

მიმართულება: პალიატიური და ტკივილის მედიცინა
დოქტორანტი: ნანა ჩიხლაძე

სადოქტორო ნაშრომი:
მედიცინის აკადემიური დოქტორის
ხარისხის მოსაპოვებლად

სიცოცხლის მიწურულის აღქმები და დამოკიდებულებები
სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გაცნობიერების
პირობებში:
კიბოთი დაავადებულთა და მის გარეშე ჯგუფების შედარებითი
ანალიზი

(პალიატიური მზრუნველობის ოპტიმალური მოდელის
შემუშავებისათვის)

ხელმძღვანელები: პროფ. დ. კორძაია
პროფ. ჯ. ვერნე

თბილისი, 2017 წ.

სარჩევი

I

1. შესავალი	4
2. აქტუალურობა.....	4
3. კვლევის მიზანი და ამოცანები.....	11
4. დასაცავად გამოსატანი დებულებები.....	12
5. მეცნიერულის იახლე.....	12
6. აპრობაცია.....	14
7. დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომები.....	14

II

1. ლიტერატურის მიმოხილვა	16
2. სიცოცხლის მიწურულის მედიცინის, ანუ პალიატიური მზრუნველობის თაობაზე	16
3. პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში.....	20
4. მოსახლეობის დაბერება.....	22
5. პალიატიური მზრუნველობის პროგრამებში მასლოუს ჰუმანისტური ფსიქოქოლოგიის პრინციპების გამოყენების შესაძლებლობის თაობაზე	27
6. კომუნიკაციის პრობლემებისამედიცინოპერსონალს, პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს შორის.....	35
7. სიცოცხლის მიწურულის პაციენტთა აზრის კვლევის მნიშვნელობის თაობაზე პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების შემუშავებისთვის	43
8. რაოდენობრივი და თვისობრივი კვლევების თავისებურებანი სამედიცინო-სოციალური სფეროს კვლევებში.....	45

III

1. მასალა და მეთოდები	50
2. ამოცანა1	50
3. ამოცანა2	55

IV

1. კვლევის შედეგები და განსჯა	69
2. ამოცანა1	69
3. ამოცანა2	86

V

1. დასკვნები	114
--------------------	-----

VI

I Perceptions and Attitudes at End of Life in.....	i
Conditions of Understanding Limited Life Expectancy: Comparative Analysis of Groups of Cancer Patients and Patients without Cancer (For creating the optimal model of palliative care)	

VII

1. ლიტერატურა	116
---------------------	-----

შესავალი

აქტუალურობა

ადამინის სიცოცხლის მიწურული დროის მნიშვნელოვან მონაკვეთს წარმოადგენს როგორც კონკრეტული ინდივიდუმიანობის, ისე საზოგადოებისათვის.

ინდივიდუმიანობის ის მნიშვნელოვანია იმიტომ, რომ ამ დროს, როგორც წესი, ხდება სიცოცხლის მოახლოებული აღსასრულის გაცნობიერება, განვლილი ცხოვრების გაანალიზება და ამ ქვეყნის დატოვებისათვის მზადება. ამ შემთხვევაში, როგორც განვლილი ცხოვრების გაანალიზების, ისე გარდაცვალებისათვის მზადების თავისებურებები მნიშვნელოვანწილადაა განპირობებული პიროვნების განათლების ხარისხით, მისი მორწმუნობის (თუ ათეისტობის) დონით, და ცხადია, მისი ფიზიკური (რას უჩივის?) და მენტალური (რამდენად ადეკვატურია, რამდენად შენარჩუნებული აქვს ცნობიერება) მდგომარეობით (Robert Kastenbaum., 2000; Dezutter., et al., 2008).

ამასთანავე, ჩამოთვლილი ფაქტორების გათვალისწინებით, თითოეული ინდივიდის სიცოცხლის მიწურული უნიკალურია ფილოსოფიური, ფსიქოლოგიური, რელიგიური და სამედიცინო-ბიოლოგიური თვალსაზრისით.

სიცოცხლის მიწურულს ინდივიდების ქმედების და განცდების მრავალფეროვნება აღწერილია ჯერ კიდევ ძველი აღთქმის სიუჟეტებში (აბრაამის და ისაკის (ბიბლია) იობის (ბიბლია), სოლომონის (ბიბლია), დავითისა და ურია ხეთელის (ბიბლია), ეპიზოდები;) ამ ფენომენს ეძღვნება მთლიანად ახალი აღთქმა, სადაც განკაცებული ღმერთი - იესო ქრისტე - განუხრელად აღასრულებს „მამის“ ნებას, „როგორც დაწერილ არს“ წინასწარმეტყველებაში და აუტანელი ხორციელი ტკივილების ფონზე თავის თავს სრულად ანდობს შემოქმედს (ბიბლია).

სიცოცხლის მიწურული, როგორც უნიკალური ფენომენი, ოდითგანვე იწვევდა შემოქმედთა ინტერესს. ის ასახულია მრავალი მხატვრის, მწერლის თუ რეჟისორის შემოქმედებაში.

კინოსა და თეატრალურ ხელოვნებაში, ამ მხრივ გამორჩეული მაგალითებია ოთარ მეღვინეთუხუცესის ფოროსმანის (კოროსტილევის „მარტოობის დღესასწაული“, რეჟისორი გ. ლორთქიფანიძე) და დათა თუთაშხიას (ჭაბუა ამირეჯიბის „დათა თუთაშხია“, რეჟისორი გ. ლორთქიფანიძე), დე პარდიეს სირანო დე ბერჟერაკის (ედმონ როსტანის „სირანო დე ბერჟერაკი“, რეჟისორი მაიკლ გორდონი), დოდო აბაშიძის ჟორჟის (გიორგის) („ფესვები“, რეჟისორი ყ. მგელაძე), სერგო ზაქარიადის ლევან ცინცაძის („არ იდარდო“, რეჟისორი გიორგი დანელია), მაიკლ კიტონის ბობ ჯონსის („ჩემი ცხოვრება“, რეჟისორი ბრიუს ჯოელ რუბინი) და სხვათა სახეები.

სიცოცხლის მიწურულის ფენომენით დაინტერესებული არიან მხატვრული სიტყვის ისეთი ოსტატები, როგორებიცაა ჰომეროსი („ილიადა“, „ოდისეა“), ვიქტორ ჰიუგო („საბრალონი“), კონსტანტინე გამსახურდია („მთვარის მოტაცება“, „დიდოსტატის კონსტანტინეს მარჯვენა“, „დავით IV აღმაშენებელი“), მიხეილ ჯავახიშვილი („მიწის ყვილი“), უილიამ შექსპირი („რიჩარდ III“), იოჰან ვოლფგანგ გოეთე („ფაუსტი“), ლიზა ჯენოვა („ჯერ კიდევ ელისი“) და მრავალი სხვა.

ამ ფენომენზე დაკვირვების ჩინებული ილუსტრაციაა ირაკლი აბაშიძის ერთი პატარა ლექსი, სადაც დიდი შემოქმედების - გოეთესა და ვაჟა-ფშაველას სიცოცხლის მიწურულია ნაჩვენები:

„ვინ რას ისურვებს, ვინ რას ინატრებს, ზოგი კაცურად, ზოგი ზევსურად...“

„მეტი სინათლე, მეტი სინათლე!“ აღმოხდა მძიმედ და აღესრულა.

ის კი ზევსურად და ვაჟკაცურად რკინის საწოლში ჯაჭვით ჩაკრული

მწარედ იღელდა მკერდს გასაწურავს: „გულზე დამადეთ ტოტი ჩარგლური!“

რა ჩაიტანეს, რა შეისრულეს? ვაი, გარდასულ ჩვენს დიდ წინაპრებს . . .

„ვინ რას ინატრებს, ვინ რას ისურვებს?... შენ რას ისურვებ, შენ რას ინატრებ?“

(ი. აბაშიძე., 1989)

მაგალითების მოხმოზა დიდხანს შეიძლება გაგრძელდეს, მაგრამ ამით მხოლოდ კიდევ ერთხელ დადასტურდება ის, რითაც ეს მსჯელობა დავიწყეთ: სიცოცხლის მიწურული წარმოადგენს დროის მნიშვნელოვან მონაკვეთს, რომლის სწორად

გააზრებაც მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს თვითშემეცნების, სამყაროში საკუთარი რაობის, ადგილისა და დანიშნულების ამოცნობის პროცესს (Schulz., et al., 1978; Schaie., et al., 2010).

თითოეული იმ ადამიანისათვის კი, როგორც საზოგადოების წევრისათვის, რომლისთვისაც ჯერ შორსაა ცხოვრების მიწურული, სხვისი ცხოვრების მიწურულზე დაკვირვება და ამ დროს განხორციელებულ ქმედებათა სწორად გაცნობიერება (და ამაში საეკლესიო გარემოსა და მხატვრული შემოქმედების როლი განსაკუთრებულია), ხელს უწყობს საკუთარი ცხოვრების მიწურულისათვის უკეთ მომზადებას, რადგანაც, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, განვლილი ცხოვრების გაანალიზებაცა და გარდაცვალებისათვის მზადებაც მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ყოველი ცალკეული პიროვნების განათლებისა თუ მორწმუნოების ხარისხზე (Dezutter J., et al., 2008).

ამასთანავე, მთლიანად საზოგადოებას, რომლისთვისაც ცნობილია სიცოცხლის მიწურულის პერიოდის მნიშვნელობის თაობაზე, ევალეზა ისეთი გარემოს (ეთიკური თუ ინსტიტუციური) შექმნა, რომელიც ხელს შეუწყობს ადამიანის სიცოცხლის ღირსეულ დასრულებას, მისი განცდების, რწმენისა და სურვილების მაქსიმალურად პატივისცემის გათვალისწინების უზრუნველყოფას.

საზოგადოების მოღვაწობის ერთ-ერთი ასეთი სფერო, რომელსაც ეს მოვალეობა გამოკვეთილად ეკისრება, არის ჯანდაცვა, რომელიც წარმოადგენს მედიცინის და მასთან დაკავშირებული ყველა ფენომენის (საქმიანობის, პროცესის) სახელმწიფოებრივად (საზოგადოებრივად) მოწესრიგებულ ურთიერთობებს. მოკლედ რომ ვთქვათ, ჯანდაცვა წარმოადგენს მედიცინას სახელმწიფოებრივ (საზოგადოებრივ) მოქმედებაში (Kordzaia D., et al., 2010).

სიცოცხლის ყველა განსაკუთრებულ პერიოდს, გამომდინარე მისი სამედიცინო-ბიოლოგიური პრობლემებიდან, შეესაბამება მედიცინის კონკრეტული მიმართულება (დარგი). სიცოცხლის დასაწყისს „მეანობა“ და „ნეონატოლოგია“ კუთვნიებს, ბავშვობის ასაკს - „პედიატრია“, მოხუცთა ასაკს - „გერიატრია“. ამ ლოგიკით, სიცოცხლის

მოწურულსაც უნდა ჰქონდეს თავისი სამედიცინო მიმართულება. მეოცე საუკუნის მე-2 ნახევრამდე სიცოცხლის მიწურულის მედიცინა არ არსებობდა. აღნიშნული პერიოდიდან კი სწრაფი ტემპით დაიწყო განვითარება სამედიცინო მიმართულებამ, რომელსაც „პალიატიური მზრუნველობა“ ეწოდება (Clark D., 2007; Portenoy R.K., et al, 2013).

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „სამედიცინო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონების თანახმად პალიატიური მზრუნველობა ეს არის:

„აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება“ (http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30.pd).

ამ განმარტების თანახმად, ისეთ პაციენტებში, რომელთა დაავადებაც მკურნალობას არ ექვემდებარება, ცხადია, მოიაზრება ყველა ასაკის პაციენტი შორსწასული ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით, მაგრამ ასევე მოიაზრებიან მოხუცებიც, რომელთა განუკურნებელი დაავადებაც თავად სიბერეა (World Health Organization., 2011). შესანიშნავად ბრძანებს შოთა რუსთაველი „მე გარდავასულვარ, სიბერე მჭირს, ჭირთა უფრო ძნელია“ (შ.რუსთაველი., 1989).

მოტანილი განსაზღვრების თანახმად, პალიატიური მზრუნველობა, სამედიცინო დახმარების გარდა, გულისხმობს ფსიქოლოგიურ დახმარებას და სულიერ თანადგომას. ეს „სერვისები“, რომლებიც პალიატიური მზრუნველობის გამართული სისტემის მქონე ქვეყნებში ხორციელდება ფსიქოლოგისა და მოძღვრის (ან „სულიერი მრჩევლის“) დახმარებით, გამიზნულია პაციენტისათვის მაქსიმალური კომფორტის შესაქმნელად ცხოვრების მიწურულს (Burton L.A., et al., 1998; Wasner M., et al., 2005; Puchalski C., et al., 2009).

ყურადღება მისაქცევია ერთი დეტალიც: პალიატიური მზრუნველობა გულისხმობს არა მხოლოდ პაციენტთა, არამედ მათი ოჯახის წევრთა (ანუ პაციენტზე ზრუნვით დაკავებულითა) დახმარებასაც.

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

ამასთანავე, მნიშვნელოვანია, რომ პალიატიური მზრუნველობა ხორციელდებოდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრინციპებით და ისეთი მოდელით, რომელიც ყველაზე მეტად შეესაბამება ქვეყნის ტრადიციებსა და ეთნოფსიქოლოგიას. წინააღმდეგ შემთხვევაში, არასწორად დაგეგმილი და განხორციელებული პალიატიური მზრუნველობა ვერ უზუნველყოფს სიცოცხლის მაქსიმალურად შესაძლო ხარისხის მიღწევას (Bruera E., et al., 2002; Kordzaia D., Dalakishvili S., et al., 2011; Kordzaia D., et al., 2012). ეს განსაკუთრებით ეხება მოხუცთა პალიატიურ მზრუნველობას, რადგან ხანდაზმულები ფრიად სენსიტიური არიან მათდამი მზრუნველობის მიმართ (Isaacs B. et al 1976; Morrison RS., et al., 2003.).

პალიატიური მზრუნველობაში, ისევე როგორც მედიცინის სხვა მიმართულებებში (დარგებში), ცალკე პრობლემებად განიხილება ბავშვთა და მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა. ამასთანავე, თუ სხვადასხვა ქვეყნების ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობის პროგრამები (მოდელები) მეტ-ნაკლებად მსგავსია, მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის პროგრამები (მოდელები) - შედარებით განსხვავებულია, რადგანაც ისინი მეტად ითვალისწინებს ქვეყნის საზოგადოებრივ გარემოს, ეთნოტრადიციებს, ცხოვრების სტილს (ველიჯანაშვილი მ., 2016 ; Jerant AF., et al., 2004).

ამასთანავე, გასათვალისწინებელია, რომ საქართველოში, სადაც ხანდაზმული პირები შეადგენენ ქვეყნის მოსახლეობის მეოთხედს, მათ მიმართ მზრუნველობა

ტრადიციულად მიჩნეულია საზოგადოების ვალდებულებად, ოჯახის, და მთლიანად ერის, ღირსების საქმედ (Kordzaia D., Dalakishvili S., et al., 2010).

საერთაშორისო გამოცდილება ადასტურებს, რომ ხანდაზმულთა პალიატიურ მზრუნველობის მეცნიერულად დასაბუთებული ეროვნული მოდელის შემუშავება დამოკიდებულია მთელ რიგ დემოგრაფიულ, სოციალურ და ჯანდაცვით რეალობებზე, მათ შორის ისეთებზე, როგორცაა ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის განაწილება ქვეყნის რეგიონების მიხედვით, დაავადებათა სტრუქტურა, ეკონომიკური მდგომარეობა და სოციალური უზრუნველყოფა, სამედიცინო დახმარებით (სადაზღვევო და მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამები) და სამართლებრივი (იურიდიული) მომსახურებით უზრუნველყოფა (Stjernswärd J., 2007; ველიჯანაშვილი მ., 2016).

ამასთანავე, ცალსახადაა აღიარებული, რომ ხანდაზმულთა პალიატიურ მზრუნველობის მოდელის შემუშავებისას, გათვალისწინებული უნდა იყოს თავად ხანდაზმული მოსახლეობის მოთხოვნილებები და საჭიროებები, ასევე, მათი დამოკიდებულება ამ მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების მიმართ, აგრეთვე მათთან ურთიერთობის მიმართ - სიცოცხლის მიწურულს (Besdine R., et al., 2005; Kordzaia D., 2012).

მიჩნეულია, რომ ეს დამოკიდებულება და აღქმა მნიშვნელოვანწილად განისაზღვრება დარჩენილი სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გაცნობიერებით (Zweibel NR., et al; 1989; Brumley RD., et al., 2003; Jeon HW., et al., 2015;).

აღსანიშნავია, რომ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში, სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გამაცნობიერებელ ხანდაზმულ პირთა აღქმებისა და დამოკიდებულების გლობალური ასახვა არ განხორციელებულა. მეტიც, მსგავსი კვლევა არ ჩატარებულა არც კიბოს შორსწასული ფორმებით დაავადებულ პაციენტებში, რაც პრობლემურს ხდის ამ კონტინგენტისათვის სრულყოფილი პალიატიური მზრუნველობის განხორციელებას. ამის ერთ-ერთი მიზეზი არის

საბჭოთა პერიოდიდან ტრადიციად გადმოყოლილი დიაგნოზის "გასაიდუმლოება" პაციენტისათვის: პაციენტმა არ იცის რეალური ვითარება მისი სიცოცხლის ვადის ლიმიტურობის შესახებ. ამდენად, პარადოქსულია, მაგრამ ქვეყანაში არსებული პალიატიური მზრუნველობის მოდელი "ფართოდ" ითვალისწინებს პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელთა, და "მცირედ" - ამ მზრუნველობის მომხმარებელთა, აღქმას, დამოკიდებულებასა და მოთხოვნებს პალიატიური მზრუნველობის მიმართ. უკანასკნელი წლების მანძილზე "კიბოს დიაგნოზის გამხელის" ტენდენციის თანდათანობით დამკვიდრების ფონზე, შესაძლებელია, მეტიც, აუცილებელია, ასეთი კვლევების ჩატარება და მათი შედეგების გათვალისწინება პალიატიური მზრუნველობის დაგეგმვისას (Chikhladze N., et al., 2016).

გამოცდილება უჩვენებს, რომ პალიატიური მზრუნველობის განხორციელებისას გასათვალისწინებელია არა მარტო თვით პაციენტების, არამედ მათი ოჯახის წევრების დამოკიდებულებაც პაციენტების სიცოცხლის მიწურულის მოთხოვნილებათა და დამოკიდებულებათა გათვალისწინების ხარისხის მიმართ. ზოგჯერ, ოჯახის წევრის (პაციენტის ზრუნვაში ჩართული ახლობლის) აზრის გათვალისწინება ფრიად მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით კი მაშინ, როდესაც პალიატიურ მზრუნველობას დაქვემდებარებული პაციენტის (მოხუცის თუ ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების შორსწასული სტადიით შეპყრობილის) ცნობიერება არაადეკვატურია და სწორედ ოჯახის წევრს უწევს ე.წ. სუროგატული გადაწყვეტილებების (Teno JM., et al., 2004; Luce JM., 2010).

აღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ პალიატიური მზრუნველობის ოპტიმალური მოდელის შექმნისათვის აუცილებელია ამ მოდელის ბენეფიციართა - პაციენტთა და მათ ზრუნვაში ჩართულ ახლობელთა - მოთხოვნილებებისა და დამოკიდებულებების გათვალისწინება.

ზემოთ აღინიშნა, რომ პალიატიური მზრუნველობის მოდელი "ფართოდ" ითვალისწინებს პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელთა (მედიკოსთა)

აღქმას, დამოკიდებულებასა და მოთხოვნებს პალიატიური მზრუნველობის მიმართ. ამასთანავე, არ არის გამოკვლეული, თუ რამდენად განსხვავდება ეს აღქმები და დამოკიდებულებები პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრთა აღქმებისა და დამოკიდებულებებისაგან.

ამის გამორკვევა კი მნიშვნელოვანია პალიატიური მზრუნველობის ადეკვატური მოდელის დაფუძნებისათვის.

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანს წარმოადგენს სხვადასხვა მიზეზით სიცოცხლის ლიმიტირებული ხანგრძლივობის გამაცნობიერებელ პირთა, მათი ოჯახის წევრთა და ექიმთა მიერ ამ პირების ცხოვრების მიწურულის მოთხოვნილებათა და დამოკიდებულებათა ასახვისა და შედარებითი ანალიზის საფუძველზე რეკომენდაციების შემუშავება საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის ოპტიმალური მოდელის შექმნისათვის.

მიზნის მისაღწევად დაისახა ორი ამოცანის, როგორც კვლევის ორი ფრაგმენტის, გადაწყვეტა:

1. ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილ პაციენტთა ოჯახის წევრების და ასეთი პაციენტების ექიმების ურთიერთკომუნიკაციისადმი და პაციენტთა მიმართ მზრუნველობის თავისებურებებისადმი დამოკიდებულებების გამოკვლევა და შედარებითი ანალიზი;
2. სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გაცნობიერების პირობებში კიბოთი დაავადებულთა და მოხუცთა ჯგუფების სიცოცხლის მიწურულის აღქმებისა და დამოკიდებულების ასახვა და შედარებითი ანალიზი.

დასაცავად გამოსატანი დებულებები

- ადამიანთა სიცოცხლის მიწურულის საჭიროებანი, აღქმები და დამოკიდებულებები ძირითადად მსგავსია, იმის მიუხედევად, თუ რამ განაპირობა დარჩენილი სიცოცხლის ლიმიტურობის შეგრძნება - ინკურაბელურმა დაავადებამ თუ ღრმად მოხუცებულობამ (ასაკმა);
- ექიმები და პაციენტის ოჯახის წევრები განსხვავებულად აფასებენ ერთმანეთთან კომუნიკაციას დაავადების ტერმინალური სტადიით შეპყრობილი პაციენტებისათვის სამედიცინო მომსახურების/პალიატიური მზრუნველობის გაწევის პროცესში:
 - პაციენტთა ოჯახის წევრების მხრივ, მკურნალობის/პალიატიური მზრუნველობის დროს ექიმებთან კომუნიკაციით კმაყოფილების ხარისხი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ გაწეული მომსახურება რამდენად ხორციელდება ექიმების მხრივ პაციენტის პიროვნული პატივისცემის გამოხატულებით,

მაშინ როდესაც

- ექიმების მხრივ კომუნიკაციის შეფასებისას სჭარბობს მკურნალობის ადეკვატურად („გაიდლაინების“ შესაბამისად“) წარმართვის თაობაზე ინფორმირებით შემოფარგვლა და ნაკლებად დაფოკუსება პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების პიროვნულ მოთხოვნილებებზე.

მეცნიერული სიახლე

- სხვადასხვა საკვლევ ჯგუფებში ჩაწერილი ნახევრადსტრუქტურირებული ინტერვიუების (მონაყოლების) შედარებითი ანალიზისათვის, რომელიც გულისხმობს როგორც რაოდენობრივ, ისე თვისობრივ შეფასებას, შეიძლება წარმატებით იქნას გამოყენებული დაფუძნებადობის თეორიის

მიდგომა, ხოლო კოდირების მატრიქსად - მასლოუს ჰუმანისტურ ფსიქოლოგიის „საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქია“;

- როგორც კიბოს შორსწასული სტადიით დაავადებულ პირებში, ისე 85 წელს წელს გადაცილებულ მოხუცთა მონათხრობებში საკუთარი ცხოვრების შესახებ, ცალსახად სჭარბობს ისეთი ისტორიები, რომლებსაც ა. მასლოუს მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა იერარქიაში შეესაბამება სოციალური ურთიერთობის, სიყვარულისა და პატივისცემის მოთხოვნილებები;

- პაციენტთა ოჯახის წევრების მხრივ, მკურნალობით/პალიატიური მზრუნველობით კმაყოფილების ხარისხი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ექიმთან კომუნიკაციის შეფასებაზე, ანუ იმაზე, თუ გაწეული მომსახურება რამდენად არის თანხვედნილი პაციენტის პიროვნული პატივისცემის ნიშნით წარმართული კომუნიკაციით, მაშინ, როდესაც ექიმები პაციენტის ოჯახის წევრებთან კომუნიკაციას აფასებენ დადებითად, თუკი მოხდა მკურნალობის წარმართვის პროცესზე ძირითადი ინფორმაციის მიწოდება.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

- პალიატიური მზრუნველობის მიმწოდებელი მედიკოსები უნდა ფლობდნენ არა მხოლოდ პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო-ბიოლოგიურ ასპექტებს, არამედ სამედიცინო ეთიკის საფუძვლებს და კომუნიკაციის ხელოვნებას; ამ საკითხებს სრულად (თუმცა, ცხადია, სხვადასხვა ხარისხით) უნდა ითვისებდნენ პალიატიური მზრუნველობის დიპლომამდელი (საუნივერსიტეტო) და დიპლომისშემდგომი (სუბ-სპეციალობის) პროგრამები.

- საქართველოში მიმდინარე პალიატიური მზრუნველობის პროგრამებში გათვალისწინებული უნდა იქნას ფსიქოლოგისა და მოძღვრის („სულიერი მრჩევლის“) მონაწილეობა, რითაც უზრუნველყოფილი იქნება ჰოლისტური მიდგომა და იმ სულიერ მოთხოვნილებათა უკეთ დაკმაყოფილება, რომლებიც ასე მნიშვნელოვანია სიცოცხლის მიწურულს.

აპრობაცია:

დისერტაციის ფრაგმენტები მოხსენებულია:

- 2014 წელს თსუ-ში ივ. ჯავახიშვილის ფორუმზე (თბილისი, საქართველო);
- 2014 წელს ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის VIII სამეცნიერო კონგრესზე (ლიედა, ესპანეთი);
- 2015 წელს თსუ-ში ჩატარებულ პალიატიური მედიცინის პირველ საერთაშორისო სიმპოზიუმზე - „პალიატიური მზრუნველობის ჯანდაცვითი და საუნივერსიტეტო მდგენელები - სამედიცინო მომსახურების, განათლებისა და კვლევის ინტეგრაციისათვის(თსუ, თბილისი, საქართველო);
- 2016 წელს სამხრეთ აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების ექიმთა ფორუმის მე-7 საერთაშორისო კონგრესზე (ბათუმი, საქართველო).
- სტენდური მოხსენება შეტანილია ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის XVII მსოფლიო კონგრესის პროგრამაში (მადრიდი, ესპანეთი).

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომები:

- მ. ველიჯანაშვილი, ნ. ჩიხლაძე. სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გაცნობიერების პირობებში მოთხოვნილებებისა და პალიატიური მზრუნველობისადმი დამოკიდებულებათა გამოკვლევა. ივანე ჯავახიშვილის ხსოვნისადმი მიძღვნილი სტუდენტთა სამეცნიერო ფორუმი. მოხსენებათა კრებული, 2015 წ. გვ. 156-161. ISBN 978-9941-13-463-0
- Perceptions of- and Attitudes towards End-of-Life Needs and Demands of Elders over 80 Years Continuing Intellectual Work in Georgia. *Chikhladze N., Velijanashvili M., Kordzaia D.* 8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care, Llieda, Spain, 2014. Abstract: Palliative Medicine 28(6):688 · June 2014

- For Integration of Palliative Care in Critical/Intensive Care Settings. Kordzaia D., Chikhladze N., Velijanashvili M. 14th World Congress of the European Association for Palliative Care, Copenhagen, Denmark, 8 May – 10 May 2015. Abstract. *European Journal for palliative Care*, p. 229
- Chikhladze N, Janberidze E, Velijanashvili M, Chkhartishvili N, Jintcharadze M, Verne J, Kordzaia D. Mismatch between physicians and family members views on communications about patients with chronic incurable diseases receiving care in critical and intensive care settings in Georgia: a quantitative observational survey. *BMC Palliative Care*. 2016 Jul 22;15(1):63.
- N.Chikhladze, E.Janberidze, M.Velijanashvili, N.Chkhartishvili, M.Jintcharadze, J.Verne, D.Kordzaia. The need of education in PC and communication skills in Critical and intensive care settings in Georgia. The Seventh International Medical Congress of the Southeast European Medical Forum, Batumi, Georgia 2016; Abstract book, p. 135-6
- Chikhladze N, Malania M, Velijanashvili M, Tsomaia K, Chkhartishvili N, Chabukiani T, Chabukiani N, Kordzaia D. Possibility of applying Grounded Theory, as research method, and Maslow's hierarchy of needs, as coding tool, while implementing mixed (qualitative and quantitative) medical and social studies. *Translational and Clinical Medicine-Georgian Medical Journal*. 2016 Oct 31;1(2):29-31.
- Chikhladze N, Chabukiani T, Chabukiani N, Chkhartishvili N, Jintcharadze M, Gunten C., Verne J, Kordzaia D. Perceptions at the end of life and the attitudes when realizing the limited life expectancy - Comparative analysis of cancer patients and others out of this group (In press).

ლიტერატურის მიმოხილვა

1. სიცოცხლის მიწურულის მედიცინის, ანუ პალიატიური მზრუნველობის თაობაზე

სამოქალაქო საზოგადოების განვითარების ერთ-ერთი მთავარი მიზანი ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სრულყოფილი სისტემის ჩამოყალიბებაა. ასეთი სისტემის გამართულობის ხარისხი, თავის მხრივ, სამოქალაქო საზოგადოების განვითარების ხარისხის შეფასების კრიტერიუმს წარმოადგენს (Gilson L., 2003).

პალიატიური მზრუნველობა არის მულტიპროფილური მზრუნველობა, რომლის ამოცანაა ქრონიკული უკურნებელი სენით დაავადებულ პაციენტთათვის ტკივილისა და პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ასევე, პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრთა სოციალური, ფსიქოლოგიური, სულიერი მხარდაჭერა (Sepúlveda C., et al., 2002).

ტერმინი „პალიატიური მზრუნველობა“ წარმოიშვა ლათინური სიტყვიდან “Pallium”, რაც „საფარველს“ „ნიღაბს“ ნიშნავს და კარგად გამოხატავს პალიატიური მზრუნველობის არსს - შენიღბოს, დაფაროს, შეამსუბუქოს უკურნებელი დაავადებები (www.mywhatever.com/cifwriter/content/22/4472.html).

იმის გათვალისწინებით, რომ პალიატიურ მზრუნველობას ექვემდებარებიან ისეთი პირები, რომელთა დაავადებაც მკურნალობას აღარ ემორჩილება (ინკურაბელური), პალიატიური მზრუნველობა, პრაქტიკულად, წარმოადგენს პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრთა ცხოვრების ხარისხის შესაძლო მაქსიმალური დონის მიღწევის (შენარჩუნების) ერთადერთ გზას (www.who.int/cancer/palliative/definition/en/). ამ გააზრებით, პალიატიური მზრუნველობა შეიძლება აღიარებულ იქნას სიცოცხლის მიწურულის მედიცინად, რომელიც მოწოდებულია უზრუნველყოს ბოლომდე ღირსეული ცხოვრება (Stjernswärd J., et al., 2007).

აღნიშნულის გათვალისწინებით, ნებისმიერი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა სრულყოფილად ვერ ჩაითვლება, თუ მას პრევენციულ, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მდგენელებთან ერთად არ გააჩნია პალიატიური მედიცინის (პალიატიური მზრუნველობის) მდგენელიც (Kordzaia D., 2011).

ამასთანავე, მნიშვნელოვანია, რომ, ისევე როგორც პრევენციული, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო აქტივობები, პალიატიური მზრუნველობაც ხორციელდებოდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრინციპებით და ისეთი მოდელით, რომელიც ყველაზე მეტად შეესაბამება ქვეყნის ტრადიციებსა და ეთნოფსიქოლოგიას. წინააღმდეგ შემთხვევაში, არასწორად დაგეგმილი და განხორციელებული პალიატიური მზრუნველობა ვერ უზუნველყოფს სიცოცხლის მაქსიმალურად შესაძლო ხარისხის მიღწევას (Kordzaia D., et al., 2012).

პალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებს პაციენტები კიბოთი, გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემების ქრონიკული დაავადებებით, შიდაით, დიაბეტით, ასევე ისეთი პათოლოგიებით და მდგომარეობაც, როგორებიცაა თირკმლებისა და ღვიძლის, ქრონიკული ნერვ-კუნთოვანი პათოლოგიები, მედიკამენტებისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზი, გაფანტული სკლეროზი, პარკინსონის დაავადება, რევმატოიდული ართრიტი, ინსულტების შემდგომი მდგომარეობა, დემენცია, თანდაყოლილი ანომალიები და სხვა (Moens K., et al., 2014; Pocock LV., 2016).

პალიატიური მზრუნველობის ერთ-ერთ მთავარ ამოცანას წარმოადგენს ქრონიკული ტკივილის, ერთ-ერთი ყველაზე მტანჯველი სიმპტომის მართვა. აღიარებულია, რომ შორსწასულ ქრონიკულ პროგრესირებად დაავადებებთან ასოცირებული ინტენსიური ტკივილის მართვისთვის აუცილებელია ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენება (Thorns A., et al., 2000; Australia PC., 2005 ; King S., et al., 2011) მდენად, სიცოცხლის მიწურულის მედიცინის - პალიატიური მზრუნველობის - თავისებურებას წარმოადგენს სიმპტომების (მათ შორის -

ტკივილის) გაკონტროლება. მაგრამ ეს პალიატიური მედიცინის სამედიცინო-ბიოლოგიური ასპექტის თავისებურებაა.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, პალიატიური მზრუნველობა, ტკივილისა და მტანჯველი სიმპტომების მართვის გარდა, გულისხმობს პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების წევრთა სოციალურ, ფსიქოლოგიურ და სულიერ მხარდაჭერასაც.

ამდენად, პალიატიური მზრუნველობის ინსტიტუცია - ჰოსპისი - არ წარმოადგენს მხოლოდ გარემოს, სადაც ინკურაბელური პაციენტები იღებენ სამედიცინო დახმარებას. ჰოსპისი - ეს ფილოსოფიაა, რომელიც გულისხმობს პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების მხარდაჭერის მთელ სისტემას სიცოცხლის მიწურულს (Kane R., et al., 1984). ჰოსპისის ფილოსოფიის ფუძემდებლის, სისლი სონდერსის განსაზღვრების მიხედვით, ჰოსპისური მზრუნველობის მთავარი მიზანია : „მისცეს საშუალება პაციენტს სიცოცხლის მიწურულსაც იყოს ის, რასაც წარმოადგენს“ (Strang., 2004).

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

დადასტურებულია, რომ მკურნალობასთან ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობა არა მხოლოდ აუმჯობესებს პაციენტების სიცოცხლის ხარისხს, არამედ ასევე ამცირებს არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციების რიცხვს და ჯანდაცვის სერვისების უყარათო ხარჯვას (Temel JS., et al., 2010; Jox RJ., et al; 2012). შესაბამისად, ჯანდაცვის ეროვნული სისტემები უნდა უზრუნველყოფდეს პალიატიური მზრუნველობის

ჩართვას სამედიცინო მოვლის ყველა ეტაპზე იმ ადამიანებისთვის, რომელთაც აქვთ ქრონიკული და სიცოცხლის შემზღვეველი დაავადებები/მდგომარეობები. ეს მიიღწევა პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების მოაზრებით ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელ ნაწილად - პრევენციის, ადრეული გამოვლენის და მკურნალობის პროგრამებთან ერთად (Meier DE., 2011).

პალიატიური მზრუნველობის მიწოდება უნდა იყოს უნივერსალური: ყველა ადამიანს, რომელსაც ესაჭიროება პალიატიური მზრუნველობა, მიუხედავად ასაკისა, სქესისა, მრსწამსისა, სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობისა (შემოსავლებისა), უნდა ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა ეროვნული პოლიტიკით განსაზღვრულ საბაზისო ჯანდაცვის პაკეტზე, რომელიც აუცილებლად მოიცავს პალიატიურ მზრუნველობასაც. ქვეყნის ფინანსური და სოციალური დაცვის სისტემები უნდა ითვალისწინებდეს პალიატიურ მზრუნველობას, როგორც ადამიანის ბაზისურ უფლებას და უზრუნველყოფდეს მის ხელმისაწვდომობას მოსახლეობის ღარიბი და მარგინალური ჯგუფებისთვის (Rhymes JA., 1996; World Health Organization., 2007).

პალიატიური მზრუნველობა (მის საწყის ეტაპზე) შეიძლება ხორციელდებოდეს ოჯახის (ზოგადი პრაქტიკის) ექიმის ან სხვა სპეციალისტის ექიმების მიერ, რომელთაც ათვისებული აქვთ პალიატიური მზრუნველობის საბაზისო კურსი. გაღრმავებულ პალიატიურ მზრუნველობას კი ახორციელებს მულტიდისციპლინური გუნდი (მედიკოსები, ფსიქოლოგი, სოცმუშაკი, სასულიერო პირი („სულიერი მრჩეველი“) - პალიატიური მზრუნველობის ექიმ-სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. გუნდის წევრებად ითვლებიან ის ოჯახის წევრებიცა და მოხალისეებიც, რომლებიც მონაწილეობენ პაციენტის მოვლაში. იმის გამო, რომ პალიატიური მზრუნველობა აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს და უზრუნველყოფს ბოლომდე ღირსეულ ცხოვრებას, მისი მიწოდება არა-მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ვალდებულებაა, არამედ, უნდა ეთიკურ მოვალეობაც (World Health Organization., 2011).

პალიატიური მზრუნველობის მიწოდების ხარისხს მნიშვნელოვნად განაპირობებს ქვეყანაში არსებული მისი მოდელები და სტანდარტები. რაც უფრო

მოქნილია ისინი და რაც მეტად შეესაბამება ქვეყნის ეთნოფსიქოლოგიას, მით უფრო მაღალია მისი ეფექტიანობა და მით უფრო უზრუნველყოფილია „ბოლომდე ღირსეული ცხოვრება“ (National Consensus Project for Quality Palliative Care., 2004).

უკანასკნელ დრომდე, პალიატიური მზრუნველობის მიწოდების მოდელები შედარებით მცირერიცხოვანი იყო, ხორციელდებოდა სპეციალისტთა გუნდების მიერ და ამასთანავე, იმყოფებოდა დაფინანსების სისტემების უკიდურესად ძლიერი ზეგავლენის ქვეშ (Kelley AS., et al., 1999). ასე, მაგალითად, ბინაზე მზრუნველობა და მოხუცებულთა სახლში ინტერდისციპლინური პალიატიური მზრუნველობა ხელმისაწვდომი იყო მხოლოდ იმ პაციენტებისა და მათი ოჯახებისთვის, რომლებიც ჩართულნი იქნებოდნენ ჰოსპისური მომსახურების პროგრამებში. იმ პაციენტებს, რომლებიც ასეთ პროგრამებში ვერ მოხვდებოდნენ, ჰქონდათ პალიატიური მზრუნველობის ძალიან მცირე არჩევანი და ასევე მწირი სტანდარტი, რომელსაც ახორციელებდნენ ზოგადი სპეციალისტები, სპეციალური მომზადების გარეშე. თუმცა, 2010 წელს პაციენტის დაცვისა და ხელმისაწვდომი მზრუნველობის აქტის (Moy B., et al., 2011) მიღების შემდეგ გარემოებები იცვლება, რადგან ამ უკანასკნელის პირობები ითვალისწინებს ფისკალურ და ორგანიზაციულ წახალისებებს იმისათვის, რომ პალიატიური მზრუნველობა განხორციელებული იყოს ყველასთვის, ვისაც სჭირდება და როგორც ბინაზე, ასევე სტაციონარში. ეს ხელს უწყობს, ერთი მხრივ, ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის მოდელების განვითარებას, ხოლო მეორე მხრივ მისი სტანდარტების დახვეწას. ამის დადასტურებაა პალიატიური მზრუნველობის მიწოდების პირველადი, მეორადი და მესამეული მოდელების იმპლემენტაცია (Weissman DE., et al., 2011).

პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის თანამედროვე სისტემის განვითარება დაიწყო 2000 წლიდან. დღემდე, პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაციის აქტიური თანამშრომლობით სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, საერთაშორისო ორგანიზაციებთან და

ექსპერტებთან შეიქმნა პალიატიური მზრუნველობის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელი ნაწილის, განვითარების საფუძვლები: გამოიცა სახელმძღვანელოები ექიმებისა და სამედიცინო სპეციალობის სტუდენტებისათვის (Gvamichava R., et al 2015) უნივერსიტეტებში ამოქმედდა პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო პროგრამები ([www. http://www.palliativecare.org.ge](http://www.palliativecare.org.ge)), შეტანილი იქნა ცვლილებები პალიატიური მზრუნველობისა და წამლის ხელმისაწვდომობის მარეგულირებელ საკანონმდებლო-ნორმატიულ ბაზაში: 2007 წლის 8 აპრილს, საქართველოს პარლამენტმა მიიღო ცვლილებები საქართველოს 4 კანონში, რომლის ვთანახმდაც პალიატიური მზრუნველობა აღიარებულ იქნა როგორც უწყვეტი სამედიცინო დახმარების განუყოფელი ნაწილი, ხოლო მის განვითარების ხელშეწყობა აღიარებულ იქნა სახელმწიფოს მოვალეობად (<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/21154>); 2008 წლის 10 ივლისს, საქართველოს შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცდა „პალიატიური მზრუნველობის ინსტრუქცია ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტებისათვის“, რომელიც მომზადდა განახლებული კანონმდებლობის შესაბამისად და შექმნა სტანდარტი სიმპტომთა კონტროლისა და ტკივილის დაყუჩებისათვის ([wwwhttp://matsne.gov.ge/ka/document/view/78646](http://matsne.gov.ge/ka/document/view/78646));

შემუშავდა და დამტკიცდა ტკივილის მართვის ეროვნული გაიდლაინი (მოწინიძე ფ; 2012); ამოქმედდა პალიატიური მზრუნველობის სერვისები, როგორც სტაციონარში, ისე ბინაზე; სან დიგოს პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტში მომზადდა 2 საერთაშორისო ექსპერტი პალიატიურ მზრუნველობაში; პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული ასოციაციის, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის აკადემიური პერსონალისა და საერთაშორისო ექსპერტების მონაწილეობით შეიქმნა სტრატეგიული დოკუმენტი „პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული პროგრამა (სამოქმედო გეგმა 2011- 2015 წწ.)“ (Kordzaia D, Dalakishvili S., et al., 2010).

ყოველივე აღნიშნულის შედეგად, საექსპერტო შეფასებით, ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების განვითარების ხარისხის მსოფლიო კლასიფიკატორის ოთხსაფეხურიან იერარქიაში საქართველო მესამე საფეხურზე განთავსდა (Alliance, Worldwide Palliative., 2011; Lynch T., et al., 2013).

მაგრამ, ჩამოთვლილი მიღწევების მიუხედავად, საქართველოში პალიატიური მზრუნველობა ჯერ-ჯერობით ვერ იქცა ქვეყნის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის ორგანულ ნაწილად. არათანმიმდევრულია მისი პროგრამების დაფინანსება და, შესაბამისად, ქვეყნის დაფარვა ამ სერვისით (კორძია დ. 2010) დასახვეწია და გასაფართოებელია პალიატიური მზრუნველობის საბაზისო სტანდარტი; (ღვამიჩავ რ. 2013) ინიცირების სტადიაშია ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობის პროგრამა და არ არსებობს გერიატრიული პალიატიური მზრუნველობა. ეს ყოველივე კი, განსაკუთრებით პრობლემურია იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოში ყოველწლიურად იზრდება კიბოს ახალ შემთხვევათა გამოვლენის სიხშირე, ხოლო ქვეყნის მოსახლეობის 25%-ს მოხუცები შეადგენენ (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo

ამდენად, სახეზეა დისპროპორცია პალიატიური მზრუნველობის ბენეფიციართა რაოდენობასა და პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების შესაძლებლობებს შორის.(ღვამიჩავა რ, შავდია მ. 2010)

მოსახლეობის დაბერება.

უკანასკნელ ათწლეულში აღინიშნება ევროპულ ოჯახში შემავალი სოციუმების დაბერების მკვეთრი ტენდენცია: 65 წლის და მეტი ასაკის მქონე ადამიანების რიცხვი WHO -ს ევროპული ოფისის მონაცემებით სარწმუნოდ მატულობს. აღნიშნული ასაკის ადამიანები შედგენენ ევროკავშირში შემავალი ქვეყანათა უმრავლესობის მოსახლეობის 15 %-ს. ვარაუდობენ რომ 2050 წლითვის ევროპული ქვეყნის

პოპლაციის 1/4 იქნება 65 წლის და მეტი ასაკის, ხოლო ესპანეთსა და იტალიაში კი - მოსახლეობის 1/3 (World Health Organization., 2011).

ასევე ნავარაუდებია, რომ მკვეთრად გაიზრდება 85 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის რიცხვიც, რაც პროპორციულად გამოიწვევს ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების მქონე პირთა მატებას (Lipman AG., 2012).

შესაბამისად, ჯანდაცვის სისტემები უნდა ითვალისწინებდეს და უზრუნველყოფდეს იმ ადამიანების სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას, რომლებმაც მიაღწიეს სიბერის ასაკს. ასევე უნდა ქმნიდეს პირობებს ამ ადამიანების ღირსეული სიბერისა და სიკვდილისათვის. ყველა ადამიანს აქვს უფლება მიიღოს მაღალი ხარისხის მზრუნველობა სერიოზული დაავადების დროს, ქონდეს დაძლეული ტკივილი და დაკმაყოფილებული რელიგიური და სულიერი მოთხოვნილებები, რათა ღირსეულად შეეგებოს სიკვდილს (Davies E., et al., 2004).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის განვითარება მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს ევროპული ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებისთვის (Addington-Hall J., et al., 1998). მართალია, ეს პრობლემა უდგას მსოფლიოს ქვეყნების უმრავლესობას, მაგრამ უფრო განვითარებული და ფინანსურად უფრო ძლიერი ევროპული სახელმწიფოები, ისევე როგორც ამერიკის შეერთებული შტატები, უფრო ინტენსიურად ცდილობენ ამ პრობლემის მოგვარებას (Clark D., 2007; Lynch T., et al., 2010; Lynch T., et al.; 2013).

საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემებით საქართველოშიც ისევე როგორც დანარჩენ მსოფლიოში აღინიშნება მოსახლეობის დაბერების ტენდენცია. 2007 წლის მონაცემებით საქართველოში მოხუცთა რაოდენობა 19,6% - ს შეადგენდა, ნავარაუდევია რომ 2050 წელს ეს მაჩვენებელი 30 %-ს მიუახლოვდება. საგანგაშოა ის ფაქტი, რომ 1990 წლიდან მოყოლებული - დღემდე, აღინიშნება მოსახლეობის საერთო რაოდენობის შემცირება. 1990 წელს ფიქსირდებოდა 5 424, 4 ათასი მოსახლე, 2007 წელს შეადგენდა 4 394, 7 ათასს. 2050 წლისთვის მოსალოდნელია მოსახლეობის საერთო რაოდენობის კიდევ უფრო

შემცირდება და ის გახდება 3 164,2 ათასი ადამიანი (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური). http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo).

1980-იან წლებში საქართველოში ყოველწლიურად საშუალოდ 94 ათასი ბავშვი იბადებოდა, ამჟამად ახალშობილთა რაოდენობა თითქმის განახევრდა. შობადობა ნაკლებია, ვიდრე საჭიროა მშობელთა თაობის ადეკვატური ჩანაცვლებისათვის. ამასთანავე, გაძლიერებულია გარე მიგრაციული პროცესებიც: უკანასკნელ წლებში ქვეყანა მილიონამდე ადამიანმა დატოვა. ყოველივე ამის შედეგად მოსახლეობაში მცირდება ახალგაზრდა ასაკობრივი ჯგუფის წილი და იზრდება 60 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობის წილი; ე.ი მოსახლეობა დემოგრაფიულად ბერდება. (არასამთავრობო ორგანიზაცია „ჯანმრთელი სამყარო“, 2010)

დაბერების პარალელურად, მთელს მსოფლიოში მატულობს სიბერესთან ასოცირებული ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების და მდგომარეობის სიხშირეც. რიგ შემთხვევაში მოხუცებს აღენიშნებათ არაერთი ქრონიკული ინკურაბელური დაავადება ერთდროულად. სიცოცხლის უკანასკნელ წლებში ისინი იტანჯებიან ისეთი გაუკონტროლებელი სიმპტომებით, როგორცაა ტკივილი, უძილობა, დეპრესია, ყაზობა, მენტალური პრობლემები, შრდვისა და დეფეკაციის კონტროლის პრობლემა (Currow DC., et al., 2009). 85 წლის და მეტი ასაკის ადამიანების ¼ აღენიშნება დემენცია (Ferri CP., et al., 2005).

ამასთანავე, მოხუცები ხშირად იტანჯებიან შეგრძნებით, რომ ისინი საზოგადოებისთვის აღარ არიან საჭირონი, რომ ახლობლები და საერთოდ, საზოგადოება მათ თვლის ზედმეტად, რომ მიტოვებული ყავთ უყურადღებოდ და არ უწყვენ საჭირო მზრუნველობას, მათ შორის პალიატიურ მზრუნველობას (Charmaz K., 1983; Davies E., et al., 2004) ეს იწვევს დეპრესიას, ეგზისტენციურ პრობლემებს, რაც დაკავშირებულია სიცოცხლის არსის წვდომასთან და სხვა ფსიქოემოციურ საკითხებთან (Detering KM., et al., 2010).

სწორედ ამიტომ, მოხუცთა უზრუნველყოფა მაღალი ხარისხის პალიატიური მზრუნველობით ძალზე მნიშვნელოვანია, რათა მოხდეს მათი საჭიროებებისა და

მოთხოვნილებების კომპლექსური დაკმაყოფილება. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ პალიატიური მზრუნველობა, საჭიროების შემთხვევაში, დაწყებულ უნდა იქნას დაავადების მიმდინარეობის თუნდაც ადრეულ ეტაპზე და არა უშუალოდ სიკვდილის წინ (Finucane TE., 1999).

