დაავადებებზე ორიენტირებული ეროვნული გეგმები: ხელს უწყობს თანაბარ უზრუნველყოფას და ხელმისაწვდომობას და და არ უშვებს დისკრიმინაციას, ან იმას, რომ შემთხვევით აღმოჩნდეს დისკრიმინაციის გამომწვევი..	დიახ; თუმცა ტკივილის მართვისასა ოპიოიდების გამოყენების თვალსაზრისით არსებობს „დისკრიმინაცია“ დაავადების სტადიურობის მიხედვით .. დაავადების ტერმინალურ სტადიაში
N9 - ჩაატარა თუ არა, მთავრობამ ეროვნული კანონმდებლობის, დაბალი საფეხურის კანონმდებლობისა და ოფიციალური პოლიტიკის გადასინჯვა, იმის დასადგენად, ხომ არ არის ეს კანონები უფრო მკაცრი, ვიდრე ამას მოითხოვს ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კონვენციები? - თუ გამოვლინდა ისეთი დებულებები, რომლებიც არ არის აუცილებელი და მიზანშეწონილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და კეთილდღეობისათვის და არ თამაშობს არავითარ როლს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გაუმჯობესებაში, ამოიღეს თუ არა ასეთი დებულებები ან თუ შეიცვალა ისინი ალტერნატიული გზებით იმავე დონის პრევენციის უზრუნველსაყოფად,რაციონალური სამედიცინო გამოყენებისათვის ბარიერის შექმნის გარეშე? დ) კერძოდ, მიუთითეთ, თუ კანონმდებლობა ან პოლიტიკა შეიცავს შემდეგ დებულებებს, რომლებიც უფრო მკაცრია, ვიდრე ამას მოითხოვს ნარკოტიკების კონტროლის კონვენციები და რომლებიც აბრკოლებს წამლების გამოწერას, გაცემას და განაწილებას რაციონალური სამედიცინო გამოყენებისათვის: - არის თუ არა დროის მონაკვეთი, რომლისთვისაც კონტროლირებადი წამლები შეიძლება გამოიწეროს, უფრო შეზღუდული, ვიდრე ეს განსაზღვრულია სხვა მედიკამენტებისათვის? - არის თუ არა კონტროლირებადი მედიკამენტების რეცეპტის მოქმედების ვადა უფრო შეზღუდული, ვიდრე სხვა მედიკამენტების რეცეპტები? - აქვს თუ არა ექიმ პრაქტიკოსს ნებართვა, რომ განსაზღვროს სათანადო ფარმაკოლოგიური მკურნალობა (წამლის შერჩევა, რეცეპტურა, დოზები და ხანგრძლივობა) ინდივიდუალური პაციენტის	არა გამოვლენილია სხვათა მიერ, თუმცა მთავრობებისთვის ამის შესახებ ინფორმაცია მიწოდებულია, მაგრამ არის, არ გაუქმდა დიახ, უფრო მკაცრია დიახ, მხოლოდ 7 დღის მარაგი დიახ, რეცეპტი ვარგისია 5 დღე არა, მხოლოდ სიცოცხლის დასასრულს შეუძლია დანიშნოს, არჩევანი მხოლოდ მორფინი

საჭიროებასა და სწორ სამეცნიერო სამედიცინო პრაქტიკაზე დაყრდნობით?	დიახ
- შეზღუდულია თუ არა ძლიერი ოპიოიდების გამოყენება საშუალო და ძლიერი ტკივილის დროს, მხოლოდ ერთი ან რამდენიმე სპეციფიკური დაავადებით (მაგალითად, კიბოთი გამოწვეული ტკივილი), მაშინ როდესაც სხვა მიზეზებით გამოწვეული საშუალო ან ძლიერი ტკივილი რჩება მკურნალობის გარეშე?	შესაძლებელია მხოლოდ უკურნებელი პაციენტებისათვის სიცოცხლის დასასრულს თუმცა ესეთ შემთხვევაშიც ძირითადად ინიშნება ონკოლოგიური პაციენტებისთვის,
- არის თუ არა საჭირო ნებართვა პაციენტისათვის, რომ მან მიიღოს კონტროლირებადი მედიკამენტი?	დიახ, კომისიის ნებართვა, ან ავტორიზებული დარგის სპეციალისტის დასკვნა
- შეიძლება თუ არა კონტროლირებადი მედიკამენტების რეცეპტის გამოწერა რეცეპტის გამოსაწერად განკუთვნილ ჩვეულებრივ რეცეპტზე მხოლოდ ერთ ეგზემპლარად?	არ შეიძლება, საჭიროებს სპეციალურ რეცეპტის ფორმას N1, რომელიც არ არის ყველა ექიმისთვის ხელმისაწვდომი
- ნებადართულნი არიან თუ არა ჯანდაცვის მუშაკები, რომელთაც აქვთ რეცეპტის გამოწერის ზოგადი უფლებამოსილება, რომ თავიანთი პროფესიული მოვალეობების განხორციელებისას გამოწერონ კონტროლირებადი მედიკამენტები დამატებითი ლიცენზიის გარეშე?	არა, ისევ მოქმედებს კომისია; მხოლოდ პოლიკლინიკის ექიმს აქვს უფლება გასცეს ყველა სხვა ექიმი უნდა ავიდეს აღრიცხვაზე ნარკოტიკების კონტროლის ინსპექციაში
- ნებადართულნი არიან თუ არა ფარმაცევტები, რომელთაც აქვთ წამლის გაცემის ზოგადი უფლება, რომ თავიანთი პროფესიული მოვალეობების შესრულების დროს გასცენ კონტროლირებადი მედიკამენტები დამატებითი ლიცენზიის გარეშე?	არა, აქვთ უფლება ოპიოიდებს გასცემენ მხოლოდ ავტორიზებული აფთიაქის ფარმაცევტები
N10 - არის თუ არა ისეთი ტერმინოლოგია კანონმდებლობაში, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს კონტროლირებადი მედიკამენტების სამედიცინო გამოყენების აღრევა ნივთიერების არამიზნობრივ გამოყენებასთან	შეიცვალა 2012 წელს, თუმცა არ მოხდა ტერმინთა ბოლომდე შესწორება
- დეფინიცია „დამოკიდებულება“ მოითხოვს თუ არა ძლიერი ნარკოტიკის მიღების ძლიერი სურვილის არსებობას ან დაუძლეველ ანუ კომპულსიურ შეგრძნებას და არის თუ არა ცხადი ამ დეფინიციიდან, რომ მხოლოდ ტოლერანტობის შემთხვევა ან მოხსნის	დიახ, 2012 წელს მოხდა ახალი განსაზღვრების დამატება, თუმცა ეს განსაზღვრება შეეხო ფსიქოტროპულ ნივთირებაზე დამოკიდებულებას (და არ

სიმპტომები არ იძლევა ამ დიაგნოზის დასმის საფუძველს? შეიცავს თუ არა კანონმდებლობა კონტროლირებადი წამლებისათვის სტიგმატიზაციის გამომწვევ ტერმინებს, როგორიცაა იურიდიული ტერმინების „ნარკოტიკული წამლები“ (“narcotic drugs”) და „ფსიქოტროპული წამლების“ გამოყენება მედიკამენტებისათვის, გარდა მათი იურიდიული მნიშვნელობისა, რაც დაკავშირებულია ნარკოტიკების საერთაშორისო კონვენციებთან?	მოხდა შესაბამისი დეფინიციის განსაზღვრა “ნარკოტიკებზე“) სიტყვა „სომატონარკომანი“ ამოიღეს კანონში არსებული განსაზღვრებიდან; თუმცა მთელი კანონმდებლობა დღემდე გამოიყენებს სტიგმის შემცველ იურიდიულ ტერმინს „ნარკოტიკულ საშუალებებს“.

ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის განმსაზღვრელი პოლიტიკის და კანონმდებლობის შეფასებისას 10 პუნქტიდან 6 (N1,4,5,6,8,9 იხილეთ ცხრილი) ერთმნიშვნელოვნად უარყოფით გავლენას ახდენს ტკივილის მართვის მიზნით მათ ხელმისაწვდომობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ პოლიტიკის და კანონმდებლობის ანალიზისას გამოვლინდა გარკვეული პოზიტიური ჩანართები, მათი უმრავლესობა, თვით პოზიტიური ჩანართების სახით კვლავაც საჭიროებს შემდგომ ცვლილებებს და დახვეწას ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლების ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად.

პოზიტიური ჩანართები:

გზამკვლევების N7 და N10 შესახებ ინფორმაცია მოწოდებულია ცხრილში N6

N2 გზამკვლევი, 2007 წელს კანონში ჩაიწერა რომ სახელმწოფო ვალდებულია უზრუნველყოს ქვეყანა საჭირო რაოდენობით და ფორმებით საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად; ეს ვალდებულება მხოლოდ ნაწილობრივ ხორციელდება. დღემდე პრობლემურია ტაბლეტირებული ფორმების შესყიდვა თუ დისტრიბუცია ქვეყნის მაშტაბით. საქართველოში არ არსებობს ჯანმოს სამოდელო სიის მიხედვით ისეთი ესენციური მედიკამენტები როგორიცაა მორფინის სუსპენზია პედიატრიული პოპულაციისთვის და კოდეინი, საშუალო ინტენსივობის ტკივილის სამკურნალო საშუალება.

გზამკვლევი N3, ეროვნულ ორგანოს იმ ვალდებულების შესასრულებლად, რომ უზრუნველყოფილ იქნეს კონტროლირებადი მედიკამენტების ადეკვატური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის - საქართველოში წარმოადგენს ჯანდაცვის სამინისტროს საქვეუწყებო დაწესებულება, სამედიცინო

საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო, ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის სამსახური, თუმცაიგი ძირითადად ასრულებს გამტარის როლს, ინფორმაციის შეგროვებით და მათი INCB -თვის მიწოდებით და ნაკლებად აქცევს ყურადღებას თუ რამდენად ხელმისაწვდომია ეს საშუალებები შემდგომ პაციენტებისთვის.

რაც შეეხება ჯანმოს გზამკვლევის დანარჩენ პუნქტებს:

ჯანდაცვის მუშაკები (გზამკვლევი 11-14) მოიცავს ექიმთა განათლების ტრენინგების და გამოწერის პრაქტიკის საკითხებს, ტკივილის მართვის ჯანმოს რეკომენდაციების დანერგვის ჩათვლით - ოთხივე გაიდლაინზე პასუხი არის უარყოფითი, გარდა მცირეოდენი ნაწილობრივად პოზიტიური ჩანართებისა მე-13 და მე-14 გაიდლაინში.

ცხრილი N7 ჯანმოს გზამკვლევი (11-14) ჯანდაცვის მუშაკები

ჯანმოს გაიდლაინი 11 -14	პასუხი / კომენტარი
11. აქვთ თუ არა ჯანდაცვის მუშაკებს იმისი შიში, რომ მათ მიერ ნარკოტიკების კონტროლის წესებში დაშვებულ პატარა ან შემთხვევით შეცდომას შეიძლება მოჰყვეს სასამართლო დევნა ან არაპროპორციული სასჯელი?	დიახ
12აქვთ თუ არა უფლება ფარმაცევტებს, რომ გაასწორონ რეცეპტში დაშვებული ტექნიკური შეცდომა და გასცენ კონტროლირებადი მედიკამენტების მცირე რაოდენობა გადაუდებელი შემთხვევების დროს?	შეცდომის გასწორების უფლება აქვთ, გადაუდებელ შემთხვევებში გაცემის არა.
13. არსებობს თუ არა მთავრობის პოლიტიკა, რომელიც მოითხოვს რომ სამედიცინო, ფარმაცევტულ და საექთნო სასწავლებლებში ისწავლებოდეს კონტროლირებადი წამლების სამედიცინო გამოყენება, მათ შორის ოპიოიდური ანალგეტიკების გამოყენება	არა
ბ) ხორციელდება თუ არა ქვეყანაში, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მკურნალობის შესაბამისი მითითებები, ან სხვა საერთაშორისო ან ეროვნული ფაქტებზე დაფუძნებული მითითებები სხვადასხვა დაავადებებისა და დარღვევებისათვის, რომლებიც საჭიროებს კონტროლირებადი	გაიდლაინი არსებობს, თუმცა ძირითადად არ გამოიყენება

მედიკამენტებით მკურნალობას, მათ შორის: - ტკივილის კონტროლისათვის?	
14. თუ ქვეყანა კონტროლირებადი მედიკამენტების გაუმჯობესებულ უზრუნველყოფასა და ხელმისაწვდომობაზე გადასვლის პროცესშია, არსებობს თუ არა სასწავლო კურსები ქვეყნის მასშტაბით, ექიმებისათვის, ფარმაცევტებისა და ექთნებისათვის, სადაც შეასწავლიან ასეთი მედიკამენტების რაციონალურ გამოყენებას?	არ არსებობს ცალკე ოპიოიდებით ტკივილის მართვის კურსები, არამედ არსებობს პოსტდიპლომური განათლება პალიატიურ მედიცინაში.

საჭიროების გამოთვლა , სტატისტიკა, ინფორმაციის მიწოდების სისტემა (გზამკვლევი 15- 17) - პასუხები ამ პუნქტებზე არის დადებითი, თუმცა ქვეყანაში ავადობაზე და სიკვდილიანობაზე სტატისტიკური მონაცემების არსებობის მიუხედავად ოპიოიდების იმპორტი და საჭიროების გამოთვლა ეყრდნობა არა „პოპულაციაზე დაფუძნებულ“ მეთოდს, არამედ ჩვეულებრივ წინა წლის ხარჯვის მონაცემებს და არსებულ მარაგს (ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის სააგენტო). თუმცა ამ შემთხვევაშიც გამოთვლილი კვოტა აღემატება ოპიოიდების იმპორტსა და ხარჯვას საქართველოში.

შესყიდვა (გზამკვლევი 18-20) - სახელმწიფოში გამართულად მუშაობს საინექციო მორფინის შესყიდვისა და იმპორტის სისტემა; რაც შეეხება ორალური ფორმების შესყიდვას - მცირე ოდენობის და მოგების თვალსაზრისით არაპრიორიტეტულობის გამო დღემდე პრობლემურ საკითხად რჩება ტაბლეტირებული მორფინის დროული შესყიდვა და იმპორტი. გარდა ამისა ტაბლეტირებული ფორმები არ არის ხელმისაწვდომი ქვეყნის მაშტაბითაც. ასევე ქვეყნის მაშტაბით არ არის საკმარისი აფთიაქები (ვინაიდან გაცემა ხდება პოლიციის შენობებიდან), რომლებიც გაცემენ ოპიოიდებს. სახელმწიფო ფარავს მედიკამენტის და მისი დისტრიბუციის ხარჯს უკურნებელი პაციენტებისათვის. ამ გაიდლაინებში განხილული პრობლემური საკითხები ასევე გაშლილია სხვა სამუშაო ჩარჩოს ფარგლებშიც.

ჩარჩო N2: ტკივილის&პოლიტიკის კვლევის ჯგუფი (PPSG 2013) – **A,B,C** ინდიკატორები:

A - ერთიანი კონვენციის ამსახველი კრიტერიუმები

ნარკოტიკულ საშუალებებზე ერთიან კონვენციასთან ეროვნული კანონმდებლობის ჰარმონიზაციის მიზნით, (რომ დაცული იყოს ბალანსი სამედიცინო მოხმარების თვალსაზრისით) ექსპერტების მიერ მოწოდებულია ოთხი კრიტერიუმი (The University of Wisconsin Pain & 2009):

A.1 ეროვნული კანონმდებლობა აღიარებს და მიზნად ისახავდეს ნარკოტიკულ საშუალებებზე კონვენციების განხორციელებას;

A.2 შექმნილია კონვენციების შესრულებაზე პასუხისმგებელი ადმინისტრაციული ორგანო

A.3 ადეკვატური მომარაგება – ეროვნული კანონმდებლობა აღიარებს სახელმწიფო ვალდებულებად, რომ უზრუნველყოფილი იქნეს სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის ნარკოტიკული საშუალებებით ადეკვატური მომარაგება

A.4 ეროვნული კანონმდებლობა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჩათვლით, აღიარებს, რომ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების (ნარკოტიკების) გამოყენება კვლავ რჩება აუცილებელი ტკივილისა და ტანჯვის შემსუბუქების შეუცვლელ საშუალებად.

A კატეგორიისთვის, რომელიც უკავშირდება ერთიანი კონვენციის რეკომენდაციებს, A - მხოლოდ ერთი კრიტერიუმი - A3 აღმოჩნდა დამაკმაყოფილებელი. PPSG -მ ერთიან კონვენციასთან მიმართებაში 15 ქვეყნის წამლის ეროვნული პოლიტიკის შეფასებისას (Husain, Brown, and Maurer 2014, 108–16) გამოავლინა , რომ საქართველოში ოთხი კრიტერიუმიდან, რომელიც ასახავს წამლის ჩაუნაცვლებადობას/ აუცილებლობას (A4), საკმარისი მარაგის შექმნას (A3), სპეციალურ ადმინისტრირებას (A2) და მიზანს რომ დანერგონ ერთიანი კონვენცია (A1) - განსაზღვრული ოთხი კრიტერიუმიდან დამაკმაყოფილებელი აღმოჩნდა მხოლოდ ერთი კრიტერიუმი (A3), რომელიც მიუთითებს, რომ საქართველოს ეროვნული კანონმდებლობა აღიარებს მთავრობის პასუხისმგებლობას, რომ უზრუნველყოს ოპიოიდური (ნარკოტიკული) საშუალებების სათანადო ხელმისაწვდომობა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისთვის (30).

B კატეგორიის, ბალანსის პრინციპთან დაკავშირებული რვა კრიტერიუმიდან, რომლებიც ასახავს კანონმდებლობაში ოპიოიდების ხელმისაწვდომობაზე პოზიტიური ჩანართების არსებობას, დამაკმაყოფილებელი აღმოჩნდა მხოლოდ ოთხი კრიტერიუმი

ცხრილი 8). თუმცა ამ ოთხიდან, პირველი ორი მათგანი, ტკივილის გაყუჩების უფლება და ტკივილის მართვის აღიარება, როგორც ჯანდაცვის პრაქტიკის შემადგენელი ნაწილი, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად განიხილება როგორც პალიატიური მზრუნველობის ნაწილი და კანონმდებლობის შესაბამის ნაწილში არ არსებობს სპეციფიური დამოუკიდებელი ჩანართი უშუალოდ ტკივილის შესახებ (იხ. ცხრილი 4). B.3 კრიტერიუმის შემთხვევაში ამბულატორიული პაციენტებისთვის არსებული მოცემულობა ჭეშმარიტია მხოლოდ ოჯახის ექიმებისათვის, ვინაიდან მხოლოდ მათ აქვთ შესაბამისი უფლებამოსილება.

ცხრილი N8: ბალანსის ცენტრალურ პრინციპთან დაკავშირებული PPSG პოზიტიური კრიტერიუმები - დადებითი დებულებები

B.1	პაციენტის უფლებას წარმოადგენს ტკივილის მართვა (გაყუჩება)	დიახ, მაგრამ მხოლოდ როგორც პალიატიური მზრუნველობის შემადგენელი ნაწილი
B.2	ტკივილის მართვა აღიარებულია ჯანდაცვის პრაქტიკის ძირითად ნაწილად.	დიახ, მაგრამ მხოლოდ როგორც პალიატიური მზრუნველობის შემადგენელი ნაწილი
B.3	ოპიოიდების სამედიცინო მიზნით გამოყენება განიხილება როგორც პროფესიული პრაქტიკის კანონიერი ნაწილი	დიახ, ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში, მხოლოდ ოჯახის ექიმებისთვის
B.4	ტკივილის მართვა წახალისებულია / მხარდაჭერილია	არა
B.5	პრაქტიკოსთა წუხილი სანქციებთან დაკავშირებით განიხილება / გათვალისწინებულია	არა
B.6	გამოწერის ლეგიტიმურობა არ შემოიფარგლება მხოლოდ გამოწერილი მედიკამენტის ოდენობით	არა
B.7	ფიზიკური დამოკიდებულება ან ანალგეზიური ტოლერანტობა არ არის გაიგივებული „წამალდამოკიდებულებასთან“	დიახ (2012 წელს შეიცვალა, იხ. ცხრილი 6)
B.8	სხვა დებულებები / ჩანართები რომლებიც შეიძლება ხელს უწყობდეს ტკივილის მართვას	არა

ბოლოს, C კატეგორიიდან, ბალანსის პრინციპის დაცვასთან დაკავშირებული კრიტერიუმებდან, რომლებიც ასახავს კანონმდებლობაში ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის შესახებ უარყოფითი დებულებების არსებობას, გამოვლინდა, რომ

შვიდი კრიტერიუმიდან ექვსი შეიძლება პოტენციურად ხელს უშლიდეს უსაფრთხო და ეფექტურ ტკივილის მართვას (ცხრილი 5). დეტალები განხილულია შესავლის ნაწილის არსებული სიტუაციის შესახებ თავში.

ცხრილი N9: ბალანსის ცენტრალურ პრინციპთან დაკავშირებული ნეგატიური კრიტერიუმები - უარყოფითი დებულებები

C.1	ოპიოიდები განიხილება როგორც მკურნალობის უკანასკნელი საშუალება	დიახ
C.2	ფიზიკური დამოკიდებულება ან ანალგეზიური ტოლერანტობა გაიგივებულია „ დამოკიდებულების სინდრომთან“ („წამალდამოკიდებულებასთან“)	არა, იხ ცხრილი 6
C.3	შეზღუდვები რომლებიც შეიძლება უარყოფით გავლენას ახდენდეს სამედიცინო ჩვენებაზე/ გადაწვეტილების მიღებაზე	დიახ
C.4	რეცეპტის მოქმედების ვადა შეზღუდულია	დიახ
C.5	ექიმებმა უნდა შეასრულონ გაუმართლებელად ზედმეტი გამოწერის მოთხოვნები	დიახ
C.6	ბუნდოვანი და გაურკვეველი მოთხოვნები	დიახ
C.7	სხვა დებულებები / ჩანართები რომლებიც შეიძლება ხელს უშლიდეს ტკივილის მართვას	დიახ

ჩარჩო N3: ESMO

ESMO - ს (Cherny et al., 2006) მიერ განსაზღვრული ყველა პოტენციური რეგულაციური ხასიათის ბარიერი, გარდა დოზირების ლიმიტისა და რომლებიც ასევე ეხმიანება მე-2 ჩარჩოს C.3-7 კრიტერიუმებს, წარმოდგენილია საქართველოს კანონმდებლობასა და წამლის პოლიტიკაში და მოიცავს: ერთი რეცეპტის საფუძველზე გასაცემი ოპიოიდებით მკურნალობაზე ხანგრძლივობის შეზღუდვას; მკურნალობის ადგილის შეზღუდვას; ოპიოიდური ანალგეზიური მედიკამენტების გასაცემად სპეციალურ ნებართვას, რეცეპტის ფორმის ხელმისაწვდომობას; პაციენტის ავადობის მდგომარეობაზე სპეციალური მოთხოვნები; ოპიოიდების გაცემასთან დაკავშირებული ბარიერები და აფთიაქების წინააღმდეგობა ოპიოიდების გაცემასთან დაკავშირებით (ცხრილი 10 (availability) და ცხრილი 11 (accessibility)).

ცხრილი N10 ESMO - ოპიოიდურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის ბარიერები

შეზღუდვები მედიკამენტების ფორმებზე	ამბულატორიული პაციენტებისთვის ხელმიუწვდომელია ჯანმოს ტკივილგაყუჩების სამსაფეხურიანი მოდელის მეორე საფეხურის ოპიოიდები, როგორიცაა კოდეინი . მესამე საფეხურის მედიკამენტებიდან ხელმისაწვდომია მხოლოდ მორფინი (საინექციო და ტაბლეტირებული) არ არის პედიატრიული პაციენტებისათვის სუსპენზიის ფორმულა.
დოზირების ლიმიტი	არ არსებობს ოფიციალური დოზირების ლიმიტი ანუ დადგენილი მაქსიმალური დოზა; თუმცა ექიმმა უნდა მიუთითოს დღიური დოზა რეცეპტში.
ერთ რეცეპტზე გამოწერილი ოპიოიდებით მკურნალობის ხანგრძლივობის შეზღუდვა	ერთ რეცეპტზე შეიძლება გამოწერილი იქმნას მაქსიმუმ 7 დღის მარაგი
მკურნალობის ადგილის შეზღუდვა	ოპიოიდები შეიძლება დანიშნულ იქნეს როგორც სტაციონალურ ისე ამბულატორიულ დაწესებულებაში. ტაბლეტირებული ფორმები ხელმისაწვდომია მხოლოდ ამბულატორიული პაციენტებისთვის. ამბულატორიული პაციენტებისთვის გამოწერის უფლება აქვთ მხოლოდ ჯანდაცვის პირველადი რგოლის დაწესებულებებს, რომლებიც პაციენტს ემსახურება საცხოვრებელი მისამართის მიხედვით. რეგულაცია მოითხოვს დადასტურებულ დიაგნოზს - დაავადების ტერმინალურ ფაზას, სოფლებში და რეგიონებში ხშირად რთულია დიაგნოსტირება, შესაბამისად პაციენტები რჩებიან ტკივილგამაყუჩებლების გარეშე.

ცხრილი N11 ESMO ოპიოიდურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის ბარიერები

გამოწერასთან დაკავშირებული ბარიერები - ავტორიზაცია	მხოლოდ პოლიკლინიკის ტიპის ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს (ოჯახის ექიმი (სოფლის ექიმი) აქვთ უფლება რომ გამოწერონ რეცეპტი ამბულატორიული პაციენტებისთვის. სხვა ყველამ უნდა გაიაროს ავტორიზაცია ნარკოტიკების კონტროლის ინსპექციაში.
გამოწერასთან დაკავშირებული ბარიერები - სპეციალური ნებართვა	სპეციალური კომისია იღებს გადაწყვეტილებას ოპიოიდების დანიშვნასა თუ დოზის გაზრდაზე, რის საფუძველზეც ზოგადი პრაქტიკის ექიმი გასცემს რეცეპტს. შესაბამისი კომისია ძირითადად იკრიბება კვირაში 1 ან 2 ჯერ
გამოწერასთან დაკავშირებული ბარიერები - რეცეპტის ფორმის ხელმისაწვდომობა	მოთხოვნა - სპეციალური რეცეპტის ფორმა A. ყველა სხვა ექიმმა ვინც არ მუშაობს პოლიკლინიკის ტიპის დაწესებულებაში რეცეპტის მისაღებად უნდა გაიაროს ავტორიზაცია ნარკოტიკების კონტროლის ინსპექციაში.

გამოწერასთან დაკავშირებული ბარიერები - მოთხოვნა პაციენტების მიმართ	ოპიოიდების დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ უკურნებელი პაციენტებისათვის დაავადების ტერმინალურ სტადიაში. „სიცოცხლის დასასრულს“ , სიკვდილის წინა სტადიაში.
გაცემასთან დაკავშირებული ბარიერები - ავტორიზებული აფთიაქები	ოპიოიდების გაცემა ხდება სპეციალურად ავტორიზებული აფთიაქების მიერ, რომელთა ოპიოიდების გაცემის პუნქტი „აფთიაქი“ ლოკალიზებულია პოლიციის შენობაში. გაცემა ხდება სპეციალური რეცეპტის საფუძველზე პაციენტის საცხოვრებლის მიხედვით.
გაცემასთან დაკავშირებული ბარიერები - აფთიაქები წინააღმდენი არიან გაცენ ოპიოიდები	2010 -2012 წლებში იყო მცდელობა რომ ოპიოიდების გაცემა მომხდარიყო თვით აფთიაქის შენობებიდან; მაგრამ ვინაიდან არსებობს ზედმეტად რთული უსაფრთხოების მოთხოვნები და მონაცემთა წარმოების რთული სისტემა, ამიტომ აფთიაქის მფლობელები წინააღმდეგნი წავიდნენ.
გაცემასთან დაკავშირებული ბარიერები - ხარჯთან დაკავშირებული ფაქტორები	ვინაიდან ოპიოიდების ხარჯი იფარება სახელმწიფოს მხრიდან, აფთიაქებს არ აქვთ ფინანსური ინტერესი ოპიოიდების გაცემასთან დაკავშირებით, ხოლო დადგენილი უსაფრთხოების ზომები (ბრძანება N140/ნ) მოითხოვს სერიოზულ ფინანსურ ხარჯს

ჩარჩოების შეფასების საფუძველზე გამოვლინდა, რომ თითქმის ყველა შეზღუდვა ჩამოთვლილი ვილემ შოლტენის, ჯანმოს, PPSG, ESMO კლასიფიკაციით , ESMO / EAPC (პალიატიური მზრუნველობის ევროპული ასოციაცია) (Cherny et al. 2010) GOPI კვლევის მიხედვით (Cleary, Simha, et al. 2013; Cleary, Silbermann, et al. 2013) (Cleary, Radbruch, et al. 2013)(Cleary, Powell, et al. 2013; Cleary, De Lima, et al. 2013) გარდა დადგენილი მაქსიმალური დღიური დოზის, ტერმინოლოგიის და ზემოხსენებული მცირეოდენი პოზიტიური ჩანართებისა კანონებში, წარმოდგენილია საქართველოს კანონმდებლობაში.

საქართველოს პოლიტიკაში არსებული პოტენციური ბარიერების და მკაცრი ნორმატიული დოკუმენტების გარდა ასევე არსებობს ბევრი ურთიერთგამომრიცხავი დებულებები თვით რეგულაციებს შორის. ეს გაურკვევლობა კიდევ უფრო აძლიერებს ექიმების შიშს და პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების ადეკვატურად დანიშვნასა და გამოწერას, ტკივილის ხარისხიან და ეფექტურ მართვას.

დასკვნა:

საქართველოში ტკივილის გაყუჩების მიზნით ოპიოიდების გამოყენების მარეგულირებელი კანონმდებლობის და პოლიტიკის შესწავლამ გამოავლინა ისეთი ავტორიტეტების როგორიცაა ჯანმო, ESMO და PPSG მიერ აღიარებული თითქმის ყველა ბარიერი, ერთჯერადი დოზის ლიმიტირების გარდა. თუმცა არაოფიციალურად ხშირად ერთჯერადი ან სადღეღამისო მაქსიმალური დოზაც ლიმიტირებულია. არსებული ბარიერები მოიცავს ერთ რეცეპტით გასცემი ოპიოიდების თერაპიის ხანგრძლივობის შეზღუდვას; მკურნალობის ადგილის შეზღუდვას; ოპიოიდური ანალგეზიური მედიკამენტების გასაცემად სპეციალურ ნებართვას, რეცეპტის ფორმის ხელმისაწვდომობას; პაციენტის ავადობის მდგომარეობაზე სპეციალური მოთხოვნები; ოპიოიდების გაცემასთან დაკავშირებული ბარიერები და აფთიაქების წინააღმდეგობა ოპიოიდების გაცემასთან დაკავშირებით.

ერთიანი კონვენციის რეკომენდაციების დანერგვისათვის განსაზღვრული ოთხი კრიტერიუმიდან დამაკმაყოფილებელი აღმოჩნდა მხოლოდ ერთი კრიტერიუმი, რომელიც აღიარებს მთავრობის პასუხისმგებლობას, რომ უზრუნველყოს ოპიოიდური (ნარკოტიკული) საშუალებების სათანადო ხელმისაწვდომობა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისთვის, თუმცა პრქტიკაში ეს ერთიც კი არ ხორციელდება სრულყოფილად. ქვეყანაში არ არსებობს ჯანმოს ესენციურ მედიკამენტთა სიაში არსებული, ტკივილგაყუჩების მე-2 საფეხურის მედიკამენტი - კოდეინი; ამავე სიიდან არ არსებობს პედიატრიული პაციენტებისათვის აუცილებელი მორფინის სუსპენზიური ფორმა. დღემდე პრობლემას წარმოადგენს ორალური ფორმების შესყიდვა და შემდეგ მათი თანაბარი დისტრიბუცია ქვეყანაში.

დარღვეულია ერთიანი კონვენციის ბალანსის პრინციპი; პოლიტიკური ენა ხისტი, გაურკვეველი და ბუნდოვანი შინაარსისა. სახელმწიფოს მხრიდან არ არსებობს ტკივილის ადეკვატურად მართვის არანაირი მხარდამჭერი ქმედებები. ეროვნულ კანონმდებლობაში წარმოდგენილია პრაქტიკულად ყველა ნეგატიური კრიტერიუმი, რომელიც უარყოფითად აისახება ბალანსის პრიციპზე და მკვეთრად არის გადახრილი პრევეციული ზომების სასარგებლოდ. ჯანმოს მე-10 ინდიკატორი - „ფიზიკური დამოკიდებულება ან ანალგეზიური ტოლერანტობა არ არის გაიგივებული

„წამალდამოკიდებულებასთან“ - დიდი ძალისხმევის ფოზე შეიცვალა 2012 წელს, თუმცა, აუხსნელი მიზეზების გამო, მაშინაც უარი ითქვა დამოკიდებულების თანამედროვე განსაზღვრების ჩაწერაზე კანონმდებლობაში და ჩაიწერა მხოლოდ „ფსიქოაქტიურ ნივთირებებზე“ დამოკიდებულების განსაზღვრება. მედიცინის სფეროში დღემდე გამოიყენება სტიგმის შემცველი იურიდიული ტერმინი „ნარკოტიკები“ .

პოლიტიკური ნების არარსებობის გამო, ტკივილის მართვის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით 2007-2012 წლებში განხორციელებული ცვლილებები არ იყო სრულყოფილად დანერგილი, რამაც განაპირობა ურთიერწინააღმდეგობრივი შინაარსის, დუბლირებული ნორმების და კოლიზიებით სავსე კანონმდებლობის ჩამოყალიბება (სტატია „Identifying Barriers and Contradictions in Laws Affecting Pain Management in Georgia“ გადაცემულია დასაბეჭდად თსუ მედიცინის ფაკულტეტის ჟურნალში).

სახელმწიფოს აღებული აქვს ვალდებულება და შესაბამისად უნდა უზრუნველყოს კანონმდებლობის განახლება და დახვეწა, ისე რომ, შეწყდეს ადამიანების ტანჯვა და პაციენტებისათვის ხელმისაწვდომი გახადოს ტკივილის ადეკვატური მართვა.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია თავის დოკუმენტში „კონტროლირებად ნივთიერებებთან დაკავშირებული პოლიტიკის დაბალანსება“ - განიხილავს რა საერთაშორისო ვალდებულებებს, მთავრობებს უდგენს შემდეგ მოთხოვნებს (WHO 2011):

1. რადგანაც „კონტროლირებადი მედიკამენტების სამედიცინო მიზნებისათვის ხელმისაწვდომობის ვალდებულება იურიდიულ საფუძველს პოულობს ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კონვენციებში“, სადაც აღნიშნულია, რომ მათი „სამედიცინო გამოყენება კვლავ შეუცვლელია ტკივილისა და ტანჯვის შესამსუბუქებლად“, ამიტომ მთავრობებმა უნდა შეიქმნან ადეკვატური მარაგი „ნარკოტიკული პრეპარატების“ ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად. ვინაიდან „თითქმის ყველა ქვეყანა წარმოადგენს ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კონვენციების მონაწილე მხარეს“, ამიტომ ავალდებულებს მთავრობებს

„უზრუნველყონ კონტროლირებადი ნივთიერებების ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მიზნებისათვის“.

2. „ადამიანის უფლებების პრინციპები, რომლებიც მხარს უჭერს სამედიცინო მიზნებისათვის კონტროლირებადი მედიკამენტების ადეკვატურ გამოყენებას“, ასახულია ჯანმრთელობის საერთაშორისო უფლების გამომხატველ საერთაშორისო იურიდიულ დოკუმენტებში, რომელთა შორის ძირითად სამართლებრივ ინსტრუმენტს წარმოადგენს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუცია. ხოლო „ქვეყნების უმეტესობა წარმოადგენს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციის და/ან ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო შეთანხმების მონაწილე მხარეს“ და შესაბამისად უნდა უზრუნველყონ ამ შეთანხმებების საფუძველზე აღებული ვალდებულება.

2. **პაციენტები** - გამოკითხვის შედეგები/ანალიზი

ჰიპოთეზა: საქართველოში უკურნებელი პაციენტების ტკივილის ადეკვატური მართვისთვის საჭირო რაოდენობის ოპიოიდების ხარჯვის დაბალი მაჩვენებელი განპირობებულია ტკივილის მართვის დაგვიანებული და/ან არაადეკვატური მკურნალობით, რაც განსაზღვრავს ტკივილის მართვის არაადეკვატურ ხარისხს.

დაგვიანებული და არადეკვატური მკურნალობა შესაძლებელია განპირობებული იყოს როგორც ოპიოიდებთან დაკავშირებული სტიგმით სამედიცინო და ზოგადად საზოგადოებაში, ისე ექიმთა ცოდნის დეფიციტით და თავშეკავებით დანიშნონ და გამოწერონ ოპიოიდური საშუალებები, ასევე პაციენტებში (საზოგადოებაში) არსებული განწყობითა და ცრუ წარმოდგენებით ოპიოიდების სამედიცინო მოხმარებასთან დაკავშირებით.

მონაცემები შეგროვებულია უკურნებელ პაციენტთაგან, რომელთაც დაავადების პროგრესირების გამო დასჭირდათ პალიატიური მზრუნველობა და მოხვდნენ შესაბამის დაწესებულებაში. პალიატიური მზრუნველობის დაწესებულებაში მთავარი აქცენტი კეთდება სიმპტომთა მართვაზე და ტანჯვის შემსუბუქებაზე.

უნდა ითქვას, რომ ჩვენს მიერ შესწავლილი პაციენტების რაოდენობა საკმაოდ მცირეა, ისეთ პაციენტებთან შედარებით ვინც საჭიროებენ პალიატიურ / ჰოსპისურ

მზრუნველობას და ტკივილის გაყუჩებას, თუმცა ვერ მოხვდნენ შესაბამის დაწესებულებაში. უნდა ვივარაუდოთ, რომ ქვეყნის მაშტაბით სიტუაცია ბევრად უფრო მძიმეა, ვიდრე ამ კვლევის შედეგები.

შედეგები (**დანართიN4** - კვლევის შედეგების გრაფიკული გამოსახულებები გვ. 217-24) კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმების საფუძველზე სულ გამოვიკითხეთ 109 პაციენტი. საბოლოო ჯამში განხორციელდა 98 კითხვარის ანალიზი.

დემოგრაფიული მონაცემები

საცხოვრებელი ადგილი	
თბილისი	67% (62 / 93)
რეგიონული ცენტრი / სხვა ქალაქი	20% (19/93)
სოფელი	13% (12/93)
სქესი: n (%)	
მდედრობითი	32 (37.0%)
მამრობითი	54 (63.0%)
ასაკი(წლები); mean (SD); [min; max]	61 წელი, SD=12.4, max – 85; min 24;

საინტერესოა, რომ პაციენტთა გარკვეულმა ნაწილმა თავი აარიდა ისეთი დემოგრაფიული მონაცემების დაფიქსირებას, როგორიცაა სქესი, ასაკი და საცხოვრებელი ადგილი.

ტკივილი და მისი გავლენა პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე

მორფინის დანიშვნამდე პაციენტთა 94%-ს (73/78) აღენიშნებოდა ინტენსიური ტკივილი (საშუალო და ძლიერი), რომელიც საჭიროებს ოპიოიდებით მკურნალობას (WHO 1986; WHO 1996). მათგან 33%-ს აღენიშნებოდა საშუალო, ხოლო 61%-ს ძლიერი ინტენსივობის ტკივილი. ტკივილის გასაყუჩებლად, მორფინის დანიშვნამდე, უკურნებელ პაციენტთა 89% (84/94) რეგულარულად იღებდა ტკივილის გამაყუჩებელ სხვა, არაოპიოიდურ მედიკამენტებს. ჯვარედინა სექციური მეთოდით კროსტაბულაციის შედეგად გამოვლინდა, რომ პაციენტები, რომლებიც

რეგულარულად იღებდნენ არაოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს მათგან 95%-ს (70/74) მაინც აღენიშნებოდა საშუალო - ძლიერი ინტენსივობის ტკივილი: 34%-ს ქონდა საშუალო სიძლიერის (25/74), ხოლო 61% -ს ძლიერი ტკივილი (45/74).

უკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტთა გამოკითხვის თანახმად ტკივილი უარყოფით ზეგავლენას ახდენდა მათ ყოველდღიურ ცხოვრებაზე.

მორფინით ტკივილის მკურნალობის დაწყებამდე, მიუხედავად ტკივილის ინტენსივობისა, პაციენტთა 97%-მა (94/97) აღნიშნა რომ, ტკივილმა შეზღუდა ისინი ეკეთებინათ ყოველდღიური საქმეები/აქტივობები, რომელსაც თავისუფლად ასრულებდნენ ტკივილის დაწყებამდე; მათგან:

- 75% - ში (73/97) ხშირად /ყოველთვის შეზღუდა;
- 22 % (21/97) იშვიათად /ზოგჯერ.

ტკივილის ხანგრძლივობა და მკურნალობის დაწყების პერიოდი

უკურნებელ პაციენტებს მორფინის დანიშვნამდე ინტენსიური ტკივილი აწუხებდათ სხვადასხვა ხანგრძლივობით:

- პაციენტთა 23%-ს (21/92) 1 თვეზე ნაკლები პერიოდით;
- პაციენტთა 40%-ს (37/92) 1 თვიდან - 3 თვემდე;
- ხოლო პაციენტთა 37%-ს (34/92) ტკივილი აწუხებდათ 3 თვეზე მეტი დროით (22%-ს 3 თვიდან - 6 თვემდე; 9%-ს 6 თვიდან - 1 წლამდე, ხოლო 6%-ს 1 წელზე მეტი).

ოპიოიდების დანიშვნამდე ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის მქონე პაციენტებში ტკივილის ხანგრძლივობა 88%-ში, ხოლო საშუალო ტკივილის მქონე პაციენტებში 76%-ში აღემატებოდა 1 თვეს.

ცხრილი N12 არაოპიოიდური მედიამენტებით მკურნალობის დროს ტკივილის ინტენსივობა /ხანგრძლივობა:

ტკივილის ინტენსივობა	1 თვეზე ნაკლები დრო	1 თვიდან - 3 თვემდე	3 თვეზე მეტი
საშუალო სიძლიერის	24%	52%	24%
ძლიერი ტკივილი	16%	40%	44%

ტკივილის ასეთი ინტენსივობის და ხანგრძლივობის მიუხედავად პაციენტთა

- 62%-ს (56/90) მორფინი დაუნიშნეს დაახლოებით 1 თვეზე ნაკლები ხნის წინ.
- 24%-ს (22/90) 1 თვიდან - 3 თვემდე ხნის წინ;
- ხოლო 13 %-ს (12/90) დაუნიშნეს მორფინი სამი თვეზე მეტი ხნის წინ.

ტკივილის სამკურნალოდ პაციენტთა 27% (26/97) დასჭირდა 1 კვირამდე დრო, რომ ეპოვათ ექიმი, რომელმაც გადაწყვიტა ემკურნალა ტკივილისთვის ისეთი ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით როგორიცაა მორფინი; 33% (32/97) დასჭირდა 1 კვირიდან - 1 თვემდე პერიოდი ეპოვათ ასეთი ექიმი; 40%-ს (39/97) კი დასჭირდა ერთ თვეზე მეტი პერიოდი, რომ ეპოვა ექიმი, რომელიც უმკურნალებდა მათ ტკივილს მორფინით.

ცხრილი N13 **ძლიერი ტკივილის სამურნალოდ ექიმის მოსაძებნად საჭირო დრო ტკივილის ინტენსივობასთან მიმართებაში**

ტკივილის ინტენსივობა	1 კვირის ფარგლებში	1 კვირიდან -1თვ-დე	1 თვეზე მეტი დრო
საშუალო სიძლიერის	15%	46%	39%
ძლიერი ტკივილი	28%	26%	46%

პაციენტების აზრით ძლიერი ტკივილის დაწყებასა და მორფინის დანიშვნას შორის პერიოდი:

- 67%-ის (63/94) აზრით არ აღემატებოდა 3 თვეს;
- 33%-ის (31/94) აზრით კი აღემატებოდა 3 თვეს.

ვისაც ტკივილი ქონდა 1-3 თვე, მათგან 61%-ს (22/36) მორფინი დაუნიშნეს დაგვიანებით (ბოლო 1 თვის მანძილზე), ხოლო მათ ვისაც ტკივილი ქონდათ 3 თვეზე მეტი 70% -ს (მათგან 55% (18/33) (ბოლო 1 თვის მანძილზე) და 15%-ს (5/33) (1 დან 3 თვემდე პერიოდში)) დაუნიშნეს დაგვიანებით, შედარებით დროულად დაწყებულ მკურნალობასთან 36% (13/36)-სა და 30 %-ში (10/33) შესაბამისად; $\chi^2(df4)=15.7$, $p=0.003$.

დაგვიანებული მკურნალობის მიზეზი იმ პაციენტთა აზრით, ვისთანაც პერიოდი ტკივილის ხანგრძლივობასა და მორფინით ტკივილის მკურნალობის დაწყებამდე აღემატებოდა 3 თვეს, (მათგან ვინც უპასუხა (N=29) არის შემდეგი:

- თვითონ დასჭირდათ დრო, რომ მიემართა ექიმისთვის - 24% (7/29);
- ექიმს დასჭირდა დრო, რომ დაენიშნა მორფინი 35% (10/29);
- ორივეს - ექიმსაც და პაციენტსაც დასჭირდათ დრო - 10% (3/29);

- არ ვარ დარწმუნებული - 26% (9/29).

პაციენტთაგან სადაც ძლიერი ტკივილის დაწყებასა და მორფინის დანიშვნის შორის პერიოდი აღემატებოდა სამ თვეს, მათგან 24% -ს (7/29) თვითონ დასჭირდა დრო რომ მისულიყო ექიმთან, ხოლო 35%-ში (10/29) ექიმს დასჭირდა დრო რომ დაენიშნა მორფინი, ხოლო ორივე მიზეზს ასახელებს პაციენტთა 10%.

იმ პაციენტებთან , რომლებთანაც დაგვიანებული მკურნალობის მიზეზად ექიმია დასახელებული, შემთხვევათა 91%-ში (10/11) პერიოდი ძლიერი ტკივილის დაწყებასა და მორფინის დანიშვნის შორის აღემატებოდა სამ თვეს, შედარებით ექიმთა 9%-თან, რომელთა მიერ პაციენტთა ტკივილის მართვის შემთხვევაში პერიოდი ძლიერი ტკივილის დაწყებასა და მორფინის დანიშვნის შორის არ აღემატებოდა სამ თვეს **χ^2 (df 3; N = 46) = 10,24; p = 0.017**.

ექიმების მიერ მართული ტკივილის შეფასება

ამბულატორიული უკურნებელი პაციენტების ტკივილის მართვა და ოპიოიდების დანიშვნა წარმოადგენს ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ზოგადი პრაქტიკის /ოჯახის ექიმის მოვალეობას; თუმცა კითხვაზე, თუ რა დარგის სპეციალისტს, მიმართეს პირველად ტკივილის სამკურნალოდ, ირკვევა, რომ პაციენტთა

- 39% -მა (38/97) პირველად მიმართა ამბულატორიის ზოგადი პრაქტიკის ექიმს;
- 44% -მა (43/97) - მიმართა ონკოლოგს;
- 9% -მა (9/97) - პალიატიური მზრუნველობის ექიმს;
- ხოლო 7% -მა (7/97) - სხვა დარგის ექიმს.

თუმცა მას შემდეგ, რაც გაუსაძლისი ტკივილის გამო მიმართეს ექიმს, პაციენტთა

- 41%-ს დაუნიშნეს (39/96) მორფინი ტკივილის გასაყუჩებლად;
- ხოლო 59% -ს (57/96) არ დაუნიშნეს მორფინი.

ცხრილი N14 საცხოვრებლის მიხედვით პირველადი მიმართვის ექიმის მიერ მორფინის დანიშვნა

საცხოვრებელი ადგილი	**დაუნიშნეს მორფინი**	**არ დაუნიშნეს**
თბილისი	35%	65%
სხვა ქალაქი/ცენტრი	59%	41%
სოფელი	25%	75%

პაციენტთა გამოკითხვის მიხედვით, პირველადი მიმართვის ექიმმა საშუალო ინტენსივობის ტკივილის მქონე პაციენტთა 35% - ში დანიშნა მორფინი, 65% - ში არა; ძლიერი ინტენსივობის მქონე პაციენტთა 48% - ში დანიშნა, 52% - ში კი არა.

იმ ექიმთაგან, რომელთაც პაციენტებმა პირველად მიმართეს ტკივილის გაყუჩების მიზნით პროფესიის მიხედვით:

ზოგადი პრაქტიკის ექიმთაგან 39%-მა (15/38) დანიშნა მორფინი;

ონკოლოგთაგან 41% -მა (17/ 41) დანიშნა მორფინი;

პალიატიური მზრუნველობის ექიმთაგან -56% -მა (5/9) დანიშნა მორფინი:

ხოლო სხვა დარგის ექიმთაგან - 29% -მა (2/7).

რაც შეეხება იმ პაციენტებს (N=56) ვისაც მორფინი დაენიშნათ უკვე მეორადი მიმართვის ექიმთა მიერ, მათგან

- 7% - ს მორფინი (4/56) დაუნიშნა ამბულატორიის ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა;
- 23% - ს ონკოლოგმა (13/56),
- ხოლო 70% - ს (39/56) პალიატიური მზრუნველობის ექიმმა.

დრო რომელიც პაციენტებს დასჭირდათ სპეციალობის მიხედვით მოეძებნათ ის ექიმი, რომელიც დაუნიშნავდა ძლიერ ტკივილგამაყუჩებელს არის შემდეგი:

- ოჯახის ექიმთა შემთხვევაში 45%-ში დასჭირდათ 1დან 3 თვემდე, ხოლო 34%-ში 3 თვეზე მეტი. (ჯამში 79%-ს დასჭირდა 1 თვეზე მეტი);
- ონკოლოგის შემთხვევაში 19%-ს დასჭირდა 1დან 3 თვემდე, ხოლო 50%-ს 3 თვეზე მეტი (ჯამში 69%-ს დასჭირდა 1 თვეზე მეტი) .

შემდგომი მიმართვის ექიმთაგან , ვინც დაუნიშნა მორფინი პაციენტს პირველივე ვიზიტის შემდეგ, მათგან

- 70% არის პალიატიური მზრუნველობის ექიმი,
- 20% არის ონკოლოგი,
- ხოლო 10% ზოგადი პრაქტიკის ექიმი.

მეორადი მიმართვის ექიმთაგან ონკოლოგთა უმრავლესობამ (54%) მორფინი დაუნიშნა პაციენტს უფრო გვიან რამოდენიმე მიმართვის შემდეგ და მხოლოდ მათმა 46%-მა (6/13) დაუნიშნა მორფინი პირველივე ვიზიტის შემდეგ, შედარებით ოჯახის ექიმთა 100% - თან და პალიატიური მზრუნველობის 91% -თან; χ^2 (df 4; N = 39) = 12.18, p = 0.016.

ტკივილის მართვის ეფექტურობა - მორფინის დანიშვის შემდეგ პაციენტთა:

- 15%-ს (13/88) არ აქვს ტკივილი,
- 36%-ს (32/88) აქვს მსუბუქი ტკივილი;
- 22%-ს (19/88) საშუალო სიძლიერის,
- ხოლო 27%-ს (24/88) მაინც აქვს ძლიერი ტკივილი;

პაციენტთა მთლიანი რაოდენობიდან, ვინც გასცა შესაბამის კითხვას პასუხი 49 % -ში (43/88), პრაქტიკულად პაციენტთა ნახევარში ტკივილი ისევ დარჩა სერიოზულ პრობლემად.

პაციენტებს, რომელთაც მორფინის დანიშვნამდე ქონდათ საშუალო ინტენსივობის ტკივილი, მორფინის დანიშვნის შემდეგ, მათ:

- 62% - ში ტკივილი გახდა მსუბუქი ინტენსივობის;
- 12% - ში დარჩა საშუალო ინტენსივობის ტკივილი,
- ხოლო 15%-ში გახდა ძლიერი.

პაციენტებს, რომელთაც მორფინის დანიშვნამდე ქონდათ ძლიერი ინტენსივობის ტკივილი, მორფინის დანიშვნის შემდეგ, მათ 70%- ში ტკივილის ინტენსივობამ იკლო, თუმცა უფრო ეფექტურად მკურნალობა განხორციელდა მხოლოდ 43 % -ში; 57% - ში მაინც დარჩა მძიმე ან საშუალო ინტენსივობის. რაც მიუთითებს ფაქტზე რომ ამ პაციენტებში ტკივილის მართვა არადეკვატურად, ანუ არასწორი დოზირებით და /ან რეჟიმით მიმდინარეობდა.

- 18% - აღარ აქვს ტკივილი;
- 25 % -ში ტკივილი გახდა მსუბუქი;
- 27% - ში გახდა საშუალო ინტენსივობის;
- 30%- ში კი დარჩა ძლიერი.

ტკივილის მართვის ხარისხის შესაბამისობა ექიმთა სპეციალობასთან

მათ ვისაც პირველადი მიმართვის ექიმმა დაუნიშნა მორფინი ანუ შედარებით დროულად დაეწყო მკურნალობა - ექიმთა სპეციალობის მიხედვით მივიღეთ შემდეგი სურათი:

ცხრილი N15 ტკივილის მართვის ხარისხი პირველადი მიმართვის ექიმთაგან მათი სპეციალობის მიხედვით

ექიმი ვინც პირველად დაუნიშნა მორფინი	არ აქვს ტკივილი	მსუბუქი ტკივილი	საშუალო სიძლიერის ტკივილი	ძლიერი ტკივილი
ოჯახის ექიმი	**20%**	**26%**	20%	34%
ონკოლოგი	**5%**	**44%**	28%	23%
პალ.მზრ. ექიმი	**50%**	**37%**	0%	13%
სხვა დარგის ექიმი	0%	**50%**	17%	33%

ცხრილი N16 ტკივილის მართვის ხარისხი -მეორადი და შემდგომი მიმართვის ექიმებთან მათი სპეციალობის მიხედვით

ექიმი ვინც შემდგომ დაუნიშნა მორფინი	არ აქვს ტკივილი	მსუბუქი ტკივილი	საშუალო სიძლიერის ტკივილი	ძლიერი ტკივილი
ოჯახის ექიმი	**20%**	**20%**	60%	0%
ონკოლოგი	**15%**	**15%**	31%	39%
პალ.მზრ. ექიმი	**18%**	**58%**	5%	18%

ტკივილის უფრო გაძლირების გამო, ექიმს დასჭირდა მორფინის დღიური დოზის გაზრდა

- პაციენტთა 49% -ში (44/89),
- 30% -ში (27/89) არ დასჭირდა
- ხოლო 20% -მა (18/89) არ იცის.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმის და ონკოლოგის მიერ დანიშნული მორფინის შემთხვევაში დოზის შემდგომი მომატება საჭირო გახდა შესაბამისად პაციენტთა 80%- სა და 71%-ში, ხოლო პალიატიური მზრუნველობის ექიმების მიერ დანიშნული მკურნალობისას დოზის მომატება გახდა საჭირო პაციენტთა 37%-ში.

პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი მორფინის დანიშვნის შემდეგ

ტკივილის გასაყუჩებლად მორფინის დანიშნის შემდეგ პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი შემედგაირად შეიცვალა:

- 30%-ს (28/94) ტკივილი მაინც ყოველთვის ან ხშირად ზღუდავს შეასრულოს ის ყოველდღიური აქტიობები, რომელსაც თავისუფლად ასრულებდა ტკივილის დაწყებამდე;
- 62% - ს(58/94) ზოგჯერ ან იშვიათად,
- ხოლო 8% - ს (8/94) არ ზღუდავს.

მათ ვისაც ტკივილი ყოველთვის ან ხშირად ზღუდავდა,

- პაციენტთა 31% -ს ისევ ხშირად ზღუდავს,
- 62% - ს ზოგჯერ ან იშვიათად,
- 7% საერთოდ აღარ ზღუდავს.

მათ ვისაც მორფინის დანიშვნამდე ზღუდავდა ზოგჯერ ან იშვიათად, ამ ეტაპზე

- ყოველთვის ან ხშირად ზღუდავს 20% - ში,
- ზოგჯერ ან იშვიათად, 70% - ში,
- ხოლო აღარ ზღუდავს 10%- ში.

საყურადღებოა სტატისტიკური ანალიზის დროს გამოვლენილი მნიშვნელოვანი კავშირები / ასოციაციები შემდეგ ცვლადებს შორის; კერძოდ, თუ რომელი დარგის ექიმმა დაუნიშნა პაციენტს მორფინი და თუ რა გავლენა იქონია მკურნალობამ ტკივილის ინტენსივობაზე და/ან რამდენად შეცვალა პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი სხვადასხვა დარგის ექიმების მიერ დანუშნული მკურნალობის ფონზე.

პალიატიური მზრუნველობის ექიმის მიერ მართული ტკივილის ფონზე ტკივილი პაციენტთა 58% - ში გახდა მსუბუქი ინტენსივობის, შედარებით ოჯახის ექიმის და ონკოლოგის მიერ მართულ ტკივილთან, რომლის დროსაც ტკივილის ინტენსივობა გახდა მსუბუქი პაციენტთა მხოლოდ 20%-სა და 15 %-ში შესაბამისად; χ^2 (df 6; N = 56) = 18,24 p = 0.006

პალიატიური მზრუნველობის ექიმის მიერ მართული ტკივილის ფონზე პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა 85% - ში (ტკივილმა აღარ შეზღუდა ან შეზღუდა იშვიათად), შედარებით ოჯახის ექიმის და ონკოლოგის მიერ მართული ტკივილის შემთხვევაში, სადაც პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი გაუმჯობესდა მხოლოდ 40 და 43 % - ში შესაბამისად, χ^2 (df 4; N = 59) = 12,63; p = 0.013

ტკივილის გასაყუჩებლად გამოყენებული მორფინის ფორმულაციები

ტკივილის გასაყუჩებლად

- პაციენტთა 85% - ს (79/93) დაუნიშნეს საინექციო მორფინი;
- პაციენტთა 9% -ს (8/93) დაუნიშნეს ტაბლეტირებული მორფინი;
- ხოლო 6% -ს (6/93) ორივე ფორმა.

რაც შეეხება განაწილებას პირველადი და შემდგომი მიმართვების ექიმებთან, პირველადი მიმართვის ექიმთაგან:

- ოჯახის ექიმმთა 79% დანიშნა საინექციო,
- 8% ტაბლეტირებული,
- ხოლო 13% -მა მორფინის ორივე ფორმა.

ანუ ჯამში ოჯახის ექიმთა 21% -მა დანიშნა ტაბლეტირებული მორფინი.

- ონკოლოგთა 93% დანიშნა საინექციო,
- 5% ტაბლეტირებული,
- ხოლო 2%-მა ორივე.

ანუ ჯამში ონკოლოგთა 7%-მა დანიშნა ტაბლეტირებული ფორმა.

პალიატიური მზრუნველობის ექიმთაგან 62% დანიშნა საინექციო, ხოლო 38%-მა ორივე ფორმა.

სხვა დარგის სპეციალისტთა 100%-მა დანიშნა საინექციო მორფინი.

პალიატიური მზრუნველობის ექიმები მეტად ნიშნავენ ტაბლეტირებულ ფორმას სხვა დარგის ექიმებთან შედარებით, χ^2 (df 6; N = 93) = 14,67 p = 0.023; მიუხედავად იმისა, რომ მათი 100% სტაციონარშია დასაქმებული, სადაც მორფინის ორალური ფორმები არ არის ხელმისაწვდომი.

რაც შეეხება შემდგომი მიმართვის ექიმებს, მათგან

- ოჯახის ექიმმთა 80% დანიშნა საინექციო, 20%-მა ტაბლეტირებული მორფინი.
- ონკოლოგთა 64% დანიშნა საინექციო,14% ტაბლეტირებული, 22%-მა ორივე (36%);
- პალიატიური მზრუნველობის ექიმთაგან 100% - დანიშნა საინექციო მორფინი,

ვინაიდან შემდგომი მომართვის პაციენტები იმყოფებიან სტაციონარში, სადაც არ მოიპოვება ტაბლეტირებული ფორმები.

საცხოვრებლის მიხედვით ვისაც დაუნიშნეს ტაბლეტირებული მორფინი მათგან 50% ცხოვრობს თბილისში, 38% ცხოვრობს სხვა ქალაქში/ცენტრში, ხოლო 12% სოფელში. საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით თუ პაციენტთა რა რაოდენობას დაუნიშნეს ტაბლეტირებული მორფინი, მივიღეთ შემდეგი სურათი:

- თბილისში მცხოვრებ პაციეტთა 7% -ს დაუნიშნეს ტაბლეტირებული, ხოლო 7%-ს ორივე.
- სხვა ქალაქში/ცენტრში მცხოვრებ პაციენტთა 17% -ს ტაბლეტირებული, ხოლო 11%-ს ორივე.
- სოფელში მცხოვრებ პაციენტთა 8% -ს (1 პაციენტი) დაუნიშნეს ტაბლეტირებული ფორმა.

ტაბლეტირებული მორფინის დანიშვნის შემთხვევაში პაციენტთა 25 % - მა აღნიშნა , რომ იგი არ ქონდათ აფთიაქში,

მაშინ როცა საინექციო მორფინის შემთხვევაში დაახლოებით 3% აღნიშნა რომ იგი არ ქონდათ აფთიაქში.

მორფინით ტკივილის მართვისადმი დამოკიდებულება

ზოგადად, ტკივილის მართვის/ გაყუჩების მნიშვნელობა ამ ექიმთა

- 54 % (52/97) პაციენტთან განიხილა
- 29 %-მა (28/97) არ განიხილა;
- ხოლო პაციენტთა 18% -ის (17/97) შემთხვევაში გაუჭირდათ პასუხის გაცემა.

იმ ექიმთაგან რომელსაც პაციენტებმა პირველად მიმართეს ტკივილის გასაყუჩებლად, პალიატიური მზრუნველობის ექიმებმა მეტად 100% (9/9) განიხილეს ტკივილის მართვის/ გაყუჩების მნიშვნელობა პაციენტებთან, ვიდრე პირველადი მიმართვის ოჯახის ექიმებმა 54% (20/37) და ონკოლოგებმა 42% (18/43); χ^2 (df 6; N = 96) = 13.11, p = 0.041.

უკვე შემდგომი მიმართვის ექიმთაგან ტკივილის მართვის/ გაყუჩების მნიშვნელობა პაციენტებთან განიხილა:

- ოჯახის ექიმთა 60% -მა (3/5);
- ონკოლოგთა 71% - მა (10/14);
- პალიატიური მზრუნველობის 94%-მა (31/33).

კითხვაზე - თუ რამდენად ნერვიულობს პაციენტი, რომ ტკივილის გაყუჩების მიზნით მორფინის გამოყენება გამოიწვევს მათზე მიჩვევას (დამოკიდებულების განვითარებას), გაირკვა რომ პაციენტთა:

- 34%-ს (29/85) საერთოდ არ აწუხებს,

- 40%-ს (34/85) ცოტათი აწუხებს ან ზომიერად აწუხებს,
- ხოლო 26%-ს (22/85) ძალიან აწუხებს.