მოხუცთა მოთხოვნილებებისა და საჭიროებების კომპლექსურობიდან გამომდინარე, ხშირად აუცილებელი ხდება სხვადასხვა დარგის (ოჯახის ექიმი, ექიმი გერიატრი, პალიატიური მზრუნველობის ექიმი, სოცმუშაკი, ფსიქოლოგი, სასულიერო პირი) წარმომადგენელთა კოორდინირებული მუშაობა. ამ მიზნით რეკომენდებულია:

- ოჯახის ექიმებისა და პალიატიური მზრუნველობის ექიმებისთვის ტრენინგების ჩატარება - მათთვის უშუალოდ ასაკთან დაკავშირებული სიმპტომებისა და სინდრომების გაცნობისათვის;
- მედიკოსთა ცოდნის გაღრმავება გერიატრიულ ფარმაკოკინეტიკაში ტკივილის მართვის ადეკვატურად განხორციელებისათვის;
- ამბულატორიულად მომუშავე მედ-პერსონალის გადამზადება - ბინზე პალიატიური მზრუნველობის ხარისხის გაუმჯობესებისათვის;
- ჰოლისტური მიდგომის გამოყენება, რათა შეუმჩნეველი არ დარჩეს არცერთი პრობლემა, რომელსაც შეუძლია სიცოცხლის ხარისხის გაუარესება;
- გერიატრიაში მომუშავე ექიმების გადამზადება პალიატიურ მზრუნველობაში;
- პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტების საჭირო რაოდენობით მომზადება, რათა უზრუნველყოფილ იქნას გრძელვადიანი და ეფექტური მზრუნველობა, არა მხოლოდ სტაციონარში, არამედ ბინაზეც (Finucane TE., 1999).

ამ დროისათვის -ის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის სერვისების გაუმჯობესება. 2007 წელს პალიატიური მზრუნველობის ევროპის ასოციაციასთან (EAPC) შეიქმნა გერიატრიული პალიატიური მედიცინის ფოკუს-ჯგუფი, რომლის მიზანსაც წარმოადგენს მოხუცთა

პალიატიური მზრუნველობის გაუმჯობესება. შედეგად, პალიატიური მზრუნველობა შეტანილ იქნა ევროპის ქვეყნების გერიატრიის კურიკულუმებში (Geriatric Medicine Section, European Union of Medical Specialists., 1999).

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, საქართველოში, სადაც ხანდაზმული პირები წარმოადგენენ ქრონიკული და ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი კონტინგენტის 65-70%-ს (სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo) და ხანდაზმულთა მიმართ მზრუნველობა ტრადიციულად მიჩნეულია საზოგადოების ვალდებულებად, ოჯახის, და მთლიანად ერის, ღირსების საქმედ, მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის სისტემის შექმნა, ფრიად საშური საქმეა.

საერთაშორისო გამოცდილება ადასტურებს, რომ ხანდაზმულთა პალიატიურ მზრუნველობის მეცნიერულად დასაბუთებული ეროვნული მოდელის შემუშავება დამოკიდებულია მთელ რიგ დემოგრაფიულ, სოციალურ და ჯანდაცვით რეალობებზე, მათ შორის ისეთებზე, როგორცაა ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის განაწილება ქვეყნის რეგიონების მიხედვით, დაავადებათა სტრუქტურა, ეკონომიკური მდგომარეობა და სოციალური უზრუნველყოფა, სამედიცინო დახმარებით (სადაზღვევო და მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამები) და სამართლებრივი (იურიდიული) მომსახურებით უზრუნველყოფა, სულიერი მოთხოვნების დაკმაყოფილება (Gómez-Batiste X., et al., 2012).

შესაბამისად, სულ უფრო მეტად ხდება იმის გაცნობიერება, რომ მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის კონცეპტუალური ჩარჩო უნდა მოიცავდეს მიმართულებათა კომპლექსს (Hall S., et al., 2011).

პალიატიური მზრუნველობა მოხუცებისთვის არ უნდა იქნას განხილული როგორც მხოლოდ სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე მზრუნველობის სინონიმი. ის უნდა განიხილებოდეს (ხორციელდებოდეს) როგორც მზრუნველობა, რომელიც ამცირებს მოხუცებულთა ასაკთან ასოცირებული დაავადებებით გამოწვეული ფიზიკური და ემოციური ტანჯვის ტვირთს და ხორციელდება დაბერების მთელი პროცესის

მანძილზე, მიუხედავად იმისა, ახლოსაა თუ არა გარდაცვალება. ამ მიდგომით, სიცოცხლის ბოლო ეტაპის მზრუნველობა (ჰოსპისში თუ ბინაზე) წარმოადგენს დროში გახანგრძლივებული პალიატიური მზრუნველობის კონტინიუმის მხოლოდ დასკვნით ნაწილს. (Gade G., et al., 2008). აღიარებულია, რომ ხანდაზმულთა პალიატიურ მზრუნველობის მოდელის შემუშავებისას, გასათვალისწინებელი უნდა იყოს თავად ხანდაზმული მოსახლეობის არა მხოლოდ საჭიროებები და მოთხოვნილებები (მათ შორის, ურთიერთობის), არამედ, მათი დაკმაყოფილების აღქმაც, განსაკუთრებით სიცოცხლის მიწურულს (Heyland DK., et al., 2006; Kordzaia D., et al., 2012). მიჩნეულია, რომ მოთხოვნილებები და აღქმები მნიშვნელოვანწილად განისაზღვრება დარჩენილი სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გაცნობიერებით (Zweibel NR., et al., 1989; Brumley RD., et al., 2003; Jeon HW., et al., 2015).

ამდენად, სიცოცხლის მიწურულის მოთხოვნილებების, აღქმებისა და დამოკიდებულებების კვლევა, უნდა განვიხილოთ, როგორც პალიატიური მზრუნველობის მოდელის შემუშავებისათვის აუცილებელი წინაპირობა.

2. პალიატიური მზრუნველობის პროგრამებში მასლოუს ჰუმანისტური ფსიქოლოგიის პრინციპების გამოყენების შესაძლებლობის თაობაზე

მიუხედავად მსოფლიოში დაგროვილი პალიატიური მზრუნველობის სხვადასხვა მოდელისა და სტანდარტის ანალიზის დიდი გამოცდილებისა, ვერ ხერხდება ისეთი უნიფიკაციური მიდგომის (თეორიის) გამოყოფა, რომელიც სტანდარტულად იქნებოდა გამოყენებული პაციენტთა მოთხოვნილებების შეფასებისათვის, რასაც დაეფუძნებოდა პალიატიური მზრუნველობის ფსიქოლოგიური ასპექტების დაგეგმვა (შესაბამისი ინტერვენციების დიზაინი) პაციენტთათვის და მათი ოჯახის წევრებისთვის, და ასევე, მათი განხორციელების შეფასება.

უკანასკნელ ხანს აღინიშნა პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტთა დაინტერესება აბრაამ მასლოუს ჰუმანისტური ფსიქოლოგიით (იხ.ქვემოთ),

განსაკუთრებით კი მისი მოტივაციის თეორიითა და საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქიით, რამაც, სხვათა შორის, ფართო გამოყენება ჰპოვა სხვადასხვა სამეცნიერო სფეროში, ბიზნესსა და სოციოლოგიაში(Tischler L., 1999; Lindner JR., 2008).

ჯანდაცვის სფეროში, საშუალო სამედიცინო პერსონალის საქმიანობა (საექთნო საქმე) იყო ერთ-ერთი პიონერი, რომელმაც გაიზიარა მასლოუს იდეები ზრუნვის დაგეგმვის, განსაზღვრისა და პაციენტთა შფოთვების აღიარების საკითხში (Reitman NC., 2010 ; Abraham S., 2011).

თავისი ცნობილი ნაშრომის „მოტივაცია და პიროვნება“ მესამე გამოცემაში თავად მასლოუ გვთავაზობს მკურნალობის კონცეპტუალიზაციის გზას მძიმე დაავადების ქონის პირობებში. მასლოუს მოსაზრებით, პიროვნება, რომელსაც შეუძლია დააკმაყოფილოს მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა პირამიდის სხვადასხვა დონეებზე აღნიშნული პუნქტების გარკვეული ნაწილი, შეიძლება ჩაითვალოს „განკურნებულად“ მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს ტერმინალური ავადმყოფობის სამკურნალო საშუალება (Maslow AH., 1943).

აღწერილია მასლოუს იერარქიის ადაპტირების მცდელობა პაციენტისათვის პალიატიურ მზრუნველობის ალგორითმის შერჩევის დროს და გაანალიზებულია ამ მცდელობის შედეგები, რომლებიც შეფასებულია როგორც წარმატებული (Zalenski RJ.,et al., 2006).

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

პალიატიური მზრუნველობა ამას ახერხებს (ანხორციელებს) პაციენტის სხვადასხვა დონის მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა თანმიმდევრული დაკმაყოფილებით შესაძლებლობის ფარგლებში: დაავადების მტანჯველი სიმპტომების მოხსნით და ძირითადი ფიზიოლოგიური ფუნქციების შესრულების უზრუნველყოფით, ტკივილის

ტოტალური ხასიათის - ფიზიკური, სოციალური, ემოციური და სულიერი - გააზრებით (აღიარებით) და მართვით, აქტიური კომუნიკაციით, სიკვდილის დეტაბუირებით, სულიერი და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერით.

სწორედ აღნიშნულით არის განპირობებული პალიატიური მზრუნველობის მულტიპროფილური და მულტიდისციპლინური ხასიათი და მისი გუნდური განხორციელება (Lynch M., et al., 2002; Ventegodt S., et al., 2003; Herbst L., 2004;).

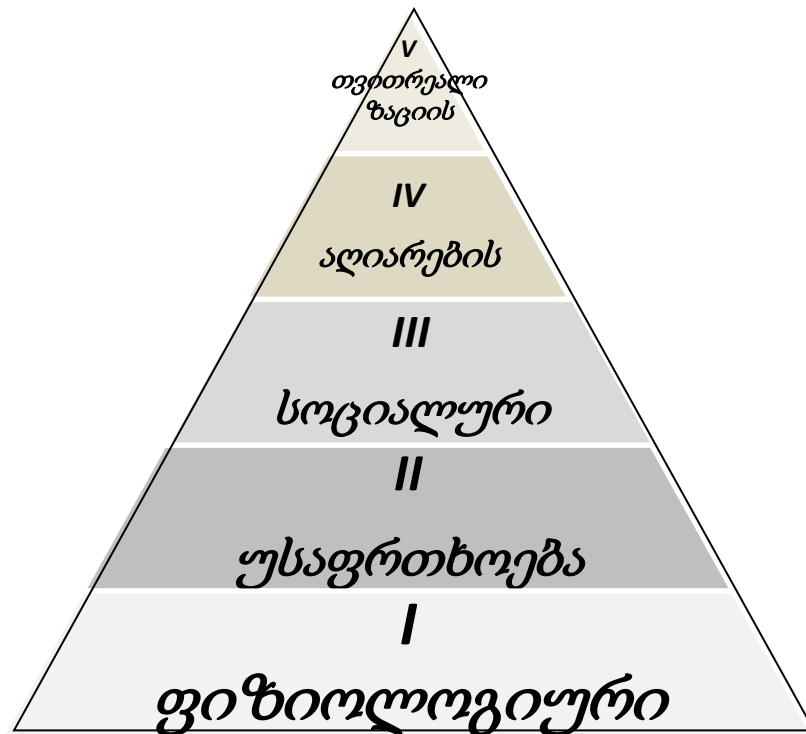
სამწუხაროდ, პაციენტთა ხასიათის, განსწავლულობის დონის, რწმენისა და სამყაროსადმი დამოკიდებულებების მკვეთრად გამოხატული ინდივიდურობის გამო, არ არსებობს სტანდარტული სქემა, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელი იქნება სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე თითოეული პაციენტებისათვის ისეთი პირობების შექმნა, რომელიც მათ დაეხმარება თვითაქტუალიზაციასა და ტრანსცენდენტულობაში (Zalenski R.J., et al., 2006). თითოეული პაციენტი - ეს დამოუკიდებელი, ორიგინალური სამყაროა, და მას ნიუანსებში წვდომა დიდ ხელოვნებას მოითხოვს (Pitceathly C., et al., 2003).

***აბრაამ მასლოუ** მე-20 საუკუნის ერთ-ერთი გამოჩენილი ამერიკელი ფსიქოლოგია, მისი თავდაპირველი ფსიქოლოგიური ორიენტაცია ბიჰევიორისტული იყო, თუმცა შემდგომში მან თავისი დამოკიდებულება შეცვალა და სიცოცხლის ბოლომდე თვითაქტუალიზებული პიროვნების კვლევით იყო დაინტერესებული (Maslow A.H., 1962). მასლოუს მტკიცებით ადამიანების ფუნდამენტური სურვილები, მიუხედავად მათი მრავალფეროვნებისა, ერთგვარია. მასლოუს თეორია მიესადაგება ყველას განურჩევლად ასაკისა, სქესისა, ეთნიკურობისა და სოციალური მდგომარეობისა. მის თეორიას ამ მხრივ საზღვრები არ აქვს. ზემოთ აღნიშნული მოსაზრება დაფუძნებულია ძველ დასავლურ სოკრატემდელ ფილოსოფიაზე, რომელიც დღემდე გრძედება და არ კარგავს აქტუალობას (Parry A., et al., 1994).*

მასლოუს თავის თეორიაში დაასაბუთა, რომ ადამიანების მოტივაცია პრინციპულად განისაზღვრება მათი საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქიულობით. მისი აზრით ადამიანის მოთხოვნილებების იერარქიაში

შესაძლებელია 5 საფეხურის (დონის) გამოყოფა. აქედან 2 საფეხური საბაზისოა (I. „ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები“ და II. „უსაფრთხოების მოთხოვნილება“), ხოლო 3 ზედნაშენი (III. „სოციალური კავშირის [სიყვარულის, მეგობრობის] მოთხოვნილებები“; IV. „პატივისცემისა და აღიარების მოთხოვნილება“ და ბოლო V. „თვითრეალიზაციის, ტრანსცენდენტურობის მოთხოვნილება“). ბოლო სამი საფეხური უშუალოდ უკავშირდება ადამიანის სულიერ სამყაროს და ამ მოთხოვნილებათა, განსაკუთრებით კი ბოლო, V დონის მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილების შემთხვევაში, ადამიანს ახდენს სრული პიროვნული პოტენციალის წარმოჩენას. (Maslow AH., 1970; McLeod S., 2007).

მასლოუმ თავისი აღმოჩენილი საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქია წარმოადგინა პირამიდის სახით, რომელიც დღეს „მასლოუს პირამიდის სახელწოდებითაა ცნობილი (Poston B., 2009).



თვითრეალიზაცია გულისხმობს პიროვნული ზრდას და ამ პროცესის თანმხლები აღმოჩენების კეთების აუცილებლობას (Elkins DN., et al., 1988).

მასლოუსათვის პიროვნება მუდმივად "ყალიბდება" და „სრულყოფილდება“ (არასოდეს რჩება სტატიკური) და „მიდის“ ცხოვრების აზრის პოვნამდე. მაგრამ, იმდენად, რამდენადაც თითოეული ადამიანი უნიკალურია, თვითრეალიზაციის მოტივაციას სხვადასხვა მიმართულებით მივყავართ (Kenrick, D., et al., 2010).

ზოგიერთისათვის თვითრეალიზაციის მიიღწევა შესაძლებელია მხატვრული, ან ლიტერატურული ნაწარმოებების შექმნით, სხვებისათვის სპორტის მეშვეობით, ზოგისთვის სალექციო აუდიტორიაში, ან კორპორაციული გარემოს ფარგლებში (Simons JA., et al., 1987).

მასლოუ (Maslow AH., 1970.) მიიჩნევდა, რომ თვითრეალიზაცია შეიძლება გაიზომოს პიკური განცდებით. განცდის პიკი ვითარდება მაშინ, როდესაც ადამიანი განიცდის სამყაროს კანონზომიერების (საიდუმლოს) წვდომას, რასაც თან ახლავს ეიფორიის, სიხარულისა და გაკვირვების განცდები. (Mathes EW., 1981) და ეს დამოუკიდებლად იმისაგან, თუ რამდენად ჭეშმარიტია მისი მიგნება. წინა მიგნებით გაწბილება, ახალი ძიებისა და მიგნების, ანუ თვითრეალიზაციის გზაზე გადადგმული ახალი ნაბიჯების წინაპირობაა:

„ჩავეწვდი, მაინც ვარ დაცილებული,
 მკვეთრად მოითხოვს ჩემს განრიდებას,
 ასჯერ მივუგენ ჭეშმარიტებას
 მაგრამ ასჯერ ვარ გაწბილებული!“ (ირ. აბაშიძე., 1989).

ამდენად, თვითრეალიზაცია არის ჩამოყალიბების უწყვეტი პროცესი, და არა სრულყოფილი მდგომარეობის მომენტი, რომელსაც პიროვნებამ შეიძლება მიაღწიოს და რომლის შემდეგაც „დიდხანს და ბედნიერად ცხოვრობენ“, (Hoffman, E., 1988).

მიუხედავად იმისა, რომ თეორიულად თითოეულ ადამიანს აქვს თვითრეალიზაციის პოტენციალი, ბევრი მათგანი მხოლოდ შეზღუდული ხარისხით, ან საერთოდ ვერ აღწევს მას. მასლოუს (Maslow AH., 1962.) აზრით, თვითრეალიზებას ადამიანთა მხოლოდ 2-4 პროცენტი აღწევს. ის განსაკუთრებით იკვლევდა იმ ადამიანების თვისებებს, ვინც მისი მოსაზრებით მიაღწია საკუთარი პოტენციალის

რეალიზებას (Maslow, A H., 1970). მასლოუს თეორიის მიხედვით იერარქიის მაღალ საფეხურზე განთავსებულ მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება შესაძლებელია მხოლოდ მას შემდეგ, რაც თუნდაც ნაწილობრივ დაკმაყოფილებულ იქნება წინა (ქვედა) საფეხურის მოთხოვნილებები. ასე, მაგალითად, უსაფრთხოების დაცვის და წესრიგის მოთხოვნილებები ჩნდება მას შემდეგ, რაც დაკმაყოფილებულია ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებათა არა ნაკლებ 85%. სოციალური მოთხოვნილებები (მეგობრობის, პატივისცემის, აღიარების, სიყვარულის) ჩნდება იმ შემთხვევაში, როდესაც დაკმაყოფილებულია უსაფრთხოების მოთხოვნილების 70%. იმისათვის, რომ ადამიანს გაუჩნდეს პატივისცემისა და აღიარების მოთხოვნილება, რომელიც თავის თავში გულისხმობს განსაზღვრულ სათანადო სოციალურ სტატუსამდე და დამოუკიდებელ ქმედებებამდე მიღწევას, სოციალური მოთხოვნილებები 70%-მდე უნდა ჰქონდეს დაკმაყოფილებული. თავმოყვარეობის 60%-ის დაკმაყოფილებისას, ადამიანში ჩნდება თვითაქტუალიზაციის, თვითგამოხატვის, საკუთარი შემოქმედებითი პოტენციალის რეალიზაციის მოთხოვნილება. ამ უკანასკნელი მოთხოვნილების დაკმაყოფილება ყველაზე ძნელია, მაგრამ თვითრეალიზაციის 40%-ის მიღწევისას ადამიანი უკვე ბედნიერად გრძნობს თავს. თუმცა ამ დონეს, დედამიწის მოსახლეობის მხოლოდ 2-4% თუ აღწევს.

ტერმინები „პალიატიური“ („პალიუმ“ - ნიღაბი, საფარველი) და ჰოსპისი - (მისაღები, სასტუმრო) მიუთითებს იმაზე, რომ პალიატიური მზრუნველობის პირველად არსს წარმოადგენს პაციენტათვის უსაფრთხოების, დაცულობის და ბაზისური მოთხოვნილებების უზრუნველყოფა, რაც მასლოუს პირამიდის პირველ ორ დონეს შეესაბამება.

პალიატიური მზრუნველობის ერთ-ერთ ძირითად მიზანს წარმოადგენს ტკივილის გაყუჩება, რაც შეესაბამება მასლოუს პირამიდის პირველ, ზოგიერთი მკვლევარის მიხედვით კი - 1-ელ და მე-2 დონეებს (Lickiss JN., 2001). განუწყვეტელი ტკივილი და მისით აღძრული შიშები, გადაადგილების შეზღუდვა, უმადობა, უძილობა, ალგუნებადობა, პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის მათთვის სოციალური

მოთხოვნილებების (სიყვარულის, ოჯახური სითბოს, მეგობრებთან ურთიერთობების და მისთ.) აქტუალიზაციას (Zalenski R.J., et al., 2006). ასეთ პაციენტებს ხშირად გააჩნიათ ეჭვი, თუ რამდენად არიან ისინი კვლავაც სასურველი მათი ახლობლებისა თუ მეგობრებისთვის. ეს მიუთითებს, რომ მასლოუს მოთხოვნილებათა იერარქიის ზემო დონეების დაკმაყოფილება ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც ბაზისური დონის მოთხოვნილებებისა. მეტიც, როდესაც დგება ეტაპი, როცა ადამიანი ვეღარ იღებს საჭმელს, შეზღუდული აქვს მოძრაობის (გადაადგილების) უნარი, მისთვის, შესაძლოა, უკვე აღარც იყოს ბაზისური მოთხოვნილებები პრინციპულად მნიშვნელოვანი (Zalenski R.J., et al., 2006). მაგრამ, ასეთ დროს, შეიძლება აქტუალურობას ინარჩუნებდეს სიყვარულის და/ან იმის შეგრძნების მოთხოვნილება, რომ მათი წასვლის გამო ახლობლებს გული წყდებათ. ესაა სიცოცხლის მიწურულის ტრაგედიისა და ტრანსცენდენტულობის ერთგვარი ჰოლიზმი (Bickerstaff K.A., et al., 2003).

ამ თვალსაზრისით, პალიატიურ მზრუნველობას დაქვემდებარებული პაციენტები, რომლებიც თითქოს ეწინააღმდეგებიან აბრაამ მასლოუს მოთხოვნილებათა იერარქიის პრინციპებს, თავისებურ გამონაკლისს და მნიშვნელოვანი კვლევის ობიექტებს წარმოადგენენ (Mate-Mendez J., 2013).

ამასთანავე, სიმპტომების ადეკვატურ კონტროლს, ტკივილის შემსუბუქებას, შიშის გაქარვებას, საუბრით გამხნეება, ახლობელთა გარემოში სიყვარულისა და თანაგრძნობის გამოხატვას, ერთიანობის და დაფასების გამოვლენას შეუძლია მოახდინოს პაციენტის ინსპირირება: განიცადონ გარშემომყოფებთან ღრმა კავშირისა და ცხოვრების ძირითადი არსის მიღწევის გრძნობა.

2006 წელს პალიატიური მედიცინის ჟურნალში ლორელ ჰ. ჰერბსტის მიერ გამოქვეყნებული სტატიის თანახმად, სან დიეგოს ჰოსპისში ხორციელდება ზალენსკისა და რასპას მიერ აღწერილი მიდგომის რეალიზაცია. სან-დიეგოს ჰოსპისი და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი მასლოუს იერარქიას იყენებს ზრუნვის პროცესის დაგეგმვაში, დოკუმენტაციის წარმოებისას, უშუალოდ მზრუნველობის

პროცესში წამოჭრილი პრობლემების გადაჭრისას, ასევე ყველა პაციენტისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის ზრუნვის ფარგლების ახსნისათვის (Herbst L., 2006).

მასლოუს იერარქიის გამოყენებისთანავე, ცხადი გახდა, რომ ფიზიკური სიმპტომების კონტროლი, მხოლოდ პირველი ეტაპია. ამჟამად ყველა ინტერდისციპლინური შეხვედრა და დოკუმენტაცია პაციენტის საჭიროებებს განიხილავს იერარქიული პრინციპით, რომელიც მოიცავს როგორც ფიზიკურ, ისე სულიერ მოთხოვნილებებს, მათ შორის, ეგზისტენციურ საკითხებსაც (Herbst L., 2006).

ადამიანის ქცევა დამოკიდებულია და ყალიბდება დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილებების საფუძველზე. ის ყოველთვის მოტივაციითაა განპირობებული; მას ასევე განისაზღვრას სიტუაციური, კულტურული, ბიოლოგიური (ასაკი) თავისებურებები, მაგალითად, მოხუცებულობა, განსაკუთრებით მაშინ, თუ მას თან ერთვის ავადმყოფობა. ამ დროს მოთხოვნილებათა რიცხვი მატულობს და ქცევაც, შესაბამისად რთულდება, და პირიქით, ქცევა „ჩვეულებრივი“ ხდება, თუკი ხერხდება ამ მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილება. „დაკმაყოფილებელი მოთხოვნილება - მოთხოვნილება აღარაა“ (Thielke S., et al., 2012).

მოხუცებზე მზრუნველობის გაუმჯობესების მიზნით, უნგრეთში, წმინდა მარგარეტის ჰოსპიტალში განხორციელდა გერიატრიულ პაციენტთა საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა კვლევა (Majercsik E., 2005). შესწავლილ იყო, რა სიხშირით თავსდებოდა ესა თუ ის მოთხოვნილება მასლოუს იერარქიებზე და რომელი მოთხოვნილება იყო უპირატესი. აღნიშნული მოთხოვნილებები, რომელიც აღირიცხებოდა სპეციალური კითხვარით, ნაწილდებოდა მასლოუს პირამიდის შესაბამის საფეხურებზე. კვლევის საფუძველზე მიღებული შედეგები, ერთი შეხედვით, ეწინააღმდეგებოდა მასლოუს მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა იერარქიის პრინციპებს, რომლის მიხედვითაც ქვედა დონეების მოთხოვნილებები უნდა სჭარბობდეს ზედა დონეების მოთხოვნილებებს (მასლოუს თეორიის მიხედვით, შეუძლებელია წარმოიშვას იერარქიულად ზემდგომი მოთხოვნილება, თუკი იერარქიულად ქვემოთ მდგომი მოთხოვნილება დაკმაყოფილებული არაა).

მოთხოვნილებათა შორის პირველ ადგილზე აღმოჩნდა თვითაქტუალიზაცია-ტრანსცენდენტულობის მოთხოვნილება, რომელიც მასლოუს თეორიის შესაბამისად, თითქოს უნდა ყოფილიყო უკანასკნელი, ანუ მეხუთე დონის მოთხოვნილება და რომლის რეალიზაციასაც ადამიანების მხოლოდ ძალზედ მცირე ნაწილი ახდენს (Majercsik E., 2005). კვლევის შედეგების ინტერპრეტაციისას გასათვალისწინებელია, რომ კვლევაში მონაწილე პირები, შესაძლოა ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებსა და საჭიროებებს არ აღიქვამენ რეალურად, რადგანაც ცივილურ სამყაროში აღნიშნული საჭიროებათა დეფიციტი მინიმალურია, ან არ არებობს. ამასთანავე, ავტორის აზრით, მოხუცები აღიქვვენ დარჩენილი სიცოცხლის ლიმიტურობას და შესაბამისად საკუთარი შესაძლებლობების რეალიზაციის სიმწირეს, ამტომ აღნიშნებათ მომატებული მოთხოვნილება თვითაქტუალიზაცია-ტრანსცენდენტულობის მიმართ. ამ მოთხოვნილების ერთგვარ გაგრძელებას წარმოადგენს მოხუცებში პატივისცემის გაზრდილი მოთხოვნილებაც.

3. კომუნიკაციის პრობლემები სამედიცინო პერსონალს, პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს შორის

იმ პაციენტთ დიდი ნაწილი, რომელთაც აქვს ქონიკული ინკურაბელური დაავადებები, სიცოცხლის ბოლო წელს ხშირად ხვდებიან ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში. სმიტის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით 65 წელს გადაცილებული ამ კონტიგენტის პაციენტების 75 % სიცოცხლის ბოლო 6 თვის მანძილზე ერთხელ მაინც მოხვედრილა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, ხოლო სიცოცხლის ბოლო 1 თვის მანძილზე პაციენტთა 51 % -ს დაუფიქსირდა განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია. (Smith AK., et al., 2012)

შესაბამისად, კრიტიკული მედიცინის/ინტენსიური თერაპიის განყოფილებები ხშირად წარმოადგენს ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების მქონე პაციენტთა გარდაცვალების ადგილს. სხვადასხვა კვლევების თანახმად, ეს მაჩვენებელი ქვეყნების მიხედვით ვარირებს. 2010 წელს 7 განვითარებულ ქვეყანაში - აშშ,

ბელგია, დიდი ბრიტანეთი, ნიდერლანდები, გერმანია, ნორვეგია, კანადა - ჩატარებული კვლევით დაფიქსირდა უკურნებელი სენით შეპყრობილ პაციენტთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში სიკვდილობის შემდეგი მაჩვენებლები: ბელგია 51.2 %, კანადა- 52.1 %, ინგლისი- 41.7%, ნორვეგია- 44.7 %. შედარებით დაბალი მაჩვენებლები აქვთ ნიდერლანდებს - 29.4 % და ამერიკის შეერთებულ შტატებს - 22.2% (Bekelman., et al., 2016).

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამერიკის შეერთებულ შტატებში სიკვდილი ხშირად დგება ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში: აქ კვდება ყოველი მეხუთე ამერიკელი (Angus DC., et al., 2004). ეს მონაცემი მიუთითებს, რომ ინტენსიური თერაპიის ექიმებისათვის სრულიად აუცილებელია პალიატიური მზრუნველობის, როგორც სიცოცხლის მიწურულის მედიცინის, თუნდაც საბაზისო კურსის ცოდნა.

ზემოთ აღნიშნული მაღალი ციფრი ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტებისა, რომლებიც სიცოცხლეს ასრულებენ ჰოსპიტლებში, ადასტურებს სახელმწიფო და/ან კერძო სადაზღვევო კომპანიების გაზრდილ ფინანსურ დანახარჯებს (თანხა გაცილებით ნაკლები იქნებოდა ამ პაციენტების ჰოსპისში მომსახურებისას); ხშირად, ქრონიკულ ინკურაბელურ პაციენტთა კრიტიკული მედიცინის/ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში გადაყვანა დაკავშირებულია ახლობლების სურვილთან და ექიმების შემხვედრ მცდელობასთან - “გამოაჯანმრთელონ” პაციენტი, რომელიც განკურნებას აღარ ექვემდებარება და რაზეც არამიზნობრივად იხარჯება რესურსი (Vincent JL., et al., 2004). ასეთი პაციენტების ინტენსიურ თერაპიის განყოფილებაში გადაყვანის გადაწყვეტილებას ხშირად იღებენ მათი ოჯახის წევრები, რაც გამოწვეულია მათი იმედით „გადაავადონ“ სიკვდილი (Rukhadze T., et al., 2010).

ევროპელ პაციენტთა 2/3 არჩევანის არსებობის შემთხვევაში სიკვდილს ამჯობინებს სახლში. შესაბამისად, სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე მათი სტაციონარში მოთავსების გადაწყვეტილება ეწინააღმდეგება მათ სურვილებსა და მოთხოვნილებებს. (Gao W., et al., 2013).

აღსანიშნავია, რომ ქვეყნების კულტურული ტრადიციები და სოციალურ-ეკონომიკური ვითარებები აისახება ადამიანთა სურვილებზე, მათ შორის სიკვდილის ადგილის არჩევანშიც: მაგალითად ინგლისში, გერმანიაში, ფლანდრიაში და ესპანეთში გამოკითხულ რესპოდენტთა 64-84 % -ს სურს სახლში სიკვდილი, მაშინ როდესაც პორტუგალიელთა მხოლოდ 51 % გამოთქვამს იგივე სურვილს (Gomes B., et al., 2012), რაც შესაძლოა დაკავშირებული იყოს პორტუგალიაში პაციენტთა სახლში მოვლის სერვისების ნაკლებ ხელმისაწვდომობასთან, ასევე დამკვიდრებად ტრადიციასთან, „ბოლომდე“ უმკურნალონ პაციენტებს სიცოცხლის მიწურულს ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში (Neto IG., 2010).

პაციენტების დიდი ნაწილს სიცოცხლის მიწურულს აღენიშნებათ სიმპტომები, რომელთა მართვა გაძლევებული ან/და შეუძლებელია ამბულატორიულად ან ბინაზე, ასეთი პაციენტები ხშირად ხვდებიან გადაუდებელი დახმარების ცენტრებში. ახალგაზრდა პაციენტებში სიცოცხლის მიწურულის ისეთი სიმპტომები, როგორცაა: ხველა, საერთო სისუსტე, გულისრევა-პირღებინება, უფრო ხშირად და მძიმე ფორმითაა გამოხატული, ვიდრე მოხუცებში. შესაბამისად, ახალგაზრდა პაციენტთა ოჯახის წევრები განიცდიან ძლიერ სტრესს. ასეთ შემთხვევებში, ხშირად სწორედ გადაუდებელი დახმარების ცენტრები გვევლინება ერთადერთ იმედად და პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმომჩენად. ასეთ ვითარებაში, ამ დაწესებულებათა სამედიცინო პერსონალი ვალდებული ხდება მოახდინონ ემოციურ სტრესში მყოფ ახლობლებთან ადეკვატური კომუნიკაცია და მათი მორალური მხარდაჭერა (Addington-Hall Jet., al., 1998; Grudzen CR., et al., 2011).

კანადელი ექიმების 87 % და ექთნების 82 % ფუჟად მიიჩნევენ მკურნალობას, რომელიც სიცოცხლის მიწურულს უტარდებათ ქრონიკულ ინკურაბელურ პაციენტებს ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში. მკურნალობის დაწყების მიზეზად ექიმთა და ექთანთა 91% ასახელებს პაციენტთა ოჯახის

წევრების მოთხოვნას. მაგრამ, განსაკუთრებით საყურადღებოა მოსაზრება, რომელსაც გამოთქვამს ექიმების 84% და ექთნების 73%: ფუჟი მკურნალობის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს წარმოადგენს პაციენტის სიცოცხლის პროგნოზის არასწორი განსაზღვრა (Palda VA., et al., 2005).

როგორც აღვნიშნეთ, ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარში მოთავსების ძირითადი მიზეზია პაციენტის ოჯახის წევრთა სურვილი გაუხანგრძლივონ პაციენტს სიცოცხლე, რაც ხშირად გამოწვეულია განსხვავებული ემოციური ფონით - სიყვარულით, დანაშაულის გრძნობით, მწუხარებით; ექიმები კი ტანხმდებიან ასეთ ჰოსპიტალიზაციას იმის გამო, რომ უჭირთ არა მხოლოდ პროგნოზის ზუსტად განსაზღვრა, არამედ მოახლოებული აღსასრულის გარდაუვალობის თაობაზე ინფორმაციის მიწოდებაც. ამას ემატება შიში, რომელიც უკავშირდება კანონმდებლობის არცოდნას (როგორი იქნება მაკონტროლებელი ორგანოს რეაქცია, ან როგორ შეიძლება უპასუხონ პაციენტის ოჯახის წევრების რეაქციას იმ შემთხვევაში, თუკი უარს განაცხადებენ პაციენტს მოთავსებაზე, ვტყვით, ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში და მის მკურნალობაზე (Jox RJ., et al., 2012). 1995 წელის JAMA -ში გამოქვეყნებულ სტატიაში McCue მედიცინას განიხილავს როგორც “მოქმედების კულტურას” და აღნიშნავს, რომ სჯობს პაციენტს გაუკეთო ყველაფერი – ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები, მანიპულაციები, ვიდრე არფერი, იმ შემთხვევაშიც კი, როცა იცი, რომ შენი ქმედება არაფრის მომტანი იქნება პაციენტისთვის (McCue., et al 1995).რა თქმა უნდა მსგავსი დამოკიდებულების გაზიარება გაზრდის ფუჟი მკურნალობის სიხშირეს და ფინანსურ დანახარჯებს, ამასთანავე, ის გარკვეულ ბარიერს შექმნის ისეთი, პროფესიულად სწორი, რეკომენდაციის მიცემისათვის, როგორცაა მკურნალობის ჩანაცვლება პალიატიური მზრუნველობით (Sand RB., et al., 1998,).

ხშირად ინკურაბელური სენით შებყრობილ პაციენტთა განთავსება კრიტიკული მედიცინის/ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში წარმოადგენს

“თერაპიულ ცდას” პაციენტთა ოჯახის და ექიმების მხრიდან. და მხოლოდ წარუმატებელი მცდელობის შემდგომ ხდება პაციენტის მკურნალობის ტაქტიკის შეცვლა და პაციენტის გადაგზავნა პალიატიური მზრუნველობის ინსტიტუციებში (Truog RD., et al., 2008).

მიუხედავად იმისა, რომ ინკურაბელურ პიენტთა მიმართვიანობა ჰოსპიტალურ სექტორში საკმაოდ მაღალია, აქ მომუშავე სამედიცინო პერსონალი ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის და მათი ოჯახს წევრების სურვილების და მოთხოვნილებების ადეკვატურ დაკმაყოფილებას. ამის მიზეზია ამ პერსონალის განათლების დეფიციტი პალიატიური მზრუნველობის საკითხებში, ასევე პაციენტთა და მის ოჯახის წევრებთან ადეკვატური კომუნიკაციის ჩვევის არქონა (Smith AK., et al., 2008.; Stone SC, et al., 2011., Kite S., et al., 2014).

პაციენტის განთავსებისას ჰოსპიტალურ სექტორში მნიშვნელოვანია ექიმის მიერ სწორად იქნას შეფასებული პაციენტის მდგომარეობა, აგრეთვე პაციენტის ოჯახის წევრთა დამოკიდებულება და განწყობა აღნიშნული საკითხის მიმართ (Smith AK., et al., 2008.; Stone SC., et al., 2011; Mierendorf SM., et al., 2014).

მიუხედავად იმისა, რომ გადაუდებელი დახმარების ცენტრებში და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში პაციენტთა სიკვდილობა ხშირია და ექიმებს ხშირად უწევთ პაციენტის და მისი ოჯახის წევრებისთვის “ცუდი ამბის” შეტყობინება, მინც ყოველი ახალი შემთხვევის დროს, ზემოაღნიშნული ტიპის ინფორმაციის მიწოდებისას, ყოველთვის იქმნება გარკვეული ფსიქოლოგიური და ემოციური სიძნელები (Seymour JE., 2000).

ამ მხრივ გამონაკლისს არც საქართველო წარმოადგენს. ქართველი ექიმები ყოველთვის განიცდიან მნიშვნელოვან დისკომფორტს, როდესაც უწევთ დაავადების ცუდ პროგნოზზე საუბარი პაციენტთან ან და მის ოჯახის წევრებთან (Kordzaia D., et al., 2011).

კვლევები ადასტურებს, რომ ექიმებისთვის მძიმე ფსიქოლოგიურ პრობლემას წარმოადგენს გადაწყვეტილების მიღება არ ჩაუტარონ პაციენტს სიცოცხლის

შემანარჩუნებელი აქტიური მკურნალობა, არ ქონდეთ მცდელობა „გამოაჯანმრთელონ“ პაციენტი და მხოლოდ უზრუნველყონ ღირსეული სიკვდილი. ამის მიზეზი კომპლექსურია. ის დაკავშირებულია ეთიკურ, სულიერ, იურიდიულ და ორგანიზაციულ პრობლემებთან. მიუხედავად ამ სიძნელეებისა, ექიმის ვალდებულებას წარმოადგენს, მიიღოს გადაწყვეტილება პაციენტის სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობის დაწყების ან არდაწყების (ან შეჩერების) თაობაზე (Solomon MZ., et al., 2005). ამასთანავე, ეს გადაწყვეტილება მან დამაჯერებლად უნდა გააცნოს პაციენტს და მის ახლობლებს.

მიჩნეულია, რომ პაციენტის გარდაუვალი სიკვდილის მოლოდინს გარკვეული ცვლილებები შეაქვს პაციენტის (დაავადების) მართვაში. ამ თვალსაზრისით, მკურნალობის მიზნების გადახედვის, სამედიცინო მანიპულაციებისა და გამოკვლევების შემცირების პარალელურად, პრინციპული მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტთან და მის ოჯახის წევრებთან კომუნიკაციის გაღრმავებას (Johnson DC., et al 2003).

ქრონიკულ ინკურაბელურ პაციენტთა დიდ ნაწილთან ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში კომუნიკაცია შეზღუდული ან შეუძლებელია მათი მენტალური სტატუსის გამო. შესაბამისად გადაწყვეტილების მიღება პაციენტისთვის მნიშვნელოვან საკითხებზე ხდება ოჯახის წევრების მხრივ (Luce JM., 2010).

აქედან გამომდინარე, პაციენტის ოჯახის წევრებთან კომუნიკაციის გუმჯობესებამ, შესაძლოა, მიგვიყვანოს პაციენტთათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხების ოპტიმალურ გადაწყვეტამდე (Johnson DC., et al., 2003).

ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და ინგლისში ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, რომ ძალზე მნიშვნელოვანია პალიატიური მზრუნველობის კომპონენტების ჩართვა კრიტიკული მედიცინის/ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში. სიცოცხლის მიწურულს ადეკვატური კომუნიკაციის თანხლებით განხორციელებული პალიატიური მზრუნველობა და ღირსეული სიკვდილის

უზრუნველყოფა მოითხოვს ექიმების ისეთსავე კვალიფიკაციას და დახვეწილ ჩვევებს, როგორც დაავადებათა პროფილაქტიკა ან მკურნალობა (Morgan J., 2008; Truog RD., et al., 2008).

აღსანიშნავია, რომ ჰოსპიტალში ინტენსიური სამკურნალო ღონისძიებების ნაცვლად პალიატიური მზრუნველობის სერვისების შეთავაზება იწვევს სტრესს, რომელიც უკავშირდება პაციენტის (უფრო ხშირად კი, მისი ოჯახის წევრის) განწყობის უეცარ „გადართვას“ გამოჯანმრთელების იმედიდან სიკვდილისთვის მომზადებაზე. ეს „გადართვა“ შესაძლოა გაგრძელდეს რამდენიმე საათიდან რამდენიმე კვირამდე (Truog RD., et al., 2001). ამ სტრესის მოხსნაც მხოლოდ ადეკვატური და პროფესიონალური კომუნიკაციით არის შესაძლებელი (Johnson DC., et al., 2003).

ამასთანავე, კომუნიკაციის ხარისხი ინტენსიური თერპიის მედპერსონალსა და პაციენტის ოჯახის წევრებს შორის აისახება თვით სამედიცინო მომსახურების ხარისხზეც, რადგანაც უზრუნველყოფს პაციენტთათვის პალიატიური მზრუნველობის სერვისების უფრო სწრაფ და ეფექტურ მიწოდებას (Boyle DK., et al., 2005).

1991 წლის 9 აპრილს საქართველოს დამოუკიდებლობის აღგენის შემდეგ შეიცვალა და გაუმჯობესდა ჯანდაცვის სისტემები. მრავალწლიანი ათეისტური იდეოლოგიის დომინირების შემდგომ, საქართველოს მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი დაუბრუნდა მის კულტურულ და რელიგიურ მემკვიდრეობას. შეიცვალა საკანონმდებლო ბაზა, შეიქმნა ახალი რეგულაციები. საქართველოს პარლამენტმა შეიმუშავა კანონები „ჯანდაცვის შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ <http://www.tma.edu.ge/files/files/kanonebi/1.pdf>, შეიქმნა ბიოეთიკური საბჭო. პაციენტთათვის (პაციენტის ოჯახის წევრთათვის) დიაგნოზის ახსნა გახდა სავალდებულო. აღნიშნულმა ცვლილებებმა ხელი შეუწყო სიკვდილის, როგორც სიცოცხლის ბუნებრივი და ლოგიკური დასასრულის გააზრებას, რისთვისაც პაციენტს და მის ოჯახის წევრებს ესაჭიროებათ ფსიქოლოგიური, მორალური და სულიერი მხარდაჭერა.

მიუხედავად ამისა, საქართველოს 2 ქალაქში - თბილისში და ბათუმში 2009-2010 წლებში ჩატარებული კვლევებით დადინდა, რომ კრიტიკული მედიცინის/ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში ექიმები კვლავაც ცდილობენ ინკურაბელური პაციენტების“ გამოჯანმრთელებას” ან/და მათთვის სიცოცხლის გახანგრძლივებას, რის მიზეზსაც წარმოადგენს პალიატიური მედიცინის რაობისა და შესაძლებლობის თაობაზე მათი მწირი ცოდნა (Rukhadze T., et al., 2010). ამავე კვლევის მონაცემებით 200 კიბოთი დაავადებული ინკურაბელური პაციენტიდან - 29 (14.5%) მკურნალობდა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში. მათი ოჯახის წევრების ნახევარზე მეტს ქონდათ უკმაყოფილება ექიმების მიმართ, რის ძირითად მიზეზად, „პაციენტზე არასათანადო ზრუნვა“ -სთან ერთად სახელდება არასათანადო კომუნიკაცია სამედიცინო პრესონალთან.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში პაციენტის ოჯახის წევრები, მზრუნველობას უწევენ 30 მილიონზე მეტ ინდივიდს, რომლებიც შეპყრობილი არიან ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით. ისინი უდიდეს როლს თამაშობენ ამ პაციენტათვის სიცოცხლის უკეთესი ხარისხისათვის პირობების შექმნაში: ეხმარებიან მათ ყოველდღიურ აქტივობებში, ახორციელებენ კომპლექსურ მზრუნველობას, უზრუნველყოფენ კომუნიკაციას სამედიცინო პერსონალთან. ექიმების მიერ პაციენტის ოჯახის წევრების მნიშვნელობის უკეთ გაცნობიერებამ და მათთან ადეკვატური კომუნიკაციის გაუმჯობესებამ, შესაძლოა ხელი შეუწყოს ბევრი პრობლემის ბინაზე მოგვარებას და ჰოსპიტლებს თავიდან ააცილოს ამ ტიპის პაციენტების ნაკადი (Fallowfield L., et al., 2004 ; Gibson MJ., et al., 2007; Mitnick S., et al; 2010).

ამრიგად, კომუნიკაციის ხარისხის გაუმჯობესება ექიმებს, პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს შორის მნიშვნელოვანი პრობლემაა, განსაკუთრებით ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პაციენტების ცხოვრების მიწურულს.

4. სიცოცხლის მიწურულის პაციენტთა აზრის კვლევის მნიშვნელობის თაობაზე პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების შემუშავებისათვის.

პალიატიური მზრუნველობის დაგეგმვისას აუცილებელია პაციენტთა სურვილების/აღქმების/დამოკიდებულებების განსაზღვრა და გათვალისწინება. ერთი მხრივ, ეს წარმოადგენს ადამიანის უფლების პატივისცემას, ხოლო მეორე მხრივ, სამედიცინო ეთიკის მოთხოვნას, რაც ხელს უწყობს მზრუნველობის ყველაზე ოპტიმალური და ეფექტური მოდელის შემუშავებას. (Zalenski RJ., et al., 2006).

როგორც ადრეც აღინიშნა, პალიატიური მზრუნველობის მთავარ მიზანს წარმოადგენს არა მხოლოდ მტანჯველი სიმპტომების მართვა და ტკივილის დაყუჩება, არამედ პაციენტების ფსიქოლოგიური, მორალური და სულიერი მხარდაჭერა. სამწუხაროდ, ხშირად, პალიატიური მზრუნველობა შემოიფარგლება მხოლოდ ფიზიკური სიმპტომების კონტროლით და ნაკლებად ითვალისწინებს პაციენტის რეალური სურვილებსა და დამოკიდებულებებს. ამდენად, აღმოჩნდება, რომ მზრუნველობა მიმართულია მხოლოდ ადამიანის ბაზისური საჭიროებების და არა სულიერი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებისკენ. ეს, ერთი მხრივ, გამოწვეულია პაციენტსა და ექიმს შორის არასათანადო კომუნიკაციით (ექიმი არ ახდენს, ან ვერ ახერხებს, პაციენტის სურვილებისა და მოთხოვნილებების ზუსტად გაანალიზებას), ხოლო მეორე მხრივ, საზოგადოდ, სიცოცხლის მიწურულს პაციენტთა საჭიროებების და მოთხოვნილებების არასათანადოდ შესწავლასა და კვლევასთან, გარკვევა, რაც ხელს უშლის პაციენტთა სურვილების დაკმაყოფილებას და მათთვის მაქსიმალურად შესაძლო კომფორტული გარემოს შექმნის მიღწევას (Care P., 1999; Heyland DK., et al 2006).

ნაჩვენები იქნა, რომ ექიმსა და პაციენტს შორის კარგი კომუნიკაცია და პაციენტის სულიერ საჭიროებებზე და მოთხოვნილებებზე დაფუძნებული მზრუნველობა გაცილებით ეფექტურია; ამასთანავე, ის მნიშვნელოვან ცოდნასა და ჩვევებს მოითხოვს, რადგანაც პაციენტთა საჭიროებებისა და დამოკიდებულებების კვლევის დასკვნები უკიდურესად მრავალფეროვანია (Arnold BL., 2011).

პაციენტთა სიცოცხლის მიწურულის საჭიროებებისა და მოთხოვნილებების კვლევები, ზრუნვის მიზნებიდან და მისაღწევი ხარისხიდან გამომდინარე, ეფუძნება სხვადასხვა რაოდენობრივი და ხარისხობრივი მიდგომების კომპლექსს. შედეგების ცალსახა ინტერპრეტაციას კი ხელს უშლის მიზნების არაკონკრეტულობა (ბუნდოვანება) და არაერთგვაროვანი ტერმინოლოგია - არსებითი კონსენსუსის არსებობის გარეშე. მაგალითად, აზრთა სხვადასხვაობაა „ფსიქოლოგიური“ და „მორალური“ მხარდაჭერის იგივეობისა თუ სხვადასხვაობის თაობაზე, ასევე სხვადასხვაგვარად განიმარტება „სულიერი“ მხარდაჭერაც (Wen KY., et al., 2004; Kaldjian LC., et al., 2009).

ის თუ როგორ აღიქვამენ პაციენტები საკუთარ მოთხოვნილებებს და მათი გამოხატვის ფორმას, ძალზედ მნიშვნელოვანი კითხვაა, და ის განუყოფელია იმ კითხვებისაგან, რომლებიც ეხება სიცოცხლის ბოლო პერიოდის საჭიროებებისა და მოთხოვნილებების შინაარსის გარკვევას. ამდენად, ეფექტური კომუნიკაცია, ერთი მხრივ, და ადეკვატური მეთოდიკითა და მეთოდებით ჩატარებული კვლევა, მეორე მხრივ, წარმოადგენს ძირითად საშუალებებს პაციენტთა იმ საჭიროებების და მოთხოვნილებების ადეკვატურად შეფასებისათვის, რომელთა გათვალისწინებამაც უნდა უზრუნველყოს ოპტიმალური პალიატიური მზრუნველობის განხორციელება (Von Gunten C., et al., 2000).

განსაკუთრებით ყურადღებამისაქცევია პაციენტთა ლექსიკა, რომელიც წარმოადგენს მათი მოთხოვნილებების გამოხატვის ინსტრუმენტს და რომელიც ხშირად განსხვავებულია კლინიცისტების ლექსიკისაგან, რაც იწვევს არადამაკმაყოფილებელ ურთიერთგაგებასა და ორაზროვან შეფასებებს (Weston WW., et al 1989; Williams MV., et al 2002).

ხანდაზმულთა პალიატიურ მზრუნველობის მოდელის შემუშავებისას, თავად ხანდაზმული მოსახლეობის მოთხოვნილებების და საჭიროებების და მათი დაკმაყოფილებისადმი დამოკიდებულების გაანალიზებისას (Kordzaia D., et al., 2012), გათვალისწინებული უნდა იყოს, რომ, შესაძლებელია, მათ არ ჰქონდეთ სიმსივნე ან

სხვა უკურნებელი დაავადებები (მათი დაავადება თვით სიბერეა) და მოთხოვნილებები, აღქმები და დამოკიდებულებები მნიშვნელოვანწილად განისაზღვრება დარჩენილი სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გაცნობიერებით (Zweibel NR et al; 1989; Brumley RD, et al; 2003; Jeon HW et al., 2015).

აღსანიშნავია, რომ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში ხანდაზმულ პირთა (სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გაცნობიერების პირობებში) აღქმებისა და დამოკიდებულების გლობალური ასახვა არ განხორციელებულა (ასეთი კვლევა ჩვენს მიერ მოზიებული ვერ იქნა). მეტიც, მსგავსი კვლევა არ ჩატარებულა არც კიბოს შორსწასული ფორმებით დაავადებულ პაციენტებში. ეს დამატებით პრობლემას ქმნის სრულყოფილი პალიატიური მზრუნველობის მოდელების და სტანდარტების შემუშავებისა და განხორციელებისათვის. პარადოქსულია, მაგრამ ქვეყანაში არსებული პალიატიური მზრუნველობის მოდელები და სტანდარტები "ფართოდ" ითვალისწინებს პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელთა, და "მცირედ" - ამ მზრუნველობის მომხმარებელთა, აღქმას, დამოკიდებულებასა და მოთხოვნებს პალიატიური მზრუნველობის მიმართ. უკანასკნელი წლების მანძილზე "კიბოს დიაგნოზის გამხელის" თანდათანობით დამკვიდრების ფონზე, შესაძლებელია, მეტიც, აუცილებელია, ასეთი კვლევების ჩატარება და მათი შედეგების გათვალისწინება პალიატიური მზრუნველობის დაგეგმვისას (Chikhladze N., et al; 2016).

5. რაოდენობრივი და თვისობრივი კვლევების თავისებურებანი სამედიცინო-სოციალური სფეროს კვლევებში. დაფუძნებადობის თეორია

მკვლევარს, რომელიც მიზნად ისახავს სამედიცინო სფეროში სოციოლოგიური ან ფსიქოლოგიური კვლევის ელემენტების შემცველი გამოკვლევის ჩატარებას, სპეციფიკური პრობლემების გადაჭრა უხდება. ასეთი კვლევის დაგეგმვა, დიზაინის შერჩევა, განხორციელება, მიღებულ მონაცემთა დამუშავება და ანალიზი დიდ ძალისხმევას და შესაბამის ცოდნას მოითხოვს. სერიოზული პრობლემაა იმის განსაზღვრა, თუ კვლევის რა მეთოდის გამოყენებაა უკეთესი კომპრეტული დასმული

პრობლემის გადასაჭრელად? ამ პრობლემის სწორად გადაწყვეტა მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს კვლევის წარმატებასა და ადეკვატური შედეგების მიღებას. კვლევის მეთოდოლოგია, ჩვეულებრივ, ორია: რაოდენობრივი და თვისობრივი. თუმცა მათ საერთო მიზანი ამოძრავებთ - საკვლევ ფენომენთა გაგება და ახსნა, ისინი ამისთვის განსხვავებულ ტექნიკას მიმართავენ (წულაძე ლ., 2008).

კვლევის თვისობრივი მეთოდების დანიშნულებაა, განსაზღვროს, „რა საგნები არსებობს, ვიდრე ის, თუ რამდენი ასეთი საგანი არსებობს“. სხვაგვარად თუ ვიტყვით, თვისობრივი კვლევა გამოყოფს კვლევის საგანს და არ ეხება საგნის რაოდენობრივ განზომილებას, ანუ საგანთან მიმართებაში მეტნაკლებობის მიმართებების დადგენას, რაც რაოდენობრივი კვლევების ფუნქციაა; თვისობრივი კვლევის მეთოდები არ გულისხმობს საკვლევი ობიექტის გაზომვას, ანუ არ ადგენს ობიექტის რაოდენობრივ პარამეტრებს სხვადასხვა სკალის მეშვეობით. შესაბამისად, თვისობრივი მეთოდი ნაკლებად სტრუქტურირებული და ფორმალიზებულია; იგი მოითხოვს ინდივიდთა (ინტერვიუერთა, რესპონდენტთა და სხვ.) შეზღუდულ რაოდენობას, თუმცა იღებს უფრო ფართო მოცულობის მდიდარ მონაცემებს (Savenye., et al., 2005).

თვისობრივისაგან განსხვავებით, რაოდენობრივი კვლევა საჭიროებს, კვლევის ობიექტის გაცილებით მეტ რაოდენობას, ამასთანავე, ის აანალიზებს და ადარებს განსხვავებულ სტანდარტიზებულ მონაცემებს (არ/ვერ ითვალისწინებს სხვადასხვა არასტანდარტულ სპეციფიკას) ანდა, ერთი სტანდარტის შიგნით განსხვავებულ ჯგუფების მონაცემებს (Johansen D., 2004).

თვისობრივი კვლევის ფუნქციაა ჰიპოთეზების ჩამოყალიბება, მაშინ როდესაც რაოდენობრივი კვლევა მიმართულია ჰიპოთეზების შემოწმებისკენ; თვისობრივი კვლევის შედეგად მიღებული მასალის ანალიზი უფრო მეტად შემოქმედებითი და პიროვნულია, მაშინ როდესაც რაოდენობრივი მონაცემების ანალიზი სტანდარტიზებულ და ფორმალიზებულ ხასიათს უნდა ატარებდეს (Denzin. et al., 1994). პალიატიურ მედიცინაში, განსხვავებით მედიცინის სხვა დარგებისგან,

მკვლევრები ხშირად ირჩევენ კვლევის თვისობრივ მეთოდს, რადგან შესწავლის საგანს არაიშვიათად პაციენტთა სულიერი მდგომარეობა, მათი მოთხოვნილებები, და სურვილებია (Spruyt O., 2016).

გლაზერმა და შტრაუსმა (1967) შეიმუშავეს დაფუძნებადობის თეორია, როგორც ისეთი კვლევის ჩატარების პრაქტიკული მეთოდი, რომელიც ფოკუსირებულია ინტერპრეტაციის პროცესზე, „რეალურ სიტუაციებში სოციალური აქტორების მიერ გამოყენებული მნიშვნელობებისა და ცნებების ფაქტობრივი წარმოების“ ანალიზით (Gephart R. P., 2004). ისინი ამტკიცებდნენ, რომ ახალი თეორის შემუშავება შესაძლებელია იმ კონტრასტისათვის განსაკუთრებული ყურადღების მიქცევის გზით, რომელიც არსებობს ძირითადი სფეროების ყოველდღიურ რეალობასა (რაც რეალურად ხდება) და მათში მონაწილე პირების ("აქტორების") მიერ ამ ყოველდღიური რეალობის ინტერპრეტაციას შორის (Glaser B. G., et al., 1967). ამასთანავე, მათ უარი თქვეს ფალსიფიკაციისა და ჰიპოტეზების შემოწმების პოზიტივისტურ ცნებებზე და სანაცვლოდ შემოგვთავაზეს თეორიის წარმოშობის ორგანული პროცესი, რომელიც ეფუძნება იმას, თუ დამკვირვებლის მიერ იდენტიფიცირებული კონცეპტუალური კატეგორიები რამდენად კარგად ხსნის ან პროგნოზირებს, რამდენად შეესაბამება განხილულ საკვანძო საკითხებს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ გლაზერმა და შტრაუსმა შემოგვთავაზეს ერთგვარი კომპრომისი ექსტრემალურ ემპირიზმსა და სრულ რელატივიზმს შორის ისეთი ოქროს შუალედის მკაფიო წარმოჩენით, რომელშიც შესაძლებელია სისტემური მონაცემების შეგროვების გამოყენება სოციალურ გარემოში აქტორების ინტერპრეტაციულ რეალობებზე მიმართული თეორიების შემუშავების მიზნით.

გლეზერისა და შტრაუსის მიერ აღწერილი მეთოდი ორ ძირითად კონცეფციას მოიცავს. ესენია: 1. "მუდმივი შედარება" რა დროსაც მონაცემების შეგროვება და ანალიზი ერთდროულად ხდება და "თეორიული შერჩევა", რომლის შემთხვევაშიც, გადაწყვეტილებები, რომელთა შესაბამისადაც უნდა შეიკრიბოს მონაცემები შემდგომში, განისაზღვრება ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების სტადიაში მყოფი თეორიით

(Glaser., et al; 1967) ორივე კონცეფცია არღვევს მრავალწლიან პოზიტივისტურ ვარაუდს იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა იფუნქციონიროს კვლევითმა პროცესმა. მუდმივი შედარება ეწინააღმდეგება მითს მონაცემების შეგროვებისა და ანალიზის პროცესების მკვეთრი გამიჯვნის შესახებ. თეორიული შერჩევა კი არღვევს ჰიპოთეზის ტესტირების იდეალს იმ გაგებით, რომ ახალი მონაცემების შეგროვების მიმართულება აპრიორი ჰიპოთეზით კი არ განისაზღვრება, არამედ მონაცემების მიმდინარე ინტერპრეტაციითა და წარმოქმნილი კონცეპტუალური კატეგორიებით.

დაფუძნებადობის თეორიის მიზანი რეალობის შესახებ ჭეშმარიტი განცხადებების გაკეთება კი არ არის, არამედ ახალი მოსაზრებების გამოვლენა სტერეოტიპულ ურთიერთობებზე სოციალურ „აქტორებსა“ და იმას შორის, თუ როგორ აქტიურად ქმნიან რეალობას ურთიერთობები და ურთიერთქმედებები (Glaser., et al., 1967). ამდენად, დაფუძნებადობის თეორია რეალობის შესახებ ჰიპოთეზების შემოწმებისათვის კი არ უნდა იქნას გამოყენებული, არამედ უფრო ისეთი განცხადებების გასაკეთებლად, რომელიც ეხება იმას, თუ როგორ ახდენენ „აქტორები“ რეალობის ინტერპრეტაციას.

როგორც მარტინი და ტერნერი აღნიშნავენ (Martin P. Y., et al., 1986) ყველაზე უკეთ დაფუძნებადობის თეორიის გამოყენება შესაძლებელია მაშინ, როდესაც არ არსებობს რაიმე შესამოწმებელი გამოკვეთილ ჰიპოთეზა, ან როდესაც ასეთი ჰიპოთეზა არსებობს, მაგრამ ძალიან აბსტრაქტულია ლოგიკური, დედუქციური მეთოდით შემოწმებისათვის. დაფუძნებადობის თეორია ყველაზე მეტად შესაფერისია ისეთ შემთხვევებში, როდესაც მკვლევარებს აქვთ საინტერესო ფენომენი ახსნის გარეშე, რომლიდანაც ისინი ცდილობენ „შექმნან თეორია მონაცემებიდან“ (Suddaby R., 2006).

“დაფუძნებადობის თეორიას” აქვს მკვეთრად გამოხატული სოციოლოგიური მიმართულება. ამასთანავე, და რაც პრინციპულად მნიშვნელოვანია, ის აკმაყოფილებს თეორიული განზოგადებისათვის საჭირო მოთხოვნებს (Дембицкий С., 2010.) და

მოწოდებულია თეორიის (ან თეორიული მოდელის) შექმნისათვის (Miller DC., et al., 2002; Starks H., et al., 2007).

მიჩნეულია, რომ დაფუძნებადობის თეორიის მეთოდის გამოყენება იძლევა შანსს გამოვლინდეს და განვითარდეს „ყველაფერი“, რაც კავშირშია კვლევის სფეროსთან (Strauss A., et al; 1997), რაც ხელს უწყობს რაიმე მოვლენის ამსახველი ან შემფასებელი დასაბუთებული თეორიის განავითარებას, რომლის საბოლოო ფორმირებაშიც მონაწილეობს უშუალოდ კვლევის დროს ინდუქციური (აღმოჩენის) პროცესები.

დაფუძნებადობის თეორიის მეთოდის გამოყენებისას აუცილებელია მონაცემთა კოდირება - როგორც საკვლევი მასალის თვისობრივი ანალიზისთვის, ასევე ამ თვისობრივი კვლევის რაოდენობრივ კვლევაში გაგრძელების პოტენციის შექმნისთვის (Rennie., et al., 2000; Goulding C., 2000).

აღნიშნულიდან გამომდინარე, საინტერესოდ გვეჩვენება დაფუძნებადობის თეორიის მიდგომის გამოყენება სამედიცინო-სოციალური სფეროს იმ ტიპის კვლევებში, რომელიც მოიცავს სოციოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ ასპექტებს, მათ შორის, პალიატიური მზრუნველობის სფეროს კვლევებში.

მასალა და მეთოდები

ნაშრომში წარმოადგენს ორფრაგმენტოვან პროსპექტულ კვლევას, რომლებშიც გამოყენებულია ინტერვიუს მეთოდი და ანკეტური გამოკითხვა, სამედიცინო დოკუმენტაციისა და ისტორიების ანალიზი, ასევე დაფუძნებადობის თეორიისა და აბრაამ მასლოუს ჰუმანისტური თეორიის (საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქიულობის) პრინციპებზე გაფუძნებული მიდგომები. მეთოდების ასეთი კომპლექსის გამოყენება მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული ჩვენს მიერ იდენტიფიცირებული ორი განსხვავებული მოდების წერტილის მქონე ამოცანის გადაწყვეტისათვის.

განვიხილოთ საკვლევი მასალა და კვლევის მეთოდები ცალ-ცალკე, ამოცანების მიხედვით:

ამოცანა 1:

ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილ პაციენტთა ოჯახის წევრების და ასეთი პაციენტების ექიმების ურთიერთკომუნიკაციისადმი და პაციენტთა მიმართ მზრუნველობის თავისებურებებისადმი დამოკიდებულებების გამოკვლევა და შედარებითი ანალიზი;

2014 წლის თებერვლიდან ივლისის ჩათვლით ჩატარდა ჯვარედინ სექციური კვლევა (Cross-Sectional study). აღნიშნული დროის შუალედში მოხდა კვლევაში პაციენტთა ოჯახის წევრების და ექიმების თანამდევრული რაოდენობების ჩართვა არა ლაბათური შერჩევის პრინციპების გამოყენებით.

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები:

1. ექიმები, რომლებიც მუშაობენ თბილისის, ბათუმის, ქუთაისის, თელავის ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში, მინიმუმ 4-წლიანი სამუშაო სტაჟით. მათ არ უნდა ჰქონოდათ სპეციალური გადამზადება პალიატიურ მედიცინაში.

2. ამავე ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მოთავსებული ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების მქონე 18 წლისა და მეტი ასაკის პაციენტთა ოჯახის წევრები.

კვლევიდან ამორიცხვის კრიტერიუმები: პაციენტის ოჯახის წევრთა ასაკი ნაკლები 18 წელზე და ქრთული ენის არცოდნა ან არასრულყოფილი ცოდნა.

პაციენტების ოჯახის წევრების და ექიმების კვლევაში ჩართვა ხორციელდებოდა ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად. ჩვენი კვლევის პროტოკოლის მიხედვით აუცილებელი არ იყო მხოლოდ კვლევაში მონაწილე ექიმის ზედამხედველობის ქვეშ მყოფი პაციენტის ოჯახის წევრთა მონაწილეობა .

პაციენტთა დემოგრაფიული და სამედიცინო მონაცემები შეკრებილ იქნა მათივე ოჯახის წევრებისგან ფორმა N100- ის საფუძველზე (იხ.ცხრილი N1)

ცხრილი N1. პაციენტთა დემოგრაფიული და სამედიცინო მონაცემები

ასაკი, სქესი, რაოდენობა	25-40		41-60		60-74		75-80		ჯამი
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	
	2	3	6	7	11	9	9	12	
მეტასტაური ძუძუს კიბო, მულტიორგანული უკმარისობა	1		3 (1)*		4 (1)				8 (2)
პანკრეასის თავის კიბო, მქანიკური სიყვითლე, ასციტი			1	1		1 (1)	1 (1)	1 (1)	5 (3)
ნაღვლის გზების გავრცელებული კიბო								1 (1)	1 (1)
ღვიძლის კიბო, ღვიძლის უკმარისობა				1		2 (2)			3 (2)
ფილტვის მეტასტაური კიბო		1	1			1		1 (1)	4 (1)
თირკმლის მეტასტაური კიბო				1		1			2
ჰოჯკინის ლიმფომა (შუასაყრის ფორმა) მულტიორგანული უკმარისობა					1		1		2
რეტროპერიტონეალური ლიმფომა, მულტიორგანული უკმარისობა				1			1 (1)		2 (1)
დიაბეტი, ბარძაყის ძვლის ყელის მოტეხილობა, თირკმლის უკმარისობა			1				2		3

მეტასტაზური პროსტატის კიბო				2		2 (1)			4 (1)
ინსულტი, ცერებრული კომა					1			2 (1)	3 (1)
ინსულტის შემდგომი მდგომრობა, ნაწლავთა ნაწილობრივი გუვალობა	1	1			1	2 (1)	1	1 (1)	7 (2)
ალცჰაიმერის დაავადება					1			1	2
გულის უკმარისობა, დემენცია							1	1	2
ენდომეტრიუმის მეტასტაზური კიბო, ასციტი, ჰიდროთორაქსი					3		1		4
საყლაპავის კიბო, გასტროსტომა, დემენცია								1 (1)	1 (1)
მსხვილი ნაწლავის კიბო, კოლოსტომა							1	2 (1)	3 (1)
ღვიძლის ციროზი, საყლაპავის ვენების ვარიკოზი, მულტიორგანული უკმარისობა		1		1 (1)				1 (1)	3 (2)
ჯამი		5		13 (2)		20 (6)		21 (9)	59 (17)

კვლევის ინსტრუმენტი

გამოყენებულ იქნა 2 პარალელური კითხვრი კვლევაში მონაწილე ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ექიმებისთვის და ამავე განყოფილებებში მყოფ პაციენტთა ოჯახის წევრებისათვის. აღნიშნული კითხვარი მომზადდა პალიატიურ მზრუნველობის, ფსიქოლოგიის, ინტენსიური თერაპიისა და ეთიკის სპეციალისტების გუნდის მიერ.

კითხვარი მოიცავდა ექიმსა და პაციენტის ოჯახის წევრის კომუნიკაციის შეფასებას ისეთ საკითხებზე, როგორებიცაა: დაავადების პროგნოზი, სიკვდილის სავარაუდო დრო, მკურნალობის გეგმა, პაციენტის მრწამსი (რელიგიურობა) და სხვა (იხილეთ ქვემოთ). კითხვარის ვალიდურობის შესაფასებლად ჩატარდა პილოტური კვლევა. არჩეულ იქნა 3 ექიმი და 3 პაციენტის ოჯახის წევრი, რათა შემოწმებულიყო, თუ რამდენად გასაგები იყო მოწოდებული კითხვარი კვლევაში მონაწილე პირთათვის. პილოტურ კვლევის ექვსივე მონაწილემ დაადასტურა კითხვარების

ადეკვატურობა (მონაწილე პირების მონაცემები ასახული არ არის კვლევის საბოლოო შედეგებში).

აღნიშნული კითხვარები წარმოდგენილია N2 ცხრილში.

ცხრილი N2. კითხვარები ექიმებისათვის და პაციენტთა ოჯახის წევრებისათვის

<i>კითხვარი 1 (ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ექიმებისთვის)</i>	<i>კითხვარი 2 (პაციენტის ოჯახის წევრებისთვის)</i>
1.1. ესაუბრებით თუ რა პაციენტს ან/და მის ოჯახის წევრებს პაციენტის ჯანმრთელობის შესაძლო გაუარესებაზე?	2.1. გესაუბრებოდით თუ არა ექიმი თქვენ, როგორც პაციენტის ოჯახის წევრს პაციენტის ჯანმრთელობის შესაძლო გაუარესებაზე?
1.2. ესაუბრებით თუ არა პაციენტს ან/და მის ოჯახის წევრებს დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე ?	2.2. გესაუბრებოდით თუ არა ექიმი პაციენტს დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე ?
1.3. ესაუბრებოდით თუ არა პაციენტს იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება დადგეს სიკვდილი?	
1.4. ესაუბრებოდით თუ არა პაციენტის ოჯახის წევრებს იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება დადგეს სიკვდილი?	2.4. გესაუბრებოდით თუ არა ექიმი იმის შესახებ თუ როგორ შეიძლება დადგეს სიკვდილი?
1.5. უთანხმებთ თუ არა პაციენტის ოჯახის წევრებს მკურნალობის სამომავლო გეგმას, მაგალითად, ხელოვნურ ვენტილაციასა და გულ-ფილტვის რეანიმაციაზე გადასვლის საჭიროებას ?	2.5. ათანხმებდა თუ არა ექიმი თქვენთან მკურნალობის სამომავლო გეგმას, მაგალითად, ხელოვნურ ვენტილაციასა და გულ-ფილტვის რეანიმაციაზე გადასვლის საჭიროებას ?
1.6. ესაუბრებით თუ არა პაციენტს ან/და მის ოჯახის წევრებს ისეთ ცხოვრებისეულ საკითხებზე, რომელიც ასოცირებულია პაციენტის პიროვნებასთან და მნიშვნელოვნია მისთვის?	2.6. გესაუბრებოდით თუ არა ექიმი ისეთ ცხოვრებისეულ საკითხებზე, რომელიც ასოცირებულია პაციენტის პიროვნებასთან თნ და მნიშვნელოვნია მისთვის?
1.7. ესაუბრებით თუ არა პაციენტს ან/და მისი ოჯახის წევრს რწმენაზე (რელიგიაზე)?	2.7. გესაუბრებოდით თუ არა ექიმი პაციენტის რწმენაზე (რელიგიაზე)?
1.8. სცემთ თუ არა პატივს პაციენტის სულიერებას და რელიგიურობას?	2.8. ხდებოდა თუ არა ექიმის მხიდან პაციენტის რელიგიურობისა და სულიერების პატივისცემის გამოხატვა?
1.9. წარმოადგენს თუ არა სირთულეს თქვენთვის პაციენტთან ან/და მის ოჯახის წევრებთან სიკვდილზე საუბარი?	2.9. თქვენის აზრით ექიმისთვის რთული იყო სიკვდილზე საუბარი?
1.10. ზოგადად როგორ შეაფასებდით თქვენს კომუნიკაციას პაციენტთან და მის ოჯახის წევრებთან?	2.10. ზოგადად როგორ შეაფასებდით ექიმის კომუნიკაციას თქვენთან ?

კითხვარს კვლევაში მონაწილე პირები ავსებდნენ თავად, მას შემდეგ, რაც ერთ-ერთი მკვლევარი კვლევაში მონაწილე სუბიექტს აუხსნიდა კითხვარის შევსების წესს. კვლევაში მონაწილე პირები კითხვარში ნიშნავდნენ მათთვის მისაღებ პასუხებს, რომლებიც ფასდებოდა 0 -დან 10 -მდე ბალით (ქულით): „0“ შეესაბამებოდა შეფასებას - „არასდროს“, ხოლო „10“ - შეფასებას „ყოველთვის“. კითხვებისათვის 1.9 და 2.9 – “0” - შეესაბამებოდა შეფასებას - „ძალიან რთული“, ხოლო „10“ – შეფასებას „არანაირი სირთულე“, ხოლო კითხვებისათვის 1.10 და 2.10 – „0“ შეესაბამებოდა შეფასებას - „სრულიად ნეგატიური“, ხოლო „10“ - შეფასებას „სრულიად პოზიტიური“. გარდა ამისა, კვლევაში მონაწილე პირებს ჰქონდათ კიდევ ერთი პასუხის საშუალება, რომლის დაფიქსირებაც შეეძლოთ ნებისმიერ შეკითხვაზე - „არ ვიცი“.

მონაცემთა შეგროვების შემდგომ კითხვებზე პასუხები დაჯგუფდა 3 კატეგორიად : 0-3 = არასდროს/იშვიათად, 4-7 = ნაწილობრივ, ხოლო 8-10 = ხშირად/ყოველთვის. კითხვაზე პასუხი „არ ვიცი“ - გამოიყოფილ იქნა ცალკე კატეგორიად.

ცვლადების განაწილების შესაფასებლად გამოყენებულ იქნა სტანდარტული აღწერილობითი სტატისტიკური მეთოდი. ექიმთა და პაციენტთა ოჯახის წევრების პასუხები შედარებულ იქნა ბივარიაციული ანალიზით. კითხვარში მოცემულ ყოველ კითხვაზე გაცემულ პასუხებს შორის სხვაობები შეფასებულ იქნა პირსონის (Pearson) χ^2 ან ფიშერის (Fisher) ზუსტი ტესტის მეშვეობით საჭიროებისამებრ. ფიშერის ზუსტი ტესტი გამოყენებულ იმ შემთხვევაში, თუკი რომელიმე კატეგორიაში პასუხების რაოდენობა 5 ან ნაკლები იყო, სხვა შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭებოდა პირსონის (Pearson) χ^2 (137) (Agresti A., 2007.). გამოყენებულ იქნა სტატისტიკური სრწამუნოების ორმხრივი მნიშვნელობის ტესტი სადაც p სიდიდის მაჩვენებელი $< 0,05$ მიჩნეულ იქნა სტატისტიკურად სარწმუნოდ.

ამოცანა 2:

სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გაცნობიერების პირობებში კიბოთი დაავადებულთა და მოხუცთა ჯგუფების სიცოცხლის მიწურულის აღქმებისა და დამოკიდებულების ასახვა და შედარებითი ანალიზი.

კვლევის მასალა და მეთოდები

შესწავლილ იქნა ორი ჯგუფი:

- 1) 50 მოხუცი (25 მამაკაცი და 25 ქალი, საშუალო ასაკი 87,9 წელი).
- 2) კიბოს შორსწასული ფორმებით დაავადებული 50 ინკურაბელური პაციენტი, (16 კაცი და 34 ქალი, საშუალო ასაკი 53,5 წელი).

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებს წარმოადგენდა:

მოხუცთა კონტიგენტისთვის:

- ასაკი - 85 წელი ან მეტი;
- სიცოცხლის მალიმიტირებელი დაავადების არარსებობა (მოხუცები უნდა ყოფილიყვნენ „ჯანმრთელები“);
- უნდა ჰქონოდათ შენარჩუნებული ადეკვატური ცნობიერება და მინიმალური სოციალური აქტივობა.

კიბოს შორსწასული ფორმებით დაავადებული პაციენტებისთვის:

- ზრდასრული ასაკი
- კიბოს დისემინირებული ფორმა;
- პაციენტი უნდა იღებდეს ონკოლოგიურ მკურნალობასთან (ქიმიოთერაპიასთან) ინტეგრირებულ პალიატიურ მზრუნველობას;
- გაცნობიერებული უნდა ჰქონდეს დაავადების პროგნოზი და დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობის ლიმიტურობა.

კვლევაში მონაწილე ყველა პირს მოეთხოვებოდა ქართული ენის ცოდნა; მათ ფიზიკურ მდგომარეობასა და ნევროლოგიურ სტატუსს უნდა მიეცა დასმული კითხვების სწორად აღქმისა და საუბრის საშუალება (იხ ქვემოთ); ასევე მათ უნდა

ჰქონდათ „ინფორმირებული თანხმობის“ ფორმის გაცნობის და მასზე დათანხმების ან უარის თქმის შესაძლებლობა.

კვლევაში მოსაწვევად პაციენტების მოძიება ხდებოდა ონკოლოგიურ პაციენტთა რეესტრის ბაზის საშუალებით; ამავე ბაზაზე დაყრდნობით გამოითხოვებოდა კვლევაში მონაწილე ყველა პაციენტის დემოგრაფიული მონაცემები, ძირითადი დიაგნოზი და თანმხლები დაავადებები (იხ. ცხრილი N 3).

ცხრილი N 3. კიბოს დისემინირებული ფორმის მქონე პაციენტთა დემოგრაფიული და სამედიცინო მონაცემები

პაციენტები*	სქესი		ასაკი	სოციალური სტატუსი		ინტელექტუალურა და მომუშავე		ოჯახური მდგომარეობა			თანმხლები დაავადება	ძირითადი დიაგნოზი
	ქალი	მამაკაცი		მუშაობს	არ მუშაობს	კი	არა	დაოჯახებული	დასაოჯახებელი	ქვრივი		
1			20									ლიმფომა
2			26									სათესლის კიბო
3			38									ძუძუს კიბო
4			41									ფილტვის კიბო
5			42									ძუძუს კიბო
6			42									ფილტვის კიბო
7			47								დიაბეტი	კუჭის კიბო
8			45									ძუძუს კიბო
9			48									ძუძუს კიბო
10			49									ძუძუს კიბო
11			49									ძუძუს კიბო
12			50									საშვილოსნოს ყელის კიბო
13			50									ძუძუს კიბო
14			50									კუჭის კიბო
15			52									სწორი ნაწლავის კიბო

16		54							გი დ	ფილტვის კიბო
17		55								საშვილოსნოს ყელის კიბო
18		56								ფილტვის კიბო
19		56								საშვილოსნოს ყელის კიბო
20		57								რბილი ქსოვილების სარკომა
21		58								ძუძუს კიბო
22		61								საკვერცხის კიბო
23		61								რეტროპერიტონე უმის ავთვისებიაწი სიმსივნე
24		63								ძუძუს კიბო
25		63								ძუძუს კიბო
26		66								მსხვილი ნაწლავის კიბო
27		67								კუჭის კიბო
28		68								მსხვილი ნაწლავის კიბო
29		68								ენდომეტრიუმის კიბო
30		73								მსხვილი ნაწლავის კიბო
31		73								მსხვილი ნაწლავის კიბო
32		77								ძუძუს კიბო
33		78								პროსტატის კიბო
34		78							გი დ	პროსტატის კიბო
35		19								ლიმფომა
36		36								პანკრეასის კიბო
37		68								ფილტვის კიბო
38		46								საშვილოსნოს ყელის კიბო
39		44								საკვეცხის კიბო
40		62								საშვიოსნოს ყელი

41			43									ფილტვის კიბო
42			47									ძუძუს კიბო
43			58									ძუძუს კიბო
44			65									ნაწლავის კიბო
45			42									ლიმფომა
46			57									საკვერცხის კიბო
47			62									პანკრეასის კიბო
48			36									პანკრეასის კიბო
49			42									ოსტეოსარკომა
50			65									ფილტვის კიბო
სულ	34	16	53,5	4	46	13	37	36	4	10		

**მოცემულ სვეტში წარმოდგენილი ციფრი აღნიშნავს პაციენტისათვის მინიჭებულ კოდს*

შერჩეულ პაციენტებს კვლევაში მომწვევი სტუდენტები უხსნიდნენ ზოგადად კვლევის შინაარსს და მიზანს, უთანხმდებოდნენ ინტერვიუს დროზე და ადგილზე, რათა შექმნილიყო რესპოდენტისთვის მაქსიმალურდ კომფორტული გარემო. მას შემდეგ რაც შედგებოდა შეხვედრა რესპოდენტასა და ექიმ მკვლევარს შორის, რესპოდენტი ეცნობოდა ინფორმირებული თანხმობის ფორმას. პაციენტს ჰქონდა შესაძლებლობა, დაესვა შეკითხვები აღნიშნული კვლევის შესახებ, მიეღო ყველა კითხვაზე ამომწურავი პასუხი, ინფორმაცია კონფიდენციალურობის შესახებ. ინფორმირებული თანხმობის ფორმა, სურვილის შემთხვევაში, რჩებოდა სავარაუდო რესპოდენტთან 24 საათის განმავლობაში, რათა ის დეტალურად გაცნობოდა აღნიშნული კვლევის შინაარსს და მოეფიქრებინა პასუხი.

ინფორმირებულ თანხმობაზე ხელის მოწერის შემდგომ აუდიოფირზე ხდებოდა ინტერვიუს ჩაწერა.

მოხუც რესპოდენტთა მოძიება ხდებოდა ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ალექსანდრე ნათიშვილის მორფოლოგიის

ინსტიტუტის გერონტოლოგიისა და პალიატიური მედიცინის დეპარტამენტის მოხუცთა და დღევრძელთა ბაზის მეშვეობით. 85 წლის და მეტი ასაკის მოხუცებთან კომუნიკაციის პრინციპი იგივე იყო, რაც ონკოლოგიურ პაციენტებთან.

კვლევაში მონაწილე მოხუცთა მონაცემები წარმოდგენილია N4 ცხრილში

ცხრილი N 4

85 წლის და ზემოთ ასაკის მქონე მოხუცთა დემოგრაფიული და სამედიცინო მონაცემები.

მოხუცები *	სქესი		ასაკი	სოც. სტატუსი		ინტელექტუალურად მომუშავე		ოჯახური მდგომარეობა		
	მდედრ	მამრობითი		მუშაობს	არ მუშაობს	კი	არა	დაოჯახებული	მარტობელა	ქვრივი
1			89							
2			90							
3			85							
4			85							
5			89							
6			91							
7			89							
8			88							
9			86							
10			86							
11			89							
12			91							
13			85							
14			89							
15			85							
16			86							
17			88							
18			88							
19			87							
20			85							

21			89							
22			85							
23			85							
24			85							
25			85							
26			90							
27			86							
28			92							
29			88							
30			86							
31			88							
32			92							
33			92							
34			89							
35			87							
36			86							
37			91							
38			85							
39			85							
40			89							
41			90							
42			93							
43			85							
44			85							
45			90							
46			85							
47			85							
48			92							
49			86							
50			88							
სულ:	25	25	87,9	9	41	44	6	17	3	30

**მოცემულ სვეტში წარმოდგენილი ციფრი აღნიშნავს თითოეული პირისთვის მინიჭებულ კოდს*

კვლევაში მონაწილეობა შევთავაზეთ სულ ავთვისებიანი სიმსივნის ტერმინალური სტადიის მქონე 64 პაციენტს, რომელთაგან 7-მა (10,9 %) უარი განაცხდა კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე - ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობის გამო. ხოლო 5-მა (7,8 %) უარის თქმის მიზეზი არ დაასახელა. 2 (3,1 %) პაციენტი,

რომელიც დათანხმდა კვლევაში მონაწილეობას, ინტერვიუს აღებამდე გარდაიცვალა. ამდენად, კვლევაში ჩაერთო 50 პაციენტი.

კვლევაში მონაწილეობა შევთავაზეთ 85 წლის და მეტი ასაკის 59 მოხუცს. მათგან კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე უარი თქვა 7-მა (11,9 %). უარის მიზეზად დასახელდა მოუცლელობა და კვლევაში მონაწილეობის მიღების სურვილის არქონა. ერთი მოხუცი (1,7 %) გარდაიცვალა ინტერვიუს აღებამდე რამდენიმე დღით ადრე, ხოლო ერთის (1,7 %) ჯანმრთელობის მდგომარეობა იმდენად შეიცვალა, რომ ინტერვიუს აღება გახდა მიზანშეუწონელი. საბოლოოდ კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 50 ხანდაზმულმა პირმა.

როდესაც კვლევაში მონაწილე პაციენტებისა და მოხუცების რიცხვმა მიაღწია 50-50-ს, ჩვენ შევწყვიტეთ კვლევაში მოწვევის პროცედურები.

კვლევის ინსტრუმენტად შეირჩა ნახევრად სტრუქტურირებული ფორმატის ინტერვიუების ჩატარება.

ინტერვიუს აღებამდე ყველა პაციენტთან კეთდებოდა ამ ტიპის შესავლი: *“ჩვენ ვცდილობთ განვაკითაროთ ახალი მიდგომები, რომ გავაუმჯობესოთ მზრუნველობის სერვისები სიმსივნით დაავადებული პაციენტებისთვის და მოხუცთათვის. ჩვენთვის ძალიან მნიშვნელოვანია თქვენი პიროვნული გამოცდილება, რომელიც შესაძლოა ჩვენ არ ვიცით და რომელსაც შეუძლია დაგვეხმაროს ამ საქმეში. შესაძლოა ამის შესახებ გვესაუბროთ? ჩვენ გვინტერესებს თქვენი დამოკიდებულება ისეთი კითხვების მიმართ, როგორებიცაა:*

- ა) რას იტყვით თქვენი განვლილი ცხოვრების თაობაზე?*
- ბ) რას შეცვლიდით თქვენს ცხოვრებაში?*
- გ) როგორია თქვენი სამომავლო გეგმები?”*

კითხვები ეძღვნება წარსულსა და მომავალს. მათზე პასუხები სავარაუდოდ, უნდა წარმოადგენდეს რალობის ასახვას, არსებულის (ყოფილის) ან წარმოსახვითის (სამომავლოსი). ზემოაღნიშნული შესავალი და სამივე შეკითხვა პაციენტს აძლევს საშუალებას “იფიქროს ხმამაღლა”.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭებოდა ინტერვიუს ალების ადგილს: ის ხდებოდა მეგობრულ, წყნარ გარემოში, ხმაურისა და ხელისშემშლელი პირობების გარეშე. ინტერვიუს ალებისას, პაციენტები ზოგჯერ ვერ პოულობდნენ საჭირო სიტყვებს ან საუბრის გაგრძელების თემას და ჩუმდებოდნენ. ასეთ ვითარებაში ვაძლევდით დამხმარე კითხვებს:

ა) პროფესიული თვალსაზრისით თუ გეგმავთ რომ რამე გააკეთოთ?

ბ) ოჯახში თუ ელით რაიმე სიახლეს?

გ) დღის განმავლობაში რას აკეთებთ?

დ) ამჟამად რას საქმიანობთ?

აღნიშნული კითხვარი შემუშავებულ იქნა ექსპერტების მიერ, რომლებიც მუშაობენ პალიატიური მედიცინის, ონკოლოგიის, გერიატრიის, ფსიქოლოგიის და სოციოლოგიის განხრით. კვლევის დაწყებამდე განხორციელდა პილოტური ინტერვიუ 7 მოხუცთან და 7 პალიატიურ პაციენტთან. რის საფუძველზე მოხდა აღებული ინტერვიუს დამუშავება კვლევის მეთოდის თანახმად, რაც შემდგომ განხილულ იქნა დარგის ექსპერტებთან ერთად, რათა მკვლევარები დარწმუნებულიყვნენ კვლევის მეთოდის ვალიდურობაში. პილოტურ კვლევაში მონაწილე პირების დიდი მნიშვნელობა ენიჭებოდა ინტერვიუს ალების ადგილს: ის ხდებოდა მეგობრულ, წყნარ გარემოში, ხმაურისა და ხელისშემშლელი პირობების გარეშე.

ამასთანავე, კვლევაში მონაწილე თითოეულ პირს, ინტერვიუს დროს უნდა აღენიშნა თავისი სქესი, ასაკი და პროფესია/საქმიანობა.

ინტერვიუს ხანგრძლივობა დამოკიდებული იყო თავად პაციენტზე და საშუალოდ გრძელდებოდა 5 -დან 52 წუთამდე. ხდებოდა ინტერვიუს აუდიო ჩაწერა და შემდგომ სიტვასიტყვითი ტრანსკრიპცია ბექდურ ფორმატში. ნაბეჭდი ტექსტის ანალიზისას აღმოჩნდა, რომ მონათხრობში, ზოგი რამ ზედმიწევნით გასაგებია, ზოგი

რამ კი – საგულისხმოა და სიტყვებს იქით მისახვედრი და გამოსაცნობი. ამიტომაც, მკვლევარი (ნანა ჩიხლაძე, მარიამ ველიჯანაშვილი, მარიამ მალანია) დამოუკიდებლად ახდენდა ინტერვიუების ანალიზს; ერთი და იმავე ფრაგმენტის განსხვავებული ინტერპრეტაციის დროს აუცილებლად ხდებოდა მოცემული ფრაგმენტის ერთობლივი განხილვა და კონსენსუსის მიღწევა.

მიღებული ტრანსკრიპტების ანალიზისათვის ჩვენი არჩევანი შეჩერდა ისეთი მეთოდის გამოყენებაზე, რომელიც მოიცავს როგორც რაოდენობრივი, ისე თვისობრივი კვლევის კომპონენტებს, და რაც ხელს შეუწყობს საკითხის ჰოლისტურ გაშუქებას; ამასთანავე, მნიშვნელოვანია, რომ კვლევის რაოდენობრივ და თვისობრივ კომპონენტების ჰქონოდათ ურთიერთგანმსაზღვრელი და ურთიერთგანმაპირობებელი შესაძლებლობები.

ჩვენი მეთოდიკა შემუშავებული იქნა დაფუძნებადობის თეორიის, როგორც თეორიული განზოგადობისათვის თვისობრივ მონაცემთა შეკრებისა და ანალიზის სტრატეგიის, საფუძველზე. თუმცა „დაფუძნებადობის თეორიას“ აქვს მკვეთრად გამოხატული სოციოლოგიური მიმართულება, ჩვენთვის მნიშვნელოვანია, რომ ის აკმაყოფილებს თეორიული განზოგადებისათვის საჭირო მოთხოვნებს (Дембицкий С., 2010.) და მოწოდებულია თეორიის (ან თეორიული მოდელის) შექმნისათვის (Miller DC, 2002, Starks H., et I., 2007), მათ შორის სამედიცინო სფეროს კვლევებშიც.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, დაფუძნებადობის თეორიის მეთოდის გამოყენება ხელს უწყობს რაიმე მოვლენის ამსახველი ან შემფასებელი დასაბუთებული თეორიის განავითარებას, რომლის საბოლოო ფორმირებაშიც მონაწილეობს უშუალოდ კვლევის დროს ინდუქციებული (აღძრული) ჰიპოთეზები. აღნიშნულის გათვალისწინებით, დაფუძნებადობის თეორიის მეთოდი ჩვენ მივიჩნიეთ ადეკვატურ მიდგომად იმ ჰიპოთეზის შემოწმებისათვის, რომლის თანახმადაც „ადამიანთა სიცოცხლის მიწურულის აღქმები და დამოკიდებულებები მსგავსია, იმის მიუხედავად, თუ რითია განპირობებული დარჩენილი სიცოცხლის ლიმიტურობის შეგრძნება - ინკურაბელური დაავადებით თუ ღრმა მოხუცებულობით (ასაკით); ასევე მივიჩნიეთ,

რომ დაფუძნებადობის თეორიის მიდგომის გამოყენება, ხელს შეუწყობდა პაციენტებთან ურთიერთობის ისეთი მოდელის შემუშავებას, რომელიც პალიატიური მზრუნველობის დაგეგმვისა და განხორციელებისას ყველაზე უკეთ შეესაბამება მათ მოთხოვნებს, საჭიროებებსა და აღქმებს.

დაფუძნებადობის თეორიის მეთოდის გამოყენებისას აუცილებელია მონაცემთა კოდირება - როგორც საკვლევი მასალის თვისობრივი ანალიზისთვის, ასევე ამ თვისობრივი კვლევის რაოდენობრივ კვლევაში გაგრძელების პოტენციის შექმნისთვის.

კოდირებისათვის ჩვენს მიერ გამოყენებულ იქნა შერჩევითი კოდირების მეთოდი (Рогозин ДМ., 2014). კოდირება განვახორციელეთ აბრაამ მასლოუს ჰუმანისტური ფსიქოლოგიის პრინციპებზე აგებული იერარქიული სისტემის გათვალისწინებით, რომელიც სწორედ საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა კლასიფიკაციას ეძღვნება.

ჩვენს მასლოუს საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა ერარქიას ვიყენებდით საკვლევი ინვიდების მონათხრობის ტრანსკრიპტის კოდირების პირველ საფეხურად: ხდებოდა ინტერვიუების (ნარატივების) დაშლა ცალკეულ, მეტ-ნაკლებად ლოგიკურად დასრულებულ ფრაგმენტებად. შემდეგ ხდებოდა თითოეულ ფრაგმენტში ასახული ინფორმაციის შესატყვისობის განსაზღვრა აბრაამ მასლოუს პირამიდის რომელიმე დონესთან და მათი „განთავსება“ ამ დონეზე. როგორც ლოგიკური ფრაგმენტების გამოყოფა, ისე ტექსტის კოდირება ხორციელდებოდა 3 მკვლევარის მიერ დამოუკიდებლად. ამ სამუშაოს შესრულების შემდეგ ხდებოდა საჭიროებათა/მოთხოვნილებათა/ღირებულებათა პირამიდის დონეებზე მკვლევარების განთავსებული ინტერვიუს ფრაგმენტების შედარება, იმის დასადგენად, თუ რამდენად მსგავსად შეარჩიეს და სეაფასეს მათ ცალკეული ფრაგმენტები. ერთიანი სურათის მიღებისათვის ხელისშემშლელი ყველა პრობლემა წყდებოდა მკვლევართა შორის დისკუსიის გზით, კონსენსუსის საფუძველზე, რის შედეგადაც მიიღებოდა უნიფიცირებული შედეგი.

კოდირების მეორე ეტაპზე ხდებოდა მასლოუს პირამიდის თითოეულ დონეზე განთავსებული ინტერვიუს ფრაგმენტების „ქვე-კოდირება“ - უკვე მოცემული დონის შიგნით: ხორციელდებოდა ინტერვიუს თითოეული კონკრეტული ფრაგმენტის ხელახალი გააზრება და მისთვის იმ განზოგადოებული სახელწოდების ქვეჯგუფის (კატეგორიის) შერჩევა, რომელიც მკვლევართა აზრით ყველაზე უფრო მეტად შეესაბამებოდა კონკრეტული ფრაგმენტის შინაარსს. ასე მაგალითად, მე-4 დონეზე, ანუ "პატივისცემის მოთხოვნილების" დონეზე განლაგებული ფრაგმენტებს ენიჭებოდათ ქვე-კოდები - „ოჯახის წევრების მხრიდან“; „საზოგადოების მხრიდან“ (უცნობი პირების მხრიდან)“; „სამსახურში (თანამშრომლების მხრიდან)“; „მომვლელის მხრიდან“; „საკუთარი თავის მიმართ“;

ლიტერატურის გაცნობამ მასლოუს საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქიის გათვალისწინებით ჩატარებული კვლევების თაობაზე გვიჩვენა, რომ მასლოუს პირამიდის თითოეულ საფეხურზე შეიძლება გამოყოფილი იქნას ამ მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა მეტ-ნაკლებად ტიპური ქვეჯგუფები (კატეგორიები) (Maslow AH., 1970; McLeod S., 2007). ვახდენდით 2005 წლიდან 2015 წლის ჩათვლით გამოქვეყნებულ სხვადასხვა ავტორთა ნაშრომებში მოტანილი ასეთი ქვეჯგუფების კლასიფიკაციას (უნიფიკაციას) და მათ განთავსებას მასლოუს პირამიდის შესაბამის დონეებზე, რის შედეგადაც მიიღებოდა მზა მატრიცა, რომელშიც შეიძლება განაწილებულიყო ჩვენს მიერ აღებული ინტერვიუების ტრანსკრიპტის ცალკეული ლოგიკური ფრაგმენტები. (Schonwetter RS., 2006; Zalenski RJ., et al., 2006; Higginson IJ., et al., 2007 ; Narayanasamyet., al., 2010; Thielke S., et al., 2012; Moore G., et al 2013;),

დაფიქსირებული იქნა, რომ პირამიდის I დონის - „ბაზისური მოთხოვნილებები“ უპირატესად მოიცავს ისეთ საჭიროებებსა და მოთხოვნილებებს, როგორებიცაა: წყალი და საკვები, ძილი და დასვენება, სექსი, თავისუფლად სუნთქვა, , მოშარდვა და დეფეკაცია (Goble Frank G., 2016).

პირამიდის II დონის - „უსაფრთხოების მოთხოვნილებები“ უპირატესად მოიცავს ისეთ ისეთი ტიპის უსაფრთხოების მოთხოვნილებებს, როგორებიცაა: ფიზიკური, ოჯახის, სოციალური (სამსახურის ქონა), საკუთრების, თავშესაფრის, ფინანსური უზრუნველყოფის, სიკვდილის შიშის არქონის მოთხოვნილება (Colin Wilson., 2001).