პაციენტთა 38% (29/76) ესაუბრა ექიმს თავისი წუხილის შესახებ; ხოლო 36% (27/75) ესაუბრა ოჯახის ყველაზე ახლობელ წევრს ამ წუხილის შესახებ.

პაციენტთა 8%-ს ყოველთვის ან ხშირად არ მიუღიათ მათთვის დანიშნული მორფინი: 32%-ს (28/87) ზოგჯერ ან იშვიათად, ხოლო 59%-ს (51/87) არასდროს უთქვამს უარი მორფინის მიღებაზე.

კითხვაზე თუ რამ განაპირობა მათი გადაწყვეტილება, რომ არ მიეღოთ ძლიერი ტკივილის გაყუჩების მიზნით მათთის დანიშნული მორფინი - გამოიკვეთა შემდეგი (N=44, ვინც გასცა პასუხი შესაბამის კითხვას):

- ამ მედიკამენტზე მიჩვევის შიშის გამო - 50%-ს(22/44) / 22% (22/98) ,
- ვინაიდან მეშინია ამ წამლის - 15% (6/44) / 6% (6/98),
- ვინაიდან ამ წამალს ნიშნავენ კიბოს ბოლო სტადიის დროს - 21%(9/44), 9% (9/98)
- ვინაიდან ჩემი ოჯახი წინააღმდეგია 4.5% (2/44), მაგრამ 2% (2/98)
- სხვა მიზეზების გამო - 9% (5/44) / 5% (5/98).

იმ პაციენტებიდან, რომლებიც ძალიან წუხან, რომ მორფინის გამოყენება გამოიწვევს მათზე მიჩვევას, 64%-მა (7/11) თვითონ მიმართა ექიმს ტკივილის სამართავად დაგვიანებით. ხოლო იმ პაციენტთაგან ვინც თვითონ მიმართა ექიმს დაგვიანებით, მათგან 68%-ს (6/9) ეშინია წამალზე მიჩვევის, ხოლო 22% (2/9) თვლის რომ მორფინი არის კიბოს ბოლო სტადიის წამალი.

კითხვაზე - თუ რამდენად წუხს პაციენტის ოჯახი, რომ ძლიერი ტკივილის გაყუჩების მიზნით მორფინის გამოყენება გამოიწვევს მათზე მიჩვევას (დამოკიდებულების განვითარებას):

- პაციენტთა 23%-ის (20/89) შემთხვევაში ოჯახი საერთოდ არ წუხს;
- 37%-ში (33/89) ცოტათი ან ზომიერად წუხს;
- 30%-ის (27/89) შემთხვევაში ძალიან წუხს;
- ხოლო 10-მა% (9/89) არ იცის ოჯახის განწყობა.

იმ პაციენტთაგან, რომელთა ოჯახი ძალიან წუხდა, რომ მორფინის გამოყენება გამოიწვევდა პაციენტის მათზე მიჩვევას, მათგან 73%-მა (8/11) მიმართა ექიმს

დაგვიანებით. ხოლო იმ პაციენტთაგან რომელსაც ხშირად/ყოველთვის არ მიუღიათ მათთვის დანიშნული მორფინი, მათგან 43%-ის ოჯახი ძალიან წუხს რომ ის შეიძლება მიეჩვიოს მორფინს, შედარებით პაციენტთა 14%-თან რომელთა ოჯახი არ გამოთქვამდა წუხილს შესაბამის საკითხთან დაკავშირებით.

საინტერესოა ის ფაქტი, რომ იქ სადაც ოჯახი საერთოდ არ გამოთქვამდა წუხილს, რომ პაციენტი შეიძლება გახდეს მორფინზე დამოკიდებული, ასევე არ აწუხებდათ ეს საკითხი პაციენტებსაც (0% /19) და მხოლოდ 26% (5/19) გამოთქვა ზომიერ წუხილი, შედარებით პაციენტთა 68%-თან (15/22) რომლებიც გამოხატავდნენ ძლიერ წუხილს და რომელთა ოჯახიც ასევე ძლიერ წუხდა, რომ პაციენტი შეიძლება გახდეს მორფინზე დამოკიდებული; χ^2 (df 6; N = 82) = 45.22, $p < 0.001$

ასევე საინტერესო შედეგი მივიღეთ ექიმთა სპეციალობის მიხედვით დანიშნული მორფინისა და ამ პაციენტთა წუხილის შესახებ. როგორც გამოვლინდა ,იმ პაციენტებში, ვისაც ონკოლოგის მიერ აქვს დანიშნული მკურნალობა (მორფინის) ძლიერი წუხილი ბევრად აღემატება 64% (7/11), ოჯახის ექიმების და პალიატიური მზრუნველობის ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის შემთხვევაში გამოხატულ წუხილს, 0% (0/4) და 20%-ში (8/40) შეასაბამისად; χ^2 (df 4; N = 55) = 10.55, $p = 0.032$.

საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, პოლიციის შენობაში მდებარე აფთიაქიდან მორფინის გამოტანა პაციენტთა 61%-თვის მოუხერხებელია:

- 39% - თვის (33/84) ძალიან მოუხერხებელია;
- 22% -თვის (18/84) მოუხერხებელი,
- ხოლო 39 % - თვის (33/84) ცოტათი მოუხერხებელი ან მოსახერხებელი.

პოლიციის შენობაში მდებარე აფთიაქიდან მორფინის გამოტანა პაციენტთა 82% - თვის წარმოადგენს ემოციურად დამაბრკოლებელი ფაქტორს:

- პაციენტთა 61% -თვის ცოტათი დამაბრკოლებელი ან დამაბრკოლებელია
- ხოლო 39% (31/80) ძალან დამაბრკოლებელი.

პაციენტთა 14% (8/56) (თუმცა 8%(8/98-დან)) კი ამ დაბრკოლებამ შეაფერხა, რომ გამოეტანათ მორფინი პოლიციის შენობაში მდებარე აფთიაქიდან.

ის პაციენტები, რომელთათვისაც პოლიციის შენობაში მდებარე აფთიაქიდან მორფინის გამოტანა ძალიან დამაბრკოლებელი იყო, მათი 29%(6/21) ამ დაბრკოლებამ შეაფერხა

რომ გამოეტანათ მორფინი, შედარებით იმ პაციენტთა 0%-თან (0/29), რომელთათვისაც პოლიციის შენობაში მდებარე აფთიაქიდან მორფინის გამოტანა ცოტათი დამაბრკოლებელი ან დამაბრკოლებელი იყო, **Fishers' exact test** (df 1; N = 50) = 9.41; p = 0.003.

საცხოვრებელი ადგილი და მისი გავლენა ტკივილის მართვაზე

ცხრილი N17 საცხოვრებლის მიხედვით დრო, რომელიც დასჭირდათ პაციენტებს ეპოვათ ექიმი რომელიც უმკურნალებდა ტკივილს

საცხოვრებელი ადგილი	1 კვირის ფარგლებში	1 კვირ. -1 თვემდე	1 თვეზე მეტი დრო
თბილისი	29%	31%	40%
სხვა ქალაქი/ცენტრი	28%	33%	39%
სოფელი	17%	33%	50%

ცხრილი N18 საცხოვრებლის მიხედვით თუ რომელი დარგის ექიმმა დაუნიშნა პაციენტებს მორფინით მკურნალობა

საცხოვრებელი ადგილი	ზოგ. პრაქტიკის ექიმი	ონკოლოგი	პალ.მზრუნ. ექიმი
თბილისი	7%	21%	72%
სხვა ქალაქი/ცენტრი	14%	29%	57%
სოფელი	**0%**	33%	67%

ცხრილი N19 საცხოვრებლის მიხედვით - ოჯახის განწყობა მორფინით ტკივილის მკურნალობაზე

საცხოვრებელი ადგილი	**არ აწუხებს**	**აწუხებს**	**ძალიან აწუხებს**
თბილისი	25%	39%	23%
სხვა ქალაქი/ცენტრი	13%	50%	37%
სოფელი	25%	25%	42%

ცხრილი N20 საცხოვრებლის მიხედვით - პაციენტის განწყობა მორფინით ტკივილის მკურნალობაზე

საცხოვრებელი ადგილი	**არ აწუხებს**	**აწუხებს**	**ძალიან აწუხებს**
თბილისი	36%	36%	28%
სხვა ქალაქი/ცენტრი	40%	47%	13%
სოფელი	25%	50%	25%

ცხრილი N21 საცხოვრებლის მიხედვით - მორფინის მიღებაზე უარის თქმა

საცხოვრებელი ადგილი	ხშირად/ყოველთვის	ზოგჯერ	არასდროს
თბილისი	11%	35%	54%
სხვა ქალაქი/ცენტრი	11%	32%	58%
სოფელი	0%	20%	80%

შედეგების ანალიზი

ტკივილი და მისი გავლენა

კვლევაში მონაწილე ყველა პაციენტს აქვს უკურნებელი დაავადება ტერმინალურ ფაზაში, როდესაც ისინი უკვე სპეციფიურ პალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებენ. საშუალოდ დაავადების ასეთი ფაზა გრძელდება 3-6 თვეს სიკვდილის დადგომამდე. შესაბამისად ამ ჯგუფის პაციენტები მიიჩნევიან მოწყვლად ჯგუფად, რომელთათვისაც შესაბამისი დახმარების არ გაწევა ადამიანის უფლებების უხეშ დარღვევად ითვლება. ხოლო ტკივილისაგან არ გათავისუფლება ადამიანთა „წამებას“ (Manfred Nowak 2008) უტოლდება.

როგორც გამოკითხვიდან ჩანს უკურნებელ პაციენტთა 89% (84/94) მორფინის დანიშვნამდე, ტკივილის გამო, რეგულარულად იღებდა არაოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს. ჯვარედინა სექციური მეთოდით მივიღეთ, რომ მინიმუმ პაციენტთა 87%-ში არაოპიოიდური მედიკამენტებით მკურნალობა არაეფექტური იყო.

ტკივილმა პაციენტთა 75% - ში (73/97) მთლიანად დათრგუნა მათი ყოველდღიური ცხოვრება. თუ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ ეს პაციენტები არიან უკურნებელი სენით დაავადებულნი, ანუ მათი დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება და მდგომარეობის შემსუბუქება შესაძლებელია მხოლოდ ისეთი მტანჯველი სიმპტომების შემსუბუქებით, როგორიცაა ტკივილის გაყუჩება, თვალსაჩინო ხდება რომ ასეთი სახის მინამალური, თუმცა უმნიშვნელოვანესი დახმარებაც კი არ ხორციელდება დროულად და ეფექტურად; მაშინ როდესაც დღეს მსოფლიოში დაგროვილი, ფაქტებზე დამყარებული გამოცდილება, ცოდნა და ხელთარსებული მედიკამენტები საშუალებას იძლევა რომ ტკივილი ეფექტურად იყოს მართული პაციენტთა 80 - 90%-ში.

დაგვიანებული მკურნალობა

საქართველოს კანონმდებლობა იძლევა საშუალებას, რომ უკურნებელ პაციენტებში ტკივილის სამკურნალოდ, რომელიც აღარ ემორჩილება სხვა არაოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებს (N32/102 ბრძანება, 2000) ან თუ ტკივილი არის საშუალო / ძლიერი ინტენსივობის (N157N ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქცია) დაინიშნოს უფრო ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები, როგორიცაა მორფინი. მიუხედავად ამისა, პაციენტთა უმრავლესობას გაუჭირდა ისეთი ექიმის მოძიება და საერთო ჯამში პაციენტთ 73% - ს დასჭირდათ 1 კვირაზე მეტი დრო (33% -ს 1თვემდე, ხოლო 40% -ს კი დასჭირდა ერთ თვეზე მეტი) რომ ეპოვათ ექიმი, რომელიც მიიღებდა გადაწყვეტილებას რომ დაენიშნა პაციენტისათვის მორფინი. ხოლო მათგან, ვისაც ქონდა ძლიერი ტკივილი (7-10/10) 46%-ს დასჭირდა 1 თვეზე მეტი დრო ეპოვათ ექიმი, რომელიც დაუნიშნავდა მორფინს. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამ პაციენტთა ცხოვრების ხანგრძლივობა შეზღუდულია და მათ უმრავლესობას სიცოცხლის რამოდენიმე თვეც კი აღარ დარჩენიათ, ასეთი მიდგომა და ტკივილის არ გაყუჩება ეწინააღმდეგება სამედიცინო ეთიკის პრინციპებს და წარმოადგენს „არაადამიანური მოპყრობის და წამების“ ექვივალენტს.

მიუხედავად იმისა რომ პაციენტთა 77%-ში ტკივილის ხანგრძლივობა ბევრად აღემატებოდა 1 თვეს, მათ უმრავლესობისათვის მორფინის დანიშვნა მოხდა მხოლოდ ბოლო 1 თვის განმავლობაში. მათგან ძლიერი ტკივილი აწუხებდათ 40%-ს 1 თვიდან - 3 თვემდე, ხოლო 37% - ს 3 თვეზე მეტი ხანგრძლივობით. მიუხედავად ამისა მათ უმეტესობას 62%-ს (56/90) მორფინი დაუნიშნეს (გამოკითვის პერიოდისთვის) დაახლოებით 1 თვეზე ნაკლები ხნის წინ ($p = 0.003$).

ძლიერი ტკივილის დაწყებასა და მორფინის დანიშვნის შორის პერიოდი პაციენტთა 33%-ში აღემატებოდა 3 თვეს, რის მიზეზადაც 45%-ში კონკრეტულად სახელდება ექიმის ფაქტორი. ხოლო თუ ამას დავუმათებთ იმ 26% -ს რომელსაც არ აქვს პასუხი თუ რა იყო დაგვიანებული მკურნალობის მიზეზი, გამოვა რომ პაციენტთა 71%-ში დაგვიანებული მკურნალობის მიზეზი არსებობდა თვით პაციენტისგან დამოუკიდებლად.

საბოლოო ჯამში, მას შემდეგ, რაც გაუსაძლისი ტკივილის გამო პაციენტებმა მიმართეს ექიმს, პაციენტთა 41%-ს, დროულად თუ დავიანებით მაინც დაუნიშნეს მორფინი ტკივილის გასაყუჩებლად, ხოლო 59% -ს არ დაუნიშნეს.

საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად ამბულატორიული პაციენტების ტკივილის მართვა წარმოადგენს ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ზოგადი პრაქტიკის /ოჯახის ექიმის კომპეტენციას. კვლევის შედეგად, გამოვლინდა, რომ პირველად, ტკივილის სამკურნალოდ პაციენტთა მხოლოდ 39% -მა (38/97) მიმართა ზოგადი პრაქტიკის ექიმს, 44%-მა (43/97) - მიმართა ონკოლოგს და მხოლოდ 9%-მა (9/97) მიმართა პალიატიური მზრუნველობის ექიმს.

პირველადი მიმართვის ექიმთაგან - ონკოლოგთა და ოჯახის ექიმთა დაახლოებით 40% - დაუნიშნა მათ მორფინი, ხოლო პალიატიური მზრუნველობის ექიმთაგან 56%-მა. რაც შეეხება შემდგომი მიმართვის ექიმთაგან პაციენტთა 70%-ში ტკივილის გასაყუჩებლად მორფინი უკვე დანიშნეს პალიატიური მზრუნველობის ექიმებმა. საერთო ჯამში თუ რა დარგის ექიმმა დაუნიშნა პაციენტს მორფინი, ირკვევა რომ:

- 19% - ს მორფინი დაუნიშნა ამბულატორიის ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა;
- 31% - ს ონკოლოგმა,
- 45% - ს პალიატიური მზრუნველობის ექიმმა,
- ხოლო 2% -ს სხვა დარგის სპეციალისტმა

თუ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ პალიატიური მზრუნველობის ექიმები დღევანდელი დღისათვის ხელმისაწვდომია მხოლოდ სტაციონალურ დაწესებულებაში, სადაც პაციენტები უკვე ხვდებიან უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაში, ნათელია რომ პაციენტთა მინიმუმ 50%-ში ტკივილის მკურნალობა ძლიერ დაგვიანებით იწყება, როდესაც პრაქტიკულად შეუძლებელია ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება და მეტი აქცენტი კეთდება პაციენტისათვის კომფორტის შექმნაზე ტკივილისა და სხვა მტანჯველი სიმპტომების მართვით.

დაგვიანებული მკურნალობა და მისი გამომწვევი მიზეზები შესაბამისად აისახება პაციენტთა ტკივილის მართვის ხარისხზე კვლევის შედეგებშიც .

ტკივილის მართვის ხარისხი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად უკურნებელ პაციენტებში ტკივილის ეფექტური მართვა 80-90 % - ში შესაძლებელია. (World Health Organization 2014) თუმცა ჩვენი კვლევის შედეგად მივიღეთ საკმაოდ განსხვავებული სურათი, რაც მიუთითების ტკივილის მართვის არაადეკვატურ ხარისხსზე.

პაციენტთა პრაქტიკულად ნახევარში - 49 % -ში (43/88), მორფინის დანიშვნის შემდეგ ტკივილი ისევ რჩება სერიოზულ პრობლემად. რაც მიუთითებს, რომ მეტწილად მორფინს სუბანალგეზიური დოზით და /ან არასწორი რეჟიმით ნიშნავენ.

მათ ვისაც მორფინის დანიშვნამდე ქონდათ საშუალო ინტენსივობის ტკივილი, მისი ინტენსივობა შემცირდა 62%-ში, ხოლო ვისაც ქონდა ძლიერი ტკივილი, მისი ინტენსივობა შემცირდა 70%-ში, თუმცა ამ უანასკნელთა შემთხვევაში ტკივილი მხოლოდ 43% - ში შემცირდა მნიშვნელოვნად, ხოლო 57%-ში დარჩა ძლიერი, რაც ნიშნავს რომ ტკივილი იმართება არასწორად ან/და სუბანალგეზიური დოზებით.

ტკივილის ხარისხის შესაბამისობა სპეციალობასთან მიმართებაში

მათ ვისაც პირველადი მიმართვის ექიმმა დაუნიშნა ოპიოიდი ანუ შედარებით დროულად დაეწყოთ მკურნალობა - ტკივილის მართვის ხარისხის თვალსაზრისით და ექიმთა სპეციალობის მიხედვით გამოიკვეთა შემდეგი სურათი (ცხრილი 22): ოჯახის ექიმის მიერ ან ონკოლოგის/სხვა დარგის სპეციალისტის მიერ დანიშნული მკურნალობა პაციენტთა 50-54% - ში არაეფექტური, ხოლო პალიატიური მზრუნველობის ექიმის მიერ ტკივილის მართვის შემთხვევაში 13% -ში იყო წარუმატებელი (**p = 0.006**). ეს უკანასკნელი მონაცემი ემთხვევა ჯანმოს მიერ მოწოდებულ მომაცემებს და მეტყველებს ფაქტზე, რომ განსხვავებით ოჯახის ექიმებისა და ონკოლოგებისგან, პალიატიური მზრუნველობის ექიმები ტკივილს მართავენ ადეკვატურად.

ცხრილი N22. ტკივილის მართვის ხარისხის შესაბამისობა სპეციალობასთან / პირველადი მიმართვის ექიმის მიერ მართული ტკივილის შეფასება

ექიმი ვინც დაუნიშნა მორფინი	არ აქვს ტკივილი / მსუბუქი ტკივილი	საშუალო ან ძლიერი ტკივილი
ოჯახის ექიმი	46%	54%

ონკოლოგი	49%	51%
პალ.მზრ. ექიმი	87%	13%

რაც შეეხება ტკივილის მართვის ხარისხის შესაბამისობას სპეციალობასთან მიმართებაში, იმ პაციენტებში, ვისაც უკვე შემდგომი მიმართვის ექიმმა დაუნიშნა მკურნალობა ანუ შედარებით გვიან დაეწყოთ ტკივილის მართვა - სპეციალობის მიხედვით მივიღეთ შემდეგი სურათი: ოჯახის ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობა არაეფექტური აღმოჩნდა პაციენტთა 60%-ში, ონკოლოგის მიერ დანიშნული 70%-ში, ხოლო პალიატიური მზრუნველობის ექიმის მიერ დანიშნული 24%-ში.

ცხრილი N23 ტკივილის მართვის ხარისხის შესაბამისობა სპეციალობასთან / შემდგომი მიმართვის ექიმის ს მიერ მართული ტკივილის შეფასება:

ექიმი ვინც შემდგომ დაუნიშნა მორფინი	არ აქვს ტკივილი / მსუბუქი ტკივილი	საშუალო ან ძლიერი ტკივილი
ოჯახის ექიმი	40%	60%
ონკოლოგი	30%	70%
პალ.მზრ. ექიმი	76%	24%

ყურადსაღებია, რომ გვიან დაწყებული ტკივილის მართვისას სამივე დარგის ექიმის შემთხვევაში ტკივილის მართვა ნაკლებად წარმატებული აღმოჩნდა, ვიდრე უფრო ადრეული, ანუ პირველადი მიმართვის შემთხვევაში დაწყებული მკურნალობისას.

მნიშვნელოვანია ის ფაქტიც რომ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის და ონკოლოგის მიერ დანიშნული მორფინის შემთხვევაში საჭირო გახდა დოზის მომატება პაციენტთა 80% -სა და 71%-ში შესაბამისად, შედარებით პალიატიური მზრუნველობის ექიმების მიერ დანიშნული მკურნალობისა, სადაც დოზის მომატება გახდა საჭირო პაციენტთა 37%-ში; თუ გავითვალისწინებთ ტკივილის მართვის ხარისხის შედეგებს, უნდა ვივარაუდოთ, რომ პალიატიური მზრუნველობის ექიმები თავიდანვე უფრო ადეკვატური დოზით იწყებენ ტკივილის მკურნალობას და შესაბამისად, უფრო ეფექტურადაც მკურნალობენ ტკივილს. ხოლო ოჯახის ექიმებისა და ონკოლოგების მიერ დანიშნული მორფინის დოზირება / გრაფიკი არადეკვატურია ტკივილის გასაყუჩებლად.

ცხოვრების ხარისხი

მორფინის დანიშვნამდე პაციენტთა ყოველდღიური აქტიობები ყოველთვის /ხშირად შეზღუდული იყო საშუალო ინტენსივობის ტკივილის მქონე პაციენტთა 81% - ში, ხოლო ძლიერი ინტენსივობის მქონე პაციენტთა 83% - ში .

მორფინის დანიშვნის შემდეგ, იმ პაციენტების ცხოვრების ხარისხი, ვისაც ყოველდღიური აქტიობები მანამდე ყოველთვის /ხშირად შეზღუდული ქონდათ, გაუმჯობესდა 70%-ში; ხოლო ვისაც ზოგჯერ /იშვიათად ქონდათ შეზღუდული მორფინის დანიშვნის შემდეგ მდგომარეობა ნაკლებ შეიცვალა და პაციენტთა მხოლოდ 10% - ში მთლიანად გაქრა შეზღუდვა.

რაც შეეხება ტკივილის მართვის ხარისხის გავლენას პაციენტთა ცხოვრების ხარისხზე მორფინის დანიშნის შემდეგ, პაციენტთა რაოდენობა სადაც ტკივილი ყოველთვის /ხშირად ზღუდავდა, 75%-დან შემცირდა 30%-დე. ეს გარკვეულწილად შეიძლება აიხსნას იმ მნიშვნელოვანი სტატისტიკური სხვაობით, რომელიც გამოვლინდა პალიატიური მზრუნველობის ექიმთა მიერ მართული ტკივილის შემთხვევაში - პაციენტთა მნიშვნელოვანწილად გაუმჯობესებულ ცხოვრების ხარისხით (ცხრილი N24) - შედარებით, ონკოლოგთა და ოჯახის ექიმთა მიერ მართული ტკივილის შედეგად მიღებულ ცხოვრების ხარისხთან (**p = 0.013);** რაც კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს პალიატიური მზრუნველობის ეფექტურობას სწორად გაწეული მომსახურების პირობებში და სწორად დასახული მიზნით გააუმჯობესოს პაციენტის ცხოვრების ხარისხი, ტკივილისა და სხვა მტანჯველი სიმპტომების მართვით და პრევენციით.

ცხრილი N24. ტკივილის მართვის ხარისხის გავლენა ცხოვრების ხარისხზე ექიმთა სპეციალობის მიხედვით

ექიმი ვინც მართავს ტკივილს	ყოველთვის / ხშირად ზღუდავს ტკივილი	ზოგჯერ/არასდროს ზღუდავს ტკივილი
ოჯახის ექიმი	60%	40%
ონკოლოგი	57%	43%
პალ.მზრ. ექიმი	15%	85%

პაციენტთა საცხოვრებლის მიხედვით ასევე ვნახეთ განსხვავება მორფინის დანიშვნის შემდეგ ცხოვრების ხარისხთან მიმართებაში . იმ პაციენტებს ვისაც ყოველდღიური აქტიობები მორფინის დანიშვნამდე ყოველთვის /ხშირად შეზღუდული ქონდა, მათგან:

- თბილისში მცხოვრებ პაციენტების 20% -ში დარჩა ყოველთვის/ხშირად შეზღუდული;
- სხვა ქალაქში/ცენტრში მაცხოვრებლებისათვის 42% - ში ყოველთვის/ხშირად დარჩა შეზღუდული;
- ხოლო სოფელში მაცხოვრებელ პაციენტთა 50% -ში დარჩა ყოველთვის /ხშირად შეზღუდული.

მაშინ როდესაც მორფინით მკურნალობის დაწყებამდე ყოველდღიური აქტიობების შეზღუდვა საცხოვრებლის მიხედვით პრაქტიკულად მცირე სხვაობით აღენიშნებოდათ კერძოდ: თბილისში 71%-ში, სხვა ქალაქსა თუ ცენტრში -79% -ში, ხოლო სოფელში 83%-ში.

ასევე აღემატება დრო სოფელში მაცხოვრებელი პაციენტებისათვის ეპოვათ ექიმი, რომელიც უმკურნალებდა მათ ტკივილს და 50% -ს დასჭირდა 1 თვეზე მეტი ასეთი ექიმის მოსაძებნად; თუმცა ეს არცაა გასაკვირი თუ გავითვალისწინებთ იმ შედეგს, რაც მივიღეთ კითხვაზე თუ რა დარგის სპეციალისტმა დაუნიშნა მათ მორფინი; როგორც აღმოჩნდა არცერთ მათგანს არ დაუნიშნა მორფინი ოჯახის ექიმმა, მიუხედავად იმისა რომ ეს ექიმები სოფლად უფლებამოსილნი არიან ერთპიროვნულად დანიშნონ მორფინი (სშჯსს მინისტრის ბრძანება N55/ნ, 2010). ამ პაციენტთა 1/3 მორფინი დაუნიშნა ონკოლოგმა, ხოლო 2/3 მოუწია ცდა დაავადების ტერმინალურ სტადიამდე, რომ მოხვედრილიყვნენ პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებაში (პროგრამული შეზღუდვა); თუმცა უნდა ავღნიშნოთ რომ უმეტესწილად ასეთი სერვისი ხელმიუწვდომელია სოფელში მაცხოვრებელი პაციენტთათვის.

მიუხედავად იმისა რომ სოფელში მაცხოვრებლების 67%-ს ტკივილი აღენიშნებიდათ 1-თვეზე მეტხანს, ამ პაციენტთა 75% -ს მორფინი დაუნიშნეს ბოლო 1 თვის მანძილზე, შედარებით 63% და 53% -თან თბილისში და სხვა ქალაქსა თუ ცენტრში მაცხოვრებელ პაციენტებთან.

როგორც გამოიკვეთა, ტკივილის მართვის ხარისხი თბილისში 2-ჯერ და მეტად აღემატება სხვა ქალაქსა თუ ცენტრში და სოფელში არსებულ მართვის ხარისხს. თუმცა მორფინის დანიშვნამდეც არსებული დროის სხვაობა მიუთითებს, რომ სამედიცინო

მომსახურებას ცენტრალიზებული ხასიათი აქვს და მეტად ხელმისაწვდომია დედაქალაქსა და უფრო მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში.

ტკივილის "წიგნიერი" მართვა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ტკივილის მართვის პროტოკოლის (WHO and 1986 n.d.) (WHO 1996) თანახმად ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების ტკივილის მართვისას უპირატესად გამოიყენებული უნდა იქნეს ტაბლეტირებული ფორმები, სადაც მორფინი წარმოადგენს არჩევით პრეპარატს. შესაბამისი რეკომენდაციები ასახულია N157n ბრძანებით დამტკიცებულ პალიატიური მზრუნველობის ინსტრუქციაში (N157/ნ ბრძანება/ინსტრუქცია 2008) და ,,ქრონიკული ტკივილის მართვის" გაიდლაინში და რომელიც წარმოადგენს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნულ რეკომენდაციას (გაიდლაინი) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტს (ძოწენიძე ფატი, რუხაძე თამარი, and აბესაძე იოსებ 2012).

თუ რამდენად მიმართავენ ექიმები ქრონიკული ტკივილის გაიდლაინის რეკომენდაციებს ან რამდენად ხელმისაწვდომია საქართველოს მასშტაბით ტაბლეტირებული მორფინი, გაირკვა, რომ ძლიერი ტკივილის გასაყუჩებლად პაციენტთა მხოლოდ 15%-ს დაუნიშნეს ტაბლეტირებული მორფინი (პაციენტთა 9%-ს (8/93) დაუნიშნეს მხოლოდ ტაბლეტირებული მორფინი, 6%-ს (6/93) ორივე ფორმა), ხოლო 85% - ს კი (79/93) დაუნიშნეს მხოლოდ საინექციო მორფინი.

რაც შეეხება ოჯახის ექიმებს, მათთვის არსებული რეკომენდაციების მიუხედავად, 79-80% უპირატესობას ანიჭებს საინექციო ფორმის დანიშვნას და მხოლოდ 20-21% ნიშნავს ტაბლეტირებულ მორფინს.

სოფლის ექიმთა მიერ ტაბლეტირებული მორფინის დანიშვნის მცირე მაჩვენებელი (მხოლოდ 1 შემთხვევა) შეიძლება გამოწვეული იყოს ქვეყნის მასშტაბით ინფორმაციის გავრცელების ნაკლებობით. როგორც ექიმთა კვლევის შდეგებმა აჩვენა სოფლის ექიმების შემთხვევაში ხელმძღვანელობა ნაკლებად აწვდის მათ ინფორმაციას საქართველოში ხელმისაწვდომი ოპიოიდების ფორმებისა და მათი დოზირებების შესახებ χ^2 (df 1) = 239, $p < 0.001$.

ხოლო სხვა ქალაქში/ცენტრში მცხოვრებ პაციენტთათვის მორფინის დანიშვნის შედარებით მაღალი მაჩვენებელი სავარაუდოდ განპირობებული უნდა იყოს ქ. ბათუმში ტაბლეტირებული მორფინის დანიშვნის შედარებით მაღალი მაჩვენებლით.

აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ შესაბამის პაციენტთა 25%-მა აღნიშნა რომ ტაბლეტირებული მორფინი არ ქონდათ აფთიაქში; რაც მოწმობს რომ საქართველოში არ ხდება ტაბლეტირებული ფორმების თანაბარი დისტრიბუცია და ან ტაბლეტირებული ფორმები არ არის ყოველთვის ქვეყანაში ხელმისაწვდომი.

საქართველოში ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გაცემა ხდება პოლიციის შენობაში მდებარე ავტორიზებული აფთიაქებიდან; მათი რაოდენობა კი საკმაოდ მწირია და ხშირად ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით საკმაოდ მოუხერხებელია პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრებისთვის/მზრუნველი პირისათვის. გამოკითხვის შედეგად გამოვლინდა, რომ საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, პოლიციის შენობაში მდებარე აფთიაქიდან მორფინის გამოტანა პაციენტთა 61%-სათვის საკმაოდ მოუხერხებელია. თუმცა გეოგრაფიული პრობლემის გარდა, პოლიციის შენობებიდან მედიკამენტის გამოტანა მთელ რიგ შემთხვევებში ემოციურ ფაქტორთანაც შეიძლება იყოს დაკავშირებული; გამოკითხვის თანახმად საერთო ჯამში პოლიციის შენობაში მდებარე აფთიაქიდან მორფინის გამოტანა სხვადასხვა ხარისხით პაციენტთა 82% - თვის დამაბრკოლებელი, ხოლო 39% - თვის (31/80) ძალიან დამაბრკოლებელი ფაქტორია. ხოლო მათთვის ვისთვისაც პოლიციის შენობიდან მორფინის გამოტანა ძალიან დამაბრკოლებელი იყო, მათი 29% ამ დაბრკოლებამ შეაფერხა რომ გამოეტანათ მედიკამენტი ($p = 0.003$).

პაციენტების და ოჯახთა შეხედულება ტკივილის ოპიოიდებით მართვასთან დაკავშირებით

საინტერესოა, რომ პაციენტთა საერთო რაოდენობიდან 19% დაგვიანებული მკურნალობის მიზეზად საკუთარ თავს ასახელებს; ხოლო იმ პაციენტთაგან რომლებიც დაგვიანებული მკურნალობის მიზეზად საკუთარ თავს ასახელებენ, მათგან 39%-ს (7/18) ძალიან აწუხებს რომ ტკივილის მიზნით მორფინის მიღება, გამოიწვევს მათზე მიჩვევის განვითარებას.

პაციენტზე მზრუნველ პირთა 67%-ს სხვადასხვა ხარისხით (30% ძალიან წუხს და 37% ცოტათი ან ზომიერად წუხს) გამოხატავს შეშფოთებას ოპიოიდებით ტკივილის მართვასთან დაკავშირებით; ვინაიდან მიაჩნიათ, რომ ეს გამოიწვევს პაციენტთა დამოკიდებულების განვითარებას მორფინზე. უნდა ვივარაუდოთ რომ ოჯახის /მზრუნველ პირთა ასეთი განწყობა აისახება პაციენტებზეც. და იქ სადაც გამოხატულია ოჯახის ძლიერი შეშფოთება, პაციენტები მეტად ამბობენ უარს დანიშნული მორფინის მიღებაზე და ასევე შედარებით გვიან მიმართავენ ექიმსაც.

შესაბამისად მსგავსია პაციენტთა დამოკიდებულებაც ამ საკითხისადმი - პაციენტთა 66% სხვადასხვა ხარისხით გამოხატავს შეშფოთებას (26 % ძალიან წუხს და 40% ცოტათი ან ზომიერად წუხს), რომ ტკივილის გაყუჩების მიზნით მორფინის გამოყენება გამოიწვევს მათზე მიჩვევას (დამოკიდებულების განვითარებას).

პაციენტთა 8% - ს ხშირად /ყოველთვის არ მიუღიათ ტკივილის გაყუჩების მიზნით მათთვის დანიშნული მორფინი, ხოლო 32%-ს ზოგჯერ ან იშვიათად. თუ რამ განაპირობა გადაწყვეტილება, რომ არ მიეღოთ ძლიერი ტკივილის გაყუჩების მიზნით მათთვის დანიშნული მორფინი, აღმოჩნდა, რომ პაციენტთა 22% ეშინია არ მიეჩვიოს მორფინს, 6%-ს უბრალოდ ეშინია ამ წამლის, 9% თვლის, რომ ამ წამალს ნიშნავენ კიბოს ბოლო სტადიის დროს; ხოლო პაციენტთა 2%-მა განაცხადა, რომ მისი ოჯახია ამის წინააღმდეგია.

მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტთა 19% დაგვიანებული მკურნალობის მიზეზად საკუთარ თავს ასახელებს, ხოლო მათი მათი დიდი ნაწილი სხვადასხვა ხარისხით გამოხატავს შეშფოთებას მორფინით მკურნალობასთან დაკავშირებით, არ გამოვლინდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი შედეგი მათ ამ განწყობებსა და მორფინით ტკივილის მართვაზე უარის თქმას შორის; რაც მიუთითებს რომ ტანჯვის გამომწვევი ინტენსიური ტკივილის გავლენა ბევრად აღემატება მათ განწყობა / დამოკიდებულებასა თუ ცრურწმენებს.

  საცხოვრებლის მიხედვით სოფელში მაცხოვრებელი პაციენტები მეტად გამოხატავენ შეშფოთებას (საერთო ჯამში სხვადასხვა ხარისხით პაციენტთა 75%), ვიდრე თბილისსა და სხვა ქალაქში/ცენტრში მცხოვრები პაციენტები (64% და 60% შესაბამისად); მიუხედავად ამისა სოფელში მცხოვრებათაგან მხოლოდ 20%-ს ზოგჯერ იშვიათად,

ხოლო 80%-ს არასდროს უთქვამს უარი მორფინის მიღებაზე. ამის საპირისპიროდ თბილისში მცხოვრებათაგან 11%-ს ხშირად/ყოველთვის უთქვამთ უარი მორფინის მიღებაზე, 35% ზოგჯერ იშვიათად, ხოლო 54% არასდროს; სხვა ქალაქში/ცენტრში მცხოვრებათაგან ასევე 11%-ს ხშირად/ყოველთვის უთქვამთ უარი მორფინის მიღებაზე, 32%-ს ზოგჯერ/იშვიათად, ხოლო 58%-ს არასდროს.

ეს ფაქტი სავარაუდოდ მეტყველებს, რომ მიუხედავად ძლიერი ცრურწმენებისა სოფელში მყოფი პაციენტების ტკივილი იმდენად ძლიერია დაგვიანებული თუ არასწორი მკურნალობის გამო, ისინი პრაქტიკულად არასოდეს ამბობენ უარს მათთვის დანიშნული მორფინის მიღებაზე.

დასკვნა:

- ტკივილი მძიმე გავლენას ახდენს პაციენტთა ცხოვრების ხარისხზე და ყოველდღიურ აქტიობებზე. უკურნებელ პაციენტთა მინიმუმ 87%-ში არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით ტკივილის მართვა არაეფექტურია და ვერ აყუჩებს ტკივილს სათანადოდ.
- მიუხედავად ამისა ტკივილის სამართავად უფრო ძლიერ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს - ოპიოიდებს (როგორიცაა მორფინი) ან საერთოდ არ უნიშნავენ ან უმეტესწილად უნიშნავენ ძალიან დაგვიანებით.
- ოჯახის ექიმები თავს არიდებენ ოპიოიდების დანიშვნას (60%) ან თავის იკავებენ, რომ დროულად დანიშნონ ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები (77%) ოპიოიდებით ტკივილის მართვა დაგვიანებით იწყება. ოპიოიდების დანიშვნის შემთხვევაშიც კი პაციენტთა (46 – 57 %) მკურნალობა არაადეკვატური დოზით იწყება და ან მთლიანად მიმდინარეონს დაბალი, სუბანალგეზიური დოზით და ან არასწორი რეჟიმით.
- პაციენტთა პრაქტიკულად ნახევარში მორფინი პირველად დაინიშნა პალიატიური მზრუნველობის ექიმის მიერ. ეს უკანასკნელნი პრაქტიკულად ხელმისაწვდომი არიან მხოლოდ სტაციონარულ დაწესებულებაში, სადაც პაციენტები უმეტესწილად უკვე ხვდებიან დაავადების ტერმინალურ ფაზაში და/ან ტერმინალურ მდგომარეობაში.
- პაციენტების ხელმისაწვდომობას ტკივილის მართვის სერვისებზე კი ცენტრალიზებული ხასიათი აქვს.

- პალიატიური მზრუნველობის ექიმთა მიერ ტკივილის მართვის ხარისხი 3-ჯერ და 4-ჯერ აღემატება ოჯახის ექიმთა და ონკოლოგთა მიერ ტკივილის მართვის ხარისხს.

არადა ამბულატორიულ უკურნებელ პაციენტთა ტკივილის მართვა ოჯახის ექიმთა მოვალეობაა. მაშინ, როდესაც წყდება სპეციფიური დაავადებებისადმი მიმართული აგრესიული მკურნალობა, ასეთ შემთხვევაში იგი უნდა ჩანაცვლდეს სიმპტომური მკურნალობით, რომ მაქსიმალურად იქნეს შენარჩუნებული პაციენტის ავტონომია, ფუნქციური სტატუსი და ზოგადად ცხოვრების ხარისხი. პაციენტთა უმრავლესობა იმყოფება ბინაზე და მარტო რჩება საკუთარ პრობლემებთან. სწორედ ამ დროს უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ოჯახის ექიმის ჩართულობას, რომელთაც ევალებათ ასეთი პაციენტების მეთვალყურეობა და მკურნალობა; შესაბამისად მათ კომპეტენციაშია ტკივილის მართვა და ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნა / გამოწერა. თუმცა არსებული კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე მდგომარეობა არასახარბიელოა და მხოლოდ მათი 19% ნიშნავს ოპიოიდებს, რაც მძიმე გავლენას ახდენს უკურნებელ პაციენტებზე და მასზე მზრუნველ პირებზე.

პაციენტებზე ჩატარებული კვლევის სუსტი მხარე: ვინაიდან ტკივილის მართვას საქართველოში არ ენიჭება შესაბამისისი პრიორიტეტი, ხოლო ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების მოხმარება საკმაოდ სტიგმატიზირებული საკითხია, ხშირად პაციენტებმა არ კი იციან, რომ იღებენ მორფინს. შესაბამისად, ძალიან რთული აღმოჩნდა საკმარისი რაოდენობით პაციენტების ჩართვა, რომ მიგვეღო სტატისტიკურად ბევრი მნიშვნელოვანი შედეგი. თუმცა არსებული კვლევა და მისი შედეგები მეტწილად მაინც გამოხატავს იმ ძირითად ტენდენციებს, რაც დღეს არსებობს უკურნებელი პაციენტების ტკივილის მართვის თვალსაზრისით საქართველოში. შედეგები ნათლად ასახავს უკურნებელი პაციენტების ტკივილის ადეკვატურად მართვაში არსებულ პრობლემებს.

როგორც თავიდანვე ავღნიშნეთ იმ პაციენტების რაოდენობა საკმაოდ მცირეა, ვინც მიიღო პალიატიური მზუნველობის მომსახურება, მაგალითაგ 2017 წელს ასეთი მომსახურება გაეწია 1891 პაციენტს, მათგან 997 პაციენტს სტაციონალურ დაწესებულებაში, რაც შეადგენს ასეთი მომსახურების საჭიროების მქონე პაციენტთა

დაახლოებით 10%-ს. შესაბამისად მიღებულ შედეგებს, ვერ განვავრცობთ საქართველოში არსებულ სიტუაციაზე. თუმცა უნდა ვივარაუდოთ, რომ ქვეყნის მასშტაბით სიტუაცია ბევრად უფრო მძიმეა, ვიდრე ამ კვლევისას მიღებული შედეგები. ვინაიდან, როგორც კვლევამ გამოავლინა პალიატიური მზრუნველობის ექიმთა მიერ მართული ტკივილის ხარისხი ბევრად აღმატება საქართველოში სხვა ექიმთა მიერ ტკივილის მართვის ხარისხს.

3.ექიმები - გამოკითხვის შედეგები/ანალიზი

საქართველოში ქრონიკული პაციენტების მდგომარეობის მართვა ძირითადად ხდება პირველადი ჯანდაცის ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის/სოფლის) ექიმების მიერ, შესაბამისად მათ კომპეტენციაშია ქრონიკული პაციენტების ტკივილის მართვაც. ამიტომ ტკივილის ხარისხიანი მართვისათვის, ჯანდაცვის პირველადი ექიმების ცოდნას კრიტიკული მნიშვნელობა ენიჭება.

მიზანი:

ადამიანის უფლების – ტკივილისგან თავისუფლების - უზრუნველყოფის, იმ ბარიერების გამოვლენა საქართველოში, რომლებიც განპირობებულია ექიმებში ტკივილის მართვის და მის მართვისთან დაკავშირებული რეგულაციების ცოდნის დონით, განწყობით, თვით კანონმდებლობის ზეგავლენით და ადმინისტრირების საკითხებში ხარვეზების არსებობით.

ჰიპოთეზა:

1.საქართველოში ქრონიკული ძლიერი ტკივილის ადეკვატური მართვისთვის საჭირო რაოდენობასთან მიმართებაში ოპიოიდების ხარჯვის დაბალი მაჩვენებელი, საკანონმდებლო და ადმინისტრაციული ბარიერების გარდა, ასევე განპირობებულია ექიმების მხრიდან ზოგადად ქრონიკული ტკივილის მართვისა და მისი გაყუჩებისათვის აუცილებელი ოპიოიდების მოხმარების მარეგულირებელი კანონმდებლობის, ასევე ოპიოიდების ფარმაკოლოგიის/ ფარმაკოდინამიკის ცოდნის არასაკმარისი დონით, რაც თავის მხრივ განაპირობებს უარყოფით განწყობასა და ცრურწმენებს ოპიოიდების სამედიცინო მოხმარებასთან დაკავშირებით. ხოლო ამ ფაქტორების ერთობლიობა პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მართვას ინკურაბელურ პაციენტებში.

სამიზნე ჯგუფი

ქრონიკული პაციენტების მდგომარეობის მართვა ძირითადად ხდება პირველადი ჯანდაცის (ოჯახის/სოფლის) ექიმების მიერ, შესაბამისად მათ კომპეტენციაშია ქრონიკული პაციენტების ტკივილის მართვაც. საქართველოში ამბულატორიაში დასაქმებულ ასეთ ექიმთა საერთო რაოდენობა არის 2731 (ოჯახის ექიმი - 2477, ზოგადი პრაქტიკის ექიმი - 254) (NCDC).

კვლევაში მონაწილეობა

კითხვარი დაურიგდა 550 ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმს (თბილისის მასშტაბით 260 (47%) ექიმს, რეგიონებში: გურია, სამეგრელო, ზემო სვანეთი, რაჭა ლეჩხუმი 290 (53%) ექიმს). გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 302 (55%) ექიმმა, კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებთნ შეუსაბამობის გამო, გამოირიცხა 13 მონაწილე და დარჩა 289 (53%) ექიმი.

შედეგები (**დანართი N5** შედეგების გრაფიკული გამოსახულებები გვ. 225-42)

დემოგრაფიული მონაცემები: ექიმები

ძირითადი პრაქტიკული საქმიანობა: გამოკითხულ ექიმთაგან ოჯახის ექიმი არის 67% (194/ 289); სოფლის ექიმი 29% (80/289). ოჯახის ექიმებიდან 23% (36 / 156) ამავდროულად იყენებს სოფლის ექიმებისთვის განკუთვნილ N55 ბრძანებას, რაც ნიშნავს, რომ ოჯახის ექიმთაგან 23 % ასევე ასრულებს სოფლის ექიმის მოვალეობასაც.

ცხრილი N25 დემოგრაფიული მონაცემები, N=289

პრაქტიკული საქმიანობის ადგილი	
თბილისი	43%(124/289)
რეგიონი	51%(148/289)
პრაქტიკული საქმიანობა:	
ოჯახის ექიმი	67%(194/ 289)
სოფლის ექიმი	29% (80/289)
რეგიონებში განაწილება	
ოჯახის ექიმი	47% (68)

სოფლის ექიმი	53% (80)
სქესი: n (%)	
მდედრობითი	252 (93.0%)
მამრობითი	19 (7%)
ასაკი; საშუალო mean (SD); [min; max]	53 წლის, SD=10.7, max – 80; min -25;
პროფესიული გამოცდილება; mean (SD); [min; max]	27 წელი, SD=10.1; Max-51; min–1.

სქესი - გამოკითხულთა 93.0% არის მდედრობითი სქესის (252/271); ხოლო 7% მამრობითი სქესის (19/271); 6 % - მა არ გასცა პასუხი შესაბამის (18/289) . სქესის ასეთი თანაფარდობა არ არის გამოწვეული მამრობითი სქესის ექიმების მიერ კვლევაში მონაწილეობაზე უარის თქმით, არამედ საქართველოში არსებული ტენდენციით, რომ მამრობითი სქესის ექიმები ძირითადად ირჩევენ ვიწრო სპეციალიზაციას ან ქირურგიულ მიმართულებებს.

ექიმთა ასაკობრივი ჯგუფები : ექიმთა 15% (38/261) არის 63-80 წლოვანების კატეგორიაში; 65% (171/261) არის 44-62 წლის კატეგორიაში ; 20% (52/261) - 1973 -1991 წლის კატეგორიაში. 10%-მა არ გასცა პასუხი (28/289).

უნივერსიტეტის დასრულების წელი: 1965-1990 - 53% (133/251); 1991-2005 42% (106/251) ; 2006 -2015 - 5% (12/251); არ გასცა პასუხი 13 % -მა (38/289).

ოპიოიდების დანიშვნა / გამოწერა და მასთან დაკავშირებული ადმინისტრაციული საკითხების და მარეგულირებელ ნორმატიულ დოკუმენტების ცოდნა და მათი გავლენა (აღნიშნული საკითხები გამოქვეყნებულია სტატიის სახით (P. Dzotsenidze et al. 2018)).

მორფინის დანიშვნა / გამოწერა

კითხვაზე - თქვენ ნიშნავთ / გამოწერთ მორფინს? - პირველადი ჯანდაცის ექიმთა 73% - მა (179/244) აღნიშნა, რომ ნიშნავს / გამოწერს, ხოლო 27% არც ნიშნავს და არც გამოწერს (65/244); 16% - მა (45 /289) არ გასცა პასუხი; თუმცა თუ დავიანგარიშებთ კვლევაში მონაწილე ექიმთა საერთო რაოდენობიდან გამოვა, რომ ოპიოიდების დანიშვნა

გამოწერაზე პასუხიმგებელი ექიმებიდან მორფინს ნიშნავს/გამოწერს მხოლოდ მათი 62%.

კვლევის გარკვეულ ეტაპზე, როდესაც ხდებოდა კითხვარების ეტაპობრივი დამუშავება (პირველი 198/289), კითხვაზე - თქვენ ნიშნავთ/ გამოწერთ მორფინს - რამოდენიმე რესპონდენტს ქონდა შენიშვნის სახით მიწერილი „მხოლოდ გამოვწერ"; მიუხედავად კანონმდებლობის მიერ 2008 წელში გაკეთებული დაშვებისა (N157ნ), რომ ერთი ექიმია უფლებამოსილი ოპიოიდების დანიშვნასა და გამოწერაზე, განსაკუთრებით კი სოფლის ექიმები (N55ნ), რომლებიც ერთპიროვნულად არიან პასუხისმგებელნი ოპიოიდის დანიშვნა/გამოწერაზე. ასეთი სახის შენიშვნამ გადაგვაწყვეტინა კითხვარში შეგვეტანა ცვლილება; მოხდა ხსენებული კითხვის გაყოფა ორ დამოუკიდებელ კითხვად „თქვენ ნიშნავთ მორფინს" - და - „თქვენ გამოწერთ მორფინს" - 289 ექიმიდან ბოლო **91** რესპოდენტისთვის მიცემულ კითხვარებში.

კითხვაზე - თქვენ ნიშნავთ მორფინს? - გაირკვა რომ, ექიმთა 42% ნიშნავს (31/73),ხოლო 58%, (42/73) არ ნიშნავს. ამ 91 ექიმებიდან პასუხი არ გასცა 20%-მა; თუ დავიანგარიშებთ საერთო რაოდენობიდან მაშინ გამოვა, რომ პაციენტს მორფინს უნიშნავს ექიმთა დაახლოებით 34% (31/91).

ექიმთა პრაქტიკული საქმიანობის ადგილის/ საცხოვრებლის მიხედვით კი მივიღეთ, რომ თბილისში მცხოვრებ ექიმთაგან ნიშნავს 46% (19/41), რეგიონში მცხოვრებთაგან - 38%(12/32). რაც შეეხება მორფინის დანიშვნას თვით პრაქტიკული საქმიანობის მიხედვით მივიღეთ ესეთი შედეგი: ოჯახის ექიმები მეტად ნიშნავენ მორფინს (54%, 22 /41) ვიდრე სოფლის ექიმები (29%, 8 /28), χ^2 (df 1; N = 69) = 4.26, p = 0.039.

კითხვაზე - თქვენ გამოწერთ მორფინს? - მივიღეთ რომ ექიმთა 63% გამოწერს (48/76), ხოლო 37% არ გამოწერს (28/76); პასუხი არ გასცა ექიმთა 16%-მა. ექიმთა პრაქტიკული საქმიანობის ადგილის/ საცხოვრებლის მიხედვით 76 ექიმში მივიღეთ შემდეგი შედეგი: თბილისში მცხოვრებ ექიმთაგან გამოწერს 67% (29/43), რეგიონში მცხოვრებთაგან გამოწერს 58% (19/33). ხოლო პრაქტიკული საქმიანობის მიხედვით: ოჯახის ექიმების 70% გასცემს რეცეპტს (33/47), ხოლო სოფლის ექიმებიდან რევეპტს გასცემს მხოლოდ 50%(14/28).

1. ოპიოიდების დანიშვნა / გამოწერასთან დაკავშირებული მარეგულირებელ ნორმატიულ დოკუმენტების ცოდნა და გავლენა.

(ქვე)ჰიპოთეზა: კანონმდებლობის არცოდნა უარყოფით გავლენას ახდენს ოპიოიდების ადეკვატურად გამოწერაზე.

(ქვე) ჰიპოთეზა: ორმაგი სტანდარტების მქონე კანონმდებლობა უარყოფით გავლენად ახდენს ოპიოიდების ადეკვატურად გამოწერაზე.

შეკითხვაზე - უკურნებელი პაციენტებისათვის (ონკოლოგიური და არა ონკოლოგიური) ოპიოიდების დანიშვნისა და გამოწერის დროს, მინისტრის რომელი ბრძანებით ხელმძღვანელობთ - გამოვლინდა, რომ ექიმთა უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს უფრო ძველი და მკაცრი რეგულაციით სარგებლობას (ცხრილი N26). ექიმთა 19%-მა (54/289) საერთოდ არ გასცა პასუხი შესაბამის შეკითხვას.

ცხრილი N26 ოპიოიდის დანიშვა/გამოწერის მარეგულირებელი ბრძენებების გამოყენება

ბრძანება (n=289)	N / (%)
N32/o–N102, 2000 / უფრო ძველი და მკაცრი	155/ (54)
N157/n, 2008 / ახალი, უფრო ლიბერალური	109 / (38)
N157/n, 2008 და 32/o–N102, 2000 /ორივე ბრძანებით	76 /(26)
N199/n-883, 2008 ორი მინისტრის ერთობლივი ბრძანება, რომელიც უკურნებელი პაციენტების შემთხვევაში უპირატესობას ანიჭებს 2008 წლის N 157/6 ბრძანებას.	52 /(18)
N55ნ, 2010 სოფლის ექიმთა მიერ ოპიოიდების ერთპიროვნულად დანიშვნისა თაობაზე	71 /(25)
N18, 2010 / ერთ რეცეპტზე შეიძლება გამოწერილი იქნეს ორი სხვადასხვა ოპიოიდი	65/ (23)

ექიმთა 92% (266/289) ადასტურებს, რომ საქართველოს კანონმდებლობა აღიარებს სამედიცინო მიზნებისათვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის აუცილებლობას, თუმცა ამავდროულად კითხვებზე გაცემული პასუხების მიხედვით ამ ექიმთა უმრავლესობა ფიქრობს რომ, კანონმდებლობა შემზღუდველი შინაარსისაა ან უპირატესობას ანიჭებს შემზღუდველი შინაარსის კითხვებს (ცხრილი N27). მიუხედავად იმისა რომ ექიმთა 33%-მა აღნიშნა, რომ საქართველოს კანონმდებლობა

უშვებს ერთ რეცეპტზე გამოწერილი იქნეს 2 ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმა, მათი მხოლოდ 32% (26/82) იყენებს შესაბამის ბრძანებას პრაქტიკაში.

ცხრილი N27 ოპიოიდები მარეგულირებელი კანონმდებლობის ცოდნა / აღქმა

საკანონმდებლო (კითხვა) საკითხი (n=289)	**„დიახ“ პასუხების მაჩვენებლი n / (%)**	**არსებული სიტუაცია /განმარტება**
გამოყოფს ნარკოტიკული საშუალებების გაცემის კონკრეტულ დღეებს, როდესაც პაციენტს შეუძლია მიიღოს ოპიოიდები;	201 / (70)	საკითხი სადაოა ვინაიდან ერთდროულად მოქმედებს 2 ბრძანება
ერთ რეცეპტზე შესაძლებელია გამოწერილი იქნეს 2 ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმა	94 / (33)	სადაოა, ერთდროულად მოქმედებს 2 ბრძანება; თუმცა ახლი რეცეპტის დიზაინი იძლევა ამის საშუალებას
კანონმდებლობა არ ზღუდავს ერთი რეცეპტის ფორმაზე გამოსაწერი ოპიოიდის რაოდენობას ანუ ოპიოიდების დოზირებას/ მაქსიმალურ დოზას	99 /(34)	კანონმდებლობა არ საზღვრავს მაქსიმალურ დოზას
კანონმდებლობა ზღუდავს ოპიოიდის მარაგის დღეების რაოდენობას,რომელიც შეიძლება გაიცეს ერთი რეცეპტის საფუძველზე	208 / (72)	კანონმდებლობა ზღუდავს ოპიოიდის მარაგის დღეების რაოდენობას 7 დღის მარაგის ლიმიტით
ოპიოიდის გამოწერისას, რა სიხშირით გასცემთ რეცეპტს	107 / (37) - გასცემს პაციენტის საჭიროებისამებრ; 151 / (52) გასცემს მხოლოდ სპეციალურ,	საკითხი სადაოა ვინაიდან ერთდროულად მოქმედებს 2 ბრძანება

	კონკრეტულ დღეებში, მათგან 87% კი გასცემს მხოლოდ კვირაში ერთხელ.	

კანონმდებლობის არცოდნა/ ინტერპრეტაციის გავლენა ექიმთა მორფინის დანიშვნა /გამოწერის პრაქტიკაზე.

კანონმდებლობის არცოდნის გავლენა ოპიოიდების დანიშვნა /გამოწერაზე

ის ექიმები, რომლებიც ფიქრობენ, რომ კანონმდებლობა ზღუდავს ერთი რეცეპტის ფორმაზე გამოსაწერი ოპიოიდის რაოდენობას (ანუ ადგენს მაქსიმალურ დასაშვებ დოზას), ნაკლებად ნიშნავენ /გამოწერენ ოპიოიდებს (68%,78/115), ვიდრე ის ექიმები, რომლებიც სწორად ფიქრობენ, რომ კანონმდებლობა არ აკეთებს ასეთ შეზღუდავს (82%, 71 /87), χ^2 (df 1; N = 202) = 4.86, p = 0.027.

ის ექიმები, რომლებიც ფიქრობენ, რომ კანონმდებლობა ზღუდავს 1 რეცეპტის ფორმაზე 2 ოპიოიდის ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმის გამოწერას, ნაკლებად ნიშნავენ /გამოწერენ ოპიოიდებს (69%,84/122), ვიდრე ის ექიმები, რომლებიც სწორედ ფიქრობენ, რომ კანონმდებლობა უშვებს რომ 1 რეცეპტის ფორმაზე 2 ოპიოიდის ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმის გამოწერას (83%, 70/84), χ^2 (df 1; N = 198) = 5.53, p = 0.019

ორმაგი სტანდარტის მქონე კანონმდებლობის გავლენა

იმ ექიმთაგან, ვინც ახდენს კანონის ისეთ ინტერპრეტაციას, რომელიც მიუთითებს 2000 წლის ბრძანებით სარგებლობზე, ანუ კანონმდებლობა გამოყოფს ნარკოტიკული საშუალებების გაცემის კონკრეტულ დღეებს, როდესაც პაციენტს შეუძლია მიიღოს ოპიოიდები (N32/102), ნაკლებად გასცემენ რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ, (37%, 72/194) ვიდრე ისინი, ვინც ისეთ ინტერპრეტირებას უკეთებენ კანონმდებლობას, რომელიც მიუთითებს უფრო ახალი ბრძანებით (2008 წლის N157/ნ) სარგებლობეზე და შესაბამისად, მეტად გაცემენ რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ (61%, 23/38), χ^2 (df 1; N = 232) = 7.2; p = 0.007.

ადმინისტრაციული სახის ბარიერები

კვლევის შედეგების ანალიზისას გამოვლლინდა ადმინისტრაციული ბარიერები, რომელთაც აქვთ პირდაპირი თუ ირიბი გავლენა მორფინის .დანიშვნის/გამოწერის საექიმო პრაქტიკაზე (ცხრილი N28 და N29).

ამა თუ იმ სიხშირით, ძლიერი ტკივილის მქონე, უკურნებელი პაციენტების მართვისას, სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელობამ, შეზღუდა ექიმთა:

- 11 % (24/228) რომ დაენიშნა მორფინი;
- 14% (28/207) გაეზარდა მორფინის დოზა.

ამა თუ იმ სიხშირით, ექიმთა 9% (21/289) ამბობს, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიურ პაციენტების მკურნალობისას მათ ვერ შეძლეს მორფინის დანიშვნა, ვინაიდან, ის არ იყო ხელმისაწვდომი. თუმცა მთავარი წილი (80%) მოდის ზოგჯერ/ იშვიათად პასუხზე.

ცხრილი N 28 ადმინისტრაციული სახის ბარიერები

ადმინისტრაციული საკითხი	N / (%)
დაწესებულების ხელმძღვანელობა აწვდის ინფორმაციას საქართველოში ხელმისაწვდომი ოპიოიდების ფორმებისა და მათი დოზირებების შესახებ (n=289)	
პერიოდულად	*149/(52)*
მხოლოდ მაშინ, როდესაც თვითონ ითხოვს ინფორმაციას	*59/(20)*
მისთვის ასეთი ინფორმაცია არ მოუწოდებიათ	*47 /(16)*

ჰიპოთეზა: ადმინისტრაციული სახის ბარიერები უარყოფით გავლენას ახდენს ოპიოიდების ადეკვატურად დანიშვნა / გამოწერაზე

ის ექიმები, რომელთაც დაწესებულების ხელმძღვანელობა აწვდის ინფორმაციას საქართველოში ხელმისაწვდომი ოპიოიდების ფორმებისა და მათი დოზირებების შესახებ (61%, 19/31), მეტად ნიშნავენ მორფინს, ვიდრე ის ექიმები ვისაც დაწესებულების ხელმძღვანელობა არ აწვდის ინფორმაციას (36 %, 11 / 31), χ^2 (df 1; N = 62) = 4.13, p = 0.042.

ის ექიმები, ვინც ხელმძღვანელობენ უფრო მკაცრი და ძველი (N 32/ო–N 102) ბრძანებით, ადმინისტრაცია ნაკლებად ზღუდავს რომ გაზარდოს მორფინის დოზა

(10%, 12 / 124), ვიდრე ისინი ვინც არ ხელმძღვანელობენ ამ ბრძანებით (22%, 13/ 59), χ^2 (df 1; N = 183) = 5.17, p < 0.02.

ის ექიმები, ვისაც ადმინისტრაცია ზღუდავს გაზარდონ მორფინის დოზა მეტად იყენებენ ტკივილის შეფასების სკალებს (32%, 6 / 19), ვიდრე ის ექიმები რომლებსაც ადმინისტრაცია არ ზღუდავს (7%, 9 / 13), χ^2 (df 1; N = 150) = 12.36, p = 0.002.