პირამიდის III დონის - „სიყვარული და კომუნიკაციის მოთხოვნილებები“ უპირატესად მოიცავს ისეთ ისეთი ტიპის სიყვარულისა და კომუნიკაციის მოთხოვნილებებს, როგორებიცაა: სიყვარულის და კომუნიკაციის მოთხოვნილება ოჯახის წევრების მხრივ; მეგობრების, საზოგადოების მხრივ ,ცოლ-ქმრული (ინტიმური) (Wahba M., et al., 1976).

პირამიდის IV დონის-პატივისცემის მოთხოვნილებები“ უპირატესად მოიცავს ისეთ ისეთი ტიპის მოთხოვნილებებს როგორიცაა: პატივისცემა ოჯახის წევრების მხრიდან;საზოგადოების მხრიდან (უცნობი პირების მხრიდან);სამსახურში (თანამშრომლების მხრიდან); მომვლელის მხრიდან; საკუთარი თავის მიმართ (Wahba M., et al., 1976; Colin Wilson., 2001).

პირამიდის V დონის – „თვითაქტუალიზაციის მოთხოვნილებები“ მოიცავს ისეთი ტიპის თვითაქტუალიზაციის მოთხოვნილებებს როგორიცაა : ტრანსცედენტულობა; მორალურობა; კრეატიუობა; სპონტანურობა; სულიერი სიმშვიდე, ერთინობა; შეუზღუდაობა (Maslow AH., 1969).

ყველა აღნიშნული კატეგორია ჩვენ განვათავსეთ სპეციალურ ცხრილში (მატრიცაში), როგორც ადამიანის საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა ერარქიის 5 დონის ქვეჯგუფები: (იხ. ცხრილი N5).

ცხრილი N5.

მასლოუს საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა ერარქიის 5 დონე და შესაბამისი ქვეჯგუფები

I ბაზისური (ფიზიოლოგიური) მოთხოვნილებები	1	წყალის და საკვების
	2	ძილის და დასვენების
	3	სექსის
	4	თავისუფლად სუნთქვის
	5	უპრობლემოდ მოშარდვისა და დეფეკაციის
II უსაფრთხოების მოთხოვნილებები	1	ფიზიკური
	2	თავშესაფრის ქონის
	3	ოჯახის
	4	სოციალური (სამსახურის ქონის)
	5	საკუთრების
	6	ფინანსური
	7	სიკვდილის შიშის არქონის (მენტალური)
III სიყვარულის და კომუნიკაციის მოთხოვნილებები	1	ოჯახის წევრების მხრივ
	2	მეგობრების მხრივ
	3	საზოგადოების მხრივ
	4	ცოლ-ქმრული (ინტიმური)
IV პატივისცემის მოთხოვნილებები	1	ოჯახში (ოჯახის წევრების მხრივ)
	2	საზოგადოების მხრივ
	3	სამსახურში (თანამშრომლების მხრივ)
	4	მომვლელის მხრივ
	5	საკუთარი თავის პატივისცემის მოთხოვნილება
V თვითაქტუალიზაციის მოთხოვნილებები	1	ტრანსცედენტულობის
	2	მორალურობის
	3	კრეატიულობის
	4	სპონტანურობის
	5	სულიერი სიმშვიდის (გარემომცველ სამყაროსთან ერთიანობის)
	6	შეუზღუდაობის

აღსანიშნავია, რომ ასეთი დამატებითი ქვე-კოდირების პროცესში ზოგჯერ იცვლებოდა გასაანალიზებელი ფრაგმენტისათვის ერთხელ მიკუთვნებული კოდი, იმის გამო, რომ ხდებოდა მოცემული ფრაგმენტის ხელახალი გააზრება და მასი განსხვავებული ინტერპრეტაცია მასლოუს პირამიდის ამა თუ იმ საფეხურთან შესატყვისობაში.

აღნიშნული ტიპის გადაფასება წარმოადგენს დაფუძნებადობის თეორიის მეთოდის ჩვენი კვლევისადმი შესაბამისობის კარგ ილუსტრაციას: ჩვენს მიერ დასადასტურებელი კონცეფცია (დასაფუძნებელი თეორია) წარმოიშობა (ინდუცირებს) შესწავლილი ფენომენისგან, ის იქმნება, ვითარდება და ვერიფიცირდება მონაცემთა სისტემატიური შეკრების და ანალიზის საფუძველზე (Chikhladze N., Malania M., et al 2016). ამდენად, მოპოვებული მონაცემები, მათი ანალიზი და დასაფუძნებელი თეორია იმყოფებიან დინამიკურ ურთერთდამოკიდებულებაში - რაც დაფუძნებადობის თეორიის ძირითად არსს (პრინციპს) წარმოადგენს.

კოდირების მეორე ეტაპის დასრულების შედეგად მიღებული მონაცემები თავს იყრიდა ცხრილებში, რის შემდეგაც ხდებოდა მიღებულ მონაცემთა რაოდენობრივი და თვისობრივი ანალიზი.

კვლევის შედეგები და განსჯა

ამოცანა 1.

ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილ პაციენტთა ოჯახის წევრების და ასეთი პაციენტების ექიმების ურთიერთკომუნიკაციისა და პაციენტთა მიმართ მზრუნველობის თავისებურებებისადმი მათი დამოკიდებულებების გამოკვლევა და შედარებითი ანალიზი;

ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მომუშავე 68 ექიმიდან, რომელთაგან კვლევაში მონაწილეობაზე დათანხმდა 65 (95,6%). ექიმთა ასაკი შეადგენდა 31-45 წელს. მათგან ქალი იყო 25, ხოლო კაცი 40. ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მათი სამუშაო სტაჟი მერყეობდა 4-დან 8 წლამდე.

იმავე ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში ნამკურნალები ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი პაციენტების 70 ოჯახის წევრიდან, კვლევაში მონაწილეობაზე დაგვთანხმდა 59 (84,3 %).

ექიმებმაც და პაციენტთა ოჯახის წევრებმაც შეავსეს მათთვის სპეციალურად მომზადებული და ვალიდურობაზე შემოწმებული კითხვარები. კითხვებზე გაცემული პასუხების რაოდენობრივი ანალიზის შედეგები მოცემულია ცხრილში N6.

პაციენტთა ოჯახის წევრთა და ექიმთა მიერ კითხვებზე გაცემული პასუხების შედეგების შედარებისას დაფიქსირდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები. გამონაკლისს შეადგენდა მხოლოდ მეორე კითხვაზე (1.2/2.2) პასუხი. აღნიშნული შეკითხვა შეეხებოდა დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობას. ყველა დანარჩენ კითხვებზე პასუხების მიღებულ იქნა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებები. ასე, მაგალითად: ექიმთა უმრავლესობა(86,2%) აღნიშნავს რომ ისინი ხშირად/ყოველთვის ესაუბრებიან პაციენტს და მის ოჯახის წევრებს პაციენტის მდგომარეობის შესაძლო გაუარესებაზე, მაშინ როდესაც პაციენტის ოჯახის წევრთა ნახევარზე ნაკლები(47,5%) ეთანხმება ამ მოსაზრებას ($P < 0.0001$).

ექიმთა 78 % პასუხობს რომ, ისინი არასდროს ან იშვიათად ესაუბრებიან პაციენტს, თუ როგორ შეიძლება დადგეს სიკვდილი, თუმცა 40 % პასუხობს რომ ისინი ხშირად/ ყოველთვის ესაუბრებიან ამავე საკითხზე პაციენტთა ოჯახის წევრებს (1.4), ამასთანავე, პაციენტთა ოჯახის წევრების მხოლოდ 15,3 % ეთანხმება ზემოთ აღნიშნულს (2.4)(P= 0.002).

ექიმთა უმრავლესობა 84,6 % აღნიშნავს, რომ მათ ხშირად/ ყოველთვის აქვთ საუბარი პაციენტთა ოჯახის წევრებთან სამომავლო მკურნალობის გეგმასთან დაკავშირებით (მაგალითად,შესაძლო ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციის, გულ-ფილტვის რეანიმაციის თაობაზე), ამავდროულად პაციენტების ოჯახის წევრთა მხოლოდ 57,4 % აღნიშნავს, რომ ექიმი ამ თემაზე მათ ესაუბრა.

პაციენტთა ოჯახის წევრთა ნახევარზე მეტი (50,8 %) ამბობს, რომ ექიმები იშვიათად/არასდროს საუბრობდნენ პაციენტისთვის მნიშვნელოვან ცხოვრებისეულ თემაზე, მაშინ როდესაც ექიმების მხოლოდ 10,8 % ადასტურებს, რომ ისინი მართლაც იშვიათად/არასდროს საუბრობენ ამ თემაზე(1.6/2.6) ($p < 0.0001$).

ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მომუშავე ექიმთა 64,6 % თვლის, რომ ისინი ხშირად გამოხატავენ პაციენტის სულიერებისა და რელიგიურობის პატივისცემას, მაშინ, როდესაც, პაციენტთა ოჯახის წევრების აზრი ამავე საკითხზე მკვეთრად განსხვავებულია:მათი მხოლოდ 6,8 % მიიჩნევს, რომ ექიმი გამოხატავდა პაციენტის რელიგიურობის და სულიერების პატივისცემას(1.8/2.8) ($P < 0.0001$).

ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეზღუდული პაციენტთა ოჯახის წევრების მხოლოდ მეოთხედი (24,8 %) გამოხატავს კმაყოფილებას ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ექიმებთან კომუნიკაციით (2.10). უკმაყოფილების მიზეზს ხშირად წარმოადგენს იმის შეგრძნება, რომ მათი მოთხოვნები და საჭიროებები არასრულფასოვანადაა გათვალისწინებული. ამავდროულად, ექიმთა 78,5 % პოზიტიურად აფასებს თავიანთ კომუნიკაციის პაციენტის ოჯახის წევრებთან (1.10) ($p < 0.0001$).

აღნიშნული შედეგები წარმოდგენილია ცხილებში N6 და N7

ცხრილი N6 ექიმებისა და ინკურაბელურ პაციენტთა ოჯახის წევრების პასუხები და მათი შედარებითი რაოდენობრივი ანალიზი.

პასუხები კითხვები ექიმებს/ პაციენტის ოჯახის წევრებს	არასდროს/იშვიათად		ზოგჯერ		ხშირად/ყოველთვის		არ ვიცი		საერთო P მნიშვნელობა
	n (%)	P მნიშვნელობა	n (%)	P მნიშვნელობა	n (%)	P მნიშვნელობა	n (%)	P მნიშვნელობა	
ექიმი. 1.1. ესაუბრებით თუ რა პაციენტს ან/და მის ოჯახის წევრებს პაციენტის ჯანმრთელობის შესაძლო გაუარესებაზე?	1 (1.5)	0.003	8 (12.3)	0.004	56 (86.2)	<0.0001	0	0.48	<0.0001
პაციენტის ოჯახის წევრი. 12.1. გესაუბრებოდათ თუ არა ექიმი თქვენ, როგორც პაციენტის ოჯახის წევრს პაციენტის ჯანმრთელობის შესაძლო გაუარესებაზე?	10 (16.)		20 (33.)		28 (47.5)		1 (1.7)		
ექიმი. 2.1. ესაუბრებით თუ არა პაციენტს ან/და მის ოჯახის წევრებს დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე ?	12 (18.5)	0.17	24 (36.9)	0.88	26 (40.0)	0.61	3 (4.6)	0.25	0.26
პაციენტის ოჯახის წევრი 2.2. გესაუბრებოდათ თუ არა ექიმი პაციენტს დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე ?	17 (28.8)		21 (35.6)		21 (35.6)		0		
ექიმი 1.3. ესაუბრებოდით თუ არა პაციენტს იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება დადგეს სიკვდილი?	46 (70.8)	-	17 (26.2)	-	2 (3.1)	-	0	-	-
პაციენტის ოჯახის წევრი	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ექიმი 1.4. ესაუბრებოდით თუ არა პაციენტის ოჯახის წევრებს იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება დადგეს სიკვდილი?	10 (15.4)	<0.0001	29 (44.6)	0.66	26 (40.0)	0.002	0	-	0.0004
ოჯახი წევრი 2.4. გესაუბრებოდათ თუ არა ექიმი იმის შესახებ თუ როგორ შეიძლება დადგეს სიკვდილი?	26 (4.1)		24 (40.7)		9 (15.3)		0		

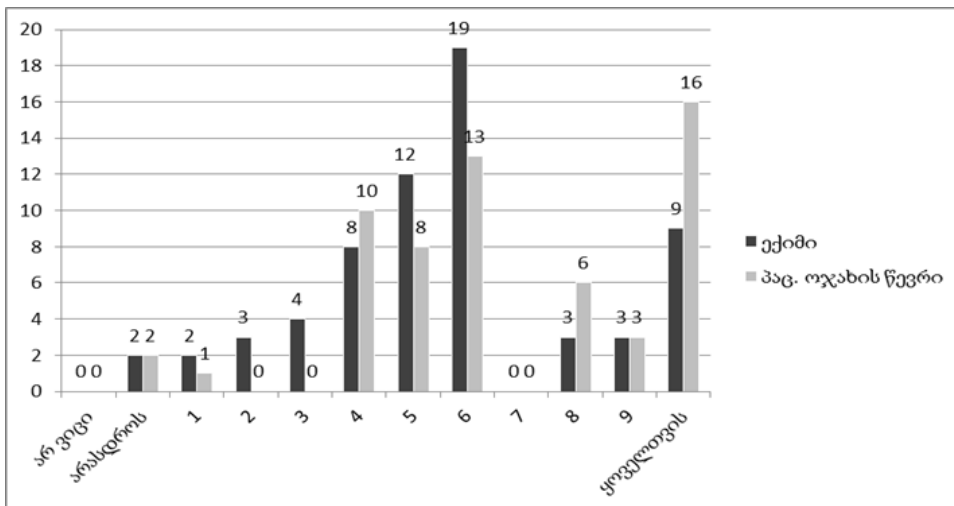
ექიმი 1.5 . უთანხმებთ თუ არა პაციენტის ოჯახის წევრებს მკურნალობის სამომავლო გეგმას, მაგალითად, ხელოვნურ ვენტელაციასა და გულ-ფილტვის რეანიმაციაზე გადასვლის საჭიროებას ?	3 (4.6)		7 (10.)		55(84.6)		0 00o0		
ოჯახის წევრი 2.5 . ათანხმებდა თუ არა ექიმი თქვენთან მკურნალობის სამომავლო გეგმას, მაგალითად, ხელოვნურ ვენტელაციასა და გულ-ფილტვის რეანიმაციაზე გადასვლის საჭიროებას ?	9 (15.3)	0.07	16 (27.1)	0.02	34(57.6)	0.001	0	---	0.004
პაციენტი. 1.6 ესაუბრებით თუ არა პაციენტს ან/და მის ოჯახის წევრებს ისეთ ცხოვრებისეულ საკითხებზე, რომელიც ასოცირებულია პაციენტის პიროვნებასთან და მნიშვნელოვნია მისთვის?	7 (10.8)	<0.0001	33 (50.8)	0.002	23 (35.4)	0.10	2 (3.1)	0.81	<0.0001
ოჯახის წევრი 2.6 გესაუბრებით თუ არა ექიმი ისეთ ცხოვრებისეულ საკითხებზე, რომელიც ასოცირებულია პაციენტის პიროვნებასთან თნ და მნიშვნელოვნია მისთვის?	30 (50.8)		14 (23.7)		13 (22.0)		2 (3.4)		
ექიმი 1.7 . ესაუბრებით თუ არა პაციენტს ან/და მისი ოჯახის წევრს რწმენაზე (რელიგიაზე)?	23 (40.0)	<0.0001	23 (40.0)	0.02	11(16.9)	0.05	0	-	<0.0001
ოჯახის წევრი 2.7 გესაუბრებით თუ არა ექიმი პაციენტის რწმენაზე (რელიგიაზე)?	46 (78.0)		10 (16.9)		3 (5.1)		0		
ექიმი 1.8სცემთ თუ არა პაციენტს პაციენტის სულიერებას და რელიგიურობას?	0 (0.0)	<0.0001	23 (35.4)	0.01	42 (64.6)	<0.0001	0 (0.0)	<0.0001	<0.0001
ოჯახის წევრი 2.8 ხდებოდა თუ არა ექიმის მხიდან პაციენტის რელიგიურობისა და სულიერების პაციენტის დემონსტრირება?	29 (49.2)		9 (15.3)		4 (6.8)		17 (28.8)		
		ძნელი იყო	რანდენადმე ძნელი იყო		საერთოდ არ იყო ძნელი		არ ვიცი		
ექიმი 1.9 . წარმოადგენს თუ	11 (16.9)	0.05	39 (60.0)	0.40	15 (23.1)	0.02	0	-	0.0219

არა სირთულეს თქვენთვის პაციენტთან ან/და მის ოჯახის წევრებთან სიკვდილზე საუბარი?									
ოჯახის წევრი 2.9 თქვენის აზრით ექიმისთვის რთული იყო სიკვდილზე საუბარი?	3 (5.1)		31 (52.5)		25 (42.4)		0		
	უარყოფითად		საშუალოდ		დადებითად		არ ვიცი		
ექიმი 1.10 ზოგადად როგორ შეფასებდით თქვენს კომუნიკაციას პაციენტთან და მის ოჯახის წევრებთან?	1 (15.0)	0.001	13 (20.0)	<0.0001	51 (78.5)	<0.0001	0	-	<0.0001
ოჯახის წევრი 2.10 ზოგადად როგორ შეფასებდით ექიმის კომუნიკაციას თქვენთან?	12 (20.3)		33 (55.9)		14 (23.7)		0		

კიბოს დისემინირებული ფორმით დაავადებულ პაციენტების ოჯახის წევრების და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მომუშავე ექიმების მიერ თითოეულ კითხვაზე გაცემული პასუხები წარმოდგენილია დიაგრამების სახით (N1-N10).

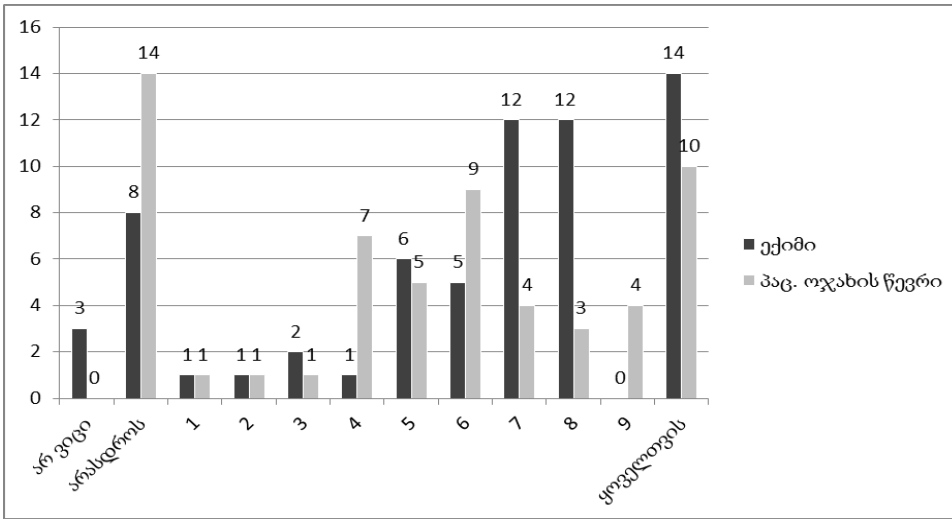
დიაგრამა N 1

პასუხები 1.1/1.2 კითხვებზე



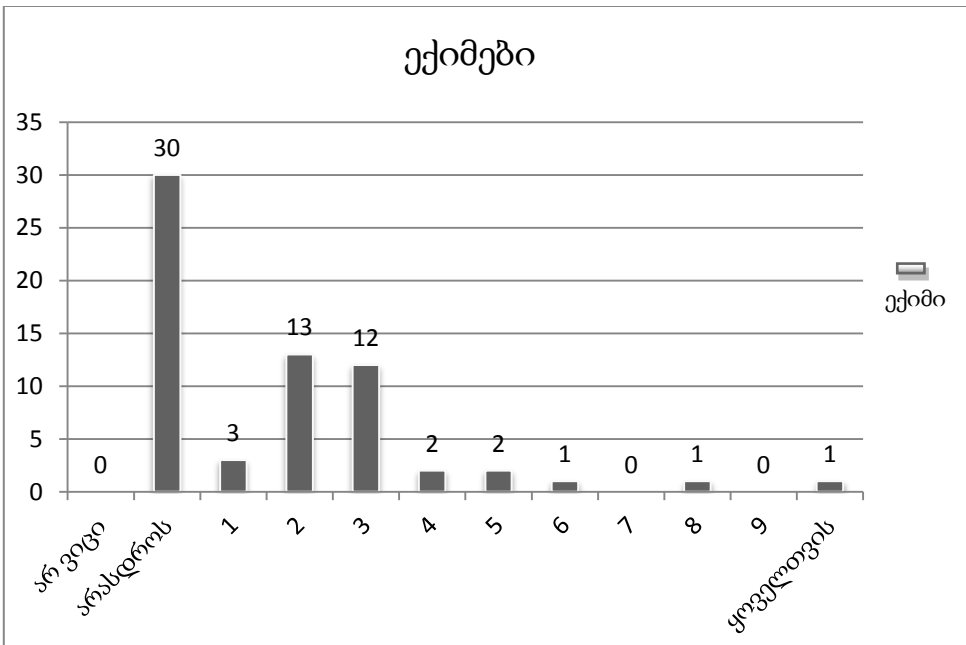
დიაგრამა N2

პასუხები 2.1/2.2 კითხვებზე



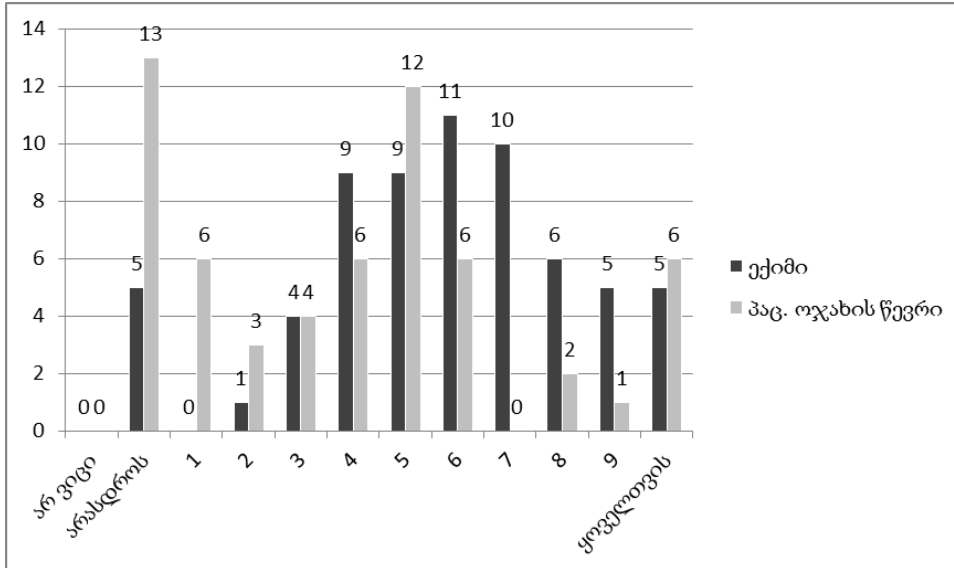
დიაგრამა N3

პასუხები 3.1 კითხვაზე



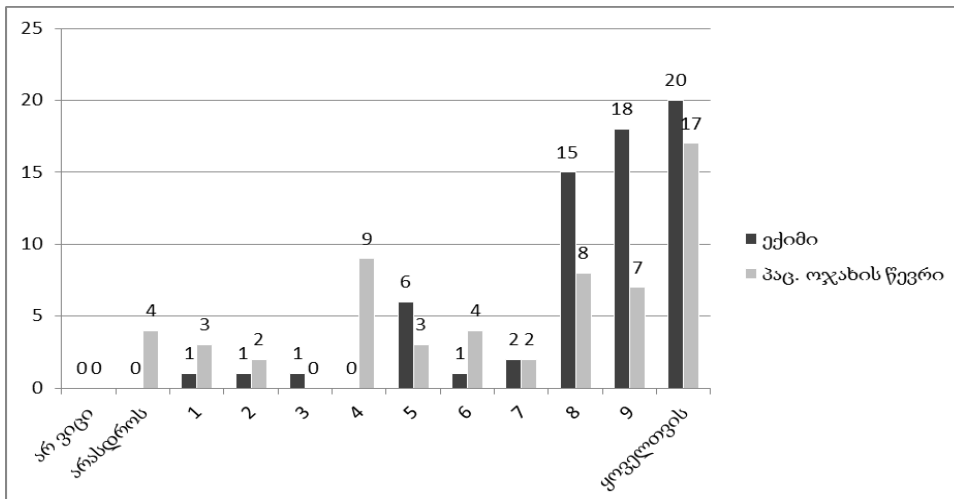
დიაგრამა N4

პასუხები 4.1/4.2 კითხვებზე



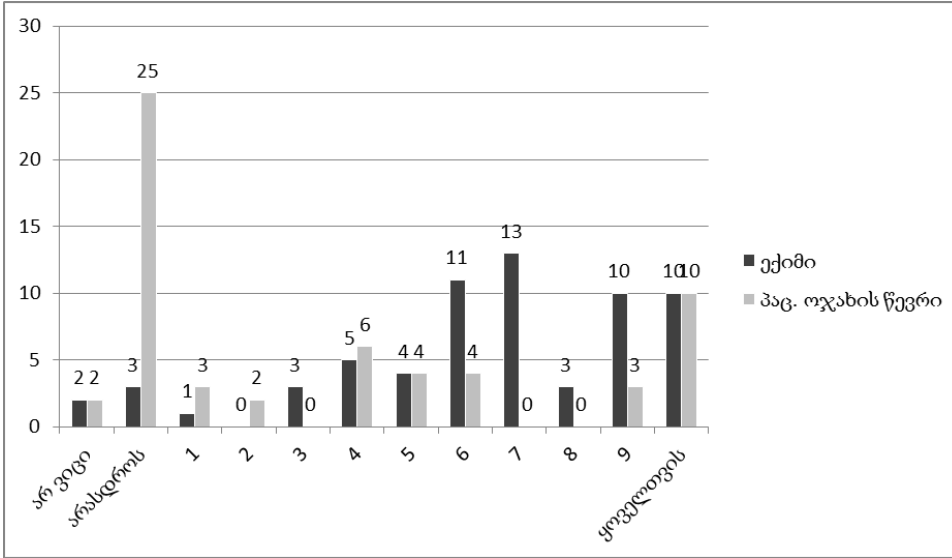
დიაგრამა N5

პასუხები 5.1/5.2 კითხვებზე



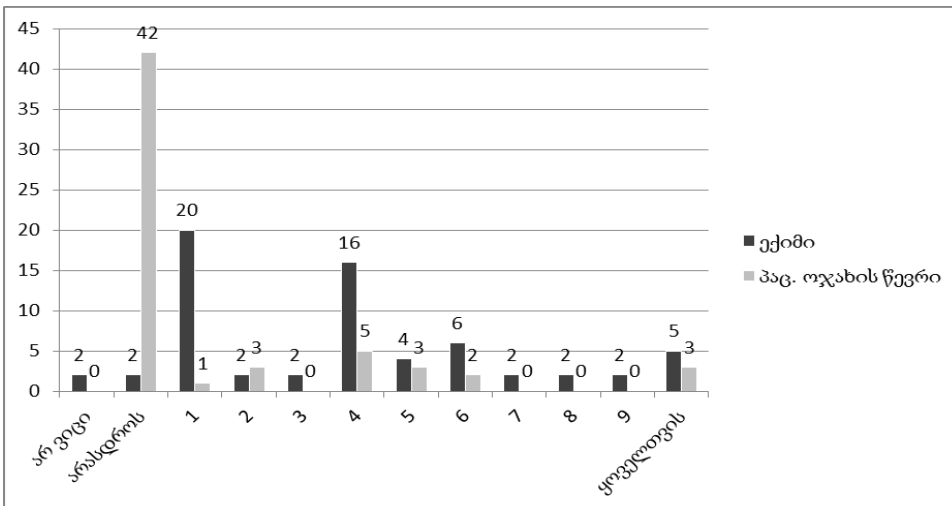
დიაგრამა N 6

პასუხები 6.1/6.2 კითხვებზე



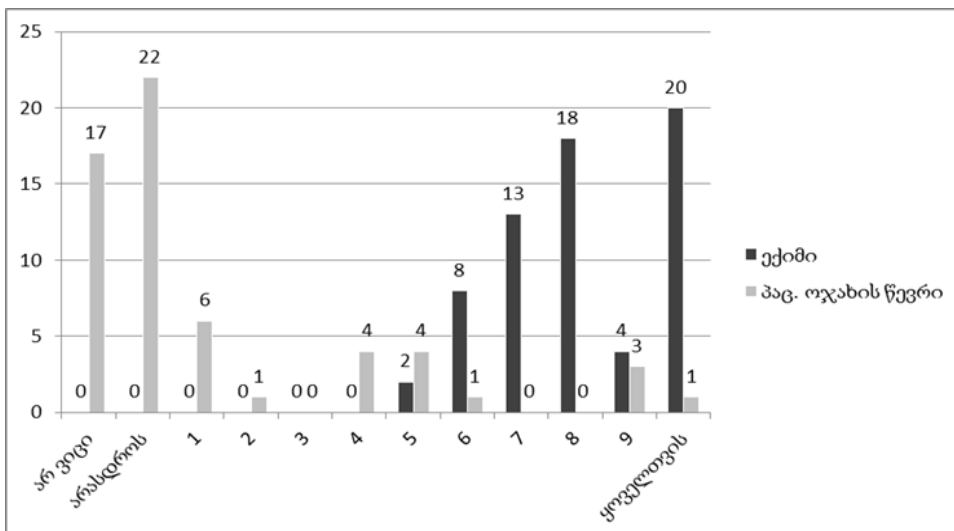
დიაგრამა N 7

პასუხები 7.1/7.2 კითხვებზე



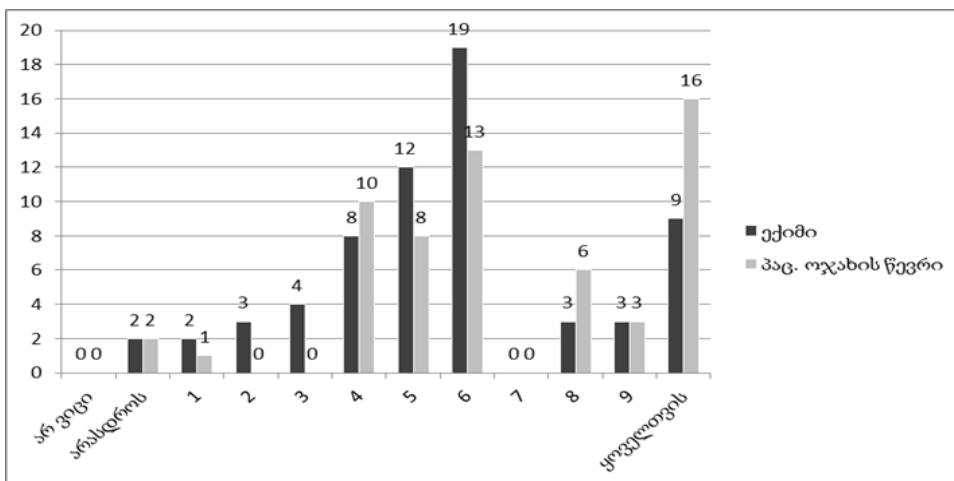
დიაგრამა N 8

პასუხები 8.1/8.2 კითხვებზე



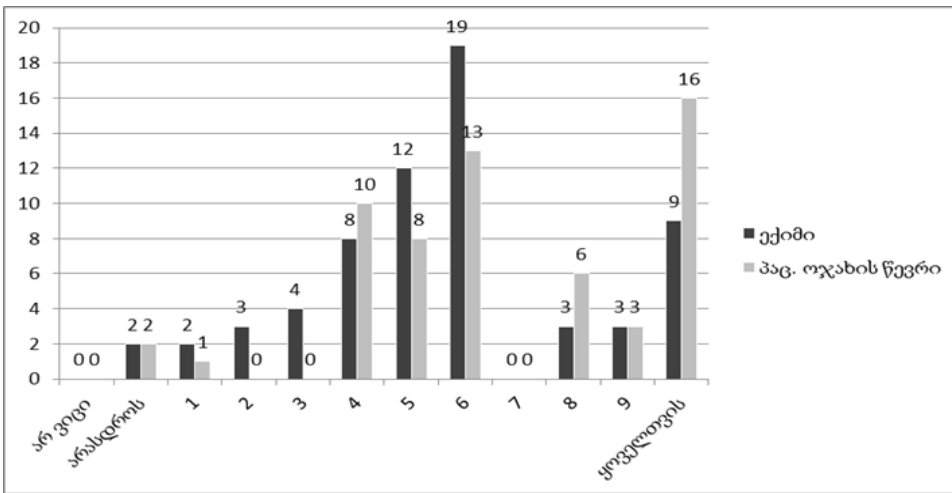
დიაგრამა N 9

პასუხები 9.1/9.2 კითხვებზე



დიაგრამა N 10

პასუხები 10.1/10.2 კითხვებზე



აღნიშნული გამოკითხვა წარმოადგენს ინტენსიური თერაპიის (რეანიმაციის) განყოფილების პირობებში ჩატარებულ პირველ კვლევას, რომელიც განხორციელდა საქართველოში, ქვეყანაში, სადაც სამედიცინო მომსახურება ვითარდება დასავლური სტანდარტების მიხედვით (Government of Georgia 2014), ქრონიკული განუკურნებელი დაავადებით შეპყრობილი პაციენტების ოჯახის წევრებსა და ექიმებს შორის კომუნიკაციის თაობაზე აზრის (დამოკიდებულების) შესწავლით, ჩვენ გვინდოდა გვეჩვენებინა შესაძლო შეუსაბამობა იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ აღიქვამენ ექიმები და ოჯახის წევრები მათ შორის არსებულ კომუნიკაციას. ექიმებისა და პაციენტების ოჯახის წევრების პასუხები თითქმის ყველა კითხვაზე მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისგან.

გამონაკლისია ავადმყოფობის პროგნოზთან, კერძოდ, პაციენტის დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობასთან დაკავშირებული კომუნიკაციის შეფასება. ამ კითხვაზე ექიმებმაც და ოჯახის წევრებმაც კომუნიკაციის პროცესი მსგავსად შეაფასეს: ექიმების 55,4 % და პაციენტების ოჯახის წევრების 64,4% აღიარებს, რომ ამ საკითხის განხილვა ხდება ან "არასდროს/ძალიან იშვიათად" ან "ნაწილობრივ".

ცხრილი N 7 ექიმთა და პაციენტის ოჯახის წევრთა პასუხების როდენობივი კვლევის შედეგად მიღებული კატეგორიზირებული შედეგები

კითხვები	არასდროს/იშვითად	ზოგჯერ	ხშირად ყოველთვის	არ ვიცი
1.1. ესაუბრებით თუ არა პაციენტს ან/და მის ოჯახის წევრებს პაციენტის განმრთვლების შესახებ გაუარესებაზე?	1	8(12.3%)	56(86,2 %)	
საერთო P <0.0001	P 0.003 P004		P<0.0001 P0.48	
2.1. გესაუბრებოდათ თუ არა ექიმი თქვენ, როგორც პაციენტის ოჯახის წევრს პაციენტის განმრთვლების შესახებ გაუარესებაზე?	10 (16,9)	20 (33,9 %)	28(47,5 %)	1(1.7%)
1.2. ესაუბრებით თუ არა პაციენტს ან/და მის ოჯახის წევრებს დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე?	12 (18.5%)	24 (36.9%)	26 (40.0%)	3 (4.6%)
საერთო P =0.26	P0.17 P 0.88		P 0.61 P0.25	
2.2. გესაუბრებოდათ თუ არა ექიმი პაციენტს დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე ?	17 (28.8%)	21 (35.6%)	21 (35.6%)	3 (4.6%)
1.3. ესაუბრებოდათ თუ არა პაციენტს იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება დადგეს სიკვდილი?	46 (70.8%)		17 (26.2%)	2(3.1%)
1.4. ესაუბრებოდათ თუ არა პაციენტის ოჯახის წევრებს იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება დადგეს სიკვდილი?	10 (15.4%)	29 (44.6%)	26 (40.0%)	
საერთო P =0.0004	P<0.0001 P = 0.66		P= 0.002	
2.4. გესაუბრებოდათ თუ არა ექიმი იმის შესახებ თუ როგორ შეიძლება დადგეს სიკვდილი?	26 (44.1)	24(40.7)	9(15.3)	
1.5. უთანხმობით თუ არა პაციენტის ოჯახის წევრებს მკურნალობის სამომავლო გეგმას, მაგალითად, ხელოვნურ ვენტილაციასა და გულ-ფილტვის რეანიმაციაზე გადასვლის საჭიროებას ?	3	7(10.8%)	55(84.6%)	
საერთო P = 0.004	P 0.07 P 0.02		P 0.001	
2.5. ათანხმობდა თუ არა ექიმი თქვენთან მკურნალობის სამომავლო გეგმას, მაგალითად, ხელოვნურ ვენტილაციასა და გულ-ფილტვის რეანიმაციაზე გადასვლის საჭიროებას ?	9 (15.3%)	16 (27.1%)	34(57.6%)	
1.6. ესაუბრებით თუ არა პაციენტს ან/და მის ოჯახის წევრებს ისეთ ცხოვრებისეულ საკითხებზე, რომელიც ასოცირებულია პაციენტის პიროვნებასთან და მნიშვნელოვანია მისთვის?	7 (10.8%)	33 (50.8%)	23 (35.4)	2
საერთო P <0.0001	P<0.0001 P 0.002		P 0.10 P 0.81	
2.6. გესაუბრებოდათ თუ არა ექიმი ისეთ ცხოვრებისეულ საკითხებზე, რომელიც ასოცირებულია პაციენტის პიროვნებასთან თნ და მნიშვნელოვანია მისთვის?	30 (50.8%)	14 (23.7%)	13 (22.0%)	2
1.7. ესაუბრებით თუ არა პაციენტს ან/და მისი ოჯახის წევრს რწმენაზე (რელიგიაზე)?	26 (40.0%)	26 (40.0%)	11(16.9%)	2
საერთო P <0.0001	P<0.0001 P.002		P0.05	
2.7. გესაუბრებოდათ თუ არა ექიმი პაციენტის რწმენაზე (რელიგიაზე)?	46(78.0)		10(16.9)	3 (5.1)
1.8. სცემთ თუ არა პაციენტს პაციენტის სულიერებას და რელიგიურობას?	23 (35.4%)	42 (64.6%)		
საერთო P <0.0001	P<0.00010 P0101		P<0.00010 P0101	
2.8. ხდებოდა თუ არა ექიმის მხიდან პაციენტის რელიგიურობისა და სულიერების პატივისცემის გამოხატვა?	29 (49.2)	9 (15.3)	4(6.8)	17 (28.8)
კითხვა	მალან რთული	ზოგჯერ	არ წარმოადგენს	არ ვიცი
1.9. წარმოადგენს თუ არა სირთულეს თქვენთვის პაციენტთან ან/და მის ოჯახის წევრებთან სიკვდილზე საუბარი?	11 (16.9%)	39 (60%)	15 (23.1%)	
საერთო P =0.0219	P0.05 P0.40		P0.02	
2.9. თქვენის აზრით ექიმისთვის რთული იყო სიკვდილზე საუბარი?	3	31 (52.5%)	25 (42.4%)	
კითხვა	ნეგატიური	საშუალო	პოზიტიური	არ ვიცი
1.10. ზოგადად როგორ შეაფასებდით თქვენს კომუნიკაციას პაციენტთან და მის ოჯახის წევრებთან?	1	13 (20.0%)	51 (78.5%)	
საერთო P<0.0001	P0.001 P<0.0001		P <0.0001	
2.10. ზოგადად როგორ შეაფასებდით ექიმის კომუნიკაციას თქვენთან ?	12 (20.3)	33 (55.9)	14 (23.7)	

ეს, შესაძლოა, იმით იყოს გამოწვეული, რომ ზუსტი პროგნოზის განსაზღვრა რთულია და შესაბამისად, ექიმები ფრთხილობენ (გაურბიან) იმაზე საუბარს, თუ რამდენი ხანი შეიძლება იცოცხლოს პაციენტმა.

დაწყვილებული კითხვების პასუხებში მნიშვნელოვანი სხვაობა მიუთითებს ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ექიმებსა და პაციენტების ოჯახის წევრებს შორის კომუნიკაციის პრობლემაზე. მაგალითად, ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ექიმების 40,0%-ის აზრით ისინი ოჯახის წევრებთან ერთად "ხშირად" განვიხილავენ, თუ როგორ და რა პირობებშია სავარაუდო პაციენტის დაღუპვა. აღმოჩნდა, რომ ამ მოსაზრებას მხოლოდ პაციენტების ოჯახის წევრების 15,3% ადასტურებს ($p < 0,002$).

მსგავსი განსხვავებები გამოვლინდა ისეთ კითხვების პასუხებშიც, რომლებიც ეხებოდა კომუნიკაციას შემდგომი მკურნალობის სავარაუდო გეგმის განხილვის თაობაზე: რეანიმაციის ექიმების 84,6 % ფიქრობს, რომ ისინი "ხშირად/ყოველთვის" ახდენენ მკურნალობის გეგმის გარჩევას პაციენტის ოჯახის წევრებთან, მაშინ როდესაც ამ უკანასკნელთა მხოლოდ 57,6% იზიარებს ამ აზრს.

ეს განსხვავება შეიძლება ასახავდეს პაციენტთა ოჯახის წევრების სტრესულ მდგომარეობას, როდესაც ისინი გებულობენ „ცუდ ამბავს“ ინტენსიური ტერაპიის განყოფილებაში მყოფი თავიანთი ახლობლების შესახებ. როგორც ცნობილია სუროგატულად (სხვის მაგივრად) გადაწყვეტილების მიღება ძლიერ სტრესთანაა დაკავსირებული, რომელსაც შეუძლია გავლენა მოახდინოს მიღებული ინფორმაციის ადეკვატურად აღქმის უნარზე. მიჩნეულია, რომ ეფექტური კომუნიკაცია ინტენსიური თერაპიის განმახორციელებლებსა და სუროგატ გადაწყვეტილების მიმღებებს შორის, რომლებიც ხშირად ოჯახის წევრები არიან, გადამწყვეტია ზრუნვის მიზნების განსაზღვრისათვის, მათ შორის იმის შესახებ, მიმართონ თუ არა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში კარდიოპულმონალურ რეანიმაციას (Truog RD., et al., 2008); ჩვეულებრივ, ოჯახის წევრების მიერ პაციენტების სიცოცხლის ბოლო პერიოდის თაობაზე გადაწყვეტილებების მიღება ხდება ოჯახურ შეკრებებზე,

საჭიროების შემთხვევაში ეთიკოსთა მონაწილეობით (Lynn J., 2008). საქართველოში მსგავსი პრაქტიკის დანერგვა, ვფიქრობთ, მნიშველოვანი ღირებულების სიახლე იქნებოდა.

ჩვენი კვლევის შედეგებში პასუხი - "არ ვიცი" არ დაფიქსირებულა, გარდა იმ შეკითხვისა, რომელიც ეხებოდა პაციენტის სულიერი და რელიგიური განწყობების პატივისცემას ექიმის მხრიდან: 17 პაციენტის ოჯახის წევრმა (28,8 %) მოგვცა ასეთი პასუხი მაშინ, როდესაც არცერთი ექიმი ასე არ მოქცეულა. ინტენსიური თერაპიის ექიმების 40% თვლის, რომ ისინი "რამდენადმე" ითვალისწინებდნენ პაციენტთა რელიგიურ შეხედულებებსა და მრწამსს. თუმცა, პასუხი "რამდენადმე", ამ შემთხვევაში, ალბათ, იმის მიმანიშნებელია, რომ მედიკოსები თავს იკავებენ (ან/და ყოყმანობენ) სულიერ და რელიგიურ საკითხებზე კომუნიკაციისაგან, ინარჩუნებენ ერთგვარ დისტანციის გრძობას. ეს თავშეკავება (ყოყმანი) არასამედიცინო საკითხებზე კომუნიკაციისას აისახება პაციენტთა ოჯახის წევრების ეჭვში იმის თაობაზე, რომ ექიმებს ნაკლებად აინტერესებთ და პატივს არ სცემენ პაციენტთა/ოჯახის წევრთა რელიგიურ და სულიერ განწყობებს. აღნიშნული ხელს უშლის ნდობის ჩამოყალიბებას კომუნიკაციის მხარეებს შორის და შეიძლება ჩაითვალოს პაციენტების ოჯახის წევრების ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ექიმებთან კომუნიკაციით უკმაყოფილების ერთ-ერთ ძირითად მიზეზად. ეს მიუთითებს, რომ კომუნიკაციის თვალსაზრისით, ექიმთა ცოდნა და უნარებია დასახვეწია (Deledda G., et al., 2013; Mazor KM., et al., 2013).

ინტენსიური თერაპიის ექიმების სამი მეოთხედი (76.9%) ისევე, როგორც პაციენტების ოჯახის წევრები 57,6% ადასტურებს, რომ ექიმები წვალბენ და თავისუფლად ვერ საუბრობენ ოჯახის წევრებთან პაციენტის გარდაცვალების თაობაზე მსჯელობისას (1.9/2.9). მიუხედავად ამისა, ინტენსიური თერაპიის ექიმების 78,5% პოზიტიურად აღიქვამს პაციენტის ოჯახის წევრებთან კომუნიკაციას.

გამოვლინდა, რომ ინტენსიური თერაპიის ექიმები პაციენტის გარდაცვალების შესახებ უფრო ხშირად საუბრობენ ოჯახის წევრებთან, ვიდრე პაციენტებთან (p

<0,001). ერთი მხრივ, ეს გამოწვეულია იმით, რომ ხშირად ძნელია, ან შეუძლებელია, პაციენტებთან კომუნიკაცია მათი არაადეკვატური ცნობიერების გამო; მეორე მხრივ, ეს ფაქტი, შესაძლოა აიხსნას "ცუდი ამბების შტეკობინების" შესაბამისი კომუნიკაციის უნარის დეფიციტით, რაც დაკავშირებულია ხარვეზთან პროფესიულ განათლებაში - სპეციალიზაციის ყველა დონეზე (Kordzaia D., Dalakishvili S., et al., 2011).

აღიარებული სტრატეგიის- "პალიატიური მზრუნველობა ყველასათვის, ვისაც ის ესაჭიროება" - ხორცშესხმა აუცილებლად მოითხოვს, რომ მთელისამედიცინო პერსონალი, რომელიც შეიძლება ჩართული იყოს პაციენტის სიცოცხლის ბოლო პერიოდის მართვაში, რეანიმაციისა და ინტენსიური თერაპიის ექიმების ჩათვლით, ფლობდეს პალიატიური მზრუნველობის საბაზისო ცოდნასა და უნარებს (Gomez-Batiste X., et al, 2011; WHO ., 2014).

ამასთანავე, პალიატიური მზრუნველობის აღიარებული სტანდარტები რეანიმაციული და ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ექიმებისაგან მოითხოვს, სიმპტომების მართვის, ტკივილის შემსუბუქების და მაქსიმალური ფიზიკური კომფორტის მიღწევის უზრუნველყოფას, ერთი მხრივ, და მეორე მხრივ ჰუმანისტური მიზნებისადმი ერთგულებას, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის (Truog RD., et al., 2001). ექიმებსაც, ისევე, როგორც პაციენტის ოჯახის წევრებს, უჭირთ სწრაფი გადართვა „მდგომარეობის გაუმჯობესების“ და „გადარჩენის“ ქმედებებიდან სიცოცხლის ღირსეული დასასრულისათვის მოსამზადებელ ქმედებებზე. სამედიცინო მომსახურების ამგვარი ტრანსფორმაცია წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე რთულ ვითარებას რეანიმაციის პირობებში (Eidelman LA., 1998; McLean RF., et al., 2000; Truog RD., et al., 2008). ზოგადად, როგორც პაციენტები, ასევე ოჯახის წევრები რჩებიან უკმაყოფილო სამკურნალო ღონისძიებების შეწყვეტის და მხოლოდ პალიატიური მზრუნველობის გაგრძელების გადაწყვეტილებით, რაც უკავშირდება მათ იმედების გაცრუებას (Furukawa MM., 1996; Danis M., 1998; Mazor KM., et al; 2013). რეანიმაციისა და ინტენსიური თერაპიის ექიმების ცუდი კომუნიკაციის უნარი ართულებს

ურთიერთგაგებასა და თანამშრომლობას პაციენტთან და მათი ოჯახის წევრებთან. საქართველოში წლების მანძილზე დამკვიდრებული "ცუდი დიაგნოზის" დაფარვის ტრადიცია, ისევე როგორც ტერმინალურ დაავადებებთან დაკავშირებული "სტიგმა" და "ტაბუ" კიდევ უფრო ართულებს აღნიშნულ პრობლემას (Kordzaia D., Dalakishvili S., et al., 2010).

როგორც წესი, ექიმებსრეანიმაციის და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში, სადაც პაციენტის გარდაცვალება ხშირი მოვლენაა, ხშირად უწევთ გამკლავება სიცოცხლის ბოლო დღეებსა და საათებთან. ამდენად, და ამას უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში განხორციელებული კვლევებიც ადასტურებს, რეანიმაციისა და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების დანერგვისა და განვითარების აუცილებლობას. რეანიმაციაში პალიატიური მზრუნველობის განხორციელება შესაძლებელია ორი ძირითადი მოდელით:

ა) "საკონსულტაციო მოდელი", როდესაც პალიატიური მზრუნველობის მიწოდება ხდება მოწვეული სპეციალისტების (კონსულტანტების) მიერ. ისინი უზრუნველყოფენ საჭირო კომუნიკაციას პაციენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან, მათთან მოლაპარაკებით შეიმუშავენ და განახორციელებენ მოვლის გეგმას უშუალოდ, ან გააკონტროლებენ პროცესს:

ბ) "ინტეგრაციული მოდელი", როდესაც პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფა ხორციელდება უშუალოდ რეანიმაციისა და ინტენსიური თერაპიის ექიმების მიერ, ყოველდღიურად.