შიშის ფაქტორის გავლენა ოპიოიდებით მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე

მონაცემები ექიმებზე, ვინც გასცა პასუხი შეკითხვებს მორფინის გამოწერის გამო მათი სამედიცინო საქმიანობის გამოძიების და ამ საკითხთან დაკავშირებით წუხილის თაობაზე, მოცემულია N29 -ე ცხრილში:

ცხრილი N29 გამოეძიება / შიშის ფაქტორი

საკითხი - „დიახ“ პასუხები	**n / (%)**
ექიმები, ვისი საექიმო საქმიანობაც გამოუძიებიათ მორფინის გამოწერის გამო (n=198)	19 / (10)
თუ იცნობენ ისეთ ექიმს, ვისი საქმეც მორფინის გამოწერის გამო ყოფილა ძიებაში: (n=257)	44 / (17)
რამდენად აწუხებთ, რომ მათი საქმიანობა, მორფინის გამოწერის გამო შეიძლება გამოიძიონ: (n=144)	52 / (36)
ძალიან აწუხებთ	*9 / (6)*
აწუხებთ	*11 / (8)*
ცოტათი აწუხებთ	*32 / (22)*

ექიმები, რომლებიც ნერვიულობენ (წუხან), რომ მორფინის გამოწერის გამო, მათი საქმიანობა შეიძლება გამოიძიონ ნაკლებად გამოიყენებენ **უფრო ლიბერალურ** (2008 წლის N 157/6) ბრძანებას (31%, 13 / 42), ვიდრე ის ექიმები რომლებიც არ გამოთქვამენ წუხილს (57%, 46 / 81), **Fishers' exact test** (df 1; N = 123) = 7.39, p = 0.008;

ის ექიმები, რომლებიც არ იყენებენ მინისტრის არცერთ (N 157/6 და N32ო/102) ბრძანებას მეტად წუხან, რომ მათი საქმიანობა შეიძლება გამოიძიონ მორფინის გამოწერის გამო (48%, 14/29), ვიდრე ის ექიმები, რომლებიც იყენებენ მინისტრის ორივე ბრძანებას (18%, 8/44), χ^2 (df 2; N = 126) = 7.92, p = 0.019 და აქედან გამომდინარე არც ნიშნავენ და გამოწერენ მორფინს.

ის ექიმები, რომლებიც იცნობენ ვინმეს, ვისი საქმეც ოდესმე ყოფილა ძიებაში, მორფინის გამოწერასთან დაკავშირებით მეტად წუხან რომ მათი საქმიანობა შეიძლება

გამოიძიონ მორფინის გამოწერის გამო (54 %, 13/24), ვიდრე ის ექიმები, რომლებიც არ იცნობენ ასეთ ექიმს (33 %, 39 / 119), χ^2 (df 1; N = 143) = 3.95, p = 0.047

იმ ექიმების საქმიანობა, რომლებიც ხელმძღვანელობენ 2008 წლის N157/6 ბრძანებით (უფრო ლიბერალური), მეტად არის განხილვის/გამოძიების საგანი (14%, 11/77), ვიდრე იმ ექიმების საქმიანობა, რომლებიც არ ხელმძღვანელობენ 2008 წლის N157/6 ბრძანებით (3%, 3 / 90), **Fishers' exact test** (df 1; N = 167) = 6.48, p = 0.013;

იმ ექიმების საქმიანობა, რომლებიც სწორედ თვლიან, რომ კანონმდებლობა არ ზღუდავს ერთი რეცეპტის ფორმაზე გამოსაწერი ოპიოიდის რაოდენობას (ანუ მაქსიმალურ დოზას), მეტად არის განხილვის/გამოძიების საგანი (16%, 12/77), ვიდრე იმ ექიმების საქმიანობა, რომლებიც თვლიან რომ კანონმდებლობა ზღუდავს ერთი რეცეპტის ფორმაზე გამოსაწერი ოპიოიდის რაოდენობას (6%, 5 / 89), **Fishers' exact test** (df 1; N = 166) = 4.46, p = 0.042.

გარდა ამისა, კვლევის სამედიცინო ცოდნის ნაწილიში გამოვლენილი შედეგებით ჩვენ შევქმენით „კარგი პრაქტიკის" ცვლადი, რომელიც აერთიანებდა იმ ექიმთა მონაცემებს, რომლებიც ერთდროულად გამოიყენებენ ტკივილი შეფასების სკალებს, ჯანმოს ტკივილის გაყუჩების სამსაფეხურიან მოდელს, გამოწერენ მორფინს „საათობრივი" პრინციპის საფუძველზე და ამავდროულად გასცემენ რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ. კვლევამ გამოავლინა, რომ ის ექიმები რომლებიც ნიშნავენ/გამოწერენ მორფინს და ამავდროულად აქვთ „კარგი პრაქტიკა" (26/289) მეტად გამოიყენებს 2008 წლის ორი მინისტრის ერთობლივ 199ნ ბრძანებას, რომელიც უკურნებელი პაციენტების შემთხვევაში უპირატესობას ანიჭებს უფრო ახალ და ლიბერალურ რეგულაციებს χ^2(df1)=235, p=0.005; ამავდროულად გამოვლინდა, რომ :

- იმ ექიმთა საქმიანობა რომლებსაც აქვთ „გამოწერის კარგი პრაქტიკა", მეტად არიან განხილვის /გამოძიების საგანი (23% versus 7.6%), Fishers' Exact Test (df1)=198, p=0.023

შედეგების ანალიზი

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების სამედიცინო მიზნით გამოყენების ისედაც მკაცრი და შემზღუდველი რეგულაციების ფონზე, რომლებიც წარმოქნიან მრავალი სახის ბარიერს ტკივილის ადეკვატური მართვისთვის, კანონმდებლობაში არსებული ურთიერთწინააღმდეგობრივი რეგულაციები კიდევ უფრო აძლიერებს ექიმთა შიშსა და

ამცირებს მათ სურვილს გამოწერონ ასეთი მედიკამენტები. ექიმები და მათი ადმინისტრაციული ხელმძღვანელობა უპირატესობას ანიჭებს უფრო ძველი და შემზღუდველი ხასიათის რეგულაციების გამოყენებას. გარდა იმისა, რომ მკაცრი რეგულაციების გამოყენებისას ექიმები თავს უფრო დაცულად გრძნობენ, ამას ემატება ისეთი ფაქტორების არსებობა, როგორიცაა ტკივილის მართვის პრიორიტეტულობის არარსებობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკაში, დასჯის შიში, ცოდნისა და ცნობადობის ნაკლებობა ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებთან მიმართებაში (განხილულია მომდევნო ქვეთავებში).

მორფინის დანიშვნა / გამოწერა

საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერაზე სპეციალურად უფლებამოსილ დაწესებულებაში (პოლიკლინიკის ტიპის) მომუშავე ზოგადი პრაქტიკის ექიმების (ოჯახის ექიმი/სოფლის ექიმი) გარდა, რომლებიც პაციენტებს ემსახურებიან მათი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, ყველა სხვა დანარჩენ ექიმს უნდა ჰქონდეს სპეციალური ნებართვა და უნდა ავიდეს აღრიცხვაზე ნარკოტიკების კონტროლოს ინსპექციაში, რომ მოიპოვონ სპეციალური რეცეპტები ოპიოიდების გამოსაწერად. მაგრამ ვინაიდან ეს საკმაოდ რთული პროცესია, რომელიც მოითხოვს დიდ დროს და სპეციალური კონტროლის მექანიზმებს (აღრიცხვაზე ასვლა, სპეციალური რეცეპტების შეძენა, ჟურნალებში მრავალი მონაცემის რეგისტრაცია, უსაფრთხოების ყუთების შეძენა და სხვა) (ბრძანება32-102 სშჯსსს & შსს, 2000), პრაქტიკულად, მხოლოდ პოლიკლინიკის ექიმები, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან ამბულატორიული პაციენტების მკურნალობაზე და რომელთაც კანონმდებლობა ავალდებულებს (N32/102 ბრძანება) ნიშნავენ / გამოწერენ ოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებებს. თუმცა კვლევის შედეგების მიხედვით ამ მოვალეობის მქონე ექიმთა 2/3 არ ნიშნავს ოპიოიდურ საშუალებებს, ხოლო 1/3 ასევე თავს იკავებს რეცეპტის გაცემისგანაც კი. სავარაუდოდ ის ექიმები, რომლებიც გასცემენ მხოლოდ რეცეპტს, ისევ გამოიყენებენ ოპიოიდის დანიშვნის კომისიური წესს.

უნდა ვივარაუდოთ, რომ ის ექიმები, რომლებიც თავს არიდებიან მოვალეობას და საერთოდ არ ნიშნავენ და გამოწერენ ოპიოიდებს (27%), საუეთესო შემთხვევაში ახდენენ თავისი პაციენტების გადაბარებას სხვა ექიმებზე, როდესაც დგება

ოპიოიდების დანიშვნის აუცილებლობა. სხვა შემთხვევაში, თუ ასევე გავითვალისწინებთ იმ ექიმებს, რიმლებმაც არ გასცეს პასუხი შესაბამის კითხვას, შეიძლება დავასკვნათ, რომ საჭიროების მქონე პაციენტთა 38% საერთოდ ვერ იღებს ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს.

მიუხედავად იმისა, რომ 2008 წლიდან ოჯახის/სოფლის ექიმს შეუძლია ერთპიროვნულად მიიღოს გადაწყვეტილება და პაციენტს დაუნიშნოს ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალება, ექიმთა უმრავლესობის პასუხი რომ მხოლოდ გამოწერს რეცეპტს, მიუთითებს ფაქტზე, რომ ისევ მოქმედებს კომისიური წესი და ოჯახის ექიმი ასრულებს მხოლოდ ტექნიკურ ფუნქციას უკურნებელი პაციენტების ტკივილის მართვაში.

ოპიოიდების მარეგულირებელი კანონმდებლობის ცოდნის და მისი აღქმის გავლენა ოპიოიდების ხელმისაწვდომობაზე

საინტერესოა, რომ საერთო ჯამში კითხვებზე, რომლებიც შეეხებოდა ოპიოიდების დანიშვნა გამოწერაზე შეზღუდვას მეტმა რესპოდენტმა გასცა პასუხი, ვიდრე იმ კითხვებს, რომლებიც შეეხებოდა დაშვებას. ვინაიდან ერთდროულად მოქმედებს ძველი და ახალი ბრძანებები ექიმების პასუხიც არის არაერთგვაროვანი, თუმცა ბევრად არის გადახრილი ძველი უფრო ხისტი რეგულაციების სასარგებლოდ.

კვლევის შედეგების მიხედვით, ექიმების 33-38% გარკვეულწილად იცნობს კანონმდებლობას. თუმცა, მიუხედავად ამისა ნაწილი ამ ექიმებისა, ვინც იცნობს ახალ რეგულაციებს, მაინც დომინანტურად მიიჩნევს უფრო ძველ რეგულაციებს და მხოლოდ 18-23% გამოიყენებს უფრო ლიბერალურ რეგულაციებს პრაქტიკაში. მიუხედავად იმისა რომ ექიმთა 38% ამბობს რომ იყენებს უფრო ახალ N157 ბრძანებას, საბოლოოო ჯამში ამ უფრო ლიბელარულ ბრძანებას უპირატესობას ანიჭებს მხოლოდ ექიმთა 18% (52/289); ვინაიდან მხოლოდ 18%-მა გასცა პასუხი, რომ ხელმძღვანელობს N199/6-883, რომელიც უკურნებელი პაციენტების შემთხვევაში უპირატესობას ანიჭებს 2008 წლის სწორედ ამ უფრო ლიბერალურ ბრძანებას.

ექიმთა მცირე ნაწილმა, 34% -მა იცის, რომ კანონმდებლობა არ ზღუდავს ერთი რეცეპტის ფორმაზე გამოსაწერი ოპიოიდის რაოდენობას ანუ ოპიოიდის მაქსიმალურ დოზას, ხოლო 33% -მა იცის, რომ ერთ რეცეპტზე შესაძლებელია გამოწერილი იქნეს 2

ოპიოიდი ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმა, თუმცა ამ უკანასკნელ დადგენილებას პრაქტიკაში იყენებს ამ ექიმების (33%-ის) მხოლოდ 32%. ექიმთა უმრავლესობა ოპიოიდს ძირითადად ნიშნავს სპეციალურად გამოყოფილ დღეებში, ხოლო მათგან 87% მხოლოდ კვირაში ერთხელ გასცემს რეცეპტს და შესაბამისად არ ითვალისწინებენ პაციენტის საჭიროებებს. აქ თავს იჩენს ორმაგი სტანდარტის მქონე კანონმდებლობის გავლენა და ექიმების მიერ მათი გარკვეული ინტერპრეტაცია. ვინაიდან ახალი ბრძანების მიხედვით შესაძლებელია 1 რეცეპტზე 7 დღის მარაგის გაცემა, ამიტომ ექიმებიც თვლიან რომ მათ მხოლოდ კვირაში ერთხელ უნდა გასცენ ახალი რეცეპტი და ამავდროულად არ ითვალისწინებენ იმავე ბრძანების სხვა დადგენილებას, რომ თუ პაციენტის მდგომარეობა შეიცვალა მათ უნდა გასცენ ახალი რეცეპტი; არამედ ასეთ შემთხვევაში იშველიებენ უკვე ძველი ბრძანებით დადგენილ ოპიოიდების გაცემის კონკრეტულ დღეებს. შესაბამისად ეს ექიმები ნაკლებად გასცემენ რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ. ამის საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ექიმები იცნობენ ორივე დოკუმენტს, მაგრამ დომინანტურად მიიჩნევენ და პრაქტიკაში ძირითადად გამოიყენებენ უფრო მკაცრ რეგულაციებს და/ან რეგულაციების შემზღუდველ პუნქტებს.

აღსანიშნავია რომ ექიმები, რომლებიც არ იცნობენ კანონმდებლობას და ფიქრობენ რომ იგი შემზღუდველია, საერთოდ თავს არიდებენ პაციენტებისთვის ოპიოიდების დანიშვნას და გამოწერას. ასევე თვალსაჩინოა, რომ ორმაგი სტანდარტის მქონე კანონმდებლობა უარყოფით გავლენას ახდენს ექიმების გადაწყვეტილებაზე ადეკვატურად უმკურნალონ ძლიერ ტკივილს და დროულად გასცენ ახალი რეცეპტი, თუ ამას პაციენტის საჭიროება მოითხოვს. ხოლო, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ექიმთა 2/3 მიიჩნევს (66%), რომ კანონმდებლობა ზღუდავს ოპიოიდური საშუალებების დოზას (მაქსიმალურ დასაშვებ მისაღებ დოზას), შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ისინი ნიშნავენ ქვე-თერაპიულ დოზებს, რომლებიც არ არის საკმარისი ძლიერი ტკივილის გასაყუჩებლად.

აშკარაა, რომ მკაცრი და ურთიერწინაარმდეგობრივი დუბლირებული ნორმების მქონე კანონმდებლობა ხელს უშლის ექიმს დროულად დაიწყოს ოპიოიდური ტკივილ

გამაყუჩებელი საშუალებებით მკურნალობა, უმკურნალოს პაციენტების ტკივილს ადეკვატურად და გასცეს რეცეპტი პაციენტის საჭიროებების მიხედვით.

ადმინისტრაციული სახის ბარიერები

რთულია განვსაზღვროთ, თუ რატომ ურჩევნიათ უფრო ძველი და მკაცრი რეგულაციების დაცვა იმ ექიმებსაც კი რომლებიც იცნობენ ახალ ბრძანებებს. თუმცა, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი გამოვლინდა იმ ექიმების საქმიანობის გამოძიებაზე, რომლებიც სარგებლობენ უფრო ახალი ლიბერალური ბრძანებით და ასევე სწორად იციან, რომ კანონმდებლობა არ ზღუდავს ერთი რეცეპტის ფორმაზე გამოსაწერი ოპიოიდის რაოდენობას, შესაბამისად ტკივილის გასაყუჩებლად ნიშნავენ მორფინის უფრო ადეკვატურ დოზებსაც. ჩვენი კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ ადმინისტრაცია მორფინის დოზის გაზრდაში მეტად ზღუდავს იმ ექიმებს, რომლებიც გამოიყენებენ ტკივილის შეფასების სკალებს და შესაბამისად უფრო კარგად და „წიგნიერად“ აფასებენ ტკივილის ინტენსივობას და უკეთესადაც ახდენენ მორფინის დოზის ადაპტირებას ტკივილის ადეკვატური კონტროლისთვის.

მაგრამ, ასევე კვლევის შედეგების საფუძველზე დაყრდნობით, ლიბერალური რეგულაციების იგნორირების მთავარი მიზეზი შეიძლება იყოს ის ფაქტი, რომ სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, ის ექიმები, რომლებიც იყენებენ უფრო ლიბერალურ რეგულაციებს და რომლებსაც აქვთ კანონმდებლობის უკეთესი ცოდნა, მორფინის გამოწერის პრაქტიკის გამო უფრო მეტად არიან გამოძიების საგანი. შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ეს ექიმები, ტკივილის ინტენსივობის შესაბამისად უფრო სწორად საზღვრავენ და ნიშნავენ მორფინის უფრო მაღალ დოზებს. აქედან გამომდინარე, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ექიმები, რომლებსაც აქვთ ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშნვის/ გამოწერის უკეთესი, უფრო კვალიფიციური პრაქტიკა, შესაბამისი კანონმდებლობის უკეთესი ცოდნა და მეტად იყენებენ ლიბერალურ რეგულაციებს, მეტად არიან გამოძიების საგანი.

რაც შეეხება სამედიცინო საქმიანობაზე გამოძიების ზეგავლენას, ის ექიმები, რომლებიც იცნობენ ვინმეს, ვისი საქმეც მორფინის გამოწერის გამო, ოდესმე ყოფილა ძიებაში, მეტად წუხან რომ მათი საქმიანობა შეიძლება გამოიძიონ მორფინის გამოწერის გამო. უფრო მეტიც, ის ექიმები, რომლებიც მეტად ნერვიულობენ, რომ მათი საქმიანობა

შეიძლება გამოიძიონ მორფინის გამოწერის გამო ნაკლებად ნიშნავენ/გამოწერენ მორფინს და ნაკლებად იყენებენ უფრო ახალ და ლიბერალურ ბრძანებას. როგორც გამოვლინდა, ექიმების უმრავლესობა, რომლებიც წუხან, რომ ისინი შეიძლება გამოძიებულნი იყენებენ არ გამოიყენებენ არც ძველ და არც ახალ ბრძანებებს; შესაბამისად, უნდა ვივარაუდოთ, რომ ეს ექიმები საერთოდ არ ნიშნავენ/გამოწერენ მორფინს.

2. ექიმთა ცოდნა

ტკივილის შეფასების, მორფინის ფარმაკოლოგიური თვისებების, მისი დანიშვნისა და გამოწერის თავისებურებების ცოდნა და გავლენა.

(ქვე) ჰიპოთეზა: სამედიცინო განათლების ნაკლებობა უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ოპიოიდების ადეკვატურად დანიშვნა / გამოწერის პრაქტიკაზე.

ტკივილის მართვისა და ოპიოიდების ფარმაკოლოგიის ცოდნა:

ექიმების 75% (218/289) აღნიშნავს, რომ ოპიოიდების დანიშვნისა და გამოწერის გადაწყვეტილების მიღების დროს ხელმძღვანელობს ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინით; ექიმთა 69% (200/289) აღნიშნავს, რომ მათთვის ცნობილია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ტკივილგაყუჩების სამ საფეხურიანი კიბის მოდელი; ხოლო მათგან, ვისთვისაც ცნობილია ეს მეთოდი მათგან ყოველთვის ან ხშირად იყენებს მას 68% (139/200); ეს მაჩვენებელი, ექიმთა საერთო რაოდენობისთვის შეადგენს 48%-ს (139/289). ექიმების 80 % (230/289) მიიჩნევს, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის სამართავად, მორფინი არის მკურნალობის ყველაზე ეფექტური საშუალება; ხოლო არაოპიოიდური მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში, ექიმების 87% (251/289) მკურნალობის შემდეგ ეტაპად, ყოველთვის ან ხშირად განიხილავს მორფინის დანიშვნას.

იმ ექიმთაგან ვინც მიიჩნევს, რომ ძლიერი ინტენსივობის (7–10/10) ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის სამართავად, მორფინი არის მკურნალობის ყველაზე ეფექტურ საშუალება, ისინი:

- მეტად ირჩევენ ტკივილის მართვის სწორ ტაქტიკას, ანუ არაოპიოიდური მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში, მკურნალობის შემდეგ ეტაპად

განიხილავენ მორფინის დანიშვნას (96%, 216/225), ვიდრე ის ექიმები ვინც არ მიიჩნევენ მორფინს ყველაზე ეფექტურ საშუალებად (73%, 32/44), χ^2 (df 2; N = 269) = 36.5, p< 0.001

- ნაკლებად მიიჩნევენ მორფინს სახიფათო საშუალებად (25%, 54/214), ვიდრე ის ექიმები ვინც არ მიიჩნევენ მორფინს ყველაზე ეფექტურ საშუალებად (49%, 20 / 41), χ^2 (df 1; N = 255) = 9.26, p < 0.002.
- ნაკლებად მიიჩნევენ, რომ არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი წამლები მორფინის თანაბარ ეფექტურია (35%, 76 / 215), ვიდრე ის ექიმები ვინც არ მიიჩნევენ მორფინს ყველაზე ეფექტურ საშუალებად (81%, 31/41), χ^2 (df1; N=257) = 29.85, p < 0.001.

ტკივილის შეფასება:

მიუხედავად იმისა რომ ექიმთა 93% (269/289) აღნიშნავს რომ ყოველთვის ეკითხება პაციენტს ტკივილის შესახებ, 82% (238/289) ამბობს, რომ ყოველთვის / ხშირად განიხილავს ტკივილის მართვის / გაყუჩების მნიშვნელობას თითოეულ პაციენტთან და/ან მასზე მზრუნველ პირთან, ხოლო 88% (254/289) ამბობს, რომ თვეში ერთხელ მაინც სრულყოფილად აფასებს ტკივილს, მხოლოდ 67% (193/289) იცნობს ტკივილის შეფასების შკალებს; ხოლო ვინც იცნობს მათგან ყოველთვის ან ხშირად იყენებს 82% (159/ 193) ანუ 55% ექიმთა საერთო რაოდენობიდან (289). მიუხედავად იმისა რომ ექიმთა 55% ამბობს, რომ ისინი იყენებენ ტკივილის შეფასების შკალებს, მათგან 53% (80/151) რეცეპტს გასცემს მხოლოდ განსაკუთრებულ დღეებში, და მხოლოდ 47% (71/151) გასცემს პაციენტის საჭიროებისამებრ (კანონმდებლობის ცოდნის მონაცემი). აქედან შეგვიძლია გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ ექიმთა მხოლოდ 25% (71/289) ერთდროულად მეტნაკლებად ობიექტურად აფასებს ტკივილს შეფასების სკალების გამოყენებით და ამსთანავე გასცემს რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ.

ის ექიმები, რომლებიც იყენებენ ტკივილის შეფასების სკალებს (98%, 156/159), ასევე მეტად რეგულარულად აფასებენ ტკივილს, ვიდრე ის ექიმები ვინც არ იყენებს ტკივილის შეფასების შკალებს (81%, 25/31), **Fishers' exact test** (df 1; N = 190) = 17.54; p = 0.001 (ფიშერის ზუსტი ტესტი).

პრაქტიკული/კლინიკური ცოდნა

უნდა აღინიშნოს, რომ საერთო ჯამში ტკივილის მართვის შესახებ კლინიკური ხასიათის შეკითხვებს პასუხი გასცა ექიმთა საკმაოდ მცირე რაოდენობამ.

პასუხგაუცემელთა და არასწორი პასუხის დაჯამებით (საერთო ჯამში 55%-ზე მეტი), უნდა ვივარაუდოთ, რომ ამ ექიმთა მინიმუმ ნახევარი არ ფლობს ინფორმაციას ოპიოიდების სწორად დანიშვნისა და ტკივილის მართვის შესახებ.

ცხრილი N30 ტკივილის მართვა მორფინით

ძლიერი ქრონიკული მუდმივი ხასიათის ტკივილის მქონე ონკოლოგიურ პაციენტებში მორფინის დანიშვნისას, ექიმი ყოველთვის /ხშირად	% „დიახ“ პასუხების	არ გასცა პასუხი
- ნიშნავს მორფინს საათობრივად (ფარმაკოლოგიური მოქმედების ხანგრძლივობის მიხედვით)	45%(129/289)	33 %(95/289)
მორფინს ნიშნავენ მხოლოდ ტკივილის ანუ „საჭიროების“დროს;	35%(101/289)	43%(124/289)
ნიშნავს დამხმარე დოზას ტკივილის შეტევებისთის	18%(52/ 289)	53%(152/289)
ნიშნავს გვერდითი მოვლენების სამართავად ასევე სხვა მედიკამენტებს	39%(112/289)	40%(116/289)

მიუხედავად იმისა, რომ 2008 წლის N157ნ ბრძანებით დამტკიცებულია ინსტრუქცია პალიატიური მზრუნველობის შესახებ, რომელიც ასევე ფარავს ჯანმოს რეკომენდაციებს და ძირითად პრინციპებს ტკივილის მართვის შესახებ, ხოლო 2012 წლიდან ხელმისაწვდომია ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინი, სადაც მითითებულია მუდმივი ტკივილის შემთხვევაში მორფინის საათობრიოვად დანიშვნის უპირატესობა, გამოკითხულ ექიმთა მხოლოდ 45% ამბობს რომ ნიშნავს მორფინს საათობრივად. თუმცა, იმ ექიმთაგან ვინც ამბობს, რომ მორფინს ნიშნავს საათობრივად, მათი 23% ასევე ამბობს, რომ ნიშნავს მორფინს ყოველთვის ან ხშირად მხოლოდ საჭიროების დროს (30/129); ეს შედარება გაკეთდა იმ ექიმთა გამოსავლენად ვინც პასუხებს გასცემდა ზოგადი ინტუიციით და არა რეალური ცოდნიდან და/ან პრაქტიკიდან გამომდინარე; ვინაიდან ეს მონაცემები ურთიერთგამომრიცხველია და მიუთითებს რომ ამ ექიმების 23%-ს, ვინც ამბობს, რომ ნიშნავს მორფინს „საათობრივად“ წარმოდგენა არ აქვთ თუ რას ნიშნავს საათობრივი ან მხოლოდ საჭიროების დროს დანიშვნა. აქედან გამომდინარე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ მაქსიმუმ ექიმთა 1/3 (129 -30 = 99) ნიშნავს მორფინს „საათობრივი“ პრინციპით.

ტკივილის მართვის გაიდლანში, ასევე პალიატიური მზრუნველობის ინსტრუქციაშიც რეკომენდაციის სახით მოწოდებულია, რომ მორფინით ტკივილის მართვისას საჭიროა მოხდეს გარკვეული მედიკამენტების დანიშვნა გვერდითი მოვლენების პრევენციის მიზნით, მაგალითად როგორიცაა შეკრულობა, და მათი მართვა. თუმცა როგორც გამოვლინდა გვერდითი მოვლენების სამართავად, სხვა მედიკამენტებს ნიშნავს ექიმთა მხოლოდ 39%.

ექიმთა 18% (52/289) აცხადებს, რომ ისინი ხშირად / ყოველთვის ნიშნავენ მორფინის დამხმარე დოზას ტკივილის შეტევებისთის. მაგრამ სინამდვილეში, იმ ექიმებისგან, რომლებმაც გასცეს ეს პასუხი, მათგან მხოლოდ 37%-მა (19/52) იცის, რომ კანონმდებლობა უშვებს, რომ ერთ რეცეპტზე შესაძლებელია გამოწერილი იქნეს 2 ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმა (ორი ოპიოიდი ძირითადად საჭიროა - გახანგრძლივებული მოქმედების ფორმა საბაზისო ანუ ძირითადი ტკივილის სამართავად და დამატებითი, სწრაფი მოქმედების ფორმები შეტევითი ტკივილის სამართავად); რაც ნიშნავს, რომ მათ უმრავლესობას არც კი ესმის „ტკივილის შეტევების“ მნიშვნელობა. ამრიგად, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ მაქსიმუმ ჯამში ექიმთა 7% (19/289) ნიშნავს მორფინის დამხმარე დოზას ტკივილის შეტევებისთის.

მორფინის ტაბლეტირებული ფორმით მკურნალობას უპირატესობასთან დაკავშირებით ექიმთა 73% (211/289) მიიჩნევს, რომ უფრო მარტივია მისაღებად; 7% (19/289) უფრო ეფექტურია თერაპიულად; 68% (196/289) თავიდან არიდებს ინექციასთან დაკავშირებულ დისკომფორტს. თუმცა ამავდროულად მხოლოდ 34%- მა (98/289) იცის, რომ მორფინის ტაბლეტირებული ფორმები შეიძლება მოიცავდეს ხანგრძლივად მოქმედ ფორმებს; საქართველოში, მორფინის გახანგრძლივებული მოქმედების ფორმები მოიპოვებოდა 2000 - იანი წლებიდან; რამოდენიმე წლიანი წყვეტის შემდეგ, 2009 წლიდან მორფინის ეს ფორმა პრაქტიკულად პერმანენტულადაა ქვეყანაში. მიუხედავად ამისა, ექიმთა მხოლოდ 1/3 ფლობს ინფორმაციას გახანგრძლივებული ფორმის შესახებ.

იმ ექიმთაგან ვინც ამბობს, რომ მორფინს ნიშნავს საათობრივად ასევე მეტად ფლობს ინფორმაციას მორფინის ტაბლეტირებულ ფორმებთან დაკავშირებით (48%, 60/126), ვიდრე ის ექიმები ვინც არ ნიშნავენ მორფინს საათობრივი პრინციპით (26%, 38 /144),

χ^2 (df 1; N = 270) = 13.09, p < 0.001. ხოლო ვინაიდან მორფინის გახანგრძლივებული ტაბლეტირებული ფორმები ინიშნება მხოლოდ საათობრივი პრინციპით, შესაბამისად უნდა ვივარაოდოთ რომ საერთო ჯამში მაქსიმუმ ექიმთა 21% (60/289) შეიძლება ნიშნავდეს ტაბლეტირებულ მორფინს.

ის ექიმები ვინც მორფინს ნიშნავს „მხოლოდ ტკივილის დროს“ ნაკლებად ინფორმირებულები არიან ტაბლეტირებული მორფინის შესახებ (27%, 32/117), ვიდრე ისინი ვინც არ ნიშნავენ მორფინს მხოლოდ ტკივილის დროს (47%, 20/43), χ^2 (df 1; N = 160) = 5.26, p = 0.02.

თეორიული ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენება

იმ ექიმებთაგან ვინც იცნობს ჯანმოს სამსაფეხურიან მოდელს, პრაქტიკაში მათგან გამოიყენებს მხოლოდ 76 % (139/196).

ხოლო მათგან ვინც გამოიყენებს ჯანმოს სამსაფეხურიან მოდელს:

- მეტად იყენებენ ტკივილის შეფასების შკალებს (92%, 107/116), ვიდრე ისინი ვინც არ ხელმძღნანელობს ჯანმოს სამსაფეხურიან მოდელით (57%, 21 / 37- დან), χ^2 (df 1; N = 153) = 25.84, p < 0.001.
- მეტად ნიშნავენ მორფინს საათობრივად (62% , 86/139) ვიდრე ის ექიმები ვინც არ გამოიყენებს ჯანმოს ტკივილგაყუჩების მოდელს (27%, 17/64), χ^2 (df 1; N = 203) = 21.85, p < 0.001.

რომ დაგვეჯამებინა და შეგვეფასებინა ექიმთა მორფინის გამოწერის პრაქტიკა, პრინციპული სამედიცინო ცოდნის და გამოწერის პრაქტიკის შემაფასებელი ცვლადების გაერთიანებით ჩვენ შევქმენით „კარგი პრაქტიკის“ ცვლადი, რომელიც აერთიანებს იმ ექიმთა მონაცემებს, რომლებიც ერთდროულად გამოიყენებენ ტკივილი შეფასების სკალებს, ჯანმოს ტკივილის გაყუჩების სამსაფეხურიან მოდელს, გამოწერენ მორფინს „საათობრივი“ პრინციპის საფუძველზე და ამავდროულად გასცემენ რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ. გამოვლინდა, რომ ექიმთა მხოლოდ 10%-ს (27/289) აქვს „კარგი პრაქტიკული“ მიდგომა; ხოლო როდესაც ახლად შექმნილ ცვლადს დავუმატეთ უშუალოდ გამოწერის პრაქტიკაც, ანუ ვინც იმავდროულად ასევე ნიშნავს/გამოწერს ოპიოიდებს, აღმოჩნდა რომ ექიმთა მხოლოდ 9%-ს (26/289) აქვს მორფინის „გამოწერის კარგი პრაქტიკა“.

ექიმები, რომლებიც ნიშნავენ/გამოწერენ მორფინს და ამავდროულად აქვთ „კარგი პრაქტიკა“ (26/289) მეტად გამოიყენებს იმ ბრძანებას (199ნ) , რომელიც უკურნებელი პაციენტების შემთხვევაში უპირატესობას ანიჭებს უფრო ახალი და ლიბერალური რეგულაციის გამოყენებას, χ^2(df1)=235, p=0.005; ასევე გამოვლინდა, რომ ექიმები „გამოწერის კარგი პრაქტიკით“ მეტად იცნობენ მორფინის ტაბლეტირებულ ფორმულაციებს, χ^2(df1)=235, p=0.005.

გაიდლაინის ცოდნის და განათლების გავლენა ქრონიული ტკივილის ხარისხიან მართვაზე

მათგან ვინც ხელმძღვანელობს ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინით:

- მეტად იცნობენ ტკივილის შეფასების შკალებს (79%, 159 / 201), ვიდრე ის ექიმები ვინც არ ხელმძღვანელობს ტკივილის მართვის გაიდლაინით (44%, 15/34), χ^2 (df 1; N = 235) = 18.52, p < 0.001.
- მეტად იყენებენ ტკივილის შეფასების შკალებს (85%, 139/163), ვიდრე ის ექიმები ვინც არ ხელმძღვანელობს ტკივილის მართვის გაიდლაინით (56%, 9 /16), χ^2 (df 2; N = 179) = 8.57, p < 0.014.
- მეტად იცნობენ ჯანმოს სამსაფეხურიან მოდელს (79%, 166 / 210), ვიდრე ისინი ვინც არ ხელმძღვანელობენ გაიდლაინით (49 % 17/35), χ^2 (df1; N = 245) = 14.74, p < 0.001.
- მეტად იყენებენ ჯანმოს სამსაფეხურიან მოდელს (73%, 120 / 164), ვიდრე ისინი ვინც არ ხელმძღვანელობენ გაიდლაინით (50%, 11/22), χ^2 (df2; N =186) = 10.48, p = 0.005.

ანალიზი

მთლიანობაში, ექიმთა პასუხები თეორიულ ნაწილში არ იყო გულწრფელი და ძირითადად ეფუძნებოდა სოციალურად მისაღებ პასუხებს. ექიმთა 75% - მა აღნიშნა რომ ხელმძღვანელობს ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინით. ამ გაიდლაინში დეტალურად არის განხილული ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ტკივილგაყუჩების სამ საფეხურიანი კიბის მოდელი, ტკივილის შეფასების სკალები და ასევე ინფორმაცია ტაბლეტირებული მორფინის ფორმების და გამოყენების მნიშვნელობის შესახებ. მონაცემთა ანალიზისას ჯვარედინა სექციური მეთოდით, გამოვლინდა განსხვავებული შედეგები. იმ ექიმთაგან რომლებიც ამბობენ, რომ ხელმძღვანელობენ ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინით, მხოლოდ ნაწილი

იცნობს და კიდევ უფრო მცირე ნაწილი გამოიყენებს ჯანმოს სამსაფეხურიანი ტკივილის გაყუჩების მოდელს და ტკივილის შეფასების სკალებს. ამ ექიმთაგან მხოლდ 36% (75/207; თუმცა 26% ,75/289-დან), ფლობს ინფორმაციას ტაბლეტირებული მორფინის შესახებ. გამოდის, რომ მათი 64% (132/207), ვინც არ ფლობს ინფორმაციას ტაბლეტირებული მორფინის გახანგრძლივებული ფორმების შესახებ, არ ამბობს სიმართლეს როდესაც აცხადებს, რომ იცნობს და ხელმძღვანელობს ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინით. თუ დავაჯამებთ ამ ექიმთა რაოდენობას ანუ 132 ექიმი, რაც შეადგენს ექიმთა საერთო რაოდენობის 46% -ს და დავამატებთ იმ 25% -ს, რომლებმაც განაცხადეს, რომ არ ხელმძღვანელობენ ტკივილის მართვის გაიდლაინით, გამოვა რომ ექიმთა 71% არ ფლობს და არ გამოიყენებს მსოფლიოში აღიარებულ ტკივილის მართვის სტანდარტებს.

ექიმთა 87% (251/289) აცხადებს, რომ არაოპიოიდური მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში, მკურნალობის შემდეგ ეტაპად, ყოველთვის ან ხშირად განიხილავს მორფინის დანიშვნას. თუმცა რეალურად ეს უკანასკნელი შეკითხვა შინაარსობრივად პრაქტიკულად იდენტურია ჯანმოს 3 საფეხურიანი მოდელის, რომელსაც პრაქტიკაში 289 ექიმიდან იყენებს მხოლოდ 48%. რაც ნიშნავს რომ ამ ექიმთა 39% (112) არ ამბობს სიმართლეს.

ექიმთა 80% (230 /289) ამბობს, რომ მორფინი არის ტკივილის მკურნალობის ყველაზე ეფექტური საშუალება, თუმცა იმავდროულად მათი 33% (76/230) არაოპიოიდურ ტკივილგამაყიჩებელ მედიკამენტებს აღიარებენ მორფინის თანაბარეფექტურად; ეს მონაცემები კი ურთიერთგამომრიცხავია და მიუთითებს ამ ექიმთა არაგულწრფელ პასუხზე ერთერთ სეგმენტში.

საგულისხმოა, რომ იმ ექიმთა 20%, რომლეთა პასუხისმგებლობა და მოვალეობაა ქრონიკული ტკივილის მართვა საერთოდ არ აღიარებს მორფინის მნიშვნელობას ტკივილის მართვაში.

შედეგების ანალიზი

ტკივილის შეფასება

ტკივილი არის სუბიექტური შეგრძნება, შესაბამისად მისი ინტენსივობის შესაფასებლად არ არსებობს რაიმე სახის დიაგნოსტიკური მეთოდები, გარდა

პაციენტის მიერ გადმოცემული აღწერილობისა. შესაბამისად, ამ აღწერილობას რომ ქონდეს „წიგნიერი“ ხასიათი და შესაძლებელი იყოს დინამიკაში მისი ცვლილების ობიექტური შეფასება, მსოფლიო მასშტაბით გამოიყენება ტკივილის შეფასების სკალები. ექიმთა 80% აცხადებს, რომ რეგულარულად აფასებს ტკივილს, თუმცა ექიმთა მხოლოდ 55% გამოიყენებს ტკივილის ინტენსივობის შემაფასებელ სკალებს. საბოლოო ჯამში კი ექიმთა მხოლოდ 25% ახდენს ტკივილის შეფასების ეფექტურ გამოყენებას პრაქტიკაში პაციენტის საჭიროებების გათვალისწინებით.

ტკივილის მართვა

პალიატიური მზრუნველობის ინსტრუქცია და ქრონიკული ტკივილის მართვის გზამკვლევი ხელმისაწვდომია 2008 და 2012 წლიდან შესაბამისად. თითოეული მათგანი მოიცავს და აქცენტირებას აკეთებს ტაბლეტირებული მორფინის დანიშვნის უპირატესობაზე საათობრივი პრინციპით და ასევე დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს გვერდითი მოვლენების მართვას. მაგრამ თუ ჩვენ დავაჯამებთ ტკივილის მართვის გაიდლაინის ცოდნისა და ამავე გაიდლაინით დაფარულ საკითხებზე გაცემულ პასუხებს, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ექიმების მხოლოდ 26% (75/289) იცნობს ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინს (ადეკვატური ცოდნა), მაქსიმუმ 34% (99/289) ნიშნავს მორფინს საათობრივი პრინციპის საფუძველზე, ექიმთა არაუმეტეს 21%-ისა ნიშნავს ტაბლეტირებულ მორფინს და 7% (19/289) ნიშნავს მორფინს ტკივილის შეტევებისათვის.

როდესაც დავაჯემეთ უკურნებელ პაციენტების ტკივილის გაყუჩების მიზნით მორფინის დანიშვნა / გამოწერის კარგი პრაქტიკის შემაფასებელი ყველაზე ობიექტური ინდიკატორები (როგორიცაა ტკივილი შეფასების სკალების და ჯანმოს ტკივილის გაყუჩების მოდელის გამოყენება, მორფინის დანიშვნა „საათობრივი“ პრინციპის საფუძველზე და რეცეპტის გაცემა პაციენტის საჭიროებების მიხედვით) და დავაკავშირეთ ეს ცვლადი იმ ექიმებთან, ვინც რეალურად ნიშნავენ/გამოწერენ მორფინს, აღმოჩნდა, რომ ამ ექიმთა მხოლოდ 9%-ს (26/289) აქვს მორფინის „გამოწერის კარგი პრაქტიკა“. ამასთანავე ეს ექიმები მეტად გამოიყენებენ უფრო ახალ და ლიბერალურ ბრძანებებს და ასევე მეტად იცნობენ მორფინის ტაბლეტირებულ ფორმებს.

ხოლო ექიმები, რომლებიც ფიქრობენ რომ არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები მორფინის თანაბარეფექტურია, ნაკლებად ამჟღავნებენ „კარგ პრაქტიკულ“ მიდგომას და ასევე ნაკლებად ნიშნავენ/გამოწერენ მორფინს.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ ექიმების მხოლოდ 39% (112/289), მაგრამ ამავდროულად 30% (86/289) იმ ექიმთაგან ვინც რეალურად ნიშნავს/გამოწერს მორფინს, ამბობს, რომ მორფინის დანიშვნისას ისინი ასევე ნიშნავენ სხვა მედიკამენტებს გვერდითი მოვლენების სამართავად, მაშინ უნდა ვივარაუდოთ, რომ დანარჩენი ექიმები ან საერთოდ არ ნიშნავენ მორფინს, ან არ აფასებენ მკურნალობის პროცესში პაციენტის მდგომარეობას და შესაბამისად არც მართავენ გვერდით მოვლენებს, ან კიდევ იმდენად გვიან ნიშნავენ ოპიოიდებს, პრაქტიკულად სიკვდილის წინ, რომ ისეთი გვერდითი მოვლენები, როგორიცაა თუნდაც ყველაზე ხშირი - შეკრულობა, ვეღარ ასწრებს განვითარებას.

დასკვნები

1. უკურნებელი ამბულატორიული პაციენტების ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერაზე პასუხისმგებელი ექიმებიდან, მხოლოდ 29% აქვს ტკივილის მართვის მეტნაკლებად „წიგნიერი“ ცოდნა და მხოლოდ 26% იცნობს ტკივილის მართვის გაიდლაინს.

2. ამ ექიმთა მხოლოდ 53%-ს ესმის მორფინის, როგორც ტკივილგამაყუჩებლის პოტენცია. და დაახლოებით ამდენივე ამბობს (55%), რომ სარგებლობს ტკივილის შეფასების შკალებით, თუმცა მხოლოდ 25% გასცემს ახალ რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ. ექიმთა 1/3 ამბობს, რომ ნიშნავს მორფინს „საათობრივ“ პრინციპზე დაყრდნობით, თუმცა მხოლოდ 21% ნიშნავს ტაბლეტირებულ ანუ ორალურ ფორმებს; საბოლოო ჯამში კი მეტნაკლებად დამაკმაყოფილებელი მორფინის დანიშვნა / გამოწერის პრაქტიკა აქვს მხოლოდ ექიმთა 9%-ს, ანუ მორფინის დანიშვნისას ერთდროულად იყენებს ტკივილის შეფასების სკალებს და ჯანმოს ტკივილგაყუჩების მიდგომას, ნიშნავს მორფინს საათობრივად და გასცემს რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ.

3. ექიმთა მხოლოდ 30% ასევე მართავს მორფინით გამოწვეულ გვერდით მოვლენებს.

3. ექიმების განწყობა / დამოკიდებულება ოპიოიდებით ტკივილის მართვასთან მიმართებაში და მათი გავლენა პრაქტიკულ საქმიანობაზე.

(ქვე) ჰიპოთეზა: ექიმების განწყობა და ცრუ რწმენები ტკივილის გაყუჩების მიზნით ოპიოიდების მოხმარებასთან მიმართებაში უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ოპიოიდების ადეკვატურად დანიშვნა / გამოწერაზე.

ექიმთა 44% (128/289) მიიჩნევს, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა ყოველთვის / ხშირად, იწვევს წამალ დამოკიდებულების განვითარებას. ექიმთა 46% (133/289), მაგრამ 52% (133/257) ვინც გასცა პასუხი მათგან, ამბობს, რომ ფიზიკური დამოკიდებულება ისეთ წამალზე, როგორიცაა მორფინი იგივეა რაც წამალდამოკიდებულება, 26% (74/289) არ არის ამ საკითხში დარწმუნებული; და ექიმთა მხოლოდ 17% (49/289) არ აიგივებს ფიზიკურ დამოკიდებულებას წამალ დამოკიდებულებასთან.

ექიმთა 27% (77/289) არ მიიჩნევს მორფინის დანიშვნას უსაფრთხოდ; 4% ფიქრობს, რომ მისი დანიშვნა სახიფათოა ნებისმიერი ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის, ხოლო 23% არ აქვს კონკრეტული მოსაზრება ამ საკითხთან მიმართებაში. ექიმთა 17% (48/289) ამბობს, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის, მორფინის დანიშვნას განიხილავს მხოლოდ მაშინ, როდესაც ის უშუალოდ მოსთხოვს ამას. ხოლო ექიმთა 51 % (146/289) ამბობს, რომ მორფინის დანიშვნას განიხილავს მხოლოდ დაავადების შორსწასული (ბოლო სტადიის) ფორმის მქონე პაციენტებში.

ექიმთა 51% (148/289) სწორად თვლის რომ სხვა არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები არ არის მორფინის თანაბარეფექტური; 16% (45/289) ამბობს, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა არ არის აუცილებელი, ვინაიდან არსებობს სხვა თანაბრად ეფექტური ტკივილგამაყუჩებელი წამლები, ხოლო 24% (69/289) არ არის დარწმუნებული.

დამოკიდებულება /განწყობის და ცრუ წარმოდგენების გავლენა ტკივილის ადეკვატურ მართვაზე

როგორც მოსალოდნელი იყო ექიმთა დამოკიდებულება/განწყობას გავლენა აქვს ექიმთა მიერ ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერის პრაქტიკაზე და ადეკვატური ტკივილის მართვაზე.

ცხრილი N31 წარმოდგენებისა და ცრურწმენის გავლენა მორფინის დანიშნის პრაქტიკაზე

იმ ექიმთაგან, რომლებიც არ აღიარებენ მორფინს, როგორც ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მკურნალობის ყველაზე ეფექტურ საშუალებას,	
არაოპიოიდური მედიკამენტებით მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში ნაკლებად ნიშნავენ მორფინს	χ^2(df2)=269, p< 0.001
მეტად ფიქრობენ, რომ მორფინის დანიშვნა სახიფათოა ნებისმიერი ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის	χ^2(df1)=255, p=0.002
და ასევე მეტი მათგანი ფიქრობს, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა არ არის აუცილებელი, ვინაიდან არსებობს სხვა თანაბრად ეფექტური ტკივილგამაყუჩებელი წამლები.	χ^2 (df 1) = 257, p < 0.001
ის ექიმები, რომლებიც ფიქრობენ, რომ მორფინის დანიშვნა სახიფათოა ნებისმიერი ძლიერი ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის	
მეტი მათგანი არ გამოიყენებს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ტკივილგაყუჩების სამ საფეხურიან მოდელს	χ^2(df2)=190, p<0.001
მეტი მათგანი განიხილავს მორფინის დანიშვნას მხოლოდ მაშინ, როდესაც ტკივილის მქონე პაციენტი უშუალოდ მოთხოვს ამას.	χ^2(df1)=249, p=0.009
მეტი მათგანი განიხილავს მორფინის დანიშვნას მხოლოდ დაავადების შორსწასული (ტერმინალური) ფორმის მქონე პაციენტებში.	χ^2 (df1)=257, p=0.022
ის ექიმები, რომლებიც ფიქრობენ, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა არ არის აუცილებელი, ვინაიდან არსებობს სხვა თანაბრად ეფექტური ტკივილგამაყუჩებელი წამლები.	
ნაკლებად ნიშნავენ მორფინს	χ^2 (df1)=232, p=0.001
ნაკლებს აქვს მორფინის დანიშვნის „კარგი პრაქტიკა“	χ^2 (df1)=262, p=0.026
ის ექიმები, რომლებიც მიიჩნევენ, რომ „ფიზიკური დამოკიდებულება“ ისეთ წამალზე, როგორიცაა მორფინი იგივეა რაც დამოკიდებულების სინდრომი:	
მეტად წუხან (40% versus 14%), რომ მათი საქმიანობა შეიძლება გამოიძიონ მორფინის გამოწერის გამო	χ^2 (df1)=138, p=0.023
მეტად მიაჩნიათ (58% versus 12%), რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა ყოველთვის/ ხშირად იწვევს წამალ დამოკიდებულების განვითარებას	χ^2(df2)=253, p<0.001

საინტერესოა ასევე ის ფაქტი, რომ ექიმებმა, რომლებმაც არ იციან რომ, საქართველოს კანონმდებლობა აღიარებს სამედიცინო მიზნებისათვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის აუცილებლობას, მეტად აქვთ ცრურწმენა რომ

მორფინის დანიშვნა სახიფათოა ნებისმიერი ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის, χ^2 (df 1; N = 254) = 14. 32, $p < 0.001$.

ექიმთა განწყობა/დამოკიდებულების გარდა უარყოფითი დამოკიდებულება ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით მკურნალობაზე ასევე შესაძლებელია ქონდეთ თვით პაციენტებსა და /ან მათ ოჯახსა/მზრუნველ პირს.

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით ტკივილის მკურნალობის მიმართ, ექიმების მიერ პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების განწყობის დახასიათება

ექიმთა წარმოდგენით, ის მკურნალობდა პაციენტებს, რომელთა 34%-ს (97/289) ამა თუ იმ სიხშირით უარი უთქვამთ მათთვის გამოწერილი მორფინის მიღებაზე; 37% -ს (108/289) უარი განუცხადებიათ მათთვის მორფინის დანიშვნაზეც კი.

ექიმთა წარმოდგენით, ის მკურნალობდა პაციენტებს, რომელთა ოჯახის/ მზრუნველის 40%-ს (114/289) ამა თუ იმ სიხშირით გამოუთქვამთ შეშფოთება მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით. პაციენტის ოჯახის/ და ან მზრუნველის 37% -ს (107/289) უარი უთქვამთ პაციენტისთვის მორფინის დანიშვნაზეც კი.

თუმცა ოთხივე კითხვაზე პასუხის ძირითადი ხვედრითი წილი მოდის პასუხზე იშვიათად; გამოკითხულ ექიმთა 60%-ზე მეტი კი ამბობს რომ მათ საერთოდ არ ქონიათ მსგავსი შემთხვევები.

ექიმთა პასუხების მიხედვით პაციენტებისა და ახლობლების განწყობის კავშირი

ექიმთა წარმოდგენით:

- ის პაციენტები, რომელთა ოჯახს/ და ან მზრუნველს გამოუთქვამთ შეშფოთება მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით მეტად აცხადებენ უარს მათთვის გამოწერილი მორფინის მიღებაზე (74%, 72 / 97 - დან), ვიდრე ისინი, ვისი ოჯახიც არ გამოთქვამს შეშფოთებას (28%, 42 / 153 დან), χ^2 (df 1; N = 250) = 52.36, $p < 0.001$
- ის პაციენტები, რომელთა ოჯახს/ და ან მზრუნველს უარი განუცხადებიათ მათთვის მორფინის დანიშვნაზე, მეტად აცხადებენ უარს მორფინის დანიშვნაზეც კი (68%, 73 / 107), ვიდრე ის პაციენტები, ვის ოჯახსაც არ უთქვია უარი მორფინის დანიშვნაზე (23%, 32 /140), χ^2 (df 1; N = 247) = 51.07, $p < 0.001$.

შედეგების ანალიზი

მიუხედავად იმისა რომ დღეს არსებობს უკვე ფაქტებზე დამყარებული მონაცემები და ჯანმოს მიერ დადგენილია, რომ „ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები, როდესაც ისინი დანიშნულია შესაბამისი დოზებითა და რეჟიმით, სავსებით უსაფრთხოა და აქ უსაფუძვლოა შემთხვევითი სიკვდილისა თუ დამოკიდებულების განვითარების შიში“... და რომ, ტკივილის მქონე უკურნებელ პაციენტებში დამოკიდებულება ვითარდება ძლიერ იშვიათად -0.05%-ში (WHO 2011), გამოკითხულ ექიმთა 44% მაინც მიიჩნევს, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა ყოველთვის/ხშირად, იწვევს წამალ დამოკიდებულების განვითარებას. საქართველოს კანონში ,,ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ” 2012 წელს შესული ცვლილებების თანახმად „ფიზიკური დამოკიდებულება“ უკვე აღარ განიხილება როგორც „დამოკიდებულების სინდრომის„ ექვივალენტი, თუმცა კვლევაში მონაწილე ექიმთა მხოლოდ 17% არ აიგივებს ფიზიკურ დამოკიდებულებას წამალ დამოკიდებულებასთან. საგულისხმოა, რომ მნიშვნელოვანი სხვაობა არ გამოვლინდა „ დამოკიდებულების“ საკითხთან მიმართებაში „კარგი პრაქტიკის“ მქონე და არ მქონე ექიმთა შორის; რაც მიუთითებს რომ ექიმებმა მასიურად არ იციან „დამოკიდებულების სინდრომის“ განსაზღვრება და მისი შეფასების კრიტერიუმები, და შესაბამისად მასიურად აქვთ ცრუ წარმოდგენები ამ საკითხთან მიმართებაში.

ცოდნისა და განწყობა/დამოკიდებულების გავლენა ექიმთა საქმიანობაზე.

როგორც კვლევის შედეგებმა გამოავლინა, ის ექიმები, რომლებსაც აქვთ უარყოფითი დამოკიდებულება და ცრუ წარმოდგენები მორფინის შესახებ, ნაკლებად გამოწერენ და ნიშნავენ მორფინს და უპირატესობას ანიჭებენ არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებით მკურნალობას. ეს ექიმები ასევე გამოირჩევიან ნაკლებ „წიგნიერი“ ტკივილის მართვის უნარებით, ნაკლებად აქვთ მორფინის დანიშვნა გამოწერის „კარგი პრაქტიკა“ და უფრო დაგვიანებით იწყებენ ტკივილის მართვას ოპიოიდური საშუალებებით.

საგულისხმოა, რომ ექიმების საკმაოდ მაღალი პროცენტი (51%), ვინც არ თვლის რომ მორფინის დანიშვნა სახიფათოა ნებისმიერი ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე

ონკოლოგიური პაციენტისათვის, მაინც ნიშნავს მორფინს მხოლოდ დაავადების შორსწასული (ბოლოო სტადიის) ფორმის მქონე პაციენტებში.

სამედიცინო ცოდნის ნაკლებობისა გარდა, ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების გვიანი დანიშვნის პრაქტიკა შეიძლება აიხსნას ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების მიმართ ექიმებს შორის უარყოფითი დამოკიდებულებისა და ცრუ შეხედულებების არსებობით, მათ შორის "კარგი გამოწერის პრაქტიკის" მქონე ექიმებშიც კი; ექიმთა თითქმის ნახევარი მიიჩნევს, რომ მორფინი ყოველთვის / ხშირად იწვევს "დამოკიდებულების სინდრომის" განვითარებას და მორფინზე "ფიზიკურ დამოკიდებულებას" აიგივებს "დამოკიდებულების სინდრომთან"; ხოლო იქ ექიმები რომლებიც „ფიზიკურ დამოკიდებულებას“ მორფინზე აიგივებენ დამოკიდებულების სინდრომთან თითქმის 3-ჯერ მეტად წუხან, რომ მათი საექიმო საქმიანობა შეიძლება გამოძიებული იქნეს მორფინის დანიშვნა /გამოწერის პრაქტიკის ქონის გამო და ნაკლებად ნიშნავენ და გამოწერენ მორფინს.

თუმცა ოპიოიდური საშუალებებით ტკივილს მართვის დაგვიანებული პრაქტიკა, როგორც წინა თავებში იყო აღნიშნული, ასევე განპირობებულია ტკივილის მართვის სახელმწიფო პოლიტიკით. მორფინის დანიშვნა 2000 წლის N32ო/N102 ბრძანებით მართლაც დაშვებულია მხოლოდ დაავადების ტერმინალურ სტადიაში / მეოთხე კლინიკური ჯგუფი, 2008 წლის N157 ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქციის თანახმად უკურნებელ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ძლიერი ან საშუალო ინტენსივობის ტკივილი (4-7/10-დან და 7-10/10-დან) ან აღარ ემორჩილება არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებით მურნალობას. თუმცა, ოპიოიდური საშუალებების კიდევ უფრო გვიანი დანიშვნის მიდგომა 2013 წლიდან წახალისდა სამთავრობო გადაწყვეტილებით, რომელმაც ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ("პალიატიური მზრუნველობა ინკურაბელურ პაციენტებში") შეცვალა ბენეფიციერთა ჩართვის კრიტერიუმები. პროგრამა ბენეფიციარად განსაზღვრავს იმ „ინკურაბელურ პაციენტებს, რომელთაც **სიცოცხლის დასასრულს** ესაჭიროებათ სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა“. ვინაიდან ამ ცვლილებამდე სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმი ისედაც იყო „უკურნებელი პაციენტი“, ზემოთაღნიშნული ცვლილება ექიმების / ადმინისტრაციის მხრიდან ძირითადად

აღიქმება როგორც სიცოცხლის ბოლო დღეები და საათები, როდესაც შეიძლება დაინიშნოს ოპიოიდები. შესაბამისად ეს ექიმები ძირითადად ნიშნავენ ოპიოიდებს სიცოცხლის დასასრულს. ამ მოსაზრებას ამყარებს ასევე ის ფაქტი, რომ პრაქტიკულად ექიმთა მხოლოდ 30% ნიშნავს მედიკამენტებს მორფინის გვერდითი მოვლენების სამართავად, რაც გვაფიქრებინებს, რომ დანარჩენი ექიმები ნიშნავენ ოპიოიდურ მედიკამენტებს ძლიერ დაგვიანებით, როდესაც გვერდითი მოვლენები, როგორიცაა თუნდაც შეკრულობა, ვეღარ ასწრებს განვითარებას. ვინაიდან, როგორც ცნობილია, მორფინით მკურნალობის ფონზე, შეკრულობა ვითარდება უკლებლივ ყველა პაციენტში.

მკაცრი და ურთიერთწინააღმდეგობრივი შინაარსის მქონე რეგულაციები და სახელმწიფო პოლიტიკა უარყოფით გავლენას ახდენს ექიმების მიერ ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების დანიშვნა/გამოწერის პრაქტიკაზე და უფრო მეტად აღრმავებს ექიმთა „უარყოფით დამოკიდებულებას“ და ცრუ წარმოდგენებს ამ წამლებისადმი. უფრო მეტიც, ის ექიმები, რომლებიც სარგებლობენ უფრო ახალი და ლიბერალური რეგულაციებით და "კარგი გამოწერის პრაქტიკით", უფრო მეტად არიან ადმინისტრაციის კონტროლოს ქვეშ და მორფინის დანიშვნა / გამოწერის გამო თითქმის სამჯერ მეტად არის მათი საქმიანობა გამოძიებული. ამდენად, გასაკვირი არ არის, რომ ბევრი ექიმი საერთოდ არ ნიშნავს და /ან გამოწერს ოპიოიდებს, მათ უმრავლესობას არ აქვს ოპიოიდური საშუალებების გამოწერის "კარგი პრაქტიკა" და უმეტესწილად ნიშნავენ ამ მედიკამენტებს „სიცოცხლის დასასრულს“.

4.დემოგრაფიული მონაცემების გავლენა ოპიოიდებით მკურნალობაზე

***საცხოვრებელის მიხედვით პრაქტიკული სამიანობის გავლენა* ტკივილის ადეკვატურ მართვაზე**

როგორც აღმოვაჩინეთ, ექიმების საცხოვრებელი ადგილის და შესაბამისად მათი პრაქტიკული პოზიციის მიხედვით არსებობს სხვაობა ექიმთა ცოდნას, განწყობა/დამოკიდებულებასა და მცდარი შეხედულებათა შორის (ცხრილი32, ცხრილი 33). აშკარაა, რომ საქართველოს დედაქალაქში მოღვაწე ექიმები არიან უკეთ ინფორმირებულნი და აქვთ უკეთესი სამედიცინო განათლება ტკივილის მართვასთან დაკავშირებით, თუმცა ამავდროულად ისინი უფრო მეტად გამოიყენებენ მკაცრ და

ძველ რეგულაციებს და ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების გამოყენების თაობაზე აქვთ უფრო ნეგატიური დამოკიდებულება. რეგიონებში მცხოვრებ ექიმებს აქვთ ნაკლები სამედიცინო ცოდნა და მეტი მცდარი შეხედულებები.