მეორე მოდელი პირველზე უფრო ეფექტურად და ადეკვატურად მიიჩნევა, ამასთანავე, საჭიროების შემთხვევაში ის ხელს უწყობს პალიატიური მზრუნველობის უწყვეტმეუფერხებელ გაგრძელებას სპეციალიზებულ სამსახურებში (Furukawa MM., 1996; Kordzaia D. Dalakishvili S., et al., 2010; Nelson JE., et al., 2010).

გამოვლენილია სიცოცხლის მიწურულის კარგი სამედიცინო მომსახურების რამდენიმე მაჩვენებელი: პაციენტის ტკივილისა და სხვა სიმპტომების სათანადო

მართვა, უსარგებლო და მიზანშეუწონელი მკურნალობის გახანგრძლივების თავიდან არიდება, ისეთი ვითარების მიღწევა, როდესაც პაციენტი გრძნობს, რომ მისი მდგომარეობა კონტროლს ექვემდებარება, ხოლო ახლობლებისათვის მისი ავადმყოფობით გამოწვეული პრობლემები („ტვირთი“) მაქსიმალურად შემსუბუქებულია და მათთან ურთიერთობება ძველებურად მტკიცეა. ასევე ფრიად მნიშვნელოვანია ეფექტური კომუნიკაცია პაციენტის ოჯახის წევრებთან და მათი საჭიროებებისა თუ სურვილების გავალისწინება (Singer P.A., et al., 1999; Cook D., et al.; 2004; ღვამიჩავა რ., 2010).

ბოლო ხანებამდე, საქართველოში, პალიატიური მზრუნველობა, მისი თანამედროვე გააზრებით, არ იყო ოფიციალურად აღიარებული. პალიატიური მზრუნველობის განახლებული სტანდარტები შემოღებულ იქნა 2004 წლიდან - უცხოელი ექსპერტების ხელშეწყობითა და პილოტური საგანმანათლებლო პროგრამების განხორციელებით. ამ პროგრამების მიზანს წარმოადგენდა აუცილებელი ცოდნის მიწოდება როგორც ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტებისათვის, ისე პოლიტიკის შემმუშავებლებისა და სამედიცინო პროფილის სტუდენტებისათვის. მოგვიანებით, 2007 და 2008 წლებში, ამას მოჰყვა საქართველოს პარლამენტის მიერ კანონებში ცვლილებების შეტანა (კანონებში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების და პრეკურსორების შესახებ“ ჩაემატა პალიატიური მზრუნველობის ცნებისა და მნიშვნელობის განმსაზღვრელი დებულებები), პალიატიური მზრუნველობის მარეგულირებელი ნორმატიული აქტის გამოცემა, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ "პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მედიცინის" შეტანა სამედიცინო სპეციალობების ნუსხაში "ქვესპეციალობის" სახით (Kordzaia D., Dalakishvili S., et al., 2010).

ამჟამად დღის წესრიგში დგას სხვადასხვა სპეციალობის ექიმებისათვის, და მათ შორის, ცხადია, რეანიმაციისა და ინტენსიური თერაპიის ექიმებისათვის, პალიატიურ მზრუნველობაში სპეციალური სასწავლო და/ან კვალიფიკაციის ასამაღლებელი

კურსების შემუშავება. 2014 წელს ჩვენს მიერ (ნ. ჩიხლაძე, მ. ველიჯანაშვილი, დ. კორძია) მომზადებულ იქნა „ონ-ლაინ რეჟიმში“ სწავლების კურსი, რომელიც მედიკოსებს ძლევს ცოდნის მიღების საშუალებას სამუშაო ადგილიდან გაუსვლელად.

პალიატიური მზრუნველობის ისეთი ძირითადი უნარების განვითარების გარდა, როგორცაა ქრონიკულ სიცოცხლის ბოლო პერიოდის კომუნიკაციანკურაბელურ პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებთან რწმენისა და რელიგიის თაობაზე, ასევე იმაზე, თუ რა სახით შეიძლება დადგეს სიკვდილი, ეს კურსი ითვალისწინებს კონკრეტული ცოდნის მიცემას პალიატიური მზრუნველობის შესახებ საგანგებო ვითარებებში, კონკრეტულად ცხოვრების უკანასკნელი 48 საათის განმავლობაში. ის მოიცავს როგორც წმინდა სამედიცინო ასპექტებს, ასევე ოჯახის მხარდაჭერისა და ეთიკურ-რელიგიურ ასპექტებსაც.

საქართველოში 2017 წლიდან უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების სავალდებულო სისტემის (ეს სისტემა გაუქმდა 2004 წელს) აღდგენამ ხელი უნდა შეუწყოს ამ კურსის წარმატებულ განხორციელებას.

ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევაიყო პირველი კვლევა, რომელიც ეხებოდა საქართველოში ექიმებსა და ქრონიკულ ინკურაბელურ პაციენტების ოჯახის წევრებს შორის კომუნიკაციის შემხვედრ შეფასებას. კვლევამ წარმოაჩინა მნიშვნელოვანი საფუძველირეანიმაციისა და ინტენსიური თერაპიის ექიმებისათვის პალიატიურ მზრუნველობის საბაზისო კურსების მიწოდების ხელშეწყობისათვის.

ამოცანა 2.

სიცოცხლის შეზღუდული ხანგრძლივობის გაცნობიერების პირობებში კიბოთი დაავადებულთა და მოხუცთა ჯგუფების სიცოცხლის მიწურულის აღქმებისა და დამოკიდებულების ასახვა და შედარებითი ანალიზი.

ჩვენს მიერ გამოკვლეული იქნა 85 წლის და მეტი ასაკის 50 მოხუცი და სიმსივნის დისემინირებული ფორმით დაავადებული 50 პაციენტი (კვლევის მეთოდები იხილეთ ზემოთ, თავში „კვლევის მასალა და მეთოდები“).

მოხუცებთან ინტერვიუების ჩაწერა გრძელდებოდა 5-დან 52-წუთამდე. ინტერვიუების ტრანსკრიპციისა და ანალიზის შემდეგ გამოიყო 151 მეტ-ნაკლებად ლოგიკურად დასრულების მქონე ფრაგმენტი. მათგან, საბოლოოდ, კონსენსუსის საფუძველზე, მასლოუს პირამიდის ამა თუ იმ საფეხურისა (დონის) და ქვეჯგუფის შესაბამისად მიჩნეული იქნა 119 ფრაგმენტი.

ერარქიის I დონეზე განთავსდა 3 ფრაგმენტი (რაც შეადგენს მოხუცთა ინტერვიუებიდან გამოყოფილი 119 ფრაგმენტის 2,52%-ს), სამივე ძილისა და დასვენების მოთხოვნილების კატეგორიაში. ამგვარად, ჩვენს მიერ გამოკვლეულ მოხუცთა მიერ, მასლოუს საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა ერარქიის I დონის 5 ტიპური კატეგორიიდან „ათვისებული“ იქნა მხოლოდ 1. (იხ. ცხრილი #8).

ერარქიის II დონეზე განთავსდა 9 (7, 56%) ფრაგმენტი, აქედან 1-თავშესაფრის მოთხოვნილების კატეგორიაში, 1- ოჯახის უსაფრთხოების კატეგორიაში, 1-საკუთრების უსაფრთხოების კატეგორიაში, 3-3 კი - ფინანსური უსაფრთხოებისა და სიკვდილის შიშის არქონის მოთხოვნილებების კატეგორიებში. ამდენად, მასლოუს საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა ერარქიის II დონის 7 ტიპური კატეგორიიდან „ათვისებული“ იქნა 5.

ერარქიის III დონეზე განთავსდა 48 (40, 34%) ფრაგმენტი. მათ შორის, ოჯახის წევრების სიყვარულის მოთხოვნილების კატეგორიაში - 30, მეგობრების სიყვარულის კატეგორიაში - 8, ცოლქმრული (ინტიმური) სიყვარულის კატეგორიაში - 10 .

ცხრილი N8

მზუსტა ინტერვიუების ანალიზის შედეგად მიღებული ფრაგმენტების განლაგება მასლოუს მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა იერარქიის დონეებისა და კატეგორიების მიხედვით

მიხედვით	I მახასიათებელი	II უსაფრთხოება					III სივარული			IV პატივისცემა				V თვითაქტუალზაცია			
	ბილის და დასვენების	ოჯახის	საკუროების უსაფრთხოების	ფინანსების	თვებისა	სიკვდილის მისის აშკარის	ოჯახის წევრების	მეგობრების	= ცოლ-ქმრული	საზოგადოების	ოჯახის	სამსახურის (თანამშრომლების)	საკუთარი თავის პატივისცემის მოთხოვნა	ტრენინგების	კრეატიულობის	სულიერი სიმშვიდის	შეუზღუდაობის
001																	
002																	
003																	
004																	
005																	
006																	
007																	
008																	
009																	
010																	
011																	
012																	
013																	
014																	
015																	
016																	
017																	
018																	
019																	
020																	
021																	
022																	
023																	
024																	
025																	
026																	
027																	
028																	
029																	
030																	
031																	
032																	
033																	
034																	
035																	
036																	
037																	
038																	
039																	
040																	
041																	
042																	
043																	
044																	
045																	
046																	
047																	
048																	
049																	
050																	
სულ																	
N კატეგორიის მიხედვით	3	1	1	3	1	3	30	8	10	17	3	14	5	11	4	2	3
N კატეგორიის მიხედვით	3	9					48			39				20			
სულ	119																
% ღირსების მიხედვით	100%	11,11%	11,11%	33,33%	11,11%	33,33%	62,50%	16,67%	20,83%	43,59%	7,69%	35,90%	12,62%	5%	20%	10%	15%
% მიხედვით დატოვის მიხედვით	2,52%	0,84%	0,84%	2,52%	0,84%	2,52%	25,21%	6,72%	8,40%	14,28%	2,52%	11,76%	4,20%	9,24%	3,36%	1,68%	2,52%
ღირსის სავალი % მიხედვით დატოვის მიხედვით	2,52%	7,56%					40,34%			32,77%				16,81%			

ამდენად, მასლოუს საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქიის III დონის 4 ტიპური ვარიაციიდან „ათვისებული იქნა“ 3.

იერარქიის IV დონეზე განთავსდა 39 (32,77%) ფრაგმენტი, აქედან ოჯახის წევრებისაგან პატივისცემის მოთხოვნის ქვეჯგუფებში -3; საზოგადოების (სხვათა) მხრიდან პატივისცემის მოთხოვნის კატეგორიაში - 17; თანამშრომლების მხრიდან (სამსახურში) პატივისცემის მოთხოვნის კატეგორიაში -14; საკუთარი თავის პატივისცემის მოთხოვნის კატეგორიაში -5. ამდენად, მასლოუს იერარქიის IV დონის 5 კატეგორიიდან „ათვისებული“ იქნა 4;

იერარქიის V დონეზე განთავსდა ინტერვიუთა 20 ფრაგმენტი (16,81%). აქედან: ტრანსცენდენტულობის მოთხოვნილების კატეგორიაში - 11, კრეატიულობის მოთხოვნილების კატეგორიაში - 4; სულიერი სიმშვიდის (გარემომცველ სამყაროსთან ერთიანობის) კატეგორიაში - 2, ხოლო „შეუზღუდაობის“ (შინაგანი თავისუფლების) კატეგორიაში -3. ამდენად, მასლოუს იერარქიის V დონის 6 კატეგორიიდან „ათვისებული იქნა“ 4;

მოხუცთა მონაცემების სტატისტიკური ანალიზი უჩვენებს, რომ III (სიყვარულისა და კომუნიკაციის მოთხოვნილების) დონეზე ფრაგმენტების განთავსების სიხშირე არ განსხვავდება IV (პატივისცემის მოთხოვნილების) დონეზე ფრაგმენტების სიხშირისაგან ($P < 0,5$).

ამასთანავე, III და IV დონეებზე ფრაგმენტების განთავსების სიხშირე სარწმუნოდ აღემატება I, II, და V დონეების ანალოგიურ მაჩვენებლებს.

თავის მხრივ, II დონეზე ინტერვიუთა ფრაგმენტების განთავსების სიხშირე სარწმუნოდ აღემატება I დონეზე ინტერვიუთა განთავსების სიხშირეს. V დონეზე ფრაგმენტების განთავსების სიხშირე კი სარწმუნოდ აღემატება არა მხოლოდ I და II დონეებზე ფრაგმენტების განთავსების სიხშირეებს, არამედ მათ ჯამსაც.

ამრიგად, ჩვენი კვლევის თანახმად, 85 წლისა და მეტი ასაკის მოხუცთა ინტერვიუებში ასახული განწყობების, დამოკიდებულებებისა და მოთხოვნილებების 2/3-ზე მეტი (119-დან 87, ანუ 73,11%) შეესაბამება მასლოუს მოთხოვნილებათა და

საჭიროებათა იერარქიის III და IV დონეებს (სიყვარულის, ურთიერთობის და პატივისცემის მოთხოვნილებებს). აღსანიშნავია, რომ დარჩენილი 32 ფრაგმენტიდან 20 (62,5%), ანუ თითქმის 2/3 შეესაბამება მასლოუს იერარქიის V დონეს.

პაციენტებთან ინტერვიუების ჩაწერა გრძელდებოდა 5-დან 40-წუთამდე. ინტერვიუების ტრანსკრიპციისა და ანალიზის შემდეგ გამოიყო 141 მეტ-ნაკლებად ლოგიკურად დასრულების მქონე ფრაგმენტი. მათგან, საბოლოოდ, კონსენსუსის საფუძველზე, მასლოუს პირამიდის ამა თუ იმ საფეხურისა (დონის) და ქვეჯგუფის შესაბამისად მიჩნეული იქნა 120 ფრაგმენტი (იხ. ცხრილი N 9).

იერარქიის I დონეზე განთავსდა 6 ფრაგმენტი (5%), 2 - წყლისა და საკვების მოთხოვნილების კატეგორიაში, 1 - ძილისა და დასვენების და 3 - თავისუფლად სუნთქვის კატეგორიებში. ამდენად, შესწავლილ პაციენტთა ინტერვიუების ანალიზისას, მასლოუს საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქიის I დონის 5 ტიპური კატეგორიიდან „ათვისებული“ იქნა 3 კატეგორია.

იერარქიის II დონეზე განთავსდა 29 ფრაგმენტი (24,17%), აქედან 1- თავშესაფრის მოთხოვნილების კატეგორიაში, 1- სოციალური (სამსახურის ქონა) მოთხოვნილებების კატეგორიებში, 5 - ფიზიკური უსაფრთხოების კატეგორიაში, 4- ოჯახის უსაფრთხოების კატეგორიაში, 7 - სიკვდილის შიშის არქონის მოთხოვნილებების კატეგორიებში, 11 კი - ფინანსური უსაფრთხოების კატეგორიაში. ამდენად, მასლოუს საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქიის II დონის 7 ტიპური კატეგორიიდან „ათვისებული“ იქნა 6.

იერარქიის III დონეზე განთავსდა 46 (38,33%) ფრაგმენტი. მათ შორის, ოჯახის წევრების სიყვარულის მოთხოვნილების კატეგორიაში - 30, მეგობრების სიყვარულის კატეგორიაში - 7, ცოლქმრული (ინტიმური) სიყვარულის კატეგორიაში - 7, ხოლო საზოგადოების მხრიდან სიყვარულის კატეგორიაში 2 ფრაგმენტი.

ამდენად, მასლოუს საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქიის III დონის ტიპური კატეგორიები „ათვისებულ“ იქნა სრულად.

ცხრილი N9

კიბოს დისემინირებული ფორმით დაავადებულ პაციენტთა ინტერვიუების ანალიზის შედეგად მიღებული ფრაგმენტების განლაგება მასლოუს მითხოვნილებათა და საჭიროებათა იერარქიის დონეებისა და კატეგორიების მიხედვით

პაციენტი	I ბაზისური საჭიროებები			II უსაფრთხოება						III სივარული				IV პატივისცემა					V თითოეული ზაგია	
	წელის და საკვების	ძლის და დაძვეების	თავისუფლად სუნთქვა	ფიზიკური სოციალური(სამსახური)	ოჯახის	სერამების	თავისუფლად კინის	მაცვდელის შიშის არ ქნის	ოჯახის წევრების მხრივ	მეგობრების მხრივ	საზოგადოების მხრივ	გოლ-ქრული	საზოგადოების მხრივ	ოჯახის მხრივ	სამსახურში(თანამშრომლის მხრივ)	საკუთარი თავის პატივისცემის მოთხოვნა	მძულ (მხრივ)	ტრანსპარენტობა	კრედიტულობა	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				
41																				
42																				
43																				
44																				
45																				
46																				
47																				
48																				
49																				
50																				
სულ																				
N კატეგორიების მიხედვით	2	1	3	5	1	4	11	1	7	30	7	2	7	18	5	5	5	1	3	2
N დონეების მიხედვით	6			29						46				34					5	
სულ	120																			
% დონის მიხედვით	16.6 %	33.6 %	50%	17.2 %	3.45 %	13.7 %	37.9 %	3.45 %	24.14 %	65.22%	15.22%	4.35%	15.22%	52.94 %	14.71 %	14.71 %	14.71 %	2.5 %	60%	40%
% პაციენტის ავთვისებიანობის მიხედვით	0.83 %	1.67 %	2.5%	4.17 %	0.83 %	3.33%	9.17 %	0.83 %	5.83 %	25.00%	5.83%	1.67 %	5.83%	15.00%	4.17 %	4.17%	4.17%	0.83 %	2.5 %	1.67%
დონის სავალი % პაციენტის ავთვისებიანობის მიხედვით	5%			24.17%						38.33%				28,33					4,17%	

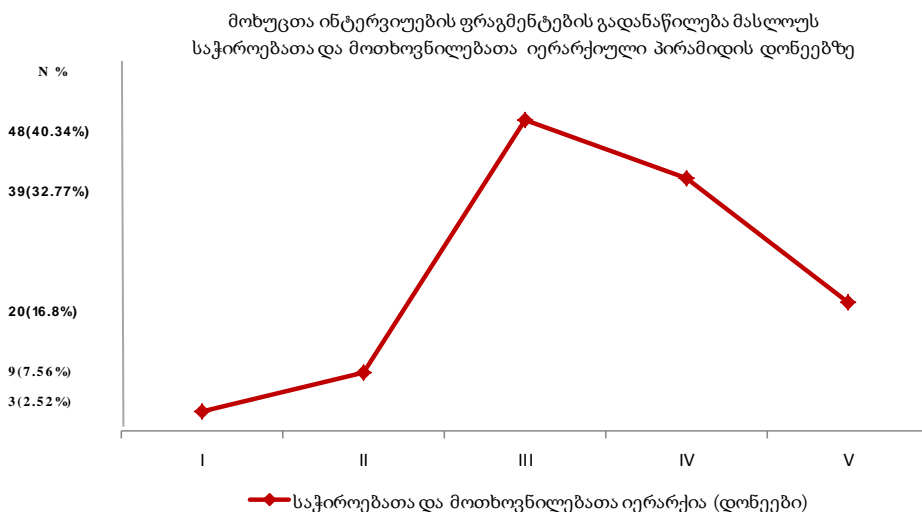
იერარქიის IV დონეზე განთავსდა 34 ფრაგმენტი (28,33%), აქედან ოჯახის წევრების მხრიდან პატივისცემის მოთხოვნის კატეგორიაში - 5; საზოგადოების (სხვათა) მხრიდან პატივისცემის მოთხოვნის კატეგორიაში - 18; თანამშრომლების მხრიდან (სამსახურში) პატივისცემის მოთხოვნის კატეგორიაში - 5; საკუთარი თავის მიმართ პატივისცემის მოთხოვნის კატეგორიაში -5, ხოლო მომვლელის მხრიდან პატივისცემის მოთხოვნის კატეგორიაში -1. ამდენად, „ათვისებული“ იქნა მასლოუს იერარქიის IV დონის ხუთივე კატეგორია.

იერარქიის V დონეზე განთავსდა ინტერვიუთა 5 ფრაგმენტი (4,17%). აქედან: ტრანსცენდენტულობის მოთხოვნილების კატეგორიაში 3, კრეატიულობის მოთხოვნილების კატეგორიაში - 2; ამდენად, მასლოუს იერარქიის V დონის 6 კატეგორიიდან „ათვისებული იქნა“ მხოლოდ 2.

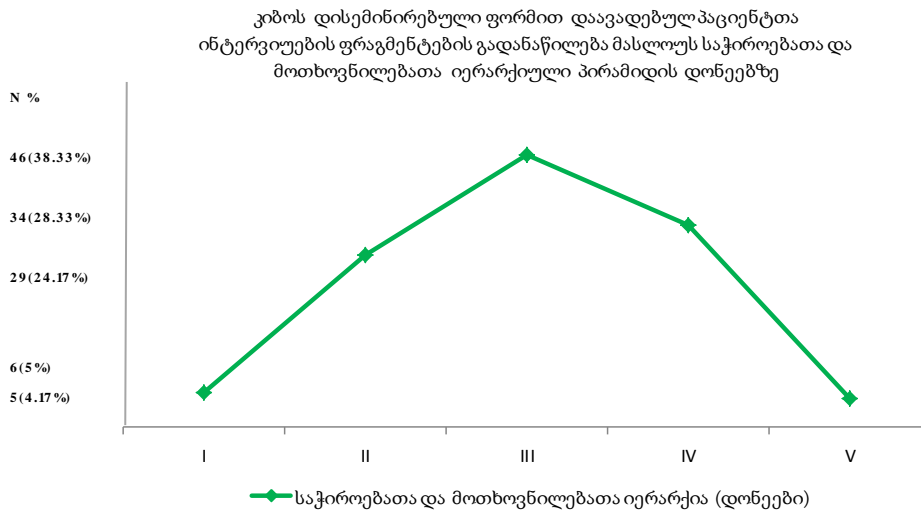
კიბოს დისემინირებული ფორმით დაავადებული პაციენტების ინტერვიუებში ასახული განწყობების, დამოკიდებულებებისა და მოთხოვნების დაახლოებით 2/3-ი (120-დან 75, ანუ 62.5 %) შეესაბამება მასლოუს მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა იერარქიის III და IV დონეებს (სიყვარულის, ურთიერთობის და პატივისცემის მოთხოვნილებებს). რაც შეეხება V დონეს განთავსდა- მხოლოდ 5 ფრაგმენტი, რაც დარჩენილი 45 ფრაგმენტის მხოლოდ 1/9-დს ანუ 11,11% -ს შეადგენს.

თუ დონეების მიხედვით ფრაგმენტთა რაოდენობას წარმოვადგენთ გრაფიკების ან სვეტების სახით, მიღებთ შემდეგ სურათს (დიაგრამები N11 - N 18):

დიაგრამა N1



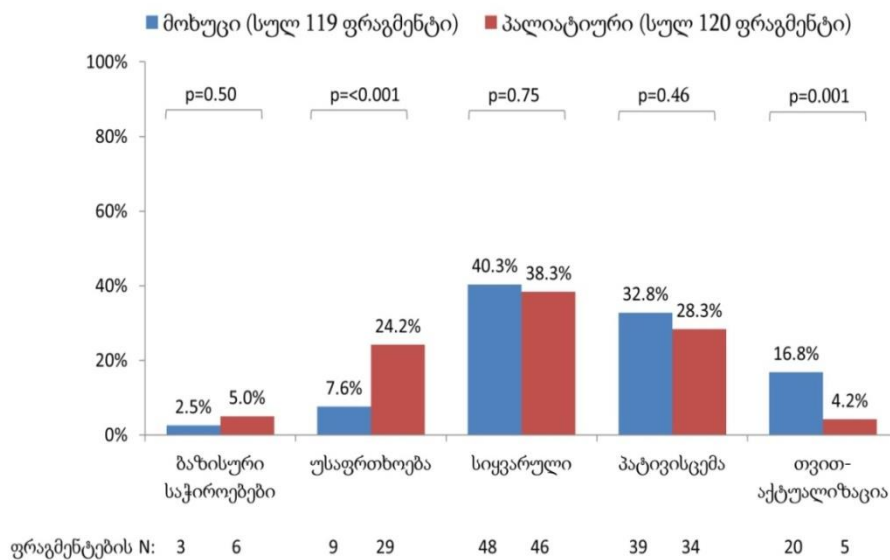
დიაგრამა N2



(იხ. დიაგრამები N13 -1 8)

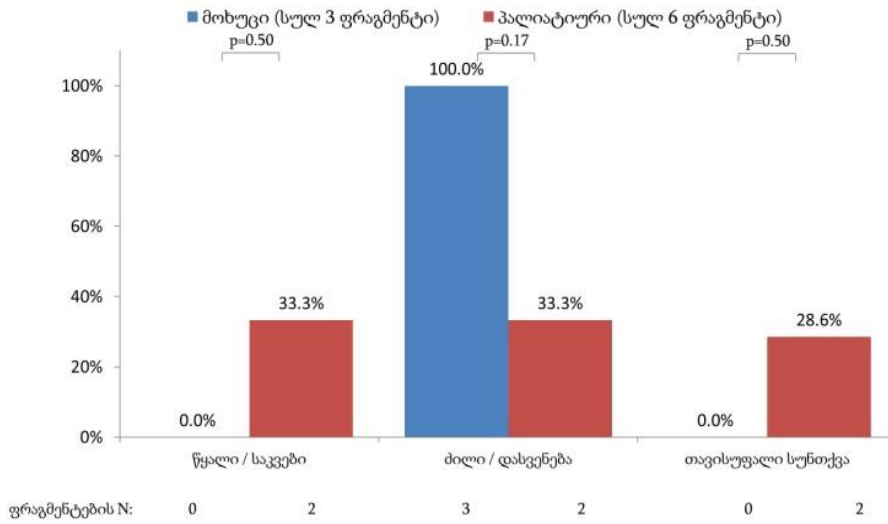
დიაგრამა N13

ჯამური შედეგები



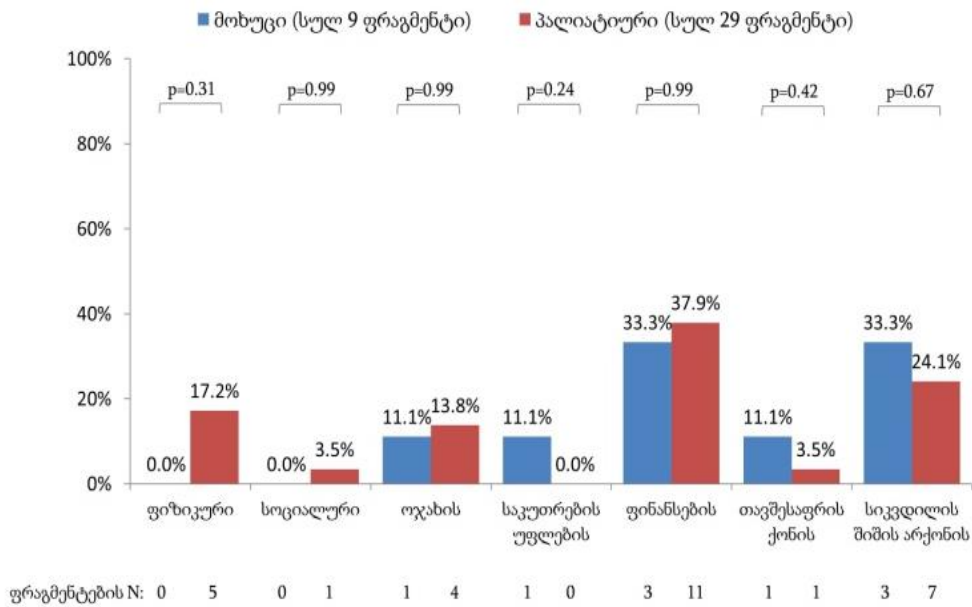
დიაგრამები N14

I. ბაზისური საჭიროებები

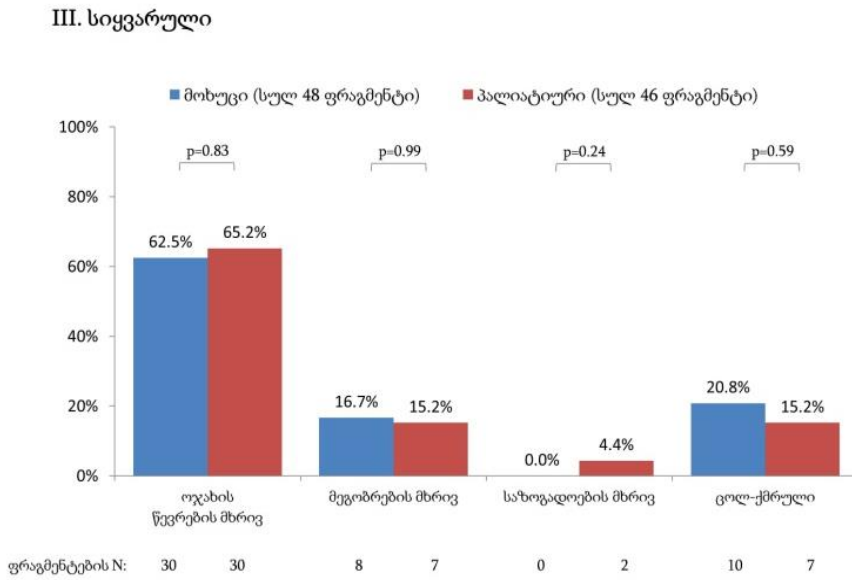


დიაგრამა N15

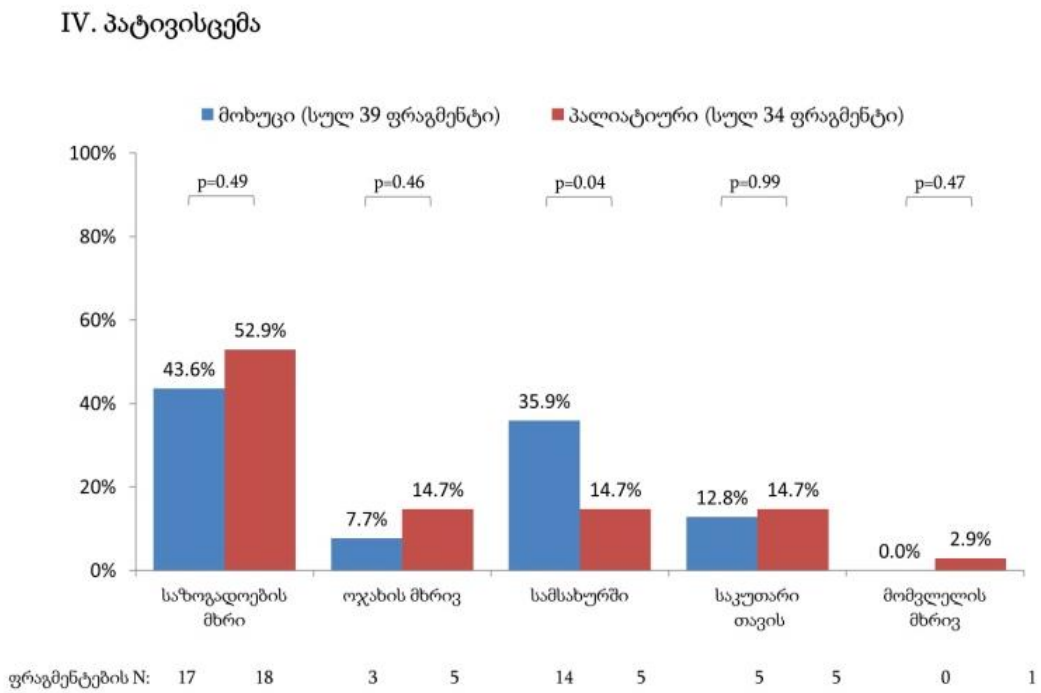
II. უსაფრთხოება



დიაგრამა N16

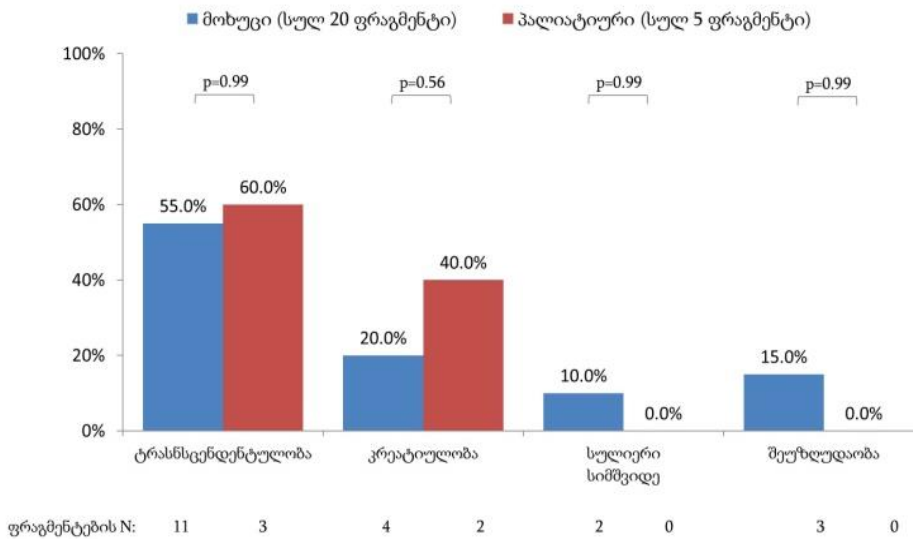


დიაგრამა N17



დიაგრამა N18

V. თვითაქტუალიზაცია



N10 ცხრილში წარმოდგენილია ინტერვიუთა იმ ფრაგმენტების ნიმუშები, რომლებიც განთავსდა მასლოუს პირამიდის სხვადასხვა დონეზე.

ცხრილი N10

მასლოუს მოთხოვნილებათა/საჭიროებათა (ღირებულებათა) იერარქიის I, II, III, IV და V დონეების შესაბამისი ფრაგმენტების ნიმუშები.

N. მოხუცები (ა) პაციენტები (ბ)	იერარქიის I დონე ბაზისური ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები	
	მოხუცი (ა)	პაციენტი (ბ)
. კაცი 89 წლის (N 014)	კატეგორია: ძილი და დასვენება	კატეგორია: ძილი და დასვენება
	რა ვიცი, გავაგრძელებ ჩემს საქმიანობას სანამ შეძლება მექნება და სანამ ვიქნები საჭირო. ისე ყველაზე კარგი ექიმები ვინ არის იცი? ჯონათან სვიფტი იმახოდა, ყველაზე კარგი ექიმებიო, ეს არისო, ექიმი	ავად 5 წელია რაც ვარ. პირველი ოპერაციის შემდგომ 3 წელი კარგად ვიყავი. 2 წელია რაც პრობლემები დამეწყო. სიარულიც მიჭირს სუნთქვაც. ეტყობა ამ ავადმყოფობის მიადაგზე თუ რა ვიცი რის გამო, მთელი
ბ. კაცი 62		

წლის (N 047)	დიეტაო, ექიმი სიწყნარეო, სიმშვიდეო და ექიმი ძილიო. თუ ამ 3 ექიმთან კარგად ხარ, იქნები კარგად.	ღამეებია არ მძინვს, საშინელი უძილობით ვიტანჯები. წამლებს რომ ვსვავ საძილეს, ის კიდევ უარესად მხდის.
ბ. კაცი 78 წლის. (N 033)	კატეგორია: წყალი და საკვები	კატეგორია: წყალი და საკვები
		დავიბადე ჯავახეთში, მწირ სოფელში, ომიანობის პერიოდი იყო მაშინ, ასე რომ შიმშილში მაქვს გატარებული დრო. დედამ რვა შვილი დაგვზარდა იმ გაჭირვების და ომის პერიოდში. შემდეგ უკვე მოვიზარდეთ, შედარებით ჩაწყნარდა ყველაფერი და ყველა სხვადასხვა გზით წავედით. ზოგმა სკოლა და უნივერსიტეტი დაამთავრა, ზოგმა კი პირდაპირ მუშაობა დაიწყო. მე სწავლა დიდად არ მიყვარდა.
ბ. კაცი 43 წლის. (N 041)	კატეგორია: თავისუფლად სუნთქვა	კატეგორია: თავისუფლად სუნთქვა
		ერთიწელი აცუდადვარ, ოფლიანობა, სიცხეები, წონაში კლება, უმადობა, ხველა დამეწყო. თანაც ფეხზე სიარულიც გამიჭირდა. თელავში მიკვლიეს, მიკვლიეს და ვერაფერი გაიგეს დიდად. თბილისში ფილტვის კიბოს დიაგნოზი დამისვეს. მიუხედავად იმისა, რომემკურნალობ, სუნთქვაუფრო მიჭირს. სუნთქვა რომუკეთმქონდეს, დანარჩენ რამეებს არ დავეძებ.
N. მოხუცები (ა) /პაციენტები (ბ)	იერარქიის II დონე უსაფრთხოების მოთხოვნილებები	
ა. კაცი 92 წლის(N 032) ბ. ქალი 67	მოხუცი (ა)	პაციენტი (ბ)
	კატეგორია: ოჯახის	კატეგორია: ოჯახის
	კომუნისტების დროს ასე თუ ისე კარგადვ ცხოვრობდით. კარგი სახლი ავიშენე, მოვაწყვე და ჩემ შვილს ყველაფერი შევუქმენი, მაგრამ 90-იანწლებში ოსებმა არევა რომ დაიწყეს, ჩვენც ძალიან დიდი პრობლემები შეგვექმნა. ჩემი ცოლი -მოხუციქალი -	ჩემი სამომავლო გეგმა რაც არის, არ დავმალავ და ვიტყვი. კარგა ხანია უკვე, რაც ცხოვრება გაჭირვებულია, მაგრამ განსაკუთრებით უჭირს ინტელიგენციას, რადგან შემოსავალი ძალიან მწირია და რა თქმა უნდა, თუ ოჯახში ყველა არ მუშაობს, მხოლოდ ერთს თუ აქვს საქმე, ეს შემოსავალი

<p>წლის (N027)</p>	<p>ოსის ქალბებმა დაიჭირეს და მაგრად სცემეს.ერთმა ჩემმა ყოფილმა ნამოწაფარმა იცნო და ცხინვალიდან გამოაპარა. ერთი თვე რეანიმაციაში იყო. მერე ძალიან გაგვიჭირდა: 9 ქართული სოფელი ჩავიკეტეთ, ირგვლივ სულ ოსები გვეხვივნენ და ძლივას ვახერხებდით თბილისში შვილთან ჩამოსვლას. საჭმელი კი სულგვქონდა, ვენახიც მქონდა, ძროხებიც მყავდა, ვაშლი მქონდა, ვაბარებდი და რუსეთში გაქვქონდა. მერე სიტუაცია კი დაწყნარდა, მაგრამ 2008 წელს რომ ომი მოხდა, სულ გაანადგურეს ჩემისახლ-კარი. გამოსვლა არ მინდოდა, მაგრამწითელმა ჯვარმა ძალითწამომიყვანა. ჩემ ცოლს სკლეროზი აქვს და ეხლა ჩავარდნილია ლოგინად. რა ვქნა, ასელ ტოლვილობაში ველოდები სიკვდილს.</p>	<p>არის ძალიან მწირი და, შემოდლია ვთქვა ის, რომ, როდესაც მე გავიგე რომ მჭირდებოდა ოპერაცია, მე მაშინ არ შემშინებია, მჯეროდა რომ გადავიტანდი. მაგრამ როდესაც დიაგნოზი ცოტა არასასურველი იყო, მე იმ წუთში ერთი ვინატრე, რომ ღმერთო კარგად მამყოფე, მქონდეს მე ენერგია, ვიცხოვრო ვიმუშავო და ჩემს ოჯახს,შვილებს დავეხმარო. მე იმედს მაინც არ ვკარგავ აუცილებლად უნდა ვიცოცხოლო.</p>
<p>ა. კაცი 89 წლის (N014) ბ. კაცი 19 წლის (N 035)</p>	<p>კატეგორია: საკუთრების მე დავიბადე ქუთაისში. ჩემი მშობლები იყვნენ ექიმები. დედა იყო სტომატოლოგი, მამა იყო ვენეროლოგი. დავიბადე 1919 წელს. მაშინ რევოლუციის დრო იყო, ხომ იცით? არაფერი არ იშოვებოდა. არაფერი არ იყო, მაგრამ ჩვენ არაუშავს ვცხოვრობდით, შედარებით. თუმცა, სახლში, მაგალითად, მიუხედავად იმისა, რომ ბიძაჩემებიც ექიმები იყვნენ დაყველა მუშაობდა, ყველაფერი, აი მაგალითად, ზეწარი, არ გვქონდა. არ იშოვებოდა... რაც გინდა ფული მიგეცა არ იყო. მე მახსოვს პირველად რომ დამაწვინეს ზეწარზე, ის იყო უკვე, მე კაი 5-6 წლის ვიყავი. მერე ნეპი იყო და ნეპის დროს გაჩნდა. იქამდე არ იყო. უფრო სწორად რომ ვთქვათ, ჩვენ გვქონია ზეწარის მარაგი სახლში, მაგრამ შემოვიდნენ წითელარმიელები და დააყაჩაღეს ჩვენი ოჯახი. და რა უნდა</p>	<p>კატეგორია: ფიზიკური რვა თვის წინ სრულიად უმიზეზოდ დამეწყო სიცხეები,უმაღლობა. ბანაობისას შევნიშნე,რომ იღლიის არეში გადიდებული მქონდა ჯირკვალი.თავიდან ვიფიქრე დედაჩემი ინერვიულებს თქო და არ ვუთხარი.ერთი კვირა არავისთვის არაფერი არ მითქვამს. ვუყურებდი დრო და დრო უფრო იზრდებოდა, რომ ვთქვი სახლში გაგიყდნენ.რაიონის საავადმყოფოში არც მიფუყვანივარ დედაჩემს,ეგრევე წამომიყვანა თბილისში.ბავშვობიდანვე მაქვს ექიმების შიში,მაგრამ ექიმებზე მეტად ნემსის მეშინია. ანალიზებს რომმიღებდნენ და რომ ვხედავდი ნემსი როგორმოდიოდა, ასე მეგონა ქვეყნის აღსასრული იყო.ახლაც ყოველ კურსზე და ყოველ დაწოლაზე ნემსის გაკეთებაზე და კათეტერის ჩაყენებაზე ვნერვიულობ. დამცინიან კიდევაც, ამხელა კაცს ნემსის დაჩხვლეტის როგორ უნდა გეშინოდესო.</p>

	<p>წაეღოთ ახლა სახლიდან, რა გვქონდა, წიგნები იყო და ეს ზეწრები ჰქონია დედაჩემს რამდენიმე ცალი და ეს ზეწრები წაიღეს. და დავრჩით უზეწრებოდ. ამისთანა დრო იყო. ნუ მერე არაუშავს, შედარებით გამოკეთდა ცხოვრება, ჩვენი პირადი ოჯახის ცხოვრება გამოკეთდა. ბავშვობაში ენებს მასწავლიდნენ, ფრანგულ ს და გერმანულს. რუსული კი ვიცოდი, სახლში ვლაპარაკობდით.</p>	
<p>ა. კაცი 86 წლის (N 030)</p> <p>ბ. ქალი 63 წლის (N025)</p>	<p>კატეგორია: ფინანსური</p> <p>მერე ბენდუქიძემ თქვა, არ ხართ ბიძია თქვენ საჭიროვო, რა საჭიროა თესლის ხარისხის შემოწმებაო და დახურე სჩვენი სამსახური. მას შემდეგ ფინანსურად ძალიან გამიჭირდა ვერავინდა არავინ მეხმარება ალბათ ეს ჩემი შეცდომების დამსახურებაა. პირველი ცოლისგან ვაჟი მყავს, რომელიც ცნობილი კაცია, მაგრამ ჩემი დანახვაც არ უნდა. ეტყობა, სათანადო ყურადღებას არ ვაქცევდი, თანაც დედამისმა ჩემი სიძულვილით გაზარდა, არც ახალგაზრდობაში ვუნდოდი და მით უმეტეს ეხლა, როცა მოვხუცდი და დახმარებამ ჭირდება, რაღაში ვჭირდები ?მეორე ცოლისგან კიდევ გოგო მყავს, რომელიც უკიდურეს გაჭირვებაში ცხოვრობს, თავისი თავი ვერ ურჩენი ად მე რა უნდა გამიკეთოს. მთავრობისგან რასაც ვიღებ ეგაა პენსია და სოციალური დახმარება .იმასაც ჩემგოგოს ვაძლევ, სიკვდილი ძალიან მინდა,დავიღალე ასე დამცირებული ცხოვრებით, მაგრამ გოგო მეცოდება, ეს პენსია რომ აღარ ექნება რა უნდა ქნას,ბავშვებს რა უნდა აჭამოს. მოგახვიე, შვილო, ჩემი პრობლემები.</p>	<p>კატეგორია: ფინანსური</p> <p>მე მთელი ცხოვრება ფიზიკურ შრომაში გავატარე და კი მოვედი აქამდე, და იმედი მაქვს, ჩემი შვილებიც კარგად იქნებიან.რას იზამ, ყველა ფულიანი და დაღბნენილი ვერ იქნება. მე მაქვს იმედი, რომ შრომა დაფასდება და გლეხობა ამოისუნთქებს, ისე, როგორც კომუნისტების დროს იყო.</p>

<p>ა. კაცი 89 წლის (N005)</p> <p>ბ. კაცი 56 წლის (N 047)</p>	<p>კატეგორია: თავშესაფრის მოთხოვნილება</p> <p>დავიბადე თბილისში 1924 წელს, თუმცა დაბადების მოწმობაში 1926 წელი მიწერია, რადგანაც საწყალმამაჩემს ვერ მოუხერხებია 26 წლამდე ბიუროში მისვლა, რომ დაგვერეგისტრირებინა ჩემი დაბადება. მამაჩემი სიღნაღიდან იყო წარმოშობით და სოფელში ცხოვრება რომ არ უნდოდა, ქალაქს ჩამოვიდა და აქ ააწყო ცხოვრება. თავიდან ჩვენ პლუხანოვზე, იტალიურ ეზოში,სარდაფში ვცხოვრობდით. მახსოვს, საშინელი ნესტი იყო იმ სარდაფში. დაახლოებით 8 წლის ვიყავი, რომ მამამ,,ატსტუპნოით“ზინა აიღო ვორონცოვზე და იქ გადავედით მე დედა და მამასაცხოვრებლად. ერთი პატარა ოთახი იყო,მაგრამ ნესტი აღარ იყო,რაც მთავარია, დამზის შუქი შემოდიოდა ფანჯარაში დადედაც აღარ წუწუნებდა ბავშვს ჭლექი დაემართებაო. ისე სარდაფში გატარებულმა წლებმა კვალი მაინც დამიტოვა: 27 წლის ასაკში პლევრიტი დამემართა და ძლივას გადავურჩი სიკვდილს. აბასთუმანშიც ვმკურნალობდი, ომშიც არ წამიყვანეს სუსტი ფილტვების და ჯანმრთელობის გამო.</p>	<p>კატეგორია: თავშესაფრის მოთხოვნილება</p> <p>მე ვარ 62 წლის, ვცხოვრობ სოფლში, ბავშვობიდან შრომას ვარ მიჩვეული. ჩემი მშობლები მდიდრები არ იყვნენ. მხოლოდ სოფლის მეურნეობით იყვნენ დაკავებულები. საჭმელ-სასმელი არასდროს გვაკლდა, მაგრამფუფუნებაში არასდროს გვიცხოვრია. ბავშვობაში მიწურ სახლში ვცხოვრობდით, მერე მამაჩემმა შეძლო და სახლი ბელეტაჟზე ააშენა და პირობებიც გაგვიუმჯობესდა.</p>
<p>ა.კაცი 92 წლის (N 033)</p> <p>ბ.ქალი 58 წლის(N 021)</p>	<p>კატეგორია: სიკვდილის შიშის არქონის</p> <p>კიდევ არ მინდა, რომ ლოგინად ჩავვარდე და ისე მოვკვდე, არ მინდა ვინმეს მოსავლელი და თავში სახლელი გავხდე. აი, ჩემმა ქალმა დაიძინა და აღარ გაიღვიძა, ეგრე მინდა მეც!</p>	<p>კატეგორია: სიკვდილის შიშის არქონის</p> <p>რას შევცვლიდი და ექიმთან რომ ერთი წლის მერე მივედი, დროზე მივიდოდი და III სტადიამდე არ მივიყვანი ამ დაავადებას,ჰოდა ჩემ ქმარშვილს დიდხანს ვუყურებდი. ახლა სიკვდილს ვუყურებ თვალებში ერთი წელია. გეგმა ის მაქვს, რომ რამდენიმე თვე აუცილებლად უნდა ვიცოცხლო კიდევ, შვილიშვილს უნდა მოვესწრო. ძალიან, ძალიან მინდა! ესაა ჩემი სურვილი.</p>