ცხრილი N32 საცხოვრებელი ადგილის გავლენა ოპიოიდებით მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე

რეგიონში მცხოვრებ ექიმებთან შედარებით, **თბილისში მოღვაწე ექიმები**	
სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელობა მეტად აწვდის მათ ინფორმაციას საქართველოში ხელმისაწვდომი ოპიოიდების ფორმებისა და დოზირებების შესახებ	χ^2(df1)=236, p=0.001
მეტად თვლიან რომ კანონმდებლობა გამოყოფს ნარკოტიკული საშუალებების გაცემის კონკრეტულ დღეებს, როდესაც პაციენტს შეუძლია მიიღოს ოპიოიდები,	χ^2(df1)=229, p=0.032
მეტად ნიშნავენ ყოველთვის/ხშირად მორფინს საათობრივად	χ^2(df2)=177, p=0.048
მეტად მიიჩნევენ, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა არ არის აუცილებელი, ვინაიდან არსებობს სხვა თანაბრად ეფექტური ტკივილგამაყუჩებელი წამლები	χ^2(df1)=254, p<0.001
თბილისში მცხოვრებ ექიმებთან შედარებით, **რეგიონში მცხოვრები ექიმები**:	
ზოგადად ნაკლებად იყენებენ მორფინის დანიშვნა / გამოწერასთან დაკავშირებულ ბრძანებებს	χ^2 (df2) = 214, p = 0.001
ნაკლებად იცნობენ ტკივილის შეფასების შკალებს	χ^2(df1)=238, p=0.006
მეტად ნიშნავენ ყოველთვის /ხშირად მორფინს მხოლოდ ტკივილის დროს	χ^2(df2)=156, p=0.002
მეტად ნიშნავენ მორფინს მხოლოდ პაციენტთა მოთხოვნის შედეგად	χ^2(df1)=246, p=0.012
მეტად აქვთ მცდარი შეხედულება, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა ყოველთვის/ხშირად იწვევს წამალ დამოკიდებულების განვითარებას	χ^2(df 2)=246, p=0.01

პრაქტიკული საქმიანობის გავლენა ოპიოიდებით მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე

ცხრილი N33 პრაქტიკული საქმიანობის გავლენა ოპიოიდებით მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე

ოჯახის ექიმებთან შედარებით, **სოფლის ექიმები:**

ხელმძღვანელობა ნაკლებად აწვდის მათ ინფორმაციას საქართველოში ხელმისაწვდომი ოპიოიდების ფორმებისა და მათი დოზირებების შესახებ	χ^2(df1)=239, p<0.001
ნაკლებად იყენებენ ბრძანებებს მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით	χ^2(df2) = 217, p = 0.002
ნაკლებად ნიშნავენ მორფინს	χ^2 (df 1) = 69, p = 0.039
ნაკლებად იყენებენ ჯანმოს ტკივილგაყუჩების სამსაფეხურიან მოდელს	χ^2(df 2) =190, p<0.001
მეტად აქვთ მცდარი შეხედულება, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა ყოველთვის/ხშირად იწვევს წამალ დამოკიდებულების განვითარებას	χ^2(df2)=250, p=0.04
სოფლის ექიმებთან შედარებით, **ოჯახის ექიმები :**	
მეტად იყენებენ და N32 ო /102 ბრძანებას, შესაბამისად	χ^2 (df1) = 217, p = 0.002
შესაბამისად მეტად თვლიან, რომ კანონმდებლობა გამოყოფს ნარკოტიკული საშუალებების გაცემის კონკრეტულ დღეებს, როდესაც პაციენტს შეუძლია მიიღოს ოპიოიდები	χ^2 (df1)=234, p=0.001
და მეტად აქვთ მცდარი შეხედულება, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა არ არის აუცილებელი, ვინაიდან არსებობს სხვა თანაბრად ეფექტური ტკივილგამაყუჩებელი წამლები	χ^2(df1)=248, p<0.001

სოფლის ექიმის პოზიციაზე მყოფ ექიმთაგან საერთო ჯამში სოფლის მოსახლეობას მორფინს უნიშნავს/გამოუწერს ექიმთა 61% (71/116 (80+36). საგულისხმოა ის ფაქტი , რომ სოფლის ექიმების მხოლოდ ნახევარი იყენებს მათთვის განკუთვნილ ბრძანებას 51%, (34 / 67 -დან) , ხოლო თუ ამას დავამატებთ იმ ოჯახის ექიმებს, რომლებსაც ასევე უკავიათ სოფლის ექიმის პოზიცია, გამოვა რომ ვინც ასრულებს სოფლის ექიმის მოვალეობას ჯამში 116 ექიმიდან მხოლოდ 57 ექიმი ანუ 49% ამბობს რომ იყენებს ბრძანებას მორფინის ერთპიროვნულ დანიშვნაზე. თუმცა, როგორც კვლევამ აჩვენა რეალურად მაქსიმუმ ამ ექიმთა 29 % ნიშნავს ოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებებს. ხოლო როდესაც ჯვარედინა სექციური მეთოდით შევადარეთ ის ექიმები ვინც იყენებს N55 ბრძანებას და ამავდროულად ნიშნავს მორფინს ერთპიროვნულად, ასეთ ექიმთა მაჩვენებლი შემცირდა 21% - მდე.

საინტერესოა, რომ ექიმთა საცხოვრებლის და მათი პრაქტიკული საქმიანობის პოზიციის მიხედვით გამოვლინდა სხვაობა მორფინით ტკივილის მკურნალობის მიმართაც პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრთა დამოკიდებულებაში.

ექიმთა გადმოცემით საცხოვრებლის მიხედვით პაციენტებისა და მათი ოჯახის / მზრუნველ პირთა დამოკიდებულება ოპიოიდური საშუალებებით ტკივილის მკურნალობაზე

თბილისში მოღვაწე ექიმთა გადმოცემით:

მათი პაციენტები, მეტად ამბობენ უარს გამოწერილი მორფინის მიღებაზე (54%, 57/ 106), ვიდრე რეგიონში მცხოვრობ ექიმთა პაციენტები, (27%, 37 /138), χ^2 (df 1; N = 244) = 18.40, $p < 0.001$ და მათი პაციენტები, ასევე მეტად ამბობენ უარს მათთვის მორფინის დანიშვნაზე (57%, 60 /106), ვიდრე რეგიონში მცხოვრებ ექიმთა პაციენტი (34%, 46 /136), χ^2 (df 1; N = 240) = 12.55, $p < 0.001$.

თბილისში მოღვაწე ექიმთა პაციენტების ოჯახი/მზრუნველი პირები მეტად გამოთქვამენ შეშფოთებას მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით, (62%, 66/106), ვიდრე რეგიონში მცხოვრებ ექიმთა პაციენტის ოჯახი/ მზრუნველები (34%, 47/138), χ^2 (df 1; N = 244) = 19.18, $p < 0.001$ და მათი პაციენტების ოჯახი/მზრუნველი პირები მეტად ამბობენ უარს მორფინის დანიშვნაზე, (57%, 60/105), ვიდრე რეგიონში მცხოვრებ ექიმთა პაციენტის ოჯახი/ მზრუნველები (33%, 46 /138), χ^2 (df 1; N = 243) = 13.74, $p < 0.001$.

ექიმთა ძირითადი პრქტიკული საქმიანობის კავშირი პაციენტებისა და ოჯახის/მზრუნველი პირების გადაწყვეტილებებზე (პასუხის მაჩვენებელი 85%)

პრაქტიკული პოზიციის მიხედვით ასევე განვიხილეთ ოთხი ონკოლოგის შემთხვევა, რომლებმაც მიიღეს მონაწილეობა გამოკითხვაში (და რომელთა შედეგების განხილვაც გადაწყდა პაციენტთა გამოკითხვის შედეგების ანალიზის საფუძველზე შესაბამის საკითხთან მიმართებაში).

ოჯახის ექიმთა გადმოცემით, მათი:

- პაციენტები მეტად ამბობენ უარს გამოწერილი მორფინის მიღებაზე (47%, 79 / 169), ვიდრე სოფლის ექიმთა პაციენტები (16%, 12 / 73), χ^2 (df 2; N = 246) = 26.21, $p < 0.001$ და მათი პაციენტები ასევე მეტად ამბობენ უარს მათთვის მორფინის დანიშვნაზე (47%,

79 / 168), ვიდრე სოფლის ექიმთა პაციენტები (32%, 23/72) ხოლო ონკოლოგთა შემთხვევაში უარი არის 100 % (4 / 4), χ^2 (df 2; N = 244) = 9.59, p < 0.007.

- პაციენტთა ოჯახი/მზრუნველი მეტად გამოთქვამენ შეშფოთებას მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით (52%, 89 /170), ვიდრე სოფლის ექიმთა (31%, 22 / 72). ონკოლოგთა შემთხვევაში უარს აცხადებს 75% (3/ 4), χ^2 (df2; N = 246) = 11.00, p < 0.004.
- პაციენტის ოჯახი/მზრუნველი მეტად ამბობენ უარს მორფინის დანიშვნაზე 50% (84 / 169), ვიდრე სოფლის ექიმთა პაციენტზე მზრუნველი პირები 26% (19/72), **ხოლო** ონკოლოგთა შემთხვევაში უარს ამბობს 100% (4 /4), χ^2 (df 2; N = 245) = 16.40, p < 0.001.

ასაკის და უმაღლესი სასწავლების დამთავრების პერიოდის გავლენა ოპიოიდებით მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე

რაც უფრო მეტია ექიმთა ასაკი, ისინი:

- მეტად გამოიყენებენ მინისტრის უფრო ძველ და მკაცრ 2000 წლის N 32/ო–N 102 ბრძანებას, χ^2 (df 1) = 206, p = 0.011.
- და მეტად მიიჩნევენ, რომ კანონმდებლობა ზღუდავს ნარკოტიკული საშუალებების გაცემის კონკრეტულ დღეებს, როდესაც პაციენტს შეუძლია აფთიაქიდან მიიღოს მიიღოს, χ^2 (df 4) = 230, p = 0.02.

შესაბამისად ანალოგიურია სურათი იმის მიხედვით, თუ რა პერიოდში აქვს დამთავრებული ექიმს უნივერსიტეტი .

რაც უფრო დიდი ხნის წინ აქვს უნივერსიტეტი დამთავრებული ექიმს,

- მით მეტად მიიჩნევეს, რომ კანონმდებლობა გამოყოფს ნარკოტიკული საშუალებების გაცემის კონკრეტულ დღეებს, როდესაც პაციენტს შეუძლია მიიღოს, χ^2 (df 2) = 219, p < 0.001;
- და შესაბამისად ნაკლებად გაცემენ რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ χ^2 (df 2) = 229, p = 0.004 . თუმცა,
- უფრო დიდი ხნის წინ უმაღლესდამთავრებული ექიმები მეტად გამოწერენ / ნიშნავენ მორფინს, ვიდრე ახალდამთავრებული ექიმები χ^2 (df 2) = 218, p = 0.028;
- და მეტად (1991 წლამდე) განიხილავენ მორფინის დანიშვნას ტერმინალურ სტადიაში χ^2 (df 2) = 237), p = 0.04.

პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვაში განათლების ქონის გავლენა ოპიოიდებით მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე

კვლევის შედეგების თანახმად ირკვევა, რომ ექიმთა 57% - ს (166/289) გარკვეული სახით გავლილი აქვთ პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვის კურსი.

ცხრილი N34 პალიატიურ მზრუნველობის კურსის გავლენა

ის ექიმები, რომელთა განათლება მოიცავდა პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვის კურსს:	
მეტად მიიჩნევენ, რომ ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის სამართავად, მორფინი არის მკურნალობის ყველაზე ეფექტურ საშუალება	χ^2 (df 1;N=239) = 4.14, p = 0.042
მეტად იყენებენ ყოველთვის/ხშირად ტკივილის შეფასების შკალებს	χ^2 (df2;N=173) = 13.08, p = 0.001
მეტად იცნობენ ჯანმოს ტკივილგაყუჩების კიბის მოდელს	χ^2 (df 1; N = 229) = 12.99, p < 0.001.
მეტად იყენებენ ყოველთვის/ხშირად ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მკურნალობის სწორ სტარტეგიას	χ^2(df 2; N=231) = 6.08, p = 0.048.
მეტად ნიშნავენ/ გამოწერენ მორფინს	χ^2 (df 1; N=218) = 2.73, p < 0.001
მეტად ნიშნავენ ყოველთვის /ხშირად მორფინს საათობრივად	χ^2 (df 2; N = 170) = 7.78, p = 0.02
მეტად ნიშნავენ ყოველთვის/ხშირად მორფინის დამხმარე დოზას ტკივილის შეტევებისთის	χ^2 (df 2; N = 119) = 9.45, p = 0.009
და ნაკლებად მიიჩნევენ, რომ მორფინის დანიშვნა სახიფათოა ნებისმიერი ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის	χ^2 (df 1;N = 226) = 3.99, p <0.05

შედეგების ანალიზი

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით ტკივილს მართვის მიმართ დამოკიდებულება და შეხედულებები

კვლევის შედეგებიდან ექიმთა საცხოვრებელი ადგილისა და შესაბამისად მათი პრაქტიკული პოზიციის მიხედვით გამოვლინდა სხვაობა ოპიოიდური ანალგეზიური

საშუალებებით ტკივილის მართვის ცოდნას, განწყობა/დამოკიდებულებასა და მცდარ შეხედულებებში (ცხრილი 32 და 33).

აშკარაა, რომ საქართველოს დედაქალაქში მცხოვრები ექიმები უკეთ ინფორმირებულნი არიან და აქვთ უკეთესი სამედიცინო განათლება ტკივილის მართვასთან მიმართებაში. რაც გვაფიქრებინებს, რომ ოპიოდური ანალგეზიური საშუალებების და მათი შესაძლო ფორმების შესახებ ინფორმაციის ადმინისტრირების და გავრცელების სისტემა არ არის სრულყოფილი. ექიმების მხოლოდ ნახევარი ამბობს, რომ ისინი რეგულარულად იღებენ ინფორმაციას ამ მედიკამენტების შესახებ და მხოლოდ 34% ფლობს ინფორმაციას მორფინის ტაბლეტირებული ფორმების შესახებ, მიუხედავად იმისა, რომ ეს ფორმები 2009 წლიდან ხელმისაწვდომია საქართველოში.

თბილისში მოღვაწე ოჯახის ექიმები ასევე მეტად ფლობენ ინფორმაციას ტაბლეტირებული ფორმების შესახებ, მეტად ნიშნავენ ოპიოიდებს საათობრივ პრინციპზე დაყრდნობით და უფრო მეტად იყენებენ ტკივილის შეფასების სკალებს. ამდენად, ჩვენ შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ რეგიონებში მცხოვრებ ექიმებს ნაკლებად მიუწვდებათ ხელი ინფორმაციაზე მედიკამენტების არსენალზე თუ შესაბამისი გაიდლაინების და სამედიცინო სფეროში არსებული სიახლეების შესახებ.

მიუხედავად ამისა, თბილისში მცხოვრები ოჯახის ექიმები და ასევე რეგიონულ ცენტრში მოღვაწე ოჯახის ექიმები მეტად სარგებლობენ ძველი რეგულაციებით ანუ აღნიშნავენ რომ კანონმდებლობა გამოყოფს ოპიოიდების გაცემის კონრეტულ დღეებს და შესაბამისად ნაკლებ გასცემენ რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ. შეიძლება ვივარაუდოთ რომ თბილისში და რეგიონულ ცენტრებში მოქმედი ოპიოიდების გაცემის სისტემა პოლიციის შენობაში არსებული აფთიაქებიდან მეტად ხისტია და მეტად არის მობილიზებული მხოლოდ კონკრეტულ გაცემის დღეებზე; და ასევე რეცეპტის გაცემაც მეტად არის მორგებული ოპიოიდის დანიშვნის დღეებზე კომისიის მიერ, რომელიც ასევე იკრიბება იმავე კონკრეტულ დღეებში.

თბილისში და მათ შემდეგ რეგიონულ ცენტრებში მომუშავე ექიმები მეტად მიიჩნევენ, რომ სხვა არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები კიბოთი განპირობებული ძლიერი ტკივილის გასაყუჩებლად მორფინის თანაბარ ეფექტურია. ოპიოიდური საშუალებებისადმი ასეთი დამოკიდებულება შეიძლება აიხსნას მხოლოდ

ორ ფაქტორზე დაყრდნობით: 1. ამ ექიმებს აქვთ ნაკლები კომუნიკაცია პაციენტებთან, იშვიათად ნახულობენ და აფასებენ პაციენტის მდგომარეობას და შესაბამისად არ აქვთ კომპეტენტური აზრი პაციენტების ტკივილის სტატუსზე. 2. ფარმაცევტული კომპანიების გავლენა, ფართოდ რეკლამირებული არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების ფართო ასორტიმენტი და მათი დანიშვნისგან მიღებული ბენეფიტები; რისი გავლენაც ნაკლებად არის სოფლად, ნაკლებმომგებიანი ბაზრის თვალსაზრისით. მსგავსი მოსაზრება ასევე დადასტურებულია სანდრა რულოვსის სამაგისტრო ნაშრომში, სადაც ზემოთაღნიშნული საკითხი დასახელებული და განხილულია ფოკუს ჯგუფისა (მე-4 თავი) და თვით ნაშრომის ავტორის (მე-5 თავი) მოსაზრებებშიც (Sandra Roelofs, „Availability and accessibility of an essential medicine: Key issues around opioid pain relief for palliative care in Georgia“, 2016).

რეგიონებში მცხოვრებ ექიმებს, განსაკუთრებით კი სოფლის ექიმებს ტკივილის მართვასთან მიმართებაში ნაკლები სამედიცინო ცოდნის გარდა, ასევე გააჩნიათ მეტი მცდარი დამოკიდებულება და შეხედულებები ოპიოიდური ტკივიგამაყუჩებელი მედიკამენტების მიმართ. თუმცა ესეც ლოგიკურია, რადგან მცდარი შეხედულებები ძირითადად ცოდნის ნაკლებობაზეა დაფუძნებული.

მართალია სოფლის ექიმთაგან მაქსიმუმ 29% ნიშნავს მორფინს ერთპიროვნულად და 61% გასცემს რეცეპტს, თუმცა ისინი ვინც გასცემენ რეცეპტს მეტად ითვალისწინებენ პაციენტის მდგომარეობას და საჭიროებას, ვიდრე რეგიონში და კიდევ უფრო მეტად ვიდრე თბილისში მომუშავე ექიმები.

საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ოპიოიდური მედიკამენტებით ტკივილის მართვისადმი ექიმების დამოკიდებულების გავლენა პაციენტებსა და მათი ოჯახზე

როგორც ჩანს, თბილისში და რეგიონში მცხოვრები ექიმების დამოკიდებულება ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების მიმართ ასევე გავლენას ახდენს პაციენტებისა და მათ ოჯახების / მზრუნველი პირების დამოკიდებულებაზეც. თბილისში და რეგიონული ცენტრებში მცხოვრები პაციენტები და მათი ოჯახი / მზრუნველი პირები უფრო წინააღმდეგნი და რეზისტენტული არიან ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებით ტკივილის მართვისთან მიმართებაში.

თუ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ სოფლის ექიმებს აქვთ ნაკლები ცოდნა და მეტი მცდარი შეხედულებები, ეს შედეგი, გვაფიქრებინებს, რომ რეგიონში მცხოვრები ექიმებს, განსაკუთრებით მათ, რომლებიც მუშაობენ სოფლად, აქვთ უფრო მეტი პროფესიული ურთიერთობა და კავშირი პაციენტებთან და მათ ოჯახთან და ეს ურთიერთობა უფრო მეტად ეფუძნება თემის შეგრძნებას და ფასეულობებს. ეს ექიმები უფრო ობიექტურად აფასებენ და აღიქვამენ პაციენტის მდგომარეობას და უფრო მეტი თანაგრძნობა/ემპათია აქვთ პაციენტებისა და მათი ოჯახების მიმართ. შესაბამისად, "უარყოფითი გავლენაც" ნაკლებია პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების დამოკიდებულებებსა და გადაწყვეტილებებზე. თბილისში და რაიონულ ცენტრებში მცხოვრებ ექიმებს არ ან ნაკლებად გააჩნიათ „თემის“ განცდა და, როგორც წესი, ნაკლები კომუნიკაცია აქვთ პაციენტებთან და შესაბამისად ნაკლებ შედიან პაციენტთა მდომარეობაში. უმეტესწილად მორფინის დანიშვნის შემდეგ, ისინი ძირითადად ურთიერთობენ ოჯახის წევრებთან /მზრუნველ პირთან, რომლებიც მათთან მიდიან ახალი რეცეპტის მისაღებად.

სოფლის ექიმების ცრუ შეხედულებების სიჭარბე, ცოდნის ნაკლებობის გარდა ასევე შეიძლება განპირობებული იყოს ასევე მეტი კონტაქტით პაციენტთან. ანუ სოფლის ექიმები ხედავენ, რომ როცა პაციენტი ღებულობს მორფინს, მაშინ ტკივილი ყუჩდება, რაც მიუთითებს იმაზე რომ ისინი ხედავენ რეალურ შედეგს და ნაკლებად უტოლებენ მორფინს სხვა არაოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებს. მაგრამ რადგან აქვთ ნაკლები ცოდნა ტკივილის მართვაში და ნაკლებად ნიშნავენ მორფინს საათობრივად, ამან შესაძლებელია განაპირობოს „ცრუ დამოკიდებულების ფენომენი“ („ფსევდოდამოკიდებულება“); ანუ როდესაც გადის მორფინის თერაპიული მოქმედების ვადა და პაციენტს ისევ ეწყება ტკივილი, ისინი იწყებენ შფოთვას, შეიძლება აღენიშნოთ აგზნება და ასევე მოითხოვონ, რომ მისცენ წამალი ტკივილის გასაყუჩებლად. ცოდნის ნაკლებობის გამო ხშირად ეს ფენომენი უცოდინარი თვალისთვის აღიქმება როგორც წამალზე დამოკიდებულება („დამოკიდებულების სინდრომი“). შეიძლება ვიფიქროთ, რომ სოფლის ექიმთა შეხედულება - რომ მორფინის დანიშვნა ყოველთვის / ხშირად იწვევს წამალ დამოკიდებულების განვითარებას - შესაძლოა ნაწილობრივ აქედანაც მომდინარეობდეს.

ექიმების შედეგებზე დაყრდნობით, სხვაობა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით პაციენტებისა და მათი ოჯახის / მზრუნველ პირთა დამოკიდებულებაში ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით მკურნალობის მიმართ, მიუთითებს ექიმებსა და პაციენტებს შორის კომუნიკაციის სისტემურ პრობლემაზე, განსაკუთრებით ურბანულ დასახლებებში.

ასაკის და უმაღლესი სასწავლებლის დასრულების პერიოდის გავლენა ტკივილის მართვაზე

უნდა აღინიშნოს, რომ რაც უფრო მეტია ექიმთა ასაკი და პრაქტიკული საქმიანობის ხანგრძლივობა, მით უფრო მეტად გამოწერენ ექიმები მორფინს, თუმცა ამასთანავე ამ ექიმებში მეტად არის გამოხატული არასწორი მიდგომები და შეხედულებებიც. ასაკოვანი ექიმები უფრო მეტად სარგებლობენ ძველი და მკაცრი რეგულაციებით , ნაკლებად ითვალისწინებენ პაციენტის მდგომარეობას და მეტად ნიშნავენ მორფინს დაავადების მხოლოდ ტერმინალურ სტადიაში.

პალიატიური მზრუნველობისა / ტკივილის მართვაში განათლების არსებობის გავლენა ოპიოიდებით მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ იმ ექიმებს ვისაც გარკვეული სახით გავლილი აქვთ პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვის კურსი მეტად ნიშნავენ/გამოწერენ მორფინს, მეტად აქვთ „წიგნიერი“ ცოდნა და მკურნალობის სწორი სტრატეგია და ნაკლებად აქვთ მცდარი შეხედულებები ოპიოიდურ ანალგეზიურ მედიკამენტებთან დაკავშირებით.

თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ექიმთა სწორი პასუხები არ ნიშნავს იმას, რომ პრაქტიკაშიც შესაბამისად იქცევიან. საგულისხმოა, თუნდაც ის ფაქტი რომ შესაბამისი განათლების მიუხედავად ამ ექიმთა 28% მაინც არ ნიშნავს მორფინს საათობრივად. სავარაუდოდ ეს ექიმები მეტად ცდილობდნენ შეკითხვებზე გაეცათ სწორი პასუხები. მაგალითისთვის კურსგავლილი ექიმები მეტად ნიშნავენ ყოველთვის/ხშირად მორფინის დამხმარე დოზას ტკივილის შეტევებისთის (48%, 38/79), ვიდრე ის ექიმები რომელთა განათლება არ მოიცავდა პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვის კურსს (20%, 8/40). თუმცა როდესაც მოხდა შედეგების გადამოწმება და ანალიზი, ჯვარედინა სექციური მეთოდით გამოვლინდა, რომ საერთო ჯამში

მორფინის დამხმარე დოზას ტკივილის შეტევებისთის ნიშნავს მაქსიმუმ ექიმთა 7% (19/289).

ექიმთა ასეთი ქცევა შეიძლება განპირობებული იყოს სამედიცინო სფეროში ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების გამოყენების მკაცრი სახელმწიფო პოლიტიკით, არასაკმარისი ცოდნით და ასევე ექიმთა შინაგანი დამოკიდებულებითა და ცრუ შეხედულებების გავლენით, რის საბოლოო შედეგს წარმოადგენს ტკივილის არაადეკვატური მართვა და უკურნებელ პაციენტთა გაუმართლებელი ტანჯვა.

კვლევის სუსტი მხარე

დროის სიმცირის გამო არ მოხდა კითხვარების საპილოტე გამოცდა. რამაც გამოიწვია ექიმთა კითხვარში ოპიოდის დანიშვნა/ გამოწერასთან ასოცირებული კითხვის გაყოფა ბოლო 91 რესპონდენტ ექიმში.

ვინაიდან შერჩევის მეთოდები ექიმთა შემთხვევაში არ ეფუძნებოდა შერჩევის ალბათურ მეთოდს, კვლევის შედეგების განხილვა უნდა მოხდეს ფრთხილად. თუმცა თუ გათვალისწინებით, რომ საქართველოში ექიმთა უმრავლესობას პრაქტიკულად მიღებული აქვთ მსგავსი სამედიცინო განათლება და მთელ ქვეყანაში მოქმედებს ერთნაირი კანონმდებლობა (ოკუპირებული ტერიტორიების გარდა) კვლევის შედეგები გვაძლევს საშუალებას გამოვკვეთოთ საქართველოში არსებული ძირითადი ტენდენციები ამავე კვლევაში დასმულ საკითხებთან დაკავშირებით.

V განხილვა

პაციენტების და ექიმების გამოკითხვის შედეგების შედარებითი ანალიზი

პასუხების მსგავსება / დამთხვევა

მორფინის დანიშვნა

1. ამბულატორიული უკურნებელი პაციენტების ტკივილის მართვა და ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერა წარმოადგენს ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ზოგადი პრაქტიკის /ოჯახის (სოფლის) ექიმის მოვალეობას. თუმცა როგორც გაირკვა ექიმთა მხოლოდ 62% გამოწერს ანუ გასცემს რეცეპტს, ხოლო მორფინით მკურნალობას ნიშნავს ექიმთა 42% ; დაახლოებით მსგავსი მაჩვენებელი მივიღეთ პაციენტთა გამოკითხვის შედეგად. პაციენტების თანახმად ოჯახის ექიმთაგან 39% - მა დაუნიშნა მათ მორფინი.

ორივე ჯგუფის გამოკითვის შედეგად ასევე დადგინდა რომ სოფლის ექიმები ნაკლებად იღებენ ერთპიროვნულ გადაწყვეტილებას მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით. საინტერესოა, რომ საცხოვრებლის მიხედვით პაციენტთა პასუხებზე დაყრდნობით, სოფლის ექიმთაგან მხოლოდ მათ 25%-ს დაუნიშნეს მორფინი. ექიმთა კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე კი საერთო ჯამში სოფლის ექიმთა მაქსიმუმ 29% ნიშნავს ოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებებს, სავარაუდოდ 21% კი იღებს ერთპიროვნულ გადაწყვეტილებას მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით.

2. პაციენტთა გამოკითხვის საფუძველზე ოჯახის ექიმების მიერ დანიშნული მკურნალობის შემთხვევაში მორფინი მათ 50%-ში დანიშნეს დაგვიანებით (ჯვარედინა სექციური მეთოდის შედეგი) ეს მაჩვენებელი ასახავს და ეხმიანება ექიმთა კვლევის შედეგებს. ექიმთა 51% მორფინის დანიშვნის საკითხს განიხილავს მხოლოდ იმ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ დაავადების ტერმინალური სტადიის დიაგნოზი და ექიმთა მხოლოდ 51%-მა იცის, რომ სხვა არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები არ არის მორფინის თანაბარეფექტური.

3. ექიმთა გამოკითხვის შედეგების ანალიზის საფუძველზე ტკივილის მართვის გაიდლაინს იყენებს მაქსიმუმ 26%, ხოლო ტკივილს ობიექტურად აფასებს და შესაბამისად გასცემს რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ ექიმთა მაქსიმუმ 25%. პაციენტის გამოკითხვის თანახმად ოჯახის ექიმის მიერ მართულ ტკივილის შემთხვევაში, მისი ინტენსივობა გახდა მსუბუქი პაციენტთა 20%-ში. ანუ პაციენტთა 20%-ში ტკივილი იყო მეტნაკლებად ეფექტურად მართული. რაც ამართლებს ჩვენი გამოთვლის შედეგებს, რომ მორფინის დანიშვნაზე პასუხისმგებელ ექიმთა მაქსიმუმ 23% მართავს ტკივილს მეტნაკლებად ადეკვატურად.

4. ტკივილის გასაყუჩებლად გამოყენებული მორფინის ფორმები

ექიმთა გამოკითვის შედეგების ანალიზის საფუძველზე ტაბლეტირებულ მორფინს შეიძლება ნიშნავდეს ექიმთა მაქსიმუმ 21%. ეს ვარაუდი გამართლდა პაციენტების გამოკითხვის შედეგებით, სადაც გამოვლინდა, რომ ოჯახის ექიმთა -20-21% ნიშნავს ტაბლეტირებული მორფინის ფორმებს; ასევე მსგავსია სურათი მორფინის დამატებითი დოზების დანიშვნასთან დაკავშირებით სადაც საერთო ჯამში ექიმთა და

პაციენტთა გამოკითხვების საფუძველზე შეტევითი ტკივილისთვის მორფინის (ორივე ფორმის დანიშვნა) დამატებით დოზას ნიშნავს ექიმთა მაქსიმუმ 7%.

5. ექიმების და პაციენტების განწყობა / დამოკიდებულება და ცრუ წარმოდგენები ოპიოიდებით ტკივილის მართვასთან მიმართებაში და მათი გავლენა პრაქტიკულ საქმიანობაზე.

ექიმთა 44% მიიჩნევს, რომ ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა ყოველთვის / ხშირად, იწვევს წამალ დამოკიდებულების განვითარებას. ხოლო ექიმთა 46% ფიქრობს, რომ ფიზიკური დამოკიდებულება ისეთ წამალზე, როგორიცაა მორფინი, იგივეა რაც წამალდამოკიდებულება. მსგავსია პაციენტთა გამოკითხვის შედეგებიც. პაციენტთა გამოკითხვის თანახმად პაციენტთა 46%, ხოლო ოჯახის წევრთა 47% (წუხს ან ძალიან წუხს), რომ ტკივილის გაყუჩების მიზნით მორფინის გამოყენება გამოიწვევს მიჩვევას (დამოკიდებულების განვითარებას). შესაძლებელია, რომ ექიმთა განწყობა ასევე აისახება პაციენტთა განწყობა / გადაწყვეტილებაზე.

6. ძალიან საინტერესო მსგავსება მივიღეთ პაციენტთა და ოჯახის ექიმთა (ექიმთა კვლევის ნაწილიდან) პასუხებს შორის პაციენტთათვის დანიშნული მორფინის მიღებასთან დაკავშირებით და ასევე ოჯახის წუხილის გავლენის შესახებ პაციენტთა გადაწყვეტილებაზე არ მიიღონ მათთვის დანიშნული მორფინი (ცხრილი N35) .

ცხრილი N35 ექიმთა და პაციენტთა შედეგების შედარება

პასუხების ავტორი	ყოველთვის/ხშირი უარი მორფინის მიღებაზე	ზოგჯერ/იშვიათად უარი მორფინის მიღებაზე	არასდროს უთქვამთ უარი
ექიმი	6%	32%	62%
პაციენტი	8%	32%	60%

7. ასევე მსგავსია პაციენტთა და ექიმთა პასუხი ოჯახის გავლენაზე. ექიმის თქმით, ის მკურნალობდა ისეთ პაციენტებს, რომელთა 2%-ის ოჯახს და ან მზრუნველს ყოველთვის/ხშირად გამოუთქვამთ შეშფოთება მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით. ხოლო პაციენტთა პასუხების მიხედვით - **2**%-მა განაცხადა, რომ მისი ოჯახი წინააღმდეგია, რომ მან მიიღოს მისთვის დანიშნული მორფინი.

ექიმთა პასუხების ჯვარედინა სექციური მეთოდით ანალიზისას ასევე გამოვლინდა, რომ ის პაციენტები, რომელთა ოჯახს და ან მზრუნველს გამოუთქვამთ შეშფოთება მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით, მეტად აცხადებენ უარს მათთვის გამოწერილი მორფინის მიღებაზე (74%), ვიდრე ისინი, ვისი ოჯახიც არ გამოთქვამს შეშფოთებას (28%), χ^2 (df 1; N = 250) = 52.36, $p < 0.001$.

მსგავსი სურათი მივიღეთ პაციენტთა გამოკითხვიდანაც.იქ სადაც ოჯახი საერთოდ არ გამოთქვამს წუხილს რომ პაციენტი შეიძლება გახდეს მორფინზე დამოკიდებული, ასევე არ აწუხებთ ეს საკითხი პაციენტებსაც (0%, 0/19) და მხოლოდ 26% (5/19) გამოთქვამს ზომიერ წუხილს, შედარებით პაციენტთა 68%-თან, რომელნიც გამოხატავენ ძლიერ წუხილს და რომელთა ოჯახიც ასევე ძლიერ წუხს, რომ პაციენტი შეიძლება გახდეს მორფინზე დამოკიდებული; χ^2 (df 6; N = 82) = 45.22, $p < 0.001$.

8. რაც შეეხება საცხოვრებლის მიხედვით პაციენტთა განწყობას მორფინით ტკივილის მართვასთან დაკავშირებით, სოფელში მაცხოვრებელი პაციენტები მეტად გამოხატავენ შეშფოთებას (საერთო ჯამში სხვადასხვა ხარისხით პაციენტთა 75%), ვიდრე თბილისსა და სხვა ქალაქში/ცენტრში მცხოვრები პაციენტები (64% და 60% შესაბამისად). მიუხედავად ამისა პაციენტების გამოკითხვის საფუძველზე სოფელში მცხოვრებთაგან არავის უთქვამს უარი (0%) ხშირად/ყოველთვის მორფინის მიღებაზე, მხოლოდ **20%** - ს ზოგჯერ იშვიათად, ხოლო 80% არასდროს უთქვამს უარი. ამის საპირისპიროდ თბილისში მცხოვრებთაგან ჯამში 46%-ს უთქვამს უარი რაღაც სიხშირით მორფინის მიღებაზე, მათგან 11%-ს ხშირად/ყოველთვის უთქვამთ უარი, 35%-ს ზოგჯერ იშვიათად, ხოლო 54%-ს არასდროს; სხვა ქალაქში/ცენტრში მცხოვრებათაგან ჯამში 43%-ს უთქვამს უარი მორფინის მიღებაზე, მათგან 11%-ს, თბილისში მცხოვრებ პაციენტების მსგავსად, ხშირად/ყოველთვის უთქვამთ უარი მორფინის მიღებაზე, 32%-ს ზოგჯერ/იშვიათად, ხოლო 58%-ს არასდროს უთქვამთ უარი მორფინის მიღებაზე.

ძალიან მსგავსია ექიმთა გამოკითხვის შედეგად მიღებული პასუხებიც. ოჯახის ექიმთა გადმოცემით, მათი პაციენტები მეტად ამბობენ უარს გამოწერილი მორფინის მიღებაზე (47%), ვიდრე სოფლის ექიმთა პაციენტები (16%), $p < 0.001$.

სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი, ძალიან მოულოდნელი, შედეგი გამოვლინდა პაციენტების გამოკითხვის შემთვევაში ონკოლოგების მიერ დანიშნული მკურნალობის დროს პაციენტთა განწყობის შესახებ და თვით ექიმების გამოკითხვისას ონკოლოგთა თვალსაზრისით - პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრების განწყობის შესახებ.

პაციენტთა შედეგების კროსტაბულაციის შედეგად გამოვლინდა, რომ ონკოლოგის მიერ დანიშნული მკურნალობის (მორფინის) შემთხვევაში, პაციენტთა **ძლიერი** წუხილი ბევრად აღემატება (64%), ოჯახის ექიმების და პალიატიური მზრუნველობის ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის შემთხვევაში გამოხატულ წუხილს (0% და 20%-ში შეასაბამისად); χ^2 (df 4; N = 55) = 10.55, p = 0.032.

ექიმების გამოკითხვისას, ონკოლოგთა შემთხვევაში გამოვლიდა შემდეგი მონაცემები:

- პაციენტების 100% (4 / 4) უარს ამბობს მათთვის მორფინის დანიშვნაზე, χ^2 (df 2; N = 244) = 9.59, p < 0.007.
- ოჯახი/მზრუნველი მეტად გამოთქვამს შეშფოთებას მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით (75%) , ვიდრე ოჯახის ექიმთა (52%) და სოფლის ექიმთა პაციენტზე მზრუნველი პირი (31%), χ^2 (df 2; N = 246) = 11.00, p < 0.004.
- ოჯახი/მზრუნველის 100% ამბობს უარს მორფინის დანიშვნაზე, შედარებით ოჯახის ექიმთა (50%) და სოფლის ექიმთა პაციენტზე მზრუნველი პირები (26%), χ^2 (df 2; N = 245) = 16.40, p < 0.001.

მართალია, ონკოლოგთან ურთიერთობის შემთხვევაში შეიძლება მძაფრდება პაციენტთა და მასზე მზრუნველ პირთა ცრუ აღქმები და დამოკიდებულებები მორფინის დანიშნულებასთან დაკავშირებით, მაგრამ ასეთი რადიკალური სხვაობა მაინც ნიშანდობლივია. რეალურ პრაქტიკაში ონკოლოგთა უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს სიცოცხლის ბოლომდე დაავადებაზე მიმართულ აგრესიულ მკურნალობას, რომლის დროსაც საქართველოს კანონმდებლობით შეუძლებელია ოპიოიდის დანიშვნა (კანონმდებლობა უშვებს ოპიოიდის დანიშვნას მხოლოდ IV კლინიკური ჯგუფისთვის, ანუ როდესაც აღარ ტარდება უშუალოდ დაავადებაზე მიმართული მკურნალობა). უნდა ვივარაუდოთ, რომ არსებული ვითარება განაპირობებს ონკოლოგთა უარყოფით დამოკიდებულებას მკურნალობაში მორფინის

ჩართვასთან მიმართებაში, რაც ასევე აისახება პაციენტებისა და მათი ოჯახის განწყობაზე. ფაქტია, რომ მეორადი მიმართვის ექიმთაგანაც კი ონკოლოგთა 54% -მა მორფინი დაუნიშნა პაციენტს უფრო გვიან რამოდენიმე მიმართვის შემდეგ და მხოლოდ მათმა 46%-მა (6/13) დაუნიშნა მორფინი პირველივე ვიზიტის შემდეგ, შედარებით ოჯახის ექიმთა 100% -თან და პალიატიური მზრუნველობის 91% -თან; χ^2 (df 4; N = 39) = 12.18, p = 0.016.

შეიძლება ასევე ვიფიქროთ, რომ მათ აქვთ ნაკლები ცოდნა პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვის სფეროში. შესაბამისად მათთვის ნაკლებად მნიშვნელოვანია ტკივილის მართვის და პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის საკითხი, რაზეც მოწმობს პაციენტთა მიერ მოწოდებული ინფორმაცია:

იმ ექიმთაგან რომელსაც პაციენტებმა პირველად მიმართეს ტკივილის გასაყუჩებლად, მათგან პალიატიური მზრუნველობის ექიმებმა მეტად 100% (9/9) განიხილეს ტკივილის მართვის/ გაყუჩების მნიშვნელობა პაციენტებთან, ვიდრე პირველადი მიმართვის ოჯახის ექიმებმა 54% (20/37) და ონკოლოგებმა 42% (18/43); χ^2 (df 6; N = 96) = 13.11, p = 0.041.

პასუხების საფუძველზე გამოვლენილი ცდომილება

1.მორფინის დანიშვნის დროულობა

მიუხედავად იმ ფაქტისა, რომ ექიმების 87% (251/289) აცხადებს რომ არაოპიოიდური მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში, მკურნალობის შემდეგ ეტაპად, ყოველთვის / ხშირად განიხილავს მორფინის დანიშვნას, ხოლო 48% ამბობს, რომ გამოიყენებს ჯანმოს სამსაფეხურიან ტკივილგაყუჩების მოდელს, პაციენტთა გამოკითხვის შედეგად მივიღეთ სულ სხვა სურათი. მორფინის დანიშვნამდე, უკურნებელ პაციენტთა 89% (84/94) რეგულარულად იღებდა ტკივილის გამაყუჩებელ არაოპიოიდურ მედიკამენტებს, თუმცა ამ მედიკამენტების ფონზე მათ 95% -ს მაინც აღენიშნებოდა საშუალო - ძლიერი ინტენსივობის ტკივილი, რომლის ხანგრძლივობა ოპიოიდების დანიშვნამდე - ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის მქონე პაციენტების 88%-ში, ხოლო საშუალო ტკივილის მქონე პაციენტებში 76%-ში აღემატებოდა 1 თვეს.

უკურნებელი დაავადების დიაგნოზის და ინტენსიური ტკივილის მიუხედავად პაციენტთა 33% დასჭირდა 1 კვირიდან - 1 თვემდე პერიოდი, ხოლო 40% -ს კი

დასჭირდა ერთ თვეზე მეტი პერიოდი ეპოვა ისეთი ექიმი, რომელიც უმკურნალებდა მათ ტკივილს მორფინით.

2. ექიმთა 82% ამბობს, რომ ყოველთვის / ხშირად განიხილავს ტკივილის მართვის/გაყუჩების მნიშვნელობას; თუმცა პაციენტთა პასუხებზე დაყრდნობით ოჯახის ექიმთა მხოლოდ 54%-მა განიხილა მათთან ტკივილის მართვის მნიშვნელობა.

დასკვნა. ექიმთა და პაციენტთა პასუხების ურთიერთშედარებამ გამოავლინა, რომ იქ სადაც ექიმები გასცემდნენ სოციალურად მისაღებ პასუხს, რომლის გადამოწმებაც პასუხების შედეგების ანალიზის მიხედვით შეუძლებელი იყო, ანუ განიხილავენ ტკივილის მართვის მნიშვნელობას და რომ გამოიყენებენ ტკივილის მკურნალობის სწორ ტაქტიკას, გამოვლინდა მნიშვნელოვანი აცდენა პაციენტთა პასუხებთან შედარებით. ხოლო იქ სადაც შესაძლებელი იყო ექიმთა პასუხების ანალიზი ან ეხებოდა მათ შეხედულებებს, გამოვლინდა მნიშვნელოვანი თანხვედრა ორივე გამოკვლეული ჯგუფის - ექიმებისა და პაციენტების - პასუხებში.

პაციენტთა და ექიმთა შედეგების შედარების საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ

1. ოპიოიდების დანიშვნა გამოწერაზე პასუხისმგებელ ექიმთაგან, მხოლოდ 39% ნიშნავს მორფინს; თუმცა ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო მცირეა სოფლის ექიმების შემთხვევაში, სადაც მაქსიმუმ 25 %- ს ნიშნავს მორფინს.

2. იმ ექიმთაგან, რომლებიც მაინც ნიშნავენ/გამოწერენ მორფინს, მინიმუმ 50% ნიშნავს ძლიერ დაგვიანებით და მხოლოდ 54% განიხილავს ტკივილის მართვის მნიშვნელობას პაციენტებთან.

3. ტკივილის მართვის გაიდლაინს იცნობს და იყენებს ამ ექიმთა მაქსიმუმ 26%, ხოლო ტკივილს ობიექტურად აფასებს და შესაბამისად გასცემს რეცეპტს პაციენტის საჭიროებისამებრ ექიმთა მაქსიმუმ 25%.

4. ამ ექიმთა მიერ მიერ დანიშნულმა მკურნალობის შედეგად ტკივილის ინტენსივობა მნიშვნელოვნად შემცირდა პაციენტთა 20%-ში და 40%-ში გაუმჯობესდა ცხოვრების ხარისხი მნიშვნელოვნად.
5. ოჯახის ექიმთა მხოლოდ 9% ნიშნავს/ გამოწერს მორფინს ადეკვატურად.
6. ტაბლეტირებულ მორფინს ნიშნავს ამ ექიმთა მაქსიმუმ 21%.

7. ექიმთა 44% მიიჩნევს, რომ ძლიერი ტკივილის მქონე პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა იწვევს წამალ დამოკიდებულების განვითარებას. მათი ეს განწყობა აისახება პაციენტთა / ოჯახის წვრთა განწყობაზეც, მაგრამ ექიმებისაგან განსხვავებით, უარყოფითი განწყობა ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების მიმართ არ ახდენს სტატისტიკურად მნიშვნელოვან გავლენას პაციენტებზე, რომ უარი თქვან ტკივილის ოპიოიდებით მკურნალობაზე.
8. ოჯახის ექიმებს ქალაქსა და რეგიონულ ცენტრებში ნაკლები კონტაქტი აქვთ პაციენტთან და ნაკლებად აფასებენ მათ მდგომარეობას ობიექტურად.

VI. დასკვნები და რეკომენდაციები

1.შემაჯამებელი დასკვნები

მიგვაჩნია, რომ ჩვენი კვლევის შედეგები კარგად გამოხატავს, საკანონმდებლო ცვლილებების ფონზე თუ რატომ გაიზარდა 2007-2008 წლიდან (მოხმარების ყველაზე დაბალი ნიშნულები) ოპიოიდების მოხმარების მაჩვენებელი მხოლოდ 20%-ით და ისევ რჩება დაბალი და ძალიან დაბალი მოხმარების ზღვარზე. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საერთო ჯამში, უკურნებელი პაციენტების ტკივილის მართვის მიზნით, ოპიოიდის მოხმარების მაჩვენებელი 2006 წლის შემდეგ 20%-ით შემცირებულია, მიუხედავად დაავადებულთა საერთო რაოდენობისა და ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის მნიშვნელოვანი ზრდის ფონზე.

კვლევის გაერთიანებული ჰიპოთეზები:

ბარიერები - საქართველოში ქრონიკული ძლიერი ტკივილის მართვის არასაკმარისი ხარისხი, რაზეც მიანიშნებს ადეკვატური მართვისთვის საჭირო რაოდენობის ოპიოიდების ხარჯვის დაბალი მაჩვენებელი, განპირობებულია:

ა. საკანონმდებლო და ადმინისტრაციული ბარიერებით, რომლებიც აწესებს არაშესაბამის შეზღუდვებს და ნერგავს შიშს ექიმებში,

ბ. ექიმების მხრიდან ზოგადად ქრონიკული ტკივილის მართვისა და მისი გაყუჩებისათვის აუცილებელი ოპიოიდების მოხმარების მარეგულირებელი კანონმდებლობის ცოდნის არასაკმარისი დონით;

გ. ოპიოიდების ფარმაკოლოგიის/ ფარმაკოდინამიკის ცოდნის არასაკმარისი დონით;

დ. რაც თავის მხრივ ექიმებში განაპირობებს უარყოფით განწყობასა და ცრურწმენებს ოპიოიდების სამედიცინო მოხმარებასთან დაკავშირებით.

და განსზაღვრავს (იწვევს):

ა. ოპიოიდის დანიშვნაზე უარის თქმას და /ან ძლიერ დაგვიანებულ მკურნალობას,

ბ. ტკივილის მართვის არაადეკვატურ ხარისხს,

გ. პაციენტებში (საზოგადოებაში) არსებული განწყობას და ცრუ წარმოდგენებს.

დ. **კვლევის უარყოფილი ჰიპოთეზა:** პაციენტებისა და მასზე მზრუნველ პირთა განწყობა და ცრუ წარმოდგენები არ ახდენს სტატისტიკურად მნიშვნელოვან გავლენას ოპიოიდებით ტკივილის მკურნალობის უარყოფაზე.

დაგვიანებული მკურნალობა

ოჯახის ექიმთა 60% საერთოდ არ დანიშნა მორფინი, მიუხედავად იმისა რომ

პაციენტთა 94%-ს ქონდა ინტენსიური (საშუალო 4-6/10 და ძლიერი 7-10/10) ტკივილი და რომელთა 95%-ში მორფინის დანიშვნამდე ჩატარებული მკურნალობა არაეფექტური იყო. ტკივილი პაციენტთა 75%-ში მძიმე გავლენას ახდენდა მათ ყოველდღიურ ცხოვრებაზე.

მათ უმეტესობას ინტენსიური ტკივილი აწუხებდა 1 თვეზე მეტი პერიოდი, მიუხედავად ამისა უკურნებელი პაციენტების 33%-ს დასჭირდა 1 კვირიდან 1 თვემდე, 40%-ს ერთ თვეზე მეტი პარიოდი ეპოვათ ისეთი ექიმი, ვინც მათ ტკივილს უმკურნალებდა ძლიერი და პოტენციური საშუალებებით. პაციენტთა 71%-ში დაგვიანებული მკურნალობა არ იყო თვით პაციენტის მიზეზით განპირობებული. პაციენტების უმრავლესობას მორფინი დაენიშნა უკვე პალიატიური ექიმების მიერ შესაბამის სტაციონალურ დაწესებულებაში, სადაც ისინი უკვე ძირითადად ხვდებიან ტერმინალურ და უიმედო მდგომარეობაში.

ტკივილის მართვის ხარისხი

რაც შეეხება ტკივილის მართვის ხარისხს, უკურნებელ ამბულატორიული პაციენტების მართვაზე პასუხისმგებელ ოჯახის ექიმთა მიერ დანიშნული მკურნალობა ეფექტური აღმოჩნდა პაციენტთა 20%-ში (ტკივილი გახდა მსუბუქი ინტენსივობის), ხოლო ცხოვრების ხარისხი მეტნაკლებად გაუმჯობესდა პაციენტთა 40%-ში.

პაციენტთა განწყობა /უარი მორფინით ტკივილს მკურნალობაზე

უარყოფილი იყო ჰიპოთეზა რომ პაციენტთა/ ოჯახის წევრთა დამოკიდებულება და ცრურწმენები გავლენას ახდენენ მორფინით მკურნალობის უარის თქმაზე; რაც მიუთითებს, რომ როდესაც ეს პაციენტები იტანჯებიან ტკივილით, მათ წარმოდგენებსა თუ ცრურწმენებს აღარ აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა. ასეთ დროს მათ ჭირდებათ დახმარება და ტკივილის გაყუჩება.

მორფინის დანიშვნა/გამოწერა

ექიმები, რომლებიც უშუალოდ პასუხისმგებელნი არიან მორფინის დანიშვნა გამოწერაზე, მათი მხოლოდ 62% გამოწერს ანუ გასცემს რეცეპტს და მხოლოდ 42% ნიშნავს ოპიოიდებს. კიდევ უფრო მძიმეა სიტუაცია სოფლის ექიმებში, სადაც მხოლოდ 50% გასცემს რეცეპტს და მაქსიმუმ 29% ნიშნავს მორფინს.

ადმინისტრაციული ხარვეზები

ექიმთა მხოლოდ 52%-მა აღნიშნა რომ იღებს ინფორმაციას ქვეანაში არსებული მორფინის ფორმების შესახებ; ეს საკითხი კი პირდაპირ რეგულირდება ბრძანებით, რომ აფთიაქები ვალდებულნი არიან მიაწოდონ შესაბამის სამედიცინო ერთეულებს ინფორმაცია ქვეყანაში არსებული ოპიოიდების არსენალის შესახებ. ინფორმაციის დეფიციტი უფრო ღრმად არის გამოხატული რეგიონებში. ასევე არ ხდება მორფინის ტაბლეტირებული ფორმების თანაბარი დისტრიბუცია ქვეყნის მაშტაბით.

ოპიოიდების გამოყენების მარეგულირებელი დოკუმენტების ცოდნა

ექიმთა 65%-ზე მეტი არ იცნობს ოპიოიდების მარეგულირებელ კანონმდებლობას სრულყოფილად და ძირითადად გამოიყენებენ მხოლოდ მკაცრ და შემზღუდველ რეგულაციებს; თუმცა ის ექიმებიც კი რომლებიც მეტნაკლებად იცნობენ კანონმდებლობას, მაინც არ გამოიყენებენ უფრო ლიბერალურ რეგულაციებს პრაქტიკაში. კვლევამ დაადგინა რომ ადმინისტრაცია არც თუ ისე იშვიათად ერევა ექიმთა სამედიცინო საქმიანობაში და ზღუდავს მათ საერთოდ დანიშნონ ან გაზარდონ მორფინის დოზა; და ის ექიმები რომლებიც საერთო ჯამში იყენებენ უფრო ლიბერალურ მიდგომებს მეტად არიან ადმინისტრაციის მხრიდან შეზღუდულები. ასევე ის ექიმები რომლებიც სარგებლობენ უფრო თანამედროვე ლიბერალური რეგულაციებით და აქვთ უკეთესი მორფინის დანიშვნა/ გამოწერის პრაქტიკა, უფრო

ხშირად ხდებიან სამედიცინო საქმიანობის გამოძიების ობიექტები. ეს კი აისახება ექიმებზე და იწვევს მათ გარკვეულ ნაწილში ნერვიულობას, რის გამოც ისინი საერთოდ თავს არიდებენ ან ნაკლებად ნიშნავენ და გამოწერენ ოპიოიდურ მედიკამენტებს; ხოლო ისინი ვინც მაინც გამოწერენ და ნიშნავენ, კანონმდებლობის არცოდნისა თუ შიშის გამო ნიშნავენ არაადეკვატურ მკურნალობას (არასაკმარისი დოზით და რეჟიმით) და ისიც „სიცოცხლის დასასრულს“ რაც ასახვას პოვებს პაციენტთა მდომარეობაზე და განაპირობებს მათ ტანჯვას.

სამედიცინო ხასიათის დოკუმენტების ცოდნ/გამოყენება და განათლება

ექიმთა მინიმუმ 71% არ იცნობს ან არ იყენებს ქრონიკული ტკივილის მართვისთვის შექმნილ დოკუმენტებსა თუ გაიდლაინებს. მართალია ექიმთა 55% ამბობს რომ იყენებს ტკივილის შეფასების სკალებს და 48% ამბობს რომ იყენებს ჯანმოს ტკივილის გაყუჩების სამსაფეხურიან მოდელს, მაგრამ როგორც გაირკვა მხოლოდ მათი 25% იყენებს ამ ცოდნას პაციენტის საჭიროებებზე დაფუძნებით.

რაც შეეხება თვით მორფინის „წიგნიერ“ დანიშვნას, მაქსიმუმ ექიმთა 1/3 ნიშნავს მორფინს საათობრივ პრინციპზე დაყრდნობით და მხოლოდ 21% ტაბლეტირებულ ფორმებს. ექიმთა 39%-მა აღნიშნა, რომ ასევე მართავს მორფინის მკურნალობით გამოწვეულ გვერდით მოვლენებს. საბოლოო ჯამში კი გამოვლინდა, რომ მკურნალობის სწორ სტრატეგიას იყენებს და შესაბამისად აქვს „მორფინის დანიშვნა/გამოწერის“ მეტნაკლებად კარგი პრაქტიკა მხოლოდ ექიმთა 9%-ს.

განათლების ნაკლებობით განპირობებული ცრუ შეხედულებები და გავლენა

შეიძლება ითქვას რომ ექიმთა მხოლოდ 17%-ს აქვს მეტნალებად კარგი ცოდნაა ოპიოიდების ფარმაკოლოგიური თვისებების შესახებ და იციან რომ „ფიზიკური დამოკიდებულება“ არ წარმოადგენს „დამოკიდებულების სინდრომს. ექიმთა 44-46% აქვს გამოხატული ნეგატიური განწყობა - დამოკიდებულება და თვლიან რომ მორფინით მკურნალობა აუცილებლად გამოიწვევს დამოკიდებულების განვითარებას და „ფიზიკურ დამოკიდებულებას“ აიგივებენ „დამოკიდებულების სინდრომთან.“

ცრურწმენის მქონე ექიმები ნაკლებად ნიშნავენ ოპიოიდებს და ასევე ნაკლებად იყენებენ მკურნალობის სწორ სტრატეგიას. ისინი მეტად ანიჭებენ უპირატესობას არაოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებს, რომელთა ფონზეც პაციენტთა 95% -ს მაინც

სტკივა და იტანჯება; თუმცა ამ ვითარებაში თვით ექიმი, ადმინისტრაცია და სახელმწიფო უფრო მშვიდად გრძნობს თავს. ამ ექიმებს მეტად ეშინიათ რომ მათი საქმე შეიძლება გამოიძიონ მორფინის გამოწერის გამო და შესაბამისად ნაკლებადაც ნიშნავენ/გამოწერენ მორფინს. ამგვარად გაუმართლებლად მკაცრი და არასწორი პოლიტიკის, შიშისა და უცოდინარობის ფონზე იკვრება ის „მანკიერი წრე“ (Human Rights Watch (Organization) and Lohman 2009), რომელიც მძიმე გავლენას ახდენს ტკივილის მქონე, უკურნებელ პაციენტებზე.

გავლენა პაციენტთა მომსახურების ხარისხზე

1. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ამბულატორიული სისტემის ექიმები ვერ უზრუნველყოფენ ქრონიკული უკურნებელი დაავადებების მქონე პაციენტების ტკივილის ადეკვატურ მართვას. ოჯახის ექიმთა უმრავლესობა თვითონ ვერ იღებს გადაწყვეტილებას ძლიერი ტკივილის დროს ოპიოიდებით მკურნალობის დანიშვნასთან დაკავშირებით; ისინი უმეტესწილად ან საერთოდ არ იწყებენ ან დაგვიანებით იწყებენ ოპიოიდებით მურნალობას, ხოლო ტკივილის ინტენსივობის მომატებასთან ერთად არ ახდენენ ოპიოიდების დოზის კორექციას და ზრდას, რაც საბოლოო ჯამში განაპირობებს, რომ პაციენტთა უმრავლესობას ამა თუ იმ ინტენსივობით თუ პერიოდულობით მაინც სტკივათ. ეს განპირობებულია ქრონიკული ტკივილის მართვის ძირითადი პრინციპების და ოპიოიდებით ტკივილის მართვის არასამარისი ცოდნით. ამას აღრმავებს ზოგადად სამედიცინო სფეროში ტკივილის მართვის ნაკლები პრიორიტეტი და შესაძლებელია შიშის ფაქტორიც, რომელიც განპირობებულია მკაცრი და ორმაგი სტანდარტის მქონე რეგულაციებით. შესაბამისად, ტკივილის მკურნალობასთან დაკავშირებით ექიმთა გადაწყვეტილება ხშირად არ ეფუძნება რაიმე რაციონალურ სამედიცინო ჩვენებას თუ სამედიცინო პრაქტიკაში დამკვიდრებულ რეკომენდაციებს. იშვიათობას არ წარმოადგენს ამბულატორიული დაწესებულების ადმინისტრაციის შემზღუდველი გავლენა ექიმთა გადაწყვეტილებებზე. ექიმთა პრაქტიკაზე უარყოფითი გავლენა შესაძლებელია ქონდეს ასევე იმ ფაქტს, რომ ოპიოიდების გაცემა, მიუხედავად დღეისათვის არსებული მეტნაკლებად სტაბილური კრიმინოგენული ვითარებისა, მაინც ხორციელდება პოლიციის შენობაში განთავსებული სააფთიაქო პუნქტებიდან.

2. ოპიოიდური საშუალებების გამოწერისა და მათი გაცემისათვის გამოყოფილი დღეები, ასევე ოპიოიდების გაცემის პუნქტი (პოლიციაში განთავსებული „აფთიაქი“) არ არის მორგებული პაციენტისა და მასზე მზრუნველი პირების საჭიროებაზე. თუ ადამიანს, უკურნებელი სენით ისედაც დაუძლურებულს და სიცოცხლის დასასრულს მყოფს, ეწყება ძლიერი, ხშირად გაუსაძლისი ტკივილი, იგი იძულებულია პირველადი დანიშვნისა თუ დოზის გაზრდისთვის რამოდენიმე დღე დაელოდოს რეცეპტის გაცემისათვის და შემდგომ ოპიოიდის გამოტანისათვის გამოყოფილ კონკრეტულ დღეს. რაც შეეხება პოლიციის შენობაში განთავსებულ „აფთიაქებს“, ისინი წარმოადგენენ ჩვეულებრივ დაცულ ოთახს (ზოგან გისოსებით აღჭურვილ წინასწარი დაკავების ოთახს), რომელიც ნამდვილად არ ქმნის კეთილგანწყობილ გარემოს პაციენტისა თუ მასზე მზრუნველი პირისთვის; ამასთან ერთად უნდა გავითვალისწინოთ რომ ამ ასეთი „აფთიაქების“ გეოგრაფიული მდებარეობა მოხერხებულია პაციენტზე მზრუნველთა მხოლოდ მცირე ნაწილისთვის.

3. პაციენტებსა, მათ ოჯახებში და ექიმებშიც, გავრცელებულია შეხედულება რომ ოპიოიდები წარმოადგენენ დაავადების ბოლო სტადიისათვის/სიკვდილის წინა სტადიისთვის განკუთვნილ მედიკამენტს და რომ ისინი აუცილებლად იწვევენ წამალდამოკიდებულების განვითარებას, რაც თავისთავად არასწორია და მოკლებულია საფუძველს. თუმცა ეს მოსაზრება გამყარებულია საქართველოს კანონმდებლობით, რომ ოპიოიდის დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ სიცოცხლის დასასრულს; ხოლო ექიმთა ცოდნის ნაკლებობა არეკვლას პოულობს პაციენტთა მოსაზრებაში წამალდამოკიდებულებასთან დაკავშირებით.

ძლიერი ტკივილი შესაძლებელია განვითარდეს ქრონიული დაავადების ნებისმიერ ეტაპზე (van den Beuken-van Everdingen et al. 2007) მათი მკურნალობის თუ ნაწიბურების განვითარების და ა.შ. ფონზეც. თუმცა გამომდინარე იქიდან, რომ ქართულ რეალობაში ოპიოიდები არ ინიშნება სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, რათა მაქსიმალურად იქნეს შენარჩუნებული პაციენტის სოციალური თუ სხვა ფიზიკური აქტივობა და დამოუკიდებლობა, არამედ ინიშნება ძალიან გვიან, ცხოვრების დასასრულს, როდესაც უკვე შეუძლებელია პაციენტის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი

გაუმჯობესება, შესაბამისად საზოგადოებაშიც ჭარბობს ცრუ მოსაზრება ოპიოიდის დანიშნულებასთან დაკაშირებით.

ამდენად, განათლების ნაკლებობამ, მორფინის გაუმართლებლად დაგვიანებულმა, უმეტესად სიცოცხლის დასასრულს დანიშვნა/გამოწერამ, წამლის დანიშვნის რეჟიმებმა, რომლებიც არ არის დაფუძნებული ოპიოიდების ფარმაკოლოგიურ მოქმედებაზე, საბოლოოდ ოპიოიდების შესახებ შექმნა მითები, ათწლეულების განმავლობაში მხარდაჭერილი და გაღრმავებული ზემკაცრი და უსამართლო რეგულაციებით. ყოველივე ეს ღრმად აისახება ტკივილის მართვის ხარისხზე და საჭიროებს დაუყოვნებელ ჩარევას ექიმთა ტრენინგების სახით, არსებული გაიდლაინების დანერგვის ხელშეწყობას და ინფორმაციის მართვის გაუმჯობესებას. ხოლო სახელმწიფო პოლიტიკა ტკივილის მართვასთან მიმართებაში საჭიროებს ძირეულ გადახედვას და სამედიცინო ჩვენებებთან შესაბამისობაში მოყვანას და რომელიც მორგებული იქნება პაციენტების საჭიროებაზე და კომფორტზე, ადამიანთა ტკივილის ადეკვატურად მართვასა და ტანჯვის პრევენციაზე.