	სოციალური (სამსახურის)	სოციალური (სამსახურის)
ბ. ქალი 50 წლის (N 012)		მყავს ორი შვილი, ბიჭი და გოგო, ერთი შვილიშვილი. გოგო გათხოვილი არის, ქმართან დაშორებული ვარ. დედაჩემი პენსიაზეა, ახლა მე უმუშევარი ვარ, ჩემი შვილიც დროებით უმუშევარია...
N. მოხუცები (ა) პაციენტები (ბ)	იერარქიის III დონე სიყვარულის მოთხოვნილებები	
ა. კაცი 86 წლის (N 030) ბ. კაცი 20 წლის (N 001)	კატეგორია: ოჯახის წევრების ... ასეთია ჩემი ცხოვრება. იქნებ ვინმეს მიაწვდინო ხმა, ისე ჩემი გვარი არ ახსენო ინტერვიუში, არ მინდა ჩემი შვილის სახელი შევარცხვინო. როგორც ჩანს, ისედაც არ ვიყავი კარგი მამა. ბევრი სითბო მოვაკელი ჩემს ბიჭს. ალბათ, რომ მოვკვდები, დამმარხავს და ჩემ ქალიშვილს მაშინ მაინც დაუდგება გვერდში. გული მწყდება გული..... შევცვლიდი ჩემს ვაჟთან ურთიერთობას, ვეცდებოდი შემეყვარებინა თავი და მეც მეტად მყვარებოდა..... გეგმები არ მაქვს, უბრალოდ სურვილი მაქვს ჩემი ბიჭი მოვიდეს ჩემთან, ცოტა წაეხმაროს ჩემს გოგოს, ხალხის სალაპარაკო არ გახდეს, მამა შიმშილით და სიცივით მოუკვდაო.	კატეგორია: ოჯახის წევრების მეგობრები, ნათესავები და ახლობლები გვერდში მიდგანან და მამლებინებენ. დედაჩემს ეხმარებიან ამ ყველაფრის გადატანაში. ჩემთვის ყველაზე რთული და ძნელი ასატანია არა ჩემი ავადმყოფობა, არამედ ის, რომ ვუყურებ დედაჩემი როგორ ნერვიულობს. ჩემს ირგვლივ ამდენი ავადმყოფი ბავშვი ძალიან ცუდად მოქმედებს. მომავალში არ ვიცი კიდევ რა მელოდება, მაგრამ მენატრება ჩემი ბავშვობა, ის პერიოდი, როდესაც მამაჩემი იყო ჩვენს გვერდით.
ა. . ქალი 89 წლის (N 034)	კატეგორია: მეგობრების აქ დიდად არ მომწონს. ჩემისამეზობლო და სამეგობრო მენატრება. ჩემი ასაკის მიუხედავად, ჩემი მეზობელი ქალები და გოგოები ყოველ დღე ჩემთან ერთად სვამდნენ ყავას, აქ კიდევ გამოვიკეტე 4 კედელს შორის. ჩემ ძმიშვილსაც შვილები ცალკე ყავს გაშვებული და ვართ ასე, ყრუებივით. აქ ხომ მეზობლობა	კატეგორია: მეგობრების დავიბადე 1970წელსქ. გორში. დედისერთა განებივრებული ბავშვი ვიყავი. მზე და მთვარე ამოსდითო რომ იტყვიან, ეგრე იყვნენ ჩემი მშობლები და ბებია-ბაბუა ჩემზე. ყველა სურვილს თუ ახირებას მისრულებდნენ. საუკეთესო წლები იყო ბავშვობის, უზრუნველი, უდარდელი. თუმცა ცხოვრების ყველა ეტაპს თავის იხიბლი ჰქონდა. სკოლის

<p>ბ. კაცი 47 წლის (N 007)</p>	<p>არავინ იცის. გარეთაც ვერ გავდივარ, წესიერი ეზოც არ არის. ა, გაიხედე ირგვლივ, მარტო გარაჟებია, რაუნდა ვაკეთო მე აქ? ხან ვფიქრობ, წავალ და დავჯდები იმ ჩემ ქუთაისში-მეთქი, მაგრამ არ მინდა ეს ხალხი შევაწუხო. მერე ამათმა წინ და უკან უნდა ირონიონ თბილისიდან ქუთაისში. ჩემი ძმიშვილი მაგას არ დამამადლებს მაგრამ მაინც.</p>	<p>პერიოდი განსაკუთრებულად მახსენდება. მართლა კარგი კლასიციო, შესაშური, თითოთ საჩვენებელი და მისაბადი ურთიერთობა გვქონდა და გვაქვს კლასელებს. გუნდურად შეკრულები ვიყავით. ყოველ წელს მისის ბოლო შაბათ-კვირა დათქმული გვაქვს და ყველანი ერთად ვიკრიბებით. ერთად გატარებულ წლებს ვიხსენებთ, ეს უკვე წლებია ტრადიციასავით დამკვიდრებულიგვაქვს.</p>
<p>ბ. ქალი 67 წლის 027</p>	<p>კატეგორია: საზოგადოების მხრიდან</p>	<p>კატეგორია: საზოგადოების მხრიდან</p> <p>ექიმებმა კი მითხრეს, მეოთხე სტადია გაქვსო, მაგრამ მაინცის კარგი ადამიანები არიან, რომლებიც ჩვენ მოგვევლინებიან. ესეც ღვთის განგებით არის და ღმერთმა ასეთი ხალხი გვიმრავლოს და ამ კეთილმა ხალხმა და გულშემატკვირობამ გვაცოცხლოს. მე ასევე მადლობა მინდა მოვუხადო ჩემს კოლექტივს, ეს მეზობელი იქნება თუ მოსწავლე, ვინც არ უნდა იყოს, ჩემ გასაჭირში, როდესაც ოპერაციას ვიკეთებდი აბსოლუტურად ყველა სანთლით ლოცულობდა.</p>
<p>ა. ქალი 90 წლის (N 041)</p> <p>ბ. ქალი 42 წლის(N 045)</p>	<p>კატეგორია: ინტიმურის</p> <p>ასე მგონია, რომ ბავშვობიდან ერთად ვართ. სიმართლე გითხრამის გარეშე განვლილიცხოვრება კარგად არც მახსენდება.არ მახსოვს და მომკალი. ბერჯერ მამრახებდა ჯეელობაში ეს კაცი, მაგრამ იმდენი კარგი თვისება ქონდა, რომ ვითმენდი, აბა ეხლანდელელებით წინ და უკან კი არ გავრბოდი დედასთან. რამდენჯერაც ქმარიგააბრაზებთ, უკან რომ გარბიან. დაიმახსოვრე შვილო ოჯახიციხესიმაგრესავით უნდა დიაცვა ეხლაჩემიტყუილიცდაიჯერება იმდენი ცხოვრება გამივლია. 3 შვილი გავზარდე და ძალიან ვამაყობ, ისეთი შვილები გაიზარდნენ. 3 ბიჭის გაზრდა ადვილი</p>	<p>კატეგორია: ინტიმურის</p> <p>ბოლო კურსზე ვიყავი ჩემი მეუღლე რომ გავიცანი, ეკონომიკის ფაკულტეტზე სწავლობდა, ჩემგან რადიკალურად განსხვავდება. ძალიან მხიარული და, შეიძლება ითქვას,ზე-პოზიტიური ადამიანია. ერთმანეთს ძალიან ვავსებთ ხასიათებით.</p>

	<p>არა რის. სამაგალითო კაცები არიან. ხან წკეპლით დავდევი ხანდა ვუყვავებდი, ბევრი ღამე მითენებია ამათზე დარდით, მაგრამ ჩიტი ბრდღვნა დღირდა. ეს ჩემი კაციც მაბრაზებდა ახალგაზრდობაში.კ აი ლამაზი კაცი იყო. თანაც ექიმი და ცნობილი კაცირაიონში. გოგოები ბუზებივით ეხვეოდნენ, თითქოს მე იქ არ ვიყავი. ამასაცგაურბოდა ხოლმეთ ვალი ,იცოცხლე! შენ კი არაფერი გითხრა მაგრამ სიმართლე ეგაა. რამდენი ღამეგ ამითენებია ტირილში. ეხლა რომ ბრტყელ-ბრტყელებს ამბობს. მაგრა მვერვიტყვი,რომ არვუყვარდი, მაგრამ სხვაქალებიცუ ბრმავებდნე ნთვალს. 50 წლის მერე დაღვინდა და მას მერე მეღირსა ტკბილი ცხოვრება. ეხლა თვითონაც გითხრა ,გაზეთებს მიკითხავს და მართობს ხოლმე.</p>	
<p>N. მოხუცები (ა) პაციენტები (ბ)</p>	<p>იერარქიის IV დონე პატივისცემის მოთხოვნილებები</p>	
<p>ა. კაცი 89 წლის (N 001) ბ. ქალი 55 წლის (N 017)</p>	<p>კატეგორია: სხვების მხრიდან მე რუსეთიდან რომ ჩამოვედი, ჯერ ბათუმში გამანაწილეს სამუშაოდ-ენერგეტიკოსივარ. მერე თბილისში გადმოვედი და გრუზენერგოშია ღმოსავლეთსაქართველოსენერგო-მომარაგებაში დავიწყე მოღვაწეობა. 70-იანწლებში უფროსიც ვიყავი, ყველაპატივს მცემდა. კარგი დრო იყო ისე. შავი ვოლგა მემსახურებოდა , მაგრამ არასდროს გავყეყეჩებულვარ (?),მოკრძალებულად ვცხოვრობდით.</p>	<p>კატეგორია: სხვების მხრიდან ძმა უფროსი იყო ჩემზე და ყოველთვის აღფრთოვანებული ვიყავი მისით. ვცდილობდი, რომ მის კვალს გავყოლოდი სულ. სასწავლებლად თბილისში ჩააბარა და ძალიან საამაყოც გახდა ამით სოფელში. ერთ-ერთი ყველაზე წარმატებულიც იყო თავის ჯგუფელებში. მეც გადავწყვიტე ამიტომ ჩამებარებინა თბილისში და სამსახიობოთი მოვიხიბლე.</p>
	<p>კატეგორია: ოჯახში შვილიშვილებიც კარგი მყავს ძალიან. ისინიც ნორმალურ და კარგ ადამიანებად</p>	<p>კატეგორია: ოჯახში ორი შვილი მყავს, არაჩვეულებრივი ახალგაზრდები არიან. ერთი დიზაინერია,</p>

<p>ა. კაცი 89 წლის (N 001)</p> <p>ბ. ქალი 58 წლის (N 021)</p>	<p>ჩამოყალიბდნენ. ბაბუ რა გინდა,რა გესიამოვნებას მეუბნებიან სულ. ამ სახლშიცმვილიშვილთან ერთად ვცხოვრობ, ის მივლის. ზოგჯერ მეცოდება,ამ მოხუცი კაცის ყურება ძნელია, მაგრამ არასდროს მაგრძნობინებს მაგას. ეხლა მეუბნება,ბაბუდასასვენებლად უნდა წაგიყვანო საირმეშიო. მიხარია ყურადღება. ახალ წელსაც კარგი ტანსაცმელიმომიტანა. სად დავდივარ, სად უნდა ჩავიცვა,მაგრამ გამიხარდა.</p>	<p>მეორე კი ენერგეტიკოსი. კარგა დგილას მუშაობენ. გოგო გასათხოვარია. მინდა ეგეც პატრონს ჩავაბარო. რძალი ძალიან კარგი გოგო შემხვდა ,ადარ იცის ,რითმცესპატივი .იმდღეს მანიკურმა მომიყვანა სახლში და სტილისტიც, უნდა გაგალამაზოო. ძალიან გამიხარდა. ფინანსურადაც არ უჭირთ ჩემშვილებს. თურქეთშიც ვიყავით (ავადმყოფობის გამო), მაგრამ უსაშველო თურქეთშიც უსაშველოა დაყველგანაც ხოდა დავდივარ აქ.</p>
<p>ა. კაცი 89 წლის (N 007)</p> <p>ბ. ქალი 57 წლის (N020)</p>	<p>კატეგორია: სამსახურში</p> <p>ეხლა ჩვენ დღესდღეობით ვმუშაობთ კანონზე. კანონი წამლის შესახებ და ალბათ ამ თვეში დავამთავრებთ და წავადგენთ პარლამენტში. პარალელურად ვმუშაობ წიგნზე, რომელიც სახელმძღვანელო უნდა იყოს ჩვენი სტუდენტებისთვის. ძირითადად ჩემი ეხლანდელი საქმიანობა არის მაგისტრებთან და დოქტორანტებთან მუშაობა. სტუდენტებთან კვითხულობ ლექციებს, მაგრამ ნაკლები ინტენსივობით. იმიტომ, რომ მყავს ისეთები, რომლებიც წაუკითხავენ მათ ლექციებს, მაგრამ მაგისტრებთან საჭიროა უფრო მაღალი დონე. დოქტორების მომზადების საკითხი გვაქვს პრობლემური, იმიტომ, რომ ჩვენი ლაბორატორია არის გაჩანაგებული, იმიტომ რომ დაახლოებით უკვე 20 წელზე მეტია არაფერი შეგვიძენია ახალი. ის, რაც იყო, გამოდის მწყობრიდან, აღარ არის. საჭიროა ახალი და რა გვშველის იცით? ფირმები, რომლებიც ახლა არის, მაგალითად GMP. იქ დირექტორიც, ანალიტიკოსიც, ტექნოლოგიც, ჩემი ნაცნობები არიან. ყველანი აქ</p>	<p>კატეგორია: სამსახურში</p> <p>ჩემი საქმე ძალიან მიყვარს და მინდა რომ ვემსახურო ამ საქმეს, ასევე ოჯახს. რაც შეეხება კარიერას, მინდა რომ კარგი და წარმატებული პედაგოგი ვიყო. ვზრუნავ ჩემი ცოდნის ამაღლებაზე და ვცდილობ ღირსეულად მოვემსახურო ჩემ საქმეს.</p>

	<p>მუშაობდნენ ჩემთან. მაგათ ყველაფერი აქვთ, ისე, როგორც არის შვეიცარიაში, საფრანგეთში. ჩვენ მათთან ურთიერთობა გვაქვს ისეთი, რომ მიდიან მათთან ჩვენი დისერტანტები, მაგისტრანტები და მუშაობენ. ამგვარად ვეხმარებით ერთმანეთს.ეს არის ჩვენი დღევანდელი საქმიანობის ძირითადი მიმართულება - კანონმდებლობა და კადრები, მეცნიერება.გვიჭირს, იმიტომ, რომ დონე ძალიან განვითარდა დასავლეთში და ჩვენ ეს 20 წელიწადი უკან თუ მივდიოდით, თორემ წინ არა. მაგრამ ჩვენი აღზრდილი ხალხი ევროპაშიც მუშაობენ. ჩვენი ასპირანტი იყო, დოქტორია ეხლა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევრო ფორუმის პრეზიდენტი იყო, ეხლა დროებით არის გაგზავნილი აზიის ქვეყნების პრეზიდენტად. გვაქვს ურთიერთობები მათთან. ეკონომიურად ისე არ ვართ, რომ კონკურსებში ხშირად მივიდოთ მონაწილეობა, მაგრამ წელიწადში ერთ-ორ კაცს მაინც ვაგზავნით. იმედი გვაქვს, რომ ახლო მომავალში შეიცვლება მდგომარეობა და მეცნიერებას მეტი ყურადღება მიექცევა. იცით რა, მთელი ჩემი ცხოვრება მეცნიერებაში ვმუშაობდი...ეხლაც ისე მომწყურდებ ახლამე ხანდახან მეცნიერული დისკუსია, რომ ვერ წარმოიდგენთ. საოცრად მიხარია, ვინმე დისერტაციას რომ იცავს. სამწუხაროდ, გასულ წელს მხოლოდ 2-მა კაცმა დაიცვა. წელს ერთი გვყავს მზად.</p>	
	<p>კატეგორია: საკუთარი თავის</p>	<p>კატეგორია: საკუთარი თავის</p>
	<p>პატრიარქმა მე გამიცნო როგორც სტალინის ნათესავი. სტალინის დედის ნათესავი. არავინ არ იცოდა ჩვენი ნათესაობის შესახებ, ჩვენ ქართველები</p>	<p>მართლაც საუკეთესო შვილებიყავს. ამას იმიტომ არ ვიძახი, რომ ჩემი შვილებიარინ .ჩემიგოგო გინეკოლოგია, ბებიას კვალს გაუყვა. ბიჭი ინჟინერია,მამის კვალსგაუყვა.</p>

<p>ა. ქალი 86 წლის (N 010)</p> <p>ბ. ქალი 57 წლის (N046)</p>	<p>ვართ და მასეთი რაღაცა რომ გამეხმაურებინა, სურვილი არ მქონდა.</p> <p>ის ძალიან პატიოსანი კაცი იყო და ქვეყნის აშენება უნდოდა. აცალა ვინმემ? მთელი რუსეთი გადაარჩინა, მაგრამ ვინმემ დაუფასა? არავინ არ დაუფასა. დგანან, ლანძღავენ და ლანძღავენ. უზარმაზარი მნიშვნელობის კაცი იყო, რომელმაც ეპოქა შექმნა. მე 14 წლის ვიყავი როდესაც შემატყობინეს კეკეს უნდა ნახვა და გორში უნდა ჩამოხვიდეო. მოვიდა მანქანა და პირველად ვიჯექი იმ დღეს მანქანაში. მანქანა საერთოდ არ იყო მაშინ თბილისში. ერთი მანქანა დადიოდა მილიონერი ძმების და მეორე იყო ეს, რომელშიც მე ვიჯექი. ვნახე კეკე და სულ მალე გარდაიცვალა. ალბათ სიკვდილიდ წინ უნდოდა რომ ვენახე. რატომ მაინცდამაინც მე, არ ვიცი. სხვისი ნახვის სურვილი არ გამოუთქვია.</p> <p>მეც მაქვს დამსახურება, 2 სკოლის შემქნელი ვარ და ამას ქალი კი არა, კაცებიც ვერ ახერხებენ. 26 წლის ვიყავი როდესაც დავინიშნე ლაბორატორიის ხელმძღვანელად და უფროსი თაობა ამაზე დაიბოლმა. ამ კრეტინებმა დღეს, ეს ინსტიტუტი ოთახებად გაყიდეს, სადღაც 2-ოთახიან შენობაში გადაიტანეს და მსოფლიო მნიშვნელობის ინსტიტუტი გააქრეს.</p>	<p>ჰარმონიული ოჯახი გვქონდა და გვაქვს. პატარ-პატარა პრობლემები ყველაოჯახში არის. ჩემი მეუღლე საკმაოდ კარგ თანამდებობაზე მუშაობდა ყოველთვის და არგვიჭირდა. არუნდოდა მემუშავა. ერთხელ რომ მითხრა, მირჩევნია ოჯახს, შვილებს მიხედო ვიდრე იმუშაოო, მას მერე არაფერი მითქვამს ამ საკითხზე. არაფერი არ გვაკლდა ღვთის წყალობით. ორი შვილი შეგვეძინა გოგო-ბიჭი. მათი გაზრდით და აღზრდით იმდენად ვიყავი დაკავებული, ვერც წარმომედგინა, სამსახური რომც მქონოდა, დრო რანაირად უნდა გამომენახა.</p>
<p>ბ. ქალი 62 წლის (N 040)</p>	<p>კატეგორია: მომვლელის მხრიდან</p>	<p>კატეგორია: მომვლელის მხრიდან</p> <p>აქ ყოველმა ექიმმა გულთან მიიტანა ჩემი პრობლემა, ავადმყოფობა. გადამიღეს ტომოგრაფია და ასე შემდეგ, მოკლედ რომ ვთქვა, კმაყოფილი ვარ, ნუ რადგან სერიოზულად უყურებენ ჩემს დაავადებას და მკურნალობენ. ჩემი შვილებიც ხელს მიწყობენ, მეხმარებიან, მიუხედავად იმისა</p>

		რომ მათ თავიანთი ოჯახები ყავთ შესანახი.
N. მოხუცები (ა) პაციენტები (ბ)	იერარქიის V დონე თვითაქტუალიზაციის მოთხოვნილება	
ა. კაცი 88 წლის (N 008) ბ. ქალი 42 წლის(N 045)	კატეგორია: ტრანსცენდენტურობის მოთხოვნილება	კატეგორია: ტრანსცენდენტურობის მოთხოვნილება
	<p>32 წლის ვიყავი, პროფესორი რომ გავხდი. მაშინ კიბერნეტიკა იყო ბურჟუაზიული გადმონაშთი. მე ისე გამიტაცა რომ სპეციალური ლაბორატორია გავხსენი. მე მაშინ ბევრი შესაძლებლობები მქონდა. სამედიცინო კიბერნეტიკის ლაბორატორიები ჩამოვყალიბე მაშინ არსებულ ყველა ინსტიტუტში. ქსელი შევქმენი. სამედიცინო პროფილის 23 ინსტიტუტი იყო თბილისში და ყველგან მქონდა სისტემა-ტექნიკის ლაბორატორიები. ყველას ჩამოვუყალიბე, სულ ჩემი ნაშოვნი ფულით. ვისწავლე, როგორ უნდა გამომერთმია სახელმწიფოსთვის ფული. თუ ვინმეს ფული დაჭირდებოდა, აუცილებლად ჩემთან მოვიდოდა, მაშოვნიეო.</p> <p>კარგი დრო იყო თუ ცუდი, ის დრო ჩემთვის ყველაზე პროდუქტიული იყო. რაც მინდოდა, თავში თუ რამე მომივიდოდა, ყველაფერს ვაკეთებდი. ყველაზე უფრო მე დამეხმარა კოწია ერისთავი. შენ ბიჭო, ასე იცოდა, აი ეს საშენაო და უნდა მიმეხედა იმ საქმისთვის.</p>	<p>ძალიან მიყვარს ბუნებაში განმარტობა. კარგად მახსოვს დედაჩემს ბევრჯერ უსაყვედურია, როცა დაუკითხავად სახლის უკან ტყეში მივდიოდი და საათობით არ გამოვჩნდებოდი. დავჯდებოდი ხოლმე მორზე და ირგვლივ არსებულ სილამაზით ვტკბებოდი. განსაკუთრებით გაზაფხული და შემოდგომა მიყვარდა. გაზაფხულზე ბუნება რომ იღვიძებდა თითქოს ჩემში ახალი ენერგია, ახალი ძალა მემატებოდა, სიმშვიდეს მგვრიდა. შემოდგომაზე კი ფერთა საოცარი გამა, საოცარი შეხამება მიყვარდა, საოცრად ლამაზია ათასფერად შეფერილი არე-მარე. სკოლაში ყოველთვის გამოვიჩნეოდი კარგი სწავლით.</p>
	კატეგორია: კრეატიულობის მოთხოვნილება	კატეგორია: კრეატიულობის მოთხოვნილება
	მგონი ბევრი რამე გავაკეთე. რა გავაკეთე ეხლა. ავიღოთ შიზოფრენია, შიზოფრენიის შესახებ ცალკე არაფერი	დამატებით შემიძლია გითხრათ: მე გადავიღე ძალიან კარგი ფილმი, დოკუმენტური ფილმი ჭიათურის მედიკოსებზე. როდესაც დაიწყო

<p>ა. კაცი 85 წლის (N 015)</p> <p>ბ. ქალი 63წლის (N 024)</p>	<p>არ ყოფილა. მე დავწერე და ჩემი შვილიც დამეხმარა ზოგიერთ საკითხებში, ეს არის “ შიზოფრენია გუშინ, დღეს და ხვალ.” სულ 22 წიგნი მაქვს გამოცემული. ამ ბოლო წლებში ძირითადად მე ვმუშაობ შიზოფრენიაზე. გამოცემული მაქვს 8 მონოგრაფია. ბოლოს გამოვიდა ჩემი და კაკოს წიგნი „ზარტომანია -21-ე საუკუნის ნარკომანია.“ წიგნის მალაზიებში არის, მაინცდამაინც რომ იტაცებდეს ხალხი არა, თუმცა წიგნს აღარავინ კითხულობს. ვისაც ვაჩუქე ისიც არ კითხულობს შვილო.</p> <p>ბოლო წიგნი დავასრულე ახლა, 2 წელიწადია ვმუშაობი. „90 წელი არც ისე ბევრი ყოფილა.“ იქ ყველაფერი არის.</p>	<p>საუბარი რომ ჭუათურაში უნდა მომხდარიყო სამედიცინო ქსელის ოპტიმიზაცია, მე გადავწყვიტე, რომ სამედიცინო დაწესებულებები თავის კოლექტივებით, კაბინეტებით, ყველაფრით გადამელო და ამ ფილმს დავარქვი მე „ჭიათურის თეთრხალათიანი დასტაქრები გუშინ, დღეს და ხვალ“. ვარ ასევე ავტორი ერთი ძალიან საინტერესო წიგნის, ეს გახლავთ ამარკორდი, მე ვიხსენებ ჩემ ფესვებს და ეს წიგნი დავწერე იცით რასთან დაკავშირებით: ჩემი შვილები პატარები იყვნენ და ვისვენებდით ქობულეთში, ფიჭვნარში სეირნობის დროს შემხვდა ირაკლი აბაშიძე. ჩემი ბიჭი ძალიან უცნაური იყო პატარაობისას და პალმის რტო აიღო და წინ გოგოები რომ მიდიდნენ უქნევდა. ირაკლი აბაშიძემ ეს შეამჩნია, გაეცინა და გამომესაუბრა, მკითხა თუ ვინ ხარო, მე მოდებამის ქალი ვარ-თქო ვუთხარი, გადამეხვია და მითხრა: იცი ჩემი დედა მიდებამე იყო. მე ჩემდა სამარცხვინოდ ნაღდად არ ვიციდი რომ აბაშიძის დედა მოდებამე იყო, თანაც იმ სოფლიდან საიდანაც მამაჩემი იყო ანუ კაცხელი. ამის შემდეგ დამეზავდა აზრი, რომ დამეწყო მიება დაკვლევა ამ ფესვებზე, თუ ვინ იყვნენ მოდებამეები, შემდეგ როგორ აშენდა კაცხის ეკლესია.</p>
<p>ა. კაცი 91 წლის (N 006)</p>	<p>კატეგორია: სულიერი სიმშვიდის მიღწევის</p> <p>თავისუფალ დროს ხეხილის ბაღშივატარებ. კვირაობითყ ოველთვის ეკლესიაში მივდივარ და მადლობას ვუხედი ღმერთს ყველაფრისთვის.</p>	<p>კატეგორია: სულიერი სიმშვიდის მიღწევის</p>
<p>ა. კაცი 91 წლის (N 006)</p>	<p>კატეგორია: შეუზღუდაობის</p> <p>შეცვლით რას შევცვლიდი და, ჩემი ნება რომ იყოს, სოფლის მეურნეობას ავალორმინებდი საქართველოში. ერთადერთი ხსნა ქვეყნისთვის ეს არის. საქართველო უნდა გახდეს აგრარული</p>	<p>კატეგორია: შეუზღუდაობის</p>

	<p>ქვეყანა. დიდი პოტენციალი აქვს ამ ქვეყანას. სამომავლოდ მინდა, რომ კიდევ რამეში გამოვადგე აქაურობას. თუ ვინმე დამიძახებს მე მზად ვარ.</p>	
--	--	--

N8 და N9 ცხრილების და N1-8 დიაგრამების ანალიზით ირკვევა, რომ 85 წლისა და მეტი ასაკის მოხუცთა და კიბოს ინკურაბელური ფორმით დაავადებულ პაციენტთა ინტერვიუების ფრაგმენტების მასლოუს იერარქიული პირამიდის I, III და IV დონეებზე განთავსების სიხშირეები სტატისტიკურად არ განსხვავდება. ეს მიუთითებს, რომ ორივე ჯგუფის წარმომადგენლებისთვის თანაბრად აქტუალურია როგორც საბაზისო მოთხოვნილებები, ისე სიყვარულისა და პატივისცემის მოთხოვნილებები.

ამასთანავე, როგორც მოხუცებში, ისე სიმსივნით დაავადებულებში III და IV დონეზე განთავსებული ფრაგმენტების რაოდენობა მნიშვნელოვნად აღემატება I დონეზე განთავსებულ ფრაგმენტთა რაოდენობას. ამას შეიძლება ორი მიზეზი ჰქონდეს:

1. ქვეყანა დღეს იმყოფება განვითარების ისეთ დონეზე, რომ თანდათანობით ხდება უმწიფობის პრობლემის ნიველირება. ამას ადასტურებს მსოფლიო ბანკის კლასიფიკატორშიც საქართველოს გადაყვანა „საშუალოზე დაბალი შემოსავლების ქვეყნების“ ნუსხიდან „საშუალოზე მაღალი შემოსავლების ქვეყნების“ ნუსხაში (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>).
2. ის ფაქტი, რომ როგორც ღრმად მოხუცების, ისე სიმსივნით დაავადებულების საუბრებში საბაზისო მოთხოვნებთან დაკავშირებული ფრაგმენტების რაოდენობა არ აღემატება 3 და 5 %-ს, ანუ საბაზისო, ფიზიოლოგიური პრობლემების მეტ-ნაკლებად მოგვარებულობა, საკვლევი კონტინგენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, შეიძლება ირიბად მიუთითებდეს მათი სამედიცინო მომსახურების დამაკმაყოფილებელ ხარისხს;

ჩვენი კვლევის შედეგები თანხვედრაშია უნგრეთში წმინდა მარგარეტის ჰოსპიტალში განხორციელებული კვლევის შედეგებთან (Majercsik E., 2005), რომლის თანახმადაც მოთხოვნილებათა შორის პირველ ადგილზე აღმოჩნდა თვითაქტუალიზაცია-ტრანსცენდენტულობის მოთხოვნილება, რომელიც მასლოუს თეორიის შესაბამისად, თითქოს უნდა ყოფილიყო ყველაზე იშვიათი, რომლის რეალიზაციასაც ადამიანების მხოლოდ ძალზედ მცირე ნაწილი ახდენს (Majercsik E., 2005). ავტორები, კვლევის შედეგების ინტერპრეტაციისას ითვალისწინებდნენ, რომ კვლევაში მონაწილე პირები, შესაძლოა ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებსა და საჭიროებებს არ აღიქვამენ რეალურად, რადგანაც ცივილურ სამყაროში აღნიშნული საჭიროებათა დეფიციტი მინიმალურია, ან არ არებობს. ამასთანავე, მოხუცები აღიქვვენ დარჩენილი სიცოცხლის ლიმიტურობას და შესაბამისად საკუთარი შესაძლებლობების რეალიზაციის სიმწირეს, ამიტომ აღენიშნებათ მომატებული მოთხოვნილება თვითაქტუალიზაცია-ტრანსცენდენტულობის მიმართ. ამ მოთხოვნილების ერთგვარ გაგრძელებას წარმოადგენს მოხუცებში პატივისცემის გაზრდილი მოთხოვნილებაც.

კვლევის მონაცემები უჩვენებს, რომ რომ 85 წლისა და მეტი ასაკის მოხუცთა და კიბოს ინკურაბელური ფორმით დაავადებულ პაციენტთა ჯგუფებში II (უსაფრთხოების მოთხოვნილება) და V (თვითაქტუალიზაცია) დონეებზე ინტერვიუთა ფრაგმენტების განთავსების სიხშირეები, განსხვავებით I, III და IV დონეებზე ფრაგმენტების განთავსების სიხშირეებისაგან, სტატისტიკურად განსხვავებულია ($p \leq 0,005$). ამასთანავე, II დონეზე ფრაგმენტების რაოდენობა 3-ჯერ მეტია ინკურაბელურ პაციენტებში, ხოლო V დონეზე, პირიქით - მოხუცთა ინტერვიუების ფრაგმენტების რაოდენობა 4-ჯერ აღემატება ინკურაბელურ პაციენტების ინტერვიუთა მსგავსი ფრაგმენტების რაოდენობას.

ჩვენი აზრით, ეს შეიძლება აიხსნას შემდეგი გარემოებით: ინკურაბელურ პაციენტები, რომელთა საშუალო ასაკიც არის 53,5 წელი, აცნობიერებენ რა თავიანთი დაჩენილი სიცოცხლის ლიმიტურობას, უფრო მეტად განიცდიან მათ გარეშე

დარჩენილი ოჯახისა და ახლობლების უსაფრთხოების პრობლემებს, ვიდრე მოხუცები, რომელთა საშუალო ასაკიც შეადგენს 87,9 წელს, და რომელთაც, როგორც თავის, ისე ოჯახის სხვა წევრების, და საერთოდ ოჯახის უსაფრთხოებაზე ზრუნვის მოვალეობა ფსიქოლოგიურად გადაბარებული აქვთ ახალგაზრდა თაობის წარმომადგენლობისათვის.

აღსანიშნავია, რომ უსაფრთხოების მოთხოვნილებები ავადმყოფებში, არა მარტო რაოდენობრივად აღემატება მსგავს მოთხოვნილებებს მოხუცებში, არამედ თვისობრივადაც უფრო მრავალფეროვანია: თუ მოხუცებში „ათვისებულია“ უსაფრთხოების წინასწარ შერჩეული 7 კატეგორიიდან 4, ინკურაბელურ პაციენტების ინტერვიუები „ითვისებენ“ - 6-ს. საწინააღმდეგო სურათია V დონესთან (თვითაქტუალიზაცია) დაკავშირებით. ამ დონეზე განთავსებული მოხუცთა ინტერვიუების გრაგმენტები 4-ჯერ აღემატება ინკურაბელურ პაციენტთა ინტერვიუების ფრაგმენტებს, ამასთანავე, მოხუცები „ითვისებენ“ ამ დონის 7 კატეგორიიდან 4-ს, მაშინ როდესაც პაციენტები მხოლოდ - 2-ს.

ამასთანავე, „ტრანსცენდენტულობის“ კატეგორიაში ხვდება V დონეზე განთავსებული მოხუცთა ინტერვიუების ფრაგმენტების 55 % და ინკურაბელურ პაციენტთა ინტერვიუების ფრაგმენტების 60 %. ეს მიუთითებს, რომ „ტრანსცენდენტულობის“ მოთხოვნილება წარმოადგენს თვითაქტუალიზაციის მოთხოვნილებების მთავარ ფორმას, როგორც ამას თავად მასლოუ აღნიშნავდა (Maslow AH., 1969). სავარაუდოდ, ეს ადამიანის ცნობიერების ზოგად მახასიათებელს შეიძლება წარმოადგენდეს. ამასთანავე, აღმოჩნდა, რომ იმ პაციენტთა ასაკი, ვის ინტერვიუებშიც შეიმჩნეოდა „ტრანსცენდენტურობის“ ნიშნები, აღემატებოდა 49 წელს-ს. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ვივარაოდოთ, რომ ტრანსცენდენტურობის მოთხოვნილება „შეჭიდულია“ ასაკთან. ახალგაზრდობის წლებში ამ მდგომარეობის მიღწევა მხოლოდ გენიოსებს ძალუბთ, რომლისთვისაც სამყაროსთან ერთიანობის შეგრძნების ნიჭი „დაბადებიდანვე დაუნჯებული“.

ლიტერატურის მონაცემების თანახმად, ტრანსცენდენტულობა მასლოუს პირამიდის V დონის მოთხოვნილებათა შორის პირველ ადგილზეა, თუმცა მისი სიხშირე 40 %-ს იშვიათად აღემატება (Maslow A.H., 1969). ჩვენს შემთხვევაში კი, ისეთი მაღალი მაჩვენებლები, როგორებიცაა 55 % და 60%, განპირობებული უნდა იყოს საქართველოს მოსახლეობის ტრადიციულ ცხოვრების წესითა და მასზე დაფუძნებული ფილოსოფიით.

ინტერვიუებში ხაზგასმულია ტრადიციების, განსაკუთრებით კი ოჯახური ტრადიციების პატივისცემა. არსანიშნავია, რომ ქვრივების მონათხრობებსი ოჯახის პატივისცემის გამომხატველი ეპიზოდები ძირითადად გადმოცემულია წარსულ დროში, მაშინ როდესაც ცოცხალი მეუღლის ყოლის პირობებში ოჯახური ცხოვრების მიმართ პოზიტიური დამოკიდებულების გამომხატველი ეპიზოდები სამ დროშია განფენილი. აღსანიშნავია, რომ მარტოხელათა მონათხრობები ხშირად გამოხატავენ ამა თუ იმ სიმძაფრის სინანულს ოჯახის არ თუ ვერ შექმნის გამო. ამ სინანული, ზოგჯერ, გამოწვეულია იმით, რომ საკუთარი ოჯახის გარეშე, ამ ადამიანებმა ვერ მოახდინეს სრულფასოვანი (მათთვის შესაძლებელი ხარისხით) თვითრეალიზაცია. გარკვეული თვალსაზრისით, ასეთი სინანული „ტვითაქტუალიზაციის“ და „ტრანსცენდენტულობის“ მოთხოვნილების ირიბ დადასტურებად შეიძლება მივიჩნიოთ.

ინტერვიუების ანალიზის შედეგად, ყოველივე აღნიშნულის გათვალისწინებით, უნდა დავასკვნათ, რომ საქართველოც მიეკუთვნება იმ ქვეყნების რიცხვს, რომლის მოსახლეობაც მხარს არ უჭერს სიკვდილის (გარდაცვალების პროცესის) ზედმეტ ინსტიტუციონალიზაციას და ამჯობინებს გარდაცვალებას შინაურ გარემოში, ოჯახის წევრებისა და ახლობლების გარემოცვაში (Shavdia N., 2009)

აღნიშნულ ინტერვიუებში ყურადღებას იპყრობს კვლევაში მონაწილე პირთა გულწრფელობა. ზოგიერთ მოხუცის ან პაციენტის მიერ მოთხრობილი ამბავი იმდენად პირადულია, რომ მკვლევარებში აჩენს „აღსარების მოსმენის“ მსგავს განცდას. ასეთებია, მაგალითად, შვილებთან გართულებული ურთიერთობის ამბები,

სამსახურებრივი კონფლიქტის დროს ქცევა, არასწორი ნაბიჯის გამო სინანული და მისთანანი, რომლებიც ისეთ ეპიზოდებს წარმოადგენს, რომელსაც, როგორც წესი, მოძღვარს ან უახლოეს მეგობრებს თუ გაანდობენ ხოლმე, ანუ ისეთ ადამიანებს, რომელთა მიმართაც უპირობო ნდობა გააჩნიათ.

ერთი მხრივ, ეს ადასტურებს, რომ მკვლევარებმა მოახერხეს რესპოდენტებთან ნდობისა და გულითადობის ატმოსფეროს შექმნა; მეორე მხრივ, ეს შეიძლება იმას მიუთითებდეს, რომ ცხოვრების მიწურულს ყველა ადამიანს სჭირდება საკუთარი ფიქრის თუ ექვსის ვინმესთვის გაზიარება. ამასთანავე, ასეთი თანამგრძნობი მოსაუბრის მოძებნა თხოულობს გარკვეულ ძალისხმევას, ვთქვათ, მოძღვართან წასვლას, ან ახლო მეგობართან შეხვედრის მოწყობას, რაც ზოგჯერ ძალიან რთულია (თუ არა შეუძლებელი) როგორც სიმსივნის შორსწასული ფორმით დაავადებული პირისათვის, ისე ღრმად მოხუცთათვის. ასეთ ვითარებაში, ჩვენს მიერ ინტერვიუს ჩაწერის შეთავაზებამ, შეიძლება ერთგვარი „მაშველი რგოლის“ როლი ითამაშა და განაპირობა რესპოდენტთა გულახდილობა.

ნებისმიერ შემთხვევაში, სიცოცხლის მიწურულს, სულიერი პრობლემების გაზიარების სურვილი უნდა მივიჩნიოთ ავადმყოფთა თუ ღრმად მოხუცთა დამახასიათებელ თავისებურად, რისთვისაც მზად უნდა იყოს პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელი სამედიცინო პერსონალი. ეს აგრეთვე ადასტურებს იმასაც, რომ ოპტიმალურია პალიატიური მზრუნველობის განხორციელება მულტიდისციპლინური გუნდით, რომელშიც აუცილებლად მონაწილეობს ფსიქოლოგი და სულიერი მრჩეველი (მოძღვარი), როგორც ეს დამკვიდრებულია მოწინავე გამოცდილების ქვეყნებში (Aldridge D., et al. 1995; Dein S., et al., 1997 ; Gall Tl., et al., 2005)

ინტერვიუთა ნაწილში, და ეს განსაკუთრებით ხანდაზმული ასაკის რესპოდენტებში დასტურდება, ხშირია წარსული წლების გაიდილება. ამასთანავე, ეს თავისებურება არ ამჟღავნებს კავშირს არც რესპოდენტების სქესთან და არც იმასთან, ეწეოდნენ ისინი გონებრივ თუ ფიზიკურ შრომას. ეს, ერთი მხრივ, უნდა აიხსნას

წარსულში (საბჭოთა საქართველოს დროს) სოციალური გარანტიების (უზრუნველყოფის) უფრო მაღალი ხარისხით, მეორე მხრივ კი იმით, რომ 85 წლის და მეტი ასაკის ადამიანების თვითრეალიზაციის პერიოდი (პიკი) სწორედ საბჭოთა პერიოდს ეხება.

ამდენად ეს „წარსულის გაიდიალება“ შეიძლება „თვითრეალიზაციის“ და ტრანსცენდენტურობის ირიბ დადასტურებად მივიჩნიოთ.

ამასთანავე, თვითრეალიზაციის შეგრძნების გამო, ადამიანებს უჩნდებათ სურვილი, რომ მათ აფასებდნენ და პატივს სცემდნენ არა მარტო ახლობლები, ან თუნდაც მოწაფეები და მიმდევრები, არამედ ზოგადად საზოგადოება, რადგანაც ისინი თვლიან, რომ სწორედ „საზოგადოებისათვის“ მნიშვნელოვან საქმეს აკეთებდნენ).

ჩვენი კვლევა ადასტურებს, რომ სიცოცხლის მიწურულის გაცნობიერებისას მასლოუს მოთხოვნილებათა იერარქიის ზემო დონეების დაკმაყოფილება ფრიად მნიშვნელოვანია. ასეთ დროს, აქტუალურობას ინარჩუნებდეს სიყვარულის და/ან იმის შეგრძნების მოთხოვნილება, რომ მათი წასვლის გამო ახლობლებს გული წყდებათ. ესაა სიცოცხლის მიწურულის ტრაგედიისა და ტრანსცენდენტულობის ერთგვარი ჰოლიზმი (Bickerstaff KA., et al., 2003) ამ თვალსაზრისით, პალიატიურ მზრუნველობას დაქვემდებარებული პაციენტები, რომლებსაც თითქოს გამძაფრებული უნდა ჰქონდეთ ჰქონდათ ფიზიოლოგიურ საჭიროებათა შეუფერხებელი განხორციელებისა და უსაფრთხოების მოთხოვნილებები, მაგრამ, რეალურად უჩვენებენ სიყვარულის, ურთიერთობის, პატივისცემის მოთხოვნილებათა გამძაფრებას, სამედიცინო-ფსიქოლოგიური კვლევის ფრიად საინტერესო ობიექტებს წარმოადგენენ (Lee BY., et al., , 2005; Ross L., et al., 2015).

დასკვნები

1. ადამიანთა სიცოცხლის მიწურულის საჭიროებანი, აღქმები და დამოკიდებულებები ძირითადად მსგავსია, იმის მიუხედევად, თუ რამ განაპირობა დარჩენილი სიცოცხლის ლიმიტურობის შეგრძნება - ინკურაბელურმა დაავადებამ თუ ღრმად მოხუცებულობამ (ასაკმა): როგორც კიბოს შორსწასული სტადიით დაავადებულ პირებში, ისე 85 წელს წელს გადაცილებულ მოხუცთა მონათხრობებში საკუთარი ცხოვრების შესახებ, ცალსახად სჭარბობს ისეთი ისტორიები, რომლებსაც ა. მასლოუს მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა ერაქიაში შეესაბამება სოციალური ურთიერთობის, სიყვარულისა და პატივისცემის მოთხოვნილებები;
2. ექიმები და პაციენტის ოჯახის წევრები განსხვავებულად აფასებენ ერთმანეთთან კომუნიკაციას დაავადების ტერმინალური სტადიით შეპყრობილი პაციენტებისათვის სამედიცინო მომსახურების/პალიატიური მზრუნველობის გაწევის პროცესში. ეს განსხვავებულობა, ძირითადად განპირობებულია მკურნალობის/პალიატიური მზრუნველობის დროს პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების მიმართ ექიმების მხრივ პიროვნული პატივისცემის გამოხატულების განსხვავებული აღქმით: რასაც ექიმები აფასებენ დამაკმაყოფილებელ კომუნიკაციად, ხშირად არადამაკმაყოფილებლად თვლიან ტერმინალურ პაციენტთა ოჯახის წევრები; ამასთანავე, ამ უკანასკნელთა შეფასებები არ არის პირდაპირ კავშირში მკურნალობის/პალიატიური მზრუნველობის უშუალო შედეგთან.
3. ცხოვრების მიწურულის გამაცნობიერებელ სხვადასხვა საკვლევ ჯგუფებში ჩაწერილი ნახევრადსტრუქტურირებული ინტერვიუების (მონაყოლების) შედარებითი ანალიზისათვის, რომელიც გულისხმობს როგორც რაოდენობრივ, ისე თვისობრივ შეფასებას, შეიძლება წარმატებით იქნას გამოყენებული დაფუძნებადობის თეორიის მიდგომა, ხოლო კოდირების მატრიქსად - მასლოუს ჰუმანისტური

ფსიქოლოგიის „საჭიროებათა და მოთხოვნილებათა იერარქიის“ საფეხურები და მათი კატეგორიები.

4. პალიატიური მზრუნველობის მიმწოდებელი მედიკოსები უნდა ფლობდნენ არა მხოლოდ პალიატიური მზრუნველობის სამედიცინო-ბიოლოგიურ ასპექტებს, არამედ სამედიცინო ეთიკის საფუძვლებს და კომუნიკაციის ხელოვნებას, იმის გათვალისწინებით, რომ როგორც ასაკოვან, ისე ინკურაბელურ პაციენტებში სიცოცხლის მიწურულს ცალსახად სჭარბობს ურთიერთობის, სიყვარულისა და პატივისცემის მოთხოვნილებები; შესაბამისად, სამედიცინო ეთიკის საფუძვლების და კომუნიკაციის ხელოვნების სწავლებას უნდა ითვალისწინებდეს პალიატიური მზრუნველობის დიპლომამდელი (საუნივერსიტეტო) და დიპლომისშემდგომი (სუბ-სპეციალობის) პროგრამები.

Particular Field of Research: Palliative and Pain Medicine

PhD Student: Nana Chikhladze

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

**Perceptions and Attitudes at End of Life in Conditions of
Understanding Limited Life Expectancy: Comparative Analysis
of Groups of Cancer Patients and Patients without Cancer**

(For creating the optimal model of palliative care)

**Supervisors: Professor D. Kordzaia
Professor J. Verne**

Tbilisi, 2017

Introduction

Actuality

End of human life is an important period of the time for specific individuals as well as for the society.

For the individual it is important because as a rule, at this time the coming demise of life is understood, the past life is analyzed and the preparations for departing from this world are made. In this case, the peculiarities of the past life analysis as well as the preparation for the death, are largely determined by the individuals' degree of education, the level of his/her faith (or atheism) and quality of the physical (what's the trouble?) and mental (How adequate he/she is; To what degree the consciousness is retained) health (Robert Kastenbaum., 2000; Dezutter., et al., 2008).

At the same time, taking these factors into account, the end of life of each individual is unique to the philosophical, psychological, religious, and medical-biological aspects.

For each person, as for the member of the society, whose end of his life period is still far, observing the end of someone's life and correct understanding of the acts carried out (and church milieu, as well as the artistic creativity, has the special role), contributes to a better preparation for the end of own life, Since, as mentioned above, analysing the past life as well as death preparations, highly depend on each individual's education and the degree of religious commitment (Dezutter J., et al., 2008).

In addition, society as a whole, being aware of the significance of the end of life period, is responsible for the creation of such environment (ethical and institutional) that will support the dignified end of human life, ensuring utmost consideration of his/her feelings, beliefs, and desires.

One of such areas of the social activities, which is clearly responsible for it, is the healthcare system. It means the state (socially) regulated relations of the medicine and all related phenomen

(activities, processes). Briefly, healthcare represents medicine in state (social) activities. (Kordzaia D., et al., 2010).

According to the laws of Georgia on "Health Care" and "Medical Activities", palliative care is: “Active, multi-profile care primarily aimed at relieving pain and other pathological symptoms, and providing social aid and psychological and spiritual support to patients. It is intended for patients whose disease is no longer curable; by providing such care, it is possible to improve the quality of life of patients and their families“(http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLO/BA/Sakanonmdeblo/30.pd).

According to that definition, the term patients whose disease is no longer curable, obviously considers patients of all ages with advanced incurable chronic diseases, as well as the elderly, whose incurable disease is old age itself (World Health Organization., 2011). Shota Rustaveli said brilliantly “Mine is the burden of age, sorest affliction of mortals” (Sh.Rustaveli., 1989).

Palliative care implies psychological assistance and spiritual support, in addition to medical assistance. These "services", which in the countries with a well handled palliative care system are implemented with the participation of a psychologist and a priest (or "spiritual adviser"), are intended to create the maximum comfort for the patient at the end of life (Burton LA., et al., 1998; Wasner M., et al., 2005; Puchalski C., et al., 2009).

One detail should also be paid attention: Palliative care means supporting not only the patients but also their family members (ie those who care for the patient) too.

Any country's health system can not be perfect if alongside to the preventive, curative and rehabilitation components it does not contain palliative care component as well. (Kordzaia D., 2011). Moreover, the level of development of the palliative care system is one of the criteria for development of the country (Kordzaia D., 2010).

In palliative care, as in other areas of medicine (in the fields), palliative care for children and for elderly are considered to be different problems. In addition, if the palliative care programs for children in different countries are more or less similar, the palliative care programs for elderly (models) are relatively different, as they are more concerned with the country's public environment, ethnic traditions, life style (Velijanashvili M., 2016 ; Jerant AF., et al., 2004).

At the same time, it is unequivocally recognized that while working out the palliative care model for the elderly, there should be considered needs and requirements of the elderly population itself, also, their attitude towards the satisfaction of these needs, as well as to the relations to them at the end of life (Besdine R et al., 2005; Kordzaia D 2012).

It is believed that this attitude and perception is largely determined by the understanding of the limited remaining life expectancy (Zweibel NR., et al; 1989; Brumley RD., et al., 2003; Jeon HW., et al., 2015;).

It should be noted that the global reflection of the perceptions and attitudes of elderly population, realizing limited lifetime duration, has not been implemented in post-Soviet countries. Moreover, such research was not carried out in the patients with advanced forms of cancer, which makes problematic implementation of the comprehensive palliative care for this contingent. One reason is a tradition from the Soviet period, concerning the "Concealment" of the diagnosis for the patient: The patient does not know the real situation in terms of his life term limitations. Therefore, it is a paradox, but the current model of palliative care considers the perceptions, attitudes and requirements towards the palliative care of those who implement the palliative care "Largely", while of the consumers "Insignificantly". During the last years, considering the gradual introduction of the trend of "Disclosing the cancer diagnosis", it is possible, and even essential, to conduct such studies and to take into account the obtained results, while planning palliative care (Chikhladze N et al; 2016).