2. **რეკომენდაციები** (კონკრეტული ნაბიჯების სრული ვერსია თან ერთვის **დანართი N6 -ის** სახით, გვ. 243 – 46)

სხვადასხვა მძიმე დაავადების მქონე, მათ შორის კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა ტკივილის გაყუჩების მიზნით, საქართველოში არსებული და მოქმედი ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენების მარეგულურებელი დოკუმენტები ზემკაცრი, მოძველებულია და არ ეფუძნება ტკივილის არსს და მისი მართვის სამედიცინო ჩვენებებს და პრინციპებს. შესაბამისად, საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობა ვერ უზრუნველყოფს ოპიოიდების სათანადო ხელმისაწვდომობას პაციენტებისთვის და აქედან გამომდინარე იგი უნდა შეიცვალოს, რომ უზრუნველყოფილი იყოს ბალანსის დაცვა ოპიოიდების სამედიცინო მოხმარებისა და მათ არალეგალურ ბრუნვაში მოხვედრის (დივერსიის) პრევენციულ ზომებს შორის და ნათლად ასახოს 1961 წლის ერთიანი კონვენციის "ორმაგი პოლიტიკის პრინციპი" ("Final Act Of The United Nations Conference - Convention_1961_en.Pdf," n.d.).

ყოველივე ზემოხსენებულის საფუძველზე აუცილებლად მიგვაჩნია, რომ ეროვნულ კანონმდებლობაში აისახოს ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის რეკომენდაციები და ზემოხსენებული საერთაშორისო სტანდარტები (Health Organization 2011)(PPSG 2013), განსაკუთრებით კი ისინი, რომლებიც უზრუნველყოფენ ბალანსის დაცვას ოპიოიდების სამედიცინო მოხმარების კუთხით.

ნარკოტიკულ საშუალებებზე ერთიან კონვენციასთან და ეროვნული კანონებთან ჰარმონიზაციის მიზნით, საჭიროდ მიგვაჩნია არსებული ნორმატიული ბაზის სრულყოფა, რომელიც დაეფუძნება ტკივილის მართვის სამედიცინო ჩვენებებს.

ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ განხორციელდეს გამოვლენილი ბარიერების - შემზღუდველი და ურთიერთწინააღმდეგობრივი კანონმდებლობის გადახედვა და მოხდეს შესაბამისი წინააღმდეგობების და ბარიერების აღმოფხვრა ისე რომ, საკანონმდებლო ენა ნათლად ასახავდეს, ფარავდეს და აკმაყოფილებდეს ადეკვატური ტკივილის მართვის საჭიროებებს უკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტებში. კერძოდ, მთავრობამ უნდა:

1. განახორციელოს კანონმდებლობას გადახედვა და მოშორებული უნდა იქნეს უსაფუძვლო შეზღუდვები და დაბრკოლებები. ცვლილებები უნდა გამხორციელდეს კანონმდებლობაში არსებული წინააღმდეგობების აღმოსაფხვრელადაც. მიზანშეწონილია, განხორციელდეს ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების მარეგულირებელი აქტების თავმოყრა ერთ დოკუმენტში, რათა თავიდან იქნეს აცილებული დუბლირებული ნორმები და უზრუნველყოფილი იქნეს ნორმატიული ბაზის თანმიმდევრულობა და გამჭვირვალობა.

2. განახორციელოს განახლებული რეგულაციების პრაქტიკაში დანერგვის ხელშეწყობა ყველა დაინტერესებული მხარისთვის - ექიმებისათვის, შესაბამისი დაწესებულებების ადმინისტრაციებისა და მაკონტროლირებელი ინსტიტუციებისათვის - შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდებისა და ყველა მონაწილე მხარის მომზადების გზით. შესაბამისი რეგულაციები უნდა განთავსდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ გვერდზე, რაც გახდის მათ უფრო ხელმისაწვდომს ყველა დაინტერესებული მხარისათვის.

3. განახორციელოს ქვეყნის მასშტაბით ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვის ტკივილის მართვის საბაზისო განათლების მხარდაჭერა და უზრუნველყოფა (უნდა მოიცავდეს როგორც სამედიცინო ისე ადმინისტრაციულ / საკანონმდებლო საკითხებს). თანმიმდევრული და გამჭვირვალე პოლიტიკა საშუალებას მისცემს ამ პროცესში ჩართულ მხარეებს იმოქმედონ თავიანთი პროფესიული მოვალეობების შესაბამისად და მინიმუმამდე დაიყვანს სამართალდამცავების ჩართულობას და გაუმართლებელ გამოძიებას ოპიოიდის გამომწერი პირების მისამართით. ამგვარად შესაძლებელი გახდება გადაილახოს და დაიძლიოს საბჭოთა მემკვიდრეობით მიღებული ტკივილს მართვაში დამკვიდრებული პრაქტიკა, როგორიცაა "კლინიკური ჯგუფები / სტადიები" და "კომისიური წესით“ ოპიოიდების დანიშვნა, რომელიც არ ეფუძნება ტკივილის ფიზიოლოგიას, მისი მართვის სამედიცინო პრინციპებს და ლახავს ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს. განსახორციელებელი ცვლილებები უზრუნველყოფს უკურნებელ პაციენტებში ტკივილის ადეკვატურად მართვას და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას და ტანჯვის პრევენციის გზით, ადამიანთა ფუნდამენტური უფლებების დაცვას. სახელმწიფო კი ამ ქმედებებით შეასრულებს ისეთ ვალდებულებებს, რომლის შესრულების ვალდებულებაც აღებული აქვს საერთაშორისო საზოგადოების წინაშე.

VII ინგლისურენოვანი რეზიუმე

Results of the study - Resume

Evaluating Barriers to Chronic Pain Management and their Impact on the Quality of the Health Service

Introduction: Pain is the frequently acompanying symptom of incurable diseases (World Health Organization 2014). Therefore, the correct and qualitative pain management is critical for incurable patients. Whereas it is possible to manage pain effectively by available medications and evidence-based knowledge, where opioids are considered as most effective drugs to treat moderate to severe pain (WHO 1986 ; WHO 1996), access to pain medications still remains undefeated problem in many countries due to unclear country policies and strict regulations (INCB 1989; Willem Scholten 2013).

Low consumption rate of opioids, the most objective indicator of adequate pain treatment, is conditioned by the strict national policy regulating opioid use for medical reasons, insufficient educational level of the health professionals in the field of chronic pain management and general misconceptions. According to the International Narcotic Control Board's 2015 report, in Georgia the Opioid consumption for chronic pain management falls between "very inadequate" and "inadequate" consumption (INCB 2015). Mostly, the consumption rate in Georgia is less than 1/3 of the estimated need and the global mean of opioid consumption and 1/7 of the European mean ("Euro_morphine.Pdf," n.d.).

Efforts to improve availability and accessibility of opioid analgesics (OAs), critical for severe pain relief, started a decade ago in Georgia. Despite some liberalization of the legislation, the situation hasn't improved much and the morphine consumption rates, remain critically low.

Based on the aforementioned, in the framework of the doctoral studies, I aimed to study the impediments influencing the adequate chronic pain management and their influence on quality of the health services.

The Aim: Identification of the factors impeding realization of the fundamental human right – to be free from pain.

Objectives:

1. To highlight the impediments and discrepancies in Georgian legislation influencing pain management.
2. Identify barriers that patients face in accessing adequate pain management (as indirect indicator of the physicians' knowledge /attitudes) and patients' concerns/misconceptions regarding opioid therapy.
3. Evaluate physicians – medical knowledge; physicians' attitudes / misperceptions toward opioids; and administrative issues regarding opioid prescription practice and knowledge of the relevant legislation. The influence of the legislation on the primary health care physicians.
4. Analyze the results of the physicians' survey and compare them in counterweight with the patients' survey results.
5. Develop practical recommendations, based on the results.

Hypothesis

1. The law consumption rate of opioids in Georgia, essential for chronic severe pain management, besides of legislation and administration barriers, is also conditioned by the lack of knowledge of the physicians in chronic pain management, opioid use and pharmacology and to relevant to it legislation; which on its part creates negative misconceptions and superstitions regarding medical use of opioids.

2. The low consumption rates of the opioids in Georgia, required for the adequate treatment of the intensive pain, indicates insufficient quality of pain management; which can be result of the delayed

and inadequate treatment schedules and existing attitudes and misconceptions toward opioid use for medical purposes in patients / family and society.

Methodology:

Method 1: The opioid regulating legislation (Law, orders and Governmental decisions) for pain treatment was analyzed in regard with barriers to opioid availability and accessibility: 1. Guided by and compared to internationally recognized indicators to check (a) the compliance of the national policy with the 1961 single convention on narcotic substances and the principle of balanced policy; (b). Regulations which can impede opioid availability and accessibility 2. And through the prism of inconsistencies within the Georgian legislation itself.

Method 2. As the subject of interest was chronic pain management in incurable patients, we have selected two active parties of the process – patients and physicians for the survey. For both target groups participation in the study was voluntary. The survey was fully conducted by the structured, closed type questions questionnaires.

Statistical analyses:

Descriptive statistics was obtained for demographic and opioid prescribing practice variables. Pearson's chi squared test (χ^2) was used to test association between categorical variables. Fisher's exact test was used when appropriate. Probabilities less than 0.05 was considered as statistically significant. Statistical analyses were performed with SPSS version 20. Armonk, NY: IBM Corp.

Samples:

Target group 1

Primary Health Care physicians (family/rural doctors, general practitioners) responsible for opioid prescription were selected as a first target group.

The inclusion of the physicians into the survey occurred within the framework of the educational course in oncology, provided by the Cancer Prevention Centre for primary health care physicians in Tbilisi and three other regions of Georgia in 2016 (March – November).

Study inclusion criteria: The primary health care physicians, responsible for opioid prescription.

Exclusion criteria: The primary health care physicians with narrow specialties, who have no permission to prescribe opioids.

Sample size

The sample size calculations were based on the following assumptions: We estimated that only about 23% of respondents would show adequate knowledge and awareness toward chronic severe pain management with opioids (baseline levels of the indicators 0.23); we set 95% of confidence level (level of confidence measure 1.96) and desired margin of error as 0.05. Stemming from this, the final sample size was estimated to be no less than 273 persons.

Our decision was based on the official statistics of 2014 (NCDC 2014); when number of registered cancer patients was 23,385, from which 28% had IV stage of cancer (6548 patients). If we use the formula based on morbidity method ("Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control - S19246en.Pdf," n.d.), then the mean need of the morphine only for cancer patients will be 32 kg. The consumption rate of the morphine for the same year was up to 8 kg ("Georgia_morphine.Pdf," n.d.). We should consider that consumption is just ¼ of the estimated need (25%) only for cancer patients. But If we assume that just 1% of other patients (AlMakadma and

Simpson 2013; Breivik et al. 2006b) who died because of other reasons than cancer or injures in 2014 needed strong opioids for pain relief, then about 400 patients at least needed 2.5 kg of morphine. In that case, we can state that maximum 23% of the physicians, responsible for opioid prescription treat pain adequately.

The questionnaires were distributed to 550 primary health care physicians (260 (47%) from Tbilisi, the capital of Georgia and 290 (53%) from three regions of Georgia). 302 (55%) physicians have participated in the survey. According to the study inclusion/exclusion criteria, 13 respondents were excluded from the study, with the final number of respondents 289 (53%).

Target group 2

For comprehensive analysis of the problematic issue, it was crucial to study the direct impact of the aforementioned issues on the patients. We selected patients with incurable diseases who entered palliative care units (3 sites: two in Tbilisi and one in Batumi) during December, 2016 – December, 2017.

Study inclusion criteria: patients able to communicate in pain or with controlled pain by that time.

In total 109 patients agreed to feel the questionnaires, finally data of the 98 questionnaires were analyzed.

Significance: The patients' survey enabled us evaluate how adequately and timely pain was managed; what were their fears, what dangers they perceived in opioid treatment, or what obstacles they encountered while seeking pain relief. The combined analysis of the survey results against the background of previously assessed legislation, allowed us to summarize report on barriers that hinder the quality chronic pain management and cause suffering, which can be avoided through treatment based on literate, medical and scientifically sound principles.

Based on the research results practical recommendations were elaborated and will be shared with the relevant Health Care structures with the aim to overcome the barriers and ensure that the fundamental human rights are protected and the patients with chronic intensive pain have access to strong essential pain medications.

Results:

I. Impediments and discrepancies in Georgian legislation influencing pain management.

Frameworks used for evaluation

Three frameworks were used to identify legislative and regulatory barriers, as well as supportive policy language corresponding to the Single Convention and the principle of balance, based on the expertise of the originators and their validity as demonstrated in other studies.

1. In 2011, WHO created "Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances" (WHO 2011). The WHO guidelines help countries achieve the dual obligations of the Single Convention. A subset of the WHO guidelines on the availability and accessibility of controlled medicines (10 of 21) were reviewed, assessed and used as the first evaluation framework.

2. The Pain & Policy Studies Group (PPSG) also developed criteria to evaluate whether policies regarding access to pain management are "based on requirements contained in the Single Convention "or "on the Central Principle of Balance inherent in the Convention" (Husain, Brown, and Maurer 2014), which are divided into two categories:

1) Those that identify provisions that may enhance pain management by means that pain relief is encouraged by legislation and health authorities (contained in sections A and B), and 2) Those that identify provisions that may impede pain management, by means that pain relief isn't encouraged by law and regulations (contained in section C).

3. The ESMO classification of regulatory causes of unrelieved pain which identifies existing barriers to opioid availability and accessibility (Cleary, Simha, et al. 2013) was used as a third framework for the policy evaluation below.

Georgian Legislation, available on the official Governmental web pages, was thoroughly reviewed, analyzed and evaluated according to the named above frameworks.

Drug policy analysis according to indicators

Framework 1: WHO Guidelines (WHO, 2011)

Table 4 presents the results from applying the WHO Guidelines framework. Although some positive language was identified, further changes are still required to fully support OA accessibility and availability.

Table 1. WHO Guidelines (N1 – 10). Drug Legislation and Policy

Guideline	Answer /comment
N1. National drug control policies should recognize that controlled medicines are necessary for medical and scientific purposes.	No
N2. Governments should comply with their international legal obligations to ensure adequate availability and accessibility of controlled medicines for all medical and scientific purposes through national legislation and drug control policies.	Yes (Law on "Narcotic Drugs, Psychotropic Substances, Precursors and Narcological Assistance" 2007) [11]
N3. Governments should designate a National Authority for ensuring adequate availability and accessibility of controlled medicines in health care.	Yes, Unit of Narcotic Legal Use, LEPL State Regulation Agency For Medical Activities, MLHSA
N4. Governments should ensure that all authorities involved in developing and implementing policies on controlled substances cooperate and meet as necessary for the promotion of their availability and accessibility for medical and scientific purposes, as well as the prevention of abuse, dependence syndrome and diversion.	Authorities are mostly involved in controlled measures of prevention and do not involve the promotion of the accessibility of controlled medicines for pain treatment.
N5 Governments should ensure that there is a forum where drug control authorities and public health authorities cooperate and meet as necessary with health professional organizations and other stakeholders for the promotion of the availability and accessibility of controlled medicines for medical and scientific purposes, as well as the prevention of abuse, dependence syndrome and diversion.	No cooperation for the promotion of the availability and accessibility of controlled medicines for pain treatment (though there was some before).

N6 All government agencies, depending on their roles and obligations, should ensure that in the fulfillment of their duties, they do not impede health policies and access to legitimate treatment with controlled medicines. Health authorities should provide relevant information on treatment principles to drug law enforcement and other relevant agencies.	Not for pain control with opioids.
N7 Governments should include the availability and accessibility of controlled medicines for all relevant medical uses in their national pharmaceutical policy plans. They should also include the relevant controlled medicines and relevant services in specific national disease control programs and other public health policies	National palliative care program 2011-2015 was adopted; it was not fulfilled. No provisions for Essential Medicine Drug list modeled after WHO
N8 Governments should ensure that all population groups without discrimination equally benefit from their policies on the availability and accessibility of controlled medicines for rational medical use and the prevention of diversion, abuse, and dependence syndrome.	Yes, but the discrimination in terms of pain management depending on the disease stage remains an issue.
N9 Governments should examine their drug control legislation and policies for the presence of overly restrictive provisions that affect delivery of appropriate medical care involving controlled medicines. They should also ensure that provisions aim at optimizing health outcomes and take corrective action as needed. Decisions which are ordinarily medical in nature should be taken by health professionals.	a. There was some cooperation before (b) and (c). Some of the impediments were partly removed. (2007 – 2012) d. Almost all provisions are stricter, than required by the drug control conventions.
N10 Terminology in national drug control legislation and policies should be clear and unambiguous in order not to confuse the use of controlled medicines for medical and scientific purposes with misuse.	The terminology, with potential to confuse the medical use of opioids with substance abuse was removed [11]; legislation still contains stigmatizing terms and ambiguous definitions.

Framework 2: PPSG (Husain, Brown, and Maurer 2014)

For criteria related to the Single Convention, only one criterion was met indicating that the National law acknowledges the government's responsibility to ensure adequate provision of OAs for medical and scientific purposes [27]. With regard to criteria related to the Principle of Balance, four of the eight criteria were satisfied. However, for both the right to pain management and the recognition of pain management as a part of healthcare practice, they are considered within the context of palliative care according to Georgian law but there is no specific provision related to pain management in the relevant legislation (Table 5). Lastly, for criteria with the potential to impede patient care, six of the seven criteria were met representing possible barriers to safe and effective pain management (Table 6).

Table 5. PPSG Criteria Related to the Central Principle of Balance – Positive Provision

B.1	Patients have a right to pain management	Yes, no separate provision
B.2	Pain management is recognized as part of general healthcare practice	Yes, but no separate provision
B.3	Medical use of opioids recognized as legitimate professional practice	Yes
B.4	Pain management is encouraged	No
B.5	Practitioners' concerns about sanctions are addressed	No
B.6	Legitimacy of prescribing is not based solely on amount of medication prescribed	No
B.7	Physical dependence or analgesic tolerance are *not* confused with "addiction"	Yes
B.8	Other provisions that may enhance pain management	No

Table 6. PPSG Criteria Related to the Central Principle of Balance - Negative Provisions

C.1	Opioids are relegated as only a treatment of last resort	Yes
C.2	Withdrawal syndrome or analgesic tolerance are confused with dependence syndrome (i.e. "addiction")	No
C.3	Restrictions that could limit medical decision-making	Yes
C.4	Length of prescription validity is restricted	Yes
C.5	Practitioners are subject to undue prescription requirements	Yes
C.6	Provisions that are ambiguous	Yes
C.7	Other provisions that may impede pain management	Yes

Framework 3: ESMO (Cleary, Radbruch, et al. 2013)

All potential barriers named by ESMO, except the dose limit, are present in Georgia's policies. These barriers include limits to the duration of therapy per prescription; place of therapy; authority to prescribe OAs with a special permit, prescription form availability; patient eligibility; dispensing requirements; and pharmacy reluctance to dispense opioids (Tables 7 and 8).

Table 7. ESMO - Barriers to opioid analgesic availability

Formulary restrictions	Only morphines' different formulations (injectable, sustained and immediate release oral forms) are available for pain management. The National Health State programs fully cover drug expenses.
Limits to dose	There is no official restriction in maximal daily doses of opioids that may be prescribed; however, a physician must indicate the daily dose in the prescription.
Limits to duration of therapy per prescription	One recipe limits prescriptions to 7 days' supply
Limits to place of therapy	Opioids can be prescribed in both, inpatient and outpatient settings; but oral forms are available only for ambulatory patients and their prescription is limited to policlinics (primary health care facility) which serve patients according to the living area

Table 8. ESMO Barriers to opioid analgesic accessibility

Prescription related barriers/ Authority to prescribe opioids	Only physicians (general practitioners, family / village doctors) from authorized primary health care facilities can prescribe opioids for ambulatory patients.
Prescription related barriers/ Special permit	The diagnosis must be verified by a special commission, to allow prescription of opioids.
Prescription related barriers/ Prescription form availability	A special prescription form is required. Physicians (other than those in authorized facilities, even if a family doctor or GP) must apply to the narcotic control inspection in order to receive special recipe forms.
Prescription related barriers /Patient eligibility	Opioid prescriptions can only be given to patients in the terminal stages of their incurable illness.
Dispensing related barriers / Authorized pharmacies	Specially authorized pharmacies located in police stations dispense opioids based on a special recipe issued according to the patient's place of residence.
Dispensing related barriers / Pharmacy reluctance to dispense opioids	In 2010-2012 there was an attempt to relocate opioid dispensing from police stations back to pharmacies; but "because of excessively burdensome record keeping requirements", safety measures and fear of penalties the owners of pharmacies declined the initiative.
Dispensing related barriers / Cost related factors	Profit - no profit available as the cost is fully covered and regulated by the government.

These evaluation results demonstrate that almost all the restrictions listed by, WHO, PPSG, ESMO classification, except the maximum daily dosage, terminology and few positive provisions in the aforementioned laws, are present in the Georgian legislation.

In addition to potential barriers identified in Georgian policies, there are many confusing contradictions between the policies, which make adequate opioid prescribing practice and quality pain management almost impossible.

Inconsistencies in the Georgian Legislation and regulations:

1. The Georgian legislation provides a definition of palliative care, recognizes palliative care and access to essential medications as absolutely essential, and declares that palliative care is a necessary component of continuous medical aid [8] and that a physician must provide adequate palliative care when needed [10]. Above all, a central principle of the law governing OA use recognizes the obligation to "Ensure the adequate availability of narcotic drugs for medical purposes". The law defines palliative care patients as incurable patients, but the executive government determines patients eligible for palliative care services and pain management as those at the "end of life" with "terminal conditions" [4, 13]. This is problematic and could have a serious impact on when patients need to be treated with OAs because physicians often interpret "end of life" to mean the last hours or days of a patient's life.

2. According to order N32/o-N102(joint decree 32-102 MOH and MIA 2000) from 2000 a "commission's" approval is needed to initiate OA treatment or escalate opioid doses. Based on the commissions' decision only general practitioners/family doctors from authorized ambulatory clinics

have permission to issue the recipe. The Commission consists of 1) a GP or family doctor, 2) oncologists in the case of cancer or field specialists in the case of non-cancerous diseases, and 3) a member from the administration, who may not have any medical education. When a field specialist is not part of the Commission, the latter member of the administration sends the patients to specially-designed medical facilities, which are allowed to diagnose the patient as having a clinical stage IV disease. Furthermore, oncologists and other field specialists are often only available on particular days to approve OA treatment as a Commission member. Because of such requirements, patients often have to wait several days to initiate or adjust their pain treatment. In 2008, new ministerial order N157/n [12] was issued, which authorized physician to take a decision regarding OA therapy alone and issue a new prescription according to patient's needs. Though, the requirements from 2000 order were not cancelled and are in force till today. Due to this inconsistency, most physicians and administrators continue the practice of having a Commission approve OA prescriptions.

3. According to order N32/o-N102 from 2000 OAs can be dispensed on particular days from appointed pharmacies located in police stations. Thus, the physicians issue prescriptions on the same days of the week when the "pharmacies" in police station are open. Consequently, patients have to wait for the specified days in order to obtain their OAs. The 2000 policy requirement and related to it practice conflict with Decree N 157/n [12] (from 2008), which states that "If in the course of treatment the state of the patient changes, which requires changing of narcotics, or its forms or dosage, the physician should issue a new prescription."

4. Based on decree N32/o- N102 (2000)[4] opioids can be prescribed only to the patients of IV clinical group (when no other treatment options are left and severe disability of the patient is present), and often doesn't correlate with the pain intensity. That postulation conflicts the Joint Decree of two ministers (2008, N199-N-883), giving preference to the aforementioned decree N157n [12]. The last refers to incurable diseases accompanied by pain and affirms that, if anti-inflammatory analgesic drugs are no longer effective, OAs must be initiated without delay (Chapter 12, Paragraph 4) and in the case of severe pain (8-10 from 10), according to the WHO 3–step analgesic ladder, the treatment must begin immediately with strong OAs (chapter 15. Paragraph 1).

5. Only one narcotic drug can be prescribed on one prescription form according to decree N 32/o - N 102 [4] (2000); however, the new prescription form approved (decree N17) in 2010 states that more than one controlled substance (e.g., narcotic) or more than one formulation of a controlled substance can be prescribed on a single prescription form (decree N18). The different requirement from Decree N17/N18 does not supersede the requirements established under Decree N32/o-N102. Though the change was introduced in the former document (32/o - N 102), the access to the consolidated document with updates isn't accessible, if you don't pay fee for it.

As shown, alongside strict regulations impeding availability and accessibility to OA, there is significant conflicting legislation related to the management of chronic severe pain for incurable patients.

Discussion

Georgia is a member state of the single convention from 2000 year. Thus, Georgia have the obligation to fulfill its' requirements and ensure balance in national drug policies. Nonetheless the balance is severely shifted in regard to preventive measures. Georgian Law have no separate provision that patient

have right to pain management and the recognition of pain management as a part of healthcare practice, but they are more considered within the context of palliative care provisions in the relevant Laws. National Policy does not recognize that controlled medicines are necessary for medical and scientific purposes. Governments do not ensure that all authorities involved in developing and implementing policies on controlled substances cooperate and meet as necessary for the promotion of their availability and accessibility for medical purposes. Governmental agencies don't ensure fulfillment of their duties and impede health policies and access to legitimate treatment with controlled medicines. Government does not include the availability and accessibility of controlled medicines for pain treatment in relevant health policy plans. Hence, in Georgia opioids can be prescribed only to terminally ill patients just before the death.

Georgian drug Policy have inclusion that it is the government's responsibility to ensure adequate provision of opioid drugs for medical and scientific purposes and have obligation to ensure opioid availability / accessibility for medical and scientific purposes. Regardless, Opioids are relegated as only a treatment of last resort; at the same time physicians must be convinced that patients will die within 6 month, unless they have to stop treatment, because state program on palliative care for incurable patients for the last couple years states that the treatment can be delivered for no more than six months. Thus, physician's medical decision-making is solely based on life prognosis of the patients and it doesn't discuss severity, persistency or the length of the pain.

From the regulatory type barriers almost, all of them are present in Georgian regulations, except maximal daily doses; though survey results have shown that almost 2/3 of the physicians, officially responsible for opioid prescribing think that Georgia regulation limits maximal daily doses of opioids and do not permit to prescribe two opioids alongside. The cost of medication cost is fully covered by the government. All other regulatory barriers such as limit to the duration of therapy per prescription; place of therapy; authority to prescribe, special permit, special prescription form and its availability, patient eligibility, dispensing requirements (pharmacies located in police stations) and pharmacy reluctance to dispense opioids are in place.

Though there were some minimal attempts from the government to improve OA availability and accessibility between 2007 and 2012, inadequate efforts have been made to sufficiently correspond the legislation and bring in conformity old and new requirements regulating opioid use for chronic pain treatment. As a result, contradictory policies are now in place.

The joint decree from the two ministers (2008) states that physicians must follow the newer decree adopted in 2008 when treating incurable patients with pain. This joint decree was added as a footnote to a paragraph of the decree from 2000, which states that the prescription, issuance of the prescription and dispensing of the OA must comply with the rules of the regulation from 2000. As a result, the added footnote paragraph is mostly ignored due to ambiguity. The physicians and administrators of the healthcare facilities prefer to follow the old regulatory rules, as they feel safer and more comfortable due to many factors, including a general lack of prioritizing pain management including in public health policy, fear for possible penalties, lack of knowledge, and misconceptions regarding OAs .

At the moment, adequate pain management in incurable patients at their terminal stages of the disease depends on the level of knowledge of the physicians (and the administration) in relevant

legislation and awareness of pain management practices. Unfortunately, adequate pain management has not been a priority historically, which the consumption trend suggests. In fact, Georgia's morphine consumption rates account for approximately less than a quarter of the minimal cancer patient need and about 1/11 of all patients in need.

Conclusion:

The review of the Georgian legislation, regulating opioid use for pain treatment in incurable outpatients, revealed almost all possible barriers acknowledged by authorities such as WHO, PPSG, ESMO. All potential barriers except the dose limit, are present in Georgia's policies. These barriers include limits to the duration of therapy per prescription; place of therapy; authority to prescribe OAs with a special permit, prescription form availability; patient eligibility; dispensing requirements; and pharmacy reluctance to dispense opioids.

In addition, the activities undertaken by the government between 2007-12 to improve OA availability and accessibility for pain treatment were not fully accomplished which resulted in unclear legislation containing contradictory standards. Thus, it is unclear who can prescribe, to whom can prescribe, when and how OAs can be prescribed.

The Government should take responsibility to address the legislative issues, make adequate pain management available for incurable patients and stop undue suffering from intolerable pain.

II. Physicians – knowledge, attitudes and misconceptions

In total 289 respondents were included into the study; for more details see table 1.

Table 1 **Demographic data** *Morphine prescription / inscription (issuing prescription)*

Place of practice: n (%)	
Tbilisi (capital)	124 (43)
Regions	148 (51)
Practice position: n (%)	
Family doctors	184 (67)
Rural doctors	80 (29)
Sex: n (%)	
Female	252 (93)
Male	19 (7)
Age (years); mean (SD); [min; max]	53 (10.7), [25; 80]
Professional experience (years); mean (SD); [min; max]	27 (10.1); [1; 51]

In total 62% (179/289) of the physicians answered that they prescribe / inscribe morphine. Although from 2008 the legislation allows one physician (instead of the commission with three members) to prescribe and issue prescription at the same time (table 2), while processing the survey results (the first 198/289) we found that when asked –"Do you prescribe/inscribe morphine", several physicians commented – "only inscribe (issue the prescription)". These comments forced us to divide the abovementioned question in two parts (a) Do you prescribe morphine? b) Do you inscribe the morphine?) For the last 91 participants (out of 289) in order to get clearer picture. We found that only

42% (31/73) of the physicians, who answered the relevant questions out of the 91 surveyed physicians, take decision to prescribe morphine (that is 34% from 91 physicians).

Knowledge/understanding of legislation regulating opioid analgesics use and its impact on practice; impact of the legislation on opioid accessibility

As regards the question - "When prescribing morphine to incurable patients which governmental decree do you use to guide treatment decisions?"– it appears that more physicians prefer using older and stricter regulation (table 2).

Table 2 **Usage of decrees for treatment decisions among 289 respondents**

Decree (n=289)	N (%)
More restrictive decree (N32/o–N102, 2000)	155 (54)
More liberal decree (N157/n, 2008)	109 (38)
Both decrees (N157/n, 2008 and 32/o–N102, 2000)	76 (26)
Joint decree of two ministers, giving priority to more liberal decree (N199/n-883, 2008)	52 (18)
Two opioids can be prescribed together (N18, 2010)	65 (23)

Despite the fact that 92% (266/289) of the physicians confirm that Georgian laws state that opioids are indispensable for medical use, still most of them think that the legislation is restrictive or give answers in favor to limitations (table 3). Even from those 33% of physicians, who admitted that the legislation allows prescribing two opioids in the single prescription, only 32% (26/82) use the respective decree in practice. This might reflect their actual misunderstanding or excessive caution towards legislative peculiarities.

Table 3 **knowledge/understanding of legislation**

Legislative issue	Positive answers (n=289) N / (%)	Description of issue
Georgian legislation assigns appointed days in the week when prescriptions can be refilled	201 (70)	The issue is arguable as two parallel orders govern this issue differently
Legislation allows two opioids or two different forms of one opioid to be prescribed in a single prescription form	94 (33)	Two parallel orders govern this issue differently; however, a new prescription form is designed for two prescriptions
Legislation does not limit the dosage amount of morphine that can be dispensed in a single prescription form	99 (34)	Legislation does not limit dosage of morphine
Legislation limits the days' supply of morphine in a single prescription form	208 (72)	Legislation limits the days' supply of morphine to 7 with a single prescription

When prescribing morphine, how often do you issue prescriptions?	107 (37) issue according to the patient's need; 151 (52) issue on appointed days, from which 87% issue the prescription once a week	The issue is arguable as two parallel orders govern this issue differently
Consider prescribing morphine only to patients with end-stage diseases	146 (51)	Two parallel orders govern this issue and there are palliative care State Program requirements for eligibility

Impact of legislation knowledge/understanding on physicians' practice

Those physicians who think, that the legislation limits the dosage amount of morphine with a single prescription form**,** less prescribe/inscribe morphine, χ^2 (df1) =202, p=0.027.

Those physicians who think, the legislation limits prescribing two opioids or two different forms of one opioid in the single prescription form, less prescribe/inscribe morphine than other physicians χ^2(df1)=198, p=0.019**.**

The physicians who believe that the legislation governing opioid use for pain assigns particular days in the week when patients can get their prescriptions refilled, less issue prescription based on the patient's needs, compared to other physicians, χ^2(df1)=232; p=0.007.

We identified possible administrative barriers, having direct or indirect impact on opioid prescribing practice (table 4, table 5)

Table 4 **Administrative barriers**

Administrative issue	N / (%)
The administration of health care setting/facility sends information about opioid formulations and dosages available in Georgia (n=289)	
On a periodic basis	*149 (52)*
If physician requests the information	*59 (20)*
Physicians were not given the information	*47 (16)*
When treating incurable patients in pain, the administration of the health care setting/facility has prevented physicians from (n=289)	
Prescribing morphine	*14 (5)*
Increasing morphine dose	*28 (10)*

Insufficient provision of information on formulations and dosages available from the administration was more frequently associated with lower rate of morphine prescription χ^2 (df1) =62, p=0.042.

Those physicians who use the older, restrictive decree, are less prevented from the administration from increasing morphine dose (10% versus 22%) than those who don't use it χ^2 (df1) =183, p=0.02

The physicians who were prevented by administration from increasing morphine dose, more used pain assessment scales than those who weren't prevented χ^2 (df1) =150, p=0.002.

Table 5 legal investigation and concern

issue	N / (%)
Physicians investigated: (n=198)	19 (10)
They knew someone who had been investigated: (n=257)	44 (17)
Concerned that they might be investigated: (n=144)	52 (36)
Extremely concerned	*9 (6)*
Concerned	*11 (8)*
Somewhat concerned	*32 (22)*

Impact of investigation and concern on opioid accessibility

Those physicians who are concerned that they can be investigated because of morphine prescribing practices, are less likely to follow the newer, more liberal decree (31% versus 57%), Fishers' exact test(df1)=123, p=0.008.

Those physicians who don't use either new or old decrees (N157/n or N32o/102) are more concerned that they might be investigated due to morphine prescribing practices (48% versus 18%) than those physicians who use both ministerial decrees, χ^2(df2) =126, p=0.019.

Those physicians who know anyone who has ever been investigated because morphine-prescribing practices, are more concerned that they can be investigated than those who don't know anyone investigated (54% versus 33%) χ^2 (df1)=143, p=0.047.

The morphine prescribing practice of the physicians who follow the newer and liberal decree (N157/n) are more the subject of investigation (14% versus 3%) than those who don't follow it, Fishers' Exact Test (df1)=167, p=0.013.

Physicians, who know that the legislation doesn't limit the dosage amount of morphine that can be dispensed with a single prescription form, are more likely to be the subject of investigation because of the morphine prescribing practices (16% versus 6%), Fishers' exact test(df1)=166, p=0.042.

Finally, based on the medical knowledge results of the study, we have created a variable of "good practice" by including those who use simultaneously pain assessment scales, WHO 3 step analgesic ladder strategy, prescribe opioids on a clock round basis and issue prescription according to patient needs.

We found that physicians, who prescribe and have "good practice" use more Decree N199, 2008, which states that the issues concerning incurable patients are regulated by the newer, more liberal decree, χ^2(df1)=235, p=0.005. Also, they are more investigated because of morphine prescribing practice (23% versus 7.6%) than those without "good practice," Fishers' Exact Test (df1) =198, p=0.023.

Discussion

Besides the burdensome regulations creating a variety of barriers to OA availability and accessibility, the existing contradictory policies confound the regulatory parameters for OA prescribing and can strengthen physicians' fear and unwillingness to prescribe such medications. The physicians and administrators of the health care facilities prefer to follow the old regulatory rules, as they feel safer and more comfortable due to many factors, including a general lack of prioritizing pain management

in public health policy as well, fear for possible penalties, lack of knowledge and awareness regarding OAs.

Morphine prescription / inscription (issuing prescription)

According to the Georgian legislation, apart from general practitioners practicing in the facilities (policlinics) specially authorized for opioid prescription and serving patients according to the residence place, every physician needs to obtain special authorization to prescribe opioids. But as it is a very burdensome and difficult process requiring much time and additional attributes (such as special prescription forms, journals, safe boxes) on top of special control, practically only policlinics' physicians responsible for outpatient care and obligated by legislation (decree N32-o/102) prescribe opioids. However, according to our results, even among those physicians about 2/3 do not assign opioid treatment and more than 1/3 even do not issue the prescription. Certainly, physicians who only inscribe, still follow the commission rules for opioid prescribing, due to inconsistency in relevant legislation.

We should assume that in the best case scenario, those who avoid OA prescription responsibility and responded that they don't prescribe opioids at all (27%) hand their patients over to other physicians, when the need of opioid prescription arises. Otherwise, we can suppose that 38% of the patients don't receive any opioid therapy at all, if we also consider patients of the physicians, who declined the question.

Knowledge and understanding of legislation regulating opioids use and its impact on practice / Impact of the legislation on opioid accessibility

Based on the study results, overall 33-38% of the physicians more or less know the legislation. However even some of them still consider older regulations as dominant and only about 18 - 23% use more liberal regulations in practice. As old and new decrees exist alongside, respectively, the physicians' answers are diverse, though they are biased in favor of the older, stricter regulations. Hence, they mostly issue a prescription on particular days and 87% of them issue a prescription only once per week, not considering the patient's needs. Moreover, if we consider that 2/3 think that legislation limits opioid dosage amount, we should think that they just prescribe sub-therapeutic doses inadequate to treat pain.

More than half of the physicians declare, that they will consider prescribing morphine only to patients who have a diagnosis of end stage (terminal) disease. Once again we face a dual face of the legislation (table 2). Under the decree of 2000 the requirement is IV clinical group, terminal stage of disease; on the other hand, there is an instruction approved by the ministerial decree in 2008, which states that opioids can be prescribed to incurable patients if non opioid treatment fails, or according to pain severity (WHO 3 step analgesic ladder) (23). The latter was overshadowed in 2013 when the government's annual resolution on the Health Care State Program, also covering opioid needs for ambulatory patients, changed the parameters of beneficiaries' eligibility to the "Palliative Care for Incurable Patients" program. It defines those eligible as patients at the "end of life", which is mostly perceived by physicians and regulators as last days and hours of life, when opioids can be prescribed.

It is obvious that incomprehensible legislation impedes a physician to duly start pain treatment with opioids, adequately treat pain and timely issue a prescription according to patient's needs.

Administrative barriers

It is difficult to determine why physicians even knowing newer regulations still prefer following old, stricter regulations. However the results of our study show that those physicians, who better assess pain by using the scales and consequently better adjust the morphine doses, are more prevented by the administration from increasing the morphine dose. Nevertheless, based on the study results the main reason of ignoring liberal regulations can be the following: Statistically significant association has been discovered on morphine prescribing practice investigation of those physicians, who use more liberal decree and have better knowledge of legislation. Consequently, we can assume that these physicians prescribe more appropriate and higher, adjusted to pain severity doses of morphine. Thus, we can conclude that physicians who have better, more qualified opioid prescribing practice and better knowledge of relevant legislation and use more liberal regulations are more investigated.
What concerns the impact of investigation on medical practice - those who know anyone that has been investigated because of opioid prescribing practice, are more concerned. Moreover, the physicians who are concerned, less prescribe morphine or less use more liberal regulations. As it appears, majority of the physicians who are concerned that they can be investigated, don't use either old or new regulations; consequently, it should be assumed, that they don't prescribe morphine at all.
The results from that part of study are published in the Journal of Pain and Symptom Management (P. Dzotsenidze et al. 2018)

Knowledge of pain assessment, opioid pharmacology and prescription; influence on opioids prescribing practice

Pain assessment

Physicians' 93% (269/289) declares – they ask their patients with incurable disease about pain regularly, 82 %(238/289) say that they always/ frequently discuss the importance of pain relief with each patient and/or caregiver and 88% (254/289) say at least once a month they comprehensively assess pain in patients with incurable disease. Nevertheless only 67% (193/289) are aware of pain assessment scales and from those who are aware 82% (159/193) uses them. No matter of what the physicians say, it is reality that according to their answers only 55% (159/289) assess pain severity more or less adequately based on pain assessment scales. And from these physicians who say that they use pain assessment tools, only 47% (71/151) of them apply it in practice effectively by issuing prescriptions according to patients needs (question from the legislation/policy part of the study) in contrast to 53% who issue the recipe only on fixed, particular days of week, mostly ones in a week, no matter of fact that they say they use pain assessment scales. That means that at the same time overall up to 25% (71/289) of the physicians objectively assess pain and issue recipe according to patients needs.

Knowledge of opioid pharmacology and pain management

Theoretical knowledge

80% (230/289) physicians consider morphine to be the most effective treatment option for patients with severe pain from cancer and in case non-opioid treatments have failed, as a very next step 87% (251/289) say they would prescribe morphine. 75%(218/289) of physicians declares - when prescribing morphine to incurable patients, they follow chronic pain management guideline from 2012 (covering pain assessment instruments, WHO 3 step analgesic ladder, use of oral morphine and so on); though only 69% (200/289) says that they say that they are aware are aware of the World Health Organization's 3-

Step Analgesic Ladder and 48%(139/289) always/frequently use it. Nevertheless only half 51% (148/289) of the physicians don't agree with postulation that "Morphine is not necessary to treat a patient with severe chronic pain from cancer because other equally effective medicines (1 step medicines) are available". And 51% (146/289) declares, that they will consider prescribing morphine only to patients who have a diagnosis of end stage diseases; and only 34% (98/289) of the surveyed physicians are aware regarding of oral formulations of morphine.

Practical knowledge

The overall response rate to the practical questions was very law (table 1). The data indicates that more than half of the physicians don't know or follow the relevant guideline and instructions covering opioid prescription and pain management issues.

Table N1 pain management with morphine

When prescribing morphine to a patient with severe chronic pain from cancer they always/frequently prescribe:	% yes answers	% No response
the morphine on an around the clock basis;	45%(129/289)	33 %(95/289)
the morphine on an as needed basis;	35%(101/289)	43%(124/289)
the morphine doses also for breakthrough pain	18%(52/ 289)	53%(152/289)
other medications to reduce the occurrence of side-effects	39%(112/289)	40%(116/289)

Comparition was done regarding opioid prescribing shedule to reveal the physicians who gave responces following intuation more, than based on actual knowledge or practice; 30 from those physicians(129), who say, that the prescribe morphine on an around the clock basis, as well say that they always/frequently prescribe the morphine on an as needed basis; the two statements are mutually exclusive. So according to their answers we should assume that only about 1/3 of the physicians (99/289) prescribe morphine on an around the clock basis.

Despite the fact, that from yearly 2000 years sustained release oral morphine was available in Georgia for several years and then was reintroduced back in 2009, only 1/3 of the physicians are aware regarding the oral formulations.

More of those physicians, who says that they prescribe the morphine on an around the clock basis, know about the sustained release formulations of oral morphine (60/73), than those who don't prescribe the morphine on an around the clock basis, χ^2 (df1)=270, $p<0.001$. Based on that result, we can assume that maximum 21% (60/289) prescribe oral morphine to the patients; as if they don't prescribe on an around the clock basis, that means, that they don't prescribe as well sustained release formulations.

18% (52/289) of the physicians declare that they always/ frequently prescribe morphine doses also for breakthrough pain, but in reality, from those physicians who answered so, only 37% (19/52) know that the legislation allows to prescribe two opioids on one prescription form and only 31% (16/52) is aware of the relevant decree; that means that most of them even don't understand the meaning of the breakthrough pain. Thus we can assume that maximum 7% (19/289) prescribe morphine for breakthrough pain.

And if we will take into account that only 39% (112/289) of the physicians say, that they always or frequently prescribe other medications to reduce the occurrence of side-effects, then we should

consider that other physicians either don't manage side effects at all or prescribe morphine just before the death, when side effect like constipation (the most persistent) do not have even time to develop.

To sum the knowledge results we have created a variable of "good practice" including those who alongside use pain assessment scales, WHO analgesic Ladder, prescribe opioids on a clock round basis and issues prescription according to patient needs. We found out that only 10% of the physicians have"good practice" knowledge and then we added to it the variable of prescribing practice, we found that only 9% (26/289) have a "good prescribing practice". As it appears Physicians with "good prescribing practice" more know about oral formulation of morphine χ^2(df1)=235, p=0.005.

Physicians' attitudes and misconceptions regarding pain treatment with opioids

44%(128/289) of the physicians think that prescribing morphine to treat a patient with severe chronic pain from cancer always/frequently causes "dependence syndrome". 46% (133/289) think that "physical dependence" on morphine is the same thing as "dependence syndrome" to morphine, 26%(74/289) aren't sure regarding the issue and only 17%(49/289) don't equate "physical dependence" on morphine with "dependence syndrome". 4%(11/289) of the physicians think and 23%(66/289) aren't sure if prescribing morphine is unsafe for any patient with severe chronic pain from cancer; 17%(48/289) of the physicians say that they will consider prescribing morphine to a patient with severe chronic pain from cancer only when the patient requests it directly.

As it was expected physicians' attitudes/misconceptions have impact on opioid prescribing practice and adequate pain management (table 2).

Table 2 Impact of attitudes **and misconceptions**

From those who don't consider morphine to be the most effective treatment option for patients with severe pain from cancer	
less of them prescribe morphine, if non-opioid treatments have failed	χ^2(df2)=269, p< 0.001
More of them think that prescribing morphine is unsafe for any patient with severe chronic pain from cancer	χ^2(df1)=255, p=0.002
More of them think, that morphine is not necessary to treat severe pain from cancer because other equally effective medicines are available	χ^2 (df1)=257, p< 0.001
physicians who think that prescribing morphine is unsafe for any patient with severe pain from cancer	
More of them don't use WHO Analgesic Ladder when treating patients	χ^2(df2)=190, p<0.001
More of them consider prescription of morphine for cancer patient with chronic severe pain only when the patient requests it directly	χ^2(df1)=249, p=0.009
And more of them prescribe morphine only to patients who have a diagnosis of end stage diseases	χ^2 (df1)=257, p=0.022
Those physicians who think that morphine is not necessary to treat severe chronic pain from cancer because other equally effective medicines are available	
Less prescribe morphine.	χ^2 (df1)=232, p=0.001
Less have "good practice"	χ^2 (df1)=262, p=0.026

Those physicians who think that "physical dependence" on morphine is the same thing as "dependence syndrome" to morphine	
Are (40% versus 14%) more concerned that they can be investigated because of morphine prescribing practices	χ^2 (df1)=138, p=0.023
More of them (58% versus 12%) consider that prescribing morphine to treat severe chronic pain always/frequently causes "dependence syndrome"	χ^2(df2)=253, p<0.001

As we found there are discrepancies in knowledge, attitudes and misconceptions according to **residence place of the physicians and respectively to their practical position (table 3, table 4).** It is obvious that physicians living in the Capital of Georgia are better informed and have better medical knowledge, though they more follow stricter regulations and have more negative attitude toward opioid use for pain management. Physicians living in regions have less medical knowledge and more misconceptions.

Table 3 Physicians' residence place influence on accessibility to opioid treatment

Physicians living in Tbilisi	
Receive more information about opioid formulations and dosages available in Georgia from the administration	χ^2(df1)=236, p=0.001
More prescribe morphine always/frequently on an around the clock basis	χ^2(df2)=177, p=0.048
More of them consider that the legislation assign particular days in the week when patients can get their prescriptions refilled (R)	χ^2(df1)=229, p=0.032
More of them think that Morphine is not necessary to treat severe chronic pain from cancer because other equally effective medicines are available	χ^2(df1)=254, p<0.001
Physicians living in regions	
Less of them are aware of pain assessment scales	χ^2(df1)=238, p=0.006
More prescribe the morphine always/frequently on an as needed basis	χ^2(df2)=156, p=0.002
More consider prescribing morphine only when the patient requests it directly	χ^2(df1)=246, p=0.012
More have misconceptions, that prescribing morphine to a patient with pain from cancer always/frequently causes "dependence syndrome"	χ^2(df 2)=246, p=0.01

Table 4 Influence of principle practice position on accessibility to opioid treatment

Compared to Family Doctors, Rural doctors	
Receive less information about opioid formulations and dosages available in Georgia from the administration	χ^2(df1)=239, p<0.001
Less of them use WHO 3-Step Analgesic Ladder	χ^2(df 2) =190, p<0.001
More have misconceptions that prescribing morphine to a patient with pain from cancer always/frequently causes "dependence syndrome"	χ^2(df2)=250, p=0.04
Compared to rural, Family doctors	
More of them consider that the legislation assign particular days in the week when patients can get their prescriptions refilled	χ^2 (df1)=234, p=0.001

More of them have misconceptions that Morphine is not necessary to treat a patient with severe pain from cancer because other equally effective medicines are available	χ^2(df1)=248, p<0.001

As it appears, the attitude of the physicians living in Tbilisi and regional centers toward opioid analgesics effectiveness is associated with negative attitudes of the patients and their families/caregivers toward pain treatment with opioids.

Convictions of the physicians practicing in Tbilisi compared to the physicians practicing in regions:

- Their patients refuse more to take the morphine that they have prescribed χ^2(df 1)=244, p<0.001;
- Their patients refuse more to allow them to even issue a prescription for morphine, χ^2 (df1)=240, p<0.001;
- Their patients' family/caregivers have expressed more concern about the morphine that they have prescribed, χ^2 (df1)=244, p<0.001;
- Their patients' family/caregivers have refused more to allow them to even issue a prescription for morphine χ^2 (df1) =243, p<0.001.

Conviction of the physicians according to their practical position

According to the family doctors, compared to answers of the rural doctors:

Their patients refuse more to take the morphine that they have prescribed, χ^2 (df 2) =246, p< 0.001;

Their patients' family/caregivers have expressed more concern about the morphine that they have prescribed, χ^2 (df 2) =246, p=0.004.

It is evident, that patients and their families/caregivers attitudes toward opioid treatment from the view of their physicians differs according to living place of the physicians themselves; we think that it indicates the systemic problem of communication between the physicians and the patients.

Discussion

Though the prescription of the opioids to incurable outpatients is direct responsibility of the family/rural (general pract.) doctors from the Primary Health Care facilities, where they serve the patients according to residence place, only 62% in total from surveyed physicians answered that they prescribe opioids.

Medical knowledge

In whole, the physician's answers in theoretical part were not sincere and mostly were based on socially acceptable answers.

Pain assessment

Though 93 % declares that they asses pain regularly and 88% think that they asses pain comprehensively, only 67 % of those physicians say , that are aware of pain assessment scales and 55% say that they use it in practice; overall it appears that only up to 25% of them apply it in practice efficiently by issuing prescriptions according to patient needs.

Pain management / Influence of the relevant knowledge and attitudes on their medical practice

Most of the physicians aren't sincere when answering that they follow the pain guideline (75%); if they were, then they must be as well aware of the WHO 3-Step Analgesic Ladder and morphine formulations; and 1/3 (76/230) of the physicians aren't sincere when stating that they consider

morphine to be the most effective treatment option as at the same time they acknowledge other non-opioid medicines as equally effective. And those physicians who think that non-opioid medications are equally effective have less "good practice" knowledge and less prescribe morphine.

Despite the fact, that palliative care instruction and chronic pain management guideline are available from 2008/2012 , covering and stressing the preference of prescribing (oral) morphine on an around the clock basis and importance of side effects control, if the sum several answers to questions which cover the knowledge of guidelines and issues covered by it, we can conclude that only 26%(75/289) of the physicians are aware of chronic pain management guideline (relevant knowledge), maximum 34% (99/289) prescribe based on a around clock basis, up to 21% prescribe oral morphine and 7% (289) prescribe morphine for breakthrough pain. But that doesn't automatically mean that all of them still do it.

In total, when we have summed the results for the most efficient indicators for good opioid prescribing practice (usage of the pain assessment scales and WHO 3-step analgesic Ladder strategy, prescribing opioids on a clock round basis and issuing prescription according to patient needs) to manage severe chronic pain and connected it with opioid prescription variable we get that only 9% (26/289) of the physicians have a "good opioid prescribing practice".

And if we'll take into account that only 39% (112/289) of the physicians, but 30% who at the same time prescribe opioids (86/289), say that they prescribe other medications to manage side-effects; we should consider that other physicians either don't manage side effects at all or prescribe morphine at the "end of life" period, just before the death. Thus, we can assume that 70 % patients with severe pain even do not get opioid prescriptions at all or they are just prescribed to them at the end of life period.

Except the lack of medical knowledge, the late opioid prescribing practice can be explained by the negative attitudes and misconceptions regarding opioid analgesics. Almost half of the physicians think that prescribing morphine always/frequently causes "dependence syndrome and just 1/6 of the physicians do not equate" physical dependence" on morphine with "dependence syndrome"; and those who equate it are almost 3 times more concerned that they can be investigated because of morphine prescribing practices. It must be pointed out that there was no any statistically important difference seen in misconceptions regarding dependence issues among physicians with "good prescribing practice" and without it and that the incomprehensible and strict regulations have negative influence on opioid prescribing practice of the physicians (from the legislation/policy part of the study), even on those with "good prescribing practice". But if we'll take into account that physicians who apply more new and liberal regulations and those with "good prescribing practice" are more controlled by the administration and are almost 3 times more investigated because of their prescribing practice, then it isn't surprise, that a lot of the physicians do not prescribe at all, do not have "good opioid prescribing practice" or prescribe opioids just at "the end of life" stage of the disease. Moreover, such approach to opioid prescription is supported by the governmental decision on Health Care State Program ("Palliative care for incurable patients" within it) which from 2013 defines the eligibility for the program beneficiaries' as "end of life" patients. This is mostly accepted by physicians /administration as the last days and hours of life, when opioids can be prescribed; as preexisted requirement for eligibility already was "incurable" patients or terminal stage of the disease.

Attitudes and misconceptions regarding opioid therapy

As we found there are discrepancies in knowledge, attitudes and misconceptions according to **residence place of the physicians and respectively to their practical position (table 5, table 6).**

It is obvious that physicians living in the Capital of Georgia are better informed and have better medical knowledge. That indicates that the system administrating information distribution regarding available forms of opioids isn't perfect. Only half of the physicians report that they receive information on the regular bases; especially it concerns the information about oral formulations, as only 34% of the physicians know existence or are aware regarding the oral formulation of morphine.

Above to these family doctors practicing in Tbilisi have more information and prescribe more on a round clock basis and use more pain assessment scales. Thus, we can consider, that physicians living in regions lack trainings and access to guideline or aren't informed regarding it.

Though family doctors practicing in Tbilisi and in regional centers more follow stricter regulations and respectively issue less opioid prescriptions according to patient needs. This can be effect of more control from the administration, as according to legislation, except the rural doctors, family doctors require the monitoring from the administration or/and as it appears in most cases still the commission rule of prescribing is in effect.

Family doctors practicing in Tbilisi and regional centers consider more that non-opioid pain medications are equally effective to treat severe pain from cancer. Such attitude toward opioid analgesics can be explained by the following factors: 1. they have less communication with patients, rarely asses the pain and don't have relevant information about patient condition. 2. Influence of the pharmaceutical companies, widely advertising wide assortment of non-opioid analgesics and which are less active in rural areas.

Physicians living in regions and especially in rural areas apart of lack of sufficient medical knowledge, as well have more misconceptions toward opioid analgesics. However, it is logical as misconceptions are mostly based on level of knowledge.

Influence of physicians attitudes toward opioid treatment on the patients and their family / caregivers according to living place

As it is obvious patients and their families / caregivers living in Tbilisi and a bit less in regional centers are more against and resistant to pain treatment with opioid analgesics, then patients and their families / caregivers living in rural areas.

Based on these results, we should assume, that physicians, who practice in more rural areas, have more closer professional connections with the patients and their family/ caregivers and that relationship is more based on community sense; thus the physicians in rural areas more critically asses the condition of the patients, have more empathy and consequently the "negative influence" is less on the attitudes and decisions of the patients and their family/ caregivers. Physicians living in Tbilisi and family doctors from regional centers don't have community based sense and usually they have less communication with patients; very often after prescribing the morphine, they mostly contact only with family members/caregiver who visit the physician for a new recipe form. That once again proves our consideration that they prescribe opioids mostly at the end of life period of the patients, then the patients' are not any more able to visit their physicians.

Thus, Lack of education, unjust late prescription of morphine, mostly in end of life period, schedules not based on pharmacology action of drugs, finally created myths about opioids, fed back and deepen

during decades by strict and unjust regulations. All these deeply impact pain management quality and require more education/ trainings, implementation of relevant guidelines and improvement of information administration. Otherwise incurable patients in pain are the subject of "cruel, inhuman and degradable treatment" and their rights to be free from pain and have access to essential medications are ignored.

III. Patients.

From the patients' cohort in total 98 from 109 survey results were analyzed (table 1).

Table N1 Demographic data: patients (N = 98)

Place of practice:	
Tbilisi (capital)	67% (124/289),
Regional centers /city	20%(148/289),
village	13%
Sex: n (%)	
Female	36(37.0%)
Male	62 (63.0%)
Age (years) ;mean (SD); [min; max]	61 years, SD=12.4, max – 85; min 24;

Pain and its' influence on the patients quality of life

Before morphine prescription 94% (73/78) of the incurable patients experienced intensive pain (from moderate to severe), requiring treatment with opioids (WHO 1986; WHO 1996). From those patients 61% had a severe pain. Before morphine prescription, from those patients in pain, 89% (84/94) had regularly used other, nonopioid medication to relieve pain. The cross tabulation of the variables revealed that those patients who regularly used other pain medications, 95% (70/74) still experienced intensive pain (34% (25/74) moderate and 61% (45/74) severe pain).

According to the patients answers, pain had negative effect on their everyday activities. Regardless of the pain intensity and before morphine prescription, 97% (94/97) of them admitted that pain limited their ability to be engaged in activities with which they had no difficulties before; in 75% (73/97) of the patients' activities were always/ frequently limited.

Duration of the pain and time needed for opioid prescription

Before opioid prescription the patients experienced intensive pain for:

- less than 1 month - 23% (21/92);
- from 1 month – to 3 months - 40% (37/92);
- more than 3 months -37% (34/92).

In the face of such pain intensity and duration, the morphine was prescribed for:

- Less than 1 month to 62% (56/90),
- from 1 month – to 3 months to 24% (22/90),
- More than 3 months to 13 % (12/90) of the patients.

After development of intensive pain, needed time to find a doctor who prescribed opioids.

- 27% (26/ 97) – it took about 1 week to find doctor
- 33% (32/97) from 1 week to 1 month period,

- 40% (39/97) - it took more than 1 month period to find a doctor who prescribed opioids.

Morphine was prescribed with delay to 61% (22/36) of the patients, who had pain for 1 to 3 month period and to 70%, who had pain more than 3 months period.

33% (31/94) of the patients answered that it was more than 3 months between from the beginning experiencing severe pain and being prescribed the morphine to treat their pain.

Those patients (N=29) who said that it was more than 3 months between beginning experiencing severe pain and being prescribed the morphine, think that the reason for this delay was:

- it took them time to begin looking for a doctor - 24% (7/29);
- it took time the doctor to assign a prescription for an opioid - 35% (10/29);
- it took both (patients and physicians) time in 10% (3/29);
- Not sure - 26% (9/29).

Evaluation of pain management

The prescription of the opioids to incurable outpatients is direct responsibility of the family/rural doctors (GP) from the Primary Health Care facilities, though according to answers on question - Which type of doctor did you first see for pain treatment it appears, that

- 39% (38/97) of the patients first addressed general practitioner
- 44% (43/97) – addressed oncologist;
- 9% (9/97) - Palliative care doctor
- 7% -ᎾᏍ (7/97) - Doctor from another field

It was reviled, that morphine wasn't assigned to 59% (57/96) of the patients, who addressed the doctor for their pain. The situation differs regarding place of residence (table 2).

Table 2 Prescribing of morphine according to living place

Living place	Prescribed	Do not prescribed
Tbilisi	35%	65%
Other city / regional center	59%	41%
Village	25%	75%

According to specialty, from those physicians to whom the patients have addressed first:

39% (15/38) of the general practitioners prescribed morphine;

41% (17/ 41) oncologists prescribed morphine;

56% (5/9) Palliative care doctors prescribed morphine;

29% (2/7) Doctor from another field prescribed morphine.

From those patients who after (refusal) addressed other doctors for intensive pain relief:

- To 7% (4/56) morphine was prescribed by the general practitioner;
- To 23% (13/56) by the oncologist
- And to 70% (39/56) by Palliative care doctor.

Quality of pain management – after prescribing the morphine

- 15% (13/88) of the patients don't have the pain;
- 36% -Ᏼ (32/88) have a mild pain;
- 22% -Ᏼ (19/88) have a moderate pain;

- 27% (24/88) still have severe pain.

Thus, after prescribing morphine the pain remains an issue in 49% of the patients. High percent of persisting pain indicates that pain management in those patients wasn't appropriate.

Pain management quality regarding specialty

The pain intensity of the patients to whom opioids were prescribed by the first visit physician (table 3) and by the second visit physician (table 4) according to their specialty.

Table N3 Quality of pain management according physicians specialty.

Physician specialty	No pain/mild pain	Moderate to severe pain
General practitioner	46%	54%
oncologist	49%	51%
Palliative care doctor	87%	13%
Other specialty	50%	50%

Table N 4 Quality of pain management according physicians specialty.

Physician specialty	No pain/mild pain	Moderate to severe pain
General practitioner	40%	60%
oncologist	30%	70%
Palliative care doctor	77%	23%

Since being prescribed the morphine, due experiencing a greater level of pain doctor needed to increase daily dose in 49% (44/89) of the patients. In case of GP and oncologist increasing the morphine dose was needed in 80% and 71% of the patients respectively, compared to 37% in case of palliative care physicians' assigned treatment.

Quality of life of the patients after opioid prescription.

After opioid prescription, pain still always/frequently limits ability to be engaged in everyday activities in 30% (28/94) of the patients, sometimes/rarely in 62% (58/94) and doesn't limit any more in 8% (8/94) of the patients.

The quality of the pain management and quality of life after opioid treatment assignment differs significantly according to which type of doctor have assigned the treatment.

Pain became mild in 58% of the patients in case of the treatment, assigned by the palliative care physicians, compared 20% and 15% where treatment was assigned by GP and oncologists respectively χ^2 (df 6; N = 56) = 18,24 p = 0.006.

Quality of life was improved in 85% of the patients in case of the treatment, assigned by the palliative care physicians, compared to 40% and 43% where treatment was assigned by GP and oncologists respectively, χ^2 (df 4; N = 59) = 12,63; p = 0.013.

Morphine formulations used for pain treatment.

- Inject able morphine was prescribed to 85% (79/93) of the patients;
- Oral morphine was prescribed to 9% (8/93) of the patients;

- Both formulations were prescribed to 6% (6/93) of the patients.

In total 20 -21% of the general practitioners prescribed oral morphine.

In case of oral morphine, 25% of the patients admitted that it was not available from the pharmacy, compared to 3% of the inject able morphine.