Experience shows that while implementing palliative care, there should be considered not only the attitude of the patients, but the attitudes of their family members in terms of the degree of meeting the end of life needs and attitudes of the patients (Teno JM., et al., 2004; Luce JM., 2010).

Therefore, we can conclude that, for the creation of the optimal model of the palliative care, it is necessary to consider the needs and attitudes of the beneficiaries of the model - patients and relatives involved in their care.

It was mentioned above that the palliative care model considered to a large extent the perceptions, attitudes and requirements for palliative care of the palliative care practitioners

(Doctors/Medics). At the same time, the difference of their attitudes and perceptions from the attitudes and perceptions of the patients and their family members, had not been studied.

It is essential to find out it for the establishment of the adequate model of palliative care.

Thus, we can conclude, that in order to create an optimal model of palliative care it is necessary to take into consideration the needs and attitudes of the beneficiaries of this model, i.e. patients and relatives involved in their care.

The research aims at developing recommendations based on the reflection and comparative analysis of the needs and attitudes of the people, aware of their limited life expectancy due to the various reasons, their family members and doctors, for creation of the an optimal model of palliative care in Georgia

In order to achieve the goal, it was decided to solve two objectives, as two elements of the research:

Objective 1: Comparative analyses and study of attitudes towards the intercommunication between the family members of patients with chronic incurable diseases and doctors of these patients and caring peculiarities of such patients.

Objective 2: Reflection and comparative analysis of end of life perceptions and attitudes of the cancer patients and the groups of elderly, in the conditions of understanding the limited life expectancy

Provisions to be defended

- The end of human life needs, perceptions and attitudes mainly are similar, regardless what caused the feeling of the limitation of the left life - incurable disease or senility (age);
- Doctors and family members evaluate differently the communication in the process of medical/palliative care for patients suffering from terminal stage of disease:

- In the case of family members of the patient, the degree of satisfaction with the communication with the doctors during the treatment/palliative care process is significantly dependent on the extent of the respect towards the patients' personality from the doctors.

While

- In case of evaluation of the communication by the doctors, prevails the limitation with giving information on the adequate treatment (according to guidelines), with less focus on the personal needs of the patients and their family members.

Scientific Novelty

- The grounded theory can be successfully used or the comparative analysis of semi-structured interviews (narratives) of various study groups, covering both quantitative and qualitative assessment, while Maslow's Hierarchy of Needs, of humanistic psychology, can be used as the coding matrix.

- In the narratives about their lives of the patients with the advanced stage of cancer, as well as of the individuals aged over 85, absolutely prevail such stories, which relate to the needs of social relations (belonging), love and esteem in A. Maslow's hierarchy of needs;

- The degree of satisfaction of the family members with the rendered treatment/palliative care of the patient, is largely determined by the assessment of the communication with doctors, i.e. on how the provided service meets the need of communication with the personal respect of the patient, while the doctors assess the communication with the family members positively if the main information on the process of managing the treatment was delivered to them.

Practical recommendations

- The medical staff, providing palliative care need to know not only the medical-biological aspects of palliative care, but the basics of medical ethics and the art of communication; These issues should fully (although, obviously, with different degrees) covered by the undergraduate (university) and postgraduate (sub-specialty) programs of palliative care.

- The ongoing palliative care programs in Georgia should involve the psychologist and the priest ("spiritual adviser"). In this way the holistic approach and better satisfaction of those spiritual needs, which are so important at the end of life period, will be provided.

Objective 1: Comparative analyses and study of attitudes towards the intercommunication between the family members of patients with chronic incurable diseases and doctors of these patients and caring peculiarities of such patients.

Methods

Study design, settings and participants

Cross-sectional study was conducted from February 2014 through July 2014. Convenience sampling approach was used and consecutive numbers of participants were enrolled over the study period.

The eligibility criteria: The physicians working in CIC settings in four cities of Georgia (Tbilisi, Kutaisi, Batumi and Telavi) with at least 4 years of work experience but with no specific training in palliative care.

Family members of adult patients (age ≥ 18 years) receiving medical care in the same hospitals of recruited physicians were invited to participate in the survey. Patients' family members were chosen for the study as the contact with terminal incurable patients in CIC settings frequently is difficult or impossible due to patients have altered state of consciousness. The study exclusion criteria were patients' family members with limited or no knowledge of Georgian language.

Physicians and patients' family members were recruited independently, and physicians were not required to be the primary care provider of the recruited patient. Patients' personal information (e.g. age, sex, diagnosis and date of death) was provided by patients' family members based on standardized discharge/death certificate issued by the hospital (the data is available in Table 1).

Table N1 Diagnoses of the patients whose family members participated in the study

Age, Gender	25-40		41-60		60-74		75-80		Sum
	Woman	Man	Woman	Man	Woman	Man	Woman	Man	
Diagnoses*	2	3	6	7	11	9	9	12	
Breast Cancer, multiple metastases, multiorgan failure	1		3 (1)*		4 (1)				8 (2)
Pancreatic Head Cancer, Mechanical Jundice, Ascites.			1	1		1 (1)	1 (1)	1 (1)	5 (3)
Gallblader Duct Cancer, Cholangiostomic Obstruction								1 (1)	1 (1)
Liver Cancer, Hepatic Failure				1		2 (2)			3 (2)
Lung Cancer, Multiple Bone Metastases		1	1			1		1 (1)	4 (1)
Kidney Cancer, Multiple Bone Metastases				1		1			2
Mediastinal Hodgkin's Lymphoma, Multiorgan Failure					1		1		2
Retroperitoneal Lymphoma, Multiorgan Failure				1			1 (1)		2 (1)
Diabetes, Osteoporoses, Femoral Head Fracture, Kidney Failure			1				2		3
Prostate Cancer, Ascites, Multiorganic Failure.				2		2 (1)			4 (1)
Acute Stroke, Cerebral Coma					1			2 (1)	3 (1)
Post Stroke Condition, Partial Intestinal Obstruction	1	1			1	2 (1)	1	1 (1)	7 (2)
Alzheimer's Disease					1			1	2
Heart Failure, Dementia							1	1	2
Uterine Cancer, Multiple Metastases, Hydrothorax, Ascites					3		1		4

Esophageal Cancer, Gastrostoma, Dementia								1 (1)	1 (1)
Large Intestinal Cancer, Terminal Ileostoma,							1	2 (1)	3 (1)
Liver Ciroses, Esophageal Varicose Bleeding, Multiorganic Failure		1		1 (1)				1 (1)	3 (2)
Sum	5		13 (2)		20 (6)		21 (9)		59 (17)

Instrument

The two separate questionnaires with parallel questions for physicians and family members were designed by team of experts working in CIC settings, palliative care, psychology, and ethics. The questionnaire was covering various aspects of communication including, but not limiting to, patients prognosis, expected time of death, treatment plans and religion. Questionnaires were reviewed by field experts for content validity and was piloted in six volunteers not taking part in survey (three CIC physicians and three family members of patients with cancer died in CIC setting) to ensure that all participants understand the questions correctly. The list of questions used in the study is shown in Table 2. The questionnaires were self-administered in presence of one of the researchers who explained the instrument to participants. Participants were asked to rank their responses on a scale ranging from 0 to 10 where “0” represented “never” and “10”-“always”. But for questions Q1.9–Q2.9-“0” represented “very difficult” and “10”-“absolutely not difficult” and for questions Q1.10–Q2.10-“0” represented “fully Negative” and “10”-“fully positive”. The data presented in Table 2 was disintegrated into separate figures in order to show the results of interviewing for each question in more implicated way. (See Fig 1.)

Table N2 The categorized results of quantitative analysis of responses of Physicians and Patients’ Family members

Responses Phys/PFM	Never/Rarely		Somewhat		Often/Always		Don’t know		Overall P value
	n (%)	P value	n (%)	P value	n (%)	P value	n (%)	P value	
Phys. Q1.1. Do you talk with the patient and/or family members about the details, related to the possible deterioration of the health condition of	1 (1.5)	0.003	8 (12.3)	0.004	56 (86.2)	<0.0001	0	0.48	<0.0001

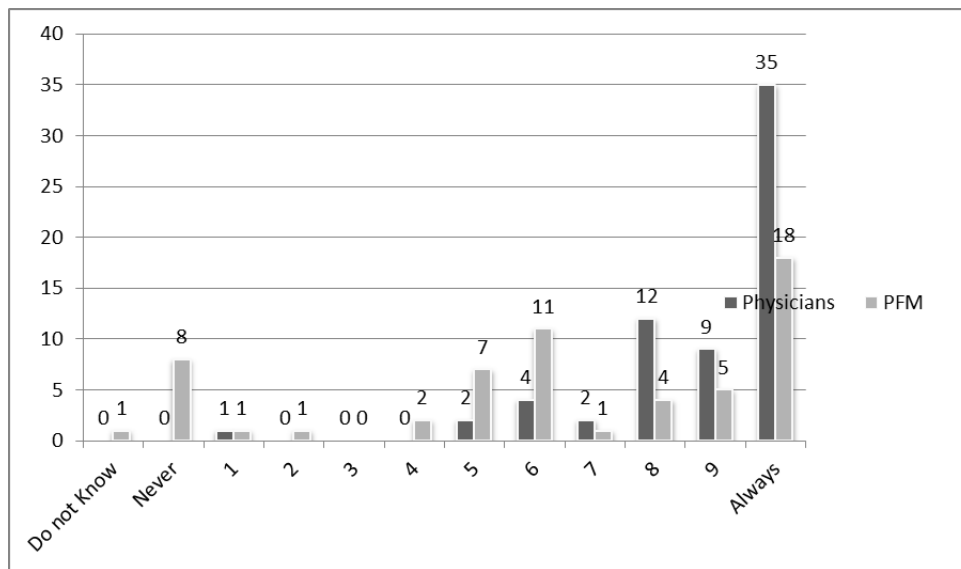
the patient?									
PFM. Q2.1 Did the doctor talk with you, as the family member, about the details, related to the possible deterioration of the health condition of the patient?	10 (16.9)		20 (33.9)		28 (47.5)		1 (1.7)		
Phys. Q1.2 Do you inform the patient and/or family members, about the exact time interval the patient might live?	12 (18.5)		24 (36.9)		26 (40.0)		3 (4.6)		
PFM. Q2.2 Did the doctor inform you, as the patient's family member, about the exact time interval the patient might live?	17 (28.8)	0.17	21 (35.6)	0.88	21 (35.6)	0.61	0	0.25	0.26
Phys. Q1.3 Do you discuss with the patient how his/her death may occur?	46 (70.8)	-	17 (26.2)	-	2 (3.1)	-	0	-	-
PFM	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Phys. Q1.4 Do you discuss with the family members about how the patient's death may occur?	10 (15.4)		29 (44.6)		26 (40.0)		0		
PFM. Q2.4 Did the doctor discuss with you about how the patient's death may occur?	26 (4.1)	<0.0001	24 (40.7)	0.66	9(15.3)	0.002	0	-	0.0004
Phys. Q1.5 How much you have discussed the further treatment strategy (e.g. CPR, use of breathing support devices,) with the patient and/or family members?	3 (4.6)		7 (10.8)		55(84.6)		0 00o0		
PFM. Q2.5 How much the doctor has discussed with you the further treatment strategy e.g. CPR, use of breathing support devices?	9 (15.3)	0.07	16 (27.1)	0.02	34(57.6)	0.001	0	- - - -	0.004

Phys. Q1.6 Do you talk to the patient and/or family member about life-related topics associated and important to the patient?	7 (10.8)	<0.0001	33 (50.8)	0.002	23 (35.4)	0.10	2 (3.1)	0.81	<0.0001
PFM. Q2.6 Did the doctor talk with you about life-related topics associated and important to the patient?	30 (50.8)		14 (23.7)		13 (22.0)		2 (3.4)		
Phys. Q1.7 Do you talk with the patient about his/her faith (religion)?	23 (40.0)	<0.0001	23 (40.0)	0.02	11(16.9)	0.05	0	-	<0.0001
PFM. Q2.7 Did the doctor talk with about the Patient's faith (religion)?	46 (78.0)		10 (16.9)		3 (5.1)		0		
Phys. Q1.8 Do you respect the spiritual attitudes and religiousness of the patient?	0 (0.0)	<0.0001	23 (35.4)	0.01	42 (64.6)	<0.0001	0 (0.0)	<0.0001	<0.0001
PFM. Q2.8 Did the doctor show respect towards the patient's spiritual attitudes and religiousness?	29 (49.2)		9 (15.3)		4 (6.8)		17 (28.8)		
		Very difficult	Somewhat		Not at all		Don't know		
Phys. Q1.9 Do you find it difficult to talk with the patient and/or his family about the patient's death?	11 (16.9)	0.05	39 (60.0)	0.40	15 (23.1)	0.02	0	-	0.0219
PFM Q2.9 . Was it difficult for the doctor to talk with you about the the patient's death?	3 (5.1)		31 (52.5)		25 (42.4)		0		
		Negative	Somewhat		Positive		Don't know		
Phys. Q1.10 How would you appraise your communication with the patient in general?	1 (15.0)	0.001	13 (20.0)	<0.0001	51 (78.5)	<0.0001	0	-	<0.0001
PFM Q2.10 How would you appraise doctors' communication with you in general?	12 (20.3)		33 (55.9)		14 (23.7)		0		

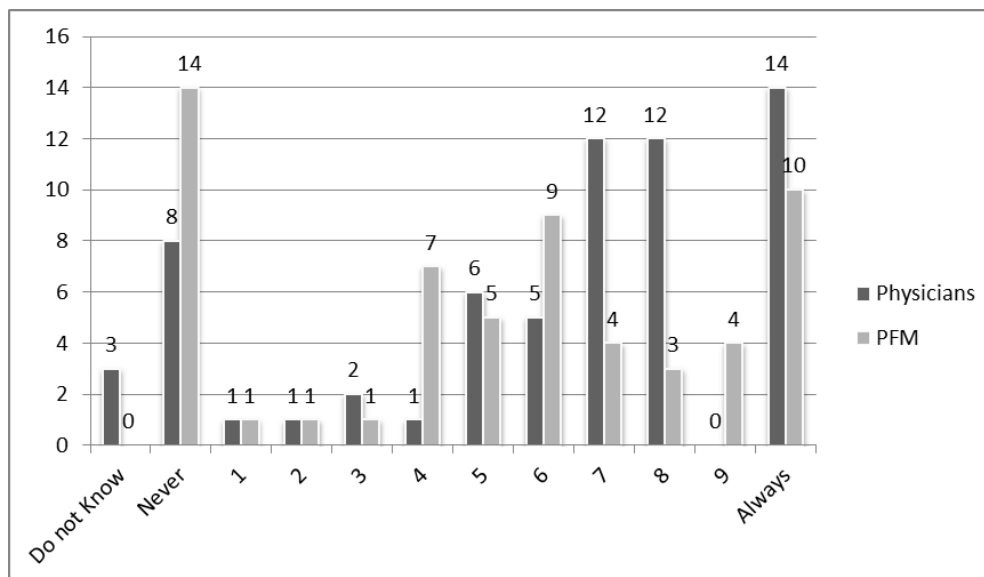
Participants also had the option “do not know” for every question. Each participant had only one session for filling questionnaires.

Figure 1 Fig 1. Black bars represent the distribution of physicians’ replies, grey bars – PFMs. Q1.1, Q2.2, etc., numbering indicates the question number in the corresponding Questionnaire.

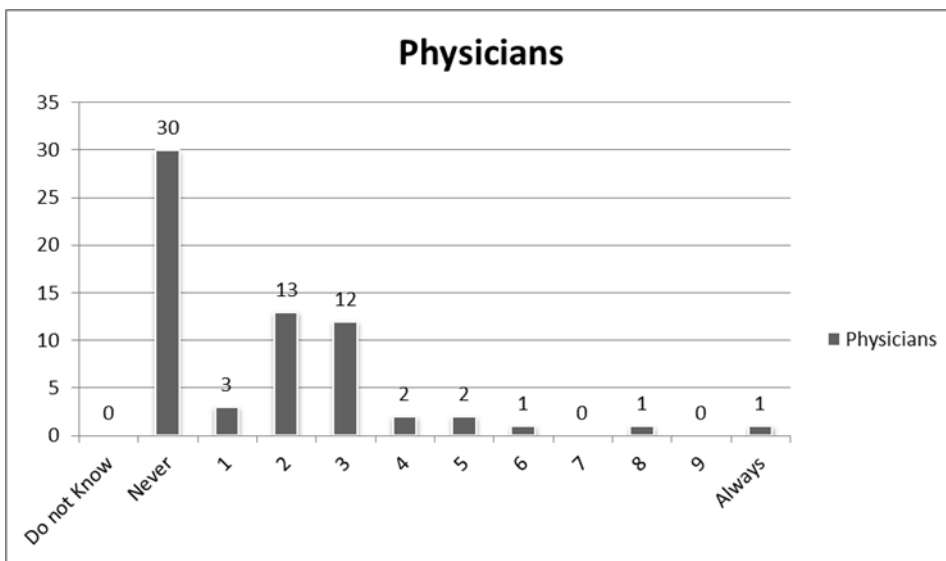
- **Q1.1/Q2.1**



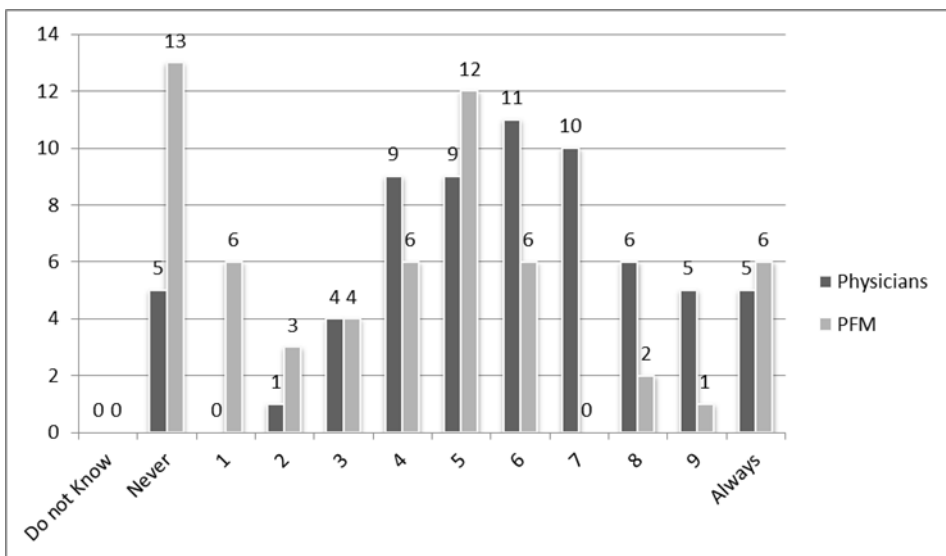
- **Q2.1/Q2.2**



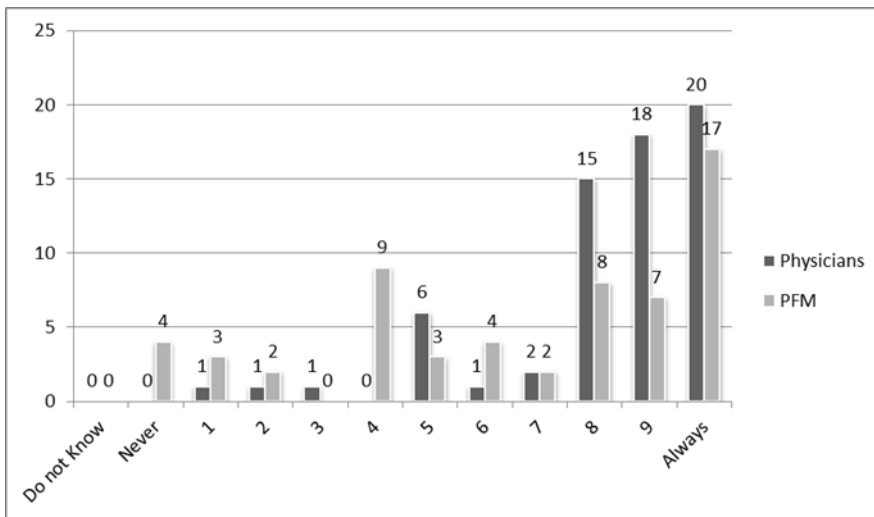
- Q3.1



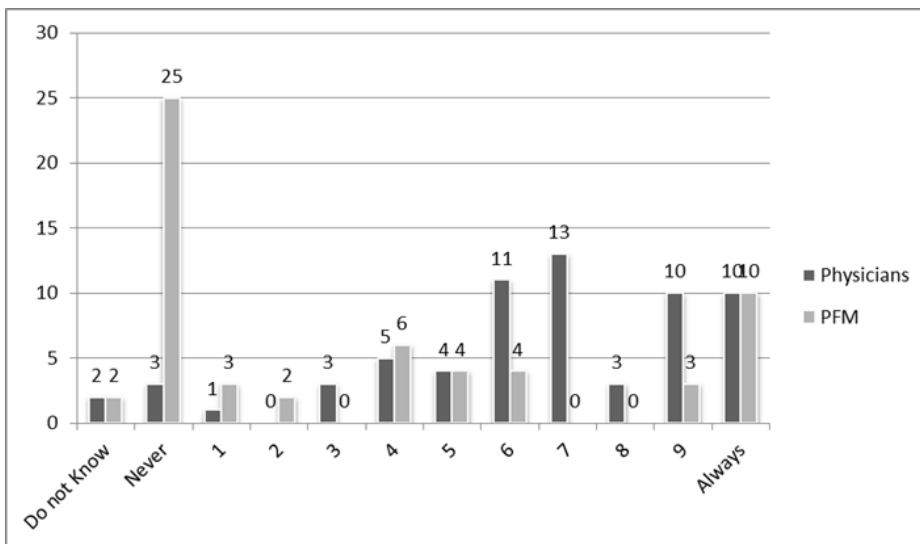
- Q4.1/Q4.2



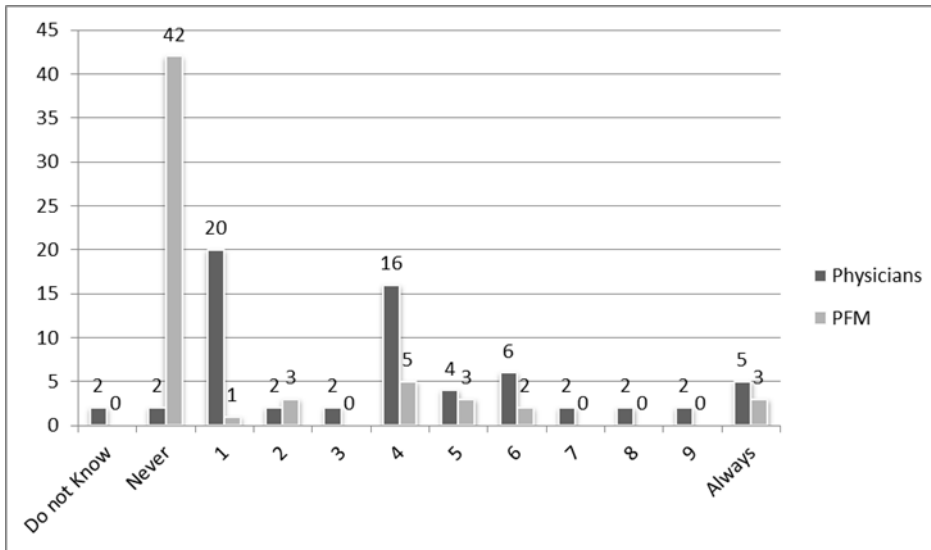
- Q5.1/Q5.2



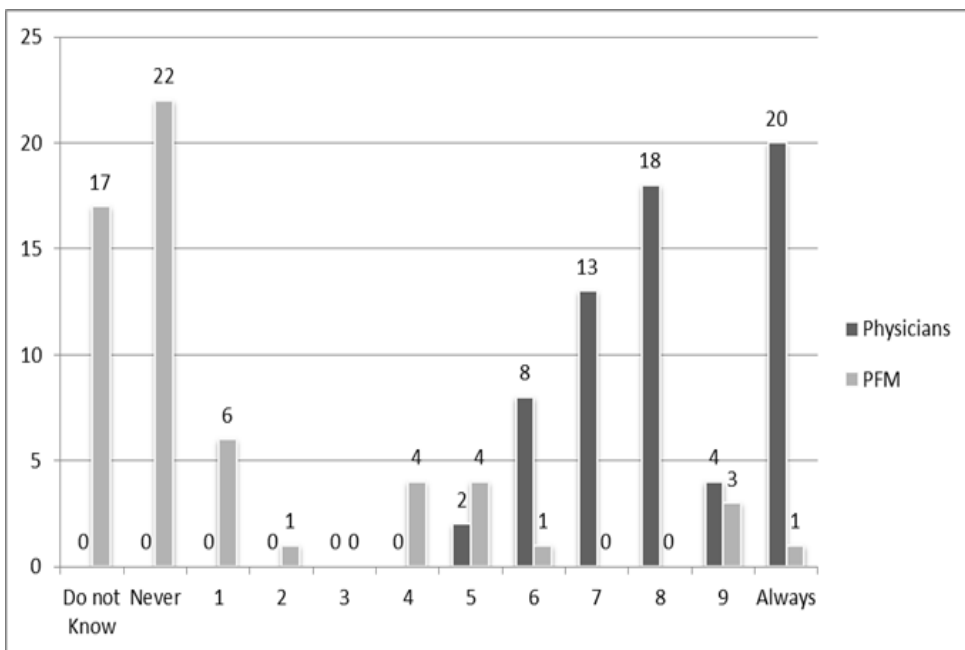
- Q6.1/Q6.2



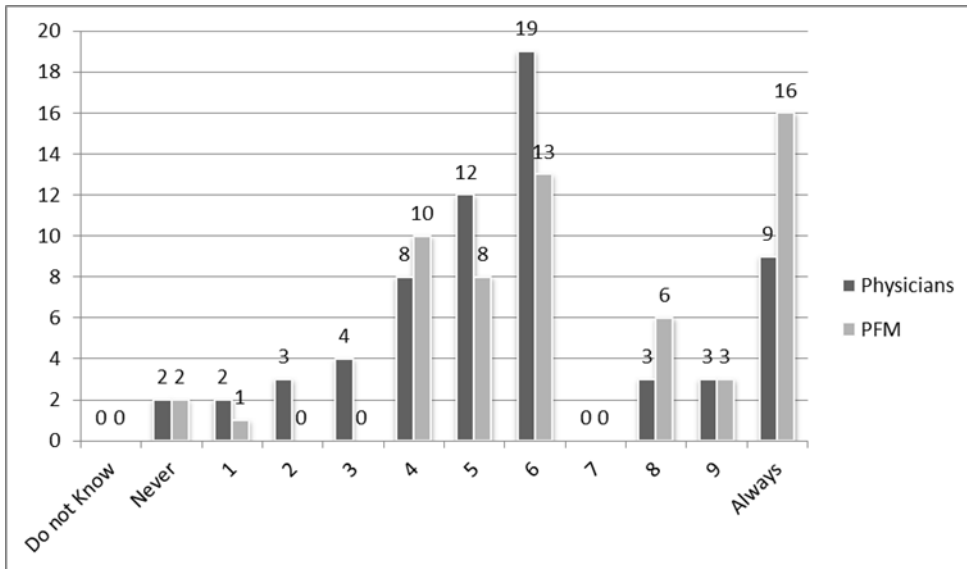
- Q7.1/Q7.2



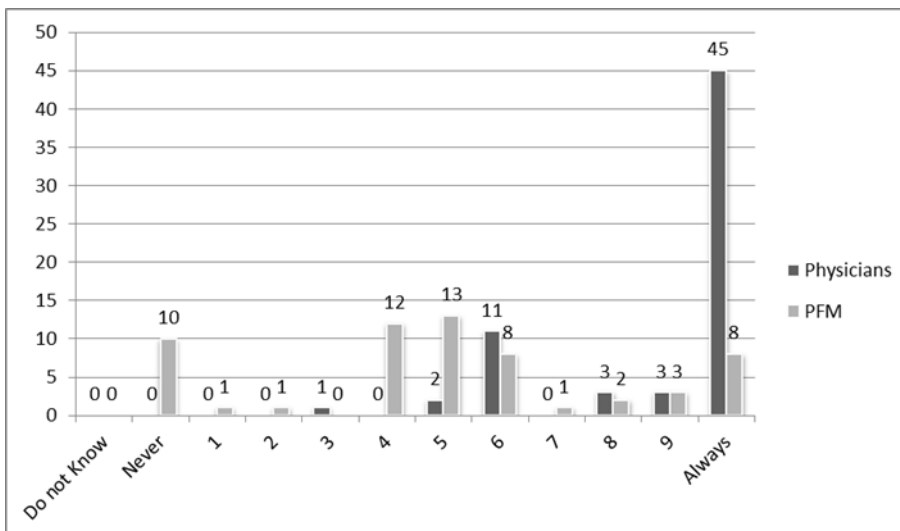
- Q8.1/Q8.2



- Q9.1/Q9.2



- Q10.1/Q10.2



Statistical analysis

After data collection, responses to the questionnaires were recoded into three categories: 0–3=never/rarely, 4–7=somewhat and 8–10=often/always. Answers on “do not know” were classified separately.

Standard, descriptive statistics were conducted to assess variable distributions. Comparisons between physician and patients’ family members responses were tested in bivariate analysis for each individual questionnaire item. Differences were tested both for entire item and for each individual response category using Pearson’s chi-square or Fisher’s exact test as appropriate. Fisher’s exact test was used if the number of responses in any category to be tested was ≤ 5 , otherwise preference was given to Pearson’s chi-square test (Agresti A; 2007). Two-sided significance tests were used and p value of <0.05 was considered as significant.

Results

A total of 68 physicians working in CIC settings were approached, among them 65 (response rate 95.6 %) agreed and took part in the survey.. The age range of the physicians was 31–74, female–25, male–40. Professional experience of the physicians varied from 4 to 48 years.

Of 70 family members of patients with chronic incurable disease receiving care in CIC settings were approached and 59 (response rate 84.3 %) participated in the survey. Results of quantitative analysis for the responses on both questionnaires are presented in Table 2.

Comparison of physicians’ and patients’ family members’ responses to paired questions showed substantial differences. Except for question Q1.2/Q2.2 on patient’s life expectancy, differences in responses to all other items were statistically significant. For example, the vast majority of physicians (86.2 %) reported that they often/always discussed the possible deterioration of a patient’s condition whereas the less than half of patients’ family members (47.5 %) reported often/always being given this information ($p < 0.0001$).

Seventy point eight percent of physicians reported that they have never/rarely discussed with the patient how death may occur (Q1.3), but 40 % reported that they often/always have this discussion with patients' family members (Q1.4). However, only 15.3 % of patients' family members confirmed such discussions (Q2.4) ($p=0.002$).

The majority of physicians (84.6 %) reported to have discussions about future treatment plans, (e.g. use of cardiopulmonary resuscitation or breathing support devices) as "often/always", but the same assessment was reported from patients' family members only in 57.4 %.

Half (50.8 %) of patients' family members reported that physician never/rarely talked about life related topics associated and important to the patient, as compared to 10.8 % reported by physicians Q1.6/Q2.6 ($p<0.0001$). As for the respect to patients' spiritual attitudes and religiousness, 64.6 % of CIC physicians said that they often/always had demonstrated such respect, while only 6.8 % patients' family members felt that the physicians did so (Q1.8/Q2.8) ($p<0.0001$).

Only one quarter (24.8 %) of patients' family members receiving medical aid in CIC settings were satisfied with the communication level (Q2.10). The reason for their dissatisfaction was sense of inadequate appreciation of their needs and requirements. In contrast, 78.5 % of CIC physicians considered their communication with patients' family members as positive (Q1.10) (<0.0001).

Discussion

This is the first survey conducted in CIC settings in Georgia, an example of the country where medical care is developing according to western standards (Government of Georgia; 2014), however communication skills still lag (Kordzaia D, Dalakishvili S; et al., 2011). We examined the communication between physicians and family member of the patients dying from chronic incurable diseases in CIC settings. We wanted to demonstrate the possible mismatch between what physicians say and what families say about their communication. For almost every question the answers provided by physicians and patients' family members significantly differ from each other. The exception is the assessment of communication regarding the prognosis, in particular, the length of time the patient was expected to live. For this question the physicians

and family members gave a similar evaluation of the communication process: 55,4 % of physicians and 64,4 % of patients' family members recognize that this question was addressed "never/rarely" or "somewhat". It may reflect that the real difficulty lies in establishing precise prognosis, thus physicians may be cautious about communicating how long the patient can live. The significant contrast in responses to paired questions highlights the problems in communication between CIC physicians and patients' family members in this aspect. Despite the fact, that 40,0 % of CIC physicians think, that they "often" discuss with patients' family members how and in what conditions the patient could die, these assumptions are confirmed only by 15,3 % of patients' family members ($p < 0,002$). The similar differences in responses are revealed for questions regarding the communication about further treatment plans: 84,6 % of CIC physicians think that they "often/always" co-ordinate treatment plan with patients' family members, while only 57,6 % of relatives thinks that they do. Some of this difference may reflect the state of stress of the patients' family members when they receive bad news about the prognosis of their loved ones in CIC settings. Acting as a surrogate decision maker is known to be a very stressful situation which can affect recalling of the information given (Seymour JE; 2000) Effective communication between critical care providers and surrogates, who are often family members, is a critical part of informed decision making regarding goals of care, including whether or not to pursue cardiopulmonary resuscitation in the intensive care unit (Truog RD, et al 2008); End-of-life decisions for patients with surrogates usually are made at family conferences with participation of ethicists if needed (Lynn J., 2008). Development of similar practice in Georgia would be highly appreciated.

The answer—"do not know" was rarely recorded except in the question regarding respect towards patient's spiritual attitudes and religiousness: 17 patients' family members (28,8 %) gave this answer, whereas none of the physicians did so. It was revealed that 40 % of CIC physicians think that they "somewhat" considered patients' religious believes and faith. However, the response "somewhat", perhaps means, that medical staff simply addressed these aspects with restraint and/or hesitation, keeping a sense of distance. This restraint and hesitation on non-medical matters is reflected in the doubts of patients' family members regarding the physicians'

attitudes towards patients'/patients' family members' religious and spiritual beliefs. The analyses of questionnaires indicate that physicians and patients' family members have significantly different attitudes towards consideration of such aspects during patient care. This probably does not contribute to development of confidence among communicating sides and may be considered as one of the main causes of patients' family members dissatisfaction by communication with CIC physicians. It appears physicians have the appropriate attitudes, just their knowledge and skills need improvement (Mazor KM., et al; 2013; Deledda G., 2012).

Three-quarters (76.9 %) of CIC physicians as well as 57,6 % of patients' family members confirm that physicians struggle and cannot talk freely, when discussing patient death with family members (Q1.9/Q2.9). Despite this fact, 78,5 % of CIC physicians perceive communication with patients' family members as positive.

It is revealed that CIC physicians talk about patient death more frequently with patients' family members, than with the patients ($p < 0,001$). On the one hand, this reflects the fact that frequently it is difficult or impossible to communicate with the patients due to their altered consciousness. On the other hand, this fact might be explained by deficiency of relevant communication skills in “breaking bad news” related with the gap in professional education—on all levels of specialization (Kordzaia D., Dalakishvili S; et al 2011).

Implementation of the recognized strategy—“Palliative Care for everyone who needs it”—necessarily requires that all medical professionals, who may be involved in the management of end-of-life patients, including CIC physicians, must be competent in basic knowledge and skills of palliative care (Gomez-Batiste X, et al; 2012; Gomez-Batiste X, et al; 2013).

However, adopted standards for palliative care require CIC physicians to ensure quality symptom control, pain relief and achievement of maximal physical comfort on the one hand, and consistency with humanistic goals on the other which is particularly important for patients and patients' family members (Truog RD., et al; 2012) They find it difficult to switch abruptly from the hope to survive and cure to preparation for dying and care at the end-of-life. Such transformation of medical care represents one of the most challenging steps in CIC settings (Truog RD,et al; 1998; SUPPORT 1995; McLean RF., et al; 2000).

In general, both patients and patients' family members remain dissatisfied with the decision to quit the curative measures and continue only with palliative care. This is related with disappointments of their hopes (Mazor KM., et al 2013; Danis M; 1998; Curley MAQ., et al; 1999; Curley MAQ., et al; 1999; Furukawa MM., 1996) Poor communication skills of CIC physicians complicate understanding and collaboration among the CIC setting staff, patients and patients' family members. The persistence of the tradition of withholding the "bad diagnosis", as well as "stigma" and "taboo" associated with terminal illnesses in Georgia, further aggravates the problem (Kordzaia D., Dalakishvili S., et al; 2011).

CIC physicians have to deal with last days and hours of life exclusively in CIC settings, where the death is extremely common. Therefore, studies implemented during the last decade showed the absolute necessity for the development and improvement of palliative care service in CIC setting. palliative care in CIC may be implemented via two main models: a) "consultative model", when palliative care is delivered by invited specialists (consultants), who communicate with the patient and their family, develop, negotiate and implement the care plan themselves or supervise the process and b) "integrative model", when the care of the patient is delivered immediately by the staff of CIC setting on everyday basis. The second model is considered to be more cost-effective and adequate than the first one. In addition, it does not interfere with continuity of palliative care in specialized departments (Kordzaia D., Dalakishvili S., et al; 2011; Furukawa MM., 1996; Nelson JE., et l; 2011; Nelson JE., et al; 2010).

Several indicators of good medical care at the end of life are identified: adequate management of pain and other symptoms, avoiding unnecessary and inexpedient prolongation of treatment, achieving sense of control, relieving burden to others and strengthening relationships with the loved ones. Effective communication with patient's family and consideration of their needs and wishes is equally important (Singer PA., et al; 1999; Munhoz BA, et al; 2014; SIAARTI; 2006; Clarke EB., et al; 2003; Cook D., et al; 2014;).

Before 2004 there was no official recognition of palliative care in Georgia. The updated standards of palliative care have been introduced since 2004 by the implementation of pilot educational programs led by foreign experts (Stjernswärd J; 2006) and aiming to give basic

knowledge to healthcare professionals, policymakers and medical students. Later these were followed by approval of amendments in four laws of Georgia (“Law on Health Care”, Law on Medical Activities”, “Law on Narcotic Drugs, Psychotropic Substances and Precursors” and “Law on Patients Right”) by Georgian Parliament, issuing decrees regulating palliative care and including “Palliative care and Pain Medicine” as a “subspecialty” in the list of medical specialties by Ministry of Health of Georgia in 2007 and 2008 (Kordzaia D., Dalakishvili S., 2011).

In the light of these achievements, development of special training and qualification courses in palliative care for CIC physicians emerged as the urgent goal. In 2014 we (N. Chikhladze, M. Velijanashvili, D. Kordzaia) prepared the online-based learning course which was accredited by the Continued Education Council (Department) at Faculty of Medicine, TSU. The rationale for using an online course was the desire to allow CIC physicians to develop their knowledge without leaving their work place, which is particularly very important for CIC setting staff. Apart from the basic skills in palliative care including the peculiarities of communication with chronic incurable patients and their families regarding end-of-life, how the death may occur, faith and religion, etc., this course provides specific knowledge about palliative care in emergencies and specifically during the last 48 h of life, involving purely medical care as well as family support and ethical-religious aspects.

Restoring of mandatory system of continued medical education and professional development in Georgia from 2017 (this system was canceled in 2004) should support the successful implementation of this course.

There are some limitations in this study. The study was cross-sectional involving a convenient sample of patients’ family members and physicians working in CIC settings. Therefore, this may affect generalisability of the present findings. Small sample size should also be mentioned, however, it was the first study conducted in Georgia to evaluate issues related to communication between physicians and patient representatives. Our study generated important evidence providing the basis for development of special training and qualification course in palliative care for CIC physicians.

Objective 2: Reflection and comparative analysis of end of life perceptions and attitudes of the cancer patients and the groups of elderly, in the conditions of understanding the limited life expectancy

Materials and Methods

We conducted a prospective study drawing patients from a single regional center. We developed an interview tool based on Grounded Theory (Chikhladze N., Malania M., et al., 2016) with the coding based on the “Hierarchy of Human Needs” articulated by Abraham Maslow's humanistic theory (Maslow AH., et al ., 1970)

Two groups were studied

- 1) 50 healthy individuals over the age of 85 (25 men and 25 women, with an average age – 87.9).
- 2) 50 incurable patients with advanced cancer (16 men and 34 women, with an average age 53.5).

Selection criteria:

For the elderly contingent:

- Age: 85 years or more;
- The absence of the life-limiting disease (the elderly had to be "healthy");
- Adequate cognitive function.

For the patients with advanced forms of cancer:

- Adult age;
- Disseminated form of cancer;
- Currently receiving palliative care integrated with cancer treatment (chemotherapy);

- Aware of the prognosis of limited life expectancy.

Every individual participating in the study was required to speak the Georgian language; Their physical condition and neurological status had to permit proper understanding of the questions and to participate in an interview. They also had to have the ability to complete an informed consent form.

Cancer patients were selected from the cancer patients' registry database; the demographic data and diagnosis were also retrieved from the same database. The elderly were found by the means of the database of the Department of Gerontology and Palliative Care of Aleksandre Natishvili Institute of Morphology of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University. The principles of communication with the elderly people aged 85 and more, was the same as in the case of cancer patients.

The content and purpose of the study were explained and the informed consent form was introduced to every selected patient. The patient had an opportunity to ask questions about the research, to receive comprehensive answers to all the questions and to be aware of the confidentiality of the information. The informed consent form, if desired, remained with the potential respondent for 24 hours, thus enabling him/her to become thoroughly familiar with the content of research and think over the response. In order to create the most comfortable environment for the respondent, the time and the place of the interviews were agreed with them. The audio recording of the interview was performed after signing the informed consent.

64 patients with terminal stage of cancer were approached. 7 (10.9%) of whom refused to participate in the study due to poor health conditions; 5 of whom (7.8%) did not give a reason for the refusal. Two (3.1%) patients, who agreed to participate, died before taking an interview. Thus, the study involved 50 cancer patients.

59 elderly, aged 85 and more, were offered participation. Seven (11,9 %) of them declined to participate. Being busy and not possessing the desire of participation in the research, were named as the reasons to decline. One (1,7 %) old person died a few days before the interview, while health conditions of another changed in a way that it became impossible to conduct the interview. Finally, 50 elderly individuals participated in the research.

We stopped the recruitment when the number of the patients and the elderly reached 50-50.

The semi-structured format for interviews was selected as the research approach.

The research was introduced in this way: *"We are trying to develop new approaches to improve care services for cancer patients and the elderly. Your personal experience, which might assist us in this effort, is very important for us. Could you tell us about it? We are interested in your attitude towards such questions as:*

a) What would you say about your past life?

b) What would you change in your life?

c) What are your future plans?"

We were invited the patients to "think out loud".

The interview structure was developed by a group of experts working in palliative medicine, oncology, geriatrics, psychology and sociology studies. Prior to the research, pilot interviews were taken from 7 elderly individuals and 7 palliative patients. Based on it, the interviews were processed according to the research methods, which were further discussed with experts of the field. The people, taking part in the interviews, paid great attention to the place of interviews: friendly, quiet environments, without noise and disturbing conditions, were chosen. The duration of the interview depended on the patient and lasted on average from 5 to 52 minutes. An audio recording of the interview and word-for-word transcript in printed format subsequently was made. While analyzing the printed text, it was found out that in the story, some of the parts were very easy to understand, but some parts were omitted and had to be guessed and defined beyond the words. That is why, three researchers analyzed the interviews independently; In case of the different interpretation of one and the same fragment, the given fragment was jointly discussed and consensus was reached.

Our methodology for the analysis of the transcripts has been developed based on the grounded theory as a strategy of qualitative data collection and analysis for the theoretical generalization. Although "Grounded theory" has a clearly defined social direction, it is important for us that it meets the requirements for theoretical generalization and is committed

to creation of the theoretical model including the studies of the medical field (Miller DC., 2002; Starks H., et l., 2007; Дембицкий С., 2010) . While using the approach of the grounded theory, it is necessary to code the data for the qualitative analysis of the materials under study, as well as for creation of the potential of continuing of this qualitative study into the quantitative study. We chose the selective coding technique (Рогозин ДМ., 2014) and implemented the encoding considering the Abraham Maslow hierarchical system dedicated to the classification of needs and requirements (Goble Frank G., 2016) . We used Maslow hierarchy of needs and demands as the first step for encoding the transcripts of the stories of the study individuals. The interviews (narratives) were divided into separate, more or less logically completed fragments. Afterwards, there was determined the compliance of each such fragment with one of the levels of Abraham Maslow pyramid, and they were "placed" on such level (Schonwetter RS., 2006., Zalenski RJ., et al., 2006; Higginson IJ., et al., 2007 ; Narayanasamy et al., 2010., Thielke S., et al., 2012; Moore G., et al 2013).The logical separation of fragments, as well as coding the text was performed by 3 independent researchers. After completing this work, the fragments placed by the researchers on the levels of the pyramid of needs/requirements/values were compared in order to determine how similarly they have selected and evaluated separation. All problems, impeding getting the unified picture, were solved through discussion among the researchers, on a consensus basis, until resolved.

On the second stage of the encoding the fragments of the interview, placed on each level of the Maslow pyramid were "sub-coded" - inside the level itself:

Reviewing the literature of Maslow’s hierarchy of needs and demands, we found it possible to identify fragments that typified sub-groups (categories) of these needs on each level of the Maslow pyramid. (Maslow A: 1970; McLeod S., 2007) (23, 35). This resulted in creation of a matrix in which each logical fragment of transcripts of the interviews could be placed.(Colin Wilson 2001; Zalenski RJ., et al., 2006; Higginson IJ., et al., 2007 ; Narayanasamyet al., 2010; Thielke S., et al.,2012; Moore G, et al 2013 ; Goble Frank G 2016, Wahba M. et al., 1976; Maslow AH. 1969). (see Table N1).

Table N 1.

Five Levels of Maslow Hierarchy of Needs and Coresponding Sub-groups

I Basic (Physiological) needs		Water and food
		Sleep and rest
		Sex
		Freely breathing
		Urination and defecation without problem
II Safety needs		Physical
		Having shelter
		Family
		Social (Having job)
		Property
		Financial
		Lack of death anxiety (mental)
III Love and belonging Needs		From family
		From Friends
		From the society
		Marital (intimate)
IV Esteem needs		In family (from family members)
		From society
		At work (from employees)
		From caregiver
		Need for self-esteem
V Self-actualization needs		Transcendence
		Morality
		Creativity
		Spontaneity
		Peace of mind (Unity with the surrounding world)
		Unrestrictedness

Each specific fragment of the interview was re-considered and the subgroup (category) with that generalized name had been selected for it, which, according to the researchers corresponded most of all with the specific content of the fragment. For example, the fragments placed at level 4, i.e. the level of "Esteem needs" were allocated into the following categories: "From family"; "From public (unknown people)"; "At work (from employees)"; "From caregiver"; "Self-esteem".

It should be noted that in the process of such additional sub-coding, sometimes already assigned code of the analyzing fragment was changed, because the given fragment had been

reviewed once again and it had been interpreted differently in terms of this or that level of Maslow pyramid.

This type of re-evaluation illustrates the relevance of the grounded theory method with our research: The concept which had to be confirmed by us (the theory to be grounded) emerged (induced) from the studied phenomenon, it is created, developed and verified on the basis of systematic data collection and analysis (Chikhladze N, Malania M, et al 2016) (22). Thus, the obtained data, their analysis and theory to be grounded are in dynamic interdependence - which represents the very essence (principle) of the grounded theory.

As a result of the completion of the second encoding stage the obtained data were gathered in the tables, after which quantitative and qualitative analysis of the received data had been performed.

Number of the fragments were calculated for each level and category separately for elderly persons and patients with advanced cancer. Comparisons in frequency of fragments between these two groups were tested in bivariate analysis using Pearson's chi-square or Fisher's exact test as appropriate. Two-sided significance tests were used and p value of < 0.05 was considered as significant.

Results

50 people aged 85 years and over, including 25 women and 25 men, participated in the research. 44 of them did intellectual work, and 6 did physical work. 9 were employed at the time of taking the interview. 17 of them were married, 3 were single and 30 widowed.

After the transcription and analysis of the interviews with the elderly, 151 fragments with more or less a logical completion have been allocated. Eventually, among them, 119 fragments (Table N2) were assumed to be relevant to a certain stage (level) and the category (sub-group) of Maslow pyramid, based on consensus.

Table N2

Placement of the Fragments, Obtained after Analyzing the Interviews of the Elderly, in Terms of levels and categories of Maslow Hierarchy of Needs and Demands.

Elderly	I Basic needs	II Safety needs					III Love and belonging needs			IV Esteem needs			V Self-actualization				
	Sleep and rest	Family	Property security	Financial	Having shelter	Lack of death anxiety (mental)	From family	From friends	Marital	From society	In family	At work (from employees)	Need for self-esteem	Transcendently	Creativity	Peace of mind	Unrestrictedness
N according to categories	3	1	1	3	1	3	30	8	10	17	3	14	5	11	4	2	3
N according to levels	3	9					48			39			20				
Total	119																
% within the level	100%	11,11 %	11,11%	33,3 3%	11,11%	33,33%	62,50%	16,67%	20,83 %	43,59%	7,69%	35,90%	12,82%	55%	20%	10%	15%
%within the group of the elderly	2,52%	0,84%	0,84 %	2,52 %	0,84%	2,52%	25,21%	6,72 %	8,40%	14,28%	2,52%	11,76%	4,20%	9,24%	3,36%	1,68 %	2,52%
Overall % of the level withing the group of patients	2,52%	7,56%					40,34%			32,77%			16,81 %				

50 patients, with advanced cancer, participated in the research. Among them 34 were women and 16 were men; 13 of the patients maintained the mental labor, and 37 did the physical work. 36 from the patients were married, 4 were single and 10 widows.