Attitudes toward pain management with opioids

54 % (52/97) of the doctors discusseed with the patients the importance of pain management / relief.

On question - How much are they concerned that use of the morphine will lead you to get used to them:

- 34% (29/85) answered that they aren't concerned,
- 40% (34/85) answered that they are somehow concerned,
- 26 % (22/85) answered that they are very much concerned.

8% of the patients just not have frequently taken the morphine that has been assigned to them. On the question – what was the reason for their decision to not take the morphine - 22% answered - because of their concern about addiction, 6% - because they are afraid of that medication, 9% answered because that medication is prescribed in the last stage of cancer; and 2% said that their family is against it.

On question, how much is patients' family concerned that morphine will lead the patient to get used to them

- 23% (20/89) answered that they aren't concerned,
- 37% (33/89) answered that they are somehow concerned,
- 30% (27/89) answered that their families are very much concerned.

From those patients whose families were very much concerned, 73% (8/11) addressed the physician with delay. And from those patients who just not have frequently taken the morphine, in 43% their families are very much concerned regarding the issue.

According to residence place, for 61% of the patients it isn't convenient to retrieve the morphine from the pharmacy located in the police station. 82% of the patients are embarrassed to retrieve the morphine from the pharmacy located in the police station.

From those patients, who were very much embarrassed to retrieve the morphine from the pharmacy located in the police station, in 29% (6/21) the embarrassment stopped them from retrieving morphine, compared to 0% (0/29) of the patients, who were just somehow embarrassed, Fishers' exact test (df 1; N = 50) = 9.41; p = 0.003.

Discussion

All patients involved in the study are incurable at terminal stage of their disease, and then they need special palliative care. Before, they were prescribed the morphine**,** 89% (84/94) of the patients regularly used other non-opioid medications to relieve pain; though as minimum in 87% it was ineffective. The pain had totally decreased their everyday activities in 75% (73/97) of the patients.

Regardless of Georgian legislation permits to prescribe opioids to incurable patients, most of the patients weren't able to receive such treatment or receive it timely. Physicians didn't assign the morphine to 59% of the patients. In total morphine was prescribed to patients in 19% by the general practitioner, in 31% by the oncologists, in 45% by the palliative care physician and in 2% by other field specialist. If we take into account that for today palliative care specialist are available only inpatient clinics, it is clear

that in most cases adequate pain treatment starts too late. In 33% of the patients it took more than 3 months between beginning experiencing severe pain and being prescribed the morphine. In 71% of such cases patients weren't the reason of the delayed treatment.

After morphine prescription, almost half of the patients still have had intensive pain; which indicates that morphine was prescribed in sub-analgesic doses or and with inappropriate schedules.

The discrepancy was shown in effectiveness of treatment regarding specialties. Opioid treatment assigned by palliative care physicians was 3-4 times more effective than pain management assigned by GP and oncologists ($p = 0.006$). The dosage schedule assigned by palliative care physicians required much lesser corrections, than dosages prescribed by GP and oncologists. Consequently quality of life of patients was much more improved in case of treatment, assigned by the palliative care physicians.

Despite the fact, that palliative care instruction and chronic pain management guideline are available from 2008 and 2012 respectively stressing the preference of prescribing (oral) morphine in total it was prescribed only to 15% of the patients. And in 25% of cases the oral morphine wasn't available in "pharmacies".

Even though patients and their families have negative attitudes and misconceptions regarding opioid use for pain relief, statistically important association wasn't revealed supporting the view that such attitudes and misconceptions influence their decision not to take morphine.

Similarity in answers given by patients and physicians.

Though been their direct responsibility, 62% family doctors issue recipe with opioid prescription and only 42% answered that they prescribe morphine. According to patients' answers, who addressed general practitioner for pain relief, only 39% from those physicians prescribed morphine to them. From the survey of the both groups we have learnt that family doctors at villages lesser take decision to prescribe opioids themselves. According to their answers 29% prescribed morphine and only 21% solely took decision to prescribe opioids. 25% of the patients answered that morphine was prescribed to them by village doctor.

According to physicians' survey 25% of them prescribe opioids according to patients need. Patients answers disclosed that in 20% of them pain severity decreased to mild intensity. This finding approves our suggestion that maximum 23% of PHC physicians treat pain more or less adequately.

Survey from both groups has shown that maximum 21% of the PHC physicians prescribe oral forms of morphine and maximum 7% of them prescribe breakthrough doses of morphine.

The similarity in answers was found regarding attitudes and misconceptions as well. 44% of the physicians think that prescribing morphine to treat a patient with severe chronic pain from cancer always/frequently causes "dependence syndrome". 46% think that "physical dependence" on morphine is the same thing as "dependence syndrome" to morphine. According to patients' survey 46% of them and 47% of their families are concerned or very much concerned that morphine can lead to patients' dependence on them.

Very similar results have been disclosed regarding decision to take prescribed morphine by the patient in both groups (table 1) and families to be against patients taking morphine (2% in both groups).

Table N1 Comparing answers from physicians' and patients survey'.

respondent	Refuse to take morphine always / frequently	Refuse to take morphine sometimes / rarely	Never have refused
Physician	6%	32%	62%
Patient	8%	32%	60%

According to physicians answers, those patients whose families are concerned, more refuse to take morphine, than those whose families aren't concerned (74% versus 28%), $p < 0.001$. According to patients' survey, those patients whose families are concerned, are themselves more concerned regarding treatment with opioids, than those whose families aren't (68% versus 26%), $p < 0.001$.

Difference in answers given by patients and physicians

Regardless of 87% of the physicians answer that in case of non-opioid treatment therapy failure, as a next step they prescribe morphine, patients survey revealed that from those 89% of the patients who on regularly base were receiving non-opioid treatment, 95% of them were still in pain (from moderate to severe). Pains' duration before opioid prescription exceeded 1 month in 88% of the patients with severe pain and in 76% with moderate pain. Despite of the incurable stage of the disease, 33% of the patients took from 1 week to 1 month and 40% more than 1 month to find a doctor who prescribed morphine to them.

Though 82% of the physicians say that they discuss importance of the pain management with the patients, only 54% of the patients admitted that the pain relief issue was discussed with them.

Conclusions:

- Intensive pain in incurable patients isn't relieved effectively by non-opioid pain medications.
- Potential pain medications, opioids, aren't prescribed to patients or are prescribed with delay.
- General practitioners (family doctors) avoid (60%) to prescribe morphine, or prescribe with delay (77%). In case of prescribing, they assign sub-analgesic doses, inadequate to relieve pain.
- Almost in half of the patients opioids were prescribed by the palliative care physician, who are available only inpatient clinics, where patients mostly get in terminal conditions.
- The access to pain management isn't equally distributed throughout the country.
- The quality of the pain management by the palliative care physicians 3 and 4 times more exceed the quality of the pain management assigned by the GP and the oncologists.

Approved research Hypothesis:

In Georgia inadequte quality of pain managment and consequently inappropriately low consumtion rates of morpine for intensive pain management is conditioned by:

1. By legislative and administrative barriers, this sets unreasonable restrictions and causes fear in physicians to prescribe opioids according to needs;
2. By insufficient knowledge level of physicians in legislation governing opioid legal use - necessary for pain relieve;
3. By Lack of knowledge of the physicians generally in chronic pain management, opioid pharmacology and pharmacokinetics;
4. Insufficient knowledge on its part creates negative misconceptions and superstitions regarding medical use of opioids.

The congregation of above mentioned factors results in:

1. Reluctance to prescribe opioids or overdue prescription of opioids;
2. Inadequate quality of the pain treatment;
3. Negative attitudes and misconceptions in patients and their families /caregivers.

Rejected hypothesis

The hypotheses, that negative attitudes and misconceptions in patients and their families influence importantly their decision not to take opioids prescribed to them for pain relief was rejected.

Recommendations:

We strongly recommend that the outlined challenges, such as incomprehensible and restrictive legislation be addressed and the contradictions be removed, and the legislative language clearly reflect and meet the needs of adequate pain management in incurable patients. In particular, the Government should:

1. Overview the legislation and remove all groundless limitations and impediments; amendments must be made to eliminate contradictions (page 4-5) in legislation. It is recommended to unify and frame all opioid prescribing regulations in one document to avoid further misunderstandings.
2. Implement the updated regulations by dispensing relevant information among all stakeholders, training all involved parties: physicians, administrations of the respective facilities and controlling institutions. The relevant regulations must be placed on the MHLSA web page, making it more accessible for all interested parties.
3. Support and ensure the general practitioners with basic trainings in pain management covering both, medical and administrative/legislative issues throughout the country.

VIII გამოყენებული ლიტერატურა და მასალები:

Allen, Michael JM, Mark M. Asbridge, Peter C. MacDougall, Andrea D. Furlan, and Oleg Tugalev. 2013. "Self-Reported Practices in Opioid Management of Chronic Noncancer Pain: A Survey of Canadian Family Physicians." *Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society* 18 (4): 177.

Almakadma, Yasin S, and Karen Simpson. 2013. "Opioid Therapy in Non-Cancer Chronic Pain Patients: Trends and Efficacy in Different Types of Pain, Patients Age and Gender." *Saudi Journal of Anaesthesia* 7 (3). Wolters Kluwer -- Medknow Publications: 291–95. https://doi.org/10.4103/1658-354X.115362.

"Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes - Supplement-AR15_availability_English.Pdf." n.d.

Bennett, Daniel S, and Daniel B Carr. 2002. "Opiophobia as a Barrier to the Treatment of Pain." *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 16 (1): 105–9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14650454.

Berrío Valencia, Marta Inés. 2012. "Aging Population: A Challenge for Public Health." *Colombian Journal of Anesthesiology* 40 (3). No longer published by Elsevier: 192–94. https://doi.org/10.1016/J.RCAE.2012.04.002.

Berterame, Stefano, Juliana Erthal, Johny Thomas, Sarah Fellner, Benjamin Vosse, Philip Clare, Wei Hao, et al. 2016a. "Use of and Barriers to Access to Opioid Analgesics: A Worldwide, Regional, and National Study." *The Lancet*. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00161-6.

Beuken-van Everdingen, M. H J van den, J. M. de Rijke, A. G. Kessels, H. C. Schouten, M. van Kleef, and J. Patijn. 2007. "Prevalence of Pain in Patients with Cancer: A Systematic Review of the Past 40 Years." *Annals of Oncology*. https://doi.org/10.1093/annonc/mdm056.

Breivik, Harald, Beverly Collett, Vittorio Ventafridda, Rob Cohen, and Derek Gallacher. 2006b. "Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life, and Treatment." *European Journal of Pain* 10 (4): 287–333. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009.

Breivik, Harald, Elon Eisenberg, and Tony O'Brien. 2013. "The Individual and Societal Burden of Chronic Pain in Europe: The Case for Strategic Prioritisation and Action to Improve Knowledge and Availability of Appropriate Care." *BMC Public Health* 13 (1): 1229. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229.

Brennan, Frank, Daniel B. Carr, and Michael Cousins. 2007a. "Pain Management: A Fundamental Human Right." *Anesthesia and Analgesia*. https://doi.org/10.1213/01.ane.0000268145.52345.55.

Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. 1990. Technical Report Series / World Health Organization. Geneva.

Cherny, N. I., J. Baselga, F. de Conno, and L. Radbruch. 2010. "Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in Europe: A Report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative." *Annals of Oncology*. https://doi.org/10.1093/annonc/mdp581.

Cherny, N. I., R. Catane, and P. A. Kosmidis. 2006a. "Problems of Opioid Availability and Accessibility across Europe: ESMO Tackles the Regulatory Causes of Intolerable and Needless Suffering." *Annals of Oncology* 17 (6): 885–87. https://doi.org/10.1093/annonc/mdl073.

Cleary, J., L. De Lima, J. Eisenchlas, L. Radbruch, J. Torode, and N. I. Cherny. 2013. "Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in Latin

America and the Caribbean: A Report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI)." *Annals of Oncology* 24 (suppl 11): xi41-xi50. https://doi.org/10.1093/annonc/mdt502.

Cleary, J., R. A. Powell, G. Munene, F. N. Mwangi-Powell, E. Luyirika, F. Kiyange, A. Merriman, et al. 2013. "Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in Africa: A Report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI)." *Annals of Oncology* 24 (suppl 11): xi14-xi23. https://doi.org/10.1093/annonc/mdt499.

Cleary, J., L. Radbruch, J. Torode, and N. I. Cherny. 2013. "Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in Asia: A Report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI)." *Annals of Oncology* 24 (suppl 11): xi24-xi32. https://doi.org/10.1093/annonc/mdt500.

Cleary, J., M. Silbermann, W. Scholten, L. Radbruch, J. Torode, and N.I. Cherny. 2013. "Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in the Middle East: A Report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI)." *Annals of Oncology* 24 (SUPPLEMENT11): xi51-xi59. https://doi.org/10.1093/annonc/mdt503.

Cleary, J., N. Simha, A. Panieri, W. Scholten, L. Radbruch, J. Torode, and N. I. Cherny. 2013. "Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in India: A Report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI)." *Annals of Oncology* 24 (suppl 11): xi33-xi40. https://doi.org/10.1093/annonc/mdt501.

Cleeland, Charles S., Yoshio Nakamura, Tito R. Mendoza, Katherine R. Edwards, Jeff Douglas, and Ronald C. Serlin. 1996. "Dimensions of the Impact of Cancer Pain in a Four Country Sample: New Information from Multidimensional Scaling." *Pain* 67 (2–3). No longer published by Elsevier: 267–73. https://doi.org/10.1016/0304-3959(96)03131-4.

Coghill, Robert C. 2010. "Individual Differences in the Subjective Experience of Pain: New Insights into Mechanisms and Models." *Headache* 50 (9). NIH Public Access: 1531–35. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01763.x.

Davies, Elizabeth., Irene J. Higginson, and World Health Organization. Regional Office for Europe. 2004. *Better Palliative Care for Older People*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

Demand and Supply of Opiates for Medical and Scientific Needs. Special Report Prep. Pursuant to the Economic and Social Council Resolution 1989-15. Report of the International Narcotics Control Board for 1989. 1989. New York: UNO.

Duthey, Béatrice, and Willem Scholten. 2014. "Adequacy of Opioid Analgesic Consumption at Country, Global, and Regional Levels in 2010, Its Relationship with Development Level, and Changes Compared with 2006." *Journal of Pain and Symptom Management* 47 (2): 283–97. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.015.

Dzotsenidze, P., T. Lekashvili, N. Chikhladze, M. Jorbenadze, I. Abesadze, and D. Kordzaia. 2018. "Impact of Ambiguous and Restrictive Regulations on Opioid-Prescribing Practice in Georgia." *Journal of Pain and Symptom Management*. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.03.018.

Dzotsenidze, Pati, Martha A. Maurer, Dimitri Kordzaia, Ioseb Abesadze, Mary M. Skemp Brown, Aaron M. Gilson, and James F. Cleary. 2017. "The Contribution of the International Pain Policy Fellowship in Improving Opioid Availability in Georgia." *Journal of Pain and Symptom Management*, August. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.044.

EAPC. 2013. "EAPC 2013 13 Th WORLD CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE European Journal of Palliative Care." www.eapcnet.org.

Economic and Social Council, Committee on Economic, Social and Cultural Rights. 2000. "The Right to the Attainable Standard of Health: 11/08/2000."

http://data.unaids.org/publications/external-documents/ecosoc_cescr-gc14_en.pdf.
Economic ans Social, and Council. 2000. "The Right to the Highest Attainable Standard of Health." http://data.unaids.org/publications/external-documents/ecosoc_cescr-gc14_en.pdf.
ECOSOC. 2010. "Commission on Narcotic Drugs Item 10 (A)." https://digitallibrary.un.org/record/681611/files/E_CN.15_2010_3_E_CN.7_2010_3-EN.pdf?version=1.
Eftekhar Z. n.d. "Knowledge and Attitudes of Physicians in Iran with Regard to Chronic Cancer Pain. - PubMed - NCBI."
Etkind, S N, A E Bone, B Gomes, N Lovell, C J Evans, I J Higginson, and F E M Murtagh. 2017. "How Many People Will Need Palliative Care in 2040? Past Trends, Future Projections and Implications for Services." *BMC Medicine* 15 (1). BioMed Central: 102. https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2.
"Euro_morphine.Pdf." n.d.
Fazeny B. n.d. "Barriers in Cancer Pain Management", Wien Klin Wochenschr. 2000 Nov 24;112(22):978-81
"FINAL ACT OF THE UNITED NATIONS CONFERENCE." n.d. Accessed July 29, 2018. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf.
Forbes, K. 2011. "Pain in Patients with Cancer: The World Health Organization Analgesic Ladder and Beyond." *Clinical Oncology* 23 (6). W.B. Saunders: 379–80. https://doi.org/10.1016/J.CLON.2011.04.016.
General Assembly, United Nations. 2009. "Sixty-Fourth Session Item 71 (b) of the Provisional Agenda. Promotion and Protection of Human Rights: Human Rights Questions, Including Alternative Approaches for Improving the Effective Enjoyment of Human Rights and Fundamental Freedoms Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment Note by the Secretary-General." https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/437/92/PDF/N0943792.pdf?OpenElement.
"Georgia_morphine.Pdf." n.d.
Gilson, Aaron M, Martha A Maurer, Virginia T Lebaron, and Karen M Ryan. n.d. "Multivariate Analysis of Countries' Government and Health-Care System Influences on Opioid Availability for Cancer Pain Relief and Palliative Care: More than a Function of Human Development." *Palliative Medicine* 27 (272): 105–14. https://doi.org/10.1177/0269216312461973.
Giordano, James, Kim Abramson, and Mark V Boswell. n.d. "Pain Assessment: Subjectivity, Objectivity, and the Use of Neurotechnology." *Pain Physician* 13 (4): 305–15. Accessed July 31, 2018. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20648198.
International Narcotics Control Board. Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control. United Nations, 2012. Available from: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19246en/s19246en.pdf.
Gwyther, Liz, Frank Brennan, and Richard Harding. 2009. "Advancing Palliative Care as a Human Right." *Journal of Pain and Symptom Management* 38 (5): 767–74. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.03.003.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf?sequence=1.
Holm, S. 2002. "Principles of Biomedical Ethics, 5th Edn.: Beauchamp T L, Childress J F. Oxford University Press, 2001, Pound19.95, Pp 454. ISBN 0-19-514332-9." *Journal of Medical Ethics* 28 (5). Institute of Medical Ethics: 332-a-332. https://doi.org/10.1136/jme.28.5.332-a.
Human Rights Watch (Organization), and Diederik. Lohman. 2009. *"Please, Do Not Make Us Suffer Any More-" : Access to Pain Treatment as a Human Right.* Human Rights

Watch. https://books.google.ge/books?id=yPF_7ffrYJAC&pg=PP3&dq=1-56432-449-4&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiJyb6y58TcAhUDApoKHanbCx8Q6wEIJzAA#v=onepage&q=1-56432-449-4&f=false.

Husain, S Asra, Marty Skemp Brown, and Martha A Maurer. 2014. "Do National Drug Control Laws Ensure the Availability of Opioids for Medical and Scientific Purposes?" *Bulletin of the World Health Organization* 92 (2): 108–16. https://doi.org/10.2471/BLT.13.121558.

IASP. n.d. "Declaration of Montréal - IASP." Accessed July 29, 2018. https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal.

INCB. n.d. "E/INCB/2005/NAR_1 ENGLISH VERSION INCB OICS UNITED NATIONS INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD TRAINING MATERIAL 1961 SINGLE CONVENTION ON NARCOTIC DRUGS THE INTERNATIONAL CONTROL SYSTEM FOR NARCOTIC DRUGS." Accessed July 30, 2018. http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Training-Materials/English/NAR_1_English_2005.pdf.

INCB. 1989. "INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD Vienna Demand for and Supply of Opiates for Medical and Scientific Needs Special Report Prepared Pursuant to Economic and Social Council Resolution 1989/15 UNITED NATIONS." https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1989/1989_ANNUAL_REPORT_SUPPLEMENT_ENG.pdf.

INCB. 1999. "I. Freedom from Pain and Suffering A. Ensuring an Adequate Supply of Controlled Drugs for Medical Purposes: A Principal Objective of the International Drug Control Treaties." https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/English/AR_1999_E_Chapter_I.pdf.

INCB. 2015. "Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes." www.incb.org.

INCB, part2, and single convention. 2005. "E/INCB/2005/NAR_2 ENGLISH VERSION INCB OICS UNITED NATIONS INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD." https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Training-Materials/English/NAR_2_English_2005.pdf.

INCB report. 2017. "Narcotic Drugs — Estimated World Requirements for 2018 — Statistics for 2016." www.incb.org.

INCB, and Report. 2008. *Report of the International Narcotics Control Board on Follow-up to the Twentieth Special Session of the General Assembly*. www.incb.org.

INCB UN. 1995. "INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD Vienna EFFECTIVENESS OF THE INTERNATIONAL DRUG CONTROL TREATIES Supplement to the Report of the International Narcotics Control Board for 1994 UNITED NATIONS." https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/E-INCB-1994-1-Supp-1-e.pdf.

INCB WHO. 2012. *Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44859/9789241503280_eng.pdf?sequence=1.

"INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD Vienna Availability of Opiates for Medical Needs." n.d. Accessed July 30, 2018. http://dag.un.org/bitstream/handle/11176/397225/e-incb-1995-1-supp-l-e.pdf?sequence=1&isAllowed=Y.

Jacobsen, Ramunë, Zita Liubarskienë, Claus M¸ldrup, Lona Christrup, Per Sj¸gren, and Jurgita Samsanavièienë. 2009. "Barriers to Cancer Pain Management: A Review of Empirical Research." *Medicina (Kaunas)* 45 (6). http://medicina.kmu.lt.

"Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights." n.d. Accessed July 29, 2018. www.hospicecare.com.

Katz, J, and R Melzack. 1999. "Measurement of Pain." *The Surgical Clinics of North America* 79 (2): 231–52. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10352653.

Kiknadze, Nino, and Pati Dzotsenidze. 2018. "Palliative Care Development in Georgia." *Journal of Pain and Symptom Management* 55: S25–29. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.021.

King, Nicholas B, and Veronique Fraser. n.d. "Untreated Pain, Narcotics Regulation, and Global Health Ideologies." Accessed March 17, 2017. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001411.

Knaul, Felicia Marie, Paul E Farmer, Eric L Krakauer, Liliana De Lima, Afsan Bhadelia, Xiaoxiao Jiang Kwete, Héctor Arreola-Ornelas, et al. 2018. "Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—an Imperative of Universal Health Coverage: The Lancet Commission Report." *The Lancet* 391 (10128): 1391–1454. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8.

Larue, François, Sophie M. Colleau, Alain Fontaine, and Louis Brasseur. 1995. "Oncologists and Primary Care Physicians' Attitudes toward Pain Control and Morphine Prescribing in France." *Cancer* 76 (11): 2375–82. https://doi.org/10.1002/1097-0142(19951201)76:11<2375::AID-CNCR2820761129>3.0.CO;2-C.

LeBaron, V., S. L. Beck, M. Maurer, F. Black, and G. Palat. 2014. "An Ethnographic Study of Barriers to Cancer Pain Management and Opioid Availability in India." *The Oncologist* 19 (5): 515–22. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0435.

Lohman, Diederik, Rebecca Schleifer, and Joseph J Amon. 2010. "Access to Pain Treatment as a Human Right." *BMC Medicine* 8 (1). https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-8.

Manfred Nowak, Anand Grover. 2008. "UN Human Rights Experts Call upon CND to Support Harm Reduction | Human Rights Watch." 2008. https://www.hrw.org/news/2008/12/10/un-human-rights-experts-call-upon-cnd-support-harm-reduction.

Maurer, Martha A., Aaron M. Gilson, S. Asra Husain, and James F. Cleary. 2013. "Examining Influences on the Availability of and Access to Opioids for Pain Management and Palliative Care." *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 27 (3): 255–60. https://doi.org/10.3109/15360288.2013.816407.

McCormick Thomas. n.d. "Bioethic Tools: Principles of Bioethics." Accessed July 30, 2018. https://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html.

"Medical Ethics 101." n.d.

Meier, Emily A., Jarred V. Gallegos, Lori P. Montross Thomas, Colin A. Depp, Scott A. Irwin, and Dilip V. Jeste. 2016. "Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue." *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 24 (4): 261–71. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.01.135.

"Microsoft Word - Global Report_narrative_final_APA References.Doc - Global Evaluation 2013.Pdf." n.d.

Minozzi, Silvia, Laura Amato, and Marina Davoli. 2013. "Development of Dependence Following Treatment with Opioid Analgesics for Pain Relief: A Systematic Review." *Addiction (Abingdon, England)* 108 (4): 688–98. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04005.x.

"MULTILATERAL International Covenant on Civil and Political Rights." 1966. https://treaties.un.org/doc/publication/unts/volume 999/volume-999-i-14668-english.pdf.

N157/ნ, and ბრძანება/ინსტრუქცია. 2008. "„ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე' | სსიპ 'საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე'."

2008. https://matsne.gov.ge/ka/document/view/78646.
Nations, United, and International Narcotics Control Board. 2010. *2010 INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes UNITED NATIONS*. www.incb.org.
NCDC. n.d. "სტატისტიკური ცნობარი." Accessed August 1, 2018. http://www.ncdc.ge/Pages/User/Documents.aspx?ID=f10b3ffb-da47-4488-94df-2f03764cf365.
O'Brien, Tony. 2013. "The Impact of an Aging Population on Palliative Care." *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 27 (July): 389–91. https://doi.org/10.3109/15360288.2013.847517.
Page, Gayle Giboney, and Shamgar Ben-Eliyahu. 1997. "The Immune-Suppressive Nature of Pain." *Seminars in Oncology Nursing* 13 (1): 10–15. https://doi.org/10.1016/S0749-2081(97)80044-7.
Paice, Judith A., Christine Toy, and Susan Shott. 1998. "Barriers to Cancer Pain Relief: Fear of Tolerance and Addiction." *Journal of Pain and Symptom Management*. https://doi.org/10.1016/S0885-3924(98)00025-6.
Pargeon, K L, and B J Hailey. 1999. "Barriers to Effective Cancer Pain Management: A Review of the Literature." *Journal of Pain and Symptom Management* 18 (5): 358–68. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584460.
Pargeon, Kimberly L, and B Jo Hailey. 1999. "Barriers to Effective Cancer Pain Management: A Review of the Literature." *Journal of Pain and Symptom Management* 18 (5).
PPSG. 2013. "Improving Global Opioid Availability for Pain & Palliative Care: A Guide to a Pilot Evaluation of National Policy 2013 Pain & Policy Studies Group." www.painpolicy.wisc.edu.
PPSG APMG. 2009. "Drug Control and Access to Medicines (DCAM)." http://apmglobalhealth.com/sites/apmglobalhealth.com/files/projects/docs/compendium.pdf.
PPSG, and Consumption data. n.d. "Country | Pain & Policy Studies Group." Accessed July 30, 2018. http://www.painpolicy.wisc.edu/countryprofiles.
PPSG Georgia. n.d. "Georgia | Pain & Policy Studies Group." Accessed July 30, 2018. http://www.painpolicy.wisc.edu/country/profile/georgia.
PPSG Glossary. n.d. "Opiophobia | Pain & Policy Studies Group." Accessed July 30, 2018. http://www.painpolicy.wisc.edu/glossary/opiophobia.
pubmeddev. n.d. "Physician-Related Barriers to Cancer Pain Management with Opioid Analg - PubMed - NCBI."
Reddy, Bhavani S. 2006a. "The Epidemic of Unrelieved Chronic Pain: The Ethical, Societal, and Regulatory Barriers Facing Opioid Prescribing Physicians." *Journal of Legal Medicine* 27 (4): 427–42. https://doi.org/10.1080/01947640601021048.
Scholten, W, O Simon, I Maremmani, C Wells, J F Kelly, R Hämmig, and L Radbruch. 2017. "Access to Treatment with Controlled Medicines Rationale and Recommendations for Neutral, Precise, and Respectful Language." *Public Health* 153 (December): 147–53. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.08.021.
Scholten, Willem. 2013. "Access to Opioid Analgesics: Essential for Quality Cancer Care." In *Cancer Pain*, edited by Magdi Hanna and Zbigniew (Ben) Zylicz, 249–62. Springer London.
Sessle, Barry. 2011. "Unrelieved Pain: A Crisis." *Pain Research & Management* 16 (6). Hindawi Limited: 416–20. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22184550.
Seya, Marie-Josephine, Susanne F. A. M. Gelders, Obianuju Uzoma Achara, Barbara Milani, and Willem Karel Scholten. 2011. "A First Comparison Between the Consumption of and the

Need for Opioid Analgesics at Country, Regional, and Global Levels." *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 25 (1): 6–18. https://doi.org/10.3109/15360288.2010.536307.

Silbermann, Michael, Regina M. Fink, Sung-Joon Min, Mary P. Mancuso, Jeannine Brant, Ramzi Hajjar, Nesreen Al-Alfi, et al. 2015. "Evaluating Palliative Care Needs in Middle Eastern Countries." *Journal of Palliative Medicine* 18 (1). https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0194.

"SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY." n.d. Accessed July 29, 2018. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf.

Susan Shott. 1998. "Barriers to Cancer Pain Relief: Fear of Tolerance and Addiction." *Elsevier, New York, New York*, Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 16 No (July): 1–9.

The University of Wisconsin Pain &. 2009. "Do International Model Drug Control Laws Provide for Drug Availability?" *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 23 (2): 145–52. https://doi.org/10.1080/15360280902900729.

United Nations. 1949. "Universal Declaration of Human Rights 1948." https://www.jus.uio.no/lm/un.universal.declaration.of.human.rights.1948/portrait.a4.pdf.

Upshur, Carole C, Roger S Luckmann, and Judith A Savageau. 2006. "Primary Care Provider Concerns about Management of Chronic Pain in Community Clinic Populations." *Journal of General Internal Medicine* 21 (6): 652–55. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00412.x.

Vranken, Marjolein J M, John A Lisman, Aukje K Mantel-Teeuwisse, Saskia Jünger, Willem Scholten, Lukas Radbruch, Sheila Payne, and Marie-Hélène D B Schutjens. 2016. "Barriers to Access to Opioid Medicines: A Review of National Legislation and Regulations of 11 Central and Eastern European Countries." *The Lancet Oncology* 17 (1): e13–22. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00365-4.

Vranken, Marjolein J M, Aukje K. Mantel-Teeuwisse, Saskia Jünger, Lukas Radbruch, John Lisman, Willem Scholten, Sheila Payne, Tom Lynch, and Marie Hélène D B Schutjens. 2014. "Legal Barriers in Accessing Opioid Medicines: Results of the ATOME Quick Scan of National Legislation of Eastern European Countries." *Journal of Pain and Symptom Management*. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.02.013.

WHO. n.d. "WHO | Georgia." WHO. World Health Organization. Accessed July 30, 2018. http://www.who.int/countries/geo/en/.

WHO. 1994. "A DECLARATION ON THE PROMOTION OF PATIENTS' RIGHTS IN EUROPE EUROPEAN CONSULTATION ON THE RIGHTS OF PATIENTS AMSTERDAM 28-30 MARCH 1994 World Health Organization." http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf.

WHO. 1996. *Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability*. 2. ed. Geneva.

WHO. 2011. *Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances: Guidance for Availability and Accessibility of Controlled Medicines*. Geneva: World Health Organization.

WHO. 2014. "GLOBAL STATUS REPORT on Noncommunicable Diseases 201 4 "Attaining the Nine Global Noncommunicable Diseases Targets; a Shared Responsibility"" http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1

"WHO | WHO's Cancer Pain Ladder for Adults." 2013. *WHO*. World Health Organization. http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/.

"WHO | WHO Definition of Palliative Care." 2012. *WHO*. World Health Organization. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

"WHO | WHO Model Lists of Essential Medicines." 2017. *WHO*. World Health Organization. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/.

WHO, and 1986. n.d. "Cancer Pain Relief." Accessed July 29, 2018.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf.
WHO, and WPCA. 2014. “Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.” www.ehospice.com.
Wilcox, Claire E, Andrew R Mayer, Terri M Teshiba, Josef Ling, Bruce W Smith, George L Wilcox, and Paul G Mullins. 2015. “The Subjective Experience of Pain: An FMRI Study of Percept-Related Models and Functional Connectivity.” *Pain Medicine (Malden, Mass.)* 16 (11). NIH Public Access: 2121–33. https://doi.org/10.1111/pme.12785.
Wolfert, Marla Z., Aaron M. Gilson, June L. Dahl, and James F. Cleary. 2010. “Opioid Analgesics for Pain Control: Wisconsin Physicians’ Knowledge, Beliefs, Attitudes, and Prescribing Practices.” *Pain Medicine (Malden, Mass.)* 11 (3): 425–34. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00761.x.
World Health Organization. 2000. “Achieving Balance In National Opioids Control Policy.” http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip39e/whozip39e.pdf.
WHO. 2014. “Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course.” *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 28 (2): 130–34. https://doi.org/10.3109/15360288.2014.911801.
Zaza, Christine, and Natalie Baine. 2002. “Cancer Pain and Psychosocial Factors: A Critical Review of the Literature.” *Journal of Pain and Symptom Management* 24 (5): 526–42. https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00497-9.
Zhang, Qiongwen, Chunhua Yu, Shijian Feng, Wenxiu Yao, Huashan Shi, Yuwei Zhao, and Yongsheng Wang. 2015. “Physicians’ Practice, Attitudes Toward, and Knowledge of Cancer Pain Management in China.” *Pain Medicine* 16 (11): 2195–2203. https://doi.org/10.1111/pme.12819.
აბესაძე იოსებ, აბზიანიძე ეკატერინე, and ღვამიჩავა რემა. n.d. “პალიატიური მზრუნველობა: სახელმძღვანელო (ოჯახის/სოფლის ექიმებისთვის) - გაერთიანებული კატალოგი.” 2016. Accessed September 6, 2018. https://evergreen.tsu.ge/eg/opac/record/172967?locg=1;query=პალიატიური მკურნალობა.;qtype=subj.
ბრძანება32-102სშჯსსს, and შსს2000. n.d. “Joint Decree of MLHSA an MIA 32-102.Pdf.”
გიორგი მეტივიშვილი. 2016. “პალიატიური მზრუნველობა.” http://www.gsco.ge/Publications/პალიატიური მზრუნველობა (გიო.
ევროსაბჭო. 2003. “RECOMMENDATION REC (2003) 24 OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO MEMBER STATES ON THE ORGANISATION OF PALLIATIVE CARE.” http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=hyXlpOWXtL8%3D&tabid=1709.
კორძაია დიმიტრი, რუხაძე თამარი, დოლიძე ხათუნა, აბესაძე იოსებ, შავდია მიხეილ, წირქვაძე ირინა, საკანდელიძე ი, ღვამიჩავა რემა, სურმავა თ, and ახალაძე ი. 2005. პალიატიური მზრუნველობა. http://www.gsco.ge/Publications/პალიატიური მზრუნველობა (დიმ.
“პაციენტის უფლებების შესახებ | სსიპ ”საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე”.” n.d. 2000. Accessed September 6, 2018. https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978.
სამოქმედო გეგმა, and 2011 2015. 2012. “პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული პროგრამა.” http://www.parliament.ge/files/janmrteloba/paliatiuri/pc-nat-2011-2015-ge.pdf.
“საქართველოს კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ.” 2012. http://www.matsne.gov.ge47007000005001016760.
“საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ.” 2005. http://www.matsne.gov.ge470.010.000.05.001.000.925.

“საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ.” 2002. http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30.pdf.

საქართველოს მთავრობა. 2017. “2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ | სსიპ ”საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე”.” 2017. https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/3530020.

სტატისტიკური ცნობარი. 2016. “NCDC.Ge.” 2016. http://www.ncdc.ge/Pages/User/Documents.aspx?ID=f10b3ffb-da47-4488-94df-2f03764cf365.

ღვამიჩავა რემა, and შავდია მიხეილ. 2010. “ონკოლოგიის სახელმძღვანელო.” http://www.gsco.ge/Publications/ონკოლოგიის სახელმძღვანელო (.

ძოწენიძე ფატი, რუხაძე თამარი, and აბესაძე იოსებ. 2012. “‘ქრონიკული ტკივილის მართვის.’” http://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/02/9bdedb3c90dcec579e7f9a0f589eafaf.pdf.

ჯანდაცის სამინისტრო. n.d. “სტრუქტურა » სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო.” Accessed August 3, 2018. http://rama.moh.gov.ge/geo/static/41/struqtura.

IX. გამოქვეყნებული ნაშრომების სია (დანართი 7. აბსტრაქტები გვ. 247 – 50)

1. Dzotsenidze, Pati, Tamar Lekashvili, Nino Chikhladze, Maka Jorbenadze, Ioseb Abesadze, and Dimitri Kordzaia. 2018. "Impact of Ambiguous and Restrictive Regulations on Opioid-Prescribing Practice in Georgia." *Journal of Pain and Symptom Management*, March. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.03.018

.

2. Dzotsenidze, Pati, Martha A. Maurer, Dimitri Kordzaia, Ioseb Abesadze, Mary M. Skemp Brown, Aaron M. Gilson, and James F. Cleary. 2017. "The Contribution of the International Pain Policy Fellowship in Improving Opioid Availability in Georgia." *Journal of Pain and Symptom Management*, August. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.044.

3. Kiknadze, Nino, and Pati Dzotsenidze. 2018. "Palliative Care Development in Georgia." *Journal of Pain and Symptom Management* 55: S25–29. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.021.

4. ფატი ძოწენიძე, იოსებ აბესაძე, ეკატერინე აბზიანიძე, რემა ღვამიჩავა, ნინო ჩიხლაძე. 2016 „მედიცინის მიღმა დარჩენილი ტკივილი". კლინიკური ონკოლოგია, სამეცნიერო პრაქტიკული ჟურნალი N4/2016 გვ. 85-94, http://www.gsco.ge/Publications/ჟურნალი%20კლინიკური%20ონკოლოგია%20(2016).pdf.

5. Pati Dzotsenidze, MD; Ioseb Abesadze, MD, PHD; Martha A. Maurer, MSSW, MPH, PhD; Aaron M. Gilson, MS, MSSW, PhD, Nino Chikhladze, MD, PHD, Dimitri Kordzaia, MD,PHD, Maka Jorbenadze, MD, PHD „Identifying barriers and inconsistencies in laws affecting pain management in Georgia" Translational and Clinical Medicine - Georgian Medical Journal (accepted manuscript).

X. დანართები

დანართი N1

საკვლევი თემის მოკლე შინაარსი

საფუძველი: ტკივილი არის სიმპტომი, რომელიც ყველაზე ხშირად გვხვდება ქრონიკული დაავადებებისა და პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტებში. ტკივილი მძიმე გავლენას ახდენს ცხოვრების ყოველ ასპექტზე, ხოლო გაუყუჩებელი ტკივილი ხდება ადამიანის ტანჯვისა და „არაჰუმანური მოპყრობის საგანი". შესაბამისად, საერთაშორისო საზოგადოება დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს ტკივილის მართვას და ტკივილისაგან თავისუფლებას აღიარებს ადამიანის უფლებად. ტკივილის ეფექტური მართვა შესაძლებელია არსებული ცოდნისა და მედიკამენტების საშუალებით, მიუხედავად ამისა მილიონობით ადამიანი იტანჯება ტკივილისაგან.

ტკივილის ადეკვატური მართვის ძირითად ბარიერს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ საშუალო და ძლიერი ტკივილის მართვა ხორციელდება ოპიოიდური საშუალებებით. ისინი წარმოადგენენ საერთაშორისო კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებებს და მათი ბრუნვა რეგულირდება კანონმდებლობით, რომ არ მოხდეს ამ მედიკამენტების არამიზნობრივი გამოყენება. ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოშიც, ოპიოიდების დივერსიის პრევენციულმა ზომებმა გადააჭარბა საერთაშორისო კონტროლის მოთხოვნებს, რის გამოც ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდების მარეგულირებელი კანონმდებლობა გადაჭარბებულად მკაცრი, ხისტი და შემზღუდველი გახდა.

საქართველოში ზემოაღნიშნულს საფუძველი გაუმყარა ქრონიკული ტკივილის შეფასებისა და მართვის სწავლების უგულველყოფამ. მკაცრმა კანონმდებლობამ და ცოდნის დეფიციტმა თავის მხრივ ხელი შეუწყო ცრუ წარმოდგენების წარმოქმნას ოპიოიდებთან მიმართებაში, რამაც შემდგომში გავლენა იქონია საზოგადოების განწყობაზეც. საბოლოო ჯამში ტკივილის მართვა აღმოჩნდა ჯანდაცვის საკითხთა შორის ბოლო რიგებში, საკითხის არაპრიორიტეტულობამ კი შექმნა ისეთი რეალობა რომ, თუ არ კვდები ტკივილის გაყუჩება შეუძლებელია. თუმცა ასეთ ვითარებაშიც პაციენტთა მხოლოდ 1/6 აქვს წვდომა ოპიოიდურ მედიკამენტებზე.

მიზანი და ამოცანები - „ქრონიკული ტკივილის მართვაში არსებული ბარიერების შეფასება და მათი ზემოქმედება სამედიცინო მომსახურეობის ხარისხზე".

1.ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებისადმი არსებული პოლიტიკის და მარეგულირებელი დოკუმენტების - კანონმდებლობის შესწავლა/ანალიზი.

2.ოპიოიდური ტკივიგამაყუჩებელი საშუალებების დანიშვნა/გამოწერაზე პასუხისმგებელი ექიმების ცოდნის შეფასება ოპიოიდების მარეგულირებელი კანონმდებლობის, ფარმაკოლოგიის, დანიშვნის / გამოწერის წესების შესახებ.

3.უკურნებელი პაციენტების ტკივილის მართვის ადეკვატურობის შესწავლა და რა სახის ბარიერები ხვდებათ მათ ტკივილის მართვის პროცესში.

4. ანალიზის საფუძველზე რეკომენდაციების შემუშავება ჯანდაცვის სფეროში გადაწყვეტილების მიმღებთათვის არსებული სიტუაციის შესაცლელად.

მეთოდოლოგია: რაოდენობრივი ტიპის, ობსერვაციული კვლევა, ჯვარედინა სექციური მეთოდის გამოყენებით. გამოვკითხეთ 2 სამიზნე ჯგუფი, კერძოდ ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმები, რომლებიც უფლებამოსილნი არიან ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერაზე და ტკივილის მქონე, ჰოსპისის ბენეფიციარი პაციენტები. ექიმთა და პაციენტთა კვლევის შედეგების ანალიზი მოხდა აღწერითი და ანალიტიკური სტატისტიკური მეთოდების საფუძველზე (SPSS სისტემის დახმარებით). ვალიდურ ინდიკატორებზე დაყრდნობით, განხორციელდა ტკივილის მართვისა და ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის ეროვნული პოლიტიკის/კანონმდებლობის ანალიზი.

შედეგები:

1.დაგვიანებული მკურნალობა - მორფინის დანიშვნამდე გამოკითხულ პაციენტთა 95%-ში ჩატარებული მკურნალობა არაეფექტური იყო და 75%-ში ტკივილი მძიმე გავლენას ახდენდა მათ ყოველდღიურ ცხოვრებაზე. **60% -ზე მეტს** ტკივილის მკურნალობა დაეწყოთ ძლიერ დაგვიანებით. პაციენტების უმრავლესობას მორფინი დაენიშნა უკვე პალიატიური მზრუნველობის ექიმების მიერ შესაბამის დაწესებულებაში, სადაც ისინი უკვე ხვდებიან დაავადების ტერმინალურ მდგომარეობაში.

2. **ტკივილის მართვის ხარისხი** - ამბულატორიული პაციენტების მართვაზე პასუხისმგებელ ოჯახის ექიმთა მიერ ტკივილი ეფექტურად იყო მართული მხოლოდ პაციენტთა 20%-ში, ხოლო ცხოვრების ხარისხი გაუმჯობესდა პაციენტთა 40%-ში.

3. **დანიშვნა/გამოწერა** - ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერაზე პასუხისმგებელი ექიმებიდან 62% გამოწერს/გასცემს რეცეპტს და მხოლოდ 42% ნიშნავს ოპიოიდებს.

4. კანონმდებლობის **ცოდნა/გამოყენება** - ექიმთა 65%-ზე მეტი არ იცნობს ოპიოიდების მარეგულირებელ კანონმდებლობას და ძირითადად გამოიყენებს შემზღუდველ რეგულაციებს; თუმცა იმ ექიმებიდანაც, რომლებიც იცნობენ კანონმდებლობას, მათი უმრავლესობა არ გამოიყენებს ლიბერალურ რეგულაციებს პრაქტიკაში.

5. **ადმინისტრაციული ბარიერები** - ადმინისტრაცია არც თუ იშვიათად ერევა ექიმთა სამედიცინო საქმიანობაში და ზღუდავს მათ დანიშნონ ან გაზარდონ მორფინის დოზა; ექიმები რომლებიც იყენებენ უფრო ლიბერალურ მიდგომებს მეტად არიან ადმინისტრაციის მხრიდან შეზღუდულები. ექიმები რომლებიც სარგებლობენ უფრო ლიბერალური რეგულაციებით და აქვთ უკეთესი მორფინის დანიშვნა/გამოწერის პრაქტიკა, ამავე მიზეზის გამო მათი საექიმო საქმიანობა მეტად არის გამოძიებული.

6. **სამედიცინო ცოდნა** - ექიმთა მინიმუმ 71% არ იცნობს ან არ იყენებს ქრონიკული ტკივილის მართვისთვის შექმნილ დოკუმენტებსა თუ გაიდლაინებს. ექიმთა 55% ამბობს

რომ იყენებს ტკივილის შეფასების სკალებს და 48% ამბობს რომ იყენებს ჯანმოს ტკივილის გაყუჩების მოდელს, თუმცა მხოლოდ 25% იყენებს ამ ცოდნას პრაქტიკაში.

7. **მორფინის „წიგნიერ“ დანიშვნა** - მაქსიმუმ ექიმთა 1/3 ნიშნავს მორფინს საათობრივ პრინციპზე დაყრდნობით და 21% ნიშნავს ტაბლეტირებულ ფორმებს. საბოლოო ჯამში მხოლოდ ექიმთა 9% იყენებს მორფინის დანიშვნის სწორ სტრატეგიას პრაქტიკაში.

8. **ექიმთა განწყობა/დამოკიდებულება და გავლენა -** ექიმთა 44-46% აქვს გამოხატული ნეგატიური განწყობა და თვლიან რომ მორფინით მკურნალობა აუცილებლად გამოიწვევს დამოკიდებულების განვითარებას, ხოლო „ფიზიკურ დამოკიდებულებას“ აიგივებენ „დამოკიდებულების სინდრომთან.“ ეს ექიმები ნაკლებად ნიშნავენ ოპიოიდებს და იყენებენ მკურნალობის სწორ სრატეგიას, მეტად ეშინიათ რომ მათი საქმე შეიძლება გამოიძიონ და შესაბამისად ნაკლებადაც ნიშნავენ/გამოწერენ მორფინს.

9. **ოპიოიდების მარეგულირებელი კანონმდებლობა/პოლიტიკა** - არ ასახავს 1961 წლის ერთიანი კონვენციის ბალანსის პრინციპს და ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის კუთხით შეიცავს შეზღუდვებს პრაქტიკულად ყველა ინდიკატორის მიხედვით.

დასკვნა : პაციენტთა 95% - ს სტკივა და იტანჯება ტკივილისაგან; ამ ვითარებაში თვით ექიმი, ადმინისტრაცია და სახელმწიფო უფრო დაცულად გრძნობს თავს. გაუმართლებლად მკაცრი და არასწორი პოლიტიკით, შიშისა და უცოდინარობის ფონზე იკვრება ის „მანკიერი წრე“ რომელიც განაპირობებს უკურნებელი პაციენტების ტანჯვას და ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების უგულველყოფას .

დანართი N2

ბიოეთიკური კომისიის დასკვნა

დანართი N3

კვლევის ინსტრუმენტი N1 - კითხვარი ექიმებისთვის

კითხვარის შევსებას დაჭირდება დაახლოებით 20 წუთი. გაცნობებთ, რომ თქვენი მონაწილეობა ამ კვლევაში სრულიად ნებაყოფილობითია. კითხვარის შევსებით დასტურდება თქვენი თანხმობა მონაწილეობაზე და შეგიძლიათ შეავსოთ იგი სრულად, ნაწილობრივ ან საერთოდ არ შეავსოთ. თქვენი ინდივიდუალური პასუხები იქნება ანონიმური და კონფიდენციალურობა დაცული . ვაცნობიერებთ თქვენ დაკავებულობას, მაგრამ იმედი გვაქვს, რომ დაგვეხმარებით და შეავსებთ კითხვარს. თქვენ მიერ გაცემული პასუხები დაგვეხმარება გავიგოთ ტკივილის მართვის შესახებ ექიმთა ცოდნა და შეხედულებები საქართველოში. წინასწარ გიხდით მადლობას თანამშრომლობისთვის. მითითება: თითოეული შეკითხვისთვის <u>შეარჩიეთ მხოლოდ ერთი პასუხი,</u> გარდა იმ შემთხვევებისა, სადაც განსხვავებული მოთხოვნაა დაფიქსირებული.

---

1. **საქართველოს აქვს „ძირითადი მნიშვნელობის მედიკამენტების“ (ესენციურ მედიკამენტთა ნუსხა) სია, რომელშიც შეტანილია მორფინი.**

   ☐ დიახ ☐ არა ☐ არ ვარ დარწმუნებული

2. **სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდური საშუალებების მოხმარების მარეგულირებელი საქართველოს კანონმდებლობა აღიარებს სამედიცინო მიზნებისათვის მათი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის აუცილებლობას.**

   ☐ დიახ ☐ არა ☐ არ ვარ დარწმუნებული

3. თქვენი აზრით საქართველოს კანონმდებლობა (კანონი/ბრძანებები)	დიახ	არა	არ ვარ დარწმუნებული
ა. გამოყოფს ნარკოტიკული საშუალებების გაცემის კონკრეტულ დღეებს, როდესაც პაციენტს შეუძლია მიიღოს ოპიოიდები	[ ]	[ ]	[ ]
ბ. უშვებს, რომ ერთ რეცეპტზე გამოწერილი იქნეს 2 ოპიოიდი ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმა	[ ]	[ ]	[ ]
გ. ზღუდავს ერთი რეცეპტის ფორმაზე გამოსაწერი ოპიოიდის რაოდენობას.	[ ]	[ ]	[ ]
დ. ზღუდავს ოპიოიდის მარაგის დღეების რაოდენობას, რომელიც შეიძლება გაიცეს ერთი რეცეპტის საფუძველზე	[ ]	[ ]	[ ]

თუ პასუხი არის დიახ, მაშინ შეზღუდვა არის

☐ 1 დღის მარაგი

☐ 2 დღის მარაგი

☐ 5 დღის მარაგი

☐ 7 დღის მარაგი

☐ 10 დღის მარაგი
☐ არ ვარ დარწმუნებული

4. ჩემთვის ცნობილია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ ტკივილგაყუჩების სამ საფეხურიანი კიბის მოდელი.

☐ დიახ ☐ არა

↓

თუ იცნობთ, მაშინ:
ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის მართვისას, მე ვიყენებ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ტკივილგაყუჩების სამ საფეხურიან მოდელს.

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

5. უკურნებელი პაციენტებისათვის (ონკოლოგიური და არა ონკოლოგიური) ოპიოიდების დანიშვნისა და გამოწერის დროს , მინისტრის რომელი ბრძანებით ხელმძღვანელობთ?
(მონიშნეთ ყველა შესაძლო პასუხი)

☐ N 157/6 ბრძანება (ქრონიკული ინკურაბელური ავადმყოფები/ ოპიოიდების მოხმარება/დანიშვნა)

☐ N 55ნ ბრძანება (სოფლის ექიმისთვის ოპიოიდების გამოწერის უფლებამოსილების მინიჭებაზე)

☐ N 199/6-883 ბრძანება (ქრონიკული ინკურაბელური ავადმყოფებისთვის განსხვავებულ პირობების რეგულირების შესახებ/ შსს და ჯანდაცვის მინისტრების ერთობლივი ბრძანება 2008 წ)

☐ N 17/ნ ბრძანება (ახალი რეცეპტის ბლანკის დამტკიცების შესახებ)

☐N 18/ნ -96 ბრძანება (რეცეპტის შევსების წესის შესახებ)

☐ N 32/ო–N 102 ბრძანება (ოპიოიდების დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის და გამოყენების წესები)

6. უკურნებელი პაციენტებისათვის (ონკოლოგიური და არა ონკოლოგიური) ოპიოიდების დანიშვნისა და გამოწერის გადაწყვეტილების მიღების დროს, თუ ხელმძღვანელობთ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს, 2012 წლის, ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინით?

☐ დია ☐ არა

7. ძლიერი ტკივილის მქონე, უკურნებელი პაციენტებისათვის (ონკოლოგიური და არა ონკოლოგიური) ოპიოიდების/მორფინის გამოწერისას, რა სიხშირით გასცემთ რეცეპტს?

☐ უფრო იშვიათად ვიდრე კვირაში 1 ერთხელ

☐ კვირაში ერთხელ

☐ კვირაში ორჯერ

☐ პაციენტის საჭიროებისამებრ

8. ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიურ პაციენტებში მორფინის გამოწერისას, მე ვნიშნავ:	არას-დროს	იშვიათ-ად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველ-თვის
ა. საათობრივად (ფარმაკოდინამიკის გათვალისწინებით)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
ბ. მხოლოდ საჭიროების (ტკივილის) დროს	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
გ. ასევე დამხმარე დოზას, ტკივილის შეტევებისთის.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
დ. სხვა მედიკამენტებს, გვერდითი მოვლენების (როგორიცაა შეკრულობა, გულისრევა ...) შესამცირებლად.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

9. ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე, უკურნებელი პაციენტების (ონკოლოგიური და არა ონკოლოგიური) მართვისას, ჩემი სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელობამ შემზღუდა:	არას-დროს	იშვიათ-ად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველ-თვის
ა.დამენიშნა მორფინი	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
ბ.გამეზარდა მორფინის დოზა	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
გ.შემემცირებინა მორფინის დოზა	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

10. ჩემი სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელობა მაწვდის ინფორმაციას საქართველოში ხელმისაწვდომი ოპიოიდების ფორმებისა და მათი დოზირებების შესახებ:

☐ პერიოდულად

☐ მხოლოდ მაშინ, როდესაც მე ვითხოვ ინფორმაციას

☐ ჩემთვის ასეთი ინფორმაცია არ მოუწოდებიათ

11. ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის სამართავად, მორფინი მიმაჩნია მკურნალობის ყველაზე ეფექტურ საშუალებად.

☐ დიახ ☐ არა ☐ არ ვარ დარწმუნებული

12. ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე, უკურნებელი პაციენტების (ონკოლოგიური და არა ონკოლოგიური) ტკივილის მართვისას, არაოპიოიდური მკურნალობის

არაეფექტურობის შემთხვევაში, მკურნალობის შემდეგ ეტაპად განვიხილავ მორფინის დანიშვნას.

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

13. **მორფინის ტაბლეტირებული ფორმით მკურნალობას უპირატესობა ენიჭება საინექციო ფორმით მკურნალობასთან შედარებით, ვინაიდან: (მონიშნეთ ყველა შესაძლო პასუხი)**

☐ უფრო მარტივია მისაღებად

☐ თერაპიულად უფრო ეფექტურია

☐ უფრო იაფია

☐ თავიდან არიდებს ინექციასთან დაკავშირებულ დისკომფორტს

☐ გააჩნია ნაკლები გვერდითი მოვლენები

☐ შეიძლება მოიცავდეს ხანგრძლივად მოქმედ ფორმებს.

14. **უკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტებს ყოველთვის ვეკითხები ტკივილის შესახებ?**

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

15. **უკურნებელი დაავადების მქონე ჩემს პაციენტებში, თვეში ერთხელ მაინც სრულყოფილად ვაფასებ ტკივილს.**

☐ დიახ ☐ არა

16. **ჩემთვის ცნობილია ტკივილის (ინტენსივობის) შეფასების სკალები** (რიცხობრივი შეფასების სკალა/ვიზუალური ანალოგიის სკალა ან/და ვერბალური შეფასების სკალა).

☐ დიახ ☐ არა

↓

თუ პასუხი არის კი, მაშინ:

უკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტების (ონკოლოგიური და არაონკოლოგიური) მართვისას ტკივილის შესაფასებლად მე ვიყენებ ტკივილის შეფასების შკალებს.

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

17. **ტკივილის მართვის/ გაყუჩების მნიშვნელობას განვიხილავ თითოეულ პაციენტთან და/ან მასზე მზრუნველ პირთან.**

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

18. **მე ვმკურნალობდი პაციენტებს, რომლებსაც უარი განუცხადებიათ ჩემს მიერ გამოწერილი მორფინის მიღებაზე.**

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

19. მე ვმკურნალობდი პაციენტებს, რომლებსაც უარი განუცხადებიათ მათთვის მორფინის დანიშვნაზე.

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

20. მე ვმკურნალობდი ისეთ პაციენტებს, რომელთა ოჯახს/ და ან მზრუნველს გამოუთქვამთ შეშფოთება ჩემს მიერ მორფინის დანიშვნასთან დაკავშირებით.

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

21. მე ვმკურნალობდი ისეთ პაციენტებს, რომელთა ოჯახს/ და ან მზრუნველს უარი უთქვამთ პაციენტისთვის მორფინის დანიშვნაზეც კი.

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

22. მე ვმკურნალობდი ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიურ პაციენტებს, რომელთათვისაც მინდოდა მორფინის დანიშვნა, მაგრამ ვერ შევძელი ვინაიდან, ის არ იყო ხელმისაწვდომი.

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

23. მორფინის დანიშვნა სახიფათოა ნებისმიერი ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის.

☐ დიახ ☐ არა ☐ არ ვარ დარწმუნებული

24. ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის, მორფინის დანიშვნას განვიხილავ მხოლოდ მაშინ, როდესაც ის უშუალოდ მომთხოვს ამას.

☐ დიახ ☐ არა

25. მორფინის დანიშვნას განვიხილავ მხოლოდ დაავადების შორსწასული (ბოლოო სტადიის) ფორმის მქონე პაციენტებში.

☐ დიახ ☐ არა

26. ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა არ არის აუცილებელი, ვინაიდან არსებობს სხვა თანაბრად ეფექტური ტკივილგამაყუჩებელი წამლები.

☐ დიახ ☐ არა ☐ არ ვარ დარწმუნებული

27. ფიზიკური დამოკიდებულება ისეთ წამალზე, როგორიცაა მორფინი იგივეა რაც „ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულება“ (ანუ წამალდამოკიდებულება).

☐ დიახ ☐ არ ☐ არ ვარ დარწმუნებული

28. ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის მორფინის დანიშვნა იწვევს წამალ დამოკიდებულების განვითარებას.

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

დემოგრაფიული ინფორმაცია:

29. სქესი ☐მამრობითი ☐ მდედრობითი

30. დაბადების წელი 19_____

31. უმაღლესი სამედიცინო ინსტიტუტის/ უნივერსიტეტის დასრულების წელი: _____

32. რეგიონი ან ქალაქი, რომელშიც თქვენ მუშაობთ? _____

33. თქვენი ძირითადი პრაქტიკული საქმიანობა?

- ☐ ოჯახის ექიმი
- ☐ სოფლის ექიმი
- ☐ ონკოლოგი
- ☐ სხვა _____

34. ჩემი საექიმო განათლება მოიცავდა პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვის კურსს.

☐ დიახ ☐ არა

35. თქვენ ნიშნავთ / გამოწერთ მორფინს?

☐ დიახ ☐ არა

თუ პასუხია კი, მაშინ: როდესმე თუ განუხილიათ /გამოუძიებიათ თქვენი საქმიანობა, მორფინის გამოწერის გამო?

☐ დიახ ☐ არა

თუ კი, მაშინ რამდენად გაწუხებთ, რომ თქვენი საქმიანობა, მორფინის გამოწერის გამო შეიძლება გამოიძიონ?

☐	☐	☐	☐
არ მაწუხებს	ცოტათი მაწუხებს	მაწუხებს	ძალიან მაწუხებს

36. თუ იცნობთ ვინმეს, ვისი საქმეც ოდესმე ყოფილა ძიებაში , მორფინის გამოწერასთან დაკავშირებით?

☐ დიახ ☐ არა

დანართი N3ა

ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

ივანე ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
მედიცინის ფაკულტეტი

ფატი ძოწენიძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი; თსუ, სადოქტორო პროგრამის - „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ეპიდემიოლოგია“ - დოქტორანტი.

საინფორმაციო ფურცელი

მოგესალმებით და გაცნობებთ, რომ ვარ თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის დოქტორანტი, 2008 - 2012 წლებში ვმუშაობდი ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტებისათვის ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის სახელმწიფო პოლიტიკის გაუმჯობესებაზე. ჩემი კვლევის თემის ფარგლებში მსურს მოგიწვიოთ და მოგმართოთ თხოვნით რომ შეავსოთ კითხვარი; თქვენი კვლევაში მონაწილეობა ნებაყოფილობითია; შეგიძლიათ ნებისმიერ დროს მოგვმართოთ კითხვით თქვენთვის საინტერესო საკითხების გასარკვევად ან შეწყვიტოთ კითხვარის შევსება.

მიზანი: კვლევის მიზანია შევაფასოთ თუ რამდენად ადეკვატურად ხდება თქვენი ტკივილის მართვა საქართველოში და თქვენი შეხედულებით რა ხელის შემშლელი ფაქტორები არსებობს ტკივილის ხარისხიან მართვაში. იმედი გვაქვს, რომ კვლევის შედეგები ხელს შეუწყობს საქართველოში ადამიანის ტკივილის გარეშე სიცოცხლის უფლების დაცვას.

საკვლევი ჩარევა - მოიცავს თქვენ მიერ ერთჯერადად კითხვარის შევსებას.
კვლევაში მოწვევა და მასში ჩართვა ხდება იმის მიხედვით გაქვთ თუ არა ან გქონდათ თუ არა ტკივილი.

ნებაყოფილობითობა - თქვენი მონაწილეობა ამ კვლევაში სრულიად ნებაყოფილობითია და შეგიძლიათ შეავსოთ იგი სრულად, ნაწილობრივ ან საერთოდ არ შეავსოთ. ჩვენ არ გვეცოდინება კითხვარზე მოპასუხე არც ერთი პირის ვინაობა; თქვენ არ მოგეთხოვებათ თქვენი სახელის და გვარის მითითება კითხვარში. არც ერთი თქვენი ინდივიდუალური პასუხი არ იქნება გაზიარებული ვინმესთან, გარდა ამ კვლევაში უშუალოდ მონაწილე მკვლევარებისა.

თქვენ მიერ გაცემული პასუხები დაგვეხმარება შევისწავლოთ ტკივილის მქონე პაციენტების გამოცდილება საქართველოში. პატივს ვცემთ თქვენ მიერ დახარჯულ დროსა და ძალისხმევას, ასევე კითხვარის შევსებით თქვენ მიერ გაწეულ დახმარებას.