The patients suffered from the following types of cancer: 13- breast cancer; 7 - lung cancer, 5 - colon cancer; 5 - cervical cancer, 3 - lymphoma; 3 - gastric cancer, 3 - ovarian cancer, 3 - pancreatic cancer, 2 - prostate cancer, 1 - testicular cancer, 1 - rectal cancer, 1 - soft tissue sarcoma, 1 - retroperitoneal malignant tumor, 1- endometrial cancer, 1 - osteosarcoma.

After the transcription and analysis of the interviews with the patients 141 fragments with more or less a logical completion have been allocated. Eventually, among them, 120 fragments were assumed to be relevant to a certain stage (level) and the sub-group of Maslow pyramid, based on consensus (Table N3).

Table N3

Placement of the Fragments, Obtained after Analyzing the Interviews of Patients with Disseminated Form of Cancer, in Terms of levels and categories of Maslow's Needs and Demands

Patient	I Level Basic needs			II Level Safety needs					III Level Love and belonging needs				IV Level Esteem needs				V Level Self-actualization			
	Water and food	Sleep and rest	Freely breathing	Physical	Social (Work)	Family	Financial	Having shelter	Lack of death anxiety (mental)	From family	From Friends	From the society	Marital	From society	In family	At work (from employees)	Need for self-esteem	From caregiver	Transcendence	Creativity
N according to categories	2	1	3	5	1	4	11	1	7	30	7	2	7	18	5	5	5	1	3	2
N according to levels	6			29					46				34				5			
Total	120																			
% within the level	16.6 %	33.6 %	50%	17.2 %	3.45 %	13.7 %	37.9 %	3.45 %	24.14 %	65.22%	15.22%	4.35%	15.22%	52.94 %	14.71 %	14.71 %	14.71 %	2.94 %	60%	40%
%within the group of the patients	0.83%	1.67 %	2.5%	4.17 %	0.83 %	3.33%	9.17 %	0.83 %	5.83 %	25.00%	5.83%	1.67 %	5.83%	15.00%	4.17 %	4.17%	4.17%	0.83 %	2.5 %	1.67%
Overall % of the level withing the group of patients	5%			24.17%					38.33%				28.33				4.17%			

Comparison between elderly persons and cancer patients showed no difference in frequency of fragment in levels I, III and IV. In level II the frequency of fragment was higher among cancer patients (24.2% vs. 7.6%, $p < 0.001$), while elderly persons had more fragment in level V (16.8% vs. 4.2%, $p = 0.001$)

Diagram N1

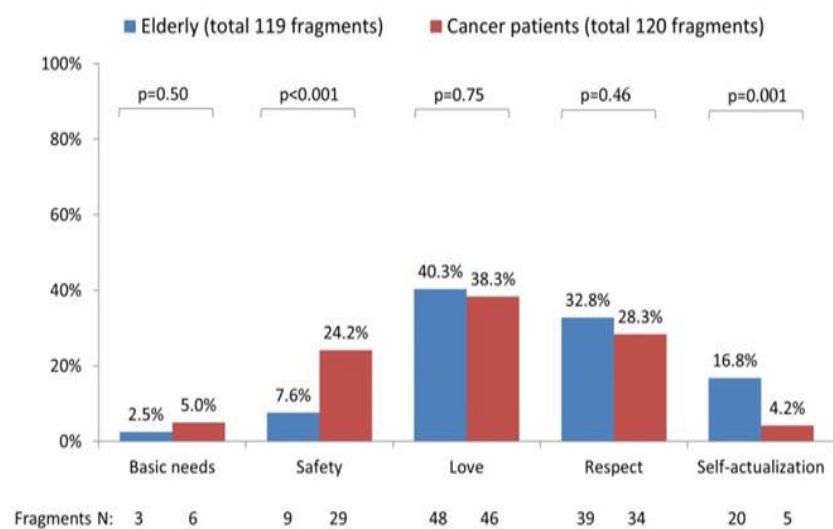


Table N4 presents the samples of those fragment of the interviews, which are placed at different levels of the Maslow pyramid.

Table N4
Samples of the Fragments, Corresponding to I, II, III, IV and V Levels of Maslow Hierarchy of Needs and Demands (Values)

N. Elderly (a) Patients (b)	The I Level of the Hierarchy Basic (physiological) needs	
a. man aged 89 (N 014) b. man aged 62 (N 047)	Elderly (a)	Patient (b)
	Category: Sleep and Rest	Category: Sleep and Rest
	Well, I do not know, I will continue my work before I will have the ability and before I'll be needed. Do you know who is the best doctor? Jonathan Swift said that the best doctors are Doctor Diet, Doctor Tranquility/Calmness, and Doctor Sleep. If you are in good tune with these 3 doctors, you will be OK.	I have been ill for over 5 years. I was well during the first three years after surgery. For about 2 years the problems have started. I find it hard to walk, breathe. It seems that because of this illness or I do not know what else could cause, but I can not sleep, throughout the nights. I have been suffering from terrible insomnia. When I drink sleeping pills, they make me even worse.
N. Elderly (a) Patients (b)	The II Level of the Hierarchy Safety needs	
a. man aged 92 (N 032) b. woman aged 67 (N027)	Elderly (a)	Patient (b)
	Category: Of family	Category: Of family
	During communist times we lived more or less well. I built a good house, furnished it and prepared everything for my son. But in the 90s, when Ossetians started messing up, we have also encountered big problems. Ossetians women caught and severely beat my wife, an old woman. One of my former pupils recognized her and slipped her away from Tskhinvali. She has spent one month in intensive care unit. Then we had very difficult times: 9 Georgian village were locked, we were be surrounded by Ossetians and barely managed to come to Tbilisi to our son. As for	I won't hide and tell what is my future plan. Life has become difficult a long time ago because the income is very low, of course, if all family members do not work and if only one in a family has some work. This income is very low and, I can say that, when I learned that I needed surgery, I was not afraid, I believed that I would survive. However when the diagnosis appeared to be a bit undesirable, at that moment I asked God to be well, to have the energy, to live and work and assist my family and children. I do not lose my hope, I definitely have to live.

	<p>the food, we had it all the time. I had a vineyard and cows, apples. We delivered the product and took it to Russia. Later the situation has calmed down, but during the war in 2008, my house was totally destroyed. I did not want to leave it, but the Red Cross took me by force. My wife has sclerosis and now she became bounded to bed. What can I do, in this way I am waiting for my death as refugee.</p>	
N. Elderly (a) Patients (b)	<p>The III Level of the Hierarchy Love (belonging) needs</p>	
	<p>Category: From family members</p>	<p>Category: From family members</p>
a. man aged 86 (N 030)	<p>... This is my life. Maybe you can reach out anybody. By the way, do not mention my name in the interview. I do not want to defame my son's name. Probably, when I die, he will bury me and I hope at least then he will stand beside my daughter. I feel hurt.....</p>	<p>Friends, relatives, and close ones give me tremendous help and make me survive. They help my mother to endure it all. The most difficult and hard to bear for me is not my illness itself, but to see how nervous my mother is. So many ill children around influence me badly. I do not know what is waiting for me in the future, but I miss my childhood, a period when my father was with us.</p>
b. man aged 20 (N 001)	<p>....I would change the relationship with my son, I would try to make him love me more and I would love him more</p> <p>I do not have plans, I just want my son to come to me, to help my girl a bit. I do not want people to talk that his father died from hunger and cold.</p>	
N. Elderly (a) Patients (b)	<p>The IV Level of the Hierarchy Esteem needs</p>	
	<p>Category: From the others</p>	<p>Category: From the others</p>
a. man aged 89 (N 001)	<p>When I returned from Russia, I was distributed to work in Batumi. Then I moved to Tbilisi and started work at Gruzenergo - power supply company for eastern Georgia. In the 70s I was even the head, everyone respected me. Well, it was a good time. Black Volga served me. However, I have never given myself airs. I lived modestly.</p>	<p>My brother was older than me and I have always admired him. I have always tried to follow his example. He continued education in Tbilisi, and we became very very proud of him in the village. He was one of the most successful is his group and I have decided to continuous studies in Tbilisi also. I was fascinated by acting.</p>
b. woman aged 55 (N 017)		
	<p>Category: In the family</p>	<p>Category: In the family</p>

<p>a. man aged 89 (N 001)</p> <p>b. woman aged 58 (N 021)</p>	<p>I have very good grandchildren also. They have grown into normal and good people too. They keep asking: "Grandpa what do you want? What would please you?". I live in this house with my grandchild as well. Sometimes I am sorry for him. It's difficult to look after such an old man, but he never lets me feel it. Now he tells me - Grandpa I'll take you to Sairme for a rest. I am glad to such attention. On the new year he brought me some good clothes. Where do I go? Where should I dress them? But I was still glad.</p>	<p>I have two children, wonderful young people. One is designer, the other power specialist. They have good jobs. My girl is single. I would like to find he caring spouse. I am lucky to have the good daughter in law. She does not know how to show her respect to me. She brought at home nail artist and stylist to me a few days ago. She said she wanted to brushup me. I am very glad. My children do not have financial difficulties too. We have been to Turkey as well (because of illness), but something that cannot be overcome, cannot be overcome in Turkey and nowhere as well. So I come here.</p>
<p>N. Elderly (a) Patients (b)</p>	<p>The V Level of the Hierarchy Self-actualization needs</p>	
<p>a. man aged 88 (N 008)</p> <p>b. woman aged 42 (N 045)</p>	<p>Category: Need for transcendentality</p> <p>I was 32 years old, when I became a professor. At that times, cybernetics was considered to be a remnant of the bourgeois. I became so fond of it, that I opened a special laboratory. At that time I had a lot of opportunities. I established the laboratories of medical cybernetics at all Institute, existing by that time. I have created a network. There were 23 medical institutions in Tbilisi and and everywhere I had a system of technical laboratories. I have founded them to everyone with the money, earned totally by me. I learned how to take money from state. If someone needed money, he/she would definitely come to me to assist in recieving money.</p> <p>Good times or bad, those times for me were the most productive. I did everything I wanted, what came to my mind. Kotsia Eristavi helped me most of all. He used to say - hey boy, this is for you, and i had to take care of that issue.</p>	<p>Category: Need for transcendentality</p> <p>I love solitude in the nature. I remember my mother rebuked me many times, when I was going into the woods behind the house without permission and disappeared for hours. I used to sit on a log and enjoy the beauty of the surroundings. Especially I loved springs and autumns. In the spring, when nature woke up I seemed to be empowered with new energy. It brought be peace. As for the falls I loved amazing colors, wonderful combinations, extremely beautiful, multicolored area.I used to be distinguished with my academic performance at school.</p>

Discussion

There was no difference between patients with advanced cancer and the elderly. The analysis of the tables N2 and N3 and the diagram reveal that the frequency of allocation at I, III and IV levels of Maslow pyramid of the hierarchy of the fragments of the interviews with elderly aged 85 and over as well as of the patients, suffering from the incurable form of cancer, do not differ statistically.

Strikingly, the need for love and esteem are equally important and most prominent. For the elderly people, as well as of the cancer patients, the number of fragments allocated on III and IV levels significantly exceeds the number of the fragments placed on I level. This may be due to two reasons: 1. Today the country is on such level of the development that gradually the problem of helplessness is offset. This is confirmed by transferring Georgia from the list of the countries with Lower Middle Income to the list of the countries of Upper Middle Income in the World Bank's classification (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>); 2. The fact that in the interviews of the patients suffering with cancer as well as of very old people, the number of fragments, related to the basic needs do not exceed 3 (5%) indicates that the basic, physiological problems are successfully managed. This indirectly confirms to the satisfactory quality of their health services;

Our research results are consistent with the results of research carried out at St Margaret's Hospital in Hungary, the authors of which, while interpreting the results of the research, assumed that the individuals participating in the research did not consider actual the physiological requirements and necessities, due to the fact that in the civilized world the deficit of such needs is minimal, or do not exist at all. At the same time, the elderly understand the limitations of their life and therefore the scarcity of realization of their capabilities. That is why, they have an increased need for of the self-actualization and transcendentality (Majercsik E, 2005). The kind of continuation of this need in the elderly people is the increased demand for respect, which is in line with the IV level of Maslow hierarchy of needs and demands.

The research data shows that in the both groups (elderlies aged 85 years and over and the patients, suffering from the incurable forms of cancer) the frequency of placement of the interviews' fragments on the II (safety needs) and the V (self-actualization) levels, unlike the frequencies of the placement of the fragments on the I, III and IV levels, are statistically different ($p \leq 0,005$). At the same time, the number of fragments on the II level is three times more in incurable patients, while on the V level it is vice-versa: the fragment of the interviews with the elderlies 4 times exceeds the amount of the fragment of the interviews with the incurable patients.

In our view, this can be explained by the following circumstances: Incurable patients, whose average age is 53.5 years, realizing the limitations of their remaining life, worry more about the safety problems of the family and family members left without them, than the elderly, with an average age of 87.9 years, who have psychologically transferred the duty of taking care for the safety of themselves, as well as generally of the family to the representatives of young generation.

It should be noted that the safety needs of patients, not only exceeds the number of similar needs of older people, but also are more diverse qualitatively: If in elderly patients only 4 from the 7 pre-selected safety categories are "applied", in case of incurable patients - 6 of them are "applied". The opposite occurs with regard to V level (self-actualization): The number of fragments of the interviews with elderlies 4 times exceeds the number of fragments of interviews with incurable patients. Besides, elderlies "apply" 4 categories from the 7 categories of this level, while the patients "apply" only 2 of them.

At the same time, under the category of "Transcendentality" fall 55% of the fragments of the interviews of the elderlies and 60% of the fragments of the interviews of the incurable patients, allocated on the V level. This indicates that the need of "Transcendentality" is the main form of the need of "Self-actualization", as it was noted by A. Maslow himself (Maslow AH., 1969) . Most likely, it may constitute a general characteristic of human consciousness. In addition, it was found that the age of patients, whose interviews contained the signs of "transcendentality" was over 49 years. Therefore, we can assume that the need for

transcendentality is "linked" with age. Only Geniuses can achieve this state in youth. Those, to whom the gift of feeling the unity with universe had been granted at birth.

According to the literature, the transcendentality stands on the first place among the needs of the V level of Maslow's pyramid, though its incidence seldom exceed 40% (Maslow AH., 1969) . As for our case, such high rates, such as 55% and 60%, are probably due to the traditional way of life of the Georgian population and the philosophy, based on it. Interviews emphasize respect of the traditions, especially towards the family traditions. It should be noted that the episodes, expressing the respect towards the family, are mainly set out in the past tense in the narrations of the widows. Although in the conditions of alive spouse, the episodes expressing positive attitude about the family life are set in all three of tenses. This regret, sometimes, is due to the fact that without own family, these people were not able to be fully self-realized (as they could have managed otherwise). In some way, such kind of regret may be considered as an indirect confirmation of the requirement of "self-actualization" and "transcendentality".

The analysis of the interviews indicates that Georgia belongs to those countries, whose population does not support the excessive institutionalization of death (dying) and prefers to die in the usual environment, surrounded by family members and relatives (Shavdia N, 2009).

In the studied interviews, sincerity of the research participants are noteworthy. Some of the stories of the elderlies or the patients were so personal, that caused to researchers the sense, similar to hearing the confession (for example, the stories about the complicated relation with children, behaviors during the conflicts at work, regret because of wrong actions and etc.). They represent such episodes, which usually are disclosed only to a pastor or the closest friends, or the people to whom they trust unconditionally.

On the one hand, it confirms that the researchers managed to create trustful and cordial atmosphere with the respondents; On the other hand, this could be an indication of the fact that at the end of life all people need to share their thoughts and doubts to someone. At the same time, finding such a compassionate interlocutor requires some efforts, like going to the priest, or arrange the meeting with a close friend, which is sometimes very difficult (if not completely

impossible) for the individuals, suffering from the advanced form of cancer as well as for very old people. In such conditions, our proposal concerning recording the interviews, could have played the role of a certain "life vest" and led to the frankness of the respondents.

In any case, the desire of patients or very old people to share the spiritual problems at the end of life, should be considered as their characteristic feature, to which the medical staff implementing the palliative/end-of-life care should be ready. It also confirms that it is optimal to implement palliative care with the participation of a multidisciplinary team, involving the psychologist and spiritual adviser (confessor), as it is established practice in the advanced countries (Aldridge D., et al., 1995; Dein S., et al.,1997; Gall Tl.,et al. 2005).

The cases of idealization of past is quite frequent in some interviews and this is especially true for the elderly respondents. At the same time, this feature does not show any link towards the respondents' gender and if they were engaged in mental or physical labor. This, on the one hand, should explained by the greater degree of the universal social guarantees (insurence) in the past (during the Soviet Georgia) and on the other hand by the fact that the peak of period of self-realization of the elderlies aged 85 years and over comes on the Soviet period.

Thus, such "Idealisation of the past" may be considered as the indirect proof of "Self-realization" and "Transcendentality".

At the same time, due to the sense of self-realization, people wish to be appreciated and respected not only by the family, or even disciples and followers, but also by the general public, because they believe that they performed the work, which was (is) important exactly for the society.

Our research confirms that satisfaction of the upper levels of Maslow's hierarchy of needs and demands is very important while realising the at the end of life. In such cases, the need of love and/or feeling that after their departure their loved ones will worry, remains actual. This is the kind of holism of the end of life tragedy and transcendentality (Bickerstaff KA., et al., 2003) (45). In this sense, the patients, subjected to the palliative care, represent very interesting objects for the medical-psychological research as although they allegedly should have desperate

requirements for satisfying of physiological needs and ensuring smooth implementation of safety needs, but they have actually revealed the intensification of the needs for love, relationships (belonging) and respect (Lee BY., et al ., 2005; Ross L., et al., 2015) .

Conclusions

1. The needs, perceptions and attitudes at the end of life of the people are basically similar, regardless of what determined the sense of limitation of the remaining life - incurable disease or senility (advanced age): In the narratives concerning the past lives of the patients, suffering from the advanced cancer, as well as of the elderly aged 85 and over, clearly prevail the stories, which are consistent with the needs of social relation (belonging), love and esteem in the hierarchy of needs and requirements of A. Maslow.
2. Doctors and patient family members assess differently the communication with each other in the process of rendering medical treatment/palliative care to patients with terminal disease. This distinction is mainly due to the different ways of perception of expressing personal respect from the doctors towards the patients and their family members during treatment/palliative care: what doctors consider to be a satisfactory communication, is unsatisfactory to the family members of terminal patients; In addition, the assessment of the latter is not directly related to the outcome of treatment / palliative care.
3. The approach of the grounded theory may be successfully used for the comparative analysis, which considers both, quantitative as well as qualitative evaluation, of the semistructured interviews (narratives), recorded in various research groups, being aware of the coming end of life. As for the encoding matrix, there may be used the levels and categories of the “Hierarchy of Needs and Requirements”, Humanistic Psychology by Maslow.

4. The medical staff, rendering the palliative care, should be aware not only the medical-biological aspects of palliative care but also the basics of medical ethics and the art of communication, taking into account the fact that in case of the incurable patients, as well as in case of the elderly, the needs of relationship, love and esteem clearly prevail in the end of life period; Therefore, diplomatic (university) and postgraduate (subspecialty) programs of palliative care should include account the principles of medical ethics and communication arts.

ლიტერატურა

1. Abraham S. Fall prevention conceptual framework. *The health care manager*. 2011 Apr 1;30(2):179-84;
2. Addington-Hall J, Altmann D, McCarthy M. Variations by age in symptoms and dependency levels experienced by people in the last year of life, as reported by surviving family, friends and officials. *Age and Ageing*, 1998, 27:129–136.
3. Agresti A. An introduction to categorical data analysis. 2nd ed. Wiley series in probability and mathematical statistics. Hoboken: Wiley-Interscience; 2007
4. Aldridge D. Spirituality, hope and music therapy in palliative care. *The Arts in psychotherapy*. 1995 Jan 1;22(2):103-9.
5. Alliance, Worldwide Palliative Care. "Mapping levels of palliative care development: a global update 2011." WPCA, London. Available in <http://www.thewpca.org/latest-news/mapping-report-2011> (2011).
6. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, Rubenfeld GD, Robert Wood Johnson Foundation ICU End-Of-Life Peer Group. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Critical care medicine*. 2004 Mar 1;32(3):638-43;
7. Arnold BL. Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry. *BMC palliative care*. 2011 Jan 27;10(1):1
8. Australia PC. A guide to palliative care service development: A population based approach. Canberra: Palliative Care Australia. 2005 Feb.
9. Bekelman JE, Halpern SD, Blankart CR, Bynum JP, Cohen J, Fowler R, Kaasa S, Kwietniewski L, Melberg HO, Onwuteaka-Philipsen B, Oosterveld-Vlug M. Comparison of site of death, health care utilization, and hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. *JAMA*. 2016 Jan 19;315(3):272-83.
10. Besdine R, Boulton C, Brangman S, Coleman EA, Fried LP, Gerety M, Johnson JC, Katz PR, Potter JF, Reuben DB, Sloane PD. Caring for older Americans: the future of geriatric medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005 Jun;53(6 Suppl):S245-56.

11. Bickerstaff KA, Grasser CM, McCabe B: How elderly nursing home residents transcend losses of later life. *Holistic NursPract* 2003;17:159–165.
12. Boyle DK, Miller PA, Forbes-Thompson SA. Communication and End-of-Life care in the intensive care unit: Patient, family, and clinician outcomes. *Critical care nursing quarterly*. 2005 Oct 1;28(4):302-16
13. Bruera E, Sweeney C. Palliative care models: international perspective. *Journal of palliative medicine*. 2002 Apr 1;5(2):319-27.
14. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, McIlwane J, Hillary K, Gonzalez J. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of inhome palliative care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007 Jul 1;55(7):993-1000.
15. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *Journal of palliative medicine*. 2003 Oct 1;6(5):715-24.
16. Burton LA. The spiritual dimension of palliative care. In *Seminars in Oncology Nursing* 1998 May 1 (Vol. 14, No. 2, pp. 121-128). WB Saunders.
17. Care P. Discussing palliative care with patients. *Ann Intern Med*. 1999;130:744-9.
18. Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health & illness*. 1983 Jul 1;5(2):168-95.
19. Chikhladze N, Janberidze E, Velijanashvili M, Chkhartishvili N, Jintcharadze M, Verne J, Kordzaia D. Mismatch between physicians and family members views on communications about patients with chronic incurable diseases receiving care in critical and intensive care settings in Georgia: a quantitative observational survey. *BMC Palliative Care*. 2016 Jul 22;15(1):63.
20. Chikhladze N, Malania M, Velijanashvili M, Tsomaia K, Chkhartishvili N, Chabukiani T, Chabukiani N, Kordzaia D. Possibility of applying Grounded Theory, as research method, and Maslow’s hierarchy of needs, as coding tool, while implementing mixed (qualitative and quantitative) medical and social studies. *Translational and Clinical Medicine-Georgian Medical Journal*. 2016 Oct 31;1(2):29-31.
21. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The lancet oncology*. 2007 May 31; 8(5):430-8.
22. Colin Wilson *New Pathways in Psychology: Maslow and the Post-Freudian Revolution* eBook edition, 2001; 344 p.

23. Cook D, Rucker G, Heyland D. Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*. 2004;51(3):266–72. doi:10.1007/BF03019109.
24. Currow DC, Wheeler JL, Glare PA, Kaasa S, Abernethy AP. A framework for generalizability in palliative care. *Journal of pain and symptom management*. 2009 Mar 31;37(3):373-86
25. Danis M. Improving end-of-life care in the intensive care unit: What's to be learned from outcomes research? *New Horiz*. 1998;6:110–8.
26. Davies E, Higginson IJ, eds. *Better palliative care for older people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004; (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118_1, accessed 1 December 2010;
27. Davies E, Higginson IJ, eds. *Palliative care: the solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118_2, accessed 1 December 2010
28. Dein S, Stygall J. Does being religious help or hinder coping with chronic illness? A critical literature review. *Palliative Medicine*. 1997 Jul 1;11(4):291-8.
29. Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C. How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Educ Couns*. 2013;90(3):297–306. doi:10.1016/j.pec.2012.05.005.
30. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *Bmj*. 2010 Mar 24;340:c1345.
31. Dezutter J, Soenens B, Luyckx K, Bruyneel S, Vansteenkiste M, Duriez B, Hutsebaut D. The role of religion in death attitudes: distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death studies*. 2008 Dec 17;33(1):73-92.
32. Dezutter, Jessie, et al. "The role of religion in death attitudes: distinguishing between religious belief and style of processing religious contents." *Death studies* 33.1 (2008): 73-92.
33. Eidelman LA, Jakobson DJ, Pizov R, Geber D, Leibovitz L, Sprung CL. Foregoing lifesustaining treatment in an Israeli ICU. *Intensive Care Med*. 1998;24(2):162–6.

34. Elkins DN, Hedstrom LJ, Hughes LL, Leaf JA, Saunders C. Toward a humanistic-phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement. *Journal of humanistic Psychology*. 1988 Oct;28(4):5-18.
35. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*. 2004 Jan 24;363(9405):312-9.
36. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The lancet*. 2006 Jan 6;366(9503):2112-7.
37. Finucane TE. How gravely ill becomes dying: a key to end-of-life care. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1670–1672.
38. Furukawa MM. Meeting the needs of the dying patient's family. *Crit CareNurse*.1996;16(1):51–7.
39. Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH, Williams MP, Liberson M, Blum M, Penna RD. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized controlled trial. *Journal of palliative medicine*. 2008 Mar 1;11(2):180-90.
40. Gall TL, Charbonneau C, Clarke NH, Grant K, Joseph A, Shouldice L. Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework. *Canadian Psychology/PsychologieCanadienne*. 2005 May;46(2):88.
41. Gao W, Ho YK, Verne J, Glickman M, Higginson IJ, GUIDE_Care Project. Changing patterns in place of cancer death in England: a population-based study. *PLoS Med*. 2013 Mar 26;10(3):e1001410.
42. Gephart, R. P. 2004. Qualitative research and the Academy of Management Journal. *Academy of Management Journal*, 47: 454 – 462
43. Geriatric Medicine Section, European Union of Medical Specialists. Training in geriatric medicine in the European Union. Brussels, European Union of Medical Specialists, 1999.
44. Gibson MJ, Houser A. Valuing the invaluable: a new look at the economic value of family caregiving. Issue Brief (Public Policy Institute (American Association of Retired Persons)). 2007 Jun(IB82):1-2.
45. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social science & medicine*. 2003 Apr 30;56(7):1453-68.
46. Glaser, Barney G., and Anselm L. Strauss. "The discovery of grounded theory." AldinePublishing Company, Chicago, USA (1967). 272 p.

47. Goble Frank G. *The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow* (Kindle Edition 2016, 224 pages)
48. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, Bechinger-English D, Bausewein C, Ferreira PL, Toscani F, Meñaca A. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of Oncology*. 2012 Feb 16;mdr602;
49. Gomez-Batiste X, Caja C, Espinosa J, Bullich I, Martinez-Munoz M, Porta-Sales J, et al. The Catalonia world health organization demonstration project for palliative care implementation: quantitative and qualitative results at 20 years. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(4):783–94. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.05.006
50. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. *Current opinion in supportive and palliative care*. 2012 Sep 1;6(3):371-8.
51. Goulding Christina (2000) ,"Grounded Theory Methodology and Consumer Behaviour, Procedures, Practice and Pitfalls", in *NA - Advances in Consumer Research Volume 27*, eds. Stephen J. Hoch and Robert J. Meyer, Provo, UT : Association for Consumer Research, 261-266 p.
52. Government of Georgia, On Approval of the 2014–2020 State Concept of Healthcare System of Georgia for ‘Universal Health Care and Quality Control for the Protection of Patients’ Rights’,. Registration code 470020000.10.003.018343 (26/12/2014)
53. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med*. 2011;14(8):945–50. doi:10.1089/jpm.2011.0011;
54. Gvamichava R, Abesadze I, Shavdia M, Metivishvili G, Todadze E, Abzianidze E. 1531 Availability of palliative care in Georgia. *European Journal of Cancer*. 2015 Sep 1;51:S215.
55. Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson IJ. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *The Cochrane Library*. 2011 Jan 1.

56. Herbst L. Applying the concepts from Maslow in a large US hospice program. *Journal of palliative medicine*. 2006 Oct 1;9(5):1049-52;
57. Herbst L: Hospice care at the end of life. *ClinGeriatr Med* 2004;20:753–765.
58. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichora D, Shortt S, Tranmer J, Lazar N, Kutsogiannis J, Lam M. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *Canadian Medical Association Journal*. 2006 Feb 28;174(5):627-33.
59. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichora D, Shortt S, Tranmer J, Lazar N, Kutsogiannis J, Lam M; Canadian Researchers End-of-Life Network (CARENET). What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *CMAJ*. 2006;174(5):627-33. 116. Bruna Antenussi Munhoz¹, Henrique Soares Paiva¹, Beatrice Martinez Zugaib Abdalla¹, Guilherme Zaremba¹, Andressa Macedo Paiva Rodrigues¹, Mayra Ribeiro Carretti¹, Camila Ribeiro de Arruda Monteiro¹, Aline Zara¹, Jussara Oliveira Silva¹, Widner Baptista Assis¹, Luciana Campi Aurescol¹, Leonardo Lopes Pereira¹, Adriana Braz del Giglio¹, Ana Claudia de Oliveira Lepori¹, Damila Cristina Trufelli¹, Auro del Giglio From one side to the other: what is essential? *Perception of oncology patients and their caregivers in the beginning of oncology treatment and in palliative care Einstein (São Paulo)* vol.12 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2014 Epub Dec 16,2014 ISSN 1679-4508 On-line version ISSN 2317-6385 <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014RC3091>).
60. Higginson IJ, Hart S, Koffman J, Selman L, Harding R. Needs assessments in palliative care: an appraisal of definitions and approaches used. *Journal of pain and symptom management*. 2007 May 31;33(5):5
61. Hoffman, E. (1988). *The right to be human: A biography of Abraham Maslow*. Jeremy P. Tarcher, Inc. 382 p.
62. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/21154>
63. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/78646>
64. http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo
65. http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo
66. http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo
67. <http://www.tma.edu.ge/files/files/kanonebi/1.pdf>
68. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>

69. Isaacs B, Neville Y. The needs of old people. The 'interval' as a method of measurement. *British journal of preventive & social medicine*. 1976 Jun 1;30(2):79-85;
70. Jeon HW, Kim MH, Yoon JA. Death Perception, Death Preparation and Need for Death Educational Program of the Elderly. *Indian Journal of Science and Technology*. 2015 Oct 1;8(25).
71. Jerant AF, Azari RS, Nesbitt TS, Meyers FJ. The TLC model of palliative care in the elderly: preliminary application in the assisted living setting. *The Annals of Family Medicine*. 2004 Jan 1;2(1):54-60.
72. Johansen D. *Handbook of Research on Educational Communications and Technology*. By Association for Educational Communications and Technology second edition 2004 1175p.
73. Johnson DC, Kutner JS, Armstrong JD. Would you be surprised if this patient died?: Preliminary exploration of first and second year residents' approach to care decisions in critically ill patients. *BMC palliative care*. 2003 Jan 15;2(1):1.
74. Jox RJ, Schaidler A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *Journal of medical ethics*. 2012 Sep 1;38(9):540-5.
75. Kaldjian LC, Curtis AE, Shinkunas LA, Cannon KT: Goals of Care Toward the End of Life: A Structured Literature Review. *Am J Hosp Palliat Med*. 2009, 25: 501-511. 10.1177/1049909108328256
76. Kane R, Bernstein L, Wales J, Leibowitz A, Kaplan S. A randomised controlled trial of hospice care. *The Lancet*. 1984 Apr 21;323(8382):890-4.
77. Kelley AS, Meier DE. Palliative Care—A Shifting Paradigm. *J Pain Symptom Manage*. 1999, 17: 248-55).
78. Kenrick, D. T., Neuberg, S. L., Griskevicius, V., Becker, D. V., & Schaller, M. (2010). Goal-Driven Cognition and Functional Behavior The Fundamental-Motives Framework. *Current Directions in Psychological Science*, 19(1), 63-67;
79. King S, Forbes K, Hanks GW, Ferro CJ, Chambers EJ. A systematic review of the use of opioid medication for those with moderate to severe cancer pain and renal impairment: a European Palliative Care Research Collaborative opioid guidelines project. *Palliative medicine*. 2011 Jul;25(5):525-52.

80. Kite S, Hayes A, Pring A, Rees E, Verne J, Shouls S. MEASUREMENT FOR IMPROVEMENT: END OF LIFE CARE IN ACUTE HOSPITALS. *BMJ supportive & palliative care*. 2014 Mar 1;4(Suppl 1):A12-.
81. Kordzaia D, Dalakishvili S, Gvamichava R, Rukhadze T, Abesadze I, Dzotsenidze P et al. Georgian National Program For Palliative Care, Action Plan for 2011 – 2015. 2011.
82. Kordzaia D. Making the case for palliative care in developing countries: the Republic of Georgia. *Journal of palliative medicine*. 2011 May 1;14(5):539-41.
83. Kordzaia D., Rukhadze T., Velijanashvili M., Amirejibi D., Durglishvili N., Labadze T. Geriatric Palliative Care Models Based on the Perceptions of - And Attitudes toward End-of-Life Needs and Demands of Target Population. *Palliative Medicine*, 2012 (Abstracts of the 7th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), p. 657.
84. kordzaia. D. The barriers for opioids availability in Georgia. Presentation. International symposium on Palliative Care. Vienna (Austria), 2010
85. Lee BY, Newberg AB. Religion and health: a review and critical analysis. *Zygon®*. 2005 Jun 1;40(2):443-68.
86. Lickiss JN. Approaching cancer pain relief. *European Journal of Pain*. 2001 Dec 1;5(SA):5-14.
87. Lindner JR. Understanding employee motivation. *Journal of extension*. 1998 Jun;36(3):1-8..
88. Lipman AG. Palliative care for older people: Better practices. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2012 Mar 7;26(1):81.
89. Luce JM. End-of-Life Decision Making in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2010;182(1):6-11.
90. Lynch M, Abrahm J: Ensuring a good death: pain and palliative care in a cancer center. *Cancer Pract* 2002;10:S33–S38;
91. Lynch T, Clark D, Centeno C, Rocafort J, De Lima L, Filbet M, Hegedus K, Belle O, Giordano A, Guillén F, Wright M. Barriers to the development of palliative care in Western Europe. *Palliative medicine*. 2010 Dec;24(8):812-9.
92. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of pain and symptom management*. 2013 Jun 30;45(6):1094-106;

93. Lynn J. Improving care for the end of life: A sourcebook for health care managers and clinicians. Oxford University Press; 2008.
94. Majercsik E. Hierachy of needs of geriatric patients. Gerontology. 2005 Apr 14;51(3):170-3.
95. Martin, P. Y. 1986. Grounded theory and organizational research. Journal of Applied Behavioral Science, 22: 141–157
96. Maslow AH, Frager R, Cox R. Motivation and personality. Fadiman J, McReynolds C, editors. New York: Harper & Row; 1970 Jul. pages 411;
97. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychological review .Brooklyn College 1943; 396 p.
98. Maslow AH. Some basic propositions of a growth and self-actualization psychology. Perceiving, behaving, becoming: A new focus for education. Toward a Psychology of Being NY: Van Nostrand, 1962. Second Edition1962:189-21475.
99. Maslow AH. Toward a psychology of being, Princeton (D. van Nostrand Company) 1962. 240p.
100. Maslow AH. Various meanings of transcendence. The Journal of Transpersonal Psychology. 1969 Apr 1;1(1):56.).
101. Mate-Mendez J, González-Barboteo J, Calsina-Berna A, Mateo-Ortega D, Codorniu-Zamora N, Limonero-García JT, Trelis-Navarro J, Serrano-Bermúdez G, Gómez-Batiste X. The InstitutCatalad'Oncologia Model of Palliative Care: An integrated and comprehensive framework to address the essential needs of patients with advanced cancer. Journal of palliative care. 2013 Dec 1;29(4):237.
102. Mathes EW. Maslow's hierarchy of needs as a guide for living. Journal of Humanistic Psychology. 1981 Oct;21(4):69-72.
103. Mazor KM, Beard RL, Alexander GL, Arora NK, Firreno C, Gaglio B, et al. Patients' and family members' views on patient-centeredcommunication during cancer care.Psychooncology. 2013;22(11):2487–95. doi:10.1002/pon.3317
104. McCue, Jack D. "The naturalness of dying." Jama 273.13 (1995): 1039-1043.
105. McLean RF, Tarshis J, Mazer CD, Szalai JP. Death in two Canadian intensive care units: institutional difference and changes over time. Critical Care Medicine. 2000;28(1):100–3.

106. McLeod S. Maslow's hierarchy of needs. Available from internet: <http://www.simplypsychology.org/maslow.html>. 2007 Sep;
107. Meier DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *The Milbank Quarterly*. 2011 Sep 1;89(3):343-80.
108. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *The Permanente Journal*. 2014;18(2):77.
109. Miller DC, Salkind NJ. *Handbook of research design and social measurement*. Sage; 2002. p.147
110. Mitnick S, Leffler C, Hood VL, American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships. *Journal of general internal medicine*. 2010 Mar 1;25(3):255-60.
111. Moens K, Higginson IJ, Harding R, IMPACT E. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *Journal of pain and symptom management*. 2014 Oct 31;48(4):660-77.
112. Moore G, Collins A, Brand C, Gold M, Lethborg C, Murphy M, Sundararajan V, Philip J. Palliative and supportive care needs of patients with high-grade glioma and their carers: a systematic review of qualitative literature. *Patient education and counseling*. 2013 May 31;91(2):141-53.
113. Morgan J. End-of-life care in UK critical care units—a literature review. *NursCrit Care*. 2008;13(3):152–61. doi:10.1111/j.1478-5153.2008.00274.x.
114. Morrison RS, Meier DE, Capello C. *Geriatric palliative care*. Oxford University Press, USA; 2003. 313 p.
115. Morrison RS, Meier DE. Palliative care. *New England Journal of Medicine*. 2004 Jun 17;350(25):2582-90;
116. Moy B, Polite BN, Halpern MT, Stranne SK, Winer EP, Wollins DS, Newman LA. American Society of Clinical Oncology policy statement: Opportunities in the Patient Protection and Affordable Care Act to reduce cancer care disparities. *Journal of Clinical Oncology*. 2011 Aug 1;29(28):3816-24.
117. Narayanasamy, Aru. "Recognising spiritual needs." *Spiritual assessment in healthcare practice* (2010): 37-55. 00-5.

118. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. *The Kansas Nurse*. 2004 Oct;79(9):16.
119. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, et al. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Crit Care Med*. 2010;38(9):1765–72. doi:10.1097/CCM.0b013e3181e8ad23
120. Neto IG. Palliative care development is well under way in Portugal. *European Journal of Palliative Care*. 2010 Jan 1;17(6):278-81.
121. Norman K., and Yvonna S. Lincoln. *Handbook of qualitative research*. Sage publications, inc, 1994. 643 p.
122. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. “Futile” care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of critical care*. 2005 Sep 30;20(3):207-13.
123. Parry A, Doan R: *Story Re-Visions: Narrative Therapy in the Postmodern World*. New York: Guilford, 1994.
124. Pitceathly C, Maguire P. The psychological impact of cancer on patients’ partners and other key relatives: a review. *European Journal of cancer*. 2003 Jul 31;39(11):1517-24.
125. Portenoy RK, Forbes K, Lussier D, Hanks GW, Cherny N, Calman K. *Oxford textbook of palliative medicine*. The Lancet. Fifth edition 2015. 1254 p.
126. Poston B. Maslow’s hierarchy of needs. *surgical technologist*. 2009 Aug;41(8):347-53.
127. Pocock LV, Ives A, Pring A, Verne J, Purdy S. Factors associated with hospital deaths in the oldest old: a cross-sectional study. *Age and ageing*. 2016 Mar 5:afw019.
128. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M, Pugliese K. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*. 2009 Oct 1;12(10):885-904;
129. Reitman NC. Care at home of the patient with advanced multiple sclerosis—part 2. *Home Healthc Nurse* 2010;28(5):270–5;
130. Rennie, David L. "Grounded theory methodology as methodical hermeneutics: Reconciling realism and relativism." *Theory & Psychology* 10.4 (2000): 481-502.
131. Rhymes JA. Barriers to effective palliative care of terminal patients. *ClinGeriatr Med*. 1996;12(2):407-16.

132. Robert Kastenbaum PhD *The Psychology of Death: 3rd Edition* (2000); deathbed sence; 317p.
133. Ross L, Austin J. Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: Implications for nurse managers. *Journal of nursing management*. 2015 Jan 1;23(1):87-95.
134. Rukhadze T., Kordzaia D., Velijanashvili M., Chikhladze N. Report of Survey funded by “Open Society—Georgia Foundation”(unpublished data), 2010;
135. Sand RB, Blackall GF, Abrahm JL, Healey K: A survey of physicians' education in caring for the dying: identified training needs. *J Cancer Educ*. 1998, 13: 242-247.
136. Savenye, Wilhelmina C., and Rhonda S. Robinson. "Using qualitative research methods in higher education." *Journal of computing in Higher education* 16.2 (2005): 65-95.
137. Schaie, K. Warner, and Sherry L. Willis, eds. *Handbook of the Psychology of Aging*. Academic Press, 2010. 151 p.
138. Schonwetter RS, Roscoe LA, Nwosu M, Zilka B, Kim S. Clinical Update: Literature Abstracts. *Journal of Palliative Medicine*. 2006;9:638-45.
139. Schulz, Richard. "The psychology of death, dying, and bereavement." Addison-Wesley Publishing Company, (1978) 197 p.
140. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*. 2002 Aug 31;24(2):91-6.
141. Seymour JE. Negotiating natural death in intensive care. *SocSci Med*. 2000;51(8):1241–52. doi:10.1016/S0277-9536(00)00042-3.
142. Shavdia N, Ninashvili N, Shavdia M. 80 CULTURAL PATTERNS OF ETHICAL ISSUES IN PALLIATIVE CARE. *European Journal of Pain*. 2009 Sep 1;13:S32.
143. Simons JA, Irwin DB, Drinnien BA. Maslow’s hierarchy of needs. Retrieved October. 1987 Oct;9(2009):222.
144. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients’ perspectives. *Jama*. 1999;281(2):
145. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients’ perspectives. *Jama*. 1999;281(2):163–8. 163–8.
146. Smith AK, Fisher J, Schonberg MA, Pallin DJ, Block SD, Forrow L, et al. Am I doing the right thing? provider perspectives on improving palliative care in the emergency

- department. *Ann Emerg Med.* 2009;54(1):86–93. doi:10.1016/j.annemergmed.2008.08.022. e1;
147. Smith AK, McCarthy E, Weber E, Cenzer IS, Boscardin J, Fisher J, Covinsky K. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. *Health Affairs.* 2012 Jun 1;31(6):1277-85.
 148. Solomon MZ, Sellers DE, Heller KS, et al: New and lingering controversies in pediatric end-of-life care. *Pediatrics* 2005; 116: 872–883.
 149. Spruyt O. Qualitative research in palliative care. *Indian Journal of Palliative Care.* 2016 Oct;22(4):367.
 150. Starks H, Trinidad SB. Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative health research.* 2007 Dec 1;17(10):1372-80. p. 1373
 151. Stjernswärd J. Palliative care: the public health strategy. *Journal of public health policy.* 2007 Apr 1;28(1):42-55.
 152. Stone SC, Mohanty S, Grudzen CR, Shoenberger J, Asch S, Kubricek K, et al. Emergency medicine physicians' perspectives of providing palliative care in an emergency department. *J Palliat Med.* 2011;14(12):1333–8. doi:10.1089/jpm.2011.0106.
 153. Strang, Peter. "Watch with me. Inspiration for a life in hospice care." *Palliative Medicine* 18.7 (2004): 672.
 154. Strauss A, Corbin JM. *Grounded theory in practice.* Sage; 1997. 285 p.
 155. Suddaby R. From the editors: What grounded theory is not. *Academy of management journal.* 2006 Aug 1;49(4):633-42.
 156. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA. Early palliative care for patients with metastatic non–small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine.* 2010 Aug 19;363(8):733-42;
 157. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, Mor V. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *Jama.* 2004 Jan 7;291(1):88-93.
 158. Thielke S, Harniss M, Thompson H, Patel S, Demiris G, Johnson K. Maslow's hierarchy of human needs and the adoption of health-related technologies for older adults. *Ageing international.* 2012 Dec 1;37(4):470-88.

159. Thielke S, Harniss M, Thompson H, Patel S, Demiris G, Johnson K. Maslow's hierarchy of human needs and the adoption of health-related technologies for older adults. *Ageing international*. 2012 Dec 1;37(4):470-88
160. Thorns A, Sykes N. Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision-making. *The Lancet*. 2000 Jul 29;356(9227):398-9.
161. Tischler L. The growing interest in spirituality in business: A long-term socio-economic explanation. *Journal of Organizational Change Management*. 1999 Aug 1;12(4):273-80.
162. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical care medicine*. 2008 Mar 1; 36(3):953-63.
163. Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: the ethics committee of the society of critical care medicine. *Crit Care Med*. 2001;29(12):2332-48)
164. Ventegodt S, Merick J, Andersen NJ: Quality of life theory III: Maslow revisited. *Scientific World Journal* 2003;3:1050-1057;
165. Vincent JL, Berré J, Creteur J. Withholding and withdrawing life prolonging treatment in the intensive care unit: a current European perspective. *Chronic respiratory disease*. 2004 Apr 1;1(2):115-20.
166. Von Gunten C, Ferris F, Emanuel L: Ensuring Competency in End-of-Life Care. *JAMA*. 2000, 284: 3051-3057. 10.1001/jama.284.23.3051
167. Wahba MA, Bridwell LG. Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. *Organizational behavior and human performance*. 1976 Apr 30;15(2):212-40.
168. Wasner M, Longaker C, Fegg MJ, Borasio GD. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative medicine*. 2005 Mar;19(2):99-104.
169. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting a consensus report from the center to advance palliative care. *Journal of palliative medicine*. 2011 Jan 1;14(1):17-23.
170. Wen KY, Gustafson D: Needs Assessment for cancer patients and their families. *Health Qual Life Outcomes*. 2004, 2: 11-10.1186/1477-7525-2-11

171. Weston WW, Brown JB, Stewart : Patient-Centred Interviewing, Part I: Understanding Patients' Experiences. Can Fam Physician. 1989, 35: 147-151;
172. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD: The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. Fam Med. 2002, 3: 383-389.
173. World Health Organization. "Palliative care for older people: better practices." (2011).3 Jul 10; 342 (8863):101. (1254).
174. World Health Organization. "Palliative care for older people: better practices." (2011)
175. World Health Organization. "Palliative care." (2007);
176. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2014;28(2):130-4.
177. Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. Journal of palliative medicine. 2006 Oct 1;9(5):1120-7;
178. Zweibel NR, Cassel CK. Treatment choices at the end of life: a comparison of decisions by older patients and their physician-selected proxies. The Gerontologist. 1989 Oct 1;29(5):615-21.
179. Дембицкий С. "Обоснованная теория": стратегия сбора и анализа качественных данных при теоретической валидации. Социология: теория, методы, маркетинг. 2010.
180. Rogozin DM. Обоснованная теория. Лекция восьмая 21 марта, 18 апреля 2014 Ст. 9
181. აბაშიძე ი. რჩეული, გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“, 1989 წ., გვ. 39.
182. აბაშიძე ი. რჩეული, გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“, 1989 წ., გვ. 67
183. არასამთავრობო ორგანიზაცია „ჯანმრთელი სამყარო“ 2010
<http://www.hwngo.org.ge/analytics/54-demografiuli-mdgomareoba-saqartveloshi>.
184. ბიბლია „საქართველოს საპატრიარქოს გამომცემლობა“, 1989; ახლი აღთქმა, გვ. 987
185. ბიბლია, „საქართველოს საპატრიარქოს გამომცემლობა“, 1989; ძველი აღთქმა, გვ. 480-481
186. ბიბლია, „საქართველოს საპატრიარქოს გამომცემლობა“, 1989; ძველი აღთქმა, გვ. 308
187. ბიბლია, „საქართველოს საპატრიარქოს გამომცემლობა“, 1989; ძველი აღთქმა, გვ. 279

188. ბიბლია, „საქართველოს საპატრიარქოს გამომცემლობა“, 1989; ძველი ალთქმა, გვ. 29 – 31
189. ველიჯანაშვილი მ. სადოქტორო ნაშრომი სიცოცხლის მიწურულს აღქმებისა და დამოკიდებულებების გათვალისწინების აუცილებლობა მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის მოდელის შემუშავებისას. თსუ, თბილისი, 2016;
190. პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული პროგრამა. დ. კორძაიას საერთო რედაქციით, 2010;
191. ღვამიჩავა რემა, შავდია მიხეილ „ონკოლოგია“ თბილისი 2010 674 გვ
192. ღვამიჩავა რემა, შავდია მიხეილ, აბესაძე იოსებ, მეტივიშვილი გიორგი ონკონკურაბელური პაციენტების სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის გამოცდილება „კლინიკური ონკოლოგია“ N1/2013
193. შოთა რუსთაველი „ვეფხისტყაოსანი“ გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“ 1988 გვ. 358
194. ძოწენიძე ფ ; აბესაძე ი, აბზიანიძე ე, ღვამიჩავა რ, ჩიხლაძე ნ, “მედიცინის მიღმა დარჩენილი ტკივილი”; კლინიკური ონკოლოგია N 4 2016.
195. ძოწენიძე ფ., რუხაძე თ., აბესაძე ი., „ქრონიკული ტკივილის მართვა“ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის; თბილისი 2012.
196. წულაძე ლ. რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები სოციალურ მეცნიერებებში, სოციალურ მეცნიერებათა სერია თბილისი 2008.