თანხმობის ფურცელი

გავეცანი, ჩემთვის მოწოდებულ ინფორმაციას (ან წამიკითხეს ინფორმაცია) კვლევის შესახებ და მასში ჩემი შესაძლო მონაწილეობის მოსალოდნელი შედეგების თაობაზე. მქონდა შესაძლებლობა დამესვა ჩემთვის მნიშვნელოვანი კითხვები და ყველა კითხვაზე მივიღე მგასაგები პასუხი. ნებაყოფილობით ვაცხადებ თანხმობას მოცემულ კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე და გაცნობიერებული მაქვს, რომ ნებისმიერ ეტაპზე ჩემი სურვილისამებრ შემიძლია გამოვეთიშო გამოკითხვას, რაც გავლენას არ მოახდენს ჩემთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე.

მონაწილის სახელი და გვარი _____

მონაწილის ხელმოწერა _____

თარიღი _____

კვლევაში მონაწილეობის მისაღებად მოწვეული პირი დეტალურად გაეცნო ინფორმირებული თანხმობის ფორმას, მას ჰქონდა შესაძლებლობა დაესვა კითხვები. ვადასტურებ, რომ მან ნებაყოფლობით განაცხადა თანხმობა კვლევაში მოანწილეობაზე.

მკვლევარის სახელი და გვარი _____

მკვლევარის ხელმოწერა _____

თარიღი _____

თანხმობის ფორმის ერთი ასლი გადაეცა კვლევის სუბიექტს ----------

(მკვლევარის ხელმოწერა)

დანართი N3.ბ

კვლევის ინსტრუმენტი - კითხვარი N2 პაციენტებისათვის

გმადლობთ, რომ გადაწყვიტეთ კითხვარის შევსება; მის შესავსებად დაგჭირდებათ დაახლოებით 15-20 წუთი. გაცნობებთ, რომ თქვენი მონაწილეობა ამ კვლევაში სრულიად ნებაყოფილობითია და შეგიძლიათ შეავსოთ იგი სრულად, ნაწილობრივ ან საერთოდ არ შეავსოთ. ჩვენ არ გვეცოდინება კითხვარზე მოპასუხე არცერთი პირის ვინაობა; არცერთი თქვენი ინდივიდუალური პასუხი არ იქნება გაზიარებული ვინმესთან, გარდა ამ კვლევაში მონაწილე პირებისა.

თქვენ მიერ გაცემული პასუხები დაგვეხმარება შევისწავლოთ ტკივილის მქონე პაციენტების გამოცდილება საქართველოში. პატივს ვცემთ თქვენ მიერ დახარჯულ დროსა და ძალისხმევას, ასევე კითხვარის შევსებით თქვენ მიერ გაწეულ დახმარებას.

მითითება: *თითოეული შეკითხვისთვის <u>შეარჩიეთ მხოლოდ ერთი პასუხი,</u> გარდა იმ შემთხვევებისა, სადაც განსხვავებული მოთხოვნაა დაფიქსირებული.*

---

1. მას შემდეგ რაც დაგეწყოთ ძლიერი ტკივილები და მანამ სანამ მოინახულებდით ექიმს ტკივილის სამკურნალოდ, რამდენად ხშირად შეგზღუდათ ტკივილმა, გეკეთებინათ ის საქმეები (აქტიურობები, მაგ სეირნობა), რომელსაც თავისუფლად ასრულებდით ტკივილის დაწყებამდე?

☐	☐	☐	☐	☐
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

2. მას შემდეგ რაც დაგეწყოთ ძლიერი ტკივილი, რამდენი დრო დაგჭირდათ, რომ გეპოვათ ისეთი ექიმი, რომელმაც გადაწყვიტა ემკურნალა თქვენი ტკივილისთვის?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
მაშინვე	რამდენიმე დღე	1 კვირა	2-3 კვირა	1 თვე	ერთ თვეზე მეტი

2. ა რა დარგის ექიმს მიმართეთ პირველად ტივილის სამკურნალოდ?

- ☐ ზოგადი პრაქტიკის ექიმს (ოჯახის ექიმი, სოფლის ექიმი)
- ☐ ამბულატორიული კლინიკის ექიმს
- ☐ ონლოლოგიური ცენტრის (ყოფილი ეროვნული ონკო-ცებტრი) ექიმს
- ☐ ონკოლოგს სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში
- ☐ პალიატიური მზრუნველობის ექიმს
- ☐ სხვა დარგის (სპეციალობის) ექიმს

2.ბ თუ განიხილა ამ ექიმმა როდესმე თქვენთან ტკივილის მართვის/ გაყუჩების მნიშვნელობა?

☐ დიახ ☐ არა ☐ არ ვარ დარწმუნებული

3. მას შემდეგ, რაც თქვენ, ძლიერი ტკივილის გამო დაიწყეთ ექიმთან სიარული, დაგინიშნათ მან ოდესმე ოპიოდი (მორფინი) *ტკივილის გასაყუჩებლად?*

☐ *დიახ* ☐ *არა* →

ექიმმა დაგინიშნათ შემდგომში მორფინი

- ☐ ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა (ოჯახის ექიმი, სოფლის ექიმი)
- ☐ ამბულატორიული კლინიკის ექიმმა

თუ არა, მაშინ რომელი დარგის

თუ განიხილა ამ ექიმმა თქვენთან ტკივილის მართვის/ გაყუჩების მნიშვნელობა?

- ☐ დიახ
- ☐ არა
- ☐ არ ვარ დარწმუნებული

□ ონლოლოგიური ცენტრის ექიმმა
□ ონკოლოგმა სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში
□ პალიატიური მზრუნველობის ექიმმა
□ სხვა დარგის (სპეციალობის) ექიმს

თუ პასუხია დიახ, მაშინ როდის დაგინიშნეს ოპიოიდური მედიკამენტი (მორფინი)?
□ პირველივე მიმართვის დროს
□ მეორედ ან მესამედ მიმართვის დროს
□ მეოთხედ ან მეხუთედ მიმართვის დროს
□ ხუთზე მეტად მიმართვის შემდეგ

4. მას შემდეგ რაც ტკივილის გასაყუჩებლად დაგინიშნეს ოპიოიდური მედიკამენტი(მორფინი) და დაიწყეთ მისი მიღება,მკურნალობის განმავლობაში როგორ აღწერდით თქვენი ძირითადი ტკივილის დონეს?

საერთოდ არ მაქვს ტკივილი										ყველაზეძლიერი ტკივილი,რაც ოდესმე მქონია
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. მას შემდეგ რაც ტკივილის გასაყუჩებლად დაგინიშნეს ოპიოიდური მედიკამენტი (მორფინი), რამდენად ხშირად გზღუდავთ ტკივილი, რომ შეასრულოთ ის საქმეები (აქტიურობები), რომელსაც თავისუფლად ასრულებდით ტკივილის დაწყებამდე?

□	□	□	□	□
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

6. მანამ სანამ ძლიერი ტკივილის გასაყუჩებლად დაგინიშნავდნენ ოპიოიდურ მედიკამენტს (მაგ. მორფინს), თუ იღებდით რეგულარულად ტკივილის გამაყუჩებელ სხვა მედიკამენტებს (მაგ. პარაცეტამოლს ან ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ წამლებს, როგორიცაა იბუპროფენი, დიკლოფენაკი)?

□ დიახ □ არა

↓

თუ დიახ, როგორ აღწერდით თქვენი ძირითადი ტკივილის დონეს ამ წამლების მოხმარების დროს?

საერთოდ არ მაქვს ტკივილი										ყველაზეძლიერი ტკივილი,რაც ოდესმე მქონია
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. მას შემდეგ რაც ძლიერი ტკივილის გასაყუჩებლად დაგინიშნეს ოპიოიდური მედიკამენტი (მორფინი), ტკივილის უფრო გაძლირების გამო, თუ დასჭირდა თქვენ ექიმს მორფინის დღიური დოზის გაზრდა?

□ დიახ □ არა □ არ ვარ დარწმუნებული

8. იმის გათვალისწინებით თუ სად ცხოვრობთ, რამდენად მოსახერხებელია თქვენთვის პოლიციის შენობაში მდებარე აფთიაქიდან ოპიოიდური მედიკამენტის (მორფინის) გამოტანა?

არ არის მოსახერხებელი										უკიდურესად მოსახერხებელია
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. რამდენად დამაბრკოლებელია თქვენთვის პოლიციის შენობაში მდებარე აფთიაქიდან ოპიოიდური მედიკამენტის (მორფინის) გამოტანა?

საერთოდ არ არის დამაბრკოლებელი										უკიდურესად დამაბრკოლებელია
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

თუ შეგაფერხათ ამ დაბრკოლებამ, რომ გამოგეტანათ ოპიოიდური მედიკამენტი (მორფინი) პოლიციის შენობაში მდებარე აფთიაქიდან?

□ დია □ არა

10. მორფინის რომელი ფორმა დაგინიშნეს ძლიერი ტკივილის გასაყუჩებლად?

□ საინექციო მორფინი (ამპულები) □ ტაბლეტირებული მორფინი □ ორივე

თუ პასუხია ტაბლეტირებული მორფინი, მაშინ თუ მოხდა ისე, რომ ტკივილის გასაყუჩებლად გსურდათ მორფინის ტაბლეტების გამოტანა რეცეპტის საფუძველზე, მაგრამ აფთიაქში არ ქონდათ იგი?

□ დიახ □ არა □ არ ვარ დარწმუნებული

11. თუ მოხდა ისეთი შემთხვევა, რომ ძლიერი ტკივილის გასაყუჩებლად გსურდათ ოპიოიდიური მედიკამენტის (მორფინის) გამოტანა რეცეპტის საფუძველზე, მაგრამ აფთიაქში არ ქონდათ იგი?

□ დიახ □ არა □ არ ვარ დარწმუნებული

12. რამდენად გაწუხებთ აზრი, რომ ძლიერი ტკივილის გაყუჩების მიზნით ოპიოიდიური მედიკამენტის (მორფინის) გამოყენება გამოიწვევს მათზე თქვენს მიჩვევას (დამოკიდებულების განვითარებას)?

საერთოდ არ მაწუხებს										უკიდურესად მაწუხებს
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

თუ ესაუბრეთ თქვენს ექიმს ამ წუხილის შესახებ?

□ დიახ □ არა

თუ ესაუბრეთ თქვენი ოჯახის ყველაზე ახლობელ წევრს ამ წუხილის შესახებ?

□ დიახ □ არა

13. რამდენად წუხს თქვენი ოჯახი, რომ ძლიერი ტკივილის გაყუჩების მიზნით ოპიოიდიური მედიკამენტის (მორფინის) გამოყენება გამოიწვევს მათზე თქვენს მიჩვევას (დამოკიდებულების განვითარებას)?

საერთოდ არ აწუხებთ										უკიდურესად აწუხებთ	არ ვარ დარწმუნებული
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	□

14. რამდენად ხშირად უბრალოდ არ მიგიღიათ ძლიერი ტკივილის გაყუჩების მიზნით თქვენთვის დანიშნული ოპიოიდური მედიკამენტი (მაგ. მორფინი)?

□	□	□	□	□
არასდროს	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის

ქვემოთ ჩამოთვლილი პასუხებიდან აირჩიეთ , ერთი ან მეტი მიზეზი თუ რამ განაპირობა თქვენი გადაწყვეტილება, რომ არ მიგეღოთ ძლიერი ტკივილის გაყუჩების მიზნით თქვენთვის დანიშნული ოპიოიდური მედიკამენტი (მორფინი)

- □ ამ მედიკამენტზე მიჩვევის შიშის გამო
- □ ვინაიდან ამ წამალს ნიშნავენ კიბოს ბოლო სტადიის დროს
- □ ვინაიდან მეშინია ამ წამლის
- □ ვინაიდან ჩემი ოჯახი წინააღმდეგია
- □ ვინაიდან, რას იფიქრებს ჩემზე საზოგადოება
- □ ვინაიდან პოლიცია ეჭვს აიღებს ჩემზე ან ჩემ ოჯახზე
- □ სხვა მიზეზების გამო: _____

დემოგრაფიული ინფორმაცია:

15. სქესი □მამრობითი □ მდედრობითი

16. დაბადების წელი 19_____

17. საცხოვრებელი ადგილი:

□ თბილისი

□ სხვა ქალაქი / რაიონული ცენტრი

□ სოფელი

18. დაახლოებით რამდენ ხანს გქონდათ ძლიერი ტკივილი?

□ 1 თვეზე ნაკლები

□ 1 თვიდან - 3 თვემდე

□ 3 თვიდან - 6 თვემდე

□ 6 თვიდან - 1 წლამდე

□ 1 წელზე მეტი

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

□ 1 თვეზე ნაკლები

□ 1 თვიდან - 3 თვემდე

□ 3 თვიდან - 6 თვემდე

□ 6 თვიდან - 1 წლამდე

□ 1 წელზე მეტი

20. ძლიერი ტკივილის დაწყებასა და თვენთვის ოპიოიდური მედიკამენტის (მაგ. მორფინი) დანიშვნის შორის პერიოდი თუ აღემატებოდა 3 თვეს?

□ დიახ □ არა

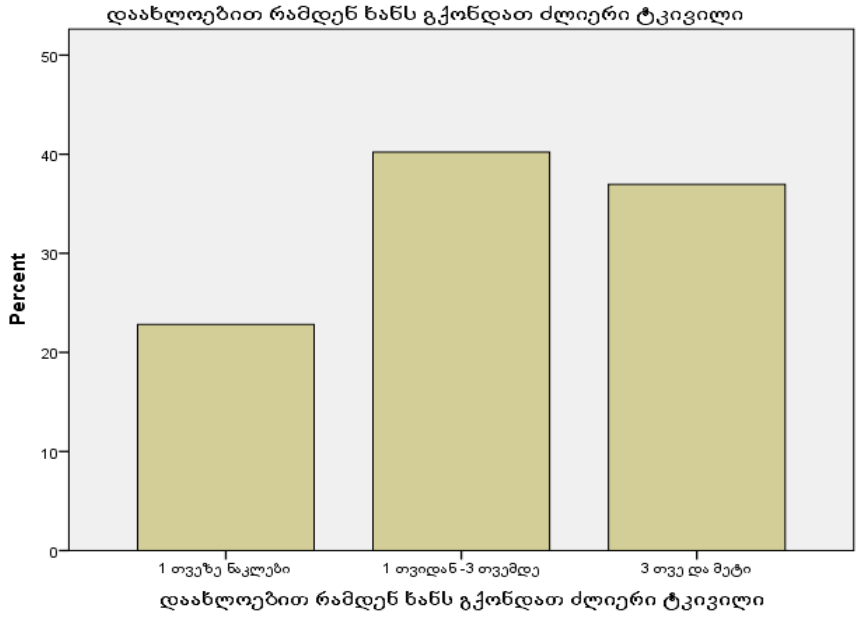
↓

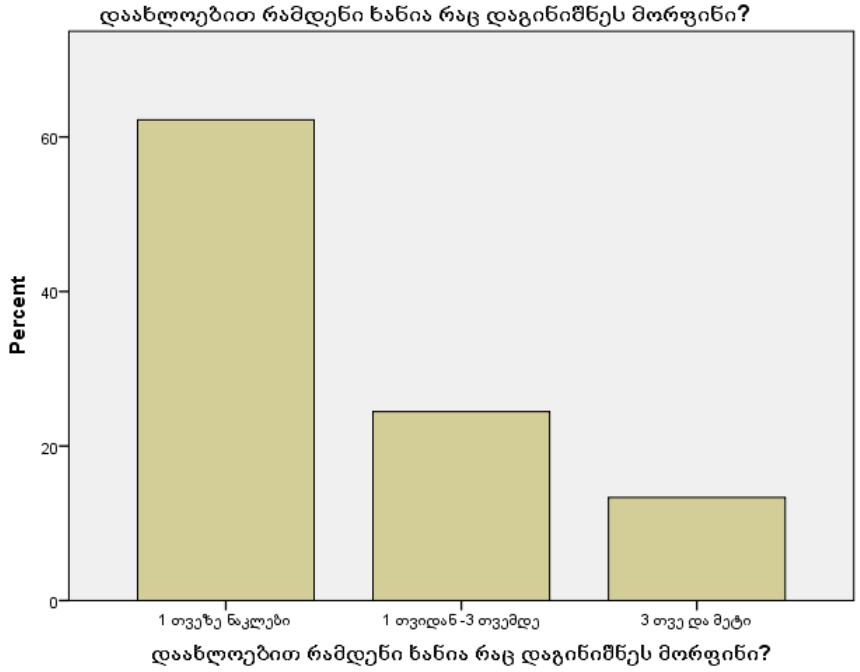
თუ დიახ, როგორ ფიქრობთ რა იყო ამ დაგვიანებული მკურნალობის მიზეზი?
(მონიშნეთ ყველა შესაძლო პასუხი)

- □ მე დამჭირდა დრო, რომ მიმემართა ექიმისთვის
- □ ექიმს დაჭირდა დრო, რომ დაენიშნა ოპიოიდი (მაგ. მორფინი)
- □ არ ვარ დარწმუნებული

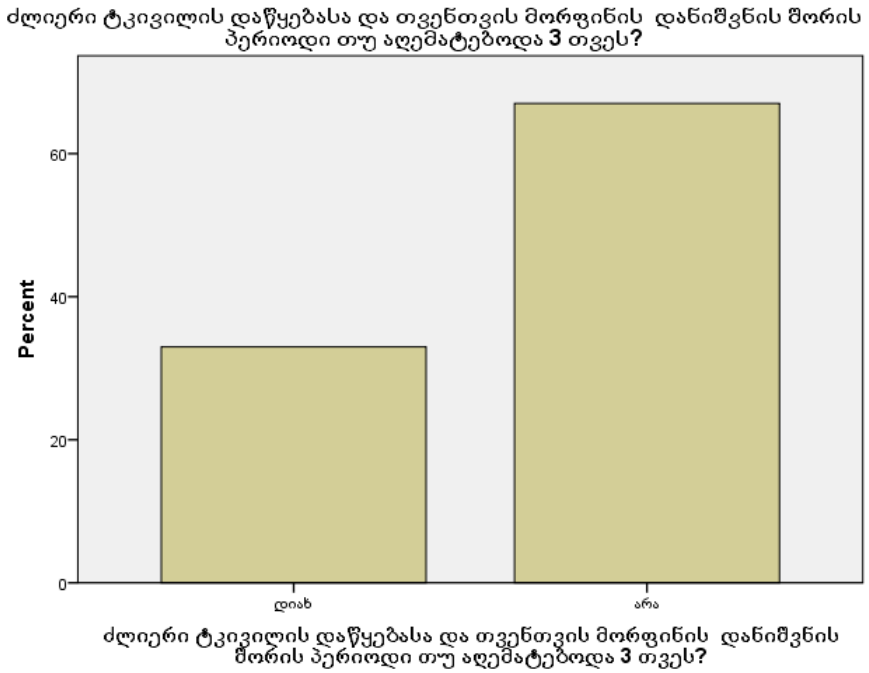
კვლევის შედეგების გრაფიკული გამოსახულებები - პაციენტები

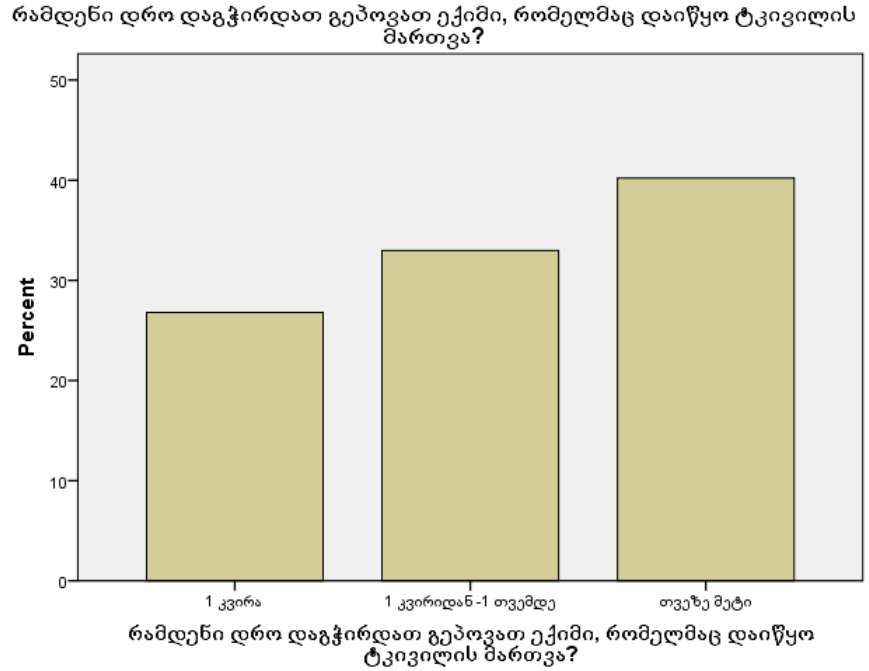
ტკივილის ხანგრძლივობა და მორფინით მკურნალობის დაწყების პერიოდი



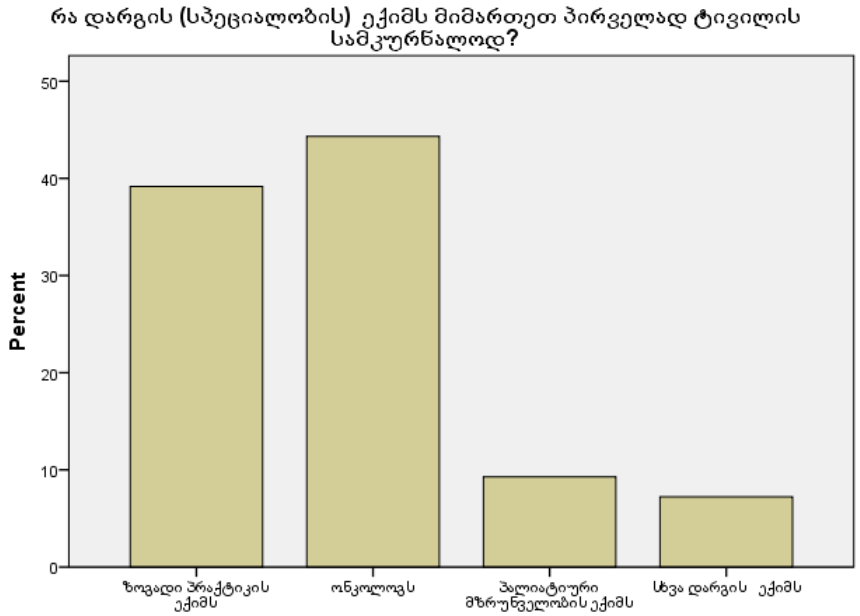


ტკივილის ხანგრძლივობა და მორფინით მკურნალობის დაწყების პერიოდი

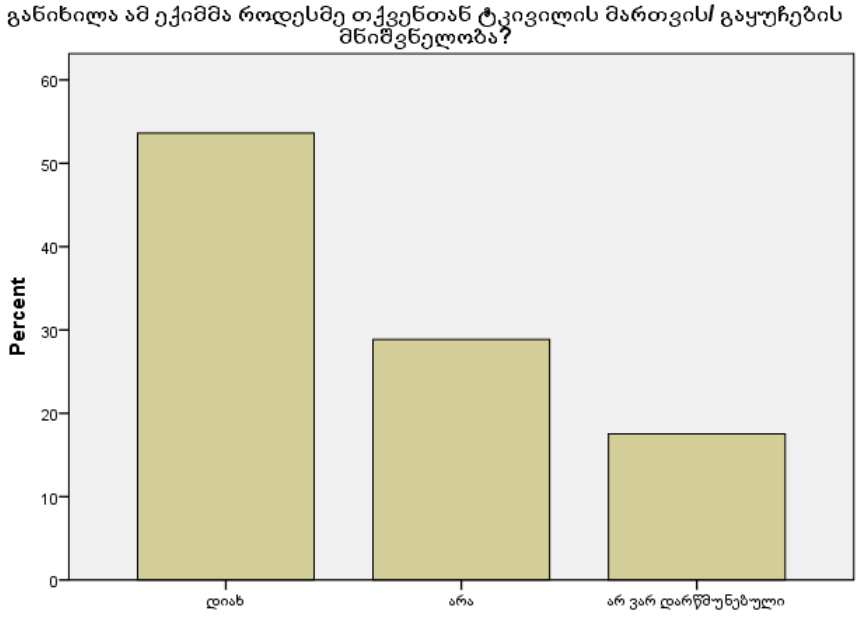




რომელი დარგის ექიმს მიმართეს და ვინ დაუნიშნა მკურნალობა

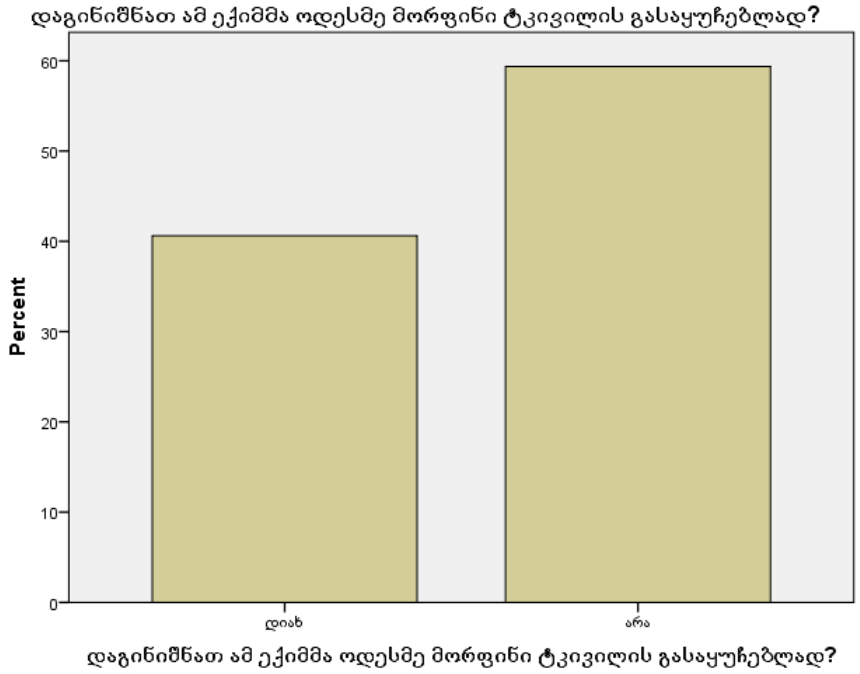


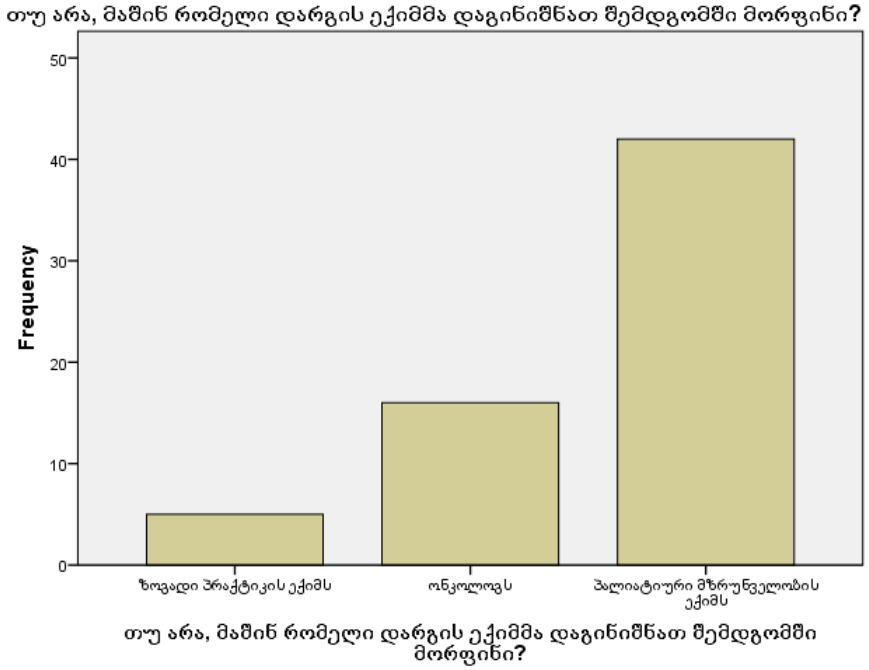
რა დარგის (სპეციალობის) ექიმს მიმართეთ პირველად ტივილის სამკურნალოდ?



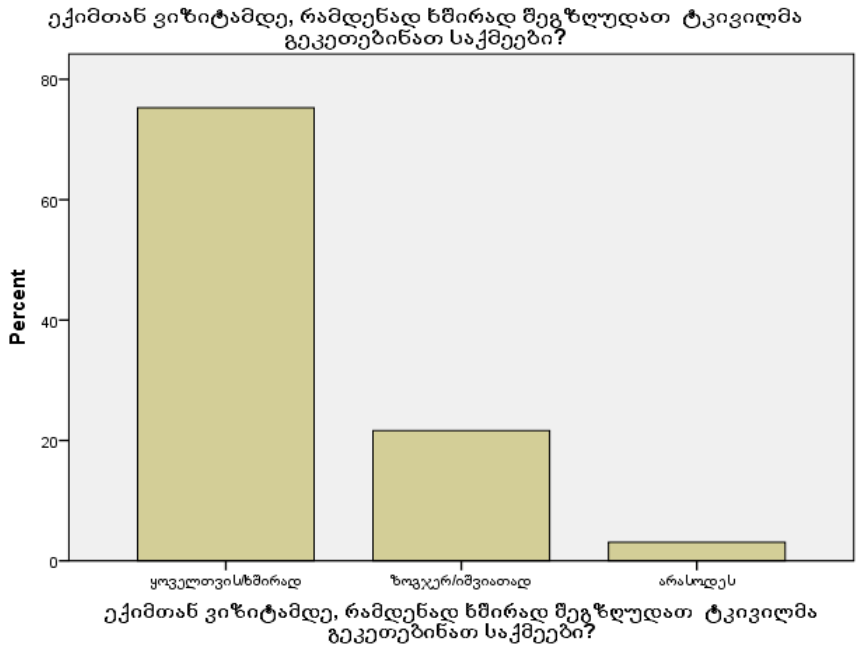
განიხილა ამ ექიმმა როდესმე თქვენთან ტკივილის მართვის/ გაყუჩების მნიშვნელობა?

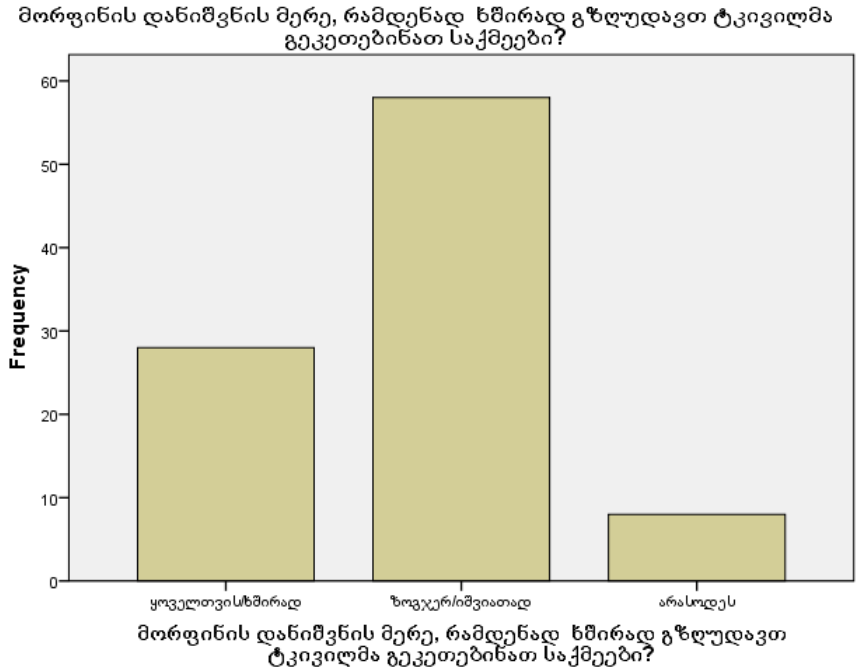
რომელი დარგის ექიმს მიმართეს და ვინ დაუნიშნა მკურნალობა



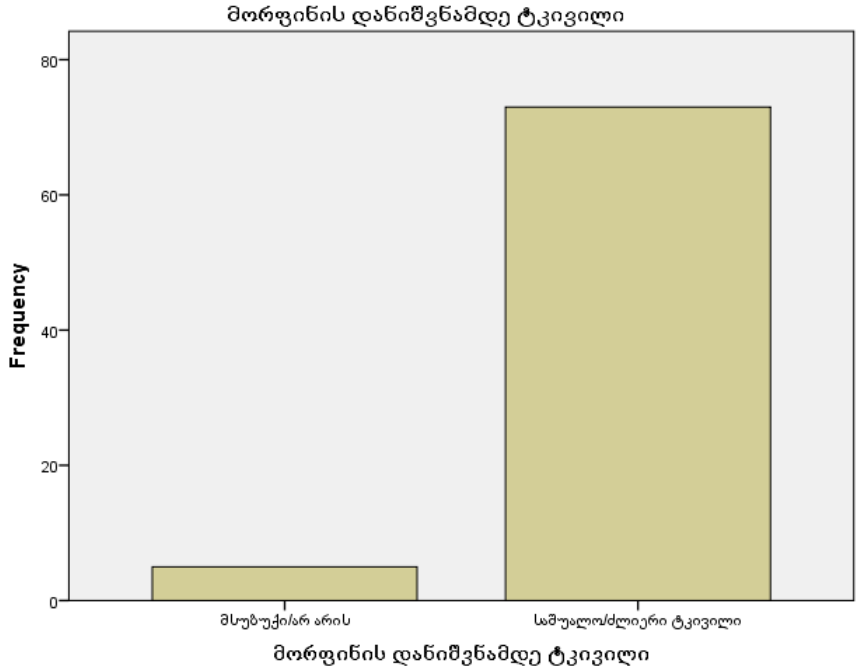


ტკივილის გავლენა ცხოვრების ხარისხზე მორფინის დანიშვნამდე და შემდეგ

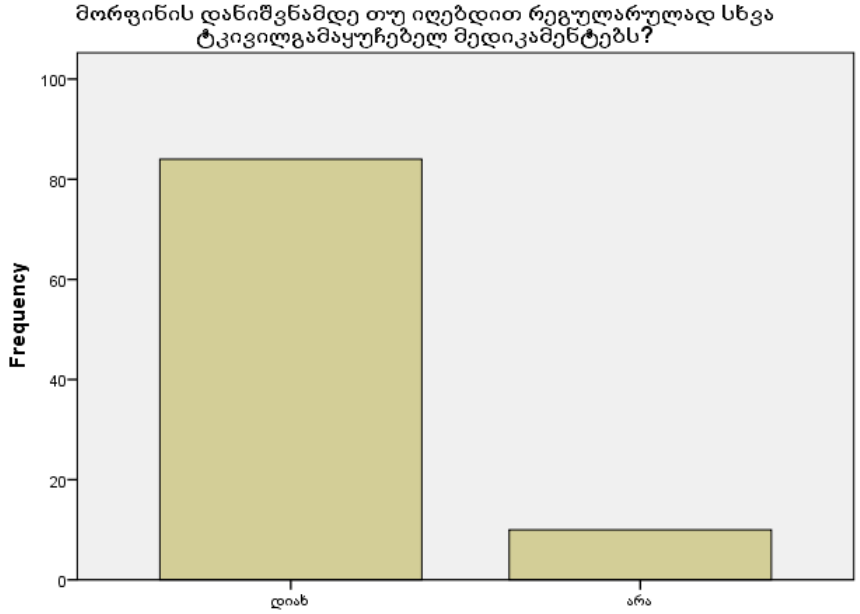




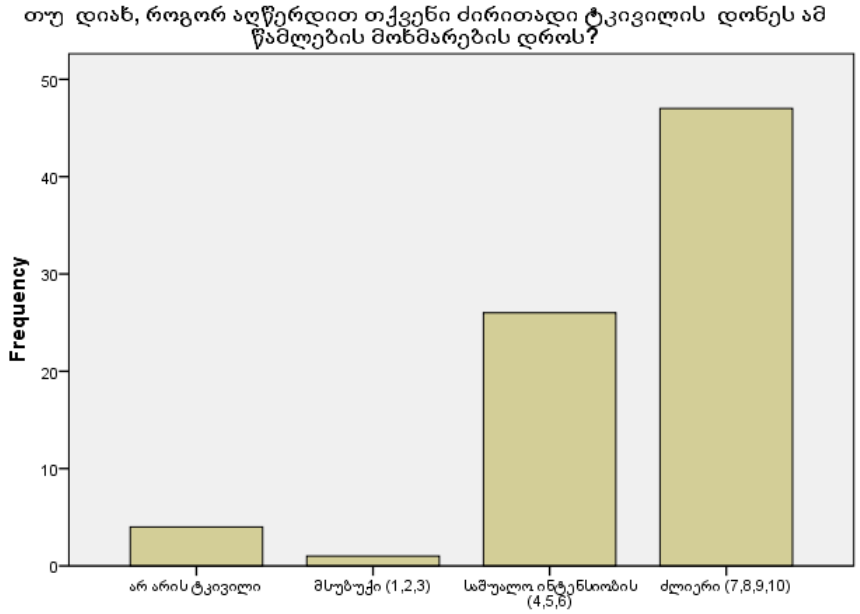
ტკივილის ინტენსივობა მორფინის დანიშვნამდე და დანიშვნის შემდეგ



რამდენად ეფექტური იყო მორფინის დანიშვნამდე სხვა მკურნალობა

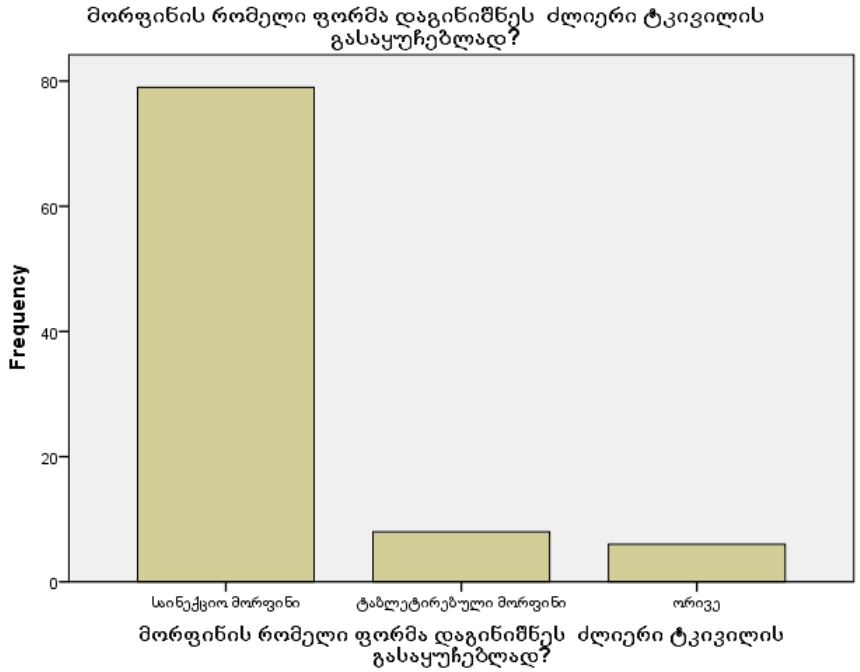


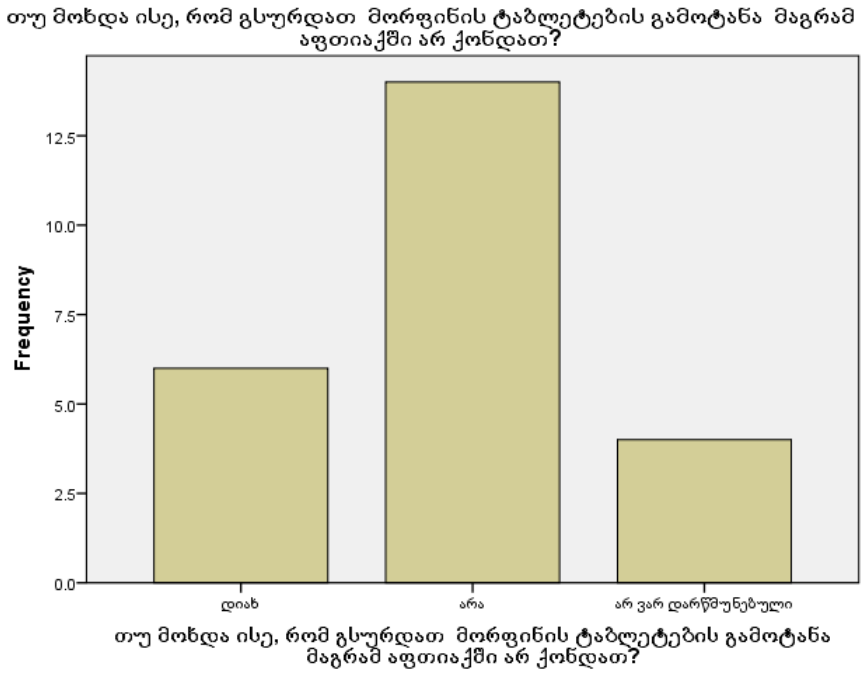
მორფინის დანიშვნამდე თუ იღებდით რეგულარულად სხვა ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს?



თუ დიახ, როგორ აღწერდით თქვენი ძირითადი ტკივილის დონეს ამ წამლების მონმარების დროს?

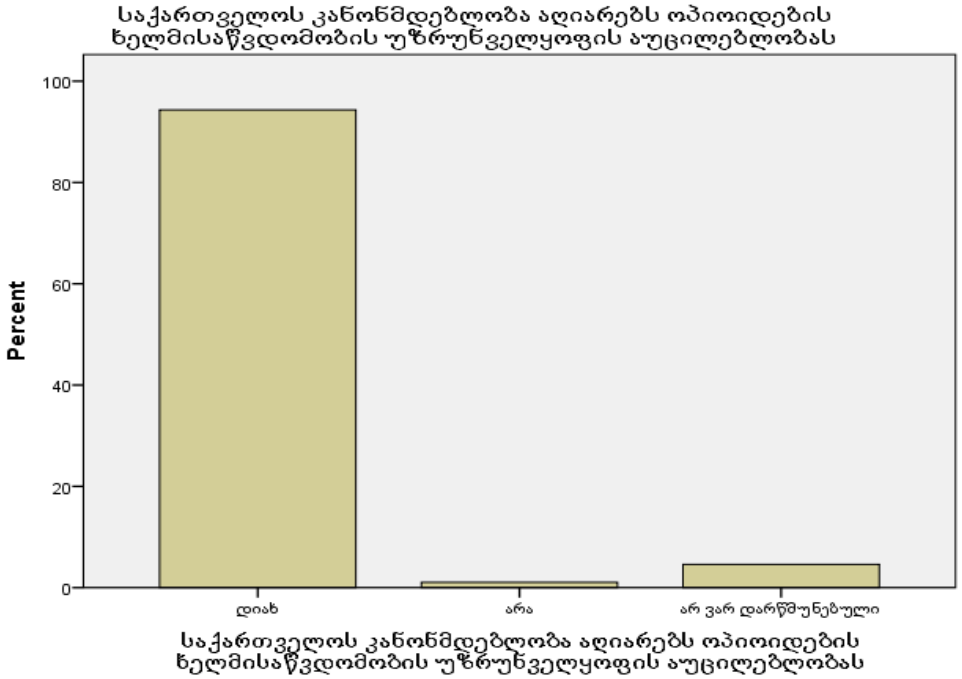
ტაბლეტირებული მორფინი

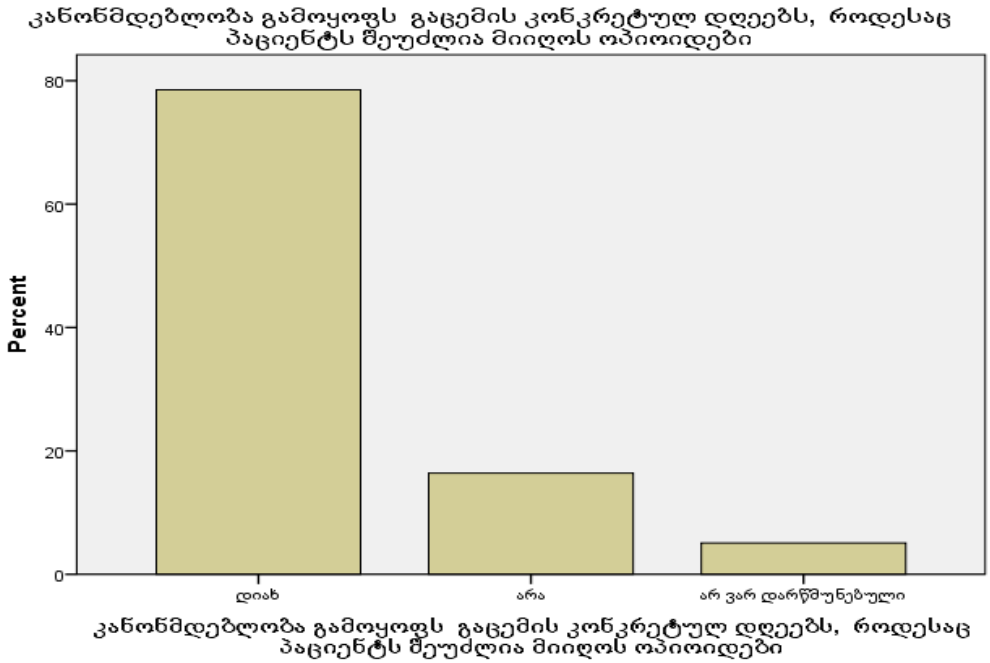




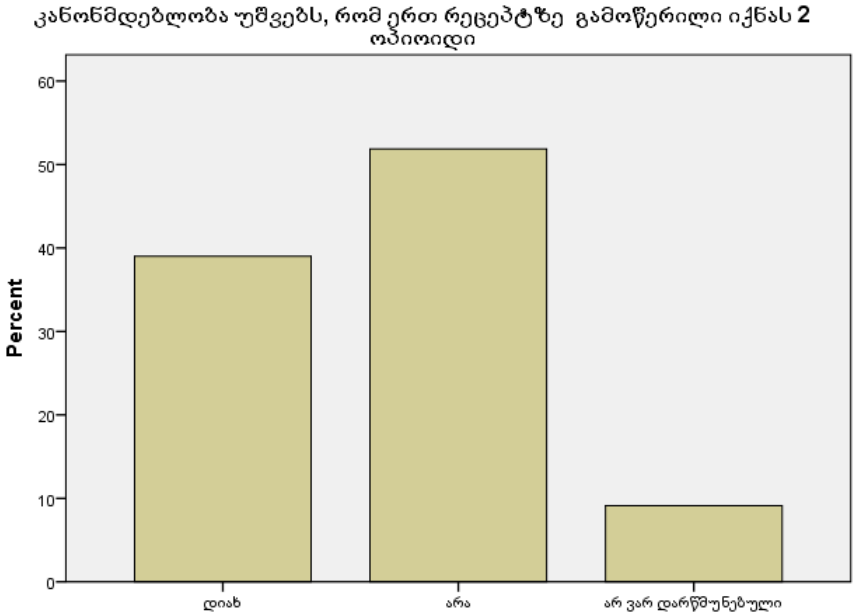
კვლევის შედეგების გრაფიკული გამოსახულებები - ექიმები

კანონმდებლობის ცოდნა

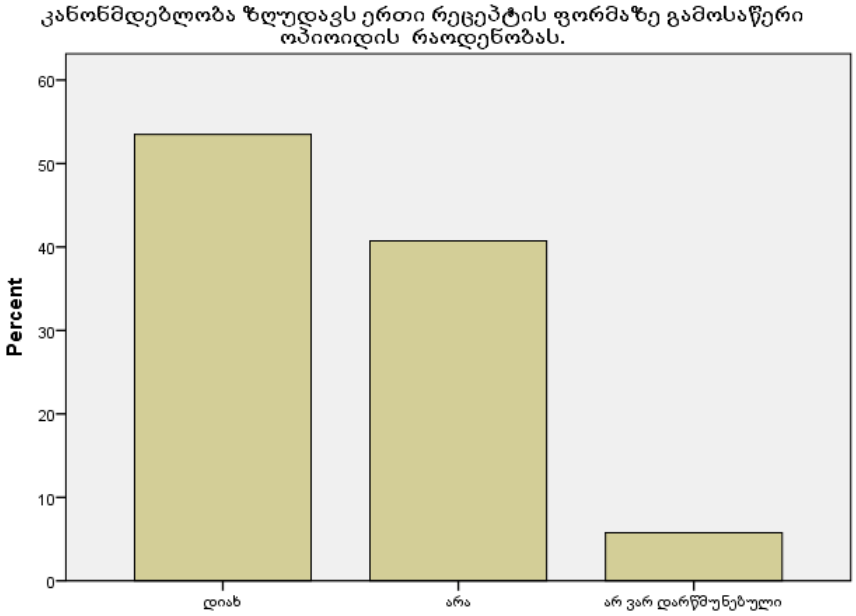




კანონმდებლობის ცოდნა

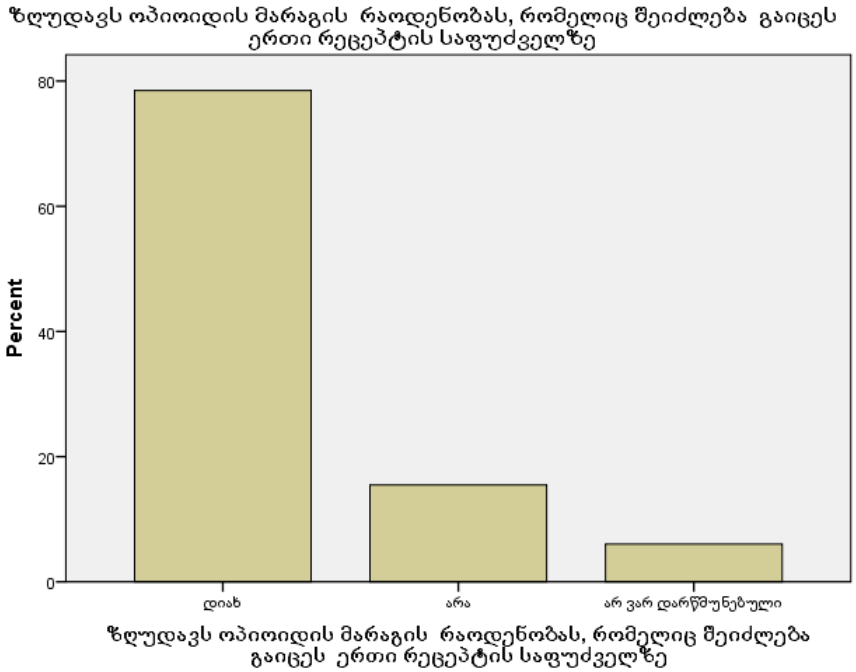


კანონმდებლობა უშვებს, რომ ერთ რეცეპტზე გამოწერილი იქნას 2 ოპიოიდი

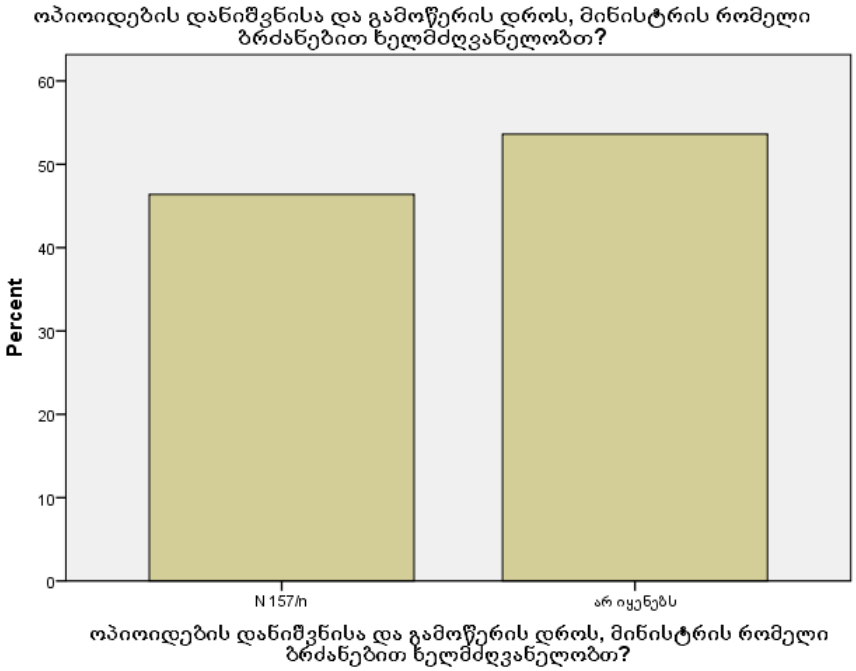


კანონმდებლობა ზღუდავს ერთი რეცეპტის ფორმაზე გამოსაწერი ოპიოიდის რაოდენობას.

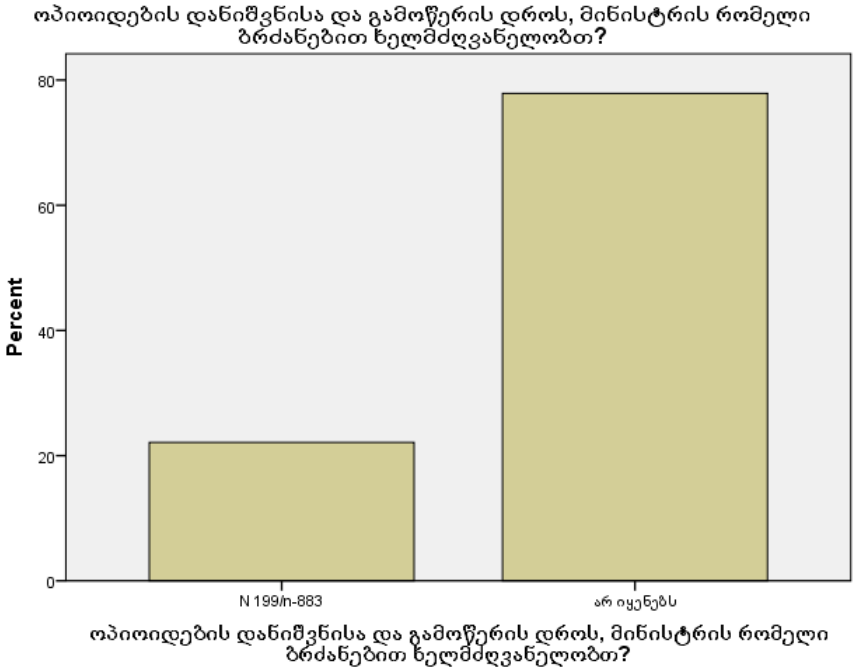
კანონმდებლობის ცოდნა

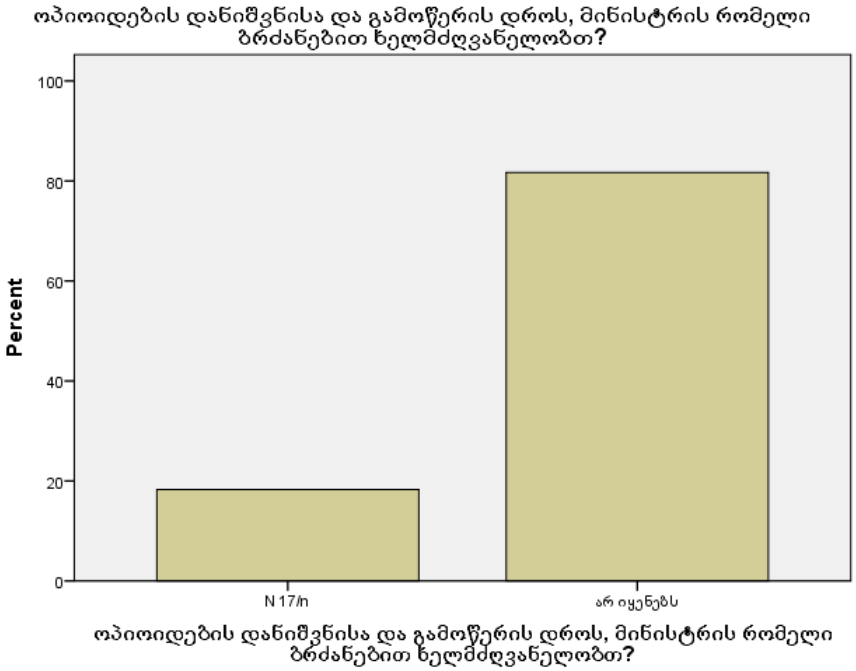


ბრძანებების გამოყენება

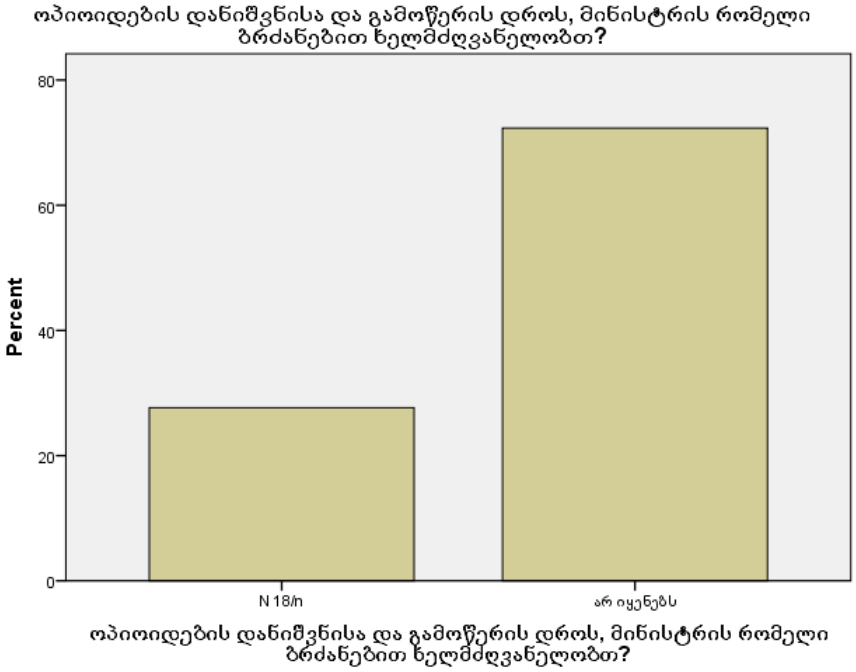


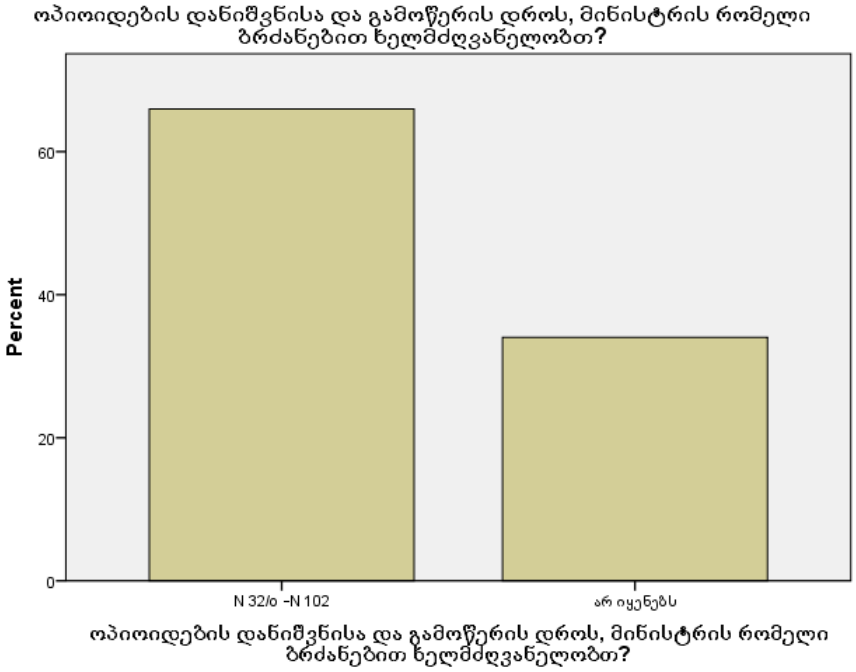
ბრძანებების გამოყენება

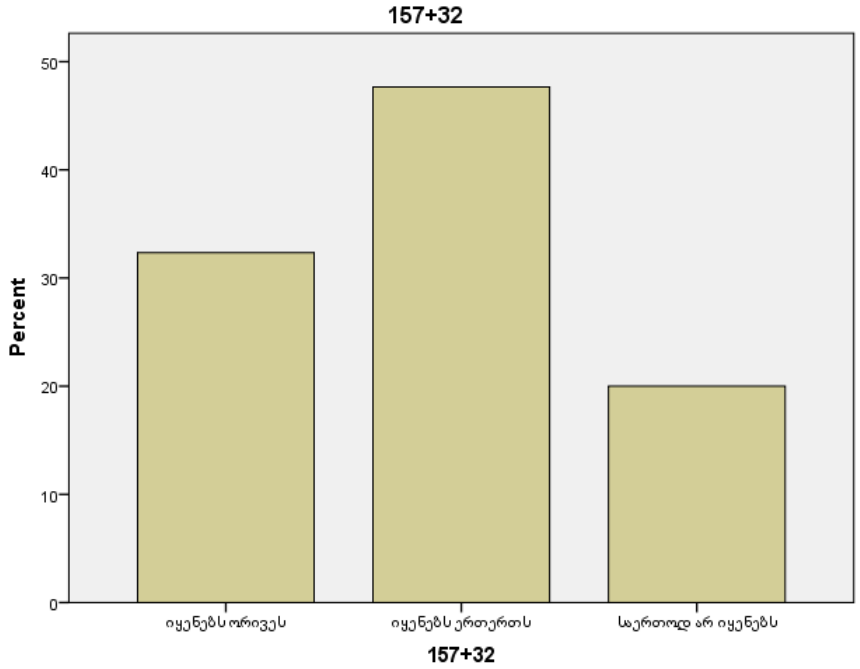




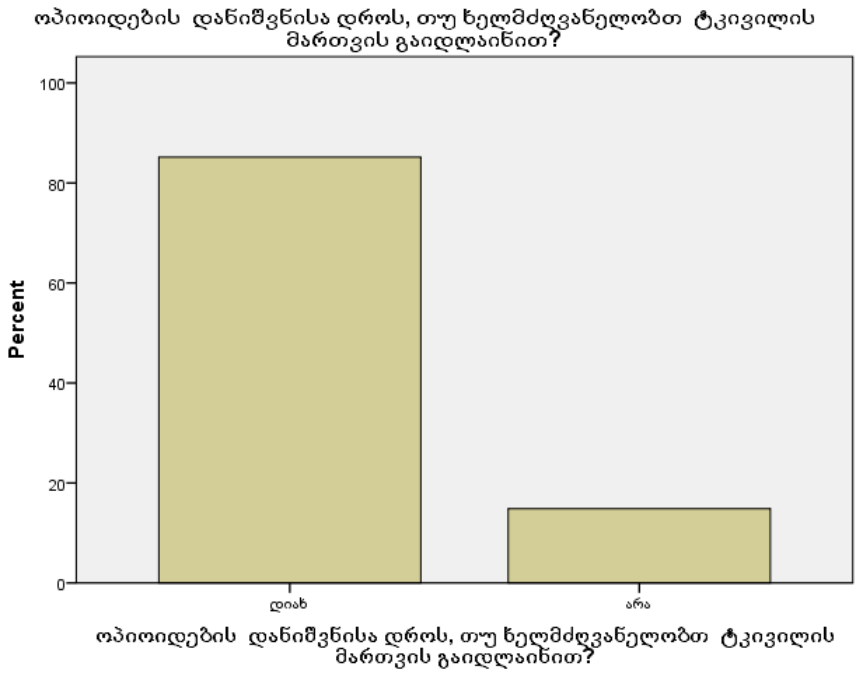
ბრძანებების გამოყენება



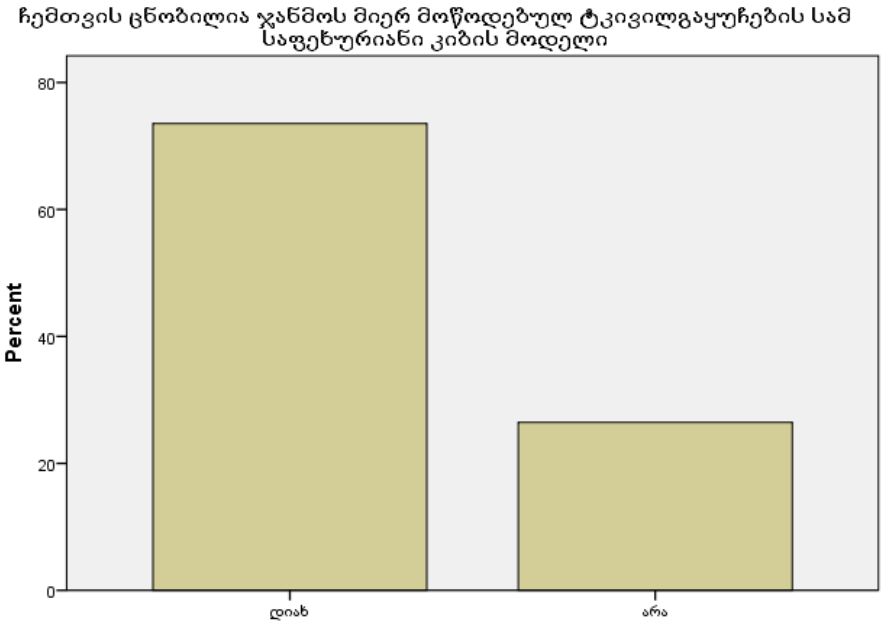




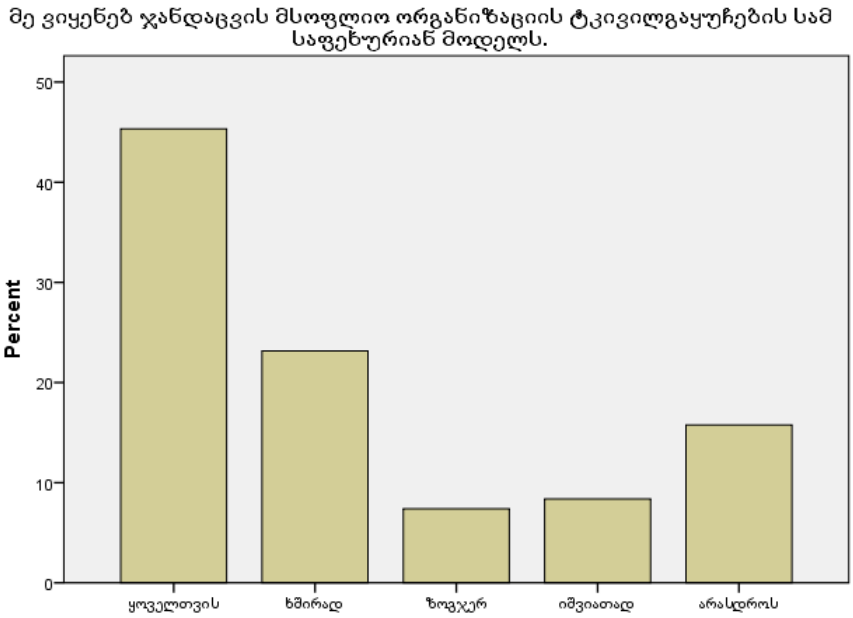
გაიდლაინების/ ტკივილის სკალების და ჯანმოს მოდელის გამოყენება



გაიდლაინების/ ტკივილის სკალების და ჯანმოს მოდელის გამოყენება

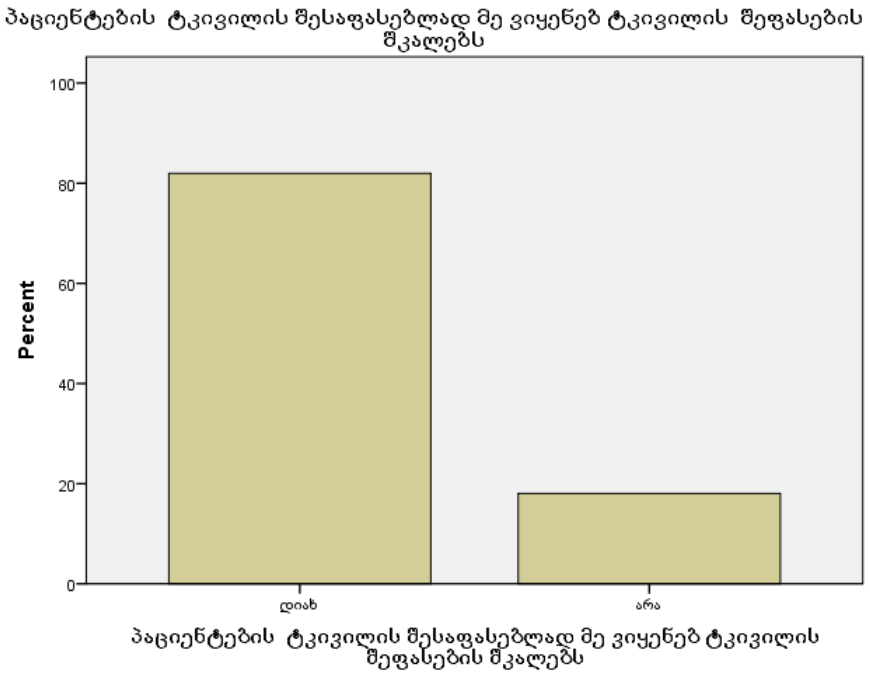


ჩემთვის ცნობილია ჯანმოს მიერ მოწოდებულ ტკივილგაყუჩების სამ საფეხურიანი კიბის მოდელი

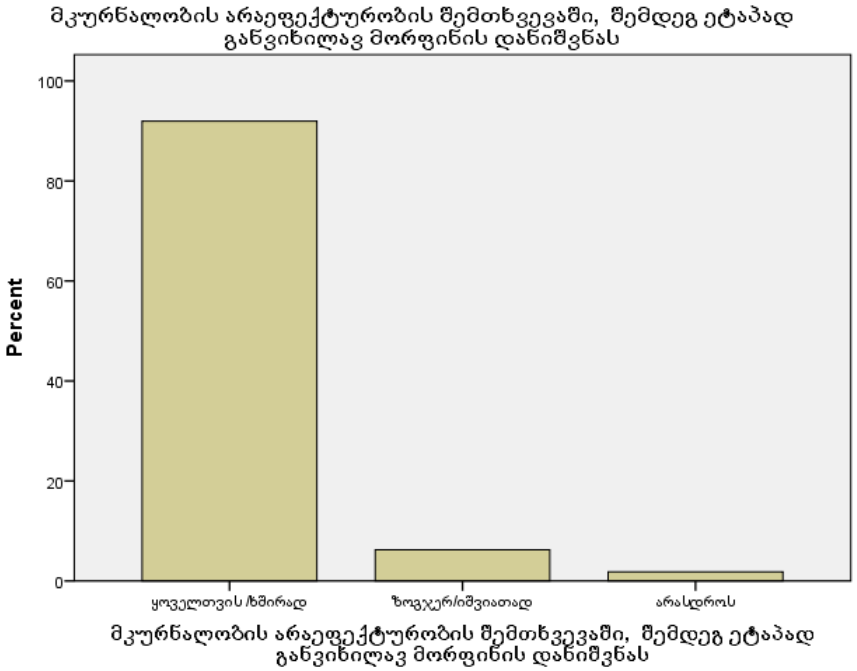


მე ვიყენებ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ტკივილგაყუჩების სამ საფეხურიან მოდელს.

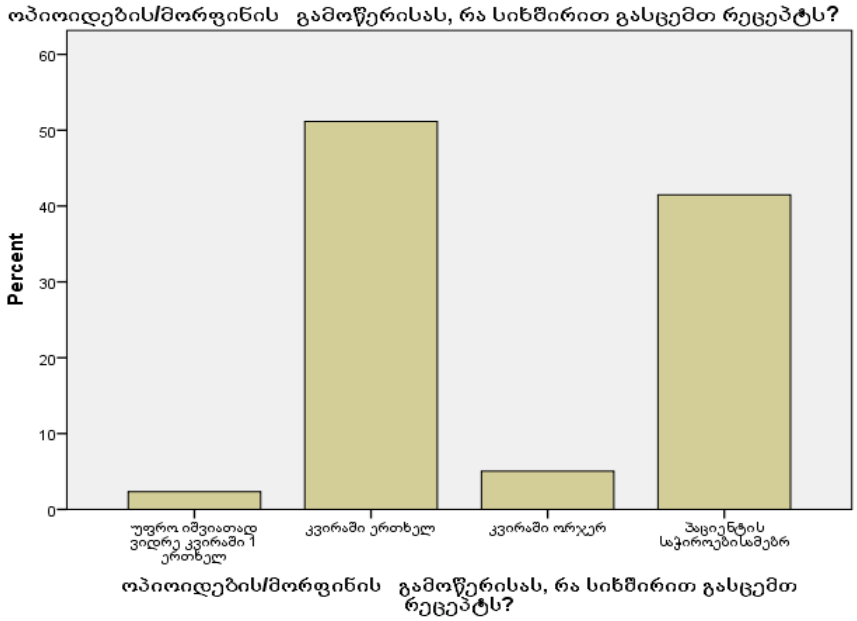
გაიდლაინების/ ტკივილის სკალების და ჯანმოს მოდელის გამოყენება

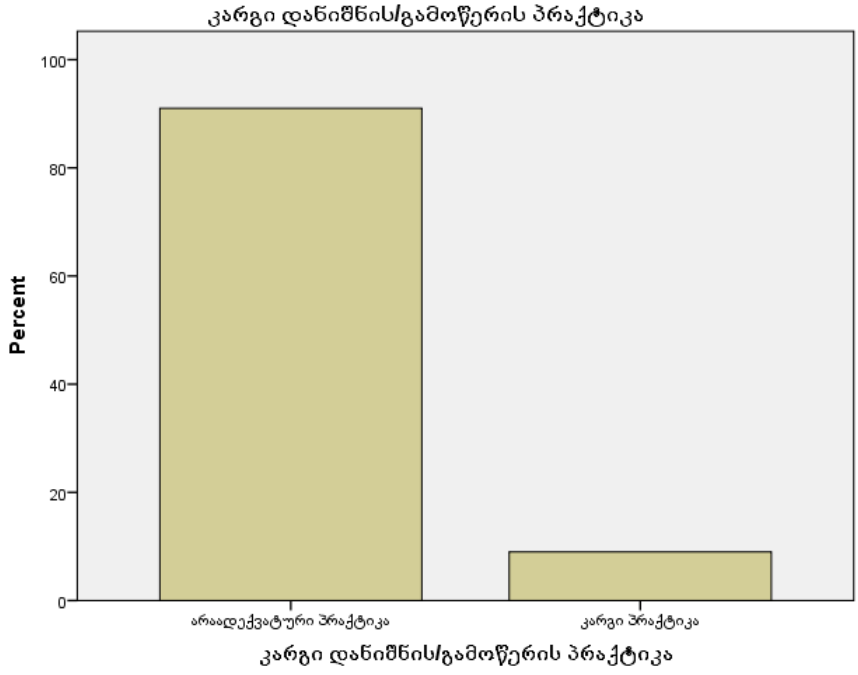


პრაქტიკული საკითხები /ცოდნა (ვინაიდან კლინიური ხასიათის შეკითხვებს პასუხი გასცა ექიმმა 50% - ნაკლებმა, რაც ცვლის რეალურ სურათს % -ში, ამიტომ შესაბამისი სკალები არ არის მოყვანილი)



პრაქტიკული საკითხები





პრაქტიკული საკითხები /ცოდნა

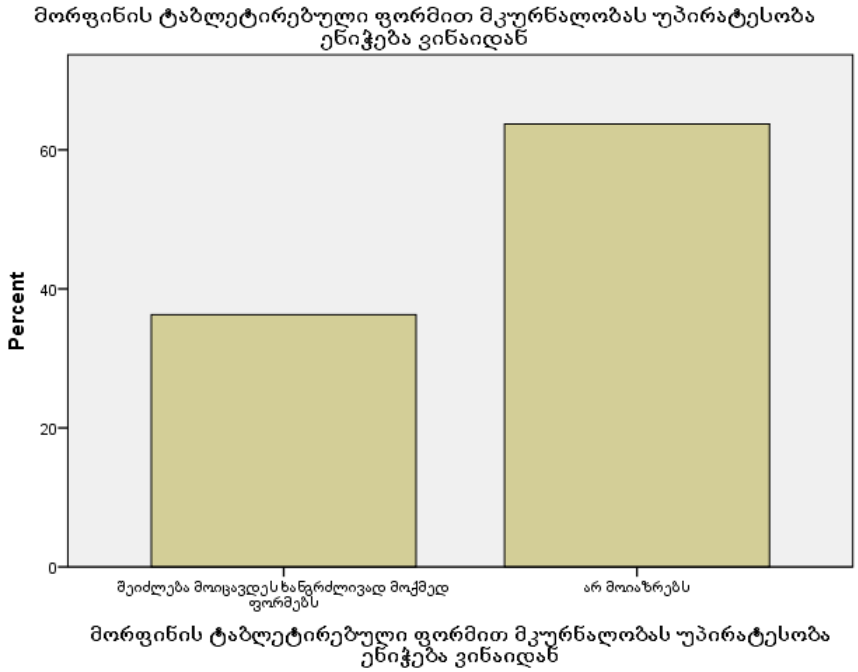
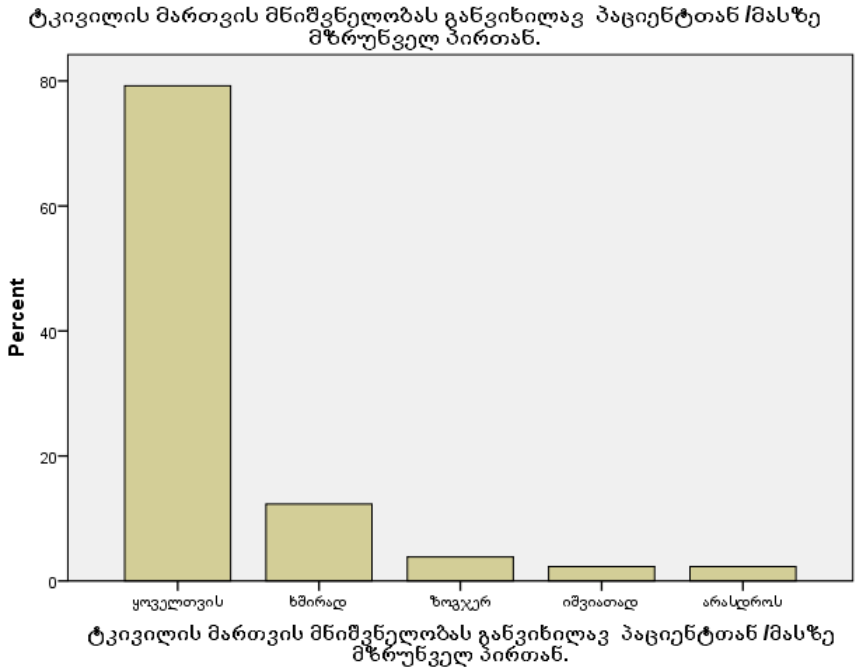
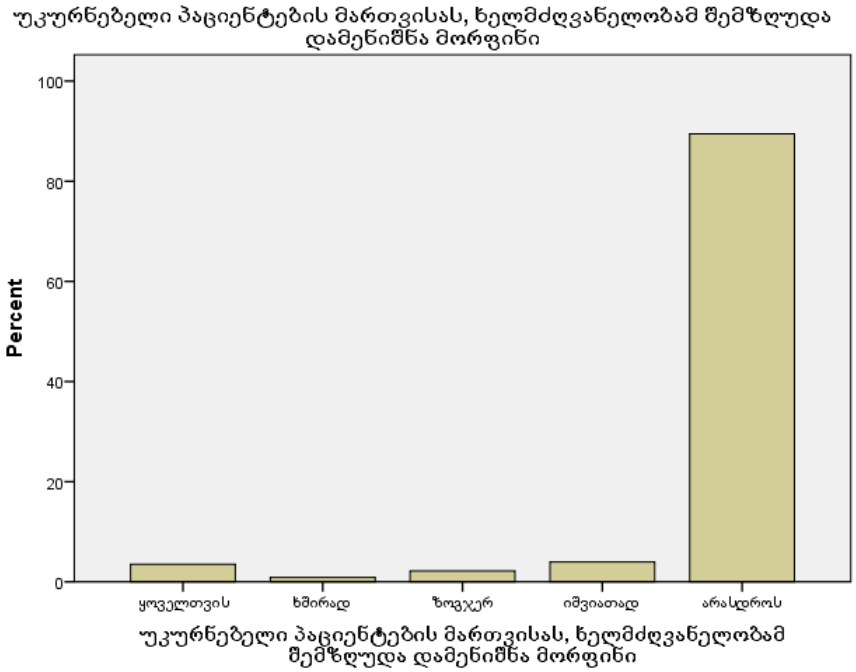
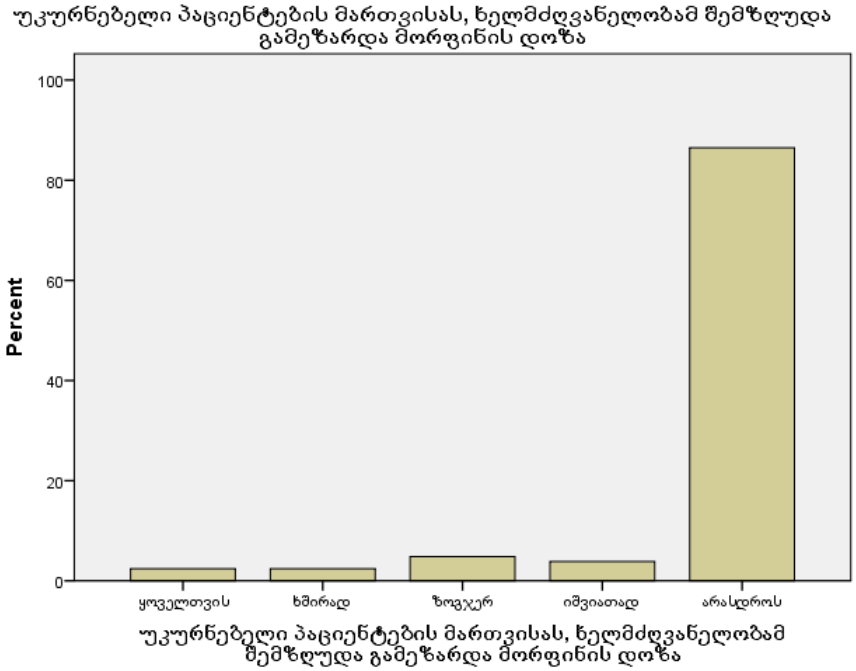


Figure გახანგრძლივებული მოქმედების მორფინის შესახებ ცოდნა

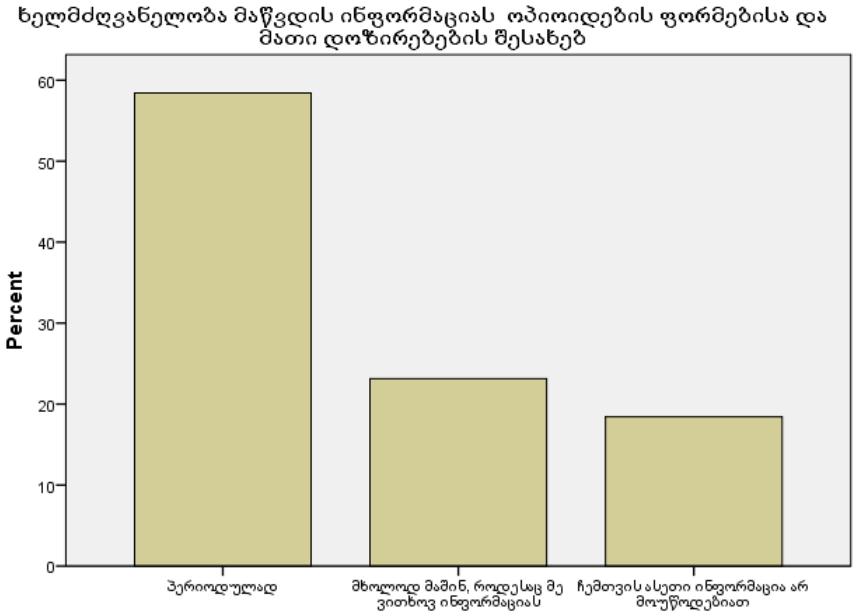


ადმინისტრაციული შინაარსის საკითხები

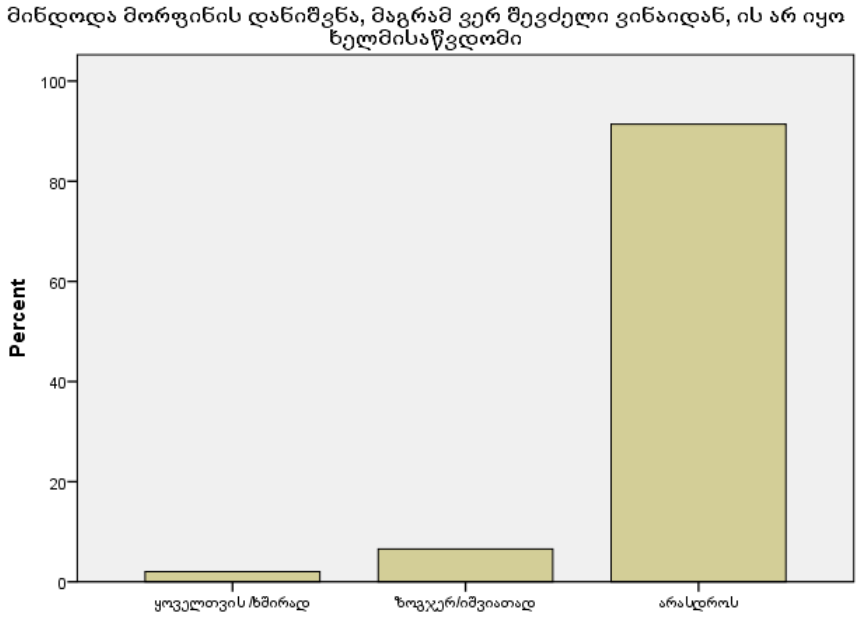




ადმინისტრაციული შინაარსის საკითხები

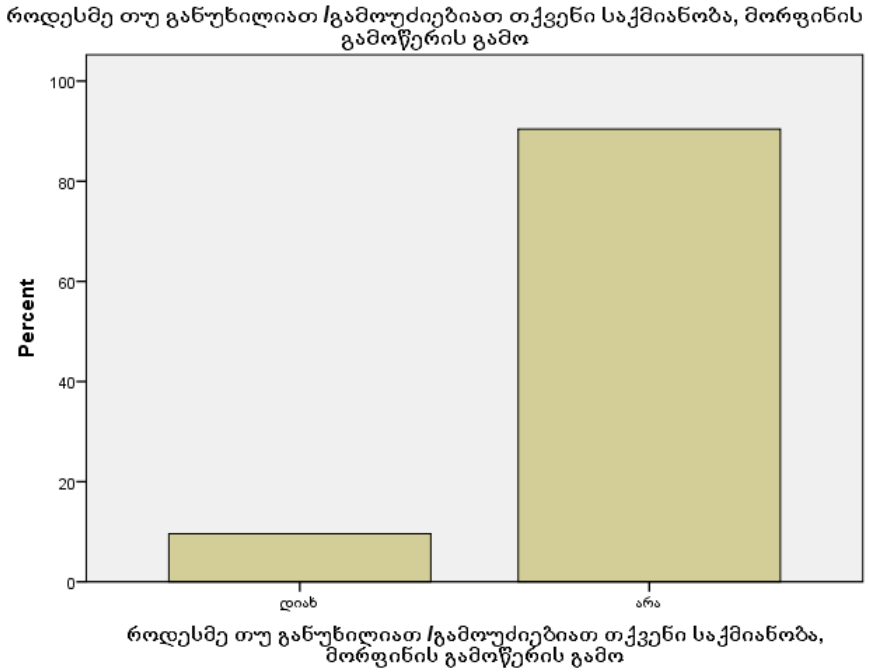


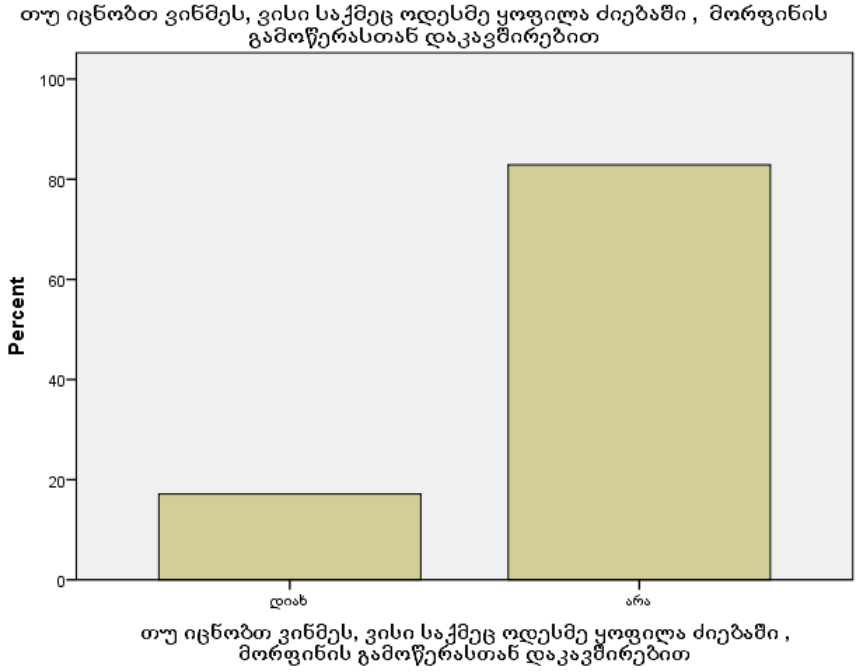
ხელმძღვანელობა მაწვდის ინფორმაციას ოპიოიდების ფორმებისა და მათი დოზირებების შესახებ



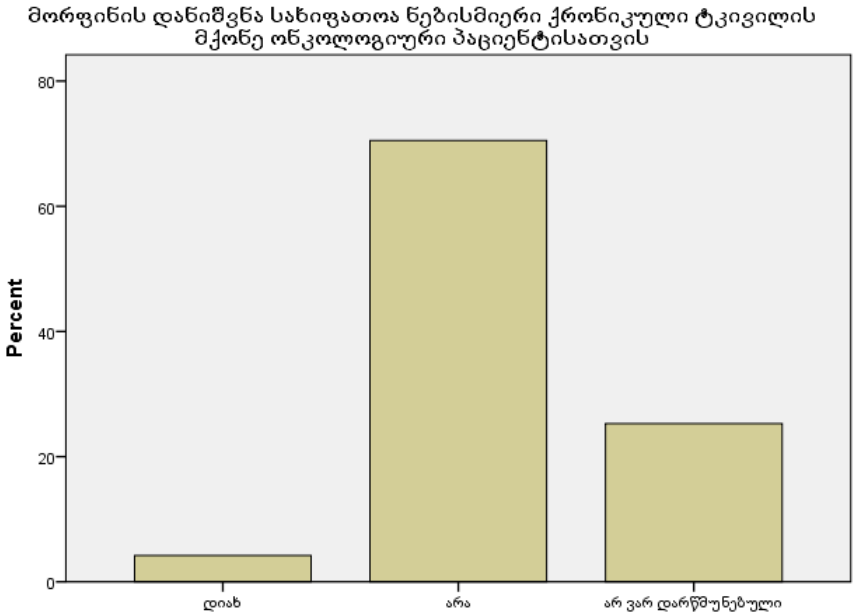
მინდოდა მორფინის დანიშვნა, მაგრამ ვერ შევძელი ვინაიდან, ის არ იყო ხელმისაწვდომი

ადმინისტრაციული შინაარსის საკითხები

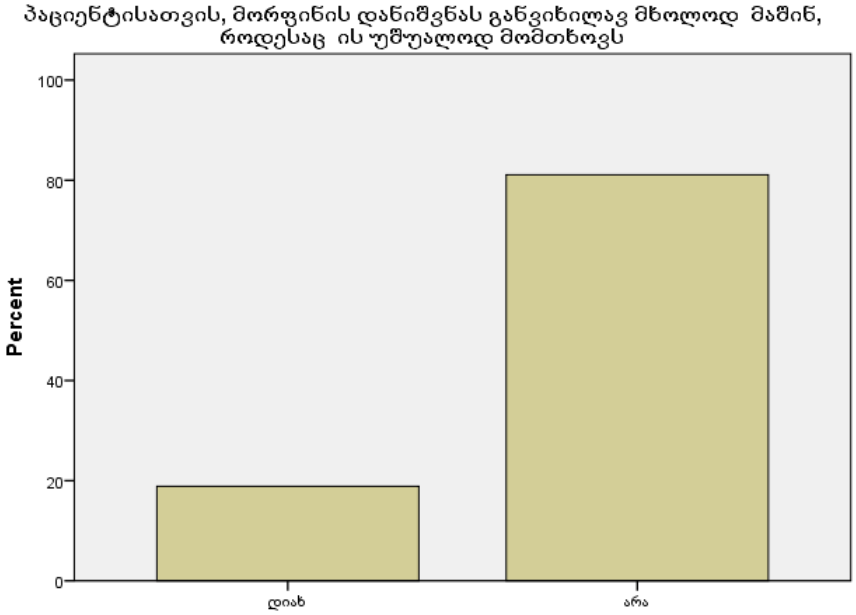




დამოკიდებულება/ განწობა, ცრუ რწმენები

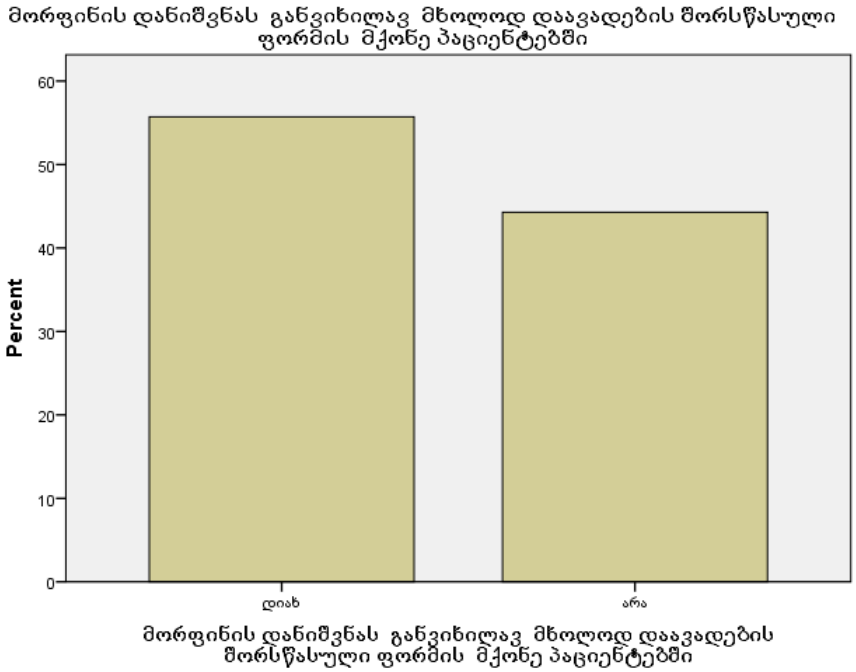


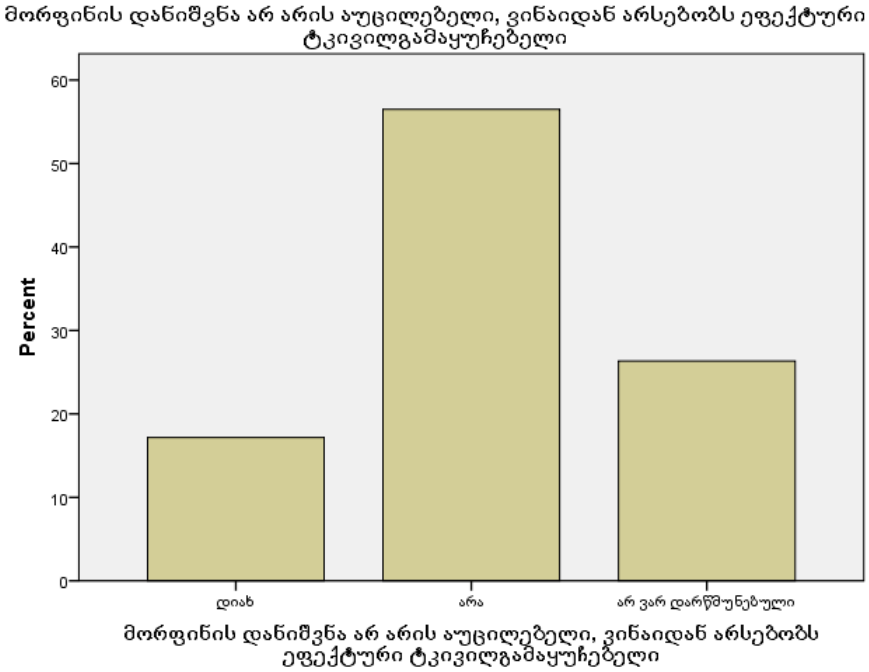
მორფინის დანიშვნა სახიფათოა ნებისმიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტისათვის



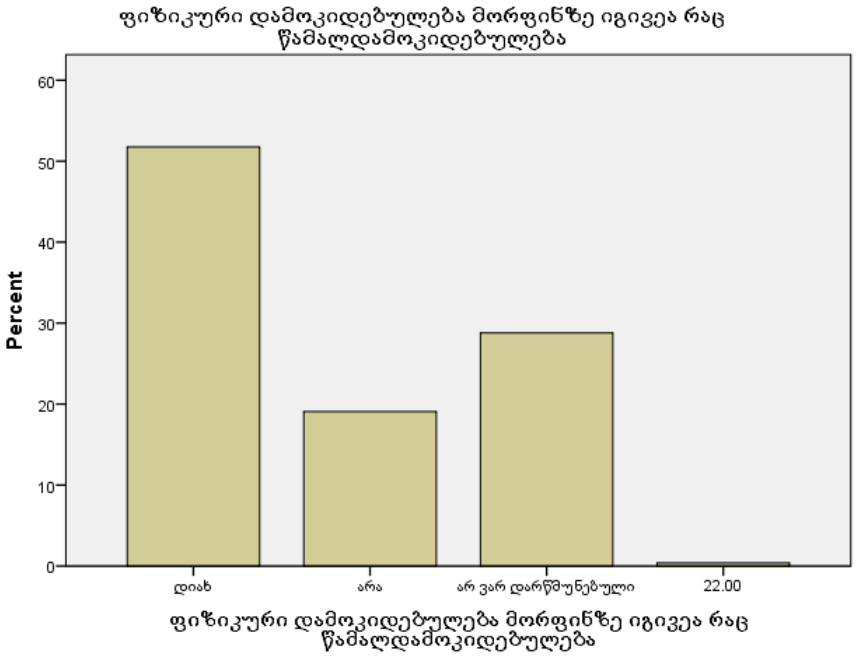
პაციენტისათვის, მორფინის დანიშვნას განვიხილავ მხოლოდ მაშინ, როდესაც ის უშუალოდ მომთხოვს

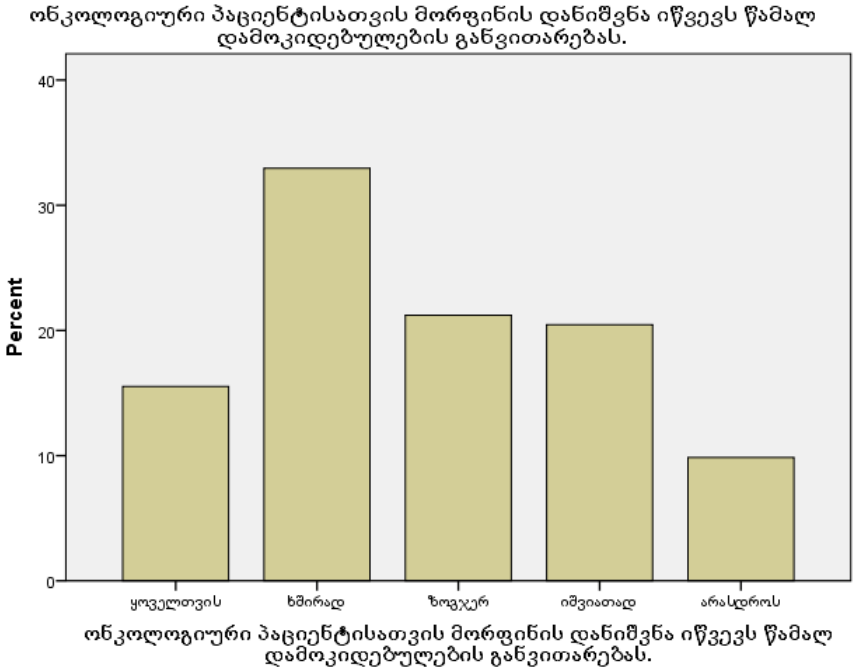
დამოკიდებულება/ განწობა, ცრუ რწმენები



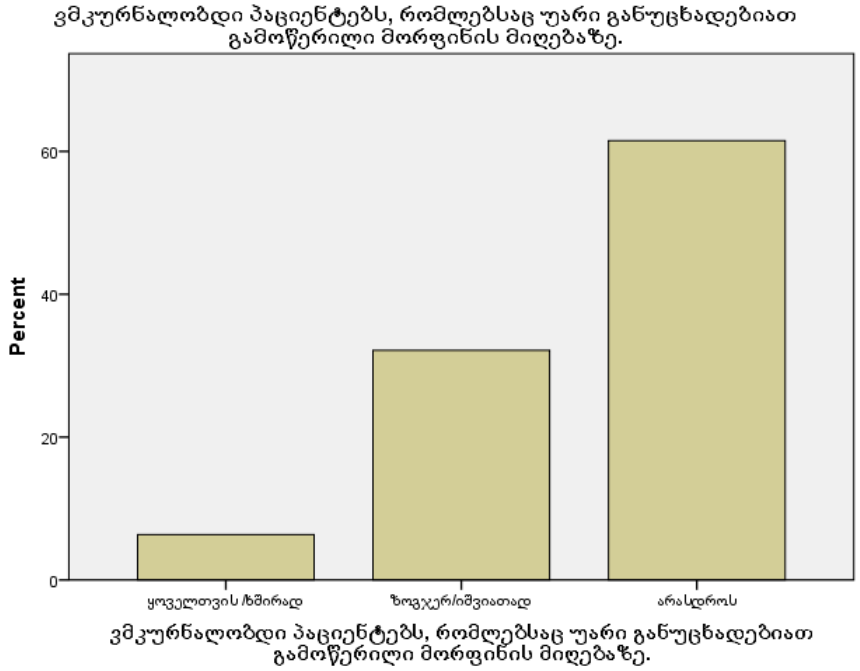


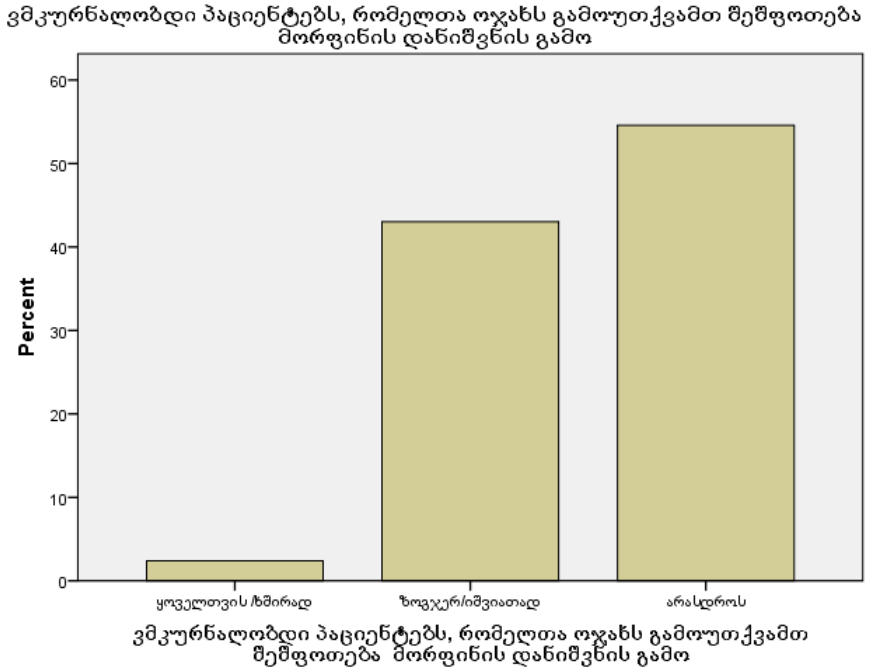
დამოკიდებულება/ განწობა, ცრუ რწმენები



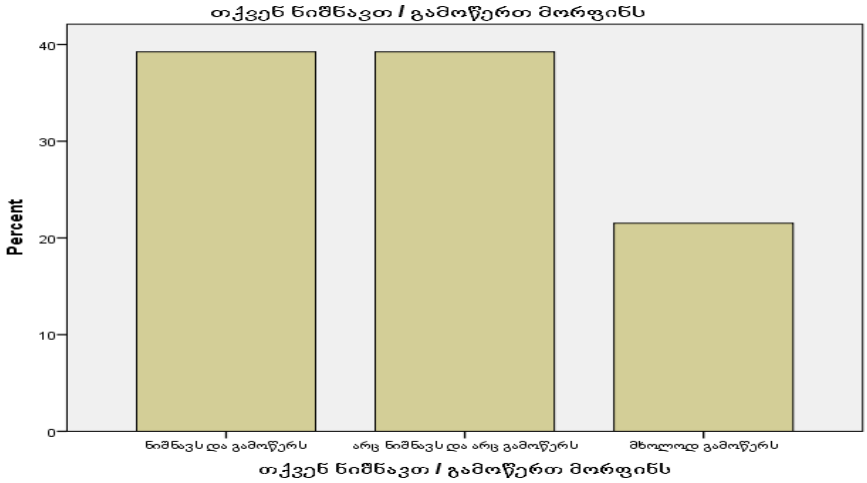


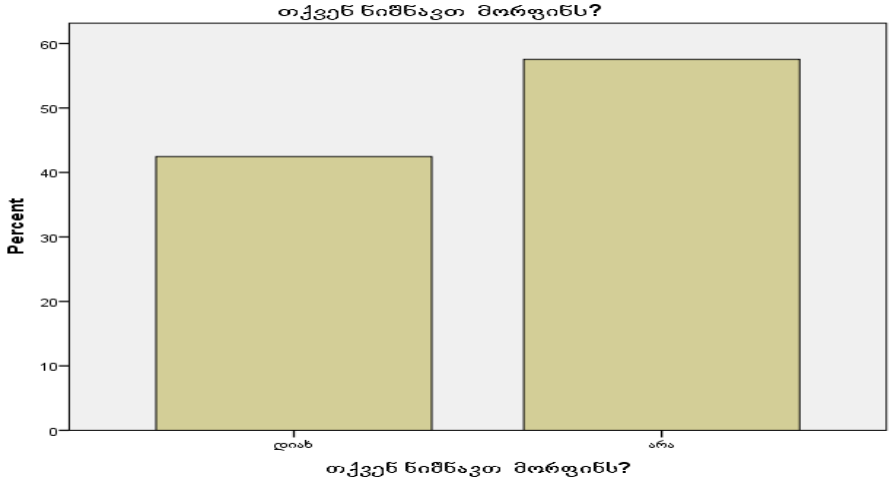
ექიმთა შეხედულება პაციენტთა / ოჯახის წევრთა მორფინით მკურნალობით განწყობის შესახებ

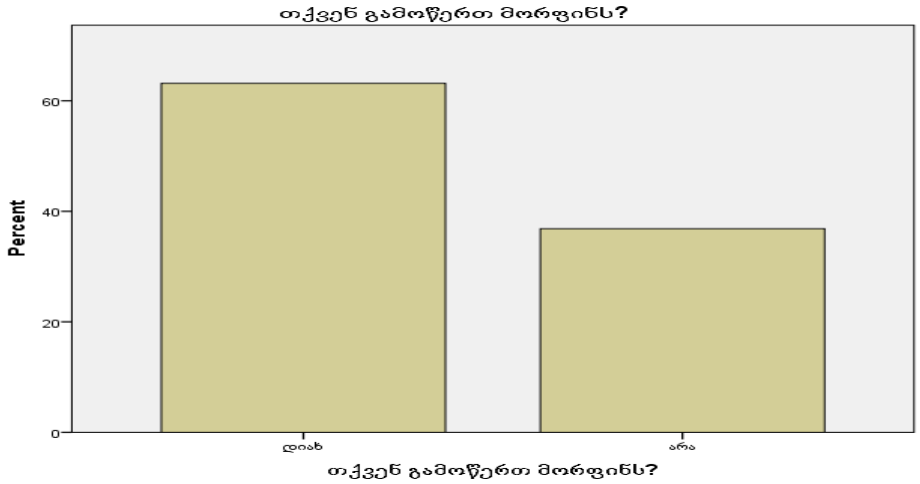




მორფინის დანიშვნა/გამოწერა







დანართი N6

რეკომენდაციები (კონკრეტული ქმედებისთვის)

შესწორებები და დამატებები

1. ნორმატიული ბაზის გამჭვირვალობის, თანმიმდევრულობის უზრუნველყოფისა და დუბლირების თავიდან აცილებისთვის განხორციელდეს ტკივილის მართვის მიზნით ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების მარეგულირებელი აქტების თავმოყრა ერთ დოკუმენტში. კერძოდ:

- ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების **დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის და გამოყენების წესები.**
- ცალკე გავიდეს - ოპიოდური ანალგეზიური ანალგეტიკებით სიმტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ოპიოდური ანალგეზიური საშუალებების **შენახვის, აღრიცხვისა და გაცემის და განადგურების წესი.**.
- 157ნ ბრძანების სახით ცალკე უნდა დარჩეს ინსტრუქცია „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 157/ნ, 2008 წლის 10 ივლისი ქ. თბილისი

2. წამლის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით არსებული ნორმატიული ბაზის დახვეწა

- გაუქმდეს და შესაბამისად ახალი ბრძანების სახით მთლიანად მოხდეს შინაარსობრივი განახლება საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 13 მარტისა და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2000 წლის 15 მარტის ერთობლივი ბრძანება N 32/ო - N 102 „ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმტომურ მკურნალობაზე მყოფი

კონტიგენტის საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების დამტკიცების შესახებ“.

3. ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დამტკიცების, მათი დანიშვნისა და გამოწერის წესები ცალკე ბრძანების სახით გამოცალკევდეს 1999 წლის 29 ნოემბერის საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ბრძანება № 465/ო -დან „სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების, ამ ნივთიერებათა წამლის ფორმების, მათი შემცველი კომბინირებული პრეპარატების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დამტკიცების, მათი დანიშვნისა და გამოწერის დროებითი წესების შესახებ“.

4. ტერმინი „ნარკოტიკული საშუალებები“ შეიცვალოს „ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით“.

5. მოხდეს განახლება აუცილებელ მედიკამენტთა ნუსხის ჯანმოს ესენციურ მედიკამენტთა 2015 სამოდელო ნუსხის შესაბამისად.

- ისევე როგორც ჯანმოს ესენციურ მედიკამენტთა ნუსხაში , ასევე საქართველოს აუცილებელ მედიკამენტა ნუსხის შემადგენლობაში შედის საინექციო მორფინი, თუმცა არ შედის სწრაფი და გახანგრძლივებული მოქმედების ორალური მორფინი, რომელიც შეუცვლელი მედიკამნტია საშუალო თუ ძლიერი ტკივილის ინტენსიობის ტკივილის მართვაში.

ცვლილებები:

6. საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 13 მარტისა და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2000 წლის 15 მარტის ერთობლივი ბრძანება N 32/ო - N 102 “ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების დამტკიცების შესახებ “ სათაური რედაქტირდეს შემდეგი სახით: „ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით სიმპტომურ მკურნალობაზე

მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის და გამოყენების წესების დამტკიცების შესახებ“

7. შესაბამისი ბრძანების პრეამბულა რედაქტირდეს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 1961 წლის ”ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ“ ერთიანი კონვენციის (1972 წლის ოქმის მიხედვით შეტანილი ცვლილებების გათვალისწინებით) პრეამბულის პირდაპირი ციტირებით, რომელიც ასახავს ამავე კონვენციის ბალანსის დაცვის პრინციპს. ასევე მოხდეს ბრძანების პრეამბულაში ჩამოთვლილი ბაზისური დოკუმენტების შენაარსობრივი რედაქტირება.

8. **ამბულატორული პაციენტისათვის ნარკოტიკული სამკურნალო საშუალებების (შემდგომში ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები) დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების წესები მეტი გამჭვირვალობისთვის ჩამოყალიბდეს ქვეთავებად,**

ა.ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნის წესი

ბ. ოპიოიდურ ანალგეზიური საშუალებებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოწერის წესი

გ. III. ოპიოდური ანალგეზიური ანალგეზიური საშუალებებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ოპიოდური ანალგეზიური საშუალებების გაცემისა და შენახვისა წესები

დ. IV. ოპიოდური ანალგეზიური ანალგეზიური საშუალებებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ოპიოდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის და გამოყენების პროცესში მონაწილე პერსონალის პასუხისმგებლობა

9. მთლიანად ჩანაცვლდეს ამავე ბრძანების დანართი N2 „**პოლიკლინიკაში (პოლიკლინიკურ განყოფილებაში) ნარკოტიკული სამკურნალო**

საშუალებების დანიშვნის, გამოწერისა და ნარკოტიკული საშუალებების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკების შეძენის, შენახვისა და აღრიცხვის წესი“, ვინაიდან დოკუმენტის შენაარსობრივი მხარე საერთოდ არ მოიცავს ტკივილის თემას, არამედ მთლიანად ხდება აპელირება მხოლოდ პაციენტის ტერმინალურ დაავადებაზე და მისი სტადიურობის ვერიფიცირების მეთოდოლოგიაზე.

- ამიტომ, მნიშვნელოვნია მოხდეს ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნის წესის რედაქტირება, ისეთი სახით, რომელიც დაეფუძნება ტკივილს, მის ხასიათს და ინტენსივობას და პაციენტის ცხოვრების ფუნქციურ სტატუსზე მის გავლენას.
- გაუმართლებელია ნებისმიერ შემთხვევაში მხოლოდ კომისიის უფლებამოსილება დანიშნოს ოპიოიდი - ვინაიდან ტკივილი წარმოადგენს ისევთივე სიმპტომს, როგორც სხვა სამედიცინო მდგომარეობები, შესაბამისად მისი მართვაც უნდა ხდებოდეს ექიმის მიერ, გარდა განსაკუთრებული შემთხვევებისა. კომისიის არსებობა წარმოადგენს დამატებით ბარიერს ადეკვატური ტკივილის მართვაში; განსაუთრებით ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტებში, სადაც მნიშვნელოვანია მოქნილი ლავირების სისტემა, რომ რაც შეიძლება სწრაფად მოხდეს პაციენტის მდგომარეობის ან მისი ცვლილების შეფასება და შესაბამისი რეაგირება.
- ოპიოიდების გამოწერაზე პასუხისმგებელი ექიმების კატეგორიის შესაბამისობაში მოყვანა დღეს არსებულ ჯანდაცვის პირველადი რგოლის სტრუქტურულ ერთეულებთან.
- სასურველია მოხდეს ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალების დანიშვნის დასაბუთება პაციენტის სამედიცინო ბარათში ტივილის შეფასების ფურცლის დამატებით, რაც მოგცემს საშუალებას მოხდეს ტკივილის სრულფასოვანი „წიგნიერი“ შეფასება.

- ბრძანების N32/o-N102 მიხედვით ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნის, გამოწერის და გაცემის სისტემა მორგებულია 2 კონკრეტულ დღეს სამუშაო კვირის მანძილზე; რის გამოც ძლიერი ტკივილის მქონე პაციენტს უწევს რამოდენიმე დღის მოცდა რომ დაუნიშნონ მორფინი ან საჭიროების შემთხვევაში გაუზარდონ დოზა და შესაბამისად შეძლონ აფთიაქიდან გამოტანა, რომელიც ასევე მუშაობს მხოლოდ იმავე კონკრეტულ დღეებში).პაციენტის მდგომარეობის ცვლილების გამო, ექიმმა N157/n ბრძანების მიხედვით, კიდევაც რომ გასცეს ახალი რეცეპტი, პრაქტიკულად მაინც შეუძლებელი იქნება მეიკამენტის გამოტანა აფთიაქიდან.
- შესაბამისად მიგვაჩნია, რომ უნდა შეიცვალოს ოპიოიდის დანიშვნის, გამოწერის და გაცემის წესი მისი ხელმისაწვდომობის გაზრდით ყოველდღიურ რეჟიმში, ვინაიდან აუცილებელი მედიკამენტები (ესენციური) ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საჭიროების მქონე ნებისმიერი ადამიანისთვის ნებისმიერ დროსა და ადგილას.

სამომავლოდ რეკომენდირებულია წამლის გაცემასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაწყვეტა პოლიციის შენობებიდან აფთიაქების რედისლოკაციის გზით აფთიაქებში ან სამედიცინო დაწესებულებებში. ამ კუთხით საკითხის გადაწყვეტა ავტომატურად მოხსნის გაცემის შეზღუდული დღეების საკითხს. ეს საკითხი საჭიროებს საკანონმდებლო ბაზის გადახედვას, რომელიც არეგულირებს უსაფრთხოებისა და წამლის შენახვის პირობებს, გაამარტივებს აფთიაქებისა და კლინიკების მფლობელებისათვის მედიკამენტების შენახვისა და გაცემის საკითხს.

გამოქვეყნებული ნაშრომების აბსტრაქტები

Impact of ambiguous and restrictive regulations on opioid-prescribing practice in Georgia

Abstract

Context: Chronic pain management with opioids in incurable patients remains a challenge of modern medicine regardless of the evidence-based effectiveness of opioids and recommendations of authorities such as the World Health Organization (WHO) and International Narcotics Control Board (INCB). Many countries, including Georgia, maintain overly restrictive regulations that contribute to inadequate pain management.

Objective: To identify barriers to pain management in Georgia caused by legislation, administrative issues and physicians' lack of knowledge and understanding of legislative aspects governing opioid use, and their impact on opioid-prescribing practice.

Methods: We conducted a survey among 550 primary health care physicians. In total, 302 physicians completed the questionnaire. Overall, 289 questioneries were analyzed statistically with SPSS version 20.

Results: We found that 38% of the physicians avoid prescribing opioids and only 1/3 of the physicians make an independent decision to treat the patients with opioids. About 1/3 of the physicians know the updated liberalized legislation and even fewer follow it. Those who apply more liberal legislation and have better medical practice are investigated 3–5 times more by legal authorities for prescribing morphine to incurable patients than those who do not.

Conclusion: Ambiguous legislation negatively influences opioid-prescribing practice. Most of the physicians believe that the legislation is restrictive. Physicians who have better medical and legal knowledge and understanding are controlled and investigated more because of their opioid-prescribing practice. Physicians who are concerned that they might be investigated are less inclined to prescribe opioids or use liberalized regulations.

The contribution of the International Pain Policy Fellowship in improving opioid availability in Georgia

Abstract

In the Republic of Georgia, the incidence and prevalence of cancer is increasing, signifying a growing need for palliative care and pain relief, including with controlled opioid medicines. As a signatory to the Single Convention, the Georgian government has a responsibility to ensure the adequate availability of controlled medicines for medical purposes, however the consumption of morphine is very low, suggesting a high occurrence of unrelieved pain. In Georgia, palliative care development began in the 2000s including the adoption of a policy document in 2005, the creation of the National Palliative Care Coordinator in 2006 and important changes in Georgian legislation in 2007 and 2008, which served to lay a foundation for improving opioid availability. In 2008, a neurologist from the Sarajishvili Institute of Neurology and Neurosurgery in Tbilisi, and member of the Georgia National Association for Palliative Care, was selected to be an International Pain Policy Fellow to focus on improving opioid availability. Working with colleagues, government officials and international experts, the Fellow contributed to

several improvements to opioid availability such as: 1. positive changes to opioid prescribing legislation, 2. clarification of legislative terminology regarding dependence syndrome, 3. initiating the importation of both sustained-release and immediate-release oral morphine, and 4. improvements in the availability of sustained-release morphine. Despite these varied achievements, morphine consumption remains low in Georgia relative to the estimated amounts needed. The Fellow is continuing to study and understand the barriers that are impeding physician's prescription of opioids and patient's acceptance of them.

Palliative Care Development in Georgia

Abstract

Georgia has established the foundational measures for a national palliative care program policy, education, drug availability, and implementation. Amendments to legislation needed to develop palliative care have been approved. Palliative care has been recognized as a subspecialty in oncology, critical care, internal medicine, and surgery. The National Plan for Palliative Care for 2011 - 2016 was approved. Opioids, especially oral morphine, are available on a limited basis for patients at home, but oral morphine is not available for patients in the hospital. Prescribing regulations have changed and all physicians are allowed to prescribe and the length of a prescription is now seven days rather than three days previously. Unfortunately, patients and families must still pick up their opioid medications at pharmacies in the police station. Opioids for cancer patients in inpatient units or at home are free. Palliative care education has been incorporated into both undergraduate and postgraduate medical and nursing education and a number of physicians have received specialist training abroad.Palliative Care Standards and Guidelines have been developed; and palliative care services, although insufficient to meet the need, are available for patients at home, as inpatients and a children's hospice opened in 2017.

მედიცინის მიღმა დარჩენილი ტკივილი

აბსტრაქტი

ქრონიკული დაავადებების მართვაში სპეციფიკური მკურნალობის პარალელურად დიდი მნიშვნე-ლობა ენიჭება მტანჯველ სიმპტომთა მართვას, რომელთა შორის წამყვანი ადგილი უკავია ტკივილს.

ტკივილი უკურნებელი დაავადებების ხშირი სიმპტომია და გვხვდება ონკოლოგიურ პაციენტთა 75-80%-ში. სწორედ ამიტომ ქრონიკული ტკივილის სწორ და ხარისხიან მართვას შეუცვლელი ადგილი უკავია უკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტებში. განვითარებად ქვეყნებში ტკივილის მართვა არ განიხილება პრიორიტეტულ საკითხად. ჯანდაცვის ჩამოუყალიბებელი პოლიტიკა, გაუმართავი სერვისები, არასაკმარისი განათლება, ადამიანის უფლებების, განსაკუთრებით ესენციურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის, არაჯეროვანი უზრუნველყოფა - ეს არის აღნიშნული პრობლემის მიზეზების არასრული ჩამონათვალი.

ქრონიკული ტკივილის მართვის თავლაზრისით არასახარბიელო მდგომარეობაა საქართველოშიც. საშუალო და ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მართვის ყველაზე ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს ოპიოიდები, რომლებიც კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებებს მიეკუთვნებიან. მათი ლეგალური ბრუნვა მთელ მსოფლიოში რეგულირდება ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის მიერ; ამავე კომიტეტის 2015 წლის ანგარიშით, ტკივილის გაყუჩებისათვის საქართველოში ოპიოიდების ხარჯვა ფასდება „ძალიან არაადეკვატურ“ და „არაადეკვატურ“ მოხმარების მაჩვენებლს შორის. ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული სტრატეგიის შესაბამისად ტკივილის ადეკვატურ მართვას განაპირობებს სახელმწოფო პოლიტიკის, განათლებისა და წამლის ხელმისავდომობის ერთობლიობა. ბოლო

ათწლეულში განხორციელდა მთელი რიგი პოზიტიური ცვლილებები კანონმდებლობაში, თუმცა მიუხედავად ამისა დღესაც ზედმეტად ხისტი რჩება ოპიოიდების ლეგალური ბრუნვის მარეგულირებელი სახელმიფო პოლიტიკა, ხოლო ოპიოიდების დანიშვნასა და გამოწერაზე პასუხისმგებელი ექიმების არასაკმარისი ცოდნა ქრონიკული ტკივილის მართვაში, ზრუდავს კანონმდებლობაში მიღწეული ლიბერალიზაციის რეალიზაციასაც კი, რაც მკვეთრად აქვეითებს ტკივილის მართვის ეფექტურობას და შეუძლებელს ხდის უკურნებელი სენის მქონე ადამიანებისათვის ტანჯვის შემსუბუქებასა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

Identifying barriers and inconsistencies in laws affecting pain management in Georgia

Abstract

Background:. While there is a wide dispute in developed countries regarding long-term treatment of the different conditions or diseases with opioids, countless incurable patients in terminal stages of the disease lack access to essential medicines and suffer from unrelieved pain in other parts of the world. Whereas it is possible to manage pain effectively by available medications and evidence-based knowledge, where opioids are considered as most effective drugs to treat moderate to severe pain, access to pain medications still remains undefeated problem in many countries due to unclear country policies and strict regulations. Efforts to improve availability and accessibility of opioid analgesics (OAs), critical for severe pain relief, started a decade ago in Georgia. Despite some liberalization of the legislation, the situation hasn't improved much and the morphine consumption rates, remain critically low.

Aim: To highlight the impediments and discrepancies in Georgian legislation influencing pain management.

Methodology: The opioid regulating legislation (Law, orders and Governmental decisions) for pain treatment was analyzed in regard with barriers to opioid availability and accessibility: 1. Guided by and compared to internationally recognized indicators, to check the compliance of the national policy with the 1961 single convention on narcotic substances and the principle of balanced policy. Regulations which can impede opioid availability and accessibility 2. And through the prism of inconsistencies within the Georgian legislation itself.

Results: We identified numerous examples of potential barriers to OAs availability in the Georgian legislation. Georgian policies regarding pain management are mostly bent to benefit the preventative measures. The barriers include limits to the duration of therapy per prescription; place of therapy; authority to prescribe OAs, prescription form availability; patient eligibility and so on. We also found several conflicting inconsistencies, impeding opioid accessibility, in current legislation governing OA use for medical purposes.

Conclusion: The Georgian legislation do not correspondence to the Single Convention and do not reflect the principle of balance. The regulations are over restrictive and unclear, containing contradictory standards.

The Government should take responsibility to address the legislative issues, make adequate pain management available for incurable patients and stop unnecessary suffering from intolerable pain.